



Аллергия. Как избежать ошибок?

Проблема аллергических заболеваний и псевдоаллергических реакций в педиатрии год от года становится актуальнее. По мере появления новых знаний о причинах кожных и желудочно-кишечных проявлений атопии усложняется дифференциальная диагностика каждого конкретного клинического случая, в то время как число родителей, обращающихся к педиатрам по поводу высыпаний на коже, зуда, колик или расстройств стула у ребенка, постоянно возрастает. Профилактика возникновения пищевой аллергии и пищевой непереносимости, диетотерапия, правила введения прикорма и другие вопросы обсуждались во время симпозиума компании ОАО «ПРОГРЕСС» «Аллергия. Как избежать ошибок?», прошедшего в рамках XI Российского конгресса «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии». С докладами выступили ведущие педиатры страны: зав. кафедрой факультетской педиатрии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, профессор Андрей Петрович ПРОДЕУС, профессор кафедры детских инфекционных болезней РМАПО Андрей Андреевич ЧЕБУРКИН и руководитель отделения питания здорового и больного ребенка НЦЗД РАМН, профессор Татьяна Эдуардовна БОРОВИК.



Симпозиум компании ОАО «ПРОГРЕСС»

Food intolerance?! Пищевая непереносимость у детей. Как предупредить ее развитие?

Аллергические реакции очень часто встречаются у детей первого года жизни, что связано с особенностями функционирования иммунной системы в этом возрастном периоде. У детей раннего возраста отмечается дисбаланс между активностью Th1- и Th2-лимфоцитов. Поскольку большую активность проявляют Th2-лимфоциты, аллергический ответ развивается гораздо эффективнее и интенсивнее, чем противoinфекционный. Возникают хорошо знакомые педиатрам проявления атопии. Таким образом, склонность детей первого года жизни к атопическим реакциям обусловлена физиологическими особенностями детского организма, пояснил заведующий кафедрой факультетской педиатрии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, д.м.н., профессор Андрей Петрович ПРОДЕУС.

Существует несколько подходов, с помощью которых можно уменьшить чувствительность ребенка к непатоогенным веществам, например, позволив ему более тесно контактировать с окружающим миром. Если подобные гипотезы еще только ждут своего доказательства, то эффективность такого терапевтического подхода, как диетотерапия, уже подтверждена данными доказательной медицины. По словам докладчика, своевременное введение качественного прикорма влияет на способность детского организма противостоять инфекциям и снижает вероятность развития гиперчувствительности к продуктам питания. Далее профессор А.П. Продеус более детально остановился на том, как предупредить развитие пищевой непереносимости и в дальнейшем – аллергических заболеваний у детей.

Аллергия – это необычная реакция иммунной системы на обычное вещество. Аллергические заболевания широко распространены, в нашей стране они встречаются у 10–30% популяции. Сезонными аллергическими ринитами страдают более 14% населения, а хотя бы один случай крапивницы в течение жизни перенес каждый пятый человек. Удельный вес пищевой аллергии в структуре аллергической заболеваемости невелик и составляет 5,5%, тем не менее, когда родители обращаются по поводу высыпаний у ребенка или каких-либо других проявлений аллергических реакций, первым предположением педиатра оказывается именно аллергия на недавно съеденную пищу.

«Грудное вскармливание способствует снижению риска развития атопических реакций на 75–85%, поэтому перевод на искусственное вскармливание с целью профилактики аллергии является недопустимым, – подчеркнул профессор А.П. Продеус. – Но и исключительно грудное вскармливание, к сожалению, не может полностью исключить возникновение у ре-



Профессор
А.П. Продеус

Детское питание, выпускаемое под маркой «ФрутоНяня», промаркировано в соответствии с современными представлениями о сроках введения прикорма. Объяснить же важность соблюдения возрастных рамок, обозначенных на каждой упаковке детского питания «ФрутоНяня», – приоритетная задача врача-педиатра, желающего, чтобы его пациенты выросли здоровыми.

