

Представленные в книге сведения не могут заменить консультацию специалиста. Все вопросы, касающиеся здоровья, требуют медицинского наблюдения. Ни издатель, ни авторы не несут ответственности за возможные последствия применения приведенных рекомендаций и методов.

Номера телефонов, адреса интернет-сайтов и прочая контактная информация на момент публикации рассматривалась авторами как достоверная. Авторы и издатель не несут ответственности за ошибки и изменения, появившиеся после публикации книги. Более того, издатель не может контролировать сайты авторов и третьих лиц, поэтому не несет ответственности за их содержимое.

*Посвящается моим пациентам —
невыдуманным героям этой истории*

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	9
ЧАСТЬ ПЕРВАЯ. ЧТО ТАКОЕ ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ	19
Глава первая. Предыстория	21
Кратко о нас и нашей книге	21
Отправляемся в путешествие	22
Кто ваши гиды	24
Будущее — результат коллективного труда	29
Последние приготовления	29
Вам больше восемнадцати и вы страдаете пищевой аллергией? ...	31
Находим общий язык	31
Глава 2. Эпидемия пищевой аллергии: что происходит и почему.....	35
Что мы знаем и не знаем о причинах растущей эпидемии	35
Масштабы эпидемии	36
Гигиеническая гипотеза — правда и ложь	42
Теория старых друзей	48
Гипотеза двойного воздействия аллергена	51
Витамин D	54
Как работает пищевая аллергия	56
Другие реакции аллергического типа.....	61
Разница между непереносимостью и аллергией.....	62
Подводим итоги.....	64
Глава 3. Это моя вина? Перестаем корить себя	67
Избавляемся от чувства вины и выясняем, что думает наука о факторах риска пищевой аллергии	67
Всему виной гены?	68
В утробе матери	74
Жидкий обед	78
Что насчет искусственного вскармливания?.....	79
Кесарево сечение	81

Что еще имеет значение?	89
Подводим итоги.....	91
Глава 4. Как обстоят дела сегодня?	
О маркировке продуктов питания, кухне, школе и многом другом	93
Что делать, на какие вопросы ответить и чему следует научиться тем, кто столкнулся с пищевой аллергией	93
Первые шаги	94
О чем говорят этикетки на продуктах.....	100
Аллергенный порог и анафилаксия	107
Эпинефрин.....	108
Дифенгидрамин и другие антигистаминные препараты.....	120
Жизнь с пищевой аллергией	120
Альтернативные методы лечения аллергии.....	122
Подводим итоги.....	123
ЧАСТЬ II. ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ	125
Глава 5. Избегание: миф и реальность.....	127
Как пищевая аллергия стала синонимом страха.....	127
Профилактическая диета	134
Избегание — не выход	136
Почему избегание не работает.....	141
Анализы, анализы.....	142
История болезни	144
Дневник питания.....	145
Кожный прик-тест.....	146
Анализ крови.....	147
Интрадермальные, аппликационные и другие тесты	148
Оральный пищевой провокационный тест — золотой стандарт	149
Тест активации базофилов.....	151
Подводим итоги.....	152
Глава 6. Берем реванш: раннее знакомство с аллергеном. Научное обоснование и практические приемы	155
Таинственные различия	155
Следующий смелый шаг.....	159
Не только арахис.....	165
Как вводить потенциальные аллергены в рацион ребенка.....	170
Пробиотики и пребиотики.....	173
Подводим итоги.....	174
Глава 7. Избегание — не выход: иммуноterapia в борьбе с пищевой аллергией.....	175
Как «переобучить» иммунитет и прекратить страдания	175
Что такое иммуноterapia?.....	178
Эра иммунотерапии	180
Начало исследований. Оральный путь	182
Ключевые клинические испытания	187

