

МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ

УДК: 616.08:578.826.6:616.24-008.4-085

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ НА АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ (ОБЗОР)

*Агзамходжаева С.С., Хайдарова Б.И., Нуримова Д.М.
Ташкентский государственный стоматологический институт,
Узбекистан, г.Ташкент*

UDK: 616.08:578.826.6:616.24-008.4-085

MANAGEMENT TACTICS FOR HIV INFECTED PATIENTS ON ANTIRETROVIRAL THERAPY (OVERVIEW)

*Agzamhodjayeva S.S., Haydarova B.I., Nurimova D.M.
Tashkent State Dental Institute,
Uzbekistan, Tashkent*

РЕЗЮМЕ

Антиретровирусная терапия (АРТ) для профилактики используется для описания положительных эффектов АРТ в профилактике вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) отвечающий критериям для проведения АРТ используется в отношении людей, живущих с ВИЧ, которым назначается проведение АРТ в соответствии с определениями клинических и иммунологических критериев, указанных в руководстве Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по вопросам лечения.

SUMMARY

Antiretroviral therapy (ART) for prophylaxis is used to describe the positive effects of ART in the prevention of human immunodeficiency virus (HIV), meeting the criteria for ART, is used for people living with HIV who are prescribed ART in accordance with the definitions of the clinical and immunological criteria specified in World Health Organization (WHO) guidelines for treatment.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, антиретровирусная терапия (АРТ), CD4+ лимфоциты, оппортунистические инфекции.

Keywords: HIV infection, antiretroviral therapy (ART), CD4 + lymphocytes, opportunistic infections.

Учитывая особенности патогенеза вируса иммунодефицита человека (ВИЧ)-инфекции и среднюю продолжительность сроков появления клинических и лабораторных признаков иммунодефицита (5-8 лет), следует ожидать значительного роста числа людей, нуждающихся в специфическом противовирусном лечении - антиретровирусной терапии (АРТ). АРТ для профилактики используется для описания положительных эффектов АРТ в профилактике ВИЧ отвечающий критериям для проведения АРТ используется в отношении людей, живущих с ВИЧ, которым назначается проведение АРТ в соответствии с определениями клинических и иммунологических критериев, указанных в руководстве Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по вопросам лечения. Этот термин часто используется наравне с «необходимостью лечения», хотя последнее означает непосредственный риск или обязанность начать лечение.

Крайне важно, чтобы люди, живущие с ВИЧ, как можно раньше оказывались в поле зрения служб, обеспечивающих уход за ними. Это позволяет не только заранее оценить их соответствие критериям назначения АРТ и

своевременно приступить к прохождению курса АРТ, но и обеспечить доступ к мерам вмешательства для предупреждения дальнейшей передачи ВИЧ, профилактики других инфекций и сопутствующих заболеваний и, тем самым, свести к минимуму шансы оказаться вне системы последующего наблюдения. Всеобщий доступ к АРТ в широком смысле определяется как переход к высокому уровню доступа (>80% всех лиц, отвечающих критериям) к наиболее эффективным мерам вмешательства, которые предоставляются на справедливой основе, являются доступными, приемлемыми по стоимости, всесторонними и обеспечивающими долгосрочную устойчивость результатов; это не обязательно означает, что уровень охвата составляет 100%. Не все живущие с ВИЧ люди отвечают критериям назначения АРТ, а среди тех, кто этим критериям соответствует, не у всех будет возможность немедленно получить доступ к АРТ. Другие же будут склонны отложить прохождение АРТ на более поздний срок. Регистрация желающих получить помощь позволяет обеспечивать тщательный клинический и лабораторный мониторинг и заранее оценивать соответствие критериям получения АРТ и своевременно ее начинать, а также имеет целью

минимизировать число выпавших из системы последующего наблюдения. Многие виды вмешательства,

