

ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ У ДЕТЕЙ

Лекция.

ЧАСТЬ 2. ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА

д.м.н., профессор ¹Жерносек В.Ф.,
к.м.н., доцент ²Дюбкова Т. П.,
д.м.н., профессор Суковатых Т. Н.

¹Белорусская медицинская академия
последипломного образования,

²Белорусский государственный университет

■ ЛЕЧЕНИЕ

Современная стратегия терапии пищевой аллергии включает элиминацию причинно значимых аллергенов из пищи (диетотерапию), организацию гипоаллергенного быта, медикаментозное лечение [1,9].

ДИЕТОТЕРАПИЯ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ у грудных детей. Идеальный продукт питания для детей первого года жизни при пищевой аллергии – грудное молоко. Прекращение грудного вскармливания детей с начальными проявлениями пищевой аллергии – грубая тактическая ошибка. Перевод на искусственное вскармливание способствует прогрессированию болезни и создает серьезные трудности при введении продуктов и блюд прикорма. В том случае, если грудное вскармливание является причиной обострения кожного процесса у ребенка, необходима коррекция рациона питания кормящей матери.

Наиболее частый продукт питания, требующий исключения из рациона питания кормящей матери при пищевой аллергии у ребенка, – коровье молоко. Следует, однако, заметить, что длительная безмолочная диета приводит к недостаточному поступлению в организм женщины и ребенка витамина В₂ и кальция, источником которых является молоко. Ниже представлен примерный суточный набор пищевых продуктов для кормящей матери при аллергии у ребенка: кисломолочные продукты или продукт «Амалтея» – 630 мл, сметана – 15 г, сыр – 20 г, низкоаллергенное

мясо животных и птиц – 230 г, крупы, макаронные изделия – 60 г, мука пшеничная – 20 г, картофель – 150 г, овощи, зелень – 550 г, сухофрукты (яблоки, груши) – 25 г, фруктоза, сладости на основе фруктозы – 50 г, кондитерские изделия – 20 г, масло сливочное – 20 г, масло растительное – 20 г, хлеб пшеничный – 130 г, хлеб ржаной – 120 г, соки (яблочный, грушевый) – 200 мл, чай – 1 г, соль – 6 г. При упорном течении кожного процесса или тяжелых гастроинтестинальных проявлениях аллергии приходится полностью исключать молоко и молочные продукты из рациона матери, но в этих случаях дополнительно вводится мясо и обязательно препараты кальция в суточной дозе 1200–1500 мг. При отсутствии динамики кожного процесса или сохранении других проявлений пищевой аллергии у ребенка на фоне безмолочной диеты кормящей матери показан временный перевод ее на гипоаллергенную диету с исключением продуктов, обладающих высоким сенситизирующим потенциалом, и гистаминолибераторов (табл. 1).

Детям с пищевой аллергией показано исключительно грудное вскармливание до 6 мес. жизни с последующим сохранением 1–2 кормлений грудью до достижения ребенком возраста 12–24 мес. При невозможности грудного вскармливания детям с пищевой аллергией рекомендуются адаптированные гипоаллергенные заменители женского молока. В настоящее время производят пять групп смесей: на основе гидролизованых белков коровьего молока, на основе изолята белков сои, на основе козьего молока, кисло-

Таблица 1.
Примерный перечень продуктов, рекомендуемых
в составе гипоаллергенных диет или исключаемых из рациона кормящих матерей [9]

Исключаются	Разрешаются при отсутствии доказательств аллергии у ребенка
<p>Цельное молоко и кисломолочные продукты, рыба, морепродукты, яйца, грибы, орехи, мед, какао, шоколад, кофе, овощи, фрукты и ягоды ярко красной и оранжевой окраски, киви, ананасы, авокадо и другие тропические фрукты</p> <p>Бульоны, маринады, соленые и острые блюда, консервы, пряности</p> <p>Продукты, содержащие красители, консерванты, ароматизаторы</p> <p>Газированные напитки, квас</p> <p>Продукты, содержащие гистаминолибераторы (квашеная капуста, редька, редис, ферментированные сыры, ветчина, сосиски, пиво)</p> <p>Сахар (рекомендуются заменители, например, фруктоза или подсластители)</p>	<p>Крупы (гречневая, кукурузная, рисовая, овсяная и др.)</p> <p>Овощи и фрукты зеленой и белой окраски</p> <p>Супы (вегетарианские овощные и крупяные)</p> <p>Мясо: крольчатина, ягненок, нежирная свинина, конина, индюшатина (в отварном или тушеном виде, паровые котлеты)</p> <p>Хлеб пшеничный второго сорта, хлеб черный без добавок (изюма, меда, кураги, орехов и др.)</p> <p>Соки натуральные, компоты и морсы из разрешенных ягод и фруктов, чай без ароматизаторов и фруктовых добавок</p>
<p>Ограничиваются: хлебо-булочные и макаронные изделия из муки высшего сорта, соль.</p>	

молочные продукты, а также смеси на основе аминокислот [5].

