



**Міністерство культури і туризму України  
Державна бібліотека України для юнацтва**

## **ТУБЕРКУЛЬОЗ – ГЛОБАЛЬНА ПРОБЛЕМА ПЛАНЕТИ**

**Рекомендаційний бібліографічний покажчик**

**Київ 2007**

Рекомендаційний бібліографічний покажчик “Туберкульоз – глобальна проблема планети” є черговим випуском серії “Несекретна інформація”. Покажчик інформує про книги, довідники, публікації з журналів та газет, документальні нотатки та знахідки щодо діагностики та лікування туберкульозу.

Матеріал частково анотовано та викладено в трьох розділах, а в межах розділів – за алфавітом. У першому розділі міститься інформація про законодавчі акти України, спрямовані на посилення боротьби із туберкульозом. Другий розділ присвячено питанням запобігання, діагностики та лікування цього захворювання. У третьому розділі описано сайти, на яких можна знайти відомості про епідемію туберкульозу, його профілактику та лікування.

У додатках викладено важливі факти стосовно туберкульозу.

Для учнів, студентів, бібліотечних і медичних працівників, викладачів ВНЗ, а також широкого кола читачів.

Укладач Н. Мельник

Редактори: С. Чачко, В. Кучерява

Відповідальний за випуск Г. Саприкін

© Укладач Н. Мельник

©Державна бібліотека України для юнацтва, 2007

## ПЕРЕДМОВА

Туберкульоз займає особливе місце серед соціальних і медичних проблем людства, оскільки навіть у найрозвиненіших країнах світу його ще остаточно не ліквідовано. Починаючи з 90-х років ХХ сторіччя, спостерігається зростання розповсюдженості туберкульозу в усьому світі, у тому числі в Україні. Третина населення земної кулі інфікована туберкульозною паличкою.

Туберкульоз можна вважати ровесником людства. Так, туберкульозні ураження хребта виявлено під час дослідження останків людини періоду неоліту (5 тисяч років до нашої ери) та єгипетських мумій (2700 років до нашої ери). У 1882 році німецький вчений Р. Кох виявив туберкульозну бацилу (мікробактерію), так звану паличку Коха. Дуже корисними для практичної діагностики туберкульозу виявилися промені, відкриті ще одним німцем – винахідником Рентгеном 1895 року. У 1995 році Всесвітня організація охорони здоров'я визнала туберкульоз в Україні епідемією, і відтоді ситуація з кожним роком погіршується.

За останні 10 років захворюваність на туберкульоз збільшилася майже вдвічі і становить 80,9 випадків на 100 тис. населення, що у 10 – 12 разів вище, ніж у розвинених країнах. У південних та південно-східних областях України (Херсонська, Миколаївська, Дніпропетровська, Луганська, Одеська, Донецька) захворюваність на туберкульоз перевищила 100 випадків на 100 тис. населення. За кількістю випадків захворювання на туберкульоз Україна стабільно посідає друге місце в Європі після Росії.

Щороку на туберкульоз захворюють понад 40 тис. українців, помирають від цієї недуги більш як 10 тис. За офіційними даними, загальна кількість хворих на туберкульоз в Україні становить 1,4% чисельності населення, що в абсолютному вираженні складає майже 700 тис. осіб. Однак, за оцінками експертів, реально цей показник сягає майже 1,5 млн. осіб. У 2005 році епідемічний поріг було перевищено втричі. Туберкульоз став реальною загрозою національній безпеці України.

Основними напрямками стабілізації епідемічної ситуації з туберкульозом в Україні є поліпшення мікробіологічної діагностики, посилення контролю за лікуванням хворих на всіх його ета-

пах, впровадження у практику результатів науково-дослідної роботи, а також організація виробництва вітчизняних вакцин.

Ознайомившись із цим покажчиком, ви дізнаєтеся про небезпеки, пов'язані з захворюванням туберкульозом, про своєчасне виявлення та методи лікування цього захворювання, про те, як запобігти йому і якими мають бути дії у випадку підозри на нього.

## **РОЗДІЛ 1. ПРОГРАМИ БОРОТЬБИ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ В УКРАЇНСЬКОМУ ЗАКОНОДАВСТВІ**

Про внесення змін до деяких законів України щодо посилення боротьби із захворюванням на туберкульоз: Закон України від 15 берез. 2006 р. № 3537 // Офіц. вісн. України.– 2006.– 19 квіт. (№ 14).– С. 36.

Про вдосконалення державного управління у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу в Україні: Указ Президента України від 30 лист. 2005 р. № 1674// Офіц. вісн. України.– 2005.– 14 листоп. (№ 48).– С. 29.

Про Національну програму боротьби із захворюванням на туберкульоз на 2002-2005 роки: Указ Президента України від 20 серп. 2001 р. № 643 // Офіц. вісн. України.– 2001.– 7 верес. (№ 34).– С. 63.

Про невідкладні заходи щодо боротьби з туберкульозом: Указ Президента України від 11 трав. 2000 р. № 679 // Офіц. вісн. України.– 2000.– 2 черв. (№ 20).– С. 35.

Питання реалізації спільного із Світовим банком проекту “Контроль за туберкульозом та ВІЛ/СНІДом в Україні”: Постанова Каб. Міністрів України від 26 груд. 2005 р. № 1287 // Офіц. вісн. України.– 2006.– 11 січ. (№ 52).– С. 418.

Про внесення зміни до Положення про наглядову раду з питань реалізації спільного із Світовим банком проекту „Контроль за туберкульозом та ВІЛ/СНІДом в Україні”: Постанова Каб. Міністрів України від 26 груд. 2005 р. № 1286 // Офіц. вісн. України.– 2006.– 11 січ. (№ 52).– С. 418.

Про затвердження Порядку проведення обов’язкового профілактичного огляду певних категорій населення на виявлення туберкульозу: Постанова Каб. Міністрів України від 15 лют. 2006 р. № 143 // Офіц. вісн. України.– 2006.– 1 берез. (№ 7).– С. 113.

Про норми харчування для осіб, хворих на туберкульоз та інфікованих мікобактеріями туберкульозу: Постанова Каб. Міністрів України від 27 груд. 2001 р. № 1752 // Офіц. вісн. України.– 2001.– 11 січ. (№ 52).– С. 106.

