

кінець основного курсу з 46,9 % до 90,6 %, а показник вартості-ефективності покращити у 2,4 рази.

**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.; лікар Щербакова Л. В.; лікар  
Чоботар О. П.

**Рецензенти:**

Калабуха І. А., завідувачий відділення 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/.3:615.015.8.003.14

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.

**МЕТОДИКА ПРИЗНАЧЕННЯ СКОРОЧЕНОГО  
12-ТИ МІСЯЧНОГО КУРСУ ЛІКУВАННЯ НА ОСНОВІ  
ЛІНЕЗОЛІДУ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ  
ІЗ ПРЕ-РОЗШИРЕНОЮ РЕЗИСТЕНТНІСТЮ**  
(інформаційний лист)

Київ 2018

*Пропонується для впровадження в практику протитуберкульозних закладів методика призначення скороченого 12-ти місячного курсу лікування на основі лінезоліду у хворих на туберкульоз легень із пре-розширеною резистентністю (пре-РРТБ), 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 пре-РРТБ (резистентність до канаміцину та офлоксацину) застосовували наступний режим хіміотерапії: піразинамід, капреоміцин, моксифлокацин, протіонамід, циклосерин, ізоніазид та додатково до них – лінезолід у вигляді ступінчастої терапії (1,2 г щоденно до припинення бактеріовиділення за мазком, із переходом на дозу 0,6), протягом 6 місяців інтенсивної фази хіміотерапії (ІФХТ) та продовжували підтримуючу фазу хіміотерапії (ПФХТ) у такому ж складі, крім капреоміцину, ще протягом 6 місяців, загальна тривалість основного курсу хіміотерапії (ОКХТ) – 12 м-в.*

Спосіб пропонується вперше, аналоги відсутні.

На сьогодні розробка нових схем лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз легень є дуже актуальною, тому що ефективність лікування хворих із такою патологією у світі незадовільна: показник «ефективного лікування» становить 54,0 %, в Україні – 46,0 %. Зараз в Україні використовуються 20-ти місячні курси хіміотерапії (стандартна тривалість) без лінезоліду для таких хворих, що асоціюються з високою частотою перерваного лікування та тяжких побічних реакцій від протитуберкульозних препаратів (ПТП). За останніми рекомендаціями ВООЗ, хворим, котрі не ліковані раніше ПТП 2 ряду, не мають резистентності до фторхінолонів та аміноглікозидів/поліпептидів, призначають скорочений 9–12 місячний режим на основі клофазиміну. Додатково із даного короткого режиму виключаються хворі, що мають резистентність до інших ПТП I–II ряду, що включений до режиму (етамбутол, піразинамід, протіонамід, циклосерин). Такий режим

використовувався і для хворих із пре-РРТБ, але він показав у них гіршу ефективність лікування (вилікування лише у 68,0 % хворих проти 80,0–85,0 % хворих без такої резистентності). Тому за рекомендаціями ВООЗ для хворих із пре-РРТБ, взагалі не передбачається скорочення лікування. Ефективність АМБТ залежить від властивості препаратів створювати бактерицидні концентрації у крові та вогнищі ураження. Відомо, що на МБТ, які активно розмножуються, бактерицидно впливають аміноглікозиди, фторхінолони та піразинамід. Нещодавно встановлена виражена бактерицидна та стерилізуюча дія на МБТ лінезоліду. Обмеженням для широкого використання препарату була його токсичність, але за даними літератури, побічні реакції на лінезолід виникають після його тривалого використання. Таким чином, додаткове призначення у режим хіміотерапії для хворих із пре-РРТБ ще одного ПТП із бактерицидною та стерилізуючою дією (лінезоліду) за вище зазначеною схемою, дозволяє скоротити курс лікування до 12-ти місяців та досягти покращання вартості-ефективності лікування.

У хворих на пре-РРТБ, у котрих застосовувався 12-ти місячний скорочений режим, встановлено кращу ефективність лікування на момент завершення ОКХТ: «ефективне лікування» досягнуто у 90,6 % хворих, порівняно з 46,9 % хворими у яких використовували 20-ти місячний режим; «лікування перерване» у 6,3 % проти 9,4 % хворих, «невдача лікування» – у 3,1 % проти 28,1 % хворих, відповідно. Побічні ефекти були зареєстровані у однакової кількості хворих груп порівняння – у 31,3 % проти 37,5 %.

Абсолютна вартість скороченого 12-місячного режиму АМБТ на основі лінезоліду для пре-РРТБ менша і склала 104 994 грн., порівняно з 128 658 грн. – 20-ти місячного курсу лікування без лінезоліду. Різниця вартості-ефективності для скороченого 12-ти місячного режиму менша на 1584,3 тис. грн. в порівнянні із 20-ти місячним режимом.

Застосування 12-ти місячного скороченого режиму хіміотерапії на основі лінезоліду, порівняно із 20-ти місячним курсом, дозволяє підвищити показник «ефективне лікування» у хворих на пре-РРТБ на