

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ІНСТИТУТ ФТИЗІАТРІЇ І ПУЛЬМОНОЛОГІЇ
ім. Ф.Г. ЯНОВСЬКОГО АМН УКРАЇНИ

**ОРГАНІЗАЦІЯ ВИЯВЛЕННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ В ГРУПАХ
РИЗИКУ**
(методичні рекомендації)

КИЇВ – 2005

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ІНСТИТУТ ФТИЗІАТРІЇ І ПУЛЬМОНОЛОГІЇ
ІМ. Ф.Г. ЯНОВСЬКОГО АМН УКРАЇНИ

“УЗГОДЖЕНО”

Начальник
лікувально-організаційного
управління АМН України

_____ В.В. Лазоришинець
“ ___ ” _____ 2005 р.

“УЗГОДЖЕНО”

Начальник
управління організації лікування
соціально небезпечних хвороб
Департаменту організації та
розвитку медичної допомоги
населенню МОЗ України

_____ Т.А. Александріна
“ ___ ” _____ 2005 р.

ОРГАНІЗАЦІЯ ВИЯВЛЕННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ В ГРУПАХ РИЗИКУ
(методичні рекомендації)

Київ – 2005

Заклад-розробник:

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

Укладачі:

Фещенко Юрій Іванович – директор Інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського, академік АМН України, доктор медичних наук, професор, (044) 275–04–02;

Мельник Василь Михайлович – завідувач відділом епідеміологічних та організаційних проблем фтизіопульмонології Інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського, доктор медичних наук, професор, (044) 275–21–18;

Матусевич Валентина Георгіївна – старший науковий співробітник Інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського, кандидат медичних наук, 275–41–22;

Юхимець Володимир Олексійович – вчений секретар Інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського, доктор медичних наук, 275–54–88;

Дорошенко Петро Миколайович – старший науковий співробітник Інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського, доктор медичних наук, 275–41–22;

Лаптева Надія Олексіївна – старший науковий співробітник Інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського, кандидат біологічних наук, 275–40–11;

Новожилова Ірина Олексіївна – старший науковий співробітник Інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського, кандидат медичних наук, 275–41–22;

Ареф'єва Людмила Вікторівна – старший науковий співробітник Інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського, 275–41–22;

Антоненко Лариса Федорівна – старший науковий співробітник Інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського, 275–41–22;

Куц Володимир Васильович – старший науковий співробітник Інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського, 275–54–88;

Приходько Алла Миколаївна – молодший науковий співробітник Інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського, 275–41–22;

Сметаніна Оксана Ростиславівна – зав. оргметодвідділенням Інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського, 275–40–11;

Нікіфорова Людмила Григорівна – інженер Інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського, 275–41–22.

Рецензенти:

Бялик Й.Б. – головний науковий співробітник відділення фтизіатрії Інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України, доктор медичних наук, професор;

М'ясніков В.Г. – проректор із наукової роботи, завідувач кафедрою фтизіатрії Київської медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, доктор медичних наук, професор.

Голова профільної проблемної комісії МОЗ та АМН України – академік АМН України, доктор медичних наук, професор Ю.І. Фещенко.

Голова експертної комісії: – доктор медичних наук, професор В.М. Мельник.

ВСТУП

Нині туберкульоз є однією з поширених у світі інфекційних хвороб, яка посідає перше місце у структурі смертності людей від інфекційної патології. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) від третини до 80 % населення світу інфіковано мікобактеріями туберкульозу, загальна кількість хворих на туберкульоз досягає 50 - 60 млн. У зв'язку з цим, 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 [1, 2, 3, 4, 5, 6].

