



STANDARDY MEDYCZNE

pediatrica

pod patronatem



CENTRUM ZDROWIA DZIECKA

Reprint

**Jak postępować, gdy hydrolizat
znacznego stopnia nie przynosi
całkowitej poprawy – omówienie
zalecanej praktyki w pytaniach
i odpowiedziach**

Mieczysława Czerwionka-Szaflarska

JEDYNY HYDROLIZAT ZNACZNEGO STOPNIA Z SYNBIOTYKIEM*. UDOWODNIONA SKUTECZNOŚĆ W ABMK¹⁻³

REFUNDOWANY
W DIAGNOSTYCE
ABMK⁹



DZIĘKI SILE WYJĄTKOWYCH SKŁADNIKÓW
SKUTECZNIE ZMNIEJSZA

- ✓ atopowe zapalenie skóry³⁻⁵
- ✓ objawy z przewodu pokarmowego^{4,5}
- ✓ nieżyt nosa, swędzenie oczu⁶
- ✓ liczbę infekcji⁷

Hydrolizaty znacznego stopnia są
PIERWSZYM WYBOREM W ŁAGODNEJ I UMIARKOWANEJ ABMK,
zgodnie z obowiązującym w Polsce
stanowiskiem Sekcji Alergii na Pokarmy PTGHiŻD⁸.

ABMK – alergia na białka mleka krowiego

*Wśród produktów z kategorii żywności specjalnego przeznaczenia medycznego, dostępnych na polskim rynku (lipiec 2024).

1. Van der Aa L.B., et al. Allergy, 2011; 66: 170-7, potwierdza działanie hydrolizatu serwatki znacznego stopnia z SYNEO. 2. Hubbard G.P., et al. Immun Inflamm Dis. 2022; 10: e636, potwierdza działanie hydrolizatu serwatki znacznego stopnia z SYNEO. 3. Van der Aa L.B., et al. Clin Exp Allergy, 2010; 40: 795-804, potwierdza działanie hydrolizatu serwatki znacznego stopnia z SYNEO w IgE-zależnym AZS. 4. Verwimp J., et al. European Journal of Clinical Nutrition 1995, 49 Suppl 1: S39-48, potwierdza działanie hydrolizatu serwatki znacznego stopnia. 5. Pampura A.N., Ros. Vestn. Perinatol. Paediat. 2014; 4: 96-104, potwierdza działanie hydrolizatu serwatki znacznego stopnia z scGOS/lcFOS. 6. Hubbard G.P., et al. Immun Inflamm Dis. 2022; 10: e636, potwierdza działanie hydrolizatu serwatki znacznego stopnia z SYNEO. 7. Arslanoglu S., et al. J Nutrition, 2008, 138: 1091-1095, potwierdza działanie hydrolizatu znacznego stopnia z GOS/FOS. 8. A. Horvath, et al. Stanowisko Sekcji Alergii na Pokarmy Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii Hepatologii i Żywnienia Dzieci, STANDARDY MEDYCZNE/PEDIATRIA, 2021, T. 18 9. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 18 września 2024 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 października 2024 r.

Bebilon pepti 1 Syneo to żywność specjalnego przeznaczenia medycznego do postępowania dietetycznego w przypadku alergii pokarmowej na białka mleka krowiego. Do stosowania pod nadzorem lekarza, po rozważeniu wszystkich możliwych sposobów żywienia, w tym karmienia piersią.

Nutricia Polska Sp z o.o., ul. Bobrowiecka 8, 00-728 Warszawa. Więcej informacji dla lekarzy: www.akademianutricia.pl; portal dla rodziców: www.alergianamlekokrowie.pl.

Materiał przeznaczony dla osób posiadających kwalifikacje w dziedzinie medycyny, żywienia lub farmacji.

