

Обмін досвідом

УДК 616.5-001/-002-08/-053.2:613.221

О.К. Колоскова, У.І. Марусик, М.І. Чепіль, Н.Б. Горенко*

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ГІПОАЛЕРГЕННИХ СУМІШЕЙ У ВИГОДОВУВАННІ ДІТЕЙ ГРУДНОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА АТОПІЧНИЙ ДЕРМАТИТ

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці
*МКУ «Обласна дитяча клінічна лікарня», м. Чернівці

Резюме. Метою роботи було вивчити ефективність використання програмної дієтотерапії за допомогою лікувально-профілактичних продуктів «HiPP» у дітей грудного віку з atopічним дерматитом і гіперчутливістю до білків коров'ячого молока. Комплексне динамічне спостереження проведено за 31 дитиною грудного віку, які перебували на штучному вигодовуванні з клінічними проявами atopічного дерматиту. Обстеження передбачало вивчення алергологічного анамнезу, клінічну оцінку динаміки змін на шкірі за шкалою EASI, визначення рівня загального IgE, алергенспецифічних IgE-антитіл до білків коров'ячого молока. Зниження відносного ризику оцінки за шкалою EASI в 4,4 бала і вище у хворих I групи порівняно з контроль-

ною становив 47,1 %, зниження абсолютного ризику – 52,3 %, при мінімальній кількості хворих, яких потрібно пролікувати для отримання одного позитивного результату – 2. У 71,5 % дітей основної групи та в 30,0 % представників групи порівняння відбулася нормалізація випорожнення, а здуття живота перестало турбувати 57,1 % хворих основної і тільки 30,0 % дітей групи порівняння. У пацієнтів I групи дієтотерапія дозволила досягти триразового зменшення дітей із вмістом сироваткового загального IgE більше 100 МО/мл, і одночасно підвищити на 25,1 % кількість дітей із вмістом загального IgE менше 100 МО/мл.

Ключові слова: atopічний дерматит, гіпоалергенні суміші, діти, імуноглобулін E.

Вступ. Протягом останніх десятиліть у світі має місце неухильне зростання поширеності алергічної патології серед дітей [4]. Так, на алергічні захворювання страждає 25-30 % дитячої популяції [5], водночас спостерігається значне їх «помолодшання» (зсування термінів дебюту на більш ранній вік) і тенденція до почастішання тяжких клінічних форм. Дослідження, проведені протягом останніх 10 років, свідчать, що в Україні близько чверті дітей раннього віку мають прояви atopії [1]. Клінічні прояви алергічних захворювань, зокрема atopічного дерматиту (АД), у дітей раннього віку, як правило, пов'язані з харчовою алергією [2], поширеність якої сягає 3-8 % у немовлят та 1-3 % серед підлітків і дорослих.

Найчастіше харчова алергія (ХА) дебютує у перші два роки життя, у ранньому віці її частота становить 6-8 % малюків, хоча епідеміологічні дані в різних країнах світу значно відрізняються [10]. Загальноновизнаними патогенетичними механізмами переважної більшості випадків АД є імунологічні реакції негайного типу, тобто IgE-опосередковані (atopічні) імунопатологічні реакції. Разом із тим, у середньому, від 10 до 30 % хворих страждають на АД, патогенез якого зумовлюють механізми клітинно-опосередкованих реакцій гіперчутливості (IV тип реакцій за Gell і Coombs), що асоціюють із підвищеним вмістом імуноглобулінів класу G і не супроводжуються підвищенням вмісту IgE в сироватці крові [8].

Вважають, що найчастіше в грудних дітей алергічні реакції розвиваються при потраплянні в молоко матері антигенів яйця, коров'ячого молока, пшениці, сої, арахісу, горіхів, риби [7], проте

через наявність у грудному молоці факторів, які запобігають розвитку алергії (IgA, TGF- β , довголанцюгові поліненасичені жирні кислоти), загальноновизнаними є рекомендації щодо збереження природного вигодовування до 6-місячного віку [11] на тлі гіпоалергенного харчування матері.

