

Разработан организационно-методическим отделом Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения «Городской противотуберкулезный диспансер» совместно с Главным внештатным детским специалистом фтизиатром Комитета по здравоохранению в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации для применения на территории Санкт-Петербурга медицинскими организациями независимо от формы собственности и ведомственной принадлежности

АЛГОРИТМ

обследования у врача-фтизиатра детей, которым не проводилась туберкулинодиагностика

1. Обязательный минимум:
 - разъяснительная беседа с родителями (законными представителями) несовершеннолетнего;
 - осмотр ребенка с записью в медицинскую карту амбулаторного больного;
 - иммунодиагностика с помощью пробы Манту 2ТЕ / или Диаскинтест (ДСТ) / или по инициативе родителей (законных представителей) квантифероновый тест (КФТ) / тест T-Spot.TB.
2. При признаках поствакцинальной аллергии по пробе Манту 2ТЕ / отрицательном результате иммунологических тестов ДСТ (КФТ, T-Spot.TB):
 - а) при отсутствии клинических проявлений туберкулезной инфекции и факторов риска развития туберкулеза* может быть выдано заключение: «Данных за инфицирование МБТ по пробе Манту 2ТЕ / или за активность туберкулезной инфекции по ДСТ (КФТ, T-Spot.TB) в настоящее время не получено. Детское учреждение посещать может»;
 - б) при наличии клинических проявлений и/или факторов риска развития туберкулеза дополнительно предусмотреть:
 - клинический анализ крови и общий анализ мочи;
 - лучевую диагностику (по показаниям);
 - предоставление сведений о результатах ФЛГ-обследования взрослого окружения ребенка давностью не более 1 года.
3. При выявлении инфекционной аллергии по пробе Манту 2ТЕ, сомнительном и положительном результате ДСТ и положительном КФТ/T-Spot.TB дети подлежат полному обследованию для исключения туберкулеза в соответствии с действующими нормативно-правовыми документами Российской Федерации.
4. При отказе родителей от обследования выдается справка: «Дать заключение о наличии туберкулезной инфекции не представляется возможным из-за отказа от обследования».

В данной ситуации вопрос о приеме ребенка в детское учреждение решает руководитель детского учреждения на основании санитарного законодательства Российской Федерации.

5. В каждом отдельном случае фтизиатр может корректировать объем обследования индивидуально с учетом факторов риска, клинического статуса ребенка, социального профиля и здоровья семьи.

В спорных случаях вопрос об обследовании ребенка для исключения заболевания туберкулезом может быть решен врачебной комиссией противотуберкулезной медицинской организации.

* Факторы риска развития туберкулеза у детей в соответствии с «Федеральными клиническими рекомендациями по диагностике и лечению латентной туберкулезной инфекции у детей», 2015:

1. Эпидемиологический (специфический)

1.1. Контакт с больными туберкулезом людьми:

- 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:

- инфекции мочевыводящих путей
- хронический бронхит
- 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.