«Ведення випадку туберкульозу в закладах первинної медико-санітарної допомоги»

Методичний посібник
для тренерів

м. **Дніпро**
2017

Зміст

СКОРОЧЕННЯ....3
ВСТУП....5
РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ ТРЕНЕРІВ....7
СПИСОК ТРЕНІНГОВИХ МАТЕРІАЛІВ....11
ПРОГРАМА ТРЕНІНГУ....16
ДЕНЬ 1....19
ДЕНЬ 2....54
ДЕНЬ 3....84
ДЕНЬ 4....114
ДЕНЬ 5....143
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ....158

Додаток 1: Презентації
Додаток 2: Роздаткові матеріали

Скорочення

АБП ШСД	антибактеріальні препарати широкого спектру дії
АРТ	антиретровірусна терапія
АРВ	антиретровірусні (препарати)
ВДТБ	вперше діагностований туберкульоз
ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров’я
ДКТ	добровільне консультування і тестування
ДОТ	безпосередній нагляд медичних працівників за прийомом протитуберкульозних препаратів
ІК	інфекційний контроль
ІФХТ	інтенсивна фаза хіміотерапії
КСБ	кислотостійкі бактерії
ЛТІ	латентна туберкульозна інфекція
М-	мазок негативний
М+	мазок позитивний
МБТ	мікобактерія туберкульозу
МОЗ	Міністерство охорони здоров’я
МРТБ	мультирезистентний туберкульоз
НЛТБ	невдача лікування випадку туберкульозу
ОКХТ	основний курс хіміотерапії

ПАСК	парааміносаліцилова кислота
ПЛІ	профілактичне лікування ізоніазидом
ПЛТБ	позалегеневий ТБ
ПЛР	полімеразна ланцюгова реакція
ПМСД	первинна медико-санітарна допомога
ПРТБ	полірезистентний ТБ
ПТП	протитуберкульозні препарати
ПТС	протитуберкульозна служба
ПФХТ	підтримуючої фази хіміотерапії
РМ	роздатковий матеріал
РМРТБ	ризик мультирезистентного туберкульозу
Риф ТБ	резистентний до рифампіцину туберкульоз
РРТБ	туберкульоз із розширеною резистентністю
РТБ	рецидив ТБ
СНІД	синдром набутого імунодефіциту
ТБ	туберкульоз
ТМЧ	тест на медикаментозну чутливість
УЗД	ультразвукове дослідження
ХРТБ	хіміорезистентний туберкульоз
ЦРЛ	центральна районна лікарня
ЦЛКК	центральна лікарська консультативна комісія

Вступ

В Україні з 1995 року оголошено про епідемію туберкульозу (за критеріями ВООЗ). Але проблема туберкульозу не э суто фтизіатричною, а охоплює усі медичні фахи та особливо торкається початкової ланки надання медичної допомоги. Перший лікар, до якого звертається хворий на туберкульоз (ТБ), це сімейний лікар. Майже всі пацієнти із симптомами респіраторних захворювань звертаються до лікувальних установ ЗЛМ. На цьому рівні відбувається первинний огляд і виявлення хворих на туберкульоз, а в більшості випадків – і завершення лікування. На цьому рівні діють міські поліклініки, лікарні та інші лікувальні установи ЗЛМ. В разі підозри на туберкульоз лікар ЗЛМ направляє пацієнта на дворазове мікроскопічне дослідження мокротиння на КСБ, рентгенологічне дослідження легень, після чого пацієнт спрямовується до фтизіатра (районного або обласного) для підтвердження діагнозу. 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.

У посібнику 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.

Мета тренінгу «Ведення випадку туберкульозу (ТБ) в закладах первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД)»- вдосконалити знання та навички учасників тренінгу щодо сучасних підходів ведення випадків ТБ в закладах первинної медико-санітарної допомоги

для поліпшення виявлення, діагностики, ефективності лікування та профілактики ТБ та визначити роль та обсяг 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».

Завдання тренінгу – ознайомити учасників з:

- ✓ епідемічною ситуацією з ТБ в Україні та світі;
- ✓ організаційними заходами щодо виявлення ТБ в закладах ПМСД;
- ✓ сучасними методами діагностики ТБ;
- ✓ організацією та роботою пунктів мікроскопії і якості проведення бактеріоскопічних досліджень;
- ✓ диференційною діагностикою ТБ легень;
- ✓ загальними принципами лікування ТБ;
- ✓ механізмом дії, особливостями фармакодинаміки та фармакокінетики, побічними діями ПТП;
- ✓ організацією моделі амбулаторного лікування хворих на ТБ;
- ✓ основними положеннями національної програми протидії ТБ;
- ✓ основними заходами інфекційного контролю;

Тривалість тренінгу:

5 днів (40 годин)

Методики навчання:

- ✓ Демонстраційні техніки: лекція, мультимедійна презентація;
- ✓ Інтерактивні методи навчання (інтерактивна лекція, дискусія, демонстрація);
- ✓ Вивчення клінічних випадків;
- ✓ Робота в малих та великих групах, мозковий штурм, рольова гра, криголам;
- ✓ Динамічні вправи та ігри.

Цей посібник висвітлює питання щодо сучасних методів діагностики та лікування ТБ організації моделі амбулаторного лікування хворих на ТБ та містить приклади, індивідуальні та групові вправи, клінічні випадки, ситуаційні задачі і інші ресурси, включаючи поради тренерам щодо розкриття тем тренінгу. Посібник є частиною

комплекту навчальних матеріалів, до якого також входить набір роздаткових матеріалів для учасників тренінгу та презентації для кожної теми.

Рекомендації для тренерів

Для того, щоб організувати успішний тренінг, організатори повинні:

1. Вибрати і запросити учасників.
2. Підібрати команду тренерів.
3. Ознайомитися з посібником та іншими тренінговими матеріалами.
4. Подбати про приміщення та інші питання логістики.
5. Провести збори тренерів для підготовки тренінгу.

Планування тренінгу повинно розпочатися за кілька місяців до його проведення.

1. Вибрати і запросити учасників

Вирішальне значення для успішного проведення тренінгу має вибір та участь у тренінгу зацікавлених та відданих справі учасників. Результати тренінгу будуть упроваджені в життя, якщо учасники дійсно працюють з хворими на ТБ і тематика тренінгу безпосередньо пов’язана з виконанням їх службових обов’язків.

Ми рекомендуємо тренерам заздалегідь ознайомитися зі списком учасників, місцем їх праці, епідситуацією в регіоні та іншою необхідною інформацією, щоб краще підготуватися до тренінгу і зробити його якомога більш відповідним проблемам, з якими зустрічаються учасники, і цікавим для них. Ви можете попросити учасників надіслати вам клінічні випадки та ситуації, з якими вони стикалися і які мають відношення до тематики тренінгу, щоб використати їх у підготовці до тренінгу.

2. Підібрати команду тренерів

Команда тренерів буде тісно співпрацювати протягом усіх етапів: планування тренінгу, адаптації програми та тренінгових матеріалів відповідно до потреб учасників та безпосередньо проведення тренінгу. В ідеальному випадку команда тренерів налічуватиме три-чотири тренери, які є фахівцями з таких питань:

- ✓ Розробка тренінгових матеріалів та методика проведення тренінгу.
- ✓ Ефективна робота з групою.
- ✓ Сучасні методи діагностики та лікування ТБ в закладах ПМСД.
- ✓ Інфекційний контроль у протитуберкульозних закладах.

Ми рекомендуємо вам розподілити ролі між членами тренінгової команди і доручити кожному з них відповідати за одне із завдань:

- ✓ Спостерігати за дотриманням програми тренінгу, ходом сесій і засвоєнням матеріалу учасниками та у разі потреби коригувати програму на наступний день.
- ✓ Бути експертом з конкретних питань тематики тренінгу та відповідати на питання учасників у цій області.
- ✓ Координувати питання логістики: харчування та транспортування учасників, комунікація з менеджером готелю тощо.

Кожен тренер буде також ментором одної з груп учасників протягом виконання нею групових завдань тренінгу: слідкуватиме, наскільки учасники зрозуміли поставлені завдання, як іде обговорення, і надаватиме їм необхідну допомогу.

3. Ознайомитися з посібником та іншими тренінговими матеріалами

Програма кожного дня тренінгу побудована на матеріалі та прикладах попереднього дня, тому теми повинні викладатися в порядку, представленому у програмі тренінгу. **Презентації кожної теми містять повну інформацію, яку не завжди можна і доцільно повністю озвучувати в часових рамках тренінгу. Тренери повинні адаптувати презентації, клінічні випадки, ситуаційні завдання відповідно до потреб аудиторії, розміру груп, наявного часу та інших факторів, проте вони повинні дотримуватися порядку викладення тем та не відволікатися від ключових питань.**

Теми повинні бути розподілені між тренерами заздалегідь, враховуючи їх компетентність та досвід роботи і даючи їм достатньо часу, щоб ознайомитися з посібником та презентаціями (слайдами).

Папка учасника повинна містити такі матеріали:

- ✓ Програма тренінгу.
- ✓ Роздруковані копії слайдів.
- ✓ Список учасників.
- ✓ Блокнот.
- ✓ Роздаткові матеріали(РМ).

Презентації для кожної теми (Додаток 1) повинні роздаватися учасникам в електронному вигляді на дисках або флеш-накопичувачах.

Роздаткові матеріали (Додаток 2) позначаються цифрою, яка означає порядковий номер роздаткового матеріалу. Наприклад, РМ 3 –, роздатковий матеріал №3.

5. Подбати про приміщення та інші питання логістики

Ви повинні потурбуватися, щоб приміщення для тренінгу було достатньо просторим, аби розмістити всіх учасників і мати додатковий простір для проведення вправ та роботи в групах з 5-6 учасників. Якщо можливо забезпечити кожну групу окремою кімнатою для

групових завдань, то вони повинні бути розташовані близько до головної кімнати, щоб зекономити час на переміщення учасників для пленарних та групових занять.

Інші питання логістики, які потрібно продумати:

- ✓ Обід та перерви на каву.
- ✓ Добові для учасників.
- ✓ Резервація готелю.
- ✓ Транспортування.

6. Провести збори тренерів для підготовки тренінгу

Команда тренерів повинна зібратися не пізніше, ніж за два дні до тренінгу, щоб підготуватися та обговорити порядок проведення кожної теми програми тренінгу. Нижче пропонується список питань, які необхідно обговорити на зборах тренерів:

Приміщення для тренінгу:

- ✓ Розташування столів.
- ✓ Стіл для тренерів.
- ✓ Освітлення
- ✓ Визуалайзер
- ✓ Телевізор
- ✓ Подовжувачі.
- ✓ Фліпчарти (2).
- ✓ Маркери, скотч.
- ✓ Місце для проведення вправ та роботи в групах.

Папки учасників, форма для реєстрації відвідування на кожний день, бейджики.
Процес реєстрації учасників.
Перерви на каву, обіди.
Добові учасників.
Розміщення учасників за столами (наприклад: по регіонах).
Розподіл ролей між тренерами (як описано вище).
Вправи-розминання на підняття тонусу.

Тренери повинні також зустрічатися в кінці кожного дня тренінгу, щоб обговорити результати тренінгового дня, ознайомитися із заповненими учасниками формами оцінки роботи за день та, якщо потрібно, внести зміни в програму наступного дня, щоб задовольнити потреби учасників.

Для того, щоб виділити важливу інформацію, у посібнику використовуються такі знаки:

– Презентація (слайди).

– Робота в групах/вправа.

– Важливе повідомлення.

– Перерва на каву.

– Обід.

Список тренінгових матеріалів

Для кожного дня тренінгу:

- Ноутбук (2).
- Телевізор
- Візуалайзер
- Подовжувачі.
- Фліпчарти (2).
- Маркери.
- Скотч.
- Форми оцінки роботи за день (одна для кожного учасника).
- Форма для реєстрації відвідування.

День	Презентації	Роздаткові матеріали (РМ)	Інші матеріали
День 1	• «Перед тренінгове анкетування» • Сесія 1 Етіологія, патогенез і шляхи передачі туберкульозу (лекція) • Сесія 2 Епідемічне ситуація з туберкульозом у світі та Україні (лекція) • Сесія 3 Варіанти клінічного перебігу туберкульозу (лекція) • Сесія 4 Варіанти клінічного перебігу туберкульозу при супутніх захворюваннях (лекція) • Сесія 5 Варіанти клінічного перебігу туберкульозу (практичне заняття, демонстрація клінічних випадків) • Сесія 6 Виявлення туберкульозу органів дихання (лекція) • «Підведення підсумків першого дня»	• РМ 1 : «Програма тренінгу» • РМ 2: «Анкета для тестування початкового рівня знань» • РМ 3: «Клінічні випадки-завдання для роботи в групах»	• Папка учасника. • Бейджики. • Кольорові стікери для оцінки роботи першого дня • Заповнені форми оцінки роботи за День 1

День	Презентації	Роздаткові матеріали (РМ)	Інші матеріали
День 2	• Повторення матеріалу 1 дня та програма на другий день. • Сесія 7 «Виявлення туберкульозу органів дихання» (лекція) • Сесія 8 «Організаційні заходи щодо виявлення туберкульозу в закладах ПМСД» (лекція) • Сесія 9 «Демонстрація клінічних випадків, заповнення форми ТБ 05» (практичне заняття) • Сесія 10 «Пункт збирання мокротиння в закладах ПМСД» (лекція) • Сесія 11 «Пункти мікроскопії і якість проведення бактеріоскопічних досліджень» (лекція) • Сесія 12 «Діагностика туберкульозу» (лекція) • Сесія 13 «Диференційна діагностика туберкульозу легень» (лекція) • Сесія 14 «Демонстрація клінічних випадків» (практичне заняття) • Сесія 15 «Діагностика позалегеневого туберкульозу» (лекція) • Сесія 16 «Демонстрація клінічних випадків» (практичне заняття) Підведення підсумків другого дня	• РМ 4: «Скринінгова анкета для виявлення людей, що потребують обстеження на ТБ» • РМ 5: «Форма ТБ 05» • РМ 6: «Клінічні випадки-завдання для роботи в групах» • РМ 7: «Клінічні випадки-позалегеневого туберкульозу»	• Кольорові стікери для оцінки роботи першого дня • Заповнені форми оцінки роботи за День 2

День	Презентації	Роздаткові матеріали (РМ)	Інші матеріали
День 3	• Повторення матеріалу 2 дня та програма на третій день. • Сесія 17 «Визначення випадку туберкульозу» (лекція) • Сесія 18 «Загальні принципи лікування туберкульозу» (лекція) • Сесія 19 «Побічні реакції від ПТП» (лекція) • Сесія 20 «Ведення побічних реакцій в закладах ПСМД» (практичне заняття) • Сесія 21 «Організація лікування в закладах ПМСД» (лекція) • Сесія 22 «Заповнення форми ТБ01» (практичне заняття) • Сесія 23 «Ведення пацієнтів, які перервали лікування» (мозковий штурм) • Сесія 24 «Особливості лікування дітей, вагітних, ВІЛ-інфікованих та хворих із супутніми захворюваннями» (лекція) • Сесія 25 «Методи формування прихильності до лікування» (лекція) • Сесія 26 «Первинне консультування тестування на ВІЛ за ініціативи медичного працівника» (лекція) Підведення підсумків третього дня	• РМ 8: «Клінічні випадки для формулювання клінічного діагнозу» • РМ 9: «Клінічні випадки виникнення побічних реакцій на ПТП для роботи в групах» • РМ 10: «Медична карта лікування хворого (Форма ТБ 01). Приклади хибного заповнення» для роботи в групах» • РМ 11: «Клінічні випадки пацієнтів, які перервали лікування»	• Заповнені форми оцінки роботи за День 3-й.

День	Презентації	Роздаткові матеріали (РМ)	Інші матеріали
День 4	• Повторення матеріалу третього дня та програма на четвертий день. • Сесія 27 «Організація ведення випадку ко-інфекції» (лекція) • Сесія 28 «Поєднання туберкульозу і ВІЛ-інфекції (діагностичний алгоритм)» (лекція) • Сесія 29 «Клінічна демонстрація випадку ТБ/ВІЛ» (практичне заняття) • Сесія 30 «Організація моделі амбулаторного лікування хворих на туберкульоз» (практичне заняття) • Сесія 31 «Загальні підходи до первинної профілактики туберкульозу» (лекція) • Сесія 32 «Програма інфекційного контролю в лікувальних закладах» (лекція) • «Візит до протитуберкульозного закладу, демонстрація заходів інфекційного контролю ТБ» • Сесія 33 «Загальні підходи до навчання населення, хворих та медичних працівників з питань туберкульозу» (семінар) • Підведення підсумків четвертого дня	• РМ 12: «Клінічні випадки лікування ТБ у ВІЛ-інфікованих осіб для роботи в групах» • РМ 13: «Організації моделі амбулаторного лікування хворих на туберкульоз на прикладах клінічних випадків для роботи в групах»	• Респіратори з хепа-фільтрами • Конверти для зберігання респіраторів • Одноразові халати • Одноразові шапочки • Бахіли • Заповнені форми оцінки роботи за День 4-й.

День	Презентації	Роздаткові матеріали (РМ)	Інші матеріали
День 5	• Повторення матеріалу четвертого дня та програма на п'ятий день • Сесія 34 «Поняття щодо адвокації, комунікації та соціальної мобілізації» (семінар) • Сесія 35 «Сучасна стратегія «Зупинити туберкульоз» (лекція) • Сесія 36 «Нормативні документи, які регламентують протитуберкульозну роботу для закладів ПМСД» (лекція) • Сесія 37 «Розбір клінічних випадків хибного ведення хворих на туберкульоз» (практичне заняття) • Сесія 38 «Післятренінгове тестування» • Заповнення анкет. Вручення сертифікатів.	• РМ 14: «Клінічні випадки хибного ведення хворих на туберкульоз для роботи в групах» • РМ 15: «Форма оцінки роботи тренінгу» • РМ 16: «Форма для післятренінгового тестування»	• Заповнені форми оцінки роботи за День 5-й. • Сертифікати.

Програма тренінгу

ДЕНЬ 1-й

Час	*Теми тренінгу (сесії)*
09:00 – 9:45	*Реєстрація учасників тренінгу*
9:45 – 10:30	Відкриття тренінгу, знайомство з учасниками, представлення тренерів. Визначення мети, завдань, та правил участі у тренінгу.
10:30 – 11:00	Передтренінгове анкетування. Передтренінгове тестування
11:00 – 11:30	***Перерва на каву***
11.30-12.15	**Сесія 1** Етіологія, патогенез і шляхи передачі туберкульозу *(лекція)*
12:15 – 13:00	**Сесія 2** Епідемічне ситуація з туберкульозом у світі та Україні *(лекція)*
13:00 – 14:00	**Обід**
14:00 – 14:45	**Сесія 3** Варіанти клінічного перебігу туберкульозу *(лекція)*
14:45 – 15:30	**Сесія 4** Варіанти клінічного перебігу туберкульозу при супутніх захворюваннях *(лекція)*
15.30-16.00	**Сесія 5** Варіанти клінічного перебігу туберкульозу *(практичне заняття, демонстрація клінічних випадків)*
16:00 – 16:30	***Перерва на каву***
16:30 – 17:45	**Сесія 6** Виявлення туберкульозу органів дихання *(лекція)*
17:15 – 18:00	***Підведення підсумків першого дня***

ДЕНЬ 2-й

9:00 – 9:10	Повторення матеріалу 1-го дня та програма на другий день.
9:10 – 9:45	**Сесія 7** Виявлення туберкульозу органів дихання *(леекція)*
9:45 – 10:15	**Сесія 8** Організаційні заходи щодо виявлення туберкульозу в закладах ПМСД *(лекція)*
10:15 – 11:00	**Сесія 9** Демонстрація клінічних випадків, заповнення ф. ТБ05 *(практичне заняття)*
11:00 – 11:30	***Перерва на каву***
11:30–12:15	**Сесія 10** Пункт збирання мокротиння в закладах ПСМД *(лекція)*
12:15 – 13.00	**Сесія 11** Пункти мікроскопії і якість проведення бактеріоскопічних досліджень *(лекція)*
13:00 – 14:00	***Обід***
14:00 – 14:45	**Сесія 12** Діагностика туберкульозу *(лекція)*
14:45 –15:30	**Сесія 13** Диференційна діагностика туберкульозу легень *(лекція)*
15:15 – 16:00	**Сесія 14** Демонстрація клінічних випадків *(практичне заняття)*
16:00 – 16:30	***Перерва на каву***
16:30 – 17:00	**Сесія 15** Діагностика позалегеневого туберкульозу *(лекція)*
17:00 – 17-45	**Сесія 16** Демонстрація клінічних випадків *(практичне заняття)*
17:45 –18:00	***Підведення підсумків другого дня***

ДЕНЬ 3-й

9:00 – 9:10	Повторення матеріалу 2-го дня та програма на третій день
9:10 – 10:20	**Сесія 17** Визначення випадку туберкульозу *(лекція)*
10:20 – 11:00	**Сесія 18** Загальні принципи лікування туберкульозу *(лекція)*
11:00 – 11:30	***Перерва на каву***
11:30 – 12:00	**Сесія 19** Побічні реакції від ПТП *(лекція)*
12:00 – 12:30	**Сесія 20** Ведення побічних реакцій в закладах ПСМД *(практичне заняття)*
12.30–13-00	**Сесія 21** Організація лікування в закладах ПСМД *(практичне заняття)*
13:00 – 14:00	***Обід***
14:00 – 14:45	**Сесія 22** Заповнення форми ТБ01 *(практичне заняття)*
14:45– 15:30	**Сесія 23** Ведення пацієнтів, які перервали лікування *(мозковий штурм)*
15:30 – 16:00	**Сесія 24** Особливості лікування дітей, вагітних, ВІЛ-інфікованих та хворих із супутніми захворюваннями *(лекція)*
16:00 – 16:30	***Перерва на каву***
16:30 – 17:45	**Сесія 25** Методи формування прихильності до лікування *(лекція)*
17:15 – 18:00	***Підведення підсумків третього дня***

ДЕНЬ 4-й

09:00 – 9:10	Повторення матеріалу 3-го дня та програма на четвертий день
09:15 – 10:00	**Сесія 26** Первинне консультування тестування на ВІЛ за ініціативи медичного працівника *(лекція)*
10:00 – 10:30	**Сесія 27** Організація ведення випадку ко-інфекції ТБ/ВІЛ *(лекція)*
10.30–11.00	**Сесія 28** Поєднання туберкульозу і ВІЛ-інфекції (діагностичний алгоритм) *(практичне заняття)*
11:00 – 11:30	***Перерва на каву***
11:30 – 12:00	***Сесія 29*** Клінічна демонстрація випадку ТБ/ВІЛ (практичне заняття)
12:00 – 13:00	**Сесія 30** Організація моделі амбулаторного лікування хворих на туберкульоз *(практичне заняття)*
13:00 – 14:00	***Обід***
14:00 – 14:30	**Сесія 31** Загальні підходи до первинної профілактики туберкульозу*(лекція)*
14:30 – 15:10	**Сесія 32** Програма інфекційного контролю в лікувальних закладах *(лекція)*
15:10– 16:00	Візит до протитуберкульозного закладу, демонстрація заходів ТБ інфекційного контролю
16:00 – 16:30	***Перерва на каву***
16:30 – 17:30	**Сесія 33** Загальні підходи до навчання населення, хворих та медичних працівників з питань туберкульозу *(семінар)*
17:30 – 18:00	***Підведення підсумків четвертого дня***

ДЕНЬ 5-й

09:00 – 9:10	Повторення матеріалу 4-го дня та програма на п’ятий день.
09:10 – 10:15	**Сесія 34** Поняття щодо адвокації, комунікації та соціальної мобілізації *(семінар)*
10:15 – 11:00	**Сесія 35** Сучасна стратегія «Зупинити туберкульоз» *(лекція)*
11:00 – 11:30	***Перерва на каву***
11:30 – 12:15	**Сесія 36** Нормативні документи, які регламентують протитуберкульозну роботу для закладів ПМСД *(лекція)*
12:15 – 13:00	**Сесія 37** Розбір клінічних випадків хибного ведення хворих на туберкульоз *(практичне заняття)*
13:00 – 14:00	***Обід***
14:00 –15:30	Післятренінгове тестування. *(семінар)* ***Заповнення анкет.*** **Вручення сертифікатів.**
15:30 – 16:00	***Підведення підсумків тренінгу. Кава.***

День перший

Програма

Теми тренінгу (сесії)	*Час*	*Тренер*
Реєстрація учасників тренінгу	09:00 – 9:45	
Відкриття тренінгу, знайомство з учасниками, представлення тренерів. Визначення мети, завдань, та правил участі у тренінгу.	9:45 – 10:30	
Передтренінгове анкетування. Передтренінгове тестування	10:30 – 11:00	
Перерва на каву	11:00 – 11:30	
Сесія 1 Етіологія, патогенез і шляхи передачі туберкульозу *(лекція)*	11.30-12.15	
Сесія 2 Епідемічне ситуація з туберкульозом у світі та Україні *(лекція)*	12:15 – 13:00	
Обід	13:00 – 14:00	
Сесія 3 Варіанти клінічного перебігу туберкульозу *(лекція)*	14:00 – 14:45	
Сесія 4 Варіанти клінічного перебігу туберкульозу при супутніх захворюваннях *(лекція)*	14:45 – 15:30	
Сесія 5 Варіанти клінічного перебігу туберкульозу *(практичне заняття, демонстрація клінічних випадків)*	15.30-16.00	
Перерва на каву	16:00 – 16:30	
Сесія 6 Виявлення туберкульозу органів дихання *(лекція)*	16:30 – 17:15	
Підведення підсумків першого дня	17:15 – 18:00	

Відкриття тренінгу, знайомство з учасниками, представлення тренерів. Визначення мети, завдань, та правил участі у тренінгу.

Завдання:	✓ Представити тренерів та учасників. ✓ Ознайомити учасників з метою та завданнями тренінгу.
Методи навчання:	✓ презентація; ✓ дискусія.
Матеріали:	✓ форма для реєстрації відвідування; ✓ знаки з назвами груп для столів; ✓ папки учасників; ✓ бейджики; ✓ РМ 1 : «Програма тренінгу» ✓ презентація «Завдання та програма тренінгу»; ✓ два фліпчарти з надписами: на одному – «Від тренінгу я очікую...», на другому – «На тренінгу я б хотів уникнути...»; ✓ маркери; ✓ скотч
Час:	45 хвилин

Підготовка:

- ✓ Визначте місце для реєстрації учасників.
- ✓ Підготуйте достатню кількість столів та крісел для учасників та можливих гостей.
- ✓ Вирішіть заздалегідь, за яким принципом ви будете формувати групи учасників для роботи (наприклад: за регіональним), і посадіть учасників кожної групи за один стіл. Ви також можете дати назву групам і поставити знаки з назвами груп на столи.
- ✓ Покладіть папки учасників на крісла (або роздайте їх під час реєстрації).
- ✓ Підготуйте стіл та крісла для тренерів у кінці кімнати (за столами учасників).
- ✓ Підключіть телевізор до ноутбука і виведіть на екран слайд із назвою тренінгу.

Послідовність проведення:

1. **Відкрийте тренінг і познайомтесь з учасниками.** **25 хвилин**

- ✓ Привітайте учасників тренінгу.
- ✓ Якщо присутні офіційні особи, представте їх учасникам та запросіть відкрити тренінг.
- ✓ Попросіть тренерів коротко представитись учасникам.
- ✓ Запросіть учасників представити один одного:
  - Поділіть учасників на пари.
  - Учасники в кожній парі повинні назвати один одному своє ім'я, посаду, організацію та хобі.
  - Кожен учасник має 1 хвилину, щоб представити аудиторії свого партнера.

2. **Представте слайди «Завдання та програма тренінгу».** **20 хвилин**

- ✓ Ознайомте учасників з метою та завданнями тренінгу.
- ✓ Перевірте очікування учасників від тренінгу. Роздайте їм стікери двох кольорів. На одному потрібно написати: «Від тренінгу я очікую...», на другому – «На тренінгу я б хотів уникнути...». Учасники повинні прикріпити їх до фліпчартів з відповідним надписом.
- ✓ Порівняйте очікування учасників із завданнями тренінгу і наголосіть, які очікування будуть виконані.
- ✓ Зверніть увагу учасників на роздатковий матеріал РМ 1 «Програма тренінгу» і представте програму тренінгу. Кожен день буде присвячений певній темі (як показано нижче).
- ✓ Поясніть, що програма кожного дня буде у разі потреби адаптуватися відповідно до матеріалу, розглянутого в попередній день, та коментарів учасників. Це дозволить якісно та повно розкрити та обговорити всі теми.
- ✓ Поясніть учасникам, що програма тренінгу дуже інтенсивна, має багато групових завдань. Щоденне відвідування та активна участь протягом п'яти днів – обов'язкова. Сертифікати про закінчення тренінгу будуть видаватися тим учасникам, які повністю завершили програму тренінгу. Учасники повинні спланувати свій час так, щоб не пропускати занять.

- ✓ Ознайомте учасників з тренінговими матеріалами в їх папках.

- ✓ Запропонуйте учасникам встановити правила роботи, які вони погоджуються виконувати для створення атмосфери довіри та поваги, а також для виконання завдань тренінгу. Запишіть ці правила на фліпчарті та розмістіть на видному місці. Основні правила:

  - перевести мобільні телефони в беззвучний режим або вимкнути;
  - приходити вчасно;
  - говорити по черзі;
  - тримати ноутбуки закритими;
  - поважати думку інших тощо.

- ✓ Представте менторів груп і поясніть, що їх роль полягає в тому, щоб слідкувати за роботою груп, за якими вони закріплені, та у разі потреби надавати їм роз’яснення, рекомендації та іншу допомогу.

- ✓ Поясніть, що кожного дня буде двоє чергових:

  - черговий №1 – слідкує за дотриманням регламенту і проводить вправи на підняття тонусу учасників групи, коли вони втомилися;
  - черговий №2 – у кінці дня підсумовує основні моменти дня (3-4 висновки з вивченого матеріалу, домовленості тощо).

- ✓ Попросіть визватися волонтерів або призначте чергових для першого дня.

- ✓ Обговоріть необхідні організаційні питання. Попросіть учасників переглянути реєстраційний список і у разі потреби виправити прізвище (ім'я) чи контактну інформацію.

Передтренінгове анкетування та тестування

Завдання:	✓ Заповнити всі необхідні анкети учасниками ✓ Провести предтренінгове тестування
Методи навчання:	✓ дискусія.
Матеріали:	✓ роздатковий матеріал 2 «Анкета для тестування початкового рівня знань»; ✓ два фліпчарти з надписами: на одному – «Від тренінгу я очікую...», на другому – «На тренінгу я б хотів уникнути...»; ✓ маркери; ✓ скотч.
Час:	30 хвилин

Послідовність проведення

1. **Заповніть анкети учасників** **10 хвилин**

✓ Запропонуйте знайти в раздаткових матеріалах учасників анкету (РМ 2: «Анкета для тестування початкового рівня знань»)

✓ Детально поясніть як заповняти усі пункти анкети.

2. **Проведіть предтренінгове тестування** **20 хвилин**

✓ Ознайомте учасників з правилами проведення тестування

✓ Нагадайте про регламент та час закінчення тестування

ПЕРЕРВА НА КАВУ **11:00– 11:30**

Сесія 1. Етіологія, патогенез і шляхи передачі туберкульозу

Мета:	✓ Поглибити знання учасників про основи етіології та патогенезу
Завдання:	✓ видами МБТ; ✓ історією відкриття; ✓ властивості популяції мікобактерій ТБ; ✓ основи патогенезу; ✓ шляхи передачі інфекції; ✓ фактори впливу на можливість розвитку ТБ.
Методи навчання:	✓ лекція
Матеріали:	✓ презентація; ✓маркери; ✓фліпчарт.
Час:	45 хвилин

Послідовність проведення:

1. **Ознайомте учасників з метою та завданням теми.** **5 хвилин**

2. **Представте тему з використанням презентації «Етіологія, патогенез і шляхи передачі туберкульозу».** **35 хвилин**

<u>У ході презентації обговоріть з учасниками такі ключові питання:</u>

- ✓ Ознайомте учасників з історією відкриття збудника туберкульозу.
- ✓ У 2017 році визначали 135 років з дати відкриття збудника туберкульозу. Роберт Кох (Robert Koch) (1843–1910), відкрив *Mycobacterium tuberculosis* у 1882. За це відкриття він був удостоєний Нобелевської премії у 1905. У 1884 р. бактеріологи Ф.Циль і Ф. Нільсен винайшли спосіб фарбування кислотостійких бактерій, яким користуються до теперішнього часу. Цей

метод і донині залишається основним методом швидкого виявлення туберкульозу.

- ✓ Слово ***"мікобактерія"*** походить від грецьких слів myces – гриб і bacterium - паличка.
- ✓ МБТ має стійкість у навколишньому середовищі, стійкість до кислот, лугів, спиртів.

✓ МБТ мають високогідрофобні стінки клітини і кілька детермінант резистентності (бета-лактамази), які роблять їх природно стійкими до багатьох антибіотиків, включаючи пеніцилін.

✓ МБТ має ряд властивостей:

- Патогенність: здатність проникати в організм хазяїна, розмножуватися в ньому і спричиняти патологічні зміни, долаючи природні захисні сили організму.
- Вірулентність: визначає ступінь патогенності.
- Мінливість: властивість набувати нові та (або) втрачати старі ознаки. У мікобактерій вона надто висока, за рахунок частих мутацій і рекомбінацій генетичним обміном. Це важливо тому, що з одного штаму може виникнути кілька різних генотипів, стійких до певного антибактеріального препарату.

- ✓ Виділіть основні шляхи зараження: аерогенний, аліментарний, контактний, трансплацентарний.

- Аерозолізація M. tuberculosis – повітряні крапельки діаметром 1-3 мкм (аерозоль утворюється під час кашлю, чихання, при форсованому диханні). Вдихання крапельок аерозолю частіше відбувається у закритих приміщеннях, де знаходиться хвора людина та є висока концентрація інфекційних повітряних крапель

- Вірулентність МБТ в крапельках аерозолю зберігається приблизно 6 годин

Частота (як часто людина контактує з заразним хворим), доза (яку кількість збудника він отримує при контакті) та тривалість (як кількість часу триває цей контакт), це основні компоненти високої вірогідності захворювання на ТБ!

