

ДИСКУСІЇ ТА ПРОПОЗИЦІЇ

УДК 616.24-002.5:362.147

Р.Г. Процюк

ДИСПАНСЕРНЕ ГРУПУВАННЯ КОНТИНГЕНТІВ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНИХ ЗАКЛАДІВ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Запропонований в "Українському пульмонологічному журналі № 4/2002" проект варіанту "Диспансерні категорії контингенту протитуберкульозних закладів" є безперечно прогресивним, тому що дає можливість характеризувати диспансерні контингенти, адаптовані до Міжнародних термінів, які запропоновані ВООЗ, маркувати у кожній категорії такі ознаки як когортні, медикаментозна резистентність МБТ до протитуберкульозних препаратів у відповідних документах, які ведуться при диспансеризації.

Автори пропонують весь контингент протитуберкульозних закладів поділяти на 5 категорій. Перші 4 категорії за пропозицією ВООЗ — це хворі з активним туберкульозом та 5 категорія — групи ризику захворювання на туберкульоз та його реактивації.

Поділ всього контингенту хворих на 4 категорії за пропозицією ВООЗ відноситься тільки для хворих на активний туберкульоз. Вони спрацьовують тільки на етапі проведення основного курсу лікування. Строки перебування у категоріях робочою групою ВООЗ не встановлені, а також не передбачене диспансерне спостереження осіб після вилікування туберкульозу. Когортний аналіз теж не визначає строки спостереження. Робочою групою 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 тощо.

З нашої точки зору, доцільно користуватися терміном група при розподілі диспансерних контингентів тим більше, що 5 категорію автори теж розподіляють на окремі групи, а не категорії. Вважаючи, що до 1 групи диспансерного обліку чинної класифікації відносяться хворі на активний туберкульоз, то в якості підгрупи можна користуватися синонімом категорія, яка приємліма тільки для 1 групи.

В таблиці 1 автори не пояснюють, чому хворим з уперше виявленим туберкульозом органів дихання з бактеріовиділенням призначають режим лікування

2 HRZS (E) 4 HR, а уперше виявленим хворим з МБТ + у мазку мокроти —

2 HRZSY 1HRZE 5H₃R₃Z₃ (E₃).

В табл. 2 в категоріях 1, 2, 3 і групі 5.4 додати "туберкульоз різних локалізацій".

Категорію 5 слід розділити на 2 групи:

— клінічне вилікування туберкульозу (також спонтанно) — це і буде група ризику рецидиву туберкульозу. За чинним групуванням це III, VII, "0" нульова група, VB і VG підгрупи диспансерного обліку;

— група ризику захворювання на туберкульоз. За чинним групуванням це VI група диспансерного обліку. Вважаємо зайвим виділяти окремо групи 5.3 і 5.5, їх мож на об'єднати в одну групу.

Нами запропоновано всі диспансерні контингенти розподіляти на 3 групи:

1 група — активний туберкульоз різних локалізацій.

2 група — клінічне вилікування туберкульозу (також спонтанно).

3 група — група ризику захворювання на туберкульоз.

Запропонований розподіл контингенту протитуберкульозних закладів наведено в таблиці.

Як видно з таблиці, перша група об'єднує контингенти чинного групування, які належать до IA, IB підгруп, II групи, VA і VB підгруп. В 1 групі виділяють 4 підгрупи або 4 категорії, які запропоновані ВООЗ.

Якщо лікування хворих на туберкульоз у підгрупі 1.1. (1 категорія) і підгрупі 1.2. (2 категорія) за 18-24 місяця невіддале (продовжується бактеріовиділення і зберігаються порожнини розпаду), то вони відносяться до хронічного туберкульозу і переводяться у підгрупу 1.4. або 4 категорія.

Хворі з підгруп 1.1 (1 категорія), 1.2 (2 категорія) і 1.4 (4 категорія), які успішно завершили основний курс хіміотерапії внаслідок ефективного лікування (антимікобактеріального або хірургічного) і у яких досягнуто загоєння процесу, знімаються з епідеміологічного обліку, але не раніше, як через 12 місяців після розсмоктування інфільтрації і вогнищ або ущільнення останніх, припинення бактеріовиділення і загоєння порожнин розпаду. Вони залишаються в 1 групі диспансерного контингенту ще протягом 1 року, в тому числі і хворі підгрупи 1.3 (3 категорія), а підгрупи 1.4 (4 категорія) — 2 роки. Весною і восени їм проводять 2–3 місячні курси протицидивного лікування ізоніазидом, після чого переводять у 2 групу диспансерного обліку.

2 група. Клінічне вилікування туберкульозу. За чинним групуванням — це III, VII, "0" групи, VB і VG підгрупи диспансерного обліку.

Вилікування туберкульозу вважається тоді, коли хворий завершив основний курс лікування, в тому числі хірургічне, і у нього встановлено припинення бактеріовиділення, розсмоктування інфільтрації і вогнищ або ущільнення останніх, загоєння каверни, інволюція туберкульозного процесу при відсутності ознак його активності, стабілізація процесу, що підтверджено диференційованими термінами спостереження. Вилікування — це один із критеріїв, за якими здійснюється оцінка когортного аналізу. Воно настає тоді, коли хворий завершив лікування, в тому числі хірургічне і у нього встановлено відсутність ознак активності туберкульозу. Виділяють 3 підгрупи.

