

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ

«Затверджено»
на засіданні кафедри загальної хірургії,
радіаційної медицини та фтизіатрії
Протокол № _____
« _____ » _____ 20 _____ р.

Зав. кафедри
д.мед.н, професор _____ І.Д.Дужий

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ ВИКЛАДАЧІВ
ДО ПРОВЕДЕННЯ ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ З ФТИЗІАТРІЇ
ДЛЯ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОГО ПРОФІЛЮ**

<i>Навчальна дисципліна</i>	Фтизіатрія
<i>Тема заняття № 14</i>	Профілактика туберкульозу: інфекційний контроль, соціальна, первинна, вторинна. Робота в осередку туберкульозної інфекції. Характеристика джерела туберкульозної інфекції.
<i>Курс</i>	4

Актуальність теми: Профілактика туберкульозу (ТБ) – це комплекс заходів направлених на попередження та розповсюдження ТБ. Перш за все це загальнодержавна справа, в якій основна виконуюча роль належить медичним працівникам. Питання профілактики ТБ стосується кожної людини, сім'ї. Тому знання основ профілактики ТБ сприятимуть попередженню виникнення ТБ. Хворобу легше і дешевше попередити, ніж лікувати, особливо це стосується ТБ, адже лікування цієї хвороби занадто дороге, окрім цього, хвороба може набути хронічного перебігу і завершитися летально.

Конкретні цілі:

1. Аналізувати профілактику ТБ;
2. Визначити епідеміологічну небезпечність осередку ТБ інфекції;
3. Використовувати комплекс профілактичних заходів в осередках ТБ інфекції.

Базовий рівень підготовки.

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
Фармакологія	Знати фармакокінетику, фармакодинаміку ПТП. Показання, протипоказання. Побічні реакції. Використання ПТП при хіміопрофілактиці.
Пропедевтика внутрішніх хвороб	Вміти збирати скарги, анамнез захворювання та життя, проводити об'єктивне обстеження хворого (огляд, пальпація, перкусія, аускультация)
Гігієна	Знати правила загально гігієнічного режиму, яких повинні дотримуватися хворий на ТБ, лікар, особи, які знаходяться в контакті з цим хворим.

Теоретичні питання до заняття:

1. Поняття “Профілактика туберкульозу”.
2. Які є види профілактики туберкульозу?
3. Що таке інфекційний контроль та шляхи його забезпечення?
4. Хіміопрофілактика ТБ. Показання до проведення.
5. Поняття “Осередок туберкульозної інфекції” (епідосередок).
6. На які категорії поділяються осередки туберкульозної інфекції.
7. Види дезінфекції в епідосередку (хімічні, фізичні).

Організація змісту навчального матеріалу.

Профілактика ТБ є однією з головних задач фтизіатрії і може бути успішною лише за умови одночасної та інтенсивної дії на всі три ланки інфекційного процесу: на джерело бактеріовиділення; на умови, в яких можливе зараження; на здорового, який контактує з джерелом бактеріовиділення.

Профілактика – це комплекс державних та медико-санітарних засобів, направлених на попередження і розповсюдження туберкульозу. Виділяють специфічну і неспецифічну (соціальна та санітарна) профілактику.

НЕСПЕЦИФІЧНА ПРОФІЛАКТИКА

Неспецифічна профілактика – це комплекс заходів соціального та медико-санітарного призначення.

Соціальна профілактика – це комплекс загальнодержавних заходів, які передбачають покращення добробуту, нормалізацію праці і відпочинку, покращення житлово-побутових умов та захист навколишнього середовища. Для профілактики розповсюдження ТБ, попередження захворювання здорових членів сім'ї, велике значення має право хворих на ТБ, що виділяють МБТ, на позачергове отримання житла, в якому хворому забезпечується окрема кімната. Лікування хворих на ТБ в стаціонарі, санаторії, амбулаторно безкоштовне. На період лікування хворі на ВДТБ та РТБ отримують листок непрацездатності терміном до 10 місяців, якщо це виявляється недостатнім, листок непрацездатності через МСЕК продовжують до року.

Медико-санітарна профілактика – це оздоровлення осередків ТБ інфекції, санітарний та ветеринарний нагляд, проведення санітарно-просвітньої роботи, а також раннє виявлення, ізоляція, лікування вперше виявлених хворих на ТБ.

Сімейному дільничному лікарю необхідно знати, що таке осередок туберкульозної інфекції і які заходи проводяться в ньому. **Осередок туберкульозної інфекції або епідемічний осередок туберкульозу** – це житло, де проживає хворий на туберкульоз з бактеріовиділенням і люди, що мешкають разом з ним.

Виділяють три групи епідосередків ТБ інфекції в залежності від масивності бактеріовиділення, наявності в осередку дітей і підлітків, санітарно-гігієнічних умов, в яких проживає хворий та його соціальної адаптованості.

До **першої, несприятливої, найнебезпечнішої, групи** відносять осередки:

- хворі з наявним бактеріовиділенням, який мешкає в комунальній квартирі або гуртожитку;

- в сім'ї хворого є діти, підлітки, вагітні;

- сім'я має погані житлові умови, хворий та оточуючі його, не дотримуються

гігієнічних правил поведінки.

До **другої групи епідосередків (загрозливої)** належать:

1) у хворого мізерне бактеріовиділення, стійкий ТБ процес;

2) у родині хворого дорослі люди, відсутні обтяжуючі чинники;

3) хворий є умовним бактеріовиділювачем (бактеріовиділення припинилося, але хворий ще перебуває на контролі), але в його родині є діти і в наявності обтяжуючі чинники.

