

4' (д) 2012

У К Р А Ї Н С Ь К И Й Ж У Р Н А Л

ГЕМАТОЛОГІЇ ТА ТРАНСФУЗИОЛОГІЇ



**МАТЕРІАЛИ
ІІ МІЖНАРОДНОГО КОНГРЕСУ
З ІНФУЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ**

UKRAINIAN JOURNAL OF HEMATOLOGY AND TRANSFUSIOLOGY

В.І., Ляшок А.Л., Карпенко С.О., Маленко А.Ю. Контрольована періопераційна інфузійна терапія у хворих серцевою недостатністю.	243
о Н.С., Кенс К.А., Короляк О.Я. Роль реосорблякту в лікуванні гіпоксії паренхіми нирок при пієлонефриті нього віку.	245
Г., Гололобова О.В. Диференційований підхід до терапії хворих на харчові токсикоінфекції.	251
ць Н.В. Оптимізація інфузійної терапії при оперативному лікуванні гінекологічної патології гиваною епідуральною анестезією.	255
Г.М. Можливості корекції мікроангіопатій у хворих на діабетичну енцефалопатію.	259
В.Г., Черняк В.А., Черняк А.В., Зорзач В.Ю. Хронічна венозна цереброспінальна недостатність у хворих ію.	262
В.І. Корекція розладів мікроциркуляції препаратом рефортан в комплексній терапії хворих з опіковим	264
ко О.М. Вибір тактики інфузійної антибіотикотерапії хірургічного сепсису в умовах зростання корезистентності патогенів.	267
Д., Мойсєєнко В.О., Пасько І.В. Роль інфузійної терапії в корекції ендотеліальної дисфункції у хворих енціальним синдромом.	271
І., Гриза П.В., Малигон О.І., Яворський В.В., Шевчук О.І. Функція плазмових факторів VIII і IX в системі Основи принципи замісної терапії.	274
на І.К., Кухар І.Д. Органометричні параметри щитоподібної залози щурів при гострій опіковій токсемії кування інфузійними препаратами.	278
И., Жернов О.А., Боярська Г.М. Клінічна ефективність застосування гепатотропних інфузійних в у хворих із опіками.	282
О., Більченко В.І., Тимченко М.С. Методики зменшення інтраопераційної алогенної гемотрансфузії.	285
О.Л., Матяш В.І., Токунова Т.Л., Березіна Л.В., Борцев С.П., Хмельнов Д.В., Мостова О.П., Д.В. Досвід застосування Тівортину в патогенетичній терапії ускладнених форм цефалітів вірусної та бактеріальної етіології.	291
О.І. Активність компенсаторного ангіогенезу у хворих на гіпертонічну хворобу різного віку.	295
ко В.В., Рикало Н.А., Рауцкіс В.А. Порушення водно-електролітного обміну: регуляція та компенсаторні і.	299
М. Інфузійна терапія як провідний елемент патогенетичного лікування в клініці інфекційних хвороб.	302
ька О.В., Тодоріко Л.Д., Шаповалов В.П., Лєсюк Ю.М. Особливості інфузійної терапії максидином хворих кцій ВІЛ/туберкульоз залежно від клінічної характеристики коморбідності.	305
В.П., Сидорчук Р.І., Петрюк Б.В., Нурдінов Х.Н. Застосування інфузійно-трансфузійної терапії в лікуванні патичних гострих шлунково-кишкових кровотеч ерозивно-виразкового походження.	309
Б., Рибак В.В., Діденко Р.П., Рибак Н.Й. Комплексна інтенсивна терапія хворих на гангрену Фурнье.	312
В., Дзись Р.П., Свєтахович І.Й., Дзись Б.Р., Дорошенко Л.Г., Карпович С.П. Інфузійна терапія ванням реосорблякту в онкологічних хворих після гастректомії із спленектомією.	315
В., Новак В.Л., Дзись Р.П., Кондрацький Б.О., Дзись Б.Р., Дорошенко Л.Г., Карпович С.П. Інфузійна терапія ванням препарату ксиліт в онкологічних хворих після операцій на шлунку.	318
о Н.П., Шапошник О.А. Особливості колекційної метаболічної терапії у хворих на гострий інфаркт з поєднаним з цукровим діабетом.	321
М. Застосування Лефлорину в хірургії.	324
В. Морфофункціональний стан сім'яників статевозрілих щурів на фоні вживання препарату «Тівортін».	329
о А.І., Кондрацький Б.О., Шеремета А.В. Морфологічні особливості печінки щурів на фоні введення них колоїдно-гіперосмолярних розчинів.	333
О.В., Видиборець С.В. Клінічне значення вивчення вмісту фосфоенолпірувату в еритроцитах хворих ефіцтну анемію похилого і старчого віку.	337
А. Інфузійна терапія при гестозі першої половини вагітності.	340
И.В., Крокош В.М. Метод проведення реінфузії крові при пошкодженнях огранів черевної порожнини.	345
о О.О., Радченко О.М. Зміни напруженості лейкоцитарної формули у хворих із медикаментозною алергією кування реосорбляктом.	347

