

ІНФОРМАЦІЯ

про медико-організаційне нововведення,
яке рекомендується для впровадження

КПКВ, ШИФР, № ДЕРЖРЕЄСТРАЦІЇ, НАЗВА НДР ТА ТЕРМІН ВИКОНАННЯ:
6561040, КФК.03.03, 0103U000527 “Розробити заходи щодо проведення активного і пасивного виявлення туберкульозу серед осіб підвищеного ризику з урахуванням соціально-економічних, епідеміологічних та медико-біологічних чинників”.

Термін виконання - 2003.01 – 2005.12.

НАЗВА НОВОВВЕДЕННЯ: Організація раннього виявлення туберкульозу в групах ризику.

АНОТАЦІЯ.

Проблема туберкульозу взагалі і, зокрема, у групах підвищеного ризику, та розробка оптимальних заходів щодо активного й пасивного виявлення хворих на туберкульоз є актуальною у всьому світі й особливо в Україні. Послаблення боротьби з туберкульозом за останні 15 - 20 років було передчасним, оскільки ця хвороба не ліквідована в жодній країні, а навпаки, в багатьох країнах спостерігається погіршення епідеміологічної ситуації. Негативне значення має міграція населення, подорожі, безпритульність, знедоленість. За даними ВООЗ групами ризику є такі групи населення, в яких рівень захворюваності на туберкульоз перевищує у 2,0 – 5,0 раза рівень захворюваності у регіоні, тобто перевищує 100 на 100000 населення.

Серед протитуберкульозних заходів у дорослих провідне місце займають профілактична флюорографія (ФГ) та мікробіологічна діагностика, які проводяться як активно - при наявності централізованих служб у країні, так і пасивно - при обстеженні осіб, які звернулися за медичною допомогою.

За нашими даними 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. Встановлена неефективність суцільного флюорографічного обстеження всього населення та мікроскопічного методу виявлення хворих на туберкульоз в Україні. Так, відсоток хворих при суцільному флюорографічному профілактичному обстеженні складав за 1998 – 2002 рр. у середньому ($44,0 \pm 2,0$) до загальної кількості вперше виявлених хворих дорослих і підлітків. Виявлення туберкульозу органів дихання (ТОД) пасивно складало за ці роки

відповідно $(46,6 \pm 3,7) \%$ та $(45,1 \pm 4,5) \%$. За офіційними даними (форма № 33-коротка) виявлення хворих в Україні методом мікроскопії складало у 2003 р. 0,3 % від кількості обстежених (при вимогах ВООЗ 70,0 %).

Суть нововведення, яке рекомендується для впровадження, полягає у тому, що з метою своєчасного виявлення хворих на туберкульоз пропонується алгоритм обстеження населення, який полягає в проведенні флюорографічного обстеження, туберкулінодіагностики, дослідження харкотиння на кислото-стійкі бактерії (КСБ) за певними показаннями активно у групах підвищеного ризику та пасивно – серед решти населення з використанням тих самих методів.

Флюорографічне обстеження.

Для активного виявлення хворих на туберкульоз необхідно:

- визначити й організувати поіменний комп'ютерний облік усіх осіб, які складають групи підвищеного ризику щодо туберкульозу та підлягають флюорографічному обстеженню на адміністративній території, зважаючи на регіональні, соціально-економічні умови та медико-біологічні чинники з їх ранжуванням, тобто впровадити автоматизовану систему управління (АСУ) в систему профілактичних оглядів із занесенням у базу даних груп ризику;

- в умовах епідемії туберкульозу планування профілактичної флюорографії слід проводити в ранговому порядку й намагатись максимально збільшити обсяги;

- перейти із флюорографічних на цифрові променеві технології. Дотримання стандарту якості флюорографічних обстежень можливо при впровадженні цифрової рентгенографії в усіх областях України.

Кратність флюорографічного огляду серед дорослих повинна визначатися ступінню захворювання на туберкульоз: із найвищим ступенем ризику – 2 рази на рік, із високим ризиком захворювання - 1 раз на рік, організоване населення слід обстежувати за епідемічним показанням та за звертанням.

При виявленні будь-якої патології після флюорографічного обстеження хворого викликають на дообстеження, обов'язковим серед якого є триразова мікроскопія мазка.

