

**Н.Б. МИГАЧЕВА**

Самарский государственный медицинский университет

**ВЗАИМОСВЯЗЬ ОТЯГОЩЕННОГО НАСЛЕДСТВЕННОГО АНАМНЕЗА  
ПО АЛЛЕРГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ  
У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ХАРАКТЕРОМ  
ИХ ВСКАРМЛИВАНИЯ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ**

Целью нашего исследования являлось выявление частоты наличия отягощенного наследственного анамнеза по аллергическим заболеваниям у детей раннего возраста и его влияния на характер их вскармливания на первом году жизни. Проанализировав результаты анкетирования родителей 1030 детей раннего возраста, мы выявили отягощенный семейный анамнез по аллергическим заболеваниям у 294 малышей (28,5%). При этом характер вскармливания детей этой группы мало отличался от характера вскармливания детей без отягощенного наследственного аллергологического анамнеза, что не соответствует современным рекомендациям по профилактике аллергических заболеваний у детей группы риска.

*Ключевые слова:* дети, вскармливание, профилактика аллергических заболеваний

*Мигачева Наталья Безгеевна* - доцент кафедры педиатрии ИПО, СамГМУ.  
E-mail: nbmigacheva@gmail.com

**N.B. MIGACHEVA**

Samara State Medical University

**CORRELATION OF POSITIVE FAMILY HISTORY  
OF ALLERGIC DISEASES IN INFANTS AND THE NATURE  
OF THEIR FEEDING AT THE FIRST YEAR OF LIFE**

The aim of our study was to identify frequency of positive family history of allergic diseases in infants and its impact on the nature of their feeding at the first year of life. After analyzing the results of parents' survey of 1030 young children, we have identified positive family history of allergic diseases in 294 babies (28.5%). The character of their feeding had little difference from the feeding of infants without any allergic family history, which does not meet the current recommendations for the prevention of allergic diseases in children at risk.

*Key words:* infants, feeding, allergy prevention

*Natalia Migacheva* - associate professor, Department of pediatrics, Samara State Medical University. E-mail: nbmigacheva@gmail.com

Аллергические заболевания у детей, среди которых наиболее распространенным является атопический дерматит, с каждым годом становятся все более актуальной проблемой педиатрии как в связи с неуклонным ростом распространенности, так и в связи с изменением характера клинических проявлений и тяжести их течения [1]. Все большую тревогу специалистов вызывает тенденция к изменению распространенности и характера течения пищевой аллергии у детей. Так, в проведенном в США наблюдении детей до 18-летнего возраста за период с 1997 по 2008 гг. документировано более чем 3-кратное увеличение распространенности аллергии на арахис и фундук [2]. Результаты исследований в Австралии, страны с одним из самых высоких уровней пищевой аллергии в мире, показы-

вают 10-кратное увеличение документированных диагнозов пищевой аллергии в совокупности с более чем 5-кратным увеличением количества госпитализаций, связанных с анафилаксией на пищевые продукты, особенно среди детей дошкольного возраста [3]. Анализ последних когортных исследований выявил, что у современного поколения пищевая аллергия дебютирует в более раннем возрасте, проявляется более тяжелыми симптомами, с более частым развитием анафилактических реакций, продолжает персистировать в старшем возрасте. Наряду с сохранением высокой частоты сенсибилизации к белкам коровьего молока и яйца, у детей все чаще стала выявляться сенсибилизация к белкам, способным вызывать анафилактические реакции (арахис, кунжут, фундук) [4].

Учитывая такие эпидемиологические тенденции, а также отсутствие радикальных методов излечения аллергии, огромное значение в настоящее время придается поиску и внедрению в широкую клиническую практику эффективных стратегий профилактики аллергических заболеваний вообще и пищевой аллергии в частности.

Вопрос о возможностях профилактики аллергических болезней у детей раннего возраста волновал педиатров многих поколений. Еще в 20-е годы прошлого столетия Гуго Кеммерером было введено в клиническую практику понятие «аллергический диатез», которое подразумевало выделение отдельной группы детей, отличающихся повышенной готовностью к возникновению сенсibilизации, аллергических реакций и заболеваний вследствие наследственных и врожденных особенностей организма [5]. В соответствии с современными согласительными документами в группу риска по развитию аллергических заболеваний, в которой целесообразно проводить какие-либо профилактические мероприятия, относятся в первую очередь дети с отягощенным наследственным анамнезом. Имеется в виду наличие аллергических болезней (атопический дерматит, аллергический ринит, полиноз, бронхиальная астма) у родственников первой линии (родители, сибсы) [6].

