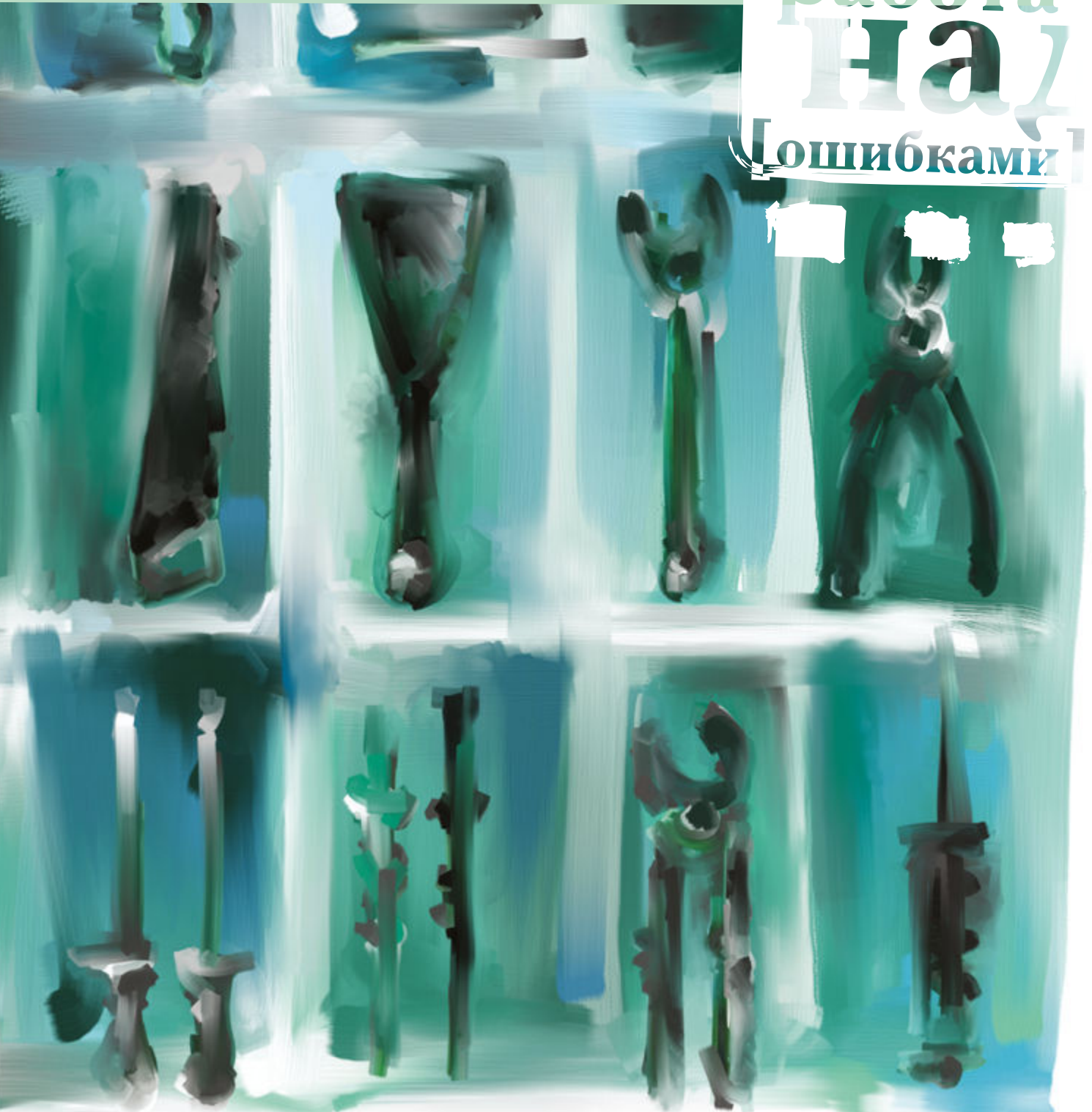


работа На «Шибками»



Для библиографических ссылок

- Лёкий С.В. Несоблюдение протоколов диетотерапии при функциональных нарушениях пищеварения и при аллергии к белкам коровьего молока – незнание или неумение? (По материалам выступлений проф. Г.А. Новика, доц. М.А. Ткаченко, доц. С.И. Бардениковой) // StatusPraesens. Педиатрия и неонатология. — 2022. — №3 (89). — С. 13–19.
- Костин И.Н. Итоги переключки перинатальных центров РФ за 2021 год // StatusPraesens. Педиатрия и неонатология. — 2022. — №3 (89). — С. 20–23.

если компромисс неприемлем

Несоблюдение протоколов диетотерапии при функциональных нарушениях пищеварения и при аллергии к белкам коровьего молока — незнание или неумение?

По материалам выступлений: Геннадия Айзиковича **Новика**, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой детских болезней им. И.М. Воронцова ФП и ДПО СПбГПМУ; Михаила Арнольдовича **Ткаченко**, канд. мед. наук, доц. кафедры поликлинической педиатрии им. А.Ф. Тура СПбГПМУ (Санкт-Петербург); Светланы Ивановны **Бардениковой**, канд. мед. наук, доц. кафедры педиатрии лечебного факультета МГМСУ им. А.И. Евдокимова (Москва)

Автор-обозреватель: Сергей Витальевич **Лёцкий**, StatusPraesens (Екатеринбург)

В чём дело? Диагноз ребёнку установлен правильный, клинические рекомендации для лечения этого состояния созданы, утверждены и актуальны, необходимые продукты и препараты зарегистрированы для применения, однако (по не вполне понятным причинам!) **не удаётся обеспечить** планомерного соблюдения протоколов лечения. Что же именно мешает?

