

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

НАКАЗ

28.10.2003 р.

№ 499

Про затвердження інструкцій щодо надання допомоги хворим на туберкульоз і неспецифічні захворювання легенів.

З метою запобігання розповсюдження туберкульозу та неспецифічних захворювань легенів, уніфікації підходів щодо надання фтизіопульмонологічної допомоги хворим

НАКАЗУЮ:

1. Затвердити:
 - 1.1. Інструкцію про клінічну класифікацію туберкульозу та її застосування (додається);
 - 1.2. Інструкцію про групування диспансерних контингентів протитуберкульозних закладів та її застосування (додається);
 - 1.3. Інструкцію про діагностику, клінічну класифікацію та лікування бронхіальної астми (додається);
 - 1.4. Інструкцію про діагностику, клінічну класифікацію та лікування хронічних обструктивних захворювань легень (додається);
 - 1.5. Інструкцію про негоспітальну пневмонію у дорослих: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антибактеріальна терапія (додається);
 - 1.6. Інструкцію про клінічну класифікацію муковісцидозу; консенсус щодо діагностики, лікування та профілактики муковісцидозу (додається).
2. Вважати такими, що втратили чинність:
 - 2.1. Такі Інструкції, що затверджені наказом МОЗ України від 30.12.1999 р. № 311 «Про затвердження інструкцій щодо надання фтизіопульмонологічної допомоги хворим»:
 - 2.1.1. Інструкція про клінічну класифікацію туберкульозу та її застосування;
 - 2.1.2. Інструкція про діагностику, клінічну класифікацію та лікування бронхіальної астми;
 - 2.1.3. Інструкція про діагностику, клінічну класифікацію та лікування хронічного обструктивного бронхіту;
 - 2.1.4. Інструкція про діагностику, клінічну класифікацію та лікування пневмонії.
 - 2.2. Інструкція про поділ на групи контингентів протитуберкульозних диспансерних закладів, затверджена наказом МОЗ України від 29.07.1996 р. № 233 «Про затвердження інструкцій щодо надання медико-санітарної допомоги хворим на туберкульоз».
3. Міністру охорони здоров'я Автономної республіки Крим, начальникам управлінь охорони здоров'я обласних, Севастопольської та Головного управління Київської міських державних адміністрацій довести затверджені інструкції до працівників охорони здоров'я та контролювати їх виконання.
4. Контроль за виконанням цього наказу покласти на першого заступника Міністра О.В. Лапушенко.

Міністр охорони здоров'я

А.В. Підаєв

Затверджено
наказом МОЗ України
від 28.10.03 № 499

ІНСТРУКЦІЯ ПРО КЛІНІЧНУ КЛАСИФІКАЦІЮ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ТА ЇЇ ЗАСТОСУВАННЯ

А. КЛІНІЧНА КЛАСИФІКАЦІЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ	A15.- A16.-	Первинний туберкульозний комплекс
І. ТИП ТУБЕРКУЛЬОЗНОГО ПРОЦЕСУ:	A19.- частина	Дисемінований туберкульоз легень
1. Вперше діагностований туберкульоз — ВДТБ (дата діагностування)	A15.- A16.-	Вогнищевий туберкульоз легень
2. Рецидив туберкульозу — РТБ (дата діагностування)	A15.- A16.-	Інфільтративний туберкульоз легень
3. Хронічний туберкульоз — ХТБ (дата діагностування)	A15.- A16.-	Казеозна пневмонія
	A15.- A16.-	Туберкульома легень
	A15.- A16.-	Фіброзно-кавернозний туберкульоз легень
ІІ. КЛІНІЧНІ ФОРМИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ:	A15.- A16.-	Циротичний туберкульоз легень
(шифри МКХ-10 перегляду)	A15.- A16./J65	Туберкульоз легень, поєднаний з професійними пиловими захворюваннями легень (коніотуберкульоз)
A15.- A16.- Туберкульоз легень (ТБЛ) (із факкультативним зазначенням форми ураження):		

A15.- A18.-	Позалегеновий туберкульоз (ПТБ) (із зазначенням локалізації):	(M+) позитивний результат дослідження мазка на кислотостійкі бактерії (КСБ);
A15.- A16.-	Туберкульоз бронхів, трахеї, гортані та інших верхніх дихальних шляхів	(K0) культуральне дослідження не проводили; (K-) негативний результат культурального дослідження;
A15.- A16.-	Туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів	(K+) позитивний результат культурального дослідження; у такому випадку уточнити:
A15.- A16.-	Туберкульозний плеврит (в т.ч. емпієма)	(Резист0) резистентність МБТ до препаратів I ряду не досліджували;
A17	Туберкульоз нервової системи і мозкових оболонок	(Резист-) резистентності МБТ до препаратів I ряду не встановили;
A18.0	Туберкульоз кісток та суглобів	(Резист+) (аббревіатура протитуберкульозних препаратів I ряду) встановили резистентність МБТ до препаратів I ряду (в дужках навести перелік усіх препаратів I ряду, до яких встановили резистентність).
A18.1	Туберкульоз сечово-статевої системи	(РезистII0) резистентності МБТ до препаратів II ряду не досліджували;
A18.2	Туберкульоз периферичних лімфатичних вузлів	(РезистII-) резистентності МБТ до препаратів II ряду не встановили;
A18.3	Туберкульоз кишок, очеревини та брижових лімфатичних вузлів	(РезистII+) (аббревіатура протитуберкульозних препаратів II ряду) встановили резистентність МБТ до препаратів II ряду (в дужках навести перелік усіх препаратів II ряду, до яких встановили резистентність).
A18.4	Туберкульоз шкіри та підшкірної клітковини	<i>Примітка. У разі наявності ТБ не встановленої локалізації і (МБТ+) слід наводити вид біологічного матеріалу, котрий досліджували, наприклад, харкотиння (МБТ+), сеча (МБТ+).</i>
A18.5	Туберкульоз ока	(МБТ-) не підтверджений за результатами бактеріологічного дослідження (шифр А16), у такому випадку уточнити:
A18.6	Туберкульоз вуха	(M0) мазок не досліджували;
A18.7	Туберкульоз надниркових залоз	(M-) негативний результат дослідження мазка на кислотостійкі бактерії (КСБ);
A18.8	Туберкульоз інших уточнених органів і систем	(K0) культуральне дослідження не проводили; (K-) негативний результат культурального дослідження.
A19	Міліарний туберкульоз (МТБ)	(ГІСТ0) гістологічне дослідження не проводили;
A18	Туберкульоз не встановленої локалізації	(ГІСТ-) не підтверджений за результатами гістологічного дослідження (шифр А16); (ГІСТ+) підтверджений за результатами гістологічного дослідження (шифр А15).

Примітка: 1. До туберкульозу органів дихання (ТОД), або туберкульозу дихальної чи респіраторної системи, відносять туберкульоз: носа, приноскових пазух, гортані, трахеї, бронхів, легенів, грудної порожнини (плеври, внутрішньогрудних лімфатичних вузлів). 2. Знак після цифри «крапка тире» (-) означає про внесення четвертого (п'ятого) знаку при кодуванні нозологій згідно МКХ-10.

III. ХАРАКТЕРИСТИКА ТУБЕРКУЛЬОЗНОГО ПРОЦЕСУ

1. Локалізація ураження

Локалізацію ураження в легенях наводять за номером (назвою) сегментів, назвою часток легени; а в інших органах і системах — за анатомічною назвою місця ураження.

2. Наявність деструкції

(Дестр+) наявна деструкція

(Дестр-) немає деструкції

Факультативно слід зазначити фазу туберкульозного процесу:

— інфільтрація, розпад (відповідає Дестр+), обсіменіння;

— розсмоктування, ущільнення, рубцювання, запнення (кальцинація).

3. Етіологічне підтвердження діагнозу туберкульозу

(МБТ+) підтверджений за результатами бактеріологічного дослідження (шифр А15), у такому випадку уточнити:

IV. УСКЛАДНЕННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Необхідно перерахувати ускладнення і навести в дужках дату їх діагностування.

Ускладнення туберкульозу легень (ТБЛ): кровохаркання, легенева кровотеча, спонтанний пневмоторакс, легенева недостатність, хронічне легеневе серце, ателектаз, амілоїдоз тощо.

Ускладнення позалегенового туберкульозу (ПТБ): стеноз бронха, емпієма плеври, норія (бронхіальна, торакальна), ниркова (надниркова) недостатність, безпліддя, спайка, анкілоз, амілоїдоз тощо.

V. КЛІНІЧНА ТА ДИСПАНСЕРНА КАТЕГОРІЯ ОБЛІКУ ХВОРОГО

Категорія 1 (Кат1)

Категорія 2 (Кат2)

Категорія 3 (Кат3)

Категорія 4 (Кат4)

Категорія 5 (Кат5):

група 5.1; група 5.2; група 5.3; група 5.4; група 5.5.

