

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/

Новые данные о преимуществах одновременной терапии туберкулеза и ВИЧ инфекции.

Источник.

Velasco M et al. *Effect of simultaneous use of highly active antiretroviral therapy on survival of HIV patients with tuberculosis. J Acquir Immune Defic Syndr* 50:148 – 152, 2009.

Реферат.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19131895>

Как известно, эпидемии ВИЧ инфекции и туберкулеза (ТБ) развиваются параллельно, и становится все больше больных, инфицированных одновременно ВИЧ и *Mycobacterium tuberculosis*. И если лечение ТБ начинают немедленно после постановки диагноза, то вопрос о том, когда начинать антиретровирусную терапию (АРТ) с ко-инфекцией ВИЧ и туберкулеза, остается предметом дискуссии. С одной стороны, при одновременном начале антиретровирусной и противотуберкулезной терапии возможно развитие потенциально опасного для жизни синдрома иммунной реконституции и/или взаимодействия лекарственных средств. С другой стороны, решение об отсрочке антиретровирусной терапии приводит к ускорению прогрессирования ВИЧ инфекции, нарастанию иммунодефицита, и повышению риска развития других оппортунистических инфекций и СПИД-ассоциированных злокачественных новообразований. Мы уже знакомили наших читателей с предварительными результатами Южно-Африканского исследования SAPIT (<http://www.eurasiahealth.org/rus/aids/health/resources/99882/>), которое показало 55%-е снижение смертности больных, которым ТБ и ВИЧ инфекцию начинали лечить одновременно. Вклад в решение этой проблемы внесли испанские специалисты, которые проанализировали данные крупной когорты ТБ и ВИЧ ко-инфицированных больных.

Методы и ход исследования.

Исследователи отобрали ВИЧ/ТБ инфицированных больных, включенных в когортное исследование COMESEM после 1996 г. COMESEM – проспективное популяционное исследование, в которое автоматически включаются все взрослые ВИЧ инфицированные больные, получающие медицинскую помощь в пяти госпиталях большого Мадрида. В исследовании участвуют более 7 000 больных.

Основной целью исследователей было оценить различия в выживаемости больных с одновременно инициированными АРТ и противотуберкулезной терапией и больных с отсроченной АРТ.

Результаты.

В рамках COMESEM всего 313 больных были диагностированы с ВИЧ инфекцией и ТБ между 1999 и 2004 гг. Из них 140 больных начали АРТ в течение первых двух месяцев противотуберкулезного лечения (группа одновременной терапии), а у 173 АРТ была отсрочена на ≥ 3 месяцев после постановки диагноза ТБ и начала курса противотуберкулезных препаратов (группа отсроченной АРТ). Исходные клиническо-демографические характеристики не имели существенного различия между группами, за исключением вирусной нагрузки на момент постановки диагноза ТБ, которая была значительно выше в группе отсроченной терапии (63 000 против 130 000 копий/мл $p = 0.01$). Среднее число CD4 клеток на момент постановки диагноза ТБ составило около 157 кл/мкл в обеих группах. Около 67% пациентов имели внелегочные формы ТБ.

В течение 80 месяцев наблюдения умерли 47 больных; 13 - в группе одновременной терапии и 34 - в группе отсроченной АРТ. И однофакторный и многофакторный анализы данных показали, что одновременная терапия является независимым предиктором повышения выживаемости: отношение рисков (ОР) - 0,37. Другими словами, риск смерти при начале АРТ в течение первых двух месяцев после постановки диагноза ТБ снижался на 63%. Наиболее заметным это влияние на выживаемость было через 6 месяцев терапии (ОР 0,15), затем оно уменьшалось, оставаясь однако существенным и через 12 месяцев после

постановки диагноза ТБ (ОР 0,33). Поправка на исходную вирусную нагрузку не внесла изменений в результаты анализа, то есть общая выживаемость от нее не зависела. К концу периода наблюдения в группах отмечались одинаковые средние уровни вирусной нагрузки и CD4 клеток.

Выводы.

Авторы исследования констатируют факт более высокой выживаемости больных, которые начали АРТ в течение первых двух месяцев после постановки диагноза ТБ. При этом они отмечают, что не располагали данными о причинах смерти пациентов, а также об осложнениях одновременной терапии, если таковые имели место. Необходимы дальнейшие исследования данной проблемы, считают ученые.