

# Сімейний лікар – первинна ланка у виявленні туберкульозу

М.О. Білан<sup>1</sup>, Т.В. Носикова<sup>1</sup>, О.Г. Шперно<sup>1</sup>, В.В. Руденко<sup>1</sup>, С.М. Кружков<sup>2</sup>, М.Г. Бойко<sup>1</sup>, Э.Ю. Черкун<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

<sup>2</sup>Терешківська амбулаторія загальної практики–сімейної медицини

У статті детально висвітлюється роль та місце сімейного лікаря як первинної ланки надання медичної допомоги населенню з точки зору боротьби із захворюваністю на туберкульоз. Розглядаються правові засади та принципи взаємодії лікаря сімейної медицини та лікаря-фтизіатра на основі Наказу МОЗ України від 04.09.2014 р. № 620 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної медичної допомоги дорослим. Туберкульоз». Проведено визначення обов'язків сімейного лікаря із забезпечення раннього виявлення захворювання на туберкульоз та з ведення хворого на туберкульоз, що отримує амбулаторне лікування в умовах ПМСД. Розглянуто роль сімейного лікаря у проведенні скринінгу дитячої захворюваності на туберкульоз та забезпеченні первинної профілактики туберкульозу.

**Ключові слова:** сімейний лікар, пункт первинної медико-санітарної допомоги, фтизіатрична допомога.

В Україні з 1995 року оголошено про епідемію туберкульозу (за критеріями ВООЗ). Перший лікар, до якого звертається хворий на туберкульоз (ТБ), це сімейний лікар. Тому на сімейного лікаря повинна покладатися відповідальність за санітарно-просвітницьку роботу з населенням, забезпечення проведення лікування і моніторингу за станом хворих на амбулаторному етапі лікування. Основа протидії захворюваності на ТБ – забезпечення ранньої первинної профілактики.

**Мета дослідження:** визначення ролі та обсягу роботи лікаря сімейної медицини під час надання допомоги хворим на ТБ відповідно до Наказу МОЗ України від 04.09.2014 р. № 620 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної медичної допомоги дорослим. Туберкульоз».

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Визначення обсягу роботи та обов'язків лікаря сімейної медицини проводили на основі даних звітної документації Терешківської амбулаторії загальної практики–сімейної медицини. Проаналізована роль лікаря сімейної медицини згідно з Наказом МОЗ України від 04.09.2014 р. № 620 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної медичної допомоги дорослим. Туберкульоз», окремо виділені обов'язки сімейного лікаря із забезпечення профілактики ТБ та принципи ведення випадку захворювання на ТБ. Основна увага приділялася ролі сімейного лікаря із забезпечення заходів первинної профілактики, лікування в умовах DOT, проведення скринінгу виявлення ТБ серед широких верств населення.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

З метою пропаганди гігієнічних, медичних і протитуберкульозних заходів серед населення (дільниця ПМСД обслуговує 6642 пацієнта) на сучасному етапі доцільно:

- проводити загальноосвітню роботу з населенням з питань профілактики, виявлення та лікування ТБ;
- брати участь в оздоровчих заходах та контактах в осередках ТБ під курацією фтизіатра та лікаря-епідеміолога;
- широко безкоштовно розповсюджувати друковані санітарно-освітні матеріали з питань туберкульозу (пам'ятки, буклети, календарі щеплень).

Обов'язкові дії лікаря загальної практики–сімейної медицини (ЗП–СЛ):

- активно виявляти ТБ у групах ризику шляхом скринінгового флюорографічного обстеження 1 раз на рік (проведено 106 флюорографічних обстежень, виявлено патологічні зміни у 2 обстежених);
- проводити туберкуліодіагностику щороку дітям до 15 років (серед 862 обстежених виявлено 59 віражних). При виявленні дітей із позитивними та гіпергічними туберкульозними пробами або з «віражем» (перехід негативної проби у позитивну) дітей обстежують в амбулаторних або стаціонарних умовах;
- пасивне виявлення ТБ – під час звернення хворого;
- направляти пацієнтів з підозрою на ТБ до лікаря-фтизіатра.

