предшественником серотонина, оказывает существенное влияние на поведенческие реакции ребенка. Недостаток триптофана влечет за собой нарушение сна, настроения и других поведенческих реакций [30]. Существуют доказательства того факта, что снижение уровня триптофана в плазме крови у взрослых нарушает биоритмы сна — бодрствования. Учитывая это явление, L.A. Steinberg и соавт. [31] исследовали уровень триптофана у детей, получающих стандартную ДМС (15 г/л) и ДМС (13 г/л) с добавлением различного количества триптофана. Известно, что причина снижения уровня триптофана даже при повышенном содержании белка в рационе может быть связана с тем, что крупные нейтральные аминокислоты (КНА) и триптофан переносятся с помощью одной и той же транспортной системы. Клинические исследования (рис. 4) показывают, что повышение уровня белка может привести к снижению уровня триптофана в плазме крови [32]. В свой работе Steinbrg и соавт. [31] показали, что при вскармливании стандартной ДМС у детей наблюдается снижение уровня триптофана в отличие от группы детей, получающих ДМС, обогащенную триптофаном. При этом соотношение триптофан/КНА являлось прогностическим фактором различий в латентности сна (период от укладывания в постель до наступления сна) у детей: латентность сна была достоверно больше у детей, получавших стандартную ДМС в сравнении с детьми, получавшими обогащенную триптофаном ДМС или ГМ.

Реальная возможность снизить количество белка и увеличить уровень триптофана в ДМС появилась в результате серии исследований, проведенных в Научно-исследовательском Центре Нестле. Исследования показали, что α-лактальбумин обладает наиболее высоким уровнем триптофана по сравнению с другими сывороточными белками молока. С помощью специальной запатентованной технологии из сывороточных белков удаляли казеин-гликомакропептид и проводили обогащение α-лактальбумином, что позволило получить новый белковый компонент детской смеси (OptiPro), в котором при сниженном общем количестве белка обеспечен оптимальный уровень триптофана.

Среди задач, стоящих перед детской нутрициологией, в настоящее время следует выделить направление изучения долговременного влияния питания в раннем детстве на риск развития ожирения, сердечно-сосудистых заболеваний, диабета, глубокое изучение эпигенетических механизмов влияния питания на ранних этапах развития на состояние здоровья и продолжительность жизни взрослого человека.

ЛИТЕРАТУРА

См. online-версию журнала http://www.pediatriajournal.ru № 3/2006, приложение № 7.

© Коллектив авторов, 2006

И.В. Макарова, Д.С. Коростовцев, О.В. Трусова

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СМЕСИ НА ОСНОВЕ ГИДРОЛИЗАТА СЫВОРОТОЧНЫХ БЕЛКОВ «НУТРИЛОН ПЕПТИ ТСЦ» В ДИЕТОТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЕЙ К БЕЛКАМ КОРОВЬЕГО МОЛОКА

Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия

В настоящее время имеется большой выбор специальных смесей для питания детей с аллергией к белкам коровьего молока (БКМ). Рекомендацию к применению смеси при аллергии к БКМ можно прочитать на упаковках соевых смесей, смесей на основе козьего молока, лечебных и профилактических гидролизатов.

Для практикующего врача-педиатра выбор оптимальной смеси, при отсутствии грудного вскармливания, для ребенка, имеющего аллергию к БКМ, представляет большие трудности. Это связано не только с разнообразием специализированных продуктов, но и клинических проявлений, обусловленных аллергией к БКМ.

Первые симптомы атопического дерматита (АД) обычно появляются в течение первого месяца после введения продуктов на основе коровьего молока и быстро прогрессируют: происходят расширение площади и нарастание интенсивности кожных поражений. Поражение ЖКТ при сенсибилизации к БКМ носит, как правило, комбинированный характер — аллергический гастроэнтероколит, поражение гепатобилиарной системы и поджелудочной железы. В результате экссудативной энтеропатии происходит потеря

эритроцитов и сывороточных белков, постепенно формируются железодефицитное состояние и гипопротеинемия. Если коровье молоко и продукты на его основе не исключаются из питания, длительно текущее аллергическое воспаление приводит к развитию вторичной ферментативной недостаточности. Наиболее часто формируется вторичная дисахаридазная недостаточность (лактазы, реже сахаразы), которая носит стойкий характер. Клинические проявления лактазной недостаточности: анорексия, метеоризм, рвота, жидкий пенистый стул, задержка физического развития. Нарушение расщепления и всасывания жиров происходит за счет нарушения мицеллообразования в связи с недостаточным поступлением в кишечник желчных кислот, снижения активности панкреатической липазы. В анализах крови фиксируются лейкопения, тромбоцитопения, относительная и абсолютная эозинофилия.

