

знаходяться у місцях позбавлення волі, та визначити кратність обстеження цього контингенту.

26. 8. Продовжити вивчати ранні та віддалені результати ДОТС-стратегії в окремих регіонах України, зважаючи на умови її застосування у міській та сільській місцевості.

26. 9. Вирішити питання щодо закінчення у 2004 році будівництва в Інституті фтизіатрії та пульмонології ім. Ф. Г. Яновського АМН України корпусу для лікування хворих на туберкульоз дітей, а також створення на його базі науково-практичного відділення для лікування хворих на позалегенові форми туберкульозу.

26. 10. Підготувати та видати ряд інструктивно-методичних документів щодо технологій профілактики, діагностики, диференціальної діагностики та комплексного лікування хворих на туберкульоз і найпоширеніші неспецифічні захворювання органів дихання у дорослих та дітей. При кафедрах фтизіатрії організувати короткострокові двотижневі курси підвищення кваліфікації з туберкульозу для лікарів загального профілю.

27. Продовжити пропаганду боротьби з палінням, заборонивши всі форми рекламування цигарок.

28. Розробити Положення про відділи резистентного туберкульозу в протитуберкульозних закладах.

29. Посилити санітарно-освітню роботу з туберкульозу.

30. Забезпечити видання методичних матеріалів щодо уражень дихальної системи при спадкових захворюваннях, хворобах сполучної тканини, хірургічного лікування туберкульозу, НЗЛ та онкопатології.

31. Сприяти формуванню мережі регіональних лікарняних закладів щодо надання медичної допомоги хворим на муковісцидоз, дефіциту α_1 -інгібітору протеаз та іншої спадкової патології.

32. Редакціям "Українського пульмонологічного журналу" та "Українського хіміотерапевтичного журналу" опублікувати цю резолюцію та продовжити вдосконалювати систему боротьби з туберкульозом та неспецифічними захворюваннями легенів в Україні й її регіонах на рівні першочергових загальнодержавних завдань.

33. ІV з'їзд пульмонологів України скликати у 2007 році.

34. ІV з'їзд фтизіатрів України скликати у 2006 році.

35. Кожні два роки проводити пленуми фтизіатрів і пульмонологів України.

Одноголосно схвалено делегатами ІІІ з'їзду фтизіатрів і пульмонологів України, м. Київ, 26–28 травня 2003 рік.

Ю. І. Фещенко, В. М. Петренко, В. М. Мельник, Л. В. Турченко, Р. Г. Процюк КОМЕНТАРІ ДО СТАТТІ "ДИСПАНСЕРНІ КАТЕГОРІЇ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНИХ ЗАКЛАДІВ"

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

У проєкті "Диспансерні категорії протитуберкульозних закладів", який опубліковано в матеріалах з'їзду [1], на жаль, у табл. 1 при її форматуванні допущені хиби, що зробило не зрозумілим її зміст. Тому поміщаємо нову таблицю, у якій наведено категорії контингенту протитуберкульозних диспансерів (табл. 1) та доповнюємо статтю коментарями до нововведень у групування контингентів протитуберкульозних диспансерів.

У наказі МОЗ України від 29.07.1996 р. № 233 в "Інструкції про поділ на групи контингентів протитуберкульозних диспансерних закладів" [2] наведено розподіл хворих туберкульозом на 4 категорії, які запропоновані ВООЗ (табл. 1). У цій же інструкції викладена технологія диспансерного спостереження за особами, що підлягають диспансеризації у лікаря фтизіатра — дорослих (додаток № 1) та дітей і підлітків (додаток № 3). Але зараз розподіл хворих на туберкульоз за категоріями використовується лише для призначення відповідних стандартних режимів лікування і не має прямого зв'язку із диспансерним групуванням. Запропоновані нами "Диспансерні категорії протитуберкульозних закладів" поєднали лікування хворих, згідно розподілу на 4 категорії за ВООЗ, та диспансерне спостереження після завершення їх лікування в одну сис-

тему. Контингенти протитуберкульозних закладів залишилися такими ж як і раніше, лише змінилася їх структура. В табл. 1 наведено поділ хворих туберкульозом усіх локалізацій на категорії, а в табл. 2 групи здорових осіб із ризиком захворювання на туберкульоз або його рецидиву, які об'єднані у 5 категорію. Таке групування контингентів протитуберкульозних диспансерів чітко розмежувало їх на хворих туберкульозом, які потребують лікування (перші 4 категорії за ВООЗ), та осіб із залишковими змінами після вилікування туберкульозу і груп ризику захворювання або рецидиву туберкульозу (5 категорія).

