

УДК 613.953.1:616-056.3-053.36-02

Т.А. Шуматова, Л.А. Григорян, Н.Г. Приходченко

Владивостокский государственный медицинский университет (690950 г. Владивосток, пр-т Острякова, 2)

АНАЛИЗ ХАРАКТЕРА ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА КАК ФАКТОРА РЕАЛИЗАЦИИ АТОПИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Ключевые слова: грудной возраст, вскармливание, атопическая болезнь.

До настоящего времени не решен вопрос о роли питания в системе мероприятий по предупреждению прогрессирования генетически детерминированных иммунологических нарушений. Проведен анализ историй развития ребенка (форма 112) и динамическое наблюдение за 44 детьми от рождения до 6 месяцев. Показано, что грудное вскармливание — важнейшее условие профилактики реализации наследственной предрасположенности к аллергической гиперчувствительности, а раннее искусственное вскармливание является дополнительным фактором, способствующим нарушению процессов метаболического программирования и появлению генетически детерминированных иммунологических нарушений.

Не вызывает сомнения, что идеальным питанием для младенцев служит материнское молоко. Грудное вскармливание с рождения обеспечивает не только гармоничное развитие ребенка, но и является важнейшим условием формирования пищевой толерантности и предупреждения ранней пищевой сенсibilизации [1, 3, 6, 9]. В связи с этим особый интерес для врачей-педиатров представляют исследования влияния характера вскармливания ребенка первого года жизни на формирование пищевой непереносимости, что особенно актуально для детей из группы высокого риска по развитию атопической болезни.

Несмотря на значительное количество работ, посвященных особенностям иммунопатогенеза, диагностике и лечению аллергических заболеваний у детей, до настоящего времени многие практические вопросы не имеют здесь однозначного решения. Существующие протоколы терапии, к сожалению, не всегда эффективны, а проводимые меры профилактики не позволяют предупредить развитие не только кожных и гастроинтестинальных форм пищевой аллергии, но и всего «атопического марша» (аллергический ринит, бронхиальная астма).

Цель настоящей работы заключалась в анализе взаимосвязи между характером вскармливания детей 1-го года жизни и развитием у них атопической болезни.

Материал и методы. Проведены анализ историй развития ребенка (ф. 112) и динамическое наблюдение за 44 детьми от рождения до 6 месяцев. Путем анкетирования изучали аллергологический анамнез у родителей и их ближайших родственников, особенности течения беременности у матери, характер ее питания во время беременности. В зависимости от анамнеза дети были разделены на две группы по 22 ребенка. В 1-ю

группу включили детей с неотягощенным по атопии семейным анамнезом, во 2-ю — детей, у которых один или оба родителя имели указания на наличие аллергических болезней (бронхиальная астма, аллергический ринит, атопический дерматит, пищевая аллергия). По характеру вскармливания в группах выделили по две подгруппы. В 1-й группе 12 детей находились на грудном вскармливании и 10 детей — на раннем искусственном или смешанном вскармливании (с преобладанием объема смеси в суточном рационе). Во 2-й группе 14 детей получали грудное молоко, 8 детей — адаптированные детские формулы.

Соматометрические показатели оценивали стандартным параметрическим методом с вычислением средних значений (95% доверительного интервала, стандартных отклонений и ошибки), анализировали характер прибавок в массе тела по месяцам. Изучали состояния процессов кишечного всасывания и переваривания (копрологическое исследование, определение углеводов в кале), микробиоценоза толстой кишки. Метаболический статус (показатели белкового, липидного, углеводного обмена) исследовали биохимическим методом. Все числовые величины обработаны с помощью компьютерного пакета Microsoft Excel 2002 и пакета программ Statistica 6.0.

Результаты исследования. Средняя масса тела при рождении у детей 1-й группы составила $3420,0 \pm 280,3$ г (2660—4050 г). Дети этой группы, находившиеся на грудном вскармливании, имели среднюю ежемесячную прибавку массы в течение первого полугодия $775,4 \pm 46,5$ г. При искусственном вскармливании прибавка в массе тела составила $789,0 \pm 55,2$ г. Средняя ежемесячная прибавка в росте у всех детей 1-й группы определялась на уровне 2,8 см. Достоверных различий по данным показателям в зависимости от характера вскармливания установлено не было.

