

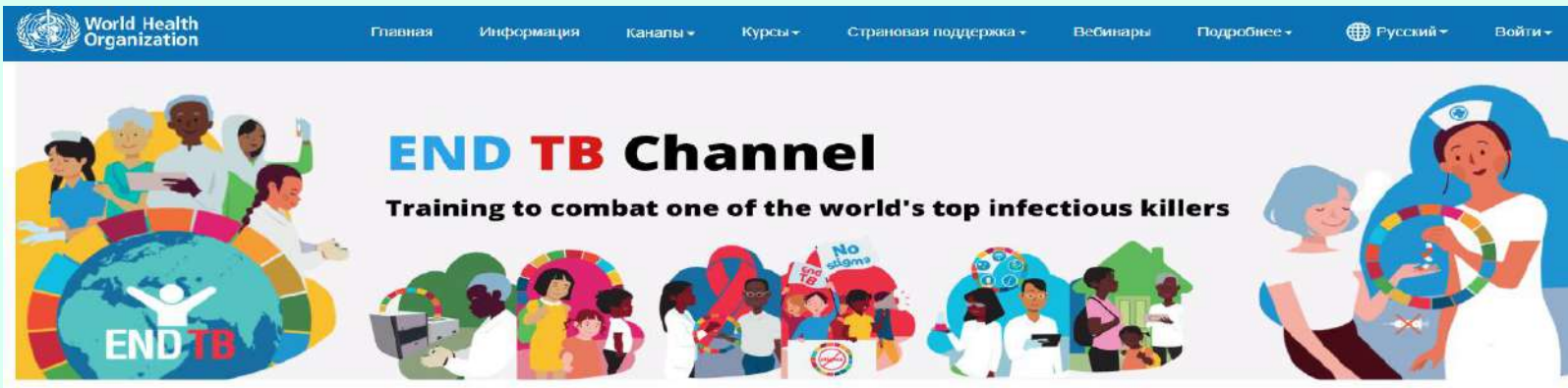


# Лечение туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя. Рекомендации ВОЗ

*И.Г. Фелькер*

*Новосибирский научно-исследовательский институт туберкулеза*

*Сотрудничающий Центр ВОЗ RUS-123*



## О серии курсов End TB

Туберкулез (ТБ) остается одним из главных инфекционных убийц в мире. От стран, партнеров и гражданского общества требуются срочные и активные действия для наращивания противодействия ТБ, чтобы спасти жизни миллионов людей, ежегодно страдающих от него.

Канал "Борьба с Туберкулезом" объединяет курсы, направленные на развитие стратегических и оперативных знаний. Он обеспечивает обучение важнейшим навыкам, необходимым для содействия реализации стратегии ВОЗ "Борьба с Туберкулезом", основанной на разумных этических принципах и надлежащей защите прав человека. С помощью этой интерактивной платформы вы узнаете о последних методических рекомендациях ВОЗ по ТБ в области диагностики, профилактики, лечения и ухода, а также о том, какие практические шаги можно предпринять для обеспечения равного доступа к качественной и своевременной помощи тем, кто в ней больше всего нуждается.

По мере появления новых методических рекомендаций ВОЗ и оперативного руководства будут добавляться новые ресурсы и обновляться существующие курсы в целях повышения эффективности обучения.

<https://openwho.org/channels/end-tb>

Search results for the End TB Channel on OpenWHO. The page displays three e-learning courses:

- Rapid diagnostics for tuberculosis detection**: Ensuring universal access to TB care relies on the rapid diagnosis of TB, detection of drug resistance, and on t...
- Tuberculosis preventive treatment**: About a quarter of the world's population is estimated to be infected with Mycobacterium tuberculosis bacil...
- Drug-resistant tuberculosis treatment**: This e-course will guide you through the essentials of latest existing WHO guidelines and policy recommendatio...

Each course card includes a 'ПОДРОБНОСТИ' (DETAILS) button and a 'ЗАПИСАТЬСЯ' (REGISTER) button.



Russian ▾



Сводное руководство Прикладные пособия Учебный каталог Быстрый поиск Рекомендации Войти

# Платформа ВОЗ по обмену знаниями о ТБ

Доступ к модульному руководству ВОЗ по  
туберкулезу с соответствующими пособиями и  
учебными материалами.



<https://tbksp.org/ru>

## Сводное руководство



Руководства ВОЗ содержат последние научно обоснованные рекомендации по профилактике и лечению ТБ, призванные помочь странам в достижении Целей в области устойчивого развития (ЦУР) и задач стратегии по ликвидации ТБ.

Узнать больше →

## Прикладные пособия



Прикладные пособия ВОЗ по туберкулезу предоставляют пользователям практические рекомендации с подробным описанием шагов, необходимых для надлежащей реализации соответствующего руководства ВОЗ.

Узнать больше →

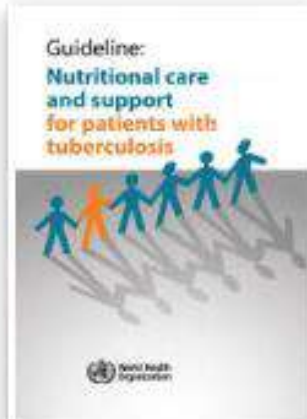
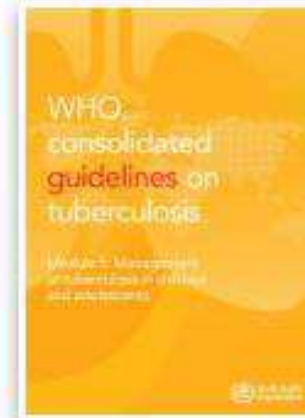
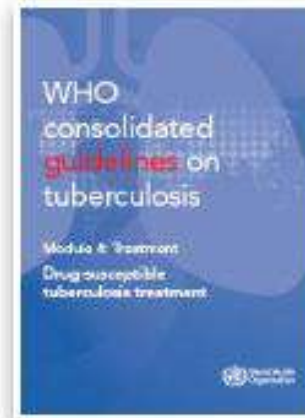
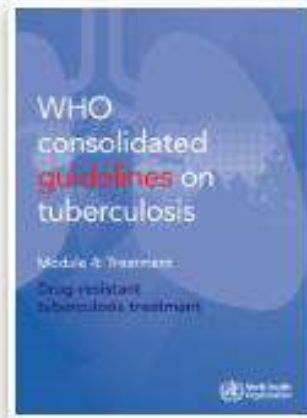
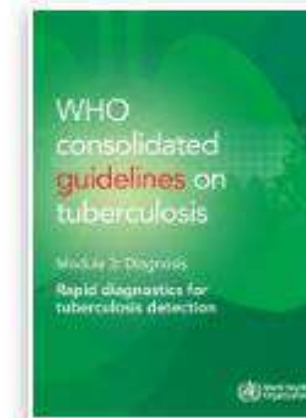
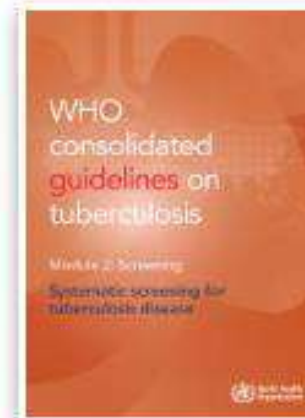
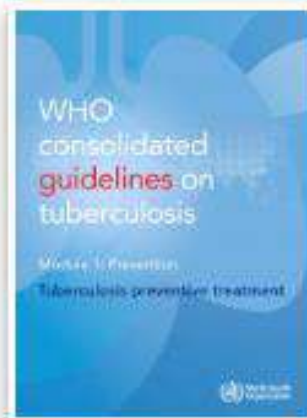
## Учебный каталог