Підгрупа 2.1. Особи, що переведені з 1 групи після клінічного вилікування від туберкульозу з великими залишковими змінами та особи, які раніше були зняті з диспансерного обліку з підвищеним ризиком його реактивації. При наявності або виникненні факторів, що знижують опірність організму, показані 2–3 місячні протицидивні курси антимікобактеріальної терапії 1–2 рази на рік в амбулаторних чи санаторних умовах. Термін спостереження 5–10 років, після чого знімаються з диспансерного обліку і наглядаються в поліклініці. Інваліди в результаті туберкульозу залишаються в 2 групі. Діти і підлітки з залишковими змінами спостерігаються у підгрупі 2.1 до 18-річного віку. Хворі з великими туберкульомами (4 см в діаметрі і більше), цирозом частки легені, санованою чи заповненою каверною, силікотуберкульозом, осумкованим плевритом залишаються у підгрупі 2.1 під багаторічним наглядом.

В підгрупу 2.2 також включаються діти і підлітки з залишковими змінами туберкульозу при відсутності активності процесу. Їм проводять комплексне лікування ізоніазидом і рифампіцином протягом 2–3 місяців в умовах стаціонару, санаторної школи-інтернату.

Підгрупа 2.2. Особи, що переведені з 1 групи після клінічного вилікування від туберкульозу з малими залишковими

Групування контингентів туберкульозних диспансерів

Група	Підгрупа або категорія	Характеристика
1. Активний туберкульоз різних локалізацій	<i>Підгрупа 1.1 (категорія 1)</i>	— Вперше діагностований туберкульоз різних локалізацій з бактеріовиділенням (МБТ +). — Вперше діагностовані тяжкі та розповсюджені форми туберкульозу різних локалізацій без бактеріовиділення (МБТ -)
	<i>Підгрупа 1.2 (категорія 2)</i>	— Рецидиви туберкульозу різних локалізацій з бактеріовиділенням (МБТ +) та без бактеріовиділення (МБТ -) — Вперше діагностований туберкульоз з різною локалізацією процесу неефективно лікований з бактеріовиділенням (МБТ +) та без бактеріовиділення (МБТ -). — Перервана антимікобактеріальна терапія на строк більше 2 місяців.
	<i>Підгрупа 1.3 (категорія 3)</i>	— Вперше діагностований туберкульоз з обмеженим процесом різних локалізацій без бактеріовиділення (МБТ -). — Туберкульозна інтоксикація у дітей та підлітків.
	<i>Підгрупа 1.4 (категорія 4)</i>	— Хронічний туберкульоз різних локалізацій з бактеріовиділенням (МБТ +) та без бактеріовиділення (МБТ -).
2. Клінічне вилікування туберкульозу (також спонтанно)	<i>Підгрупа 2.1</i>	— Особи, що переведені з 1 групи після клінічного вилікування від туберкульозу з великими залишковими змінами.
	<i>Підгрупа 2.2</i>	— Особи, що переведені з 1 групи після клінічного вилікування від туберкульозу з малими залишковими змінами.
	<i>Підгрупа 2.3</i>	— Дорослі туберкульозом органів дихання та інших локалізацій неясної активності.
3. Група ризику захворювання на туберкульоз	<i>Підгрупа 3.1</i>	— Контакти — особи, що знаходяться у контакті з хворими на туберкульоз бактеріовиділювачами або з хворими на туберкульоз сільськогосподарськими тваринами.
	<i>Підгрупа 3.2</i>	— Діти і підлітки, що інфіковані туберкульозом, з гіперергічною реакцією на туберкулін, з груп ризику, що не були вакциновані БЦЖ у період новонародженості і з післявакцинальними ускладненнями. — 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.

Примітка: технологія спостереження і обсяги обстеження контингентів будуть надані додатково

змінами. При наявності або виникненні факторів, що знижують опірність організму показані 2 місячні протирецидивні курси антимікобактеріальної терапії в амбулаторних або санаторних умовах. Термін спостереження 2–3 роки, після чого знімаються з обліку і наглядаються у поліклініці.

Підгрупа 2.3. Особи туберкульозом органів дихання та інших локалізацій неясної активності, які не знаходяться на обліку протитуберкульозного закладу у інших групах. За чинним групуванням — це нульова група диспансерного обліку. Термін спостереження — 3 місяці. Вирішення активності процесу можливе при динамічному спостереженні після пробної антимікобактеріальної терапії впродовж 3 місяців ізоназидом, рифампіцином, піразинамідом (стрептоміцином). Через 3 місяці повторюють клінічне, мікробіологічне і рентгенологічне обстеження. Якщо процес залишається стабільним, туберкульозні зміни розцінюються як неактивні, а особи з великими залишковими змінами продовжують спостерігатися в

цій же підгрупі на протязі 5–10 років, після чого знімаються з диспансерного обліку. Позитивна динаміка (зменшення вогнищевих змін, їх ущільнення) є ознакою активності процесу і пацієнта переводять в підгрупу 1.3 для продовження лікування ізоназидом і рифампіцином протягом 4 місяців в амбулаторних або санаторних умовах.

3 група — група ризику захворювання на туберкульоз. Виділяють 2 підгрупи. Підгрупа 3.1. відповідає IV групі, а підгрупа 3.2 — VI групі чинної групировки контингентів диспансерного нагляду.

Запропоноване нами групування контингентів протитуберкульозних диспансерів полегшує ведення облікової документації за рахунок значного скорочення груп, підгруп та термінів спостереження порівняно з чинною "Інструкцією про поділ на групи контингентів протитуберкульозних диспансерних закладів", яка затверджена Наказом МОЗ України від 29.07.1996 р. № 233.