Із даних таблиці 1 видно, що відповідно формулюванню, запропонованого ВООЗ, до 1-й категорії відносяться вперше діагностований туберкульоз з бактеріовиділенням, а також інші (важкі і розповсюджені) форми захворювання без бактеріовиділення.

Темною заливкою тексту позначені доповнення, внесені у формулювання ВООЗ. Доповнено: важкі і розповсюджені форми захворювання і дане роз'яснення, що під розповсюдженим процесом слід розуміти "поразку понад двох сегментів легень чи двох і більш органів". Однак, у дефініції 1 категорії немає визначення, який процес варто відносити до важких форм туберкульозу. З нашої точки зору, при відсутності бактеріовиділення до важких процесів туберкульозу слід віднести такі, перебіг яких супроводжується виразністю туберкульозної

Таблиця 1

Розподіл контингенту тубдиспансерів на категорії

№ категорій	Дефініції категорій	Крайній термін спостереження
1	Вперше діагностований туберкульоз з бактеріовиділенням, а також інші тяжкі* та розповсюджені (з ураженням більше двох сегментів або двох і більше органів) форми захворювання без бактеріовиділення: міліарний, дисемінований, менінгоенцефаліт, ексудативний плеврит, перикардит, перитоніт, туберкульоз кишків, туберкульоз хребта з неврологічними ускладненнями, урогенітальний туберкульоз.	2 роки
2	Рецидиви туберкульозу з бактеріовиділенням та без бактеріовиділення і вперше діагностований туберкульоз неефективно лікований з бактеріовиділенням та без бактеріовиділення , а також хворі з перерваним лікуванням більше ніж на 2 місяці (з бактеріовиділенням та без бактеріовиділення).	2 роки
3	Вперше діагностований туберкульоз без бактеріовиділення, з обмеженим процесом в легенях (з ураженням не більше двох сегментів) та позалегеневий туберкульоз, який не віднесено до 1-ї категорії; туберкульозна інтоксикація у дітей та туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів або первинний туберкульозний комплекс у фазі кальцинації при збереженні активності процесу.	2 роки
4	Хронічний туберкульоз різної локалізації з бактеріовиділенням та без бактеріовиділення	протягом життя

* До тяжких форм туберкульозу (при відсутності бактеріовиділення) відносять процеси з вираженою туберкульозною інтоксикацією, фебрильною температурою, деструкціями в легенях

Таблиця 2

Категорія 5: групи ризику захворювання на туберкульоз та його рецидиву

Група диспансерного обліку	Граничний строк спостереження
5.1. Залишкові зміни після вилікування туберкульозу (ЗЗТБ) різної локалізації	Малі ЗЗТБ — 3 роки, великі ЗЗТБ — 10 років, туберкульозом розміром більше 4 см, поширений цироз легень — довічне. Діти і підлітки із ЗЗТБ до 18-річного віку
5.2. 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	Протягом всього часу контакту, а також 12 міс після зняття з обліку, смерті або виїзду
5.3. Дорослі з туберкульозними змінами в органах дихання невизначеної активності	3 місяці
5.4. Діти, і підлітки, що інфіковані туберкульозом, з груп ризику (віраж туберкулінових проб, гіперергічна реакція на туберкулін, наростання туберкулінової чутливості на 6 мм за рік, а також діти із хронічними соматичними захворюваннями) Діти що не були щеплені БЦЖ у період новонародженості Діти з післявакцинальними ускладненнями БЦЖ	1–2 роки 1 рік 1 рік
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 Діти і підлітки з туберкульозними змінами в органах дихання невизначеної активності	6 місяців

інтоксикації, фебрильною температурою, деструкціями в легенях.

До категорії 2 відносять 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–), а також хворих з перерваним лікуванням більше ніж на 2 місяці (з бактеріовиділенням та без бактеріовиділення). Граничний строк лікування в категорії — 2 роки.

