

## Досвід ведення пацієнтів із супутньою патологією, що отримують лікування в рамках операційних досліджень мКРЛ

Литвиненко Н.А., Коротченко С.П., Сенько Ю.О.

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

**Мета.** Продемонструвати найкращі клінічні практики щодо модифікованих короткострокових режимів лікування (мКРЛ) у разі туберкульозу із множинною лікарською стійкістю (МЛС-ТБ) на тлі супутньої патології. Робота виконана коштом державного бюджету.

**Клінічний випадок.** Пацієнтка Б., 19 років. Госпіталізована до відділення діагностики хіміорезистентного ТБ із діагнозом: уперше діагностований ТБ – ВДТБ (29.10.2021) верхньої частки правої легені (інфільтративний). Дестр+, МБТ+, М+, Мг+, Риф не визначено, К+, гіст. 0, кат. 1 (ВДТБ), ког. 4 (2021). Аспергілома? Цукровий діабет 1 типу, стадія декомпенсації.

Захворіла у вересні 2021 р.: скарги на вологий кашель із відходженням слизово-гнійного мокротиння, підвищення температури тіла до 38-39 °С, задишку при ходьбі, загальну слабкість. У серпні того самого року проходила передогляд МСЕК (із приводу цукрового діабету), була рентгенологічно обстежена, проте патології не виявлено.

Зі скаргами звернулася до сімейного лікаря, обстеження (рентгенологічного, мокротиння на кислотостійкі палички) їй призначено не було, встановлено діагноз хронічного бронхіту, призначено лише відхаркувальні лікарські засоби. Спостерігався незначний позитивний ефект (зменшення кашлю та покращення відхаркування). Пацієнтка самостійно звернулася до приватної клініки, була обстежена (КТ ОГП) і з результатами скерована на консультацію фтизіатра до Національного інституту фтизіатрії і пульмонології. Госпіталізована та розпочала лікування за 1-ю категорією.

Цукровий діабет дитячий, із 2012 р. Імплантовано сенсор FreeStyle Libre. Рівні глюкози – від 5,0 до 25,0 ммоль/л. Користується виключно інсуліном короткої дії, залежно від цукрів доза сягає до 60 Од інсуліну на добу. Схильна до кетозів, особливо в дні mensis.

Страждає на ліпоїдний некробіоз, псоріаз, дисгідроз – регулярно проходить курси лікування в дерматолога.

За даними КТ ОГП запідозрено наявність аспергіломи в порожнині розпаду правої легені. Обстежена на антитіла до аспергіли (протиаспергільозних антитіл IgG та IgM імунохроматографічним тестом ASPG AB) двічі – результати негативні.

У мокротинні виявлено кислотостійкі палички, але за даними молекулярно-генетичних тестів від 02.11.2021, 03.11.2021, 05.11.2021 – МГ+, Риф не визначений у всіх трьох випадках. Пацієнтці виконано LPA – позитивний із мутаціями groB katG. Результат посіву на рідке середовище BACTEC позитивний, згідно з фТМЧ резистентність до HRZ.

Змінено клінічний діагноз: МЛС-ТБ (19.11.2021) верхньої частки правої легені (інфільтративний). Дестр+, МБТ+, М+, МГ+, Риф не визначено, гТМЧ+ (groB, katG), К+, фТМЧ I+ (HR), фТМЧ II- (ECmAmlFxmFxCfzBdqLzdDlm), гіст. 0 (ВДТБ), ког. 4 (2021).

**Результати та їх обговорення.** Пацієнтку переведено до відділення хіміорезистентних форм ТБ, рішенням центральної лікарсько-консультативної комісії з хіміорезистентного ТБ від 25.11.2021 розпочато лікування за режимом 2 мКРЛ: Lfx 1,0 Bdq 0,4 (14) – 0,2 (3/7) Lzd 0,6 Cfz 0,1 Dlm 0,2.

У січні 2022 р. було здійснено КТ-контроль (питання аспергілозу не знято), відзначалася виражена позитивна динаміка у вигляді суттєвого розсмоктування інфільтрації, очищення порожнини розпаду та кратне її зменшення.

Із початком воєнної агресії росії в Україні пацієнтка виїхала з країни до Польщі, протягом ще 1 місяця приймала призначене лікування (отримала антимікобактеріальну терапію перед евакуацією на 1 місяць у клініці інституту), шукала можливості продовжити лікування ТБ за кордоном.

Наприкінці березня 2022 р. пацієнтці вдалося потрапити до пульмонолога (чекала прийому за записом 3 тижні).



Рис. 1. КТ ОГП пацієнтки до початку лікування (23.10.2021)



Рис. 2. КТ ОГП через 2 місяці від початку лікування (25.01.2022)

## ТЕЗИ КОНФЕРЕНЦІЇ

**Таблиця.** Побічні реакції на протитуберкульозні препарати

Активна речовина	Небажані явища	Ступінь вираженості	Симптоматична терапія	Результат побічної реакції	Коментарі
Lzd	Анемія	Безсимптомна	Сорбіфер 1 таблетка на день, Емавейл 4000 МО підшкірно № 1, метилурацил 500 мг 3 р/день	Усунено 11.07.2022	
Bdq Dlm	Подовження інтервалу QTcF	Безсимптомна	Магнерот 1 таблетка 3 р/день	Без змін 19.09.2022	
Bdq Dlm	Порушення електролітного балансу	Безсимптомна	Симбітер ацидофільний за схемою	Усунено 23.12.2021	Гіпонатріємія
Lzd Lxf	Діарея	Безсимптомна		Усунено 23.12.2021	

Була госпіталізована до інфекційної клініки (ізолятор, боксоване відділення), де їй повідомили, що її перебування там (у стаціонарних умовах) триватиме 18 місяців.

Незважаючи на наявну інформацію про лікарську стійкість, було призначено лікування H R Z E Cfx. Пацієнтка через тиждень перебування в польській клініці відмовилася від лікування та 20.04.2022 повернулася до України. Перерва в лікуванні становила 26 днів. Було продовжено терапію в тому самому режимі.

Побічні реакції були нечисленими та не вище 2 ступеня, добре піддавалися усуненню (табл.). Успішно завершила лікування 19.09.2022.

У результаті лікування відзначається клінічне покращення (усунення проявів бронхопульмонального й інтоксикаційного синдромів до закінчення 1-го місяця терапії), досягнуто стійке знебацелення за мазком і культурою з 1-го місяця лікування, рентгенологічно – позитивна динаміка у вигляді повного розсмоктування інфільтрації, закриття порожнини розпаду в правій легені й ущільнення вогнищ.



**Рис. 3.** КТ ОГП наприкінці лікування (19.09.2022)

**Висновки.** Застосування мКРЛ у поєднанні з ефективним лікуванням цукрового діабету 1 типу та ретельним лабораторним моніторингом дає змогу досягти виражених позитивних результатів через 9 місяців терапії.