Отже, сімейний лікар повинен бути насторожі, якщо симптоми хвороби у пацієнта присутні. На цьому етапі лікар виявляє факт контакту з тубхворим.

Лікування хворих на ТБ проводиться у спеціалізованих протитуберкульозних закладах за інформованою згодою пацієнта. У закладах ПМСД проводиться контрольоване лікування за місцем проживання під наглядом фтизіатра.

Лікування ТБ у дітей і підлітків повинно здійснюватися під контролем фтизіопедіатра за тими самими принципами, що й у дорослих, та з урахуванням вікових особливостей.

На даному етапі може проводитися превентивне лікування дітей з груп ризику: через контакти з хворими на ТБ або хворими на ТБ тваринами; з різними проявами ЛТІ; із ЗЗТБ. Перевагу в таких випадках слід надавати лікуванню в умовах санаторію або спеціалізованих загальноосвітніх закладів для дітей з груп ризику.

Необхідні дії лікаря:

- дільничний фтизіатр (спеціалізований протитуберкульозний заклад, тубкабінет), який лікує і спостерігає пацієнта, повинен передати лікарю ЗП–СЛ/дільничному терапевту чи педіатру або відповідальному медичному працівнику закладу ПМСД необхідні препарати на місяць (які будуть зберігатись у відповідальній особі закладу ПМСД) та індивідуальну карту обліку хворого (ТБ01), в якій медична сестра лікаря ЗП–СЛ/дільничного терапевта чи педіатра, фельдшер ФАПу відзначає вживання хворим на ТБ ПТП у її присутності;
- лікар ЗП–СЛ/дільничний терапевт чи педіатр, медичний працівник закладу ПМСД забезпечує організацію; чіткого контролю за вживанням ПТП, проводить опитування щодо виникнення побічних реакцій і відзначає вживання ліків у карті ТБ01;
- якщо пацієнт протягом 2–3 днів не з'явився на прийом, медична сестра повинна вжити заходів для розшуку

пацієнта, повідомити лікаря ЗП–СЛ/дільничного терапевта чи педіатра, а він у свою чергу – повідомити про такий випадок дільничного (міського/районного) фтизіатра та/або призначеного хворому куратора;

– не рідше ніж 1 раз на місяць пацієнт, який одержує контрольоване лікування у закладах ПМСД, має бути оглянутий дільничним фтизіатром для моніторингу та корекції лікування;

– якщо виникли побічні реакції під час лікування, медична сестра та лікар ЗП–СЛ/дільничний терапевт чи педіатр негайно повідомляє дільничного фтизіатра та виконує його рекомендації;

– після завершення контрольованого лікування направити пацієнта до дільничного фтизіатра і передати йому форму ТБ01.

#### Медикаментозне лікування

Доведено, що в ІФ ОКХТ ТБ ефективним є використання 4 ПТП протягом 2 міс, а у ПФ – 2 ПТП протягом 4 міс.

Установлено, що хворі з обмеженими формами ТБ без бактеріовиділення можуть лікуватися амбулаторно протягом усього основного курсу антимікобактеріальної терапії за умови забезпечення чіткої контрольованості лікування. Протягом амбулаторного лікування лікар ПМД сприяє організації необхідної соціальної підтримки хворих на ТБ, яка мотивує їхне дотримання режиму лікування та завершення повного курсу протитуберкульозної ХТ.

Необхідні дії лікаря:

– здійснення контрольованого лікування ПТП (ДОТ-послуги) у дозах, що призначені фтизіатром (на диспансерному обліку знаходиться 68 чоловік). Препарати вживають перорально за один раз або за призначенням фтизіатра. Комбіновані ПТП з фіксованими дозами можна застосовувати у будь-якому режимі лікування ТБ;

