

© Коллектив авторов, 2013

Л.С. Намазова-Баранова^{1,2,3}, Т.Э. Боровик^{1,2}, С.Г. Макарова^{1,2}

АЛЛЕРГИЯ НА БЕЛОК КОРОВЬЕГО МОЛОКА: ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ДИЕТОТЕРАПИИ

¹Научный центр здоровья детей РАМН, ²Первый московский государственный медицинский университет им И.М. Сеченова, ³Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

Своевременная диагностика и лечение пищевой аллергии (ПА) позволяет назначить больным детям необходимую диету для обеспечения нормального роста и развития. Вместе с тем неоправданная диета или ее слишком длительное соблюдение также являются ошибочной тактикой ведения пациента, нередко приводящей к нарушению развития и снижению качества жизни ребенка, а также увеличению финансовой нагрузки на семью. В статье приведены алгоритмы диагностики, элиминационной диеты и расширения рациона у детей при ПА.

Ключевые слова: пищевая аллергия у детей, белки коровьего молока, алгоритмы диетотерапии.

Early diagnosis and treatment of food allergy (FA) permits to prescribe adequate diet for normal growth and development of a child. At once, too strict or too prolonged diet are wrong tactics and can lead to disorders of child's development and to decrease of his/her life quality and to increase of parental expenses. Authors present diagnostic algorithms of FA, variants of eliminative diets and protocols of diet expansion in children with FA.

Key words: food allergy in children, cow milk proteins, algorithms of dietary cure.

Пищевая аллергия (ПА) становится все более значимой проблемой здравоохранения. Белки коровьего молока (БКМ) вместе с белками куриных яиц являются важнейшим триггером ПА у детей грудного и раннего возраста. Пик заболеваемости истинной аллергией на БКМ приходится на первый год жизни, составляя 2–3% среди грудных детей [1]. В дальнейшем – к 5 годам – примерно у 80% больных развивается толерантность к молочному белку. Соответственно к возрасту 6 лет заболеваемость снижается до показателя менее 1%. Однако тяжесть течения и прогноз заболеваний, связанных с аллергией на БКМ, во многом зависят от правильной тактики ведения больных на всех этапах диетотерапии.

Цель данной статьи – краткое изложение современных практических подходов к организации диетотерапии детей с аллергией на БКМ, основанных на доказательной медицине и при-

нятых в качестве европейских и отечественных согласительных документов [1–5], а также на собственном многолетнем опыте ведения больных с данной патологией [6–8].

Согласно современным представлениям, ПА – это вызванная приемом пищевого продукта побочная (патологическая) реакция, в основе которой лежат иммунные механизмы, включая IgE-опосредованные и не-IgE-опосредованные аллергические реакции.

Правильный диагноз позволяет своевременно назначить больным детям необходимую диету, что обеспечивает их нормальные темпы роста и развития. Однако необходимо помнить, что неоправданная диета или ее слишком длительное соблюдение также являются ошибочной тактикой ведения пациента, нередко приводящей к нарушению развития и снижению качества жизни ребенка, а также увеличению финансовой нагрузки на семью.

Контактная информация:

Макарова Светлана Геннадиевна – д.м.н., ведущий научный сотрудник отделения питания здорового и больного ребенка НЦЗД РАМН, проф. каф. аллергологии и клинической иммунологии педиатрического факультета Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

Адрес: 119991 г. Москва, Ломоносовский пр-кт, 2/62

Тел.: (499) 132-26-00, E-mail: sm27@yandex.ru

Статья поступила 9.09.13, принята к печати 2.10.13.

Диагностика ПА, в т.ч. и аллергии на БКМ, включает не только установление причинно-значимого аллергена (или аллергенов), но и определение типа реакции – IgE-опосредованного или не-IgE-опосредованного. Ведущая роль при постановке диагноза аллергии на БКМ отводится анамнезу, определению IgE-опосредованной сенсибилизации и провокационным пробам. При подозрении на наличие аллергии к БКМ по данным анамнеза и объективного осмотра поступление аллергена строго исключается уже на диагностическом этапе.

Следует отметить, что выявление повышенного уровня IgE-антител к БКМ не является обязательным критерием диагностики, а лишь подтверждает IgE-опосредованный характер реакции, определяет длительность элиминации БКМ и прогноз формирования толерантности. Отсутствие диагностически значимого уровня IgE-антител к БКМ не исключает диагноз аллергии к БКМ, а лишь указывает на не-IgE-опосредованный характер реакции, при этом последнее слово в диагностике остается за анамнезом и элиминационно-провокационными пробами.

Диетотерапия при аллергии к БКМ проводится в 3 этапа:

I этап – диагностическая элиминационная диета;

II этап – лечебная элиминационная диета;

III этап – расширение рациона.

I этап – диагностическая элиминационная (безмолочная) диета

Если имеются клинически значимые симптомы и вероятна аллергия на БКМ, то на определенный период времени назначается диагностическая элиминационная диета с исключением продуктов, содержащих БКМ (из рациона ребенка или из питания матери при грудном вскармливании) даже при отрицательном результате на специфические IgE к БКМ. Срок диагностической диеты зависит от клинической картины и должен быть максимально коротким, но достаточно длительным для того, чтобы оценить исчезновение или стабилизацию клинических симптомов. Ее продолжительность может колебаться от 3–5 дней у детей с клиническими реакциями немедленного типа (например, ангионевротический отек, рвота, возникновение кожных высыпаний в течение 2 ч) до 1–2 недель и более у детей с отсроченными и хроническими реакциями (например, атопический дерматит). У пациентов с желудочно-кишечными симптомами (например, хроническая диарея, задержка роста на ее фоне) для оценки ответа на элиминационную диету может потребоваться до 2–4 недель.

