

Приложение к Приказу  
Министерства здравоохранения  
Приднестровской Молдавской Республики  
от «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2024 года № \_\_\_\_\_

Клинические рекомендации

**«Латентная туберкулезная инфекция  
у детей и подростков»**

Коды по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ 10): R00-R99.

Возрастная группа: Дети и подростки.

Год утверждения: 2024 (пересмотр каждые 5 лет)

## Оглавление

Список сокращений.....	3
Термины и определения.....	4
1. Краткая информация.....	4
1.1. Определение.....	4
1.2. Этиология и патогенез .....	5
1.3. Эпидемиология .....	5
1.4. Кодирование по МКБ 10:.....	5
1.5. Классификация .....	5
1.6. Клиническая картина .....	6
2. Диагностика .....	6
2.1. Жалобы и анамнез .....	6
2.2.Физикальное обследование .....	7
2.3.Лабораторная диагностика .....	7
2.4. Инструментальная диагностика.....	8
2.5. Иная диагностика .....	8
3. Лечение .....	11
4. Реабилитация .....	11
5. Профилактика и диспансерное наблюдение .....	11
6. Дополнительная информация, влияющая на исход заболевания/синдрома .....	18
Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям и подросткам при латентной туберкулезной инфекции .....	20
Список литературы.....	21
Приложение А1. Состав рабочей группы .....	23
Приложение А2. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата .....	24
Приложение Б. Алгоритм действий врача .....	25
Приложение В. Информация для пациента .....	26
Приложение Г. Шкала оценки, опросники и так далее, приведённые в тексте клинических рекомендаций .....	27

## Список сокращений

- АРВТ – антиретровирусная терапия;
- АТР – аллерген туберкулезный рекомбинантный (диаскинтест);
- БЦЖ – вакцина туберкулезная (бацилла Кальметта-Герена);
- БЦЖ-М – вакцина туберкулезная для щадящей вакцинации (бацилла Кальметта-Герена);
- ВГЛУ – внутригрудные лимфатические узлы;
- ВИЧ – вирус иммунодефицита человека;
- ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения;
- ДУ – диспансерный учет;
- КТ – компьютерная томография;
- ЛТИ – латентная туберкулезная инфекция;
- МБТ – микобактерии туберкулеза;
- МКБ – 10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем 10 пересмотра;
- МЛУ – множественная лекарственная устойчивость;
- ПТП – противотуберкулезные препараты;
- ПВА – поствакцинальная аллергия;
- РППТИ – ранний период первичной туберкулезной инфекции;
- УЗИ – ультразвуковое исследование;
- ЦВКК – центральная врачебная консультативная комиссия;
- CD 4– рецептор вируса иммунодефицита человека на поверхности Т-лимфоцитов;
- Н – изониазид;
- Р– рифампицин;
- Z – пиразинамид;
- Е – этамбутол.
- Р – рифапентин
- Lfx – левофлоксацин

## Термины и определения

**«Вираз» туберкулиновых реакций** – конверсия отрицательных реакций на внутрикожное введение туберкулина в положительную, не связанную с вакцинацией против туберкулеза, или нарастание реакции на фоне поствакцинальной аллергии (ПВА) в течение года на 6 мм и более.

**Иммунодиагностика** – совокупность диагностических тестов, позволяющих обнаружить реакцию иммунной системы на наличие микобактерий туберкулеза (МБТ) в организме человека.

**Локальный туберкулез** – состояние организма с наличием клинических, лабораторных и рентгенологических проявлений поражения органов и систем, вызванного МБТ.

**Поствакцинальная аллергия** – положительные реакции на внутрикожное введение туберкулина, связанные с вакцинацией против туберкулеза.

**Факторы риска заболевания туберкулезом** – совокупность признаков и данных анамнеза, повышающих вероятность развития локального туберкулеза.

## 1. Краткая информация

Настоящие клинические рекомендации носят рекомендательный характер для организаторов здравоохранения и практикующих специалистов соответствующего клинического направления. Виды и объемы медицинской помощи населению Приднестровской Молдавской Республики в соответствии с данными клиническими рекомендациями могут быть обеспечены за счет средств и в пределах лимитов финансирования, предусмотренных законами о республиканском бюджете, при наличии источников финансирования, а также других поступлений, не запрещенных действующим законодательством Приднестровской Молдавской Республики. Объем диагностических и лечебных мероприятий для конкретного пациента определяет лечащий врач, в соответствии с требованиями к объему исследований при определенных заболеваниях, состояниях, с учетом возможностей лечебно-профилактической организации по предоставлению определенных видов исследований и лечения.

### 1.1. Определение

Латентная туберкулезная инфекция (ЛТИ) определяется как состояние стойкого иммунного ответа на попавшие ранее в организм антигены микобактерий туберкулеза (*Mycobacterium tuberculosis*) при отсутствии клинических и параклинических проявлений активной формы туберкулеза.

## **1.2. Этиология и патогенез**

Наличие ЛТИ (инфицированность) — это носительство микобактерией туберкулёза без признаков или симптомов туберкулёза. Первичное инфицирование происходит чаще всего в детском возрасте. Возможны практически все пути заражения:

Воздушно-капельный (наиболее распространен), контактный, алиментарный, наиболее редко вертикальный (от матери к ребенку). Инфицированные лица не являются больными и контагиозными, но у них есть риск развития активных форм туберкулёза (ТБ).

Риск развития туберкулёза в течение жизни с зафиксированной ЛТИ, составляет 5-10% от общего количества инфицированных лиц. У большинства таких лиц туберкулёз развивается в течение 5 лет с момента первичного инфицирования. Риск развития туберкулёза после инфицирования зависит от иммунного статуса организма. Развитие туберкулёза можно предотвратить при помощи профилактического лечения.

Периоды развития туберкулёзной инфекции в организме человека рассмотрены в таблице № 1 настоящих клинических рекомендаций.

Для ведения пациентов с ЛТИ имеется комплекс мер, который включает:

- а) выявление и тестирование лиц, подлежащих обследованию;
- б) обеспечение эффективного и безопасного лечения;
- в) проведение мониторинга и оценки хода лечения.

Таблица № 1

### **Периоды развития туберкулёзной инфекции в организме человека**

Период туберкулёзной инфекции	Длительность	Клинические проявления
Преаллергический	6-8 недель (с момента заражения человека МБТ до развития специфической гиперчувствительности замедленного типа)	Отсутствуют
Аллергический	От нескольких месяцев до продолжительности всей жизни человека	Положительные иммунологические тесты
Заболевание туберкулёзом – локальное поражение различных органов и систем	Зависит от формы туберкулёза, тяжести течения, наличия осложнений, переносимости лечения	Синдром интоксикации, симптомы локального поражения органа и системы

### **1.3. Эпидемиология.**

Распространенность ЛТИ может быть определена только в условиях сплошного обследования населения при помощи иммунологических тестов на туберкулёзную инфекцию.

