https://doi.org/10.21518/2079-701X-2021-21-1-206-210

Рациональное питание предотвратит аллергические заболевания

Balanced diet to prevent allergic diseases

Высокая распространенность аллергических заболеваний, в основе которых лежит пищевая аллергия, – один из серьезнейших вызовов современности. По данным Всемирной организации здравоохранения, проявления пищевой аллергии встречаются в среднем у 2,5% жителей Земли, причем наиболее значима эта проблема у детского населения. Симптомы пищевой аллергии в анамнезе отмечаются у 17,3% детей[1]. Как проявляется заболевание, каковы факторы риска, в чем заключаются основные принципы диетотерапии и как правильно выбрать питание для ребенка – эти и другие вопросы были подробно обсуждены в ходе симпозиума «Аллергические заболевания у детей в реальной клинической практике педиатра», состоявшегося 21 октября при поддержке компании «Прогресс».

Петр Валентинович Шумилов,
д.м.н., профессор, заведующий кафедрой госпитальной педиатрии им. академика В.А. Таболина педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова.

Открыл симпозиум **профессор Петр Валентинович Шумилов**, заведующий кафедрой госпитальной педиатрии им. академика В.А. Таболина педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова, выступивший с докладом на тему «Гастроэнтерологические проявления пищевой аллергии у детей, актуальные вопросы». Он сообщил, что проградиентный рост проявлений пищевой аллергии (ПА) в последние 2 десятилетия стремится к 10%, прежде всего в развитых странах. Особо сложная ситуация наблюдается в детской популяции. По данным итальянских исследователей, которые можно экстраполировать и на нашу страну, в последние годы, помимо роста заболеваемости в целом, увеличивается частота развития ПА у детей школьного возраста, возрастает распространенность тяжелых форм и количество случаев инвалидизации.

Как известно, по мере развития иммунной системы у ребенка формируется оральная толерантность, в первую очередь к важным для жизнеобеспечения растворимым антигенам пищи, к антигенам облигатной микрофлоры. Порядка 85% детей к 3-летнему возрасту формируют толерантность к белку коровьего молока (БКМ), 80% – к белкам яйца. От 70 до 90% детей, имевших проявления ПА в виде атопического дерматита, выздоравливают к 3-летнему возрасту. Однако примерно у 10% детей толерантность к пищевым аллергенам не формируется, а к ПА присоединяется бытовая, пыльцевая сенсибилизация. Чаще всего это происходит с детьми, имеющими отягощенный семейный анамнез по атопии. Именно они в первую очередь реализуют атопический марш – серьезную проблему, которую приходится решать врачам-аллергологам и иммунологам.

Среди клинических проявлений ПА у детей преобладают кожные: атопический дерматит, экзема, эритематозная сыпь, крапивница, отек Квинке. С ними сталкиваются в 80% случаев развития ПА. На втором месте (60%) находятся гастроэнтерологические проявления, такие как тошнота, рвота, диарея, боли в животе, кровь в стуле, оральный зуд; на третьем месте (30%) – респираторные: бронхит, астма, свистящее дыхание, риноконъюнктивит, аллергический кашель, стридор. Кроме того, может возникнуть такая системная реакция, как анафилактический шок.

Гастроэнтерологические проявления ПА достаточно разнообразны и зависят от возраста пациента, дозы аллергена, локализации поражения и его глубины.

Говоря о возрастных особенностях гастроинтестинальных проявлений аллергии, **профессор П.В. Шумилов** отметил, что если в раннем детском возрасте ПА обнаруживает себя срыгиванием, метеоризмом, коликами, кровью в стуле, неустойчивым стулом и симптомом мальабсорбции, то у детей старшего возраста болезнь «прячется» за эзофагитом, рефлюксом, синдромом раздраженного кишечника, колитом и энтероколитом. У детей до 3 лет чаще всего наблюдается сочетание гастроинтестинальных проявлений с кожными. Изолированная гастроинтестинальная форма не превышает 10%. В более старшем возрасте гастроинтестинальная форма ПА уходит на второй план и почти всегда сопровождается поражением кожи.

Также отмечено, что у детей до 3 лет преимущественно (более 50%) выявляется ПА, неопосредованная иммуноглобулинами класса Е (IgE), и, как следствие, риск

[1] Клинические рекомендации. Пищевая аллергия у детей. 2021.