Поскольку элиминационные мероприятия (исключение контакта с причинно-значимым аллергеном) являются важнейшим направлением в лечении детей с развившимся аллергическим заболеванием, одной из первых теорий профилактики аллергии стала идея об исключении из рациона ребенка раннего возраста т.н. высокоаллергенных продуктов. Исторически формировалась ограничительная тактика в диетических рекомендациях для беременных и кормящих женщин, имеющих те или иные аллергические заболевания. Исключались из рациона питания не только продукты, являющиеся гистаминолибераторами (мед, шоколад, орехи, цитрусовые и др.), но и жестко ограничивались яйца, рыба, коровье молоко. Эта тенденция нашла отражение и в ограничительных рекомендациях по вскармливанию детей из групп риска [7]. Особенностью составления рациона для ребенка первого года жизни являлось позднее введение прикормов вообще (с 6-7 месяцев), особенно т.н. высокоаллергенных продуктов (молоко, яйца, рыба), некоторых видов овощей и фруктов, которые рекомендовались для введения в рацион после 1 года.

Однако анализ результатов многочисленных когортных и рандомизированных контролируемых исследований

(GINI, LISA, COALA и др.), проведенных в Европе в течение последних 15 лет, подтвердил отсутствие каких-либо убедительных доказательств эффективности отсроченного введения высокоаллергенных продуктов в рацион детей раннего возраста как для профилактики пищевой сенсibilизации и атопического дерматита, так и для профилактики респираторной аллергии [8]. Стало понятно, что исключение раннего контакта с аллергеном (пищевым продуктом) у здорового ребенка не дает возможности формирования оральной толерантности к этим антигенам, а следовательно, не только не снижает, но и усиливает риск развития аллергических заболеваний у этих детей в последующем [9]. Подтверждением этого является и тот факт, что, несмотря на длительное использование различных ограничительных рекомендаций во многих странах, распространенность аллергических заболеваний продолжает расти повсеместно, что и потребовало пересмотреть существующие меры и разработать новые меры профилактики аллергии [10].

Безусловно, рациональное вскармливание ребенка раннего возраста имеет важнейшее значение в профилактике атопии [6, 10]. Тенденцией последних лет является значительное «смягчение» требований к диете беременной и кормящей матери и рациону ребенка первого года жизни. Современные рекомендации по первичной профилактике атопии, суммированные в большинстве согласительных документов, в том числе в Национальной программе оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации [11], сводятся к следующему: профилактика проводится у детей из групп высокого риска (аллергия у родителей или сибсов), поддержка грудного вскармливания в течение первого года жизни, при невозможности продолжения грудного вскармливания – использование продуктов со сниженной аллергенностью – частично гидролизованных (профилактических) смесей с доказанной эффективностью, начало введения прикормов в период с 4 до 6 месяцев («окно толерантности»), отсутствие запрета на осторожное введение т.н. высокоаллергенных продуктов в рацион ребенка после 6-8 мес, исключение пассивного курения.

Несмотря на понятные и доступные рекомендации, на практике мы часто сталкиваемся с отсутствием их соблюдения при вскармливании детей из группы риска по развитию аллергических заболеваний.

**Цель исследования:** определение частоты наличия отягощенного по аллергическим заболеваниям наследственного

анамнеза у детей раннего возраста в Самарской области и выяснение его взаимосвязи с характером их вскармливания на первом году жизни.

#### **Материалы и методы исследования**

Нами было проведено анкетирование родителей 1030 детей раннего возраста (от 12 до 47 месяцев). Анкета была разработана сотрудниками кафедры педиатрии ИПО Самарского государственного медицинского университета, анкетирование проводилось педиатрами лечебно-профилактических и дошкольных образовательных учреждений Самарской области. В ходе анкетирования, помимо общих статистических сведений, родители отвечали на вопросы о наличии аллергических заболеваний в семье ребенка (у родителей и сибсов), а также о характере его вскармливания на первом году жизни (включая аспекты грудного вскармливания, докорма, время введения и виды прикорма). Поскольку выборка для проведения анкетирования была случайной, результаты исследования можно считать популяционными. Статистическая обработка проводилась с использованием современного пакета прикладных программ. Проводили расчет показателей структуры (в %), оценку стандартного отклонения, доверительных интервалов, ошибки выборочной доли [12, 13]. Характер взаимосвязи признаков оценивали по общепринятым методикам.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

При анализе результатов анкетирования оказалось, что из 1030 проанкетированных детей у 244 имелись аллергические заболевания (бронхиальная астма, аллергический ринит, поллиноз, атопический дерматит) у кого-либо из родителей и у 89 – у сибсов. В общей сложности 294 ребенка (28,5%) имели наследственно отягощенный по аллергии анамнез (группа 1). Оставшиеся 736 детей без отягощенного аллергологического анамнеза составили группу 2. Обе группы достоверно не отличались ни по среднему возрасту (26,4 мес), ни по половому распределению (практически поровну).

