

Н. А. Литвиненко, О. Л. Боророва, О. А. Журило
ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ У РАЗІ ОТРИМАННЯ ДИСКОРДАНТНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ
МІКРОБІОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ДЛЯ ХВОРОГО НА ХІМІОРЕЗИСТЕНТНИЙ
ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

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

Діагностика хворих на хіміорезистентний туберкульоз включає різні методи (клінічні, лабораторні, мікробіологічні та рентгенологічні), котрі повинні оцінюватись в комплексі. Тільки такий підхід дозволить прийняти правильне рішення щодо тактики ведення хворого.

Застосування такої тактики лікування наведено у клінічному прикладі нижче. Таке впровадження проходило в рамках пілотного проекту Challenge TB («Виклик туберкульозу»), що реалізується в Україні організацією PATH спільно з KNCV (Королівська Голандська Спілка контролю за туберкульозом) та фінансується USAID (Агентством США з міжнародного розвитку), на клінічній базі відділу хіміорезистентного туберкульозу ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМНУ» (НІФП НАМНУ).

Хвора Л., 28 років, 55кг, 165см.

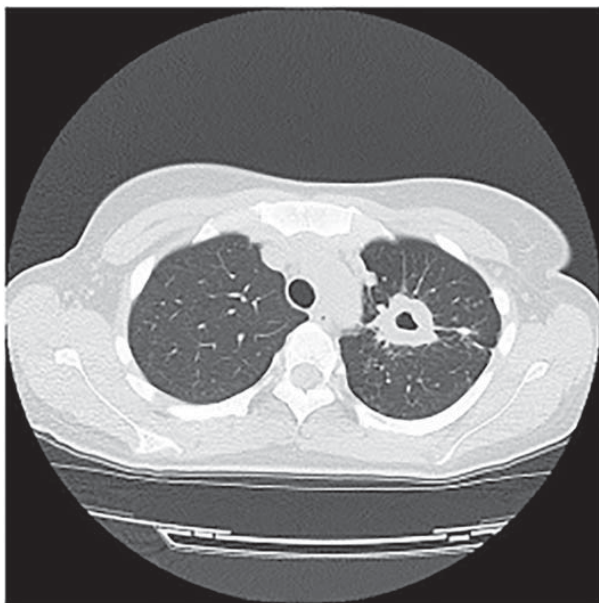
Діагноз: РифТБ (06.08.2018) лівої легені (інфільтративний) Дестр+, МБТ+ М + МГ+ Риф- GT+ (rpoB gyrA) K+ Рез I (-) II (+) (Lfx Mfx) Гіст+ (біопсія бронха) Кат4 (НЛ МРТБ) Ког 4 (2017) Туберкульоз лівого в/д і головного бронхів (інфільтративно-виразкова ф.).

Анамнез попереднього лікування: 1,5 H R E Z Rfb 9 Km,Lfx,Pt,Z,Cs. Результат — невдача лікування (поява у кінці лікування бактеріовиділення методом культури і мазка, рентгенологічне прогресування процесу).

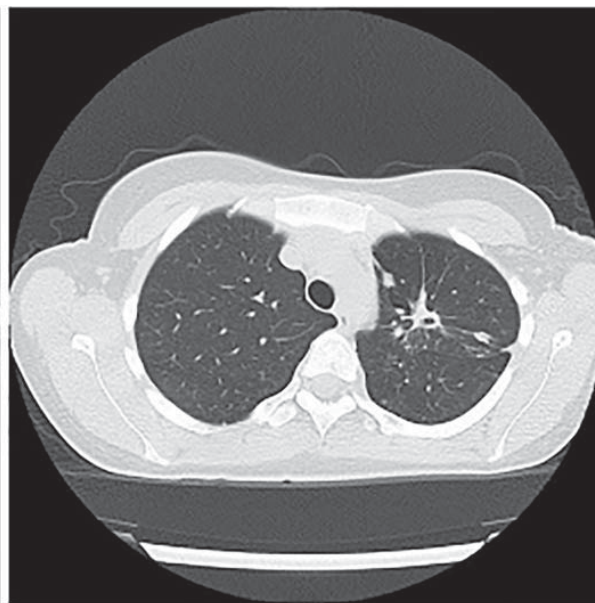
На момент призначення нового курсу лікування було проведено сучасне комплексне мікробіологічне обстеження відповідно до нових рекомендацій ВООЗ: рання діагностика резистентності до ключових АМБП 1 та 2 ряду (ізоніазиду, рифампіцину, фторхінолонів, ін'єкційних) за молекулярно-генетичними методами — Geno Type I-II (методика лінійного зонд-аналізу) та визначення резистентності за тестом медикаментозної чутливості (ТМЧ) фенотиповими методами. У хворої перед початком лікування були визначені мутації, що відповідають за високу ймовірність резистентності до рифампіцину та усіх фторхінолонів. Такі результати дали можливість вибрати правильну тактику, ще до моменту отримання результатів ТМЧ за фенотиповими методами, та своєчасно розпочати лікування, без втрати часу.

За результатами Geno Type I-II були отримані наступні мутації: rpoB gyrA (із мокротиння) та gyrA (із посіву на рідке середовище). Враховуючи попередній анамнез невдалого лікування та отримані результати, було розпочато лікування: Bdq Cm Lzd Cfz Pt.

Перед початком лікування в НІФП НАМНУ було отримано результат тесту медикаментозної чутливості (ТМЧ) із посіву на рідке середовище: чутливість збережена до HREZS Cm Km Lzd; резистентність до Lfx Mfx. Через 1 міс від початку лікування — ТМЧ на щільне середовище:



а) Початок лікування



б) КТ 6 міс. лікування

Рис. КТ легень на момент початку ІФХТ (а) та через 6 міс. лікування(б).

чутливість збережена до HRES Cm Km Ofx PAS Et.

Враховуючи анамнез попереднього невдалого лікування із АМБП 1 та 2-го ряду, а також виявлені мутації, притаманні за резистентність до рифампіцину та фторхінолонів (у 2-х аналізах), та не дивлячись на збережену чутливість до АМБП 1 ряду за ТМЧ (у 2-х аналізах), лікування продовжили із включенням бедаквіліну та перепрофільованих ліків.

Результат лікування через 6 міс. ІФХТ: припинення бактеріовиділення методом посіву відбулось через 1 міс. лікування, загоєння порожнин розпаду (за даними КТ) — через 6 міс лікування (рис.).

Переносимість лікування: виникли наступні побічні реакції. На лінезолід через 3 міс лікування (панцитопенія 3 ступеня вираженості), призначене симптоматичне лікуван-

ня (без відміни лінезоліду): віт В12, фолієва кислота, раціональне харчування, метилурацил, що призвело до позитивного ефекту та дозволило продовжити АМБТ без змін.

Висновок

Призначення за результатами лінійного зонд-аналізу (раннє визначення резистентності до АМБП 1 та 2 ряду) ефективної схеми АМБТ із включенням бедаквіліну та перепрофільованих ліків, дає можливість досягти максимального ефекту навіть у хворих, що були раніше неефективно ліковані.

У разі отримання дискордантних результатів, треба приймати до уваги результати усіх методів діагностики, як мікробіологічних так і клінічних, рентгенологічних та анамнестичних.