Туберкулез у взрослых

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2026 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: A15, A16, A17, A18, A19 · Российское Общество Фтизиатров, Национальная ассоциация некоммерческих организаций фтизиатров «Ассоциация фтизиатров»

Туберкулез у взрослых — инфекция, вызываемая микобактериями комплекса Mycobacterium tuberculosis; чаще поражаются органы дыхания, но возможны внелегочные и генерализованные формы. Рекомендация описывает комплексную диагностику с определением лекарственной чувствительности, выбор режима химиотерапии, показания к хирургическому лечению и организацию наблюдения.

Главное

- Диагноз формулируют последовательно: клиническая форма, локализация, фаза процесса, бактериовыделение с указанием лекарственной чувствительности и осложнения. Окончательное решение о диагнозе, лечении, диспансерном наблюдении и госпитализации принимает комиссия противотуберкулезной организации.
- У всех пациентов с подозрением на туберкулез приоритетны молекулярно-биологическое выявление ДНК МБТК, культуральное исследование и микроскопия одного и того же диагностического материала в течение 2–3 последовательных дней.
- До выбора режима лечения нужно определить устойчивость как минимум к рифампицину, а предпочтительно — к изониазиду и рифампицину; при устойчивости к рифампицину дополнительно определяют устойчивость к изониазиду и фторхинолонам.
- Химиотерапию начинают как можно раньше после установления и верификации диагноза. Режим выбирают по результатам лекарственной чувствительности или, пока они не получены, по оценке риска лекарственно-устойчивого туберкулеза.
- При каждом обращении пациента с ВИЧ-инфекцией рекомендуется скрининг клинических проявлений туберкулеза: кашля, лихорадки, ночной потливости и потери массы тела.
- Бактериовыделение, осложнения, среднетяжелое или тяжелое течение, распространенные формы, тяжелые побочные реакции, эпидемические и социальные риски являются основаниями для лечения в круглосуточном противотуберкулезном стационаре.

Диагностика

1. Собрать анамнез: длительность и динамику симптомов, контакт с больным туберкулезом, прежнее лечение, бактериовыделение, лекарственную устойчивость, сопутствующие заболевания и результаты предыдущих курсов.
2. Провести физикальный осмотр; при туберкулезе изменения со стороны пораженного органа могут быть скудными или отсутствовать. УУР С, УДД 5.
3. Выполнить рентгенографию легких в двух проекциях и/или КТ органов грудной полости и/или томосинтез легких; методы позволяют определить локализацию, форму, активность и распространенность процесса. УУР В, УДД 1.
4. Исследовать мокроту или другой материал, соответствующий локализации процесса, молекулярно-биологическим, культуральным и микроскопическим методами в течение 2–3 последовательных дней; комплексное исследование следует проводить из одного и того же образца. УУР В, УДД 2.
5. При отрицательном первом молекулярно-биологическом результате исследование повторяют; при обнаружении ДНК МБТК повторять его для верификации диагноза не нужно. Микроскопию выполняют минимум по двум образцам.
6. Определить лекарственную чувствительность: молекулярно — к изониазиду и рифампицину либо минимум к рифампицину, а при устойчивости к рифампицину — также к изониазиду и фторхинолонам; при положительной культуре провести культуральное тестирование к препаратам первого и второго ряда методом пропорций.
7. При внелегочной локализации исследовать материал из пораженного органа — например, мочу, ликвор, синовиальную или асцитическую жидкость, отделяемое свища, пунктат или биоптат.

