

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭНТЕРОСОРБЕНТА «БЕЛЫЙ УГОЛЬ» ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ: РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Е.Н. Охотникова, Ю.И. Гладуш, Т.П. Иванова, К.В. Меллина, Н. Ю. Яковлева, Е.В. Шарикадзе, О.Н. Грищенко, О.Ф. Зарудняя, Р.В. Мостовенко

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика, г. Киев
Национальная детская специализированная больница «ОХМАТДЕТ», г. Киев

Резюме. В статье приведены данные относительно высокой клинической эффективности 14-дневного курса энтеросорбента «Белый уголь» у детей в возрасте от 1 до 15 лет с проявлениями пищевой аллергии на фоне различной патологии. Достигнуто сокращение длительности острого периода атопического дерматита, крапивницы и отека Квинке, снижение уровня специфического IgE к белкам коровьего молока у детей с АД, улучшение состояния желудочно-кишечного тракта (в т.ч. степени дисбактериоза), снижение общей дозы системных глюкокортикостероидов у детей с острым эпизодом крапивницы и отеком Квинке.

Ключевые слова: пищевая аллергия, дети, атопический дерматит, крапивница, энтеросорбенты.

Вступление

Аллергические заболевания остаются одной из актуальных проблем педиатрии. Аллергия в настоящее время рассматривается как системная патология, и даже в тех случаях, когда преимущественно поражается один орган, всегда есть опасность развития системных проявлений [1,4,9]. Формирование аллергии у детей характеризуется этапностью развития сенсибилизации и трансформации клинических проявлений в зависимости от возраста ребенка. У детей с атопией, как правило, манифестация аллергии проявляется уже в раннем детском возрасте в виде пищевой аллергии (ПА) и атопического дерматита (АД); позднее у 10–15% детей развивается аллергический ринит (АР), а у 40–43% — бронхиальная астма (БА). Согласно современным представлениям, тяжелое течение АД и АР является фактором риска последующего развития БА [5,8].

Наибольшая распространенность ПА отмечается у детей первых двух лет жизни (6–8%), у детей старших возрастных групп она уменьшается и у взрослых составляет около 2%. У 91,6% лиц с различными аллергическими заболеваниями имеется ПА к одному или двум продуктам. Развитие патологических реакций на пищу может осуществляться различными механизмами. В основе истинной пищевой аллергии лежит иммунологическая IgE-опосредованная реакция. Патологический процесс, по клиническим проявлениям похожий на аллергию, но не имеющий иммунологической фазы развития, при совпадении патохимической и патофизиологической стадии характеризуется как псевдоаллергия [3,12,13].

В настоящее время выделяют более 160 пищевых аллергенов, вызывающих IgE-опосредованные аллергические реакции. В «большую восьмерку» продуктов, обладающих наибольшей аллергенностью, входят: коровье молоко, яйца, рыба, пшеница, арахис, соя, ракообразные (креветки, крабы, лобстеры и др.), орехи (лесные, миндаль, грецкие и др.). К наиболее распространенным пищевым аллергенам также относятся: какао, шоколад, цитрусовые, клубника, земляника, мясо животных и птиц, мед, икра, морепродукты, злаки. В случае наличия аллергии на белки коровьего молока возможны перекрестные аллергические реакции: на козье молоко (казеин), говядину, телятину (ВСА), овальбумин куриного яйца (α -лактоальбумин), шерсть, ферментные препараты на основе поджелудочной железы крупного рогатого скота [14].

Состояния, обусловленные пищевой аллергией, разнообразны. Кожные проявления представлены атопическим дерматитом, крапивницей, ангионевротическим отеком, кореподобной сыпью. Гастроинтестинальные симптомы поражения ПА проявляются в виде аллергического эозинофильного эзофагита, гастрита, гастроэнтерита, гастроэнтероколита, протеин-индуцированной энтеропатии, энтероколита, проктоколита, гастроинтестинальной анафилаксии (редко). Иногда ПА проявляется респираторными нарушениями в виде бронхоспазма, острого ринофарингита, возможно развитие бронхиальной астмы, легочного гемосидероза (синдром Хейнера).

