


СОГЛАСОВАНО

Главный внештатный детский
специалист фтизиатр
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
д.м.н., профессор
 В.А. Аксенова.

«07» марта 2017г

УТВЕРЖДАЮ

Президент Российского
общества фтизиатров
д.м.н. профессор,

 И.А. Васильева



«07» марта 2017г

В.А.Аксенова, Н.И.Клевно, Л.А.Барышникова

Выявление и диагностика туберкулеза у детей, поступающих и обучающихся в образовательных организациях

Клинические рекомендации

Москва
2017

УДК 616-002.5:616-053.2
ББК 55.4:57.33
А42

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Книга предназначена для медицинских работников.

Аксенова В.А.

А42 Выявление и диагностика туберкулеза у детей, поступающих и обучающихся в образовательных организациях: Клинические рекомендации / В.А.Аксенова, Н.И.Клевно, Л.А.Барышникова. – М., 2017. – 40 с.

ISBN 978-5-9908600-9-4

УДК 616-002.5:616-053.2
ББК 55.4:57.33

ISBN 978-5-9908600-9-4

© Аксенова В.А., Клевно Н.И., Барышникова Л.А., 2017

ПИСЬМО
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 07.04.2017 № 15-2/10/2-2343

«О направлении клинических рекомендаций “Выявление и диагностика туберкулёза у детей, поступающих и обучающихся в образовательных организациях”»

Руководителям органов исполнительной
власти субъектов Российской Федерации
в сфере здравоохранения

Ректорам государственных
бюджетных образовательных учреждений
высшего профессионального образования

Министерство здравоохранения Российской Федерации направляет клинические рекомендации «Выявление и диагностика туберкулёза у детей, поступающих и обучающихся в образовательных организациях», разработанные в соответствии со статьёй 76 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», для использования в работе руководителями органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения при подготовке нормативных правовых актов, руководителями медицинских организаций, в том числе противотуберкулёзных, при организации медицинской помощи, а также для использования в учебном процессе.

Приложение: на 35 стр.

Заместитель министра



С. А. Краевой

Лысыков 8 (495) 627-24-00 доб. 1520

Авторы-составители:

Аксенова Валентина Александровна – доктор медицинских наук, профессор, главный внештатный детский специалист-фтизиатр Министерства здравоохранения Российской Федерации, заведующая отделом туберкулеза у детей и подростков НИИ фтизиопульмонологии ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, г. Москва;

Клевко Надежда Ивановна – доктор медицинских наук, главный внештатный детский специалист-фтизиатр Центрального федерального округа, ведущий научный сотрудник отдела туберкулеза у детей и подростков НИИ фтизиопульмонологии ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, г. Москва;

Барышникова Лада Анатольевна – доктор медицинских наук, главный внештатный детский специалист-фтизиатр Приволжского Федерального округа, заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ «Самарский областной клинический противотуберкулезный диспансер им. Н.В.Постникова».

Ключевые слова

туберкулез, органы дыхания, дети, латентная туберкулезная инфекция, диагностика, профилактика, диспансерное наблюдение, образовательные учреждения

Список сокращений

АЛТ	аланинаминотрансфераза
АТР	аллерген туберкулезный рекомбинантный
ДНК	дезоксирибонуклеиновая кислота
КТ	компьютерная томография
ЛТИ	латентная туберкулезная инфекция
МКБ-10	Международная классификация болезней 10-го пересмотра
МБТ	микобактерии туберкулеза
ППД-Л	очищенный туберкулин Линниковой
ПЦР	полимеразная цепная реакция
РКИ	рандомизированные контролируемые исследования
ТЕ	туберкулиновая единица

При разработке клинических рекомендаций использовались материалы:

Клинические рекомендации «Латентная туберкулезная инфекция (ЛТИ) у детей»; Клинические рекомендации «Туберкулез органов дыхания у детей»; Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.2.3114-13 «Профилактика туберкулеза» (утвержденные постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 22 октября 2013 г. №60); Приказ Минздрава России от 29 декабря 2014 г. №951 «Об утверждении методических рекомендаций по совершенствованию диагностики и лечения туберкулеза органов дыхания»; Приказ Минздравсоцразвития России №855 от 29 октября 2009 г. «О внесении изменения в приложение №4 к приказу Минздрава России от 21 марта 2003 г. №109»; Приложение №2 к Инструкции по применению туберкулиновых проб; Приложение №4 к приказу Минздрава России от 21 марта 2003 г. №109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации»; Guidelines on the management of latent tuberculosis (WHO/HTM/TB/2015.01).

Ссылки на соответствующие законы:

Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»; Федеральный закон от 30 марта 1999 г. №52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»; Федеральный закон от 18 июня 2001 г. №77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации».

Порядок и сроки проведения профилактических медицинских осмотров населения (граждан Российской Федерации, иностранных граждан и лиц без гражданства) в целях выявления туберкулеза определяет Постановление Правительства Российской Федерации от 25 декабря 2001 г. №892 «О реализации Федерального закона «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации».

Профилактические медицинские осмотры населения направлены на своевременное выявление туберкулеза и проводятся в массовом, групповом (по эпидемическим показаниям) и индивидуальном порядке в лечебно-профилактических учреждениях по месту жительства, работы, службы, учебы.

Термины и определения

Латентная туберкулезная инфекция (ЛТИ) – состояние стойкого иммунного ответа на антигены микобактерий туберкулеза (лат. *Mycobacterium tuberculosis*, МБТ) при отсутствии клинических проявлений активной формы туберкулеза. Однако присутствующие в организме МБТ способны реактивироваться и вызвать заболевание.

Локальный туберкулез – состояние организма с наличием клинических и рентгенологических проявлений поражения органов и систем, вызванного МБТ.

Иммунодиагностика – совокупность диагностических тестов, позволяющих обнаружить реакцию иммунной системы на наличие МБТ в организме человека.

1. Эпидемиология

1.1. Определение заболевания

Туберкулез – это инфекционное, специфическое, хроническое заболевание, вызываемое комплексом МБТ (*Mycobacterium tuberculosis complex*).

Естественный резервуар МБТ – человек, домашние и дикие животные, птицы. Основным механизмом передачи инфекции является аэрогенный (воздушно-капельный). Однако возможны и другие пути заражения: контактный, алиментарный, наиболее редко – вертикальный (от матери к ребенку).

Туберкулез у детей чаще всего развивается при первичном заражении МБТ. Особое значение при заражении МБТ детей имеет прямой длительный контакт с больными туберкулезом родственниками (родители, бабушки, дедушки, тети, дяди и т.д.) [1–3].

Варианты развития ситуации после проникновения возбудителя туберкулеза в организм человека следующие:

- полная элиминация (удаление) МБТ из организма;
- развитие первичного туберкулеза (при быстром росте и размножении МБТ);
- инфицирование, или «латентная инфекция» (при персистенции МБТ, находящихся в покоящемся, или «дормантном», состоянии), которое может либо сохраняться таковым всю жизнь, либо перейти в клинически манифестированное заболевание (при интенсивном размножении МБТ, ослабленном иммунитете и т.д.).

