**План**

1. Туберкульоз як інфекційна і соціальна проблема

2. Актуальність проблеми туберкульозу

. Чинники поширення інфекції

. Від чого залежить інфікованість мікобактеріями туберкульозу

. Які категорії людей найбільше схильні до захворювання

. Чому туберкульоз вважають таким небезпечним захворюванням

. Як уберегтись від зараження

. Про особливості перебігу туберкульозу на ранніх стадіях

. З чого починається захворювання туберкульозу

. Основні клінічні прояви туберкульозу

Висновок

**1. Туберкульоз як інфекційна і соціальна проблема**

Туберкульоз - хвороба, відома людству ще з давніх-давен. На єгипетських муміях часто знаходять ознаки перенесеного туберкульозу. Відомості про нього збереглися й в індійських ведах, на стародавніх глиняних вавилонських табличках, у грецьких рукописах. Уже Гіппократ добре знав туберкульоз як небезпечне захворювання легень. У ХУШ ст. від туберкульозу помирав кожен сьомий житель Європи.

Слово "туберкульоз" порівняно нове. Раніше цю хворобу називали сухотами.

Про заразливість туберкульозу було відомо здавна. Німецькому вченому-бактеріологові Роберту Коху в 1882 р. пощастило відкрити збудника туберкульозу - мікроб, який під мікроскопом має вигляд короткої, злегка зігнутої палички завдовжки 2 - 5 мікронів і завширшки 0,2 - 0,5 мікрона.

Відкритий Кохом мікроб - збудник туберкульозу - раніше називали туберкульозною паличкою, або бацилою Коха. Нині ці мікроби прийнято називати мікобактеріями туберкульозу.

Ще на початку минулого століття під час розтину померлих від туберкульозу людей в уражених органах виявляли особливі зміни - горбки. Саме відтоді хворобу цю почали називати горбковицею, або туберкульозом (від латинського слова *tuberculum,* що означає "горбок"). Якщо захворювання прогресує, горбки розпадаються й утворюється туберкульозна каверна. Каверна в перекладі з латинської мови означає "печера", з'являється вона внаслідок розпаду легеневої тканини.

Варто знати, що найнебезпечнішими для інших людей є хворі з прогресивним перебігом захворювання, наявністю хронічного легеневого процесу з кавернами і виділенням значної кількості мікобактерій туберкульозу з найдрібнішими бризками мокротиння і слини під час кашлю, чхання і навіть під час розмови. Хворі з так званими закритими формами туберкульозу є менш небезпечними щодо зараження інших людей, хоча під час загострення захворювання вони можуть виділяти мікобактерії. Заразитися туберкульозом можна й через речі або предмети, забруднені мокротинням, слиною, що містять мікобактерії туберкульозу.

Джерелом зараження іноді стає хвора на туберкульоз худоба, здебільшого корови. Зараження може настати після споживання сирого молока, молочних продуктів, а також м'яса, яке не пройшло достатнього термічного оброблення.

Слід мати на увазі, що на туберкульоз можуть хворіти свійські тварини (собаки, кішки та ін.), а також свійська птиця. В окремих випадках такі хворі тварини і птиця можуть бути джерелом зараження людини.

Особливо небезпечне зараження для дітей і підлітків, оскільки вони дуже сприйнятливі до різних інфекційних захворювань, у тому числі й до туберкульозу.

Виникнення туберкульозу значною мірою залежить від стану захисних сил організму людини, так званого імунітету. Якщо імунітет достатній, незважаючи на зараження мікобактеріями туберкульозу, захворювання може й не розвинутися, оскільки завдяки дії різних фізіологічних механізмів мікобактерії, що проникли в організм людини, перестають розмножуватися, а частина з них виводиться з організму.

За певних умов, наприклад, у разі поганого харчування, перевтоми, постійних стресів, важких умов життя і праці, виникнення різних захворювань (грип, цукровий діабет, запалення легень та ін.) опірність до мікобактерій туберкульозу знижується.

