

Гепатотоксичні побічні реакції при лікуванні хворих на мультирезистентний туберкульоз у поєднанні з ВІЛ-інфекцією та вірусними гепатитами

Ніколаєва О.Д.

Національний університет охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Обґрунтування. Проблема поєданого перебігу мультирезистентного туберкульозу (МРТБ), ВІЛ-інфекції й вірусних гепатитів (ВГ) В та С в Україні набула глобального значення у зв'язку з неухильним підвищенням захворюваності на ВІЛ і поширеності МРТБ серед інфікованих. Наявність МРТБ/ВІЛ/ВГ потребує інтегрованого підходу до ведення випадку. Хворі на ТБ у поєднанні з ВГ належать до групи ризику щодо виникнення тяжких гепатотоксичних побічних реакцій, що ускладнює процес лікування та зумовлює несприятливий прогноз.

Мета. Визначити частоту, ступінь і можливості усунення побічної дії поєднаної терапії ТБ/ВІЛ залежно від функціонального стану печінки.

Матеріали та методи. Ми проаналізували 30 випадків МРТБ/ВІЛ/ВГ. Усі ВІЛ-інфіковані мали CD4 \leq 200 кл/мкл, IV стадію хвороби. Серед клінічних форм ТБ діагностовано легеневий ТБ у поєднанні з множинними позалегеновими локалізаціями процесу. Хворі були обстежені на маркери ВГ В та С. Використовували й стандартні лабораторні методи: біохімічне дослідження крові з визначенням білірубину, аланінамінотрансферази (АлАт) й аспартатамінотрансферази (АсАт), лужної фосфатази, альбуміну, протромбінового індексу. Також усім хворим було виконано ультразвукову еластометрію печінки апаратом FibroScan і визначено ступінь фіброзу в паренхімі за шкалою METAVIR.

Результати та їх обговорення. Серед обстежених хворих у 8 (26,7 %) діагностували вірусний гепатит В, у 22 (73,3 %) – гепатит С. При визначенні функціонального стану печінки

за рівнем біохімічних показників у 14 (46,6 %) хворих відзначено підвищення рівня трансаміназ, у 9 (30 %) – білірубину, в 5 (16,7 %) – зниження рівнів альбуміну. За даними еластометрії в 4 (13,3 %) пацієнтів діагностували ступінь фіброзу за шкалою METAVIR F3, у 12 (40,0 %) – F2, у 14 (46,6 %) – F1. Після дообстеження хворі отримували комплексне лікування за схемою Cm Lfx Pt Cs Pas і протівірусну терапію TDF+3TC+EFV, а після впровадження в Україні бедаквіліну й сучасні схеми – Bdq Lfx Lzd Cs Cfz і протівірусну терапію TDF+FTC+DTG. Схеми протівірусної терапії не включали гепатотоксичні препарати. Встановлено, що найвищий ризик виникнення гепатотоксичних реакцій мають пацієнти з вихідним підвищенням рівнів АлАт й АсАт, зниженим альбуміном, ураженням печінки F2 та F3. Ці хворі потребують лікування в поєднанні з гепатопротекторами й ретельнішого моніторингу показників функції печінки. Гепатотоксичні реакції 1-2 ступеня траплялися частіше в перший і другий місяці лікування в 73,3 % хворих і були усунені без відміни терапії. У 8 (26,7 %) хворих діагностували тяжкі гепатотоксичні реакції 3 ступеня, що потребували відміни протитуберкульозної терапії з проведенням дезінтоксикаційного лікування разом із гепатопротекторами. Протитуберкульозну терапію відновлювали після нормалізації функціональних показників печінки. За попередніми даними, режим хіміотерапії туберкульозу з бедаквіліном зумовлював менше гепатотоксичних побічних реакцій порівняно з попередньою схемою Cm Lfx Pt Cs Pas.