

Ю.І. Феценко, академік НАМН України, д.м.н., професор, С.О. Черенько, д.м.н., професор, ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України», м. Київ

Уніфікований клінічний протокол «Туберкульоз»: завдання для закладів, які надають первинну і вторинну неспеціалізовану (непротитуберкульозну) медичну допомогу

Україна посідає друге місце після Російської Федерації серед країн Європейського регіону за тягарем туберкульозу. 2012 року захворюваність на туберкульоз, його поширеність та смертність від цієї недуги в Україні становили відповідно 68,1, 141,5 та 15,2 випадків на 100 тис. населення. За оцінками ВООЗ, в Україні мультирезистентну форму мають 16% хворих з новими та 44% – з повторними випадками туберкульозу, що у наш час становить близько 10 500 осіб. У країні реєструються випадки майже невеликого туберкульозу з розширеною медикаментозною резистентністю, кількість яких стрімко збільшується. Одночасно із зростаючою епідемією ВІЛ/СНІДу, що має тенденцію до генералізації через статевий шлях передачі, швидко зростає і частка пацієнтів із коінфекцією «туберкульоз/ВІЛ-інфекція» (ТБ/ВІЛ), кількість яких у 2012 році становила 15,3% від загального числа хворих з новими випадками туберкульозу. Особливу небезпеку становить поєднання мультирезистентного туберкульозу з ВІЛ-інфекцією.

Високий рівень захворюваності та поширення його мультирезистентної форми зумовлені, насамперед, неефективністю заходів, спрямованих на переривання ланцюга передачі туберкульозної інфекції, через недосконалість системи охорони здоров'я щодо виявлення, діагностування звичайного, мультирезистентного туберкульозу та коінфекції ТБ/ВІЛ. Українська система охорони здоров'я характеризується високими рівнями вертикалізації, у якій різні паралельні структури надають спеціалізовані послуги одному пацієнту з декількома захворюваннями (туберкульоз, ВІЛ-інфекція, наркоманія). На сьогодні механізми співпраці між різними службами недостатні, що призводить до несвочасної діагностики туберкульозу у ВІЛ-інфікованих, низької ефективності лікування поєднаних захворювань. Відсутність підходу у веденні випадку туберкульозу, що орієнтований на хворого через існуючу систему фінансування закладів на ліжку, а не на медичні послуги; перевага стаціонарного лікування над амбулаторним і тривале перебування в умовах стаціонару хворих на туберкульоз замикають хибне коло щодо розповсюдження інфекції через внутрішньолікарняне зараження.

З огляду на це був переглянутий Закон про боротьбу із захворюванням на туберкульоз і затверджено нову редакцію від

19.04.2012 (із змінами, внесеними Законом України від 22.03.2012 № 4565 «Про внесення змін до Закону України «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз»). У нову редакцію Закону введено поняття про інфекційний контроль за туберкульозом у лікувально-профілактичних закладах, місцях довгострокового перебування людей та проживання хворих на туберкульоз; регламентовано те, що лікування може проводитися в першу чергу амбулаторно, також в умовах стаціонару і вдома у разі відмови пацієнта від госпіталізації, тобто медична допомога орієнтована більш на пацієнта, ніж на медичний заклад.

Усі ці положення Закону мають втілюватися у підзаконних актах, насамперед у клінічних протоколах. З огляду на проблеми, які заважають узяти під контроль епідемію туберкульозу, було розроблено новий Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Туберкульоз» (УКПМД), який включає питання ведення випадку звичайного і хіміорезистентного туберкульозу у дорослих і дітей на всіх рівнях надання медичної допомоги.

УКПМД був розроблений відповідно до міжнародних стандартів, основним принципом яких є використання найкращих світових практик на принципах доказової медицини. При підготовці

УКПМД використовувалися сучасні підходи і вимоги до створення медико-технологічних документів, а саме описувальник AGREE (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation) для експертизи усіх існуючих клінічних настанов/рекомендацій щодо їх відповідності вимогам доказової медицини. Процес розробки клінічних настанов є тривалим і вартісним, тому в розвинутих країнах засновані наукові центри щодо їх підготовки. Найбільш відомими є G-I-N www.g-i-n.net (Міжнародна мережа з питань розробки та впровадження клінічних настанов), SIGN www.sign.ac.uk (Шотландська міжколегіальна мережа розробників клінічних рекомендацій), NICE www.nice.org.uk (Національний інститут здоров'я і клінічної досконалості), U.S. National Guideline Clearinghouse www.guideline.gov (Національна база даних існуючих клінічних рекомендацій США) та ін. База клінічних рекомендацій є доступною для всіх, документи не дублюються, що дозволяє раціонально використовувати обмежені ресурси систем охорони здоров'я багатьох країн світу.

