

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

«Затверджено»
на методичній нараді

кафедри фтизіатрії і пульмонології
Завідувач кафедри
професор О.С.Шевченко

«_____» _____ 2012 р.

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА
практичного заняття з лікарями**

на тему:

**«СУЧАСНА КЛАСИФІКАЦІЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ.
ТУБЕРКУЛЬОЗ ТА МАТЕРИНСТВО»**

Навчальний предмет: «Фтизіатрія»
спеціальність: «Загальна практика –
сімейна медицина»

Харків -2012

1. НАУКОВО-МЕТОДИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ТЕМИ

Тема заняття має виключно важливе значення, бо знайомить майбутнього лікаря фтизіатра з різними клінічними формами туберкульозу, їх патогенетичною взаємозалежністю, дозволяє зрозуміти динаміку розвитку хвороби. Різні клінічні форми туберкульозу визначаються умовами його виникнення, а саме: вірулентністю мікобактерій, масивністю інфекції, станом імунної системи організму.

Вивчення класифікації туберкульозу дає можливість одержати уяву про патоморфологічні зміни, характерні ознаки різних форм туберкульозу, його перебіг і буде сприяти формуванню клінічного мислення у майбутніх лікарів-фтизіатрів. Класифікація дає можливість сформулювати клінічний діагноз, призначити раціональне лікування, визначити профілактичні заходи у вогнищі туберкульозної інфекції.

Як фактор підвищення ризику виникнення туберкульозу може бути материнство і пологи. Вплив вагітності на туберкульоз складний: в одних випадках цей стан сприяє прогресуванню процесу, в інших, навпаки, спостерігається його загоєння. Вплив вагітності і пологів на перебіг туберкульозу визначається наступними основними факторами: характером туберкульозного процесу, періодом вагітності, застосуванням хіміотерапії, велике значення має опірність організму вагітної до туберкульозу.

2. НАВЧАЛЬНА МЕТА

2.1. Знати:

- основні розділи, які відображає сучасна класифікація туберкульозу
- типи туберкульозного процесу
- клінічні форми туберкульозу легень
- клінічні форми поза легеневого туберкульозу
- форми туберкульозу легень та їх коротке визначення
- характеристику туберкульозного процесу (по 3-х параметрах: локалізація ураження, наявність деструкції, етіологічне підтвердження діагнозу туберкульозу)
- частки та сегменти легень
- поняття про фази туберкульозного процесу
- етіологічне підтвердження діагнозу туберкульозу
- перелік основних ускладнень туберкульозу легень
- перелік основних ускладнень туберкульозу легень
- перелік основних ускладнень позалегенових форм туберкульозу
- клінічні та диспансерні категорії обліку хворих
- основні положення при оцінці ефективності лікування
- залишкові зміни після вилікування туберкульозу легень та поза легеневого туберкульозу.
- вплив туберкульозу на перебіг вагітності;
- вплив туберкульозного процесу на перебіг пологів;
- вплив туберкульозу матері на стан здоров'я новонародженого;
- особливості діагностики туберкульозу у вагітних;
- покази до переривання вагітності або її збереження при різних клінічних формах і фазах туберкульозного процесу;
- особливості лікування туберкульозу у вагітних жінок.

2.2. Вміти:

У конкретного хворого:

- визначити тип туберкульозного процесу;

- визначити клінічну форму туберкульозного процесу;
- дати характеристику туберкульозного процесу (по 3-х параметрах);
- визначити можливі ускладнення туберкульозного процесу;
- визначити клінічну та диспансерну категорію обліку хворого;
- встановити можливі наслідки туберкульозного процесу;
- сформулювати повний клінічний діагноз;
- скласти план обстеження вагітної, хворої на туберкульоз;
- призначити адекватне лікування вагітній, хворій на туберкульоз.

3. ВИХОВНА МЕТА

При обстеженні хворих лікарі повинні дотримуватися принципів лікарської деонтології. Слід виховувати у майбутніх лікарів-фтизіатрів почуття відповідальності при оцінці стану хворого, враховуючи при цьому не тільки характер захворювання, але й індивідуальні особливості хворого. Потрібно розкрити роль вітчизняних вчених-фтизіатрів, які прийняли участь у створенні сучасно класифікації туберкульозу

4. МІЖПРЕДМЕТНА ІНТЕГРАЦІЯ:

- сегментарна та дольова будова легень (кафедра анатомії людини, кафедра оперативної хірургії та топографічної анатомії);
- основні патоморфологічні зміни різних форм туберкульозу легень (кафедра патологічної анатомії, кафедра гістології);
- етіологія, патогенез легеневого туберкульозу (кафедра мікробіології та вірусології, кафедра патологічної фізіології, кафедра патологічної анатомії);
- методика об'єктивного обстеження хворого (кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб);
- лабораторні, інструментальні та апаратні методи, що використовуються для діагностики легеневого туберкульозу (кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб, кафедра променевої діагностики, променевої терапії та радіаційної медицини, кафедра мікробіології та вірусології);
- медикаменти, що використовуються для лікування туберкульозу (кафедра фармакології).

5. ПЛАН ТА ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА ЗАНЯТТЯ

№ п/п	Основні етапи заняття на їх зміст	Навчальна мета в рівнях засвоєння	Методи контролю та навчально-методичне забезпечення	Час
1.	<p>ПІДГОТОВЧИЙ ЕТАП</p> <p>1. Організація заняття</p> <p>2. Визначення навчальної мети та мотивація</p> <p>3. Контроль вихідного рівня знань, вмінь та навичок:</p> <p>а) сучасні особливості клінічної класифікації туберкульозу</p> <p>б) патогенез і патоморфологія основних клінічних форм легеневого та позалегеневого туберкульозу</p> <p>в) особливості клінічного перебігу різних форм легеневого туберкульозу</p> <p>г) діагностичні критерії легеневого туберкульозу</p>	L = I-II	Фронтальне опитування, таблиці, слайди, тестові завдання або комп'ютерний контроль. Лікарям пропонується відповідати на 2-3 питання по темі.	30 хвилин

	<p>д) клінічні форми туберкульозу легень</p> <p>е) клінічні форми поза легеневого туберкульозу</p> <p>ж) характеристика туберкульозного процесу:</p> <ul style="list-style-type: none"> - локалізація (за частками, сегментами або органами) - наявність деструкції - етіологічне підтвердження діагнозу туберкульозу <p>з) ускладнення туберкульозу</p> <p>і) клінічна та диспансерна категорія обліку хворих</p> <p>к) можливі наслідки туберкульозу (залишкові зміни)</p> <p>л) курація вагітної жінки або породіллі, хворої на туберкульоз</p>			
2.	<p>ОСНОВНИЙ ЕТАП</p> <p>Формування професійних вмінь та навичок:</p> <p>а) курація хворих передбачає вміння правильно зібрати анамнез, провести фізичне обстеження хворого, скласти план лабораторного, інструментального та апаратного обстеження хворого на легеневої туберкульоз, інтерпретувати додаткові методи дослідження і сформулювати повний клінічний діагноз згідно до сучасної класифікації туберкульозу</p> <p>б) обговорення та оцінка результатів курації і конкретних питань клінічних особливостей діагностики, правильності формулювання повного клінічного діагнозу легеневого туберкульозу відповідно до сучасної класифікації у конкретного хворого.</p> <p>в) вирішення ситуаційних задач.</p>	L = III	Пацієнти стаціонару обласного клінічного протитуберкульозного диспансеру. Оснащення: карти стаціонарного хворого, негатоскопи, флюороскопи, рентгенограми, томограми, флюорографи, таблиці, слайди, клінічні ситуаційні задачі.	120 хвилин
3.	<p>ЗАКЛЮЧНИЙ ЕТАП</p> <p>Контроль та корекція рівня професійного вміння та навичок. Підведення загальних підсумків. Домашнє завдання.</p>	L = III	Індивідуальний контроль практичних навичок та результатів курації тематичних хворих. Вирішення клінічних задач, тести контролю та еталони правильних відповідей.	45 хвилин

5.1. Тривалість заняття – 4 години.

5.2. Місце проведення заняття – палата, навчальна аудиторія.

5.3. Матеріальне забезпечення заняття – картки стаціонарного хворого, негатоскопи, флюороскопи, рентгенограми, томограми, флюорограми, таблиці, слайди, клінічні ситуаційні задачі, тестові завдання.

5.4. Етапи заняття:

5.4.1. Підготовчий етап:

Викладач формулює основну мету заняття, знайомить лікарів з планом заняття. Для контролю вихідного рівня підготовки лікарів кожному з них пропонується відповісти на 2-3 питання по темі, яка розглядається, дати відповідь на тестове завдання.

5.4.2. Основний етап:

Викладач звертає увагу лікарів на те, що класифікація туберкульозу, як і будь-якого другого захворювання, є одним з важливих питань в клініці внутрішніх хвороб і фтизіатрії. Нині ми користуємось класифікацією туберкульозу, яка прийнята на III з'їзді фтизіатрів та пульмонологів (2003) та затверджена наказом МОЗ України № 499 від 28.10.2003 р. „Про затвердження інструкцій щодо надання допомоги хворим на туберкульоз і неспецифічні захворювання легенів”. Класифікація віддзеркалює наступні положення: тип туберкульозного процесу, клінічні форми туберкульозу, характеристику туберкульозного процесу, ускладнення туберкульозу, клінічну та диспансерну категорію обліку хворого, ефективність лікування хворих на туберкульоз, наслідки туберкульозу. Виділяють 3 типи туберкульозного процесу: вперше діагностований туберкульоз (ВДТБ), рецидив туберкульозу (РТБ), хронічний туберкульоз (ХТБ). Після визначення кожного типу обов'язково вказується дата діагностування.

КЛІНІЧНА КЛАСИФІКАЦІЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

I. ТИП ТУБЕРКУЛЬОЗНОГО ПРОЦЕСУ:

1. **Вперше діагностований туберкульоз – ВДТБ** (дата діагностування)
2. **Рецидив туберкульозу – РТБ** (дата діагностування)
3. **Хронічний туберкульоз – ХТБ** (дата діагностування)

II. КЛІНІЧНІ ФОРМИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ:

Шифри МКХ-10.

A15-A16. Туберкульоз легенів (ТБЛ) (із факультативним зазначенням форми ураження):

A15-A16. Первинний туберкульозний комплекс.

A15-A16. Дисемінований туберкульоз легень.

A15-A16. Вогнищевий туберкульоз легень.

A15-A16. Інфільтративний туберкульоз легень.

A15-A16. Казеозна пневмонія.

A15-A16. Туберкульома легень.

A15-A16. Фіброзно-кавернозний туберкульоз легень.

A15-A16. Циротичний туберкульоз легень.

A15-A16. Туберкульоз легенів, комбінований з пиловими професійними захворюваннями легень (коніотуберкульоз).

