СПб ГБУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»

Основы клинического течения и терапии ВИЧ-инфекции

Врач-инфекционист Монахов Н.Э.

2020

ВИЧ-инфекция

- хроническое инфекционное антропонозное (передается от человека к человеку) заболевание с контактным путем передачи, вызываемое вирусом иммунодефицита человека, характеризуется медленным прогрессированием поражения иммунной системы, с развитием СПИДа.

Клинические проявления

- несостоятельность иммунной защиты являются оппортунистические инфекции, злокачественные новообразования, дистрофические и аутоиммунные процессы.
- при отсутствии специфического лечения ведет к гибели инфицированного человека.

ПОСТАНОВКА ДИАГНОЗА ВИЧ - ИНФЕКЦИИ

Факт наличия у человека ВИЧ-инфекции устанавливается на основании эпидемиологических, клинических и лабораторных данных

Устанавливает врач-клиницист

ДИАГНОСТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ 2 ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНЫХ ЭТАПА

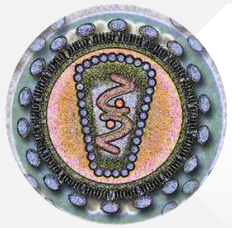
1

- Установление собственно диагноза ВИЧ-инфекции, т. е. установление факта инфицирования ВИЧ

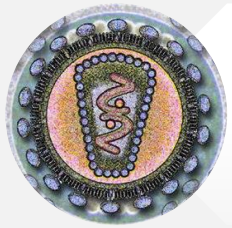
2

- Установление развернутого клинического диагноза:
- Определение стадии;
- Характера течения ВИЧ-инфекции;
- Наличия вторичных заболеваний (развившихся вследствие ВИЧ-инфекции);
- Наличия сопутствующих (не являющихся следствием ВИЧ-инфекции) заболеваний;
- Определение маркеров прогрессирования ВИЧ-инфекции (количества CD_4+-лимфоцитов и уровня РНК ВИЧ в крови).

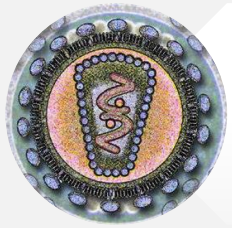
ФАКТЫ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИЕ О ВЫСОКОМ РИСКЕ ЗАРАЖЕНИЯ ВИЧ



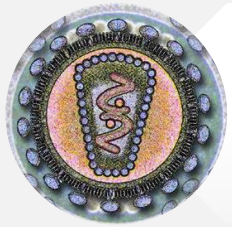
рождение обследуемого лица от ВИЧ-инфицированной матери



регулярные незащищенные (без использования презерватива) половые контакты с больным ВИЧ-инфекцией или совместный с ним парентеральный прием психоактивных веществ;



грудное вскармливание (путем приложения к груди) ВИЧ-инфицированного ребенка



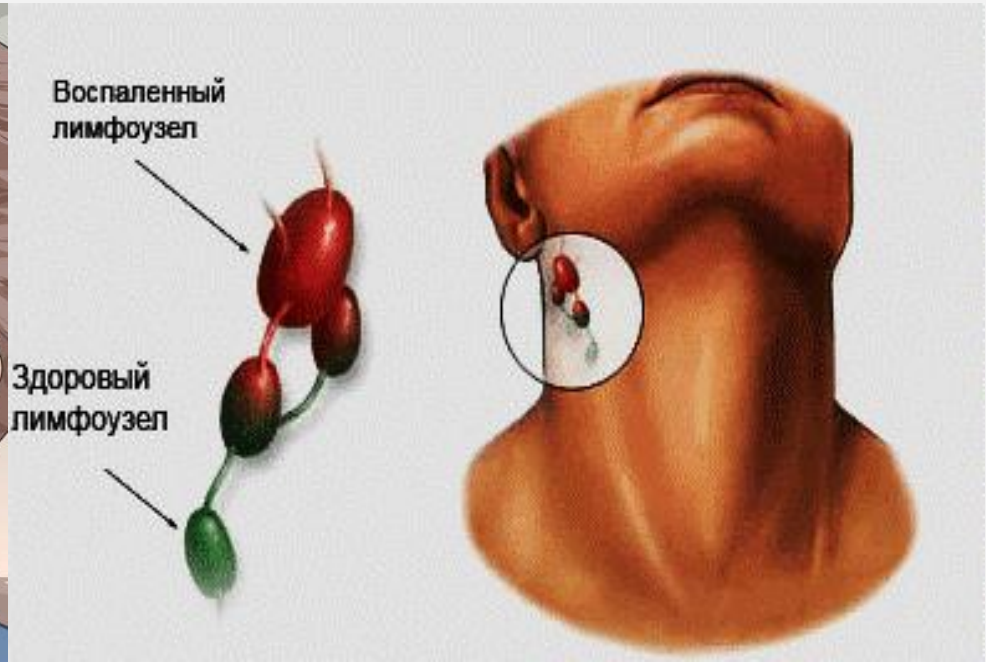
грудное (путем приложения к груди или с использованием сцеженного молока) вскармливание ребенка ВИЧ-инфицированной женщиной.

ФАКТЫ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИЕ ОБ ОПРЕДЕЛЕННОМ РИСКЕ ЗАРАЖЕНИЯ ВИЧ

парентеральные вмешательства или повреждения, осуществлявшиеся инструментами, возможно контаминированными ВИЧ
повреждение кожных покровов или слизистых оболочек инструментом, контаминированным ВИЧ (например, при оказании медицинской помощи больному ВИЧ-инфекцией)
однократный половой контакт с ВИЧ-инфицированным или регулярные половые контакты с использованием презерватива (случаи его неправильного использования)
половые связи, парентеральный прием наркотиков на территориях высокого распространения, от лица с неизвестным статусом
переливание крови, пересадка органов и тканей, парентеральные вмешательства на территориях с высоким (> 1% всего населения или в группе риска, к которой принадлежит донор) уровнем распространения ВИЧ

КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

✓Персистирующая генерализованная лимфаденопатия (ПГЛ) - Это увеличение **не менее 2-х лимфатических узлов, в не менее чем 2-х не связанных между собой группах,** размером > 1 см (у детей – > 0,5 см), сохраняющееся в течение **не менее 3 мес.**



КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

- ✓Синдром истощения – потеря массы тела > 10%;
- ✓Диарея продолжительностью более 1 мес;
- ✓Лихорадка более 1 мес.

КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

О высокой вероятности наличия ВИЧ-инфекции свидетельствует обнаружение хотя бы 1-го из заболеваний

- Генерализованные грибковые инфекции (в т.ч. кандидоз внутренних органов)
- ЦМВ-инфекция, ЦМВ-ретинит с потерей зрения
- Инфекция ВПГ (хронические язвы, не заживающие более 1 мес.)
- Прогрессирующая деменция, приводящая к затруднению повседневной деятельности
- Онкологические заболевания (саркома Капоши; лимфома Беркитта; Лимфома
- Микобактериозы, вызванные атипичными микобактериями
- Туберкулез внелегочный или генерализованный формы
- Пневмоцистная пневмония; Токсоплазмоз головного мозга
- Другие тяжёлые инфекции (гистоплазмоз, изоспороз кишечника).

ЛАБОРАТОРНОЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ДИАГНОЗА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Лабораторное обследование на ВИЧ выполняют при обязательном информированном согласии пациента	• Методы обнаружения генного материала ВИЧ (РНК, ДНК) и его антигенов • Методы обнаружения антител к ВИЧ.
Проведению этого исследования предшествует ДОТЕСТОВОЕ консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции	• Генный материал РНК ВИЧ может обнаруживаться уже на 7-й день после заражения, антиген р24 – на 15-й, первые антитела – на 30-й, поздние – к 3 мес.

ОБНАРУЖЕНИЕ АНТИТЕЛ К ВИЧ

На 1-м этапе (скрининг) - выявление суммарного спектра антител против антигенов ВИЧ с использованием различных тестов, обычно иммуноферментных

Если получен положительный результат в ИФА, анализ проводится еще 2 раза (с той же сывороткой и в той же тест-системе);

Если получены 2 положительных результата из 3х постановок, сыворотка считается первично положительной и направляется в референс-лабораторию для дальнейшего исследования

На 2-м этапе (подтверждение результатов скринингового исследования) первично положительная сыворотка повторно исследуется методом ИФА, во второй тест-системе другого производителя, отличающейся от первой по составу антигенов, антител или формату тестов

При получении отрицательного результата сыворотка повторно исследуется в третьей тест-системе, отличающейся от первой и второй по составу антигенов, антител или формату тестов.

В случае получения отрицательного результата (во второй и третьей тест-системах) выдается заключение об отсутствии антител/антигенов ВИЧ.

На 3-м этапе при получении положительного результата (во второй и/или третьей тест-системе) сыворотку необходимо исследовать методом иммуноблотинга, где определяют антитела (АТ) к отдельным антигенам (АГ) вируса.

Результат, интерпретируются:

Положительный

Неопределенный

Отрицательный

Положительными (позитивными)

- считаются пробы, в которых обнаруживаются антитела как минимум к 2 из 3 гликопротеинов ВИЧ (env)

Отрицательными (негативными)

- считаются сыворотки, в которых не обнаруживаются антитела ни к одному из антигенов (белков) ВИЧ
- рекомендуется исследовать биологический образец в тест-системе для определения антигена p25/24(отдельно) или ДНК/РНК ВИЧ

Неопределенными (сомнительными)

- считаются сыворотки с белками в иммунном блоте, не отвечающим критериям позитивности
- при получении неопределенного результата с белковым профилем, включающим сердцевинные белки (gag) p25/24, проводится исследование для диагностики ВИЧ-2
- рекомендуется исследовать биологический образец в тест-системе для определения антигена p25/24(отдельно) или ДНК/РНК ВИЧ

РЕЗУЛЬТАТ СОМНИТЕЛЬНЫЙ

СПБ ГБУЗ «Клиническая инфекционная больница имени С.П. Боткина
Городская иммунологическая лаборатория
г. Санкт-Петербург, ул. Миргородская, д.3, тел. 717-60-52

Лицензия № ФС 78-01-002669 от 1
Код в реестре внешней оценки качества РФ (ФСВО

ФИО 235267197
Адрес анон
Дата рождения 24.03.1983
Код гр. риска 118

Номер и/б
№ пробы 213

Источник: Бюджет
Напр. учреждение ООО "ИНВИТРО СПБ" т.429-49-72
Отделение
Заказчик

475549

Подтверждающее исследование на ВИЧ-инфекцию № 475549

Дата поступления: 06.05.2019 **Дата исследования:** 11.05.2019

Результаты исследования

1. Анти-HIV 1,2 и АГ HIV-1 (т/с "Genscreen Ultra HIV Ag - Ab") — Положительный 0,274 / 5,205
   Серия 8G0763 Срок годности до: 03.12.2019
2. Анти-HIV 1,2 и АГ HIV-1 (т/с "КомбиБест ВИЧ-1,2 АГ/АТ") — Положительный 0,123 / 4,840
   Серия 2229 Срок годности до: 26.03.2020
3. Антиген p24 ВИЧ-1 (т/с"ДС-ИФА-ВИЧ-АГ-СКРИН") — Положительный 0,070 / 3,707
   Серия 098068 Срок годности до: 21.10.2019
4. Спектр антител к HIV-1 (т/с " NEW LAV BLOT 1") — Неопределенный
   Серия 8F0497 Срок годности до: 07.06.2019

ENV			GAG				POL		
Gp 160	Gp 120	Gp 41	P 55	P40	P 24	P 18	P 68	P 52	P 34
-	-	-	-	-	+/-	-	-	-	-

РЕЗУЛЬТАТ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ

46075

Подтверждающее исследование на ВИЧ-инфекцию № 946075

Дата поступления: 14.09.2018 **Дата исследования:** 18.09.2018

Результаты исследования

1. Анти-HIV 1,2 и АГ HIV-1 (т/с "Genscreen Ultra HIV Ag/Ab") — Положительный — 0,288 / 4,191
   Серия 7G0742 Срок годности до: 11.12.2018

2. Анти-HIV 1,2 и АГ HIV-1 (т/с "ARCHITECT HIV Ag/Ab Combo Reagent Kit") подтверждающий — Положительный — 1,000 / 645,850
   Серия 84025LIOO Срок годности до: 07.10.2018

3. Спектр антител к HIV-1 (т/с " NEW LAV BLOT 1") — Положительный
   Серия 8C0494 Срок годности до: 22.02.2019

