

## Тактика введения прикорма у детей с atopическим дерматитом

О.В. Трусова, И.В. Макарова, А.В. Камаев, Л.А. Галенко

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

## Complementary feeding tactics in infants with atopic dermatitis

O.V. Trusova, I.V. Makarova, A.V. Kamaev, L.A. Galenko

Saint Petersburg State Pediatric Medical University

Атопический дерматит — частое хроническое воспалительное заболевание у детей. Дебют болезни и фаза прогрессирующих кожных высыпаний обычно приходятся на возраст моложе 6 мес и совпадают по времени с этапом введения первых прикормов в рацион ребенка. Введение прикорма начинается у детей с atopическим дерматитом в те же сроки, что и у здоровых детей, однако в тактике введения прикорма существуют значительные различия. Подробно обсуждаются принципы выбора первых прикормов у детей с atopическим дерматитом, правила введения прикорма, необходимая подготовка пациента и меры предосторожности. Приведенные положения подкреплены клиническим примером.

*Ключевые слова:* дети, atopический дерматит, пищевая аллергия, прикорм.

Atopic dermatitis is a common chronic inflammatory disease in children. The disease onset and eruption progression most commonly occur at the age of less than 6 months and coincide with the timing of the first complementary foods. Complementary foods are given to infants with atopic dermatitis at the same time as to healthy babies; however, there are significant differences in complementary feeding tactics. The paper discusses in detail principles for choosing the first complementary foods for infants with atopic dermatitis, rules for introducing of complementary foods, necessary patient preparation, and precautions. The given assumptions are strengthened by a clinical example.

*Key words:* infants, atopic dermatitis, food allergy, complementary foods.

Атопический дерматит — хроническое заболевание, развивающееся у лиц с генетической предрасположенностью к atopии. Характерно рецидивирующее течение заболевания с определенной возрастной динамикой, зудящими экзематозными и лихеноидными высыпаниями, повышенным уровнем сывороточного IgE и гиперчувствительностью к аллергенам и неаллергенным факторам [1].

Дебют atopического дерматита в раннем возрасте, как правило, ассоциирован с пищевой аллергией [1, 2]. Особенно важно для детского врача то, что транзиторные аллергические реакции на пищу при наличии предрасполагающего генетического фона трансформируются в atopический дерматит, неконтролируемое и непрерывно-рецидивирующее течение которого дает старт atopическому маршу: atopический дерматит — аллергический ринит — бронхиальная астма [3].

Признаки заболевания могут появиться с первых

недель жизни ребенка. К возможным предвестникам atopического дерматита относят токсическую эритему новорожденных, проявления себорейного дерматита у ребенка в возрасте 1—3 мес, упорные опрелости при идеальном уходе, сухость кожи.

В дальнейшем развиваются типичные полиморфные высыпания atopического дерматита — гиперемия, отек и инфильтрация кожи, папулы и бляшки и в наиболее тяжелых случаях — мокнущая детская экзема, нередко осложненная вторичной бактериальной или смешанной инфекцией в местах высыпаний [1]. В 45% случаев дебют atopического дерматита приходится на первые 6 мес жизни ребенка [2].

Заметны два пика дебютов atopического дерматита на первом году жизни:

- в возрасте 4—6 нед; играют роль иммунные изменения в организме ребенка, иногда — потеря грудного вскармливания либо необоснованное расширение диеты кормящей матери;
- в возрасте 4—6 мес; пусковым моментом является прекращение грудного вскармливания, несвоевременное либо неадекватное введение прикормов.

Таким образом, дебют и фаза нарастающих клинических проявлений atopического дерматита очень часто совпадают по времени с периодом введения в рацион ребенка первых прикормов.

Важная особенность atopического дерматита — хроническое или рецидивирующее течение.

© Коллектив авторов, 2014

*Ros Vestn Perinatol Pediat* 2014; 2:89–93

Адрес для корреспонденции: Трусова Ольга Валерьевна — к.м.н., доц. каф. аллергологии и клинической фармакологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета

Макарова Ирина Вадимовна — к.м.н., доц. той же каф.

Камаев Андрей Вячеславович — к.м.н., доц. той же каф.

Галенко Людмила Андреевна — асс. той же каф.

