

лікування за сумою критеріїв пункту 1.1 та 1.2 (тобто за врахуванням тільки одного критерію — припинення бактеріовиділення). Подвійне врахування ефективності лікування задовольнить ВООЗ, тому що дасть змогу порівняти її в Україні та інших державах, в яких оцінка результатів хіміотерапії проводиться тільки на основі критерію припинення бактеріовиділення, і не дозволить відійти від істини, тому що в нашій країні залишиться нині існуюча оцінка результатів лікування.

Доцільно уніфікувати запис даних про хворого туберкульозом у такій послідовності: тип туберкульозного процесу (уперше діагностований, рецидив, хронічний), діагноз туберкульозу, відповідно до клінічної класифікації, номери категорії і когорти з вказівкою року їхнього формування. Для внесення їх у медичну документацію доцільно користатися їхніми скороченими назвами.

Приклад. ВДТБ (28.05.2003) верхньої частки правої легені, S1Дестр+, МБТ+М+ДО+Резист+(HS), ГІСТО—, Кат1, Ког4(2002). Уперше діагностований туберкульоз

верхньої частки правої легені, деструкція в S1, виявлені МБТ при мікроскопії та культуральним методом, з резистентністю до ізоніазиду і стрептоміцину, гістологічне дослідження не проводилося, 1 категорія, 4 когорта 2002 р.

Запропоноване угруповання контингентів протитуберкульозних диспансерів відповідає рекомендованим ВООЗ і містить додаткові дані щодо резистентності МБТ у хворих туберкульозом і осіб з неактивними посттуберкульозними змінами в різних органах. Збережено важливий критерій оцінки ефективності лікування хворих на туберкульоз — рентгенологічне підтвердження загострення каверн.

ЛІТЕРАТУРА

1. Феценко Ю. І., Петренко В. М., Мельник В. М., Турченко Л. В., Процюк Р. Г. Диспансерні категорії протитуберкульозних закладів // Укр. пульмонол. журн. — 2003. — № 2. — С. 80–83.
2. "Інструкції" про поділ на групи контингентів протитуберкульозних диспансерних закладів. Наказ МОЗ України від 29.07.1996 р. № 233.

В. С. Крутько, А. В. Стаднікова, П. І. Потейко, Т. В. Сокол

ЗАУВАЖЕННЯ ТА ПРОПОЗИЦІЇ ЩОДО ДИСПАНСЕРНИХ КАТЕГОРІЙ КОНТИНГЕНТУ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНИХ ЗАКЛАДІВ ТА КЛІНІЧНОЇ КЛАСИФІКАЦІЇ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Харківська медична академія післядипломної освіти

Надруковані в "Українському пульмонологічному журналі" № 4 за 2002 рік, розроблені Ю. І. Феценко з співавторами проекти "Диспансерні категорії контингенту протитуберкульозних закладів" та "Клінічна класифікація туберкульозу", адаптовані до рекомендацій ВООЗ та міжнародної статистичної кваліфікації хвороб, безумовно заслуговують позитивної оцінки. Вони є прогресивними, відповідають стану фтизіатричної науки та практики на сучасному етапі. Важливо також, що запропонована класифікація зберігає спадкоємність з нині діючою. Обидва документи в цілому складені чітко, деталізовані і скоординовані між собою. Разом з тим, ми маємо ряд зауважень та пропозицій.

В табл. 2 "Розподіл контингенту тубдиспансерів на категорії диспансерного обліку", відповідно, до рекомендацій ВООЗ та Наказу МОЗ України № 233, ми пропонуємо більш чітко визначити дефініції категорій та дати конкретне пояснення, що є розповсюджений та обмежений процес. Пропонуємо дефініції категорій подати у такій редакції:

Категорія 1 — "Вперше діагностований туберкульоз органів дихання з бактеріовиділенням (ВДТБ МБТ+), а також такі хворі без бактеріовиділення (ВДТБ МБТ—): міліарним, дисемінованим, розповсюдженим (з ураженням більше частки легені або двох і більше органів) туберкульозом, менінгітом, плевритом з тяжким перебігом, туберкульозним перикардитом, перитонітом, туберкульозом кишків, туберкульозом хребта з неврологічними ускладненнями, уrogenітальним туберкульозом".

