

# INFUSION & CHEMOTHERAPY

1 / 2020  
СІЧЕНЬ/JANUARY •  
БЕРЕЗЕНЬ/MARCH

ІНФУЗІЯ & ХІМІОТЕРАПІЯ  
НАУКОВИЙ ЖУРНАЛ  
INFUSION & CHEMOTHERAPY  
SCIENTIFIC JOURNAL

DOI: 10.32902/2663-0338  
ISSN 2663-0338

Заснований у жовтні 1997 року під назвою «Український Хіміотерапевтичний Журнал».  
З 2016 року випускається за підтримки Громадської Спілки «Асоціація з інтенсивного лікування інфекційних захворювань» (INCURE).  
З 2018 року випускається під назвою «Інфузія & Хіміотерапія».  
Засновники: ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України»  
і Громадська Спілка «Асоціація з інтенсивного лікування інфекційних захворювань» (INCURE).

## ПОЧЕСНИЙ РЕДАКТОР

Я.О. Фещенко

## РЕДАКТОРИ ВИПУСКУ

О.С. Денисов  
Т.А. Спринсян

## HONORARY EDITOR

Y.I. Feshchenko

## PRODUCTION EDITORS

O.S. Denysov  
T.A. Sprynsian

## ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР

М.І. Гуменюк

## EDITOR-IN-CHIEF

M.I. Gumeniuk

## ЗАСТУПНИК

### ГОЛОВНОГО РЕДАКТОРА

Я.О. Дзюблик

## АДМІНІСТРАТОР

Л.Д. Канцидайло

## DEPUTY

### EDITOR-IN-CHIEF

Ya.O. Dziublyk

## ADMINISTRATOR

L.D. Kantsydailo

## РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Д.О. Бутов  
Н.Г. Горovenko  
Г.Л. Гуменюк  
С.В. Зайков  
Д.І. Іванов  
Л.І. Конопкина  
В.А. Краснов (Росія)  
Д.В. Краснов (Росія)  
М.М. Кушко  
Н.А. Литвиненко  
В.М. Мельник  
В.П. Мельник

Т. Міхаеску (Румунія)  
Ю.М. Мостовой  
М.М. Островський  
Н.Н. Парпієва (Узбекистан)  
Р. Русламі (Індонезія)  
І. Соловіц (Словакія)  
Т.В. Тлустова  
Й.М. Чакайя (Кенія)  
В.Ф. Чехун  
В.П. Ширококов

## EDITORIAL BOARD

D.O. Butov  
N.H. Horovenko  
G.L. Gumeniuk  
S.V. Zaikov  
D.I. Ivanov  
L.I. Konopkina  
V.A. Krasnov (Russia)  
D.V. Krasnov (Russia)  
M.M. Kuzhko  
N.A. Lytvynenko  
V.M. Melnyk  
V.P. Melnyk

T. Mihaescu (Romania)  
Y.M. Mostovoj  
M.M. Ostrovskyi  
N.N. Parpieva (Uzbekistan)  
R. Ruslami (Indonesia)  
I. Solovic (Slovakia)  
T.V. Tlustova  
J. Chakaya (Kenya)  
V.F. Chekhun  
V.P. Shyrobokov

Реєстраційне свідоцтво: КВ № 23573-13413ПР від 27.09.2018. Статті прорецензовано. Рекомендовано до друку Вченою радою Державної установи «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського Національної академії медичних наук України». Протокол №2 від 18.02.2020. Підписано до друку 26.02.2020.

Періодичність випуску – 4 рази на рік. Наклад – 1000 прим.