бенка атопических реакций. В случае возникновения тяжелой аллергии появляется необходимость применения специализированных лечебных смесей».

Однако не только родители, но и педиатры не всегда правильно ориентированы в адекватном подборе гипоаллергенных и лечебных смесей для профилактики и диетотерапии пищевой аллергии, а также в сроках, выборе и последовательности введения продуктов прикорма в этом случае. Известно, что сроки введения прикорма достаточно жестко регламентированы в связи с особенностями функционирования иммунной системы ребенка. Для развития иммуноглобулин-Е(IgE)-опосредованной аллергической реакции необходим запуск сложного каскада реакций, включающего в себя выработку специфического IgE, на что иммунная система младенца, как правило, просто неспособна. У детей в возрасте до 3 лет распространенность «истинной» аллергии, то есть аллергии, в основе которой лежит иммуноопосредованный механизм, невелика – до 2–4%. В большинстве же случаев участковому педиатру приходится иметь дело с так называемыми псевдоаллергическими реакциями, проявляющимися в виде дерматита



XI Российский конгресс «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии»

или сыпи, а не в форме отека Квинке, бронхоспазма или анафилаксии.

Способность продуктов питания провоцировать развитие «истинной» аллергической реакции неодинакова, чаще всего ее причиной становятся продукты животного происхождения:

- мясо, курица, рыба – в 42,3% случаев;
- молоко и молочные продукты – 21,2%;
- злаковые – 8,6%;
- бобовые, соя, орехи – 5,4%;
- яйца – 4,9%;
- фрукты, овощи и др. – 1,4%.

«Эта информация очень важна при введении прикорма, поскольку позволяет управлять риском развития аллергии в более старшем возрасте. Фрукты и овощи сравнительно редко являются причиной отека Квинке, анафилаксии и других клинических форм иммуноопосредованной аллергической реакции, поскольку практически не содержат аллергенов, – комментирует профессор А.П. Продеус. – Напомню, что аллергенами, как правило, являются протеины или гликопротеины с молекулярной массой от 10 до 40 кДа, как правило, плохо поддающиеся денатурации и расщеплению протеазами». Псевдоаллергические реакции связаны с гистамином, точнее, с повышением его концентрации за счет прямого употребления гистамина и других аминов (они входят в состав некоторых сыров, колбас, шоколада) или гистаминолибераторов. Кроме того, избыток гистамина может образоваться при нарушении механизмов инактивации данного вещества в печени.

Пищевая непереносимость, которую у нас нередко отождествляют с пищевой аллергией, обусловлена совершенно иными механизмами, в ее основе лежат фармакологические, токсические или метаболические патологические процессы. Именно эта патология чаще всего приводит к развитию реакций, ошибочно определяемых как аллергические. «Таким образом, дерматиты и энтероколиты в педиатрической практике связаны либо с псевдоаллергической реакцией, либо с пищевой непереносимостью», – делает вывод докладчик.

Кишечные проявления атопии и аллергии связывают с дисбиозом кишечника, нередко путая при этом причину и следствие и пытаясь менять состав микрофлоры в надежде, что это поможет справиться

с аллергическими и другими подобными реакциями. В действительности же дисбиоз является результатом нарушения ферментных процессов, и заниматься нормализацией состава микрофлоры следует лишь после устранения причины заболевания.

Чтобы уменьшить вероятность развития патологических состояний, связанных с аллергическими и псевдоаллергическими реакциями, а также с пищевой непереносимостью, необходимо правильно подбирать детское питание. Продукты, используемые в качестве прикорма, не должны содержать белков и гликопротеинов, способных стать аллергенами, и облигатных гистаминолибераторов. Кроме того, очень важно, чтобы организм ребенка мог самостоятельно ферментировать белки, поступающие с пищей. «Своевременное и адекватное введение прикорма способствует нормальному становлению процессов пищеварения, предотвращает возникновение реакций со стороны иммунной системы или желудочно-кишечного тракта, – говорит профессор А.П. Продеус. – Именно поэтому к трехлетнему возрасту пищевая непереносимость исчезает у 80–87% детей».

