Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого».
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра Педиатрии ИПО

Зав. кафедрой: д.м.н., профессор Таранушенко Т.Е.
Проверил: к.м.н., доцент Педанова Е.А

Реферат на тему:
Диетотерапия при пищевой аллергии у детей.

Выполнила: врач-ординатор
Козлова А.В.

Красноярск
2018

Содержание.

Введение …….3 – 4 стр.
1. Роль пищевых аллергенов в развитии аллергопатологии …….4 – 6 стр.
2. Диагностика ……...…..6 стр.
3. Назначения диетического лечения детям первого года жизни …...6 – 12 стр.
4. Особенности введения прикорма детям первого года жизни с пищевой аллергией …… ..12 – 13 стр.
5. Диетотерапия у детей старше одного года ……...13 -14 стр.

Список использованной литературы ……...15 стр.

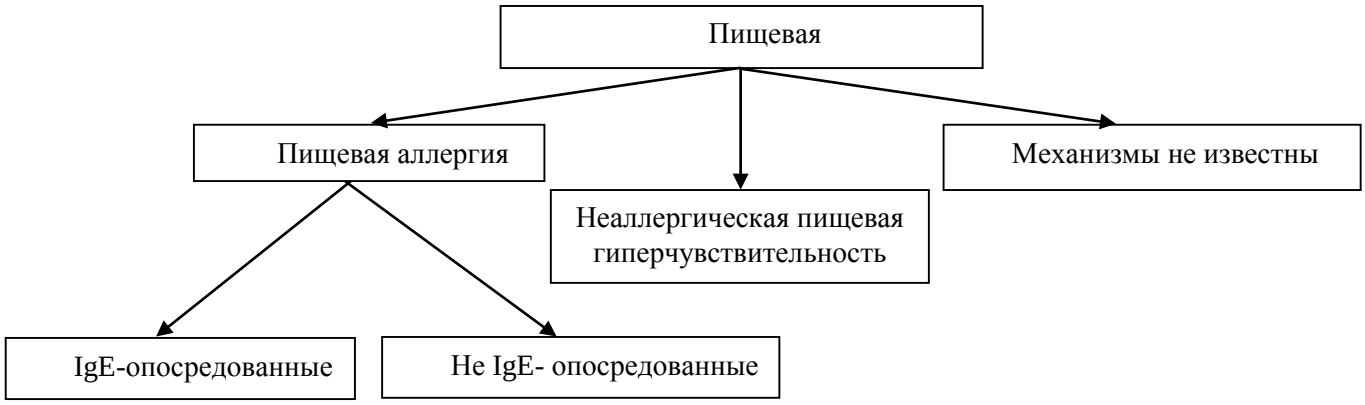
Введение.

Пищевая аллергия (ПА)- состояние повышенной чувствительности организма к пищевым продуктам, в основе которой лежат иммунологические механизмы, ведущими среди которых являются IgE-опосредуемые реакции.

Сложность проблемы заключается и в том, что непереносимость пищевых продуктов может быть обусловлена различными механизмами. Так, пищевая аллергия может являться результатом сенсибилизации к пищевым аллергенам, пищевым добавкам, примесям к пищевым продуктам, приводящей к развитию аллергического воспаления. Кроме того, формирование реакций непереносимости пищевых продуктов может быть обусловлено наличием сопутствующих патологий, приводящих к нарушению процессов переваривания и всасывания пищевого субстрата. Не менее серьезную проблему представляет широкое внедрение в питание человека качественно новых продуктов, генетически модифицированных или измененных, о характере влияния которых на желудочно-кишечный тракт, гепатобилиарную и иммунную систему нет убедительных данных. Более того, изучение побочных реакций на пищевые продукты можно рассматривать как одну из важнейших проблем национальной биобезопасности.

Наибольшую распространенность пищевой аллергии отмечается у детей первых двух лет жизни и составляет 5-12%. У детей более старшего возраста значение пищевой сенсибилизации уменьшается, формируется бытовая, пыльцевая, грибковая аллергия.

Виды пищевой гиперчувствительности.



Аллергические проявления, связанные с приемом пищевых продуктов, могут проявляться множеством симптомов, обусловленных вовлечением в патологический процесс различных органов и систем. Для детей раннего возраста наиболее характерными являются кожные проявления аллергии (атопический дерматит, отеки Квинке, крапивница), а также различные нарушения со стороны органов пищеварения. Если кожные проявления пищевой аллергии достаточно легко диагностируются, то разнообразные нарушения функции органов пищеварения не всегда связывают с воздействием пищевого аллергена. При этом желудочно-кишечные проявления пищевой аллергии встречаются как в сочетании с другими симптомами, так и изолированно, в виде обильных срыгиваний, рвоты, метеоризма, болей в животе, колик, неустойчивого стула (чередование поносов с запорами), примеси крови и слизи в кале. В подавляющем большинстве случаев наличие подобных нарушений со

стороны органов пищеварения сопровождается развитием дисбактериоза кишечника. Беспокойство после еды, отказ от приема определенного продукта также могут свидетельствовать о наличии непереносимости пищи.

