

Ewa Bąk-Walczak¹, Joanna Jerzyńska², Iwona Stelmach², Jan Krakowiak¹,
Włodzimierz Stelmach¹

¹Zakład Medycyny Społecznej, Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
Kierownik?

²Oddział Kliniczny Interny Dziecięcej i Alergologii, III Katedra Pediatrii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
Ordynator?

Zmienność danych u dzieci chorych na astmę kierowanych do poradni alergologicznej — 10-letnia obserwacja

Variability in clinical profile of asthmatic child referred from allergy clinic — ten years of observation

Abstract

Introduction: Asthma is the most frequent chronic respiratory disease in children. Underdiagnosis is frequent, which results in undertreatment and, consequently, in rising asthma morbidity and mortality rates. The delay in the diagnosis of asthma seems to precisely reflect problems with a proper realization of the goals of the diagnostic part of the Global Initiative for Asthma guidelines. We attempted to assess the clinical profile of children who were referred to allergy clinic followed by asthma diagnosis, we consider especially demographic and social data.

Material and methods: We analyzed the group of 907 children with diagnosis of asthma between 2000 and 2009. This was cross-sectional study assessing demographic, social and clinical characteristic. All variables were tested over time.

Results: We observed change in clinical profile of children checking into the clinic over time. The new profile includes: younger age of patient, higher frequency of recurrent infections, lower frequency of wheezes and atopy.

Conclusions: New clinical profile of patients referred to allergist reveals the need of costly differential diagnosis of asthma in specialized centers. This should be included in new strategies in the health care system in Poland.

Key words: asthma, children, clinical profile

Pneumonol. Alergol. Pol. 2011; 79, 3: 189–195

Streszczenie

Wstęp: Astma jest najczęściej występującą chorobą przewlekłą wieku rozwojowego. Niedodiagnozowanie jest częstym zjawiskiem związanym z niedoleczeniem, którego z kolei konsekwencją jest wzrastająca zachorowalność i śmiertelność. Opóźnienie w diagnozowaniu astmy odzwierciedla problemy z prawidłową realizacją celów diagnostycznych wytyczonych przez *Global Initiative for Asthma* (GINA). Celem pracy jest charakterystyka kliniczna dzieci kierowanych do Poradni Chorób Alergicznych, u których następnie rozpoznano astmę oskrzelową. Oceniono przyczyny zgłaszania się do poradni specjalistycznej, dane demograficzne i społeczne dziecka.

Material i metody: Analizie poddano grupę 907 dzieci do 18. roku życia, u których rozpoznano astmę w poradni alergologicznej w latach 2000–2009. Było to badanie przekrojowe, w którym analizowano dane demograficzne, socjalne oraz kliniczne pacjentów.

Wyniki: Na podstawie wyników ujawniono zmieniony profil kliniczny dziecka kierowanego do poradni alergologicznej na przestrzeni 10 lat, u którego następnie rozpoznana została astma oskrzelowa. Profil ten charakteryzują: młodszy wiek pacjenta, większa częstość nawracających infekcji i mniejsza częstość występowania świstów oraz atopii jako przyczyny skierowań do alergologa.

Adres do korespondencji: dr hab. n. med. Włodzimierz Stelmach, Zakład Medycyny Społecznej, Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, ul. Żeligowskiego 7/9, 90–752 Łódź, tel./faks: 42 639 32 73, e-mail: wlodzimierz.stelmach@umed.lodz.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 13.09.2010 r.
Copyright © 2011 Via Medica
ISSN 0867–7077

Wnioski: Nowy profil kliniczny dziecka kierowanego do alergologa wskazuje na konieczność przeprowadzenia kosztownej diagnostyki różnicowej astmy w ośrodkach specjalistycznych. Dane te powinny być uwzględnione w wytyczaniu nowych strategii zdrowotnych w Polsce.

Słowa kluczowe: astma, dzieci, profil kliniczny

Pneumonol. Alergol. Pol. 2011; 79, 3: 189–195

Wstęp

Astma jest obecnie chorobą, która stanowi zagrożenie dla zdrowia publicznego na całym świecie [1]. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) szacuje, że obecnie na świecie na astmę choruje 300 mln osób. Prognozy dotyczące kolejnych lat wskazują, że do roku 2025 liczba chorych może wzrosnąć nawet o 100 mln [2]. W Polsce na astmę choruje około 4–5 mln osób [3]. Dotyka ona ludzi w każdym wieku, jednak najczęściej cierpią z jej powodu dzieci i stanowi ona najczęstszą przewlekłą chorobę wieku dziecięcego. W Polsce odsetek dzieci chorych na astmę wynosi aż 8,6% [4].

