

ОГЛЯДИ ЛІТЕРАТУРИ

© Іщейкін К. Є.

УДК 616.5-001/-002-053.3/.5:613.22

ШТУЧНЕ ВИГОДОВУВАННЯ ЯК ПРОВОКУЮЧИЙ ФАКТОР АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ У ДІТЕЙ

Іщейкін К. Є.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» м. Полтава

Атопический дерматит – хроническое аллергическое заболевание, развивающееся у лиц склонных к атопии, характеризующееся рецидивами, типичными высыпаниями, гиперчувствительностью к специфическим и неспецифическим раздражителям. В последние годы увеличилась частота заболеваемости на атопический дерматит среди детского населения. Одной из причин является нерациональное питание детей, особенно грудного возраста. Раннее отлучение от груди, искусственное вскармливание, раннее введение прикорма – все эти факторы являются провокаторами развития атопического дерматита. В наше время выпускается широкий спектр заменителей грудного молока (молочные смеси). Современные смеси производят из коровьего молока, лечебные – на основе соевых белков и белковых гидролизатов. Существенным является разделение заменителей грудного молока на две большие группы: высоко адаптированные, мало адаптированные и частично адаптированные. Однако, несмотря на это, риск развития атопического дерматита у детей на искусственном вскармливании гораздо выше, чем у детей на естественном. Поэтому, в рекомендациях по профилактике развития данного заболевания основная роль отводится грудному вскармливанию детей первого года жизни.

Ключевые слова: атопический дерматит, пищевая аллергия, искусственное вскармливание, молочные смеси

Робота є самостійним фрагментом науково-дослідних розробок Вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія» «Розробка вітчизняних тест-систем для діагностики найпоширеніших алергій серед населення України», номер державної реєстрації 0107U001556.

Атопічний дерматит — хронічне алергічне захворювання, що розвивається в осіб з генетичною схильністю до атопії і характеризується рецидивним перебігом, типовим висипанням, підвищенням рівня IgE і гіперчутливістю до специфічних (алергени) і неспецифічних подразників. Атопічний дерматит сьогодні розглядається як системне захворювання, оскільки в патологічний процес втягується не лише шкіра, але й інші органи та системи (травний канал, нервова система тощо) [1, 2, 3].

Проблеми атопічного дерматиту починаються з термінології. Нині атопічний дерматит трактують по-різному: як «дитячу екзему», «конституційну екзему», «себорейний дерматит», «нейродерміт» тощо [2, 3, 4, 7]. У всьому світі, спостерігається значне зростання алергічних захворювань, що стає глобальною проблемою, яка сягає таких масштабів, що деякі вчені вже називають це епідемією XXI сторіччя. Так, за статистичними даними, за останні 30 років удвічі збільшилася частота бронхіальної астми, харчової алергії та атопічного дерматиту. За інформацією ВООЗ, кожен п'ятий житель Землі страждає від алергічних чи псевдоалергічних реакцій. Але істинна харчова алергія розвивається лише у 4–5 % дітей і 2–3 % дорослих. В інших випадках має місце харчова неперено-

симість, що не пов'язана з імунними реакціями на їжу [5, 8, 13, 15].

Проблема раціонального харчування дітей, особливо грудного та раннього віку, привертає все більшу увагу як фахівців-педіатрів, так і суспільства в цілому. Причина цього – чисельні нові докази того, що нерациональне вигодовування в ранньому віці призводить до порушення росту, інтелектуального розвитку, виникнення деяких захворювань у підлітків і дорослих, визначає рівень здоров'я нації у подальшому [12, 14, 15].

У дітей 1–2-го року життя найчастіше алергічні реакції виникають внаслідок харчової алергії. Термін «харчова алергія» слід використовувати, коли доведена імунологічно опосередкована реакція гіперчутливості до будь-якого харчового компонента, включаючи IgE-позитивні і/або IgE-негативні алергічні реакції [7, 9, 23].

Надалі харчова алергія може спричинити розвиток не тільки атопічного дерматиту але, й алергічного риніту, бронхіальної астми. Такий перехід одного алергічного захворювання в інше отримав назву алергічного маршу [8, 10, 13]. Враховуючи збільшення в останні роки частоти алергічних захворювань, що знижують якість життя дітей та можуть призвести до хронічних

захворювань та ранньої інвалідизації, питання профілактики харчової алергії залишаються дуже важливими й актуальними в педіатрії [5, 19].

