



Zwiększona zapadalność na choroby alergiczne staje się wielkim problemem i wyzwaniem dla całego świata. Gremia naukowców opracowują różnego rodzaju programy i wytyczne dotyczące zapobiegania alergii. Niniejsze opracowanie jest przełożeniem wytycznych opracowań naukowych, a także moich własnych obserwacji i doświadczeń zawodowych, na język praktycznych uwag, którymi mogą kierować się rodzice. Mam nadzieję, że poniższe uwagi przyczynią się do ułatwienia komunikacji między lekarzem alergologiem a rodzicami dzieci z chorobami alergicznymi, a tym samym - do skuteczniejszych działań profilaktycznych.*

Zygmunt Nowacki

- European Allergy White Paper; 1997
- Raport Polskiej Grupy Ekspertów; 1997
- Wspólne Stanowisko Komitetu ds. Preparatów Hipoalergicznych European Society for Pediatric Allergology and Clinical Immunology (ESPACI) oraz Komitetu ds. Żywienia European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN); 1999
- Kaczmarek M. Współczesne możliwości zapobiegania alergii u dzieci; W-wa 2002
- Kaczmarek M. Skutki kliniczne błędów w żywieniu u małego dziecka; K-w 2002
- Von Berg A. German Infant Nutritional Intervention Study; W-wa 2002
- Sampson H. A., Sicherer S. H., Birnbaum A.H. American Gastroenterological Association technical review on the evaluation of food allergy in gastrointestinal disorders; Gastroenterology 2001
- Wąsowska - Królikowska K. Różne oblicza alergii pokarmowej. Zastosowanie preparatów mlekozastępczych; Warszawa 19.09.2003



*"To, co dziecko dziedziczy, jest predyspozycją do alergii.
O tym, czy nabawi się alergii, zadecyduje rodzaj otaczających
je zaraz po urodzeniu, a być może przed urodzeniem, warunków".
J. Brostoff*

Wyjście z ciepłego, bezpiecznego brzucha mamy w zimny, obcy świat to przedsięwzięcie wielce ryzykowne. W jednej chwili wszystko ulega zmianie: sposób oddychania, odżywiania, wydalania, regulowania temperatury ciała. Wszystko to musi się udać i najczęściej się udaje. Ostateczny sukces zależy od tego, w jaki sposób matka i dziecko są przygotowane do trudów porodu i dalszego życia. Dla całego ożywionego świata podstawową strukturą decydującą o rozwoju wszystkich organizmów jest kod genetyczny zawarty w DNA i RNA. Dopiero pół wieku temu naukowcy zrozumieli, jak to się dzieje, że rośliny i zwierzęta różnią się między sobą, mimo że są zbudowane z tych samych materiałów.

Różnice polegają na czterech molekułach tworzących DNA. Są one niczym litery używane do napisania programu budowy i funkcjonowania organizmu z jego cechami specyficznymi, którym zawdzięcza odmienność od innych gatunków, swoich rodziców i braci. Właśnie ta odmienność genetyczna dotyczy też dzieci z predyspozycją do alergii. Osiągnięcia nauki wskazują na ważną rolę badań nad mechanizmami genetycznymi alergii, które wykazują dużą zmienność populacyjną, co sugeruje, że czynniki genetyczne oprócz uwarunkowania wystąpienia objawów klinicznych mogą wpływać na ich nasilenie lub czas, w którym po raz pierwszy się ujawniają. Wywiad rodzinny to nic innego, jak określenie stopnia predyspozycji do alergii. Oczywiście jest to bardzo złożony problem, który nie zawsze udaje się nam wyjaśnić na podstawie prostej rozmowy. Może kiedyś bardzo wnikliwie badania będą mogły odpowiedzieć jednoznacznie na pytanie, czy dziecko jest predysponowane do alergii. Na razie możemy oprzeć się prawie wyłącznie na hipotezach i statystyce. Jeżeli jedno z

rodziców choruje na chorobę alergiczną, np. na astmę oskrzelową, to szansa na alergię u jego potomstwa wynosi około 30-40%, jeżeli dwoje rodziców choruje na taką samą chorobę alergiczną, to szansa ta wzrasta nawet do 72%.

