

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

Профилактика аллергии у детей: возможна ли она?



Е.Н. Охотникова

В документе, разработанном на совместном заседании экспертов ВОЗ и Всемирной организации аллергии (WAO-IAACI), «Предупреждение аллергии и аллергической астмы» предложены три направления превентивных мероприятий по профилактике формирования аллергии у детей.

Первичная профилактика – предупреждение иммунологической сенсибилизации, то есть продукции специфических IgE-антител. Ее проведение предусматривается до момента действия значимых факторов риска, ассоциируемых с аллергией, с целью предупреждения возникновения этой патологии у детей группы высокого риска. Она направлена на устранение влияния пре- и перинатальных факторов развития сенсибилизации.

Вторичная профилактика – предупреждение реализации состоявшейся сенсибилизации в клинические проявления аллергических заболеваний (атопического дерматита (АД), аллергической патологии верхних дыхательных путей, бронхиальной астмы (БА)). Ее проводят после того, как первичная сенсибилизация к аллергенам уже состоялась, но симптомов болезни еще нет. Цель вторичной профилактики – предупреждение развития персистирующего воспаления у детей с уже имеющимися ранними признаками аллергических заболеваний (АЗ). В основном она ограничивается превентивными мероприятиями у детей раннего возраста.

Третичная профилактика – терапия АЗ, предупреждающая обострение и прогрессирование заболевания. Она включает устранение влияния аллергенов и неспецифических триггеров при уже диагностированном АЗ. Цель профилактики – предупреждение развития

обострений или ухудшения течения болезни, которые могут развиваться при контакте с идентифицированными аллергенами или раздражающими агентами. Мероприятия третичной профилактики начинают при первых признаках диагностированного АЗ. Наиболее эффективна первичная профилактика, призванная предупредить развитие аллергии, а вторичная и третичная применяется для облегчения тяжести течения или снижения риска развития осложнений уже имеющихся АЗ.

Критически рассматривая рекомендации по первичной и вторичной профилактике АЗ у детей, изложенные в этом документе, применительно к современным возможностям Украины, следует отметить несколько моментов. Этой профилактикой должен заниматься участковый педиатр или семейный врач, для которых ее разделение на первичную и вторичную не имеет практического значения. Теоретически для выделения среди детей с высоким риском атопии пациентов, имеющих иммунологические маркеры сенсибилизации, необходимо периодически проводить аллерготестирование с помощью кожных проб и/или лабораторных методов. Весьма сомнительно, что у лечащего врача и родителей возникнут необходимость и желание проводить аллергодиагностику до появления признаков заболевания у ребенка.

В настоящее время для практического здравоохранения первичную и вторичную профилактику целесообразно объединить в «профилактику до появления симптомов заболевания». Не существует дешевых валидных генетических и иммунологических маркеров для выявления детей группы риска по atopическим заболеваниям, поэтому наиболее надежным маркером риска развития АЗ до сих пор является семейный анамнез. При отсутствии у родителей аллергической патологии риск возникновения АЗ у ребенка раннего возраста составляет приблизительно 13%, при наличии atopической патологии у одного из родителей он достигает 50%, а у обоих родителей – более 70%. Отягощенная наследственность по atopической патологии должна стать главным аргументом для зачисления детей в группу риска и начала проведения комплекса профилактических мероприятий. Повышенный уровень общего IgE в пуповинной крови в сочетании с положительным семейным аллергоанамнезом указывают на высокий риск развития аллергических заболеваний у детей (более 80%).

Реализация первичной профилактики пищевой аллергии невозможна без решения следующих задач:

- выделение группы детей с высоким риском развития atopических заболеваний;

- выявление основных причин развития пищевой аллергии у детей;
- осуществление превентивных мероприятий, направленных на элиминацию причинно-значимых пищевых аллергенов из рациона детей с высоким риском развития аллергических заболеваний;

- борьба с неблагоприятными факторами окружающей среды, в первую очередь с пассивным курением.

В генезе АЗ у детей, помимо наследственной предрасположенности, важное значение имеют раннее искусственное вскармливание и раннее введение прикорма, пассивное курение, экспозиция аллергенов домашней пыли (прежде всего, постельных клещей *Dermatophagoides pteronyssinus*, *Dermatophagoides farinae*), проживание в условиях загрязнения микро- и макроэкологии, а также инфекционные болезни.

Как уже было сказано выше, источники развития сенсибилизации и аллергии следует искать в раннем детстве. Именно поэтому мероприятия по первичной профилактике аллергии столь актуальны у детей первого года жизни.

Первой попыткой постнатальной профилактики, используемой до сих пор, была коррекция питания детей

Таблица. Ассортимент продуктов, рекомендованных и не рекомендованных беременным и кормящим женщинам из групп риска по развитию у их детей пищевой аллергии

