

УДК 616.3-053.36-08:616-056.3

О.Г. Шадрін, Г.А. Гайдучик, А.А. Ковальчук, С.В. Дюкарева, Н.Ю. Бондаренко

Оптимізація лікування гастроінтестинальної харчової алергії в дітей раннього віку

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», м. Київ, Україна

PERINATOLOGIYA I PEDIATRIYA.2015.3(63):84-88;doi10.15574/PP.2015.63.84

Мета — вивчити клінічну ефективність, безпечність і переносимість продукту функціонального харчування «Смектовіт-Д омега» та ферменту лактази в комплексній терапії гастроінтестинальної харчової алергії в дітей раннього віку.

Пацієнти та методи. Проведено відкрите проспективне дослідження у 30 дітей віком від 6 місяців до 3 років із проявами гастроінтестинальної харчової алергії до білків коров'ячого молока. Верифікація діагнозу проводилася на підставі клініко-параклінічних аналізів, а також визначення лактозної непереносимості шляхом генетичного обстеження полімеразної ланцюгової реакції в алелі 13910. Ефективність лікування оцінювалася шляхом порівняння динаміки нормалізації загального стану дитини та регресу патологічних симптомів із боку шлунково-кишкового тракту. Проводилися клінічний огляд дітей, лабораторні дослідження. Після встановлення діагнозу алергії до білків коров'ячого молока діти при грудному вигодовуванні отримували материнське молоко, при цьому мама повинна була дотримуватися гіпоалергенної дієти, виключаючи «причинні» алергени з харчування. У разі недостатності або відсутності материнського молока діти з доведеною алергією до білків коров'ячого молока переводилися на лікувальні гідролізовані суміші. При ізольованій непереносимості лактози використовувалися лікувальні безлактозні суміші при поступовому переході на низьколактозні суміші. При поєднанні лактозної непереносимості і алергії до білків коров'ячого молока вибір суміші був однозначним на користь лікувальних гідролізованих сумішей.

Результати. Продукт функціонального харчування «Смектовіт-Д омега» є ефективним і безпечним при застосуванні в комплексній терапії гастроінтестинальної харчової алергії в дітей раннього віку. Фермент лактази в поєднанні з продуктом функціонального харчування «Смектовіт-Д омега» є ефективним і безпечним при застосуванні в комплексній терапії гастроінтестинальної харчової алергії з вторинною лактазною недостатністю. Вторинна лактазна недостатність є «обтяжувальним фоном» у дітей з гастроінтестинальною харчовою алергією, що не забезпечує більш стрімке одужання і обґрунтовує тривале застосування ферменту лактази.

Висновки. Відсутність побічних реакцій і хороша переносимість продукту функціонального харчування «Смектовіт-Д омега» при гастроінтестинальній харчовій алергії, а при ознаках вторинної лактазної недостатності — застосування і ферменту лактази дають змогу рекомендувати ці засоби при даних станах у дітей раннього віку.

Ключові слова: гастроінтестинальна харчова алергія, діти раннього віку, комплексна терапія.

Вступ

Зростання кількості випадків алергічних захворювань у світі досягло таких масштабів, що їх часто називають «епідемією» XXI ст. На думку експертів ВООЗ, їх частота за останні три десятиліття зросла у 2–3 рази, а різноманітність їх проявів і клінічних форм лежить в основі багатьох гострих, рецидивних і хронічних захворювань. У дітей раннього віку найбільш поширеною є харчова алергія (ХА), яка коливається в межах 6–8% дітей [2] і з віком зменшується, складаючи в дорослих близько 2%. ХА, що розвивається внаслідок харчової сенсibilізації, досягає в дітей перших років життя 15–20% [5].

За визначенням, ХА — це алергічні реакції на харчові продукти (IgE-залежні, незалежні і змішані), на відміну від непереносимості харчових продуктів, яка не розвивається за участю імунологічних механізмів, а спричинена недостатністю ферментів, вживанням токсичних речовин тощо.