Туберкульоз - соціальна хвороба, яка уражає передусім найбіднішу частину населення, що живе в несприятливих соціально-побутових умовах. Недоїдання, фізичне виснаження, житлова скрута (ще Р. Кох вважав, що туберкульоз - це житлова хвороба), відсутність необхідних гігієнічних умов, економічні труднощі, санітарна неграмотність населення, брак кваліфікованої медичної допомоги сприяють поширеності епідемії туберкульозу.

У плані соціальної і санітарної профілактики загальнодержавні заходи мають бути спрямовані на підвищення життєвого рівня населення і поліпшення побутових умов, забезпечення житловою площею, створення культурно-освітніх закладів і мережі санаторіїв, особливо для дітей, захист водойм та атмосфери від забруднення токсичними речовинами.

Крім соціальних і соціально-гігієнічних заходів у боротьбі з туберкульозом велике значення мають заходи суто медичні, спрямованні на запобігання цьому захворюванню, його ранню діагностику та адекватне лікування.

**2. Актуальність проблеми туберкульозу**

Щорічно у світі захворюють на туберкульоз 10 млн. людей, 3 млн. вмирають, тобто щодня вмирають близько 8 тис. осіб. Це більше, ніж від СНІДу, малярії, грипу та інших інфекцій, разом узятих. Загальна кількість хворих досягла 6 млн., з яких 20 млн. мають відкриту форму туберкульозу - тобто є постійним джерелом небезпеки для здорових людей. Серед причин смерті туберкульоз посідає 10-у сходинку та перше місце серед інфекційних хвороб. За даними ВООЗ, туберкульоз став «першим убивцею молодих жінок», адже у всьому світі туберкульозом заражені понад 900 млн. жінок. Із них щороку вмиратимуть близьку 1 млн., переважно у дітородному віці.

Епідемію туберкульозу можна порівняти лише зі зростанням захворюваності на рак. Адже у 2000р. на рак захворіли близько 10 млн. людей та близько 6 млн. з них вмерли. До 2020р. прогнозується збільшення на рак вдвічі - до 20 млн. нових випадків на рак - та відповідне зростання смертності від нього.

За даними ВООЗ, в організмі кожного третього жителя нашої планети вже є туберкульозна паличка, тобто вони тубінфіковані. Очікується, що до 2010 р. вперше інфікованих туберкульозом буде близько 1 млрд. осіб, понад 200 млн. захворіють на туберкульоз, а 70 млн. умруть від цього захворювання. Більшість хворих на туберкульоз зосереджена в країнах із зафіксованою епідемією СНІДу: у багатьох країнах Африканського континенту і в державах колишнього Радянського Союзу.

В Україні епідемія туберкульозу зареєстрована з 1995 р. Вона прогресує і набуває широких масштабів. Нині в нашій державі, за даними Міністерства охорони здоров'я, кількість хворих на туберкульоз становить 300-370 тис. осіб, щороку вона збільшується на 68-72 тис. Щодня реєструють 80-90 нових хворих на туберкульоз людей, а 30 із тих,які захворіли раніше, вмирають» Смертність від туберкульозу в Україні сягає майже 40 *%*. Близько 80 % хворих за умови своєчасної діагностики та лікування можна було б врятувати.

Нині, згідно з даними статистики МОЗ України, зареєстровано близько 700 тис. хворих на туберкульоз, з яких 600 тис. перебувають на диспансерному обліку, зокрема 142 тис. - з відкритою формою туберкульозу. За офіційними даними, кількість хворихперевищила 1 % населення, проте експерти небезпідставно вважають, що реальна кількість хворих значно більша.

Щороку кількість хворих збільшується на 40 тис. Лише завдяки цій підступній хворобі Україна щороку втрачає 10 тис. громадян.

Найвищі показники захворюваності на всі форми туберкульозу відзначають у найбільш промислово розвинених південно-східних регіонах України: Херсонській, Луганській, Миколаївській, Донецькій, Харківській і Запорізькій областях. На соціально незахищені верстви населення припадає до 70 % захворюваності.

Діагноз "туберкульоз" щороку встановлюють на 8 % частіше, ніж у попередньому році, тобто є постійна тенденція до зростання захворюваності.