При выборе продукта в качестве прикорма следует обращать внимание не только на качество продукта, но и на возраст ребенка, для которого этот продукт предназначен. С особой осторожностью необходимо вводить в рацион ребенка рыбу, морепродукты и орехи. Если предложить эти продукты слишком рано, то на них может развиться истинная аллергия. Если же 3–4-месячному ребенку дать в качестве прикорма мясо или птицу (например, с целью повышения уровня гемоглобина), это не приведет к желаемому результату, а обернется пищевой непереносимостью.

Детское питание, выпускаемое под маркой «ФрутоНяня», промаркировано в соответствии с современными представлениями о сроках введения прикорма. Так, соки и пюре из груш можно давать детям, достигшим возраста 4 месяца (эти фрукты хорошо переносятся, и в их составе нет белков-аллергенов), в то время как пюре из телятины или свинины предназначены для детей от полугода. «Одна из важнейших задач врача-педиатра, желающего, чтобы его пациенты выросли здоровыми, – объяснить необходимость соблюдения возрастных рамок, обозначенных на каждой упаковке детского питания “ФрутоНяня”, – отметил в заключение профессор А.П. Продеус.

Диагностика аллергической и неаллергической пищевой непереносимости

В начале своего доклада д.м.н., профессор кафедры детских инфекционных болезней Российской медицинской академии последипломного образования Андрей Андреевич ЧЕБУРКИН привел созданную европейскими аллергологами классификацию побочных реакций на пищу в зависимости

от патогенетических механизмов, лежащих в их основе (рис. 1).

Эта схема может использоваться для облегчения непростого процесса диагностики патологических реакций организма на прием пищи. Далее докладчик привел алгоритм диагностики, согласно которому врач должен:

- определить, имеет ли место у пациента аллергия или неаллергическая непереносимость;
- выявить аллергены;



Симпозиум компании ОАО «ПРОГРЕСС»

- определить факторы, способствующие развитию клинических проявлений;
- провести дифференциальную диагностику с другими заболеваниями, не связанными с аллергическими и псевдоаллергическими реакциями.

По мнению профессора А.А. Чебуркина, выделить ведущее звено патогенеза, руководствуясь исключительно клинической картиной, может быть затруднительно, тем не менее связь между проявлениями заболевания и его патогенезом существует (табл. 1). Иногда, вместо того чтобы определять истинную причину заболевания, врачи предлагают просто исключить из рациона то блюдо, после употребления которого развиваются нежелательные реакции. Однако в действительности все не так просто – если у пациента «истинная» аллергия, аллерген необходимо исключить полностью, если же речь идет о пищевой непереносимости, то можно изменить способ тепловой обработки или начать употреблять в пищу другой сорт фруктов или овощей и т.д. «Нельзя просто исключить из рациона ребенка те продукты, которые могли бы быть ему полезны, – подчеркнул докладчик. – Таким образом, постановка точного диагноза и определение аллергенов является одной из важнейших задач врача-аллерголога».

Важнейшую роль в диагностике пищевой непереносимости играют грамотный сбор анамнеза, провокационные пробы и элиминация. К дополнительным методам диагностики можно отнести кожное тестирование и определение аллергенспецифических IgE в крови.