ALLG/BBL/09/04/2025

Jak postępować, gdy hydrolizat znacznego stopnia nie przynosi całkowitej poprawy – omówienie zalecanej praktyki w pytaniach i odpowiedziach

What to do when extensive hydrolysate does not provide full improvement – recommended practices in a question-and-answer format

Mieczysława Czerwionka-Szaflarska

Katedra i Klinika Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy

STRESZCZENIE

W postępowaniu w alergii na białka mleka krowiego (ABMK), gdy objawy nie ustępują po zastosowaniu hydrolizatu znacznego stopnia (ang. *extensively hydrolysed formula*, eHF), zdarza się, że lekarze próbują wprowadzić kolejny eHF, zamiast bezpośrednio wdrożyć mieszankę aminokwasową (ang. *amino acid formula*, AAF). Zgodnie z zaleceniami, gdy terapia z zastosowaniem eHF nie przynosi pełnego ustąpienia objawów, przed wykluczeniem ABMK uzasadnione jest zastosowanie AAF. Decyzja o wprowadzeniu AAF budzi często wątpliwości dotyczące właściwego momentu zmiany terapii, adekwatnego okresu stosowania eHF przed podjęciem decyzji o jego zmianie, a także precyzyjnego zdefiniowania braku całkowitej odpowiedzi klinicznej po zastosowaniu eHF. Celem artykułu jest dostarczenie kompleksowych, praktycznych informacji, które ułatwią rozpoznanie sytuacji wymagających zmiany eHF na AAF, a także umożliwią optymalizację postępowania terapeutycznego na podstawie aktualnych standardów i najlepszych dostępnych dowodów naukowych.

Standardy Medyczne/Pediatria ■ 2025 ■ T. 22 ■ DOI:10.17443/SMP2025.22.01

SŁOWA KLUCZOWE: ■ DZIECI ■ ALERGIA NA BIAŁKA MLEKA KROWIEGO ■ HYDROLIZAT BIAŁKOWY ■ PREPARAT AMINOKWASOWY ■ DIETA ELIMINACYJNA

ABSTRACT

In the management of cow's milk protein allergy (CMPA), when symptoms do not resolve after treatment with an extensively hydrolysed formula (eHF), physicians sometimes try to introduce another eHF instead of directly using an amino acid formula (AAF). According to the recommendations, the use of AAF is justified when therapy with an eHF does not result in complete resolution of symptoms. The decision to introduce an AAF often raises questions about the appropriate timing of a change in therapy, the appropriate duration of an eHF use before deciding to switch, and the precise definition of lack of complete clinical response following eHF use. The aim of this article is to provide comprehensive, practical information to facilitate the recognition of situations requiring a switch from hydrolysate to an amino acid mixture and to help optimize therapeutic management based on current standards and the best available scientific evidence.

Standardy Medyczne/Pediatria ■ 2025 ■ T. 22 ■ DOI:10.17443/SMP2025.22.01

KEY WORDS: ■ CHILDREN ■ COW'S MILK PROTEIN ALLERGY ■ HYDROLYSED MILK FORMULA ■ AMINO ACID FORMULA ■ ELIMINATION DIET

Alergia na białka mleka krowiego (ABMK) jest najczęstszą postacią alergii na pokarm u niemowląt i małych dzieci, dotykającą w Polsce

ok. 1% pacjentów < 2. roku życia¹. Objawy kliniczne pojawiają się powtarzalnie po każdym kontakcie z białkami mleka krowiego. Mogą

dotyczyć różnych układów, jednak u niemowląt najczęściej obejmują skórę oraz przewód pokarmowy². Obserwowane symptomy pozwalają ocenić, czy mamy do czynienia z łagodną, umiarkowaną czy ciężką postacią ABMK^{1,3}. Wczesna diagnostyka ukierunkowana na rozpoznanie ciężkości objawów ABMK jest ważna, ponieważ długotrwałe spożywanie przez dziecko uczulającego pokarmu zwiększa ryzyko nasilenia objawów^{4,5}. Kluczowe znaczenie mają trafne rozpoznanie oraz odpowiedni dobór mieszanki mlekozastępczej, dzięki której objawy całkowicie ustąpią. Tylko wówczas możliwe jest holistyczne podejście, wspierające prawidłowy rozwój dziecka poprzez zaspokojenie jego potrzeb żywieniowych oraz zapewnienie optymalnej jakości życia zarówno jemu, jak i jego rodzinie⁶. Hydrolizaty znacznego stopnia (ang. *extensively hydrolysed formula*, eHF) są pierwszym wyborem w postępowaniu w większości przypadków ABMK⁷⁻¹⁰. Jednakże u niektórych pacjentów ich zastosowanie nie przynosi oczekiwanych efektów klinicznych. Brak pełnej poprawy stanu klinicznego pacjenta lub jedynie częściowe ustąpienie objawów – poza przypadkami ciężkiego przebiegu ABMK – mogą stanowić wskazanie do rozważenia zastosowania mieszanki aminokwasowej (ang. *amino acid formula*, AAF)¹¹. Decyzja ta powinna być jednak poprzedzona dokładną oceną kliniczną, aby zbyt pochopnie nie włączać preparatów aminokwasowych.

