

ПИТАНИЕ ЗДОРОВОГО И БОЛЬНОГО РЕБЕНКА

© Коллектив авторов, 2004

В.А. Ревякина, Т.Э. Боровик, Е.А. Рославцева, Н.Н. Семенова,
Т.Е. Лаврова, Н.А. Аверкина

ОПТИМИЗАЦИЯ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ С ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ НЕПЕРЕНОСИМОСТЬЮ ЗЛАКОВ

ГУ Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

Актуальность проблемы пищевой аллергии (ПА) для современной педиатрии обусловлена не только высокой ее распространенностью среди детского населения, но и теми новыми аспектами, среди которых особое место занимает аллергия, вызванная повышенной чувствительностью детского организма к специфическому белку некоторых злаковых культур — глютену. С этим связаны определенные трудности, которые возникают при организации прикорма детей первого года жизни, страдающих непереносимостью глютена. Дети с данной патологией требуют тщательно взвешенного и обоснованного применения гипоаллергенной диеты и рационального подбора специализированных продуктов и блюд прикорма, лишенных данного белка [1—3].

Глютен — это протеин зерна злаковых культур пшеницы, ржи, ячменя, овса [4]. Белки злаков имеют в составе 4 фракции: альбумины, глобулины, проламины и глютеины. Две последние фракции носят название «глютен». Глютен представляет собой нерастворимый в воде комплекс белков с низким содержанием сахаров и липидов. Глютен пшеницы придает хлебу из пшеничной муки его особые свойства — «эластичность» и пышность. Именно глютен пшеницы является главной и наиболее частой причиной развития пищевой аллергии. Ячмень, рожь и овес имеют меньшее содержание глютена, чем пшеница. Тем не менее некоторые дети чувствительны и к этим злаковым культурам.

Антигенной фракцией пшеницы является глиадин, ржи — секалин, ячменя — хордеин. Однако в медицинской литературе термином «глютен» для краткости обозначаются все антигенные белки злаковых.

Глютен злаковых культур у детей может вызывать гастроинтестинальные, кожные (атопический дерматит) и респираторные (аллергический ринит, бронхиальная астма) проявления. Сложным в практике педиатра является вопрос дифференциальной

диагностики гастроинтестинальных проявлений, связанных с непереносимостью глютена, поскольку ПА и целиакия (глютенная энтеропатия) могут иметь сходные клинические симптомы. Согласно современным представлениям, ПА — это аллергические реакции на пищевые продукты, обусловленные иммунологическими механизмами (IgE- и не IgE-опосредованные реакции), а целиакия — аутоиммунное заболевание, характеризующееся поражением слизистой оболочки тонкой кишки (Т-клеточноопосредованная энтеропатия) [2, 5]. Глютенная ПА и целиакия развиваются у генетически предрасположенных индивидуумов под влиянием специфических белков ряда злаковых культур.

Клиническая картина гастроинтестинальных проявлений аллергии и целиакии у детей, получающих злаковый прикорм, характеризуется диареей, болями в животе, метеоризмом, срыгиваниями или рвотой. При этом типичная клиническая картина целиакии у ребенка 2-го полугодия жизни, в питании которого используются злаковые продукты, проявляется развитием длительной диареи — частым, обильным, зловонным «жирным» стулом. Ребенок становится вялым или раздражительным, иногда агрессивным. Изменяется аппетит, возникает беспричинная рвота. Он перестает прибавлять в массе и росте, нередко быстро «катастрофически» худеет, развивается атрофия проксимальных групп мышц конечностей при увеличении живота («вид паука»). Часто наблюдаются безбелковые отеки, полигиповитаминозы — формируется клиническая картина синдрома нарушенного кишечного всасывания. Характерно также отсутствие стойкого эффекта от применения антидиарейных средств — антибактериальных, ферментных и биопрепаратов [6].

В последние годы наблюдаются изменения в клиническом течении целиакии. Так, желудочно-

кишечные симптомы могут быть настолько слабо выраженными, что на них просто не обращают внимания. Выделяют скрытую (молчащую), потенциальную, латентную и атипичную целиакию, с которыми часто связаны диагностические ошибки.

