

Цукровий діабет і туберкульоз у разі лікування за ВРaL: ефективне ведення та контроль обох захворювань.

Клінічний випадок

Литвиненко Н.А., Любевич Р.Л.

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

Обґрунтування. Лікування хворих на ТБ із множинною лікарською стійкістю та з преширокою лікарською стійкістю (пре-ШЛС-ТБ) передбачає застосування тривалого курсу хіміотерапії. Пацієнти з неконтрольованим цукровим діабетом (ЦД) мають високий ризик неефективності лікування через системні порушення. Новий режим ВРaL покликаний зменшити медикаментозне навантаження на організм і швидко й ефективно вилікувати хворого.

Мета. Оцінити динаміку контролю ЦД 2 типу у хворої, що отримує режим ВРaL, для визначення можливості застосування ефективного короткострокового лікування ТБ на тлі досягнення адекватних рівнів глікемії та компенсації діабету.

Клінічний випадок. Хвора В., 64 роки, вага – 66 кг.

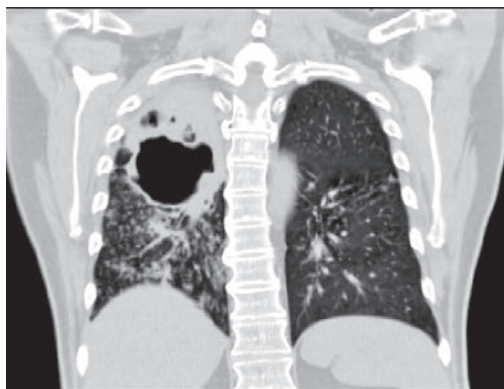
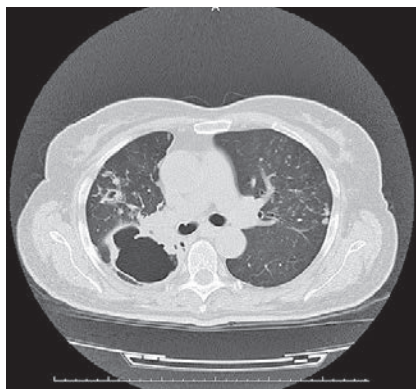
Основний діагноз: A15.0 – пре-ШЛС-ТБ (19.03.2021), Риф-ТБ (02.03.2021) легень (дисемінований). Дестр+, МБТ+,

М+, МГ+, Риф+, К+, фТМЧ I (HR), фТМЧ II (LfxMfxOfxKmAmCm), гіст. 0, кат. 4 (вперше діагностований ТБ), ког. 1 (2021). Діабетична нейропатія 1 ступеня. Супутній діагноз: E11.42 – ЦД 2 типу середнього ступеня тяжкості, декомпенсований. Діабетична симетрична дистальна полінейропатія нижніх кінцівок, сенсомоторний тип.

Анамнез: раніше не лікована, хворіє на ЦД близько 3 років. За цей час схудла на 25 кг. В ендокринолога консультована лише при первинній діагностиці діабету, отримувала замісну інсулінотерапію у вигляді довготривалого інсуліну двічі на день (10 і 12 Од зранку та ввечері), цукрознижувальні препарати ніколи не приймала, ендокринолога майже не відвідувала. При надходженні скаржилася на кашель, задишку при незначному фізичному навантаженні, відчуття затерпання нижніх кінцівок до рівня щиколоток.

Таблиця 1. Результати проведених бактеріологічних обстежень від початку лікування

Метод дослідження	Лабораторія	H	R	E	Cm	Ofx	Z	Km	Lfx	Cfz	Am	Mfx 1,0	Mfx 0,25	Mfx	Lzd	Bdq	Dlm
БАСТЕС	LAB 3/1	R	R	R	R	×	R	×	R	S	R	R	R	×	S	S	S
Xpert	LAB 3/1	×	R	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
CenoType	LAB 4	R	R	×	R	R	×	R	R	×	R	×	×	R	×	×	×

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

За даними КТ легень – ознаки фіброзно-кавернозного ТБ правої легені у фазі інфільтрації, відсіву в ліву легеню з деструкцією (рис. 1). Виявляються каверни розмірами від 10 мм до 43×62 мм.

Таблиця 2. Показники глікемії до початку лікування

Глюкопрофіль	
8:00-9:00	17,5 ммоль/л
12:00	23,8 ммоль/л
14:00	18,5 ммоль/л
Глюкоза в сечі	3+
Кетони в сечі	Відсутні
HbA _{1c}	13,2 %

Лікування: інноваційний короткостроковий режим ВРaL (бедаквілін (Bdq) за схемою + лінезолід (Lzd) 1,2 щоденно + претоманід (Pa) 0,2 щоденно) на базі НІФП НАМНУ в рамках операційного дослідження 2021 р.

