

Редакція:

30.04.2009



Про затвердження інструкцій щодо надання медико-санітарної допомоги хворим на туберкульоз

Наказ Міністерства охорони здоров'я України
від 29 липня 1996 року N 233

Зареєстровано в Міністерстві юстиції України
17 вересня 1996 р. за N 536/1561

Із змінами і доповненнями, внесеними
наказами Міністерства охорони здоров'я України
від 17 травня 2008 року N 254,
від 30 квітня 2009 року N 287

Додатково див. наказ
Міністерства охорони здоров'я України
від 28 жовтня 2003 року N 499

З метою посилення протитуберкульозних заходів в Україні, відповідно до "Основ законодавства України про охорону здоров'я" від 19.11.92 р., та Закону України "Про забезпечення санаторного та епідемічного благополуччя населення" від 24.02.94 р. **НАКАЗУЮ:**

1. Затвердити:

1.1. Інструкцію про направлення хворих на туберкульоз на санаторне лікування (додається);

1.2. Підпункт 1.2 пункту 1 втратив чинність

(згідно з наказом Міністерства охорони
здоров'я України від 17.05.2008 р. N 254)

1.3. Інструкцію про застосування туберкулінових проб (додається);

1.4. Інструкцію про застосування вакцини туберкульозної БЦЖ-М, БЦЖ (додається);

1.5. Інструкцію про поділ на групи контингентів протитуберкульозних диспансерних закладів
(додається);

1.6. Інструкцію про порядок оформлення відпусток хворих на туберкульоз із лікарень і санаторіїв (додається).

2. Вважати такими, що не застосовуються на території України:

2.1. Наказ МОЗ СРСР від 05.07.88 р. N 527 "Про удосконалення протитуберкульозної допомоги в країні" (додатки N 2, N 3, N 4, N 5, N 6, N 7, N 10).

2.2. Наказ МОЗ СРСР від 28.02.89 р. N 128 "Про поширення дії наказу МОЗ СРСР від 02.02.84 р. N 125 на туберкульозні лікарні і санаторії".

3. Міністру охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, начальникам управлінь охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій довести зазначені інструкції до працівників охорони здоров'я, керівників установ, організацій і підприємств різних форм власності та контролювати їх виконання.

4. Контроль за виконанням цього наказу залишаю за собою.

Перший заступник Міністра

А. М. Сердюк

ЗАТВЕРДЖЕНО
наказом Міністерства охорони здоров'я
України
від 29 липня 1996 р. N 233

Зареєстровано
в Міністерстві юстиції України
17 вересня 1996 р. за N 536/1561

ІНСТРУКЦІЯ ПРО НАПРАВЛЕННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ НА САНАТОРНЕ ЛІКУВАННЯ

Інструкція втратила чинність
(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України
від 30 квітня 2009 року N 287)

ЗАТВЕРДЖЕНО
наказом Міністерства охорони здоров'я
України
від 29 липня 1996 р. N 233

Зареєстровано
в Міністерстві юстиції України
17 вересня 1996 р. за N 537/1562

Інструкція про проведення флюорографічних обстежень

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Флюорографічні обстеження поділяються на масові (профілактичні), які проводяться з метою своєчасного виявлення захворювань органів грудної порожнини, і на діагностичні. Для масових (профілактичних) обстежень використовуються стаціонарні і пересувні флюорографи.

1.2. Стаціонарні флюорографи встановлюються в окремих приміщеннях і функціонують як підрозділи рентгенологічних кабінетів (відділень) загальних поліклінік або протитуберкульозних закладів. Пересувні флюорографи призначаються для обстеження сільського населення і великих організованих колективів. Найбільш доцільним є створення обласних (у великих містах - міських) флюорографічних центрів при рентгенологічних відділеннях обласних або міських лікарень (протитуберкульозних диспансерів). При значній потужності флюорографічного центру він функціонує як друге рентгенологічне відділення.

1.3. Медичний персонал, що працює у флюорографічних підрозділах (кабінетах, центрах, відділеннях), користується всіма пільгами, які надані персоналу рентгенологічних підрозділів.

1.4. Робота стаціонарних і пересувних флюорографів проводиться за графіком, що забезпечує їх раціональне використання. Графік роботи затверджується головним лікарем відповідного закладу, який також організує необхідні умови для праці персоналу флюорографічного кабінету (відділення) і пересувних флюорографів.

1.5. В своїй роботі персонал флюорографічних кабінетів (відділень) керується цією Інструкцією, існуючими документами щодо роботи з рентгенівською апаратурою та іншими документами МОЗ України й місцевих органів охорони здоров'я.

1.6. В обов'язки медичного персоналу флюорографічних кабінетів (відділень) входять:

1.6.1. Флюорографічне обстеження населення з метою своєчасного виявлення захворювань легень та інших органів грудної порожнини, а також грудної стінки.

1.6.2. Флюорографічні діагностичні дослідження органів грудної порожнини в осіб у віці 18 років і більше, а також (на флюорографах з розміром кадра 110 x 110 мм) кісток, суглобів та інших органів.

В окремих випадках при відсутності рентгенографічної плівки флюорографи з розміром кадра 110 x 110 мм можуть бути використані для дослідження патологічних змін органів грудної порожнини і у пацієнтів віком до 18 років, але не молодше 14 років.

1.6.3. Рентгенологічне дообстеження осіб з патологією, що була виявлена при флюорографії, а також направлення після дообстеження у відповідні лікувально-профілактичні заклади.

1.6.4. Видача висновків за результатами флюорографії.

1.6.5. Реєстрація та облік осіб, яким проведене флюорографічне обстеження.

1.6.6. Зберігання архіву флюорограм.

1.6.7. Систематичний аналіз кількісних та якісних показників діяльності кабінету (відділення).

1.6.8. Аналіз помилкових висновків, що були зроблені при інтерпретації флюорограм.

1.6.9. Дотримання вказівок і виконання заходів щодо техніки безпеки та захисту персоналу й пацієнтів від опромінення.

1.6.10. Підвищення кваліфікації персоналу кабінету (відділення).

1.7. Відповідальність за залучення населення до флюорографічних обстежень несуть головні лікарі тих закладів, на базі яких розташовані стаціонарні флюорографи, а також головні лікарі тих закладів, в район обслуговування яких прибули згідно з погодженим графіком пересувні флюорографи, а в своїх колективах - керівники підприємств, установ і організацій незалежно від їх форм власності.

1.8. Завідуючі рентгенівськими (флюорографічними) відділеннями і кабінетами відповідають за якість флюорографічних обстежень, виконання персоналом своїх обов'язків, зазначених вище, беруть участь спільно з дільничними і цеховими терапевтами та санітарно-епідеміологічною службою у плануванні флюорографічних обстежень.

1.9. Організаційно-методичне керівництво флюорографічними обстеженнями здійснюють республіканські (обласні, міські) рентгенрадіологічні (рентгенологічні) або флюорографічні відділення відповідних лікарень або протитуберкульозних диспансерів залежно від того, де розташовані флюорографічний центр або відділення з пересувною апаратурою.

2. РЕЄСТРАЦІЯ ТА ОБЛІК ФЛЮОРОГРАФІЧНИХ ОБСТЕЖЕНЬ В ПОЛІКЛІНІКАХ

2.1. Дату проходження флюорографічного обстеження медичний реєстратор або лаборант проставляє у картці обліку диспансеризації (форма N 131/о). За допомогою цих карток здійснюється контроль за охопленням населення флюорографічним обстеженням і активне залучення до нього. Картотека з облікових форм N 131/о є централізованою для всього закладу. Окремі контингенти у картотеці доцільно виділяти кольоровими позначками. Так, рентгенпозитивні особи відмічаються червоною позначкою на картці, хворі на цукровий діабет - синьою тощо.

2.2. У флюорокабінеті ведеться журнал обліку щоденних рентгенологічних обстежень - форма N 50/о. В журналі зазначається дата обстеження, прізвище, ім'я та по батькові, рік народження, місце роботи або соціальний стан (пенсіонер, хатня господарка та ін.), домашня адреса, а також результати оцінки флюорограм.

2.3. У випадках виявлення при флюорографії патології грудної порожнини або підозри на цю патологію заповнюється "Карта профілактичних флюорографічних досліджень" - форма N 052/о. По ній контролюється проходження дообстеження і ведеться динамічний нагляд. Коли карта за формою N 052/о використовується для динамічного нагляду за особами, в яких виявлені зміни в органах грудної порожнини, на ній слід зробити кишеню для зберігання серії флюорограм.

2.4. Лікувально-профілактичні заклади налагоджують комп'ютерну реєстрацію та облік флюорографічних обстежень.

2.5. Розшифрована плівка, з якої вирізані кадри на осіб з виявленою патологією, осіб, які потребують контрольного дообстеження або динамічного нагляду, зберігається в архіві з чітким маркіруванням місця проведення обстеження, установи, що проводили обстеження, дати і номера флюорограм. Термін зберігання - не менше 3 років.

3. ПЛАНУВАННЯ ОБСТЕЖЕНЬ

3.1. Флюорографічним профілактичним обстеженням підлягають особи у віці від 15 років. Повторне обстеження молодь проходить перед закінченням середньої школи при оформленні медичної довідки для вступу до вищого навчального закладу.

Обстеження осіб призовного віку проводиться, як правило, на обласному (міському) збірному пункті, якщо з часу попереднього обстеження пройшло більше шести місяців.

3.2. Суцільне обстеження населення на туберкульоз проводиться починаючи з 18 років, один раз в 3 роки. Лише в місцевостях, де захворюваність на всі форми туберкульозу перевищує 30 на 100000 населення, виявленість перебільшує 0,3 на 1000 досліджених, а питома вага хворих на фіброзно-кавернозний туберкульоз серед вперше виявлених хворих на туберкульоз органів дихання вища, ніж 0,5 відсотка суцільне флюорографічне обстеження проводиться 1 раз в 2 роки. Зазначений вище рівень захворюваності є основним показником несприятливої епідеміологічної ситуації з туберкульозу.

3.3. Рішення про періодичність профілактичних флюорографічних обстежень в даному районі або населеному пункті приймається районною (міською) санітарно-епідеміологічною станцією і районним (міським) протитуберкульозним закладом й затверджується відповідними профілактичними обласними установами. "Обов'язкові контингенти"* і особи, які проживають у гуртожитках, обстежуються 1 раз на рік. Один раз на рік обстежуються також підлітки в період навчання в середніх спеціальних і вищих учбових закладах за професіями, що відносяться до декретованих ("обов'язкових контингентів"), і ті, що прибули на навчання чи роботу з інших країв і територій, та ті, що мешкають у гуртожитках. Контингенти підвищеного ризику на захворювання туберкульозом (особи з залишковими змінами після вилікуваного, в тому числі і спонтанно, туберкульозу, хворі на цукровий діабет, виразкову хворобу шлунка і дванадцятипалої кишки, з оперованим шлунком, психічними захворюваннями, алкоголізмом і наркоманією, після тривалого лікування кортикостероїдними препаратами) обстежуються не рідше 1 разу на рік. Контакти з хворими на туберкульоз - бактеріовиділювачами підлягають обстеженню, згідно з вказівками щодо диспансерної роботи протитуберкульозних закладів.

* "Обов'язкові контингенти" перераховані в Інструкції про проведення обов'язкових профілактичних медичних оглядів на туберкульоз і порядок допуску до роботи осіб деяких професій, які хворіють на туберкульоз.

3.4. Контингенти підвищеного ризику на захворювання раком легень (особи, які випалюють більше однієї пачки цигарок на день, чоловіки-курці, яким більше 45 років, котрі почали палити до 15 років або працюють у несприятливих умовах: з паливно-мастильними матеріалами, в гірничо-рудному і хімічному виробництві, з отрутохімікатами в сільському господарстві), обстежуються 1 раз на рік. При обстеженні цих контингентів допускається флюорографія в двох проекціях: передньо-задній і боковій.

Обов'язковому флюорографічному обстеженню підлягають породіллі до виписки їх з пологового будинку.

3.5. Контингенти населення, що підлягають флюорографічному обстеженню, поділяються на категорії:

3.5.1. "Обов'язкові контингенти" - працівники установ і професій, що підлягають попередній (при вступі на роботу) і періодичним медичним оглядам з застосуванням флюорографії. Дані про кількість цих контингентів подає санітарно-епідеміологічна станція.

3.5.2. "Організоване населення" - працівники підприємств, установ, учні медичних вищих навчальних закладів. Дані про кількість цих контингентів повідомляються медико-санітарними частинами підприємств, відділами кадрів установ, районними відділами освіти та ін.

3.5.3. "Працівники малих підприємств" - працівники установ, підприємств, закладів, яких недоцільно обстежувати пересувними флюорографами, оскільки для цього можуть бути використані стаціонарні апарати поліклінік. Дані про кількість працюючих на кожному об'єкті повідомляють дільничні терапевти; в сільських районах відповідні дані беруться в місцевій державній адміністрації.

3.5.4. "Неорганізоване населення" - хатні господарки, непрацюючі пенсіонери, особи, які займаються індивідуальною трудовою діяльністю, та ін. Дані про кількість цих осіб збирають дільничні медичні сестри при подвірних обходах.

3.6. Залежно від наявних можливостей і умов (кількість стаціонарних і пересувних флюорографів, їх можливого навантаження, періодичності обстеження відповідних контингентів, відстані населених пунктів) формується календарний план обстеження по району (місту).

3.7. Планування флюорографічних обстежень на наступний рік здійснюється заступником головного лікаря територіального лікувально-профілактичного закладу разом з завідувачим рентгенівським відділенням, головним лікарем протитуберкульозного диспансеру (завідувачим тубкабінетом) та лікарем-епідеміологом районної санітарно-епідеміологічної станції. При наявності в районі обслуговування медико-санітарних частин (МСЧ) у розробці плану бере участь головний лікар медико-санітарної частини.

3.8. План флюорографічних обстежень в районі (місті) погоджується з місцевими органами статистики, які повинні відмітити чисельність населення у віці 15 - 17 років та 18 років і старше, що проживає на зазначеній території, потім затверджується головним лікарем району (начальником управління охорони здоров'я). При необхідності доцільне затвердження плану в місцевій державній адміністрації.

3.9. Окремо плануються обсяги роботи (щомісячно) для кожного флюорографа (флюорокабінету, флюоровідділення).

3.10. В плани профілактичних обстежень не включаються діти, вагітні жінки, матері, які годують груддю. Заборонені також флюорографія молочних залоз у жінок і рентгеноскопія різних органів з профілактичною метою.

4. ОРГАНІЗАЦІЯ ФЛЮОРОГРАФІЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ

4.1. Обстеження міського населення:

4.1.1. "Організоване населення" обстежується за допомогою пересувних флюорографів або (при наявності в МСЧ, студентській чи відомчій поліклініці флюорокабінету) за допомогою стаціонарних флюорографів. План-графік обстежень слід оформити наказом керівника підприємства (установи) і довести його до відома колективу. В наказі зазначають строки обстеження по цехах (відділах), а також посадових осіб, які відповідають за проходження обстеження працівниками підприємства (установи).

4.1.2. Інші категорії міського населення проходять обстеження в поліклініках. Залежно від організації роботи (в реєстратурі, кабінеті долікарняного прийому або безпосередньо на прийомі у дільничного терапевта) на підставі інформації з медичної картки амбулаторного хворого про дату проходження попереднього флюорографічного обстеження і належності до групи ризику вирішується питання про необхідність флюорографічного обстеження особи, яка звернулася до поліклініки. Згідно з графіком масових обстежень і запланованим обсягом роботи флюорокабінету до обстеження залучаються працівники малих підприємств і установ, а також інші особи, в яких підійшов строк чергового обстеження, в тому числі з "неорганізованих контингентів". Для залучення останніх використовуються індивідуальні запрошення: через дільничну медсестру, поштою та іншими методами.

4.2. Обстеження сільського населення проводиться як стаціонарним флюорографом центральної районної лікарні (ЦРЛ), так і пересувними флюорографами.

4.2.1. Населення районного центру і мешканці сіл, що звертаються до районної поліклініки, обстежуються флюорографом ЦРЛ, робота якого проводиться за тими ж принципами, що й в

міських поліклініках. Мешканці найбільш наближених до районного центру населених пунктів також можуть бути залучені до обстеження на стаціонарному флюорографі ЦРЛ за умови активного сприяння працівників фельдшерсько-акушерських пунктів.

В районах з малою кількістю населення для стаціонарного флюорографа ЦРЛ не вистачить навантаження, якщо флюорокабінет буде працювати протягом всього часу роботи поліклініки. Тому слід планувати його роботу лише в першу половину дня.

4.2.2. Основна кількість сільського населення повинна бути обстежена за допомогою пересувних флюорографів. Оптимальним варіантом є направлення 3 - 4 пересувних флюорографів з обласного флюороцентру, що дає можливість в короткі терміни провести суцільне обстеження, не відриваючи для його організації на значний час медичних працівників району від своєї основної роботи.

4.3. Для оптимального використання пересувних флюорографів необхідна значна попередня робота: роз'яснення мети обстеження, погодження графіка обстеження з керівництвом сільських (селищних) Рад, господарств, кооперативів, підготовка списків осіб, які підлягають обстеженню, створення умов для роботи і перебування персоналу, що обслуговує пересувний флюорограф. Вся попередня робота виконується місцевими медичними працівниками. На них також покладається організація залучення до обстеження і реєстрація тих, хто пройшов обстеження. Починати обстеження слід з населених пунктів, що обслуговуються фельдшерсько-акушерськими пунктами, а закінчувати в селі, де є дільнична лікарська амбулаторія або лікарня. Люди з віддалених сіл легше погоджуються на поїздку до такого села, ніж навпаки. Тому при такій послідовності роботи пересувного флюорографа забезпечується більш повний добір тих осіб з віддалених сіл, які не пройшли обстеження в період роботи пересувного флюорографа в цих селах.

4.4. При флюорообстеженнях на стаціонарних і пересувних флюорографах забороняється знаходження в приміщенні, де проводяться флюорографічні знімки, більше одного пацієнта.

5. ВИКОНАННЯ ФЛЮОРОГРАМ, МАРКІРУВАННЯ І ПРОЯВЛЕННЯ ПЛІВКИ

5.1. При профілактичному обстеженні органів грудної порожнини виконується один знімок (кадр) на помірному вдиху. Особам у віці понад 50 років додатково виконується ліва бічна флюорограма. Слід домагатися максимально малої витримки, використовуючи високу напругу.

5.2. Маркірування флюорограм повинно відображати: номер флюорограми, дату, місяць і рік проведення флюорографії. Для цього у верхньому лівому куті екрану підвішують металеві або вирізані з просвинцованої гуми відповідні цифри; можливо також фотографування автоблокувальної картки.

5.3. Коли знімання і проявлення виконує один рентгенлаборант, то для проявлення плівки йому надається відповідний робочий час. Лікар-рентгенолог повинен стежити за якістю флюорограм, що залежить від правильності положення пацієнта під час знімання, режиму, що використовується, а також процесу фотообробки.

5.4. При оптимальній контрастності й різкості на флюорограмі повинні розпізнаватися контури верхніх 3 - 4 грудних хребтів та міжхребцевих щілин, контури кісток плечового поясу, трахеї і правого головного бронху. Легеневий малюнок (крім кортикальних відділів легень) повинен всюди добре виявлятися. Правильність установки перевіряється положенням внутрішніх кінців ключиць, які повинні знаходитися на однаковій відстані від хребта.

5.5. Флюорограми повинні бути стандартними (тобто максимально тотожними за контрастністю, різкістю й густотою тіней). Для проведення таких флюорограм

використовується фотоекспонетр та індивідуальне регулювання режиму знімання.

6. ПЕРЕГЛЯД (ІНТЕРПРЕТАЦІЯ) ФЛЮОРОГРАФІЧНОЇ ПЛІВКИ, ОЦІНКА ВИЯВЛЕНИХ ЗМІН, ЇХ РЕЄСТРАЦІЯ

6.1. Відзняту і проявлену флюорографічну плівку слід переглянути не пізніше наступного дня після обстеження. Для перегляду її використовується негатоскоп. При правильно організованій роботі один лікар-рентгенолог може проаналізувати 85 флюорограм за годину (на 1 кадр з записом патології потрібно 40 секунд). Через кожну годину потрібна перерва на 10 - 15 хвилин для відпочинку. Перегляд плівки проводиться в трохи затемненому приміщенні.

