

**Межрегиональная общественная организация
«Московское общество фтизиатров»**

**ПРОТОКОЛ № 2
заседания Межрегиональной общественной организации
«Московское общество фтизиатров», посвященного
теме «Внедрение в г. Москве Федеральных клинических
рекомендаций по диагностике и лечению латентной
туберкулезной инфекции у детей»**

г. Москва

22 апреля 2016 г.

Председатели:

Е.М. Богородская, доктор медицинских наук, Президент МОО «Московское общество фтизиатров», директор ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ», главный фтизиатр Департамента здравоохранения города Москвы, профессор кафедры фтизиатрии ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России;

В.И. Литвинов, профессор, академик РАН, член Правления МОО «Московское общество фтизиатров», научный руководитель ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ»;

Л.В. Мохирева, доктор медицинских наук, генеральный секретарь МОО «Московское общество фтизиатров», заведующая филиалом по ЮЗАО ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ»;

Т.А. Севостьянова, кандидат медицинских наук, заведующая детским консультационно-диагностическим отделением Клинико-диагностического центра ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ».

Секретарь: А.Г. Дудина, главный специалист отдела делопроизводства ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ».

Заседание проходило в конференц-зале клиники № 2 ГБУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом ДЗМ» по адресу: г. Москва, ул. Барболина, д. 3, корп. 2.

Всего зарегистрировалось: 71 человек, представляющий ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ» (включая филиалы и структурные подразделения), ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, кафедру фтизиатрии ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова».

Повестка дня заседания:

1. Внедрение Федеральных клинических рекомендаций по диагностике и лечению латентной туберкулезной инфекции у детей в г. Москве.

Докладчик – к.м.н. Т.А. Севостьянова

2. Вопросы этики и деонтологии при лечении и химиопрофилактике латентной туберкулезной инфекции у детей.

Докладчик – Е.В. Мартусова.

3. Фиксированные выступления о выполнении Федеральных клинических рекомендаций по диагностике и лечению латентной туберкулезной инфекции у детей в некоторых административных округах г. Москвы.

Докладчики – заведующие детскими отделениями филиалов ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ», другие члены МОФ, желающие высказаться по теме заседания.

В начале заседания Президент МОО «Московское общество фтизиатров» **Е.М. Богородская** обратила внимание присутствующих на ситуацию, которая возникла в связи с активизацией противотуберкулезной работы среди детей, с началом скрининговых обследований: возросло количество обращений граждан по поводу перебоев с поставками туберкулина и аллергена туберкулезного рекомбинантного (препарат Диаскинест®) в поликлиники общей лечебной сети, а также очередей в филиалах МНПЦ борьбы с туберкулезом и жалоб на отношение врачей к детям и родителям. Причем жалобы касаются не самого по себе оказания медицинской помощи, акцент делается именно на отношение врача к больному. Одним из критериев оценки эффективности работы медицинского учреждения является количество жалоб на 1000 выписанных больных, при этом наибольшее количество жалоб поступает на работу психиатрических и противотуберкулезных лечебных учреждений, в частности, на работу МНПЦ борьбы с туберкулезом. И если частично такую ситуацию можно объяснить специфическим характером лечения в противотуберкулезном стационаре – слишком долгий срок пребывания в больнице (три и более месяца) вызывает накопление негативных эмоций (на качество и однообразие пищи, работу телевизора у соседей по палате и т.п.), то жалобы на работу амбулаторно-поликлинического звена, фтизиопедиатров диктуют необходимость более активной работы с персоналом, в том числе – средним медицинским, чтобы максимально исключить с их стороны поведение, способное вызвать нарекания и жалобы.

По пункту 1.

СЛУШАЛИ:

Внедрение Федеральных клинических рекомендаций по диагностике и лечению латентной туберкулезной инфекции у детей в г. Москве.

ВЫСТУПИЛИ:

Т.А. Севостьянова, заведующая детским консультационно-диагностическим отделением ГКДЦ ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ», заместитель главного внештатного специалиста фтизиатра ДЗМ – детский внештатный специалист фтизиатр, изложила современную концепцию противотуберкулезной помощи детям, которая в соответствии с Федеральными клиническими рекомендациями (ФКР) по диагностике и лечению латентной туберкулезной инфекции у детей заключается в контролируемом лечении, максимальном сокращении численности групп риска, минимизации количества детей с остаточными туберкулезными изменениями, что достигается путем повышения эффективности выявления, диагностики и лечения латентной туберкулезной инфекции (ЛТИ). В связи с увеличением кратности обследования при массовой химиопрофилактике (ранее оно проводилось до и после завершения курса) появляются нюансы его осуществления, прежде не привлекавшие внимания фтизиопедиатров. Новые технологии привели к появлению новых групп риска и новых подходов к профилактике. На данный момент скрининг в г. Москве полностью еще не внедрен. В соответствии с СанПиН детям делают пробу Манту с 2 ТЕ, при положительном результате назначается проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (АТР). При невозможности ее проведения (в силу различных причин) врачи обязаны использовать альтернативные методы, основанные на высвобождении γ -интерферона Т-лимфоцитами *in vitro* (T-SPOT®.TB, QuantiFERON®-TB Gold), закрепленные в ФКР. При химиопрофилактике недопустимо прерывание режима, длительность режима и конкретные препараты определены решением врачебной комиссии. Еще до принятия ФКР в г. Москве на основании приказа № 584 ДЗМ были выделены пилотные территории в четырех округах, в которых в учреждениях общей лечебной сети (ОЛС) проводили пробы Манту с 2 ТЕ и АТР. В 2013 г. более чем у 3000 детей из групп риска были выявлены положительные результаты пробы с АТР, среди впервые выявленных больных туберкулезом положительную пробу с АТР имели 4,9%. В 2014 г. было сделано более 1 млн проб Манту с 2 ТЕ, 88 527 проб с АТР (положительный результат пробы с АТР получен у 3573 человек). В результате проделанной работы в 2015 г. был издан приказ ДЗМ № 308, в котором перед учреждениями ОЛС поставлены задачи повсеместного внедрения проб с АТР, формирования и обучения фельдшерско-врачебных бригад, массового обследования детского населения (98%) и подростков (96%). В настоящее время заболеваемость туберкулезом московских детей в три раза меньше среднего показателя по Российской Федерации, среди подростков из постоянного населения наблюдается тенденция к снижению заболеваемости. Однако среди подростков из числа приезжих встречаются распространенные формы туберкулеза. В основном болеют дети 7–14 лет (в отличие от суммарных данных по России, где пик заболевших приходится на 5–6-летний возраст). В большинстве регионов недообследованных детей 5–6 лет выявляют к моменту подготовки и поступления в школу. В г. Москве все дети перед поступлением в школу обследуются фтизиатром. Актуальным становится вопрос о пересмотре группировок диспансерного учета (ГДУ) на фоне происходящих изменений: увеличивается число контактов (6,6 на одного бациллярного больного), растет 0 ГДУ за счет выявленных с помощью компьютерной томографии и находящихся под наблюдением. Детей в VIA ГДУ стало меньше. Ожидает решения вопрос о том, что делать, как изолировать и лечить детей из очагов туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) возбудителя, т.к. препараты резервного ряда у детей амбулаторно применять не рекомендуется.

Недавняя проверка работы 10 детских поликлиник Западного административного округа г. Москвы по раннему выявлению туберкулеза показала, что врачи ОЛС знают порядок обследования и направления на консультацию детей по результатам проведенной иммунодиагностики, поэтому фтизиопедиатры должны и далее продолжать активную работу с учреждениями ОЛС.

В ФКР подробно описана организация превентивного лечения. Мониторинг около 34 000 детей осуществляли в соответствии с ними, включая клинические анализы (билирубин, трансаминазы), кожные пробы в динамике, и охватив 93% детей из групп риска. Биохимические анализы выполняли в филиалах МНПЦ борьбы с туберкулезом без направления детей в учреждения ОЛС. Необходимо уделять внимание качественному проведению контролируемого лечения не только на амбулаторном, но и санаторном этапе; осуществлять мониторинг побочных реакций у детей так же, как он уже осуществляется у взрослых больных; определить сроки наблюдения детей с положительным результатом пробы с АТР (в среднем два года); выработать тактику ведения детей из очагов туберкулеза с МЛУ возбудителя.

Вопрос из зала о том, что делать в случае, когда школы повторно направляют на обследование детей с положительным результатом пробы с АТР, уже находившихся под наблюдением около года, докладчик прокомментировала, подчеркнув, что необходимо обращать внимание на факторы риска, вероятность сохранения положительной реакции на АТР пожизненно, ежегодный контроль иммунодиагностики и проведение КТ. При отсутствии факторов риска решение о назначении повторного лечения принимается по показаниям врачебной комиссией.

Е.М. Богородская добавила, что такая пожизненная реакция бывает и у взрослых, вопрос должен решаться индивидуально на заседании врачебной комиссии.

Сотрудники ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ» **В.И. Литвинов** (научный руководитель) и **Л.В. Слогоцкая** (ученый секретарь, заведующая научно-клиническим отделом) поддержали данную точку зрения и подняли вопрос о необходимости изучения этой проблемы, не допуская снятия детей с учета, с обязательным направлением ребенка в реабилитационное отделение центра.