туберкульоз інфекція мікобактерія захворювання

**3. Чинники поширення інфекції**

У природі є досить великий "резервуар інфекції", що призводить до значного поширення туберкульозу, але найбільшу небезпеку становить хвора 1 на туберкульоз людина.

Основні шляхи проникнення мікобактерій туберкульозу в організм людини або тварини такі: аерогенний, або інгаляційний, краплинний, або пилковий, аліментарний, контактний і внутрішньоутробний.

За умови аерогенного шляху інфікування мікобактерії потрапляють у дихальні шляхи з краплинами слизу, мокротиння або пилом. Можливість зараження збільшується при постійному тривалому спілкуванні з хворим на відкриту форму туберкульозу.

Мікобактерії туберкульозу можуть довго зберігатися в засохлому мокротинні, на білизні, посуді та інших предметах. У висохлому мокротинні вони хоч і не розмножуються, але іноді зберігаються протягом 8 - 9 міс. Частинки висохлого мокротиння під час підмітання легко підіймаються вгору і разом з вдихуваним повітрям можуть потрапити в дихальні шляхи людини. Вуличний пил і пил в помешканні приблизно 3 міс несе в собі небезпеку захворювання. Приблизно стільки ж мікобактерії туберкульозу можуть залишатися живими на сторінках книг (коли хвора людина їх гортає, змащуючи пальці слиною). У вологому мокротинні вони зберігають патогенність до 6 міс, а у вологому затемненому середовищі залишаються життєздатними 7-10 років. Добре виживають при охолодженні. За температури -23 °С мікобактерії туберкульозу зберігають життєздатність упродовж 7 років. У воді мікобактерії туберкульозу зберігаються протягом 150 днів, у молоці і молочних продуктах - 8-10 міс, у ґрунті - 1-2 міс, у фекаліях і на пасовищах - понад 1 рік. Сире молоко, яке містить природні бактерицидні речовини, що вбивають інші мікроби, для мікобактерій служить гарним живильним середовищем.

В Єгипті серед інших було виявлено мумію з вираженою патологією внутрішніх органів. Подиву дослідників не було меж, коли на живильному середовищі з'явилися колонії мікобактерій туберкульозу, адже після смерті їхнього хазяїна минуло майже три тисячі років!

Мікобактерії витримують нагрівання до 80 оС протягом 30 хв. Звичайне кип'ятіння, що миттєво вбиває інші мікроби (деякі гинуть навіть при 60 °С), вбиває їх тільки через декілька хвилин. Від прямого сонячного світла мікобактерії туберкульозу гинуть через 10 хв., розсіяне світло вбиває їх протягом 5 - 7 днів. Концентровані розчини кислот та лугів для мікобактерій не перешкода; гинуть вони при використанні хлорвмісних дезінфекційних засобів (хлорамін).

На туберкульоз хворіють не тільки люди, а й понад 50 видів тварин. Хворі на туберкульоз тварини виділяють мікобактерії з мокротинням, слиною, фекаліями, сечею, заражаючи пасовища. Переносити мікобактерії туберкульозу можуть мухи і таргани.

Туберкульозом можна заразитися контактним шляхом, доглядаючи хвору тварину, або аліментарним шляхом у разі вживання продуктів від тварин, хворих на туберкульоз. Особливо це стосується споживання інфікованих м'яса, молока, сметани, масла, сиру, кисломолочних продуктів, тобто таких, які за технологією виробництва термічно не обробляються або обробляються недостатньо. У такому разі мікобактерії через стінку кишок можуть потрапити в лімфатичні вузли та спричинити туберкульозний бронхаденіт. У разі недостатності імунної системи є ймовірність потрапляння мікобактерій у легені, а потім з течією крові - у будь-який орган.

Інфекція може потрапити і через плаценту, якщо у матері наявна генералізована форма захворювання.

Заразиться можна де завгодно - у крамниці, в громадському транспорті, у гостях, під час поцілунку, докурювання чужої сигарети або через книгу.