Если за эти сроки не происходит улучшения клинической картины, то наличие аллергии к БКМ маловероятно; однако могут быть исключения. У детей с выраженными желудочно-кишечными симптомами, не изменяющимися

при использовании смеси на основе гидролизата белка, нельзя исключить множественный характер пищевой сенсибилизации и улучшение может быть отмечено позднее при использовании смеси на основе аминокислот. Если клинические симптомы не уменьшаются на фоне элиминационной диеты с включением смеси на основе аминокислот, крайне маловероятно, что они обусловлены аллергией на БКМ. Таким образом, необходимость в более продолжительном использовании лечебной смеси в диагностических целях исчезает.

На рис. 1 представлен примерный диагностический алгоритм при аллергии к БКМ, предложенный S. Koletzko et al. (2009) (рис. 1). Практически без изменений он приводится в согласительном документе ESPGHAN 2012 г.

Тактика ведения ребенка на I этапе диетотерапии представлена на рис. 2.

Диетотерапия на II этапе – лечебная элиминационная (безмолочная) диета

Полная элиминация из питания молочных продуктов в настоящее время является наиболее безопасной и эффективной стратегией лечения аллергии к БКМ.

При выявлении аллергии на БКМ у детей, находящихся на естественном вскармливании, учитывая уникальные свойства материнского молока, необходимо стремиться сохранить его в питании ребенка в максимальном объеме. Однако матери необходимо исключить из своего рациона все молочные продукты и продукты-источники скрытого БКМ.

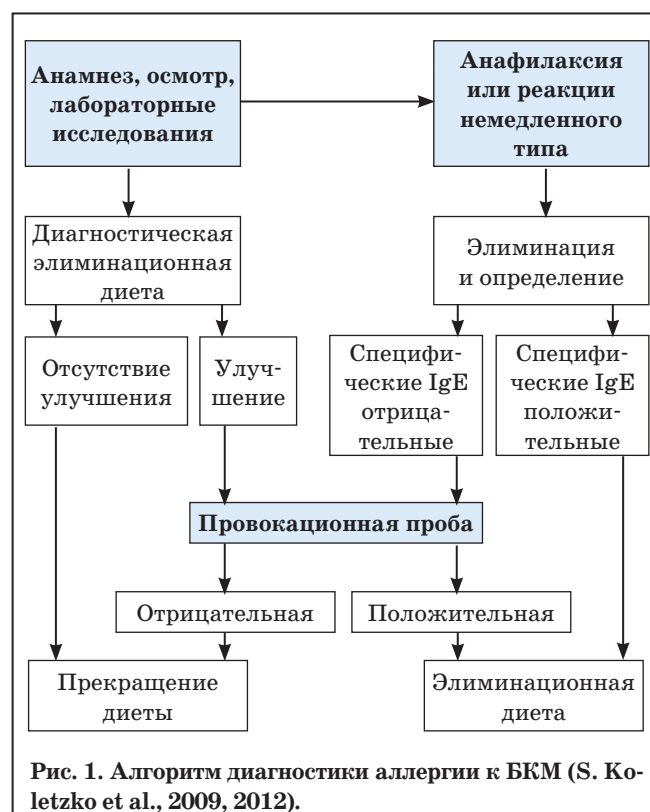
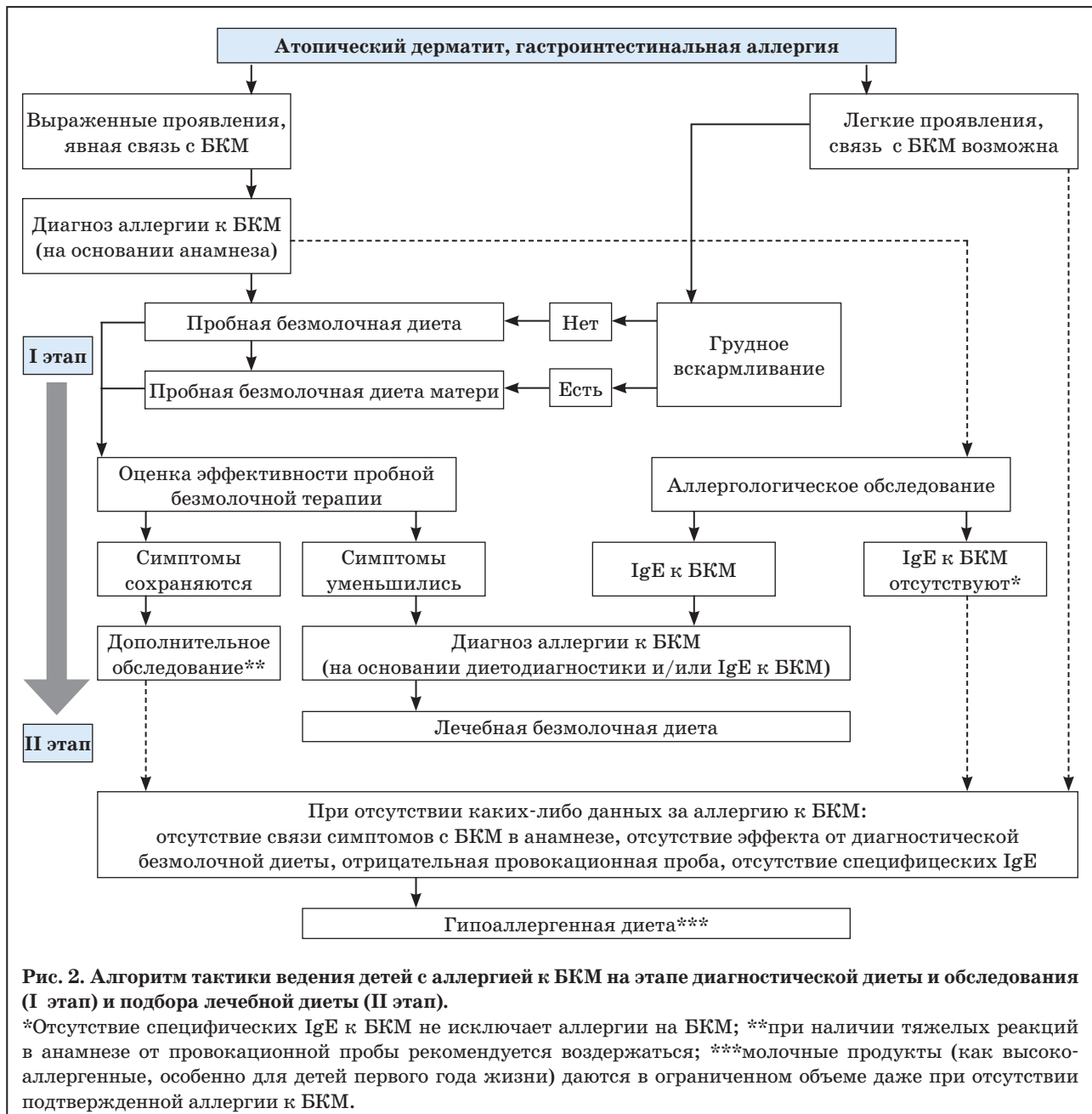


