

Пензенский институт усовершенствования врачей – филиал федерального  
государственного бюджетного образовательного учреждения  
дополнительного профессионального образования «Российская  
медицинская академия непрерывного профессионального образования»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

---

Электронное издание

# Актуальные вопросы диагностики, лечения и реабилитации больных

*Материалы XIX юбилейной межрегиональной научно-  
практической конференции, посвященной 40- летию  
ПИУВ – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава  
России*

г. Пенза, 23 июня 2017 г.

Пенза

Издательство ПГУ

2017

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 1 ГОДА

*Р. Т. Галеева<sup>1</sup>, Н. Ю. Алексеева<sup>1</sup>, А. С. Купрюшин<sup>2</sup>, Г. В. Долгушкина<sup>1</sup>, А. Н. Астафьева<sup>1</sup>, М. Н. Максимова<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,  
<sup>у</sup> ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», г. Пенза

Гастроинтестинальная аллергия у детей – это поражение желудочно-кишечного тракта аллергической природы, которое занимает второе место среди патологии, связанной с пищевой аллергией [1, 6, 10]. Пищевая аллергия – непереносимость доброкачественных продуктов, не связанная с нарушением обмена веществ, обусловленная иммунологическими реакциями [7].

Факторы риска развития гастроинтестинальной аллергии:

В Генетические факторы – повышенная частота антигенов HLA-B8 и DW3.

в Различные антенатальные факторы, приводящие к внутриутробной сенсибилизации плода.

в Нарушение микрофлоры кишечника с момента рождения и в последующий период жизни ребенка.

в Раннее искусственное вскармливание.

Предрасполагающие факторы развития аллергического воспаления в слизистой оболочке желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у детей раннего возраста:

- › функциональная незрелость и функциональная недостаточность ферментативной системы;
- › недостаточная выработка секреторного Ig A;
- › иммуносупрессивное действие перенесенных инфекционных заболеваний (в том числе, острых респираторных вирусных и кишечных инфекций);

▽ избыточная антигенная нагрузка (несоблюдение гипоаллергенной диеты, особенно детьми из групп риска).

По данным отечественных авторов, у детей раннего возраста наиболее распространена аллергия к белкам коровьего молока [4, 8]. Среди детей с пищевой аллергией в возрасте до года молоко (88,2 %), куриное яйцо (83 %) находятся на первом месте в ряду причин пищевой непереносимости [2, 9]. На втором месте у детей до года – аллергия к злакам: пшенице, кукурузе, ячменю (33,3 %); рису (18,7 %); гречневой крупе (6,3 %). У 27,7 % выявляется аллергия к свинине, у 17,6 % - к говядине. В возрасте от 1 года до 3 лет спектр пищевой сенсibilизации представлен практически теми же аллергенами, однако сенсibilизация к коровьему молоку снижается до 51,3 %, к куриному яйцу – до 63,4 %. В этом возрасте нарастает сенсibilизация к злакам: ячменю (56,3 %), кукурузе (33,5 %), рису (28,6 %), пшенице (20 %), ржи (13,5 %), гречневой крупе (16,2 %) [3, 5].

Особенности гастроинтестинальной аллергии у детей до 3 лет:

- ▽ боли в животе (у детей грудного возраста чаще кишечные колики);
- ▽ метеоризм;
- ▽ неустойчивый стул (до 5–6 раз в сутки; разжижен с примесью слизи, иногда крови);
- ▽ срыгивания, рвота;
- ▽ явные и скрытые кишечные кровотечения, приводящие к анемии;
- ▽ симптомы связаны с приемом пищевых аллергенов и исчезают после устранения их из рациона питания.

Клинический случай. Ребенок Б., девочка, д.р.: 12.04.2015, проживающий в г. Пенза обратился с жалобами на жидкий зеленый стул после употребления многих продуктов, кратностью от 1 до 5 раз, иногда со слизью, без крови; периодически – вздутие живота и боли в животе, связанные с употреблением ряда продуктов (ниже перечислены).