Для країн, які не мають власних центрів з розробки клінічних настанов, прийнятним є шлях їх адаптації до організаційних засад надання медичної допомоги національної системи охорони здоров'я. Саме таким шляхом завдяки доказам створювалась українська адаптована клінічна настанова «Туберкульоз», яка стала основою одноіменного УКПМД. Українські фахівці-експерти за опитувальником AGREE провели аналіз існуючих клінічних настанов і рекомендацій у сфері туберкульозу і відібрали документи, в яких рекомендації щодо виявлення, діагностики, лікування і профілактики туберкульозу спираються на клінічні дані з високим рівнем доказовості. В основу української настанови покладено настанову Британського національного інституту здоров'я і клінічної досконалості, рекомендації якої за рівнем доказовості значно перевищували рекомендації ВООЗ (NICE 117 Clinical diagnosis and management of tuberculosis, and measures for its prevention and control, 2011). Із документів ВООЗ та світових асоціацій лікарів узяті рекомендації, які не були представлені в Британській настанові. Отже, в українську настанову були включені рекомендації з British HIV Association guidelines for the treatment of TB/HIV coinfection, 2011; WHO Guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis, 2008; WHO Guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis, 2011; WHO



Ю.І. Феценко



С.О. Черенько

Rapid advice: treatment of tuberculosis in children, 2010; WHO Rapid implementation of the Xpert MTB/RIF diagnostic test, 2011; HO Treatment of tuberculosis: guidelines – 4th ed., 2009; WHO Guidance for national tuberculosis programmes on the management of tuberculosis in children, 2006, та ін.

Розроблений УКПМД «Туберкульоз» за своєю формою, структурою та методичним підходом щодо використання вимог доказової медицини створено відповідно до наказу МОЗ України № 751 від 28.09.2012, зареєстровано в Міністерстві юстиції за № 2001/22313, 2002/22314, 2004/22315, 2004/22316 від 29.11.2012, № 795/75 від 03.11.2009 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України» і затверджено наказом МОЗ України № 1091 від 21.12.2012.

Протокол чітко регламентує обсяг заходів щодо виявлення, діагностики, лікування, профілактики туберкульозу для закладів, які надають первинну, вторинну неспеціалізовану і вторинну, третинну спеціалізовану (протитуберкульозну) допомогу.

Це перший клінічний протокол у галузі фтизіатрії, у якому передбачена не лише спеціалізована (протитуберкульозна) медична допомога хворим на туберкульоз. Необхідність такого удосконалення зумовлена насамперед тим, що виявлення туберкульозу проводиться в лікувальних установах первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) і в інших медичних закладах, куди населення звертається за медичною допомогою у разі захворювання. Лікарі цих установ є першими медичними працівниками, які зіштовхуються із хворими на туберкульоз. Тому тільки на них покладено завдання визначити контингент пацієнтів із підозрою на туберкульоз для їх подальшого обстеження з метою діагностики захворювання. Своєчасна діагностика, ізоляція хворих на туберкульоз із бактеріовиділенням, організація та проведення лікування – основні елементи первинної профілактики захворювання,

Продовження на стор. 24.

Таблиця 1. Симптомокомплекси, що вимагають обов'язкового обстеження на туберкульоз

Бронхолегеневі симптоми	Симптоми інтоксикації, які тривають понад 2 тиж
Кашель сухий або з виділенням мокротиння понад 2 тиж	Фебрильна, субфебрильна температура
Біль у грудній клітці, що пов'язаний із диханням	Схуднення, втрата апетиту, підвищена пітливість
Кровохаркання, легенева кровотеча	Слабкість

Таблиця 2. Скринінгова анкета для виявлення людей, що потребують обстеження на туберкульоз