На думку провідних дослідників [3, 6, 7, 8], ХА є системною патологією у вигляді уражень слизових оболонок шлунково-кишкового тракту (ШКТ) і шкіри (50–70%), респіраторних проявів (20–30%), анафілаксії (0,5–1,5%). Слід зазначити, що практично будь-який харчовий продукт, який містить білок, може бути потенційним алергеном у генетично схильних дітей, викликати складну активацію Th2-хелперів і продукцію специфічних IgE-антитіл чи проникати через бар'єр ШКТ і вступати в контакт з імунними клітинами органів і тканин.

Як правило, IgE-реакції є гострими, часто негайного типу: з боку шкіри — свербіж, еритема, гостра кропив'янка, ангіоневротичний набряк; із боку ШКТ — ангіоневротичний набряк губ, язика, піднебіння, свербіж у рото-

вій порожнині, нудота, блювання, абдомінальний колькоподібний біль, діарея; з боку дихальної системи — чхання, ринорея, закладеність носа, кашель, wheezing або задишка.

Не IgE-залежні реакції відбуваються за участю Т-лімфоцитів і часто є реакціями сповільненого типу: з боку шкіри — свербіж, еритема, атопічний дерматит; із боку ШКТ — гастроєзофагеальний рефлюкс, рідкі часті випорожнення з домішками крові і слизу або закреп, відмова (відраза) від їжі, абдомінальні кольки, почервоніння періанальної ділянки тощо. Чим менша за віком дитина, тим менше проявів у вигляді ізольованого симптому. Найчастіше в дітей раннього віку спостерігається поєднання шкірних симптомів і симптомів з боку ШКТ.

Чисельні дослідження, проведені в останні роки, показали, що основними алергенами в ранньому віці є білки (близько 40) коров'ячого молока, серед яких високим сенсibilізуючим потенціалом володіють α -лактальбумін, β -лактоглобулін, казеїн і бичачий сироватковий альбумін. Інгредієнти коров'ячого молока є в багатьох промислових харчових продуктах. Білки яєць — овомукоїд, овальбумін, конабумін і лізоцим — також мають високий сенсibilізуючий потенціал. Окрім цього, куряче яйце містить ряд невідоспецифічних антигенів, що викликають сенсibilізацію до яєць інших птахів. Антигени білків риби не руйнуються при кулінарній обробці, а рівень сенсibilізації до білка М-паральбуміну зберігається у хворих все життя, з можливою реакцією на інші морепродукти. Соеві боби вміщують 32–42% білків, що складаються з двох основних фракцій глобулінів і сироватки. Для приготування продуктів дитячого харчування використовують ізолят соєвого білка, який має перехресні антигени з казеїном коров'я-

чого молока. Можливо тому близько 15% дітей з алергією до коров'ячого молока мають алергію і на білки сої. Алергія до злакових культур також становить значну проблему у зв'язку з великою їх часткою в щоденному раціоні дитини. Лише із білків пшеничної муки виділено близько 40 алергенів (альбумін, глобулін, α , β , γ , δ гліадин — основні). У дітей раннього віку частіше зустрічається алергія до пшениці, рідше — до білків ячменю, жита, вівса [4]. До так званих «8 основних центрально-європейських харчових алергенів» входять арахіс і горіхи, поширеність алергії до яких збільшилась вдвоє, причому при просушуванні і прожарюванні їх алергічні властивості зростають [1]. Тому кондитерські вироби, що їх вміщують, дітям раннього віку не рекомендуються або даються з великою обережністю. У сучасному світі у зв'язку з новими технологіями виробництва в їжу часто застосовуються харчові добавки (фарбники, ароматизатори, емульгатори, консерванти), а фрукти і овочі для прискорення дозрівання також обробляються речовинами, що несуть загрозу розвитку харчової алергії.