Из анамнеза заболевания известно, что ребенок находился на грудном вскармливании до 5 дней, далее – искусственное вскармливание молочной смесью «Симилак-1». В весе прибавлял соответственно возрасту. Впервые жидкий стул, однократный, со слизью, появился в 7 мес. – на фоне введения кисломолочной смеси «Наринэ» объемом 10–15 мл. Температура тела не повышалась, интоксикации не было. «Наринэ» отменили на 3 нед. употребления, стул нормализовался. При повторном введении «Наринэ» стул вновь нарушился. Одновременно с «Наринэ» введены: яблочный сок, хлеб пшеничный, сливочное масло. Стул оставался жидким, однократно в сутки, периодически – с незначительным количеством слизи. Кисломолочная смесь «Наринэ» через неделю отменена. В последующем введены каши, последовательно – гречневая, рисовая, овсяная, кукурузная. Стул участился до 5 раз, – жидкий, водянистый, без слизи; дневное и ночное безболезненное опорожнение. Из питания исключены: капуста (была введена ранее до нарушения стула), фрукты, яблочный сок, хлеб, сливочное масло. Стул остался прежним, без

улучшений. Проведено обследование: общий анализ крови и мочи – без патологии; биохимический анализ крови – в норме; в копрограмме – незначительная амилорея, микроскопия в норме, неоднократно выявлены дрожжевые грибы; в посевах кала выделен стафилококк  $10^5$ , цитробактер  $10^5$ . Проводилось лечение: кишечные антисептики (эрссефурил), ферменты (креон), пребиотики (хилак-форте) – без положительной динамики. Консультирован гастроэнтеро-логом, рекомендованы пробиотики (нормофлорин Д) – без эффекта, отмечался периодический субфебрилитет. При повторном осмотре гастроэнтерологом проведена коррекция лечения со сменой пробиотика (бифи-форм) с хорошим эффектом, но в последующем, со слов матери, на прием бифи-форма – вновь ухудшение стула. Наблюдался у педиатра и гастроэнтеролога с диагнозом: Реактивный панкреатит. Синдром мальабсорбции. Дисбактериоз кишечника. Подозрение на ферментопатию.

марте 2016г. (в возрасте 11 мес.) ребенок перенес острый гастроэнтероколит стафилококковой этиологии, средне-тяжелое течение (рвота однократная, жидкий стул до 20 раз, температура 38,5 °C). Проводилось лечение: инфузионная терапия, в/м – антибиотикотерапия 10 дней, прокинетики (церукал) и симптоматическая терапия. Питание – безлактозная смесь («Биолакт»). Выписан с улучшением. На 3–4 день после выписки – расширение питания (овсяная и гречневая каши) и вновь ухудшение стула – жидкий, до 4-х раз, желто-зеленого цвета, без патологических примесей. Проведен иммуноферментный анализ крови на антитела (а/т) к глиадину – а/т не обнаружены.

апреле 2016г. в возрасте 1 года ребенок консультирован доцентом кафедры педиатрии и неонатологии, к.м.н. Галеевой Р. Т. и доцентом кафедры клинической аллергологии и иммунологии, к.м.н. Алексеевой Н. Ю. (ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России) с заключением: Гастроинтестинальная пищевая аллергия. Вторичная энтеропатия. Селективное иммунодефицитное состояние sIgA. Ферментопатия? Нормосомия. Рекомендовано дообследование, разработано индивидуальное сбалансированное питание: элиминационная диета с исключением аллергенных продуктов, рекомендована высокогидролизованная смесь «Фрисопеп АС». Назначены пробиотики (примадофилус). Улучшений не было, в связи с чем ребенок переведен на питание аминокислотной смесью (Нутрилон-аминокислоты, курс 3 мес.) с положительным эффектом. На фоне лечения еженедельно контролировались общеклинические анализы крови, мочи, кала.