194100 Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

В результате системности поражения на фоне текущего воспалительного процесса не только в коже, но и в слизистых желудочно-кишечного тракта происходят характерные периодические рецидивы высыпаний «без очевидной причины».

В ряде случаев диагностировать пищевую аллергию и установить виновный продукт удастся относительно легко. Например, при развитии немедленно после употребления продукта реакции, протекающей по типу анафилаксии: появление в течение небольшого времени после еды эритемы, крапивницы, рвоты, беспокойства или вялости, стридорозного дыхания, бронхоспазма. Такие острые и отчетливые реакции чаще отмечаются на молоко (в том числе козье), яйца, рыбу, мед, орехи, сою.

Если причина заболевания — продукт, который ребенок получает ежедневно, а клинические проявления реакции не столь бурные и развиваются не в первые минуты после еды, связь выявить крайне нелегко.

Необходимо помнить о том, что высыпания на коже — не единственное проявление атопического дерматита и пищевой аллергии. Гастроинтестинальные симптомы имеются почти у всех пациентов (у 80—97%). Характерны срыгивания, метеоризм, боли в животе, неустойчивый стул с выделением слизи, запоры, беспокойство после еды. Эти реакции плохо распознаются и наиболее часто трактуются как «дисбактериоз кишечника», лактазная недостаточность и пр. [4].

Иммунная непереносимость пищевых продуктов может быть обусловлена различными механизмами. Обсуждаются реактивный (IgE-зависимый) и IgE-независимый пути реакции. Последний, вероятно, связан с деятельностью аллергенспецифичных Т-клеток; его частота встречаемости может составлять от 15 до 40% всех случаев иммунной непереносимости, например, белков коровьего молока. Наличие различных механизмов иммунного ответа при пищевой аллергии и несовершенство лабораторных способов диагностики делают малоинформативными исследования на пищевую аллергию *in vitro* [4, 5]. Лабораторные методы диагностики бесполезны в качестве инструмента предсказания реакции на продукты, которые планируются к введению в рацион ребенка [1]. Пищевой дневник, постоянное отслеживание эффектов элиминации и провокации являются единственно достоверными [1, 5, 6] и помогают достичь наилучших результатов.

Введение прикорма начинается у детей с атопическим дерматитом в том же возрасте, что и у здоровых детей, — с 5-го месяца жизни [6, 7]. Принципиальных различий в тактике введения прикорма не существует. Однако для успешного введения прикорма необходимо соблюдать ряд важных правил:

1) некоторые продукты вводятся у детей с атопическим дерматитом намного позднее, чем у здоровых. Так, молочные продукты: сливочное масло, кефир,

творог — вводятся строго индивидуально, как правило, в возрасте старше 1 года; яйца, рыба, куриное мясо и другие продукты, часто вызывающие аллергию, вводятся только у детей старше года [7];

2) все продукты прикорма вводятся по отдельности, для оценки переносимости. На первых стадиях введения прикорма вводятся только монокомпонентные блюда («компонентом» следует считать даже минимальные добавки, такие как крахмал, растительное масло, специи и любые другие);

3) предпочтительны продукты детского питания с контролируемым качеством [7];

4) самое главное условие и залог успеха — комплексный подход к терапии атопического дерматита, включающий сочетание диеты, индивидуально подобранного ухода за кожей, наружной терапии, системной фармакотерапии.

Практически любой продукт питания может стать аллергеном и причиной развития пищевой аллергии [3]. Однако одни продукты питания обладают выраженными сенсибилизирующими свойствами, а у других эта способность менее сильная. В настоящей статье мы при разборе клинического примера хотим показать этапное введение прикорма у ребенка с атопическим дерматитом с преимущественным использованием линейки низкоаллергенных продуктов детского питания.

При назначении прикорма необходимо учитывать остроту и тяжесть атопического дерматита, выявленные и подозреваемые виновные аллергены [7]. В то же время диета в любой момент должна обеспечивать физиологические потребности ребенка в питательных веществах, энергии, витаминах, минералах [1, 7].