Примітка. При формулюванні діагнозу туберкульозу для хворих кожної категорії слід навести шифр когорти (1, 2, 3, 4) та зазначити в дужках рік, до якого відноситься когорта, наприклад, Ког4(2001), Ког1(2000), Ког3(2002). З таким шифруванням когорти хворих переводять під диспансерне спостереження.

VI. ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ

1. Ефективне лікування:

1.1. Вилікування

1.2. Припинення бактеріовиділення.

2. Завершене лікування

3. Неefективне (невдача) лікування

4. Перерване лікування

5. Продовжується лікування

6. Вибув/Переведений

7. Летальний наслідок.

Примітка. «Ефективне лікування» і «Завершене лікування» об'єднують в «Успішне лікування».

VII. НАСЛІДКИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ (В90)

Залишкові зміни після вилікуваного туберкульозу легень: фіброзні, фіброзно-вогнищеві, бульозно-дистрофічні, кальцинати в легенях і лімфатичних вузлах, плевропневмосклероз, цироз, наслідки хірургічного втручання (з зазначенням виду та дати операції) тощо.

Залишкові зміни після вилікуваного туберкульозу позалегеневої локалізації: рубцеві зміни в різних органах та їх наслідки, звапнення, наслідки хірургічного втручання (з зазначенням виду та дати операції).

Б. ЗАСТОСУВАННЯ КЛІНІЧНОЇ КЛАСИФІКАЦІЇ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

I. ТИП ТУБЕРКУЛЬОЗНОГО ПРОЦЕСУ

Після найменування типу туберкульозного процесу в дужках вказати дату його встановлення, що дає змогу розподілити хворих за когортами і провести когортний аналіз.

1. Вперше діагностований туберкульоз — ВДТБ (дата діагностування). Вперше діагностований туберкульоз у хворого визначають тоді, коли він ніколи не лікувався від ТБ або приймав протитуберкульозні препарати менше 1 місяця.

2. Рецидив туберкульозу — РТБ (дата діагностування). Рецидив туберкульозу — це активація перебігу туберкульозу в осіб, які раніше хворіли на туберкульоз, завершили основний курс антимікобактеріальної терапії та вважалися вилікуваними, або у яких лікування було успішне, тобто було ефективне лікування чи завершене

лікування. Рецидив ТБ може бути з (МБТ+) і з (МБТ–), з (ГІСТ+) і з (ГІСТ–), а також діагностований за результатами клініко-рентгенологічного дослідження.

3. Хронічний туберкульоз — ХТБ (дата діагностування). Хронічний туберкульоз діагностують у хворих, у яких не досягають клініко-рентгенологічної стабілізації або наявне клініко-рентгенологічне погіршення: зберігаються каверни (незалежно від наявності чи відсутності бактеріовиділення) протягом не менше 2-річного спостереження і лікування.

Хронічний туберкульоз з бактеріовиділенням або без бактеріовиділення діагностують тоді, коли у хворого після основного і повторного курсів антимікобактеріальної терапії, через 2 роки після початку лікування, зареєстрували неефективне лікування (невдача лікування, перерва в лікуванні, продовжує лікування більше 2 років, помер після 2 років лікування), в т.ч. якщо хворий вибув чи переведений із неефективним лікуванням більше 2 років.

Туберкульоз вважають хронічним у пацієнта, який не завершив повністю належний йому курс протитуберкульозної терапії протягом 2-річного спостереження і лікування, а також у пацієнта, який перервав лікування або має резистентні штами МБТ і став хронічним виділювачем мікобактерій.

Отже, хронічний туберкульоз (ХТБ) — це туберкульоз у хворого 1-ї, 2-ї чи 3-ї категорії, що триває й після неефективного повторного лікування хворого за 2-ю категорією і в середньому виникає через 2 роки від початку антимікобактеріальної терапії.

II. КЛІНІЧНІ ФОРМИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ (ТБЛ)

Клінічні форми туберкульозу зазначають факультативно.

1. Первинний туберкульозний комплекс характеризується розвитком запальних змін в легенях, ураженням внутрішньогрудних лімфатичних вузлів і лімфангітом. Частіше його спостерігають у дітей, значно рідше у осіб у віці 18–25 років. Клінічні прояви первинного туберкульозного комплексу залежать від фази процесу, особливостей його перебігу та реактивності організму. Його перебіг може бути малосимптомним, але частіше мають місце прояви туберкульозної інтоксикації, особливо при поширенні процесу на серозні оболонки (плеврит, полісерозит) і бронхи.

Розрізняють неускладнений і ускладнений перебіг первинного комплексу. При ускладненому перебігу може спостерігатися в специфічному запальному процесі в легенях розпад з виникненням первинної каверни, ураження бронхів, розвиток ателектазу в інших частинах легень, лімфогенна й гематогенна дисемінація, а

також перехід у первинний туберкульоз з хронічним перебігом. Можуть виникати параспецифічні алергічні реакції, виявлятися підвищена чутливість до туберкуліну.

У сучасних умовах у більшості хворих первинний туберкульозний комплекс, особливо під впливом хіміотерапії, має малосимптомний перебіг зі схильністю до розсмоктування, ущільнення і звапнення. Звапнення первинного вогнища в легенях і лімфатичних вузлах у дорослих зустрічається як виняток. Рідше спостерігають первинний туберкульозний комплекс з типовою біполярністю.

2. Дисемінований туберкульоз легень характеризується наявністю множинних, звичайно в обох легенях, вогнищ дисемінації гематогенного, лімфогенного або змішаного генезу різної давності і з різноманітним співвідношенням ексудативного та продуктивного запалення, гострим, підгострим або хронічним перебігом.

Варіанти дисемінованого туберкульозу розрізняють за патогенезом і клінічною картиною. Залежно від шляху поширення МБТ виділяють гематогенний і лімфобронхогенний дисемінований туберкульоз. Обидва варіанти можуть мати гострий, підгострий та хронічний початок хвороби.

Гострий дисемінований туберкульоз гематогенного генезу найчастіше проявляється як міліарний, який виділяють в окрему клінічну форму.

Підгострий дисемінований туберкульоз розвивається повільно, характеризується значними симптомами інтоксикації. При гематогенному генезі підгострого дисемінованого туберкульозу однотипна вогнищева дисемінація локалізується у верхніх і кортикальних відділах легень, при лімфогенному генезі — вогнища розташовуються групами в прикореневих і нижніх відділах легень на фоні значного лімфангіту із залученням у процес як глибокої, так і периферичної лімфатичної мережі легень. На фоні вогнищ при підгострому дисемінованому туберкульозі можуть утворюватись тонкостінні каверни з перифокальним запаленням, що слабо виявляється. Частіше каверни розташовуються на симетричних ділянках легень, ці утворення мають назву «штампованих каверн».

Хронічний дисемінований туберкульоз найчастіше має гематогенний генез. Він характеризується апікокаудальним поширенням процесу. При хронічній формі можливе послідовне ураження різних органів і систем. Хронічний дисемінований туберкульоз має хвилеподібний перебіг, при якому симптоми інтоксикації в період ремісії частково згасають, а при спалаху процесу — посилюються, виявляють також легеневі і позалегеневі локальні ураження. При рентгенологічному дослідженні визначають вогнища різних розмірів і щільності. Більш щільні вогнища локалізуються у вище розташованих відділах. На

будь якому етапі хвороби можуть виникати каверни в одній або в обох легенях. Вогнищеві та деструктивні утворення виявляють на фоні деформованого легеневого малюнка, ознак пневмосклерозу, бронхоектазів і емфіземи. Несвоєчасно розпізнаний хронічний дисемінований туберкульоз, а також у разі його неефективного лікування, може, через фазу інфільтрації, впродовж деякого часу перейти у фіброзно-кавернозний туберкульоз легень. Складність визначення генезу дисемінацій призвела до необхідності об'єднання їх під загальною назвою дисемінованого туберкульозу легень. Однак, по можливості, слід намагатися в діагнозі наводити (в дужках) генез процесу, оскільки це має значення для терапевтичної тактики і прогнозу. Не слід вважати проявом дисемінованого туберкульозу дисемінації, що утворюються внаслідок бронхогенного відсіву з інфільтрату, що розпався, при фіброзно-кавернозному туберкульозі легень, у разі розвитку аспіраційної пневмонії після легеневої кровотечі, при прориві в бронх казеозного лімфатичного вузла. Їх необхідно визначати як фазу відповідного процесу.

