

# Практичні рекомендації щодо первинної профілактики алергічних захворювань у дітей (резольція засідання експертів)

Інформація тільки для медичних працівників

Львів  
Листопад 2013

## Експерти:

**Беш Л.В.**

— д.мед.наук, професор, керівник ЛМДАЦ

**Знаменська Т.К.**

— д.мед.наук, професор, президент Асоціації неонатологів України

**Уманець Т.Р.**

— д.мед.наук, головний дитячий алерголог МОЗ України

**Охотнікова О.М.**

— д.мед.наук, професор, віце-президент Асоціації алергологів України

**Недільська С.М.**

— д.мед.наук, професор, віце-президент Асоціації алергологів України

**Клименко В.А.**

— д.мед.наук, професор, завідувач кафедри пропедевтики педіатрії №2 Харківського національного медичного університету

**Катілов О.В.**

— к.мед.наук, головний дитячий алерголог департаменту охорони здоров'я Вінницької ОДА

**Майк Познер**

— доктор медицини, медичний директор Інституту харчування Нестле

19 листопада 2013 року у Львові відбулося засідання провідних фахівців України — експертів з проблем дитячої алергології, на якому розглядалися найбільш дискусійні питання первинної профілактики харчової алергії. Результатом цієї зустрічі стало опрацювання узгодженого документу, який може бути базою для створення вітчизняних рекомендацій з первинної профілактики алергічної патології у дітей. Підставою для створення цього документу став глибокий аналіз усіх основних доказових досліджень з профілактики алергії і власний досвід експертів.

## Епідеміологічні дані

Протягом останніх років спостерігається зростання частоти алергічної патології серед дитячого населення планети. Першим проявом алергії в ранньому дитячому віці є харчова алергія — реакція гіперчутливості до будь-якого харчового компонента, основою якої є імунні механізми (IgE залежні і/або IgE-незалежні).

Клінічні прояви харчової алергії різноманітні за формою, локалізацією, ступенем важкості та прогнозом, і жоден з симптомів не можна вважати специфічним. Однак у дітей раннього віку харчова алергія найчастіше проявляється різноманітними гастроінтестинальними проявами та atopічним дерматитом. Згідно найсучасніших епідеміологічних даних, частота харчової алергії серед дітей складає 2–7,5%. Водночас на сьогоднішній день не існує даних щодо її поширеності серед українських дітей, що диктує потребу проведення в Україні ґрунтовних епідеміологічних досліджень.

## Група ризику щодо розвитку алергічної патології

Рекомендовано вважати факторами ризику розвитку алергічних захворювань: спадкову схильність; малу масу тіла новонародженого; недоношеність; куріння батьків; патологічний перебіг вагітності і пологів (застосування антибіотиків під час вагітності, пологи шляхом цесарського розтину тощо); неадекватні харчування і побут новонародженого; захворювання періоду новонародженості і перших місяців життя.

## Елімінація високоалергенних продуктів у дієті матері з метою первинної профілактики алергії

Оскільки сьогодні не існує серйозних доказів профілактичного ефекту спеціальної дієти протягом вагітності щодо запобігання алергічній патології у дитини, обмежувати вагітних у харчуванні не рекомендується. Треба говорити не про обмеження, а про раціональне харчуван-

ня вагітної, яке повинно бути збалансованим за всіма поживними речовинами. Немає спеціальної дієти для вагітних, показано здорове харчування. Для матерів, котрі обирають елімінацію певних харчових продуктів під час вагітності, обов'язковою є консультація лікаря. Високоалергенними продуктами слід вважати: коров'яче молоко, сою, яйця, пшеницю, арахіс та волоський горіх, рибу і морепродукти.

## Грудне вигодовування

Грудне вигодовування повинно бути рекомендоване всім дітям, оскільки воно сприяє формуванню харчової толерантності та попереджує реалізацію atopії і має суттєві переваги стосовно поживних, імунологічних і психологічних аспектів над вигодовуванням сумішами. Виключно грудне годування рекомендовано в перші 6 міс. життя дитини.

