

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. 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 стовпотворіння 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", не відповідає міжнародним стандартам і насамперед Міжнародній статистичній класифікації хвороб та споріднених проблем Десятого перегляду (МКХ-10), 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 чет-вертого 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 лімфатичних вузлів, підтверджений бактеріологічно та гістологічно. Це туберкульоз лімфатичних вузлів (ворітних, медіастинальних, трахеобронхіальних), підтверджений бактеріологічно та гістологічно. Із цієї рубрики виключено туберкульоз уточнений як первинний (A15.7).

A15.5 Туберкульоз гортані, трахеї та бронхів, підтверджений бактеріологічно та гістологічно. Сюди включено туберкульоз бронхів, голосової щілини, гортані, трахеї, підтверджений бактеріологічно та гістологічно.

A15.6 Туберкульозний плеврит, підтверджений бактеріологічно та гістологічно. Він включає туберкульоз плеври і туберкульозну емпієму, підтверджені бактеріологічно та гістологічно. Із рубрики виключено: первинний респіраторний туберкульоз, підтверджений бактеріологічно та гістологічно (A15.7).

A15.7 Первинний респіраторний туберкульоз, підтверджений бактеріологічно та гістологічно.

A15.8 Інший респіраторний туберкульоз, підтверджений бактеріологічно та гістологічно, включає медіастинальний туберкульоз, носоглотковий туберкульоз, туберкульоз носа, туберкульоз будь-якого носового синуса, що підтверджені бактеріологічно та гістологічно.

A15.9 Туберкульоз, не уточнений, підтверджений бактеріологічно та гістологічно.

A16 Туберкульоз органів дихання, не підтверджений бактеріологічно та гістологічно:

A16.0 Туберкульоз легенів, бактеріологічно та гістологічно не підтверджений включає туберкульозні бронхоектази, фіброз легенів, пневмонію, пневмоторакс бактеріологічно та гістологічно негативні.

A16.1 Туберкульоз легенів, бактеріологічне та гістологічне дослідження не проводилися. Це стани, перелічені в рубриці A16.0, якщо бактеріологічне та гістологічне дослідження не проводилися.

A16.2 Туберкульоз легенів, без посилання на бактеріологічне чи гістологічне підтвердження. Сюди віднесені туберкульоз легенів, туберкульозний бронхоектаз, туберкульозний фіброз легенів, туберкульозна пневмонія, пневмоторакс без посилання на бактеріологічне чи гістологічне підтвердження (БДУ — без додаткових уточнень)

A16.3 Туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів, без посилання на бактеріологічне чи гістологічне підтвердження. Це туберкульоз лімфатичних вузлів (ворітних, внутрішньогрудних, медіастинальних, трахеобронхіальних) БДУ (без посилання на бактеріологічне чи гістологічне підтвердження). Із рубрики виключено первинний туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів (A16.7).

A16.4 Туберкульоз гортані, трахеї та бронхів, без посилання на бактеріологічне чи гістологічне підтвердження. Це туберкульоз бронхів, голосової щілини, гортані, трахеї БДУ (без посилання на бактеріологічне та гістологічне підтвердження)

A16.5 Туберкульозний плеврит, без посилання на бактеріологічне чи гістологічне підтвердження включає туберкульоз плеври, туберкульозні емпієми, плеврит БДУ (без посилання на бактеріологічне чи гістологічне підтвердження).

Виключено: плеврит при первинному туберкульозі органів дихання (A16.7).

A16.7 Первинний туберкульоз органів дихання, без посилання на бактеріологічне чи гістологічне підтвердження. Це первинний (туберкульоз органів дихання і туберкульозний комплекс) БДУ (без посилання на бактеріологічне чи гістологічне підтвердження).

A16.8 Інший туберкульоз органів дихання, без посилання на бактеріологічне чи гістологічне підтвердження. Це медіастинальний туберкульоз, туберкульоз носової частини глотки, туберкульоз носа і будь-якої приносової пазухи БДУ (без посилання на бактеріологічне чи гістологічне підтвердження).

A16.9 Туберкульоз органів дихання не уточнений, без посилання на бактеріологічне чи гістологічне підтвердження включає туберкульоз органів дихання БДУ (без посилання на бактеріологічне чи гістологічне підтвердження).

J65 Пневмокозіоз, пов'язаний з туберкульозом — це поєднання з туберкульозом (рубрики A15–A16) такої самостійної патології: пневмокозіоз вугільника: антракосилікоз, антракоз, легень вугільника (J60); пневмокозіоз, спричинений азбестом (азбестоз) та іншими мінеральними речовинами (J61); пневмокозіоз, спричинений пилом, що містить кремній: силікатний фіброз (поширений) легень (J62); пневмокозіоз, спричинений тальковим пилом (J62.0); пневмокозіоз, спричинений іншим пилом, що містить кремній: силікоз БДУ (J62.8); пневмокозіоз, спричинений іншим неорганічним пилом (J63): алюмініоз (легень) (J63.0), бокситний фіброз (легень) (J63.1), бериліоз (J63.2), графітний фіброз (легень) (J63.3), сидероз (J63.4), станоз (J63.5); пневмокозіоз, спричинений іншим уточненим неорганічним пилом (J63.8): пневмокозіоз неуточнений (J64).