6.2. Результати інтерпретації флюорограм фіксуються лікарями-рентгенологами в журналі профілактичних флюорографічних обстежень у графі "Результати оцінки флюорограм".

6.3. Для запобігання пропусків патології та неправильної інтерпретації тіней при оцінці флюорограм доцільно застосовувати подвійну незалежну (двома лікарями) або повторну (одним лікарем через день) розшифровку плівки з обов'язковим урахуванням попереднього дослідження. У випадках, коли висновки не збігаються, слід віддати перевагу діагнозу, що свідчить про більш важку патологію.

6.4. У випадках браку флюорографічного кадра слід викликати пацієнта для повторного дослідження. При відсутності патологічних змін на флюорограмі в журналі роблять позначку "N" (норма). Флюорограма з плівки не вирізається.

6.5. При наявності малих залишкових змін в журналі після діагнозу роблять помітку "М", при великих залишкових змінах - "В" або "VII гр.". При наявності змін, що потребують динамічного нагляду, заповнюють "Картку профілактичних флюорографічних обстежень" - форма N 052/о, а флюорограма вирізується і вкладається до кишені (конверта), що з'єднана з картою. Якщо є попередня флюорограма, то після констатації стабільності змін, новий знімок можна не вирізувати. В цьому випадку в журналі зазначається, що рентгенологічна динаміка відсутня, а форма N 052/о не заповнюється.

6.6. Коли лікар-рентгенолог не впевнений в повній відсутності рентгенологічних чи клінічних ознак активності виявлених змін туберкульозного походження, а також при виявленні динамічних зрушень (у порівнянні з попереднім знімком), пацієнта направляти на клініко-рентгенологічне дообстеження. В цих випадках також заповнюється форма N 052/о. При виявленні тіней, що характерні для захворювань органів грудної порожнини чи при підозрі на їх наявність, флюорограма вирізується, прикріплюється до картки профілактичного флюорографічного дослідження (ф. N 052/о). Особливо з цими змінами направляються на дообстеження. В журналі робиться помітка "К" (контроль), а в картці профілактичних обстежень занотовується дата, коли зроблено виклик на дообстеження.

6.7. Результат флюорографічного обстеження повинен бути зафіксований на спеціальному бланку і протягом 48 годин переданий в лікувально-профілактичний заклад за місцем проживання або роботи пацієнта, де повинен знаходитися в медичній картці. Результати профілактичної флюорографії видаються обстеженим за їх вимогою.

7. ОРГАНІЗАЦІЯ ДООБСТЕЖЕННЯ

7.1. Особи, у яких виявлені безсумнівні патологічні тінеутворення в легенях зміни, що викликають підозру на патологію, а також пацієнти з туберкульозними змінами, сумнівними щодо їх активності, підлягають контрольному клініко-рентгенологічному дообстеженню. Для реєстрації результатів дообстеження та збереження вирізаного кадра використовують "Картку профілактичних флюорографічних обстежень". Лікар, який викликав пацієнта на дообстеження, повинен намітити план рентгенологічного обстеження із застосуванням необхідних методик

(бокова рентгенограма, рентгенограма верхівки в положенні заднього лордозу, томографія та ін.) і зробити про це помітку в "Картці профілактичних флюорографічних обстежень". Виклик на дообстеження здійснюється працівником флюорографічного кабінету не пізніше 48 годин після проведення флюорографії.

7.2. Форма виклику: особисте повідомлення (в тому числі по телефону), телефонограма через медсанчастину, здоров'я пункту, адміністрацію за місцем роботи, надсилання повідомлення додому. Повідомлення надсилається у запечатаному вигляді без вказівок на конверті про заклад, що викликає. Якщо пацієнт не з'являється, виклик слід зробити повторно через 10 - 14 днів. У випадках, коли повторний виклик не дав результатів, відомості щодо осіб, які не з'явилися, передають дільничним лікарям для залучення їх для дообстеження.

7.3. При роботі в селах пересувних флюорографів виклик на дообстеження здійснюється персоналом, що їх обслуговує, за допомогою місцевих медичних працівників, у тому числі за участю працівників районної санепідстанції. Якщо дообстеження не відбулося в період роботи в районі пересувних флюорографів, то дублікат картки передається в районний протитуберкульозний диспансер (тубкабінет) для здійснення дообстеження силами цих закладів.

7.4. Дообстеження починається з бесіди лікаря. Він знайомиться з анамнестичними, рентген-клініко-лабораторними даними (якщо вони є). Проводиться зовнішній огляд грудної клітки, на якій можуть бути різні утворення, що симулюють тіні в легенях. Далі проводиться в необхідному обсязі рентгенологічне обстеження.

7.5. Коли результати рентгенологічного обстеження з достатньою певністю вказують на ту чи іншу патологію, яка має клінічне значення, то пацієнт направляється до відповідного лікаря-клініциста. У випадках, коли характер змін повністю не з'ясований, хворий направляється до спеціалізованого закладу. Так, при змінах туберкульозної етіології найчастіше виникає необхідність встановлення активності процесу. Це завдання вирішує фтизіатр.

7.6. Хворих з підозрою на злоякісний процес також надсилають до спеціалізованого закладу для відповідних, у тому числі бронхологічних і цитологічних обстежень.

7.7. В усіх випадках направлення на клінічне дообстеження, лікування, взяття на облік у спеціалізованому закладі хворим видається "Талон направлення на консультацію і в допоміжні кабінети" (форма N 028/о). Після встановлення в поліклініці чи спеціалізованому закладі остаточного (заключного) діагнозу про виявлену хворобу повідомляється флюорографічний кабінет (повернення талона форми N 028/о з відповідним записом).

7.8. Встановлений діагноз фіксується в "Картці профілактичних флюорографічних обстежень" (форма N 052/о) в графі "заключний клініко-рентгенологічний діагноз" і доводиться до відома дільничного лікаря поліклініки (надсилається в МСЧ, на ФАП тощо).

7.9. Кодування заключного діагнозу в "Картці профілактичних флюорографічних обстежень" проводиться шифром Міжнародної класифікації хвороб. Картки з встановленим діагнозом поміщають в спеціалізовану картотеку. Для зручності контролю слід мати 3 окремих картотеки:

7.9.1. Картотека осіб, яких викликано на дообстеження (з розподілом за установами, де проводилася флюорографія, на тих, які з'явилися на дообстеження) - в алфавітному порядку.

7.9.2. Картотека осіб, направлених в спеціалізовані заклади для встановлення заключного діагнозу - в алфавітному порядку за закладами.

7.9.3. Картотека осіб із встановленим діагнозом - за формами патології (активний туберкульоз, злоякісні новоутворення органів грудної порожнини за локалізаціями, гостра пневмонія,

коніози, вади розвитку органів грудної порожнини, патологія органів кровообігу, інша патологія) - в алфавітному порядку.

8. ОРГАНІЗАЦІЯ ДИНАМІЧНОГО НАГЛЯДУ ЗА РЕНТГЕНПОЗИТИВНИМИ ОСОБАМИ

8.1. Всі рентгенпозитивні особи, за винятком контингентів VII групи диспансерного обліку протитуберкульозних закладів, залучаються до флюорографічних обстежень дільничною мережею поліклінічних установ. Відповідальність за своєчасність їх обстеження несуть дільничні лікарі-терапевти.

8.2. Контингенти VII групи диспансерного обліку, що складаються з осіб з великими залишковими змінами туберкульозної етіології в легенях, а також з осіб з малими посттуберкульозними змінами, але з важкими супутніми захворюваннями, формуються і спостерігаються фтизіатрами. Флюорографічне обстеження контингентів VII групи, якщо в місцевому протитуберкульозному закладі немає флюорографа, проводиться у флюорографічному кабінеті поліклініки.

8.3. Особливу категорію рентгенпозитивних складають особи, які підлягають динамічному нагляду з метою з'ясування активності виявленої патології. Вони спостерігаються фтизіатрами в "0" групі диспансерного нагляду.

9. ФЛЮОРОГРАФІЧНИЙ АРХІВ

9.1. Серії флюорограм, вказані в "Картках профілактичних флюорографічних обстежень" осіб з тими чи іншими патологічними змінами, зберігаються у відповідних картотеках флюорокабінетів довічно.

9.2. Плівка в рулонах з флюорограмами норми і з малими залишковими змінами (вогнища Гона, поодинокі кальцинати в коренях), а також іншими відхиленнями від норми, що не потребують дообстеження і динамічного спостереження, зберігаються у флюорографічних кабінетах протягом 3 років.

9.3. Флюорографічна плівка в рулонах скріплюється відповідно до номерів флюорограм і зберігається в металевих коробках. На коробках зазначаються дати проведення обстеження і номери флюорограм.

10. АНАЛІЗ ДІЯЛЬНОСТІ ФЛЮОРОГРАФІЧНОГО КАБІНЕТУ (ПЕРЕСУВНИХ ФЛЮОРОГРАФІВ)

10.1. Аналізується кількість осіб, які підлягали в минулому році або за інший період, профілактичному флюорографічному обстеженню (за окремими контингентами), відсоток осіб, що були обстежені, відсоток осіб, що підлягали дообстеженню, відсоток тих, що з'явилися на дообстеження, відсоток осіб, у яких виявлена патологія (за окремими контингентами, патологічними змінами, діагнозами).

10.2. Окремо аналізується обсяг і результати обстежень з діагностичною метою.

10.3. Аналізу підлягають також показники навантаженості кабінетів (пересувних флюорографів) і кількість днів роботи, кількість досліджених (за рік, за робочий день). Аналізу підлягають і показники, що свідчать про кваліфікацію персоналу: розбіжності попередніх та остаточних діагнозів, відсоток неякісних і бракованих флюорограм.

ЗАТВЕРДЖЕНО
наказом Міністерства охорони здоров'я
України
від 29 липня 1996 р. N 233

Інструкція про застосування туберкулінових проб

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Туберкулінові проби складають основу туберкулінодіагностики. Остання як специфічний діагностичний тест застосовується при масових обстеженнях населення на туберкульоз, а також у клінічній практиці для діагностики і диференціальної діагностики туберкульозу. При масових обстеженнях населення на туберкульоз туберкулінодіагностика застосовується для своєчасного виявлення хворих, інфікованих туберкульозом, осіб з підвищеним ризиком захворювання (вперше інфікованих, з гіперергічними реакціями на туберкулін), для відбору контингентів, які підлягають ревакцинації проти туберкульозу, для визначення інфікованості населення як епідеміологічного показника. З цією метою використовується тільки єдина внутрішньошкірна туберкулінова проба Манту з 2 ТО (туберкулінових одиниць) очищеного туберкуліну (ППД-Л) у стандартному розведенні (алергену туберкульозного очищеного рідкого у стандартному розведенні для внутрішньошкірного застосування) - готова форма.

1.2. З метою клінічної діагностики у протитуберкульозних диспансерах і стаціонарах, окрім проби Манту з 2 ТО очищеного туберкуліну у стандартному розведенні, можна застосувати пробу Манту з різними дозами туберкуліну та інші методи дослідження чутливості до туберкуліну (градуйована шкірна проба, підшкірна проба Коха, визначення туберкулінового титру, еозинофільно-туберкулінова, гемо- і білково-туберкулінова, імунотуберкулінова проба та ін.). З цією метою використовують сухий очищений туберкулін та альтитуберкулін (АТ).

1.3. У диференціально-діагностичних випадках також в умовах диспансеру або стаціонару при наявності негативної проби Манту з 2 ТО туберкуліну ППД-Л можна проводити пробу Манту з 100 ТО туберкуліну ППД-Л або в розведенні 1:100 АТ. При негативному результаті останньої проби у більшості випадків можна вважати організм вільним від туберкульозної інфекції.

2. ПРЕПАРАТИ ТУБЕРКУЛІНУ

2.1. До препаратів туберкуліну відносяться: очищений туберкулін ППД-Л, АТ та діагностикум туберкульозний еритроцитарний сухий.

2.1.1. Випускається два види очищеного туберкуліну ППД-Л:

у формі готових для вживання розчинів - алергену туберкульозного очищеного рідкого у стандартному розведенні для внутрішньошкірного застосування (очищеного туберкуліну в стандартному розведенні). Препарат являє собою розчин туберкуліну у 0,85 % розчині натрію хлориду з фосфатним буфером, з твином-80 як стабілізатором і фенолом як консервантом. Препарат випускають в ампулах у вигляді розчину, у 0,1 мл якого міститься 2 ТО, і має вигляд безколірної прозорої рідини. Можливий випуск 5 ТО, 10 ТО у 0,1 мл розчину та інших дозувань препарату. Термін придатності - 1 рік. Очищений туберкулін у стандартному розведенні призначений для проведення єдиної внутрішньошкірної туберкулінової проби Манту. Виробничий випуск готових розведень туберкуліну ППД-Л дозволяє використовувати для масової туберкулінодіагностики стандартний за активністю препарат та уникати помилок при розведенні туберкуліну на місцях його застосування;

алергену туберкульозного очищеного сухого (сухий очищений туберкулін). Препарат має вигляд сухої компактної маси або білого порошку (ледь сіруватого або кремового кольору), легко розчинного у додаваному розчиннику - карболізованому фізіологічному розчині.

Випускається в ампулах. В ампулі міститься 50000 ТО. Термін придатності - 5 років. Сухий очищений туберкулін використовується для діагностики туберкульозу та туберкулінотерапії тільки у протитуберкульозних диспансерах і стаціонарах.

2.1.2. Альттуберкулін (АТ) на синтетичному середовищі. АТ, який випускається в ампулах, що містять 100 % препарат активністю 90000 ТО в 0,1 мл, вживається для градуйованої наскірної проби з метою діагностики туберкульозу і виявлення чутливості до туберкуліну хворих. Термін придатності - 5 років. АТ призначений для використання тільки у протитуберкульозних диспансерах та стаціонарах.

2.1.3. Діагностикум еритроцитарний туберкульозний антигенний сухий - це пориста маса або порошок червонувато-коричневого кольору. Він призначений для виявлення в реакції непрямой гемаглютинації (РНГА) специфічних антитіл до антигенів мікобактерій туберкульозу. Використовується як імунологічний тест у клініці туберкульозу для визначення активності специфічного процесу і ефективності лікування.

2.2. Специфічна активність туберкулінових препаратів встановлюється і контролюється щодо національних стандартів відповідних видів туберкуліну.

2.3. У кожній коробці з туберкулінами є інструкція про застосування препаратів з детальною їх характеристикою. Ознайомлення з цією інструкцією лікаря і медичної сестри перед туберкулінодіагностикою обов'язкове.

3. ПІДГОТОВКА ІНСТРУМЕНТІВ І ТЕХНІКА ПРОВЕДЕННЯ ПРОБИ МАНТУ

3.1. Для проведення проби Манту необхідно застосувати тільки однограмові шприци одноразового використання, а при їх відсутності - туберкулінові шприци й короткі голки (N 0415). Для кожного обстежуваного використовується окремий стерильний шприц і стерильна голка. Шприц не повинен пропускати розчин ні через поршень, ні через канюлю голки. Необхідно перед початком роботи ретельно визначити, скільком поділкам шприца відповідає 0,1 мл розчину. Стерилізація добре відмитого від м'яких засобів інструментарію проводиться тільки сухожаровим способом.

3.2. Забір туберкуліну з ампули. Ампулу з препаратом старанно обтирають марлею, змоченою 70° етиловим спиртом, потім шийку ампули підпилюють ножом для розкривання ампул і відламують. Витягнення туберкуліну з ампули виконується стерильним шприцем, яким здійснюється проба Манту, та голкою N 0845. Набирають 0,2 мл (тобто дві дози) туберкуліну, насаджують голку N 0415, випускають розчин до відмітки 0,1. Ампулу після розкриття зберігають в асептичних умовах не більше 2-х годин.

3.3. Проба Манту виконується таким чином. На внутрішній поверхні середньої третини передпліччя ділянку шкіри попередньо обробляють 70 % етиловим спиртом і просушують ватою. Тонка голка зрізом догори вводиться у верхні шари шкіри паралельно її поверхні - внутрішньошкірно. Після введення отвору голки у шкіру відразу із шприца вводять суворо по поділці шкали 0,1 мл розчину туберкуліну, тобто одну дозу. При правильній техніці в шкірі утворюється папула у вигляді "лимонної шкірочки" розміром 7 - 8 мм у діаметрі білуватого кольору.

3.4. Пробу Манту проводить за призначенням лікаря спеціально назначена медична сестра, яка має документ-допуск до проведення туберкулінодіагностики шприцевим методом.

3.5. Результати туберкулінової проби можуть бути оцінені лікарем або спеціально навченою медичною сестрою, яка проводила цю пробу.

4. ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ ПРОБИ МАНТУ

4.1. Результат проби Манту оцінюється через 72 години шляхом вимірювання інфільтрату в міліметрах. Прозорою безколірною міліметровою лінійкою (з пластмаси) вимірюють і реєструють поперечний (щодо осі руки) розмір інфільтрату. При вимірюванні останнього категорично забороняється користуватися шкалою від термометра, міліметровим папером, саморобними лінійками з рентгенівської плівки тощо.

Гіперемія реєструється лише у випадках, коли нема інфільтрату при проведенні проби Манту шприцевим методом.

4.2. Реакція вважається негативною при повній відсутності інфільтрату (гіперемії) або при наявності уколочної реакції (0 - 1 мм); сумнівною - при інфільтраті (папулі) розміром 2 - 4 мм або тільки гіперемії будь-якого розміру без інфільтрату; позитивною - при наявності вираженого інфільтрату (папули) діаметром 5 мм і більше. Гіперергічними у дітей та підлітків вважаються реакції з діаметром інфільтрату 17 мм і більше, у дорослих 21 мм і більше, а також везикуло-некротичні реакції незалежно від розміру інфільтрату з лімфангоїтом або без нього.

5. ОРГАНІЗАЦІЯ МАСОВОЇ ТУБЕРКУЛІНОДІАГНОСТИКИ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

5.1. Проба Манту з 2 ТО туберкуліну ППД-Л застосовується:

5.1.1. Для раннього виявлення початкових і локальних форм туберкульозу у дітей та підлітків. З цією метою проводиться спостереження за динамікою післявакцинової алергії і виявлення первинного інфікування ("віражу" туберкулінових реакцій), а також визначення гіперергічних реакцій у давно інфікованих туберкульозом осіб.

5.1.2. Для підбору контингентів, які підлягають ревакцинації проти туберкульозу, а також перед первинною вакцинацією дітей у віці 2 місяці і більше, не вакцинованих у пологовому будинку.

5.1.3. Для визначення інфікованості дитячого та підліткового населення.

5.2. Правильна інтерпретація реакцій Манту з 2 ТО туберкуліну для своєчасного виявлення груп підвищеного ризику захворювання і визначення інфікованості туберкульозом забезпечується дотриманням точної техніки проведення, оцінки туберкулінових реакцій.

При застосуванні бригадного методу обстеження дітей та підлітків формування спеціальних бригад (2 медсестри і лікар) для проведення масової туберкулінодіагностики серед організованих дітей (дитячі ясла, садки, школи) та ревакцинації БЦЖ у декретованих вікових групах школярів покладається на дитячі поліклініки, які з наявних штатів поліклінік і дитячих закладів спеціальним наказом виділяють медичний персонал, а також затверджують графік його роботи у дитячих колективах. Неорганізованим дітям раннього й дошкільного віку проби Манту з 2 ТО туберкуліну ППД-Л проводять у дитячій поліклініці.

У сільській місцевості проба Манту виконується центральними районними, сільськими дільничними лікарнями і фельдшерсько-акушерськими пунктами.

Забороняється проводити туберкулінову пробу Манту вдома.