A15-18. Позалегеневиий туберкульоз (ПТБ) (із зазначенням локалізації):

A15-A16. Туберкульоз бронхів, трахеї, гортані та інших верхніх дихальних шляхів.

A15-A16. Туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів.

A15-A16. Туберкульозний плеврит (в тому числі емпієма).

A17. Туберкульоз нервової системи і мозкових оболонок.

A 18.0. Туберкульоз кісток та суглобів.

A 18.1. Туберкульоз сечово-статевої системи.

A18.2. Туберкульоз периферичних лімфатичних вузлів.

A18.3. Туберкульоз кишок, очеревини та брижових лімфатичних вузлів.

A18.4. Туберкульоз шкіри та підшкірної клітковини .

A18.5. Туберкульоз ока.

A 18.6. Туберкульоз вуха.

A18.7. Туберкульоз надниркових залоз.

A18.8. Туберкульоз інших уточнених органів і систем (не зазначений вище).

A19. Міліарний туберкульоз (МТБ).

A18. Туберкульоз без встановленої локалізації.

III. ХАРАКТЕРИСТИКА ТУБЕРКУЛЬОЗНОГО ПРОЦЕСУ:

1. Локалізація ураження: в легенях за номерами (назвами) сегментів, назвами часток легені, а в інших органах і системах – за анатомічними назвами локалізації місця ураження

2. Деструкція: з деструкцією **Дестр+**, без деструкції **Дестр-**

3. Метод підтвердження туберкульозу:

МБТ+ – підтверджено бактеріологічно (шифр A15), уточнення.

М+ – мазок позитивний.

МБТ – не підтверджено бактеріологічно (шифр А16), уточнення.

М – мазок негативний.

М0 – мазок не досліджували.

К- – культура негативна.

К0 – культуральне дослідження не проведене.

К+ – культура позитивна, уточнення.

ГІСТ+ – підтверджено гістологічно (шифр А15).

ГІСТ – не підтверджено гістологічно (шифр А16).

ГІСТ0 – гістологічне дослідження не проводили.

Резист0 – резистентність до препаратів I ряду не досліджували;

Резист- – резистентності до препаратів I ряду не встановлено.

Резист+ – (*аббревіатури протитуберкульозних препаратів I ряду*) – резистентність до препаратів I ряду встановлена (в дужках подається перелік усіх протитуберкульозних препаратів, до яких встановлена резистентність).

Резист II- – резистентності до препаратів II ряду немає.

Резист II+ – (*аббревіатури протитуберкульозних препаратів II ряду*) вказує на резистентність до (назви препаратів II ряду).

Резист II0 – резистентність до препаратів II ряду не досліджувалася.

Примітки.

1. Якщо у хворого **МБТ+К+**, то спершу проводять дослідження виділеної культури на чутливість до антимікобактеріальних препаратів I ряду і якщо резистентності до препаратів I ряду не виявлено, то до препаратів II ряду резистентність не вивчають.

2. Якщо виявлена резистентність хоча б до одного антимікобактеріального препарату I ряду, то проводять дослідження виділеної культури лише до тих препаратів II ряду, які на даний час є у наявності у лікувально-профілактичному закладі. Така тактика оправдана з економічних міркувань.

3. При туберкульозі невстановленої локалізації і наявності бактеріовиділення перед скороченням "**МБТ+**" слід писати біологічний матеріал, котрий досліджувався, наприклад, харкотиння **МБТ+**, сеча **МБТ+**

IV. УСКЛАДНЕННЯ:

(перерахувати ускладнення і в дужках вказати дату їх діагностування):

- **туберкульозу легенів (ТБЛ):** кровохаркання, легенева кровотеча, спонтанний пневмоторакс, легенева недостатність, хронічне легеневе серце, ателектаз, стеноз бронха, емпієма плеври, нориці (бронхіальні, торакальні), амілоїдоз тощо.

- **позалегенового туберкульозу (ПТБ):** ниркова (надниркова) недостатність, безпліддя, спайки, анкілози, амілоїдоз тощо.

V. КАТЕГОРІЯ ТА ДИСПАНСЕРНА КАТЕГОРІЯ ОБЛІКУ ХВОРОГО:

Оскільки слова "категорія", "група", "контингент" є синонімами, то, щоб не вносити плутанини, замість звичного терміну "група диспансерного обліку" називатимемо її для простоти "категорія", розуміючи під цим "диспансерна категорія".

Категорія 1 (Кат1). Вперше діагностований туберкульоз з бактеріовиділенням (**ВДТБ МБТ+**), а також інші (тяжкі та розповсюджені) форми захворювання без бактеріовиділення (**ВДТБ МБТ-**).

Категорія 2 (Кат2). Рецидиви туберкульозу з бактеріовиділенням (**РТБ МБТ+**) та без бактеріовиділення (**РТБ МБТ-**) і вперше діагностований туберкульоз неефективно лікований з бактеріовиділенням (**ВДТБ НЛ МБТ+**) та без бактеріовиділення (**ВДТБ НЛ МБТ-**).

Категорія 3 (Кат3). Вперше діагностований туберкульоз з обмеженим процесом без бактеріовиділення (**ВДТБО МБТ-**) та туберкульоз невстановленої локалізації у дітей (туберкульозна інтоксикація у дітей).

Категорія 4 (Кат4). Хронічний туберкульоз (ХТ) різних локалізацій **МБТ+** та **МБТ-**.

До захворювання на туберкульоз **категорія 5 (Kat5)** не має відношення, бо до неї включені здорові особи, що мають ризик до захворювання на туберкульоз та його реактивації, зокрема: **група 5.1** – залишкові зміни після вилікування туберкульозу різної локалізації; **група 5.2** – контактні особи, що знаходяться в контакті з бактеріовиділювачами або з хворими на туберкульоз сільськогосподарськими тваринами; **група 5.3** – діти і підлітки з латентною туберкульозною інфекцією, тобто інфіковані мікобактеріями туберкульозу; особи з груп ризику, а також діти, що не були щеплені БЦЖ у період новонародженості та із післявакцинальними ускладненнями; **група 5.4** – дорослі, хворі на туберкульоз різної локалізації сумнівної активності; **група 5.5** – діти і підлітки, у яких необхідно уточнити етіологію чутливості до туберкуліну (післявакцинальна або інфекційна алергія), або характер змін у легенях та інших органах з метою диференційної діагностики.

Примітки. 1. У кожній категорії хворих слід реєструвати і маркірувати когорти (1, 2, 3, 4) й в дужках зазначати, до якого року відноситься когорта, наприклад, Ког4(2001), Ког1(2000), Ког3(2002). З таким шифруванням когорт хворі переходять під диспансерне спостереження.

2. Розподіл хворих на категорії застосовується для вибору правильного стандартизованого їх лікування. У процесі останнього проводиться когортний аналіз ефективності лікування і водночас хворого беруть на диспансерний облік. Через те категорії лікування і диспансерні категорії залишаються однаковими.

VI. ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ:

1. Вилікування – пацієнти, котрі завершили повний курс антимікобактеріальної терапії (у тому числі після хірургічного лікування), у результаті якого припинилося бактеріовиділення, загоїлися каверни, розсмокталася інфільтрація та туберкульозні вогнища (або останні ущільнилися).

2. Завершене лікування є тоді, коли хворому проведено повний основний курс антимікобактеріальної терапії (у тому числі після хірургічного лікування), але немає доказу вилікування: або не проведені дослідження матеріалу на визначення МБТ, немає томографічного підтвердження загоєння каверн в легенях, спеціальних досліджень у осіб з позалегеневим туберкульозом, тобто хворий не відповідає критеріям "вилікування" та "неефективне лікування". У міжнародній практиці "завершене лікування" реєструється лише серед бактеріонегативних хворих на вперше діагностований туберкульоз та на рецидив туберкульозу, бо для бактеріовиділювачів існують критерії всі решту критерії.

3. Припинення бактеріовиділення – бактеріовиділення припинилося (підтверджено методом мікроскопії та культурально не менше як двократним дослідженням), але деструкція (каверни) не загоїлися.

4. Неєфективне лікування реєструється тоді, коли хворий завершив повний курс антимікобактеріальної терапії, але бактеріовиділення не припинилося, або бактеріовиділення припинилося, але каверни не загоїлися, а у хворих, які виділяли МБТ і не мали деструкції та каверн, інфільтрація та туберкульозні вогнища не розсмокталися (або останні не ущільнилися), тобто не досягнуто вилікування після завершення стандартного курсу лікування.

5. Перерване лікування розцінюється тоді, коли перерва прийому протитуберкульозних препаратів складає 2 місяці і більше і основний курс антимікобактеріальної терапії не завершений. Якщо у хворого не досягнуто вилікування, то після перерви лікування йому призначається повторне лікування за схемою 2-ї категорії.

6. Летальний наслідок – смерть хворого з будь-якої причини протягом основного курсу антимікобактеріальної терапії або після неефективного лікування. Якщо смерть хворого настає після констатації вилікування від туберкульозу, то цю смерть не пов'язують з туберкульозом.

7. Переведений стосується хворих, які міняють місце проживання, переведені в інший район і результати їх лікування переписують з одного журналу в інший, або результати лікування невідомі.

VII. НАСЛІДКИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ (В90).

Залишкові зміни після вилікуваного туберкульозу:

- **легенів:** фіброзні, фіброзно-вогнищеві, бульозно-дистрофічні, кальцинати в легенях і лімфатичних вузлах, плевропневмосклероз, цироз, наслідки хірургічного втручання (з зазначенням виду та дати операції) тощо;

- **позалегової локалізації:** рубцеві зміни в різних органах та їх наслідки, звапнення, наслідки хірургічного втручання (з зазначенням виду та дати операції).

Інтерпретація класифікації. Для простоти пояснення зазначеної класифікації ми не будемо розшифровувати її, оскільки кожний пункт класифікації добре описаний у Інструкції про клінічну класифікацію туберкульозу та її застосування, що затверджена наказом МОЗ України №499 від 28 жовтня 2003 р. і регламентуються наступними наказами:

1. Наказ МОЗ України №361 від 05.06.2006 р. “Про затвердження методики розрахунку потреби в протитуберкульозних засобах”.

2. Наказ МОЗ України №384 від 09.06.2006 р. “Про затвердження протоколу надання медичної допомоги хворим на туберкульоз”.

3. Наказ МОЗ України №385 від 09.06.2006 р. “Про затвердження інструкцій щодо надання медичної допомоги хворим на туберкульоз”.

4. Наказ МОЗ України №600 від 22.10.2008 р. “Про затвердження стандарту надання медичної допомоги хворим на хіміорезистентний туберкульоз”.

5. Наказ МОЗ України №657 від 02.09.2009 р. “Про затвердження форм первинної облікової документації і форм звітності з туберкульозу та інструкцій щодо їх заповнення”.

Формулювання діагнозу туберкульозу.

