

Укладачі:

Доценко Я. І., канд. мед. наук, зав. відділення дитячої фтизіатрії;
Сіваченко О. Є., канд. біол. наук, наук. співроб.; Арєф'єва Л. В., старш.
наук. співроб. відділу епідеміологічних і організаційних проблем
фтизіопульмонології; Шехтер І. Є., наук. співроб.;
Шатунова В. А., мол. наук. співроб.; Кирилова Т. В., зав. відділення
амбулаторного і стаціонарного лікування туберкульозу органів
дихання у дітей, лікар фтизіатр-дитячий; Садловська М. А.,
лікар фтизіатр-дитячий (ННЦ ФПА НАМНУ).

Рецензенти:

Зайков С. В., професор кафедри респіраторної медицини та
фтизіопульмонології Національного університету охорони здоров'я
України імені П. Л. Шупика, д-р мед. наук, проф.
Речкіна О. О., завідувача відділенням дитячої пульмонології та
алергології, д-р мед. наук, старш. наук. співроб. (ННЦ ФПА НАМНУ).

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. І. А. Калабуха

Відповідальний за випуск: Державна установа “Національний
науковий центр фтизіатрії, пульмонології та алергології
імені Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук
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 науковий центр фтизіатрії, пульмонології
та алергології імені Ф. Г. Яновського
Національної академії медичних наук України”
(ННЦ ФПА НАМНУ)

УДК: 616.24-002.5-07-085-053.2:615.015.8

Випуск із проблеми
"Фтизіатрія і пульмонологія"

ЗАТВЕРДЖЕНО

Вченою радою Державної установи
«Національний науковий центр фтизіатрії,
пульмонології та алергології
імені Ф. Г. Яновського НАМН України»,
протокол № 6
від «30» червня 2026 р.

**ВЕДЕННЯ ВИПАДКУ ТУБЕРКУЛЬОЗУ З МНОЖИННОЮ
ЛІКАРСЬКОЮ СТІЙКІСТЮ У ДИТИНИ**

(інформаційний лист)

Київ 2026

Пропонується для впровадження в практику дитячих протитуберкульозних закладів (стаціонарів, поліклінічних відділень, санаторіїв), сімейних та дільничних лікарів, лікарів-педіатрів ведення випадку туберкульозу з множинною лікарською стійкістю у дитини (МЛС-ТБ), розроблений та апробований у відділенні дитячої фтизіатрії ННЦ ФПА НАМНУ, суть якого полягає в оцінці анамнезу, комплексному клініко-рентгенологічному та мікробіологічному обстеженні дитини, плануванні режиму протитуберкульозної терапії в залежності від віку дитини та виявленого або імовірного профілю резистентності збудника до протитуберкульозних препаратів (ПТП) та моніторингу побічних реакцій на ПТП.

Дана розробка пропонується вперше, аналоги відсутні.

Швидке поширення стійких до ліків форм туберкульозу є глобальною проблемою людства. Різке зростання МЛС-ТБ серед дітей викликає особливе занепокоєння й вимагає чітких дій і системного підходу. Існує гостра потреба у постійному розробленні доказових рекомендацій щодо лікування та ведення хворих на МЛС-ТБ. Наукова пропозиція ведення випадку МЛС-ТБ у дітей, що пропонується до впровадження, ґрунтується на рекомендаціях ВООЗ.

Суть розробки полягає в наступному.

Дитина з підозрою на МЛС-ТБ підлягає ретельному обстеженню. Обов'язковим є збір анамнезу для виявлення можливого джерела інфікування дитини з подальшим встановленням резистентності МБТ до протитуберкульозних препаратів (за допомогою даних з реєстру та запиту інформації щодо діагнозу та ТМЧ у контактної особи за місцем спостереження). Одночасно здійснюють повне клініко-рентгенологічне та мікробіологічне обстеження дитини, а саме: рентгенологічне обстеження органів грудної порожнини, за необхідності КТ; загально-клінічні аналізи (крові, сечі), біохімічне дослідження крові; мікробіологічні дослідження – бактеріоскопія, культуральне (посів на рідке та щільне середовище), молекулярно-генетичне (система GenXpert MTB/Rif). За потреби дитині здійснюють УЗД, бронхоскопію та ін. Діти, хворі на ТБ, нечасто є бактеріовиділювачами, МБТ виявляють приблизно у третини дітей, і в половини підлітків, хворих на ТБ. У дітей

молодшого віку через складність отримання мокротиння для мікробіологічних досліджень використовують промивні води шлунку, кал, промивні води бронхів, змив з ротоглотки. Мокротиння є найкращим матеріалом для дослідження, тож варто намагатись у дітей та підлітків зібрати саме його.

Якщо у дитини з контакту МБТ не виявлено, їй призначають лікування з урахуванням її віку та профілю резистентності індексного випадку.

Дітям, у яких за результатами досліджень виявлено МЛС-ТБ і немає протипоказань, призначають лікування рекомендованими ВООЗ схемами тривалістю 6 міс: з 14 років – ВРaLM (ВРaL) – бедаквілін, претоманід, лінезолід, моксифлоксацин, молодше 14 років – BDLLfxC (BDLLfx / BDLC) – бедаквілін, деламанід, лінезолід, левофлоксацин та/або клофазимін. Стійкість до фторхінолонів підвищує ризик невдачі лікування, за її наявності застосовують схеми, з яких вилучено моксифлоксацин і левофлоксацин.

Пацієнтам рекомендовано проводити рентген-обстеження через 2-3 міс від початку лікування з метою контролю ефективності терапії – при збереженні чи негативній динаміці бактеріовиділення, симптомів інтоксикації, бронхо-легеневого синдрому та для вирішення питання можливості своєчасного проведення хірургічного лікування. При виникненні виражених побічних реакцій на препарати дітям показана консультація вузьких спеціалістів (невролога, гастроентеролога та ін.).

Якщо з об'єктивних причин дитині неможливо призначити вказані вище 6-місячні режими лікування (важкість процесу, побічні реакції тощо) слід застосовувати альтернативні 9-місячні режими або індивідуальну схему лікування. У процесі лікування слід проводити моніторингові мікробіологічні дослідження (посів) щомісячно. Протягом усього курсу лікування дитини здійснюють динамічне спостереження за контактними особами.

Застосування даних рекомендацій дозволяє підвищити ефективність лікування дітей, хворих на МЛС-ТБ, на 14,7 %, запобігти розвитку побічних дій препаратів, переходу недуги в занедбані форми за рахунок призначення та своєчасного коригування схеми лікування.