Atopowe zapalenie skóry, astma oskrzelowa, alergiczne zapalenie błony śluzowej nosa i spojówek, niektóre postaci pokrzywek i obrzęku naczyniowo-nerwowego oraz alergja układu pokarmowego należą do grupy chorób alergicznych, których częstość gwałtownie wzrasta w ciągu ostatnich 20 lat. W ostatnich latach zakończono badania epidemiologiczne dotyczące występowania astmy i alergii w kilkudziesięciu krajach. Astma najczęściej występuje u dzieci australijskich, nowozelandzkich, irlandzkich i brytyjskich (do 32%), natomiast atopowe zapalenie skóry u dzieci w krajach Europy Zachodniej występuje z częstością od 9% do 24%. Zdaniem wielu alergologów w 80% u dzieci z atopowym zapaleniem skóry występującym w pierwszych 2 latach życia w późniejszym wieku rozwiną się inne choroby alergiczne.

Wróćmy na chwilę do historii ludzkości. Prawdopodobnie historia życia na ziemi liczy około 3,5 miliarda lat. Została uwieczniona stworzeniem milionów gatunków. Nasza hipotetyczna mama, która urodziła dziecko np. na terenach dzisiejszego Krakowa około 3 tysiące lat temu, na pewno sięgnęłaby do tych metod, które opracowała już historia życia na Ziemi. Co to znaczy? Nigdy nie wpadłaby na pomysł, że należy 3-tygodniowemu dziecku dać mleko krowie albo mieszankę przygotować na specjalnych produktach. Lub podać sok z winogron, z jabłka, lub marchewki. Te wszystkie pomysły wymyśliłmy niestety my pediatrzy, często z bardzo silnym wsparciem rodziców, którzy chcąc wziąć udział w wyścigu rozpoczynającego się od narodzin naszych dzieci - popędzają. Wszystkie alergeny pokarmowe, (czyli produkty spożywcze, które na co dzień spożywamy) trafią w końcu do przewodu pokarmowego dziecka. Ale powinny tam trafić dopiero wtedy, kiedy przewód pokarmowy jest na to przygotowany, aby sposób trawienia, a także sposób wyzwalania tzw. tolerancji immunologicznej, był właściwy.

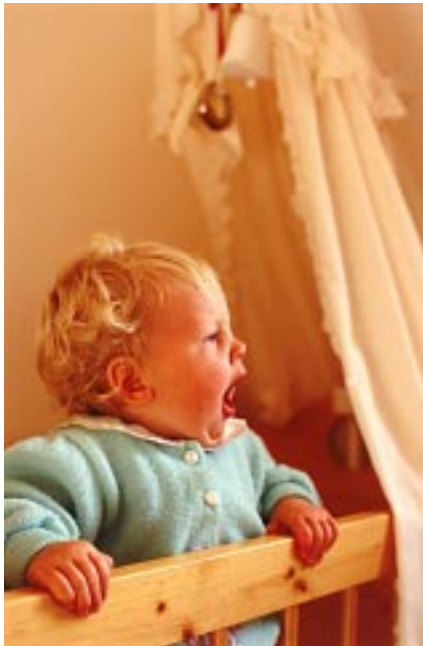
Okazało się, że tor wyścigu jest nieadekwatny do przygotowania zawodników, a punkty żywieniowe źle

zaopatrzone. Wydaje się, że lepiej przygotujemy dzieci do wyścigu, jeśli damy im szybciej naszym zdaniem "lepsze" jedzenie. Będą szybciej rosły, będą bardziej dorodne niż myśmy byli. Dziś już wiemy, że największymi błędami, działaniem wbrew naturze było namawianie matek do:

- byt wczesnego zastąpienia pokarmu matki mlekiem krowim,
- zbyt wczesnego wprowadzania do diety glutenu (mleko zagęszczone mąką) i białka jaja kurzego.

"Pokarm kobiety jest pokarmem naszego gatunku, dostosowanym pod każdym względem do możliwości trawiennych dziecka."

M. Kaczmarski



Skuteczność prewencji, czyli zapobiegania alergii, jest nierozzerwalnie związana z podstawowymi zasadami:

ZASADA I

Karmić dziecko wyłącznie piersią przez okres 6-8 miesięcy.

Kiedy zaraz po porodzie matka przystawia dziecko do piersi, otrzymuje ono najlepszy pokarm - tzw. siarę, która zawiera największe bogactwo przeciwciał, mianowicie przeciwciała z grupy IgA. Ilość ich w sianie jest **tysiącrotnie!** większa niż po pierwszym miesiącu życia.

"Pokarm matki chroni dziecko przede wszystkim przed przypadkowym nabyciem nadwrażliwości na alergeny pokarmowe, która może zdarzyć się np. po przebytych zespole biegunkowym".