Дополняем лечение фармацевтическими препаратами	190
Иммунотерапия меняет жизнь к лучшему?	199
Другие виды иммунотерапии	203
Иммунотерапия. Мнение органов здравоохранения	206
Вакцины от пищевой аллергии	208
Подводим итоги	211
Глава 8. Иммунотерапия и вы	213
В чем состоит лечение, где его пройти и как понять, что оно вам подходит	213
Кому подходит иммунотерапия?	216
Это больно?	217
Сколько это занимает по времени?	219
Сколько это стоит?	220
Иммунотерапия избавит меня от пищевой аллергии?	224
Как я могу поучаствовать в исследовании иммунотерапии?	227
Я не хочу участвовать в исследовании. Где еще можно пройти иммунотерапию?	230
Я выбираю избегание	232
Новый мир	232
Предостережение	233
Подводим итоги	234
Глава 9. Аллергология. Что нас ждет в ближайшем будущем	235
Инновационные препараты, приборы и технологии, которые выведут аллергологию на новый уровень	235
Альтернативное решение проблемы	236
Новые гены	239
Ищем первопричину	239
Гаджеты	240
Фармацевтические препараты	248
Способы профилактики пищевой аллергии	252
Мобильные приложения	253
Подводим итоги	254
ЧАСТЬ III. ВЗГЛЯД В БУДУЩЕЕ	257
Глава 10. Психологические аспекты пищевой аллергии	259
Долой страхи, тревоги, смятение и отчаяние	259
Раннее детство	263
Начальная школа	264
Подростки	265
Характер и пищевая аллергия	266
Тревоги, связанные с пищевой аллергией	268
Тревоги и иммунотерапия	269
Как помочь пищевому аллергику справиться с тревогой	272
Когда следует обращаться за помощью к профессионалам	276
Тревоги, связанные с иммунотерапией	278
Подводим итоги	280
Выбирая свой путь	280

Глава 11. Мир без пищевой аллергии. Что нас ждет?	283
Будущее пищевых аллергиков.....	284
Будущее экологии	288
Наше будущее — в наших руках	290
Стратегии в сфере борьбы с пищевой аллергией	294
Благодарности	297
От Кари.....	297
От Слоун.....	298
От нас обеих	298
Приложение 1. Дополнительные ресурсы	299
Приложение 2. Развеиваем популярные мифы.....	305
Приложение 3. Сведения о сотрудничестве.....	307
Словарь терминов	309
Список литературы	317
Алфавитный указатель	369

ПРЕДИСЛОВИЕ

От аллергических болезней в настоящее время никто не застрахован. Повышение их распространенности в последние 50 лет, а также тенденция к увеличению частоты тяжелых, смертельно опасных форм пищевой аллергии заставили ученых всего мира обратить внимание на эту проблему. Ежедневно появляются новые публикации, клинические наблюдения и исследования. Количество новой информации, необходимость осмысления огромного объема знаний представляет определенную трудность для ученого. Практикующему врачу крайне сложно успевать следить за всеми новыми данными, а уж для пациента такая информация просто недоступна. Врачи, которые занимаются одновременно и научной, и практической работой, к сожалению, редко пишут книги для широкого круга читателей. Нам надо успевать лечить пациентов, обучать практикующих врачей, вести научные исследования, публиковаться в «серьезных» научных рецензируемых изданиях. В связи с этим область научно-популярной литературы для пациентов почти полностью занята «альтернативной» медициной, «авторскими» подходами и другими бездоказательными методами. Тем более ценно появление книги Кари Надё — авторитетного

врача и ученого из США, и Слоан Барнетт – корреспондента, имеющего опыт публикаций для широкой общественности, ребенок которой стал пациентом доктора Надё. Врач и ученый в соавторстве с мамой пациента и корреспондентом написали книгу о детях и взрослых, страдающих пищевой аллергией, и о том, как реально бороться с ней в современных условиях.