1. Роль пищевых аллергенов в развитии аллергопатологии.

Этиологическим фактором пищевой аллергии являются аллергены, содержащиеся в пищевых продуктах. Обычно ими являются белки в виде гликопротеидов с молекулярной массой от 18000 до 40000 дальтон. Реже пищевые аллергены представлены полипептидами или гаптенами. Последние соединяются с белками пищи, приобретают иммуногенность и стимулируют иммунный ответ.

В развитии пищевой аллергии выделяют:

Истинная пищевая аллергия (ИПА), связанная с иммунологическими механизмами. У пациентов выявляются специфические антитела IgE, положительные кожные тесты с причинно значимыми аллергенами. Клиническая симптоматика при ИПА возникает даже от минимальной дозы съеденного продукта.

Выделяют два типа пищевой аллергии:

- Опосредованная пищевая аллергия обычно протекает остро, характеризуется быстрым развитием реакции (крапивница, анафилаксия). Аллергия этого типа возникает в младенческом возрасте, чаще всего у людей с семейным анамнезом, определенно отягощенный атопией.
- Неопосредованная пищевая аллергия проявляется постепенно и со временем переходит в хроническую форму. Аллергия этого типа опосредована Т-клетками (гастроэнтеропатии в ответ на употребление белков).
- Псевдоаллергическая (ложная) пищевая непереносимость, связанная с определенными свойствами некоторых пищевых продуктов, которые способствуют выделению гистамина из тучных клеток (цитрусовые, шоколад) без участия иммунного комплекса аллерген-антитело. Специфические антитела в составе IgE к данным пищевым продуктам не определяются, кожные тесты отрицательные, но с помощью провокационной пробы выявляется наличие непереносимости, которая зависит от количества съеденной пищи.
- Непереносимость пищи вследствие дефицита пищеварительных ферментов (лактазная недостаточность).

Известны пищевые аллергены животного и растительного происхождения.

Животного происхождения: Молоко сельскохозяйственных животных (коровье, козье) Куриное яйцо Рыба и морепродукты (моллюски, крабы, креветки, лангусты, мидии, омары, икра).

Растительного происхождения: Фрукты и овощи красной и оранжевой окраски (киви, авокадо, дыня, виноград, клубника, земляника, персик, каштан, хурма, гранаты, цитрусовые, свекла, морковь). Бобовые (арахис, соя, горошек, бобы, чечевица). Орехи (грецкий, пекан, лесной орех). Злаковые (пшеница, рожь, ячмень, кукуруза).

У детей первого года жизни одним из первых аллергенов, вызывающих развитие пищевой аллергии является белок коровьего молока, содержащий более 20 антигенов, из которых наиболее аллергенными являются: b-лактоглобулин, казеин, алактальбумин, бычий сывороточный альбумин. Ингредиенты коровьего молока

(казеин, сывороточные белка) могут присутствовать во многих пищевых продуктах. Известно, что среди детей первого года жизни аллергия к белкам коровьего молока встречается у 0,5– 1,5% младенцев, находящихся на естественном вскармливании, и у 2–7% детей, находящихся на искусственном вскармливании. Среди детей первого года жизни, страдающих атопическим дерматитом, 85–90% страдают аллергией к белкам коровьего молока. Развитие аллергии к белкам коровьего молока у детей, находящихся на естественном вскармливании, связывают с чрезмерным употреблением матерью во время беременности и лактационного периода молока и молочных продуктов. Возникновению аллергии к молоку способствует ранний перевод ребенка с отягощенным семейным анамнезом по атопии на смешанное или искусственное вскармливание с использованием различных молочных смесей, необоснованно раннее (с 2–3 мес) назначение неадаптированных молочных смесей и молочных каш.

Аллергенным продуктом является белок куриного яйца, а также яиц других видов птиц. Степень чувствительности детей к белкам куриного яйца очень высока. Наиболее активным считается овомукоид, являющийся ингибитором трипсина и способный длительно сохранять свои антигенные свойства в кишечнике. Аллергенные свойства желтка выражены в меньшей степени, чем белка. Часто непереносимость белков куриного яйца сочетается с непереносимостью куриного мяса и бульона. В последние годы участились аллергические реакции на злаковые продукты, в первую очередь на белки пшеницы и ржи, реже – риса, овса, гречихи. Белки пшеницы, ржи и ячменя могут быть причиной развития как пищевой аллергии, так и целиакии. У 20–25% детей первого года жизни причиной возникновения или обострения атопического дерматита, а также желудочно-кишечных проявлений аллергии могут быть соевые продукты. Это обусловлено широким распространением сои и ее производных в пищевой промышленности в качестве заменителей молока и молочных продуктов, мяса, добавок в кондитерские и колбасные изделия, соусы. Наиболее ранимой является группа детей раннего возраста с аллергией к белкам коровьего молока, получающая смеси на основе изолята соевого протеина в качестве заменителя материнского молока.