M. Kaczmarek

Matka w swoim pokarmie przekazuje niemowlęciu jak gdyby "parasol" ochronny, chroniący przed agresją obcych mikroustrojów i alergenów czyhających na noworodka. Nieprzystawienie dziecka do piersi zaraz po porodzie pozbawia je tej ochrony, a także powoduje, że przewód pokarmowy ulega kolonizacji innymi bakteriami niż te, które powinny go skolonizować. W ciągu pierwszych miesięcy życia pokarm matki dostosowuje się do potrzeb dziecka. Zawiera w godzinach porannych inne proporcje składników pokarmowych, a inne w godzinach popołudniowych i wieczornych. W pokarmie zawarta jest immunoglobulina IgA, której funkcją jest zabezpieczenie przewodu pokarmowego dziecka przed ingerencją obcych drobnoustrojów, współdziałanie w procesie tolerancji pokarmowej, pomoc w utrzymywaniu stałej flory bakteryjnej. Prawidłowa

jelitowa flora bakteryjna u niemowlęcia jest czynnikiem zabezpieczającym przed alergizacją organizmu.

"Karmienie piersią, o którym powiedziano już i napisano ogromnie dużo jest dla naszego gatunku najważniejszym elementem w okresie noworodkowym i niemowlęcym, chroniącym go przed rozwojem alergii pokarmowej."

Kaczmarski M.

Oczywiście spotkacie Państwo wielu oponentów, którzy powiedzą: "Karmiłam moje dziecko piersią, a i tak nabawiło się alergii."

"Karmienie naturalne nie zawsze daje całkowitą ochronę przed alergią dzieciom z rodzin wysokiego ryzyka."

Kaczmarski M.

My jednak mamy dowody, że dzieci karmione piersią, u których też wystąpiła choroba alergiczna, przechorowały ją łagodniej i lżej niż dzieci, które były karmione sztucznie.



ZASADA II

Podawanie nowych pokarmów powinno odbywać się stopniowo, aby można było zaobserwować reakcje organizmu po nowym pożywieniu.

Rozpoczynamy wprowadzanie nowych pokarmów od jarzyn, które powinny pochodzić z upraw, gdzie nie stosuje się nawozów sztucznych. Jeżeli nie mamy pewności co do pochodzenia jarzyn, proponuję kupowanie produktów renomowanych firm, które prowadzą kontrole zawartości azotanów i azotynów w jarzynach gruntowych.

Po jarzynach wprowadzamy owoce, polecałbym polskie, dlatego, że importowane spryskiwane są obficie różnymi preparatami zabezpieczającymi przed pleśnieniem.

Po owocach wprowadzamy kasze. Co najmniej do pierwszego roku życia proponowałbym kasze bezglutenowe. Uważam, że wśród kasz, grysików i kleików opartych na ryżu, kukurydzy, tapioce, gryce czy prosie, na wstępie powinny być wprowadzone kleiki kukurydziane i ryżowe ze względu na łatwiejszy zakup i dobrą wchłanianiałość.

Pokarmy najczęściej uczulające

- mleka krowie
- jaja
- zboża glutenowe
- owoce cytrusowe
- soja
- wołowina, cielęcina
- wywary mięsne
- orzeszki ziemne
- orzechy
- ryby i małże

Na naszym rynku występuje również niskoglutenuowa mąka pszenna, przeznaczona przede wszystkim dla dzieci z celiakią. Nie powinna być ona wprowadzana jako produkt profilaktyczny w pierwszym okresie życia, bo zawiera niewielkie ilości glutenu. Gryka, choć nie zawiera glutenu, jednak jest trudniej wchłanialna i gorzej trawiona przez niemowlęta. Przez wiele tysięcy lat matki stosowały metodę wprowadzania nowych produktów w trakcie karmienia piersią. Metoda polegała na tym, że przed podaniem dziecku nowego produktu matka przystawiała je do piersi i po zakończeniu jedzenia nowego produktu ponawiała karmienie piersią. Pramatki nie bardzo wiedziały, dlaczego tak robią. My dzisiaj znamy wyjaśnienie tego zwyczaju. W trakcie karmienia piersią dziecko otrzymuje przeciwciała z grupy IgA, dzięki którym wprowadzany do jadłospisu produkt jest lepiej tolerowany, a także lepiej trawiony. Dzięki temu dziecko nabywa łatwiej zdolności tolerancji danego produktu. Zwykle u dzieci nieobciążonych predyspozycją do alergii zaczynamy około 6. mż., natomiast u dzieci z dużą predyspozycją do alergii – znacznie później. Wśród mięs preferujemy mięsa niskoalergizujące, tj. mięso jagnięcia, indyka, królika. Inne mięsa, tj.: gołąb, kaczka, gęś, konina, są w Polsce rzadziej stosowane, ale również należą do mięs niskoalergizujących. Cielęcina, wołowina, wieprzowina powinny być wprowadzane jako ostatnie (po ukończeniu 1. rż.) ze względu na to, że są one wysokoalergizujące. Mięso kurczaka wprowadzamy również stosunkowo późno dlatego, że istnieje duża szansa na tzw. alergię krzyżową z białkiem jaja kurzego. Krzyżowe alergię mogą też wystąpić w przypadku alergii na białko jaja kurzego w stosunku do jajek i mięs pochodzących od innych przedstawicieli drobiu. Białko jaja kurzego jest w naszym kraju jednym z najczęstszych alergenów pokarmowych. U dzieci z predyspozycją rodzinną zalecałbym wprowadzenie jajka do jadłospisu pomiędzy 16. a 22. mż. Natomiast u dzieci bez predyspozycji w granicach 11.-12. mż.