### **1.4. Кодирование по МКБ 10: R00-R99.**

### **1.5. Классификация.**

В развитии туберкулёзной инфекции принято выделять:

- а) ранний период первичной туберкулёзной инфекции (РППТИ) – первый год с момента инфицирования ребенка МБТ;
- б) инфицирование МБТ.

### **1.6. Клиническая картина.**

Клиническая картина при ЛТИ отсутствует.

## **2. Диагностика**

### **2.1. Жалобы и анамнез**

Жалобы в период первичного инфицирования отсутствуют:

В ходе сбора анамнеза необходимо выяснить следующие факторы риска (таблица № 2 настоящих клинических рекомендаций):

Таблица № 2

<b>№</b>	<b>Факторы риска</b>
1	Эпидемиологический (специфический)
1.1	Контакт с больными туберкулёзом людьми: тесный семейный тесный бытовой производственный (в школе, на работе) неустановленный
1.2	Контакт с больными туберкулёзом животными
2	Медико-биологический (специфический)
2.1	Отсутствие вакцинации против туберкулёза (БЦЖ, БЦЖ-М)
3	Медико-биологический (неспецифический)
3.1	Сопутствующие хронические заболевания: инфекция мочевыводящих путей; хронический бронхит; сахарный диабет; анемии; психоневрологическая патология; заболевания, требующие длительной цитостатической, иммуносупрессивной (в том числе генно-инженерными биологическими препаратами) терапии (более одного месяца)
3.2	Иммунодефициты первичные и вторичные, ВИЧ-инфекция

<b>№</b>	<b>Факторы риска</b>
4	Возрастно-половой (неспецифический)
4.1	Младший возраст (от 0 до 3 лет)
4.2	Препубертатный и подростковый возраст (от 13 до 17 лет)
5	Социальный (неспецифический)
5.1	- алкоголизм у родителей, наркомания у родителей; - пребывание родителей в местах лишения свободы, безработица родителей
5.2	- беспризорность детей и подростков; - попадание детей в детские приюты, детские дома, социальные центры и так далее, лишение родителей родительских прав
5.3	- мигранты; - беженцы и др.

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств –**

**1).**

### **2.2. Физикальное обследование**

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств –**

**1).**

При осмотре пациента рекомендовано исключение:

а) симптомов интоксикации (бледность кожных покровов, синева под глазами, уменьшение подкожно-жирового слоя);

б) параспецифических реакций (незначительное безболезненное увеличение нескольких групп периферических лимфатических узлов (микрополиадения), незначительное увеличение печени, реже селезенки, функциональный систолический шум в области сердца, рецидивирующие конъюнктивиты и так далее);

в) симптомов локального поражения органов и систем.

### **2.3. Лабораторная диагностика**

а) общий анализ крови - при взятии на учет, по показаниям, при получении химиопрофилактики 1 раз в месяц, при снятии с учета;

б) общий анализ мочи - при взятии на учет, по показаниям, при получении химиопрофилактики 1 раз в месяц, при снятии с учета;

в) исследование мочи на МБТ, при наличии изменений в общем анализе мочи, следующими методами:

1) бактериоскопии;

2) молекулярно-генетическими методами;

3) посев на жидкие питательные среды;

4) посев на плотные питательные среды.

г) анализ крови на иммунный статус (по показаниям).

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств –**

**1).**

#### **2.4. Инструментальная диагностика**

а) обзорная рентгенография органов грудной клетки для исключения локального поражения органов и систем при взятии на учет, в дальнейшем – один раз в шесть месяцев или по показаниям;

б) рекомендовано линейная томография органов грудной клетки по показаниям, при отсутствии возможности проведения компьютерной томографии (КТ);

в) рекомендовано проведение КТ (многосрезовая компьютерная томография) и УЗИ брюшной полости и периферических лимфатических узлов в следующих случаях:

1) всем пациентам с положительными тестами с АТР (Диаскинтестом);

2) всем пациентам с клиническими симптомами, характерными для туберкулеза;

3) при выявленных изменениях на рентгенографии органов грудной клетки, характерных для туберкулеза.

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств –**

**1).**

#### **2.5. Иная диагностика**

Проба с АТР (Диаскинтест) проводится:

- при выраженной положительной реакции на туберкулин при пробе Манту

- при наличии факторов риска независимо от результата пробы Манту.

Реакция на пробу с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (Диаскинтест) может быть:

а) отрицательной – при полном отсутствии инфильтрата (папулы) или гиперемии, а также при наличии только уколочной реакции (возможно в виде «синячка» - экхимоза 2-3 мм);

б) сомнительной – при наличии гиперемии любого размера без инфильтрата;

в) положительной – при наличии инфильтрата (папулы) любого размера.

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств –**

**1).**

Условно различают следующие ответные положительные кожные реакции:

1) слабо выраженная – при наличии инфильтрата размером до 5 мм;

2) умеренно выраженная – при размере инфильтрата 5-9 мм;

3) выраженная – при размере инфильтрата 10 мм и более;



4) гиперергическая – при размере инфильтрата 15 мм и более, а также везикуло-некротической реакции, независимо от размера инфильтрата, с лимфангинитом или без него.

#### 2.5.1 Обследование лиц с латентной туберкулезной инфекцией у врача-фтизиатра.

При подозрении на активный туберкулез любой локализации обследование должно быть продолжено с применением расширенного микробиологического, лучевого и дополнительных методов исследования (иммунологических и молекулярно-биологических, эндоскопических, а при необходимости – хирургических).

#### 2.5.2 Скрининг на туберкулез.

Проводить пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л один раз в год всем детям с 12-месячного возраста до 15 лет включительно. При отсутствии вакцинации БЦЖ, БЦЖ-М - с 6-месячного возраста 2 раза в год до проведения вакцинации против туберкулёза.

При наличии показаний к проведению пробы с АТР рекомендуется одновременная постановка пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л и пробы с АТР на разных руках.

Проба с АТР в стандартном разведении (белок CFP10 – ESAT6 0,2мкг) не может быть использована для отбора лиц для вакцинации БЦЖ (БЦЖ – М).

Через 72 часа врачом или специально обученной медицинской сестрой оценивается результат проб, при помощи прозрачной линейки фабричного изготовления. Диаметр инфильтрата (папулы) измеряется в миллиметрах по поперечной линии, по отношению к оси предплечья. При отсутствии инфильтрата измеряют гиперемию.

