

Найкращі клінічні практики ведення пацієнтів з поєднаним ураженням легень туберкульозом і мікобактеріозом: клінічний випадок

Литвиненко Н.А., Процик Л.М., Сенько Ю.О., Погребна М.В.

ДУ «Національний науковий центр фтизіатрії, пульмонології та алергології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України», м. Київ, Україна

Обґрунтування. Туберкульоз (ТБ) і мікобактеріоз (МБ) – це захворювання, спричинені мікобактеріями, які можуть мати подібний клінічний перебіг, але відрізняються за патогенезом, діагностикою та підходами до лікування. Поєднана патологія ТБ та МБ створює значні труднощі для лікарів, оскільки потребує комплексного диференційного підходу до діагностики, вибору терапевтичних стратегій і запобігання розвитку медикаментозної резистентності.

Поширеність мікобактеріальних інфекцій зростає, особливо серед осіб з ослабленим імунітетом, що ускладнює ведення пацієнтів з коінфекцією. Лікування такої комбінації інфекцій потребує індивідуального підходу з огляду на чутливість мікобактерій до антибактеріальних препаратів, супутні хвороби та загальний стан пацієнта.

Клінічний випадок. Пацієнтка 34 років. Скарги на кашель, задишку при фізичному навантаженні, періодичні підвищення температури тіла до субфебрильних цифр, утому, пітливість, схуднення. На ТБ раніше не хворіла.

На комп'ютерній томографії органів грудної клітки (КТ ОГК) виявлено інфільтративні зміни у верхній частці лівої легені з порожниною деструкції (рис. 1). Під час аналізу мокротиння молекулярно-генетичним методом визначено резистентність до ізоніазиду, рифампіцину, фторхінолонів. За результатами обстежень встановлено діагноз ТБ з множинною лікарською стійкістю та розпочато лікування за режимом ВРaL.

Після отримання результатів фенотипового тесту медикаментозної чутливості (1,5 місяця після початку лікування

за режимом ВРaL) було визначено резистентність до бедаквіліну, діагноз змінено на ТБ з широкою лікарською стійкістю (ШЛС-ТБ), пацієнтку переведено на індивідуалізований режим лікування (ІРЛ) з використанням лінезоліду (Lzd), деламаніду (Dlm), клофазиміну (Cfz) та меропенему (Mrp). Переносимість призначеної терапії задовільна, прихильність до лікування висока.

За результатами мікробіологічних досліджень, бактеріовиділення методом посіву припинилося через 1 місяць після призначення режиму ВРaL. Через 1 місяць після початку ІРЛ у двох послідовних посівах мокротиння виявлено ріст нетуберкульозних мікобактерій (НТМБ) – *Mycobacterium abscessus*.

Основний клінічний діагноз: ШЛС-ТБ. Супутній діагноз: МБ (*M. abscessus*). Тактика ведення поєднаної патології: зважаючи на потребу продовження лікування основного захворювання (ШЛС-ТБ) зі включенням у режим антимікобактеріальних препаратів, що призначаються при лікуванні МБ, як-от Mrp, Lzd та Cfz, додати до ІРЛ препарати, котрі ефективні проти *M. abscessus*, – кларитроміцин (Clm) 1000 мг і амікацин (Am) 1000 мг. Призначено режим LzdDlmCfzMrp + ClmAm (2 місяці).

Припинення мікобактеріовиділення (*M. abscessus*) настало через 2 місяці терапії. Лікування поєднаної патології тривало 12 місяців після припинення бактеріовиділення; загалом пацієнтка лікувалася 14 місяців із приводу МБ та 16 місяців із приводу ШЛС-ТБ. Лікування завершила з результатом «вилікування» (рис. 2).

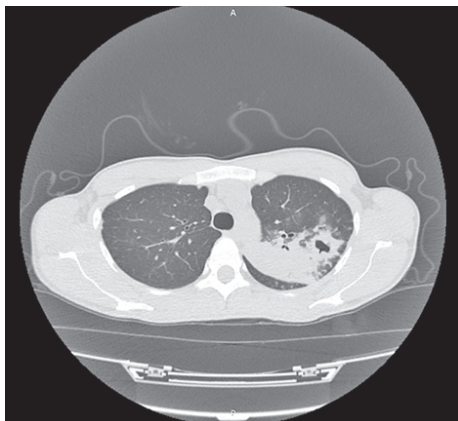


Рис. 1. На КТ ОГК – масивна інфільтрація верхньої частки лівої легені з деструкцією та відсівом

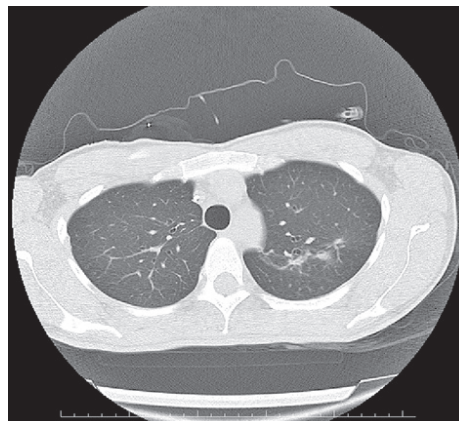


Рис. 2. На КТ ОГК – розсмоктування інфільтрації у верхній частці лівої легені через 12 місяців лікування

Висновки. Лікування пацієнтів з поєднаною патологією хіміорезистентного ТБ та МБ є складним завданням, що потребує комплексного й індивідуального підходу. На підставі аналізу сучасних методів терапії можна зробити висновок, що ефективне лікування має охоплювати:

- персоналізовану антибактеріальну терапію з урахуванням чутливості збудників до протитуберкульозних і антимікобактеріальних препаратів. Комбінація препаратів має бути спрямована на запобігання розвитку медикamentозної резистентності та покращення ефективності лікування;
- поєднання стандартної й індивідуальної терапії, включно із застосуванням новітніх препаратів (бедаквілін,

деламанід) у разі хіміорезистентного ТБ, а також макролідів та інших активних проти НТМБ препаратів відповідно до встановленого збудника;

- моніторинг ефективності лікування шляхом регулярного мікробіологічного контролю та корекції терапії на підставі отриманих результатів.

Отже, ефективне лікування хіміорезистентного ТБ у поєднанні з МБ можливе лише за умови ранньої діагностики, комплексного підходу та ретельного дотримання індивідуальної терапевтичної стратегії. Подальші дослідження в цій галузі є важливими для розроблення нових терапевтичних схем і підвищення ефективності лікування таких складних пацієнтів.