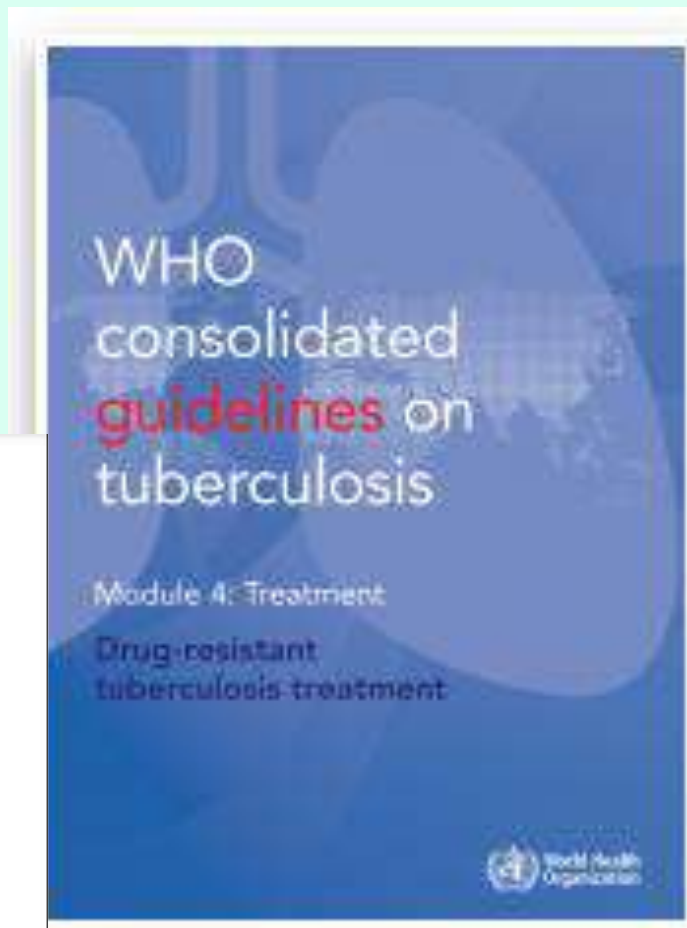
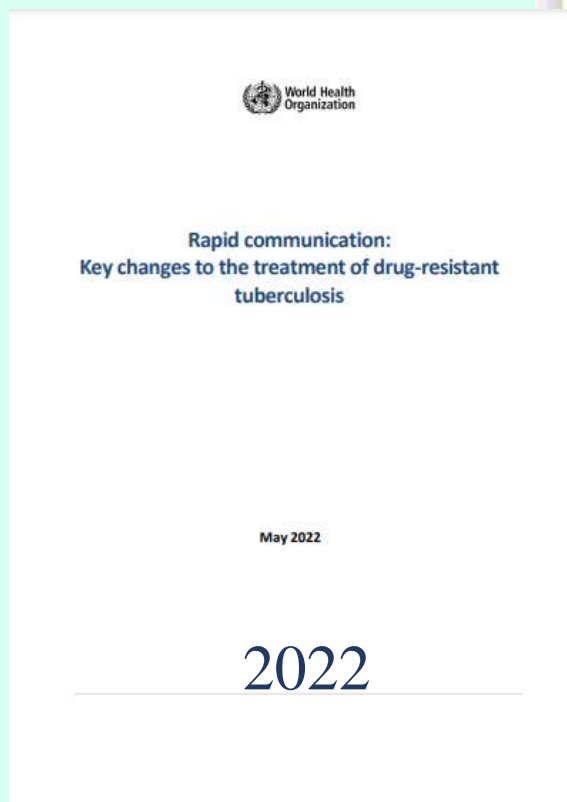
Учебный каталог ВОЗ по туберкулезу состоит из онлайн-курсов электронного обучения и других учебных материалов, помогающих пользователям применять соответствующее руководство ВОЗ.

Узнать больше →

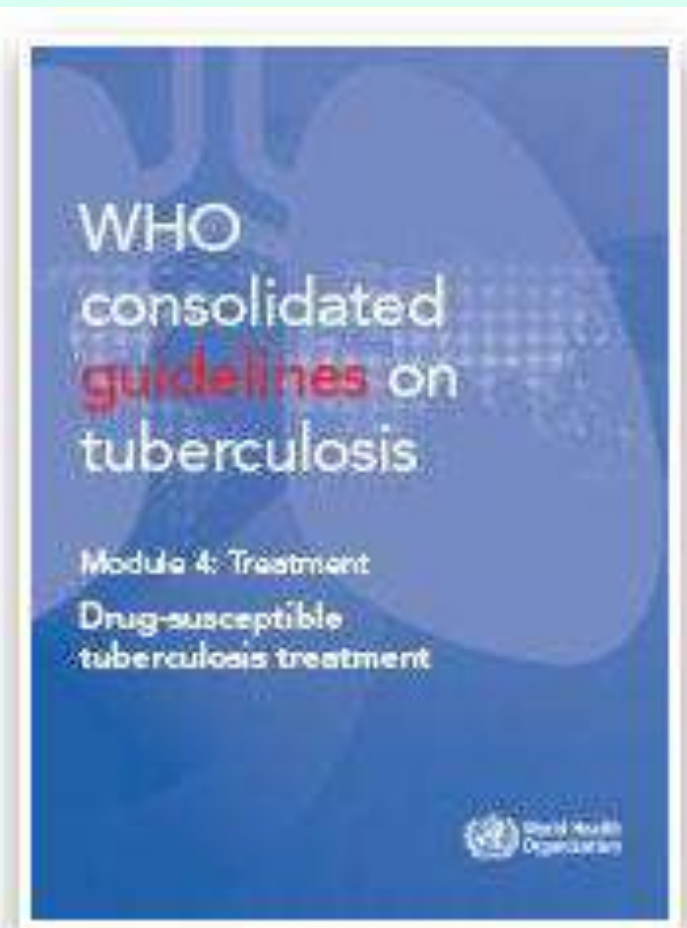
# Консолидированные руководящие принципы ВОЗ по туберкулезу



# Консолидированные руководящие принципы ВОЗ по туберкулезу



2020



2022

# Обновленное определение ШЛУ-ТБ

*Глобальная консультационная встреча, 27-29 октября 2020 г.*

## Основные причины для изменения определений

- Инъекционные препараты потеряли свой приоритет за последнее десятилетие и были заменены другими более эффективными пероральными препаратами
- Устойчивость к Fqх связана со снижением благоприятных исходов лечения и оказывает влияние на важный выбор между более короткими и более длинными схемами лечения.
- Устойчивость к Bdq и Lzd встречается редко, но о ней уже сообщалось, и это не нашло отражения в старом определении.



