

Такий підхід позитивно впливає на ефективність основного курсу лікування, сприяє більш ранньому зникненню симптомів інтоксикації та нормалізації рентгенологічної картини, дає змогу підвищити ефективність лікування в середньому на 31,5 % та своєчасно визначити можливий МРТБ.

Запропонована з метою оптимізації лікування тактика ведення випадку вперше діагностованого туберкульозу органів дихання у дітей забезпечує персоніфікований підхід до визначення тривалості інтенсивної фази лікування у хворих 1-ї категорії, визначає критерії можливого МРТБ, є ефективною та простою для виконання у практиці охорони здоров'я.

Укладачі:

Білогорцева О. І., д-р мед. наук, проф., зав. відділення дитячої фтизіатрії (НІФП НАМНУ); Недоспасова О. П. (МОЗУ); Шехтер І. Є., наук. співроб.; Сіваченко О. Є., канд. біол. наук, наук. співроб.; Доценко Я. І., мол. наук. співроб.; Шатунова В. А., мол. наук. співроб.; Чеченева В. О. мол. наук. співроб. (НІФП НАМНУ)

Рецензенти:

Кужко М. М., провідний науковий співробітник відділу хіміорезистентного туберкульозу НІФП НАМНУ, д-р мед. наук, проф.;

Мельник В. П., завідувач кафедри інфекційних хвороб, фтизіатрії і пульмонології ПВНЗ «Київський медичний університет», Заслужений лікар України, д-р мед. наук, проф.

Голова профільної проблемної комісії МОЗ та НАМН України: акад. НАМН України, д-р мед. наук, проф. 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”.

03038, м. Київ, вул. М. Амосова, 10.

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

E-mail: secretar@ifp.kiev.ua

Тираж 80 прим.

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

Державна установа

“Національний інститут фтизіатрії і пульмонології

ім. Ф. Г. Яновського НАМН України”

(НІФП НАМНУ)

УДК 616.24-002.5.036.13-053.2-085./2/.3.036

Випуск із проблеми
"Фтизіатрія і пульмонологія"

ЗАТВЕРДЖЕНО

Вченою радою Національного інституту
фтизіатрії і пульмонології

ім. Ф. Г. Яновського НАМН України

протокол № 8

від “24” вересня 2019 р.

ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ВИПАДКУ ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ ОРГАНІВ ДИХАННЯ У ДІТЕЙ

(інформаційний лист)

Київ 2019

Пропонується для впровадження в практику дитячих протитуберкульозних закладів, які здійснюють лікування дітей, хворих на туберкульоз, тактика ведення випадку вперше діагностованого туберкульозу органів дихання (ВДТБ ОД) у дітей, що розроблена та апробована у відділенні дитячої фтизіатрії НІФП НАМНУ, суть якої полягає у подовженні в показаних випадках інтенсивної фази лікування та визначенні критеріїв можливого мультирезистентного туберкульозу (МРТБ).

За даними ВООЗ, Україна посідає четверту сходинку щодо загальної захворюваності на ТБ серед 53 країн Європейського регіону та п'яту, щодо захворюваності дітей.

Для лікування дітей, хворих на ВДТБ із збереженою чутливістю МБТ до протитуберкульозних препаратів I ряду, рекомендований стандартний курс лікування за схемою 1-ї або 3-ї категорій протягом 6 місяців, який складається з двох фаз: інтенсивної фази (ІФ) та фази подовження (ФП) – 2 HRZE + 4 HR. Вказані категорії значно відрізняються за тяжкістю процесу, розповсюдженістю, наявністю деструкції, бактеріовиділення. Відповідно, й динаміка клінічних проявів у процесі лікування зазвичай різна. Не існує чітких критеріїв для визначення раціональної тривалості фаз лікування та можливого МРТБ.

Виходячи з патогенезу ТБ, оцінка результату лікування з визначенням «лікування завершено» є неприйнятною у дітей. Визначення «Вилікування» у дітей повинно базуватися на таких критеріях: завершений та повноцінно проведений основний курс лікування; зникнення клінічних та лабораторних ознак туберкульозного запалення; повна регресія рентгенологічних проявів активного туберкульозу; стійке припинення бактеріовиділення; відновлення функцій органів і систем та працездатності. Тривалість процесу одужання може бути різною і залежить від багатьох причин, пов'язаних з організмом дитини і збудником ТБ. Необхідні індивідуальні підходи до визначення тяжкості процесу та тривалості фаз лікування.

У зв'язку з особливостями прояву туберкульозного процесу в дитячому віці, у більшості дітей із ВДТБ ОД бактеріовиділення при

госпіталізації не вдається підтвердити, а у дітей із підтвердженим бактеріовиділенням його припинення відмічається вже наприкінці другого місяця лікування. Тому, на відміну від дорослих, припинення бактеріовиділення в динаміці лікування не може бути основним показником активності туберкульозного процесу та вилікування. Діти рідше бувають бактеріовиділювачами, а наявність бактеріовиділення часто не залежить від наявності порожнин розпаду у легеневій тканині, та навпаки. У дітей частіше діагностують позалегенові форми туберкульозу органів дихання та первинні клінічні форми туберкульозу з ранніми ускладненнями.

У міжнародних рекомендаціях останніх років (WHO, ESPID) для визначення тяжкості захворювання у дітей рекомендується враховувати розповсюдженість процесу, наявність деструкції (незалежно від кількості порожнин та їх розміру), виявлення МБТ (будь-яким методом), дефіцит маси тіла, наявність імуносупресії.

Дослідження, проведені у відділенні дитячої фтизіатрії НІФП НАМНУ, довели, що у пацієнтів із ВДТБ ОД 1-ї категорії з вираженими клініко-рентгенологічними проявами захворювання слід розглянути питання щодо можливості подовження ІФ лікування.

Запропонована тактика ведення випадку ВДТБ ОД у дітей передбачає:

I. Відбір пацієнтів із ВДТБ ОД 1-ї категорії з вираженими клініко-рентгенологічними проявами захворювання, не залежно від наявності або відсутності бактеріовиділення та деструкції (особливо зі сповільненою клініко-рентгенологічною динамікою на другому місяці лікування); подовження ІФ лікування таким хворим на 1 місяць (до 90 доз).

II. Визначення випадку, як можливий МРТБ, якщо у пацієнта немає мікробіологічного підтвердження ТБ, при відсутності позитивної динаміки чи прогресуванні захворювання, за умови, коли стан дитини не поліпшується після 2–3 місяців лікування препаратами I ряду при доведеній прихильності до лікування; виключенні ймовірного альтернативного діагнозу; контакту з пацієнтом, який помер від ТБ, мав невдачу лікування або повторне лікування.