5.3. Методичне керівництво за проведенням проби Манту здійснює лікар-педіатр протитуберкульозного диспансеру. При відсутності такого диспансеру цю роботу виконує завідуючий поліклінічним відділенням по дитинству разом із дільничним лікарем-фтизіатром.

5.4. Протитуберкульозні диспансери здійснюють підготовку і своєчасну перепідготовку медичних сестер з видачею довідок-допусків для проведення туберкулінових проб. Перевірка рівня підготовки медичних сестер щодо техніки проведення і читання результатів туберкулінових проб повинна проводитися щорічно.

5.5. При масовому обстеженні на туберкульоз проба Манту повинна проводитися практично здоровим дітям та підліткам.

5.6. При виконанні календаря щеплень, затвердженого Міністерством охорони здоров'я України, необхідно враховувати час проведення туберкулінових проб. Проба Манту виконується до проведення профілактичних щеплень проти різних інфекцій (АКДС, кору та ін.).

5.7. У випадках, якщо з різних причин проба Манту проводиться не перед, а після різних профілактичних щеплень, то туберкулінодіагностика повинна здійснюватися не раніше, ніж через 4 тижні після проведеного щеплення або через 2 тижні після проведення проби Шика, а також введення гамаглобуліну.

5.8. Здоровим, давно інфікованим туберкульозом і з позитивною післявакциною туберкуліновою чутливістю дітям та підліткам інші профілактичні щеплення (крім БЦЖ), можна проводити безпосередньо після оцінки її результатів.

У випадку встановлення "віражу" туберкулінової реакції без функціональних і локальних ознак туберкульозу, інші щеплення повинні проводитися не раніше, як через 6 місяців після його виявлення.

5.9. Результати проби Манту у дітей та підлітків, які відвідують дитячі заклади (ясла, садки, школи) фіксуються в обліковій формі N 063/о та в медичній картці дитини (форма N 026/о), неорганізованих дітей - в обліковій формі N 063/о та в історії розвитку дитини (форма N 112/о). При цьому зазначається: а) установа, яка випустила стандартний туберкулін, серія, контрольний номер і термін його придатності; б) дата проведення туберкулінової проби; в) використання правої чи лівої руки; г) результат проби Манту фіксується обов'язково у вигляді розміру фільтрату в міліметрах (див. пункти 4.1 та 4.2 цієї Інструкції).

5.10. При вступі дитини до дитячих ясел, дитячого садка чи школи в історію розвитку або у медичну карту дитини (ф. N 112/о або ф. N 026/о) переносяться всі попередні дані проби Манту.

5.11. Щорічно туберкулінодіагностикою повинно охоплюватися більше 95 % дитячого та підліткового населення даної області (району, міста, області та ін.).

У випадку виникнення тимчасових медичних протипоказань для проведення проби Манту з 2 ТО всі діти і підлітки повинні охоплюватися туберкулінодіагностикою після їх відміни.

Слід враховувати, що перенесені захворювання і профілактичні щеплення можуть посилювати чи послаблювати чутливість шкіри дитини до туберкуліну. Це ускладнює оцінку реакції і може призвести до неправильного встановлення діагнозу "віражу" або "гіпергергії" і є основою для визначення переліку протипоказань.

5.12. Протипоказання до туберкулінових проб: шкірні захворювання, гострі та хронічні інфекційні захворювання у період загострення, включаючи реконвалесценцію (не менше 2 місяців після зникнення всіх клінічних симптомів), алергічний стан (ревматизм у гострій і підгострій фазах, бронхіальна астма, ідіосинкразія з вираженими шкірними ознаками, епілепсія).

Інтервал між будь-яким профілактичним щепленням, біологічною діагностичною пробою і пробою Манту має бути не менше 1 місяця. З метою виявлення протипоказань лікар (медична сестра) перед проведенням туберкулінових проб опитує і оглядає осіб, які підлягають пробі.

Не допускається проведення проби Манту в тих дитячих колективах, де є карантин через дитячі інфекції.

6. МЕТА ПРОВЕДЕННЯ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ ПРОБИ МАНТУ З 2 ТО ТУБЕРКУЛІНУ ППД-Л У ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ

6.1. З метою раннього виявлення туберкульозу проба Манту з 2 ТО туберкуліну застосовується у всіх вакцинованих дітей з 12-місячного віку та підлітків систематично раз на рік незалежно від попереднього результату.

Дітям, нещепленим у період новонародження за медичними протипоказаннями, проба Манту проводиться двічі на рік, починаючи з 6-місячного віку до проведення дитині щеплення проти туберкульозу.

Проба Манту виконується на передпліччі: праве і ліве передпліччя чергуються. Раз у рік використовується тільки одне передпліччя (у парні роки - праве, а непарні - ліве).

Рекомендується проведення туберкулінової проби виконувати в одну й ту ж пору року, краще восени.

6.2. При якісно проведених туберкулінодіагностиці та протитуберкульозних щепленнях число негативно реагуючих дітей і підлітків може коливатися у середньому від 35 до 45 %.

У дітей раннього й дошкільного віку негативна реакція Манту з 2 ТО туберкуліну відмічається частіше (60 - 50 % ніж у школярів у 40 - 30 %). Однак ці діти і підлітки у 87 - 90 % випадків реагують на великі дози туберкуліну (проба Манту з 100 ТО) як прояв післявакцинної алергії, що свідчить про збереження у них поступово ослаблюючого щеплювального імунітету.

6.3. В умовах масової внутрішньошкірної вакцинації (ревакцинації) БЦЖ проба Манту 2 ТО виявляє як інфекційну, так і післявакцинну алергію. Тому систематичне проведення дітям і підліткам внутрішньошкірних туберкулінових проб з метою встановлення первинного інфікування необхідне для з'ясування етіології позитивної реакції.

6.4. До лікаря-фтизіатра для обстеження і вирішення питання про етіологію алергії (післявакцинна чи інфекційна) слід направляти дітей з документацією, у якій, крім анамнестичних, клінічних даних необхідно зазначити точні дати вакцинації та ревакцинації БЦЖ, дати і результати всіх раніше зроблених туберкулінових проб.

При вирішенні лікарем питання про те, чи пов'язана дана позитивна реакція Манту в дитини (підлітка) з зараженням вирулентною інфекцією, чи вона відображає післявакцинну алергію, слід враховувати: інтенсивність позитивної туберкулінової реакції; кількість проведених щеплень БЦЖ; наявність і розмір післявакцинних рубчиків; термін, який минув після щеплення; наявність чи відсутність контакту з хворим на туберкульоз; наявність клінічних ознак захворювання.

6.5. Післявакцинна алергія має меншу інтенсивність і тенденцію до її послаблення при динамічному спостереженні порівнянно з інфекційною алергією. Середній розмір інфільтрату при післявакцинній алергії дорівнює 7 - 9 мм, при інфекційній - 11 - 13 мм.

Для післявакцинної алергії характерні сумнівні й нерізко виражені позитивні реакції з розміром інфільтрату 2 - 11 мм. Туберкулінові реакції з інфільтратом 12 - 16 мм, які можуть імітувати інфекційну алергію, як виявлення післявакцинної алергії, частіше відмічаються у повторно ревакцинованих дітей і підлітків порівнянно з первинно вакцинованими БЦЖ і при наявності виражених (6 - 9 і більше мм у діаметрі) рубчиків після щеплення. У диференціюванні таких реакцій допомагає спостереження в динаміці за інтенсивністю реакцій, які мають тенденцію до послаблення через півтора і більше років після щеплення БЦЖ.

Гперергічні реакції (17 мм і більше) не характерні для післявакцинної алергії.

6.6. До інфікованих за пробою Манту з 2 ТО туберкуліну ППД-Л відносяться особи, у яких при спостереженні в динаміці:

1) відмічається вперше позитивна реакція (папула 5 мм і більше);

2) стійко зберігається реакція з інфільтратом 12 мм і більше;

3) спостерігається посилення попередньої сумнівної чи позитивної реакції на 6 мм і більше у діаметрі (наприклад, була 2 мм - стала 8 мм, була 3 мм - стала 9 мм, була 4 мм - стала 10 мм, була 5 мм - стала 11 мм, була 6 мм - стала 12 мм і т. д.);

4) має місце посилення позитивної реакції менш ніж на 6 мм, але з утворенням інфільтрату, характерного для інфекційної алергії (наприклад, була 8 мм стала 12 мм, була 9 мм - стала 12 мм і більше, була 10 мм - стала 12 мм і більше і т. д.).

6.7. Частота "віражу" туберкулінових реакцій та гіперергії у дітей та підлітків віком 1 - 17 років залежить від епідеміологічної ситуації з туберкульозу у тому чи іншому районі, від якості проведених щеплень БЦЖ і туберкулінодіagnostики, а також від віку дітей. При якісно проведеній вакцинації і ревакцинації БЦЖ (90 - 95 % щеплених повинні мати після вакцинальні рубчики), а при туберкулінодіagnostиці первинне інфікування ("віраж") відмічається у 0,3 - 1,5 % у середньому, а гіперергія - у 0,5 - 3,0 % всіх обстежуваних дітей та підлітків; у дітей раннього віку "віраж" туберкулінових реакцій спостерігається у 0,05 - 0,3 %, а гіперергія - у 0 - 0,25 % випадків. Показники первинного інфікування ("віражу" туберкулінових реакцій) є орієнтовними, бо відносяться не до числа неінфікованих, а до числа обстежених дітей і підлітків.

6.8. Первинне інфікування туберкульозом частіше настає у дітей, які не мають або мають маленькі (2 - 3 мм) шкірні знаки після щеплення, у яких менше виражений прищеплювальний імунітет. Тому "віраж" туберкулінових реакцій у 85 - 90 % випадків настає у дітей та підлітків, які мали у попередньому році негативну реакцію Манту з 2 ТО туберкуліну ППД-Л.

Визначенню вперше позитивних реакцій у цих дітей та підлітків не заважає післявакцина алергія і при систематичному щорічному повторенні проби Манту з 2 ТО туберкуліну ППД-Л легко виявити перехід негативної реакції у позитивну реакцію (папула 5 мм і більше).

6.9. У 10 - 15 % дітей "віраж" туберкулінових реакцій настає серед туберкулінопозитивних, які мали у попередньому році післявакцина алергію. Цим дітям первинне інфікування діагностується на основі динамічного спостереження у "0" групі диспансерного обліку, де їм проводиться диференціальна діагностика післявакцинальної та інфекційної алергії з повторенням проби Манту з 2 ТО туберкуліну ППД-Л через 6 місяців.

Якщо при повторно виконаній пробі реакції не знижуються або наростають, то виникле первинне інфікування стає очевидним.

6.10. Метою щорічного проведення проби Манту явно інфікованим туберкульозом дітям та підліткам є виникнення осіб з гіперергічними реакціями або з різним посиленням реакцій меншого розміру (на 6 мм і більше).

6.11. З метою відбору дітей для ревакцинації БЦЖ проба Манту з 2 ТО туберкуліну ППД-Л проводиться у декретованих вікових групах - 7 та 14 років. У цих вікових групах туберкулінодіagnostика одночасно є тестом відбору контингентів для ревакцинації та для раннього виявлення туберкульозу.

Ревакцинації проводять не інфікованим туберкульозом, клінічно здоровим особам, у яких проба Манту з 2 ТО туберкуліну ППД-Л дала негативний результат (див. п. 4.2 цієї Інструкції).

6.12. З метою визначення інфікованості туберкульозом дітей передбачається дворазове обстеження за пробою Манту з 2 ТО туберкуліну ППД-Л таких самих колективів школярів.

Перше суцільне обстеження дітей проводиться в 7- і 14-річному віці, тобто перед черговою ревакцинацією БЦЖ, коли у багатьох прищеплених відмічається згасання або різке послаблення післявакцинної алергії.

Друге обстеження таких самих дітей та підлітків за пробою Манту з 2 ТО туберкуліну ППД-Л провадиться у 8- і 15-річному віці однієї і тієї ж пори року, що й перше.

6.13. До неінфікованих туберкульозом дітей та підлітків відносяться: всі особи з негативними реакціями Манту з 2 ТО туберкуліну ППД-Л; діти та підлітки, яким після встановлення негативної реакції у перший рік обстеження була проведена ревакцинація БЦЖ і на другий рік обстеження всі сумнівні та позитивні реакції у них розцінюються як виявлення післявакцинної алергії; особи, у яких на другому році обстеження відмічалось послаблення реакції на 6 мм та більше.

6.14. Показник інфікованості визначається на другому році обстеження на основі стійкого збереження попередньої або посилення інтенсивності сумнівних чи позитивних туберкулінових реакцій (див. п. 6.7 цієї Інструкції), а також появи вперше позитивної реакції у туберкулінонегативних та не ревакцинованих БЦЖ у минулому році.

6.15. При визначенні інфікованості туберкульозом на експериментальних територіях у середньому одержані такі кількісні показники: у дітей 7 - 8 років - $6,9 \pm 1,2$ % у дітей 12 - 13 років - $13,5 \pm 1,6$ % у підлітків 15 - 16 років - $17,1 \pm 1,9$ %. Визначені за даною методикою показники інфікованості дітей і підлітків є орієнтовними, бо інфікованість туберкульозом у повному обсязі може бути визначена лише за пробою Манту із 100 ТО туберкуліну ППД-Л, яка не може бути використана в умовах масової вакцинації і ревакцинації БЦЖ.

6.16. Вивчення у динаміці орієнтовних показників первинного інфікування та інфікованості туберкульозом дітей та підлітків за пробою Манту з 2 ТО туберкуліну ППД-Л допоможуть правильніше оцінити епідеміологічну ситуацію з туберкульозу й ефективніше планувати протитуберкульозні заходи.

7. ЗАСТОСУВАННЯ ПРОБИ МАНТУ ПРИ ОБСТЕЖЕННІ ДОРОСЛОГО НАСЕЛЕННЯ

7.1. Проба Манту з 2 ТО туберкуліну ППД-Л застосовується:

7.1.1. Для визначення інфікованості туберкульозом як епідеміологічного показника (або стану чутливості до туберкульозу, якщо наявність післявакцинної алергії у даному контингенті не дозволяє говорити про інфікованість).

7.1.2. Для виявлення гіперергічних реакцій на туберкулін у інфікованих туберкульозом осіб.

7.2. Туберкулінодіагностику у дорослих доцільно проєднувати з рентгенофлюорографічним обстеженням всього населення (організованого та неорганізованого). При цьому одночасно виявляються особи з гіперергічною реакцією на туберкулін і визначається інфікованість туберкульозом як епідеміологічний показник.

7.3. Особи з гіперергічними реакціями на туберкулін направляються у протитуберкульозний диспансер (кабінет) для поглибленого обстеження і вирішення питання про лікувально-профілактичні заходи.

7.4. Результати проби Манту у дорослих реєструються в амбулаторній картці і картці диспансеризації (форма N 131/с). Реєструються: установа, що випустила туберкулін, серія, контрольний номер та дата його придатності, дата проведення туберкулінової проби. Результат проби Манту відмічається обов'язково у вигляді розміру інфільтрату у міліметрах (див. п. 4.1, 4.2 цієї Інструкції).

7.5. З метою систематичного спостереження за змінами інфікованості слід у кожному регіоні визначити декілька населених пунктів, де періодично (майже раз в 3 роки) повторюються дослідження інфікованості.

8. ПІДГОТОВКА МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ПРОБИ МАНТУ

8.1. Підготовка медичних сестер для проведення проби Манту з 2 ТО туберкуліну провадиться медичним персоналом протитуберкульозних диспансерів (лікар, кваліфікована медична сестра).

Медичні сестри навчаються правильній техніці внутрішньошкірного введення туберкуліну, обліку результатів реакції та методиці проведення туберкулінодіагностики у відповідності з даною Інструкцією.

8.2. Після освоєння методики проведення проби Манту перед самостійною роботою в умовах обстеження окремого колективу (поток) медична сестра повинна провести під наглядом медичного персоналу протитуберкульозного закладу, який навчав і який потім видає їй відповідну довідку - допуск строком на 1 рік.

9. НАБІР ІНСТРУМЕНТАРІЮ ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ПРОБИ МАНТУ ШПРИЦЕВИМ МЕТОДОМ ДЛЯ ОБСТЕЖЕННЯ НАСЕЛЕННЯ

9.1. Бікс ємкістю 18 x 14 см для вати - 1.

9.2. Бікс для стерилізації туберкулінових шприців і голок 6 - 8.

9.3. Шприци однограмові одноразові або шприци туберкулінові ємкістю 1 мл - 100 - 200.

9.4. Голки N 0415 для внутрішньошкірних ін'єкцій, короткі з косими зрізами - 200.

9.5. Голки ін'єкційні N 0840 для витягування туберкуліну з флакона - 10.

9.6. Пінцети анатомічні завдовжки 15 см - 2.

9.7. Лінійки міліметрові прозорі завдовжки 100 мм з пластмаси - 6.

9.8. пляшки ємкістю 0,25 - 0,5 л для дезинфікуючих розчинів.

10. СКЛАДАННЯ ПЛАНУ ТУБЕРКУЛІНОДІАГНОСТИКИ І РОЗРАХУНОК ПОТРЕБИ СТАНДАРТНОГО ТУБЕРКУЛІНУ 2 ТО ППД-Л ДЛЯ ЩОРІЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ НАСЕЛЕННЯ

10.1. Складання плану туберкулінодіагностики в зоні обслуговування амбулаторно-поліклінічних установ здійснюється головними лікарями установ за участю протитуберкульозних диспансерів.

10.2. Зведений план, який передбачає кількість обстежуваних дітей та підлітків і дорослих, як з метою ранньої діагностики, так і відбору контингентів для ревакцинації БЦЖ по області, місту, району складається санітарно-епідеміологічними станціями разом з головними педіатрами (терапевтами) та протитуберкульозними диспансерами й погоджується з місцевими органами статистики населення.

10.3. У плані туберкулінодіагностики по області, місту, району передбачається:

10.3.1. Облік всіх дітей, підлітків та дорослих, які підлягають щорічній туберкулінодіагностиці, з виділенням осіб, які підлягають ревакцинації.

10.3.2. Календарний план обстеження контингентів.

10.3.3. Підготовка медичного персоналу для проведення туберкулінодіагностики.

10.3.4. Придбання необхідної кількості інструментарію.

10.3.5. Розрахунок потреби у туберкуліні.

10.4. Потреба у туберкуліні у стандартному, готовому до вживання розведенні 2 ТО ППД-Л, вираховується з розрахунку дві дози по 0,1 мм на кожну обстежувану особу. При цьому необхідно врахувати, що у флаконах по 5 мл міститься 50 доз, які використовуються на обстеження 25 чоловік, в ампулах по 3 мл - 30 доз на 15 чоловік. Один літр туберкуліну містить 10000 доз, які використовуються для обстеження 5000 осіб.

ЗАТВЕРДЖЕНО
наказом Міністерства охорони здоров'я
України
від 29 липня 1996 р. N 233

Зареєстровано
в Міністерстві юстиції України
17 вересня 1996 р. за N 539/1564

Інструкція про застосування вакцини туберкульозної БЦЖ і БЦЖ-М

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Для активної специфікації профілактики туберкульозу застосовується вакцина туберкульозна (БЦЖ) - суха для внутрішньошкірного введення. Це - живі мікобактерії вакцинного штаму БЦЖ-1, ліофільно висушені у 1,5 %-му розчині глютаміну натрію. Вона має вигляд білої висушеної маси.

Одна ампула, запаяна під вакуумом, містить $1,0 \pm 0,001$ мг вакцини БЦЖ, що складає 20 доз, кожна по 0,05 мг препарату.

Живі мікобактерії штаму БЦЖ-1, розмножуючись в організмі щепленого, приводять до розвитку тривалого специфічного імунітету до туберкульозу.

1.2. Вакцину БЦЖ зберігають у спеціально призначеній кімнаті в холодильнику під замком. У цій кімнаті проводять обробку шприців, розведення і забір вакцини у шприц (індивідуальний для кожної дитини).