Формированию ПА у детей способствует употребление в пищу беременными женщинами и кормящими матерями высокосенсибилизирующих продуктов и медикаментозных препаратов. Ведущая роль в механизмах возникновения ПА у детей принадлежит нарушению морфо-функционального состояния желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Тонкий кишечник представляет собой поверхность, которая контактирует с поступающими чужеродными веществами в десять раз больше, чем дыхательный эпителий, и в 300 раз больше, чем кожа. В физиологических условиях в системе пищеварения существует ряд барьеров, представленных анатомическими, физиологическими и иммунными факторами, которые препятствуют проникновению пищевых антигенов во внутренние среды организма, где они индуцируют иммунный ответ. Несостоятельность вышеуказанных барьеров чаще проявляется в детском возрасте, учитывая возрастные анатомо-физиологические особенности ЖКТ ребенка. Повреждение барьера пищеварительного тракта вследствие воспалительных, инфекционных, паразитарных заболеваний способствует пищевой сенсибилизации. В последнее время большое внимание в развитии пищевой сенсибилизации уделяют расстройствам не только полостного, но и пристеночного пищеварения.

Токсическое влияние продуктов неполного переваривания белков повышает проницаемость слизистых оболочек пищеварительного тракта. Печень является одним из основных эффекторных органов фагоцитарной мононуклеарной системы. Она участвует в захвате и элиминации в первую очередь антигенов кишечного происхождения. ПА может возникнуть в том случае, когда большие белковые молекулы или их осколки проходят через печеночный фильтр, сохраняя свои антигенные свойства. Кроме того,

повышенная проницаемость тонкой кишки позволяет всасываться большому количеству гистамина с дальнейшим поступлением в кровотока, так как возможности гистаминазы ограничены. Массивному поступлению антигенов из кишечника в циркуляцию крови способствует снижение функциональной активности поджелудочной железы и снижение кислотности желудочного сока, а также заселение кишечника патогенными микроорганизмами.

Усиленное размножение гистаминогенной флоры, которая путем декарбоксилирования пищевого гистидина увеличивает количество гистамина в организме, приводит к развитию аллергических реакций при дисбактериозе кишечника [10]. Имеет значение также уменьшение продукции гистаминазы поврежденной оболочкой тонкой кишки. Кроме того, аллергенами могут быть также продукты метаболизма микроорганизмов.

Нарушение физиологических процессов при ПА сопровождается развитием эндотоксикоза различной степени выраженности. Исходя из приведенных механизмов формирования ПА, патогенетически обоснованным является включение в комплексную терапию энтеросорбентов.

Лечебный комплекс у детей с ПА должен включать:

- элиминационные мероприятия;
- диетотерапию;
- противовоспалительную терапию (кромоны, кетоцифен, H1-антигистамины II поколения и их метаболиты, H2-антигистамины);
- ферментные препараты;
- лечение основного аллергического заболевания;
- лечение сопутствующей патологии органов пищеварения, нарушений биоценоза кишечника и ротоглотки, хронических очагов инфекции;
- энтеросорбенты.

Современные энтеросорбенты, применяемые в детском возрасте, должны соответствовать следующим требованиям:

- нетоксичность и гипоаллергенность;
- отсутствие повреждающего действия на слизистую ЖКТ;
- хорошая эвакуация из желудка;
- высокая сорбционная емкость;
- благоприятное влияние на желудочно-кишечную секрецию и биоценоз микрофлоры органов пищеварения;
- удобная форма и легкость дозирования;
- отсутствие отрицательных органолептических свойств сорбента (в т.ч. и ароматических добавок).

Энтеросорбция нашла широкое применение в лечении аллергических заболеваний, как в остром периоде, так и

во время ремиссии (АД, дермореспираторный и дермоинтестинальный синдромы, крапивница, лекарственная, пищевая и пыльцевая аллергия), дисфункции органов детоксикации (печени, почек, кожи), при проведении дегельминтизации [6,7].

Выраженными сорбционными свойствами, соответствующими современным требованиям, предъявляемым к энтеросорбентам, обладает диоксид кремния, который выпускается под торговым названием «Белый уголь» (ООО «ОМНИФАРМАКИЕВ»). Препарат способствует абсорбции из ЖКТ и выведению из организма экзо- и эндогенных токсических веществ различного происхождения (в т.ч. продуктов жизнедеятельности патогенных микроорганизмов, пищевых и бактериальных аллергенов). Данный энтеросорбент опосредованно способствует уменьшению проявлений токсико-аллергических реакций, снижению метаболической нагрузки на органы детоксикации (в первую очередь печень и почки), устраняет дисбаланс биологически активных веществ в организме, корректирует обменные процессы и иммунный статус, усиливает перистальтику кишечника [6].

