

ХАРЧОВА АЛЕРГІЯ У ДІТЕЙ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ: КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ СУЧАСНИХ ДІАГНОСТИЧНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ

Л.О. Безруков, О.К. Колоскова, Е.В. Юрчишена
Буковинська державна медична академія, м. Чернівці

Резюме. На підставі комплексного обстеження 221 дитини раннього та дошкільного віку, хворої на бронхіальну астму, вивчено показники діагностичної цінності та клініко-епідеміологічного ризику наявності харчової алергії. Показано, що казівки в анамнезі на алергійні реакції після вживання нових харчових продуктів у асоціації з позитивними внутрішньошкірними алерготестами та трофалергенами, а також виявлення специфічних IgE-антитіл – діагностичний комплекс, що дозволяє виявити замасковану харчову алергію зі специфічністю тесту 92,7%. Діагностична цінність показників відносного вмісту імунорегуляторних клітин, функція яких асоціює із супресорною, визначених методом розеткоутворення та імунофлуоресценції, не відрізнялась, що робить можливим використання з метою діагностики прихованої харчової алергії «старого» методу розеткоутворення з теофіліном.

Ключові слова: діти, прихована харчова алергія, алергопроби, специфічний IgE.

Вступ

Проблема алергічних захворювань дитячого віку взагалі, та харчової алергії зокрема, належить до числа актуальних та водночас до кінця не вирішених задач педіатричної науки. Справжня частота харчової алергії невідома, проте згідно результатів всесвітніх досліджень, біля 28% матерів впевнені, що їхні діти щонайменше один раз мали побічні реакції на їжу [9], хоча лише в третині випадків із цієї когорти на підставі даних анамнезу можна припустити наявність харчової алергії [13]. Загальновідомим є той факт, що клінічні прояви харчової алергії надзвичайно різноманітні, варіабельні та охоплюють усі системи організму. У дітей раннього віку саме харчова алергія, пов'язана з імунними механізмами непереносимості харчових продуктів, особливо генетично зумовленими IgE-опосередкованими реакціями реактивного типу, посідає провідне місце [10]. Поширеність харчової алергії сягає у молодшому віці 5–15% чи навіть 15–40% [3,15], причому у переважній більшості випадків маніфестація харчової алергії є першим проявом генетичної схильності до розвитку atopії та пусковим фактором виникнення шкірних, респіраторних та гастроінтестинальних її проявів.

Діагностика харчової алергії – процес трудомісткий, вимагає ретельного збирання анамнезу для диференціації харчової непереносимості та істинної реакції гіперчутливості [4]. Серед експериментів *in vivo* першорядне значення мають шкірні проби (епікутанні – «patch»-тести, уколочні – «prick»-тести [14], внутрішньошкірні тести тощо), що рекомендуються для пацієнтів, у яких передбачається IgE-обумовлена харчова гіперчутливість. В дослідницьких роботах наводяться дані про зв'язок шкірних прік-тестів та специфічного IgE сироватки крові [12] та їх асоціацію із важкістю перебігу харчової алергії, окрім того серед лабораторних методів найбільш інформативними вважаються імунологічні: радіоалергосорбентний (RAST), метод імуноферментного аналізу (ІФА), що виявляє з великою достовірністю специфічні IgE-антитіла до різних харчових алергенів. За допомогою реакції пасивної гемаглютинації (РПГА) з еритроцитарними діагностикумами можна визначити IgG-антитіла до різних білків їжі. Діагностика харчової алергії *in vivo* може також включати проведення елімінаційної дієтотерапії [12]. Проте наведені діагностичні методики коштовні, нерідко недостатньо специфічні [16], часто недосяжні для практичної охорони здоров'я, тому результати досягаються значно повільніше.

Окрім того, невирішену проблему становить діагностика так званої замаскованої (або ж прихованої) харчової алергії, що являє собою маловиразну з клінічної точки зору, проте ключову у відношенні патогенезу, першу стадію циклічної форми харчової алергії, коли виниклі симптоми важко пов'язати з прийманням певних харчових продуктів.

