

кульозного препарату. РА-824 ушкоджує МБТ за двома механізмами — порушення синтезу білка і жирних кислот, що відрізняє його від усіх протитуберкульозних препаратів. В лабораторних тестах ця субстанція має виражений бактерицидний ефект у відношенні мікроорганізмів, що розмножуються і персистують. Вважається, що цей препарат дозволить скоротити курс лікування. Однак його поява ще потребує значних коштів і часу — препарат знаходиться тільки на I стадії випробовувань (лабораторні моделі).

Незважаючи на нові можливості для розробки протитуберкульозних препаратів, лишається дуже багато перешкод на шляху від наукових розробок до впровадження нового препарату у медичну практику, насамперед фінансові. На розробку нового препарату від синтезу молекули до клінічних випробовувань необхідно 500 млн \$ США, а увесь фармакологічний ринок країн, що розвиваються (яким потрібен новий протитуберкульозний препарат), не перевищує 350 млн \$ США. Створення Світового альянсу по розробці протитуберкульозних ліків (Лондон, 1998) було спрямовано на об'єднання світових інтелектуальних і фінансових, державних і приватних зусиль для розробки нового препарату.

Такі компанії як GlaxoSmithKline, AstraZeneca, Novartis у партнерстві з Національним інститутом Здоров'я США розробляють новий препарат, який базується на природному антибактерійному засобі тіолактоміцині. Очікують його появу до 2010 року [1].

Однак до впровадження нового препарату у клінічну практику необхідно у всіх країнах упровадити стратегію контролю мультирезистентного туберкульозу, яка полягає у єдиній стандартизованій методиці діагностики, лікування та моніторингу мультирезистентного туберкульозу.

Для вирішення проблеми лікування хворих на хіміорезистентний туберкульоз в Україні необхідно об'єднати зусилля фтизіатрів із наступних питань:

1. Профілактика хіміорезистентного туберкульозу (забезпечення адекватних режимів хіміотерапії у вперше виявлених хворих і контрольованості прийому протитуберкульозних препаратів)

2. Щорічні епідеміологічні дослідження хіміорезистентності для контролю якості лікування.

3. Своєчасна діагностика медикаментозної резистентності за даними чуливості, яка визначається за єдиним для усіх регіонів методом пропорцій, а також попередня клінічна діагностика за даними анамнезу й результатів лікування.

4. Дотримання принципів лікування хіміорезистентного туберкульозу, що наведені вище.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Duncan K.* Progress in drug development and what's still needed // 4-th World Congress on tuberculosis: Abstract book. — Washington, DC, USA, 2002. — P. 23.
2. *Espinal M.A.* Global situation of MDR-TB // 4-th World Congress on tuberculosis: Abstract book. — Washington, DC, USA, 2002. — P. 3.
3. *Lodenkemper R., Sagebiel D., Brendel A.* Strategies against multidrug-resistant tuberculosis // Eur. Respir. J. — 2002. — V. 20, suppl.36. — P. 66–67.
4. *Perkins M.D.* Progress and pitfalls in TB diagnostics development // 4-th World Congress on tuberculosis: Abstract book. — Washington, DC, USA, 2002. — P. 24–25.
5. *Sbarbaro J.A.* Treatment and eradication of multidrug — resistant tuberculosis // Chest. — 2001. — V.120., N.8. — P. 536 — 539.
6. *Standard short — course chemotherapy for drug — resistant tuberculosis. Treatment outcomes in 6 countries / M.A. Espinal, S.J. Kim, P.G. Suarez et al. / JAMA. — 2000. — V. 283, N. 19. — P. 2537 — 2545.*
7. *WHO /IUATLD.* Global Project on Anti-tuberculosis Drug Resistance Surveillance. Anti — tuberculosis drug resistance in the world. — Geneva, 1997. — 217 p..
8. *Worldwide incidence of multidrug-resistant tuberculosis / C. Dye, M.A. Espinal, C.J. Watt, C. Mbiaga, B.G. Williams / J. Infect. Dis. — 2002. — V. 185. N.4. — P. 1197–1202.*
9. *Yew W.W.* Management of multi drug-resistant tuberculosis: chemotherapy and beyond // Clin. Pulm. Med. — 2001. — V.8, N.5. — P. 265–272.
10. *Youngchaiyud P., Iseman M.* Update treatment of multidrug — resistant tuberculosis // Chemotherapy. — 1999. — V. 45, suppl. 2. — P. 1 — 2, 41 — 45.
11. *Ефективність терапевтичного і хірургічного лікування хворих на туберкульоз легень з полірезистентними мікобактеріями // В.М. Петренко, С.О. Черенько, Я.О. Пристайко, Л.М. Циганкова, Н.Г. Шестакова / Укр. пульмонол. журн. — 1999. — N. 4. — С. 11 — 14.*
12. *Черенько С.О.* Тривалість хіміотерапії хворих на туберкульоз легень з мультирезистентними МБТ // Укр. медичний часопис. — 2000. — N. 5/19. — P. 127 — 130.
13. *Фещенко Ю.І., Петренко В.М., Черенько С.О.* Ефективність хіміотерапії хворих з полірезистентним туберкульозом легень // Укр. пульмонол. журн. — 2000. — N. 1. — С. 9 — 14.