3. Вогнищевий туберкульоз легень характеризується малосимптомним перебігом та наявністю різного генезу та давності невеликих (до 10 мм у діаметрі) переважно продуктивного характеру вогнищ у межах 1–2 сегментів в одній або обох легенях. До вогнищевих форм відносять як ті, що нещодавно виникли, свіжі (м'яковогнищеві) процеси з вогнищами до 10 мм, так і більш давні (фіброзно-вогнищеві) утворення з явно вираженими ознаками активності процесу. Свіжий вогнищевий туберкульоз характеризується наявністю м'яких вогнищевих тіней з дещо розмитими краями. У разі наявності значних перифокальних змін на периферії вогнищ, які утворюють зливні бронхолобулярні фокуси, процес слід визначати як інфільтративний туберкульоз легень. Фіброзно-вогнищевий туберкульоз проявляється наявністю щільних вогнищ, інколи з включенням вапна, фіброзними змінами у вигляді тяжів і ділянок гіперпневматозу. В період загострення можливе також виникнення свіжих м'яких вогнищ. При вогнищевому туберкульозі прояви інтоксикації та «грудні» симптоми, як правило, зустрічаються у хворих у період загострення, у фазі інфільтрації або розпаду.

При виявленні фіброзно-вогнищевих змін методом рентгенофлюорографії необхідно провести ретельне обстеження хворого для визначення активності процесу. В разі відсутності безсумнівних ознак активності фіброзно-вогнищеві зміни слід розцінювати як прояви неактивного процесу.

4. Інфільтративний туберкульоз легень — це специфічний ексудативно-пневмонічний процес протяжністю більше 10 мм зі схильністю до

прогресуючого перебігу. Клінічні прояви інфільтративного туберкульозу залежать від поширеності інфільтративно-запальних (перифокальних і казеозно-некротичних) змін в легенях. Розрізняють такі клініко-рентгенологічні варіанти інфільтративного туберкульозу легень: лобулярний, круглий, хмароподібний, перисцисурит, лобіт. Для всіх цих варіантів інфільтративного туберкульозу легень притаманна не лише наявність інфільтративної тіні, в тому числі з розпадом, а можливе також бронхогенне обсіменіння. Інфільтративний туберкульоз легень може перебігати також інаперцептно і виявляється тільки при рентгенологічному дослідженні. Частіше клінічний перебіг процесу подібний такому при інших захворюваннях (пневмонія, грип із затяжним перебігом, катар верхніх дихальних шляхів та ін.). Це так звані «маски» туберкульозу.

У більшості хворих спостерігають гострий або підгострий початок захворювання. Одним із симптомів інфільтративного туберкульозу може бути кровохаркання при загальному задовільному стані хворого.

5. Казеозна пневмонія — це гостра специфічна пневмонія, яка характеризується швидко наростаючими казеозно-некротичними змінами та тяжким перебігом, нерідко швидко прогресуючим, що призводить до летального наслідку. Їй притаманні: тяжкий стан хворого, фебрильна температура, значні симптоми інтоксикації, рясні катаральні прояви в легенях, лейкоцитоз, різкі зрушення вліво в лейкоцитарній формулі, масивне бактеріовиділення. Перебігає казеозна пневмонія у вигляді лобарної та лобулярної форми. При швидкому розрідженні казеозних мас утворюються гігантські порожнини або велика кількість невеликих каверн.

6. Туберкульома легень — утворення різноманітного генезу, як правило, інкапсульоване з перевагою казеозу, з діаметром більше 10 мм та малосимптомною клінікою. Розрізняють туберкульоми інфільтративно-пневмонічного типу, гомогенні, шаруваті, конгломератні, а також так звані «псевдотуберкульоми» — заповнені каверни. На рентгенограмі туберкульоми виявляються у вигляді тіней округлої форми з чіткими контурами. В центрі може визначатися серповидне прояснення за рахунок розпаду, іноді перифокальне запалення і незначна кількість бронхогенних вогнищ, а також ділянки звапнення. Туберкульоми бувають одиничні і множинні. Розрізняють дрібні туберкульоми (до 2 см в діаметрі), середні (2–4 см) і значні (більше 4 см в діаметрі), а також 3 клінічні варіанти перебігу туберкульом: прогресуючий, при якому на певному етапі хвороби виникає розпад, перифокальне запалення навколо туберкульоми, бронхогенне обсіменіння легеневої тканини, що оточує туберкульому; стабільний — з відсутністю рентгенологічних змін у процесі спостереження за

хворим; а також — нечасті загострення без ознак збільшення туберкульоми, що навпаки характеризується її повільним зменшенням з наступним утворенням на місці туберкульоми вогнища (групи вогнищ), індураційного поля чи поєднання цих змін.

7. Фіброзно-кавернозний туберкульоз легень характеризується наявністю фіброзної каверни, розвитком фіброзних змін в легеневої тканині, що оточує каверну, вогнищ бронхогенного відсіву різної давнини у тій же та/або протилежній легені, постійним або періодичним бактеріовиділенням, хронічним хвилеподібним, як правило, прогресуючим перебігом. Як правило, ураженими виявляються бронхи, що дрениують каверну, виникають й інші морфологічні зміни в легенях: пневмосклероз, емфізема, бронхоектази. Формується фіброзно-кавернозний туберкульоз з інфільтративного або дисемінованого у разі прогресуючого перебігу хвороби. Поширеність змін в легенях може бути різною, процес буває одностороннім і двобічним з наявністю 1 або багатьох каверн.

Клінічні прояви фіброзно-кавернозного туберкульозу різноманітні. Вони зумовлені не тільки туберкульозом, а також й змінами в легеневої тканині навколо каверни, ускладненнями, що розвинулися. Розрізняють 3 клінічних варіанти перебігу фіброзно-кавернозного туберкульозу легень: обмежений і відносно стабільний, коли завдяки хіміотерапії настає певна стабілізація процесу і загострення може бути відсутнім протягом декількох років; прогресуючий фіброзно-кавернозний туберкульоз, що характеризується зміною загострень і ремісій, періоди між якими можуть бути короткими або довгими, в період загострення виникають нові ділянки запалення з появою додаткових каверн, іноді спостерігається повне руйнування легені; у деяких хворих, що неефективно лікуються, прогресуючий перебіг процесу завершується розвитком казеозної пневмонії; фіброзно-кавернозний туберкульоз з наявністю різних ускладнень — найчастіше цей варіант також характеризується прогресуючим перебігом. У цих хворих часто розвивається легенево-серцева недостатність, амілоїдоз, мають місце повторні кровохаркання і легеневої кровотечі, загострюється неспецифічна інфекція (бактеріальна і грибова).

8. Циротичний туберкульоз легень характеризується значним розростанням рубцевої тканини, серед якої зберігаються активні туберкульозні вогнища, що обумовлюють періодичні загострення та можливе мізерне бактеріовиділення. Циротичний туберкульоз легень характеризується розвитком сполучної тканини в легенях і плеврі в результаті інволюції фіброзно-кавернозного, хронічного дисемінованого, масивного інфільтративного туберкульозу легень, уражень плеври, туберкульозу внутрішньогрудних лімфатичних вузлів, що ускладнився бронхолегеневими ураженнями. До

циротичного туберкульозу відносять процеси, при яких зберігаються туберкульозні зміни в легенях з клінічними проявами активності процесу, схильність до періодичних загострень, часом спостерігається мізерне бактеріовиділення. Циротичний туберкульоз буває сегментарний і лобарний, обмежений і поширений, однобічний і двобічний, він характеризується розвитком бронхоектазів, емфіземи легень, спостерігаються симптоми легеневої і легенево-серцевої недостатності.

Циротичні зміни, при яких встановлюється наявність фіброзної каверни з бронхогенним відсівом і повторним тривалим бактеріовиділенням, слід відносити до фіброзно-кавернозного туберкульозу. Від циротичного туберкульозу належить відрізнити цирози легень, що є посттуберкульозними змінами без ознак активності. Цироз легень відносять до залишкових змін після клінічного видужання.

9. Туберкульоз легень, поєднаний з професійними пиловими захворюваннями легень (коніотуберкульоз). В цю групу включають всі форми туберкульозу легень, що існують спільно з пиловими професійними захворюваннями: силікозом, азбестозом та ін. При формуванні діагнозу доцільно спочатку писати «коніотуберкульоз», а потім давати розгорнуту характеристику коніозу — «антракоз», «силікоз» та ін. і розгорнуту характеристику туберкульозного процесу.

ПОЗАЛЕГЕНЕВИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ (ПТБ)

При формуванні діагнозу необхідно зазначити локалізацію процесу.

