

Доказова медична профілактика: міжнародний досвід

О.Г. Пузанова

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

Мета дослідження: вивчення міжнародного досвіду розвитку профілактичної медицини на засадах доказової медицини (ДМ) та визначення перспектив його використання в Україні. **Матеріали та методи.** З використанням основних принципів і методів наукового дослідження (універсальних, системного підходу, кількісно-якісного інформаційного аналізу, класифікації та систематизації теоретичних та емпіричних даних, історичного, логічного, медико-статистичного) досліджено 529 науково-інформаційних джерел, у тому числі комп'ютерні бази даних ДМ, настанови спеціальних робочих груп і кохрейнівські огляди з питань профілактики, Реєстр медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги у системі МОЗ України тощо.

Результати. Визначено внесок зарубіжних наукових шкіл у розвиток ДМ і провідну роль у становленні доказової профілактичної медицини наукових розробок, здійснених у США і Великій Британії протягом 1930–1980 років; узагальнено міжнародний досвід організації та діяльності центрів доказової практики та робочих груп з профілактики; досліджено досвід розробки та впровадження в економічно розвинених країнах настанов з профілактики у первинній ланці, придатних для застосування в Україні. Уперше введено наукове поняття «доказова профілактика». Встановлено пріоритет реалізації ДМ у сфері профілактики інфекційних хвороб і первинної медичної допомоги (ПМД) у країнах Європи, розвиток напряму диференційованої доказової профілактики та ранньої доказової діагностики у первинній ланці охорони здоров'я США.

Заключення. Одержані результати підтвердили важливість урахування міжнародного досвіду у ході пріоритетного розвитку ПМД на засадах ДМ в системі охорони здоров'я України.

Ключові слова: доказова профілактика, первинна медична допомога, міжнародний досвід.

Доказова медицина (ДМ) є підходом до прийняття рішень і практики в охороні здоров'я, основу інформаційного забезпечення якого складають evidence (тобто «докази» – епідеміологічні та економічні, насамперед результати систематичних оглядів – СО), прийнятні для експертів і споживачів медичних послуг [3–4, 6–7, 13, 18]. Впровадження ДМ в Україні відбулося в останнє десятиліття шляхом створення системи стандартизації медичної допомоги. Відповідно до сучасних принципів і стратегічних напрямів розвитку вітчизняної системи охорони здоров'я (СОЗ), необхідності підвищення ефективності профілактичних заходів на рівні первинної медичної допомоги (ПМД) нами обгрунтовано концепцію доказової профілактики в охороні здоров'я. Важливим етапом цієї роботи було комплексне дослідження історико-генезисних і методологічних засад профілактичної медицини та ДМ, міжнародного досвіду діяльності зі становлення доказової профілактичної медицини (у Великій Британії, країнах Північної Америки та Європи, Китаї, Індії, Японії, Австралії, Росії) [3].

Мета дослідження: вивчення міжнародного досвіду розвитку профілактичної медицини на засадах доказової медицини (ДМ) та визначення перспектив його використання в Україні.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Була проаналізована спеціальна література з історії медицини, філософії, епідеміології, медичної профілактики, медичної статистики, біоетики, клінічної епідеміології (КЕ), ДМ; біографічна література; нормативно-правові, стратегічні та декларативні документи міжнародного та державного рівня; галузеві програми; аналітичні та статистичні звіти (у тому числі центрів доказової практики (ЦДП), кохрейнівських центрів, робочих груп з профілактики); автореферати й рукописи дисертаційних досліджень із соціальної медицини, філософії, державного управління; електронні та друковані ресурси ДМ, у тому числі матеріали клінічних досліджень, СО, клінічних настанов (КН), економічних аналізів і комп'ютерних баз даних (КБД) [3].

Загалом вивчено 529 джерел, у тому числі:

- 156 КН Американської робочої групи з профілактичних послуг (USPSTF) 1996–2014 рр. [20];
- 52 КН Канадської робочої групи з профілактики (CTF-PHC) [5];
- 28 КН, виданих у 2001–2008 рр. у Німеччині за програмою NVL [14];
- 300 СО, які протягом 2011–2013 рр. склали топ-50 на веб-сайті Кохрейнівського Співробітництва [16].

Методологічну основу роботи склали наступні принципи наукового дослідження: діалектичний, міждисциплінарний, цілісний, комплексний, системний, термінологічний, історичний, інформаційний, пізнавальний, ціннісний, діяльнісний.