Dlaczego u niektórych dzieci nie uzyskuje się pełnej poprawy po zastosowaniu hydrolizatu znacznego stopnia (eHF)? Czy resztkowe peptydy w eHF mogą nadal wywoływać reakcje alergiczne?

Hydrolizaty znacznego stopnia (eHF) są źródłem krótkołańcuchowych peptydów o masie cząsteczkowej < 3000 Da¹². Powstają w wyniku procesu hydrolizy enzymatycznej i/lub termicznej białek mleka krowiego (czasami dodatkowo wykorzystuje się proces ultrafiltracji), co ma na celu zmniejszenie alergenicności białek. Jednak w rzadkich przypadkach eHF okazują się nie w pełni skuteczne, co jest związa-



GŁÓWNE CELE

- Praktyczne podejście do stosowania mieszanek aminokwasowych (AAF) u niemowląt, u których dotychczasowa terapia z wykorzystaniem hydrolizatu znacznego stopnia (eHF) okazała się nieskuteczna.
- Ocena objawów świadczących o braku skuteczności eHF oraz analiza nieskutecznej praktyki stosowania po sobie kolejnych eHF.
- Wyjaśnienie przyczyn nieskuteczności kontynuowania terapii kolejnymi eHF oraz wskazanie potencjalnych negatywnych skutków tej strategii.
- Określenie wskazań do wdrożenia AAF jako skutecznej metody postępowania po niepowodzeniu zastosowania eHF.
- Przedstawienie korzyści wynikających z szybkiej zmiany eHF na AAF w kontekście stanu klinicznego pacjenta, ograniczenia powikłań i skrócenia procesu leczenia.

ne z obecnością resztkowych alergenów – peptydów, które mimo znacznego stopnia hydrolizy wciąż mogą być rozpoznawane przez układ immunologiczny. Co istotne, dotyczy to zarówno hydrolizatów białek serwatkowych, jak i białek kazeinowych^{13,14}. Choć hydrolizaty te różnią się profilem peptydów, oba typy mogą zawierać epitopy wystarczające do wywołania reakcji alergicznej. Preparaty aminokwasowe natomiast dostarczają białko w postaci wolnych aminokwasów i nie zawierają potencjalnie alergizujących peptydów^{1,15,16}. U niektórych pacjentów może być konieczne zastosowanie AAF w diagnostycznej próbie eliminacyjnej, aby uzyskać szybką poprawę objawów i utrzymać prawidłowe parametry wzrastania, przed próbą prowokacji w celu potwierdzenia ABMK.

Warto pamiętać, że brak efektu klinicznego po zastosowaniu diety eliminacyjnej może wynikać również z innych przyczyn, które należy uwzględnić w ocenie skuteczności interwencji żywieniowej¹⁷:

- możliwy jest błąd diagnostyczny – eliminowany pokarm, w tym przypadku mleko krowie, może nie być rzeczywistą przyczyną obserwowanych u dziecka objawów klinicznych;

- kolejnym istotnym czynnikiem może być nieprzestrzeganie zasad diety eliminacyjnej, np. związane z obecnością ukrytych źródeł alergenu lub innymi błędami dietetycznymi;
- należy również rozważyć możliwość współistnienia innych chorób, których objawy mogą być podobne do przebiegu ABMK, takich jak np. ostra biegunka infekcyjna.