– використання ДОТ (зазвичай не є необхідним у веденні усіх випадків активного ТБ0. У всіх пацієнтів необхідно проводити оцінювання ризиків щодо дотримання режиму лікування і застосування ДОТ слід розглядати у пацієнтів, у яких під час оцінювання ризиків виявлені негативні фактори, а саме: у бездомних осіб з активним ТБ, які живуть на вулиці або у притулках для пацієнтів з ймовірним поганим дотриманням режиму лікування, зокрема тих, у кого в анамнезі є факти недотримання режиму лікування;

– повідомлення кожному пацієнту з ТБ прізвища його куратора і його контактні дані. Куратор повинен проводити навчання та залучення пацієнта з ТБ до лікування, формування прихильності до нього на амбулаторному етапі;

– використання таких засобів з метою покращання дотримання режиму лікування ТБ, якщо пацієнт його порушує:

- листи-нагадування;
- медично-просвітні консультації;
- бесіда, орієнтована на пацієнта, та інформаційно-освітній буклет;
- відвідування вдома;
- щоденник пацієнта;

– застосування препаратів проводиться в умовах ДОТ-кабінетів, стаціонару вдома або за допомогою куратора (медичний працівник, соціальний працівник, волонтер, член родини тощо) для пацієнтів з низькою прихильністю до лікування. Якщо лікування проводиться в умовах ДОТ, застосовуються способи пом'якшення фінансових і психосоціальних факторів, які можуть погіршити дотримання режиму лікування, зокрема щодо стабільного житла, витрат на препарати та транспорт. Умови лікування і періодичність лікування варто організувати так, щоб лікування було якомога зручнішим для хворого на ТБ. Хворий на ТБ та призначений йому куратор повинні брати участь у прийнятті рішення з

цього питання. ДОТ слід підтримувати частими контактами з куратором;

– визначення форми надання ДОТ-послуг з урахуванням прихильності пацієнта до лікування. Пацієнтам, які мають високу прихильність до лікування, препарати можуть видаватися на руки на термін до 10 діб (з відповідною відзначкою у формі ТБ01);

– сприяння проведенню превентивного лікування (хіміопротекції) у дітей та дорослих за призначенням дільничного фтизіатра та з використанням отриманих від нього препаратів.

#### Первинна профілактика

Своєчасна діагностика, ізоляція хворих на ТБ з бактеріовиділенням, організація та проведення лікування є основними елементами первинної профілактики ТБ, яка спрямована на попередження інфікування мікобактеріями ТБ здорових осіб.

Необхідні дії лікаря:

1. Виявлення осіб, які мають симптоми, що вимагають обов'язкового обстеження на ТБ за результатами клінічного скринінгу (продуктивний кашель із виділенням мокротиння, що триває понад 2 тиж, втрата маси тіла, підвищення температури тіла, спітніння вночі, кровохаркання, біль у грудній клітці).

2. Надання інформації населенню щодо раннього виявлення, профілактики та симптомів ТБ, особливо представникам груп ризику.

3. Проведення ХП в осіб, яким планується призначення імуносупресивної терапії (глюкокортикостероїдів у високих дозах на тривалий час, цитостатиків, інгібіторів фактора некрозу пухлин пацієнтам, які мали в анамнезі ТБ або захворювання на ВІЛ-інфекцію після вилікування ТБ). Ізоніазид 0,3 (або 5 мг/кг маси тіла) 1 раз на добу протягом 6 міс раз на рік на тлі проведення біологічної терапії з блокувальними факторами некрозу пухлин. При проведенні інших видів супресивної терапії одним курсом профілактичне лікування застосовують один раз на тлі цієї терапії.

#### Діагностика

Установлення попереднього діагнозу ТБ необхідне для відбору осіб з підозрою на ТБ.

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

Клінічні методи: визначення скарг, що відповідають інтоксикаційному і бронхолегенево-плевральному синдромам та збирання анамнезу (контакт із хворими на ТБ, захворювання на ТБ у минулому, визначення факторів ризику щодо ТБ), проведення скринінгового анкетування на ТБ.

Фізикальне обстеження: огляд, перкусія, пальпація, аускультация.

Проведення проби Манту з 2 ТО у стандартному розведенні для виявлення ЛТІ у дітей (виявлено 59 дітей з виражем).