Разбору этой темы на примерах аллергии к белкам коровьего молока (АБКМ) и функциональных нарушений пищеварения у детей была посвящена одна из **самых интересных секций** насыщенной научной программы IX Общероссийской конференции «FLORES VITAE. Контраверсии в неонатальной медицине и педиатрии», прошедшей с 7 по 10 сентября в г. Сочи. В обсуждении приняли участие проф., докт. мед. наук Геннадий Айзикович **Новик**, канд. мед. наук, доц. Михаил Арнольдович **Ткаченко** и канд. мед. наук, доц. Светлана Ивановна **Барденикова**.

Цифры, описывающие распространённость пищевой аллергии, сильно колеблются в зависимости от региона, и связано это скорее всего с недоиспользованием **универсальных диагностических подходов**. Новейшие зарубежные данные свидетельствуют, что речь идёт о 19% взрослых и 11% детей, а наиболее значимые аллергены — **молоко** (с большим отрывом!) и **яйцо**¹. Именно с АБКМ ассоциирован синдром мальабсорбции у 6% детей всех возрастов, в том числе у 13–35%

пациентов младше 2 лет с хронической диареей².

Ситуация с функциональными нарушениями пищеварения похожа, но имеет свои особенности. По разным оценкам, критерии по крайней мере для одного из этих состояний могут быть выявлены у 27–40,5% младенцев^{3,4}. В значительной доле случаев пациентам с подобными расстройствами назначают методы лечения, неэффективные по критериям доказательной медицины⁵. **Недостаточная результативность терапии** приводит

[Следует отметить, что в значительной доле случаев пациентам с функциональными нарушениями пищеварения назначают методы лечения, неэффективные по критериям доказательной медицины.]



Геннадий Айзикович Новик, проф., докт. мед. наук, зав. кафедрой детских болезней им. И.М. Воронцова ФП и ДПО СПбГПМУ (Санкт-Петербург)

ских¹⁰ и японских коллег¹¹, специалистов Среднего Востока¹², а также обновлённый протокол по диагностике и рациональному управлению АБКМ¹³, сформулированный Всемирной организацией по аллергии (World allergy organization, WAO). Для **российских врачей** основное подспорье — методическое руководство «Пищевая аллергия у детей»¹⁴ и клинические рекомендации «Пищевая аллергия»^{15,16}.

Патогенез пищевой аллергии хорошо изучен: **основной путь** проникновения антигенов-виновников — слизистая оболочка желудочно-кишечного тракта. После сенсибилизации увеличивается активность В-клеточных структур, в организме появляются **специфические** иммуноглобулины Е (IgE), ответственные за нежелательные реакции. Механизмы иммунитета при этом сдвигаются в сторону Т2-ответа, происходит выброс соответствующих цитокинов

проводят тесты активации базофилов и тучных клеток либо компонент-разделённую диагностику, при которой используют не аллергены, а их антигенные детерминанты. Если же и эти методы не позволяют сформулировать окончательный диагноз, встаёт вопрос о провокационных пробах¹⁸. Последние не используют в России, в нашей стране они заменены **диагностическим** введением продукта-аллергена.

Докладчик представил **подробный разбор** новых рекомендаций, составленных весьма авторитетными экспертами из Европы, Северной Америки, Ближнего Востока, Африки, Австралии и Азии в области диагностики АБКМ (2022)¹⁹. Помимо основных положений документа спикер упомянул и о **некоторых его недостатках**. По мнению проф. Г.А. Новика, в этом консенсусе можно проследить тенденцию по **принижению** вероятности АБКМ и её вины в развитии многих клинически значимых нарушений.

Так, перечень симптомов, наводящих на мысль об этом недуге, в руководстве **грамматически снижен** — к значимым отнесены лишь задержка роста, снижение уровня сывороточного альбумина, повторные выделения крови из желудочно-кишечного тракта и отёки. В реальности признаки АБКМ многочисленны и разнообразны, а перечисленные как раз могут отсутствовать или **появляются поздно**. Геннадий Айзикович назвал такой подход «уменьшением количества больных АБКМ **волевым усилением**».

Много споров между специалистами в последнее время вызывает **диета кормящей матери**. К **противоречивым** пунктам последних рекомендаций, выразив своё **несогласие** с ними, докладчик отнёс следующие:

- обычно нет необходимости в ограничении питания матери при подозрении или уже **доказанной АБКМ у ребёнка**;
- ограничения возможны, если у ребёнка выявлены отклонения ростовых показателей от нормативных и низкий уровень сывороточного альбумина (с отёками или без

[В реальности признаки АБКМ многочисленны и разнообразны, при этом задержка роста, снижение уровня сывороточного альбумина, отёки, кровь в стуле могут отсутствовать или появляются поздно.]

к негативным последствиям, таким как депрессивные изменения у матери, нарушение установления эмоциональной близости между ребёнком и родителями, жестокое обращение с детьми, **замедление их роста и развития**. Эти пациенты чаще посещают медицинские учреждения, в таких семьях значительно снижено качество жизни^{6,7}.

