

Е.Н. Охотникова, д.м.н., профессор, завідувачка кафедрою педіатрії № 1 Національної медичної академії послесереднього освіти ім. П.Л. Шупика, г. Київ

Профілактика алергії у дітей: Возможна ли она?



Е.Н. Охотникова

В документе, розробленому на спільному засіданні експертів ВОЗ і Всесвітньої організації алергії (WAO-IAACI), «Предупреждение аллергии и аллергической астмы» пропонуються три напрямки превентивних заходів по профілактиці формування алергії у дітей.

Первичная профилактика – запобігання імунологічній сенсibiliзації, то єсть продукції специфічних IgE-антител. Її проведення передбачається до моменту дії значимих факторів ризику, асоційованих з алергією, з метою запобігання виникненню цієї патології у дітей групи високого ризику. Вона направлена на усунення впливу пре- і перинатальних факторів розвитку сенсibiliзації.

Вторичная профилактика – запобігання реалізації сформованої сенсibiliзації в клінічні прояви алергічних захворювань (атопічного дерматиту (АД), алергічної патології верхніх дихальних шляхів, бронхіальної астми (БА)). Її проводять після того, як первинна сенсibiliзація к алергенам уже відбулася, але симптомів захворювання ще немає. Мета вторинної профілактики – запобігання розвитку персистируючого запалення у дітей з уже наявними ранніми ознаками алергічних захворювань (АЗ). В основному вона обмежується превентивними заходами у дітей раннього віку.

Третичная профилактика – терапія АЗ, запобігання загостренню і прогресуванню захворювання. Вона включає усунення впливу алергенів і неспецифічних тригерів при уже діагностованому АЗ. Мета профілактики – запобігання розвитку

загострень або погіршення перебігу захворювання, які можуть виникнути при контакті з ідентифікованими алергенами або подразнювачами. Заходи профілактики починають при перших ознаках діагностованого АЗ. Найбільш ефективною первинною профілактикою, призначеною запобігти розвитку алергії, а вторинною і третинною – для зменшення тяжкості перебігу або зменшення ризику розвитку ускладнень уже наявних АЗ.

Критично розглядаючи рекомендації по первинній і вторинній профілактиці АЗ у дітей, викладені в цьому документі, застосовуючи до сучасних умов України, слід відзначити декілька моментів. Цією профілактикою повинен займатися участковий педіатр або сімейний лікар, для яких її розмежування на первинну і вторинну не має практичного значення. Теоретично для виділення серед дітей з високим ризиком атопії пацієнтів, які мають імунологічні маркери сенсibiliзації, необхідно періодично проводити алерготестування з допомогою шкірних проб і/або лабораторних методів. Дуже сумнівно, що у лікуючого лікаря і батьків виникнуть необхідність і бажання проводити алергодіагностику до появи ознак захворювання у дитини.

В даний час для практичного запобігання первинну і вторинну профілактику цілеспрямовано об'єднати в «профілактику до появи симптомів захворювання». Не існує дешевих валидних генетичних і імунологічних маркерів для виявлення дітей групи ризику по атопічним захворюванням, тому найбільш надійним маркером ризику розвитку АЗ до сих пор є сімейний анамнез. При відсутності у батьків алергічної патології ризик виникнення АЗ у дитини раннього віку становить приблизно 13%, при наявності атопічної патології у одного з батьків він досягає 50%, а у обох батьків – більше 70%. Отже, спадкова наслідкованість по атопічній патології повинна стати головним аргументом для зарахування дітей в групу ризику і початку проведення комплексної профілактичної програми. Підвищений рівень загального IgE в пуповинній крові в поєднанні з позитивним сімейним алергоанамнезом вказує на високий ризик розвитку алергічних захворювань у дітей (більше 80%).

Реалізація первинної профілактики харчової алергії неможлива без рішення наступних завдань:

- виділення групи дітей з високим ризиком розвитку атопічних захворювань;

- виявлення основних причин розвитку харчової алергії у дітей;
- здійснення превентивних заходів, направлених на елімінацію причинно-значимих харчових алергенів з раціону дітей з високим ризиком розвитку алергічних захворювань;

- боротьба з несприятливими факторами навколишнього середовища, в першу чергу з пасивним курінням.

В генезі АЗ у дітей, крім спадкової передраположеності, важливе значення мають раннє штучне годування і раннє введення прикорму, пасивне куріння, експозиція алергенів домашньої пилі (раніше всього, постельних кліщів *Dermatophagoides pteronyssinus*, *Dermatophagoides farinae*), проживання в умовах забруднення мікро- і макроєкології, а також інфекційні захворювання.