Рис. 1. Алгоритм диагностики аллергии к БКМ (S. Koletzko et al., 2009, 2012).



Учитывая тот факт, что ПА чаще носит множественный характер, а также возможное влияние триггерных факторов питания на состояние ребенка, кормящей женщине назначают гипоаллергенную диету. При этом степень ограничений и набор продуктов в ней достаточно индивидуальны и зависят в первую очередь от тяжести клинических проявлений аллергии у ребенка и наличия аллергической патологии у матери (в частности, непереносимости ею отдельных продуктов). При соблюдении гипоаллергенной диеты из питания исключаются продукты, обладающие высокой сенсibiliзирующей активностью, продукты-гистаминолибераторы, а также продукты с высоким содержанием экстрактивных веществ, биогенных аминов и пуриновых оснований, содержащие искусственные пищевые добавки и веще-

ства, раздражающие желудочно-кишечный тракт (ЖКТ). Эффективно ведение пищевого дневника. Обязательным условием является формирование полноценного рациона кормящей матери. При множественной непереносимости и трудности коррекции белковой части рациона и витаминно-минеральной обеспеченности матери за счет натуральных продуктов в ее питании могут быть использованы лечебные смеси на основе аминокислот. Назначаются препараты кальция (1000 мг/сут в несколько приемов).

После купирования острых симптомов аллергии у ребенка питание матери может постепенно расширяться.

Успех диетотерапии детей первого года жизни с аллергией на БКМ, находящихся на смешанном или искусственном вскармливании, во многом

Уникальная программа контроля над аллергией

Алгоритм выбора смесей для решения проблем аллергии



NUTRICIA

Nutrilon

Правильный выбор сделать просто!

Посетите сайт для врачей:
www.NutriciaProfesional.ru

16+

Информация только для работников системы здравоохранения.
Лучшая профилактика аллергии — это грудное вскармливание. Врачу следует объяснить матери преимущества грудного вскармливания, обучить способам сохранения лактации, а также предупредить, что перед применением продукта необходимо проконсультироваться со специалистом.

NmP1221/07.13

зависит от правильно подобранной базовой специализированной смеси, которую выбирают исходя из тяжести клинических проявлений и спектра выявленной пищевой сенсibilизации.

Согласно современным рекомендациям мировых и европейских научных медицинских сообществ [1, 4, 5], у детей на искусственном вскармливании необходимо исключить смеси на основе коровьего молока, других немодифицированных молочных белков (например, козьего и овечьего молока), а также прикорм, содержащий эти белки. При необходимости искусственного или смешанного вскармливания продуктами первого выбора являются смеси на основе высокогидролизованного молочного белка, с доказанной клинической эффективностью у детей с аллергией на БКМ, или смеси на основе аминокислот.

В настоящее время к лечебным относят смеси, которые, помимо соответствующих преклинических испытаний, доказали свою эффективность в клинических исследованиях, в которых с 95% доверительным интервалом продемонстрировано отсутствие аллергических реакций на смесь у 90% детей с подтвержденным диагнозом аллергии на БКМ. Все лечебные смеси на основе высокогидролизованного белка обогащены комплексом витаминов, макро- и микроэлементов и соответствуют требованиям ВОЗ по ингредиентному составу, биологической и пищевой ценности, влиянию на физическое и психомоторное развитие детей первого года жизни.