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1).**

Реакция на пробу Манту может быть:

- 1) отрицательная - полное отсутствие инфильтрата (папулы) или гиперемия, или наличие только уколочной реакции;
- 2) сомнительная – инфильтрат размером 2-4 мм, или гиперемия любого размера без инфильтрата;
- 3) положительная– инфильтрат диаметром 5 мм и более;
- 4) слабоположительная – инфильтрат диаметром 5-9 мм в диаметре;
- 5) средней интенсивности – инфильтрат диаметром 10-14 мм;
- 6) выраженной интенсивности – инфильтрат диаметром 15-16 мм;
- 7) гиперергическая реакция- инфильтрат диаметром 17 мм и более, а также везикуло-некротические реакции, независимо от размера инфильтрата, с лимфангинитом или без него;

8) усиливающаяся реакция - увеличение инфильтрата на 6 мм и более по сравнению с предыдущей реакцией.

Противопоказания к проведению внутрикожных проб:

- а) кожные заболевания;
- б) острые, хронические инфекционные и соматические заболевания в период обострения;
- в) аллергические заболевания в период обострения;
- г) карантин по детским инфекциям в детских коллективах (до снятия карантина);
- д) индивидуальная непереносимость туберкулина или АТР (диаскинтеста).

Определение действий после скринингового обследования на туберкулёз методом иммунодиагностики.

Оценку результатов скринингового обследования проводит фтизиатр, который должен дать заключение о наличии или отсутствии активного туберкулеза, посттуберкулезных изменений, оценить вероятность наличия у пациента ЛТИ и определить целесообразность проведения химиопрофилактики.

По результатам массовой иммунодиагностики в течение 6 дней необходимо направить на консультацию к врачу фтизиатру детей:

- 1) с впервые положительной реакцией на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л («вираж»);
- 2) с усиливающейся чувствительностью к туберкулину на 6 мм и более;
- 3) с выраженной и гиперергической чувствительностью к туберкулину;
- 4) с сомнительной или положительной реакцией на пробу с АТР (диаскинтест).

Дети, направленные на консультацию к фтизиатру, должны иметь при себе сведения:

- 1) о вакцинации БЦЖ, БЦЖ-М;
- 2) о результатах предыдущих иммунологических проб;
- 3) о контакте с больным туберкулезом;
- 4) о флюорографическом обследовании лиц из окружения ребенка;
- 5) о перенесенных хронических и аллергических заболеваниях и наличии другой сопутствующей патологии (по заключению специалистов);
- б) о предыдущих обследованиях у фтизиатра.

2.5.3 Обследование детей, получающих химиопрофилактику, с целью мониторинга ЛТИ.

Обязательными компонентами контрольного обследования являются:

- а) клинические анализы крови и мочи 1 раз в месяц, по показаниям чаще;

- б) определение содержания билирубина, АЛТ, АСТ в крови ежемесячно при включении в схему химиопрофилактики рифампицина;
- в) кожная проба с АТР 1 раз в 6 месяцев до снятия с учета;
- г) рентгенологическое исследование 1 раз в 6 месяцев, по показаниям – чаще;
- д) контроль динамики сопутствующих заболеваний и коррекция побочных эффектов химиопрофилактики.

При появлении клинической симптоматики - интоксикационных, респираторных либо подозрительных на развитие активного внелегочного туберкулеза различных локализаций жалоб, необходимо проведение внеочередного обследования на туберкулез.

В случае появления респираторной симптоматики (кашель, отделение мокроты, боли в груди, одышка, кровохарканье) или внелегочной симптоматики необходимо:

- 1) проведение рентгенологического исследования органов грудной клетки или другой локализации;
- 2) КТ органов грудной клетки или другой локализации при наличии ресурсов;
- 3) УЗИ брюшной полости или другой локализации;
- 4) микробиологическое исследование мокроты или другого материала, в зависимости от локализации.

### **3. Лечение**

#### **3.1 Консервативное лечение;**

Лечение консервативное (за исключением химиопрофилактического – см. п.5)

#### **3.2 Хирургическое лечение;**

Не рассматривается в данной клинической рекомендации

#### **3.3 Иное лечение.**

Не рассматривается в данной клинической рекомендации

### **4. Реабилитация**

Реабилитация данными клиническими рекомендациями не предусмотрена.

### **5. Профилактика и диспансерное наблюдение**

#### **5.1 Химиопрофилактика**

Цель данных мероприятий при ЛТИ – предотвращение заболевания туберкулёзом.

Рекомендовано проведение химиопрофилактики противотуберкулёзными препаратами.

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1).**

Объем и длительность должны варьировать в зависимости от наличия и числа факторов риска (эпидемиологического, медицинского и др.).

Показания для назначения химиопрофилактики:

- а) положительные реакции на АТР;
- б) положительные реакции на высвобождение гамма-интерферона (Quanti-FERON-TBGGold) после дообследования;
- в) наличие контакта с больным туберкулезом;
- г) высокий риск развития туберкулеза (иммунодефицитные состояния, лечение препаратами, вызывающими иммуносупрессию).

Требования к проведению химиопрофилактики:

1) прием противотуберкулезных препаратов (ПТП) проводится **строго под контролем** родителей (законных представителей) или медицинского работника в амбулаторных условиях, при изоляции источника заражения, или в специализированных учреждениях (туберкулезные санатории, специализированные детские сады, стационары дневного пребывания) – при их наличии;

2) решение о необходимости проведения повторных курсов химиопрофилактики принимается ЦВКК в ГУ «РТБ».

Рекомендовано применение следующих вариантов профилактического лечения туберкулеза (таблица № 3 настоящих клинических рекомендаций):

Таблица № 3

Целевая группа	Предпочтительный режим	Альтернативный режим(ы)
<b>ВИЧ-отрицательные дети в возрасте &lt;2 лет</b>	<b>3HR</b> , если доступна комбинация с фиксированными дозами для детей.	Если педиатрические фиксированные дозы недоступны, используйте <b>6H</b> (предпочтительно диспергируемые таблетки).
<b>ВИЧ-отрицательные дети в возрасте &gt;2 лет и массой тела &lt;25 кг.</b>	<b>3HR</b> , если доступна комбинация с фиксированными дозами для детей.	Если педиатрические фиксированные дозы недоступны, используйте <b>3HR</b> или <b>6H</b> .
<b>ВИЧ-отрицательные</b>	<b>3HR</b> с использованием	<b>3 HR</b>