анафилактических реакций оценивается как низкий. По мере взросления детей увеличивается доля IgE-опосредованных реакций, связанных с более высоким риском анафилактического шока, с более сильным клиническим проявлением аллергии и с более широким спектром аллергенов. Если у детей раннего возраста в большинстве случаев ПА вызывают животные аллергены, в первую очередь БКМ, то в старшем возрасте ПА чаще всего обусловлена потреблением растительной пищи и морепродуктов.

Что касается диагностики ПА, то она включает сбор анамнеза; кожные пробы (прик-тест, аппликационные и скарификационные пробы); определение специфических IgE радиоиммунологическим (RAST) или иммуноферментным (ELISA) методами; диетодиагностику, а также пищевые провокационные тесты: открытые, простые слепые, двойные слепые, плацебо-контролируемые (т. н. «золотой стандарт»).

Остановившись на тактике ведения больных детей с аллергией к БКМ, **профессор П.В. Шумилов** отметил, что уже при подозрении на болезнь, независимо от результатов лабораторных тестов, необходима безмолочная диета. При наступлении улучшения в течение 4–6 дней потребуется индивидуальный подбор диетотерапии. При отсутствии улучшения следует провести дополнительное обследование.

Эксперт подчеркнул, что в диетотерапии используются только смеси на основе аминокислот и глубоких гидролизатов коровьего молока, частичные гидролизаты показаны здоровым детям. Он также назвал основные принципы диетотерапии:

- применение заменителей грудного молока с доказанной гипоаллергенностью (глубокие гидролизаты, аминокислотные смеси) на весь период приема молочных продуктов до формирования оральной толерантности, поскольку ребенку и его иммунной системе сначала нужно созреть;
- использование ограниченного набора продуктов прикорма (безмолочные, монокомпонентные) с целью профилактики перекрестной аллергии;
- сбалансированный рацион по калоражу и основным питательным веществам;
- обязательное ведение пищевого дневника родителями;
- поэтапное расширение рациона питания (т. н. «молочная лестница») с 1,5–2 лет;
- лечебные гиппоаллергенные смеси должны быть сбалансированы по возрастным потребностям в основных питательных веществах и калорийности. Они не должны нарушать темпы физического и нервно-психического развития. Данные продукты могут использоваться так долго, как это необходимо.

Профессор П.В. Шумилов подробно остановился на вопросе введения прикорма – злакового, овощного, мясного и фруктового. Он подчеркнул, что важно вводить новый продукт на фоне естественного вскармливания, учитывая защитные факторы грудного молока.

Злаковый прикорм – инстантные безмолочные каши, имеющие высокое содержание витаминов и микроэлементов. Количество последних гораздо выше, чем в желтке, который мамы зачастую стремятся дать ребенку. Примером злакового прикорма являются сухие безмолочные гипоаллергенные каши «ФрутоНяня», обогащенные 12 витаминами, железом, цинком, йодом и пробиотиком инулином. В качестве овощного прикорма данной марки применяют овощные гипоаллергенные пюре; в качестве мясного прикорма (важный источник железа, цинка, марганца и др.) – мясные монокомпонентные пюре; в качестве фруктового прикорма – фруктовые монокомпонентные пюре «ФрутоНяня». По словам **профессора П.В. Шумилова**, все эти продукты прошли клинические исследования в ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» МЗ РФ, в ходе которых доказали свою гипоаллергенность.

Таким образом, благодаря своевременному введению правильно подобранных продуктов прикорма, ребенок получает все необходимое для здорового роста до формирования иммунологической толерантности. Позже, советует профессор, можно поэтапно вводить в рацион печенье, кексы с добавлением молока, творог, сыры и йогурты. Каждый следующий этап следует начинать с 1/4–1/2 порции продукта и постепенно увеличивать до целой порции под контролем переносимости. Затем можно попытаться перевести ребенка на мороженое и цельное молоко. Однако при развитии атопического дерматита и проявлениях гастроинтестинальной формы следует назначить терапию, включающую элиминационную диету, применение оральных форм кромогликата натрия, H1-антагонистов 2-го поколения, ингибиторов рецептора лейкотриена D4, глюкокортикостероидов и т. д. Но это уже удел тяжело болеющих детей и детей старшего возраста.