При выборе лечебной смеси необходимо учитывать особенности клинических проявлений и длительность болезни.

Наиболее частые ошибки, допускаемые при назначении лечебных смесей:

1) не учитывается тяжесть клинических проявлений;

2) не учитывается наличие симптомокомплекса со стороны ЖКТ;

3) не оценивается степень сенсибилизации к БКМ (наличие системных реакций, анафилактических реакций в анамнезе);

4) очень быстрый перевод на лечебную смесь, в течение 1—3 дней;

5) частая смена смесей из-за отсутствия эффективности;

6) использование профилактических гидролизатов при наличии явных клинических проявлений болезни;

7) педиатр не предупреждает родителей о своеобразных вкусовых качествах смеси и возможном изменении частоты и цвета стула ребенка.

Использование смесей на основе сои не рекомендуется из-за высокого риска формирования аллергии к соевому белку, особенно у детей с энтероколитом и энтеропатией вследствие аллергии к БКМ [1]. При наличии аллергии к БКМ соевые смеси могут рассматриваться только для питания детей старше 6-месячного возраста на стадии стихания АД и при отсутствии клинических проявлений со стороны ЖКТ.

Адаптированная смесь на основе цельного козьего молока также не является оптимальной, так как казеин, присутствующий в коровьем и козьем молоке, не имеет видовой специфичности [2]. Присутствие цельных фракций казеинового белка в смеси козьего молока увеличивает риск аллергических реакций у детей с аллергией к БКМ.

Риск возникновения новых, возможно, более тяжелых аллергических реакций достаточно велик при попытке замены смесей коровьего молока на кисломолочные смеси, козье молоко или соевые смеси, так как белок в них не гидролизован и сохраняет антигенные свойства [3—5].

Ребенка на первом году жизни, имеющего аллергию к БКМ и находящегося на искусственном вскармливании, рекомендуется перевести на вскармливание лечебными смесями — гидролизатами на основе продуктов высокого гидролиза молочного белка.

Применение профилактических гидролизатов при наличии клинических проявлений пищевой аллергии недопустимо, так как белок в них недостаточно гидролизован, что способствует дальнейшей аллергизации организма и прогрессированию заболевания.

Для ориентации при выборе смеси далее рассмотрены основные характеристики лечебных гидролизатов.

Гидролизаты различаются:

- по субстрату и степени гидролиза;
- по углеводному составу;
- по составу жиров.

В табл. 1 представлено распределение смесей по субстрату гидролиза. Гидролизу могут подвергаться казеин и белки сыворотки коровьего молока.

Таблица 1

Характеристика лечебных смесей по субстрату гидролиза

Субстрат гидролиза	
Казеин	Сывороточные белки
Нутрамиген Прегестимил Фрисопеп АС	Нутрилон Пепти ТСЦ Альфаре Фрисопеп Дамил Пепти

В зависимости от степени расщепления белка гидролизаты подразделяются на смеси с высокой и частичной степенью гидролиза. Существует корреляция между длиной пептида и его аллергенностью. Чем выше молекулярная масса, чем крупнее пептид, тем выше риск развития аллергической реакции. Для оценки степени гидролиза смеси нужно ориентироваться на процентное соотношение пептидов с разной молекулярной массой. Молекулярная масса пептидов, ниже которой аллергенность гидролизата становится минимальной, составляет 3,5 кДа для БКМ. Однако содержание в смеси большого процента свободных аминокислот (молекулярная масса менее 1 кДа) придает гидролизату неприятный горько-соленый вкус. Оптимальное содержание свободных аминокислот не должно превышать 10—15%. Высокий процент содержания пептидов с молекулярной массой более 6 кДа увеличивает аллергенность смеси.

