

УТВЕРЖДАЮ
Главный врач СПб ГБУЗ ГПТД
Главный внештатный специалист фтизиатр
Комитета по здравоохранению
Пантелеев А.М.
«__» _____ 2024 г

УТВЕРЖДАЮ
Заведующий кафедрой фтизиатрии
ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный
педиатрический медицинский университет»
Главный внештатный детский специалист фтизиатр
Комитета по здравоохранению
Лозовская М.Э.
«__» _____ 2024 г

ПРОЕКТ

Инструкция по проведению профилактического лечения туберкулеза у взрослых и детей

Часть 1. Общая информация

1. Для предотвращения развития туберкулеза у лиц, инфицированных микобактериями туберкулеза, из групп высокого риска развития туберкулеза и находящихся в контакте с больными туберкулезом, применяется специфическая профилактика туберкулеза путем назначения лекарственных противотуберкулезных препаратов – профилактическое лечение туберкулеза (далее – ПЛТ).

2. Целью ПЛТ является снижение риска развития туберкулеза в результате заражения микобактериями туберкулеза и (или) активации латентной туберкулезной инфекции.

3. Туберкулезная инфекция (ТИ) / латентная туберкулезная инфекция (ЛТИ) определяется как состояние стойкого иммунного ответа на попавшие ранее в организм антигены микобактерий туберкулеза (*Mycobacterium tuberculosis*) при отсутствии клинических проявлений активной формы туберкулеза.

4. Настоящая инструкция разработана в соответствии со следующим нормативно-методическими документами.

1) СанПиН 3.3686-21 Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней, утвержденные постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 28 января 2021 года № 4.

2) Порядок диспансерного наблюдения за больными туберкулезом, лицами, находящимися или находившимися в контакте с источником туберкулеза, а также лицами с подозрением на туберкулез и излеченными от туберкулеза, утвержденный приказом Минздрава РФ от 13 марта 2019 года № 127н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за больными туберкулезом, лицами, находящимися или находившимися в контакте с источником туберкулеза, а также лицами с подозрением на туберкулез и излеченными от туберкулеза и признании утратившими силу пунктов 16-17 Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 932н».

3) Порядок и сроки проведения профилактических медицинских осмотров граждан в целях выявления туберкулеза, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 марта 2017 г. № 124н «Об утверждении порядка и сроков проведения профилактических медицинских осмотров граждан в целях выявления туберкулеза»

4) Инструкция по применению туберкулиновых проб, утвержденная приказом Минздрава РФ от 21 марта 2003 г. № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации».

5) Приказ от 29 октября 2009 года №855 «О внесении изменения в приложение №4 к приказу Минздрава России от 21.03.2003 года № 109».

6) Рекомендации по противоэпидемическим мероприятиям в очагах туберкулеза, утвержденные приказом Минздрава РФ от 21 марта 2003 года № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации».

7) Клинические рекомендации «Туберкулез у взрослых», утвержденные Минздравом РФ в 2022 году.

8) Клинические рекомендации «Туберкулез у взрослых», утвержденные Минздравом РФ в 2024 году.

9) Клинические рекомендации «Туберкулез у детей», утвержденные Минздравом РФ в 2022 году.

10) Клинические рекомендации «Латентная туберкулезная инфекция у детей», РОФ, 2024.

11) Обновленное сводное руководство по программному ведению случаев латентной туберкулезной инфекции. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

12) Практический справочник ВОЗ по туберкулезу. Модуль 1. Профилактика: профилактическое лечение туберкулеза. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2021. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Часть 2. Профилактическое лечение туберкулеза у взрослых

1. Показания для проведения профилактического лечения туберкулеза у взрослых

1.1. Бытовой контакт с больным туберкулезом органов дыхания независимо от наличия у него бактериовыделения или внелегочным туберкулезом с бактериовыделением.

1.2. Установление тесного (контактные лица, работавшие на расстоянии 1,5–2 метра от больного, а также пользовавшиеся с ним одним и тем же производственным инструментом) производственного контакта с больным туберкулезом при наличии подтвержденного бактериовыделения и/или деструкции легочной ткани. В остальных случаях по решению врачебной комиссии на основании результатов первичного эпидемиологического расследования с учетом отягощающих факторов (очаг в учреждении закрытого типа, очаг с повторными случаями заболевания туберкулезом, нарушение санитарно-эпидемиологического режима в учреждении, медицинские факторы риска и другое)

1.3. Продолжающийся бытовой или производственный контакт с больным туберкулезом с бактериовыделением – через 6 месяцев после окончания предыдущего курса ПЛТ.