На сегодняшний день сформулированы определенные требования к гипоаллергенным смесям. Смесь является гипоаллергенной, если она не провоцирует аллергические реакции у 90% младенцев или детей с аллергией к белку коровьего молока с 95% достоверностью, доказанной в проспективном рандомизированном двойном слепом плацебоконтролируемом испытании. Смеси на основе высокой степени гидролиза белка коровьего молока и формулы на основе свободных аминокислот прошли такие испытания и признаны гипоаллергенными. Смеси на основе частичного гидролиза белка коровьего молока не являются лечебными [17].

Общая стратегия диетотерапии детей первого года жизни с аллергией к белкам коровьего молока выглядит следующим образом [9]:

1. При аллергии к белкам коровьего молока на первом этапе диетотерапии должны применяться смеси только лечебного назначения.

2. При улучшении течения болезни и достижении ремиссии показаны лечебно-профилактические смеси.

3. Для профилактики пищевой аллергии у детей группы риска рекомендуются смеси профилактического назначения.

Для успешного вскармливания детей с пищевой аллергией гидролизованной смесью необходимо соблюдать определенные правила:

вводить гидролизат постепенно, заменяя им предшествующую смесь (которую ребенок получал до введения гидролизата);

предлагать ребенку при каждом кормлении вначале гидролизат, а затем предшествующую смесь, что связано с менее приятным вкусом гидролизованных смесей.

В 2006 году был опубликован специальный комментарий комиссии по питанию ESPGHAN, касающийся содержания соевого белка в детских смесях. Этот документ должен быть руководством при назначении соевых смесей в клинической практике.

Комментарий комиссии по питанию

ESPGHAN по соевому белку в детских смесях представлен ниже [19]:

- детские соевые смеси могут использоваться только в исключительных случаях, так как они содержат высокие концентрации фитатов, алюминия, фитоэстрогенов, долговременный эффект, которых неизвестен;
- показаниями для назначения соевых смесей являются: непереносимость лактозы, галактоземия, религиозные, этические или другие соображения, которые служат основой для исключения смесей на основе коровьего молока, отдельные случаи аллергии к белку коровьего молока;
- применение лечебных смесей на основе высокой степени гидролиза белка коровьего молока (или смеси на основе аминокислот при непереносимости гидролизатных) предпочтительны в лечении аллергии к белку коровьего молока;
- соевые смеси не должны использоваться при пищевой аллергии у детей первых 6 мес. жизни. При выборе соевой смеси с лечебной целью для ребенка старше 6 мес, обусловленном более низкой ценой и лучшим восприятием, перед применением рекомендуется определять толерантность к белку сои;
- соевые смеси не играют роли в профилактике аллергических заболеваний;
- отсутствуют доказательства эффективности соевых смесей для профилактики и лечения младенческих коликов, срыгиваний, длительного плача.

По некоторым наблюдениям, соевые смеси могут усугубить гастроинтестинальные проявления пищевой аллергии, в связи с чем не должны применяться для вскармливания таких детей. Аллергия к белкам сои чаще развивается при быстром введении смесей, применении их в возрасте до 5–6 мес, а также у детей с поражением желудочно-кишечного тракта на фоне пищевой аллергии. Лечебный эффект соевых смесей наступает медленно. Разработаны основные показания и правила их применения:

- отсутствие в анамнезе данных об аллергии к сое и бобовым у ближайших родственников;

- возраст ребенка не моложе 5–6 мес;
- отсутствие гастроинтестинальных проявлений пищевой аллергии;
- постепенное (в течение 5–7 дней) введение соевых смесей в рацион питания грудного ребенка;
- полное исключение коровьего молока и молочных продуктов;
- учет индивидуальной переносимости соевой смеси;
- продолжительность применения смеси не менее 3 мес.