Казеиновые гидролизаты содержат большее количество пептидов с низкой молекулярной массой, чем сывороточные, и меньшее количество пептидов с

Таблица 2

Распределение гидролизатов по углеводному и жировому составу

Углеводный компонент	Жировой компонент	
	Длинноцепочечные триглицериды	Длинноцепочечные + среднецепочечные триглицериды
Безлактозные	Нутримиген Дамил Пепти	Нутрилон Пепти ТСЦ Альфаре Прегестимил
Низколактозные (не более 35%)	Фрисопеп	—

высокой молекулярной массой (более 6 кДа). Так, доля пептидов с молекулярной массой свыше 6 кДа в казеиновых гидролизатах составляет 0,5%, а в сывороточных — от 2,0 до 3,9%. Доля свободных аминокислот в казеиновых гидролизатах превышает 50%. Поэтому аллергические и анафилактические реакции при их употреблении практически не встречаются.

В табл. 2 представлена характеристика лечебных гидролизатов по углеводному и жировому составу [6].

Жировой компонент большинства гидролизатов представлен триглицеридами (ТГ) длинноцепочечных жирных кислот, источником которых являются растительные масла. Смесь растительных масел в гидролизатах содержит большое количество ненасыщенных жирных кислот и обеспечивает оптимальное соотношение незаменимых жирных кислот — линолевой и α-линоленовой. Эти незаменимые жирные кислоты являются предшественниками омега-6 и омега-3 полиненасыщенных жирных кислот, которые выполняют важные биологические функции, входя в состав мембран клеток, участвуя в синтезе простагландинов и др.

По жировому составу можно выделить две группы гидролизатов:

1) гидролизаты, содержащие только растительные длинноцепочечные жиры: их состав максимально приближен к профилю грудного молока и не отличается от стандарта адаптированных молочных смесей;

2) гидролизаты, представленные смесью растительных длинноцепочечных ТГ и ТГ средних цепей (ТСЦ). ТСЦ имеют преимущества для больных с нарушением всасывания жиров: они легче расщепляются и всасываются по сравнению с длинноцепочечными ТГ. Расщепление ТСЦ не требует эмульгирования желчью и участия фермента поджелудочной железы — панкреатической липазы. Кроме того, ТСЦ способствуют всасыванию длинноцепочечных жирных кислот.

При появлении признаков поражения ЖКТ, сопровождающихся энтеропатией, нарушением переваривания и всасывания жиров, появлением стеатореи, целесообразно выбирать гидролизаты из второй группы.

При выборе гидролизата нужно также учитывать углеводный состав смеси. По содержанию лактозы лечебные гидролизаты делятся на две группы:

1) гидролизаты с низким содержание лактозы;

2) гидролизаты, не содержащие лактозу: в этой группе углеводы представлены сочетанием мальтодекстрина, крахмала и глюкозы.

При выборе гидролизата по углеводному составу нужно ориентироваться на длительность течения заболевания до начала адекватной терапии, а также на клиническую картину болезни — тяжесть АД и наличие симптомов со стороны ЖКТ. В дебюте заболевания диетотерапию лучше начать с низколактозного гидролизата. При выраженной клинике АД и появлении симптомов со стороны ЖКТ, характерных для лактазной недостаточности, целесообразно выбрать безлактозный гидролизат.

Выбор лечебного гидролизата зависит от нескольких факторов:

- длительности течения заболевания до начала адекватной терапии;
- тяжести течения АД;
- наличия клинических проявлений со стороны других органов и систем (аллергический ринит, бронхиальная астма);
- наличия в анамнезе анафилактических реакций на молочные продукты;
- наличия симптомокомплекса со стороны ЖКТ.

В дебюте заболевания, при легкой и средней степени тяжести течения АД целесообразно назначать сывороточные гидролизаты. При тяжелом течении АД или наличии анафилактических реакций на молочные продукты показаны только казеиновые гидролизаты.

Следующие немаловажные вопросы, которые решает врач, назначая гидролизаты, — есть ли у ребенка симптомы ферментативной недостаточности?