Будь-які клінічні прояви алергічних реакцій на харчові продукти з боку органів травлення з можливим ураженням різних їх ділянок отримали назву «гастроінтестинальна харчова алергія» (ГІХА), яка є складовою частиною харчової алергії. Клінічні прояви ГІХА різноманітні за формою, локалізацією, ступенем тяжкості і прогнозом. Жоден із симптомів не є специфічним, тобто алергічні ураження ШКТ не відрізняються патогномнічними симптомами від неалергічних захворювань травної системи. Клінічні прояви алергії можуть тривати від декількох хвилин до декількох годин і навіть носити впертий і тривалий характер. Як правило, ізольовані (моносимптомні) прояви зустрічаються рідко (8,0%), водночас превалюють симптоми ураження двох і більше систем (72,0%) [4].

Як зазначалося раніше, гастроінтестинальні прояви ХА можуть бути як ІgE-опосередкованими, так і не ІgE-опосередкованими, або поєднувати два механізми. Найчастіше в дітей раннього віку виникає алергічний еозинофільний езофагіт і алергічний еозинофільний гастроентерит у відповідь на мажорний (головний) алерген — коров'яче молоко, куряче яйце, сою і пшеницю, який здатний зв'язувати близько 50,0% антитіл, що знаходяться в сироватці крові хворого, сенсibiliзованого до деякого алергену, тоді як мінорні (малі) алергени зв'язують (утримують) тільки близько 10,0% антитіл.

Типовими ознаками алергічного еозинофільного езофагіту в дітей раннього віку є симптоми гастроєзофагеального рефлюксу (нудота, дисфагія, блювання, біль в епігастрію). Алергічний еозинофільний гастроентерит може зустрічатися у всіх вікових групах дітей, включаючи грудний вік: клініка пілоричного стенозу, втрати маси тіла, біль у животі, нудота, блювання, діарея тощо.

Алергічна ентеропатія (харчовий ентерит, ентероколіт) розвивається за клітинно-опосередкованим механізмом і частіше зустрічається в дітей до 3 місяців. При деяких ентеропатіях алергічні реакції можуть з'являтися при вживанні 0,3–0,6 г алергічної їжі на 1 кг маси тіла у вигляді появи через 1–3 год. повторного блювання, діареї, а при тривалому вживанні алергену в раціоні формується синдром мальабсорбції.

Харчовий білокіндукований проктоколіт розвивається за не ІgE-опосередкованим механізмом у зовні здорових дітей 2–8 тижнів життя, які знаходяться на штучному вигодовуванні і навіть грудному (в 50% випадків алергенні білки передаються через материнське молоко)

і єдиною скаргою в таких випадках є наявність крові в калових масах у макро- або мікрокількостях. Інколи проктоколіт, індукований харчовими білками, проявляється у вигляді абдомінальних кольок.

Особливо тяжкою формою алергії до білків коров'ячого молока є синдром Хейнера, що характеризується поєднанням залізодефіцитної анемії, внаслідок крововтрат із випорожненнями гіпопротеїнемії та гемосидерозом легень.

Анафілактичні реакції на харчові алергени в дітей раннього віку зустрічаються значно рідше, прогностично є найбільш небезпечними і потребують окремого висвітлення.

Лікування ГІХА залишається складним і до кінця не вирішеним завданням, воно має бути своєчасним і комплексним, направленим як на гострі прояви хвороби і профілактику рецидивів, так і на усунення причин хронізації процесу. Зазвичай лікування поділяють на специфічне і неспецифічне. До специфічного належать всі методи, що безпосередньо діють на контакт алергену з організмом дитини: це — елімінаційна дієта і алергенспецифічна імунотерапія харчовими алергенами. Неспецифічне лікування включає: системні глюкокортикостероїди, антигістамінні і антисеротонінові препарати; препарати, що попереджують викид біологічно активних речовин із бокалоподібних (тучних) клітин; засоби, що нормалізують роботу ШКТ, (прокінетики, ентеросорбенти, ферменти, гепатопротектори, про- і пребіотики; імуномодулюючі препарати.