**4. Від чого залежить інфікованість мікобактеріями туберкульозу**

Статистика свідчить, що зі 100 осіб, первинно заражених туберкульозною паличкою, в короткий термін захворіють лише 5. Це пов'язано з низьким вихідним рівнем активності їхньої імунної системи. Стан імунітету решти 95 людей, незважаючи на зараження мікобактеріями, протягом років здатен тримати туберкульозну паличку під контролем. Хворі не виділяють мокротиння і мікобактерій, є менш небезпечними щодо зараження інших. Таких людей медики називають "інфіковані туберкульозом". Прихована форма туберкульозу називається латентною.

Проте в разі ослаблення захисних сил організму, а це відбувається переважно внаслідок стресу, недостатності харчування і свіжого повітря, запоїв, таких захворювань, як діабет і лейкоз, отруєнь і т. ін., а також у похилому віці, мікобактерія, що доти "дрімала", може почати розмножуватися і спричинити хворобу. За статистикою, протягом життя ще не менше ніж 5 % населення можуть з носіїв мікобактерій перетворитися на їх активних продуцентів. Отже, безсимптомне носійство у будь-якої дорослої людини може перейти в активне захворювання.

Таким чином, з кожних 100 людей, що заразилися, п'ятеро захворюють досить швидко і ще п'ятеро - пізніше, протягом життя. Більшість носіїв так званої латентної форми не захворіють ніколи, якщо тільки вони додатково не заразяться вірусом імунодефіциту людини *-* ВІЛ. 50-60 % ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД хворі і на туберкульоз, переважно у тяжкій формі. Комбінація туберкульозу та ВІЛ/СНІДу дуже небезпечна. Середня тривалість життя людини, якій встановлено клінічний діагноз "СНІД - асоційований комплекс", - менше ніж один рік!

Доношеним новонародженим дітям у пологовому будинку на 3-5-й день життя проводять специфічну профілактику за допомогою вакцини БЦЖ. Імунологічна перебудова організму внаслідок вакцинації БЦЖ супроводжується появою позитивної туберкулінової проби. Вакцинація сприяє зниженню інфікованості, захворюваності дітей на туберкульоз, запобігає розвитку гострих інфільтративних і генералізованих форм.

На жаль, несприйнятливість до туберкульозу після щеплень триває приблизно 5-б років, тому для збереження імунітету здійснюють ревакцинацію (повторне щеплення). Ревакцинацію здійснюють усім клінічно здоровим неінфікованим дітям у віці 7, 12 і 17 років. Перед проведенням ревакцинації роблять туберкулінову пробу, і вакцину БЦЖ уводять тим, у кого реакція негативна. Проміжок між пробою і ревакцинацією повинен становити не менше ніж 3 доби і не більше ніж 2 тиж.

Протипоказаннями до ревакцинації є позитивна внутрішньо шкірна проба Манту (інфільтрат 5 мм і більше), захворювання на туберкульоз, гострі і хронічні інфекційні процеси, шкірні захворювання, схильність до кровоточивості.

Потужний шлях зменшення захворюваності - підвищення рівня неспецифічного імунітету, захисних сил організму та підтримання їх протягом усього життя. Адже, за даними статистики, нині інфікованість мікобактеріями туберкульозу школярів досягла 30-40 %, підлітків - 50-70 %, а серед дорослих українців перевищила рівень 80 %. Іншими словами, при сучасному стані інфікованості населення України в разі зниження імунітету 1,5-2 % дітей, 2,5-3 % підлітків та 4-5 % дорослих людей можуть додатково захворіти на туберкульоз!

**5. Які категорії людей найбільше схильні до захворювання**

ВІЛ-інфіковані хворіють на туберкульоз у 113, а хворі на СНІД - у 170 разів частіше від неінфікованих. А в Україні офіційно зареєстровано близько 1 % ВІЛ-інфікованих і кількість їх постійно зростає.

Серед людей, що перебувають у місцях позбавлення волі, на туберкульоз хворіють у 50-70 разів частіше, причому в більшості випадків захворювання виявляють протягом першого року після зараження.

Хворі, які страждають на психічні розлади з депресивними станами, хворіють на туберкульоз у 10 разів частіше, ніж інше населення.

