

О.В.Тяжка, д.м.н., професор, завідувач кафедри педіатрії № 1 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, м. Київ

Особливості харчування дітей зі спадковою схильністю до розвитку алергічної патології та дітей з алергічними захворюваннями



О.В. Тяжка

Оцінити роль і ефективність дієтотерапії при алергічних захворюваннях досить важко з огляду на складні патогенетичні механізми розвитку даної патології та застосування численних лікувальних комплексів. На сьогодні немає єдиної точки зору на значення дієтотерапії при алергічних захворюваннях, однак превалюють погляди про її суттєву роль при цих захворюваннях. Відомо, що одні лікарі рекомендують виключення або строгі обмеження цілої низки продуктів харчування з раціону дітей з алергією на тривалий термін, інші вважають це недостатньо обґрунтованим.

Наші спостереження, проведені в тривалій динаміці, за великою кількістю дітей різного віку з різними алергічними захворюваннями підтверджують суттєве значення дієтотерапії для полегшення алергічних проявів захворювань при умові забезпечення дитини належною кількістю і якістю необхідних для її розвитку нутрієнтів. А забезпечення гіпоалергенного харчування в комплексі з іншими профілактичними заходами у дітей раннього віку зі спадковою алергічною схильністю може запобігти розвитку алергічних захворювань.

Відомо, що під впливом харчування змінюється структура клітинних мембран і рецепторів, розвивається інтелект і пам'ять, формується мікробіоценоз травної системи, відбувається становлення гуморальних і клітинних імунних механізмів, формується остеогенез тощо. Для повноцінного різнобічного морфо-функціонального розвитку дитина має бути забезпечена адекватним до вікових потреб харчуванням, особливо для тих періодів її життя, коли відбувається найбільш інтенсивний розвиток органів і систем. Найбільш відповідальним у цьому відношенні є вік дитини до 3-4 років. З огляду на зазначене обмеження у вигодовуванні і харчуванні дітей цього віку не можуть бути тривалими і дуже категоричними.

Уже під час вагітності при алергічно обтяженій спадковості майбутній матері необхідно дотримуватися певних обмежень щодо споживання продуктів з високим алергізуючим потенціалом (так званих облігатних алергенів). Для вагітних з алергічним генотипом особливо важливим є дотримання гіпоалергенної дієти під час останніх трьох місяців вагітності.

Доцільним у цей період є також призначення пробіотичного курсу з застосуванням лакто- і біфідумбактерій. На сьогодні вважають, що перинатальне призначення пробіотичних бактерій впливає на процес ранньої колонізації кишкової мікрофлори, і це певною мірою може призводити до змін розвитку і дозрівання дитячої імунної системи. Припускається, що при цьому відбуваються зміни імунної відповіді шляхом взаємодії з кишковими дендритними клітинами з подальшим впливом на диференціацію Т-клітин і індукцію регуляторних Т-клітин. При цьому розпізнавання бактерій-коменсалів toll-подібними рецепторами кишкових епітеліальних клітин і клітин слизової оболонки імунної системи необхідне для кишкового імунного гомеостазу. Допускають, що сигналізація пробіотиками через toll-подібні рецептори може сприяти оптимальному стану слизового і кишкового гомеостазу і, таким чином, запобігати розвитку харчової алергії.

Особливо велику увагу слід приділяти вигодовуванню дітей на першому році життя, починаючи від їх народження. При алергічно обтяженій спадковості дуже важливим є грудне вигодовування дітей, починаючи з перших годин після народження. Численні

дослідження засвідчують протекторний ефект грудного вигодовування щодо розвитку бронхіальної астми, atopічного дерматиту та інших форм алергічних захворювань. При цьому більше значення має тривалість виключно грудного вигодовування, а не тільки його тривалість взагалі. Для дітей з алергічно обтяженою спадковістю доведено доцільність більш пізнього введення пригодовування (прикорму) при умові достатньої кількості грудного молока у матері та дотриманні нею гіпоалергенної дієти і за умови нормального розвитку немовляти, що може свідчити про достатнє надходження з грудним молоком необхідних нутрієнтів. Більш пізнє введення пригодовування (після 6-7 міс) обґрунтовується тим, що створюються необхідні умови для остаточного розвитку слизової шлунково-кишкової системи і цим самим зменшується ризик всмоктування антигенів, які спроможні викликати розвиток імунологічної відповіді. На сьогодні доведена ефективність більш пізнього введення пригодовування в раціон дитини з обтяженою по алергічних захворюваннях спадковістю.