До **третьої групи (сприятливої)** відносяться осередки:

1) хворий умовний бактеріовиділювач (бактеріовиділення припинилось, але ще не минуло 2 років);

2) в родині хворого лише дорослі;

3) хворий і оточуючі його виконують всі необхідні санітарно-гігієнічні заходи профілактики ТБ.

Відповідно до групи визначають об'єм і зміст профілактичних заходів у вогнищі. До першочергових заходів, що проводяться в осередку ТБ інфекції належать:

- госпіталізація хворого, інтенсивне лікування в стаціонарі з наступною контрольованою хіміотерапією на амбулаторному етапі;

- проведення поточної та заключної дезінфекції (силами СЕС);

- ізоляція дітей від бактеріовиділювачів (госпіталізація хворих чи розміщення дітей в дитячих закладах);

- вакцинація новонароджених чи ревакцинація неінфікованих вакциною БЦЖ;

- регулярне обстеження осіб, які перебувають в контакті і проведення їм хіміопротекції;

- санітарно-гігієнічне виконання хворим та членів їх сімей;

- поліпшення житлово-побутових умов.

До категорії контактних відносять не тільки осіб, що проживають з хворим на ТБ, а й сусідів, колег по роботі, всіх людей, що з ним спілкуються.

Протягом перших трьох днів після виявлення хворого бактеріовиділювача медичні працівники обстежують осередок та визначають групу за ступенем епідеміологічної небезпеки для оточуючих. Подальші заходи передбачають госпіталізацію хворого в протитуберкульозний диспансер, проведення заключної дезінфекції, ізоляцію дітей від бактеріовиділювача, обстеження контактних осіб:

- лабораторне: загальний аналіз крові, аналіз харкотиння на наявність МБТ бактеріоскопічно і бактеріологічно;

- рентгенологічно (флюорографія) обстежуються дорослі, при потребі діти і підлітки;

- туберкулінодіагностика (проба Манту з 2 ТО): обстежуються діти і підлітки.

Контактним особам проводять хіміопротекцію.

В осередку ТБ інфекції обов'язковим є проведення поточної і заключної дезінфекції, оскільки своєчасне знешкодження МБТ, що потрапили у навколишнє середовище, перериває ланцюг передачі інфекції.

Поточна дезінфекція проводиться постійно під час перебування бактеріовиділювача в осередку (самим хворим або членами його сім'ї). при цьому особливу увагу потрібно звертати на знезараження харкотиння і забруднених ним предметів. Бактеріовиділювачі повинні користуватися індивідуальним посудом, рушником, постільною білизною, мати окрему кімнату. Організують поточну дезінфекцію протитуберкульозні заклади, а за їх відсутності – поліклініки.

Заключна дезінфекція проводиться в квартирі після госпіталізації хворого, в разі виїзду його в іншу місцевість, зміни квартири або смерті. Здійснюють її працівники санітарно-епідеміологічних або дезінфекційних станцій. Після заключної дезінфекції в приміщення бажано зробити ремонт. Ефективним методом знезараження приміщення є УФ-опромінення за допомогою кварцової лампи. Якщо хворий вибуває із помешкання зовсім (помирає, переїмає місце проживання) або ж одужує, то після заключної дезінфекції квартира не являється епідосередком.

Епідемічний нагляд (моніторинг) – це система постійного динамічного і багатоаспектного спостереження за епідемічним процесом ТБ, за епідеміологічною ситуацією в цілому на визначеній території в конкретний період часу з метою раціоналізації і підвищення ефективності профілактичних заходів.

Інфекційний контроль – це комплекс заходів спрямованих на попередження передачі ТБ інфекції, зараження здорових осіб та суперінфекції хворих на ТБ. Він здійснюється шляхом:

- адміністративного контролю – раціональне розміщення відділень у протитуберкульозному закладі, ізоляція заразних хворих до припинення бактеріовиділення методом мікроскопії, регулювання потоків хворих;
- інженерного контролю – система вентиляції, лампи УФО;
- особистого захисту – гігієна кашлю хворого, маски у хворих бактеріовиділювачів, респіратори з фільтрами для медичного персоналу, який працює з хворими, у яких визначають позитивний мазок.

Санітарно-просвітня робота включає бесіди, виступи по радіо, поширення літератури. Здійснюють її не тільки фахівці профільних протитуберкульозних закладів, а й медичні працівники всіх спеціальностей лікувально-профілактичних та санітарно-епідеміологічних закладів різних рівнів, а також викладачі і науковці медичних ВУЗів та науково-дослідних установ. Тематику цих заходів можна розділити на два основних розділи: гігієнічне виховання хворих на ТБ, масова пропаганда серед широких верств населення. В осередку ТБ інфекції треба розповідати хворому і членам його сім'ї про шляхи зараження ТБ і методи його попередження, навчити правил гігієни, методики поточної дезінфекції. Особам, які проживають разом з хворим, пояснюють важливість регулярних обстежень в туб. диспансері, при необхідності – профілактичного лікування. Серед населення необхідно пропагувати здоровий спосіб життя, роз'яснювати шкідливість алкоголю, наркотичних речовин, куріння; важливість щеплень БЦЖ для попередження ТБ; флюорографічних обстежень і туберкулінодіагностики, як методів раннього виявлення захворювання. Одночасно необхідно пояснити, що при появі навіть мінімальних симптомів хвороби необхідно звертатися за медичною допомогою, тому що лише при ранній діагностиці захворювання воно виліковується повністю.