W 2007 roku Unia Europejska opracowała Deklarację Brukselską, czyli plan poprawy opieki nad chorymi na astmę w Europie. Deklaracja skierowana jest do osób odpowiedzialnych za politykę zdrowotną państw europejskich i zwraca uwagę, że astma jest poważnym problemem zdrowia publicznego. Zaleca się, aby każdy kraj członkowski uznał walkę z narastającą częstością astmy za jeden ze swoich priorytetów. Deklaracja zachęca również władze państwowe do wspierania rozwoju badań na rzecz lepszego zrozumienia patomechanizmu tej choroby.

Naprzeciw problemom epidemiologicznym, społecznym, ekonomicznym oraz diagnostycznym wychodzi przygotowywany przez Polskie Towarzystwo Alergologiczne Narodowy Program Wczesnej Diagnostyki i Leczenia Astmy — POLASTMA [5]. Program ten ma na celu zwiększenie wykrywalności astmy, wczesne włączenie prawidłowego leczenia, zapobieganie powikłaniom choroby, zmniejszenie kosztów opieki nad chorymi oraz wzrost świadomości społecznej dotyczącej astmy. Program zakłada też edukację nie tylko samych pacjentów, ale również osób sprawujących opiekę nad chorymi, a zwłaszcza lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

Astma nierozpoznana lub źle kontrolowana i niewłaściwie leczona może mieć ciężki przebieg oraz może być przyczyną częstych hospitalizacji, a nawet inwalidztwa i zgonu chorego. Niepokojący jest fakt dużego niedodiagnozowania tej choroby [6–8]. Zarówno z badania „Epidemiologia Chorób Alergicznych w Polsce” (ECAP), jak i z wcześniejszych analiz, wynika, że astma jest zbyt późno rozpoznana

w prawie 70% przypadków [9, 10]. Powstaje pytanie, czy istnieją obiektywne przyczyny utrudniające wczesne rozpoznanie astmy, takie jak zmieniający się profil objawów klinicznych dzieci zgłaszanych do lekarza pierwszego kontaktu, który uniemożliwia postawienie jednoznacznego rozpoznania astmy i wymaga przeprowadzenia diagnostyki różnicowej.

Celem pracy była charakterystyka kliniczna dzieci kierowanych do Poradni Chorób Alergicznych w latach 2000–2009, u których następnie rozpoznano astmę oskrzelową. W szczególności oceniono przyczyny zgłaszania się do poradni specjalistycznej, dane demograficzne i społeczne dziecka.

Materiał i metody

Z 6400 dzieci, u których rozpoznano przewlekłą astmę oskrzelową w Poradni Chorób Alergicznych w Szpitalu im. Kopernika w Łodzi w latach 2000–2009, losowo wybrano 1000 osób. Zgodnie z międzynarodowymi wytycznymi we wszystkich przypadkach rozpoznanie astmy potwierdzono wynikami badań czynności płuc i/lub reakcją na zastosowane leczenie przeciwastmatyczne. Dane pochodzące z dokumentacji lekarskiej uzupełniono o informacje pochodzące z wywiadu telefonicznego przeprowadzonego z rodzicami dziecka. Do punktowych testów skórnych użyto standaryzowanych wyciągów alergenowych firmy Allergopharma: mieszanka 5 traw, *Dermatophagoides farinae*, *Dermatophagoides pteronyssinus*, *Alternaria*, *Cladosporium*, bylica pospolita, brzoza biała oraz roztwór kontrolny ujemny (0,9% NaCl — glicerol) i dodatni (0,1% histamina — 10 mg/ml). Całkowite stężenia przeciwciał IgE, IgE alergenowo swoistych oznaczano w surowicy metodą immunoenzymatyczną (aparaturę DYNEX; DSX System) zgodnie z zaleceniami producenta. Badanie czynności płuc — spiometrię spoczynkową (krzywe przepływ–objętość) — wykonano przy użyciu aparatu MasterScreen firmy Jaeger (Niemcy).

