

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/](http://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](mailto:library@eurasiahealth.org) и включением ссылки на сайт «Здоровья Евразии» ([www.eurasiahealth.org](http://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/](http://www.eurasiahealth.org/aids/)

**У больных с ВИЧ инфекцией и туберкулезом невирапин нежелательно назначать вместе с рифампицином.**

**Источник.**

*Andrew Boulle, et al. Outcomes of Nevirapine- and Efavirenz-Based Antiretroviral Therapy When Coadministered With Rifampicin-Based Antitubercular Therapy.*

**Реферат.**

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18677025>

Эпидемии ВИЧ инфекции и туберкулеза (ТБ) идут рука об руку, и в некоторых странах мира с высокой распространенностью ВИЧ ТБ является самой распространенной оппортунистической инфекцией. Многие больные одновременно получают противотуберкулезное и антиретровирусное лечение. Это чревато как суммарной токсичностью терапии, особенно гепатотоксичностью, так и неблагоприятными реакциями лекарственного взаимодействия. Известно, что рифампицин вмешивается в метаболизм нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы (ННИОТ) и значительно снижает их концентрацию в сыворотке крови. Южноафриканские исследователи провели большое когортное исследование с целью оценить эффективность и переносимость сочетания комбинированной антиретровирусной терапии (кАРТ), содержащей невирапин или эфавиренц, и противотуберкулезной терапии, имеющей в своей основе рифампицин.

**Методы и ход исследования.**

Исследование было проведено с 2001 по 2006 гг. в пригороде Кейптауна с населением около 400 000 человек и исключительно высокой распространенностью как ВИЧ, так и ТБ: 30% уже рождаются ВИЧ инфицированными, заболеваемость ТБ составляет 1500 на 100 000 в год.

В исследование включались ВИЧ инфицированные больные, которые наблюдались и/или лечились в трех общественных центрах. Первая линия кАРТ всегда содержала ННИОТ (либо эфавиренц [600 мг в день], либо невирапин [200 мг 2 раза в день]) в сочетании с двумя нуклеозидными ингибиторами обратной транскриптазы. кАРТ назначалась при уровне CD4 клеток 200 клеток/мкл или ниже. Препараты выдавали бесплатно, сначала – раз в неделю, затем – раз в месяц. Постоянно оценивалась приверженность терапии.

Противотуберкулезное лечение проводилось под непосредственным наблюдением медработников в восьми противотуберкулезных центрах. При впервые диагностированном ТБ назначался 4-х месячный курс в составе рифампицина, пиразинамида, изониазида и этамбутола.

Основными конечными точками исследования были: вирусная нагрузка (ВН)  $\leq 400$  копий/мл через 6, 12 и 18 месяцев терапии; длительность времени до первого результата анализа ВН  $\leq 400$  копий/мл; длительность времени до неудачи терапии, которой считались два последовательных анализа ВН  $\geq 5000$  копий/мл; время до смерти и время до токсических проявлений, ограничивающих возможность продолжить лечение.

**Результаты.**

Доля больных, начинающих кАРТ одновременно с противотуберкулезной терапией, увеличилась с 21% в 2001 г. (17 из 80) до 40% в 2006 г. (439 из 1099).

Из 4117 включенных в исследование ВИЧ инфицированных больных 2687 не получали противотуберкулезное лечение на момент инициации кАРТ, а 1430 – получали. Из них 249 начали невирапин-содержащую кАРТ, а 1181 – эфавиренц-содержащую. Клинико-демографические характеристики пациентов, получавших невирапин и получавших эфавиренц, были сходными. В целом были выделены и сравнивались 4 группы больных: ТБ-положительные на невирапин-содержащем режиме (n=209), ТБ-отрицательные на невирапин-содержащем режиме (n=1726), ТБ –положительные на эфавиренц-содержащем режиме (n=1074) и ТБ-отрицательные на эфавиренц-содержащем режиме (n=961).

Доля больных с повышенной ВН (>400 копий/мл) была наименьшей на 6 месяце кАРТ (по сравнению с более поздними сроками) во всех четырех группах.

При этом получающие противотуберкулезную терапию и невирапин-содержащую кАРТ больные на протяжении всего времени наблюдения имели в два раза более высокую ВН, чем ТБ-отрицательные больные: скорректированное отношение рисков (КОР) составило 2,1 (95% ДИ 1,2–3,4). Эта группа больных имела более высокий риск повышенной ВН и среди всех четырех групп сравнения: КОР – 1,7 (95% ДИ 1,2–2,6). При сравнении вирусологических исходов группы получающих противотуберкулезную терапию + невирапин-содержащую кАРТ и получающих противотуберкулезную терапию + эфавиренц-содержащую кАРТ КОР составило 3,2 (95% ДИ 2,0–5,2) в пользу эфавиренца. При сравнении же вирусологических исходов групп получающих эфавиренц и ТБ-отрицательных и получающих эфавиренц и рифампицин больных разницы найдено не было: КОР – 1,1 (0,8–1,6). Среди ТБ-отрицательных больных вирусологические исходы у получающих невирапин были также хуже, чем у получавших эфавиренц.

Исследователи не обнаружили разницы между временем до смерти или до замены одного из препаратов кАРТ по причине токсичности у лиц с ТБ и без него.

Анализ длительности времени до вирусологической неудачи показал, что у получающих невирапин и противотуберкулезное лечение вирусологическая неудача развивается быстрее, чем у получающих невирапин и не имеющих ТБ (КОР – 2,2; 95% ДИ 1,3–3,7). При этом у больных, получающих эфавиренц и имеющих или не имеющих ТБ, такой разницы отмечено не было (КОР – 1,1; 95% ДИ 0,6–2,0).

#### **Выводы.**

Исследователи отмечают, что в целом эффективность и переносимость ННИОТ-содержащих режимов кАРТ в сочетании с противотуберкулезным лечением, включающим рифампицин, неплохие. При этом у получающих невирапин вероятность вирусологической неудачи терапии значительно выше по сравнению с получающими эфавиренц.