Хіміопрфілактика – це призначення антимікобактеріальних препаратів з метою підвищення резистентності організму, проти ТБ інфекції здоровим особам, які мають підвищений ризик захворювання, запобігання загостренню або рецидиву захворювання.

Хіміопрфілактика поділяється на первинну і вторинну.

Первинна хіміопрфілактика поводитьсь неінфікованим особам з осередків ТБ інфекції. Мета – запобігання зараження, інфікуванню МБТ та захворюванню на ТБ. Ця хіміопрфілактика застосовується:

- дітям, підліткам, доросли здоровим особам із сімейних контактів із бактеріовиділювачем або з хворим на активну форму ТБ; призначають ізоніазид по 0,3 (дітям 8-10 мг/кг) по 3 місяці 2 рази на рік протягом усього періоду контакту і ще 2 роки після його припинення;
- новонародженим, щепленим вакциною БЦЖ, які народилися від хворих матерів, несвоєчасно виявленим – також застосовують ізоніазид (8-10 мг/кг) по 3 місяці 1 раз на рік протягом 2 років.

Вторинна хіміопрфілактика проводиться з метою запобігання:

1) захворюванню:

а) вперше інфікованим (діти і підлітки з віражем туберкулінових реакцій); хіміопрофілактика проводиться безперервним курсом ізоніазиду протягом 3 місяців;

б) інфікованим особам, які мають контакт з бактеріовиділювачем або хворим на активну форму ТБ; приймають ізоніазид 3 місяці 2 рази на рік протягом всього періоду контакту і ще 2 роки після його припинення.

2) рецидиву ТБ – у осіб які перехворіли на ТБ і мають супутні захворювання, великі залишкові зміни, ВІЛ-інфіковані; хіміопрофілактика проводиться протягом 3 місяці 2 рази на рік, призначають ізоніазид в поєднанні з 1 із ПТП (етамбутол 0,8-1,2; рифампіцин 0,45-0,6). **Особам з вогнищ ТБ інфекції, де хворі виділяють хіміорезистентні МБТ хіміопрофілактика не проводиться.**

ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ТБ

Організаційна структура протитуберкульозної служби:

Адміністративним центром організації фтизіатричної служби в Україні є Міністерство охорони здоров'я, якому підпорядкований головний методичний центр організації протитуберкульозної роботи – Інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г.Яновського. Інститут розробляє і здійснює організаційно-методичну роботу з питань раннього виявлення хворих на ТБ, стандарти лікування, діагностики і профілактики ТБ, надає лікувально-консультативну допомогу та оцінює ефективність протитуберкульозних заходів в Україні. Директор інституту або його заступник є головним фтизіатром МОЗ України. Значну лікавально-організаційну і методичну роботу проводять кафедри і курси фтизіатрії медичних вузів України.

На обласному рівні центром організації протитуберкульозної роботи є обласне Управління охорони здоров'я і підпорядкований йому обласний протитуберкульозний диспансер, який разом з обласною СЕС здійснює всю організаційно-методичну роботу боротьби з ТБ і його профілактики та оцінки ефективності проведених заходів в області.

В районах організацію, виконання і оцінку протитуберкульозної роботи здійснюють головні лікарі районної лікарні і районної СЕС разом з районним фтизіатром.

На нижньому щаблі медичної мережі протитуберкульозну роботу проводять керівники дільничних лікарень, медсанчастин, амбулаторій, фельдшерсько-акушерських і медичних пунктів, протитуберкульозна робота яких планується з участю фтизіатра.

Структуру протитуберкульозної служби складають обласні, міські, районні (міжрайонні) ПТД, відділення для хворих на ТБ при районних лікарнях, туб. кабінети при поліклініках ЦРЛ і санчастин, а також окремо створені туберкульозні лікарні, санаторії, санаторні ясла, садки і школи-інтернати, в яких проводять лікування хворих і профілактичне оздоровлення інфікованих.

ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНИЙ ДИСПАНСЕР

Протитуберкульозний диспансер (ПТД) – спеціалізований лікувально-профілактичний і організаційно-методичний заклад, який співпрацює з іншими медичними закладами, промисловими і господарськими підприємствами, суспільними, профспілковими та урядовими структурами з питань організації і проведення протитуберкульозних заходів.

Перший диспансер був створений у 1887 році Р.Філіпом в Едінбурзі (Шотландія) і за своїми функціями отримав таку назву (англ. Dispence – роздавати, розподіляти). Лікування хворих в диспансерах за уставною нормою не дозволялось. Сучасні ПТД мають значно розширені функціональні обов'язки.

Основні функції ПТД:

1. Організаційно-методична робота з профілактичних заходів:
 - вакцинації, ревакцинації, хіміопрофілактики
 - оздоровлення епідосередків ТБ інфекції
 - оздоровлення (покращення) житлово-побутових умов хворих
 - оздоровлення дітей інфікованих і з тубконтакту в яслах, садках, школах-інтернатах
 - організація раннього виявлення хворих на ТБ
 - організація амбулаторного та стаціонарного лікування хворих на ТБ до досягнення клінічного вилікування
 - санітарно-освітня робота серед населення.

2. Планування і методичне керівництво протитуберкульозними заходами в районі обслуговування.

3. Облік і аналіз епідеміологічних показників – інфікованості, захворюваності, смертності.

4. Поширення знань з ТБ серед медичних працівників лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я

5. Аналіз основних епідоказників і визначення ефективності протитуберкульозних заходів

6. Надання організаційної і лікувально-діагностичної консультативної допомоги лікувально-профілактичним закладам.

