Туберкулез у детей

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · 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 детей — инфекция, вызванная микобактериями комплекса Mycobacterium tuberculosis, способная поражать любые органы и ткани. Рекомендация описывает раннее выявление, подтверждение диагноза и подбор лечения по лекарственной чувствительности, включая профилактическую терапию детей из групп риска.

Главное

- У детей преобладают первичные формы, часто с малосимптомным или бессимптомным течением; около 75–80% клинических форм приходится на туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, около 10–15% — на первичный туберкулезный комплекс.
- Специфических симптомов нет. Настораживают длительная субфебрильная лихорадка, слабость, ночная потливость, снижение аппетита и массы тела, кашель более 2 недель, боль в груди, одышка, кровохарканье или признаки внелегочного поражения.
- Диагноз формулируют последовательно: клиническая форма, локализация, фаза процесса, бактериовыделение с лекарственной чувствительностью и осложнения. Верификация основана на выявлении МБТ и/или туберкулезной гранулемы; при отсутствии бактериологического и гистологического подтверждения диагноз может быть установлен по клинико-рентгенологическим признакам.
- Режим химиотерапии выбирают по лекарственной чувствительности МБТ; при ее отсутствии используют данные анамнеза, в том числе сведения о чувствительности возбудителя у предполагаемого источника инфекции.
- При подозрении на туберкулез или положительной иммунодиагностике детям проводят КТ органов грудной полости; спиральная КТ легких информативнее рентгенографии. При внелегочном процессе обследуют соответствующую анатомическую область и одновременно исключают поражение органов дыхания.
- Активный туберкулез, лекарственно-устойчивый процесс, бактериовыделение, распространенные, деструктивные или осложненные формы являются основаниями для лечения в стационаре с круглосуточным пребыванием.
- Дети с латентной туберкулезной инфекцией, контактом с больным туберкулезом, ВИЧ-инфекцией с иммунодефицитом или предстоящей иммуносупрессивной терапией подлежат превентивному лечению после исключения активного туберкулеза.

Диагностика

1. Соберите жалобы и анамнез: симптомы интоксикации и поражения дыхательной системы, длительность кашля и лихорадки, контакт с больным туберкулезом, вакцинацию, результаты предыдущей иммунодиагностики, лечение у фтизиатра и сопутствующие заболевания. Обследуйте всех членов семьи, включая флюорографию или рентгенографию легких.
2. Проведите физикальное обследование. Отсутствие патологических перкуторных и аускультативных признаков не исключает туберкулез; при распространенном процессе возможны бледность, снижение тургора кожи, ослабление легочного звука и хрипы.
3. Выполните иммунодиагностику с учетом возраста: пробу Манту с 2 ТЕ — детям младше 8 лет; АТР — детям от 8 до 17 лет включительно. Учитывайте также IGRA-тесты; при аллергических и аутоиммунных заболеваниях предпочтительно исследование интерферона-гамма в крови.
4. При подозрении по клиническим признакам или иммунодиагностике проведите КТ органов грудной полости. При внелегочной локализации используйте КТ, МРТ, УЗИ или рентгенографию соответствующей области; при костно-суставном процессе для раннего выявления абсцессов и некроза применяют МРТ.
5. Возьмите доступный диагностический материал по локализации процесса: мокроту, промывные воды бронхов или желудка, бронхоальвеолярную жидкость, плевральную, синовиальную, асцитическую и спинномозговую жидкости, мочу, отделяемое свищей или биоптат. У детей младше 3 лет промывные воды

желудка используют главным образом при осложненном течении или подозрении на лекарственную устойчивость.

6. Для подтверждения туберкулеза органов дыхания исследуйте мокроту или другой материал микроскопически не менее двух раз, а при наличии материала выполните не менее двух культуральных исследований из разных порций.
7. Параллельно определите ДНК МБТ и мутации лекарственной устойчивости методом ПЦР: как минимум к рифампицину, предпочтительно к изониазиду и рифампицину, а также к фторхинолонам. Положительный молекулярный тест не определяет статус бактериовыделения и не отменяет культуральное исследование лекарственной чувствительности.