## Елімінація високоалергенних продуктів у дієті матері-годувальниці з метою первинної профілактики алергії

Мінімальна кількість харчових алергенів потрапляє в організм дитини з грудним молоком, однак немає потреби обмежувати маму-годувальницю в харчуванні, якщо грудне вигодовування не провокує проявів алергії у дитини.

## Суміші для первинної профілактики алергії у немовлят

При неможливості грудного вигодовування у дітей перших місяців життя єдиним можливим виходом є штучне вигодовування. Основними ланками профілактики харчової алергії є вироблення харчового сприйняття (толерантності) до білків їжі і зниження антигенного навантаження. Відомо, що роль трофоалергенів у дитячих сумішах належить білкам, отже зниження антигенного навантаження можна досягти шляхом гідролізу білка. Використання гідролізатів коров'ячого білка у дитячих сумішах стало одним з найбільших досягнень останніх десятиліть в дитячій нутріціології.

Найбільш масштабне дослідження ефективності різних сумішей для первинної профілактики алергії GINI (German Infant Nutritional Intervention Study) було розпочате у 1995 році в Німеччині. Це не тільки тривале і масштабне дослідження, але й єдине, яке не спонсорували фірми-виробники дитячого харчування, оскільки був отриманий державний грант і відповідне фінансування.

GINI — проспективне рандомізоване дослідження, яке вивчає профілактичний ефект трьох гідролізованих сумішей порівняно зі звичайною сумішшю у 2252 дітей. З 1995 по 1998 роки 2252 новонароджених із спадковою схильні-

стю до atopії у разі неможливості грудного вигодовування отримували протягом перших чотирьох місяців одну з чотирьох сумішей: частковий (NAN® Гіпоалергенний) або повний (Hipp HA та Hipp, які ідентичні до Nutrilon Pepti, Nutricia/Numico (до 1999 року на ринку Німеччини)) гідролізат сироваткового білка, повний гідролізат казеїну (Nutramigen), звичайну суміш на основі коров'ячого молока (Nutrilon Premium). Розподіл дітей в одну із чотирьох груп був випадковим, причому всебічно заохочувалося грудне вигодовування до 4-ох місяців. Інформація про динамічний стан здоров'я заносилася в базу даних і включала діагностовані лікарем алергічні захворювання (відомості отримували з анкет, які заповнювали батьки, коли дітям виповнювалося 3, 6 і 10 років). Окрім цього, всіх дітей запрошували у дослідницький центр для проведення медогляду і взяття зразків крові. Отримані віддалені результати спостережень через 3, 6 і 10 років довели, що частковий гідролізат сироваткового білка (NAN® Гіпоалергенний) та високогідролізована казеїнова суміш забезпечують тривалий профілактичний ефект щодо розвитку atopічного дерматиту у дітей з групи високого ризику. Доведено, що вигодовування сумішшю NAN® Гіпоалергенний, на відміну від високогідролізованої казеїнової суміші, сприяє такому ж гармонійному фізичному та психомоторному розвитку дитини, як на грудному вигодовуванні.

Враховуючи те, що частота алергічної патології протягом останніх років зростає і розширюється група ризику її розвитку, рекомендовано у разі штучного вигодовування застосовувати гіпоалергенну суміш з клінічно доведеною ефективністю — NAN® Гіпоалергенний для зниження ризику виникнення atopічного дерматиту в усіх дітей, які не можуть мати грудне вигодовування. NAN® Гіпоалергенний знижує білкове навантаження, виявляє профілактичний ефект щодо розвитку алергії і формує харчову толерантність.

Сьогодні немає доказів щодо ефективності профілактичного застосування соєвих сумішей і сумішей на основі козячого молока.

Тривалість застосування суміші на основі часткового гідролізату сироваткового білка (NAN® Гіпоалергенний) — мінімум 4–6 місяців. Водночас немає потреби відходити від її застосування, рекомендується дітям протягом всього часу потреби молочної формули (до переходу на «доросле харчування»).

