

Інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України

**ОГАНІЗАЦІЙНІ ЗАХОДИ ЩОДО СВОЄЧАСНОГО ВИЯВЛЕННЯ ХВОРИХ НА
ТУБЕРКУЛЬОЗ СЕРЕД ОСІБ ПІДВИЩЕНОГО РИЗИКУ ДЛЯ ПОЛІПШЕННЯ
ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОЇ СИТУАЦІЇ В УКРАЇНІ**

Розділ 15

зключного звіту про виконання НДР КФК.03.03

“Розробити заходи щодо активного і пасивного виявлення туберкульозу серед осіб підвищеного ризику з урахуванням соціально-економічних, епідеміологічних та медико-біологічних чинників”,

№ державної реєстрації 0103U000527, державний інвентарний № 0205U006923

Київ - 2005

Найважливіше епідеміологічне значення має виявлення туберкульозу, оскільки це інфекційна патологія і кожний невиявлений хворий протягом року інфікує 20 контактів, з яких один захворює на бактеріопозитивний і один на бактеріонегативний туберкульоз.

Результати досліджень, які проведені в м. Києві, в областях України, в протитуберкульозних закладах 2-х областей (Донецька та Львівська) дозволили обґрунтувати необхідність формування груп ризику та обов'язкового проведення флюорографічних й мікроскопічних обстежень в першу чергу в групах підвищеного ризику. Основною метою цих пропозицій є підвищення якості флюорографічних та мікроскопічних обстежень й таким чином здійснення контролю за епідемічною ситуацією в країні. Протитуберкульозні заходи в Україні здійснюються загальною лікарняною мережею, санітарно-протиепідемічними станціями та протитуберкульозною службою.

Організація виявлення туберкульозу у різних країнах проводиться як активно (це профілактичне флюорографічне обстеження, туберкулінодіагностика, дослідження харкотиння на кислото-стійкі бактерії), так і пасивно (це обстеження на туберкульоз осіб, які звернулися за медичною допомогою).

Пасивний метод практикується в країнах зі незначними економічними ресурсами і значним розповсюдженням туберкульозу. Серед активних методів пряма мікроскопія мазків, зафарбованих за методом Ціля-Нільсена є найбільш простою в організації і найдешевшою за вартістю.

В Україні виявлення туберкульозу проводиться при флюорографічних профілактичних обстеженнях, при первинному обстеженні контактних з хворим на вперше діагностований туберкульоз, при обстеженні осіб, що знаходяться під наглядом протитуберкульозних диспансерів, при зверненні хворих за медичною допомогою у загальні і

спеціалізовані лікувальні заклади.

Заходи щодо активного виявлення туберкульозу серед осіб підвищеного ризику.

За результатами досліджень встановлено, що факторами ризику захворювання на туберкульоз є контакт із хворим, ВІЛ-інфікування, захворювання на СНІД, зловживання алкоголем, наркотиками, ліками, імуносупресивне лікування, недоступність медичної допомоги, зниження імунітету та інші. Сучасний етап епідемії хіміорезистентного туберкульозу в Україні супроводжується неухильним зростанням штамів МБТ, стійких до 5-6 антимікобактеріальних препаратів, рівень виділення яких за останні 3 роки склав 18,4% і 11,6% відповідно [106].

1. На тлі погіршення показників епідемічної ситуації з туберкульозу в Україні за період 1998 – 2002 рр. активне виявлення хворих при суцільному флюорографічному обстеженні неефективно і складало від 48,0 до 54,3 %, у середньому $(50,4 \pm 1,4)$ % до загальної кількості вперше виявлених хворих дорослих і підлітків. Обсяги обстежень при зростанні на 12,0 % за 5 років знаходились на рівні 503,2 на 1000 населення в 1998 р. та 564,0 в 2002 р., у середньому $(530,8 \pm 12,3)$ на 1000 населення, $P < 0,001$, тобто у 50,0 % населення захворювання діагностується пасивно – при звертанні за медичною допомогою. Обсяги флюорографічних профілактичних обстежень певних контингентів населення згідно наказу МОЗ України від 29.07.96 р. № 233 також є недостатніми, вони склали від 400,8 до 494,2, у середньому $(440,0 \pm 20,3)$ на 1000 населення, тобто відсоток хворих при профілактичному обстеженні складав у середньому $(44,0 \pm 2,0)$ до загальної кількості вперше виявлених хворих дорослих і підлітків за 1998 – 2002 рр.). Рівень захворюваності в групах ризику перевищував рівень захворюваності в Україні при обстеженні методом флюорографії у середньому у 55,0 разів за період 1998 – 2002 рр., ($P < 0,05$). Ефективність виявлення хворих у групах ризику методом ФГ була вище у 41,1 разів у середньому ($P < 0,01$), ніж при суцільному флюорографічному обстеженні всього населення.