Таким чином, лікувальний процес при ГІХА є багатоплановим і потребує різнобічного та індивідуального підходу. Зокрема, синдром інтоксикації в дітей раннього віку розвивається надзвичайно швидко при формуванні запального процесу з боку ШКТ, внаслідок її анатомо-фізіологічних особливостей, порушень мікроциркуляції та імунітету, недостатності функцій внутрішніх паренхіматозних процесів катаболізму тощо.

Як правило, інтоксикація обумовлена накопиченням в організмі дитини екзо- і ендотоксинів, вірусних і тканинних антигенів, токсичних органічних речовин, біологічних амінів і медіаторів запалення. З іншого боку, у частини дітей з ГІХА і вторинною лактазною недостатністю синдром інтоксикації з виключенням причинно-значущих харчових алергенів утримується за рахунок недостатньої активності ферменту пристінного травлення — лактази, що розщеплює молочний цукор — лактозу на глюкозу і галактозу.

Основними клінічними проявами лактазної недостатності є розріджені, пінисті, водянисті випорожнення з кислим запахом; біль у животі, метеоризм, здуття і урчання живота.

Тому клінічна ефективність ентеросорбції, а при потребі ентеросорбції та лактази, обумовлена не тільки прямою дією, направленою на детоксикацію токсичних метаболітів і токсинів бактерій, які ентеросорбентами зв'язуються у просвіті кишечника, але й непрямым ефектом, обумовленим здатністю їх підтримувати нормальний мікробіоценоз кишечника, що поліпшує травлення в тонкому кишечнику, підвищуючи метаболічну активність ентероцитів.

Мета роботи — вивчити клінічну ефективність, безпечність і переносимість продукту функціонального харчування «Смектовіт-Д омега» та ферменту лактази в комплексній терапії ГІХА в дітей раннього віку.

Матеріали та методи дослідження

У відділенні проблем харчування та соматичних захворювань дітей раннього віку ДУ «ІПАГ НАМН України»

Динаміка основних симптомів захворювання, абс. (%)

Клінічні ознаки	5-7-й день лікування		20-й день лікування	
	1-а група (n=21)	2-а група (n=9)	1-а група (n=21)	2-а група (n=9)
Інтоксикаційний синдром	11 (52,4)	5 (55,6)	-	-
Абдомінальний синдром	11 (52,4)	5 (55,6)	-	-
Зригування, блювання	10 (47,6)	3 (33,3)	-	2 (22,2)
Зниження апетиту	14 (66,7)	4 (44,4)	1 (4,8)	-
Метеоризм	17 (80,9)	6 (66,7)	1 (4,8)	2 (22,2)
Частота випорожнень >4 разів на день	10 (47,6)	7 (77,8)	-	1 (11,1)

проведено відкрите проспективне дослідження у 30 дітей віком від 6 місяців до 3 років із проявами ГХА до білків коров'ячого молока. Верифікація діагнозу проведена на підставі клініко-параклінічних аналізів, а також визначення лактозної непереносимості шляхом генетичного обстеження полімеразної ланцюгової реакції в алелі 13910.

21 (70,0%) дитина (1-ша група) на фоні базисної терапії отримувала функціональний харчовий продукт «Смектовіт-Д омега», що являє собою 5% гель високоочищеного смектиту (смектит — 490 мг, олія насіння льону — 500 мг, олія зародків пшениці — 500 мг і питної води — 8,5 см³) і рекомендований для зменшення інтенсивності перебігу запальних процесів, нормалізації обміну речовин, має високу сорбційні, обволікувальні та іонообмінні характеристики. Продукт функціонального харчування «Смектовіт-Д омега» призначають по 1-й дозі 3 рази на добу за 1–2 год. до їди протягом 20 днів.