Aby wykluczyć, że utrzymujące się objawy są efektem działań opiekunów, należy sprawdzić, czy dziecko nie spożywa produktów zawierających ukryte źródła białka mleka krowiego. Ważne jest również ustalenie, czy przyjmuje ono zalecaną mieszankę mlekozastępczą oraz czy w pełni ją akceptuje. W przypadku braku poprawy pomimo korekty potencjalnych błędów ważna jest konsultacja specjalistyczna – z alergologiem lub gastroenterologiem dziecięcym – w celu wdrożenia rozszerzonej, indywidualnej diagnostyki.

Jakie są główne objawy wskazujące na nieskuteczność terapii hydrolizatem znacznego stopnia (eHF)? Czy utrzymujące się nawet niewielkie objawy są wystarczającym powodem do zmiany preparatu na mieszankę aminokwasową (AAF)?

Objawy wskazujące na brak skuteczności eHF mogą obejmować szerokie spektrum dolegliwości ze strony układu pokarmowego, skóry, a nawet układu oddechowego¹⁸. Jednak ich interpretacja wymaga ostrożności i uwzględnienia innych możliwych przyczyn klinicznych. Do objawów alarmowych należą wymienione poniżej.

- **Obecność krwi i/lub śluzu w stolcu** – szczególnie gdy utrzymuje się mimo stosowania diety eliminacyjnej i leczenia objawowego. Może świadczyć o nasilonej reakcji zapalnej i dotyczy to głównie przypadków uporczywych i trudnych do leczenia. Przed wprowadzeniem AAF należy wykluczyć inne przyczyny.
- **Biegunka lub zaparcie, ulewanie i wymioty** – mogą wskazywać na nadwrażliwość na resztkowe peptydy obecne w preparacie,

ale powinny być różnicowane z innymi przyczynami (np. infekcje wirusowe, zaburzenia czynnościowe, pylorostenozja itd.).

- **Niepokój, kolka, odmowa przyjmowania pokarmów** – mogą sugerować konieczność zmiany preparatu, jednak ich przyczyna nie zawsze leży w diecie. Warto wziąć pod uwagę zachowanie dziecka i ocenić umiejętności oralno-motoryczne, objawy bowiem mogą mieć podłoże behawioralne [np. zaburzenie polegające na ograniczeniu lub unikaniu pokarmów (ang. *avoidant/restrictive food disorder*, ARFID)].
- **Brak prawidłowego przyrostu masy ciała** – istotny wskaźnik, który w połączeniu z innymi objawami powinien skłaniać do rozszerzonej diagnostyki i ewentualnej modyfikacji leczenia. Zastosowanie AAF pozwala jednak w części przypadków na szybkie wyrównanie zaburzeń.
- **Nasilone zmiany skórne [np. w przebiegu atopowego zapalenia skóry (AZS)]** – przy braku poprawy mimo stosowania właściwej pielęgnacji i leczenia miejscowego można rozważyć zmianę diety eliminacyjnej. Należy jednak pamiętać, że tylko ok. 30% dzieci z AZS, głównie z postaciami ciężkimi, rzeczywiście wymaga modyfikacji diety. Skóra dzieci z AZS jest bardzo wrażliwa i może reagować na wiele czynników niezwiązanych z dietą (np. przesuszenie, podrażnienia, alergia kontaktowa). Należy zawsze ocenić, czy prowadzona jest odpowiednia pielęgnacja skóry – zgodna z aktualnymi zaleceniami.
- **Objawy ze strony układu oddechowego** – takie jak utrzymujący się katar, świszczący oddech czy obturacja oskrzeli niezwiązana z infekcją – mogą sugerować układową reakcję alergiczną.
- **Niedokrwistość z niedoboru żelaza** – może być skutkiem przewlekłego stanu zapalnego związanego z niedostatecznie skuteczną dietą eliminacyjną, ale również mieć inne przyczyny. Należy przeprowadzić szczegółowy wywiad, uwzględniający m.in. niedokrwistość u matki w trakcie ciąży, wcześniactwo, hipotrofię wewnątrzmaciczną.

W przypadku braku pełnej poprawy mimo korekty błędów dietetycznych, przestrzegania zaleceń i wykluczenia innych przyczyn zasadna może być zmiana preparatu na AAF¹⁵. Każdą decyzję należy podejmować indywidualnie, a trudne przypadki warto konsultować ze specjalistą (alergologiem lub gastroenterologiem dziecięcym).