Данная книга представляет собой переводное издание. В результате совместной работы проявилась удачная коллаборация двух специалистов: один автор выступает с позиций врача и ученого, тем самым обеспечивая высокую научную точность и актуальность информации; другой — принимает участие в работе в качестве писательницы, имеющей опыт успешного создания книг для пациентов, что позволило адаптировать текст для общественности. Особенно интересна фигура Кари Надё — авторитетного врача и ученого из США. Кари Надё посвятила свою жизнь работе с детьми и помощи пациентам с аллергическими заболеваниями. С 2015 года она является профессором Стэндфордского университета, с 2008 г — избранным членом Американской академии аллергии, астмы и иммунологии (AAAAI). Профессор Кари Надё имеет большое количество печатных работ в рецензируемых научных журналах по проблемам аллергологии и детского здоровья. С позиций обширного собственного опыта и с использованием данных современных исследований в книге рассматривается фундаментальный вопрос о причинах развития аллергических реакций и способах развернуть иммунную систему в сторону нечувствительности к аллергенам или, по меньшей мере, к максимальному снижению этой чувствительности.

За счет особенностей становления иммунной системы дети более подвержены развитию аллергии, чем взрослые. К счастью, у большей части пациентов к школьному возрасту аллергическая гиперчувствительность к некоторым аллергенам исчезает, но все чаще мы с коллегами наблюдаем, что некоторые пациенты сохраняют множественную аллергию в течение всей жизни. У взрослых людей возникают ситуации, когда аллергический ринит или астма, причиной которой служит пыльца растений или шерсть животных, с годами осложняются пищевой аллергией.

В тексте книги приводится много статистической информации и ссылок на клинические исследования, что может быть полезно

врачам, интересующимся научной информацией, но может невольно затруднять понимание текста читателем без специальной медицинской подготовки, хотя это никак не делает книгу менее интересной для любого читателя.

Надо хорошо понимать, что значительная часть успешных исследований не может и не должна сразу транслироваться в клиническую практику. Авторы предостерегают пациентов от самолечения, справедливо указывая на опасность пищевой аллергии для жизни. Например, моноклональные антитела (так называемая биологическая терапия) для профилактики и лечения пищевой аллергии в настоящее время еще не применяются в практике. Пищевая аллергия и анафилаксия в качестве показаний не включены в инструкции к препаратам моноклональных антител, хотя эти лекарственные средства успешно применяются в последние годы для лечения бронхиальной астмы, атопического дерматита, хронической крапивницы. Необходимо помнить, что схемы введения продуктов при выработке оральной толерантности находятся в состоянии разработки, не стандартизированы и очень индивидуальны. Слишком быстрое введение продукта может закончиться анафилактическим шоком, и до 20-30% пациентов переносят тяжелые системные аллергические реакции в процессе лечения пищевыми аллергенами.

Важно, что в книге затрагивается актуальная проблема пищевой аллергии именно в аспекте ее тяжелых проявлений, способных привести к феномену анафилаксии (анафилактическому шоку), которая, при неоказании немедленной помощи, приводит к гибели пациента. В США этому заболеванию оказывается повышенное внимание из-за чрезвычайной распространенности аллергии к арахису и развития анафилаксии даже при контакте со следовыми количествами продукта.

Генетические механизмы развития аллергических болезней не вызывают сомнений, на что обращают внимание и авторы данной книги: доказано, что при наличии аллергических заболеваний у обоих родителей, риск аллергии у потомства составляет до 80%, таким образом, каждое новое поколение имеет большие шансы на появление аллергических болезней, чем предыдущее. Гигиеническая теория развития аллергии заключается в предположении, что отсутствие контакта с непатогенными (не вызывающими заболевания) бактериями почвы и сельскохозяйственных животных в раннем детстве

способствует проявлению аллергических болезней у человека. Однако эта гипотеза не способна полностью объяснить взрывной рост аллергии, хотя она и дает понимание увеличенной частоты аллергических болезней в странах с высоким экономическим доходом. Общие процессы глобализации, переселение в города делают быт людей сходным вне зависимости от страны проживания. Отказ от грудного вскармливания, низкая частота контакта с сельскохозяйственными животными, бактериями земли, использование антибиотиков и антисептиков стало правилом в большей части стран. Россия входит в так называемые страны «золотого миллиарда» и процессы урбанизации развиваются у нас так же стремительно.