Структуру ПТД складають диспансерне, стаціонарні (терапевтичні, хірургічне, дитяче) відділення, організаційно-методичний кабінет, діагностичні підрозділи – лабораторія (клінічна, бактеріологічна, біохімічна, імунологічна), рентгенологічний, бронхологічний кабінети.

Організаційно-методичний кабінет планує і контролює виконання протитуберкульозних заходів з питань організації раннього виявлення хворих на ТБ, забезпечення матеріально-технічними та медикаментозними засобами, підвищення кваліфікації фтизіатрів і лікарів не фтизіатричного профілю, проводить аналіз виконання планових завдань і їх ефективність на протязі року.

Диспансерне відділення забезпечує прийом хворих і надання їм висококваліфікованої фтизіатричної допомоги. Для цього в обласному ПТД передбачені штатні фтизіатри-терапевти, хірурги, уролог, акушер-гінеколог, дерматолог, окуліст, бронхолог, рентгенолог, які надають консультативну допомогу хворим, направленим з інших медичних закладів. Дільничні фтизіатри проводять диспансерне спостереження за контингентами, що знаходяться на обліку в ПТД та надають консультативну допомогу лікарям дільничної мережі з питань протитуберкульозної служби.

Стаціонар ПТД призначений для проведення діагностики і лікування хворих на ТБ. Для цього формують відділення для диференціальної діагностики, для хворих з малими формами ТБ (не бацилярні хворі), для хворих на деструктивний і хронічний ТБ, відділення для хірургічного лікування і дитяче відділення. В умовах стаціонару хворі проходять курс стандартного лікування з поетапним лабораторним, бактеріологічним і рентгенологічним, контролем його ефективності.

ПТД планує, організовує і надає методичну допомогу всім учасникам проведення протитуберкульозних заходів, взаємодіючи з Управлінням охорони здоров'я, СЕС, місцевою адміністрацією, органами самоврядування і керівниками підприємств та господарської діяльності.

ВИЯВЛЕННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ

Важливою умовою ефективної протиепідемічної боротьби з ростом захворюваності на ТБ є своєчасне виявлення, ізоляція і лікування хворих на ТБ і особливо бактеріовиділювачів.

Шляхи виявлення:

1. профілактичне обстеження на ТБ

1. виявлення при зверненні за медичною допомогою

1. спостереження за особами з підвищеним ризиком захворювання на ТБ

В залежності від організації цієї роботи виявлення ТБ може бути раннім, своєчасним і несвоєчасним та пізнім.

Раннє виявлення – це діагностика ТБ інтоксикації, що виникає внаслідок первинного інфікування. За допомогою туберкулінової проби Манту встановлюють вираж туберкулінових реакцій, тобто, діагностують інфікування збудником ТБ в період імунологічної перебудови. Профілактичне лікування в цей період знижує вірогідність захворювання на ТБ в майбутньому до 3%, проти 60% без лікування.

Своєчасне виявлення ТБ – це діагностика локальних форм ТБ з малосимптомним перебігом, без деструкції, бактеріовиділення та ускладнень, з локалізацією процесу в межах 1-2 сегментів. Забезпечує епідеміологічну безпечність хворих і 100% ефективність лікування з незначними залишковими змінами.

Несвоєчасне виявлення ТБ – це діагностика локальних форм ТБ з деструкціями та ускладненим перебігом. Хворі часто є бактеріовиділювачі і несуть загрозу інфікування інших людей. Ефективність лікування їх складає біля 85%, а у 15% ТБ набуває хронічного перебігу. Після загоєння залишаються виражені залишкові зміни.

Занедбаний ТБ – це пізнє виявлення ТБ з тяжким, ускладненим, іноді хронічним перебігом. Це найбільш епідеміологічно небезпечні хворі, оскільки є постійними, масивними бактеріовиділювачами. Ефективність їх лікування не перевищує 30%.

Виявлення хворих на ТБ проводиться на основі **плану туберкуліодіагностики**, який охоплює дітей і підлітків і **плану флюорографії** дорослого населення. Їх складає заступник головного лікаря територіального лікувально-профілактичного закладу разом з заступником головного лікаря ПТД і завідувачим епідеміологічним відділом СЕС. План складають на основі планів дільничних лікарень і сімейних амбулаторій. Узгоджують плани відповідно з органами місцевого самоврядування та держадміністрації. Контроль і оцінку ефективності цих профілактичних заходів здійснюють перші керівники системи охорони здоров'я.

Методом раннього та своєчасного виявлення інфікування та локальних форм ТБ у дітей і підлітків є **масова туберкуліодіагностика**. Проводить її педіатрична служба, для чого формують групу в складі педіатра і 2-х медичних сестер, які в плановому порядку проводять туберкулінову пробу Манту з 2 ТО ППД-Л і здійснюють облік та оцінку її результатів. Методичну допомогу їм надає фтизіопедіатр (фтизіатр).

Внутрішньошкірна туберкулінова проба Манту з 2 ТО є безальтернативним методом ранньої діагностики інфікованості дітей збудником ТБ. Проводять її дітям кожного року з 12-місячного віку до 14 років, незалежно від результатів попередньої реакції на туберкулін.

Дітям, які не були щеплені вакциною БЦЖ в період новонародження туберкулінову пробу Манту проводять 1 раз в півроку до проведення щеплення. Діти і підлітки, які віднесені до груп ризику (5.2; 5.4; 5.5), знаходяться на обліку в протитуберкульозному диспансері. Спостереження та туберкулінову пробу Манту 1 раз на рік їм проводить фтизіопедіатр.

