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

Після кожного культурального підтвердження (К+) 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 К0, К–.

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+)** підтверджений гістологічно (шифр А15); **(ГІСТ–)** не підтверджений гістологічно (шифр А16), 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–К0 або МБТ–М–К–. Тому на відміну від чинної класифікації завжди треба писати відомості про гістологічне дослідження: проводилися вони, чи ні.

Щодо ускладнень і наслідків туберкульозу (В90), 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+К+ Резист– ГІСТ0 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 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 (В90), про які згадується у чинній класифікації.

Для кращої адаптації чинної класифікації до пропонованої наведемо змінені 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+К+Резист0, ГІСТ0, легенева кровотеча, Кат1Ког2(1999);

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

2. ХТБ (12.01.1999) верхньої частки правої легені (фіброзно-кавернозний), Дестр+, МБТ+М+К+Резист+(H,R,S)РезистII+(K,Eth,Amic,Zip), ГІСТ0, ДНІІ, Кат4Ког1(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 ДНІІ прооперантй, що привело 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.

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 приймемо зауваження читачів.

УДК: 616.24-002.5:362.147.005

Ю.І. Фещенко, 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 винесено для обговорення на 3-й з'їзд фтизіатрів і пульмонологів України. Запропонований розподіл контингенту протитуберкульозних закладів наведено у таблиці 1.

© Фещенко Ю.І., Мельник В.М., Петренко В.М., Турченко Л.В., Процюк Р.Г., 2003

Таблиця 1

Розподіл контингенту тубдиспансерів на категорії диспансерного обліку

Категорії та групи	Категорії та групи диспансерного обліку
Категорія 1	Вперше діагностований туберкульоз різних локалізацій з бактеріовиділенням* (ВДТБ МБТ+), а також інші (тяжкі та розповсюджені) форми захворювання різної локалізації без бактеріовиділення (ВДТБ МБТ-)
Категорія 2	Рецидиви туберкульозу різних локалізацій з бактеріовиділенням (РТБ МБТ+) та без бактеріовиділення (РТБ МБТ-) і вперше діагностований туберкульоз різних локалізацій неефективно лікований з бактеріовиділенням (ВДТБ НЛ МБТ+) та без бактеріовиділення (ВДТБ НЛ МБТ-)
Категорія 1	Вперше діагностований туберкульоз різних локалізацій з обмеженим процесом без бактеріовиділення - ВДТБО МБТ (-), туберкульозна інтоксикація у дітей (ТІ) та туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів або первинний туберкульозний комплекс у фазі кальцинації при збереженні активності процесу
Категорія 1	Хронічний туберкульоз різних локалізацій з бактеріовиділенням та без бактеріовиділення (ХТБ МБТ + та ХТБ МБТ-)
Категорія 1	Групи ризику захворювання на туберкульоз та його рецидиву
Група 5.1	Контакти - особи, що знаходяться в контакті з бактеріовиділювачами (для дітей та підлітків також з хворими на активний туберкульоз) або з хворими на туберкульоз сільськогосподарськими тваринами
Група 5.2	Діти, інфіковані мікобактеріями туберкульозу, із груп ризику (віраж
Група 5.3	Діти, інфіковані мікобактеріями туберкульозу, із груп ризику (віраж туберкулінових проб, гіперергічна реакція на туберкулін, наростання туберкулінової чутливості на 6 мм за рік, а також діти з супутньою патологією), діти з післявакцинальними ускладненнями **
Група 5.4	Діти, підлітки та дорослі туберкульозом органів дихання з невизначеною активністю процесу
Група 5.5	Діти, 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 абревіатура усіх протитуберкульозних препаратів, до яких встановлена резистентність МБТ).
** — Діти, що не були щеплені БЦЖ у період новонародженості та без знаку БЦЖ спостерігаються фтизіатром в поліклініці за місцем проживання.

Необхідні данні про хворого на туберкульоз наводяться у такій послідовності: тип туберкульозного процесу (вперше діагностований, рецидив, хронічний), 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. Наводимо умовні скорочення термінів, які застосовуються при формулюванні розгорнутого діагнозу туберкульозу та диспансерних категорій протитуберкульозних закладів (таблиця 2).

Приклад повного зазначення ознак у хворого з вперше діагностованим 1.11.2002 р. деструктивним туберкульозом верхньої частки правої легені у фазі розпаду з бактеріовиділенням, підтвердженим методом мікроскопії та культуральним дослідженням харкотиння, з чутливими МБТ до протитуберкульозних препаратів. Гістологічне дослідження не прово-

Таблиця 2

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	ВДТБ ВДТБО РТБ ХТБ НЛТІ
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 Позалегеневий туберкульоз	ТБЛ ПТБ
Категорія	Категорія 1, 2, 3, 4	Кат1, Кат2, Кат3, Кат4
Когорта	Когорта 1, 2, 3, 4	Ког1, Ког2, Ког3, Ког4
Залишкові посттуберкульозні зміни після вилікування туберкульозу	Великі залишкові посттуберкульозні зміни Малі залишкові посттуберкульозні зміни	ВЗПТБЗ МЗПТБЗ

дилося. Взятий на облік до 1-ї категорії у 4 когорту. Запис наведених даних з використанням умовних скорочень: ВДТБ (1.11.2002) верхньої частки правої легені. Дестр+, МБТ+ М+К+Резист–, ГІСТ0, Кат1, Ког1(2002).

