

**23-25**  
ОКТАБРЯ  
**2017**



**VI КОНГРЕСС**

НАЦИОНАЛЬНОЙ АССОЦИАЦИИ ФТИЗИАТРОВ



VI КОНГРЕСС  
НАЦИОНАЛЬНОЙ  
АССОЦИАЦИИ ФТИЗИАТРОВ  
23-25 октября 2017 года

**ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ**

Национальная ассоциация фтизиатров  
Министерство здравоохранения Российской Федерации  
Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга  
ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России  
ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»  
Ассоциация торакальных хирургов России  
Российская ассоциация медицинских сестер

# VI КОНГРЕСС НАЦИОНАЛЬНОЙ АССОЦИАЦИИ ФТИЗИАТРОВ

23–25 октября 2017 г.

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

Санкт-Петербург  
2017

Ж.К. Ракишева<sup>1</sup>, Г.С. Баласанянц<sup>2</sup>,  
Н.С. Соловьева<sup>3</sup>

## ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ С УСТОЙЧИВОСТЬЮ К ИЗОНИАЗИДУ

<sup>1</sup> Противотуберкулезный диспансер, Астана, Республика Казахстан

<sup>2</sup> Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

<sup>3</sup> Санкт-Петербургский НИИ фтизиопульмонологии

**Введение.** Распространение резистентности микобактерий туберкулеза к противотуберкулезным препаратам приводит к снижению эффективности лекарственных средств. В Казахстане у пациентов с устойчивостью возбудителя к изониазиду препарат всё же входит в схему лечения согласно рекомендациям ВОЗ. Имеются публикации, что глутамил-цистеинил-глицин динатрия (Глу) позволяет преодолеть лекарственную устойчивость к противотуберкулезным препаратам, в том числе к изониазиду, то есть может применяться в качестве адьюванта.

**Цель:** оценить эффективность использования Глу как адьюванта изониазида в комплексном лечении больных с устойчивостью к изониазиду.

**Материалы и методы.** Проведено рандомизированное слепое плацебо-контролируемое исследование, в котором 63 пациента были разделены на 3 группы: I группа (n=23) — с включением Глутоксима в режим лечения, II группа (n=10) — с включением плацебо, III группа — 30 пациентов, получавших только химиотерапию. Все пациенты были бактериовыделители, большинство имели полирезистентный туберкулез: у 73,9, 77,8 и 91,3% пациентов (соответственно в I, II и III группах) была зарегистрирована устойчивость к стрептомицину (S) и изониазиду (H) или S+H+этамбутолу (SHE).

Лекарственную чувствительность МБТ к противотуберкулезным препаратам определяли методом посева в жидкую питательную среду (Bactec MGIT 960) и/или молекулярно-генетической технологией Hain-test.

Пациентам назначался курс химиотерапии по 1 категории ДОТС — 2-4HRZE/4HR или 4HRE, по 2 категории ДОТС — 2S 3-5HRZE/5HRE. В составе комплексной терапии Глу вводили внутримышечно по 60 мг 1 раз в сутки в первые 10 дней ежедневно, в последующие 20 дней через день 60 мг 1 раз в сутки, всего 20 инъекций.

**Результаты.** В основной группе (21 пациент) интоксикационные жалобы исчезли к концу первого месяца лечения в 70,4% случаев. У остальных — в течение 3 мес лечения.

Во II группе положительная динамика отмечена на втором месяце лечения. В III группе у 18 пациентов (60,0%) исчезновение интоксикации на третьем месяце.

Респираторные жалобы в основной группе к концу первого месяца исчезли у 100% (23) пациентов. Во II и III группах исчезновение жалоб было постепенное.

В группе пациентов, получавших плацебо, симптомы купированы в конце интенсивной фазы (7 больных). В III группе у 13 (41,9%) пациентов купированы на втором, 9 (29,0%) — на третьем, у 5 (22,6%) — на четвертом, у 2 (6%) — на пятом месяце лечения. У 2 (6%) пациентов этой группы до конца интенсивной фазы лечения сохранились респираторные жалобы.

Прекращение бактериовыделения в I группе наступило в первые три месяца: в конце 1-го месяца — в 26,1%, в конце 2-го — в 52,2% и 3-го — в 21,7% случаев. Через три месяца все пациенты, получавшие адьювантную терапию, были абациллированы. Во II и III группах первые два месяца негативации мокроты не было отмечено ни у одного пациента. В группе «плацебо» в конце третьего месяца прекратилось бактериовыделение у 33,3% пациентов и далее абациллирование фиксировали ежемесячно по 1–2 случая. К концу интенсивной фазы девять из десяти пациентов этой группы перестали выделять МБТ. В III группе к концу третьего месяца перестали выделять МБТ 53,0%, 4-го — 18% и 5-го 14,7% пациентов; у четырех пациентов бактериовыделение сохранялось.

Положительная рентгенологическая динамика в I группе была отмечена у всех пациентов уже после первых двух месяцев лечения и продолжалась в дальнейшем. В контрольных группах в период первого контрольного обследования положительных изменений не было. В группе, получавшей плацебо, максимальная положительная рентгенологическая динамика была на третьем месяце лечения (77,8%), в III группе — рентгенологическая динамика была замедленной и была документирована только к четвертому-пятому месяцу лечения (64,7%).

**Выводы.** Включение глутамил-цистеинил-глицин динатрия (глутоксима) в схему лечения позволяет повысить его эффективность и ускорить темпы заживления туберкулеза, что подтверждает адьювантные свойства препарата.