Если комплексное лечение атопического дерматита не налажено и заболевание протекает бесконтрольно, высока вероятность крайне неблагоприятного сценария: высыпания у ребенка непрерывно рецидивируют, что создает очень убедительную, но ложную картину «аллергии на все». Любая попытка ввести прикорм заканчивается неудачей. Неизбежна потеря доверия родителей к врачу, который не в состоянии посоветовать «действительно гипоаллергенное» питание для малыша. Подобные эпизоды нередко длятся месяцами, а у ребенка быстро формируются неправильные пищевые привычки. Нередки случаи грубого нарушения сроков введения прикорма, когда ребенок в возрасте 1 года и старше питается только грудным молоком (или адаптированной смесью). Такие нарушения непременно сказываются на нутритивном статусе и развитии ребенка. К негативным последствиям нарушения сроков введения прикорма относятся:

- дефицит микронутриентов (железа, цинка, меди и др.);
- задержка физического развития;
- задержка нервно-психического развития;
- нарушение формирования пищевых привы-

чек (в том числе навыков жевания и глотания, в дальнейшем отказ от твердой пищи);

- задержка созревания структуры и функции органов желудочно-кишечного тракта;
- запоры;
- анемии.

Таким образом, в начале наблюдения пациента проводятся необходимые диагностические и лечебные мероприятия. Прикорм не вводят у ребенка, находящегося в диагностическом периоде и периоде подбора терапии атопического дерматита [8].

Важным диетическим мероприятием у ребенка, находящегося на грудном вскармливании, становится подбор диеты для кормящей матери. Ребенок на искусственном вскармливании должен получать индивидуально эффективную смесь на основе глубокого гидролиза казеиновых или сывороточных белков коровьего молока либо, по показаниям, аминокислотную смесь. Переход на новую смесь и оценка результата требуют, как правило, не менее 3–4 нед. Важно, что в этот период параллельно ведется подбор адекватной фармакотерапии атопического дерматита и комплексного ухода за кожей с тем, чтобы обострения стали минимально выраженными [6, 8, 9].

Далее начинают введение прикорма по принципу монокомпонентности; этапности; постоянного наблюдения и ведения записей, позволяющих оценить связь состояния кожи ребенка с введением прикорма.

Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни Союза педиатров России [7] рекомендует введение первого прикорма — овощного пюре или каши в возрасте от 4 до 6 мес, а мясного пюре — в возрасте старше 6 мес.

Для пациентов, плохо набирающих массу тела или склонных к диарее, возможно введение в качестве первого прикорма безмолочных каш, однако такие решения являются, скорее, исключением в аллергологической практике. Для большинства детей с атопией каши рекомендованы в качестве второго прикорма [4].

Таким образом, в качестве первого прикорма мы выбираем монокомпонентное (без сахара, соли, масла, загустителей) пюре из низкоаллергенных капусты брокколи, цветной капусты, кабачка. Количество пюре наращиваем обычным способом, доводя постепенно до 130–150 г на кормление. В дальнейшем, при хорошей переносимости, возможен переход на пюре из нескольких овощей, расширение ассортимента введением тыквы, картофеля, моркови, зеленого горошка. В связи с необходимостью отслеживать переносимость каждого нового компонента не менее 3 сут, процесс введения и расширения первого прикорма длится дольше, чем у здоровых детей. Новые компоненты не вводят в дни появления свежих ярких высыпаний на коже. Не допускают одновременного введения прикорма и вакцинации.

Овощные монокомпонентные пюре «ФрутоНяня» содержат только овощи и небольшое количество специально подготовленной детской воды. В ассортименте варианты «первого выбора» у детей с атопическим дерматитом: пюре из брокколи, из цветной капусты (разрешены к применению с возраста 4 мес), и «последующего выбора»: пюре морковное (разрешено к применению с возраста 4 мес), пюре тыквенное, пюре из кабачков и картофеля, пюре из брокколи и кабачков, пюре из цветной капусты и кабачков, пюре из яблок и кабачков (разрешены с возраста 5 мес).