УДК 616-002.5:362.147

Ю.І. Фещенко, В.М. Петренко, В.М. Мельник, Л.В. Турченко ДИСПАНСЕРНІ КАТЕГОРІЇ КОНТИНГЕНТУ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНИХ ЗАКЛАДІВ

*Інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України
Київський міський центральний протитуберкульозний диспансер*

На сьогодні в Україні діє "Інструкція про поділ на групи контингентів протитуберкульозних диспансерних закладів", яка затверджена Наказом МОЗ України від 29.07. 1996 р. № 233. У цей наказ вперше були внесені

нові критерії поділу контингенту хворих туберкульозом на категорії та когорти, які були запропоновані ВООЗ [3]. Терміни "категорія", "когорта", "контингент", "група" близькі за значенням. Це свідчить із дефініцій названих термінів, які наведені у словнику [1, 2]. Група — це сукупність осіб, які пов'язані загальною метою, роботою

Таблиця 1

Категорії та стандартні режими лікування хворих на туберкульоз за методикою ВООЗ

Категорії хворих на туберкульоз	Режими лікування
Хворі з уперше виявленим туберкульозом органів дихання з бактеріовиділенням, а також хворі з іншими (важкими і поширеними) формами туберкульозу без бактеріовиділення (менінгіт, міліарний туберкульоз, туберкульозний перикардит, перитоніт, двобічний або великий плеврит, туберкульоз хребта з неврологічними ускладненнями, туберкульоз легень із великим ураженням паренхіми без бактеріовиділення, туберкульоз кишківника, урогенітальний туберкульоз і ін.).	2HRZS(E) 4HR 2HRZS(E) 4H3R3
Хворі з рецидивом туберкульозу і неефективно ліковані. Уперше виявлені хворі з МБТ+ у мазку мокроти (пофарбованої по Цилю-Нильсену).	2HRZSE 1HRZE 3-5HRZ(E) 2HRZSE 1HRZE 5 H3R3Z3(E3)
Хворі з уперше виявленим туберкульозом без бактеріовиділення.	2HRZ 4HR 2HRZ 4H3R3
Хворі з хронічними формами туберкульозу	Індивідуальний режим лікування

тощо. Категорія — група однорідних предметів, явищ, осіб. Когорта — міцно поєднана загальними ідеями, метою група людей. Контингент — сукупність людей, які складають однорідну у якомусь відношенні групу, категорію.

За пропозицією ВООЗ весь контингент хворих на туберкульоз поділено на 4 категорії з урахуванням терміну виявлення захворювання, визначення МБТ, локалізації та важкості процесу. Принципово важливо, що для 3-х із 4-х категорій хворих на туберкульоз (за винятком хронічних процесів) розроблені стандартні режими лікування. Вони є одним із основних критеріїв для розподілу контингенту хворих на туберкульоз за категоріями. З нашої точки зору, доцільно користуватися термінами, які запропоновані ВООЗ (не замінити введений термін "категорія" на звичний для нашого слуху — "група", адже це синоніми). Уніфікація термінології виключить неоднозначне їх розуміння, що буде сприяти засвоєнню матеріалів, які публікуються у закордонній літературі. Для зручності використання терміну "категорія" при запису у медичні документи (у тому числі для маркірування) можна застосовувати його умовне скорочення (Кат) разом з номером категорії — Кат1, Кат2, Кат3, Кат4.