### Общие принципы:

- ✓ Простой
- ✓ Измеримый
- ✓ Применимо к NTPs
- ✓ Устойчив к дальнейшим изменениям

<https://www.who.int/publications/i/item/meeting-report-of-the-who-expert-consultation-on-the-definition-of-extensively-drug-resistant-tuberculosis>

# Обновленное определение ШЛУ ТБ

## **Пре-ШЛУ-ТБ (Pre-XDR-TB):**

Туберкулез вызванный штаммами *Mycobacterium tuberculosis*, которые соответствуют определению МЛУ/РУ-ТБ и которые также устойчивы к любому фторхинолону \*

\* К ним относятся Левофлоксацин и Моксифлоксацин, поскольку они в настоящее время рекомендованы ВОЗ для включения в более длительные схемы лечения.

## **ШЛУ-ТБ:**

Туберкулез вызванный штаммами *Mycobacterium tuberculosis*, которые соответствуют определению МЛУ/РУ-ТБ и которые также устойчивы к любому фторхинолону и как минимум к одному дополнительному препарату Группы А \*

\* К препаратам группы А относятся: Lfx / Mfx, Bdq, Lzd. Следовательно, ШЛУ-ТБ - это МЛУ/РУ-ТБ, устойчивый к фторхинолону и, как минимум к Бедаквилину или Линезолиду (или к обоим). Это определение в будущем будет применяться к любым препаратам входящим в группу А.

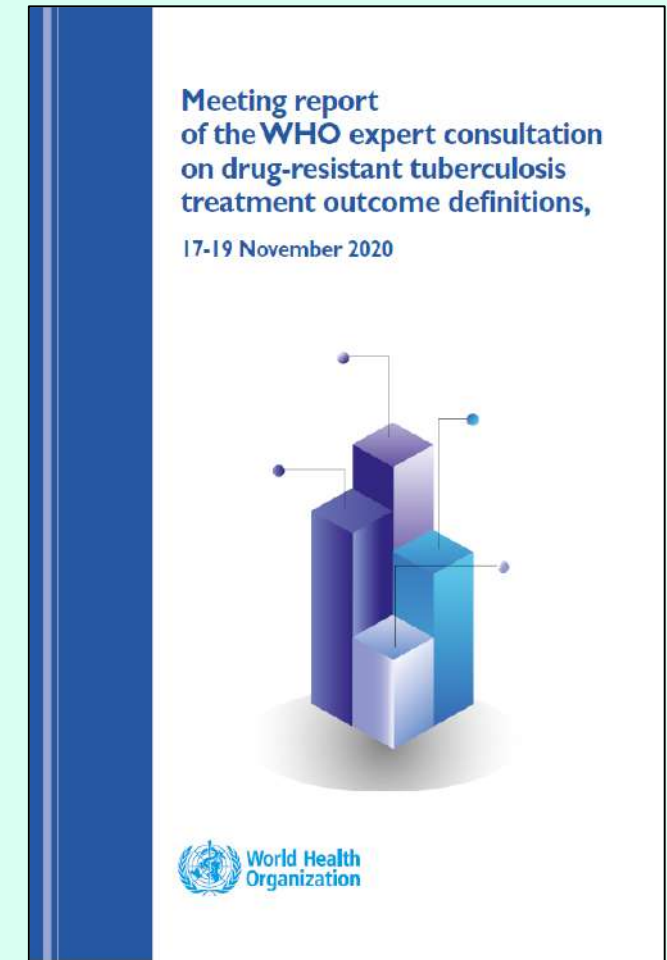
# Обновленное определение исходов лечения

Глобальная консультационная встреча, 17-19 ноября 2020 г.

## Общие принципы

- применимо как к лекарственно-чувствительному, так и к лекарственно-устойчивому туберкулезу, а также к различным схемам лечения
- отход от традиционного разделения на интенсивную и поддерживающую фазы лечения
- принимая во внимание использование соответствующей диагностики для мониторинга лечения
- наличие четких параметров для определения неэффективности лечения: решение изменить или прекратить лечение или свидетельство отсутствия ответа
- практично для клинического и программного мониторинга и выполнимо для национальной программы по борьбе с туберкулезом

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/340284>





# Пересмотренные определение исходов лечения

Глобальная консультационная встреча, 17-19 ноября 2020 г.



## Существенные изменения

Излечение

Неэффективное лечение

Новое определение  
(факультативное)  
излечение без рецидивов  
(Sustained treatment success)

## Некоторые изменения

Лечение завершено

Смерть

Потеря для последующего  
наблюдения

## Без изменений

Успешное лечение

Результат не оценен

# Обновленное определение исходов лечения

Глобальная консультационная встреча, 17-19 ноября 2020 г.

<b>Неэффективное лечение</b>	Пациент, режим лечения которого необходимо было прекратить или навсегда изменить <sup>1</sup> на новый режим или на новую стратегию лечения <i><sup>1</sup> Причины прекращения лечения или изменения режима включают: нет клинического ответа и / или нет <b>бактериологического ответа*</b>; побочные реакции на лекарства (ADRs); есть свидетельства дополнительной лекарственной устойчивости к лекарствам в схеме лечения.</i>
<b>Излечение</b>	Пациент с бактериологически подтвержденным легочным туберкулезом в начале лечения, завершивший лечение в соответствии с национальными протоколами, с доказательствами <b>бактериологического ответа</b> <sup>2</sup> и без доказательств неудачи лечения.  <i><sup>2</sup> «Бактериологический ответ» подразумевает бактериологическую конверсию без реверсии</i>
<b>Лечение завершено</b>	Пациент, завершивший лечение в соответствии с национальными протоколами, результат которого не соответствует определению излечения или неэффективного лечения
<b>Смерть</b>	Пациент, умерший <u>до начала</u> или в процессе лечения.
<b>Потеря для последующего наблюдения</b>	Пациент, который <u>не начал лечение</u> или лечение которого было прервано на 2 месяца подряд или более.
<b>Результат не оценен</b>	Пациент, у которого результат лечения не был установлен
<b>Успешное лечение</b>	Сумма случаев с результатом "излечение" и "лечение завершено"
<i>Факультативное определение <b>излечение без рецидивов</b> (только для использования в операционных исследованиях)</i>	
<b>Излечение без рецидивов</b>	Пациент, прошедший обследование через 6 месяцев (ЛЧ-ТБ и ЛУ-ТБ) и через 12 месяцев (ЛУ-ТБ) после успешного лечения ТБ, который жив и не болеет туберкулезом.