У некоторых пациентов с аллергией к белкам коровьего молока эффективны адаптированные молочные смеси на основе козьего молока со сниженным содержанием аллергенных фракций протеина. Однако при тяжелых проявлениях пищевой аллергии смеси по эффективности значительно уступают гидролизованым заменителям женского молока.

В особых случаях при аллергии к белкам коровьего молока и непереносимости соевых смесей и гидролизатов грудным детям рекомендуются смеси на основе аминокислот.

Алгоритм выбора лечебной смеси при пищевой аллергии к белкам коровьего молока представлен на рис. 1. Продолжительность элиминации коровьего молока из рациона питания грудных детей должна составлять не менее 3 мес. При тяжелом течении аллергического заболевания безмолочная диета необходима в течение 6–12 мес. и более.

Особенности введения корректирующих добавок и блюд прикорма детям первого года жизни при пищевой аллергии

В стандартные рекомендации ВОЗ по организации питания детей с пищевой аллергией входит исключение прикормов до 4–6 месячного возраста (желательно до 6 мес.) и пролонгированное грудное вскармливание. При невозможности грудного вскармливания показаны гидролизованные заменители женского молока. Раннее введение корректирующих добавок и блюд прикорма усугубляет течение аллергических заболеваний, обусловленных пищевой аллергией, и создает серьезные трудности в организации питания детей первого года жизни. При введении прикормов следует отдавать предпо-

чтение продуктам с относительно низким аллергизирующим потенциалом, но учитывать их индивидуальную переносимость.

Выбор продуктов для первого прикорма зависит от нутритивного статуса ребенка и функционального состояния желудочно-кишечного тракта. Детям с недостаточным питанием и склонностью к послаблению стула в качестве первого прикорма рекомендуется каша, а детям с паратрофией, запорами – овощное

пюре. Сначала последовательно вводят прикормы (отдельно – каждый вид), затем, после введения всех прикормов, приступают к разнообразию блюд прикорма.

Первый прикорм. Первым прикормом должен быть энергоемкий продукт – безмолочная безглютеновая инстантная каша промышленного производства: рисовая или гречневая. Оптимальным является использование каш, обогащенных железом.