Рыба является частой причиной обострений аллергических заболеваний, поэтому детям первого года жизни (при наличии признаков атопии) она не рекомендуется. Аллергены рыбы термостабильны, практически не разрушаются при кулинарной обработке. Аллергия к морской рыбе встречается чаще, чем к речной, однако большинство детей реагирует на все виды рыбы. Установлено, что степень сенсибилизации к белкам рыбы с возрастом не уменьшается и сохраняется и у взрослых. Многократно описаны аллергические реакции при приеме икры, креветок, раков, омаров, устриц и других морепродуктов.

Пищевые злаки: пшеница, рожь, ячмень, кукуруза, рис, просо (пшено), тростник, бамбук. Главные аллергены пищевых злаков - альбумин и 12 глобулин.

Пасленовые: томат, картофель, баклажан, сладкий перец. Томат богат гистамином. Зонтичные: сельдерей, морковь, петрушка, укроп, фенхель, кориандр, тмин, анис. Сельдерей содержит термостабильный аллерген и при термической обработке не теряет своих сенсибилизирующих свойств.

Арахис обладает среди бобовых наиболее сильными аллергенными свойствами, вызывает тяжелые аллергические реакции, вплоть до анафилактического шока. Арахис

широко применяется в пищевой промышленности и относится к так называемым "скрытым аллергенам". При варке и жарке аллергенные свойства арахиса усиливаются.

Аллергическая реакция может развиться на любой продукт и зависит от природы аллергена, индивидуальной переносимости. Частота приема, его дозы.

Продукты питания, которые могут привести к развитию пищевой аллергии, можно разделить на три группы: с высоким, среднем и низким аллергизирующим потенциалом.

Высокая	Средняя	Слабая
Коровье молоко, рыба, икра, морепродукты, куриное яйцо, мясо, клубника, малина, виноград, ежевика, ананас, хурма, шоколад, кофе, орехи, томат, морковь, свекла, селдерей, пшеница, рожь.	Свинина, индейка, кролик, картофель, репа, горох, соя, бобы, персики, клюква, абрикос, бананы, перец, кукуруза, греча, рис.	Конина, баранина, тыква, капуста белокочанная, зеленые и желтые яблоки. Крыжовник, слива, арбуз, перловка, пшено.

2. Диагностика

Во всех случаях при подозрении на пищевую аллергию врач должен составить подробный клинический анамнез с особым акцентом на аллергические проявления. При подозрении на IgE–опосредованную аллергию необходимо провести следующие исследования:

- скарификационную пробу
- анализы крови на наличие специфических –антител к подозреваемым пищевым продуктам и вероятным коаллергенам.

Для педиатрической практики оптимальным является определение сенсибилизации по уровню sIgE к определенным пищевым аллергенам с помощью тест-системы ImmunoCAP, в которой имеются фиксированные пороговые границы уровней sIgE, определяющие риск развития клинических симптомов, а также обозначена их корреляция с возрастом (известны для белков коровьего молока, куриного яйца).

При подозрении на не IgE-опосредованную пищевую аллергию диагностика проводится с помощью пробной элиминационной диеты. Во время которой на период от 2 до 6 недель из пищевого рациона пациента исключается подозреваемый аллерген. Все используемые продукты не должны содержать никаких добавок.

Соблюдение элиминационной диеты должно сопровождаться мониторингом показателей физического развития ребенка. Диетотерапия ПА носит поэтапный характер: 1 этап - диагностический. 2 этап – лечебная элиминационная диета 3 этап - расширение рациона.

3. Назначение диетического лечения детям первого года жизни.