**Адреса редакції:** 10, вул. М. Амосова, м. Київ, 03038, Україна. Електронна адреса: [info@incure.info](mailto:info@incure.info) Тел.: +380665134849

Журнал розміщується на сайті Національної наукової бібліотеки України ім. В.І. Вернадського

<http://www.irbis-nbuv.gov.ua/>

Журнал індексується наукометричними ресурсами Crossref, Google Scholar, World Cat

Електронна версія журналу розміщується на [incure.info/journal/](http://incure.info/journal/),

а також на офіційному сайті НІФП НАМН: [www.ifp.kiev.ua/doc/journals/ic.htm](http://www.ifp.kiev.ua/doc/journals/ic.htm)

**Друк:** ПП «МАСТЕР ПРИНТ», 2, вул. Генерала Шаповала, м. Київ, 01035.



НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ  
ФТИЗІАТРІЇ І ПУЛЬМОНОЛОГІЇ  
ІМ. Ф.Г. ЯНОВСЬКОГО

© Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського Національної академії медичних наук України», 2020

INCURE

COMMUNICABLE  
DISEASES  
INTENSIVE CARE  
ASSOCIATION

© Громадська Спілка «Асоціація з інтенсивного лікування інфекційних захворювань» (INCURE), 2020

ISSN 2663-0338



9 772663 033008

## ■ ЗМІСТ

### ■ ЮВІЛЕЙ

Михайло Михайлович Кужко – ювіляр! ..... 5

### ■ ОГЛЯДОВА

Інфузійна терапія в неврології та нейрохірургії: оновлені сучасні рекомендації ..... 6

С.М. Недашківський, О.А. Галушко

### ■ ОРИГІНАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

Основні причини неефективності хіміотерапії у хворих на мультирезистентний туберкульоз легень ..... 10

М.І. Сахелашвілі, І.Л. Платонова, О.І. Сахелашвілі-Біль, Т.В. Тлустова

Актуальність відстеження дітей, які контактували з хворими на мультирезистентний туберкульоз у межах домогосподарства ..... 14

О.М. Разнатовська, А.С. Москалюк, Т.А. Грекова, Л.І. Чернишова, О.О. Пушнова, Т.І. Шелестіна

Оцінка стану мікробіоценозу товстої кишки при хронічному обструктивному захворюванні легень у коморбідності з хронічним панкреатитом ..... 24

Л.С. Бабінець

### ■ ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД

Прогностичні фактори успішності лікування туберкульозу: систематичний огляд із метааналізом ..... 30

Н.М. Чавес Торрес, Х.Х. Кіхано Родрігез, П.С. Поррас Анраде, М.Б. Арріага, Е.М. Нетто

### ■ ТЕЗИ КОНФЕРЕНЦІЇ

Тези Національної науково-практичної конференції «Актуальні питання ведення хворих на хіміорезистентний туберкульоз: міжнародний та національний досвід», 19-20 березня 2020 р., м. Київ ..... 35

### ■ ВИМОГИ ДО АВТОРІВ

..... 89

## ■ CONTENT

### ■ ANNIVERSARY

Mikhail Mikhailovich Kuzhko – person whose anniversary be celebrate ..... 5

### ■ REVIEW

Infusion therapy in neurology and neurosurgery: updated modern recommendations ..... 6

S.M. Nedashkivskiy, O.A. Halushko

### ■ ORIGINAL STUDIES

Main causes of chemotherapy inefficiency in patients with multidrug-resistant pulmonary tuberculosis ..... 10

M.I. Sakhelashvili, I.L. Platonova, O.I. Sakhelashvili-Bil, T.V. Tlustova

The relevance of household contacts tracing among child contacts of patients with multidrug-resistant tuberculosis ..... 14

O.M. Raznatovska, A.S. Moskaliuk, T.A. Grekova, L.I. Chernyshova, O.O. Pushnova, T.I. Shelestina

Assessment of the colon microbiocenosis at chronic obstructive pulmonary disease in comorbidity with chronic pancreatitis ..... 24

L.S. Babinets

### ■ FOREIGN EXPERIENCE

Factors predictive of the success of tuberculosis treatment: a systematic review with meta-analysis ..... 30

N.M. Chaves Torres, J.J. Quijano Rodriguez, P.S. Porras Andrade, M.B. Arriaga, E.M. Netto