Не зважаючи на протитуберкульозні заходи, які проводяться в Україні, епідемічна ситуація з туберкульозу продовжує погіршуватися. В 1995 році в Україні зареєстрована епідемія туберкульозу. Указом Президента України від 20 серпня 2001 р. № 643/2001 "Про національну програму боротьби із захворюванням на туберкульоз на 2002 – 2005 роки" передбачається необхідність вивчення ефективності існуючих протитуберкульозних заходів. В умовах недостатнього фінансування та економічних труднощів одною з пріоритетних основ в організації боротьби з туберкульозом є вдосконалення системи виявлення інфікованих та хворих на туберкульоз. Тенденції погіршення епідемічної ситуації та стану протитуберкульозної служби в Україні в 90-х роках присвячено чимало наукових публікацій [1, 2, 3, 4]. Значні труднощі пов'язані з реорганізацією протитуберкульозної служби й відсутністю затвердженої концепції контролю за епідемічною ситуацією з туберкульозу.

На розповсюдженість туберкульозу впливає ряд чинників. Найважливішими є послаблення комплексу протитуберкульозних заходів щодо своєчасного виявлення туберкульозу серед соціально-дезадаптованих груп та груп ризику, збільшення частоти розвитку тяжких форм захворювання при наявності резистентності мікобактерій до антимікобактеріальних препаратів, що перешкоджає проведенню ефективного лікування [7, 8, 9, 10].

Негативне значення має також міграція населення, подорожі, безпритульність, знедоленість. Виявлення хворих на туберкульоз серед населення, особливо серед осіб груп ризику, залишається невирішеною актуальною проблемою. Найважливіше епідеміологічне значення має виявлення туберкульозу, оскільки це інфекційна хвороба і кожний невиявлений хворий протягом року інфікує 20 контактів, із яких один захворює на бактеріопозитивний і один на бактеріонегативний туберкульоз.

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 - виявлення хворих методом мікроскопії у групах ризику не досягає й 6 % (за вимогами ВООЗ необхідно досягнути 37 %), що є наслідком недосконалості роботи мікробіологічної служби. Паралельно спостерігається загрозливий ріст випадків полі- й мультирезистентного туберкульозу. Проблема туберкульозу взагалі й, 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 [4, 6, 10, 11].

Результати досліджень показали низьку ефективність профілактичних флюорографічних обстежень населення, що пов'язано з низькою якістю існуючих плівкових флюорографів, які використовуються для профілактичних флюорографічних обстежень населення. Потребує впровадження нових методів цифрової рентгенографії. Відсоток виявлених бактеріовиділювачів зменшився за період 2002 – 2003 рр. з 18,5 % до 10,2 %, що свідчить про неефективність бактеріологічної діагностики. За даними ВООЗ цей відсоток повинен бути не нижче 37. Встановлена висока ефективність виявлення хворих на туберкульоз у групах ризику. Загальні дані щодо виявлення хворих на туберкульоз при звертанні за медичною допомогою показали, що при обсягах обстеження 52 – 53 % осіб у 1998 – 2002 рр. відповідно, було виявлено 1,3 – 1,6 на 1000 обстежених, тобто 0,1 – 0,2 % відповідно за роками.

При звертанні за медичною допомогою кількість виявлених хворих на туберкульоз знаходилась у межах 41 – 46 % від кількості вперше захворілих на туберкульоз.

Виходячи з вищевикладеного, існує необхідність у розробці методичних рекомендацій щодо виявлення хворих на туберкульоз у групах ризику, як активно при профілактичних оглядах, так і при звертанні за медичною допомогою. Методичні рекомендації розроблені вперше і призначені для фахівців протитуберкульозних закладів і лікарів загально-лікувальної мережі для організації своєчасного виявлення хворих на туберкульоз.

1 ФОРМУВАННЯ ГРУП РИЗИКУ

Протитуберкульозні заходи в Україні здійснюються загальною лікарняною мережею, санітарно-протиепідемічними станціями, протитуберкульозною службою.

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

Пасивний метод практикується в країнах із незначними економічними ресурсами і значним розповсюдженням туберкульозу. Серед активних методів пряму мікроскопію мазків, зафарбованих за методом Ціля- Нільсена, що є найбільш простою в організації і найдешевшою методикою, проводять хворим, які звернулися з ознаками туберкульозу.

