

Н. А. Литвиненко, Г. О. Варицька

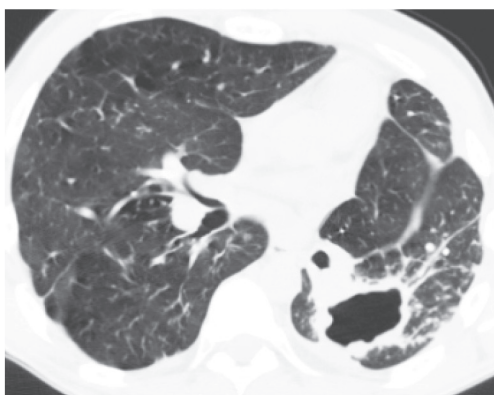
КЛІНІЧНА ДЕМОНСТРАЦІЯ ВИПАДКІВ СКОРОЧЕНОГО КУРСУ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ, ДІАГНОСТОВАНИЙ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧНИМ МЕТОДОМ

ДУ «Національний інститут фіззіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України»

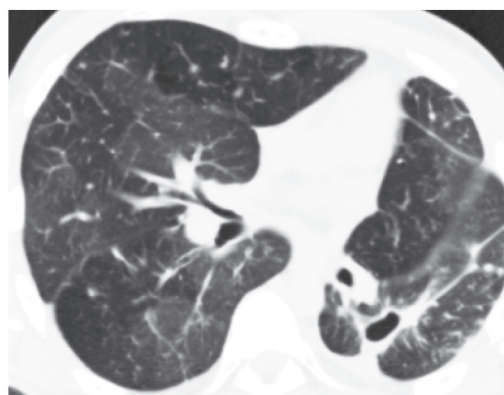
Актуальність. Діючі режими лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз (МРТБ) є тривалими і викликають велику кількість виражених побічних реакцій, що призводить до перерв у лікуванні. На даний час у світі проводяться розробки щодо скорочення основного курсу хіміотерапії, особливо для нових випадків МРТБ. Одним із обґрунтувань скорочення лікування є впровадження новітніх методик ранньої діагностики МРТБ.

Мета — провести клінічну демонстрацію декількох випадків МРТБ, котрим було застосовано скорочені режими хіміотерапії відповідно до НДР А.16.02 «Розробка короткострокових схем лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз», котра запланована та виконується в ДУ «Національний інститут фіззіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського» НАМН України.

1. Хвора О., 28 р., вага 62 кг. Діагноз: МРТБ (16.11.2015) РіфТБ (13.10.2015) лівої легені (інфільтративний) Дестр+, МБТ+, М+, МГ+/R+, К+. Резист I (HRS) Резист II (Et, Ofx), гіст 0, кат 4 (ВДТБ), ког 4 (2015).



а



б

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

Рис. 1а — КТ легень на момент початку ІФХТ (каверна середніх розмірів у верхній долі справа, з інфільтрованими стінками та вогнищами відсіву навколо).

Призначене лікування: піразінамід 2,0+ капреоміцин 1,0 + моксіфлоксацин 0,4+ протіонамід 0,75 + циклосерин 0,75+ ПАСК 12,0+ лінезолід 0,6 — щоденно. Результати лікування через 4 міс: припинення бактеріовиділення за мазком, посівом — через 1 міс лікування, зникнення клінічних проявів через 1 міс та рубцювання каверни.

Рис. 1б — КТ легень через 4 міс лікування (повне розсмоктування свіжих інфільтративно-вогнищевих змін, загоєння каверни).

Подальше лікування: продовжити ІФХТ до 5 міс, потім розпочати ПФХТ: піразінамід 2,0 + моксіфлоксацин 0,4+ протіонамід 0,75 + циклосерин 0,75+ ПАСК 12,0 + лінезолід 0,6 — щоденно до 12 місяців.

2. Хвора К., 32 р., вага 55 кг. Діагноз: МРТБ (27.11.15) РіфТБ (23.10.15) правої легені (інфільтративний) Дестр+, МБТ+, М+, МГ+/R+, К+, резист I (HRSEZ) Резист II (Ofx), гіст 0, кат 4 (ВДТБ), ког 4 (2015).

Рис. 2а — КТ легень на момент початку ІФХТ (верхньої долі справа порожнини невеликих розмірів та вогнища відсіву навколо).

Призначене лікування: піразінамід 2,0+ капреоміцин 1,0 + моксіфлоксацин 0,4+ протіонамід 0,75 + циклосерин 0,75+ ПАСК 12,0+ лінезолід 0,6 — щоденно.

Результати лікування через 4 міс: припинення бактеріовиділення за мазком, посівом — через 1 міс лікування, зникнення клінічних проявів через 1 міс, зникнення інфільтративних змін і рубцювання каверни.

Рис 2б — КТ легень через 4 міс лікування (повне розсмоктування свіжих інфільтративно-вогнищевих змін, загоєння каверни).