Діти з гострими та затяжними хворобами бронхо-легеневої системи, з хронічними ринофарінгітами, хворі на цукровий діабет, виразкову хворобу шлунку, системні хвороби та діти, що тривалий час лікуються кортикостероїдними препаратами та іншими імунодепресантами мають підвищений ризик захворіти на ТБ, що потрібно враховувати при їх зверненні за медичною допомогою і проводити аналіз результатів їх чутливості до туберкуліну.

Методами раннього виявлення ТБ у дорослих є масова **профілактична флюорографія**, індивідуальне профілактичне флюорографічне обстеження за зверненням, декретованих контингентів, осіб із груп ризику та **бактеріоскопія мазка мокроти** хворих, які кашляють 3 тижні і більше.

Масову профілактичну флюорографію проводять в плановому порядку з суцільним (100%) охопленням населення 1 раз на рік, починаючи з 15-літнього віку. Здійснюють її пересувними та стаціонарними флюорографами. Повторне обстеження молоді роблять перед закінченням школи. Обстеження осіб призовного віку проводиться в військоматах, якщо з моменту попереднього обстеження пройшло більше 6 місяців.

Стаціонарні флюорографи функціонують при поліклініках, ЦРЛ, протитуберкульозних диспансерах. Їх використовують для щорічного обстеження груп диспансерного обліку, декретованих (обов'язкових) контингентів та осіб, які звернулись за медичною допомогою вперше на протязі року.

Пересувні флюорографи використовують для масового обстеження працівників великих підприємств, учбових закладів та сільського населення. Пропускна здатність пересувного флюорографа складає до 500 людей за робочий день. Такі флюорографи працюють при обласних, міських лікарнях та ПТД. Відповідно до плану флюорографії за узгодженим графіком місцеві медичні працівники проводять підготовчу роботу з населенням і керівниками установ (готують наказ, розпорядження) і створюють умови для роботи пересувного флюорографа і його персоналу.

Всіх обстежених по порядку реєструють в журналі і відповідно з цим проводять огляд флюорограм. Для надійності контролю флюорограми переглядають незалежно два рентгенологи або один - через день. Виявлені на флюорограмі патологічні зміни реєструють в журналі і не пізніше 48 годин хворого викликають на дообстеження. За умов неявки виклик повторюють через 10-14 днів. Для подальшого діагностичного дообстеження заповнюють форму №05210, вирізають флюорограму, вкладають в конверт, з'єднаний з карткою. При направленні на обстеження пацієнту видають «Талон направлення на консультацію» (форма №02810), яку повертають в флюорокабінет після встановлення діагнозу з відповідним записом. Встановлений діагноз

реєструють в карті форми №05210 і доводять до відома дільничну лікарню, сімейну амбулаторію (МСЧ, ФАП). Карти з встановленим діагнозом складають до флюороотеки і зберігають в алфавітному порядку по нозологічним формам.

При відсутності змін на флюорографі в журнал заноситься позначка «норма» і флюорограму не вирізають з плівки і результати флюорографічного обстеження видають пацієнту за його вимогою.

Контингенти населення, які підлягають профілактичним флюорографічним обстеженням поділяють на **категорії**:

- обов'язкові (декретовані) контингенти, групи підвищеного ризику;
- організоване населення;
- працівники малих підприємств;
- неорганізоване населення.

Обов'язкові (декретовані) контингенти – це особи, які під час роботи контактують:

- з дітьми і підлітками (працівники пологових будинків, ясел, садочків, навчальних і оздоровчих закладів для дітей і підлітків до 18 років);
- з продуктами харчування (працівники громадського харчування, торгівлі, харчоблоків, молочних, тваринницьких ферм);
- з великою кількістю людей (працівники підприємств санітарно-гігієнічного обслуговування населення, комунально-побутового обслуговування); особи, що проживають у гуртожитках;
- студенти в період навчання середніх спеціальних і вищих навчальних закладах за професіями, що відносяться до обов'язкових контингентів.

Обов'язкові контингенти підлягають ФГ-обстеженню при влаштування на роботу, а в подальшому 1 раз на рік.

Групи підвищеного ризику захворювання на ТБ:

А) за медичними факторами:

- особи, що перебували в контакт з хворими на ТБ;
- ВІЛ-інфіковані і хворі на СНІД та інші імунодефіцитні стани;
- рентгенпозитивні особи;
- особи, які знаходяться на тривалій кортикостероїдній та імунодепресивній терапії, променевої лікуванні;
- хворі на алкоголізм, наркоманію;
- хворі на виразкову хворобу шлунку та дванадцятипалої кишки, цукровий діабет, ХНЗЛ,
- професійні захворювання органів дихання, хорі на рак.

Б) за соціальними факторами:

- особи без постійного місця проживання;
- біженці, мігранти, безробітні;
- особи, які перебувають або повернулися з установ кримінально-виконавчої системи (протягом 3 років) та члени їх родин.

В) за професійними факторами:

- особи, які працюють в умовах професійної шкідливості або мають стаж роботи в цих умовах понад 10 років;
- працівники установ кримінально-виконавчої системи;
- працівники медичних закладів;

Групи підвищеного ризику захворювання на ТБ проходять профілактичне ФГ-обстеження 1 раз на рік. Обов'язковому ФГ-обстеженню підлягають родичі до виписки з пологового будинку та члени їх сімей. Ув'язненим та особам, які перебувають в слідчих ізоляторах, профілактичне ФГ-обстеження проходять 2 рази на рік.