A17† Туберкульоз нервової системи:

A17.0† Туберкульозний менінгіт (G01*): туберкульоз твердої оболони мозку (головного, спинного), туберкульозний лептоменінгіт.

Примітка авторів. У МКХ-10 застосовується система подвійного кодування деяких станів зі значками "хрестик" і "зірочка". Код основної хвороби позначається хрестиком (†), а факультативний додатковий код, що відноситься до "прояву" хвороби, позначений зірочкою (*). Ця система була розроблена тому, що кодування тільки основної хвороби не задовольняло потреб збору статистичної інформації, що має відношення до конкретних спеціальностей. Отже, система кодування значками "хрестик" і "зірочка" передбачає альтернативні класифікації для подання статистичних даних. Код із зірочкою ніколи не повинен вживатися самостійно, а лише після коду зі значком "хрестик".

A17.1† Менінгеальна туберкульоза (G07*): туберкульоза твердої оболонки мозку

A17.8† Інший туберкульоз нервової системи: туберкульоза (туберкульоз) головного мозку (G07*), хребта (G07*); туберкульозний: абсцес мозку (G07*), менінгоенцефаліт (G05.0*), мієліт (G05.0*), поліневропатія (G63.0*)

A17.9† Туберкульоз нервової системи, не уточнений (G99.8*)

A18 Туберкульоз інших органів:

A18.0† Туберкульоз кісток та суглобів: туберкульоз: стегна (M01.1*), коліна (M01.1*), хребта (M49.0*); туберкульозний: артрит (M01.1*), мастоїдит (H75.0*), некроз кістки (M90.0*), остит (M90.0*), остеомієліт (M90.0*), синовіт (M68.0*), тендовагініт (M68.0*)

A18.1† Туберкульоз сечово-статевої системи: туберкульоз: сечового міхура (N33.0*), шийки матки (N74.0*), нирки (N29.1*), чоловічих статевих органів (N51.—*), сечівника (N29.1*); туберкульозне запалення органів і тканин малого таза у жінок (N74.1*)

A18.2 Туберкульозна периферична лімфаденопатія: туберкульозний аденіт. Виключено: туберкульоз лімфатичних вузлів: внутрішньогрудних (A15.4, A16.3), брижових та заочеревинних (A18.3), туберкульозна трахеобронхіальна аденопатія (A15.4, A16.3)

A18.3 Туберкульоз кишок, очеревини та брижових лімфатичних вузлів: туберкульоз: відхідника та прямої киш-

ки (K93.0*), кишки (товстої) (тонкої)† (K93.0*), заочеревинних лімфатичних вузлів; туберкульозний: асцит, ентерит (K93.0*), перитоніт† (K67.3*)

Примітка авторів. У МКХ-10 для спеціального кодування застосовуються круглі дужки (), в яких поміщаються додаткові уточнюючі слова, що ідуть за діагностичним терміном, не впливаючи на кодівий номер. Наприклад, кишки (товстої) (тонкої).

A18.4 Туберкульоз шкіри та підшкірної клітковини: індуративний туберкульоз шкіри; вовчак: виразковий, звичайний: БДУ, повікит (H03.1*); скрофулодерма. Виключено: червоний вовчак (L93.—), системний (M32.—)

A18.5† Туберкульоз ока: туберкульозний: хоріоретиніт (H32.0*), епісклерит (H19.0*), інтерстиціальний кератит (H19.2*), іридоцикліт (H22.0*), кератокон'юнктивіт (інтерстиціальний) (фліктенульозний) (H19.2*). Виключено: вовчак повіки звичайний (A18.4)

A18.6† Туберкульоз вуха: туберкульозний отит середній (H67.0*). Виключено: туберкульозний мастоїдит (A18.0†)

A18.7† Туберкульоз надниркових залоз (E35.1*): туберкульозна хвороба Аддісона

A18.8† Туберкульоз інших уточнених органів: туберкульоз: ендокарда (I39.8*), міокарда (I41.0*), стравоходу (K23.0*), перикарда (I32.0*), щитоподібної залози (E35.0*); туберкульозний церебральний артеріт (I68.1*)

A19 Міліарний туберкульоз. Включено: туберкульоз: дисемінований, генералізований, туберкульозний полісерозит:

A19.0 Гострий міліарний туберкульоз однієї уточненої локалізації

A19.1 Гострий міліарний туберкульоз множинної локалізації

A19.2 Гострий міліарний туберкульоз неуточненої локалізації

A19.8 Інші форми міліарного туберкульозу

A19.9 Міліарний туберкульоз неуточненої локалізації

R37.0 Природжений туберкульоз

B90 Наслідки туберкульозу. Ці рубрики слід використовувати після установлення туберкульозу як основного діагнозу, якщо причиною цих наслідків є основне захворювання. Поняття "наслідки" включає стани, що уточнені як такі, а також залишкові явища туберкульозу, якщо очевидно, що причинне захворювання у даний час відсутнє.

