УДК: 616.2-002.5-085.015.8+616.98:578.828+616.98:578.825]-06-085 DOI: 10.32902/2663-0338-2022-4.1-41

Лікування хворих на МЛС-ТБ/ВІЛ/ЦМВ за модифікованими короткостроковими режимами антимікобактеріальної терапії: клінічний випадок

Сенько Ю.О., Литвиненко Н.А., Погребна М.В., Процик Л.М., Щербакова Л.В.
ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України», м. Київ, Україна

Обґрунтування. Вперше за десятиліття поява нових протитуберкульозних препаратів, як-от бедаквілін і деламанід, дає змогу розробляти ефективні із задовільною переносимістю модифіковані скорочені режими.

Мета. Продемонструвати найкращі клінічні практики щодо модифікованих короткострокових режимів лікування у хворого на туберкульоз із множинною лікарською стійкістю (МЛС-ТБ), поєднаний із вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) і цитомегаловірусною (ЦМВ) інфекцією.

Матеріали та методи. Роботу виконано коштом державного бюджету. Представлено клінічний аналіз уперше діагностованого генералізованого МЛС-ТБ, поєднаного з ВІЛ і ЦМВ-інфекцією, лікований за індивідуалізованим режимом протягом 6 місяців, який призначався за покроковим алгоритмом Всесвітньої організації охорони здоров'я на підставі даних фенотипового тесту медикаментозної чутливості (фТМЧ).

Пацієнт Ц., 53 роки. Госпіталізований зі скаргами на підвищення температури тіла до 39 °С, загальну слабкість, кашель із невеликою кількістю слизового мокротиння, задишку при фізичному навантаженні.

Раніше не лікований, захворів гостро, до лікаря звернувся з приводу гострої респіраторної вірусної інфекції. Стан погіршився, було проведено Ro-ОГП, виявлено зміни. Після лікування пневмонії стан дещо покращився. Через 5-8 днів знову з'явилися скарги на підвищення температури тіла. Виконано комп'ютерну томографію органів грудної порожнини (КТ ОГП), обстежився в онколога, проведено біопсію легень, після чого було встановлено діагноз ТБ. При дообстеженні мокротиння МБТ+, МГ+, Риф+, К+, згідно з фТМЧ виявлено резистентність до ізоніазиду та рифампіцину, чутливість до фторхінолонів, лінезоліду, бедаквіліну, клофазиміну, деламаніду. Вперше діагностовано антитіла до ВІЛ, антиретровірусну терапію (АРТ) не отримував.

На КТ ОГП – ознаки лівобічного пневмогідроторакса, дисемінованого ТБ легень у фазі інфільтрації, розпаду. Внутрішньогрудна лімфаденопатія (рис. 1).

Було призначено лікування: бедаквілін 0,4-0,2 за схемою, моксифлоксацин 0,8, лінезолід 0,6, циклосерин 0,75, деламанід 0,1 × 2 рази на добу щоденно протягом 6 місяців.

Результати та їх обговорення. Попередній результат через 1 місяць лікування – стійка нормалізація температури тіла, що дало змогу призначити АРТ: DTG + TDF/FTC. До початку лікування CD4 – 26 кл., вірусне навантаження – 114 835 копій/мл. Полімеразна ланцюгова реакція ДНК ЦМВ – 13 990 копій/мл, до лікування додали ганцикловір. Із першого місяця лікування відзначаються зникнення клінічних проявів хвороби та негативація культури. Переносимість антимікобактеріальної, антиретровірусної та противірусної терапії була задовільною, небажаних явищ не зафіксовано.

Через 6 місяців проведено КТ ОГП. Порівняно з КТ-обстеженням від 24.01.2022 позитивна динаміка процесу: зменшення кількості вогнищево-інфільтративних змін і закриття деструкції, зменшення розмірів внутрішньогрудних лімфатичних вузлів (рис. 2).

Висновки. У пацієнтів відбувається швидка негативація культури, що доводить доцільність скорочення лікування до 6 місяців. Перспективи подальшого розвитку: вивчення віддалених результатів і порівняння частоти виникнення повторних епізодів захворювання в разі застосування режимів із різною тривалістю лікування.

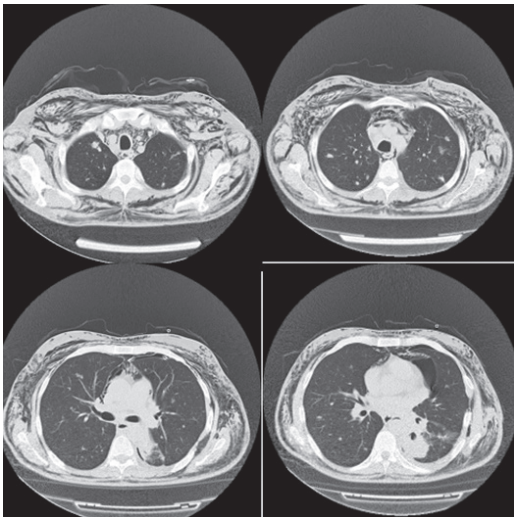


Рис. 1. КТ ОГП пацієнта до початку лікування

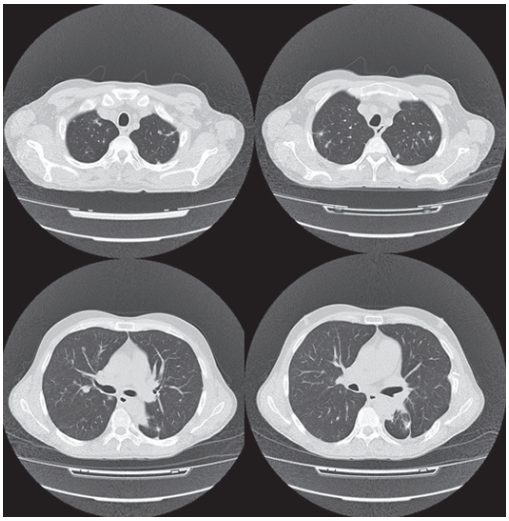


Рис. 2. КТ ОГП через 6 місяців лікування