- Ризик інфікування залежить в основному від того, наскільки тривалою та сильною є дія МБТ.
- Найвищим цей ризик є у тих людей, які довго та близько контактують удома з особою, котра має заразну форму ТБ.

✓ Розберіть схему впливі ВІЛ-інфекції на розвиток туберкульозної інфекції та наголосить, що ВІЛ-інфіковані мають набагато більше шансів захворіти на ТБ тому що зменшення кількості CD4-лімфоцитів призводить до неповноцінної протитуберкульозної відповіді клітинного імунітету. Відсутність координаційної взаємодії імунних клітин, внаслідок ураження CD4-лімфоцитів ВІЛ, призводить до зменшення міграції макрофагальних клітин в зону специфічного запалення та унеможливлює стимулювання їх для ефективної протитуберкульозної відповіді.

✓ Виділіть основні компоненти специфічної туберкульозної гранульоми:
  - ✓ в центрі казеозний некроз;
  - ✓ потім гранулематозний шар із плазматичних, епітеліоідних, лімфоцитарних клітин та гігантських багатоядерних клітин Пірогова-Лангханса.
  - ✓ зовні шар сполучної тканини.
  - ✓ Такі зміну у мікропрепараті дозволяють виставити Гіст+.

✓ Туберкульоз — це інфекційне захворювання, збудником якого є мікобактерія туберкульозу, котре передається переважно повітряно-крапельним шляхом від хворої людини до здорової. Туберкульоз, у більшості випадків, уражає легені, але захворювання може ушкодити будь-який орган, наприклад: нирки, хребет, мозок, лімфатичні вузли, кишечник, шкірні покриви, статеві органи тощо. **Наголосіть на можливість ураження будь-якого органу та системи.**

- ✓ Туберкульоз тривалий час розвивається в організмі людини без будь-яких зовнішніх ознак. У цей період мікобактерія туберкульозу, яка потрапила в легені, починає розмножуватись в легенях або інших органах, а імунна система намагається зупинити, або сповільнити цю агресію. Коли ступінь ураження органу набуває значних розмірів, людина починає відчувати нездужання.

3. Зробіть висновки: 5 хвилин

- ✓ Збудник туберкульозу – це мікобактерія;
- ✓ МБТ добре захищені від різних впливів;
- ✓ Морфологічний субстрат туберкульозу – гранульома;
- ✓ Організм людини добре захищений від інвазії мікобактерії, отже при нормальному функціонуванні усіх систем захисту захворювання маловірогідне;
- ✓ Ризик розвитку туберкульозу залежить від співвідношення між властивостями МБТ та реактивністю макроорганізму

- ✓ Дайте відповіді на питання учасників.

Сесія 2 Епідемічне ситуація з туберкульозом у світі та Україні

Мета:	✓ Вдосконалити знання щодо актуальності проблеми протидії ТБ і МРТБ та епідситуації у світі та Україні. ✓ Оновити знання з основних епідеміологічних показників.
Завдання:	✓ Вміти аналізувати та правильно інтерпретувати основні епідеміологічні показники. ✓ Провести огляд нових цілей тисячоріччя та світових стратегій подолання епідемії ТБ.
Методи навчання:	✓ мозковий штурм; ✓ презентація; ✓ дискусія; ✓ вправи.
Матеріали:	✓ презентація «Епідеміологічна ситуація з ТБ у світі та Україні»; ✓ маркери; ✓ фліпчарт; ✓ скотч.
Час:	45 хвилин

Послідовність проведення:

1. **Ознайомте учасників з метою та завданням теми.** **5 хвилин**

2. **Проведіть мозковий штурм.** **5 хвилин**
Запитайте учасників, які основні показники використовуються для оцінки епідситуації з ТБ. Запишіть відповіді на фліпчарті. Запитайте, які регіони мають найбільше бремя по ТБ у світі.

3. **Представте презентацію «Епідеміологічна ситуація з ТБ у світі та Україні».** **30 хвилин**

✓ Якщо необхідно, виправте відповіді учасників, назвіть та поясніть показники оцінки епідемічної ситуації:

– Захворюваність – число вперше зареєстрованих у цьому році хворих на ТБ на 100 тис. населення даного регіону (загальна, МОЗ, діти, підлітки).

– Поширеність – число хворих на активні форми ТБ на 100 тис. населення.

– Смертність – кількість померлих від ТБ на 100 тис. населення.

Зверніть увагу учасників на такі важливі питання:

- ✓ У 1993 р. Всесвітня організація охорони здоров’я (ВООЗ) оголосила туберкульоз глобальною проблемою людства. ***Таку заяву ВООЗ щодо туберкульозу зробила вперше у своїй історії!*** Запропонуйте учасникам виділити основні причини цієї заяви.
- ✓ Звіт Всесвітньої організації охорони здоров’я (ВООЗ) з глобального контролю туберкульозу щорічно збирає дані з 200 країн світу, відстежуючи розмір та тенденції епідемії ТБ. Він містить всесторонню оцінку епідемії ТБ та прогресу у профілактиці та лікуванні ТБ на глобальному, регіональному та національному рівні.
- ✓ У 2015 року Організація Об'єднаних Націй прийняла Цілі в галузі стійкого розвитку (ЦСР) до 2030 року. Одне із завдань цих цілей - ліквідувати глобальну епідемію ТБ. Стратегія ВООЗ з ліквідації туберкульозу 2016-2035, схвалена Всесвітньою асамблеєю охорони здоров'я в 2014 р, закликає скоротити 2030 року кількість випадків смерті від ТБ на 90% і показник захворюваності ТБ на 80% в порівнянні з 2015 роком. Справжній глобальну доповідь по ТБ є першою доповіддю, який виходить в епоху ЦСР і Стратегії ВООЗ з ліквідації туберкульозу 2016-2035. Він містить оцінку епідемії ТБ і прогресу в діагностиці ТБ, його лікуванні та профілактиці, а також огляд фінансування і наукових досліджень в зв'язку з ТБ. У ньому також розглядається більш масштабна порядок денний в області загального охоплення медичним обслуговуванням, соціального захисту та інших ЦСР, які впливають на здоров'я. При підготовці доповіді використовувалися дані по 202 країнам і територіям, на яких припадають понад 99% світового населення і випадків захворювання на ТБ.
- ✓ Показники захворюваності та смертності від ТБ у світі, Європі та Україні. Епідемія ТБ має більш широкий розмах, ніж передбачалося раніше, що випливає з нових даних поточного епіднагляду та окремих досліджень в Індії. Однак кількість випадків смерті від ТБ і показник захворюваності продовжують знижуватися у всьому світі і в Індії. Згідно з оцінками, в2015 р

туберкульоз захворіло 10,4 млн. Чоловік, в т.ч. 5,9 млн. (56%) чоловіків, 3,5 млн. (34%) жінок і 1,0 млн. (10%) дітей. Особи, які живуть з ВІЛ-інфекцією, склали 1,2 млн. (11%) в загальній кількості нових хворих на ТБ. 60% нових випадків захворювання припадають на шість країн: Індію, Індонезію, Китай, Нігерію, Пакистан і Південну Африку. Глобальний прогрес залежить від великих зрушень в профілактиці і лікуванні ТБ в цих країнах. З 2014 по 2015 р темпи зниження захворюваності ТБ склали в усьому світі лише 1,5%. Щоб досягти перших проміжних результатів Стратегії ВООЗ з ліквідації туберкульозу 2016-2035р.р. темпи скорочення повинні зрости до 2020 р до 4-5% на рік. У 2015 р від ТБ померли, за оцінками, 1,4 млн. чоловік, а також 0,4 млн. людей, які жили з ВІЛ-інфекцією. Хоча з 2000 по 2015 року чисельність померлих від ТБ скоротилася на 22%, в 2015 р ТБ залишався однією з 10 провідних причин смерті в усьому світі.

✓ Запитайте учасників:

– Яке місце серед країн світу займає Україна за показником захворюваності на ТБ?

– Наскільки загрозливий стан в Україні щодо епідеміологічної ситуації з ТБ?

– Про що свідчать такі дані?

A. Захворюваність ↑, смертність↓.

B. Захворюваність ↑, смертність ↑.

C. Захворюваність ↓, смертність ↑.

Інформація для тренера

A. Захворюваність зростає, а смертність зменшується – потрібно з’ясувати, як реєструється смертність.

B. Захворюваність зростає, смертність зростає – потрібно з’ясувати, як проводиться лікування, який чинник впливає на ці показники на цій території (наприклад: ВІЛ/ТБ).

C. Захворюваність зменшується, а смертність зростає – потрібно з’ясувати, як реєструється захворюваність і проводиться лікування.

- ✓ Попросіть учасників розрахувати показник захворюваності на ТБ:
  - виявлено хворих на ТБ – 2,105 тис. осіб;
  - населення області – 3,251 тис. осіб;
  - померло хворих на ТБ – 518 осіб.

- ✓ Розгляньте ситуацію з МРТБ у світі та Україні. У спеціальному додатку до звіту ВООЗ за 2015 р. «ТБ з лікарською стійкістю: епіднагляд та вжиті заходи» особливо відзначається прогрес, досягнутий за останні два десятиліття, та

першочергові заходи – від профілактики до лікування. У 2015 р туберкульоз із множинною лікарською стійкістю (ТБ-МЛС) захворіли, за оцінками, 480 000 людей ще 100 000 захворіли ТБ зі стійкістю до рифампицину (РІФ-ТБ), які також повинні отримувати лікування від ТБ-МЛУ. На Індію, Китай і Російську Федерацію довелося 45% від сукупного загального числа в 580 000 випадків захворювання. Проте високі показники поширеності та невисока ефективність лікування МРТБ в ряді регіонів світу викликає серйозне занепокоєння.

- ✓ Основні проблеми контролю за ТБ у Європі:
  - пізня діагностика;
  - перебої з протитуберкульозними препаратами (ПТП), неефективне амбулаторне лікування, відсутність паліативного лікування та терапії співчуття;
  - тотальна госпіталізація, застаріла інфраструктура;
  - неналежний соціальний супровід та виражена стигматизація суспільства;
  - застарілі підходи та управління (кошти спрямовані на заклади), недостатня міжсекторальна взаємодія (наприклад: ТБ-ВІЛ, ТБ-ПСМД, ТБ-соціальні служби).

- ✓ Ознайомте учасників з основними елементами нової стратегії «Покласти кінець ТБ» розрахованої на 2016-2035 рр.:
  - Інтегрована, орієнтована на пацієнта протитуберкульозна допомога та профілактика.
  - Сильна політика та системи підтримки.

– Інтенсифікація досліджень та інновацій.

4. Зробіть висновки: **5 хвилин**

- ✓ Туберкульоз є однією з найактуальніших соціально-політичних (у першу чергу) та медичних (тільки у другу чергу) проблем сучасного суспільства у світовому вимірі.
- ✓ Індикатор соціального добробуту країни – сприятливий підхід до проблеми з боку влади стосовно ситуації з захворюваністю на туберкульоз

- ✓ Дайте відповіді на питання учасників.

ОБІД 13:00–14:00

Сесія 3 Варіанти клінічного перебігу туберкульозу

Мета:	✓ Вдосконалити знання учасників різних варіантів перебігу тутеркульозу
Завдання:	✓ Розглянути і обговорити клінічну класифікацію туберкульозу ✓ Обговорити особливості первинного та вторинного туберкульозу ✓ Відпрацювати навички читання рентгенологічних знімків різних клінічних форм ✓ З'ясувати особливості перебігу туберкульозу у ВІЛ-інфікованих
Методи навчання:	✓ мозковий штурм; ✓ презентація; ✓ дискусія; ✓ рішення ситуаційних завдань презентації.
Матеріали:	✓ маркери; ✓ фліпчарт;
Час:	45 хвилин

Послідовність проведення:

1. **Ознайомте учасників з метою та завданням теми.** **5 хвилин**

2. **Попросіть учасників дати відповіді на такі питання:** **5 хвилин**

   ✓ На які два види поділяється туберкульоз за патогенезом?
   ✓ Які клінічні форми туберкульозу вони знають?

   Запишіть відповіді учасників на фліпчарті.

3. **Проведіть презентацію** **35 хвилин**

   <u>Зупиніться на таких основних моментах:</u>

✓ Залежно від патогенезу захворювання, стану імунітету, існують різні варіанти клінічного перебігу туберкульозу:
- Первинний туберкульоз (діти)
  ✓ Первинний туберкульозний комплекс

- Генералізовані форми захворювання (у дітей, не вакцинованих БЦЖ)
- Первинний туберкульоз (ВІЛ-інфіковані)

Особливості:

1. Генералізовані форми захворювання
2. Позалегеневий туберкульоз
3. Гостропрогресуючий перебіг

Вторинний туберкульоз (за умови відсутності ВІЛ-інфекції)

Особливості:

- ✓ Різні форми захворювання за поширеністю та обсягом ураження.
- ✓ Як правило, легеневий туберкульоз
- ✓ Поступовий повільний розвиток захворювання (тижні, місці)

1. Плеврит	Емпієма
2. ТБ періферичних л/в	Статевих органів у чоловіків
3. ЦНС	Статевих органів у жінок
4. Перикардит	Нирок
5. ТБ кишківника і черевних л/в	Наднирників
6. Хребта, костей і суглобів	Шкіри, очей

Вторинний туберкульоз: форми, особливості клінічного перебігу

- Найчастіше локалізація захворювання - в легенях, значно рідше - позалегеневі форми туберкульозу;
- Початок та розвиток захворювання – частіше починається зі слабо виражених проявів інтоксикаційного синдрому (слабкість, втомлюваність, нічна пітливість, схуднення), як правило пізніше приєднується субфебрилітет. При прогресуванні захворювання (виникненні вираженої ексудативної реакції в легеневій тканині та поширенні специфічного запалення на ендотелій бронхів), приєднується бронхо-легеневий синдром з появою тривалого продуктивного кашлю, задишки, можливо - кровохаркання.
- Клінічний перебіг – від бессимптомного до виражених проявів інтоксикаційного та/або бронхо-легеневого синдромів
- Основні форми <u>туберкульозу легень</u>: вогнищевий,
  інфільтративний
  дисемінований
  казеозна пневмонія
  фіброзно-кавернозний

Особливості клінічного перебігу вогнищевого туберкульозу легень (вторинний)

- Початок захворювання – частіше безсимптомний, може проявлятись у вигляді незначних явищ інтоксикації та невеликого кашлю без виділення харкотиння
- Загальний аналіз крові – у більшості випадків без відхилень

Особливості перебігу вогнищевої форми ТБ

- Як правило протікає безсимптомно до моменту поширення туберкульозного процесу на дрібні бронхи та прилеглу легеневу тканину
- Часто знахідка при профілактичному рентгенологічному/флюорографічному обстеженні
- Іноді виявляють на стадії самовиліковування, коли процес не поширювався, і вогнища ущільнились і зарубцювались

Особливості клінічного перебігу інфільтративного туберкульозу легень (вторинний)

- Початок захворювання поступовий – симптоми повільно збільшуються.
- Проявляється спочатку у вигляді незначних явищ інтоксикації (різного ступеня вираженості) та явищами бронхо-легеневого синдрому (кашель з мокротинням слизового характеру)
- При поширенні процесу (збільшенні інфільтрату і вогнища відсіву) - фебрильна температура, сильний кашель (можливе кровохаркання)
- Загальний аналіз крові може бути без відхилень (на початку захворювання), у частини пацієнтів – підвищення ШОЕ, лейкоцитоз, зсув лейкоцитарної формули вліво

Особливості клінічного перебігу казеозної пневмонії (вторинний)

- Є результатом прогресування інфільтративного туберкульозу легень
- Початок захворювання – як правило гострий, у більшості випадків проявляється у вигляді виражених явищ інтоксикації (фебрильна/субфебрильна температура, схуднення, слабкість, пітливість) та явищами бронхо-легеневого синдрому (кашель з харкотинням слизового кольору, можливе кровохаркання), котрі зберігаються тривалий час та не зменшуються
- Загальний аналіз крові — підвищення ШОЕ, лейкоцитоз, зсув лейкоцитарної формули вліво

Особливості клінічного перебігу дисемінованого туберкульозу легень (вторинний)

- Початок захворювання може бути підгострий або гострий, у більшості випадків проявляється у вигляді явищ інтоксикації, що з плином часу (без протитуберкульозного лікування) зростають (фебрильна/субфебрильна температура, схуднення, слабкість, пітливість), та явищами бронхо-легеневого синдрому (кашель з харкотинням слизового кольору, можливе кровохаркання), прояви котрого також збільшуються без специфічного лікування
- Загальний аналіз крові — підвищення ШОЕ, лейкоцитоз, зсув лейкоцитарної формули вліво

Особливості клінічного перебігу фіброзно-кавернозного туберкульозу легень (вторинний)

- Притаманний, як правило, хворим, що мали в анамнезі попередні неефективні курси лікування; рідко діагностується вперше діагностований фіброзно-кавернозний туберкульоз

- Початок захворювання може бути підгостртий або гострий, у більшості випадків проявляється у вигляді бронхо-легеневого синдрому (задишка при фізичному навантаженні, непродуктивний кашель, часто кровохаркання, спонтанний пневмоторакс) та інтоксикації різного ступеня вираженості, що з часом, без протитуберкульозного лікування, зростають
- Загальний аналіз крові — підвищення ШОЕ, лейкоцитоз, зсув лейкоцитарної формули вліво

Особливості клінічного перебігу туберкульозу у дітей

- Початок захворювання частіше поступовий, з наростанням симптомів інтоксикації (слабкість, відсутність збільшення маси тіла/втрата маси тіла, втрата апетиту);
- Може проявлятися гостро (маніфестує у вигляді вираженого інтоксикаційного синдрому, лихоманки, слабкості, втрати маси тіла та бронхо-легеневого синдрому (задишка, малопродуктивний кашель))
- У дітей, вакцинованих при народжені вакциною БЦЖ, розвиваються локалізовані форми туберкульозу: частіше - туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів (75,0-80,0 %), первинний туберкульозний комплекс, плеврит.
- Загальний аналіз крові — підвищення ШОЕ, лейкоцитоз, зсув лейкоцитарної формули вліво
- У дітей, не вакцинованих при народженні вакциною БЦЖ, спостерігається гостро прогресуючий перебіг ТБ (дисеміновані форми захворювання, туберкульозний менінгіт)

Варіанти первинного туберкульозного комплексу

- Клінічні прояви можуть бути різноманітними та залежать від:

1. вираженості морфологічних змін на момент обстеження (розмірів казеозного ураження - від вираженості зони перифокального запалення, а також від ступеня залучення в специфічний процес внутрішньогрудних лімфатичних вузлів).
2. віку дитини (поширені процеси - частіше у віці 0-7 років).

Варіанти туберкульозу внутрішньогрудних лімфатичних вузлів

- Початок неускладненого перебігу захворювання – як правило поступовий, проявляється спочатку втомлюваністю, поганим апетитом, дратівливістю, субфебрилітетом. Кашель визначають у невеликої кількості хворих.
- Для цієї форми притаманне збільшення периферичних лімфатичних вузлів.
- Перебіг захворювання хвилеподібний, у разі прогресування може ускладнюватись утворенням нориць, виникненням генералізації процесу (бронхогенний, лімфогенний або гематогенний шлях поширення інфекції)

Вплив ВІЛ-інфекції на клінічні прояви ТБ

- Клінічна картина, результати бактеріологічного дослідження мокротиння і дані рентгеноскопії легень відрізняються на початковій (CD4 >350/мкл) і на пізній (CD4<200/мкл) стадіях ВІЛ-інфекції
- Клінічні прояви ТБ на початковій стадії ВІЛ-інфекції схожі з проявами вторинного ТБ у неінфікованих ВІЛ пацієнтів

✓ **Характеристика туберкульозу при ВІЛ-інфекції**

- По мірі прогресування імунодефіциту туберкульоз набуває риси первинного, зі схильністю до ураження
- - лімфоїдної тканини
- - серозних оболонок
- Часто цей процес характеризується розвитком лімфогематогенної дисемінації

✓ **Клінічний перебіг первинного туберкульозу у ВІЛ-інфікованих**

- Найчастіше мають місце позалегеневі та/або генералізовані форми захворювання (ураження декількох органів)
- Початок та розвиток захворювання –починається гостро, з виражених проявів інтоксикаційного синдрому (фебрильна температура, слабкість, втомлюваність, нічна пітливість, схуднення), до котрого приєднуються прояви бронхо-легеневого синдрому (задишка, кашель з харкотинням або без). Без протитуберкульозного лікування має гостропрогресуючий перебіг з подальшим ураженням інших органів та систем.
- Клінічний перебіг – як правило, у першу чергу проявляються виражені ознаки інтоксикаційного синдрому
- Основні форми: міліарний, дисемінований, перикардит, казеозна пневмонія, менінгіт, плеврит, туберкульоз внутрішньогрудних і периферичних лімфатичних вузлів

✓ **Особливості клінічного перебігу туберкульозу у ВІЛ-інфікованих**

- Початок захворювання гострий, маніфестує у вигляді вираженого інтоксикаційного синдрому, лихоманки неясного генезу (спочатку – без рентгенологічних ознак ураження легень та ознак ураження інших органів), втрати маси тіла до 10 кг;
- Має гостро прогресуючий перебіг, на фоні якого у легенях з’являється дрібновогнищева дисемінація, однакова за щільністю, часто – без ознак деструкції. На цьому етапі можуть приєднатися явища бронхо-легеневого синдрому (задишка, непродуктивний кашель). При застосуванні АБ широкого спектру, які мають антимікобактеріальну дію, може бути отримана виражена позитивна динаміка (до повного розсмоктування вогнищ дисемінації), що може призвести до діагностичної помилки та у подальшому - прогресування туберкульозу.
- Загальний аналіз крові — підвищення ШОЕ, лейкопенія (може бути лейкоцитоз), зменшення кількості лімфоцитів

- Основні форми: міліарний, дисемінований, туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів, перикардит, казеозна пневмонія, менінгіт, плеврит, туберкульоз периферичних лімфатичних вузлів

✓ **Особливості перебігу ТБ/ВІЛ**

Ранні стадії ВІЛ-інфекції

- Залучення в/грудних л/вузлів – 80%
- Легеневий ТБ є найбільш частою клінічною формою ТБ у хворих з ВІЛ-інфекцією
- Позалегеневий ТБ, а також ТБ з обома локалізаціями, у ВІЛ-інфікованих зустрічається частіше, ніж у неінфікованих осіб

✓ **Особливості перебігу ТБ/ВІЛ**

Пізні стадії ВІЛ-інфекції

- Низька частота сформованих каверн
- Рідко Дестр+, МБТ+
- Атиповий перебіг ТБ
- Найбільш часті форми ТБ:
  - Дисемінований туберкульоз легень
  - Плеврит або перикардит
  - Міліарний ТБ
  - ТБ лімфатичної системи
  - Туберкульозний менінгіт

ПЕРЕРВА НА КАВУ 16:00– 16:30

Сесія 4 Варіанти клінічного перебігу туберкульозу при супутніх захворюваннях

Мета	Удосконалити знання по темі клінічного перебігу ТБ при супутніх захворюваннях.
Завдання:	Ознайомитись з варіантами клінічного перебігу туберкульозу при супутніх захворюваннях
Методи навчання:	✓ лекція; ✓ обговорення
Матеріали:	✓ презентація; ✓ маркери; ✓ фліпчарт.
Час:	40 хвилин

Послідовність проведення:

1. **Ознайомте учасників з метою та завданням теми.** **5 хвилин**

2. **Проведіть презентацію «Варіанти клінічного перебігу туберкульозу при супутніх захворюваннях»** **40 хвилин**

<u>У ході презентації обговоріть з учасниками такі ключові питання:</u>

- ✓ Силікотуберкульоз
  - Силікоз - найбільш розповсюджений пневмоконіоз
  - Виникає при вдиханні кварцового пилу SiO_2
  - Сприяє виникненню туберкульозу, особливо на виражених стадіях розвитку процесу
- ✓ Особливості клінічної картини при силікотуберкульозі
  - Хвороба протікає приховано, розвивається поступово
  - Немає специфічних симптомів
  - Кашель сухий або з незначним виділенням мокротиння
  - Біль в грудній клітці
  - Задишка

- Незначний інтоксикаційний синдром
- Асиметрична рентгенологічна картина з переважним ураженням верхніх відділів легень
- Характерно збільшення клінічних симптомів та рентгенологічних проявів в осіб, які припинили професійний контакт із шкідливим чинником

✓ Цукровий діабет, особливості клінічної картини

- Хворі на цукровий діабет належать до групи ризику щодо захворювання на ТБ
- Перебіг може бути:
- безсимптомним (туберкульоми) – захворювання виявляють при профілактичному рентгенологічному обстеженні або при виникненні симптомів при прогресуванні захворювання
- класичний поступовий початок (пацієнт може розцінювати симптоми інтоксикації – слабкість і втрату маси тіла - за прояви діабету і не звертатись за медичною допомогою)
- гострий початок з вираженими проявами інтоксикаційного та бронхо-легеневого синдромів (хворих з декомпенсованим перебігом ЦД)
- Вираженість симптомів та обсяг ураження легень залежать від компенсації цукрового діабету та ступеня набутого імунодефіциту

✓ Туберкульоз і рак легені: особливості клінічного перебігу

- Більш, ніж у половині випадків, першим діагностується туберкульоз легень, рак може виникати в зоні залишкових посттуберкульозних змін
- Приблизно в половині випадків обидва діагнози виставляються одночасно
- Туберкульоз може розвиватись у хворих на рак легень після курсів хіміотерапії (імуносупресія)
- З віком частота раку легенів зростає
- Особливість клінічної картини при наявності онкопроцесу в легенях обумовлена об’ємом ураження легеневої тканини. При прогресуванні онкопроцесу дуже швидко наростають симптоми інтоксикації, часто накопичується рідина у плевральній порожнині, з’являється кровохаркання, біль у грудній клітині

✓ Симптоми

За частотою симптоми можна розташувати наступним чином:

- - задишка
- - слабкість
- - втрата ваги
- - біль в грудній клітці
- - кровохаркання
- - підвищення температури тіла

✓ Рентгенологічна картина

- В 2/3 випадків процес вражає одну частку легені, в 1/3 випадків – одну легеню
- Найчастіша ознака пухлини - гіповентиляція або ателектаз частки легені
- На другому місці - порушення структури кореня легені
- На рентгенограмі спостерігаються округлі тіні, інфільтрація, випіт

✓ Варіанти рентгенологічної картини

- поява в зоні посттуберкульозних змін нової вогнищевої або фокусної тіні неправильної форми
- поява в зоні активного туберкульозу або в здоровій легені округлої тіні, ділянки затемнення

✓ Варіанти рентгенологічної картини

- приєднання до неактивного туберкульозу пневмоніту, гіпопневматозу, ателектазу (сегменту, частки, легені), розширення кореня легені за рахунок збільшених лімфатичних вузлів
- асиметричне потовщення стінки каверни з поліпоподібними розростаннями за відсутності ознак активного туберкульозу

✓ Туберкульоз і вагітність

- Туберкульоз у вагітних може протікати приховано, інтоксикаційний і бронхолегеневий синдроми можуть маскуватися токсикозом та респіраторними захворюваннями
- Вагітним можна проводити рентгенологічне обстеження!
- Під час рентгенологічного обстеження опромінення плода в 10 разів менше, ніж матері
- Застосування засобів захисту значно зменшує дозу опромінення

- Томографічне дослідження не рекомендується
- Наголосіть про необхідність обов’язкового проходження рентгенографії легенів після пологів

✓ Група вагітних щодо підвищеного ризику розвитку ТБ

- Вагітні, які хворіли на туберкульоз менше року тому
- Хіміорезистентний туберкульоз в анамнезі
- Вагітні після операцій з приводу туберкульозу
- Туберкульоз сечостатевої системи
- Поширені форми туберкульозу
- Контакт з хворими на туберкульоз

✓ Дайте відповіді на питання учасників.

Сесія 5 Варіанти клінічного перебігу туберкульозу *(практичне заняття, демонстрація клінічних випадків)*

Мета	Удосконалити знання по темі клінічного перебігу ТБ при супутніх захворюваннях.
Завдання:	✓ Ознайомитись з варіантами клінічного перебігу туберкульозу при супутніх захворюваннях
Методи навчання:	✓ демонстрація клінічних випадків; ✓ дискусія;
Матеріали:	✓ презентація; ✓ рентгенологічні знимки; ✓ РМ 3: «Клінічні випадки-завдання для роботи в групах» ✓ маркери; ✓ фліпчарт;
Час:	30 хвилин

Послідовність проведення:

1. **Ознайомте учасників з метою та завданням теми.** **5 хвилин**

2. **Проведіть презентацію «Варіанти клінічного перебігу»** **25 хвилин**

<u>У ході презентації обговоріть з учасниками такі ключові питання:</u>

- ✓ Проаналізуйте клінічні випадки та дані анамнезу, скарг, рентгенологічних та загально клінічних обстежень;
- ✓ Ретельно обговорить використану тактику лікаря, повноту та правильність призначення досліджень та лікування і намагайтесь знайти помилки лікарської тактики по кожному окремому випадку;
- ✓ Дайте відповіді на питання учасників.

Сесія 6 Виявлення туберкульозу органів дихання

Мета	Навчити виділяти осіб з підозрою на туберкульоз, які потребують обов'язкового обстеження на туберкульоз
Завдання:	✓ перелік симптомів, які є характерними для туберкульозу, та підходи до своєчасного виявлення туберкульозу за клінічними симптомами; ✓ необхідний перелік обстежень для виявлення туберкульозу пасивним та активним методами; ✓ підходи до формування груп ризику серед дорослого та дитячого населення щодо захворювання на ТБ для направлення їх на скринінгові променеві обстеження та туберкулінодіагностику; ✓ організаційні заходи щодо подальшої діагностики туберкульозу
Методи навчання:	✓ лекція; ✓ обговорення; ✓ динамічна вправа.
Матеріали:	✓ презентація; ✓ маркери; ✓ фліпчарт.
Час:	1 година 15 хвилин

Послідовність проведення:

1. **Ознайомте учасників з метою та завданням теми.** **5 хвилин**

2. **Проведіть презентацію «**Виявлення туберкульозу органів дихання**»** **45 хвилин**

<u>У ході презентації обговоріть з учасниками такі ключові питання:</u>

Наголосити, що основними елементами первинної профілактики ТБ, яка спрямована на попередження інфікування МБТ здорових осіб є:

- ✓ Своєчасне виявлення
- ✓ Ізоляція хворих на ТБ легень з бактеріовиділенням
- ✓ Організація і проведення лікування

Виявлення хворих на ТБ легень при наданні первинної медичної допомоги (доросле населення):

Симптомокомплекси, які потребують обов'язкового обстеження на ТБ

Синдром ураження системи органів дихання:

- кашель протягом 2 тижнів і більше, сухий або з виділенням мокротиння,
- біль в області грудної клітки, пов'язаний з актом дихання,
- кровохаркання, легенева кровотеча,
- задишка.

Симптомокомплекси, які потребують обов'язкового обстеження на ТБ

Для будь-якої локалізації ТБ може бути характерний інтоксикаційний синдром:

- втрата маси тіла
- втомлюваність
- лихоманка
- потіння вночі
- втрата апетиту

Категорії населення з підвищеним ризиком захворювання на туберкульоз, які підлягають профілактичним ФГ обстеженням:

Соціальні групи ризику
✓ Особи без визначеного місця проживання. ✓ Особи, які утримуються або звільнились з установ пенітенціарної системи. ✓ Особи, які перебувають на обліку в органах внутрішніх справ як раніше засуджені та піднаглядні. ✓ Затримані та заарештовані особи, що перебувають в ізоляторах тимчасового утримання. ✓ Особи, які реєструються в державній службі зайнятості як такі, що шукають роботу і безробітні. ✓ Члени малозабезпечених сімей, які стоять на обліку в управліннях праці та соціального захисту.

Медичні групи ризику

- ✓ Хворі на цукровий діабет
- ✓ Хворі, які постійно приймають системні глюкокортикоїди, цитостатики, інгібітори фактору некрозу пухлин.
- ✓ ВІЛ-інфіковані.
- ✓ Пацієнти з професійними захворюваннями легень.
- ✓ Хворі з обструктивними захворюваннями легень.
- ✓ Хворі з пневмоніями, що багаторазово повторюються.
- ✓ Хворі, які перенесли ексудативний плеврит.
- ✓ Особи, які перебувають на обліку в протитуберкульозних закладах.
- ✓ Особи, які перебувають під наглядом наркологічних закладів.
- ✓ Особи, які контактують з хворими на ТБ (контакти сімейні, професійні, нозокоміальні, пенітенціарні, СІЗО).
- ✓ Мігранти, біженці.

Хворий з підозрою на туберкульоз, це:

- ✓ Будь-яка особа з симптомокомплексами або факторами ризику, що вимагають обов'язкового обстеження на туберкульоз:
  - вивчення скарг, даних анамнезу хвороби і життя
  - фізикальне дослідження: огляд, пальпація, перкусія, аускультація)
  - дворазове дослідження мокротиння методом мікроскопії мазка на КСБ
  - рентгенографія ОГК (оглядова і бокова)

КТ (компьютерна томографія легень) - за показаннями

Анамнез захворювання

Для туберкульозу характерний поступовий початок захворювання: поступова втрата маси тіла, посилення кашлю,слабкості потіння вночі

- ✓ Навіть при гострому початку захворювання (фебрильна температура, кровохаркання або легенева кровотеча) можна встановити синдром провісників: за декілька тижнів (місяців) до гострої фази пацієнт відчуває слабкість, пітливість, зниження апетиту, втрату маси тіла

Цілеспрямований збір анамнезу життя:

- ✓ за прямими ознаками (є відомості про наявність хворого на ТБ в оточенні або хворих на ТБ тварин);
- ✓ за непрямими ознаками: наявність осіб, що кашляють; наявність у родині осіб із хронічними бронхо-легеневими захворюваннями; випадки смерті від легеневого захворювання в оточенні пацієнта, а також:
- ✓ літніх людей із залишковими посттуберкульозними змінами;
  - осіб, звільнених з місць позбавлення волі, осіб, що страждають на алкоголізм, наркоманію;
  - осіб, які тимчасово проживають у родині, з регіонів, неблагополучних щодо ТБ;
  - наявність соматичних захворювань, які є факторами ризику: сахарний діабет, ВІЛ-інфекція, а також постійний прийом глюкокортикостероїдів, цитостатиків, інгібіторів фактору некрозу пухлин

Обов'язкові обстеження при підозрі на ТБ

- ✓ Дворазове дослідження мокротиння на КСБ методом мікроскопії мазка (низька чутливість та висока специфічність методу)
- ✓ Рентгенологічне обстеження (висока чутливість та низька специфічність методу)

Значення фізикального обстеження осіб з підозрою на туберкульоз

- ✓ Для туберкульозу не існує специфічних клінічних і фізикальних ознак
- ✓ У значної кількості хворих на ТБ фізичний статус не відрізняється від норми
- ✓ Характерним є відсутність фізикальних змін над легенями у більшості хворих на ТБ легень
- ✓ Фізикальне обстеження має більше значення при діагностуванні негоспітальної пневмонії і її диф. діагностиці з ТБ.