дети и масса тела >25 кг	лекарственной формы для взрослых	<b>1 НР</b> при использовании лекарственной формы для взрослых (возраст > 13 лет)
Дети, живущие с ВИЧ	<b>6Н</b> (предпочтительно с использованием диспергируемых таблеток)	<b>3НР</b> для детей, получающих АРТ на основе EFV  <b>3НР</b> для детей старшего возраста, получающих АРТ на основе EFV (и способных глотать таблетки)
Подростки, живущие с ВИЧ	<b>3 НР</b> для детей, получающих АРТ на основе TDF, EFV, DTG или RAL	<b>1 НР</b> для детей старше 13 лет, получающих АРТ на основе TDF, EFV, DTG или RAL  <b>6Н</b>

### Рекомендуемые дозы препаратов для профилактического лечения туберкулеза

Схема ХПЛ	Дозы в зависимости от возраста и веса					
<b>Монотерапия изониазидом* (6Н, 9Н) в течение 6 или 9 месяцев</b> <small>ежедневно</small>	Возраст 10 лет+: 5 мг/кг/день.					
	Возраст <10 лет: 10 мг/кг/день (диапазон 7–15 мг)					
<b>Четырехмесячный ежедневный курс лечения рифампицином* (4R)</b>	Возраст 10 лет+: 10 мг/кг/день.					
	Возраст <10 лет: 15 мг/кг/день (диапазон 10–20 мг)					
<b>Трехмесячный ежедневный курс лечения рифампицином* плюс изониазидом* (3 НР)</b>	Изониазид:					
	Возраст 10 лет+: 5 мг/кг/день.					
	Возраст <10 лет: 10 мг/кг/день (диапазон 7–15 мг)					
	Рифампицин:					
Возраст 10 лет+: 10 мг/кг/день.						
Возраст <10 лет: 15 мг/кг/день (диапазон 10–20 мг)						
<b>Трехмесячное еженедельное лечение рифапентином плюс высокими</b>	Возраст 2–14 лет					
	<i>Фармацевтическая форма</i>	10–15 кг	16–23 кг	24–30 кг	31–34 кг	> 34 кг
	Изониазид 100 мг	3	5	6	7	7

Схема ХПЛ		Дозы в зависимости от возраста и веса				
дозами изониазида (12 доз) (3НР)	Рифапентин 150 мг	2	3	4	5	5
	Изониазид + Рифапентин (150 мг/150 мг)	2	3	4	5	5
	Возраст >14 лет					
	<i>Фармацевтическая форма</i>	30–35 кг	36–45 кг	46–55 кг	56–70 кг	> 70 кг
	Изониазид 300 мг	3	3	3	3	3
	Рифапентин 150 мг	6	6	6	6	6
	Изониазид + Рифапентин (300 мг/300 мг)	3	3	3	3	3
	<b>Ежедневное лечение в течение одного месяца рифапентином плюс изониазидом (28 доз) (1 НР)</b>	Возраст $\geq 13$ лет (независимо от диапазона веса) Изониазид 300 мг/сут. Рифапентин 600 мг/сут.				
<b>Шесть месяцев ежедневного лечения левофлоксацином (профилактика МЛУ -ТБ)</b>	Возраст >14 лет, учитывается масса тела: <46 кг - 750 мг/сут; >45 кг – 1 г/день Возраст <15 лет (диапазон примерно 15–20 мг/кг/день) в зависимости от массы тела: 5–9 кг: 150 мг/день; 10–15 кг: 200–300 мг/день. 16–23 кг: 300–400 мг/день. 24–34 кг: 500–750 мг/день.					

#### План ведения пациента по схеме ХПЛ

	<b>6Н</b>	<b>3 НР</b>	<b>3 НР</b>	<b>4R</b>	<b>1 НР</b>	<b>6Lfx</b>
--	-----------	-------------	-------------	-----------	-------------	-------------

Противотуберкулезные препараты		Изониазид*	Изониазид + Рифапентин	Изониазид + Рифампицин	Рифампицин	Изониазид + Рифапентин	Левофлоксацин
Продолжительность (месяцев)		6	3	3	4	1	6
Интервал		Ежедневно	Еженедельно	Ежедневно	Ежедневно	Ежедневно	Ежедневно
Дозировка		182	12	84	120	28	182
Частота посещений медицинских учреждений или встреч с медицинскими работниками (минимальное количество встреч в месяц)	продолжительность ХПЛ	1	1	1	1	2	1
	После завершения ХПЛ	1 раз в 6 месяцев					
Максимально допустимый срок отпуска противотуберкулезных препаратов (недель)		4	4	4	4	2	1 – 2
Минимальное количество встреч с медицинским работником на протяжении ХПЛ		6	3	3	4	2	18
Потенциальные типы организаций ХПЛ		Самоконтроль, цифровые технические средства (видеообращение/звонок в ответ на пропущенный звонок/смс-напоминание).					Строго контролируемое лечение

Систематический скрининг на туберкулез один раз каждые 6 месяцев в течение 2 лет после первичного скрининга применяется ко всем лицам, которым показана ТПП, независимо от того, проходили ли они профилактическое лечение туберкулеза.

Выбор лекарственного средства должен производиться в соответствии с профилем лекарственной чувствительности штаммов, выделенных от исходного больного.

Для химиопрофилактики МЛУ ТБ предлагается курс приема от 6 до 12 месяцев фторхинолона или другого препарата, в соответствии с профилем лекарственной чувствительности штаммов, выделенных от исходного больного. Схема профилактики, дозировка и длительность приема ТПП в данном случае определяется ЦВКК в ГУ РТБ.

При выборе препаратов для проведения химиопрофилактики необходимо учитывать возрастные и медицинские противопоказания для того или иного препарата:

а) производные изоникотиновой кислоты (изониазид) противопоказан при судорожных состояниях, в частности эпилепсии; с осторожностью необходимо назначать лицам с заболеванием печени, после перенесенного гепатита;

б) рифампицин – противопоказан при активном гепатите.

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1.**

При появлении побочных реакций, препарат отменяется на 5-7 дней, проводится симптоматическая коррекция побочных реакций.

В случае появления побочных реакций после возобновления лечения, препарат, вызвавший эти побочные явления, заменяется другим противотуберкулезным препаратом.

При развитии неустраняемых побочных реакций на прием противотуберкулезных препаратов химиопрофилактика далее не проводится, но ребенок постоянно должен находиться под наблюдением.