Важной с точки зрения диагностики информацией является время реакции на продукт: IgE-опосредованная и псевдоаллергическая реакции развиваются в течение нескольких минут (максимум – 2 часов) после еды, в то время как иммунокомплексная реакция проявляется не раньше чем через несколько часов, а нередко и отсроченно – через 2–3 суток. Ком-



Профессор
А.А. Чебуркин

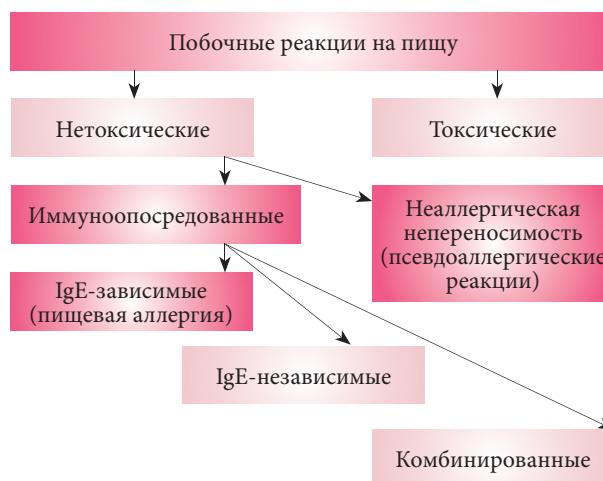


Рис. 1. Классификация побочных реакций на пищу

Таблица 1. Патологические состояния, связанные с IgE-опосредованными и не-IgE-опосредованными реакциями на пищу

Заболевания, связанные с IgE-опосредованными реакциями на пищу	Проявления иммунной, не-IgE-опосредованной пищевой непереносимости
<ul style="list-style-type: none"> ■ Со стороны кожи: атопический дерматит, крапивница, отек Квинке, контактный дерматит (немедленного типа) ■ Со стороны ЖКТ: синдром оральной аллергии, аллергический гастрит, дуоденит, еунит, колит ■ Со стороны дыхательной системы: аллергический ринит, ларингит, трахеит, бронхиальная астма, связанные с едой или вдыханием аллергена ■ Со стороны глаз: аллергический конъюнктивит ■ Системные: анафилактические реакции (ранние и поздние) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Пищевой энтероколит и колит ■ Синдромы мальабсорбции: целиакия, вторичный – при непереносимости коровьего молока, сои, пшеницы, зерновых, яиц ■ Герпетический дерматит ■ Легочный гемосидероз, вызванный коровьим молоком (синдром Хейнера), также может быть связан с гиперчувствительностью к яйцам, свинине
<p>Комбинированная (IgE-/не-IgE-опосредованная) пищевая непереносимость</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Аллергические эозинофильные заболевания: эзофагит, гастрит, гастроэнтерит ■ Атопический дерматит 	



XI Российский конгресс «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии»

Таблица 2. Постоянство появления симптомов аллергии и пищевой непереносимости после употребления в пищу продукта питания

Аллергия	Неаллергическая непереносимость
Чаше симптомы появляются постоянно (при высокой чувствительности)	Симптомы появляются непостоянно
Может быть дозозависимая реакция	Как правило, реакция зависит от количества съеденного
Редко зависит от разновидности продукта	Зависит от вида одного и того же продукта

бинированные реакции могут возникать как в течение первого часа после еды, так и спустя двое суток. Дифференциальная диагностика аллергии может основываться и на постоянстве проявления симптомов (табл. 2).

Кожные тесты позволяют выявить лишь сенсibilизацию, но не наличие аллергической реакции на продукт, то есть отрицательный результат кожного теста свидетельствует об отсутствии аллергии, а положительный – о том, что она вероятна. «Кожные тесты отличаются прекрасной чувствительностью, но низкой специфичностью. Аллергическая реакция раз-

вивается лишь у 20–40% пациентов с сенсibilизацией, поэтому давать рекомендации по исключению тех или иных продуктов лишь на основании кожных тестов не следует, – уточняет профессор А.А. Чебуркин. – Вопреки распространенному мнению данный вид диагностического вмешательства безопасен, при условии соблюдения инструкций. В любом случае не следует ставить диагноз без провокационного тестирования и сбора анамнеза.