№ п/п	Запитання	Так*	Ні
1.	Чи є у вас кашель або покашлювання, які тривають понад 2 тижні?		
2.	Чи помітили ви останнім часом підвищену втомлюваність та слабкість?		
3.	Чи є у вас підвищена пітливість, особливо вночі?		
4.	Чи змінилася вага вашого тіла з невизначених причин?		
5.	Чи є у вас протягом останнього часу підвищення температури тіла, має значення навіть незначне підвищення – до 37-37,2 °C?		
6.	Чи є у вас задишка при незначному фізичному навантаженні?		
7.	Чи турбує вас іноді біль у грудній клітці?		
8.	Чи мали ви контакт із хворим на туберкульоз протягом останніх 6 місяців?		
9.	Чи маєте ви хронічне захворювання шлунково-кишкового тракту, діабет або інше захворювання, що призводить до зниження імунітету?		
10.	Чи мали ви протягом останніх 3 місяців серйозний стрес (смерть близької людини, розлучення, втрата роботи тощо)?		

* Відповідь «так» на більш ніж три запитання та відповідь «так» на хоча б одне з перших 8 запитань означає, що пацієнта необхідно обстежити на туберкульоз. (Ви мусите обстежитися на туберкульоз негайно, тому що немає жодної поважної причини ризикувати здоров'ям та життям.)

Ю.І. Феценко, академік НАМН України, д.м.н., професор, С.О. Черенько, д.м.н., професор, ДУ «Національний інститут фізичної та пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України», м. Київ

Уніфікований клінічний протокол «Туберкульоз»: завдання для закладів, які надають первинну і вторинну неспеціалізовану (непротитуберкульозну) медичну допомогу

Продовження. Початок на стор. 23.

яка спрямована на попередження інфікування мікобактеріями туберкульозу здорових осіб.

Згідно з УКПМД виявлення туберкульозу закладами ПМСД здійснюється двома шляхами:

- пасивне виявлення ТБ — у випадку звернення громадян у медичні заклади за будь-якою медичною допомогою при наявності симптомів, що можуть свідчити про ТБ (табл. 1), або шляхом проведення скринінгового анкетування на ТБ (табл. 2);

- активне виявлення в групах ризику щодо захворювання на туберкульоз шляхом застосування скринінгового флюорографічного обстеження дорослих і туберкулінодіагностики у дітей в групах ризику та всіх дітей віком від 4 до 14 років 1 раз на рік, флюорографічного обстеження підлітків у 15 і 17 років.

Первинна діагностика туберкульозу відбувається в закладах ПМСД.

Для первинної профілактики туберкульозу лікарі закладів ПМСД зобов'язані виконувати такі заходи:

- Виявляти осіб, які мають симптоми, що вимагають обов'язкового обстеження на ТБ (продуктивний кашель із виділенням мокротиння, що триває понад 2 тижні, втрата маси тіла, підвищення температури тіла, потіння вночі, кровохаркання, біль у грудній клітці).

- Формувати, щорічно переглядати групи ризику серед дорослого (табл. 3) та дитячого населення щодо захворювання на ТБ (табл. 4) та організувати проведення в них скринінгових рентгенологічних обстежень і туберкулінодіагностики.

- Організувати доставку хворих із позитивним мазком мокротиння для ізоляції в спеціалізований протитуберкульозний заклад на період дообстеження.

- Проводити вакцинацію БЦЖ (якщо вона не була проведена в пологовому будинку), а також ревакцинацію у дітей віком 7 років (вакцинацію у 14 років відмінено).

- Здійснювати облік та динамічне спостереження (клінічний скринінг та туберкулінодіагностику) за дітьми, які не були вакциновані при народженні.

- Спостерігати за новонародженими з осередків туберкульозної інфекції.

- Проводити активне виявлення випадків ТБ та латентної туберкульозної інфекції у дітей в умовах епідемії туберкульозу: щорічна туберкулінодіагностика (проба Манту з 2 ТО) проводиться практично здоровим дітям віком від 4 до 14 років, у першу чергу — у групах ризику захворювання на ТБ. В організованих колективах туберкулінодіагностика (проба Манту) проводиться спеціально навченим медичним персоналом установи або бригадним методом, якому варто надавати перевагу. Дітям, які не відвідують навчальні заклади, пробу Манту з 2 ТО проводять у кабінетах щеплень лікувально-профілактичних закладів.

- Направляти дітей до фізичного, якщо результати проби Манту не дозволяють зробити остаточний висновок щодо наявності латентної туберкульозної інфекції.

