Пищевая аллергия

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: K52.2, L27.2, T78.1 · Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов, Союз педиатров России

Пищевая аллергия — иммунно обусловленная патологическая реакция на пищевой продукт; она может быть IgE-опосредованной, не-IgE-опосредованной или смешанной. Главные задачи ведения — подтвердить связь симптомов с продуктом, не допускать неоправданных ограничений рациона и своевременно распознавать анафилаксию.

Главное

- Чаще всего причинными аллергенами являются белки продуктов; к наиболее частым относятся коровье молоко, яйцо, арахис, орехи, рыба, морепродукты, пшеница и соя. Аллергенность продукта может меняться после нагревания.
- IgE-опосредованные реакции обычно начинаются через несколько минут — 2 часа после еды; смешанные реакции могут возникать от нескольких минут до нескольких суток, а не-IgE-опосредованные — от 1 часа до нескольких суток.
- Анафилаксию подозревают при остром поражении кожи или слизистых вместе с дыхательными нарушениями либо снижением артериального давления; также возможны сочетание двух и более системных проявлений после вероятного аллергена или снижение давления после известного аллергена.
- Диагноз IgE-опосредованной ПА подтверждают сочетанием клинической реакции на продукт и специфических IgE; пищевой провокационный тест остается «золотым» стандартом. Отрицательный результат sIgE не исключает пищевую аллергию.
- Основное этиологическое лечение — исключение доказанного причинного продукта. Большие неспецифические гипоаллергенные диеты без четкой связи симптомов с продуктами не применяют.
- У детей переносимость многих аллергенов со временем формируется, поэтому рацион и необходимость исключения продукта периодически пересматривают; для контроля используют повторное аллергологическое обследование и, по показаниям, провокационное введение.
- Пищевая аллергия не является противопоказанием к плановой вакцинации: прививки проводят по Национальному календарю.

Диагностика

1. Сначала уточняют связь симптомов с продуктом, время начала и тип реакции, тяжесть и воспроизводимость эпизодов, сопутствующие факторы, эффект лечения, семейный анамнез и другую аллергическую патологию.
2. При осмотре оценивают рост, массу тела, кожу, признаки атопии и сопутствующих аллергических заболеваний.
3. При подозрении на IgE-опосредованную ПА селективно определяют специфические IgE к пищевым аллергенам (УУР А, УДД 1). Результат трактуют только вместе с анамнезом и симптомами: положительный тест показывает сенсибилизацию, а отрицательный не исключает ПА.
4. Для подтверждения сенсибилизации можно выполнить прик-тест (УУР С, УДД 5); у детей младше 2 лет его результаты интерпретируют особенно осторожно. Внутрикожные пробы при ПА не используют.
5. Назначают диагностическую элиминационную диету: при немедленных реакциях обычно на несколько дней, при отсроченных и длительных проявлениях — на 2–4 недели; желательно вести пищевой дневник.
6. Если диагноз или переносимость остаются неясными, продукт вводят под наблюдением аллерголога-иммунолога и обученного персонала. Продукт дают последовательно в возрастающих дозах через 20–60 минут; при отрицательном тесте финальная доза составляет 3 г белка, после исследования требуется наблюдение не менее 4 часов.
7. При необходимости дифференцируют ПА с целиакией и ферментными нарушениями: исходно определяют IgA к тканевой трансглутаминазе и общий IgA, а для гипо- и алактазии используют водородный дыхательный тест с лактулозой или глюкозой и анализ полиморфизмов гена LCT (УУР С, УДД 5).