Клінічний аналіз крові

- ✓ Зміни гемограми відсутні (на початкових стадіях захворювання або при обмежених формах ТБ) або відображують наявність активного запального процесу
  - лейкоцитоз
  - зсув лейкоцитарної формули вліво
  - лімфопенія
  - моноцитоз
  - збільшення ШОЕ

Мікроскопія мазка за Цілем-Нільсеном

- ✓ Виявляють кислотостійкі бактерії (КСБ), абсолютну більшість яких складають мікобактерії туберкульозу (МБТ):
- ✓ Негативний (КСБ не виявлені в 300 п/з.)
- ✓ 1 – 9 – позитивний (вказати точне число КСБ в 100 п/з.)
- ✓ 10 – 99 в 100 п/з. – позитивний 1+
- ✓ 1 – 10 в кожному п/з. – позитивний 2+
- ✓ Більше 10 в кожному п/з. – позитивний 3+

Рентгенографія легень:

- ✓ Зручність та швидкість: 3 кроки
- ✓ Загальний час – до 1 год

Флюорографічні огляди

Переваги:

- ✓ Висока чутливість (для змін в легенях)
- ✓ Раннє виявлення
- ✓ Регулярність проведення
- ✓ Можливість планування

Недоліки:

- ✓ Неможливо обстежити все населення
- ✓ Не дозволяє виявити етіологію захворювання
- ✓ Низька специфічність
- ✓ Потребує верифікації діагнозу
- ✓ Періодичність не гарантує раннього виявлення
- ✓ Дорогий
- ✓ Потребує високовартісного обладнання

Тактика лікаря по відношенню до пацієнта, у якого при рентгенобстеженні виявили (при обстеженні з приводу симптомів або при профілактичному обстеженні):

- ✓ *дрібно-вогнищеву дисемінацію*
- ✓ *деструктивні зміни*
- ✓ *збільшення внутрішньогрудних лімфатичних вузлів*
- ✓ ***Пацієнт направляється на консультацію фтизіатра з результатами***

бактеріоскопії мазка мокротиння

Тактика лікаря по відношенню до пацієнта, у якого при профілактичному рентгенобстеженні виявили (при відсутності симптомів):

- ✓ Патологічні зміни в легенях або внутрішньогрудних лімфатичних вузлах у вигляді вогнищ, ущільнень, кальцинатів.
- ✓ ***Пацієнт направляється на консультацію фтизіатра з рентгенархівом***

Тактика лікаря по відношенню до пацієнта з підозрою на туберкульоз і позитивним мазком мокротиння

- ✓ При виявленні КСБ хоча б у 1 зразку мокротиння і наявності рентгенологічних змін у легенях, організують доставку хворих для ізоляції в спеціалізований протитуберкульозний заклад на період дообстеження

Тактика лікаря по відношенню до пацієнта з підозрою на туберкульоз і негативними мазками мокротиння

- ✓ У випадку, якщо КСБ не виявлені в жодному з 2-х досліджуваних мазків мокротиння, а рентгенологічно виявляються інфільтративні або вогнищеві зміни в легенях, проводиться терапія АБП широкого спектра дії тривалістю до 2 тижнів тільки у ВІЛ-негативних осіб.
- ✓ ВІЛ-інфіковані направляються до фтизіатра на до обстеження.
- ✓ У разі підозри на ВІЛ-інфекцію пропонується ДКТ.

При цьому не можна використовувати протитуберкульозні препарати

- ✓ Стрептоміцин
- ✓ Канаміцин, амікацин, капреоміцин
- ✓ Рифампіцин
- ✓ Рифабутин, мікобутин
- ✓ Фторхінолони

Тактика лікаря по відношенню до пацієнта з підозрою на туберкульоз і негативним мазком мокротиння

- ✓ У випадку відсутності позитивної рентгенологічної динаміки від проведеної терапії АБП ШСД, пацієнт повинний бути направлений на консультацію до фтизіатра

Групи ризику щодо захворювання на туберкульоз дітей

- ✓ Діти у ранньому періоді первинної туберкульозної інфекції (віраж туберкулінових

реакцій)

- ✓ Діти, у яких зареєстровано наростання туберкулінової чутливості (збільшення розмірів реакції за результатами проби Манту з 2 ТО на 6 мм і більше протягом року)
- ✓ Діти з гіперергічною реакцією на туберкулін, незалежно від наявності факторів ризику щодо захворювання на ТБ
- ✓ Діти, у яких зареєстрована монотонна чутливість до туберкуліну (монотонно-позитивні проби Манту) в поєднанні з іншими факторами ризику щодо захворювання на ТБ, які раніше не обстежувались у фтизіатра
- ✓ Діти з поступовим наростанням чутливості до туберкуліну протягом декількох років
- ✓ Діти, які не були щеплені БЦЖ, у період новонародженості.
- ✓ Діти, які мають контакт із хворою на ТБ людиною або твариною
- ✓ Інфіковані МБТ діти із хронічними захворюваннями різних органів і систем
- ✓ Інфіковані МБТ діти з первинним та вторинним імунодефіцитом,
- ✓ Діти, які тривалий час (більше місяця) приймали цитостатичні препарати, глюкокортикоїди або імунодепресанти.
- ✓ ВІЛ-інфіковані діти та діти з перинатальним контактом щодо ВІЛ-інфекції.
- ✓ Діти, інфіковані МБТ, із соціальними факторами ризику.

Тактика по відношенню до дітей з підозрою на туберкульоз

- ✓ Додатково до перерахованих методів виявлення ТБ застосовують Манту з 2 ТО

Протипоказання для постановки проби Манту

- ✓ Гострі та хронічні (в період загострення) інфекційні захворювання
- ✓ Період реконвалесценції (не менше 2-х місяців після одужання)
- ✓ Шкірні захворювання
- ✓ Алергічний стан (ревматизм, бронхіальна астма)
- ✓ Епілепсія

Оцінка туберкулінової проби

- ✓ Реакція оцінюється через 72 години після ін'єкції
- ✓ Вимірюється тільки папула
- ✓ Реакція вимірюється в міліметрах
- ✓ Результати проби Манту з 2 ТО:
    - 0 - 1 мм – негативна

- папула 2 - 4 мм або гіперемія будь-якого розміру – сумнівна
- папула 5 мм і більше – позитивна
- папула 21 мм і більше у дорослих (а також папула будь-якого діаметру з везикулами, некрозом і/або лімфангітом, лімфаденітом) - гіперергічна

Тактика лікаря по відношенню до дітей з наступними результатами проби:

- ✓ Після негативної реакції проби Манту – позитивна (віраж туберкулінової проби)
- ✓ Збільшення папули на 6 мм
- ✓ Збільшення папули менше, ніж на 6 мм, але папула 12 мм і більше
- ✓ ***Направити дитину до фтизіопедіатра***

3. Зробіть висновки: 5 хвилин

Симптомокомплекси, які потребують обов'язкового обстеження на ТБ

Синдром ураження системи органів дихання:

- **кашель протягом 2 тижнів і більше, сухий або з виділенням мокротиння;**
- біль в області грудної клітки, пов'язаний з актом дихання;
- кровохаркання, легенева кровотеча;
- задишка.

Тактика лікаря по відношенню до пацієнта з підозрою на туберкульоз і негативними мазками мокротиння

- ✓ У випадку, якщо КСБ не виявлені в жодному з 2-х досліджуваних мазків мокротиння, а рентгенологічно виявляються інфільтративні або вогнищеві зміни в легенях, проводиться терапія АБП широкого спектра дії тривалістю до 2 тижнів тільки у ВІЛ-негативних осіб.
- ✓ ВІЛ-інфіковані направляються до фтизіатра на до обстеження.
- ✓ У разі підозри на ВІЛ-інфекцію пропонується ДКТ.

Тактика по відношенню до дітей з підозрою на туберкульоз

- ✓ Додатково до перерахованих методів виявлення ТБ застосовують Манту з 2 ТО

- ✓ Дайте відповіді на питання учасників

4. **Динамічна вправа 20 хвилин**

«Мене звуть ... Я люблю себе за те, що ...»

Мета: для відновлення в пам'яті імен учасників групи і створення робочої атмосфери (краще на 2-ий день тренінгу). Вправа проводитися в колі. Кожен по черзі говорить дві фрази «Мене звуть ...» і «Я люблю себе за те, що ...». Не відволікайтесь на суперечки і обговорення з приводу ваших бажань. Просто висловлюйте їх по черзі, неупереджено і швидко.

Підведення підсумків першого дня

Мета:	Підвести підсумки роботи за день.
Завдання:	✓ Вияснити, наскільки добре учасники засвоїли розглянутий матеріал. ✓ Відповісти на питання учасників. ✓ Провести оцінку роботи учасниками.
Методи навчання:	✓ презентація; ✓ обговорення.
Матеріали:	✓ презентація «Підведення підсумків першого дня»; ✓ форми оцінки роботи за день.
Час:	15 хвилин

Послідовність проведення:

1. **Використайте презентацію «Підведення підсумків першого дня»** та наголосіть на основних темах, які обговорювалися протягом дня.

- ✓ Запросіть чергового підсумувати основні моменти дня.
- ✓ Запитайте учасників, про що, на їх думку, найбільш важливе вони сьогодні дізналися. Попросіть їх поділитися своїми коментарями та зауваженнями.
- ✓ Запитайте, чи є питання і чи необхідно додатково щось пояснити.
- ✓ Повідомте учасників, що наступного дня буде розглядатися діагностика та клінічні випадки ТБ.

2. **Оцініть роботу першого дня тренінгу.**

Роздайте форми оцінки роботи за день та попросіть учасників на стороні з написати один-два пункти про те, що їм сподобалося сьогодні чи що

нового для себе вони сьогодні вивчили. На звороті, позначеному попросіть написати свої зауваження і пропозиції, як можна змінити чи покращити роботу на наступний день. Зберіть форми, щоб пізніше обговорити їх з тренерами.

Подякуйте учасникам за роботу і наголосіть, що завтра заняття розпочнуться о 9:00.

У кінці дня тренери повинні:

- ✓ Обговорити відгуки учасників про результати роботи за день і вирішити, які зміни потрібно внести. Підготувати 1-2 слайди, де підсумувати позитивні і негативні відгуки, щоб зранку представити їх учасникам.
- ✓ Проаналізувати відповіді учасників на питання «Анкети для тестування початкового рівня знань». Звернути увагу на питання, які викликали труднощі під час вибору правильних відповідей, щоб приділити їм щонайбільше уваги, коли ці питання будуть розглядатися на тренінгу. Тренер, який буде вести першу сесію Дня 2, повинен підготувати слайд з аналізом відповідей, щоб представити результати учасникам.
- ✓ Обговорити всі сесії дня та загальний хід роботи (зміст, розподіл часу, виконання програми дня) і внести необхідні зміни в програму наступного дня.
- ✓ Переглянути програму наступного дня. Кожний тренер повинен коротко прокоментувати, як він планує провести закріплені за ним теми і яка допомога від колег йому потрібна.
- ✓ Прибрати використані фліп-чарти, які вже не потрібні, і підготувати необхідні тренінгові матеріали на наступний день.

День другий

Програма

Тема	Час	Тренер
Повторення матеріалу 1-го дня та програма на другий день.	9:00 – 9:10	
Сесія 7 Виявлення туберкульозу органів дихання *(лекція)*	9:10 – 9:45	
Сесія 8 Організаційні заходи щодо виявлення туберкульозу в закладах ПМСД *(лекція)*	9:45 – 10:15	
Сесія 9 Демонстрація клінічних випадків, заповнення ф. ТБ05 *(практичне заняття)*	10:15 – 11:00	
Перерва на каву	11:00 – 11:30	
Сесія 10 Пункт збирання мокротиння в закладах ПСМД *(лекція)*	11:30–11:45	
Сесія 11 Пункти мікроскопії і якість проведення бактеріоскопічних досліджень *(лекція)*	11:45 – 13.00	
Обід	13:00 – 14:00	
Сесія 12 Діагностика туберкульозу *(лекція)*	14:00 – 14:45	
Сесія 13 Диференційна діагностика туберкульозу легень *(лекція)*	14:45 –15:30	
Сесія 14 Демонстрація клінічних випадків *(практичне заняття)*	15:15 – 16:00	
Перерва на каву	16:00 – 16:30	
Сесія 15 Діагностика позалегеневого туберкульозу *(лекція)*	16:30 – 17:00	
Сесія 16 Демонстрація клінічних випадків *(практичне заняття)*	17:00 – 17-45	
Підведення підсумків другого дня	17:45 –18:00	

Повторення матеріалу 1-го дня та програма на другий день.

Мета:	Привітати учасників та спланувати роботу на день.
Завдання:	✓ Обговорити коментарі учасників щодо результатів роботи за попередній день та про необхідні зміни в порядку роботи. ✓ Проаналізувати результати анкетування початкового рівня знань. ✓ Розглянути програму роботи на День 2-й.
Методи навчання:	✓ презентація; ✓ обговорення.
Матеріали:	✓ презентація «День 2-й»; ✓ заповнені форми оцінки роботи за День 1-й; ✓ маркери; ✓ фліпчарт.
Час:	10 хвилин

Послідовність проведення:

ПІДГОТОВКА: Здійсніть ротацію – до приходу учасників поміняйте знаки з назвами груп на столах таким чином, щоб групи (учасники), які вчора сиділи за столами в кінці приміщення, тепер перемістилися наперед, або сіли за столи, що розміщені посередині.

1. **Привітайте учасників.**

2. **Представте презентацію «День 2-й»:**

- ✓ Підсумуйте відгуки учасників про результати роботи за попередній день і обговоріть, які зміни можна внести в хід роботи, зважаючи на зауваження учасників.

- ✓ Представте аналіз відповідей учасників на питання «Анкети для тестування початкового рівня знань». Мета цього обговорення – звернути увагу учасників

та тренерів на теми і питання, відповіді на які викликали найбільші труднощі і на які потрібно звернути особливу увагу на тренінгу:

– З кожного питання тестування початкового рівня знань **озвучте тільки процентну частку правильних та неправильних відповідей, не зупиняючись на тому, яка має бути правильна відповідь.** Зверніть увагу на питання, які викликали труднощі під час вибору правильних відповідей, і наголосіть, що їм буде приділено особливу увагу, коли вони розглядатимуться за програмою тренінгу.

– Обговоріть з учасниками, якими повинні бути правильні відповіді на питання, що вже розглядалися в ході першого дня тренінгу.

✓ Запитайте учасників, чи в них є питання або чи залишилися нез'ясовані моменти з матеріалу першого дня тренінгу. Дайте відповіді на питання, по можливості залучаючи учасників до відповідей.

✓ Представте програму роботи на другий день.

3. Призначте двоє чергових на день:

✓ черговий №1 – слідкує за дотриманням регламенту і проводить вправи на підняття тонусу учасників групи, коли вони втомилися;

✓ черговий №2 – у кінці дня підсумовує основні моменти (що нового і важливого для себе взнали, про що з учасниками домовилися тощо).

Сесія 7. Виявлення туберкульозу органів дихання

Мета:	✓ Поглибити знання учасників по темі виявлення туберкульозу органів дихання
Завдання:	✓ Засвоїти навички опитування пацієнта для виявлення туберкульозу; ✓ Засвоїти правила збирання мокротиння і вимоги до зразків мокротиння; ✓ Навчитись інтерпретувати скринінгову анкету для виявлення туберкульозу; ✓ Навчитись заповнювати форму ТБ05.
Методи навчання:	✓ мозковий штурм; ✓ презентація; ✓ дискусія; ✓ заповнення анкет.
Матеріали:	✓ маркери; ✓ фліпчарт; ✓ РМ 4: «Скринінгова анкета для виявлення людей, що потребують обстеження на ТБ» ✓ РМ 5: «Форма ТБ 05»
Час:	35 хвилин

Послідовність проведення:

1. Ознайомте учасників з метою та завданням теми. **5 хвилин**

2. Запитайте учасників, які питання відображені у скринінговій анкеті для виявлення людей, які потребують обстеження на туберкульоз **5 хвилин**

Відповіді запишіть на фліпчарті.

3. Представте тему з використанням презентації **20 хвилин**

- ✓ Ознайомтесь зі скринінговою анкетою для виявлення людей, які потребують обстеження на туберкульоз з її інтерпретацією та порівняйте з відповідями на фліп-чарті.
- ✓ Наголосіть, що при обстеженні осіб (дорослих і дітей) з підозрою на туберкульоз матеріал для дослідження методом мікроскопії мазка:
  - ✓ Потрібно одержувати спонтанно виділене мокротиння;

- ✓ У разі відсутності мокротиння слід використовувати індукцію мокротиння або направляти хворого на другий рівень медичної допомоги для проведення бронхо-альвеолярного лаважу
- ✓ У дітей, які не можуть відхаркати мокротиння, варто застосувати індукцію мокротиння або промивання шлунку з метою отримання шлункових змивів

✓ Підкресліть вимоги до проведення дослідження мокротиння методом мікроскопії мазка:
- ✓ На дослідження методом мікроскопії мазка мокротиння направляються лише хворі з підозрою на туберкульоз
- ✓ Дослідження проводиться лише в лабораторіях, які акредитовані для проведення даного дослідження, – центрах мікроскопії мазків мокротиння
- ✓ Необхідно забезпечити якісний зразок: мокротиння, а не слина, його кількість має становити не менше 3 мл
- ✓ У разі відсутності мокротиння – бронхо-альвеолярний шлунковий змив (у дітей)
- ✓ Мокротиння направляється в лабораторію разом із заповненою формою ТБ05

✓ Збирання зразків мокротиння для дослідження методом мікроскопії:
- ✓ мокротиння збирається у стерильні одноразові пластикові контейнери із широкою горловиною та кришкою, що закручується;
- ✓ мокротиння збирається на відкритому повітрі або у спеціальному приміщенні для збору мокротиння (тільки за умови його оснащення примусовою вентиляцією з 6-разовим обміном повітря на годину), бажано рано вранці;
- ✓ перший аналіз мокротиння пацієнт збирає та здає при відвідуванні лікувального закладу;
- ✓ пацієнту видається контейнер додому (для здачі другого аналізу), щоб він зібрав мокротиння вранці;
- ✓ другий аналіз мокротиння, зібраного вранці, пацієнт приносить із дому.

✓ Збирання зразків мокротиння для дослідження методом мікроскопії
- ✓ Якісні мазки мокротиння отримують із матеріалу, який доставляється в лабораторію зразу ж після його збирання.
- ✓ Зібраний матеріал до доставки в лабораторію повинен зберігатися в умовах холодильника.
- ✓ Період зберігання + транспортування мокротиння в лабораторію не повинен перевищувати 3-4 дні.
- ✓ Більш тривале зберігання не рекомендується, оскільки вірогідність отримання правильного результату значно знижується.

✓ Розберіть правила відбору і доставки промивних вод бронхів та техніку збирання мокротиння

✓ Ознайомтесь з направлення на бактеріоскопічне дослідження ТБ 05 та правилами транспортування зразків мокротиння і супровідной документацієй.

✓ Розберіть Форму № 089/о Повідомлення про хворого з уперше в житті встановленим діагнозом активного туберкульозу або його рецидиву та підкресліть, що повідомлення заповнюється лікарем, який виявив захворювання на туберкульоз або його рецидив, незалежно від його спеціальності

4. Зробіть висновки: **5 хвилин**

- ✓ **На дослідження методом мікроскопії мазка мокротиння направляються лише хворі з підозрою на туберкульоз**
- ✓ **В умовах епідемії ТБ в кожному лікувальному закладі має бути створений пункт збору мокротиння**
- ✓ **Результати дослідження мокротиння на КСБ залежать в першу чергу від:**
  - **правильного відбору контингентів для проведення мікроскопічного дослідження;**
  - **якості зразка;**
  - **умов зберігання і транспортування;**
  - **кваліфікації лаборанта**

Сесія 8. Організаційні заходи щодо виявлення туберкульозу в закладах ПМСД

Мета:	Поглибити знання учасників по темі необхідні дії лікаря щодо виявлення туберкульозу в закладах первинної медичної допомоги
Завдання:	✓ Навчитися виявляти осіб з підозрою на туберкульоз за скаргами, або за виявленими факторами ризику за скринінговою анкетою ✓ Засвоїти навички опитування пацієнта для виявлення туберкульозу; ✓ Засвоїти перелік необхідних обстежень пацієнтів з підозрою на туберкульоз ✓ Запам'ятати обов'язки працівника ПМСД щодо виявлення туберкульозу
Методи навчання:	✓ мозковий штурм; ✓ презентація; ✓ дискусія;
Матеріали:	✓ маркери; ✓ фліпчарт;
Час:	30 хвилин

Послідовність проведення:

1. **Ознайомте учасників з метою та завданням теми. 5хвилин**

2. **Представте тему з використанням презентації 25 хвилин**

<u>У ході презентації висвітліть такі питання:</u>

- ✓ ПМСД - основна ланка надання медичної допомоги, де відбувається виявлення ТБ, оскільки переважно до лікарів цих закладів звертаються хворі при захворюванні
- ✓ **Ретельно розібрати дії лікарів ПМСД щодо виявлення туберкульозу**
  - ✓ Запропонувати пацієнтам, які з'явились на прийом, заповнити скринінгову анкету для виявлення людей, що потребують обстеження на туберкульоз
  - ✓ Виявити осіб з підозрою на туберкульоз за скаргами, або за виявленими факторами ризику за скринінговою анкетою, або за результатами рентгенологічного профілактичного дослідження
  - ✓ Запропонувати ДКТ на ВІЛ пацієнтам з лихоманкою нез'ясованого генезу, нез'ясованою причиною втрати маси тіла
  - ✓ Обстежити на туберкульоз пацієнтів перед призначенням імуносупресивної терапії (анамнез, фізикальний огляд і рентгенологічне обстеження)

- ✓ Провести необхідні обстеження пацієнтів з підозрою на туберкульоз (за обов'язковим переліком – анамнез, фізикальне обстеження, рентгенографія ОГП, 2-разове дослідження мокротиння методом мікроскопії)
- ✓ Забезпечити і організувати дослідження мокротиння методом мікроскопії мазка в осіб з підозрою на туберкульоз (надати пацієнту контейнер для збирання мокротиння, пояснити правила збирання мокротиння, заповнити ф. ТБ05 і направити пацієнта в пункт збирання мокротиння, організувати транспортування зразків до пункту мікроскопії)
- ✓ Направити пацієнта до закладу вторинної медичної допомоги для проведення фібробронхоскопії для отримання бронхо-альвеолярного змиву у разі відсутності мокротиння
- ✓ Направити пацієнта до закладів, що надають вторинну медичну допомогу, у разі неможливості провести необхідні обстеження на туберкульоз
- ✓ Направити пацієнта на консультацію до районного фтизіатра у разі виявлення патологічних змін в легенях або внутрішньогрудних лімфатичних вузлах у вигляді вогнищ, ущільнень, кальцинатів з наданням рентгенархіву пацієнта
- ✓ Направити пацієнта на консультацію до районного фтизіатра у разі виявлення в легенях дрібно-вогнищевої дисемінації, деструктивних змін, збільшення внутрішньогрудних лімфатичних вузлів з результатами дослідження мокротиння методом мікроскопії мазка
- ✓ Направити пацієнта до фтизіатра при підозрі на позалегеневий туберкульоз
- ✓ Організувати доставку хворих з позитивним мазком мокротиння для ізоляції в протитуберкульозний заклад на період дообстеження
- ✓ Призначити антибіотики широкого спектра дії особам з підозрою на туберкульоз, в яких КСБ не виявлені в 2-х аналізах мокротиння (окрім тих, що мають антимікобактеріальну дію: канаміцин, амікацин, рифампіцин, рифабутин, фторхінолони)
- ✓ Направити пацієнта на консультацію до районного фтизіатра у разі відсутності позитивної рентгенологічної динаміки після тест-терапії антибіотиками широкого спектру дії
- ✓ Направити ВІЛ-інфікованих пацієнтів з підозрою на туберкульоз і негативними результатами дослідження мазків мокротиння на консультацію до районного фтизіатра, не застосовуючи у них тест-терапію антибіотиками широкого спектра дії
- ✓ Направити дитину з підозрою на туберкульоз (за клінічними симптомами або з групи ризику) на туберкулінодіагностику
- ✓ Організувати забір шлункового змиву у разі неможливості отримання мокротиння у дитини з підозрою на туберкульоз

- ✓ Провести врахування результатів туберкулінодіагностики і направити пацієнта до фтизіопедіатра у разі виявлення віражу туберкулінової проби, збільшення туберкулінової проби на 6 і більше мм або гіперергічної проби
- ✓ Щорічно формувати/переглядати групи ризику дорослих і дітей щодо захворювання на туберкульоз для проведення у дорослих щорічних флюорографічних досліджень, а у дітей - щорічної туберкулінодіагностики
- ✓ Формувати групи дітей від 4 до 14 років для проведення у них щорічної туберкулінодіагностики
- ✓ Формувати групи підлітків в 15 і 17 років для проведення у них флюорографічного обстеження з цифровою обробкою зображення

✓ Обов'язки працівника ПМСД щодо виявлення туберкульозу Забезпечити щорічні флюорографічні обстеження дорослих осіб з груп ризику

- ✓ Забезпечити флюорографічне обстеження підлітків в 15 і 17 років з використанням рентгенотехніки з цифровою обробкою зображення
- ✓ Забезпечити щорічну туберкулінодіагностику дітей віком від 4 до 14 років і дітей з груп ризику щодо туберкульозу
- ✓ Надання інформації населенню щодо виявлення туберкульозу

- ✓ Дайте відповіді на питання учасників.

Сесія 9 Демонстрація клінічних випадків, заповнення ф. ТБ05

Мета:	Покращити знання та вміння учасників щодо діагностики туберкульозу на первинній ланці
Завдання:	✓ Навчитись аналізувати клінічні приклади випадків туберкульозу на первинній ланці надання медичної допомоги; ✓ Навчитись заповнювати форму ТБ05.
Методи навчання:	✓ презентація; ✓ обговорення; ✓ заповнення анкет.
Матеріали:	✓ маркери; ✓ фліпчарт; ✓ РМ 5: «Форма ТБ 05» ✓ РМ 6: «Клінічні випадки-завдання для роботи в групах»
Час:	45 хвилин

Послідовність проведення:

1. **Ознайомте учасників з метою та завданням теми.** **5 хвилин**

2. **Робота в групах.** **40 хвилин**

✓ Розділіть аудиторію на чотири групи. Використайте презентацію «Діагностика туберкульозу: первинна ланка (клінічні випадки) Робота в групах» для пояснення завдання групам. Роздайте учасникам РМ 6: «Клінічні випадки-завдання для роботи в групах» і РМ 5 «Форма ТБ-05». Доручіть кожній групі розглянути один клінічний випадок, відповісти на питання і заповнити Форму ТБ-05. Відведіть для цього завдання 15 хвилин.

✓ Попросіть менторів груп, за якими вони закріплені, підійти до учасників та у разі потреби надавати їм допомогу.

✓ Заслухайте виступи представників груп і обговоріть з усіма учасниками тактику ведення кожного випадку. Виведіть на екран випадки, які обговорюються, щоб усі учасники могли брати активну участь. Заохочуйте учасників задавати питання, уточнювати відповіді колег та доповнювати їх у разі потреби. Перевіряйте правильність відповідей, виправляйте їх, якщо необхідно.

✓ Якщо ви не встигаєте дати слово представникам усіх груп, заслухайте в першу чергу ті групи, які не виступали на попередньому практичному занятті.

ПЕРЕРВА НА КАВУ **11:00–11:30**

Сесія 10 Пункт збирання мокротиння в закладах ПСМД

Мета:	Покращити знання учасників щодо обладнання пункту збору мокротиння
Завдання:	✓ Засвоїти мету створення пунктів збору мокротиння; ✓ Ознайомитись з особливостями приміщення пункту; ✓ Добре орендуватися в необхідному обладнанні пункту збору мокротиння
Методи навчання:	✓ презентація;
Матеріали:	✓ маркери; ✓ фліпчарт;
Час:	45 хвилин

Послідовність проведення:

1. **Ознайомте учасників з метою та завданням теми.** **5 хвилин**

2. **Представте тему з використанням презентації.** **40 хвилин**

<u>У ході висвітлення теми звернути увагу на такі важливі моменти:</u>

- ✓ **Сформуйте з якою метою створюється пункт сбору мокротиння в ЛПЗ:**
  - контрольованого збору якісних зразків мокротиння
  - зберігання та транспортування їх в лабораторію для здійснення лабораторної діагностики туберкульозу
- ✓ Охарактеризуйте основні правила роботи пункту:
  - Пункт підпорядковується керівнику структурного підрозділу, в складі якого він організований
  - Відповідальним за збір мокротиння наказом головного лікаря ЛПЗ призначається медичний працівник, який пройшов спеціальну підготовку
  - Категорично забороняється організовувати Пункт збору мокротиння в складі або на території клініко-діагностичних лабораторій
  - Збір мокротиння в приміщенні ЛПЗ здійснюють в спеціальних кабінах або обладнаних кімнатах:
  - з вентиляцією (бажано з негативним тиском)
  - лампами УФО (бажано екранованого типу)
- ✓ Приміщення, де розташований пункт, повинно мати площу не менше 15 м.кв., його необхідно розділити скляною перегородкою (або облаштувати вікно в перегородці) на дві частини:
  1. для збору мокротиння

2. для медичного персоналу, який контролює цей процес

- ✓ В кімнаті без негативного тиску повинна бути природна вентиляція (через кватирку або вікно) або механічна.
- ✓ Приміщення необхідно провітрювати після кожного пацієнта.
- ✓ Кратність обміну повітря повинна бути не менше 10-12 разів на годину.
- ✓ Пункт збору мокротиння повинен бути забезпечений водопостачанням

✓ **Визначте необхідне обладнання пункту збору мокротиння:**

- Інструкція для хворого
- Інструкція для медпрацівника
- Спецодяг/спецвзуття
- УФО
- Відро
- Вітош, дез. розчин
- Контейнери з мокротинням та чисті
- Транспортувальний ящик
- Стіл для документів
- Раковина
- Холодильник

✓ **Обговорить, який спецодяг та спецвзуття повинно бути у пункті:**

- Халат (виключно для процедури)
- Ковпак або косинка
- Тапки або бахали
- Гумові рукавички.
- Респіратор з Хепа-фільтром (тільки в приміщенні)

- ✓ Поверхня стін приміщення, де безпосередньо відбувається збір мокротиння, повинна мати покриття, яке легко миється і дезінфікується
- ✓ Після того, як медпрацівник проінструктує хворого, як збирати мокротиння, він повинен покинути приміщення, в якому перебуває хворий, спостерігати за процесом збору через віконце і в разі необхідності підказувати хворому, як правильно йому діяти
- ✓ Після проведення інструктажу медичним працівником пацієнт збирає мокротиння в одноразові контейнери, які герметично закриваються
- ✓ Заповнивши контейнер, пацієнт кладе закритий одноразовий контейнер з мокротинням в лоток для огляду зразка медичним працівником
- ✓ Після завершення збору мокротиння медичний працівник складає закриті одноразові контейнери із зразками у пластмасовий контейнер із кришкою (який підлягає дезінфекційній обробці після здачі зразків у лабораторію) для подальшого транспортування
- ✓ Медичним працівникам забороняється входити в кабіну/кімнату під час або відразу після закінчення процедури збору мокротиння

- ✓ Зазначені приміщення використовуються тільки для збору мокротиння (під час збору мокротиння у приміщенні повинен перебувати тільки один пацієнт)
- ✓ У цій кімнаті медичні працівники повинні працювати тільки в респіраторах з хепа-фільтром

✓ **Визначте, як повинно проводитись прибирання:**

- Щодня після завершення роботи Пункту проводиться поточна дезінфекція з вологим прибиранням з дезінфікуючими засобами і опромінення бактерицидною лампою
- Генеральне прибирання проводиться в кінці кожного тижня з обробкою стін, вікон, стелі, підлоги та робочих поверхонь дезінфікуючими засобами у відповідності до чинного законодавства з обов'язковою реєстрацією в спеціальних журналах обліку

- ✓ Якщо площа приміщення для збору мокротиння менше 15 м. кв. і її не можна розділити, дозволяється збирати мокротиння на відкритому майданчику
- ✓ Територія майданчика прибирається і дезінфікується (поточна дезінфекція) в кінці кожного дня відповідно до вимог чинного законодавства
- ✓ Майданчик розташовують окремо від основних споруд, місць відпочинку, прогулянок хворих, на спеціально відведеній території установи, в місцях, які добре провітрюються, з урахуванням переважаючого напрямку вітру по відношенню до інших будівель, з достатньою інсоляцією і асфальтовим покриттям

✓ Дайте відповіді на питання учасників.