Категорія 2 — "Рецидиви туберкульозу з бактеріовиділенням (РТБ МБТ+) та без бактеріовиділення (РТБ МБТ—) і вперше діагностований туберкульоз не ефективно лікований з бактеріовиділенням (ВДТБ НЛ

МБТ+) та без бактеріовиділення (ВДТБ НЛ МБТ—), а також хворі з перерваним більше ніж на 2 місяці лікуванням, якщо не досягнуто вилікування".

Враховуючи те, що у деяких хворих з обмеженим туберкульозним процесом може бути виявлена позитивна культура (К+), а ці дані з лабораторії надходять через 2–2,5 місяці від початку лікування, пропонуємо залишати таких хворих в Категорії 3. В такому разі дефініція Категорії 3 має бути така: "Вперше діагностований туберкульоз з обмеженим процесом (з ураженням не більше двох сегментів) без бактеріовиділення (ВДТБ МБТ—; іноді МБТ+ в культурі) та хворі на позалегеновий туберкульоз, не віднесені до категорії І".

В зв'язку з тим, що термін "рецидив" та "реактивація" не є синонімами, ми пропонуємо пункт "Категорія 5" подати в наступній редакції: "Група ризику захворювання на туберкульоз (реактивація туберкульозу, що спонтанно загострюється) та рецидива".

В дефініцію групи 5.1. "Залишкові зміни після вилікування туберкульозу різної локалізації" слід внести аббревіатуру ЗЗТБ.

Пропонуємо "туберкульоз сумнівної активності" не виділяти зовсім у зв'язку з тим, що немає його об'єктивних критеріїв. На випадок, якщо група "Дорослі туберкульозом органів дихання сумнівної активності" буде залишена, треба дати його чітку дефініцію і групу 5.3. подати в такій редакції: "Дорослі з туберкульозними змінами сумнівної активності", а термін спостереження за цим контингентом збільшити до 6 місяців.

В цій же таблиці 2 логічно переставити групи "5.3" і "5.4", об'єднавши таким чином групи дітей та підлітків (5.4 і 5.5).

Доцільно доповнити табл. 2 графою "Термін спостереження".

Таким чином, таблиця 2 буде мати наступний вигляд.

Таблиця 2

Розподіл контингенту тубдиспансерів на категорії диспансерного обліку

Категорії та групи	Категорії та групи диспансерного обліку	Термін спостереження
Категорія 1 (Кат 1)	Вперше діагностований туберкульоз органів дихання з бактеріовиділенням (ВДТБ МБТ+)*, а також такі хворі без бактеріовиділення (ВДТБ МБТ-): міліарним, дисемінованим, розповсюдженим (з ураженням більше частки легені або двох і більше органів) туберкульозом, менінгітом, плевритом з тяжким перебігом, туберкульозним перикардитом, перитонітом, туберкульозом кишок, туберкульозом хребта з неврологічними ускладненнями, урогенітальним туберкульозом	12–24 міс.
Категорія 2 (Кат 2)	Рецидиви туберкульозу з бактеріовиділенням (РТБМБТ+)* та без бактеріовиділення (РТБ МБТ-) і вперше діагностований туберкульоз неефективно лікований з бактеріовиділенням (ВДТБ НЛ МБТ+)* та без бактеріовиділення (ВДТБ НЛ МБТ-), а також хворі з перерваним лікуванням більше ніж на 2 місяці	24 міс.
Категорія 3 (Кат 3)	Вперше діагностований туберкульоз з обмеженням (з ураженням не більше двох сегментів) процесом без бактеріовиділення (ВДТБ МБТ-; іноді МБТ+* в культурі) та хворі на позалегеновий туберкульоз, не віднесені до категорії 1	22 міс.
Категорія 4 (Кат 4)	Хронічний туберкульоз різних локалізацій МБТ+ та МБТ- (ХТБ МБТ+* та ХТБ МБТ-)	протягом життя
Категорія 5 (Кат 5)	Група ризику захворювання на туберкульоз (реактивація туберкульозу, що спонтанно загоївся) та рецидива	
Група 5.1	Залишкові зміни після вилікування туберкульозу (ЗЗТБ) різної локалізації	малі ЗЗТБ — 24 міс. великі ЗЗТБ — 60 міс.
Група 5.2	Контакти — особи, що знаходяться в контакті з бактеріовиділювачами або з хворими на туберкульоз сільськогосподарськими тваринами	протягом всього часу контакту, а також 12 міс, після зняття з обліку, смерті або виїзду бактеріовиділювача
Група 5.3	Дорослі з туберкульозними змінами сумнівної активності	6 міс.
Група 5.4	Діти і підлітки, що інфіковані, з груп ризику, а також діти, що не були щеплені БЦЖ у період новонародженості і з післявакцинальними ускладненнями	12–24 міс.
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	6 міс.