Лечение

- Химиотерапия проводится в две фазы: интенсивную — для подавления микобактериальной популяции и прекращения бактериовыделения, и фазу продолжения — для подавления сохраняющихся микобактерий и инволюции процесса. Режим корректируют при выявлении лекарственной устойчивости.
- При лекарственно-чувствительном туберкулезе назначают изониазид, рифампицин, пиразинамид и этамбутол длительностью не менее 6 месяцев. УУР А, УДД 1. В интенсивную фазу назначают комбинацию из этих 4 препаратов, а в фазу продолжения — комбинацию как минимум из 3 препаратов первого ряда: изониазида, рифампицина и пиразинамида или этамбутола. УУР А, УДД 4. Интенсивная фаза длится не менее 2 месяцев, фаза продолжения — не менее 4 месяцев.
- Для отдельных впервые выявленных пациентов с туберкулезом легких, подтвержденной чувствительностью к изониазиду, рифампицину и фторхинолонам, отсутствием приема препаратов схемы в предшествующие 3 месяца и CD4+ не менее 100 клеток/мкл при ВИЧ возможен 4-месячный режим: интенсивная фаза — изониазид, рифапентин 1200 мг/сут, пиразинамид и моксифлоксацин 400 мг/сут; продолжение — изониазид, рифапентин 1200 мг/сут и моксифлоксацин 400 мг/сут.
- При изониазид-резистентном туберкулезе при сохраненной чувствительности к рифампицину назначают рифампицин, левофлоксацин, этамбутол и пиразинамид на 6 месяцев; при положительной микроскопии или посеве после 90 доз, отсутствии рентгенологической динамики после 90 доз либо распространенном деструктивном процессе срок может быть увеличен решением ВК. УУР В, УДД 2.
- При МЛУ-туберкулезе легких с подтвержденной чувствительностью к фторхинолонам возможен 6-месячный режим: бедаквилин, претоманид 200 мг/сут, линезолид и моксифлоксацин 400 мг/сут. При недостаточном ответе длительность режима может быть увеличена до 20 месяцев решением ВК. УУР В, УДД 2.
- При пре-ШЛУ-туберкулезе возможен 6-месячный режим бедаквилин + претоманид + линезолид при подтвержденной устойчивости к фторхинолонам либо при клинически установленной МЛУ и пре-ШЛУ. При пре-ШЛУ или неизвестной лекарственной устойчивости к фторхинолонам назначают не менее пяти препаратов на 9 месяцев; при пре-ШЛУ — не менее пяти препаратов не менее чем на 18 месяцев. УУР В, УДД 2 для 6-месячной схемы.
- При ШЛУ-туберкулезе назначают не менее пяти препаратов минимум на 18 месяцев: бедаквилин или линезолид, деламанид и три дополнительных препарата с доказанной или предполагаемой чувствительностью. При недостаточном ответе длительность может быть увеличена до 24 месяцев. УУР В, УДД 2.
- На протяжении химиотерапии систематически контролируют побочные реакции; при ВИЧ-инфекции АРТ начинают в течение 2 недель от начала противотуберкулезной терапии, а при туберкулезном менингите — не ранее 4 недель, но в течение 8 недель. УУР С, УДД 3 для мониторинга побочных реакций; УУР С, УДД 5 для сроков АРТ.

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализировать в круглосуточный противотуберкулезный стационар при бактериовыделении, независимо от других признаков.
- Направить в стационар при осложнениях — легочно-сердечной недостаточности, кровохарканье или легочном кровотечении, бронхиальных свищах, спонтанном пневмотораксе, а также при среднетяжелом или тяжелом течении, распространенных формах и внелегочном туберкулезе.
- При необходимости хирургического лечения или подготовки к нему показана госпитализация в круглосуточный стационар.
- Рекомендуется хирургическое лечение при отсутствии положительной динамики от этиотропной химиотерапии; показаниями также служат туберкулема от 2 см, кавернозный и фиброзно-кавернозный туберкулез, легочное кровотечение, пневмоторакс, бронхиальный свищ и эмпиема плевры. УУР С, УДД 4.

Частые вопросы

Как подтвердить туберкулез легких?

Нужен комплекс: лучевая диагностика и исследование мокроты или другого материала молекулярно-биологическим, культуральным и микроскопическим методами в течение 2–3 последовательных дней.

Верификация возможна при обнаружении МБТК молекулярным или культуральным методом либо при выявлении туберкулезной гранулемы в пораженном органе.

Нужно ли повторять молекулярный тест, если ДНК МБТ уже обнаружена?

Для верификации диагноза повторять исследование не нужно. Если первый результат отрицательный, исследование повторяют; положительный результат при отсутствии клинико-рентгенологических признаков также требует повторной проверки.

Какая схема используется при лекарственно-чувствительном туберкулезе?

Стандартная схема включает изониазид, рифампицин, пиразинамид и этамбутол: интенсивная фаза длится не менее 2 месяцев, затем следует не менее 4 месяцев продолжения. Для отдельных пациентов возможен 4-месячный режим с рифапентином 1200 мг/сут и моксифлоксацином 400 мг/сут при соблюдении критериев рекомендации.

Когда пациента с туберкулезом госпитализируют?

Обязательное показание — бактериовыделение. Также госпитализация нужна при осложнениях, среднетяжелом или тяжелом течении, распространенных и внелегочных формах, тяжелых побочных реакциях, необходимости круглосуточного наблюдения, хирургического лечения либо при выраженных эпидемических и социальных рисках.

Когда начинать АРТ у пациента с ВИЧ и туберкулезом?

АРТ назначают в течение 2 недель от начала противотуберкулезной терапии независимо от уровня CD4+. При туберкулезном менингите АРТ начинают не ранее 4 недель, но не позднее 8 недель после начала лечения менингита.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/16-tuberkulez-u-vzroslyh. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/16_4