С момента внедрения микобактерий в организм в течение первого года заболевание развивается у 5% инфицированных людей, в течение всей оставшейся жизни туберкулез развивается еще у 5%, т.е. пожизненный риск заболевания туберкулезом среди инфицированных составляет 10%. Наличие различных факторов (табл. 1) может способствовать повышению риска развития локального туберкулеза. Так, при наличии ВИЧ-инфекции ежегодный риск заболевания туберкулезом на фоне ЛТИ составляет 10%, а пожизненный риск – 50%.

Туберкулез является одной из наиболее широко распространенных в мире инфекций. По данным Всемирной организации здравоохранения, треть населения земного шара инфицированы МБТ. Ежегодно туберкулезом заболевают около 9 млн человек, умирают от туберкулеза – 1,5–2 млн.

Туберкулез является одной из трех основных причин смерти женщин в возрасте от 15 до 44 лет. В 2014 г. примерно 1 000 000 детей заболели туберкулезом, 140 000 – умерли от него [4].

В Российской Федерации доля детей составляет около 5% от числа всех заболевших туберкулезом [4].

Таблица 1. Факторы риска заболевания туберкулезом

Фактор риска	Группы лиц
1. Эпидемиологический (специфический)	1.1. Контакт с больными туберкулезом людьми: <ul style="list-style-type: none"> • тесный семейный • тесный квартирный • производственный (на работе, в школе) • случайный 1.2. Контакт с больными туберкулезом животными
2. Медико-биологический (специфический)	2.1. Отсутствие вакцинации против туберкулеза (БЦЖ, БЦЖ-М)
3. Медико-биологический (неспецифический)	3.1. Сопутствующие хронические заболевания: <ul style="list-style-type: none"> • инфекции мочевыводящих путей • хронический бронхит, хронические гнойно-воспалительные заболевания органов дыхания • сахарный диабет • анемии • психоневрологическая патология • заболевания, требующие длительной цитостатической, иммуносупрессивной (в том числе генно-инженерными биологическими препаратами) терапии (более одного месяца) 3.2. Иммунодефициты первичные и вторичные, ВИЧ-инфекция; часто болеющие дети
4. Возрастно-половой (неспецифический)	4.1. Младший возраст (от 0 до 3 лет) 4.2. Препубертатный и подростковый возраст (от 13 до 17 лет)
5. Социальный (неспецифический)	5.1. Алкоголизм родителей, наркомания у родителей; пребывание родителей в местах лишения свободы, безработица родителей 5.2. Беспризорность детей и подростков, попадание детей в детские приюты, детские дома, социальные центры и т.д., лишение родителей родительских прав 5.3. Мигранты, беженцы и др.

1.2. Кодирование по МКБ-10

Результаты туберкулинодиагностики туберкулеза R00–R99:

R76.1. Аномальные реакции на введение туберкулина:

- R76.1.1 – подгруппа А – «вираж» (первичное инфицирование);
- R76.1.2 – подгруппа Б – гиперергическая реакция;
- R76.1.3 – подгруппа В – нарастание размера туберкулиновой реакции;

A15–A16. Туберкулез органов дыхания.

1.3. Классификация

Латентная туберкулезная инфекция

В развитии туберкулезной инфекции принято выделять:

- ранний период первичной туберкулезной инфекции («вираж» туберкулиновых реакций) – конверсия отрицательных реакций на внутрикожное введение туберкулина в положительную, не связанную с вакцинацией против туберкулеза, или нарастание реакции на фоне поствакцинальной аллергии в течение 1 года на 6 мм и более;
- инфицирование МБТ (туберкулиновая проба положительна более 1 года с момента «виража»).

Туберкулез

В основу классификации туберкулеза, используемой в Российской Федерации, положены несколько принципов. Это клинико-рентгенологические и патоморфологические особенности туберкулезного процесса (в том числе локализация и распространенность), его течение (фазы) и наличие бактериовыделения.

Современная отечественная классификация туберкулеза принята на VII Российском съезде фтизиатров и закреплена Приказом МЗ РФ от 20 марта 2003 г. №109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации». Классификация состоит из 4 основных разделов: клинические формы туберкулеза, характеристика туберкулезного процесса, осложнения туберкулеза, остаточные изменения после излеченного туберкулеза. У детей выделяют 2 основные клинические формы туберкулеза органов дыхания:

- первичный туберкулезный комплекс (около 10%);
- туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (75%).

Характеристика туберкулезного процесса дается по локализации процесса, по клинико-рентгенологическим признакам и по наличию или отсутствию в диагностическом материале, полученном от больного, МБТ.

1.4. Клинические проявления

Выявление подозрительных на активный туберкулез симптомов:

А. Симптомы воспалительного заболевания органов дыхания (респираторная симптоматика):

- продолжительный кашель (более 2–3 нед.) с выделением мокроты;
- боли в грудной клетке.

Б. Интоксикационные симптомы (более 2–3 нед.):

- повышение температуры тела, чаще до субфебрильных цифр;
- слабость;
- повышенная потливость, особенно ночная потливость;
- потеря веса (более 10% от идеального) и др.

В. Особенности анамнеза (сбор анамнеза настоятельно рекомендуется):

- наличие контакта с больным туберкулезом;
- динамика предыдущих ежегодных реакций на туберкулиновые пробы;
- сведения о вакцинации (ревакцинации) против туберкулеза.

При наличии хотя бы одного симптома рекомендуется обследование для полного исключения предположений о туберкулезе.

Отсутствие клинических симптомов не исключает заболевания!

Более чем в 50% случаев туберкулез у детей протекает бессимптомно, поэтому в данной когорте основным методом диагностики туберкулезной инфекции является туберкулинодиагностика (иммунодиагностика), основанная на выявлении гиперчувствительности замедленного типа в ответ на присутствие МБТ в организме.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 2b).

2. Выявление и диагностика

Условно выделяют массовую и индивидуальную иммунодиагностику. Задачи массовой иммунодиагностики (**скрининг на туберкулез**): выявление инфицирования МБТ; отбор лиц для вакцинации и ревакцинации против туберкулеза; формирование групп риска по заболеванию туберкулезом.

Задачи индивидуальной иммунодиагностики: дифференциальная диагностика послепрививочного иммунитета (БЦЖ) и истинного инфицирования МБТ; дифференциальная диагностика туберкулеза и других заболеваний.

Рекомендуется в Российской Федерации проводить массовое обследование (скрининг) детского населения на туберкулёзную инфекцию (в том числе при поступлении детей в образовательные организации) ежегодно методом иммунодиагностики в возрасте 1 года – 17 лет включительно и методом флюорографического исследования в возрасте 15–17 лет. В группах высокого риска заболевания туберкулёзом скрининг рекомендуется проводить два раза в год. В соответствии с п. 1, 2 ч. 2 ст. 23 Федерального закона от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» детские сады и школы являются дошкольными образовательными организациями и общеобразовательными организациями соответственно.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1a).

Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства (в том числе внутрикожного введения препаратов) является дача информированного добровольного согласия несовершеннолетнего или его законного представителя на медицинское вмешательство (ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

2.1. Иммунодиагностика

- Внутрикожная проба Манту с 2 туберкулиновыми единицами (ТЕ) очищенного жидкого туберкулина Линниковой (ППД-Л) в стандартном разведении.
- Внутрикожная проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (АТР) в стандартном разведении (белок CFP-10-ESAT-6 0,2 мкг), разработанным в России в 2008 г., представляющим собой комплекс рекомбинантных белков CFP-10 и ESAT-6 и предназначенным для внутрикожного введения (препарат Диаскинтест®). Внутрикожный тест с АТР обладает максимально высокой чувствительностью (98–100%), максимально высокой специфичностью (90–100%); характеризуется отсутствием развития положительной реакции, связанной

с БЦЖ-вакцинацией, минимальной частотой проявлений неспецифической аллергии [11, 12]. Техника постановки внутрикожной пробы с АТР идентична постановке пробы Манту.

Этап 1

Иммунодиагностика проводится вакцинированным против туберкулеза детям с 12-месячного возраста и до достижения 18 лет. Внутрикожную аллергическую пробу с туберкулином (пробу Манту) ставят 1 раз в год, независимо от результатов предыдущих проб, до 7-летнего возраста включительно. Внутрикожную аллергическую пробу с АТР ставят 1 раз в год, независимо от результатов предыдущих проб, с 8-летнего и до 17-летнего возраста включительно. Не вакцинированным против туберкулеза 2 раза в год, начиная с возраста 6 мес., проводится проба Манту. Дифференцированная иммунодиагностика в зависимости от возраста проводится в соответствии с приказом Минздрава России от 29 декабря 2014 г. №951 «Об утверждении методических рекомендаций по совершенствованию диагностики и лечения туберкулеза органов дыхания» (раздел V: Иммунодиагностика туберкулеза органов дыхания).

Детям из групп высокого риска по заболеванию туберкулезом, не подлежащим диспансерному учету у фтизиатра: больным сахарным диабетом, язвенной болезнью; с хроническими неспецифическими гнойно-воспалительными заболеваниями бронхолегочной системы и почек; с ВИЧ-инфекцией; длительно получающим иммуносупрессивную терапию (цитостатики, глюкокортикостероиды, генно-инженерные биологические препараты и др.) – проба с АТР проводится 2 раза в год в условиях медицинских организаций общей лечебной сети. При необходимости проводят пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Допускается одновременная постановка проб на разных руках.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2b). Не рекомендуется проведение только пробы с АТР (без пробы Манту) детям в возрасте до 7 лет включительно. Проба Манту необходима для отбора лиц на ревакцинацию БЦЖ (6–7 лет).

Пробу Манту с 2 ТЕ и пробу с АТР должна проводить по назначению врача специально подготовленная в противотуберкулезном диспансере медицинская сестра, имеющая ежегодно подтверждаемую справку-допуск к проведению иммунодиагностики.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1a).

Результат пробы Манту через 72 ч оценивает врач или специально подготовленная медсестра, регистрируя в медицинских документах наличие инфильтрата или гиперемии.

Реакция считается:

- отрицательной – при полном отсутствии инфильтрата (папулы) или гиперемии или при наличии только уколочной реакции (0–1 мм);

- сомнительной – при инфильтрате размером 2–4 мм или только гиперемии любого размера без инфильтрата;
- положительной – при наличии инфильтрата диаметром 5 мм и более (слабоположительной – при диаметре инфильтрата 5–9 мм, средней интенсивности – при диаметре инфильтрата 10–14 мм, выраженной – при диаметре 15–16 мм у детей и подростков и 15–20 мм у взрослых);
- гиперергической – при диаметре инфильтрата 17 мм и более у детей и подростков, а также при везикуло-некротической реакции независимо от размера инфильтрата и/или лимфангите.

Усиливающейся реакцией на туберкулин считают увеличение инфильтрата на 6 мм и более по сравнению с предыдущей реакцией.

Результат пробы с АТР через 72 ч оценивает врач или специально подготовленная медсестра, регистрируя в медицинских документах наличие инфильтрата или гиперемии.

Реакция считается:

- отрицательной – при полном отсутствии инфильтрата и гиперемии или при наличии уколочной реакции до 2–3 мм (возможно в виде синячка);
 - сомнительной – при наличии гиперемии любого размера без инфильтрата;
 - положительной – при наличии инфильтрата (папулы) любого размера.
- Положительные реакции подразделяют:
- на слабо выраженные – при наличии инфильтрата размером до 5 мм;
 - умеренно выраженные – при размере инфильтрата 5–9 мм;
 - выраженные – при размере инфильтрата 10 мм и более;
 - гиперергические – при размере инфильтрата 15 мм и более, при везикуло-некротических изменениях и/или лимфангите, лимфадените независимо от размера инфильтрата.

По результатам иммунодиагностики для дальнейшего обследования в целях исключения туберкулеза и диагностики ЛТИ в течение 6 дней с момента постановки пробы Манту на консультацию фтизиатра направляют детей:

- с впервые выявленной положительной реакцией на туберкулин (папула 5 мм и более), не связанной с предыдущей иммунизацией против туберкулеза;
- с длительно сохраняющейся (4 года) реакцией на туберкулин (с инфильтратом 12 мм и более);
- с нарастанием чувствительности к туберкулину у туберкулоположительных детей – увеличение инфильтрата на 6 мм и более;
- с увеличением реакции на туберкулин менее чем на 6 мм, но с образованием инфильтрата размером 12 мм и более;
- с гиперергической реакцией на туберкулин – инфильтрат 17 мм и более, везикуло-некротические реакции и/или лимфангит;
- с сомнительными и положительными реакциями на АТР.

Противопоказания к проведению внутрикожных проб:

- кожные заболевания;
- острые, хронические инфекционные и соматические заболевания в период обострения;
- аллергические заболевания в период обострения;
- карантин по детским инфекциям в детских коллективах (до снятия карантина);
- индивидуальная непереносимость туберкулина или АТР.

Этап 2

Всем детям с положительной реакцией на пробу Манту с 2 ТЕ (за исключением положительной реакции, связанной с вакцинацией БЦЖ) необходимо провести пробу с АТР [11, 12].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2b).

Пробу с АТР можно провести как в условиях противотуберкулезного учреждения, так и в условиях любой медицинской организации при наличии препарата и подготовленной медицинской сестры.

Отрицательная реакция на АТР при отсутствии клинических симптомов, подозрительных на туберкулез, и факторов риска заболевания туберкулезом дает возможность врачу не направлять ребенка к фтизиатру.

