

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.22.10,
0122U000577, “Розробити технологію ведення випадку контактної з хворим на
туберкульоз дитини”, 01.2022–12.2023.

НАЗВА НОВОВВЕДЕННЯ: Тактика ведення дитини з контакту з хворим на
туберкульоз без мікробіологічно підтвердженого бактеріовиділення.

АНОТАЦІЯ.

Ризик розвитку туберкульозу у дітей із контакту з хворим на туберкульоз (ТБ) набагато вищий, ніж загалом у популяції. У міжнародних рекомендаціях останніх років (WHO, Sentinel, 2020, 2022) приділена пильна увага дітям із контакту з хворим на ТБ із (МБТ+), але в них не розглядаються випадки контакту з хворим на ТБ із (МБТ-). Проте, захворюваність на ТБ серед дітей із контакту з хворим на ТБ із (МБТ-) вдесятеро вища, ніж у дітей в популяції. Таким чином, важлива ланка поширення ТБ лишається поза увагою.

Тому для подолання такої методологічної прогалини пропонується тактика обстеження та ведення дитини з контакту з хворим на ТБ без мікробіологічно підтвердженого бактеріовиділення.

Суть нововведення, що пропонується для впровадження, полягає в інтегрованому підході, тобто в поєднанні кількох напрямків моніторингу одночасно:

- обстеження дитини, що включає в себе клініко-рентгенологічне обстеження для виключення / виявлення ТБ;
- здійснення специфічного діагностичного імунологічного тесту з рекомбінантними високоспецифічними білками (QFT, Су-Tb, C-TST), в окремих випадках проби Манту (ПМ) з урахуванням результатів попередніх ПМ;
- здійснення ретельного спостереження за контактним хворим (джерелом інфекції).

За відсутності локального ТБ у дитини за результатами клініко-рентгенологічного обстеження уточнюється можливість наявності латентної туберкульозної інфекції (ЛТБІ), тому тактика ведення контактної дитини залежить від результатів вказаних імунологічних тестів та впливу факторів ризику. У випадку позитивної проби з рекомбінантними білками або гіперергічної реакції на пробу Манту

рекомендується провести комп'ютерну томографію органів грудної порожнини для виключення, в т.ч. і малих форм ТБ.

При встановленні діагнозу ЛТБІ проводиться ретельний аналіз факторів ризику (медичних, медико-біологічних, соціальних). У випадку наявності факторів ризику у інфікованих МБТ дітей, їм призначають хіміопрофілактику. Враховуючи особливості контакту (МБТ-), профілактичне лікування туберкульозної інфекції (ПЛТБІ) дитині розпочинають за схемою контакту з хворим на лікарсько чутливий туберкульоз (ЛЧТБ) – 3-місячна схема: ізоніазид (H) та рифампіцин (R) щодня (для всіх вікових груп), або 3-місячна схема: рифапентин (P) та ізоніазид (H) щотижня (вік 2 роки і старше) або 6–9 місяців ізоніазид (H) щодня (для всіх вікових груп).

У випадку позитивної динаміки процесу у контактного хворого (джерела інфекції), продовжується ПЛТБІ дитини за схемою контакту з хворим на ЛЧТБ. У випадку відсутності позитивної динаміки або прогресуванні процесу у контактної особи (джерела інфекції) (за умови дотримання прихильності до лікування) слід комісійно розглянути можливість скасування профілактичного лікування дитини за схемою контакту з ЛЧТБ, або призначення профілактичного лікування за схемою контакту з хворим на лікарсько стійкий туберкульоз (в залежності від впливу факторів ризику). Зміна тактики профілактичного лікування можлива також у випадку відтермінованого отримання позитивних результатів (МБТ+) у хворого (яких не було на початку обстеження дитини).

При негативному результаті специфічного імунологічного тесту на туберкульоз під час первинного обстеження дитини слід повторно провести тест через 2 місяці. У випадку зміни негативного результату тесту у дитини на позитивний тактика ведення може бути змінена шляхом призначення ПЛТБІ за принципами викладеними вище.

Запропонована тактика ведення дитини з контакту з хворим на туберкульоз без мікробіологічно підтвердженого бактеріовиділення є зручним алгоритмом дій лікаря й послідовності прийняття рішень щодо діагностики та вибору схеми лікування, дає змогу лікарю вчасно призначати адекватне лікування дитині в залежності від результатів імунологічних тестів з рекомбінантними високоспецифічними білками (QFT, Су-Tb, C-TST), впливу факторів ризику або змінювати його, оперативно реагуючи на надходження нових даних щодо динаміки недуги у контактної особи (джерела інфекції) та/або зміни його мікробіологічного статусу, що сприяє запобіганню поширення ТБ-інфекції та підвищує ефективність профілактичного лікування дитини на 17,2 %.

Апробація запропонованого нововведення проведена у відділенні туберкульозу органів дихання у дітей Державної установи "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук України".

