

Г. О. Варицька, Н. А. Литвиненко, О. Р. Пененко, Т. М. Марцинюк
ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ СКОРОЧЕНОГО 12-МІСЯЧНОГО РЕЖИМУ ХІМІОТЕРАПІЇ
ДЛЯ ХВОРИХ НА МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ В УКРАЇНІ

ДУ "Національний інститут фізіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України"

Мета дослідження — підвищити ефективність лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз (МРТБ), шляхом застосування скороченого 12-місячного режиму із включенням трьох бактерицидних протитуберкульозних препаратів.

Матеріали і методи

У клінічне проспективне дослідження «випадок - контроль» включено 86 хворих на нові випадки МРТБ (без резистентності до фторхінолонів та аміноглікозидів/поліпептидів). Для лікування хворих основної групи (43 хворих) застосовували режим у складі: піразинамід (Z), канаміцин (Km), протіонамід (Pt), лінезолід (Lzd) (100-200 мг / кг), левофлоксацин (Lfx) (15 мг / кг), циклосерин (Cs) і ± ПАСК (PAS) (150 мг / кг) протягом 5 місяців інтенсивної фази хіміотерапії (ІФХТ) та продовжували підтримуючу фазу хіміотерапії (ПФХТ) у такому ж складі, окрім аміноглікозидів/поліпептидів, ще протягом 7 місяців. Хворі контрольної групи (43 пацієнта) отримували індивідуалізовані режими хіміотерапії стандартної тривалості — 8 м-в ІФХТ та 12 м-в ПФХТ, без лінезоліду. Хворі, які отримували різні режими хіміотерапії не відрізнялись за віком, статтю, поширеністю туберкульозу, кількістю та розмірами деструкцій, встановленим випадком туберкульозу.

Результати

На момент закінчення ІФХТ припинення бактеріовиді-

лення методом культури в основній групі досягнуто у 42 (97, 7 %) хворих проти 37 (86,0 %) хворих контрольної групи.

На кінець основного курсу хіміотерапії (ОКХТ) в основній групі результати «ефективне лікування» отримано у 95,4 % хворих проти 69,7 % хворих контрольної групи; «лікування перерване» у 2,3 % проти 11,6 %, «невдач лікування» — у 14,0 % контрольної групи ($p < 0,05$), частота визначення побічних реакцій — у 69,8 % проти 58,2 %, із них важких — у 59,6 % та 50,0 % відповідно ($p > 0,05$).

Висновок

В результаті застосування скороченого 12-місячного режиму ефективно лікування досягнуто у 95,4 %, а перерване лікування було тільки у 2,3 % проти 11,6 % при застосуванні індивідуалізованого режиму стандартної тривалості.

Клінічні спостереження хворих із новими випадками МРТБ (без резистентності до фторхінолонів та аміноглікозидів/поліпептидів).

1. Випадок ефективного застосування скороченого режиму. Хвора М., 29 р., вага 60 кг. Резистентність: I (HRSE) Резист II (Et). Призначено скорочений режим лікування: 5ZKmLfxCsPASLzd 7ZLfxCsPASLzd. Результати лікування через 5 м-в ІФХТ: конверсія мокротиння відбулась на 2 міс. лікування, загоєння каверн через 4 м-в (рис 1), «вилікування» на кінець ОКХТ (через 12 міс).

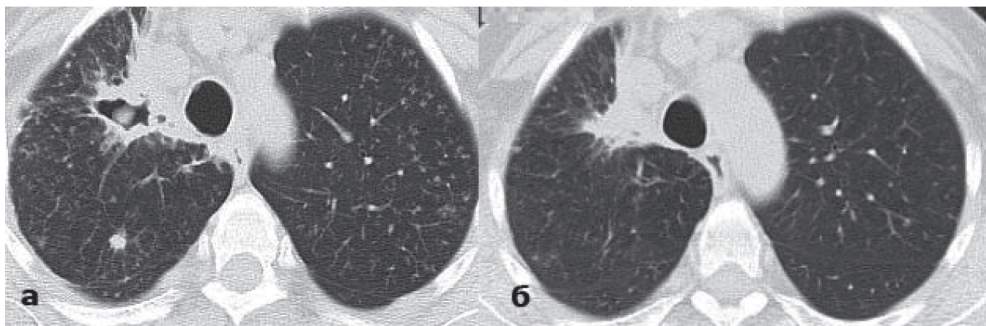


Рис. 1. КТ ОГП хворої М.: а — до початку лікування, б — через 5 міс. лікування.

2. Опис єдиного випадку неефективного застосування скороченого режиму. Хвора Н., 34 р., вага 54 кг. Резистентність: I (HRSE) Резист II (Et). Призначено скороче-

ний режим лікування. Результати лікування через 5 м-в: не відбулась конверсія мокротиння, поява порожнини деструкції (рис. 2).

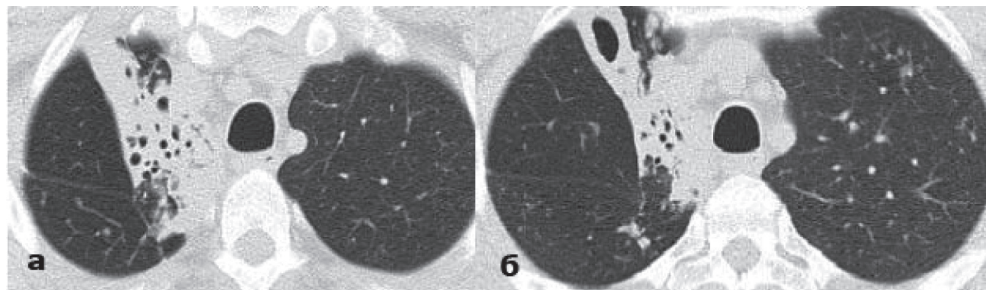


Рис. 2. КТ ОГП хворої Н.: а — до початку лікування, б — через 5 міс. лікування.

Зареєстровано «невдачу лікування» в кінці ІФХТ скороченого режиму, продовжено лікування індивідуалізованим режи-

мом згідно ТМЧ МБТ стандартної тривалості.