Для уменьшения вероятности сенсibilизации следует использовать детское питание с клинически подтвержденной эффективностью в отношении профилактики аллергии. Кроме того, продукты должны быть изготовлены в соответствии с санитарно-эпидемиологическими правилами и нормативами. Продукты, выпускаемые под маркой «ФрутоНяня», вырабатываются из натурального экологически чистого сырья, без применения генетически модифицированных организмов, красителей, консервантов, ароматизаторов, загустителей и сахара. Использование гипоаллергенных каш, овощных и мясных пюре позволяет снизить риск развития пищевой аллергии у здоровых детей, обеспечивает безопасность при введении прикорма детям с высоким риском развития аллергии и позволяет ввести прикорм детям-аллергикам.



Профессор
Т.Э. Боровик

Современные подходы к организации прикорма детям с пищевой аллергией и риском ее развития

Родители детей, которые находятся в группе риска по пищевой аллергии, обычно опасаются введения прикорма. Их волнует, не приведет ли расширение рациона ребенка к появлению или усилению высыпаний на коже и колик, расстройствам стула и срыгиваниям. У родителей возникает множество вопросов по срокам и последовательности введения тех или иных продуктов прикорма. «По мнению врачей-педиатров, 80–90% родителей советуются с ними при назначении прикорма, а затем строго придерживаются врачебных рекомендаций, – рассказывает руководитель отделения питания здорового и больного ребенка Научного центра здоровья детей РАМН, д.м.н., профессор Татьяна Эдуардовна БОРОВИК. – А специалисты-нутрициологи уверены, что основные сведения по вопросам организации прикорма родители получают из средств массовой информации, в первую очередь – из Интернета». Так, многие родители кормят детей согласно советам, полученным на родительских интернет-форумах, а на приеме в поликлинике пытаются убедить врача, что пользуются именно его рекомендациями. В этой связи очень важно, чтобы врач-педиатр объяснял родителям,

Продукты прикорма, выпускаемые под маркой «ФрутоНяня», могут быть использованы как в питании детей из группы высокого риска по развитию атопии, так и в составе лечебных диет пациентов с аллергическими заболеваниями.



Симпозиум компании ОАО «ПРОГРЕСС»

что случайные собеседники из Интернета пользуются в лучшем случае личным опытом, в то время как его рекомендации основываются на данных доказательной медицины и вырабатываются для каждого конкретного ребенка.

Именно с этих позиций профессор Т.Э. Боровик подошла к такому актуальному вопросу, как организация прикорма детям с пищевой аллергией и риском ее развития. Обобщенные данные множества исследований позволяют выделить «большую восьмерку» продуктов, обладающих наибольшей аллергенностью. Это коровье молоко, яйца, рыба, пшеница, арахис, соя, ракообразные и орехи. Особенно выражены аллергенные свойства у коровьего молока, на этот продукт реагируют 2–3% детей грудного возраста. Установлено, что около 42 компонентов, входящих в состав белка коровьего молока, способны вызывать сенсibilизацию и развитие аллергических реакций. При аллергии к белкам коровьего молока достаточно часто развиваются перекрестные реакции к протеинам молока других сельскохозяйственных животных, например козьего, а также к говядине и телятине. Куриные яйца – важный продукт питания, они являются источником полноценного белка, содержащего все незаменимые аминокислоты, водорастворимые витамины, минеральные вещества, лецитин. В то же время в их составе присутствуют 13 потенциально аллергенных белков. Рыба является важным источником животного белка, а также легкоусвояемого жира, длинноцепочечных полиненасыщенных жирных кислот класса омега-3, липотропных веществ, жирорастворимых витаминов, а также йода, фтора, цинка, меди, фосфора, железа, марганца и др. Вместе с тем рыба и морепродукты содержат достаточно большое количество аллергенов (М-парвальбумин, актомиозин, актин, миозин и др.). При аллергии к рыбе возможно развитие перекрестных аллергических реакций к морепродуктам (креветки, кальмары, мидии, лангусты), а также к икре, сухому корму для рыб.

