



С. Н. Недельская, О. П. Пахольчук

ТРУДНОСТИ И ОШИБКИ, ИЛИ НАСКОЛЬКО ПРАВОМОЧЕН ДИАГНОЗ «ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ»

Запорожский государственный медицинский университет

Ключевые слова: пищевая аллергия, дети, международная классификация болезней.

Актуальность изучения пищевой аллергии обусловлена сложностью ее диагностики вследствие полисистемности и неспецифичности клинических симптомов. Приведен обзор специализированной литературы относительно правомочности диагноза «пищевая аллергия» и дебатов о термине «пищевая непереносимость», их места в Международной классификации болезней X пересмотра. Представлены результаты анализа собственных исследований. Выделены основные трудности и ошибки постановки диагноза «пищевая аллергия».

Трудності та помилки, або наскільки правомірний діагноз «харчова алергія»

С. М. Недельська, О. П. Пахольчук

Актуальність дослідження харчової алергії зумовлена складністю її діагностики внаслідок полісистемності та неспецифічності клінічних симптомів. Наводимо огляд спеціалізованої літератури щодо правомірності діагнозу «харчова алергія» і дебатів щодо терміну «харчова толерантність», їхнього місця у Міжнародній класифікації хвороб X перегляду. Наведено результати аналізу власних досліджень. Виділено основні труднощі та помилки встановлення діагнозу «харчова алергія».

Ключові слова: харчова алергія, діти, міжнародна класифікація хвороб.

Запорізький медичний журнал. – 2014. – №1 (82). – С. 104–106

Difficulties and mistakes or how competent is diagnosis «food allergy»

S. N. Nedelska, O. P. Pakholchuk

Actuality of the study of the food allergy in children is caused by its polysystemic and polyspecific clinical symptoms. There are literature review of the legitimacy of the diagnosis «food allergy» and debates around term «food intolerance» and their place in the ICD 10 discussed in the article. Results of own researches were represented. The main difficulties and mistakes in food allergy forms diagnosis were described.

Key words: food allergy, children, international diseases classification.

Zaporozhye medical journal 2014; №1 (82): 104–106

Актуальность изучения пищевой аллергии (ПА) обусловлена сложностью ее диагностики вследствие полисистемности и неспецифичности клинических симптомов. Хорошо известно, что пищевые аллергены являются ведущими у детей раннего возраста с аллергическими «кожными» проявлениями. Но ПА практически не диагностируют, когда она манифестирует другими синдромами. В Украине нет единых рекомендаций по ведению больных с данной патологией. На практике это приводит к двум полярным вариантам ведения больных с ПА: от полного игнорирования диеты до составления необоснованно жесткого рациона [4].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

На основании обзора специализированной литературы и анализа собственных исследований показать терминологические и практические трудности при установлении диагноза пищевая аллергия.

ПА – понятие более патофизиологическое, нежели клиническое. С учетом системного принципа регистрации заболеваний в Международной классификации болезней X пересмотра (МКБ X), ПА может проявляться такими патологическими состояниями [2]:

Анафилаксия на пищевые аллергены. Код МКБ X – Т.78.0 Анафилактический шок, вызванный патологической реакцией на пищу.

Гастроинтестинальная ПА: Эозинофильный эзофагит –

К20 и К52.2 Аллергический и алиментарный гастроэнтерит и колит, который включает:

- гастроинтестинальная анафилаксия;
- оральная аллергический синдром;
- эозинофильный гастроэнтерит;
- индуцированный пищевыми белками аллергический проктоколит;
- индуцированный пищевыми белками энтероколитический синдром;

Кожные проявления ПА:

- L50.0 Аллергическая крапивница;
- L50.6 Контактная крапивница;
- T78.3 Ангионевротический отек;
- L20 Атопический дерматит;
- L27.2 Дерматит, вызванный съеденной пищей;
- L23 Аллергический контактный дерматит.

Респираторные проявления: Бронхиальная астма – J45.0; T78.1 – Другие проявления патологической реакции на пищу.

Уже на первый взгляд становится понятна неоднозначность ситуации, связанной с терминологией. Что за болезнь эта «ПА», если ее нет в МКБ X? Болезни, объединенные термином «ПА», имеют общую черту – аллергическое воспаление в основе, все остальное – отличия, вплоть до пораженного органа-мишени. Дополнительной трудностью в определении данных терминов является факт, что алерго-



логия представляет «горизонтальную» специальность, вовлекающую целые серии «вертикальных», или клинических специальностей [5]. Этот факт подтверждает необходимость разработки стратегии новых подходов к диагностике и лечению ПА, что позволит систематизировать и обобщить имеющиеся сведения «по вертикали».

