

ЛЕВОФЛОКСАЦИН (ТАВАНИК) В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПОЛИРЕЗИСТЕНТНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Гаврилова Александра Александровна

студент Оренбургского государственного медицинского университета, РФ, г. Оренбург

Гайсина Гузель Шавкатовна

студент Оренбургского государственного медицинского университета, РФ, г. Оренбург

Сердюк Светлана Владимировна

научный руководитель, канд. мед. наук, старший преподаватель Оренбургского государственного медицинского университета, РФ, г. Оренбург

Актуальность. Проблема болезней органов дыхания является одной из наиболее актуальных в современной клинической медицине. Соотношение заболеваний, вызванных туберкулезной и неспецифической инфекцией, не равнозначно. Многочисленные статистические сводки последних лет показали угрожающий рост туберкулезных поражений бронхов и легких, число которых, удвоилось за последние 10 лет.

Туберкулез — это инфекционное заболевание, возбудителем которого является микобактерия туберкулеза, с преимущественным поражением органов дыхания, характеризующееся полиморфной симптоматикой.

Лечение туберкулеза любой группой антибиотиков невозможно, т. к. туберкулезная палочка имеет специфичность строения клеточной стенки. Для угнетения этой специфичности, с целью создания бактерицидного действия, используют синтетические препараты: изониазид, менее эффективны препараты этой же группы: фтивазид, метазид и салюзид.

По данным ВОЗ, во всем мире ежегодно страдают от туберкулеза около 10 млн. человек, а 1,5 млн. погибают от его осложнений. Среди причин развития негативного прогноза можно выделить социальные, общемедицинские, фтизиатрические. Последние связаны с ростом лекарственной устойчивости данного возбудителя.

Течение туберкулеза зависит от многих факторов, включая неблагоприятные условия, а также индивидуальные характеристики организма человека. В настоящее время существует ряд причин, приводящих к повышенной восприимчивости человека к туберкулезу:

1. ВИЧ;
2. злоупотребление никотином в больших дозах увеличивает вероятность туберкулеза в 2—4 раза;
3. диабет любого типа;
4. иммунодефицитные заболевания, обусловленные наличием хронических очагов инфекции.

Возрастная категория, в которой превалирует туберкулез легких — 18—26 лет. Особое значение приобретает проблема высокой лекарственной устойчивости возбудителя. Устойчивость микобактерий туберкулеза рано или поздно развивается ко всем препаратам. Поэтому на сегодня одним из важнейших решений лечения туберкулеза является создание новых препаратов, к которым еще не развилась резистентность, или скорость её развития

уменьшится.

В настоящее время с помощью препаратов нового поколения большинство больных удается излечить. Но, к сожалению, еще не разработаны новые методы лечения любой формы туберкулеза, которые приводили бы к быстрому выздоровлению в короткие сроки.

Существуют основные принципы лечения туберкулеза, которые актуальны и в наши дни:

1. комбинирование синтетических и природных антибактериальных средств;
2. раннее и своевременное начало лечения;
3. большая продолжительность лечения (от 12 до 18 месяцев).

Сочетание в лечении антибиотиков разных групп с синтетическими препаратами является методом ведения больных с деструктивным туберкулезом легких.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности перорального введения левофлоксацина в пораженный организм с полирезистентным туберкулезом легких.

Левофлоксацин (таваник) — антибактериальный препарат из группы трифторхинолонов, который представляет собой левовращающий изомер офлоксацина. Данный препарат обладает малой токсичностью, влияет на Гр+ и Гр- флору и в том числе высокоэффективен в отношении микобактерий туберкулеза. Отмечается его синергизм (взаимное усиление) с изониазидом и пиперазидом. Левофлоксацин (таваник) таблетруется в дозах по 250 и 500 мг активного вещества. По типу действия левофлоксацин относится к бактерицидным препаратам. Это означает, что антибиотик убивает болезнетворные микроорганизмы, воздействуя на них в любой стадии. А вот бактериостатические антибиотики способны только останавливать размножение [бактерий](#), то есть могут воздействовать исключительно на делящиеся клетки. Т. к. левофлоксацин обладает бактерицидным действием, он уничтожает и растущие, и покоящиеся, и делящиеся клетки.

В отечественной медицинской практике имеется опыт ингаляционного введения левофлоксацина. В Оренбургском городском клиническом противотуберкулезном диспансере в 2014 нами были проведены исследования у больных с полирезистентным туберкулезом. Основная группа перорально получала левофлоксацин. Исследования эффективности лечения и переносимости левофлоксацина были проведены у 32 больных в период с 2013 года по 2014 год. Контрольная группа из 32 больных с полирезистентным туберкулезом легких получала изониазид в таблетках в дозе 600 мг.