Организация питания детей первого года жизни, страдающих пищевой аллергией, подчиняется определенным правилам. Для базового питания таких младенцев должно использоваться грудное молоко или лечебные смеси, созданные на основе высокогидролизированных белков или свободных аминокислот, а в качестве прикорма следует использовать гипоаллергенные продукты промышленного производства.

Важны и сроки введения прикорма, причем в одинаковой степени опасно как раннее (до 4 месяцев), так и позднее (после 6 месяцев) назначение продуктов прикорма. Если ребенок с отягощенным анамнезом получит прикорм в возрасте менее 12–16 недель, риск развития атопического дерматита и пищевой аллергии значительно возрастет. Установлено, что и отсроченное введение прикорма (в возрасте полугодия и старше) не предотвращает развитие пищевой сенсibilизации и даже увеличивает риск возникновения аллергии, что доказано в многочисленных исследованиях¹. Выявлена прямая связь между ранним и поздним введением глютеносодержащих каш и выработкой аутоантител, характерных для целиакии и сахарного диабета 1 типа (рис. 2)².

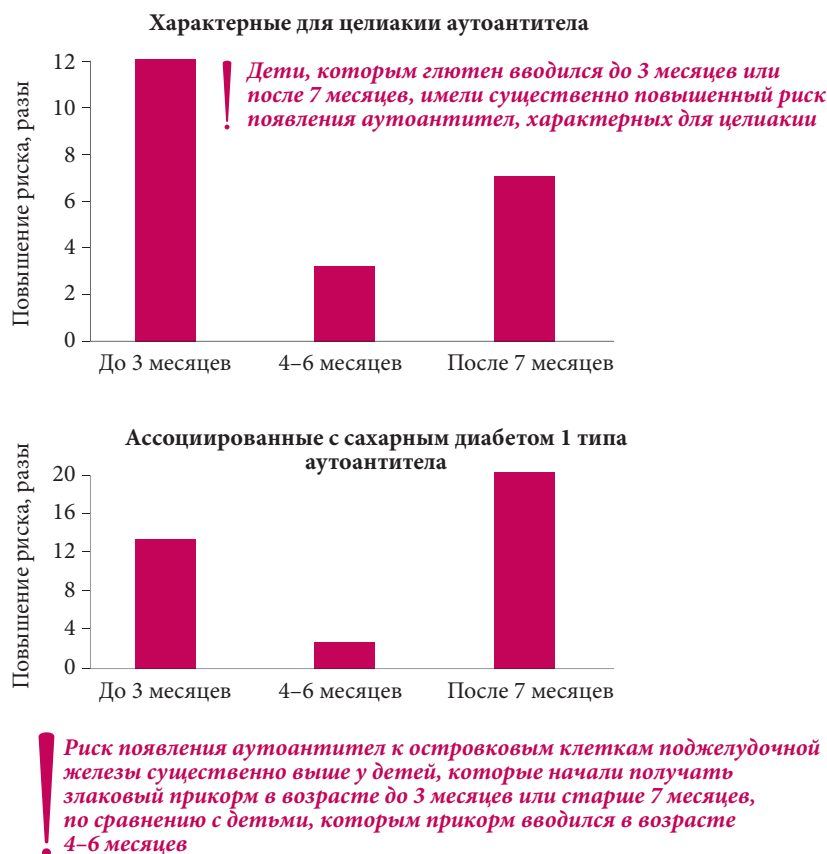


Рис. 2. Влияние сроков введения глютеносодержащих каш на выработку аутоантител, характерных для целиакии и ассоциированных с сахарным диабетом 1 типа (по данным исследования DAISY)

¹ Poole J.A., Barriga K., Leung D.Y. et al. Timing of initial exposure to cereal grains and the risk of wheat allergy // Pediatrics. 2006. Vol. 117. № 6. P. 2175–2182.