«Скрытая» целиакия не имеет явных клинических проявлений, однако у больных выявляются антитела к глютену, эндомизиуму, тканевой трансглутаминазе и определяются типичные морфологические изменения слизистой оболочки тонкой кишки. «Потенциальная» целиакия обозначает состояние, при котором у пациентов наблюдаются положительные серологические тесты при нормальной морфологической картине слизистой оболочки тонкой кишки. Отсутствует атрофия ворсинок. В дальнейшем в тонкой кишке могут развиваться изменения, характерные для целиакии. «Латентная» целиакия имеет место у больных, которым в прошлом диагностировали атрофию ворсин слизистой оболочки тонкой кишки, однако после курса аглиадиновой диеты у них происходило восстановление ворсинок, сохраняющееся в дальнейшем при проведении нагрузок глютенем или возвращению к обычному питанию. У части таких больных после введения глютенa возникает рецидив заболевания. «Атипичная» целиакия характеризуется внекишечными симптомами. Она наблюдается в основном у детей старшего возраста и подростков.

«Глютенная» ПА может быть частой причиной перекрестных аллергических реакций между пищевыми и пыльцевыми аллергенами у детей старшего возраста. Так, при повышенной чувствительности к пшенице могут развиваться аллергические реакции на пыльцу злаковых трав. При употреблении каш и хлебобулочных изделий из пшеницы возможны перекрестные аллергические реакции на продукты, изготовленные из ржи, кукурузы, ячменя и овса. Аллергические реакции на пшеницу могут сочетаться с аллергией к бананам, киви, орехам [7]. Вопрос назначения безглютеновой диеты детям с учетом перекрестной аллергии нуждается в дальнейшем изучении.

Этиологическая структура непереносимости злаков у детей грудного возраста с ПА в наших исследованиях выглядела следующим образом: специфические IgG антитела в сыворотке крови к глютену пшеницы обнаружены в 53%, рису — в 50%, гречи — в 28% и кукурузе — в 12% случаев. Следует отметить и тот факт, что в России в последнее время участились аллергические реакции у детей на прием кукурузы. Характерно и то, что наряду с сенсибилизацией к глютену наблюдалась поливалентная ПА к 3—4 пищевым белкам и более. Поэтому при составлении гипоаллергенного питания детям с данной патологией необходимо учитывать весь спектр этиологически значимых пищевых аллергенов, возможные перекрестные аллергические реакции, а также нутритивный статус и функциональ-

ную деятельность желудочно-кишечного тракта ребенка.

В настоящее время в нашей стране для детей с глютенной непереносимостью, в том числе с целиакией и ПА, имеется широкий ассортимент современных специализированных безглютеновых каш промышленного производства [8, 9]. Причем они могут быть как молочные, так и безмолочные.

В данной публикации акцент делается на безглютеновые безмолочные каши как обладающие меньшим аллергическим потенциалом, что позволяет с минимальным риском использовать их в питании детей с ПА. Это монокомпонентные каши на основе одного вида круп, которые не содержат ни глютенa, ни коровьего молока, ни сои, ни фруктовых или овощных добавок. К ним относятся гипоаллергенные каши: гречневая, кукурузная, рисовая различных фирм-производителей (Хайнц, Нестле, Гербер, Бич-Нат). Для их разведения используются те лечебные смеси (соевые или на основе гидролизатов белка), которые получает ребенок.

К многокомпонентным кашам на основе нескольких видов круп с содержанием изолята соевого белка, гидролизата молочного белка, фруктовых и овощных добавок относятся каши Хумана СЛ-каша, Хумана ГА-каша (Хумана), гречневая каша, рисовая каша с яблоком (Бич-Нат).

Каша промышленного производства является важным источником разнообразных питательных веществ в рационе ребенка и играют существенную роль в диетическом лечении детей с ПА и целиакией. Данные каши изготовлены из экологически чистого сырья, имеют гарантированный состав, приготовлены с использованием современных технологий, что улучшает их усвоение. Они обогащены витаминно-минеральными комплексами, удобны в приготовлении, так как не требуют варки. Большой ассортимент каш промышленного производства в настоящее время позволяет обеспечить полноценным, разнообразным и вкусным питанием детей, страдающих ПА, рацион питания которых бывает порой достаточно скудным.

Наш опыт использования гипоаллергенных каш показал хорошую клиническую эффективность, проявившуюся уменьшением гастроинтестинальных и кожных проявлений пищевой аллергии у 78% детей с сенсибилизацией к глютену.