- Організувати профілактичне обстеження шляхом променевої діагностики дітям віком від 15 років. Повторне обстеження дітей підліткового віку проходить у 17 років (школярів — перед закінченням школи). З метою мінімізації променевого навантаження варто проводити профілактичні рентгеновські обстеження дітей підліткового віку, максимального використовуючи наявні в області (місті) рентгеновські апарати з цифровою обробкою зображення. До планів профілактичних рентгеновських обстежень не включаються діти до 15 років та вагітні жінки.

- Надавати інформацію населенню щодо раннього виявлення, профілактики та симптомів ТБ, особливо груп ризику.

Первинна діагностика туберкульозу відбувається в закладах ПМСД і вторинної (неспеціалізованої) медичної допомоги після виявлення осіб з підозрою на

туберкульоз пасивним або активним шляхом (виявлено зміни в легенях під час профілактичного рентгенологічного обстеження).

Для первинної діагностики туберкульозу застосовують такі методи:

1. Цілеспрямований збір анамнезу: за прямими ознаками (є відомості про наявність хворого на ТБ в оточенні або хворих на ТБ тварин); за непрямими ознаками (наявність осіб, що кашляють; наявність у родині осіб із хронічними бронхолегеневими захворюваннями; випадків смерті від легеневого захворювання; літніх людей із залишковими посттуберкульозними змінами; осіб, звільнених з місць позбавлення волі, осіб, що страждають на алкоголізм, наркоманію; осіб, які тимчасово проживають у родині, з регіонів, неблагополучних щодо ТБ).

2. Визначення скарг, що відповідають інтоксикаційному і бронхолегенево-плевральному синдрому.

3. Фізикальне обстеження: огляд, перкусія, пальпація, аускультация.

4. Проведення проби Манту з 2 ТО в стандартному розведенні для виявлення хворих на ТБ дітей.

5. Променева діагностика: забезпечити направлення на рентгенологічне/флюорографічне обстеження органів грудної порожнини для дорослих та неповнолітніх осіб.

6. Дослідження мокротиння методом мікроскопії мазка: забезпечити 2-разовий збір і транспортування мокротиння в лабораторію з мікробіологічної діагностики ТБ І рівня (пункт мікроскопії мокротиння) для дослідження на кислотостійкій бактерії (КСБ) методом мікроскопії мазка (у разі наявності кашлю). Лікар/фельдшер повинен пояснити пацієнту правила збирання мокротиння і домогтися правильного виконання цієї процедури під контролем медичного працівника. Потрібно одержувати спонтанно виділене мокротиння; в іншому разі слід використовувати індукцію мокротиння, або скеровувати хворого на другий рівень медичної допомоги для отримання бронхоальвеолярного лаважу (у дітей, які не можуть відхаркати мокротиння, варто застосувати індукцію мокротиння, якщо це можна зробити безпечно, або — шлункові змиви).

5. Негайне забезпечення ізоляції для дообстеження у протитуберкульозному закладі хворого в разі отримання позитивного результату дослідження мазка мокротиння на КСБ.

6. Направлення до фізичного пацієнтів у разі виявлення у них на рентгенограмі порожнин розпаду, дрібно-вогнищевої дисемінації для дообстеження.

7. Проведення терапії антибіотиками широкого спектра дії пацієнтам із підозрою на туберкульоз у разі виявлення інфільтративних або вогнищевих змін на рентгенограмі легень із негативними мазками мокротиння (за виключенням рифампіцину, аміноглікозидів і фторхінолонів) до 2 тижнів. У разі відсутності позитивної динаміки на контрольній рентгенограмі пацієнта негайно скеровують до фізичного. Протипоказання до застосування фторхінолонів стосуються лише пацієнтів із підозрою на туберкульоз. Якщо на прийом з'явився пацієнт із класичними проявами негоспітальної пневмонії, то препаратом вибору для її лікування є респіраторні фторхінолоні.

8. Направлення до фізичного пацієнтів, у тому числі дітей, при підозрі на позалегенові форми ТБ.