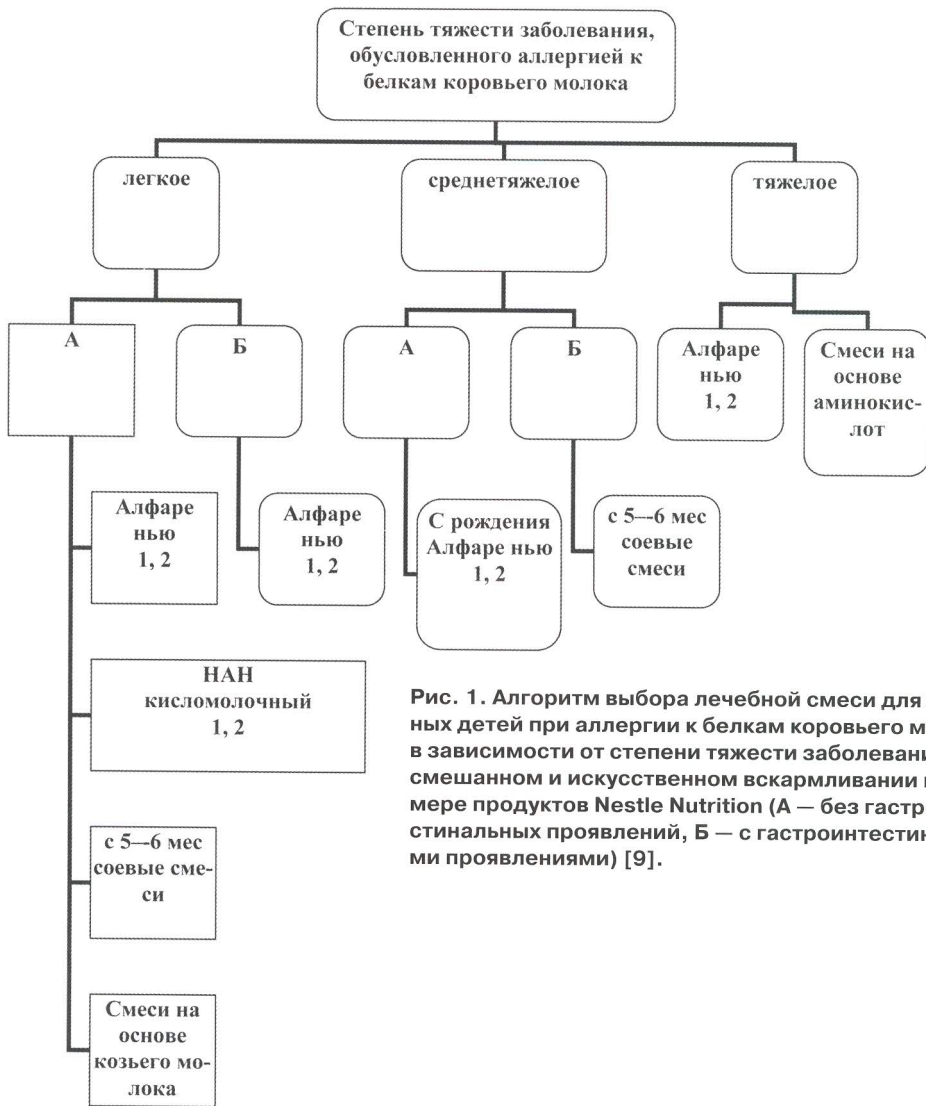


Рис. 1. Алгоритм выбора лечебной смеси для грудных детей при аллергии к белкам коровьего молока в зависимости от степени тяжести заболевания при смешанном и искусственном вскармливании на примере продуктов Nestle Nutrition (А – без гастроинтестинальных проявлений, Б – с гастроинтестинальными проявлениями) [9].

Их вводят с 6 мес. жизни. Кашу готовят на грудном молоке или гидролизованной смеси. Прикормом в виде безмолочной каши заменяют обычно второе кормление грудью при 5 разовом питании (ориентировочно в 10.00).

Второй прикорм – овощное пюре. Рекомендуется с 6,5 мес. Вначале пюре должно быть монокомпонентным, состоящим из одного вида овощей (кабачков, патиссонов, капусты белокочанной, цветной, брокколи, брюссельской или тыквы светлых тонов). В пюре добавляют растительное дезодорированное масло (рапсовое, оливковое). Прикормом в виде овощного пюре заменяют обычно третье кормление грудью при 5 разовом питании. Лучше использовать овощные пюре промышленного производства.

Третий прикорм. С 7–7,5 месяцев в рацион питания добавляют мясо животных или птицы (ежедневно) в виде мясного пюре. Рекомендуется мясо кролика, ягненок, конина, постная свинина, при переносимости – индейка. Мясо сочетается с овощным пюре и овоще крупяным блюдом. Оптимальным является использование продуктов промышленного производства.

Четвертый прикорм – соки и фруктовые пюре из низкоаллергенных фруктов и ягод без сахара. Сначала вводят в рацион осветленные соки. Первыми должны быть монокомпонентные соки и фруктовые пюре, что позволяет оценить их индивидуальную переносимость. Лучше переносятся продукты из яблок, груши, сливы, черники. Соки и фруктовые пюре можно давать дополнительно к каше или овощному пюре.

В 8–9 мес. четвертое кормление грудью можно заменить крупяно-овощным блюдом. Обычно рекомендуются кабачки с рисовой крупой или цветная капуста с гречневой крупой в соотношении 1:1 с добавлением растительного масла (рапсового, оливкового). Сохраняют первое и последнее (перед ночным сном) кормление грудью или гидролизованной смесью. Такой режим питания сохраняют до 1–1,5 года.

Хлеб пшеничный (без молока и сахара) вво-

дят с 9 мес. жизни.

Детям с пищевой аллергией на первом году жизни не вводят в рацион творог, куриный желток, рыбу. Детям старшего возраста назначается неспецифическая гипоаллергенная диета, на основе которой составляется индивидуальная гипоаллергенная диета [1].

Организация гипоаллергенного быта. Пищевая аллергия является стартовой у детей. На ее фоне в последующем может формироваться бытовая и пыльцевая сенсибилизация. Кожные проявления пищевой аллергии – первый признак манифестации atopического марша, прогрессирующего от atopического дерматита до бронхиальной астмы и аллергического ринита. Для предотвращения расширения спектра сенсибилизации и прерывания «марша» atopии важно уменьшить или устранить влияние аллергенов из окружения больного. Недопустимо курение в помещении, где находится ребенок.