Сесія 11. Пункти мікроскопії і якість проведення бактеріоскопічних досліджень

Мета:	Покращити знання по темі якості проведення бактеріоскопічних досліджень
Завдання:	✓ Вивчити індикатори для моніторингу роботи лабораторії 1 рівня ✓ Ознайомитись з принципами роботи лабораторія з мікробіологічної діагностики І рівня ланці надання медичної допомоги;
Методи навчання:	✓ презентація; ✓ обговорення;
Матеріали:	✓ маркери; ✓ фліпчарт;
Час:	45 хвилин

Послідовність проведення:

1. **Ознайомте учасників з метою та завданням теми. 5 хвилин**

2. **Представте тему з використанням презентації 40 хвилин**

<u>У ході презентації висвітліть такі питання:</u>

- ✓ Лабораторія з мікроскопічної діагностики 1 рівня (пункт мікроскопії) зазвичай розташована в клініко-діагностичній лабораторі при ЦРЛ або районній поліклініці;
- ✓ В КДЛ повинна бути виділена окрема кімната, призначена для підготовки та фарбування мазків за Цілем-Нільсеном (бактеріоскопічна лабораторія 1 рівня);
- ✓ Стіни, стеля та підлога в приміщенні повинні бути покриті не абсорбуючим матеріалом, який можна легко мити та дезінфікувати;
- ✓ В б/с лабораторії необхідно виділити три зони:
  - місце для прийому досліджуваних зразків
  - місце для підготовки та фарбування мазків
  - місце для мікроскопії
- ✓ Повинен бути запас реактивів (спирт, фенол, фуксин, метиленова синька, кислота сірчана або соляна) не менше, ніж на 6 місяців для проведення бактеріоскопічних досліджень
- ✓ Фенол повинен зберігатися в холодильнику;
- ✓ Термін придатності реактивів - чинний;
- ✓ Лабораторний реєстраційний журнал ТБ-04, заповнений згідно з інструкцією (наказ МОЗУ № 657);
- ✓ Одноразові скельця для проведення досліджень;
- ✓ Повинен проводитися систематичний контроль якості фарбування мазків за Цілем-Нільсеном:

- Розміри, товщина та фарбування мазків повинні відповідати затвердженим вимогам
- Робоче навантаження лаборанта складає не менше 15-25 мазків на тиждень
- Персонал використовує в роботі захисні засоби та спецодяг згідно з наказом МОЗУ № 950
- Приготування реактивів повинно проводитися відповідно до технології
- Видача результатів досліджень здійснюється з дотриманням встановлених термінів

✓ Питома вага зразків, що поступили в лабораторію та містять слину, повинна складати не більше 5%;

✓ Показник достовірності результатів мікроскопії мазка мокротиння повинен бути не менше 95%;

✓ Ефективність виявлення хворих на ТБ методом бактеріоскопії мокротиння (в %) в закладах ПМСД повинна складати > 5%;

✓ Причини хибно позитивних результатів дослідження мокротиння методом мікроскопії мазка:

- Застосування подряпаних скелець (фуксин накопичується в дрібних подряпинах і імітує КСБ);
- Порушення техніки проведення дослідження (нерівномірне фарбування, неякісні барвники, які не дають рівномірного забарвлення і формують грудочки)

✓ Причини хибно негативних результатів дослідження мокротиння методом мікроскопії мазка:

- У роботу прийнятий неякісний зразок – слина або мала кількість матеріалу.
- При відсутності мокротиння досліджують промивні води бронхів або шлунку (у дітей)
- Порушення техніки проведення дослідження (на всіх етапах приготування мазка, починаючи від центрифугування зразка до етапу мікроскопії)

✓ Причини низького виявлення позитивних результатів мікроскопії мазка мокротиння серед обстежених хворих:

- Неправильний відбір контингентів для обстеження методом мікроскопії мазка – особи без ознак туберкульозу
- Неякісний зразок мокротиння за якістю і кількістю матеріалу
- Неправильні умови зберігання та транспортування зразків до пункту мікроскопії
- Порушення техніки проведення досліджень

✓ Дайте відповіді на питання учасників.

ОБІД 13:00 – 14:00

Сесія 12 Діагностика туберкульозу

Мета:	Поглибити знання учасників по темі діагностика туберкульозу
Завдання:	✓ Знати які на сьогодні існують методи діагностики туберкульозу ✓ Вивчити особливості методів діагностики і алгоритм їх використання в діагностичному і диф. діагностичному процесі
Методи навчання:	✓ мозковий штурм; ✓ презентація; ✓ дискусія;
Матеріали:	✓ маркери; ✓ фліпчарт;
Час:	45 хвилин

Послідовність проведення:

1. **Ознайомте учасників з метою та завданням теми. 5 хвилин**

2. **Запропонуйте учасникам перелічити основні методи діагностики, які застосовуються для виявлення хворого на туберкульоз 10 хвилин**
   Та запишіть відповіді на фліпчарті.

3. **Представте тему з використанням презентації 25 хвилин**

<u>У ході презентації висвітліть такі питання:</u>

- ✓ Наголосіть, що діагностика туберкульозу відбувається в закладах вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги
- ✓ **Випадок туберкульозу** – хворий з встановленим діагнозом (за клінічними та/або рентгенологічними, та/або морфологічними даними) та котрому призначено повний курс протитуберкульозної хіміотерапії*.
- ✓ Хворий, якому призначена протитуберкульозна хіміотерапія, реєструється як випадок туберкульозу. Діагноз туберкульозу не знімають навіть при виникненні сумнівів щодо активності туберкульозного процесу або наявності туберкульозу. Розпочавши лікування, пацієнту проводять повний курс протитуберкульозної хіміотерапії за III категорією. Неповне протитуберкульозне лікування (пробна терапія) не може бути застосована як метод діагностики.
- ✓ **Хворий з підтвердженим випадком туберкульозу** – пацієнт, у котрого виділені МБТ із клінічного зразка культуральним або молекулярно-генетичним методом.

Пріоритет у діагностиці туберкульозу має культуральний метод з виділенням збудника захворювання

- ✓ Рентгенологічна діагностика ТБ

  Переваги
  - Зручність
  - Чутливість наближається до 100% для виявлення патологічних змін в легенях (особливо КТ)
  - Швидкість

  Недоліки
  - Не дозволяє розрізнити туберкульозні та нетуберкульозні зміни в легенях
  - **Суб'єктивна оцінка різними лікарями**
  - Залежить від кваліфікації та досвіду лікаря
  - Відносно дорогий (КТ)
- ✓ Рентгенологічне обстеження – малочутливий і дорогий метод скринінгового виявлення туберкульозу – дозволяє виявляти **0,3-0,5 випадків** туберкульозу серед 1000 обстежених при масовому огляді.
- ✓ Чутливість методу підвищується в 10 раз при обстеженні окремих контингентів з високим ризиком захворювання на туберкульоз (контактні особи, бездомні, біженці і ін.)
- ✓ Не рекомендований для масового скринінгу
- ✓ Не може бути застосований без інших методів діагностики
- ✓ Сприяє гіпердіагностиці туберкульозу
- ✓ Мікроскопія мазка мокротиння - малочутливий метод діагностики туберкульозу
  - Позитивний мазок 3+ > 10 КСБ в 1 полі зору при цьому в 1 мл мокротиння - 100 000 КСБ
- ✓ Посів мокротиння на щільне поживне середовище Левенштейна-Йенсена - золотий стандарт діагностики туберкульозу
  - Дозволяє додатково до результатів мазку на 20% підвищити виділення збудника
  - Чутливість: 10-100 МБТ в 1 мл мокротиння
  - Використовують також для проведення тесту медикаментозної чутливості до протитуберкульозних препаратів I і II ряду
- ✓ Прискорене культуральне дослідження на рідкому середовищі: автоматизований аналізатор мікробіологічний BACTEC MGIT 960
  - Заснований на індикації росту МБТ в рідкому поживному середовищі
  - Ріст МБТ через 7-14 днів.
  - Підвищує підтвердження ТБ у хворих з негативним мазком мокротиння на 20%
  - ТМЧ до ПТП I і II ряду потребує 3 тижні

- На сьогодні основний метод діагностики ТБ

✓ Молекулярно-генетичні методи (ПЛР, зонд ампліфікація нуклеїнових кислот)

<u>Переваги</u>

- Специфічність 98-100%
- Результат за декілька годин (2,5-3,5)
- Чутливість > 95% у пацієнтів з позитивним мазком мокротиння, 60-70% - з негативним
- Досліджуються будь-які біологічні матеріали

<u>Недоліки</u>

- Висока вартість
- Складність
- Висока частота хибно-позитивних результатів при постійному використанні обладнання

✓ Автоматизований молекуляриний тест Xpert MBT/Rif для визначення ДНК МБТ та резистентності до R

- Чутливість М+ 98,2%
- Чутливість М- 72,6 %
- Специфічність 99,2 %
- Дуже простий метод – 1,45 години
- Вартісний

✓ Діагностика туберкульозу за допомогою Xpert MBT (УКП «Туберкульоз)

- Для всіх ВІЛ-інфікованих осіб,
- Для усіх вперше захворілих на ТБ
- Дітей
- Осіб, контактних із хворими на МР ТБ

✓ Значення гістологічної/цитологічної діагностики туберкульозу

- Діагностика туберкульозу за допомогою гістологічних методів використовується переважно для позалегеневих форм туберкульозу і у випадках диф. діагностики легеневих захворювань
- Висновок на користь туберкульозу за даними гістології не є підтвердженим випадком туберкульозу, випадок туберкульозу встановлюють тільки на підставі клінічних, рентгенологічних і гістологічних даних
- Висновок про відсутність ознак туберкульозного запалення у ВІЛ-інфікованих осіб не свідчить про відсутність туберкульозу через атиповість туберкульозної грануьоми

✓ Інструментальні методи діагностики туберкульозу

- Фібробронхоскопія – візуалізація туберкульозного ураження гортані, бронхів, можливість браш і трансбронхіальної біопсії, отримання промивних вод для дослідження методом мікроскопії на КСБ і посіву на МБТ
- Торакоскопія - візуалізація туберкульозного ураження плеври, проведення біопсії плеври і легень, взяття матеріалу для дослідження методом посіву на МБТ
- Гастроскопія, колоноскопія, цистоскопія – візуалізація туберкульозного ураження стравоходу, кишківника, сечового міхура, взяття матеріалу для дослідження методом посіву на МБТ
- Лапароскопія- візуалізація уражених лімфатичних вузлів, взяття матеріалу для дослідження методом посіву на МБТ

✓ УЗД
- Візуалізація вогнищ в печінці
- Виявлення збільшених лімфатичних вузлів в черевній порожнині та органах малого тазу
- Виявлення рідини в плевральній порожнині, перикарді

✓ Внутрішньошкірний тест для діагностики ТБ - алерген туберкульозний рекомбінантний у стандартному розведенні (АТР)
- Являє собою рекомбінантний білок, що продукується генетично модифікованою культурою Escherichia coli BL 21 (DE3)/pCFP-ESAT, розведений у стерильному ізотонічному фосфатному буферному розчині, з консервантом (фенол).
- Містить два антигени CFP10 і ESAT6, які присутні у вірулентних штамах МБТ та відсутні у вакцинному штамі, який використовується для вакцинації проти ТБ.
- Тест із препаратом АТР є більш чутливим та специфічним, ніж проба Манту з 2 ТО (туберкулін - очищений фільтрат із суміші вбитих нагріванням фільтратів культур МБТ людини та бичачого виду)

<u>Показання до застосування:</u>
- діагностика латентної туберкульозної інфекції;
- діагностика ТБ;
- диференційна діагностика ТБ,

диференційна діагностика між інфекційною та післявакцинною алергією

- ✓ Дайте відповіді на питання учасників.

4. Зробіть висновки: **5 хвилин**

- ✓ діагностика туберкульозу відбувається в закладах вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;
- ✓ Посів мокротиння на щільне поживне середовище Левенштейна-Йенсена - золотий стандарт діагностики туберкульозу;
- ✓ Молекулярно-генетичні методи мають високу специфічність 98-100%, чутливість > 95% у пацієнтів з позитивним мазком мокротиння, 60-70% - з негативним та досліджуються будь-які біологічні матеріали
- ✓ Внутрішньошкірний тест для діагностики ТБ - алерген туберкульозний рекомбінантний у стандартному розведенні (АТР) застосовується длядіагностика латентної туберкульозної інфекції, діагностика ТБ, диференційної діагностики ТБ та диференційної діагностики між інфекційною та післявакцинною алергією

Сесія 13 Диференційна діагностика туберкульозу легень

Мета:	Покращити знання та вміння учасників щодо диференційної діагностики туберкульозу та навчити проводити диференційний діагноз між негоспітальною пневмонією і туберкульозом
Завдання:	✓ Знати перелік захворювань, які мають схожі клінічні або рентгенологічні прояви з туберкульозом ✓ Вивчити тактику ведення пацієнта при виявленні в легенях дисемінованих або деструктивних процесів, збільшених внутрішньогрудних лімфатичних вузлів
Методи навчання:	✓ презентація; ✓ обговорення; ✓ мозковой штурм
Матеріали:	✓ маркери; ✓ фліпчарт;
Час:	45 хвилин

Послідовність проведення:

1. **Ознайомте учасників з метою та завданням теми.** **5 хвилин**
2. **Запропонуйте учасникам перелічити** захворювання, які мають схожі клінічні або рентгенологічні прояви з туберкульозом

Та запишіть відповіді на фліпчарті. **10 хвилин**

3. **Представте тему з використанням презентації** **25 хвилин**

<u>У ході презентації висвітліть такі питання:</u>

✓ Разберіть диференційну діагностику негоспітальної пневмонії і туберкульозу легень
- Негоспітальна пневмонія – найбільш поширене захворювання легень у практиці лікаря ПМСД
- Якщо негоспітальна пневмонія має класичний перебіг, то пацієнт без обстеження на туберкульоз лікується згідно Клінічного протоколу для НП, у тому числі із застосуванням фторхінолонів
- Необхідність диф. діагностики виникає тільки у разі виявлення осіб з підозрою на туберкульоз, яка встановлюється за скаргами, анамнезом та перебігом захворювання (відсутність відповіді на лікування антибіотиками широкого спектру дії)

✓ Не існує рентгенологічних специфічних проявів, які дозволяють розрізнити туберкульоз і пневмонію !!! Пневмонія може виникати в верхній долі, можуть визначатись ділянки

розпаду. Рентгенологічне обстеження дозволяє виявити лише зміни в легенях та їх динаміку!!! Лише 5 ознак на КТ, які виявляють одночасно, непрямо свідчать на користь ТБ

- ✓ Характерні для туберкульозу 5 рентгенологічних ознак:
  - Вогнища
  - Каверни
  - Лобулярні ущільнення
  - Кальцинати
  - Бронхіальні ураження
- ✓ Діагностика типової негоспітальної пневмонії та *діагноз* встановлюють при наявності у хворого:
  - рентгенологічно підтвердженої інфільтрації легеневої тканини
  - та не менше 2-х клінічних ознак з нижче наведених:
  - гострий початок захворювання з температурою тіла вище 38°С;
  - кашель сухий/з виділенням мокротиння
  - фізикальні ознаки (притуплення перкуторного звука, ослаблене везикулярне або жорстке бронхіальне дихання, мілкопухирчасті хрипи та/або крепітація)
  - лейкоцитоз (більше 10 г/л) та/або паличкоядерний зсув (більше 10%)
- ✓ Причини помилкової діагностики ТБ замість пневмонії
  - Верхньочасткова локалізація пневмонічної інфільтрації
  - Поступовий початок пневмонії
  - Затяжний перебіг пневмонії
- ✓ Причини помилкової діагностики пневмонії замість ТБ
  - нижньочасткова локалізація інфільтрату
  - гострий початок ТБ процесу за типом пневмонії
  - негативні результати бактеріоскопічного дослідження мокротиння на КСБ
  - зміни на рентгенограмах, схожі на пневмонічну інфільтрацію
- ✓ Захворювання, з якими проводять диференційну діагностику ТБ легень
  - Бактеріальна пневмонія
  - Грибкова пневмонія, в першу чергу, пневмоцистна пневмонія
  - Рак легені
  - Саркоїоз
  - Абсцес легені
  - Інтерстиціальні захворювання легень, у першу чергу, ідіопатичний фіброзуючий альвеоліт
- ✓ Тактика щодо диф. діагностики ТБ з іншими захворюваннями легень (крім НП)
  - Обстежити осіб з підозрою на ТБ за загальним алгоритмом диф. діагностики для закладів ПМСД
  - Направити до пульмонолога осіб без підозри на туберкульоз (з симптомами, не характерними для туберкульозу: задишка, сухий кашель)

- Направити до фтизіатра осіб, у яких при профілактичному рентгенологічному обстеженні виявили в легенях зміни у вигляді збільшених внутрішньогрудних л/в, вогнищ, ущільнень, кальцинатів, порожнин, вогнищ дисемінації

✓ Розберіть загальний алгоритм діагностики та диф. діагностики закладами ПМСД при активному та пасивному виявленні

✓ Дайте відповіді на питання учасників.

4. **Зробіть висновки:** **5 хвилин**

- ✓ *Чимало захворювань, в першу чергу, **пневмонія**, мають схожі з туберкульозом клінічні прояви та рентгенологічні зміни в легенях*
- ✓ *Помилкова діагностика ТБ (гіпо-, гіпер-) – 34-40%*
- ✓ *Помилкова діагностика пневмоній – 30%*
- ✓ *Причиною обмеженого затінення в легенях найчастіше є пневмонія, потім – ТБ*
- ✓ *Найбільше число діагностичних помилок спостерігається при інфільтративному туберкульозі легень та дисемінованих процесах в легенях*

Сесія 14 Демонстрація клінічних випадків

Мета:	Покращити знання та вміння учасників щодо дифдіагностики туберкульозу та негоспітальній пневмонії
Завдання:	✓ Навчитись аналізувати клінічні приклади випадків туберкульозу ✓ Покращити навички в інтерпретації клінічних аналізів та рентгензнимків;
Методи навчання:	✓ презентація; ✓ обговорення;
Матеріали:	✓ маркери; ✓ фліпчарт; ✓ рентгензнимки ✓ візуалайзер
Час:	45 хвилин

Послідовність проведення:

1. **Ознайомте учасників з метою та завданням теми.** **5 хвилин**

2. **Представте тему з використанням презентації** **40 хвилин**

<u>У ході презентації висвітліть такі питання:</u>

✓ Під час демонстрації клінічних випадків запропонуйте учасникам наступні запитання:
- Проаналізуйте скарги хворих та особливості анамнезу захворювання;
- Прокоментуйте рекомендації лікарів на початковому етапі;
- Інтерпретуйте результати загально клінічних та рентгенологічних методів дослідження;
- Зробіть висновок - правильно чи ні був проведений діагностичний алгоритм? Які помилки?

✓ Наприкінці розгляду згрупуйте та повторіть найчастіші помилки.

ПЕРЕРВА НА КАВУ **16:00–16:30**

Сесія 15 Діагностика позалегеневого туберкульозу

Мета:	Покращити знання та вміння учасників щодо діагностики поза легеневого туберкульозу
Завдання:	✓ Вміти виявити позалегеневу форму захворювання у пацієнтів з підозрою на туберкульоз ✓ Знати клінічні прояви позалегеневих форм туберкульозу ✓ Засвоїти методи, які використовуються для діагностики позалегеневого туберкульозу
Методи навчання:	✓ презентація; ✓ мозковий штурм;
Матеріали:	✓ маркери; ✓ фліпчарт;
Час:	30 хвилин

Послідовність проведення:

1. **Ознайомте учасників з метою та завданням теми.** **5 хвилин**
2. **Запропонуйте учасникам перелічити** найчастіші позалегеневі форми туберкульозу

Та запишіть відповіді на фліпчарті. **5 хвилин**

3. **Представте тему з використанням презентації** **20 хвилин**

<u>У ході презентації висвітліть такі питання:</u>

✓ **Розберіть класифікацію позалегеневого туберкульозу**

- Туберкульоз бронхів, трахеї, гортані та інших верхніх дихальних шляхів
- Туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів
- Туберкульозний плеврит (у т.ч. емпієма)
- Туберкульоз нервової системи й мозкових оболонок
- Туберкульоз костей і суглобів
- Туберкульоз сечостатевої системи
- Туберкульоз периферійні лімфатичні вузли
- Туберкульоз кишок, очеревини та брижових лімфатичних вузлів
- Туберкульоз шкіри й підшкірної клітковини
- Туберкульоз ока
- Туберкульоз вуха

- Туберкульоз надниркових залоз
- Туберкульоз інших органів і систем
- Міліарний туберкульоз
- Туберкульоз невстановленої локалізації

✓ Відмітьте особливості частоти позалегеневих форм у імунокомпетентних, яка складає від 10 до 20 % та у ВІЛ-інфікованих – від 30 і більше.

✓ Найчастіші ураження при позалегеневій локалізації ТБ:
- плевра
- лімфатична система (внутрішньогрудні і периферійні лімфатичні вузли)
- хребет, кістки і суглоби
- сечостатева система

✓ У хворих на позалегеневий ТБ спостерігаються:
- ознаки загального інтоксикаційного синдрому: лихоманка, потіння вночі, втрата маси тіла, загальна слабкість
- локальний синдром (патологічні зміни, притаманні для ураження того чи іншого органу або системи)

✓ Туберкульозний плеврит:
- Клінічні прояви: субфебрильна (фебрильна) температура, біль у грудній клітці, задишка, сухий кашель
- На оглядовій і бічній R-гр. ОГП - випіт в плевральній порожнині

✓ Туберкульоз кісток та суглобів. Найбільш часто уражаються:
- хребет (нижня частина торакального і люмбальний відділи)
- суглоби (епіфізи, метафізи, рідко діафізи): тазостегновий, колінний, гомілковий, плечовий, зап’ястний, ліктьовий
- Симптоми: болі в місці патологічного процесу, напруга м'язів, кульгавість, потовщення шкірної складки в місці ураження, холодний абсцес
- В артритичній фазі: набряк суглоба, почервоніння, біль, напруження м'язів, формування нориці
- На R-гр ураженого хребця: вогнища, деструкція хребця, патологічні переломи
- На R-гр ураженого суглоба: звуження суглобової щілини, рідина, деструкція

✓ ТБ нирок і сечових шляхів
- Інтоксикаційний синдром
- Дизуричний синдром (прискорене сечовипускання, хворобливі позиви)
- Сечовий синдром (протеїнурія, гематурія, піурія) при відсутності неспецифічного збудника в посівах сечі і позитивної відповіді на антибіотики широкого спектру дії
- УЗД нирок, сечовивідних шляхів (вогнищеві зміни, деструкція паренхіми нирок, стриктури сечоводів, пухлиноподібні утворення в сечовому міхурі)

✓ ТБ ЦНС и мозкових оболонок
- Часто ТБ в анамнезі або підозра на ТБ кілька попередніх місяців. Часто є проявом міліарного ТБ (одночасно вогнищева дисемінація в легенях)

- Частіше повільний розвиток (наростаючий головний біль, вогнищеві симптоми-ураження III, VI, VII, XII пар, слабкість в ногах)
- Характерні зміни у ліквoрі (цитоз 60 – 200×10^6/л, переважають лімфоцити; підвищений вміст білка (0,66-1,2 г/л; білково-клітинна дисоціація; зниження концентрації глюкози –нижче ½ рівня крові, позитивна реакція Панді, за добу в пробірці з ліквором випадає ніжна плівка).

✓ Туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів
- Клінічні прояви: фебрильна / субфебрильна температура, загальна слабкість, втрата маси тіла, пітливість вночі. При формуванні норицевої форми: кашель з виділенням мокротиння
- На рентгенограмі одно-двостороннє розширення тіні кореня;
- На рентгенограмі / КТ легенів збільшення л/в > 1 см (паратрахеальні, біфуркаційні, парааортальні, бронхопульмональні), казеоми середостіння.

✓ Туберкульоз периферичних л/в
- Локалізація: шийні, над-підключичні. Рідко – пахвові, підщелепні
- Перебіг захворювання: торпідний, підгострий, гострий, хвилеподібний перебіг (збільшення л/в, формування нириці, поява нових збільшених л / в)
- Клінічні прояви: субфебрильна / фебрильна температура, втрата маси тіла, пітливість ночами, збільшення л/в.
- Л/в щільні, рухливі, великі 2-5 см, без/ малоболісні, хворобливі при залученні в процес прилеглих тканин при формуванні свища або синдром сдавлення прилеглих тканин при великих розмірах л/в). Характерно асиметричне ураження.

✓ Туберкульоз кишківника
- Інтоксикаційний синдром
- Болі в животі (навколопупочочна, ілео-цикальна ділянки)
- Часткова кишкова непрохідність
- Хронічна діарея
- Анемія
- При УЗД або КТ органів черевної порожнини –конгломерати збільшених л/в

✓ ТБ жіночих статевих органів
- Помірний інтоксикаційний синдром
- Симптоми оваро-сальпінгіту, які не піддаються лікуванню за допомогою неспецифічної терапії, безпліддя

✓ ТБ чоловічих статевих органів
- ТБ придатків яєчка, яєчка, передміхурової залози
- Помірний інтоксикаційний синдром
- Симптоми епідидиміту, орхіту, простатиту (набряклість, біль в області мошонки, дизурія), які не піддаються неспецифічній терапії

✓ ТУБЕРКУЛЬОЗ ОЧЕЙ
- Тривалий увеїт, кератоувеіт

- Вогнища інфільтрації і помутніння рогової оболонки з надмірною судинною реакцією, що розповсюджується на всю товщину у формі трикутника
- Жовтуваті горбики на склері 1-3 мм
- Великі сальні преципітати
- Ексудат в передній камері ока
- Формування грубих задніх синехій, гоніосінехій
- Розвиток глибоких судин при іридоцикліті
- Хоріоретиніти з препалілярним екваторіальним розташуванням вогнищ у зоні задніх реснитчатих артерій
- Ексудат в передній сумці кришталика
- Преципітати і плаваючі помутніння в склоподібному тілі

✓ Туберкульоз шкіри
- Первинний ТБ: скрофулодерма, вузлувата еритема, міліарний вовчак
- Вторинний ТБ: туберкульозний вовчак, бородавчатий ТБ шкіри, міліарно-виразковий ТБ
- Висипання на шкірі обличчя, шиї, тулуба, слизових оболонках у вигляді горбків, вузликів, вузлів, укритих виразками папул
- Висипання стійкі, довгостроково протікають, поліморфні (старі та нові елементи)
- Пігментація на місці загоєного елемента висипки

✓ Загальні підходи до діагностики при наданні первинної медичної допомоги
- Запідозрити туберкульоз позалегеневої локалізації при наявності характерних симптомів і синдромів
- Направити пацієнта на консультацію до фтизіатра для визначення подальшої тактики щодо обстеження цього пацієнта.

✓ **Діагностика позалегеневого туберкульозу**
- Оглядова рентгенограма органів грудної клітки
- Загальний аналіз крові, сечі
- СКТ органів грудної клітки (середостіння, бронхопульмональна і підключична групи л/в)
- УЗД органів черевної порожнини
- СКТ черевної порожнини з контрастуванням
- МРТ ЦНС з контрастуванням, хребта, суглобів
- Ендоскопічні методи діагностики: бронхоскопія, торакоскопія, цистоскопія, колоноскопія, артроскопія, лапароскопія
- Мікробіологічна діагностика:
  - мазок-відбиток біопсійного матеріалу на КСБ
  - посів біопсійного матеріалу на МБТ
- Гістологічне дослідження біопсійного матеріалу

✓ Дайте відповіді на питання учасників.

Сесія 16. Клінічні випадки позалегеневого ТБ

Мета:	Покращити знання та вміння учасників щодо діагностики позалегеневого ТБ
Завдання:	✓ Навчитись аналізувати клінічні приклади випадків позалегеневого туберкульозу
Методи навчання:	✓ презентація; ✓ обговорення;
Матеріали:	✓ маркери; ✓ фліпчарт; ✓ РМ 7: «Клінічні випадки позалегеневого туберкульозу» ✓ Динамічна вправа.
Час:	45 хвилин

Послідовність проведення:

1. **Ознайомте учасників з метою та завданням теми.** **5 хвилин**

2. **Представте тему з використанням презентації** **25 хвилин**

<u>У ході презентації висвітліть такі питання:</u>

✓ Разберіть клінічні випадки позалегеневого ТБ використовуючи РМ 7: «Клінічні випадки-позалегеневого туберкульозу» та проаналізуйте скарги, результати огляду та клінічних обстежень. Відповісти на запитання:
- Який попередній діагноз?
- Яка тактика щодо обстеження цієї пацієнтки?

✓ Дайте відповіді на питання учасників.

3. **Динамічна вправа.** **5 хвилин**

«Коло знайомств»
Мета: згуртувати і розкріпачити учасників тренінгу.
Учасники стають в коло. Один з гравців робить крок в центр кола, називає своє ім'я, показує ка¬кое рух або жест, властивий йому або придуманий, потім повертається знову в коло. Всі гравці повторюють якомога точніше його рух, інтонацію, міміку. Таким чином, кожен з уча¬стніков продемонструє свій рух або жест.

Підведення підсумків другого дня

Мета:	Підвести підсумки роботи за день.
Завдання:	✓ Вияснити, наскільки добре учасники засвоїли розглянутий матеріал. ✓ Відповісти на питання учасників.
Методи навчання:	✓ Провести оцінку роботи учасниками. ✓ презентація; ✓ обговорення.
Матеріали:	✓ презентація «Підведення підсумків другого дня»; ✓ форми оцінки роботи за день.
Час:	15 хвилин

Послідовність проведення:

1. **Використайте презентацію «Підведення підсумків другого дня»** та наголосіть на основних темах, які обговорювалися протягом дня.
   - ✓ Запросіть чергового підсумувати основні моменти дня.
   - ✓ Запитайте учасників, про що, на їх думку, найбільш важливе вони сьогодні дізналися. Попросіть їх поділитися своїми коментарями та зауваженнями.
   - ✓ Запитайте, чи є питання і чи необхідно щось додатково пояснити.

2. **Наголосіть, що в третій день ми розглянемо теми:** типів випадків ТБ, загальних принципів лікування та ведення випадку ТБ.

3. **Оцініть роботу другого дня тренінгу.**

Роздайте форми оцінки роботи за день та попросіть учасників на стороні з написати один-два пункти про те, що їм сподобалося сьогодні чи що нового для себе вони сьогодні вивчили. На звороті, позначеному попросіть написати свої зауваження і пропозиції, як можна змінити чи покращити роботу на наступний день. Зберіть форми, щоб пізніше обговорити їх з тренерами.

Подякуйте учасникам за роботу і наголосіть, що завтра заняття розпочнуться о 9:00.

У кінці дня тренери повинні:

- ✓ Обговорити відгуки учасників про результати роботи за день і вирішити, які зміни потрібно внести. Підготувати 1-2 слайди, де підсумувати позитивні і негативні відгуки, щоб зранку представити їх учасникам.
- ✓ Обговорити всі сесії дня та загальний хід роботи (зміст, розподіл часу, виконання програми дня) і внести необхідні зміни в програму наступного дня.
- ✓ Переглянути програму наступного дня. Кожний тренер повинен коротко прокоментувати, як він планує провести закріплені за ним теми і яка допомога від колег йому потрібна.
- ✓ Прибрати використані фліпчарти, які вже не потрібні, і підготувати необхідні тренінгові матеріали на наступний день.

День третій

Програма

Тема	Час	**Тренер**
Повторення матеріалу 2-го дня та програма на третій день	9:00 – 9:10	
Сесія 17 Визначення випадку туберкульозу *(лекція)*	9:10 – 10:20	
Сесія 18 Загальні принципи лікування туберкульозу *(лекція)*	10:20 – 11:00	
Перерва на каву	11:00 – 11:30	
Сесія 19 Побічні реакції від ПТП *(лекція)*	11:30 – 12:00	
Сесія 20 Ведення побічних реакцій в закладах ПСМД *(практичне заняття)*	12:00 – 12:30	
Сесія 21 Організація лікування в закладах ПСМД *(семінар)*	12.30–13-00	
Обід	13:00 – 14:00	
Сесія 22 Заповнення форми ТБ01 *(практичне заняття)*	14:00 – 14:45	
Сесія 23 Ведення пацієнтів, які перервали лікування *(мозковий штурм)*	14:45– 15:30	
Сесія 24 Особливості лікування дітей, вагітних, ВІЛ-інфікованих та хворих із супутніми захворюваннями *(лекція)*	15:30 – 16:00	
Перерва на каву	16:00 – 16:30	
Сесія 25 Методи формування прихильності до лікування *(лекція)*	16:30 – 17:45	
Підведення підсумків третього дня	17:30 – 18:00	

Повторення матеріалу 2-го дня та програма на третій день

Мета:	Привітати учасників та спланувати роботу на День 3.
Завдання:	✓ Обговорити коментарі учасників щодо результатів роботи за попередній день та про необхідні зміни в порядку роботи. ✓ Коротко повторити матеріал Дня 2-го. ✓ Розглянути програму роботи на День 3-й.
Методи навчання:	✓ презентація; ✓ обговорення.
Матеріали:	✓ презентація «День 3-й»; ✓ заповнені форми оцінки роботи за День 2-й; ✓ питання для повторення матеріалу попереднього дня; ✓ маркери; ✓ фліпчарт.
Час:	10 хвилин

Послідовність проведення:

1. **Привітайте учасників.**

2. **Коротко повторіть матеріал попереднього дня.**

3. **Представте презентацію «День 3-й»:**

   - Підсумуйте відгуки учасників про результати роботи за попередній день і обговоріть, які зміни необхідно внести в хід роботи, зважаючи на зауваження учасників.
   - Запитайте учасників, чи в них є питання або чи залишилися нез’ясовані моменти з матеріалу другого дня тренінгу. Дайте відповіді на питання, по можливості залучаючи учасників до відповідей.
   - Представте програму роботи на третій день.

4. **Призначте двоє чергових на день:**

   - черговий №1 – слідкує за дотриманням регламенту і проводить вправи на підняття тонусу учасників групи, коли вони втомилися;
   - черговий №2 – у кінці дня підсумовує основні моменти.

Сесія 17. Визначення випадку туберкульозу

Мета:	Покращити знання та вміння учасників щодо класифікації та визначення випадків туберкульозу
Завдання:	✓ Навчитись аналізувати клінічні приклади випадків туберкульозу на первинній ланці надання медичної допомоги
Методи навчання:	✓ презентація; ✓ обговорення; ✓ заповнення анкет.
Матеріали:	✓ маркери; ✓ фліпчарт; ✓ РМ 8 «Клінічні випадки - формулювання клінічного діагнозу для роботи в групах»
Час:	1 година 10 хвилин

Послідовність проведення:

1. **Ознайомте учасників з метою та завданням теми.** **5 хвилин**
2. **Запропонуйте учасникам перелічити** типи випадку туберкульозу Та запишіть відповіді на фліпчарті. **10 хвилин**

3. **Представте тему з використанням презентації** **30 хвилин**

<u>У ході презентації обговоріть з учасниками такі питання:</u>

- ✓ Підозра на туберкульоз - будь-яка особа з симптомокомплексами, що вимагають обов'язкового обстеження на туберкульоз, та/або відноситься до групи ризику на туберкульоз.
- ✓ Хворий на туберкульоз – хворий з встановленим діагнозом (за клінічними та або рентгенологічними та або морфологічними даними) та котрому призначено повний курс протитуберкульозної терапії.
- ✓ Хворий з підтвердженим випадком туберкульозу – пацієнт, у котрого виділені МБТ із клінічного зразка культуральним або молекулярно-генетичним методом.