Цель исследования — изучение клинической эффективности использования энтеросорбента «Белый уголь» (диоксида кремния) в комплексной терапии детей с ПА.

Материал и методы исследования

Исследование проведено как открытое рандомизированное методом случайного отбора больных в отделениях терапевтического профиля Национальной детской специализированной больницы «ОХМАТДЕТ» (г. Киев). Под наблюдением находилось 46 детей в возрасте от 1-го года до 15-ти лет, у которых имелись проявления ПА на фоне различной аллергической патологии, которые составили I группу. Обследуемые дети данной группы в составе комплексной терапии получали энтеросорбент «Белый уголь». Пациенты были разделены на три подгруппы: в подгруппу А1 вошло 30 детей в возрасте от 1-го года до 5-ти лет с АД, в подгруппу В1 — 10 детей в возрасте от 2,5 до 15 лет, больных острой крапивницей, в подгруппу С1 — 6 детей в возрасте от 2,5 до 15 лет с рецидивирующей крапивницей.

Группу сравнения (II группа) составили дети, сопоставимые с детьми основной группы по возрасту, нозологии и тяжести процесса. В комплекс лечения этих пациентов не был включен данный энтеросорбент: А2-подгруппа — 10 детей, страдающих АД; В2-подгруппа — 5 детей с острой крапивницей и С2-подгруппа — 3 детей с рецидивирующей крапивницей.

Для выявления признаков атопии проведен анализ данных семейного и индивидуального аллергоанамнеза,

Таблица 1

Клиническая характеристика детей основной группы (n=46)

Атопический дерматит		Крапивница	
Признак	%	Признак	%
Форма: ограниченная	60	Интоксикация	79
диффузная	40	Головная боль	43
Зуд кожи	100	Зуд кожи	94
Индекс SCORAD:		Отек Квинке	52
легкий (>40 баллов)	20		
среднетяжелый (20–40)	63		
тяжелый (<20 баллов)	17		
Повышение общего IgE	42	Повышение общего IgE	46
Повышение специфических IgE к пищевым аллергенам	95	Повышение специфических IgE к пищевым аллергенам	52
Дисбактериоз	97	Диспептический синдром	35

данных пищевого дневника, определялись уровни общего IgE и специфических IgE к пищевым аллергенам методом ИФА. Уровень специфических IgE до 156 единиц оптической плотности (ед. опт. пл.) считали низким, 156–499 ед. опт. пл. — умеренным, 520–1350 ед. опт. пл. — высоким.

В динамике наблюдения учитывали интенсивность и распространенность кожных проявлений, их соответствие существующим критериям диагностики АД; проводилось исследование кала на дисбактериоз.

Тяжесть АД оценивали по шкале SCORAD с учетом распространенности и интенсивности кожных проявлений и субъективных признаков (нарушения сна, кожный зуд), площади пораженной поверхности. Индекс SCORAD рассчитывали по формуле: $A/5+7B/2+C$, где А — распространенность (площадь пораженной поверхности, выражается в %), В — общий балл интенсивности, С — субъективные симптомы (зуд и потеря сна). Индекс SCORAD выше 40 баллов отвечал тяжелой степени течения, индекс 20–40 баллов — среднетяжелому, а индекс ниже 20 баллов — легкому течению АД. Исследования проводились в динамике: в остром периоде заболевания (до начала лечения), на 7-е и 14-е сутки комплексной терапии с включением энтеросорбента «Белый уголь»

Энтеросорбент «Белый уголь» назначался *per os* в 3 приема в суточной дозе 150 мг/кг за 1–1,5 часа до приема пищи и между приемами препаратов в течение 14 дней.

Эффективность лечения оценивалась по следующим критериям: индекс SCORAD (АД), уровень общего и специфических IgE, степень дисбактериоза, уровень гематологической активности, общая доза системных глюкокортикостероидов (ГКС), длительность острого периода.