Виходячи з актуальності та остаточної невирішеності діагностичних підходів до виявлення харчової алергії, особливо у випадках, коли вона, створюючи фон для перебігу бронхообструктивного синдрому, не має клінічно виражених ознак через замасковану її стадію, доцільне вивчення діагностичної цінності основних клініко-параклінічних маркерів на репрезентативній когорті пацієнтів з вираженою клінічною картиною.

Метою даного дослідження було вивчити діагностичну цінність результатів окремих анамнестичних, клінічних та параклінічних (алергологічних та імунологічних) досліджень дітей з ознаками харчової алергії, що хворіють на бронхіальну астму, для виявлення прихованої харчової алергії у дітей раннього та дошкільного віку, хворих на бронхіальну астму, а також дослідити показники клініко-епідеміологічного ризику наявності прихованої харчової алергії у пацієнтів за умови наявності вищезгаданих клініко-параклінічних даних.

Матеріал і методи дослідження

Для досягнення мети дослідження нами було сформовано дві клінічні групи порівняння. Першу (I) основну групу склали 112 дітей, у яких бронхіальна астма (БА) перебігала на тлі харчової алергії (ХА). Другу (II) групу порівняння склали 109 дітей, хворих на БА без ХА.

Групи формувалися за принципом випадкового відбору, а групувальною ознакою була наявність у хворих, що увійшли до основної групи, трикомпонентного обов'язкового комплексу діагностичних щодо харчової алергії ознак – клінічних проявів підвищеної чутливості до харчових продуктів в анамнезі у поєднанні із різко позитивними внутрішньошкірними пробами з харчовими алергенами, таких, що оцінювалися як «+++», та наявністю у сироватці крові специфічних до трофалергенів імуноглобулінів класу Е (IgE). У дітей групи порівняння визначаної «тріади» ознак не спостерігалось, або спостерігалось окремі з вказаних критеріїв, через що наявність БА в цих спростовували.

Діти перебували на стаціонарному лікуванні в пульмонологічному та грудному відділеннях обласної дитячої клінічної лікарні в м. Чернівці.

Клінічні групи порівняння формувалися відповідно до методу дослідження «випадок — контроль» для досягнення мети дослідження і вирішення його конкретних завдань, були порівняними і репрезентативними. Робота виконана у двох випадках рандомізованого порівняльного дослідження у паралельних групах.

Крім загальноклінічних та біохімічних обстежень, пацієнтам клінічних груп спостереження проведений комплекс алергологічних та імунологічних досліджень I та II рівнів, результати якого аналізувалися методами біостатистики та клінічної епідеміології [11].

Результати досліджень та їх обговорення

При вивченні анамнезу захворювання пацієнтів клінічних груп порівняння нами виявлена тенденція до тривалішого перебігу бронхіальної астми у пацієнтів з харчовою алергією. Так, тривалість хвороби менше 1-го року у цій клінічній групі зареєстровано у 21,4±3,9% випадків, а у групі порівняння — у 33,9±4,5% спостережень ($p < 0,05$), що, мабуть, відображувало більш ранній дебют клінічних проявів атопії у вигляді бронхообструктивного синдрому у дітей з ХА, тобто своєрідний «марш» дитини до респіраторних проявів ХА та зміну органів-мішеней [1].

Встановлено також, що серед пацієнтів I клінічної групи достовірно переважали діти, в анамнезі яких реєструвалися ознаки ексудативно-катарального діатезу (ЕКД) у порівнянні з однолітками, які сформували II клінічну групу. Так, дітей з ЕКД у першій групі було 70,7±4,8%, а у II — 33,3±4,9% ($p < 0,001$). Водночас, за частотою інших, так званих «фонових станів», достовірних відмінностей у групах порівняння виявлено не було.

За характером вигодовування пацієнтів, що увійшли до клінічних груп порівняння, встановлені достовірні відмінності, що виражалися у переважанні дітей на ранньому штучному вигодовуванні у I клінічній групі. Так, на природному вигодовуванні впродовж першого півріччя життя знаходилось 35,9±5,0% пацієнтів I-ої та 44,4±5,2% дітей II-ої групи ($p > 0,05$). Відносно штучного та змішаного вигодовування дані показники відповідно склали 46,7±5,2% і 31,1±4,9% ($p < 0,05$) та 17,4±3,9% і 24,4±4,5% ($p > 0,05$).

