

режим терапії, відбулося посилення клінічних симптомів хвороби на фоні продовження бактеріовиділення, що може свідчити про наростання резистентності до тих ПТП, які хворий приймає. Алгоритм простий в використанні не потребує додаткових витрат.

Укладачі:

Литвиненко Н. А. канд. мед. наук, старш. наук. співроб.;
Погребна М. В. канд. мед. наук, старш. наук. співроб.; Сенько Ю. О.
канд. мед. наук, старш. наук. співроб.; Чоботар О. П. лікар фтизіатр;
Варицька Г. О. лікар фтизіатр.

Рецензенти:

Калабуха І. А., завідувачий відділенням торакальної хірургії НІФП
НАМНУ, 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”,
03038, 10, вулиця Миколи Амосова, м. Київ, тел.: 275 54 88, факс:
275 21 18
E-mail: secretar@ifp.kiev.ua

Тираж 80 прим.

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

616.24.002.5-085.2/.3-036.8:852.211:615.015.8.003.14

Випуск із проблеми
"Фтизіатрія і пульмонологія"

ЗАТВЕРДЖЕНО

Вченою радою Національного інституту
фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф. Г. Яновського,
протокол № 4
від “27” березня 2018 р.

**АЛГОРИТМ ПРИЗНАЧЕННЯ СКОРОЧЕНИХ РЕЖИМІВ
АНТИМІКОБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ НА ОСНОВІ
ЛІНЕЗОЛІДУ ДЛЯ ХВОРИХ ІЗ РЕЗИСТЕНТИМ ДО
РИФАМПЦИНУ ТУБЕРКУЛЬОЗОМ ЛЕГЕНЬ ЗА GENE XPERT**

MTB RIF

(інформаційний лист)

Київ 2018

Пропонується для впровадження в практику протитуберкульозних закладів алгоритм призначення скорочених режимів антимікобактеріальної терапії на основі лінезоліду для хворих із резистентним до рифампіцину туберкульозом легень за GENE XPERT МБТ, що розроблений та апробований у відділі хіміорезистентного туберкульозу Державної установи «Національний інститут фізіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України». Спосіб передбачає що у хворих, не лікованих раніше протитуберкульозними препаратами II ряду (ПТП) та у котрих виявили резистентність МБТ до рифампіцину за GeneXpert застосовують стандартний режим хіміотерапії із включенням 5-ти ПТП щоденно у середніх добових дозах за один прийом: піразинамід, капреоміцин, левофлоксацин, протіонамід, циклосерин або пара-аміносаліцилова кислота та додатково лінезолід дозою 600 мг 2 рази на добу до припинення бактеріовиділення за мазком мокротиння, після чого – дозою 600 мг один раз на добу. Після отримання тесту медикаментозної чутливості МБТ (ТМЧ МБТ) за чутливості до офлоксацину та канаміцину, капреоміцин замінюється на канаміцин та дане лікування продовжується загальною тривалістю 5 міс інтенсивної фази хіміотерапії, з наступним переходом на підтримуючу фазу – без канаміцину тривалістю 7 міс. У разі резистентності до офлоксацину або канаміцину, левофлоксацин замінюється на моксифлоксацин та додаються високі дози ізоніазиду, та дане лікування продовжується загальною тривалістю 6 міс ІФХТ, із наступним переходом на ПФХТ – без капреоміцину тривалістю 6 міс. Протипоказами до скороченого режиму є розширена резистентність МБТ та побічні реакції на лінезолід 3–4 ступеня вираженості.

На сьогодні розробка способів лікування хворих на резистентний туберкульоз легень є дуже актуальною, тому що в усьому світі визначається тенденція до збільшення кількості хворих із множинною резистентністю МБТ до ПТП. Відомо, що із

препаратів, що використовують у звичайному стандартному режимі АМБТ, виражену бактерицидну дію на МБТ, які активно розмножуються, мають тільки аміноглікозиди та фторхінолони. Але лікування МР ТБ за даними принципами не досягає запланованого ВООЗ показника – 85,0 %, в Україні показник «ефективне лікування» найнижчий – 46,0 %.

В Україні використовується наступний алгоритм лікування хворих на туберкульоз. Після виявлення та встановлення діагнозу туберкульозу, хворий направляється на молекулярно-генетичне дослідження із застосуванням тесту GeneXpert МТВ/Rif. У разі виявлення резистентності до рифампіцину, до отримання результатів ТМЧ МБТ хворий отримує стандартний 5-ти компонентний режим терапії. Враховуючи високий рівень первинної резистентності в Україні до багатьох ПТП, котрі використовуються у даному стандартному режимі АМБТ, є високий ризик того, що хворому до отримання ТМЧ МБТ може призначатись невідповідне лікування та розширення за цей термін резистентності до ПТП. Зменшити ризик можна шляхом включення до режиму АМБТ якомога більше ПТП, що мають виражену бактерицидну дію і обмежений досвід їх використання у минулому в неефективних схемах. Одним із таких ПТП є лінезолід.

В результаті застосування режиму АМБТ згідно способу, із додатковим призначенням до стандартного режиму АМБТ ще одного препарату з вираженою бактерицидною дією – лінезоліду, ефективність лікування на момент отримання ТМЧ МБТ виявилася вірогідно вищою: бактеріовиділення припиняється та клінічні симптоми хвороби зникають на 31,9 % та 16,3 % частіше, відповідно. При цьому частота побічних реакцій, у тому числі виражених, не збільшилась завдяки призначенню своєчасної та адекватної симптоматичної терапії, спрямованої на ліквідацію побічних ефектів. Окрім того, у разі додаткового призначення лінезоліду до стандартного режиму у жодного хворого не виникло прогресування туберкульозу на фоні лікування, тоді як у 5,8 % хворих, яким призначався стандартний