В остром периоде заболевания, при наличии выраженных кожных проявлений, явных клинических данных в пользу непереносимости продуктов, содержащих БКМ (появление кожных или гастроинтестинальных симптомов при попытке введения молочных продуктов даже в небольших количествах) назначаются продукты на основе высокогидролизованного молочного белка или аминокислот. При этом, в случае более тяжелых форм и при наличии реакций со стороны ЖКТ, а также у детей с множественной пищевой сенсibilизацией, предпочтение отдается аминокислотным смесям.

Для детей с гастроинтестинальными проявлениями ПА и синдромом мальабсорбции, обусловленными аллергией к БКМ, предпочтение следует отдавать специализированным смесям «Нутрилон Пепти Гастро», «Алфаре», «Нутрилак пептиди СЦТ», «Прегестимил LIPIL», а также «Пептамен Юниор» (для детей старше одного года). В состав данных продуктов введены среднецепочечные триглицериды (СЦТ) (до 50% от общего количества липидов), которые легко всасываются в систему воротной вены, минуя лимфатические сосуды, не требуя эмульгирования и участия панкреатической липазы. Указанные лечебные смеси также являются безлактозными, поэтому применяются при ПА в сочетании с лактазной недо-



статочностью. Смеси «Нутрамиген LIPIL» 1 и 2 и «Фрисопеп АС», не содержащие СЦТ, целесообразнее назначать при отсутствии у детей признаков мальабсорбции.

При изолированных, нетяжелых кожных проявлениях атопии могут быть использованы смеси на основе высокогидролизованного сывороточного белка, содержащих в составе углеводного компонента пребиотика и лактозу – «Нутрилон Пепти Аллергия», «Фрисопеп» (рис. 3).

Если состояние ребенка не улучшается в течение 2 недель, следует заподозрить аллергическую реакцию на пептиды смеси на основе гидролизата белка, особенно у детей с множественной сенсibilизацией. В таких случаях рекомендуется перевод на питание смесью на основе аминокислот.

В настоящее время на российском потребительском рынке для больных с ПА представлены три продукта, созданных на основе смеси свобод-

ных аминокислот – «Нутрилон Аминокислоты», «Неокейт» и «Неокейт Эдванс» (для детей старше одного года). Все аминокислотные смеси имеют сбалансированный жировой и углеводный состав, обогащены необходимыми для детей витаминами и минеральными веществами. В связи с тем, что аминокислотные смеси изготовлены на основе свободных аминокислот, они не запускают и не поддерживают аллергическую реакцию. Кроме того, они лишены горького привкуса, характерного для лечебных смесей с высокой степенью гидролиза белка. Многочисленными исследованиями показано, что аминокислотные смеси хорошо переносятся большими с различными формами ПА.

Еще одна группа смесей – смеси на основе гидролизованного протеина риса, которые также считаются безопасными и достаточно эффективными для лечения детей с аллергией на БКМ. Однако в связи с небольшим объемом ближайших и отдаленных результатов по аллергическим реакциям (не сенсibilизации) на рисовые смеси комитет экспертов ESPGHAN придерживается мнения, что данные смеси пока не могут являться продуктами первого выбора и могут рассматриваться в качестве метода лечения у некоторых грудных детей, которые либо отказываются, либо не переносят смеси на основе глубокого гидролиза БКМ, либо воспитываются в семьях вегетарианцев. Смеси на основе гидролизата рисового белка в Российской Федерации в настоящее время не зарегистрированы.

Как уже отмечалось, соевые смеси не являются продуктами первого выбора при аллергии на БКМ. Наличие в составе смеси нативного белка может стать причиной развития сенсibilизации к сое, особенно при назначении соевых смесей детям в периоде выраженных клинических проявлений аллергии, а также при наличии гастроинтестинальной симптоматики. Смеси на основе соевого белка рассматриваются как продукты второго выбора и могут быть использованы при условии подтвержденной ее переносимости только у детей старше 6 месяцев (например, у детей, плохо воспринимающих горький вкус смеси на основе гидролизата белка, или в тех случаях, когда препятствием становится высокая стоимость такой смеси).

В отношении продуктов на основе немодифицированных (негидролизированных) белков козьего, овечьего, верблюжьего молока и молока других видов млекопитающих в современных международных рекомендациях однозначно указывается на невозможность их применения в питании детей с аллергией на БКМ [World Allergy Organization (WAO), 2010; ESPGHAN, 2012].

Критерии длительности элиминационной диеты и тактика ведения больных на III этапе диетотерапии – этапе расширение рациона

Сроки элиминации молочных продуктов.

Если диагноз аллергии на БКМ подтвержден, ребенок первого года жизни должен оставаться на безмолочной диете с использованием лечебной смеси в течение как минимум 6 месяцев или минимум до достижения ребенком 12-месячного возраста.

При положительном эффекте от проводимого лечения детям с IgE-опосредованной формой ПА введение ранее исключенного продукта целесообразно проводить после контроля уровня специфических IgE-антител в крови не ранее, чем через 6 месяцев от начала назначения элиминационной диеты. Детям с сохраняющейся IgE-сенсibilизацией сроки соблюдения элиминационных диет продлеваются. Назначаются дополнительные приемы препаратов кальция.