Формулювати діагноз туберкульозу необхідно в такій послідовності: тип туберкульозного процесу (у вигляді аббревіатури з зазначенням дати його встановлення), клінічна форма, локалізація ураження, деструкція (фаза процесу), метод підтвердження діагнозу (МБТ+ або МБТ–, ГІСТ+ або ГІСТ–), ускладнення. Приклади формулювання діагнозу:

1. ВДТБ (22.06. 2010) верхніх часток легенів (дисемінований). Дестр+, МБТ+М+К+Резист0, ГІСТ0, легенева кровотеча, Кат1, Ког2 (2010).

2. ХТБ (12.01.2010) верхньої частки правої легені (фіброзно-кавернозний), Дестр+, МБТ+М+ К+ РезистI+ (H,R,S) РезистII+ (K,Eth,Amic,Zip), ГІСТ0, ДНП, Кат4, Ког1 (2010), правобічна верхня лобектомія (27.05.2010), гостра легенево-серцева недостатність (28.05.2010), смерть (29.05.2010).

Зміна діагнозу у хворого на туберкульоз за результатами його лікування. За сучасного рівня лікувальних можливостей виникає потреба своєчасного внесення змін до діагнозу, особливо, коли на початку лікування хворого результати мікроскопічного дослідження мазка були негативними, а у процесі лікування (через 1,5–2 міс.) отримано позитивні результати культурального дослідження. Для тих, хто на факультативних засадах записуватиме клінічні форми і фази туберкульозного процесу, теж можлива їх зміна у процесі лікування. Зміну фази процесу можна здійснювати на будь-якому етапі спостереження за хворим залежно від його стану. Змінити діагноз (клінічну форму туберкульозу) необхідно одразу після діагностування в пацієнта іншої клінічної форми туберкульозу.

Стосовно хворих, що перенесли хірургічні втручання в зв'язку з туберкульозом легень, рекомендується:

а) особам, в яких після операції в легенях не залишилось ніяких змін туберкульозного характеру, слід ставити діагноз «Стан після оперативного втручання (вказати характер і дату втручання) у зв'язку з тією або іншою формою туберкульозу»;

б) коли в легеневій тканині, що залишилась чи знаходиться в колабованому стані, або в іншому органі, збереглися ті чи інші туберкульозні зміни, слід враховувати діагностовану форму туберкульозу, а також наводити вид оперативного втручання у зв'язку із туберкульозом.

I. ТИП ТУБЕРКУЛЬОЗНОГО ПРОЦЕСУ, АБО ТИП ХВОРОГО, розпочинає кожен діагноз і складає перше основне враження про недугу. Він може бути один із трьох:

1. Вперше діагностований туберкульоз (ВДТБ) – це локалізована чи не локалізована туберкульозна інфекція, що встановлена вперше в житті у даного хворого. І цю дату першого діагностування туберкульозу слід написати в дужках.

2. Рецидив туберкульозу (РТБ) – це туберкульоз різної локалізації, що виник у будь-які терміни післявилікування хворого від цієї недуги. Термін діагностування рецидиву записують в дужках. Для практики і вибору тактики лікування не має значення поділ реактивації на рецидив та загострення, як це проводилося раніше. Адже, так зване, загострення у процесі антимікобактеріальної терапії тепер прийдеться відносити до неефективного лікування, яке може привести до хронізації туберкульозу або до летального наслідку.

3. Хронічний туберкульоз (ХТБ) – це туберкульоз у хворого 1, 2 чи 3-ї категорії, що триває й після неефективного повторного лікування хворого за 2-ю категорією і в середньому виникає через 2 роки від початку антимікобактеріальної терапії.

II. КЛІНІЧНІ ФОРМИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ. Вони прості та мають загальне означення, оскільки клініцист, який зобов'язаний написати діагноз за цією класифікацією, надалі може його розшифрувати детальніше, якщо не за МКХ-10, то за опублікованими національними класифікаціями, але кодування і статистичний аналіз проводитимуться за МКХ-10.

A15-A16 Туберкульоз легенів – це обов'язкова узагальнена клінічна форма для написання діагнозу та кодування його для статистичної обробки. Вона має різновиди і включає такі клінічні форми чинної ще нині класифікації як первинний туберкульозний комплекс, дисемінований туберкульоз легень, вогнищевий туберкульоз легень, інфільтративний туберкульоз легень, казеозна пневмонія, туберкульома легень, фіброзно-кавернозний туберкульоз легень, циротичний туберкульоз легень. При бажанні лікар може в дужках записувати ці локалізації, але практика показує, що між діагностуванням цих клінічних форм фтизіатри допускають помилки від 35,4 % до 47,2%. Найчастіше плутають інфільтративний процес з вогнищевим, перифокальні обсіменіння локального процесу хибно вважають дисемінованим туберкульозом, посттуберкульозні залишкові зміни помилково описують як вогнищевий ту-нъоз або туберкульому.

М.С. Пилипчук (1993) також відзначав, що вогнищевий туберкульоз клініко-морфологічно – це або інфільтративна форма, або туберкульома, або залишкові вогнищеві зміни після клінічноговилікування. Він же підкреслював, що кавернозний туберкульоз виділений штучно і важко диференціювати від фази розпаду інфільтративного, дисемінованого процесу й туберкульоми легені.

Стосовно "туберкульозу органів дихання", комбінованого з пиловими професійними захворюваннями легень (коніотуберкульоз), то слід писати повний діагноз туберкульозу легень, а далі – відповідний коніоз. Це є "комбіноване основне захворювання", за висловом Г.Г. Автандилова. В цьому випадку і туберкульоз легень, і певний коніоз конкурують, хоча найчастіше фоновим захворюванням є "коніоз", а на його фоні розвивається "туберкульоз", що у даного хворого стає основним захворюванням. Пилові професійні захворювання – це окремі патології із своїми класифікаціями, і діагноз їх повинен встановлюватися поряд із діагнозом туберкульозу. По суті, так і віддзеркалено у тлумаченні МКХ-10.

Отже, виділення цих клінічних форм в окремі нозології – це нонсенс, бо туберкульоз – одна єдина хвороба і виділення цих клінічних форм аж ніяк не впливає на вибір стандартного режиму лікування. Проте, зважаючи на великий спротив фтизіатрів позбутися звичних для них клінічних форм, ностальгію за ними, вважаємо можливим в рубриці «туберкульоз легенів» факультативно включити такі існуючі нині форми: первинний туберкульозний комплекс; дисемінований туберкульоз легень; вогнищевий туберкульоз легень; іфльтративний туберкульоз легень; казеозна пневмонія; туберкульома легень; фіброзно-кавернозний туберкульоз легень; циротичний туберкульоз легень; туберкульоз легенів, комбінований з пиловими професійними захворюваннями легень (коніотуберкульоз). Однак, вважаємо за доцільневилучити із вжитку первинний туберкульозний комплекс, кваліфікуючи його як ту чи іншу форму туберкульозу легенів. Недоцільно застосовувати у повсякденній діяльності термін «вогнищевий туберкульоз легень», й відносити його до «інфільтративного туберкульозу легень», а замість "циротичного туберкульозу" варто писати або фіброзно-кавернозний туберкульоз, або посттуберкульозні циротичні зміни.

A15-A18 Позалегене́вий туберкульоз (ПТБ) на відміну чинної класифікації включає: туберкульозний плеврит (в тому числі емпієму), туберкульоз бронхів, трахеї та верхніх дихальних шляхів, які раніше відносилися до туберкульозу органів дихання. До туберкульозу позалегенової локалізації відносяться також туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів, туберкульоз мозкових оболонок і центральної нервової системи; туберкульоз кишок, очеревини, брижових лімфатичних вузлів, туберкульоз кісток і суглобів; туберкульоз сечових і статевих органів; туберкульоз шкіри і підшкірної клітковини; туберкульоз периферичних лімфатичних вузлів; туберкульоз ока; туберкульоз інших органів.

У міжнародній практиці прийнято відносити до позалегенового туберкульозу будь-які туберкульозні ізольовані ураження того чи іншого позалегенового органу, наприклад, туберкульоз нирки при відсутності специфічного ураження легенів та інших органів класифікують як туберкульоз нирки. Якщо у хворого діагностований туберкульоз нирки і туберкульоз хребта при відсутності специфічного ураження легень, то його класифікують як туберкульоз нирки і туберкульоз хребця.

Якщо туберкульоз будь-якої позалегенової локалізації поєднується із ураженням легенів, то його класифікують, як туберкульоз легенів. Наприклад, якщо у певного хворого є туберкульоз верхньої частки правої легені, туберкульоз нирки з бактеріовиділенням, туберкульоз правого колінного суглобу із норицею, то він класифікується за міжнародною статистичною догматикою, як туберкульоз легенів, хоча в історії хвороби виставляються всі інші діагнози. Через те первинний туберкульозний комплекс, що уражає легеню, лімфатичні судини і позалегенові лімфатичні вузли відносять до туберкульозу легенів.

A19 Міліарний туберкульоз виділений в окрему клінічну форму, хоча він зустрічається не так часто. Суть цього процесу описана у згаданому нами наказі МОЗ України від 30.12.1999 р. № 311 "Про затвердження інструкцій щодо надання фтизіопульмонологічної допомоги хворим".

A18 Туберкульоз без встановленої локалізації включає всі випадки активного туберкульозу без встановленої локалізації. Сюди й відноситься туберкульозна інтоксикація у дітей та підлітків. Не слід сюди відносити **латентну туберкульозну інфекцію (ЛТБІ)** у дітей, бо це не туберкульоз, а інфікування людини мікобактеріями. До ЛТБІ у дітей відносять всі випадки позитивної туберкулінової проби, в т.ч. віражу та гіперергічної туберкульозної реакції. Стани активної туберкульозної інфекції без встановленої локалізації, зокрема туберкульозна інтоксикація у дітей (туберкульоз без встановленої локалізації), були й у чинній класифікації.

Щодо тактики хіміопрофілактики при ЛТБІ у дітей чи антимікобактеріальної терапії при туберкульозі невстановленої локалізації, то вона індивідуальна у кожному окремому випадку і вирішується фтизіопедіатром.

III. ХАКТЕРИСТИКА ТУБЕРКУЛЬОЗНОГО ПРОЦЕСУ.

Після клінічної форми туберкульозу в діагнозі описують характеристику туберкульозного процесу за всіма зазначеними нижче параметрами.

1. Локалізація ураження: в легенях за номерами (назвами) сегментів; назвами часток легенів, а в інших органах і системах – за анатомічними назвами локалізації місця ураження. Тут жодних змін від чинної нині класифікації не відбулося.

2. Характеристика деструкції має найважливіше клінічне й епідеміологічне значення. Наявність деструкції описують як Дестр+, відсутність деструкції зазначають як Дестр- за рентгенологічними даними. Тут все надзвичайно ясно і просто.