Wprowadzenie do posiłków produktów glutenowych powinno rozpocząć się około 11.-12. mż. Reasumując: poszerzenie jadłospisu niemowlęcia powinno następować stopniowo, po uwzględnieniu wszelkich aspektów dotyczących racjonalnego żywienia po określeniu tzw. bilansu niemowlęcia. Decyzja powinna być wspólna: rodziców i lekarza prowadzącego, zawsze pamiętając o tym, że pośpiech przy wprowadzaniu nowych produktów jest głęboko niewskazany.

ZASADA III

Dieta matki karmiącej w rodzinach z predyspozycją do alergii nie powinna zawierać silnych alergenów.

Odżywianie kobiety ciężarnej, a także kobiety karmiącej, jest problemem bardzo złożonym. W Polsce istnieje mit dotyczący żywienia kobiet karmiących: "pij mleko - będziesz miała mleko." Takim sloganem dość często są zatruwane przyszłe mamy.

Kobieta karmiąca powinna spożywać większe ilości produktów nabiałowych, ale przejadanie się, picie w nadmiernych ilościach mleka, którego bardzo często nie toleruje albo nie lubi, jest po prostu bezmyślnością. Dieta matki karmiącej powinna być racjonalnie zbilansowana, na pewno powinna być pozbawiona silnych alergenów, które w wielu krajach stanowią najczęstszą przyczynę alergii. Uważam, że matki karmiące nie powinny jadać: orzechów, w szczególności arachidowych, migdałów, ryb, owoców morza, owoców cytrusowych oraz na pewno produktów, na które uczulone jest starsze dziecko. Powinny także unikać produktów spożywczych zawierających duże ilości konserwantów.

"W okresie karmienia piersią należy unikać pokarmów, które są wysoce alergizujące. Do tej listy należy dodać pokarm, na który uczulone jest poprzednie dziecko.

Pokarmy wprowadza się stopniowo, pojedynczo, tak aby można było zauważyć reakcję. Nie podaje się żadnych nowych pokarmów, gdy dziecko jest chore".

M. Kaczmarski

Względnie bezpieczne pokarmy

Hipoalergiczne

- hydrolizaty o znacznym stopniu hydrolizy
- jabłka
- marchew
- dynia
- brokoły
- gruszki
- ryż
- kukurydza
- kurczak
- indyk
- królik

Potencjalnie mało uczulające

- ziemniaki
- morele bez skórki
- brzoskwinie bez skórki
- banany
- ananasy
- maliny
- porzeczki
- białe winogrona



ZASADA IV

W razie niemożliwości karmienia piersią dzieci pochodzących z rodzin predysponowanych do alergii, należy podać mieszankę niskoalergizującą.

W rodzinach o silnej predyspozycji do alergii, gdzie pierwsze dziecko ma już chorobę alergiczną lub choruje na nią jedno z rodziców, stosuje mieszankę profilaktyczno-leczącą o potwierdzonej skuteczności. W naszym kraju jest nią Nutramigen.

"Mleka: kozie i sojowe nie są mieszankami ani niskoalergicznymi ani niskoantygenowymi i nie służą do profilaktyki i leczenia dzieci chorych na alergię".

M.Kaczmarcki



ZASADA V

Zarówno dzieci z predyspozycją do alergii jak i chorujące na choroby alergiczne należy szczepić.

Wokół szczepień ochronnych narasta bardzo dużo niedomówień. Jestem zwolennikiem wykonywania szczepień zgodnie z kalendarzem wraz z dodatkowymi szczepieniami przeciw *Haemophilus* typu B.