B90.0 Віддалені наслідки туберкульозу центральної нервової системи

B90.1 Віддалені наслідки туберкульозу сечово-статевих органів

B90.2 Віддалені наслідки туберкульозу кісток та суглобів

B90.8 Віддалені наслідки туберкульозу інших уточнених органів

B90.9 Віддалені наслідки туберкульозу органів дихання та неуточненого туберкульозу: віддалені наслідки туберкульозу БДУ

Як видно МКХ-10 складається з блоків рубрик, в тому числі тризначних рубрик і чотиризначних підрубрик, а також містить додаткові градації для використання на рівні п'ятого чи наступного знаків коду. В ній також є невикористані коди "U", які можна ще додати і застосовувати для тимчасового позначення нових хвороб неясної етіології. Коди U50–U99 можуть застосовуватися в науково-дослідних цілях. Ця класифікація дає можливість поглиблювати рівень класифікування туберкульозу, але рубриками першого рівня повинні бути клінічні форми які прийняті МКХ-10, а далі припускається їх розшифровка, в тому числі із застосуванням національної класифікації туберкульозу. Наприклад, туберкульоз легень (A15.0) повинен бути першим, а далі, як уточнення можна писати відомі в Україні клінічні форми туберкульозу (інфільтративний, дисемінований, фіброзно-кавернозний, казеозна пневмонія). Це й буде адаптацією МКХ-10 до надбань української фтизіатричної науки.

Проте й МКХ-10 вже застаріває. Останнім часом з'явилася низка наукових праць, присвячених латентній туберкульозній інфекції, що відсутня навіть в МКХ-10. Не коректним є

віднесення дисемінованого процесу легень до міліарного туберкульозу (A19). Викликає подив розшифровка рубрик A15.0 і A16.0, куди в "одну купу" віднесені: 1) бронхоектаз, що є посттуберкульозною залишковою зміною; 2) фіброз легень, який може бути проявом термінальної фази туберкульозного процесу (фіброзно-кавернозний туберкульоз), або посттуберкульозною залишковою зміною; 3) пневмонія, що є морфологічним проявом першої фази туберкульозного процесу; 4) пневмоторакс, що є ускладненням туберкульозу. Велика увага приділяється типу хворого або туберкульозного процесу, зокрема діагностований туберкульоз, рецидив туберкульозу та хронічний туберкульоз, оскільки з цим пов'язаний вибір стандартизованого лікування хворих. Під впливом фтизіатрів із країн колишнього СРСР ВООЗ та EuroTB переглянули деякі свої погляди у фтизіатрії, зокрема щодо активного виявлення хворих, режимів їх лікування та класифікації туберкульозу. Це вже віднайшло своє віддзеркалення у запропонованих ними міжнародних статистичних формах і звітах. Окрім того, слід зауважити, що не можна будь-яку статистичну класифікацію, в т.ч. МКХ-10, застосовувати як клінічну, бо статистична класифікація має свої особливості й містить не тільки назву захворювання та його клінічні форми, а й симптоми і синдроми, які класифікуються для статистичної обробки. Симптоми і синдроми уведено в цю класифікацію через те, що діагностування здійснюється фельдшерами і лікарями різної кваліфікації у різних країнах світу, які не можуть діагностувати захворювання, а записують симптом. Клінічна ж класифікація повинна ґрунтуватися на етіопатогенетичних заасадах туберкульозу і повинна спрямовувати клініциста до вибору правильного стандарту лікування і реєструвати його результати. Через те ми не повинні сліпо слідувати за МКХ-10, а маємо застосовувати її нозологічні форми, як перший діагноз, після якого можуть бути різні уточнення згідно із національними класифікаціями.

Зважаючи на викладене, ми пропонуємо такий варіант клінічної класифікації туберкульозу, що адаптований до міжнародних вимог (МКХ-10 та форм звітів ЄвроТБ і ВООЗ) і який не ущемляє інтересів вітчизняної фтизіатрії. Заодно рекомендуємо деякі види загальноприйнятих скорочень, які добре було б освоїти та використовувати, щоб полегшити написання діагнозу. У цій класифікації ми намагалися включити такі рубрики, які необхідні не тільки для міжнародної статистики, а які б дали повне уявлення як про хворого, так і про лікаря, який лікує хворого, тобто виявити помилки та кваліфікацію лікаря. Однак, кожен лікар повинен знати і застосовувати у повсякденній практиці як клінічну, так і статистичну класифікацію туберкульозу.