3. Метод підтвердження туберкульозу є основою основ сучасної клінічної фтизіатрії. Є лише два найдостовірніших методи підтвердження туберкульозу – бактеріологічний і гістологічний. Звичайно, якщо зазначені методи не дозволяють підтвердити туберкульоз, а клінічно й рентгенологічно є ознаки туберкульозу, то діагноз слід встановлювати, як туберкульоз не підтверджений бактеріологічно і гістологічно. Але, щоб можна було пересвідчитися, що лікар використав всі можливості для підтвердження туберкульозу, то слід у рубриці "Метод підтвердження" завжди писати відповідні дані. Наприклад, МБТ+ підтверджений бактеріологічно (шифр A15), а далі розшифрувати:

М+ (мазок-позитивний), тобто у 2-3 мазках мокротиння, зібраних три дні поспіль при дослідженні за Ціль-Нільсеном виявлені кислотостійкі бактерії (КСБ).

Поряд із дослідженням трьох зразків мокротиння, взятих три дні поспіль, слід паралельно три дні поспіль здійснювати посів мокротиння на живильне середовище Левенштейна-Йенсена (при бажанні паралельно можна здійснювати посів на інші живильні середовища, наприклад, ВКГ). Через те, МБТ+ можливий один із трьох уточнюючих записів:

К0 пишуть, якщо культуральне дослідження не проведене;

К- свідчить, що при культуральному дослідженні мікобактерій не виявлено;

К+ означає, що при культуральному дослідженні виявлені мікобактерії туберкульозу.

Отже, МБТ+ може бути й при М-, але К+.

Після кожного культурального підтвердження (К+) туберкульозу (МБТ+: К+) слід обов'язково визначати чутливість МБТ до антимікобактеріальних препаратів I ряду: ізоніазид (H), рифампіцин (R), стрептоміцин (S), етамбутол (E), піразинамід (Z). Якщо МБТ чутливі до всіх п'яти препаратів I ряду, то із медико-економічних міркувань не варто досліджувати чутливість до препаратів II ряду, бо для досягнення ефективності лікування достатньо препаратів I ряду.

Якщо до одного чи більше препаратів I ряду виявлена резистентність МБТ, то необхідно визначати чутливість МБТ до тих препаратів II ряду, які є в наявності в даному протитуберкульозному диспансері. Описують резистентність так:

Резист0 свідчить про те, що резистентність не визначили незалежно від причини, в т.ч. при К0, К-.

Резист- означає, що резистентності до препаратів I ряду немає.

Резист+(R, H, S) вказує на резистентність до рифампіцину, ізоніазиду і стрептоміцину. У цьому випадку пізніше слід дописати результати виявлення чутливості МБТ до препаратів II ряду і записати так:

РезистII0 свідчить, що резистентність до препаратів II ряду не визначили;

РезистII- означає, що резистентності до препаратів II ряду немає;

РезистII+(K, Zp) вказує на резистентність до канаміцину і ципрофлоксацину.

Щодо гістологічного підтвердження, то окрім існуючих в класифікації (**ГІСТ+**) підтверджений гістологічно (шифр А15);

(ГІСТ-) не підтверджений гістологічно (шифр А16), рекомендується додати **(ГІСТ0)** – гістологічне дослідження не проводилося, і записувати його в кожному випадку не проведення цього дослідження. Це дослідження особливо важливе при туберкульозі МБТ–М–К0 або МБТ–М–К-. Тому на відміну від чинної класифікації завжди треба писати відомості про гістологічне дослідження: проводилися вони, чи ні.

Щодо ускладнень і наслідків туберкульозу (В90), то жодних змін від чинної класифікації туберкульозу не відбулося. Однак, підкреслимо, що під ускладненнями туберкульозу різної локалізації слід розуміти такі патологічні процеси, які самостійно не виникають, а патогенетично і етіологічно пов'язані з основним стражданням від туберкульозу, або безпосередньо, або через інші ускладнення, які мали місце. Так, якщо ВДТБ S1 правої легені (інфільтративний) Дестр+ МБТ+М+К+ Резист– ГІСТ0 ускладнився легеневою кровотечею, а потім ателектазом середньої частки, яка в свою чергу призвела до пневмонії, то легенева кровотеча є ускладненням 1-го порядку, ателектаз – 2-го порядку, пневмонія – 3-го порядку.

Після ускладнень, якщо вони є, слід записати **категорію лікування**, яка співпадає із групою диспансерного обліку через те замість терміну "група диспансерного обліку" пропонується писати "**Диспансерна категорія і ставити її номер**". Це зумовлено тим, щоб легше проводити **когортний аналіз** ефективності лікування.

Далі, провівши лікування у діагнозі дописують **ефективність лікування**. Суть цього терміну описана у класифікації вище. Після цього пишуть наслідки туберкульозу (В90), про які згадується у чинній класифікації.

IV. КЛІНІЧНІ ФОРМИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ.

1. Первинний туберкульозний комплекс характеризується розвитком запальних змін у легенях (частіше вогнище локалізується у I і III сегментах правої легені), ураженням внутрішньогрудних лімфатичних вузлів і лімфангітом. Частіше його спостерігають у дітей, значно рідше у осіб у віці 18–25 років. Клінічні прояви первинного туберкульозного комплексу залежать

від фази процесу, особливостей його перебігу та реактивності організму. Його перебіг може бути малосимптомним, але частіше мають місце прояви туберкульозної інтоксикації, особливо при поширенні процесу на серозні оболонки (плеврит, полісерозит) і бронхи.

Розрізняють неускладнений і ускладнений перебіг первинного комплексу. При ускладненому перебігу може спостерігатися в специфічному запальному процесі в легенях розпад з виникненням первинної каверни, ураження бронхів, розвиток ателектазу в інших частинах легень, лімфогенна й гематогенна дисемінація, а також перехід у первинний туберкульоз з хронічним перебігом. Можуть виникати параспецифічні алергічні реакції, виявлятися підвищена чутливість до туберкуліну.

В сучасних умовах у більшості хворих первинний туберкульозний комплекс, особливо під впливом хіміотерапії, має малосимптомний перебіг зі схильністю до розсмоктування, ущільнення і звапнення. Звапнення первинного вогнища в легенях і лімфатичних вузлах у дорослих зустрічається як виняток. Рідше спостерігають первинний туберкульозний комплекс з типовою біполярністю.

2. Дисемінований туберкульоз легень характеризується наявністю множинних, звичайно в обох легенях, вогнищ дисемінації гематогенного, лімфогенного або змішаного генезу різної давності і з різноманітним співвідношенням ексудативного та продуктивного запалення, гострим, підгострим або хронічним перебігом.

Варіанти дисемінованого туберкульозу розрізняють за патогенезом і клінічною картиною. Залежно від шляху поширення МБТ виділяють гематогенний і лімфобронхогенний дисемінований туберкульоз. Обидва варіанти можуть мати гострий, підгострий та хронічний початок хвороби.

Гострий дисемінований туберкульоз гематогенного генезу найчастіше проявляється як міліарний, який виділяють в окрему клінічну форму.

Підгострий дисемінований туберкульоз розвивається повільно, характеризується значними симптомами інтоксикації. При гематогенному генезі підгострого дисемінованого туберкульозу однотипна вогнищева дисемінація локалізується у верхніх і кортикальних відділах легень, при лімфогенному генезі – вогнища розташовуються групами в прикореневих і нижніх відділах легень на фоні значного лімфангіту із залученням у процес як глибокої, так і периферичної лімфатичної мережі легень. На фоні вогнищ при підгострому дисемінованому туберкульозі можуть утворюватись тонкостінні каверни з перифокальним запаленням, що слабо виявляється. Частіше каверни розташовуються на симетричних ділянках легень, ці утворення мають назву "штампованих каверн".

Хронічний дисемінований туберкульоз найчастіше має гематогенний генез. Він характеризується апікокаудальним поширенням процесу. При хронічній формі можливе послідовне ураження різних органів і систем. Хронічний дисемінований туберкульоз має хвилеподібний перебіг, при якому симптоми інтоксикації в період ремісії частково згасають, а при спалаху процесу – посилюються, виявляють також легеневі і позалегеневі локальні ураження. При рентгенологічному дослідженні визначають вогнища різних розмірів і щільності. Більш щільні вогнища локалізуються у вище розташованих відділах. На будь-якому етапі хвороби можуть виникати каверни в одній або в обох легенях. Вогнищеві та деструктивні утворення виявляють на фоні деформованого легеневого малюнка, ознак пневмосклерозу, бронхоектазів і емфіземи. Несвоєчасно розпізнаний хронічний дисемінований туберкульоз, а також у разі його неефективного лікування, може, через фазу інфільтрації, впродовж деякого часу перейти у фіброзно-кавернозний туберкульоз легень. Складність визначення генезу дисемінацій призвела до необхідності об'єднання їх під загальною назвою дисемінованого туберкульозу легень. Однак, по можливості, слід намагатися в діагнозі наводити (в дужках) генез процесу, оскільки це має значення для терапевтичної тактики і прогнозу. Не слід вважати проявом дисемінованого туберкульозу дисемінації, що утворюються внаслідок бронхогенного відсіву з інфільтрату, що розпався, при фіброзно-кавернозному туберкульозі легень, у разі розвитку аспіраційної пневмонії після легеневої кровотечі, при прориві в бронх казеозного лімфатичного вузла. Їх необхідно визначати як фазу відповідного процесу.

3. Вогнищевий туберкульоз легень характеризується малосимптомним перебігом,

наявністю різного генезу та давності невеликих (до 10 мм у діаметрі) переважно продуктивного характеру вогнищ у межах 1–2 сегментів в одній або обох легенях. До вогнищевих форм відносять як ті, що нещодавно виникли, свіжі (м'яковогнищеві) процеси з вогнищами до 10 мм, так і більш давні (фіброзно-вогнищеві) утворення з явно вираженими ознаками активності процесу. Свіжий вогнищевий туберкульоз характеризується наявністю м'яких вогнищевих тіней з дещо розмитими краями. У разі наявності значних перифокальних змін на периферії вогнищ, які утворюють зливні бронхолобулярні фокуси, процес слід визначати як інфільтративний туберкульоз легень. Фіброзно-вогнищевий туберкульоз проявляється наявністю щільних вогнищ, інколи з включенням вапна, фіброзними змінами у вигляді тяжів і ділянок гіперпневматозу. У період загострення можливе також виникнення свіжих м'яких вогнищ. При вогнищевому туберкульозі прояви інтоксикації та "грудні" симптоми, як правило, зустрічаються у хворих у період загострення, у фазі інфільтрації або розпаду.

При виявленні фіброзно-вогнищевих змін методом рентгенофлюорографії необхідно провести ретельне обстеження хворого для визначення активності процесу. В разі відсутності безсумнівних ознак активності фіброзно-вогнищеві зміни слід розцінювати як прояви неактивного процесу.