На жаль, дитяча екзема залишається до кінця не вивченою аномалією. Дане захворювання тісно пов'язано з проблемами екології, психоемоційними навантаженнями, неякісними продуктами харчування, токсикозом під час вагітності, огріхами харчування матері під час вагітності та лактації, скороченням строків природного вигодовування, штучним вигодовуванням [2, 4, 8].

Атопічний дерматит — мультифакторіальне захворювання. Сьогодні доведено, що серед чинників, які зумовлюють виникнення цього захворювання, значну вагу має генетично детермінована здатність до атопічних захворювань. Причому для атопічного дерматиту характерною є полігенна форма успадкування. [5, 8, 9].

В основі патогенезу атопічного дерматиту в переважній більшості дітей лежать IgE-опосередковані (атопічні) імунopatологічні реакції. Водночас у 10–30 % хворих при даній патології підвищений рівень IgE не реєструється. Отже, у таких пацієнтів патогенетичним підґрунтям атопічного дерматиту є інші імунні та неімунні (псевдоалергічні) механізми запалення.

Протягом останніх років суттєво розширилися уявлення щодо ролі шкірних покривів у формуванні імунної відповіді на алерген. Сьогодні переконливо доведено, що шкіра є органом, який бере активну участь у розвитку атопічних реакцій. Ініціація імунної відповіді здійснюється в асоційованій зі шкірою лімфоїдній тканині (SALT — skin associated lymphoid tissue). Дендритні клітини шкіри першими розпізнають і захоплюють антиген і, мігруючи в регіональні лімфовузли, презентують його для Т-лімфоцитів. Саме в регіональних лімфовузлах відбувається каскад імунних реакцій, що призводить до перетворення В-лімфоцитів у плазматичні клітини, які й синтезують антитіла. У подальшому антитіла та сенсibilізовані лімфоцити повертаються до шкіри і призводять до реалізації імунної запальної відповіді, що проявляється клінічно симптомами атопічного дерматиту [5, 8, 9].

Атопічний дерматит класифікують на такі періоди:

- періоду малюка, від моменту народження дитини до 2 років. Чинниками захворювання у даному віці є неправильне харчування матері або прийняття певних медичних препаратів чи наявність у неї інфекції. Місця появи дерматиту: розгинальні поверхні кінцівок, обличчя, тулуба. У дітей червоніються щічки і сідниці. Приманним для цієї алергії буде утворення на тих місцях кірок і сухість шкіри.

- дитячий період від 2 до 12 років. Висипання спостерігаються на згинальних поверхнях кінцівок, в ліктьових і підколінних ямках на шиї. Ці ділянки супроводжуються набряками шкіри, тріщинами, скориночками та ерозіями.

- підлітковий період, від 12 до 18 років. У такому віці (особливо у хлопчиків) є вірогідність зникнення висипань і водночас, можливе різке загострення дерматиту, із збільшенням об'ємів ураження (на шиї, обличчі, навколо зап'ястя і в ліктьових ямках, а також шкіри кистей рук).

- дорослий вік. У цей період переважають такі місця, як: шия, обличчя, пальці, тильна поверхня кистей і стоп, а також супроводжуються типовою сухістю і

свербіжем шкіри, лущення, висипання і потовщення шкіри з посиленням шкірного малюнка. Формується зачароване коло: сверблячка - розчесання - висип - свербіж.

До найважливіших факторів ризику розвитку харчової алергії відносять: генетичну схильність, раннє штучне вигодовування, раннє введення продуктів із високою алергенністю, дію алергенів (харчові білки, пил, тварини, кліщі тощо) та додаткові фактори (пасивне куріння, сезонні рослинні алергени, промислове забруднення зовнішнього середовища тощо).

У дітей Європейського регіону на першому році життя перше місце серед харчових алергенів посідають білки коров'ячого молока (b-лактоглобулін, а-лактоглобулін, казеїн), яйця (овальбумін, овомукоїд), риби (М-паральбумін), а друге місце — білки злаків (глютен, гліадин), пшениці, кукурудзи, рідше рису та гречки [1, 2, 4].

Рекомендації щодо профілактики харчової алергії були розроблені ESPACI, ESPGHAN і Американською академією педіатрії у 1999 р. Пізніше відповідні рекомендації з'явилися в національних настановах більшості країн. Вважається, що головним завданням серед дітей із популяційним ризиком і в групі високого ризику атопії є пропаганда й реалізація грудного вигодовування немовлят і дітей перших місяців життя [21].

