



## **РЕЗОЛЮЦІЯ**

**Всеукраїнської науково-практичної конференції  
«Актуальні питання ведення хворих на мультирезистентний  
туберкульоз на стаціонарному та амбулаторному етапах»  
(м. Київ, 29-30 березня 2018 року)**

Лікування хворих на МР ТБ та РР ТБ представляє великі труднощі і відрізняється від лікування хворих, які виділяють мікобактерії туберкульозу, чутливі до протитуберкульозних препаратів, за режимами хіміотерапії, препаратами, які до них включені, тривалістю лікування, великою частотою небажаних побічних ефектів. Показник «ефективного лікування» серед хворих на нові випадки МР ТБ та РР ТБ, що розпочали лікування у 2013 році, загалом у світі становить 52,0 %, в Україні – 46,0 %, відповідно. Низька ефективність лікування пов'язана з недосконалими режимами хіміотерапії, їх тривалістю, великими організаційними проблемами забезпечення лікування для хворих, особливо на амбулаторному етапі, низькою прихильністю хворих до лікування та недостатньо розвиненими заходами з боку держави щодо формування прихильності до лікування у хворих. У той же час, за результатами НІФП НАМНУ, у разі застосування сучасних режимів хіміотерапії (як за складом ХТ так і за тривалістю), у хворих із високою прихильністю до лікування, ефективного лікування можна досягти у 60,0-80,0 % хворих на МР ТБ та РР ТБ.

Підвищити ефективність лікування можна за допомогою по-перше, впровадження нових скорочених режимів хіміотерапії та включення до лікування нових препаратів, по-друге - вирішення організаційних проблем шляхом наближення якісних медичних послуг до хворого (покращання якості надання медичної допомоги на амбулаторному етапі та впровадження повноцінного соціального супроводу).

Таким чином, однією з нагальних викликів щодо ведення випадків МРТБ є застосування інтенсивних скорочених режимів хіміотерапії. Загальна стандартна тривалість лікування хворого на МРТБ становить 20 місяців. Лікування досить токсичне та високовартісне. Побічні реакції різного ступеня вираженості виникають у 50% хворих. За результатами НІФП НАМНУ та офіційної статистики, кількість хворих, котрі перервали лікування, становить 20-25%. Причому, середній термін перерв становить 12 місяців. Тому одним із актуальних питань щодо удосконалення хіміотерапії для хворих на МРТБ є скорочення загальної тривалості лікування як мінімум до 12 міс за рахунок включення у режим хіміотерапії 3-х бактеріцидних протитуберкульозних препаратів. За рекомендаціями ВООЗ, скорочений режим ХТ (додатково до фторхінолону та ін'єкційного ПТП) обов'язково повинен включати клофазимін, а за розробкою НІФП НАМНУ – лінезолід.

Хворим, котрим неможливо призначити скорочені режими, потрібно лікувати режимами із включенням нових протитуберкульозних препаратів (бедаквілін, даламанід), котрі зараз починають використовуватись для лікування МРТБ у багатьох країнах. В Україні дані препарати не зареєстровані та поки немає вітчизняного досвіду їх застосування. Оскільки, згідно епідеміологічних досліджень міжнародних експертів, за для стабілізації епідемічної ситуації з туберкульозу, необхідно досягати показника «ефективне лікування» не менше ніж у 75,0 % хворих на МР ТБ, вкрай актуальним є впровадження у режимах хіміотерапії нових протитуберкульозних препаратів.

### **На Всеукраїнській науково-практичній конференції були висвітлені наступні ключові питання і проблеми:**

1. Основні напрямки в боротьбі з МРТБ у світі та Україні, співпраця партнерів.
2. Оновлення Національної нормативної бази у хворих на туберкульоз, основні зміни відповідно до міжнародних рекомендацій.
3. Основні досягнення та проблемні питання щодо покращання ситуації з ХРТБ в Україні.
4. Сучасні методи діагностики хворих на мультирезистентний туберкульоз: результати та перспективи.
5. Клінічні аспекти лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз: результати та перспективи.
6. Сучасні методи хірургічного лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз: результати та перспективи.

### **За результатами загального пленарного засідання 1-го дня учасники конференції запропонували:**

1. Для якнайшвидшої стабілізації ситуації з МРТБ в Україні необхідна співпраця партнерів наукових установ та практичних закладів охорони здоров'я, міжнародних партнерів, громадських організацій а також політична воля влади.
2. Роль і місце фтизіатричної служби в реалізації медичної реформи в Україні є важливою та повинна бути направлена на збереження кадрового потенціалу за рахунок оптимізації служби, ліжкового фонду та підвищення якості надання медичної допомоги на амбулаторному етапі.
3. Ключовими стратегічними напрямками подолання проблеми туберкульозу повинні бути: повномасштабна швидка діагностика; впровадження моделі

лікування, орієнтованої на пацієнта; швидке впровадження нових протитуберкульозних препаратів; короткострокові та більш ефективні режими лікування; міжсекторальний підхід до вирішення проблем ТБ та інших (нерівності тощо).