Строки перебування хворих у категоріях дорівнює терміну необхідному для проведення основного курсу протитуберкульозної терапії. Після ефективного завершення основного курсу лікування пацієнта переводять до 5 категорії (у групу 5.1). Граничний строк лікування хворих в 1-й, 2-й і 3-й категоріях становить 2 роки. Це обумовлено тим, що двохрічний строк неефективного лікування є межею після якої туберкульозний процес відноситься до хронічного. Якщо хворих 1-ї, 2-ї та 3-ї категорій вилікувати не вдається, то туберкульозний процес вважається хронічним, що дає підставу перевести їх до 4-ї категорії. Перші 3 категорії призначені для лікування (а не спостереження) в них хворих. У 4-й категорії, призначеної для лікування хронічних хворих, тільки після вичерпання можливостей терапевтичного і хірургічного лікування (через 2 роки) вони залишаються для спостереження та проведення протитуберкульозної терапії при загострені процесу.

Як правило, дворічний строк достатній для вилікування хворого з вперше діагностованим туберкульозом 1-ї категорії. В разі неефективного основного курсу лікування хворого, обумовленого перервами в лікуванні або виявленою резистентністю МБТ до протитуберкульозних препаратів, його переводять до 2-ї категорії. Якщо в результаті адекватної протитуберкульозної терапії, в тому числі хірургічного втручання, за 2 роки лікування (в період обліку в 1-й категорії) вилікувати хворого не вдалося, то його переводять для обліку до 4-ї категорії.

До 2-ї категорії відносяться 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-а категорія хворих складається із 3 груп. У хворих з рецидивами туберкульозу та з перерваним лікуванням в більшості випадків можна застосувати стандартні режими протитуберкульозної терапії. В той час як у хворих раніше неефективно лікованих, в наслідок наявності медикаментозної резистентності МБТ, необхідно призначати індивідуалізовані режими лікування із застосуванням препаратів резерву. 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 обмежується двома роками. Тих хворих, які за цей час не вилікувалися треба перевести до 4-ї категорії (з хронічним туберкульозом) 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 (останні, згідно статистичної класифікації будуть віднесені до рубрики "туберкульоз з невизначеною локалізацією"). До 3-ї категорії слід відносити також дітей з туберкульозом внутрішньогрудних лімфатичних вузлів або первинним туберкульозним комплексом у фазі кальцинації при збереженні активності процесу. 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.

Згідно рекомендацій ВООЗ, когортний аналіз ефективності лікування хворих на туберкульоз рекомендується проводити у першому кварталі календарного року, наступного за роком повного завершення лікування хворих після реєстрації останнього пацієнта.

Враховуючи, що аналіз лікування хворих цієї категорії можна провести тільки через 12 місяців після початку хіміотерапії останнього хворого, якого взято на облік у 4-у когорту, загальний строк спостереження усієї категорії складе 22 місяці. Тобто граничний строк лікування хворих 3-ї диспансерної категорії в деяких випадках може досягати 2 років. Якщо хворих 3-ї категорії за 2 роки вилікувати не вдається, то вони відносяться до хронічного туберкульозу (тобто переводяться до 4-ї категорії).

В таблиці 3 наведено порівняння строків спостереження хворих на туберкульоз у категоріях (згідно нового групування диспансерних контингентів) та у групах диспансерного спостереження, затвердженого Наказом МОЗ України № 233 від 29.07.1999 г. З неї видно, що строки спостереження хворих у 1-й, 2-й та 3-й категоріях становлять 2 роки, що відповідає часу спостереження в IA групі нині діючого диспансерного групування. Строк спостереження у категоріях зменшений за рахунок виключення часу обліку у II групі, який коливається в межах 1-3 років, в залежності від розмірів залишкових змін та наявності обтяжуючих факторів. Існують вагомі причини які дозволяють скоротити строки спостереження хворих на туберкульоз в перших 3-х категоріях.

1. Строки лікування і спостереження в групах диспансерного обліку регламентували "Методичні вказівки по групуванню контингентів, які обслуговуються протитуберкульозними диспансерними закладами", які були затверджені Наказом МОЗ СРСР 3.09.1973 р., № 689. З того часу до тепер вони не змінилися і затверджені Наказом МОЗ України № 233 від 29.07.1999 р. За минулі 30 років змінилася основна концепція лікування хворих на туберкульоз. Розроблені нові режими антимікобактеріальної терапії хворих на туберкульоз і у двічі