Як уже було сказано вище, джерелами розвитку сенсibiliзації і алергії слід шукати в ранньому дитинстві. Саме тому заходи профілактики алергії по первинній профілактиці алергії настільки актуальні у дітей першого року життя.

Першою спробою постнатальної профілактики, що використовується до сих пор, була корекція харчування дітей

Таблиця. Ассортимент продуктів, рекомендованих і не рекомендованих вагітним і годуючим жінкам з груп ризику по розвитку у їх дітей харчової алергії

| Групи продуктів | Допускає продукти для здорових жінок | Обмежує продукти | Виключає продукти |
|-----------------------------|--|---|--|
| М'ясо і м'ясні продукти | Говядина, свинина нежирна 1-2-ї категорії, м'ясо кролика, індичка, циплят, курці* | Колбаси варені, м'ясні делькатеси, сосиски, сардельки не частіше двох разів в тиждень | Сиро- і варенокопчені колбаси, закусочні консерви |
| Риба і рибні продукти* | Треска, хек, минтай, судак, окунь | Сельдь слабосоленая, жирні сорти риби (камбала, палтус) не частіше одного разу в тиждень | Скумбрія, морепродукти (раки, краби, креветки, крабові палички), закусочні консерви |
| Яйця | — | До 3 штук в тиждень* | — |
| Молоко і молочні продукти | Кисломолочні продукти без ароматизаторів і фруктових наповнювачів (кефір, ряженка, йогурт, простокваша), неострий сир, творог, сметана, коз'є молоко, сир з коз'єго молока | — | Молоко, сливки, кисломолочні продукти з ароматизаторами і фруктовими наповнювачами, глазурировані творожні сирки |
| Крупки, макаронні вироби | Гречнева, кукурудзяна, рисова, овсяна крупки, макарони | — | — |
| Хліб і хлібобулочні вироби | Пшеничний, ржанно-пшеничний, з отрубями, сухарі | Сдобні хлібобулочні вироби, бисквіти не частіше двох разів в тиждень | — |
| Харчові жири | Рафіновані рослинні масла: підсонячне, кукурудзяне, соєве, оливкове, сливочне масло | Маргарин сливочний | Майонез, кулінарні жири |
| Сахар і кондитерські вироби | Галети, печеня (не сдобна), зефир, пастила | Сахар (до 40 г в день) або варення, повидло, джеми з яблук, груш в еквівалентних кількостях | Торти, пирожки з кремом, шоколад, шоколадні конфети, мед, варення, джеми, повидло з клубники, цитрусових, тропічних фруктів, винограда |
| Овочі | Картофель, капуста білокачанна і кольорова, кольраби, свекла, кабачки, патисони, огурці, тыква, морква* | — | Томати |
| Фрукти | Яблука, груші | Абрикоси*, персики*, дыня*, вишня*, черешня*, смородина*, слива* | Банани, цитрусові, тропічні плоди, виноград, клубника, малина |
| Соки і напої | Соки натуральні (предпочитати яблучний і грушевий), фруктові напої, чай, питтєва бутелірована вода | Соки і нектари (абрикосовий, персиковий, сливовий, вишневий) | Соки – томатний, апельсиновий, виноградний, з тропічних фруктів, клубники і малини; безалкогольні газировані і негазировані прохладительні напої, какао, пиво (в тому числі безалкогольне), алкогольні напої |

* При умові переносимості.

первого года жизни, которая исключала из диеты белки коровьего молока, яиц, рыбы и орехов. Однако результаты большинства длительных клинических исследований не позволили окончательно определиться в этом вопросе, поскольку у детей с АД и пищевой аллергией был получен непродолжительный эффект, а последующее наблюдение за детьми, больными БА, вообще не обнаружило никакого положительного результата. Напротив, высказывалось опасение, что существенные качественные ограничения в питании детей раннего возраста могут увеличить риск задержки роста и не оправдываются их результатами.