Організоване населення – працівники підприємств та установ, колективи середніх і вищих навчальних закладів, які обстежують ся за допомогою пересувних флюорографів або за наявності в установі свого флюорокабінету.

Працівники малих підприємств – працівники установ, підприємств, закладів, яких недоцільно обстежувати пересувним флюорографом, оскільки для цього можуть бути використані стаціонарні апарати поліклінік.

Неорганізоване населення – хатні господарки, непрацюючі інваліди, пенсіонери, особи, які займаються індивідуальною трудовою діяльністю, діти дошкільного віку, які не відвідують дитячі заклади тощо. Дані про кількість цих осіб збирають дільничні медичні сестри при подвірних обходах.

Виявлення ТБ при зверненні за медичною допомогою.

Своєчасне виявлення ТБ залежить від фтизіатричної пильності лікарів загального профілю. Згідно з чинним наказом МОЗ України усі особи, які звертаються в поліклініку вперше в даному році обов'язково проходять ФГ-обстеження. Якщо у хворого є скарги характерні для ураження бронхо-легенвої системи діагностична ФГ робиться незалежно від строку попереднього ФГ-обстеження. Також усім госпіталізованим хворим з приводу будь-якого захворювання роблять рентгенологічне обстеження ОГК.

Хворим із симптомами схожими на ТБ, в поліклініці потрібно провести:

- 1) опитування хворого;
- 2) фізикальне обстеження;
- 3) рентгенологічне обстеження ОГК;
- 4) бактеріоскопічне дослідження МБТ не менше, ніж у 2 мазках.

ГРУПИ КОНТИНГЕНТІВ ДИСПАНСЕРНОГО ОБЛІКУ

В основу групування контингентів ДО покладено лікувально-епідеміологічний принцип, який дозволяє сформувавши групи спостереження, своєчасно проводити обстеження, лікувальні, реабілітаційні та профілактичні заходи, проведення хворих по групам обліку та зняття їх з ДО.

Контингенти диспансерного обліку складають категорії 1-4 - групи активного ТБ, які підлягають обов'язковому лікуванню та категорію 5 (Кат5), яку формують із осіб, пов'язаних з факторами ризику захворювання на ТБ та його рецидиву. Із них серед осіб категорії 5 формують п'ять груп ризику.

Категорія 1 – включає хворих на вперше діагностований ТБ легень з бактеріовиділенням, а також хворих на вперше діагностований ТБ (1-й тип ТБ процесу) з поширеними та тяжкими формами легеневого чи позалегеневого ТБ з бактеріовиділенням чи без бактеріовиділення. До *поширених форм ТБ* відносять такі ТБ процеси, що займають 2 і більше сегменти легень. До *тяжких форм ТБ* (за відсутності бактеріовиділення) відносять процеси з вираженою ТБ інтоксикацією, фебрильною температурою тіла, деструкціями в легенях, а також хворих на ТБ менінгіт, дисеміновані (міліарні) форми ТБ, ТБ перикардит, перитоніт, плеврит (з тяжким перебігом), ТБ хребта з неврологічними ускладненнями, ТБ органів травлення, сечових і статевих органів

Контрольні обстеження проводять в інтенсивну фазу лікування 1 раз в міс і в підтримуючу фазу лікування 1 раз в 2 міс. При взятті на облік чи поступленні в стаціонар проводять оглядову, бокову рентгенографію та томографію уражених ділянок легень, повторюють кожні 2 міс до загоєння каверн та при виписці із стаціонару. За показаннями проводять комп'ютерну томографію легень. Після загоєння каверн рентгенологічне обстеження проводять 1 раз в 3-4 місяці.

Лабораторне обстеження хворого при взятті на облік включає загальний аналіз крові і сечі, біохімічний аналіз крові. При госпіталізації хворого додатково визначають групу крові та резус-фактор, цукор в крові та сечі, проводять аналіз крові на Hbs-Ag, СНІД, реакцію Васермана. В період проведення хіміотерапії аналіз крові, сечі, біохімічний аналіз крові на білірубін, амінотрансферази проводять щомісячно.

Аналіз мокроти (змиву з бронхів) на МБТ при взятті на облік проводять 3-разово бактеріоскопічно і 3-разово культуральним методом з обов'язковим визначенням чутливості МБТ до ПТП. В подальшому аналогічний аналіз мокроти на МБТ проводять 2-разово кожного місяця до припинення виділення МБТ та загоєння каверн в легенях. Припинення виділення МБТ підтверджують не менше ніж 2 рази послідовними негативними бактеріоскопічними і культуральними аналізами протягом 2-3 місяців.

Туберкулінову пробу Манту з 2 ТО проводять при взятті на облік.

Строк спостереження по 1 категорії – довилікування або завершення основного курсу лікування, або виключення з 1 категорії внаслідок неефективного лікування, смерті, вибуття в інший диспансер. Граничний строк спостереження 2 роки.

Критерії ефективності лікування: клінічневилікування, завершення основного курсу лікування, припинення бактеріовиділення.

Категорія 2 – включає будь-які випадки легеневого і позалегеневого ТБ, що реєструють для повторного лікування (хворих лікували раніше більше 1 місяця), зокрема рецидив (з бактеріовиділенням та

без бактеріовиділення), лікування після перерви, лікування після невдачі, лікування ефективно, завершене; повернення хвороби через 1, 2, 5, 10, 20 років і т.п.

Контрольні обстеження проводять 1 раз на місяць в інтенсивну фазу і 1 раз в 2 місяці в підтримуючу фазу лікування. Обсяг рентгенологічного, лабораторного, бактеріологічного обстеження та туберкулінодіагностику, а також строки спостереження та лікувальні заходи проводять в об'ємі хворих категорії 1.