ENV			GAG				POL		
Gp 160	Gp 120	Gp 41	P 55	P40	P 24	P 18	P 68	P 52	P 34
+	+	+	+	+	+/-	-	+	+	+

АНАМНЕЗ, КОТОРЫЙ НЕОБХОДИМО СОБРАТЬ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ

Общая информация (ф.и.о., дата рождения, место рождения)

- Информация о тестировании на ВИЧ
- Риск заражения ВИЧ и путь заражения (если известно)

Время и место (страна), где произошло заражение ВИЧ (наиболее вероятное или известное)

- История лечения ВИЧ-инфекции (если имеется)
- Семейный анамнез, наличие ССЗ/Онкологических болезней у родственников

Контакты с больными туберкулезом, МЛС

- Посещение эндемических очагов
- Употребление психоактивных веществ

Анамнез заболевания, инфекционных осложнений, оппортунистов

- Сопутствующие заболевания и фармакотерапия, риски ССО (курение/ИМТ/АГ)
- Другие состояния (менопауза, вакцинопрофилактика)

ЛАБОРАТОРНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

- определение уровня ВН, CD_4
- общий анализ крови (ОАК)
- общий анализ мочи (ОАМ)
- биохимический анализ +ЛИПИДОГРАММА
- исследование на сифилис
- обследование на вирусный гепатит С, гепатит В
- определение антител к токсоплазме, ЦМВ

- диагностика заболеваний сердечно-сосудистой системы (ЭКГ, измерение артериального давления, расчет индекса массы тела)
- диагностика туберкулеза (флюорография или рентгенография ОГК), Д-тест
- диагностика заболеваний ЖКТ, мочевыводящих путей (УЗИ органов брюшной полости, почек)
- определение репродуктивного статуса (применяемые методы контрацепции; планирование беременности; вспомогательные репродуктивные технологии)
- выявление нейрокогнитивных расстройств, признаков депрессии
- обследование отделяемого цервикального канала и влагалища на вирус папилломы человека (Papilloma virus) методом ПЦР

ИММУНОГРАММА

CD4-рецептор (кластер дифференцировки)	• трансмембранный гликопротеин, молекула на поверхности регуляторных Т-лимфоцитов (Т-хелперов), которая в качестве ко-рецептора участвует в осуществлении этими клетками иммунных функций.
Т-лимфоциты (CD4)	• лимфоциты (хелперы\помощники), выполняющие функции «дирижёров иммунного ответа», усиливают иммунный ответ, активируют Т-киллеры, В-лимфоциты и др. клетки ИС.
Т-лимфоциты (CD8)	• цитотоксические лимфоциты (Т-киллеры) лизируют клетки - мишени, несущие чужеродные антигены или изменённые клетки организма (Н-р: опухолевые клетки).
общее количество Т-лимфоцитов (CD3)	• зрелые Т-лимфоциты

КЛАССИФИКАЦИЕЙ ИММУННЫХ НАРУШЕНИЙ ВОЗ

отсутствие иммунодефицита или незначительный	CD4> 500 клеток/мкл
умеренный иммунодефицит	CD4 350 - 499 клеток/мкл
выраженный иммунодефицит	CD4 200 - 349 клеток/мкл
тяжелый иммунодефицит	CD4 <200 клеток/мкл или <15%

Рекомендации по началу АРВТ у ЛЖВ

АРВТ рекомендована всем взрослым ЛЖВ независимо от количества клеток CD4

Возможным исключением для немедленного начала АРТ могут быть так называемые **"элитные контроллеры ВИЧ"** (люди с высоким уровнем CD4 и ВН ВИЧ <1 000 копий/мл);
Хотя даже у таких пациентов АРТ увеличивает число CD4, уменьшает воспаление, снижает риски передачи.

Рекомендуется подобрать оптимальную для данного пациента схему АРТ с учетом возможных противопоказаний к назначению отдельных АРВП и факторов риска их применения.

Рекомендуется при назначении АРТ первого ряда (стартовой АРТ) использовать менее токсичные и наиболее удобные схемы лечения в виде комбинированных препаратов с фиксированными дозами.

Перед тем, как выбирать схему АРТ, важно принять во внимание:

- Планирование беременности
- Наличие оппортунистических инфекций
- Наличие туберкулеза
- Наличии сопутствующих инфекций, которые могут ограничивать выбор АРВ-препаратов
- Пациент принимает другие препараты
- Пациент испытывает затрудненное глотание препаратов (есть жидкие формы и «раскрошить»)

РЕШЕНИЕ О НАЧАЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ АРВТ ПРИНИМАЕТСЯ

- ✓ врачебной комиссией по назначению АРТ;
- ✓ учетом результатов полного анамнеза, в т.ч. ранее проводимой АРТ, клинико-лабораторного, инструментального исследования, наличием сопутствующей патологии, МЛВ;
- ✓ при письменном согласии пациента.

АРВТ ПРИ КО-ИНФЕКЦИИ ТБ/ВИЧ

- Больные ВИЧ-инфекцией в сочетании с туберкулезом нуждаются как в АРВТ, так и в ПТХТ;
- При назначении лечения необходимо учитывать МЛВ АРВТ И ПТХТ;

CD4, клеток/мкл	Рекомендации
< 50	Начинают лечение туберкулеза. Если пациент его хорошо переносит, как можно раньше (в течение 2–3 нед.) присоединяют АРТ
≥ 50	• Начинают лечение туберкулеза; • АРТ присоединяют в течение первых 2–3 мес; • При наличии НЯ, связанных с ПТТ, грубых МЛВ между АРТ\ПТТ, низкой приверженности пациента к лечению, АРТ можно присоединить после окончания интенсивной фазы ПТТ (в течение первых 2 мес.).

При плохой переносимости терапии и CD4 > 500 клеток/мкл начало АРТ можно отложить до завершения терапии туберкулеза.

НОВЫЕ СТРАТЕГИИ АРВТ

- Снижение токсичности
- Упрощение приема
- Инъекционные формы пролонгированного действия

ПРИНЦИПЫ НАЗНАЧЕНИЯ ДИТЕРАПИИ:

Двойная терапия с 3ТС + ИП\р или ИИ могут быть назначены только лицам у которых:

- Отсутствует резистентность
- ВН ВИЧ до < 50 копий/мл по крайней мере в течение последних 6 месяцев
- У которых уровень СД4,более 500 кл\мкл
- При отсутствии ко-инфекции с хроническим ВГВ
- Отсутствует беременности

Преимущества:

- Благоприятный профиль безопасности, снижение рисков НЯ и долгосрочной токсичности ВААРТ;
- Уменьшение количества принимаемых лекарственных единиц;
- Снижение «возможных» МЛВ, на будущее;
- Повышение приверженности;
- Удешевление схемы, экономическая сторона.