Анамнез жизни: от II беременности, протекавшей на фоне токсикоза I, ОРВИ при сроке 13 нед. (I беременность – медицинский аборт). Роды I, в срок, кесарево сечение (дискоординация родовой деятельности). Закричал сразу, масса при рождении = 3670, длина 55 см, оценка по Апгар 8/9 баллов. в груди приложен на I сут. Вакцинация против гепатита В и вакцинация БЦЖ проведена в роддоме. Выписан на 5-е сутки. Период новорожденности протекал на фоне церебральной ишемии, наблюдение невролога до 1 года

(проводилось лечение – актовегин, глицин, общий массаж). Раннее искусственное вскармливание – с 5-дневного возраста. В весе прибавлял достаточно, в 1 год вес = 9500, рост = 77 см.

Перенесенные заболевания: в возрасте 5 мес. и в 1,5 года – ОРВИ, острый фарингит. В 11 мес. – острый гастроэнтероколит стафилококковой этиологии, средней степени тяжести. В 1 год 9 мес. – острая двусторонняя очаговая пневмония, средне-тяжелое течение.

Наследственность: родители здоровы. Тетя по отцу страдает сахарным диабетом I типа.

Аллергологический анамнез: пищевая аллергия: на введение говядины к 7 мес. – покраснение щек; на аципол – сыпь на ягодицах; на нормобакт, нормофлорины, хилак-форте, бифи-форм – ухудшение стула. В марте 2016 г. на фоне а/б-ной терапии по поводу острого гастроэнтероколита (цефтриаксон со сменой на цефтазидим) наблюдалась мелкопапулезная сыпь по всему телу со сгущением на голенях и покраснение щек.

Прививки: по индивидуальному календарю, побочной реакции не было. С декабря 2015 г. – медотвод от прививок в связи с нестабильностью по аллергологическому и гастроэнтерологическому статусу.

Объективный статус (возраст 1 год 8 мес.):  $t = 36,6$ ; ЧД = 20 в 1 мин.; ЧСС = 90 в 1 мин.; АД = 80/40 мм.рт.ст; вес = 11,800; рост = 86 см. Общее состояние средне-тяжелое. Самочувствие страдает незначительно. Аппетит сохранен, ребенок постоянно хочет есть, требует разнообразия блюд, однако попытки ввести новые продукты регулярно вызывают ухудшение состояния. По элиминационным диетам не удалось убедительно установить лактазную, глиадиновую непереносимость. Не вызывает сомнения аллергия на белки коровьего молока. Психо-физическое развитие по возрасту. Кожный покров бледно-розовый, эластичный, высыпаний нет, «темные круги» под глазами. Костная система без видимой патологии. Подкожно-жировая клетчатка развита достаточно. Периферические лимфоузлы не увеличены. По внутренним органам объективные данные без отклонений. Стул жидкий, от 1–2 раз до 4–5 раз в сутки, зеленого цвета, иногда со слизью. Мочеиспускание в норме.

последующем было проведено дообследование по рекомендации консультантов: в контрольных анализах крови (включая биохимический анализ) и мочи – патология не выявлена. Липаза, амилаза сыворотки крови и амилаза мочи, уровень элстазы-1 в кале контролировались неоднократно – все результаты в норме. В копрограмме периодически обнаруживались дрожжевые грибы, остальные показатели были без изменений. Исследовался фекальный кальпротектин – в норме. Проведено обследование на гельминтозы/паразитозы (ИФА крови и исследование кала) – результаты отрицательные. В иммунограмме выявлено снижение Ig A. По иммуноферментному анализу крови на специфические IgE-а/т к пищевым аллергенам отмечен очень высокий уровень а/т к молоку коровью (70,3 КЕ/л), умеренный – козьему молоку (18,9 КЕ/л), к остальным продуктам по анализу (яйцо