Moim pacjentom proponuję szczepienie kokluszszczyponką acelularną ze względu na większą skuteczność oraz mniejsze odczyny poszczepienne. Szczepienie przeciw polio czyli chorobie Heinego-Medina zalecam tylko w systemie domięśniowym z powodu możliwości aktywacji procesów alergicznych w jelitach przez doustne podanie szczepionki. Odczyny alergiczne po klasycznych szczepieniach są związane ze składnikami konserwującymi, antybiotykami oraz substancjami stosowanymi jako podłoże hodowlane przy produkcji niektórych szczepionek (np. zarodki kurze) i są bardzo rzadkie.

Przeciwwskazaniem do szczepienia przeciwko odrze, śwince, różyczce jest reakcja anafilaktyczna - reakcja wstrząsowa po spożyciu jajka kurzego. Dodatni wynik testu nie jest przeciwwskazaniem do tego szczepienia

"Szczepienia ochronne są największym odkryciem medycyny. Szczepienia przyniosły ratunek miliardom ludzi na świecie".

WHO

ZASADA VI

Antybiotyki stosowane w okresie niemowlęcym nie powinny zaburzać flory bakteryjnej jelit.

Część antybiotyków (o szerokim spektrum) zaburza florę jelitową, w wyniku czego dochodzi do łatwiejszego przenikania antygenów z przewodu pokarmowego do krwiobiegu, a co za tym idzie - do alergizacji. Dlatego też zalecamy antybiotyki o wąskim spektrum działania (w pierwszych miesiącach życia zalecam drogę domięśniową podawania antybiotyków), dobrane według potencjalnej etiologii (przyczyny) choroby lub antybiogramu, niż antybiotyki o szerokim spektrum, które powodują zachwianie równowagi w przewodzie pokarmowym, co może być związane z namnożeniem się w przewodzie pokarmowym grzyba z grupy *Candida albicans*. Grzyb ten, lekceważony przez nas przez wiele lat (powoduje słynne pleśniawki), na stałe występuje w górnych drogach oddechowych i przewodzie pokarmowym, ale jego nadmierne namnożenie powoduje zwiększoną ilość toksyn, które mogą mieć wpływ na przenikanie alergenów z przewodu pokarmowego do krwiobiegu dziecka i następnie na alergizację.

ZASADA VII

W okresie rekonwalescencji niemowląt po zabiegach chirurgicznych dziecko należy karmić piersią lub stosować mieszanki niskoalergizujące.

W każdej zagrażającej sytuacji, kiedy organizm dziecka mobilizuje się do walki, (np. po zabiegu chirurgicznym), powinniśmy pamiętać,

że jest to okres, w którym łatwiej może dojść do alergizacji, a więc niepodawanie białek mleka krowiego powinno być regułą.

ZASADA VIII

W diagnostyce alergologicznej należy stosować sprawdzone metody rekomendowane przez Polskie Towarzystwo Alergologiczne.

Podstawą do rozpoznania alergii pokarmowej nie może być wynik żadnego badania laboratoryjnego (testy skórne, z krwi). Rozpoznanie można ustalić na podstawie próby eliminacji i prowokacji pokarmowej, umożliwiającej ustalenie związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy spożyciem danego pokarmu a występowaniem objawów klinicznych. Jednostkowe obserwacje dotyczące bardzo wczesnego wprowadzania do jadłospisu dziecka nowych produktów (mleko krowie, jajko, gluten) nie mogą być przykładem do naśladowania, ponieważ zachorowalność na choroby alergiczne przewodu pokarmowego jest zjawiskiem gwałtownie narastającym i na pewno niewynikającym z coraz doskonalszych metod diagnostycznych.

ALCAT-TEST, akupunktura, biorezonans (aparatem Bicom), homeopatia, terapia Mora, dermatografia impulsywna, bioelektryczny test regulacyjny i inne są metodami uznanymi przez Polskie Towarzystwo Alergologiczne za nieprzydatne i nieskuteczne w leczeniu i diagnozowaniu alergii.

ALERGIA NA BIAŁKA MLEKA KROWIEGO

Najczęściej mówimy, że dziecko ma alergię na mleko. Jednak gdy nieco bardziej postaramy zapoznać się z tym tematem, spotkamy wiele innych określeń alergii. Jest jeszcze nietolerancja białka mleka krowiego, uczulenie na składniki mleka krowiego, nadwrażliwość na elementy białka mleka krowiego czy też alergia na białka mleka krowiego. Wszystkie te nazwy używane są przez lekarzy zamiennie.

Zgodnie z definicją **alergia** na białka mleka krowiego jest to choroba związana z procesami **immunologicznymi**, a **nietolerancja** białek mleka jest związana z mechanizmami **nieimmunologicznymi**.