### ■ CONFERENCE ABSTRACTS

Abstracts of the National Scientific and Practical Conference «Actual Issues in the Management of Patients with Chemoresistant Tuberculosis: International and National Experience», March 19-20, 2020, Kyiv ..... 35

### ■ REQUIREMENTS FOR AUTHORS

..... 89

## Лікування хворих на лікарсько-стійкий туберкульоз

Р.Г. Процюк, В.І. Петренко, І.О. Галан, Г.Й. Власова-Процюк, С.Б. Норейко, В.І. Потайчук, О.Є. Бегоулев, Я.В. Бондаренко, О.В. Стополянський

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ

**Обґрунтування.** Штами туберкульозу з лікарською стійкістю (ЛСТБ) складніше лікувати, ніж лікарсько-чутливий туберкульоз (ЛЧТБ). Україна є однією з десяти країн світу з найбільшим тягарем захворюваності на туберкульоз із множинною лікарською стійкістю (МЛС-ТБ). Серед основних причин, які зумовлюють напружену ситуацію з ТБ в Україні, слід назвати низьку ефективність лікування, причинами якої є:

- прогалини в організації раннього виявлення ТБ та швидкої діагностики стійкості мікобактерій туберкульозу (МБТ) до протитуберкульозних препаратів (ПТП);
- недостатньо швидке впровадження нових препаратів і схем, рекомендованих Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) для лікування хворих на ЛСТБ;
- недостатня увага до питань психосоціальної підтримки пацієнтів;
- поширення лікарсько-стійких форм ТБ і коінфекції ТБ/ВІЛ.

В Україні, за даними ВООЗ, щороку не виявляють близько 23 % випадків ТБ, що є причиною подальшого його поширення серед населення поряд із випадками перерваного та невдалого лікування.

**Мета.** Визначити ефективність лікування хворих на ЛСТБ шляхом застосування нових схем, рекомендованих ВООЗ, на момент завершення інтенсивної фази хіміотерапії (ІФХТ).

**Матеріали та методи.** У ретроспективному когортному дослідженні взяли участь 216 хворих на ТБ легень, із яких 111 – із ЛЧТБ та 105 – із ЛСТБ. Вивчали ефективність лікування на момент завершення ІФХТ. Хворі на ЛСТБ розподілені на групи порівняння: із підтвердженим рифампіцин-чутливим та ізоніазид-стійким туберкульозом (Нрез-ТБ) – 14 осіб, із рифампіцин-резистентним туберкульозом (Риф-ТБ) – 15, із резистентністю до ізоніазиду й рифампіцину та без стійкості до фторхінолонів (Риф/МЛС-ТБ) – 41, зі стійкістю МБТ до ПТП першого та другого ряду, що відповідало широкій стійкості ТБ (ШСТБ), – 35. Учасники дослідження не відрізнялися за віком, статтю, поширеністю ТБ, кількістю та розмірами деструкцій, інтенсивністю хіміотерапії протягом ІФХТ. Усім хворим у режимі ХТ щоденно в середньотерапевтичних дозах призначали не менш як 4 ефективні ПТП. Якщо протягом ІФХТ неможливо було призначити 4 ефективні ПТП першого-другого ряду, використовували ПТП п'ятої групи.

**Результати та їх обговорення.** Лікування ТБ здійснювали за пацієнтоцентричною моделлю, з огляду на індивідуальні особливості, прихильність до терапії, протипоказання, результати тесту медикаментозної чутливості МБТ до антимікобактеріальних препаратів (АМБП), дані анамнезу попереднього використання АМБП, навчання пацієнтів, членів їхніх сімей заходам інфекційного