Пригодовування має бути обережним, починаючи з однокомпонентної овочевої або круп'яної страви (кабачки, патисони, цвітна і брюсельська капуста, світлого забарвлення гарбузи, гречана, кукурудзяна,



рисова крупи) по 1-2 чайні ложки цієї страви перед другим чи третім годуванням (не пізніше) для того, щоб можна було спостерігати реакцію дитини на цей продукт упродовж цілої доби. При відсутності негативної реакції (висипи на шкірі, порушення носового дихання, кишкові розлади) з наступного дня поступово можна збільшувати дозу прикорму на 2-3 чайні ложки щоденно, доводячи його кількість до 100-150 мл упродовж 7-10 днів.

Суттєві труднощі щодо профілактики алергічної патології можуть бути у дітей грудного віку, які,

маючи алергічно обтяжену спадковість, перебувають на частково грудному (змішаному) або штучному вигодовуванні. Маніфестація алергічної патології у цих дітей відбувається частіше, ніж у тих, хто на грудному вигодовуванні, і проявляється вже на першому році (атопічний дерматит, обструктивний респіраторний синдром, прояви шлунково-кишкового алергозу). Для профілактики розвитку харчової алергії для цих категорій дітей необхідно використовувати адаптовані молочні суміші з частковим або повним гідролізом молочного білка з огляду на те, що у дітей раннього віку найчастіше виявляють гіперчутливість до білків коров'ячого молока. Окрім цього, для даних категорій дітей можна також використовувати суміші на основі білків сої та суміші, які готуються на основі козячого молока для дітей відповідного віку.

На сьогодні доведено, що харчова алергія є одним із суттєвих тригерних чинників розвитку алергічної патології, особливо у дітей молодших груп. З огляду на це серед основних напрямів медико-соціальної реабілітації хворих з алергічною нозологією є корекція режиму та якості харчування з включенням до раціону харчових сорбентів.

Дієтотерапія хворих із харчовою інтолерантністю є базовим, інколи найсуттєвішим ефективним засобом лікування. Окрім основного призначення – забезпечення нутрієнтами і енергією, лікувальне харчування має великі діагностичні можливості і профілактичну спрямованість. Це дозволяє виявляти, обмежувати або повністю виключати причинні чинники інтолерантності (непереносимості) харчування.

При наявності у дитини харчової алергії необхідно застосовувати елімінаційні дієти, ефективність яких треба контролювати веденням «харчового щоденника».

Гіпоалергенні дієти не повинні бути односторонніми тривалий час у зв'язку з можливим розвитком метаболічних розладів, гіповітамінозу, дистрофії. Окрім того, це може сприяти сенсibiliзації до тих харчових алергенів, результати алерготестування з якими при проведенні раніше дослідження були негативними. Отже, упродовж лікування дитини з алергічним захворюванням результати алерготестування можуть змінюватися, що вимагає динамічної корекції елімінаційних заходів.

Незважаючи на досить великі можливості лабораторних досліджень з визначення конкретних алергенів, у даний час клінічна практика показує, що лабораторні тести, такі як визначення гуморального і клітинного імунітету, рівня імуноглобуліну Е, RAST-тести (радіоалергосорбентні тести), внутрішньошкірні проби, не є достатньо чутливими або специфічними для остаточного підтвердження непереносимості того чи іншого продукту харчування. Тому діагноз інтолерантності до окремих компонентів їжі часто встановлюється лише на основі клінічної картини і результатів провокаційних тестів. З огляду на це не слід кожній дитині призначати вартісні лабораторні дослідження нерідко з вивченням чутливості до таких екзотичних речовин, які ніколи не входили і не будуть входити до меню дитини.