Збільшення кількості населення, охопленого профілактичними оглядами, повинно сприяти більш повному виявленню захворювання та зростанню показників захворюваності, але збільшення питомої ваги хворих, виявлених під час профоглядів не сталося, зберігається високий рівень деструктивних форм туберкульозу серед уперше захворілих. Це обґрунтовує доцільність проведення щорічних флюорографічних оглядів населення із груп з підвищеним ризиком захворювання на туберкульоз і групи соціально-дезадаптованих осіб.

Зважаючи на те, що від моменту потрапляння мікобактерій туберкульозу до розвитку хвороби може пройти від 7-8 тижнів і більше, то в проміжках між щорічним скринінгом можна 6 разів пропустити туберкульоз. Зважаючи на викладене, необхідно від суцільної скринінгової

діагностики перейти до формування і обстеження груп ризику. Це дозволить зекономити до 5,2 млн. грн. за рік.

При зростанні обстеження осіб у групах ризику збільшується виявлення хворих на 88,0 % ($P < 0,05$) і таким чином збільшується їх питома вага серед уперше виявлених хворих в 2,0 – 7,0 рази, а вартість обстеження стає найдешевшим.

Разом з тим, в умовах зростання резервуару туберкульозної інфекції збільшується ризик захворювання між профілактичними оглядами навіть із 6-місячним інтервалом майже на 2/3.

Результати досліджень дозволили зробити два основних висновки:

– при наявності фінансування та цифрових флюорографів слід проводити профілактичне флюорографічне обстеження серед груп ризику;

– серед решти населення треба проводити обстеження методами флюорографії та мікроскопії мазка харкотиння за показаннями при звертанні за медичною допомогою (пасивно).

У 30,0 - 50,0 % областей України (у середньому у 40,0 % областей) групи ризику не сформовані і не обстежуються активно флюорографією та методом мікроскопії. Обстеження методом флюорографії у групах ризику проводилось у 30,0 – 68,0 % областей України у 1998 р. (у середньому у 49,0 % областей) та у 40,0 – 76,0 % у 2002 р. (у середньому у 58,0 % областей). Обстеження методом мікроскопії проводилося в групах ризику у 16,0 – 66,0 % областей у 1998 р. (у середньому у 41,0 % областей) та у 29,0 – 51,0 % областей у 2002 р. (у середньому у 40,0 % областей). Взагалі групи ризику за всі роки обстежувались всіма методами тільки у 30,0 – 33,0 % областей (у середньому у 35,1 % областей).

Тому необхідно формувати групи ризику в усіх лікувально-профілактичних закладах.

Для формування груп ризику необхідно во всіх лікувально-профілактичних закладах областей України враховувати наступні контингенти населення, які можуть змінюватися у різних регіонах України в залежності від особливостей регіону:

а) за соціальними чинниками (безпритульні, мігранти, біженці; особи з місць позбавлення волі; малозабезпечені особи; безробітні; особи, що знаходяться на обліку в службі зайнятості та ті, що звернулися в відділ субсидій, особи в приймальниках, ізоляторах тимчасового утримання);

б) за медико-біологічними чинниками (хворі на СНІД, ВІЛ-інфіковані, особи із соматичними хворобами - хворі на діабет, виразку шлунка і дванадцятипалої кишки, ХНЗЛ, силікоз, хворі, які лікуються стероїдними гормонами та іншими імунодепресантами; особи, що зловживають алкоголем та наркотиками, особи із залишковими змінами, особи, які вилікувались від туберкульозу, рентгенпозитивні особи);

в) за епідеміологічними чинниками (контакти, рентгенпозитивні).

2. З метою раннього виявлення позалегенових форм туберкульозу всі лікарі-спеціалісти протитуберкульозних закладів повинні проводити всебічне повне обстеження:

- хворих на активні форми туберкульозу легень (дорослих і дітей);
- осіб, які контактували з хворими на туберкульоз – біктаріовиділювачами;
- дітей з вираженими туберкуліновими реакціями та із хроничною туберкульозною інтоксикацією.

3. Усі лікарі загальної лікувальної мережі повинні обстежувати на туберкульоз хворих, які тривало хворіють будь-якою патологією, які неефективно вилікувані з приводу виразок і норичь, захворювань очей, лимфатичних вузлів різної локалізації, сечостатевої системи та інших недугів. Якраз зазначена категорія осіб є групою ризику щодо розвитку в них туберкульозу позалегенових локалізацій.

4. При наявності Всеукраїнського науково-практичного центру з позалегенового туберкульозу можливо би вести централізований комп'ютерний облік усіх хворих на туберкульоз позалегенових локалізацій, щорічно переглядати зазначені контингенти з метою визначення потреби у різних видах лікування.

В Україні в різних областях та різних лікувально-профілактичних закладах групи ризику можуть бути не однаковими, що може бути спричинено перевагою тих чи інших чинників (епідеміологічних, медико-біологічних, соціальних). Від вибору груп ризику залежить ефективність метода флюорографії.