1. Туберкульоз бронхів, трахеї, гортані та інших верхніх дихальних шляхів (носа, порожнини рота, глотки). Всі ці локалізації туберкульозу зустрічаються як ускладнення перебігу інших форм первинного і вторинного туберкульозу легень і внутрішньогрудних лімфатичних вузлів. Лише іноді ці ураження бувають ізольовані.

Розрізняють три основні форми туберкульозу бронхів і трахеї: інфільтративну, виразкову і норичеву (лімфобронхіальні, бронхоплевральні норичі). З ускладнень слід зазначити стенози різного ступеня, грануляції, бронхоліти. Під впливом лікування може настати клінічневилікування — без залишкових змін або із залишковими змінами у вигляді рубців, фіброзних потовщень, стенозів та ін.

2. Туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів виникає в результаті первинного зараження туберкульозом дітей, підлітків і дорослих молодого віку. Рідше він виникає в результаті ендогенної реактивації туберкульозних змін, що вже мали місце у внутрішньогрудних лімфатичних вузлах.

Розрізняють інфільтративний, пухлиноподібний і, так звані, «малі» варіанти туберкульозу внутрішньогрудних лімфатичних вузлів. Інфільтративний варіант характеризується не лише

збільшенням вузлів, а також і розвитком інфільтративних змін в прилеглий легеневої тканині. В клінічній картині переважають прояви інтоксикації.

Пухлиноподібний (туморозний) туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів — це варіант первинного туберкульозу, при якому переважає казеозне ураження лімфатичних вузлів і яке виявляється збільшенням розміру окремих лімфатичних вузлів або їх груп, вираженими клінічними проявами і схильністю до ускладненого перебігу (ураження бронхів, бронхолегеневі ураження, вогнища бронхогенної, лімфогенної і гематогенної дисемінації, плеврит). Контури лімфатичних вузлів на рентгенограмі й томограмах чіткі.

«Малі» варіанти туберкульозу внутрішньогрудних лімфатичних вузлів характеризуються їх незначним збільшенням. Рентгенодіагностика «малих» варіантів цього захворювання, що знаходяться у фазі інфільтрації, можлива лише за непрямими ознаками (зниження структури тіні кореня, подвійний контур серединної тіні та збагачення легеневого малюнка в межах прикореневої зони на обмеженій ділянці). Клінічні прояви — помірна інтоксикація.

У разі пізнього виявлення і неефективного лікування можливий перехід у первинний туберкульоз з хронічним перебігом, що характеризується тривалим хвилеподібним плином і поліморфізмом морфологічних змін у лімфатичних вузлах (кальциновані, фіброзні, свіжі запальні). В таких випадках періодично виникають різноманітні клінічні прояви гіперсенсibiliзації, що відомі як «маски» хронічного первинного туберкульозу (вузлувата еритема, фліктена, поліартрит тощо).

При всіх варіантах туберкульозу внутрішньогрудних лімфатичних вузлів, особливо при його хронічному перебігу, можливе виникнення ускладнень: запальна реакція плеври, специфічне ураження бронхів з розвитком сегментарних або дольових ателектазів, дисемінація в легені й різні органи (бронхолегеневі форми процесу).

3. Туберкульозний плеврит (в тому числі емпієма) найчастіше супроводжує легеневий і позалегеневиий туберкульоз. Плеврит найчастіше зустрічається при первинному туберкульозному комплексі, туберкульозі внутрішньогрудних лімфатичних вузлів, дисемінованому туберкульозі легень. Туберкульозний плеврит може бути серозним, серозно-фібринозним, гнійним, рідше — геморагічним. Діагноз плевриту встановлюють за сукупністю клінічних і рентгенологічних ознак, а вид плевриту — за результатами пункції плевральної порожнини або біопсії плеври. Пневмоплеврит (наявність в плевральній порожнині повітря та рідини) виникає при спонтанному пневмотораксі або як ускладнення лікувального пневмотораксу.

Туберкульоз плеври, що супроводжується накопиченням гнійного ексудату — це особлива

форма ексудативного плевриту — емпієма плеври. Виникає при поширеному казеозному ураженні плеври, а також в результаті перфорації каверни або субплеврально розташованих вогнищ, може ускладнюватися утворенням бронхіальної або торакальної нориці й приймати хронічний перебіг. Хронічна емпієма плеври характеризується хвилеподібним перебігом. Морфологічні зміни у плеврі проявляються рубцевим переродженням, розвитком специфічної грануляційної тканини у товщі плеври, що утратила свою функцію. Наявність у хворого емпієми плеври необхідно зазначати в діагнозі.

4. Туберкульоз нервової системи і мозкових оболонок.

Туберкульозний менінгіт. Розвиток процесу пов'язують з гематогенним туберкульозом або проривом казеозного вогнища мозку в субарахноїдальний простір, рідше — з наслідком переходу процесу з інших органів. Процес розвивається переважно на основі мозку, поширюється по ходу судин і борозд великих півкуль. Характерні порушення мікроциркуляції крові й лімфи, підвищений внутрішньочерепний тиск, гідроцефалія, набряк, інфаркт мозку.

Клінічна картина складається із загальних ознак (роздратованість, пригнічення активності, головні болі та ін.) і неврологічних симптомів (ригідність потиличних м'язів та м'язів спини, менінгеальні прояви), а також локальних неврологічних симптомів, аж до церебральної ригідності. Поширення інфекції на оболонки спинного мозку призводить до розвитку спінального арахноїдиту з характерними неврологічними порушеннями.

Туберкульоз мозку. Характеризується формуванням закапсульованого вогнища казеозного некрозу — туберкуломи в підкоркових відділах головного мозку, яке проявляється підвищенням внутрішньочерепного тиску і локальними неврологічними порушеннями.

Туберкульозна енцефалопатія відноситься до групи туберкульозно-алергічних проявів. Зустрічається у дітей і підлітків. В клінічній картині головними симптомами є порушення свідомості та кома.

5. Туберкульоз кісток та суглобів

Туберкульоз кісток і суглобів хребта. «Первинний» остит характеризується ураженням тіла хребця без поширення процесу за його межі й проявляється невизначеними хворобливими ознаками, при томографічному дослідженні виявляють вогнище деструкції в тілі хребця.

Прогресуючий спондиліт характеризується поширенням туберкульозного процесу за межі тіла хребця, постійними болями у хребці, обмеженою рухливістю, рентгенологічно — звуженням міжхребцевого простору, деструкцією тіл прилеглих хребців; у розпалі туберкульозного спондиліту — значне поширення туберкульозного процесу за межі уражених хребців, викривлення

хребта, поява абсцесів, спинномозкових розладів, нориць.

Хронічний деструктивний спондиліт характеризується тривалим хвилеподібним або прогресуючим перебігом, ураженнями різної поширеності, послідовним збільшенням деструктивних змін у хребці після чергового загострення.

Метатуберкульозна спондилопатія характеризується відносною стабілізацією специфічного процесу на різні строки, а також різним ступенем анатомо-функціональних і дистрофічних змін всіх елементів хребта.

Туберкульоз кісток і суглобів кінцівок. «Первинний» навколосуглобовий остит характеризується формуванням вогнища специфічного запалення в метафізі, рідше в епіфізі трубчатой кістки з порушенням функції суглоба і наявністю в ньому рідини (реактивний синовіт). При рентгенологічному дослідженні спостерігається вогнище деструкції у суглобовому кінці кістки, що утворює суглоб. При певній метафізичній локалізації «первинного» оститу можливе поширення процесу на позасуглобову поверхню кістки з ураженням прилеглих м'язових тканин, виникненням натічних абсцесів і нориць. Результати рентгенологічного дослідження свідчать про наявність пристінного вогнища деструкції, в тому числі з кортикальним секвестром, або бічної деструкції зі слабо вираженою периостальною реакцією.

Прогресуючий артрит — поширення туберкульозного процесу за межі суглобових кінців кісток на синовіальну оболонку, що проявляється припухлістю, рідиною в суглобовій порожнині, рентгенологічно вогнища деструкції (найчастіше поодинокі), що відкриті в порожнину суглоба; в розпалі туберкульозного артрити — запальні і деструктивні явища в суглобі, сильні болі, обмеження рухів із виникненням контрактур, можлива поява абсцесів і нориць; рентгенологічно — виражений остеопороз, звуження суглобової щілини, нечіткість та нерівність контурів поверхні суглобів, більш глибока деструкція суглобових кінців кісток.

Хронічний деструктивний артрит — тяжке ураження суглоба з субтотальним або тотальним зруйнуванням його поверхні, значною деформацією, контрактурою, що зумовлює неповноцінність кінцівки.

Метатуберкульозний артроз є завершальним етапом хвороби, переходом в неактивну фазу з перевагою змін дегенеративного характеру.

