

Шановний колего!

Інформаційний лист є анотованим описом наукової (науково-технічної) продукції, що входить до Переліку наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я (Наказ МОЗ України та НАМН від 13.11.2013 №969/97 «Про удосконалення впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 05.12.2013 за № 2068/24600).

Інформаційний лист спрямований для використання керівниками структурних підрозділів (відповідного профілю) закладів охорони здоров'я України для моніторингу передових технологій діагностики та лікування з подальшим їх впровадженням у практику (Наказ МОЗ України від 14.03.2011 №142 «Про вдосконалення державної акредитації закладів охорони здоров'я»).

МОЗ УКРАЇНИ

**УКРАЇНСЬКИЙ ЦЕНТР НАУКОВОЇ МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ
ТА ПАТЕНТНО ЛІЦЕНЗІЙНОЇ РОБОТИ
(УКРМЕДПАТЕНТІНФОРМ)**

ІНФОРМАЦІЙНИЙ ЛИСТ

про наукову (науково-технічну) продукцію, отриману за результатами наукової, науково-технічної та науково-організаційної діяльності підприємств, установ, організацій Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти і науки України, Національної академії медичних наук України призначену для практичного застосування у сфері охорони здоров'я

м. Київ

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Український центр наукової медичної інформації
та патентно-ліцензійної роботи
(Укрмедпатентінформ)

ІНФОРМАЦІЙНИЙ ЛИСТ

ПРО НОВОВВЕДЕННЯ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

№ 95 - 2020

Випуск з проблеми
«Педіатрія»
Підстава: рецензія експерта
МОЗ України

НАПРЯМ ВПРОВАДЖЕН
ПЕДІАТРІЯ

ПРОГНОСТИЧНІ ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ БРОНХІАЛЬНОЇ
АСТМИ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

УСТАНОВИ-РОЗРОБНИКИ:

НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ІМЕНІ П.Л. ШУПИКА
МОЗ УКРАЇНИ

А В Т О Р И:

проф., д. мед. н. ОХОТНИКОВА О.М.,
ДУДА Л. В.

УКРМЕДПАТЕНТИНФОРМ
МОЗ УКРАЇНИ

м. Київ

Суть впровадження: рекомендації щодо більш ефективного прогнозування та вчасної діагностики бронхіальної астми у дітей дошкільного віку

Пропонується для впровадження у лікувально-профілактичних установах практичної охорони здоров'я (обласних, міських, районних) педіатричного і пульмонологічного профілів рекомендації щодо покращення прогнозування та діагностики бронхіальної астми (БА) у дітей дошкільного віку.

Інформаційний лист є фрагментом НДР «Особливості формування захворювань алергічного та аутоімунного генезу у дітей різного віку та можливості їх профілактики і лікування» № 0119U100621, термін виконання 2019-2023 рр.

За результатами проведеного епідеміологічного дослідження виявлено високі показники поширеності симптомів астми у вигляді рецидивного «візину» протягом останніх 12 місяців життя дитини» (відповідно до рекомендацій міжнародної програми ISAAC вважається найчутливішим критерієм щодо поширеності астми) у дітей дошкільного віку, що складає 24,6% (95% СІ: 22,6-26,7). Поряд з цим, рівень показнику поширеності діагностованої БА у дітей дошкільного віку складає 0,8% (95% ДІ 0,4-1,3), що свідчить про значну гіподіагностику астми серед дітей раннього віку. Серед 58 дітей дошкільного віку з рецидивним «візингом протягом останніх 12 місяців», котрі були поглиблено обстежені, БА виявлено у 18 дітей, що складає 31%. Варто зазначити, що дебют БА серед обстежених дітей різних вікових категорій (від 4 місяців до 17 років) припадає на діапазон 2,5 [1,5; 4,0] років, що доводить початок формування астми у ранньому дитячому віці. Вважається, що найсильніший вплив факторів ризику виявляється під час вагітності та у перші роки життя дитини. Саме тому дошкільні роки є критичним періодом при вивченні потенційних факторів ризику астми.

Згідно сучасних наукових поглядів етіологія алергії є сукупністю складної взаємодії між генетичними й екологічними факторами. З постійними кліматичними, екологічними змінами середовища, а також під впливом соціально-економічних чинників залишається актуальним вивчення факторів ризику, що впливають на формування алергічних захворювань (АЗ), та виникає необхідність їх постійного моніторингу для ефективного пошуку лікувально-профілактичних заходів. Визначення ризиків впливу різноманітних факторів на розвиток БА значно полегшує прогнозування виникнення патології, що сприяє підвищенню ефективності програм скринінгу, а тому і вчасній діагностиці. В той же час, відсутність фактору ризику, що сприяє розвитку патології, може бути використана для виключення діагнозу.