У младенцев 2-й группы средняя масса тела при рождении составила $3561,8 \pm 210,6$ г (3000—4460 г). У детей этой группы, находившихся на грудном вскармливании, ежемесячная прибавка массы равнялась $827,5 \pm 49,6$ г, при искусственном вскармливании — $896,5 \pm 44,8$ г. Средняя ежемесячная прибавка в росте при грудном вскармливании составила 2,7 см, при искусственном — 2,9 см. Достоверных различий между показателями развития в зависимости от вида вскармливания не установлено, но, тем не менее, дети, получавшие адаптированные смеси, имели более высокие показатели физического развития. В группе детей, имевших отягощенный по атопии анамнез, от-

мечалась тенденции к более высоким ежемесячным прибавкам в массе.

Пищевая аллергия у грудных детей может проявляться гастроинтестинальным, кожным или сочетанным синдромами. У 7 детей 1-й группы, находившихся на грудном вскармливании (58%), в первые 3 месяца жизни отмечалась гиперчувствительность к пищевым аллергенам с поражением кожи легкой степени. Из них у 5 детей кожный синдром был купирован после коррекции материнской диеты. В 2 случаях был диагностирован аллергический дерматит и наряду с комплексом диетических мероприятий в течение 3 недель этим детям проводилась медикаментозная терапия, включавшая адсорбенты, блокаторы H_1 -гистаминовых рецепторов, средства, увлажняющие кожу.

У 6 детей 1-й группы, находившихся на искусственном вскармливании (60%), в первые 3 месяца жизни также регистрировали поражение кожи легкой (4 случая) и средней (2 случая) степени выраженности. Только у одного ребенка кожный синдром был купирован назначением лечебно-профилактической смеси, в 5 наблюдениях в течение месяца было проведено комплексное лечение: системная фармакотерапия (антигистаминные препараты, сорбенты) и местные противовоспалительные средства (ингибиторы кальциневрина и кортикостероидные препараты).

У 9 детей 2-й группы, получавших грудное молоко и имевших отягощенный по аллергическим заболеваниям анамнез (64,3%), несмотря на соблюдение матерью гипоаллергенной диеты, отмечали появление атопического дерматита легкой и средней степени тяжести. В 8 случаях клинический эффект был получен только после комплексной терапии в течение 1,5–2 месяцев (элиминационная диета для матери, H_1 -гистаминоблокаторы, сорбенты, местная терапия). У всех детей 2-й группы, находившихся на искусственном вскармливании, гиперчувствительность к пищевым антигенам появлялась в течение первых 2 недель после перевода на адаптированную смесь. Выраженность кожного синдрома была средней степени тяжести. Наряду с этим у всех младенцев отмечали появление дисфункции желудочно-кишечного тракта по типу срыгивания, кишечной колики, неустойчивого стула, нарушения кишечного всасывания. Терапия в данной подгруппе была длительной (2 месяца и более), потребовала консультативной помощи врача-аллерголога, дерматолога и детского гастроэнтеролога. Местно применяли кортикостероиды (адвантан, элоком).

Анализ выраженности симптомов поражения желудочно-кишечного тракта у детей 1-й группы показал, что в 83,3% при грудном вскармливании имелись симптомы, свидетельствовавшие о функциональных нарушениях желудочно-кишечного тракта: беспокойство, метеоризм, кишечные колики. Данные симптомы проходили самостоятельно и не требовали медикаментозной терапии. На появление неустойчивого стула указывали 4 матери, после коррекции питания кишечный синдром был купирован.

У детей 1-й группы, находившихся на искусственном вскармливании, признаки кишечной дисфункции определяли в 9 из 10 случаев (срыгивания, кишечная колика, жидкий стул, нарушение кишечного всасывания). У 2 детей метеоризм сочетался с явлениями задержки стула до 3–4 суток. Традиционная терапия функциональных нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта была эффективной во всех наблюдениях. Симптомы, как правило, купировались в течение первых 10 дней. Клинико-лабораторные признаки вторичной гиполактазии определялись у 2 детей, нормализации стула достигали при использовании низколактозных смесей.

Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта диагностированы у 10 детей 2-й группы, находившихся на грудном вскармливании (57,1%). Чаще регистрировали кишечные колики, вздутие живота, срыгивание. Только у 2 из 10 детей с гастроинтестинальной симптоматикой кишечные колики и вздутие живота сочетались с водянистой диареей. В 3 случаях отмечались стойкие (до 4–5 дней) запоры. У всех детей с высоким риском атопии, находившихся на искусственном вскармливании, в первые две недели от назначения детских адаптированных смесей появлялась желудочно-кишечная симптоматика. В половине случаев на фоне беспокойства, вздутия живота и кишечных колик отмечались частые срыгивания. Неустойчивый стул зарегистрирован в 3 наблюдениях (запоры чередовались с диареей и симптомами нарушенного кишечного всасывания), для 5 детей были характерны длительные запоры.

Детям обеих групп проводилось исследование микробиоты толстой кишки. Во всех случаях имелись лабораторные признаки дисбактериоза I и II степени (компенсированные и субкомпенсированные формы). Более выраженные нарушения микробиоценоза кишечника выявлены у детей, находившихся на искусственном вскармливании, имевших симптомы поражения кишечника и атопического дерматита.

При копрологическом исследовании в динамике у детей с кишечной дисфункцией ферментативная недостаточность проявлялась стеатореей смешанного типа. Обращало на себя внимание, что на фоне оформленного стула изменения в копрограмме имели дети, находившиеся на искусственном вскармливании. У детей 2-й группы, получавших адаптированные смеси, изменения в копрограмме свидетельствовали о наличии экзокринной недостаточности поджелудочной железы. Нейтральный жир в кале определялся у детей 2-й группы с клиникой нарушенного кишечного всасывания и поражением кожи.

В течение анализируемого времени (6 месяцев) 4 ребенка 1-й группы, находившихся на грудном вскармливании, не имели инфекционных заболеваний. У 8 детей отмечались по 1–2 эпизода острой респираторной вирусной инфекции легкой степени тяжести. В подгруппе искусственного вскармливания только 2 ребенка в течение 6 месяцев перенесли легкую

респираторную инфекцию по типу острого ринофарингита, у остальных 8 детей зарегистрировано до 3–4 эпизодов острой респираторной вирусной инфекции, 3 ребенка получили лечение по поводу анемии легкой степени тяжести, 2 детям проводилась терапия острой кишечной инфекции.

Во 2-й группе при грудном вскармливании только 3 ребенка не болели за весь период наблюдения. У остальных 11 детей отмечались повторные случаи острой респираторной вирусной инфекции (2–3 эпизода), 2 детей перенесли инфекцию мочевыводящих путей. Из 8 детей 2-й группы, получавших адаптированные формулы, 6 детей в течение 6 месяцев перенесли от 2 до 4 респираторных инфекций, у 1 ребенка развилась пневмония и инфекция мочевыводящих путей, в 1 случае наблюдали острую кишечную инфекцию, легкая анемия зарегистрирована у 2 детей.

Обсуждение полученных данных. В работах ряда отечественных и зарубежных исследователей показано, что продолжительное грудное вскармливание может оказывать влияние на частоту аллергических заболеваний у детей [1, 3, 5]. Наряду с этим существуют научные исследования и клиническая практика, которые свидетельствуют, что в самом материнском молоке находятся аллергены (к числу которых относятся и белки коровьего молока), попадающие в молоко матери из ее пищи, способные вызвать сенсибилизацию и развитие клинических проявлений аллергии у младенцев [4, 7, 8]. В связи с этим для педиатрической практики особо актуальна разработка тактических вопросов первичной и вторичной профилактики аллергии, особенно у детей из группы высокого риска по развитию атопии.

Проведенный анализ показал, что характер вскармливания влиял на развитие и уровень общей заболеваемости. У младенцев, находившихся на искусственном вскармливании, чаще встречались функциональные нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта, были выражены дисбиотические изменения в кишечнике, частота респираторных заболеваний и других инфекций у них была выше, чем у детей, получавших материнское молоко. При искусственном вскармливании у младенцев чаще развивалась гиперчувствительность к пищевым антигенам, а при наличии отягощенного аллергологического анамнеза — проявления атопической болезни (атопический дерматит, гастроинтестинальная форма пищевой аллергии). Дети, получавшие адаптированные смеси, имели более высокие показатели физического развития по сравнению с детьми, находившимися на грудном вскармливании. При этом у младенцев с отягощенным по атопии анамнезом отмечалась тенденция к более высоким ежемесячным прибавкам в массе. Достоверных различий при анализе показателей метаболизма не регистрировали, но у детей на искусственном вскармливании регистрировалась тенденция к более высокому уровню в крови холестерина и липопротеидов низкой плотности.