В последние годы, к сожалению, растет количество детей, у которых проявляются признаки пищевой аллергии при грудном вскармливании. По данным И.Я. Коны и М.В. Гмошинской (2005), у 30-40% детей наблюдаются кратковременные симптомы пищевой непереносимости, а у 10% — тяжелые проявления пищевой аллергии. И это несмотря на то, что дети получают только грудное молоко. В чем же тут дело? Виновником пищевой непереносимости у детей при грудном вскармливании является питание женщины, причем злоупотребление продуктами, обладающими выраженной сенсибилизирующей активностью (молоком, рыбой и рыбными продуктами, яйцами, орехами, некоторыми видами овощей и фруктов), не только во время кормления грудью, но и во время беременности. Сенсибилизация к пищевым белкам может развиваться еще внутриутробно в тех случаях, когда будущая мать в больших количествах употребляет цитрусовые, бананы и другие экзотические фрукты или дополняет рацион свежесжатым соком из 3-4 апельсинов. В этой ситуации большие надежды на эффективность рекомендаций по правильному питанию беременных женщин связаны с семейными врачами, которые должны хорошо знать всех членов семьи, имеющей больных АЗ. Будущим и кормящим матерям, имеющим какие-либо проявления аллергии (даже непищевой) и заболевания желудочно-кишечного тракта (колит, гастрит, пептическую язву желудка и двенадцатиперстной кишки, холецистит и др.), следует придерживаться более строгой диеты, так как они относятся к группе риска по развитию аллергии у их детей в дальнейшем. Поэтому каждой матери нужен индивидуальный рацион, составленный совместно с врачом.

Ассортимент продуктов для женщин из группы риска по развитию пищевой сенсибилизации у их детей представлен в таблице. Из рациона беременных следует исключить копченые колбасы (варено- и сырокопченые), копченую рыбу, скумбрию, раков, креветки, йогурты с фруктовым наполнителем, глазированные сырки, мед, шоколад, какао, шоколадные конфеты, томаты, бананы, цитрусовые, тропические плоды, клубнику, малину, виноград.

Хотя на данный момент не существует веских доказательств, подтверждающих или опровергающих профилактическую значимость гипоаллергенной диеты беременной женщиной, соблюдение ограничивающего питания будущей матерью считается целесообразным.

! В настоящее время стратегия профилактики аллергии у детей первого года жизни представлена двумя основными направлениями:

- предотвращение ранней встречи ребенка с аллергеном;
- формирование пищевой толерантности или переносимости.

Развитие пищевой толерантности — физиологический механизм, по сути позволяющий человеку питаться. Ежедневно через желудочно-кишечный тракт проходит огромное количество антигенов пищи, и именно благодаря феномену пищевой толерантности организм большинства людей не отвечает на них избыточными иммунными реакциями. Формирование пищевой толерантности является активным иммунным процессом и зависит от многих факторов: наследственной предрасположенности к развитию аллергии, дозы и природы антигена, возраста ребенка на момент контакта с антигеном.

Наиболее естественный способ избежать ранней встречи грудного ребенка с аллергеном — максимально длительное сохранение грудного вскармливания. Дети, находящиеся на грудном вскармливании, естественным путем получают защиту от аллергии, и не только потому что они не получают значительного количества цельных белков коровьего молока — основного аллергена для грудных детей. Грудное молоко содержит IL-10 и TGF- β — цитокины, которые снижают риск развития аллергии и способствуют формированию у ребенка пищевой толерантности. Чем выше уровень TGF- β в молозиве матерей, тем реже у детей впоследствии развиваются атопические заболевания. Кроме того, грудное вскармливание обеспечивает преобладание в составе кишечной микрофлоры ребенка бифидобактерий, что также способствует снижению риска развития аллергии.

Защитный эффект грудного молока в отношении развития аллергии был продемонстрирован в нескольких клинических исследованиях. Так, в работе I. Kull и соавт. (2002) при обследовании более 4 тыс. детей было установлено, что продолжительное грудное вскармливание снижало риск развития не только пищевой, но и респираторной аллергии (рис. 1).

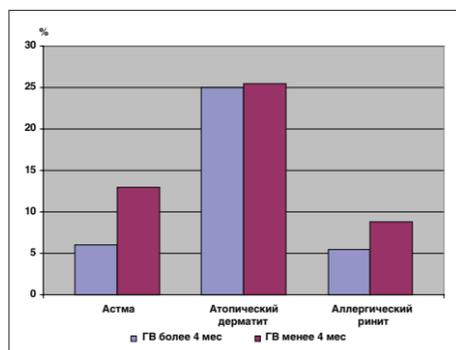


Рис. 1. Частота аллергических заболеваний в зависимости от продолжительности грудного вскармливания (ГВ)

Несмотря на очевидные и значительные успехи, связанные с пропагандированием грудного вскармливания, часть детей не может получать грудное молоко, и их вынужденно переводят на смешанное или искусственное вскармливание. Выбор молочной смеси, особенно для ребенка из группы риска по развитию атопии, вызывает у практических врачей определенные трудности, поскольку развитие пищевой толерантности у грудных детей, получающих

молочные смеси, значительно усложняется. Это связано с физиологическими особенностями детей этого возраста: высокая проницаемость кишечного барьера при рождении ребенка и практически полное отсутствие микрофлоры в кишечнике, а также склонность «антигенаивной» иммунной системы новорожденного к реагированию по Th₂-пути, облегчающему развитие аллергии.

