

Н. А. Литвиненко, Н. В. Гранкіна, М. В. Погребна, Ю. О. Сенько

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ МЕРОПЕНЕМУ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ІЗ РОЗШИРЕНОЮ РЕЗИСТЕНТНІСТЮ

*ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України»
КЗ «Дніпропетровський протитуберкульозний диспансер» Дніпропетровської обласної ради*

В світі, в результаті застосування існуючих схем хіміотерапії (ХТ) для хворих на туберкульоз із розширеною резистентністю (РРТБ), успішного лікування досягнуто всього у 22,0 % хворих, що свідчить про необхідність удосконалення режимів лікування для цих пацієнтів.

Мета. Підвищити ефективність лікування хворих на РРТБ шляхом застосування меропенему в перші 2 міс інтенсивної фази хіміотерапії (ІФХТ).

Матеріали і методи

У клінічному проспективному дослідженні «випадок-контроль» вивчали ефективність та переносимість удосконаленого режиму хіміотерапії із включенням меропенему серед 60 хворих на РРТБ, які мали гостро прогресуючі форми туберкульозу та чинники ризику неефективного лікування. Найсильніший зв'язок із неефективним лікуванням мають такі чинники: ВІЛ-інфекція, великі та множинні каверни, анамнез прийому протитуберкульозних препаратів (ПТП) II ряду, зокрема — фторхінолонів, та при відсутності застосування режиму лікування з фторхінолонами IV покоління та лінезолідом. Удосконалений режим хіміотерапії, який включав капреоміцин (См), моксифлоксацин (Mfx), лінезолід (Lzd) (100-200 мг / кг), та додатково до них - меропенем (Mgrp) (1,0 x 2 р. день в/в) протягом перших 2-х міс. ІФХТ застосовувався у 30 хворих (основна група). Хворі контрольної групи (30 пацієнтів) отримували індивідуалізовані режими хіміотерапії (ХТ) згідно тесту медикаментозної

чутливості МБТ (ТМЧ МБТ) у середньо-терапевтичних дозах без меропенему.

Хворі, які отримували різні режими хіміотерапії не відрізнялись за віком, статтю, поширеністю туберкульозу, кількістю та розмірами деструкцій, встановленим випадком туберкульозу, що дозволило отримати вірогідні дані стосовно ефективності режимів хіміотерапії, що досліджувались, між групами порівняння. Ефективність лікування хворих на РРТБ оцінювали на момент завершення ІФХТ.

Результати

При застосуванні удосконаленого режиму, що включав Lzd, Mfx, Cm та меропенем протягом перших 2х міс ХТ, вдалося значно підвищити результати лікування на кінець ІФХТ: бактеріовиділення припинилось загалом у 73,3 % хворих проти 46,7 % хворих, відповідно ($p < 0,05$). Хворих, що перервали лікування чи померли, була однакова кількість між групами порівняння.

У хворих на РРТБ, що мали чинники ризику отримання результатів «невдача лікування» та «помер», у разі застосування удосконаленого режиму ХТ, було визначено значно швидше (на 2 місяці) припинення бактеріовиділення, порівняно з режимом ХТ без меропенему: ($93,2 \pm 10,4$) доби проти ($154,1 \pm 23,7$) доби, відповідно. При цьому, у хворих, що отримували меропенем, бактеріовиділення припинялось протягом перших 4-х місяців лікування у 62,1 % хворих, що дозволило застосувати їм 6-ти місячну ІФХТ (скоротити прийом капреоміцину на 2 місяці). У хворих, котрі меропенем не отримували, протягом пер-

ших 4-х місяців бактеріовиділення припинилось лише у 20,6 % хворих, відповідно ($p < 0,05$).

Загалом у разі застосування удосконаленого режиму ХТ з меропенемом, порівняно із режимом без нього, частота реєстрації побічних реакцій (ПР) була значно вищою та становила 76,7 % проти 50,0 %, відповідно. У той же час кількість серйозних ПР була однаковою між групами порівняння (у 10,0 % та у 6,7 % хворих, відповідно).

Висновки

В результаті застосування меропенему у складі індивідуалізованого режиму додатково до лінезоліду, моксифлоксацину та капреоміцину, протягом 2х міс. ІФХТ, бактеріовиділення припинилось у 73,3 % хворих у середньому за 3 місяці, що дозволило скоротити тривалість інтенсивної фази хіміотерапії до 6-ти місяців у 62,1 % хворих, без збільшення кількості виражених побічних реакцій.