9. Направлення на консультацію до дитячого фізичного:

- у яких встановлено контакт із хворою на ТБ людиною або твариною (як тісний сімейний або квартирний контакт, так і випадковий), незалежно від терміну попереднього обстеження на ТБ;

- зі встановленим фактом «віражу» за результатами проби Манту (ранній період первинної туберкульозної інфекції);

- з гіперергічними реакціями на пробу Манту з 2 ТО незалежно від наявності факторів ризику щодо захворювання на ТБ;

- з наростанням розмірів папули на пробу Манту з 2 ТО на 6 мм і більше, незалежно від розміру реакції й від наявності факторів ризику щодо захворювання на ТБ;

- з поступовим наростанням чутливості до туберкуліну протягом декількох років, незалежно від наявності факторів ризику щодо захворювання на ТБ;

- з монотонною чутливістю до туберкуліну в поєднанні з двома й більше неспецифічними факторами ризику щодо захворювання на ТБ, які не були обстежені у фізичного;

- інфікованих МБТ із хронічними захворюваннями різних органів і систем при плановій щорічній диспансеризації з приводу основного процесу або при неефективності проведених традиційних методів лікування;

- інфікованих МБТ при тривалому прийомі (більше місяця) цитостатичних, глюкокортикоїдних препаратів, імунодепресантів;

- з ВІЛ-інфекцією або з перинатальним контактом щодо ВІЛ-інфекції — при плановій щорічній диспансеризації з приводу основного процесу;

- із симптомами, схожими на ТБ, — для проведення диференціальної діагностики ТБ й нетуберкульозних захворювань (кашель, що триває понад

Таблиця 3. Групи ризику щодо захворювання на туберкульоз дітей

Групи ризику	
Діти й підлітки в ранньому періоді первинної туберкульозної інфекції (віраж туберкулінових реакцій), незалежно від вираженості реакції на пробу Манту з 2 ТО та від наявності факторів ризику щодо захворювання на ТБ	Діти й підлітки, інфіковані МБТ, з наростанням туберкулінової чутливості (збільшення розмірів реакції за результатами проби Манту з 2 ТО на 6 мм і більше протягом року незалежно від її розміру й від наявності факторів ризику щодо захворювання на ТБ)
Діти і підлітки, інфіковані МБТ, з гіперергічною реакцією на туберкулін незалежно від наявності факторів ризику щодо захворювання на ТБ	Діти й підлітки з монотонною чутливістю до туберкуліну (монотонно-позитивні проби Манту) в поєднанні з іншими факторами ризику щодо захворювання на ТБ, які раніше не обстежувалися у фізичного
Діти та підлітки з поступовим наростанням чутливості до туберкуліну протягом декількох років незалежно від наявності факторів ризику щодо захворювання на ТБ	Діти, які мають позитивну або сумнівну реакцію внутрішньошкірної проби з антигеном туберкульозним рекомбінантним (АТР)
Діти, які не були щеплені БЦЖ у період новонародженості	Діти, які мають контакт із хворою на ТБ людиною або твариною (як тісний сімейний або квартирний контакт, так і випадковий)
Діти, інфіковані МБТ, із хронічними захворюваннями різних органів і систем при плановій щорічній диспансеризації з приводу основного процесу або при неефективності проведених традиційних методів лікування	Діти, інфіковані МБТ з первинним та вторинним імунодефіцитом, при тривалому прийомі (більше місяця) цитостатичних, глюкокортикоїдних препаратів, імунодепресантів
ВІЛ-інфіковані діти та діти з перинатальним контактом щодо ВІЛ-інфекції	Діти, інфіковані МБТ, із соціальними факторами ризику

Збір мокротиння для дослідження методом мікроскопії:

- мокротиння збирається у стерильні (бажано одноразові пластикові) контейнери із широкою горловиною та кришкою, що закручується;
- мокротиння збирається в відкритому повітрі або у спеціальному приміщенні для збору мокротиння (тільки за умови його оснащення примусовою вентиляцією з 6-разовим обміном повітря на годину), бажано рано вранці;
- перший аналіз мокротиння пацієнт збирає та здає під час відвідування лікувального закладу;
- пацієнту видається контейнер додому (для другого аналізу), щоб він зібрав мокротиння вранці;
- другий аналіз мокротиння, зібраного вранці, пацієнт приносить із дому.

Якісні мазки мокротиння отримують із матеріалу, який доставляється в лабораторію зразу ж після його збирання. Зібраний матеріал до доставки в лабораторію має зберігатися в холодильнику. Період зберігання + транспортування мокротиння в лабораторію не має перевищувати 3-4 дні. Більш тривале зберігання не рекомендується, оскільки вірогідність отримання правильного результату значно знижується.

2 тижні, наявність інтоксикаційного симптомокомплексу неясного генезу, поліаденія периферичних лімфатичних вузлів (особливо у туберкулінопозитивних осіб), втрата маси тіла, підвищення температури тіла, пропотівання вночі, кровохаркання, біль у грудній клітці;

- інфікованих МБТ, із соціальних груп ризику.