Недостатки:

- Развитие НЯ со стороны ССЗ, при длительном использовании ИП\р;
- Риск развития резистентности, при частых перерывах;
- При использовании Ламивудин + Долутегравир, риски значительно ниже.

ЩАДЯЩИЕ СТРАТЕГИИ

Двойная терапия:

- ✓ 3TC + DTG
- ✓ 3TC + DRV/r
- ✓ 3TC + ATV/r
- ✓ 3TC + LPV/r
- ✓ DTG + RPV

НОВЫЕ РАЗРАБОТКИ

- TAF (tenofovir alafenamide) - пролекарство, которое проникает в клетки более эффективно, при более низких концентрациях (в 12 раз меньше), чем у Тенофовира, что обусловливает меньшую токсичность;
- Элвитегравир - ингибитор интегразы. Зарегистрирован в составе комбинированных препаратов «Стрибилд», «Генвоя»;
- Биктегравир - ингибитор интегразы. Зарегистрирован в составе комбинированных препаратов «Биктарви»,
- Элпида - ННИОТ второго поколения(РФ),с хорошей переносимостью, с малым количеством НЯ (личный опыт)\ждем комбинированную форму;
- Доравирин – ННИОТ, с уникальным профилем резистентности, по силе с ИП;
- Фостемсавир – это ингибитор присоединения, для пациентов с ЛУ.

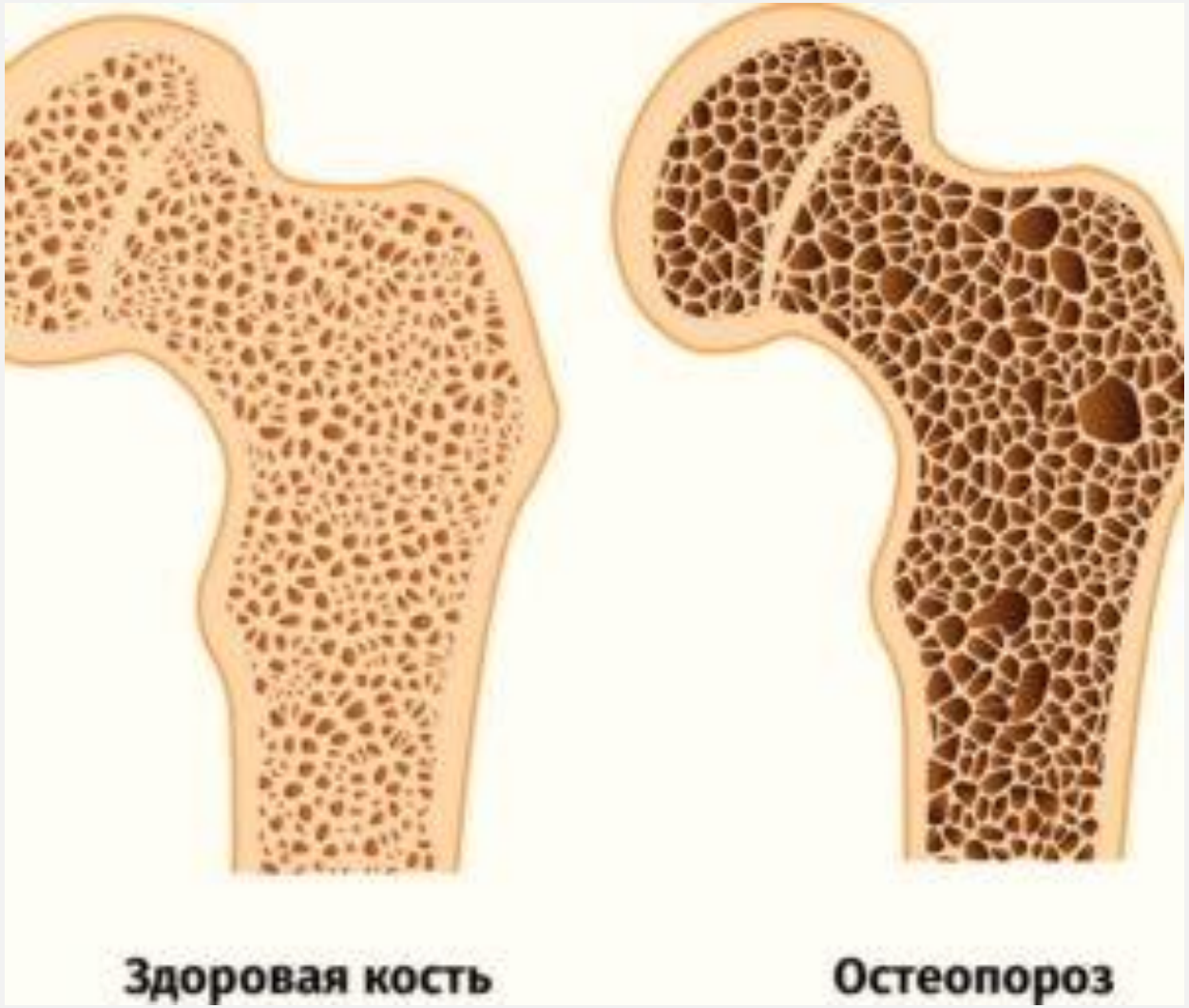
ДРУГИЕ РАЗРАБОТКИ

- **Альбувиртид (ИС)** – прочно связывается с белками крови, тем самым продляя период полувыведения, поэтому требуется всего 1на инъекция в неделю (Китай);
- **Ибализумаб** – это генетически модифицированное антитело, которое также называют "моноклональным". Он предотвращает проникновение ВИЧ в клетку, проявляя активность против штаммов вируса с множественной лекарственной устойчивостью. Препарат вводится внутривенно один раз в 14 дней;
- **CAB-LA + RPV** пролонгированного действия, инъекция 1 раз в месяц, 1 раз в 2 месяца.

