

УДК: 616.2+616.-053.2(477.44)5

С. В. Зайков¹, Д. О. Гацька², І. В. Корицька²¹Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика,

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України», м. Київ,

²ДУ «Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова»

Поширеність алергічних захворювань (бронхіальної астми, алергічного риніту, атопічного дерматиту) серед дітей та молоді Вінницької області (результати 2-го етапу клініко- епідеміологічного дослідження)

Ключові слова: епідеміологія, поширеність, алергічні хвороби, діти та молодь.

Алергічні захворювання (АЗ) являють собою глобальну проблему сучасної медицини, але їх поширеність, за даними різних авторів, коливається в широких межах, що пов'язано з використанням різних методів дослідження. Так, на сьогодні у світі, за даними К. Несан [15], нараховується не менше 500–600 млн хворих на АЗ. При цьому лише поширеність бронхіальної астми (БА) становить від 0,2 до 8,1 % [1–3]. За даними епідеміологічних досліджень, у різних країнах світу на атопічний дерматит (АтД) страждає від 10 до 28 % дітей [6]. Також в останні десятиріччя постійно зростає захворюваність на алергічний риніт (АР), який реєструється в середньому у 10–20 % населення Європи [7]. Водночас, за узагальненими результатами досліджень ISAAC, які проводили

в 56 країнах і 155 центрах, частота АЗ коливається від 1,0 до 30,8 % [14].

Багатьма авторами показано, що після появи перших симптомів АЗ діагноз уточнюється і адекватна терапія призначається протягом першого року лише у 25 % пацієнтів, через 2–4 роки – у 55 %, і більше ніж через 5 років – у 20 % [12]. При цьому АЗ є однією з найчастіших причин порушення соціальної активності, ранньої інвалідизації дітей та молодого працездатного населення, що приносить значні економічні збитки і визначає медико-соціальну значущість цієї групи захворювань [5].

В Україні за останні десятиріччя також накопичені відомості про високий рівень захворюваності на АЗ [10]. Найбільш значним дослідженням

поширеності АЗ в Україні залишається дослідження, яке було проведено в 1981–1992 рр. і охопило понад 100 тис. жителів Вінницької області [11]. Вже на той час були запропоновані організаційно-методичні рішення, практичні рекомендації для покращення діагностики, лікування та профілактики АЗ. Разом з тим, тенденція до зростання поширеності алергопатології, особливо серед дітей та молоді, зберігається, що, найбільш вірогідно, пов'язано з їх несвоєчасним зверненням по медичну допомогу, недосконалістю діагностики, відсутністю спадкоємності в роботі сімейних лікарів та вузьких (алергологи, оториноларингологи, дерматологи та ін.) фахівців. У зв'язку з цим виникла об'єктивна необхідність моніторингових ініціативних досліджень поширеності АЗ, при проведенні яких можна з'ясувати справжню поширеність АЗ та оптимізувати роботу з удосконалення відповідної амбулаторної та спеціалізованої допомоги населенню.

Все вищеперераховане визначає актуальність обраного дослідження, **мета** якого полягає у вивченні реальної поширеності АЗ (БА, АР, АтД) серед дітей та молоді Вінницької області і порівнянні отриманих даних з результатами скринінгового обстеження відповідного контингенту на 1-му етапі клініко-епідеміологічного дослідження.

Матеріали та методи дослідження

Клініко-епідеміологічне дослідження поширеності АЗ серед дітей та молоді Вінницької області проводили в два етапи. Перший етап полягав у анкетному скринінгу, в якому взяли участь учні 4 загальноосвітніх шкіл, 3 дошкільних навчальних закладів та студенти 2 вищих навчальних закладів. З метою отримання достовірних результатів вибірка вказаних закладів була випадковою. Всього було проанкетовано 7 784 особи віком від 3 до 27 років, з них 4 532 дитини та 3 252 представники молоді. Анкети молодших дітей заповнювали батьки, молодь та старші школярі (за обов'язковою згодою батьків) відповідали на питання анкети самостійно. Результати 1-го етапу даного дослідження знайшли відображення в роботі Д. О. Гацької [4].