9 (30,0%) дітей (2-га група) з діагностованою лактазною недостатністю і ГХА до білків коров'ячого молока, крім «Смектовіт-Д омега», отримували препарат лактази для забезпечення ферментації грудного молока з розрахунку 700 одиниць лактази на кожні 100 мл.

У всіх обстежених дітей, окрім середньотяжкого перебігу ГХА, мали місце супутні захворювання (перинатальне ураження центральної нервової системи, рахіт, анемія, порушення харчування, ознаки дисбіозу кишечника II–III ступенів).

Ефективність лікування оцінювалася шляхом порівняння динаміки нормалізації загального стану дитини та регресу патологічних симптомів із боку ШКТ. Проводилися клінічний огляд дітей, лабораторні дослідження. Динаміка показників оцінювалася за такими критеріями: поліпшення загального стану, наявність блювання, зригувань, метеоризму, спастичного болю в животі, частоти випорожнень. Відразу після встановлення діагнозу алергії до білків коров'ячого молока діти при грудному вигодуванні отримували материнське молоко з рекомендаціями ретельного дотримання гіпоалергенної дієти мамою з виключенням «причинних» алергенів з її дієти. У разі недостатності або відсутності материнського молока діти з доведеною алергією до білків коров'ячого молока переводилися на лікувальні гідролізовані суміші. При ізольованій непереносимості лактози використовувалися лікувальні безлактозні суміші при поступовому переході на низьколактозні суміші. При поєднанні лактозної непереносимості і алергії до білків коров'ячого молока вибір суміші був неоднозначним на користь лікувальних гідролізованих сумішей.

Результати дослідження та їх обговорення

Клінічна картина в обстежених дітей характеризувалася наявністю інтоксикаційного синдрому у вигляді відсутності апетиту, в'ялості, блідості шкіри, синдрому гіповітамінозу, анемії. Частота випорожнень у дітей обох груп

була підвищеною і становила 5–7 разів на добу. Випорожнення мали рідку консистенцію, зеленуватий колір із неперетравленими рештками їжі, домішками слизу, у деяких випадках — з домішками крові. Під час копрологічного дослідження в них спостерігалися зміни, характерні для порушення кишкового травлення (крохмаль, клітковина, лейкоцити, еритроцити, слиз), а також спастичний біль у животі, зригування, блювання, метеоризм.

Клінічними особливостями в дітей з алергією до білків коров'ячого молока, як правило, було поєднання симптомів із боку ШКТ зі змінами на шкірі (дермоінтестинальний синдром).

У дітей з лактазною недостатністю домінували симптоми з боку ШКТ (здуття живота, розріджений кислий кал, частий спастичний абдомінальний біль, особливо після вживання їжі).

При призначенні «Смектовіт-Д омега» клінічний ефект спостерігався вже на 5–7-й день лікування. Поліпшення загального стану оцінювали за зменшенням симптомів інтоксикації. Про високу терапевтичну ефективність препарату свідчило нівелювання основних симптомів захворювання в половині дітей 1-ї групи вже на 5–7-й день лікування, а кількість дітей, у яких частота випорожнень становила ≤4 рази на добу, на 7-й день лікування збільшилася. Змінився також і характер випорожнень — патологічні домішки (рештки їжі, наявність слизу, прожилків крові) у динаміці лікування поступово зникли.

У копрограмі зменшилася кількість лейкоцитів та слизу. На 5-й день терапії у переважної більшості дітей 1-ї групи випорожнення мали оформлений характер, тоді як у 4 дітей 2-ї групи випорожнення були ще рідкими із домішками слизу і неперетравлених решток їжі.

При обстеженні на 20-й день від початку курсу лікування спастичний біль у животі і прояви метеоризму відмічались тільки в 1 дитини, наявність блювання і зригувань, що були характерні для дітей на початку лікування, не відмічались після лікування, а у 2 дітей з поєднанням непереносимості лактози та алергії до білків коров'ячого молока зригування носили епізодичний характер. Динаміка основних симптомів захворювання в обох групах, які отримували «Смектовіт-Д омега» і «Смектовіт-Д омега» та фермент лактазу, наведена в таблиці.