контролю, застосування контролю за прийомом АМБП, соціальної та психологічної підтримки хворого. У пацієнтів із ЛЧТБ легень незалежно від ВІЛ-статусу застосовували стандартизовану 6-місячну схему лікування: початкова фаза складалася з 2 місяців (60 доз) – 2HRZE, фаза продовження – з 4 місяців (120 доз) – 4HR. Дози застосованих АМБП і режим їх прийому відповідали настанові ВООЗ із ведення ЛЧТБ. Лікування пацієнтів із Нрез-ТБ проводили із застосуванням рифампіцину, етамбутолу, піразинаміду та левофлоксацину протягом 6 місяців. Ін'єкційні препарати не застосовували. Дози застосованих АМБП відповідали консолідованим настановам із ведення ЛСТБ. У хворих із вперше діагностованим Риф/МЛС-ТБ без стійкості до фторхінолонів від початку призначали стандартизований короткостроковий режим лікування (КРЛ) тривалістю 9-11 місяців, зважаючи на протипоказання. Наявність протипоказань до КРЛ у пацієнтів із Риф/МЛС-ТБ та стійкість МБТ до ПТП другого ряду були підставою для призначення лікування за індивідуальними режимами. В індивідуальній КРЛ включали всі три препарати групи А (левофлоксацин, бедаквілін, лінезолід) і як мінімум один АМБП групи В (клофазимін, цикloserин або теризидон), тобто щонайменше чотири АМБП із доведеною ефективністю протягом 24 тижнів (6 місяців). Якщо в терапії використовували тільки один або два препарати групи А, то додатково включали два препарати групи В. За неможливості скласти повноцінний режим із чотирьох АМБП груп А та В призначали АМБП групи С (етамбутол, деламанід, піразинамід, іміпенем/циластатин, меропенем, амікацин, етіонамід, парааміносаліцилову кислоту) за низхідним порядком пріоритетності препаратів. Для більшості пацієнтів із МЛС-ТБ застосовували довготривалі режими лікування – 18-20 місяців. Дози застосованих АМБП відповідали консолідованим настановам. Моніторинг ефективності лікування проводили відповідно до календарного моніторингу лікування хворих на ТБ. Після культуральної конверсії мокротиння загальна тривалість терапії була скорочена до 15-17 місяців. На момент завершення ІФХТ бактеріовиділення припинилося в 77,2 % хворих на ЛЧТБ, у 69,3 % – Нрез-ТБ, у 63,2 % – Риф-ТБ, у 59,4 % – МЛС-ТБ, у 41,9 % – ШСТБ. Кількість перерв у лікуванні була менша в пацієнтів, які в минулому не лікувалися. Термін припинення бактеріовиділення у хворих на ЛЧТБ становив 38 днів, Нрез-ТБ – 46 днів, Риф-ТБ – 102 доби, МЛС-ТБ – 112 днів, ШСТБ – 169 днів.

**Висновки.** Встановлено ефективність лікування хворих із ЛЧТБ із застосуванням ПТП першого ряду та з Нрез-ТБ – із додаванням до ПТП першого ряду левофлоксацину. На момент завершення ІФХТ бактеріовиділення припинилося в 77,2 та 69,2 % осіб відповідно, термін припинення бактеріовиділення

## ТЕЗИ КОНФЕРЕНЦІЇ

становив 38 і 46 діб. У хворих на Риф/МЛС-ТБ із новими випадками, котрі лікувалися ПТП першого-другого ряду, на момент завершення ІФХТ бактеріовиділення припинилося в 63,2±0,34 %, термін припинення бактеріовиділення

становив 109 діб. У хворих на ШСТБ встановлено гірші результати лікування: припинення бактеріовиділення в 41,9 %, термін припинення бактеріовиділення становив 169 діб.

УДК: 616.24-002.5-085.015.8-022.36-07-052]:314.117.3

## Характеристика контактів із хворими на мультирезистентний туберкульоз у межах домогосподарств

О.М. Разнатовська, А.С. Москалюк

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

**Обґрунтування.** Хворі на мультирезистентний туберкульоз (МРТБ) із бактеріовиділенням становлять небезпеку для здорових осіб у своєму оточенні, особливо в межах домогосподарств.