В случае направления ребенка к фтизиатру рекомендуется проведение флюорографического обследования окружения ребенка, если с момента последнего обследования прошло более 6 мес.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1а).

В случае постановки пробы с АТР в противотуберкулезном учреждении при отрицательном результате врач-фтизиатр дает справку ребенку с заключением об отсутствии заболевания.

Этап 3

Детям, направленным к фтизиатру, рекомендуется назначение дополнительных обследований: общий анализ крови и мочи, лучевые методы обследования (обзорный снимок грудной клетки). При наличии очаговых поражений (лимфадениты, оститы, хронический отит, длительно не заживающие свищи и язвы и др.), дыхательных синдромов или жалоб со стороны органов дыхания, изменений, выявленных лучевыми методами и в общем анализе мочи рекомендуется проведение микробиологических методов исследования биологического материала из очага поражения (мокрота, моча, отделяемое свищей и др.).

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1а). *Обнаружение возбудителя заболевания является наиболее достоверным диагностическим критерием туберкулеза [2, 3, 13].*

Положительный результат на пробу с АТР предполагает наличие в организме пациента популяции активно метаболизирующих МБТ, что может привести к заболеванию. В связи с этим *всем пациентам с положительными результатами на пробу с АТР рекомендуется компьютерная томография (КТ)* органов грудной клетки для подтверждения или исключения туберкулеза органов дыхания (внутригрудных лимфатических узлов, легких) [9, 10].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2а).

В заключении по результатам проведенной КТ указывается:

- наличие кальцинированных лимфатических узлов и их точная локализация в средостении или корнях легкого;
- наличие увеличенных лимфатических узлов и их точная локализация;
- характеристика увеличенных лимфатических узлов: размеры, количество, контуры, слияние в конгломераты, состояние жировой клетчатки средостения, состояние прилежащей легочной ткани;
- состояние трахеи и бронхов;
- другие возможные изменения в легких, средостении и в корнях легких;
- отсутствие каких-либо патологических изменений.

По результатам обследования врач-фтизиатр выдает медицинское заключение об отсутствии заболевания и при наличии положительных иммунологических проб (Манту, АТР) определяет состояние как инфицирование МБТ.

При обнаружении во время обследования признаков, указывающих на возможное заболевание туберкулезом, в целях постановки окончательного диагноза пациент направляется в специализированное учреждение (стационар) по профилю «фтизиатрия» (3.3 СП 3.1.2.3114-13) для дообследования.

На этот период ребенок не допускается в образовательное учреждение!

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ, ПОСТУПАЮЩИХ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ (ЛИБО ПОСЕЩАЮЩИХ ИХ), В СЛУЧАЕ ОТКАЗА ОТ ИММУНОДИАГНОСТИКИ

1. Отказ от внутрикожных иммунологических проб

Отказ от проведения обследования ребенка на туберкулезную инфекцию должен быть оформлен письменно законным представителем ребенка и подшит к медицинской документации ребенка (ф. №112/у, 026/у-2000 п. 7 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»). При отказе от медицинского вмешательства гражданину, одному из родителей или иному законному представителю, в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа (п. 4 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»). При несогласии законного представителя оформлять письменный отказ делается соответствующая запись

в медицинской документации ребенка, которая скрепляется подписями двух медицинских работников с расшифровкой. Каждый законный представитель, отказавшийся от проведения внутрикожных проб на туберкулезную инфекцию, в обязательном порядке приглашается на заседание врачебной комиссии медицинской организации (приказ Минздравсоцразвития России от 5 мая 2012 г. №502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации»). При этом проводится дополнительное информирование о рекомендуемом медицинском вмешательстве и о последствиях отказа от него. Выясняются причины отказа.

При отказе родителей (или иных законных представителей) ребенка от внутрикожных проб (Манту, АТР) возможно назначение альтернативных методов обследования с целью исключения туберкулеза у ребенка.

К альтернативным методам обследования на туберкулезную инфекцию относятся диагностические тесты *in vitro*, основанные на высвобождении Т-лимфоцитами γ -интерферона. В настоящее время существует два коммерческих диагностических теста, основанных на данной технологии. В одном из них, QuantiFERON®-TB Gold, используется твердофазный иммуносорбентный анализ для измерения антиген-специфичной продукции γ -интерферона циркулирующими Т-клетками в цельной крови (под влиянием антигенов ESAT-6, CFP-10 и TB7.7).

Другой тест, T-SPOT.TB (зарегистрирован в России), с помощью техники Elispot определяет количество мононуклеарных клеток периферической крови, продуцирующих γ -интерферон [2].

В обоих случаях для проведения исследования осуществляется забор крови из вены.

- *Диагностический тест T-SPOT.TB является непрямым методом исследования инфекции, вызванной МБТ (включая заболевание), его использование рекомендуется в качестве дополнения к стандартным диагностическим исследованиям.*
- *Тест T-SPOT.TB используется при проведении скрининга среди пациентов, относящихся к группам риска по развитию туберкулеза (например, ВИЧ-инфицированных).*
- *Кроме того, тест T-SPOT.TB может использоваться в качестве дополнительного диагностического метода при обследовании пациентов с подозрением на туберкулез при отрицательных результатах других диагностических тестов (при аутоиммунных заболеваниях или иммуносупрессивной терапии).*
- *Тест указан во всех рекомендательных документах Американской торакальной ассоциации (ATS), Центра по контролю за заболеваниями (CDC) и т.д. (<http://www.thoracic.org>/ <http://www.cdc.gov/nchstb/tb>).*

Положительные результаты тестов *in vitro* указывают на активность туберкулезной инфекции (как и АТР) и предполагают назначение КТ органов грудной клетки для исключения локального туберкулеза.

Отрицательный результат тестов *in vitro* (T-SPOT.TB) при отсутствии клинических симптомов заболевания (респираторного и интоксикационного характера, других локальных патологических проявлений) позволяет врачу-

фтизиатру выдать справку об отсутствии у ребенка в настоящий момент активного туберкулеза.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2а).

Примечание: диагностические тесты *in vitro* T-SPOT.TB, QuantiFERON®-TB Gold являются коммерческими тестами.

2. Отказ от любых иммунологических тестов

При письменном согласии родителей (иного законного представителя) возможно проведение рентгенологического исследования – обзорной рентгенограммы органов грудной клетки (согласно Методическим рекомендациям по совершенствованию диагностики и лечения туберкулеза органов дыхания, утвержденным Приказом Министерства здравоохранения РФ от 29 декабря 2014 г. №951, для исключения туберкулеза органов дыхания используется обзорная рентгенография грудной клетки).

