

Л.О. Левадна

Раціональне вигодовування як ефективний профілактичний захід при алергічному діатезі

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2015.4(68):116-118; doi10.15574/SP.2015.68.116

Вигодовування дітей першого року життя з обтяженим алергологічним анамнезом має бути виключно грудним молоком за умови гіпоалергенного харчування матері і нормального функціонування її шлунково-кишкового тракту. При змішаному та штучному вигодовуванні таких дітей доцільно використовувати молочні суміші з більшим або меншим ступенем гідролізу білка, збагачених галактоолігосахаридами і фруктоолігосахаридами.

Ключові слова: алергічний діатез, атопія, профілактика, вигодовування.

Створення оптимальних умов для розвитку дітей су всіх вікових періодах є актуальним завданням системи охорони здоров'я. Важлива роль у забезпеченні здоров'я, резистентності до інфекцій та інших несприятливих факторів, здатності до повноцінного морфо-функціонального і психічного розвитку належить раціональному (здоровому) харчуванню. Особливе значення має характер харчування дитини протягом першого року життя. На думку І.М. Воронцова (1997), помилки у харчуванні дітей першого року життя знаходять відгук у всі подальші періоди життя людини, стійко закріплюються на рівні тканинних, клітинних і субклітинних структур, їх практично не можна виправити в інші вікові періоди.

Раціональне (від латинського *rationalis* — розумний) харчування передбачає, насамперед, відповідність харчування потребам організму. Найкращим продуктом харчування для дітей грудного віку є материнське грудне молоко, яке розглядається як «золотий стандарт» оптимального харчування, що створене у процесі тривалої еволюції людини. Однак частота природного вигодовування дітей на сьогодні є недостатньою, значна частина малюків від трьох місяців життя вигодовується різноманітними сумішами. В Україні дуже актуальною є проблема збереження грудного вигодовування, а в разі його неможливості важливим є забезпечення дітей першого року життя сучасними високоякісними молочними сумішами — так званими «адаптованими заміниками грудного молока».

Незважаючи на суттєвий прогрес у розробці і використанні дитячих сумішей, вигодовування дітей першого року життя залишається складним розділом педіатрії. Швидкі темпи росту і розвитку дитини передбачають не тільки достатнє кількісне надходження харчових речовин в організм, але і їх особливий якісний склад, що відповідає адаптаційним можливостям дитини, фізіологічним особливостям різних систем, стану обмінних і енергетичних процесів. Отримує усе нові підтвердження теорія збалансованого харчування А. Покровського (1971), яка свідчить про важливість раціонального вигодовування дитини раннього віку і його вплив на функціонування фізіологічних систем дитини у майбутньому. Доведено, що характер вигодовування є важливим фактором реалізації генетичного потенціалу морфологічного і функціонального розвитку дитини.

Згідно з принципами сучасної медицини, педіатри та сімейні лікарі акцентують увагу на двох завданнях: максимально підтримати грудне вигодовування і повноцінну лактацію у матерів, а в разі відсутності материнського молока застосовувати адекватне і повноцінне штучне вигодовування сумішами, які можуть оптимально забезпечити розвиток і потреби дитини першого року життя, нормальну адаптацію до умов середовища. Змішане та, особливо, штучне вигодовування має впроваджуватись лише в тому випадку, коли

весь арсенал засобів, скерованих на профілактику гіполактатії та стимуляцію лактації, виявився неефективним, і відновити повноцінну лактацію не вдається. Слід зазначити, що малюка слід обов'язково прикладати до грудей навіть за наявності у матері невеликої кількості молока з метою максимально продовжити вигодовування грудним молоком як найціннішим продуктом харчування для дітей грудного віку.