5. В умовах епідемії туберкульозу планування профілактичної флюорографії слід проводити в ранговому порядку й намагатись максимально збільшити обсяги. Необхідно забезпечення щорічними профілактичними флюорообстеженнями осіб із груп ризику на туберкульоз по медичним та соціальним показанням, визначення можливостей для створення притулків для осіб без певного місця проживання, де вони мали б змогу проживати, харчуватися, отримувати соціальну та інші види допомоги з проведенням медоглядів і профілактичної флюорографії; забезпечення 100,0 % обстеження осіб в приймальниках-розподільниках та інших підрозділах МВС, де перебувають затримані особи. Вирішення питання про виділення ліжок для стаціонарного лікування хворих на туберкульоз цієї категорії.

В групах ризику необхідно проводити активне виявлення хворих на туберкульоз методами флюорографії, мікроскопії мазка харкотиння, туберкулінодіагностики. Решту населення треба обстежувати пасивно для виявлення хворих на туберкульоз. Це дозволить підвищити ефективність виявлення хворих на туберкульоз й можливо щорічно зекономити

більш 12,0 млн. грн. (12686568,2 грн.) за рахунок більшої кількості виявлених хворих і зменшення витрат.

6. Проблема, яка безперечно буде сприяти зростанню захворюваності та смертності від туберкульозу в найближчий час - епідемія ВІЛ/СНІД. Туберкульоз відноситься до СНІД - індикаторних захворювань. У хворих на СНІД, ВІЛ-інфікованих рівень захворюваності туберкульозом коливався за період 1998 – 2002 рр. від 2125,0 до 5023,0, що перевищує рівень захворюваності туберкульозом всього населення в Україні у 27,0 – 60,0 разів ($P < 0,05$).

7. Необхідно організувати поіменний комп'ютерний облік всіх осіб, що підлягають флюорографії в адміністративній території, тобто впровадити АСУ в систему профілактичних оглядів із занесенням в базу даних груп ризику, яка дозволить та контролювати ефективність діагностики та лікування хворих на туберкульоз. Для цього необхідна закупівля комп'ютерів, розробка або закупівля існуючого в світі програмного забезпечення з перекладанням інтерфейсу на українську мову та адаптація програм до українських умов, а також створення мережі модемного зв'язку. Це дозволить в короткі терміни здійснювати контроль за протитуберкульозними заходами та створити постійний загальнодержавний Реєстр хворих на туберкульоз (національний), головний офіс якого міг би розташовуватися в Інституті фізіатрії і пульмонології ім. Ф.Г.Яновського АМН України. В кожній адміністративній території має бути регіональні реєстр. Виникає необхідність створення відповідно національного та регіональних центрів інформаційних технологій з формуванням та динамічним оновленням баз даних на основі модернізованих і затверджених статистичних облікових та звітних форм.

8. Бажано проведення експертної оцінки якості флюорографічних оглядів два рази на рік. Дотримання стандарту якості флюорографічних обстежень можливо при впровадженні цифрової рентгенографії в усіх областях України.

9. Матеріально-технічне забезпечення флюорографами лабораторій в областях України незадовільне, що не дозволяє проводити якісне обстеження при значному навантаженні на флюорографи. Низька якість існуючих плівкових флюорографів, які використовуються для профілактичних флюорографічних обстежень населення, знижує їх ефективність; це потребує впровадження нових методів цифрової рентгенографії.

10. Згідно Наказу МОЗ України № 233 від 29.07.1996 р. “Про затвердження інструкцій щодо надання медико-санітарної допомоги хворим на туберкульоз” флюорографічним профілактичним обстеженням підлягають особи у віці від 15 років [102]. Суцільне обстеження населення на туберкульоз проводиться, починаючи з 18 років один раз в 3 роки. “Обов'язкові контингенти” і особи, які проживають у гуртожитках, обстежуються 1 раз на рік. В умовах епідемії кратність флюорографічного огляду серед дорослих повинна визначатися ступіню

ризик захворюваності на туберкульоз - з високим ризиком захворюваності 1 раз на рік, організоване населення слід обстежувати по епідемічним показанням та за звертанням.

Але, перш ніж переходити на диференційні профілактичні флюороогляди, необхідно ретельно зважити матеріально-технічні, фінансові та кадрові можливості лікувально-профілактичних закладів.

11. В кожному регіоні на базі протитуберкульозних закладів створити міжрайонні, обласні стаціонари відділення) для утримання і лікування хворих на туберкульоз із числа соціально-дезадаптованих осіб, а також відділення для лікування хворих на полірезистентні форми туберкульозу, організувати місцеві хоспіси для дезадаптованих хворих на туберкульоз.

