

**РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ФТИЗИАТРОВ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
ТУБЕРКУЛЕЗА» РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ МЕДИЦИНСКИХ НАУК**

**НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЭПИДЕМИОЛОГИИ,
ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА
ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ**

***РОССИЙСКАЯ** научно-практическая конференция
молодых ученых **С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ,**
посвященная **ВСЕМИРНОМУ ДНЮ БОРЬБЫ С
ТУБЕРКУЛЕЗОМ***

Москва 2014

Выводы. Вследствии небулайзерной терапи улучшается дренажная функция дыхательных путей, выведение мокроты, снижается активность воспалительного процесса в легких, стимулируются местные иммунные реакции респираторного тракта. Таким образом, есть возможность введения более высокой дозы лекарственного препарата непосредственно в альвеолы и мелкие бронхи, более быстрое начало действия лекарственного средства, возможность применения бронходилататоров и муколитики в так называемом режиме по требованию, снижается риск развития побочных эффектов.

Клиническая эффективность применения таблетированных и инъекционных форм фторхинолонов у больных мультирезистентным туберкулезом легких

Бойко А.В., Семьянин И.А., Романко Т.Р.

Буковинский государственный медицинский университет

Актуальность. Главную роль в росте различных форм химиорезистентного туберкулеза (ТБ) играют молекулярно-генетические аспекты формирования устойчивости микобактерий, которые характеризуются геномным полиморфизмом, изменениями биологических свойств микроорганизма, изменчивостью, скоростью распространения мутаций, наличием природных, биохимических и генетических механизмов развития резистентности.

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность применения таблетированных и инъекционных форм фторхинолонов в интенсивной фазе химиотерапии у больных мультирезистентным туберкулезом (МРТБ) легких.

Материалы и методы исследования. В открытое рандомизированное исследование было включено 57 больных (74,3% мужчин и 25,7% женщин) в

возрасте от 20 до 76 лет. Подбор больных осуществляли по критериям ввода и вывода, согласно требованиям Надлежащей клинической практики (GCP). Критерии включения в исследование – больные с впервые диагностированным мультирезистентным ТБ (резистентность как минимум к изониазиду и рифампицину), которые находились на стационарном лечении в Черновицком областном противотуберкулезном диспансере. Критерии исключения из исследования: отсутствие микобактерий туберкулеза (МБТ) в мокроте (мазок и (или) посев на питательных средах); чувствительность МБТ к противотуберкулезным препаратам (ПТП). Использовались микроскопические, микробиологические и статистические методы исследования, оценка достоверности различий определялась при помощи параметрических и непараметрических методов вариационной и ранговой статистики с применением t-критерия Стьюдента-Фишера, различия между результатами считались достоверными при $p < 0,05$. Анализ полученных данных проводился с помощью компьютерных пакетов "Statistica 8" (StatSoft Inc., USA) и Excel XP для Windows на персональном компьютере.

Результаты исследования. Всем больным в интенсивную фазу лечения назначались инъекционные формы респираторных фторхинолонов (ФХ): левофлоксацин (Lfx), моксифлоксацин (Mfx) и гатифлоксацин (Gfx). Проводилась сравнительная характеристика эффективности применения пероральной и инъекционной форм левофлоксацина; инъекционных форм респираторных ФХ – левофлоксацина, моксифлоксацина и гатифлоксацина. Таблетированная форма левофлоксацина применялась у 43,9% больных, инъекционная – у 40,4%. Больные, включенные в исследование методом подбора пар, были разделены на группы: I группа – 25 больных, которым в интенсивной фазе химиотерапии (ИФХТ) применяли левофлоксацин в дозе 1000 мг перорально в течение 8 месяцев, II группа – 23 пациента в ИФХТ применяли левофлоксацин внутривенно по 1000 мг в сутки в течение 1-го месяца, а затем по 1000 мг перорально в течение 7-ми месяцев. На протяжении всего времени проводилась оценка динамики основных клинических

симптомов туберкулеза, рентгенданных, лабораторных показателей, а также на момент окончания ИФХТ. Индивидуальные режимы лечения формировались по результатам теста медикаментозной чувствительности. Дозировка таблетированной и инъекционной форм левофлоксацина в программах химиотерапии больных МРТБ легких в исследуемых группах показаны в таблице 1.

Таблица 1

Дозировка таблетированной и инъекционной форм левофлоксацина, применяемая в интенсивной фазе лечения у групп сравнения

Группы сравнения	X	Режимы дозировки	Курс лечения
I	fx	1000 мг (2 таблетки по 500 мг; таблетки следует глотать, не разжевывая, и запивать 0,5 стаканом воды) 1 раз в день	8 мес.
II	fx	5 мг/мл (200 мл инфузионного раствора). Вводят медленно не менее 60 минут, 2 раза в день	1 мес.
		1000 мг (2 таблетки по 500 мг; таблетки следует глотать, не разжевывая, и запивать 0,5 стаканом воды) 1 раз в день	7 мес.

Анализ результатов микроскопии мокроты при применении в схемах химиотерапии таблетированной и инъекционной форм левофлоксацина (через 1 месяц) показал, что в I гр. бактериовыделение прекратилось у 20%, у больных гр. II – в 37,3% случаев ($p < 0,05$). Нормализация показателей общего анализа крови в I гр. отмечалась у 24,0% пациентов, соответственно в гр. II – у 34,8% ($p < 0,05$). Отсутствие основных клинических проявлений туберкулеза в I гр. наблюдалось у 36% случаев и в гр. II – в 52,2% соответственно ($p < 0,05$).

По результатам рентгенологического исследования (через 3 месяца) полное рассасывание очагово-инфильтративных изменений произошло в I гр. – у 18,4% пациентов и во второй группе – в 23,5% случаев (соответственно $p < 0,05$). Уменьшение полостей распада наблюдалось в I гр. – у 24% случаев и во 2 гр. – у 30,4% пациентов.

Выводы. При сравнении эффективности таблетированной и инъекционной форм ввода левофлоксацина в интенсивной фазе химиотерапии

(через 1 месяц), установлено, что лучшую клиническую эффективность показывает схема с применением инъекционной формы левофлоксацина.