Существующие на сегодняшний день гипоаллергенные смеси можно условно разделить на две группы: высокогидролизированные и на основе умеренного гидролиза белка. Высокогидролизированные смеси, или так называемые лечебные гидролизаты, не вызывают у ребенка аллергию, поскольку практически не содержат крупных белковых фрагментов, способных вызвать сенсибилизацию. Но эти смеси также не способствуют и формированию пищевой толерантности, поскольку степень расщепления белка в них слишком велика для того, чтобы сохранить пептиды так называемой толерогенной фракции. Применение этих смесей лишь отодвигает во времени воздействие на организм ребенка аллергена — цельного белка коровьего молока, но не формирует толерантности к ним. Смеси на основе высокогидролизованного белка применяют для лечения пищевой аллергии, в отношении же активной профилактики и формирования пищевой толерантности они неэффективны.

Молочная смесь, предназначенная для профилактики аллергии, должна обеспечивать формирование у ребенка толерантности к белкам коровьего молока. Аллергенность смеси при этом должна быть снижена до определенного уровня, позволяющего сохранить достаточное количество толерогенных пептидов. Другими словами, гидролиз белка в профилактической смеси следует подбирать специальным образом. В исследованиях R. Fitsche и соавт. (1997, 1998) было установлено, что к пептидам, способным формировать пищевую толерантность, относятся белки с молекулярным весом от 2 до 10 кДа. В этих же исследованиях было подтверждено, что смеси на основе высокогидролизованного белка не обладают способностью формировать пищевую толерантность. В норме ее можно сформировать у ребенка и при вскармливании смесями на основе цельного белка, поскольку он содержит и пептиды толерогенной фракции. Но у детей из групп риска такие смеси легко могут вызвать сенсибилизацию и развитие АЗ.

Исходя из этого, для первичной профилактики аллергии у детей первого года жизни показано применение смесей на основе умеренногидролизованного белка, содержащего достаточное количество толерогенных пептидов.

В 2005 г. Комитет по гипоаллергенным питательным смесям Европейского общества педиатрической аллергологии и клинической иммунологии (ESPACI) и Комитет по питанию Европейского общества педиатрической гастроэнтерологии, гепатологии и нутрициологии (ESPGHAN) разработали **рекомендации по питанию детей с пищевой аллергией**.

Основные позиции рекомендаций:

1. Из рациона детей, которым поставлен диагноз «аллергия на пищевую белок», следует полностью исключить белки, вызывающие аллергическую реакцию.

Если ребенок находится на грудном вскармливании, следует полностью исключить из рациона матери белки, вызывающие аллергическую реакцию у ребенка (известно, что в период лактации у 95% женщин в грудном молоке обнаруживают β -лактоглобулин коровьего молока).

2. Дети с аллергией на белок коровьего молока, находящиеся на искусственном вскармливании, должны получать питательные смеси с выраженными гипоаллергенными свойствами на основе экстенсивных белковых гидролизатов или в особых случаях — продукты на основе смеси аминокислот.

3. Детям с неблагоприятными реакциями на пищевые белки, а также с энтеропатией и мальабсорбцией, которые в некоторых случаях могут сопровождать пищевую аллергию, назначают продукты с выраженными гипоаллергенными свойствами (питательные смеси на основе экстенсивных гидролизатов), безлактозные, содержащие триглицериды со среднецепочечными жирными кислотами, до тех пор, пока не будет нормализована функция всасывания слизистой оболочки кишечника.

4. При проведении диетотерапии пищевой аллергии, не сопровождающейся серьезными нарушениями функции всасывания и пищеварения, рекомендуется назначать продукты с выраженными гипоаллергенными свойствами на основе экстенсивных гидролизатов или смеси аминокислот при условии, что остальные компоненты, входящие в их состав, соответствуют критериям Европейского Союза в отношении стандартных детских питательных смесей.

5. Для диетотерапии аллергии на белок коровьего молока не следует применять диетические продукты на основе нерасщепленных белков, содержащихся в молоке животных других видов (например, в козьем или овечьем), а также так называемые частичногидролизированные питательные смеси.