У разі неможливості грудного вигодовування через низку певних чинників, у дітей, які мають схильність до atopічних захворювань, а також немовлят із клінічними проявами atopії, постає завдання вибору оптимального замітника грудного молока, виходячи з того, що найбільш часто алергічна гіперчутливість у немовлят розвивається на білки коров'ячого молока (БКМ). У зв'язку з цим роль раціонального харчування в профілактиці atopії у дітей тяжко переоцінити.

Пошуки найбільш оптимальних сумішей для вигодовування дітей із АД та алергією до БKM примусили зупинити увагу на можливості, уникаючи ризиків, пов'язаних із використанням формул із глибоким і частковим гідролізом білків, досягти оптимального результату щодо зменшення клінічних проявів захворювання та рівня сенсibilізації до БKM при одночасному відновленні толерантності до останніх. На сьогоднішній день такі можливості дає лише програмне гіпоалергенне харчування продуктами виробника «HiPP» – «HiPP HA₁ combiotik» і «HiPP HA₂ combiotik» з огляду на те, що суміші з частковим гідролізом використовуються тільки для профілактики ХА до БKM, а з глибоким гідролізом - для лікування її тяжких форм [6]. Суміш «HiPP HA₁ combiotik» містить глибоко розщеплений сироватковий білок, який максимально знижує можливість сенси-

білізації. Дану суміш варто призначати дітям будь-якого віку з клінічними проявами ХА до БКМ, оскільки молекулярну масу більше 20 кДа, що асоціює з ХА, мають менше 0,1 % білків, а масу менше 5 кДа – більше 99,3 % усіх білків (у т.ч. < 1 кД – 72,3% білків). Продукт «HiPP НА₂ combiotik» містить частково гідролізований білок: близько 90 % пептидів мають молекулярну масу менше 5 кД і біля 7 % – 5-20 кД, що сприяє зниженню ступеня сенсibilізації з одночасним напрацюванням механізмів орально індукованої толерантності до їжі («харчового звикання»). Суміш є наступним етапом у програмі лікувально-профілактичного харчування немовлят. Призначається після шести місяців життя дітям вслід за попереднім лікувальним продуктом – «HiPP НА₁ combiotik» на тлі стихання клінічних проявів АД або з метою профілактики ХА у дітей із високим її ризиком на тлі спадкової схильності.

Мета дослідження. Вивчити ефективність використання програмної дієтотерапії за допомогою лікувально-профілактичних продуктів виробництва «HiPP» у дітей грудного віку з atopічним дерматитом та гіперчутливістю до білків коров'ячого молока.

Матеріал і методи. Комплексне динамічне, упродовж двох місяців, спостереження проведено за 31 дитиною грудного віку, які знаходилися на штучному вигодовуванні, мали клінічні прояви atopічного дерматиту. Із застосуванням таблиці випадкових чисел малюків розподіляли на дві клінічні групи порівняння. До першої (I) клінічної групи увійшов 21 пацієнт, яким призначалася програмна гіпоалергенна дієтотерапія сумішами «HiPP НА₁ combiotik» та «HiPP НА₂ combiotik» (згідно з віком та тяжкістю проявів АД). Так, при легких проявах ХА вигодовування проводили за допомогою суміші з глибоким гідролізом білка – «HiPP НА1» – до зникнення клінічних проявів atopічного дерматиту та досягнення 6-місячного віку, дітям із середньо-тяжкими проявами ХА даний продукт призначався незалежно від віку. Після нормалізації клінічної картини та/або досягнення немовлятами 6-місячного віку наступною призначалася суміш «HiPP НА₂ combiotik» з частковим гідролізом сироваткового молочного білка з метою створення орально індукованої толерантності та профілактики ХА. Таким чином, досягався безперервний, програмний лікувально-профілактичний курс дієтотерапії у немовлят одного року життя з клінічними ознаками АД. До II групи (група порівняння) увійшли 10 немовлят, яким призначали гіпоалергенні суміші інших виробників (за вибором матері).

