

Тези науково-практичної конференції з міжнародною участю

«Актуальні проблеми лікування і профілактики туберкульозу» (16—17 травня 2018 р., Київ)

The issue of migration in transboundary regions

M. Dumitru¹, L.D. Todoriko², I.O. Semianiv², I.V. Yeremenchuk²

¹Romanian TB Patient's Association, Bucharest, Romania

²Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

According to the WHO report, migrants and refugees are the major factors in the spread of TB in the European Region. The refugees that come from countries with high or medium incidence of TB, but even those that come from countries with low incidence, live in precarious conditions, have a higher risk of getting infected and develop TB compared with the population of the host countries.

According to official data:

– 1.046.599 migrants entered in Europe in 2016.

– In 2013, 3.3 % of all cases of TB in EU were coming from other countries of EU, over 60 % were from Romania and Poland.

– Romania has a high rate of notification of TB, in comparison with Poland where the rate is a little bit higher than the EU average.

Romania and Ukraine belong to countries with high incidence of TB (of the WHO European Region). Romania is the European Union with the highest incidence of tuberculosis (4 times the EU average), with one of the lowest rates of healing and correlatively showing an annual increase in the potential of infectious patients.

At the congress of ERS 2017, it was stated that the screening of migrants before and after entering in the EU must be implemented (it is active in some countries); the sustainable and efficient mechanism must be focused on preventing, diagnosing and the treatment of TB infection; support must assure the human rights and public policies for the control and the elimination of TB, or preventing MDR, XDR; the treatment of these «mobile» patients difficult because of the long period of time necessary

Considering the aforesaid ERS and IUATLD recommend:

– adopting and implementing the OMS principles regarding the prevention, diagnose and TB treatment for the refugees;

– surveillance, monitoring and evaluation regarding TB prevention for refugees;

– making a screening for the diagnose of active TB for refugees who originate from countries with medium or high incidence of TB;

– avoiding stigmatization and stereotypical actions regarding the people infected with TB and vulnerable groups;

– promoting the access at health services;

– the control of TB infection, including measures regarding the medical staff, HIV testing, etc.

Key intervention options include enhanced contact tracing, active case finding among high-risk populations and removal of barriers to access initial clinical diagnosis and referral by family doctors.

Evaluation of efficacy of treatment of patients with the first diagnosis of pulmonary tuberculosis with consideration of disabilities of protein metabolism

**I.O. Galan, V.I. Petrenko, R.G. Protsiuk, S.T. Omelchuk, T.I. Anistratenko, H.F. Marchenko,
V.I. Potaichuk, O.E. Behouliev, O.V. Galan, A.V. Mamotenko, U.A. Kohut, I.S. Kudlatska-Tishko,
A.A. Malysh**

O.O. Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

According to the WHO estimates, in 2016, the incidence of active TB in Ukraine was 87.0 per 100.000 population, however, according to routine surveillance, the incidence of TB, including new cases and relapses, is 67.6 per 100.000 population. TB leads to significant deviations of tissue metabolism, the development of dystrophic processes. Amino acids

Ймовірну ідентифікацію збудників проводили за результатами росту колоній на середовищі Левенштейна—Єнсена. Типові для нашого регіону *M. kansasii*, *M. goodii*, *M. marinum* мали здатність виробляти жовтий пігмент, тому належать до групи хромогенних мікобактерій (ХМ). Нехромогенні мікобактерії (НМ) *M. avium*, *M. intracellulare*, *M. xenopi* формували безколіорові колонії.

Результати. Виявлено значне зростання кількості випадків НТМБ. Так, у 2014 р. зареєстровано 4 випадки, у 2015 р. — 14, у 2016 р. — 14 та у 2017 р. — 42. Аналіз за характером росту колоній на середовищі Левенштейна—Єнсена засвідчив майже рівномірний розподіл у 2014–2016 рр.: у 2014 р. — 2 ХМ (50 %) та 2 НМ (50 %), у 2015 р. — 7 ХМ (50 %), 7 НМ (50 %), у 2016 р. — 8 ХМ (57 %), 6 НМ (43 %). У 2017 р. НМ (29, або 69 %) значно переважали над ХМ (13, або 31 %).

Висновки. Аналіз захворюваності на нетуберкульозні мікобактеріози в Харківській області за 2014–2017 рр. засвідчив значне її зростання до 2017 р. з переважанням нехромогенних мікобактерій.

Summary. To analyze the dynamics of the incidence of nontuberculous mycobacteriosis in kharkiv region for 2014–2017, we examined 74 patients. The diagnosis of non-tuberculous mycobacteriosis was confirmed by the results of sputum culture in the bactec system. Probable identification of pathogens was carried out according to the growth pattern of the colonies on the lowenstein-jensen medium. The results showed an increase in the incidence of non-tuberculosis mycobacteriosis with a significant increase in their number by 2017 (by 67 %) with prevalence of non-chromogenic mycobacteria (69 %).