6. Не рекомендуется начинать лечение пищевой аллергии у детей с использования смеси на основе соевого белка.

Благодаря исследованиям последних лет было установлено, что смеси на основе изолята соевого белка не являются гипоаллергенными и, соответственно, не могут использоваться для профилактики пищевой аллергии.

Необходимо также подчеркнуть, что все современные профилактические смеси-гидролизаты являются полноценными заменителями грудного молока и применяются без дополнительной коррекции питания на протяжении первого года жизни ребенка. Детям из группы риска по формированию аллергии, получающим профилактические гидролизаты, при отсутствии клинических проявлений АД продукты прикорма вводят в обычные сроки, но они готовятся на воде или овощных отварах. После 1 года постепенно вводят молочные продукты. При появлении симптомов АД на фоне вскармливания профилактическими гидролизатами необходимо своевременно перевести ребенка на лечебные смеси-гидролизаты.

Согласно директиве ЕС профилактическая смесь должна иметь доказательства своей эффективности

Продолжение на стр. 28.

Е.Н. Охотникова, д.м.н., профессор, завідувача кафедри педіатрії № 1 Національної медичної академії післядипломного образования ім. П.Л. Шупика, г. Київ

Профилактика аллергии у детей: возможна ли она?

Продолжение. Начало на стр. 26.

в предупреждении аллергии. Согласно п. 7 этой директивы с поправкой от 16.02.1996 г. профилактическая смесь должна обеспечивать «снижение риска развития аллергии к белкам коровьего молока». При этом должны быть соблюдены условия, позволяющие выполнить это требование:

- содержание иммунореактивного белка в смеси должно быть менее 1%;
- смесь должна быть противопоказана детям с подтвержденной аллергией к белкам коровьего молока при отсутствии клинических доказательств эффективности смеси у таких детей;
- должны быть представлены объективные научные данные, подтверждающие профилактическую эффективность смеси.

При отсутствии грудного молока или его недостатке детям из группы риска развития пищевой аллергии рекомендуется использовать гипоаллергенные смеси профилактического или лечебно-профилактического направления.

Был проведен метаанализ 15 наиболее важных исследований профилактической эффективности смеси у новорожденных детей с риском развития аллергии. Результаты этого анализа, как и результаты отдельных исследований, показали, что гипоаллергенная смесь на основе частичногидролизованного белка предупреждает развитие аллергии не только в первые 6 месяцев жизни, но и на протяжении первых 3-5 лет (рис. 2). Прежде всего это относится к кожным реакциям, а в ряде исследований было продемонстрировано снижение частоты респираторной аллергии.

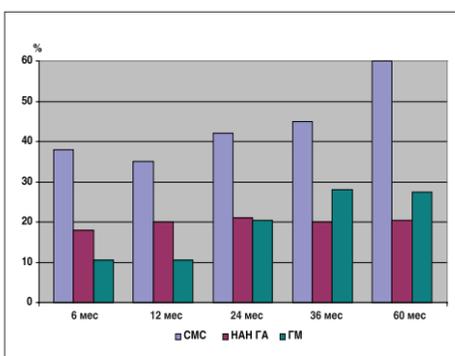


Рис. 2. Кумулятивная частота atopических проявлений у детей в течение первых 5 лет жизни в зависимости от вида вскармливания в грудном возрасте:

СМС – стандартная молочная смесь; НАН ГА – НАН гипоаллергенный, Nestle; ГМ – грудное молоко

На сегодняшний день установлено, что, кроме белкового компонента смеси, на формирование пищевой толерантности оказывает влияние состав кишечной микрофлоры, а также некоторые нутриенты в рационе грудного ребенка.

Роль кишечной микрофлоры в формировании пищевой толерантности

Изучение состава кишечной микрофлоры показало, что у детей с atopией наблюдается достоверно более низкое содержание в кишечнике

бифидобактерий по сравнению со здоровыми детьми (рис. 3). В исследовании В. Bjorksten и соавт. (2001) было установлено, что нарушения кишечной микрофлоры в виде снижения количества бифидобактерий возникают до появления первых симптомов АЗ, то есть нарушения в составе кишечной микрофлоры первичны по отношению к развитию аллергии.