Про порядок виявлення, профілактики та лікування туберкульозу серед мігрантів: Постанова Каб. Міністрів України від 12 верес. 2002 р. № 1348 // Офіц. вісн. України.– 2002.– 27 верес. (№ 37).– С. 28.

Про утворення Міжвідомчої комісії по боротьбі з туберкульозом: Постанова Каб. Міністрів України від 28 верес. 2000 р. № 1480 // Офіц. вісн. України.– 2000.– 29 жовт. (№ 40).– С. 18.

Про утворення наглядової ради з питань реалізації спільного із Світовим банком проекту “Контроль за туберкульозом та ВІЛ/СНІДом в Україні”: Постанова Каб. Міністрів України від 11 лип. 2002 р. № 971 // Офіц. вісн. України.– 2002.– 2 серп. (№ 29).– С. 54.

Про інформацію Кабінету Міністрів України про епідемію туберкульозу в Україні та заходи щодо її подолання: Постанова Верховної Ради України від 14 берез. 2006 р. № 3524 // Голос України.– 2006.– 24 берез. (№ 54).– С. 5.

Про рекомендації парламентських слухань на тему: “Епідемія туберкульозу в Україні та шляхи її подолання”: Постанова Верховної Ради України від 19 черв. 2003 р. № 989 // Відом. Верховної Ради України.– 2003.– 14 листоп. (№ 46).– С. 371.

Про утворення Тимчасової спеціальної комісії Верховної Ради України з проблем ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та наркоманії: Постанова Верховної Ради України від 1 лип. 2004 р. № 1943 // Відом. Верховної Ради України.– 2005.– 7 січ. (№ 1).– С. 47.

Про затвердження типових положень про лабораторії і пункти з діагностики туберкульозу та пункти збору мокротиння: Наказ МОЗ України від 6 лют. 2006 р. № 50 // Офіц. вісн. України. – 2006.– 14 черв. (№ 22).– С. 300.

Типове положення про мікробіологічну лабораторію (або мікробіологічний відділ клініко-діагностичної лабораторії) протитуберкульозного закладу (II рівень діагностики туберкульозу): Положення МОЗ України від 6 лют. 2006 р. № 50 // Офіц. вісн. України.– 2006.– 14 черв. (№ 22).– С. 306.

Типове положення про мікробіологічну лабораторію з діагностики туберкульозу протитуберкульозного закладу (III рівень діагностики туберкульозу): Положення МОЗ України від 6 лют. 2006 р. № 50 // Офіц. вісн. України.– 2006.– 14 черв. (№ 22).– С. 304.

Типове положення про Пункт мікроскопії з діагностики туберкульозу лікувально-профілактичного закладу (I рівень діагностики туберкульозу): Положення МОЗ України від 6 лют. 2006 р. № 50 // Офіц. вісн. України.– 2006.– 14 черв. (№ 22).– С. 308.

## РОЗДІЛ 2. ТУБЕРКУЛЬОЗ: ЯК ЗАПОБІГТИ ЕПІДЕМІЇ?

**“Якщо небезпеку хвороби визначити кількістю жертв, то туберкульоз залишить далеко позаду навіть такі найстрашніші інфекційні недуги, як холера і чума”**  
**Р. Кох**

Ці слова сказав першовідкривач збудника туберкульозу (палички Коха) ще понад 100 років тому, але, на жаль, вони залишаються актуальними і нині.

Туберкульоз – це інфекційне захворювання, яке викликають специфічні збудники (мікобактерії) і яке переважно характеризується ураженням легень (що не виключає ураження інших органів та тканин людини – очей, кісток, шкіри, сечостатевої системи, кишечника тощо).

Оскільки інфекція туберкульозу передається в основному повітряно-крапельним шляхом, потрапляючи в органи дихання здорової людини від хворої, заразитися можна будь-де.

Нині головна небезпека полягає у зараженні стійким до протитуберкульозних препаратів збудником, а також у поєднанні туберкульозу з ВІЛ-інфекцією (СНІДом).

Збудники туберкульозу відрізняються високою стійкістю до впливу різних чинників (фізичних, хімічних тощо). Особливо стійкими є мікобактерії туберкульозу у висохлому мокротинні хворого на туберкульоз. У вуличному пилу вони зберігаються близько двох тижнів, на сторінках літератури і предметах до 3-х місяців. На пасовищах і в ґрунті, забруднених хворими на туберкульоз тваринами, туберкульозна паличка може зберігатися від декількох місяців до 3 – 9 років. За низьких температур збудник туберкульозу ще більш стійкий. Навіть у 5 – 10-відсотковому розчині соляної та сірчаної кислоти бактерії зберігають життєздатність протягом доби.

Пряме сонячне проміння вбиває мікобактерії туберкульозу влітку за 60 хвилин, взимку – за 2 години; розсіяне сонячне світло – протягом 40 – 80 діб; ультрафіолетове опромінення – за 2 – 3 хвилини. При кип’ятінні збудник гине за кілька хвилин.



Мікобактерії з організму хворого можуть виділятися з харкотинням, повітрям при диханні, сечею, калом, слиною, спермою, слюзами; з виразок, норниць. Особливо небезпечним для оточуючих є невиліковний хворий, який кашляє. Відомо, що хворий з активною відкритою формою туберкульозу виділяє у зовнішнє середовище від 20 млн. до 6 млрд. мікобактерій туберкульозу. Необхідно знати про те, що у тварин, у тому числі й у великої рогатої худоби, туберкульозом уражаються легені, печінка, кишки, сечостатеві органи, кістки, мозок, вим'я. Тварини виділяють збудника із харкотинням, слиною, фекаліями, сечею, заражуючи пасовища і приміщення, в яких їх утримують.

Джерелом туберкульозної інфекції можуть бути домашні й дикі птахи. Але інфікування від них спостерігається досить рідко.

Основними шляхами інфікування є повітряний, харчовий, контактний, причому максимальну загрозу становить найрозповсюдженіший (90% випадків) повітряний шлях. Під час кашлю, співу, голосної розмови мікобактерії туберкульозу відлітають від хворої людини на відстань від 1 – 1,5 до 5 м. Харчовий шлях (через забруднення мікобактеріями продуктів харчування) та контактний шлях не дуже розповсюджені.