Достовірний вплив факторів ризику на розвиток БА серед анкетованих дітей дошкільного віку з високими показниками відношення шансів, що тотожне високому ризику виникнення астми, виділені наступні фактори: рецидивний «візинг протягом останніх 12 місяців» ($p < 0,001$); наявність алергічного риніту (АР) в анамнезі у дитини (ВШ: 9,34 [95%ДІ: 1,84-47,40], $p = 0,007$), що лише підтверджує теорію єдності ураження органів дихального тракту і вказує на необхідність розгляду БА і АР як єдиної патології; професійна шкідливість під час вагітності (ВШ: 11,00 [95%ДІ: 1,78-67,40], $p = 0,009$).

Більш детальний аналіз був можливий у когорті обстежених дітей серед клінічних та лабораторно-інструментальних критеріїв. Були виокремлені фактори ризику, котрі з високою вірогідністю у поєднанні, впливаючи при цьому й один на одного, призводять до виникнення БА, котрі ми рекомендуємо сприймати як прогностичні критерії розвитку БА у дітей дошкільного віку та використовувати для скринінгу у діагностиці: «від 4 до 12 епізодів візину за останніх 12 місяців» (ВШ: 13,80 [95%ДІ: 3,25-71,06], $p < 0,001$), в анамнезі atopічний дерматит (АД) (ВШ: 3,63 [95%ДІ: 1,00-14,57], $p = 0,044$), підвищений рівень загального сироваткового IgE (ВШ: 8,54 [95%ДІ: 1,66-86,42], $p = 0,003$), позитивні дані шкірного прік-тестування (виявлена сенсibiliзація до ≥ 1 аероалергена) (ВШ: 3,19 [95%ДІ: 0,89-12,27], $p = 0,049$), сенсibiliзація до кліщів домашнього пилу (ВШ: 4,32 [95%ДІ: 0,96-21,19], $p = 0,035$), а також відрізок часу, котрий минає від дебюту до постановки діагнозу ($p = 0,002$) – чим довший відрізок часу від початкових проявів до діагностування, тим вірогідніше астма, чим підтверджується доцільність клінічного спостереження лікарем за дитиною з групи ризику у разі складнощів встановлення діагнозу.

В той же час, еозинофілія у загальному аналізі крові ≥ 4 , котра є критерієм індексу прогнозування астми (Asthma predictive index, API) та запропонована в якості діагностичного важеля має достовірність впливу, але з низькими ризиками (ВШ < 1) - ВШ: 0,24 [95%ДІ: 0,06-0,89], $p = 0,017$. Щодо обтяженої спадковості, зокрема, наявності астми у батьків, що входить теж до API - ВШ: 0,65 [95% ДІ: 0,15-3,04], $p = 0,515$. Але серед 18 дітей з встановленою БА у 13 (72,2%) відмічався обтяжений алергологічний анамнез, куди входили різноманітні АЗ і лише у 1 дитини у тата зазначена астма. В той же час, діагноз БА фіксувався через покоління у бабусь та дідусів, рівноцінно як по лінії мами, так і тата. Саме тому ми рекомендуємо зважати не лише на наявність астми у батьків, а й на будь-яку обтяженість у родині, зокрема й через покоління. Однак, варто враховувати, що часто при зборі анамнезу батьки вказують на різні прояви алергії, часто не маючи

встановленого діагнозу, не зважаючи на супутній кашель сухий чи утруднення дихання і залишаються без діагностованої астми.

Отже, на підставі отриманих результатів дослідження рекомендовано:

1. використовувати визначені фактори ризику як орієнтовні прогностичні критерії щодо розвитку астми для виокремлення дітей дошкільного віку в групу високого ризику виникнення БА;
2. діти групи високого ризику виникнення БА, сформованої на підставі наведених факторів, потребують прицільної уваги педіатра та обов'язкової консультації алерголога для поглибленого обстеження відібраних дітей з проведенням сучасного алергологічного тестування з метою оцінки алергологічного статусу дитини;
3. використовувати запропонований комплекс клінічних і лабораторно-інструментальних показників в якості діагностичних критеріїв БА у дітей дошкільного віку.

Оцінка за шкалою градації доказів і сили рекомендацій відповідає наступним рівням: 2+ Добре проведені дослідження, що мають структуру випадок-контроль або когортні з низьким ризиком похибки, систематичних помилок або спотворень і допустимою вірогідністю того, що зв'язки є причинними; С - Сукупність доказів включає 2+ дослідження, застосовні до цільової популяції, мають узгоджені результати; або екстрапольовані докази з 2++ дослідженнями.

За додатковою інформацією звертатися до авторів листа: НМАПО імені П.Л. Шупика МОЗ України, кафедра педіатрії №1, проф. Охотнікова Олена Миколаївна, тел. 236-21-97; Дуда Людмила Володимирівна тел. +380 977707553.

Відповідальний за випуск: О. Мислицький

Підписано до друку 13.07.2020 Друк. арк. 0,13. Обл.-вид. арк. 0,08. Тир. 112 прим.

Замовлення № 95. Фотофсетна лаб. Укрмедпатентінформ МОЗ України, 04071, м. Київ, вул. Межигірська, 43, каб. 46.