10. Попередня діагностика ускладнень БЦЖ та направлення до дитячого фтизіатра.

У разі неможливості проведення лікарем ЗП-СЛ/дільничним терапевтом чи педіатром, фельдшером ФАПу будь-яких методів діагностики – термінове скерування пацієнта на другий рівень медичної допомоги та/або до фтизіатра.

В закладах вторинної неспеціалізованої медичної допомоги, крім цих методів, для первинної діагностики туберкульозу застосовують також:

11. Культуральне і мікроскопічне дослідження на туберкульоз біопсійного, аспіраційного, аутопсійного матеріалу, приготування відбитків лімфатичних вузлів або біопсійного матеріалу для мікроскопії на КСБ. Матеріал або відбитки транспортують до лабораторії з мікробіологічної діагностики ТБ I та/або II рівня.

12. Гістологічне дослідження біопсійного матеріалу уражених органів на ТБ (лімфовузли; гній, який аспірований із лімфовузлів; плевральний біоптат; хірургічний зразок; матеріал, який узяті під контролем рентгенологічного обстеження). Скерування гістологічних зразків на консультацію до спеціалізованих закладів (у разі підозри на ТБ).

Наступним завданням для закладів ПМСД є проведення лікування. Децентралізація лікування хворих на туберкульоз і акцент на амбулаторному лікуванні – необхідні умови для забезпечення його безперервності та попередження розповсюдження внутрішньолікарняної туберкульозної інфекції, у першу чергу мультирезистентного туберкульозу. У закладах ПМСД за місцем проживання проводиться контрольоване лікування на підтримувальному етапі основного курсу хіміотерапії, коли хворий вже стає незаразним, під контролем фтизіатра. Лікування хворих на ТБ у дітей і підлітків має здійснюватися під контролем фтизіопедіатра за тими ж принципами, що й у дорослих, та з урахуванням вікових особливостей. Хворі з обмеженими формами ТБ без

бактеріовиділення можуть лікуватися амбулаторно протягом усього основного курсу антимікобактеріальної терапії за умови забезпечення чіткої контрольованості лікування. Протягом амбулаторного лікування лікар ПМСД сприяє організації необхідної соціальної підтримки хворих на ТБ, яка мотивує їх до дотримання режиму лікування та завершення повного курсу протитуберкульозної хіміотерапії.

Лікування хворих на ТБ з бактеріовиділенням вдома можливе лише за умов наявності окремої кімнати для хворого на ТБ, відсутності у квартирі дітей віком до 18 років та дотримання правил інфекційного контролю вдома.

Районний фтизіатр, який лікує і спостерігає пацієнта, має передати лікарю ЗП-СЛ/дільничному терапевту чи педіатру, медичному працівнику закладу ПМСД необхідні препарати на місяць, які будуть зберігатись у старшій медичній сестри/фельдшера закладу ПМСД, і індивідуальну карту обліку хворого (ТБ01), у якій медична сестра лікаря ЗП-СЛ/дільничного терапевта чи педіатра, фельдшер ФАПу відмічає щоденно, крім вихідних днів, приймання хворим на ТБ протитуберкульозних препаратів у своїй присутності. Лікар ЗП-СЛ/дільничний терапевт чи педіатр, медичний працівник закладу ПМСД забезпечує організацію лікування в дозах, призначених фтизіатром. Препарати приймаються перорально за один прийом або за призначенням фтизіатра. Прийом препаратів проводиться в умовах DOTS-кабінетів (кабінет контрольованого лікування), стаціонару на дому або за допомогою куратора (медичний працівник, соціальний працівник, волонтер, член родини тощо). Використання ДОТ (прийому протитуберкульозних препаратів під безпосереднім контролем з боку медичного працівника) зазвичай не є необхідним у веденні всіх випадків активного ТБ. Для всіх пацієнтів варто проводити оцінку ризиків щодо дотримання режиму лікування, і застосування ДОТ слід розглядати для пацієнтів, які мають в оцінці ризиків негативні фактори, зокрема для бездомних людей з активною формою ТБ, які живуть на вулиці або у притулках; для пацієнтів з імовірним поганим дотриманням режиму лікування, зокрема тих, у кого в анамнезі є факти недотримання режиму лікування. Використовують різні

форми втручання з метою покращення дотримання режиму лікування ТБ, якщо пацієнт його порушує: листи-нагадування; медично-просвітні консультації; бесіда, орієнтована на пацієнта, та інформаційно-освітній буклет; відвідування вдома; щоденник пацієнта; допомога або поради щодо того, як отримувати соціальну допомогу, житлові та соціальні послуги.