Променева діагностика: рентгенологічне/флюорографічне обстеження органів грудної порожнини для дорослих та неповнолітніх осіб (обстежено 106 чоловік, виявлено 2 особи з патологічними змінами в легенях).

Бактеріоскопічний метод: забезпечити дворазовий збір і транспортування мокротиння у лабораторію з мікробіологічної діагностики ТБ І рівня (пункт мікроскопії мокротиння) для дослідження на КСБ методом мікроскопії мазка (у разі наявності кашлю).

Медична сестра/фельдшер повинен пояснити пацієнту правила збирання мокротиння і домогтися правильного виконання цієї процедури під контролем медичного працівника.

Біопсійний, аспіраційний, автопсійний матеріал для культурального дослідження на ТБ збирається з урахуванням певних умов.

Пацієнту, який має результати рентгенівського дослідження грудної клітки з підозрою на ТБ, провести збір мокротиння для мікробіологічного дослідження.

Негайно забезпечити ізоляцію для дообстеження у протитуберкульозному закладі у разі отримання позитивного результату дослідження мазка мокротиння на КСБ.

У разі виявлення на рентгенограмі порожнин розпаду, дрібновогнищевої дисемінації пацієнта направляють до фтизіатра для дообстеження з результатами бактеріоскопії мазка.

У разі негативних мазків мокротиння і виявлення вогнищевих або інфільтративних змін на рентгенограмі легень пацієнту з підозрою на ТБ призначають антибіотики широкого спектра дії (за виключенням рифампіцину, аміноглікозидів і фторхінолонів) до 2 тиж, після чого повторюють рентгенограму легень. У разі відсутності позитивної динаміки вогнищ запалення пацієнта негайно направляють до фтизіатра.

Негайно направляти до фтизіатра у разі підозри на позалегеневі форми ТБ пацієнтів, у тому числі дітей.

У разі неможливості проведення лікарем будь-яких методів діагностики – термінове направлення пацієнта до фтизіатра.

За результатами обстеження з урахуванням факторів ризику щодо захворювання на ТБ, клінічних ознак і результатів туберкулінодіагностики направляються на консультацію до дитячого фтизіатра:

1. Діти, у яких встановлено контакт із хворою на ТБ людиною або твариною (як тісний сімейний або квартирний контакт, так і випадковий), незалежно від строків попереднього обстеження на ТБ.

2. Діти зі встановленим фактом віражу за пробєю Манту (ранній період первинної ТБ-інфекції).

3. Діти із гіперергічними реакціями на пробу Манту з 2 ТО, незалежно від наявності факторів ризику щодо захворювання на ТБ.

4. Діти зі збільшенням розмірів папули на пробу Манту з 2 ТО на 6 мм і більше незалежно від розміру реакції і від наявності факторів ризику щодо захворювання на ТБ.

5. Діти із поступовим наростанням чутливості до тубер-

куліну протягом декількох років незалежно від наявності факторів ризику щодо захворювання на ТБ.

6. Діти з монотонною чутливістю до туберкуліну у поєднанні з двома і більше неспецифічними факторами ризику щодо захворювання на ТБ, які не були обстежені у фтизіатра.

7. Діти, інфіковані МБТ, із хронічними захворюваннями різних органів і систем при плановій щорічній диспансеризації з приводу основного процесу або при неефективності проведених традиційних методів лікування.

8. Діти, інфіковані МБТ при тривалому вживанні (більше місяця) цитостатичних, глюкокортикоїдних препаратів, імунодепресантів.

9. Діти з ВІЛ-інфекцією або з перинатальним контактом щодо ВІЛ-інфекції – при плановій щорічній диспансеризації з приводу основного процесу.

10. Діти із симптомами, схожими на ТБ, – для проведення диференціальної діагностики ТБ й нетуберкульозних захворювань (кашель, що триває понад 2 тиж, наявність інтоксикаційного симптомокомплексу неясного генезу, поліаденія периферійних лімфатичних вузлів (особливо у туберкуліно-позитивних осіб), втрата маси тіла, підвищення температури тіла, спітіння вночі, кровохаркання, біль у грудній клітці).