У розподілі контингентів хворих на туберкульоз за ВООЗ термін "група" не використовується. Цим можна скористатися при поділі категорій на групи, які складають частину категорій. Згідно рекомендацій ВООЗ, введено нове поняття — когорта. Когорта — це згрупована сукупність людей, які спостерігаються на протязі того чи іншого часу [4]. У данному разі когорта — це група хворих на туберкульоз, у яких виявили захворювання протягом одного кварталу кожного року [3]. Тобто у кожний календарний рік формується 4 когорти. Пропонується такий спосіб маркірування когорт — вказувати скорочений термін та номер когорти (Ког1, Ког2, Ког3, Ког4), а за ним рік її формування. Наприклад, при виявленні туберкульозу у першому кварталі 2002 року треба записати — Ког1(2002).

Дефініції категорій та стандартні режими лікування хворих у кожній з них наведені у таблиці 1.

Введення за Наказом МОЗ України у 1996 р. нових критеріїв диспансерного обліку (категорій та когорт) не змінило раніше існуючого групування диспансерних контингентів. Як і раніше в диспансерній роботі до цього часу використовують групування контингенту про-

титуберкульозних диспансерів без урахування категорій і когорт. Це обумовлено тим, що якщо розподілити існуючі диспансерні групи для активних хворих (IA, IB, II, VA, VB) на категорії, то їх кількість зростає до 11. Але кожна з категорій ще має "замасковані" підгрупи. До 1-ї категорії віднесені вперше діагностовані хворі з бактеріовиділенням та з важким процесом без бактеріовиділення, а також з позалегеневим процесом з бактеріовиділенням та без бактеріовиділення, що разом складає 4 підгрупи. При розподілі кожної існуючої диспансерної групи з активним туберкульозом на категорії (IA, IB, II, VA, VB), а останніх на підгрупи, видно, що їх загальна кількість зростає до 17. А крім того, додаються групи та підгрупи контингентів з неактивними туберкульозними змінами та ризику захворювання на туберкульоз, яких зараз 9 (IIIA, IIIB, IV, VB, VG, VI, VIIA, VIIB, 0). Тобто розподіл диспансерних контингентів буде складати 4 категорії та 26 груп і підгруп. Це створить незручну структуру їх групування, складну для користування у диспансерній роботі.

У зв'язку з цим, пропонується нова структура розподілу контингентів тубдиспансерів. За основу розподілу контингентів протитуберкульозних диспансерів приймаються 4 категорії, за дефініцією ВООЗ [3]. Але на сьогодні важливо знати медикаментозну резистентність МБТ до протитуберкульозних препаратів, адже від цього залежать режими та строки лікування хворих на туберкульоз. Знання про розповсюдженість варіантів медикаментозної резистентності МБТ в Україні необхідні для розрахунків закупівлі потрібної кількості резервних протитуберкульозних препаратів. Тому пропонується враховувати у хворих на туберкульоз, які виділяють МБТ, варіанти їх резистентності до протитуберкульозних препаратів. Для того, щоб не збільшувати кількість диспансерних груп, пропонується відомості про медикаментозну резистентність МБТ позначати (маркірувати) у відповідних документах, які ведуться при диспансеризації. В такому разі достатньо буде вести картотеку на 5 категорій контингенту диспансерного нагляду — 4-х категорій на хворих з активним туберкульозом та одної — на осіб з неактивними туберкульозними змінами (Табл. 2).

До 1-ї категорії (за дефініцією ВООЗ) віднесено вперше діагностований туберкульоз з бактеріовиділенням (ВДТБ МБТ+), а також інші (тяжкі та розповсюджені) форми захворювання без бактеріовиділення (ВДТБ МБТ-). Для того, щоб не ускладнювати групу-