В какой степени выражена лактазная недостаточность? Нарушено ли усвоение жиров?

Если это дебют заболевания и признаков ферментативной недостаточности нет, целесообразно выбрать сывороточный гидролизат, низколактозный и содержащий растительные жиры.

Если, несмотря на нетяжелое течение заболевания, имеются симптомы, свидетельствующие о лактазной недостаточности и/или нарушения расщепления и всасывания жиров, показаны сывороточные безлактозные гидролизаты, содержащие смесь ТСЦ и растительных жиров.

При адекватном подборе гидролизата положительная динамика наблюдается через 2—3 недели после полного перевода на него больного ребенка и исключения из его диеты всех продуктов, содержащих БКМ, сои и козьего молока. В дальнейшем, в течение нескольких месяцев, наступает клиническая ремиссия, проявляющаяся в уменьшении выраженности и тяжести изменений кожи и симптомов со стороны ЖКТ. Отмечается нарастание массы тела больного.

При переводе ребенка на вскармливание смесями-гидролизатами следует учитывать следующее:

1) гидролизат, как любой новый пищевой продукт, нужно вводить постепенно, заменяя предшествующую смесь;

2) в каждое кормление ребенку сначала дается гидролизат, а затем предшествующая смесь, так как гидролизованные смеси менее вкусные;

3) на фоне вскармливания гидролизатами может наблюдаться некоторое учащение и разжижение стула, его цвет становится зеленоватым или темно-коричневым, что обусловлено наличием в гидролизатах свободных аминокислот и не является основанием для их отмены;

4) продолжительность вскармливания гидролизатами такая же, как и при вскармливании адаптированными молочными смесями.

Целью исследования было изучение эффективности сывороточного гидролизата Нутрилон Пепти ТСЦ у детей первого года жизни, имеющих аллергию к БКМ в виде АД и поражения ЖКТ.

Нутрилон Пепти ТСЦ — смесь на основе глубокого гидролиза сывороточных белков, соотношение свободных аминокислот и пептидных фракций составляет 15:85. Средняя длина пептидной цепи 4—5 аминокислот. Смесь обогащена триптофаном, цистеином, таурином. Жировой компонент Нутрилон Пепти ТСЦ представлен смесью ТСЦ (50%) и растительных жиров (50%). Углеводным компонентом продукта является глюкозный сироп, содержащий 6% глюкозы, 14% мальтозы и 80% полисахаридов. Нутрилон Пепти ТСЦ не содержит дисахаридов — лактозы и сахарозы. Глюкозный сироп обеспечивает низкую осмолярность всего продукта (190 мОсм/л). Углеводный состав глюкозного сиропа подходит для детей, у которых из-за повреждения слизистой оболочки толстой кишки снижена активность лактазы. Измерение активности различных ферментов ворсинок кишечника показало, что у детей с хронической диареей активность мальтазы сохраняется лучше, чем активность сахаразы или лактазы. Более высокая активность мальтазы по сравнению с другими дисахаридазами также наблюдается у грудных детей с энтеропатией, вызванной коровьим молоком.

Смесь Нутрилон Пепти ТСЦ обогащена комплексом витаминов и минеральных веществ.

Проведено открытое несравнительное исследование. Включение в исследование проводилось при наличии следующих критериев:

1) дети в возрасте до 1 года, имеющие проявления АД легкой и средней степени тяжести, сопровождающегося поражениями ЖКТ;

2) наличие подтвержденной клинико-анамнестическими и лабораторными данными аллергии к БКМ.

Критерием исключения было наличие грудного вскармливания.

В исследовании приняли участие 15 детей в возрасте от 3 до 7 мес, имеющих аллергию к БКМ в виде АД и поражения ЖКТ. Диагноз АД верифицирован на основе критериев M. Hannifin, G. Rajka [7]. Аллергия к БКМ установлена на основании клинико-анамнестических данных (дебют заболевания связан с переходом на смешанное или искусственное вскармливание с использованием адаптированных смесей на основе коровьего молока). Атопический генез заболевания подтвержден отягощенным семейным анамнезом и лабораторными данными. Уровень общего IgE в сыворотке крови, определявшийся с помощью иммуноферментного анализа, у всех детей был повышен и колебался от 45 до 300 МЕ/мл. Специфические IgE-антитела к БКМ были выявлены у всех детей: у 6 оценены на 2 балла, у 9 — на 3 балла.