В Україні добре розвинена інфраструктура протитуберкульозної служби та загальної лікувальної мережі. У кожній адміністративній території є парк флюорографів. Через те виявлення туберкульозу проводиться при суцільних профілактичних обстеженнях (суцільне флюорографічне обстеження, туберкулінодіагностика), при первинному обстеженні контактних із хворим на вперше діагностований туберкульоз, при обстеженні осіб, що знаходяться під

наглядом протитуберкульозних диспансерів, при зверненні хворих за медичною допомогою у загальні й спеціалізовані лікувальні заклади.

Аналіз результатів обстеження осіб із підвищеним ризиком захворювання на туберкульоз в областях України методом флюорографії та мікроскопією мазка показав, що:

– в областях України захворюваність туберкульозом у групах осіб із підвищеним ризиком захворювання перевищує захворюваність всієї популяції населення України в 1,7 – 100 разів, що дає можливість вважати вивчені групи населення групами ризику;

– в областях України ефективність виявлення хворих методом флюорографії вище в групах ризику в 2 – 97 разів, ніж при суцільному флюорографічному обстеженні всього населення, в м. Києві – у 30 - 80 разів;

– при звертанні за медичною допомогою при обстеженні 53 % населення методом бактеріоскопії виявлялось 4 – 4,3 % хворих на туберкульоз, а методом флюорографії – 0,1 – 0,2 %.

Результати досліджень показали необхідність ідентифікувати групи ризику у всіх лікувально-профілактичних закладах України щодо їх активного й пасивного обстеження та обґрунтувати необхідність проведення флюорографічних та мікроскопічних обстежень, у першу чергу, у групах підвищеного ризику. Основною метою цих пропозицій є підвищення якості флюорографічних та мікроскопічних обстежень й таким чином здійснення контролю за епідемічною ситуацією в країні.

За даними ВООЗ групами ризику є такі групи населення, в яких рівень захворюваності на туберкульоз перевищує у 2 – 5 разів рівень захворюваності у регіоні, тобто перевищує 100 на 100000 населення. Для визначення груп ризику треба проаналізувати рівень захворюваності на туберкульоз в передбачуваних групах підвищеного ризику в кожному регіоні країни й порівняти її з середнім рівнем захворюваності всього населення в цьому регіоні. Якщо в тієї чи іншої передбачуваної групи підвищеного ризику рівень захворюваності туберкульозом в 2 і більше разів перевищує захворюваність

серед популяції, то цю групу можна віднести до групи ризику. Групи ризику формують щорічно.

В Україні в різних областях та різних лікувально-профілактичних закладах склад груп ризику може відрізнятись в залежності від тих чи інших чинників (епідеміологічних, медико-біологічних, соціальних, екологічних). Від вибору груп ризику залежить ефективність флюорографії.

За результатами досліджень Інституту фтизіатрії і пульмонології АМН України факторами ризику захворювання на туберкульоз є контакт із хворим на туберкульоз, зловживання алкоголем, наркотиками, ліками, імуносупресивне лікування, недоступність медичної допомоги, зниження імунітету та інші. Тому рекомендуються наступні орієнтовні групи ризику для виявлення туберкульозу за чинниками:

- епідеміологічними:

- 1) особи, що перебували чи перебувають у контакті з хворим на туберкульоз, в тому числі працівники протитуберкульозних закладів;
- 2) рентгенопозитивні особи;
- 3) особи, які працюють на несприятливих щодо туберкульозу фермах або мають хворих на туберкульоз тварин;

- медико-біологічними:

- 1) особи, що кашляють 2 тижні й більше;
- 2) ВІЛ-інфіковані хворі та хворі на синдром набутого імунodefіциту (СНІД);
- 3) особи, в яких розвинувся імунodefіцитний стан будь-якого іншого генезу, окрім ВІЛ/СНІДу (тривале застосування кортикостероїдів, цитостатиків, променевої терапії, гемосорбції, трансплантація органів, наслідки аварії на ЧАЕС);
- 4) особи з хронічним отруєнням пестицидами;
- 5) особи, які хворі на виразкову хворобу шлунку та 12-палої кишки, цукровий діабет, хронічні неспецифічні та професійні хвороби органів дихання;