# Обновление рекомендаций 2020 года: структура и ключевые обновления

**Раздел 1.** Режим лечения туберкулеза, чувствительного к рифампицину и устойчивому к изониазиду

**Раздел 2.** **Короткий, пероральный, бедаквилинсодержащий режим при МЛУ/РУ-ТБ**

**Раздел 3:** **Длительные схемы лечения МЛУ/РУ-ТБ**

**Раздел 4:** **Режим с бедаквилином, претоманидом и линезолидом (ВРаL) при МЛУ-ТБ с дополнительной устойчивостью к фторхинолонам**

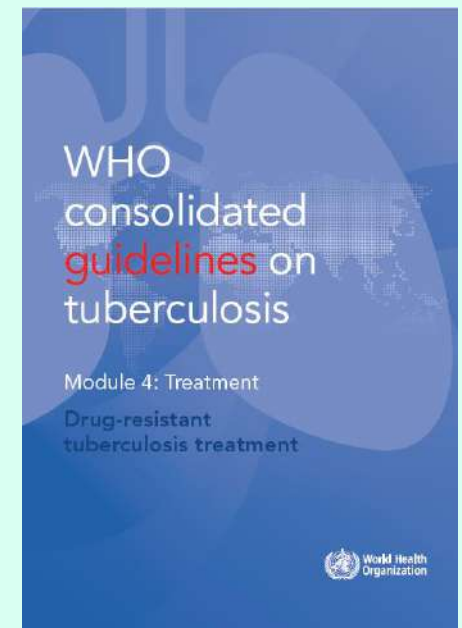
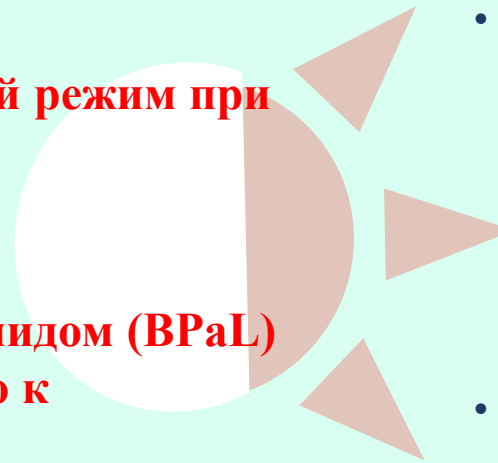
**Раздел 5.** Мониторинг ответа на лечение МЛУ-ТБ с использованием культуры

**Раздел 6.** Начало антиретровирусной терапии у больных на противотуберкулезных схемах второго ряда

**Раздел 7.** Хирургическое лечение больных МЛУ-ТБ

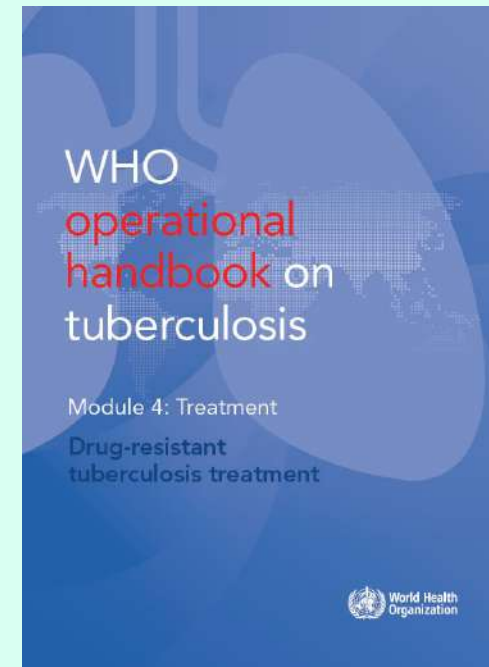
**Раздел 8.** Уход и поддержка пациентов с МЛУ/РУ-ТБ

- Новый короткий, полностью оральный режим
- Обновления в разделе, посвященном более длительному режиму, в отношении безопасности применения бедаквилина более 6 месяцев и одновременного применения бедаквилина и деламанида
- Новый раздел о режиме ВРаL



# Обновление Практического руководства 2020: структура и ключевые обновления

- ❖ Основные аспекты в лечении лекарственно-устойчивого туберкулеза
- ❖ Режим лечения рифампицин-чувствительного и изониазид-устойчивого туберкулеза
- ❖ **Короткий пероральный бедаквилинсодержащий режим при МЛУ/РУ-ТБ**
- ❖ **Длительные схемы лечения МЛУ/РУ-ТБ**
- ❖ **Схема с бедаквилином, претоманидом и линезолидом (ВРаL) при МЛУ-ТБ с дополнительной устойчивостью к фторхинолонам**
- ❖ Дополнения к лечению МЛУ-ТБ
  - Хирургия в лечении М/ШЛУ-ТБ
  - Использование кортикостероидов
  - Использование иммуномодуляторов
  - Лечение больных сочетанной инфекцией ВИЧ с МЛУ/РУ-ТБ
- ❖ Поддержка пациентов, чтобы обеспечить приверженность к лечению
- ❖ Программная реализация схем лечения МЛУ-ТБ



Приложение I: Дозировка по весу для лекарств, используемых в схемах с множественной лекарственной устойчивостью, для взрослых и детей

## **Раздел 2: Короткий, пероральный, бедаквилин-содержащий режим лечения МЛУ/РУ-ТБ**

### *Рекомендация*

**2.1 У пациентов с подтвержденным МЛУ/РУ-ТБ, которые не подвергались лечению ПТП второго ряда, используемыми в этом режиме (> 1 мес.) и у которых была исключена устойчивость к фторхинолонам, рекомендуется короткая, пероральная, содержащая бедаквилин схема лечения продолжительностью 9-12 месяцев. (условная рекомендация, очень низкая достоверность в доказательствах).**

### *Примечания*

- ❖ Обзор доказательств был сосредоточен на коротком режиме **4-6 Bdq<sub>(6 м)</sub>-Lfx-Cfz-Z-E-Nh-Eto / 5 Lfx-Cfz-Z-E**.
- ❖ После учета предпочтений пациента и клинического суждения для следующей соответствующей группы пациентов этот режим может быть предпочтительным вариантом: пациенты с подтвержденным МЛУ/РУ-ТБ (по крайней мере с подтвержденной устойчивостью к рифампицину), с исключенной устойчивостью к фторхинолонам, без предыдущего лечения препаратами второго ряда в течение > 1 месяца и без обширного туберкулеза или тяжелого внелегочного туберкулеза.
- ❖ Данные подтверждают использование этого режима в подгруппах пациентов, таких как люди, живущие с ВИЧ-инфекцией.
- ❖ Реализация этого режима требует доступа для проведения быстрого тестирования лекарственной чувствительности к фторхинолонам.