Основными направлениями в составлении лечебных рационов детей первого года жизни, страдающих пищевой аллергией, являются: выбор базовой гипоаллергенной

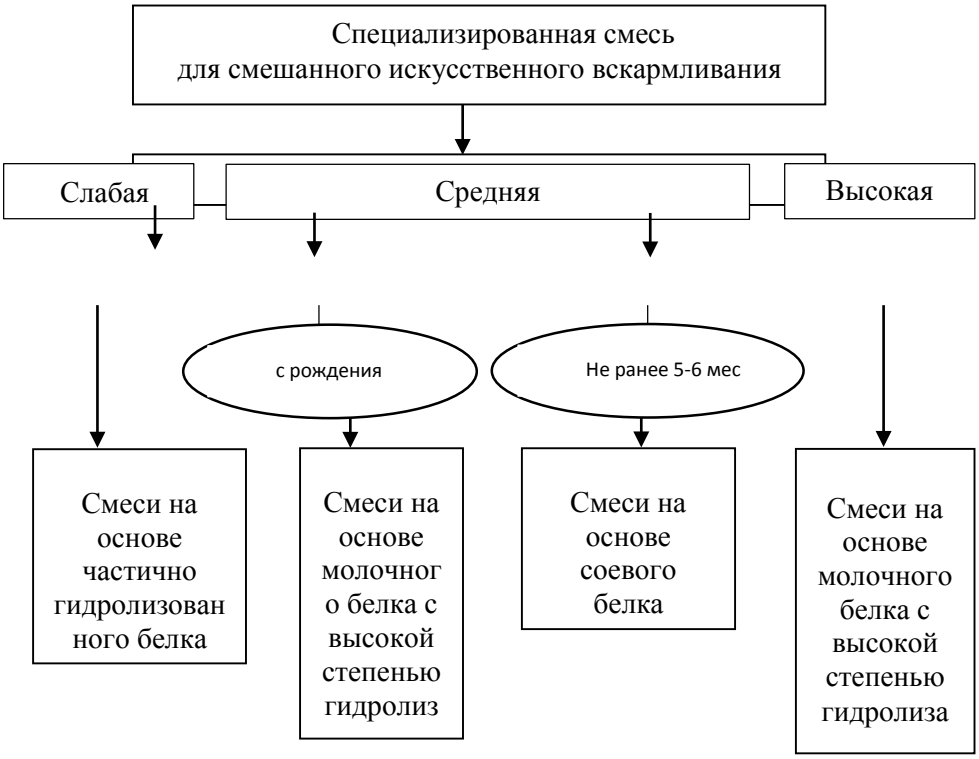
смеси (продукт на основе гидролиза молочного белка, реже соевая смесь) и гипоаллергенных продуктов и блюд прикорма (фруктовые, ягодные соки и пюре, овощные пюре, каши, мясное пюре).

При выявлении пищевой аллергии у детей, находящихся на естественном вскармливании, кормящим матерям назначают гипоаллергенную диету. В таблице представлены продукты, исключаемые, разрешаемые и ограничиваемые в элиминационной диете кормящих матерей. Кроме перечисленных в таблице продуктов, в случаях выраженной аллергии к белкам коровьего молока из питания матери должны полностью исключаться молочные продукты. Количество круп и макаронных изделий, пшеничного хлеба, сахара уменьшается на 10–15%, соли на – 20%. Вместе с тем при организации элиминационных диет для кормящих женщин необходимо обеспечивать высокую пищевую и биологическую ценность рациона, достаточное поступление белка, витаминов, минеральных веществ и микроэлементов. Грудное вскармливание должно сохраняться как можно дольше, желательно не менее 6 мес.

Исключаемые	Ограничиваемые	Разрешаемые
• Высокоаллергенные продукты: рыба, морепродукты, яйца, грибы, орехи, мед, шоколад, кофе, фрукты, ягоды, овощи ярко-красного и оранжевого цвета, киви, ананас, авокадо • Бульоны, маринады, консервы, пряности • Продукты, содержащие красители и консерванты • Газированные напитки, квас • Продукты. Содержащие гистаминолибераторы- квашенная капуста, редька, ветчина, ферментированные сыры, сосиски.	• Цельное молоко и сметана • Хлебобулочные и макаронные изделия из муки высшего сорта, манная крупа • Кондитерские изделия, сладости, сахар, соль	• Кисломолочные продукты- кефир, бифидок, ацидофилин, йогурты без фруктовых добавок • Крупы- гречневая, рисовая, овсяная, кукурузная • Фрукты, овощи- зеленой и белой окраски • Супы- вегетарианские овощные и крупяные • Мясо- нежирные сорта говядины, свинины, индейки. • Хлеб- пшеничный 2-го сорта, ржаной • Напитки- чай, морсы, компоты

Выявление аллергии к белкам коровьего молока у детей, находящихся на смешанном или искусственном вскармливании, обычно требует полной замены в их питании смесей на основе коровьего молока на специализированные безмолочные продукты. На потребительском рынке имеется широкий ассортимент гипоаллергенных лечебных смесей и продуктов, которые назначаются в соответствии с возрастом и нутритивным статусом ребенка, периодом заболевания, степенью сенсибилизации к белкам коровьего молока и других продуктов питания.

