

**Я. І. Пузич, Н. В. Черепій**  
**АЛГОРИТМ ВІЯВЛЕННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ  
НА ПЕРВИННОМУ РІВНІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

*Славутська центральна районна лікарня імені Ф. Михайлова, Хмельницька область*

Понад століття минуло з часу відкриття збудника туберкульозу, проте, на значній частині землі проблема цієї недуги і досі не ліквідована. Щорічно від цієї хвороби помирає понад 3 млн. людей.

За даними ВООЗ, на туберкульоз хворіють усі верстви населення й натепер — це інфекція номер один серед підлітків і дорослих. Ця хвороба — одна з головних причин смерті людей, інфікованих ВІЛ, хворих на СНІД. Особливої актуальності набуває проблема в пенітенціарних закладах, де відмічається різке збільшення захворюваності та смертності внаслідок туберкульозу [1].

З 2006 року в Україні відзначається повільне зменшення показників захворюваності та смертності. У 2009 році захворюваність на туберкульоз становила 74,4 випадків на 100 тис населення (31 тис 807 осіб), що на 7 % менше, ніж у 2008 році, і на 12 % менше порівняно з 2005 роком, коли спостерігався максимальний рівень цього показника. Рівень смертності знизився на 29 % з 25,3 випадків на 100 тис населення у 2006 році до 18,2 випадків на 100 тис. населення у 2009 році (7 тис 676 осіб).

Близько 86 % хворих на туберкульоз становлять особи працездатного і репродуктивного віку. З усіх вперше виявлених хворих на туберкульоз у 2009 році непрацюючі працездатного віку становили 53,1 %, пенсіонери — 13,3 %, робітники — 12,1 %, вперше виявлені хворі, які зареєстровані в інших міністерствах і відомствах — 4,2 %, службовці — 3,7 %, робітники аграрного сектору — 1,3 %, особи без постійного місця проживання — 1,5 %, учні — 1,9 %, медичні працівники — 1,7 %, особи, які повернулися з місць позбавлення волі — 0,5 %, студенти — 1,9 %, приватні підприємці — 0,9 %, інші — 4,0 %.

За оцінками ВООЗ, в Україні 16 % хворих з новими випадками туберкульозу мають мультирезистентну форму захворювання, їх 9835 осіб. Серед повторних випадків частота мультирезистентності перевищує 50 %. Загальна кількість хворих 4 категорії, яку формують пацієнти з хіміорезистентним туберкульозом, в 2009 році — 22371 хворий.

Україна віднесена до 27 країн світу, в яких зосереджено 85 % всього тягаря мультирезистентного туберкульозу, та посідає 4-те місце в світі за поширеністю мультирезистентного туберкульозу серед хворих з новими випадками туберкульозу (у 2010 році це було 5-те місце). В Україні зареєстровані випадки розширеної медикamentозної резистентності (майже до усіх відомих протитуберкульозних препаратів), як і в 54 країнах світу.

Завдання фтизіатричної служби чітко визначені концепцією Національної програми боротьби з туберкульозом [6].

Залучення лікарів первинної ланки до проблеми своєчасного виявлення хворих є доволі складною задачею [2]. Незнання медичними працівниками загальної лікарняної мережі методів діагностики туберкульозу є однією з важливих проблем при його виявленні. Так, на рівні фельдшерсько-акушерських пунктів помилки діагностики туберкульозу становлять 96,7–99,5 %, лікарів сільських амбулаторій та дільничних лікарень — 80,4–90,3 %, лікарів загального профілю центральних районних лікарень — 54,2–72,1 %, обласних лікарів загального профілю — 42,2–51,7 %, лікарів-фтизіатрів — 3,2–4,7 % [7]. Отже, втішаючись тим, що захворювання в державі нібито ліквідовано, ми втратили пильність.

Звідси стає очевидним, що одну з головних ролей у розв'язанні цієї проблеми має відігравати первинна ланка, тобто фельдшерсько-акушерський пункт та лікар загальної практики — сімейної медицини.