Для лечения АД, до включения в исследование и в течение всего периода исследования, пациенты получали комплексную терапию, включавшую гипоаллергенные мероприятия, необходимую фармакотерапию, в т. ч. антигистаминные препараты, уход за кожей, современную наружную терапию с применением топических кортикостероидов и Элидела.

Период исследования продолжался 4 месяца и включал 5 визитов:

0 (В0) — включение в исследование, начало применения сывороточного гидролизата Нутрилон Пепти ТСЦ;

1 (В1) — через 7 дней от начала применения Нутрилона Пепти ТСЦ;

2 (В2) — через 21 день;

3 (В3) — через 60 дней;

4 (В4) — через 120 дней от визита 0 (В0).

Для контроля течения болезни использовали дневники самооценки, которые вели родители пациентов, формализованные истории болезни (ФИБ) и лист учета кожных проявлений SCORAD.

В дневниках самооценки фиксировали интенсивность зуда, нарушение сна из-за зуда, нарушения со стороны ЖКТ (срыгивания, боли в животе, расстройства стула) и введение в рацион новых продуктов питания. Оценку тяжести зуда и нарушения сна проводили по шкале от 0 до 10 баллов. В ФИБ врач на каждом визите фиксировал распространенность кожного процесса (А), интенсивность

кожных проявлений (В). При оценке интенсивности кожного процесса учитывали наличие отека, папулезных высыпаний, корок, мокнутия, экскориаций, лихенификаций и сухости кожи. Обобщающей оценкой состояния кожи на каждом визите являлся индекс SCORAD, рассчитывающийся по формуле: А/5 + 7В/2 + С [8]. Значения SCORAD могут находиться в диапазоне от 0 (нет поражения кожи) до 96 баллов (максимально выраженные проявления АД) для детей до 2 лет.

Из 15 детей, включенных в исследование, 3 имели легкое течение АД (индекс SCORAD ≤ 20 баллов, площадь кожного поражения менее 20% от площади тела) и 12 — АД средней тяжести (индекс SCORAD от 20 до 40 баллов, площадь кожных проявлений более 20% площади тела).

Все перечисленные показатели для оценки симптомов АД рассчитывали как средние в группе на день визита. Для статистического анализа полученных данных использовали критерий Стьюдента.

Проявления АД у детей имели младенческую форму. Преобладали гиперемия, отечность кожи, микровизикулы, экссудация (мокнутие), корки, шелушение, трещины. Локализация поражений: область лица, наружная поверхность верхних и нижних конечностей, запястья, туловище.

В ФИБ фиксировали побочные явления, перенесенные заболевания, прием препаратов. Оценивали темпы роста и прибавки массы тела в течение всего периода наблюдения.

У всех детей имелись гастроинтестинальные проявления в виде колик, срыгиваний, диареи. В клинических анализах крови у всех пациентов фиксировалась относительная (от 15 до 46%) и абсолютная ($2{,}25—6{,}9 \cdot 10^9$/л) эозинофилия.

Сывороточный гидролизат Нутрилон Пепти ТСЦ вводили в течение 5—7 дней, постепенно замещая предшествующую смесь. Объем употребляемой в питании смеси к 7-му дню составил от 400 до 800 мл в сутки. Несмотря на специфические вкусовые качества Нутрилона Пепти ТСЦ, дети охотно его пили, отказов от приема смеси не было. К концу исследования дети получали Нутрилон Пепти ТСЦ не менее 4 месяцев. Коровье, козье, соевое молоко и их продукты были исключены из питания. Прикормы вводили в обычные сроки, готовили на воде и овощных отварах. В качестве мясного прикорма дети получали мясо кролика или свинину.

В течение периода исследования на фоне вскармливания Нутрилоном Пепти ТСЦ фиксировалось адекватное физическое развитие детей — темпы прибавки массы тела и роста соответствовали возрастным нормам. Физическое развитие детей к концу исследования по массе, росту, окружности груди и головы соответствовало возрастному диапазону.