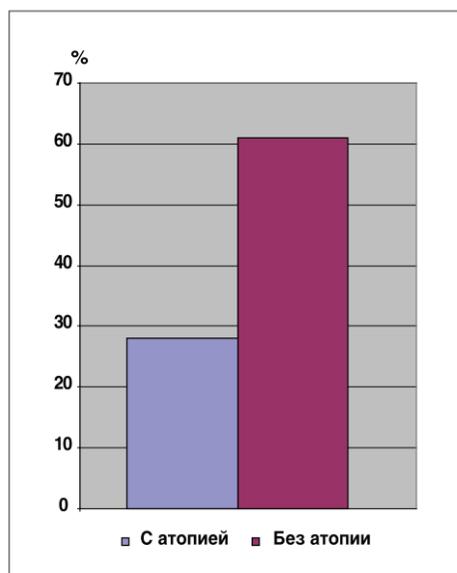


Рис. 3. Удельный вес детей в возрасте 3 месяцев с высоким содержанием бифидобактерий в кишечнике

Установлено также, что пищевые антигены и представители кишечной микрофлоры – основные источники антигенной стимуляции, способствующие формированию пищевой толерантности и адекватному формированию иммунитета ребенка. В настоящее время не вызывает сомнения тот факт, что формирование здоровой кишечной микрофлоры у грудного ребенка способствует развитию пищевой толерантности и снижению риска развития аллергии.

Важную роль в процессах формирования пищевой толерантности играют омега-3 жирные кислоты: метаболиты докозагексаеновой кислоты снижают активность воспалительных и иммунных реакций, ингибируя ИЛ-6, ИЛ-8 и ФНО α , способствуя тем самым формированию пищевой толерантности. Недавние исследования продемонстрировали снижение частоты АЗ у детей в первые 4 года жизни при обогащении рациона питания в грудном возрасте рыбьим жиром (содержит метаболиты докозагексаеновой кислоты) (рис. 4).

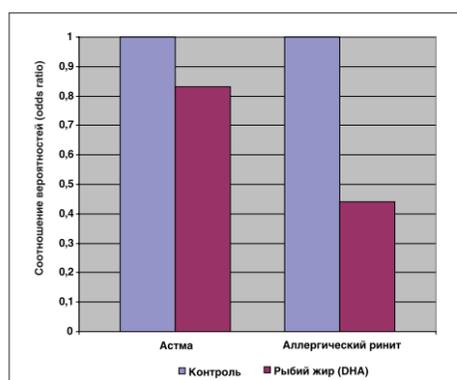


Рис. 4. Влияние рациона, обогащенного докозагексаеновой кислотой (рыбьим жиром) на первом году жизни, на заболеваемость аллергической патологией в возрасте 4 лет

К постнатальным факторам высокого риска развития аллергического ринита (АР) и особенно БА у детей раннего возраста относится и пассивное курение. В таких случаях нужны организационные и пропагандистские мероприятия, результаты которых пока еще вызывают сомнения. Так, недавнее принятие законодательных актов о запрете курения в общественных местах привело к учащению курения в домашних условиях, что, безусловно, лишь увеличило контакт детей с этим важнейшим индуктором и провокатором гиперреактивности бронхов.

Особое место в первичной профилактике формирования аллергии у детей занимают мероприятия по устранению контакта с аэроаллергенами. В 1990 г. были получены положительные результаты у детей грудного возраста при условии ограничения контакта с аллергенами клещей. Однако результаты последних исследований свидетельствуют о том, что устранение раннего контакта ребенка с аллергенами домашней пыли и животных не предотвращает развитие АЗ – наоборот, ранний (после рождения) контакт ребенка с кошками и собаками эффективнее предупреждает развитие аллергии, чем отсутствие этих животных в доме. Эти данные дают основание для разработки первичной профилактики, направленной на перестройку иммунного ответа младенца в сторону неаллергической реакции Th₁-типа.

Вторичная профилактика актуальна, когда сенсибилизация уже состоялась и есть клинические признаки ранних аллергических поражений кожи, носа, пищеварительного тракта, но проявления астмы еще нет. На протяжении длительного времени проводятся исследования, направленные на предупреждение развития БА у детей групп риска с помощью медикаментозной терапии. В масштабном (56 центров, 817 детей раннего возраста из 13 стран мира) и длительном (18 месяцев) исследовании ETAC (Early Treatment of Atopic Child) было установлено, что применение длительных (1,5 года) курсов терапии H₁-гистаминоблокаторами (цетиризин) является безопасным и снижает риск развития БА у детей с АД, имеющих сенсибилизацию к пыльце, на 50%, у детей с АД, сенсибилизированных к бытовым аллергенам, – на 40%. Таким образом, у детей с АД фактически в два раза снизился риск развития БА. Также улучшилось состояние кожных покровов по шкале SCORAD, уменьшилась потребность в наружных стероидах.