В основе — элиминация

В начале доклада по диетотерапии пищевой аллергии **проф. Г.А. Новик** перечислил международные методические документы, посвящённые предотвращению атопических состояний у детей. В их числе консенсус Американского общества аллергологов⁸, европейский документ по разнообразию питания во время **беременности** и грудного вскармливания (ГВ)⁹, аналогичные работы мексикан-

и развивается **воспалительная реакция**¹⁷. Однако природой предусмотрен механизм самоисправления иммунных ошибок: со временем ребёнок **«перерастает»** эти настройки — уровень IgE падает, в то время как повышается количество блокирующих IgG.

Геннадий Айзикович предложил слушателям **алгоритм**, позволяющий подтвердить наличие у ребёнка пищевой аллергии. На первом этапе выполняют кожные прик-тесты** (с пороговым значением 3 мм) или определяют уровни специфических IgE ($\geq 0,35$ кЕд/л). Их позитивные значения с **95%** прогностической ценностью дают возможность предположить сенсибилизацию. В случае **сомнительного** результата (например, расхождение клинической картины и анализов) дополнительно

* Положения, описывающие ведение детей с пищевой аллергией, сформулированы в гайдлайне 2018 года и готовятся к переизданию протокола.

** Кожные прик-тесты — метод диагностики, при котором предполагаемый аллерген наносят на кожу, прокалывая её скарификатором на глубину до 1 мм. После этого оценивают размеры воспалённого участка.

таковых). Такой подход также допустим в ситуации, когда мать чётко связывает собственное питание с появлением кожных симптомов пищевой аллергии у младенца и сама желает ограничить свой рацион для облегчения его состояния;

- при назначении элиминационной диеты нужно принять во внимание тот факт, что ограничения питания — нагрузка на семью (как физическая, так и психологическая).

Спикер отметил: при **своевременном** обнаружении АБКМ исключение молока, продуктов из него, а также обеспечение **гипоаллергенного статуса** в быту и короткие курсы глюкокортикоидов для местного применения (при необходимости) дают отличные терапевтические результаты. При этом их нельзя считать **слишком обременительными** мерами — они способствуют купированию проявлений аллергии и улучшению состояния ребёнка^{16,14}.

Молочная агрессия

Крайне сложно избежать пищевой аллергии у тех, кто **лишён** возможности получать материнское молоко. При **невозможности грудного вскармливания** некоторые дети в период наивысшей проницаемости кишечного барьера уже контактируют с продуктами-заменителями. Исследования демонстрируют, что исключение цельного белка коровьего молока в **первые 3 дня** жизни снижает вероятность развития АБКМ к 2 годам вдвое, а анафилаксии — в 8 раз²⁰. В связи с этим существуют рекомендации: **избегать** смесей на основе молочного белка в первую неделю жизни ребёнка^{21,22}.

Возникает вопрос: что применять, когда **АБКМ у ребёнка уже выявлена**? Продуктом выбора в этом случае следует считать высокогидролизную (ВГС) или аминокислотную (АКС)

смесь (табл.), тогда как составы на основе сои **не рекомендованы** до возраста 6 мес. Нельзя также использовать немодифицированные протеины молока других животных, в частности козы и овцы.

При наличии у детей младше 18 мес симптомов **АБКМ лёгкой и средней** степени тяжести (изолированные кожные проявления) на 2–6 нед назначают диагностическую элиминационную диету — ВГС («Нутрилон Пепти Аллергия»), а при диарее или **других гастроинтестинальных симптомах** используют безлактозную смесь с добавлением среднецепочечных триглицеридов («Нутрилон Пепти Гастро»). После улучшения и стабилизации состояния проводят пробу с **частично** гидролизованным молочным белком. В случае отсутствия толерантности питание ВГС **продлевают** на 6 мес или до возраста 9–12 мес.

Если ВГС неэффективны после 6 нед применения, при этом наблюдают задержку физического развития, множественную пищевую аллергию или анафилаксию, а также в случаях, когда АБКМ изначально протекает **тяжело**, на срок 1–1,5 года назначают АКС (младенцам — «Неокейт ЛСР», а после 1 года и до 10 лет жизни — «Неокейт Джуниор»). Можно использовать АКС, содержащие **про- и пребиотики** («Нутрилон Аминокислоты Супео»*), — такие добавки эффективно модулируют иммунологическую составляющую, что позволяет быстрее достичь толерантности к белку молока.

После продолжительного применения АКС ребёнка постепенно переводят на ВГС, а затем и на продукты, содержащие **цельный белок**, согласно принципу «молочной лестницы»²³. Однако это происходит, как правило, не ранее 2–3-го года жизни.

Что же касается высокоаллергенных продуктов (рыба, яйцо), современные рекомендации утверждают, что их можно

* Не применяют у недоношенных и детей с иммунодефицитными состояниями.

Таблица. Первая линия диетотерапии при аллергических заболеваниях согласно зарубежным гайдлайнам^{**13,24–27}

Диагноз	iMAP guideline, 2019	BSACI, 2018	DRACMA guidelines, 2022	ESPGHAN, 2012	ASCIA, 2009
Анафилаксия	АКС	АКС	АКС	АКС	АКС
Острая крапивница/ангиоотёк	ВГС	ВГС	ВГС	ВГС	ВГС
Атопический дерматит	ВГС	ВГС /АКС	ВГС	ВГС /АКС	ВГС
Эозинофильный эзофагит	—	АКС	АКС	АКС	АКС
Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	ВГС	ВГС	ВГС	ВГС	ВГС
Белок-индуцированная энтеропатия	ВГС	ВГС/АКС	ВГС	АКС	ВГС
Энтероколитический синдром	—	АКС	ВГС	АКС	ВГС
Проктоколит	ВГС	ВГС	ВГС	ВГС	ВГС

** ASCIA — Australasian society of clinical immunology and allergy, Австралийское общество клинической иммунологии и аллергологии; BSACI — British society for allergy and clinical immunology, Британское общество аллергологии и клинической иммунологии; DRACMA guidelines — Diagnosis and rationale for action against cow's milk allergy guidelines, Клинические рекомендации по диагностике и рациональному противодействию АБКМ; ESPGHAN — European society for paediatric gastroenterology, hepatology and nutrition, Европейское общество детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов; iMAP guideline — international interpretation of the Milk allergy in primary care, Международная трактовка руководства по аллергии на молоко в первичной медико-санитарной помощи.