4. Інфільтративний туберкульоз легень – це специфічний ексудативно-пневмонічний процес протяжністю більше 10 мм зі схильністю до прогресуючого перебігу. Клінічні прояви інфільтративного туберкульозу залежать від поширеності інфільтративно-запальних (перифокальних і казеозно-некротичних) змін в легенях. Розрізняють такі клініко-рентгенологічні варіанти інфільтративного туберкульозу легень: лобулярний, круглий, хмароподібний, перисцисурит, лобіт. Для всіх цих варіантів інфільтративного туберкульозу легень притаманна не лише наявність інфільтративної тіні, в тому числі з розпадом, а можливе також бронхогенне обсіменіння. Інфільтративний туберкульоз легень може перебігати також інаперцептно і виявлятися тільки при рентгенологічному дослідженні. Частіше клінічний перебіг процесу подібний такому при інших захворюваннях (пневмонія, грип із затяжним перебігом, катар верхніх дихальних шляхів та ін.). Це так звані "маски" туберкульозу.

У більшості хворих спостерігають гострий або підгострий початок захворювання. Одним із симптомів інфільтративного туберкульозу може бути кровохаркання при загальному задовільному стані хворого.

5. Казеозна пневмонія – це гостра специфічна пневмонія, яка характеризується швидко наростаючими казеозно-некротичними змінами та тяжким перебігом, нерідко швидко прогресуючим, що призводить до летального наслідку. Їй притаманні: тяжкий стан хворого, фебрильна температура, значні симптоми інтоксикації, рясні катаральні прояви в легенях, лейкоцитоз, різкі зрушення вліво в лейкоцитарній формулі, масивне бактеріовиділення. Перебігає казеозна пневмонія у вигляді лобарної та лобулярної форми. При швидкому розрідженні казеозних мас утворюються гігантські порожнини або велика кількість невеликих каверн.

6. Туберкульома легень – утворення різноманітного генезу, як правило, інкапсульоване з перевагою казеозу, з діаметром більше 10 мм та малосимптомною клінікою. Розрізняють туберкульоми інфільтративно-пневмонічного типу, гомогенні, шаруваті, конгломератні, а також так звані "псевдотуберкульоми" – заповнені каверни. На рентгенограмі туберкульоми виявляються у вигляді тіней округлої форми з чіткими контурами. В центрі може визначатися серповидне прояснення за рахунок розпаду, іноді перифокальне запалення і незначна кількість бронхогенних вогнищ, а також ділянки звапнення. Туберкульоми бувають одиничні і множинні. Розрізняють дрібні туберкульоми (до 2 см в діаметрі), середні (2 – 4 см) і значні (більше 4 см в діаметрі), а також 3 клінічні варіанти перебігу туберкульоми: прогресуючий, при якому на певному етапі хвороби виникає розпад, перифокальне запалення навколо туберкульоми, бронхогенне обсіменіння легеневої тканини, що оточує туберкульому; стабільний — з відсутністю рентгенологічних змін у процесі спостереження за хворим; а також — нечасті загострення без ознак збільшення туберкульоми, що навпаки характеризується її повільним зменшенням з наступним утворенням на місці туберкульоми вогнища (групи вогнищ), індураційного поля чи поєднання цих змін.

7. Фіброзно-кавернозний туберкульоз легень характеризується наявністю фіброзної каверни, розвитком фіброзних змін в легеневій тканині, що оточує каверну, вогнищ бронхогенного відсіву різної давнини у тій же та/або протилежній легені, постійним або періодичним бактеріовиділенням, хронічним хвилеподібним, як правило, прогресуючим перебігом. Як правило, ураженими виявляються бронхи, що дрениують каверну, виникають й інші морфологічні зміни в легенях: пневмосклероз, емфізема, бронхоектази. Формується фіброзно-кавернозний туберкульоз з інфільтративного або дисемінованого у разі прогресуючого перебігу хвороби. Поширеність змін в легенях може бути різною, процес буває однобічний і двобічний з наявністю 1 або багатьох каверн.

Клінічні прояви фіброзно-кавернозного туберкульозу різноманітні. Вони зумовлені не тільки туберкульозом, а також й змінами в легеневій тканині навколо каверни, ускладненнями, що розвинулися. Розрізняють 3 клінічних варіанти перебігу фіброзно-кавернозного туберкульозу легень: обмежений і відносно стабільний, коли завдяки хіміотерапії настає певна стабілізація процесу і загострення може бути відсутнім протягом декількох років; прогресуючий фіброзно-кавернозний туберкульоз, що характеризується зміною загострень і ремісій, періоди між якими можуть бути короткими або довгими, в період загострення виникають нові ділянки запалення з появою додаткових каверн, іноді спостерігається повне руйнування легені; у деяких хворих, що неефективно лікуються, прогресуючий перебіг процесу завершується розвитком казеозної пневмонії; фіброзно-кавернозний туберкульоз з наявністю різних ускладнень – найчастіше цей варіант також характеризується прогресуючим перебігом. У цих хворих часто розвивається легенево-серцева недостатність, амілоїдоз, мають місце повторні кровохаркання і легеневі кровотечі, загострюється неспецифічна інфекція (бактеріальна і грибкова).

8. Циротичний туберкульоз легень характеризується значним розростанням рубцевої тканини, серед якої зберігаються активні туберкульозні вогнища, що обумовлюють періодичні загострення та можливе мізерне бактеріовиділення. Циротичний туберкульоз легень характеризується розвитком сполучної тканини в легенях і плеврі в результаті інволюції фіброзно-кавернозного, хронічного дисемінованого, масивного інфільтративного туберкульозу легень, уражень плеври, туберкульозу внутрішньогрудних лімфатичних вузлів, що ускладнився бронхолегеневими ураженнями. До циротичного туберкульозу відносять процеси, при яких зберігаються туберкульозні зміни в легенях з клінічними проявами активності процесу, схильність до періодичних загострень, часом спостерігається мізерне бактеріовиділення. Циротичний туберкульоз буває сегментарний і лобарний, обмежений і поширений, однобічний і двобічний, він характеризується розвитком бронхоектазів, емфіземи легенів, спостерігаються симптоми легеневої і легенево-серцевої недостатності.

Циротичні зміни, при яких встановлюється наявність фіброзної каверни з бронхогенним відсівом і повторним тривалим бактеріовиділенням, слід відносити до фіброзно-кавернозного туберкульозу. Від циротичного туберкульозу належить відрізнити цирози легень, що є посттуберкульозними змінами без ознак активності. Цироз легень відносять до залишкових змін після клінічного видужання.

9. Туберкульоз легень, поєднаний з професійними пиловими захворюваннями легень (коніотуберкульоз). В цю групу включають всі форми туберкульозу легень, що існують спільно з пиловими професійними захворюваннями: силікозом, азбестозом на ін. При формуванні діагнозу доцільно спочатку писати "коніотуберкульоз", а потім давати розгорнуту характеристику коніозу – "антракоз", силікоз та ін. і розгорнуту характеристику туберкульозного процесу.

V. ПОЗАЛЕГЕНЕВИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ (ПТБ).

1. Туберкульоз бронхів, трахеї, гортані та інших верхніх дихальних шляхів (носа, порожнини рота, глотки). Всі ці локалізації туберкульозу зустрічаються як ускладнення перебігу інших форм первинного і вторинного туберкульозу легень і внутрішньогрудних лімфатичних вузлів. Лише іноді ці ураження бувають ізольовані.

Розрізняють три основні форми туберкульозу бронхів і трахеї: інфільтративну, виразкову і норицеву (лімфобронхіальні, бронхоплевральні нориці). З ускладнень слід зазначити стенози різного ступеня, грануляції, бронхоліти. Під впливом лікування може настати клінічне

вилікування — без залишкових змін або із залишковими змінами у вигляді рубців, фіброзних потовщень, стенозів та ін.

2. Туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів виникає в результаті первинного зараження туберкульозом дітей, підлітків і дорослих молодого віку. Рідше він виникає в результаті ендогенної реактивації туберкульозних змін, що вже мали місце у внутрішньогрудних лімфатичних вузлах.

Розрізняють інфільтративний, пухлиноподібний і, так звані, "малі" варіанти туберкульозу внутрішньогрудних лімфатичних вузлів. Інфільтративний варіант характеризується не лише збільшенням вузлів, а також і розвитком інфільтративних змін в прилеглій легеневій тканині. В клінічній картині переважають прояви інтоксикації.

Пухлиноподібний (туморозний) туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів – це варіант первинного туберкульозу, при якому переважає казеозне ураження лімфатичних вузлів і яке виявляється збільшенням розміру окремих лімфатичних вузлів або їх груп, вираженими клінічними проявами і схильністю до ускладненого перебігу (ураження бронхів, бронхолегеневі ураження, вогнища бронхогенної, лімфогенної і гематогенної дисемінації, плеврит). Контури лімфатичних вузлів на рентгенограмі й томограмах чіткі.

"Малі" варіанти туберкульозу внутрішньогрудних лімфатичних вузлів характеризуються їх незначним збільшенням. Рентгенодіагностика "малих" варіантів цього захворювання, що знаходяться у фазі інфільтрації, можлива лише за непрямими ознаками (зниження структури тіні кореня, подвійний контур серединної тіні та збагачення легеневого малюнка в межах прикореневої зони на обмеженій ділянці). Клінічні прояви — помірна інтоксикація.

У разі пізнього виявлення і неефективного лікування можливий перехід у первинний туберкульоз з хронічним перебігом, що характеризується тривалим хвилеподібним плином і поліморфізмом морфологічних змін у лімфатичних вузлах (кальциновані, фіброзні, свіжі запальні). В таких випадках періодично виникають різноманітні клінічні прояви гіперсенсibiliзації, що відомі як "маски" хронічного первинного туберкульозу (вузлувата еритема, фліктена, поліартрит тощо).

При всіх варіантах туберкульозу внутрішньогрудних лімфатичних вузлів, особливо при його хронічному перебігу, можливе виникнення ускладнень: запальна реакція плеври, специфічне ураження бронхів з розвитком сегментарних або дольових ателектазів, дисемінація в легені й різні органи (бронхолегеневі форми процесу).

3. Туберкульозний плеврит (в тому числі емпієма) найчастіше супроводжує легеневий і позалегеневий туберкульоз. Плеврит найчастіше зустрічається при первинному туберкульозному комплексі, туберкульозі внутрішньогрудних лімфатичних вузлів, дисемінованому туберкульозі легень. Туберкульозний плеврит може бути серозним, серозно-фібринозним, гнійним, рідше — геморагічним. Діагноз плевриту встановлюють за сукупністю клінічних і рентгенологічних ознак, а вид плевриту — за результатами пункції плевральної порожнини або біопсії плеври. Пневмоплеврит (наявність в плевральній порожнині повітря та рідини) виникає при спонтанному пневмотораксі або як ускладнення лікувального пневмотораксу.