Використано методи наукового дослідження: універсальні, системного підходу, кількісного та якісного інформаційного аналізу, класифікації та систематизації теоретичних та емпіричних даних, історичний, логічний, медико-статистичний тощо.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

В історичному аспекті нами було доведено зв'язок профілактичної медицини насамперед з епідеміологією інфекційних захворювань, а ДМ – з епідеміологією неінфекційних захворювань (НІЗ) і КЕ. Одержані результати дозволили визначити провідну роль у становленні доказової профілактичної медицини наукових розробок, здійснених у США і Великій Британії впродовж 1930–1980 років. З'ясовано, що на сучасному етапі розвитку ДМ (2011) важливими сферами її реалізації у Європі є профілактика інфекційних захворювань і первинна ланка охорони здоров'я.

Дослідженням внеску зарубіжних наукових шкіл ДМ встановлено пріоритет США у визнанні КЕ методологічною основою профілактичної та сімейної медицини (професор Ельсько університету J.R. Paul, 1938) та розробленні еталонних КН з питань профілактики у первинній ланці (USPSFF, з 1989).

З дотриманням етичних вимог масштабні обсерваційні контрольовані дослідження з первинної профілактики неінфекційних захворювань (НІЗ) були вперше здійснені у США (Framingham Heart Study, FHS, з 1949 й до сьогодні) і Великій Британії (British Doctors Study, BDS, 1951–2001).

У Великій Британії розроблено методику рандомізації (A.V. Hill, R. Doll, 1937) та критерії причинно-наслідкового зв'язку (A.V. Hill, 1965), визначено тютюн фактором ризику (ФР) розвитку раку легенів (BDS, 2001), здійснено СО з питань профілактики та оцінку скринінгових тестів (A. Cochran, 1972), створено Кохрейнівське Співробітництво і Кохрейнівську бібліотеку – джерело найкращих доказів дієвості медичних втручань (1993), введено поняття про доказову охорону здоров'я (J.A.M. Gray, 2001), доказову політику та практику (E.J. Mullen et al., 2004), і на сьогодні в цій країні розвиваються насамперед організаційно-методологічні аспекти доказового підходу. З'ясовано, що в останні роки суттєво зросла частка найрейтинговіших кохрейнівських СО, присвячених первинній профілактиці, у тому числі її організаційним технологіям.

Водночас у США зберігається пріоритет клінічного і профілактичного напрямів розвитку ДМ. Саме в цій країні визначено основні ФР серцево-судинних захворювань (ССЗ) (FHS, з 1949), створено концепцію ФР (1960) і одну з найбільших КБД ДМ – MEDLINE; організовано Міжнародну мережу KE (1980), Національний центр комплементарної та альтернативної медицини (KAM) (1998), Кемпбелівське Співробітництво й Кемпбелівську бібліотеку (1999).

Проведений нами аналіз 53 баз даних КН, які згідно з Наказом МОЗ України № 751 від 28.09.2012 року використовують робочі групи МОЗ України для створення клінічних протоколів, довів переважання в їхній структурі саме американських (30,2%) розроблень і наявність серед них веб-сайту USPSTF.

Відомо, що до складу цієї робочої групи входять експерти з ПМД, профілактики, сімейної медицини, і саме її діяльність «сприяє пріоритету профілактики в охороні здоров'я США» (AHRQ, 2009) [3].

Дослідженням генеральної сукупності КН USPSTF було встановлено ефективність вирішення нею проблеми доказового обґрунтування профілактики на рівні ПМД і засвідчено розвиток напряму диференційованої доказової профілактики у первинній ланці охорони здоров'я в США та Канаді. З'ясовано, що розроблення USPSTF присвячені пацієнтам різних категорій, профілактиці хвороб різної етіології та всім технологіям медичної профілактики, крім організаційних. Серед настанов 1996–2012 років найбільшою є частка КН з профілактики раку (22,7% у загальній структурі, 27,1% КН для дорослих) і метаболічних, пов'язаних з харчуванням і ендокринних розладів (21,9% настанов для дітей і підлітків).