куриное, рисовая крупа, пшеничная мука, гречневая крупа, картофель, говядина, мясо курицы, свинина, треска) – IgE-а/т не обнаружены. Уровень общего IgE (неоднократно) – в норме. Для исключения глютеновой энтеропатии (целиакии) проведено также исследование крови на а/т к тканевой трансглутаминазе (IgA, IgG); а/т к эндомизию (IgA) – в норме. Серологическое исследование крови (РА, РПГА с различными антигенами) на кишечную группу возбудителей – отр. По данным УЗИ органов брюшной полости: ЭХО-признаки увеличения печени (структура не изменена), реактивные изменения у поджелудочной железы, признаки вторичной гипокинезии желчного пузыря, незначительные структурные изменения в почках. ЭКГ: без патологии. Трехкратная потовая проба на муковисцидоз – в норме.

Проводилась коррекция лечения:

подбор сбалансированного питания ребенку («Фрисопеп АС» в течение двух недель, – отмена по ухудшению состояния; далее – «Нутрилон-аминокислоты» 3 мес. с хорошим эффектом, – отмена в связи со сложностью материального обеспечения. Далее вскармливание смесью «Пепти Гастро» с положительным эффектом в течение 2-х мес., но со слов мамы в последующем возникло подозрение на непереносимость, в связи с чем ребенок в течение 1 мес. не получал молочные смеси, – стул улучшился: стал оформленным, 1 раз в день в течение 8 дней. Однако затем – вновь эпизоды расстройства стула, связанные в основном с попыткой расширения питания. С декабря 2016 г. по настоящее время получает сывороточную гидролизованную смесь «Альфаре allergy». Кроме смеси ребенок употребляет овощи – картофель, капуста, кабачки; каши – рисовая, геркулесовая; мясо – кролика и конину. Попытки расширения питания вызывает ухудшение состояния: разжижение стула, боли и урчание в животе, метеоризм. Иногда и без всякого расширения диеты на одни и те же продукты возникает расстройство стула кратностью 1–2 раза в день (возможная реакция на употребление гидролизатов);

✎ противогрибковое лечение (микосист – 2 курса по 5 дней);

✎ кишечные антисептики (энтерофурил – 1 курс, фуразолидон – 1 курс по 7 дней);

✎ ферменты (креон по 5–7 дней 3 курса, общий курс 4 мес.);

✎ адсорбенты (смекта, полисорб);

✎ бактериофаги (интести-бактерофаг – 2 курса);

✎ эубиотики (бактисубтил, нормофлорины, примадофилус);

✎ антигистаминные препараты коротким курсом (фенистил), далее – мембраностабилизаторы (кетотифен) – 3 мес.

На фоне проводимого лечения состояние постепенно улучшилось. Ребенок начал прибавлять в весе, стало возможным расширение питания, нормализовался стул. Основным подходом в лечении, несмотря на возраст (старше года) оставались лечебные смеси (полный сывороточный гидролизат «Альфаре allergy»). Несмотря на положительную динамику, с целью

уточнения диагноза и определения тактики дальнейшего ведения, было решено направить ребенка в Федеральную медицинскую организацию. Без уточнения диагноза и своевременного соответствующего лечения сохранялся риск отставания ребенка в развитии.

марте-апреле 2017 г. пациент был обследован в отделении гастроэнтерологии (и нарушений обмена веществ) ФГБОУ «ПФМИЦ» Минздрава России, г. Нижний Новгород. Направительный диагноз «Гастроинтестинальная пищевая аллергия. Вторичная энтеропатия. Селективное иммунодефицитное состояние sIgA. Нормосомия» подтвержден.

Помимо стандартных общеклинических анализов крови, мочи, кала, – проведены нагрузочные тесты с лактозой, с сахарозой; сделана иммунограмма, исследованы иммуноглобулины А, G – к глиадину, транскламиназе; антитела к иерсиниям, лямблиям. Выявлено снижение уровня иммуноглобулинов А и М в сыворотке крови, остальные показатели в норме. Исследована кровь на гепатиты методом ИФА и ПЦР с отрицательным результатом. Проведена фиброгастродуоденоскопия с биопсией с заключением: поверхностный дуоденит, умеренно выраженный, неактивный. Поверхностный еунит, умеренно выраженный, неактивный.