На 2-му етапі були відібрані діти та молодь, які позитивно відповіли на питання анкети щодо наявності у них можливих симптомів БА, АР, АтД. Надалі вказані особи були дообстежені за допомогою стандартного комплексу алергологічних методів дослідження, який охоплював збір анамнезу, клінічний огляд, оцінку функції зовнішнього дихання, постановку шкірних тестів зі стандартними наборами побутових, пилоквих, епідермальних та харчових алергенів. Наявність у обстежених БА, АР, АтД встановлювали на основі затверджених вітчизняних стандартів діагностики цих захворювань. Отримані в результаті дослідження дані були оброблені за допомогою статистичних методів дослідження, достовірність розбіжностей показників визначали за t-критерієм Стьюдента. Розбіжність вважалась статистично достовірною при $p < 0,05$.

Результати та їх обговорення

Розподіл осіб з ознаками АЗ за статтю на підставі результатів 1-го та 2-го етапів дослідження наведено в таблиці 1.

Результати 2-го етапу клініко-епідеміологічного обстеження дітей та молоді дав змогу підтвердити наявність АЗ у 1 333 (17,12 %) осіб, тобто менше у 1,61 раза, ніж було виявлено осіб з можливими ознаками алергопатології під час 1-го етапу (27,63 %, при $p < 0,001$). При цьому, як видно з даних таблиці 1, суттєвої різниці за ознакою статі ні після 1-го, ні після 2-го етапів клініко-епідеміологічного обстеження нами не виявлено ($p > 0,05$).

Важливим, на наш погляд, було порівняння даних 1-го та 2-го етапів дослідження щодо окремих форм АЗ (табл. 2). Як видно з наведених в таблиці 2 даних, після верифікації діагнозів у всіх обстежених контингентів максимальні показники поширеності алергопатології виявлені для АР. Ці показники виявилися в 2,1 раза меншими, ніж такі, отримані після 1-го етапу дослідження (14,23 % проти 6,73 % випадків, при $p < 0,001$). Друге місце серед АЗ посів АтД, частота якого до верифікації становила 8,61 %, після верифікації – 5,99 % випадків, що в 1,4 раза менше в порівнянні з результатами 1-го етапу дослідження ($p < 0,05$). На 3-му місці опинилася БА, частота якої після верифікації даного діагнозу становила 4,41 % випадків, що було в 3,5 раза менше в порівнянні з результатами (15,6 % спостережень), отриманими після 1-го етапу дослідження ($p < 0,001$). На відміну від цього, після скринінгового опитування (1-й етап) 1-ше та 2-ге місця за поширеністю посіли респіраторні прояви алергії (БА та АР), а 3-тє місце – шкірні прояви алергії. Таким чином, найбільший відсоток «хибнопозитивних» відповідей при анкетуванні було отримано для БА, найменше – для АтД. Причини цього явища будуть детально проаналізовані нами нижче.

Враховуючи особливості atopічних захворювань (єдині механізми розвитку, закономірності вікової динаміки, обтяжена спадковість, наявність декількох захворювань у однієї особи), ми проаналізували та порівняли частоту поєднання симптомів АЗ серед дітей та молоді після 1-го та 2-го етапів дослідження. Відповідні дані наведені в таблиці 3.

Як видно з даних таблиці 3, при порівнянні результатів, отриманих під час 1-го етапу дослідження, з матеріалами, отриманими після верифікації діагнозу АЗ (2-й етап), прослідковуються значні розбіжності в поширеності поєднань АР з БА та поєднань трьох вказаних АЗ. Так, за даними 2-го етапу, поширеність поєднання АР з БА була в 4,5 раза нижчою за відповідні дані, отримані під час анкетного скринінгу (1,08 % проти 4,92 % випадків, при $p < 0,05$). Поширеність трьох форм АЗ після верифікації діагнозу виявилася в 2,3 раза нижчою за ту, що була отримана під час анкетного скринінгу (1,00 % проти 2,33 % випадків, при $p < 0,05$).

При цьому поширеність поєднань АтД з БА та АтД з АР була неістотною ($p > 0,05$), можливо, за рахунок тих обстежених, у яких діагноз АтД був встановлений раніше.