Таблиця 2

Розподіл контингенту тубдиспансерів на категорії диспансерного обліку

Категорії та групи	Категорії та групи диспансерного обліку
Категорія 1 (Кат1)	Вперше діагностований туберкульоз з бактеріовиділенням (ВДТБ МБТ+)*, а також інші (тяжкі та розповсюджені) форми захворювання без бактеріовиділення (ВДТБ МБТ-).
Категорія 2 (Кат2)	Рецидиви туберкульозу з бактеріовиділенням (РТБ МБТ+)* та без бактеріовиділення (РТБ МБТ-) і вперше діагностований туберкульоз неефективно лікований з бактеріовиділенням (ВДТБ НЛ МБТ+)* та без бактеріовиділення (ВДТБ НЛ МБТ-).
Категорія 3 (Кат3)	Вперше діагностований туберкульоз з обмеженим процесом без бактеріовиділення — ВДТБО МБТ (-) та туберкульозна інтоксикація у дітей.
Категорія 4 (Кат4)	Хронічний туберкульоз різних локалізацій МБТ+ та МБТ- (ХТБ МБТ +* та ХТБ МБТ-).
Категорія 5 (Кат5)	Групи ризику захворювання на туберкульоз та його реактивації
Група 5.1	Залишкові зміни після вилікування туберкульозу різної локалізації
Група 5.2.	Контакти - особи, що знаходяться в контакт з бактеріовиділювачами або з хворими на туберкульоз сільськогосподарськими тваринами.
Група 5.3.	Діти і підлітки, що інфіковані туберкульозом, з груп ризику, а також діти, що не були щеплені БЦЖ у період новонародженості і з післявакцинальними ускладненнями.
Група 5.4.	Дорослі туберкульозом органів дихання сумнівної активності.
Група 5.5.	Діти і підлітки, у яких необхідно уточнити етіологію чутливості до туберкуліну (післявакцинальна або інфекційна алергія), або характер змін у легенях та інших органах з метою диференціальної діагностики.

* У хворих з бактеріовиділенням зазначати та маркірувати:

Резист0. Резистентність МБТ до протитуберкульозних препаратів не досліджували.

Резист-. Резистентності до протитуберкульозних препаратів не встановлено.

Резист+. Резистентність встановлена (в дужках подається аббревіатура усіх протитуберкульозних препаратів, до яких встановлена резистентність МБТ).

вання контингентів розподіленням категорій на групи та підгрупи, пропонується проводити маркірування необхідних даних, які потрібні для диспансерного спостереження і лікування. Для цього, доцільно маркірувати у кожній категорії такі ознаки: когорт, визначення чи не визначення у хворих МБТ, а при їх знаходженні необхідно позначити наявність чи відсутність медикаментозної резистентності. Якщо хворі виділяють резистентні МБТ, то необхідно вказати варіанти їх резистентності, що важливо для призначення адекватного режиму лікування.

Категорія 2, як і перша, складається із двох груп — рецидивів та вперше виявлених неефективно лікованих. Для того щоб не виділяти групи, а в них підгрупи з бактеріовиділенням та без бактеріовиділення, доцільно обмежитися маркіруванням цих показників у складі категорій.

У хворих на туберкульоз, які виділяють МБТ, необхідно зазначити наявність чутливості або резистентності до протитуберкульозних препаратів. У разі виявлення резистентних МБТ, слід зазначити основні варіанти медикаментозної резистентності.

Як видно із даних табл. 2, до 3-ї категорії віднесені хворі з вперше діагностованим туберкульозом з обмеженим процесом без бактеріовиділення, які не ввійшли до 1-ї категорії, — ВДТБО МБТ (-) та діти з туберкульозною інтоксикацією (ПІ). Туберкульозна інтоксикація може враховуватися у міжнародному групуванні як хворі з невизначеною локалізацією туберкульозу.

Категорію 4 складають хворі на хронічний туберкульоз різних локалізацій з бактеріовиділенням і без бактеріовиділення — ХТБ МБТ (+) та ХТБ МБТ (-).

Категорію 5 складають групи ризику захворювання

на туберкульоз та його реактивації, які доцільно розподілити на 5 груп (Табл. 2).

Згідно рекомендаціям ВООЗ запропоновано 6 критеріїв оцінки ефективності лікування хворих на туберкульоз: вилікування, завершене лікування, невдале лікування, смерть, припинення лікування, перевід пацієнта [4]. За ВООЗ при оцінці ефективності лікування не береться до уваги загоєння деструкцій у легенях та результати хірургічних втручань. Не встановлені критерії ефективності лікування хворих на туберкульоз без деструкцій в легенях. У зв'язку з цим нами запропоновано внести деякі зміни та доповнення в оцінку лікування хворих на туберкульоз. Вони відображені у 7 пунктах.

1. Вилікування — пацієнти, котрі завершили повний курс лікування (у тому числі хірургічного), в результаті якого припинилося бактеріовиділення, загоїлися каверни, розсмокталася інфільтрація та туберкульозні вогнища (або останні ущільнилися).