подключать к рациону после того, как остальные виды прикорма уже включены. Впрочем, точные сроки введения и влияние употребления такой пищи на аллергические проявления до конца ещё не определены и служат предметом дискуссий⁹.

Регургитация, колика, запор

Начиная свой доклад, доц. М.А. Ткаченко представил обновлённые статистические данные по функциональным нарушениям в соответствии с IV Римскими критериями²⁸. Наиболее частое состояние — регургитация (срыгивания) (10–18%), затем следуют колики (4–20%), тогда как на функциональный запор приходится 4–8%. Практикующий врач, сталкиваясь с этими состояниями, должен учитывать тип вскармливания младенца, а также пом-



Михаил Арнольдович Ткаченко, канд. мед. наук, доц. кафедры поликлинической педиатрии им. А.Ф. Тура СПбГПМУ (Санкт-Петербург)

[Приёмы позиционной терапии можно использовать для профилактики срыгивания. Однако выкладывать на живот можно только во время бодрствования, ночной сон на животе недопустим для младенца.]

нить, что небольшая их часть имеет **аллергическую природу**²⁹.

При регургитации в первую очередь необходимо исключить три группы **тревожных признаков**, которые могут свидетельствовать о серьёзных нарушениях.

1. Симптомы обструкции или органических заболеваний желудочно-кишечного тракта:

- рвота форсированная или с жёлчью;
- кровь в стуле или рвотных массах;
- дебют желудочно-кишечных нарушений после 6 мес.

2. Симптомы системных или неврологических заболеваний:

- гепатоспленомегалия;
- взбухание родничка;
- макро- или микроцефалия;
- судороги, гипо- или гипертонус;
- признаки генетических нарушений (трисомия по 21-й паре хромосом);
- проявления хронического инфекционного процесса (ВИЧ-инфекция).

3. Неспецифические симптомы:

- низкая прибавка массы тела;
- лихорадка;
- спутанность сознания;
- дыхательные нарушения.

Если этих признаков нет, следует продолжить ГВ, избегать перекармливания, а также использовать загустители и приёмы позиционной терапии. Нужно объяснить матери, что положение **на животе** уменьшает срыгивания, но в то же время повышает вероятность дыхательных расстройств и риск синдрома **внезапной смерти**. Ночной сон на животе допустим только у детей старше года, а днём такая поза безопасна лишь под пристальным **наблюдением родителей**.

Предотвратить регургитацию возможно, если некоторое время после кормления подержать ребёнка в **вертикальном положении**. А вот от «присаживания» младенца в кресло или непосредственно **на руках у родителей** следует отказаться, не стоит также оставлять его в положении полусидя на мягких подушках и матрацах³⁰.

При отсутствии эффекта от перечисленных мер следует предположить **аллергическую природу** нарушений и провести пробную элиминацию молочного белка. При ГВ из диеты матери исключают продукты, содержащие молоко, а при искусственном вскармливании — на 2–4 нед переводят ребёнка на ВГС (например, «Нутрилон Пепти Аллергия») или АКС («Неокейт» или «Нутрилон Аминокислоты Syneo»). После этого периода при улучшении состояния младенца возможно диагностическое введение продуктов или смесей, содержащих молочный белок. В случае подтверждения АБКМ элиминационную лечебную диету продлевают ещё на 6 мес или до возраста ребёнка 12–18 мес жизни²⁵.

Если же в течение 4 нед **улучшения не наступает** даже на АКС, следует направить ребёнка к гастроэнтерологу. Как правило, он назначит эндоскопическое исследование и рН-метрию, а затем с большой долей вероятности — препараты из группы **ингибиторов протонной помпы**. Впрочем, нередко консультация узкого специалиста **в ближайшее время недоступна** из-за организационных проблем и банального дефицита кадров (кстати, это характерно не только для РФ, но и для зарубежных стран). В такой ситуации педиатр **может самостоятельно рекомендовать** ингибиторы протонной помпы, но только в случае неудачи предпринятых ранее мер (постуральной, элиминационной терапии, исключения перекармливания).

Одновременно следует **предупредить** родителей, что само по себе лекарственное средство не уменьшит количество срыгиваний, но улучшит состояние пациента, снизив выраженность раздражения слизистой оболочки пищевода и, как следствие, беспокойство ребёнка. Важно знать, что в России к применению у детей раннего возраста одобрен лишь эзомепразол, однако его допустимо рекомендовать пациентам старше года. Именно поэтому назначение препарата **у младенцев** должно быть одобрено **врачебной комиссией**.

При наличии **лечебного эффекта** в течение 2–4 нед приём ингибитора протонной помпы продолжают (в среднем ещё в течение месяца), если никаких позитивных сдвигов нет — отменяют³¹. В этом случае, а также при возвращении симптомов после завершения курса

эзопрепразола консультация гастроэнтеролога крайне необходима — для уточнения причины нарушений и подбора терапии.