Оценивая показатели грудного вскармливания, мы обратили внимание на то, что в 1 группе исключительно грудное вскармливание имело место реже, чем во 2 группе (36,7% и 44,4% соответственно,  $p < 0,05$ ), при этом количество детей, получающих грудное вскармливание до 3, 6 и 9 мес. в обеих группах достоверно не отличалось (20,1% и 19,4%; 12,6% и 10,7%; 10,2% и 9,2% соответственно). В то же время число детей на грудном вскармливании до 1 года и дольше в 1 группе ока-

залось несколько меньше (35,4%), чем во 2 группе (39,7%). Таким образом, в исследованной категории дети с наследственной предрасположенностью к аллергическим заболеваниям реже получали исключительно грудное вскармливание и продолжали его до 12 мес. по сравнению с детьми без положительного семейного аллергологического анамнеза, что противоречит современным рекомендациям по первичной профилактике атопии.

Исключительно искусственное вскармливание имело место у 6,9% детей первого года жизни и частота его существенно не различалась в исследуемых группах (табл. 1). В то же время частота смешанного вскармливания оказалась достоверно выше в 1 группе по сравнению со 2 (63,3% и 55,6% соответственно,  $p < 0,05$ ), хотя средний возраст введения докорма в группах оказался одинаковым (3,4 мес.). При этом, несмотря на то, что в 1 группе в качестве заменителей грудного молока несколько чаще применялись частичногидролизированные смеси, частота использования стандартной адаптированной молочной формулы (смеси на основе цельного белка коровьего или козьего молока) оказалась практически одинаковой в обеих группах (57,8% и 55,4% соответственно,  $p = 0,48$ ). Таким образом, дети из семей с отягощенным наследственным анамнезом получают докорм на основе стандартных молочных формул более чем в половине случаев, что является одним из важнейших факторов риска формирования сенсибилизации к белку коровьего молока и развития атопического дерматита.

Что касается практики введения прикормов, то общие тенденции в исследуемых группах не имели значительной разницы и соответствовали современным рекомендациям: подавляющее большинство детей (67,9%) получали первый прикорм в возрасте 4-6 мес. в виде овощного (64,7%) или фруктового (33,6%) пюре, каши (25,4%). Тем не менее 7,6% детей обеих групп получили первый прикорм слишком рано (до 3 мес.), а 24,5% детей – напротив, слишком поздно (после 6 мес.). Кроме того, почти 3% детей в качестве первого прикорма получили мясо, яйца или молочные продукты, причем в группе детей с отягощенным по аллергии анамнезом их количество даже оказалось несколько больше. В то же время при оценке среднего возраста введения в рацион детей первого года жизни высокоаллергенных продуктов (молочные продукты, яйцо, рыба) выявилась тенденция к более позднему их введению в рацион детей 1 группы по сравнению со 2 (9,4 мес. и 7,2 мес. соответственно).

**Результаты статистической обработки изучаемых признаков в исследуемых группах**

Сравниваемый признак	Группа 1 (n=294)				Группа 2 (n=736)				Достоверность отличий		
	Частота, %	m 1, ошибка доли	ДИ, верхняя граница	ДИ, нижняя граница	Частота, %	m 2, ошибка доли	ДИ, верхняя граница	ДИ, нижняя граница	sig (по Орлову)	sig (сугловым преобразованием Фишера)	$\chi^2$
Исключительно грудное вскармливание	36,7	0,0282	31,5%	42,5%	44,4	0,0183	40,4%	47,6%	0,037	0,039	0,040
Грудное вскармливание до 3 мес	20,1	0,0234	15,5%	24,7%	19,4	0,0146	16,5%	22,3%	0,799	0,799	0,798
Грудное вскармливание до 6 мес	12,6	0,0194	8,8%	16,4%	10,7	0,0114	8,5%	12,9%	0,398	0,390	0,383
Грудное вскармливание до 9 мес	10,2	0,0177	6,7%	13,7%	9,2	0,0107	7,1%	11,3%	0,928	0,624	0,621
Грудное вскармливание до 12 мес и более	35,4	0,0279	29,9%	40,9%	39,7	0,0180	36,2%	43,2%	0,195	0,198	0,200
Искусственное вскармливание	6,9	0,0148	4,0%	9,8%	6,8	0,0093	5,0%	8,6%	0,954	0,954	0,954
Смешанное вскармливание	63,3	0,0281	57,8%	68,8%	55,6	0,0183	52,0%	59,2%	0,022	0,023	0,024

