

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ЗБІРНИК ТЕЗ

міжвузівської конференції молодих вчених та студентів

МЕДИЦИНА ТРЕТЬОГО ТИСЯЧОЛІТТЯ



м. Харків - 2016

Federal Capital Territory in the country. However accessibility to services and quality of DOTS services need to improve.

The STOP TB partnership launched in 2006-2015, sets out the activities that will make an impact on the global burden of TB. This involves reducing the TB incidence by 2015 and halving TB prevalence and deaths compared with 1990 levels. Nigeria received funding for TB program from USG, CDC, WHO, International Union against TB and Lung Disease; Canadian International Development Agency; and UK Department for International Development.

Even with the modern methods of prophylaxis, factors such as poor health infrastructures, lack of cooperation between the TB and HIV programs, poor TB procurement and supply management system, sub-optimal coverage of therapy for co-infected patients, poor funding significantly reduce the effectiveness of prevention TB.

Conclusion. In Nigeria there are challenges faced in the control of tuberculosis such as, inadequate government funding for TB programs, weak health care, poor community awareness and services, poor private sector engagement. These challenges make it almost impossible to eradicate tuberculosis only if there are massive improvements in these challenges and international funding to tackle the disease, then the incidence, mortality rate can be reduced.

Чопорова О.І., Стоянова Ю.Д., Титаренко В.В.

РЕЗУЛЬТИ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРОГРАМИ «ЗУПИНИТИ ТУБЕРКУЛЬОЗ» 2011-2015 У ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ: ДОСЯГНЕННЯ ТА ВИКЛИКИ

**Харківський національний медичний університет,
м.Харків, Україна**

У 2015 р. добігає кінця термін реалізації Комплексного плану дій щодо контролю і профілактики ТБ/МР МР/РР ТБ в Європейському регіоні на 2011-2015 рр. У Харківському обласному протитуберкульозному диспансері №1 для реалізації загальнодержавної програми «Зупинити туберкульоз» та покращення епідеміологічної ситуації в регіоні була оптимізована лабораторна мережа з діагностики ТБ, впроваджено сучасні швидкі методи діагностики ТБ та стандарти діагностики та лікування хворих на ТБ, МР ТБ та ко-інфекцію ТБ/ВІЛ, закладено основу для впровадження заходів інфекційного контролю з ТБ та впроваджено реєстр хворих на ТБ.

Мета. Проаналізувати показники захворюваності на туберкульоз у Харківській області, його структуру та ефективність лікування за даними реєстру хворих на туберкульоз відносно індикаторів виконання ТБ програм на 2011-2015рр.

Матеріали і методи. Проаналізовані дані облікових форм статистичної звітності щодо поширення захворюваності на туберкульоз та ефективності його лікування хворих у Харківській області.

Результати. Становлено, що захворюваність на туберкульоз у Харківській області за 6 міс. 2015 року (на 100 тис. населення) склала 27,3, що на 9,3 менше за національний показник. За даними форми ТБ11 серед нових випадків ТБ виявлено моно- резистентність - 10,7% випадків, полірезистентність – 10,8%, мультирезистентність (МРТБ) – 23, 3%, чутливі форми туберкульозу – 55,2%. Серед повторних випадків ТБ : моно резистентність – у 6,2%, полі резистентність – у 8,4%, МРТБ – у 58,7% випадків, чутливі форми 26,7%. Результати лікування нових випадків ТБ легень з позитивним мазком і/або культурою, за 2014 рік склала: 50% - виліковано, невдача лікування – 30%, перерване лікування – 10%, летальний наслідок - 10%. Результати лікування

випадків МРТБ: виліковано 27%, невдача лікування становить 20%, лікування перерване 20%, померло- 20%. Смертність від туберкульозу становила 10,5, що на 1,7 менше за національний показник. Помітне зростання кількості випадків поєднаної ко-інфекції ВІЛ/ТБ (19,6%) відображає зростаючий тягар епідемії ВІЛ-інфекції. Аналіз соціальної структури вперше виявлених хворих на ТБ у 2014 р. демонструє, що серед пацієнтів, які вперше захворіли на ТБ, близько

70 % становлять представники соціально незахищених верств населення: 58,3 % - безробітні особи працездатного віку, 12,5 % – пенсіонери, 2,4 % – особи без постійного місця проживання; 1,0 % – особи, які повернулись з місць позбавлення волі.

Висновки. В умовах соціально-економічної кризи, яка поглиблюється через військовий конфлікт на Сході країни, ймовірно навіть погіршення епідемічної ситуації з ТБ у Харківській області, що ускладнить можливість подолання існуючих перешкод у боротьбі з ТБ, МР ТБ/РР ТБ і ВІЛ/ТБ, які ухвалила Всесвітня асамблея охорони здоров'я (м. Женева, Швейцарія) у Глобальній стратегії «Покласти край ТБ» на період 2016 - 2035 рр. Адже, з 2015 р. до 2020 р. необхідно досягти наступних цілей, адаптованих до Глобальної стратегії «Покласти край ТБ»: зниження захворюваності ТБ на 25%; зниження смертності від ТБ на 35%; показник ефективного лікування хворих МР ТБ на рівні не нижче 75%. Таким чином, як ніколи, залишаються актуальними базові складові протидії поширенню туберкульозу: 1) Комплексне лікування і профілактика туберкульозу, орієнтовані на пацієнта; 2) Рання діагностика ТБ, включаючи загальне тестування на чутливість до препаратів. 3) Систематичний скринінг осіб, які перебували в контакт з хворим на ТБ, і груп підвищеного ризику; 4) Лікування всіх осіб, хворих на ТБ, включаючи ТБ з лікарською стійкістю, підтримка пацієнтів; 5) Спільні заходи боротьби з ТБ/ВІЛ та ведення супутніх захворювань; 6) Профілактичне лікування осіб з підвищеним ризиком захворювання на ТБ і вакцинація проти ТБ.

Сытник Н.А.

ПРОЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ
кафедра фтизиатрии и пульмонологии
Харьковский национальный медицинский университет,
г. Харьков, Украина

Научный руководитель асс. Чопорова А.И.

Туберкулез является одной из наиболее частых оппортунистических инфекций, развивающихся у ВИЧ-инфицированных. Течение туберкулеза на фоне прогрессирующего иммунодефицита в большом проценте случаев принимает агрессивный характер с генерализацией процесса. Риск развития активного туберкулеза у ВИЧ-инфицированных с сопутствующим инфицированием *M. tuberculosis* достигает 5-15% в год, в то время как риск неинфицированных ВИЧ составляет всего 5-10% в течение жизни. ВИЧ-инфекция и туберкулез оказывают синергическое действие на иммунную систему человеческого организма, снижая клеточно-опосредованный иммунитет. Нарушение иммунного ответа повышает восприимчивость организма к туберкулезной инфекции, что приводит к повышению количества случаев развития первичной туберкулезной инфекции и реактивации латентного туберкулеза у ВИЧ-инфицированных. По мере прогрессирования ВИЧ-инфекции сокращается количество и уменьшается функциональная активность Т-лимфоцитов (CD4+ клеток) примерно на 50-80 клеток/мм³/год. Снижается