Примітка: будь-яка особа, яка отримає протитуберкульозне лікування, повинна бути зареєстрована як випадок туберкульозу. Неповне протитуберкульозне лікування (пробна терапія) не застосовують як метод діагностики.

- ✓ Анатомічна локалізація захворювання
  - туберкульоз легень (ТБЛ) - всі випадки туберкульозу із залученням у патологічний процес паренхіми легенів (у тому числі пацієнти із наявністю

легеневих та позалегеневих форм туберкульозу або випадки міліарного туберкульозу);

- позалегеневий туберкульоз (ТБ ПЛ) - всі випадки туберкульозу із залученням інших, окрім легенів, органів (у тому числі туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів та туберкульозний плеврит без ураження паренхіми легенів).

✓ Латентна туберкульозна інфекція

- Інфікування - у разі потрапляння МБТ в організм людини та їх персистенції, без ушкодження клітин організму, що можливе за рахунок достатнього імунного захисту. Проявляється позитивною туберкуліновою пробою. Лише у 7-10 % інфікованих розвивається туберкульоз.

✓ Випадки туберкульозу

- Нові випадки - вперше діагностований туберкульоз (ВДТБ) у хворих, які ніколи раніше не хворіли на туберкульоз, або лікувалися ПТП менше 1 місяця. Вперше діагностований хворий може мати як негативні, так і позитивні результати мікроскопії мокротиння та культуральних досліджень. У таких хворих може діагностуватись ТБ різної локалізації.
- Повторні випадки лікування – у хворих, які раніше лікувались один місяць чи більше із позитивними або негативними результатами бактеріологічного дослідження з будь-якою локалізацією туберкульозного процесу. Повторні випадки ТБ включають:

  Рецидив туберкульозу (РТБ)
- підтверджений випадок захворювання на ТБ у пацієнта, який раніше успішно закінчив повний курс антимікобактеріальної терапії та вважався вилікуваним, або закінчив основний курс лікування з результатом «лікування завершене», і у нього повторно виявляється ТБ як з бактеріовиділенням, так і без бактеріовиділення.

  Лікування після перерви (ЛПП)
- випадок, коли хворий на ТБ перервав лікування більше ніж на 2 місяці поспіль до завершення ОКХТ, який почав знову лікування незалежно від того, чи залишився мазок позитивним, чи дослідження мокротиння дало негативний результат.

  Невдача лікування (НЛТБ)
- випадок захворювання на ТБ у пацієнта, у якого зберігається або з’являється бактеріовиділення (за мазком або за посівом) та/або у хворого з негативною клініко-рентгенологічною динамікою (якщо виключена інша етіологія захворювання), після завершення стандартної ІФ.

  Інший (ІТБ)
- це хворий на ТБ, який не відповідає критеріям для інших типів пацієнтів:

- хворі щодо яких немає даних про проведене раніше лікування та його результату;
- раніше ліковані хворі на ТБ легень з негативним результатом мікроскопії мокротиння,
- раніше ліковані хворі з позалегеневими формами ТБ з негативним результатом бактеріологічного дослідження,
- хворі з тривалим (хронічним) перебігом ТБ з чисельними епізодами неефективного (перерваного) лікування в анамнезі з М+.

✓ Хіміорезистентний туберкульоз (ХР ТБ)
- це форма ТБ, при якій пацієнт виділяє МБТ, резистентні до одного або більшої кількості ПТП, що підтверджено лабораторним методом в ТМЧ.

✓ Розрізняють наступні види медикаментозної резистентності МБТ:
- Підтверджена монорезистентність – це ТБ у хворих, які виділяють МБТ з доведеною in vitro резистентністю до одного з ПТП І ряду.
- Підтверджена полірезистентність – це ТБ у хворих, які виділяють МБТ з доведеною in vitro резистентністю до більше ніж одного ПТП І ряду, за виключенням одночасної резистентності до ізоніазиду та рифампіцину.
- Підтверджена мультирезистентність – це ТБ у хворих, які виділяють МБТ з доведеною in vitro резистентністю МБТ як мінімум до ізоніазиду та рифампіцину.
- Підтверджена розширена медикаментозна резистентність – резистентність МБТ одночасно до ізоніазиду, рифампіцину та одного з препаратів з 2-х груп ПТП ІІ ряду – аміноглікозидів та капреоміцину та фторхінолонів.

✓ Мультирезистентний туберкульоз (МР ТБ)
- це форма ТБ, коли пацієнт виділяє МБТ, резистентні, як мінімум, до ізоніазиду та рифампіцину, а часто і більшої кількості ПТП І та ІІ ряду, що підтверджено лабораторним методом в ТМЧ.

✓ Туберкульоз із розширеною резистентністю МБТ (РР ТБ)
- це форма ТБ, коли пацієнт виділяє МБТ, резистентні, як мінімум, до ізоніазиду та рифампіцину, будь-якого фторхінолону та принаймні одного з трьох ін’єкційних препаратів ІІ ряду– амікацин, канаміцин та капреоміцин.

✓ Категорії хворих на туберкульоз: І категорія
- хворі на вперше діагностований ТБ різних локалізацій з бактеріовиділенням (ВДТБ МБТ+),
- хворі з іншими (тяжкими) формами захворювання різних локалізацій без бактеріовиділення (ВДТБ МБТ(–): міліарним, дисемінованим ТБ, деструктивним легеневим ТБ (при поодиноких порожнинах понад 3 см або при наявності більш ніж 3-х порожнин меншого розміру); менінгітом, казеозною пневмонією,

туберкульозним перикардитом, перитонітом, ТБ кишківника, ТБ хребта з неврологічними ускладненнями, урогенітальним ТБ.

- ТБ внутрішньогрудних лімфовузлів з ураженням більше ніж 2-х груп з однієї сторони або 2-х і більше груп з обох сторін.
- Ускладнений перебіг ТБ у дітей.

✓ Категорії хворих на туберкульоз: ІІ категорія

- будь-які випадки раніше лікованого легеневого і позалегеневого ТБ, що реєструють для повторного лікування:

• рецидив ТБ різної локалізації з бактеріовиділенням (РТБ з МБТ+);
• невдача лікування (НЛТБ з МБТ+);
• лікування після перерви з бактеріовиділенням (ЛПП з МБТ+),
• інший (ІТБ) з МБТ(+/-).

✓ Категорії хворих на туберкульоз: ІІІ категорія

- хворі з новими випадками (ВДТБ) без бактеріовиділення (ВДТБ МБТ–), яких не віднесено до 1 категорії

✓ 4 категорія

• Хворі на: МР ТБ, РРТБ, ХР ТБ (підтверджені випадки, які згідно з профілем резистентності вимагають лікування тривалістю понад 12 міс.)

✓ До категорії 5.1 (дорослі)

- відносяться особи з залишковими змінами після вилікування ТБ (ЗЗТБ) різної локалізації (час спостереження залежить від їх розміру). Протирецидивне лікування дорослим проводиться протягом 2-х років тільки перехворілим на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ або у яких ВІЛ-інфекція виявлена після вилікування ТБ

✓ До категорії 5.2 (дорослі)

- відносяться контактні особи з хворими на ТБ, які виділяють МБТ, а також із хворими на ТБ тваринами. ХП ТБ здійснюється при вперше встановленому контакті, у подальшому – у разі збереження контакту з бактеріовиділювачем (тваринами) щорічно, але не більше 2-х років поспіль (за епідпоказниками або клінічними показаннями цей термін може бути продовжений).

✓ Формулювання діагнозу туберкульозу

• Випадок туберкульозу
• Дата встановлення діагнозу
• Анатомічна локалізація туберкульозу
• Клінічна форма
• Наявність деструкції (Дестр+/-)
• Наявність бактеріовиділення (за мазком М+/-/0, за культурою К+/-/0, молекулярно-генетичним методом Риф+/-/0)
• Наявність резистентності до ПТП (Резист І(HR/-) ІІ(Ofx/-))

- Наявність гістологічної верифікації діагнозу
- Категорія лікування
- Когорта (квартал та рік реєстрації)

✓ Розберіть приклади формулювання клінічного діагнозу:

- РТБ (03.01.13) правої легені (інфільтративний) Дестр (+) МБТ (+) М (+) МГ (+) Ріф (-) К (0) Резист (0) Гіст (0) Кат 2 ког 1 (2013)
- ВДТБ (03.01.13) правої легені (інфільтративний) Дестр (+) МБТ (+) М (+) МГ (-) К (+) Резист (-) Гіст (0) Кат 1 ког 1 (2013)
- ВДТБ ПЛ (03.01.13) периферичних лімфатичних вузлів МБТ (-) М (-) МГ (0) К (-) Резист (0) Гіст (+) Кат 3 ког 1 (2013)

4. Робота в групах **25 хвилин**

✓ Розділіть аудиторію на чотири групи. Використайте презентацію «Демонстрація клінічних випадків» (для учасників) для пояснення завдання групам. Роздайте учасникам РМ 8: «Клінічні випадки формулювання клінічного діагнозу для роботи в групах» і доручіть кожній групі розглянути за 15 хвилин один клінічний випадок і відповісти на питання: який діагноз при направленні в ПТД?

✓ Запросіть представників груп представити результати роботи своєї групи. Кожна група має 5 хвилин для виступу і обговорення коментарів інших учасників.

✓ Заохочуйте учасників задавати питання, уточнювати відповіді колег та доповнювати їх у разі потреби. Перевіряйте правильність відповідей, виправляйте їх, якщо необхідно. (Відповіді на питання наведені у нотатках до презентації «Демонстрація клінічних випадків» – для тренерів).

✓ Якщо ви не встигаєте дати слово представникам усіх груп, заслухайте в першу чергу ті групи, які не виступали на попередньому практичному занятті.

Сесія 18 Загальні принципи лікування туберкульозу

Мета:	Покращити знання та вміння учасників щодо сучасній стратегії контролю за туберкульозом і основних принципів лікування ТБ
Завдання:	✓ Ознайомитись з методами лікування ТБ; ✓ Вивчити класифікацію протитуберкульозних препаратів; ✓ Повторити режими та схеми лікування ТБ; ✓ Визначити критерії та результати лікування хворих на ТБ.
Методи навчання:	✓ презентація; ✓ обговорення; ✓ мозковий штурм.
Матеріали:	✓ маркери; ✓ фліпчарт;
Час:	50 хвилин

Послідовність проведення:

1. **Ознайомте учасників з метою та завданням теми.** **5 хвилин**

2. **Запропонуйте учасникам перелічити** основні принципи лікування, які застосовуються для хворих на туберкульоз та перелічити основні ПТП. Та запишіть відповіді на фліпчарті. **10 хвилин**

3. **Представте тему з використанням презентації** **35 хвилин**

<u>У ході презентації висвітліть такі питання:</u>

організація та проведення лікування є основними елементами первинної профілактики ТБ, яка спрямована на попередження інфікування МБТ здорових осіб

✓ Виділіть основні цілі лікування туберкульозу:
- Вилікувати хворого на ТБ
- Попередити смерть
- Попередити ускладнення та інші несприятливі наслідки хвороби
- Попередити рецидив
- Зупинити або по можливості зменшити передачу інфекції від однієї людини до іншої

Наголосіть, що принципи лікування туберкульозу і основні стратегії боротьби з цим захворюванням формуються від появи протитуберкульозних препаратів до теперішнього часу, зважаючи на особливості і мінливість збудника, розповсюдження ВІЛ-інфекції в популяції.

- ✓ Методи лікування туберкульозу
  - Етіотропна антимікобактеріальна терапія (хіміотерапія) - основний метод
  - Патогенетична терапія
  - Хірургічні методи
  - Колапсотерапевтичні методи
  - Санаторно-курортні методи, що укріпляють резистентність організму
- ✓ Фази лікування туберкульозу
  - Інтенсивна фаза (знищення метаболічно активних МБТ та фагоцитованих макрофагами - досягнення конверсії мокротиння) - застосовують інтенсивне лікування – 4 препарати, 5- для МРТБ.
  - Підтримуюча фаза – стійке припинення розмноження популяції МБТ(закріплення ефекту лікування) – застосвують менш інтенсивне лікування (2 препарати, 4 – для МРТБ)
- ✓ Тривалість лікування
  - Для досягнення позитивного ефекту лікування важливо дотримуватися *тривалості лікування*
  - *Кожна доза протитуберкульозних ліків повинна бути прийнята під контролем медпрацівника*
  - При цьому тривалість лікування враховується по *прийнятих дозах, а не днях або місяцях*
  - Доза – сукупність *добових доз усіх* призначених препаратів
- ✓ Протитуберкульозні препарати
  - I ряду (Основні)
  - ізоніазид
  - рифампіцин
  - піразинамід
  - етамбутол
  - стрептоміцин
  - II ряду (Резервні)
  - канаміцин, амікацин, капреоміцин
  - фторхінолони (офлоксацин, левофлоксацин, моксіфлоксацин)
  - етіонамід, протіонамід
  - Циклосерин (теризидон)
  - ПАСК (натрію параміносаліцилат)
- ✓ Сучасні режими лікування хворих на ТБ для 1-3 категорії (Нові і повторні випадки Туберкульозу) МБТ +; МБТ –
  - <u>Ізоніазид + рифампіцин + піразинамід + етамбутол</u> щоденно або 5 разів на тиждень (крім неділі і суботи) - 60 доз (90 доз у разі подовження бактеріовиділення);

- Ізоніазид + рифампіцин - 120 доз щоденно або інтермітуюче через день (за виключенням ВІЛ-інфікованих осіб – тільки щоденний прийом)

✓ 4 категорії мульти-резистентний туберкульоз

- мінімум 5 ефективних препаратів I і II ряду, або до яких МБТ чутливі, в інтенсивну фазу протягом 8 міс щоденно, а далі 4 препарати щоденно – 12 міс

✓ Підрахунок тривалості лікування

- При щоденному прийомі препаратів цифра 2HRZE (2 міс.) означає 60 доз, 3HRZE (3 міс.) - 90 доз, і т.д.
- Наприклад, хворий отримує ПТП в ІФ за категорією 3 щодня, крім неділі (коли поліклініка не працює). В цьому випадку 2HRZE означає, що лікування буде тривати не 60, а 68-70 днів, доки хворий отримає всі 60 доз

✓ Лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз (МРТБ)

➢ Стандартний режим - режим хіміотерапії, що включає ПТП, чутливість до яких збережена з найбільшою імовірністю

- ІФ 8 міс: піразинмід +к анаміцин(амікацин)+ левофлоксацин + протіонамід(етіонамід) + циклосерин (теризидон або ПАСК)
- ПФ 12 міс: піразинмід + левофлоксацин + протіонамід (етіонамід) + циклосерин (теризидон або ПАСК)

➢ Індивідуалізований режим – за даними тесту медикаментозної чутливості МБТ

- ІФ 8 міс – 5 препаратів з обов'язковим включенням канаміцину (амікацину або капреоміцину)
- ПФ 12 міс – 4 препарати

✓ Моніторинг лікування хворих на ТБ

➢ Проводиться в протитуберкульозних закладах або тубкабінетах ЦРЛ за встановленим графіком (<u>на початку лікування, наприкінці інтенсивної фази і наприкінці лікування</u>;)

➢ Для моніторингу застосовують:

- Дослідження мокротиння методом мікроскопії і посіву (на рідке та/або щільне середовище)
- Тест медикаментозної чутливості МБТ до протитуберкульозних препаратів
- Рентгенологічне дослідження легень
- Гемоглобін, показники білої крові, біохімічні показники крові (для хворих на мультирезистентний туберкульоз)
- Медичні працівники, які проводять лікуівання в закладах ПМСД, повинні направляти пацієнта для проведення цих досліджень до районного фтизіатра у зазначені вище терміни.

✓ Результати лікування

- оцінюють клінічно за:
  - динамікою ваги

*Головним критерієм ефективного лікування є **конверсія мокротиння** як методом мікроскопії мазка, так і культуральним методом, як більш чутливим*

  - симптомами захворювання
  - даними фізикального обстеження
- Клінічні симптоми захворювання – кашель з виділенням мокротиння, лихоманка та втрата маси тіла – зменшуються та зникають протягом перших місяців лікування.
- У дітей важливою ознакою ефективного лікування є збільшення маси тіла та росту
- Конверсія мокротиння – отримання негативних результатів дослідження мокротиння після позитивних (методом мікроскопії і посіву). Конверсія в переважній більшості випадків відбувається після прийому 30—60 доз.
- Рентгенологічна динаміка – розсмоктування і ущільнення вогнищевих і інфільтративних змін в легенях, регресія (зменшення розмірів, витончення стінок) і загоєння каверн. Рентгенологічна динаміка може бути відсутньою або незначною, що не може бути підставою для встановлення невдачі лікування (пролонгація ІФ), якщо хворий набирає вагу, зникли клінічні симптоми, припинилось бактеріовиділення.
- Вилікуваний – завершений курс лікування, негативні результати дослідження мокротиння методом мікроскопії і посіву на кінець лікування
- Лікування завершено - завершений курс лікування, мокротиння не досліджувалось на кінець лікування
- Невдача лікування – продовжується (відновлюється) бактеріовиділення після прийому 90 доз, або негативна клінічна і рентгенологічна динаміка у хворого з МБТ-
- Помер
- Лікування перерване (на 2 і більше міс.)
- Вибув (в іншу адміністративну територію)

✓ Перспективи протитуберкульозної хіміотерапії

✓ Розробка нових протитуберкульозних препаратів:
  - Скорочення тривалості лікування до 2-4 міс.
  - Зменшення кількості протитуберкульозних препаратів у схемі до 2-х або 3-х

✓ Дайте відповіді на питання учасників.

Сесія 19. Побічні реакції від протитуберкульозних препаратів

Мета:	Покращити знання та вміння учасників щодо побічних реакції від протитуберкульозних препаратів
Завдання:	✓ Визначити роль побічної дії і небажаних побічних реакцій і явищ при лікуванні хворих на туберкульоз; ✓ Вивчить шляхи досягнення виліковування хворих на ТБ; ✓ Повторить класифікацію побічних ефектів ПТП.
Методи навчання:	✓ презентація; ✓ обговорення; ✓ динамічна вправа.
Матеріали:	✓ маркери; ✓ фліпчарт;
Час:	60 хвилин

Послідовність проведення:

1. **Ознайомте учасників з метою та завданням теми.** **5 хвилин**
2. **Запропонуйте учасникам перелічити** основні побічні реакції на ПТП. Та запишіть відповіді на фліпчарті. **5 хвилин**
3. **Представте тему з використанням презентації** **20 хвилин**

<u>У ході презентації висвітліть такі питання:</u>

- **Особливості лікування хворих на ТБ**
  - Лікування тривале - мінімум 6 місяців, 20 місяців у випадку мультирезистентного туберкульозу
  - Лікування комбіноване - мінімум 4 протитуберкульозних препарати в інтенсивну фазу (2 міс.) і 2 препарати в підтримуючу фазу (4 міс.)
  - Обмежена кількість протитуберкульозних препаратів: 5 протитуберкульозних препаратів I ряду для лікування нових випадків і 6 груп препаратів II ряду для лікування повторних випадків захворювання
  - Комбінована ХТ викликає велику кількість небажаних побічних дій і реакцій.
  - Важко виявити препарат, винний у розвитку побічних реакцій, що в ряді випадків призводить до скасування лікування.
- **Термінологія**
  - Побічна дія - будь-який небажаний ефект препарату, який обумовлений хімічною структурою лікарського засобу та його фармакокінетикою
  - Побічна реакція - будь-яка небажана небезпечна реакція, пов'язана із застосуванням цього лікарського препарату

- Побічне явище - несприятливий прояв при застосуванні лікарського препарату (поява симптому, зміна лабораторних показників), яке не обов'язково викликано цим препаратом.
- Серйозна побічна реакція – ПР, яка супроводжується симптомами та/або зміною лабораторних показників і вимагає лікування

- **Роль побічної дії і небажаних побічних реакцій і явищ при лікуванні хворих на туберкульоз**
  - Знижують прихильність до лікування з боку хворих, що призводить до формування хіміорезістеності МБТ
  - Призводять до переривання лікування, що сприяє формуванню хіміорезістеності МБТ
  - Призводять до скасування лікування, що сприяє збереженню вогнища небезпечної інфекції

✓ **Шляхи досягнення виліковування хворих на ТБ**
  - Повне безкоштовне забезпечення хворих усіма протитуберкульозними препаратами
  - Контроль з боку медичних працівників за прийомом протитуберкульозних препаратів (застосовувати різні методи контролю)
  - Призначення патогенетичних препаратів, що зменшують побічну дію препаратів і запобігають розвитку побічних реакцій
  - Виховувати пацієнтів миритися з побічною дією препаратів, яке не призводить до зміни лабораторних показників і не викликає різких симптомів
  - Проводити ретельний моніторинг ПР, навчити лікарів розпізнавати і усувати побічну дію, побічні реакції та явища і проводити правильну тактику при роботі з пацієнтом (не йти у пацієнта на поводу).

- **Класифікація побічних ефектів ПТП:**
  - Гепатотоксичні реакції
  - Нефротоксичні реакції
  - Ототоксичні та вестибулярні реакції
  - Шлунково-кишкові порушення
  - Нейротоксичні реакції (ЦНС)
  - Ускладнення з боку опірно-рухової системи
  - Ендокринні порушення
  - Алергічні реакції

✓ **Ведення випадку туберкульозу щодо діагностики, лікування та профілактики ПР**
  - Проводити клінічний і лабораторний моніторинг побічних реакцій
  - Розрізняти побічні дії та побічні реакції
  - Призначати патогенетичні і симптоматичні засоби, що попереджають або зменшують побічні дії та побічні реакції
  - Виховувати пацієнта миритися з побічними діями

- Зважувати ризики при виникненні побічних реакцій від скасування протитуберкульозного лікування і тяжкості побічної реакції
- Навчати медичних сестер і пацієнтів розпізнавати і усувати побічні реакції

- **Тактика ведення серйозних побічних реакцій**
  - Призначити патогенетичний препарат для усунення побічної реакції
  - Збільшити дозу піридоксину до 200 мг/добу при виникненні психо-неврологічних ПР
  - Негайно направити пацієнта до фтизіатра з метою корекції режиму ХТ
  - Відмінити препарат, який викликав серйозну побічну реакцію, і направити пацієнта до фтизіатра
  - Зменшити дозу препарату або розділити на 2 прийоми (ПАСК, етіонамід/протіонамід, циклосерин) за призначенням фтизіатра
  - Відмінити увесь режим ХТ у разі виникнення тяжких гепатотоксичних, нефротоксичних побічних реакцій з ознаками поліорганної недостатності, або тяжкої алергічної реакції, якщо не можна встановити препарат, який її викликав, і направити пацієнта до фтизіатра.

4. Зробить висновки **5 хвилин**

- ✓ *Частина хворих на ТБ, що отримують хіміотерапію, страждають від побічних реакцій при лікуванні, тому дуже важливим є своєчасне виявлення і активний підхід до виявлення та попередження таких реакцій, що сприяє виконанню пацієнтами призначеного курсу лікування*
- ✓ *При лікуванні туберкульозу можливості заміни препарату вкрай обмежені або неможливі*
- ✓ *Раціональне ведення хворих з побічними реакціями хіміотерапії є найважливішою умовою успіху*

5. Динамічна вправа: **25 хвилин**

«Плутанина» Мета: підвищити тонус групи і згуртувати участніков.

Учасники стають в коло і простягають праву руку у напрямку до центру кола. За сигналом, ведущего кожен гравець знаходить собі «партнера по рукостисканню». Число гравців повинне бути парним. Затем всі учасники витягають ліву руку і також знаходять собі «партнера по рукостисканню» (дуже важливо, щоб це був не той же самий чоловік). І теперь завдання учасників полягає в тому, щоб распу¬таться, т. Е. Знову вишикуватися в коло, що не роз'єднуючи рук. Завдання можна ускладнити тим, що заборонити всяческое словесне спілкування.

ПЕРЕРВА НА КАВУ 11:00 – 11:30

Сесія 20 Ведення побічних реакцій в закладах ПСМД

Мета:	Покращити знання та вміння учасників щодо ведення випадку ТБ з побічними реакціями
Завдання:	✓ Навчитись аналізувати клінічні приклади випадків туберкульозу з побічними реакціями ✓ Засвоїти тактику ведення хворих з ПР
Методи навчання:	✓ робота в малих групах ✓ обговорення;
Матеріали:	✓ маркери; ✓ фліпчарт; ✓ РМ 9: «Клінічні випадки виникнення побічних реакцій на ПТП для роботи в групах»
Час:	30 хвилин

Послідовність проведення:

1. **Ознайомте учасників з метою та завданням теми.** **5 хвилин**
2. **Робота в групах.** **25 хвилин**

- ✓ Розділіть аудиторію на шість груп. Використайте презентацію «Розбір клінічних випадків ведення побічних реакцій в закладах ПСМД» для пояснення завдання групам. Роздайте учасникам РМ 9: «Клінічні випадки виникнення побічних реакцій на ПТП для роботи в групах» і доручіть кожній групі розглянути один клінічний випадок і відповісти на питання: **С прийомом якого препарату пов'язаний біль в суглобах? Ваші дії?**
- ✓ Відведіть для цього завдання 10 хвилин.
- ✓ Попросіть менторів груп, за якими вони закріплені, підійти до учасників та у разі потреби надавати їм допомогу.
- ✓ Запросіть представників груп написати на фліпчарті відповідь. Заохочуйте учасників задавати питання, уточнювати відповіді колег та доповнювати їх у разі потреби. Перевіряйте правильність відповідей, виправляйте їх, якщо необхідно.
- ✓ Якщо ви не встигаєте дати слово представникам усіх груп, заслухайте в першу чергу ті групи, які не виступали на попередньому практичному занятті.

Сесія 21. Організація лікування ТБ в закладах ПСМД

Мета:	Покращити знання та вміння учасників щодо організації лікування хворих на туберкульоз в закладах ПМСД
Завдання:	✓ Вивчити заходи з лікування хворих на ТБ в закладах ПМСД; ✓ Засвоїти принципи **о**рганізації лікування в закладах ПМСД; ✓ Ознайомитись з законом України "Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз"
Методи навчання:	✓ презентація; ✓ обговорення; ✓ мозковий штурм.
Матеріали:	✓ маркери; ✓ фліпчарт;
Час:	30 хвилин

Послідовність проведення:

1. **Ознайомте учасників з метою та завданням теми.** **5 хвилин**

2. **Запропонуйте учасникам перелічити** основні моделі лікування хворих на туберкульоз в закладах ПСМД та перелічить переваги кожної моделі Та запишіть відповіді на фліпчарті. **5 хвилин**

3. **Представте тему з використанням презентації** **15 хвилин**

<u>У ході презентації висвітліть такі питання:</u>

- ✓ Організація лікування хворих на туберкульоз:
  - Лікування стаціонарних умовах показано хворим із бактеріовиділенням до негативації мокротиння (зазвичай протягом інтенсивної фази), або хворим з тяжкими розповсюдженими формами ТБ, або пацієнтам з поганою переносимістю протитуберкульозної хіміотерапії (ХТ)
  - В амбулаторних умовах хворі отримують лікування:
    - у підтримуючу фазу терапії
    - протягом усього курсу (для хворих без бактеріовиділення)
  - Вдома увесь курс ХТ (у виключних випадках) для хворих на ТБ з бактеріовиділенням можливий лише за умов наявності окремої кімнати для хворого, відсутності у квартирі дітей віком до 18 років та дотримання правил інфекційного контролю.
- ✓ Амбулаторне лікування

- Проводиться під безпосереднім наглядом медичного працівника (фельдшера або медсестри) під час ПФ (4 міс. для хворих на ТБ 1,2,3 категорії та 12 міс. для МРТБ та РРТБ)
- Варіанти амбулаторного контрольованого лікування:
  - ДОТ кабінет
  - у сімейного лікаря за місцем проживання
  - в сільській амбулаторії або на ФАПі
  - на дому під наглядом медичного працівника

✓ Заходи з лікування хворих на ТБ в закладах ПМСД

- Контрольоване лікування на підтримувальному етапі основного курсу хіміотерапії, коли хворий вже стає незаразним, під контролем фтизіатра.
- Лікування хворих на ТБ дітей і підлітків повинно здійснюватися під контролем фтизіопедіатра за тими ж принципами, що й у дорослих, та з урахуванням вікових особливостей.
- Хворі з обмеженими формами ТБ без бактеріовиділення можуть лікуватися амбулаторно протягом всього основного курсу антимікобактеріальної терапії.
- Протягом амбулаторного лікування лікар ПМСД сприяє організації необхідної соціальної підтримки хворих на ТБ, яка мотивує їх до дотримання режиму лікування та завершення повного курсу протитуберкульозної хіміотерапії.
- Залучення до ведення випадків лікування хворих вдома під наглядом районного фтизіатра
- Участь у здійсненні оздоровчих заходів, відстеженні контактів у осередках ТБ під наглядом фтизіатра та лікаря епідеміолога

✓ Організація лікування в закладах ПМСД

- Районний фтизіатр, який лікує і спостерігає пацієнта, повинен передати лікарю ЗП-СЛ/дільничному терапевту чи педіатру, медичному працівнику закладу ПМСД:
  - необхідні препарати на місяць, які будуть зберігатись у старшої медичної сестри/ фельдшера закладу ПМСД;
  - індивідуальну карту обліку хворого (ТБ01), в якій медична сестра лікаря ЗП-СЛ/дільничного терапевта чи педіатра, фельдшер ФАПу відмічає щоденно, крім вихідних днів, прийом хворим на ТБ протитуберкульозних препаратів

✓ Організація прийому протитуберкульозних препаратів в закладах ПМСД

- Лікар ЗП-СМ/дільничний терапевт чи педіатр, медичний працівник закладу ПМСД забезпечує організацію лікування в дозах, що призначені фтизіатром
- Препарати приймаються перорально за один прийом або за призначенням фтизіатра.
- Прийом препаратів проводиться:
- в умовах ДОТ-кабінетів (кабінет контрольованого лікування),

- стаціонару на дому,
- або за допомогою куратора (медичний працівник, соціальний працівник, волонтер, тощо).

✓ Методи забезпечення безперервності лікування
- Умови лікування і періодичність відвідування медичного закладу варто організувати так, щоб лікування було якомога зручнішим для хворого на ТБ.
- Застосовувати:
  - листи-нагадування;
  - медично-просвітні консультації;
  - бесіди, орієнтовані на пацієнта,
  - інформаційно-освітні буклети;
  - відвідування вдома;
  - Ведення щоденника пацієнта;
  - допомогу або поради щодо того, як отримувати соціальну допомогу, житлові та соціальні послуги

✓ Чому потрібно контролювати прийом хворими АМБП?
- Чимало хворих, що приймають АМБП самостійно, в подальшому припиняють лікування через:
  - Алкоголізм, наркоманію
  - Велику відстань до медичного закладу
  - Побічні ефекти
  - Інші пріоритети: наявність дітей, робота, сімейні проблеми
  - Більшість хворих, що приймають АМБП самостійно, пропускають призначені дози через:
  - Низький самоконтроль (пацієнти похилого і старечого віку, молодого віку)
  - При тривалому прийомі препаратів (дії, які повторюються кожний ранок) пацієнт може забути, чи випив він призначену дозу сьогодні
- Хто з хворих припинить терапію, хто буде лікуватися акуратно - передбачити практично неможливо
- Тому для попередження таких ситуацій всіх хворих необхідно контролювати
- Методи контролю обираються з огляду на інтелектуальний рівень пацієнта, вік, шкідливі звички, відношення до власного здоров'я тощо
- Хворого, що регулярно приймає лікування, бажано заохочувати:
  - продовольчими або гігієнічними наборами
  - оплатою проїзду до медичного закладу
- В випадку, коли заохочення не призводить до бажаного результату, тобто хворий пропускає прийом препаратів, допомога призупиняється

✓ Закон України "Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз"

- Частина 3 ст. 10 – Контроль за дотриманням хворими призначеного лікарем режиму лікування та протиепідемічного режиму, у тому числі виявлення їх порушення, здійснюється медичними працівниками, які відповідно здійснюють або мають здійснювати лікування хворого на туберкульоз

✓ Закон України "Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз« ст. 11
  - У разі якщо хворі на заразні форми туберкульозу, у тому числі під час амбулаторного чи стаціонарного лікування, порушують протиепідемічний режим, що ставить під загрозу зараження туберкульозом інших осіб, з метою запобігання поширенню туберкульозу за рішенням суду вони можуть бути примусово госпіталізовані до протитуберкульозних закладів, що мають відповідні відділення (палати) для розміщення таких хворих.
  - Заява про примусову госпіталізацію чи про продовження строку примусової госпіталізації хворого на заразну форму туберкульозу подається до суду представником протитуберкульозного закладу, що здійснює відповідне лікування цього хворого, протягом 24 годин з моменту виявлення порушення хворим протиепідемічного режиму.

✓ Організація лікування в закладах ПМСД
  - Якщо пацієнт протягом (при ДОТ послугах) не з'явився на прийом для отримання під контролем чергової дози препаратів, медична сестра повинна повідомити лікаря ЗП-СМ/дільничного терапевта чи педіатра, а він, в свою чергу, повідомити про такий випадок районного фтизіатра, і сприяти в розшуках пацієнта.
  - Щомісячно пацієнт, який одержує контрольоване лікування в закладах ПМСД, має бути направлений до районного фтизіатра для контролю ефективності терапії і моніторингу побічних реакцій.
  - Якщо виникли побічні реакції під час лікування, сімейний лікар/дільничний терапевт чи педіатр негайно направляє пацієнта до районного фтизіатра.
  - Після завершення контрольованого лікування необхідно направити пацієнта до фтизіатра і передати його форму ТБ 01.