2. СПОСІБ ЗАСТОСУВАННЯ ТА ДОЗУВАННЯ

2.1. Вакцину БЦЖ застосовують внутрішньошкірно у дозі 0,05 мг в об'ємі 0,1 мл. Первинну вакцинацію здійснюють здоровим доношеним новонародженим дітям на 3 - 5 день життя. Вакцинацію новонароджених проводять зранку безпосередньо у палаті після огляду дітей педіатром. В історії новонародженого зазначається: дата щеплення, серія, контрольний номер вакцини, інститут-виробник і доза.

2.2. Ревакцинації підлягають здорові діти, які мають негативну реакцію Манту з 2 ТО туберкуліну ППД-Л. Реакція вважається негативною при повній відсутності інфільтрату (гіперемії) або при наявності уколової реакції (1 мм).

Інтервал між проведенням проби Манту і ревакцинацією має бути не менше 3 днів і не більше 2 тижнів.

Перша ревакцинація дітей (вакцинованих при народженні) виконується у 7-річному віці, друга ревакцинація - у 14-річному віці.

2.3. Щеплення повинен проводити спеціально навчений медичний персонал лікувально-профілактичних закладів. Їх проведення вдома забороняється. Відбір контингентів, які підлягають щепленням, попередньо проводить лікар (фельдшер на фельдшерсько-акушерському пункті) з обов'язковим вимірюванням температури тіла у день щеплення, врахуванням медичних протипоказань і даних анамнезу.

2.4. Для ревакцинації застосовують однограмові шприци одноразового користування, а при їх нестачі - шприци об'ємом 1 мл з щільно підігнаними поршнями та тонкими голками (N 0415) з коротким зрізом. Для кожного щеплення необхідно застосовувати окремі стерильні шприц та голку. Використані шприци та голки ретельно промивають і підлягають сухожаровій стерилізації.

Не дозволяється використовувати для туберкулінодіагностики або ж для інших цілей голки та шприци, які раніше застосовувалися для вакцинації БЦЖ та навпаки. У зв'язку з цим необхідно при стерилізації маркірувати шприци та голки з урахуванням їх багаторазового використання. Ампули з вакциною перед розкриванням ретельно продивляються.

2.5. Вакцина туберкульозна БЦЖ не застосовується:

2.5.1. При відсутності або неправильно заповненій етикетці на ампулі.

2.5.2. При закінченому терміні придатності.

2.5.3. При наявності тріщин в ампулі.

2.5.4. При зміні звичних властивостей препарату (зморщення таблетки, зміна кольору та ін.).

2.5.5. При наявності сторонніх включень або нерозбитих пластівців у розведеному препараті.

2.6. Суху вакцину розчиняють безпосередньо перед вживанням стерильним 0,9% ізотонічним розчином натрію хлориду, який додається до вакцини. Розчинник має бути прозорим, безколірним і не мати зайвих домішок.

Шийку ампули обтирають спиртом, надпилюють і обережно надломлюють, загорнувши надпилений кінець у стерильну марлеву серветку.

Для одержання дози 0,05 мг БЦЖ в об'ємі 0,1 мл в ампулу з вакциною переносять стерильним шприцем з довгою голкою 2 мл ізотонічного натрію хлориду. Вакцина повинна давати рівномірну завись протягом 1 хвилини.

2.7. Розчинену вакцину необхідно оберегти від дії сонячного та денного світла з допомогою циліндра з чорного паперу і використовувати відразу після розчинення.

Невикористану вакцину знищувати кип'ятінням або зануренням у дезінфікуючий розчин. Перш ніж набирати вакцину БЦЖ, необхідно шприц просушити.

2.8. Для одного щеплення стерильним шприцем набирають 0,2 мл (2 дози) розчиненої вакцини, потім частину її випускають через голку, щоб витіснити і підвести поршень шприца під потрібне градування - 0,1 мл. Перед кожним набором двох доз вакцина повинна обов'язково ретельно перемішуватися з допомогою шприца.

2.9. Вакцину БЦЖ вводять суворо всередину шкіри на межі верхньої і середньої третини зовнішньої поверхні лівого плеча після попередньої обробки шкіри 70° С спиртом.

Введення препарату під шкіру не припустиме, бо при цьому може утворитися холодний абсцес.

Голку вводять зрізом догори у поверхневий шар шкіри. Спочатку вводять незначну кількість вакцини, щоб переконатися, що голка увійшла точно внутрішкірно, а потім всю дозу препарату (всього 0,1 мл). При правильній техніці введення повинна утворитися папула білуватого кольору розміром 6 - 8 мм в діаметрі.

У новонароджених папула буває меншою (5 - 6 мм). Через 15 - 20 хвилин папула зникає.

Забороняється накладання пов'язки і обробка йодом та іншими дезінфікуючими розчинами місця введення вакцини.

3. РЕАКЦІЯ НА ВВЕДЕННЯ

3.1. На місці внутрішньошкірного введення вакцини БЦЖ, як правило, розвивається специфічна реакція у вигляді інфільтрату розміром 5 - 10 мм у діаметрі з невеликим вузликом у центрі та з утворенням кірочки подібної до віспяної; у ряді випадків відмічається пустуляція. Іноді в центрі інфільтрату з'являється невеликий некроз з незначним серозним виділенням.

3.2. У щеплених у період новонародження вакцинальна реакція з'являється через 4 - 6 тижнів; після ревакцинації місцеві вакцинальні реакції можуть з'явитися вже на першому тижні після проведення щеплення. Такі реакції вважаються нормальними і підлягають зворотному розвитку без усякого лікування. Слід уникати механічного подразнення зміненої ділянки шкіри на місце щеплення під час водних процедур.

Зворотний розвиток змін на місці щеплення, звичайно, відбувається протягом 2 - 4 місяців, а у частини дітей - у більш тривалі строки, після чого на цьому місці залишається поверхневий рубчик розміром 2 - 10 мм у діаметрі.

3.3. При правильній техніці щеплень і ретельному зберіганні вакцини рубчик на місці щеплення утворюється у 90 - 95 % щеплених.

3.4. Спостереження за вакцинованими і ревакцинованими дітьми проводять лікарі та медичні сестри загальної лікувальної мережі, які через 1, 3, 12 місяців після вакцинації та ревакцинації повинні перевірити вакцинальну реакцію з реєстрацією розміру і характеру місцевої реакції (папула, пустула з утворенням кірочки, з виділенням або без нього, рубчик, пігментація та ін.). Ці відомості повинні бути у дітей та підлітків, які відвідують дитячі заклади та зареєстровані в облікових формах N 63 та N 26; у неорганізованих дітей - в обліковій формі N 63 та в історії розвитку дитини (форма N 112); у дорослих - у індивідуальній картці амбулаторного хворого та в журналі обліку профілактичних щеплень (обл. форма N 64).

4. УСКЛАДНЕННЯ

4.1. Ускладнення після щеплення, ревакцинації БЦЖ звичайно мають місцевий характер і відмічаються порівнянно рідко (біля 0,02% випадків).

4.2. Ускладненнями вважаються: підшкірні холодні абсцеси, виразки завбільшки 10 мм та більше в діаметрі на місці внутрішньошкірного введення вакцини БЦЖ; лімфаденіти регіонарних лімфатичних вузлів (пахвових, шийних, над- і підпідключичними) при збільшенні вузла до 1,5 см та більше у фазі інфільтрації, абсцедування і кальцинації; келоїдні рубці завбільшки 10 мм і більше у діаметрі на місці загоєної вакцинальної реакції.

4.2.1. **Підшкірні холодні абсцеси.** Розвиток холодного абсцесу пов'язаний із порушенням техніки внутрішньошкірного введення препарату та попаданням вакцини БЦЖ під шкіру. Холодний абсцес, безболісний при пальпації, може виникнути через 1 - 8 місяців після щеплення (ревакцинації); протягом 2 - 3 місяців відбувається його самостійне розсмоктування або пом'якшення з появою флюктуації, а у ряді випадків нориці, через яку виділяється гній без

запаху. На місці холодного абсцесу може утворитися глибока виразка з підритими краями та специфічною грануляційною тканиною. При загоюванні можливий зірчастий рубець.

Починати лікування підшкірного холодного абсцесу слід з пов'язок із гідрокортизоновою маззю. При появі флюктуації показано через кожні 2 - 3 дні відсмоктування шприцем казеозних мас і введення у ділянку холодного абсцесу 5 %-го розчину салюзиду у відповідній до ваги дитини дозі. Виразку на місці холодного абсцесу рекомендується лікувати шляхом присипок ізоніазидом або ріфампіцином. Якщо холодний абсцес протягом 2 - 3 місяців не піддається місцевому лікуванню, він може бути обережно, разом з капсулою, видалений хірургічним шляхом.

4.2.2. Поверхнева виразка на місці введення вакцини БЦЖ може з'явитися через 3 - 4 тижні після ревакцинації, характеризується поверхневим виразкуванням верхніх шарів власне шкіри. Для лікування виразки застосовуються присипки ізоніазиду, а для попередження вторинної інфекції її краї обробляють антибактеріальними мазями (тетрацикліною та ін.).

4.2.3. Поствакцинальні лімфаденіти регіональних до місця введення вакцини БЦЖ лімфатичних вузлів звичайно відмічаються у первинновакцинованих дітей. Вони з'являються на 2 - 3 місяці життя дитини при наявності нормальної місцевої реакції, а у ряді випадків можуть поєднуватися з холодним підшкірним абсцесом на місці щеплення. У ревакцинованих осіб поствакцинальні лімфаденіти з'являються дуже рідко і вони, як правило, поєднуються з холодним абсцесом на місці щеплення.

Для поствакцинального лімфаденіту характерний безсимптомний початок, збільшення лімфатичних вузлів у пахвинній ділянці, іноді у над- або підключичній ділянках. Клінічні ознаки поствакцинальних регіональних лімфаденітів бувають різними залежно від фази процесу, яка виявлена у дитини (інфільтрація, абсцедування або кальцинація). У ряді випадків можливе розм'якшення лімфатичних вузлів і поява флюктуації, іноді з утворенням нориці, через яку виділяється гній без запаху.

Туберкулінові проби бувають позитивними. Після самочинного випорожнення лімфаденіту настає загоєння. Якщо не відбувається спонтанного загоєння абсцедуючого лімфаденіту, діти повинні лікуватися протягом 3 - 6 місяців протитуберкульозними препаратами у дозах відповідно до маси їх тіла.

Загальну хіміотерапію необхідно поєднувати з місцевою у вигляді пункції лімфатичних вузлів з вилученням їх вмісту та введенням 5 %-го розчину салюзиду у відповідному до маси дитини дозуванні з урахуванням препаратів, що вживаються всередину, та примочок ріфампіцину 0,45 г, розчиненого у 20 %-му розчині діметоксиду 100,0 мм. На одну примочку застосовується 10 - 20 мл суміші. Зазначену суміш можна використовувати у вигляді мазі.

Якщо поствакцинальний лімфаденіт утримується довго, то у дитини можуть розвинути симптоми інтоксикації (періодично мала субфебрильна температура, мікрополіаденія, понижений апетит, зупинка або погана прибавка маси тіла, гіпохромна анемія, збільшення печінки на 1 - 2 см ін.). Симптоми інтоксикації частіше спостерігаються у дітей з поствакцинальними лімфаденітами у фазі кальцинації. Кальцинати звичайно виявляються випадково. При рентгенологічному обстеженні органів грудної клітки дитини з приводу "віражу" туберкулінових реакцій, туберкульозної інтоксикації, гіперчутливості до туберкуліну або частих "застудних" захворювань слід звертати увагу на наявність кальцинатів у регіональних лімфатичних вузлах до місця введення вакцини. Лікувальна тактика стосовно цих кальцинатів повинна бути різною залежно від їх величини і наявності симптомів інтоксикації. При відсутності симптомів інтоксикації й величині кальцинату меншій за 1 см лікування не потрібне. У ряді випадків вони можуть самостійно розсмоктуватися.

Кальцинати розміром 1 см і більше із симптомами інтоксикації вимагають, звичайно, хірургічного видалення вузла разом з капсулою на тлі специфічної хіміотерапії.

4.2.4. Келоїдні рубці на місці загоєної післявакцинальної реакції являють собою сполучнотканинне, пухлиноподібне утворення, яке виступає над поверхнею шкіри, білувато-тілесного кольору, дуже щільної консистенції на дотик. Вони клінічно не відрізняються від келоїдних рубців, які можуть з'являтися на місці будь-якого пошкодження шкіри, наприклад, на місці фурункулів, віспаних і післяопераційних рубців, на післяопікових поверхнях та ін. Найчастіше вони з'являються у ревакцинованих дівчаток препубертатного віку та підлітків з алергічною настроєністю організму або у випадку дуже високо проведеного щеплення (на ділянці плечового суглоба), що призводить до подразнення поствакцинального рубчика тканинної одежі. Звичайно поствакцинальні келоїди не мають тенденції до росту. У ряді випадків може розпочатися їх повільний ріст, який супроводжується болісними відчуттями у вигляді поколювання у ділянці рубця, свербіння чи почуття паління, навколо келоїда з'являється рожевий вінчик, а у товщі його - судинна сітка.

Схильність до росту мають, головним чином, великі келоїди завбільшки 1 см і більше, тому вони віднесені до ускладнень. При виявленні у дитини невеликих келоїдних рубців (менше 1 см у діаметрі) рекомендується спостереження за ним у "0" групі диспансерного обліку протягом року. При відсутності ознак росту протягом цього періоду келоїд лікуванню не підлягає.

Лікуванню підлягають, головним чином, великі келоїди з використанням методу їх обколювання 0,5 % розчином гідрокортизонової емульсії з 0,5 % розчином новокаїну. Обколювання проводять 1 раз на тиждень туберкуліновими голками у 5 - 6 місцях у самій товщі келоїду. У шприц набирають по 1 мл розчину гідрокортизонової емульсії і новокаїну (попередньо поверхню келоїду і шкіру навколо нього обробляють спиртом та йодом). Курс лікування 5 - 10 обколювань. Обколювання гідрокортизоновою емульсією можна чергувати з обколюванням келоїду лідазою (доза 64 од. для дітей старших 12 років, і 32 од. - для дітей 7 - 11 років).

Найбільш ефективно лікування келоїду у фазі спокою.

Якщо зазначене лікування неефективне або після деякого періоду спокою знову починається ріст келоїду, показане лікування пірогеналом і лідазою з гідрокортизоном. Пірогенал вводять щоденно внутрішньом'язево, починаючи з 25 мінімальних перогенних доз (МПД). Протягом 10 днів доза поступово збільшується дітям до 150 МПД, підліткам до 200 МПД.

Далі продовжують максимальну дозу вводити до закінчення загального курсу - 30 ін'єкцій, а потім - тритижнева перерва у лікуванні. Після чого слід провести обколювання рубця лідазою у дозі 64 од. через день, всього 10 обколювань. На 1, 4, 7 і 10 день в одному шприці з лідазою вводять 25 мл гідрокортизону.

Хірургічне лікування келоїдів протипоказане, бо вона призводить через 1 - 3 міс. до рецидиву з утворенням келоїду в 2 - 3 рази більшого розміру, ніж до операції.

Для запобігання утворення келоїдів після повторних ревакцинацій слід суворо дотримуватися наявних медичних протипоказань і проводити ревакцинації не вище межі верхньої і середньої третини шкіри плеча.

Відомості про характер і розміри ускладнень фіксуються в облікових формах NN 63, 26, 112 (наприклад, лімфаденіт - л/а 2,0 x 2,0 см із норицею та ін.). Якщо причиною ускладнення є порушення техніки введення вакцини, застосовуються заходи до їх усунення на місцях.

Лікувально-профілактичні установи направляють дітей, підлітків і дорослих із ускладненнями у протитуберкульозний диспансер, де за ними ведеться спостереження у "О" або VI "Б" групах диспансерного обліку і вони отримують лікування.

5. ПРОТИПОКАЗАННЯ ДО ВАКЦИНАЦІЇ ТА РЕВАКЦИНАЦІЇ

5.1. Щеплення новонароджених протипоказано у таких випадках:

5.1.1. Недоношеність, коли маса тіла при народженні менша 2000 г. Однак, діти з масою тіла 2000 г і більше прищеплюються вакциною БЦЖ-М у пологовому будинку. Дітям, які відведені від щеплень у пологовому будинку, проводиться щадяча вакцинація препаратом БЦЖ-М у дитячих поліклініках після зняття протипоказань. Про вакцину БЦЖ-М йтиметься далі (п. 12).

5.1.2. Внутрішньоутробна інфекція.

5.1.3. Гнійно-септичні захворювання.

5.1.4. Гемолітичне захворювання новонароджених (середньотяжка та тяжка форми).

5.1.5. Важкі пологові травми з неврологічною симптоматикою.

5.1.6. Генералізовані шкірні ураження.

5.1.7. Гострі захворювання.

5.1.8. Генералізована інфекція БЦЖ, виявлена в інших дітей у сім'ї.

5.2. Дітей, не вакцинованих у період новонародження, щеплюють вакциною БЦЖ-М через 1 - 6 місяців після одужання. Дітям у віці 3 місяці і старшим попередньо проводять пробу Манту.

5.3. Протипоказання до ревакцинації дітей такі:

5.3.1. Інфіковані туберкульозом або туберкульоз у минулому.

5.3.2. Позитивна або сумнівна реакція Манту з 2 ТО туберкуліну ППД-Л.

5.3.3. Ускладнені реакції на попереднє введення вакцини БЦЖ (келоїдні рубці, лімфаденіти тощо).

5.3.4. Гострі захворювання (інфекційні та неінфекційні), включаючи період реконвалесценції, хронічні захворювання у стадії загострення або декомпенсації. Це протипоказання тимчасове, оскільки щеплення проводять не раніше 1 місяця після одужання (ремісії).

Примітка. При контакті з інфекційними хворими у сім'ї, дитячому закладі і т. ін. щеплення виконується після закінчення терміну карантину або максимального строку інкубаційного періоду для даного захворювання.

5.3.5. Алергічні хвороби (шкірні та респіраторні) у стадії загострення. Однак, після видужання або досягнення ремісії цих хвороб, за висновком спеціалістів, ревакцинація показана.

5.3.6. Злоякісні захворювання крові і новоутворення.

5.3.7. Імунодефіцитний стан. Лікування імунодепресантами. Проте за висновком спеціаліста після імунологічного дослідження ревакцинація може бути проведена.

5.3.8. ВІЛ-інфіковані діти.

5.4. Особи, тимчасово звільнені від щеплень, повинні бути взяті під нагляд і облік та прищеплені після повного видужання або зняття протипоказань. У випадках необхідності проводять відповідні клініко-лабораторні обстеження.

5.5. У кожному окремому випадку захворювання, яке не міститься у даному переліку, вакцинацію і ревакцинацію БЦЖ проводять з дозволу відповідного лікаря-спеціаліста.

5.6. Інші профілактичні щеплення можуть бути проведені з інтервалом не менше 2 місяці до і після ревакцинації БЦЖ.

6. ОРГАНІЗАЦІЯ ВАКЦИНАЦІЇ НОВОНАРОДЖЕНИХ І ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА ЇЇ ПРОВЕДЕННЯ

6.1. За правильну організацію вакцинації БЦЖ новонароджених несе відповідальність головний лікар пологового будинку (завідуючий відділенням).

6.2. Головний лікар пологового будинку (завідуючий відділенням) виділяє не менше 2 медсестер для проходження спеціальної підготовки з техніки введення вакцини БЦЖ. Підготовка сестер повинна проводитися на базі одного з пологових будинків під керівництвом протитуберкульозного диспансеру. Без довідки про проходження спеціальної підготовки, яку видає протитуберкульозний диспансер, медичних сестер не можна допускати до проведення внутрішньошкірної вакцинації.

6.3. При направленні у дитячу поліклініку обмінної картки (облікова форма N 0113/о) пологовий будинок (відділення) зазначає у ній дату внутрішньошкірної вакцинації, серію вакцини, термін її придатності, контрольний номер ВБК і назву інституту-виробника.