Середній вік представників I групи становив 5,0±0,5 місяця і вірогідно не відрізнявся від даного показника у групі порівняння (6,4±0,9 місяця). В основній групі хлопчиків було 71,4 %, дівчаток відповідно – 28,5 %, а в групі порівняння даний розподіл становив 20,0 % та 80,0 % відповідно. В обох групах переважали мешканці сільської місцевості. Atopічний дерматит дебютував у віці

1,7±0,3 місяця в представників основної групи та у віці 3,9±1,0 місяця у групі порівняння (P<0,05), проте тривалість захворювання у групах практично не відрізнялася (3,2±0,5 та 2,6±0,7 місяця, P>0,05). Відсутність atopічних захворювань у родині відмічено у 33,4 % випадків в основній групі та у 30,0 % дітей групи порівняння (P>0,05). Отже, за основними вагомими клінічними показниками групи були зіставлені, а наявні окремі відмінності не впливали на одержані результати і мали випадковий характер.

Робота виконана відповідно до вимог до рандомізованого порівняльного дослідження в паралельних групах за методом «випадок-контроль». Групи порівняння формували шляхом використання таблиці випадкових чисел. Клінічний діагноз АД верифікували на підставі стандартних діагностичних критеріїв [9], а ступінь тяжкості шкірних проявів встановлювали за шкалою EASI. При застосуванні шкали для оцінки тяжкості atopічного дерматиту в дітей раннього віку EASI (Eczema Area and Severiti Index) враховуються площа ураження шкіри та інтенсивність морфологічних елементів висипання. Площа ураження шкіри вираховується окремо для голови і шиї, тулуба, верхніх і нижніх кінцівок за відсотком ураження поверхні шкіри: ураження шкіри відсутнє – 0 балів; < 10 % – 1 бал; 10-29 % – 2 бали; 30-49 % – 3 бали; 50-69 % – 4 бали; 79-89 % – 5 балів; 90–100 % – 6 балів. Інтенсивність морфологічних елементів висипання оцінюється за наступними критеріями: еритема (гіперемія) – E; інфільтрація/папули – I; екскоріації – Ex; ліхеніфікація – L. Виразність кожного симптому оцінюється від 0 до 3 балів: 0 – відсутня, 1 – слабка, 2 – помірна, 3 – різко виражена.

Розрахунок індексу EASI проводять за різними віковими формулами.

Для дітей, віком семи років і менше, розрахунок проводять за формулами:

голова/шия: $(E + I + Ex + L) \times \text{площа ураження (у балах)} \times 0,2$;

тулуб: $(E + I + Ex + L) \times \text{площа ураження (у балах)} \times 0,3$;

верхні кінцівки: $(E + I + Ex + L) \times \text{площа ураження (у балах)} \times 0,2$;

нижні кінцівки: $(E + I + Ex + L) \times \text{площа ураження (у балах)} \times 0,3$.

Індекси 0,2 та 0,3 у формулах відповідають відсоткам поверхні тіла (голова/шия – 20 %, тулуб – 20 %, верхні кінцівки – 20 %, нижні кінцівки – 30 %).

Для дітей, віком восьми років і старше, розрахунок проводять за формулами:

голова/шия: $(E + I + Ex + L) \times \text{площа ураження (у балах)} \times 0,1$;

тулуб: $(E + I + Ex + L) \times \text{площа ураження (у балах)} \times 0,3$;

верхні кінцівки: $(E + I + Ex + L) \times \text{площа ураження (у балах)} \times 0,2$;

нижні кінцівки: $(E + I + Ex + L) \times \text{площа ураження (у балах)} \times 0,3$.

