

ТУБЕРКУЛЬОЗ – це досить поширене інфекційне захворювання в усьому світі, що викликається мікобактеріями туберкульозу (паличка Коха). Хворіють і люди, і тварини. Як правило туберкульоз найчастіше ушкоджує легені, рідше інші органи і системи. Мікобактерії туберкульозу передаються повітряно-крапельним шляхом при розмові, кашлі, чханні. При інфікуванні організму – тубінфікованість – безсимптомно, але близько 1 з 10 випадків прихованої інфекції переходили в активну форму.

Щорічно у світі на туберкульоз захворює 10 млн. людей, 3 млн. – помирає, 8 тис. – щоденно. За даними ВОЗ 1/3 населення Землі інфіковане МБТ. Найбільша поширеність туберкульозу в азіатських і африканських країнах – близько 80% і 5 – 10% у США. У Росії захворюваність у 10 разів більша, ніж у розвинутих країнах.

В Україні кожен день реєструють 82 хворих на туберкульоз і 30 хворих помирає; щорічно реєструють – 32 тис. людей, більше 6 тис. – помирає.

На туберкульоз хворіють не тільки бідні чи малозабезпечені люди, але й заможні, з елітних кіл, тобто МБТ не розрізняють соціального статусу: напружений ритм життя, інформаційний пресінг, постійна «нестача часу», а як наслідок нерегулярне та незбалансоване харчування, стресові ситуації, що призводять до зниження захисних сил організму і сприяють розвитку захворювання. Разом з тим, туберкульоз – це, безумовно, соціальна хвороба. Туберкульоз – захворювання, що безпосередньо залежить від способу життя населення, якості харчування, соціальної невлаштованості, наявності шкідливих звичок (паління, зловживання алкоголем, наркотики) та ускладнюється супутньою патологією. Усе це суттєво підвищує ризик захворюваності на туберкульоз.

Туберкульозом можна заразитися від хворої на цю недугу людини частіше повітряно-крапельним шляхом в громадських місцях (магазинах, транспорті, закладах харчування) та при поцілунках, докурюванні чужих цигарок, через книгу, а також від хворої тварини (при догляді за нею, вживанні її м'яса, молока, сметани, масла, кисломолочних продуктів). Хворі на туберкульоз тварини виділяють МБТ з харкотинням, сечею, фекаліями, заражаючи пасовище. Розповсюджувачами можуть бути мухи і таргани.

Збудник цієї небезпечної хвороби – МБТ – була відкрита у 1882 р. німецьким вченим Р. Кохом. МБТ досить стійка до холоду, тепла, вологи і світла. У вуличному пилу БК зберігаються протягом 3 місяців, стільки ж і на сторінках книг, у воді – 150 днів, а в молоці та молочних продуктах – 8 – 10 місяців. У річковій воді – 5 міс., у ґрунті – 1-2 міс., фекаліях – до 1 року; при t°25 – до 7 років. Але пряме сонячне проміння вбиває їх при дії протягом 2 – 6 годин, при t° 85 – через півгодини, а також згубно діють на паличку хлоровмісні засоби.

Якщо в організм потрапила туберкульозна паличка, – це не означає, що людина обов'язково захворіє на туберкульоз: із 100 чоловік захворюють 5, решта спокійно співіснують з нею, а імунна система людини протягом

тривалого часу тримає їх під контролем. Однак у випадку послаблення захисних сил організму може виникнути захворювання.

Цьому сприяє:

- якість харчування (голодування та недостатнє, незбалансоване харчування: недостатність молока, сиру, яєць, тваринного жиру та вітамінів);
- куріння тютюну, зловживання алкоголю, споживання продуктів, що містять консерванти, стабілізатори, харчові барвники;
- супутні патології (цукровий діабет, виразкова хвороба шлунку, гіпертонічна хвороба, ВІЛ та СНІД);
- стреси.

ЕПІДЕМІЧНА СИТУАЦІЯ

У 1995 р. в Україні оголошено епідемію туберкульозу, оскільки захворюваність перевищувала епідемічний поріг – 50 випадків на 100 тис. населення. З 1995 р. захворюваність збільшилась майже вдвічі і в 2005 р. становила 84,1 на 100 тис. населення. У результаті реалізації Загальнодержавної програми протидії захворюваності на туберкульоз на 2007 – 2011 рр. в Україні досягли суттєвих позитивних зрушень щодо епідситуації з туберкульозу, відзначається повільне зниження показників захворюваності та смертності. У 2011 р. захворюваність становила 67,2 на 100 тис. населення, у 2012 р. – 45,5, 2013 – 45,9.