6.4. Пологовий будинок (відділення) повинен попередити матір, що через 4 - 6 тижнів після внутрішньошкірної вакцинації у дитини повинна розвинутися місцева щеплювальна реакція, при появі якої дитину необхідно показати дільничному лікарю-педіатру.

6.5. Дітям, які народилися поза половим будинком, а також новонародженим, яким з тих або інших причин у половому будинку не було зроблене щеплення, вакцинація проводиться у дитячій поліклініці (у дитячому відділенні лікарні, на фельдшерсько-акушерському пункті - спеціально навченою методиці внутрішньошкірної вакцинації медичною сестрою (фельдшером).

7. ІНСТРУМЕНТАРІЙ ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ВАКЦИНАЦІЇ НОВОНАРОДЖЕНИМ

7.1. Для вакцинації новонароджених внутрішньошкірним методом у дитячій кімнаті пологового будинку (відділення) необхідно мати:

7.1.1. Холодильник для зберігання вакцини БЦЖ при температурі, не вищій + 4° .

7.1.2. Шприци 2 - 5-грамові - 2 - 3 шт.

7.1.3. Шприци туберкулінові або однограмові одноразові з добре підігнаним поршнем та голками - 5 - 10 шт.

7.1.4. Голки N 0415 короткі з косим коротким зрізом для однограмових шприців - не менше 10 - 15 шт; голки ін'єкційні N 0840 для розведення вакцини БЦЖ - 2 - 3 шт.

7.1.5. Стерилізатори.

7.1.6. Етиловий спирт (70°).

Всі необхідні для внутрішньошкірної вакцинації предмети повинні зберігатися під замком в окремій шафі. Використання їх для якихось інших цілей категорично забороняється.

8. ОРГАНІЗАЦІЯ РЕВАКЦИНАЦІЇ І ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА ЇЇ ПРОВЕДЕННЯ

8.1. Проведення проби Манту з 2 ТО ППД-Л і протитуберкульозна ревакцинація проводяться тим самим складом спеціально підготовлених середніх медичних працівників дитячих міських,

міських і центральних районних поліклінік, об'єднаних у бригади по 2 особи.

8.2. Склад бригади і плани-графіки їх роботи щорічно оформлюються наказом головного лікаря відповідної санітарно-профілактичної установи.

Обидві медичні сестри, які входять у бригаду, повинні добре володіти методикою постановки, оцінки проб Манту і проведення щеплень БЦЖ. Проби ставить одна медична сестра, оцінку проби повинні проводити обидва члени бригади, а щеплення БЦЖ залежно від числа підлеглих осіб, можуть проводити одна або обидві медичні сестри. На час роботи до бригади приєднується медичний працівник установи, де проводиться масова туберкулінодіагностика і ревакцинація БЦЖ.

Раціональне використання бригад досягається при чіткому виконанні функціональних обов'язків кожним її членом: саме вони готують інструментарій, одержують бакпрепарати, ставлять проби, оцінюють їх і проводять щеплення. Медичні працівники на місцях проводять відбір на проби та щеплення, організовують потік, відбирають і направляють до фтизіатра осіб, які потребують дообстеження на туберкульоз; оформляють документацію, складають звіт про проведену роботу. Лікарі дитячих закладів, районні епідеміологи та фтизіатри контролюють роботу на місцях.

У плані-графіку роботи бригад необхідно передбачити повторний вихід їх протягом року для охоплення дітей, які відсутні через хворобу або мають тимчасові медичні відводи при першому масовому обстеженні колективу.

8.3. Підготовку медичного персоналу для проведення протитуберкульозних щеплень проводять протитуберкульозні диспансери (протитуберкульозні диспансерні відділення і відділення лікарень та поліклінік), які видають довідку-допуск до проведення туберкулінових проб і вакцинації БЦЖ тим, хто пройшов підготовку.

У кожному протитуберкульозному диспансері (відділенні) повинна бути виділена особа, відповідальна за протитуберкульозні щеплення, на яку покладається контроль за роботою бригад району, методична допомога і ревакцинація неінфікованих осіб, які знаходяться у контакті з хворими активними формами туберкульозу (МБТ+ і МБТ-).

8.4. За повне охоплення контингентів, які підлягають протитуберкульозним щепленням, а також за якість внутрішньошкірної ревакцинації дітей, несуть відповідальність: головний лікар поліклініки, центральної та районної лікарні, амбулаторії, головний лікар протитуберкульозного диспансеру, головний лікар санепідстанції та особи, які безпосередньо виконують цю роботу.

9. ІНСТРУМЕНТАРІЙ ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ПРОБИ МАНТУ Й РЕВАКЦИНАЦІЇ БЦЖ

9.1. Набір інструментарію для проведення проби Манту й наступної ревакцинації включає:

9.1.1. Бікс ємкістю 18 x 14 см для вати - 1 шт.

9.1.2. Бікс середньої ємкості для стерилізації шприців для туберкулінодіагностики і ревакцинації - 2 шт.

9.1.3. Бікс для стерилізації шприців ємкістю 5-2 - 2 шт.

9.1.4. Шприци 2-5-грамові - 3 - 5 шт.

9.1.5. Шприци туберкулінові або однограмові з добре підігнаними поршнями - 10 - 15 шт. або шприци однограмові одноразового використання - 50 шт.

9.1.6. Голки N 0415 короткі з косими зрізами для однограмових шприців - 30 - 150 шт.

9.1.7. Голки ін'єкційні N 0840 для витягування туберкуліну з флакону і для розведення вакцини БЦЖ - 3 - 5 шт.

9.1.8. Пінцети анатомічні завдовжки 15 см - 2 шт.

9.1.9. Напилон для розкривання ампул - 1 шт.

9.1.10. Лінійки міліметрові прозорі завдовжки 100 мм з пластмаси - 6 шт.

9.1.11. Склянка для медикаментів ємкістю 10 мл - 2 шт.

9.1.12. Пляшка ємкістю 0,25 - 0,5 л для дезінфікуючих розчинів - 1 шт.

9.2. Для проведення туберкулінодіагностики і ревакцинації БЦЖ у великих колективах бригадним методом, коли працюють одночасно 2 медичні сестри, в умовах безпосереднього потоку обстежуваних слід використовувати набір інструментарію у відповідності з Інструкцією по застосуванню туберкулінових проб.

9.3. Інструментарій (бікси, шприци, голки та ін.) для використання туберкулінової проби і ревакцинації повинен бути окремим з відповідним маркіруванням.

10. СКЛАДАННЯ ПЛАНУ ЩЕПЛЕНЬ І КОНТРОЛЬ ЗА ЙОГО ВИКОНАННЯМ

10.1. Складання плану протитуберкульозних щеплень покладається на головних лікарів санітарно-епідеміологічних станцій, пологового будинку, дитячої та загальної поліклініки, протитуберкульозного диспансеру (у межах району і обсягу діяльності кожного закладу).

10.2. Зведений план щеплень внутрішньошкірним методом по району, місту, області складається санітарно-епідеміологічними станціями (СЕС) разом з головними педіатрами і протитуберкульозними диспансерами.

10.3. У плані ревакцинації по району, місту, області передбачається:

10.3.1. Облік числа дітей, які підлягають протитуберкульозному щепленню.

10.3.2. Календарний план обстеження контингентів і проведення ревакцинації БЦЖ з врахуванням часу проведення інших щеплень.

10.3.3. Підготовка медичного персоналу для проведення щеплень та його інструктаж.

10.4. Облік осіб, які підлягають щепленню у дитячих колективах, проводять лікарі загальної мережі, які обслуговують ці колективи та заклади.

10.5. При складанні плану вакцинації за основу береться народжуваність у даному районі, місті; число дітей, які підлягають ревакцинації, з врахуванням відсотка осіб, які негативно реагують на пробу Манту з 2 ТО ППД-Л.

10.6. Контроль за виконанням плану протитуберкульозних щеплень на місцях проводиться СЕС; установи, які проводять щеплення, щомісяця подають у СЕС звіт за встановленою формою.

10.7. Потреба у туберкуліні вираховується з розрахунку дві дози по 0,1 мл на кожну обстежену особу. При цьому необхідно врахувати, що у флаконі по 5 мл (50 доз), які використовуються на обстеження 25 чоловік, в ампулах по 3 мл (30 доз) - на 15 чоловік. Один літр туберкуліну містить 10000 доз, які використовуються для обстеження 5000 чоловік.

10.8. Потреба у вакцині БЦЖ для вакцинації новонароджених вираховується з розрахунку 20 - 30 ампул сухої вакцини БЦЖ для внутрішньошкірного введення і розчинника (у комплекті) у місяць на одне пологове відділення.

10.9. Потреба у вакцині БЦЖ для ревакцинації у колективах вираховується з розрахунку одна ампула сухої вакцини БЦЖ на 10 дітей, які підлягають ревакцинації у колективах, тобто 2 дози на кожного щепленого.

10.10. Розраховуючи потребу вакцини туберкульозної БЦЖ, беруть до уваги, що вона випускається в ампулах, які містять $1,0 \pm 0,001$ мг препарату, (20 доз по 0,05 мг) у комплекті з розчинником - 0,9 % ізотонічним розчином натрію хлориду - по $2,0 \pm 0,1$ мл в ампулі.

В одній коробці міститься 5 ампул вакцини БЦЖ та 5 ампул ізотонічного розчину натрію хлориду.

11. УМОВИ ЗБЕРІГАННЯ І ТРАНСПОРТУВАННЯ ВАКЦИНИ ТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ БЦЖ

11.1. Вакцину туберкульозну БЦЖ зберігають при температурі, не вищій $+4^{\circ}\text{C}$.

Термін придатності вакцини БЦЖ - 12 місяців.

Транспортування всіма видами критого транспорту при температурі, не вищій $+4^{\circ}\text{C}$.

11.2. Рекламациї на фізичні та інші властивості препарату направляють на адресу підприємства, яке виготовляє препарат.

При цьому складається лист з точним зазначенням серії, контрольного номера, терміну придатності вакцини БЦЖ та інституту-виробника.

У випадках підвищеної реактогенності або розвитку поствакцинальних ускладнень слід повідомляти телеграфом або по телефону виробника вакцини, а в Інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського АМН України (252000, м. Київ, МСП-650, узвіз Протасів Яр, 7) направляти картку з описом ускладнення і зазначенням віку дитини і місця її проживання (додаток N 1).

12. ЩАДНА АКТИВНА СПЕЦИФІЧНА ПРОФІЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Щадна активна специфічна профілактика туберкульозу застосовується з допомогою вакцини туберкульозної БЦЖ-М або половинної (0,025 мг) дози вакцини туберкульозної БЦЖ.

12.1. Вакцина протитуберкульозна БЦЖ-М - це живі мікобактерії вакцинного штаму БЦЖ-I, ліофільно висушені у 1,5 % розчині глютамінату натрію. Має вигляд білої маси.

Одна ампула, запаяна під вакуумом, містить $0,5 \pm 0,01$ мг вакцини БЦЖ-М, що складає 20 доз, кожна по 0,025 мг препарату.

Вакцина туберкульозна БЦЖ-М випускається в ампулах, які містять $0,5 \pm 0,01$ мг препарату, (20 доз по 0,025 мг) у комплекті з розчинником - 0,9% ізотонічним розчином натрію хлориду - по $2,2 \pm 0,1$ мл в ампулі.

В одній коробці міститься 5 ампул вакцини БЦЖ-М та 5 ампул ізотонічного розчину натрію хлориду.

12.2. Вакцину БЦЖ-М застосовують внутрішньошкірно в дозі 0,025 мг у 0,1 мл розчину.

12.3. Вакциною БЦЖ-М проводять щеплення:

12.3.1. Новонароджених з масою тіла при народженні 2000 г та більше у пологовому будинку недоношених. У регіонах з сприятливою епідеміологічною ситуацією по туберкульозу вакциною БЦЖ-М можна проводити щеплення всіх новонароджених.

12.3.2. Дітей з масою тіла 2300 г та більше перед випискою додому із відділень догляду за недоношеними новонародженими лікувальних стаціонарів, II етап виходжування.

12.3.3. Дітей, яких не щепили у пологовому будинку через медичні протипоказання і які підлягають вакцинації у зв'язку із зняттям протипоказань. Щеплення проводять у дитячих поліклініках.

12.3.4. Дітей, що проживають на забруднених радіонуклідами територіях (III - IV зона).

12.4. Дітям, яким не була проведена вакцинація у перші дні життя, щеплення проводиться протягом перших двох місяців у дитячій поліклініці або іншому лікувально-профілактичному закладі без попередньої туберкулінодіагностики. Дітям, старшим 2-місячного віку, перед щепленням необхідне проведення проби Манту з 2 ТО ППД-Л.

Вакцинуються діти з негативною реакцією на туберкулін. Реакція вважається негативною при повній відсутності інфільтрату (гіперемії) або при наявності уколової реакції (1 мм).

Інтервал між пробою Манту і вакцинацією повинен бути не менший 3 днів і не більший 2 тижнів.

12.4.1. Половинна (0,025 мг) доза вакцини туберкульозної БЦЖ застосовується тільки для ревакцинації дітей, що проживають на забруднених радіонуклідами територіях (III, IV зона).

12.5. Дотримуючись вимог пп. 2.3, 2.4, 2.5 цієї Інструкції, сухі вакцини розводять безпосередньо перед вживанням стерильним 0,9 % ізотонічним розчином натрію хлориду, який додається до вакцини. Розчинник має бути прозорим, безколірним і не мати сторонніх домішок.

Шийку ампули протирають спиртом, підпилюють і обережно надламують, загорнувши надпилений кінець у стерильну марлеву серветку.

Для одержання дози 0,025 мг БЦЖ-М у 0,1 мл в ампулу з вакциною переносять стерильним шприцем з довгою голкою 2 мл ізотонічного розчину натрію хлориду. Вакцина повинна давати рівномірну завись протягом хвилини.

Для одержання половинної (0,025 мг) дози вакцини БЦЖ у 0,1 мл беруть ампулу вакцини БЦЖ, яка містить 1,0 мг сухої мікробної маси, і розчиняють її у 4 мл 0,9 %-го ізотонічного розчину натрію хлориду, що випускається в заводських ампулах.

12.6. Вакцину БЦЖ-М вводять суворо внутрішньошкірно на межі верхньої і середньої третини зовнішньої поверхні лівого плеча після попередньої обробки шкіри 70° спиртом.

Введення препарату під шкіру неприпустиме, бо при цьому може утворитися холодний абсцес.

Голку вводять зрізом догори у поверхневий шар шкіри. Спочатку вводять незначну кількість вакцини, щоб переконатися, що голка увійшла точно внутрішньошкірно, а потім всю дозу препарату (всього - 0,1 мл). При правильній техніці введення повинна утворитися папула білуватого кольору, яка зникає звичайно через 15 - 20 хвилин.

Забороняється накладання пов'язки і обробка йодом та іншими дезінфікуючими розчинами місця введення вакцини.

12.7. На місці внутрішньошкірного введення вакцини БЦЖ-М розвивається специфічна реакція у вигляді папули розміром 5 - 10 мм у діаметрі.

У новонароджених нормальна вакцинальна реакція з'являється через 4 - 6 тижнів. Реакції підлягають зворотному розвитку протягом 2 - 3 місяців, іноді - в більш тривалі строки.

Місце реакції слід оберегти від механічного подразнення, особливо під час водних процедур.

У 90 - 95 % вакцинованих на місці щеплення повинен утворитися поверхневий рубчик розміром до 10 мм у діаметрі.

Ускладнення після вакцинації зустрічаються рідко і, звичайно, мають місцевий характер.

12.8. Протипоказання до ревакцинації новонароджених вакциною БЦЖ-М такі ж, як у п. 5.1.

12.9. Дітям, не вакцинованим у період новонародження, проводять щеплення вакциною БЦЖ-М через 1 - 6 місяців після усунення протипоказань (див. п. 5.1).

12.10. У кожному окремому випадку захворювання, який не зазначений у даному переліку, вакцинацію БЦЖ-М проводять з дозволу відповідного лікаря-спеціаліста.

12.11. Інші профілактичні щеплення можуть бути проведені з інтервалом не менше 2 місяців до і після вакцинації БЦЖ.

12.12. Умови зберігання і транспортування, ревакцинація відповідають пп. 11.1 - 11.2 цієї Інструкції.

12.13. Планування потреби у вакцині БЦЖ здійснюється із розрахунку один комплект (1 ампула сухої вакцини і 1 ампула 0,9 % ізотонічного розчину натрію хлориду) на кожну дитину, яка має медичні протипоказання для застосування вакцини БЦЖ.

Додаток
до Інструкції про застосування вакцини
туберкульозної БЦЖ і БЦЖ-М,
затвердженої наказом Міністерства
охорони здоров'я України від 29 липня
1996 р. N 233 "Про затвердження
інструкцій щодо надання медико-
санітарної допомоги хворим на
туберкульоз"

КАРТКА ОБСТЕЖЕННЯ

дитини з незвичайною реакцією на щеплення (ревакцинацію) БЦЖ і БЦЖ-М

Назва установи, яка заповнила картку _____

1. Прізвище, ім'я та по батькові дитини _____

2. Домашня адреса _____

3. Дата і рік народження _____

4. Назва установи, яка проводила щеплення _____

5. Вакцинація, ревакцинація (підкреслити), дата _____ доза _____ серія _____
контрольний N _____ завод-виготовлювач _____

6. Ревакцинація I, II, III (підкреслити)

7. Дата виявлення ускладнень _____

8. Зміни на місці введення вакцини на час обстеження (виразки, абсцес, рубчик, келоїдний рубець - їх розміри в мм)

Стан регіональних лімфовузлів _____

9. Туберкулінові проби, їх динаміка _____

10. Наявність туб контакту _____

11. Супутні хвороби _____

12. Дані клінічного обстеження _____

13. Діагноз _____

14. Причини ускладнення: техніка введення, неправильний відбір, підвищена реактогенність вакцини та ін.

15. Вжиті заходи (в т. ч. методи лікування) _____

Прізвище лікаря та його підпис _____

Дата заповнення карти _____

Інструкція про поділ на групи контингентів протитуберкульозних диспансерних закладів

Додатково див. наказ
Міністерства охорони здоров'я України
від 28 жовтня 2003 року N 499

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

ЗАТВЕРДЖЕНО
наказом Міністерства охорони здоров'я
України
від 29 липня 1996 р. N 233

Зареєстровано
в Міністерстві юстиції України
17 вересня 1996 р. за N 540/1565

1.1 Поділ на групи диспансерних контингентів заснований на лікувально-епідеміологічному принципі й дозволяє дільничному лікарю-фтизіатру правильно формувати групи спостереження, своєчасно залучати їх до обстеження, визначати лікувальну тактику, проводити реабілітаційні і профілактичні заходи, вирішувати питання їх проходження в групах обліку та зняття з диспансерного нагляду.

1.2. Контингенти дорослих, що підлягають диспансерному нагляду, розподіляються на такі групи:

0 (нульова) група - особи з туберкульозом органів дихання - сумнівної активності;

I група - хворі на неактивний туберкульоз органів дихання;

II група - хворі із згасаючим активним туберкульозом органів дихання;

III група - особи з клінічно вилікованим туберкульозом органів дихання;

IV група - особи, що знаходяться у контакті з хворими на туберкульоз, бактеріовиділювачами або з хворими на туберкульоз сільськогосподарськими тваринами;

V група - хворі на позалегеневий туберкульоз та особи, що вилікувалися від нього;

VI група для дорослих не застосовується.

VII група - особи із залишковими змінами після вилікування (в тому числі спонтанного вилікування) від туберкульозу органів дихання, з підвищеним ризиком його реактивації.

1.3. Контингенти дітей і підлітків, що підлягають диспансерному обліку, розподіляються на 7 основних груп:

0 (нульова) група -діагностична;

I група - хворі на активний туберкульоз органів дихання;

II група - хворі на активний туберкульоз органів дихання, що згасає;

III група - клінічне вилікування від туберкульозу органів дихання;

IV група - діти й підлітки, що контактують із хворими на активний та туберкульоз із бациловиділенням із родин які обслуговують тварин та котрі працюють у неблагополучних щодо туберкульозу господарствах, а також з родин, у яких є хворі на туберкульоз сільськогосподарські тварини;

V група - хворі на позалегеневий туберкульоз;

VI група - особи, що інфіковані туберкульозом, з груп ризику, а також діти, що були щеплені БЦЖ у період новонародженості та з післявакцинальними ускладненнями.

2. ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ І ДЕЯКІ ПИТАННЯ ДИСПАНСЕРНОЇ ТАКТИКИ

2.1. Активність туберкульозу

2.1.1. Туберкульоз сумнівної активності встановлюється тоді, коли специфічні зміни в легенях у осіб, які не перебувають на обліку протитуберкульозної установи, і коли після проведення первинного максимально можливого клініко-рентгенологічного обстеження (з урахуванням попередніх рентген-флюорографічних матеріалів) лікар не має достатньої інформації для оцінки активності локальних змін і остаточне вирішення цього питання може бути прийняте лише при динамічному спостереженні після пробної хіміотерапії й багаторазових пошуків МБТ методами бактеріоскопії та засіву.

"Нульова" група (дорослих) формується тільки з числа осіб, які не перебувають на диспансерному обліку. При виникненні сумніву в активності змін у осіб, які спостерігаються у III - IV і VII групах, вони не переводяться в нульову. Всі додаткові обстеження для уточнення активності процесу проводяться при спостереженні цих осіб в названих групах обліку.

До туберкульозних змін сумнівної активності слід відносити вогнища, що чітко окреслені й фокуси однорідної структури, середньої інтенсивності (крім великих туберкульом)*, а також аналогічні вогнища й фокуси будь-якого розміру, якщо структура їх не однорідна за рахунок незначної кальцинації, при відсутності клінічних ознак активності та при негативних результатах пошуку МБТ методом бактеріоскопії.

* Особи з великими туберкульомами зараховуються безпосередньо у I-A підгрупу.

Осіб з циротичними змінами сумнівної активності в легенях немає необхідності відносити до нульової групи і проводити їм пробну хіміотерапію, оскільки вирішальним у верифікації діагнозу є не результат пробної хіміотерапії, а виявлення мікобактерій туберкульозу.

В листі непрацездатності особам нульової групи вказується діагноз "туберкульоз легень".

2.1.2. Активний туберкульоз - виявляється у хворих з бактеріологічно** та гістологічно підтвердженою активністю процесу, а також з характерними для цієї хвороби клініко-рентгенологічними ознаками (симптомами інтоксикації, наявністю фіброзних та вогнищевих утворень з перифокальною реакцією; інфільтративних змін з деструкцією чи без неї при наявності чи відсутності бактеріовиділення, підвищеної швидкості осідання еритроцитів, зрушення у лейкоцитарній формулі тощо) і вимагає проведення лікувальних, протиепідемічних, реабілітаційних і соціальних заходів. Підтвердити активність туберкульозного процесу дозволяють також результати бронхологічних, цитологічних, біохімічних та імунологічних досліджень. До того, як приступити до визначення активності туберкульозних змін, необхідно провести диференціальну діагностику з іншими захворюваннями органів дихання для підтвердження специфічної етіології цих змін. Вперше виявлені хворі (хворі з рецидивом) і з будь-якою формою активного туберкульозу органів дихання зараховуються тільки у I-A підгрупу обліку. Взяття їх на облік одразу в I-B чи в II групу обліку не допускається.

** Виявлення МБТ у харкотинні, промивних водах трахеї, шлунку, виділеннях із нориці, сечі, менструальній крові, ексудаті, спинномозковій рідині, резекційному чи біоптичному матеріалі методами мікроскопії чи засіву на поживному середовищі.

Якщо оперативне втручання було зроблено особі, яка знаходиться на обліку на момент операції у II, III, V і VII групах диспансерного обліку, і при операції були виявлені активні туберкульозні зміни, то даний хворий повинен бути переведений у I чи V-A групу обліку на строк, необхідний для проведення показаного йому лікування. Якщо при операції проявів активного туберкульозу не встановлено, то немає необхідності переводити хворого у I групу обліку, але після операції йому показаний курс протирецидивної хіміотерапії.

Виникнення у хворого деструкції в туберкульомі (в тому числі без бактеріовиділення) є підставою для переведення його в I групу диспансерного обліку. Хворі з туберкульомами, що розпалися, навіть при тривалій відсутності МБТ (якщо вони були знайдені раніше) з епідобліку не знімаються до ліквідації порожнини розпаду.

2.1.3. Загасаючий активний туберкульоз визначається у хворих при досягненні у них клініко-рентгенологічного благополуччя-зникнення симптомів інтоксикації, припинення бактеріовиділення, загоєння каверн і розсмоктування інфільтрації.

2.1.4. Клінічне видужання - це стійке загоєння туберкульозного процесу, що підтверджене диференційованими термінами спостереження. Ці терміни наведені в додатках NN 1, 3. Вони встановлюються з урахуванням двох основних параметрів: а) величина залишкових змін (додаток N 5), б) наявність важких супутніх захворювань (див. далі п. 8).

Клінічновилікуваними визнаються особи, у яких настала стабілізація туберкульозного процесу (див. нижче).

3. БАКТЕРІОВИДІЛЮВАЧІ

3.1. На облік як бактеріовиділювачів беруть хворих, що виділяють МБТ- з вперше встановленим туберкульозом, чи тих, що знаходяться на обліку протитуберкульозного диспансерного закладу:

3.1.1. Виявлені будь-яким методом обстеження, навіть одноразово*, при наявності клініко-рентгенологічних даних, які свідчать про явну активність туберкульозного процесу, а також у хворих на загасаючий активний туберкульоз чи туберкульоз сумнівної активності.

* Одноразове бактеріовиділення: а) у осіб, які не перебувають на обліку протитуберкульозного диспансеру, коли мікобактерії туберкульозу виявляються вперше в одному з 3 - 4 досліджень методами бактеріоскопії чи засіву, застосованих послідовно протягом 3 - 4 днів; б) у контингентів III і VII груп, коли виявляються МБТ після багаторазових негативних результатів дослідження в минулі роки і повторних (3 - 4) негативних обстежень на виявлення МБТ.

3.1.2. Виявлені дворазово будь-яким методом навіть при відсутності явних рентгенологічних туберкульозних змін в легенях чи при наявності клініко-рентгенологічно неактивного туберкульозного процесу. Джерелом бактеріовиділення в цих випадках може бути ендобронхіт, прорив казеозного лімфатичного вузла в прозір бронху чи розпад невеликого вогнища, який важко визначається рентгенологічним методом.

3.2. Одноразове виявлення МБТ у контингентів III і VII груп диспансерного нагляду при відсутності одночасно клініко-рентгенологічної симптоматики, яка підтверджує реактивацію туберкульозу, потребує поглибленого клініко-рентгенологічного, лабораторного та інструментального обстеження в умовах стаціонару, з метою встановлення джерела бактеріовиділення і наявності активного туберкульозу. При несприятливих епідеміологічних обставинах у вогнищі (наявність дітей та підлітків), виявлення нових випадків інфікування чи захворювання контактів, а також у випадках, коли хворі становлять епідемічну небезпеку за місцем їх роботи (в закладах для дітей та підлітків, громадського харчування, комунальних), такі особи беруться на облік як бактеріовиділювачі, незалежно від результатів дообстеження, не менше як на 9 - 12 місяців.

З метою встановлення бактеріовиділення чи його відсутності кожен хворий повинен бути комплексно обстежений: дослідження харкотиння (промивних вод бронхів, трахеї чи шлунку) не менше двох разів методом бактеріоскопії, трьохразовий засів перед початком лікування хворих, яким вперше встановлено діагноз, при загостреннях і рецидивах процесу, а в період лікування хіміопрепаратами - після дводенної перерви з прийомами туберкулоstaticів. Обстеження повинно повторюватись в процесі лікування кожного місяця до зникнення МБТ, підтвердженого не менше, ніж двома послідовними негативними бактеріоскопічними і культуральними дослідженнями протягом 2 - 3 місяців і загоєння порожнини розпаду, підтвердженого томографічно. Далі зазначені дослідження проводяться один раз на 2 - 3 місяці до закінчення основного курсу хіміотерапії.

3.3. Зняття хворих з обліку бактеріовиділювачів можливе лише при згасанні процесу в результаті ефективно проведеного основного курсу хіміотерапії чи після успішного хірургічного втручання, але не раніше ніж через 12 місяців після припинення бактеріовиділення.

3.4. Затримка бактеріовиділювачів на епідеміологічному обліку після зникнення мікобактерій туберкульозу ще на 6 - 12 місяців понад зазначений термін показана при:

3.4.1. Неповноцінно проведеному лікуванні;

3.4.2. Наявності обтяжуючих факторів;

3.4.3. При сприятливому результаті хронічних деструктивних процесів з утворенням щільних вогнищ, рубців (в тому числі після колапсхірургічних втручань).

3.5. Хворі з фіброзно-кавернозним туберкульозом повинні знаходитися тільки в групі бактеріовиділювачів. При сприятливому закінченні фіброзно-кавернозного туберкульозу діагноз змінюється на інший (циротичний, дисемінований, вогнищевий чи ін.) з переведенням хворого в II групу і зняттям його (одночасно) з епідеміологічного обліку. При переході хронічного деструктивного туберкульозу в циротичний, утворенні заповнених чи санованих

порожнин (в тому числі після торакопластики і кавернотомії) хворі знімаються з епідеміологічного обліку через 3 роки з моменту зникнення МБТ і досягнення клініко-рентгенологічної стабілізації процесу. При відсутності можливостей довести припинення бактерiovиділення бактеріологічними дослідженнями у хворих з залишковими порожнинами ці особи з обліку бактерiovиділювачів не знімаються.

3.6. Термін, на який бактерiovиділювач був затриманий на епідеміологічному обліку, повинен бути прийнятий до уваги при встановленні довготривалості подальших спостережень його у II групі диспансерного обліку.

3.7. Із хворих з позалегеневими формами туберкульозу до бактерiovиділювачів зараховуються особи, у яких МБТ виявляються у виділеннях з нориці, сечі чи менструальної крові.

3.8. Хворі, у яких до й після хірургічного втручання мікобактерії туберкульозу не виявлялись, але при засіві резекційного матеріалу відбулося зростання МБТ, не беруться на облік як бактерiovиділювачі. Це положення поширюється і на хворих, у яких МБТ виявляються тільки при засіві матеріалу, одержаного при пункції осумкованої емпієми, лімфовузлів тощо.

3.9. Питання про взяття хворих на облік бактерiovиділювачів і зняття їх з цього обліку вирішує дільничний лікар-фтизіатр разом з завідувачим відділенням або головним лікарем (чи його заступником з лікувальної роботи) протитуберкульозного диспансеру. Зняття з епідобліку хворих на позалегеневий туберкульоз здійснюється після консультації з відповідними фахівцями при затиханні туберкульозного процесу та зникненні МБТ.

3.10. Якщо хворий, прописаний в районі обслуговування, а фактично проживає за іншою адресою, епідвогнище спостерігається тим диспансером, де хворий фактично мешкає, із взяттям на облік в IV групу контактуючих з ним осіб і здійсненням відповідних оздоровчих заходів (в тому числі заключної дезінфекції).

3.11. При встановленні діагнозу мікобактеріозу (не менше як дворазове виявлення тільки атипічних мікобактерій), хворі спостерігаються і лікуються в протитуберкульозному диспансері. Вони обліку, як хворі на туберкульоз, не підлягають.

4. Стабілізація процесу відображає загоєння специфічного процесу, характеризується тими ж ознаками, що й уцухання хвороби, але при відсутності подальшої позитивної динаміки залишкових змін, котра встановлюється при порівнянні рентгено-томографічних даних з інтервалом в 3 - 6 місяців.

5. Залишкові зміни - це щільні і кальциновані вогнища і фокуси різного розміру, фіброзно-рубцеві та циротичні зміни (в тому числі з залишковими санованими порожнинами), плевральні нашарування, післяопераційні зміни в легенях і плеврі.

В залежності від розміру, характеру та поширеності залишкових змін, а також потенціальної небезпеки рецидиву слід розрізняти малі і великі зміни (див. додаток N 5).

6. Реактивація туберкульозу включає поняття загострення і рецидив.

6.1 Загострення - спалах туберкульозного процесу, що виник після ефективного закінченого лікування в період встановлення клінічного вилікування.

6.2. Рецидив - це спалах туберкульозу у осіб, які раніше перенесли туберкульоз і одужали від нього: а) ранній рецидив - у осіб, які перебувають під наглядом у III і V-B групі обліку; б) пізній рецидив - у осіб, які перебувають на обліку у VII-A підгрупі і V-Г підгрупі (окрім спонтанно вилікованих) чи знятих із диспансерного обліку.

6.3. Реактивація процесу, що виникає у осіб із контингентів VII-B і V-Г підгруп і осіб, які не перебувають на обліку, розцінюється як вперше виявлене захворювання.

7. Основний курс - це комбіноване, безперервне тривале лікування антибактеріальними препаратами та патогенетичними засобами хворих на туберкульоз, розраховане на вилікування процесу в умовах стаціонару, санаторію і амбулаторно. Основний курс може бути закінчений не раніше ніж через 6 місяців після згасання процесу при великих залишкових змінах і не раніше ніж через 3 місяці при малих.

Мінімальний термін основного курсу при ефективному лікуванні хворих на вперше виявлений деструктивний туберкульоз та туберкульоз з бактеріовиділенням, а також при рецидивах деструктивного туберкульозу та рецидивах з бактеріовиділенням повинен бути не менше 6 - 8, якщо протягом перших 2 - 4 місяців використовувались комбінації із 4 - 5 протитуберкульозних препаратів - ізоніазиду, рифампіцину, піразинаміду, стрептоміцину і (або) етамбутолу, а в наступні 3 - 5 місяців - 2 або 3 із них, в основному ізоніазид і рифампіцин щоденно або інтермітуючим методом. При менш інтенсивних режимах хіміотерапії і в разі мало ефективного лікування основний курс за погодженням з фтизіохірургом проводиться до 9 - 12 місяців.

При відсутності мікобактерій туберкульозу та деструкції мінімальний термін основного курсу хіміотерапії при ефективному лікуванні повинен бути не менше 4 - 6 місяців, якщо протягом перших 2 місяців використовувались 3 препарати, в основному ізоніазид, рифампіцин і піразинамід, а в наступні 2 - 4 місяці - 2 препарати, переважно ізоніазид і рифампіцин. В інших випадках основний курс продовжується до 7 - 9 місяців.

Основний курс хіміотерапії може бути закінчений не раніше ніж через 4 місяці після згасання процесу при великих залишкових змінах і не раніше ніж через 2 місяці - при малих.

При хронічному деструктивному туберкульозі легень з бактеріовиділенням основний курс хіміотерапії повинен тривати 12 - 18 місяців. Вона складається із 4 - 6 індивідуально підібраних протитуберкульозних препаратів згідно із чутливістю мікобактерій туберкульозу із числа таких як ізоніазид, рифампіцин, піразинамід, етамбутол, стрептоміцин, канаміцин, етіонамід та ін. Препарати призначаються як щоденно, так і інтермітуюче: кількість препаратів, прийнятих за 1 день, не може перевищувати 4. На заключному етапі лікування, після стійкого припинення бактеріовиділення, інтенсивність хіміотерапії зменшується. Не менше одного разу в 5 - 6 місяців хворих повинен консультувати фтизіохірург.

7.1. Для лікування хворих на туберкульоз легень можуть застосовуватися й стандартизовані режими хіміотерапії, запропоновані ВООЗ. Для цього всіх хворих розподіляють на чотири категорії.

I категорія - це хворі із вперше діагностованим туберкульозом з бактеріовиділенням. Їм протягом перших двох місяців призначають ізоніазид + рифампіцин + піразинамід + етамбутол (або стрептоміцин, а наступні 3 - 6-й місяці: рифампіцин + ізоніазид (див. додаток N 6).

Примітка. Етамбутол або стрептоміцин особливо доречні при первинній резистентності мікобактерій до хіміопрепаратів.

II категорія - це хворі на різні форми реактивації туберкульозу, в тому числі й із бактеріовиділенням. Лікування їх називається "повторне лікування". Воно включає перші два місяці - ізоніазид + рифампіцин + піразинамід + етамбутол + стрептоміцин. Третій місяць призначають це ж поєднання, але без стрептоміцину, ізоніазид + рифампіцин + піразинамід + етамбутол. З четвертого до восьмого місяця включно призначають ізоніазид + рифампіцин + етамбутол (див. додаток N 7).

Примітка. Хворим старшим 50 років призначають стрептоміцин в дозі 0,75 г на добу.

III категорія - це хворі із вперше діагностованим туберкульозом без бактеріовиділення. Перші два місяці їм призначають: ізоніазид + рифампіцин + піразинамід. Протягом третього і четвертого місяців призначають ізоніазид + рифампіцин (див. додаток N 8).

IV категорія - це хворі на хронічний туберкульоз, при якому не досягається стабілізації процесу, зберігаються каверни, у тому числі з бактеріовиділенням, протягом не менше 2 - річного спостереження і лікування. Їм призначають індивідуалізовані режими хіміотерапії залежно від чутливості мікобактерій до них.

Однак якщо у зазначених хворих у встановлені терміни не загоюються порожнини розпаду й каверни, то подальшу тактику встановлюють після консультації з фтизіохірургом так, як зазначено вище у п. 7.

7.2. Для оцінки ефективності лікування хворих на туберкульоз рекомендується проводити когортний аналіз результатів лікування, запропонований ВООЗ. Когорти формують по кожній із зазначених чотирьох категорій хворих. Кожну когарту формують протягом одного кварталу. Наприклад, з 1 січня до 31 березня у відділення поступили й почали лікування 27 вперше виявлених бактеріовиділювачів (I категорія), 10 хворих із реактивацією (II категорія), 33 вперше виявлених хворих без бактеріовиділення (III категорія) і 7 хворих на хронічний туберкульоз (IV категорія). Отже, за перший квартал окремою когортою є 27 хворих, окремою когортою 10, 33 і 7 хворих. В подальшому за кожний квартал оцінюють результати у кожній когорті окремо. Наприклад, результати лікування 27 хворих оцінюють на 31 березня, 30 червня, 30 вересня і 31 грудня.

У другому кварталі (з 1 квітня до 31 червня) формуються аналогічно нові когорти. Когорти другого кварталу оцінюють окремо у наступних кварталах і т. д.

У кожній когорті щоквартально оцінюють такі результати:

7.2.1. **Вилікування.** Воно настає тоді, коли хворий завершив лікування, в тому числі хірургічне і у нього встановлено загоєння каверни, розсмоктування чи інволюція туберкульозного процесу при відсутності ознак його активності.

7.2.2. **Припинення бактеріовиділення** встановлюється тоді, коли хворий завершив лікування, в т. ч. хірургічне, і при двохкратному дослідженні харкотиння встановлено припинення бактеріовиділення.

7.2.3. **Завершення лікування** включає проведення повного курсу лікування, у т. ч. після хірургічного втручання, у зазначені вище терміни, що завершилося вилікуванням або безуспішним ефектом.

7.2.4. **Летальний наслідок** - це смерть хворого в процесі хіміотерапевтичного чи хірургічного лікування від будь-якої причини.

7.2.5. **Безуспішне лікування** вважається тоді, коли хворий завершив лікування (див. п. 3), але бактеріовиділення не припиняється, або каверна не загоюється, себто вилікування у диференційовані терміни спостереження не настало. Воно вважається і тоді, коли в процесі хіміотерапії відновлюється бактеріовиділення або процес загострюється чи прогресує.

7.2.6. **Перерване лікування** вважається тоді, коли хворий не приймав ліків протягом одного місяця і більше після реєстрації у нього туберкульозу або після проведеного хірургічного втручання.

Цим хворим розпочинають заново "повторне лікування" (див. лікування хворих II категорії).

7.3. Вибув із спостереження і результати лікування хворого невідомі.