В таблицях 4–6 нами у віковому аспекті наведено результати встановлення поширеності основних форм АЗ (БА, АР, АтД) на підставі поглибленого клінічного та алергологічного дообстеження дітей та представників молоді.

Як видно з даних таблиці 4, істотно частіше БА реєстрували серед дітей першої вікової групи (8,16 % випадків), що вдвічі перевищило показники поширеності даного захворювання, отримані серед дітей другої групи (4,00 % спостережень), та в 2,6 раза перевищило показники поширеності БА серед молоді (3,11 % випадків, при $p < 0,05$ для обох спостережень). Можливо, це було частково пов'язано з тим, що окрім інгаляційних алергенів респіраторні вірусні та бактеріальні інфекції, на які часто хворіють діти, також є тригерними факторами, що зумовлюють розвиток, загострення та подальше прогресування БА. Слід вказати, що нами не було виявлено істотної розбіжності

показників поширеності БА серед обстежених груп залежно від статі ($p > 0,05$).

На відміну від поширеності БА серед дітей першої та другої вікових груп, ми не виявили істотної розбіжності в поширеності серед них АР (9,32 % та 8,30 % випадків відповідно, при $p > 0,05$), що свідчить на користь того, що в ці вікові періоди поширеність АР з вираженою клінічною симптоматикою утримується на досить високому рівні (табл. 5). Але ми виявили істотну розбіжність у поширеності АР серед дітей обох вікових груп у порівнянні з молоддю (4,09 % спостережень, при $p < 0,05$ для обох порівнянь). Тобто фактичні прояви АР, які спостерігали у віці з 3 до 18 років, мали, за нашими даними, очевидну тенденцію до зменшення в подальшому, що, можливо, пов'язано з віковими особливостями функції імунної системи, впливом статевих гормонів на імунологічні механізми виникнення та перебігу АР, а також проведеним лікуванням. Розподіл епідеміологічних показників поширеності АР також не залежав суттєво від статі (у чоловіків – 2,77 %, у жінок – 3,96 % випадків, при $p > 0,05$) обстежених

Розподіл проанкетованих (1-й етап) та дообстежених (2-й етап) осіб за статтю

Таблиця 1

Етап дослідження	Всього осіб з ознаками АЗ		Чоловіки		Жінки		p
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
1-й	2 151	27,67	1 036	48,16	1 115	51,84	$> 0,05$
2-й	1 333	17,12	629	47,19	704	52,81	$> 0,05$

Порівняння поширеності окремих форм АЗ серед обстежених контингентів за результатами 1-го та 2-го етапів дослідження

Таблиця 2

Форма АЗ	Дані після анкетування (1-й етап)		Дані після верифікації АЗ (2-й етап)		p
	Абс.	%	Абс.	%	
БА	1 214	15,60	343	4,41	$< 0,001$
АР	1 108	14,23	524	6,73	$< 0,001$
АтД	670	8,61	466	5,99	$< 0,05$

Порівняння поширеності поєднаних форм АЗ серед обстежених контингентів після 1-го та 2-го етапів дослідження

Таблиця 3

Поєднані форми АЗ	Поширеність за результатами анкетування (1-й етап) (n = 7 784)		Поширеність після верифікації діагнозу (2-й етап) (n = 7 784)		p
	Абс.	%	Абс.	%	
АР та БА	383	4,92	84	1,08	$< 0,05$
АР та АтД	149	1,91	106	1,36	$> 0,05$
БА та АтД	73	0,94	41	0,53	$> 0,05$
АР, БА та АтД	181	2,33	78	1,00	$< 0,05$

Таблиця 4 Поширеність БА серед дітей та молоді після верифікації діагнозу (2-й етап дослідження)		
Вік, роки	Число осіб з верифікованим діагнозом	
	Абс.	%
3–6 (n = 1459)	119	8,16
7–18 (n = 3073)	123	4,00
19–27 (n = 3253)	101	3,11
p1		< 0,05
p2		< 0,05
p3		> 0,05
Всього (n = 7 784)	343	4,41
Примітка: в цій таблиці й далі: p1 – вірогідність розбіжностей між 1-ю та 2-ю віковими групами; p2 – вірогідність розбіжностей між 1-ю та 3-ю віковими групами; p3 – вірогідність розбіжностей між 2-ю та 3-ю віковими групами.		