На сьогодні немає сумнівів, що грудне молоко здорової матері є ідеальним продуктом харчування для новонароджених і дітей першого року життя. Особливості профілактики харчової алергії у дітей [18, 19, 22].

В останні роки в багатьох високорозвинених країнах, у т.ч. в Україні, склалася несприятлива ситуація, пов'язана з ранньою відмовою від грудного вигодовування [12, 16]. МОЗ України розроблена і затверджена програма підтримки грудного вигодовування дітей в Україні. З цією метою впроваджуються принципи підтримки лактації та грудного вигодовування дітей першого року життя, основані на директивних рекомендаціях ВООЗ/ЮНІСЕФ, що базуються на виконанні десяти принципів успішного грудного вигодовування, певній зміні термінів уведення корективних добавок та прикормів дітям, які знаходяться на грудному вигодовуванні [16, 17, 18]. Поряд із новітніми рекомендаціями частина населення використовує і класичні вітчизняні [14, 15].

Грудне вигодовування унікальне за своєю природою, тому що лише материнське молоко може забезпечити малюка не тільки необхідною кількістю жирів, мікроелементів, вітамінів (причому в оптимальному для засвоєння стані), але й такими біологічно активними речовинами, як ферменти, гормони, імуноглобуліни, лейкоцити. Ці компоненти дуже важко або навіть неможливо ввести до складу штучних сумішей. Крім цього чисто практичного значення, важливість грудного вигодовування беззаперечно необхідна для психологічного комфорту мам і малюка, взаєморозуміння "матерів і дітей" з перших днів життя. Дитина, яка протягом року перебувала на грудному вигодовуванні, надалі буде менш вразлива до алергічних захворювань. Жінка має дотримуватися основ раціонального харчування, тобто харчуватися так само, як харчувалася до і під час вагітності, але з деяким збільшенням

у раціоні білків, адже саме білки вона втрачає з жіночим молоком [14, 16, 17].

Штучне вигодовування - це таке харчування дитини на першому році життя, коли вона зовсім не отримує жіночого молока або його кількість становить менше 1/5 від об'єму їжі, та основним продуктом харчування є штучна суміш [18, 19, 20].

На сьогоднішній день ми усвідомлюємо, що вигодовування дітей першого року життя немодифікованим коров'ячим молоком може призвести до різноманітних порушень у розвитку дитини, появи патологічних реакцій харчової гіперчутливості, алергічних та аутоімунних захворювань, порушень імунного захисту, більшого ризику інфекційних хвороб. Практично, близько 11% дітей протягом першого року життя отримують коров'яче молоко, близько 3% вигодовуються виключно коров'ячим молоком, 17% - молочними сумішами і коров'ячим молоком. Після року вживання немодифікованого коров'ячого молока є типовим для харчування більшості дітей. Доведено, що раннє споживання коров'ячого молока має кілька патологічних механізмів, які можуть діяти синергічно, посилюючи небажані наслідки. Відсутність олігосахаридів й інших необхідних біологічно активних речовин у коров'ячому молоці призводить до порушень у формуванні кишкової мікробіоти дитини, адекватних механізмів імунного захисту, харчової толерантності. Малий вміст заліза у коров'ячому молоці та високий ризик мікрогеморагій на слизовій оболонці кишок обумовлюють розвиток хронічної недостатності заліза, що, у свою чергу, порушує нормальний метаболізм дитини, збільшує ризик розвитку залізодефіцитної анемії та інших дефіцитних станів. Значний вміст кальцію й казеїну в коров'ячому молоці додатково порушує всмоктування заліза в кишечнику, посилюючи його нестачу в дитячому організмі. Діти, які споживають коров'яче молоко, отримують набагато більше білка й мінеральних речовин, що суттєво навантажує нирки, змушуючи їх посилено працювати і виділяти більше рідини. Усе більше накопичується даних, що розвиток багатьох захворювань у дорослому віці тісно пов'язаний з характером харчування на першому році життя.