* 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)

Відносно критеріїв оцінки ефективності лікування хворих на туберкульоз в дефініції "Завершення лікування" після слів "... немає доказу вилікування" поставити ":" виключити слово "або", тому що воно не несе смислового навантаження.

Враховуючи те, що складені документи повинні бути максимально адаптовані до рекомендацій ВООЗ, вважаємо доцільним замість терміну "антимікобактеріальна терапія" використовувати запропонований ВООЗ термін "хіміотерапія".

Пропонуємо застосовувати єдиний термін "деструкція", який фігурує в "Клінічній класифікації туберкульозу" в розділі "ІІІ. Характеристика туберкульозного процесу" та не використовувати термін "каверна", щоб уникнути плутанини.

В табл. 3 "Умовні скорочення термінів" в пункті "Дослідження МБТ методом посіву на живильні середовища" замість "культура МБТ висіяна" — писати "культура позитивна", "культура негативна".

В проєкті "Клінічної класифікації туберкульозу" "Характеристика туберкульозного процесу"; пункт 3 "Метод підтвердження туберкульозу": МБТ+ пропонуємо доповнити: "При виявленні МБТ в плевральному випоті, хребтовомозковому лікворі, біопсійному та аспіраційному матеріалі відмічати це в дужках, тим самим показуючи, що діагноз підтверджений наявністю МБТ, але ці хворі не є бактеріовиділювачами та не представляють епідемічної загрози".

Приклад діагнозу у хворого на вперше діагностований туберкульозний лівосторонній ексудативний плеврит, у якого в плевральному випоті були знайдені МБТ: ВДТБ (01.11.2002) туберкульозний лівосторонній ексудативний плеврит (МБТ+ у плевральному випоті М+К+Резист-), ПСТ 0, Кат 3, Ког 4 (2002).

Приклад діагнозу у хворого на туберкульоз верхньої частки (S₂) правої легені, якого прооперували з цього приводу, і в мазку з резекційного матеріалу виявлені МБТ: ВДТБ (01.11.2002) стан після хірургічного втручання — резекція S₁, S₂ правої легені (05.12.2002) — з приводу туберкульозу МБТ- (МБТ+ в резекційному матеріалі М-К+Резист), ПСТ +, Кат 3, Ког 4 (2002).

Приклад діагнозу у хворого на інфільтративний туберкульоз, у якого в аспіраційному матеріалі, отриманого під час бронхоскопії, знайдені МБТ: ВДТБ (15.03.02) інфільтративний туберкульоз верхньої частки правої легені Дестр+, МБТ- (МБТ+ в аспіраційному матеріалі М+К+Резист-), ПСТ 0, Кат 1, Ког 1 (2002).