Таблиця 5 Поширеність АР серед дітей та молоді після верифікації діагнозу (2-й етап дослідження)		
Вік, роки	Число осіб з верифікованим діагнозом	
	Абс.	%
3–6 (n = 1 459)	136	9,32
7–18 (n = 3 073)	255	8,30
19–27 (n = 3 253)	133	4,09
p1		> 0,05
p2		< 0,05
p3		< 0,05
Всього (n = 7 784)	524	6,73

Таблиця 6 Поширеність АтД серед дітей та молоді після верифікації діагнозу (2-й етап дослідження)		
Вік, роки	Число осіб з верифікованим діагнозом	
	Абс.	%
3–6 (n = 1 459)	175	11,99
7–18 (n = 3 073)	184	5,99
19–27 (n = 3 253)	107	3,29
p1		< 0,005
p2		< 0,005
p3		< 0,005
Всього (n = 7 784)	466	5,99

осіб у цілому, хоча темпи прогресування поширеності АР серед осіб жіночої статі другої та третьої вікових груп збільшувались і переважали над такими показниками в чоловіків (5,24 % проти 3,06 % випадків, при $p > 0,05$; та 2,46 % проти 1,63 % спостережень, при $p > 0,05$).

Слід підкреслити, що після поглибленого клінічного обстеження (табл. 6) діагноз АтД був підтверджений лише в 5,99 % проанкетованих осіб, зокрема в 11,99 % випадків серед дітей першої вікової групи (майже в кожній четвертій дитині), в 5,99 % спостережень серед дітей другої вікової групи (майже в кожній другій дитині) та в 3,29 % випадків серед молоді (в кожного третього дообстеженого пацієнта). Це, ймовірно, можна пояснити тим, що більшість опитаних будь-які зміни з боку шкіри вважали за АтД. Для всіх дітей з АтД була характерною вікова інволюція шкірного процесу. Достовірно частіше АтД діагностували в першій віковій групі в порівнянні з другою (в 2 рази) та третьою (в 3,6 раза) ($p < 0,005$ для обох порівнянь). Ми також не виявили істотної розбіжності в частоті АтД залежно від статі (чоловіча – 3,23 %, жіноча – 2,76 % випадків, при $p > 0,05$) обстежених. Винятком стала лише перша вікова група, в якій АтД достовірно частіше зустрічався серед хлопчиків в порівнянні з дівчатками (7,68 % проти 4,32 % спостережень, при $p < 0,05$). Це підтверджується і даними літератури [6, 11].

Враховуючи той факт, що після відповідного дообстеження та верифікації діагнозу у дітей та представників молоді спостерігалось значне зменшення поширеності ознак АЗ, ми спробували проаналізувати причини цього явища. Так, поширеність діагностованого АР за результатами 2-го етапу дослідження становила 6,73 %, а поширеність симптомів АР за результатами анкетування – 14,23 % випадків ($p < 0,01$). Вказані дані відрізняються більше ніж в 2 рази. Ця досить велика різниця пояснюється значною переоцінкою симптомів з боку обстежених дітей чи їх батьків, а також тим, що риносинусопатії – це збірне поняття для комплексу всіх захворювань порожнини носа, його пазух, які пов'язані з інфекційними, запальними, незапальними, алергічними та іншими причинами. Тому нерідко такі захворювання, як хронічний гайморит, хронічний аденоїдит, синусит, вазомоторний риніт, викривлення носової перегородки, яке порушує нормальний кровообіг та трофіку тканин тощо, трактуються як АР.