Після закінчення клінічного дослідження відмічено, що переносимість препаратів у 30 (100%) дітей визначалася як «добра» за оцінкою лікарів і батьків. У жодного хворого не було побічних реакцій і ускладнень.

Висновки

Продукт функціонального харчування «Смектовіт-Д омега» є ефективним і безпечним при застосуванні в комплексній терапії ГХА в дітей раннього віку.

Фермент лактази в поєднанні з продуктом функціонального харчування «Смектовіт-Д омега» є ефектив-

ним і безпечним при застосуванні в комплексній терапії ГХА з вторинною лактазою недостатністю.

Вторинна лактазна недостатність є «обтяжувальним фоном» у дітей з ГХА, що не забезпечує більш стрімке одужання і обґрунтовує тривале застосування ферменту лактази.

Відсутність побічних реакцій і хороша переносимість продукту функціонального харчування «Смектовіт-Д омега» при ГХА, а також застосування ферменту лактази при ознаках вторинної лактазної недостатності дають змогу рекомендувати ці засоби при даних станах у дітей раннього віку.

ЛІТЕРАТУРА

1. Волосовець О.П. Спектр сенсibiliзації у дітей раннього віку із IgE-залежним механізмом захворювань в умовах великого промислового регіону / О.П. Волосовець, С.В. Врублевська // Здоровье ребенка. — 2015. — № 1 (60). — С. 81—86.
2. Гастроінтестинальна форма харчової алергії у дітей — актуальна проблема сучасності / О.М. Охотнікова, Ю.І. Гладуш, Л.В. Бондаренко [та ін.] // Здоровье ребенка. — 2015. — № 1 (60). — С. 29—35.
3. Охотнікова Е.Н. Гастроінтестинальна пищевая аллергия у детей / Е.Н. Охотнікова // Клиническая иммунология. Аллергология. Инфектология. — 2013. — № 2. — С. 5—13.
4. Ревякина В.А. Пищевая аллергия у детей. Актуальные проблемы современности / В.А. Ревякина, А.Г. Сурков, К.Н. Шарапова // Вопросы практической педиатрии. — 2009. — Т. 4, № 1. — С. 55—65.
5. Роль иммунологически активных компонентов в составе гипоаллергенных профилактических смесей / Т.И. Гаранкина, С.Г. Грибакин, А.В. Гамалева, А.А. Давыдовская // Дитячий лікар. — 2011. — № 2 (9). — С. 64—68.
6. Филатова Т.А. Пищевая аллергия у детей: практические аспекты недостаточной эффективности диетотерапии / Т.А. Филатова // Педиатрия. — 2011. — Т. 90, № 6. — С. 64—70.
7. Sempson H.A. Update on food allergy / H.A. Sempson // J. Allergy Clin. Immunol. — 2007. — Vol. 113 (5). — P. 805—819.
8. Sicherer S.H. Clinical features of food induced enterocolitis syndrome / S.H. Sicherer, P.A. Eigenmann, H.A. Sempson // J. Pediatr. — 1998. — Vol. 55. — P. 214—219.

Оптимизация лечения гастроинтестинальной пищевой аллергии у детей раннего возраста

О.Г. Шадрин, Г.А. Гайдучик, А.А. Ковальчук, С.В. Дюкарева, Н.Ю. Бондаренко

ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», г. Киев, Украина

Цель — изучить клиническую эффективность, безопасность и переносимость продукта функционального питания «Смектовит-Д омега» и фермента лактазы в комплексной терапии гастроинтестинальной пищевой аллергии у детей раннего возраста.