Следует отметить, что главенствующей теорией возникновения пищевой аллергии все же является так называемая «теория двойного проникновения аллергена». Основное положение этой теории заключается в том, что попадание аллергена может происходить 2 путями: через рот и/или через кожу и слизистые дыхательных путей. В первом случае при попадании небольшого количества аллергена с пищей организм способен распознать чужеродный белок и ответить правильным процессом — выработкой толерантности к аллергену («терпимости, нечувствительности»). Напротив, попадание аллергена на кожу вызывает образование аллергенных клеток. Наверное, впервые в издании для пациентов подробно и в доступной форме автор объясняет механизмы развития процессов в этой теории, что выгодно отличает книгу и способствует более полному усвоению материала читателем. Мы надеемся, что описание иммунного ответа не оттолкнет читателей и даст представление о многогранной и сложной системе иммунитета, с которой работают врачи-аллергологи. Для читателей, в том числе страдающих пищевой аллергией, особенно интересны и важны практические рекомендации. Совершенно справедливо профессор Кари Надё в своей работе призывает к отказу от профилактических диет во время беременности, бездумного исключения «аллергенных» продуктов без обследования. Мы поддерживаем раннее введение прикорма с целью выработки оральной толерантности, но обращаем внимание на то, что официальных рекомендаций по обязательному введению орехов, яиц и молока в 4 месяца нет, и приведенные в работе данные являются пока результатом клинических исследований, пусть даже и хорошо спланированных.

Частота аллергических заболеваний в РФ примерно в 2-3 раза меньше, чем в США и странах Соединенного Королевства, даже с учетом менее достоверной статистики, чем в названных странах. Мы надеемся, что просветительская работа врачей и пациентских организаций позволят сохранить такую тенденцию. Более того, широкая пропаганда здорового образа жизни, правильного питания и разумной диеты без ненужных ограничений, как мы считаем, могут способствовать снижению бремени пищевой аллергии в нашей стране.

В Северной Америке на фоне высокой распространенности аллергических заболеваний спектр сенсибилизации (список аллергенов, к которым у людей развилась гиперчувствительность) оказался особенно неудачным. Дело в том, что тяжесть аллергических реакций обычно зависит от стойкости аллергена к разрушению. Так белки, которые не разлагаются в пищеварительном тракте, устойчивые к действию температурной кулинарной обработки, вызывают наиболее сильные и грозные реакции. В США среди пищевых аллергенов у детей лидирует арахис, далее идут разнообразные белки яйца, молока, часто встречается аллергия к сое, рыбе, пшенице. Аллергены семян (арахиса, орехов, злаков) и рыбы являются наиболее стойкими и сложно перерабатываемыми организмом, они не разрушаются при кипячении (парвоальбумин рыбы) и сохраняются при выпекании даже при температуре 200° С продолжительностью более 20-30 минут (арахис, орехи, пшеница). Аллергены молока и яйца являются более лабильными к разрушению: из основных аллергенных белков (альфа-лактоальбумин, бета-лактоглобулин, казеин, бычий сывороточный альбумин), входящих в состав молока, стабильным является только белок казеин (который, правда, занимает около 90% массы белков молока). Из 4 белков яйца (овальбумин, овомукоид, лизоцим, кональбумин, овотрансферин) только овомукоид обладает способностью сохраняться в блюдах при их приготовлении, но овомукоида содержится менее 20% от общего количества белков в яйце.

Авторы убедительно показывают — и мировое сообщество с ними абсолютно согласно, что корни пищевой аллергии начинаются в младенчестве. Громадное влияние на спектр сенсибилизации оказывают пищевые привычки окружающих ребенка взрослых. В Америке наблюдается широкая распространенность в окружении ребенка аллергенов орехов и рыбы. Арахисовое