Особливості лікування: в анамнезі та при первинному обстеженні у хворої неконтрольований ЦД 2 типу декомпенсований, діагностовано діабетичну полінейропатію (1 ступінь вираженості). Дієти пацієнтка не дотримувалася, інсулін вводила самовільно (попередньої консультації ендокринолога не надала), глюкометрію ніколи самостійно не виконувала.

Тактика ведення: корекція харчування, ведення індивідуального щоденника глюкометрії, корекція інсулінотерапії. Хумодар В 22 Од – зранку, 12 Од – увечері, Хумодар Р після сніданку – 8 Од, обіду – 6 Од, вечері – 6 Од. Ліпоєва кислота 600 мг на добу, вітаміни групи В щоденно по 1 капсулі. Лоспірин 1 капсула на добу.

Результат лікування: пацієнтка отримала 182 дози за режимом ВРaL, досягнуто стійкого знебацелення та яскраво

Таблиця 3. Показники глікемії через 3 місяці після початку лікування

Глюкопрофіль	
8:00-9:00	13,0 ммоль/л
12:00	8,1 ммоль/л
14:00	11,5 ммоль/л
Глюкоза в сечі	Відсутня
Кетони в сечі	Відсутні
HbA _{1c}	9,1 %

Таблиця 4. Показники глікемії через 6 місяців після початку лікування

Глюкопрофіль	
8:00-9:00	7,0 ммоль/л
12:00	6,5 ммоль/л
14:00	7,9 ммоль/л
Глюкоза в сечі	Відсутня
Кетони в сечі	Відсутні
HbA _{1c}	7,1 %

позитивної КТ-динаміки. Також удалось отримати позитивну динаміку стосовно глікемії та досягти покращення компенсації ЦД 2 типу на тлі додаткового симптоматичного лікування з метою зменшення ризику ускладнення полінейропатії та розвитку мікротромбозів.

Висновки. Застосування інноваційного режиму ВРaL у поєднанні з ефективним лікуванням ЦД 2 типу та ретельними лабораторними дослідженнями дає змогу досягти хороших результатів як через 6 місяців лікування, так і після його завершення.

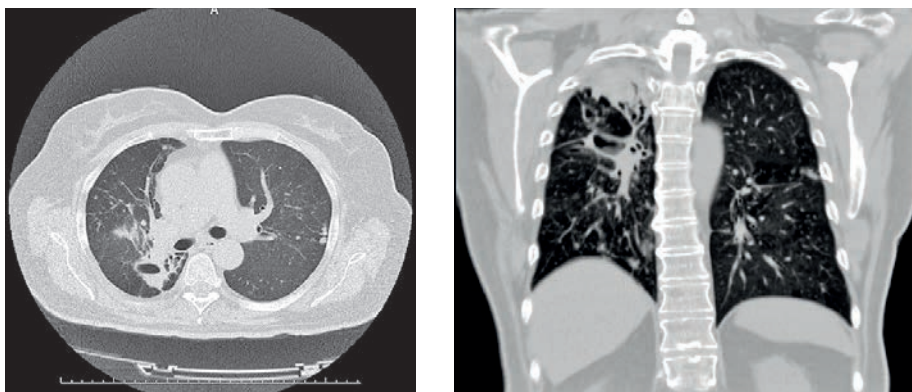


Рис. 2. Комп'ютерна томографія легень наприкінці лікування: виражене розсмоктування вогнищево-інфільтративних змін, зменшення розмірів і кількості порожнин деструкції

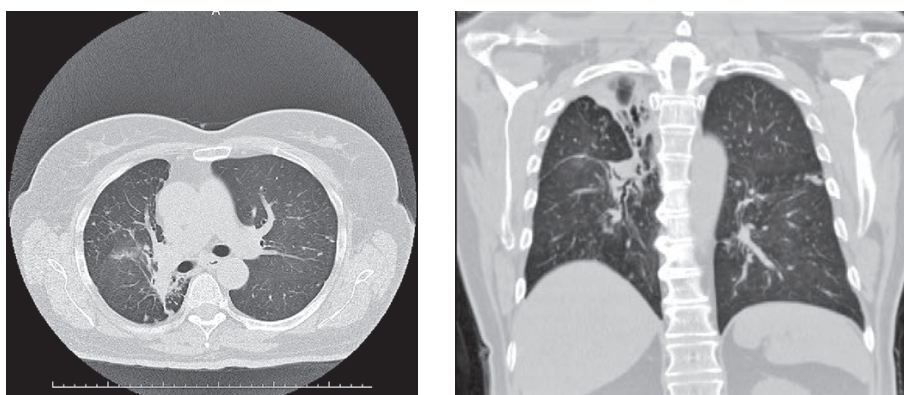


Рис. 3. Комп'ютерна томографія легень через 12 місяців після завершення лікування: подальше розсмоктування вогнищево-інфільтративних змін, зменшення розмірів і кількості порожнин деструкції, поступове ущільнення вогнищ