1.4. Первичное установление диагноза ВИЧ-инфекции. Необходимость проведения повторных курсов химиопрофилактики туберкулеза лицам с ВИЧ-инфекцией определяется в индивидуальном порядке решением врачебной комиссии на основании веских клинических показаний (к таковым относится наличие нового бытового или производственного контакта с больным туберкулезом с бактериовыделением).

1.5. Впервые диагностированная ЛТИ – впервые положительный результат пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным или теста высвобождения Т-лимфоцитами гамма-интерферона, проведенных по любой причине (после исключения активного туберкулеза).

1.6. Впервые диагностированные ЛТИ у пациентов, перенесших туберкулез или с посттуберкулезными изменениями, в том числе излеченные от туберкулеза после химиотерапии.

2. Показания для тестирования на латентную туберкулезную инфекцию у взрослых

2.1. Контакт с больным туберкулезом независимо от бактериовыделения, в том числе в границах территориального и производственного очагов туберкулеза, – 1 раз в 6 месяцев до первого положительного результата.

2.2. Установление диспансерного наблюдения в связи с ВИЧ-инфекцией или позже, если в начале диспансерного наблюдения тестирование не проводилось.

2.3. Перед началом и далее 1 раз в 12 месяцев в период генно-инженерной биологической терапии, препаратами, в том числе препаратами, вызывающими иммуносупрессию.

2.4. Перед началом и далее 1 раз в 12 месяцев в период проведения гемодиализа или перитонеального диализа до первого положительного результата.

2.5. Первичное установление диагноза пневмокониоза и далее 1 раз в 12 месяцев до первого положительного результата.

2.6. Работа в сфере здравоохранения – 1 раз в 12 месяцев до первого положительного результата.

2.7. Употребление запрещенных наркотических средств – 1 раз в 12 месяцев до первого положительного результата.

2.8. Бродяжничество – 1 раз в 12 месяцев до первого положительного результата.

2.9. Подготовка к трансплантации органов.

2.10. Освобождение из мест заключения (по прибытии).

2.11. Иммиграция в РФ из стран с высоким бременем туберкулеза (по прибытии; *не менее, чем 40 на 100 тыс. населения*)

3. Профилактическое лечение туберкулеза у взрослых

3.1. За исключением лиц из контакта с больным туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью ПЛТ может быть проведена одним из следующих режимов, сопоставимых по эффективности и безопасности.

3.2. Рифампицин (10 мг/кг) + изониазид (10 мг/кг) ежедневно 3 месяца (90 доз). Предпочтительная схема при контакте с больным лекарственно-чувствительным туберкулезом.

3.3. Монотерапия изониазидом (300 мг/сутки однократно) ежедневно 6 месяцев (180 доз). Возможная схема при контакте с больным лекарственно-чувствительным туберкулезом. Максимальный срок профилактики может быть увеличен по решению ВК до 9 месяцев (270 доз)

3.4. Рифапентин (600 мг/сутки однократно) + изониазид (300 мг/сутки однократно) ежедневно 1 месяц (28 доз). Предпочтительная схема при контакте с больным лекарственно-чувствительным туберкулезом и наличии обоснованного предположения о наличии у контактного лица низкой приверженности к проведению химиопрофилактики.

3.5. Рифапентин (900 мг/сутки однократно) + изониазид (900 мг/сутки на 2 приема) 1 раз в неделю 3 месяца (12 доз). Возможная схема при контакте с больным лекарственно-чувствительным туберкулезом и наличии обоснованного предположения о наличии у контактного лица низкой приверженности к проведению химиопрофилактики.

3.6. Изониазид (10 мг/кг) и пиразинамид (25 мг/кг) ежедневно 3 месяца (90 доз). Альтернативная схема, при невозможности использовать рифампицин.

3.7. Изониазид (10 мг/кг) и этамбутол (25 мг/кг) ежедневно 3 месяца (90 доз). Альтернативная схема, при невозможности использовать рифампицин и пиразинамид.

3.8. Одновременно с изониазидом рекомендуется назначение витамина В6 (10-25 мг/сутки).

