

ДЕЯКІ МІРКУВАННЯ ЩОДО ПРОПОЗИЦІЙ, ВИСВІТЛЕНИХ В СТАТТЯХ Ю.І. ФЕЩЕНКА, В.М. МЕЛЬНИКА, В.М. ПЕТРЕНКА І Л.В. ТУРЧЕНКА "ПРО КЛІНІЧНУ КЛАСИФІКАЦІЮ ТУБЕРКУЛЬОЗУ, АДАПТОВАНУ ДО МІЖНАРОДНОЇ СТАТИСТИЧНОЇ КЛАСИФІКАЦІЇ ХВОРОБ ТА СПОРІДНЕНИХ ПРОБЛЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДЕСЯТОГО ПЕРЕКЛАДУ" І "ДИСПАНСЕРНІ КАТЕГОРІЇ КОНТИНГЕНТУ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНИХ ЗАКЛАДІВ" (УКР. ПУЛЬМОНОЛ. ЖУРН. 2002, №4)

В загальному фтизіатри Тернопільської області схваляють зближення класифікації туберкульозу до міжнародних стандартів і потреб статистичної звітності. Одночасно висловлені деякі зауваження і побажання.

II. Клінічні форми туберкульозу.

Незрозуміло, чому туберкульоз бронхів, трахеї, туберкульоз внутрішніх лімфатичних вузлів, плеври віднесений до позалегенового туберкульозу, хоча згідно шифрів МКХ-10 вони позначені як А15-А16 (як туберкульоз легень). Більш логічним було їх об'єднання, як це є у діючій класифікації, у "Туберкульоз органів дихання". Усі ці структурні елементи взаємозв'язані (туберкульоз бронха, який дренає каверну; інфільтративна форма туберкульозу лімфатичних вузлів, про яку в роз'ясненні до діючої класифікації сказано, що це ураження лімфатичних вузлів з перифокальною легеневою інфільтрацією та інше.). Для потреб статистики можна було б їх відповідно помітити.

Стосовно зменшення кількості клінічних форм туберкульозу, вважаємо, що міг би бути виключений "коніотуберкульоз", тому що це, по суті, поєднання двох захворювань (туберкульоз легень найчастіше поєднаний з хронічним бронхітом, але ніхто не претендує на діагноз "бронхітотуберкульоз"). Можна згодитися на включення діагнозу "циротичний туберкульоз легень", але повинні бути розроблені чіткі критерії, коли процес відносити до фіброзно-кавернозного, а в яких випадках до посттуберкульозних змін.

V. Категорії та диспансерні категорії. Потреба зменшення кількості груп диспансерного обліку давно назріла, хоча якщо прийняти 4 категорії і 5-ту з п'ятьма групами, загальна їх кількість становитиме 9, а маркування не полегшить аналізу. Позитивним є те, що на різних етапах лікування і спостереження за хворим є однотипні категорії, хоча вони не зовсім відповідають існуючому принципу поділу хворих на групи диспансерного спостереження. Слід відмітити, що на с. 13 дано неоднакове визначення кат. 2.

Що стосується термінів диспансерного нагляду, то не оправдано, що термін спостереження за однотипними хворими бу-

де залежний від когорти (с. 16: хворих Кат. I спостерігають протягом 2-х років після закінчення лікування, якщо він відноситься до I когорти і 1 рік, якщо він відноситься до 4 когорти?).

Не зовсім вдало сформульований склад групи 5.3, його потрібно уточнити, визначивши, чи в ній необхідно спостерігати всіх інфікованих дітей і підлітків (про останніх фтизіатр не має відомостей, тому що планова туберкулінодіагностика обмежена до 14 річного віку) чи дітей з "віражем" і гіперергічними реакціями на туберкулін. Вважаємо також недоцільним включити в цю групу дітей, не щеплених БЦЖ в період новонародженості. Всім зрозуміло, що таких дітей ніхто не приносить в тубдиспансер (це було б злочином) і за них повинні відповідати педіатри, тим більше, що відмінняють проти показання до вакцинації лікарі інших спеціальностей.

Пропонуючи нові диспансерні категорії, автори очевидно усвідомлюють, що це потягне за собою необхідність зміни низки нормативних документів.

VI. Ефективність лікування.

П. 3 "Припинення бактеріовиділення" і п. 4 "Неефективне лікування" однотипні, їх можна об'єднати, або дати більш переконливе обґрунтування.

Формулювання діагнозу.

Запропонований порядок формулювання діагнозу компактний, доволі інформативний і легко буде засвоєний фтизіатрами, але як будуть його розуміти і розшифровувати лікарі загальної мережі, що отримують з тубдиспансеру висновок про хворого з діагнозом, складеним з багатьох аббревіатур?

Зміна класифікації і диспансерних категорій дуже відповідальна справа, тому просимо авторів пропозицій ще раз все детально обдумати і відкоригувати.

*Голова асоціації фтизіатрів і пульмонологів
Тернопільської області проф. М.М. Савула*

*Головний фахівець з фтизіатрії
області*

Г.О. Ботюк

**Є.Й. Бліхар, І.Т. П'ятночка
ПРО КЛАСИФІКАЦІЮ ТУБЕРКУЛЬОЗУ**

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я.Горбачевського

В основу нової класифікації слід покласти патоморфологічні особливості уражень з урахуванням імунобіологічного стану організму, що дає підставу виділити два періоди в перебігу туберкульозу: первинний і вторинний. Для первинного туберкульозу характерний підвищений алергічний стан з різними проявами неспецифічних уражень і схильністю до гіперергічних реакцій. Такі форми відповідають А 15–16 Міжнародної класифікації.

Дисемінований туберкульоз характеризується поширеним вогнищевим ураженням і вираженим імунодефіцитним станом.

Джерелом інфекції є первинний або вторинний туберкульоз органів дихання, чи позалегенові ураження. Їх спостерігають у хворих на міліарний туберкульоз, на туберкульоз мозкових оболонок і центральної нервової системи. Виділення в окрему групу дисемінованого туберкульозу з підгрупами міліарний і туберкульоз ЦНС націлює лікаря на необхідність інтенсивного лікування із застосуванням імуномодулюючих засобів.

Вторинний туберкульоз обумовлений реактивацією старих вогнищ, вторинною бактеріємією, зниженою чутливістю до специфічних і неспецифічних показників і з самого початку має хронічний перебіг. Специфічне запалення формується переважно за продуктивним типом навколо казеозно-некротич-