Отже, когортний аналіз дозволяє диференційовано, чітко визначити і порівнювати результати лікування ідентичних хворих.

8. До обтяжуючих факторів відносяться несприятливі умови побуту, хронічні супутні захворювання (алкоголізм, наркоманію, психічні захворювання, цукровий діабет - середню та важку форми, виразкову хворобу шлунку та дванадцятипалої кишки, гострі та хронічні запальні процеси легенів, цитостатичну, променеву і тривалу стероїдну терапію, а також фізіологічні стани, які ослаблюють опорність організму (вагітність, післяпологовий період), великі оперативні втручання, тяжкі фізичні та психічні травми.

9. Технологія диспансерного спостереження за особами, що підлягають диспансеризації у лікаря фтизіатра наведена у додатку N 1, а обсяги обстеження їх - у додатку N 2 до цієї Інструкції.

10. Хворі на саркоїдоз органів дихання спостерігаються протитуберкульозними закладами, як самостійний контингент поза групами диспансерного обліку хворих на туберкульоз. Диспансерний нагляд за ними здійснюється відповідно до Методичних рекомендацій МОЗ України.

Для них виділяється три групи диспансерного обліку:

I група - хворі на саркоїдоз із активними та прогресуючими формами захворювання. Середня тривалість перебування в цій групі 2 роки.

II група - хворі на саркоїдоз, що затихає. Середня тривалість спостереження в цій групі - 1 рік.

III група - хворі із залишковими змінами після перенесеного саркоїдозу. Тривалість спостереження - 3 роки.

Вилікувані знімаються з обліку.

11. Технологія диспансерного спостереження дітей і підлітків, які підлягають диспансеризації у лікаря-фтизіатра, наведена у додатку N 3, а обсяги обстеження цих контингентів - у додатку N 4.

11.1. До "0" (нульової) групи диспансерного обліку беруться діти і підлітки, у яких необхідно уточнити етіологію чутливості до туберкуліну (післявакцинальний або інфекційна алергія), або характер змін в легенях та інших органах з метою диференціальної діагностики.

Діти і підлітки з великими залишковими змінами спостерігаються у III групі диспансерного нагляду до 17-річного віку включно. Після досягнення 18 років вони переводяться у IV - А підгрупу диспансерного обліку для дорослих.

12. Характеристика залишкових змін після перенесеного (в тому числі спонтанно вилікуваного) туберкульозу органів дихання відзеркалена у додатку N 5.

13. Деякі формування діагнозів в групах диспансерного обліку:

13.1. При переведенні хворих з "санованими" порожнинами до II групи диспансерного обліку виставляється діагноз, що характеризує зміни, які є у легенях (вогнищевий, дисемінований туберкульоз у фазі розсмоктування та ущільнення, циротичний з наявністю санованої порожнини).

13.2. Особам, що перебувають на обліку у III групі, встановлюється діагноз: "Клінічне видужання після тієї чи іншої форми туберкульозу (виставляється найбільш важкий діагноз за період хвороби) з виходом у вогнища, фіброз, цироз тощо".

13.3. Особам, що перебувають на обліку у VII групі диспансерного обліку виставляється такий діагноз: "Великі" (малі) залишкові зміни: вогнища, фіброз, цироз, туберкульоз та інше. В VII

групі А (куди переводяться тільки особи, які раніше хворіли на активний туберкульоз), поряд з цим вказується, наслідком якого процесу є ці залишкові зміни (коли відомий діагноз).

14. Однією з умов залучення під диспансерний нагляд протитуберкульозних закладів осіб з хронічними неспецифічними захворюваннями легень (ХНЗЛ) є зменшення кількості контингентів, що спостерігаються цими закладами. На сучасному етапі зменшення кількості практично здорових щодо туберкульозу контингентів можливо шляхом:

14.1. Передачі нагляду дитячим консультаціям дітей, що не були вакциновані проти туберкульозу при народженні. Контроль за вакцинацією цих контингентів після зникнення протипоказань здійснюється санепідслужбою.

14.2. Зняття з диспансерного обліку дітей і підлітків з вперше виявленою гіперергічною реакцією Манту через рік спостереження, якщо протягом цього року вони отримали повний курс контрольованої хіміопрофілактики.

14.3. Зняття з диспансерного обліку дітей та підлітків з вперше виявленою позитивною пробою Манту і шкірним інфільтратом в 5 - 8 мм, що були після виявлення включені в "0" групу диспансерного обліку, отримували протягом 3 місяців контрольовану хіміопрофілактику.

14.4. Передачі в загальні поліклініки як осіб з підвищеним ризиком туберкульозу для щорічного флюорографічного обстеження і лікування в зв'язку з неспецифічною патологією (за винятком хворих на ХНЗЛ):

14.4.1. Осіб, що підлягають спостереженню в VII-Б підгрупі диспансерного обліку, якщо вони після виявлення пройшли через "0" групу і отримали під час перебування в "0" групі контрольовану хіміопрофілактику протягом 2 - 3 місяців.

14.4.2. Осіб, що підлягають спостереженню в VII-А підгрупі, після 3-річного спостереження в ній.

Додаток N 1
до Інструкції про поділ на групи
контингентів протитуберкульозних
диспансерних закладів, затвердженої
наказом Міністерства охорони здоров'я
України від 29.07.1996 р. N 233 "Про
затвердження інструкцій щодо надання
медико-санітарної допомоги хворим на
туберкульоз"

**Технологія диспансерного спостереження за особами, що підлягають диспансеризації у
лікаря-фтизіатра**

Група обліку	Характеристика контингентів	Контрольні строки обстеження	Строк спостереження	
1	2	3	4	
"0"	Особи з	При	До 6 місяців	Пр

(нульова) Туберкульоз органів дихання сумнівної активності	туберкульозними змінami в легенях сумнівної активності, що не знаходяться на обліку протитуберкульозного закладу у інших групах	амбулаторному лікуванні залежать від методики його проведення		хім ам ум по ум (дс
I Активний туберкульоз органів дихання	Хворі на активний туберкульоз. Бацілярні хворі виділяються у кожній підгрупі	Не менше одного разу в місяць	Хворі підгрупи "А" при відсутності в них обтяжуючих факторів переводяться у II групу і одночасно знімаються з епідобліку у зв'язку із закінченням ефективного курсу хіміотерапії і досягненням згасання процесу, але не раніше як через 12 місяців після закриття каверни і припинення бактеріовиділення*	Ко хім під ос пр по хір лік ко зах тру ре до пр са оз пр зах ту інф
	Підгрупа "А" Хворі з вперше в житті встановленим туберкульозним процесом із загостренням чи рецидивом			

* Показання до затримання хворих обох підгруп на епідобліку більше зазначеного терміну див. нижче

	Підгрупа "Б" Хворі, у яких внаслідок неефективного лікування (антибактеріального або хірургічного) при спостереженні їх в I-A підгрупі не менше, ніж 2 роки, сформувався хронічний туберкульозний процес, прогресуючий або такий, що не має тенденції до загоєння - хворі, що зберігають бактеріовиділення без порожнини розпаду (з туберкульозом внутрішньо-грудних		Зняття з епідобліку хворих підгрупи "Б" з одночасним переведенням у II групу можливе не раніше, як через 2 - 3 роки після припинення бактеріовиділення, зникнення порожнини розпаду, при стабілізації процесу. Якщо виникла санована або заповнена каверна чи цироз - зняття з епідобліку можливе не раніше ніж через 3 роки після зникнення	
--	---	--	--	--

	лімфатичних вузлів, циротичним туберкульозом легень, силікотуберкульозом та ін.), - хворі, що зберігають каверну і бактеріовиділення, - хворі, що не виділяють МВТ (при наявності осумкованої емпієми плеври, туберкульозом з розпадом)		МВТ і стабілізації процесу. Хворі підгрупи "Б", що не знаходяться на обліку бактеріовиділювачів, можуть бути переведені в II не раніше, як через рік після ліквідації порожнини розпаду і емпієми*	
--	---	--	--	--

* Терміни спостереження у II групі можна скоротити на час, на який хворий був затриманий у I групі за показаннями.

II Згасаючий активний туберкульоз органів дихання	Хворі, що переведені з I групи	Не менше 1 разу в 3 місяці. В період сезонних курсів хіміотерапії залежить від методики їх проведення	Хворі з малими залишковими змінами при відсутності обтяжуючих факторів спостерігаються у II групі протягом 1 року, з великими залишковими змінами або при наявності обтяжуючих факторів - 2 роки. Хворі з великими туберкульозами (більшими як 4 см в діаметрі), силікотуберкульозом, осумкованим плевритом залишаються у II групі під багаторічним наглядом**	2 - покуривати раз на місяць, сажати хвіст за зміною від об'єкта зазвичай при проведенні
--	--------------------------------	---	--	--

* Сюди ж входять особи з повним розсмоктуванням змін в легенях і плеврального ексудату.

** Строки спостереження у II групі можна скоротити на час, на який хворий був затриманий у I групі з емпієми

III Клінічне вилікування від туберкульозу	Особі, що переведені з II групи. Підгрупа А - з великими залишковими змінами, а також з	Особі обох підгруп - 1 раз на 6 місяців. В період протирецидивного	А - 3 роки, після чого переводяться у VII-А підгрупу. Інваліди в результаті	2 - прикуривати хім
--	---	--	---	---------------------

органів дихання	малими при наявності обтяжуючих факторів. Підгрупа Б - з малими залишковими змінами при відсутності обтяжуючих факторів	лікування залежить від методики його проведення	туберкульозу в VII групу не переводяться, а залишаються в III групі. Б - 1 рік, після чого знімаються з обліку і наглядаються в поліклініці	ра: ам ум на ви фа зни ор Раі пр:
IV Контакти	Особи, що знаходяться в контакті з бактеріовиділювачами або з хворими на туберкульоз сільськогосподарськими тваринами	Не менше 1 разу в 6 місяців, а в період хіміопрофілактики визначаються методикою її проведення	Протягом всього терміну контакту з бактеріовиділювачами, а також 1 рік після зняття бактеріовиділювача з епідобліку, смертю його чи виїзду. Контактуючи з хворими тваринами спостерігаються до оздоровлення тварин від туберкульозу	Пр зах на воі туб інф під опі кон хім ре неі
V Позалегневий туберкульоз Підгрупа 0	- особи з позалегневим туберкульозом сумнівної активності;	Строки обстеження у відповідних фахівців визначаються станом туберкульозного процесу. При поєднанні позалегневого туберкульозу з легневим відвідування дільничного фтизіатра - станом легеневого процесу. При відсутності легеневого процесу менше як 1 раз на 6 місяців	Терміни спостережень у кожній підгрупі V обліку визначаються відповідними фахівцями в залежності від динаміки туберкульозного процесу і показаних лікувально-профілактичних заходів. Бацилярні хворі знімаються з епідобліку не раніше як через 12 місяців після зникнення МБТ, досягнення клініко-рентгенологічної стабілізації процесу чи ефективного операційного втручання	Хв акт по: туб (під пр поі й с пр зах клі ви. від пр озд воі туб інф зах ос сп гру сп ме соі
Підгрупа А активний позалегневий туберкульоз	- хворі на активний позалегневий туберкульоз (вперше виявлені, із загостренням, рецидивом і хронічними формами). Хворі, що виділяють МБТ, беруться на облік як бактеріовиділювачі			
Підгрупа Б Затишаючий активний позалегневий туберкульоз	- хворі, що переведені з підгрупи А			
Підгрупа В Неактивний	- особи, що переведені з підгрупи Б			

позалегеневий туберкульоз				ре: так по: ре: пр: по: тує зді від фа: ке: фті хвс по: тує клі осс від ле: пр: клі ре: ко: діл фті як
Підгрупа Г - особи, що вилікувалися від позалегеневого туберкульозу з вираженими залишковими змінами	- особи, що переведені з підгрупи В, раніше зняті з обліку, вперше виявлені (спонтанно вилікувані) із залишковими змінами			
VII Особи із залишковими змінами після вилікуваного (також спонтанно) туберкульозу органів дихання з підвищеним ризиком його реактивації	Підгрупа "А" - з підвищеним ризиком рецидиву: переведені з III групи, з "О" групи та зараховані безпосередньо у підгрупу "А" з осіб, які раніше були зняті з диспансерного обліку Підгрупа "Б" - з підвищеним ризиком захворювання: переведені з "О" групи чи взяті на облік в підгрупу "Б" безпосередньо з осіб, що раніше не були на обліку в групах активного туберкульозу. У кожному із підгруп зараховуються особи: з великими залишковими	Не менше 1 разу на рік, а при проведенні хіміопрофілактики частота відвідувань визначається її методикою	Довічному спостереженню в VII групі підлягають особи з великими змінами у вигляді крупних осумкованих фокусів і цирозу, а також всі особи, які мають обтяжуючі фактори, незалежно від розміру і характеру залишкових змін. Інші спостерігаються 10 років від моменту зарахування в дану групу, після чого знімаються з обліку	Заг озд зах наг під ре: тує Куї хім пр хрс зах ви фа зні опі Раі пр: Саі лік поі

змiнами у виглядi вогнищ, туберкульозом, цирозу, глибокого поширеного фiброзу, масивних плевральних нашарувань, крупних чи множинних кальцинатiв в лiмфатичних вузлах межистiння, стану пiсля великих операцiйних втручань. При наявностi обтяжуючих факторiв зараховуються також особи з залишковими змiнами незалежно вiд їх розмiру та характеру

* Частота вiдвiдувань осiб VII групи, хворих на хронiчнi хвороби внутрiшнiх органiв, визначається компi заходiв, що неохiбнi для оздоровлення даної категорiї осiб.

Додаток N 2 до Iнструкцiї про подiл на групи контiнгентiв протитуберкульозних диспансерних закладiв, затвердженої наказом Мiнiстерства охорони здоров'я України вiд 29.07.1996 р. N 233 "Про затвердження iнструкцiй щодо надання медико-санiтарної допомоги хворим на туберкульоз"

Обсяги обстеження контингентiв дорослих, якi знаходяться на диспансерному облiку в лiкаря-фтизiатра

Група	Рентгенологiчне обстеження	Загальний аналіз кровi й сечi	Дослiдження харкотиння, промивних вод бронхiв, шлунку, бiоптатiв (бактерiоскопiя i засiв)	Iншi дослiдження
1	2	3	4	5
0	Рентгенограма (флюорограма) i томограма, коли беруть на облiк;	Не менше 1 разу в мiсяць	Коли беруть на облiк; далi 1 раз в 2 мiсяцi	Туберкуліновi проби

	далі - 1 раз в два місяці			
I-A	Рентгенограма (флюорограма) і томограми, коли беруть на облік; пізніше 1 раз в 2 місяці до припинення бактеріовиділення і закриття каверни; далі 1 раз у 3 - 4 місяці	Не менше 1 разу на місяць	При взятті на облік, при виявленні МБТ 1 раз в місяць до зникнення МБТ, далі 1 раз у 2 - 3 місяці	
I-Б	Рентгенограма (флюорограма) і томограми при проведенні лікування 1 раз у 2 місяці; при ремісії 1 раз у 3 - 6 місяців	При лікуванні 1 раз в місяць, при ремісії 1 раз у 3 - 6 місяців	Кожен місяць на період лікування	
II	Рентгенограма (флюорограма і томограми 1 раз в 3 - 6 місяців	1 раз в 3 - 6 місяців	1 раз у 3 місяці	
III	Рентгенограма (флюорограма) 1 раз в 6 місяців. Томограми за показаннями	1 раз у 6 місяців	1 раз у 6 місяців	
IV	Флюорограма 1 раз у 6 місяців. Рентген-позитивним контактам томограми за показаннями	1 раз у 6 місяців	При підозрі захворювання на туберкульоз	Туберкулінові проби
V	Рентгенограми і томограми (за призначенням фахівця з позалегеневих форм). Рентгенограма	За призначенням фахівця	Дослідження сечі, виділення із нориць, біоптатів і таке інше за призначенням фахівців	

	(флюорограма) грудної клітини 1 раз в 6 місяців			
VII	Рентгенограма (флюорограма) не менше, як 1 раз в рік. Томограми за показаннями	1 раз в рік	1 раз в рік	

- Примітки:**
1. Особам з контакту туберкулінові проби роблять 1 раз в рік.
 2. Чутливість до протитуберкульозних препаратів визначається до початку лікування і далі 1 раз у 3 місяці.
 3. Хворі на туберкульоз при госпіталізації повинні мати консультацію фахівців з позалегенового туберкульозу.
 4. Всім особам з піурією, гематурією та альбумінурією проводиться триразове дослідження сечі на мікобактерії туберкульозу.

Додаток N 3
до Інструкції про поділ на групи контингентів протитуберкульозних диспансерних закладів, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29.07.1996 р. N 233 "Про затвердження інструкцій щодо надання медико-санітарної допомоги хворим на туберкульоз"

Технологія диспансерного спостереження дітей і підлітків, які підлягають диспансеризації у лікаря-фтизіатра

Група обліку	Характеристика контингентів	Контрольні строки обстеження	Строк спостереження	
1	2	3	4	
"0" (нульова) діагностична	Діти і підлітки, у котрих необхідно уточнити характер туберкулінової чутливості (післявакцинальна чи інфекційна), етіологію інтоксикації, лімфаденіту	За показаннями. Під час хімотерапії з приводу післявакцинальних ускладнень 3 рази в місяць	До 6 місяців	Т к с д в д в т

	(післявакцинального лімфаденіту в фазі інфільтрації чи нагноєння й інших ускладнень БЦЖ), мезаденіту, ураження кістково-суглобової й сечостатевої систем та ін., а також характер змін в легенях, в тому числі дисемінації в фазі кальцинації з метою диференціальної діагностики і визначення активності туберкульозного процесу			Л М К С В Є Г Д Ф Н Н С
I Активний туберкульоз органів дихання	Вперше виявлені діти і підлітки, які потребують проведення лікувальних заходів - хворі з вираженими і малими формами активного внутрішньогрудного туберкульозу (інфільтративна фаза, обсеменіння, фаза розпаду), вперше виявлені з локальними формами внутрішньогрудного туберкульозу у фазі розсмоктування чи неповної кальцинації з явищами туберкульозної інтоксикації, а також діти і підлітки з туберкульозною інтоксикацією. Діти і підлітки, оперовані з приводу внутрішньогрудного туберкульозу. Виділяються діти і підлітки - бактеріовиділювачі	Зумовлені хіміотерапією, яка проводиться, й перебуванням на стаціонарному лікуванні	1 - 2 роки. При обтяжуючих факторах термін спостереження осіб з локальними формами продовжується до 1 - 2 років; з тубінтоксикацією - переводяться через рік у III групу	С х у г х Е з р

II Згасаючий активний туберкульоз органів дихання	Хворі, які переведені з I групи після ефективного курсу лікування чи хірургічного втручання	1 раз в 3 місяці	При відсутності чи малих залишкових змінах 1 рік, а при великих - 2 роки. При обтяжуючих факторах терміни збільшуються на 1 - 2 роки	З з т г Г г с
III Клінічне вилікування туберкульозу органів дихання	Підгрупа "А" Вперше виявлені діти і підлітки з залишковими змінами туберкульозу у внутрішньогрудних лімфатичних вузлах і легеневій тканині чи сегментарні пневмосклерози при відсутності симптомів інтоксикації й активності процесу	1 раз в 6 місяців	1 рік	к н у с д с іі
	Підгрупа "Б" Особи, що переведені із II, I (туберкульозна інтоксикація), VI (інфіковані діти до 3- років) груп диспансерного обліку		2 - 3 роки. Діти і підлітки з вираженими залишковими змінами спостерігаються до 18-річного віку	Г х м г т г с (с
IV Контакти	Підгрупа "А" Здорові діти і підлітки з сімейних, родинних і квартирних контактів з хворими, що виділяють мікобактерії туберкульозу, а також з бактеріовиділювачами, що їх виявили у дитячих та підліткових зкладах	2 рази на рік. При проведенні хіміопрофілактики у амбулаторних умовах, що контролюється, 3 рази в місяць протягом курсу	Протягом всього терміну контакту з бактеріовиділювачем, а також 1 рік після зняття з обліку, смерті або від'їзду бактеріовиділювача	З р н н с с д с г і
	Підгрупа "Б" діти і підлітки з контакту з хворим на активний туберкульоз (при спостереженні		До переведення хворого на активний туберкульоз до II, а при наявності дітей раннього віку у III	