Безпосереднє дообстеження хворих під час 2-го етапу дало можливість підтвердити діагноз АР лише у 524 з 1 108 обстежених, тобто в 47,29 % осіб з числа тих, хто вважав себе хворим на АР. При цьому в 254 обстежених діагноз алергічної природи риносинусопатії не підтвердився, а в 330 – взагалі були виявлені інші причини, які спричиняли симптоми, подібні до АР. Частіше всі обстежені АР вважали прояви інфекційного риніту, хронічного аденоїдиту та вазомоторного риніту (38,19; 17,33;

18,11 % випадків відповідно). Серед дітей першої та другої вікових груп найчастіше АР вважали ознаки інфекційного риніту (16,53 % та 13,38 % спостережень відповідно) та аденоїдиту (11,42 % та 5,91 % випадків відповідно). Ці дані в цілому узгоджуються з даними літератури, оскільки збільшення глоткового мигдалика чи його запалення (аденоїди) спричинені вірусами та бактеріями, які є однією з основних причин порушення носового дихання [9, 13]. Серед молоді частіше (11,42 % випадків) за АР приймали вазомоторний (ідіопатичний) риніт. У молодших школярів ця патологія не спостерігалась, а серед представників другої вікової групи її частота становила 6,69 % спостережень. Це частково можна пояснити тим, що вазомоторні порушення, зокрема в пубертатний період, можуть бути обумовлені перебудовою вегетативної нервової системи, частими проявами ваготонії, внаслідок чого найбільшого розвитку вазомоторні риніти набувають у віці 20 років. У ранньому дитячому віці вазомоторних (нейровегетативних) ринітів не буває.

Структурні порушення в носовій порожнині (викривлення носової перегородки, вузькі носові ходи, гіпертрофія носових раковин тощо) можуть також призвести до порушення носового дихання через безпосередній контакт слизової оболонки перегородки з такою з боку латеральної стінки носа. У цьому випадку слизова оболонка носа набрякає, і це призводить до порушення носового дихання [9]. У нашому дослідженні частка таких помилок у діагностиці АР становила серед пацієнтів усіх вікових груп 11,71 % випадків.

Клінічні прояви при синуситах (фронтитах, гайморитах, етмоїдитах), зокрема, характеризуються такими ознаками, як утрудненне носове дихання та виділення з носової порожнини. Ці симптоми спостерігають у 73 % пацієнтів з даною патологією [13]. Причому, під час запалення лобних пазух місцеві ознаки параназального синуситу проявляються лише утрудненим носовим диханням та невеликою кількістю виділень з порожнини носа, без локального больового синдрому. Тому значна кількість хворих (14,17 % в нашому дослідженні серед всіх вікових груп) вважала цю симптоматику проявами АР та певний час отримувала нераціональну терапію.

Серед дітей другої вікової групи з хибними симптомами АР відсоток синуситів становив 5,51 %, серед третьої вікової групи – 8,66 %, серед дітей молодшого віку – 0 % випадків. Це можна пояснити тим, що існує віковий аспект розвитку придаткових пазух носа. Наприклад, лобні пазухи починають набувати характерних рис лише в 7–8 років, а вже в 9–11-річному віці їх розмір складає 50 % об'єму лобних пазух дорослої людини [9]. Крім того, в 0,79 % представників молоді з хибними симптомами АР, з приводу яких вони місяцями отримували антигістамінні та судиннозвужувальні препарати без

клінічного ефекту, нами був встановлений діагноз поліпозного риносинуситу.

Майже аналогічна ситуація склалася і з верифікацією діагнозу БА. Так, її ознаками обстежені вважали симптоми гострого та хронічного трахеїту, бронхіоліту, бронхіту, в тому числі з бронхообструкцією. За нашими даними, з числа осіб з підозрою на БА в 40,45 % (21,35 % серед дітей обох вікових груп та 19,10 % спостережень серед молоді) випадків мали місце гострий та рецидивний бронхіт. Трахеїт та ларингіт у структурі помилкових діагнозів БА становили 31,84 % випадків, а частота помилок була приблизно однаковою в усіх вікових групах обстежених.

Пацієнти (13,11 % випадків у нашому дослідженні), які мали хронічну патологію з боку ЛОР-органів (синусит, аденоїдит, хронічний отит, сірчані пробки), також скаржилися на характерний для БА симптом – сухий нападоподібний кашель, який насправді був обумовлений нейрорефлекторними механізмами [8]. Крім того, кашель нерідко спричинювався такими патологічними процесами, як гастроезофагеальний рефлюкс, тетанічний бронхоспазм (нейрогенний кашель), туберкульозна інфекція в ранньому періоді, кашлюк. Так, у нашому дослідженні кашлюк був встановлений у 2,62 % дітей першої та у 2,25 % – другої вікової групи, а у 2,25 % обстежених третьої вікової групи мав місце гастроезофагеальний рефлюкс. Психогенний кашель був виявлений в 1,83 % молодших, 3,0 % старших дітей та 2,62 % випадків серед представників молоді. Очевидно, кашель при цих станах і трактувався анкетованими як альтернативний прояв БА.