2. Завершене лікування є тоді, коли хворому проведено повний основний курс антимікобактеріальної терапії (в тому числі після хірургічного лікування), але немає доказу вилікування; або не проведені дослідження матеріалу на визначення МБТ, немає томографічного підтвердження загоєння каверн в легенях, спеціальних досліджень у осіб з позалегеновим туберкульозом, тобто хворий не відповідає критеріям "вилікування" та "неефективне лікування".

3. Припинення бактеріовиділення — бактеріовиділення припинилося (підтверджено методом мікроскопії та культурально не менше двократним дослідженням) але деструкція (каверни) не загоїлася.

4. Неефективне лікування реєструється тоді, коли

хворий завершив повний курс антимікобактеріальної терапії, але бактеріовиділення не припинилося, або бактеріовиділення припинилося, але каверни не загоїлися, а у хворих, які не виділяли МБТ і не мали деструкції та каверн, інфільтрація та туберкульозні вогнища не розсмокталися (або останні не ущільнилися), тобто не досягнуто вилікування після завершення стандартного курсу лікування.

5. Перерване лікування розцінюється тоді, коли перерва прийому протитуберкульозних препаратів складає 2 місяців і більше і основний курс антимікобактеріальної терапії не завершений. Якщо у хворого не досягнуто вилікування, то після перерви лікування йому призначається повторний курс антимікобактеріальної терапії за схемою для хворих 2-ї категорії.

6. Летальний наслідок — смерть хворого з будь-якої причини протягом основного курсу антимікобактеріальної терапії або після неефективного лікування. Якщо смерть хворого настає після констатації вилікування від туберкульозу, то цю смерть не пов'язують з туберкульозом.

7. Переведений — стосується хворих, які міняють місце проживання, переведені в інший район і результати їх лікування переписують з одного журналу в інший, або результати лікування невідомі.

Доцільно уніфікувати запис відомостей про хворого на туберкульоз у такій послідовності: тип туберкульозного процесу (вперше діагностований, рецидив, хроніч-

ний), діагноз туберкульозу, згідно клінічної класифікації, номери категорії та когорти із вказаним роком їх формування). Для внесення їх у медичну документацію доцільно користуватися їх скороченими назвами. Наведимо умовні скорочення термінів, які застосовуються при формулюванні розгорнутого діагнозу туберкульозу та диспансеризації контингентів протитуберкульозних закладів (Табл. 3).

Приклад повного зазначення ознак у хворого з вперше діагностованим деструктивним туберкульозом верхньої частки правої легені з бактеріовиділенням, медикаментозною чутливістю МБТ, у якого захворювання виявлено 1.11.2002 р: ВДТБ (1.11.2002) верхньої частки правої легені. Дестр+, МБТ+ М+К+Резист-, ГІСТ0, Кат1, Ког4(2002).

До контингенту 2-ї категорії відносяться хворі з рецидивом туберкульозу та неефективно ліковані з різною локалізацією процесу з бактеріовиділенням і без бактеріовиділення. Застосування маркірування відповідного характеру процесу дозволяє не виділяти групи та підгрупи у цього контингенту хворих, що спрощує ведення документації. Приклад оформлення відомостей про хворого із застосуванням умовних скорочень:

РТБ (1.11.2002) верхніх часток легень, S1Дестр+, МБТ+М+К+Резист+(HR), ГІСТ0–. Кат2, Ког4(2002) — рецидив туберкульозу (діагностований 1.11.2002) верхніх часток легень, справа в S1 деструкція, визначено бактеріовиділення при мікроскопії і культуральним ме-