Стасишин О.В., Красівська В.В., Тушицький О.М., Семерак М.М., Новак В.Л. Роль тесту відновлення введеного фактора згортання VIII (IX) в діагностиці інгібіторів та індивідуалізації лікування хворих на гемофілію.	350
Тодоріко Л.Д., Сем'янів І.О., Бойко А.В. Вплив латрену на морфофункціональні властивості еритроцитів та газовий склад крові при бронхообструктивному синдромі на тлі тиреоїдної дисфункції у хворих старших вікових груп.	355
Тодоріко Л.Д., Сременчук І.В., Герман А.О., Гумєнна А.В. Обґрунтування інфузійної терапії лефлорином у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень з невідомою чутливістю збудника до антимікобактеріальних препаратів.	359
Тодоріко Л.Д., Сременчук І.В., Гумєнна А.В., Грозав А.М. Визначення ефективності дії гетероциклічних сполук (похідних імідазолу) на мікобактерії хіміорезистентного туберкульозу та дослідження їх гострої токсичності.	362
Тамашкевич Г.І. Тактика ведення хворих на ускладнену пептичну виразку шлунка або дванадцятипалої кишки.	365
Тушицький О.М., Свєтахович І.Й., Свєтахович Ю.Л., Іденко В.Ф., Цяпка З.О., Кондрацький Б.О. Ефективність інфузійної терапії комбінованими препаратами поліфункціональної дії в порівнянні з простими кристалічними розчинами.	369
Федоров Ю.П., Пугачов В.А., Працєрук П.В., Грєчишкіна Ю.О., Антошкін Р.В. Парентеральне харчування як складова частина комплексної інфузійної терапії у хворих з порушенням мозкового кровообігу і прооперованих нейрохірургічних хворих.	374
Федороцка І.М., Пошивак О.Б. Вивчення показників Д-димеру у жінок із звичним невиношуванням вагітності в анамнезі.	378
Філічук О.В. Особливості невідкладної інфузійної терапії при гострому порушенні мозкового кровообігу. Боротьба з набряком мозку.	382
Хамідов Д.Б., Косімов З.К. Комплексний поліфункціональний розчин реосорблякт у корекції ендогенної інтоксикації та порушень реологічних властивостей крові у хворих з гострим перитонітом.	384
Харченко Л.А. Сепсис – деякі аспекти інфузійної та антибіотикотерапії.	387
Черній В.І., Колєсніков А.Н., Стасюк В.Н., Дергунов Д.В., Чернецький С.О. Застосування внутрішньовенної форми парацетамолу в комплексній корекції больового та гіпертермічного синдромів у хворих з поєднаними травмами і пацієнтів нейроанестезійного профілю.	390
Черній В.І., Колєсніков А.Н., Стасюк В.Н., Дергунов Д.В., Чернецький С.О. Виявлення порушень ауторегуляції мозкового кровообігу і методика їх корекції у хворих нейроанестезійної групи.	394
Черній В.І., Колєсніков А.Н., Стасюк В.Н., Дергунов Д.В., Черницький С.О. Застосування нейропротекторів методом екстракорпоральної фармакотерапії в гострому періоді ішемічного інсульту.	399
Черняк В.А. Реосорблякт як коректор регіонарної венозної гемодинаміки у хворих з тяжкою ішемією нижніх кімців.	404
Черняк В.А., Коваль Б.М., Сотко А.І. Сучасний стан проблеми лікування синдрому діабетичної стопи.	410
Шевчук І.М., Протас В.В., Кузенко Р.Т. Особливості проведення інфузійної терапії при гострому панкреатиті у хворих похилого та старчого віку.	415
Шило В.М. Застосування левофлоксацину (лефлорину) в лікуванні інфекцій сечовивідних шляхів.	418
Яворський В.В. Вплив частоти донатій стандартної дози плазми на імунологічну реактивність організму постійних донорів.	421
Яковлева О.О., Очеретнюк А.О., Паламарчук О.В. Динаміка корекції гістологічних змін в легенях щурів при застосуванні інфузійних розчинів – НАЕС-LX-5 % та лактопротеїну з сорбітолом в умовах опікової хвороби.	426
Кобза Т.І., Трутяк Р.І., Мелень А.П. Лікування трофічних виразок нижніх кімців різної етіології.	429
Лисенко В.Й., Брик Р.П., Карпенко С.О. Особливості інфузійної терапії в лікуванні хворих з діабетичним кетоацидозом.	433
Черних С.В. Особливості інфузійного супроводження еферентної терапії у породіль з акушерськими ускладненнями.	436