## **5.2 Диспансерное наблюдение**

При отсутствии данных о туберкулезе ребенок наблюдается у фтизиатра в VI группе диспансерного учета по поводу ЛТИ. Длительность наблюдения зависит от наличия факторов риска и динамики иммунологических тестов на фоне профилактических мероприятий. Обычно ребенок с ЛТИ наблюдается у фтизиатра в течение одного года, но срок диспансерного учета может быть продлен до 24 месяцев. На фоне проведения химиопрофилактики проводится мониторинг клинический (общий анализ крови и мочи, анализа крови на ферменты печени 1 раз в месяц), иммунологический (1 раз в 6 месяцев). При наблюдении фтизиатром низкой эффективности проводимых профилактических



мероприятий (в том числе при сохранении результатов иммунологических тестов на прежнем высоком уровне или их нарастании), дальнейшая тактика ведения определяется на ЦВКК в ГУ «РТБ».

Перед снятием с диспансерного учета ребенка необходимо оценить эффективность проведенных профилактических мероприятий по результатам лабораторных, иммунологических и рентгенологических исследований.

Группа наблюдения	Состав	Лечение	Длительность наблюдения, кратность обследования	Эффективность диспансеризации
VI Инфицированные туберкулезом	А- дети и подростки в раннем периоде первичной туберкулёзной инфекции (выраж туберкулиновых реакций).	Режим химиотерапии определяют индивидуально с учетом факторов риска	Не более 12 месяцев. Комплексное обследование 2 раза в год.	Отсутствие заболеваний туберкулезом.
	В – дети и подростки, ранее инфицированные с гиперергической реакцией на туберкулин. Дети и подростки из социальных групп риска с выраженной реакцией на туберкулин.			
	С- дети и подростки с усиливающейся туберкулиновой чувствительностью			

#### СХЕМА ОБСЛЕДОВАНИЯ ЛИЦ

Группа ДУ	Лучевые методы исследования	Иммунологические методы исследования	Лабораторные методы исследования	Прочие инструментал
-----------	-----------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	---------------------

				ные методы исследования
VI (А, В, С)	Рентгенологическое (флюорографическое) обследование органов дыхания при постановке и снятии с учета). Спиральная компьютерная томография по показаниям.	Проба Манту с 2 ТЕ, диаскинтест, при взятии и снятии с учета, а также в ходе наблюдения 1 раз в 6 месяцев.	Общие клинические анализы крови и мочи при профилактическом лечении, в дальнейшем – по показаниям.  Исследование мокроты и другого патологического материала на МБТ по показаниям.	

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1).**

### **6. Дополнительная информация**

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1).**

Скрининговое обследование детей и подростков из групп высокого риска по заболеванию туберкулезом, не подлежащих диспансерному учету у фтизиатра:

- а) больные сахарным диабетом, язвенной болезнью;
- б) больные с хроническими неспецифическими заболеваниями бронхолегочной системы и почек;
- в) больные ВИЧ-инфекцией;
- г) больные, длительно получающие иммуносупрессивную терапию (цитостатики, кортикостероиды, генно-инженерные биологические препараты (ГИБП) и др.).

Указанная категория детей нуждается в проведении иммунодиагностики 2 раза в год в условиях медицинских организаций общей лечебной сети.

В случае взятия указанной категории детей и подростков на диспансерный учет у фтизиатра с ЛТИ их ведение и наблюдение проводится совместно с узкими специалистами. Противотуберкулезные препараты с профилактической целью назначает врач фтизиатр, консультируясь с узкими специалистами, с учетом сопутствующей патологии.

Критерии выбора ПТП:

- 1) высокая эффективность;
- 2) безопасность;
- 3) переносимость препаратов;
- 4) совместимость с другими лекарственными препаратами.

Мониторинг: наблюдение у фтизиатра в течение 2 лет (при отсутствии заболевания).

**Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи  
детям и подросткам при латентной туберкулезной инфекции**

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический (общий, прямой и непрямой билирубины, аспаратаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза, глюкоза) при наличии возможностей	Да/Нет
3.	Выполнен анализ мочи общий	Да/Нет
4.	Выполнены внутрикожная проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным в стандартном разведении и проба Манту с 2 ТЕ	Да/Нет
5.	Выполнено рентгенологическое обследование и/или компьютерная томография согласно пункту 2.4 настоящих клинических рекомендаций	Да/Нет
6.	Выполнен забор мокроты и/или другого биологического материала в зависимости от локализации процесса (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов, мочи) для микроскопического исследования на выявление МБТ всеми доступными методами для исключения активного туберкулезного процесса до начала курса химиопрофилактики	Да/Нет
7.	Проведено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и периферических лимфоузлов	Да/Нет
8.	Проведена химиопрофилактика противотуберкулезными препаратами по схеме – таблица № 3 настоящих клинических рекомендаций	Да/Нет
9.	Выполнен непосредственный контроль медицинским персоналом или родителями за приемом назначенных доз противотуберкулезных лекарственных препаратов	Да/Нет

## Список литературы

1. Перельман М.И. Фтизиатрия. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2007; с.374-383.
2. Янченко Е.Н., Греймер М.С. Туберкулез у детей и подростков. Руководство для врачей. СПб; Гиппократ; 1999; с.87-97.
3. WHO operational handbook on tuberculosis (Module 1 – Prevention): Tuberculosis preventive treatment, second edition. Geneva, World Health Organization. 2024.
4. Nuermberger E., Bishai W.R., Grosset J.H. Latent tuberculosis infection. // Seminars in Resp. and Critic.; Care Med.; 2004; Vol. 25, № 3; P. 317-336.
5. Аксенова В.А. Туберкулез у детей и подростков. Учебное пособие. М: ГЭОТАР-Медиа; 2007; с.37-43.
6. Киселев В.И., Барановский П.М., Пупышев С.А. и др. Новый кожный тест для диагностики туберкулеза на основе рекомбинантного белка ESAT-CFP. Молекулярная медицина. 2008; 4: с.4-6.
7. Слогоцкая Л.В., Кочетков А.Я., Сенчихина О.Ю. Эффективность нового кожного теста (Диаскинтест) при выявлении инфицированных и заболевших подростков среди контактировавших с больными туберкулезом. Вопросы современной педиатрии. 2011; том 10; № 3: с.70-75.
8. Аксенова В.А., Барышникова Л.А. Эффективность аллергена туберкулезного рекомбинантного при раннем выявлении туберкулезной инфекции у детей и подростков в условиях общей лечебной сети. Вопросы современной педиатрии; 2015; том 14; № 3: с.358-362.
9. Александрова Е.Н., Морозова Т.И., Паролина Л.Е., Докторова Н.П. Интерпретация комплексной когортной оценки результатов туберкулинодиагностики. Проблемы туберкулеза и болезней легких. 2008; №7: с.23-26
10. Белова Е.В., Стаханов В.А. Диагностика туберкулезной инфекции у подростков на основе рекомбинантных белков *Mycobacterium tuberculosis* в учреждениях первичной медико-санитарной помощи. Туберкулез и болезни легких. 2015; № 5: с.42.
11. Лебедева Л.В., Грачева С.Г. Чувствительность к туберкулину и инфицированность микобактериями туберкулеза детей. Проблемы туберкулеза. 2007; №1: с. 5-9
12. Вилк В.В. Компьютерная томография в диагностике туберкулеза у детей / В.В. Вилк [и др.]. Туберкулез и болезни легких. 2011; № 4: с. 84.
13. Общероссийская общественная организация «РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ФТИЗИАТРОВ». Клинические рекомендации «Латентная туберкулезная инфекция у детей». 2016. с.44
14. Барышникова Л.А. Особенности туберкулезной инфекции у детей и подростков в современных условиях (эпидемиология, клинические проявления, профилактика). Дисс. ... докт. мед. наук. М.; 2011; с.281
15. Клевно Н.И. Туберкулез у детей, больных ВИЧ-инфекцией (распространенность, особенности клинических проявлений, диагностика, лечение, профилактика): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М.; 2015.
16. Насонов Е.Л., Козлов Р.С., Якушин С.Б. Инфекционные осложнения терапии блокаторами фактора некроза опухоли: предупрежден – значит вооружен. Клиническая микробиология и антимикробная терапия. 2006; Т. 8; № 4, с. 314-324.
17. Слогоцкая Л.В., Богородская Е.М. Сравнительная характеристика иммунологических тестов для выявления туберкулезной инфекции. Возможность массового скрининга. Туберкулез и болезни легких. 2016; № 5: с. 5-16.