Все больные основной и контрольной группы страдали инфильтративным туберкулезом легких в фазе распада. Обе группы были сопоставлены по клиническим формам и возрасту. Бацилловыделение наблюдалось у всех пациентов, микобактерии туберкулеза были устойчивы к двум и более противотуберкулезным препаратам. Пациенты обеих групп уже получили основной курс химиотерапии, который оказался неэффективным или у больных отмечалась незначительная положительная клинко-рентгенологическая динамика, сохранялась деструкция. В процессе лечения больные обеих групп получали химиотерапию в соответствии с приказом МЗ РФ № 109 от 21.03.2003 г.; определялась чувствительность микобактерии туберкулеза к данным антибактериальным препаратам. В процессе лечения контролировалось общее состояние больных, изучались клинические анализы крови и мокроты, рентгенологическая динамика. Устойчивая положительная динамика, улучшение самочувствия появились на 5—7 день в основной группе у 24 пациентов (75 %) и на 10—15 день в контрольной группе у 22 пациентов (68,7 %). Исчезновение симптомов интоксикации и локальных проявления запаздывало в контрольной группе по сравнению с основной. Полное клиническое излечение с гистологическим подтверждением и минимальными рубцовыми изменениями наблюдалось у 20 пациентов (62,5 %) основной группы и у 16 пациентов (50 %) в контрольной группе. Частичные рубцовые изменения стенки бронха отмечались у 8 пациентов (25 %) в основной группе и у 8 пациентов (25 %) в контрольной группе. Прекращение бактериовыделения после проведенных курсов лечения наблюдалось у 30 пациентов (93,7 %) в основной группе и у 26 пациентов (81,2 %) в контрольной группе. Рубцевание полостей распада отмечено у 26 пациентов (81,2 %) основной группы и у 24 пациентов (75 %) контрольной группы. У 4-х пациентов (12,5 %) в каждой

группе, лечение было неэффективным в связи с сопутствующими заболеваниями, что не позволило провести им непрерывный общий курс химиотерапии.

Следует отметить, что изониазид вводился перорально в суточной дозе 600 мг (по 10 мг на кг). Левофлоксацин вводился в дозе 500 мг, что является суточной дозой. Все 64 пациента прошли полный курс лечения. Осложнений не наблюдалось.

Таким образом, в результате нашего исследования был сделан вывод, что левофлоксацин является эффективным противотуберкулезным препаратом для лечения больных с полирезистентным туберкулезом легких. Отмечена хорошая переносимость препарата. Введение одной суточной дозы препарата позволяет создать высокую, ударную концентрацию лекарственного средства. Левофлоксацин относится к препаратам III поколения, а изониазид в свою очередь является препаратом I поколения. При применении левофлоксацина частота побочных эффектов составила 10 % исследуемых, а при применении изониазида — 29 % исследуемых. Наиболее тяжелые клинические проявления возникают при применении изониазида. У больных контрольной группы возникали следующие побочные эффекты: со стороны нервной системы: периферический неврит, судороги, в т. ч. генерализованные; со стороны сердечно-сосудистой системы: повышение системного АД, стенокардия, усиление ишемии миокарда; со стороны ЖКТ: тошнота, рвота, гепатотоксичность; со стороны эндокринной системы: гинекомастия, дисменорея; со стороны крови: агранулоцитоз, тромбоцитопения; аллергические реакции: кожная сыпь, зуд. При применении левофлоксацина наиболее тяжелыми побочными эффектами являются: цереброваскулярные расстройства, аритмия, снижение АД, повышение активности ферментов печени, поражение сухожилий, миалгия, иногда наблюдаются аллергические реакции. Левофлоксацин (таваник) можно считать препаратом выбора для лечения больных с полирезистентным туберкулезом легких.

Список литературы:

1. Перельман М.И., Корякин В.А., Богадельников И.В. Фтизиатрия. Учеб. пособие — М.:2003. — 318 с.
2. Кошечкин В.А., Иванова З.А. Туберкулез. Учеб. пособие — М.:2005. — 385 с.
3. Москаленко В.Ф., Петренко В.И. Фтизиатрия. Учеб. пособие — М.:2012. — 255 с.
4. Лепшина С.М. Выявление, диагностика и лечение туберкулеза. Учеб. пособие — М.:2005. — 283 с.
5. Чучалин А.Г., Авдеев С.Н., Царева Н.А. Исследование терапевтической эквивалентности препарата Левофлоксацина при инфекционных заболеваниях дыхательных путей. — 2008. — 93—100 с.
6. Яковлев С.В., Яковлев В.П. Левофлоксацин — новый антимикробный препарат группы фторхинолонов. — М.: Дипак 2006. — 240 с.
7. Мишин В.Ю., Пунга В.В., Белоусов Ю.Б., Белоусов Д.Ю. Клинико-экономическая оценка лечения лекарственно-устойчивого туберкулеза легких // Качественная клиническая практика. 2004. № 3. С. 39—52.
8. Рудой Н.М. Лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза. — М., 1969. — 287 с.
9. Пасечников А.Д., Рич М.Л. Руководство по лечению туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью. — М.: Партнеры во имя здоровья, 2003. — 173 с.