Результаты исследований и их обсуждение

В ходе исследования выявлено, что аллергические заболевания в родословной имеются у всех обследуемых больных детей: по материнской линии — у 18 (60%), по отцовской — у 9 (30%), по обеим линиям — у 3 (0,9%).

Клиническая характеристика обследованных детей представлена в таблице 1. Из таблицы видно, что 2/3 детей с АД имели ограниченную форму и среднетяжелое течение заболевания. Среди больных этой группы у 42% регистрировалось повышение общего, а у 95% — повышение специфических IgE к пищевым аллергенам. При этом в 100% случаев отмечался зуд кожи различной интенсивности, и в 63% — показатель индекса SCORAD отвечал

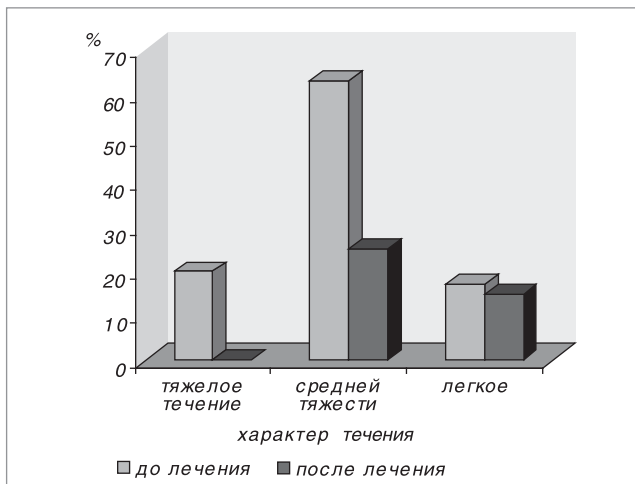


Рис.1. Динамика течения АД (индекс SCORAD) на фоне применения «Белого угля»

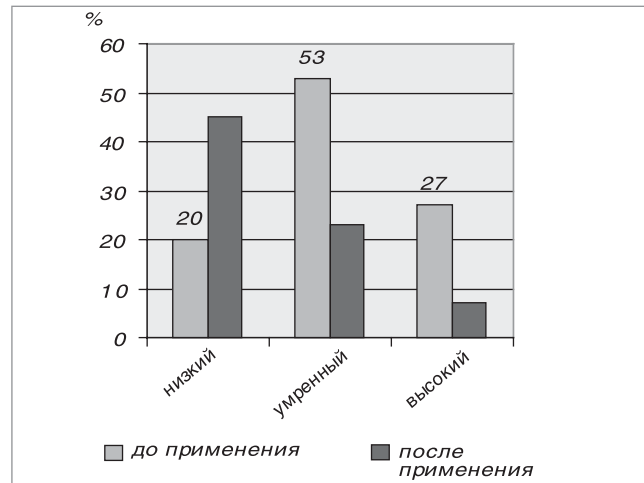


Рис.2. Динамика уровня специфического IgE к белкам коровьего молока у детей с АД на фоне применения «Белого угля»

среднетяжелой степени течения. Явления дисбактериоза кишечника выявлены у 97% обследуемых детей с АД.

У детей II группы в клинической картине превалировал синдром интоксикации (79%) и кожный зуд (94%). У половины детей отмечены проявления отека Квинке, диспептический синдром выявлен. Данные клинические признаки отмечались на фоне повышения общего IgE (46%) и специфических IgE (52%).

У детей основных подгрупп на фоне комплексной терапии, включающей энтеросорбент «Белый уголь», отмечена благоприятная динамика клинических проявлений в виде уменьшения выраженности объективных признаков (отек, гиперемия, сыпь, корки), снижения интенсивности зуда, нарушений сна, что сопровождалось значительным снижением интегративного индекса SCORAD (рис. 1).

Оценка динамики течения АД показала, что на фоне применения энтеросорбента признаки тяжелого течения заболевания нивелировались, на 6,4% уменьшилось количество детей со среднетяжелым течением и на 26,4% увеличилось число детей с легким течением АД. Наиболее стойкими к терапии оказались дети с сенсibilизацией к аэро- и пищевым аллергенам, дети с диффузным АД. На фоне проводимой терапии гиперемия, отек, воспалительная инфильтрация кожи на лице более активно достигала регресса, чем в других местах.

