

Спосіб лікування хворих на вперше виявлений резистентний до рифампіцину туберкульоз легень простий у використанні та не потребує додаткового фінансування.

Укладачі:

Литвиненко Н. А. д-р мед. наук, зав. відділом хіміорезистентного туберкульозу; Погребна М. В. канд. мед. наук, старш. наук. співроб.; Сенько Ю. О. канд. мед. наук, старш. наук. співроб.; Процик Л. М. канд. мед. наук, старш. наук. співроб.; Лафета А. С. мол. наук. співроб. (НІФП НАМНУ); Гранкіна Н. В. канд. мед. наук, генеральний директор Комунального підприємства «Дніпропетровське обласне клінічне лікувально-профілактичне об'єднання «Фтизіатрія» Дніпропетровської обласної ради»

Рецензенти:

Калабуха І. А., завідувач відділення торакальної хірургії НІФП НАМНУ, д-р мед. наук, проф.;
Ніколаєва О. Д., доцент кафедри фтизіатрії і пульмонології Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, канд. мед. наук, доцент.

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. І. А. Калабуха

Відповідальний за випуск:

Державна установа “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук України”,
10, вулиця Миколи Амосова, м. Київ, 03038,
тел.: 275 54 88, факс: 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 Національної академії медичних наук
України»”
(НІФП НАМНУ)

УДК: 616.24.002.5-085.2/.3:615.015

Випуск із проблеми
"Фтизіатрія і пульмонологія"

ЗАТВЕРДЖЕНО
Вченою радою Національного інституту
фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф. Г. Яновського,
протокол № 5
від “20” квітня 2021 р.

**СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ
ВИЯВЛЕНИЙ РЕЗИСТЕНТНИЙ ДО РИФАМПІЦИНУ
ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ**
(інформаційний лист)

Пропонується для впровадження в практику протитуберкульозних закладів спосіб лікування хворих на вперше виявлений резистентний до рифампіцину туберкульоз легень, що розроблений та апробований у відділі хіміорезистентного туберкульозу НІФП НАМНУ, суть якого полягає у застосуванні модифікованого короткого режиму хіміотерапії, який від початку лікування до отримання результату тесту медикаментозної чутливості мікобактерій туберкульозу до протитуберкульозних препаратів включає щоденне застосування моксифлоксацину у максимальній терапевтичній концентрації, лінезоліду й циклосерину за один прийом у середніх добових дозах, а також – бедаквіліну у фармакопейно припустимих дозах.

На сьогодні в усьому світі відмічається тенденція до збільшення кількості хворих із множинною резистентністю мікобактерій туберкульозу до протитуберкульозних препаратів (ПТП), що представляє серйозну епідеміологічну небезпеку. Лікування мультирезистентного туберкульозу легень (МЛС ТБ) залишається складним, враховуючи довготривалість курсу хіміотерапії (до 20–24 міс), токсичність антимікобактеріальних препаратів (АМБП) та їх високу вартість, а найголовніше, низьку ефективність схем, що використовуються для хіміотерапії такого контингенту хворих. Тому розробка способів лікування хворих на МЛС ТБ набуває високої актуальності.

Враховуючи вищезазначене, у 2019 році ВООЗ оновила рекомендації щодо ведення хворих із новими випадками мультирезистентного або рифампіцин-резистентного (РифТБ) туберкульозу та стосовно станів, коли відсутній ризик розвитку широкої лікарської стійкості (ШЛС ТБ) (відсутній контакт із хворим на підтверджений випадок ШЛС ТБ), не виявлено резистентності до АМБП II ряду й вони не використовувалися в анамнезі, запропоновано скорочений стандартний 9-міс. режим антимікобактеріальної терапії або так званій стандартизований короткостроковий режим лікування МЛС ТБ (КРЛ). Згідно з КРЛ упродовж перших 4–6 міс. (інтенсивна фаза) призначають піразинамід, етамбутол, моксифлоксацин, амікацин, протіонамід, клофазимін та ізоніазид, а наступні 5 міс. у разі припинення бактеріовиділення продовжують піразинамід, етамбутол,

моксифлоксацин, клофазимін. Але КРЛ, поряд із його ефективністю, має низку наступних недоліків: низький профіль безпечності (внаслідок гепатотоксичної дії піразинаміду та тіоамідів); обмежені показання до застосування (призначається лише хворими з обмеженим процесом у легенях, що не лікувалися раніше препаратами, включеними в КРЛ, і, у яких не виявлено медикаментозної резистентності, як мінімум, до фторхінолонів).

Спосіб лікування хворих на вперше виявлений резистентний до рифампіцину туберкульоз легень, що пропонується для впровадження, включає препарати з вираженою бактерицидною активністю та виконується наступним чином. При встановленні РифТБ, що діагностують молекулярно-генетичним методом за системою GeneXpert, призначають модифікований КРЛ (мКРЛ):

– моксифлоксацин (Mfx) 0,8 г щоденно, бедаквілін (Bdq) 0,4 г щоденно 14 днів з наступним переходом на 0,2 г три рази на тиждень та лінезолід (Lzd) 0,6 г щоденно за один прийом (препарати групи А);

– циклосерин (Cs) 0,75 г щоденно за один прийом (препарат групи В).

Після отримання тесту медикаментозної чутливості кожному хворому призначають індивідуалізований режим хіміотерапії, відповідно до даних стійкості МБТ до ПТП.

Застосування розробленого мКРЛ, порівняно з КРЛ, внаслідок посилення бактерицидної дії режиму АМБТ за рахунок включення препаратів із вираженою бактерицидною та стерилізуючою діями (Bdq, Lzd, Mfx) дозволяє на момент отримання ТМЧ МБТ, тобто через 2 міс. від початку мКРЛ, підвищити ефективність лікування хворих на вперше виявлений резистентний до рифампіцину туберкульоз легень за рахунок:

– підвищення частоти припинення бактеріовиділення та зникнення клінічних проявів хвороби на 44,1 %;

– зниження частоти виникнення побічних реакцій на ПТП на 24,2 %;

– зменшення кількості випадків прогресування туберкульозу (посилення клінічних симптомів хвороби та продовження бактеріовиділення) на 32,0 %.