

Данный документ подготовлен Интернет-изданием MedMir.com "Обзоры мировых медицинских журналов на русском языке" в сотрудничестве с Американским международным союзом здравоохранения (АМСЗ). Настоящий документ входит в Библиотеку Инфосети «Здоровье Евразии» www.eurasiahealth.org/.

Ресурсы «Здоровья Евразии» предоставляются бесплатно и могут свободно распространяться. Электронную версию настоящего документа можно размещать на других сайтах только для некоммерческих целей, без изменения содержания, с обязательным указанием Инфосети «Здоровье Евразии» в качестве источника, уведомлением электронной почтой по адресу library@eurasiahealth.org и включением ссылки на сайт «Здоровья Евразии» (www.eurasiahealth.org). Взимать плату за доступ к материалам «Здоровья Евразии» запрещается.

АМСЗ и «Здоровье Евразии» не отвечают за мнения, изложенные в данном документе. Ответственность за интерпретацию и использование этого материала всецело лежит на читателе. АМСЗ и «Здоровье Евразии» не несут ответственности за какие бы то ни было ошибки, пропуски и другие возможные проблемы, связанные с данным документом.



*Доступ к этой информации сделан
возможным при поддержке
американского народа через Агентство США
по международному развитию (АМР США).
Мнения, изложенные в данном документе не
обязательно отражают мнения АМР США или
Правительства США.*



Другие материалы по ВИЧ/СПИДу можно найти на сайте
www.eurasiahealth.org/aids/

Ставудин плохо сочетается с противотуберкулезной терапией у больных с коинфекцией ВИЧ и туберкулеза.

Источник.

Daniel J. Westreich, et al. Tuberculosis Treatment and Risk of Stavudine Substitution in First-Line Antiretroviral Therapy. Clinical Infectious Diseases 2009; 48:1617–23

Реферат. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19385733>

Больные, имеющие сочетанную инфекцию ВИЧ – туберкулез (ТБ), должны одновременно принимать антиретровирусные и противотуберкулезные препараты. Такая терапия неизбежно приводит к токсическим эффектам, выраженным в той или иной степени. Было замечено, что особенно плохо сочетаются противотуберкулезная терапия (ПТТ) и режимы антиретровирусной терапии (АРТ), содержащие ставудин (stavudin). В Южной Африке, где имеется большой контингент ВИЧ-ТБ коинфицированных больных, было проведено исследование с целью определить влияние ПТТ на риск замены ставудина на другой препарат в составе АРТ.

Методы и ход исследования.

Исследователи использовали данные Themba Lethu Clinical Cohort, проспективного когортного исследования, которое проходит в одной из крупнейших ВИЧ клиник ЮАР. Больные в клинике бесплатно получают АРТ и наблюдаются по определенному протоколу, предполагающему осмотр/обследование раз в 4 месяца. В данный анализ включались ВИЧ инфицированные больные, нуждающиеся в терапии и получающие ставудин, из которых отбирались ВИЧ-ТБ коинфицированные больные. ПТТ считалась любая изониазид – содержащая терапия по поводу легочного или внелегочного ТБ. В зависимости от времени начала ПТТ разделялась на: 1) продолжающуюся ПТТ – терапия начиналась за ≥ 15 дней до начала АРТ, 2) одновременную ПТТ – когда она и АРТ начинались с промежутком времени в 14 дней, и 3) последовательную ПТТ – терапия начиналась через ≥ 15 дней после начала АРТ. Заменой ставудина (по любой причине) считалась замена только одного препарата в составе АРТ. Замена чаще всего была на зидовудин. Группами сравнения были ВИЧ инфицированные больные, соответствующие изучаемым по основным характеристикам, но не получающие ПТТ.

Результаты.

Из 7066 ВИЧ инфицированных больных, получавших ставудин в составе комплексной АРТ, у 1845 был диагностирован активный ТБ. Из 1845 продолжающуюся ПТТ получали 1272 больных, одновременную – 224 больных и последовательную – 349 больных.

Из 7066 больных за время наблюдения умерли 160 (3,7%), прекратили визиты в клинику 1219 (17,3%) и сменили ставудин/другие антиретровирусные препараты на другие – 1219 (17,3%). В свою очередь из 1219 больных у 842 отмечалась замена только ставудина. Общая частота замены только ставудина на другой препарат в составе АРТ была 12,4 на 100 человеко-лет. Как ожидалось, частота замена отмечалась тем чаще, тем дольше больной получал ставудин-содержащий режим.

Частота замены ставудина была значительно выше у больных на продолжающейся и одновременной ПТТ по сравнению с больными, не страдающими активным ТБ. Для продолжающейся ПТТ скорректированное отношение шансов (СОШ) замены ставудина (по сравнению с больными, не получавшими ПТТ) составило 3,18 в первые 2 месяца АРТ, 2,51 для 3–6 месяцев АРТ и 1,19 в последующем. Для одновременной ПТТ эти цифры составили соответственно 6,60; 1,88 и 1,07. При этом при последовательной ПТТ частота замены ставудина в целом не отличалась от группы сравнения во все три указанных периода АРТ. Однако ранняя последовательная ПТТ (промежуток между началом АРТ и ПТТ 15–60 дней) также повышала эту частоту: СОШ замены ставудина равнялось 2,74 в первые 2 месяца АРТ.

Почти в половине случаев (43%) замена ставудина имела место по причине развития периферической нейропатии. Другими причинами замены были: липодистрофия (24%), молочный ацидоз или симптомная гиперлактатемия (20%), а также сочетание нескольких токсических проявлений.

Выводы.

Исследователи отмечают, что больные, получающие одновременно ставудин и противотуберкулезные препараты, имеют повышенный риск развития токсических явлений и в первую очередь, периферической нейропатии. Они предлагают мониторировать таких больных на предмет периферической нейропатии во время осмотров, а также при возможности избегать одновременного назначения ставудина и ПТТ.