Туберкульоз плеври, що супроводжується накопиченням гнійного ексудату це особлива форма ексудативного плевриту — емпієма плеври. Виникає при поширеному казеозному ураженні плеври, а також в результаті перфорації каверни або субплеврально розташованих вогнищ, може ускладнюватися утворенням бронхіальної або торакальної нориці й приймати хронічний перебіг. Хронічна емпієма плеври характеризується хвилеподібним перебігом. Морфологічні зміни у плеврі проявляються рубцевим переродженням, розвитком специфічної грануляційної тканини у товщі плеври, що утратила свою функцію. Наявність у хворого емпієми плеври необхідно зазначати в діагнозі.

4. Туберкульоз нервової системи і мозкових оболонок. Туберкульозний менінгіт. Розвиток процесу пов'язують з гематогенним туберкульозом або проривом казеозного вогнища мозку в субарахноїдальний простір, рідше – з наслідком переходу процесу з інших органів. Процес розвивається переважно на основі мозку, поширюється по ходу судин і борозд великих півкуль. Характерні порушення мікроциркуляції крові й лімфи, підвищений внутрішньочерепний тиск, гідроцефалія, набряк,

інфаркт мозку.

Клінічна картина складається із загальних ознак (роздратованість, пригнічення активності, головні болі та ін.) і неврологічних симптомів (ригідність потиличних м'язів та м'язів спини, менінгеальні прояви), а також локальних неврологічних симптомів, аж до церебральної ригідності. Поширення інфекції на оболонки спинного мозку призводить до розвитку спінального арахноїдиту з характерними неврологічними порушеннями.

Туберкульоз мозку. Характеризується формуванням закапсульованого вогнища казеозного некрозу — туберкульоми в підкоркових відділах головного мозку, яке проявляється підвищенням внутрішньочерепного тиску і локальними неврологічними порушеннями.

Туберкульозна енцефалопатія відноситься до групи туберкульозно-алергічних проявів. Зустрічається у дітей і підлітків. В клінічній картині головними симптомами є порушення свідомості та кома.

5. Туберкульоз кісток та суглобів. Туберкульоз кісток і суглобів хребта. "Первинний" остит характеризується ураженням тіла хребця без поширення процесу за його межі й проявляється невизначеними хворобливими ознаками, при томографічному дослідженні виявляють вогнище деструкції в тілі хребця.

Прогресуючий спондиліт характеризується поширенням туберкульозного процесу за межі тіла хребця, постійними болями у хребці, обмеженою рухливістю, рентгенологічно — звуженням міжхребцевого простору, деструкцією тіл прилеглих хребців; у розпалі туберкульозного спондиліту — значне поширення туберкульозного процесу за межі уражених хребців, викривлення хребта, поява абсцесів, спинномозкових розладів, нориць.

Хронічний деструктивний спондиліт характеризується тривалим хвилеподібним або прогресуючим перебігом, ураженнями різної поширеності, послідовним збільшенням деструктивних змін у хребці після чергового загострення.

Метатуберкульозна спондилопатія характеризується відносною стабілізацією специфічного процесу на різні строки, а також різним ступенем анатомо-функціональних і дистрофічних змін всіх елементів хребта.

Туберкульоз кісток і суглобів кінцівок. "Первинний" навколосуглобовий остит характеризується формуванням вогнища специфічного запалення в метафізі, рідше в епіфізі трубчастої кістки з порушенням функції суглоба і наявністю в ньому рідини (реактивний синовіт). При рентгенологічному дослідженні спостерігається вогнище деструкції у суглобовому кінці кістки, що утворює суглоб. При певній метафізичній локалізації "первинного" оститу можливе поширення процесу на позасуглобову поверхню кістки з ураженням прилеглих м'яких тканин, виникненням натічних абсцесів і нориць. Результати рентгенологічного дослідження свідчать про наявність пристінного вогнища деструкції, в тому числі з кортикальним секвестром, або бічної деструкції зі слабо вираженою периостальною реакцією.

Прогресуючий артрит — поширення туберкульозного процесу за межі суглобових кінців кісток на синовіальну оболонку, що проявляється припухлістю, рідиною в суглобовій порожнині, рентгенологічно вогнища деструкції (найчастіше поодинокі), що відкриті в порожнину суглоба; в розпалі туберкульозного артриту — запальні і деструктивні явища в суглобі, сильні болі, обмеження рухів із виникненням контрактур, можлива поява абсцесів і нориць; рентгенологічно — виражений остеопороз, звуження суглобової щілини, нечіткість та нерівність контурів поверхні суглобів, більш глибока деструкція суглобових кінців кісток.

Хронічний деструктивний артрит — тяжке ураження суглоба з субтотальним або тотальним зруйнуванням його поверхні, значною деформацією, контрактурою, що зумовлює неповноцінність кінцівки.

Метатуберкульозний артроз є завершальним етапом хвороби, переходом в неактивну фазу з перевагою змін дегенеративного характеру.

Туберкульоз плоских кісток і суглобів тазу і грудної клітки. При первинному ураженні плоских кісток тазу і грудної клітки процес звичайно виникає в губчатій речовині кістки і розвивається по типу "первинного" туберкульозного оститу з утворенням секвестрів і нориць. Туберкульоз ребра і ключиці спочатку проявляється характерним здуттям кістки.

Туберкульоз кісток і суглобів черепа й обличчя. Найчастіше уражаються лобова, тім'яна, вилична кістки і верхня щелепа. При туберкульозному ураженні кісток черепа спостерігається обмежена і розлита форми деструкції з переважним ураженням внутрішньої пластівки.

Туберкульозно-алергічний синовіт і артрит є результатом параспецифічного алергічного ураження синовіальної оболонки суглобу; проявляються випотом в суглобах, порушенням функції, характеризуються стійким хвилеподібним перебігом з ремісіями і загостреннями, часто сезонного характеру; захворювання пов'язані з віддаленими, нерідко прихованими вогнищами туберкульозної інфекції, які є джерелом антигенної стимуляції та алергізації організму.

6. Туберкульоз сечово-статевої системи

Туберкульоз нирок. Початкова стадія захворювання пов'язана з гематогенним поширенням інфекції з активних вогнищ первинного або вторинного характеру в інших органах.

Розвиток специфічного процесу проходить всі етапи морфологічної еволюції – від гематогенних вогнищ, що оточені елементами туберкульозної гранульоми і казеозним некрозом в центрі, які зливаються у обмежені інфільтрати (казеоми) з переважною локалізацією у корковій речовині, до повного руйнування нирок і сечовивідних шляхів. Кавернозний туберкульоз нирки характеризується проривом і спорожненням через ниркову мисочку казеозного некрозу з утворенням порожнини, стінки якої мають типову будову туберкульозної каверни. Деструктивні і фіброзно-склеротичні зміни, що розвиваються одночасно, сприяють поширенню процесу з прогресуючим руйнуванням паренхіми і системи порожнин нирок (полікаверноз, рубцьові стенози та ін.) з переходом у фіброзно-кавернозний туберкульоз. Кінцевою стадією прогресуючого туберкульозу нирки являється її тотальне ураження з формуванням піонефрозу, низки місцевих і загальних ускладнень.

Туберкульоз сечовивідних шляхів. Як правило, ця форма туберкульозу буває супутньою або ускладненням активного туберкульозу нирки. Характер процесу визначається поширеністю, глибиною і ступенем ураження стінок сечовивідних шляхів: від вогнищового запалення на слизовій і в підслизовому шарі на початковому етапі до глибокого виразково-некротичного деструктивного ураження, що закінчується фіброзом, рубцевими деформаціями і стриктурами.

Туберкульоз чоловічих статевих органів. Хвороба має подвійний патогенез: як окрема форма гематогенного туберкульозу і як вторинне ускладнення туберкульозу нирок і сечовивідних шляхів.

Туберкульоз жіночих статевих органів. проявляється у вигляді туберкульозу маткових труб (сальпінгіт); прогресуючого туберкульозу придатків матки (сальпінгоофорит); поширеного туберкульозу внутрішніх статевих органів з переходом процесу з придатків на тіло матки, ураження м'язової стінки може виникати одночасно з ураженням слизової порожнини матки; туберкульозу зовнішніх статевих органів.

7. Туберкульоз периферичних лімфатичних вузлів. У фазі інфільтрації характеризується запальною інфільтрацією лімфатичного вузла (одного або декількох), проявляється збільшенням вузлів без значних перифокальних явищ і симптомів інтоксикації; у фазі казеозного некрозу без розм'якшення або розпаду проявляється болями у збільшених лімфовузлах, перифокальною реакцією, слабо вираженою інтоксикацією; в фазі казеозного некрозу з розпадом проявляється болями в ділянці лімфатичних вузлів, при пальпації виявляється запальний конгломерат з флюктуацією, відмічається значна інтоксикація. Процес може закінчитися розвитком фіброзу або звапненням лімфатичних вузлів.

8. Туберкульоз кишок, очеревини та брижових лімфатичних вузлів.

Туберкульоз кишкового тракту. Найчастіше локалізується в ілеоцекальній області, характеризується горбкуватою висипкою на слизовій оболонці кишки. Спочатку немає клінічних проявів. Інфільтративно-виразковий процес характеризується злиттям пагорбків з утворенням виразок. Проявляється диспепсією з переважанням бігунка. Якщо утворилась стриктура кишки, можлива часткова її непрохідність. Поширення процесу іде як по протяжності, так і у глибину з казеозно-некротичним і виразковим ураженням всіх шарів кишкової стінки. Характеризується болями, що локалізуються в ділянці ураження кишки, диспепсією, формуванням запального конгломерату (обмеженого перитоніту), кишковою кровотечею, непрохідністю кишки. Найбільш

тяжким ускладненням є перфорація виразки кишки з розвитком розлитого перитоніту.

Туберкульоз очеревини. Захворювання вираженого гематогенного генезу, рідше — ускладнення локальних форм лімфаденіту, туберкульозу інших органів черевної порожнини і тазу. В початковому періоді створюються пагорбкові висипи на очеревині. Клінічні симптоми незначні, інтоксикація відсутня. В подальшому, коли з'являється ексудат — явища інтоксикації, диспепсії, втрата маси тіла. При адгезивній формі — явища інтоксикації, диспепсії, розвиток часткової кишкової непрохідності. Вузловатопухлинна форма характеризується вираженою інтоксикацією, формуванням конгломератів у черевній порожнині із спаяних петель кишок, сальника, закапсульованого ексудату, а також симптомами часткової кишкової непрохідності.

Туберкульоз брижових лімфатичних вузлів. В інфільтративній фазі характеризується запальною інфільтрацією мезентеріальних (оточинових) лімфатичних вузлів без виражених перифокальних явищ і симптомів інтоксикації; в казеозно-некротичній фазі — збільшенням лімфатичних вузлів, перифокальною реакцією, втягненням у процес очеревини.

9. Туберкульоз шкіри та підшкірної клітковини.

