

## **Alergie pokarmowe i diety eliminacyjne w dziecie dziecka – co warto o nich wiedzieć?**

Diety eliminacyjne i ich przyczyny stosowania, czyli alergie pokarmowe, nietolerancje pokarmowe i inne nadwrażliwości pokarmowe, to temat, który potrafi nie jednego rodzica wpędzić w zakłopotanie. Nie ma co się dziwić – alergie pokarmowe są znacznie powszechniejsze u dzieci i niemowląt niż w populacji dorosłej. Prawidłowa i dobrze skomponowana dieta eliminacyjna to sposób leczenia nadwrażliwości na pokarm, jednak nie zawsze bilansowanie jej należy do najprostszych czynności. Jak je wyróżniamy diety eliminacyjne? Jak skomponować taką dietę? Na co zwrócić szczególną uwagę mając dziecko z alergiami? Kiedy są wskazania do jej stosowania i czas na jej zakończenie? O tym w poniższym artykule.

### **Alergie na pokarm i inne nadwrażliwości pokarmowe u dzieci**

Nadwrażliwość na poszczególne pokarmy to nieprawidłowa reakcja organizmu na produkty, które są powszechnie dobrze tolerowane. Do nadwrażliwości zaliczamy między innymi alergie na pokarm oraz nietolerancje pokarmowe. Czym się różnią alergię od nietolerancji? Przede wszystkim tym, że alergie to choroba, w którą zaangażowany jest nasz układ odpornościowy. Co to oznacza w praktyce? To, że objawy mogą się manifestować w różny sposób, o różnym nasileniu – zmiany skórne, związane z układem oddechowym, dolegliwości trawienne, swędzenia, drażliwość – to tylko kilka objawów, które mogą się pojawić u dziecka z alergią na pokarm. Nietolerancje pokarmowe natomiast to zjawisko, które nie jest związane z układem odpornościowym. Często jest związane z brakiem dojrzałości lub dysfunkcją przewodu pokarmowego [1]. Układ pokarmowy i odpornościowy dziecka jeszcze się kształtują, więc nadwrażliwość na pokarm obserwuje się częściej w tej grupie. Objawów alergii może być bardzo wiele, a jej diagnostyka nie jest wcale łatwa, dlatego należy ją pozostawić zawsze specjalistom. Jedynym skutecznym sposobem na leczenie nadwrażliwości na pokarm jest stosowanie diety eliminacyjnej. Pociuszające jednak jest to, że z czasem nabywa się tolerancję na dany produkt – pomimo tego, że najczęstszą alergią pokarmową u dzieci jest alergia na białka mleka krowiego i jaja, to procent ‘wyrastania’ z alergii jest zadowalający. Według Światowej Organizacji Alergii w przypadku alergii na białka mleka krowiego ponad połowa dzieci z objawami alergii nabywa tolerancji na te białka do końca 2 roku życia, 87% do 3 roku życia a 92% do 5 roku życia [2].

### **Alergeny pokarmowe**

Alergeny to substancje powodujące określoną reakcję nadwrażliwości organizmu. Zaliczamy do nich alergeny wziewne, kontaktowe i pokarmowe. Do najczęstszych alergenów pokarmowych powodujących alergie zaliczamy:

#### **Alergeny białka mleka krowiego –**

to najczęstsze alergeny u dzieci powodujące alergie pokarmowe. Zaliczamy do nich kazeinę oraz białka serwatkowe. U dzieci z rozpoznaną alergią na białka mleka krowiego niekiedy występują reakcje krzyżowe z białkami mleka innych ssaków jak i z produktami mięsnymi jak wołowina i cielęcina, dlatego tak istotna jest dokładna diagnostyka przez lekarza.

<b>Alergeny białka jaja kurzego –</b> to druga w kolejności najczęstsza alergia pokarmowa występująca u dzieci.
<b>Alergeny ryb, mięczaków i skorupiaków –</b> białka ryb i owoców morza są niezwykle silnymi alergenami i nawet śladowa ilość jest w stanie wywołać niebezpieczną reakcję organizmu tzn. reakcję anafilaktyczną. Alergie tego rodzaju występują częściej u dorosłych niż u dzieci, jednak ten rodzaj alergii u większości chorych pozostaje na całe życie.
<b>Alergeny białka pszenicy –</b> pszenica najczęściej uczula ze wszystkich zbóż. Ta alergia dotyczy w dużej mierze dzieci powyżej 3. roku życia jak również dorosłych. Na szczęście tolerancję na białka pszenicy rozwija nawet 96% dzieci do 16 roku życia.
<b>Alergeny białka sojowego –</b> u dzieci z alergią na białka mleka krowiego odnotowuje się większy odsetek uczulenia na soję.
<b>Alergeny orzechów ziemnych i innych orzechów –</b> alergeny orzechów arachidowych, podobnie jak ryb i owoców morza, są silnymi alergenami, jednak alergia na orzechy ziemne częściej występuje u dorosłych, a nabywanie tolerancji na te alergeny bywa kłopotliwe w praktyce.