Po jakim czasie lekarz powinien rozważyć zmianę hydrolizatu znacznego stopnia (eHF) na mieszankę aminokwasową (AAF)?

Co powinno zdecydować o konieczności zmiany terapii?

W przypadku podejrzenia ABMK u niemowląt karmionych piersią matka pozostaje na diecie eliminacyjnej przez 1-4 tygodnie. Według standardów terapeutycznych dla niemowląt, które nie są karmione piersią, całkowite ustąpienie objawów powinno nastąpić po 2-4 tygodniach stosowania eHF¹. Przed wykluczeniem ABMK jako powodu objawów powinna zostać rozważona zmiana terapii z eHF na AAF, gdy nie uzyskano pełnego ustąpienia objawów ABMK w ciągu 2-4 tygodni stosowania eHF.

Decyzja o czasie przejścia na AAF powinna się opierać na ocenie objawów klinicznych oraz ich dynamiki podczas stosowania eHF. Brak poprawy lub jej częściowy charakter może świadczyć o tym, że eHF nie jest wystarczająco skuteczny w danym przypadku, co może skutkować koniecznością wcześniejszego wprowadzenia AAF.

Należy działać zdecydowanie i nie przedłużać niepotrzebnie dolegliwości u dziecka. Właściwe rozpoznanie kliniczne i trafny wybór optymalnej formy leczenia, w tym ewentualne zastosowanie AAF, mają istotne znaczenie dla zdrowia dziecka i jego prawidłowego rozwoju.

Zastosowanie AAF jest uzasadnione w następujących wskazaniach¹:

- objawy alergii, które nie ustąpiły w pełni po zastosowaniu eHF;
- zaburzenia procesów wzrastania (spadek i/lub brak przyrostu masy ciała);

- alergii złożona wielopokarmowa;
- ciężkie złożone reakcje z przewodu pokarmowego na alergeny pokarmowe;
- eozynofilowe zapalenie przełyku;
- zespół zapalenia jelit wywołany białkami pokarmowymi (część ekspertów dopuszcza przy dobrej tolerancji stosowanie eHF);
- ciężkie AZS;
- anafilaksja.

Dlaczego niepełne ustąpienie objawów po 2-4 tygodniach przyjmowania hydrolizatu znacznego stopnia (eHF) powinno skłonić do wdrożenia mieszanki aminokwasowej (AAF), a nie próby zastosowania innego eHF? Jakie konsekwencje mogą wynikać z opóźnienia w podjęciu decyzji o zmianie leczenia?

Stosowanie kolejnego eHF, gdy pierwszy nie przyniósł pełnego ustąpienia objawów, może prowadzić do konsekwencji klinicznych, m.in.¹⁸:

- **niepotrzebnego przedłużania objawów klinicznych** związanych z ABMK, co w efekcie może utrudniać proces nabywania tolerancji i zwiększać ryzyko rozwoju marszu alergicznego;
- **niedoborów żywieniowych**, a nawet zaburzeń wzrastania, czyli zagrożenia dla prawidłowego rozwoju dziecka;
- **osłabienia funkcjonowania układu odpornościowego przez przewlekły stan zapalny**, a tym samym większej podatności na infekcje oraz utrudnionego leczenia alergii;
- **konieczności wdrożenia dalszych interwencji medycznych**, a w konsekwencji także zwiększonego obciążenia ekonomicznego dla rodziny;
- **znaczącego obniżenia komfortu życia** pacjenta i jego rodziny, stresu, niepokoju i frustracji.

Zatem szybkie rozpoznanie ABMK oraz odpowiednio dobrana dieta eliminacyjna obniża ryzyko wystąpienia potencjalnych zagrożeń, a także wspierają prawidłowy rozwój fizyczny i intelektualny dziecka⁶.

Czy każdy lekarz może zaordynować mieszankę aminokwasową (AAF), jeśli zauważy brak poprawy po hydrolizacie znacznego stopnia (eHF). Czy istnieją jakieś ograniczenia?