При змішаному і штучному вигодовуванні у значній частині дітей виникають «особливі потреби», що вимагають призначення не просто високоадаптованих заміників грудного молока, але й спеціальних сумішей зі зменшенням або збільшенням вмістом окремих нутрієнтів, введенням спеціальних домішків у вигляді згущувачів, олігосахаридів, гідролізованого білка тощо. Саме до такої групи дітей належать діти з обтяженою алергічною спадковістю і особливо ті, що вже на першому році життя мають прояви алергічного діатезу.

Алергічний діатез (АД) — це стан схильності до розвитку алергічних захворювань, можливості їхнього виникнення. За різними даними, він спостерігається у 20–35% дітей раннього віку. Поняття «алергічний діатез» запропонував німецький терапевт Кеммерер у 20-х роках ХХ ст. для визначення стану готовності формування підвищеної чутливості до неінфекційних алергенів. Нині деякі дослідники називають цей вид діатезу «атопічним», щоб наголосити на схильності організму до атопічних, анафілактичних реакцій негайного типу. Це фоновий стан, донозологічний і прихований, клінічно без- або мікросимптомний, що обумовлює готовність до розвитку алергічних захворювань. Це мінімальні відхилення, що не є рівноцінними захворюванню, а лише передують йому. Успадковується не конкретна алергічна хвороба, а схильність до аномальної імунної відповіді. Важливу роль у цьому відіграють: підвищена проникність слизових оболонок, судинних стінок, мембран тучних клітин; вегетативна дисфункція (домінування парасимпатичного її відділу); дисбаланс цАМФ і цГМФ.

Поява клінічних симптомів алергічних захворювань (різних варіантів алергодерматозів, респіраторних алергозів тощо) свідчить про реалізацію, маніфестацію алергічного діатезу, про трансформацію його у захворювання. У такому випадку говорити про діатез вже недоцільно, в діагнозі слід вказувати конкретну нозологічну форму алергозу. Чим молодша дитина, тим імовірніший перехід АД в алергічне захворювання. Найчастіше АД реалізується в атопічний дерматит, респіраторний алергоз. Однак і в подальшому, впродовж усього дитинства, існує така можливість.

Діагностика АД ґрунтується на виявленні алергічної обтяженої спадковості, легких транзиторних алергічних реакцій у дитини в анамнезі. Це найчастіше шкірні реакції на харчові продукти, вакцини, різкі запахи, медикаменти. При цьому самопочуття і загальний стан дитини не погіршують-

ся. Частині дітей притаманна сухість шкіри з невеликими ділянками лущення, поодинокими себорейними лусочками, еритеми на тлі загальної блідості. У інших дітей спостерігається посилене потовиділення, підвищена вологість шкіри, схильність до легкого виникнення запріlostей, пітниць, а також немотивоване нетривале підвищення температури тіла в межах 37,0–37,5°C, що пов'язане з недосконалістю терморегуляції. До проявів алергічно зміненої реактивності слід віднести також повторні явища стенозу гортані і бронхообструкції при вірусно-бактеріальних захворюваннях, а також особливості катарального синдрому при гострих респіраторних захворюваннях — нападаподібний кашель, фізикальні зміни в легенях, що швидко минають. У більшості дітей з таким діатезом відзначається «географічний» малюнок слизової язика, нестійкий апетит, схильність до зригувань і «нестійких» випорожнень (немотивовані проноси, які змінюються закрепами). Характерною особливістю є частий дисбіоз ротоглотки та кишечника. Зазначені клінічні прояви переважно не є маніфестними, декілька ознак одночасно виникають рідко. Більшість з них виявляються лише при ретельному клініко-анамнестичному обстеженні дитини і не відповідають картині алергічного захворювання, що є підставою для трактування їх як діатезу.

При лабораторному обстеженні характерними є різного ступеня еозинофілія та підвищений рівень IgA крові і секретів із зівя, носа, мокротиння, слини. Типовими є також знижений порівняно з віковою нормою рівень IgE і T-лімфоцитів (переважно за рахунок T-супресорів), підвищена продукція IgG4, інтерлейкінів 5 і 10, переважання на клітинах H1-гістамінових рецепторів при відносному зниженні H2-рецепторів, незначне зниження функції кори надниркових залоз.