✓ Організація місця для лікування хворих в закладах ПМСД
  - В амбулаторії виділяється окреме місце в кабінеті для здійснення ДОТ або окремий кабінет, якщо дозволяє приміщення
  - ДОТ кабінет повинен мати необхідне оснащення, відповідно до Наказу МОЗ України №927 від 07.12.2009. "Про затвердження Положення про кабінет контрольованого лікування хворих на туберкульоз на амбулаторному етапі": медичні ваги, кулер з водою та одноразові стакани
  - Графіки роботи кабінетів - протягом робочого дня амбулаторії

✓ ДОТ-кабінети (наказ МОЗУ № 927)
  - Створюються в містах та районних центрах

- Працюють 2 медичних сестри з 7:00 до19:00 (контроль проковтування ПТП, відмітка в ТБ 01, розпитують хворого про переносимість препаратів, направляють його до районного фтизіатра)
- Хворих, які не з'явилися на прийом ПТП, або інвалідів та людей похилого віку патронажна медична сестра відвідує на дому
- При неявці хворого в ДОТ- кабінет медична сестра інформує про це районного фтизіатра
- Районний фтизіатр контролює роботу ДОТ- кабінету, спільно зі старшою медсестрою відповідає за забезпечення кабінету ПТП та їх використання (1 раз на місяць на конкретного хворого)

✓ Забезпечення ДОТ-кабінету штатами
- Головним функціональним обов'язком медичної сестри ДОТ-кабінету є лікування хворих на ТБ під безпосереднім контролем
- Роботу з хворими на ТБ виконує медична сестра амбулаторії додатково до інших своїх посадових обов'язків
- До її функцій також входить просвітницька робота
- За ініціативою керівництва закладу ПМСД, медпрацівники, що працюють в ДОТ-кабінетах, додатково до їх основної роботи, можуть отримувати доплату за інтенсивність

✓ Послідовність дій при контролі за лікуванням
- Медсестра кладе таблетки на тарілочку (серветку), пацієнт повинен брати їх сам
- Пацієнт використовує прозорий стакан з водою для запивання препаратів
- Медсестра спостерігає за всім процесом прийому ліків, потім розмовляє з ним
- Медсестра робить відмітки в ТБ 01 (при пацієнті)

✓ Рух і контроль препаратів
- Медпрацівник первинної ланки, який здійснює амбулаторне контрольоване лікування хворого на ТБ, отримує ПТП, відповідно до призначення, у медсестри районного протитуберкульозного кабінету
- Відповідальний медпрацівник веде облік використання препаратів
- Форми, які ним заповнюються: ТБ-01, процедурний листок, Журнал обліку протитуберкульозних препаратів, Розпорядження про проведення амбулаторного контрольованого лікування

✓ Подальше спостереження в закладах ПМСД за пацієнтами, які перехворіли на ТБ
- Усі пацієнти, які перехворіли на ТБ, спостерігаються у лікаря фтизіатра за місцем проживання 3 роки.
- Лікарі ПМСД також здійснюють спостереження за такими пацієнтами:
  - контролюють вчасне внесення інформації в медичну документацію хворого про захворювання на ТБ;

- направляють на консультацію до фтизіатра для вирішення питання про призначення хіміопрофілактики ТБ в разі необхідності призначення глюкокортикостероїдів, цитостатиків, інгібіторів фактору некрозу пухлин пацієнтам, які мали в анамнезі ТБ.
- консультують усіх хворих на ТБ стосовно необхідності посиленого харчування, збагаченого білками, поліненасиченими жирними кислотами, вітамінами, мінералами.

4. Зробіть висновки **5 хвилин**

- ✓ *Децентралізація лікування хворих на туберкульоз і акцент на амбулаторному лікуванні за місцем проживання хворого – необхідні умови для забезпечення його безперервності*
- ✓ *та попередження розповсюдження внутрішньолікарняної туберкульозної інфекції, в першу чергу, мультирезистентного туберкульозу.*

Сесія 22. Заповнення форми ТБ01

Мета:	Покращити знання та вміння учасників у заповненні медичної картки ведення випадку туберкульозу ТБ 01
Завдання:	✓ Вивчити інструкцію до “Медична карта ведення випадку туберкульозу ТБ 01” ф. № 081-1/о; ✓ Навчитись аналізувати та заповнювати форму ТБ01.
Методи навчання:	✓ обговорення; ✓ заповнення форми ТБ-01
Матеріали:	✓ маркери; ✓ фліпчарт; ✓ РМ 10: «Медична карта лікування хворого (Форма ТБ 01). Приклади хибного заповнення» для роботи в групах»
Час:	305 хвилин

Послідовність проведення:

1. Ознайомте учасників з метою та завданням теми. **5 хвилин**

2 . Робота в групах. **25 хвилин**

- ✓ Розділіть аудиторію на сімь груп. Використайте презентацію «Заповнення форми ТБ01» для пояснення завдання групам. РМ 10: «Медична карта лікування хворого (Форма ТБ 01)». Приклади хибного заповнення» для роботи в групах» з помилками і доручіть кожній групі розглянути заповнену Медична карта ведення випадку туберкульозу ТБ 01” ф. № 081-1/о та знайти помилки і заповнити амбулаторну частину підтримуючій фазі лікування.
- ✓ Відведіть для цього завдання10 хвилин.

- ✓ Запросіть представників груп продемонструвати на візуалайзері знайдені помилки та заповнену частину форми. Заохочуйте учасників задавати питання, уточнювати відповіді колег та доповнювати їх у разі потреби. Перевіряйте правильність відповідей, виправляйте їх, якщо необхідно.

- ✓ Якщо ви не встигаєте дати слово представникам усіх груп, заслухайте в першу чергу ті групи, які не виступали на попередньому практичному занятті.

ОБІД **13:00 – 14:00**

Сесія 23. Ведення пацієнтів, які перервали лікування

Мета:	Покращити знання та вміння учасників щодо ведення пацієнтів, які перервали лікування
Завдання:	✓ Навчитись вирішувати питання про проведення подальшого лікування у разі перерви у лікуванні; ✓ Навчитись скласти схему дій при відриві хворого від лікування на амбулаторному етапі в підтримуючій фазі.
Методи навчання:	✓ Робота в малих групах; ✓ мозковий штурм ✓ обговорення
Матеріали:	✓ маркери; ✓ фліпчарти; ✓ РМ 11: «Клінічні випадки пацієнтів, які перервали лікування»
Час:	45 хвилин

Послідовність проведення:

1. **Ознайомте учасників з метою та завданням теми.** **5 хвилин**
2. **Запропонуйте учасникам перелічити основні моделі кікуванні.** **5 хвилин**

   Запищить відповіді на фліпчарті.

3. **Робота в групах.** **35 хвилин**

✓ Розділіть аудиторію на чотири групи. Використайте презентацію «Розбір клінічних випадків та ведення пацієнтів, які перервали лікування» для пояснення завдання групам. Роздайте учасникам РМ 11: «Клінічні випадки пацієнтів, які перервали лікування» і доручіть кожній групі розглянути один клінічний випадок і відповісти на питання. Відведіть для цього завдання10 хвилин.

✓ Попросіть менторів груп, за якими вони закріплені, підійти до учасників та у разі потреби надавати їм допомогу.

✓ Запросіть представників груп написати на фліпчарті складену схему дій при відриві хворого від лікування на амбулаторному етапі в підтримуючій фазі та вирішення питання про проведення подальшого лікування в залежності від прийнітих доз ПТП та строку перерви в лікуванні.

✓ Заохочуйте учасників задавати питання, уточнювати відповіді колег та доповнювати їх у разі потреби. Перевіряйте правильність відповідей, виправляйте їх, якщо необхідно.

✓ Якщо ви не встигаєте дати слово представникам усіх груп, заслухайте в першу чергу ті групи, які не виступали на попередньому практичному занятті.

Сесія 24. Особливості лікування дітей, вагітних, ВІЛ-інфікованих та хворих із супутніми захворюваннями

Мета:	Покращити знання та вміння учасників щодо особливостей лікування дітей, ВІЛ-інфікованих, вагітних та хворих із супутніми захворюваннями
Завдання:	✓ Вивчити особливості проведення хіміотерапії у дітей; ✓ Ознайомтесь з особливостями перебігу синдрому відновлення імунної системи (СВІС) у хворих на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ. ✓ Вивчити особливості хіміотерапії у вагітних і жінок, хворих на цукровий діабет та хворих на ниркову недостатність.
Методи навчання:	✓ презентація; ✓ обговорення;
Матеріали:	✓ маркери; ✓ фліпчарт;
Час:	45 хвилин

Послідовність проведення:

1. **Ознайомте учасників з метою та завданням теми.** **5 хвилин**
2. **Запропонуйте учасникам перелічити** захворювання, які частіше супроводжують туберкульоз.

Та запишіть відповіді на фліпчарті. **10 хвилин**

3. **Представте тему з використанням презентації** **30 хвилин**

<u>У ході презентації висвітліть такі питання:</u>

✓ Обговорить з учасниками особливості проведення хіміотерапії у дітей:
- Для дітей, які живуть в умовах:
  - де має місце висока поширеність ВІЛ-інфекції, висока резистентність до ізоніазиду, де спостерігаються обидва ці фактори у разі підозри або підтвердження захворювання на легеневий ТБ або ТБ периферичних лімфатичних вузлів
- Для дітей із розповсюдженою легеневою формою захворювання, які живуть в умовах, де має місце низька поширеність ВІЛ-інфекції або низька резистентність до ізоніазиду

Рекомендується режим лікування:

✓ 2HRZE 4HR або $2H_3R_3$ (із добре налагодженим лікуванням)

- Для дітей, у котрих:
    - підозрюється або підтверджено захворювання на легеневий ТБ або ТБ периферичних лімфатичних вузлів
    - які живуть в умовах, де має місце низька поширеність ВІЛ-інфекції
    - які живуть в умовах, де низька резистентність до ізоніазиду
    - без ВІЛ-інфекції
  - Може рекомендуватися режим лікування з трьох препаратів :

✓ 2HRZ 4HR або $2H_3R_3$
  - Для дітей, у котрих:
    - підозрюється або підтверджено захворювання на легеневий ТБ або ТБ периферичних лімфатичних вузлів, які живуть в умовах, де має місце висока поширеність ВІЛ-інфекції
    - Із підтвердженою ВІЛ-інфекцію
  - Інтермітуючі режими не застосовуються

✓ Особливості проведення хіміотерапії у дітей на туберкульозний менінгіт, туберкульоз кісток і суглобів
  - Тривалість лікування 12 міс
  - Застосовують: 2HRZE10HR

✓ Лікування туберкульозу і ВІЛ-інфікованих
  - У пацієнтів з ВІЛ та ТБ пріоритетом є лікування ТБ, особливо у разі ТБ легенів з бактеріовиділенням
  - АРТ варто розпочинати також в усіх пацієнтів з активним ТБ, незалежно від кількості CD4-лімфоцитів, після досягнення задовільної переносимості ефективної протитуберкульозної терапії
  - Необхідно проводити також лікування і профілактику опортуністичних захворювань
  - Лікування туберкульозу у ВІЛ-інфікованих принципово не відрізняється від лікування туберкульозу в осіб, не інфікованих ВІЛ, проте має деякі особливості з урахуванням лікарських взаємодій та сумації побічних ефектів від ПТП та АРВ препаратів
  - Схема АРТ призначається із урахуванням лікарських взаємодій з ПТП
  - Замість рифампіцину застосовують рифабутин у дозі 300 мг 3 рази на тиждень, якщо схема АРТ включає інгібітори протез (лопановір/ритонавір, дурановір)

✓ Синдром відновлення імунної системи (СВІС) у хворих на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ
  - Прояви: лихоманка, респіраторні симптоми, негативна Rg-динаміка, лімфаденіт, спленомегалія, ураження ЦНС, вияв недіагностованих станів (криптококовий менінгіт, герпес, саркома Капоші, пневмоцистна пневмонія)
  - Тактика: продовжувати розпочате лікування + симптоматична терапія

✓ Особливості хіміотерапії у вагітних і жінок, що годують груддю
  - По можливості лікування відкласти на 2 триместр

- Ізоніазид, рифампіцин, етамбутол і піразинамід - можливе застосування на всіх термінах вагітності
- Стрептоміцин – застосування протипоказане, тому що препарат проникає через плаценту і створює високу концентрацію в тканинах плода. Може призвести до зниження слуху і повної глухоти дитини
- У вагітних частіше реєструються побічні реакції на протитуберкульозні препарати. Під час лікування проводиться суворий моніторинг, крім того, профілактично необхідно призначити піридоксин у дозі 50 мг на добу

✓ Особливості ХТ у вагітних і жінок, що годують груддю
- Препарати, які не рекомендується призначати вагітним:
- Аміноглікозиди
- Протіонамід (етіонамід)
- Циклосерин (терізідон)
- При хіміорезистентному туберкульозі поновити прийом аміноглікозидів в післяпологовому періоді
- Всім ВІЛ-позитивним вагітним жінкам показана АРТ

✓ Рифампіцин підвищує рівень естрогенів в організмі жінки та знижує ефективність контрацептивів, тому слід попереджувати жінок про можливість вагітності

✓ Цукровий діабет
- Рифампіцин може взаємодіяти з оральними цукрознижуючими препаратами. З цієї причини необхідно збільшити дозу цукрознижуючих препаратів та контролювати рівень глюкози у крові

✓ Ниркова недостатність
- Найбільш сильні препарати (R, H, Z) виводяться з жовчю або метаболізуються печінкою у нетоксичні компоненти і можуть застосовуватись у звичайних дозах
- S та E у нормальних дозах не призначаються. Рекомендована доза S (за умови показань до його призначення) – 15 мг/кг 2–-3 рази на тиждень під контролем медикаментозного навантаження.
- Необхідно зниження дози відповідно до ступеня тяжкості ХНН.
- Найкращий режим для пацієнтів з нирковою недостатністю: 6HRE3Z3

✓ Захворювання печінки із порушенням її функції
- Всі найбільш ефективні препарати першого ряду можуть пошкодити печінку або викликати погіршення стану вже існуючих уражень.
- Пацієнти з хворобами печінки не повинні приймати піразинамід

Перерва на каву 16:00 – 16:30

Сесія 25. Методи формування прихильності до лікування

Мета:	Покращити знання та вміння учасників щодо методів формування прихильності до лікування
Завдання:	✓ Навчитись аналізувати клінічні приклади випадків туберкульозу на первинній ланці надання медичної допомоги;
Методи навчання:	✓ презентація; ✓ обговорення; ✓ мозковий штурм ✓ динамічна вправа.
Матеріали:	✓ маркери; ✓ фліпчарт;
Час:	1 година 15 хвилин

Послідовність проведення:

1. **Ознайомте учасників з метою та завданням теми.** **5 хвилин**
2. **Запропонуйте учасникам перелічити** основні причини перерв в лікуванні Та запишіть відповіді на фліпчарті. **5 хвилин**

3. **Представте тему з використанням презентації** **30 хвилин**

<u>У ході презентації висвітліть такі питання:</u>

- ✓ Розберіть з учасниками поняття прихильність, це:
  - Вірність, відданість кому-, чому-небудь
  - Прихильний – відданий кому-небудь, цілком відданий чому-небудь
- ✓ Прихильність до лікування
  - Комплайнс (прихильність до лікування) – усвідомлена співпраця хворого з медперсоналом з метою досягнення максимального ефекту в лікуванні захворювання
- ✓ Прихильність до терапії означає, що пацієнт вчасно приймає ліки, приймає їх у необхідних, призначених лікарем дозах, а також дотримується рекомендацій з поведінки і способу життя (перебування в стаціонарі протягом курсу лікування, тощо).
- ✓ Відсутність прихильності до лікування – нерозуміння хворим своєї ролі в лікуванні в силу внутрішніх чи зовнішніх причин
- ✓ Необхідність формування у пацієнта прихильності до лікування:

- Швидко виробляється стійкість до рифампіцину і ізоніазиду при порушенні режиму прийому препаратів, оскільки у цього препарату lac-період 48 годин (у ізоніазиду 72 год).
- Тривале лікування. Висока частота невдач лікування і рецидивів туберкульозу через передчасне припинення лікування.
- Швидко зникають клінічні прояви хвороби, і пацієнт не хоче терпіти незручностей, пов'язаних з щоденним прийомом великої кількості таблеток і погане самопочуття, пов'язане з побічними ефектами
- Серед хворих з ВІЛ-асоційованим ТБ багато пацієнтів з ризиковою поведінкою

✓ Методи формування прихильності до лікування
- ДКТ
- Прийом всіх протитуберкульозних препаратів за один прийом щодня після сніданку (рифампіцину до сніданку)
- Застосування комбінованих протитуберкульозних препаратів з фіксованими дозами (4 таблетки замість 12)
- Повторювані! бесіди з пацієнтом
- Бесіди з членами родини пацієнта
- Соціальна підтримка під час лікування туберкульозу
- Підключення громадських неурядових організацій до проведення контрольованого лікування на амбулаторному етапі, але бувають складнощі з передачею препаратів
- Гуманне ставлення до хворих, невимушена обстановка

✓ Розберіть критерії оцінки прихильності до лікування.

✓ Фактори, що впливають на показник“лікування перерване”
- За результатами дослідження, проведеного у Філіппінах, факторами ризику щодо виникнення переривів лікування хворими були:
- більше ніж 2 попередніх курсу лікування,
- застосування підчас лікування більше ніж 5 ПТП,
- факт тимчасового переривання лікування протягом ІФХТ або ПФХТ (більше ніж 4 пропущених доз ПТП)

✓ Ефективним заходами щодо формування прихильності є:
- видача коштів на транспортні витрати, видача продуктових наборів, безкоштовних сніданків, симптоматичних ліків;
- забезпечення лікування у стаціонарних умовах
- децентралізація лікування (забезпечення лікування в медичних центрах біля місця проживання хворого) – тобто в закладах ЗЛМ.

✓ Причини перерв лікування

✓ Організація прихильності хворих на ТБ до лікування в Україні
- За формування прихильності до лікування несе відповідальність обласний координатор НТП

- В області повинен бути складений план заходів щодо формування прихильності до лікування; щоквартально необхідно подавати звіт про його виконання
- На даний час активно розвивається компонент соціальної підтримки на амбулаторному етапі:
- здійснюється з соціального бюджету області за рішенням облдержадміністрації. Її розмір залежить від кількості хворих на туберкульоз та розміру соціального бюджету області
- здійснюється і вигляді харчових або гігієнічних пакетів, талонів на харчування, які реалізуються у відповідних торговельних закладах, проїзних квитків або грошової компенсації на транспортні витрати (тільки державний транспорт)
- Передбачення нагородних (додаткових) харчових / гігієнічних пакетів або талонів на харчування у разі відсутності пропусків відвідування ДОТ-кабінету протягом тижня / місяця

✓ Тільки комплексний (командний) підхід формування прихильності, дозволять збільшити у хворих на ТБ бажання лікуватися та вилікуватися

4. Зробіть висновки **5 хвилин**

- ✓ *Компетентність та мотивованість хворого є ресурсом підвищення ефективності лікування туберкульозу*
- ✓ *Робота по формуванню прихильності повинна проводитися на всіх етапах надання допомоги хворому*
- ✓ *Заходи, спрямовані на формування прихильності, доцільно починати одразу після встановлення діагнозу і продовжувати протягом усього часу спостереження хворого*
- ✓ *Ефективність проведених заходів визначається кваліфікацією всього персоналу та рівнем мотивації на даний вид роботи*

5. Динамічна вправа: **20 хвилин**

"Ти мені подобаєшся тим."

Варіант 1. Учасники встають в круг. Ведучий кидає м'яч одному з учасників, кажучи при цьому "Мені в тобі подобається.". і називаючи вподобану якість (декілька якостей). Учасник, що отримав м'яч, кидає його іншій людині і називає вподобані йому якості. М'яч повинен побувати у усіх учасників.

Варіант 2. Розділіть групу на пари. Цю вправу можна зробити в парах.

Підведення підсумків третього дня

Мета:	Підвести підсумки роботи за день.
Завдання:	✓ Вияснити, наскільки добре учасники засвоїли розглянутий матеріал. ✓ Відповісти на питання учасників.
Методи навчання:	✓ Провести оцінку роботи учасниками. ✓ презентація; ✓ обговорення.
Матеріали:	✓ презентація «Підведення підсумків третього дня»; ✓ форми оцінки роботи за день.
Час:	30 хвилин

Послідовність проведення:

1. **Використайте презентацію «Підведення підсумків третього дня»** та наголосіть на основних темах, які обговорювалися протягом дня.
   - ✓ Запросіть чергового підсумувати основні моменти дня.
   - ✓ Запитайте учасників, про що, на їх думку, найбільш важливе вони сьогодні дізналися. Попросіть їх поділитися своїми коментарями та зауваженнями.
   - ✓ Запитайте, чи є питання і чи необхідно щось додатково пояснити.

2. **Наголосіть, що в четвертий день ми розглянемо теми:** Організація ведення випадку ко-інфекції ТБ/ВІЛ, програма інфекційного контролю в лікувальних закладах та ін.

4. **Оцініть роботу другого дня тренінгу.**

Роздайте форми оцінки роботи за день та попросіть учасників на стороні з написати один-два пункти про те, що їм сподобалося сьогодні чи що нового для себе вони сьогодні вивчили. На звороті, позначеному попросіть написати свої зауваження і пропозиції, як можна змінити чи покращити роботу на

У кінці дня тренери повинні:

- ✓ Обговорити відгуки учасників про результати роботи за день і вирішити, які зміни потрібно внести. Підготувати 1-2 слайди, де підсумувати позитивні і негативні відгуки, щоб зранку представити їх учасникам.
- ✓ Обговорити всі сесії дня та загальний хід роботи (зміст, розподіл часу, виконання програми дня) і внести необхідні зміни в програму наступного дня.
- ✓ Переглянути програму наступного дня. Кожний тренер повинен коротко прокоментувати, як він планує провести закріплені за ним теми і яка допомога від колег йому потрібна.
- ✓ Прибрати використані фліпчарти, які вже не потрібні, і підготувати необхідні тренінгові матеріали на наступний день.

День четвертий

Програма

Тема	Час	**Тренер**
Повторення матеріалу 3-го дня та програма на четвертий день	09:00 – 9:10	
Сесія 26 Первинне консультування тестування на ВІЛ за ініціативи медичного працівника *(лекція)*	09:15 – 10:00	
Сесія 27 Організація ведення випадку ко-інфекції ТБ/ВІЛ *(лекція)*	10:00 – 10:30	
Сесія 28 Поєднання туберкульозу і ВІЛ-інфекції (діагностичний алгоритм) *(практичне заняття)*	10.30–11.00	
Перерва на каву	11:00 – 11:30	
Сесія 29 Клінічна демонстрація випадку ТБ/ВІЛ (практичне заняття)	11:30 – 12:00	
Сесія 30 Організація моделі амбулаторного лікування хворих на туберкульоз *(практичне заняття)*	12:00 – 13:00	
Обід	13:00 – 14:00	
Сесія 31 Загальні підходи до первинної профілактики туберкульозу*(лекція)*	14:00 – 14:30	
Сесія 32 Програма інфекційного контролю в лікувальних закладах *(лекція)*	14:30 – 15:10	
Візит до протитуберкульозного закладу, демонстрація заходів ТБ інфекційного контролю	15:10– 16:00	
Перерва на каву	16:00 – 16:30	
Сесія 33 Загальні підходи до навчання населення, хворих та медичних працівників з питань туберкульозу *(семінар)*	16:30 – 17:30	
Підведення підсумків четвертого дня	17:30 – 18:00	

Повторення матеріалу 3-го дня та програма на четвертий

Мета:	Привітати учасників та спланувати роботу на день.
Завдання:	✓ Обговорити коментарі учасників щодо результатів роботи за попередній день та про необхідні зміни в порядку роботи. ✓ Розглянути програму роботи на День 4-й.
Методи навчання:	✓ презентація; ✓ обговорення.
Матеріали:	✓ презентація «День 4-й»; ✓ заповнені форми оцінки роботи за День 3-й; ✓ маркери; ✓ фліпчарт.
Час:	10 хвилин

Послідовність проведення:

ПІДГОТОВКА: Здійсніть ротацію – до приходу учасників поміняйте знаки з назвами груп на столах таким чином, щоб групи (учасники), які вчора сиділи за столами в кінці приміщення, тепер перемістилися наперед, або сіли за столи, що розміщені посередині.

1. **Привітайте учасників.**

2. **Представте презентацію «День 4-й»:**

Підсумуйте відгуки учасників про результати роботи за попередній день і обговоріть, які зміни можна внести в хід роботи, зважаючи на зауваження учасників. Запитайте учасників, чи в них є питання або чи залишилися нез'ясовані моменти з матеріалу першого дня тренінгу. Дайте відповіді на питання, по можливості залучаючи учасників до відповідей.

✓ Представте програму роботи на четвертий день.

3. **Призначте двоє чергових на день:**

✓ черговий №1 – слідкує за дотриманням регламенту і проводить вправи на підняття тонусу учасників групи, коли вони втомилися;

✓ черговий №2 – у кінці дня підсумовує основні моменти (що нового і важливого для себе взнали, про що з учасниками домовилися тощо).

Сесія 26. Первинне консультування тестування на ВІЛ за ініціативи медичного працівника

Мета:	Покращити знання та вміння учасників щодо особливостей первинного консультування тестування на ВІЛ за ініціативи медичного працівника
Завдання:	✓ вивчити принципи проведення ДКТ на ВІЛ ; ✓ ознайомитись з особливостями проведення ДКТ на ВІЛ; ✓ розібрати основи проведення тестування на ВІЛ та післятестове ведення пацієнтів з різними результатами..
Методи навчання:	✓ презентація; ✓ обговорення; ✓ мозковий штурм
Матеріали:	✓ маркери; ✓ фліпчарт;
Час:	45 хвилин

Послідовність проведення:

1. **Ознайомте учасників з метою та завданням теми.** **5 хвилин**
2. **Запропонуйте учасникам перелічити** захворюваня, симптоми і синдроми, при яких пацієнту пропонуються послуги з ДКТ на ВІЛ
   Запишіть їх на фліпчарті **10 хвилин**

3. **Представте тему з використанням презентації** **30 хвилин**

<u>У ході презентації висвітліть такі питання:</u>

✓ Розгляньте з учасниками стадії епідемії ВІЛ-інфекції відповідно до рекомендацій ВООЗ/ЮНЕЙДС щодо другого покоління епідеміологічного нагляду за ВІЛ-інфекцією

✓ Обговорить принципи проведення ДКТ на ВІЛ:

- Тестування на ВІЛ включене до стандартного переліку клініко-діагностичних досліджень в закладах, які надають лікувально-профілактичну допомогу хворим згідно Наказу МОЗ України № 388 від11.05.201-0, зареєстрований в Мінюсті від 09,07.10 №99/17794;
- Консультування та тестування на ВІЛ пацієнтів у лікувально-профілактичних закладах проводиться з дотриманням принципів добровільності та конфіденційності;
- Якщо пацієнт не бажає пройти тестування на ВІЛ, він повинен відмовитись від підписання інформованої згоди на проходження тестування на ВІЛ;

- Медичний працівник повинен поінформувати пацієнта про можливі негативні наслідки незнання свого ВІЛ-статусу. При цьому відмова пацієнта від тестування на ВІЛ не може стати підставою для відмови в наданні медичної допомоги;
- Післятестове консультування проводиться незалежно від результату тестування на ВІЛ.

✓ Обговорить перелік захворювань, симптомів і синдромів, при яких пацієнту пропонуються послуги з ДКТ на ВІЛ (Наказ МОЗ України № 388 від11.05.201-0, зареєстрований в Мінюсті від 09,07.10 №99/17794)

✓ Перешкоди до проведення ДКТ на ВІЛ

- Частина пацієнтів з ризиковим поведінкою допускають, що вони можуть бути інфіковані ВІЛ і уникають тестування на ВІЛ через страх:
  - знати свій ВІЛ-статус;
  - розголосу в разі позитивного результату.

✓ Розберіть особливості проведення ДКТ на ВІЛ

- Має пропонуватися всім хворим з захворюваннями, синдромами і симптомами, які асоціюються з вірогідністю ВІл-інфекції.
- Пропонується лише консультування, без згадки тестування.
- Консультування повинно пропонуватися в такій формі, щоб пацієнт не сприймав його персонально. Необхідно робити акцент на користь консультування з метою отримання корисної інформації про ВІЛ-інфекції взагалі.
- Якщо хворий ухилився від консультування, піднімати це питання повторно через певний час, коли пацієнт відчує довіру до лікаря.
- Консультування повинно проводитися навченим фахівцем, який готовий до того, що пацієнт буде активно ухилятися від тестування на ВІЛ.

✓ Переваги знання свого ВІЛ-статусу для пацієнта, який звернувся у медичний заклад за медичною допомогою при підтвердженні позитивного статусу

- Можливість діагностики та лікування ВІЛ-асоційованих захворювань;
- Можливість отримання лікувально-профілактичних послуг в центрах СНІД;
- Можливість одночасного проведення антиретровірусної терапії, що підвищує вірогідність успішного лікування ВІЛ-асоційованих захворювань;
- Можливість отримання ХП котримоксазолом для запобігання розвитку інших опортуністичних інфекцій і зниження смертності;
- Запобігання передачі ВІЛ-інфекції статевим партнерам шляхом зменшення ризикованої поведінки;

- Можливість консультування та тестування на ВІЛ родичів та статевих партнерів хворого.

✓ Переваги знання свого ВІЛ-статусу для пацієнта, який звернувся у медичний заклад за медичною допомогою при підтвердженні негативного статусу
  - Отримання інформації щодо шляхів передачі ВІЛ-інфекції
  - Можливість уникати ризикованої поведінки для запобігання інфікуванню ВІЛ

✓ Дотестове консультування
  - Під час консультування особа, яка його проводить, повинна надати пацієнту наступну інформацію:
  - - причини, у зв'язку з якими пацієнту рекомендується проведення обстеження на ВІЛ;
  - - інформацію щодо переваг, які отримає пацієнт в результаті проведеного обстеження;
  - - щодо конфіденційності інформації, отриманої під час консультування та тестування, яка не буде повідомлена нікому, крім самого пацієнта та медичних працівників, безпосередньо залучених до надання допомоги пацієнтові;
  - - право на відмову від тестування, при цьому пояснити, що відмова пацієнта від тестування на ВІЛ не вплине на його доступ до медичної допомоги, крім такої, що залежить від знання лікарем його ВІЛ-статусу;
  - - жінкам щодо репродуктивних планів та можливості отримання профілактичного лікування вертикальної трансмісії ВІЛ;
  - - про фактори ризикованої поведінки, що відіграють найбільшу роль в інфікуванні ВІЛ.

✓ Тестування на ВІЛ
  - Бажано, щоб забір крові для тестування на ВІЛ проводився в тому ж закладі, в якому проводиться консультування. Ідеальним є варіант, коли забір крові пацієнту проводиться одразу після консультування в поруч розташованому маніпуляційному кабінеті.
  - Наказом МОЗ України від 21.12.2010 № 1141 «Про затвердження Порядку проведення тестування на ВІЛ-інфекцію та забезпечення якості досліджень, форм первинної облікової документації щодо тестування на ВІЛ-інфекцію, інструкцій щодо їх заповнення», затверджений порядок проведення скринінгових досліджень із застосуванням швидких тестів у ЛПЗ МОЗ, що надають послуги ДКТ.

✓ Мета післятестової консультації – обговорити з пацієнтом отриманий результат, повідомити йому додаткову інформацію, надати психологічну підтримку,

зорієнтувати на безпечну поведінку в майбутньому. Незалежно від результату тестування пацієнту повинна бути гарантована конфіденційність.

- Важливо, щоб післятестове консультування проводив той самий фахівець, який проводив і дотестове консультування, що сприятиме збереженню конфіденційності інформації та формуванню довірливих відносин між консультантом та пацієнтом.

✓ Післятестове консультування при негативному результаті

- У разі негативного результату тестування на ВІЛ рекомендується повторно та більш детально обговорити з пацієнтом фактори ризикованої поведінки, що можуть призвести до інфікування ВІЛ.
- Важливо з'ясувати, чи практикує пацієнт ризиковану поведінку (СІН, незахищений секс з декількома партнерами та ін.).
- За наявності ризикованої поведінки протягом останніх 12 тижнів треба надати рекомендацію щодо повторного тестування на ВІЛ та надати пацієнту повну інформацію щодо існуючих в регіоні програм зменшення шкоди.

✓ Післятестове консультування при позитивному результаті

- При позитивному результаті післятестове консультування може бути проведене в 2 етапи.
- Перший етап – кризове консультування. Необхідно повідомити пацієнту результат тестування та надати йому психологічну підтримку.
- 2-й етап консультування - інформаційну частину - необхідно відкласти. Рекомендовано одразу обговорити з пацієнтом дату та час повторного консультування.

✓ Кризове консультування при позитивному результаті

- На думку фахівців з багаторічним досвідом проведення КіТ необхідно:
- говорити прямо, наприклад: «Це не те, на що ми сподівались. У Вас позитивний результат тесту на ВІЛ»;
- пам'ятати, що часто пацієнт нічого не чує, крім свого діагнозу;
- наголосити на тому факті, що існує специфічне лікування, завдяки якому пацієнт зможе жити повноцінним життям;
- запевнити пацієнта, що через деякий час він навчиться жити з діагнозом «ВІЛ-інфекція» і знову відчує смак життя.

✓ Дайте відповіді на питання учасників.