Незважаючи на очевидні переваги природного вигодовування жіночим молоком дітей першого року життя, реальна ситуація в даний час така, що частка дітей, що перебувають на штучному вигодовуванні, як і раніше дуже висока [6]. У зв'язку з цим виникає необхідність розробки і широкого виробництва високоякісних продуктів для штучного вигодовування, склад яких повинен бути в максимальному ступені наближений до складу жіночого молока. Очевидно, що багато ефектів грудного вигодовування не можуть бути змодельовані. До них відноситься в першу чергу надзвичайно важливий і потужний фактор психологічного контакту матері та дитини в процесі годування. Важко і, мабуть, неможливо повною мірою відтворити строго індивідуальний та адаптивний комплекс імунологічних чинників, завдяки яким жіноче молоко забезпечує протиінфекційного захисту і становлення імунної системи немовляти, а також багато інші процеси, зокрема становлення нормальної мікрофлори слизових оболонок дитини. І все ж в області розробки сумішей для штучного вигодовування досягнутий значний прогрес, що дозволяє сьогодні забезпечити організм ма-

ленької дитини необхідними нутрієнтами і нівелювати більшість несприятливих ефектів, пов'язаних з неможливістю грудного вигодовування. Мова йде про високоякісні адаптовані суміші, вибір яких в даний час достатньо великий [16, 17, 18, 19].

У переважній більшості випадків сучасні суміші для штучного вигодовування виробляються на основі коров'ячого молока. У той же час коров'яче молоко в порівнянні з жіночим містить більш високу кількість білка і меншу - жирів і вуглеводів. Крім того, білки і жири відрізняються за своїм хімічним складом і властивостями. У коров'ячому молоці міститься більше калію, натрію і деяких інших мінеральних речовин і менше - деяких вітамінів. У зв'язку з цим виникає необхідність адаптації коров'ячого молока для отримання повноцінного продукту для харчування дітей, що не володіє побічними ефектами. Введення до складу суміші білків молочної сироватки дозволяє збільшити частку легкозасвоюваних білків, близьких за амінокислотним складом до білків жіночого молока, зменшивши частку казеїну, переважаючого в коров'ячому молоці. Жири коров'ячого молока частково або повністю замінюються жирами рослинного походження (частіше на основі соняшникової, кукурудзяної, соєвої, кокосового або пальмового масла). У сучасних сумішах для штучного вигодовування, як правило, збільшена частка легкозасвоюваних середньоланцюгових кислот (що зазвичай досягається завдяки введенню кокосової олії), а також необхідних для нормального росту ліпідів, що містять лінолену і ліноленову жирні кислоти (перші входять до складу соняшникової та кукурудзяної олії, другі - кокосової та деяких інших). Нерідко до складу сумішей вводяться емульгатори (частіше - лецитин) і модулятори ліпідного обміну (карнітин). Корекція вуглеводного складу забезпечується за рахунок підвищення концентрації лактози в молоці або введення в нього декстринмальтози або містять її натуральних продуктів (солодовий екстракт, кукурудзяна патока та ін) Таким чином проводиться «базова» підготовка коров'ячого молока, максимально наближаються її складу за основними компонентами до складу жіночого молока.

Слід зазначити, що, крім сумішей на основі коров'ячого молока, існують продукти харчування для дітей першого року життя, що виробляються з козячого молока. Козине молоко також вимагає адаптації, тому що містить високу кількість білка, солей і низька - вуглеводів. Козине молоко відрізняється від коров'ячого по ряду властивостей. В ньому жирові глобули значно менше за своїми розмірами і мають другий жирнокислотний склад, що значно полегшує засвоєння молочного жиру. Залізо засвоюється дітьми більш повно, ніж залізо коров'ячого молока.

Крім того, спеціальні лікувальні суміші проводять на основі соєвих білків і білкових гідролізатів.

В даний час у нашій країні і за кордоном випускається широкий спектр замінників жіночого молока, серед яких можна виділити сухі і рідкі, прісні й кисло-молочні. Проте істотно більш важливим є поділ замінників жіночого молока за ступенем їх наближення до складу жіночого молока на дві великі групи: високо адаптовані, менш адаптовані і частково адаптовані [12, 19, 23].

Адаптовані замінники найбільшою мірою наближені до жіночого молока за всіма параметрами, і перш

за все за вмістом білків: в них знижено, в порівнянні з коров'ячим молоком, загальний зміст білка, що дозволяє усунути несприятливий вплив, на ще незрілий організм немовляти. При цьому білковий компонент представлений сумішшю казеїну і білків молочної сироватки, домінуючих в жіночому молоці, у співвідношенні 40:60 або 50:50. Сироваткові білки утворюють у шлунку під впливом соляної кислоти значно ніжніший і мелкодисперсний згусток, ніж казеїн, що забезпечує більш високу ступінь переварювання і засвоєння. Крім того, введення в складу заміників жіночого молока сироваткових білків дозволяє певною мірою наблизити амінокислотний склад суміші до амінокислотним складом жіночого молока [16, 17, 18].