Obawa przed wprowadzaniem AAF, gdy stosowanie eHF nie przynosi oczekiwanej poprawy, może być czynnikiem opóźniającym wdrożenie odpowiedniego leczenia. Należy zaznaczyć, że zgodnie z ustawą o zawodzie lekarza¹⁹, każdy lekarz, niezależnie od specjalizacji (z wyjątkiem lekarza w trakcie stażu), ma prawo do inicjowania terapii z użyciem eHF oraz AAF, a także wystawiania recept na te produkty.

Obowiązkiem lekarza jest postępowanie zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz ustalenie rozpoznania, co oznacza nie tylko pogłębianie wiedzy i jej stałą aktualizację, lecz także samodzielne podejmowanie decyzji terapeutycznych. W przypadku wątpliwości lub trudności w prowadzeniu pacjenta lekarz ma prawo poprosić o konsultację specjalistyczną. Niemniej jednak działania diagnostyczne i terapeutyczne w zakresie alergii na pokarm, w tym ABMK, nie są zarezerwowane wyłącznie dla alergologów czy gastroenterologów dziecięcych, szczególnie w przypadku postaci łagodnej i umiarkowanej.

Postępowanie w alergii na pokarm należy do kompetencji każdego lekarza i aktualnie żadne przepisy prawne nie ograniczają tych uprawnień.

W przypadkach gdy zastosowanie AAF okazuje się nieskuteczne, konieczne jest przeprowadzenie szczegółowej diagnostyki różnicowej, aby przeanalizować inne możliwe przyczyny objawów, takie jak choroby metaboliczne, infekcje układu pokarmowego czy inne zaburzenia układu odpornościowego. W takich sytuacjach zaleca się bliską współpracę ze specjalistami, w tym alergologiem, gastroenterologiem dziecięcym oraz dietetykiem.

Jakie korzyści wiążą się z przejściem na mieszankę aminokwasową (AAF) w odpowiednim czasie, jeśli zastosowanie hy-

drolizatu znacznego stopnia (eHF) nie przynosi całkowitego ustąpienia objawów?

Jak szybko może nastąpić poprawa po wdrożeniu AAF?

Wdrożenie AAF przy braku całkowitej skuteczności eHF przynosi korzyści w postaci szybkiego ustąpienia objawów.

Poprawa stanu klinicznego w wyniku eliminacji alergenu umożliwia również przywrócenie prawidłowego tempa przyrostu masy oraz długości/wysokości ciała, co jest szczególnie istotne w okresie intensywnego wzrastania. W badaniu Vanderhoof i wsp. zwrócono uwagę, że u dzieci leczonych z powodu ABMK zastosowanie AAF po okresie nieskutecznego leczenia eHF wpłynęło na wyraźną poprawę parametrów rozwoju fizycznego. Obserwowano zmniejszenie objawów AZS oraz ze strony przewodu pokarmowego, a także przyrost masy i długości ciała²⁰.

Rodziny dzieci z ABMK często doświadczają obniżonej jakości życia, wynikającej z ciągłego monitorowania objawów, ograniczeń dietetycznych i konieczności częstych wizyt u specjalistów. Przedłużająca się manifestacja objawów może prowadzić do stresu, niepokoju i zmęczenia rodziców. Wdrożenie AAF w odpowiednim momencie przynosi korzyści w postaci ustąpienia objawów, przywrócenia prawidłowego wzrastania i rozwoju oraz poprawy jakości życia całej rodziny.

Wprowadzenie AAF nie zwalnia lekarza z obowiązku monitorowania procesu nabywania tolerancji i nie powinno prowadzić do nieuzasadnionego opóźniania próby ponownego wprowadzenia białek mleka krowiego do diety dziecka ok. 1. r.ż. W przypadku ciężkiego przebiegu klinicznego w wywiadzie i/lub znacznego niepokoju rodziców doustną próbę prowokacji można przeprowadzić stopniowo – z wykorzystaniem tzw. drabiny mlecznej, rozpoczynając od produktów zawierających białko mleka w formie pieczonej, np. muffinek. U dzieci z grupy wysokiego ryzyka (np. wstrząs anafilaktyczny czy astma w wywiadzie) doustne próby prowokacji należy prowadzić w wyspecjalizowanych ośrodkach.