Попередня діагностика ускладнень БЦЖ та направлення до дитячого фтизіатра.

Після встановлення попереднього діагнозу активного ТБ лікар-клініцист, який відповідає за надання медичної допомоги, повинен направити даного пацієнта до фтизіатра (з результатами бактеріоскопічного та бактеріологічного дослідження мокротиння на іншу неспецифічну флору з метою виключення нетуберкульозної етіології захворювання).

## ВИСНОВКИ

1. Високий рівень організації взаємодії сімейного лікаря та дільничного фтизіатра – ключ до покращання епідеміологічної ситуації щодо захворюваності на туберкульоз.

2. Санітарно-просвітницька робота з населенням та первинна профілактика туберкульозу – основне завдання лікаря сімейної медицини.

3. Формування груп ризику із захворювання на туберкульоз та проведення скринінгових оглядів населення – основа первинної профілактики туберкульозу.

4. Сімейний лікар – провідна ланка між фтизіопедіатром та дитиною на шляху до первинної профілактики захворювання (проведення туберкулінодіагностики, профілактичного лікування).

## Сімейний лікар – первинне звено в виявленні туберкульозу

**М.А. Билан, Т.В. Носикова, А.Г. Шперно, В.В. Руденко, С.Н. Кружков, Н.Г. Бойко, Е.Ю. Черкун**

В статті детально освітається роль і місце сімейного лікаря як первинного звена в оказанні медичинської допомоги з точки зору боротьби з захворюваністю туберкульозом. Рассматриваются правовые основы и принципы взаимодействия семейного врача и фтизиатра на основании Приказа МОЗ Украины от 04.09.2014 г. № 620 «Унифицированный клинический протокол первичной, вторичной (специализированной) и третичной медицинской помощи взрослым. Туберкулез». Проведено определение обязанностей семейного врача по обеспечению раннего выявления заболевания туберкулезом и по ведению больного туберкулезом, который получает амбулаторное лечение в условиях ПМСД. Определена роль семейного врача по проведению скрининга детской заболеваемости туберкулезом и по обеспечению первичной профилактики туберкулеза. **Ключевые слова:** семейный врач, пункт первичной медико-санитарной помощи, фтизиатрическая помощь.

## Family doctor – primary health care in detection of tuberculosis

**M.A. Bilan, T.V. Nosikova, A.G. Shperno, V.V. Rudenko, S.M. Krjukov, N.G. Boyko, E.U. Cherkun**

The article details the role and place of the family doctor as primary health care to the population in terms of disease control tuberculosis. Outlines the legal foundations and principles of interaction of family doctors and TB doctors based on the order of Ministry of Health of Ukraine of 04.09.2014 № 620 «Unified clinical protocol for primary, secondary (specialized) and tertiary care adult. Tuberculosis». A definition of the responsibilities of the family doctor to ensure early detection of tuberculosis and management of TB patients who received outpatient treatment in primary care. The role of the family doctor in the screening of children's tuberculosis and primary prevention of tuberculosis.

**Key words:** The family doctor, primary health care, TB services.

Сведения об авторах

**Бойко Николай Григорьевич** – Кафедра фтизиатрии Высшего государственного учебного заведения «Украинская медицинская стоматологическая академия», 36000, г. Полтава, ул. Покровская, 48; тел.: (099) 935-20-59

**Билан Марта Александровна** – Кафедра общей практики-семейной медицины Высшего государственного учебного заведения «Украинская медицинская стоматологическая академия», 36011, г. Полтава, ул. Шевченко, 63; тел.: (066) 214-18-77

**Носикова Татьяна Валерьевна** – Кафедра фтизиатрии Высшего государственного учебного заведения «Украинская медицинская стоматологическая академия», 36000, г. Полтава, ул. Покровская, 48; тел.: (050) 221-88-18

**Кружков Сергей Николаевич** – Украинская медицинская стоматологическая академия, 36011, г. Полтава, ул. Шевченко, 23; тел.: (0532) 255-33-39.