12. Неухильне використання комплексної етапної системи діагностики, консервативного, хірургічного лікування і реабілітації хворих на туберкульоз (амбулаторне, стаціонарне, санаторне, диспансерне), яка передбачає такі етапи.

Перший етап - амбулаторний (диспансерний) - установлення діагнозу на підставі клініко-рентгенологічних показників, туберколінодіагностики, виявлення збудників туберкульозу, встановлення їх чутливості доантимікобактеральних препаратів та ін.

Другий етап - стаціонарний: завершення уточнення діагнозу і проведення основного курсу хіміотерапії (4-5 антимікобактеріальними препаратами) в комплексі з патогенетичними, імунологічними та іншими препаратами, а при наявності показань - хірургічне лікування. Основний курс терапії проводиться до стійкої негативації бациловиділення і переходу патологічного процесу в неактивну стадію.

Третій етап - санаторний; завершення основного курсу лікування і проведення лікувально-оздоровчих заходів.

Четвертий етап - (диспансерний): диспансерний нагляд за хворим і контактними особами, проведення протирецидивних курсів хіміотерапії в комплексі з патогенетичними, імунобіологічними і іншими препаратами в умовах денного стаціонару під наглядом медичного працівника. На цьому етапі амбулаторному лікуванню підлягають хворі на неактивні форми туберкульозу.

13. При регіональних центрах необхідно мати відділення: для малих форм туберкульозу і диференційної діагностики; для хворих на бактеріонегативний туберкульоз; для хворих бактеріовиділювачів і хронічний деструктивний туберкульоз; торокальної хірургії туберкульозу; для хворих на хіміорезистентний туберкульоз.

14. При загальній кількості бактеріовиділювачів у 2002 році - 36575 в Україні відсоток виявлення хворих з КСБ+ методом мікроскопії складав 16,2 %. Це вказує на те, що 83,8 % хворих активним туберкульозом виявляються пасивно або посівом, а частка хворих доповнює

резервуар латентної інфекції. Скринінгове мікроскопічне дослідження методом мікроскопії мазка в лікувально-профілактичних установах загального профілю майже не проводиться, а якщо і проводиться, то з мінімальною ефективністю виявлення хворих. Не налагоджена належна статистика цього методу обстеження.

15. Ефективність виявлення хворих бактеріологічним методом (мікроскопічним методом та посівом) не задовільна.

При обстеженні населення в лікувально-профілактичних закладах (ЛПУ) виявлялось випадків з КСБ від $(0,27 \pm 0,08) \%$ у 2000 р. до $(0,52 \pm 0,02) \%$ у 2002 р., тобто у середньому $(0,4 \pm 0,05) \%$, а в протитуберкульозних закладах від $(12,21 \pm 5,42)$ до $(10,42 \pm 4,33) \%$ відповідно, тобто виявлення випадків з КСБ в протитуберкульозних закладах було більш ефективним у 45,0 – 20,0 разів (у 32,5 разів у середньому, $P < 0,05$), ніж в лікувально-профілактичних закладах. За вимогами ВООЗ виявлення хворих на туберкульоз методом мікроскопії мазка повинно бути не нижче 70,0 %. Виявлення випадків з МБТ+ при підтвердженні посівом у протитуберкульозних закладах складало від $(13,50 \pm 2,90)$ до $(12,72 \pm 2,31) \%$ за період 2000 – 2002 рр. (зміни не вірогідні). За відсутністю матеріально-технічного забезпечення мікробіологічних лабораторії неефективно проводяться посіви мокротиння. Ось чому із всіх вперше виявлених хворих бактеріовиділювачі становлять тільки 34,5 % при світовому стандарті 70,0 %.

Викликає тривогу той факт, що із 1143118 мікроскопічних обстежень виявлено 3339 хворих (0,29 %).

Тому необхідно проведення скринінгового мікроскопічного дослідження методом мікроскопії мазка в лікувально-профілактичних установах загального профілю.

16. Використання середовища ВКГ при мікробіологічних дослідженнях в 12 областях України складало від 0,01 до 90,45 % від отриманих доз у лабораторіях, у середньому у 45,2 % областей. Це свідчить про незадовільний стан його використання. Матеріальне забезпечення мікробіологічних лабораторій в областях України незадовільне. Аналіз матеріального забезпечення мікробіологічних лабораторій показав, що з 27402 мікроскопів (із них 2221 бінокулярних) 27,6 % (7,7 % бінокулярні) пройшов термін придатності. Забезпеченість мікроскопами при рівній кількості клінічних лабораторій різна в різних областях і відрізняється в 2,0 – 2,5 разів. В усіх областях кількість бінокулярних мікроскопів не відповідає нормативам ВООЗ (норма - 1 бінокулярний мікроскоп при навантаженні - 24 мазки на день).

Тому необхідно проведення ремонту та забезпечення бактеріологічних лабораторій сучасними мікробіологічними технологіями швидкого визначення МБТ та їх чутливості до хіміопрепаратів.