Індекс EASI = сумі оцінок на чотирьох ділянках шкіри.

Оцінка тяжкості загострення за шкалою EASI становить: легке – індекс EASI < 24; середньої тяжкості – $24 < \text{індекс EASI} < 48$; тяжке – індекс EASI > 48. Максимальне значення індексу EASI – 72 [3].

Комплексне обстеження передбачало детальне вивчення індивідуального і сімейного алергологічного анамнезу, клінічну оцінку динаміки змін на шкірі за шкалою EASI, визначення рівня загального IgE (за допомогою твердофазного імуноферментного аналізу, алерген-специфічних IgE-антитіл (IgE-АТ) до білків коров'ячого молока (твердофазним двостадійним ІФА із застосуванням спеціальних тест-систем фірми Allergopharma (Німеччина). Комплекс обстежень повторювали двічі: на початку дослідження і не раніше, ніж через два місяці після переведення дитини на вигодовування гіпоалергенними формулами. Процедури обстеження дітей відповідали Гельсінській декларації про права людини 1975 р. та її перегляду 1983 р.

Отримані результати аналізували за допомогою методів варіаційної статистики з використанням статистичної програми StatSoft Statistica v5.0. і клінічної епідеміології з визначенням зниження абсолютного та відносного ризику (ЗАР, ЗВР) недостатньої ефективності суміші з урахуванням мінімальної кількості хворих (МКХ), яких необхідно пролікувати для одержання одного позитивного результату. Критичний рівень значимості при перевірці статистичних гіпотез у даній роботі приймали рівним 0,05.

Результати дослідження та їх обговорення. Серед особливостей сімейного алергологічного анамнезу встановлено, з одного боку, відсутність atopічних захворювань у кожній третій родині (33,4 %) в основній та групі порівняння (30,0 %, $P > 0,05$), а з іншого – майже дворазове перевищення серед дітей основної групи випадків, коли траплялася обтяженість алергологічного сімейного анамнезу на atopічні захворювання за обома батьківськими родоводами (рис. 1).

Генеологічний індекс (ГІ), по відношенню до алергічних захворювань, обчислювався шляхом віднесення числа родичів хворих на алергічні захворювання до загальної кількості членів сім'ї, у немовлят не відрізнявся та становив $0,1 \pm 0,01$ у.о., що підтверджує генетичний фактор, як один із основних чинників розвитку atopічного дерматиту [1].

Atopічне ураження шкіри в дітей мало характер папульозних висипань або локалізованої еритеми, на тлі якої виникали еритематозно-сквамозні плями, дрібно-пластинчасте лущення. Перебіг процесу мав хвилеподібний характер. Висипання ексудативного гостро- та підгостро-запального характеру переважно локалізувалися на обличчі, згинальних і розгинальних поверхнях кінцівок навколо великих суглобів та шиї. У таблиці 1 наведена динамічна оцінка шкірних змін

за шкалою EASI, проведена в динаміці програмної дієтотерапії.

Оскільки у створених шляхом рандомізаційного відбору групах траплялися статистично вірогідні відмінності за тяжкістю змін на шкірі на початку лікування, що полягали у вищій бальній оцінці за шкалою EASI в представників основної групи, зберігалися аналогічні відмінності і після 2-місячної дієтотерапії. Проте середня бальна оцінка в дітей основної групи зменшилася більше, ніж удвічі, тоді як у групі порівняння – більше в 1,7 рази. Нами оцінено кількість пацієнтів обох груп порівняння з оцінкою за шкалою EASI у 4,4 бала, що дозволяє вирізнити легкий від середньотяжкого перебігу atopічного дерматиту. Так, на початку дієтотерапії таких дітей у I групі було 85,7 %, а по її завершенні – 57,1 %, у групі порівняння 20,0 % та 10,0 % відповідно ($P > 0,05$). Показано, що зниження відносного ризику оцінки за шкалою EASI у 4,4 бала та вище у пацієнтів основної групи порівняно з контрольною становило 47,1 %, ЗАР – 52,3 % при МКХ – 2.