Według podziału Gella-Coombsa znamy 4 mechanizmy immunologiczne odpowiedzialne za wywoływanie różnorodnych objawów alergii. Dzieci, które chorują na alergię na białka mleka krowiego, mogą mieć tę alergię w 1, 2, 3 lub 4 mechanizmie. Z badań epidemiologicznych wiemy, że pierwszy mechanizm, który nazywamy IgE-zależnym (oznaczanym w testach skórnych i z krwi), możemy wykryć tylko u 52% chorujących dzieci, natomiast pozostałe 48% może mieć alergię związaną z 2, 3, 4 lub też z mieszanymi typami (mechanizmami) reakcji alergicznych.

Częstość występowania

Alergię na białka mleka krowiego spotykamy bardzo często. Choruje na nią od 5% do 10% populacji do 1. rż. Częściej zapadają dzieci karmione sztucznie, czyli od urodzenia karmione mlekiem modyfikowanym opartym na białku mleka krowiego. Badania epidemiologiczne określające częstość tej choroby są fragmentaryczne i niedoskonałe. W oparciu o moją kilkunastoletnią praktykę obserwuję zdecydowany wzrost zachorowań na alergię na białka mleka krowiego przy równoczesnym złagodzeniu objawów, czyli najczęstszą postacią stają się dzieci chorujące pod postacią

wysypek, wyprysków charakterystycznych dla atopowego zapalenia skóry. Znacznie rzadziej spotykam gwałtowne objawy po spożyciu mleka takie jak biegunki, wymioty czy nawet reakcje wstrząsowe. Jednak w mojej praktyce znacznie częściej spotykam dzieci uczulone od początku życia na kilka alergenów.

Mleko – źródło alergenów

W mleku krowim opisano prawie 30 białek będących potencjalnymi alergenami. Najczęstszym alergenem jest b-laktoglobulina znajdująca się we frakcji serwatkowej mleka krowiego. Objawy choroby pojawiają się również u dzieci karmionych wyłącznie piersią, bo β -laktoglobulina i inne alergeny mleka krowiego przechodzą do pokarmu matki, która spożywa mleko krowie, jego przetwory oraz cielęcinę i wołowinę. Wszystkie w Polsce mleczne mieszanki modyfikowane służące do karmienia niemowląt są produkowane na bazie frakcji serwatkowej mleka krowiego.

Objawy alergii pokarmowej

Lekarze, aby ułatwić sobie wzajemne porozumiewanie, ustalają tzw. postacie chorobowe. Dzisiaj wiemy, że najczęstszą postacią alergii na białka mleka krowiego są różnego rodzaju wysypki zwane atopowym zapaleniem skóry. Objawy skórne to także m.in. obrzęki warg, obrzęki naczyniowo-ruchowe, świąd skóry, pokrzywka, wyprysk niemowlęcy. Na drugim miejscu jest tzw. postać obejmująca przewód pokarmowy, czyli takie objawy jak: kolka, wymioty, biegunka, ulewianie, refluks, niedobór masy ciała - czyli zespół złego wchłaniania jako powikłanie długotrwałej biegunki, niedokrwistość niedobarwliwa (anemia) jako efekt przewlekłego krwawienia z przewodu pokarmowego. Na III miejscu co do częstości plasuje się postać związana z układem oddechowym: sapka nosowa, czyli obrzęk nosa, kichanie, surowiczy katar z nosa, upośledzenie drożności nosa, świszczący oddech, przewlekły kaszel, nawracające zapalenie uszu i gardła, astma są objawami czyli zespołami chorobowymi najczęściej spotykanymi.

W praktyce lekarskiej spotykamy też wiele innych, rzadszych objawów, które związane są z alergią na białka mleka krowiego. Takimi objawami są: nadpobudliwość, czasami moczenie nocne, obrzęki stawów, pokrzywki i wiele innych. Objawy te nie zawsze występują w postaci "czystych" schorzeń, czyli obejmujących tylko i wyłącznie przewód pokarmowy, oddechowy lub skórę. Bardzo często są to zespoły skojarzone dotyczące zarówno skóry, nosa, jak i przewodu pokarmowego. Różnorodność objawów stawia przed nami wyzwanie, ponieważ przy jednym wspólnym czynniku wywołującym musi stanowić znaczną trudność w rozpoznaniu i leczeniu takich dzieci.

Rozpoznanie alergii pokarmowej

Skoro jeden czynnik, czyli białka mleka krowiego, wywołuje różnorodne objawy, to w jaki sposób rodzice współpracujący z lekarzem mogą nabrać podejrzania, że ich dziecko jest uczulone na białka mleka krowiego? Marzeniem byłoby posiadanie takiego testu, który jednoznacznie mógłby potwierdzić lub wykluczyć uczulenie na białka mleka krowiego.

