

**Укладачі:**

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. канд. мед. наук, ст. наук. співроб.; Гранкіна Н. В. (НІФП НАМН)

**Рецензенти:**

Кужко М. М., провідний наук. співроб. відділу хіміорезистентного туберкульозу 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](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)

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 № 3  
від “10” березня 2015 р.

**ЗАСТОСУВАННЯ ЛІНЕЗОЛІДУ В КОМПЛЕКСНОМУ  
ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИЙ  
ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ ТА ТУБЕРКУЛЬОЗ ІЗ РОЗШИРЕНОЮ  
РЕЗИСТЕНТНІСТЮ**

(інформаційний лист)

*Пропонується для впровадження в практику протитуберкульозних закладів метод лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз (МР ТБ) та туберкульоз із розширеною резистентністю (РР ТБ), що розроблений та апробований у відділі хіміорезистентного туберкульозу Державної установи «Національний інститут фізіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України». Метод передбачає, що у хворих на мультирезистентний туберкульоз, який діагностовано з невдачі повторних курсів лікування, із резистентністю МБТ до фторхінолонів або аміноглікозидів та на туберкульоз із розширеною резистентністю включають лінезолід у 4-х або 5-ти компонентний індивідуалізований режим хіміотерапії протягом інтенсивної фази хіміотерапії (ІФ ХТ) у дозі 0,6 г 2 рази на добу до припинення бактеріовиділення (зазвичай через 1 – 2 місяці), а потім 0,6 г один раз на добу до завершення курсу хіміотерапії.*

У хворих із резистентністю до фторхінолонів і аміноглікозидів необхідно застосовувати протитуберкульозні препарати з 5 групи – лінезолід, клофазимін, кларитроміцин. Препарати цієї групи називають «препаратами з невстановленою ефективністю» через незначний клінічний досвід їх застосування. З появою генериків лінезоліду досвід застосування цього препарату збільшився, але токсичність при тривалому прийомі також обмежила його призначення хворим на МРТБ. На підставі серії клінічних повідомлень вважають, що лінезолід може бути застосований при лікуванні хворих на МРТБ і РРТБ у виключних випадках через високу токсичність.

Ефективність лікування у хворих на РР ТБ без застосування протитуберкульозних препаратів 5 групи є однаково низькою незалежно від випадку захворювання. Припинення бактеріовиділення після інтенсивної фази стандартної тривалості (8 міс.) досягають відповідно у 48,6 % – 53,8 % хворих. У хворих із МРТБ, який діагностовано з нових і повторних випадків захворювання, ефективність лікування достатньо висока: відповідно

83,3 % – 84,2 % та 66,7 – 77,1 %) незалежно від чутливості до офлоксацину та аміноглікозидів. У хворих на мультирезистентний туберкульоз із офлоксацин- або аміноглікозидрезистентними МБТ, який діагностовано з випадків невдачі повторного курсу, ефективність лікування низька, як і в пацієнтів на туберкульоз із розширеною резистентністю, що потребує призначення протитуберкульозних препаратів 5 групи.

Запропоновану схему лікування з використанням лінезоліду слід використовувати у хворих на МР ТБ, який діагностовано із невдачі повторного лікування з резистентністю МБТ до фторхінолонів або аміноглікозидів та у хворих на РР ТБ.

Застосування додатково у режимі хіміотерапії МР ТБ та РР ТБ лінезоліду за вище зазначеною схемою дозволяє досягти високих результатів лікування після інтенсивної фази хіміотерапії за припиненням бактеріовиділення – відповідно у 95,6 і 97,2 % хворих, що на 25,7 % та 55,5 % більше, ніж без цього препарату, при цьому вартість – ефективність лікування хворих у 1,8 разів менша за рахунок скорочення терміну стаціонарного лікування на 3 тижні. Така схема дає змогу досягти задовільної переносності препарату з невисокою частотою побічних реакцій – у 27,7 % випадків, у тому числі тяжких, що вимагали його відміни, – у 10,8 % хворих (за даним літератури частота побічних реакцій при застосуванні лінезоліду становить 50 – 84 %). Лінезолід найчастіше викликає периферичну полінейропатію (у 13,2 % хворих) і гематологічні побічні реакції (у 13,5 % хворих), що проявляються анемією та/або лейкопенією, та /або тромбоцитопенією. Після відміни препарату показники крові нормалізуються. Полінейропатія носить незворотній характер, що потребує її своєчасної діагностики при перших проявах та своєчасної відміни лінезоліду.