Одним із шляхів забезпечення безперервності лікування для пацієнтів із низькою прихильністю до лікування є призначення індивідуального куратора. Куратор має проводити навчання та залучення пацієнта з ТБ до лікування, формувати прихильність до нього на амбулаторному етапі. Якщо лікування проводиться в умовах ДОТ, застосовуються способи пом'якшення фінансових і психосоціальних факторів, які можуть погіршити дотримання режиму лікування, зокрема щодо стабільного житла, витрат на препарати та транспорт. Умови лікування і його періодичність варто організувати так, щоб лікування було якомога зручнішим для хворого на ТБ. Хворий на ТБ та призначений йому куратор мають брати участь у прийнятті рішення з цього питання. ДОТ слід підтримувати частими контактами з куратором. Пацієнтам з високою прихильністю до лікування препарати можуть видаватися на руки на термін до 10 діб (з відповідною відміткою у формі ТБ-01).

Якщо пацієнт протягом 2-3 днів не з'явився на прийом, медична сестра має повідомити лікаря ЗП-СЛ/дільничного терапевта чи педіатра, а він, у свою чергу, повідомити про такий випадок районного фтизіатра і сприяти розшуку пацієнта. Щомісячно пацієнт, який одержує контрольоване лікування в закладах ПМСД, має бути скерований до районного фтизіатра для контролю ефективності терапії і моніторингу побічних реакцій. Якщо виникли побічні реакції під час лікування, лікар ЗП-СЛ/дільничний терапевт чи педіатр негайно направляє пацієнта до районного

там, які мали в анамнезі ТБ. Лікар ПМСД має консультувати всіх хворих на ТБ стосовно необхідності посиленого харчування, збагаченого білками, поліненасиченими жирними кислотами, вітамінами, мінералами.

Важливим завданням для закладів ПМСД і вторинної неспеціалізованої (непротитуберкульозної) медичної допомоги є обстеження на туберкульоз за визначеним алгоритмом (рис.) і проведення хіміопрофілактики особам, яким планується призначення імуносупресивної терапії (глюкокортикоїдів у високих дозах на тривалий час, цитостатиків, інгібіторів фактора некрозу пухлин пацієнтам, які мали в анамнезі ТБ або захворювання на ВІЛ-інфекцію після вилікування ТБ).

Профілактика проводиться ізоніазидом 0,3 г (або 5 мг/кг маси тіла) 1 раз на добу протягом 6 міс раз на рік на тлі проведення біологічної терапії з блокувальними факторами некрозу пухлин. У разі проведення інших видів супресивної терапії одним курсом профілактичне лікування застосовують один раз на тлі цієї терапії.

Для забезпечення високої якості медичної допомоги впровадження затверджених клінічних протоколів здійснюється шляхом розробки і затвердження локального протоколу медичної допомоги й маршруту пацієнта. При підготовці локальних протоколів медичної допомоги і клінічного маршруту пацієнта, заклади ПМСД і вторинної неспеціалізованої допомоги мають закладати заходи з виявлення, діагностики, лікування, профілактики туберкульозу, які на них покладені (наказ МОЗ України № 751 від 28.09.2012) із зазначенням посади лікарів, які відповідальні за питання туберкульозу, визначення лабораторії I і II рівня, куди будуть спрямовані зразки мокротиння для проведення мікроскопії і культуральних досліджень, конкретних протитуберкульозних закладів, куди будуть направлятися пацієнти з підозрою на туберкульоз і виявлені хворі на туберкульоз.

