

Рис. 3. КТ легень наприкінці лікування: подальше розсмоктування «м'якших» вогнищ, окремі поступово ущільнюються

не вживає від часу госпіталізації в центр реабілітації, вивезла дитину за кордон із родичами, одружується й успішно вирішує питання з приводу позбавлення біологічного батька дитини батьківських прав.

Результат лікування: пацієнтка отримала повний курс ІРЛ, досягнуто знебацилення з 2-го місяця терапії, а також яскраво позитивної клініко-рентгенологічної динаміки за даними КТ через 6 і 12 місяців лікування (рис. 2, 3). Також пацієнтка на останньому візиті відзначала значне

покращення соціально-психологічного стану, відсутність наразі алкогольної залежності, активну життєву позицію, налагодження особистого життя та великі плани на майбутнє.

Висновки. Лікування хіміорезистентного ТБ має передбачати не лише ефективний короткостроковий режим, а й комплексний підхід із застосуванням різних методик із покращення соціально-психологічного стану для створення умов для виліковування.

УДК: 616-002.5-085.28.015.8-06:616-022.7:579.873.2

DOI: 10.32902/2663-0338-2022-4.1-27

Особливості ведення хворої на хіміорезистентний туберкульоз із супутнім мікобактеріозом, спричиненим *M. abscessus*.

Клінічний випадок

Литвиненко Н.А., Любевич Р.Л.

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

Обґрунтування. У пацієнтів із туберкульозом (ТБ) доволі частою супутньою патологією є мікобактеріоз, що може певним чином ускладнити прогноз лікування та спричинити труднощі в підборі правильного режиму через відсутність чітких рекомендацій і протоколів.

Мета. Оцінити результат лікування пацієнтки з ТБ із широкою лікарською стійкістю (ШЛС-ТБ) із супутнім мікобактеріозом легень, спричиненим *Mycobacterium abscessus*.

Клінічний випадок. Хвора В., 34 роки, вага – 66 кг. Основний діагноз: А15.0 – ШЛС-ТБ (17.05.2021), пре-ШЛС-ТБ (31.03.2021), Риф-ТБ (19.03.2021) верхньої частки лівої легені (інфільтративний). Дестр+, МБТ+, М+, МГ+, Риф+, гТМЧ (HRQKm), К+, фТМЧ I (HRZE), фТМЧ II (LfxMfxBdq), гіст. 0, кат. 4 (вперше діагностований ТБ), ког. 1 (2021). Супутній

діагноз: А31.9 – мікобактеріоз легень, виділено нетуберкульозні мікобактерії – НТМБ (*M. abscessus*). Раніше не лікована, протитуберкульозні препарати не отримувала.

Лікування: інноваційний короткостроковий режим ВРАІ на базі Національного інституту фізіатрії і пульмонології НАМН України (НІФП НАМНУ) в рамках операційного дослідження 2021 р.

Особливості лікування: на 17-й дозі було отримано фТМЧ (табл. 2), за яким визначено стійкість до препаратів I ряду, фторхінолонів і бедаквіліну. Діагноз змінено на ШЛС-ТБ. Зважаючи на наявність критерію виключення (стійкість до компоненту схеми ВРАІ – Bdq), пацієнтку було виключено з операційного дослідження, призначено індивідуалізований режим лікування: 12LzdDlmCsMpnAmx.

Таблиця 1. Результати тестів на медикаментозну чутливість від початку лікування

Метод дослідження	Лабораторія	H	R	E	Cm	Ofx	Z	Km	Lfx	Pt	Cfz	Am	Mfx 1,0	Mfx 0,25	Mfx	Lzd	Bdq	Dlm
Xpert	LAB 3/2	×	R	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
GenoType	LAB 3/2	R	R	×	×	R	×	R	R	×	×	×	×	×	R	×	×	

ТЕЗИ КОНФЕРЕНЦІЇ



У лівій легені в S1-S3, S6 на тлі підсиленого легеневого малюнка спостерігаються поліморфні вогнищеві тіні, одиночні та зливного характеру, в S2 – субплеврально потовщений масивний інфільтрат із просвітами бронхів і мілкою порожниною розпаду. КТ-ознаки інфільтративного ТБ верхньої частки лівій легені у фазі розпаду