Хворі на туберкульоз із супутніми хронічними неспецифічними захворюваннями легень (бронхіт, емфізема легень, пневмонія, абсцес легень, бронхоектатична хвороба тощо) і частим загостренням мають підвищений ризик розвитку туберкульозу. У них рецидиви спостерігають приблизно вдвічі частіше, ніж у хворих без супутніх захворювань.

Люди з легкою формою діабету хворіють на туберкульоз у 2 рази, середньою формою - у 5,2 разу, і тонкою формою - у 13 разів частіше. А поширеність діабету серед дорослого населення і підлітків в Україні перевищує 2 %.

У розвинених країнах туберкульоз діагностують переважно у людей віком понад 65 років.

Якщо після лікування первинного туберкульозу в легенях залишилися значні зміни, то загострення туберкульозу спостерігають майже в 16 разів частіше, ніж в інфікованих без видимих змін у легенях.

Окрім того, ймовірність повторного захворювання на туберкульоз вилікуваної від нього людини в 150 разів більша, ніж здорової (неінфікованої).

**6. Чому туберкульоз вважають таким небезпечним захворюванням**

Туберкульоз - інфекційне захворювання, що спричинюється мікобактеріями туберкульозу. Рівень захворюваності на туберкульоз відображає стан розвитку держави. Усунення тла для захворювання - справа держави. Проте застосування нескладних профілактичних заходів може поступово зменшити захворюваність на туберкульоз.

У 99 % випадків туберкульозом уражуються легені. Але він може вражати всі органи і тканини людини: очі, кістки, шкіру, сечову і статеву системи, кишки, головний мозок та ін. Залежно від місця розвитку мікобактерії можуть виділятися в зовнішнє середовище від хворого на туберкульоз з мокротою (туберкульоз органів дихання), калом (туберкульоз травного каналу), сечею або спермою (туберкульоз сечової та статевої систем), з молоком під час годування дітей (туберкульоз молочної залози), з менструальними виділеннями (туберкульоз жіночих статевих органів), із сльозами (туберкульоз очей), з виразок, нориць (туберкульоз шкіри, лімфатичних вузлів або кісток з норицями) і т. ін. На частку туберкульозу припадає більше ніж половина померлих ВІД інфекційних захворювань,тобто він забирає більше життів, ніж будь-яка інша інфекція, включаючи СНІД. Зі всіх передчасних смертей, яких можна було б уникнути зусиллями сучасної медицини, кожна четверта припадає на туберкульоз.

Головне джерело інфекції - у 92-95 % випадків - це хвора людина з відкритою формою туберкульозу легень, тобто, хвора на туберкульоз людина, в мокротинні якої висіваються мікобактерії туберкульозу. Більшість хворих на туберкульоз мікобактерії в навколишнє середовище не виділяють, тому безпечні для людей, які їх оточують.

Зазвичай зараження відбувається повітряно-краплинним шляхом. Мікобактерії потрапляють у дихальні шляхи з краплями слизу, мокротинням або пилом. Клінічні ознаки захворювання можуть проявитися через місяці або навіть роки після явного зараження.

**7. Як уберегтись від зараження**

Мікобактерії потрапляють в навколишнє середовище переважно під час чхання або кашлю, рідше - під час досить жвавої розмови з хворим на туберкульоз в активній формі. Тому слід уникати спілкування з незнайомими людьми, що, як кажуть, "бризкають слиною". Адже поширеність туберкульозу досить велика - понад 1 % населення України перебуває на диспансерному обліку з приводу туберкульозу! А згідно з критеріями ВООЗ, туберкульоз не становить загрози для суспільства, коли на 1 мли населення є лише одна людина, що виділяє мікобактерії, тобто коли на відкриту форму туберкульозу хворі 0,00001 % населення.

Якщо ж ви потрапили в товариство, де хтось чхає або кашляє і прикриває рота лише долонею, радимо скористатися декількома порадами щодо запобігання зараженню.

1. Можна затримати дихання, зробивши невеликий видих, і перейти в інше приміщення.

2. Якщо неможливо вийти, намагайтесь опинитися за спиною хворої людини - слиз летить тільки вперед.