В Научном центре здоровья детей РАМН проведено клиническое исследование по изучению эффективности новых специализированных безмолочных продуктов «Рисовая каша Фрисокрем» и «Кукурузная каша Фрисокрем» (Фризленд Ньютришн, Голландия). Каша были использованы в питании 17 детей с атопическим дерматитом, 10 — с гастроинтестинальными проявлениями аллергии, 11 пациентов с целиакией и у 10 практически здоровых детей. Возраст детей составлял от 6 до 12 месяцев. Каша включали в гипоаллергенную диету, учитывая возраст ребенка и индивидуальную переносимость. Ап-

робированные продукты давали один раз в сутки в объеме 150—200 г в течение 1,5—2 недель. Разво-дили их соевой смесью или гидролизатами белка.

Как показали проведенные исследования, каши имели приятные органолептические свойства. Дети охотно ели предлагаемые продукты питания. Переносимость каш была хорошей. Лечебное питание с использованием гипоаллергенных каш способствовало исчезновению кожных и гастроинтестинальных проявлений аллергии практически у всех детей. При неустойчивом стуле отмечалась его нормализация. Побочных реакций (в виде появления или усиления аллергических проявлений на коже, срыгивания, рвоты, расстройства стула, метеоризма) не отмечено.

Важно отметить, что детям, страдающим непереносимостью глютена, следует остерегаться продуктов, содержащих скрытые аллергены, в особенности глютен. Этикетки на имеющихся в продаже хлебулочных изделиях с указанием «без глютена» или «без пшеницы» не всегда соответствуют действительности. Так, солод, получаемый из ячменя или других зерновых культур, является скрытым источником глютена. Солод входит в состав большинства сухих завтраков из дробленого зерна и выпечных изделий. Глютен содержится в хлебе, хлебулочных и макаронных изделиях и может присутствовать в мясных и колбасных продуктах, плавленом сыре и готовых супах со злаковыми наполнителями, бульонных кубиках. Поэтому из рациона питания больных с непереносимостью глютена исключают пшеничный и ржаной хлеб,

вермишель, макароны, сушки, баранки, манную, ячневую и овсяную крупы, готовые супы, содержащие зерновые, овощи с густыми мучными со-усами, пудинги или запеканки, мороженое, жевательную резинку. Для приготовления блюд можно применять муку из картофеля, риса, сои, однако выпечка, приготовленная из этих компонентов, менее вкусна, чем из пшеничной муки. Картофельную и соевую муку лучше использовать в комбинации с рисом.

Учащение аллергических реакций на кукурузу, широко используемую у детей раннего возраста в качестве безглютенового злака, выводит эту проблему на одно из ведущих мест. Компоненты кукурузы могут присутствовать в паштетах, колбасах, консервированной стручковой фасоли, пудингах, консервах, соусах, растворимом чае, а также в сиропах и каплях от кашля, некоторых таблетках, пилюлях, отдельных сортах зубной пасты, являясь причиной возникновения тяжелых аллергических реакций, избежать которых позволяет внимательное изучение этикеток.

Следует отметить, что если единственным методом лечения целиакии и профилактики ее осложнений является строгая и пожизненная безглютеновая диета, то при аллергии к злакам у большей части больных детей необходимость в соблюдении безглютеновой диеты с возрастом исчезает. Однако эта проблема требует дальнейшего изучения для решения ряда вопросов, способствующих улучшению качества жизни больных детей и прогноза заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лечебное питание детей с атопическим дерматитом / Под ред. В.А. Ревякиной, Т.Э. Боровик. — М., 2002. — 36 с.
2. Ревякина В.А. // Доктор. РУ. — 2003. — № 6. — С. 14—17.
3. Malkhou P. Food allergies, Present and problems. — Brussels, 2000. — 107 p.
4. Рославцева Е.А., Боровик Т.Э. // 10-й юбилейный конгресс детских гастроэнтерологов России. — М., 2003. — С. 148.
5. Feighery C.F. Gastrointestinal Immunology and Glutensensitive Disease. — Oak Tree Press, 1994. — 197 p.
6. Дубченко О.В. Особенности целиакии в детском возрасте: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — М., 1997. — 22 с.
7. Боровик Т.Э., Ладодо К.С., Рославцева Е.А. и др. // Вопр. детской диетологии. — 2003. — Т. 2, № 1. — С. 79—82.
8. Скворцова В.А., Боровик Т.Э., Ладодо К.С. и др. // Вопр. совр. педиатрии. — 2004. — Т. 3, №1. — С. 61—64.
9. Специализированные продукты питания для детей с различной патологией. Каталог / Под ред. К.С. Ладодо, Г.Ю. Сажинова. — М., 2000. — 200 с.