

Укладачі:

Фещенко Ю. І. академік НАМН України, д-р мед. наук, проф.;
Черенко С. О. д-р мед. наук, проф.; Погребна М. В. канд. мед.
наук, ст. наук. співроб.; Сенько Ю. О. канд. мед. наук, ст. наук.
співроб. (НІФП НАМН); Роєнко Г. Н. (головний лікар Луганського
ПТД); Марченко Н. А. (асистент кафедри фтизіатрії Державного
закладу “Дніпропетровська медична академія МОЗ України”).

Рецензенти:

Мельник В. М., зав. відділом епідеміологічних і організаційних
проблем фтизіопульмонології НІФП НАМН, д-р мед. наук, проф.;
Ніколаєва О. Д., доцент кафедри фтизіатрії і пульмонології
Національної медичної академії післядипломної освіти
ім. П. Л. Шупика, канд. мед. наук, доц.

Голова профільної проблемної комісії МОЗ та НАМН України:
акад. НАМН України, д-р мед. наук, проф. 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

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

616.24-002.5-085.2/3:576.858:612.017.1

Випуск із проблеми
"Фтизіатрія і пульмонологія"

ЗАТВЕРДЖЕНО
Вченою радою Національного інституту
фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф. Г. Яновського,
протокол № 5
від 23 квітня 2013 р.

**ВИКОРИСТАННЯ МОКСИФЛОКСАЦИНУ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ
ХВОРИХ НА КО-ІНФЕКЦІЮ ТУБЕРКУЛЬОЗ/ВІЛ ІЗ
ВИРАЗНИМ ІМУНОДЕФІЦИТОМ**

(інформаційний лист)

Київ 2013

Тираж 80 прим.

Пропонується для впровадження в практику протитуберкульозних закладів метод лікування хворих на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ із виразним імунodefіцитом, що розроблений та апробований у відділенні фтизіатрії Державної установи «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України». Метод передбачає, що у хворих на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ протягом 2-х міс інтенсивної фази хіміотерапії (ІФ ХТ) призначають щоденно ізоніазид, рифампіцин, піразинамід та моксифлоксацин, після чого розпочинають підтримуючу фазу тривалістю 4 місяці, протягом якої застосовують ізоніазид і рифампіцин. Антитретровірусну терапію (АРТ) розпочинають наприкінці ІФ або зразу після її завершення.

Розробка способів лікування хворих на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ є дуже актуальною, тому що кількість хворих із такою патологією збільшується, а ефективність лікування залишається низькою. Майже половина таких хворих помирає протягом першого року від моменту виявлення захворювання. Ефективність лікування цих хворих може підвищити тільки АРТ, яку слід призначати протягом ІФ ХТ. Особливо це стосується осіб з виразним імунodefіцитом, в яких туберкульоз набуває генералізованого перебігу, а імунodefіцит прогресує без АРТ. За таких умов ефективність лікування низька, що перешкоджає своєчасному призначенню АРТ і замикає хибне коло щодо несприятливого наслідку захворювання. У разі призначення АРТ на фоні тяжкого перебігу туберкульозу в осіб із виразним імунodefіцитом виникає синдром відновлення функції імунної системи (СВІС), який також може призвести до летального наслідку. Зазвичай для досягнення позитивних зрушень з боку туберкульозного процесу і можливості призначення АРТ доводиться подовжувати ІФ до 4-х і більше місяців і період одночасного застосування антитретровірусних і антимікобактеріальних препаратів. Проте можливий більш дієвий метод підвищення ефективності лікування генералізованих форм туберкульозу у ВІЛ-інфікованих за

рахунок посилення антимікобактеріальної активності режиму ХТ шляхом застосування лише протитуберкульозних препаратів із бактерицидно дією. Стандартні режими ХТ для лікування хворих на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ включають 3 бактерицидно діючі препарати – ізоніазид, рифампіцин, піразинамід. Етамбутол має лише бактериостатичну дію. Серед нових протитуберкульозних препаратів моксифлоксацин є найбільш перспективним препаратом для посилення бактерицидної дії режиму ХТ.

Запропоновану схему лікування слід використовувати у хворих з генералізованими формами туберкульозу і виразним імунodefіцитом з метою підвищення ефективності протитуберкульозної ХТ і безпечного призначення АРТ.

Обґрунтуванням щодо застосування моксифлоксацину у хворих на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ в ІФ ХТ замість етамбутолу є: більш швидка позитивна динаміка туберкульозного процесу, що дозволяє безпечно призначати АРТ наприкінці ІФ уникнути тяжких проявів СВІС та зменшити частоту побічних реакцій від сумачії побічної дії обох терапій за рахунок суттєвого зменшення періоду одночасного прийому АРТ і антимікобактеріальної терапії в інтенсивному режимі.

Застосування режиму ХТ з використанням моксифлоксацину дозволяє досягти підвищення частоти припинення бактеріовиділення на момент завершення основного курсу ХТ на 37,5 %, зникнення клінічних симптомів захворювання та повного розсмоктування інфільтративних змін в легенях на 34,5 %, попередження розвитку тяжких проявів СВІС при призначенні АРТ в ІФ ХТ та зниження частоти побічних реакцій на 46,6 %.