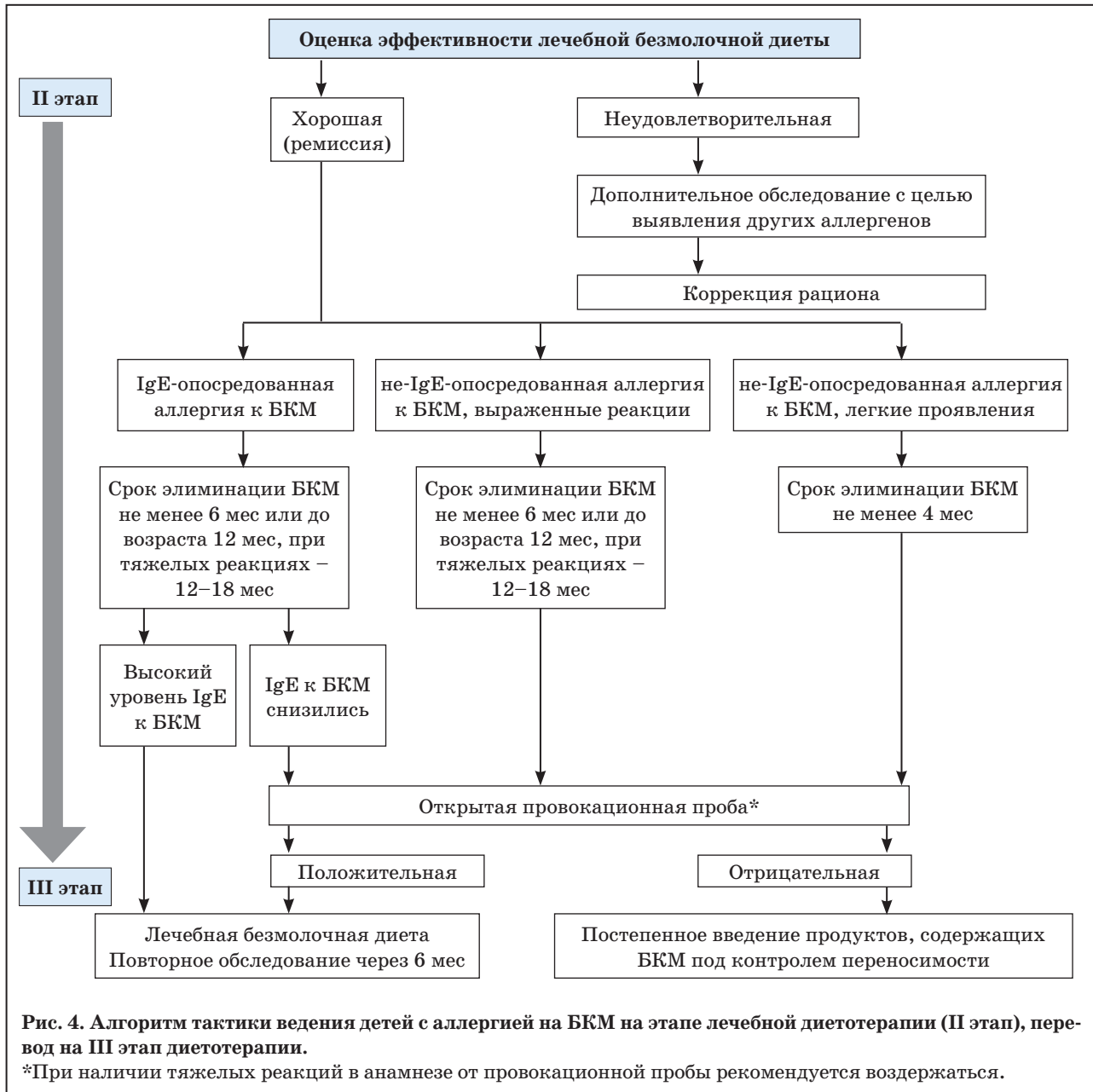
Дети раннего возраста с тяжелыми и немедленными IgE-опосредованными реакциями могут оставаться на элиминационной диете продолжительностью до 12–18 месяцев, после чего проводят повторное определение специфических IgE.

Максимальный срок элиминационной диеты без повторного обследования – 12 месяцев (у детей с выраженной симптоматикой аллергии и высоким уровнем IgE к БКМ), после чего должно быть проведено повторное обследование во избежание необоснованного продолжения ограничительной диеты.

Детям с не-IgE-опосредованной гиперчувствительностью к БКМ обследование с целью расширения состава гипоаллергенного рациона может назначаться в более ранние сроки. У детей с легкими клиническими проявлениями минимальный срок элиминации БКМ – 4 месяца. При отсутствии тяжелых аллергических реакций в анамнезе может быть проведена открытая провокационная проба, на основании которой делается вывод о возможности введения в питание продуктов, содержащих БКМ.

Тактика ведения ребенка с аллергией на БКМ при переводе на III этап диетотерапии представлена на рис. 4.

При достижении ремиссии заболевания рацион ребенка может постепенно расширяться за счет введения в питание новых или ранее исключенных продуктов, что является чрезвычайно важным на данном этапе диетотерапии. Для решения вопроса о введении в рацион того или иного продукта учитываются особенности анамнеза, клинических реакций на эти продукты, характер и выраженность пищевой сенсibilизации. Оцениваются эффективность проводимой на II этапе диетотерапии и период заболевания. Диетотерапия при аллергии на БКМ на этапе расширения рациона строится с учетом результатов аллергологического обследования. При множественном характере пищевой сенсibilизации минимальный срок элиминации непереносимых продуктов составляет, как и для БКМ, 6 меся-



цев при IgE-опосредованной форме и 4 месяца при не-IgE-опосредованной форме гиперчувствительности. Далее, в соответствии с результатами повторного обследования, продукты или вводятся в рацион, или по-прежнему исключаются из питания. Введение новых или ранее элиминированных продуктов в обязательном порядке проводят постепенно, поочередно, начиная с небольших количеств, под контролем индивидуальной переносимости с ведением пищевого дневника.