Як серед населення, так і серед медичних працівників утвердилася думка, що туберкульоз починається приховано, поступово, без явних клінічних проявів. Разом з тим, захворювання може починатися гостро, з ознаками загальної інтоксикації організму. І тут мають використовуватись зовсім інші підходи: збір анамнезу, огляд хворого, активне спостереження за ним та використання сучасних методів діагностики.

Особлива увага на первинному рівні повинна приділятися роботі з групами ризику, до яких належать: діти, підлітки, дорослі, що були в контакті з хворими на активний туберкульоз (медичні працівники), ВІЛ-інфіковані хворі, асоціальні категорії населення, хворі, що страждають на хронічні та професійні захворювання легень, особи, які повернулися з місць позбавлення волі.

На фельдшерсько-акушерському пункті чи амбулаторії загальної практики — сімейної медицини, куди на первинному етапі звертається пацієнт з ознаками запального захворювання легень (див. алгоритм), проводиться клінічне обстеження, а також взяття мокротиння для мікроскопічного дослідження мазків на мікобактерії туберкульозу. За можливості, в лікарській амбулаторії чи дільничній лікарні хворому виконується рентгенологічне дослідження легень. Якщо ж такої можливості немає, хворий направляється на другий етап надання медичної допомоги для проведення вказаного дослідження [4].

Мікроскопічне дослідження мокротиння проводиться хворому обов'язково за: наявності тривалого (2-3 тижні) кашлю з виділенням мокротиння; явних ознак запального захворювання дихальної системи; кровохаркання та легеневої кровотечі; при болях у грудній клітині з гарячкою і нічним потовиділенням; при значній втраті маси тіла; при рентгенографії з підозрою на туберкульоз і рентгенопозитивним; при контакті пацієнта з хворими на активну форму захворювання; в інших підозрілих випадках.

Дослідження мокротиння є простим, економічним методом і дозволяє швидко та вчасно діагностувати туберкульоз. Виявлення хворих на туберкульоз легень, що виділяють мікобактерії туберкульозу (МБТ) є першочерговою задачею медичних працівників первинної ланки. У таких хворих патологічний процес швидко прогресує і вони є значною епідемічною небезпекою для оточуючих. В окремих випадках (віддаленість проживання хворого від лікувального закладу, незадовільний стан хворого) пацієнт скеровується на вторинний рівень, тобто, в центральну районну лікарню.

На фельдшерсько-акушерських пунктах медичні працівники повинні бути навчені забиранню, консервації та швидкій доставці мокротиння в бактеріологічну лабораторію протитуберкульозного відділення центральної районної лікарні.

Важлива роль у роботі первинної ланки з виявлення та профілактики туберкульозу відводиться проведенню ефективної санітарно-освітньої роботи серед населення та навчанню пацієнтів із хронічними неспецифічними захворюваннями легень [3, 8]. Навчання пацієнтів проводиться в найрізноманітніших формах: при відвідуванні лікаря, у стаціонарах, при проведенні середніми медичними та соціальними працівниками подвірних обходів тощо. Велику увагу маємо акцентувати також на різного роду навчальних програмах: забезпеченні задовільних житлових та виробничих умов, раціональному харчуванні, відмові від шкідливих звичок, дотриманні особистої гігієни.

Неабияку роль у практиці з виявлення туберкульозу на первинному рівні мають відігравати щорічні профілактичні огляди сільського населення з паралельним проведенням флюорографічного обстеження. Згідно з розробленим графіком, у кожен населений пункт повинен направляти пересувний флюорограф і бригада лікарів-спеціалістів із районної лікарні. Ця робота проводиться в тісній співпраці з керівниками місцевої влади.