## Раздел 2: Модифицированный, короткий, бедаквилин-содержащий режим лечения МЛУ/РУ-ТБ в рамках ОИ

*Модифицированные пероральные короткие схемы лечения МЛУ-ТБ, которые отличаются от рекомендуемой пероральной короткой схемы лечения на основе бедаквилина, должны применяться только в условиях оперативных исследований, с наличием, как минимум:*

- ❖ Протокол исследования, протокол должен включать 12-месячное наблюдение после окончания лечения.
- ❖ Руководство по клиническому лечению, которое включает процесс согласия пациента.
- ❖ Одобрение национального совета по этике или министерства здравоохранения.



предоставляет более подробные рекомендации по разработке протокола, инструментов сбора данных и других вспомогательных документов, которые помогают облегчить оперативные исследования для модифицированных оральных коротких схем лечения МЛУ-ТБ.

# Раздел 3: Длительные схемы лечения МЛУ/РУ-ТБ

## Рекомендации

- 3.1 В длительных режимах лечения для пациентов с МЛУ/РУ-ТБ должны быть включены все три препарата группы А и, по крайней мере, один препарат группы В, чтобы гарантировать, что лечение начинается, по крайней мере, с четырьмя вероятно эффективными препаратами, а также чтобы обеспечить как минимум три препарата для остальной части лечения, **если бедаквилин будет прекращен**. Если используются только один или два препарата группы А, оба агента группы В должны быть включены. Если режим не может быть составлен только с препаратами из групп А и В, необходимо добавить препараты группы С (условная рекомендация, очень низкая достоверность в оценках эффекта).
- 3.2 – 3.14 Группа рекомендаций, связанных с конкретными лекарственными средствами, см. Резюме в таблице.
- 3.15 – 3-17 Группа рекомендаций по продолжительности лечения
- 3.15 У пациентов с МЛУ/РУ-ТБ на длительных схемах общая продолжительность лечения 18–20 месяцев рекомендуется для большинства пациентов; продолжительность может быть изменена в зависимости от ответа пациента на терапию (условная рекомендация, очень низкая достоверность в оценках эффекта).

# Раздел 3: Длительные схемы лечения МЛУ/РУ-ТБ

*Пересмотренная классификация компонентов схемы лечения*

Группы и этапы	Медикамент
<b>Группа А:</b> Включите все три препарата	Levofloxacin <i>OR</i> <b>Lfx</b>
	Moxifloxacin <b>Mfx</b>
	Bedaquiline <b>Bdq</b>
	Linezolid <b>Lzd</b>
<b>Группа В:</b> Добавьте один или оба препарата	Clofazimine <b>Cfz</b>
	Cycloserine <i>OR</i> <b>Cs</b>
	Terizidone <b>Trd</b>
<b>Группа С:</b> Добавьте для завершения схемы и когда нельзя использовать препараты из групп А и В	Ethambutol <b>E</b>
	Delamanid <b>Dlm</b>
	Pyrazinamide <b>Z</b>
	Imipenem–cilastatin <i>OR</i> <b>Ipm–Cln</b>
	Meropenem <b>Mpm</b>
	Amikacin <b>Am</b>
	( <i>OR</i> streptomycin) <b>(S)</b>
	Ethionamide <i>OR</i> <b>Eto</b>
Prothionamide <b>Pto</b>	
<i>p</i> -aminosalicylic acid <b>PAS</b>	



## Раздел 3: Длительные схемы лечения МЛУ/РУ-ТБ

### *Новые данные*

- ❖ Использование бедаквилина более 6 месяцев (обсервационное исследование endTB), данные подтверждают безопасное использование бедаквилина в течение более чем 6 месяцев у пациентов, которым проводят соответствующий исходный и последующий мониторинг лечения.
- ❖ Одновременное использование бедаквилина и деламаида (обсервационное исследование endTB и исследование DELIBERATE). Доказательств было недостаточно, чтобы оценить эффективность одновременного применения бедаквилина и деламаида. Однако на основании данных не было отмечено никаких дополнительных проблем безопасности в отношении одновременного использования бедаквилина и деламаида. Следовательно, бедаквилин и деламаид могут использоваться у пациентов, у которых ограничены другие варианты лечения.
- ❖ Наблюдательные исследования в Южной Африке, посвященные воздействию бедаквилина во время беременности, показали, что только низкая масса тела при рождении была связана с воздействием бедаквилина в утробе матери. Тем не менее, было невозможно окончательно приписать этот эффект бедаквилину, и необходимы дополнительные исследования для изучения этой взаимосвязи. Не было никаких существенных различий в росте младенцев после рождения (младенцев наблюдали до 1 года).

# Раздел 3: Длительные схемы лечения МЛУ/РУ-ТБ

Сводный алгоритм для составления длительных схем в обычных ситуациях

Лекарственные средства, к которым есть устойчивость или противопоказания к применению	добавить препараты, которые могут быть подтверждены или признаны эффективными			Примеры схем
	Группа А	Группа В	Группа С <sup>3</sup>	
1 <b>Ни один из препаратов группы А и В<sup>2</sup></b>	Все 3 препарата	Один препарат	Обычно нет необходимости	<b>18 Bdq<sub>(6m or longer)</sub>-(Lfx or Mfx)-Lzd-(Cfz or Cs)</b>
2 <b>Один препарат Группы А</b>	Оставшиеся 2 препарата	Оба препарата	Возможно необходим	<b>18 Bdq<sub>(6m or longer)</sub>-(Lfx or Mfx)-Cfz-Cs</b> <b>18 Bdq<sub>(6m or longer)</sub>-(Lfx or Mfx)-Cfz-Cs-(Dlm<sub>(6m or longer)</sub> or Z or E)</b> ----- <b>18 (Lfx or Mfx)-Lzd-Cfz-Cs</b> <b>18 (Lfx or Mfx)-Lzd-Cfz-Cs-(Dlm<sub>(6m or longer)</sub> or Z or E)</b> ----- <b>18 Bdq<sub>(6m or longer)</sub>-Lzd-Cfz-Cs</b> <b>18 Bdq<sub>(6m or longer)</sub>-Lzd-Cfz-Cs-(Dlm<sub>(6m or longer)</sub> or Z or E)</b> <b>Если есть подозрение на резистентность к E или Z, замените на лекарства группы С</b>
3 <b>Два препарата Группы А</b>	Оставшийся препарат	Оба препарата	At least 1 medicine	<b>18 Bdq<sub>(6m or longer)</sub>-Cfz-Cs-Dlm<sub>(6m or longer)</sub>-(Z or E)</b> <b>18 Lzd-Cfz-Cs-Dlm<sub>(6m or longer)</sub>-(Z or E)</b> <b>18 Lfx-Cfz-Cs-Dlm<sub>(6m or longer)</sub>-(Z or E)</b> <b>Если есть подозрение на резистентность к E или Z, замените на лекарства группы С</b>
4 <b>Один препарат Группы В</b>	Все 3 препарата	Оставшийся препарат	Возможно нет необходимости	<b>18 Bdq<sub>(6m or longer)</sub>-(Lfx or Mfx)-Lzd-(Cfz or Cs)</b>
5 <b>Оба препарата Группы</b>	Все 3 препарата	Ни один	1 or 2 medicines	<b>18 Bdq<sub>(6m or longer)</sub>-(Lfx or Mfx)-Lzd- Dlm<sub>(6m or longer)</sub>-(Z or E)</b> <b>Если есть подозрение на резистентность к E или Z, замените на лекарства группы С</b>
6 <b>Один препарат Группы А и оба препарата Группы В</b>	Оставшиеся 2 препарата	Ни один	Минимум 3 препарата	<b>18 Bdq<sub>(6m or longer)</sub>-(Lfx or Mfx)-Dlm<sub>(6m or longer)</sub>-Z-E</b> ----- <b>18 (Lfx or Mfx)-Lzd-Dlm<sub>(6m or longer)</sub>-Z-E</b> ----- <b>18 Bdq<sub>(6m or longer)</sub>-Lzd-Dlm<sub>(6m or longer)</sub>-Z-E</b> <b>Если есть подозрение на резистентность к E или Z, замените на лекарства группы С</b>
7 <b>Все препараты Группы А</b>	Ни один <sup>4</sup>	Оба	3 или более препаратов	<b>18-20 Cfz-Cs-Dlm-Z-E</b> <b>или другие комбинации препаратов группы С в зависимости от известной или предполагаемой устойчивости</b>