КАБОТЕГРАВИР

- Таблетка для перорального приема разрабатывалась, в первую очередь, для исследования безопасности препарата перед переключением пациента на инъекционный препарат;
- CAB-LA(инъекционная форма) имеет очень долгий период полувыведения(нано-суспензия): у некоторых людей только после одной инъекции препарат все еще определялся спустя год и больше. Это требует обязательного применения перорального препарата до введения CAB-LA для исключения реакции гиперчувствительности;
- Для использования для доконтактной профилактики (ДКП);
- Пероральный CAB имеет профиль безопасности, сходный с Долутегравиром

КОНЦЕПЦИЯ УМЕНЬШЕНИЯ ЧИСЛА ПЕРЕЛОМОВ У ЛЖВ



Распространенность остеопороза у ВИЧ-инфицированных:

У лиц в возрасте 50 лет и старше в соответствии с критериями ВОЗ остеопороз в России выявляется у каждой 3-й женщины и каждого 5-го мужчины	Распространенность остеопении 48-55% и остеопороза 10-34% среди ВИЧ – инфицированных	По данным исследования Triant в котором исследовали более 8000 ВИЧ-инфицированных , выявлено , что частота переломов у ВИЧ-инфицированных обоего пола в 2-4 раза выше, чем у лиц без ВИЧ инфекции	Снижение МПК на 2-6% в течение первых двух лет от начала АРВТ, сравнимо с потерей МПК у женщин в первые 2 года менопаузы.

ПРИЧИНЫ НИЗКОЙ МПК У ВИЧ –ИНФИЦИРОВАННЫХ, КОМПЛЕКС ПРОБЛЕМ

ВИЧ-инфекция

Традиционные риски остеопороза

Влияние АРВТ

ФАКТОРЫ РИСКА СНИЖЕНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ

- Женский пол
- Возраст старше 65 лет
- Белая (европеоидная) раса
- Наследственность
- Предшествующие переломы
- Гипогонадизм у мужчин и женщин
- Ранняя (в том числе хирургическая) менопауза у женщин
- Длительная иммобилизация
- Низкая физическая активность
- Курение
- Недостаточное потребление Ca
- Дефицит витамина D
- Склонность к падениям
- Злоупотребление алкоголем
- Низкий индекс массы тела и/или низкая масса тела
- Прием глюкокортикоидов

ВЛИЯНИЕ ВИЧ НА КОСТЬ

- ВИЧ непосредственно влияет на процессы костного ремоделирования.
- Белок gp55 и гликопротеин gp 120 индуцируют апоптоз в остеобластах, снижая процессы костеобразования.
- Белки ВИЧ повышают активность остеокластов (усиливается резорбция-разрушение кости).
- Повышенный TNF-a(цитокин - фактор некроза опухолей) усиливает резорбцию костей через активацию остеокластов с подавлением формирования костных клеток

РОЛЬ АРВТ В РАЗВИТИИ ОСТЕОПОРОЗА

- ВИЧ-инфицированные пациенты, получающие АРВТ, в 2.5 раза чаще имеют снижение МПК, чем не получающие терапию. (AIDS, London, England);
- Первые 1-2 года от начала терапии происходит снижение МПК, затем процесс стабилизируется. Чем ниже исходный уровень CD4, тем более активно снижается МПК после старта терапии.(Ofotocun I., AIDS, England,2016);

Эти данные объясняются не столько влиянием непосредственно вируса, как процессом иммунной реконституции;

- Тенофовир непосредственно влияет на остеобласты и остеокласты (Grinsbt I.F., Bioch Biophys Res Com , 2010);
- Тенофовир, вызывая проксимальную тубулярную дисфункцию, усиливает фосфатурию, способствующую снижению МПК (Hamzad L., AIDS (London, England, 2015).

ВИТАМИН Д

- Недостаточность витамина Д от 60-75% в различных когортах ВИЧ-инфицированных (Rodriguez M. et al., AIDS, Res Hum Retroviruses);
- Низкий уровень витамина Д чаще представлен среди ВИЧ-инфицированных от 24-87% (Hidson A.I., Plo S one. 2015);
- АРВТ влияет на метаболизм витамина Д, наиболее значимое снижение уровня витамина Д на фоне приема ННИОТ(EFV) (Havers F.P., Plo S one. 2014);
- Исследования In vitro показали, что ингибиторы протеаз тормозят конверсию 25(OH) Д в активный метаболит 1.25 (OH)2 Д. (Cozzolino M., AIDS (London, England).

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОПОРОЗА

- Отказ от вредных привычек;
- Физическая активность;
- Снижение риска падений;
- Коррекция сопутствующей патологии, способствующей развитие остеопороза;
- Оценка количества кальция, поступающего с пищей;
- Контроль уровня витамина Д в крови, коррекция гиповитаминоза;
- Проведение денситометрии - метода подтверждения СМП, особенно у лиц из группы риска;
- Терапия препаратами, снижающими костную резорбцию и повышающими остеосинтез (бифосфонаты).

ИССЛЕДОВАНИЕ PARTNER

- Количество пар – 888;
- Количество незащищённых половых актов – 58 000 случаев;
- Количество пар, где наблюдалась передача вируса – 11 пар;
- Количество пар, где наблюдалась передача вируса, связанная с партнёром – 0 пар;
- Неопределяемая вирусная нагрузка < 200 копий в мл.

75 городов из 14 европейских стран, среднее время наблюдения – 1.3 года

МЕЖЛЕКАРСТВЕННЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ АРВТ(МЛВ)

- За последние 10 лет, изменился портрет ВИЧ-инфицированного пациента;
- Увеличился его возраст, как уже состоящих на диспансерном учете, так и вновь выявленных, что привело к росту сопутствующей патологии;
- **Антиретровирусные препараты** признаны одними из терапевтических препаратов с самым **ВЫСОКИМ ПОТЕНЦИАЛОМ** для лекарственного взаимодействия.

НАЛИЧИЕ МЛВ

HIV Drug Interactions

UNIVERSITY OF LIVERPOOL

Donate Now

Apps

About Us | Interaction Checkers | Prescribing Resources | Videos | Site News | Contact Us | Support Us

Having trouble viewing the interactions? Click here for the Interaction Checker Lite.