Пациенты и методы. Проведено открытое проспективное исследование у 30 детей в возрасте от 6 месяцев до 3 лет с проявлениями гастроинтестинальной пищевой аллергии к белкам коровьего молока. Верификация диагноза проводилась на основе клинико-параclinical анализов, а также изучения лактозной непереносимости путем генетического обследования полимеразой цепной реакцией в аллели 13910. Эффективность лечения оценивалась путем сравнения динамики нормализации общего состояния ребенка и регресса патологических симптомов со стороны желудочно-кишечного тракта. Проводились клинический осмотр детей, лабораторные исследования. После постановки диагноза аллергии к белкам коровьего молока дети при грудном вскармливании получали материнское молоко, при этом мама должна была придерживаться гипоаллергенной диеты, исключив «причинные» аллергены из питания. В случае недостаточности или отсутствия материнского молока дети с доказанной аллергией к белкам коровьего молока переводились на лечебные гидролизированные смеси. При изолированной непереносимости лактозы применялись лечебные безлактозные смеси при постепенном переходе на низколактозные смеси. При сочетании лактозной непереносимости и аллергии к белкам коровьего молока выбор смеси был однозначным в пользу лечебных гидролизированных смесей.

Результаты. Продукт функционального питания «Смектовит-Д омега» является эффективным и безопасным при применении в комплексной терапии гастроинтестинальной пищевой аллергии у детей раннего возраста. Фермент лактаза в сочетании с продуктом функционального питания «Смектовит-Д омега» является эффективным и безопасным при применении в комплексной терапии гастроинтестинальной пищевой аллергии с вторичной лактазной недостаточностью. Вторичная лактазная недостаточность является «отягощающим фоном» у детей с гастроинтестинальной пищевой аллергией, что не обеспечивает более быстрого выздоровления и обосновывает длительное применение фермента лактазы.

Выводы. Отсутствие побочных реакций и хорошая переносимость продукта функционального питания «Смектовит-Д омега» при гастроинтестинальной пищевой аллергии, а при признаках вторичной лактазной недостаточности — применения и фермента лактазы позволяют рекомендовать эти препараты при данных состояниях у детей раннего возраста.

Ключевые слова: гастроинтестинальная пищевая аллергия, дети раннего возраста, комплексная терапия.

PERINATOLOGIYA I PEDIATRIYA.2015.3(63):84-88;doi10.15574/PP.2015.63.84

Optimization of treatment of gastrointestinal food allergy in infants

O.G. Shadrin, G.A. Gaydychik, A.A. Kovalchuk, S.V. Dyukareva, N.Yu. Bondarenko

SI «Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology NAMS of Ukraine», Kyiv, Ukraine

Objective: to study the clinical efficacy, safety and tolerability of a functional food product «Smektovit -D omega» and the lactase enzyme in the treatment of gastrointestinal food allergy in infants.

Patients and methods. An open prospective study of 30 children in the age from 6 months to 3 years with gastrointestinal manifestations of food allergy to cow's milk protein is conducted. Verification of the diagnosis was based on clinical and paraclinical tests, as well as the study of lactose intolerance by the way of genetic examination of polymerase chain reaction in allele 13910. The efficacy of treatment was assessed by comparison of the dynamics of the normalization of the general condition of the child and the regression of pathological symptoms of the gastrointestinal tract. Clinical examination of children and laboratory tests were conducted. After confirmed diagnosis of allergy to cow's milk protein during the breast-fed babies received breast milk. Such mothers had to keep to hypoallergenic diet, eliminating «etiologic» allergens of food. In case of failure or absence of breast milk children with proven allergy to cow's milk proteins were transferred to medical hydrolyzed milk formula. In case of isolated lactose intolerance were used lactose-free milk formulas with gradual transition into lactose-reduced milk formulas. In case of combination of lactose intolerance and allergy to cow's milk protein the choice of milk formula was unequivocal in favor of the medical hydrolyzed formulas.