Таблиця 3

Умовні скорочення термінів

Основні параметри, які відображають туберкульозний процес	Назва показників	Умовні скорочення
Тип туберкульозного процесу та інші скорочені дефініції	Вперше діагностований туберкульоз Вперше діагностований туберкульоз обмежений Рецидив туберкульозу Хронічний туберкульоз Неефективно ліковані Туберкульозна інтоксикація	ВДТБ ВДТБ0 РТБ ХТБ НЛ ТІ
Наявність деструкції	Деструкція визначена Деструкція невизначена	Дестр+ Дестр–
Метод підтвердження туберкульозу	МБТ знайдено МБТ не знайдено	МБТ+ МБТ–
Дослідження МБТ методом мікроскопії	МБТ методом мікроскопії не досліджувалися Мазок на визначення МБТ позитивний Мазок на визначення МБТ негативний	М0 М+ М–
Дослідження МБТ методом засіву на живильні середовища	Культуральне дослідження МБТ не проводилося Культура МБТ висіяна Культура МБТ не висіяна	К0 К+ К–
Варіанти чутливості МБТ до протитуберкульозних препаратів	Резистентність МБТ не досліджували Резистентність МБТ не встановлена Резистентність МБТ встановлена (в дужках зазначаються символи протитуберкульозних препаратів до яких встановлена резистентність)	Резист0 Резист– Резист+
Гістологічне дослідження	Гістологічне дослідження не проводилося Захворювання туберкульозу підтверджено гістологічно Захворювання туберкульозу не підтверджено гістологічно	ГІСТ0 ГІСТ+ ГІСТ–
Локалізація туберкульозу	Туберкульоз легень Позалегеновий туберкульоз	ТБЛ ПТБ
Категорія	Категорія 1, 2, 3, 4	Кат1, Кат2, Кат3, Кат4
Когорта	Когорта 1, 2, 3, 4	Ког1, Ког2, Ког3, Ког4

тодом, МБТ резистентні до ізоніазиду і рифампіцину, гістологічне дослідження не проводилося, 2 категорія, 4 когорта 2002 р.

До 3-ї категорії відносяться хворі з вперше діагностованим туберкульозом з обмеженим процесом усіх локалізацій без бактеріовиділення та діти з туберкульозною інтоксикацією. Для відзнаки цього контингенту від хворих 1-ї категорії при записі умовних скорочень застосовується літера О, яка визначає "обмежений". Туберкульозна інтоксикація визначена як аббревіатура — ПІ.

Приклад запису даних хворого 3 категорії:

ВДТБО (записати клінічний діагноз) Кат3, Ког3(2002) — вперше діагностований туберкульоз легень з обмеженим процесом (клінічний діагноз) 3 категорія, 3 когорта 2002 р.

До 4-ї категорії відносяться хворі на хронічний туберкульоз легень з бактеріовиділенням і без бактеріовиділення. Маркірування проводиться за стандартною схемою.

Строки перебування у категоріях робочою групою ВООЗ не встановлені. Але із рекомендацій строків проведення когортного аналізу результатів лікування хворих на туберкульоз можна обчислити їх для кожної когорти. Згідно рекомендацій ВООЗ, когортний аналіз ефективності лікування хворих на туберкульоз рекомендується проводити у першому кварталі календарного року, слідує за роком повного завершення лікування хворих після реєстрації останнього пацієнта [4]. Якщо лікування хворих 1-ї категорії коротким курсом становить до 9 місяців, і допускається робити перерву у лікуванні хворих до 2 місяців без переведення у іншу категорію, то загальний строк їх перебування у ній складе 1 рік. Тобто у хворих 1-ї категорії повний аналіз результатів лікування можна буде зробити через 12 місяців після реєстрації у ній останнього хворого або через 2 роки після реєстрації першого хворого у 1-ї когорти. Звідціля ясно, що хворих першої категорії слід спостерігати на протязі 2 років після реєстрації першого пацієнта або 1 рік після реєстрації останнього.

2-у категорію складають хворі на туберкульоз, у яких з різних причин проводиться повторне лікування: рецидиви захворювання, невдале лікування вперше діагностованого процесу, перервана протитуберкульозна терапія на строк більше 2 місяців. Тобто 2 категорія хворих складається із 3 груп. У хворих з рецидивом туберкульозу та з перерваним лікуванням в більшості випадків можна застосувати стандартні режими протитуберкульозної терапії. В той час, як у хворих раніше неефективно лікованих внаслідок наявності медикаментозної резистентності МБТ, необхідно застосовувати індивідуалізовані режими лікування. Строки індивідуалізованих режимів лікування хворих з мультирезистентним туберкульозом коливаються від 12 до 24 місяців. Враховуючи положення про те, що повний аналіз результатів лікування хворих 2-ї категорії можна буде зробити через 12 місяців після реєстрації останнього хворого у ній, а термін протитуберкульозної терапії коливається від 12 до 24 місяців, то максимальний строк спостереження складе 3 роки. Але у зв'язку з тим, що через 2 роки лікування хворих відносять до категорії хронічного туберкульозу, то термін спостереження хворих у 2-й категорії слід обмежити двома роками. Тих хворих, які за цей час не вилікувалися, треба перевести

до 4-ї категорії і продовжувати їх лікувати і спостерігати, згідно правилам встановленим для неї.

