

Укладачі:

Костроміна В.П., д-р мед. наук, професор; Деркач О.В., канд. мед. наук; Усанова В.О., канд. мед. наук; Вербняк О.О.; Отрощенко А.О. (Інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України)

Рецензенти:

О.Д. Ніколаєва, доцент кафедри туберкульозу Київської медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, канд. мед. наук;
С.М. Куріло, провідний науковий співробітник відділення фтизіо-пульмонології Інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України, д-р мед. наук

Голова профільної проблемної комісії МОЗ та АМН України:
академік АМН України, д-р мед. наук, професор Ю.І. Фещенко

Голова експертної комісії: д-р мед. наук, професор В.М. Мельник

Відповідальний за випуск: Інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України, 03680, Київ, вул. М. Амосова, 10, тел. (044) 275 54 88, факс. (044) 275 21 18, Е-mail: secretar@ifp.kiev.ua

АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
Інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського

УДК 616.24-002.5-085.2/3.-053.2.084

Випуск із проблеми
"Фтизіатрія і пульмонологія"

ЗАТВЕРДЖЕНО
Вченою радою Інституту
фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф.Г. Яновського АМН України,
протокол № 5 від "16" травня 2005 р.

ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ ІНФІЛЬТРАТИВНОГО
ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ У ДІТЕЙ
(інформаційний лист)

Київ - 2006

Пропонується для впровадження в практику дитячих туберкульозних стаціонарів, протитуберкульозних диспансерів, поліклінік і спеціалізованих санаторіїв спосіб прогнозу ризику виникнення поширеної форми інфільтративного туберкульозу легень (ІТЛ) у дітей, який розроблений в Інституті фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України і складається з обчислення суми балів прогностичних коефіцієнтів для індексу адаптації (ІА), рівня чутливості лімфоцитів до туберкуліну в реакції бластної трансформації (РБТЛ з РРД) та концентрації імуноглобуліну А (Іг А) у сироватці крові.

Останніми роками невпинно зростає захворюваність дітей туберкульозом погіршується клінічна структура захворюваності дітей, Тому, що спричинює необхідність розробки більш ефективних методів своєчасної діагностики для запобігання виникнення важких, поширених форм і ускладнень.

На сьогодні не існує способів прогнозування виникнення поширеної форми ІТЛ у дітей. Для визначення ризику виникнення туберкульозу (ТБ) застосовуються окремі показники медичного та соціального значення, практично не існує методик прогнозування перебігу ТБ на індивідуальному рівні.

Схеми обстеження дітей, які широко застосовують у фтизіопедіатричній практиці ґрунтуються на оцінці апріорних даних без урахування особливостей адаптаційних резервів та зміненої під впливом туберкульозної інтоксикації імунологічної реактивності, що не дозволяє робити індивідуальний прогноз перебігу туберкульозу у конкретної дитини.

Розроблений спосіб передбачає наступне: при вступі дитини у відділення або прибуття на консультацію проводять загальноприйняте клініко-лабораторне та рентгенологічне обстеження. Потім за даними загального аналізу крові додатково обчислюють ІА (розділити відсоток лімфоцитів на відсоток сегментоядерних нейтрофілів), а шляхом імунологічного дослідження – тести РБТЛ з РРД та концентрацію ІгА у сироватці крові. За отриманими цифрами та з допомогою індикатора прогнозу, який наведений нижче, знаходять величину прогностичного коефіцієнту (ПК).

Індикатор прогнозу виникнення поширеної форми ІТЛ у дітей

Маркери ризику		ПК (бали)
Назва маркеру	Градація ознак	
ІА*	< 0,3	+ 6
	≥ 0,3	- 6
РБТЛ з РРД, %	< 5	+ 3
	≥ 5	- 4
Іг А, г/л	< 2,6	- 3
	≥ 2,6	+ 2

Примітка. * - ІА = відсоток лімфоцитів / відсоток нейтрофільних гранулоцитів.

Отримані ПК складають, а одержану суму (Σ ПК) співставляють з верхнім (+ 10) та нижнім (- 12) порогоми, використовуючи рівняння:

$$- 12 < \Sigma \text{ПК} < + 10$$

Ступінь ризику виникнення поширеної форми ІТЛ оцінюють за наступними критеріями:

1. Якщо сума Σ ПК досягає або перевищує поріг А (+ 10), то ризик поширення специфічного процесу є високим;
2. У випадку, якщо Σ ПК сягає порога В (- 12), то ризику виникнення поширеної форми ІТЛ немає;
3. За умови, коли обчислена Σ ПК знаходиться в інтервалі між порогоми А та В, ризик прогресування туберкульозу залишається не визначеним, що потребує більш поглибленого збору анамнезу або повторного обстеження.

Висока чутливість (95,8 %) та специфічність (93,3 %) розробленого способу при загальній точності у 92,9 % свідчать про доцільність використання запропонованих 3-х маркерів для прогнозування ризику виникнення поширеної форми інфільтративного туберкульозу легень у дітей. Спосіб простий і доступний для практичного використання.