При коликах, втором по частоте функциональном расстройстве пищеварения, в алгоритмах терапии отсутствуют какие-либо медикаменты, так как эффективность их применения не доказана. Первым делом, как и при срыгиваниях, обращают внимание на «красные флаги» — задержку физического развития, рвоту и др.

Заподозрить аллергический процесс целесообразно при осложнённом атопией семейном анамнезе и наличии кожных проявлений аллергии. В этой ситуации при искусственном вскармливании меняют базовую смесь на ВГС — они дают результат уже через 48 ч³². Ещё более быстрый и выраженный эффект отмечают при назначении АКС. В частности, смесь «Неокейт»³³ хорошо переносится, улучшает состояние ребёнка в течение 1–2 дней и снижает продолжительность плача на 1–3,1 ч в сутки.

Колиты у детей на ГВ редко связаны с аллергией, однако при наличии у ребёнка симптомов атопии (например, изменений кожи) матери назначают элиминационную диету. После нормализации состояния младенца обязательно диагностическое введение молочных продуктов в рацион кормящей для подтверждения того, что симптомы и последовавшее за элиминацией терапевтическое улучшение связаны именно с молочным белком³⁴.

Важно отметить следующие нюансы: продолжительный плач ребёнка, наблюдаемый в том числе при коликах, ассоциирован с выраженным беспокойством или депрессией родителей, синдромом жестокого обращения с детьми. Так, согласно результатам крупной научной работы (n=3259), около 5,6% младенцев в этой ситуации хотя бы раз подвергались насилию. В пересчёте на абсолютные значения это выглядит следующим образом — практически каждого 17-го ребёнка во время продолжительного плача душили, трясли или шлёпали³⁵. Для профилактики такого отношения семьи нуждаются в обучении и психологической поддержке.

Запоры — менее частое явление по сравнению с двумя предыдущими функциональными расстройствами, но и оно затрагивает примерно каждую 20-ю семью, где есть младенец. Согласно международным консенсусам, при этом состоянии «красными флагами» считают указания в анамнезе на отсутствие мекония в течение 24 ч, вздутие живота, рвоту, аномалии ануса или крестца, соматические болезни, кровь или слизь в кале и задержку физического развития. В отечественных рекомендациях Общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов³⁶ этот список намного расширен. Документ содержит порядка 20 тревожных симптомов (см. плашку), при выявлении которых следует направить ребёнка к узкому специалисту для углублённого обследования³⁶.

Если «красных флагов» у ребёнка на ГВ нет, следует исключить гипогалактию, которая также может служить причиной редкого стула. При искусственном вскармливании необходимо проверить, правильно ли мать готовит смесь, а при выявлении ошибок обучить её делать это надлежащим образом. Можно перевести ребёнка на частично гидролизованные формулы с β-пальмитатом («Нутрилон Комфорт»): они существенно снижают частоту запоров — на 63%³⁷.

Тревожный список

Врача должны насторожить следующие симптомы, выявленные у младенцев и детей раннего возраста с запорами:

- раннее начало запора (в течение первого месяца жизни);
- выделение мекония более чем через 48 ч после рождения, если ребёнок доношенный;
- отягощённый семейный анамнез по болезни Гиршпрунга;
- лентовидный стул;
- кровь в стуле при отсутствии анальных трещин;
- задержка развития;
- лихорадка;
- рвота жёлчью;
- аномалии щитовидной железы;
- выраженное вздутие живота;
- перианальный свищ;
- аномальное положение ануса;
- отсутствие анального или кремастерного рефлекса;
- снижение мышечной силы, тонуса, а также рефлексов нижних конечностей;
- наличие пучка волос над остистыми отростками позвонков, впадина в области крестца (косвенные признаки *spina bifida*);
- отклонение межъягодичной борозды;
- сильное беспокойство во время осмотра ануса;
- рубцы в области анального отверстия.

[Продолжительный плач ребёнка, в том числе при коликах, ассоциирован с депрессией родителей и синдромом жестокого обращения с детьми.]

За рубежом для учащения стула часто назначают фруктовые соки по 15–30 мл 1–3 раза в день в зависимости от возраста. В то же время в нашей стране эта тактика не очень распространена, поскольку предполагают, что это может стимулировать повышенное газообразование. Нецелесообразно и специальное назначение большого объёма питья для устранения запоров — это усиливает диурез, никак не влияя на частоту опорожнения кишечника. Достаточно удовлетворять лишь физиологическую потребность ребёнка в жидкости.

У детей, получающих прикормы, объём молока в рационе не должен превышать 720 мл/сут, так как большее количество тормозит моторику желудочно-кишечного тракта, снижает аппетит и ограничивает количество съедаемой клетчатки.

Ошибочной тактикой следует считать и повышенное поступление клетчатки на фоне запора, это лишь усиливает вздутие и боль в животе. Пищевые волокна в виде отдельных



препаратов **не влияют** на состояние ребёнка с запорами и потому не рекомендованы к назначению.

При продолжительной задержке стула можно использовать клизмы и ректальные свечи с глицерином. Последние работают быстро, но их **нельзя применять постоянно**. Для длительного приёма подходит лактулоза (1–2 г/кг 1–2 раза в сутки с подбором дозы) у детей до возраста 6 мес и полиэтиленгликоль — у более старших (0,2–0,8 г/кг 1–2 раза в сутки с подбором дозы). В целом слабительные назначают не менее чем на 2 мес, а отменяют не ранее 1 мес после установления регулярных дефекаций³⁸. Полиэтиленгликоль безопасен в течение **6-месячного периода использования**.