АтД, на відміну від АР і БА, правильно діагностується частіше, що обумовлено особливостями захворювання, а саме свербіжем, який значною мірою турбує хворого тривалим стійким перебігом та косметичним аспектом питання, внаслідок чого хворий вимушений звертатись до лікаря відносно своєчасно. Але, не дивлячись на це, хворі часто трактують будь-які патологічні зміни з боку шкіри як АтД. За нашими даними, найчастіше за АтД приймали дерматофітію (51,44 % випадків), коросту (20,50 % спостережень) та стрептодермію (15,47 % випадків).

Це можна пояснити тим, що такі основні симптоми АтД, як поліморфна висипка, свербіж, сухість шкіри, зустрічаються при багатьох захворюваннях шкіри, до яких належить короста, контактний дерматит, алергічні дерматити, себореїтний дерматит, псоріаз, стрептодермія тощо. Так, прояви себореїтного дерматиту нами було виявлено серед 3,6 % молодших дітей, 4,32 % старших дітей та 1,08 % молоді, в яких помилково передбачалася наявність АтД. Крім того, при проведенні дообстеження осіб, які вважали ураження своєї шкіри АтД, ми виявили 4 дітей (1,44 % випадків) 3–6-річного віку, 5 дітей (1,8 % спостережень) 7–18 років та одного (0,36 % випадків) представника молоді з псоріазом. Переважання таких діагностичних помилок серед дітей можна частково

пояснити тим, що в більш старшому віці відповідний діагноз псоріазу зазвичай вже був встановлений лікарями раніше.

Таким чином, всі ці особливості клінічного перебігу респіраторних, шкірних проявів алергопатології та подібних до неї захворювань потребують від лікарів (особливо первинної ланки) широкого діапазону знань для своєчасної діагностики того чи іншого патологічного процесу та прийняття рішення щодо вибору раціональних методів діагностики захворювань та лікування відповідних категорій хворих.

Висновки

1. Результати 2-го етапу клініко-епідеміологічного обстеження дітей та молоді дали змогу з'ясувати реальну поширеність алергопатології та у 1,61 раза (з 27,63 % до 17,12 % випадків) знизити показники поширеності можливих ознак алергії, які були отримані на 1-му етапі клініко-епідеміологічного дослідження під час скринінгового обстеження дітей та молоді Вінницької області.

2. Частіше серед дітей та молоді відмічалася наявність АР (6,73 %), АтД (5,99 %) та БА (4,41 % випадків).

3. БА частіше зустрічалася серед дітей віком 3–6 років (8,16 %), що вдвічі перевищило показники поширеності даного захворювання, отримані серед дітей віком 7–18 років (4,00 %), та в 2,6 раза перевищило показники поширеності БА серед осіб 19–27 років (3,11 % випадків).

4. АР є однаково (9,32 % та 8,30 %) поширеним захворюванням серед дітей 3–6 та 7–18 років і зустрічається у дітей цих вікових груп частіше, ніж у представників молоді віком 19–27 років (4,09 % випадків).

5. Достовірно частіше АтД діагностується у дітей 3–6 років (11,99 %), ніж у 7–18-річному віці (5,99 %) та серед осіб віком 19–27 років (3,29 % випадків).

6. Помилки в діагностиці алергопатології зумовлені подібністю перебігу алергічних та неалергічних захворювань органів дихання і шкіри, а також недостатнім рівнем знань особливостей їх перебігу як з боку пацієнтів, так і лікарів первинної ланки надання медичної допомоги.