Для активного виявлення туберкульозу серед дітей в умовах епідемії туберкулінодіагностику обов'язково проводять:

- дітям, що звернулися у поліклініку чи стаціонар з приводу кашлю або інших симптомів, характерних для хвороб органів дихання, не частіше, ніж раз на місяць;

- при оформленні дітей у дитячі дошкільні заклади чи школи незалежно від того чи проводилася туберкулінодіагностика у цьому році;
- не вакцинованим БЦЖ у пологовому будинку дітям перед вакцинацією БЦЖ (не раніше двомісячного віку);
- за рік до проведення ревакцинації та перед її проведенням;
- дітям, котрі були в контакті з хворим на туберкульоз будь-якої активності ;
- дітям груп ризику двічі на рік.

Мікроскопічне дослідження.

При активному й пасивному виявленні хворих на туберкульоз у групах ризику метод триразової бактеріоскопії мазка повинен бути обов'язковим при обстеженні:

- у осіб з будь-якою патологією, виявленою при флюорографічному обстеженні чи рентгенографії;
- у осіб, які кашляють впродовж двох і більше тижнів;
- у хворих в пульмонологічних відділеннях;
- у хворих з інфекцією будь-якої локалізації з вираженою інтоксикацією та зниженням імунобіологічної реактивності організму;
- у працівників несприятливих щодо туберкульозу тваринницьких господарств;
- при наявності симптомів захворювання (кашель впродовж 2 тижнів і більше, зниження маси тіла, слабкість і втомлюваність, лихоманка або субфебрилітет, потіння вночі, біль у грудній клітці, задишка, погіршення апетиту, кровохаркання).

Важливе значення у виявленні хворих на туберкульоз має настороженість лікарів загальної мережі щодо туберкульозу та їх обізнаність щодо клініко-діагностичних особливостей при туберкульозі.

Обстеження хворого на туберкульоз починається з первинного скринінгу, який включає:

- збір анамнезу (цілеспрямоване виявлення можливого випадкового контакту, виявлення чи був туберкульоз у минулому, наявність інтенсивного ультрафіолетового опромінення (УФО), застосування банок, лікування стероїдними гормонами);
- збір скарг (синдром загальної інтоксикації - підвищення температури тіла, озноб, пітливість, особливо вночі, прискорення серцебиття, слабкість, втома,

погіршення апетиту, схуднення, бронхо-легеневі симптоми: кашель, особливо понад двох тижнів, виділення харкотиння, біль в грудній клітці, ядуха, кровохаркання);

- огляд хворого;
- аналіз харкотиння на неспецифічну флору (за показаннями);
- флюорографія у прямій і боковій проекції, дітям - рентгенографія та томографія;
- бактеріоскопічне дослідження харкотиння на КСБ (тричі посліпль);
- проба Манту з 2 ТО ППД-Л (дітям і підліткам). Треба в'яснити, коли був перехід негативної проби у позитивну, наявність зростання чутливості до туберкуліну на 6 і >мм, гіперергії, везикуло-некротичних реакцій, у тяжких випадках звертати увагу на негативні реакції, що може бути при туберкульозі внаслідок зниженої реактивності організму.

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

Для діагностики захворювання на туберкульоз у таблиці 1 узагальнені основні симптоми, які дозволяють його запідозрити.

Таблиця 1 – Перелік симптомів, які характерні для захворювання на туберкульоз

Симптоми, які дозволяють запідозрити туберкульоз	
легеневої локалізації	позалегеневої локалізації
кашель впродовж 2 тижнів і більше	симптоми ураженого органу
зниження маси тіла	зниження маси тіла
слабкість і втомлюваність	слабкість і втомлюваність
лихоманка або субфебрилітет	лихоманка або субфебрилітет
пітливість вночі	пітливість вночі
біль у грудній клітці	-
ядуха	-
погіршення апетиту	-
кровохаркання	-

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

- мікроскопію мазка на КСБ за Цілем-Нільсеном 3 дні поспіль в ранкові години, якщо хворий кашляє й виділяє харкотиння;

- флюорографію або рентгенографію грудної клітки, якщо у хворого є перераховані вище ознаки (незалежно від даних мікроскопії).

Верифікація (підтвердження) діагнозу туберкульозу проводиться:

- в лікувально-профілактичних закладах (ЛПЗ) з використанням додаткових методів діагностики, а саме – мікробіологічних, променевих, ендоскопічних, біопсією та ін.;

- вірогідний діагноз туберкульозу встановлюється після:

- 1) комплексного обстеження з обов'язковими дослідженнями мазка осаду діагностичного матеріалу;

- 2) культуральним дослідженням (засів);

- 3) ідентифікацією культури МБТ і належності її до *M. Tuberculosis*;

- 4) визначенням медикаментозної стійкості.