У детей раннего возраста клиническое улучшение началось раньше, и кожные проявления были не такими стойкими к лечению, как у детей 3–5 лет. У пациентов 3–5 лет наиболее стойкие изменения наблюдались в области локтевых сгибов. У всех детей площадь высыпаний и интенсивность объективных симптомов пропорционально уменьшались в процессе проведения терапии уже через 7 дней лечения.

Изучение динамики зуда показало, что уже через неделю лечения его выраженность значительно уменьшилась (в 2,0–2,5 раза). В конце 2-й недели слабые проявления зуда отмечались только у 8 (26%) детей. Уменьшилась раздражительность, восстановился сон. Через 7 дней отмечалось снижение уровня специфических IgE к пищевым аллергенам (на 25–30%) у детей, получавших комплексную терапию, а через 14 дней — на 35–40%. На графике представлена динамика уровня специфического IgE к белкам коровьего молока (рис.2).

На фоне лечения «Белым углем» у всех детей ликвидировались нарушения микробиотенноза кишечника,

которые проявлялись дефицитом бифидо- и лактобактерий, увеличением количества и изменением видового соотношения условно-патогенных бактерий. В динамике отмечено достоверное повышение до нормального уровня популяции бифидо- и лактобактерий у детей, применявших «Белый уголь» и имевших исходный сниженный уровень этих бактерий. Наряду с этим выявлено четкую позитивную динамику в отношении представителей условно-патогенной микрофлоры фекалий. При повторном исследовании кала на дисбактериоз в группе детей, получавших «Белый уголь», нормализация микробиоценоза кишечника отмечалась у 14 (78%), детей причем без применения пробиотиков. У детей группы сравнения нормализация кишечной флоры или не отмечалась, или восстанавливалась в более поздние сроки (рис.3).

Применение комплексной терапии с включением «Белого угля» у детей основной группы с острой крапивницей и обострением рецидивирующей ее формы способствовало улучшению состояния больных на 2-е сутки применения у 47,8% детей, на 3-и сутки – у 43,4%, что проявлялось уменьшением кожного зуда и отсутствием новых элементов сыпи на коже. Купировались симптомы метеоризма, нормализовался стул. По данным опроса детей и их родителей, на второй день применения отмечалось улучшение общего состояния почти у всех пациентов (96%): уменьшились беспокойство и раздражительность за счет уменьшения зуда, улучшился аппетит. У 13% детей симптомы острой крапивницы купировались в течение суток, у одного ребенка отмечалось рецидивирующее течение (рис.4).

У детей группы сравнения, не получавших «Белый уголь», положительная динамика отмечалась на 4–5-е сутки.

Нормализация лабораторных показателей активности крови отмечена у 74% детей, получавших энтеросорбент, на 5–6-й день у 22% пациентов, на 7-й – у 13% детей. У больных группы сравнения улучшение этих показателей отмечалось к 7–8 дню терапии.

Таким образом, применение энтеросорбента «Белый уголь» ускорило позитивную динамику клинических проявлений у детей с острой крапивницей и тем самым позво-

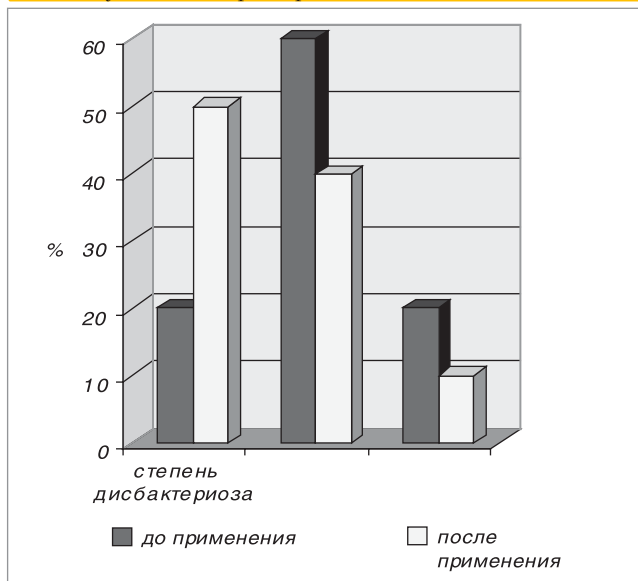


Рис.3. Динамика дисбактериоза у детей с АД на фоне применения «Белого угля»