Оцінка індивідуального алергологічного анамнезу дозволила встановити певні відмінності у дітей груп порівняння. Так, ознаки неадекватної реакції на харчові продукти пацієнтів I групи достовірно частіше реєструвались уже на першому році життя — 44,5±5,2% випадків, та у 18,9±4,1% спостережень у II групі. ($p < 0,001$).

Серед пацієнтів I клінічної групи достовірно переважали діти, в яких напад БА спостерігався після вживання окремих харчових продуктів: такі вказівки реєструвались в 41,3±5,1% випадків у I та лише у 10,0±3,2% спостережень у II групі ($P < 0,05$).

В цілому ж показники діагностичної цінності позитивного алергоанамнезу обстежених дітей відносно виявлення у них ознак харчової алергії були наступними: чутливість (Se) тесту склала 84,0%, специфічність (Sp) — 75,0%. позитивна [PV(+)] та негативна [PV(-)] передбачувана цінність відповідно дорівнювали 79,7% та 82,5%. Атрибутивний ризик склав 72%, відносний ризик — 4,6 (95% CI: 2,4–8,7) та пропорційність шансів дорівнювала 43,9 (95% CI: 19,7–97,7), $\chi^2 = 13,8$, $p < 0,001$.

Таким чином, даний тест у виявленні харчової алергії у пацієнтів з БА виявився більш чутливим, ніж специфічним, що зумовлювалося хибнопозитивними результатами у 22%

випадків, які, можливо, пояснювалися наявністю у дітей харчової непереносимості, що імітувала алергію на продукти.

Шкірні алерготести на сьогодні залишаються одним з основних методів діагностики харчової алергії, хоча ставлення до них, згідно з літературними даними, неоднозначне [5,17]. За результатами проведення внутрішньошкірних алергопроб з харчовими алергенами у дітей груп порівняння встановлено, що в I клінічній групі позитивні відповіді різного ступеня вираженості реєструвалися у 93,8±2,3% випадків, а у II клінічній групі — лише в 19,3±3,78% спостережень ($p < 0,001$). Наявність майже у кожної п'ятої дитини II клінічної групи позитивної відповіді при внутрішньошкірному введенні стандартних трофалергенів ми пояснювали з позицій можливих хибнопозитивних результатів за умови неспецифічної чутливості шкіри у дітей з атопічною реактивністю організму.

Діагностична цінність та показники клініко-епідеміологічного ризику позитивних шкірних проб до харчових продуктів для виявлення харчової алергії були наступними: чутливість тесту склала 93,7%, специфічність — 80,7%, позитивна передбачувана цінність — 82,7%, негативна — 92,6%, атрибутивний ризик дорівнював 75%, а відношення шансів — 62,8 (95% CI 25,5–154,5; $\chi^2 = 3,2$, $p < 0,05$).

Таким чином, у виявленні харчової алергії позитивні внутрішньошкірні алергопроби з харчовими стандартними алергенами виявилися високочутливими за рахунок лише 6,3% хибнонегативних результатів із середньою специфічністю за рахунок 19,3% хибнопозитивних результатів. Якщо перша їх властивість свідчила на користь коректно сформованих клінічних груп спостереження, то друга лише підтверджувала можливість полівалентної чи перехресної алергії у дітей з нехарчовими алергенами, що знижувало діагностичну цінність даного методу виявлення замаскованої ХА.

Вивчення відносного вмісту розеткоутворюючих лімфоцитів, функція яких асоціювала з T-лімфоцитами, а також їх субпопуляцій в пробі з теофіліном та шляхом типування субпопуляцій T-лімфоцитів за допомогою моноклональних антитіл дозволило виявити відмінності у порівнянні зі здоровими дітьми. У пацієнтів I клінічної групи значення ТФЧ-Е-РУК < 17,9% реєструвалося в 72,0±6,3% випадків, а у II групі відмічалось в 32,0±6,6% спостережень ($p < 0,05$), а частота реєстрації відносного вмісту CD-8 клітин менше середньогрупового показника у групах порівняння відповідно складала 74,2±5,5% та 47,5±6,5% спостережень ($p < 0,05$).

