

DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-588-81-5-1.43>

**ОСОБЛИВОСТІ РАНЬОГО АТОПІЧНОГО СТАТУСУ
НА ТЛІ ХАРЧОВОЇ АЛЕРГІЇ У ДИТИНИ 1 РОКУ 6 МІСЯЦІВ.
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК**

Ріга О. О.

*доктор медичних наук,
професор кафедри педіатрії та неонатології № 1
Харківський національний медичний університет*

Омельченко О. В.

*кандидат медичних наук,
доцент кафедри педіатрії та неонатології № 1
Харківський національний медичний університет*

Орлова Н. В.

*аспірант кафедри педіатрії та неонатології № 1
Харківський національний медичний університет*

Арасланова Т. Р.

*студентка 6 курсу
Харківський національний медичний університет*

Горбунова І. В.

*студентка 6 курсу
Харківський національний медичний університет
м. Харків, Україна*

Атопічний дерматит (АД) посідає особливе місце в структурі алергічних захворювань, негативно впливає на якість життя та потребує довготривалого лікування [1]. У той же час поширеність доведеної харчової алергії в розвинених країнах Західної Європи серед дітей віком до 14 років становить 10-20% [2]. У дітей АД вперше проявляється до 6 місяців у 45 % випадків, впродовж першого року життя – у 60%, до 5 років – у 80% випадків [3]. У той же час поширеність доведеної харчової алергії в розвинених країнах серед дітей першого року життя становить 6-8%, а в підлітковому віці – 2-4%. Перші ознаки захворювання маніфестують вже у перші два місяці життя. Приблизно 20% батьків вважають, що в їхньої дитини є харчова алергія, яка розпочинається з харчової сенсебілізації [4]. Харчові антигени, які впливають на дитину у період новонародженості можуть бути важливими

сенсебілізуючими факторами [5]. Розуміння причин формування atopічного статусу, застосування раціонального харчування сприяє профілактиці алергії у дітей з групи ризику.

Метою даного клінічного випадку є демонстрація можливих причин формування atopічного статусу у дитини та відображення сучасних принципів діагностики та лікування.

Наводимо власне спостереження.

Дівчина В., 1 рік та 6 місяців госпіталізована зі скаргами на біль у животі, випорожнення неоформлені до 3-4 разів на добу, шкірну висипку, сповільнення збільшення маси тіла. З анамнезу відомо, що дитина від другої вагітності, яка протікала із загрозою викидню. Під час вагітності мати отримала 2 курси антибактеріальної терапії з приводу хронічного пієлонефриту. Пологи на 40-му тижні вагітності, фізіологічні. При народженні маса тіла 3100 г., довжина 50 см. Оцінка за шкалою Апгар 8 та 9 балів на 1 та 5 хвилині життя відповідно. На грудному вигодовуванні була перші 4 тижні, потім був введений прикорм молочною сумішшю. У дитини з народження відмічалися неспокій, який виникав після кожного годування, здуття живота та коліки. За перший місяць маса тіла збільшилася на 310 г. Матері рекомендовано виключити з раціону молочні продукти (вживала до двох стаканів молока на добу). На другому місяці життя у дитини з'явилася алергічна висипка на шкірі. Встановлений клінічний діагноз: «Атопічний дерматит, малокова розповсюджена форма, тяжкий перебіг». Педіатром рекомендовано переведення на високогідралізовану суміш на основі білків молочної сироватки та розпочати введення прикорму з безмолочної гіпоалергенної каші, овочевого пюре (кабачок, кольорова капуста, броколі, гарбуз), м'ясного пюре (індик, кролик), фруктового пюре (яблуко, груша, слива). Після корекції харчування розповсюдженість алергічної висипки у дитини була повністю усунена. У віці 18-ти місяців батьки самостійно додали в раціон відварену телятину, жовток та через місяць стан дитини погіршився, з'явилися еритематозно-уртикарні елементи на обличчі, тулубі, кінцівках з вираженим свербіжем, біль у животі, випорожнення зі слизом. Застосування антигістамінних препаратів та засобів зовнішньої терапії не забезпечили бажаного терапевтичного ефекту.

Сімейний анамнез: у батька бронхіальна астма, у матері медикаментозна алергія. Об'єктивно: стан дитини тяжкий за основним захворюванням. Дівчинка емоціонально лабільна, плаксива, непокоїть свербіж шкіри. Шкірні покриви бліді, сухі, підшкірно-жирова клітковина виражена слабо, тургор тканин знижений. На шкірі тулуба та кінцівок

відмічаються еритематозно-сквамозні елементи на фоні гіперемії та набряку, що утворюють ділянки кірочок та лусочок. Маса дитини складає 10.3 кг, зріст – 78 см., фізіологічний розвиток дитини низький, гармонійний. Психомоторний розвиток відповідає віковій нормі. Лімфозузи не збільшені, носове дихання вільне. Перкуторно визначається ясний легеневий звук. Аускультативно: у легенях дихання проводиться в усі відділи, везикулярне, хрипів немає. Тони серця звучні, ритмічні. Живіт м'який, безболісний при пальпації. Печінка виступає з-під краю реберної дуги на 2 см., селезінка не пальпується. Нестійкі, розріджені випорожнення до 6 разів на добу, з домішками слизу.