Медикаментозное лечение. Выбор лекарственных средств при пищевой аллергии зависит от локализации проявлений и тяжести течения аллергического заболевания.

Стратегия и тактика терапии при острых аллергических реакциях и заболеваниях, обусловленных пищевой аллергией.

Средства первой помощи при острых аллергических реакциях антигистаминные препараты первого поколения и системные глюкокортикостероиды [6, 8].

При нетяжелых реакциях (единичные элементы крапивницы, отек Квинке с локализацией на туловище или конечностях) рекомендуются антигистаминные препараты для приема внутрь.

При генерализованной крапивнице и распространенном отеке Квинке с локализацией его в области головы и шеи (угроза отека гортани) антигистаминные препараты вводят парентерально. Кроме того, парентерально вводят системные глюкокортикостероиды из расчета 2 мг/кг/сут. (в пересчете на преднизолон) 1–2 раза в сут. в течение нескольких дней.

При токсидермии основную роль в лечении играют системные глюкокортикостероиды в суточной дозе 2–10 мг/кг, разделенной на

2–4 введения. Антигистаминные препараты играют вспомогательную роль.

При стропулюсе лечение проводят антигистаминными препаратами первого или второго поколений внутрь.

Лечение атопического дерматита включает системную фармакотерапию, ежедневный уход за кожей, местную противовоспалительную терапию [2, 11].

В системной фармакотерапии основными являются антигистаминные препараты, применяемые в период обострения заболевания, и базисные противовоспалитель-

ные средства. Редко при тяжелом упорном течении требуется назначение системных глюкокортикостероидов коротким курсом (3–5 дней). В качестве базисной противовоспалительной терапии применяются кетотифен, препараты кромоглициловой кислоты, цетиризин, дезлоратадин.

Определяющую роль при уходе за кожей пациентов с атопическим дерматитом играет ее увлажнение. Показаны ежедневные гигиенические ванны, смягчение кожи после ванны и несколько раз в течение дня. Родители должны знать, что увлажняющие и смягчаю-