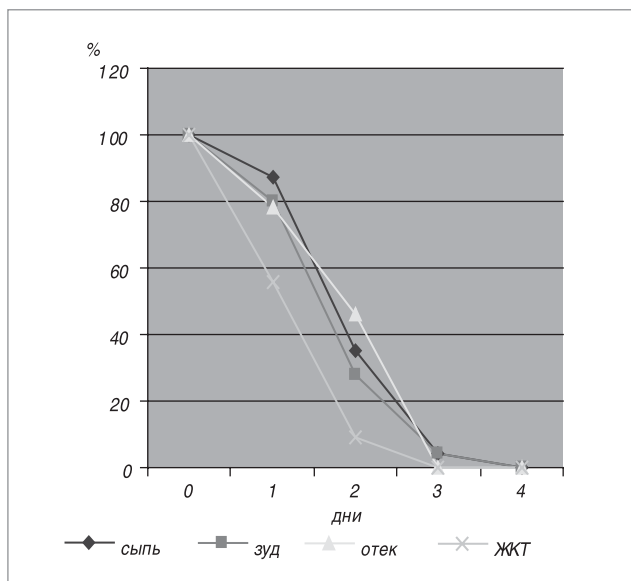


Рис.4. Динамика симптомов крапивницы на фоне применения «Белого угля»

ло уменьшить курсовую дозу системных ГКС. Полученные результаты коррелируют с данными литературы о том, что энтеросорбенты повышают чувствительность ГКС-рецепторов, что позволяет снизить в среднем в два раза объем ГКС-терапии.

Клиническое улучшение после окончания комплексной терапии с включением «Белого угля» зафиксировано у 96,6% детей. При этом у 66,6% больных достигнута клиническая ремиссия, у 23,3% детей – значительное улучшение, у 6,6% – улучшение и лишь у 3,5% детей эффекта не было.

«Белый уголь» дети принимали без каких-либо осложнений. Ни в одном случае не отмечено изменений основных биохимических констант организма. Побочных явлений в виде диспепсии, аллергических реакций не зарегистрировано. Следует отметить хорошие органолептические свойства данного сорбента. Даже дети младшего возраста не отказывались от приема препарата.

Таким образом, энтеросорбент «Белый уголь» зарекомендовал себя как эффективный и важный компонент комплексной терапии пищеязависимой аллергической патологии. Применение «Белого угля» позволяет сократить длительность острого периода АД, крапивницы и отека Квинке у детей и уменьшить курсовую дозу системных ГКС в случае их применения.

