УТВЕРЖДАЮ

Главный врач Гродненского ОКЦ «Фтизиатрия»

В.И.Калач

«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019 года

АЛГОРИТМ   
выявления туберкулеза органов дыхания у взрослых в организациях первичной медицинской помощи и общелечебной сети

Выявление и диагностика туберкулеза органов дыхания должны проводиться у следующих категорий пациентов:

* *с симптомами воспалительного бронхолегочного заболевания (респираторными симптомами)*: продуктивный/сухой кашель более 3 недель, кровохарканье, боли в грудной клетке, связанные с дыханием;
* *с интоксикационными симптомами длительностью более 3 недель*: повышение температуры тела, слабость, повышенная потливость, особенно в ночное время, потеря массы тела и др.

В случае обращения пациента с наличием кашля и/или другими вышеперечисленными симптомами в организации ПМП или при появлении данных клинических проявлений у пациентов стационара следует использовать следующий алгоритм обследования пациентов и дифференциальной диагностики заболеваний органов дыхания.

Во всех случаях обследования с респираторными и/или интоксикационными симптомами после сбора анамнеза, выявления фактора риска ТБ и физикального обследования необходимо обследовать пациента рентгенологически (или флюорографически) и посредством микробиологического, и молекулярно-генетического исследований. По результатам этих исследований возможны 4 варианта.

В случае **варианта «А»**, когда микобактерии в мокроте не обнаружены посредством микробиологического и\или молекулярно-генетического исследований, а при рентгенологическом обследовании выявлены ранее не регистрируемые изменения со стороны органов дыхания, пациенту необходимо провести неспецифическую тест-терапию в течение 10-14 дней.

Данной категории пациентов с целью тест-терапии не следует назначать антибиотики, обладающие антимикобактериальной активностью (рифампицин, стрептомицин, канамицин, амикацин, ломефлоксацин, офлоксацин, левофлоксацин, моксифлоксацин, гатифлоксацин, линезолид).

При выявлении бронхообструктивной патологии пациент направляется на консультацию к пульмонологу для установления клинического диагноза ХОБЛ, бронхиальной астмы или других заболеваний органов дыхания.

При нормальной функции внешнего дыхания причиной кашля может быть нереспираторная патология, например гастро-эозофагальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), повышение стимуляции n.vagus, раздражение плевры или диафрагмы, психогенный фактор.

При полном или значительном рассасывании воспалительных изменений в легких, улучшении общего состояния пациента, следует трактовать выявленные изменения как пневмонию и продолжить наблюдение (и/или лечение) в общей лечебной сети.

В случае отсутствия или незначительной клинико-рентгенологической динамики следует направить пациента на консультацию к врачу фтизиатру, дополнительно сдать 2 образца индуцированной мокроты для выявления МБТ. Первый образец мокроты направляется на микроскопию, XpertMTB\RIF, посев на жидкой и плотной средах, LPA. Второй образец направляется на микроскопию и посев\ТЛЧ на жидкой и плотной средах. Дальнейшая тактика ведения пациента зависит от результатов проведенных обследований и консультаций.

При высевании возбудителя туберкулеза, обнаружения ВИЧ-инфекции пациент направляется на лечение УЗГОКЦ «Фтизиатрия», где могут устанавливаться диагнозы туберкулеза, сочетанной инфекции (ТБ/ВИЧ) и/или микобактериоза.

При затруднениях с диагнозом в дальнейшем проводится дообследование (бронхоскопия, компьютерная томография, видеоторакоскопия с биопсией легких) с последующей консультацией узкопрофильных специалистов для верификации легочного заболевания, на базе УЗГОКЦ «Фтизиатрия»

В случае **варианта «Б»**, когда у пациента с характерными для туберкулеза жалобами не выявлено рентгенологических изменений со стороны органов дыхания и не обнаружено кислотоустойчивых бактерий в мокроте, причинами кашля и других симптомов могут быть острый бронхит (затяжное течение) или воспалительные заболевания верхних дыхательный путей. При исключении данной патологии пациенту назначаются дополнительные исследования, рекомендуемые для пациентов с отсутствием клинико-рентгенологической динамики на фоне назначения антибиотиков широкого спектра действия с последующим алгоритмом действия в соответствии с вариантом «А». Использование указанный дополнительных методов обследования позволяет выявить (или исключить) патологический, в т.ч. специфический процесс в органах дыхания (в легких, внутригрудных лимфоузлах и бронхиальном дереве) даже при кажущемся отсутствии изменений на рентгенограмме грудной клетки.

При **вариантах «В» и «Г»**, когда у пациента в мокроте выделены МБТ (при наличии рентгенологически видимых изменений в легких или даже при их отсутствии), необходимо направить его на консультацию к врачу фтизиатру с дальнейшим направлением лечение УЗГОКЦ «Фтизиатрия».

Методы диагностики ТБ у беременных женщин не должны включать рентгенологическое обследование, в особенности в течение 1-го триместра беременности.

Заместитель главного врача   
по медицинской части Т.Г.Санукевич