Встановлено пріоритетність оцінювання скринінгових технологій протягом 1996–2014 років (їм присвячено 74,4% розроблень: 71,4–75,0% у різні періоди, 74,0–78,1% для різних вікових категорій, 60–100% у різних клінічних категоріях, крім тих, що присвячені травмам). Результати систематизації основних положень цих настанов за прийнятими градаціями виявили значну частку відхилених скринінгів (23,0%), слабкості їхньої доказової бази (35,8%), а також скринінги, реалізація яких дозволить із високою імовірністю одержати значну користь. Такими є скринінги у загальних популяціях дорослих на куріння та підвищений артеріальний тиск, вагітних – на куріння, ВІЛ, HBV, сифіліс, асимптомну бактеріурію та реуз-належність, новонароджених – на гіпотиреоз, серпоподібноклітинну анемію та фенілкетонурию, а також у підлітків із груп ризику на ВІЛ і хламідійну інфекцію та в дорослих певних категорій на дисліпідемію, рак шийки матки (РШМ), рак товстої кишки, хламідійну інфекцію, ВІЛ і сифіліс [2–3].

Доказова база онкоскринінгів як надзвичайно гострої медико-соціальної проблеми було окремим завданням даного дослідження [1–3]. З'ясовано, що обмеження реалізації скринінгів на рак у запропонованому ВООЗ «Пакеті основ-

них втручань щодо НІЗ для ПМД у країнах із низьким рівнем матеріальних ресурсів» (WHO PEN) обґрунтовано описами випадків і серій випадків [19]. Встановлено, що ці технології мають потужнішу доказову базу у розробленнях USPSTF 1996–2012 років: скринінгам присвячено 72,4% настанов категорії «Рак» (66,7–73,1% розроблень для різних вікових категорій); серед настанов для дорослих скринінгам на рак присвячено 26,8%, проте в них схвалено лише 16% положень, відхилено 44%, брак доказів визначено у 32%. Найпотужнішу доказову базу мають скринінги на РШМ: основні положення настанови 2012 року свідчать про високу імовірність значної користі чи відсутності користі для різних категорій пацієнток первинної ланки [2–3].

Інформаційні технології профілактики мають у розробках USPSTF «інший профіль». Їм присвячено 22,4% КН 1996–2014 років (21,4–28,6% у різні періоди, 20,8–21,9% для різних категорій пацієнтів протягом 1996–2012 років), причому схвалено 44,2% їхніх основних положення (градації А і В), слабку доказову базу мають 38,7%, відхилено лише 9,7%. Результати проведеного нами аналізу підтвердили найбільшу корисність консультувань з відмови від тютюну у всіх дорослих і вагітних (основні положення настанови 2012 року свідчать про високу імовірність значної користі та включені до трьох клінічних категорій). Важливість цієї технології відзначено у настановах USPSTF зі скринінгів на різні форми раку (рак легенів, рак підшлункової залози, рак ротової порожнини, рак сечового міхура). Інші схвалені USPSTF консультування з метою профілактики, у тому числі щодо скорочення основних ФР НІЗ, присвячено окремим групам пацієнтів.

Результати аналізу змісту та доказової бази КН USPSTF з інших скринінгів (на остеопороз, депресії в дорослих, ожиріння в дітей і підлітків) підтвердили важливість урахування рівня компетентності фахівців ПМД та використання міждисциплінарного і програмного підходів у реалізації цих профілактичних технологій.

Наголосимо, що фармакопрофілактиці присвячено лише 8,3% КН USPSTF. При цьому зміст настанов з первинної аспіринопрофілактики ССЗ і раку товстої кишки відображає значущість вибору пацієнта, безпеки та економічної прийнятності цих технологій, перегляду практичної значущості їх доказової бази.

Первинної профілактики ССЗ стосувалося 10,2%, щеплень – лише 1,6% КН USPSTF 1996–2012 років, що свідчить про достатню вивченість цих питань.

Розроблення USPSTF є золотим стандартом профілактики у первинній ланці також у Канаді [3, 5], де 40 років тому було вперше створено робочу групу з періодичних медичних оглядів (CTFPE), видано КН з профілактики та вказано на вплив економічних і політичних чинників на їхній зміст (1979) [17], використано терміни «доказ» і «ДМ», обґрунтовано модель доказової практики, основні етапи ДМ та принцип PICO для пошуку у КБД ДМ (D. Sackett et al., 1986, 1991, 2000) [3–4].

Варто зазначити, що з середини 1990 років новими центрами розвитку ДМ є Австралія і Нова Зеландія, європейські країни та Китай.

Внесок австралійської школи полягає у розробленні наочного інструменту оцінювання досліджень GATE (R. Jackson, 2006) та низці моделей доказової практики (P. Glasziou, C. Del Mar, 2003; R. Jackson, 2011). На сьогодні у країні активно досліджують доказову базу реабілітаційних заходів.