3.9. Для лиц, контактирующих с больными туберкулезом с устойчивостью к изониазиду, множественной, пре-широкой и широкой лекарственной устойчивостью, профилактическими мерами является тщательное клиническое наблюдение и строгий контроль развития активной формы туберкулеза в течение как минимум 2 (двух) лет.

3.10. По решению ВК в индивидуальном порядке может быть назначено профилактическое лечение 2-3 препаратами в зависимости от ЛУ контактного лица, исходя из оценки риска и наличия весомого клинического обоснования, когда с достаточной уверенностью можно говорить о том, что польза от лечения может перевешивать вред лечения.

3.11. Рифампицин и рифапентин не могут быть заменены на рифабутин для проведения профилактического лечения туберкулеза.

3.12. Назначение лекарственного противотуберкулезного препарата производится в соответствии с инструкцией по медицинскому применению лекарственного препарата и по решению врачебной комиссии.

3.13. У пациентов с ВИЧ-инфекцией, получающих антиретровирусную терапию, важно учитывать лекарственные взаимодействия с противотуберкулезными препаратами, проверять на сайте <https://www.hiv-druginteractions.org> .

3.14. Рекомендуется прием лекарственных противотуберкулезных препаратов проводить под контролем медицинского работника. Предпочтительной является форма видеоконтролируемого лечения.

4. Противопоказания к профилактическому лечению туберкулеза у взрослых

4.1. Противопоказанием к проведению ПЛТ является наличие признаков активного туберкулеза.

4.2. При хронических заболеваниях печени в стадии декомпенсированного цирроза вопрос назначения ПЛТ и схемы терапии решает консилиум врачей в составе: фтизиатр, гепатолог, инфекционист.

4.3. У больных с клиренсом креатинина менее 30 мл/мин и при гемодиализе увеличивают интервал между приемом лекарственных противотуберкулезных препаратов в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколом лечения) и (или) инструкцией по медицинскому применению лекарственного препарата.

4.4. После перенесенного острого вирусного гепатита ПЛТ назначается не ранее чем через 6 месяцев после исчезновения всех клинических проявлений.

5. Предупреждение и купирование побочных реакций на лекарственные противотуберкулезные препараты при проведении профилактического лечения туберкулеза у взрослых

5.1. До начала, через 1 и 4 месяца после начала и по завершению ПЛТ необходимо выполнять клинический анализ крови и мочи.

5.2. При проведении ПЛТ необходимо контролировать функциональное состояние печени (уровень аминотрансфераз, общего билирубина) до начала, через 1 и 4 месяца после начала и по завершению терапии.

5.3. При исходно повышенном уровне аминотрансфераз первое исследование биохимического анализа крови следует провести через 2 недели после начала ПЛТ и в дальнейшем ежемесячно.

5.4. При появлении побочных аллергических реакций лекарственные противотуберкулезные препараты отменяется на 5-7 дней. Проводится десенсибилизирующая терапия антигистаминными препаратами, после чего проводится возобновление курса химиопрофилактики.

5.5. При появлении непереносимости лекарственных противотуберкулезных препаратов, препарат вызывающий непереносимость отменяется, рекомендовано назначение альтернативного режима.

6. Диспансерное наблюдение лиц с ЛТИ

6.1. Лицам с установленной ЛТИ рекомендовано установление диспансерного наблюдения по IVA группе диспансерного наблюдения в независимости от наличия установленного контакта с больным туберкулезом. В случае отсутствия установленного контакта с больным туберкулезом рекомендуемый срок диспансерного наблюдения составляет 1 год.

6.2. Лица с ЛТИ, состоящие под диспансерным наблюдением имеют право на проведение ПЛТ льготными лекарственными противотуберкулезными препаратами, в том числе в условиях санатория.

Часть 3. Профилактическое лечение туберкулеза у детей

1. Показания для проведения профилактического лечения туберкулеза у детей

1.1. Установление бытового контакта с больным туберкулезом органов дыхания независимо от наличия бактериовыделения или внелегочным туберкулезом с бактериовыделением вне зависимости от результата кожных проб с аллергеном туберкулезным рекомбинантным или альтернативных проб *in vitro*.