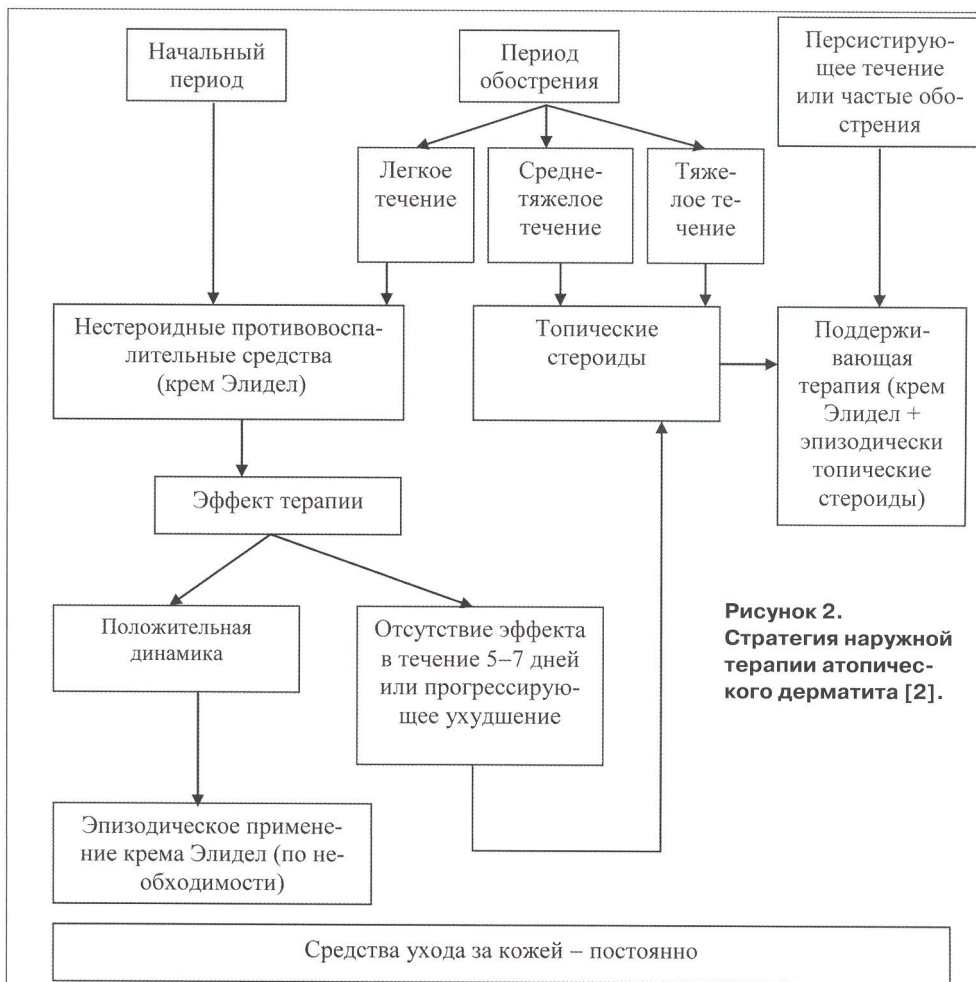


Рисунок 2.
Стратегия наружной терапии атопического дерматита [2].

щие средства необходимо наносить на кожу ребенка столько раз в течение суток, сколько в этом есть необходимость. Сочетание гидратации кожи со смягчением у пациентов с атопическим дерматитом – основа правильного ухода за ней. Многие современные лечебно-профилактические средства оказывают одновременно увлажняющий и смягчающий (липидовосстанавливающий) эффект. Для гигиенического ухода рекомендуются специальные средства ухода различных косметических серий: Топикрем (Франция), программа на основе термальной воды (лаборатория «Авен», Франция) и др. Купать ребенка следует ежедневно (за исключением случаев распространенной гнойничковой или герпетической инфекции). Длительность купания должна составлять не менее 15–20 мин, необходимых для насыщения рогового слоя кожи водой. Рекомендуется использовать для купания воду температуры 35–36°C. Горячая вода вызывает обострение кожного процесса. Хлорированную водопроводную воду перед купанием следует отстаивать в ванне в течение 1–2 ч с последующим нагреванием или добавлением кипятка. Рекомендуются также специальные гели кремы для ванн (Триксера, Топикрем) с целью усиления гидратации и смягчения кожи во время купания. Защитная липидная пленка сохраняется даже после купания и длительно защищает кожу от высыхания. Необходимости в нанесении увлажняющих и смягчающих средств на кожу после ванны в этом случае нет.

После купания без применения специальных гелей–кремов для ванн рекомендуется обязательное применение увлажняющих и смягчающих средств для кожи. При этом важно соблюдать «правило трех минут». Кожу следует промокнуть полотенцем, не вытирая досуха, и в течение трех минут после купания, не выходя из ванны, нанести на слегка влажную кожу увлажняющее и смягчающее средство ухода: Топикрем, Мюстела и др. Стратегия местной противовоспалительной терапии атопического дерматита представлена на рис. 2.

Купирование обострения кожного процесса с экссудацией целесообразно проводить с

помощью гормоносодержащего лосьона или эмульсии (Адвантан, Элоком, Локоид). При отсутствии мокнутия терапию начинают со стероидного крема или мази. Для базисной терапии используются препараты пимекролимуса (Элидел). При наложении бактериальной инфекции применяют комбинированные препараты, в состав которых входят кортикостероид, антибактериальный и противогрибковый компоненты. К таким препаратам относятся Пимафукорт (гидрокортизон, неомицин, натамицин), применяемый с 6 мес. жизни, и Тридерм (бетаметазон, гентамицин, клотримазол), зарегистрированный для применения у детей с 2 летнего возраста. В тяжелых случаях при бактериальной инфекции с угрозой генерализации проводится системная фармакотерапия цефалоспорином третьего поколения или аминогликозидами, по показаниям назначают противогерпетические (ацикловир) и противогрибковые (флуконазол) лекарственные средства.

При гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у пациентов с пищевой аллергией эффективны прокинетики – препараты домперидона (Мотилиум).

При вторичной панкреатической недостаточности применяются полиферментные препараты, полученные из тканей свиней, например, Мезим форте, Креон, Панзинорм 10000.

При аллергических поражениях кишечника (энтеропатии, энтерите, энтероколите, колите) проводится коррекция дисбиоза кишечника препаратами высокой степени очистки (Энтерожермина, Линекс), назначаются ферментные препараты из тканей свиней. Эффективны также производные аромоглициловой кислоты внутрь (Налкром, Аллерговал) [9, 10, 11, 16].

При аллергическом рините лечение основано на учете степени тяжести и вида ринита (табл. 2).