настоящее время ребенку расширяется питание, введено дополнительно: мясо – индейка, свинина; овощи – репа; рыба – треска; яйцо – желток; масло – оливковое; фрукты – яблоко печеное. Общее состояние стабильное, кожный атопический синдром отсутствует, стул 1–2 раза в день, – оформленный, без патологических примесей.

Выводы:

Элиминационные диеты по исключению лактозы и глиадина в питании детей раннего возраста могут быть применены только на этапе проведения дифференциальной диагностики, так как аллергия к белку коровьего молока в этом возрасте встречается гораздо чаще, чем лактазная недостаточность и целиакия.

Длительное применение аминокислотных смесей безопасно и показано при поливалентной пищевой аллергии.

Детям с аллергией к белкам коровьего молока нецелесообразно назначать низко- и среднегидролизированные смеси. Не все дети переносят даже полные гидролизаты и аминокислотные смеси.

Начинать введение гидролизатов в питание ребенка необходимо 2. казеиновых или аминокислотных смесей, затем по достижении стабильного положительного эффекта осуществить постепенный переход к сывороточным.

Подбор и длительность применения гидролизированных смесей должны быть строго индивидуальными! Однако, надеяться на успешное лечение гастроинтестинальной пищевой аллергии можно только при курсах не менее 6 мес.

Для профилактики гастроинтестинальной пищевой аллергии крайне важны: грудное вскармливание, гипоаллергенная диета кормящей матери и

ребенку! Гипоаллергенная диета должна основываться на клинических проявлениях заболевания и зависимости аллергии от употребления пищевых аллергенов. ИФА крови на специфические IgE-а/т играет второстепенную роль, уровень IgE-общего не имеет значения.

**5 П р и м е ч а н и е:** выводы сделаны по ряду аналогичных наблюдений; клинический пример, описанный выше – одно из них.

### **Библиографический список**

Баранов, А. А. Гастроинтестинальная пищевая аллергия у детей / А. А. Баранов, И. И. Балаболкин, О. А. Субботина. – М. : Династия, 2002. – 180 с.

Воронцов, И. М. Болезни, связанные с пищевой сенсibilизацией 6 детей / И. М. Воронцов, О. А. Маталыгина. – Л. : Медицина, 1986. – 272 с.

В Гастроинтестинальная форма пищевой аллергии у детей : учеб. пособие / под ред. Л. Ф. Казначеевой. – Изд. 2-е, перераб. – Новосибирск, 2012. – 48 с.

В Галеева, Р. Т. Пищевая аллергия у детей / Р. Т. Галеева. – Пенза : ПИУВ, 2005. – 71 с.

В Пищевая аллергия. Механизм формирования. Первичная и вторичная профилактика / Н. С. Карташева и др. – Пенза : ПИУВ, 2006. – 33 с.

В Маланичева, Т. Г. Гастроинтестинальная аллергия у детей / Т. Г. Маланичева, Н. В. Зиятдинова, С. Н. Денисова // Лечащий врач. – 2014. – № 8.

В Ногаллер, А. М. Пищевая аллергия / А. М. Ногаллер. – М. : Медицина, 1983. – 192 с.

В Пищевая аллергия у детей : пособие для педиатров, аллергологов, нутрициологов, гастроэнтерологов / под ред. И. И. Балаболкина. – М., 2006. – 53 с.

В Современные технологии реабилитации детей с аллергодерматозами / под ред. Л. Ф. Казначеевой. – Новосибирск, 2000. – 196 с.

В Хаитов, Р. М. Оценка иммунного статуса человека в норме и при патологии / Р. М. Хаитов, Б. В. Пинегин // Иммунология. – 2001. – № 4. – С. 4–6.