Группы продуктов	Допускаемые продукты для здоровых женщин	Ограничиваемые продукты	Исключаемые продукты
Мясо и мясopодукты	Говядина, свинина нежирная 1-2-й категории, мясо кролика, индейки, цыплят, курицы*	Колбасы вареные, мясные деликатесы, сосиски, сардельки не чаще двух раз в неделю	Сыро- и варенкопченые колбасы, закусочные консервы
Рыба и рыбopодукты*	Треска, хек, минтай, судак, окунь	Сельдь слабосоленая, жирные сорта рыбы (камбала, палтус) не чаще одного раза в неделю	Скумбрия, морепродукты (раки, крабы, креветки, крабовые палочки), закусочные консервы
Яйца	—	До 3 штук в неделю*	—
Молоко и молочные продукты	Кисломолочные продукты без ароматизаторов и фруктовых наполнителей (кефир, ряженка, йогурты, простокваша), неострый сыр, творог, сметана, козье молоко, сыр из козьего молока	—	Молоко, сливки, кисломолочные продукты с ароматизаторами и фруктовыми наполнителями, глазированные творожные сырки
Крупы, макаронные изделия	Гречневая, кукурузная, рисовая, овсяная крупы, макароны	—	—
Хлеб и хлебобулочные изделия	Пшеничный, ржано-пшеничный, с отрубями, сухари	Сдобные хлебобулочные изделия, бисквиты не чаще двух раз в неделю	—
Пищевые жиры	Рафинированные растительные масла: подсолнечное, кукурузное, соевое, оливковое, сливочное масло	Маргарин сливочный	Майонез, кулинарные жиры
Сахар и кондитерские изделия	Галеты, печенье (не сдобное), зефир, пастила	Сахар (до 40 г в сутки) или варенье, повидло, джемы из яблок, груш в эквивалентных количествах	Торты, пирожные с кремом, шоколад, шоколадные конфеты, мед, варенье, джемы, повидло из клубники, цитрусовых, тропических фруктов, винограда
Овощи	Картофель, капуста белокочанная и цветная, кольраби, свекла, кабачки, патиссоны, огурцы, тыква, морковь*	—	Томаты
Фрукты	Яблоки, груши	Абрикосы*, персики*, дыня*, вишня*, черешня*, смородина*, слива*	Бананы, цитрусовые, тропические плоды, виноград, клубника, малина
Соки и напитки	Соки натуральные (предпочтительны яблочный и грушевый), фруктовые напитки, чай, питьевая бутилированная вода	Соки и нектары (абрикосовый, персиковый, сливовый, вишневый)	Соки – томатный, апельсиновый, виноградный, из тропических фруктов, клубники и малины; безалкогольные газированные и негазированные прохладительные напитки, какао, пиво (в том числе безалкогольное), алкогольные напитки

* При условии переносимости.

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 свежевыжатым 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 atopические 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).

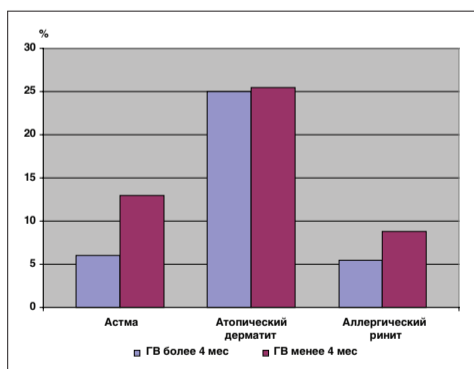


Рис. 1. Частота аллергических заболеваний в зависимости от продолжительности грудного вскармливания (ГВ)

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 atopии, 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 заменять 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.

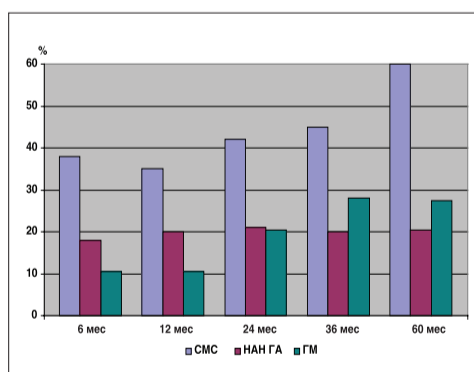


Рис. 2. Кумулятивная частота atopических проявлений у детей в течение первых 5 лет жизни в зависимости от вида вскармливания в грудном возрасте:

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.

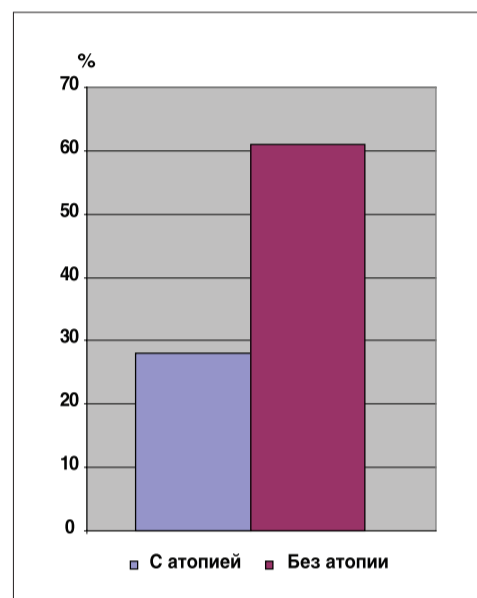


Рис. 3. Удельный вес детей в возрасте 3 месяцев с высоким содержанием бифидобактерий в кишечнике

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).

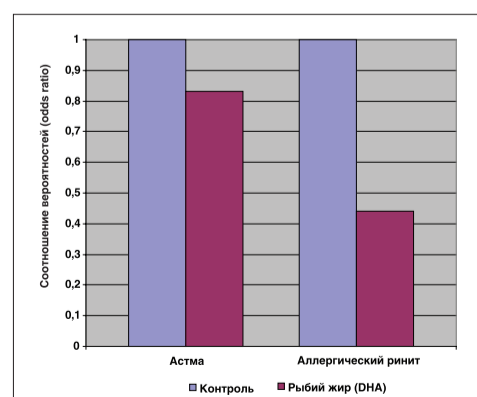


Рис. 4. Влияние рациона, обогащенного докозагексаеновой кислотой (рыбьим жиром) на первом году жизни, на заболеваемость аллергической патологией в возрасте 4 лет

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 сенситивизации. Однако E. Isolauri и соавт. (2001) указывают, что общий уровень сенситивизации 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 преконцепционной 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 сенситивизирующими 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 України 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