Особливо небезпечним є хворий на туберкульоз, який мешкає в умовах скупчення. Необхідно пам'ятати про те, що хворий на активний туберкульоз несе загрозу для оточення, і дуже важливо при перших ознаках туберкульозу звертатися до лікаря.

**Аксьонов О. П.** Як вилікувати 200 найбільш розповсюджених хвороб.– Д.: Сталкер, 2002.– 448 с.

Книга всесвітньовідомого цілителя О. Аксьонова містить рецепти фітотерапевтичного лікування 200 хвороб загальнодоступними засобами. Зокрема, запропоновано перевірені багатолітньою практикою рецепти лікування туберкульозу.

**Від фундаментальних досліджень – до прогресу в медицині:** Матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. участю, присвяченої 200-річчю з дня заснування Харк. держ. мед. ун-ту, 17 – 18 січ. 2005 р. / Ред.: А. Я. Циганенко; Харк. держ. мед. ун-т.– Х., 2005.– 306 с.

Викладено матеріали сучасних досліджень у сфері теоретичної та експериментальної медицини. Проаналізовано епідеміологічну ситуацію в Україні щодо поширення туберкульозу легеневої та позалегеневої локалізації в різних вікових групах. Висвітлено деякі сторінки історії Харківського державного медичного університету.

**Галинская Л. А.** Туберкулез: лечение и профилактика.– Ростов н/Д.: Феникс, 2000.– 223 с.– (Медицина для вас).

**Гришин М. Н.** Современные аспекты диагностики и лечения туберкулеза и неспецифических заболеваний легких / Крым. мед. ин-т им. С.И.Георгиевского.– Симф.: Таврида, 1997.– 103 с.

**Лікування туберкульозу / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник, І. Г. Ільницький та ін.**– К.: Логос, 1996.– 120 с.

**Миколишин Л. І.** Фітотерапія хвороб органів дихання і туберкульозу.– Л.: Каменяр, 1999.– 157 с.

Подано загальну характеристику біологічно активних речовин лікарських рослин, викладено механізм їх дії на організм людини, наведено лікарські форми з рослинної сировини, способи їх приготування та застосування в домашніх умовах. Описано понад 70 лікарських рослин, що застосовуються для лікування хвороб органів дихання та туберкульозу. Визначено частини рослин, придатні для лікувальних потреб, час їх заготівлі, умови зберігання та термін придатності. Наведено приписи зборів та інших форм з рослинної сировини при окремих хворобах органів дихання та туберкульозі.

**Молекулярно-генетические механизмы туберкулезной инфекции / Ю. И. Батора, В. И. Кресюн, Ю. И. Фещенко и др.**– О.: Одес. мед. ун-т, 2005.– 295с.

Представлено сучасні методи молекулярної біології, які використовуються у діагностиці туберкульозу. Проаналізовано основні напрямки досліджень з отримання нових протитуберкульозних вакцин.

**Первичный туберкулез у детей и его профилактика** / М. Лобода, В. Ходзицкая, А. Зосимов и др.– К.: Тамед, 1997.– 221 с.

**Погорелов В. Н.** Лечебное питание при туберкулезе: Научно-практическое руководство / Под ред. И. К. Латогуза; Харьк. гос. мед. ун-т.– Х.: Торсинг, 1999.– 26 с.– (Советы диетолога).

У брошурі розглядаються головні причини, виникнення та основна симптоматика туберкульозу. Докладно охарактеризовано відповідну дієту, поживну цінність дозволених блюд, технологію приготування їжі, наведено приблизне меню на день, на тиждень.

**Рецепты очищения и лечения при туберкулезе легких** / Сост. Е. П. Шевчук.– Д., 2000.– 63 с.

У книзі наведено старовинні та сучасні народні рецепти лікування туберкульозу легенів.

**Рудой Н. М.** Туберкулез легких при психических заболеваниях и наркоманиях / Н. М. Рудой, Т. Ч. Чубаков.– М.: Медицина, 1996.– 269 с.

**ТБ/ВІЛ/СНІД: модуль для навчання фахівців:** Посібник / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник, Л. В. Турченко та ін.– К.: Здоров'я, 2003.– 88 с.

Проаналізовано санітарно-освітню роботу серед хворих на туберкульоз (ТБ), вірус імунодефіциту людини (ВІЛ) та синдром набутого імунодефіциту (СНІД). Описано стратегію боротьби з туберкульозом в Україні, адаптовану до міжнародних стандартів. Розглянуто питання діагностики ТБ та ВІЛ/СНІДу у протитуберкульозних закладах, лікування та профілактики хворих.

**Туберкулез. Механизм возникновения заболевания (альтернативный взгляд на проблему)** / Под ред. П. П. Савченко.– Чернигов, 2004.– 319 с.

Висвітлено питання історії розвитку вчення про туберкульоз (зокрема, властивості збудника туберкульозу, обмін речовин у випадку захворювання туберкульозом), представлено класифікацію різновидів туберкульозу. Розглянуто питання діагностики й лікування туберкульозу.

**Туберкульоз органів травлення** / І. Т. П'ятночка, А. Д. Беденюк., С. І. Корнага, В. І. П'ятночка.– Т.: Укрмедкнига, 2004.– 56 с. – (Лікарська практика).

**Туберкульоз: Підручник** / За ред. проф. О. К. Асмолова.– О.: Одес. держ. мед. ун-т, 2002.– 276 с.– (Б-ка студента-медика).

У підручнику викладені етіологія, епідеміологія, патогенез туберкульозу, а також сучасні методи дослідження органів дихання. Подані клінічні форми туберкульозу, їх диференційна діагностика та лікування. Розглянуті питання профілактики туберкульозного процесу, сучасного лікування легеневого туберкульозу згідно з рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я.

**Фещенко Ю. І.** Сучасні методи діагностики, лікування і профілактики туберкульозу: Посібник / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник.– К.: Здоров'я, 2002.– 904 с.

Розглянуто туберкульоз як глобальну та національну проблему сьогодення. Висвітлено історичні передумови та основні етапи боротьби з даним захворюванням, проаналізовано епідеміологічну ситуацію туберкульозу в світі та в Україні. Розглянуто питання діагностики та лікування хворих на туберкульоз легень та його профілактику. Висвітлено проблеми, пов'язані з підвищенням ефективності протитуберкульозних заходів. Наведено шляхи покращення результатів комплексного лікування хворих на туберкульоз.