З метою раннього виявлення позалегеневих 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 – бактеріовиділювачами;

- дітей із латентною туберкульозною інфекцією, особливо в період віражу туберкулінових реакцій.

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.

Інтерпретація результатів мікроскопічних досліджень на рівні ЛПЗ загально-лікувальної мережі.

Варіант А. Якщо КСБ виявлено хоча б в одному з трьох досліджуваних мазків

мокротиння, то хворий направляється в протитуберкульозний заклад для підтвердження чи виключення діагнозу.

Варіант Б. Якщо КСБ не виявлено в жодному з трьох досліджуваних мазків мокротиння, але присутні рентгенологічні та клінічні ознаки пневмонії, то протягом 2 тижнів проводиться терапія антибіотиками широкого спектру дії (окрім препаратів, що згубно діють на мікобактерії туберкульозу).

Забороняється застосовувати препарати, що володіють протитуберкульозною активністю (стрептоміцин, амікацин, канаміцин, рифампіцин, капреоміцин, мікобутин, фторхінолони). За наявності позитивного ефекту від проведеної терапії діагноз туберкульозу знімається. За відсутністю ефекту від проведеної терапії антибактеріальними препаратами слід запідозрити туберкульоз і хворого перевести в протитуберкульозний заклад.

Варіант В. Якщо КСБ не виявлені в жодному з трьох досліджуваних мазків мокротиння, але визначаються рентгенологічні зміни, то пацієнт направляється в протитуберкульозний заклад для консультації.

Результат дослідження на КСБ.

Якщо в пробі біологічного матеріалу знайдені КСБ, то поряд з відповідним номером зразка мокротиння (1, 2 або 3) необхідно записати, позитивний він чи негативний. Ступінь позитивного результату оцінюється залежно від інтенсивності бактеріовиділення згідно таблиці 2.

Таблиця 2 – Результат дослідження мікроскопії

Дата	Проба	Результат дослідження на КСБ	Ступінь позитивного результату (градація)			
			3+	2+	1+	4 – 9 КСБ/100
	1					
	2					
	3					

Ступінь позитивного результату:

- якщо в полі зору більше ніж 10 КСБ, у графі “ступінь позитивного результату” необхідно позначити “галочкою” клітинку 3+;

- якщо в полі зору від 1 до 10 КСБ необхідно позначити “галочкою” клітинку 2+;

- якщо на 100 полів зору знайдено від 10 до 99 КСБ необхідно позначити

“галочкою” клітинку 1+;

- якщо на 100 полів зору знайдено від 4 до 9 КСБ необхідно записати точну цифру знайдених КСБ;

- якщо на 300 полів зору не знайдено КСБ або знайдено від 1 до 3, то результат вважається негативним і графа “ступінь позитивного результату” не заповнюється.

Кожного виявленого хворого на туберкульоз необхідно зареєструвати в **Журналі реєстрації хворих на ТБ (ТБ 03)**, який заповнюється дільничним фтизіатром. На кожний випадок вперше в житті встановленого туберкульозу або його рецидиву з бактеріовиділенням чи без нього у територіальний туберкульозний кабінет чи протитуберкульозний заклад подається “Повідомлення про хворого з уперше в житті встановленим діагнозом активного туберкульозу або його рецидиву” (форма 089/о). На основі цих документів проводиться щопіврічне статистичне узагальнення.

ПОКАЗАННЯ ДЛЯ ЗАСТОСУВАННЯ: для раннього виявлення хворих на туберкульоз активно в групах підвищеного ризику та пасивно решти населення в лікувально-профілактичних закладах.

НАУКОВА ЗНАЧИМІСТЬ: розроблено і науково обгрунтований алгоритм раннього виявлення туберкульозу в групах ризику в лікувально-профілактичних закладах, що пропонується для фахівців протитуберкульозних закладів України і лікарів загально-лікувальної мережі.