Некоторые исследования посвящены возможности предупреждения развития БА у детей путем лечения АР H₁-гистаминоблокаторами, ингаляционными кортикостероидами и пероральными (антилейкотриеновыми) противовоспалительными препаратами. Однако окончательное решение этого вопроса зависит от результатов будущих проспективных исследований. Есть единичные данные о профилактической эффективности специфической алерговакцинации, однако этот метод ограничен возрастом (до 5 лет не проводится) и опасностью применения у малышей.

Третичная профилактика АР и БА используется для предупреждения развития обострений, утяжеления течения,

возникновения осложнений болезни и инвалидизации больного, то есть для достижения и поддержания контроля за течением АЗ, особенно астмы. Хотя третичная профилактика наиболее оптимальна при появлении первых признаков БА, в действительности эти мероприятия начинают проводить после постановки диагноза. Однако есть объективные данные о том, что на момент появления первых проявлений астмы морфологические изменения в дыхательных путях уже имеют признаки хронического воспаления. Поэтому так важно проведение мероприятий первичной и вторичной профилактики.

Поскольку обострения диагностированной БА провоцируются целым комплексом значимых триггеров, необходима система профилактических мероприятий индивидуального и социального значения. Индивидуальные мероприятия направлены на создание гипоаллергенных микроэкологических условий (принцип «чистого дома»), в первую очередь это касается мер по уменьшению концентрации бытовых аллергенов, особенно домашних клещей. Имеются данные, свидетельствующие о достаточно высокой эффективности этих гигиенических мер, хотя есть и противоположное мнение. Трудности возникают также при проведении мероприятий относительно аллергенов животных, особенно кошек, поскольку их аллергены надолго остаются в местах прежнего пребывания, даже после удаления животных. Одним из наиболее сложных вопросов профилактики обострений БА является борьба с грибами, поскольку необходим целый комплекс мероприятий по ликвидации их в помещении, однако эти меры эффективны лишь частично.

Адекватными должны быть мероприятия по уменьшению контактов малышей и детей с респираторными аллергенами, с irritантами помещений (окиси и двуокиси азота, углерода, серы, формальдегида и т.п.), для чего необходимы современное вентиляционное оборудование и технически совершенная система отопления.

Аэрополлютанты загрязняют воздух и вне помещений, но радикально решить эту сложную проблему в настоящее время невозможно. Поэтому разработаны рекомендации по уменьшению их влияния на больного, в частности выполнение правил поведения детей в конкретных ситуациях (уменьшение необязательной физической нагрузки при неблагоприятных метеорологических условиях; избегание контактов с инфекционными больными и раздражающими факторами; изменение, по возможности, места и климатической зоны проживания; при невозможности устранения контакта со значимым фактором показано профилактическое применение ингаляций бронхолитика быстрого действия. Однако у маленьких детей сложно выполнить некоторые рекомендации, в первую очередь это касается уменьшения физической активности и эмоциональных нагрузок.

К сожалению, полностью избежать контакта с аллергенами невозможно. Это касается и предотвращения контакта с пылью, если только больной не уедет на период цветения аллергенных растений в другую климатическую зону, где их нет. Пыльца находится

в воздухе, и контакт с ней происходит всякий раз при выходе на улицу. Она проникает через открытые окна и двери и попадает в дом.

Также трудно достичь полного прекращения контакта с эпидермальными аллергенами (шерстью, перхотью). Если удалить животное из комнаты или дома, его аллергены все равно будут переноситься по воздуху. Если собака или кошка живет на улице, то их шерсть и другие эпидермальные аллергены будут проникать в квартиру на одежде и длительно сохраняться в доме.

Различные мероприятия могут быть предприняты с целью уменьшения концентрации клещей домашней пыли. Необходимо убрать все «пылесборники» (ковры, гобелены, и т.п.), уменьшить влажность в доме, например, регулярно проветривать помещения или использовать кондиционер. Особое внимание следует уделить постели и постельным принадлежностям.

Так, частое проветривание, отсутствие неотапливаемых комнат в здании зимой, отсутствие в помещении сушащегося белья, своевременный ремонт текущих кранов, более тщательная уборка, эффективная вентиляция ванной комнаты и меньшее количество комнатных растений могут существенно уменьшить концентрацию спор плесени в воздухе уже зараженных плесневыми грибами помещений.

По возможности следует исключить воздействие триггеров респираторной аллергии: вирусные и бактериальные инфекции, вещества, имеющие сильный запах, дым, порошки, аэрозоли, физическую и психоэмоциональную нагрузку, эндокринные факторы, пищевые добавки, некоторые лекарственные препараты (аспирин и другие нестероидные противовоспалительные средства, ингибиторы АПФ и др.).