Александр Николаевич Пампура,
д.м.н., профессор, руководитель отделения аллергологии и клинической иммунологии Научно-исследовательского клинического института педиатрии им. академика Ю.Е. Вельтищева ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Тему продолжил **профессор Александр Николаевич Пампура**, руководитель отделения аллергологии и клинической иммунологии Научно-исследовательского клинического института педиатрии им. академика Ю.Е. Вельтищева, в докладе «Аллергические заболевания у детей раннего возраста». Он затронул три основных вопроса: сенсибилизация к пищевым аллергенам; факторы, которые определяют пищевую аллергию; введение и выбор продуктов прикорма. **Профессор А.Н. Пампура** отметил, что нельзя ставить знак равенства между сенсибилизацией и ПА, это заблуждение. Сенсибилизация представляет собой повышенную чувствительность к определенному аллергену/виду аллергенов. Чем выше уровень специфических IgE (sIgE) к любому аллергену, тем больше вероятность, что ребенок будет на него реагировать. Сенсибилизация к пищевым аллергенам может происходить внутриутробно, во время естественного вскармливания, при непосредственном потреблении продуктов (прикорм), а также трансдермально.

Различают 2 вида сенсибилизации – клинически значимую (аллергию) и латентную. Для клинически значимой сенсибилизации характерно наличие клинических проявлений, соответствующих выявленной сенсибилизации. Например, у ребенка, имеющего антитела IgE к молоку, появляются симптомы пищевой аллергии после употребления молочных продуктов. Однако у некоторых детей они могут и не появиться, несмотря на IgE. Таким детям, наоборот, нужно употреблять молоко для формирования толерантности к нему.

В данном случае речь идет уже о латентной сенсибилизации, не сопровождающейся клиническими проявлениями. Это состояние встречается примерно у 20–40% населения. Главная задача аллерголога – отличить латентную сенсибилизацию от клинически значимой.

Клинические проявления сенсибилизации могут быть обусловлены целым рядом факторов:

- типом сенсибилизации (IgE- и не-IgE-опосредованная),
- шоковым органом (органы дыхания, кишечник, кожа и др.) и свойствами аллергена,
- возрастом ребенка (у малышей любые уровни IgE уже могут быть клинически значимыми),
- индивидуальными особенностями ребенка,
- концентрацией sIgE к релевантному аллергену (в коровьем молоке – к молекулам казеина, лактальбумина, лактоглобулина и других белков, а также к частицам данных молекул – эпитопам).

От того, какие именно аллергены вызывают сенсибилизацию, зависит вид аллергической реакции. Например, в одном случае это будет анафилаксия, а в другом – атопический дерматит.

Имеет значение и воздействие дополнительных факторов. К примеру, у ребенка появляются аллергические реакции на гречку в случае приема пищи сразу после физической активности (бега), тогда как в другой ситуации он употребляет ее без последствий.

Профессор А.Н. Пампура также затронул вопрос аллергодиагностики у детей раннего возраста, выделив сразу несколько ее особенностей. Одна из них заключается в том, что результаты тестов, проведенных у ребенка при достижении им полугода и года, могут заметно различаться из-за изменений, которые происходят в данный период роста, поэтому чем позже будет сделано обследование, тем оно информативнее. Сначала ребенку нужно назначить диету, а потом уже проводить аллерготестирование, – считает он. Другая особенность – сложность определения спектра тестируемых аллергенов. Поэтому в первый год жизни ребенка целесообразно исследовать только значимые продукты – те, которые ему собираются вводить в рацион, или те, что уже введены.

Аллергодиагностику детей раннего возраста также отличает трудность интерпретации кожных проб; значимость даже низкого уровня выявленного sIgE; необходимость использовать только стандартизованные и высоко-

чувствительные аллерготесты (определение селективных IgE по технологии ImmunoCap).

Сейчас известны практически все основные продукты, являющиеся аллергенами, – подчеркнул **профессор А.Н. Пампура**. Специалисты могут выделять различные аллергенные молекулы и определять концентрацию IgE к этим молекулам. В то же время отсутствие sIgE не всегда является критерием того, что ребенок будет переносить продукт. Зачастую из его рациона необоснованно удаляют какой-то продукт (который он нормально переносил), а через несколько лет снова возвращают. Такие действия связаны с определенным риском, поскольку длительная элиминация может привести к IgE-опосредованной сенсибилизации, к возникновению тяжелых аллергических реакций.

По словам профессора, перед тем как ввести продукт в рацион ребенка, врач должен оценить динамику IgE и уровень sIgE к определенным молекулам (например, аллергенам казеина). Но самая главная задача клинициста, в т. ч. позволяющая опосредованно расширить его возможности, – оценить наличие у пациента иных нозологий, а также сенсибилизацию к другим аллергенам.

