

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/

Терапия тяжелой пневмоцистной пневмонии – какой препарат второй линии более предпочтителен?

Источник.

Thomas Benfield et al. *Second-Line Salvage Treatment of AIDS-Associated Pneumocystis jirovecii Pneumonia A Case Series and Systematic Review. J Acquir Immune Defic Syndr. 2008 Mar 20 [Epub ahead of print]*

Реферат.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18360286>

Пневмоцистная пневмония (ПП), вызываемая *Pneumocystis carinii*, является типичной оппортунистической инфекцией и часто развивается у больных СПИДом, несмотря на возможности специфической профилактики и успехи антиретровирусной терапии. Терапией первой линии при ПП является бактрим (триметоприм/сульфаметаксозол; trimethoprim/sulfamethoxazole). Альтернативными препаратами являются пентамидин (pentamidine), клиндамицин в комбинации с примаквином (clindamycin + primaquine), дапсон в комбинации с триметопримом (dapson + trimethoprim), атоваквон (atovaquone) и триметриксат в комбинации с фолиновой кислотой (trimetrexate+folinic acid). В настоящее время недостаточно сведений об эффективности и предпочтительности препаратов второй линии терапии ПП. По этой причине группа европейских ученых из Дании, Великобритании и Италии провела систематический обзор отдельных клинических случаев и исследований, содержащих данные о случаях и исходах спасительной терапии ПП у ВИЧ инфицированных больных.

Методы и ход исследования.

В анализ включались только случаи бактериально подтвержденной ПП у ВИЧ инфицированных больных. Данные об отдельных клинических случаях были получены из баз данных палат интенсивной терапии инфекционных отделений трех университетских клиник в Лондоне, Милане и Копенгагене. Поиск исследований был проведен в базе данных медицинских публикаций Medline.

Результаты.

Всего было проанализировано 1188 случаев ПП у 1122 ВИЧ инфицированных больных (555 больных в Копенгагене, 418 – в Лондоне и 215 – в Милане). Смена терапевтического режима ПП по причине его неэффективности имела место у 104 (8,8%) больных. Из них у 22 больных переход на препарат второй линии произошел рано – через < 4 дней от начала лечения и они были исключены из анализа. Таким образом, были проанализированы всего 82 индивидуальных случая лечения тяжелой ПП. У 45 больных первым препаратом был бактрим; из них у 28 он был заменен на внутривенный пентамидин, а у 17 – на клиндамицин/примаквин. 15 человек первоначально получали внутривенный пентамидин; из них у 5 он был заменен на клиндамицин/примаквин, а у 10 – на бактрим. Восемь больных первоначально получали клиндамицин/примаквин, который был заменен либо на бактрим (n=5), либо на внутривенный пентамидин (n=3). Четырнадцать больных первоначально получали ингаляционный пентамидин, который заменили либо на бактрим (n=11), либо на внутривенный пентамидин.

В систематический обзор были включены 29 исследований, проведенных с 1982 по 2000 гг., среди участников которых удалось выделить и проанализировать 468 случаев тяжелой ПП, потребовавшей смены антибактериального препарата. В большинстве случаев имела место замена бактрима на внутривенный пентамидин. Другими последовательно использованными препаратами были пентамидин → бактрим, дапсон → пентамидин, пентамидин → клиндамицин/примаквин, бактрим → атоваквон и другие.

В целом положительный ответ на терапию второй линии чаще всего отмечался при замене первичного препарата на бактрим и на клиндамицин/примаквин – соответственно 73% и

68% случаев. Значительно реже терапевтического эффекта удавалось достичь при замене первичного препарата на пентамидин – в 44% случаев. Вероятность положительного терапевтического эффекта, выраженная отношением шансов, составила для бактрима 2,1 (95% ДИ 1,1–3,2), для клиндамицин/примакина – 2,7 (95% ДИ 1,3–4,0), для пентамида – 0,8 (95% ДИ 0,6–1,0), для атоваквона – 1,2 (95% ДИ 0,6–1,7; связь недостоверна).

Исследователи сделали попытку определить влияние на исход тяжести заболевания на момент смены лекарств. Для этого они провели анализ методом Кокса, включив в него 82 индивидуальных случая ПП и проведя поправки на уровень кислорода крови на момент госпитализации, возраст, число CD4 клеток, длительность ВИЧ инфицированности, бактериальную коинфекцию, ПП профилактику и место лечения. Референтным препаратом второй линии в данном анализе был бактрим. Ученые определили, что при сравнении с бактримом риск смерти в течение 3 месяцев с момента госпитализации был значительно выше, если в качестве препарата второй линии был использован внутривенный пентамидин (относительный риск [ОР] 12,4; 95% ДИ 4,0–38,3), и сравнимым, если в качестве препарата второй линии был использован клиндамицин/примакин (ОР 0,95; 95% ДИ 0,29–3,10).

Исследователи также проанализировали влияние календарного года на эффективность препаратов второй линии терапии ПП. Они обнаружили, что для календарных периодов до 1989 г., с 1989 по 1995 гг. и после 1995 г., эффективность бактрима увеличилась (соответственно 50%, 62% и 82%), эффективность пентамида колебалась (28%, 58%, 52%), а эффективность клиндамицин/примакина оставалась на прежнем уровне (последняя комбинация использовалась в исследованиях, проведенных после 1988 г.)

Выводы.

Исследователям удалось определить, что комбинация клиндамицина и примакина значительно эффективнее пентамида при терапии ПП, требующей смены препарата. Более того, в тех случаях, когда лечение ПП начиналось не с бактрима, его выбор как препарата второй линии был связан с большей вероятностью хороших исходов. «В заключении можно сказать, что триметоприм/сульфаметаксозол остается препаратом выбора при лечении ПП у ВИЧ инфицированных, как при первичном, так и при последующем назначении лечения. Исключение составляют только случаи его непереносимости пациентом», – пишут авторы исследования.