Анализ полученных и литературных данных свидетельствует, что при разработке мероприятий по профилактике наследственной атопии основное внимание должно уделяться развитию у ребенка толерантности к пищевым аллергенам и предупреждению IgE-опосредованной сенсибилизации [3, 6, 9]. Существует два подхода к решению данной проблемы. Прежде всего, это первичная профилактика — предупреждение ранней сенсибилизации и аллергизации к пищевым аллергенам. Диета кормящей женщины должна быть гипоаллергенной с обязательной элиминацией облигатных и факультативных аллергенов, а также продуктов с повышенным содержанием гистамина, тирамина и других гистаминолибераторов. При искусственном вскармливании необходимо отдавать предпочтение гипоаллергенным смесям, белки которых не обладают выраженной сенсибилизирующей активностью, но способны стимулировать развитие толерантности к пищевым белкам и активизировать систему Т-хелперов 1-го типа. Определенную роль, особенно у детей из группы риска, играет более позднее (после 6 месяцев) введение прикорма и неиспользование коровьего молока в качестве прикорма до 1 года.

Другим подходом к профилактике прогрессирования генетически детерминированных иммунологических нарушений с развитием «атопического марша» является комплекс мероприятий по устранению симптомов у уже сенсибилизированного или аллергизированного ребенка с помощью терапевтических мероприятий в соответствии с рекомендуемыми в педиатрической практике протоколами [1, 5].

Выводы

1. Грудное вскармливание является важнейшим условием профилактики реализации у детей генетической предрасположенности к гиперчувствительности к пищевым аллергенам, что необходимо учитывать при планировании диспансерного наблюдения за детьми из группы риска по данной патологии.

2. Раннее искусственное вскармливание, особенно у детей из группы риска по аллергической гиперчувствительности, является дополнительным фактором, способствующим нарушению процессов метаболического программирования и проявлению генетически детерминированных иммунологических нарушений.

3. У детей с отягощенной по атопии наследственностью все заболевания протекают более длительно и требуют комплексной медикаментозной коррекции и консультаций специалистов.

Литература

1. Боровик Т.Э., Ревякина В.А., Макарова С.М. Современные представления о лечебном питании при пищевой аллергии у детей раннего возраста // *Доктор Ру*. 2004. № 2. С. 2–8.
2. Булатова Е.М., Габруская Т.В., Нетребко О.К. Питание и формирование здоровой микрофлоры у детей первых месяцев жизни // *Педиатрия*. 2007. Т. 86, № 3. С. 84–89.
3. Нетребко О.К. К вопросу о выборе лечебных смесей для питания больных детей // *Вопросы современной педиатрии*. 2004. Т. 3, № 1. С. 73–75.

4. Урсова Н.И. Детские молочные смеси и состояние иммунитета // *Рос. педиатр. журн.* 2007. № 2. С. 50–52.
5. Фрицше Р. Профилактика аллергии к белкам коровьего молока путем индукции пищевой толерантности гипоаллергенными детскими смесями // *Вопросы современной педиатрии.* 2003. Т. 2, № 3. С. 21–24.
6. Calder P., Field C. Fatty acids, inflammation and immunity // *Nutrition and immune function* / ed. H.C. Calder, C.J. Field, C.J. Gill. CABI publishing, 2002. № 6. С. 57–62.
7. Fraker P., King L., Laako T. et al. The dynamic link between the integrity of the immune system and zinc status // *J. Nutr.* 2000. Vol. 130. P. 1399–1406.
8. Fjeld C.R. The metabolic effects of nutritional status // *Nutrition, Infection and Immunity in infants and Children. NNW series.* 2001. Vol. 45. P. 281–302.
9. Klein S., Kinney J., Jeejeebnoy K. et al. Nutrition Support in Clinical Practice: Review of Published Data and Recommendation for Future Research Directions // *Am. J. Clin. Nutr.* 2008. Vol. 66. P. 683–706.

Поступила в редакцию 04.12.2008.