3. Якщо й це неможливо, намагайтеся трохи опустити плечі, одночасно зробивши видих. А надалі вдихати повітря через ніс, використовуючи м'язи живота (так званий черевний тип дихання). Якщо товариство досить велике - намагайтеся дихати таким способом увесь час. Адже мікобактерії зберігаються та переміщуються не лише на свіжих, а й на висохлих часточках слизу!

Відомо, що улюблена локалізація туберкульозу - верхівки легень, там гірша вентиляція та кровообіг. Якщо плечі людини опущені, верхівки легень стиснуті, під час черевного дихання повітря потрапляє переважно в нижні відділи легень, де мікобактерії зазвичай не розвиваються. Отже, вірогідність розвитку захворювання значно зменшується. Описаний тип дихання більше властивий чоловікам. Жінкам в силу фізіологічних чинників таке дихання не притаманне. Може, тому захворюваність на туберкульоз серед дівчат вища, ніж серед хлопців?

Освоїти черевний тип дихання досить просто. Потрібно лягти, покласти долоню на живіт у ділянці пупка і вдихати повітря так, щоб піднімалася рука, а видихати, трохи допомагаючи долонею витиснути повітря з легень. Видих повинен бути більш активним, аніж вдих. Засвоєння такого дихання та його використання за певних умов може зменшити вірогідність розвитку мікобактерій та прояву захворювання.

Такий тип дихання дозволить поставити певний бар'єр не тільки мікобактеріям туберкульозу, а й багатьом іншим бактеріям та вірусам, які можуть потрапити через органи дихання. Одночасно покращується загальний кровообіг. Адже діафрагму, що активно працює, вважають "венозним серцем", вона допомагає поверненню крові до серця. Активна роль м'язів черевної стінки в акті дихання сприяє масажу органів черевної порожнини та покращенню процесів травлення, зменшенню відкладення жиру на животі.

Вологе прибирання в помешканні, регулярне використання пилососа - дієвий засіб профілактики туберкульозу та інших захворювань, зокрема глистяних і паразитарних.

**8. Про особливості перебігу туберкульозу на ранніх стадіях**

Дуже важливо знати основні прояви туберкульозної інфекції. Адже більшість хворих, які звикли до хворобливого стану, не звертаються до лікаря, тому навіть теоретично не можуть бути виявлені. Це перший крок у боротьбі з туберкульозом. І цей важливий крок повинна зробити сама людина. Адже від нього залежить не тільки рівень здоров'я, а й життя людини.

Часто діагноз установлюють після смерті, під час розтину, оскільки хворий і родичі за його життя вважали, що тривалий кашель - наслідок куріння тютюну або хронічного бронхіту іншого походження. За даними статистики, серед тих, у кого виявлено туберкульоз, близько 30 % людей належать до соціально захищених верств населення.

Про наявність захворювання на туберкульоз можуть свідчити:

1. Кашель або покашлювання, що тривають протягом 3 тиж. і більше.

2. Мокротиння густе, невелике за об'ємом, має склистий вигляд.

3. Втрата маси тіла, що не мотивована іншими чинниками.

. Пітливість уночі та вранці, переважно верхньої половини тулуба, і зміна запаху поту.

5. Загальне нездужання, швидка втомлюваність та підвищена слабкість, що з'явилися нещодавно і швидко прогресують або не зникають.

6. Періодичне підвищення температури тіла.

7. Біль у грудній клітці під час кашлю.

8. Поява або збільшення задишки, серцебиття при фізичному навантаженні.

9. Втрата або зниження апетиту.

10. Наявність у мокротинні домішок крові у вигляді прожилок.

11. Специфічний блиск в очах, як при лихоманці.

Якщо ви виявляєте у себе або людей, які вас оточують, ці симптоми або хоча б перші п'ять із них, негайно звертайтеся до дільничного лікаря. Потрібно пройти ретельне обстеження. Що раніше буде виявлено це небезпечне захворювання і розпочато лікування, то кращий прогноз для одужання. Такі ознаки можуть залишитися після нераціонального лікування застуди, ГРВІ, інших захворювань, які знизили ваш імунітет і спровокували перехід носійства мікобактерій у захворювання на туберкульоз.