Базисная терапия бронхиальной астмы проводится согласно принятому в нашей стране национальному соглашению [13]. Выбор стартового препарата определяется возрастом пациента и тяжестью астмы:

Легкая интермиттирующая астма – базис-

Таблица 2.
Ступенчатая схема терапии аллергического ринита [7, 14]

Интерmittирующий ринит		Персистирующий ринит	
легкий	умеренный/ тяжелый	легкий	умеренный/ тяжелый
I ступень	II ступень	III ступень	
Оральные или интраназальные Н ₁ блокаторы <i>и/или</i> Деконгестанты <i>или</i> Антилейкотриеновые средства <i>(не в порядке предпочтения!)</i>	Оральные или интраназальные Н ₁ блокаторы <i>и/или</i> Деконгестанты <i>или</i> Интраназальные кортикостероиды <i>или</i> Антилейкотриеновые средства <i>(или интраназальные кромоны) (не в порядке предпочтения!)</i> *При персистирующем рините при улучшении в течение 2–4 нед – продолжить лечение в течение 1 мес, при отсутствии эффекта перейти на ступень вверх.	<i>В порядке предпочтения:</i> Интраназальные кортикостероиды Оральные Н ₁ блокаторы <i>или</i> Антилейкотриеновые средства. *При улучшении в течение 2–4 нед ступень вниз и продолжить лечение в течение 1 мес. *При отсутствии эффекта: увеличить дозу интраназальных кортикостероидов при зуде и ринорее добавить ипратропиума бромид при зуде и чихании добавить Н ₁ блокаторы *При отсутствии эффекта решить вопрос о целесообразности хирургического лечения (например, полипов носа)	
При наличии конъюнктивита добавить оральные Н ₁ блокаторы <i>или</i> интраокулярные Н ₁ блокаторы.			
Обсудить возможность применения иммунотерапии аллергенами			
При улучшении – ступень вниз, при ухудшении – ступень вверх.			

ная терапия не проводится.

Легкая персистирующая бронхиальная астма – показаны ингаляционные глюкокортикостероиды в низких дозах.

Среднетяжелая персистирующая бронхиальная астма:

- детям до 5 лет рекомендуются средние дозы ингаляционных глюкокортикостероидов.
- детям старше 5 лет показана комбинация низких или средних доз ингаляционного глюкокортикостероида и длительно действующего бета-2-агониста.

Тяжелая персистирующая астма :

- детям до 5 лет рекомендуются высокие дозы ингаляционных глюкокортикостероидов.
- детям старше 5 лет показана комбинация высоких доз ингаляционного глюкокортикостероида и длительно действующего бета-2-агониста.

Длительность стартовой терапии ингаляционными определяется индивидуально, но она должна быть не менее 3 мес. При достижении контроля симптомов астмы в течение 3 мес. доза глюкокортикостероида понижается 1 раз в 3 мес. до нижней градации низких доз, которая считается поддерживающей. Поддерживающая терапия проводится как минимум 12 мес. Параллельно производится элиминация пищевого аллергена, этиологическая значимость которого доказана.

Профилактика. Группу высокого риска развития атопии составляют дети, оба родителя которых страдают аллергическим заболеванием (либо родитель и старший sibс). В настоящее время разработаны международные рекомендации по профилактике пищевой аллергии у новорожденных и детей раннего возраста с высоким риском атопии (табл. 3).

Таблица 3.
Рекомендации по первичной профилактике пищевой аллергии у новорожденных и детей раннего возраста с высоким риском атопии [3, 4, 12, 15, 18].

Стратегия профилактики	Метод или мероприятие
Идентификация высокого риска пренатально или в раннем постнатальном периоде жизни ребенка	Установление наличия в семье атопии (по обеим линиям, родитель и/или сибс)
Исследования	Повышенный уровень IgE в пуповинной крови
Исключение воздействия пищевых аллергенов на организм ребенка	
В период беременности	Специальная диета беременной не рекомендуется даже при наличии генетического риска атопии у ребенка
В период кормления грудью	Диета матери с исключением яиц, коровьего молока, орехов (эффективность окончательно не доказана) с дополнительным введением 1200 1500 мг кальция в сутки
В питании ребенка	Исключительно грудное вскармливание до 4 6 мес жизни (желательно до 6 месяцев)
Восполнение дефицита грудного молока гипоаллергенной гидролизованной смесью, эффективность которой доказана (например, «NAN ГА 1, 2» (Нестле, Швейцария)	
Введение прикорма с 6 месяцев жизни, начиная с продуктов, обладающих низким аллергизирующим потенциалом	
Вводить 1 раз в неделю или в месяц следующие продукты (с учетом индивидуальной переносимости): с 9– 12 мес – коровье молоко (в каши); с 1 года – куриное яйцо, с 3 лет – орехи, рыбу.	
Исключение воздействия неблагоприятных неспецифических факторов	Всем лицам, контактирующим с ребенком, запрещается курить как до его рождения, так и после
	Устранить всевозможные загрязнения воздуха в помещении
	Уменьшить риск вирусных инфекций (сохранять грудное вскармливание, с раннего возраста проводить закаливание ребенка)