² Snijders B.E., Thijs C., van Ree R. et al. Age at first introduction of cow milk products and other food products in relation to infant atopic manifestations in the first 2 years of life: the KOALA Birth Cohort Study // Pediatrics. 2008. Vol. 122. № 1. P. e115–e122.

Nwaru B.I., Erkkola M., Ahonen S. et al. Age at the introduction of solid foods during the first year and allergic sensitization at age 5 years // Pediatrics. 2010. Vol. 125. № 1. P. 50–59.

² Norris J.M., Barriga K., Klingensmith G. et al. Timing of initial cereal exposure in infancy and risk of islet autoimmunity // JAMA. 2003. Vol. 290. № 13. P. 1713–1720.



XI Российский конгресс «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии»

Таким образом, показано, что оптимальным сроком для введения прикорма является возрастной интервал от 4 до 6 месяцев. В этом возрасте у здоровых доношенных младенцев есть все предпосылки к формированию пищевой толерантности:

- оптимальная колонизация кишечника;
- готовность функционального состояния почек и органов желудочно-кишечного тракта к усвоению прикорма;
- снижение изначально повышенной проницаемости кишечника.

В 2009 г. была утверждена «Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года

жизни в Российской Федерации», где красной нитью проходит мысль о том, что прикорм должен вводиться строго индивидуально, особенно детям, страдающим пищевой аллергией. При этом необходимо учитывать следующие факторы:

- выявленные причинно-значимые пищевые аллергены;
- характер вскармливания ребенка;
- особенности нутритивного статуса;
- переносимость продуктов.

Начало введения прикорма, как правило, относится к возрастному интервалу 5–6 месяцев. Он назначается в период ремиссии аллергического заболевания

Таблица 3. Примерные сроки введения прикорма детям первого года жизни с пищевой аллергией в Российской Федерации*

Продукты	1995 г. Методические рекомендации МЗ СССР	2005 г. Лечебное питание детей с пищевой аллергией: пособие для врачей	2010 г. Национальная программа оптимизации вскармливания детей...
	Возраст, мес.		
Каша	4–4,5	5–5,5	5–5,5
Пюре овощное	5	4,5–5	5–5,5
Пюре мясное	5	5,5–6	6
Масло растительное	4	4,5–5	5–5,5
Масло топленое	5	5	5–5,5
Фруктовое пюре	Не ранее 2	3,5–4	6
Сухари, печенье	7–8	7	7 (не сдобные)
Хлеб пшеничный	7–8	9	9 (из муки 2-го сорта)
Фруктовые, ягодные соки	Не ранее 2	4–4,5	6–7
Творог, желток, рыба	Не вводятся		

* Необходимо учитывать индивидуальную переносимость продуктов и блюд.

! Продукты прикорма промышленного производства – функциональные продукты питания

- ✓ Готовятся из экологически чистого сырья
- ✓ Имеют стабильный, гарантированный состав
- ✓ Соответствуют строгим микробиологическим и гигиеническим требованиям, предъявляемым к продуктам детского питания
- ✓ Имеют оптимальную и гарантированную степень измельчения
- ✓ Имеют длительный срок хранения



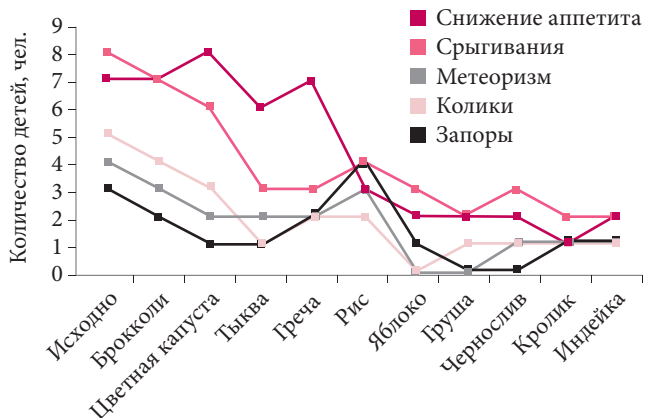
ДПНЖК – длинноцепочечные полиненасыщенные жирные кислоты.