Туберкульоз плоских кісток і суглобів тазу і грудної клітини. При первинному ураженні плоских кісток тазу і грудної клітки процес звичайно виникає в губчатій речовині кістки і розвивається по типу «первинного» туберкульозного оститу з утворенням секвестрів і нориць. Туберкульоз ребра і ключиці спочатку проявляється характерним здуттям кістки.

Туберкульоз кісток і суглобів черепа й обличчя. Найчастіше уражаються лобова, тім'яна, вилична

кістки і верхня щелепа. При туберкульозному ураженні кісток черепа спостерігається обмежена і розлита форми деструкції з переважним ураженням внутрішньої пластівки.

Туберкульозно-алергічний синовіт і артрит є результатом параспецифічного алергічного ураження синовіальної оболонки суглобу; проявляються випотом в суглобах, порушенням функції, характеризуються стійким хвилеподібним перебігом з ремісіями і загостренням, часто сезонного характеру; захворювання пов'язані з віддаленими, нерідко прихованими вогнищами туберкульозної інфекції, які є джерелом антигенної стимуляції та алергізації організму.

6. Туберкульоз сечово-статевої системи. *Туберкульоз нирок.* Початкова стадія захворювання пов'язана з гематогенним поширенням інфекції з активних вогнищ первинного або вторинного характеру в інших органах.

Розвиток специфічного процесу проходить всі етапи морфологічної еволюції — від гематогенних вогнищ, що оточені елементами туберкульозної гранульоми і казеозним некрозом в центрі, які зливаються у обмежені інфільтрати (казеоми) з переважною локалізацією у корковій речовині, до повного руйнування нирок і сечовивідних шляхів. Кавернозний туберкульоз нирки характеризується проривом і спорожненням через ниркову мисочку казеозного некрозу з утворенням порожнини, стінки якої мають типову будову туберкульозної каверни. Деструктивні і фіброзно-склеротичні зміни, що розвиваються одночасно, сприяють поширенню процесу з прогресуючим руйнуванням паренхіми і системи порожнин нирок (полікаверноз, рубцьові стенози та ін.) з переходом у фіброзно-кавернозний туберкульоз. Кінцевою стадією прогресуючого туберкульозу нирки являється її тотальне ураження з формуванням піонефрозу, низки місцевих і загальних ускладнень.

Туберкульоз сечовивідних шляхів. Як правило, ця форма туберкульозу буває супутньою або ускладненням активного туберкульозу нирки. Характер процесу визначається поширеністю, глибиною і ступенем ураження стінок сечовивідних шляхів: від вогнищового запалення на слизовій і в підслизовому шарі на початковому етапі до глибокого виразково-некротичного деструктивного ураження, що закінчується фіброзом, рубцевими деформаціями і стриктурами.

Туберкульоз чоловічих статевих органів. Хвороба має подвійний патогенез: як окрема форма гематогенного туберкульозу і як вторинне ускладнення туберкульозу нирок і сечовивідних шляхів.

Туберкульоз жіночих статевих органів проявляється у вигляді туберкульозу маткових труб (сальпінгіт); прогресуючого туберкульозу придатків матки (сальпінгоофорит); поширеного туберкульозу внутрішніх статевих органів з переходом процесу з придатків на тіло матки, ураження м'язової стінки може виникати

одночасно з ураженням слизової порожнини матки; туберкульозу зовнішніх статевих органів.

7. Туберкульоз периферичних лімфатичних вузлів. У фазі інфільтрації характеризується запальною інфільтрацією лімфатичного вузла (одного або декількох), проявляється збільшенням вузлів без значних перифокальних явищ і симптомів інтоксикації; у фазі казеозного некрозу без розм'якшення або розпаду проявляється болями у збільшених лімфовузлах, перифокальною реакцією, слабо вираженою інтоксикацією; в фазі казеозного некрозу з розпадом проявляється болями в ділянці лімфатичних вузлів, при пальпації виявляється запальний конгломерат з флюктуацією, відмічається значна інтоксикація. Процес може закінчитися розвитком фіброзу або звапненням лімфатичних вузлів.

8. Туберкульоз кишок, очеревини та брижових лімфатичних вузлів. *Туберкульоз кишкового тракту.* Найчастіше локалізується в ілеоцекальній області, характеризується горбкуватою висипкою на слизовій оболонці кишки. Спочатку немає клінічних проявів. Інфільтративно-виразковий процес характеризується злиттям пагорбків з утворенням виразок. Проявляється диспепсією з переважанням бігунка. Якщо утворилась стриктура кишки, можлива часткова її непрохідність. Поширення процесу іде як по протяжності, так і у глибину з казеозно-некротичним і виразковим ураженням всіх шарів кишкової стінки. Характеризується болями, що локалізуються в ділянці ураження кишки, диспепсією, формуванням запального конгломерату (обмеженого перитоніту), кишковою кровотечею, непрохідністю кишки. Найбільш тяжким ускладненням є перфорація виразки кишки з розвитком розлитого перитоніту.

Туберкульоз очеревини. Захворювання вираженого гематогенного генезу, рідше — ускладнення локальних форм лімфаденіту, туберкульозу інших органів черевної порожнини і тазу. В початковому періоді створюються пагорбкові висипи на очеревині. Клінічні симптоми незначні, інтоксикація відсутня. В подальшому, коли з'являється ексудат — явища інтоксикації, диспепсії, втрата маси тіла. При адгезивній формі — явища інтоксикації, диспепсії, розвиток часткової кишкової непрохідності. Вузловатопухлинна форма характеризується вираженою інтоксикацією, формуванням конгломератів у черевній порожнині із спаяних петель кишок, сальника, закапсульованого ексудату, а також симптомами часткової кишкової непрохідності.

Туберкульоз брижових лімфатичних вузлів. В інфільтративній фазі характеризується запальною інфільтрацією мезентеріальних (оточинових) лімфатичних вузлів без виражених перифокальних явищ і симптомів інтоксикації; в казеозно-некротичній фазі — збільшенням лімфатичних вузлів, перифокальною реакцією, втягненням у процес очеревини.

9. Туберкульоз шкіри та підшкірної клітковини. До первинних форм відноситься «первинний афект», що виникає у випадку інфікування через шкіру. До цієї групи відноситься гострий міліарний туберкульоз шкіри і первинна гематогенна скрофулодерма, а також вторинна скрофулодерма (при туберкульозі периферичних лімфатичних вузлів). До вторинних форм туберкульозу шкіри відноситься хронічний прогресуючий туберкульоз (вовчий лишай) в різних варіантах. Особливу форму ураження підшкірної клітковини складають специфічні ін'єкційні абсцеси.

10. Туберкульоз ока. Найбільш поширеною формою туберкульозу ока є гематогенно-дисемінований увеїт, який поділяється на передній увеїт (ірит, цикліт, іридоцикліт), периферичний увеїт (задній цикліт), хоріоїдит (хоріоретиніт). Туберкульозні ураження придаткового апарату ока зустрічаються значно рідше, виникають у результаті гематогенної дисемінації або поширення з шкіри обличчя і, як виняток, шляхом екзогенного інфікування. Туберкульозно-алергічні захворювання очей характеризуються рецидивуючим перебігом з гострим початком кожного рецидиву, бурхливим і відносно коротким перебігом. Розрізняють такі варіанти: фліктенульозні кератити, кон'юнктивіти, кератокон'юнктивіти, скрофулозний панус, епісклерит, іридоцикліт, хоріоретиніт.

11. Туберкульоз вуха — це специфічне туберкульозне ураження будь-якої анатомічної частини вуха: зовнішнього, середнього і внутрішнього вуха.

Туберкульоз зовнішнього вуха (вушної раковини і зовнішнього слухового проходу, хрящової та кісткової тканини) зустрічається рідко, частіше при туберкульозному вовчачу шкіри обличчя. Ці зміни можуть мати такі клінічні форми: туберкульома вушної мочки; інфільтративний або виразковий вовчак; туберкуліди; бородавчатий або виразковий туберкульоз шкіри; скрофулодерма; туберкульозний перихондрит. Туберкульоз зовнішнього слухового проходу проявляється у вигляді глибоких або розповсюджених виразок і переважно спостерігається як ускладнення туберкульозу середнього вуха.

Туберкульоз середнього вуха виникає гостро, підгостро або хронічно і характеризується пагорбковими змінами барабанної перетинки та гноевиділенням, множинними її перфораціями, утворенням нориць і туберкульозним ураженням кістки. Інколи може ускладнитися туберкульозом мастоїдітом.

Туберкульоз внутрішнього вуха зустрічається дуже рідко і характеризується ураженням анатомічних утворень внутрішнього вуха. Розвиток і перебіг нерідко безсимптомний, інколи глухота виникає раптово.