	дорослого хворого в I групі диспансерного обліку, а діти молодшого віку в I і II групах). Діти з родин тваринників, що працюють на неблагополучних щодо туберкульозу фермах, а також з родин, що мають на туберкульоз сільськогосподарських тварин		групу диспансерного обліку. До оздоровлення тваринницького господарства	
V Позалегеневий туберкульоз	За активністю процесу хворі на активний туберкульоз поділяються на підгрупи: підгрупа "А" - хворі на активний туберкульоз; підгрупа "Б" - особи з негативними позалегеневими формами туберкульозу	Зумовлено запроваджуваною хіміотерапією і перебуванням на стаціонарному лікуванні. Проте, при амбулаторному лікуванні - не рідше 2-х разів у місяць	Строки спостереження у кожній з підгруп: в V групі обліку визначаються відповідними фахівцями залежно від динаміки туберкульозного процесу і показаних лікувально-профілактичних заходів. Бацилярні хворі знімаються з епідобліку не раніше як через 12 місяців після зникнення МБТ, досягнення клініко-рентгенологічної стабілізації процесу чи після ефективного оперативного втручання. Діти і підлітки, що перенесли туберкульозний менінгіт, - до 17 років включно	З г в г д в г ф у а к г р З г г г х
VI Інфіковані туберкульозом, а також не щеплені БЦЖ у період новонародженості і діти з	Підгрупа "А" Всі діти і підлітки у ранньому періоді первинної туберкульозної інфекції (віраж туберкулінових	2 рази на рік. Під час хіміопрофілактики 3 рази в місяць. Невакциновані діти 1 раз в 3 місяці до вакцинації БЦЖ	При сприятливому перебігу інфекції протягом року. При збереженні гіпераргічних реакцій на туберкулін, а також інфікованих	С к х г в з г

післявакцинальними ускладненнями	реакцій) без симптомів туберкульозної інтоксикації й локальних змін Підгрупа "Б" Всі інфіковані діти (незалежно від віку) і підлітки з гіпераргічною реакцією на туберкулін, а також з туберкуліновою чутливістю, що збільшується) збільшення папули на 6 мм і більше). Інфіковані туберкульозом діти і підлітки, що часто хворіють на гострі респіраторні захворювання (6 і більше разів в рік), пневмонії, що рецидивують, бронхіти, хронічні пневмонії, або ті, що мають інші хронічні неспецифічні захворювання, в тому числі цукровий діабет; ті, що отримують лікування кортикостероїдними гормонами.	обстежуються фтизіопедіатрами і відповідними фахівцями у дитячих поліклініках	хронічними вогнищами неспецифічної інфекції у підгрупі "Б" протягом 2-х років	х г Х с г с с ц л у з т м г ц іі
	Група "Б" Діти, які не були вакциновані БЦЖ при народженні. Діти і підлітки з післявакцинальними лімфаденітами та іншими ускладненнями, що виникли після щеплення		У підгрупі "В" до проведення вакцинації; протягом 1 року діти і підлітки з післявакцинальними ускладненнями	Д г л м х г г г х Г г х і: м у

- Примітки:**
1. У випадках поєднання внутрішньогрудного туберкульозу з позалегеневим хворі беруться на облік по локалізації, що найбільш активна, при туберкульозному менінгіті на першому місці ставиться діагноз туберкульозу центральної нервової системи.
 2. При виявленні активного туберкульозу, віражу туберкулінової реакції та гіперергії у дітей та підлітків необхідне обстеження всіх членів родини.

Додаток N 4
до Інструкції про поділ на групи
контингентів протитуберкульозних
диспансерних закладів, затвердженої
наказом Міністерства охорони здоров'я
України від 29.07.1996 р. N 233 "Про
затвердження інструкцій щодо надання
медико-санітарної допомоги хворим на
туберкульоз"

Обсяги обстеження контингентів дітей і підлітків, які перебувають на диспансерному обліку

Група диспансерного обліку	Методи обстеження			
	Рентгенологічне обстеження	Аналізи крові та сечі	Туберкулінові проби	Дослідження харкотини промивних шлунку, бронх біоптатів на І
1	2	3	4	5
0	Рентгенограма, томограми при	1 раз в 3 місяці	При взятті й знятті з обліку; для	При взятті на о для діагностики

	взятті на облік, знятті з обліку чи переведенні у другу групу диспансерного обліку		диференціальної діагностики післявакцинальної та інфекційної алергії через 3 - 6 місяців	внутрішньогру, туберкульозу, лімфаденіту
I	Рентгенограма, томограми не менше 1 разу в 3 місяці при локальних формах і 2 рази на рік при ранній туберкульозній інтоксикації	Не менше 1 разу на місяць	На початку лікування і після його закінчення	При взятті на о до початку лікування і 1 ра: місяць до зник МВТ, а потім 1 р - 3 місяці
II	Рентгенограма, томограми не раніше 1 разу на півроку	1 раз в 3 місяці, при профілактичних курсах хіміотерапії кожного місяця	1 раз на рік	При переведе II групи 1 раз на
III	Рентгенограма 1 раз на рік і при знятті з обліку	1 раз на півроку, протирецидивних курсах хіміотерапії щомісячно	1 раз на рік і при знятті з обліку	При великих залишкових зм перенесеному виразковому туберкульозі бронхів 1 раз на
IV	Рентгенограма 1 раз неінфікованим і 2 рази на рік інфікованим (дітям до 3 років 1 раз на рік)	1 раз в 3 - 6 місяців, при хіміопротілактиці кожного місяця	Неінфікованим та інфікованим дітям - 1 раз на 6 місяців	
V	Рентгенограма 2 рази на рік	Відповідно до того мінімуму, котрий передбачений для основних груп обліку		
VI	Рентгенограма, томограми при взятті й знятті з обліку	1 раз на 6 місяців, при хіміопротілактиці кожного місяця	При взятті й знятті з обліку	

Примітки: 1. При наявності в диспансері ширококадрового флюорографу дітям старше 10 років і підліткам при динамічному спостереженні можна замінити

рентгенологічне обстеження флюорографією.

2. При наявності патології в сечі обов'язково робити 3-х разовий засів сечі на МБТ.

Додаток N 5

до Інструкції про поділ на групи контингентів протитуберкульозних диспансерних закладів, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29.07.1996 р. N 233 "Про затвердження інструкцій щодо надання медико-санітарної допомоги хворим на туберкульоз"

Характеристика залишкових змін після перенесеного (в тому числі спонтанно вилікуваного) туберкульозу органів дихання

Величина змін	Характеристика змін				
	первинний комплекс	вогнища у легенях і фокуси	фіброзні і циротичні зміни в легенях*	зміни плеври*	зміни після операційні втручань
1	2	3	4	5	6
Малі**	Одиночні (не більше 5) компоненти первинного комплексу (вогнище Гона і кальциновані лімфатичні вузли) розміром менше 1 см	Одиночні (до 5) інтенсивні чітко окреслені вогнища розміром менше 1 см	Обмежений фіброз в межах одного сегмента	Запаяні синуси, міжчасткові шварти, плевродіафрагмальні й плевромедіастенальні зростання, плевроапикальні й плеврокостальні нашарування шириною до 1 см (з кальцинацією плеври чи без неї) - одно- чи двосторонні	Зміни після резекції сегмента чи долегені при відсутності великих післяопераційних змін в легеневій тканині та плеврі

* Включення в VII-Б підгрупу осіб з залишковими винятково плевральними чи фіброзними змінами допустимо тільки у випадках відсутності вказівок (анамнестичних та інших) на перенесені у минулому неспецифічні захворювання легень (пневмонія, абсцес, плеврит та ін.).

** Поєднання двох і більше ознак, що характерні для малих залишкових змін, слід розцінювати як великі залишкові зміни.

Великі	1. Множинні (більше 5) компоненти первинного комплексу (вогнище Гона) і кальциновані лімфовузли), розміром менше 1 см	1. Множинні (більше 5), інтенсивні, чітко окреслені вогнища розміром менше 1 см і без неї)	1. Поширений фіброз (більше 1 сегмента)	Масивні плевральні нашарування шириною більше 1 см (з кальцинацією плеври)	1. Зміни після резекції сегмента легень при наявності післяопераційних змін в легеневій тканині і плеврі
	2. Одиничні і множинні компоненти первинного комплексу (вогнище Гона) і кальциновані лімфовузли розміром 1 см і більше	2. Одиничні й множинні інтенсивні, чітко окреслені вогнища розміром 1 см і більше та фокуси	2. Циротичні зміни будь-якої протяжності		2. Зміни після пульмонектомії, торакопластики плевроектомії, каверноектомії екстраплеврального пневмолізу

Додаток N 6

до Інструкції про поділ на групи контингентів протитуберкульозних диспансерних закладів, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29.07.1996 р. N 233 "Про затвердження інструкцій щодо надання медико-санітарної допомоги хворим на туберкульоз"

Антибактеріальна терапія вперше виявлених хворих із бактеріальним туберкульозом легень

Рекомендовані препарати	Тривалість лікування	Дозування препарату залежно від маси тіла хворого				
		5 - 10 кг	11 - 20 кг	21 - 32 кг	33 - 50 кг	більше 50 кг
1	2	3	4	5	6	7
Ізоніазид, в таб. +	перші 2 міс.	0,05 г на день	0,1 г на день	0,2 г на день	0,3 г на день	0,3 г на день

+ Рімфапіцин, в таб.	перші 2 міс.	0,075 г на день	0,15 г на день	0,3 г на день	0,45 г на день	0,6 г на день
Піразинамід, в таб.	перші 2 міс.	0,25 г на день	0,5 г на день	1,0 г на день	1,5 г на день	2,0 г на день
Етамбутол, в таб. 4) або	додатково в перші 2 міс.	-	-	0,8 г на день	0,8 г на день	1,2 г на день
Стрептоміцин, в/м 4)	додатково в перші 2 міс.	0,25 г на день	0,5 г на день	0,5 г на день	0,75 г на день	1,0 г на день 3)
Ізоніазид, в таб. 1) +	3 - 6-й міс.	0,05 г 3 рази на тижд. або 0,05 г на день	0,1 г 3 рази на тижд. або 0,1 г на день	0,2 г 3 рази на тижд. або 0,2 г на день	0,3 г 3 рази на тижд. або 0,3 г на день	0,4 г 3 рази на тижд. або 0,3 г на день
+ Рімфапіцин, в таб. 1)	3 - 6-й міс.	0,075 г 3 рази на тижд. або 0,075 г на день	0,15 г 3 рази на тижд. або 0,15 г на день	0,3 г 3 рази на тижд. або 0,3 г на день	0,45 г 3 рази на тижд. або 0,45 г на день	0,6 г 3 рази на тижд. або 0,6 г на день
Ізоніазид, в таб. 1 +	3 - 8-й міс.	0,05 г на день	0,1 г на день	0,2 г на день	0,3 г на день	0,3 г на день
+ Тіоацетазон, в таб. 2)	3 - 8-й міс.	0,025 г на день	0,05 г на день	0,1 г на день	0,15 г на день	0,15 г на день

Примітки:

1. Якщо ізоніазид + рімфапіцин дають щоденно, то їх дози такі як у перші 2 міс. лікування. При дисемінованих процесах лікування ізоніазидом і рімфапіцином може бути продовжене на 1 міс., тобто замість 3 - 6-го міс. призначають його 3 - 7-й міс.
2. Це альтернативне поєднання замість ізоніазиду і рімфапіцину (3 - 6-й міс). У хворих із підозрінням на СНІД замість тіоацетозону призначають етамбутол.
3. Хворим, старшим 50 років, призначають стрептоміцин в дозі 0,75 г на день.
4. Етамбутол або стрептоміцин додатково призначають в перші 2 міс. в районах, де розповсюджена первинна резистентність мікобактерій до протитуберкульозних хіміопрепаратів.

диспансерних закладів, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29.07.1996 р. N 233 "Про затвердження інструкцій щодо надання медико-санітарної допомоги хворим на туберкульоз"

Антибактеріальне лікування хворих із різними формами реактивації туберкульозу (повторне лікування)

Рекомендовані препарати	Тривалість лікування	Дозування препарату залежно від маси тіла хворого		
		до 33 кг	33 - 50 кг	більше 50 кг
Ізоніазид, в таб. +	перші 3 міс.	0,2 г на день	0,3 г на день	0,3 г на день
+ Ріфампіцин, в таб.	перші 3 міс.	0,3 г на день	0,45 г на день	0,6 г на день
Піразинамід, в таб.	перші 3 міс.	1,0 г на день	1,5 г на день	2,0 г на день
Етамбутол, в таб.	перші 3 міс.	0,8 г на день	0,8 г на день	1,2 г на день
Стрептоміцин, в/м	перші 2 міс.	0,5 г на день	0,75 г на день	0,75 г на день
Ізоніазид, в таб.* +	4 - 8-й міс.	0,2 г 3 рази на тиждень	0,3 г 3 рази на тиждень	0,4 г 3 рази на тиждень
+ Рімфапіцин, в таб.	4 - 8-й міс.	0,3 г 3 рази на тиждень	0,45 г 3 рази на тиждень	0,6 г 3 рази на тиждень
Етамбутол, в таб.*	4 - 8-й міс.	0,8 г 3 рази на тиждень	1,2 г 3 рази на тиждень	1,6 г 3 рази на тиждень

Примітка: * Якщо ізоніазид + ріфампіцин і етамбутол призначають щоденно, то їх дозують так, як у перші 3 місяці лікування.

Додаток N 8
до Інструкції про поділ на групи контінгентів протитуберкульозних диспансерних закладів, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29.07.1996 р. N 233 "Про затвердження інструкцій щодо надання медико-санітарної допомоги хворим на туберкульоз"

Антибактеріальне лікування вперше виявлених бактеріонегативних хворих на туберкульоз

Рекомендовані препарати	Тривалість лікування	Дозування препарату залежно від маси тіла хворого				
		5 - 10 кг	11 - 20 кг	21 - 32 кг	33 - 50 кг	більше 50 кг
1	2	3	4	5	6	7
Ізоніазид, в таб. ¹⁾ +	перші 2 міс.	0,05 г на день	0,1 г на день	0,2 г на день	0,3 г на день	0,3 г на день
+ Рімфапіцин, в таб. ¹⁾	перші 2 міс.	0,075 г на день	0,15 г на день	0,3 г на день	0,45 г на день	0,6 г на день
Піразинамід, в таб.	перші 2 міс.	0,25 г на день	0,5 г на день	1,0 г на день	1,5 г на день	2,0 г на день
Ізоніазид, в таб. ²⁾ +	3 - 4-й міс.	0,05 г 3 рази на тижд. або 0,05 г на день	0,1 г 3 рази на тижд. або 0,1 г на день	0,2 г 3 рази на тижд. або 0,2 г на день	0,3 г 3 рази на тижд. або 0,3 г на день	0,4 г 3 рази на тижд. або 0,3 г на день
+ Рімфапіцин, в таб. ²⁾	3 - 4-й міс.	0,075 г 3 рази на тижд. або 0,075 г на день	0,15 г 3 рази на тижд. або 0,15 г на день	0,3 г 3 рази на тижд. або 0,3 г на день	0,45 г 3 рази на тижд. або 0,45 г на день	0,6 г 3 рази на тижд. або 0,6 г на день
Ізоніазид, в таб. +	3 - 8-й міс.	0,05 г на день	0,1 г на день	0,2 г на день	0,3 г на день	0,3 г на день
+ Тіоацетазон, в таб. ³⁾	3 - 8-й міс.	0,025 г на день	0,05 г на день	0,1 г на день	0,15 г на день	0,15 г на день

Примітки:

1. При обмеженому процесі ізоніазид + рімфапіцин і піразинамід можна призначати 3 рази на тиждень протягом перших двох місяців (дозування таке ж, як на 3 - 4-му місяцях).
2. Якщо ізоніазид + рімфапіцин призначають щоденно, то дозування таке ж, як у перші 2 місяці лікування.
3. У хворих із підозрінням на СНІД замість тіоацетазону застосовують етамбутол.

ЗАТВЕРДЖЕНО

наказом Міністерства охорони здоров'я
України
від 29 липня 1996 р. N 233

Зареєстровано
в Міністерстві юстиції України
17 вересня 1996 р. за N 541/1566

Інструкція про порядок оформлення відпусток хворих на туберкульоз з лікарень і санаторіїв

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Під час тривалого перебування хворих на туберкульоз в лікарнях або санаторіях виникають обставини, коли з різних причин - сімейних, побутових та інших - необхідна тимчасова присутність хворого вдома. В таких випадках хворому надається короткотривала відпустка з лікарні або санаторію. Рішення про надання такої відпустки приймається ЛКК закладу у складі завідуючого відділенням, лікуючого лікаря і ще одного лікаря - члена ЛКК. За винятком особливо важливих причин, відпустка не надається хворим у фазі загострення, а також бактеріовиділювачам.

2. ПОРЯДОК ОФОРМЛЕННЯ ВІДПУСТКИ

2.1. У медичній картці стаціонарного хворого зазначається: стан хворого, причини і тривалість наданої відпустки. Ці дані підписуються зазначеними членами ЛКК.

2.2. Тривалість відпустки визначається її причиною; враховується також час, потрібний для проїзду від лікувального закладу до місця проживання хворого і повернення в лікувальний заклад. Не рекомендується надання відпустки більше, ніж на тиждень.

2.3. День виходу у відпустку і день повернення хворого в медичний заклад вважається як один день відпустки.

2.4. Хворі, яким надана відпустка, не виписуються з медичного закладу і медична картка стаціонарного хворого (історія хвороби) залишається у відділенні до остаточної виписки. У "Журналі обліку приймання хворих і відмов від госпіталізації" відміток про вибуття у відпустку і повернення з відпустки не робиться. Відповідні дані виписуються в спеціальний "Журнал обліку хворих на туберкульоз, яким надана відпустка (з лікарні або санаторію)" - форма 001-1/У (додаток N 1).

2.5. Якщо хворий своєчасно не повернувся у лікувальний заклад, лікар, який його лікував, безпосередньо або через відповідний територіальний диспансерний заклад з'ясовує причини неповернення, вживає всіх можливих заходів для відновлення стаціонарного лікування. Якщо ці заходи не дали результату, то хворого виписують. При цьому датою виписки вважають намічену дату закінчення відпустки, а в разі смерті хворого під час відпустки - дату смерті.

2.6. На весь час перебування у відпустці хворий отримував необхідні медикаменти згідно з призначенням лікаря. На час відпустки хворого знімають з харчування, а в формі 007/У на зворотньому боці вказують прізвище усіх хворих, що знаходяться у відпустці.

2.7. Дні перебування хворих у відпустці повинні враховуватися при розрахунках середньої тривалості перебування хворого на ліжку, зайнятості і обороту ліжка.

Додаток N 1
до Інструкції про порядок
оформлення відпусток хворих на
туберкульоз із лікарень і санаторіїв,
затвердженої наказом Міністерства
охорони здоров'я України
від 29 липня 1996 р. N 233
"Про затвердження інструкцій щодо
надання медико-санітарної допомоги
хворим на туберкульоз"

ФОРМА

"Журналу обліку хворих на туберкульоз, яким надана відпустка з лікарні або санаторію" (ф.001-1/У)

1. Порядковий номер.
2. Прізвище, ім'я та по батькові хворого.
3. Номер медичної картки (історії хвороби).
4. Встановлений ЛКК термін відпустки.
5. Час і дата виходу хворого у відпустку.
6. Адреса, за якою буде знаходитися хворий під час відпустки.
7. Час і дата повернення хворого з відпустки.
8. Кількість днів перебування хворого у відпустці.
9. Примітка: (причина несвоєчасного повернення з відпустки).
10. Підпис медичної сестри відділення, що прийняла хворого.