**Фещенко Ю. І.** Туберкульоз легень в період епідемії: епідеміологічні, клініко-діагностичні, лікувально-профілактичні та організаційні аспекти / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник.– К.: Логос, 1998.– 281 с.

Автори висвітлюють історичні передумови та основні етапи боротьби з туберкульозом, аналізуючи епідеміологічну ситуацію туберкульозу в світі та в Україні, прогноз щодо неї, а також власні погляди на класифікацію туберкульозу органів дихання. На основі викладеного ретельно описані організаційно-методичні ас-

пекти протитуберкульозної роботи в період епідемії туберкульозу, зареєстрованої в Україні.

**Александріна Т. А., Черенько С. О.** Ефективність добровільного консультування та тестування на ВІЛ у виявленні ВІЛ/СНІД-асоційованого туберкульозу // Укр. пульмонолог. журн.– 2005.– № 1.– С. 12 – 15.

Зазначено, що впроваджена в м. Києві та Донецькій області методика добровільного консультування та тестування на ВІЛ-хворих, у яких вже встановлений діагноз туберкульозу, дозволила покращити виявлення ВІЛ-інфекції серед зазначеного контингенту хворих, а також виявлення туберкульозу у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД шляхом профілактичної рентгенографії органів грудної клітини.

**Андрєєва О. Г.** Аналіз причин росту захворюваності на туберкульоз у підлітків промислового регіону // Укр. мед. часоп.– 2004.– № 5.– С. 117 – 119.

Наведено дані ретроспективного аналізу 207-ми випадків захворювання на туберкульоз серед підлітків на Дніпропетровщині, де захворюваність на туберкульоз є вищою, ніж в Україні в цілому. Серед причин росту захворюваності підлітків найбільш значну роль відігравали недостатньо ефективні профілактичні заходи в період “віража” туберкулінової реакції, недостатнє охоплення специфічною імунопрофілактикою. Найбільш вразливими до захворювання є підлітки старшого віку (16 – 18 років). У структурі захворюваності відбувається подальше збільшення частки вторинних форм туберкульозу в зв’язку зі зміщенням первинного інфікування на більш молоді вікові групи.

**Безпосередні та віддалені результати лікування хворих на деструктивний туберкульоз легень / В. М. Петренко, С. О. Черенько, О. Р. Тарасенко, Л. М. Циганкова та ін. // Укр. мед. часоп.– 2005.– № 3.– С. 13 – 18.**

**Вернигора И. П., Чичирко А. М.** Костно-суставный туберкулез: Современное состояние пробл. // Літопис травматології та ортопедії.– 2000.– № 2.– С. 90 – 93.

**Волошин Я. М.** Віддалені результати лікування хворих на туберкульоз легень і цукровий діабет, які відмовилися від своєчасного виконання операції // Клініч. хірургія.– 2002.– № 2.– С. 44 – 46.

Проведено порівняльний аналіз результатів лікування 62-х хворих на туберкульоз легень і цукровий діабет, які відмовилися від своєчасного виконання запропонованої операції, та пацієнтів, яким здійснено резекцію в оптимальні строки після проведення комплексної хіміотерапії.

**Дужий І. Д.** До питання хірургії туберкульозу легень в умовах сучасного імунодефіциту // Вісн. Сум. держ. ун-ту.– 2002.– № 8.– С. 123 – 125.– (Медицина).

Зазначено, що за умов епідемії туберкульозу на тлі зростання захворюваності все частіше виявляються розповсюджені та заданені легеневі процеси. Антибактеріальною терапією в останні роки досягнуто значно менше позитивних результатів, що призводить до збільшення в кількісному плані джерел туберкульозної інфекції. Роль хірургії в цій ситуації не перебільшено.

**Лабораторна діагностика туберкульозу легень** / Мельник В. М., Дорошенко П. М., Валецький Ю. М., Драч К. М. // Журн. практ. лікаря.– 2003.– № 2.– С. 30 – 32.

Наведено результати різних лабораторних досліджень хворих з уперше виявленим туберкульозом легень. Визначено інформативність цих методів лабораторної діагностики. Запропоновано триступеневий підхід до комплексного лабораторного обстеження хворих.

**Легеневі кровотечі у хворих на туберкульоз** / І. Т. П'ятночка, Л. А. Грищук, С. І. Корнага, Н. Є. Зятковська // Інфекц. хвороби.– 2004.– № 1.– С. 78 – 80.

Наведено дані про ефективність лікування хворих на туберкульоз легень, ускладнений легеневими кровотечами.

**Мельник В.М.** Туберкульоз до та після Чорнобильської аварії // Укр. радіол. журн.– 2000.– № 1.– С. 17 – 20.

Вивчено вплив наслідків аварії на ЧАЕС на захворюваність туберкульозом в Україні. Виявлено, що серед потерпілих від наслідків чорнобильської катастрофи, як і серед усього населення України, протитуберкульозні заходи проводяться незадовільно. Обґрунтовано економічну недоцільність у сучасних умовах проведення флюорографії для виявлення туберкульозу.

**Романенко В. П.** Генетична зумовленість адаптивної мінливості мікобактерій туберкульозу // Вісн. аграр. науки.– 2006.– № 1.– С. 5 – 7.

Встановлено, що всі еволюційно створені види мікобактерій туберкульозу є похідними спільного збудника з закладеними в кожному з них певними властивостями життєдіяльності в організмі людини, тварин і птахів різних видів. Це допомагає їм адаптуватися в організмі невластивого для них хазяїна і спричинити захворювання на туберкульоз.

**Сибірна Р. І., Кондратюк Н. В., Яворська Г. В.** Виявлення збудника туберкульозу позалегенової локалізації різними мікробіологічними методами // Мікробіол. журн.– 2004.– № 1.– С. 62 – 67.

Про можливість застосування нових методів для ранньої діагностики позалегенового туберкульозу, особливо туберкульозу статевих органів.

### РОЗДІЛ 3. ІНТЕРНЕТ ПРО ТУБЕРКУЛЬОЗ

**<http://www.ukrfuture.kiev.ua/>**

Громадський рух “Українці проти туберкульозу”.