Слід зазначити, що трансформацію діатезу в захворювання здебільшого можна попередити, що значною мірою залежить від умов життя дитини та її сім'ї (рухова активність, достатнє перебування на свіжому повітрі, усунення тютюнопаління в помешканні тощо), харчування. Зважаючи на донозологічну сутність АД, доцільніше говорити не про лікування, а про реабілітаційно-профілактичні заходи, що сприятимуть попередженню переходу діатезу в хворобу. У сім'ях із високим рівнем алергічної обтяженості їх проведення слід починати ще до народження дитини і продовжувати протягом усього періоду дитинства.

Відомо, що серед значної кількості факторів довкілля, які сприяють розвитку алергічних захворювань у немовлят і дітей раннього віку, чільне місце посідають трофоалергени, тобто харчові алергени. Головними трофоалергенами у дітей першого року життя є білок коров'ячого молока, курячих яєць, сої, глютену, рідше м'яса.

Грудне вигодовування дітей з популяційним ризиком atopії та за наявності її у дитини є надзвичайно важливим. Міжнародні і національні рекомендації наголошують на необхідності виключно грудного вигодовування дітей перших шести місяців життя. Це пов'язане з унікальними властивостями жіночого молока, яке є ідеальним харчуванням для новонародженої дитини і дітей перших місяців життя, оптимально задовольняє усі їхні потреби, містить цілий ряд біологічно активних чинників, зокрема таких, як пре- і пробіотичні, імунологічні. При цьому важливо, що білок жіночого молока не має антигенних властивостей щодо організму дитини. Крім того, певний профілактичний антиалергічний ефект мають наявні у жіночому молоці довголанцюгові поліненасичені жирні кислоти.

Завдяки численним властивостям жіночого молока, зокрема великій кількості ферментів, наявності імунних чинників, у тому числі імуноглобулінів, високій біфідоген-

ності та іншим факторам, грудне вигодовування дітей, особливо впродовж перших шести місяців життя, може запобігти реалізації atopії у захворювання. Однак у частині дітей, які вигодовуються виключно материнським молоком до шести місяців, можуть виникати клінічні atopічні прояви, що може бути пов'язане з дією побутових алергенів та недотриманням матерів-годувальниць гіпоалергенної дієти, як під час годування дитини, так і під час вагітності. Про користь елімінаційної дієти для матерів-годувальниць є численні повідомлення, зокрема публікації метаналізу Крамера у 2001 році, в яких вказується на суттєве зниження захворюваності дітей-atopіків на atopічний дерматит.

Здоровим дітям (з популяційним ризиком розвитку atopії) після 4–6 місяців годування виключно грудьми рекомендують продовжити вживання грудного молока (навіть в обмежених кількостях) протягом першого і другого року життя. За його відсутності або значної недостатності рекомендують гіпоалергенні адаптовані суміші відповідно до віку дитини. Коров'яче молоко не має застосовуватися у дітей з популяційним ризиком розвитку алергії не менш, як до трьох років життя.

Типові симптоми несприймання коров'ячого молока у дітей першого року життя: зригування, нестійкі випорожнення з невеликою кількістю слизу, стеаторея; блювання, здуття живота, кольки; пітниця, стійкі попрілості навіть у разі гарного догляду; себорейні лусочки на волосистій частині голови, злущування епітелію на язичі; «молочний струп» на щоках і гнейс на голові; поліморфні шкірні висипання; повторні риніти, кон'юнктивіт, фарингіт, бронхіт.

Для штучного вигодовування дітей з АД, особливо з доведеним родинним ризиком алергії, рекомендують суміші з різним ступенем гідролізу білків. Вибір суміші проводиться індивідуально на підставі анамнезу, ступеня ризику розвитку алергії, толерантності суміші дитиною.