Как и в случае с другими функциональными нарушениями, об аллергической природе запора задумываются при неэффективности применяемых методов, сопутствующих **проявлениях атопии** и отягощённом аллергоанамнезе (включая семейный)³⁹. Тактика в этой ситуации традиционная: кормящая мать переходит на **элиминационную диету** с исключением молочных продуктов, а при искусственном вскармливании заменяют обычную смесь на ВГС⁴⁰.

Через 2–4 нед такого питания и после нормализации стула обязательно диагностическое введение продукта, содержащего белок коровьего молока, — для подтверждения АБКМ или её исключения. При безуспешности всех перечисленных мероприятий пациента следует направить к гастроэнтерологу для углублённого обследования.

Написанного недостаточно

Во время дискуссии, развернувшейся после докладов, участники подняли вопрос о том, почему же при наличии и доступности рекомендаций по ведению пациентов с функциональными расстройствами пищеварения и АБКМ **точность выполнения** алгоритмов до сих пор оставляет желать лучшего?

Как отметили спикеры, главная причина ошибок в рутинной практике при ведении детей с **функциональными нарушениями пищеварения** — глубоко

укоренившееся мнение и даже привычка **первым делом** прибегать именно к медикаментозному лечению. Так, в случае с коликами многие врачи уверены в том, что без препаратов в таких ситуациях не обойтись. В итоге зачастую в списке назначений фигурируют сразу **несколько медикаментов**, традиционно используемых в нашей стране для устранения этой проблемы. Все в совокупности они лишь «бьют» по бюджету семьи, не обладая доказанной эффективностью⁴¹.

Диетотерапия и обучение родителей играют ведущую роль, а представление о том, что медикаменты гораздо эффективнее, чем коррекция питания, **ложное**. Во многих ситуациях достаточно просто уделить внимание работе с семьёй (уточнить режим, объём кормления и исправить выявленные ошибки), при необходимости можно заменить используемую смесь на продукты класса «комфорт» (например, «Нутрилон Комфорт»). Они специально разработаны для коррекции функциональных нарушений пищеварения (частично гидролизированный белок, олигосахариды, изменённый жировой компонент) и эффективно справляются со своей задачей. Доц. М.А. Ткаченко ещё раз акцентировал внимание аудитории: к лекарственным средствам в целом стоит прибегать лишь тогда, когда все предыдущие мероприятия — диетические, режимные, поведенческие — не дали эффекта.

В своём выступлении доц. Светлана Ивановна **Барденикова** назвала одну из насущных проблем ведения пациентов с подозрением на АБКМ — неверную организацию маршрутизации: попытку **сразу перенаправить** к гастроэнтерологу или дерматологу. При правильном подходе именно врач первичного звена должен **идентифицировать** всех без исключения детей с этим состоянием на своём приёме и чётко следовать правилам диетотерапии, обеспечивающим **более 90%** эффективности. Нет сомнений в том, что у участкового педиатра **есть все возможности для самостоятельного ведения** этих больных.

Проф. Г.А. Новик также добавил: **целевая аудитория** гайдлайна по пищевой аллергии — педиатры, именно эти специалисты указаны первыми в списке. Вне зависимости от того, где работает врач — в **амбулаторном звене** или в **стационаре**, — при АБКМ он должен

следовать несложным алгоритмам: значать ВГС или АМК. Именно эти «средства» можно считать патогенетическими, лекарственные препараты не способны обеспечить должного результата. Если же никакого эффекта на фоне диетотерапии нет, то только в этой ситуации следует обращаться за помощью к гастроэнтерологу.

Особым барьером к рациональному ведению пациентов с АБКМ и функциональными расстройствами желудочно-кишечного тракта Светлана Ивановна назвала то, что не все педиатры хорошо понимают разницу между **разными** заменителями грудного молока и не всегда знают, как особенности рецептуры каждой формулы помогают справляться с конкретными нарушениями и симптомами. Это относится в ряде случаев и к узким специалистам — часто дети с признаками этих заболеваний попадают в лечебную сеть через хирургиче-

[Одна из насущных проблем ведения пациентов с подозрением на АБКМ — неверная организация маршрутизации: попытка сразу перенаправить к узкому специалисту — гастроэнтерологу или дерматологу.]

скую службу и в виде стандартного назначения получают **безлактозную смесь**, не имеющую ни малейшего отношения к лечению АБКМ. К сожалению, довольно часто в теме лечебного питания детей первого года жизни совершают ошибки и дерматологи.

Наконец, даже отличное знание специалистом протоколов и особенностей формул в ряде случаев не ведёт к нужному результату, ведь **главный исполнитель** врачебных назначений для ребёнка — его родители. Без соответствующей информационно-консультативной поддержки они, увидев быстрый эффект или столкнувшись с **материальными сложностями**, слишком рано прекращают диетотерапию.

Именно поэтому первая задача врача — наладить и поддерживать хороший контакт с семьёй, регулярно отвечая на возникающие вопросы. Вторая — по возможности **отслеживать факт начала**, соблюдение доз и сроков терапии, её результат. Даже самым прилежным ма-



Светлана Ивановна Барденикова,
канд. мед. наук, доц. кафедры педиатрии
лечебного факультета МГМСУ им. А.И. Евдокимова (Москва)

терям нужно вовремя напомнить о **сроках завершения** элиминационной диеты и правилах повторного включения в рацион пищевых аллергенов для постепенного формирования толерантности у ребёнка.