Профессор также затронул такой важный вопрос, как введение пищевых продуктов в рацион ребенка в домашних условиях. Прежде всего, он перечислил ситуации, при которых оно запрещено:

- ранее отмечались симптомы аллергии на коровье молоко, оказавшие значительное негативное влияние на дыхание (кашель, хрипы, стридор, ощущение удушья или отек горла), ЖКТ (сильная рвота или диарея) или кровообращение (обморок, слабость или шок);
- были выявлены тяжелые реакции на следовые количества аллергена (дети до 1 года);
- регулярно проводится профилактическое лечение бронхиальной астмы (БА) ингаляторами и/или БА плохо контролируется;
- имеется множественная пищевая аллергия;
- родители не готовы придерживаться протокола;
- с момента постановки диагноза не произошло значительного уменьшения уровня sIgE;
- выявлены высокие уровни sIgE без истории предшествующего воздействия молока (например, исключительно грудное вскармливание или ввод высокогидролизных/аминокислотных смесей).

При отсутствии перечисленных ограничений в рацион ребенка последовательно могут вводиться отдельные продукты. Их выбор и последовательность ввода зависят от состояния здоровья, нутритивного статуса ребенка и функционального состояния его пищеварительной системы. В питании детей первого года жизни целесообразно использовать продукты прикорма промышленного производства, которые соответствуют строгим гигиеническим требованиям к показателям безопасности, имеют гарантированный химический состав, в т. ч. витаминный, независимо от сезона, а также необходимую степень измельчения. При назначении прикорма здоровому ребенку следует придерживаться следующих правил:

- введение каждого нового продукта начинать с небольшого количества, постепенно (за 5–7 дней) увеличивая

до необходимого объема и внимательно наблюдая за переносимостью;
- новый продукт давать в первой половине дня для того, чтобы отметить возможную реакцию на его введение;
- прикорм давать с ложечки, до кормления грудью или детской молочной смесью;
- новые продукты не вводить, если ребенок болен, а также в период проведения профилактических прививок;
- в возрасте 9–10 мес. гомогенизированные и пюреобразные продукты заменить на мелкоизмельченные.

И конечно, большое значение имеет порядок введения прикорма здоровым детям. В качестве первого прикорма (монокомпонентного) рекомендуется овощное пюре или каша. К овощному пюре добавляется растительное масло, к каше – сливочное. В первом полугодии жизни ребенку можно назначить и фруктовое пюре при более раннем введении прикорма (в 4–4,5 мес.). В 6 мес. дети могут получать несколько видов овощей и каш, а также мясное пюре. С 7 мес. в их питание добавляется желток, а с 8 мес. – пюре из рыбы, которое следует давать 2 раза в неделю вместо мясного блюда. После введения всех основных видов прикорма ребенок может получать соки. Что касается неадаптированных кисломолочных напитков, таких как кефир, йогурт и биолакт, то они назначаются ребенку не ранее достижения им 8-месячного возраста в объеме не более 200 мл. С 8 мес. жизни в рацион вводится детский творог в количестве не более 50 г/сут. По показаниям (недостаточность питания) творог может быть назначен с 6-месячного возраста.

Профессор подчеркнул, что, с точки зрения аллергологов, вводить прикорм оптимально с 4–6 мес., начиная с продуктов, которые полезны для ребенка по питательным свойствам и согласуются с культурными традициями. Если ребенок переносит продукт, то нужно давать его регулярно. Примером прикорма могут служить гипоаллергенные продукты марки «ФрутоНяня», в частности пюре из капусты брокколи; пюре натуральное из цветной капусты; пюре натуральное из кабачков; каша (гречневая и рисовая), безмолочная, быстрорастворимая, обогащенная пребиотиками, витаминами и минеральными веществами для питания детей раннего возраста; пюре из мяса индейки и пюре из мяса кроликов.

Мария Игоревна Дубровская,
профессор кафедры госпитальной педиатрии им. академика В.А. Таболина РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Большой интерес аудитории также вызвал доклад **Марии Игоревны Дубровской**, профессора кафедры госпитальной педиатрии им. академика В.А. Таболина РНИМУ им. Н.И. Пирогова, на тему «Дифференциально-диагностический алгоритм при аллергических и воспалительных заболеваниях ЖКТ у детей». Эксперт сообщила о сложностях, возникающих в связи с постановкой диагноза у детей раннего возраста при наличии симптомов, указывающих на поражение пищеварительной системы, которые могут встречаться как при ВЗК с ранним началом, так и при поливалентной ПА кожно-интестинальной формы у ребенка с отягощенным анамнезом по атопии. В любом случае с целью дифференциальной диагностики у неясных пациентов показано проведение фиброэзофагогастродуоденоскопии с биопсией.