**Шперно Александр Григорьевич** – Кафедра фтизиатрии Высшего государственного учебного заведения «Украинская медицинская стоматологическая академия», 36000, г. Полтава, ул. Покровская, 48; тел.: (099) 958-84-93

**Руденко Виктор Викторович** – Кафедра фтизиатрии Высшего государственного учебного заведения «Украинская медицинская стоматологическая академия», 36000, г. Полтава, ул. Покровская, 48; тел.: (099) 958-84-93

**Черкун Евгений Юрьевич** – Высшее государственное учебное заведение «Украинская медицинская стоматологическая академия», 36011, г. Полтава, ул. Шевченко, 63; тел.: (0532) 27-20-47

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Пульмонологія та фтизіатрія: Підручник: у 2-х т. / За ред. Феценка Ю.І., Ільницького І.Г., Мельника В.П. – Київ, Львів: Атлас, 2009. – 1336 с.
2. Пульмонология: Национальное руководство / Под ред. Чучалина А.Г. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 800 с.
3. Практикум з внутрішньої медицини. Пульмонологія. – Вінниця: ПП Балюк І.Б., 2010. – С. 29–52.
4. Наказ МОЗ України від 04.09.2014 № 620 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної медичної допомоги дорослим. Туберкульоз».
5. Москаленко В.Ф. Досягнення та перспективи розвитку фтизіатрії / В.Ф. Москаленко, В.І. Петренко, Г.В. Радіш // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2013. – № 1. – С. 5–13.
6. World Health Organization. Global Tuberculosis Control report. WHO report. – 2012. – Geneva, Switzerland. – 273 p.

Статья поступила в редакцию 11.02.2015

Н О В О С Т И   М Е Д И Ц И Н Ы

НАЗВАН ОПТИМАЛЬНИЙ ВОЗРАСТ МАТЕРИ ДЛЯ РОЖДЕННЯ  
ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА

Женщины, родившие в возрасте от 30 до 39 лет, чаще дают жизнь более умным и здоровым детям, чем те, кто обзавелся потомством с 20 до 29 или с 40 до 49. Такие данные были получены учеными из Лондонской школы экономики и политических наук (Великобритания).

Исследователи решили проверить, влияет ли возраст, в котором женщина стала матерью, на здоровье ее ребенка. Для этого они проанализировали данные масштабной программы Millennium Cohort Study, в ходе которой были собраны многочисленные сведения о 18 000 британских детей.

Выяснилось, что дети женщин 30-39 лет демонстрируют более высокие когнитивные способности, превосходя по этому показателю отпрысков более молодых женщин и значительно превосходя сверст-

ников, чьи матери родили их в 40-49. Кроме того, выяснилось, что матери зрелого возраста (после 40) мало по сравнению с более молодыми играют со своими чадами.

"30-летние женщины, как правило, более образованы, имеют высокий уровень дохода, вероятнее всего, наладили к этому возрасту стабильные отношения с партнером, ведут здоровый образ жизни, планировали беременность и поэтому заботились о себе и ребенке в период его ожидания", - объясняет полученные результаты автор исследования, специалист в области социальной политики Элис Гоисис. Также, отмечает Гоисис, такие матери меньше склонны к курению, чаще выступают за грудное вскармливание и с большей охотой читают своим детям книги.

Между тем исследователи подчеркивают, что, несмотря на доступ к большому объему данных, им пришлось в рамках работы дополнительно собирать информацию о матерях, родивших первого ребенка после 40 лет, - было проанализировано всего 53 таких случая.

Также ученые обратили внимание, что средний возраст, в котором британские женщины впервые становятся матерями, неуклонно растет с 1980 года. Тогда он составлял 24,5 года, сегодня - 28,1.

Напомним, ранее другая команда британских исследователей выяснила, как влияет рождение ребенка на жизнь матери. Оказалось, что женщины с детьми имеют на 20% меньше шансов умереть в раннем возрасте, чем те, у кого детей нет.

[www.vokrugsveta.ru](http://www.vokrugsveta.ru)