Г.В. Климов, заведующий филиалом детского отделения ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ», высказал замечание о высокой дозе облучения при проведении мультиспиральной КТ, поэтому при постоянной положительной реакции на пробу с АТР он считает целесообразным не перегружать организм ребенка, а больше ориентироваться по клиническим признакам.

Е.М. Богородская заметила, что врачебное мышление – не догма, а ЛТИ не представляет эпидемической опасности.

В.И. Литвинов выступил с предложением внести изменения в трактовку вопроса о выраже туберкулиновой пробы в случаях, когда после четырех отрицательных результатов пятая оказывается положительной.

Т.А. Севостьянова ответила, что после первичного инфицирования вакцинальная реакция угасает, может иметь место аллергия неясной этиологии. Необходимо наблюдение в течение года, проведение проб с АТР для принятия решения о наличии первичного инфицирования.

М.В. Сеницын, заместитель главного врача по медицинской части (для работы с пациентами сочетанной ВИЧ/туберкулез инфекцией) ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ», уточнил, что для инфицированного ВИЧ ребенка это является показанием для химиопрофилактики.

Г.В. Климов добавил, что следует учитывать иммунный статус, факт проведения антиретровирусной терапии: при низком уровне иммунодефицита ребенок может оставаться дома, в любом случае необходим индивидуальный подход.

Т.А. Севостьянова дополнила, что необходимо обследовать, проводить превентивное лечение, контролировать состояние ребенка каждые 6 мес. в детском отделении Клинико-диагностического центра (ДО КДЦ) ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ», который будет отвечать за мониторинг и обследование на туберкулез детей с ВИЧ-инфекцией и из перинатального контакта по ВИЧ-инфекции. При отказе родителей от обследования в ДКДЦ можно приглашать их на обследование в филиал по адресу проживания, предложить направление в реабилитационный центр.

О.Н. Зубань, заместитель главного врача по медицинской части Клиники № 2 ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ», задал вопрос о доле впервые выявленных детей, имевших отрицательный результат пробы с АТР, а также о попытках провокационной пробы с АТР.

Т.А. Севостьянова ответила, что таких детей единицы, и в основном это дети с туберкулезом костей или с иммуносупрессией (ВИЧ-инфекция, онкология), а также сообщила о случаях положительного результата лечения локальных форм туберкулеза и высказала свою точку зрения о нецелесообразности подобных проб в качестве провокационных.

Л.В. Слогоцкая отметила, что в 2015 г. сообщалось о трех детях с ВИЧ и тяжелыми формами туберкулеза, источником заражения служили неизвестные в диспансере взрослые. Возникает вопрос о способе выявления в случае, если, по мнению фтизиопедиатров, пробы с АТР будут отрицательными, и поэтому их не делают.

Т.А. Севостьянова ответила, что существует алгоритм обследования: дети, состоящие на учете в Центре СПИД, направляются в ДО КДЦ. Госпитализация осуществляется в реабилитационный центр. Через год в Центре СПИД запланировано открытие еще и кабинета детского фтизиатра. Взрослым больным ВИЧ-инфекцией не назначают антиретровирусную терапию без обследования на туберкулез, тот же подход хотят внедрить и для детей.

М.В. Сеницын добавил, что у взрослых и детей при ТБ внутригрудных лимфатических узлов сохраняется вялотекущая динамика пробы с АТР, а при очаговых и диссеминированных поражениях результат проявляется быстрее.

Е.М. Богородская спросила о том, какие препараты удобнее для проведения химиопрофилактики: моно- или комбинированные.

Т.А. Севостьянова ответила, что это определяется в зависимости от возраста: для детей раннего возраста пока нет комбинированных препаратов в необходимых дозировках, приходится таблетку делить, а это недопустимо, для более взрослых детей (массой от 25 кг и более) вполне оправдано применение комбинированных препаратов.

Е.М. Богородская попросила учесть это при подаче заявки центра на закупку препаратов на следующий год.

По пункту 2.

СЛУШАЛИ:

Вопросы этики и деонтологии при лечении и химиопрофилактике латентной туберкулезной инфекции у детей.

ВЫСТУПИЛА:

Е.В. Мартусова, психолог кабинета социальной, юридической и психологической помощи ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ», в начале доклада дала определение понятий этики как системы норм нравственного поведения человека или группы людей и медицинской деонтологии как части медицинской этики, совокупности необходимых этических норм и предписаний для медицинских работников в осуществлении профессиональной деятельности. Деонтология изучает нравственное содержание действий и поступков медицинского персонала в конкретной ситуации. Теоретической основой деонтологии является медицинская этика, а деонтология, проявляясь в поступках медицинского персонала, представляет собой практическое применение медико-этических принципов. Аспектами медицинской деонтологии являются: взаимоотношения медицинских работников с пациентами, родственниками пациентов и медицинских работников между собой.