HIV Drugs	Co-medications	Drug Interactions
Search HIV drugs...	Search co-medications...	Check HIV/ HIV drug interactions
		Switch to table view
A-Z / Class / Trade	A-Z / Class / Trade	Reset Checker
Atazanavir/cobicistat	Clomifene	Do Not Coadminister
Atazanavir + ritonavir	Clomipramine	Darunavir + ritonavir
Bictegravir/FTC/TAF	Clonazepam	Clopidogrel
Darunavir/cobicistat	Clonidine	Look for alternatives
Darunavir/cobicistat/FTC/TAF	Clopidogrel	More Info
Darunavir + ritonavir	Clorazepate	
Didanosine (ddI)	Cloxacillin	
Dolutegravir	Clozapine	

https://www.hiv-druginteractions.org/

ДРУГИЕ ПРЕПАРАТЫ, В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

	LPV/r	ATV/r	DRV/r	EFV	NVP
Кларитромицин	↑↑↑ QT	↑↑90%	↑↑57%	↓39% эффекта	↓31%
Омепразол	↓	↓↓75% АРВТ!	↓	НЕТ	НЕТ
Карбамазепин	↓ АРВТ ↑*- риск НЯ	↓ АРВТ ↑*- риск НЯ	↑↑↑↑	↓36% АРВТ ↓27%	↓ АРВТ
Этинилэстрадиол	↓↓эффекта контрацепции	↓↓	↓↓	↓↓	↓↓
Силденафил	↑ риск НЯ	↑↑↑↑	↑↑↑↑	↓↓	↓↓
Будесонид	↑риск с-м Кушинга	↑↑↑↑	↑↑↑↑	Коррекция дозы ↓↓	↓↓
Салметерол	↑ QT, риск НЯ	↑↑↑↑	↑↑↑↑	↓↓	↓↓
Зверобой (Простанорм, Эвалар и др.)	↓↓↓↓ АРВТ!	↓↓↓↓ АРВТ!	↓↓↓↓ АРВТ!	↓↓↓↓ АРВТ!	↓↓↓↓ АРВТ!

ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

ФАКТОРЫ, ОТ КОТОРЫХ ЗАВИСИТ РИСК ЗАРАЖЕНИЯ ВИЧ:

- ВИЧ-статус пациента;
- Степень нарушения целостности тканей;
- Степень контаминации ВИЧ инструментария;
- Стадия заболевания пациента;
- Получает ли пациент ВААРТ;
- Наличие у пациента резистентных штаммов ВИЧ;
- Следовательно вероятность инфицирования колеблется от 1:1000 до 1:100. Контагиозность гепатита С выше приблизительно в 10 раз, а гепатита В – в 100 раз

Постконтактная профилактика (ПКП)

Прием препаратов антиретровирусной терапии, сразу после того, как был совершен контакт с повышенным риском инфицирования.

Риски заражения ВИЧ-инфекцией

- Незащищенный половой контакт
- Использование общих шприцев
- Несоблюдение правил техники безопасности медработниками
- Другие рискованные ситуации

28 ДНЕЙ

Длительность приема ПКП составляет 28 дней.

Анализ на ВИЧ-инфекцию

ПКП назначает ТОЛЬКО врач «Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями». Перед применением ПКП, обязательно нужно провести АНАЛИЗ на ВИЧ-инфекцию.

2-4 часа, НЕ ПОЗДНЕЕ 72 часов

Желательно начать ПКП КАК МОЖНО РАНЬШЕ (2-4 часа), после рискованной ситуации и обязательно НЕ ПОЗДНЕЕ, чем через 72 часа.

Перед приемом ПКП нужно ознакомиться с возможными побочными эффектами, при возникновении которых необходимо обратиться к врачу и скорректировать терапию.

ГДЕ ПОЛУЧИТЬ НАЗНАЧЕНИЕ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ?

Санкт-Петербургский Центр СПИД:

По рабочим дням недели:

м. Балтийская, наб. Обводного канала, д. 179, с 9 до 16 часов в кабинет 32; с 16 до 19 часов в кабинет 414.

По выходным и праздничным дням (круглосуточно):

м. Нарвская, ул. Бумажная д.12, приемный покой.

КИБ им. Боткина

По выходным и праздничным дням (круглосуточно):

м. Ал. Невского, ул. Миргородская, д.3, приемный покой (вход с ул. Кременчугской);

По выходным и праздничным дням (круглосуточно):

Пискарёвский пр-т., д. 49, приемный покой.

При себе необходимо иметь паспорт. Прием и рекомендации врача бесплатны.

МОО «Позитивный диалог» Консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции, экспресс-тестирование на ВИЧ
+7 (812) 717-8990, +7 (911) 297-2444, consultant@pdialog.ru, pdialog.ru

Межрегиональная Общественная Организация
ПОЗИТИВНЫЙ ДИАЛОГ

ПРОФИЛАКТИКА ПЕРЕДАЧИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА «В»

Для профилактики используют специфический гипериммунный иммуноглобулин. Его введение в дозе 0,05 мл/кг массы тела показано не позднее, чем через 48 ч после вероятного заражения.

Проверка на поствакцинальный титр АТ (А-HbSAg).

Вакцинация ранее не привитых лиц, у которых произошел контакт с инфицированным материалом (как можно раньше, до 72 часов), проводят по схеме 0-1-2-12 мес.

ПРОФИЛАКТИКА ПЕРЕДАЧИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА «С»

В настоящее время вакцины от гепатита С не существует, по нескольким причинам и является предметом дискуссии многих лет, среди ведущих специалистов мира

- Во-первых — это гетерогенность вируса. Существует 6 основных генотипов вируса и около 500 субтипов. Набор вариантов вируса у каждого инфицированного пациента может различаться и меняться в процессе болезни, из-за ошибок при размножении вируса. Поэтому вирус представляет собой сложную, меняющуюся во времени мишень для иммунной системы больного человека.
- Другой проблемой в создании надежной защиты является отсутствие формирования стерильного иммунитета, то есть возможно повторное заражение как тем же самым подтипом вируса, так и другим.

