

Перебіг вагітності та післяпологового періоду у хворой на коінфекцію мультирезистентного туберкульозу/ВІЛ на тлі застосування бедаквіліну в режимі антимікобактеріальної терапії

О.М. Разнатовська¹, С.І. Тертишний¹, В.Г. Сюсюка¹, А.В. Федорець², Т.К. Сагайдак², Т.А. Грекова¹, М.О. Шальміна¹, С.М. Махончук³

1. Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

2. КУ «Запорізький обласний протитуберкульозний клінічний диспансер», м. Запоріжжя

3. КУ «Запорізьке обласне патологоанатомічне бюро», м. Запоріжжя

Конфлікт інтересів: відсутній

ОБҐРУНТУВАННЯ. Як зазначає Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), проведені експериментальні дослідження на щурах і кроликах не виявили ознак шкоди бедаквіліну для плода. ВООЗ вказує на те, що, враховуючи відсутність достатньої кількості адекватних і контрольованих досліджень впливу бедаквіліну у вагітних жінок на плід і те, що дослідження на тваринах не завжди прогнозують реакцію людини, цей препарат слід використовувати під час вагітності, тільки якщо це абсолютно необхідно. При цьому ВООЗ рекомендує при застосуванні бедаквіліну ретельно реєструвати результати лікування, вагітності та післяпологового періоду, щоб допомогти в подальших рекомендаціях щодо лікування MDR під час вагітності. На сьогодні в наявній літературі відсутні дані щодо впливу бедаквіліну на плід у вагітних та на перебіг післяпологового періоду в жінок, хворих на коінфекцію мультирезистентного туберкульозу (МР-ТБ)/ВІЛ.

МЕТОДИ. Описано клінічний випадок перебігу вагітності і коінфекції МР-ТБ/ВІЛ на тлі застосування бедаквіліну в режимі антимікобактеріальної терапії в III триместрі вагітності.

РЕЗУЛЬТАТИ. У представленому клінічному випадку в пацієнтки визначалася початкова відсутність прихильності до лікування як МР-ТБ, так і ВІЛ, що призвело до швидкого прогресування туберкульозного процесу та ВІЛ. Оскільки від переривання вагітності у період до 22 тижнів пацієнтка категорично відмовилася, бо вагітність була бажаною, то з метою запобігання як материнської, так і неонатальної смерті було прийнято рішення на 30-му тижні вагітності (III триместр) змінити схему антимікобактеріальної терапії з додаванням бедаквіліну. Проте на тлі застосування такої схеми антимікобактеріальної терапії та антиретровірусної терапії в пацієнтки зберігалися масивне бактеріовиділення, ендогенна інтоксикація та нефротичні зміни. Паралельно цьому в плода визначалися затримка росту, наростання порушення плодово-плацентарної гемодинаміки з реверсним кровотоком і дистрофія. У плаценті діагностувалися помірно виражені кальцинати. Враховуючи тазове передлежання плода, затримку розвитку плода 2 ступеня, порушення плодово-плацентарної гемодинаміки 3 ступеня (реверсний кровоток), маловоддя, двобічну пієлоектазію в плода та дистрес-синдром плода, на 32-му тижні вагітності пацієнтка була переведена до перинатального центру для проведення розродження шляхом кесаревого розтину. Проте новонароджена через декілька годин померла. У післяпологовому періоді пацієнтка продовжувала призначену антимікобактеріальну терапію, яка включала бедаквілін, та антиретровірусну терапію, однак позитивної клінічно-рентгенологічної динаміки та припинення бактеріовиділення не вдалося досягти.

ВИСНОВКИ. Представлений клінічний випадок підтверджує дані літератури стосовно того, що особливостями перебігу вагітності та післяпологового періоду у хворой на коінфекцію МР-ТБ/ВІЛ є розвиток таких ускладнень, як передчасні пологи, рання неонатальна смерть, внутрішньоутробне обмеження росту плода, дистрес-синдром та ін.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: вагітність, мультирезистентний туберкульоз, ВІЛ-інфекція, бедаквілін.