При лечении детей и подростков основное общение происходит с родителями, от которых во многом зависит результат лечения. При поступлении ребенка на лечение врачам необходимо проинформировать родителей о характере заболевания, сроках и ходе лечения, мерах профилактики, санитарно-гигиеническом режиме и законах Российской Федерации о правах пациента. Поскольку зачастую не только дети, но и родители чувствуют некоторую ущербность в связи с заболеванием, важно привлекать специалистов-психологов для аккуратной подачи информации, развития мотивации на излечение, поиска общего языка. Вопрос выздоровления ребенка касается «выздоровления» всей семьи и каждого ее члена. В таких случаях принципиальное значение имеют способность улавливать нюансы в общении с людьми, корректность, учет психоэмоционального состояния, активное слушание. Учитывая, что пациент и его родители должны задавать вопросы, важно донести до них правила получения информации от первоисточника, которым является лечащий врач. В свою очередь другие представители медицинского персонала не имеют права передавать какую-либо информацию без разрешения лечащего врача.

Завершившееся исследование по выявлению индивидуально-психических особенностей детей с различными проявлениями туберкулезной инфекции показало высокий уровень тревожности, эмоциональную неустойчивость, плохую концентрацию внимания, повышенную утомляемость, сниженный уровень интеллектуальных способностей, сложности в общении со сверстниками и в адаптации. В процессе проведения исследования выявлено, что дети наряду с медицинской помощью и обеспечением общеобразовательного процесса нуждаются в психологической поддержке и сопровождении.

На вопрос из зала о боязни жалоб в связи с оформлением медицинских справок детям на раннем периоде инфицирования **Е.М. Богородская** предложила не писать «инфицирован» в справке, а писать «здоров» и показана или не показана ревакцинация.

Севостьянова Т.А. добавила, что понятие «инфицирован» значит здоров. Это надо объяснять родителям, а не пугать их данным термином.

Климов Г.В. прокомментировал, что на тематических форумах в интернете появляются статьи образованных мам в стиле «Манту – это не страшно», можно размещать их в санитарно-просветительных материалах, на плакатах.

По пункту 3.

СЛУШАЛИ:

Фиксированные выступления о выполнении Федеральных клинических рекомендаций по диагностике и лечению латентной туберкулезной инфекции у детей в некоторых административных округах г. Москвы.

ВЫСТУПИЛИ:

Сотрудники ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ»: Г.И. Белякова (заведующая детским отделением филиала по ЮЗАО), Н.М. Григорьева (заведующая детским отделением филиала по ЮАО), Н.И. Кобахидзе (заведующая детским отделением филиала по СВАО), В.Н. Бакеева (заведующая детским отделением филиала по СЗАО) – доложили о работе своих филиалов по разделу туберкулинодиагностики и проб с АТР в 2015 г.

Е.М. Богородская добавила, что в соответствии с приказом ДЗМ проба с АТР проводится бесплатно, но в нормативных документах нет тестов IGRA, новый производитель проводит в настоящее время перерегистрацию квантиферонового теста, но тест T-SPOT®.TB имеется в наличии. С внедрением платных услуг, перечень которых размещен на сайте центра и должен быть вывешен на информационных стендах, у родителей появилась возможность, при отказе от пробы с АТР, Манту и при отсутствии медицинских показаний для этого, выбрать лабораторные иммунологические тесты на платной основе. Не годится направлять в поликлинику ОЛС на биохимический анализ при химиопрофилактике туберкулеза, а следует переадресовывать в соответствующий филиал центра.

Т.В. Ясюченя, заведующая филиалом по ЦАО ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ», прокомментировала, что некоторые медицинские сестры боятся брать кровь у маленьких детей. В ответ Г.В. Климов сослался на Медицинский симуляционный центр Боткинской больницы, в которой можно пройти дополнительную подготовку, а Е.М. Богородская добавила, что это не повод не выполнять ФКР.

Л.В. Мохирева высказалась по лечению комбинированными препаратами, уточнив, что фтизопирам с витамином В6 и без него разрешено применять у детей с трех лет. Существуют четкие дозы, разработанные в свое время под руководством профессора Г.Б. Соколовой в НИИ фтизиопульмонологии.

Председатели: Е.М. Богородская

С.Е. Борисов

О.Н. Зубань

Секретарь: А.Г. Дудина