До первинних форм відноситься "первинний афект", що виникає у випадку інфікування через шкіру. До цієї групи відноситься гострий міліарний туберкульоз шкіри і первинна гематогенна скрофулодерма, а також вторинна скрофулодерма (при туберкульозі периферичних лімфатичних вузлів). До вторинних форм туберкульозу шкіри відноситься хронічний прогресуючий туберкульоз (вовчий лишай) в різних варіантах.

Особливу форму ураження підшкірної клітковини складають специфічні ін'єкційні абсцеси.

10. Туберкульоз ока.

Найбільш поширеною формою туберкульозу ока є гематогенно-дисемінований увеїт, який поділяється на передній увеїт (ірит, цикліт, іридоцикліт), периферичний увеїт (задній цикліт), хоріоїдит (хоріоретиніт). Туберкульозні ураження придаткового апарату ока зустрічаються значно рідше, виникають у результаті гематогенної дисемінації або поширення з шкіри обличчя і, як виняток, шляхом екзогенного інфікування. Туберкульозно-алергічні захворювання очей характеризуються рецидивуючим перебігом з гострим початком кожного рецидиву, бурхливим і відносно коротким перебігом. Розрізняють такі варіанти: фліктенульозні кератити, кон'юнктивіти, кератокон'юнктивіти, скрофульозний панус, епісклерит, іридоцикліт, хоріоретиніт.

11. Туберкульоз вуха – це специфічне туберкульозне ураження будь-якої анатомічної частини вуха: зовнішнього, середнього і внутрішнього вуха.

Туберкульоз зовнішнього вуха (вушної раковини і зовнішнього слухового проходу, хрящової та кісткової тканини) трапляється рідко, частіше при туберкульозному вовчаку шкіри обличчя. Ці зміни можуть мати такі клінічні форми: туберкульоза вушної мочки; інфільтративний або виразковий вовчак; туберкуліди; бородавчатий або виразковий туберкульоз шкіри; скрофулодерма; туберкульозний перихондрит. Туберкульоз зовнішнього слухового проходу проявляється у вигляді глибоких або розповсюджених виразок і переважно спостерігається як ускладнення туберкульозу середнього вуха.

Туберкульоз середнього вуха виникає гостро, підгостро або хронічно і характеризується горбиковими змінами барабанної перетинки та гноєвиділенням, множинними її перфораціями, утворенням нориць і туберкульозним ураженням кістки. Інколи може ускладнитися туберкульозом мастоїдітом.

Туберкульоз внутрішнього вуха зустрічається дуже рідко і характеризується ураженням анатомічних утворень внутрішнього вуха. Розвиток і перебіг нерідко безсимптомний, інколи глухота виникає раптово.

12. Туберкульоз надниркових залоз – частіше вторинний і зумовлений лімфогематогенним занесенням МБТ із будь-якого вогнища ураження, інколи при туберкульозному ураженні нирки. Може уражати один або обидва наднирники. Однобічне ураження може клінічно не проявлятися або характеризуватися не встановленою туберкульозною інтоксикацією. Ураження кори надниркових з виключеним (акортицизм) або зменшеним (гіпоадренокортицизм) продукуванням нею гормонів проявляється клінікою Адісонової хвороби. Діагностика ґрунтується на зниженні рівня 17-ОКС у сечі та плазмі та, як правило, збереженій реакції на АКТГ. Інформативна комп'ютерна томографія заочеревинного простору, іноді

ретропневмографія.

13. Туберкульоз інших уточнених органів і систем – всі інші туберкульозні ураження, не зазначені вище, наприклад, печінки, селезінки, серцевого м'яза, перикарда, полісерозити та ін. трапляються рідко. У разі виявлення туберкульозу цих локалізацій його відносять до цієї узагальноної рубрики.

14. Міліарний туберкульоз (МТБ) – це гематогенна, майже завжди генералізована форма туберкульозу, що характеризується рівномірним густим висипом дрібних, з просяне зерно, туберкульозних горбиків в легенях. Він переважно буває генералізованим з утворенням вогнищ в легенях, печінці, селезінці, кишечнику, мозкових оболонках. Рідше міліарний туберкульоз зустрічається як ураження лише легень. За клінічним перебігом виділяють тифоїдний варіант, що характеризується лихоманкою і сильною інтоксикацією; легеневий, при якому в клінічній картині переважають симптоми дихальної недостатності на фоні інтоксикації; менінгеальний (менінгіт і менінгоенцефаліт) як прояв генералізованого туберкульозу. При рентгенологічному дослідженні виявляється густа однотипна дисемінація у вигляді дрібних вогнищ, що частіше розташовані симетрично і краще виявляються на рентгенограмі.

15. Туберкульоз невстановленої локалізації – це так звана “туберкульозна інтоксикація у дітей”, що була у попередніх клінічних класифікаціях туберкульозу. Не слід сюди відносити латентну туберкульозну інфекцію (ЛТБІ) у дітей, бо це не захворювання на туберкульоз, а лише інфікування дітей мікобактеріями. Проявами ЛТБІ у дітей слід вважати всі випадки позитивної туберкулінової проби, в т.ч. віражу та гіперергічної туберкульозної реакції.

Туберкульозна інтоксикація у дітей виникає при інфікуванні туберкульозом і розвитку первинної туберкульозної інфекції без локальних проявів, що підтверджується результатами рентгенологічного та інших методів дослідження. Туберкульозна інтоксикація виявляється у дітей з вперше позитивними реакціями на туберкулін, що посилюється в процесі спостереження, а також з гіперергічними реакціями. Вона характеризується активністю туберкульозного процесу, що проявляється погіршенням загального стану, періодичним підвищенням температури тіла до субфебрильної, погіршенням апетиту, появою нейро-вегетативних розладів (підвищена нервова збудженість або її пригнічення, головні болі, тахікардія), незначним збільшенням периферичних лімфатичних вузлів (мікрополіаденія) з проявами периаденіту, незначним збільшенням печінки, рідше селезінки, зупинкою фізіологічного приросту або дефіцитом маси тіла, схильністю до інтеркурентних захворювань, змінами в картині крові (незначним прискоренням швидкості осідання еритроцитів, зсувом нейтрофілів вліво, еозинофілією, лімфопенією), зміною імунологічного статусу (зниженням числа Т-лімфоцитів та їх функціональної активності).

Специфічність зазначених функціональних порушень повинна бути підтверджена ретельним обстеженням дитини з метою виключення неспецифічних захворювань. Для цього слід використовувати сучасні методи діагностики, в тому числі пряму та бокову рентгенографію легень, томограми межистіння в різних проекціях, комп'ютерну томографію легень, бронхоскопію, туберкулінопровокаційні проби (гемотуберкулінові, протеїнотуберкулінові, імунотуберкулінові та ін.) перед і після підшкірного введення туберкуліну (10–20 ТО ППД-Л), а також бактеріологічне дослідження. У сумнівних випадках рекомендується застосовувати пробне лікування протитуберкульозними препаратами тривалістю до 3 місяців.

Діагноз “Туберкульоз без визначеної локалізації (туберкульозна інтоксикація у дітей)” повинен встановлюватися у виключних випадках, коли неможливо визначити локалізацію туберкульозного процесу. Однак, завжди слід намагатися встановити локалізацію процесу, включаючи застосування комп'ютерної томографії підозрілих локалізацій.

Туберкульоз органів дихання. До туберкульозу органів дихання (ТОД), або туберкульозу дихальної чи респіраторної системи, відносять туберкульоз: носа, приноскових пазух, гортані, трахеї, бронхів, легенів, грудної порожнини (плеври, внутрішньогрудних лімфатичних вузлів).

Підсумовуючи, слід вказати, що наведена клінічна класифікація туберкульозу адаптована до міжнародної. Вона дозволяє дотримуватись єдиних поглядів, понять і взаєморозуміння між фахівцями світової співтовариства з різних країн. Ця класифікація включає весь цикл спостереження за хворим, діагностування туберкульозу із зазначенням методів його

підтвердження – вибір категорії лікування – вибір диспансерної категорії – оцінка ефективності і наслідків лікування”.

Поєднання туберкульозу будь-якої локалізації з вагітністю ставить перед лікарями низку проблем: з одного боку, вплив вагітності, пологів, післяпологового періоду і лактації на перебіг туберкульозного процесу, а з другого – вплив туберкульозу на перебіг вагітності, пологів, здоров'я новонародженого та породіллі.

Вагітність обтяжує стан жінок, тому що призводить до мобілізації всіх систем організму. Тому в доантибактеріальний період під впливом вагітності наступало прогресування тубпроцесу навіть до летальних наслідків. Причин, які викликають загострення тубпроцесу на фоні вагітності, багато. У вагітних жінок має місце значний від'ємний вплив на нервову та серцево-судинну систему, виникає велике навантаження на нирки. Активізації туберкульозного процесу сприяє гормональна перебудова, тому що в гормональний обмін включається і така потужна ендокринна залоза, як плацента. Загострення туберкульозу частіше спостерігається на початку вагітності і в останні тижні перед пологами.

Самі пологи також впливають на перебіг туберкульозного процесу. За рахунок збільшення тіла матки міняються співвідношення в черевній та грудній порожнинах, екскурсія діафрагми, що в другій половині вагітності може створювати видимість покращення стану хворої, яке різко погіршується після пологів внаслідок спускання діафрагми – так звана „абдомінальна декомпресія”. Остання сприяє аспірації при кавернозних процесах казеозних мас в здорові відділи легень. Пологи потребують перебудови всіх функцій організму, а період годування грудьми призводить до щоденної додаткової втрати організмом матері жирів, білка та вуглеводів.

Обмежений вогнищевий туберкульоз легень у фазі ущільнення, розсмоктування, дисемінований туберкульоз легень у фазі ущільнення та невеликої розповсюдженості сприятливо перебігають при вагітності. Гострі і підгострі форми дисемінованого туберкульозу легень, тубменінгіт особливо перебігають після абортів, тому їх слід лікувати консервативно, аборт їм протипоказаний. Вагітність необхідно переривати у хворих на фіброзно-кавернозний туберкульоз легень.

Особливої уваги заслуговують хворі на туберкульоз нирок. Поєднання цього захворювання з вагітністю несприятливе у зв'язку з тим, що сама вагітність збільшує навантаження на нирки. Ці хворі повинні спостерігатися акушером-гінекологом і фтизіоурологом, а пологи повинні прийматися у спеціалізованому пологовому будинку.

Вагітність у хворих з туберкульозним ураженням кісток та суглобів потребує більше уваги акушера, чим фтизіатра. Як правило, ці процеси під час вагітності і після пологів загострень не дають, а зміни скелету кісток миски можуть бути перепорою для пологів через природні пологові шляхи.

