

Методика проста у 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.; Варицька Г. О. лікар фтизіатр; Давиденко В. В. зав. відділенням мультирезистентних форм туберкульозу

Рецензенти:

Опанасенко М. С., завідувач відділення торакальної хірургії та інвазивних методів діагностики НІФП НАМНУ, д-р мед. наук, проф.;

Яроцинський В. Б., 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, 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 НАМНУ)

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 № 4

від “27” березня 2018 р.

**МЕТОДИКА ЗАСТОСУВАННЯ СКОРОЧЕНОГО
12-МІСЯЧНОГО РЕЖИМУ
АНТИМІКОБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ НА ОСНОВІ
ЛІНЕЗОЛІДУ СЕРЕД ХВОРИХ НА
МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ
(інформаційний лист)**

Київ 2018

Тираж 80 прим.

Пропонується для впровадження в практику протитуберкульозних закладів методика застосування скороченого 12-місячного режиму антимікобактеріальної терапії (АМБТ) на основі лінезоліду серед хворих на мультирезистентний туберкульоз легень (МРТБ) (без резистентності до фторхінолонів та аміноглікозидів/поліпептидів), який розроблений у відділлі хіміорезистентного туберкульозу НІФП НАМНУ та передбачає застосування цього режиму у вигляді ступінчастої терапії: протягом перших 5 місяців (інтенсивна фаза хіміотерапії – ІФХТ) – піразинамід, левофлоксацин, канаміцин, протіонамід, циклосерин та додатково до них – лінезолід (1,2 г до припинення бактеріовиділення за мазком із переходом на дозу 0,6 г щоденно після припинення бактеріовиділення за мазком) та протягом наступних 7 місяців (підтримуюча фаза хіміотерапії – ПФХТ) – цього ж режиму, але без канаміцину.

На сьогодні в усьому світі та в Україні зберігається тенденція до збільшення кількості хворих на МРТБ легень, але «ефективне лікування» становить лише 54,0 %). За останніми рекомендаціями ВООЗ хворим на МРТБ, котрі не ліковані раніше протитуберкульозними препаратами (ПТП) 2 ряду, не мають резистентності до фторхінолонів та аміноглікозидів/поліпептидів, призначають скорочений 9 – 12-місячний режим на основі клофазиміну: піразинамід, етамбутол, канаміцин, моксифлоксацин, протіонамід, клофазимін, ізоніазид високі дози – протягом 4–6 місяців ІФХТ, потім піразинамід, етамбутол, моксифлоксацин, клофазимін – протягом 5 місяців ПФХТ. Результати використання даного режиму високі: (вилікування досягається у 80,0–85,0 % хворих). Але є суттєве обмеження: додатково із даного короткого режиму виключаються хворі, що мають резистентність до інших ПТП I-II ряду, що включені до режиму (етамбутол, піразинамід, протіонамід). Тобто, для призначення скороченого режиму, рекомендованого ВООЗ, можуть бути включені тільки ті хворі, у котрих не визначено резистентності МБТ до усіх інших ПТП, окрім

ізоніазиду та рифампіцину, та котрі не мають мутацій у гені KatG. Таких хворих серед МРТБ в Україні – не більше 20 %. Тобто, усім іншим потрібно лікуватися 20-ти місячним режимом без лінезоліду, ефективність котрого в Україні низька (ефективне лікування - у 46,0 %, та велика кількість перерв – до 20 %). За даними НІФП НАМНУ, середній термін перерв лікування у хворих на МРТБ – 12 місяців.

Ефективність АМБТ залежить від кількості ПТП із бактерицидною дією. У стандартному 20-ти місячному режимі таких 2: левофлоксацин та канаміцин. Розробка, що пропонується, передбачає додавання до режиму 3-го ПТП із бактерицидною та стерилізуючою дією – лінезоліду та за рахунок цього скорочення лікування до 12-ти місяців (до тривалості середнього терміну перерв у лікуванні). Таким чином, додаткове призначення у режим хіміотерапії для хворих на МРТБ (без резистентності до фторхінолонів та аміноглікозидів/поліпептидів) ПТП із бактерицидною та стерилізуючою дією (лінезоліду) за вищезазначеною схемою дозволяє скоротити курс лікування до 12-ти місяців та досягти покращання вартості-ефективності лікування.

Ефективність лікування на кінець основного курсу хіміотерапії (ОКХТ) значимо вища серед хворих, які отримували скорочений 12-місячний режим АМБТ із включенням лінезоліду, порівняно зі стандартним 20-ти місячним: «ефективне лікування» досягнуто у 95,4 % проти 69,8 % хворих ; «лікування перерване» у 2,3 % проти 11,6 % хворих, «невдач лікування» – у 2,3 % проти 13,9 % хворих .

Загальна вартість АМБТ одного ефективно лікованого хворого скороченим 12-ти місячним режимом становила 69208,8 грн. порівняно з 76954,8 грн. в результаті застосування стандартного 20-ти місячного режиму. Вартість-ефективність скороченого 12-ти місячного режиму хіміотерапії для лікування хворих на МРТБ у 1,5 раз нижча і становила 726,2 грн. проти 1102,504 грн., відповідно.

Такий підхід дозволить підвищити ефективність лікування у хворих із новими випадками МРТБ та знизити загальну вартість лікування.