Вопрос о включении в питание молочных продуктов решается в соответствии с данными аллергоанамнеза, тяжестью реакций, формой гиперчувствительности, результатами повторного обследования (рис. 5). Продукты, содержащие БКМ, вводятся постепенно, начиная с минимальных количеств. Доза для первой пробы подбирает-

ся исходя из выраженности предыдущих реакций на БКМ и может составлять от нескольких капель до 5 мл. Продукт дается однократно утром для полного контроля немедленных и отсроченных реакций. При отсутствии реакции на первое введение доза постепенно увеличивается и к концу первой недели ребенок может получать до 100 мл продукта, содержащего БКМ.

Цельное коровье молоко на этапе расширения рациона обычно не используется, предпочтение отдается кисломолочным продуктам, белок которых частично ферментирован в процессе кисломолочного брожения (рис. 5).

У детей первого года жизни первым этапом может стать переход с питания смесью на основе высокогидролизованного белка на гипоаллергенную смесь (ГА). Использование ГА-смесей при



расширению рациона оправдано с точки зрения ограничения антигенной нагрузки на организм ребенка на этапе формирования пищевой толерантности.

Определенные преимущества имеет поэтапная диетотерапия с использованием линейки продуктов одной фирмы-производителя, что позволяет избежать такого дополнительного нежелательного фактора, как возникновение реакций неиммунного характера, которые могут отмечаться у детей при смене переносимого продукта на аналогичный продукт другой фирмы из-за различий витаминно-минерального премикса и других небелковых компонентов продукта. Алгоритм поэтапной диетотерапии с использованием продуктов одной фирмы представлен на рис. 6.

При необходимости продолжения безмолочной диеты на значительный срок в питании ребенка продолжают использоваться смеси на основе высокогидролизованного белка или аминокислотные смеси. У детей старше 3 лет при отсутствии множественной пищевой сенсибилизации и хорошей переносимости широкого спектра продуктов вполне возможно создание полноценного по своей пищевой ценности рациона без использования специализированных продуктов. Коррекция потребления кальция обеспечивается за счет курсового назначения кальцийсодержащих препаратов.

Тактика введения прикорма. У детей с аллергией на БКМ прикорм не должен содержать молочных составляющих. Продукты прикорма должны вводиться в рацион по одному, в небольших количествах, предпочтительно в период продолжающегося грудного вскармливания.

Поскольку в настоящее время доказано, что отсроченное введение прикорма не позволяет снизить риск развития ПА, оптимальным сроком для введения прикорма в питание ребенка с аллергией считается возраст от 5 до 6 месяцев.

При этом важно отметить, что в острый период аллергического заболевания новые продукты прикорма не назначаются (рис. 7).

Ребенку с ПА формируется индивидуальный элиминационный рацион, максимально сбалансированный по составу макро- и микронутриентов, соответствующий его возрастным физиологическим потребностям [9–11].