**9. З чого починається захворювання туберкульозу**

У людей з достатньо сильною імунною системою захворювання починається з підвищення температури тіла до 38-39 °С, що спочатку нагадує грип. Уразі неадекватного забезпечення запального процесу температура може сягати 40 °С, а при імунодефіциті - ледь перевищувати 37 °С. До такого стану можна привести й сильну імунну систему, якщо вживати жарознижувальні препарати.

Кашель, спочатку без мокротиння, з'являється з перших днів захворювання. З часом може з'явитись і характерне для туберкульозу мокротиння з прожилками крові. Для більшості вірусних захворювань характерною є поява кашлю з 3-4-ї доби, як наслідку приєднання бактеріальних ускладнень з одночасним подальшим погіршенням загального стану.

Підвищена пітливість типова для більшості застудних захворювань, але лише при туберкульозі вона спостерігається переважно вночі та локалізується у верхній половині тулуба. Піт має характерний запах.

Як і при інших застудних захворюваннях, з'являються підвищена слабкість, швидка стомлюваність. Характерно зниження апетиту, підвищена подразливість, безсоння, з часом - втрата маси тіла.

Якщо загальний стан протягом 2 - 3 тиж. не поліпшується, процес переходить на плевру й під час кашлю з'являється біль у грудній клітці, у мокротинні виявляють домішки крові. За таким перебігом захворювання можна підозрювати туберкульоз.

Залежно від об'єму ураженої легені, ступеня інтоксикації з'являються серцебиття, задишка.

Однак туберкульоз може починатись і з незначного підвищення температури ввечері або взагалі без нього. З'являється невелике підкашлювання мокротиння виділяється невеликими порціями, воно слизистого або слизисто-гнійного характеру без запаху, часом - з прожилками крові. Зниження маси тіла може не супроводжуватися зменшенням апетиту.

**10. Основні клінічні прояви туберкульозу**

В уражених тканинах утворюються вогнища специфічного запалення. Первинний процес у легенях характеризується одночасним ураженням лімфатичних вузлів кореня легень або середостіння.

У дітей до статевого розвитку частіше розвивається бронхаденіт (запалення прибронхових лімфатичних вузлів). Найчастішим ускладненням бронхоаденіту є плеврит. У дітей дошкільного і раннього шкільного віку хвороба розвивається гостро, супроводжується тривалим підвищенням температури тіла, кашлем, загальною слабкістю, швидкою стомлюваністю, підвищеною дратівливістю, поступовим схудненням.

Характерною ознакою туберкульозу є поява підвищеної пітливості вночі, що супроводжується характерним неприємним запахом. З потом у хворого на туберкульоз виділяється значна кількість білків, які внаслідок дії бактерій на шкірі зазнають гниття з утворенням характерного запаху.

Якщо захисні сили організму достатні, мікобактерії туберкульозу не проявляють токсичних властивостей і можуть загинути в лімфатичних вузлах. Дитина почувається здоровою, тільки поява позитивної реакції Манту вказує на наявність в організмі туберкульозної інфекції та активної боротьби імунної системи з нею. Унаслідок активізації процесу виникають запальні зміни - інфільтрація.

У хворих на туберкульоз легень спочатку утворюється вогнище із запальною реакцією прилеглої тканини. Це так званий первинний туберкульозний комплекс, який часто виявляють і в дітей. Після одужання первинне вогнище перероджується, у ньому відкладається вапно і в подальшому хвороба може нічим не проявлятися.

Утворення первинного комплексу іноді супроводжується підвищенням температури тіла до 38-39 °С, проте загальний стан дитини порушується незначно. Зауважують лише блідість дитини та втрату нею апетиту. Кашель і виділення мокротиння незначні.

Якщо первинний комплекс не гоїться, мікобактерії туберкульозу потрапляють у русло крові з бронхових лімфатичних вузлів, первинних туберкульозних вогнищ і розносяться кров'ю в легені, кістки, суглоби, нирки, мозок, печінку, селезінку. Відбувається генералізація процесу (міліарний туберкульоз) - в органах з'являються вторинні дрібні просоподібні туберкульозні вогнища.