Наличие множества протоколов **не гарантирует** их выполнения. Важно, чтобы педиатр легко ориентировался в клинических рекомендациях по этой теме, понимал различия между детскими смесями и правила их применения, квалифицированно консультировал родителей и по возможности контролировал **соблюдение** назначений. Следует также помнить, что в лечении АБКМ и функциональных нарушений пищеварения лекарственные препараты имеют свою нишу, но их роли отводят **последнее место** после исчерпания возможностей диетотерапии. **SP**

Библиографию см. на с. 84–87.

Литература и источники

1. Li J., Ogorodova L.M., Mahesh P.A. et al. Comparative study of food allergies in children from China, India, and Russia: the EuroPreval-INCO surveys // *J. Allergy Clin. Immunol. Pract.* 2020. Vol. 8. №4. P. 1349–1358. [PMID: 31857266]
2. Matthai J., Sathiashekharan M., Poddar U. et al. Guidelines on diagnosis and management of cow's milk protein allergy // *Indian Pediatr.* 2020. Vol. 57. №8. P. 723–729. [PMID: 32844758]
3. Chogle A., Velasco-benitez C.A., Koppen I.J. et al. A population-based study on the epidemiology of functional gastrointestinal disorders in young children // *J. Pediatr.* 2016. Vol. 179. P. 139–143. [PMID: 2726867]
4. Ferreira-Maia A.P., Matijasevich A., Wang Y.P. Epidemiology of functional gastrointestinal disorders in infants and toddlers: A systematic review // *World J. Gastroenterol.* 2016. Vol. 22. №28. P. 6547–6558. [PMID: 27605889]
5. Bellaiche M., Ategbro S., Krumholz F. et al. A large-scale study to describe the prevalence, characteristics and management of functional gastrointestinal disorders in African infants // *Acta Paediatr.* 2020. Vol. 109. №11. P. 2366–2373. [PMID: 32150302]
6. Vandenplas Y., Abkari A., Bellaiche M. et al. Prevalence and health outcomes of functional gastrointestinal symptoms in infants from birth to 12 months of age // *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 2015. Vol. 61. №5. P. 531–537. [PMID: 26308317]
7. Robin S.G., Keller C., Zwiener R. et al. Prevalence of pediatric functional gastrointestinal disorders utilizing the Rome IV criteria // *J. Pediatr.* 2018. Vol. 195. P. 134–139. [PMID: 29398057]
8. Fleischer D.M., Chan E.S., Venter C. et al. A consensus approach to the primary prevention of food allergy through nutrition: Guidance from the American academy of allergy, asthma, and immunology; American college of allergy, asthma, and immunology; and the Canadian society for allergy and clinical immunology // *J. Allergy Clin. Immunol. Pract.* 2021. Vol. 9. №1. P. 22–43. [PMID: 33250376]
9. Venter C., Greenhawt M., Meyer R.W. et al. EAACI position paper on diet diversity in pregnancy, infancy and childhood: Novel concepts and implications for studies in allergy and asthma // *Allergy.* 2019. Vol. 75. P. 497–523. [PMID: 31520486]
10. Toca M.C., Morais M.B., Vázquez-Frias R. et al. Consensus on the diagnosis and treatment of cow's milk protein allergy of the Latin American society for pediatric gastroenterology, hepatology and nutrition // *Rev. Gastroenterol. Mex. (Engl. Ed.)*. 2022. Vol. 87. №2. P. 235–250. [PMID: 35623990]
11. Ebisawa M., Ito K., Fujisawa T. et al. Japanese guidelines for food allergy 2020 // *Allergol. Int.* 2020. Vol. 69. №3. P. 370–386. [PMID: 33289637]
12. El-Hodhod M.A., El-Shabrawi M.H.F., AlBadi A. et al. Consensus statement on the epidemiology, diagnosis, prevention, and management of cow's milk protein allergy in the Middle East: a modified Delphi-based study // *World J. Pediatr.* 2021. Vol. 17. №6. P. 576–589. [PMID: 34817828]
13. Fiocchi A., Bognanni A., Brożek J. et al. Plan and definitions / World allergy organization (WAO) diagnosis and rationale for action against cow's milk allergy (DRACMA) guidelines update // *World Allergy Organ. J.* 2022. Vol. 15. №1. P. 100609. [PMID: 35145603]
14. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Хаитов Р.М. и др. Пищевая аллергия у детей: Методические рекомендации / Под ред. А.А. Баранова. М.: ПедиатрЪ, 2021. 76 с.
15. Пищевая аллергия: Проект клинических рекомендаций / Союз педиатров России. — URL: <https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-rek/proekty-klinicheskikh-rekomendatsiy/index.php>.
16. Пищевая аллергия: Клинические рекомендации / Минздрав РФ. 2018. — URL: <https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-rek/deystvyushchie-klinicheskije-rekomendatsii/index.php>.
17. Gargano D., Appanna R., Santonicola A. et al. Food allergy and intolerance: A narrative review on nutritional concerns // *Nutrients.* 2021. Vol. 13. №5. P. 1638. [PMID: 35145603]
18. Peters R.L., Krawiec M., Koplin J.J., Santos A.F. Update on food allergy // *Pediatr. Allergy Immunol.* 2021. Vol. 32. №4. P. 647–657. [PMID: 33370488]
19. Allen H.I., Pendower U., Boyle R.J. et al. Detection and management of milk allergy: Delphi consensus study // *Clin. Exp. Allergy.* 2022. Vol. 52. №7. P. 848–858. [PMID: 35615972]