ПОКАЗАННЯ ДО ЗАСТОСУВАННЯ: наявність контакту дитини з хворим на туберкульоз.

ПЕРЕЛІК НЕОБХІДНОГО ОБЛАДНАННЯ ДЛЯ ВПРОВАДЖЕННЯ НОВОВВЕДЕННЯ: автоматичний гематологічний аналізатор, автоматичний біохімічний аналізатор, аналізатор сечі, рентгенапарат, персональний комп'ютер.

ПОСЛУГИ РОЗРОБНИКІВ ДЛЯ ОВОЛОДІННЯ НОВОВВЕДЕННЯМ: Тактика ведення дитини з контакту з хворим на туберкульоз без мікробіологічно підтвердженого бактеріовиділення : інформаційний лист / О. І. Білогорцева та ін., НІФП НАМНУ. Київ, 2023. 4 с. ; публікації у фахових наукових виданнях, зроблена доповідь на Вченій раді інституту.

УСТАНОВА-РОЗРОБНИК, АДРЕСА І РЕКВІЗИТИ. Державна установа "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН 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: Білогорцева О. І., Доценко Я. І., Сіваченко О. Є., Шехтер І. Є., Шатунова В. А., Петішкіна В. М., Фірсова А. С., Мотрич І. В.

КОНТАКТНИЙ ТЕЛЕФОН: (044) 275-36-02.

ВІДПОВІДАЛЬНИЙ ЗА ВПРОВАДЖЕННЯ: Доценко Ярослава Ігорівна.

ВИСНОВОК ВЧЕНОЇ РАДИ ІНСТИТУТУ.

Нововведення, що стосується тактики ведення дитини з контакту з хворим на туберкульоз без мікробіологічно підтвердженого бактеріовиділення, є актуальним і має практичне значення.

Новизна розробки полягає в інтегрованому підході до тактики ведення дитини з контакту з хворим на туберкульоз без мікробіологічно підтвердженого бактеріовиділення, що передбачає клініко-рентгенологічне обстеження для виключення (виявлення) туберкульозу; здійснення специфічного діагностичного імунологічного тесту з рекомбінантними високоспецифічними білками (QFT, Су-Tb, С-TST), в окремих випадках проби Манту з урахуванням результатів попередніх проб Манту, для виявлення у дитини латентної туберкульозної інфекції; моніторинг перебігу недуги у контактної особи (джерела інфекції).

У випадку позитивної проби з рекомбінантними білками або гіперергічної реакції на пробу Манту рекомендується зробити комп'ютерну томографію органів грудної

порожнини для виключення, в т.ч. і малих форм ТБ. При встановленні діагнозу латентної туберкульозної інфекції здійснюється ретельний аналіз факторів ризику (медичних, медико-біологічних, соціальних) і у випадку наявності факторів ризику у інфікованих МБТ дітей, їм призначають хіміопрофілактику, яку розпочинають за схемою контакту з хворим на лікарсько чутливий туберкульоз, в подальшому змінюючи тактику профілактичного лікування дитини в залежності від динаміки процесу у контактної особи або від відтермінованого отримання позитивних результатів (МБТ+) у контактного хворого (джерела інфекції), яких не було на початку обстеження дитини. При негативному результаті специфічного імунологічного тесту на туберкульоз під час первинного обстеження дитини повторно проводять тест через 2 місяці. У випадку зміни негативного результату тесту у дитини на позитивний тактика ведення може бути змінена шляхом призначення хіміопрофілактики за принципами викладеними вище.

Запропонована тактика ведення дитини з контакту з хворим на туберкульоз без мікробіологічно підтвердженого бактеріовиділення є зручним алгоритмом дій лікаря й послідовності прийняття рішень щодо діагностики та вибору схеми лікування, дає змогу лікарю вчасно призначати адекватне лікування дитині в залежності від результатів імунологічних тестів з рекомбінантними високоспецифічними білками або динаміки результатів проби Манту, впливу факторів ризику, або змінювати його, оперативно реагуючи на надходження нових даних щодо динаміки недуги у контактної особи (джерела інфекції) та/або зміни його мікробіологічного статусу, що сприяє запобіганню поширення туберкульозної інфекції та підвищує ефективність профілактичного лікування дитини на 17,2 %.

Нововведення може бути впроваджено шляхом ознайомлення з ним на курсах інформації і стажування, семінарах, публікацій у фахових наукових виданнях.

Нововведення рекомендовано для впровадження в практику дитячих протитуберкульозних закладів (стаціонарів, поліклінічних відділень, санаторіїв), сімейних та дільничних лікарів, лікарів-педіатрів.

ДАНА РОЗРОБКА ГРИФУ СЕКРЕТНОСТІ НЕ МАЄ.

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

Юрій ФЕЩЕНКО

Керівник теми:

Завідувачка відділення дитячої фтизіатрії,

д-р мед. наук, професор

Ольга БІЛОГОРЦЕВА