DO ZAPAMIĘTANIA

- Jeżeli po 2-4 tygodniach stosowania hydrolizatu znacznego stopnia (eHF) nie uzyskano pełnej poprawy stanu klinicznego dziecka, należy wdrożyć mieszankę aminokwasową (AAF).
- Uporczywie utrzymujące się objawy po zastosowaniu diety eliminacyjnej wskazują na nieskuteczność terapii.
- Zamiana jednego eHF na kolejny nie jest zalecaną strategią.
- Przedłużające się stosowanie eHF, które nie przynosi oczekiwanych rezultatów, naraża dziecko na przewlekły stan zapalny, niedobory żywieniowe oraz ryzyko rozwoju marszu alergicznego.
- Właściwe wdrożenie AAF może przynieść szybkie ustąpienie objawów oraz poprawę komfortu życia pacjenta i jego rodziny.
- Zgodnie z aktualnymi regulacjami prawnymi, każdy lekarz, niezależnie od specjalizacji (z wyjątkiem lekarza w trakcie stażu), ma prawo do inicjowania terapii z użyciem eHF oraz AAF, a także wystawiania recept na te produkty.

prof. dr hab. n. med. Mieczysława Czerwionka-Szaflarska

✉ Katedra i Klinika Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii
Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy
85-094 Bydgoszcz, ul. M. Curie Skłodowskiej 9

klped@cm.umk.pl

PIŚMIENNICTWO

- ¹ Horvath A, Jarocka-Cyrta E, Nowak-Węgrzyn A i wsp. Diagnostyka i leczenie alergii na białka mleka krowiego. Stanowisko Sekcji Alergii na Pokarmy Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci. *Stand Med Pediatr* 2021;18:675-696.
- ² Brough HA, Nadeau KC, Sindher SB i wsp. Epicutaneous sensitization in the development of food allergy: What is the evidence and how can this be prevented? *Allergy* 2020;75:2185-2205.
- ³ Krogulska A, Popielarz M, Czerwionka-Szaflarska M. Alergia na białka mleka krowiego: postępowanie lekarza pierwszego kontaktu. *Terapia* 2021;3:58-69.
- ⁴ Sampson HA. Update on food allergy. *J Allergy Clin Immunol* 2004;113:805-819.
- ⁵ Crespo JF, Rodriguez J. Food allergy in adulthood. *Allergy* 2003;58:98-113.
- ⁶ Błażowski Ł, Kurzawa R. Alergia na białka mleka krowiego – teoria i praktyka. *Stand Med Pediatr* 2017;14:695-712.
- ⁷ Vandenplas Y, Broekaert I, Domellöf M i wsp. An ESPGHAN Position Paper on the Diagnosis, Management, and Prevention of Cow's Milk Allergy. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2024;78:386-413.
- ⁸ Santos AF, Riggioni C, Agache I i wsp. EAACI guidelines on the management of IgE-mediated food allergy. *Allergy* 2025;80:14-36.
- ⁹ Venter C, Meyer R, Groetch M i wsp. DRACMA Panel. World Allergy Organization (WAO) Diagnosis and Rationale for Action against Cow's Milk Allergy (DRACMA) guidelines update – XVI – Nutritional management of cow's milk allergy. *World Allergy Organ J* 2024;17:100931.
- ¹⁰ Muraro A, de Silva D, Halken S i wsp. GALEN Food Allergy Guideline Group. Managing food allergy: GA²LEN guideline 2022. *World Allergy Organ J* 2022;15:100687.
- ¹¹ Horvath A. Preparaty aminokwasowe w leczeniu alergii na białka mleka krowiego. *Terapia* 2022;41:3-7.
- ¹² Koletzko S, Heine RG. Non-IgE mediated cow's milk allergy in EuroPrevall. *Allergy* 2015;70:1679-1680.
- ¹³ De Boissieu D, Dupont C. Allergy to extensively hydrolyzed cow milk proteins in infants: safety and duration of amino acid-based formula. *J Pediatr* 2002;141:271-273.
- ¹⁴ De Boissieu D, Dupont C. Time course of allergy to extensively hydrolyzed cow's milk proteins in infants. *J Pediatr* 2000;136:119-120.
- ¹⁵ Meyer R, Groetch M, Venter C. When Should Infants with Cow's Milk Protein Allergy Use an Amino Acid Formula? A Practical Guide. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2018;6:383-399.
- ¹⁶ Ribes-Koninckx C, Amil-Dias J, Espin B i wsp. The use of amino acid formulas in pediatric patients with allergy to cow's milk proteins: Recommendations from a group of experts. *Front Pediatr* 2023;11:110380.
- ¹⁷ Lozinsky AC, Meyer R, De Koker C i wsp. Time to symptom improvement using elimination diets in non-IgE-mediated gastrointestinal food allergies. *Pediatr Allergy Immunol* 2015;26:403-408.
- ¹⁸ Czerwionka-Szaflarska M. Alergia na białka mleka krowiego w praktyce pediatrycznej – praktyczne aspekty stosowania silnych hydrolizatów i mieszanek elementarnych. *Stand Med Pediatr* 2018;15:71-76.
- ¹⁹ Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentysty z dnia 5 grudnia 1996 r. z późn. zmianami, Dz.U. 1997 Nr 28 poz. 152 oraz ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz.U. 2001 Nr 126 poz. 1381).
- ²⁰ Vanderhoof J, Moore N, de Boissieu D. Evaluation of an Amino Acid-Based Formula in Infants Not Responding to Extensively Hydrolyzed Protein Formula. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2016;63:531-533.