Водночас, на тлі поступової стабілізації епідемічного процесу загрозу становить поширення мультирезистентного туберкульозу. За даними ВОЗ в Україні МРТБ мають 16% хворих, яким уперше встановили діагноз туберкульозу, та 44% хворих із рецидивом захворювання. Так у 2011р. кількість уперше діагностованих МРТБ становила 4 305 (2010 р. – 4056, 2009 р. – 3 225). Захворюваність дітей становила 7,8 – 8,0 на 100 тис. населення. На Волині – 6,6 на 100 тис. населення, підлітки – 18,5 (2012 р. – 15 на 100 тис.).

КЛАСИФІКАЦІЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

I. Тубінтоксикація у дітей:

- уперше позитивна пр. М з 2ТО;
- виникає інфікування організму без локальних проявів.

II. Туберкульоз органів дихання:

1. Первинний тубкомплекс:

запальний процес в легенях, в/гр. л/вузлів і лімфангонітом.

2. Туберкульоз в/гр. лімфатичних вузлів:

діти, підлітки та люди молодого віку.

3. Вогнищевий туберкульоз легень:

Небагато вогнищ з однієї чи обох сторін, 1 – 2 сегменти (до трьох) продуктивного характеру. Переважно безсимптомно або малосимптомно.

4. Інфільтративний туберкульоз легень:

негомогенні затемнення (інфільтрація) з нечітким контуром в одній або двох легенях з розпадом в центрі або без нього + вогнища відсіву в протилежну або свою легеню:

а) туберкулома – інкапсульовані казеозні утворення більш як 1 см в діаметрі як наслідок вогнищ туберкульозу чи інфільтративного, а також може бути при дисемінованому туберкульозі;

б) кавернозний туберкульоз – ізольована каверна з інфільтрованими стінками на інтактній легені.

5. Дисемінований туберкульоз:

симетричні ураження вогнища з обох сторін, на всьому протязі з явищами інфільтрації та наявності каверн.

6. Фіброзно-кавернозний туберкульоз:

зменшення легені в об'ємі, фіброзні зміни в легенях, вогнища, що утворюють конгломерати, вогнища відсіву, одна, дві чи більше каверн з фіброзними стінками, масивні плевральні нашарування, зміщення органів середостіння, наявність пневмофіброзу, емфіземи легень, бронхоектазів.

7. Циротичний туберкульоз :

розвиток сполучної тканини у легенях та плеврі як наслідок інволюції дисемінованого, інфільтративного та фіброзно-кавернозного туберкульозу, можлива наявність деструкції.

8. Плеврит:

може бути самостійним та супроводжувати різні форми:

а) вільна рідина з косим в/внутр. контуром;

б) осумкований – по головній та додатковій міждолевій плеврі, наддіафрагмальний, парамедіастиніт.

9. Туберкульоз бронхів, трахеї:

виявляється при бронхоскопії.

III. Туберкульоз інших органів і систем:

1) мозкових оболонок і ЦНС;

2) кишечника, очеревини і брижових лімфовузлів:

- при оперативному втручанні, гістологічно підтверджено МБТ+;
- к/відділення;

3) кісток і суглобів:

- хребет (поперек, грудний відділ, шийний);

- кульшові суглоби, колінні, ліктеві, променево-зап'ястні, нерідко кістки зап'ястка, фаланги, гомілково-ступневі та плюсневі;

- плоских кісток: грудини, грудинно-ключичних зчленувань, ребер, крижово-здухвинні зчленування;

4) сечо-статевої системи: нирок, сечовидільних шляхів, чоловічих і жіночих статевих органів;

5) шкіри;

6) периферичних лімфовузлів;

7) очей;

8) інших органів: печінки, селезінки, серцевого м'яза, перикарда.

НОВА КЛАСИФІКАЦІЯ

I. НОВІ ВИПАДКИ.

ВДТБ (вперше діагностований туберкульоз) – туберкульоз різної локалізації, МБТ (+) і (-), уперше діагностований або лікування ПТП менше 1 місяця.