6) особи, які хворі на психічні хвороби;

7) особи, які зловживають алкоголем та наркотиками;

- соціальними:

1) особи без постійного місця проживання (безпритульні, біженці, мігранти до отримання статусу громадянина та ін.);

2) особи, що повернулися з пенітенціарних закладів (упродовж 3 років);

3) особи, які потрапили у слідчі ізолятори та приймальники-розподільники, і знаходяться там упродовж тижня і більше;

4) безробітні;

5) особи, які звертаються за соціально-побутовою допомогою у заклади соціального призначення;

6) малозабезпечені особи;

7) послушники, монахи;

8) прочани, паломники після прибуття з місць паломництва.

Визначивши зазначені чи інші групи ризику складають їх списковий склад або формують комп'ютерну базу даних щодо них. Потім формують міжвідомчий План їх активного флюорографічного обстеження, який затверджує голова обласної, міської райдержадміністрації. Лише погоджений і затверджений План обстеження на туберкульоз (ТБ) серед груп ризику є основою для його реалізації.

2 АКТИВНЕ ТА ПАСИВНЕ ВИЯВЛЕННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ МЕТОДАМИ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ ФЛЮОРОГРАФІЇ ТА МІКРОСКОПІЇ

Отже, для активного виявлення хворих на туберкульоз необхідно:

- визначити й сформувати поіменний склад груп підвищеного ризику щодо туберкульозу, зважаючи на регіональні, соціально-економічні умови та

медико-біологічні чинники з їх ранжуванням, тобто необхідно організувати поіменний комп'ютерний облік усіх осіб, що підлягають флюорографії на адміністративній території, 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.

Активне виявлення хворих на туберкульоз передбачає перехід на менш коштовне та більш рентабельне обстеження груп ризику.

Обстеження груп ризику проводиться у лікувально-профілактичних закладах загально-лікувальної мережі або виїзними флюорографами. Протитуберкульозні заклади є організаційно-методичними центрами з питань обстеження груп ризику, які контролюють організацію та якість виконання плану обстежень.

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. Але, перш ніж переходити на диференційні профілактичні флюорографічні огляди, необхідно ретельно зважити матеріально-технічні, фінансові та кадрові можливості лікувально-профілактичного закладу.

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 школу 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.

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).

При зверненні за медичною допомогою пацієнт рідко потрапляє до фтизіатра, частіше - до терапевта, педіатра, сімейного лікаря та інших спеціалістів загальної мережі. На сучасному етапі епідемії туберкульозу переважну більшість дорослих хворих виявляють за зверненням (41 – 46 %)

при обстеженні 52 – 53 % осіб. У зв'язку з цим важливе значення у виявленні хворих на туберкульоз має настороженість лікарів загальної мережі щодо туберкульозу та їх обізнаність щодо клініко-діагностичних особливостей при туберкульозі. Зважаючи на те, що методом бактеріоскопії мазка за Цілем-Нільсеном виявляють не всіх бактеріовиділювачів і не всіх хворих на туберкульоз, цей метод краще застосовувати після проведеної флюорографії та виявленні будь-яких рентгенологічних патологічних змін.

3 РЕГЛАМЕНТОВАНИЙ ОБСЯГ ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРОГО НА ТУБЕРКУЛЬОЗ

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 поспіль);

- 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 ранковій годині, 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 позалегенових форм туберкульозу всі лікарі-спеціалісти протитуберкульозних закладів повинні проводити всебічне повне обстеження:

- 1) хворих на активні форми туберкульозу легень (дорослих і дітей);
- 2) осіб, які контактували з хворими на туберкульоз – бактеріовиділювачами;
- 3) дітей із латентною туберкульозною інфекцією, особливо в період віражу туберкулінових реакцій.