Через 3–4 нед можно приступить к введению каши. Первой кашей для ребенка с атопическим дерматитом должна быть каша монокомпонентная, безмолочная, безглютеновая. Каши «ФрутоНяня» для первого прикорма: гречневая безмолочная (содержит гречневую муку, витамины, минеральные вещества), рисовая безмолочная (содержит рисовую муку, витамины, минеральные вещества). У детей с атопическим дерматитом, независимо от характера вскармливания (естественное и искусственное), для разведения каши целесообразно использовать смесь-гидролизат. Такое добавление поможет насытить рацион ребенка как калорийностью, так и необходимыми витаминами и микроэлементами [9].

После успешного введения каши ребенок может получать прикорм 3 раза в день: 2 раза овощи, 1 раз кашу или наоборот. Далее возможно введение фруктового пюре (из яблок, груш, чернослива, кураги, черники), оно используется в качестве десерта либо в комбинации с кашкой детям, которым не нравится вкус каши. Однако чаще у детей с атопическим дерматитом предпочтение отдается 3-му мясному прикорму.

Мясное пюре вводится в возрасте 6,5–7 мес, вначале в количестве до 30 г, в 7–8 мес жизни объем мясного пюре должен составлять около 50 г/сут, а к году — до 70 г [4]. Если ребенок находится на безмолочном питании (не получает ни грудного молока, ни адаптированной смеси), ему необходимо большее количество мясного пюре. В этом случае ребенок получает мясное пюре 2–3 раза в течение дня.

Пациентам, чувствительным к белку коровьего молока, в качестве стартовых не подходят пюре из говядины, телятины. Всем детям с аллергическими проявлениями нежелательно введение курицы до 12 мес жизни. Хорошей альтернативой служит пюре на основе свинины, кролика, индейки, ягнятины. Пюре из мяса индейки «ФрутоНяня» содержит: мясо индейки, охлажденное (55%), воду, кукурузное масло, муку рисовую (не более 5% для консистенции). Пюре из мяса кролика «ФрутоНяня» содержит: мясо кролика, охлажденное (55%), воду, кукурузное масло, муку рисовую (не более 5% для консистенции).

Необходимо особо подчеркнуть благоприятные результаты клинического испытания линейки про-

дуктов первого прикорма у детей с отягощенной наследственностью по атопии и легкими проявлениями атопического дерматита [10, 11]; Клиническое исследование проводилось в Научном центре здоровья детей РАМН [10, 11]. Отмечено отсутствие аллергических реакций на продукты прикорма «ФрутоНяня» со стороны как кожи, так и желудочно-кишечного тракта.

Важно понимать, что гарантирует использование консервов для детского питания. Детское питание «ФрутоНяня» (ОАО «ПРОГРЕСС») производится в стеклянной таре методом горячего розлива. Сырьем для изготовления пюре являются свежие овощи, контролируемые по параметрам безопасности и заготовленные с использованием технологии шоковой заморозки, а не избыточного нагрева, как у некоторых других производителей. Такой подход снижает разрушение витаминов. В результате продукт по безопасности (отсутствие нитратов, пестицидов и пр.) значительно превосходит пюре, изготовленные дома из покупных овощей. Питательная ценность продукта выше, чем у пюре домашнего приготовления из овощей и фруктов «с дачи», поскольку дачные плоды хранят в течение многих месяцев при комнатной температуре либо замороженными в бытовом морозильнике.

Приводим клинический пример вскармливания ребенка первого года жизни с атопическим дерматитом.

Девочка Ксения родилась доношенной, росла и развивалась по возрасту, не болела острыми заболеваниями, вакцинирована по календарю. Ребенок с отягощенной по атопии наследственностью (у отца атопический дерматит, полиноз). Ребенок с рождения на искусственном вскармливании. С возраста 3 мес родители стали замечать у девочки периодические высыпания в виде гиперемии, отека и мелких папул на щеках, шее, спине. Первое время высыпания спонтанно исчезали в течение 5–8 дней. С 4,5 мес жизни высыпания приобрели постоянный характер, появился зуд, беспокойство ребенка. Никакого лечения не проводилось, но были попытки замены смеси. Вначале адаптированную молочную смесь, которую получал ребенок, необоснованно заменили смесью антирефлюксного действия, затем — на смесь на основе цельного козьего молока, через 2 нед — на смесь на основе частичного гидролиза категории ГА (профилактическая смесь). Эффекта от этих мер не получено, на «подбор смеси» затрачено более 1,5 мес. Было принято решение о необходимости ввести первый прикорм и, таким образом, «вытеснить» определенную объемную часть молочной смеси. Первые попытки введения пюре из цветной капусты (1 день), затем кабачка (2 дня), затем рисовой каши (1 день) приводили к быстрому появлению яркой гиперемии, свежих высыпаний атопического дерматита в добавление к уже имеющимся. Родители потеряли