16 лютого 1996 була прийнята директива 96/4/ЄС «Зниження алергенності сумішей на основі білків коров'ячого молока» по дитячому харчуванню. Суміші зі зниженою алергенністю отримали назву гіпоалергенних. Ці суміші повинні відповідати наступним вимогам: кількість білка повинна становити 2,25–3 г/100 ккал, кількість таурину — ≥ 42 мкмоль/100 ккал, кількість L-карнітину — $\geq 7,5$ мкмоль/100 ккал.

Коефіцієнт ефективності білка повинен бути рівним коефіцієнту ефективності казеїну. Суміш повинна містити достатню кількість незамінних та умовно незамінних амінокислот, еквівалентну їхньому вмісту в грудному молоці: кількість імунологічно активних компонентів повинна бути менше 1% від кількості усіх азотовмісних компонентів суміші; пероральне введення суміші тваринам не повинно викликати сенсibiлізацію до інтактних білків суміші; товарний знак повинен містити вказівку, що продукт не може споживатися дітьми з алергією до білка, з якого приготувано суміш, доти, доки клінічні випробування не нададуть доказів толерантності у понад 90% дітей з гіперчутливістю до білка, з якого приготувані гідролізати; щодо кожної суміші має бути надано певну кількість результатів досліджень, що доводять її ефективність і безпеку.

Гідролізати отримують шляхом розщеплення білків тепловою та/або ферментативною обробкою до вільних амінокислот і пептидів, що дозволяє знизити або усунути алергізуючі властивості суміші. Чим вищий ступінь гідролізу, тим нижча антигенність суміші. Після гідролізу суміш пептидів та амінокислот очищається від нерозщеплених молекул і їхніх фрагментів ультрафільтрацією та обробкою на сорбентах.

Усі гідролізовані суміші збагачені комплексом мікроелементів, вітамінів, незамінних амінокислот і задовольняють вимоги ВООЗ за складом нутрієнтів для вигодовуван-

ня дітей першого року життя. Таким чином, сучасні гідролізати є адаптованими і повноцінними замінниками грудного молока.

Гідролізати розрізняються за наступними параметрами: за субстратом і ступенем гідролізу, за вуглеводним і жирним складом.

Гідролізу можуть піддаватися казеїн або білки сироватки коров'ячого молока. Гідролізовані суміші поділяються на дві групи. Перша група — казеїнові гідролізати, які досить широко застосовуються у лікуванні дітей з харчовою алергією. Другу групу складають гідролізати сироваткового білка. Використання сумішей, заснованих на сироваткових гідролізатах, має ряд переваг порівняно із застосуванням казеїнових, з огляду на те, що вони більше співвідносяться зі стандартом грудного молока. Вигодовування дітей сумішами з переважанням сироваткового білка забезпечує утилізацію білка, наближену до такої при природному вигодовуванні. Вони в свою чергу поділяються на високогідролізовані і частково гідролізовані продукти.

При переведенні дитини на вигодовування сумішами-гідролізатами необхідно враховувати наступне:

- Гідролізат, як будь-який новий харчовий продукт, потрібно вводити поступово, замінюючи попередню суміш.
- При кожному годуванні спочатку вводиться гідролізат, а потім дається попередня суміш. Це пов'язано з тим, що гідролізовані суміші менш смачні.
- На тлі вигодовування гідролізатами може спостерігатися деяке почастішання і розрідження випорожнень. Їх колір стає зеленуватим або темно-коричневим. Це обумовлено наявністю вільних амінокислот та не є підставою для відміни гідролізату.

- Тривалість вигодовування гідролізатами така сама, що і при вигодовуванні адаптованими молочними сумішами.