W analizie uwzględniono dane demograficzne, dane dotyczące warunków mieszkaniowych i społecznych oraz dane umożliwiające charakterystykę kliniczną pacjenta (tab. 1). Przyjęto następujące kryteria: nawrotowe epizody świstu wydechowego — więcej niż 4 w roku, trwające dłużej niż

Tabela 1. Zmienne poddane analizie**Table 1. Variables in analysis****Zmienne poddane analizie/Variables analyzed**Dane demograficzne i antropometryczne/*Demographic and anthropometric data*Wiek/*Age*
Płeć/*Gender*Podstawowa prezentacja kliniczna*/*Clinical data**Nawrotowe epizody świstu wydechowego/*Recurrent wheezing*
Przewlekły kaszel/*Chronic cough*
Nawrotowe infekcje układu oddechowego
*Recurrent respiratory tract infections*Objawy kliniczne astmy podczas pierwszej wizyty/*Asthma symptoms at first visit*Atopia**/*Atopy***Próba leczenia przeciwastmatycznego/*Initial anti-asthma therapy*Adekwatna próba leczenia przeciwastmatycznego***/*Optimal anti-asthma therapy****Warunki domowe/*House conditions*Narażenie na dym tytoniowy****
*Exposure to environment tobacco smoke*****
Centralne ogrzewanie/*Central heating*
Opieka jednego z rodziców/*Living with single parent*
Złe warunki mieszkaniowe/*Poor living conditions**Główne skargi chorego podczas pierwszej wizyty w poradni/*Main complains during the first visit***Dodatni test skóry i/lub obecność w surowicy swoistych IgE na jeden lub więcej testowanych alergenów/*Positive skin prick test and/or the presence of one or more specific IgE****Trwająca ≥ 3 miesiące, z oceną skuteczności i ewentualnie z próbą oceny efektów zaniechania leczenia/*Initial anti-asthma therapy ≥ 3 months and evaluation of clinical improvement and/or lack of clinical improvement without anti-asthma therapy*****Jeden lub więcej domowników pali tytoń/*At least one smoker at home*

1 dzień; przewlekły kaszel trwający powyżej 4 tygodni; nawrotowe infekcje układu oddechowego — górnych lub dolnych dróg oddechowych, więcej niż 6 w ciągu roku; adekwatna próba leczenia przeciwastmatycznego, trwająca co najmniej 3 miesiące z oceną skuteczności i oceną efektów zaniechania leczenia; złe warunki mieszkaniowe — wilgoć w mieszkaniu i/lub brak bieżącej wody.

Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji Etycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Łodzi.

Analiza statystyczna

Podczas analizy statystycznej danych wykorzystano test χ^2 dla zmiennych skategoryzowanych. Zmienne ciągłe poddano ocenie w analizie wariancji dla pomiarów powtarzanych uzupełnioną oceną trendu liniowego.

Wyniki

Analizie poddano grupę 907 dzieci w wieku 5–18 lat; 93 osoby zostały wykluczone z analizy

z powodu brakujących danych umożliwiających charakterystykę kliniczną. Wszystkie dzieci pozostają pod stałą opieką Poradni Chorób Alergicznych w Szpitalu im. Kopernika w Łodzi. W badanej populacji 562 dzieci (62%) miało dodatni wywiad rodzinny w kierunku chorób atopowych, 707 (78%) miało współistniejący alergiczny nieżyt nosa, a 446 (49%) atopowe zapalenie skóry. W celu agregacji obserwacji dane z sąsiednich lat zgrupowano i poddano ocenie w czasie. Stwierdzono istotną różnicę wieku pacjentów między kolejnymi latami obserwacji. Analiza wariancji wykazała istotny trend liniowy wieku pacjentów między kolejnymi kategoriami zmiennej zależnej, co potwierdza istotne stopniowe obniżenie wieku zgłaszających się do poradni pacjentów w kolejnych latach obserwacji (tab. 2, ryc. 1).

Zależności między badanymi zmiennymi nominalnymi a czasem obserwacji przedstawiono na rycinie 1 i w tabeli 2. Wykazano znamienne, stopniowy wzrost odsetka dzieci kierowanych do poradni alergologicznej z powodu nawracających infekcji górnych i dolnych dróg oddechowych oraz równoczesny spadek odsetka dzieci kierowanych z powodu nawrotowych epizodów świstu wydechowego. Wykazano blisko dwukrotny spadek częstości atopii wśród dzieci kierowanych do poradni specjalistycznej w kolejnych latach obserwacji oraz istotny wzrost odsetka dzieci, u których zastosowano przed skierowaniem do poradni specjalistycznej próbę leczenia przeciwastmatycznego. Jednak u nielicznych dzieci była to prawidłowo przeprowadzona próba leczenia (trwająca ≥ 3 miesiące, z oceną skuteczności i oceną efektów zaniechania leczenia).