# Резюме: полностью оральные, бедаквилин-содержащие режимы

Все пациенты с МЛУ/РУ-ТБ, включая пациентов с дополнительной резистентностью к фторхинолонам, могут получить эффективные **схемы перорального лечения**, короткие или длительные.

- Пациенты с МЛУ/РУ-ТБ с обширной формой туберкулеза, тяжелыми формами внелегочного туберкулеза, имеющие резистентность к фторхинолонам или подвергшиеся лечению препаратами второго ряда, могут получить **индивидуализированные длительные режимы** лечения, разработанные с использованием приоритетной группировки препаратов.
- Для пациентов с МЛУ/РУ-ТБ, которые ранее не подвергались лечению препаратами второго ряда и бедаквилином, без **резистентности к фторхинолонам** и обширного туберкулеза или тяжелого внелегочного туберкулеза, предпочтительным вариантом лечения является более **короткая, полностью оральная, содержащая бедаквилин схема**. В этой группе пациентов национальные программы могут прекратить использование короткого режима, содержащего инъекционные препараты.
- В местах с высокой вероятностью или у пациентов с подтвержденной устойчивостью к другим препаратам в схеме лечения могут быть реализованы дальнейшие модификации короткого, перорального, бедаквилин-содержащего режима с использованием приоритетной группировки препаратов второго ряда. Однако эффективность, безопасность и переносимость таких модификаций режима лечения <12 месяцев неизвестны и поэтому должны оцениваться в условиях оперативных исследований..

# Раздел 4: Режим ВРаL при МЛУ-ТБ с дополнительной резистентностью к фторхинолонам

## *Рекомендация*

- 4.1 Схема лечения длительностью 6-9 месяцев, состоящая из бедаквилина, претоманида и линезолида (ВРаL), может использоваться в условиях **оперативных исследований** у пациентов с МЛУ-ТБ, который также устойчив к фторхинолонам, которые ранее не получали лечение с бедаквилином и линезолидом в течение более чем двух недель (условная рекомендация, очень низкая достоверность в оценках эффекта).

## *Примечания*

- ❖ Режим ВРаL не может рассматриваться для рутинного повсеместного программного использования, пока не будут получены дополнительные доказательства эффективности и безопасности. Однако у отдельных пациентов, для которых разработка эффективного режима на основе существующих рекомендаций ВОЗ невозможна, режим ВРаL может рассматриваться как крайняя мера в соответствии с действующими этическими стандартами.
- ❖ Рассмотренные данные подтверждают использование этого режима в определенных подгруппах пациентов, таких как люди, живущие с ВИЧ-инфекцией

# Быстрое информирование. Ключевые изменения в лечении ЛУ ТБ

- 6-месячная схема ВРаLM, включающая бедаквилин, претоманид, линезолид (600 мг) и моксифлоксацин, **может использоваться программно вместо 9-месячной или более продолжительной (>18 месяцев) схемы** у пациентов в возрасте  $\geq 15$  лет с МЛУ/ РУ-ТБ, которые ранее не получали бедаквилин, претоманид и линезолид (> 1 месяца).
- Этот режим может использоваться без моксифлоксацина (**ВРаL**) в случае документально подтвержденной резистентности к фторхинолонам (у пациентов с пре-ШЛУ-ТБ).
- Тестирование лекарственной чувствительности (ТЛЧ) к фторхинолонам настоятельно рекомендуется, но **ТЛЧ не должно задерживать начало лечения.**

# Быстрое информирование. Ключевые изменения в лечении ЛУ ТБ

- **9-месячные, полностью пероральные схемы, содержащие бедаквилин, предпочтительнее более длительных (> 18 месяцев)** схем у взрослых и детей с МЛУ/РУ-ТБ, без предыдущего лечения препаратами второго ряда (включая бедаквилин), без устойчивости к фторхинолонам и без распространенного туберкулеза легких или тяжелого внелегочного туберкулеза.
- В этих режимах можно использовать **2 месяца линезолида (600 мг) в качестве альтернативы 4 месяцам этионамида.**
- Проведение **быстрого ТЛЧ** для исключения резистентности к фторхинолонам необходимо **перед началом лечения** пациента одним из этих режимов.