Гастроінтестинальні розлади, які є типовими клінічними проявами харчової алергії та можуть розглядатися як місцева реакція на антигени, які надходять ентерально, мали місце в переважній більшості пацієнтів груп порівняння та статистично вірогідно між собою не різнилися. Переважали функціональні розлади – настирливі зривування, блювання, кишкові коліки, функціональні запори, розріджені випорожнення. Частота гастроінтестинальних змін у пацієнтів груп порівняння до початку дієтотерапії наведена на рис. 2.

Під впливом гіпоалергенної дієтотерапії відбулися позитивні зрушення в показниках діяльності шлунково-кишкового тракту, проте найбільш яскраво виявилася позитивна динаміка в I клінічній групі, на тлі програмної гіпоалергенної дієтотерапії. Так, у 71,5 % дітей основної групи та лише в 30,0 % представників групи порівняння відбулася нормалізація випорожнень, у 52,4 % та у 20 % пацієнтів відповідно зникли кишкові коліки, а здуття живота перестало турбувати 57,1 % немовлят основної і тільки 30,0 % дітей групи порівняння. Отже, програмна гіпоалергенна дієтотерапія продуктами «HiPP NA₁combiotik» та «HiPP NA₂combiotik» упродовж двох місяців дозволила досягти ЗВР патологічних характеристик випорожнень – 58,0 %, ЗАР – 41,4 % при МКХ – 1,7.

Водночас за допомогою програмної гіпоалергенної дієтотерапії продуктами «HiPP NA₁combiotik» та «HiPP NA₂combiotik» в основній групі дітей досягнуте вірогідне зменшення вмісту загального і специфічного до БКМ IgE, яке було статистично більш значущим у представників основної групи. Так, у I групі програмна гіпоалергенна дієтотерапія дозволила досягти триразового зменшення частки дітей із показом вмісту в сироватці крові загального IgE більше 100 МО/мл, та одночасно підвищити на 25,1 % кількість хворих із вмістом загального IgE менше 100 МО/мл. На