Z SIŁĄ SYNBIOTYKU PRZECIWIW ALERGII

NAUKOWO UDOWODNIONE DZIAŁANIE
WYJĄTKOWYCH SKŁADNIKÓW



**W ŁAGODNEJ I UMIARKOWANEJ
POSTACI ABMK**

hydrolizat o znacznym
stopniu hydrolizy (eHF)



**W CIĘŻKIEJ
POSTACI ABMK**

mieszanka
aminokwasowa (AAF)

Z myślą o **prawidłowym rozwoju niemowląt
i przyszłości dzieci z ABMK¹⁻¹⁰**.



**SKUTECZNOŚĆ KLINICZNA POTWIERDZONA
W LICZNYCH BADANIACH^{1-6,8-9}**

1. Harvey BM, et al. 2014 Pediatr Res 75: 343-351. 2. Fox AT, et al. Clin Transl Allergy. 2019; 9(1): 5. 3. Chatchatee P, et al. J Allergy Clin Immunol. 2022 Feb; 149(2): 650-658. 4. Burks AW, et al. Pediatr Allergy Immunol. 2015; 26(4): 316-322. 5. Candy DCA, et al. Pediatric research. 2018; 83(3): 677-686. 6. Sorensen K, et al. Nutrients. 2021; 13(3): 935. 7. Sorensen K, et al. Nutrients. 2021 Jun 27; 13(7): 2205. 8. Van der Aa LB, et al. Clin Exp Allergy. 2010; 40: 795-804. 9. Van der Aa L.B, et al. Allergy. 2011; 66: 170-7. 10. Hubbard GP, et al. Immun Inflamm Dis. 2022; 10: e636.

Bebilon pepti 1 Syneo to żywność specjalnego przeznaczenia medycznego, do postępowania dietetycznego w przypadku alergii na białka mleka krowiego.

Neocate Syneo to żywność specjalnego przeznaczenia medycznego. Do postępowania dietetycznego u niemowląt i dzieci w alergii na białka mleka krowiego, złożonej nietolerancji białek pokarmowych i innych schorzeniach, w których wskazana jest dieta elementarna.

Do stosowania pod nadzorem lekarza, po rozważeniu wszystkich możliwych sposobów żywienia, w tym karmienia piersią.

Nutricia Polska Sp. z o.o., ul. Bobrowiecka 8, 00-728 Warszawa

Więcej informacji dla lekarzy: www.akademianutricia.pl; portal dla rodziców: www.alergianamlekokrowie.pl

Materiał przeznaczony dla osób posiadających kwalifikacje w dziedzinie medycyny, żywienia lub farmacji.

ALLG/BBLNEO/30/01/2025