У Китаї з 1996 р. на державному рівні визнано стратегічну значущість ДМ для просування традиційної китайської медицини (ТКМ) та інтегральної медицини, зменшення тягаря НІЗ і важких інфекцій, покращення репродуктивного здоров'я тощо. Нами підтверджено активне вивчен-

ня доказів профілактичних ефектів ТКМ щодо ССЗ та їхніх ФР, що відбувається попри відсутність у цій країні спеціальних робочих груп. Заслужують на увагу високі темпи підготовки спеціалістів з ДМ у Китаї та їхня активна участь у роботі Кохрейнівського Співробітництва [3].

Загалом в останні 30 років у світі впроваджено концепцію ДМ – насамперед в аспекті клінічної медицини, до всіх її напрямків. Розроблено термінологічний апарат ДМ, низку класифікацій джерел доказів, алгоритми та інструменти їхнього створення, представлення та оцінювання, опрацьовано методики збільшення валідності тощо. При цьому прийнята ієрархія первинних джерел доказів дієвості втручань, яку очолюють рандомізовані контрольовані дослідження (РКД), зазнає критики в аспекті КАМ та інтегральної медицини. Найбільш опрацьованим інструментом реалізації ДМ залишається створення та адаптація міжнародних і національних КН, якість яких пов'язана з їхньою доказовою базою і клінічною прийнятністю.

Дослідженням встановлено, що найкращі КН з профілактики на рівні ПМД створюють спеціальні робочі групи у США та Канаді (насамперед USPSTF) на основі прозорої методології, яка передбачає пріоритет СО і використання методів консенсусу. Визначенню тематики та реалізації КН сприяють Американська агенція з досліджень і якості в охороні здоров'я (AHRQ) та Канадська агенція громадського здоров'я (PHAC), які на основі тимчасових угод співпрацюють із ЦДП, створеними переважно при університетах, а також профільних міністерствах і закладах охорони здоров'я. Завданням ЦДП у США, Канаді, Великій Британії, Австралії та Китаї є інформаційно-методичне забезпечення з питань охорони здоров'я, перш за все розроблення СО [3].

На основі аналізу наукових джерел нами підтверджено зв'язок обмежень реалізації ДМ з нестачею висвітлення її засад та інформаційних ресурсів, характеристиками доказів,

незбалансованим залученням кадрів СОЗ, громад, конфліктами інтересів тощо [3, 6, 8–13, 15].

Так, невдачі впровадження ДМ в Японії були зумовлені переважним залученням управлінських кадрів, конфліктами інтересів серед представників академічних і урядових установ, традиційним домінуванням впливу наставників на прийняття рішень і неприйнятністю концепції переваг доказів над досвідом для клініцистів [12].

Досвід Німеччини полягає у реалізації програми Nationale Versorgungsleitlinien з розроблення національних настанов за відсутності ЦДП та робочої групи з питань профілактики. Її особливістю виявився пріоритет вторинної профілактики НІЗ, перш за все цукрового діабету, а також велика кількість організацій-розробників, використання власної градації доказів та інструмента оцінювання КН, наявність версій КН для пацієнтів тощо. Механізмами впровадження настанов у Німеччині є регіональна адаптація, застосування критеріїв якості та просвітницька робота [3, 11, 14–15].

ВИСНОВКИ

Результати вивчення міжнародного досвіду розвитку профілактичної медицини на засадах ДМ дозволили вперше ввести наукове поняття «доказова профілактика», підтвердили зв'язок реалізації доказової медичної профілактики з підвищенням якості ПМД та визначили основні методологічні, інформаційні та організаційні засади й проблеми її впровадження.

Перспективи подальших досліджень. Дослідженням міжнародного досвіду діяльності ЦДП та робочих груп з питань профілактики визначено доцільність використання в Україні настанов USPSTF і кохрейнівських СО, у тому числі при плануванні скринінгових програм, відповідно до наявної нормативної бази. Одержані результати відкривають перспективу для вдосконалення наукового супроводу реформування СОЗ України, безперервного підвищення ефективності діяльності закладів ПМД та розвитку напрямку подальших досліджень ДМ.

Доказательная медицинская профилактика: международный опыт О.Г. Пузанова

Цель исследования: изучение международного опыта развития профилактической медицины на принципах доказательной медицины (ДМ) и определение перспектив его использования в Украине.