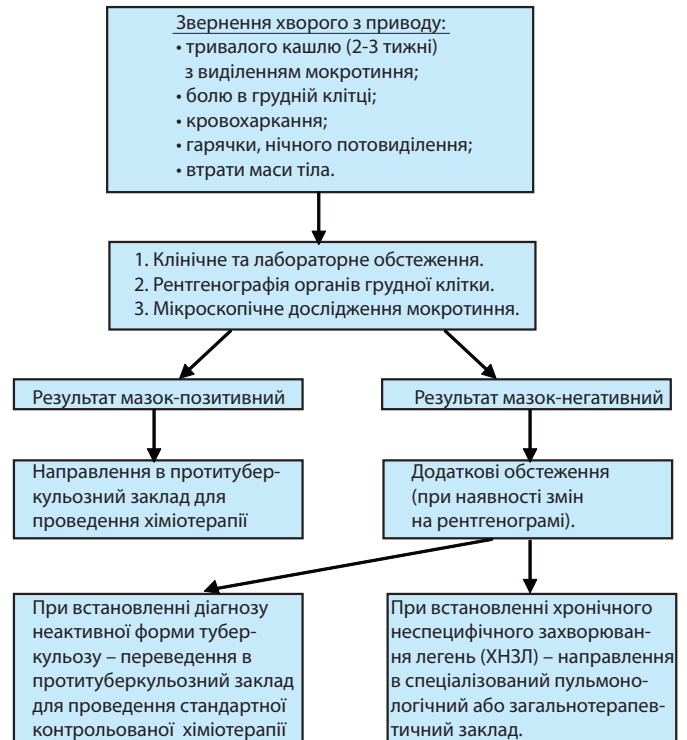
До обов'язкового контингенту для проведення рентгенологічного обстеження сільського населення відносять працівників дошкільних та шкільних закладів, підприємств харчової промисловості, продуктових магазинів та закладів загального харчування. Результати флюорографічних обстежень заносять в спеціальну картотеку. Особи, в яких при проведенні флюорографічного обстеження виявлені патологічні зміни, направляються на поглиблене обстеження в спеціалізований заклад.

Поряд із регулярними плановими флюорографічними оглядами, чільне місце в роботі первинної ланки займає також виявлення осіб із симптомами з підозрою на туберкульоз та направлення їх на подальше обстеження.

В амбулаторії загальної практики — сімейної медицини для контролю за якістю проведених заходів виявлення туберкульозу ведеться посімейний журнал, оскільки якість цієї роботи є одним із найважливіших завдань сімейного лікаря [5].

Таким чином, у профілактиці та виявленні туберкульозу легень провідне місце має відігравати первинна ланка, особливо лікарі загальної практики — сімейної медицини, які повинні проводити свою роботу за стандартними алгоритмами.

### Алгоритм дій медичних працівників первинної ланки при підозрі на туберкульоз



### ЛІТЕРАТУРА

1. Кошак, Ю. Ф. Епідемічні паралелі з туберкульозом [Текст] / Ю. Ф. Кошак, С. Ф. Кошак // Укр. пульмонолог. журн. — 2008. — № 3. — С. 143.
2. Лисенко Г. І. Питання регулювання взаємовідносин між лікарями загальної практики та вузькими спеціалістами [Текст] / Г. І. Лисенко, С. В. Данилюк, О. Б. Яценко, Л. В. Хімюм // Сімейна медицина. — 2004. — № 3. — С. 10.
3. Лисенко Г. І. Роль сімейного лікаря в лікуванні та профілактиці хронічного обструктивного захворювання легень [Текст] / Г. І. Лисенко, Т. О. Ситюк, О. Б. Яценко // Укр. пульмонолог. журн. — 2008. — № 3. — С. 56–58.
4. Мишин, В. Выявление туберкулеза легких в лечебных учреждениях общей медицинской сети [Текст] / В. Мишин // Врач. — 2002. — № 3. — С. 36–47.
5. Пузич, Я. І. Роль сімейного лікаря у виявленні туберкульозу легень [Текст] / Я. І. Пузич // Сімейна медицина. — 2008. — № 4. — С. 17–18.
6. Суліменко, О. Ф. Проблеми контролю якості первинної медико-санітарної допомоги в системі загальної практики — сімейної медицини [Текст] / О. Ф. Суліменко // Сімейна медицина. — 2008. — № 3. — С. 45.
7. Фещенко, Ю. І. Стан надання фтизіатричної допомоги населенню України [Текст] / Ю. І. Фещенко // Укр. пульмонолог. журн. — 2008. — № 3. — С. 7–9.
8. Фещенко, Ю. І., Мельник В.М., Береговий М.В. Санітарно-освітня робота з туберкульозу [Текст] / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник, М. В. Береговий — М.: Медицина. — 2008. — 190 с.