ПРОФИЛАКТИКА ВГС ВКЛЮЧАЕТ

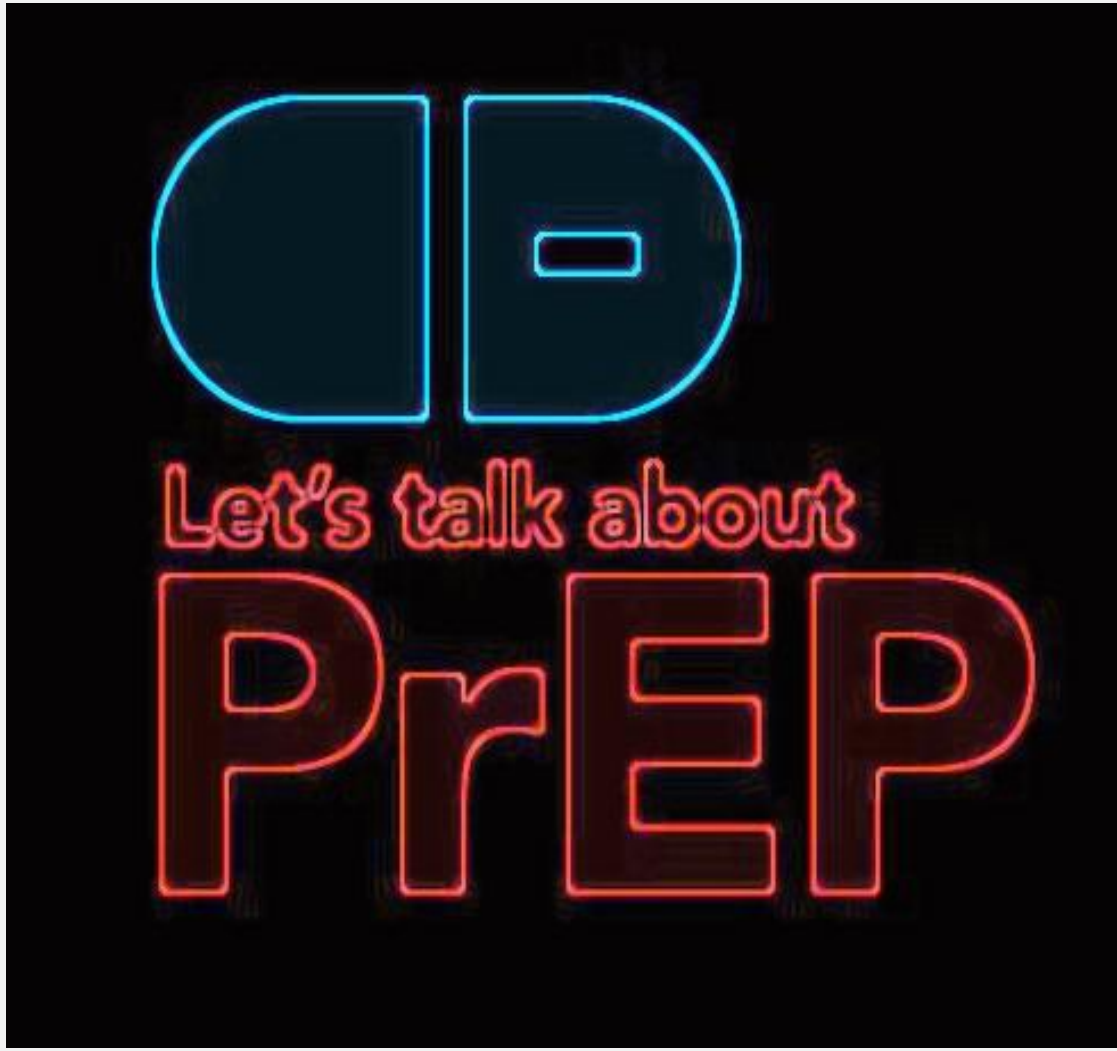
Снижение риска заражения:

- тестирование донорской крови
- обучение медицинского, косметологического персонала (соблюдение гигиены рук, использование перчаток, надлежащая обработка медицинского инструментария, безопасное обращение с острыми предметами и их правильная утилизация)
- популяризация использования презервативов
- лечение наркозависимости
- Своевременная диагностика (массовое обследование населения) и лечение больных, направленное на полное уничтожение вируса
- Соответственно, главным методом борьбы является противовирусная терапия ХВГС
- ВОЗ рекомендует проводить лечение всех лиц, с хронической инфекцией ВГС

ДКП

доконтактная профилактика, предэкспозиционная профилактика ВИЧ

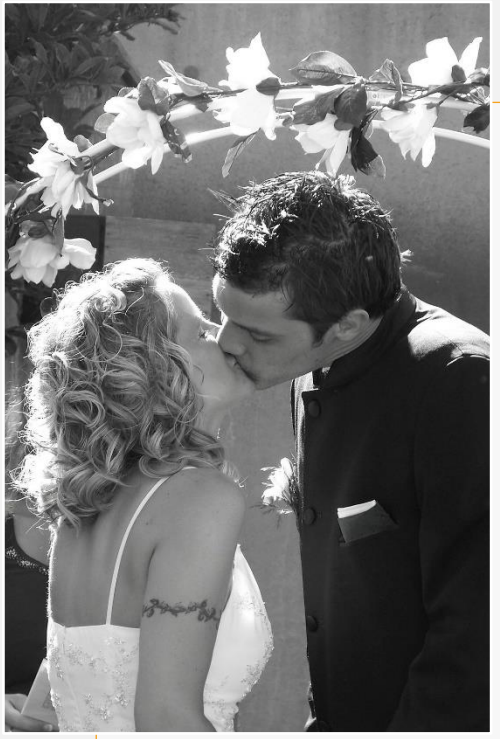
(PrEP — Pre-exposure Prophylaxis)



Это профилактический приём АРТ, лицами не имеющих ВИЧ, с целью снижения риска заражения этим вирусом

ДКП обеспечивает высокий уровень защиты у людей, принимающих препарат

ДКП - безопасна, если использовать ее с умом

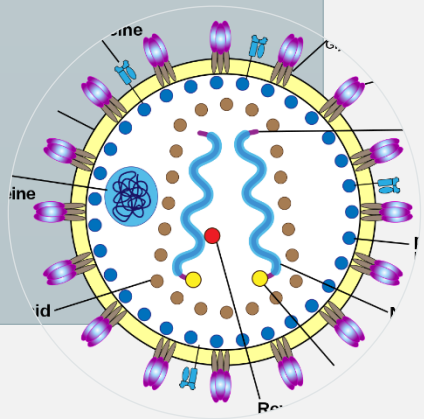


ДКП используется человеком, у которого НЕТ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, но:

- его партнер живет с ВИЧ (дискордантные пары, до достижения неопределяемой вирусной нагрузки у ВИЧ-положительного партнера)
- он практикует незащищенный секс, с разными партнерами
- он посещает секс-тусовки и вечеринки, «химсекс»
- при совместном использовании инъекционных наркотиков

- анализ на ВИЧ (документально подтвержденный отрицательный результат, с использованием тест-системы четвертого поколения, за неделю до начала ДКП);
- пройти тестирование на гепатит В и С;
- исследование на ИППП;
- оценить работу почек (уровень клиренса креатинина, по биохимическому анализу крови);
- по возможности выполнить исследование минеральной плотности костной ткани, особенно из группы повышенного риска, в отношении остеопороза.