Показники епідеміологічного ризику наявності ХА у дітей із відносним вмістом ТФЧ-Е-РУК нижче від середньогрупового показника склали: AR=46%, RR=2,6 (95% CI: 1,7–4,0), OR=5,5 (95% CI: 2,4–12,7); $\chi^2 = 10,9$, $p < 0,01$. Для відносного вмісту CD-8 менше 22,5% ці показники відповідно дорівнювали: AR=28%, RR=1,8 (95% CI: 1,3–2,5), OR=3,2 (95% CI: 1,5–6,8); $\chi^2 = 5,5$, $p < 0,01$.

Водночас, отримані нами результати свідчили про те, що зменшенню кількості субпопуляцій лімфоцитів, функція яких асоціює із супресорною, визначених за методикою розеткоутворення в присутності теофіліну, притаманні також кращі показники діагностичної цінності тесту у виявленні прихованої харчової алергії в порівнянні із методом імунофлуоресценції. Зокрема чутливість тесту (при зниженні його результатів менше < 17,9%) склала 72%, специфічність — 68%, поширеність — 50% та точність — 70% при позитивній передбачуваній цінності 69,2% та негативній — 70,8%.

Для вмісту CD8-субпопуляцій менше 22,5% ці показники діагностичної цінності тесту відповідно склали: 74,2%, 52,5%, 51,2%, 63,6%, 62,2% та 64,6%.

Враховуючи високу вартість імунофлуоресцентної методики визначення субпопуляцій T-лімфоцитів, через що

вона часто є недоступною для практичної охорони здоров'я, в обстеженні та лікуванні пацієнтів з бронхіальною астмою для діагностики у них прихованої харчової алергії доцільним є використання доступного, простого та водночас не менш інформативного «старого» методу розеткоутворення. Цей шлях дозволяє одержати значний позитивний економічний ефект завдяки заощадженню коштів на висококовартісному обладнанні та реактивах.

Таким чином, при вивченні вмісту імунорегулюючих клітин у реакціях розеткоутворення та шляхом типування субпопуляцій Т-лімфоцитів за допомогою моноклональних антитіл нами встановлені відмінності при порівнянні одержаних показників з результатами здорових дітей. Вони полягали у зменшенні фракції ТФЧ-Е-РУК, функція якої асоціювала із супресорною, та зниженні CD-8-субпопуляцій. У виявленні прихованої харчової алергії у дітей з бронхіальною астмою найбільш значущими виявилися показники відносного вмісту ТФЧ-Е-РУК < 17,9% і CD-8 < 22,5%, причому дещо кращі показники були притаманні відносному вмісту розеткоутворюючих лімфоцитів, функція яких асоціювала з Т-лімфоцитами, а також їх субпопуляцій в пробі з теофіліном — простішому, доступнішому і дешевшому способу порівняно з методом імунофлуоресценції.

В літературі існують відомості про варіабельність вмісту антитіл класу Е при ХА [5]. Є свідчення про те, що рівень загального Іg Е може підвищуватися не лише при atopічних захворюваннях [2]. Водночас існує думка, що вміст специфічних Іg Е-антитіл все ж більш коректно відображує стан харчової гіперсенсibiliзації [7].

Виходячи з цього, вважалось доцільним оцінити вміст специфічних до окремих харчових алергенів ІgЕ у дітей клінічних груп порівняння та вивчити діагностичну цінність даного методу у діагностиці харчової алергії. Так, у пацієнтів І клінічної групи специфічні ІgЕ до трофалергенів нами виявлені у 87,3±4,7% випадків, а в ІІ групі вони зустрічалися у 4,0±2,7% спостережень (р<0,001), що співпало з літературними даними [7]. Зокрема, до білка яйця в І групі специфічні Іg Е-антитіла виявлені в 63,0±6,8% випадків, гідролізатів коров'ячого молока — у 48,0±7,1%, а до білка риби — в 20,0±5,6% спостережень. На нашу думку, низький відсоток дітей із наявними алергенспецифічними ІgЕ до білка риби пояснювався раннім віком дітей, для яких риба як продукт харчування, має менше значення, на відміну від коров'ячого молока та яєць.