17. Метод бактеріоскопії повинен бути обов'язковим при активному та пасивному обстеженні:

- хворих, які кашляють впродовж трьох і більше тижнів;
- хворих у пульмонологічних відділеннях;
- хворих з інфекцією сечовивідних шляхів;
- працівників несприятливих щодо туберкульозу тваринницьких господарств.

Метод бактеріоскопії може бути провідним при обстеженні осіб в вище названих групах ризику при наявності симптомів захворювання та виявленні змін при рентгенологічному обстеженні.

18. Неefективність лікування хворих за період 1998 – 2002 рр. підтверджується тим, що виявлення хворих на туберкульоз серед осіб із залишковими змінами після вилікуваного ТОД із підвищеним ризиком його реактивації (група 5.1 диспансерного спостереження) складало $(4,8 \pm 0,8) - (5,8 \pm 0,8)$ на 1000 осіб відповідно у 1998 – 2002 рр., тобто 480,0 – 580,0 на 100000 при 82,0 – 83,0 % обстеження.

Заходи щодо пасивного виявлення туберкульозу серед осіб підвищеного ризику.

При зверненні за медичною допомогою пацієнт рідко зразу потрапляє до фтизіатра, частіше - до терапевта, педіатра та інших спеціалістів загальної мережі, які повинні бути уважними з метою раннього виявлення хворих на туберкульоз.

19. Установлено, що - у 1998 – 2002 рр. в Україні при звертанні за медичною допомогою обстежувалось методом флюорографії 52,0 – 53,0 % осіб, а виявлялось 0,13 – 0,16 %, у середньому $(0,14 \pm 0,02)$ % осіб; ефективність виявлення хворих методом флюорографії при пасивному виявленні вище в 2,5 – 3,0 раза, ніж при профілактичному флюорографічному обстеженні населення ($P < 0,05$). Методом мікроскопії обстежувалось лише 4,5 – 8,0 % осіб, а виявлялось 4,3 – 4,0 % осіб з КСБ, у середньому $(4,1 \pm 1,1)$ % від кількості обстежених. Ефективність виявлення хворих методом мікроскопії за період 1998, 2002 рр. в лікувально-профілактичних закладах була вище в 82,0 – 56,0 разів відповідно (у середньому в 69,0 разів), ніж при профілактичному флюорографічному обстеженні ($P < 0,05$), відсоток виявлених хворих від кількості захворілих активним туберкульозом легень складав $(44,0 \pm 27,0)$ у 1998 р. та $(15,1 \pm 4,7)$ у 2002 р.

За офіційними даними (форма № 33- коротка) виявлення хворих в Україні мікроскопією складало у 2003 р. 0,3 % від кількості обстежених, або 10,2 % від кількості вперше захворілих активним туберкульозом легень.

Метод бактеріоскопії, як й метод флюорографії може бути провідним при обстеженні осіб в вище названих групах ризику при наявності симптомів захворювання та виявленні змін при рентгенологічному обстеженні.

20. Обстеження хворого починається з клінічного мінімального обстеження:

- анамнез (цілеспрямоване виявлення можливого випадкового контакту, виявлення чи був туберкульоз у минулому, інтенсивне УФО, застосування банок, лікування стероїдними гормонами);

- скарги (синдром загальної інтоксикації - підвищення температури тіла, озноб, пітливість, особливо вночі, прискорення серцебиття, слабкість, втома, погіршення апетиту, схуднення, бронхо-легеневі симптоми: кашель, особливо понад три тижні, виділення харкотиння, біль в грудній клітці, ядуха, кровохаркання);

- огляд хворого;

- аналіз харкотиння на неспецифічну флору;

- флюорографія у прямій і боковій проекції, дітям - рентгенографія та томографія;

- бактеріоскопічне дослідження харкотиння на КСБ (тричі);

- проба Манту з 2 ТО ППД-Л (дітям і підліткам). Виявлення, коли був перехід негативної проби у позитивну, наявність різко позитивної та гіперергії, везикуло-некротичних реакцій, у тяжких випадках звертати увагу на негативні реакції, що може бути при туберкульозу внаслідок зниженої реактивності організму.

21. При виявленні КСБ хворий повинен направлятися в протитуберкульозний заклад на дообстеження і лікування. При сумнівному результаті первинного скринінгу після виконання регламентованого об'єму обстеження у лікувально-профілактичному закладі хворий повинен направлятися в протитуберкульозний заклад для підтвердження або заперечення діагнозу туберкульоз.

22. Відмічена недостатня ефективність протиепідемічних заходів у вогнищах туберкульозу. Так, відсоток ізольованих бактеріовиділювачів із гуртожитків та багатонаселених квартир практично не змінювався за 5 років і його діапазон складав лише від 21,2 до 20,7 із гуртожитків, $(25,2 \pm 2,1)$ % у середньому, та від 8,7 % до 7,7 % із багатонаселених квартир, у середньому $(11,0 \pm 1,1)$ %.