1.2. Установление тесного производственного контакта с больным туберкулезом при наличии подтвержденного бактериовыделения и/или деструкции легочной ткани. В остальных случаях по решению врачебной комиссии на основании результатов первичного эпидемиологического расследования с учетом отягощающих факторов (очаг в учреждении

закрытого типа, очаг с повторными случаями заболевания туберкулезом, нарушение санитарно-эпидемиологического режима в учреждении, медицинские факторы риска и другое).

1.3. Впервые диагностированная ЛТИ – впервые положительный результат пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным или теста высвобождения Т-лимфоцитами гамма-интерферона, проведенных по любой причине (после исключения активного туберкулеза).

1.4. Дети и подростки при установлении диагноза ВИЧ-инфекция.

1.5. При выявлении «виража» туберкулиновых проб, сомнительной и положительной реакции на пробу с АТР, при положительном результате тестов *in vitro* на высвобождение ИФН- γ у ребенка с ВИЧ-инфекцией.

1.6. При наличии иммунодефицита у ребенка с ВИЧ-инфекцией (в случае снижения CD4-клеток менее 350/мкл) и/или наличии оппортунистических инфекций независимо от результатов иммунодиагностических тестов.

1.7. Дети и подростки, начинающие терапию биологически активными препаратами (ингибиторами ФНО), находящиеся на диализе, готовящиеся к трансплантации органов или пересадке костного мозга, при наличии показаний для его проведения, независимо от результата иммунодиагностических проб.

1.8. ТИ/ЛТИ при положительной реакции с АТР или пробой на высвобождение ИФН- γ независимо от ранее проведенного ПЛТ у детей, получающих иммуносупрессивную терапию.

1.9. Наличие впервые выявленных посттуберкулезных остаточных изменений (VI-Б группа диспансерного наблюдения).

1.10. Проведение ПЛТ не является противопоказанием для лечения иммунодепрессантами.

1.11. Повторные курсы профилактического лечения проводят по показаниям по решению врачебной комиссии.

1.12. Необходимость проведения повторных курсов профилактического лечения туберкулеза лицам, завершившим диспансерное наблюдение по VIA группе в противотуберкулезной медицинской организации и получившим курс профилактического лечения, при нарастании чувствительности по пробе с АТР на 6 мм и более или с гиперергической реакцией по пробе с АТР определяется в индивидуальном порядке при наличии эпидемиологических и клинических показаний решением врачебной комиссии (после исключения активного туберкулеза).

1.13. Рекомендовано разобщение контакта с источником инфекции и изоляция ребенка из очага при назначении и проведении ПЛТ.

2. Показания для тестирования на латентную туберкулезную инфекцию детей

2.1. Измененная чувствительность туберкулиновых проб (проба Манту), выявленная при проведении скрининга на туберкулез у детей в возрасте от 0 до 7 лет.

2.2. Скрининг на туберкулез детей в возрасте от 8 до 17 лет (включительно).

2.3. Контакт с больным туберкулезом независимо от бактериовыделения, в том числе в границах территориального очага туберкулеза: при первичном обследовании и далее с кратностью 2 раза в год весь период диспансерного наблюдения.

2.4. Установление диагноза ВИЧ-инфекции.

2.5. Перед началом и далее 1 раз в 6 месяцев в период проведения лечения препаратами генно-инженерной биологической терапии, и другими препаратами, вызывающими иммуносупрессию (цитостатики, глюкокортикоиды).

2.6. Впервые выявленные остаточные посттуберкулезные изменения.

2.7. Иммиграция в РФ из стран с высоким бременем туберкулеза (*не менее, чем 40 на 100 тыс. населения*) по прибытии.

2.8. Переезд в Санкт-Петербург из других регионов РФ при отсутствии документированных сведений об обследовании.

2.9. Дети из социальных учреждений в случае отсутствия ранее проведенного обследования давностью не более 6 месяцев.

3. Режимы профилактического лечения туберкулеза у детей

3.1. За исключением лиц из контакта с больным туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью ПЛТ может быть проведена одним из следующих режимов,

сопоставимых по эффективности и безопасности. Дозировки противотуберкулезных препаратов представлены в приложение №1.

3.2. Изониазид + рифампицин в течение 3 месяцев (90 доз). Предпочтительная схема при контакте с больным лекарственно-чувствительным туберкулезом.

3.3. Монотерапия изониазидом ежедневно 6 месяцев (180 доз). Возможная схема при контакте с больным лекарственно-чувствительным туберкулезом. Максимальный срок профилактики может быть увеличен по решению ВК до 9 месяцев (270 доз).