Zaobserwowano stopniową poprawę zadeklarowanych przez rodziców warunków mieszkaniowych pacjentów oraz istotny wzrost odsetka obserwacji w zmiennej „mieszkanie z centralnym ogrzewaniem”. Nie wykazano natomiast istotnej zmiany w odsetku dzieci narażonych na dym tytoniowy w kolejnych latach obserwacji.

Dyskusja

Wyniki przedstawione w pracy ujawniły na przestrzeni 10 lat zmieniony profil kliniczny dziecka zgłaszanego do poradni alergologicznej, u którego następnie rozpoznana została astma oskrzelowa. Zaobserwowane zmiany dotyczą wieku pacjentów, objawów klinicznych będących przyczyną zgłoszenia oraz zmiany statusu atopowego. Stwierdzono stopniowe obniżanie wieku kierowanych do poradni pacjentów w kolejnych latach ob-

Tabela 2. Dane demograficzne, kliniczne, warunki społeczne i mieszkaniowe pacjentów, u których rozpoznano astmę oskrzelową w poradni alergologicznej w latach 2000–2009

Table 2. Demographic, medical, social and family data of patients with asthma diagnosed in outpatient allergy clinic in 2000–2009

	Pacjenci z nowo rozpoznaną astmą oskrzelową w poradni alergologicznej (kolejne lata obserwacji)/Patients with newly-diagnosed asthma in allergy clinic (consecutive years of observation)									
	2000–2001 n = 201		2002–2003 n = 251		2004–2005 n = 93		2006–2007 n = 199		2008–2009 n = 163	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Wiek (średnia) ± SD/Age mean ± SD	13,5 ± 3,8		12,1 ± 3,9		11,6 ± 3,9		9,3 ± 4,0		7,3 ± 4,0	
Płeć męska/Male gender	145	72,1	155	61,8	60	64,5	146	73,4	100	61,3
Podstawowa prezentacja kliniczna*/Clinical data*										
Nawrotowe epizody świstu wydechowego Recurrent wheezing	191	95,0	221	88,0	78	83,9	165	82,9	125	76,7
Przewlekły kaszel/Chronic cough	185	92,0	234	93,2	90	96,8	188	94,5	148	90,8
Nawrotowe infekcje układu oddechowego Recurrent respiratory tract infections	151	75,1	196	78,1	75	80,6	188	94,5	155	95,1
Objawy kliniczne astmy podczas pierwszej wizyty Asthma symptoms at first visit	71	35,3	91	36,3	33	35,5	77	38,7	57	35,0
Atopia**/Atopy**	197	98,0	240	95,6	77	82,8	156	78,4	116	71,2
Próba leczenia przeciwastmatycznego Initial anti-asthma therapy	120	59,7	143	57,0	58	62,4	140	70,4	131	80,4
Adekwatna próba leczenia przeciwastmatycznego*** Optimal anti-asthma therapy***	2	1,0	3	1,2	2	2,2	6	3,0	3	1,8
Warunki domowe/house conditions										
Narażenie na dym tytoniowy**** Exposure to environment tobacco smoke****	67	33,3	89	35,5	32	34,4	72	36,2	56	34,4
Centralne ogrzewanie/Central heating	165	82,1	196	78,1	77	82,8	171	85,9	155	95,1
Opieka jednego z rodziców/Living with single parent	11	5,5	17	6,8	7	7,5	23	11,6	7	4,3
Złe warunki mieszkaniowe/Poor living conditions	54	26,9	59	23,5	19	20,4	34	17,1	23	14,1

*Główne skargi chorego podczas pierwszej wizyty w poradni/Main complains during first visit