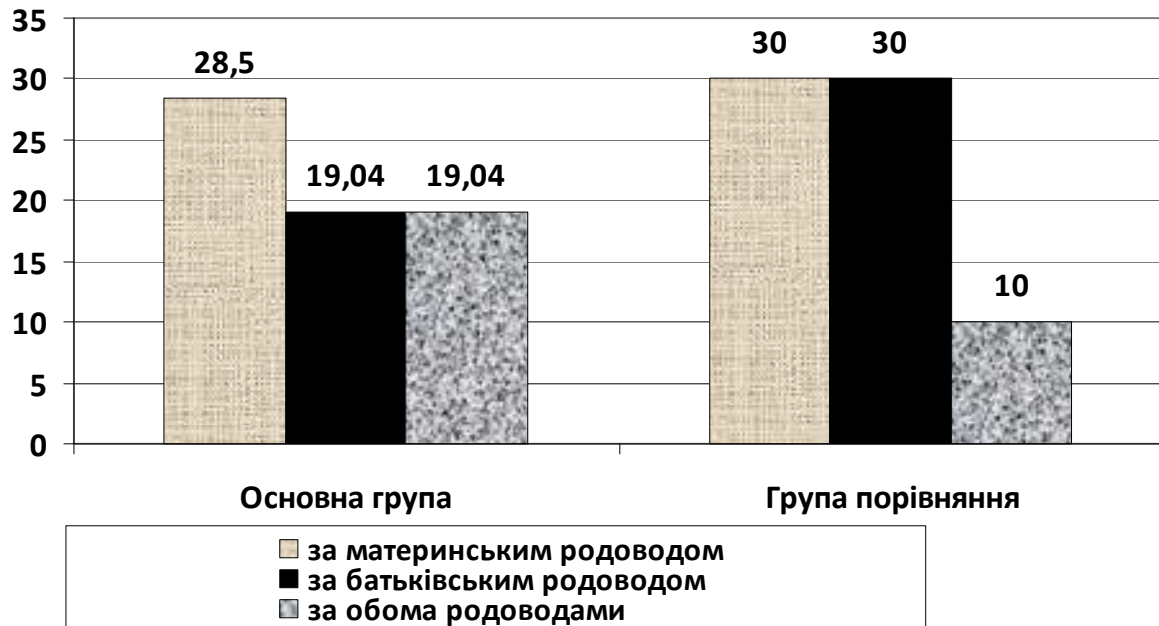


Рис. 1. Частота випадків обтяженого сімейного алергологічного анамнезу в дітей груп порівняння (у %)

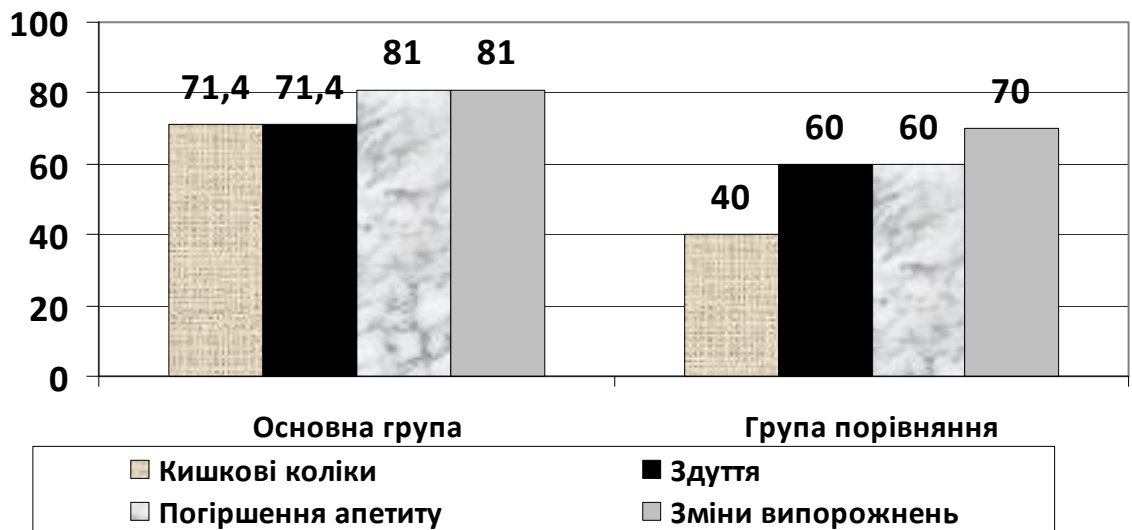


Рис. 2. Частота гастроінтестинальних змін у хворих груп порівняння до початку дієтотерапії (у %)

Таблиця

Оцінка виразності шкірних проявів атопічного дерматиту у дітей клінічних груп порівняння в динаміці спостереження (M±m)

Групи хворих	Сума балів EASI	
	До призначення дієтотерапії	Через два місяці лікування
Основна	12,60±2,60	5,70±0,96*
Порівняння	3,80±1,12**	2,30±0,66**

Примітка. * – вірогідність відмінностей всередині групи; ** – вірогідність відмінностей між групами

тлі гіпоалергенної програмної дієтотерапії немовлят основної групи порівняно з групою контролю знизився ризик вмісту загального IgE більше 100 МО/мл: ЗАР – 68,2 %; ЗВР – 85,3 % (95 % ДІ 76,8 – 91,6 %); МКХ – 1,2 (95 % ДІ 0,03 – 5,9).

