



ta (nezbytné je audiometrické vyšetření), nefrotoxicita a neurotoxicita (www.ema.eu, 6, 8).

Režimy léčby

Iniciální fáze léčby TB probíhá v našich podmínkách obvykle za hospitalizace (legislativně zakotvená povinnost hospitalizace u tuberkulózy v České republice je v současnosti diskutována) a trvá minimálně dva měsíce (9). Podává se čtyřkombinace antituberkulotik za účelem debacilizace. Další léčba (pokračovací fáze) trvá obvykle čtyři měsíce a podává se dvojkombinace antituberkulotik, většinou ambulantně.

Během prvních dvou měsíců antituberkulózní léčby ukazují viabilní mykobakterie ze sputa typicky dvojfázovou křivku usmrcení, což znamená, že mykobakteriální populace má přinejmenším dvě subpopulace s odlišnými biologickými vlastnostmi. Jedna subpopulace je usmrcena rychle a druhá, která je složena z převážně pomalu se dělících či nedělících se mykobakterií, reaguje pomaleji. Z těchto důvodů je výhodná kombinovaná léčba, protože některá antituberkulotika zabíjejí preferenčně rychle se dělící bacily (baktericidní) a některá usmrcují perzistující, nereplikující se mykobakterie (sterilizující).

Nicméně u některých pacientů nemá ani dlouhodobá kombinovaná léčba dostatečný účinek, neboť část mykobakterií je uschována v kompartmentech jako granulomy, abscesy či kavity, jež jsou pro antituberkulotika velmi obtížně dostupné. Dá se říci, čím déle onemocnění probíhá bez léčby, tím více je takto sekvistrovaných a spících mykobakterií, jež pak jsou příčinou recidiv TB. Účinnost některých antituberkulotik (isoniazid, rifampicin a pyrazinamid) se snižuje, pokud jsou podávána spolu s potravou, což jednoznačně opodstatňuje podávání antituberkulotik v jedné ranní dávce nalačno (5, 6).

Režimy léčby závisejí na tom, zda se jedná o nové onemocnění, o recidivu TB, nebo o onemocnění rezistentními kmeny mykobakterií. Novým pacientem je nemocný, který nebyl v minulosti léčen antituberkulotiky nebo který užíval antituberkulózní léčbu po dobu kratší než jeden měsíc bez ohledu na to, zda nález byl či nebyl bakteriologicky ověřen. Standardizovaný režim pro nové pacienty s TB spočívá v 2měsíčním denním podávání čtyřkombinace HRZE v iniciální fázi následované 4měsíčním denním podáváním dvojkombinace HR ve fázi pokračovací (5–7, 10).

Rezistence na isoniazid

U nemocných s rezistencí na isoniazid je léčebný výsledek horší než u nemocných se zachovanou citlivostí na isoniazid i v případě, že jim je po šest měsíců podáván rifampicin. Globálně dosahuje výskyt rezistence na isoniazid u nových pacientů 7,1 % (bez MDR-TB) a stejně velký podíl nových případů TB v mnoha oblastech světa provází riziko špatného léčebného výsledku z důvodu primární rezistence na isoniazid. Nový doporučený režim pro nemocné s rezistencí na isoniazid a zachovalou citlivostí k rifampicinu je denní podávání rifampicinu, ethambutolu, pyrazinamidu a levofloxacinu po dobu 6 měsíců. Před zahájením léčby se doporučuje vyšetřit citlivost k fluorochinolonům (2, 11).

Dříve léčení pacienti

Komplikovanější je situace v případě pacientů, kteří byli antituberkulotiky léčeni již dříve. Předchozí antituberkulózní léčba je silnou determinantou lékové rezistence a nemocní s předchozí léčbou tvoří významný podíl všech globálně hlášených případů rezistence na antituberkulotika. Ze všech forem lékové rezistence je nejdůležitější identifikovat MDR-TB,