Nie ma żadnego testu, który mógłby potwierdzić w 100%, że pacjent jest uczulony na białka mleka krowiego.

Na podstawie zebranego wywiadu, czyli rozmowy z rodzicami, opisywanych przez nich objawów, a także rezultatu badania fizykalnego, lekarz nabiera podejrzania, że dziecko może być uczulone na białka mleka krowiego. Następnie podejmuje wraz z rodzicami próbę wyeliminowania z jadłospisu szkodliwego białka. Jeżeli ta próba, trwająca w zależności od schorzenia od kilku dni do kilku tygodni, przynosi rezultaty, to znaczy objawy chorobowe znikają lub ulegają wygaszeniu, a ponowne wprowadzenie do jadłospisu białek mleka krowiego powoduje powrót dolegliwości, wtedy nabieramy pewności, że dziecko ma alergię lub nietolerancję białka mleka krowiego.

Podstawą do rozpoznania alergii na białka mleka krowiego jest próba eliminacji i prowokacji. Dodatni wynik tej próby (lub potwierdzonego przypadkowego spożycia) jest podstawą do wdrożenia diety eliminacyjnej trwającej co najmniej 12 miesięcy lub dłużej.

Podstawą do wprowadzenia diety eliminacyjnej NIE MOŻE BYĆ test z surowicy lub skórną niepotwierdzony próbą eliminacji i prowokacji.

Reasumując: 100% dowód uzyskujemy wtedy, gdy istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy spożytym białkiem mleka krowiego a występującymi objawami. Spróbujmy prześledzić taką próbę prowokacji i eliminacji: Matka karmi dziecko mieszanką opartą na mleku krowim i występują intensywne kolki, wymioty i ulewania. Eliminuje z jadłospisu tę mieszankę zamieniając ją na mieszankę opartą na hydrolizacie kazeiny (Nutramigen) i wszystkie objawy ustępują w ciągu kilku dni. Następnie, po ustaleniu z lekarzem schematu, dokonuje prowokacji specjalną mieszanką niezawierającą lub zawierającą znikome ilości laktozy, ale zawierającą białka mleka krowiego i objawy, które były poprzednio, **wracają**. Wówczas i rodzice, i lekarz nabierają **pewności**, że dieta eliminacyjna oparta na mieszance niezawierającej białka mleka krowiego będzie dietą pomagającą dziecku i leczącą.



Decyzję o wykonaniu prowokacji w warunkach domowych lub pod nadzorem lekarza powinien podjąć alergolog prowadzący diagnostykę.

W przypadku podejrzenia reakcji wstrząsowych prowokacji wykonywać nie wolno.

Dieta eliminacyjna kontynuowana co najmniej 12 miesięcy powinna być zakończona ponowną prowokacją. Jeżeli prowokacja ta wypada znów dodatnio, czyli objawy chorobowe wracają, albo pojawiają się inne objawy sugerujące związek ze spożytym pokarmem, wtedy lekarz zaleca przedłużenie diety o następne 6 lub 12 miesięcy, bądź w sytuacjach wątpliwych zaleca powtórzenie prowokacji. Po okresie eliminacji wprowadzanie do jadłospisu białka mleka krowiego i sama prowokacja uzależniona jest od stopnia ciężkości choroby.

Z doświadczenia zarówno lekarskiego jak i rodziców wynika, że zastosowanie diety eliminacyjnej diagnostycznej, a także zmiana mieszanki mlecznej modyfikowanej na preparat mlekozastępczy,



jest najłatwiejsze do przeprowadzenia w pierwszych miesiącach życia dziecka. U starszych dzieci, które mają już różnorodną dietę, całkowite wyeliminowanie białek mleka krowiego jest niemal niewykonalne (przedszkole, rodzina, koledzy, itp.)

Testy skórne i z surowicy krwi

Testy skórne i z surowicy krwi potwierdzają jedynie predyspozycję. Testami tymi wykrywamy przeciwciała IgE. Przeciwciała te wykrywane są u 52% dzieci chorujących na alergię na białka mleka krowiego.

Badania immunologiczne w diagnostyce alergii na białka mleka krowiego odgrywają jedynie rolę pomocniczą. Spośród wielu z nich praktyczne zastosowanie ma oznaczanie całkowitego stężenia IgE oraz specyficznych przeciwciał w klasie IgE. Należy zwrócić jednak uwagę, że podwyższony poziom IgE wskazuje jedynie na pewną predyspozycję do reakcji alergicznej, a obecność specyficznych IgE dla alergenów pokarmowych bez testu eliminacji i prowokacji nie jest dowodem na istnienie alergii pokarmowej. Podwyższony poziom specyficznych IgE nie wyklucza bowiem dobrej tolerancji określonego antygeny.