За дефініцією ВООЗ до рецидивів відносять тільки тих хворих, що виділяють МБТ. На відміну від установки ВООЗ, у розглянутому групуванні контингентів, до 2-ї категорії зараховують також хворих з рецидивами туберкульозу, які не виділяють МБТ. Тобто 2 категорія хворих складається із 3 груп: рецидивів, уперше виявлених неефективно лікованих і недисциплінованих хворих, що перервали прийом протитуберкульозних препаратів більш ніж на 2 місяці. З названих груп хворих стандартні режими лікування можна застосовувати тільки у частини з них, а саме: у тих, у кого збереглася чутливість МБТ до протиту-

беркульозних препаратів. Найбільш складними для лікування є ті хворі, у яких немає ефекту у зв'язку з полірезистентністю МБТ чи з великими руйнуваннями в легенях (казеозна пневмонія, полікавернозний процес, гігантські порожнини розпаду). У цієї групи хворих необхідно застосовувати індивідуалізовані режими лікування. Граничний термін лікування в цій групі складає 2 роки.

До 3-ї категорії хворих відносять вперше діагностований туберкульоз без бактеріовиділення МБТ (–), з обмеженим процесом у легенях (з ураженням не більше двох сегментів) — ВДТБО та позалегеневий туберкульоз, який не віднесено до 1-ї категорії; а також туберкульозну інтоксикацію у дітей (ТІ) та туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів або первинний туберкульозний комплекс у фазі кальцинації при збереженні активності процесу. Граничний строк лікування у категорії — 2 роки.

Найбільш істотним доповненням у запропонованому угрупованні є віднесення до 3-ї категорії дітей з туберкульозною інтоксикацією. При статистичному обліку ці діти будуть заноситися до рубрики "туберкульоз не вста-

новленої локалізації". Граничний термін лікування у 3-й категорії — 2 роки.

До 4-ї категорії відносять хронічний туберкульоз різної локалізації з бактеріовиділенням та без бактеріовиділення (ХТБ МБТ + та ХТБ МБТ-). Граничний строк лікування у категорії не обмежений.

Для того щоб не ускладнювати угруповання хворих туберкульозом 1-4 категорій розподілом на групи і підгрупи, запропоновано інші дані, необхідні для диспансерного спостереження і лікування, маркірувати. Для цього, доцільно маркірувати у кожній категорії такі ознаки: когорти, наявність або відсутність бактеріовиділення, а при виявленні МБТ позначати наявність або відсутність медикаментозної резистентності. Якщо хворі виділяють резистентні МБТ, то необхідно указати варіанти їхньої резистентності, що важливо для призначення адекватного режиму лікування.

Відповідно до установки ВООЗ, хворі туберкульозом 1, 2, 3 і 4-й категорій повинні лікуватися, а не спостерігатися. Уперше виявлені хворі туберкульозом, що закінчили ефективно основний курс лікування, вибувають з категорії і надалі не спостерігаються. По запропонованому нами диспансерному угрупованню, вибуваючи з цих категорій у зв'язку з вилікуванням туберкульозу, пацієнти переводяться в 5 категорію, призначену для осіб з ризиком захворювання туберкульозом і його рецидивом.

5-у категорію складають групи ризику захворювання на туберкульоз і його рецидиви. Цю категорію доцільно розподілити на 5 груп.

До групи 5.1 віднесено осіб із залишковими змінами після вилікування туберкульозу (ЗЗТБ) різної локалізації. Терміни диспансерного спостереження залежать від величини залишкових змін. Особи з малими залишковими змінами спостерігаються 3 роки, з великими — 10 років. Діти і підлітки із ЗЗТБ — до 18-річного віку. Осіб з великими туберкульозами (розміром більше 4 см), поширеним цирозом легень слід спостерігати довічно.

Група 5.2 — це особи, які мають контакти з хворими на туберкульоз, що виділяють МБТ, а також із хворими туберкульозом тваринами. До цієї групи варто віднести дітей молодшого віку, що контактують із хворими на активний туберкульоз, які не виділяють МБТ, а також дітей, батьки яких контактують із тваринами інфікованими туберкульозом.