В «Национальной программе оптимизации вскармливания детей первого года жизни в

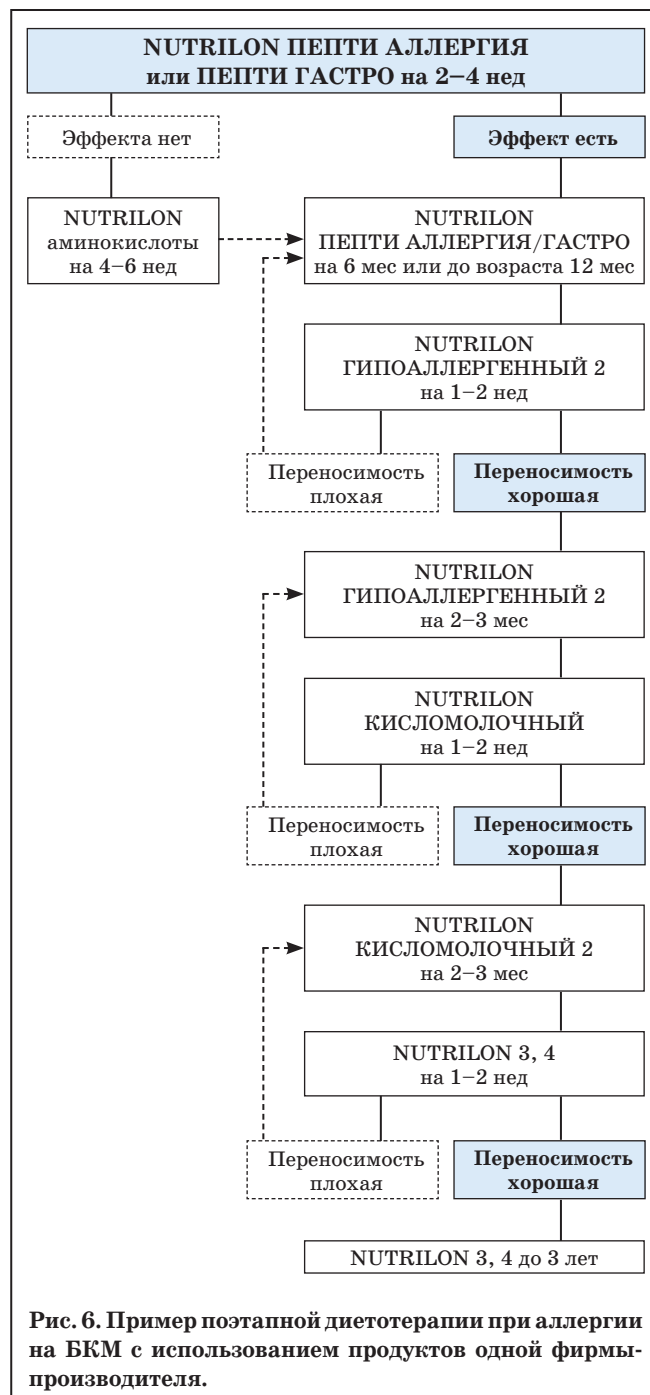
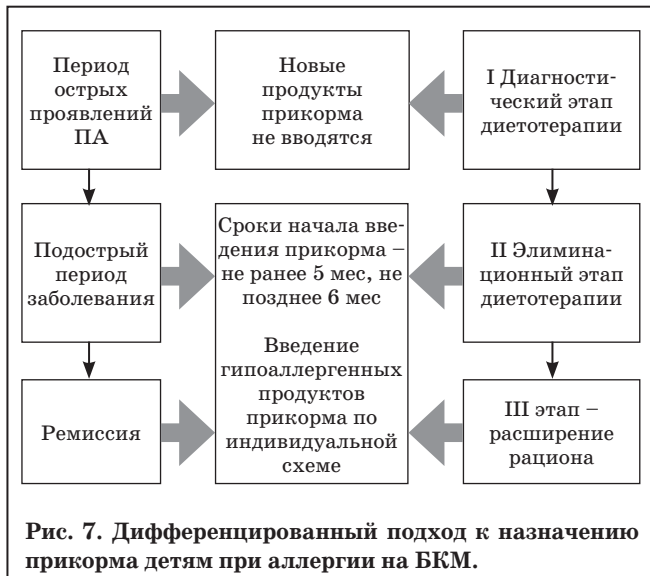


Рис. 6. Пример поэтапной диетотерапии при аллергии на БКМ с использованием продуктов одной фирмы-производителя.



Российской Федерации» [2] указывается, что при назначении прикорма больным с ПА принимаются во внимание особенности функционального состояния пищеварительной системы, физического развития ребенка, наличие сопутствующих заболеваний (железодефицитная анемия, рахит и др.), а также активность аллергического процесса и индивидуальная переносимость того или иного продукта. Так, детям с гастроинтестинальными проявлениями ПА (неустойчивый стул, диарея, колики), а также при сниженной массе тела первым вводится зерновой прикорм, при склонности к запорам или избыточном питании – овощное пюре. Гипоаллергенные продукты прикорма должны иметь монокомпонентный состав и низкую сенсibilизирующую активность, не содержать молока, глютена, сахара, соли, бульона, а также консервантов, искусственных красителей и ароматизаторов.

В питании детей преимущество отдается продуктам промышленного производства. Используются монокомпонентные безмолочные и безглютеновые каши (гречневая, кукурузная, рисовая), не содержащие сахар. В качестве гипоаллергенного овощного прикорма вводятся кабачки, патиссоны, цветная, брюссельская капуста и др. Однако следует помнить, что у детей с аллергией на БКМ часто встречается сенсibilизация ко многим продуктам. Поэтому необходим индивидуальный подбор даже гипоаллергенных продуктов прикорма с контролем специфических IgE и/или прик-тестов и клинической переносимости. В овощное блюдо добавляют растительные масла (подсолнечное, кукурузное, оливковое).

С целью коррекции белковой части рациона в

питание ребенка с 6 месяцев вводят мясное пюре. Рекомендуется использовать специализированные детские консервы из мяса кролика, индейки, конины, тощей свинины. Говядина и телятина при аллергии к БКМ не используются.

Фруктовые и ягодные соки из-за раздражающего воздействия на поджелудочную железу и кишечник могут приводить к появлению или усилению колик, а также к разжижению стула. Поэтому их рекомендуется давать значительно позже, чем здоровым детям – только к концу первого года жизни. Гипоаллергенный фруктовый прикорм формируется главным образом из яблок зеленой и белой окраски. С учетом индивидуальной переносимости используют груши и сливы. Тепловая обработка фруктов улучшает их переносимость. Целесообразно использовать детские фруктовые пюре промышленного выпуска.

Куриное яйцо и рыба, как высокоаллергенные продукты, не вводятся в рацион детей первого года жизни с ПА.

Кисломолочные продукты и творог, как и другие продукты, содержащие БКМ, полностью исключаются из рациона ребенка с аллергией на БКМ и вводятся только в периоде клинической ремиссии на этапе расширения рациона, при отсутствии сенсibilизации к БКМ.

При достижении ремиссии аллергического заболевания гипоаллергенная диета должна постепенно расширяться за счет контролируемого включения ранее непереносимых продуктов и блюд. На этапе расширения рациона, как и на диагностическом этапе, эффективно ведение пищевого дневника.

