

О. П. Чоботар, Н. А. Литвиненко

КЛІНІЧНА ДЕМОНСТРАЦІЯ НОВИХ ВИПАДКІВ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ ТА ТУБЕРКУЛЬОЗУ ІЗ ПРЕ-РОЗШИРЕНОЮ РЕЗИСТЕНТНІСТЮ, КЛІНІЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ СКОРОЧЕНИХ СХЕМ ХІМІОТЕРАПІЇ

ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології мені Ф. Г. Яновського НАМН України"

Актуальність. Діючі режими хіміотерапії для хворих на МРТБ є токсичними та тривалими (20 місяців). Побічні реакції від протитуберкульозних препаратів майже не реєструються, що призводить до виникнення великої кількості виражених побічних реакцій та відмови хворих від лікування (перерви у лікуванні). На даний час у світі

проводяться розробки щодо скорочення основного курсу хіміотерапії, особливо для нових випадків МРТБ/РРТБ, з метою зменшення токсичності протитуберкульозної хіміотерапії та підвищення ефективності лікування шляхом зменшення перерв. Одним із обґрунтувань скорочення лікування є інтенсифікація режиму хіміотерапії за рахунок включення у лікування більшої кількості бактерицидних препаратів.

©. Чоботар О. П., Литвиненко Н. А, 2016

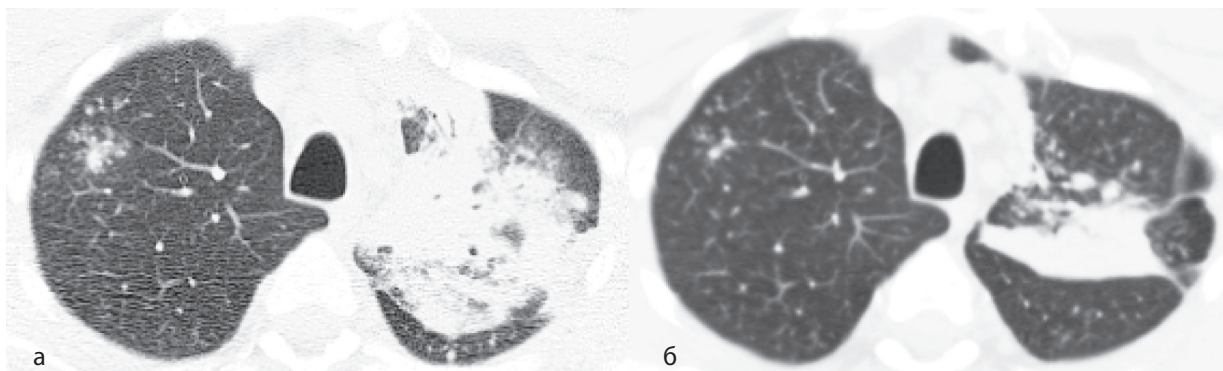


Рис. 1. КТ легень на момент початку ІФХТ (а) та через 4 міс лікування (б).