II. ПОВТОРНІ ВИПАДКИ або ІТБ, що лікувалися більше 1 місяця.

- 1. РЕЦИДИВ туберкульозу (РТБ)** – захворювання на туберкульоз у пацієнта МБТ(+), який успішно закінчив повний курс антибактеріальної терапії. Якщо МБТ (-), то реєструють як інший випадок.
- 2. ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯ ПЕРЕРВИ (ЛПП)** – хворий перервав лікування більше 2 місяців до завершення основного курсу хіміотерапії ОКХТ.
- 3. НЕВДАЧА ЛІКУВАННЯ (НЛТБ)** – після завершення основного курсу лікування зберігається абр знову з'являється МБТ (за мазком або посівом) або негативною клініко-рентгенодинамікою.

III. МАЛІ ФОРМИ ВДТБ.

IV. ХІМІОРЕЗИСТЕНТНИЙ туберкульоз (ХРТБ):

- 1. Полірезистентний** – резистентність до більше 1 препарату I ряду за винятком до ізоніазиду та рифампіцину.
- 2. Мультирезистентний (МРТБ)** - резистентність як мінімум до ізоніазиду та рифампіцину.
- 3. Розширена резистентність (РРТБ)** до ізоніазиду та рифампіцину, будь-якого фторхінолону і одного із трьох: амікацину, канаміцину та капріоміцину.

V. ЗАЛИШКОВІ ЗМІНИ перенесеного туберкульозу (ЗЗТБ).

ДІАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЬОЗУ

За останніми наказами МОЗ України від 21.12.2012 р. № 1091, діагноз встановлюється на підставі **лабораторних** даних (позитивних результатів мікроскопії мокротиння), **клінічних** симптомів (кашель, слабкість, пітливість, субфебрильна температура); **проби Манту** у дітей; **рентгенологічних** та **морфологічних** (біопсія ураженого органу) даних.

Найбільш достовірним підтвердженням діагнозу туберкульозу є наявність МБТ в мазках чи при посівах 100% підтвердження. Проте необхідно пам'ятати,

що туберкульоз проходить і безсимптомно, особливо його малі форми, і основним методом діагностики є флюорографія (пересувна і стаціонарна).

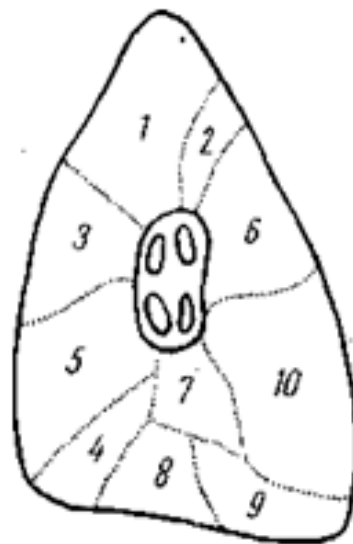
Виявлення малих форм туберкульозу, тобто рання діагностика, дає значно вищі результати лікування.

Крім того пересувні флюорографічні установки приїжджають у найвіддаленіші села області, що особливо зручно для людей похилого віку.

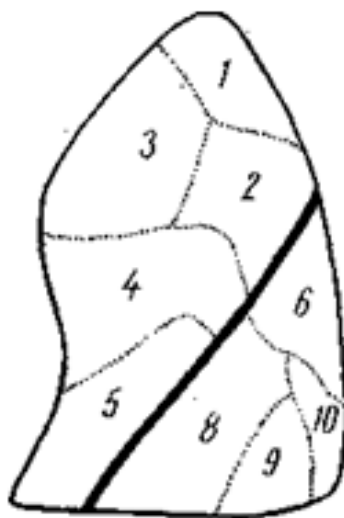
СЕГМЕНТАРНА БУДОВА ЛЕГЕНЬ



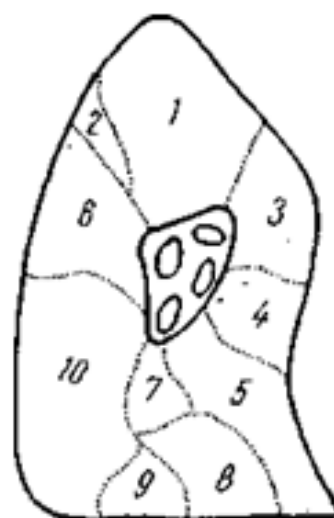
A



B



B



2