КЛІНІЧНА КЛАСИФІКАЦІЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

I. ТИП ТУБЕРКУЛЬОЗНОГО ПРОЦЕСУ:

1. Вперше діагностований туберкульоз — ВДТБ (дата діагностування)

2. Рецидив туберкульозу — РТБ (дата діагностування)

3. Хронічний туберкульоз — ХТБ (дата діагностування)

II. КЛІНІЧНІ ФОРМИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ:

Шифри МКХ-10

A15–A16 Туберкульоз легень (ТБЛ) (із факультативним зазначенням форми ураження):

A15–A16 Первинний туберкульозний комплекс

A15–A16 Дисемінований туберкульоз легень

A15–A16 Вогнищевий туберкульоз легень

A15–A16 Інфільтративний туберкульоз легень

A15–A16 Казеозна пневмонія

A15–A16 Туберкульома легень

A15–A16 Фіброзно-кавернозний туберкульоз легень

A15–A16 Циротичний туберкульоз легень

A15–A16 Туберкульоз легень, комбінований з пилувими професійними захворюваннями легень (коніотуберкульоз)

A15–18 Позалегеновий туберкульоз (ПТБ) (із зазначенням локалізації):

A15–A16 Туберкульоз бронхів, трахеї, гортані та інших верхніх дихальних шляхів

A15–A16 Туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів

A15–A16 Туберкульозний плеврит (в тому числі емпієма)

A17 Туберкульоз нервової системи і мозкових оболонок

A18.0 Туберкульоз кісток та суглобів

A18.1 Туберкульоз сечово-статевої системи

A18.2 Туберкульоз периферичних лімфатичних вузлів

A18.3 Туберкульоз кишок, очеревини та брижових лімфатичних вузлів

A18.4 Туберкульоз шкіри та підшкірної клітковини

A18.5 Туберкульоз ока

A18.6 Туберкульоз вуха

A18.7 Туберкульоз надниркових залоз

A18.8 Туберкульоз інших уточнених органів і систем (не зазначений вище)

A19 Міліарний туберкульоз (МТБ)

A18 Туберкульоз без встановленої локалізації

III. ХАРАКТЕРИСТИКА ТУБЕРКУЛЬОЗНОГО ПРОЦЕСУ:

1. Локалізація ураження: в легенях за номерами (назвами) сегментів, назвами часток легень, а в інших органах і системах — за анатомічними назвами локалізації місця ураження

2. Деструкція: з деструкцією **Дестр+**, без деструкції **Дестр–**

3. Метод підтвердження туберкульозу:

МБТ+ підтверджено бактеріологічно (шифр A15), уточнення:

М+ мазок позитивний;

К0 культуральне дослідження не проведене;

К– культура негативна;

К+ культура позитивна; у цьому випадку уточнити:

Резист0 — резистентність до препаратів I ряду не досліджували;

Резист– резистентності до препаратів I ряду не встановлено;

Резист+ (аббревіатури протитуберкульозних препаратів I ряду) — резистентність до препаратів I ряду встановлена (в дужках подається перелік усіх протитуберкульозних препаратів, до яких встановлена резистентність).

РезистII– резистентності до препаратів II ряду немає;

РезистII+ (аббревіатури протитуберкульозних препаратів II ряду) вказує на резистентність до (назви препаратів II ряду).

РезистII0 резистентності до препаратів II ряду не досліджувалася;

Примітки.

1. Якщо у хворого **МБТ+К+**, то спершу проводять дослідження виділеної культури на чутливість до антимікобактеріальних препаратів I ряду і якщо резистентності до препаратів I ряду не виявлено, то до препаратів II ряду резистентність не вивчають.

2. Якщо виявлена резистентність хоча б до одного антимікобактеріального препарату I ряду, то проводять дослідження виділеної культури лише до тих препаратів II ряду, які на даний час є у наявності у лікувально-профілактичному закладі. Така тактика оправдана з економічних міркувань.

3. При туберкульозі невідомої локалізації і наявності бактеріовиділення перед скороченням "МБТ+" слід писати біологічний матеріал, котрий досліджувався, наприклад, харкотиння **МБТ+**, сеча **МБТ+**

МБТ– не підтверджено бактеріологічно (шифр A16), уточнення:

М– мазок негативний;

М0 мазок не досліджували;

К– культура негативна;

К0 культуральне дослідження не проведене.

ГІСТ+ підтверджено гістологічно (шифр A15);

ГІСТ– не підтверджено гістологічно (шифр A16);

ГІСТ0 гістологічне дослідження не проводили.

IV. УСКЛАДНЕННЯ:

(перерахувати ускладнення і в дужках вказати дату їх діагностування):

— туберкульозу легень (ТБЛ): кровохаркання, легене-

ва кровотеча, спонтанний пневмоторакс, легенева недостатність, хронічне легеневе серце, ателектаз, стеноз бронха, емпієма плеври, нориці (бронхіальні, торакальні), амліоїдоз тощо.

— **позалегенового туберкульозу (ПТБ):** ниркова (над-ниркова) недостатність, безпліддя, спайки, анкілози, амліоїдоз тощо.