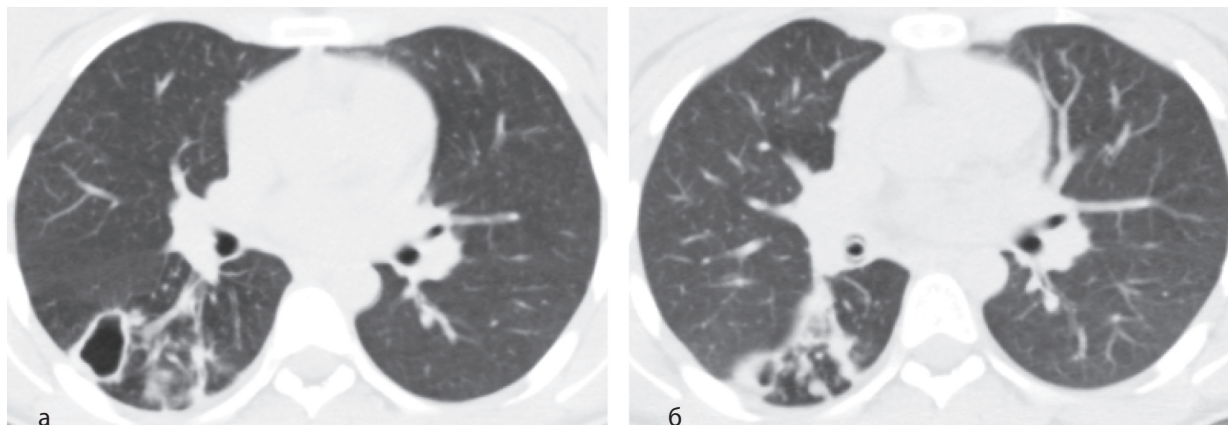


Рис. 2. КТ легень на момент початку ІФХТ (а) та через 4 міс лікування (б).

Мета — провести клінічну демонстрацію декількох випадків МРТБ у хворих, котрим було застосовано скорочені режими хіміотерапії відповідно до НДР А.16.02 «Розробити ефективні стандартні та індивідуалізовані режими хіміотерапії для лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз легень», котра запланована та виконується в ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України».

1. Хворий П., 52 р., вага 61 кг. Діагноз: МРТБ легень (інфільтративний), Дестр(-), МБТ (+) М (-) К (+), Резист I (HRSE) Резист II (Et), Гіст (0), Кат 4 (ВДТБ), Ког 3 (2015).

Рис. 1а — КТ легень на момент початку ІФХТ (вогнищево-інфільтративні зміни, вогнища відсіву).

Призначене лікування щоденно: Піразинамід (Z) 2,0; Капреоміцин (Cm) 1,0; Авелокс (Mfx) 0,4; Протіонамід (Pt) 0,75; Коксерин (Cs) 0,75; ПАСК (PAS) 12,0; Лінезолід (Lzd) 0,6.

Результати лікування через 5 міс: припинення бактеріовиділення від початку лікування за посівом — на 1 міс, отримав 150 доз в ІФ ОКХТ, виражена позитивна динаміка.

Рис 1б — КТ легень через 4 міс лікування (повне розсмоктування свіжих вогнищ, ущільнення інфільтрату). Подальше лікування — розпочати ПФ ОКХТ : ZMfxPtCsPASLzd. Загальна тривалість ОКХТ — планово 12 місяців.

2. Хвора Д., 22 р., вага 55 кг. Діагноз: МРТБ легень (інфільтративний, S6 правої легені), Дестр (+), МБТ(+), М

(+) К (+), Резист I (HRS) Резист II (Ofx), Гіст (0), Кат 4 (ВДТБ), Ког 3 (2015).

Рис. 2а — КТ легень на момент початку ІФХТ (порожнини розпаду мілкі та середніх розмірів, перифокальна інфільтрація, вогнища засіву).

Призначене лікування щоденно: Піразинамід (Z) 1,5; Канаміцин (Km) 1,0; Авелокс (Mfx) 0,4; Протіонамід (Pt) 0,75; Коксерин (Cs) 0,75; Лінезолід (Lzd) 0,6; Кларитроміцин (Clr) 1,0 (ZKmMfxPtCsLzdClr).

Рис. 2б — КТ легень на 4 міс лікування (розсмоктування перифокальної інфільтрації та вогнищ засіву, рубцювання мілких порожнин розпаду).

Результати лікування через 5 міс: припинення бактеріовиділення від початку лікування за мазком та посівом — на 2 міс; отримала 150 доз ОКХТ: 5ZKmMfxPtCsLzdClr ; переведена в ПФ ОКХТ: ZMfxPtCsLzdH.

Загальна тривалість ОКХТ планово 12 міс.

Висновки. Ранні діагностика МРТБ та початок лікування МРТБ, збережена чутливість до ін'єкційних ПТП та фторхінолонів, обмежений процес у легенях, призначення індивідуалізованого інтенсивного режиму хіміотерапії із щоденним призначенням протягом ІФХТ 3-х ефективних ПТП із бактерицидною активністю — загалом 7-ми ПТП в середньотерапевтичних дозах, швидка конверсія мокротиння та виражена позитивна рентгенологічна динаміка через 4–5 місяців ІФХТ, стали обґрунтуванням до скорочення тривалості ІФХТ до 5-ти міс., та планування скорочення ОКХТ до 12 міс.