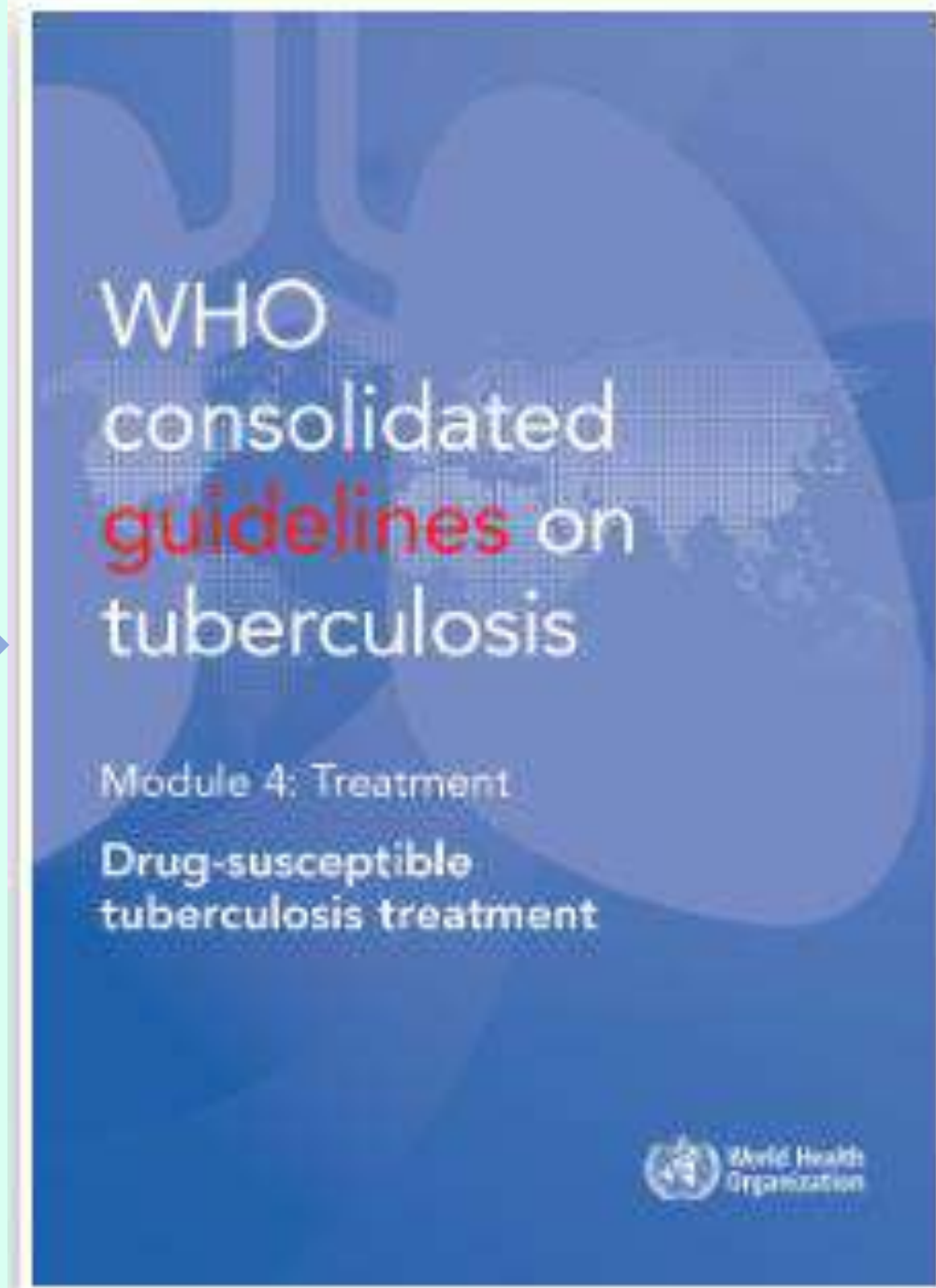
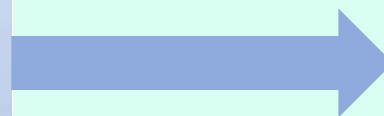


Rapid communication:  
Key changes to the treatment of drug-resistant  
tuberculosis

May 2022

Май 2022

Лечение лекарственно-чувствительного  
туберкулеза:  
Оперативное информирование



Июнь 2021

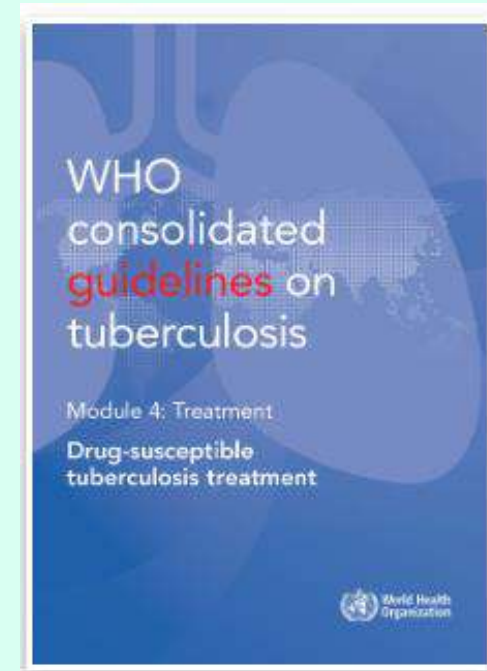


# 6-ти месячный курс терапии лекарственно чувствительного туберкулеза

1. Впервые выявленные пациенты должны получать **терапию 6-ти месячным курсом** с включением в схему Рифампицина (сильная рекомендация, высокая достоверность доказательств)

2. Везде, где это возможно, оптимальная частота дозирования для впервые выявленных пациентов с легочным ТБ — **ежедневно в течение всего курса терапии** (сильная рекомендация, высокая достоверность доказательств).

3. У всех пациентов с лекарственно-чувствительным туберкулезом легких **не рекомендуется использовать интермиттирующий режим** приема препаратов (3 раза в неделю) как на интенсивной, так и на фазе продолжения, а ежедневный прием остается рекомендуемым режимом дозирования (условная рекомендация, низкая достоверность доказательств).

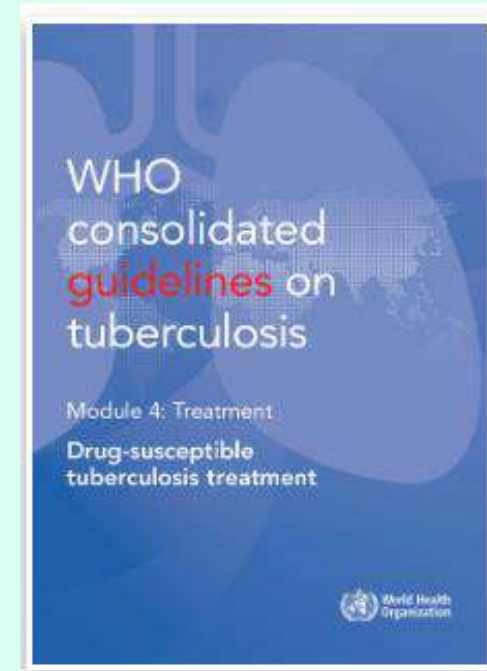




# 6-ти месячный курс терапии лекарственно чувствительного туберкулеза

4 При лечении пациентов с лекарственно чувствительным ТБ **рекомендуется использовать комбинированные препараты с фиксированными дозами**, а не отдельные лекарственные формы (условная рекомендация, низкий уровень достоверности доказательств).