V. КАТЕГОРІЯ ТА ДИСПАНСЕРНА КАТЕГОРІЯ ОБЛІКУ ХВОРОГО:

Оскільки слова "категорія", "група", "контингент" є синонімами, то, щоб не вносити плутанини, замість звичного терміну "група диспансерного обліку" називатимемо її для простоти "категорія", розуміючи під цим "диспансерна категорія".

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 (**ВДТБ МБТ-**) та туберкульоз нестановленої локалізації у дітей (туберкульозна інтоксикація у дітей).

Категорія 4 (Кат4). Хронічний туберкульоз (ХТ) різних локалізацій **МБТ+** та **МБТ-**.

До захворювання на туберкульоз **категорія 5 (Кат5)** не має відношення, бо до неї включені здорові особи, що мають ризик до захворювання на туберкульоз та його реактивації, зокрема **група 5.1** — залишкові зміни після вилікування туберкульозу різної локалізації; **група 5.2** — контактні особи, що знаходяться в контакті з бактеріовиділювачами або з хворими на туберкульоз сільськогосподарськими тваринами; **група 5.3** — діти і підлітки з латентною туберкульозною інфекцією, тобто інфіковані мікобактеріями туберкульозу; особи з груп ризику, а також діти, що не були щеплені БЦЖ у період новонародженості та із післявакцинальними ускладненнями; **група 5.4** — дорослі, хворі на туберкульоз різної локалізації 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.

Примітки. 1. У кожній категорії хворих слід реєструвати і маркірувати когорти (1, 2, 3, 4) й в дужках зазначати до якого року відноситься когорта, наприклад, *Ког4(2001), Ког1(2000), Ког3(2002)*. З таким шифруванням когорт хворі переходять під диспансерне спостереження.

2. Розподіл хворих на категорії застосовується для вибору правильного стандартизованого їх лікування. У процесі останнього проводиться когортний аналіз ефективності лікування і водночас хворого беруть на диспансерний облік. Через те категорії лікування і диспансерні категорії залишаються однаковими.

VI. ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ:

1. Вилікування — пацієнти, котрі завершили повний курс антимікобактеріальної терапії (у тому числі після хірургічного лікування), 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 проведено 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". У міжнародній

практиці "завершене лікування" реєструється лише серед бактеріонегативних хворих на вперше діагностований туберкульоз та на рецидив туберкульозу, бо для бактеріовиділювачів існують критерії всі решту критерії.

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

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 місяці і більше і основний курс антимікобактеріальної терапії не завершений. Якщо у хворого не досягнуто вилікування, то після перерви лікування йому призначається повторне лікування за схемою 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.

VII. НАСЛІДКИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ (В90)

Залишкові зміни після вилікуваного туберкульозу:

— **легенів:** фіброзні, фіброзно-вогнищеві, бульозно-дистрофічні, кальцинати в легенях і лімфатичних вузлах, плевропневмосклероз, цироз, наслідки хірургічного втручання (з зазначенням виду та дати операції) тощо;

— **позалегенової локалізації:** рубцеві зміни в різних органах та їх наслідки, звапнення, наслідки хірургічного втручання (з зазначенням виду та дати операції).

Інтерпретація класифікації. Для простоти пояснення зазначеної класифікації ми не будемо розшифровувати її, оскільки кожний пункт класифікації добре описаний у Інструкції про клінічну класифікацію туберкульозу та її застосування, що затверджена наказом МОЗ України від 30.12.1999 р. № 311 "Про затвердження інструкцій щодо надання фтизіопульмонологічної допомоги хворим".

I. ТИП ТУБЕРКУЛЬОЗНОГО ПРОЦЕСУ, АБО ТИП ХВОРОГО, розпочинає кожен діагноз і складає перше, основне враження про недугу. Він може бути один із трьох:

1. Вперше діагностований туберкульоз (ВДТБ) — це локалізована чи не локалізована туберкульозна інфекція, що встановлена вперше в житті у даного хворого. І цю дату першого діагностування туберкульозу слід написати в дужках.

2. Рецидив туберкульозу (РТБ) — це туберкульоз різної локалізації, що виник у будь-які терміни після вилікування хворого від цієї недуги. Термін діагностування рецидиву записують в дужках. Для практики і вибору тактики лікування не має значення поділ реактивації на рецидив та загострення, як це проводилося раніше. Адже, так зване, загострення у процесі антимікобактеріальної терапії тепер прийметься відносити до неефективного лікування, яке може привести до хронізації туберкульозу або до летального наслідку.

3. Хронічний туберкульоз (ХТБ) — це туберкульоз у хворого 1, 2 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. Вони прості та мають загальне означення, оскільки клініцист, який зобов'язаний написати діагноз за цією класифікацією, надалі може його розшифрувати детальніше, якщо не за МКХ-10, то за

опублікованими національними класифікаціями, але кодування і статистичний аналіз проводитимуться за МКХ-10.