#### **Введення прикормів та перехід на «доросле харчування»**

Поступове розширення раціону дитини і доповнення материнського молока продуктами прикорму є фізіологічним оскільки заповнюється дефіцит енергії у ряді харчових речовин, стимулюється розвиток травної системи, жуваального апарату, моторики. До недавнього часу вважалося, що раннє введення твердої їжі асоціюється з розвитком алергічних хвороб, зокрема atopічного дерматиту. Сьогодні — ситуація змінилася (відбулася «зміна парадигми»). Існуючі дані підтверджують, що виключення твердих продуктів, особливо високоалергенних, збільшує ризик розвитку харчової алергії. Отримані докази, що підтверджують доцільність раннього введення в раціон дітей деяких, особливо високоалергенних, харчових продуктів (арахіс, риба, яйце), які потенційно можуть змінити направленість розвитку імунної толерантності і ризик розвитку алергії. Водночас немає спеціальних рекомендацій щодо введення прикорму для дітей групи ризику

ку розвитку алергічної патології. Рекомендовані загальні схеми розширення харчування, коли додаткові продукти вводяться з 6 місяців життя дитини. Хоча більшість педіатрів підтримують введення певних продуктів між 4–6 місяців життя дитини роздільно (один новий продукт кожні 3–5 днів). Немає потреби обмежувати фрукти і овочі (ягоди, помідори, цитрусові), які можуть сприяти появі периоральних висипань чи подразнень.

Цільне коров'яче молоко для харчування дитини до досягнення 1 року життя є недозволенним. Кисломолочні продукти (йогурт, кефір, сир) можуть застосовуватися до року.

Рекомендовано наголошувати батькам про важливість введення високоалергенних продуктів після основних, які були застосовані і добре толеровані. Введення нового продукту, а особливо, високоалергенного, повинно проводитися в домашніх умовах. Батькам слід наголосити, що певні продукти можуть спровокувати небажану реакцію у відповідь на їх перше введення.

Слід пам'ятати, що рутинне визначення специфічних IgE до харчових алергенів в сироватці крові у дітей без клінічних симптомів алергії чи відсутності в анамнезі алергії на харчові продукти НЕ РЕКОМЕНДУЄТЬСЯ.

#### **Організація первинних профілактичних заходів**

Ключова роль в організації такої роботи належить лікарям-алергологам. Вони повинні проводити освітню роботу з медичними працівниками — акушерами-гінекологами, сімейними лікарями, неонатологами, педіатрами. Акушери-гінекологи, сімейні лікарі повинні виявляти вагітних жінок групи ризику і проводити освітню роботу серед них. Сімейні лікарі і педіатри повинні організувати динамічне спостереження за дітьми, які народилися від матерів групи ризику.

#### **Заключні висновки**

1. Виключення високоалергенних продуктів під час вагітності і в період лактації не рекомендується.
2. Виключно грудне вигодовування рекомендується протягом не менше 4 місяців і до 6-місячного віку.
3. Для немовлят з підвищеним ризиком розвитку алергічних захворювань, які не можуть бути виключно на грудному вигодовуванні протягом перших 4–6 місяців, перевага має надаватися спеціальній суміші на основі часткового гідролізату сироваткового білка (NAN® Гіпоалергенний) для запобігання atopічного дерматиту та алергії на білок коров'ячого молока. Дитина має отримувати суміш не менш ніж 4–6 місяців для формування оральної толерантності.
4. Для немовлят, які потребують докорму у разі недостатності грудного вигодовування, перевага має надаватися спеціальній суміші на основі часткового гідролізату сироваткового білка (NAN® Гіпоалергенний) для запобігання розвитку atopічного дерматиту та алергії на білок коров'ячого молока. Дитина має отримувати суміш у якості докорму не менш ніж 4–6 місяців для формування оральної толерантності.
5. Продукти прикорму повинні бути введені до раціону дитини між 4 та 6 місяцями життя, коли її розвиток дозволяє сидіти з підтримкою та дитина самостійно в змозі добре контролювати рухи шнї.
6. Високоалергенні продукти прикорму можуть бути введені до раціону дитини, якщо декілька типових продуктів прикорму вже були введені і добре переносилися.
7. Обов'язкова консультація батьків з боку алерголога щодо розробки персонального плану введення високоалергенних продуктів прикорму.