масло, продукты переработки сои и орехи традиционно входят в рацион в западных странах, что объясняет повсеместные контакты с этими продуктами, и раннюю сенсibilизацию маленьких пациентов, и склонность к тяжелым реакциям. В России арахис практически не используется, рыба не так распространена в питании, как в западных странах, и закономерно аллергия на эти продукты являются исключительно редкой у наших малышей. Из-за особенностей российской национальной кухни основными пищевыми провокаторами являются аллергены молока и белка яйца, немного реже — злаков. Значительная часть пациентов имеют чувствительность к лабильным аллергенам, которые разрушаются при приготовлении пищи. Мы можем не опасаться следовых количеств термолабильного белка в готовых блюдах, что облегчает «распознавание» опасных продуктов родителями и делает редкими случаи анафилаксии. В России очень небольшой процент детей имеет склонность к тяжелым анафилактическим угрожающим жизни реакциям. Именно эта группа должна находиться под тщательным наблюдением у аллерголога и быть обеспечена средствами самопомощи. Остальные дети должны ограничивать только контакт с необработанным «цельным» аллергенным белком. Мы совершенно согласны с авторами книги в том, что необоснованные пищевые ограничения приводят к обратному результату — увеличению доли детей с аллергией. Множество исследований, процитированных в книге, свидетельствуют о том, что избегание аллергена на протяжении длительного времени ведет к затягиванию течения заболевания. Сроки исключения аллергена, доза вводимого продукта и диета матери должны назначаться врачом индивидуально после дообследования.

В свете этих представлений становится ясной ситуация, связанная с распространенностью применения адреналина в США и Европе. Наличие большого количества пациентов, многие из которых — это дети с тяжелыми формами анафилаксии, заставили производителей разработать автоматические шприц-ручки с определенной дозой адреналина (эпинефрина). Компания-производитель в 2017 году зарегистрировала подобное устройство в РФ, но из-за особенностей ценообразования препарат в нашу страну не поставляется. Для пациентов в России все еще нет шприца-ручки с эпинефрином, который они могли бы носить с собой на случай анафилактического

шока, и это большая проблема, так как пациенты с тяжелой пищевой аллергией, а также с инсектной аллергией (аллергия к яду перепончатокрылых: оса, пчела и др.) находятся под постоянной угрозой и не могут удалиться от медицинского учреждения на значительное расстояние. Эпинефрин, выпускаемый в виде ампул, при необходимости может быть введен только врачом или фельдшером, имеющими навык точного дозирования препарата. Передозировка эпинефрина еще более опасна для жизни, чем острая реакция на аллерген, а слишком низкая доза не окажет нужного эффекта и не спасет от смерти при анафилактическом шоке. Эту книгу желательно прочесть и чиновникам от здравоохранения, чтобы они помогли ускорить решение вопроса о введении шприца-ручки в эпинефрином в арсенал разрешенных к применению средств для самопомощи пациентам, имеющим постоянную угрозу развития анафилактического шока. Таких пациентов в нашей стране значительно меньше, чем в США, но они есть, и, скорее всего, их число будет увеличиваться. Мы призываем также и отечественных производителей препаратов, к которым может попасть в руки эта книга, обратить внимание на данную проблему и способствовать выпуску авто-инжектора российского производства.

Диагностике пищевой аллергии посвящен значительный раздел книги. Ученые и врачи Ассоциации детских аллергологов и иммунологов России также поддерживают идеи, изложенные в работе К. Надё и С. Бернет, особенно в том, что на современном этапе развития диагностики определение вида аллергенного белка доступно уже с самого раннего возраста с помощью кожных проб или определения специфических иммуноглобулинов (IgE). Подобно США, руководствуясь директивой Всемирной организации здравоохранения и рекомендациями Европейской Академии Аллергологии и Клинической Иммунологии (ЕААСИ), в качестве первоначальной диагностики мы поддерживаем автора и уже много лет эффективно применяем в нашей клинике кожные пробы (в том числе у детей первого года жизни), прибегая к исследованию крови в случае невозможности проведения кожных проб (прик-тестов) или в сложных случаях, при необходимости определения молекулярных компонентов аллергенов. В связи с этим глава книги, посвященная диагностике пищевой аллергии, полностью соответствует нашей реальной практике и полезна для ознакомления не только пациентам, но и врачам.