

«В терапии пищевой аллергии адекватная аллергодиагностика играет ключевую роль»

Об особенностях диагностики и лечения пищевой аллергии и анафилаксии «Вестнику» рассказал Александр Николаевич Пампура, доктор медицинских наук, заведующий отделением аллергологии и клинической иммунологии НИКИ педиатрии имени академика Ю. Е. Вельтищева ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова» Минздрава России, главный внештатный детский специалист – аллерголог-иммунолог Департамента здравоохранения г. Москвы.

Интервью брала Алена Шереметьева

Расскажите, пожалуйста, о ситуации с распространенностью пищевой аллергии среди детей и подростков в России.

Александр Пампура: Количество детей с пищевой аллергией с каждым годом увеличивается. Обращаемость по данной проблеме неуклонно растет. Увеличивается и число детей с тяжелыми формами пищевой аллергии. Это, как правило, дети первых трех лет жизни. В этом возрасте распространенность пищевой аллергии достигает 8–10%. У детей 6–7 лет распространенность лабораторно подтвержденной пищевой аллергии ниже и составляет около 5–6%. Такая разница в цифрах связана с естественным течением аллергических заболеваний. Именно на первом году жизни ребенка пища представляет наибольшую опасность с точки зрения возникновения аллергических реакций. В идеале при встрече с новым продуктом должна развиваться толерантность, но это, к сожалению, происходит не всегда.

Как долгое грудное вскармливание и раннее введение прикорма влияют на прогноз по возникновению пищевой аллергии?

А. П.: Продолжительность грудного вскармливания, которое имеет значимость в отношении предупреждения развития аллергических заболеваний, составляет 3–4 месяца. И эта взаимосвязь еще не доказана. Однако, без сомнения, грудное вскармливание вносит весомый вклад в формирование здорового ребенка. Если говорить об «окне толерантности», то это научный термин, который все активно используют, но на деле это очень сложное понятие. К примеру, для глубоко недоношенного ребенка и ребенка, родившегося в срок, «окно толерантности», вероятно, будет различным, и, наверное, безопасными будут совершенно разные сроки введения прикорма, так же как и для детей не из групп риска и детей с отягощенным наследственным аллергоанамнезом. К тому же «окно толерантности» для разных продуктов, наверное, будет различным: для яйца это одни временные промежутки, а для арахиса – другие. И так со всеми продуктами. Большое значение имеет и место проживания ребенка: для средней полосы характерен один набор продуктов, а для южных регионов – другой. Неоднозначна и ситуация с экстраполированием результатов тех или иных исследований по введению прикорма, проведенных в других странах.

Какие меры первичной профилактики пищевой аллергии эффективны у детей?

А. П.: В части профилактики аллергических заболеваний очень много заблуждений. Но есть меры, которые действительно работают. В частности, формирование групп риска. Это дети, у которых ближайшие родственники (родители, братья, сестры) страдают от аллергических заболеваний. Значимыми мерами являются грудное вскармливание до 3–4 месяцев, своевременное введение прикормов и обращение за консультацией к аллергологу-иммунологу при первых признаках возникновения аллергии.

Какова роль первичного звена в профилактике пищевой аллергии у детей?

А. П.: Это очень правильный вопрос. Профилактикой действительно должны заниматься педиатры. Важен тщательный сбор анамнеза, и если ребенок относится к группе риска по возникновению аллергических заболеваний, то верным решением будет направить пациента на консультацию к аллергологу-иммунологу. В рутинной практике подбором подходящей смеси занимается педиатр, но если у ребенка уже есть признаки аллергии, такие как атопический дерматит, то, конечно, необходима консультация аллерголога-иммунолога.

Как часто пищевая аллергия у детей может приводить к анафилаксии?

А. П.: Заболеваемость анафилаксией широко варьирует и составляет от 10 до 700 случаев на 100 000 человек в год. Есть особая группа детей с рисками по возникновению анафилаксии – это дети первых 3–4 лет жизни. У них распространенность анафилаксии в общей популяции составляет 1–3%.



Пампура Александр Николаевич

Как правильно диагностировать анафилаксию?

А. П.: Гиподиагностика анафилаксии – это огромная проблема в России. В первую очередь это связано с тем, что диагноза «анафилаксия» как такового не существует в нынешней редакции МКБ. В новой версии МКБ анафилаксии посвящен большой раздел, но она заработает в России в ближайшие 1–2 года. На сегодняшний день около 80% пациентов с анафилаксией живут без установленного диагноза, несмотря на наличие анафилактогенных реакций в анамнезе. Между тем диагноз «анафилаксия» может поставить не только аллерголог-иммунолог, но и любой другой врач. Такой пациент должен быть обследован и тщательно проинформирован о каждом факторе риска, который может привести к анафилаксии.

Какие продукты питания, как правило, являются триггерами анафилаксии?

А. П.: С возрастом триггеры анафилаксии меняются. У детей первых трех лет жизни это яйцо, белок коровьего молока и другие продукты животного происхождения. У подростков доля значимости этих триггеров в развитии анафилаксии снижается, и возрастает роль таких триггеров, как орехи, рыба и морепродукты.

