

Застосування імунологічного моніторингу у хворих з латентною туберкульозною інфекцією після вилікуваного ТБ дозволяє виявити до 67,9 % осіб із імунологічною недостатністю II – III ступеня та латентною туберкульозною інфекцією, провести у даної когорти осіб індивідуалізовану імунокорекцію у відповідності з варіантом імуносупресії з одночасним застосуванням ізоніазиду та етамбутолу, що у 87 % випадків дозволяє відновити стан імунітету та запобігти рецидиву хвороби.

Укладачі: Кужко М. М., д-р мед. наук, проф.; Ільїнська І. Ф., канд. мед. наук, ст. наук. спів роб.; Матвієнко Ю. О., канд. мед. наук, ст. наук. співроб.; Копосова І. В., лікар-лаборант вищої категорії; Зубрійчук О. М., біолог; Ясир С. О., мол. наук. співроб.; Процик Л. М., канд. мед. наук, ст. наук. співроб.; Гульчук Н. М., канд. мед. наук, ст. наук. співроб. (НІФП НАМН).

Рецензенти:

Костроміна В. П., завідувач відділенням дитячої пульмонології та алергології, д-р мед. наук, проф.;

М'ясніков В. Г., д-р мед. наук, проф. кафедри фтизіатрії та пульмонології НМАПО ім. П. Л. Шупика.

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

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

Відповідальний за випуск: Державна установа “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України”, 03680, м. Київ, вул. М. Амосова, 10.

Тел. (044) 275 54 88, факс. (044) 275 21 18.

E-mail: secretar@ifp.kiev.ua

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
Державна установа
“Національний інститут фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф. Г. Яновського НАМН України”
(НІФП НАМН)

УДК: 616.24-002.5-036.87:615.37

Випуск із проблеми
"Фтизіатрія і пульмонологія"

ЗАТВЕРДЖЕНО
Вченою радою Національного інституту
фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф. Г. Яновського,
протокол № 6
від 15.05.2012 р.

**ІНДИВІДУАЛІЗОВАНА ПРОТИРЕЦИДИВНА
ІМУНОКОРЕКЦІЯ В ОСІБ ІЗ ВЕЛИКИМИ
ЗАЛИШКОВИМИ ЗМІНАМИ У ЛЕГЕНЯХ**

(інформаційний лист)

Пропонується для впровадження в практику лікувально-профілактичних закладів фтизіатричного профілю алгоритм індивідуалізованої протирецидивної терапії та імунокорекції в осіб після перенесеного захворювання на туберкульоз, котрий розроблений та апробований у Державній установі “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України”. Його суть полягає в тому, що при виявленні латентної туберкульозної інфекції з встановленою некомпенсованою мононуклеарною імунологічною недостатністю необхідним є призначення імунотерапії та/або призначення туберкулостатиків, що дозволяє знизити ризик розвитку рецидивів туберкульозу.

У 2011 році спостерігається збільшення рівня захворюваності на рецидиви туберкульозу з 9,9 до 11,2 на 100 тис. населення, у порівнянні з 2010 р. Однією з причин, яка обумовлює високий ризик реактивації туберкульозу (ТБ) в осіб після перенесеного захворювання (категорія 5.1) виступає депресія Т-клітинної та моноцитарно-макрофагальної ланок імунітету, яка призводить до відсутності ефективного контролю за персистуючими в організмі мікобактеріями (МБТ). Це підтверджується наявністю латентної туберкульозної інфекції (високими рівнями протитуберкульозних антитіл та позитивними пробами Коха) у 60,0 % пацієнтів з мононуклеарною надостатністю, котра проявляється зменшенням абсолютного вмісту Т-клітин (в т.ч. Т-хелперів, Т-кілерів чи їх співвідношення), пригніченням їх проліферативної відповіді на мітоген (фітогемаглютинін) та туберкулін, зменшенням вмісту моноцитів та послабленням їх метаболічної активності понад 33 % від нижньої межі норми (імунологічна недостатність II – III ступеня).

Тому для ефективного попередження рецидивів ТБ серед цієї групи диспансерного нагляду необхідним є проведення імунологічного обстеження з постановкою туберкулінових проб *in vitro* (реакції бластоутворення лімфоцитів у присутності туберкуліну та рівнів протитуберкульозних антитіл у сироватці крові) та визначенням функціонального резерву мононуклеарів у НСТ-тесті моноцитів з мікобактеріальним навантаженням: щоквартально в

першій рік після завершення курсу лікування, раз на 6 місяців протягом наступних 2 років, та надалі – щорічно.

Виразна (II – III ступеня) імуносупресія потребує проведення імунокорекції з наступною оцінкою її ефективності та повторним визначенням туберкулінової сенсibiliзації, а виявлення ознак латентної туберкульозної інфекції є підставою для призначення туберкулостатиків. Вибір імуномодулятора обумовлюється варіантом виявленої імунологічної недостатності: локалізацією, характером і ступенем імунологічних змін:

– при ізольованих варіантах імунологічної недостатності (Т-клітинної або моноцитарної) проводять монотерапію, при комбінованих (як Т-клітин, так і моноцитів) – доцільною буде комбінована імунотерапія з використанням імуномодуляторів з превалюючим впливом на фагоцитуючі клітини;

– при субкомпенсованій (I ступеня) імуносупресії можна обмежуватися призначенням антиоксидантів, мікроелементів та вітамінів, при некомпенсованій – необхідно призначення імуномодуляторів;

– при виявленні пригнічення функцій клітин в разі збереження їх функціонального резерву, доцільним є призначення імуностимуляторів (тимоміметиків, поліоксидонію, індукторів інтерферону), а в разі його виснаження та при зменшенні вмісту Т-клітин та/або моноцитів препаратами вибору виступають препарати з репаративними та цитопротекторними властивостями (ліастен, метілурацил, ридостин, суміш омега-3 поліненасичених жирних кислот та інші).

По завершенні імунотерапії обов'язково здійснюють оцінку її ефективності та повторну постановку туберкулінових проб. При виявленні латентної туберкульозної інфекції до або після імунокорекції (за позитивними результатами туберкулінових проб – підвищенням проліферативної відповіді лімфоцитів на туберкулін та зростанням рівнів протитуберкульозних антитіл), необхідним є призначення на 2 місяці 2-х високоефективних протитуберкульозних препаратів (ізоніазид та етамбутол).