продолжение таблицы 1

Использование в качестве докорма стандартной молочной смеси	57,8	0,0288	52,2%	63,4%	55,4	0,0183	51,8%	59,0%	0,482	0,483	0,483
---	------	--------	-------	-------	------	--------	-------	-------	-------	-------	-------

**Заключение**

Подводя итоги проведенного исследования, необходимо отметить, что дети с отягощенным семейным анамнезом по аллергическим заболеваниям составляют большую долю детской популяции (почти 30%) и должны получать адекватные, соответствующие современным представлениям и основанные на доказательных исследованиях, рекомендации по рациональному вскармливанию, особенно на первом году жизни. Главными среди них в настоящее время являются поддержка грудного вскармливания и при его невозможности – использование гипоаллергенной детской смеси (формулы на основе частичного гидролизата).

Как показали результаты нашего исследования, матери детей с отягощенным по аллергии анамнезом эти рекомендации либо не получают, либо не применяют их на практике. Это проявляется и в меньшей частоте исключительно грудного вскармливания, и в меньшем количестве детей, продолжающих грудное вскармливание до 1 года, и в большей частоте смешанного вскармливания. Вызывает тревогу и факт высокой частоты использования смесей на основе цельного молочного белка у этих детей в случае необходимости введения докорма – более 50%, что противоречит современным рекомендациям и может являться одним из важнейших факторов риска развития у них атопического дерматита и формирования пищевой сенсibilизации.

Кроме того, выявленные в процессе анкетирования дефекты введения прикорма в группе детей с отягощенным семейным анамнезом по аллергии (слишком раннее или слишком позднее введение прикорма, отсрочка введения т.н. высокоаллергенных продуктов, недооценка роли яйца как возможного причинного фактора в развитии тяжелых аллергических реакций) свидетельствуют о недостаточном уровне знаний родителей и, возможно, врачей первичного звена в вопросах современных диетических рекомендаций по профилактике аллергии у детей из группы риска.

Следовательно, проведение образовательных мероприятий с врачами-

педиатрами, неонатологами, врачами общей практики, а также санитарно-просветительской работы с родителями может стать важным звеном в достижении успеха в деле профилактики атопического дерматита и других аллергических заболеваний у детей раннего возраста.

**Список литературы**

1. Аллергия у детей: от теории к практике. Под ред. Л.С. Намазовой. М.: Союз педиатров России, 2010-2011. - 668 с.
2. Sicherer SH, Munos-Furlong A, Godbold JH, Sampson HA: US prevalence of self-reported peanut, tree nut, and sesame allergy: 11-year follow-up. *J Allergy Clin Immunol* 2010;125: 1322-1328.
3. Prescott S, Allen KJ: Food allergy: Riding the second wave of the allergic epidemic. *Pediatr Allergy Immunol* 2011;22:155 – 161.
4. Santos A, Lack G: Food Allergy and anaphylaxis in pediatrics: update 2010 – 2012. *Pediatr Allergy Immunol* 2012;23:698–706.
5. Шабалов Н.П. Детские болезни. – СПб: Питер Ком, 1999. - 1568 с.
6. Первичная профилактика аллергии у детей. Согласительный документ Ассоциации детских аллергологов и иммунологов России. (Под руководством Ю.С. Смолкина, И.И. Балаболкина). – Москва, 2010. – 72 с.
7. Лукушкина Е.Ф. Руководство по питанию здорового и больного ребенка. -Нижний Новгород: НГМА, 1997. – 145 с.
8. Tarini BA, Carroll AE, Sox CM, Christakis DA: Systematic review of the relationship between early introduction of solid foods to infants and the development of allergic disease. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006;160:502-507.
9. Greer FR, Sisherer SH, Burks AW: Effects of early nutritional interventions on the development of atopic disease in infants and children: the role of maternal dietary restriction, breastfeeding, timing of introduction of complementary foods, and hydrolyzed formulas. *Pediatrics* 2008;121(1):183-191.
10. Prescott S, Nowak-Wegrzyn A. Strategies to prevent or reduce allergic disease. *Ann Nutr Metab*, 2011; 59(suppl 1):28-42.
11. Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации. Утверждена на XVI Съезде педиатров России (февраль 2009 г.). Москва, 2010. – 87 с.
12. Юнкеров В.И., Григорьев С.Г. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований. СПб., 2002. – 266 с.
13. Петри А., Сэбин К. Наглядная медицинская статистика: учебное пособие. 2-е изд. / Под ред. В.П. Леонова. М.: Гэотар-Медиа, 2010 г. – 168 с.