3.4. Рифампицин в течение 4 месяца (120 доз). Схема применяется при противопоказаниях применения изониазида или лекарственной устойчивости предполагаемого источника МБТ к изониазиду.

3.5. Изониазид + рифапентин 1 раз в неделю 3 месяца (12 доз) Возможная схема при контакте с больным лекарственно-чувствительным туберкулезом для детей старше 2 лет.

3.6. Изониазид + рифапентин ежедневно в течение 1 месяца (28 доз). Возможная схема при контакте с больным лекарственно-чувствительным туберкулезом для детей старше 12 лет.

3.7. Лицам, контактировавшим с больными туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью ПЛТ проводится в индивидуальном порядке по решению врачебной комиссии, исходя из оценки риска и наличия весомого клинического обоснования, когда с достаточной уверенностью можно говорить о том, что польза от лечения может перевешивать вред лечения.

3.8. Этамбутол + пиразинамид ежедневно в течение 3 месяцев (90 доз). Назначается детям из очагов туберкулезной инфекции с МЛУ-МБТ при подтвержденной лекарственной чувствительности МБТ у предполагаемого источника к этим препаратам.

3.9. Этамбутол + этионамид/протионамид ежедневно в течение 3 месяцев (90 доз). Назначается детям из очагов туберкулезной инфекции с МЛУ-ТБ, если у предполагаемого источника дополнительно обнаружена устойчивость возбудителя к пиразинамиду.

3.10. Пиразинамид + этионамид/протионамид ежедневно в течение 3 месяцев (90 доз). Назначается детям из очагов туберкулезной инфекции с МЛУ-ТБ, если у предполагаемого источника дополнительно обнаружена устойчивость возбудителя к этамбутолу.

3.11. При назначении пиразинамида необходимо учитывать риск нежелательных токсико-аллергических реакций.

3.12. При субтотальной устойчивости МБТ у источника инфекции дети подлежат изоляции из очага инфекции и наблюдению без профилактического лечения в условиях специализированного санатория с применением общеукрепляющих средств.

3.13. Альтернативой ПЛТ для детей и подростков, контактирующих с больными туберкулезом с подтвержденной устойчивостью к изониазиду или множественной лекарственной устойчивостью, является тщательное клиническое наблюдение с условием разобщения контакта, в том числе в условиях специализированного санатория, и строгий контроль для предупреждения развития активной формы туберкулеза.

3.14. Диспергируемый комбинированный противотуберкулезный препарат с фиксированной дозировкой (КПФД) - изониазид+пиразинамид+рифампицин – 150 мг+375 мг+150 мг назначается при впервые выявленных посттуберкулезных остаточных изменениях (VI-Б группа диспансерного наблюдения) по решению ВК.

3.15. Рекомендуется проведение профилактического противотуберкулезного лечения детям, больным ВИЧ-инфекцией, в соответствии с общими принципами проведения ПЛТ.

3.16. Рекомендуется назначение комбинированных противотуберкулезных препаратов с фиксированной дозировкой (КПФД) для проведения профилактического лечения у ВИЧ-инфицированных.

3.17. У пациентов с ВИЧ-инфекцией, получающих антиретровирусную терапию, важно учитывать лекарственные взаимодействия с противотуберкулезными препаратами, проверять на сайте <https://www.hiv-druginteractions.org>.

3.18. Рифампицин и рифапентин не могут быть заменены на рифабутин для проведения профилактического лечения туберкулеза.

3.19. Рекомендуется проведение ПЛТ детям, получающим лечение иммунодепрессантами в соответствии с общими положениями для профилактики туберкулеза при наличии показаний.

3.20. Рекомендуется прием лекарственных противотуберкулезных препаратов проводить под контролем медицинского работника. В интервалах между посещениями рекомендованной является форма видеоконтролируемого лечения. Предпочтительной организационной формой проведения лечения является санаторное лечение.

3.21. Рекомендуется проводить разъяснительные беседы с родителями / законными представителями с целью повышения их приверженности к проведению ПЛТ.

4. Противопоказания к профилактическому лечению туберкулеза у детей

4.1. Противопоказанием к проведению ПЛТ является наличие признаков активного туберкулеза.