A15–A16 Туберкульоз легенів — це обов'язкова узагальнена клінічна форма для написання діагнозу та кодування його для статистичної обробки. Вона має різновиди і включає такі клінічні форми чинної ще нині класифікації як первинний туберкульозний комплекс, дисемінований туберкульоз легень, вогнищевий туберкульоз легень, інфільтративний туберкульоз легень, казеозна пневмонія, туберкульома легень, фіброзно-кавернозний туберкульоз легень, циротичний туберкульоз легень. При бажанні лікар може в дужках записувати ці локалізації, але практика показує, що між діагностуванням цих клінічних форм фтизіатри допускають помилки від 35,4 % до 47,2 %. Найчастіше плутають інфільтративний процес з вогнищевим, перифокальні обсіменіння локального процесу хибно вважають дисемінованим туберкульозом, посттуберкульозні залишкові зміни помилково описують як вогнищевий туберкульоз або туберкульому.

М.С. Пилипчук (1993) також відзначав, що вогнищевий туберкульоз клініко-морфологічно — це або інфільтративна форма, або туберкульома, або залишкові вогнищеві зміни після клінічного вилікування. Він же підкреслював, що кавернозний туберкульоз виділений штучно і важко диференціювати від фази розпаду інфільтративного, дисемінованого процесу й туберкульому легені.

Стосовно "туберкульозу органів дихання", комбінованого з пиловими професійними захворюваннями легень (коніотуберкульоз), то слід писати повний діагноз туберкульозу легень, а далі — відповідний коніоз. Це є "комбіноване основне захворювання", за висловом Г.Г. Автандилова [7]. В цьому випадку і туберкульоз легень, і певний коніоз конкурують, хоча найчастіше фоном захворювання є "коніоз", а на його фоні розвивається "туберкульоз", що у даного хворого стає основним захворюванням. Пилові професійні захворювання — це окремі патології із своїми класифікаціями, і діагноз їх повинен встановлюватися поряд із діагнозом туберкульозу. По суті, так і віддзеркалено у тлумаченні МКХ-10.

Отже, виділення цих клінічних форм в окремі нозології — це нонсенс, бо туберкульоз — одна єдина хвороба і виділення цих клінічних форм аж ніяк не впливає на вибір стандартного режиму лікування. Проте, зважаючи на великий спротив фтизіатрів позбутися звичних для них клінічних форм, ностальгію за ними, вважаємо можливим в рубриці "Туберкульоз легенів" факультативно включити такі існуючі нині форми: первинний туберкульозний комплекс; дисемінований туберкульоз легень; вогнищевий туберкульоз легень; інфільтративний туберкульоз легень; казеозна пневмонія; туберкульома легень; фіброзно-кавернозний туберкульоз легень; циротичний туберкульоз легень; туберкульоз легенів, комбінований з пиловими професійними захворюваннями легень (коніотуберкульоз). Однак, вважаємо за доцільне вилучити із вжитку первинний туберкульозний комплекс, кваліфікуючи його як ту чи іншу форму туберкульозу легенів. Недоцільно застосовувати у повсякденній діяльності термін "вогнищевий туберкульоз легень", й відносити його до "інфільтративного туберкульозу легень", а замість "циротичного туберкульозу" варто писати або фіброзно-кавернозний туберкульоз, або посттуберкульозні циротичні зміни..

A15–A18 Позалегеновий туберкульоз (ПТБ) на відміну від чинної класифікації включає: туберкульозний плеврит (в тому числі емпієму, туберкульоз бронхів, трахеї та верхніх дихальних шляхів, які раніше відносилися до туберкульозу органів дихання. До туберкульозу позалегенової локалізації відносяться також туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів, туберкульоз мозкових оболонок і центральної нервової системи; туберкульоз кишок, очеревини, брижових лімфатичних вузлів, туберкульоз кісток і суглобів; туберкульоз сечових і статевих органів; туберкульоз шкіри і підшкірної клітковини; туберкульоз периферичних лімфатичних вузлів; туберкульоз ока; туберкульоз інших органів.

У міжнародній практиці прийнято відносити до позалегенового туберкульозу будь-які туберкульозні ізолювані ура-

ження того чи іншого позалегенового органу, наприклад, туберкульоз нирки при відсутності специфічного ураження легенів та інших органів класифікують як туберкульоз нирки. Якщо у хворого діагностований туберкульоз нирки і туберкульоз хребта при відсутності специфічного ураження легень, то його класифікують як туберкульоз нирки і туберкульоз хребця.

Якщо туберкульоз будь-якої позалегенової локалізації поєднується із ураженням легенів, то його класифікують, як туберкульоз легенів. Наприклад, якщо у певного хворого є туберкульоз верхньої частки правої легені, туберкульоз нирки з бактеріовиділенням, туберкульоз правого колінного суглобу із норихею, то він класифікується за міжнародною статистичною догматикою, як туберкульоз легенів, хоча в історії хвороби вис- тавляються всі інші діагнози. Через те первинний туберкульоз- ний комплекс, що уражає легеню, лімфатичні судини і позале- геневі лімфатичні вузли відносять до туберкульозу легені.