Алгоритм выбора базового питания для детей первого года жизни с аллергией к белкам коровьего молока.



Наиболее целесообразным считается назначение смесей на основе гидролизованного молочного белка в качестве продуктов, практически лишенных антигенных свойств:

Alfare, Alfare allergy, Нутрилон пепти аллергия («Нутриция», Голландия), Нутрилак пептиди СЦТ («Нутритек», Россия), Прегестимил LIPIL («МидДжонсон», Голландия), Фрисопепен АС («Фризеленд Кампина», Голландия).

Аминокислотных смесей: Alfare amino (Nestle, Швейцария), Неокейт («Нутриция», Голландия).

Белки сывороточной фракции коровьего молока по аминокислотному составу имеют по сравнению с казеином более высокое содержание аминокислот. Поэтому сывороточные гидролизаты считаются более физиологичными. Они имеют менее резкий вкус и запах по сравнению со смесями на основе казеина. Однако в случаях доказанной сенсибилизации к белкам сывороточной фракции белка коровьего молока (ß -лактоглобулину, а-лактальбумину, у-глобулину, бычьему сывороточному

альбумину) диетотерапию целесообразно начинать с использования смесей на основе гидролизата казеина.

В зависимости от степени расщепления молочного протеина выделяют смеси на основе полного (высокого, глубокого) или частичного гидролиза белка. Важно отметить, что, чем выше молекулярная масса пептидов гидролизата, тем больше риск развития аллергических реакций. По сравнению с белком коровьего молока аллергенность белкового компонента продуктов, полученных на основе высокогидролизованного белка, снижена в 10 000–100 000 раз, частично гидролизованного – в 300–1000 раз. Для оценки степени гидролиза белковой основы молочной смеси можно ориентироваться на процентное содержание пептидов различной молекулярной массы. Молекулярная масса пептидов ниже которой аллергенность гидролизата становится минимальной, составляет 1,5 кДа. Пептиды с мол. массой 3–3,5 кДа в отдельных случаях могут вызывать аллергические реакции. Высокое содержание пептидов с мол. массой более 5–6 кДа значительно увеличивает аллергенность смеси. Молекулярная масса нативных белков коровьего молока находится в пределах 10–60 кДа. По клиническому предназначению смеси на основе гидролизатов белка подразделяют на лечебные, лечебно-профилактические и профилактические.

Лечебные (высокогидролизованные): Альфаре, Нутрилак пептиди СЦТ, Нутрилон Пепти ТСЦ, Туттели-Пептиди, Фрисопеп, Энфамил, Нутрамиген, Энфамил Прегестимил.

Лечебно-профилактические: Дамил Пепти, Нутрилак ГА, ХиПП ГА 1 и 2, Хумана ГА 1 и 2.

Профилактические (частично гидролизованные): НАН ГА 1 и 2, Нутрилон, Омнео 1 и 2.

Пептидный профиль ряда смесей (Нутрилак ГА, ХиПП ГА 1 и 2, Хумана ГА 1 и 2) свидетельствует о достаточно высокой степени гидролиза белкового субстрата, что позволяет использовать их не только в профилактических целях, но и для лечения нетяжелых, не IgE-опосредованных форм аллергии к белкам коровьего молока. При нетяжелых клинических проявлениях аллергии, отсутствии четких указаний на их связь с употреблением молочных продуктов, а также при отсутствии аллергенспецифического IgE или низком уровне аллерген-специфического IgG к белкам коровьего молока в питании больных могут быть использованы смеси на основе гидролизата молочного белка профилактического назначения. Эти же группы продуктов применяются на втором этапе диетотерапии после достижения клинической ремиссии.