Одним из наиболее частых провокаторов обострения астмы у маленьких детей является ОРВИ, поэтому, кроме избегания контакта с больными респираторными инфекциями, необходимо проводить курс лечения иммуномодуляторами. Значительное внимание следует уделять санации хронических очагов инфекции и неспецифическим мероприятиям по оздоровлению ребенка. В связи с высоким риском развития тяжелых и критических состояний у детей с БА при заболевании гриппом, малышам с 6-месячного возраста рекомендовано проводить ежегодную вакцинацию. Однако данных для анализа преимуществ противогриппозной вакцинации и риска ее использования еще недостаточно. Следует отметить, что третичная профилактика включает превентивную терапию длительными курсами индивидуально подобранных эффективных препаратов.

К профилактическим мероприятиям всех уровней можно отнести и распространение информации среди взрослых лиц групп риска и родителей детей из групп риска о сущности аллергии и астмы и факторов риска их развития. Только осознанное отношение к вопросам развития болезни, необходимость строгого соблюдения рекомендаций врача, а также целеустремленное претворение их в жизнь может обеспечить высокую эффективность профилактических мероприятий.

Перспективным направлением первичной профилактики развития аллергии

у детей в настоящее время является достижение оптимального соотношения Th₁/Th₂-типов иммунного ответа у ребенка, которое планируется осуществить за счет действия больших доз аллергенов и комбинации белков аллергена и интерлейкина-12 (ИЛ-12). Целесообразность такого подхода поддерживают сторонники «гигиенической гипотезы», основанной на фактах связи между контактом с инфекционными факторами детей раннего возраста и последующим снижением уровня развития АЗ. Действительно, результаты некоторых исследований показали, что легкие формы вирусной инфекции верхних дыхательных путей, перенесенные в раннем детстве, снижают риск развития астмы вплоть до 8-летнего возраста. Однако тяжелые респираторные инфекции нижних дыхательных путей, особенно RSV-бронхиолит, являются факторами высокого риска развития БА на протяжении всего дошкольного возраста.

Существует идея сосредоточить внимание на коррекции микробного пейзажа кишечника младенцев с помощью назначения пробиотиков и таким образом повлиять на развитие постнатальной пищевой сенситизации. Однако E. Isolauri и соавт. (2001) указывают, что общий уровень сенситизации у детей раннего возраста после использования пробиотиков не изменился, хотя клинически частота АД снизилась вдвое.

Перспективным планом постнатальной профилактики астмы можно считать и создание иммуномодуляторов последнего поколения с помощью Th₁-иммуноадьювантов, ДНК-вакцин, антигенов, ассоциируемых с ИЛ-12 или интерфероном-γ (ИФН-γ), или перорального назначения соответствующих кишечных микроорганизмов.

Большие перспективы с точки зрения профилактики развития аллергии у детей имеет масштабная программа прекоцепционной профилактики, целью которой является улучшение состояния здоровья будущих родителей, что позволит устранить неблагоприятное влияние многих негативных факторов во время беременности и родов.

В заключение следует подчеркнуть, что одной из важнейших задач профилактики АЗ является уменьшение аллергенных воздействий, с целью первичной профилактики которых согласно рекомендациям ВОЗ и WAO-IAACI, основным на результатах исследований с солидной доказательной базой, необходимо выполнять следующие требования:

- Не курите и избегайте контакта с табачным дымом, особенно в период беременности и раннего детства. Необходим запрет на курение на рабочем месте.
- Избегайте загрязнения воздуха в жилых помещениях и их захламленности.
- Избегайте или максимально уменьшите контакт с сенситизирующими и раздражающими веществами.
- До достижения 6 месяцев ребенок должен питаться исключительно материнским молоком.

Иными словами, ведите здоровый образ жизни и заботьтесь о здоровье своих будущих детей, сохраняя свое здоровье!



Вдохни жизнь без аллергии!

ЭДЕМ - высокоселективный антигистаминный препарат нового поколения.

Эффективен и безопасен - быстро и ощутимо избавляет от всех проявлений аллергических реакций.

Эффективно действует на протяжении 27 часов.



Р.С. МЗ Украины UA/8360/01/01 от 03.06.08 г., UA/7746/01/01 от 19.11.08 г.
Производитель ВАТ "Фармак", г. Киев, тел.: (044) 496-87-14. www.farmak.ua