Фундація активно намагається вдосконалювати законодавчу базу в галузі охорони здоров'я, а також вести інформаційно-освітню протитуберкульозну роботу і роботу з профілактики ВІЛ/СНІД серед населення, сприяє підвищенню фтизіатричних знань лікарів загально-лікувального профілю, залучаючи до цього спеціалістів Інституту фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського Академії медичних наук України та провідних фахівців України в галузі фтизіатрії, надає відповідну інформацію населенню через ЗМІ. Один із пріоритетних напрямків діяльності фундації – сприяння соціальному захисту працівників фтизіатричної галузі.

Мова сайту українська.

**<http://www.ifp.kiev.ua/>**

Офіційний сайт Інституту фтизіатрії та пульмонології ім. Ф. Г. Яновського АМН України.

На сайті представлено основоположні роботи щодо легеневих хвороб та, зокрема, туберкульозу, електронні версії наукових журналів, які друкує інститут.

Мови сайту: українська, російська.

**<http://www.koch.mk.uzhgorod.ua/>**

Благодійний фонд ім. Р. Коха.

Відповідно до оцінок представництва ВООЗ в Україні, епідемія туберкульозу поширюється. Діяльність Благодійного фонду ім. Роберта Коха спрямовано на боротьбу із захворюваністю на туберкульоз через активне виявлення хворих шляхом безкоштовного флюорографічного обстеження.

Пріоритетна увага приділяється соціально незахищеному сільському населенню. У зв'язку з недостатньою кількістю стаціонарних флюорографічних кабінетів у селах ефективна протитуберкульозна робота може проводитися тільки за допомогою мобільних рентгенівських кабінетів.

Мови сайту: українська, російська.



**<http://www.hippocrat.com.ua/>**

Український медичний портал.

Мета проекту – надання інформації про останні події у світі медицини, біології, фармакології і т.п.

Портал розраховано на фахівців в області медицини, лікарів, співробітників фармакологічних компаній і фірм-виробників медичного устаткування, а також усіх, хто цікавиться питаннями охорони здоров'я.

Мови сайту: українська, російська.

**<http://www.umj.com.ua/>**

Сайт часопису “Український медичний журнал”.

“Український медичний журнал” містить виключно медичні роботи, які не друкувалися раніше і не перебували на розгляді в інших видавничих структурах. Відповідальність за вірогідність інформації та оригінальність поданих матеріалів покладається на авторів.

Мови сайту: українська, російська, англійська.

**<http://www.ngo.aids.ua/>**

Сайт Коаліції ВІЛ-сервісних організацій.

Всеукраїнський благодійний фонд “Коаліція ВІЛ-сервісних організацій” – це недержавна всеукраїнська інституція, що об'єднує 66 організацій з 21 області України, які працюють у сфері лікування, первинної та вторинної профілактики, догляду та підтримки людей, що живуть з ВІЛ.

Місія коаліції – зміцнення і розширення участі ВІЛ-сервісних організацій, їхніх об'єднань та мереж, які надають послуги в сфері репродуктивного здоров'я, у профілактиці ВІЛ-інфекції та підтримці людей, які живуть з ВІЛ, подоланні епідемії ВІЛ/СНІД, туберкульозу й інфекцій, що передаються статевим шляхом.

Мови сайту: українська, російська, англійська.

**<http://www.cgcptd.health.kiev.ua/>**

Сайт Київського міського центрального протитуберкульозного диспансеру (КМЦПТД).

КМЦПТД надає спеціалізовану медичну допомогу хворому на туберкульоз у позалегенових формах населенню м. Києва, а також хворим з легеновим туберкульозом частини київських районів.

Мови сайту: українська, російська.

**<http://www.moz.gov.ua/>**

Сайт Міністерства охорони здоров'я України.

Мови сайту: українська, російська, англійська.

**<http://www.apteka.ua/>**

Спеціалізований медичний сайт “Еженедельник Аптека”.

Інтернет-видання для лікарів, провізорів, фармацевтів, студентів медичних та фармацевтичних ВНЗ.

Мова сайту російська.

**<http://uk.wikipedia.org/wiki/Туберкульоз>**

Загальна інформація про захворювання, представлена в українському сегменті Вікіпедії.

Мова сайту українська.

**<http://tb.dp.ua/tb.htm/>**

Сайт Дніпропетровського обласного комунального клінічно-го лікувально-профілактичного об'єднання “Фтизіатрія” (Дніпропетровського обласного туберкульозного диспансеру).

Мова сайту українська.

## **ЗНАТИ БІЛЬШЕ, АБИ ЗАПОБІГТИ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ**

Профілактика туберкульозу має соціальний, санітарний і специфічний аспекти. Профілактичні заходи включають раннє виявлення інфікованих, обсервація їх від контактної додаткової інфекції, організацію диспансерного спостереження за хворими, які інфіковані туберкульозом. Специфічна профілактика туберкульозу полягає у проведенні специфічної вакцинації БЦЖ і хіміопротекції. Вакцинація БЦЖ здійснюється дітям 3 – 7-денного віку в пологовому відділенні.

Протипоказаннями до вакцинації є виражені клінічні симптоми родової травми, диспепсія, шкірні захворювання, пневмонія, отит, грип, різка жовтяниця, недоношеність з масою, меншою за 2500 г (недоношеним з масою тіла 2300 г і вище роблять БЦЖ-М). Вакцинація сприяє зниженню інфікованості, захворюваності дітей на туберкульоз. Захворюваність на туберкульоз серед вакцинованих дітей у 8 – 10 разів нижча, ніж серед нещеплених. В основі протитуберкульозної вакцинації лежить набутий імунітет. Імунологічна перебудова організму внаслідок вакцинації БЦЖ супроводжується появою позитивної туберкулінової проби.

Ревакцинації підлягають усі клінічно здорові неінфіковані діти у віці 7, 12 і 17 років і вакциновані діти при відсутності поствакцинального рубчика. З метою відбору дітей і підлітків для ревакцинації БЦЖ проводять пробу Манту.

При негативному результаті або інфільтраті не більше 4 мм у діаметрі здійснюють ревакцинацію. Проміжок між пробою і ревакцинацією повинен становити не менш 3 діб і не більше 2 тижнів. Інші профілактичні щеплення можна проводити з інтервалом у 2 міс. (до і після специфічної ревакцинації).