3. Лабораторная диагностика

Не рекомендуется для выявления туберкулезной инфекции у детей исследование крови методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). Суть метода ПЦР заключается в получении из материала от больного человека не самого возбудителя, а фрагментов генома (частиц ДНК), его биосинтеза с последующим определением, к какому классу микроорганизмов принадлежит полученный генетический материал, с помощью молекулярно-генетических методов. Метод ПЦР применяется для ускоренной диагностики туберкулеза – обнаружения МБТ в клинических образцах: мокроте, промывных водах бронхов, плевральном экссудате, моче, спинномозговой жидкости, различных биоптатах. Метод ПЦР имеет достаточно высокую диагностическую значимость при исследовании биологического материала из очага поражения (мокрота, моча, отделяемое свищей, ликвор, пунктат и др.). Выявление ДНК МБТ из образцов крови возможно лишь при генерализованном туберкулезе (например, при ВИЧ-инфекции) [13].

Не рекомендуется для выявления туберкулезной инфекции у детей исследование крови (сыворотки) методом иммуноферментного анализа. Иммуноферментная тест-система предназначена для определения антител к МБТ. Вследствие патогенеза иммунной реакции при туберкулезной инфекции с преимущественным действием клеточного звена иммунитета чувствительность теста при туберкулезе невысока, что ограничивает его применение для скрининга туберкулезной инфекции.

Этап 4. Заключительный

1. По результатам скрининга на этапе медицинских организаций общей лечебной сети при отсутствии показаний для консультации врача-фтизиатра (отсутствие данных за измененную чувствительность к аллергенам туберкулезным) осмотр и обследование этим специалистом при поступлении ребенка в образовательную организацию не требуются.

2. При наличии измененной чувствительности к аллергенам туберкулезным и/или подозрении на заболевание туберкулезом ребенок направляется врачом-педиатром (либо врачом любой специальности) к врачу-фтизиатру (п. 5.6 СП 3.1.2.3114-13).

Врач-фтизиатр должен:

- определить наличие или отсутствие активного туберкулеза;
- определить наличие или отсутствие остаточных посттуберкулезных изменений;
- определить вероятность наличия у пациента ЛТИ;
- определить целесообразность проведения химиопрофилактики туберкулеза (превентивного лечения);
- выдать медицинское заключение о состоянии здоровья либо справку об отсутствии заболевания туберкулезом.

При подозрении на активный туберкулез любой локализации рекомендуется обследование в противотуберкулезном учреждении с применением углубленного обследования (микробиологических, молекулярно-генетических, лучевых, иммунологических, эндоскопических, при необходимости хирургических и морфологических методов).

В СП 3.1.2.3114-13, в п. 5.7, определено, что дети, направленные на консультацию в противотуберкулезный диспансер, родители или законные представители которых не представили в течение 1 мес. с момента постановки пробы Манту заключение фтизиатра об отсутствии заболевания туберкулезом, не допускаются в детские организации.

Дети, туберкулинодиагностика которым не проводилась (отказ от иммунологических проб), допускаются в детскую образовательную организацию при наличии заключения врача-фтизиатра об отсутствии заболевания.

Конституция Российской Федерации имеет высшую юридическую силу, прямое действие и применяется на всей территории Российской Федерации (ст. 15, п. 1). Согласно п. 1 ст. 41 Конституции Российской Федерации, каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь, ст. 42 – каждый имеет право на благоприятную окружающую среду. В соответствии с п. 3 ст. 17 осуществление прав и свобод человека и гражданина не должно нарушать права и свободы других лиц.

Частью 2 ст. 5 Федерального закона от 17 сентября 1998 г. №157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» установлено, что отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения возможен только в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий.

Федеральный закон Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» в ст. 28 определяет компетенцию, права, обязанности и ответственность образовательной организации: п. 3 – к компетенции образовательной организации в установленной сфере деятельности относится создание необходимых условий для охраны и укрепления здоровья; п. 6 – образовательная организация обязана осуществлять свою деятельность в соответствии

с законодательством об образовании, в том числе создавать безопасные условия обучения, воспитания обучающихся, присмотра и ухода за обучающимися, их содержания в соответствии с установленными нормами, обеспечивающими жизнь и здоровье обучающихся, работников образовательной организации; соблюдать права и свободы обучающихся, родителей (законных представителей) несовершеннолетних обучающихся, работников образовательной организации. С целью обеспечения права ребенка на образование предусмотрены различные формы получения образования и формы обучения (ст. 17). Предусмотрены формы обучения как в организациях, осуществляющих образовательную деятельность (в очной, очно-заочной или заочной форме), так и вне организаций, осуществляющих образовательную деятельность (в форме семейного образования и самообразования).

Таким образом, отсутствие обследования на туберкулезную инфекцию предполагает зачисление ребенка в образовательную организацию с последующим выбором форм и методов образовательного процесса, исключающих посещение необследованным ребенком здорового детского коллектива. Выбор форм и методов образовательного процесса является компетенцией образовательной организации, ответственность возлагается на руководителя образовательной организации.

При отказе от иммунодиагностики (любого иного метода, позволяющего исключить заболевание туберкулезом) врач-фтизиатр определяет возможность выдачи справки или медицинского заключения **об отсутствии активной формы туберкулеза**. Решение вопроса о допуске ребенка в образовательную организацию не входит в компетенцию врача-фтизиатра.

Основаниями для оформления врачом-фтизиатром справки или медицинского заключения являются:

- результаты скринингового обследования на туберкулез;
- результаты альтернативных методов обследования;
- результаты флюорографического обследования окружения ребенка давностью не более 6 мес.;
- данные лучевых методов исследования органов грудной клетки;
- данные о контакте с больными туберкулезом;
- отсутствие или наличие у ребенка жалоб или симптомов, подозрительных на заболевание туберкулезом.

Модели пациента

1. Скрининг на туберкулез проведен, ребенок не нуждается в направлении к врачу-фтизиатру.

Заключение педиатра: Здоров.

2. Скрининг на туберкулез проведен, ребенок нуждается в направлении к врачу-фтизиатру. Обследование у фтизиатра не выявило данных за инфицирование МБТ и за туберкулез.

Заключение фтизиатра: Здоров.

3. Скрининг на туберкулез проведен, ребенок нуждается в направлении к врачу-фтизиатру. Обследование у фтизиатра не выявило данных за туберкулез.

Заключение фтизиатра: Инфицирование МБТ. Здоров.

4. Скрининг на туберкулез проведен, ребенок нуждается в направлении к врачу-фтизиатру. Обследование у фтизиатра выявило данные за туберкулез.

Заключение фтизиатра: Туберкулез. Рекомендовано проведение основного курса противотуберкулезной химиотерапии.

5. Отказ от скрининга на туберкулез. Ребенок направляется к врачу-фтизиатру. Проведены альтернативные методы обследования, результаты отрицательные.

Заключение фтизиатра: Здоров.

6. Отказ от скрининга на туберкулез. Ребенок направляется к врачу-фтизиатру. Проведены альтернативные методы обследования, результаты положительные. Обследование у фтизиатра не выявило данных за туберкулез.

Заключение фтизиатра: Инфицирование МБТ. Здоров. Проведение профилактического противотуберкулезного лечения.