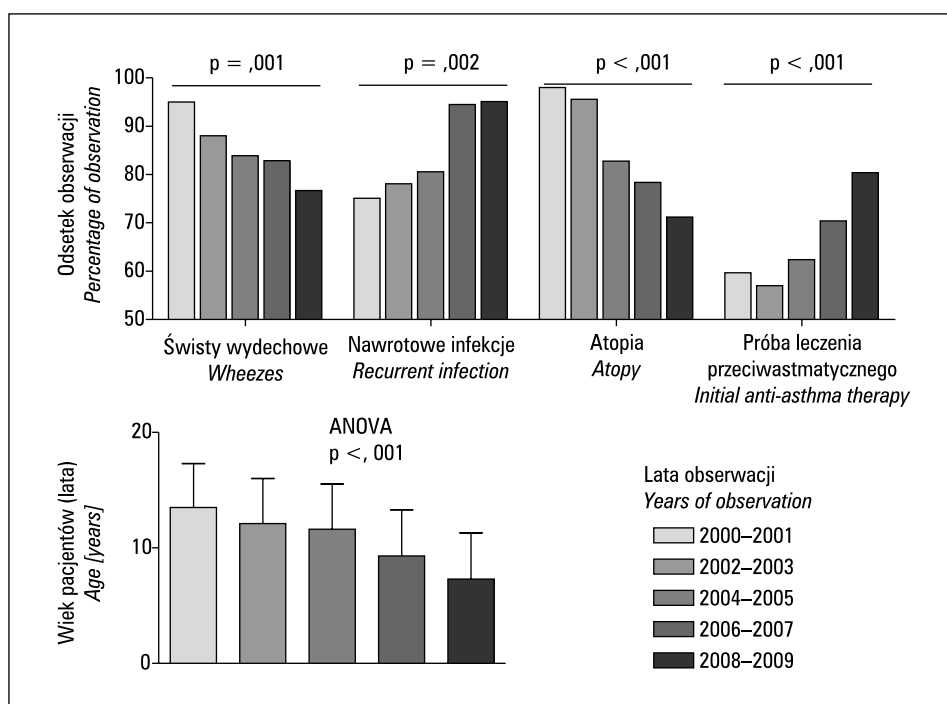
**Dodatni test skórny i/lub obecność w surowicy swoistych IgE na jeden lub więcej testowanych alergenów/Positive skin prick test and/or the presence of one or more specific IgE

***Trwająca ≥ 3 miesiące, z oceną skuteczności i ewentualnie z próbą oceny efektów zaniechania leczenia/Initial anti-asthma therapy ≥ 3 months and evaluation of clinical improvement and/or lack of clinical improvement without anti-asthma therapy

****Jeden lub więcej domowników pali tytoń/At least one smoker at home

serwacji. Rozpoznanie astmy u dzieci poniżej 5. roku życia jest dużym problemem, gdyż brak jednoznacznych kryteriów rozpoznania choroby w tej grupie wiekowej [11, 12]. U dzieci zamiast astmy bardzo często rozpoznawane jest zapalenie oskrzeli i w konsekwencji w leczeniu stosowane są kolejne antybiotyki i leki przeciwkaszlowe. Rozpoznanie astmy u małych dzieci jest szczególnie trudne i ma poważne konsekwencje kliniczne. Oznacza bowiem rozpoznanie przewlekłej choroby zapalnej dróg oddechowych, w leczeniu której należy zastosować określony schemat postępowania [1]. Jednak fakt, że do poradni specjalistycznej zgłaszani są coraz młodsi pacjenci może świadczyć o poprawie wiedzy lekarzy pierwszego kontaktu na temat

astmy wczesnodziecięcej, jej objawów i czynników ryzyka mogących przyczynić się do jej wystąpienia. Montnemery i wsp. określali trafność rozpoznawania astmy przez lekarzy pierwszego kontaktu. Okazało się, że trafność wykluczania astmy przez lekarzy sięgała 100%, natomiast prawidłowe rozpoznanie astmy stawiano tylko u 60% chorych [13]. Wyniki większości badań epidemiologicznych wykazały bowiem, że niedodiagnozowanie astmy jest rzeczywistym problemem na poziomie populacyjnym nie tylko w Europie, ale i na całym świecie [8, 14, 15]. W regionie łódzkim prawie 70% dzieci z objawami chorób alergicznych ma nieustaloną diagnozę i nie otrzymuje żadnego leczenia [9].



Rycina 1. Charakterystyka kliniczna dzieci kierowanych do poradni alergologicznej w latach 2000–2009, u których następnie rozpoznano astmę oskrzelową

Figure 1. Medical characteristic of children consulted in outpatient allergy clinic between 2000–2009 with asthma diagnosis