Прогноз при аллергии на БКМ у грудных детей и детей младшего возраста при правильной тактике ведения больных благоприятный. Приблизительно у 50% детей толерантность развивается к возрасту 1 года, у более 75% – к 3 годам и более 90% детей переносят БКМ в возрасте 6 лет.

Успех в лечении ребенка с аллергией на БКМ во многом определяется единым методологическим подходом и преемственностью в работе педиатров, аллергологов и нутрициологов. Ранний возраст (до 3 лет) является наиболее благоприятным для лечения ПА, именно в этом периоде детства возможно с наибольшей вероятностью добиться прерывания марша атопии.

В комплексной терапии аллергии на БКМ наиболее эффективны элиминационные мероприятия с заменой нативных молочных белков на смеси, созданные на основе высокогидролизованного протеина коровьего молока, или аминокислотные смеси.

ЛИТЕРАТУРА

1. Diagnostic approach and management of cow's-milk protein allergy in infants and children: ESPGHAN GI committee practical guidelines. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 2012. doi:10.1097/MPG.Ob013e 31825 c 9482.

2. Национальная стратегия оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации. М.: Союз педиатров России, 2011.

3. Пищевая аллергия: руководство для врачей. Под ред.

А.А. Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой, Т.Э. Боровик, С.Г. Макаровой. М.: ПедиатрЪ, 2013: 160 с.

4. Diagnosis and Rationale for Action against Cow's Milk Allergy (DRACMA) guidelines. World Allergy Organization, 2010. Boyce JA, Assa'ad A, Burks AW, et al.

5. Guidelines for the Diagnosis and Management of Food Allergy in the United States: Report of the NIAID-Sponsored Expert Panel. J. Allergy Clin. Immunol. 2010; 126 (6): 1105–1118.

6. Боровик Т.Э. Медико-биологические основы диетотерапии при пищевой непереносимости у детей раннего возраста: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 1994: 40 с.

7. Макарова С.Г. Обоснование и оценка эффективности диетотерапии при пищевой аллергии у детей в различные возрастные

периоды: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 2008: 36 с.

8. Намазова-Баранова Л.С. Аллергия у детей: от теории к практике. М.: Союз педиатров России, 2010–2011: 668 с.

9. Клиническая диетология детского возраста: руководство для врачей. Под ред. Т.Э. Боровик, К.С. Ладодо. М.: МИА, 2008: 606 с.

10. Лечебное питание детей первого года жизни. Под ред. А.А. Баранова, В.А. Тутельяна. М.: Союз педиатров России, Науч. центр здоровья детей РАМН; Сер. Клинические рекомендации для педиатров, 2010: 162 с.

11. Боровик Т.Э., Нетребенко О.К., Семенова Н.Н. и др. Инновационные подходы к организации прикорма детям с пищевой аллергией и из групп высокого риска по развитию атопии. Педиатрия. 2011; 90 (3): 91–99.

© Украинцев С.Е., Тан В., 2013

С.Е. Украинцев, В. Тан

БЕЛОК В ПИТАНИИ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА И ЕГО ВОЗМОЖНАЯ РОЛЬ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОЖИРЕНИЯ: ГИПОТЕЗА «БЕЛКОВОГО РЫЧАГА»

Научно-исследовательский центр компании «Фонтерра», Новая Зеландия

Во всем мире продолжается рост числа детей с избыточной массой тела и ожирением. Большинство современных рекомендаций акцентируют внимание на снижении потребления насыщенных жиров и простых углеводов, игнорируя возможную роль белка. В статье обсуждаются современные научные данные, подтверждающие возможную роль пищевых белков в профилактике ожирения с точки зрения гипотезы белкового рычага. Результаты уже опубликованных исследований свидетельствуют в пользу способности белка регулировать поступление энергии с пищей и, следовательно, играть важную роль в профилактике ожирения.

Ключевые слова: белок, питание, дети, ожирение, гипотеза белкового рычага.

Rate of children with overweight and obesity increases in all the world. Majority of current dietary recommendations emphasize role of decreased consumption of saturated lipids and carbohydrates and ignore possible role of proteins. Authors discuss current literature data proving role of food proteins in prevention of obesity in terms of protein leverage hypothesis. Results of published studies prove proteins capacity to regulate energy receipt with food and, so, to play an important role in prevention of obesity.

Key words: protein, diet, children, obesity, protein leverage hypothesis.

Одной из наиболее обсуждаемых сегодня тем в педиатрической диетологии и нутрициологии является изучение влияния питания в разные возрастные периоды на состояние здоровья в более старшем возрасте. В значительной мере это обсуждение касается вскармливания детей грудного возраста, хотя не менее важным представляется роль питания и в более старшем возрасте – дошкольном

и раннем школьном. Питание в эти возрастные промежутки также может оказывать «программирующее» влияние на состояние здоровья, в т.ч. и в отдаленной перспективе.

Пожалуй, самым значимым заболеванием, связанным с питанием, является ожирение и связанные с ним патологические состояния. По оценкам ВОЗ, ожирение достигло масштабов эпидемии

Контактная информация:

Украинцев Сергей Евгеньевич – старший научный сотрудник
Научно-исследовательского центра компании «Фонтерра»

Адрес: 4442 Палмерстон Норт, Новая Зеландия

Тел.: (6421) 246-73-67, E-mail: Sergey.ukraintsev@fonterra.com

Статья поступила 17.06.13, принята к печати 2.10.13.