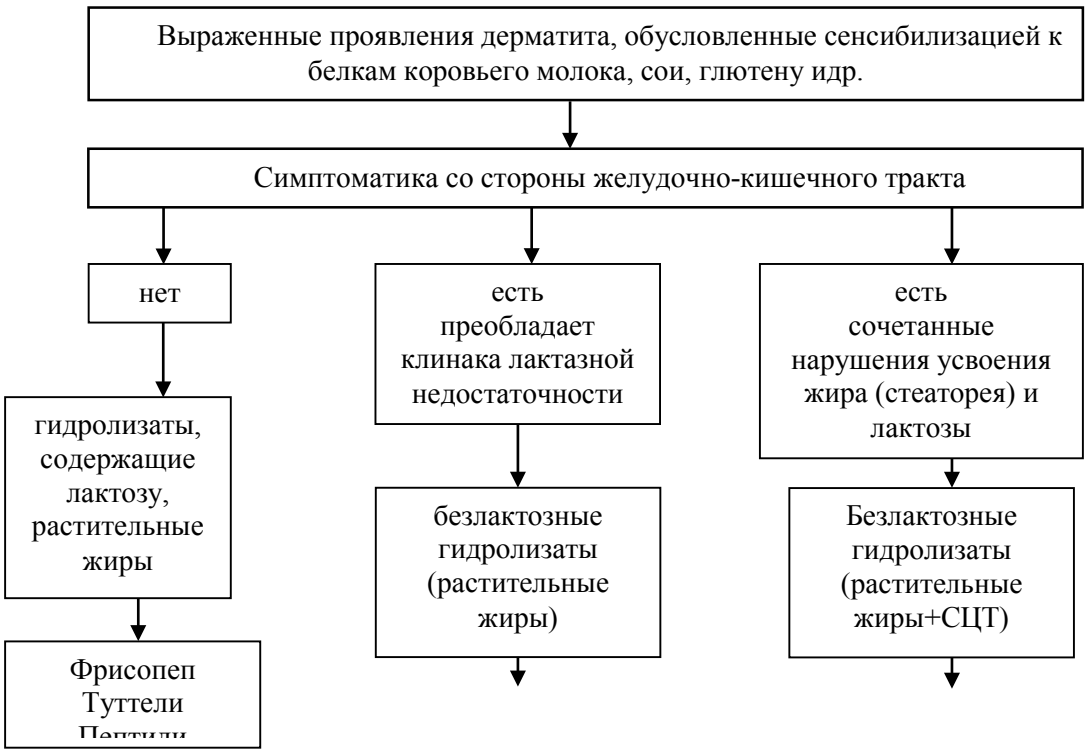
Средняя молекулярная масса пептидов гипоаллергенных смесей, приготовленных на основе частично гидролизованного молочного белка (Нан ГА 1 и 2, Нутрилон Омнео 1 и 2), находится в пределах 1,2–2,0 кДа. Однако молекулярная масса отдельных пептидов может достигать 10 кДа и выше. Указанные продукты должны использоваться только для профилактики аллергических заболеваний у детей из групп высокого «риска» развития атопии, переводимых на смешанное и искусственное вскармливание. Жировой компонент продуктов на основе гидролизатов белка представлен смесью растительных масел, которые содержат большое количество ненасыщенных жирных кислот, в том числе сбалансированное соотношение

незаменимых жирных кислот – линолевой и а-линоленовой, являющихся предшественниками длинноцепочечных полиненасыщенных жирных кислот классов w-6 и w-3 соответственно. Последние выполняют важные биологические функции, входя в состав мембран различных клеток, в том числе клеток головного мозга и сетчатки глаза.

В состав липидного компонента лечебных смесей Альфаре, Нутрилак пептиди СЦТ, Нутрилон Пепти ТСЦ, Энфамил Прегестимил, предназначенных для детей с желудочнокишечными проявлениями пищевой аллергии и синдромом мальабсорции, введены среднецепочечные триглицериды (до 50% от общего количества липидов), которые легко расщепляются, не требуют эмульгирования желчью и участия панкреатической липазы. При выборе специализированного продукта на основе гидролизата белка необходимо также учитывать наличие или отсутствие лактозы в составе его углеводного компонента. Лактоза является важным компонентом питания, так как стимулирует рост бифидобактерий. При бактериальной ферментации этого углевода в толстой кишке образуется молочная кислота, тормозящая рост патогенной микрофлоры кишечника. Лактоза является источником галактозы, необходимой для синтеза галактоцереброзидов головного мозга, необходимых для миелинизации нейронов. Кроме того, присутствие лактозы в химусе способствует всасыванию кальция, магния, марганца, предотвращая развитие рахита и анемии.

При аллергии к белкам коровьего молока нередко развивается вторичная лактазная недостаточность, что связано с повреждением энтероцитов на фоне аллергического воспаления кишки. Основными клиническими проявлениями лактазной недостаточности являются частый разжиженный пенистый, водянистый стул с кислым запахом, боли в животе, метеоризм. При выраженных кожных проявлениях аллергии и наличии диспепсии, характерной для лактазной недостаточности, целесообразно назначать смесь на основе гидролизата белка, не содержащую лактозу.

Алгоритм выбора лечебной смеси на основе гидролизата белка.



ЭнфамилНутрамиге

Альфаре
Нутрилон Пепти ТСЦ
Нутрилак Пептиди СЦТ
Энфамил Прегестимил

При переводе ребенка на питание смесью на основе гидролизатов белка необходимо соблюдать следующие правила: гипоаллергенный продукт следует вводить, постепенно уменьшая объем предшествующей смеси; в связи с неприятными вкусовыми качествами данных продуктов в начале каждого кормления вводится гидролизат, а затем дается заменяемая смесь; на фоне использования гидролизатов может наблюдаться некоторое учащение и разжижение стула. Цвет фекалий на фоне использования указанных смесей становится зеленоватым или темно-коричневым, что не является основанием для отмены продукта.