W prezentowanym badaniu zaobserwowano również wzrost odsetka dzieci zgłaszanych do poradni z powodu nawracających infekcji górnych i dolnych dróg oddechowych oraz zmniejszenie odsetka dzieci kierowanych z powodu nawrotowych epizodów świstu wydechowego. W pierwszych latach obserwacji przeważali pacjenci z klasycznymi objawami astmy, natomiast w dalszym okresie wzrosła liczba dzieci z nawrotowymi infekcjami dróg oddechowych. Ten fakt zmusza specjalistów do przeprowadzenia wnikliwej diagnostyki różnicowej objawów. Objawy zakażenia dróg oddechowych są często trudne do odróżnienia od objawów alergii (nieżyty nosa lub astmy) [16]. Infekcje dróg oddechowych w przypadku nawracania i trwania objawów u około 60% dzieci towarzyszą chorobie alergicznej. Lekarz alergolog musi rozważyć rozpoznanie astmy oskrzelowej u konsultowanego dziecka, bowiem z jednej strony astma może być indukowana nawracającymi infekcjami dróg oddechowych, a z drugiej może predysponować do ich nawrotów. Prowadzone na dużej grupie dzieci badanie wykazało, że infekcje dolnych dróg oddechowych przebiegające z obturacją w okresie wczesnego dzieciństwa były skojarzone ze wzrostem ryzyka wystąpienia astmy w wieku 6 lat [17]. Dzieci przed 3. rokiem życia wykazują szczególną skłonność do występowania świstu

wydechowego (*wheezing*), która jest przyczyną zwiększonego ryzyka nadrozpoznawania astmy u dzieci w tym wieku. U większości dzieci obserwuje się samoistne ustępowanie tej skłonności do 5. roku życia. Należy pamiętać, że tylko niespełna 30% nawracających epizodów świstów jest astmą. Z wielośrodkowego badania *Multicentre Allergy Study* (MAS) wynika, że 90% nieatopowych dzieci ze świstem wydechowym nie ma żadnych objawów astmy w wieku szkolnym i wykazuje prawidłową czynność płuc w wieku dojrzewania [18]. Zatem im młodsze jest dziecko, tym większe prawdopodobieństwo, że przyczyną świszczącego oddechu nie jest astma. Wyniki prezentowanego badania sugerują, że diagnostyka świstu wydechowego u dzieci przeprowadzana jest już na poziomie lekarza pierwszego kontaktu.

Ponadto wykazano blisko dwukrotny spadek częstości występowania atopii wśród dzieci kierowanych do poradni specjalistycznej w kolejnych latach obserwacji. Próba uzasadnienia tego trendu może być wpływ wczesnodziecięcych infekcji wirusowych, wpływ biernego palenia na zmiany w drogach oddechowych i płucach małych dzieci prowadzące do astmy nieatopowej. Nieobecność atopii jest najczęstszą przyczyną opóźnienia rozpoznania astmy dziecięcej. Ponad 80% dzieci choruje na astmę oskrzelową IgE-zależną, z uczule-

niem na alergeny powszechnie występujące w środowisku (astma atopowa). Pozostałe dzieci chore na astmę mają ujemne wyniki punktowych testów skórnych z powszechnie występującymi alergenami środowiska oraz nie udaje się u nich wykryć alergenowo swoistych przeciwciał klasy E w surowicy (astma nieatopowa). Astma nieatopowa częściej występuje u starszych dzieci, charakteryzuje się cięższym przebiegiem klinicznym i większą nieswoistą nadreaktywnością oskrzeli. Mimo że badania populacyjne wskazują na istnienie związku między występowaniem atopii i astmy, to zależność ta nie ma stałego charakteru [19]. Wyniki wielu badań potwierdzają, że nieobecność atopii jest ważną przyczyną niedodiagnozowania astmy, a wyniki prezentowanego badania świadczą o tym, że lekarze pierwszego kontaktu mają tego świadomość i kierują do poradni alergologicznej dzieci nieatopowe.

W badaniu wykazano również istotny wzrost odsetka dzieci, u których przed skierowaniem do poradni specjalistycznej zastosowano próbę leczenia przeciwastmatycznego. Jednak u nielicznych dzieci była to prawidłowo przeprowadzona próba leczenia (trwająca ≥ 3 miesiące, z oceną skuteczności i oceną efektów zaniechania leczenia). Do poradni kierowane są bowiem dzieci, które były wcześniej tylko epizodycznie leczone glikokortykosteroidami wziewnymi, co nie pozwoli ocenić skuteczności leczenia przeciwastmatycznego, a tym samym nie pomoże w postawieniu rozpoznania. Te wyniki być może świadczą o ciągłym zjawisku „steroidofobii” wśród rodziców i lekarzy.

Zaobserwowano stopniową poprawę opisywanych przez rodziców warunków mieszkaniowych pacjentów. Nie wykazano natomiast istotnej zmiany w odsetku dzieci narażonych na dym tytoniowy w kolejnych latach obserwacji, co nie jest korzystnym zjawiskiem społecznym.