Высокоактивная антиретровирусная терапия (ВААРТ) — означает использование комбинации трех или более АРВ-препаратов для достижения вирусной супрессии. Благодаря ВААРТ, большинство ВИЧ-инфицированных могут в настоящее время вести нормальный образ жизни. ВААРТ применяется для того, чтобы остановить воспроизведение вируса в организме, восстановление состояния иммунной системы, увеличение продолжительности и качества жизни ВИЧ-инфицированного человека. Прием терапии в большинстве случаев избавляет человека от развития СПИДа, а значит, заболеваний, которые могли бы ухудшить его жизнь и даже привести к гибели. ПРИ подготовке к прохождению АРТ людей, живущих с ВИЧ прежде чем больные должны приступить к прохождению АРТ, очень важно подробно обсудить с пациентом или опекуном их стремление и готовность начать АРТ, схему лечения АРВ-препаратами, их дозировки и расписание приема препаратов, вероятные выгоды и возможные побочные эффекты, а также необходимые посещения в порядке последующего наблюдения и мониторинга. При ведении детей с ВИЧ в этой беседе должно непосредственно участвовать лицо, осуществляющее уход за ребенком, и при этом следует обсудить вопрос о раскрытии информации об их ВИЧ-статусе. Повторное тестирование всех людей, живущих с ВИЧ, является надлежащей практикой для обеспечения корректной диагностики ВИЧ-инфекции.

Перед началом курса АРТ следует всегда принимать во внимание состояние питания, любые сопутствующие заболевания и потенциально взаимодействующие лекарственные средства с точки зрения возможных противопоказаний и коррекции дозы того или иного препарата. Окончательное решение дать свое согласие или отказаться от АРТ зависит от конкретного индивидуума или человека, ухаживающего за ним или за нею, и если они предпочтут отложить начало

АРТ на более поздний срок, то к этому вопросу следует вернуться снова при последующих визитах. При наличии проблем с психическим здоровьем, наркопотреблением или проблем иного характера, которые являются серьезным препятствием в плане соблюдения предписанного режима лечения, следует обеспечить оказание соответствующей поддержки и на регулярной основе проводить повторную оценку готовности приступить к АРТ.

Большой набор информационных материалов для пациентов, равно как и поддержка на уровне общины и со стороны лиц одного круга, могут содействовать тому, чтобы человек выразил свою готовность и принял решение о начале лечения. Люди, приступающие к курсу лечения, и ухаживающие за ними лица должны понимать, что изначально предложенная схема АРВ-терапии раскрывает для них наиболее благоприятные возможности для эффективного подавления вирусной нагрузки и восстановления иммунитета, и что для успешного проведения АРТ от них требуется точное соблюдение назначенного режима лекарственного лечения. Их следует информировать о том, что многие побочные эффекты являются временными или поддаются купированию, и что в отношении проблематичных АРВ-препаратов нередко допускается замена одних препаратов на другие. Людей, получающих АРТ, и ухаживающих за ними лиц следует также регулярно опрашивать о том, принимают ли больные другие лекарственные средства, в том числе лечебные средства из трав и питательные добавки. Лицам, получающим АРТ, следует отдавать себе отчет в том, что за счет действия АРВ-препаратов снижается риск передачи ВИЧ, но при этом они не способны защитить других людей от приобретения инфекции. Им следует рекомендовать защищенный секс (включая использование средств индивидуальной защиты) наряду с воздержанием от других действий высокого риска, например от взаимного обмена инъекционным инструментарием, во избежание передачи ВИЧ другим людям.

Клинические и иммунологические критерии для начала антиретровирусной терапии

Группа ЛЖВ	Клиническая стадия по классификации ВОЗ	Число лимфоцитов CD4+	Тактика в отношении назначения АРТ
Лица без клинической симптоматики	1	≤ 350 клеток/мкл	Начинать АРТ
	1	> 350 клеток/мкл	Отложить начало АРТ
Лица с клинической симптоматикой	2	≤ 350 клеток/мкл	Начинать АРТ
	2	> 350 клеток/мкл	Отложить начало АРТ
	3	Независимо от числа CD4+ лимфоцитов	Начинать АРТ
	4	Независимо от числа CD4+ лимфоцитов	Начинать АРТ