Осіб цієї групи слід спостерігати протягом усього часу контакту з бактеріовиділювачами (дітей і підлітків також із хворими активним туберкульозом, що не виділяють МБТ) чи з хворими туберкульозом сільськогосподарських тварин. Після припинення контакту (смерті чи вибуття хворого, що виділяє МБТ) спостереження продовжується протягом року.

До групи 5.3 віднесено дорослих осіб з туберкульозними змінами із невизначеною активністю процесу. Термін спостереження в цій групі 3 місяці, тобто в порівнянні з "0" групою, що існує зараз, він скорочений удвічі.

До групи 5.4 віднесено дітей та підлітків, що інфіковані туберкульозом, з груп ризику (віраж туберкулінових проб, гіперергічна реакція на туберкулін, наростання туберкулінової чутливості на 6 мм за рік, а також діти із хронічними соматичними захворюваннями). Термін їхнього спостереження 1-2 роки. До цієї групи віднесені також діти, що не були щеплені БЦЖ у період новонародженості, та з післявакцинальними ускладненнями БЦЖ. Термін їхнього спостереження 1 рік.

До групи 5.5 віднесено дітей і підлітків, у яких необхідно уточнити етіологію чутливості до туберкуліну (післявакцинальна чи інфекційна алергія), або характер змін у легенях та інших локалізацій з метою диференціальної діагностики, а також з туберкульозними змінами в органах дихання невизначеної активності.

Відповідно до рекомендацій ВООЗ, запропоновано 6 критеріїв оцінки ефективності лікування хворих туберкульозом. Напівжирним шрифтом курсивом визначено текст, який доповнено до дефініцій ВООЗ.

1. Ефективне лікування

1.1. Вилікування — завершено повний курс лікування (у тому числі, за показаннями, хірургічного), в результаті якого припинилося бактеріовиділення, загоїлися каверни, розсмокталася інфільтрація і туберкульозні вогнища (чи останні ущільнилися).

1.2. Припинення бактеріовиділення — встановлюється після завершення повного курсу лікування, якщо бактеріовиділення припинилося (підтверджене методом мікроскопії і культурально не менше ніж дворазовим дослідженням) але деструкції (каверни) не загоїлися.

2. Завершене лікування — проведено повний основний курс антимікобактеріальної терапії (у тому числі, за показаннями, хірургічного втручання), але немає доказів, що лікування привело до вилікування або відсутні відомості про дослідження матеріалу на визначення МБТ, немає томографічного підтвердження загоєння каверн, спеціальних досліджень у осіб із позалегеновим туберкульозом, тобто хворий не відповідає критеріям "вилікування" і "неефективне лікування".

3. Неефективне лікування — реєструється тоді, коли хворий завершив повний курс антимікобактеріальної терапії, але бактеріовиділення не припинилося, каверни не загоїлися, а в хворих, що не виділяли МБТ і не мали деструкції, інфільтрація і туберкульозні вогнища не розсмокталися (чи останні не ущільнилися), тобто, не досягнуте вилікування після завершення основного курсу лікування.

4. Перерване лікування розцінюється тоді, коли перерва прийому протитуберкульозних препаратів складає 2 місяці і більше й основний курс антимікобактеріальної терапії не завершений. Якщо у хворого не наступило вилікування, то після перерви в лікуванні йому призначається повторний курс антимікобактеріальної терапії за схемою для хворих 2-й категорії.

5. Летальний результат — смерть хворого з будь-якої причини протягом основного курсу антимікобактеріальної терапії чи після неефективного лікування. Якщо смерть хворого настає після констатації вилікування туберкульозу, то цю смерть не пов'язують з туберкульозом.

6. Переведені — хворі, що змінюють місце проживання, переведені в інший район і результати їхнього лікування невідомі.

Пункт 1 "ефективне лікування" складено із двох підпунктів. Пункт 1.1 відповідає критеріям ефективності лікування, котрий застосовується в Україні. Пункт 1.2 відповідає критеріям ефективності лікування за ВООЗ, а саме — припиненню бактеріовиділення без врахування загоснення деструкцій в легенях. Це дає змогу при оцінці ефективності лікування в Україні використовувати критерії пункту 1.1 — припинення бактеріовиділення з урахуванням результатів рентгенологічної картини, а при звіті, який направляється до ВООЗ, враховувати ефективне

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. пульмонолог. 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 загострився) 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.