7. Отказ от скрининга на туберкулез. Ребенок направляется к врачу-фтизиатру. Проведены альтернативные методы обследования, результаты положительные. Обследование у фтизиатра выявило данные за туберкулез.

Заключение фтизиатра: Туберкулез. Рекомендовано проведение основного курса противотуберкулезной химиотерапии.

8. Отказ от скрининга на туберкулез. Ребенок направляется к врачу-фтизиатру. Проведены лучевые методы исследования грудной клетки. Данных за туберкулез нет.

Заключение фтизиатра: Данных за туберкулез органов дыхания не выявлено.

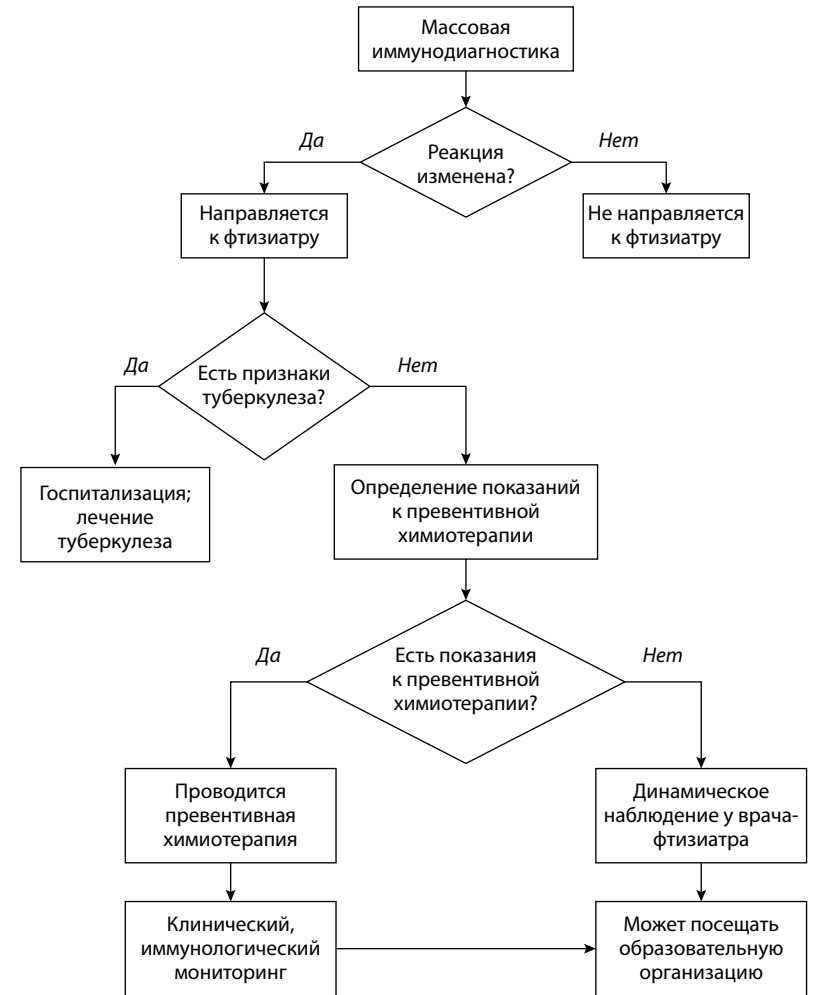
9. Отказ от скрининга на туберкулез. Ребенок направляется к врачу-фтизиатру. Отказ от любых методов обследования ребенка. Предоставлены результаты флюорографического обследования окружения ребенка.

Заключение фтизиатра: Данных за туберкулез в окружении ребенка не выявлено. Рекомендовано обследование ребенка.

10. Отказ от скрининга на туберкулез. Ребенок направляется к врачу-фтизиатру. Отказ от любых методов обследования ребенка. Не предоставлены результаты флюорографического обследования окружения ребенка.

Заключение фтизиатра: Исключить заболевание туберкулезом не представляется возможным. Рекомендовано обследование ребенка.

Алгоритм диагностики ЛТИ и ведения пациентов с ЛТИ представлен на рисунке.



Графическое представление диагностики ЛТИ и ведения пациента с ЛТИ.

3. Лечение

Цель лечебных мероприятий при ЛТИ – вторичная профилактика заболевания туберкулезом.

Тесты на высвобождение γ -интерферона и проба с АТР имеют гораздо более высокое прогностическое значение: лица с положительными результатами заболевают в течение 2 последующих лет значительно чаще, чем туберкулиноположительные. Это является аргументом для первоочередного проведения у лиц с положительными результатами этих проб превентивного противотуберкулезного лечения.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2b).

Проведение превентивной химиотерапии ЛТИ уменьшает риск развития туберкулеза в дальнейшем в 5–7 раз [1, 3].

Показания к превентивной химиотерапии:

- положительные реакции на АТР;
- положительные реакции на тесты *in vitro*, основанные на высвобождении Т-лимфоцитами γ -интерферона;
- наличие контакта с больными туберкулезом;
- высокий риск развития туберкулеза (ВИЧ-инфекция, лечение препаратами, вызывающими иммуносупрессию и др.).

Рекомендуется соблюдение **основных принципов проведения превентивной химиотерапии при ЛТИ:**

1. Прием противотуберкулезных препаратов строго под контролем медицинского работника.

2. Превентивное лечение может быть проведено (в зависимости от факторов риска и эпидемиологического окружения ребенка) в условиях:

- туберкулезного санатория, специализированного детского сада;
- стационара круглосуточного пребывания (детское отделение);
- стационара дневного пребывания;
- амбулаторных (при изоляции источника заражения и проведении заключительной дезинфекции) с привлечением медицинской организации общей лечебной сети (близость от места проживания пациента, фельдшерско-акушерского пункта).

Рекомендуется назначение противотуберкулезных препаратов I ряда длительностью от 3 до 6 мес. (превентивная химиотерапия).

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2a).

Примечание: подробно превентивное лечение расписано в клинических рекомендациях по диагностике и лечению ЛТИ у детей (2016 г.).

Лечение детей, больных туберкулезом, должно быть комплексным. Химиотерапия – основной метод лечения туберкулеза. Химиотерапия

в фазе интенсивной терапии проводится в условиях стационара (круглосуточного пребывания или дневного).

Примечание: подробно о лечении больных туберкулезом детей см. в клинических рекомендациях «Туберкулез органов дыхания у детей» (2017 г.).

4. Профилактика

С целью профилактики туберкулеза у детей рекомендуется проведение комплекса мероприятий, способствующих предупреждению инфицирования МБТ и возникновению новых случаев туберкулеза.

Наиболее эффективным мероприятием является предупреждение контакта с больным активной формой туберкулеза [1–4].

Рекомендуется вакцинация против туберкулеза в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок. Противотуберкулезная вакцинация обеспечивает предупреждение тяжелых распространенных форм заболевания у детей, снижая риск летальных исходов [1–5, 13].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2b).