A19 Міліарний туберкульоз виділений в окрему клінічну форму, хоча він зустрічається не так часто. Суть цього процесу описана у згаданому нами наказі МОЗ України від 30.12.1999 р. № 311 "Про затвердження інструкцій щодо надання фтизіопульмонологічної допомоги хворим".

A18 Туберкульоз без встановленої локалізації вклю- чає всі випадки активного туберкульозу без встановленої ло- калізації. Сюди й відноситься туберкульозна інтоксикація у дітей та підлітків. Не слід сюди відносити **латентну тубер- кульозну інфекцію (ЛТБІ)** у дітей, бо це не туберкульоз, а інфікування людини мікобактеріями. До ЛТБІ у дітей відно- сять всі випадки позитивної туберкулінової проби, в т.ч. віра- жу та гіперергічної туберкульозної реакції. Стани активної ту- беркульозної інфекції без встановленої локалізації, зокрема туберкульозну інтоксикація у дітей (туберкульоз без встанов- леної локалізації), були й у чинній класифікації.

Щодо тактики хіміопрофілактики при ЛТБІ у дітей чи ан- тимікобактеріальної терапії при туберкульозі невстановленої локалізації, то вона індивідуальна у кожному окремому ви- падку і вирішується фтизіопедіатром.

III. ХАКТЕРИСТИКА ТУБЕРКУЛЬОЗНОГО ПРОЦЕСУ.

Після клінічної форми туберкульозу в діагнозі описують ха- рактеристику туберкульозного процесу за всіма зазначеними нижче параметрами.

1. Локалізація ураження: в легенях за номерами (назва- ми) сегментів; назвами часток легені, а в інших органах і сис- темах — за анатомічними назвами локалізації місця ураження. Тут жодних змін від чинної нині класифікації не відбулося.

2. Характеристика деструкції має найважливіше клінічне й епідеміологічне значення. Наявність деструкції описують як Дестр+, відсутність деструкції зазначають як Дестр– за рент- генологічними даними. Тут все надзвичайно ясно і просто.

3. Метод підтвердження туберкульозу є основою ос- нов сучасної клінічної фтизіатрії. Є лише два найдос- товірніших методи підтвердження туберкульозу — бак- теріологічний і гістологічний. Звичайно, якщо зазначені мето- ди не дозволяють підтвердити туберкульоз, а клінічно й рент- генологічно є ознаки туберкульозу, то діагноз слід встанов- лювати, як туберкульоз не підтверджений бактеріологічно і гістологічно. Але, щоб можна було пересвідчитися, що лікар використав всі можливості для підтвердження туберкульозу, то слід у рубриці "Метод підтвердження" завжди писати відповідні дані. Наприклад, МБТ+ підтверджений бак- теріологічно (шифр A15), а далі розшифрувати:

M+ (мазок-позитивний), тобто у 2–3 мазках харкотиння, зібраних три дні поспіль при дослідженні за Ціль-Нільсеном виявлені кислотостійкі бактерії (КСБ).

Поряд із дослідженням трьох зразків харкотиння, взятих три дні поспіль, слід паралельно три дні поспіль здійснювати посів харкотиння на живильне середовище Левенштейна-Йен- сена (при бажанні паралельно можна здійснювати посів на інші живильні середовища, наприклад, ВКГ). Через те, МБТ+ можливий один із трьох уточнюючих записів:

КО пишуть, якщо культуральне дослідження не проведене;

К– свідчить, що при культуральному дослідженні міко- бактерій не виявлено;

K+ означає, що при культуральному дослідженні виявлені мікобактерії туберкульозу. Отже, МБТ+ може бути й при М–, але К+.

Після кожного культурального підтвердження (K+) туберкульозу (МБТ+: К+) слід обов'язково визначати чутливість МБТ до антимікобактеріальних препаратів I ряду: ізоніазид (H), рифампіцин (R), стрептоміцин (S), етамбутол (E), піразинамід (Z). Якщо МБТ чутливі до всіх п'яти препаратів I ряду, то із медико-економічних міркувань не варто досліджувати чутливість до препаратів II ряду, бо для досягнення ефективності лікування достатньо препаратів I ряду.

Якщо до одного чи більше препаратів I ряду виявлена резистентність МБТ, то необхідно визначати чутливість МБТ до тих препаратів II ряду, які є в наявності в даному протитуберкульозному диспансері. Описують резистентність так:

Резист0 свідчить про те, що резистентність не визначили незалежно від причини, в т.ч. при K0, K–.

Резист– означає, що резистентності до препаратів I ряду немає.

Резист+(R, H, S) вказує на резистентність до рифампіцину, ізоніазиду і стрептоміцину. У цьому випадку пізніше слід дописати результати виявлення чутливості МБТ до препаратів II ряду і записати так:

РезистII0 свідчить, що резистентність до препаратів II ряду не визначили;

РезистII– означає, що резистентності до препаратів II ряду немає;

РезистII+(K, Zip) вказує на резистентність до канаміцину і ципрофлоксацину.