До включения в исследование и в первый месяц наблюдения все пациенты получали препараты, улучшающие функцию ЖКТ: про- и пребиотики, чередующимися курсами, и ферменты. На фоне приема Нутрилона Пепти ТСЦ и полного исключения непереносимых продуктов из питания нормализация стула, исчезновение диспептических явлений отмечались через 6—8 дней. Исчезновение всех гастроинтестинальных симптомов наблюдалось через 1—1,5 месяца от начала применения сывороточного гидролизата. Нормализация функции ЖКТ позволила отменить у всех пациентов ферменты, а также пре- и пробиотики.

Полученные результаты согласуются с данными Т.Э. Боровик и В.А. Ревякиной [9], свидетельствующими о нормализации функции ЖКТ через 15—20 дней после полного перевода детей на лечебные гидролизаты. Кроме того, на фоне применения гидролизатов с высокой степенью гидролиза отмечено улучшение нутритивного статуса детей, имевшая место гипотрофия была излечена у всех детей.

В табл. 3 представлена динамика средних значений в баллах объективных (индексы распространенности и интенсивности кожного процесса) и субъективных симптомов (индексы зуда и нарушения сна), а также обобщающая оценка состояния кожи (индекс SCORAD) в течение всего периода наблюдения.

На фоне проводимой терапии, включавшей применение антигистаминных препаратов, средств, улучшающих функцию органов пищеварения, и использования наружной терапии, до назначения Нутрилона Пепти ТСЦ индексы распространенности и интенсивности кожного процесса, зуда, нарушения сна и SCORAD составили соответственно 3,4; 18,5; 6,4; 3,1 и 31,4 балла.

Клиническое улучшение состояния кожи отмечалось на 2—3-й неделе от начала применения исследуемой смеси. К 3-й неделе терапии (В2) существенно уменьшилась распространенность кожных поражений, индекс распространенности уменьшился почти в 2 раза и составил 1,7 балла. Более чем в 2 раза уменьшился зуд кожи и улучшился сон ребенка. Значительно уменьшилась интенсивность кожного процесса — уменьшилась яркость гиперемии, исчезли мокнутия. Индекс SCORAD уменьшился в 2 раза и составил 15,7 балла против 31,4 баллов.

К концу 2-го месяца (В3) применения сывороточного гидролизата Нутрилона Пепти ТСЦ детей практически прекратил беспокоить зуд кожи, нормализовался сон. В 3 раза уменьшилась распространенность кожного процесса, индекс составил 1,1 баллов против 3,4 балла до начала лечения. Более чем в 3 раза уменьшились интенсивность кожного поражения и индекс SCORAD, характеризующий комплексную оценку состояния кожи.

В дальнейшем состояние кожи продолжало улучшаться, вспышек обострения АД не было. К концу наблюдения все 15 детей находились в стойкой клинической ремиссии. Причем у 13 из них кожных проявлений не наблюдалось. 2 детей имели легкие проявления АД с минимальной площадью поражения кожи (не более 5%). Все показатели существенно и статистически достоверно снизились. Индекс распространенности кожного процесса уменьшился на 79,4% и составил 0,7 балла против 3,4 баллов до начала лечения. Индекс интенсивности зуда уменьшил-

Таблица 3

Динамика симптомов АД на фоне комплексной терапии с использованием смеси Нутрилон Пепти ТСЦ

Показатели	До приема смеси	Период исследования				Динамика показателей	
		В1	В2	В3	В4	В4—В0	%
Индекс распространенности кожного процесса А/5, баллы	3,4	3,1	1,7	1,1	0,7	−2,7	79,4
Индекс интенсивности кожного процесса 7В/2, баллы	18,5	12,3	9,4	6,1	3,2	−15,3	82,7
Индекс зуда кожи, баллы	6,4	4,2	3,7	1,1	0,5	−5,9	92,2
Индекс нарушения сна, баллы	3,1	2,3	0,9	0,7	0,4	−3	96,8
Индекс SCORAD А/5 + 7В/2 + С, баллы	31,4	21,9	15,7	8,7	4,5	−26,9	85,7

ся на 92,2% и составил 0,5 балла против 6,4 баллов. Сон нормализовался по мере уменьшения зуда. Индекс SCORAD уменьшился на 85,7% к концу исследования и составил 4,5 балла против 31,4 баллов в начале лечения.