Прикорми при вигодовуванні лікувальними і профілактичними гідролізатами вводяться в звичайні терміни і готуються на воді та овочевих відварах. У якості м'ясного прикорму при алергії до білків коров'ячого молока рекомендується використовувати м'ясо кролика, індички, нежирну свинину. Продукти з високим алергізуючим потенціалом не повинні входити до страв прикорму, їх поступово можна починати вводити в харчування дітей після 2–3-х років. До таких продуктів належать яйця, риба, морепродукти, ікра, пшениця, морква, помідори, перець, полуниця, суниця, малина, цитрусові, ківі, ананас, гранати, манго, хурма, диня, кава, какао, шоколад, гриби, горіхи, мед. Доцільним є встановлення індивідуальної переносимості дитиною того чи іншого продукту.

Проаналізувавши світові та вітчизняні дані щодо профілактики розвитку алергічних захворювань у дітей з діатезами, можна зробити наступні **висновки**:

1. Вигодовування дітей першого року життя до 6 місяців має бути виключно грудним за умови гіпоалергенного харчування матері-годувальниці і нормального функціонування її шлунково-кишкового тракту.
2. Введення прикорму (підгодовування) після 6 місяців має бути поступовим і обережним, уникаючи продуктів з виразними антигенними властивостями.
3. При змішаному та штучному вигодовуванні дітей доцільно використовувати молочні суміші з більшим або меншим ступенем гідролізу білка, збагачені галакто- і фруктоолігосахаїдами.

ЛІТЕРАТУРА

1. Воронцов И. М. Актуальные проблемы естественного вскармливания / И. М. Воронцов // Педиатрия. — 1997. — № 3. — С. 38—41.
2. Диатезы. Medzone.ru. Медицинская помощь. Архив статей. — 5 с.
3. Ласица О. И. Атопический марш у детей перспективы профилактики и прогноза / О. И. Ласица // Клін. імунол. Алергол. Інфектол. — 2006. — № 1 (01). — С. 42—46.
4. Няньковський С. А. Профілактичне і лікувальне харчування дітей раннього віку / С. А. Няньковський. — Л., 2005. — С. 76—85.
5. Патриция Квин Самур Харчування у педіатрії / Патриция Квин Самур, Кейті Кінг. — 4-е вид. — Л.: Медицина світу, 2012. — С. 127—146.
6. Тяжка О. В. Аномалії конституції (діатези) у дітей. Сучасні уявлення про патогенетичні механізми, прояви, реабілітацію / О. В. Тяжка // Мистецтво лікування. — 2003. — № 3. — С. 24—28.
7. Тяжка О. В. Реабілітація дітей з атопічним діатезом / О. В. Тяжка, Ю. С. П'ятницький // Мистецтво лікування. — 2001. — № 6. — С. 12—16.

Рациональное вскармливание как эффективный профилактический метод при аллергическом диатезе

Л.А. Левадная

Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

Вскармливание детей первого года жизни с отягощенным аллергологическим анамнезом должно быть исключительно грудным молоком при условии гипоаллергенного питания матери и нормального функционирования ее желудочно-кишечного тракта. При смешанном и искусственном вскармливании таких детей целесообразно использовать молочные смеси с большей или меньшей степенью гидролиза белка, обогащенные галактоолигосахаридами и фруктоолигосахаридами.

Ключевые слова: аллергический диатез, атопия, профилактика, вскармливание.

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2015.4(68):116-118; doi10.15574/SP.2015.68.116

Rational feeding as effective prophylactic measure in allergic diathesis

L.O. Levadna

National O.O. Bogomolets medical university, Kyiv, Ukraine

Feeding of children of the first year of life with complicated allergic anamnesis should be provided with the breast milk only in case of mother's hypoallergic diet and normal functioning of child's digestive system. Milk formulas with higher or lesser degree of protein hydrolysis enriched with galactooligosaccharides and fructooligosaccharides should be used.

Key words: allergic diathesis, atopy, prophylaxy, feeding

Сведения об авторах:

Левадная Людмила Александровна — к.мед.н., доц. каф. педиатрии № 1 НМУ им. А.А.Богомольца.

Адрес: г. Киев, ул. М. Коцюбинского, 8а; тел. (044) 465-17-89.

Статья поступила в редакцию 19.04.2015 г.