При наявності ознак позалегенового туберкульозу направити хворого до спеціаліста для детального обстеження, в т.ч. мікробіологічного та гістологічного підтвердження туберкульозу позалегенової 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.

4 КОМПЛЕКСНІ ЕТАПИ СИСТЕМИ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ Й РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ

В Україні застосовується етапна система діагностики, лікування і реабілітації хворих на туберкульоз.

Перший етап - амбулаторний (диспансерний): встановлення діагнозу на підставі клініко-рентгенологічних показників, туберкулінодіагностики, виявлення збудників туберкульозу, встановлення їх чутливості до антимікобактеріальних 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 мокротиння і переходу патологічного процесу в неактивну стадію.

Третій етап – санаторний: завершення основного курсу лікування й проведення лікувально-оздоровчих заходів.

Четвертий етап - диспансерний: диспансерний нагляд за хворим і контактними особами, проведення протирецидивних курсів хіміотерапії тим, хто не завершив основного курсу хіміотерапії в комплексі з патогенетичними, імунобіологічними і іншими препаратами в умовах денного стаціонару під наглядом медичного працівника.

5 ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНА РОБОТА ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДІВ УСІХ РІВНІВ

1. Фельдшерсько-акушерський пункт, фельдшерський пункт є відповідальним за повноту й 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 2 тижнів і більше, в дільничну лікарню, лікарську амбулаторію або центральну районну лікарню на мікроскопію мокротиння, інколи здійснення самостійно триразового забору мокротиння, збереження його у спеціальному холодильнику та транспортування у найближчу клінічну лабораторію для мікроскопії за Цілем-Нільсеном;
- участь у бригадній туберкулінодіагностиці та ревакцинації БЦЖ дітей;
- направлення усіх з підозрою на туберкульоз до фтизіатра;

- проведення за призначенням лікаря амбулаторного долікування хворих, протирецидивного лікування та хіміопрофілактики, заходів у вогнищах туберкульозної інфекції разом із 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 із питань комплексної протитуберкульозної роботи, здійснення контролю за їх виконанням.

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

- планує й бере участь у проведенні бригадної туберкулінодіагностики, вакцинації та ревакцинації БЦЖ, флюорографії, бактеріоскопії мазка мокротиння;

- 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 організовує й проводить протитуберкульозні заходи:

- організовує профілактичні огляди населення на туберкульоз (туберкулінодіагностика, флюорографія, мазок мокротиння);

- рентгенологічне відділення (кабінет) веде картотечний або комп'ютерний облік населення району, яке підлягає флюорографічному обстеженню та організовує його обстеження;

- забезпечує проведення мазку мокротиння у хворих, що кашляють протягом 2 тижнів і більше, із патологією, виявленою на флюорографії;
- направляє до фтизіатра хворих на туберкульоз із підозрою на цю недугу;
- проводить контрольовану амбулаторну антимікобактеріальну терапію (хіміопрофілактику, протирецидивне лікування) за призначенням фтизіатра;
- проводить лікарські конференції щодо випадків несвоєчасного виявлення туберкульозу та смерті від нього;
- проводить санітарно-освітню роботу щодо туберкульозу.

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

- усім стаціонарним хворим проводять рентгенфлюорографічне обстеження, а при наявності легневих симптомів і кашлю протягом 3 тижнів і більше – бактеріоскопію мокротиння на мікобактерії туберкульозу;
- при підозрі на туберкульоз хворих вчасно консультують у фтизіатра;
- хворим із 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 2 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 із туберкульозом.

РЕЗЮМЕ

Запропоновані методичні рекомендації присвячені актуальній проблемі фтизіатрії – організації активного та пасивного виявлення хворих на туберкульоз у групах ризику. Вони враховують сучасні наукові розробки вітчизняних дослідників з питань ефективності методів профілактичної флюорографії та мікроскопії серед усього населення та серед осіб із груп ризику. Встановлено, що у 30 – 50 % областей України групи ризику не сформовані і не обстежуються активно флюорографією та методом мікроскопії. Взагалі групи ризику за період 1998 – 2002 рр. обстежувались всіма методами тільки у 30 – 33 % областей. Показана висока ефективність виявлення хворих на туберкульоз у групах ризику.

