

**Укладачі:** Кужко М. М., д-р мед. наук, проф.; Гуменюк М. І., д-р мед. наук., пров. наук. співроб., Гульчук Н. М., канд. мед. наук, ст. наук. співроб.; Аврамчук О. В., мол. наук. співроб.; Процик Л. М., канд. мед. наук, ст. наук. співроб.; Клименко М. Т., канд. мед. наук, лікар бактеріолог; Линник М. І. канд. мед. наук, наук. співроб (НІФП НАМН); Гречаник Л. І., ординатор клініки туберкульозу (ГВМКЦ «ГВКГ»).

**Рецензенти:**

Костроміна В. П., завідувач відділенням дитячої пульмонології та алергології, д-р мед. наук, проф.;

Ніколаєва О. Д., доцент кафедри фтизіатрії та пульмонології НМАПО ім. П. Л. Шупика, канд. мед. наук.

**Голова профільної проблемної комісії МОЗ та НАМН**

**України:** акад. НАМН України, д-р мед. наук, професор  
Ю. І. Фещенко

**Голова експертної комісії:** д-р мед. наук, проф. В. М. Мельник

**Відповідальний за випуск:** Державна установа “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України”, 03680, м. Київ, вул. М. Амосова, 10.

Тел. (044) 275 54 88, факс. (044) 275 21 18.

E-mail: [secretar@ifp.kiev.ua](mailto:secretar@ifp.kiev.ua)

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ  
Державна установа  
“Національний інститут фтизіатрії і пульмонології  
ім. Ф. Г. Яновського НАМН України”  
(НІФП НАМН)

УДК: 616.24–002.5–036.13–085:615.032.13

Випуск із проблеми  
"Фтизіатрія і пульмонологія"

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Вченою радою Національного інституту  
фтизіатрії і пульмонології  
ім. Ф. Г. Яновського,  
протокол № 5  
від 23.04.2013 р.

**МОДИФІКОВАНА СХЕМА ІНТЕНСИВНОЇ ФАЗИ  
ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ ТЕРАПІЇ ІЗ КОМПЛЕКСНИМ  
ПАРЕНТЕРАЛЬНИМ ВВЕДЕННЯМ ПРЕПАРАТІВ  
У ХВОРИХ НА ПОШИРЕНІ ФОРМИ ВПЕРШЕ  
ДІАГНОСТОВАНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ З  
БАКТЕРІОВИДІЛЕННЯМ**  
(інформаційний лист)

*Пропонується для впровадження в практику протитуберкульозних закладів модифікована схема інтенсивної фази протитуберкульозної терапії хворих на вперше діагностований туберкульоз із комплексним парентеральним введенням препаратів, що розроблена та апробована у відділенні фтизіатрії НІФП НАМН. Метод передбачає, що у хворих на поширені форми вперше діагностованого туберкульозу легень з бактеріовиділенням у складі 5-компонентного режиму лікування проводять інфузійне комплексне введення ізоніазиду, рифаміцину SV натрієвої солі та етамбутолу.*

Застосування 5-компонентного режиму лікування не завжди призводить до позитивної динаміки процесу. Основними недоліками стандартної терапії є те, що не враховується ряд факторів, що знижують як дозу введених препаратів, так і їх біодоступність (блювота, діарея, ефект первинного проходження через печінку, функціональний та морфологічний стан шлунково-кишкового тракту та ін.).

Переваги інфузійного введення полягають в тому, що біодоступність препаратів становить 100 %; створюються максимальні концентрації туберкулостатичних препаратів в крові та тканинах; доза препарату, що вводиться, є чітко контрольованою

Переваги інфузійних форм препаратів, що входять до модифікованої схеми лікування:

- максимальна концентрація рифаміцину натрієвої солі (600 мг) після внутрішньовенного введення становить у середньому 22,9 мкг/мл, що значно перевищує концентрацію рифампіцину в капсулах при прийомі в дозі 600 мг (8,9 мкг/мл);
- мінімальна інгібуюча концентрація рифаміцину натрієвої солі у 10 разів менша за аналогічну концентрацію рифампіцину (0,03 мкг/мл та 0,3 мкг/мл відповідно);

- комплексне внутрішньовенне застосування антимікобактеріальних препаратів призводить до виключно великих та середніх рівнів бактеріостатичної активності крові (БАК) – на 6 годині дослідження внутрішньовенне застосування антимікобактеріальних препаратів супроводжується великими 80,0 % та середніми 20,0 % рівнями БАК. У хворих із комплексним пероральним застосуванням антимікобактеріальних препаратів високі рівні БАК відмічені у 26,7 %, а в 46,7 % осіб зафіксовано середній рівень БАК.

У 44 хворих на поширені форми вперше діагностованого туберкульозу легень з бактеріовиділенням провели порівняльне дослідження клінічної ефективності модифікованої схеми інтенсивної фази лікування.

Суть методу лікування полягає в тому, що у хворих на поширені форми вперше діагностованого туберкульозу легень з бактеріовиділенням в інтенсивну фазу лікування у складі 5-компонентного режиму проводять комплексне внутрішньовенне введення по 60 доз ізоніазиду (10 % розчин для інфузій), рифаміцину натрієвої солі (концентрат 30 мг/мл для приготування розчину для інфузій) та етамбутолу гідрохлориду (10 % розчин для інфузій) у фармакопейно припустимих дозах сумісно із пероральним застосуванням піразинаміду та внутрішньом'язевим введенням стрептоміцину.

По закінченні інтенсивного етапу хіміотерапії до хворих застосовують стандартні режими підтримуючої фази.

Застосування модифікованої схеми лікування із комплексним парентеральним введенням препаратів призвело до скорочення середніх строків абацилювання мокротиння на 0,5 міс., у порівнянні з аналогічною групою (за віком та формою процесу), що отримувала стандартну терапію. Також констатована краща переносимість модифікованої схеми інтенсивної фази хіміотерапії.