В зв'язку з тим, що в "Класифікації" туберкульоз бронхів та плеврит (емпієма) віднесено до позалегенового туберкульозу, ускладнення "стеноз бронха, емпієма плеври, нориці (бронхіальні, торакальні)" слід теж віднести до ускладнень позалегенового туберкульозу.

В розділі "І Тип туберкульозного процесу або тип хворого" — для практики і вибору тактики лікування слід виділити поняття "реактивація туберкульозу" — захво-

рювання у осіб з спонтанним загоєнням туберкульозної інфекції, які є хворими на вперше діагностований туберкульоз (ВДТБ), і відповідно треба виключити з "2. Рецидив туберкульозу (РТБ)" слово "реактивація".

В розділі: "III. Характеристика туберкульозного процесу" не повністю перераховані критерії для визначення "М+". Слід визначати, відповідно до рекомендацій ВООЗ та Наказу МОЗ України №233, "М+" (мазок позитивний) якщо:

— навіть в одному мазку харкотиння (промивних вод бронхів), зібраного три дні поспіль, при дослідженні за Ціль-Нільсеном виявлені МБТ у хворого при наявності клініко-рентгенологічних змін, які характерні для туберкульозу;

— в двох мазках харкотиння (промивних вод бронхів), яке збиралося три дні поспіль, при дослідженні за Ціль-Нільсеном, виявлені МБТ, при відсутності клініко-рентгенологічних змін, які характерні для туберкульозу.

В розділі "VII. Наслідки туберкульозу" кальцинати в лімфатичних вузлах слід віднести до залишкових змін позалегенової локалізації, сюди ж треба віднести і бронхоектази.

Вважаємо недоцільним виключення із класифікації первинного туберкульозного комплексу, оскільки ця форма відрізняється особливостями патогенезу, наслідками та роллю у формуванні імунітету.

Недоцільно також об'єднувати вогнищевий та інфільтративний туберкульоз, оскільки, за даними всіх класичних посібників, вони суттєво відрізняються за морфологією, частотою розпаду і бактеріовиділення, вибором лікування та наслідками.

Стосовно міліарного туберкульозу вважаємо, що в Наказі МОЗ України №311 від 30.12.1999 р., на який посилаються, дефініція цієї форми подана не зовсім вірно. Ми пропонуємо таку дефініцію: міліарний туберкульоз — це гематогенна, майже завжди генералізована форма туберкульозу, що характеризується рівномірним густим висипом дрібних, з просіяне зерно, туберкульозних пагорбків в легенях та, як правило, в інших органах.

Приклад діагнозу у хворого на міліарний туберкульоз з ураженням мозкових оболонок та легень: ВДТБ (23.04.02) міліарний туберкульоз (туберкульозний менінгіт, міліарний туберкульоз легень. Дестр—, МБТ—, М—К— ПСТ 0), Кат 1, Ког 2 (2002).

ЛИТЕРАТУРА

1. Наказ МОЗ України №311 від 30. 12.1999 р. Про клінічну класифікацію туберкульозу та її застосування. — Київ: МОЗУ, 1999. — 17 с.
2. Наказ МОЗ України № 233 від 29.07.1996. Про затвердження інструкцій що до надання медико-санітарної допомоги хворим на туберкульоз. — Київ: МОЗУ, 1996. — 14 с.
3. Феценко Ю. І., Мельник В. М. Сучасні методи діагностики, лікування і профілактики туберкульозу. — Київ: Здоров'я, 2002. — 904 с.
4. Феценко Ю. І., Мельник В. М., Петренко В. М., Турченко Л. В. Диспансерні категорії контингенту протитуберкульозних закладів // Укр. пульмонол. журн. — 2002. — № 4. — С. 12–17.
5. Феценко Ю. І., Мельник В. М., Петренко В. М., Турченко Л. В. Про клінічну класифікацію туберкульозу, адаптовану до міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я десятого перегляду // Укр. пульмонол. журн. — 2002. — № 4. — С. 17–24.
6. Crofton J., Horne N., Miller F. Clinical tuberculosis. — Geneva: IUATLD, 1996. — 200 p.