Необхідно удосконалити протиепідемічні заходи у вогнищах туберкульозу.

Хворі на активні форми туберкульозу, які, не зважаючи на лікування продовжують виділяти мікобактерії туберкульозу, підлягають обов'язковому відселенню з гуртожитків, комунальних квартир та квартир, в яких немає умов ізолювати хворого-бактеріовиділювача.

Невиконання цієї вимоги і неорганізація умов для ізоляції цих хворих вважається створення підвищеного ризику для здоров'я населення України.

23. При діагностики туберкульозу у сучасних умовах узагальнені основні симптоми, які дозволяють запідозрити туберкульоз (таблиця 15.1).

Таблиця 15.1 – Перелік симптомів, які характерні для захворювання на туберкульоз

Симптоми, які дозволяють запідозрити туберкульоз	
легеневої локалізації	позалегеневої локалізації
кашель впродовж 3 тижнів і більше	симптоми ураженого органу
зниження маси тіла	зниження маси тіла
слабкість і втомлюваність	слабкість і втомлюваність
лихоманка або субфебрилітет	лихоманка або субфебрилітет
потіння вночі	потіння вночі
біль у грудній клітці	-
задишка	-
погіршення апетиту	-
кровохаркання	симптоми ураженого органу

При наявності цих симптомів у дорослого пацієнта лікар повинен зробити наступне:

- разову мікроскопію мазка на МБТ за Ціль-Нільсоном, якщо хворий кашляє і виділяє харкотиння;
- флюорографію або рентгенографію грудної клітки, якщо у хворого є перераховані вище ознаки (незалежно від даних мікроскопії);
- при наявності ознак позалегеневого туберкульозу направити хворого до спеціаліста для детального обстеження, в т. ч. мікробіологічного та гістологічного підтвердження туберкульозу позалегеневої локалізації;
- при наявності цих симптомів у дитини діагностична тактика така ж, але лікар ще повинен зробити туберкулінову пробу.

24. Туберкулінодіагностика в групах ризику використовувалась у 0,1 – 8,0 % осіб, у контактних – у 44,0 %. Виявлення позитивного тесту складало лише 1,4 – 35,0 % у всіх групах,

а серед контактних – 43,0 – 53,0 %. Туберкулінодіагностика в групах ризику використовувалась в незначному відсотку.

На сьогодні метод масової туберкулінодіагностики, який проводиться дітям віком від 1 до 14 років є єдиним методом раннього виявлення туберкульозу у дітей. Альтернативи йому немає. Незважаючи на всі за та проти туберкуліновий скринінг повинен бути збережений, оскільки з його допомогою виявляються не тільки локальні форми туберкульозу, але й період первинного інфікування (“віраж” туберкулінових роб), гіперергічна чутливість до туберкуліну, коли дитині необхідно призначати профілактичні курси хіміопрепаратів, щоб не захворіти на туберкульоз. Відміна цього методу приведе до збільшення занедбаних форм туберкульозу у дітей, таких як міліарний туберкульоз легенів, туберкульозний менінгіт, туберкульозна казеозна пневмонія, які тяжко піддаються лікуванню та частіше за все ведуть до смерті.

25. В сучасних умовах треба виконувати ретельно протитуберкульозну роботу лікувально-профілактичних закладів усіх рівень.

1. Фельдшерсько-акушерський пункт, фельдшерський пункт є відповідальним за повноту і вчасність забезпечення протитуберкульозних заходів. Обов’язками їх є:

- складання і реалізація комплексних планів боротьби з туберкульозом;
- ведення картотеки хворих на туберкульоз і осіб, які підлягають туберкулінодіагностиці та флюорографії;
- направлення усіх осіб із легeneвими симптомами та тих, що кашляють протягом 3 тижнів і більше, в дільничну лікарню, лікарську амбулаторію або центральну районну лікарню на мікроскопію харкотиння, інколи здійснення самостійно трьохразового забіру харкотиння, збереження його у спеціальному холодильнику та транспортування у найближчу клінічну лабораторію для мікроскопії за Ціль-Нільсоном;
- участь у бригадній туберкулінодіагностиці та ревакцинації БЦЖ дітей;
- направлення усіх підозрілих на туберкульоз до фтизіатра;
- проведення за призначенням лікаря амбулаторного долікування хворих, протирецидивного лікування та хіміопротілактики, заходів у вогнищах туберкульозної інфекції разом з фтизіатром та епідеміологом;
- проведення санітарно-освітньої роботи;
- проведення протитуберкульозних заходів разом із сільськогосподарськими підприємствами, що розташовані на території обслуговування.
- участь у підготовці проектів рішень сільських та селищних рад з питань комплексної протитуберкульозної роботи, здійснення контролю за їх виконанням.