У заміниках цього класу оптимізовано також склад жирного компонента - молочний жир повністю або частково замінюють на суміш рослинних масел (соняшникової, кукурудзяної, соєвої, ріпакової, кокосового, пальмової та ін.). Ця заміна необхідна, оскільки жир коров'ячого молока містить іншу комбінацію жирних кислот, ніж жир жіночого молока: у ньому вищий вміст насичених жирних кислот, але нижче рівень ПНЖК.

Основним вуглеводом в більшості заміників жіночого молока служить лактоза, яка має низку властивостей, які мають важливе фізіологічне значення для немовлят. Вона сприяє всмоктуванню кальцію, має біфідогенний дію (тобто здатність підтримувати зростання біфідобактерій), знижує рН у товстому кишечнику. Останні два її властивості обумовлені тим, що частина лактози не всмоктується в тонкому кишечнику і надходить у товстий кишечник, де служить субстратом для *B.bifidus*, під впливом якої вона піддається зброджуванню з утворенням молочної кислоти [18, 19, 23]. Дані суміші рекомендують дітям у віці до 4-5 місяців, а у деяких випадках їх можна застосовувати до року. Крім того, існують сухі молочні суміші, у назві яких є префікс «пре», чи цифра «0», ці продукти призначають новонародженим і недоношеним дітям [17, 18, 19].

До менш адаптованих молочних сумішей належать казеїнові формули. Їх назва обумовлена тим, що вони готуються на основі звичайного коров'ячого молока, основним білком якого є казеїн. Основний склад казеїнових сумішей вміст ПНЖК, вітамінів і мінеральних солей збалансований у відповідності з потребами другого півріччя життя, тому їх необхідно рекомендувати дітям із 5-6 місячного віку.

Частково адаптовані молочні суміші за гігієнічними показниками належать до високоякісних і можуть використовуватися в дитячому харчуванні у відповідності з встановленими рекомендаціями. На їх основі можна готувати кисломолочні продукти для третього прикорму [23].

Таким чином, atopічний дерматит є хронічним захворюванням, симптоми якого нерідко спостерігаються протягом всього життя і провокуються множинними різноманітними факторами. Тому діти з підвищеним ризиком виникнення алергії повинні впродовж 6 місяців вигодовуватися тільки материнським молоком. Якщо ж природне вигодовування неможливо, то для попередження ранньої сенсibilізації, не слід давати готові молочні суміші, що містять коров'яче молоко, а застосовувати гіпоалергенні суміші.