Лечение

- Начинайте химиотерапию как можно раньше после установления и верификации диагноза. Лечение проходит в две фазы — интенсивную и продолжения; дозы подбирают по возрасту и массе тела. УУР С, УДД 5.
- При лекарственно-чувствительном туберкулезе стандартный курс длится не менее 6 месяцев: интенсивная фаза — не менее 2 месяцев и 60 доз изониазида, рифампицина, пиразинамида и этамбутола; фаза продолжения — не менее 4 месяцев изониазидом и рифампицином. Ориентировочные суточные дозы: рифампицин 10 мг/кг, изониазид 10 мг/кг, пиразинамид 20 мг/кг, этамбутол 20 мг/кг; возрастные ограничения указаны в рекомендации. УУР С, УДД 5.
- У детей и подростков с ограниченным неосложненным лекарственно-чувствительным туберкулезом возможен 4-месячный курс: 2 месяца изониазида, рифампицина, пиразинамида и при необходимости этамбутола, затем 2 месяца изониазида и рифампицина. К ограниченным формам относят поражение 1–2 групп ВГЛУ, ВГЛУ в обратном развитии и очаги в пределах 1–2 сегментов. УУР В, УДД 2.
- При устойчивости только к изониазиду и сохраненной чувствительности к рифампицину применяют режим изониазид-устойчивого туберкулеза не менее 6 месяцев. Основная комбинация — рифампицин 10–20 мг/кг/сут, пиразинамид, этамбутол и левофлоксацин 15–20 мг/кг/сут; перед добавлением левофлоксацина нужно исключить устойчивость к рифампицину. УУР С, УДД 5.
- При МЛУ/РУ-ТБ предпочтителен полностью пероральный короткий режим с бедаквилином и фторхинолоном; короткие курсы длятся 6 или 9 месяцев, а при распространенном, осложненном или внелегочном процессе длительный режим может продолжаться 18–20 месяцев. В интенсивной фазе используют не менее 4–5 эффективных препаратов, отдавая приоритет группам А и В. УУР С, УДД 5.
- При пре-ШЛУ-ТБ лечение проводят не менее 9 месяцев, обычно с бедаквилином, деламанидом и линезолидом; в интенсивной фазе необходимо 5, но не менее 4 эффективных препаратов, в фазе продолжения — не менее 3–4. УУР С, УДД 5.
- При ШЛУ-ТБ курс составляет 18–20 месяцев: интенсивная фаза 6–8 месяцев, продолжение 12 месяцев; в интенсивной фазе назначают не менее 5 препаратов с сохраненной чувствительностью. УУР С, УДД 5.
- Контролируйте переносимость лечения: выполняйте общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови с билирубином, АЛТ и АСТ, ЭКГ, рентгенографию и КТ по показаниям. Перед инъекционными препаратами оценивают слух; перед этамбутолом — состояние глаз. УУР С, УДД 5.
- При сохранении каверны или выраженных остаточных изменениях после консервативного лечения решают вопрос об операции на врачебной комиссии. УУР С, УДД 5.
- Превентивное лечение назначают после исключения активного туберкулеза. Предпочтительная схема — изониазид 5–15 мг/кг/сут и рифампицин 10–20 мг/кг/сут в течение 3 месяцев; для детей с ВИЧ на прямых противовирусных препаратах указана схема изониазида в течение 6 месяцев. При схемах с изониазидом назначают пиридоксин: 5–10 мг/сут детям младше 5 лет и 25 мг/сут детям старше 5 лет. УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализируйте ребенка в противотуберкулезный стационар для лечения в интенсивной фазе при активном туберкулезе любой локализации, особенно при бактериовыделении, лекарственной устойчивости, распространенном, деструктивном или осложненном процессе.
- Стационар необходим при жизнеугрожающих осложнениях, включая кровохарканье, при необходимости хирургической диагностики или лечения, а также при сопутствующих состояниях, требующих круглосуточного наблюдения, включая ВИЧ-инфекцию и сахарный диабет.

- Выписка возможна при затихании процесса в фазе продолжения, прекращении бактериовыделения, закрытии каверн и гладком раннем послеоперационном периоде — не ранее чем через 2 недели. После выписки лечение продолжают амбулаторно, в дневном стационаре или санатории.
- Детей с положительной АТР или IGRA, а также детей из контакта с больным туберкулезом можно направлять в противотуберкулезный санаторий для контролируемого превентивного лечения сроком от 1 до 6 месяцев. Детям с ограниченным туберкулезом без подозрения на МЛУ/РУ-ТБ в санатории может проводиться фаза продолжения лечения.
- Диспансерное наблюдение фтизиатром требуется всем пациентам с подозрением на туберкулез, получающим лечение, излеченным пациентам, контактным лицам и детям с измененной иммунодиагностикой; обычно наблюдение длится 2–4 года, иногда до 17 лет включительно.

Частые вопросы

Можно ли исключить туберкулез при отсутствии жалоб?

Нет. У детей первичные формы часто протекают бессимптомно, поэтому выявление нередко происходит при профилактической иммунодиагностике.

Какой тест использовать у ребенка в зависимости от возраста?

Пробу Манту с 2 ТЕ проводят детям младше 8 лет, АТР — детям от 8 до 17 лет включительно. IGRA-тесты могут учитываться в обеих возрастных группах, а при аллергических и аутоиммунных заболеваниях исследование интерферона-гамма помогает избежать влияния кожной аллергии.

Как получить материал для микробиологического подтверждения у маленького ребенка?

Основной материал при туберкулезе органов дыхания — мокрота; ее можно получить методом индукции. Если ребенок младше 3 лет не может откашлять или индуцировать мокроту, исследуют промывные воды желудка, главным образом при осложненном течении или подозрении на лекарственную устойчивость; альтернативой может быть кал для молекулярного исследования.

Какова стандартная схема лечения лекарственно-чувствительного туберкулеза?

Обычно курс длится не менее 6 месяцев: 2 месяца изониазида, рифампицина, пиразинамида и этамбутола, затем 4 месяца изониазида и рифампицина. При ограниченном неосложненном процессе у детей и подростков возможна 4-месячная схема по критериям рекомендации.

Кому нужно назначать превентивное лечение?

После исключения активного туберкулеза его назначают детям с положительными АТР или IGRA, контактным с больным туберкулезом, детям с ВИЧ и иммунодефицитом, а также перед иммуносупрессивной терапией, диализом или трансплантацией независимо от результата иммунодиагностики. Предпочтительная схема для детей — изониазид с рифампицином в течение 3 месяцев.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/507-tuberkulez-u-detej. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/507_4