Список літератури

1. Акопян, А. З. Взаимоотношение wheezing, бронхиальной астмы и бронхиальной гиперреактивности бронхов у детей [Текст] / А. З. Акопян // Материалы 2-й меж. конф. «Аллергические болезни у детей». — Алматы. — 2000. — С. 4–6.
2. Блащенко, К. В. Оценка распространенности аллергического ринита и бронхиальной астмы в Самарской области [Текст] / К. В. Блащенко, М. В. Манжос, Е. С. Феденко, Т. И. Каганова // Рос. аллерголог. журн. — 2012. — № 4. — С. 18–25.
3. Гавалов, С. М. Клинико-эпидемиологические параллели и вопросы гиподиагностики бронхиальной астмы у детей [Текст] / С. М. Гавалов, Е. Г. Кондюрина, Т. Н. Елкина // Аллергия. — 1998. — № 2. — С. 8–12.
4. Гацкая, Д. О. Динамика распространенности аллергических заболеваний среди детей и молодежи Винницкой области

(результаты 1-го этапа эпидемиологического исследования) [Текст] / Д. О. Гацкая, И. В. Корицкая // Астма та алергія. — 2015. — № 1. — С. 17–22.

5. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы (пересмотр 2011 г.) [Текст] / Под ред. А. А. Баранова, Р. М. Хаитова. — М.: Российское респираторное общество, 2012. — 108 с.

6. Глушко, Е. В. Эпидемиология аллергических заболеваний у детей Ставропольского края [Текст]: Автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.09 / Е. В. Глушко. — Ставрополь, 2009. — 24 с.

7. Дитятковська, Є. М. Алергічний риніт. Епідеміологія, патогенез, діагностика, лікування [Текст] / Є. М. Дитятковська, І. В. Гогунська, В. О. Дитятковський. — К.: Вістка, 2014. — 208 с.

8. Охотникова, Е. Н. Особенности неотложной терапии синдрома бронхиальной обструкции у детей раннего возраста [Текст] / Е. Н. Охотникова // Здоровье ребенка. — 2012. — № 4. — С. 1–8.

9. Попович, В. О. Залежність вибору тактики фармакотерапії гострого риносинуситу від функціонального стану співусть приносних пазух [Текст] / В. О. Попович // Здоров'я України. — 2013. — Тематичний номер. — С. 14–15.

10. Пухлик, Б. М. Актуальні проблеми алергології в Україні [Текст] / Б. М. Пухлик // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. — 2005. — № 1 (01). — С. 10–12.

11. Пухлик, Б. М. Розповсюдженість алергічних захворювань [Текст] / Б. М. Пухлик, О. Б. Бондарчук, І. В. Корицька та ін. // Імунологія та алергологія. — 1993. — № 2. — С. 11–14.

12. Саурина, О. С. Проблемы верификации аллергической патологии у больных на догоспитальном этапе [Текст] / О. С. Саурина, Т. И. Оболенская, Ю. М. Оболенская, Ю. М. Морозов // Врач. — 2007. — № 2. — С. 66–70.

13. Тишко, Ф. О. Проблеми лобних пазух [Текст] / Ф. О. Тишко, Ж. А. Терещенко, О. О. Островська // Здоров'я України. — 2013. — Тематичний номер. — С. 60–62.

14. ISAAC Streering Committee Worldwide variations in the prevalence of asthma symptoms: the Internationale Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) [Text] // Eur. Respir. J. — 1998. — Vol. 2, № 2. — P. 315–335.

15. Necan, K. Эпидемиология аллергических заболеваний в Центральной и Восточной Европе [Текст] / К. Necan // Астма. — 2009. — № 1. — С. 43–44.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ, АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА, АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА) СРЕДИ ДЕТЕЙ И МОЛОДЕЖИ ВИННИЦКОЙ ОБЛАСТИ (РЕЗУЛЬТАТЫ 2-ГО ЭТАПА КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)

С. В. Зайков, Д. О. Гацкая, И. В. Корицкая

Резюме

Целью исследования было изучение реальной распространенности аллергических заболеваний (АЗ) (бронхиальной астмы (БА), аллергического ринита (АР), атопического дерматита (АтД)) среди детей и молодежи Винницкой области и сравнение полученных результатов с данными скринингового обследования указанных контингентов на 1-м этапе клинико-эпидемиологического испытания.