Выводы

1. «Белый уголь» – сорбент с уникальными свойствами и хорошей переносимостью детьми любого возраста.
2. Включение в комплексную терапию АД, крапивницы и отека Квинке энтеросорбента «Белый уголь» патогенетически обосновано и клинически целесообразно.
3. Эффективность «Белого угля» убедительно доказана у больных со значимой ПА, что подтверждено сокращением длительности острого периода АД, крапивницы и отека Квинке, снижением уровня специфического IgE к белкам коровьего молока у детей с АД, улучшением состояния желудочно-кишечного тракта (в т.ч. степени дисбактериоза), уменьшением суммарной дозы системных ГКС у детей с острым эпизодом крапивницы и отека Квинке.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балаболкин И. И. Атопический дерматит у детей / И. И. Балаболкин, В. Н. Гребенюк. — М.: Медицина, 1999. — 238 с.
2. Клиническая аллергология / [под ред. Р. М. Хайтова]. — М.: МЕДпресс-информ, 2002. — 623 с.
3. Кунгуров Н. В. Атопический дерматит (типы течения, принципы терапии) / Н. В. Кунгуров, Н. М. Герасимова, М. М. Кохан. — Екатеринбург: изд-во Урал. ун-та, 2000. — 266 с.
4. Ласица О. И. Атопический марш у детей. Перспектива профилактики и прогноза / О. И. Ласица // Клін. імунол. Алергол. Інфектол. — 2006. — № 1 (01). — С. 12—48.
5. Ласица О. И. Бронхиальная астма в практике семейного врача / О. И. Ласица, Т. С. Ласица. — К.: Атлант UMS, 2001. — 264 с.
6. Пайкуш В. А. Порівняльна характеристика кремніймісних ентеросорбентів при застосуванні у дітей з онкозахворюваннями / В. А. Пайкуш, Р. П. Козак, Г. С. Гаврилишин // Практична медицина. — 2004. — Т. 8, № 4. — С. 21—23.
7. Римарчук Т. Р. Перспективы применения энтеросорбентов в педиатрии / Т. Р. Римарчук // Рос. педиатрич. журн. — № 1. — 1999. — С. 34—37.
8. Сергеев Ю. В. Атопический дерматит: современная диагностика и лечение / Ю. В. Сергеев, О. Л. Иванов, Д. К. Новиков // Иммунопатол., алергол., инфектол. — 2001. — № 4. — С. 28—48.
9. Смолкин Ю. С. Атопический дерматит у детей: принципы диагностики и рациональной терапии / Ю. С. Смолкин, А. А. Чебуркин // Лечащий врач. — 2002. — № 9. — С. 22—25.
10. Современные методы сорбционной терапии в клинической практике / [под ред. В. П. Николаева]. — К., 1998. — 227 с.
11. Энтеросорбция / [под ред. Н. А. Белякова]. — Ленинград, 1991.
12. Emerson R. M. Severity distribution of atopic dermatitis in the community and its relationship to secondary referral / R. M. Emerson., H. C. Williams, B. R. Allen // Br. J. Dermatol. — 1998. — Vol. 139 (1). — P. 73—76.
13. Hanifin J. M. Diagnostic features of atopic dermatitis / J. M. Hanifin, G. Rajka // Acta Dermatol. Venereol. — 1980. — Vol. 92. — P. 44.
14. Tofte S. J. Current management and therapy of atopic dermatitis / S. J. Tofte., S. J. J. M. Hanifin // J. American Acad. Dermatol. — 2001. — Vol. 119. — P. 158—159.

ВИКОРИСТАННЯ ЕНТЕРОСОРБЕНТУ «БІЛЕ ВУГІЛЛЯ» ПРИ АЛЕРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ У ДІТЕЙ: РЕЗУЛЬТАТИ ВЛАСНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

О.М. Охотнікова, Ю.І. Гладуш, Т.П. Іванова, К.В. Мелліна, Н. Ю. Яковлева, О.В. Шарікадзе, О.М. Грищенко, О.Ф. Зарудня, Р.В. Мостовенко

Резюме. У статті наведені дані щодо високої клінічної ефективності 14-денного курсу ентеросорбенту «Біле вугілля» у дітей у віці від 1 до 15 років з проявами харчової алергії на тлі різноманітної алергічної патології. Досягнуто скорочення тривалості гострого періоду атопічного дерматиту, кропив'янки та набряку Квінке, зниження рівня специфічного IgE до білків коров'ячого молока у дітей з АД, покращення стану шлунково-кишкового тракту (у т.ч. ступеня дисбактеріозу), зниження загальної дози системних глюкокортикостероїдів у дітей з гострим епізодом кропив'янки та набряком Квінке.

Ключові слова: харчова алергія, діти, атопічний дерматит, кропив'янка ентеросорбенти.

APPLICATION OF ENTEROSORBENT «WHITE CARBONS» IN CHILDREN WITH ALLERGIC DISEASE: RESULTS OF OWN RESEARCHES

O. M. Okhotnikova, U. I. Gladush, T. I. Ivanova, K. V. Mellina, N. U. Ykovleva, O. V. Sharikadze, O. M. Gricenko, O. F. Zarudnya, R. V. Mostovenko

Summary. Data is represented about high clinical efficiency of 14-days course of the enterosorbent «White carbons» in children from 1 up to 15-year, suffering of alimentary allergy. Shortening of duration acute period of atopic dermatitis, urtikaria and angioneurotic edema, decreased level of specific IgE to cow's milk in children with atopic dermatitis, improvement of the state of gastrointestinal tract (including degree of dysbacteriosis), decreased of the summary dose of systemic corticosteroids in children with acute episode of urtikaria have been obtain.

Key words: enterosorbents, atopic dermatitis, children, alimentary allergy, urtikaria.