ЛИТЕРАТУРА

1. Аллергические заболевания у детей: рук. для врачей / В.Ф.Жерносек, Т.П.Дюбкова. Мн.: Новое знание, 2003. 335 с.
2. Атопический дерматит и инфекции кожи у детей: диагностика, лечение и профилактика: пособие для врачей / Баранов А.А., Ревякина В.А., Короткий Н.Г. и др. М., 2005. 104 с.
3. Всемирная организация по аллергии: Руководство по профилактике аллергии и аллергической астмы // Аллергология и иммунология. 2005. № 1. С. 81 91.
4. Дюбкова Т.П. Профилактика пищевой аллергии у грудных детей // Мед. новости. – 2005. – № 11. – С. 23–27.
5. Дюбкова Т.П. Организация питания грудных детей при пищевой аллергии // Медицинская панорама. – 2006. – № 1 (58). – С. 53–58.
6. Жерносек В.Ф., Дюбкова Т.П. Неотложная помощь при острых аллергических состояниях у детей и подростков на догоспитальном этапе // Мед. панорама. – 2006. – № 8. – С. 14–16.
7. Жерносек В.Ф., Дюбкова Т.П. Современные подходы к диагностике и лечению аллергического ринита у детей // Мед.

- новости. – 2004. – № 8. – С. 52–57.
8. Жерносек В.Ф., Дюбкова Т.П. Особенности течения и терапии острых аллергических реакций у детей первого года жизни // Медицинская панорама. 2005. № 2. С. 42–43.
 9. Жерносек В.Ф., Дюбкова Т.П. Пищевая аллергия у детей первого года жизни: учеб.-метод. пособие. – 3-е изд., доп. и перераб. – Минск: Зорны Верасок, 2010. – 55 с.
 10. Жерносек В.Ф., Дюбкова Т.П. Современные подходы к диагностике и лечению гастроинтестинальных проявлений пищевой аллергии у детей // Мед. новости. – 2008. – № 6. – С. 33–40.
 11. Жерносек В.Ф., Суковатых Т.Н., Дюбкова Т.П. Атопический дерматит у детей и подростков: клинические проявления, лечение, реабилитация больных // Мед. панорама. – 2007. – № 3. – С. 4–10.
 12. Первичная профилактика аллергии у детей: Согласительный документ Ассоциации детских аллергологов и иммунологов России. – М., 2010. – 72 с.
 13. Согласованное национальное руководство по диагностике, лечению, профилактике и реабилитации бронхиальной астмы: пересмотр 2006 г. – Мн.: ДокторДизайн, 2006. – 76 с.
 14. Allergic rhinitis and its impact on asthma: Workshop report (WHO, GA²LEN, AllerGen) At-A-Glance Pocket reference, 2007. 1st Edition. – 6 p.
 15. Grimshaw K.E., Allen K., Edwards C.A. et al. Infant feeding and allergy prevention: a review of current knowledge and recommendations. A EuroPreval state of the art paper // Allergy. – 2009. – Vol. 64. – P. 1407–1416.
 16. Guidelines for the diagnosis and management of food allergy in the United States: report of the NAID–Sponsored expert panel // J. Allergy Clin. Immunol. – 2010. – Vol. 126, N 6. – P. S1–S58.
 17. Hypoallergenic infants formulas / Committee on Nutrition AAP // Pediatrics. – 2000. – Vol. 106, N 2. – P. 346–349.
 18. Prevention of allergy and asthma. Interim Report // ACI International. 2000. Vol. 12, N 6. P. 288–302.
 19. Soy protein infant formulae and follow-on formulae: A commentary by ESPGHAN Committee on nutrition. – 2006. – Vol. 42. – P. 352–361.