18. Источник: CDC. 1994 Revised classification system for human immuno-deficiency virus infection in children less than 13 years of age. MMWR 1994; 43 (No. RR-12): p. 1–10.
19. WHO. Rapid Communication: Key changes to the treatment of drug-resistant tuberculosis. WHO, December, 2019.

### Состав рабочей группы:

а) председатель рабочей группы: Верченко Н.Г. - заместитель главного врача по поликлинической части ГУ «Республиканская туберкулезная больница»

б) члены рабочей группы:

1) Осадчий С.А. - главный врач ГУ «Республиканская туберкулезная больница»;

2) Грибанов А.А. – заместитель главного врача по лечебной части ГУ «Республиканская туберкулезная больница»;

3) Панкрушев С.В. – заведующий республиканским противотуберкулезным диспансером г. Бендеры;

4) Обевзенко Н.М.- заведующая отделением чувствительных форм туберкулёза ГУ «Республиканская туберкулезная больница»;

5) Максим Т.Н. – заведующая референс-бактериологической лабораторией ГУ «Республиканская туберкулезная больница».

Конфликт интересов у членов рабочей групп отсутствует.

**Справочные материалы, включая соответствие показаний к  
применению и противопоказаний, способов применения и доз  
лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственных  
препаратов**

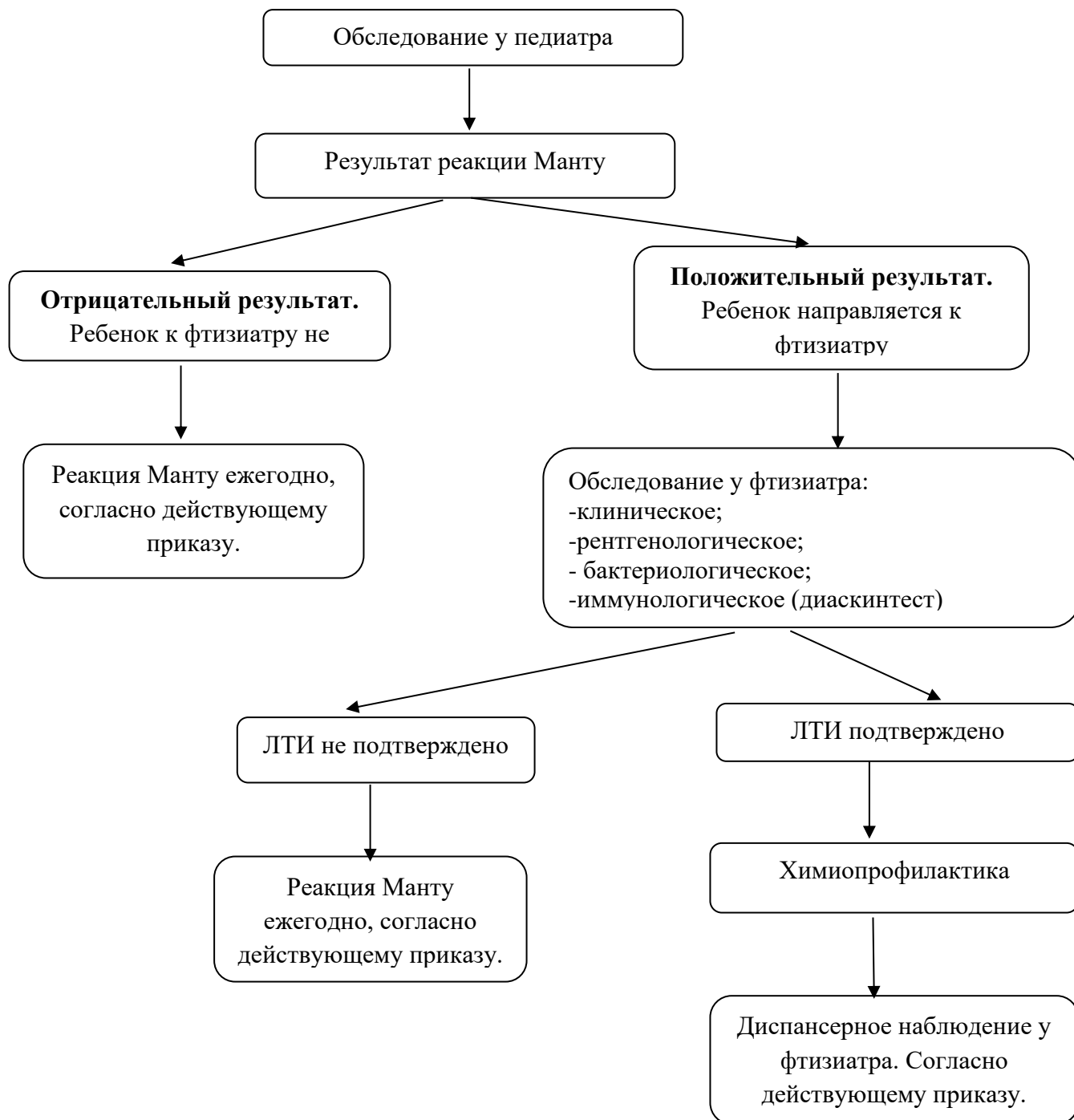
Рекомендации к схемам применения и дозам лекарственных препаратов, указаны в тексте настоящих клинических рекомендаций.