Общеизвестно, что дети первых месяцев жизни наиболее часто контактируют с пищевыми аллергенами, и это определяет преобладание у них именно ПА. Для доказательства непереносимости пищевых продуктов следует проводить специальное аллергологическое обследование [3]. Подобная врачебная тактика позволяет разграничить термины ПА и пищевая непереносимость (ПН), использование которых на практике также вносит номенклатурную «неразбериху». Привычен факт, что в качестве предмета медицинского исследования обычно рассматривают болезненное состояние, однако многократно наряду с термином ПА появляются понятия «пищевая непереносимость», «псевдоаллергия», «АД». Состояния схожи клинически, но по сути требующие абсолютно разных подходов в диагностике, лечении, профилактике. В данном случае следует обратиться к требованиям номенклатурного комитета Европейской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов (ЕААСИ) [5,6].

В специализированной литературе часто употребляют термин «пищевая гиперчувствительность», однако правомочен ли он? В течение последних 20 лет термин «аллергия» используют для описания не только аллергических реакций, но и всех неожиданных реакций на поверхности кожи и слизистых на пищу и добавки, побочное действие лекарств и др. Извращенную реакцию на пищу следует называть пищевой гиперчувствительностью (ГЧ). Этот термин покрывает как IgE-, так и неIgE-зависимые, иммунологические и неиммунологические механизмы. Важно, что ГЧ воспроизводима, то есть имеется достаточно данных из анамнеза и обследования о связи между симптомами и конкретным раздражителем (не всегда аллергеном!), но она не встречается у здоровых [1]. При обнаружении иммунологических механизмов подходящим термином является ПА. Мы предлагаем использовать термин «неаллергическая ГЧ», когда иммунологические механизмы не могут быть доказаны. От термина «псевдоаллергия» номенклатурный комитет рекомендует отказаться еще с 2001 г. [5].

Первая манифестация атопии в детском возрасте часто проявляется «аллергическими» симптомами, и только позднее могут определяться ответственные IgE антитела. Термин «атопия» следует использовать с осторожностью до тех пор, пока IgE-сенситизация не подтверждена документально. В типичных случаях с возрастом развивается спектр «атопических заболеваний», или «атопический марш». На первых годах жизни отмечают желудочно-кишечные и кожные симптомы, связанные с пищевыми аллергенами. Полленовая астма и ринит развиваются позже. Если атопия – наследственная предрасположенность, то аллергия – это реакция ГЧ с иммунологическими механизмами. Аллергия может быть антитело- (чаще IgE, IgG) или клеточно-опосредованной. Последние механизмы важны при неIgE-зависимых

«атопических дерматитах/экземе». Рабочим термином номенклатурного комитета для экземазных реакций гиперчувствительности кожи, по аналогии с ринитом и астмой, стали «атопическая экзема/дерматит». Термин «АД» состоит из двух слов, позволяющих определить одну особую форму экземы/дерматита. В этом названии понятие «атопический» имеет значение, отличное от атопии. Ведь возможно выбрать пациентов с «атопической экземой/дерматитом», у которых нет данных об IgE-зависимом механизме. Этот факт требует дальнейшего изучения, но общепринятая терминология пока может применяться [3,5,6]. Предложено использовать термин «синдром атопической экземы/дерматита» (AEDS) для описания того, что в настоящее время относится к «АД». Следует различать IgE-зависимый и независимый AEDS, что на практике почти невозможно. В будущем планируют все эти подгруппы разделять по иммунологическим характеристикам, в подходе, схожем с классификацией заболеваний кожи буллезной формы по данным микроскопии [5,6].

В клинической практике существуют ситуации, при которых классификация, основанная на поражении органов, неадекватна. Определенные источники аллергенов дают начало реакциям ГЧ, которые труднее всего классифицировать предложенной системой. Основной причиной может быть мультисистемная схема ответа в случае экспозиции высоких доз антигенов. Более того, у пациентов с менее очевидной предрасположенностью к росту IgE-антител ответ будет лишь на высокие повторные дозы аллергенной стимуляции. Клиническая реакция выражается в широком спектре симптомов, часто начинающихся локально и иногда генерализованно. Дети с поллинозом могут иметь симптомы при контакте *per os* с пищевыми аллергенами, которые имеют структурное сходство с аллергенами пыльцы. Существует несколько примеров этого «синдрома оральной аллергии», например, перекрестная реакция на пыльцу березы и яблоко. Следовательно, эта ПА может проявляться симптомами в других системах органов, что мешает установить диагноз аллергии.