Лечение

- При легких проявлениях и небольшом числе причинных аллергенов используют селективную элиминационную диету как монотерапию (УУР С, УДД 4). Ее проводят поэтапно: диагностика — 7 дней–4 недели, лечебное исключение — обычно 6–18 месяцев, затем постепенное расширение рациона.
- Минимальный срок исключения продукта — не менее 6 месяцев, а после тяжелых реакций — 12–18 месяцев. У детей контролируют антропометрию и физическое развитие; периодическое аллергологическое обследование возможно раз в 6–18 месяцев в зависимости от аллергена.
- При подтвержденной аллергии к БКМ у ребенка на грудном вскармливании продукты с БКМ исключают из рациона матери только при сохраняющихся реакциях, например при обострении атопического дерматита несмотря на адекватную местную терапию (УУР С, УДД 5). Грудное молоко сохраняют в максимально возможном объеме.
- При легкой и среднетяжелой аллергии к БКМ у детей раннего возраста применяют высокогидролизные смеси; при тяжелом течении или неэффективности этих смесей — аминокислотные смеси (УУР В, УДД 2). Частично гидролизованные и смеси на основе козьего или другого молока для лечения АБКМ не используют.
- Нежизнеугрожающие кожные, назальные и конъюнктивальные проявления можно купировать неседативными антигистаминными средствами II поколения. Например, дезлоратадин назначают 1 раз в сутки: детям 6 мес–1 года — 1 мг, 1–5 лет — 1,25 мг, 6–11 лет — 2,5 мг, старше 12 лет — 5 мг; длительный профилактический прием нецелесообразен (УУР С, УДД 5).
- Анафилаксию и другие жизнеугрожающие проявления купируют эпинефрином (УУР С, УДД 3). Пациентам после анафилаксии рекомендуют иметь противошоковый набор с раствором эпинефрина 0,1% — 1,0 мл в ампулах.
- При острой крапивнице или ангиоотеке без эффекта от антигистаминных средств допускается системный преднизолон 1–2 мг/кг/сут однократно или коротким курсом 3–7 суток; постепенная отмена при таком курсе не требуется (УУР С, УДД 3).
- Пациентам старше 1 года с IgE-опосредованной ПА можно селективно назначать омализумаб вместе с избеганием аллергенов для снижения риска реакций (УУР В, УДД 2): 75–600 мг подкожно каждые 2–4 недели. Дозу и интервал выбирают по общему IgE до лечения и массе тела; оптимальная продолжительность не установлена.

Когда направить и как наблюдать

- Экстренная или неотложная госпитализация нужна при остром угрожающем жизни состоянии, требующем неотложного лечения, интенсивной терапии или круглосуточного наблюдения.
- Плановую госпитализацию используют, если диагностика или лечение требуют длительного наблюдения, медикаментозной седации, круглосуточного контроля либо не могут быть выполнены амбулаторно или в стационарозамещающих условиях.
- Пищевой провокационный тест проводят только под наблюдением аллерголога-иммунолога и обученного персонала, с доступом к 100% кислороду и противошоковому набору; после теста наблюдают не менее 4 часов.
- Легкие проявления можно наблюдать амбулаторно; консультации профильных специалистов проводят обычно 1 раз в 1–6 месяцев. При среднетяжелых и тяжелых реакциях ребенок может нуждаться в госпитализации для обследования, подбора лечения и коррекции рациона.

Частые вопросы

Исключает ли отрицательный анализ на специфические IgE пищевую аллергию?

Нет. Отсутствие специфических IgE не исключает ПА, особенно при клинических реакциях. Результат оценивают вместе с анамнезом, симптомами и, по показаниям, другими методами.

Как долго проводить элиминационную диету?

Диагностический этап элиминационной диеты длится 7 дней–4 недели. Лечебное исключение проводят 6–18 месяцев; минимальный срок исключения продукта — не менее 6 месяцев, а после тяжелых реакций — 12–18 месяцев.

Когда можно снова вводить исключенный продукт?

Решение принимает аллерголог-иммунолог после оценки симптомов и обследования. При IgE-опосредованной ПА продукт обычно вводят после контроля специфических IgE не ранее чем через 6 месяцев, а при тяжелых реакциях — через 12–18 месяцев; введение начинают с малых количеств и проводят постепенно.

Какая смесь нужна младенцу с аллергией к белкам коровьего молока?

При легком или среднетяжелом течении используют высокогидролизную смесь. При тяжелом течении или ее неэффективности назначают аминокислотную смесь; смеси на козьем молоке и частично гидролизованные смеси для лечения АБКМ не рекомендуются.

Что делать при подозрении на анафилаксию после еды?

Анафилаксию купируют эпинефрином; пациент после инъекции должен быть осмотрен скорой помощью или в отделении неотложной помощи и, по показаниям, наблюдаться несколько часов. После перенесенной анафилаксии следует иметь при себе противошоковый набор с раствором эпинефрина 0,1% — 1,0 мл в ампулах.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/994-pishchevaya-allergiya. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/994_1