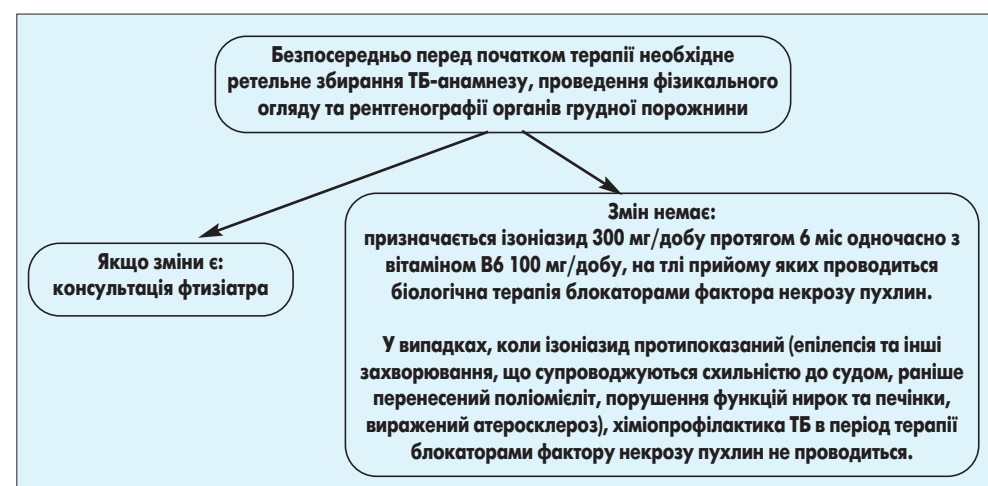


Рис. Алгоритм обстеження пацієнтів перед призначенням імуносупресивної терапії та лікування латентної туберкульозної інфекції

фтизіатра. Після завершення контрольованого лікування необхідно скерувати пацієнта до фтизіатра і передати йому форму ТБ 01.

Усі пацієнти, які перехворіли на ТБ, спостерігаються у лікаря-фтизіатра за місцем проживання. Проте, лікарі ПМСД також здійснюють спостереження за такими пацієнтами. Слід стежити за наявністю інформації в медичній документації хворого про захворювання на ТБ. Обов'язкова консультація фтизіатра для вирішення питання про призначення хіміопрофілактики ТБ в разі необхідності призначення глюкокортикоїдів, цитостатиків, інгібіторів фактора некрозу пухлин пацієн-

Поточний контроль за повнотою і адекватністю відображення уніфікованого клінічного протоколу протитуберкульозної медичної допомоги здійснюється Міністерством охорони здоров'я України і управліннями охорони здоров'я державних адміністрацій. Локальний протокол медичної допомоги підлягає моніторингу щодо виконання, результативності, впливу на стан здоров'я пацієнтів. У свою чергу, державні адміністрації будуть враховувати індикатори виконання протоколу в рейтингових показниках, які відображають питання контролю за туберкульозом в області.

Правила забору іншого, ніж мокротиння, матеріалу для дослідження на КСБ та МБТ

Матеріалом для дослідження можуть бути біологічні рідини, тканини, гній.

Ці матеріали поділяють на дві групи:

- проби, які взяті в асептичних умовах (біопсійний матеріал під час хірургічних втручань, плевральна рідина, ліквор, синовіальна рідина, асцитична рідина, кров, кістковий мозок). Біологічні рідини або біопсійний матеріал поміщають у стерильний контейнер із дотриманням правил асептики. Якщо в матеріалі можуть утворюватися згустки, у контейнер заздалегідь вносять стерильний 10% розчин шавелекислого натрію з розрахунку 0,01-0,02 мл на 1 мл зразка біологічної рідини або розчин гепарину 0,2 мл на 1 мл зразка. Зібраний матеріал потрібно направити в лабораторію протягом 1-6 год;
- Проби, які взяли без дотримання правил асептики (гній, виділення, сеча), – біологічні матеріали поміщають у стерильний контейнер, який не містить консервантів. Якщо планується транспортування біопсійного матеріалу або гною, у контейнер варто додати ізотонічний розчин хлориду натрію для попередження висихання зразка або помістити його в термоконтейнер із льодом, де буде зберігатися постійна температура 4-15°C. Зібраний матеріал слід направити до лабораторії протягом 1-6 год. Перед забором сечі пацієнт має помити статеві органи миючими засобами, а зразок сечі зразу ж помістити в холодильник. Збирається три зразки сечі вранці із середньої порції. Сеча не досліджується на КСБ!

Правила приготування відбитку лімфатичного вузла або іншого біопсійного матеріалу для забарвлення за Цілем-Нільсеном для дослідження на КСБ

Видалений лімфатичний вузол розрізається, зріз (або біопсійний матеріал) кладуть на скельце та щільно проводять по його поверхні. Дають висохнути при кімнатній температурі (3-5 хв). Загортають у папір та надсилають у лабораторію, яка проводить дослідження за методом Ціля-Нільсена.