Мы проанализировали показатели работы аллергоотделения КУ «Запорожская многопрофильная детская больница №5», имеющего статус областного аллергоцентра, с 2011 по 2013 г. Несмотря на уменьшение абсолютного числа детей, проживающих в регионе, в связи со сложившейся демографической ситуацией, количество детей с аллергическими заболеваниями продолжает расти. За истекшие 9 месяцев так же, как и в прошлые два года, практически 22% госпитализированных пациентов имели заболевания кожи, 35% из них имели АД. Количество выставленных диагнозов ПА за 9 месяцев 2013 года составило всего 1, а в 2012 г. их было 8. Этот факт подчеркивает одну из выделенных особенностей пациентов с ПА, а именно преимущественную распространенность в раннем возрасте, который часто не позволяет госпитализировать их в специализированное аллергологическое отделение, а приводит к тому, что часть больных наблюдаются амбулаторно, а часть – в отделениях для детей раннего возраста. Тщательный анализ историй болезни позволил отметить, что примерно в 45% случаев



диагноз АД, который выставлен на догоспитальном этапе, соответствовал клиническим проявлениям истинной ПА, что выделяет еще одну особенность: многие клиницисты склонны принимать персистирующие аллергические высыпания на коже у детей, особенно раннего возраста, за проявления исключительно АД, в то время как это могут быть тяжелые проявления ПА или ПН, не требующие такой линейки препаратов, как при АД.

Нередко детей с кишечной формой ПА госпитализируют в инфекционно-боксованные отделения с подозрениями на кишечные инфекции, нарушения пищеварения, а диагноз ПА иногда даже не рассматривают. В связи с этим, наличие гастроинтестинальных проявлений пищевой гиперчувствительности удается обнаружить только анамнестически. Опрос 67 пациентов с подтвержденным диагнозом ПА, проведенный нами, показал, что примерно 13% из них хотя бы раз в жизни имели специфические симптомы со стороны кишечника, связанные с употреблением пищевых продуктов, которые повторялись через время при повторном контакте. Более того, определенную проблему составляет то, что для подтверждения данных форм требуется специальная аппаратура и приставки к ней для детей раннего возраста, что не всегда доступно для диагностического процесса.

Сложностью мы считаем и тот факт, что возможные респираторные проявления ПА, например, астму, традиционно связывают с ингаляционными аллергенами, даже если таковые после тщательного обследования не обнаружены. Пищевые аллергены рассматривают только в рамках перекрестной чувствительности, но не более того. Несмотря на то, что крапивницу относят к кожным проявлениям ПА,

анализ историй показал, все случаи уртикарных высыпаний у детей в 2013 г. связаны в большей мере с употреблением химических веществ в сочетании с пищевыми продуктами, чем с только ПА. Чаше они возникали впервые в жизни и преимущественно у старших школьников.

ВЫВОДЫ

Таким образом, на сегодня имеют место терминологические и практические трудности в отношении диагноза «пищевая аллергия». Однако дальнейшие изучения механизмов ее формирования позволят создать четкие алгоритмы диагностики, что повысит качество лечения и прогноз.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Клименко В.А. Пищевая аллергия у детей грудного возраста / В.А. Клименко // Новости медицины и фармации. – 2010. – № 10. – С. 10–11.
2. Наказ МОЗ «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги» від 28.12.2002 р. №507 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20021228_507.html.
3. Новик Г.А. Атопический дерматит у детей: [Текст] / Г.А. Новик // Лечащий врач. – 2009. – № 4. – С. 6–12.
4. Современные подходы к ведению пациентов с пищевой аллергией / О.Г. Шадрин [и др.] // Современная педиатрия. – 2012. – № 5. – С. 101–104.
5. A revised nomenclature for allergy. An EAACI position statement from the EAACI nomenclature task force / S.G.O. Johansson [et al.] // Allergy. – 2001. – № 56. – P. 813–824.
6. Revised nomenclature for allergy for global use: Report of the Nomenclature Review Committee of the World Allergy Organization / S.G.O. Johansson [et al.] // J Allergy Clin Immunol. – 2004. – № 113. – P. 832–836.

Сведения об авторах:

Недельская С.Н., д. мед. н., профессор, зав. каф. факультетской педиатрии, Запорожский государственный медицинский университет.
Пахольчук О.П., к. мед. н., ассистент каф. факультетской педиатрии, Запорожский государственный медицинский университет,
E-mail: opzgm@gmail.com

Поступила в редакцию 13.12.2013 г.