ANALYZING THE BREAST FEEDING MODE AS A FACTOR OF ATOPY

T.A. Shumatova, L.A. Grigoryan, N.G. Prikhodchenko
Vladivostok State Medical University (2 Ostryakova Av.
Vladivostok 690950 Russia)

Summary – To this day, the doctors cannot reach an understanding about the role of nutrition in the system intended for preventing progression of allelically determined immunological disorders. The authors have analyzed newborn histories (form 112) and case follow-up of 44 children since birth to six months, and drawn a conclusion that the breast feeding is the most important condition to prevent the manifestation of inherited predisposition for allergic hyperresponsiveness. Early artificial feeding is a complimentary factor that results in metabolic programming disorders and genetically determined immunological disorders.

Key words: *infancy, breast feeding, atopy.*

Pacific Medical Journal, 2010, No. 1, p. 34–37.

УДК 616-053.36-036.86

Н.И. Кулакова, Л.К. Антонова, С.М. Кушнир, А.Н. Малинин, М.А. Попова, О.А. Смирнова

Тверская государственная медицинская академия (170100 г. Тверь, ул. Советская, 4)

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Ключевые слова: качество жизни, дети, критические состояния.

С помощью опросника QUALIN исследовано качество жизни 47 детей грудного возраста. Показано, что дети, родившиеся в критическом состоянии, в первом полугодии после рождения имели более низкий уровень качества жизни в сравнении со здоровыми сверстниками за счет уменьшения параметров всех уровней функционирования.

Качество жизни (КЖ) – это один из ведущих критериев, определяющих уровень здоровья ребенка на различных этапах наблюдения в педиатрии [1]. Особенно актуальным представляется изучение последствий тяжелых заболеваний и их лечения, которые оказывают значительное влияние на физическое состояние ребенка, его эмоциональную сферу, социальную активность и когнитивное функционирование [2, 3].

Целью настоящего исследования был анализ КЖ детей 1-го года жизни, родившихся в критическом состоянии.

Материал и методы. Всего обследовано 47 пациентов: 1-я группа – 19 детей, родившихся в критическом состоянии; 2-я группа – 28 условно здоровых детей (группа сравнения). Все дети родились при сроке гестации 37–40 недель, разницы в средней массе тела и длине между группами не зарегистрировано. Качество жизни оценивалось при рождении в 1, 3 и 6-й месяцы жизни с помощью международного инструмента QUALINI (1997). Его русская версия разработана в лаборатории проблем медицинского обеспечения и КЖ детского населения Научного центра здоровья детей РАМН. Был использован блок для детей

в возрасте до 1 года, который включает 33 вопроса и 6 вариантов ответов. Исследования проводились на базах родильного дома № 4, Городской клинической больницы № 1, кафедры педиатрии ТГМА.

Результаты исследования и обсуждение полученных данных. Антенатальный период у матерей 1-й группы был отягощен инфекциями, угрозой прерывания беременности, анемией, фетоплацентарной недостаточностью. Осложнения во время родов зарегистрированы здесь в 18 случаях: родовая слабость, отслойка плаценты, дискоординация родовой деятельности. 13 детей из 1-й группы родились в тяжелой асфиксии, потребовавшей реанимационных мероприятий, у остальных детей ухудшение состояния отмечалось в первые часы жизни. Все дети 1-й группы на 1–3-и сутки были переведены в отделение реанимации. Средняя продолжительность пребывания там составила $36,1 \pm 7,8$ дня, средняя длительность искусственной вентиляции легких – $8,1 \pm 5,2$ дня. В первую неделю жизни все новорожденные получали частичное парентеральное питание, антибактериальную, иммунокорректирующую терапию, гемостатики. Были диагностированы врожденная пневмония (5 детей), церебральная ишемия III степени (11 детей), респираторный дистресс-синдром (2 детей), внутричерепное кровоизлияние (1 ребенок).

Аntenатальный период у 23 матерей группы сравнения был отягощен инфекционными заболеваниями, угрозой прерывания беременности, фетоплацентарной недостаточностью, анемией. Осложнения во время родов зарегистрированы в половине случаев. Все дети этой группы родились без асфиксии, и период новорожденности протекал у них без осложнений.

Кулакова Наталья Ивановна – канд. мед. наук, доцент кафедры педиатрии ФПДО, ПК и ППС ТГМА; тел.: 8 (4822) 35-70-49; e-mail: natalia-kulakova@mail.ru.