Сесія 27 Організація ведення випадку ко-інфекції ТБ/ВІЛ

Мета:	Покращити знання та вміння учасників щодо організації ведення випадку ко-інфекції ТБ/ВІЛ
Завдання:	✓ Проаналізувати зв'язок епідемії ВІЛ і ТБ; ✓ Вивчити Вплив ВІЛ-інфекції на розвиток активного ТБ; ✓ Ознайомитись з факторами ризику розвитку туберкульозу;
Методи навчання:	✓ презентація; ✓ обговорення;
Матеріали:	✓ маркери; ✓ фліпчарт;
Час:	30 хвилин

Послідовність проведення:

1. **Ознайомте учасників з метою та завданням теми.** **5 хвилин**

2. **Представте тему з використанням презентації** **25 хвилин**

<u>У ході презентації висвітліть такі питання:</u>

✓ Розгляньте зв'язок епідемії ВІЛ і ТБ
- Поширення епідемії туберкульозу тісно пов'язано з поширеністю ВІЛ-інфекції серед населення
- Захворюваність на туберкульоз серед ВІЛ-інфікованих більше ніж в 8 разів вище, ніж серед не інфікованих ВІЛ
- ВІЛ-інфекція може сприяти поширенню туберкульозу з мультирезистентністю (МРТБ)
- ВІЛ-інфекція значно знижує клітинний імунітет, переважно за рахунок зменшення кількості лімфоцитів CD4
- Порушення імунної відповіді підвищує чутливість організму до туберкульозної інфекції
- Туберкульоз підсилює імунодефіцит, пов'язаний з ВІЛ-інфекцією

✓ Вплив ВІЛ-інфекції на розвиток активного ТБ
- ВІЛ-інфекція сприяє переходу інфекції, викликаної M.tuberculosis, в активний ТБ як у осіб, інфікованих нещодавно, так і в осіб з латентною інфекцією
- Для ВІЛ-інфікованих осіб з коінфекцією M.tuberculosis ризик розвитку активного ТБ становить 5-10% на рік

- ВІЛ-інфекція підвищує частоту рецидивів ТБ, які можуть бути пов'язані з ендогенною реактивацією або з екзогенною реінфекцією

✓ Вплив ВІЛ-інфекції на передачу ТБ

- ТБ - одна з найпоширеніших опортуністичних інфекцій (ОІ) у ВІЛ-інфікованих пацієнтів, особливо в регіонах з його високою поширеністю
- ВІЛ-інфекція різко підвищує кількість хворих на ТБ, що, в свою чергу, підвищує ризик зараження ТБ від членів сім'ї
- У лікарнях існує ризик внутрішньолікарняного поширення ТБ і зараження як пацієнтів (з коінфекцією ВІЛ і без неї), так і медичного персоналу
- Якщо пацієнти не забезпечені ефективною протитуберкульозною ДОТ-терапією, це призводить до підвищення поширення резистентного ТБ

✓ Вплив ВІЛ-інфекції на клінічні прояви ТБ

- Клінічна картина, результати бактеріологічного дослідження мокротиння і дані рентгеноскопії легень відрізняються на початковій (CD4 >350/мкл) і на пізній (CD4<200/мкл) стадіях ВІЛ-інфекції
- Клінічні прояви ТБ на початковій стадії ВІЛ-інфекції схожі з проявами вторинного ТБ у неінфікованих ВІЛ пацієнтів

✓ Вплив ВІЛ-інфекції на клінічні прояви ТБ

Клінічна картина ТБ на пізній стадії ВІЛ-інфекції нагадує первинний ТБ:

- Характерна відсутність МБТ в мокротинні
- При рентгенографії ОГК частіше за все в легенях виявляються інфільтративні зміни, а не каверни
- Дисемінований ТБ важко діагностувати, тому при цій формі ТБ нерідкі діагностичні помилки і посмертне виявлення

✓ Вплив ТБ на захворюваність і смертність при ВІЛ-інфекції

- Згідно з численними даними, ТБ являється безпосередньою причиною смерті в середньому у 30% пацієнтів с ВІЛ-інфекцією
- При активному ТБ у ВІЛ-інфікованих пацієнтів зазвичай спостерігається прогресування імунодефіциту, обумовленого ВІЛ-інфекцією, що полегшує розвиток інших ОІ, в першу чергу, пневмоцистної пневмонії, кандидозного езофагіту і криптококового менінгіту

✓ Фактори ризику розвитку туберкульозу

- Низька кількість лімфоцитів CD4
- Пізнє звертання за медичною допомогою
- Низький індекс маси тіла
- Анемія
- Високий рівень вірусного навантаження

- Відсутність АРТ

Розгляньте оперативна інформація щодо ВІЛ/СНІД в Україні (за даними Українського центру контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України

- ✓ Проблема лікування ВІЛ/ТБ
  - Широкий спектр лікарських взаємодій
  - Побічні ефекти антиретровірусних і протитуберкульозних препаратів взаємно підсилюються
  - Недостатнє дотримання режиму лікування у зв’язку з необхідністю прийому великої кількості таблеток

- ✓ Дайте відповіді на питання учасників.

Сесія 28. Поєднання туберкульозу і ВІЛ-інфекції

Мета:	Покращити знання та вміння учасників щодо діагностики туберкульозу на первинній ланці
Завдання:	✓ Ознайомити учасників з особливостями виявлення ТБ у ВІЛ-інфікованих осіб. ✓ Розглянути особливості ведення випадку підозри на ТБ у ВІЛ-позитивних осіб. ✓ Вивчити особливості діагностики ТБ у ВІЛ-інфікованих хворих.
Методи навчання:	✓ презентація; ✓ обговорення;
Матеріали:	✓ маркери; ✓ фліпчарт;
Час:	30 хвилин

Послідовність проведення:

1. **Ознайомте учасників з метою та завданням теми.** **5 хвилин**
2. **Представте тему з використанням презентації** **20 хвилин**

<u>У ході презентації висвітліть такі питання:</u>

✓ Розгляньте нормативну базу:
- Порядок добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (протокол), затверджений наказом МОЗ від 19.08.05 № 415, зареєстрований у Міністерстві юстиції України 22.11.05 № 1404/11684
- Клінічний протокол антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції дорослих та підлітків (третє видання, перероблене і доповнене), затверджений наказом МОЗ України від 12.07.10 № 551
- Стандарт лікування ВІЛ-позитивних людей, які є споживачами ін'єкційних наркотиків, затверджений наказом МОЗ України від 19.08.08 № 476

✓ Характеристика туберкульозу при ВІЛ-інфекції:
- Туберкульоз може розвинутись на будь-якій стадії ВІЛ-інфекції при будь-якій кількості CD4 лімфоцитів
- Прогресуючий, генералізований, дисемінований туберкульоз характерний для хворих з вираженим імунодефіцитом
  - По мірі прогресування імунодефіциту туберкульоз набуває риси первинного, зі схильністю до ураження лімфоїдної тканини та серозних оболонок
- Часто цей процес характеризується розвитком лімфогематогенної дисемінації

✓ Складність діагностики

- Мікроскопія мокротиння - найбільш широко доступний діагностичний тест, який існує понад століття
- Метод дозволяє виявити <50% випадків туберкульозу у пацієнтів з імунодефіцитом

✓ Технологія GeneXpert
- Чутливість для діагностики туберкульозу становить від приблизно 72% до 100%
- Тест може виявити резистентність до рифампіцину
- Технологія аналізу у картриджі дозволяє використовувати метод в установах першого рівня

✓ Гістоморфологічні прояви туберкульозного запалення при ВІЛ-інфекції
- Кореляція з кількістю CD4-лімфоцитів
- Характерна мономорфність вогнищ специфічного запалення
- Гнійно-некротичний характер запалення з відсутністю продуктивного компонента
- Морфологічна картина стає схожою на абсцедуючу бактеріальну пневмонію або мікотичне ураження
- Можна виявити КСБ в пунктаті

✓ Показання до обстеження осіб з ВІЛ-інфекцією на ТБ

Усі ВІЛ-інфіковані пацієнти повинні бути обстежені на наявність або ризик розвитку туберкульозу:
- при первинному виявленні ВІЛ
- при проходженні систематичних медоглядів у Центрі СНІД (щорічно на ТБ)
- при наявності клінічних симптомів, підозрілих на ТБ – позапланово
- при звільненні із місць позбавлення волі
- після контакту з хворим на активний туберкульоз

Особливу увагу необхідно приділяти пацієнтам з:
- Бронхо-легеневими симптомами, тривалістю більше 2 тижнів
- симптомами інтоксикації тривалістю більше 2 тижнів
- ТБ в анамнезі
- відомим контактом із хворим на ТБ легенів в домашніх умовах або близькому оточенні
- наявністю додаткових факторів підвищеного ризику інфікування МБТ (СІН, зловживання алкоголем, перебування в місцях позбавлення волі)

✓ Оцінка ризику та діагностика туберкульозу у ВІЛ-інфікованих
- Виявлення хворих на туберкульоз проводиться при обстеженні ВІЛ-інфікованих пацієнтів при зверненні за медичною допомогою в центр СНІДу або в заклади охорони здоров'я загальної лікувальної мережі зі скаргами і/чи симптомами ТБ

- Діагноз туберкульозу підтверджується фтизіатром
- Реєстрація випадку туберкульозу проводиться в регіональному ПТД

✓ Розберіть з учасниками симптомокомплекси, які потребують обов'язкового обстеження на туберкульоз та захворювання для диференційної діагностики ТБ у ВІЛ-інфікованих

✓ Особливості реакції на туберкулін в залежності від стадії ВІЛ-інфекції:

- І-ІІ стадії ВІЛ-інфекції:
  - реакція на туберкулін типова
- Пізні стадії (ІІІ-IV) ВІЛ-інфекції:
  - реакція на туберкулін атипова
  - у 70% пацієнтів реєструються негативні туберкулінові проби, незважаючи на інфікування M.tuberculosis і наявності активного захворювання
  - 30% пацієнтів позитивно реагують на туберкулін при інфікуванні M. tuberculosis або за умов наявності активного процесу

✓ Необхідні дослідження для діагностики ТБ у ВІЛ-інфікованих пацієнтів

- УЗД органів черевної порожнини
- МРТ головного та спинного мозку
- КТ органів грудної клітки
- Проведення діагностичної біопсії
- Використання молекулярно-генетичних методів діагностики
- Можливість проведення комплексного інструментального обстеження

✓ Розгляньте з учасниками основні діагностичні критерії.

3. **Зробіть висновки** **5 хвилин**

- **Терапевти як поліклінічної ланки, так і стаціонарів, часто першими зустрічаються з патологією у хворих з ВІЛ-інфекцією, не підозрюючи про останню**
- **Широкий етіологічний спектр патології у цієї категорії хворих, поєднана інфекція, важкий характер ураження органів вимагають своєчасної діагностики та лікування ВІЛ та опортуністичних інфекцій, в першу чергу, ТБ**

✓ Дайте відповіді на питання учасників.

ПЕРЕРВА НА КАВУ 11:00-11:30

Сесія 29. Клінічна демонстрація випадку ТБ/ВІЛ

Мета:	Покращити знання та вміння учасників щодо діагностики та ведення випадку ТБ/ВІЛ
Завдання:	✓ Навчитись аналізувати клінічні приклади випадків туберкульозу ТБ/ВІЛ; ✓ Навчитись вибирати правильну тактику щодо випадку ТБ/ВІЛ.
Методи навчання:	✓ презентація; ✓ обговорення; ✓ робота в групах
Матеріали:	✓ маркери; ✓ фліпчарт; ✓ РМ 12: «Клінічні випадки лікування ТБ у ВІЛ-інфікованих осіб для роботи в групах»
Час:	30 хвилин

Послідовність проведення:

1. **Ознайомте учасників з метою та завданням теми.** **5 хвилин**

2. **Робота в групах** **25 хвилин**

- Розділіть аудиторію на три групи. Використайте презентацію «Розбір клінічних випадків лікування ТБ у ВІЛ-позитивних хворих» для пояснення завдання групам. Роздайте учасникам РМ 12: «Клінічні випадки лікування ТБ у ВІЛ-інфікованих осіб для роботи в групах»
  - ✓ і доручіть кожній групі розглянути за 10 хвилин один клінічний випадок і відповісти на питання.
  - ✓ Запросіть представників груп написати на фліпчарті тактику ведення запрапонованого клінічного випадку і обговоріть з учасниками тактику ведення випадку. Заохочуйте учасників задавати питання, уточнювати відповіді колег та доповнювати їх у разі потреби. Перевіряйте правильність відповідей, виправляйте їх, якщо необхідно.
    - ✓ Якщо ви не встигаєте дати слово представникам усіх груп, заслухайте в першу чергу ті групи, які не виступали на попередньому практичному занятті.

Сесія 30 Організація моделі амбулаторного лікування хворих на туберкульоз

Мета:	Покращити знання та вміння учасників щодо організації моделей амбулаторного лікування ТБ
Завдання:	✓ визначити оптимальні моделі лікування для хворих, які лікуються в амбулаторних умовах; ✓ визначення прихильності до лікування.
Методи навчання:	✓ презентація; ✓ обговорення; ✓ мозковий штурм.
Матеріали:	✓ маркери; ✓ фліпчарт; ✓ РМ 13: «Організації моделі амбулаторного лікування хворих на туберкульоз на прикладах клінічних випадків для роботи в групах»
Час:	60 хвилин

Послідовність проведення:

1. **Ознайомте учасників з метою та завданням теми.** **5 хвилин**
2. **Запропонуйте учасникам перелічити** основні амбулаторні моделі лікування хворих на ТБ

Та запишіть відповіді на фліпчарті. **5 хвилин**

3. **Представте тему з використанням презентації** **10 хвилин**

<u>У ході презентації висвітліть такі питання:</u>

✓ **Розберіть з учасниками основні моделі лікування хворих на ТБ**
- В стаціонарі в протитуберкульозному закладі
- Амбулаторно в закладах ПСМД
- Вдома під наглядом районного фтизіатра і лікаря ПМСД

✓ **Як *формується маршрут пацієнта на амбулаторному етапі лікування ТБ***
- Після виписки хворого на ТБ зі стаціонару районний фтизіатр сповіщає про нього головного лікаря АЗПСМ та /або медичного працівника за місцем проживання хворого (медичній сестрі амбулаторії або фельдшеру ФАП) і погоджує з ними організацію амбулаторного контрольованого лікування хворого.
- В день повернення пацієнта зі стаціонару фельдшер чи медсестра ПМСД або ДОТ кабінету ідуть до пацієнта додому або телефонують йому, перевіряють чи

він був по поверненні зі стаціонару на консультації у районного фтизіатра і отримав призначення щодо подальшого лікування. Якщо ні, то фельдшер чи медсестра направляє пацієнта до районного фтизіатра.

- Після консультації у фтизіатра, оформлення документів та узгодження з закладом ПМСД режиму та графіку лікування (можливо і в телефонному режимі) хворий розпочинає лікування в закладі ПМСД.

✓ **Моделі організації лікування в закладах ПМСД**

- Лікування в ДОТ кабінеті, який розташований в районній поліклініці, під безпосереднім наглядом медичних працівників за прийомом протитуберкульозних препаратів (щоденні візити 5-6 разів на тиждень, крім вихідних)
- Лікування на в сільській амбулаторії/наФАПі під безпосереднім наглядом медичної сестри/фельдшера за прийомом препаратів (щоденні візити 5-6 разів на тиждень, крім вихідних)
- Лікування у поліклініці за місцем проживання під наглядом лікаря ЗП-СЛ/дільничного терапевта – ліки не видаються хворому на руки ні в якому разі.
- Лікування в сільській амбулаторії/ на ФАПі за місцем проживання під наглядом лікаря/фельдшера – ліки на руки хворому також не видаються.
- Лікування на дому під наглядом медичного працівника із залученням куратора для щоденних візитів
- Лікування на дому під наглядом медичного працівника без залучення куратора
- Куратор:
- медичний працівник
- соціальний працівник
- волонтер
- член сім'ї не являється тією людиною, якій можна доручити контроль за прийомом ліків

✓ **Варіанти забезпечення прихильності до лікування**

- бесіди, орієнтовані на пацієнта
- медично-просвітні консультації
- листи-нагадування
- інформаційно-освітні буклети
- відвідування вдома
- ведення щоденника пацієнта
- допомога або поради щодо того, як отримувати соціальну допомогу
- соціальні послуги

✓ **Організація місця для лікування хворих в закладах ПМСД**

- В амбулаторії виділяється окреме місце в кабінеті для здійснення ДОТ або окремий кабінет, якщо дозволяє приміщення

- ✓ ДОТ кабінет повинен мати необхідне оснащення, відповідно до Наказу МОЗ України №927 від 07.12.2009. “Про затвердження Положення про кабінет контрольованого лікування хворих на туберкульоз на амбулаторному етапі”: медичні ваги, кулер з водою та одноразові стакани. Графіки роботи кабінетів - протягом робочого дня амбулаторії
- ✓ **Зворотній зв’язок між районним фтизіатром і медичними працівниками ПМСД та ФАП**
  - відбувається здебільшого у телефонному режимі, а також не менше одного разу на місяць при візиті медичного працівника ПМСД до райфтизіатра за препаратами для хворого
  - у місті фтизіатри закріплені за певними закладами ПМСД та здійснюють регулярні візити до них
  - фтизіатри-куратори надають амбулаторіям організаційно-медичну допомогу, консультують хворих, моніторують роботу ДОТ-кабінетів
  - інформація щодо пацієнта і результати лікування направляються районним фтизіатром в до сімейного лікаря/районного терапевта/лікаря сільської амбулаторії та обласний протитуберкульозний диспансер

3. Робота в групах **40 хвилин**

- Розділіть аудиторію на сім груп. Використайте презентацію «Розбір клінічних випадків лікування ТБ у ВІЛ-позитивних хворих» для пояснення завдання групам. Роздайте учасникам РМ 13: «Організації моделі амбулаторного лікування хворих на туберкульоз на прикладах клінічних випадків для роботи в групах»
  - ✓ і доручіть кожній групі розглянути за 10 хвилин один клінічний випадок і відповісти на питання.
  - ✓ Запросіть представників груп написати на фліпчарті яку модель лікування обрати та чому і яке лікування призначити і обговоріть з учасниками тактику ведення випадку. Заохочуйте учасників задавати питання, уточнювати відповіді колег та доповнювати їх у разі потреби. Перевіряйте правильність відповідей, виправляйте їх, якщо необхідно.
    - ✓ Якщо ви не встигаєте дати слово представникам усіх груп, заслухайте в першу чергу ті групи, які не виступали на попередньому практичному занятті.

Сесія 31. Загальні підходи до первинної профілактики

Мета:	Покращити знання та вміння учасників щодо підходів до первинної профілактики туберкульозу
Завдання:	✓ Вивчити основні напрямки профілактики ТБ; ✓ Ознайомитись з завданням вакцинації з протипоказаннями для вакцинації новонароджених вакциною БЦЖ та ускладненнями після вакцинації
Методи навчання:	✓ презентація; ✓ обговорення;
Матеріали:	✓ маркери; ✓ фліпчарт;
Час:	45 хвилин

Послідовність проведення:

1. **Ознайомте учасників з метою та завданням теми.** **5 хвилин**

2. **Представте тему з використанням презентації** **35 хвилин**

<u>У ході презентації висвітліть такі питання:</u>

- ✓ Розберіть з учасниками основи профілактики туберкульозу
  - Профілактичний принцип охорони здоров'я взагалі й щодо туберкульозу, зокрема, має бути пріоритетним
  - Профілактика туберкульозу складається з комплексу різних заходів
  - Розрізняють специфічну профілактику, до якої відносять щеплення та ревакцинацію, хіміопрофілактику, а також санітарну та соціальну профілактику ТБ
- ✓ Напрямки профілактики ТБ
  - Профілактичні заходи серед всього населення: щеплення, а також соціально-економічні, санітарно-освітні та загально-санітарні заходи
  - Профілактичні заходи серед груп ризику: диспансеризація хворих і контактних осіб, хіміопрофілактика, оздоровлення
  - Профілактика в осередках туберкульозної інфекції: оздоровлення осередку, дезінфекція, ізоляція бактеріовиділювача, хіміопрофілактика
- ✓ Специфічна профілактика
  - Широко розповсюдженим методом специфічної профілактики туберкульозу є вакцинація і ревакцинація БЦЖ, або специфічна імунопрофілактика

- У 1921 році Кальмет і Герен уперше застосували вакцину БЦЖ немовляті із бацилярного оточення
- Включає:
  - вакцинацію - при народженні в пологовому будинку;
  - ревакцинацію - в 7 років - після проведення туберкулінодіагностики
- Вакцинація і ревакцинація проводяться для створення протитуберкульозного імунітету у неінфікованих осіб

✓ Вакцинація БЦЖ
- Вакцинація вакциною БЦЖ, БЦЖ-М проводиться новонародженим дітям на 3 добу після народження при відсутності протипоказань
- Доза БЦЖ: 0,05 мг - 0,1 мл - 400 тис. мікробних тіл
- Вакцина викликає в макроорганізмі утворення специфічних гранульом, які в подальшому розсмоктуються
- Властивості вакцини БЦЖ:
  - нешкідлива?
  - специфічна
  - алергогенна
  - імуногенна

✓ БЦЖ SSI (Датський штам)
- В Україні тривалий час застосовувалася вакцина БЦЖ-1 і БЦЖ-М.
- Вакцина БЦЖ SSI (Датський штам), використовується ВООЗ, як референт-зразок для контролю інших вакцин БЦЖ
- БЦЖ SSI відрізняється:
  - високою імуногенністю
  - низькою реактогенністю
  - низьким рівнем побічних реакцій
- Штам БЦЖ SSI використовується в країнах ЄС

✓ З 2008 року вакцину БЦЖ SSI почали застосовувати в Україні.

✓ Протипоказання для вакцинації новонароджених
- недоношеність, коли маса тіла при народженні менша за 2000 г
- внутрішньоутробна інфекція
- пологові травми з неврологічною симптоматикою
- гострі захворювання
- гнійно-септичні захворювання
- гемолітичне захворювання новонароджених
- генералізовані шкірні ураження
- генералізована інфекція БЦЖ, виявлена в інших дітей у сім'ї
- первинні імунодефіцити (вроджені)
- злоякісні захворювання крові, новоутворення
- ВІЛ-інфекція у матері

- ✓ Показання для проведення вакцинації БЦЖ-М
  - вакцинація недоношених з масою тіла при народженні 2000 г і більше
  - вакцинація дітей, які мали протипоказання при народженні
  - вакцинація дітей, які проживають у забруднених радіонуклідами територіях (III - IV зона)
- ✓ Протипоказання для проведення ревакцинації БЦЖ
  - інфіковані діти
  - перехворілі на туберкульоз діти
  - сумнівна реакція Манту з 2 ТО ППД-Л
  - ускладнення на введення вакцини при народженні
  - алергічні захворювання в стадії загострення
  - гострі захворювання в період реконвалесценції
  - хронічні захворювання в стадії загострення
  - злоякісні захворювання крові та новоутворення
  - імунодефіцитний стан, тривале лікування імунодепресантами

Ускладнення БЦЖ

- Підшкірний холодний абсцес
- Поверхнева виразка
- Лімфаденіти
- Келоїдний рубець
- БЦЖ-остеомієліт
- Генералізована лімфоаденопатія
- Дисемінована БЦЖ-інфекція
- Туберкульозний вовчак (туберкульоз шкіри)
- Медіастинальний БЦЖит

3. **Зробіть висновки** **5 хвилин**

- ✓ ***Завдання вакцинації***
  - *Охоплення до 95 %*
  - *Формування протитуберкульозного імунітету з розвитком післявакцинного рубчика у 90% вакцинованих*
  - *Запобігання тяжких, генералізованих форм туберкульозу у дітей*
- ✓ ***Будь-яке захворювання легше попередити, ніж лікувати!***

- ✓ Дайте відповіді на питання учасників.

ОБІД **13:00 – 14:00**

Сесія 32. Програма інфекційного контролю в лікувальних закладах

Мета:	Покращити знання та вміння учасників щодо діагностики туберкульозу на первинній ланці
Завдання:	✓ Вивчити функції Комісії з інфекційного контролю Центру первинної медико-санітарної допомоги; ✓ Ознайомитись з видами і рівнями ТБ інфекційного контролю; ✓ Розглянути критерії якості запровадження інфекційного контролю.
Методи навчання:	✓ презентація; ✓ обговорення; ✓ демонстрація
Матеріали:	✓ маркери; ✓ фліпчарт; ✓ респіратори з хепа-фільтрами
Час:	40 хвилин

Послідовність проведення:

1. **Ознайомте учасників з метою та завданням теми.** **5 хвилин**
2. **Запропонуйте учасникам перелічити** пріоритетні напрямки інфекційного контролю. Та запишіть відповіді на фліпчарті. **5 хвилин**

3. **Представте тему з використанням презентації** **20 хвилин**

<u>У ході презентації висвітліть такі питання:</u>

- ✓ Нагадайте учасникам основні шляхи передачі ТБ інфекції та механізми її передачі
- ✓ Розберіть законодавчу базу, яка регламентує інфекційний контроль (ІК) ТБ:
  - Наказ МОЗУ від 18.08.2010 № 684 «Про затвердження Стандарту інфекційного контролю за туберкульозом в лікувально-профілактичних закладах, місцях довгострокового перебування людей та проживання хворих на туберкульоз»
  - Наказ МОЗУ від 23.12.2011 № 950 «Про внесення змін і доповнень до наказу МОЗ України від 18.08.2010 № 684 «Про затвердження Стандарту інфекційного контролю за туберкульозом»
  - Запам’ятайте поняття інфекційного контролю - система організаційних, протиепідемічних та профілактичних заходів, спрямованих на попередження виникнення і зниження ймовірності передачі МБТ здоровим особам, суперінфекції хворих на ТБ у лікувально-профілактичних установах, в місцях тривалого перебування і проживання хворих на туберкульоз
  - За дотримання вимог інфекційного контролю туберкульозу (ТБ) відповідає головний лікар Центру первинної медико-санітарної допомоги
  - Наказом головного лікаря затверджується склад Комісії, яку він очолює

- ✓ Функції Комісії Центру первинної медико-санітарної допомоги (Центр):
  - моніторинг та оцінка ризику інфікування та захворювання на туберкульоз працівників Центру, відвідувачів та пацієнтів
  - аналіз захворюваності працівників Центру на туберкульоз
  - оцінка технічного стану та матеріального забезпечення структурних підрозділів Центру з подальшим складанням кошторису їх реконструкції / ремонту з урахуванням вимог ІК ТБ
  - розробка плану інфекційного контролю
  - План щорічно затверджується наказом головного лікаря Центру
  - Перевірка стану виконання Плану здійснюється Комісією щоквартально
  - Завідувачі та старші сестри структурних підрозділів Центру здійснюють перевірку стану виконання Плану не рідше одного разу на місяць
  - Удосконалення Плану розглядаються та затверджуються поза графіком
  - Звіт про виконання Плану складається Комісією за формою, затвердженою МОЗ, та подається в УОЗ до 15 січня щорічно
- ✓ План Центру з ІК ТБ включає обов'язкові розділи:
- Адміністративний контроль
  - розподіл потоків хворих (ДОТ-терапія та хворі з підозрою на туберкульоз)
  - навчання персоналу, пацієнтів та членів їх сімей, відвідувачів по здійсненню інфекційного контролю за туберкульозом
  - розробка алгоритмів дотримання вимог інфекційного контролю при проведенні пацієнтам медичних маніпуляцій та процедур; дезінфекція, стерилізація; гігієна рук тощо
  - моніторинг впровадження інфекційного контролю щодо туберкульозу
  - розробка рекомендацій щодо поліпшення інфекційного контролю для кожного структурного підрозділу
  - дотримання заходів охорони праці, особистої гігієни працівниками структурних підрозділів Центру
- ✓ Наголосіть, що збір мокротиння в пункті збору мокротиння повинен проводитися під контролем мед.персоналу
- Контроль за станом повітря закритих приміщень
  - оцінку використання в структурних підрозділах природної (механічної або змішаного типу) вентиляції
  - оцінку технічного стану систем вентиляції приміщень (схема вентиляції, проведення замірів її ефективності)
  - оцінку потреби з розробки заходів по контролю за станом повітря приміщень
  - систематичну перевірку роботи систем вентиляції
- Індивідуальний захист органів дихання
  - визначення потреби в засобах індивідуального захисту персоналу залежно від ступеня ризику передачі МБТ при підозрі на захворювання туберкульозом (розрахунок необхідної кількості респіраторів)
  - визначення потреби масок для пацієнтів з підозрою на туберкульоз
- ✓ Моніторинг мір адміністративного контролю в структурних підрозділах Центру
  - розподіл потоків хворих
  - швидке обстеження хворих з підозрою на туберкульоз шляхом мікроскопії мокротиння та рентгенофлюорографії

- забезпечення закладу одноразовими контейнерами для збору мокротиння для пацієнтів з підозрою на туберкульоз
- облаштування пункту збору мокротиння системою припливно-витяжної (або змішаною) вентиляції або природною вентиляцією та лампами УФО (за відсутності приміщення - виділення майданчика на відкритому повітрі)
- укладення договору з іншими лікувально-профілактичними установами для проведення мікроскопії мазка мокротиння (у разі відсутності можливості проведення мікроскопії)
- невідкладне направлення хворого з підозрою на туберкульоз в спеціалізований протитуберкульозний заклад
- дотримання алгоритму ведення пацієнтів з негативним мазком мокротиння
- щорічні профілактичні флюорографічні огляди для медичних працівників
- розміщення в приміщеннях структурних підрозділів Центру та надання інформ. матеріалів про шляхи передачі туберкульозної інфекції, етикет кашлю

✓ Критерії якості ІК
- Захворюваність на ТБ медпрацівників (0-1 за 2-3 роки)
- Кількість ЛПЗ області, що надають звіти по ІК (не менше 90%)
- Питома вага ЛПУ, де використовуються респіратори в зонах високого ризику (не менше 95%)
- Питома вага ЛПУ, де використовуються маски для хворих (не менше 95%)
- Кількість медпрацівників, які пройшли тест на щільність прилягання респіратора (99%)
- Число днів, протягом яких проводилося обстеження пацієнта при підозрі на ТБ в ЗЛМ (не більше 3)
- Забезпеченість зон високого ризику лампами УФО (не менше 90%)
- Забезпеченість зон високого ризику вентиляційними системами (не менше 90%)

✓ Наявність журналів по технічному обслуговуванню ламп УФО та вентиляційної системи

4. **Зробіть висновки** **5 хвилин**

✓ При здійсненні заходів ІК за ТБ належним чином за всіма компонентами можна зменшити трансмісію ТБ інфекції

5. Демонстрація навичок правильного вдягання респіратора **5 хвилин.**

✓ Тренер детально розповідає етапи підготовки респіратора та демонструє послідовність правильних дій його одягання. Учасники повторюють дії тренера.

Візит до протитуберкульозного закладу, демонстрація заходів ТБ інфекційного контролю

Мета:	Покращити знання заходів ТБ інфекційного контролю шляхом демонстрації організації ІК у протитуберкульозному відділенні
Завдання:	✓ Навчитись одягати респіратори; ✓ Ознайомитись з принципами інфекційного контролю у протитуберкульозному стаціонарі.
Методи навчання:	✓ презентація; ✓ обговорення; ✓ демонстрація
Матеріали:	✓ маркери; ✓ фліпчарт; ✓ респіратори; ✓ конверти для зберігання респіраторів ✓ одноразові халати ✓ одноразові шапочки ✓ бахіли
Час:	50 хвилин

Послідовність проведення:

1. **Ознайомте учасників з метою та завданням теми.** **5 хвилин**
2. **Роздайте учасникам** респіратори, конверти для зберігання респіраторів, одноразові халати та одноразові шапочки, бахіли та запропонуйте учасникам їх вдягнути **10 хвилин**
3. **Відвідуйте протитуберкульозне відділення з детальною демонстрацією впровадження в стаціонарі принципів інфекційного контролю** **35 хвилин**

✓ Дайте відповіді на питання учасників.

Перерва на каву 16:00 – 16:30

Сесія 33. Загальні підходи до навчання населення, хворих та медичних працівників з питань ТБ

Мета:	Покращити знання та вміння учасників щодо підходів до навчання населення, хворих та медичних працівників з питань ТБ
Завдання:	✓ Вивчити методи розповсюдження інформації на медичну тему; ✓ Ознайомитись з методами роботи з хворими, членами їх сімей та медичним персоналом
Методи навчання:	✓ презентація; ✓ обговорення; ✓ робота в групах
Матеріали:	✓ маркери; ✓ фліпчарт;
Час:	1 година

Послідовність проведення:

1. **Ознайомте учасників з метою та завданням теми.** **5 хвилин**

2. **Представте тему з використанням презентації** **20 хвилин**

<u>У ході презентації висвітліть такі питання:</u>

✓Нагадайте учасникам методи розповсюдження інформації на медичну тему:
- Друковані матеріали (для населення, хворих і членів їх сімей)
- Санбюлетені
- Рекламні заставки
- Інтерв'ю
- Прес-релізи
- Диспути
- Ток-шоу
- Документальні фільми
- Театралізовані постановки
- Музичні передачі

✓ Що таке санітарна освіта та якою бувають цільові аудиторії:
  – Населення (працюючі, студенти, пенсіонери, домогосподарки і т. д.)
  – Хворі на туберкульоз та члени їх сімей

- Вимоги до інформації про ТБ

Повинна:
- бути правдивою
- відповідати сучасним досягненням науки і практичної охорони здоров'я
- бути максимально доступною

- мати незначну текстову частину
- бути простою в викладенні матеріалу
- бути не перевантаженою специфічною інформацією
- мати привабливий дизайн
- Що потрібно донести населенню про туберкульоз?

✓ Зверніть увагу учасників, що при освіті населення не треба перевантажувати його специфічною інформацією та статистичними даними!

✓ Акцентуйте увагу на те, що середньо-статистичний мешканець країни повинен знати, що Туберкульоз – важке і поширене захворювання, яке в разі пізнього звернення до лікаря загрожує смертю чи інвалідністю

✓ Зверніться до учасників із запитанням - наскільки ефективні ЗМІ

Наголосіть, що при гарній організації через ЗМІ відкриваються широкі можливості для:

- Зміни стереотипів поведінки
- Постановки конкретних питань на тему дня
- Створення умов з метою придбання нових знань і формування думок
- Доведення нових ідей до відома населення

- Розкажіть, що при використанні ЗМІ треба уточнити уподобання цільової аудиторії:
  - чи вона дивиться телевізор
  - чи слухає радіо
  - читає газети або журнали
  - о котрій годині люди дивляться телевізор, слухають радіо
  - які програми та друковані видання їм подобаються

✓Доведіть до учасників, що провідний метод – бесіда.

- Опишіть структуру бесіди:
  - Вступ
  - Основна частина
  - Завершення
- Запитайте у учасників, чи знають вони, які існують прийоми спілкування. Дочекайтесь відповіді. Розкажіть, що прийоми спілкування розподіляються на
  - Вербальні
  - Невербальні

✓Акцентуйте увагу на те, що для досягнення ефективного лікування дуже важливо домогтися прихильності хворого

- Даний вид роботи залежить від етапу ведення хворого:
  - Підозра на туберкульоз
  - Встановлення діагнозу туберкульозу
  - Під час лікування

- Робота з хворими та членами їх сімей при підозрі на ТБ

Розкажіть, що хворим на ТБ і членам їх сімей потрібно просто і зрозуміло дати мінімум основних знань про туберкульоз та гігієну при ТБ:

- Туберкульоз - небезпечна хвороба, на яку можна заразитися від хворих на ТБ легень
- Кожна людина повинна знати, що слід звернутися до лікаря при появі ознак хвороби

✓ Зверніться до учасників з питанням, чи знають вони про «Культуру кашлю». При необхідності розкажіть, чи дайте змогу активному учаснику розповісти про це.