В комплексной терапии АД до включения в исследование и в 1-й месяц наблюдения все пациенты получали антигистаминные препараты курсами, чередуя прием супрастина, фенистила и кетотифена. По мере нормализации состояния кожи в процессе диетотерапии с применением гидролизата Нутрилон Пепти ТСЦ, уменьшения зуда и нормализации сна, потребность в применении антигистаминных препаратов 1-го поколения отпала.

Особое внимание следует обратить на следующее. В процессе организации адекватного питания детям на фоне приема сывороточного гидролизита Нутрилона Пепти ТСЦ удалось существенно уменьшить объем наружной терапии. Применение топических кортикостероидов не потребовалось ни у одного пациента после 15-го дня терапии. Объем использования крема Элидел существенно сократился после 3-й недели лечения. Отмена медикаментозной наружной терапии на фоне применения Нутрилона Пепти ТСЦ не сопровождалось обострениями АД. Средства ухода за кожей продолжали применять все пациенты в течение всего периода наблюдения. Эти результаты согласуются с данными А.А. Чебуркина и соавт. [10], свидетельствующими, что у детей, имеющих аллергию к БКМ и получающих гидролизаты, после отмены наружной терапии рецидивов обострения АД не было, а у детей, получавших негидролизованные смеси, отмена наружной терапии сопровождалась обострениями АД, что требовало постоянного ее применения.

Итак, результаты работы показали, что диетотерапия с использованием гидролизной смеси Нутрилон Пепти ТСЦ позволила достичь ремиссии заболевания у всех детей, включая кожные и гастроинтестинальные проявления АД. Кроме того, удалось уменьшить объем наружной терапии и отменить системную фармакотерапию.

Таким образом, при легкой и средней степени тяжести АД и наличии гастроинтестинальных проявлений, обусловленных сенсибилизацией к БКМ, оптимальным продуктом питания для детей первого года жизни является безлактозная смесь на основе глубокого гидролизата сывороточных белков со смешанным жировым компонентом, содержащим растительные жиры и ТСЦ,— Нутрилон Пепти ТСЦ. Нутрилон Пепти ТСЦ обладает хорошей переносимостью и высокой эффективностью. Включение Нутрилона Пепти ТСЦ в комплексную терапию детей с АД позволяет после достижения ремиссии заболевания значительно уменьшить объем наружной и системной фармакотерапии.

ЛИТЕРАТУРА

См. online-версию журнала http://www.pediatriajournal.ru № 3/2006, приложение № 8.

1. Zeiger R.S., Sampson H.A., Bock S.A. et al. // J. Pediatr. — 1999. — Vol. 134. — P. 614 — 622.
2. Клиническая иммунология и аллергология. / Под ред. Л. Йегера.— М., 1986.— Т. 2. — С. 196—198.
3. Научно-практическая программа «Атопический дерматит и инфекция кожи у детей: диагностика, лечение и профилактика».— М., 2004.
4. Современная стратегия терапии атопического дерматита: программа действий педиатра. Согласительный документ ассоциации детских аллергологов и иммунологов России. Москва, 2004.
5. American Academy of Pediatrics/AAP. Committee on Nutrition Hypoallergenic infant formulas. // J. Pediatr.— 2000.— Vol. 106.— P. 346—349.
6. Специализированные продукты питания для детей с различной патологией. Каталог. / Под ред. К.С. Ладод.— М., 2000.— С. 74—96.
7. Haniffin M., Rajka G. // Acta Dermatol. Venerol. (Stockh.).— 1980.—Vol. 114.— P. 146—148.
8. Коростовцев Д.С., Макарова И.В., Ревякина В.А., Горланов И.А. // Аллергология.— 2000.— № 3.— С. 39—43.
9. Боровик Т.Э., Ревякина В.А. // Аллергология.— 2004.— № 2.— С. 56—58.
10. Чебуркин А.А., Страхова Н.С. // Детский доктор.— 2001.— № 3.— С. 33—38.