Данные клинические рекомендации разработаны с учетом следующих нормативных правовых актов и научных изданий:

1. Закон Приднестровской Молдавской Республики от 16 января 1997 года № 29-3 «Об основах охраны здоровья граждан» (СЗМР 97-1);
2. Постановление Правительства Приднестровской Молдавской Республики от 31 января 2020 года № 16 «Об утверждении Программы государственных гарантий оказания гражданам Приднестровской Молдавской Республики бесплатной медицинской помощи» (САЗ 20-6);
3. Приказ Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 30 декабря 2015 года № 670 «Об организации противотуберкулезной помощи населению Приднестровской Молдавской Республики»;
4. Приказ Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 6 мая 2021 года № 363 «Об утверждении Порядка разработки и применения клинических рекомендаций по вопросам оказания медицинской помощи» (регистрационный № 10285 от 3 июня 2021 года) (САЗ 21-22);
5. Лосева Н.Г. Избранные лекции по фтизиатрии: Тирасполь; 2017. с.5-14.
6. Национальный клинический протокол по туберкулезу у взрослых Республика Молдова: Кишинев; 2022.



**Алгоритм действия врача**



### Информация для пациента

1. После выявления положительной реакции Манту пациент должен обратиться к врачу фтизиатру.
2. Пациент должен быть проинформирован врачом фтизиатром о необходимом перечне обследований, а именно:
  - а) общий анализ крови и мочи.
  - б) обзорная рентгенограмма грудной клетки.
  - в) линейные томограммы и компьютерная томография (при необходимости).
  - г) для исключения ЛТИ проводится иммунологический тест (диаскинтест).
3. При подтверждении фтизиатром диагноза ЛТИ и назначения лечения, пациента информируют о сроках лечения.
4. Пациент берется на диспансерный учет у фтизиатра и информируется о сроках обследования на весь период диспансерного наблюдения.
5. Информацию об окончании лечения и диспансерного наблюдения пациент получает от врача фтизиатра, лечившего пациента.
6. После окончания наблюдения у фтизиатра, пациент информируется, о необходимости проведения реакции Манту ежегодно, под контролем участковой педиатрической сети (согласно действующему приказу о профилактике туберкулёза).

**Шкала оценки, опросники и так далее, приведённые в тексте  
клинических рекомендаций**

**Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов  
диагностики (диагностических вмешательств)**

УДД	Расшифровка
1.	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2.	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3.	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4.	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5.	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

**Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов  
профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных,  
реабилитационных вмешательств)**

УДД	Расшифровка
1.	Систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2.	Отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3.	Нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования

<b>4.</b>	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследование "случай-контроль"
-----------	--

**Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)**

<b>УУР</b>	<b>Расшифровка</b>
<b>А</b>	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
<b>В</b>	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
<b>С</b>	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Доказательной базой являются данные из клинических рекомендаций «Латентная туберкулезная инфекция у детей» общероссийской общественной организации «Российское общество фтизиатров» 2016г.

## **Состав экспертной группы по проведению экспертизы проектов клинических рекомендаций по вопросам оказания медицинской помощи:**

**1. Председатель экспертной группы: Малиёв Вячеслав Владимирович** - главный специалист Управления организации медицинской помощи и рассмотрения обращений граждан и организаций Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, главный внештатный специалист по скорой медицинской помощи Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, главный врач государственного учреждения «Региональная станция скорой медицинской помощи» города Бендеры;

**2. Заместитель председателя экспертной группы: Кравцова Алина Геннадьевна** - главный специалист Управления организации медицинской помощи и рассмотрения обращений граждан и организаций Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, кандидат медицинских наук, доцент Кафедры педиатрии, акушерства и гинекологии медицинского факультета государственного образовательного учреждения «Приднестровский государственный университет имени Т.Г. Шевченко», врач-педиатр, неонатолог;

### **3. Секретари экспертной группы:**

**1) Гурецкая Елена Валентиновна** - главный специалист Управления организации медицинской помощи и рассмотрения обращений граждан и организаций Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики;

**2) Кошелева Наталья Игоревна** - главный специалист Управления организации медицинской помощи и рассмотрения обращений граждан и организаций Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики.

### **4. Члены экспертной группы:**

**1) Гырбу Валерия Андреевна** - начальник Управления нормативно-правового, документационного, информационного обеспечения и системного администрирования Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики;

**2) Марьян Анастасия Антоновна** - начальник Отдела организации лекарственного обеспечения Управления организации медицинской помощи и рассмотрения обращений граждан и организаций Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики;

**3) Окушко Ростислав Владимирович** - главный специалист Управления организации медицинской помощи и рассмотрения обращений граждан и организаций Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, кандидат медицинских наук, доцент, руководитель государственного образовательного учреждения среднего профессионального образования «Приднестровский государственный медицинский колледж имени Л.А. Тарасевича»;

**4) Гарбуз Иван Филиппович** - доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой травматологии, ортопедии и экстремальной медицины медицинского факультета Приднестровского Государственного Университета имени Т.Г. Шевченко;

**5) Горшков Николай Иванович** - главный специалист Управления организации медицинской помощи и рассмотрения обращений граждан и организаций Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, главный внештатный оториноларинголог и челюстно-лицевой хирург Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, заведующий отделением головы, шеи и восстановительной хирургии государственного учреждения «Республиканская клиническая больница»;

**б) Кацавель Ольга Николаевна** - заведующая отделением дополнительного профессионального образования государственного образовательного учреждения среднего профессионального образования «Приднестровский государственный медицинский колледж имени Л.А. Тарасевича»

**Экспертиза проектов клинических рекомендаций  
по специальности «Фтизиатрия»  
врач фтизиатр первой квалификационной категории,  
Стойчева Татьяна Андреевна.**

На экспертизу, согласно приказа МЗ ПМР №363 от 6 мая 2021 года «Об утверждении порядка разработки и применения клинических рекомендаций по вопросам оказания медицинской помощи», в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения от 23 августа 2024 года № 598-ОД «Об утверждении персонального состава рабочей группы по разработке (пересмотру) клинических рекомендаций по вопросам оказания медицинской помощи и экспертной группы по проведению экспертизы проектов клинических рекомендаций по вопросам оказания медицинской помощи», с целью повышения качества оказания медицинской помощи гражданам, проживающим на территории Приднестровской Молдавской Республики представлены два проекта клинических рекомендаций, разработанных в 2024г.:

«Туберкулез легких и внелёгочной локализации у взрослых, детей и подростков»  
на 124 страницах,

«Латентная туберкулезная инфекция у детей и подростков» на 26 страниц.