Перед приемом ДКП:



Основные принципы ДКП:

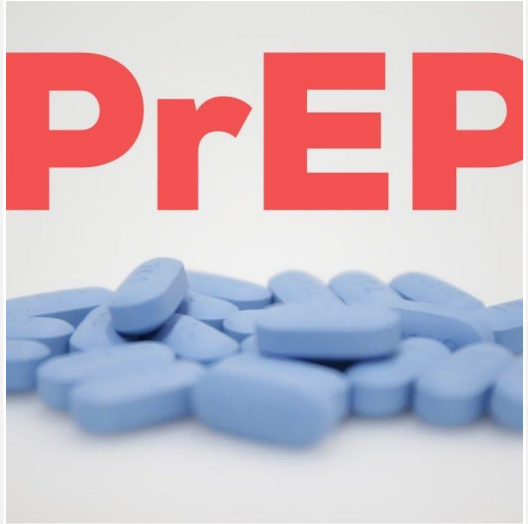
- ДКП должна всегда сочетаться с другими методами профилактики;
- ДКП является эффективной только при своевременном приеме АРВ-препаратов;
- ДКП может быть прекращена, когда человек, принимающий препараты ДКП, более не подвергается риску инфицирования – при условии, что такая ситуация, по-видимому, сохранится и в будущем.

Во время применения ДКП, тест на Вич:

- ✓ через 1 месяц
- ✓ далее каждые 3 месяца

Применение ДКП должно быть сразу же остановлено в случае появления ранних клинических симптомов заболевания (признаков острой вич-инфекции) или при получении положительного результата теста!

СХЕМЫ ДКП

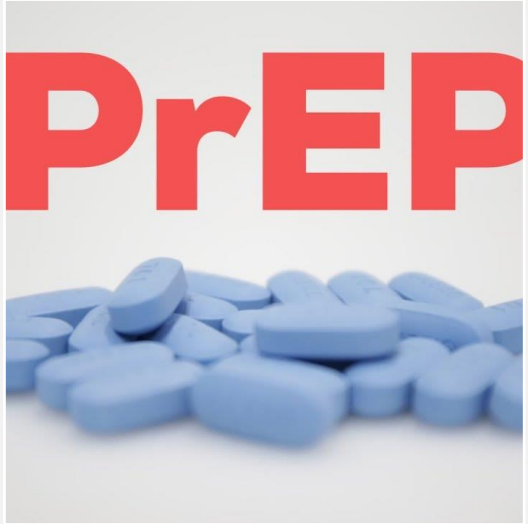


Комбинированная форма

- 1 таблетка х 1 раз в день
- Тенофовир 300 мг + Эмтрицитабин 200 мг, Трувада (Truvada).

Некомбинированная форма

- по 2 таблетки А+Б х 1 раз в день
- Тенофовир 300 мг + Эмтрицитабин 200 мг
- или Ламивудин 300 мг



ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

- Повышенная чувствительность к действующим веществам или любому другому компоненту препарата
- Почечная недостаточность, пациентам с нарушением функции почек (Cl креатинина <60 мл/мин);
- Пациенты с дефицитом фермента лактазы, непереносимостью лактозы;
- Период грудного вскармливания;
- Детский возраст до 18 лет, для показания доконтактной профилактики;

В целом, ДКП переносится хорошо

Из нежелательных эффектов может быть головная боль, сыпь, тошнота, послабление стула, ломота в суставах и мышцах. При появлении симптомов, требуется консультация специалиста.

СНИЖЕНИЕ ВЕРОЯТНОСТИ ЗАРАЖЕНИЯ ВИЧ

Эксперты CDC (Центр по контролю за заболеваемостью), основываясь на сумме проведенных исследований, говорят о том, что ДКП снижает риски передачи ВИЧ-инфекции при незащищенном сексе «более чем на 90%», а при употреблении инъекционных наркотиков – «более чем на 70%».

ЧТО ПОВЫШАЕТ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДКП

ДКП высокоэффективная защита от ВИЧ, но она НЕ ЗАЩИЩАЕТ от вирусных гепатитов и других инфекционных заболеваний, передающихся половым путем (ИППП).

Поэтому специалисты рекомендуют, вакцинацию:

- Гепатита В;
- Гепатита А;
- ВПЧ, для снижения риска развития онкологических заболеваний.

Также не забываем, про использование презерватива и любриканта, для снижения повреждения слизистых оболочек при сексуальном контакте.

НАБЛЮДЕНИЕ ПРИ ПРИЕМЕ ДКП

- Консультация инфекциониста, каждые 3 месяца
- Повтор теста на ВИЧ и оценка симптомов острой ВИЧ-инфекции
- Повтор теста на беременность у женщин
- Продление рецепта на 90 дней (до следующего теста на ВИЧ)
- Оценка побочных эффектов, приверженности, рискованного в отношении инфицирования поведения
- Консультирование по приверженности и уменьшению рисков инфицирования.
- Выполнение тестов на ИППП

Каждые 6 месяцев – оценка функции почек (определение уровня креатинина).

Каждые 12 месяцев – оценка необходимости продолжения ДКП.

ПРОЛОНГИРОВАННАЯ ДКП

Опубликовано исследование сравнительной оценки ДКП (Эмтрицитабин\Тенофовир, в пероральной форме и Каботегравир в\м);

В исследовании приняли участие около 4 600 человек в более чем 40 медицинских учреждениях разных стран;

2\3 участников были моложе 30 лет, и 12% были женщинами-трансгендерами; Половина участников была афроамериканцами;

Приверженность к пероральной форме ДКП, была высокой в 87% всех протестированных образцов;

Уровень заболеваемости ВИЧ был 0,38% в группе, принимавшей Каботегравир, и 1,21% в группе, принимавшей Эмтрицитабин/Тенофовир;

Анализ результатов исследования показал, что инъекционный препарат (CAB LA), вводимый раз в два месяца, на 69% эффективнее ежедневного приема таблеток для профилактики инфицирования ВИЧ среди мужчин, практикующих секс с мужчинами, и трансгендерных женщин.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!