Критерії ефективності лікування та строки спостереження ті, що в категорії 1.

Категорія 3 – включає хворих на вперше діагностований обмежений (менше 2 сегментів) ТБ легень без бактеріовиділення та хворих на вперше діагностований позалегеневий ТБ, яких не включили до I категорії. До цієї категорії відносять дітей з ТБ інтоксикацією, ТБ внутрішньогрудних лімфатичних вузлів або первинним ТБ комплексом та у фазі кальцинації у разі збереженої активності процесу.

Контрольні обстеження проводять 1 раз в місяць в інтенсивну фазу і 1 раз в 2 місяці в підтримуючу фазу лікування в об'ємі аналогічному категорії 1. Критерії ефективності лікування: вилікування, завершення основного курсу протитуберкульозної терапії.

Критерії ефективності лікування та строки спостереження ті, що в категорії 1.

Категорія 4 – включає хворих на хронічний туберкульоз різної локалізації незалежно від бактеріовиділення.

Строки обстеження: в період загострення лабораторні аналізи проводять як хворим 1 категорії, в період ремісії аналізи крові і сечі роблять 1 раз в 3-6 місяці; рентгенограми, томограми при локальних формах ТБ в інтенсивну фазу лікування 1 раз в 2 місяці, в підтримуючу фазу 1 раз в 3 місяці і в фазу ремісії 1 раз в 6 місяців; аналіз мокроти на МБТ при взятті на облік проводять 3-разово методом бактеріоскопії і 3-разово культуральним методом з визначенням чутливості МБТ до ПТП, потім кожен місяць 2-разове аналітичне дослідження мокроти до припинення виділення МБТ, потім протягом 3 місяців кожен місяць 2-разове обстеження. В період ремісії аналіз мокроти на МБТ проводять кожні 3-6 місяців методом бактеріоскопії, при необхідності культуральним.

Термін спостереження без обмеження. Лікувальні заходи проводять за індивідуальним режимом.

Категорія 5 Група 5.1 – особи із залишковими змінами після вилікування ТБ різної локалізації.

Контрольні обстеження проводять в перший рік спостереження 1 раз в 6 міс: рентгенографія ОГК, лабораторні дослідження і аналіз мокроти на МБТ, туберкулінові проби дорослим проводять за показанням, дітям 1 раз на рік. За умов зниження опірності організму проводять протирецидивне лікування. Дітям при протирецидивному лікуванні аналіз крові і сечі проводять щомісяця. В наступні роки обстеження проводиться не менше 1 разу на рік.

Термін ДО осіб з малими залишковими змінами 3 роки, з великими – 10 років, осіб з туберкульозами розмірами більше 4 см, поширеним цирозом легень – довічно, а дітей та підлітків з ЗЗТБ – до 18-річного віку.

Група 5.2 – особи, які мають контакти з хворими на ТБ, що виділяють МБТ, а також з хворими на ТБ тваринами. Для дітей та підлітків також з хворими на активний ТБ.

Контрольні обстеження: рентгенографічне – 1 раз в 6 місяців дорослих і неінфікованих дітей, інфікованих дітей – 2 рази на рік (до 3 років 1 раз на рік), аналіз крові і сечі дорослим 1 раз в 6 міс, дітям 1 раз в 3-6 місяців, при хіміопрофілактиці – щомісячно; аналіз мокроти на МБТ дорослим при підозрі на захворювання на ТБ, дітям неінфікованим – 1 раз в 6 міс методом мікроскопії мазка; туберкулінові проби - 1 раз на рік..

Термін спостереження осіб цієї групи проводять весь період контактів і ще 1 рік після їх припинення.

Проводять заходи оздоровлення епідемічного осередку ТБ інфекції, хіміопрофілактику і ревакцинацію БЦЖ неінфікованих дітей.

Група 5.3.- дорослі з туберкульозними змінами невизначеної (сумнівної) активності.

Рентгенологічне (рентгенографія, томографія) обстеження, аналіз мокроти на МБТ проводять при взятті на облік, далі 1 раз в 2 міс, аналізи крові і сечі - 1 раз в міс, туберкулінові проби - при взятті на облік. При встановленні активності проводять лікування за Кат.3. При неактивних змінах проводять хіміопрофілактику 2 ПТП на протязі 3 міс і переводять в групу 5.1.

Термін спостереження 3 місяці (до визначення активності).

Група 5.4. – діти та підлітки, що інфіковані ТБ та з груп ризику (віраж туберкулінових проб, гіперергічна реакція на туберкулін, збільшення папули на 6 мм в пробі Манту за рік, хронічні соматичні

захворювання). В цю групу відносять дітей, що не були щеплені вакциною БЦЖ на 3 день народження або мають ускладнення після вакцинації БЦЖ.

Термін спостереження 1 рік. При збереженні гіперергічної реактивності на туберкулін та наявності хронічних ХНЗЛ термін спостереження 2 роки.

Контрольна рентгенографія, томографія, аналіз мокроти на МБТ (бактеріоскопія) проводять при взятті і знятті з обліку. Аналіз крові і сечі проводять 1 раз в 6 міс, під час хіміопрофілактики – 1 раз в місяць. При взятті на облік проводять одноразовий курс хіміопрофілактики протягом 3 міс 2 ПТП. При збереженні гіперергічної реактивності курс хіміопрофілактики продовжують ще на 3 міс.