Встановлено також, що у дітей, які сформували І клінічну групу, спостерігалось не тільки достовірне переважаєння вмісту алергенспецифічних до трофалергенів ІgЕ-антитіл, але й достовірне переважаєння полівалентної сенсibiliзації до харчових продуктів.

З огляду на вищенаведене, а також враховуючи коштовність проведення імунологічних досліджень з виявлення вмісту специфічних ІgЕ-антитіл в сироватці крові, нами проаналізовані кореляційні зв'язки позитивних результатів даного дослідження із позитивними результатами внутрішньошкірних алергопроб із причинно-значущими алергенами. Результати проведеного кореляційного аналізу виявили позитивні достовірні середньої сили зв'язки позитивних шкірних алергопроб із харчовими алергенами та наявних специфічних до відповідних трофалергенів ІgЕ-антитіл. Так, при алергії до білка коров'ячого молока $r = 0,64$ (р<0,05), до білка курячого яйця $r = 0,77$ (р<0,05) та до білка риби $r = 0,46$ (р<0,05).

Таким чином, найменш міцним виявився кореляційний зв'язок у випадку алергії до білка риби, що, можливо, пояснювалось особливостями традиційного для регіону харчування дітей та меншою, внаслідок вікових особливостей,

експозицією даного алергену в раціоні дітей. Водночас, позитивні результати даного імунологічного обстеження мали хоча і достовірні, але не вкрай переконливі кореляційні зв'язки із позитивними шкірними пробами з причинно-значущими алергенами. Тому нами було проведене вивчення діагностичної цінності позитивних алергенспецифічних ІgЕ-антитіл у виявленні замаскованої ХА у пацієнтів, результати якого представлені в таблиці.

Таблиця
Діагностична цінність специфічних до харчових алергенів ІgЕ-антитіл у дітей груп порівняння (%)

Специфічні ІgЕ	Показники діагностичної цінності				
	Чутливість	Специфічність	Позитивна передбачувана	Негативна передбачувана	Точність
До курячого яйця	47,0	88,2	95,9	22,1	85,5
До коров'ячого молока	37,0	80,0	94,9	11,3	90,9
До білка риби	62,0	84,6	96,4	25,0	87,0

Таким чином, показники діагностичної цінності визначення специфічних імуноглобулінів класу Е у сироватці крові дітей, на відміну, від внутрішньошкірних проб з трофалергенами, оцінених, як різкопозитивні, характеризувалися більшою специфічністю, але меншою чутливістю, що, з огляду на високу вартість імунологічних досліджень, робить доцільним їх використання лише у випадках, де є протипоказання до проведення внутрішньошкірних проб на етапі поглибленого обстеження пацієнтів груп ризику, сформованих на підставі клініко-анамнестичних та алергологічних *in vivo* методів діагностики. Наявні, приблизно у 12–20% випадків, хибнопозитивні результати при проведенні даного тесту, можливо, відображували полівалентну, зокрема до інгаляційних агентів, алергію у дітей, хворих на БА [6].

Проведений аналіз діагностичної цінності різних клініко-анамнестичних, алергологічних *in vivo* та імунологічних *in vitro* методів дослідження у виявленні харчової алергії у дітей, хворих на бронхіальну астму, показав, що всі вони окремо взяті не можуть забезпечити одночасної сенситивності та специфічності виявлення ХА, особливо у випадках, коли вона має замаскований перебіг. Серед алергологічних досліджень найбільш чутливим тестом у виявленні замаскованої ХА слід вважати позитивні шкірні проби з харчовими алергенами, які мають найнижчий відсоток хибнонегативних результатів. Водночас, наявність у сироватці крові алергенспецифічних ІgЕ-антитіл до компонентів їжі — це найбільш специфічний, проте малочутливий тест у виявленні харчової алергії. Даному методу притаманні приблизно у 12% випадків хибнопозитивні результати, що, напевне, пояснювались перехресним характером алергічного процесу у пацієнтів ІІ-ої групи або іншим патогенетичними механізмами розвитку ХА у дітей І-ої групи. Останнє, з огляду на високу вартість даного дослідження, звууже доцільність його використання тільки до випадків розповсюдженого запального процесу на шкірі, коли використання шкірних проб недоцільне, а також не дозволяє провести диференційний діагноз замаскованої ХА за допомогою виключно діагностики *in vitro*.