12. Туберкульоз надниркових залоз — частіше вторинний і зумовлений лімфогематогенним

занесенням МБТ із будь-якого вогнища ураження, інколи при туберкульозному ураженні нирки. Може уражати один або обидва наднирники. Однобічне ураження може клінічно не проявлятися або характеризуватися не встановленою туберкульозною інтоксикацією. Ураження кори наднирників з виключеним (акортицизм) або зменшеним (гіпоадренкортицизм) продукуванням нею гормонів проявляється клінікою Адісонової хвороби. Діагностика ґрунтується на зниженні рівня 17-ОКС у сечі та плазмі та, як правило, збереженій реакції на АКТГ. Інформативна комп'ютерна томографія заочеревинного простору, іноді ретропневмографія.

13. Туберкульоз інших уточнених органів і систем — всі інші туберкульозні ураження, не зазначені вище, наприклад, печінки, селезінки, серцевого м'яза, перикарда, полісерозити та ін. зустрічаються рідко. У разі виявлення туберкульозу цих локалізацій його відносять до цієї узагальноної рубрики.

14. Міліарний туберкульоз (МТБ) — це гематогенна, майже завжди генералізована форма туберкульозу, що характеризується рівномірним густим висипом дрібних, з просяне зерно, туберкульозних пагорбків в легенях. Він переважно буває генералізованим з утворенням вогнищ в легенях, печінці, селезінці, кишечнику, мозкових оболонках. Рідше міліарний туберкульоз зустрічається як ураження лише легень. За клінічним перебігом виділяють тифоїдний варіант, що характеризується лихоманкою і сильною інтоксикацією; легеневий, при якому в клінічній картині переважають симптоми дихальної недостатності на фоні інтоксикації; менінгеальний (менінгіт і менінгоенцефаліт) як прояв генералізованого туберкульозу. При рентгенологічному дослідженні виявляється густа однотипна дисемінація у вигляді дрібних вогнищ, що частіше розташовані симетрично і краще виявляються на рентгенограмі.

15. Туберкульоз невстановленої локалізації — це так звана «туберкульозна інтоксикація у дітей», що була у попередніх клінічних класифікаціях туберкульозу. Не слід сюди відносити латентну туберкульозну інфекцію (ЛТБІ) у дітей, бо це не захворювання на туберкульоз, а лише інфікування дітей мікобактеріями. Проявами ЛТБІ у дітей слід вважати всі випадки позитивної туберкулінової проби, в т.ч. віражу та гіперергічної туберкульозної реакції.

Туберкульозна інтоксикація у дітей виникає при інфікуванні туберкульозом і розвитку первинної туберкульозної інфекції без локальних проявів, що підтверджується результатами рентгенологічного та інших методів дослідження. Туберкульозна інтоксикація виявляється у дітей з вперше позитивними реакціями на туберкулін, що посилюється в процесі спостереження, а також з гіперергічними реакціями. Вона характери-

зується активністю туберкульозного процесу, що проявляється погіршенням загального стану, періодичним підвищенням температури тіла до субфебрильної, погіршенням апетиту, появою нейро-вегетативних розладів (підвищена нервова збудженість або її пригнічення, головні болі, тахікардія), незначним збільшенням периферичних лімфатичних вузлів (мікрополіаденія) з проявами периаденіту, незначним збільшенням печінки, рідше селезінки, зупинкою фізіологічного приросту або дефіцитом маси тіла, схильністю до інтеркурентних захворювань, змінами в картині крові (незначним прискоренням швидкості осідання еритроцитів, зсувом нейтрофілів вліво, еозинofilією, лімфопенією), зміною імунологічного статусу (зниженням числа Т-лімфоцитів та їх функціональної активності).

Специфічність зазначених функціональних порушень повинна бути підтверджена ретельним обстеженням дитини з метою виключення неспецифічних захворювань. Для цього слід використовувати сучасні методи діагностики, в тому числі пряму та бокову рентгенографію легень, томограми межистіння в різних проекціях, комп'ютерну томографію легень, бронхоскопію, туберкулінопровокаційні проби (гемотуберкулінові, протеїноуберкулінові, імуноуберкулінові та ін.) перед і після підшкірного введення туберкуліну (10-20 ТО ППД-Л), а також бактеріологічне дослідження. У сумнівних випадках рекомендується застосовувати пробне лікування протитуберкульозними препаратами тривалістю до 3 місяців.

Діагноз «Туберкульоз без встановленої локалізації (туберкульозна інтоксикація у дітей)» повинен встановлюватися у виключних випадках, коли неможливо визначити локалізацію туберкульозного процесу. Однак, завжди слід намагатися встановити локалізацію процесу, включаючи застосування комп'ютерної томографії підозрілих локалізацій.

Туберкульоз органів дихання. До туберкульозу органів дихання (ТОД), або туберкульозу дихальної чи респіраторної системи, відносять туберкульоз: носа, приносних пазух, гортані, трахеї, бронхів, легенів, грудної порожнини (плеври, внутрішньогрудних лімфатичних вузлів).

III. ХАРАКТЕРИСТИКА ТУБЕРКУЛЬОЗНОГО ПРОЦЕСУ

Головними складовими характеристики туберкульозного процесу є: локалізація і поширеність процесу, деструкція (фаза процесу) і метод підтвердження діагнозу.

1. Локалізація ураження. При формулюванні діагнозу локалізацію ураження в легенях слід наводити за номером (назвою) сегментів, назвою часток легені, а в інших органах і системах — за анатомічною назвою місця ураження (туберкульоз верхнього сегменту правої нирки, туберкульоз

маточних труб, фліктенуальний кератокон'юнктивіт правого ока та ін.).

2. Наявність деструкції. Деструкція — це патологічний специфічний запальний процес будь-якого органу, що характеризується змертвінням і розпадом ураженої тканини під впливом МБТ. На місці деструкції рентгенологічно визначають розпад тканини з більш або менш вираженою порожниною, що формується внаслідок туберкульозного розплавлення тканини.

В наведеному діагнозі туберкульозу (Дестр+) означає наявність деструкції, (Дестр-) — її відсутність.

Факультативно можна зазначити **фазу туберкульозного процесу:**

— інфільтрація, розпад (відповідає Дестр+), обсіменіння;

— розсмоктування, ущільнення, рубцювання, звапнення.

Інфільтрація, розпад, засів (обсіменіння) — характеризують активність туберкульозних змін у вперше виявлених хворих, з рецидивом захворювання або хронічним його перебігом.

Розсмоктування, ущільнення, рубцювання, звапнення (кальцинація) — відображають в динаміці згасання активного туберкульозного процесу з нахилом до стабілізації. У разі наявності фази, що не завершилась, після означення «розсмоктування» або «ущільнення» в дужках можливе уточнення — «часткове» або «неповне».

3. Етіологічне підтвердження діагнозу туберкульозу.

Етіологічне підтвердження туберкульозу є основою основ сучасної клінічної фтизіатрії. Існують лише 2 достовірних методи підтвердження туберкульозу — бактеріологічний і гістологічний. Звичайно, якщо результати дослідження за допомогою цих методів не дозволяють підтвердити діагноз туберкульоз, а у хворого наявні клінічні та рентгенологічні ознаки туберкульозу, то діагноз туберкульозу слід зазначити як такий, що не підтверджений результатами бактеріологічного та гістологічного дослідження. Але, щоб можна було пересвідчитися, що лікар використав всі можливості для підтвердження діагнозу туберкульозу, то слід у рубриці «Метод підтвердження» необхідно повністю наводити відповідні дані.

Наприклад, (МБТ+) — діагноз туберкульозу підтверджений результатами бактеріологічного дослідження (шифр А15), а далі розшифрувати:

(М+) — позитивний результат дослідження мазка, тобто у 2-3 мазках харкотиння, зібраних 3 дні поспіль, при дослідженні за Ціль-Нільсеном виявлені кислотостійкі бактерії (КСБ).

Поряд із дослідженням 3 зразків харкотиння, взятих 3 дні поспіль, слід паралельно 3 дні поспіль здійснювати посів харкотиння на живильне середовище Левенштейна-Йенсена (за можливості одночасно можна здійснити посів на інші

живильні середовища). Тому у разі (МБТ+) наводять 1 із 3 уточнюючих записів:

(К0) — якщо культуральне дослідження не проводили;

(К-) — якщо при культуральному дослідженні не виявили МБТ;

(К+) — якщо при культуральному дослідженні виявили МБТ.

Отже, наявність (МБТ+) можлива за (М-), але обов'язково із (К+).

