

МОКСИФЛОКСАЦИН ЯК АЛЬТЕРНАТИВА В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ ПРИ РЕЗИСТЕНТНОСТІ ДО ЕТАМБУТОЛУ АБО ПРИ ЙОГО НЕПЕРЕНОСИМОСТІ

ДУ «Національний інститут фізіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України»

Актуальність. Протягом останніх десятиліть для лікування вперше діагностованого туберкульозу (ВДТБ) використовують стандартний режим хіміотерапії (ізоніазид, рифампіцин, піразинамід, етамбутол), який далеко не в усіх випадках призводить до виліковування хворих. В першу чергу це пов'язано із розвитком стійкості до даних препаратів, їх непереносимістю. Постійно ведеться пошук нових протитуберкульозних препаратів, серед яких найбільш перспективними вважають фторхінолони IV покоління, зокрема моксифлоксацин. Моксифлоксацин володіє бактерицидною активністю *in vitro* відносно мікобактерій туберкульозу.

Мета дослідження: Визначення ефективності застосування моксифлоксацину замість етамбутолу в інтенсивну фазу основного курсу хіміотерапії у вперше діагностованих хворих на туберкульоз легень при його резистентності або непереносимості.

Матеріали та методи дослідження

У дослідження включені 54 пацієнта на ВДТБ легень, у яких виявлені в мокротинні МБТ, та рентгенологічно деструкція легеневої тканини. 30 пацієнтів отримували стандартну хіміотерапію (контрольна група), 24 пацієнта — замість етамбутолу отримували моксифлоксацин 0,4 щодня протягом 2 місяців (дослідна група). Робота виконана за бюджетний кошт. Основними критеріями ефективності заміни етамбутолу на моксифлоксацин були динаміка припинення бактеріовиділення на 4 тижні та в кінці інтенсивної фази лікування, та загоєння порожнини деструкції в кінці інтенсивної фази протитуберкульозної терапії.

Результати дослідження

Через 4 тижні лікування припинилося мікобактеріовиділення методом мікроскопії у 12 (40,0 %) пацієнтів контрольної групи та у 16 (66,7 %) пацієнтів дослідної групи, $p > 0,05$.

Через 8 тижнів лікування припинилося мікобактеріовиділення методом мікроскопії у 25 (83,3 %) пацієнтів контрольної групи та у 23 (95,8 %) пацієнтів дослідної групи, $p > 0,05$ (таблиця 1).

Таблиця 1

Динаміка припинення бактеріовиділення в залежності від режиму протитуберкульозної хіміотерапії, ($M \pm m$) %

Термін лікування	Групи хворих			
	Дослідна (n = 24)		Контрольна (n = 30)	
	абс.	$M \pm m$	абс.	$M \pm m$
4 тижні	16	$66,7 \pm 10,1$	12	$40 \pm 9,1$
8 тижнів	23	$95,8 \pm 4,1$	25	$83,3 \pm 5,0$

Примітка. Міжгрупові значення показника вірогідно не відрізняються, $p > 0,05$.

Загоєння порожнин розпаду після завершення інтенсивної фази хіміотерапії відмічалось у 10 (33,3 %) хворих контрольної та у 9 (37,5 %) основної групи; середні терміни — $(4,8 \pm 0,3)$ місяці у контрольній групі і $(4,4 \pm 0,2)$ у основній групі, $p > 0,05$ (таблиця 2).

Таблиця 2

Вплив моксифлоксацину на інтенсивність регресії порожнин розпаду по закінченню інтенсивної фази основного курсу хіміотерапії, ($M \pm m$) %

Стан деструктивних змін	Групи хворих			
	Дослідна (n = 24)		Контрольна (n = 30)	
	абс.	$M \pm m$	абс.	$M \pm m$
Загоєння	9	$37,5 \pm 10,2$	10	$33,3 \pm 9,6$

Примітка. Міжгрупові значення показника вірогідно не відрізняються, $p > 0,05$.

Висновок

Заміна етамбутолу на моксифлоксацин не призводить до зниження ефективності лікування у порівнянні із

стандартною хіміотерапією та може бути альтернативою в лікуванні при резистентності мікобактерій туберкульозу до етамбутолу чи його непереносимості.
