

MIKOR INDOKOLT ÉS MIKOR NEM RÉSZLEGESEN HIDROLIZÁLT FEHÉRJE TARTALMÚ TÁPSZEREK ALKALMAZÁSA CSECSEMŐKORBAN?

Az általánosan elfogadott nézet szerint a betegség genetikai predispozíció talaján, környezeti tényezők hatására alakul ki. Mivel a genetikai tényezőket jelenleg nem áll módunkban megváltoztatni, a kezelés célja a provokáló tényező eliminálása, illetve a potenciális védő mechanizmusok erősítése (1).

Hároméves kor alatt a leggyakrabban tehéntejfehérje-allergia fordul elő. Az immunológiai reakció immunglobulin(Ig)E-mediált, non-IgE-mediált és kevert típusú lehet. A korrekt diagnózis felállítása szükséges a megfelelő diéta megválasztásához, ezáltal a gyermek életteni fejlődésének biztosításához, valamint a feleslegesen tartott diéta elkerüléséhez (2).

Attól függően, hogy a tehéntej-fehérje enzimatis és kémiai bontási folyamata során mekkora a reziduális molekulák mérete, parciálisan (pHF) vagy extenzíven hidrolizált (eHF) tápszerről beszélünk. A részlegesen hidrolizált formulák peptid mérete 3-10 kDa közötti, általában <5 kDa-nál. Megjegyzendő, hogy a HA (hipoallergén) megjelölés a világ különböző részein eltérő információt hordoz, ezért kívánatos a pontos pHF vagy eHF megjelölés (3).

Az allergiás megbetegedés szempontjából pozitív genetikai háttér (beteg szülő vagy testvér) a csecsemő magas rizikóját jelenti. Az egészséges és a táplálékallergia kialakulása szempontjából magas rizikójú csecsemők esetében a kizárólagos anyatejes táplálás az élet első hat hónapjában mindenképpen javasolt. Azonban a rendelkezésre álló tanulmányok metaanalízise az anyatej – allergiaprevenció szempontjából – protektív szerepéről ellentmondásos eredményt hozott. Nincs meggyőző eredmény arra vonatkozóan sem, hogy a magas rizikójú csecsemő esetében

A TÁPLÁLÉKALLERGIÁS ÚJSZÜLÖTTEK, CSECSEMŐK, KISDEDEK ÉS SZÜLEIK ÉLETE A BETEGSÉG JELLEGÉBŐL ADÓDÓAN MEGVÁLTOZIK AZ EGÉSZSÉGES TÁRSAIKHOZ KÉPEST. A TÁPLÁLÉKALLERGIA JELENTŐS TERHET RÓ NEMCSAK AZ ÉRINTETT CSALÁDOKRA MIND SZOCIÁLIS, MIND FINANCIÁLIS TEKINTETBEN, DE AZ EGÉSZSÉGÜGYI ÉS TÁRSADALOMBIZTOSÍTÁSI RENDSZERRE IS. A BETEGSÉG PATOMECHANIZMUSÁBÓL ADÓDÓAN AZ ELMÚLT ÉVEKBEN EGRE NAGYOBB HANGSÚLYT KAP A PRIMER PREVENCIÓ LEHETŐSÉGE.

a potenciálisan allergén ételek késői (4-6 hónapon túli) bevezetése csökkentené a betegség kialakulásának esélyét (4). Azon esetekben, akiknél az anyatejes táplálás már nem kivitelezhető, allergiaprevenció céljából parciálisan vagy extenzíven hidrolizált tápszer választandó.

Nincs adat arra vonatkozóan, hogy az allergiára nem hajlamos (nem magas rizikójú) gyermekek esetében a hidrolizált tápszer hatásosak lennének az allergiaprevenció szempontjából (5).

Az elmúlt évek legnagyobb tanulmánya, amely az allergiás betegségek prevenciójával foglalkozott, a német GINI study. A vizsgálat során magas rizikójú csecsemők az életük első négy hónapjában randomizált, vak módszer szerint kaptak intakt vagy hidrolizált tehéntej-fehérjét tartalmazó tápszert, amennyiben az anyatejes táplálás nem volt lehetséges. A tízéves utánkövetés eredményeit 2013-ban publikálták von *Berg és munkatársai*. Vizsgálati eredményeik szerint a savófehérje alapú pHF és kazein alapú eHF szignifikáns preventív hatású az allergiás megbetegedések kumulatív incidenciáját tekintve, főleg az atópiás dermatitisz esetében, azonban nincs hatással az asztma, allergiás rhinitisz, illetve specifikus szenzitivizáció kialakulására. Ezen hatás tíz éven keresztül állapotrosszabbodás („rebound”) nélkül fennállt (6).

Az Európai Gyermekgasztroenterológia Társaság (ESPGHAN) jelenleg érvényben lévő ajánlása szerint a rendelkezésre álló vizsgálatokon felül a táplálékallergia di-

**SZÜCS DÁNIEL
DR.**

SZTE GYERMEKKLINIKA,
SZEGED

agnosztikai alapja az eliminációt követő kettős vak, placebokontrollált provokációs próba (7). A pH tápszerek nem használhatóak a tehéntej-fehérje allergiás vagy arra gyanús gyermekek táplálásában, sem az eliminációs periódus, sem a terápia során (8). A megfelelő tápszer megválasztása a költségteher csökkentése szempontjából is fontos. Több vizsgálat igazolta a megfelelően megválasztott pre-

venációs pH formula költséghatékonyságát (9).

Összefoglalásul elmondható, hogy az allergiás megbetegedések előfordulási gyakorisága egyre nő. A preventív próbálkozások közül számos nem váltotta be a hozzá fűzött reményeket. A magas rizikójú csecsemők esetében azonban rendelkezésünkre állnak a megfelelő tápszerek, amelyek választásával a morbiditás csökkenthető.

Irodalom

1. de Silva D, Geromi M, Halken S, et al. Primary prevention of food allergy in children and adults: systematic review. *Allergy* 2014; 69: 581–589.
2. Koletzko S, Niggemann B, Arato A, et al. European Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. Diagnostic approach and management of cow's-milk protein allergy in infants and children: ESPGHAN GI Committee practical guidelines. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2012; 55: 221–229.
3. Vandenplas Y, Bhatia J, Shamir R, et al. Hydrolyzed formulas for allergy prevention. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2014; 58 (5): 549–552.
4. Szajewska H. The prevention of food allergy in children. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2013; 16 (3): 346–350.
5. Lifschitz C, Szajewska H. Cow's milk allergy: evidence-based diagnosis and management for the practitioner. *Eur J Pediatr* 2015; 174: 141–150.
6. von Berg A, Filipiak-Pittroff B, Kramer U, et al. Allergies in high-risk schoolchildren after early intervention with cow's milk protein hydrolysates: 10-year results from the German Infant Nutritional Intervention (GINI) study. *J Allergy Clin Immunol* 2013; 131: 1565–1573.
7. Koletzko S, Niggemann B, Arato A, et al. European Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. Diagnostic approach and management of cow's-milk protein allergy in infants and children: ESPGHAN GI Committee practical guidelines. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2012; 55: 221–229.
8. Lifschitz C, Szajewska H. Cow's milk allergy: evidence-based diagnosis and management for the practitioner. *Eur J Pediatr* 2015; 174: 141–150.
9. Su J, Prescott S, Sinn J, et al. Cost-effectiveness of partially-hydrolyzed formula for prevention of atopic dermatitis in Australia. *J Med Econ* 2012; 15: 1064–1077.