Таблица 2. Критерии оценки качества медицинской помощи

Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
Соблюдены сроки обследования после выявления измененной чувствительности по пробе Манту с 2 ТЕ	C	3
Выполнен объем сбора жалоб и анамнеза	C	4
Выполнен объем физикального обследования ребенка	D	4
Проведена проба с АТР (или альтернативная проба <i>in vitro</i>)	B	2b
Проведена КТ органов грудной клетки при положительных пробах Диаскинтест или <i>in vitro</i>	B	2b
Назначена превентивная химиотерапия при положительных пробах Диаскинтест или <i>in vitro</i>	B	2b
Прием противотуберкулезных препаратов под контролем медицинских работников	C	3
Выполняется клинический мониторинг побочных реакций на противотуберкулезные препараты (АЛТ, АСТ)	C	3
Отсутствует заболевание туберкулезом по окончании диспансерного наблюдения	B	2a

5. Диспансерное наблюдение

Рекомендуется диспансерное наблюдение лиц с ЛТИ врачом-фтизиатром в VI группе диспансерного учета.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2b).

Длительность диспансерного наблюдения рекомендуется определять в зависимости от наличия факторов риска и динамики иммунологических тестов на фоне профилактических мероприятий. Обычно ребенок с ЛТИ наблюдается у фтизиатра в течение одного года, но срок наблюдения может быть продлен до 24 мес. На фоне превентивной химиотерапии рекомендуется проведение мониторинга – клинического (общий анализ крови и мочи, анализ крови на аланинаминотрансферазу (АЛТ) 1 раз в месяц, консультация окулиста при приеме этамбутола 1 раз в месяц) и иммунологического (по окончании лечения при снятии с учета проводятся иммунологические кожные пробы). Если чувствительность к тестам сохраняется на прежнем уровне или нарастает, рекомендуется повторить рентгенологическое обследование (КТ органов грудной клетки по решению врачебной комиссии) через 6 мес. и перед снятием с учета.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2b).

Основным критерием эффективности диспансерного наблюдения является отсутствие заболевания туберкулезом в дальнейшем [1–4].

Критерии оценки качества медицинской помощи представлены в таблице 2.

Список литературы

1. Янченко Е.Н., Греймер М.С. Туберкулез у детей и подростков. Руководство для врачей. – СПб.: Гиппократ, 1999. – С. 87–97.
2. Всемирная организация здравоохранения. Руководство по ведению пациентов с латентной туберкулезной инфекцией. – Женева, 2015.
3. Nuermberger E., Bishai W.R., Grosset J.H. Latent tuberculosis infection. *Seminars in Resp. and Critic // Care Med.* – 2004. – Vol. 25, №3. – P. 317–336.
4. Отраслевые и экономические показатели противотуберкулезной работы в 2014–15 гг. Аналитический обзор основных показателей и статистические материалы. – М., 2016. – 92 с.
5. Аксенова В.А., Клевно Н.И., Кавтарашвили С.М. Очаг туберкулезной инфекции и его значение в развитии туберкулеза у детей // *Туберкулез и болезни легких.* – 2011, №4. – С. 84.
6. Аксенова В.А., Барышникова Л.А., Севостьянова Т.А., Клевно Н.И. Туберкулез у детей в России и задачи фтизиатрической и общей педиатрической службы по профилактике и раннему выявлению заболевания // *Туберкулез и болезни легких.* – 2014, №3. – С. 40–46.
7. Руководство по программному ведению лекарственно-устойчивого туберкулеза / Всемирная организация здравоохранения. – 2007.
8. Руководство по лечению туберкулеза у детей, для национальных программ борьбы с туберкулезом / Всемирная организация здравоохранения. – 2014. – 51 с.
9. Старшинова А.А. Туберкулез у детей из семейного очага инфекции (диагностика, клиническое течение и профилактика): Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – СПб., 2013. – 46 с.
10. Вилк В.В., Писаренко Н.К., Кульчицкая С.С. Компьютерная томография в диагностике туберкулеза у детей // *Туберкулез и болезни легких.* – 2011, №4. – С. 84.
11. Барышникова Л.А. Особенности туберкулезной инфекции у детей и подростков в современных условиях (эпидемиология, клинические проявления, профилактика): Дис. ... докт. мед. наук. – М., 2011. – 281 с.
12. Аксенова В.А., Барышникова Л.А., Клевно Н.И. Алгоритм выявления и дифференциальной диагностики туберкулеза с использованием аллелгена туберкулезного рекомбинантного (белок CFP10-ESAT6) в стандартном разведении (Диаскинтест®) в группах риска по заболеванию // *Пульмонология.* – 2011, №2. – С. 68–74.
13. Перельман М.И. Фтизиатрия. Национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 512 с.

Приложение 1

Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория клинических рекомендаций:

1. Медицинские специалисты по специальности «фтизиатрия».
2. Медицинские специалисты по специальности «педиатрия».

Методы, использованные для сбора доказательств: поиск в электронных базах данных.

Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств: доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кокрановскую библиотеку, базы данных Embase и Medline. Глубина поиска составила 5 лет.

Таблицы доказательств заполнялись членами рабочей группы. Оценка уровней достоверности доказательности и убедительности рекомендаций проводилась в соответствии с рейтинговой шкалой, представленной в таблицах П1 и П2.

Таблица П1. Уровни достоверности доказательности

Уровень достоверности	Тип данных
1a	Метаанализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1b	Качественно проведенные метаанализы, РКИ с низким риском систематических ошибок
2a	Хотя бы одно хорошо выполненное контролируемое исследование без рандомизации
2b	Высококачественные обзоры исследований случай–контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Неаналитические исследования (например, описание случаев, серий случаев)
4	Мнение экспертов

Таблица П2. Уровни убедительности рекомендаций

Уровень убедительности	Основание рекомендации
A	Основана на клинических исследованиях хорошего качества, по своей тематике непосредственно применимых к данной специфической рекомендации, включающих по меньшей мере одно РКИ
B	Основана на результатах клинических исследований хорошего качества, но без рандомизации
C	Составлена при отсутствии клинических исследований хорошего качества, непосредственно применимых к данной рекомендации
D	Доказательства уровня 3 или 4

Приложение 2

Алгоритмы ведения пациентов

Алгоритм диагностики туберкулезной инфекции у детей включает несколько этапов диагностического поиска.

1. Отбор лиц с риском развития локального туберкулеза в учреждениях первичной медико-санитарной помощи.

Лица с положительными результатами на иммунологические тесты отбираются при массовом обследовании детского и подросткового населения (скрининг) в условиях первичной медико-санитарной помощи.

С этой целью в России проводится ежегодный скрининг детского населения на туберкулез при помощи внутрикожной пробы с аллергеном туберкулезным очищенным в стандартном разведении (проба Манту с 2 ТЕ) – массовая туберкулинодиагностика.

С 8-летнего возраста рекомендована проба с АТР (Диаскинтест) и по показаниям – детям до 7 лет (при инфицировании МБТ).