Таблиця 3

Строки диспансерного спостереження хворих з активним туберкульозним процесом

Категорії та групи диспансерного обліку	Нові категорії та граничні строки лікування в них хворих	Номери існуючих груп та строки спостереження в них
Вперше діагностований туберкульоз різної локалізації з бактеріовиділенням, а також інші (тяжкі та розповсюджені) форми захворювання різної локалізації без бактеріовиділення	Категорія 1, 2 роки	В IA групі при відсутності обтяжуючих факторів спостерігається до закінчення основного курсу лікування (9–12 місяців після припинення бактеріовиділення), тобто в середньому 12 місяців. При обтяжуючих факторах затримка в групі на 1 рік, тобто в IA групі спостерігається від 12 до 24 місяців У II групі при малих залишкових змінах спостерігається 1-2 роки, при великих — 2–3 роки. Загальний строк спостереження в I і II групах 2–5 років.
Рецидиви туберкульозу різної локалізації з бактеріовиділенням та без бактеріовиділення і вперше діагностований туберкульоз неефективно лікований різної локалізації з бактеріовиділенням та без бактеріовиділення	Категорія 2, 2 роки	
Вперше діагностований туберкульоз різної локалізації з обмеженим процесом без бактеріовиділення, у дітей туберкульозна інтоксикація та туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів або первинний туберкульозний комплекс у фазі кальцінації при збереженні активності процесу	Категорія 3, 2 роки	
Хронічний туберкульоз різних локалізацій з бактеріовиділенням та без бактеріовиділення	Категорія 4, без обмеження часом	Строки спостереження не обмежені

Таблиця 4

Строки диспансерного спостереження осіб 5 категорії

Дефініції категорій	Нові групи		Назви існуючих груп і строки спостереження
	№	Строки спостереження	
Залишкові зміни після вилікування туберкульозу різної локалізації	5.1	Особи з малими залишковими змінами — 3 роки, з великими залишковими змінами — 10 років, з великими осумкованими фокусами, туберкульомами діаметром більше 4 см, цирозом - довічне. Діти і підлітки з залишковими змінами та після перенесеного туберкульозного менінгіту — до 18-річного віку	IIIA - 3 роки, IIIБ -1 рік, VIIA,VIIБ - 10 років, а з великими осумкованими фокусами, цирозом - довічне; VB, VГ - багаторічне (без обмеження часом)
Контакти з хворими на туберкульоз, які виділяють МБТ, (для дітей - також контакти з хворими на активний туберкульоз) та хворими на туберкульоз тваринами	5.2	Спостерігаються на протязі всього контакту з бактеріовиділювачами, а також 1 рік після зняття бактеріовиділювача з епідемічного обліку, смертю його чи виїзду. Контактуючі з хворими тваринами спостерігаються до оздоровлення господарства від туберкульозу	Згідно існуючих нормативів для IV групи
Діти, інфіковані мікобактеріями туберкульозу, із груп ризику (віраж туберкулінових проб, гіперергічна реакція на туберкулін, наростання туберкулінової чутливості на 6 мм за рік, а також діти з супутньою патологією)Діти, що не були щеплені БЦЖ у періоді новонародженості та без знаку БЦЖ*Діти і підлітки з післявакцинальними ускладненнями БЦЖ	5.3	При сприятливому перебігу туберкульозної інфекції 1 рік. При збереженні гіперергічних реакцій на туберкулін, а також інфікованих з хронічними вогнищами неспецифічної інфекції 2 рокиСпостерігаються до проведення вакцинації	Згідно існуючих нормативів для VI групи
Діти, підлітки і дорослі туберкульозом органів дихання з невизначеною активністю процесу	5.4	3 місяці	0 група - 6 місяців
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	5.5	до 6 місяців	0 група - до 6 місяців

* Спостерігаються фтизіатром в поліклініці за місцем проживання дитини

скоротилися строки основного курсу лікування, які зараз складають 6—9 місяців. Раніше критерієм закінчення основного курсу лікування був строк 9—12 місяців після припинення бактеріовиділення і загоєння каверн, тому основний курс лікування коливався в межах 12—18 місяців.

2. З'явилися роботи у Росії та в Україні в яких було доказано, що після завершення повноцінного основного курсу протитуберкульозної терапії немає потреби в спостереженні хворих у II групі диспансерного обліку.

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 виникнення рецидиву, доцільно його зберегти. Для цього доцільно ввести 5 категорію до якої зараховувати осіб із залишковими змінами після вилікування туберкульозу різної локалізації та ризику захворювання на туберкульоз (таблиця 4). У зв'язку з тим, що 5 категорія осіб різнорідна, 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 — 3 роки, з великими залишковими змінами — 10 років, з великими осумкованими фокусами, туберкульомами діаметром більше 4 см, цирозом — довічне. Після закінчення строків спостереження направити їх під нагляд поліклінік. Діти та підлітки з залишковими змінами та після перенесеного туберкульозного менінгіту спостерігаються до 18-річного віку.

Осіб групи 5.2. (контакти з хворими на туберкульоз, які виділяють МБТ, а для дітей та підлітків також контакти з хворими на активний туберкульоз) слід спостерігати на протязі всього часу контакту з бактеріовиділювачами або хворими, 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. Діти з післявакцинальними ускладненнями БЦЖ спостерігаються 1 рік. Діти, що не були щеплені БЦЖ у період новонародженості та без знаку БЦЖ, спостерігаються фтизіатром в поліклініці за місцем проживання дитини до проведення вакцинації.

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

До групи 5.5 віднесені 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. 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.