ОСОБЛИВОСТІ ІНФУЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ МАКСИЦИНОМ ХВОРИХ НА КО-ІНФЕКЦІЮ ВІЛ/ТУБЕРКУЛЬОЗ ЗАЛЕЖНО ВІД КЛІНІЧНОЇ ХАРАКТЕРИСТИКИ КОМОРБІДНОСТІ

Підвербецька О.В., Тодоріко Л.Д., Шаповалов В.П., Лесюк Ю.М.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Резюме. У статті наведені дані щодо клінічної характеристики хворих з коморбідною патологією ВІЛ/ТБ. У ВІЛ-позитивних пацієнтів вірогідно частіше зустрічається дисемінований ТБ та позалегеневі форми туберкульозу, серед яких переважає туберкульоз лімфатичних вузлів. Клінічно ко-інфекція маніфестує через інтоксикаційний синдром, який вірогідно переважає бронхолегеневий, нагадуючи прояви самої ВІЛ-інфекції. Більш ніж у половині пацієнтів проба Манту була негативною або сумнівною. У загальному аналізі крові у переважній більшості обстежуваних домінують лімфоцитопенія, значне підвищення ШОЕ та анемія. Результати порівняння ефективності стандартного та емпіричного режимів протитуберкульозної хіміотерапії показали, що у хворих на ко-інфекцію ВІЛ/ТБ з мультирезистентністю найбільш ефективними виявилися схеми інтенсивної терапії: ZK(At)EtCsQ(Mox) або ZEPtKCsQ(Mox), що ґрунтувалися на використанні респіраторних фторхінолонів (Q), зокрема максіцину (препарат вітчизняного виробництва, ВАТ «Юрія-фарм»), по 400 мг щодня.

Ключові слова: інфузійна терапія, максіцин, ко-інфекція, туберкульоз, ВІЛ-позитивні, мультирезистентність.

Вступ. Лікування туберкульозу (ТБ), поєднаного з ВІЛ-інфекцією, в сучасних умовах є надзвичайно важливою проблемою [1, 7, 13]. При лікуванні таких пацієнтів виникає необхідність одночасного прийому 4–5 протитуберкульозних препаратів та 3–4 антиретровірусних [3, 4, 8, 10]. Завдяки виконанню такої програми хіміотерапії покращується якість життя пацієнтів та збільшується його тривалість [2, 6, 9, 12].

Проблема формування мультирезистентного туберкульозу у пацієнтів із коморбідною патологією ТБ/ВІЛ спонукає до диференційованого призначення антимікобактеріальних препаратів і, зокрема, ширшого застосування препаратів 2-го ряду з групи респіраторних фторхінолонів. Широке застосування левофлоксацину при лікуванні неспецифічних захворювань органів дихання призвело до формування, в окремих випадках, особливо при специфічних інфільтративних процесах у легенях, резистентності до цього ефективного при мультирезистентному туберкульозі засобу. Новий вітчизняний фторхінолон IV покоління моксифлоксацин (максіцин – виробник «Юрія-фарм»), що володіє високою активністю відносно грам-позитивних, грамнегативних, атипичних збудників і анаеробів, у т.ч. і полірезистентних, є перспективним засобом щодо лікування мультирезистентного туберкульозу у ВІЛ-позитивних пацієнтів [5]. Інноваційна унікальна система приготування готової лікарської форми для інфузійного введення (солувен) у комплекті і можливість призначення препарату 1 раз на добу є особливо привабливими при лікуванні пацієнтів коморбідністю ТБ/ВІЛ.