4. Погодити презентовані на конференції основні зміни в настанові та УКПМД «Туберкульоз» за розділом «лікування», «хірургічне лікування», «діагностика, реєстрація та профілактика».
5. Оптимізувати та адаптувати до ситуації в регіонах розроблених кроків для забезпечення належного впровадження нових ПТП в масштабах країни (проведення національних консультацій щодо розробки проекту плану впровадження нових протитуберкульозних препаратів; розробка та узгодження проекту плану впровадження нових ПТП із розрахунками потреби та моніторингу впровадження нових ПТП; нормативне врегулювання впровадження нових ПТП; виконання плану впровадження нових ПТП із щоквартальним представленням поточного прогресу у його виконання).
6. Прийняти до роботи на місцях в регіонах досвід впровадження нових ПТП та скорочених режимів – за досвідом НІФП НАМНУ.  
Продовжити вивчення алгоритмів призначення індивідуалізованих режимів хіміотерапії з використанням нових протитуберкульозних препаратів.
7. Оптимізувати заходи інфекційного контролю у протитуберкульозних закладах.
8. Постійно підвищувати знання медичних працівників різного профілю щодо заходів ІК, практичних дій для своєчасного виявлення ТБ, його раціонального лікування, оптимальної профілактики, прогнозування ризику розвитку захворювання.
9. Ширше залучати ТБ спільноти, волонтерів, пацієнтські організації у сумісній роботі щодо подолання епідемії туберкульозу.

**За результатами малих пленарних засідань 2-го дня учасники конференції запропонували:**

1. Були окреслені стратегічні напрямки лабораторної діагностики туберкульозу: шляхи покращення доступу населення до швидкого та точного виявлення та діагностики туберкульозу, в тому числі хіміорезистентного; впровадження системи управління якістю досліджень в лабораторіях, що здійснюють мікробіологічну діагностику туберкульозу; посилення спроможності системи охорони здоров'я стосовно лабораторної діагностики ТБ.
2. Визначити пріоритетними наступні кроки щодо організації лабораторної діагностики: впровадження у рутинну практику оптимальних алгоритмів швидкої молекулярно-генетичної діагностики резистентності МБТ, ґрунтовані на рекомендаціях ВООЗ; оновлення нормативних документів з організації діагностики ТБ відповідно сучасних міжнародних рекомендацій; безперервне постачання витратних матеріалів для діагностики ТБ та раціональне використання; поліпшення логістики транспортування якісного біоматеріалу до мікробіологічних лабораторій з діагностики туберкульозу; забезпечення технічного обслуговування обладнання мікробіологічних лабораторій з діагностики туберкульозу; розвиток потенціалу лабораторних фахівців, шляхом

залучення у тренінгах, навчальних семінарах; забезпечення взаємодії клініцистів та лабораторних фахівців.

3. Прийняти до уваги міжнародний досвід використання нових препаратів, склад режимів ХТ, тривалість використання нових ПТП та визначити у Національному протоколі чіткі показання для цього.
4. Взяти до уваги вітчизняний досвід застосування алгоритмів використання скорочених режимів ХТ, розроблених у НІФП НАМНУ, визначити чіткі показання до їх використання у практиці.
5. Прийняти до уваги позитивний досвід НІФП НАМНУ щодо застосування для контролю за лікуванням відео-спостереження (відео-ДОТ), та застосовувати на практиці.
6. Розглянути можливість використання у рутинній практиці в регіонах психологічної підтримки хворих, котра може надаватись не тільки психологами, а і лікарями-фтизіатрами, відповідно до позитивного досвіду НІФП НАМНУ.
7. Визнати хірургічне лікування невід'ємною частиною загального комплексу заходів з лікування хворих на хіміорезистентний туберкульоз легень;
8. Сприяти широкому застосуванню хірургії туберкульозу шляхом підвищення інтенсивності участі хірургів у плануванні та оцінці результатів етапів лікування відповідного контингенту хворих: забезпечити консультації хірурга усім пацієнтам через 4 міс. від початку лікування, при завершенні інтенсивної фази та при завершенні загального курсу ПХТ;
9. Запобігати практиці призначення інвалідності та паліативного лікування у хворих на хіміорезистентний туберкульоз без розгляду можливості надання хірургічної допомоги;
10. Підвищити хірургічну активність у відношенні хворих на великі ЗЗТБ, в тому числі – і при відсутності деструкції легень з метою попередження рецидивів захворювання;
11. Ширше застосовувати комп'ютерну томографію легень для діагностики та, особливо, оцінки динаміки перебігу туберкульозного процесу;
12. Прагнути довести до «золотого стандарту» застосування хірургічних та бронхологічних методів діагностики при синдромі плеврального випоту, легеневої дисемінації та внутрішньогрудної лімфаденопатії з метою забезпечення не тільки морфологічної, але й мікробіологічної верифікації патологічного процесу.