До 3-ї категорії відносяться хворі з вперше діагностованим обмеженим туберкульозом без бактеріовиділення та діти з туберкульозною інтоксикацією. Короткостроковий стандартний курс лікування становить 6 місяців, але без застосування рифампіцину може становити 9 місяців. Враховуючи можливу перерву у лікуванні строком до 2 місяців основний курс протитуберкульозної терапії може досягати 11 місяців. За цей час слід вилікувати хворих, що дозволить їх перевести до 5 категорії. Враховуючи, що аналіз лікування хворих цієї категорії можна провести тільки через 11 місяців після початку хіміотерапії останнього хворого, якого взято на облік у 4-у когорту, загальний строк спостереження усієї категорії складе 22 місяці.

Якщо лікування у 1-й, 2-й та 3-й категоріях хворих за 2 роки невдале, то вони відносяться до хронічного туберкульозу (тобто переводяться до 4-ї категорії).

Робочою групою ВООЗ не передбачене диспансерне спостереження осіб після вилікування туберкульозу. В Україні знаходяться на диспансерному спостереженні 80 % осіб, у яких немає активного туберкульозного процесу. Для того щоб не ліквідувати повністю цей великий масив осіб, які становлять групу ризику захворювання на туберкульоз або його реактивацію, доцільно його частково зберегти. Для цього можна зберегти раніше існуючу структуру контингентів з неактивними туберкульозними змінами у різних органах, але скоротити строки спостереження в усіх групах. Для цього доцільно ввести 5 категорію, до якої зараховувати осіб із залишковими змінами після вилікування туберкульозу різної локалізації та ризику захворювання на туберкульоз (таблиця 2). У зв'язку з тим, що 5 категорія осіб різномірна, її слід поділити на 5 груп. Строки спостереження осіб у кожній групі відрізняються. Строки спостереження у групі 5.1. (залишкові зміни після вилікування туберкульозу різної локалізації) встановити такі: у осіб з малими залишковими змінами — 2 роки, з великими залишковими змінами — 5 років. Після закінчення строків спостереження направити їх під нагляд поліклінік.

Осіб групи 5.2. (контакти з хворими на туберкульоз, які виділяють МБТ) слід спостерігати на протязі всього часу контакту з бактеріовиділювачами, а також 1 рік після зняття останніх з епідеміологічного обліку, смертю чи виїзду. Осіб, які контактують з хворими тваринами необхідно спостерігати до оздоровлення господарства від туберкульозу.

До групи 5.3. віднесені діти і підлітки, що інфіковані туберкульозом, з груп ризику, а також діти, що не були щеплені БЦЖ у період новонародженості і з післявакцинальними ускладненнями. Дітей із сприятливим перебігом туберкульозної інфекції слід спостерігати на протязі 1 року, а при збереженні гіперергічних реакцій на туберкулін, а також інфікованих з хронічними вогнищами неспецифічної інфекції протягом 2 років.

До групи 5.4. віднесено дорослих осіб із посттуберкульозними змінами в органах дихання з неясною активністю процесу. Строк їх спостереження у групі становить 3 місяця.

До групи 5.5 віднесені діти і підлітки, у яких необхідно уточнити етіологію чутливості до туберкуліну (піс-

лявакцинальна або інфекційна алергія), або характер змін у легенях та інших органах з метою диференціальної діагностики. Строк їх спостереження становить 6 місяців.

Запропоноване групування контингентів протитуберкульозних диспансерів повністю відповідає рекомендованим ВООЗ і містить додаткові відомості щодо резистентності МБТ у хворих на туберкульоз та у осіб з неактивними посттуберкульозними змінами у різних органах. Дещо поширені критерії оцінки ефективності лікування хворих на туберкульоз за рахунок введення реєстрації загоєння каверн.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Словарь русского языка*. Москва: Русский язык, 1981. — т.1. — 696 с. (С. 352).
2. *Словарь русского языка*. Москва: Русский язык, 1983. — т.2. — 736 с. (С. 40, 67, 93).
3. *Treatment of tuberculosis: guidelines for national programmes*. WHO, 1997. — 98 p. (p. 29)
4. *Veen J., Raviglione M., Rieder H.L., Migliori G.B., Graf P., Grzemska M., Zalesky R.* Стандартизованный мониторинг результатов лечения туберкулеза в Европе. *The European respiratory Journal*. — 1998. — V 12, — P 505–510.