Щодо гістологічного підтвердження, то окрім існуючих в класифікації (**ГІСТ+**) підтверджень гістологічно (шифр A15); (**ГІСТ–**) не підтверджень гістологічно (шифр A16), рекомендується додати (**ГІСТ 0**) — гістологічне дослідження не проводилося, і записувати його в кожному випадку не проведення цього дослідження. Це дослідження особливо важливе при туберкульозі МБТ–М–K0 або МБТ–М–K–. Тому на відміну від чинної класифікації завжди треба писати відомості про гістологічне дослідження: проводилися вони, чи ні.

Щодо ускладнень і наслідків туберкульозу (B90), то жодних змін від чинної класифікації туберкульозу не відбулося. Однак, підкреслимо, що під ускладненнями туберкульозу різної локалізації слід розуміти такі патологічні процеси, які самостійно не виникають, а патогенетично і етіологічно пов'язані з основним стражданням від туберкульозу, або безпосередньо, або через інші ускладнення, які мали місце. Так, якщо ВДТБ S1 правої легені (інфільтративний) Дестр+ МБТ+М+K+ Резист– ГІСТ0 ускладнився легеневою кровотокою, а потім ателектазом середньої частки, яка в свою чергу призвела до пневмонії, то легенева кровотока є ускладненням 1-го порядку, ателектаз — 2-го порядку, пневмонія — 3-го порядку.

Після ускладнень, якщо вони є, слід записати **категорію лікування**, яка співпадає із групою диспансерного обліку через те замість терміну "група диспансерного обліку" пропонується писати "**Диспансерна категорія і ставити її номер**". Це зумовлено тим, щоб легше проводити **когортний аналіз** ефективності лікування.

Далі, провівши лікування у діагнозі дописують **ефективність лікування**. Суть цього терміну описана у класифікації вище. Після цього пишуть наслідки туберкульозу (B90), про які згадується у чинній класифікації.

Для кращої адаптації чинної класифікації до пропонованої наведемо змінні приклади формулювання діагнозів із наказу МОЗ України від 30.12.1999 р. № 311 "Про затвердження інструкцій щодо надання фтизіопульмонологічної допомоги хворим" за новою класифікацією:

1. ВДТБ (22.06.1999) верхніх часток легенів (дисемінований), Дестр+, МБТ+М+K+Резист0, ГІСТ0, легенева кровотока, Кат1Kor2(1999);

Тут помилкою лікаря є те, що при МБТ+М+K+ не проводилося дослідження резистентності МБТ.

2. ХТБ (12.01.1999) верхньої частки правої легені (фіброзно-кавернозний), Дестр+, МБТ+М+K+Резист+(H,R,S)РезистII+(K,Eth,Amic,Zip), ГІСТ0, ДНII, Кат4Kor1(1999), правостороння верхня лобектомія (27.05.1999), гостра легенево-серцева недостатність (28.05.1999), смерть (29.05.1999)

Тут помилкою лікарів є те, що хворому на хронічний туберкульоз не проведена антимікобактеріальна терапія за 4 категорією протягом 18–24 міс. Й недолікований хворий із ДНII прооперований, що привело до ускладнення і смерті.

3. ВДТБ (12.06.1999) міліарний туберкульоз легень, Дестр–, МБТ–М–K–, ГІСТ+, Кат1Kor3(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 (Kor2), але лікар відніс хворого до когорти із запізненням — у III кварталі (Kor3). 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.

Таким чином, запропонована клінічна класифікація туберкульозу дозволяє дійти до єдиних поглядів, понять і взаєморозуміння між фахівцями світового співтовариства з різних країн. Оскільки ця класифікація включає повний цикл спостереження за хворим "діагностування туберкульозу із зазначенням методів його підтвердження — вибір категорії лікування — вибір диспансерної категорії — запис ефективності і наслідків лікування", то це складатиме повне враження не тільки про хворого, а й про кваліфікацію лікаря, який лікує цього хворого. Ми з вдячністю прийемо зауваження читачів.

УДК: 616.24-002.5:362.147.005

Ю.І. Феценко, В.М. Петренко, В.М. Мельник, Л.В. Турченко, Р.Г. Процюк ДИСПАНСЕРНІ КАТЕГОРІЇ ТА СТРОКИ СПОСТЕРЕЖЕННЯ КОНТИНГЕНТІВ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНИХ ЗАКЛАДІВ

*Інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України,
Київський міський центральний протитуберкульозний диспансер,
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця*

В Українському пульмонологічному журналі за 2002 рік, № 4 була опублікована для дискусії стаття "Диспансерні категорії контингенту протитуберкульозних закладів". З урахуванням деяких зауважень, доповнень та побажань, які були

викладені на нараді семінарі головних лікарів і завідувачів оргметодвідділами обласних протитуберкульозних диспансерів (у грудні 2002 р.), у листах до редакції та в приватних бесідах з фтизіатрами колектив авторів підготував доповнений варіант документу, який буде внесено для обговорення на 3-й з'їзд фтизіатрів і пульмонологів України. Запропонований розподіл контингенту протитуберкульозних закладів наведено у таблиці 1.