Как обучить родителей и людей, работающих с детьми, алгоритму оказания первой помощи при анафилаксии?

А. П.: На самом деле обучить родителей и людей, которые постоянно находятся рядом с ребенком, алгоритму первой помощи и, в частности, введению адреналина – это посильная задача для врача. Никаких сложных манипуляций: открыть ампулу с адреналином, набрать необходимую дозу в шприц и сделать инъекцию. Вовлеченные родители, как правило, быстро обучаются и не испытывают никаких сложностей. Дома, в школе и любом другом месте у ребенка с установленным диагнозом «анафилаксия» должна быть с собой соответствующая укладка.

Есть ли предпосылки к появлению в России аналога Эпипена?

А. П.: Если говорить о шприц-ручке, то это, конечно, удобный и быстрый вариант введения адреналина, но он не лишен проблем. Использовать его без соответствующей подготовки тоже нельзя. К примеру, если инъекция проводится через плотную одежду, то игла может пройти по касательной. Если ребенок астеничного телосложения, то игла шприц-ручки может попасть в кость, а если

ребенок упитанный – в жировую ткань. Технологии создания шприц-ручки существуют; наверное, проблема в наличии инвесторов.

Вы были одним из инициаторов создания регистра больных с анафилаксией. Расскажите, пожалуйста, подробнее об этом проекте.

А. П.: В Москве создается регистр московских пациентов с анафилактогенными реакциями. Думаю, что через год или два этот опыт будет масштабирован и на другие регионы России. Московских детей с подозрением на анафилаксию надо направлять для получения полноценной помощи в Морозовскую больницу. Взрослых пациентов из Москвы можно направлять в городскую клиническую больницу № 52. По мере развития регистра будет имплементирован в Единую медицинскую информационно-аналитическую систему города Москвы. В случае подозрения на анафилаксию врачи могут связаться с нами по электронной почте registr_anaphylaxis@mail.ru. В европейских странах подобные регистры существуют давно и позволяют систематизировать данные о распространенности анафилаксии и ключевых триггерах. Все это помогает врачам оперативно оказывать помощь, тщательнее контролировать болезнь и назначать правильное лечение.

Расскажите, пожалуйста, о современных подходах к лечению пищевой аллергии у детей и подростков.

А. П.: В терапии пищевой аллергии ключевую роль играет адекватная аллергодиагностика. Если диагностика проведена правильно, то это уже 90% успеха. Важно тщательно собрать анамнез и сопоставить эти данные с клиническими проявлениями. Так мы сможем объективизировать полученную информацию. Далее, исходя из получившейся картины, мы проводим аллергодиагностику методом ImmunoCAP. Он обладает высокой специфичностью, чувствительностью и таким важным параметром, как воспроизводимость. Мы можем обследовать ребенка через полгода-год и четко понять, что произошло в динамике. В некоторых ситуациях можно использовать аллергочип ISAC с целью определения специфических IgE к конкретным молекулам. Для каждого метода есть свои показания. Правильно проведенная диагностика – это залог успеха. Если мы имеем дело с пациентом раннего возраста, то у него может быть не IgE-опосредованная аллергия, и чтобы поставить диагноз, потребуется проведение провокационных тестов.

Какова роль элиминационной диеты в лечении пациентов с пищевой аллергией?

А. П.: Если у пациента есть чувствительность к 1–2 продуктам, то можно назначить элиминационную диету. Но если таких продуктов больше двух и они составляют существенную часть рациона семьи, то возникают сложности. Однако грамотно подобранная диета позволяет ребенку полноценно питаться, набирать вес и развиваться в полном соответствии с возрастными нормами. Здесь важен баланс и здравый смысл.

Как решается вопрос с питанием детей с пищевой аллергией в школах?

А. П.: Насколько мне известно, дети-аллергики могут приносить в школу питание из дома в своих ланч-боксах. Учитывая сложность и многогранность пищевой аллергии, организовать централизованное питание для детей-аллергиков не представляется возможным.

Насколько, на ваш взгляд, эффективна АСИТ пищевыми аллергенами?

А. П.: Этот вопрос активно исследуется последние несколько лет. Для того чтобы принять решение о необходимости АСИТ пищевыми аллергенами, необходимо понимать прогноз каждого конкретного ребенка. Если прогноз благоприятный, то в АСИТ нет смысла, а если неблагоприятный – можно подумать об этом методе терапии. Однако существующие исследования показывают, что такая терапия помогает трети пациентов при постоянном введении продуктов, содержащих аллергены. В нашей действительности крайне важно уметь определять, будет ли у ребенка на первом году жизни персистировать аллергия на белок коровьего молока. Если да, то возможно, что есть смысл проводить АСИТ. Но возникает большое количество юридических вопросов: кто и зачем будет проводить терапию, что делать, если у ребенка возникнет острая реакция, и кто будет за это отвечать. К тому же финансовая сторона вопроса тоже довольно сложная. Думаю, этот метод лечения не войдет в рутинную практику в ближайшие пять лет. Нужны дальнейшие исследования. ■