Механізми резистентності, які інактивують пеніциліни, цефалоспорини, аміноглікозиди, макроліди, тетрацикліни, не впливають на антибактеріальну ефективність моксифлоксацину, що робить його перспективним для лікування ВІЛ-позитивних пацієнтів із мультирезистентним туберкульозом (МРТ). Цей ряд досліджень показали, що перехресної резистентності між моксифлоксацином і переліченими антибіотиками не спостерігалось. До цих пір не виявлено і резистентності, опосередкованої видами (міжвидова передача). Максіцин за механізмом дії принципово відрізняється від інших антимікробних препаратів, що забезпечує його активність відносно стійких, у т.ч. і полірезистентних, мікроорганізмів [4, 11].

Мета роботи: вивчити ефективність застосування у схемах протитуберкульозної терапії інноваційної інфузійної форми максіцину (солувен) залежно від клінічної характеристики туберкульозу у ВІЛ-позитивних хворих.

ОБ'ЄКТ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Нами було обстежено 15 хворих на ко-інфекцію ВІЛ і мультирезистентний туберкульоз, серед яких чоловіки становили 87% (13 хворих), жінки – 13% (2 хворі). Середній вік хворих – 37,5 років. Переважну більшість становили пацієнти віком старше 40 років (67%), хворі віком 35–40 років – 15%, 30–35 років – 10%, 20–30 років – 7%. Основну частину хворих становили міські жителі – 54%, 13% пацієнтів не мали

У програму антимікобактеральної терапії (АМБТ) хворим на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ упродовж 14 днів призначався препарат з групи респіраторних фторхінолонів «максіцин» по 400 мг у вигляді концентрату для приготування розчину для інфузій у флаконі 20 мл з темного скла у комплекті з розчинником (солісоль). Застосовувалися сучасні клінічні, лабораторні, біохімічні, імунологічні, імуноферментні, рентгенологічні та статистичні методи дослідження.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У ході дослідження нами було встановлено такі типи туберкульозного процесу у хворих на ко-інфекцію: вперше діагностований туберкульоз – 9 хворих; рецидив туберкульозу – 1 хворий; хронічний туберкульоз – 5 хворих. У 30% пацієнтів встановлена мультирезистентність. Серед клінічних форм переважав дисемінований туберкульоз – 60% випадків (9 хворих, серед яких в одного пацієнта було поспадання дисемінованого ТБ легень та позалегеневого ТБ), позалегеневий ТБ – 13% (2 пацієнти з ТБ лімфатичних вузлів), вогнищевий – 13% (2 хворих), інфільтративний – 7% (1 хворий), циротичний – 7% (1 хворий).

Клінічно інтоксикаційний синдром зустрічався у 100% хворих, причому домінуючим він був у 11 пацієнтів (73%). Незначно вираженим інтоксикаційний синдром був лише у 2 хворих (13%), помірним – у 4 хворих (27%), вираженим – у 9 хворих (60%). Проявами інтоксикаційного синдрому у хворих на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ були: підвищення температури тіла (до 37,5 °С – у 3 хворих, 37,5–38,5 °С – у 4 хворих, більше 38,5 °С – у 8 хворих); загальна слабкість (незначна – у 2 хворих, помірна – у 7, виражена – у 6); втрата маси тіла (від 5 до 10 кг – у 4 хворих, 10–15 кг – у 8 хворих, більше 15 кг – у 3 хворих). Бронхолегеневий синдром був виявлений у 85% хворих на легеневі форми ТБ і домінував лише у 26,7% пацієнтів. Проявлявся кашлем (нами була застосована 3-бальна оціночна шкала): 2 бали – у 1 хворого (7%), 1 бал – у 11 хворих (73%), відсутній – у 3 хворих (20%); задишкою – у 9 хворих (60%), серед них при незначному фізичному навантаженні – у 1 хворого (ХТБ); боєм у грудній клітці – у 2 хворих (13%).