Протипоказаннями до ревакцинації є позитивна внутрішньошкірна проба Манту (інфільтрат 5 мм і більше), захворювання на туберкульоз, гострі і хронічні інфекційні процеси (ревакцинація проводиться не менш, ніж за 2 міс. після зникнення клінічних симптомів), шкірні захворювання, схильність до кровоточивості (ревматизм у гострій і підгострій фазах, бронхіальна астма та інші алер-

гічні стани, перенесений енцефаліт, менінгіт, епілепсія, гіпотрофія II – III ступеню).

Місцеві реакції після щеплення у новонароджених дітей виявляються за 4 – 6 тижнів на місці введення вакцини: інфільтрат має розміри 4 – 15 мм у діаметрі із вузликом у центрі (пустуляція) з утворенням кірочки, некрозу з незначним серозно-гнійним виділенням. Ці реакції зберігаються 2 – 3 міс. і більше. Можуть бути виразки, холодні абсцеси в шкірі, лімфаденіт.

Після ревакцинації місцеві патологічні реакції можливі протягом першого тижня після щеплення, розвивається пустула, іноді некроз з серозно-гнійним виділенням. Місцеві реакції зазнають зворотного розвитку протягом 3-4 міс, залишаючи після себе рубчик або пігментацію.

Протягом 2 міс. дитина, вакцинована внаслідок туберкульозних контактів, повинна бути ізольована від хворих, що виділяють мікобактерії. Дітям, які народилися від хворих на туберкульоз матерів, треба зробити вакцинацію з наступним роз'єднанням їх на 3 – 12 міс.

Другим методом специфічної профілактики туберкульозу є хіміопротекція – призначення туберкулостатичних препаратів для запобігання захворювання на туберкульоз. Вона не потрібна безпосередньо після вакцинації.

У профілактиці туберкульозу велике значення мають загальнооздоровчі заходи, спрямовані на підвищення опірності імунної системи організму. Серед них провідна роль належить організації правильного режиму дня і харчування, проведенню загартовувальних процедур, заняттям фізкультурою і спортом. Поліпшення соціально-побутових умов і культурного рівня населення сприяють ліквідації туберкульозу як масового інфекційного захворювання.

(Мойсак О. Д. Основи медичних знань і охорони здоров'я: Навчальний посібник.– К.: Арістей, 2004.– С. 365-367).

## **ХТО НАЙБІЛЬШ УРАЗЛИВИЙ ДО ТУБЕРКУЛЬОЗУ?**

Більшість інфікованих людей не хворіє на туберкульоз, оскільки їхня імунна система успішно бореться зі збудником. Однак, частина людей (зокрема, можливо, й у вашому оточенні) має високу вірогідність захворювання з наступних причин:

1) контакт із хворим на активну форму туберкульозу, який виділяє в навколишнє середовище мікобактерії туберкульозу. Для дітей, особливо маленьких, достатньо короткочасного контакту з хворими на туберкульоз, щоб відбулося зараження мікобактеріями туберкульозу;

2) хронічні захворювання, що послаблюють захисні можливості організму (особливо в дітей і підлітків): часті простудні захворювання, хвороби носоглотки, легенів, цукровий діабет та ін;

3) постійне вживання алкоголю, наркотиків, куріння, недостатнє харчування, стресові ситуації та несприятливі екологічні умови;

4) інфікованість вірусом імунодефіциту людини або захворювання на СНІД. У цієї категорії людей перебіг туберкульозу найважчий. 60% хворих на СНІД помирають саме від туберкульозу.

## **ЯК ПРОЯВЛЯЄТЬСЯ ЗАХВОРЮВАННЯ?**

Туберкульоз може маскуватися під різні хвороби. Однак є деякі ознаки (симптоми), що дозволяють запідозрити в людини туберкульоз. До них належать:

- 1) постійна невмотивована слабкість;
- 2) підвищена втомлюваність;
- 3) погіршення або відсутність апетиту;
- 4) втрата ваги;
- 5) тривала лихоманка (як правило, з невисокими показниками температури тіла: 37,0 – 37,5°C);
- 6) пітливість (переважно вночі);
- 7) тривалий кашель (протягом трьох тижнів і більше, з відходженням харкотиння або без нього).
- 8) задишка;
- 9) кровохаркання.

Увага! Будьте пильними, помітивши будь-яку з цих ознак! Якомога швидше зверніться до лікаря, бо чим раніше буде діагностовано туберкульоз, тим ефективніше виявиться лікування!

## **ЩО ВАС ЧЕКАЄ У РАЗІ ВІДМОВИ ВІД ЛІКУВАННЯ?**

Якщо людина захворіла на туберкульоз, то при відсутності лікування хвороба прогресує і в деяких випадках може набути дуже тяжкого перебігу. Інколи перебіг хвороби набуває хронічної форми. Хворий на хронічний туберкульоз може прожити багато, постійно інфікуючи своє оточення, рідню. При цьому кожне наступне загострення виявлятиметься більш важким, ніж попереднє (збільшуватиметься тривалість кашлю, підвищуватиметься температура, зростатиме кількість харкотиння, можливо, почнеться кровохаркання), хворі поступово слабшатимуть, якість їхнього життя виразно погіршуватиметься. У дітей раннього віку та підлітків туберкульоз може прогресувати дуже швидко і призвести до трагічних наслідків. Успіх лікування значною мірою залежить від того, як хворий виконує рекомендації лікаря!

## **ЯК ВЧАСНО ВИЯВИТИ ТУБЕРКУЛЬОЗ?**

Основний метод виявлення туберкульозу у дітей – це щорічне проведення проби Манту (туберкулінодіагностика). Проба проводиться спеціально навченою медичною сестрою (в парний рік – на правому, в непарний – на лівому передпліччі). Кінцева оцінка результатів здійснюється на третій день. Після проведення проби місце введення не можна розчісувати, травмувати, тримати руку в гарячій воді. Одяг повинен бути бавовняний, з довгим рукавом. Звичайне купання не впливає на результати проби.