Рис. 3. Преимущества продуктов прикорма промышленного производства



Симпозиум компании ОАО «ПРОГРЕСС»

Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта при введении линейки продуктов прикорма торговой марки «ФрутоНяня»



Частота кожных аллергических проявлений



Рис. 4. Влияние введения прикорма продуктами «ФрутоНяня» на функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта и частоту кожных аллергических проявлений у детей с аллергией или высоким риском развития аллергии

или в фазу стихания клинических проявлений. Начинается введение прикорма с энергоемких продуктов – безмолочной каши или овощного пюре, затем постепенно добавляется мясное и фруктовое пюре, растительное и сливочное масла (табл. 3).

На ранних этапах введения прикорма детям с пищевой аллергией целесообразно назначение 1–2 видов продуктов на зерновой (1 вид безмолочной каши), овощной и фруктовой (1–2 вида овощей и фруктов), мясной (1 вид мясного пюре) основах.

Сроки введения таких высокоаллергенных продуктов, как яйца и рыба, здоровым детям – 7 и 8 месяцев соответственно, в питание детей из групп высокого риска они могут включаться в те же сроки. Что касается больных с пищевой аллергией, то эти продукты могут вводиться в их питание только после достижения стойкой клинико-лабораторной ремиссии заболевания на фоне отсутствия специфических антител. Для прикорма рекомендуется использовать продукты промышленного производства (рис. 3), поскольку они приготовлены из экологически чистого сырья, соответствуют строгим требованиям, предъявляемым к продуктам детского питания, имеют стабильный состав (могут являться источником витаминов,

минералов и других жизненно важных веществ) и способны храниться на протяжении длительного времени.

Качество промышленно произведенного детского питания «ФрутоНяня» проверено во многих клинических исследованиях, например, в работе, проведенной в ФГБУ «Научный центр здоровья детей РАМН» под руководством члена-корреспондента РАМН, профессора Л.С. Намазовой-Барановой. В исследовании участвовали дети из группы риска по развитию атопии и дети, у которых уже наблюдались легкие проявления аллергии. После введения продуктов марки «ФрутоНяня» частота нежелательных реакций со стороны желудочно-кишечного тракта и кожных проявлений аллергии существенно снизилась (рис. 4), что позволило исследователям отметить хорошую переносимость данных продуктов. «Продукты прикорма, выпускаемые под маркой «ФрутоНяня», могут быть использованы как в питании детей из группы высокого риска по развитию атопии, так и в составе лечебных диет пациентов с аллергическими заболеваниями», – высказала общее мнение группы исследователей профессор Т.Э. Боровик.

Заключение

Уменьшение выраженности проявлений атопии и снижение вероятности развития «истинной» аллергии во взрослом возрасте – обе эти задачи могут быть с успехом решены при помощи современных высококачественных продуктов прикорма с доказанной клинической эффективностью. К таким продуктам относятся, в частности, пюре, соки и каши, выпускаемые под маркой «ФрутоНяня». Они соответствуют самым строгим санитарно-гиги-

еническим требованиям, предъявляемым к продуктам, предназначенным для кормления детей первого года жизни. Однако успешность введения прикорма (и, в ряде случаев, дальнейший аллергологический статус ребенка) напрямую зависит не только от качества продуктов, но и от соблюдения сроков введения прикорма. С продуктами марки «ФрутоНяня» эта задача легко решается – все продукты в линейке промаркированы в соответствии с представлениями педиатров и нутрициологов об оптимальном возрасте введения овощных, фруктовых и мясных блюд в детский рацион. ❁

недидактика