веру в наблюдавших их ребенка врачей и обратились к другим консультантам. В возрасте 7 мес ребенку порекомендовали перейти на смесь на основе глубокого гидролиза сывороточного белка коровьего молока и временно воздержаться от введения прикорма. Через 1 нед после перехода на гидролизат кожа у девочки практически полностью очистилась. Родители возобновили попытки введения прикормов (те же цветная капуста, кабачок), после чего немедленно появились свежие яркие высыпания на лице.

К нам на кафедру аллергологии и клинической фармакологии ребенок впервые поступил на осмотр в возрасте 7,5 мес. Девочка активная, развита по возрасту. При осмотре выявлены сухость кожи, слабая, местами умеренная. На коже лица небольшие, диаметром менее 1 см участки отека и гиперемии. Мокнутия, расчесов, вторичного инфицирования кожи нет. На основании данных анамнеза и физического осмотра установлен диагноз: атопический дерматит, легкое течение; пищевая аллергия, сенсибилизация к белкам коровьего молока. Терапия заболевания, заключающаяся на день осмотра только в использовании лечебного гидролизата, дополнена препаратами топического действия (пимекролимус 1% крем 2 раза в день, наносить регулярно на очаги высыпаний) и системного действия (цетиризин в каплях длительным курсом). Через 2 нед от начала комплексной терапии (в возрасте 8 мес) возобновили введение первого прикорма — овощное пюре из кабачка. Через несколько дней, когда объем овощного пюре довели до 50 г, начали чередовать пюре из брокколи и цветной капусты. В течение 10 дней довели объем овощного пюре до 80 г (объем полной банки), а в течение 2 нед — до 150 г. В дальнейшем, после небольшого периода адаптации ввели второй прикорм — гречневую, а затем рисовую каши. Каши разводили смесью-гидролизатом.

Через 1,5 мес от первого осмотра в возрасте 9 мес ребенок был повторно осмотрен. За это время успешно введены два вида прикорма: монокомпонентные овощи (брокколи, цветная капуста) и безмолочные каши (гречневая и рисовая). За время введения прикорма отмечались транзиторные реакции легкой степени выраженности: во время введения овощей — эпизоды уплотнения стула (прошли самостоятельно), во время введения каш — папулезные высыпания на лице (купированы нанесением крема пимекролимуса в течение 2–3 сут). Все время наблюдения родители вели пищевой дневник ребенка для оценки причинных связей питания и состояния ребенка.

В возрасте 9 мес 1 нед в рацион ребенка ввели первое мясное пюре из кролика. Обратим внимание на то, что при пищевой аллергии имеет значение каждый из компонентов, входящий в состав блюда. Мясные пюре «ФрутоНяня» содержат небольшие количества рисовой муки для консистенции. В данной

ситуации важно то, что ребенок к моменту введения мясного пюре уже получал рисовую кашу и хорошо переносил ее. В возрасте 10,5 мес в рационе ребенка: перечисленные овощи и каши, мясные пюре из кролика, индейки, ягненок, пюре яблочное и свежесжатый мандариновый сок (1 чайная ложка в день). В период активного введения прикормов, являющихся серьезной антигенной нагрузкой, не проводили профилактические вакцинации. Высыпания atopического дерматита периодически рецидивировали, что требовало нанесения крема пимекролимуса с частотой 5–7 дней в месяц и непрерывного приема капель цетиризина.

На клиническом примере мы стремились показать следующее.

- Залог успеха в ведении детей с пищевой аллергией — комплексное лечение.
- Сочетание наружной, системной терапии,

правильного подбора основного (молочного) питания обеспечит хорошие возможности для своевременного введения прикормов.

- Для детей с пищевой аллергией идеально подходят монокомпонентные продукты прикорма: овощи, каши, мясные пюре.