2. Сільська дільнична лікарня, лікарська амбулаторія безпосередньо займається протитуберкульозними заходами (профілактика, виявлення, діагностика туберкульозу) на своїй дільниці, в т.ч. шляхом організації цих заходів на фельдшерсько-акушерських пунктах (ФАП) та фельдшерських пунктах (ФП):

- планує і бере участь у проведенні бригадної туберкулінодіагностики вакцинації та ревакцинації БЦЖ, флюорографії, бактеріоскопії мазка харкотиння;
- дообстежує хворих із сумнівним діагнозом і направляє їх на консультацію до фтизіатра;
- підвищує рівень знань середніх медичних працівників, ФАП, ФП і населення дільниці.

3. Центральна районна лікарня (міська районна лікарня або територіальне медичне об'єднання).

Поліклінічне відділення будь-якого профілю організує і проводить протитуберкульозні заходи:

- організує профілактичні огляди населення на туберкульоз(туберкулінодіагностика, флюорографія, мазок харкотиння);
- рентгенологічне відділення (кабінет) веде картотечний або комп'ютерний облік населення району, яке підлягає флюорографічному обстеженню, та організує його обстеження;
- забезпечує проведення мазку харкотиння у хворих, що кашляють протягом 3 тижнів і більше, з патологією виявленою на флюорографії;
- направляє до фтизіатра хворих на туберкульоз і з підозрою на цю недугу;
- проводить контрольовану амбулаторну антимикобактеріальну терапію (хіміопротифілактику, протирецидивне лікування) за призначенням фтизіатра;
- проводить лікарські конференції щодо випадків несвоєчасного виявлення туберкульозу та смерті від нього;
- проводить санітарно-освітню роботу щодо туберкульозу.

Стаціонарне відділення будь-якого профілю проводить заходи щодо діагностики, лікування і профілактики туберкульозу серед своїх хворих:

- всім стаціонарним хворим проводять рентгенфлюорографічне обстеження, а при наявності легеневих симптомів і кашлю протягом 3 тижнів і більше – бактеріоскопію харкотиння на мікобактерії туберкульозу;
- при підозрі на туберкульоз хворих вчасно консультують з фтизіатром;

- хворим з посттуберкульозними змінами в легенях та із захворюваннями, які знижують опірність організму, проводять протирецидивне лікування, контактним із хворими на туберкульоз – хіміопрофілактику;

- якщо госпіталізований у відділення хворий не завершив основний курс хіміотерапії, протирецидивне лікування чи хіміопрофілактику, то їх продовжують у відділенні.

Сімейний лікар повинен:

- вміти діагностувати туберкульоз: при кашлі 3 тижні й більше чи наявності симптомів туберкульозу направляти члена сім'ї на рентгенологічне обстеження та дослідження мокротиння на мікобактерії туберкульозу та на консультацію до фтизіатра;

- організувати щеплення БЦЖ дітям, які не були вакциновані в пологовому будинку чи не ревакциновані у відповідні строки;

- виявляти членів родини з підвищеним ризиком туберкульозу і залучати їх до профілактичних обстежень на туберкульоз;

- продовжувати контрольоване лікування хворих на туберкульоз за призначенням фтизіатра в амбулаторних умовах;

- здійснювати контрольовану хіміопрофілактику в групах підвищеного ризику згідно із призначенням фтизіатра;

- проводити санітарно-освітню роботу в сім'ї;

- вести звітно-облікову документацію на хворих з туберкульозом.

26. Необхідно удосконалення матеріально-технічної бази протитуберкульозної служби в період епідемії туберкульозу з метою підвищення ефективності протитуберкульозних заходів. Руйнування матеріально-технічної бази протитуберкульозної служби за 1998 – 2003 рр. на тлі епідемії туберкульозу характеризувалось зменшенням кількості. За період 1998 – 2003 рр. кількість диспансерів зменшилась на 23,1 % (з 165,0 до 127,0, $P < 0,05$), кількість ліжок в стаціонарах туберкульозних диспансерів – на 7,0 % (з 19966 до 18599), кількість ліжок для хворих на туберкульоз – на 2,8 % (з 26059 до 25340), число санаторіїв скоротилося на 54,0 % (з 98 до 45), число ліжок в них – на 62,0 % (з 15038 до 5672), в тому для дітей збільшилось на 4,2 % (з 7741 до 8071). Однак кількість фтизіатрів збільшилась на 16,0 % (з 2729 до 3171).

27. З протитуберкульозних засобів відсоток госпіталізованих хворих всіма формами активного туберкульозу у лікарні поступово знижується (на 3,0 % за період 1998 – 2002 рр. відповідно), наслідком чого є присутність хворих небезпечних для населення в епідемічному відношенні, що погіршує епідемічну ситуацію. Установлено, що лише 5,6 – 6,9 % вперше виявлених хворих на туберкульоз органів дихання лікуються санаторно. Це недостатньо.