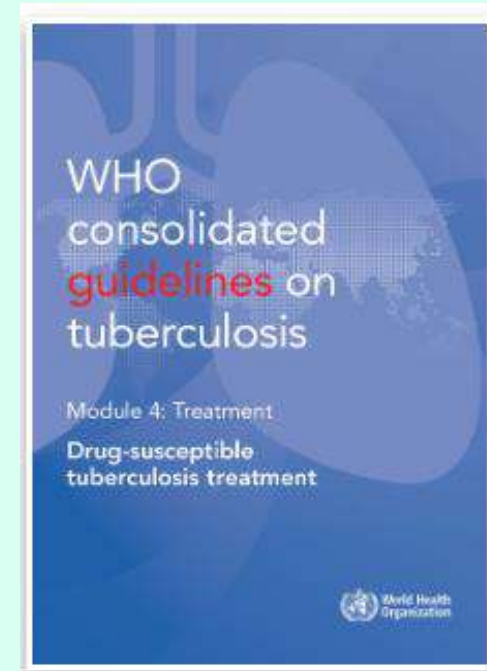
5. У впервые выявленных пациентов с туберкулезом легких, получавших лечение по схеме, содержащей рифампицин, на протяжении всего лечения, если по завершении интенсивной фазы обнаруживается/сохраняется бактериовыделение - **продлевать интенсивную фазу не рекомендуется** (сильная рекомендация, высокая достоверность доказательств).



# 4-х месячный курс терапии лекарственно чувствительного туберкулеза

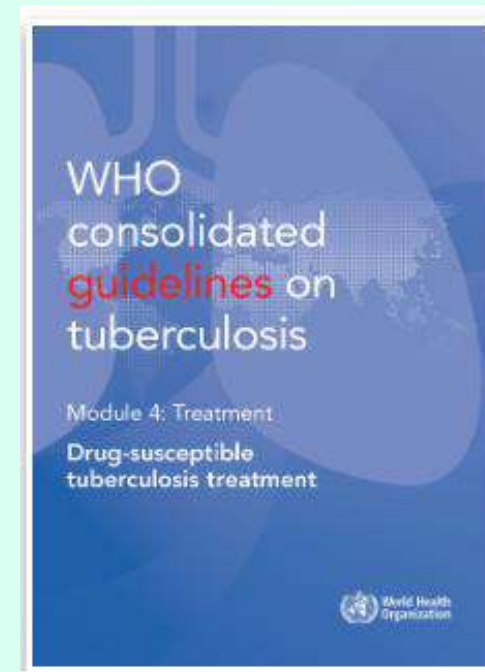
6. Пациенты старше 12 лет могут получать терапию с использованием 4-х месячного режима, включающего 2HRMZ/2HRM (условная рекомендация, средний уровень достоверности доказательств)

7. У детей и подростков в возрасте от 3 месяцев до 16 лет с малыми формами ТБ и без риска МЛУ возбудителя 4-х месячный режим должен быть использован 2HRZ(E)/2HR (сильная рекомендация, средний уровень достоверности доказательств)



# Лечение лекарственно чувствительного ТБ и АРВТ у ЛЖВИ

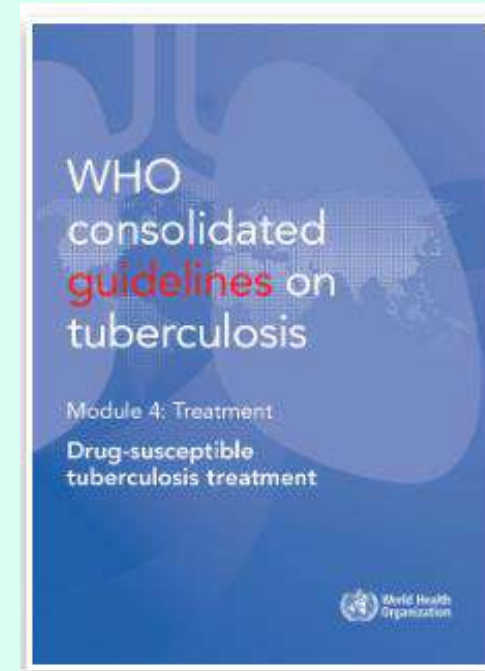
- 8. Пациенты с сочетанной ВИЧ-инфекцией должны получать **терапию, не меньшей продолжительностью чем пациенты без ВИЧ инфекции** (сильная рекомендация, высокая достоверность доказательств)
- 9. АРВТ должна быть начата как можно скорее в течение 2-х недель от начала противотуберкулезного лечения **вне зависимости от количества CD4 клеток**. Для взрослых и подростков (сильная рекомендация, низкая-средняя достоверность доказательств); для детей и новорожденных (сильная рекомендация, очень низкая достоверность доказательств)



# Применение адъювантных стероидов при лечении туберкулезного менингита и перикардита

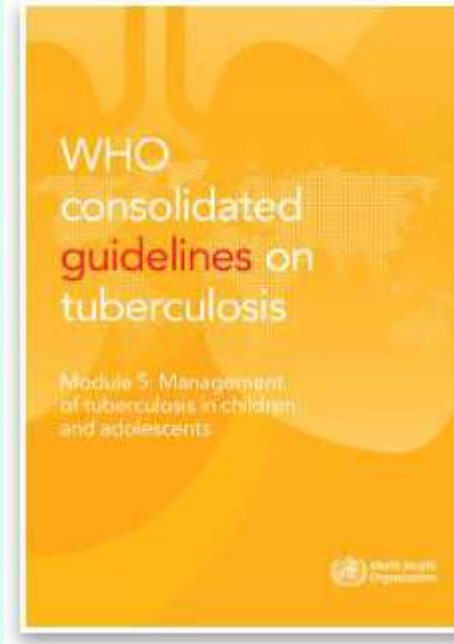
10. У пациентов с туберкулезным менингитом следует использовать начальную адъювантную кортикостероидную терапию дексаметазоном или преднизолоном, постепенно снижая дозу в течение 6–8 недель (сильная рекомендация, умеренная достоверность доказательств).

11. У пациентов с туберкулезным перикардитом может быть использована начальная адъювантная терапия кортикостероидами (условная рекомендация, очень низкая достоверность доказательств).



# 17-ый вебинар Виртуального медицинского консилиума: «Лечение ТБ и ЛУ-ТБ у детей и подростков»

- 24 июня, с 16:30 до 18:00 по Новосибирскому времени
- Рабочие языки мероприятия – английский и русский с обеспечением синхронного перевода.



Регистрация: <https://euro-who.zoom.us/meeting/register/tZ0kfu2uqzwjGdDGRPWgL0H0Cp7JKmL3WVln>

## **Повестка вебинара:**

- Приветствие - д-р Askar Yedilbayev
- Укороченные режимы лечения лекарственно-чувствительного и рифампицин-устойчивого ТБ. Лечение внелегочного ТБ - Dr Sabine Verkuijl
- Обновленная информация о детских формах противотуберкулезных лекарственных средств. Dr Mavlyuda Makhmudova



Спасибо за внимание