Щоб уникнути появи незвичної реакції перед проведенням проби і до її оцінки, слід уникати вживання в їжу продуктів, що викликають у піддослідного алергію (діатез, сип). Проба повинна проводитись тільки в тому випадку, якщо дитина здорова! У випадку, якщо мають місце навіть мінімальні ознаки будь-якого гострого або загострення хронічного захворювання, проба не проводиться. У подібних випадках її роблять не раніш, ніж через місяць після повного одужання. Підлітки, крім проби Манту, з 15 років з метою завчасного виявлення туберкульозу підлягають флюорографічному дослідженню органів грудної клітини. У разі захворювання, симптоми якого нагадують туберкульоз, необхідно негайно звернутися до лікаря. За наявності кашлю з відхо-

дженням харкотиння необхідно тричі здати його до лікарні за місцем проживання або до тубдиспансері з метою дослідження на наявність мікобактерій туберкульозу. Крім того, харкотиння обстежується всім особам, які кашляють три тижні і більше. За призначенням лікаря всім хворим з підозрою на туберкульоз виконується рентгенообстеження (рентгенографія) органів грудної клітини.

## **ЯК МОЖНА ЗАПОБІГТИ ЗАХВОРЮВАННЮ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ?**

Для попередження туберкульозу потрібно:

1) турбуватися про своє здоров'я: правильно харчуватися, займатися фізкультурою, спортом, закалюванням, дотримуватися особистої гігієни, бувати на свіжому повітрі, своєчасно звертатися до лікаря у разі появи відповідних симптомів;

2) не допускати набуття шкідливих звичок (паління, вживання або вдихання токсичних речовин тощо);

3) щорічно досліджуватися на туберкульоз шляхом проведення проби Манту (в школі або в поліклініці за місцем проживання). Підліткам додатково проводиться флюорографічне дослідження;

4) не відмовлятися в зазначених випадках від щеплення проти туберкульозу (БЦЖ);

5) негайно звертатися до лікаря у разі підозри на туберкульоз або контакту з хворим на туберкульоз.

До дитячого фтизіатра слід звертатися в наступних випадках:

1) при виявленні вперше у житті позитивної реакції на пробу Манту (ущільнення) на місці її проведення;

2) у випадку збільшення розмірів проби Манту при щорічному її проведенні;

3) у випадку появи на місці проби Манту ущільнення (папули) великих розмірів ( не менше 17 мм ) або пухирця чи ранки (виразки).

4) у разі зіткнення з хворими на туберкульоз людьми або тваринами;

5) при наявності симптомів, які можуть мати місце при туберкульозі.

б) у разі довготривалого захворювання легень, яке не піддається звичайному лікуванню. Направлення до фтизіатра і необхідні документи видає дільничний лікар. У випадку, якщо дільничний або шкільний лікар направив Вас до лікаря-фтизіатра, не відкладайте це відвідування. Процедура первинного обстеження, як правило, не складна. Вона не завдасть Вам неприємних почуттів. У необхідних випадках лікар-фтизіатр після обстеження наглядатиме за Вами протягом декількох місяців. Якщо підтвердиться факт потрапляння до організму збудника і виникне можливість розвитку туберкульозу, лікар призначить профілактичне лікування, яке дозволить уникнути захворювання.

Лікар Кучер О. В.



## **ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНІ ДИСПАНСЕРИ**

Протитуберкульозний диспансер міський центральний  
вул. Васильківська, 35

**тел. 258-98-36**

Протитуберкульозний диспансер міський центральний, між-  
районне відділення № 1  
вул. Перспективна, 6

**тел. 258-02-95**

Протитуберкульозний диспансер міський центральний, між-  
районне відділення № 2

вул. Львівська, 3

**тел. 452-34-29**

Протитуберкульозний диспансер міський центральний, міжра-  
йонне відділення № 3

пров. Белінського, 6

**тел. 244-29-97**

**СЛОВНИК ТЕРМІНІВ**

**Агравация** – перебільшення хворобливих симптомів.

**Адаптація** – пристосування до оточення.

**Адекватний** – такий, що відповідає даним обставинам, ситуації.

**Алерген** – речовина, що викликає незвичайну реакцію організму.

**Алергія** – підвищена чутливість організму до будь-якої речовини-алергену.

**Анабіоз** – стан організму, при якому на тривалий термін майже повністю припиняється обмін речовин. Прикладом анабіозу є утворення спор у мікроорганізмів.

**Аналізатори (коркові)** – ділянки кори головного мозку, пов'язані з аналізом зорових, слухових та інших відчуттів і сприйнять.

**Атонія** – втрата тонусу м'язів.

**Атрофія** – виснаженість, зменшення в розмірах тканин і органів внаслідок порушення їх живлення.

**Бактерії** (від латинського “*бактерія*” - паличка) – різноманітна за біологічними властивостями група поширених на землі мікроскопічних, в основному одноклітинних, організмів кулястої, паличковидної, спіралевидної форм, що належать до ядерних (прокаріоти) форм життя.

**Бактеріоносій** – здорова людина чи тварина, що виділяє збудника.

**Бактеріофаг** (від грецького – руйнівник бактерії) – вірус, який має здатність проникати до бактеріальних клітин, репродукуватись та руйнувати їх.

**Бацила** – різновид бактерій, який утворює спори.

**Вакцинація** – метод створення активного імунітету проти інфекційних захворювань.

**Вакцина** (від лат. “*вата*” – корова) – препарат, що виробляється з бактерій, вірусів та інших мікроорганізмів чи продуктів їх життєдіяльності і використовується для активної штучної імунізації людей та тварин, специфічної профілактики та лікування інфекційних захворювань.

**Вакцинопрофілактика** – профілактика інфекційних захворювань із застосуванням вакцин.

**Антибіотики** – хіміотерапевтичні препарати, які мають властивості вибірково пригнічувати життєдіяльність збудників захворювань (бактерій, грибів, вірусів, найпростіших) чи затримувати розвиток злоякісних новоутворень.

**Антропонози** – групи заразних захворювань, що викликаються збудниками, здатними паразитувати тільки в організмі людини (захворювання, що передаються від людини до людини).

**Астенія** – загальна слабкість, виснаження нервової системи.

**Дисбактеріоз** – кількісна та якісна зміна анаеробної нормальної мікрофлори, яка в нормі заселяє нестерильні порожнини та шкіру людини і тварини у бік її знищення та збільшення кількості мікробів, які в нормі відсутні або наявні в невеликій кількості.