Легенева форма гострого міліарного туберкульозу з самого початку проявляється надсадним сухим кашлем, задишкою, поверхневим диханням, ціанозом. Температура тіла підвищується до 39 - 40°С. У разі прогресування хвороби розвивається гостра легенево-серцева недостатність.

Інфільтративний туберкульоз характеризується наявністю туберкульозного інфільтрату - бронхо - пневмонійного фокуса в легені з казеозним некрозом у центрі. Інфільтрати в легенях (обмежена або зливна вогнищева специфічна пневмонія) виникають найчастіше у підлітків. Вони локалізуються переважно у верхніх відділах легень. Найтяжчою формою інфільтративного туберкульозу, за наявності якого процес охоплює всю частку легені, є лобіт. У хворих спостерігають виражені симптоми інтоксикації, посилюється дихальна недостатність.

За клінічною картиною туберкульоз легень нагадує хронічну пневмонію. Хворий на туберкульоз анемічний, грудна клітка майже завжди вузька, запала, дихальні рухи ослаблені. Хворі нерідко відчувають біль у грудях (супровідний плеврит), кашляють, виділяючи спочатку густе, склоподібне, а згодом більш рідке мокротиння. Нерідко мокротиння містить прожилки крові - виникає кровохаркання, хоча дітям, особливо маленьким, це не властиво. За наявності обширного процесу в мокротинні виявляють продукти розпаду легеневої тканини.

У хворих з'являються серцебиття, відчуття тиснення в грудях, задишка, розлади травлення. Температура тіла підвищена, особливо ввечері, спостерігають рясне потовиділення, зокрема вночі. Усе це виснажує хворого.

За несприятливого перебігу хвороби утворюються каверни - порожнини. Особливо часто вони бувають у дітей раннього віку та підлітків. У маленьких дітей туберкульоз легень зазвичай перебігає гостро. У старшому віці захворювання має схильність до тривалого хронічного перебігу, проте в період статевого дозрівання можуть бути загострення.

У разі первинного туберкульозу в клінічний картині переважають загальні симптоми. Вторинний туберкульоз виникає внаслідок реінфекції (загострення первинних вогнищ у легенях, плеврі, лімфатичних вузлах, рідше - в інших органах) та екзогенної суперінфекції (вторинного проникнення в організм мікобактерій туберкульозу). За наявності вторинних форм процес поширюється переважно бронхогенним і лімфо генним, рідше - гематогенним шляхом. Він може проявлятися як вогнищевий, інфільтративний і дисемінований туберкульоз.

Основним методом встановлення діагнозу відкритої форми туберкульозу є бактеріоскопічний. Проводять також пробу Манту та рентгенівське дослідження. ВООЗ проти використання флюорографічного методу дослідження для первинного виявлення туберкульозу, як найменш ефективного.

**Висновок**

**.** Діагностика туберкульозу на ранніх стадіях можлива і залежить передусім від людини та її оточення, від знання основних симптомів туберкульозу, які в умовах поширеності цього небезпечного захворювання в Україні повинен знати кожен.

**2.** Ефективність лікування в подальшому залежить від точності виконання рекомендацій.

**3.** З огляду на розвиток значної стійкості багатьох штамів мікобактерій до антибіотиків потрібно до схем лікування вводити додаткові засоби різної спрямованості дії, що впливають на різні ланки патологічного процесу.

**4.** Посилення загальної опірності організму дозволить не тільки зменшити первинну захворюваність на туберкульоз, частоту його рецидивів, а й загальну захворюваність на інші інфекційні та неінфекційні захворювання людини.

**5.** Лікування з урахуванням системності розвитку туберкульозу дозволить покращити якість життя хворого та досягти максимально можливої в такій ситуації тривалості життя.

**Використана література**

1. *Гордиенко С.М.* Туберкульоз: Оценка ситуации //Здоровье Украины. - 2004.

2. *Москоленко В.Ф., Фещенко Ю.І.* Актуальність проблеми туберкульозу в Україні за останні 10 років. - 2001.

. *Москаленка В.Ф., Працюк Р.Г.* Туберкульоз, ВІЛ-інфекція/СНІД - 2009.

. *Отвагина Т.В.* Терапия / Видання третє. - 2011.

5. www.google.com <http://www.google.com>