**Мета.** З'ясувати характер проявів ТБ серед осіб, які контактували з хворими на МРТБ у межах домогосподарств.

**Матеріали та методи.** Проаналізовано прояви ТБ в осіб, які контактували з хворими на МРТБ у межах 12 домогосподарств (12 дорослих індексних пацієнтів – ІП).

**Результати.** Серед 12 ІП із МРТБ було 6 (50 %) хворих на ТБ із розширеною резистентністю (РРТБ). Обстежено 40 контактних осіб: віком 0-18 років – 15 (37,5 %), понад 18 років – 25 (62,5 %). Серед контингенту віком 0-18 років було 14 дітей (93,3 %) та 1 підліток (6,7 %). У 24 контактних осіб (60 %) виявлено активний ТБ – в 11 осіб віком 0-18 років (27,5 %) і 13 дорослих (32,5 %). З-поміж 13 дорослих контактних осіб, які захворіли на ТБ, у 5 (38,5 %) діагностовано МРТБ, у 4 (30,7 %) – РРТБ, у 3 (23,1 %) – рифампіцин-стійкий ТБ, в 1 (7,4 %) – ризик МРТБ. З-поміж 11 осіб віком 0-18 років дітей до 2 років було 6 (54,5 %), до 5 років – 2 (18,2 %), понад 5 років – 2 (18,2 %), 1 підліток (9,1 %). Отже, захворюваність серед дітей віком до 2 років у 3 рази вища відносно

інших розрізів дитячого віку. У 63,6 % випадків діти були не щеплені вакциною БЦЖ: 83,3 % – діти до 2 років і 100 % – до 5 років. Бактеріовиділення зареєстровано лише в 3 дітей і в усіх випадках встановлено повний збіг профілів лікарської стійкості мікобактерій туберкульозу (МБТ). При цьому в усіх дорослих контактних осіб зареєстровано повний збіг профілів лікарської стійкості МБТ з ІП.

**Висновки.** Із 40 контактних осіб у 60 % випадків виявлено активний ТБ, із них 27,5 % становили особи віком 0-18 років і 32,5 % – дорослі. Частота захворювання між дорослими та дітьми достовірно не відрізнялася. Серед контингенту віком 0-18 років, які контактували з ІП у межах домогосподарств, найбільш схильними до розвитку ТБ були невакциновані діти до 2 і 5 років. Зараження осіб, які контактували з ІП, відбувається саме їхньою резистентною МБТ із відповідним профілем лікарської стійкості МБТ до антимікобактеріальних препаратів ІП. Отримані дані вказують на важливість контактних розслідувань у межах домогосподарства з вивченням характеру проявів ТБ у таких випадках, що є вкрай важливим і необхідним компонентом у своєчасному запобіганні його передачі, ранній діагностиці та лікуванні МРТБ як у дорослих, так і в дітей.

УДК: 616.24-002.5:615.015.8:616.89

## Оцінка психологічного стану пацієнтів із мультирезистентним туберкульозом легень

Ю.О. Сенько

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України», м. Київ

**Обґрунтування.** Захворювання на туберкульоз слід розглядати як психотравмувальну ситуацію, котра здатна зумовлювати специфічні емоційні реакції, поведінку, змінювати світогляд, ставлення людини до дійсності. За даними літератури, до психологічного симптомокомплексу, що найчастіше трапляється в клініці туберкульозу, належать астеничний синдром (млявість, слабкість, підвищена виснаженість і дратівливість, зниження розумової та фізичної працездатності, що наростає) та депресивний

синдром (пригнічений стан, який нерідко супроводжується відчуттям тривоги, неспокою, пов'язаних із захворюванням; думками про безнадійність, приреченість свого стану; занепокоєнням і страхом не тільки за своє здоров'я, але й за здоров'я близьких людей). Спостерігаються також апатія, байдужість.

**Мета.** З'ясувати психоемоційний стан хворих на мультирезистентний туберкульоз легень, у яких застосовували пацієнт-орієнтований підхід на тлі сучасних режимів антимікобактеріальної терапії (АМБТ).