Продолжительность применения смесей на основе гидролизатов белка определяется сроками достижения клинико-лабораторной ремиссии и может составлять от 3 мес и более. Таким образом, современные лечебные смеси, приготовленные на основе гидролизатов белка, являются полноценными специализированными продуктами для питания детей с пищевой аллергией и могут использоваться длительно в качестве основного источника питания, начиная с первых дней жизни ребенка, а лечебно-профилактические смеси на основе гидролизата – для питания детей из групп высокого риска по развитию «атопии».

Соевые смеси (смеси на основе изолята соевого белка) по-прежнему сохраняют свою актуальность в питании больных, страдающих аллергией к белкам коровьего молока. Важно отметить, что детские соевые смеси созданы на основе изолята соевого белка, полученного из генетически немодифицированных соевых бобов, что подтверждено сертификатами фирм-производителей и экспертизой продуктов Федеральным центром Госсанэпиднадзора Российской Федерации. Эти смеси не содержат молочного белка, лактозы, глютена, а поэтому могут применяться при аллергии к белкам коровьего молока и при лактазной недостаточности, галактоземии, целиакии.

Название: НАН Соя (Швейцария, Нестле), Нутрилон Соя (Голландия, Нутриция), Нутрилак Соя (Россия, Нутритек), Симилак Изомил (США, Эббот), Туттули Соя (Финляндия, Валио), Фрисосой (Голландия, Фризленд), Хумана СЛ (Германия, Хумана), Энфамил (Мид Джонсон, США).

Положительный эффект от применения указанных смесей следует ожидать не ранее чем через 3–4 нед от начала их использования. Продолжительность применения соевых продуктов колеблется от 3 до 6 мес и более, в зависимости от сроков достижения клинико-иммунологической ремиссии.

Правила назначения смесей на основе изолята соевого белка:

• отсутствие в анамнезе данных об аллергии к сое и бобовым у ближайших родственников

• возраст ребенка не менее 5-6 мес. (особенно при аллергических реакциях кожи и желудочно-кишечного тракта или только желудочно-кишечного тракта)

• постепенное (в течение 5-7 дней) введение соевой смеси в рацион

• полное исключение молочных продуктов (в том числе кисломолочных, творога, сыра, сливочного масла)

• учет индивидуальной переносимости (усиление или появление новых аллергических изменений на коже, срыгивания, рвоты, расстройства стула)

• продолжительность применения соевой смеси не менее 3 мес.

На состав биоценоза кишечника и состояние иммунологической защиты можно воздействовать с помощью целенаправленного использования лечебных продуктов, содержащих про- и пребиотики, а также ряда биологически активных добавок, что в литературе принято обозначать термином «функциональное питание». Факторы, способствующие колонизации кишечника нормальной микрофлорой, подразделяют на 3 основные группы:

1) пробиотики – живые бактерии, являющиеся представителем нормальной микрофлоры;
2) пребиотики – неперевариваемые олигосахариды, способствующие селективному увеличению количества и функциональной активности защитной флоры кишечника и потенциально улучшающие здоровье организма хозяина;
3) синбиотики – смесь про- и пребиотиков, в которой наличие второго компонента позволяет улучшить приживляемость защитной микрофлоры.

Пробиотики: Лактобациллы, бифидобактерии, энтерококки, стрептококки. Натуральные кисломолочные продукты, специально обогащенные продукты.

Пребиотики: Инулин, фруктоолигосахариды, галактоолисахариды. Натуральные продукты: топинамбур, цикорий, лук, артишок, спаржа, бананы, специально обогащенные продукты.

Синбиотики: фруктоолигосахариды + бифидобактерии, лактитол. Специально обогащенные продукты.

Для коррекции «микроэкологических» нарушений кишечника, которые часто сопутствуют аллергическим заболеваниям кожи, широко применяются пробиотики в форме лекарственных препаратов. Однако для детей раннего возраста, учитывая ускоренный транзит химуса через пищеварительный тракт, наиболее адекватной формой введения пробиотиков является их назначение в жизнеспособном состоянии, например, включение в состав кисломолочных продуктов. Это сокращает латентный период действия пробиотика, обусловленный выходом его из анабиоза, вызванного лиофилизацией. И самое существенное состоит в том, что при назначении продуктов с пробиотическими свойствами ребенок получает комплекс биологически активных веществ, улучшающих функционирование системы пищеварения.

4. Особенности введения прикорма детям первого года жизни с пищевой аллергией.