Лица с положительным результатом на пробу Диаскинтест, с симптомами, похожими на туберкулез (кашель более 3 нед., субфебрильная температура более 2 нед.), направляются на консультацию фтизиатра.

2. Дообследование в условиях специализированной противотуберкулезной службы.

Пациенты, отобранные на первом этапе, подлежат тщательному обследованию у врача-фтизиатра с целью исключения или подтверждения локального туберкулеза.

С этой целью используют следующие методы исследования:

- Активное выяснение жалоб у ребенка (родителей):
 - ухудшение общего состояния;
 - повышение температуры тела;
 - жалобы, указывающие на локальное поражение органов и систем – кашель (сухой или с мокротой), боли в грудной клетке, одышка.
- Тщательный сбор анамнеза:
 - динамика туберкулиновых проб и других тестов;
 - сведения о вакцинации против туберкулеза;
 - контакт с больными туберкулезом (длительность, периодичность);
 - лечение у фтизиатра в анамнезе;
 - сопутствующая патология с заключением соответствующих специалистов;
 - длительное лечение какими-либо препаратами.
- Обязательное обследование окружения ребенка на туберкулез (всем членам семьи проводится флюорография).

- **Объективный осмотр:**
 - выявление системной воспалительной реакции, проявляющейся общими симптомами интоксикации;
 - антропометрия с оценкой физического развития (центильные таблицы);
 - аускультация (наличие хрипов и т.д.), состояние периферических лимфатических узлов.
- **Лабораторная диагностика:**
 - анализы клинические и биохимические (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови);
 - бактериологическая (этиологическая) диагностика (выявление возбудителя различными методами).
- **Лучевая диагностика:**
 - всем детям с положительной реакцией на пробу с АТР (Диаскинтест) показана КТ органов грудной клетки.
- **Дополнительные методы исследования** проводят по показаниям в условиях стационара по профилю «фтизиатрия».

Приложение 3

Информация для пациента

Туберкулез заразен и опасен. Туберкулез – это инфекционное заболевание, которое передается от больного человека, выделяющего микобактерии (палочка Коха) в окружающую среду. Туберкулез чаще поражает легкие, у детей – внутригрудные лимфатические узлы, но также может развиваться и в других органах (например, в костях, мозге, почках). Возбудитель туберкулеза находится в организме трети населения земного шара, это означает, что 2 млрд людей планеты инфицированы туберкулезом.

Как вы могли заразиться туберкулезом?

Проникновение инфекции чаще всего происходит через дыхательные пути, когда микробы в огромном количестве попадают с капельками слизи и мокроты, которые выделяют больные туберкулезом взрослые и подростки при чихании, кашле, разговоре. Большой заразной формой туберкулеза, не получающий необходимого лечение, заражает примерно 10–15 человек в год. Для детей особо опасными являются больные туберкулезом родственники (мамы, папы, бабушки, дедушки и т.д.). Реже заразиться туберкулезом можно при употреблении в пищу молочных продуктов от больных туберкулезом животных.

Когда развивается туберкулез?

При попадании туберкулезной палочки в организм начинается «борьба» между микробом и организмом. Защитные силы организма (иммунитет) в большинстве случаев не дают туберкулезу развиваться. Поэтому МБТ могут находиться в «спящем» состоянии в организме инфицированного долгое время, не приводя к болезни. Но если иммунитет ослаблен или инфекция массивная и постоянно поступает в организм ребенка (при контакте), то в итоге развивается заболевание – туберкулез.

Существуют факторы, повышающие риск заболевания туберкулезом. К ним относятся младший и подростковый возраст ребенка, контакт с больным туберкулезом, хронические неспецифические заболевания органов дыхания и мочевыводящей системы, сахарный диабет, ВИЧ-инфекция, прием иммуносупрессивных препаратов и др.

Как проявляется туберкулез?

Туберкулез у детей может начинаться и протекать бессимптомно. У части больных на начальных стадиях развития болезни признаки туберкулеза напоминают простудное заболевание. В большинстве случаев болезнь развивается постепенно и по мере ее развития могут появиться:

- повышенная утомляемость;
- неподдающийся лечению кашель (в течение 2–3 нед.);
- снижение аппетита;

- потеря веса;
- раздражительность, плохой сон;
- повышение температуры тела по вечерам (чаще 37,5–37,6°C);
- ночная потливость.

При появлении симптомов заболевания необходимо обратиться к врачу!

Как выявляют туберкулез?

У детей туберкулез выявляют с помощью иммунодиагностических проб. Ежегодно, начиная с 1 года, детям проводят туберкулинодиагностику (пробу Манту с 2 ТЕ), с 8 лет – АТР (Диаскинтест). Затем по результатам проб проводят рентгенологическое обследование. Туберкулиновые пробы необходимо делать для раннего выявления туберкулеза, так как начальные его стадии протекают бессимптомно (нет клинических признаков болезни).

Как лечить туберкулез?

Туберкулез – серьезное заболевание, требующее тщательного и длительного лечения под наблюдением специалиста (врача-фтизиатра). Лечение – 6 мес. и более. При регулярном приеме препаратов туберкулез излечим.

Во время курса лечения ваш врач будет контролировать переносимость противотуберкулезных препаратов, в анализах крови ежемесячно изучать билирубин и ферменты печени. При появлении жалоб на тошноту, рвоту анализы назначают внепланово, врач корректирует назначение препаратов.

В чем заключается профилактика туберкулеза?

Профилактика туберкулеза начинается до рождения малыша – все окружение беременной женщины должно пройти флюорографию. Продолжается профилактика в родильном доме. Здоровым новорожденным вводят вакцину против туберкулеза на 3-и сутки от рождения. Вакцина предохраняет детей раннего возраста от туберкулезного менингита, развитие которого у невакцинированных приводит к летальному исходу. В очаге туберкулезной инфекции (больные родственники) необходимо проводить следующие мероприятия: постоянная влажная уборка, изоляция больного или ребенка от больного (санаторий), заключительная дезинфекция после изоляции больного. Детям из группы контакта назначают профилактическое противотуберкулезное лечение на 3–6 мес. для предупреждения развития заболевания.

Аксенова Валентина Александровна,
Клевно Надежда Ивановна,
Барышникова Лада Анатольевна

**ВЫЯВЛЕНИЕ И ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ,
ПОСТУПАЮЩИХ И ОБУЧАЮЩИХСЯ
В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ**

Клинические рекомендации

ISBN 978-5-00030-009-1



Подписано в печать 22.06.17. Формат 60×90/16
Бумага офсетная. Печать офсетная. Усл. печ. л. 2,5
Гарнитура Таймс. Тираж 7050 экз. Заказ №Т-663

Отпечатано в полном соответствии с качеством предоставленного электронного
оригинал-макета в типографии АО «ТАТМЕДИА» «ПИК «Идел-Пресс».
420066, г. Казань, ул. Декабристов, д. 2
e-mail: idelpress@mail.ru