Виявлення хворих методом мікроскопії залишається низькою (близько 1 – 3 %) через застосування застарілих технологій, морально й фізично застарілого обладнання, відсутність достатньої кількості сучасних реактивів, барвників тощо і недостатнього професіоналізму лаборантів у лікувально-профілактичних закладах загальної мережі. Проте за даними світової літератури та ВООЗ, бактеріоскопія є основним методом діагностики бактеріального туберкульозу, яким можна виявити до 37 % хворих на бактеріальний туберкульоз.

Скринінгове мікроскопічне дослідження методом мікроскопії мазка в лікувально-профілактичних установах загального профілю майже не проводиться. Метод бактеріоскопії, як і метод флюорографії може бути провідним при обстеженні осіб у вище названих групах ризику при наявності симптомів захворювання та виявленні змін при рентгенологічному обстеженні.

Суцільне профілактичне обстеження всього населення малоефективне й коштовне. Для активного виявлення хворих на туберкульоз в усіх закладах загальної лікувальної мережі, а також за зверненням, необхідно визначити й сформуванати склад груп підвищеного ризику щодо туберкульозу, зважаючи на регіональні, соціально-економічні умови та медико-біологічні чинники з їх ранжуванням, та перейти із флюорографічних на цифрові променеві технології. Це дозволить заощадити 75,1 млн. грн. за рік стосовно виявлення туберкульозу і підвищити до 60 % ефективність виявлення хворих на заразні форми туберкульозу серед усіх хворих на вперше діагностований туберкульоз легень.

Визначена протитуберкульозна робота лікувально-профілактичних закладів усіх рівнів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Мельник В.М. Туберкулез на Украине: состояние, проблемы и прогноз // Пробл. туберкулеза. – 2000. – № 5. – С. 28 – 31.
2. Фещенко Ю.І., Мельник В.М. Туберкульоз легень у період епідемії: епідеміологічні, клініко-діагностичні, лікувально-профілактичні та організаційні аспекти. – К.: Логос, 1998. – 284 с.
3. Москаленко В.Ф., Фещенко Ю.І. Актуальні проблеми туберкульозу в Україні за останні 10 років // Укр. пульмонол. журн. – 2001.– № 3. – С. 5 – 7.
4. Фещенко Ю.І., Мельник В.М. Фтизіоепідеміологія. – Київ: Здоров'я, 2004. –

624 с.

5. The stop TB compain. World TB day 2004 and the 2-тв stop TB partners forum / WHO. – Geneva, 2004. – 15 p.

6. Sepkowitz K.A. Tuberculosis control in 21-st century // Emerging inf. diseases. – 2001. – V. 7, № 2. – P. 259 – 262.

7. Юкелис Л.И., Садиков П.В., Евфимьевский Л.В. Проблемы раннего выявления и диагностики туберкулеза легких // Русский медицинский журн. – 2002. – Т. 10, № 16. – С. 48 – 49.

8. Туберкулез у мигрирующего населения и его влияние на эпидемическую ситуацию в крупном мегаполисе / В.И Стародубов, В.И. Литвинов, И.М. Сон и др. // Пробл. туберкулеза. – 2002. – № 6. – С. 5 – 8.

9. Хабиб О. Туберкулез: современное состояние проблемы // Consilium medicum. – 2000. – Т. 2, № 2. – С. 95 – 98.

10. Sorli J. Identification of high-risk groups and high-risk individuals // Eur. Resp. Society, Annual Congress. – Stocholm, 2002. – P. 15 – 31.

11. Migliori G.B. A new framework for TB control in Europe // TB control in Europe - East and WEST. – Berlin, 2001. – P. 15 – 71.