Діти, що не були щеплені в період новонародження підлягають обстеженню не менше 1 разу в 3 міс, до проведення вакцинації. Їх оздоровлення проводять в санаторних садиках-яслях, школах-інтернатах. Термін спостереження до проведення вакцинації.

Діти з післявакцинними ускладненнями підлягають обстеженню не менше 1 разу в 3 міс. Хіміопрофілактику їм проводять диференційовано. Термін спостереження 1 рік.

Група 5.5. – діти і підлітки, у яких потрібно уточнити етіологію чутливості до туберкуліну (після вакцинна чи інфекційна) або провести диференціальну діагностику змін в легенях та інших органах, а також у разі наявності ТБ змін в органах дихання невизначеної активності.

Обстеження за показаннями.

Лікування проводять 2-4 міс з повним обстеженням для вирішення питання етіології чи активності процесу.

Термін спостереження до 6 міс.

План і організаційна структура навчального заняття

№ п/п	Етапи заняття	Розподіл часу	Види контролю	Засоби навчання
1.	Підготовчий етап	9,5% 20 хвилин	Письмове тестування	
1.1	Організаційні питання	5 хвилин		
1.2	Формування мотивації	5 хвилин		
1.3	Контроль початкового рівня підготовки	10 хвилин		
2.	Основний етап	76,2% 160 хвилин	Усне опитування, практичні завдання.	Підручники, посібники, довідники, методичні рекомендації, матеріали лекцій, таблиці, результати досліджень (рентгенограми, томограми), результати аналізів та обстежень, тематичні хворі.
2.1	Самостійна робота з методичними рекомендаціями	45 хвилин		
2.2	Усне опитування з теми	65 хвилин		
2.3	Інтерпретація результатів аналізів та обстежень	25 хвилин		
2.4	Курація тематичного хворого	25 хвилин		
3.	Заклучний етап	14,3% 30 хвилин	Ситуаційні задачі.	
3.1	Контроль кінцевого рівня підготовки	15 хвилин		
3.2	Загальна оцінка навчальної діяльності студента	10 хвилин		
3.3	Інформування студентів про тему наступного заняття	5 хвилин	Підсумковий модульний контроль	

Методика організації навчального процесу на практичному занятті.

Підготовчий етап.

Профілактика туберкульозу (ТБ) – це комплекс заходів направлених на попередження та розповсюдження ТБ. Перш за все це загальнодержавна справа, в якій основна виконуюча роль належить медичним працівникам. Питання профілактики ТБ стосується кожної людини, сім'ї. Тому знання основ профілактики ТБ сприятимуть попередженню виникнення ТБ.

Основний етап.

Включає самостійну роботу студентів з методичними рекомендаціями, усне опитування з теми, інтерпретацію результатів аналізів та обстежень хворих на туберкульоз, курацію тематичного хворого.

Заключний етап.

Провести кінцевий тестовий контроль, проаналізувати успішність і оцінити діяльність кожного студента. Проінформувати студентів про тему наступного заняття і методичні рекомендації щодо підготовки до нього.

Додатки (тестові завдання, ситуаційні задачі, контрольні питання, тощо): див. методичні вказівки для самостійної роботи студентів

Література

Основна:

1. Лекційний матеріал професора Дужого І.Д.
2. Фтизіатрія: нац. підруч. / В.І.Петренко, Л.Д.Тодоріко, Л.А.Гришук та ін.; за ред. В.І.Петренка. – К.: ВСВ «Медицина», 2015. – 472 с.
3. Фтизіатрія. Підручник /За ред. проф. В. І. Петренка.-Вінниця: «Нова книга», 2006.- 503 с.
4. Перельман М.И. Туберкулез. Учебник для студентов мед. институтов. – М., 1990.
5. Пилипчук Н.С. Туберкулез. – М., 1998.
6. Савула М.М., Ладний О.Я. Туберкульоз: Підручник. – Тернопіль: Укрмедкнига, 1998. – 324 с.
7. Феценко Ю.І., Мельник В.М. Організація протитуберкульозної допомоги населенню - К.: Здоров'я, 2006. – 654 с.
8. Феценко Ю.І., Мельник В.М. Сучасні методи в діагностиці туберкульозу. – К.: Здоров'я, 2002.
9. Фтизіатрія. Підручник. За редакцією В.І. Петренка. – Вінниця: Нова книга, 2006. – 504 с.
10. Циганенко А.Я., Зайцева С.І. Фтизіатрія. Підручник для студентів вищих навчальних закладів. – Харків: Факт, 2004. – 390 с.
11. В.І. Зозуляк .Фтизіатрія. Підручник.- Івано-Франківськ.- 2000. – 100 с.

Додаткова:

1. Наказ МОЗ України від 04.09.2014 № 620 "Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при туберкульозі
2. Феценко Ю.И. Ситуация с туберкулезом в Украине // Doctor. – 2002. – №4. – С. 11-14.
3. Феценко Ю.І.; Мельник В.М. Сучасна стратегія боротьби з туберкульозом в Україні: [Виробниче видання]. – К.: Здоров'я, 2007. – 664 с.
4. Феценко Ю.И., Мельник В.М. Фармако-терапевтический справочник пульмонолога и фтизиатра – К.: Здоров'я, 2004. – 200 с.
5. Феценко Ю.І.; Мельник В.М. Фтизіоепідеміологія – К.: Здоров'я, 2004. – 624 с.
6. Феценко Ю.І.; Мельник В.М., Коблянська А.В. Хіміорезистентний туберкульоз – К.: Здоров'я, 2003. – 136 с.