Додаткові методи дослідження: у клінічному аналізі крові – помірна еозинофілія до 8%. У копрограмі: виражена стеаторея, помірна амілорея, помірна кількість слизу, поодинокі лейкоцити. Рівень фекального кальпротектину в межах референтних значень і складає 55,01 мкг / г (норма 53-119.0 мкг / г). В біохімічному аналізі загальний білок знижений до 50 г / л (норма – 56 – 75 г / л), підвищення АЛТ до 0.98 ммоль / год / л (норма 0,1-0,68 ммоль / год / л), гіпохолестеринемія – 2, 9 ммоль / л (норма 3,5-5,2 ммоль / л), рівень загального імуноглобуліну Е 95 МО / мл (норма від 0 до 90 МО / мл). Виявлено специфічні імуноглобуліни IgE-антитіла до жовтка курячого яйця, білку курячого яйця, яловичини, до коров'ячого молока. Целиакія була виключена на підставі отриманих результатів дослідження: ЕМА Ig A 1: 4 (N <1: 5), anti-tissue transglutaminase, tTG IgA, 7 Од (N <10,0 Од / мл); IgG 6 Од / мл (N <10,0 Од / мл), Ig G (АГА) – 10 Од / мл. (N 12,5 Од / мл). При проведенні УЗД органів черевної порожнини, виявлено реактивні зміни підшлункової залози, підвищення пневмотизації кишківника.

Консультації дерматолога: Атопічний дерматит, малюкова розповсюджена форма, тяжкий перебіг, період загострення. Рекомендовані місцеві глюкокортикостероїди, зволожуючі і пом'якшуючі засоби.

Клінічний діагноз: Атопічний дерматит, малюкова розповсюджена форма, важкий перебіг, період загострення. Харчова алергія.

Враховуючи анамнез захворювання та результати обстеження, дитині було призначено діету з виключенням молока і молочних продуктів, яловичини, телятини, яєць; рекомендації дерматолога. Для корекції нутритивного статусу додатково рекомендована лікувальна суміш на основі амінокислот для дітей від 1 року до 10 років.

На тлі проведеного лікування стан дитини покращився: значно зменшилися поширеність і прояви шкірних висипань, нормалізувався стілець, прибавка в масі тіла 150 г (за 5 днів).

Через 7 місяців при обстеженні виявлено поліпшення стану пацієнтки у вигляді усунення висипань на шкірі, відсутність скарг на біль в животі, позитивна динаміка масо-ростових показників.

Даний клінічний випадок демонструє раннє формування atopічного статусу з розвитком алергічної хвороби на тлі обтяженого алергічного анамнезу. Дитині в 2 місяці життя був встановлений діагноз atopічного дерматиту, причинами розвитку якого були антигени, одержувані з молоком матері. Дівчинка переведена на високогідролізовані суміші на основі білків молочної сироватки. Визначено продукти, що викликають утворення специфічних IgE антитіл у дитини. Призначення правильного раціону, що містить гіпоалергенні продукти, та лікувальної суміші на основі амінокислот дозволили усунути симптоми і в динаміці нормалізувати масо-ростові і лабораторні показники.

Література:

1. Schneider L. Study of the Atopic March: Development of Atopic Comorbidities // *Pediatr Dermatol*. 2016, vol. 33, № 4, p. 388–398.
2. Hochwallner H, Schulmeister U, Swoboda I, et al. Infant milk formulas differ regarding their allergenic activity and induction of T-cell and cytokine responses. *Allergy*. 2017;72(3):416–424. doi: 10.1111/all.12992.
3. Ohba F. Efficacy of a novel phosphodiesterase inhibitor, E6005, in patients with atopic dermatitis: An investigatorblinded, vehicle-controlled study // *J. Dermatolog. Treat*. 2016, vol. 27, № 5, p. 467–472.
4. Osborn DA, Sinn JK, Jones LJ. Infant formulas containing hydrolysed protein for prevention of allergic disease and food allergy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(3):CD003664. doi: 10.1002/14651858.CD003664.pub4.
5. Alduraywish SA, Lodge CJ, Campbell B, et al. The march from early life food sensitization to allergic disease: a systematic review and meta-analyses of birth cohort studies. *Allerg y*. 2016;71(1): 77–89. doi: 10.1111/all.12784.