- Для пациентов с пищевыми аллергическими реакциями особенно показаны в качестве стартовых прикормов готовые продукты детского питания, а не самостоятельно приготовленные овощные, мясные пюре.

Продукция отечественного производителя «ОАО ПРОГРЕСС» под торговой маркой «ФрутоНяня» отвечает всем международным и российским стандартам качества и безопасности детского питания, а хорошая переносимость этих продуктов детьми с пищевой аллергией и atopическим дерматитом подтверждена клиническими исследованиями.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Макарова И.В. Диетотерапия и комплексный подход к наружному лечению при atopическом дерматите у детей. Ст-Петербург 2005; 75. (Makarova I.V. Dietary treatment and complex approach to topical therapy of atopie dermatitis in children. St-Petersburg 2005; 75.)
2. Akdis C.A., Akdis M., Bieber T. et al. Diagnosis and treatment of atopie dermatitis in children and adults: European Academy of Allergology and Clinical Immunology/American Academy of Allergy, Asthma and Immunology/PRACTALL Consensus Report. Allergy 2006; 61: 969–987.
3. Современная стратегия терапии atopического дерматита: программа действий педиатра. Согласительный документ ассоциации детских аллергологов-иммунологов России. М 2004; 96. (Contemporary strategy on atopie dermatitis therapy: pediatrician mode of action. Russian Children allergist and immunologist Association consensus report. Moscow 2004; 96.)
4. Камаев А.В. Рациональное введение прикорма детям с atopическим дерматитом и предрасположенностью к аллергическим реакциям как возможность профилактики atopического марша. Педиатр фармакол 2011; 8: 3: 75–79. (Kamaev A.V. Rational introduction of complimentary food for infants with atopie dermatitis and allergic reactions aptitude as a possibility to prevent atopie march. Pediatr farmakol 2011; 8: 3: 75–79.)
5. Чебуркин А.А. Диагностика аллергической и неаллергической формы пищевой непереносимости у детей. Вopr соврем педиат 2013; 2: 44–51. (Cheburkin A.A. Diagnosis of allergic and nonallergic food intolerance in children. Vopr sovrem pediat 2013; 2: 44–51.)
6. Høst A., Koletzko B., Dreborg S. et al. Dietary products used in infants for treatment and prevention of food allergy. Joint statement of the European Society for Paediatric Allergology and Clinical Immunology (ESPACI) Committee on Hypoallergenic Formulas and the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. Arch Dis Child 1999; 8: 80–84.
7. Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации. М: Союз педиатров России 2011; 68. (National program on infant feeding optimization in Russian Federation. Moscow: Russian Pediatrician Union 2011; 68.)
8. Vandenplas Y., Brueton M., Dupont C. et al. Guidelines for the diagnosis and management of cow's milk protein allergy in infants. Arch Dis Child 2007; 92: 902–908.
9. Коростовцев Д.С., Макарова И.В., Камаев А.В. и др. Аллергия к белкам коровьего молока. Современные гидролизные смеси в лечении и профилактике. Методические рекомендации. СПбГПМА 2010; 32. (Korostovtsev D.S., Makarova I.V., Kamaev A.V. et al. Cow's milk protein allergy. Contemporary hydrolyzed formulas in treatment and prevention. Methodic recommendations. SPbSPMA 2010; 32.)
10. Турти Т.В., Намазова-Баранова Л.С., Боровик Т.Э. и др. Диетологические возможности профилактики atopии у детей в период введения прикорма. Вopr соврем педиат 2012; 11: 4: 1–8. (Turti T.V., Namazova-Baranova L.S., Borovik T.E. et al. The possibilities of diet prophylaxis of atopie in children at the period of additional feeding introduction. Vopr sovrem pediat 2012; 11: 4: 1–8.)
11. Намазова-Баранова Л.С., Турти Т.В., Боровик Т.Э. и др. Роль мясных продуктов прикорма в профилактике аллергии у детей первого года жизни. Педиатр фармакол 2013; 11: 4: 106–112. (Turti T.V., Borovik T.E., Namazova-Baranova L.S. et al. Possibilities of using meat products of industrially manufactured beikost for allergy prevention in children of 0-1 years of age. Pediatr farmakol 2013; 11: 4: 106–112.)

Поступила 06.02.14