Сучасні проблеми вакцинації БЦЖ у Харківській області

О.С. Шевченко, Т.О. Чумаченко, З.А. Китаєнко

Харківський національний медичний університет, Україна

Попри понад 90-річну історію успішного застосування вакцини БЦЖ, ставлення до щеплення проти туберкульозу неоднозначне. В Україні вакцинацію проти туберкульозу включено до календаря профілактичних щеплень, її проводять новонародженим.

Мета роботи — оцінка безпеки застосування вакцини БЦЖ у Харківській області за період 2013–2017 рр.

Матеріали та методи. За офіційними даними, проведено ретроспективний епідеміологічний аналіз щеплення дітей вакциною БЦЖ і частоти його ускладнень у Харківській області в 2013–2017 рр.

Результати. За період спостереження в Харківській області для вакцинації дітей використовували вакцини БЦЖ SSI данського виробництва, БЦЖ російського, болгарського і польського виробництва. Виконання плану вакцинації БЦЖ в області було недостатнім, найнижчі показники спостерігалися в 2014 р.: 42,7 %, а в Харкові — 35,7 %. У 2017 р. охоплення вакцинацією БЦЖ в області становило 72,9 % новонароджених, у Харкові — 68,5 %. За досліджуваній період зареєстровано 18 випадків поствакцинальних ускладнень після вакцинації БЦЖ усіх фірм-виробників, серед них 50 % — на тлі застосування вакцини БЦЖ SSI данського виробництва. Ускладнення виявлялися у вигляді лімфаденітів різної локалізації та келоїдних рубців.

Висновки. З огляду на використання вакцин БЦЖ різних виробників, які відрізняються вакцинним штамом, кількістю бактерій в одній дозі вакцини, реактогенністю, імуногенністю тощо, слід проводити ретельний моніторинг поствакцинальних подій, зокрема серйозних ускладнень, а також захворюваності на туберкульоз нещеплених і щеплених дітей із зазначенням виробника вакцинного штаму. Під час закупівлі вакцини БЦЖ важливо враховувати реактогенність і імуногенність препаратів.

Summary. The aim of this work was to evaluate safety and defects of BCG vaccination in Kharkiv region for 2013–2017, using a retrospective analysis of official data. The data obtained indicated the inadequate coverage of children with vaccination, which may be due to adverse actions to the vaccine. Therefore, use of BCG vaccines from different manufacturers requires careful monitoring of undesirable post-vaccination events, including serious complications, as well as the incidence of tuberculosis in unvaccinated and vaccinated children with indication of vaccine strain in ill vaccinated children.

Підтвердження випадків мультирезистентного туберкульозу у дітей в м. Києві (Україна)

Я.М. Шеремета¹, В.І. Петренко¹, Р.Г. Процюк¹, С.Б. Норецько¹, В.І. Потайчук¹, А.В. Мамотенко¹, О.С. Юрченко², К.М. Драч², О.М. Азагов², О.С. Степанова

¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, Україна

²Київська міська дитяча клінічна туберкульозна лікарня, Україна

Україна є одним зі сумнозвісних лідерів у світовому рейтингу захворюваності та смертності від туберкульозу і посідає, за даними ВООЗ, 5-те місце у світі й 2-ге — у Європі. Погані результати лікування та недостатня практика виявлення контактних осіб призводять до значного інфікування дітей. Лабораторне підтвердження туберкульозу у дітей залишається недостатнім. У 2016 році в Україні було виявлено 17 371 хворих, серед них лише 799 дитячих випадків.

Мета роботи — проаналізувати шляхи підтвердження випадків захворювання на мультирезистентний туберкульоз у дітей в місті Києві.

Матеріали та методи. Проаналізовано медичні картки всіх вперше діагностованих випадків дитячого туберкульозу, що були зареєстровані у Київській міській дитячій клінічній туберкульозній лікарні (КМДКТЛ) з січня 2013 року по грудень 2017 року.

Результати. У період з січня 2013 р. по грудень 2017 р. на лікуванні перебувало дев'янадцять хворих на мультирезистентний туберкульоз (МРТБ). З 18 дітей лабораторне підтвердження неможливо було отримати у 13 пацієнтів з МРТБ: ці пацієнти отримали лікування відповідно до тесту медикаментозної чутливості (ТМЧ) дорослого хворого. У 6 дітей було виявлено мікобактерії туберкульозу у мокроті та проведено ТМЧ, у двох з них — туберкульоз із розширеною рнзистентністю.

Станом на грудень 2017 року 16 пацієнтів пройшли лікування. Усі 16 з них мають успішні результати лікування. Решта 3 хворих продовжували лікування після грудня 2017 року. Жодних випадків смерті не зареєстровано.

Висновки. Дані свідчать про те, що режими лікування у дітей на основі ТМЧ дорослого хворого є досить успішними. Однак лабораторне підтвердження МРТБ є важливим з точки зору високої поширеності резистентного туберкульозу в Україні.

Summary. The study objective was to analyze the ways of MDR-TB cases confirmation in the city of Kyiv (Ukraine). 13 patients received treatment according to the index cases resistance patterns. Only 6 children had a drug susceptibility test (DST). The data suggest that treatment regimens for contacts based on the source-cases' DSTs is successful enough.