Ciągły wzrost częstości występowania astmy oraz zaistniałe na przestrzeni ostatniej dekady zmiany w profilu pacjentów i problemy z nimi związane powinny zwrócić uwagę osób odpowiedzialnych za organizację, jak i finansowanie ochrony zdrowia. Wydaje się, że powyższe zmiany powinny być uwzględnione w planowaniu wydatków na ochronę zdrowia i na walkę z nieustającym problemem narastającej częstości występowania astmy u dzieci w Polsce. Ponadto, wobec potrzeby zwiększania jakości opieki medycznej i jej dostępności dla chorych, potrzebne jest wprowadzenie zmian w sposobie organizacji ochrony zdrowia, jak również w lokowaniu środków finansowych przeznaczonych na profilaktykę oraz diagnostykę chorób alergicznych w ośrodkach specjalistycznych. Efekty Programu Profilaktyki Chorób Alergicznych

prowadzonego w latach 2000–2003 w regionie łódzkim [20–22] dostarczyły wystarczających argumentów dla kontynuacji i modyfikacji przysyłanych programów profilaktyki alergii w Polsce. Zaprojektowany i wdrożony program profilaktyczny realizowany od 1 stycznia 2000 roku był pierwszym w skali kraju projektem podejmującym w sposób kompleksowy problematykę prewencji i opieki nad osobami ze schorzeniami alergicznymi. Celami wdrożonego w regionie łódzkim programu były: wczesne rozpoznanie chorób alergicznych, poprawa skuteczności leczenia, zapobieganie zaostrzeniom astmy oskrzelowej, zwiększenie dostępności społeczeństwa do ośrodków specjalistycznych oraz edukacja zdrowotna pacjentów z chorobami alergicznymi i ich rodzin. W ciągu 4 lat trwania programu postawiono 16 445 nowych rozpoznań chorób alergicznych u dzieci, to jest ponad 26 nowych rozpoznań na 1000 mieszkańców województwa poniżej 19. roku życia. Zdiagnozowano 5002 nowych przypadków astmy oskrzelowej u dzieci, co stanowi ponad 8 nowych rozpoznań astmy na 1000 mieszkańców województwa poniżej 19. roku życia. Systematyczny wzrost odsetka nowych rozpoznań w kolejnych latach trwania programu szczególnie u dzieci dowodzi niezaspokojenia potrzeb populacji w tym zakresie oraz konieczności kontynuowania podobnych działań profilaktycznych. Program przyczynił się również do zmniejszenia liczby i skrócenia czasu hospitalizacji z powodu zaostrzeń astmy. Działania profilaktyczne i wczesna interwencja farmakologiczna wydają się obecnie najskuteczniejszą formą walki z epidemią alergii [23].

Wnioski

Wyniki prezentowanego badania wskazują na nowe problemy w diagnostyce astmy u dzieci w poradni alergologicznej. Zwiększający się odsetek dzieci, u których występują mniej swoiste dla astmy objawy, takie jak nawrotowe infekcje układu oddechowego czy przewlekły kaszel, wymaga zgodnie z obowiązującymi wytycznymi diagnostyki w kierunku innych chorób przewlekłych [24, 25]. Opisana w niniejszej pracy zmiana profilu klinicznego pacjenta kierowanego do poradni specjalistycznej z jednej strony świadczy o wysokiej świadomości i wiedzy lekarzy pierwszego kontaktu na temat choroby, a z drugiej strony wymusza przeprowadzenie szerokiej diagnostyki różnicowej objawów astmopodobnych w ośrodku specjalistycznym, co generuje wysokie koszty, wydłuża proces diagnostyczny, a tym samym utrudnia dostęp do poradni specjalistycznej [15].