Исследование проведено в соответствии с технологией прескриптивного скрининга в два этапа: отбор по результатам анкетирования лиц с симптомами, похожими на АЗ (2 151 респондент), клинико-anamnestическое и алергологическое обследование данного контингента (1 333 участника).

Выявлено, что реальная распространенность (17,12 % случаев) АЗ среди детей и молодежи в 1,61 раза ниже, чем полученная

(27,63 % случаев) по результатам скринингового анкетирования. Среди детей и молодежи чаще встречается АР (6,73 %) и АтД (5,99 %), реже — БА (4,41 % случаев). БА чаще отмечается у детей 3–6 лет, чем у детей более старшего возраста и взрослых. АР одинаково часто распространен среди детей в возрасте 3–6 и 7–18 лет и встречается у них чаще, чем у представителей молодежи в возрасте 19–27 лет. АтД вдвое чаще отмечается у детей 3–6 лет, чем у детей 7–18-летнего возраста, и почти в четыре раза чаще, чем у взрослых в возрасте 19–27 лет.

Ошибки в диагностике аллергопатологии обусловлены схожестью картины аллергических и неаллергических заболеваний органов дыхания и кожи, а также недостаточным уровнем знаний в отношении особенностей их течения и диагностики как со стороны пациентов, так и врачей первичного звена оказания медицинской помощи.

Ключевые слова: эпидемиология, распространенность, аллергические болезни, дети и молодежь.

Научно-практический журнал «Астма и аллергия», 2015, № 3

С. В. Зайков

д-р мед. наук, профессор

ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии

им. Ф. Г. Яновского НАМН Украины»

ул. Амосова, 10, Киев, 03680

тел./факс: +38(044)275-57-11

e-mail: zaikov1960@gmail.com

**INCIDENCE OF ALLERGIC DISEASES
(BRONCHIAL ASTHMA, ALLERGIC RHINITIS,
ATOPIC DERMATITIS)
AMONG CHILDREN AND YOUTHS IN VINNITSA REGION
(RESULTS OF 2ND STAGE OF CLINIC
AND EPIDEMIOLOGIC STUDY)**

S. V. Zaikov, D. O. Hatska, I. V. Korytska

Summary

The objective of our study was to evaluate the mean incidence of allergic diseases (bronchial asthma, allergic rhinitis, atopic dermatitis)

among children and youths in Vinnitsa Region and to compare the obtained numerical values with the ones obtained during the 1st stage of clinical and epidemiological study — screening examination of abovementioned groups.

This study was conducted according to 2 stage technology of prescriptive screening: questionnaire-based data gathering (2 151 respondents with allergy-like symptoms), clinical and allergic examination of 1 333 enrolled patients.

We estimated that mean incidence (17,12 %) of allergic diseases among children and youths appeared to be 1,61 times lower than the incidence obtained during the questionnaire-based screening.

Among children and youths allergic rhinitis (6,73 %) and allergic dermatitis (5,99 %) appeared to be mostly widespread, while bronchial asthma — was diagnosed rarely (4,41 %). Unlike among children older than 6 years of age and youths, bronchial asthma occurred to be the dominant diagnosis among 3–6 aged children. The incidence of allergic rhinitis among 3–6 years and 7–8 years aged children appeared to be equal and appeared to be more common diagnosis than among 17–27 years aged youths. The incidence of atopic dermatitis was 2 times higher in 3–6 years aged than in 7–18 years aged children, and was 4 times higher than in 19–27 years aged youths.

The misdiagnosis of allergic pathology is as strongly dependent on similarity of clinical signs of allergic and nonallergic diseases of respiratory tract and skin, as on lack of proper knowledge of their clinical flow and diagnosis methods among both patients themselves and general practitioners.

Key words: epidemiology, incidence, allergic diseases, children and young people

Theoretical and practical J. «Asthma and Allergy», 2015, 3

S. V. Zaikov

Doctor of medicine, professor

SI «National Institute of phthisiology and pulmonology
named after F. G. Yanovskii NAMS of Ukraine»

Amosova str., 10, Kyiv, 03680

tel./fax: +38(044)275-57-11

e-mail: zaikov1960@gmail.com