При фізикальному обстеженні було виявлено: збільшення периферичних лімфатичних вузлів – у 12 хворих, зміни перкуторного звуку при перкусії – у 26% обстежуваних (коробковий у 2 хворих, у 2 – притуплення), аускультативно у 4 хворих не було ніяких змін, у 3 хворих – лише жорстке дихання, в 1 – ослаблене, у 6 – ослаблене або жорстке дихання з наявністю хрипів.

У загальному аналізі крові виявлено такі зміни: анемія – 73% (11 хворих, з них у 2 пацієнтів була виражена анемія), підвищення ШОЕ – 73% (11 хворих, серед них у 9 хворих – більше 30 мм/год.), помірний лейкоцитоз та зсув лейкоцитарної формули вліво – 20% (у 3 хворих), помірний лейкоцитоз, зсув лейкоцитарної формули вліво та лімфоцитопенія – 27% (у 4 хворих), лейкопенія, лімфоцитопенія, зсув лейкоцитарної формули вліво – 40% (у 6 хворих, серед яких у 2 – виражена лімфоцитопенія), лімфоцитопенія – 7% (у 1 хворого), норма – у 1 хворого.

Проба Манту була негативною у 6 хворих (40%) (у 4 хворих була повна анергія – 0 мм), сумнівною – у 3 хворих (20%), позитивною – у 6 хворих (40%). При бактеріоскопічному дослідженні харкотиння мікобактерії було виявлено у 61% пацієнтів з легеневидами формами ТБ (8 хворих), при бактеріологічному дослідженні харкотиння позитивний результат встановлений у 38% пацієнтів з легеневидами формами ТБ (5 хворих).

Рентгенологічні зміни: зливі вогнища малої інтенсивності у 2 пацієнтів, середньої інтенсивності – у 3 хворих, ураження середніх відділів легень – в 1 випадку, ураження нижніх відділів легень – у 4 (ізолюване – в 1), вогнища малої інтенсивності – в 1 особи, вогнища середньої інтенсивності та інтенсивні – у 6 осіб, наявність каверн – у 3, циротичні зміни в легенях – у 1, плевральний випіт – у 1 хворого. Ураження внутрішньогрудних лімфатичних вузлів виявлено у 2 пацієнтів. У 3 пацієнтів рентгенологічно було виявлено дисемінований туберкульоз легень без наявності деструкції та бактеріовиділення, з них 2 випадки завершилися летально.

У програму антимікобактеральної терапії (АМБТ) хворим на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ з мультирезистентністю упродовж 14 днів був включений препарат з групи респіраторних фторхінолонів «максіцин» по 400 мг у вигляді концентрату для приготування розчину для інфузій у флаконі 20 мл з темного скла у комплекті з розчинником (солісоль). Результати порівняння ефективності стандартного та емпіричного режимів протитуберкульозної хіміотерапії показали, що у хворих на ко-інфекцію ВІЛ/ТБ з мультирезистентністю найбільш ефективними виявилися схеми інтенсивної терапії: ZK(Аm)EtCsQ(Мох) або ZEPtKCsQ(Мох), що ґрунтувалися на використанні респіраторних фторхінолонів (Q), зокрема максіцину (препарат вітчизняно-

ВИСНОВКИ

1. У загальному аналізі крові у переважній більшості обстежуваних домінують лімфоцитопенія, значне підвищення ШОЕ та анемія.
2. У ВІЛ-позитивних пацієнтів вірогідно частіше зустрічається дисемінований ТБ та позалегеневі форми туберкульозу, серед яких переважає туберкульоз лімфатичних вузлів. Клінічно ко-інфекція проявляється через інтоксикаційний синдром, який достовірно переважає бронхолегеневий.
3. У загальному аналізі крові у переважній більшості обстежуваних домінують лімфоцитопенія, значне підвищення ШОЕ та анемія. Більш ніж у половини пацієнтів проба Манту була негативною або сумнівною.
4. Результати порівняння ефективності стандартного та емпіричного режимів протитуберкульозної хіміотерапії показали, що у хворих на ко-інфекцію ВІЛ/ТБ з мультирезистентністю найбільш ефективними виявилися схеми інтенсивної терапії: ZK(Аm)EtCsQ(Мох) або ZEPtKCsQ(Мох), що ґрунтувалися на використанні респіраторних фторхінолонів (Q), зокрема максіцину.