По словам **профессора М.И. Дубровской**, неоформленный стул, бледность кожи и слизистых, скрытая или видимая кровь в стуле, боль в животе и другие симптомы ВЗК могут встречаться и при поливалентной ПА, аллергии к БКМ, анальной трещине на фоне запора, функциональных нарушениях ЖКТ, в частности при синдроме раздраженного кишечника и аллергических реакциях на прием лекарственных средств. Если, например, у ребенка в возрасте 0–6 мес. наблюдается диарея или неустойчивый стул, то с большей долей вероятности это проявление лактазной недостаточности, ПА, нарушений моторики ЖКТ и, возможно, инфекции. С такой же большей долей вероятности во втором полугодии жизни ребенка причиной данных нарушений могут стать ПА, дисахаридазная недостаточность, дебют целиакии, дискинезия 12-перстной кишки, инфекции. Когда диарея или неустойчивый стул наблюдаются у ребенка после 1 года, дифференциальная диагностика предполагает исключение ПА, целиакии, дисахаридазной недостаточности, дискинезии ЖКТ, а у ребенка после 4 лет – синдрома раздраженной кишки с диареей, постинфекционного синдрома раздраженной кишки с дисахаридазной недостаточностью, инфекций.

Профессор рассказала еще об одном типичном клиническом случае двухмесячного ребенка с жалобами родителей на неоформленный стул с прожилками крови, возникновение которого совпало по времени с течением у отца ротавирусной инфекции. Ребенок находился на грудном вскармливании, мать диету не соблюдала, употребляла молоко и мягкий сыр в больших количествах. Семейный анамнез по обеим линиям был отягощен атопией, и у ребенка с рождения отмечались проявления атопического дерматита. Родители настаивали на ректосигмоскопии, поскольку считали, что у ребенка дебют ВЗК, несмотря на осмотр инфекциониста и соответствующие анализы. По результатам эндоскопического исследования был диагностирован недифференцированный колит. Рекомендации включали исключение белка коровьего молока и 6-месячный курс приема препаратов 5-аминосалициловой кислоты (5-АСК). Изучив этот случай, врачи удостоверились, что триггером развития диарейного синдрома явилась ротавирусная инфекция на фоне ПА, вызванной избыточным потреблением белка коровьего молока.

Другой симптом – боли в животе, которые могут возникать как при ВЗК, так и при поливалентной ПА. На первом месяце жизни ребенка боли в животе чаще всего связаны с младенческими коликами, ПА, лактазной недостаточностью, аномалиями ЖКТ, течением кишечной инфекции (особенно вызванной условно-патогенной микрофлорой). В более старшем возрасте чаще всего боли в животе вызывает дисахаридазная недостаточность, также причинами абдоминалгий могут быть пищевая аллергия, запоры, СРК и ВЗК.

Если рассматривать еще один симптом тревоги – кровь в стуле, то он может быть проявлением как пищевой аллергии (непереносимость БКМ, перекрестная аллергия), запора, анальной трещины, ювенильного полипа, так и ВЗК. Был рассмотрен клинический пример течения ВЗК с ранним началом у ребенка 6,6 лет, который наблюдался с раннего возраста с жалобами на боли в животе, железодефицитную анемию. Также профессор оценила диагностическую значимость анализа кала на кальпротектин, проводимого у детей с ПА, ВЗК и кишечными инфекциями. В завершении своего выступления **профессор М.И. Дубровская** рассказала о современных продуктах питания, показанных как здоровым детям, так и детям с нарушениями ЖКТ и ПА. В частности, врачи рекомендуют продукты прикорма марки «ФрутоНяня» – каши, пюре, паштеты и готовые блюда, изготовленные из высококачественного сырья.

Эксперт отметила, что для первого знакомства ребенка с рыбой (начиная с 8-месячного возраста) подходят рыбные монокомпонентные пюре «ФрутоНяня». Что касается растительно-рыбных пюре, то они расширяют рацион питания ребенка и знакомят его с новыми вкусами. Наличие отдельных кусочков в готовых блюдах «ФрутоНяня» позволяет развить и закрепить навыки жевания. Кстати, по мнению профессора, все эти продукты могут употреблять не только маленькие дети, но и школьники в качестве перекуса.

Подготовила Юлия Чередниченко