Подальше лікування: продовжити ІФХТ до 5 міс, потім розпочати ПФХТ: піразінамід 2,0 + моксіфлоксацин 0,4+ протіонамід 0,75 + циклосерин 0,75+ ПАСК 12,0+ лінезолід 0,6 — щоденно до 12 місяців.

3. Хвора Н., 30 р., 63 кг. Діагноз: МРТБ (04.11.14) РіфТБ (07.10.14) лівої легені (інфільтративний) Дестр+, МБТ+, М+, МГ+/R+, К+, резист I (HRS) Резист II (Et), гіст 0, кат 4 (ВДТБ), ког 4 (2014).

Рис. 3а — КТ легень на момент початку ІФХТ (інфільтрація легеневої тканини верхньої долі справа, невелика порожнина розпаду).

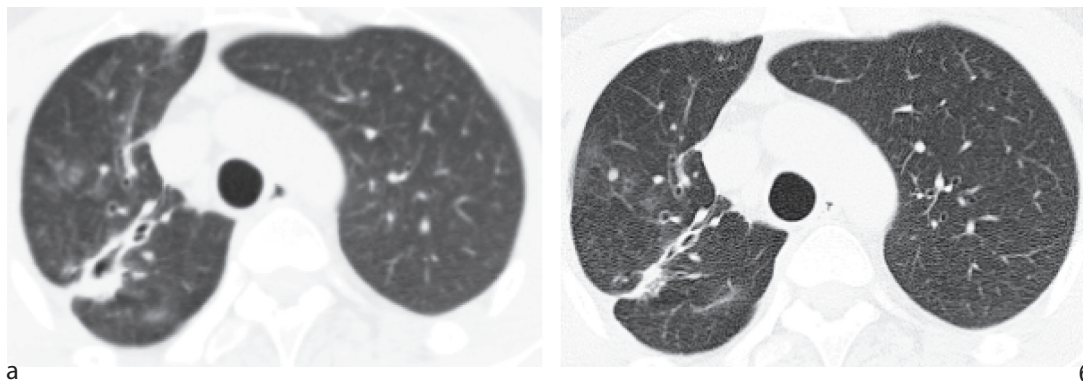


Рис. 2. КТ легень на момент початку ІФХТ (а) та через 4 міс лікування (б).

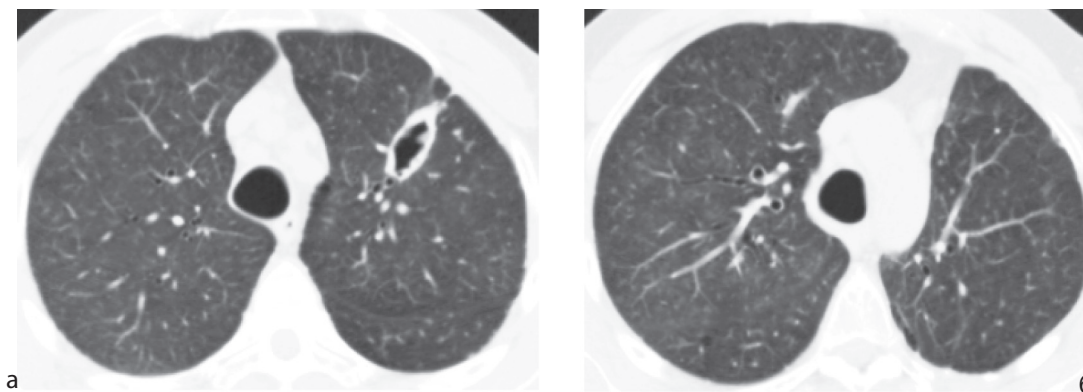


Рис. 3. КТ легень на момент початку ІФХТ (а) та через 4 міс лікування (б).

Призначене лікування: піразінамід 2,0 + капреоміцин 1,0 + етамбутол 1,6 + моксіфлоксацин 0,4+протіонамід 0,75+ циклосерин 0,75+ ПАСК 12,0 — щоденно.

Результати лікування через 4 міс: припинення бактеровиділення за мазком, посівом — через 1 міс лікування, зникнення клінічних проявів через 1 міс, рубцювання порожнини деструкції.

Рис. 3б — КТ легень через 4 міс лікування (повне розсмоктування рубцювання порожнини деструкції).

Подальше лікування: продовжити ІФХТ до 5 міс, потім розпочати ПФХТ: піразінамід 2,0 + етамбутол 1,6 + мок-

сіфлоксацин 0,4+ протіонамід 0,75 + циклосерин 0,75+ ПАСК 12,0 — щоденно до 12 місяців.

Висновки: Рання діагностика та початок лікування хворих МРТБ, обмежений процес у легенях, призначення індивідуалізованого інтенсивного режиму хіміотерапії із щоденним застосуванням протягом ІФХТ 3-х ефективних ПТП із бактеріцидною активністю — загалом 7-ми ПТП в середньотерапевтичних дозах), швидка конверсія мокротиння та виражена позитивна рентгенологічна динаміка через 4 місяці ІФХТ, стали обґрунтуванням до скорочення тривалості лікування.