Після кожного підтвердження туберкульозу результатами культурального (К+) дослідження (МБТ+: К+) слід обов'язково визначати чутливість МБТ до антимікобактеріальних препаратів I ряду: ізоніазиду (H), рифампіцину (R), стрептоміцину (S), етамбутолу (E), а також, у разі налагодженої методики, й до піразинаміду (Z). Водночас за результату (МБТ+: К+), одночасно з визначенням чутливості МБТ до препаратів I ряду, досліджують чутливість збудників до основних препаратів II ряду. Це зумовлено тим, що у разі виявлення полі- й мультирезистентності МБТ не буде втрачений час на повторне 1,5–2-місячне культуральне дослідження для визначення чутливості до препаратів II ряду.

Звичайно, якщо МБТ чутливі до всіх 5 препаратів I ряду, то препарати II ряду не повинні застосовуватися, але чутливість до них треба знати, бо при виявленні резистентності до препаратів I ряду може бути втрачений час для визначення чутливості до препаратів II ряду. Емпіричне застосування препаратів II ряду може призвести до супрарезистентності, тобто до полірезистентності МБТ до препаратів II ряду.

Якщо виявлена резистентність МБТ до 1 чи більше препаратів I ряду і з якихось міркувань не визначали чутливість до препаратів II ряду, то необхідно негайно провести відповідне дослідження. Результати дослідження медикаментозної резистентності МБТ слід наводити таким чином:

(Резист0) — якщо резистентність МБТ не визначили (незалежно від причини),

(Резист-) — якщо резистентність МБТ до препаратів I ряду не встановлена,

(Резист+)(R, H, S) — якщо виявлена резистентність МБТ до рифампіцину, ізоніазиду, стрептоміцину.

У разі наявності останнього випадку слід навести результати дослідження чутливості МБТ до препаратів II ряду таким чином:

(РезистII0) — якщо резистентність МБТ до препаратів II ряду не визначили,

(РезистII-) — якщо резистентність МБТ до препаратів II ряду не встановлена;

(РезистII+)(K, Cf) — виявлена резистентність МБТ до канаміцину і ципрофлоксацину.

У випадку встановлення діагнозу туберкульозу, який не підтверджений результатами бактеріологічного дослідження (шифр A16) (МБТ-) можливі такі уточнення:

(M0) — мазок не досліджували незалежно від причини;

(M-) — дослідження мазка проводили, але результати дослідження 1–2 зразків із 3-х були негативними;

(K0) — культуральне дослідження не проводили (незалежно від причини);

(K-) — негативний результат культурального дослідження — МБТ не виявлені.

У разі наявності ТБ невстановленої локалізації і (МБТ+) слід наводити вид біологічного матеріалу, котрий досліджували, наприклад, харкотиння(МБТ+), сеча(МБТ+).

Щодо гістологічного підтвердження, то його слід проводити у випадку бактеріологічно не підтвердженого діагнозу туберкульозу або паралельно із бактеріологічним дослідженням. Цитологічне дослідження патологічного матеріалу не є гістологічним дослідженням і не може вважатися гістологічним підтвердженням туберкульозу. Результати гістологічного дослідження для підтвердження діагнозу туберкульозу наводять таким чином:

(ГІСТО0) — якщо гістологічне дослідження не проводили (незалежно від причини);

(ГІСТО-) — діагноз туберкульозу не підтверджений результатами гістологічного дослідження (шифр A16);

(ГІСТО+) — діагноз туберкульозу підтверджений результатами гістологічного дослідження (шифр A15).

Результати гістологічного дослідження необхідно наводити для кожного хворого, навіть тоді, коли його не проводили. Ці дані особливо важливі у випадку (МБТ–М–K0) або (МБТ–М–K-).

До бактеріовиділювачів відносять хворих, у яких МБТ виявлені за результатами будь-якого методу дослідження (мазок, культура), навіть одноразово, але у разі наявності клініко-рентгенологічних ознак захворювання, що свідчать про активність процесу. За відсутності явного джерела бактеріовиділення потрібне 2-разове виявлення МБТ будь-яким методом.

IV. УСКЛАДНЕННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Ускладнення є доповненням до основного діагнозу. Наведений у класифікації туберкульозу перелік ускладнень містить такі, що зустрічаються найбільш часто і пов'язані з особливістю і тяжкістю перебігу легеневого і позалегеневого туберкульозного процесу, а також ті, що виникли після хірургічних втручань. До ускладнень відносять легеневу кровотечу, кровохаркання, спонтанний пневмоторакс, ателектаз, легенево-серцеву недостатність, норіцію бронхіальну та торакальну та ін.

Під ускладненнями туберкульозу різної локалізації слід розуміти такі патологічні процеси, які не виникають самостійно, а патогенетично і етіологічно пов'язані з туберкульозом безпосередньо або через інші ускладнення, які мали

місце. Так, якщо у хворого на ВДТБ S1 правої легені (інфільтративний) Дестр+ МБТ+М+К+ Резист- ПІСТО перебіг захворювання ускладнився легеневою кровотечею, а потім ателектазом середньої частки, яка в свою чергу призвела до пневмонії, то легенева кровотеча є ускладненням 1-го порядку, ателектаз — 2-го, а пневмонія — 3-го.

V. КЛІНІЧНА ТА ДИСПАНСЕРНА КАТЕГОРІЯ ОБЛІКУ ХВОРОГО

Після ускладнень, якщо вони є, слід записати категорію лікування хворого, яка співпадає із групою його диспансерного обліку. Тому замість терміну «Група диспансерного обліку» слід писати «Диспансерна категорія» і ставити її номер. Ці дані необхідні для проведення когортного аналізу ефективності лікування хворих на туберкульоз.

Категорія 1 (Кат1) включає хворих на вперше діагностований туберкульоз легенів з бактеріовиділенням, а також хворих на вперше діагностований туберкульоз (1-й тип туберкульозного процесу) з поширеними та тяжкими формами легеневого чи позалегенового туберкульозу з бактеріовиділенням чи без бактеріовиділення. До *поширених форм туберкульозу* відносять такі туберкульозні процеси, що займають 2 і більше сегменти легені. До *тяжких форм туберкульозу* (за відсутності бактеріовиділення) відносять процеси з вираженою туберкульозною інтоксикацією, фебрильною температурою тіла, деструкціями в легенях, а також хворих на туберкульозний менингіт, дисеміновані (міліарні) форми туберкульозу, туберкульозний перикардит, перитоніт, плеврит (з тяжким перебігом), туберкульоз хребта з неврологічними ускладненнями, туберкульоз органів травлення, сечових і статевих органів.

Категорія 2 (Кат2) включає будь-які випадки легеневого і позалегенового туберкульозу, що реєструють для повторного лікування (хворих лікували раніше більше 1 місяця), зокрема рецидив (з бактеріовиділенням та без бактеріовиділення), лікування після перерви, лікування після невдачі.

Категорія 3 (Кат3) включає хворих на вперше діагностований обмежений (менше 2 сегментів) туберкульоз легень без бактеріовиділення та хворих на вперше діагностований позалегеновий туберкульоз, яких не включили до I категорії. До цієї категорії відносять дітей з туберкульозною інтоксикацією, туберкульозом внутрішньогрудних лімфатичних вузлів або первинним туберкульозним комплексом у фазі кальцинації у разі збереженої активності процесу.

Категорія 4 (Кат4) включає хворих на хронічний туберкульоз різної локалізації незалежно від бактеріовиділення.

Для хворих кожної категорії слід реєструвати і маркірувати когорти (1, 2, 3, 4) та зазначати в дужках до якого року вона відноситься, наприклад, Ког4(2001), Ког1(2000), Ког3(2002). З таким шифруванням когорт хворих переводять під диспансерне спостереження.

Категорія 5 (Кат5): група 5.1; група 5.2; група 5.3; група 5.4; група 5.5.

До категорії 5 (Кат5) віднесені диспансерні контингенти ризику до захворювання на туберкульоз та його рецидиву.

До групи 5.1 віднесено осіб із залишковими змінами після вилікування туберкульозу (ЗЗТБ) різної локалізації. Термін диспансерного спостереження залежить від величини залишкових змін. Особи з малими залишковими змінами спостерігаються 3 роки, з великими — 10 років. Осіб з великими туберкульозами (розміром більше 4 см), поширеним цирозом легень слід спостерігати довічно, а дітей та підлітків із ЗЗТБ — до 18-річного віку.

Група 5.2 — це особи, які мають контакти з хворими на туберкульоз, що виділяють МБТ, а також із хворими на туберкульоз тваринами. До цієї групи відносять дітей молодшого віку, що контактують із хворими на активний туберкульоз, які не виділяють МБТ, а також дітей, батьки яких контактують із тваринами інфікованими туберкульозом.

Осіб цієї групи слід спостерігати протягом усього часу контакту з бактеріовиділювачами (дітей і підлітків також із хворими активним туберкульозом, що не виділяють МБТ) чи з хворими туберкульозом сільськогосподарських тварин. Після припинення контакту (смерті чи вибуття хворого, що виділяє МБТ) спостереження продовжують протягом 1 року.