20. Urashima M., Mezawa H., Okuyama M. et al. Primary prevention of cow's milk sensitization and food allergy by avoiding supplementation with cow's milk formula at birth: A randomized clinical trial // *JAMA Pediatr.* 2019. Vol. 173. №12. P. 1137–1145. [PMID: 31633778]
21. Halken S., Muraro A., De Silva D. et al. Preventing the development of food allergy in infants and young children: EAACI guideline (2020 update) // *Pediatr. Allergy Immunol.* 2021. Vol. 32. №5. P. 843–858. [PMID: 33710678]
22. Diaz Martin J.J., Blesa Baviera L., Campoy Folgado C. et al. Consensus document on the primary prevention of cow's milk protein allergy in infants aged less than 7 days // *An. Pediatr. (Engl. Ed.)*. 2022. Vol. 97. №1. P. 1–7. [PMID: 35786539]
23. Vandenplas Y., Al-Hussaini B., Al-Mannaai K. et al. Prevention of allergic sensitization and treatment of cow's milk protein allergy in early life: the Middle-East step-down consensus // *Nutrients.* 2019. Vol. 11. №7. P. 1444. [PMID: 31248015]
24. Новик Г.А., Жданова М.В., Зайцева Ю.О., Демидова А.С. Выбор смеси при диетотерапии детей с аллергией к белкам коровьего молока // *Вопросы современной педиатрии.* 2021. №20 (3). С. 223–231.
25. Fox A., Brown T., Walsh J. et al. An update to the milk allergy in primary care guideline // *Clin. Transl. Allergy.* 2019. Vol. 9. P. 40. [PMID: 31413823]
26. Turner P.J., Feeney M., Meyer R. et al. Implementing primary prevention of food allergy in infants: New BSACI guidance published // *Clin. Exp. Allergy.* 2018. Vol. 48. №8. P. 912–915. [PMID: 30133860]
27. Mahesh P.A., Wong G.W.K., Ogorodova L. et al. Prevalence of food sensitization and probable food allergy among adults in India: the EuroPreval INCO study // *Allergy.* 2016. Vol. 71. №7. P. 1010–1019. [PMID: 27297800]
28. Vernon-Roberts A., Alexander I., Day A.S. Systematic review of pediatric functional gastrointestinal disorders (Rome IV criteria) // *J. Clin. Med.* 2021. Vol. 10. №21. P. 5087. [PMID: 34768604]
29. Benninga M.A., Faure C., Hyman P.E. et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler // *Gastroenterology.* 2016. [Online ahead of print] [PMID: 27144631]
30. Lightdale J.R., Gremse D.A. Gastroesophageal reflux: management guidance for the pediatrician / Section on gastroenterology, hepatology, and nutrition // *Pediatrics.* 2013. Vol. 131. №5. e1684–e1695. [PMID: 23629618]
31. Rosen R., Vandenplas Y., Singendonk M. et al. Pediatric gastroesophageal reflux clinical practice guidelines: Joint recommendations of the North American society for pediatric gastroenterology, hepatology, and nutrition and the European society for pediatric gastroenterology, hepatology, and nutrition // *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 2018. Vol. 66. №3. P. 516–554. [PMID: 29470322]
32. Iacovou M., Ralston R.A., Muir J. et al. Dietary management of infantile colic: A systematic review // *Matern. Child Health J.* 2012. Vol. 16. №6. P. 1319–1331. [PMID: 21710185]
33. Estep D.C., Kulczycki A. Jr. Colic in breast-milk-fed infants: treatment by temporary substitution of neonate infant formula // *Acta Paediatr.* 2000. Vol. 89. №7. P. 795–802. [PMID: 10943960]
34. Meyer R., Chebar Lozinsky A., Fleischer D.M. et al. Diagnosis and management of Non-IgE gastrointestinal allergies in breastfed infants: An EAACI position paper // *Allergy.* 2020. Vol. 75. №1. P. 14–32. [PMID: 31199517]
35. Reijneveld S.A., Van der Wal M.F., Brugman E. et al. Infant crying and abuse // *Lancet.* 2004. Vol. 364. №9442. P. 1340–1342. [PMID: 15474137]
36. Бельмер С.В., Вольнец Г.В., Хавкин А.И. и др. Функциональные расстройства органов пищеварения у детей: рекомендации Общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов // *Российский вестник перинатологии и педиатрии.* 2021. Т. 66. №S1. С. 1–64.
37. Savino F., Castagno E., Bretto R. et al. A prospective 10-year study on children who had severe infantile colic // *Acta Paediatr.* 2005. Vol. 94. №449. P. 129–132. [PMID: 16214780]
38. Philiachi L. Management of childhood functional constipation // *J. Pediatr. Health Care.* 2018. Vol. 32. №1. P. 103–111. [PMID: 29229066]
39. Tabbers M.M., DiLorenzo C., Berger M.Y. et al. Evaluation and treatment of functional constipation in infants and children: evidence-based recommendations from ESPGHAN and NASPGHAN // *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 2014. Vol. 58. №2. P. 258–274. [PMID: 24345831]
40. Levy E.J., Lemmens R., Vandenplas Y., Devreker T. Functional constipation in children: challenges and solutions // *Pediatric Health Med. Ther.* 2017. Vol. 8. P. 19–27. [PMID: 29388621]
41. Biagioli E., Tarasco V., Lingua C. et al. Pain-relieving agents for infantile colic // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2016. Vol. 9. Art. №CD009999. [PMID: 276315]