Согласно приложению к Приказу МЗ ПМР 598-ОД от 23 августа 2024 года данные проекты клинических рекомендации представлены рабочей группой в составе: председателя рабочей группы Верченко Н.Г., члены рабочей группы :Грибанов А.А., Максим Т.Н., Обевзенко Н.М., Осадчий С.А., Панкрушев С.В.

Титульные страницы проектов клинических рекомендаций соответствуют типовой титульной странице в соответствии с Приказом №363, Приложением №4 (от 6.05.2021 г.). Рассматриваемые проекты клинических рекомендаций по своей структуре и содержанию оформлены в соответствии с типовой структурой, установленной Приказом №363, Приложением №3. Построение, изложение, оформление и форматирования проектов клинических рекомендаций осуществлено в соответствии с требованиями. Для обоснования положений клинических рекомендаций разработчики использовали

результаты научных исследований, организованных и проведенных в соответствии современными принципами клинической эпидемиологии. В проектах клинических рекомендаций представлены современные классификации, патогенез, на современном уровне с доказательной эффективностью отражены клиника, лечение и профилактика. Присутствуют рекомендации по применению конкретных медицинских вмешательств, позволяющих оценить эффективность и безопасность проводимого лечения. При описании в проектах клинических рекомендаций конкретной лечебной или диагностической медицинской технологии в них указаны уровень убедительности доказательств целесообразности ее применения с учетом унифицированной шкалы оценки убедительности доказательств.

Замечаний по представленным проектам клинических рекомендаций экспертом нет.

Члены Экспертной группы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Конфликт интересов у эксперта отсутствует, о чём заполнена «Декларация отсутствия конфликта интересов».

28.11.2024г.      Стойчева Т.А.

**«Декларация отсутствия конфликта интересов»**

Имеете ли Вы финансовую или другую заинтересованность в теме обсуждаемого документа, которая может повлиять на Ваши суждения? Отметьте только один пункт:

Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

Имели ли Вы какое-либо финансирование или вознаграждение от группы, которая имеет интерес к разрабатываемому проекту клинических рекомендаций?

Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

Укажите, пожалуйста, существующие сложности, которые могут воспрепятствовать Вашей работе, а также нарушат Вашу объективность и свободу суждений при работе над клиническими рекомендациями:

\_\_\_\_\_ нет \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Я, нижеподписавшийся, ответственно заявляю, что все данные, изложенные в данной декларации, являются правильными и верными.

Я готов информировать Вас о любых изменениях, в вопросах, изложенных выше.

Дата « 09 » 12.2014 ФИО Осварий С.А. подпись 



### «Декларация отсутствия конфликта интересов»

Имеете ли Вы финансовую или другую заинтересованность в теме обсуждаемого документа, которая может повлиять на Ваши суждения? Отметьте только один пункт:

Да \_\_\_\_\_ Нет

Имели ли Вы какое-либо финансирование или вознаграждение от группы, которая имеет интерес к разрабатываемому проекту клинических рекомендаций?

Да \_\_\_\_\_ Нет

Укажите, пожалуйста, существующие сложности, которые могут воспрепятствовать Вашей работе, а также нарушат Вашу объективность и свободу суждений при работе над клиническими рекомендациями:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Я, нижеподписавшийся, ответственно заявляю, что все данные, изложенные в данной декларации, являются правильными и верными.

Я готов информировать Вас о любых изменениях, в вопросах, изложенных выше.

Дата « 9 » 12 2024 ФИО Патцуршев С. В. подпись 

### «Декларация отсутствия конфликта интересов»

Имеете ли Вы финансовую или другую заинтересованность в теме обсуждаемого документа, которая может повлиять на Ваши суждения? Отметьте только один пункт:

Да \_\_\_\_\_ Нет НЕТ

Имели ли Вы какое-либо финансирование или вознаграждение от группы, которая имеет интерес к разрабатываемому проекту клинических рекомендаций?


Да \_\_\_\_\_ Нет НЕТ

Укажите, пожалуйста, существующие сложности, которые могут воспрепятствовать Вашей работе, а также нарушат Вашу объективность и свободу суждений при работе над клиническими рекомендациями:

Сложностей нет.

Я, нижеподписавшийся, ответственно заявляю, что все данные, изложенные в данной декларации, являются правильными и верными.

Я готов информировать Вас о любых изменениях, в вопросах, изложенных выше.

Дата «09» 12 2024 ФИО Верченко Н.Р подпись 

**«Декларация отсутствия конфликта интересов»**

Имеете ли Вы финансовую или другую заинтересованность в теме обсуждаемого документа, которая может повлиять на Ваши суждения? Отметьте только один пункт:

Да \_\_\_\_\_ Нет

Имели ли Вы какое-либо финансирование или вознаграждение от группы, которая имеет интерес к разрабатываемому проекту клинических рекомендаций?

Да \_\_\_\_\_ Нет

Укажите, пожалуйста, существующие сложности, которые могут воспрепятствовать Вашей работе, а также нарушат Вашу объективность и свободу суждений при работе над клиническими рекомендациями:

нет

Я, нижеподписавшийся, ответственно заявляю, что все данные, изложенные в данной декларации, являются правильными и верными.

Я готов информировать Вас о любых изменениях, в вопросах, изложенных выше.

Дата «09» декабрь ФИО Олеговченко Н.М. подпись 

«Декларация отсутствия конфликта интересов»

Имеете ли Вы финансовую или другую заинтересованность в теме обсуждаемого документа, которая может повлиять на Ваши суждения? Отметьте только один пункт:

Да \_\_\_\_\_  Нет Нет

Имели ли Вы какое-либо финансирование или вознаграждение от группы, которая имеет интерес к разрабатываемому проекту клинических рекомендаций?

Да \_\_\_\_\_  Нет Нет

Укажите, пожалуйста, существующие сложности, которые могут воспрепятствовать Вашей работе, а также нарушат Вашу объективность и свободу суждений при работе над клиническими рекомендациями:

Нет

Я, нижеподписавшийся, ответственно заявляю, что все данные, изложенные в данной декларации, являются правильными и верными.

Я готов информировать Вас о любых изменениях, в вопросах, изложенных выше.

Дата «9» 12.2024 ФИО Максим ТН А подпись ТН Макс