Piśmiennictwo

- GINA Report, Global Strategy for Asthma Management and Prevention, updated 2009, <http://www.ginasthma.org/Guidelines-Resources.asp>.
- Kupryś-Lipińska I., Kuna P. Ciężka alergiczna astma oskrzelowa — czy możemy skuteczniej leczyć? *Terapia* 2009; 3: 40–47.
- Samoliński B., Sybilski A.J., Raciborski A. i wsp. Występowanie astmy oskrzelowej u dzieci, młodzieży i młodych dorosłych w Polsce w świetle badania ECAP. *Alerg. Astma Immun.* 2009; 14: 27–34.
- Samoliński B., Sybilski A.J., Raciborski A. i wsp. Epidemiologia astmy w Polsce według programu ECAP. *Terapia* 2009; 3: 13–16.
- Kuna P., Kupczyk M., Kupryś-Lipińska I. i wsp. POLASTMA — National Programme of Early Diagnostics and Treatment of Asthma. ISBN 978–83–929380–1–9; http://www.mojaastma.org.pl/.les/polastma_en.pdf; 2009,32.
- Stelmach I., Majak P. Trudności diagnostyczne w astmie oskrzelowej u dzieci. W: Stelmach I. (red.). *Astma dziecięca*. Warszawa, PZWL 2007; 91–98.
- Molis W.E., Bagniewski S., Weaver A.L. i wsp. Timeliness of diagnosis of asthma in children and its predictors. *Allergy* 2008; 63: 1529–1535.
- Lynch B.A., Van Norman C.A., Jacobson R.M. i wsp. Impact of delay in asthma diagnosis on health care service use. *Allergy Asthma Proc.* 2010; 31: e48–e52.
- Kupryś I. Epidemiologia chorób alergicznych — badanie próby losowej mieszkańców województwa łódzkiego. Praca na stopień doktora nauk medycznych. Akademia Medyczna w Łodzi, czerwiec 2001.
- Kupryś I., Elgal A., Korzycka-Zaborowska B. i wsp. Underdiagnosis and undertreatment of asthma in children and adults on the basis of epidemiological study in the province of Lodz. *Int. Rev. Allergol. Clin. Immunol.* 2003; 9: 38.
- Guilbert T.W., Morgan W.J., Zeiger R.S. i wsp. Atopic characteristics of children with recurrent wheezing at high risk for the development of childhood asthma. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2004; 114: 1282–1287.
- Bisgaard H., Szeffler S. Prevalence of asthma-like symptoms in young children. *Pediatr. Pulmonol.* 2007; 42: 723–728.
- Montnemery P., Hansson L., Lanke J. i wsp. Accuracy of a first diagnosis of asthma in primary health care. *Fam. Pract.* 2002; 19: 365–368.
- van Schayck C.P. i wsp. Underdiagnosis of asthma: is the doctor or the patient to blame? The DIMCA project. *Thorax* 2000; 55: 562–565.
- Brzozowska A., Majak P., Grzelewski T. i wsp. Measurement of specific airway resistance decrease the risk of delay in asthma diagnosis in children. *Allergy Asthma Proc.* 2009; 30: 47–54.
- Zeman K. Nawracające zakażenia układu oddechowego u dzieci. W: Stelmach I. (red.). *Astma dziecięca*. Warszawa, PZWL 2007; 99–107.
- Ciprandi G., Tosca M.A., Fasce L. Allergic children have more numerous and severe respiratory infections than non-allergic children. *Pediatr. Allergy Immunol.* 2006; 17: 389–391.
- Matriccardi P.M., Illi S., Grüber C. i wsp. Wheezing in childhood: incidence, longitudinal patterns and factors predicting persistence. *Eur. Respir. J.* 2008; 32: 585–592.
- Stelmach I., Bobrowska-Korzeniowska M. Astma nieatopowa u dzieci. W: Stelmach I. (red.). *Astma dziecięca*. Warszawa, PZWL 2007; 73–77.
- Stelmach W., Majak P., Jerzyńska J. i wsp. Early effects of Asthma Prevention Program on asthma diagnosis and hospitalization in urban population of Poland. *Allergy* 2005; 60: 606–610.
- Stelmach W., Korzeniewska A., Bryła M. i wsp. Program prewencji chorób alergicznych Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. *Acta Pneumonol. Allergol. Pediatr.* 2003; 6: 34–38.
- Stelmach W., Korzeniewska A., Krakowiak J. i wsp. Retrospektywna ocena Programu Prewencji Chorób Alergicznych w Regionie Łódzkim. *Pneumonol. Allergol. Pol.* 2004; 71: 237–244.
- Stelmach W. Znaczenie programów prewencyjnych i edukacyjnych w zwalczaniu astmy i jej skutków w Polsce i na Świecie. W: Stelmach I. (red.). *Astma dziecięca*. Warszawa, PZWL 2007; 269–277.
- Chang A.B., Glomb W.B. Guidelines for evaluating chronic cough in pediatrics: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2006; 129: 260S–283S.
- Chang A.B., Landau L.J., Van Asperen P.P. i wsp. Cough in children: definitions and clinical evaluation. *Med. J. Aust.* 2006; 17: 184, 398–403.