УДК 005:616-002.5

Ю.І. Фещенко, В.М. Мельник, В.М. Петренко, Л.В. Турченко ПРО КЛІНІЧНУ КЛАСИФІКАЦІЮ ТУБЕРКУЛЬОЗУ, АДАПТОВАНУ ДО МІЖНАРОДНОЇ СТАТИСТИЧНОЇ КЛАСИФІКАЦІЇ ХВОРОБ ТА СПОРІДНЕНИХ ПРОБЛЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДЕСЯТОГО ПЕРЕГЛЯДУ

Інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України

Класифікація будь-якої недуги, в т.ч. й туберкульозу, є вельми складною проблемою. Остання зумовлена тим, що практично жодна існуюча класифікація не може передбачити всіх існуючих варіантів етіопатогенезу, клінічного перебігу й наслідків лікування. Це повною мірою стосується клінічної класифікації туберкульозу. Через те, різні автори пропонували найрізноманітніші класифікації [1–4]. На жаль, ще нині в багатьох країнах світу існують різні класифікації туберкульозу. Це не дає можливості зіставляти статистичні дані різних країн, веде до різних поглядів на один і той же патологічний процес, словом, призводить до "вавилонського стовпоторіння у фтизіатрії".

За роки незалежності Україна налагодила тісні зв'язки з багатьма країнами світу з різних галузей народного господарства, в т.ч. в охороні здоров'я. Україна тісно співпрацює з Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), її статистичним центром - EuroTB. У зазначені організації Україна щорічно подає статистичну інформацію, але, на жаль, на 2/3 запитань звіту ми не можемо відповісти, бо чинна в Україні клінічна класифікація туберкульозу, що затверджена наказом МОЗ України від 30.12.1999 р. № 311 "Про затвердження інструкцій щодо надання фтизіопульмонологічної допомоги хворим" [5], не відповідає міжнародним стандартам і насамперед Міжнародній статистичній класифікації хвороб та споріднених проблем Десятого перегляду (МКХ-10) [6], оперативній статистичній інформації ВООЗ та звітам EuroTB.

Хоча МКХ-10 рекомендована ВООЗ з 1 січня 1993 р., проте до неї та міжнародної статистичної звітності ще не адаптована українська клінічна класифікація туберкульозу. Через те ми зробили спробу запропонувати на розгляд III з'їзду фтизіатрів і пульмонологів України

адаптований до міжнародних вимог варіант цієї класифікації.

Відповідно до МКХ-10 туберкульоз віднесений до групи інфекційних та паразитарних хвороб і виділений в окремий блок рубрик.

Туберкульоз (A15-A19). Сюди включено: інфекції, спричинені *Mycobacterium tuberculosis* та *Mycobacterium bovis*. Із цього блоку класифікації виключено: природжений туберкульоз (P37.0); пневмоконіоз, асоційований з туберкульозом (J65); наслідки туберкульозу (B90.–); силікотуберкульоз (J65).

Примітка авторів. Для правильного кодування хвороб у МКХ-10 інколи застосовуються "крапка тире" (.–). Це означає, що під цією рубрикою існують ще якісь патології до четвертого знаку кодування, які треба шукати у відповідній рубриці.

A15 Туберкульоз органів дихання, підтверджений бактеріологічно та гістологічно:

A15.0 Туберкульоз легенів, підтверджений мікроскопією харкотиння, культурою або без неї. Сюди віднесені туберкульоз (з бронхоектазами, фіброзом легенів, у вигляді специфічної пневмонії, ускладнений пневмотораксом) підтверджений мікроскопією харкотиння, культурою або без неї.

A15.1 Туберкульоз легенів, підтверджений лише культурально. Це стани, перераховані в рубриці A15.0, підтверджені лише культурально.

A15.2 Туберкульоз легенів, підтверджений гістологічно. Це стани, перелічені в рубриці A15.0, підтверджені гістологічно.

A15.3 Туберкульоз легенів, підтверджений неуточненими способами (тобто клініко-рентгенологічно, різними лабораторними дослідженнями тощо). Це стани, перелічені в рубриці A15.0, підтверджені, але не уточнені бактеріологічно або гістологічно.

A15.4 Туберкульоз внутрішньогрудних лімфа-