Гіпоалергенні формули «HiPP NA₁ combiotik» та «HiPP NA₂ combiotik» в основній групі сприяли зменшенню числа хворих із вмістом специфічного до БКМ IgE більше 5 МО/мл у 7,4 раза та збільшенню частки немовлят із вмістом специфічного до БКМ IgE менше 1,5МО/мл у 7,8 раза. Так, знизився ризик вмісту специфічного до БКМ IgE більше 5 МО/мл: ЗАР – 46,7 %; ЗВР – 88,8 % (95 % ДІ 80,9 - 94,3 %); МКХ – 1,1 (95 % ДІ 0,03-5,8).

Усе зазначене вище дозволяє запропонувати наступні рекомендації щодо використання програмної дієтотерапії в немовлят із atopічним дерматитом та алергією до білків коров'ячого молока.

Висновки

1. Продукт «HiPP NA₁ combiotik» рекомендований як стартова формула для вигодовування дітей з алергією на білки коров'ячого молока легкого і середнього ступеня тяжкості в будь-якому віці на першому році життя, починаючи (за необхідності) з перших днів життя, та впродовж необхідного терміну для стабілізації клінічного ефекту і стихання проявів atopічного дерматиту і гастроінтестинальних порушень.

2. Продукт «HiPP NA₂ combiotik» доцільно використовувати для подальшого вигодовування немовлят з 6-місячного віку, які після використання продукту «HiPP NA₁ combiotik» уже не мають клінічних проявів харчової алергії до білків коров'ячого молока, а також для її профілактики дітям з 6-місячного віку за наявності обтяженого алергологічного анамнезу.

Перспективи подальших досліджень. Провести аналіз перебігу atopічного дерматиту в

дітей, які до першого року життя отримували програмну дієтотерапію продуктами «HiPP NA₁ combiotik» та «HiPP NA₂ combiotik».

Література

1. Беш Л.В. Атопічний дерматит у дітей / Л.В. Беш // Здоровье ребенка. – 2012. – № 2 (37). – С. 1-12.
2. Беш Л.В. Сучасні можливості профілактики алергічної патології у дітей / Л.В. Беш // Актуал. пПробл. педиатрия. – 2010. – № 2 (42). – С. 27-31.
3. Камашева Г.Р. Методы оценки степени тяжести atopического дерматита у детей раннего возраста / Г.Р. Камашева, Р.Ф. Хакимова, Г.Р. Валиуллина // Зем. врач. – 2010. – № 4. – С. 32-34.
4. Максимычева Т.Ю. Вскармливание детей из группы риска по пищевой аллергии: принципы подбора смеси / Т.Ю. Максимычева // Педиатрия. – 2012. – № 91 (5). – С. 57-63.
5. Охотникова О.М. Профілактика алергії у дітей: сучасні можливості та перспективи / О.М. Охотникова // Дит. лікар. – 2011. – № 2 (9). – С. 26-35.
6. Охотникова Е.Н. Гастроинтестинальная пищевая аллергия у детей / Е.Н. Охотникова // Клини. иммунол. Аллергология. Инфектология. – 2013. – № 2. – С. 5-13.
7. Рекомендации по питанию детей грудного и раннего возраста (программа Start Healthy– Раста здоровым с первых дней) / Н. Бате, К. Кобб, Д. Двайер [и др.] // Вопр. соврем. педиатрии. – 2007. – № 6 (1). – С. 115-128.
8. Food allergy: mechanisms and clinical manifestation / S.C. Bischoff, R. Pawankar, S.T. Holgate [et al.] // Allergy frontiers: clinical manifestation. – 2009. – № 3 (26). – P. 411-430.
9. Hanifin J.M. Diagnostic features of atopіc dermatitis / J.M. Hanifin, G. Rajka // Acta Derm. Venereol. – 1980. – № 92. – P. 44-47.
10. Lack G. Update on risks factors for food allergy / G. Lack // Allergy and clinical immunology. – 2012. – № 5 (129). – P. 1187-1197.
11. Ralf G.H. Tang Dietary approaches to the prevention of food allergy / G.H. Ralf, L.K. Mini // Current Option in Clinical Nutrition and Metabolic Care. – 2008. – № 11. – P. 320-328.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГИПОАЛЛЕРГЕННЫХ СМЕСЕЙ ПРИ ВСКАРМЛИВАНИИ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА, БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Е.К. Колоскова, У.И. Марусик, Н.И. Чепиль, Н.Б. Горенко