ЛІТЕРАТУРА

1. Шевченко О.С., Матвеева С.Л., Сенчева Т.В. и др. ВИЧ-инфекция и туберкулез: масштабы проблемы в Харьковской области. Туберкулез. Легеневі хвороби. ВІЛ-інфекція. 2011; № 1: 35–39.
2. Петренко В.І. Медико-соціальні проблеми ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні. Там же. 2010; № 2: 5–9.
3. Процюк Р.Г., Москаленко В.Ф., Петренко В.І. Туберкульоз, ВІЛ-інфекція/СНІД. К.: Медицина 2009: 424 с.
4. Світлична С.Г. Туберкульоз в поєднанні з ВІЛ-інфекцією: особливості діагностики та лікування в умовах стаціонару. Укр. пульмон. журн. 2007; № 7: 14–15.
5. Феценко Ю.І., Черенько С.О. Рациональний вибір фторхінолонів для лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз та порівняльна оцінка їх ефективності та переносимості. Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. 2011; № 4: 6–14.
6. Черенько С.О., Щербакова Л.В. Проблеми ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ в Україні. Там же. 2010; № 1: 18–23.
7. Todoriko D., Boiko A.V., Yerenchuk I.V., Lesuk U.M. Analysis of the efficacy of chemotherapy of multidrug-resistant tuberculosis under the conditions of the spread HIV/AIDS epidemic. Буковинський мед. вісник. 2011; № 3: 249–253.
8. Agard C., Hoang A. T., Dietrich J. et al. Multistage Tuberculosis Vaccine that Confers Efficient Protection Before and After Exposure. Nature Medicine 2011; № 17: 189–194.
9. Beyond the Midpoint: Achieving the Millennium Development Goals. – UNDP, 2010: 13 p.
10. Caminero J.A. Multidrug-resistant tuberculosis: epidemiology, risk factors and case finding. The Int. J. of Tuberc. Lung Dis. 2010; 14, № 4: 382–390.
11. Cobat A. High heritability of antimycobacterial immunity in an area of hyperendemicity for tuberculosis disease/ J. Infect. Dis. 201; № 201: 15–19.
12. Global Tuberculosis Control, World Health Organization, 2011.
13. Palacios L., Guerra D., Liaro K. et al. The role of the nurse in the community-based treatment of multidrug-resistant Tuberculosis. Int. J. Tuberc. Lung Dis. 2009; 7, № 4: 343–346.

ОСОБЕННОСТИ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ МАКСИЦИНОМ У БОЛЬНЫХ НА КО-ИНФЕКЦИЮ ВИЧ/ТУБЕРКУЛЕЗ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИНИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ КОМОРБИДНОСТИ

Подвербецкая Е.В., Тодорико Л.Д., Шаповалов В.П., Лесюк Ю.М.

Резюме. В статье приведены данные по клинической характеристике больных с коморбидной патологией ВИЧ/ТБ. У ВИЧ-положительных пациентов достоверно чаще встречается диссеминированный ТБ и внелегочные формы туберкулеза, среди которых преобладает туберкулез лимфатических узлов. Клинически ко-инфекция манифестирует через интоксикационный синдром, который достоверно преобладает над бронхолегочным, напоминая проявление самой ВИЧ-инфекции. Более чем у половины пациентов проба Манту была отрицательной или сомнительной. В общем анализе крови у подавляющего большинства обследуемых доминируют лимфоцитопения, значительное повышение СОЭ и анемия. Результаты сравнения эффективности стандартного и эмпирического режимов противотуберкульозной химиотерапии показали, что у больных ко-инфекцией ВИЧ/ТБ с мультирезистентностью наиболее эффективными оказались схемы интенсивной терапии: ZK (Am) EtCsQ (Mox) или ZEPtKCsQ (Mox), основанные на использовании респираторных фторхинолонов (Q), в частности максіцина (препарат отечественного производства, ОАО «Юрия-фарм») по 400 мг ежедневно.

Ключевые слова: инфузионная терапия, максіцин, ко-инфекция, туберкулез, ВИЧ-позитивные, мультирезистентность.