Рис. 1. Комп'ютерна томографія легень до початку лікування

Таблиця 2. Результати фТМЧ у процесі лікування

Метод дослідження	Лабораторія	H	R	E	Cm	Ofx	Z	Km	Lfx	Pt	Cfz	Am	Mfx 1,0	Mfx 0,25	Mfx	Lzd	Bdq	Dlm
ВАСТЕС	LAB TB institute	R	R	R	S	×	R	×	R	×	S	S	S	R	×	S	R	S
ВАСТЕС	LAB 3/2	×	×	×	S	×	×	×	R	R	S	S	S	R	×	S	R	S

Бактеріальна конверсія відбулася вже на 1-му місяці лікування, проте на 3-му й 4-му місяцях отримано відразу два результати культури НТМБ+ (*M. abscessus*), що є критерієм встановлення діагнозу «Мікобактеріоз легень»

і призначення додаткової схеми лікування мікобактеріальної інфекції, спричиненої *M. abscessus*.

Результат лікування: пацієнтка отримала 182 дози за режимом ВPaL, досягнуто стійкого знебацилення



Рис. 2. Комп'ютерна томографія через 3 (А) та 6 місяців (Б) від початку лікування: значне розсмоктування вогнищеві-інфільтративних змін, закриття порожнини деструкції ліворуч

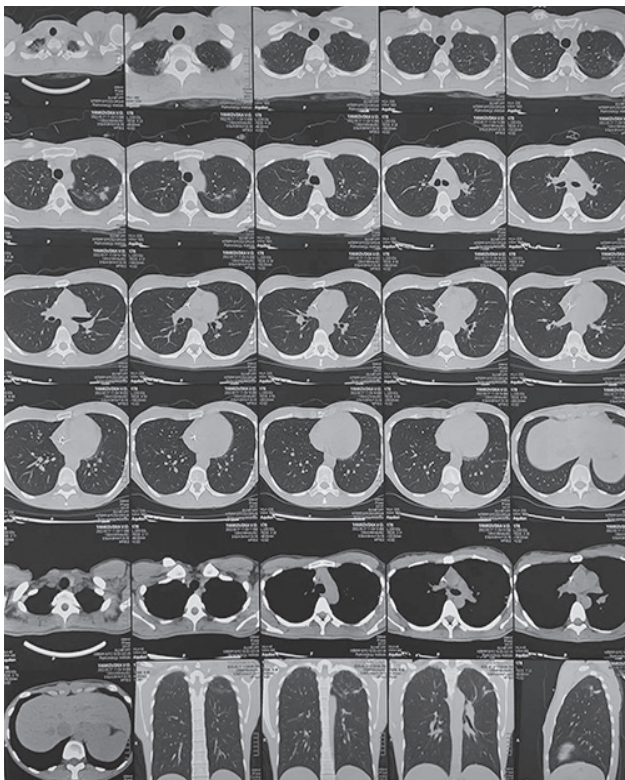


Рис. 3. Комп'ютерна томографія наприкінці лікування (12 місяців)

та яскраво позитивної КТ-динаміки. Також удалося отримати позитивну динаміку стосовно результатів глікемії й досягти покращення компенсації цукрового діабету 2 типу на тлі додаткового симптоматичного лікування з метою зменшення ризику ускладнення полінейропатії та розвитку мікротромбозів.

Порівняно з початковим КТ спостерігалася позитивна динаміка процесу: виражене розсмоктування вогнищево-інфільтративних змін, зменшення розмірів і кількості порожнин деструкції.

Враховуючи вищенаведене й аналіз джерел стосовно потенційно ефективних препаратів проти *M. abscessus*, було рекомендовано застосування кларитроміцину 1 г на добу, моксифлоксацину 0,8 на добу в поєднанні з ін'єкційним препаратом. Від оперативного лікування пацієнтка відмовилася. Оскільки вона також приймала потенційно ефективні проти *M. abscessus* MpnAmx і Lzd, лікування продовжене в режимі 12LzdDlmCsMpnAmx + ClmMfx. На КТ спостерігалася виражена позитивна динаміка через 3 та 6 місяців від початку лікування (рис. 2).

Позитивна культура НТМБ отримана лише на 3-5-му місяцях лікування, надалі всі культури були негативними. Загалом отримано 7 негативних культур після позитивної НТМБ та 12 культур після позитивної МБТ. Досягнуто позитивної клініко-рентгенологічної динаміки (рис. 3) та стійкого знебацелення.

Висновки. Сортування пацієнтів у процесі лікування за допомогою інноваційного режиму VPaL, а також комплексного підходу до терапії коінфекції ТБ/мікобактеріоз має важливе значення для позитивного прогнозу й успішного вилікування пацієнтів.