Резюме. Целью работы было изучить эффективность использования программной диетотерапии с помощью лечебно-профилактических продуктов «HiPP» у детей грудного возраста с atopическим дерматитом и гиперчувствительностью к белкам коровьего молока. Комплексное динамическое наблюдение проведено за 31 ребенком грудного возраста, находящимся на искусственном вскармливании с клиническими проявлениями atopического дерматита. Обследование предусматривало изучение алергологического анамнеза, клиническую оценку динамики изменений на коже по шкале EASI, определение уровня общего IgE, алерген-специфических IgE-антител к белкам коровьего молока. Снижение относительного риска оценки по шкале EASI в 4,4 балла и выше у больных I группы по сравнению с контрольной составил 47,1 %, снижение абсолютного риска – 52,3 %, при минимальном количестве больных, которых нужно пролечить для получения одного положительного результата – 2. У 71,5 % детей основной группы и у 30,0 % представителей группы сравнения произошла нормализация стула, а вздутие живота перестало беспокоить 57,1 % больных основной и только 30,0 % детей группы сравнения. У больных I группы диетотерапия позволила достичь трехкратного уменьшения детей с содержанием сывороточного общего IgE более 100 МЕ/мл, и одновременно повысить на 25,1 % количество больных с содержанием общего IgE менее 100 МЕ/мл.

Ключевые слова: atopический дерматит, гипоаллергенные смеси, дети, иммуноглобулин E.

**THE EXPERIENCE IN THE USE OF HYPOALLERGENIC FORMULA WHILE FEEDING
INFANT PATIENTS SUFFERING FROM ATOPIC DERMATITIS***O.K. Koloskova, U.I. Marusyk, M.I. Chepil, N.B. Horenko*

Abstract. The objective of the work was to study the effectiveness of programme hypo-allergenic diet therapy with the help of treatment and preventative food production “HiPP” in infants with atopic dermatitis and hypersensitivity to cow's milk protein. Complex dynamic, during 2 month observation was conducted on 31 babies, who were bottle-fed and having clinical signs of atopic dermatitis. Complex examination involved a detailed study of individual and family allergic history, clinical evaluation of the changes in the skin by EASI scale, determination of the levels of total IgE, allergen - specific IgE - antibodies to cow's milk protein. It was shown that decrease of relative risk score by EASI scale in 4,4 points or higher in patients of the main group versus to the control one was 47,1 %, decrease of absolute risk – 52,3 % with a minimum number of patients, who should be related to get a positive result – 2. In 71,5 % of children of the main group and only 30,0 % of the comparison group we observed normalization of stool, in 52,4 % and 20 % respectively disappeared intestinal cramps and bloating no longer worried 57,1 % patients from the main and only 30,0 % children from comparison group. In patients from the first group programme hypo-allergenic diet therapy allowed to achieve a threefold decrease in the proportion of children with the concentration in serum total IgE over 100 IU/ml, and at the same time increase by 25,1 % the number of patients with total IgE concentration less than 100 IU/ml.

Key words: atopic dermatitis, hypoallergenic formula, children, immunoglobulin E.

Higher State Educational Institution of Ukraine “Bukovinian State Medical University” (Chernivtsi)

Рецензент – проф. С.В. Сокольник

Buk. Med. Herald. – 2016. – Vol. 20, № 1 (77). – P. 240-245

Надійшла до редакції 21.10.2015 року