Każdy dodatni test skórny czy z krwi musi być potwierdzony próbą eliminacji i prowokacji

W praktyce często spotykam rodziców na własną rękę wykonujących badania IgE specyficzne. Rodzice na podstawie swej fragmentarycznej wiedzy eliminują dziecku z jadłospisu te produkty, które w testach wypadły dodatnio. W naszych organizmach występują tzw. alergeny nieme. Są dzieci, u których IgE specyficzne na dany produkt wypadają dodatnio, ale dzieci te mają zablokowane mechanizmy alergii, więc spożywanie produktów dodatnich w testach nie powoduje u nich żadnych dolegliwości.

Leczenie

Leczeniem z wyboru, czyli leczeniem optymalnym, jest całkowite wyeliminowanie szkodliwych białek, czyli w tym wypadku białek mleka krowiego zawartych w różnych proporcjach w różnych produktach spożywczych począwszy od mleka poprzez sery białe, żółte, masło, a także produktów, w których skład wchodzi "zakazane" składniki. Obserwując reakcje dzieci różnie karmionych można zaobserwować, że dzieci karmione wyłącznie piersią reagują gwałtownie nawet na niewielkie ilości spożytych przez mamę alergenów, natomiast aby u dzieci karmionych mieszankami modyfikowanymi wystąpiły dolegliwości, muszą one skosztować większe ilości alergizującego białka.

Podstawą leczenia jest dieta eliminacyjna trwająca od 12 do 24 miesięcy. Aby leczenie było skuteczne, należy **całkowicie** wyeliminować alergen białka mleka krowiego, tak aby organizm dziecka zablokował ("zapomniał") reakcję alergiczną. Jeżeli matka karmiąca piersią decyduje się na radykalną dietę eliminując z niej białka mleka krowiego, powinna zbilansować dietę w porozumieniu z lekarzem wzbogacając ją o preparaty wapniowe i witaminy. Dzieci karmione sztucznie powinny otrzymywać mieszanki mlekozastępcze. Wybór mieszanki mlekozastępczej jest zdecydowanie uzależniony od jej skuteczności, czyli efektu leczniczego. Za skuteczność najwyższą uważa się tę powyżej 99%. Na polskim rynku w tym przedziale mieszczą się 3 mieszanki: Bebilon Amino i hydrolizaty kazeinowe: Nutramigen i Pregestimil.

Leczenie optymalne, trwające od 12 do 24 miesięcy, w zdecydowanej większości kończy się sukcesem, czyli tolerancją białka mleka krowiego, a tym samym ustąpieniem objawów po ich spożyciu.

Do 5. rż. 98,5% dzieci nabywa tolerancję, czyli wyrasta z alergii na białka mleka krowiego. Tylko niewielka grupa pozostaje alergikami na białka mleka krowiego na całe życie.

Nie wiemy jednak, jak dużą grupę stanowią te dzieci, które w czasie alergii czy nietolerancji na białka mleka krowiego nabyły alergię lub nietolerancję na inne produkty spożywcze.

Dlatego też u dzieci, u których wystąpiła już nietolerancja lub alergia na białka mleka krowiego, produkty o dużej sile alergizacji należy wprowadzać (np. jajka, gluten, owoce cytrusowe, orzeszki ziemne, seler) niezwykle ostrożnie i jak najpóźniej.

Profilaktyka

Najnowsze wyniki badań wskazują, że skuteczność działań profilaktycznych uzależniona jest od wyboru produktu mlekozastępczego, którym próbujemy zastąpić mieszankę mleczną. Coraz większe znaczenie w profilaktyce alergii ma prawidłowa bakteryjna flora jelitowa. Probiotyki, czyli pożyteczne bakterie, mają wpływ na zjawiska tolerancji i alergii zachodzące w układzie pokarmowym. Z tego powodu na naszym rynku coraz częściej spotykamy produkty wzbogacone o probiotyki, czyli właśnie te pożyteczne bakterie. W niedługim czasie mieszanka lecznicza Nutramigen będzie zawierała w swoim składzie probiotyk i w takiej formie będzie dostępna w aptekach.

Jedyną mieszanką skuteczną w leczeniu i równocześnie w zapobieganiu alergii jest hydrolizat kazeinowy (Nutramigen).