Материалы и методы. С применением основных принципов и методов научного исследования (универсальных, системного подхода, количественного и качественного информационного анализа, классификации и систематизации теоретических и эмпирических данных, исторического, логического, медико-статистического) исследовано 529 научно-информационных ресурсов, в том числе компьютерные базы данных ДМ, рекомендации специальных рабочих групп и Кокрановские обзоры по вопросам профилактики, Реестр медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи в системе МЗ Украины и т.д.

Результаты. Определены вклад зарубежных научных школ в развитие ДМ и ведущая роль в становлении доказательной профилактической медицины научных разработок, осуществленных в США и Великобритании в 1930–1980-х годах; обобщен международный опыт организации и деятельности центров доказательной практики и рабочих групп по профилактике; изучен опыт разработки и внедрения в экономически развитых странах рекомендаций по профилактике в первичном звене, приемлемых для Украины. Впервые введено научное понятие «доказательная профилактика». Установлен приоритет реализации ДМ в сфере профилактики инфекционных болезней и первичной медицинской помощи (ПМП) в странах Европы, развитие дифференцированной доказательной профилактики и ранней доказательной диагностики в первичном звене здравоохранения США.

Заключение. Полученные результаты подтвердили важность учета международного опыта в ходе приоритетного развития ПМП на принципах ДМ в системе здравоохранения Украины.

Ключевые слова: доказательная профилактика, первичная медицинская помощь, международный опыт.

Evidence based medical prevention: international experience O.H. Puzanova

The objective: was to study the international experience of evidence based preventive medicine development as well as to estimate its perspectives in Ukraine.

Patients and methods. Main principles and methods of scientific knowledge and research have been used including universal ones, methods of systemic approach, quantitative and qualitative information analysis, classification and systematization of theoretical and empirical data, historical and logical methods, health statistics as well). In total 529 scientific information sources have been studied, particularly a number of evidence based medicine (EBM) computer databases, special task forces recommendations and Cochrane reviews on prevention, Register of medical and technological documents for health care standards in Ukraine et al.

Results. The contribution of foreign scientific schools in the development of EBM has been determined, as well as the crucial role of scientific works carried out in the US and Great Britain in 1930–80s as to the development of evidence based preventive medicine. The international experience of the development and functioning of evidence based practice centers' and special task forces on prevention has been summarized, as the experience of the development and implementation of recommendations on prevention in primary health care (PHC) in high income countries acceptable for Ukraine. The concept of evidence based prevention has been first proposed. It is revealed, that EBM implementation in Europe has been prioritized in both the field of infectious diseases prevention and PHC, while there are both the development of differentiated evidence based prevention and early evidence based diagnosis in PHC in the US.

Conclusion. The results proved importance of taking into consideration of international experience while evidence based PHC is being developed as a priority in Ukraine.

Key words: evidence based prevention, primary health care (PHC), international experience.

Сведения об авторе

Пузанова Ольга Геннадьевна – Кафедра внутренней медицины № 3 Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 01601, г.Киев, бульвар Т. Шевченко, 13. E-mail: vizhankova@gmail.com

