

мінімізація часового й витратного навантаження на пацієнта), що сприяє запобіганню поширення ТБ-інфекції та підвищує ефективність профілактичного лікування дитини на 17,2 %.

Укладачі:

Білогорцева О. І., д-р мед. наук, проф., зав. відділення дитячої фтизіатрії; Доценко Я. І., канд. мед. наук, наук. співроб., Сіваченко О. Є., канд. біол. наук, наук. співроб.; Шехтер І. Є., наук. співроб.; Шатунова В. А., мол. наук. співроб.; Петішкіна В. М., зав. лабораторією клінічної імунології; Фірсова А. С., біолог лабораторії клінічної імунології (НІФП НАМНУ), Мотрич І. В., лікар-фтизіатр Міський протитуберкульозний диспансер м. Дніпро.

Рецензенти:

Линник М. І., завідувач відділу епідеміологічних і організаційних проблем фтизіопульмонології, д-р мед. наук;
Зайков С. В., професор кафедри фтизіатрії і пульмонології Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, 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. І. А. Калабуха

Відповідальний за випуск:

Державна установа “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України”,
03038, м. Київ, вулиця Миколи 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

Випуск із проблеми
"Фтизіатрія і пульмонологія"

ЗАТВЕРДЖЕНО
Вченою радою Національного інституту
фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф. Г. Яновського НАМН України
протокол № 8
від “ 17 ” жовтня 2023 р.

**ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ДИТИНИ З КОНТАКТУ З ХВОРИМ НА
ТУБЕРКУЛЬОЗ БЕЗ МІКРОБІОЛОГІЧНО ПІДТВЕРДЖЕНОГО
БАКТЕРІОВИДІЛЕННЯ**

(інформаційний лист)

Київ 2023

Пропонується для впровадження в практику дитячих протитуберкульозних закладів (стаціонарів, поліклінічних відділень, санаторіїв), сімейних та дільничних лікарів, лікарів-педіатрів тактика ведення дитини з контакту з хворим на туберкульоз (ТБ) без мікробіологічно підтвердженого бактеріовиділення (МБТ), що розроблена та апробована у відділенні дитячої фтизіатрії НІФП НАМНУ, суть якої полягає у послідовності обстеження пацієнта, здійсненні контролю за хворим (імовірним джерелом інфікування дитини) в динаміці лікування та передбачає можливу зміну тактики профілактики латентної туберкульозної інфекції (ПЛТБІ) у дитини.

Дана розробка пропонується вперше, аналоги відсутні.

За даними ВООЗ, близько 70 мільйонів дітей мають латентну туберкульозну інфекцію (ЛТБІ). Серед 53 країн Європейського регіону Україна на п'ятому місці за показником захворюваності дітей на ТБ. Ризик розвитку туберкульозу у дітей із контакту з хворим на 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(-). Утім, захворюваність на ТБ серед дітей із контакту з хворим на ТБ із МБТ(-) вдсятеро вища, ніж у дітей в популяції. Таким чином, важлива ланка поширення ТБ лишається поза увагою.

Пропонуємо тактику обстеження та ведення дитини з контакту з хворим на ТБ без мікробіологічно підтвердженого бактеріовиділення.

1. Пацієнту проводиться клініко-рентгенологічне обстеження для виключення (виявлення) ТБ.

2. Одночасно дитині проводять специфічний діагностичний імунологічний тест: рекомендується проводити тести з рекомбінантними високоспецифічними білками (QFT, Су-Тб, С-TST), в окремих випадках пробу Манту (ПМ) з урахуванням результатів попередніх ПМ.

3. За відсутності локального ТБ у дитини за результатами клініко-рентгенологічне обстеження уточнюється можливість наявності 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 КТГ ОГП 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 доцільно призначати хіміопротекцію. Враховуючи особливості контакту (МБТ-), ПЛТБІ дитині розпочинають за схемою контакту з хворим на лікарсько чутливий ТБ (ЛЧТБ) – 3-місячна схема: ізоніазид (Н) та рифампіцин (R) щодня (для всіх вікових груп), або 3-місячна схема: рифапентин (Р) та ізоніазид (Н) щотижня (вік 2 роки і старше) або 6–9 місяців ізоніазид (Н) щодня (для всіх вікових груп).

Необхідно здійснювати ретельне спостереження за контактним хворим. У випадку позитивної динаміки процесу у хворого, продовжується ПЛТБІ дитини за схемою контакту з хворим на ЛЧТБ. У випадку відсутності позитивної динаміки або прогресуванні процесу у контактної особи (за умови дотримання прихильності до лікування) слід комісійно розглянути можливість скасування профілактичного лікування за схемою контакту з ЛЧТБ, або необхідності призначення профілактичного лікування за схемою контакту з хворим на лікарсько стійкий ТБ (в залежності від впливу факторів ризику).

Крім того, зміна тактики профілактичного лікування можлива у випадку відтермінованого отримання позитивних результатів (МБТ+) у джерела інфекції (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 тактику ведення можна змінити шляхом призначення ПЛТБІ за принципами викладеними вище.

Такий підхід до ведення випадку дитини з контакту з хворим на ТБ (МБТ-) є інтегрований (паралельне обстеження на ТБ, тестування на виявлення ЛТБІ, моніторинг перебігу ТБ у джерела інфекції) і людиноорієнтований (вчасне призначення адекватного лікування,