**Дисимуляція** – свідоме приховування хвороби або фізичних вад.

**Екзотоксин** – отруйна речовина (токсин), що виділяється мікробами до навколишнього середовища.

**Вірус** (від латинського "*вірус*" – отрута органічного походження) – неклітинна форма життя, що має геном і здатність розмножуватись лише в клітинах більш високоорганізованих істот.

**Ендотоксин** – токсин, що вивільняється при розпаді бактеріальної клітини і виконує токсичні (отруйні) функції.

**Епідемічний осередок** – місце перебування джерела інфекції та територія, що його оточує. У їх межах можливе поширення збудника хвороби, обумовлене відповідними механізмами передачі.

**Епідемічний процес** – процес розповсюдження заразних захворювань у людському суспільстві під час утворення епідемічних осередків.

**Епідемія** – поширення епідемічного процесу на велику територію і кількість населення.

**Етіологія** – вчення про причини хвороби, сама причина хвороби.

**Імунізація** – специфічна профілактика інфекційних захворювань серед людей і тварин.

**Імунітет** – несприйнятливність організму до інфекційних і неінфекційних речовин, що мають сторонні антигенні властивості.

**Імунопрофілактика** – заходи , спрямовані на боротьбу з інфекційними захворюваннями шляхом створення специфічної несприйнятливості до них.

**Індекс сприйнятливості** – середнє відношення кількості хворих до кількості тих, що не хворіють, але можуть захворіти.

**Інкубаційний період** – початковий період інфекційних захворювань з моменту проникнення хвороботворного мікроба в організм до розвитку перших клінічних ознак хвороби.

**Інфекційні хвороби** – група захворювань, що викликаються патогенними мікроорганізмами і характеризуються специфічністю збудника, заразністю, наявністю інкубаційного періоду, циклічністю перебігу

**Карантин** – система заходів, спрямованих на попередження поширення інфекційних захворювань.

**Карантинні захворювання** – група інфекційних захворювань, які характеризуються значною заразністю та високою смертністю і до яких застосовуються міжнародні карантинні обмеження.

**Контагіозність** – властивість інфекційних захворювань передаватись від хворих здоровим.

**Латентна інфекція** – форма інфекційного процесу, яка характеризується тривалим зберіганням збудника в організмі без клінічних ознак хвороби. У випадку латентної інфекції вірус не репродукується.

**Латентний** – прихований.

**Летальний** – смертельний.

**Лімфаденіт** – запалення лімфатичний вузлів.

**Локальний** – місцевий.

**Макрофаг** – клітина сполучникової тканини, здатна до активного захоплення й перетравлення чужорідних для організму тіл.

**Мигдалина** – орган лімфатичної системи, розміщений у слизовій оболонці ротової порожнини і гортані.

**Мікобактерія** – різновид бактерій, який характеризується великим вмістом ліпідів, значною стійкістю до факторів навколишнього середовища і патогенністю (наприклад, збудник туберкульозу).

**Мікроб** – жива істота, яку можна побачити тільки під мікроскопом.

**Мікроорганізм** – жива істота з індивідуальною клітинною організацією або неклітинна форма життя (вірус).

**Мікроскопія** – вивчення за допомогою мікроскопа.

**Мікроскоп** – оптичний прилад, який збільшує зображення.

**Мікрофлора** – сукупність мікробів, що населяють певний ареал.

**Обсервація** – протиепідемічні заходи медичного спостереження ізольованих здорових людей, які знаходилися в зоні карантинного захворювання (елемент карантинних заходів).

**Патогенність мікроорганізмів** – здатність мікроорганізмів приживатись у тканинах організму хазяїна, розмножуватись у них, викликаючи патологічні зміни.

**Персистенція** (постійність, збереження) – стан, характерний для багатьох вірусів і бактерій, коли мікроорганізм живе в організмі і постійно підтримує в ньому хворобливий стан. При цьому організм не реагує активно на збудника, вони взаємодіють, не вбиваючи один одного.

**Превентивний** – захисний, попереджувальний.

**Продромальний період** – період тривалістю від декількох годин до одного-двох днів, протягом якого з'являються симптоми, не специфічні для даного захворювання.

**Профілактика** – попередження, в інфекційній патології – попередження розвитку та поширення інфекційних захворювань за допомогою вакцин, сироваток, бактеріофагів, хіміотерапевтичних засобів тощо.

**Реабілітація хворого** – видужання, яке допускає повернення хворого до суспільно корисної праці.

**Реактивність** – властивість організму реагувати на фізіологічні та хвороботворні подразники зовнішнього середовища.

**Ревакцинація** – повторне профілактичне щеплення після вакцинації для посилення імунітету.

**Резистентність** – опірність.

**Реінфекція** – повторне зараження тим самим видом збудника, що і при першому захворюванні.

**Реконвалесценція** – період одужання після перенесеної хвороби.

**Ремісія** – тимчасове мимовільне поліпшення в перебігові хвороби.

**Респіраторний** – дихальний (наприклад, респіраторне захворювання).

**Сироватка імунна** – препарат крові людини та тварин, до складу якого входять антитіла, що їх використовують для діагностики, лікування і профілактики різних захворювань.

**Сприйнятливість до інфекції** – здатність організму реагувати на проникнення інфекційного агента під час розвитку хвороби.

**Тест** – стандартне завдання для визначення тої або іншої здатності випробуваного.

**Токсин** – отруйна речовина, що утворюється мікроорганізмами, а також деякими тваринами і рослинами.

**Туберкулін** – речовина із збудника туберкульозу, що викликає алергізацію організму; використовується для діагностики туберкульозу.

*Науково-виробниче видання*

## **ТУБЕРКУЛЬОЗ – ГЛОБАЛЬНА ПРОБЛЕМА ПЛАНЕТИ**

Укладач Наталія Андріївна Мельник

Комп'ютерна верстка О.О. Сьомка

Підписано до друку 16.04.2007. Зам. № 84. 31 стор. Тираж 60 пр.

Державна бібліотека України для юнацтва

просп. Перемоги, 60, м. Київ, 03057

<http://www.4uth.gov.ua>

E-mail: [inform@4uth.gov.ua](mailto:inform@4uth.gov.ua)