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Половина стран не готовы к предупреждению и лечению различных видов рака. 1 февраля 2013 г., Женева–Лион // Східноєвроп. журнал громадського здоров'я. – 2013. – № 1 (21). – С. 20–21.
2. Пузанова О.Г. Доказове обґрунтування скринінгів у первинній ланці охорони здоров'я / О.Г. Пузанова / Мистецтво лікування. – 2015. – № 7–8 (123–124). – С. 43–52.
3. Пузанова О.Г. Обґрунтування та інформаційне забезпечення концепції доказової профілактики в охороні здоров'я: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: спец. 14.02.03 «соціальна медицина» / О.Г. Пузанова. – К., 2015. – 40 с.
4. Ревенок К.М. Доказовий підхід у клініці внутрішніх хвороб: розвиток і перспективи / К.М. Ревенок, В.А. Горголь, О.Г. Пузанова. – Практикуючий лікар. – 2016. – № 3. – С. 73–80.
5. STPHPC: [сайт]. – [Електронний ресурс]. URL: <http://www.canadiantaskforce.ca> (дата звернення: 23.06.2016).
6. Evidence-based methodologies for public health – How to assess the best available evidence when time is limited and there is lack of sound evidence. ECDC Technical Report / [ECDC] / [ed. J. Giesecke]. – Stockholm: ECDC, 2011. – 58 p.
7. Generalizability of systematic reviews of the effectiveness of health care interventions to primary health care: concepts, methods and future research / [M. Nasser, C. van Weel, J.J. van Binsbergen et al.] / Family Practice. – 2012. – Vol. 29 (Suppl. 1): i94–i103.
8. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. – WHO, Geneva, 2013. – 103 p.
9. Implementing evidence-based practice. a review of the empirical research literature / [M. Gray, E. Joy, D. Plath et al.] // Res. Soc. Work Practice. – 2013. – Vol. 23, № 2. – P. 157–166.
10. Larson E.L. Publication guidelines need widespread adoption / E.L. Larson, M. Cortazal // J. Clin. Epid. – 2012. – Vol. 66, Iss. 3. – P. 239–246.
11. Medizinische Leitlinien in Deutschland 1994–2004. Von der Leitlinienmethodik zur Leitlinienimplementierung / [G. Ollenschläger, C. Thomeczek, F. Thalau et al.] // Z. Arztl. Fortbild. Qualitätssich. – 2005. – B. 99 (1). – S. 7–13.
12. Nakayama T. Confusion about the concept of clinical practice guidelines in Japan: on the way to a social consensus / T. Nakayama, B. Budgell, K. Tsutani // Int. J. Quality in Health Care. – 2003. – Vol. 15. – P. 359–360.
13. Nardini C. Mechanistic understanding in clinical practice: complementing evidence-based medicine with personalized medicine / C. Nardini, M. Annoni, G. Schiavone // J. Eval. Clin. Pract. – 2012. – Vol. 18 (5). – P. 1000–1005.
14. Nationale Versorgungsleitlinien (NVL): [сайт]. [Електронний ресурс]. URL: <http://www.leitlinien.de> (дата звернення: 25.07.2010).
15. Schwarzer R. Methods, procedures, and contextual characteristics of health technology assessment and health policy decision making: comparison of health technology assessment agencies in Germany, UK, France and Sweden / R. Schwarzer, U. Siebert // Int. J. Techn. Assess. Health Care. – 2009. – Vol. 25 (3). – P. 305–314.
16. The Cochrane Collaboration: [сайт]. – [Електронний ресурс]. – URL: <http://www.cochrane.org> (дата звернення: 23.06.2015).
17. The periodic health examination / [Canadian Task Force on the Periodic Health Examination] // Can. Med. Assoc. J. – 1979. – Vol. 121. – P. 1194–1254.
18. The world health report 2008: primary health care now more than ever / [eds. T. Evans, W.V. Lerberghe]. – Geneva: WHO, 2008. – 125 p.
19. URL: http://www.who.int/nmh/publications/essentia_ncd_interventions_ir_settings_pdf?ua=1 (дата звернення: 01.11.2016)
20. USPSTF: [сайт]. [Електронний ресурс]. URL: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org> (дата звернення: 23.06.2015).

Статья поступила в редакцию 05.12.2016

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

УЧЕНЫЕ: У ДЕТЕЙ С АСТМОЙ РИСК ЗАБОЛЕТЬ ОЖИРЕНИЕМ НА 50% ВЫШЕ

У детей-астматиков риск заболеть ожирением на 50% выше, чем у здоровых, выяснили ученые из Университета Южной Калифорнии.

На протяжении 10 лет ученые наблюдали более чем за 2000 детей. На момент начала исследования ожирения не было ни у кого из них, а астмой болели 13,5%. Спустя 10 лет ожирение развилось у каждого шестого ребенка, и среди астматиков таких детей было вдвое больше. Тем не менее также исследование вы-

явило, что использование ингаляторов во время приступов уменьшает вероятность получить ожирение на 43%.

Как отмечают ученые, проблема в том, что из-за проблем с дыханием таким детям труднее делать физические упражнения и в целом вести активный образ жизни. Кроме того, набор веса – побочный эффект многих лекарств от астмы. Исследователи пока не могут дать точного ответа на вопрос, является ли астма одной из причин ожирения у де-

тей или, наоборот, она развивается у детей с лишним весом, либо возможны оба варианта. Также проблему усугубляет то, что оба заболевания влияют друг на друга: астматики не могут заниматься спортом, чтобы сбросить вес, а ожирение способствует дальнейшему развитию астмы.

Посвященное этому исследованию было опубликовано в журнале American journal of respiratory and critical care medicine.

<https://www.gazeta.ru/>