4.2. Назначение лекарственного противотуберкулезного препарата должно быть согласовано с инструкцией по медицинскому применению лекарственного препарата при условии информированного добровольного согласия родителя (законного представителя) ребенка. Назначение препаратов off-label утверждается на врачебной комиссии.

4.3. При заболеваниях печени, повышенном уровне аминотрансфераз, общего билирубина препараты можно назначать только после согласования приема с врачом гастроэнтерологом.

4.4. После перенесенного острого вирусного гепатита ПЛТ назначаются не ранее чем через 6 месяцев после исчезновения всех клинических проявлений, согласовав прием с врачом инфекционистом.

4.5. При судорожных состояниях, в частности эпилепсии, изониазид необходимо назначать с осторожностью, согласовав прием препарата с врачом неврологом.

5. Предупреждение и купирование побочных реакций на противотуберкулезные препараты у детей

5.1. Перед назначением препаратов в любом режиме проводят: клинический анализ крови развернутый, общий анализ мочи, анализ крови биохимический (АЛТ, АСТ, билирубин и его фракции, мочевая кислота - при назначении пиразинамида), УЗИ органов брюшной полости (при наличии показаний). При выявлении патологических изменений со стороны печени ПЛТ не назначается до проведения полного обследования у врача-гастроэнтеролога.

5.2. При приеме лекарственных препаратов в любом режиме проводят: клинический анализ крови развернутый, общий анализ мочи, анализ крови биохимический (АЛТ, АСТ, билирубин и его фракции, мочевая кислота - при назначении пиразинамида), общетерапевтический, - 1 раз в месяц, по показаниям – чаще.

5.3. Для профилактики и купирования нежелательных побочных реакций назначаются: пиридоксин (витамин В6), гепатопротекторные препараты в возрастной дозировке на всем протяжении ПЛТ, а также антигистаминные препараты по показаниям.

5.4. Возможные нежелательные реакции на противотуберкулезные препараты представлены в Приложении № 2.

5.5. Рекомендуется детям, получающим ПЛТ, проводить мониторинг нежелательных реакций, эффективности терапии.

5.6. Лицам с развившимися нежелательными явлениями в зависимости от характера нежелательных явлений проводится консультация соответствующего врача-специалиста (гастроэнтеролог, офтальмолог, ЛОР-врач, невролог, гематолог и др.) с проведением симптоматической коррекции с учетом рекомендаций соответствующего врача-специалиста, с целью обеспечения безопасности оказания медицинской помощи.

5.7. При появлении побочных аллергических реакций лекарственные противотуберкулезные препараты отменяется на 5-7 дней. Проводится десенсибилизирующая терапия антигистаминными препаратами.

5.8. Рекомендуется отмена противотуберкулезного препарата на 7–14 дней лицам с развившимися нежелательными явлениями с целью обеспечения безопасности оказания медицинской помощи

5.9. При возникновении токсических реакций на препарат, проводится отмена препарата на 7-14 дней, назначается консультация врача-специалиста, симптоматическая коррекция развившихся нежелательных явлений с учетом рекомендаций соответствующего врача-специалиста. Продолжение терапии после согласования с соответствующим врачом-специалистом.

5.10. При появлении непереносимости лекарственных противотуберкулезных препаратов, препарат, вызывающий непереносимость отменяется, рекомендовано назначение альтернативного режима.

5.11. При стойких явлениях непереносимости и невозможности замены препарата, ПЛТ отменяется. Продолжается наблюдение ребенка.

Приложение №1

Дозы препаратов для рекомендованных схем профилактического лечения у детей

Препарат	Доза (мг/кг)	Диапазон доз (мг/кг)	Максимальная суточная доза (мг)
Рифампицин	10	8-10	600
Изониазид	10	7-15	600
Пиразинамид	20	15-20	1500
Этамбутол	20	15-25	1000
Рифапентин	10	8-10	600-900
Протионамид	15	10-20	500 (750 при >50 кг)

Приложение №2

Нежелательные реакции, возникающие при приеме противотуберкулезных препаратов

Препарат	Основные нежелательные реакции
Изониазид	Гепатит, периферическая нейропатия
Рифампицин/Рифапентин	Гепатит, тошнота, рвота
Пиразинамид	Артралгии, гепатит, кожные высыпания
Этамбутол	Неврит зрительного нерва
Этиоамид/протионамид	Расстройство ЖКТ, металлический привкус во рту, гипотериоз