Виходячи з вищенаведеного, для формування груп ризику серед пацієнтів, що хворіють на бронхіальну астму, з метою виявлення у них причинної ролі харчової алергії, якщо можливо, замаскований перебіг, у якості діагностичного критерію слід використовувати комплекс наступних критеріїв: клініко-анамнестичних, алергологічних та імунологічних.

— **заказки в анамнезі дитини на реакції алергічного типу після введення нових харчових продуктів;**

— **позитивні внутрішньошкірні алерготести із харчовими продуктами, які використовуються найчастіше у раціоні дитини;**

— **при неможливості проведення алергопроб внаслідок поширеності уражень шкіри, виявлення у крові пацієнтів алерген-специфічних IgE-антитіл, особливо до тих трофалергенів, які асоціюють з позитивними алерготестами in vivo**

За нашими результатами, такому діагностичному комплексу притаманні наступні показники діагностичної цінності у виявленні ХА в пацієнтів, хворих на БА: чутливість тесту 77,7%, специфічність — 92,7%, позитивна пе-

редбачувана цінність — 91,6%, негативна передбачувана цінність — 80,2%, точність методу — 85,1%.

Висновки

Таким чином, з методологічної точки зору, діагностичний тренд у верифікації замаскованої харчової алергії повинен відбуватися від чутливих (позитивний алергоанамнез) до специфічних (позитивні шкірні проби з трофалергенами, наявність специфічних IgE до харчових продуктів) методів, які в сукупності значно підвищують точність і передбачувану (позитивну і негативну) цінність такого методу діагностики прихованої харчової алергії у дітей, що хворіють на бронхіальну астму.