Results. Functional food product «Smektovit -D omega» had shown its efficiency and safety during the use it in the complex treatment of gastrointestinal food allergy in infants. Lactase enzyme in combination with the functional food «Smektovit -D omega» is also effective and safe in application with the complex treatment of gastrointestinal food allergy with secondary lactase deficiency. Secondary lactase deficiency is an «aggravating background» in children with gastrointestinal food allergy that does not provide a more rapid recovery and justifies the prolonged use of the enzyme lactase.

Conclusions. The absence of side effects and good tolerance of functional food product «Smektovit -D omega» during the gastrointestinal food allergy, and also use of the enzyme lactase in case of signs of secondary lactase allow to recommend these preparations in infants.

Key words: gastrointestinal food allergy, infants, complex therapy.

Сведения об авторах:

Шадрин Олег Геннадиевич — д.мед.н., проф., зав. отделения проблем питания и соматических заболеваний детей раннего возраста ГУ «ИПАГ НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. П. Майбороды, 8; тел. (044) 483-81-17.

Ковальчук А.А. — к.мед.н., ст. н. сотр. отделения проблем питания и соматических заболеваний детей раннего возраста ГУ «ИПАГ НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. Майбороды, 8.

Дюкарева Светлана Владимировна — к.мед.н., ст. н. сотр. отделения проблем питания и соматических заболеваний детей раннего возраста ГУ «ИПАГ НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. Майбороды, 8..

Гайдучик Г.А. — к.мед.н., н. сотр. отделения проблем питания и соматических заболеваний детей раннего возраста ГУ «ИПАГ НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. Майбороды, 8.

Бондаренко Н.Ю. — к.мед.н., ст. н. сотр. отделения проблем питания и соматических заболеваний детей раннего возраста ГУ «ИПАГ НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. Майбороды, 8.

Статья поступила в редакцию 01.07.2015 г.

НОВОСТИ

Память маленьких детей имеет уникальную особенность

Оказалось, через несколько дней дети могут лучше вспомнить то, что выучили сегодня и тут же почти забыли. Это продемонстрировали психологи из Университета штата Огайо (США).

В исследовании приняли участие 82 ребенка в возрасте 4–5 лет. Во время эксперимента дети трижды играли в компьютерную игру, предполагающую поиск ассоциативных связей между объектами.

Испытуемые довольно легко стали подбирать ассоциированные пары. В начале игры они делали это с 60-процентным успехом, к концу — с 90-процентным.

После этого психологи решили проверить, помнят ли дети ассоциативные пары, подобранные ими в первой игре. Для этого они восстановили исходные наборы изображений, а детей разделили на две группы. Половина детей играла третий раз в игру, идентичную первой, в тот же день. Другая половина делала это спустя два дня.

Дети из первой группы продемонстрировали «крайнюю забывчивость»: их результаты были такими же, как и во время первой игры, словно раньше они не делали ничего подобного. Испытуемые из второй группы сходу начали подбирать пары с 85-процентным успехом, то есть на 25 процентов лучше детей из первой

группы. То есть дети, игравшие через два дня, продемонстрировали феномен отсроченного воспоминания.

«Дети умнее, чем мы думаем. Они способны формировать комплексные ассоциации, просто на это им требуется чуть больше времени, — говорит руководитель исследования, профессор Владимир Слущкий. — Кажется удивительным, что дети могут почти полностью забыть полученную только что информацию. Однако они прекрасно помнят все это через несколько дней. Таким образом, наше исследование позволяет лучше понять, как новая информация кодируется в памяти детей».

Особенностям детской памяти и мышления посвящены многочисленные исследования. Так, канадские ученые выяснили, что дети помнят себя с первых лет жизни, но впоследствии забывают, поэтому самые ранние воспоминания о себе у большинства взрослых связаны с трехлетним возрастом. А уже к 4–5 годам, по данным другой команды канадских исследователей, дети умеют планировать будущие действия.

Текст: Татьяна Турбал
По материалам: ScienceDaily

Источник: med-expert.com.ua