- Навчання при першій зустрічі з хворим, якому діагностовано ТБ. Доведіть до учасників, чому важливо психологічно підготувати хворого до тривалої майбутньої «боротьби» із хворобою. Для цього треба більш докладно, але дуже конкретно пояснити хворому:
  - що таке туберкульоз (причини, прояви, небезпека зараження близьких і т.д.)
  - в чому полягатиме майбутнє лікування (препарати, тривалість, етапи лікування, місце лікування, завдання хворого при лікуванні)
  - Під час лікування
    - Ретельно повторювати хворому і його родичам важливість лікування і роль самого хворого для досягнення ефективного результату
    - Це потрібно робити регулярно при кожній зустрічі з хворим
    - Роз'ясненнями і бесідами повинен займатися весь персонал, не тільки лікарі, але і мед. сестри і молодший мед. персонал
  - Чому навчання пацієнтів потрібне під час лікування?
  - Лікування туберкульозу займає 6 і більше місяців
  - Симптоми захворювання зникають досить швидко, у хворих падає мотивація до лікування
  - Зменшення мотивації до лікування призводить до його дострокового припинення
  - Про що необхідно постійно нагадувати та які запитання слід задавати хворому під час лікування?
  - Скільки таблеток Ви отримуєте?
  - Які це таблетки, як вони виглядають (знати назви не обов'язково)?
  - Коли і як Ви приймаєте ці таблетки?
  - Чи не з'явилися побічні реакції на ПТП?
  - Чи носите Ви з собою контейнер для збору мокротиння, як і в які терміни Ви робите його обмін?
  - Чи розумієте Ви, чому важливо регулярно здавати мокротиння на дослідження?
  - Які гігієнічні заходи приймаєте Ви і члени вашої родини?
  - Чи обстежені на ТБ Ваші близькі?
  - Чи носите Ви з собою контейнер для збору мокротиння, як і в які терміни Ви робите його обмін?
  - Чи розумієте Ви, чому важливо регулярно здавати мокротиння на дослідження?
  - Які гігієнічні заходи приймаєте Ви і члени вашої родини?
  - Чи обстежені на ТБ Ваші близькі?
  - Чи не пропускаєте Ви іноді прийом ліків?
  - Розумієте, чому регулярний прийом ПТП такий важливий?
  - Як довго ви ще будете лікуватися?
  - Чи розумієте Ви, чому не можна припинити лікування раніше наміченого терміну?
  - Що відбудеться, якщо Ви будете приймати тільки деякі ПТП?

✓Доведіть до учасників, що дуже важливо щоб хворий зрозумів серйозність ситуації, але не треба його лякати, щоб він не відмовився від лікування

- Навчання членів сім’ї хворого
  - Докладно, але дуже доступно треба пояснити близьким і родичам хворого ті положення, які вони повинні донести до його свідомості
  - Просвіта рідних часто спрацьовує ефективніше, ніж освіта самих хворих
- Як досягти хороших результатів?

- Звертати увагу на особистість пацієнта, а також на те, яка інформація йому потрібна в цей момент
- Використовувати таку інформацію, яка буде доступна для розуміння пацієнтом
- Рекомендації повинні бути реально здійсненними!

✓ Розкажіть, які бувають наочні засоби та наголосіть, що вони можуть значно спростити процес сприйняття інформації, яку доносив до хворого медпрацівник

✓ Акцентуйте увагу учасників, що дуже часто прихильність до лікування пацієнтів залежить від квіліфікації медперсоналу. Тому при необхідності проводиться направлення на підвищення кваліфікації персоналу з питань туберкульозу. Програма навчання і обсяг інформації залежить від функціональних обов'язків персоналу.

- Нагадайте учасникам, що лікар загальної практики згідно з нормативними документами зобов'язаний:
- завжди пам'ятати симптоми ТБ і вміти запідозрити його у будь-якого свого хворого
- дотримуватися алгоритму виявлення випадків туберкульозу в закладах первинної медико-санітарної допомоги
- при необхідності вести пацієнта на підтримуючій фазі лікування
- організувати контроль за прийомом препаратів
- знати і дотримуватися основних принципів ведення випадку ТБ
- розуміти свою відповідальність за залучення хворого до лікування
- постійно проводити навчання пацієнтів, тому що від розуміння хворими проблеми залежить успіх всієї роботи
- активно співпрацювати з протитуберкульозною службою

✓ Дайте відповіді на питання учасників.

3. Зробіть висновки **5 хвилин**

✓ Успіх лікування багато в чому залежить від розуміння хворим сутності проблеми, його прихильності до лікування і довіри до мед. працівників

4. Практична частина. Робота в малих групах **30 хвилин**

Розподілити учасників на 5 груп та роздати по 3 запитання для кожної групи.

- Чому на туберкульоз хворіють люди незалежно від соціального статусу?
- Необхідність обстеження на туберкульоз
- Гігієна поведінки для попередження розповсюдження туберкульозу
- Гігієна приміщення, де перебувала хвора на туберкульоз людина
- Флюорографічне або рентгенологічне дослідження органів грудної клітки є цілком безпечним для дорослої людини
- Чому я захворів на ТБ?
- Необхідність тестування на ВІЛ
- Чому ви запідозрили ТБ, коли я себе прекрасно почуваю?

- Як і де мене будуть лікувати?
- Наскільки безпечне лікування для здоров'я
- Лікування туберкульозу та вживання алкоголю і наркотичних речовин
- Що таке мультирезистентний туберкульоз?
- Засоби народної медицини при лікуванні туберкульоз
- Чим і як харчуватись при захворюванні на ТБ?
- Як захиститись від туберкульозу?

Запропонувати обговорити питання в групах та записати відповіді на фліп-чарті. Пропонується 1 учаснику від групи представити результати відповідей з подальшим загальним обговоренням.

Підведення підсумків четвертого дня

Мета:	Підвести підсумки роботи за день.
Завдання:	✓ Вияснити, наскільки добре учасники засвоїли розглянутий матеріал. ✓ Відповісти на питання учасників.
Методи навчання:	✓ Провести оцінку роботи учасниками. ✓ презентація; ✓ обговорення.
Матеріали:	✓ презентація «Підведення підсумків четвертого дня»; ✓ форми оцінки роботи за день.
Час:	30 хвилин

Послідовність проведення:

1. **Використайте презентацію «Підведення підсумків четвертого дня»** та наголосіть на основних темах, які обговорювалися протягом дня.
   - ✓ Запросіть чергового підсумувати основні моменти дня.
   - ✓ Запитайте учасників, про що, на їх думку, найбільш важливе вони сьогодні дізналися. Попросіть їх поділитися своїми коментарями та зауваженнями.
   - ✓ Запитайте, чи є питання і чи необхідно щось додатково пояснити.

2. Наголосіть, що в четвертий день ми розглянемо теми: Поняття щодо адвокації, комунікації та соціальної мобілізації, сучасна стратегія «Зупинити туберкульоз, розбір клінічних випадків хибного ведення хворих на туберкульоз.

Оцініть роботу третього дня тренінгу.

Роздайте форми оцінки роботи за день та попросіть учасників на стороні з написати один-два пункти про те, що їм сподобалося сьогодні чи що нового для себе вони сьогодні вивчили. На звороті, позначеному попросіть написати свої зауваження і пропозиції, як можна змінити чи покращити роботу на наступний день. Зберіть форми, щоб пізніше обговорити їх з тренерами.

Подякуйте учасникам за роботу і наголосіть, що завтра заняття розпочнуться о 9:00.

У кінці дня тренери повинні:

- ✓ Обговорити відгуки учасників про результати роботи за день і вирішити, які зміни потрібно внести. Підготувати 1-2 слайди, де підсумувати позитивні і негативні відгуки, щоб зранку представити їх учасникам.
- ✓ Обговорити всі сесії дня та загальний хід роботи (зміст, розподіл часу, виконання програми дня) і внести необхідні зміни в програму наступного дня.
- ✓ Переглянути програму наступного дня. Кожний тренер повинен коротко прокоментувати, як він планує провести закріплені за ним теми і яка допомога від колег йому потрібна.
- ✓ Прибрати використані фліпчарти, які вже не потрібні, і підготувати необхідні тренінгові матеріали на наступний день.

П’ятий день

Програма

Тема	Час	Тренер
Повторення матеріалу 4-го дня та програма на п’ятий день.	09:00 – 9:10	
Сесія 34 Поняття щодо адвокації, комунікації та соціальної мобілізації *(семінар)*	09:10 – 10:10	
Сесія 35 Сучасна стратегія «Зупинити туберкульоз» *(лекція)*	10:10 – 11:00	
Перерва на каву	11:00 – 11:30	
Сесія 36 Нормативні документи, які регламентують протитуберкульозну роботу для закладів ПМСД *(лекція)*	11:30 – 12:15	
Сесія 37 Розбір клінічних випадків хибного ведення хворих на туберкульоз *(практичне заняття)*	12:15 – 13:00	
Обід	13:00 – 14:00	
Післятренінгове тестування. *(семінар)* ***Заповнення анкет.*** **Вручення сертифікатів.**	14:00 – 15:30	
Кава.	15:30 – 16:00	

Повторення матеріалу 4-го дня та програма на п’ятий

Мета:	Привітати учасників та спланувати роботу на день.
Завдання:	✓ Обговорити коментарі учасників щодо результатів роботи за ✓ Розглянути програму роботи на День 5-й.
Методи навчання:	✓ презентація; ✓ обговорення.
Матеріали:	✓ презентація «День 5-й»; ✓ заповнені форми оцінки роботи за День 4-й; ✓ маркери; ✓ фліпчарт.
Час:	10 хвилин

Послідовність проведення:

ПІДГОТОВКА: Здійсніть ротацію – до приходу учасників поміняйте знаки з назвами груп на столах таким чином, щоб групи (учасники), які вчора сиділи за столами в кінці приміщення, тепер перемістилися наперед, або сіли за столи, що розміщені посередині.

1. **Привітайте учасників.**

2. **Представте презентацію «День 5-й»:**

✓ Підсумуйте відгуки учасників про результати роботи за попередній день і обговоріть, які зміни можна внести в хід роботи, зважаючи на зауваження учасників.

Запитайте учасників, чи в них є питання або чи залишилися нез’ясовані моменти з матеріалу першого дня тренінгу. Дайте відповіді на питання, по можливості залучаючи учасників до відповідей.

✓ Представте програму роботи на пьятий день.

3. **Призначте двоє чергових на день:**

✓ черговий №1 – слідкує за дотриманням регламенту і проводить вправи на підняття тонусу учасників групи, коли вони втомилися;

✓ черговий №2 – у кінці дня підсумовує основні моменти (що нового і важливого для себе взнали, про що з учасниками домовилися тощо).

Сесія 34. Поняття щодо адвокації, комунікації та соціальної мобілізації

Мета:	Покращити знання та вміння учасників щодо адвокації, комунікації та соціальної мобілізації
Завдання:	✓ Вивчити основні поняття щодо адвокації, комунікації та елементи комунікації; ✓ Проаналізувати причини, які заважають хворому дотримуватися режиму лікування, і дії лікаря щодо їх подолання; ✓ Засвоїти прийоми ефективної комунікації з пацієнтом і членами його родини.
Методи навчання:	✓ презентація; ✓ обговорення; ✓ мозковий штурм.
Матеріали:	✓ маркери; ✓ фліпчарт;
Час:	50 хвилин

1. **Ознайомте учасників з метою та завданням теми.** **5 хвилин**

2. **Запропонуйте учасникам перелічити** причини, які заважають хворому дотримуватися режиму лікування. Та запишіть відповіді на фліпчарті. **10 хвилин**

3. **Представте тему з використанням презентації** **30 хвилин**

<u>У ході презентації висвітліть такі питання:</u>

✓ Ознайомте учасників з поняттям адвокації: англ. advocacy < лат. advocatus — запрошений; соціол., політол., — процес відстоювання прав та інтересів певної соціальної групи (певних соціальних груп) через позитивну зміну відповідної державної політики, законодавства, практики державного управління, соціальних процесів та явищ шляхом цілеспрямованого впливу

✓ Висветліть основні поняття адвокації:

1) адвокаційна кампанія — комплекс заходів у сфері адвокації, що об’єднані спільною метою
2) предмет адвокації — конкретне право або інтерес, який захищається чи відстоюється під час адвокаційної кампанії
3) мета адвокаційної кампанії — позитивна зміна стану предмета адвокації
4) цільова група адвокації — цільова група, права та інтереси якої захищаються чи відстоюються

суб’єкт (від лат. subjectum — підкладене) адвокації — особа, колектив або організація, яка здійснює адвокаційну кампанію

6) мішень адвокації — посадові особи, органи влади, державні установи, інші суб’єкти політичних, адміністративних або соціальних процесів, від позиції,

політики, рішень і службової діяльності яких залежить захист прав і реалізація інтересів цільової групи адвокації

- ✓ Фактори, що визначають переконання пацієнта про здоров'я:
  - Рівень мотивації кожного індивідуума піклуватися про здоров'я
  - Розуміння своєї уразливості щодо ТБ
  - Усвідомлення можливих наслідків ТБ
- ✓ Розберіть елементи комунікації:
  - Довіра і повага між хворим на ТБ і сімейним лікарем можуть стати тим ключовим фактором, який допоможе хворому успішно дотримуватись режиму лікування
  - Хворий більш охоче дотримується режиму, коли він сам і члени його сім'ї розуміють, що таке ТБ і що необхідно робити, щоб пройти лікування і стати здоровим
  - Просвіта і консультування хворого - це важливі складові частини процесу лікування.
  - Сімейні лікарі і інші медпрацівники ПМСД, з якими спілкується хворий, повинні:
  - ставитись до хворого тактично та з повагою
  - давати хворому можливість поділитись своїми переживаннями і регулярно розпитувати його про те, що турбує
  - бути захисниками прав пацієнта
- ✓ Для лікаря, що працює з пацієнтом і громадою дуже важливо:
  - Довіра пацієнтів і членів громади
  - Знання про захворювання і епідемічну ситуацію з ТБ в громаді
  - Аудиторія – родина – пацієнт (кому потрібно надати інформацію і готовність її сприйняти)
- ✓ Прийоми ефективної комунікації з пацієнтом і члена
  - Вміти задавати питання
  - Вміти уважно слухати
  - Враховувати тривогу і потреби пацієнта
  - Проявляти турботу і показувати, що ви готові допомогати у вирішенні проблем пацієнта

✓ Інформація про наявність у пацієнта ТБ може викликати у нього депресію – стан суму, безвиході, небажання спілкуватись, втрату цікавості до якоїсь діяльності та зниження енергійності

- ✓ Розберіть з учасниками на прикладах прийоми ефективної комунікації, які можена застосовувати у різних ситуаціях:
- ✓ Прийом 1
  - Задавайте питання і уважно слухайте
- ✓ Прийом 2
  - зробіть спілкування приємним для хворого
  - заохочуйте говорити і підбадьорюйте
  - проявляйте турботу і повагу до особистості
  - встановлюйте довірливі стосунки з хворим
- ✓ Прийом 3
  - Говоріть просто і ясно
  - Переконайтесь, що:
    - хворий розуміє основні відомості щодо ТБ і його лікування

- хворий розуміє свої подальші дії
- страхам і сумнівам хворого приділено достатньо уваги

✓ Прийом 4
  - Не давайте дуже багато інформації
  - Переконайтесь, що:

- хворий запам'ятав основні відомості про ТБ
- хворий може повторити отриману від вас інформацію

  - Поясніть найнеобхідніше і, якщо потрібно, призначте час для додаткової бесіди
  - Пам'ятайте, що хворі, які погано себе почувають або дуже знервовані/стурбовані, можуть не засвоїти інформацію з першого разу

✓ Прийом 5
  - Обговорюйте найважливіші теми на початку і в кінці консультації/бесіди
  - Оберіть ключову фразу бесіди (наприклад: «Я знаю, що ви почуваєте себе краще, але, щоб вилікуватись, ви повинні прийняти призначені дози препаратів повністю»)
  - Повторюйте ключову фразу на початку і наприкінці консультації

✓ Прийом 6
  - Використовуйте конкретні приклади
  - • Наприклад, покажіть, як потрібно збирати мокротиння
  - Для деяких хворих це буде більш корисно, ніж прослухати усне пояснення

✓ Прийом 7
  - Заохочуйте пацієнта задавати питання
  - Розмовляючи з ним, робіть паузи, щоб пацієнт міг задавати свої питання
  - Заохочуйте питання пацієнта, наприклад: «Гарне питання!»

✓ Прийом 8
  - Використовуйте контрольні питання
  - Задайте контрольне питання, наприклад: «Де ви будете збирати мокротиння?», яке примусить хворого повторити ваше пояснення, і ви дізнаєтесь, чи все він зрозумів

✓ **Мета ефективної комунікації, налагодити довірливі стосунки з пацієнтом, вселити в нього впевненість і заохотити хворого і членів його родини до співпраці**

✓ Причини, що заважають хворому дотримуватись режиму лікування
  - Зловживання алкоголем або наркоманія

  Дії сімейного лікаря
    - По можливості, направити хворого на прийом до відповідного спеціаліста
    - Залучити членів сім'ї хворого, щоб допомогти переконати його дотримуватись режиму
    - Переконувати і підбадьорювати хворого, підкреслюючи важливість повноцінного лікування
    - Використовуйте систему заохочень, якщо є така можливість (продуктові набори та ін.)
  - Страх або небажання того, щоб оточення дізналось про хворобу
    - Поясніть пацієнту, що будь-яка людина може захворіти на ТБ

- Переконайте пацієнта, що ТБ виліковний, і більшість хворих, що почали лікування, дуже швидко перестають бути заразними для оточуючих
- Завірте пацієнта, що ви не будете розголошувати відомості щодо його хвороби
- Розкажіть пацієнту про нормативні документи, що регламентують захист хворого на ТБ від втрати місця роботи.
- Покращення самопочуття (пацієнт перестає відчувати себе хворим)
- Ще раз поясніть хворому, чому так важливо провести повноцінне лікування, і які є небажані наслідки незакінченого лікування

– Хворий не розуміє, чому призначено саме такий режим
  - знову поясніть це хворому
  - залучайте членів сім'ї
  - організуйте лікування таким чином, щоб хворому було легше дотримуватись режиму

– Сильні особисті або традиційні вірування або попередження, або використання альтернативного способу лікування
  - Проявіть розуміння
  - Не забороняйте дії, що застосовує хворий, якщо вони не приносять шкоди

✓ Дайте відповіді на питання учасників.

4. Зробіть висновки **5 хвилин**

✓ Більшість хворих починають виконувати режим, коли бачать турботливе ставлення з боку сімейного лікаря та інших медпрацівників і увагу, яку вони приділяють регулярному

Сесія 35 Сучасна стратегія «Зупинити туберкульоз»

Мета:	Покращити знання та вміння учасників щодо стретегії “«Покласти кінець ТБ”.
Завдання:	✓ Ознайомитись із завданнями “«Покласти кінець ТБ”; ✓ Обговорити цілі тисячоліття Всесвітньої Асамблеї охорони здоров’я
Методи навчання:	✓ презентація; ✓ обговорення; ✓ динамічна вправа
Матеріали:	✓ маркери; ✓ фліпчарт;
Час:	30 хвилин

Послідовність проведення:

1. **Ознайомте учасників з метою та завданням теми.** **5 хвилин**

2. **Представте тему з використанням презентації** **25 хвилин**

<u>У ході презентації висвітліть такі питання:</u>

- ✓ Ознайомте учасників з метою стратегії:
- ✓ Метою Стоп ТБ стратегії є значно зменшити показник глобальної поширеності туберкульозу до 2015 року, досягти значного прогресу у дослідженнях і розвитку необхідних методів для знищення туберкульозу; покращити доступ до якісного діагностування і лікування пацієнтів, хворих на туберкульоз; зменшити страждання людей і соціально-економічний вплив, пов’язаний із захворюваннями на туберкульоз; захистити людей, які складають групу ризику, від туберкульозу, ВІЛ-асоційованого і резистентного туберкульозу; підтримати розвиток нових методів, забезпечити можливість їх вчасного і ефективного застосування.
- ✓ Стоп ТБ стратегія ставить перед собою такі завдання: зменшити показник поширеності туберкульозу до 2015 року; встановити діагноз, як мінімум у 70 % випадків інфекційних захворювань на туберкульоз серед прогнозованої кількості, і вилікувати, як мінімум, 85% таких випадків; зменшити показник поширеності туберкульозу і показник смертності на 50 % до 2015 року (порівняно з 1990 роком); довести показник поширеності туберкульозу менше 1 випадку захворювання на 1 мільйон населення на рік (визначення знищення) до 2050 року.

- ✓ ЦІЛІ РОЗВИТКУ ТИСЯЧОЛІТТЯ (ЦРТ)
  - До 2015 р.: зупинити та зменшити захворюваність на ТБ
- ✓ СТОП ТБ ПАРТНЕРСТВО
  - Скоротити до 2015 року на 50% поширеність та смертність від ТБ (в порівнянні з 1990р.)
- ✓ СТОП ТБ стратегія (ВООЗ, 2006)
  - Бачення: СВІТ БЕЗ ТУБЕРКУЛЬОЗУ
  - Мета: Суттєво зменшити глобальний тягар туберкульозу до 2015 року
- ✓ ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ДОТС-СТРАТЕГІЇ

  1. Політична і фінансова підтримка
  2. Виявлення випадків туберкульозу «за зверненнями» за допомогою бактеріоскопії мазка мокротиння
  3. Лікування за стандартними схемами хіміотерапії під прямим/безпосереднім наглядом
  4. Адекватне і безперебійне забезпечення якісними протитуберкульозними препаратами
  5. Стандартна реєстрація і облік випадків туберкульозу
- ✓ НЕОБХІДНІ КОМПОНЕНТИ ТА ІНСТРУМЕНТИ ДЛЯ КОНТРОЛЮ ЗА ТБ

  Компоненти, за якими необхідно здійснювати контроль: МРТБ, ТБ/ВІЛ, інші

  Необхідні розробки: діагностика, протитуберкульозні препарати, вакцини
- ✓ ЗАВДАННЯ «СТОП ТБ» СТРАТЕГІЇ
  - Значно зменшити показник глобальної поширеності ТБ до 2015 р. згідно із ЦРТ, досягти значного прогресу у дослідженнях і розвитку необхідних методів для знищення ТБ
  - Покращити доступ до якісного діагностування і лікування всім пацієнтам, хворим на ТБ
  - Зменшити страждання людей і соціально-економічний вплив, пов’язаний із захворюванням на ТБ
  - Захистити людей з груп ризику від ВІЛ-асоційованого ТБ і ТБ з медикаментозною резистентністю
  - Підтримати розвиток нових методів, забезпечити можливість їх вчасного і ефективного застосування
- ✓ Має на меті розповсюдження і розширення високоякісної ДОТС-стратегії:
  - Політична підтримка при достатньому і стійкому фінансуванні
  - Виявлення випадків ТБ за допомогою бактеріологічних методів гарантованої якості
  - Стандартизоване лікування, догляд/супровід і підтримка хворих
  - Ефективна система поставок лікарських препаратів і лікарського менеджменту
  - Система моніторингу та оцінки, оцінка ступеню впливу
  - Вирішення проблем ТБ/ВІЛ, МРТБ та ін.

- Сприяння зміцненню системи охорони здоров’я
- Залучення усіх служб, що надають допомогу і підтримку
- Посилення повноважень хворих на ТБ і організацій/об’єднань
- Сприяння і підтримка досліджень

✓ Дайте відповіді на питання учасників.

3. Динамічна вправа **15 хвилин**

"Жахливо-прекрасний малюнок" (15 хв.) Група ділиться на 2 підгрупи. Кожній групі дається по аркушу паперу і по одному фломастеру. Пропонується намалювати "прекрасний малюнок". Після цього малюнок передається сусідові справа, і той робить з отриманого малюнка впродовж 30 секунд "жахливий малюнок" і передає наступному. Наступний учасник робить "прекрасний малюнок". Так проходить увесь круг. Малюнок повертається хазяїну. Обговорення.

ПЕРЕРВА НА КАВУ 11:00 – 11:30

Сесія 36. Нормативні документи, які регламентують протитуберкульозну роботу для закладів ПМСД

Мета:	Покращити знання та вміння учасників щодо основних нормативних актів, які регламентують протитуберкульозну роботу закладів ПСМД
Завдання:	✓ Ознайомитись з нормативними актами, які регламентують протитуберкульозну роботу закладів ПСМД
Методи навчання:	✓ презентація; ✓ обговорення; ✓ Динамічна вправа
Матеріали:	✓ маркери; ✓ фліпчарт;
Час:	45 хвилин

Послідовність проведення:

1. **Ознайомте учасників з метою та завданням теми.** **5 хвилин**

2. **Представте тему з використанням презентації** **25 хвилин**

<u>У ході презентації висвітліть такі питання:</u>

✓ Закон України "Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз» Ст. 3

- Протидія захворюванню на туберкульоз є складовою державної політики щодо забезпечення якісної і доступної медичної допомоги, реалізації державних цільових програм лікування найбільш поширених небезпечних для здоров'я і життя людини захворювань, проведення обов'язкових профілактичних медичних оглядів з метою ранньої діагностики захворювань, надання гарантованого обсягу безоплатної медичної допомоги.
- Здійснення протитуберкульозних заходів, забезпечення кожному громадянину в разі захворювання на туберкульоз безоплатності, доступності та рівних можливостей отримання відповідної медичної допомоги належать до завдань центральних і місцевих органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування.

✓ Закон України "Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз» Стаття 9, 10

- Виявлення хворих на туберкульоз і осіб, інфікованих мікобактеріями туберкульозу, забезпечується медичними працівниками відповідно до стандарту медичної допомоги у разі звернення особи за отриманням медичної допомоги

до медичного закладу чи до медичного працівника, який здійснює медичну практику

- Медична допомога хворим на туберкульоз надається амбулаторно або в умовах стаціонару протитуберкульозного закладу відповідно до галузевих стандартів надання медичної допомоги та стандарту інфекційного контролю за захворюванням на туберкульоз.
- У разі відмови хворих на заразні форми туберкульозу від госпіталізації, їх лікування може проводитися амбулаторно за можливості їх ізоляції в домашніх умовах.

✓ Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної високоспеціалізованої) медичної допомоги «Туберкульоз» Наказ МОЗ України № 620 від 04.09.2014

- Регламентує для закладів ПМСД
  - виявлення туберкульозу;
  - лікування туберкульозу;
  - профілактику туберкульозу

✓ Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я» Наказ МОЗ України № 751 від 28.09.2012, зареєстрований в Міністерстві юстиції № 2001/22313, 2002/22314, 2003/22315, 2004/22316 від 29.11.2012

- Регламентує необхідність розробки локального протоколу в усіх закладах ПМСД відповідно до УКПМД «Туберкульоз», в якому будуть відображені протитуберкульозні заходи та маршрут пацієнта
- Без локальних протоколів заклади не отримають акредитацію

✓ Наказ МОЗ України від 21.12.2010 № 1141 «Про затвердження Порядку проведення тестування на ВІЛ–інфекцію та забезпечення якості досліджень, форм первинної облікової документації щодо тестування на ВІЛ-інфекцію, інструкцій щодо їх заповнення», зареєстрованого в Мінюсті України 14.03.2011 за № 319/19057

- Регламентує проведення консультування і тестування на ВІЛ в закладах ПМСД

✓ Про затвердження форми первинного обліку N 089/о "Повідомлення про хворого з уперше в житті встановленим діагнозом активного туберкульозу або його рецидиву" та Інструкції щодо її заповнення Наказ МОЗ України від 25.03.2002 № 112/139б зареєстрований в Міністерстві охорони здоров'я України № 405/6693 29.04.2002

- Регламентує заповнення форми №089/о

✓ Наказ МОЗ України від 17.05.2008 р. № 254, зареєстрований в Міністерстві юстиції України від 12.06. 2008 № 524/15215 «Про затвердження інструкції про періодичність рентгенівських обстежень органів грудної порожнини певних категорій населення»

- Визначає групи ризику щодо захворювання на ТБ і порядок їх обстеження

- ✓ Наказ МОЗ України від 18.08.2010 № 684, зареєстрований в Міністерстві юстиції України від 10.09.2010 № 803/18098 «Стандарт інфекційного контролю за туберкульозом в лікувально-профілактичних закладах, місцях довгострокового перебування людей та проживання хворих на туберкульоз»
  - Регламентує стандарти інфекційного контролю в медичних закладах та місцях проживання хворих на ТБ
- ✓ «Про затвердження форм первинної облікової документації і форм звітності з туберкульозу та інструкцій щодо їх заповнення» Наказ МОЗ України від 02.09.2009 № 657,зареєстрований в Міністерстві юстиції № 1060/17085 від 16.11 2009
  - Регламентує ведення закладами ПМСД:
  - ф. ТБ05
  - Ф. ТБ01

✓ Дайте відповіді на питання учасників.

3. Динамічна вправа **15 хвилин**

"Групова поема" Матеріали: листи паперу і фломастери на кожного учасника. Попросіть учасників написати свої ініціали в правому верхньому кутку листка (ви теж підпишіть свій листок). Кожен учасник пише короткий рядок, з якого розпочинатиметься поема, передає свій лис¬струм сусідові ліворуч, і той дописує свій рядок, що продовжує поему. Після того, як кожен напише по одному рядку на усіх листках, закінчена поема повертається авторові першого рядка. Після того, як усі поеми будуть написані, прочитайті свою. Потім запитаєте, хто ще хоче прочитати свою поему.

Сесія 37 Розбір клінічних випадків хибного ведення хворих на туберкульоз

Мета:	Покращити знання та вміння учасників щодо діагностики туберкульозу на первинній ланці
Завдання:	✓ Навчитись аналізувати клінічні приклади випадків туберкульозу на первинній ланці надання медичної допомоги
Методи навчання:	✓ презентація; ✓ обговорення; ✓ РМ 14: «Клінічні випадки хибного ведення хворих на туберкульоз для роботи в групах»
Матеріали:	✓ маркери; ✓ фліпчарт;
Час:	40 хвилин

Послідовність проведення:

1. **Ознайомте учасників з метою та завданням теми.** **5 хвилин**

Робота в групах **35 хвилин**

- ✓ Розділіть аудиторію на три групи. Використайте презентацію «Розбір клінічних випадків хибного ведення хворих на туберкульоз» (для учасників) для пояснення завдання групам. Роздайте учасникам РМ 14: «Клінічні випадки хибного ведення хворих на туберкульоз для роботи в групах» і доручіть кожній групі розглянути за 15 хвилин один клінічний випадок і відповісти на питання.
- ✓ Запросіть представників груп представити результати роботи своєї групи. Кожна група має 5 хвилин для виступу і обговорення коментарів інших учасників.
- ✓ Заохочуйте учасників задавати питання, уточнювати відповіді колег та доповнювати їх у разі потреби. Перевіряйте правильність відповідей, виправляйте їх, якщо необхідно. (Відповіді на питання наведені у нотатках до презентації «Демонстрація клінічних випадків» – для тренерів).
- ✓ Якщо ви не встигаєте дати слово представникам усіх груп, заслухайте в першу чергу ті групи, які не виступали на попередньому практичному занятті.

ОБІД 13:00 –14:00

Післятренінгове тестування. Підведення підсумків тренінгу.

Мета:	Підвести підсумки тренінгу
Завдання:	✓ Провести оцінку учасниками якості підготовки та проведення ✓ тренінгу. ✓ Провести оцінку знань учасників (післятренінгове тестування). ✓ Вручити сертифікати учасникам.
Методи навчання:	✓ презентація; ✓ обговорення;
Матеріали:	✓ презентація «Завдання та програма тренінгу»; ✓ РМ 15: «Форма оцінки роботи тренінгу» ✓ РМ 16: «Форма для післятренінгового тестування» ✓ маркери; ✓ фліпчарт; ✓ сертифікати.
Час:	1 година 30 хвилин

Послідовність проведення:

1. **Проведіть оцінку якості підготовки та проведення тренінгу. 30 хвилин**

Повідомте учасників, що тренінг завершується і що важливо визначити, чи мета і завдання тренінгу були виконані, а очікування учасників – виправдані. Виведіть на екран мету та завдання тренінгу (презентація «Завдання та програма тренінгу») та обговоріть з учасниками повноту їх виконання. Запросіть учасників поділитися своїми враженнями та зауваженнями.

✓ Попросіть учасників заповнити РМ 15: «Форма оцінки роботи тренінгу»

2. **Проведіть оцінку рівня знань. 30 хвилин**

✓ Попросіть учасників заповнити РМ 16: «Форма для післятренінгового тестування».

✓ Дайте учасникам 25 хвилин для виконання завдання. Зберіть заповнені

анкети. Перевірте, щоб кожен тест був підписаний або позначений якимось символом.

3. Вручіть сертифікати про закінчення тренінгу. 30 хвилин

Привітайте учасників із успішним завершенням тренінгу і подякуйте їм за увагу та роботу.

ПЕРЕРВА НА КАВУ 15:30 – 16:00

Список літератури

«Доклад о глобальной борьбе с туберкулезом», ВОЗ, 2016 г.

Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дорослим «Туберкульоз», Міністерство охорони здоров'я України, наказ №620 від 04,09,2014 р.

«Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Ко-інфекція (туберкульоз/ВІЛ-інфекція/ СНІД)», наказ МОЗ України № 1039 від 31.12.2014 р.

Пульмонологія та фтизіатрія: Підручник: у 29х т. / За ред. Фещенка Ю.І., Ільницького І.Г., Мельника В.П. – Київ, Львів: Атлас, 2009. – 1336 с.

Пульмонология: Национальное ру9 ководство / Под ред. Чучалина А.Г. – Москва: ГЭОТАРМедиа, 2013. – 800 с.

Практикум з внутрішньої медицини. Пульмонологія. – Вінниця: ПП Балюк І.Б., 2010. – С. 29 –52.

Москаленко В.Ф. Досягнення та перспективи розвитку фтизіатрії / В.Ф. Москаленко, В.І. Петренко, Г.В. Радиш // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2013. – № 1. – С. 5–13.