Можливо в кожній із 27 адміністративних територій перепрофілювати по одному-два протитуберкульозні санаторії для соціально-дезадаптованих хворих на туберкульоз, створити хоспіси, лікувати там хворих на хронічний туберкульоз.

28. Ефективність лікування хворих за період 1998 – 2002 рр. хоча і збільшилась вірогідно на 5,1 % ($P < 0,05$), але відсоток закриття каверн у вперше виявлених хворих деструктивним туберкульозом складав тільки від 66,8 до 74,3, у середньому ($68,5 \pm 1,6$) %, а відсоток припинення бактеріовиділення у вперше виявлених бактеріовиділювачів – від 81,6 до – 86,7, у середньому ($81,9 \pm 1,3$) %. Таким чином, невилікувані хворі поповнюють резервуар інфекції одночасно з хворими, які не були виявлені при профілактичному флюорографічному обстеженні.

Небезпечним в епідемічному відношенні є факт, що кількість померлих від туберкульозу вдома за 5 років складала ($31,3 \pm 0,9$) % й збільшилась на 10,0 % з 1998 р. до 2002 р. при поступовому, але не достовірному зменшенні кількості хворих, які померли до 1 року спостереження в диспансері. Це свідчить про недостатню ефективність протитуберкульозних заходів у тому числі профілактичного флюорографічного обстеження населення, коли ці хворі не були виявлені і своєчасно не лікувались, значно поповнюючи резервуар інфекції.

29. Туберкульоз – це медико-соціальна і політична проблема. Тому передусім треба вплинути на причини неблагополуччя з туберкульозом в Україні:

- подолати соціально-економічну кризу в країні, подолати кризу в охороні здоров'я та в протитуберкульозній службі,
- для поліпшення колективного імунітету і зниження сприйнятливості населення до туберкульозу треба:

- 1) поліпшити життєвий рівень і харчування народу;
- 2) долати наслідки аварії на ЧАЕС;
- 3) боротися з екологічним забрудненням території України;

г) проводити політику так, щоб мінімізувати стресові ситуації серед населення, обумовлені нестабільною соціально-економічною ситуацією, непевністю в завтрашньому дні.

Важливим важелем поліпшення організаційних заходів щодо туберкульозу було б створення вертикалі управління протитуберкульозною службою і контролю за виконанням протитуберкульозних заходів.

30. Найважливішими профілактичними заходами є вакцинопрофілактика, хіміопротифілактика, санітарна та соціальна профілактика. До профілактичних заходів відносяться також повноцінне контрольоване лікування всіх хворих, навчання медпрацівників,

населення щодо туберкульозу і забезпечення максимального виявлення хворих пасивним методом і серед груп ризику.

Санітарна профілактика в Україні в основному спрямована на проведенні профілактичних заходів у вогнищах туберкульозної інфекції та проведення санітарно-освітньої роботи.

Соціальна профілактика полягає у проведенні соціально-економічних заходів державного масштабу. Вона проводиться незадовільно. Із всіх протитуберкульозних заходів з Державного бюджету фінансується тільки закупівля протитуберкульозних препаратів, решту заходів фінансуються із місцевих бюджетів за залишковим принципом.

Таким чином, розроблені протитуберкульозні заходи щодо раннього виявлення хворих на туберкульоз у період його епідемії, з яких основними є:

– для формування груп ризику необхідно враховувати наступні контингенти населення, які можуть змінюватися у різних регіонах України в залежності від особливостей регіону:

а) за соціальними чинниками (безпритульні, мігранти, біженці; особи з місць позбавлення волі; малозабезпечені особи; безробітні; особи, що знаходяться на обліку в службі зайнятості та ті, що звернулися у відділ субсидій, особи у приймальниках, ізоляторах тимчасового утримання);

б) за медико-біологічними чинниками (хворі на діабет, хворі на СНІД, ВІЛ-інфіковані, особи із соматичними хворобами, особи, що зловживають алкоголем та наркотиками, особи із залишковими змінами, особи, які вилікувались від туберкульозу, рентгенпозитивні особи);

в) за епідеміологічними чинниками (контакти). В Україні в різних областях та різних лікувально-профілактичних закладах групи ризику можуть бути не однаковими, що може бути спричинено перевагою тих чи інших чинників (епідеміологічних, медико-біологічних, соціальних). Від вибору груп ризику залежить ефективність метода флюорографії;

– в групах ризику необхідно проводити активне виявлення хворих на туберкульоз методами флюорографії, мікроскопії мазка харкотиння, туберкулінодіагностики. Решту населення треба обстежувати пасивне для виявлення хворих на туберкульоз. Це дозволить підвищити ефективність виявлення хворих на туберкульоз й зекономити половину витрачаємих на сьогодні коштів на використання методів флюорографії та мікроскопії мазка харкотиння.