

ІНФОРМАЦІЯ

про медико-біологічне нововведення,
яке рекомендоване для впровадження

КПКВК, ШИФР, № ДЕРЖАВНОЇ РЕЄСТРАЦІЇ, НАЗВА НДР ТА ТЕРМІН ВИКОНАННЯ: 6561040 (прикладні наукові та науково-технічні розробки), А.16.06, 0116U000189, “Розробити технологію лікування бронхіальної астми у дітей залежно від фено-генотипових особливостей організму”, 01.2016–12.2018.

НАЗВА НОВОВВЕДЕННЯ: Алгоритм прогнозування тяжкості перебігу бронхіальної астми за клініко-анамнестичними маркерами у дітей.

АНОТАЦІЯ.

Бронхіальна астма (БА) залишається однією з найактуальніших проблем клінічної педіатрії, оскільки є поширеним і тяжким алергічним захворюванням. Подолання труднощів при діагностиці та прогнозуванні ступеня тяжкості перебігу БА у дітей, особливо раннього віку, має пріоритетне значення для сучасної астмології, оскільки дає змогу підвищити якість професійної допомоги та знизити ризик інвалідизації дітей. Ступінь тяжкості перебігу БА у дітей у більшості випадків визначається мінливістю фенотипів на фоні конституціональних особливостей організму (соматотипів), що генетично детерміновані та впливають на активність і силу алергічного запалення.

Суть нововведення, що пропонується для впровадження, полягає у визначенні в дитини клініко-анамнестичних маркерів (вік, давність БА, тютюнокуріння, індекс маси тіла, соматотип, вегетативний тонус, індекс функціональних змін, $ОФВ_1$, МОШ75), обчисленні суми їх прогностичних коефіцієнтів (ПК) та порівнянні отриманої суми з обчисленими за нерівністю Вальда верхнім (+ 10) і нижнім (- 12) порогами, і якщо сума $ПК > (+ 10)$, то з достовірністю 95,0 % прогнозують високий ризик середньотяжкого та/або тяжкого перебігу БА, якщо сума $ПК < (- 12)$, то з достовірністю 80,0 % – ризик відсутній, якщо сума ПК коливається між порогами (+ 10) та (- 12) – ризик не визначений, що потребує додаткового обстеження.

Застосування нововведення дозволяє скоротити на 3–6 місяців термін досягнення рівня контролю БА у 70,0 % хворих, вчасно (вже на першому візиті до лікаря) призначити адекватні індивідуальні режими базисної терапії з імовірністю 95,0 %.

Апробація запропонованого нововведення проведена у відділенні дитячої пульмонології та алергології у дітей, інфікованих та хворих на туберкульоз Державної установи «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук України».

ПОКАЗАННЯ ДО ЗАСТОСУВАННЯ: діти, хворі на бронхіальну астму.

ПЕРЕЛІК НЕОБХІДНОГО ОБЛАДНАННЯ ДЛЯ ВПРОВАДЖЕННЯ НОВОВВЕДЕННЯ: ваги, ростомір, тонометр, спірограф.

ПОСЛУГИ РОЗРОБНИКІВ ДЛЯ ОВОЛОДІННЯ НОВОВВЕДЕННЯМ:

Алгоритм прогнозування тяжкості перебігу бронхіальної астми за клініко-анамнестичними маркерами у дітей : інформаційний лист / О. О. Речкіна та ін., НІФП НАМНУ. Київ, 2016. 4 с. ; публікація у фаховому науковому виданні.

УСТАНОВА-РОЗРОБНИК, АДРЕСА І РЕКВІЗИТИ. Державна установа "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук України", 10, вулиця Миколи Амосова, м. Київ, 03038, тел. 275-54-88, факс (044) 275-21-18.

ПРИЗВИЩЕ, ІМ'Я ТА ПО-БАТЬКОВІ АВТОРІВ-РОЗРОБНИКІВ: Речкіна О. О., Стриж В. О., Костроміна В. П., Ярощук Л. Б., Дорошенкова А. С., Кравцова О. М., Промська Н. В., Горовенко Н. Г., Россоха З. І., Кир'яченко С. П.

КОНТАКТНИЙ ТЕЛЕФОН: (044) 273-31-26.

ВІДПОВІДАЛЬНИЙ ЗА ВПРОВАДЖЕННЯ: Речкіна Олена Олександрівна.

ВИСНОВОК ВЧЕНОЇ РАДИ ІНСТИТУТУ.

Нововведення, що стосується алгоритму прогнозування тяжкості перебігу бронхіальної астми за клініко-анамнестичними маркерами у дітей, є актуальним і має практичне значення.

Новизна розробки полягає у визначенні в дитини клініко-анамнестичних маркерів (вік, давність БА, тютюнокуріння, індекс маси тіла, соматотип, вегетативний тонус, індекс функціональних змін, ОФВ₁, МОШ75), обчисленні суми їх прогностичних коефіцієнтів (ПК) та порівнянні отриманої суми з обчисленими за нерівністю Вальда верхнім (+ 10) і нижнім (- 12) порогами, і якщо сума ПК > (+ 10), то з достовірністю 95,0 % прогнозують високий ризик середньотяжкого та/або тяжкого перебігу БА, якщо сума ПК < (- 12), то з достовірністю 80,0 % – ризик відсутній, якщо сума ПК коливається між порогами (+ 10) та (- 12) – ризик не визначений, що потребує додаткового обстеження.

Застосування нововведення дозволяє скоротити на 3–6 місяців термін досягнення рівня контролю БА у 70,0 % хворих, вчасно (вже на першому візиті до лікаря) призначити адекватні індивідуальні режими базисної терапії з імовірністю 95,0 %.

Нововведення може бути впроваджено шляхом доповідей на конференціях, з'їздах, публікацій у фахових наукових виданнях.

Нововведення рекомендовано для впровадження в лікувально-профілактичних закладах України дитячого пульмонологічного та дитячого алергологічного профілю.

ДАНА РОЗРОБКА ГРИФУ СЕКРЕТНОСТІ НЕМАЄ.

Директор

Державної установи “Національний інститут
фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського
Національної академії медичних наук України”,
академік НАМН України,
д-р мед. наук, професор

Ю. І. Фещенко

Керівник теми,

Завідувачка відділення
дитячої пульмонології та алергології,
д-р мед. наук

О. О. Речкіна