

Укладачі:

Фещенко Ю. І. академік АМН України, д-р мед. наук, проф.;
Черенько С. О. д-р мед. наук, проф.; Погребна М. В. канд. мед.
наук, ст. наук. співроб.; Литвиненко Н. А. канд. мед. наук, ст. наук.
співроб.; Сенько Ю. О. мол. наук. співроб. (НІФП НАМН).

Рецензенти:

Білогорцева О.І., завідувачка відділення дитячої фтизіатрії НІФП
НАМН;
Николаєва 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)

УДК 616.24-002.5-085.2/3:615.015.8

Випуск із проблеми
"Фтизіатрія і пульмонологія"

ЗАТВЕРДЖЕНО
Вченою радою Національного інституту
фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф. Г. Яновського,
протокол № 6
від 15.05.2012 р.

**ВИКОРИСТАННЯ ФТОРХІНОЛОНІВ В КОМПЛЕКСНОМУ
ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИЙ
ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ ТА ТУБЕРКУЛЬОЗ ІЗ РОЗШИРЕНОЮ
РЕЗИСТЕНТНІСТЮ МБТ**
(інформаційний лист)

Пропонується для впровадження в практику протитуберкульозних закладів метод використання моксифлоксацину або левофлоксацину в комплексному лікуванні хворих на мультирезистентний туберкульоз легень, що розроблений та апробований у відділенні фтизіатрії Державної Установи «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського Національної Академії медичних наук України». Метод передбачає, що у хворих на мультирезистентний туберкульоз із офлоксацинрезистентними штамами МБТ або туберкульоз із розширеною резистентністю МБТ в режимі хіміотерапії призначають моксифлоксацин, у пацієнтів на мультирезистентний туберкульоз з офлоксацинчутливими штамами МБТ – левофлоксацин.

На сьогодні препарати з групи фторхінолонів є основними в схемах лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз (МР ТБ) та туберкульоз із розширеною резистентністю мікобактерій туберкульозу (РР ТБ), оскільки на відміну від інших протитуберкульозних препаратів (ПТП) П ряду мають бактерицидну дію. Серед великої кількості фторхінолонів в останні рекомендації ВООЗ щодо лікування хворих на МР ТБ включені лише 3 препарати цієї групи – офлоксацин, левофлоксацин, моксифлоксацин, у зв'язку з їх високою антимікобактеріальною активністю.

Суть методу лікування хворих на МР ТБ та РР ТБ, який пропонується до впровадження, полягає у призначенні в складі комплексних режимів хіміотерапії моксифлоксацину – хворим на мультирезистентний туберкульоз із офлоксацинрезистентними штамами МБТ або туберкульоз із розширеною резистентністю МБТ, левофлоксацину – пацієнтам на мультирезистентний туберкульоз з офлоксацинчутливими штамами МБТ.

Схема призначення моксифлоксацину – одноразово щоденно per os 0,4 г, левофлоксацину – одноразово щоденно per os з розрахунку на кг ваги хворого: до 50 кг – 0,5 г; більше 50 кг – 1,0 г. Препарати застосовували по такій схемі протягом основного курсу

хіміотерапії, який триває не менше 20 місяців.

Вірогідно вищий клінічний ефект моксифлоксацину порівняно з левофлоксацином у складі комплексних режимів хіміотерапії виявили у хворих на МР ТБ з офлоксацинрезистентними штамами МБТ та хворих на РР ТБ: за 6 місяців інтенсивної фази хіміотерапії ефективного лікування (припинення бактеріовиділення) досягли у 63,0 % хворих проти 25,0 % хворих, що на 38,0 % більше, а вартість/ефективність режимів хіміотерапії на основі моксифлоксацину, порівняно з левофлоксацином була у 2,3 рази нижча.

У хворих на МР ТБ із офлоксацинчутливими штамами МБТ як моксифлоксацин, так і левофлоксацин виявили однаково високий клінічний ефект у складі комплексних режимів хіміотерапії. За 6 місяців інтенсивної фази хіміотерапії досягли ефективного лікування (припинення бактеріовиділення) у 78,1 % хворих, котрим призначали моксифлоксацин та у 78,2 % хворих, яким призначали левофлоксацин. Загоєння каверн на фоні припинення бактеріовиділення за цей період досягли відповідно у 42,6 % та 40,6 % хворих, при цьому вартість/ефективність режимів хіміотерапії із застосуванням моксифлоксацину була на 14 % вищою.

Отже, хворим на МР ТБ з офлоксацинрезистентними штамами МБТ та на РР ТБ доцільно застосовувати у режимах хіміотерапії моксифлоксацин через його клінічну та економічну перевагу над левофлоксацином. Моксифлоксацин недоцільно призначати хворим на МР ТБ із офлоксацинчутливими штамами МБТ через відсутність його клінічної та економічної переваги над левофлоксацином.

Спосіб, що пропонується, за рахунок диференційованого підходу щодо вибору фторхінолонів у складі комплексних режимів хіміотерапії для лікування хворих на МР ТБ або РР ТБ, забезпечує: по-перше, суттєве зменшення кількості бактеріовиділювачів, що несуть основну епідеміологічну загрозу для оточуючих, а по-друге, доводить його економічну доцільність для застосування.