Література

1. Аряев Н.Л. Атопический дерматит в практике педиатра /Н.Л. Аряев, В.А. Клименко, А.И.Кожемякина та ін.]. — К., 2000. — 88 с.
2. Бандига Н.В. Атопичний дерматит з позиції педиатра //Здоровье ребенка. — 2008. - №4. — С. 86-89.
3. Боровик Т.Є. Спеціалізовані суміші в профілактиці і лікуванні харчової алергії у дітей /Т.Є.Боровик, С.Г. Макарова, С.Н. Казакова [та ін.] //Алергія у дитини. — 2008. — № 2. — С. 37-40.
4. Ішейкін К.Є. Особливості алергізації організму дітей з atopічним дерматитом та екземою дитячою //Проблеми екології та медицини: науково — практичний журнал. — 2007. — Т.11, № 5-6. — С. 15-18.
5. Ішейкін К.Є. Особливості анамнезу та супутньої патології, як критеріїв верифікації діагнозу atopічний дерматит //Світ медицини та біології. — 2009. — № 2 (I). — С. 80-84.
6. Конь И.Я. К дискуссии по проблемам вскармливания детей первого года жизни /И.Я. Конь, Е.М. Фатеева, Т.Н. Сорвачева //Педиатрия. — 2003. — № 1. — С. 69-74.
7. Ласица О.Л. Алергологія дитячого віку /О.Л. Ласица, Т.С. Ласица, С.М. Недільська.— Київ «Книга плюс», 2004. — 106 с.
8. Майданник В.Г. Некоторые проблемные вопросы естественного вскармливания детей первого года жизни с позиций доказательной медицины /В.Г. Майданник, И.С. Смилян //Педиатрия. — 2003. — № 1. — С. 56-63.
9. Майданник В.Г. Проблемні питання природного вигодовування дітей в Україні //Здоров'я України. — 2008. - №18/1. — С. 9-11.
10. Нетребко О.К. Питание грудного ребенка и кишечная микрофлора //Педиатрия. — 2005. - №3. — С.53-67.Нетребко О.К. Обзор статей и материалов по механизмам действия и роли пробиотиков у детей (2007 — 2009 г.) //Современная педиатрия — 2009. - №4. — С. 129-133.
11. Няньковский С.Л. Особливості профілактики харчової алергії у дітей /С.Л. Няньковский, О.С. Івахненко //«Здоровье ребенка» - 2009. - №3 (18). — С.34-38.
12. Няньковский С.Л. Профілактичне і лікувальне харчування дітей раннього віку. — Львів: Кварт, 2005. — 145 с.
13. Отт В.Д. Сучасні дані про роль пребіотиків в дитячому харчуванні /В.Д. Отт, Муквіч О.М. //Проблеми харчування. —2005. —№2. —С. 30-34.
14. Охотникова Е.Н. Алергический «марш»: связь поколений и эскалация аллергии у детей (лекция) //Современная педиатрия. — 2008. - №4 (21). — С. 190-197.
15. Проданчук М.Г. До проблеми безпеки харчування населення України /М.Г., Проданчук В.Л., Корецький, Н.М. Орлова //Проблеми харчування. —2005. —№2. —С. 5-9.
16. Траверсе Г.М. Основи лікувального харчування дітей раннього віку /Г.М. Траверсе, С.М. Цвіренко, О.В. Горішна. — Полтава, 2003. — 58С.
17. Шунько Е.Е. Результаты мониторингу грудного вскармливания новорожденных /Е.Е. Шунько, О.Л. Шлемкевич, Т.А. Лехновська //Збірник наукових праць співробітників КМАПО ім. П.П. Шупика. — Київ, 2005. — Вип. 11, кн. 2. — С. 387-398.
18. Марушко Ю.В. Характеристика вигодовування дітей першого року життя в умовах великого міста /Ю.В. Марушко, О.Д. Московенко, Н.С. Бойко, Г.Г. Шеф //«Здоровье ребенка». — 2007. - №1(4). — С.24-26.
19. Arslanoglu S. Early Intervention a mixture of Prebiotic Oligosaccharides Reduces the Incidence of Allergic Manifestations and Infections during the First Two Years of Life /S. Arslanoglu, G.E.Moro, J.Schmitt //J. Nutr. — 2008. — Vol. 138. — P. 1091-5.
20. Host A. ESPGHAN Committee on Nutrition and ESPACI Committee on Hypoallergenic Formulas. Dietary products used in infants for treatment and prevention of food allergy /A. Host, B.Koletzko, S. Dreborg. i wsp. //Arch. Dis. Child. — 1999. — Vol. 81. — P. 80-84.
21. Moro G. Mixture of prebiotic oligosaccharides reduces the incidence of atopic dermatitis during the first six months of

- age Arslanoglu /G. Moro, S. Stahl, J. Jelinek //Arch. Dis. Child. — 2006. — Vol. 91. — P. 814-903.
22. Muraro A. Dietary prevention of allergic diseases in infants and small children. Part II: Evaluation of methods in allergy prevention studies and sensitization markers. Definitions

and diagnostic criteria for allergic diseases /A. Muraro, S.Dreborg, S. Halken et al. //Pediatr. Allergy Immunol. — 2004. — Vol. 14. — P. 196-205.

Summary

ARTIFICIAL FEEDING AS THE INITIATING AGENT OF ATOPIC DERMATITIS IN CHILDREN

K.E. Ishcheikin

Key words: atopic dermatitis, food allergy, artificial feeding, milk formulas

Atopic dermatitis is the chronic allergic disease which develops in persons inclined to atopy, being characterized with recurrence, typical rash, hypersensitivity to specific and nonspecific irritants. In recent years, the incidence frequency of atopic dermatitis in children has increased. One of the reasons is the irrational feeding of children, especially those of early infancy. The early ablactation, artificial feeding, early feeding introduction – all these factors provoke the development of atopic dermatitis. There is a wide range of breast milk substitutes (milk formulas) nowadays. In most cases the modern formulas are made of cow's milk, medical mixes are prepared on the basis of soy proteins and hydrolized proteins. It is essential to differentiate the milk substitutes into two groups: highly adapted, low adapted and partially adapted. However, the risk of atopic dermatitis development in children with artificial feeding is much higher, than in children with natural feeding. Therefore, in recommendations about prevention of this disease the main role is allocated to breast feeding for children of the first year of life.

Higher State Educational Establishment of Ukraine "Ukrainian Medical Stomatological Academy", Poltava

Матеріал надійшов до редакції 08.09.2012 р.