ПРАКТИЧНА ЗНАЧИМІСТЬ: чітке дотримання викладеної організації раннього виявлення туберкульозу в групах ризику дозволить заощадити до 12 млн. грн. за рік стосовно виявлення хворих на туберкульоз. При зростанні обстеження осіб у групах ризику виявлення хворих збільшується до 60,0 - 88,0 % і таким чином збільшується їх питома вага серед уперше виявлених хворих в 2,0 – 7,0 рази. Встановлено, що ефективність виявлення хворих у групах ризику методом флюорографії в середньому у 41,1 разів вище, ніж при суцільному флюорографічному обстеженні всього населення, а ефективність виявлення хворих методом флюорографії при пасивному виявленні вище в 2,5 – 3,0 раза, ніж при профілактичному флюорографічному обстеженні населення. Активне виявлення хворих на туберкульоз передбачає перехід на менш кошовне та більш рентабельне обстеження груп ризику.

Нововведення апробовано у фтизіатричних відділеннях Чернігівського та

Вінницького обласних протитуберкульозних диспансерах.

ПЕРЕЛІК НЕОБХІДНОГО ОБЛАДНАННЯ ДЛЯ ВПРОВАДЖЕННЯ НОВОВВЕДЕННЯ – комплекс лабораторно - інструментального обладнання лікувально-профілактичних закладів загальної мережі України.

ПОСЛУГИ РОЗРОБНИКІВ ДЛЯ ОВОЛОДІННЯ НОВОВВЕДЕННЯМ.

Методичні рекомендації: “ОРГАНІЗАЦІЯ ВИЯВЛЕННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ В ГРУПАХ РИЗИКУ”. – Київ, 2005. – 19 с., курси інформації та стажування.

УСТАНОВА-РОЗРОБНИК, АДРЕСА І РЕКВІЗИТИ. Інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г.Яновського АМН України (ІФП). 03680, м. Київ, вул. М. Амосова, 10, тел. 275-04-02, факс (044) 275-21-18.

ПРИЗВИЩЕ, ІМ'Я ТА ПО БАТЬКОВІ АВТОРІВ РОЗРОБНИКІВ, КОНТАКТНИЙ ТЕЛЕФОН, ВІДПОВІДАЛЬНИЙ ЗА ВПРОВАДЖЕННЯ: Феценко Ю.І., Мельник В. М., Матусевич В.Г., Юхимець В.О., Ареф'єва Л. В., Дорошенко П.М., Лаптева Н. О., Новожилова І.О., Антоненко Л.Ф., Приходько А.М.

КОНТАКТНИЙ ТЕЛЕФОН: тел. (044) 275-41-22.

ВІДПОВІДАЛЬНИЙ ЗА ВПРОВАДЖЕННЯ: Мельник В. М.

ВИСНОВОК ВЧЕНОЇ РАДИ ІНСТИТУТУ.

Нововведення є результатом виконання науково-дослідної роботи за програмою “Державні науково-технічні програми та наукові частини державних цільових програм у сфері профілактики і лікування хвороб людини”, “Національна програма боротьби із захворюванням на туберкульоз в Україні на 2002 – 2005 роки”. Наукове значення полягає в розробці науково обгрунтованого алгоритму раннього виявлення туберкульозу в групах ризику в лікувально-профілактичних закладах, що рекомендується для фахівців протитуберкульозних закладів України і лікарів загально-лікувальної мережі. Чітке дотримання викладеної організації раннього виявлення туберкульозу в групах ризику дозволить заощадити до 12,0 млн. грн. за рік стосовно виявлення хворих на туберкульоз і підвищити до 60,0 - 88,0 % ефективність виявлення хворих на заразні форми туберкульозу серед усіх хворих на вперше діагностований туберкульоз легень. Активне виявлення хворих на туберкульоз передбачає перехід на менш кошовне та більш рентабельне обстеження груп ризику.

Результати роботи можуть бути впроваджені шляхом проведення курсів інформації та стажування, публікацій в наукових журналах.

Нововведення рекомендовано до застосування в протитуберкульозних та лікувально-профілактичних закладах загальної мережі України.

Дана розробка грифу секретності немає.

Заступник директора
з наукової роботи Інституту фтизіатрії
і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського
АМН України, д-р мед. наук
професор

В. М. Петренко

Керівники НДР:

Директор
Інституту фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф.Г. Яновського АМН України,
академік АМН України,
д-р мед. наук, професор

Ю. І. Фещенко

Завідувач відділом
епідеміологічних та організаційних
проблем фтизіопульмонології
Інституту фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф.Г. Яновського АМН України,
д-р мед. наук, професор

В. М. Мельник

2005.11.11