### Prewencja alergii na pokarm – czy to możliwe?

Częstość występowania alergii się stale zwiększa. Do czynników zwiększających ryzyko alergii możemy zaliczyć między innymi występowanie alergii w bliskiej rodzinie czy antybiotykoterapię we wczesnym okresie życia [3].

U dzieci, które są w grupie ryzyka alergii warto pomyśleć o działaniach prewencyjnych przed chorobą alergiczną, jednak w tym wypadku panuje wiele mitów dotyczących tego jakie działania warto podjąć [4,5]:

Zalecane	Nie jest zalecane
<b>Ocena czy dziecko jest w grupie ryzyka</b>	<b>Dieta eliminacyjna w czasie ciąży –</b> nie ma dowodów, że ma ona wpływ na zmniejszenie ryzyka rozwoju alergii! Dieta kobiety w ciąży powinna być zdrowa, zbilansowana i różnorodna, a eliminacje należy wprowadzić tylko z rekomendacją specjalisty
<b>Wyłącznie karmienie piersią-</b> eksperci nie mają wątpliwości, że mleko mamy to złoty standard żywienia niemowląt. W grupie dzieci z ryzykiem alergii rekomenduje się także wyłącznie karmienie piersią 6 miesięcy i kontynuację go tak długo jak chce tego matka i dziecko przy jednoczesnym rozszerzaniu diety	<b>Dieta eliminacyjna w trakcie laktacji -</b> kobieta w trakcie laktacji powinna mieć zbilansowaną i wartościową dietę. Brak jest dowodów na to by profilaktyczna eliminacja alergenów w diecie matki karmiącej opóźniła rozwój alergii u dziecka.

<p><b>Rozszerzanie diety zgodne ze schematem żywienia zdrowych dzieci</b> – według aktualnej wiedzy, rozszerzanie diety u dzieci z ryzykiem alergii należy rozpocząć w tym samym czasie co u dzieci, które nie są w tej grupie, czyli pomiędzy 17. a 26. Tygodniem życia niemowlęcia</p>	<p><b>Opóźnianie wprowadzania produktów potencjalnie alergizujących</b> – według wytycznych nie ma danych naukowych przemawiających za tym by opóźnić potencjalne produkty alergizujące (np. jajo, gluten, orzechy arachidowe). Co więcej - wiele wskazuje na to, że unikanie tych produktów w czasie rozszerzania diety dziecka może zwiększać ryzyko, że dziecko będzie mieć alergię pokarmową w przyszłości.</p>
--	---

### Niepokojące objawy – co robić?

Diagnostyka alergii na pokarm i innych nadwrażliwości bywa trudna i skomplikowana, zwłaszcza u dzieci. To lekarz decyduje o przebiegu diagnozy i ewentualnym wprowadzeniu diety eliminacyjnej, jednak są pewne rzeczy, które Rodzic może zrobić. Nieodłącznym elementem diagnostyki jest bardzo szczegółowy wywiad przeprowadzony z lekarzem. Jeżeli podejrzewasz u swojego dziecka alergię lub inną nadwrażliwość na pokarm to skonsultuj się z lekarzem, zwłaszcza, jeżeli objawy są niepokojące (np. wymioty, silna biegunka, trudności w oddychaniu). Obserwuj dziecko i jeżeli uda Ci się powiązać produkty spożywcze z objawami to koniecznie poinformuj o tym lekarza prowadzącego.

#### Czy wiesz, że:

**Odsetek alergii pokarmowych wynosi 0,5 – 3% populacji? [4] Oznacza to, że nie każdy objaw ze strony układu pokarmowego (jak kolka, ulewania, ból brzucha) musi ostatecznie oznaczać alergię pokarmowe. Organizm dziecka dojrzewa w pierwszych latach życia, a razem z nim jego układ pokarmowy, który dopiero się uczy jak poprawnie trawić.**

#### Piśmiennictwo:

1. Kaczmarek M., Korotkiewicz-Kaczmarek E., Alergia i nietolerancja pokarmowa: mleko i inne pokarmy. Wydawnictwo Help-Med, Kraków, 2013.
2. World Allergy Organization (WAO) Diagnosis and Rationale for Action against Cow's Milk Allergy (DRACMA) Guidelines, 2010
3. „Rola modyfikacji mikrobioty w zapobieganiu chorobom alergicznym i ich leczeniu”, Standardy Medyczne/Pediatrics, 2020

4. Szajewska H., Horvath A., Żywienie i leczenie żywieniowe dzieci i młodzieży, Medycyna Praktyczna, Kraków, 2017
5. Szajewska, Hanna, et al. "Zasady żywienia zdrowych niemowląt. Zalecenia Polskiego towarzystwa gastroenterologii, hepatologii i żywienia dzieci." Standardy Medyczne/Pediatrics 2021, T. 18.
6. Carlos Lifschitz, Wpływ diety eliminacyjnej na stan odżywienia oraz zaburzenia wzrastania u dzieci z alergią na pokarm, w: „Standardy medyczne. Pediatrics” 2015, T. 12, s. 6 / 195