При назначении прикорма больным с пищевой аллергией необходимо учитывать остроту, тяжесть и форму аллергического заболевания, возраст ребенка, его нутритивный статус, выявленные причинно значимые аллергены, сопутствующие заболевания.

Первый прикорм – овощное пюре назначается в возрасте 5–5,5 мес. В его состав включают кабачки, патиссоны, капусту цветную, белокочанную, брюссельскую и брокколи, светлоокрашенную тыкву и другие овощи зеленой и белой окраски. К

овощному пюре добавляют растительное масло, предпочтительно рафинированное, дезодорированное (подсолнечное, кукурузное, оливковое).

Второй прикорм – безмолочную кашу включают в питание детей с 5,5 мес. Ассортимент круп подбирают индивидуально (гречневая, кукурузная, рисовая, овсяная, ячневая каши). При выборе каш предпочтение следует отдавать безмолочным кашам, которые разводят водой или специализированной смесью (на основе сои или гидролизата молочного белка). Существуют готовые гипоаллергенные каши, имеющие в своем составе указанные выше смеси Хумана СЛ-каша и Хумана ГА-каша (Хумана, Германия).

С целью коррекции белковой части рациона в питание ребенка с 6 мес вводят мясное пюре. При непереносимости говядины, имеющей перекрестные антигенные свойства с белками коровьего молока, рекомендуется использовать постную свинину, конину, мясо кролика, индейки, специализированные детские мясные консервы.

В качестве третьего прикорма (с 8–9 мес) возможно использование второго овощного или овоще-крупяного блюда (кабачки с рисовой крупой, цветная капуста с гречей в соотношении 1:1) с мясным пюре, что позволяет несколько ограничить молочные продукты в рационе ребенка.

Из фруктов предпочтение отдают яблокам зеленой и белой окраски (антоновские, симиренко, белый налив). С учетом индивидуальной переносимости используются груши, белая и красная смородина, желтая и красная черешня, желтые сливы или детские соки и пюре из них. Отваривание и запекание фруктов и ягод несколько улучшает их переносимость.

Яйца и рыба не включаются в рационы детей с пищевой аллергией.

Творог используется в питании только при отсутствии аллергии к белку коровьего молока.

Кефир не ранее 8 мес (при отсутствии сенсибилизации).

5. Диетотерапия у детей старше одного года.

Гипоаллергенная диета детей старше одного года должна соответствовать физиологическим потребностям ребенка.

Проводится обязательная коррекция состава основных ингредиентов. Дефицит жира корригируется увеличением суточного объема растительного масла до 5-10 мл в каждый прием пищи, дефицит белка- увеличением суточного объема мяса в 2-3 раза, дефицит кальция- приемом 1-3 г глюконата кальция.

Исключаются продукты с повышенной сенсибилизирующей активностью, содержащие пищевые добавки (красители, консерванты, эмульгаторы), блюда содержащие неспецифические раздражители ЖКТ.

Детям с пищевой аллергией для сохранения устойчивой ремиссии и профилактики обострений заболевания рекомендуют соблюдать гипоаллергенную диету, как правило, до трехлетнего возраста с последующим ее постепенным расширением.

Необоснованно длительное применение гипоаллергенной диеты может приводить к белково-энергетической и микронутриентной недостаточности и, как следствие, к нарушению физического развития ребенка, а также к серьезным психологическим проблемам в семье и неправильному социально-психологическому развитию ребенка.

Поэтому жестко ограничительная диета должна рассматриваться как «стартовая». Далее, в зависимости от результатов обследования, выявленного спектра причинно-значимых продуктов, формируется индивидуальная гипоаллергенная диета.

В периоде полной или частичной клинико-лабораторной ремиссии диета должна постепенно расширяться путем индивидуальной оценки толерантности к тем или иным пищевым продуктам с обязательной регистрацией возникших аллергических реакций в пищевом дневнике. При сохранении непереносимости некоторых пищевых продуктов, относящихся к облигатным аллергенам, а также в случаях тяжелых IgE-зависимых реакций на определенные продукты (шоколад, кофе, какао, рыба, орехи, грибы, мед и т.п.) они не вводятся в рацион ребенка.

Список использованной литературы:

1) Диетотерапия при пищевой аллергии у детей раннего возраста Т.Э. Боровик, В.А. Ревякина, С.Г. Макарова. Москва
2) Питание детей при аллергических заболеваниях. Практическое пособие для врачей. М.А. Дугина, С.В. Зыблева. Гомель, ГУ «РНПЦ РМиЭЧ», 2017
3) Избранные лекции по педиатрии. Питание больного ребенка. Е.В Михалева. Н.А. Барабаш. Томск 2014г
4) Союз педиатров России. Пищевая аллергия. Клинические рекомендации, 2016 года.