Своєчасно діагностувати туберкульоз під час вагітності – важливе завдання лікаря. Нелікований туберкульоз у вагітної жінки більш небезпечний для плода, чим протитуберкульозне лікування матері. Хвора на туберкульоз вагітна цілком може бути обстежена рентгенологічно. При експозиції грудної клітки в прямій проекції рентгенівське опромінення плода в 10 раз менше, ніж опромінювання грудної клітки матері. А при використанні хворою гумового фартуху (що для вагітної обов'язкове) воно ще більш зменшується. Рентгенологічне обстеження при підозрі на туберкульоз у вагітних слід проводити терміново, незалежно від строку вагітності.

В групі підвищеного ризику загострення туберкульозу під час вагітності повинні бути віднесені :

1. вагітні з недавно перенесеними туберкульозними захворюваннями (менше 1 року після закінчення лікування);
2. вагітні після перенесених операцій в зв'язку з туберкульозом (менше 1 року);
3. вагітні з туберкульозом різних локалізацій молодші 20 років та старше 35 років;
4. вагітні з розповсюдженими туберкульозними процесами незалежно від їх фази;
5. молоді здорові вагітні, які мають несприятливі контакти.

Вагітність слід переривати при фіброзно-кавернозному туберкульозі легень (в будь-які строки вагітності); при хронічному дисемінованому туберкульозі (в будь-які строки); при

поєднанні туберкульозу з легенево-серцевою недостатністю, цукровим діабетом та іншими хронічними захворюваннями, які обтяжують стан жінки; при вперше виявленому вогнищевому, інфільтративному туберкульозі легень, які перебігають з тенденцією до прогресування; при всіх формах туберкульозу легень, в зв'язку з якими планується оперативне втручання; при циротичному туберкульозі легень з явищами легенево-серцевої недостатності; при туберкульозі сечовидільної системи, який перебігає на фоні хронічної ниркової недостатності I-II ступеня.

При міліарному туберкульозі легень, туберкульозному менінгіті доцільно вагітність не переривати (тільки в крайніх випадках до 12 тижнів), бо це небезпечно для життя жінки. Вагітність можна зберегти при обмежених формах туберкульозу будь-якої локалізації при умові, що хвора пройшла основний курс антибактеріальної терапії.

Переривання вагітності в пізні строки (більше 12 тижнів) вкрай небажане, тому що таке втручання непросте, не байдуже для жінки. Показання до переривання вагітності у пізні строки повинні бути серйозно обґрунтовані та документально оформлені.

При лікуванні вагітних жінок, хворих на туберкульоз, АБП виникає питання, чи не впливають ці препарати на внутрішньоутробний розвиток плода, чи не протипоказані вони при годуванні новонародженого грудьми? Рекомендується використовувати при лікуванні ізоніазид (у всі періоди вагітності), обов'язково з вітаміном В₆. Перспективними і малотоксичними засобами лікування туберкульозу у вагітних є етамбутол і рифампіцин. Вважається доцільним призначення рифампіцину вагітним жінкам в дозі 10 мг/кг на строк не більше 9 міс. Етамбутол – малотоксичний препарат і не викликає аномалій розвитку плода. Його призначають вагітним жінкам в звичайних дозах – 20 мг/кг. Тривалість лікування туберкульозу (при наявності показів) розповсюджується на весь період вагітності і лактації. Протипоказано призначення стрептоміцину, канаміцину, біоміцину, бо вони діють токсично на слуховий і вестибулярний апарат плода, що призводить до зниження слуху, а іноді і до глухоти новонародженого. Етіонамід має тератогенну дію. В першій половині вагітності слід уникати його використання, так само як і протіонаміду. При необхідності необхідне призначення цих препаратів у другій половині вагітності. Піразинамід доцільно не призначати під час вагітності і лактації в зв'язку з недостатніми відомостями про дію цього препарату на перебіг вагітності і плід. Однак спеціалісти висловлюють думку, що вагітність не є причиною для відміни піразинаміду, якщо вона наступила в період лікування цим препаратом.

При затихлих та клінічно вилікованих формах туберкульозу вагітність доношується до нормального строку пологів. Пологи ведуться консервативно. При фіброзно-кавернозних і дисемінованих процесах у фазі інфільтрації і при наявності легенево-серцевої недостатності пологи наступають раніше строку (передчасні пологи). Новонароджені народжується з малою масою, ослаблені, потім часто хворіють інтеркурентними захворюваннями. Якщо явища легенево-серцевої недостатності нарастають, то в першому періоді пологи вирішуються шляхом кесаревого розтину, в другому – шляхом накладання акушерських щипців. При кістковому туберкульозі при значних змінах малої миски пологи через природні пологові шляхи неможливі, тому вирішуються шляхом кесаревого розтину.

Внутрішньоутробне зараження плода туберкульозом практично не спостерігається. Дитина може бути інфікована при контакті з хворою матір'ю в післяпологовому періоді і не виключається можливість інфікування під час пологів, що буває вкрай рідко. Новонароджені від матерів, які хворіють на активний туберкульоз будь-якої локалізації (особливо бактеріовиділювачів), повинні ізолюватися одразу ж після первинної обробки (через 10-15 хв після пологів). Всі новонароджені вакцинуються вакциною БЦЖ по загальноприйнятій інструкції.

Годування грудьми дозволяється всім породіллям з неактивним туберкульозом. Не дозволяється годувати грудьми породіллям, у яких підтверджено виділення МБТ; породіллям, у яких активний туберкульоз виявлено в кінці вагітності або в післяпологовому періоді, при загостренні або рецидиві туберкульозу під час вагітності. Таким породіллям проводиться повноцінна АБТ.

Новонароджений, який народився від матері, хворої на активний туберкульоз, на час виникнення початкового імунітету знаходиться в пологовому будинку 42 дні від початку

імунізації (47-50 днів після пологів). Породіллі з активним туберкульозом переводяться для лікування в туберкульозні стаціонари.

5.5. Контрольні питання:

- 5.5.1. З яких основних розділів складається клінічна класифікація туберкульозу?
- 5.5.2. На які групи поділяються клінічні форми туберкульозу?
- 5.5.3. Які типи туберкульозного процесу Ви знаєте?
- 5.5.4. Перерахуйте клінічні форми туберкульозу легень.
- 5.5.5. Перерахуйте клінічні форми поза легеневого туберкульозу.
- 5.5.6. Які розділи віддзеркалює характеристика туберкульозного процесу?
- 5.5.7. Перелічіть сегменти правої і лівої легені.
- 5.5.8. Як слід вказувати фази туберкульозного процесу?
- 5.5.9. Як в клінічному діагнозі слід віддзеркалювати етіологічне підтвердження туберкульозного процесу?
- 5.5.10. Які основні ускладнення туберкульозу легень Ви знаєте?
- 5.5.11. Які основні ускладнення поза легеневого туберкульозу Ви знаєте?
- 5.5.12. Який контингент хворих включає 1-ша категорія?
- 5.5.13. Охарактеризуйте 2-гу категорію хворих на туберкульоз.
- 5.5.14. Який контингент хворих включає 3-тя категорія?
- 5.5.15. Охарактеризуйте 4-ту категорію хворих на туберкульоз.
- 5.5.16. Які контингенти пацієнтів включає 5 категорія?
- 5.5.17. Поняття про когорти.
- 5.5.18. Які розділи включає згідно до сучасної класифікації ефективність лікування?
- 5.5.19. Вкажіть можливі залишкові зміни після вилікування туберкульозу легень?
- 5.5.20. Перерахуйте залишкові зміни після вилікуваного туберкульозу поза легеневої локалізації.
- 5.5.21. Причини, які сприяють загостренню туберкульозу у вагітних.
- 5.5.22. В який період вагітності частіше відбувається загострення туберкульозного процесу?
- 5.5.23. Яким чином пологи впливають на перебіг туберкульозного процесу?
- 5.5.24. При яких формах і фазах туберкульозу органів дихання вагітність та пологи перебігають без ускладнень?
- 5.5.25. Які форми туберкульозу найбільш небезпечні для перебігу вагітності та пологів?
- 5.5.26. Особливості перебігу вагітності у хворих на туберкульоз нирок.
- 5.5.27. Особливості перебігу вагітності у хворих на туберкульоз кісток та суглобів.
- 5.5.28. Особливості діагностування туберкульозу органів дихання у вагітних.
- 5.5.29. Які групи підвищеного ризику загострення туберкульозу під час вагітності Ви знаєте?
- 5.5.30. Покази до переривання вагітності.
- 5.5.31. Протипокази до переривання вагітності.

5.6. Заключний етап:

Контроль кінцевого рівня засвоєння навчального плану проводиться шляхом вирішення клінічних задач. Підводяться загальні підсумки, задається домашнє завдання.

6. ЛІТЕРАТУРА

Основна література:

1. Фтизіатрія: Підручник / За ред. проф. В.І.Петренка. – Вінниця: Нова книга, 2006. – 503 с.
2. Фтизіатрія: Підручник / За ред. акад. А.Я.Циганенка, проф. С.І.Зайцевої. – Х.: Факт, 2004. – 390 с.
3. Савула М.М., Ладний О.Я. Туберкульоз: Підручник. Тернопіль: Укр-медкнига, 1999. – 323 с.
4. Петренко В.І. Фтизіатрія: Підручник. К.: Медицина, 2008. – 488 с.
5. Диференційна діагностика основних синдромів при захворюваннях органів дихання та додаткові матеріали з фтизіатрії / [Тодоріко Л.Д., Сливка В.І., Бойко А.В., Степаненко В.О., Квасницький Б.І.]; за ред. Л.Д. Тодоріко. – Чернівці: Медуніверситет, 2011. – 320 с.

Додаткова література:

6. Фтизіатрія: навчально-методичний посібник. Збірник завдань для тестового контролю знань / За ред. В.Ф.Москаленка, В.І.Петренка. – Вінниця: Нова книга, 2005. – 296 с.
7. Туберкульоз / За ред. проф. Асмолова О.К. – Одеса, 2002. – 275 с.
8. Туберкульоз позалегенової локалізації / Ю.І.Фещенко, І.Г.Ільницький, В.М.Мельник, О.В.Панасюк; за ред. Ю.І.Фещенка, І.Г.Ільницького. – Київ: Логос, 1998. – 376 с.
9. Савула М.М., Ладний О.Я., Кравченко Н.С., Сливка Ю.І. Диференціальна діагностика захворювань легень і плеври. Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 223 с.
10. Ведення вагітності, пологів та післяпологового періоду у хворих на туберкульоз легень (методичні рекомендації) // А.Я. Сенчук, О.В. Голяновський, В.С. Артамонова та ін. – Київ, 2001. – 37 с.
11. Перельман М.И., Корякин В.А., Богадельникова И.В. Фтизиатрия: Учебник. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2004. – 520 с.
12. Фещенко Ю.І., Мельник В.М. Організація протитуберкульозної допомоги населенню. – К: Здоров'я, 2006. – 656 с.
13. Фещенко Ю.І., Мельник В.М. Організація лікування хворих на туберкульоз. К.: Здоров'я, 2009. – 488 с.