До групи 5.3 відносять дорослих осіб з туберкульозними змінами та невизначеною активністю процесу. Термін спостереження в цій групі 3 місяці, тобто в порівнянні з «0» групою, що існує зараз, він скорочений удвічі.

До групи 5.4 відносять дітей та підлітків, що інфіковані туберкульозом, а також з груп ризику (віраж туберкулінових проб, гіперергічна реакція на туберкулін, збільшення туберкулінової чутливості на 6 мм за рік, а також із наявністю хронічних соматичних захворювань). Термін їхнього спостереження 1–2 роки. До цієї групи відносять також дітей, що не були щеплені БЦЖ у період новонародженості або мають післявакцинальні ускладнення БЦЖ. Термін їхнього спостереження — 1 рік.

До групи 5.5 відносять дітей і підлітків, у яких необхідно уточнити етіологію чутливості до туберкуліну (післявакцинальна чи інфекційна алергія) або провести диференціальну діагностику змін у легенях та іншої локалізації, а також у разі наявності туберкульозних змін в органах дихання невизначеної активності.

VI. ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ

Ефективність лікування хворих оцінюють за результатами когортного аналізу. Розрізняють такі дефініції ефективності лікування хворих I, II, III категорій.

1. Ефективне лікування

1.1. Вилікування — завершений повний курс лікування (у тому числі, за показаннями,

хірургічного), в результаті якого припинилося бактеріовиділення, загоїлися каверни, розсмокталася інфільтрація і туберкульозні вогнища (або останні ущільнилися).

1.2. Припинення бактеріовиділення — завершений повний курс лікування, припинилося бактеріовиділення (підтверджене не менше ніж 2-разовим дослідженням методом мікроскопії та культуральним), але деструкції (каверни) не загоїлися.

2. Завершене лікування — завершений повний основний курс антимікобактеріальної терапії (у тому числі, за показаннями, хірургічного лікування), але немає доказів вилікування або відсутні відомості про дослідження матеріалу на наявність МБТ, немає томографічного підтвердження загоєння каверн, спеціальних досліджень у осіб із позалегеновим туберкульозом, тобто хворий не відповідає критеріям «вилікування» і «неефективне лікування».

3. Неэффективне (невдача) лікування — завершений повний курс антимікобактеріальної терапії, але бактеріовиділення не припинилося, каверни не загоїлися, а у хворого, який не виділяв МБТ і не мав деструкції, інфільтрація і туберкульозні вогнища не розсмокталися (чи останні не ущільнилися), тобто, не досягнуте вилікування після завершення основного курсу лікування.

4. Перерване лікування — перерва в прийомі протитуберкульозних препаратів складала 2 місяці і більше та незавершений основний курс антимікобактеріальної терапії. Якщо у хворого не наступило вилікування, то після перерви в лікуванні йому призначають повторний курс антимікобактеріальної терапії за схемою для хворих 2-ї категорії.

5. Продовжує лікування — незавершене лікування або вже завершений основний стандартизований курс лікування був неефективним і лікування продовжено.

6. Вибув/Переведений — у разі зміни хворим місця проживання або переведення в інший район, однак невідомі результати його лікування.

7. Легальний наслідок — смерть хворого з будь-якої причини протягом основного курсу антимікобактеріальної терапії чи після неефективного лікування. Якщо смерть хворого настає після констатації вилікування туберкульозу, то її не пов'язують з туберкульозом.

Примітка. «Ефективне лікування» і «Завершене лікування» об'єднують в «Успішне лікування».

Ефективність лікування хворих IV категорії визначають за наведеними вище критеріями, але оцінку результатів дослідження патологічного матеріалу методом мазка та/або культуральним проводять на 15-му міс і в кінці лікування, тобто на 18–20 міс.

VII. НАСЛІДКИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

До наслідків туберкульозу відносять залишкові зміни після клінічного вилікування специфічного

процесу та після операційних втручань в зв'язку з туберкульозом.

Залишкові зміни після вилікування від туберкульозу поділяють на великі і малі, які визначають у разі досягнення клініко-рентгенологічної стабілізації після ефективної хіміотерапії або хірургічних втручань, а також у разі спонтанного вилікування від туберкульозу. Це контингент підвищеного ризику рецидиву або захворювання на туберкульоз. До нього відносяться особи, в яких встановлена наявність фіброзу різної протяжності (індуратів та рубців зірчастої, лінійної чи іншої форми, що виникають на місці колишньої каверни або інших змін), великих вогнищ, кальцинатів у легенях і лімфатичних вузлах, плевропневмосклерозу, цирозу, бронхоектазів тощо. Ці зміни є проявом неактивного туберкульозного процесу.

V. ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗУ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Формулювати діагноз туберкульозу необхідно в такій послідовності: тип туберкульозного процесу (у вигляді абревіатури з зазначенням дати його встановлення), клінічна форма, локалізація ураження, деструкція (фаза процесу), метод підтвердження діагнозу (МБТ+ або МБТ-, ГІСТ+ або ГІСТ-), ускладнення. Приклади формулювання діагнозу:

1. ВДТБ (22.06.1999) верхніх часток легенів (дисемінований), Дестр+, МБТ+М+К+ Резист0, ГІСТ0, легенева кровотеча, Кат1Ког2(1999).

Тут помилкою лікаря є те, що за наявності МБТ+М+К+ не проводили дослідження медикamentозної резистентності МБТ.

2. ХТБ (12.01.1999) верхньої частки правої легені (фіброзно-кавернозний), Дестр+, МБТ+М+К+Резист+(Н, R, S)РезистII+(K, Eth, Amic, Zip), ГІСТ0, ДНII, Кат4Ког1(1999), правостороння верхня лобектомія (27.05.1999), гостра легенево-серцева недостатність (28.05.1999), смерть (29.05.1999)

Тут помилкою лікаря є те, що хворому на хронічний туберкульоз не провели антимікобактеріальну терапію за 4 категорією протягом 18–24 міс. й недолікований хворий із наявністю ДН II ст був прооперований, що призвело до ускладнення і смерті.

3. ВДТБ (12.06.1999) міліарний туберкульоз легень, Дестр-, МБТ–М–К–, ГІСТ+, Кат1Ког3 (1999), вибув із спостереження (13.10.1999)

Тут помилкою лікаря є неправильний вибір когорти, оскільки у хворого туберкульоз діагностований 12.06.1999 р., то він мав би зразу розпочати лікування і бути віднесений до другої когорти (Ког2), але лікар відніс хворого до когорти із запізненням — у III кварталі (Ког3). Можливо, у хворого туберкульоз діагностований у II кварталі, а лікування він розпочав у III кварталі. Це свідчить про відсутність співпраці лікаря і хворого або незнання лікарем когорт.

Г. ЗМІНА ДІАГНОЗУ У ХВОРОГО НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ЙОГО ЛІКУВАННЯ

За сучасного рівня лікувальних можливостей виникає потреба своєчасного внесення змін до діагнозу, особливо, коли на початку лікування хворого результати мікроскопічного дослідження мазка були негативними, а у процесі лікування (через 1,5–2 міс) отримали позитивні результати культурального дослідження. Для тих, хто на факультативних засадах записуватиме клінічні форми і фази туберкульозного процесу, теж можлива їх зміна у процесі лікування. Зміну фази процесу можна здійснювати на будь-якому етапі спостереження за хворим в залежності від його стану. Змінити діагноз (клінічну форму туберкульозу) необхідно відразу після діагностування у пацієнта іншої клінічної форми туберкульозу.

Відносно хворих, що перенесли хірургічні втручання в зв'язку з туберкульозом легень, рекомендується :

а) особам, у яких після операції в легенях не залишилось ніяких змін туберкульозного характеру, слід ставити діагноз «Стан після оперативного втручання (вказати характер і дату втручання) в зв'язку з тією або іншою формою туберкульозу»;

б) коли в легеневій тканині, що залишилась чи знаходиться в колабованому стані, або в іншому органі, збереглися ті чи інші туберкульозні зміни, слід враховувати діагностовану форму туберкульозу, а також наводити вид оперативного втручання у зв'язку з туберкульозом.

Таким чином, наведена клінічна класифікація туберкульозу адаптована до міжнародної. Вона дозволяє дотримуватись єдиних поглядів, понять і взаєморозуміння між фахівцями світового співтовариства з різних країн. Ця класифікація включає весь цикл спостереження за хворим «діагностування туберкульозу із зазначенням методів його підтвердження — вибір категорії лікування — вибір диспансерної категорії — оцінка ефективності і наслідків лікування».