ЛІТЕРАТУРА

1. Воронцов И.М., Матальгина О.Я. Болезни, связанные с пищевой сенсibilизацией у детей. — Ленинград: Медицина, 1986. — 226 с.
2. Евсюкова И.И. Влияние неблагоприятных факторов в антенатальном и раннем постнатальном онтогенезе на развитие аллергических реакций у детей //Аллергология. — 2001. — № 1. — С.37-43.
3. Использование продуктов, способствующих нормализации кишечного биоценоза, при пищевой аллергии у детей раннего возраста / С.Г. Макарова, Т.Э. Боровик, И.И. Балаболкин, В.А. Ревякина // Аллергология. — 2001. — № 1. — С.29-32.
4. Ласиця О.І. Специфічна діагностика алергічних захворювань у дітей: Метод рекомендації для лікарів-інтернів, лікарів загальної практики та лікарів-алергологів / Під ред. О.І. Ласиці, С.М. Недельської. — Запоріжжя: КМАПО, Запорізький держ. мед. у-т., 2002. — 67 с.
5. Ногаллер А. Пищевая аллергия // Врач. — 1994. — №3. — С. 4-9.
6. Райкис Б.Н., Илютович Н.А., Криволапова И.А. Специфическая диагностика полиноза аллергенами, фиксированным на ланцетах для прик-теста (алцетт) // Иммунология. — 1995. — №2. — С. 58-59.
7. Ревякина В.А., Гамалева А.В., Бакрадзе М.Д. Проблемы профилактики пищевой аллергии у детей // Детский доктор. — 2001. — №4. — С. 48-50.
8. Сидельников В.М., Безруков Л.А., Мигаль В.Г. Практическая аллергология детского возраста. — К.: Здоров'я, 1985. — С. 137-139.
9. Состояние гуморального иммунитета и интерлейкинового статуса при atopическом дерматите у детей / Т.Б. Сенцова, В.А. Ревякина, Н.Д. Дигилова, В.А. Булгакова // Рос. педиатр. журн. — 2002. — № 5. — С. 8-12.
10. Bock S.A. Prospective appraisal of complaints of adverse reactions to foods in children during the first 3 years of life //Pediatrics. — 1987. —Vol.79. — P.683.
11. Fietcher R.H., Fietcher S.W., Wagner E.H. Clinical epidemiology — the essentials //William & Wilkins, Baltimore — London. — 1982. — 223 p.
12. Monti G., Murafore M.C., Peltran A., Bonfante G., Siivestro L., Oggero R., Mussa G.C. High incidence of adverse reactions to egg challenge on first known exposure in young atopie dermatitis children: predictive value of skin prick test and radioallergosorbent test to egg proteins //Cln. Exp. Allergy. — 2002. — Oct; Vol.32 — №10. — P.1515-1519.
13. R. Patterson, J.C. Grammer, P.A. Greenberger. Allergic diseases: diagnosis and management //5th ed.-Philadelphia, N.Y.; Lippincott. — Raven. — 1997. — 634 p.
14. Population study of food allergy in Franse. Kanny G. et ai. // J. Allergy Clin. Immunol. — 2001. — Jui; Vol.108. — №1. — P.133-140.
15. Prick-prick with fresh foods in patient with latex allergy. Sanches-Lopez G. et ai. //Inwestig. Allergol. Cln. Immunol. — 2000. — Sep.-Oct; Vol.10. — №5. — P.280-282.
16. Rebiien W. Rationelle Diagnostik bei Nahrungsmittelallergen: Votr.18. Allergiesymposium der Arbeitsgemeinschaft allergologisch tatiger Kinderarzte e.v., Leinburg //Allergologie. — 2000. — Vol.23. — №8. — P.403.
17. Sampson H.A., Albergo R. Comparison of results of skin tests, RAST, and double-blind placebo-controlled food challenges in children with atopie dermatitis //J. Allergy Clin. Immunol. — 1984. — Vol.74.P.26.

ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ: КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ

Л.А. Безруков, Е.К. Колоскова, Э.В. Юрчишена

Резюме. На основании комплексного обследования 221 ребенка раннего и дошкольного возраста, болеющего бронхиальной астмой, изучены показатели диагностической ценности и клинико-эпидемиологического риска наличия пищевой аллергии. Показано, что указания в анамнезе на аллергические реакции после употребления в пищу новых продуктов в ассоциации с положительными внутрикожными алерготестами с трофаллергенами, а также выявление специфических IgE-антител — диагностический комплекс, который позволяет обнаружить замаскированную пищевую аллергию со специфичностью тестов 92,7%. Диагностическая ценность показателей относительного содержания иммуносупрессорных клеток, функция которых ассоциирует с супрессорной, определенным методом розеткообразования и иммунофлуоресценции, не отличается, что делает возможным использование с целью диагностики пищевой аллергии "старого" метода розеткообразования.

Ключевые слова: дети, скрытая пищевая аллергия, алергопробы, специфич-

FOOD ALLERGY IN CHILDREN WITH BRONCHIAL ASTHMA: A CLINICO-EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS OF MODERN DIAGNOSTIC POTENTIALITIES

L.O. Bezrukov, O.K. Koloskova, E.V. Yurchyshena

Summary. The parameters of the diagnostic value and clinico-epidemiological risk of the availability of food allergy have been studied on the basis of the multimodality examination of 221 children of early and preschool age, suffering from bronchial asthma. It has been shown that the evidence of allergic reactions in the past history upon consuming new food products in association with positive intracutaneous allergic test with trophallergens as well as the detection of specific IgE-antibodies is a diagnostic complex that makes it possible to diagnose latent food allergy with test specificity — 92,7%. The diagnostic value of the indices of the relative content of immunoregulating cells whose function is associated with the suppressor one and determined by means of the rosette formation method and that of immunofluorescence, did not differ and that enables to use the "old" method of rosette formation with Teophylline for the purpose of detecting latent food allergy.

Key words: childrens, latent food allergy, allergic tests, specific Ig E.