В настоящее время разработано и будет адаптировано в наши условия сводное руководство ВОЗ по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции: рекомендации с позиций общественного здоровья. *Одним из важнейших условий в сводного руководства является начало лечения в более ранние сроки в соответствии с рекомендациями, содержащимися в руководстве. Как показывают имеющиеся фактические данные, более раннее начало лечения обеспечивает двойное преимущество увеличения продолжительности здоровой жизни людей и резко снижения риска передачи вируса другим людям. Проведение лечения в более ранние сроки способствует также упрощению операционных требований, предъявляемых к профилактическим программам. В руководстве рекомендуется начинать лечение беременных женщин и детей в возрасте до пяти лет сразу же после постановки диагноза. Единая схема приема одной таблетки комбинированного препарата один раз в день теперь рекомендуется всем взрослым, живущим с ВИЧ, в том числе страдающим туберкулезом, гепатитом и другими сопутствующими инфекционными заболеваниями.* Новые клинические рекомендации, содержащиеся в этом руководстве, способствуют расширению круга лиц, отвечающих критериям проведения АРТ, при этом пороговое содержание клеток CD4, являющееся показанием для начала лечения взрослых, подростков и детей старшего возраста, составляет 500 клеток/мм³ или менее. Первоочередное внимание уделяется лицам с тяжелым течением или на поздней стадии заболевания, вызванного ВИЧ, а также лицам, у которых количество CD4 составляет 350 клеток/мм³ или менее. В некоторых группах людей рекомендуется начинать проведение АРТ при любом количестве клеток CD4, включая лиц с активной формой туберкулеза (ТБ), живущих с ВИЧ; лиц, коинфицированных ВИЧ и вирусом гепатита В (ВГВ), страдающих тяжелым хроническим заболеванием печени; ВИЧ-позитивных партнеров в серодискордантных парах; беременных и кормящих грудью женщин; а также детей в возрасте до пяти лет. По мере возможности рекомендуется обеспечивать гармонизацию схем АРВ-терапии для взрослых и детей, используя новую предпочтительную схему АРВ-терапии первого ряда. Подчеркивается необходимость прекращения использования ставудина (D4T) в схемах АРВ-терапии первого ряда для взрослых и подростков. Но пока данное сводное руководство находится на стадии адаптации к нашим условиям.

У большинства взрослых и детей количество клеток CD4 увеличивается с началом проведения АРТ и первыми признаками восстановления иммунитета. Как правило, такое увеличение отмечается в течение первого года лечения, стабилизируется при выходе показателей на плато и затем продолжает нарастать на протяжении второго года. Однако подавление иммунитета в

тяжелой форме может продолжаться у некоторых индивидуумов, когда не происходит существенного увеличения количества клеток CD4 на фоне лечения, особенно у лиц с очень низким количеством клеток CD4 на момент начала АРТ. Неудачная попытка добиться некоторого восстановления количества клеток CD4 должна настораживать медицинского работника относительно потенциальных проблем с соблюдением режима или отсутствия первичного ответа на АРТ, и следует рассмотреть вопрос о целесообразности продолжения курса профилактики оппортунистических инфекций, например профилактического лечения котримоксазолом

Тактика ведения пациентов на антиретровирусной терапии на протяжении всего лечения АРВ препаратами, которое может длиться несколько лет и даже десятков лет, нужно записывать все данные анамнеза и осмотра, сведения о проводившейся **антиретровирусной терапии**, результатах лабораторных и других исследований, а также социальных условиях. Эти записи важны не только для пациента, но и для ретроспективных исследований. Для сбора и хранения информации рекомендуется использовать компьютеризированные системы, особенно на уровне лечебных учреждений.

Необходимо обеспечить конфиденциальность медицинской информации. Лучше всего, если помощь ЛЖВ оказывает комплексная медицинская бригада. Ядро такой бригады составляют врач (зачастую инфекционист) и медицинская сестра, которые занимаются координацией и оказанием медицинской помощи пациенту, а также социальный работник, занимающийся решением немедицинских вопросов. Каждый из членов бригады выполняет определенные функции, которые дополняют друг друга. Кроме того, ЛЖВ должны иметь доступ к другим специалистам и группам само- и взаимопомощи. Оказание медицинской помощи ЛЖВ, получающих **антиретровирусную терапию**, сложный пожизненный процесс, сконцентрированный на их потребностях. Он должен включать:

- клиническое наблюдение за эффективностью **антиретровирусной терапии** и побочными эффектами препаратов;
- развитие или обострение сопутствующих заболеваний и состояний, которые могут требовать соответствующей помощи или лечения;
- постоянное обеспечение необходимыми консультациями;
- поддержание в пациенте приверженности лечению и постоянное предупреждение и лечение оппортунистических инфекций (ОИ), инфекций, сочетанных с ВИЧ, в том числе туберкулеза и вирусных гепатитов, инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), и иных сопутствующих заболеваний;
- психологическую и социальную поддержку по мере необходимости;

•современное направление в соответствующие службы для обеспечения непрерывности помощи и лечения, если медицинское учреждение само не способно оказать необходимые услуги. Результат вирусной нагрузки сообщают либо в виде количества копий/мл, либо в виде значения десятичного логарифма (lg). Изменение вирусной нагрузки на какую-либо величину десятичного логарифма означает, что она изменилась в количество раз, равное десяти в степени, равной этой величине. Многие лаборатории предоставляют результаты как в копиях/мл, так и в десятичных логарифмах копий/мл. Вирусная нагрузка ВИЧ не измеряется в стандартизованных международных единицах в 1 мл. Статистически значимым изменением вирусной нагрузки считают изменение более чем в 3 раза или более чем на 0,5 lg. Первое исследование вирусной нагрузки после начала терапии необходимо провести через 4–8 недель. Оптимальным снижением вирусной нагрузки в ответ на терапию считают снижение на 1,5–2,0 lg через 4 недели лечения. У большинства ВИЧ-инфицированных пациентов с эффективной терапией достичь полной вирусной супрессии (менее 50 копий РНК ВИЧ/мл) обычно удается на 12–24 неделе лечения. Если вирусная нагрузка однажды снизилась до неопределяемого уровня, а затем проведенное дважды измерение с интервалом 4–8 недель показало, что она вновь возросла до определяемых значений, существует риск вирусологической неэффективности лечения. Чаще всего это свидетельствует о развитии лекарственной устойчивости ВИЧ и требует скорейшего изменения схемы лечения. Небольшие подъемы вирусной нагрузки от неопределяемого уровня до 50–200 копий/мл («всплески») могут регистрироваться и без развития устойчивых вариантов вируса, но, тем не менее, это должно стать поводом для обсуждения с пациентом вопросов соблюдения режима лечения. В подобной ситуации может быть полезен терапевтический лекарственный мониторинг концентрации препаратов в сыворотке. Все ЛЖВ, принимающие специфическое лечение, должны находиться под регулярным наблюдением квалифицированных медицинских работников курируемых специалистом по лечению ВИЧ-инфекции.

Список использованной литературы:

- 1.Бартлетт Д. Галлант Д., Фам. П. Клинические аспекты ВИЧ инфекции. 2009-2010.М. Р.Валент.
- 2.Вирус иммунодефицита человека – медицина. Руководство для врачей под редакцией Н.А.Белякова и А.Г. Рахманова. Санкт-Петербург 2011. Стр.224
- 3.Ерохин В.В.Корнилова З.Х., Алексеева Л.П. Особенности выявления
- 4.Лечение ВИЧ инфекции 2011. Хоффман К, Юрген К Рокштро. Москв, клинические проявления и лечения туберкулеза у ВИЧ инфицированных.//Проблемы туберкулеза и болезней легких.-2005.-№10.-с.20-27.
- 5.Пантелеев А.М., Иванов А.К., Виноградова Е.Н. и др. Анализ летальности больных туберкулезом и ВИЧ.// Проблемы туберкулеза.-2005№10.С. 46-49.
- 6.Приказ МЗ РУз №402 от 29.11.13. Адаптированный клинический протокол ВОЗ 2012г. Туберкулез и ВИЧ-инфекция: тактика ведения лиц с ко-инфекцией.
- 7.Национальный клинический протокол «Обследование и антиретровирусная терапия у взрослых и подростков». Приказ №88 МЗ РУз от от 30 марта 2012г.
- 8.Национальный клинический протокол «профилактика передачи ВИЧ от матери к ребенку» (приложение №4 к приказу №88 МЗ РУз от от 30 марта 2012г).
- 9.Руководство по электронному слежению за ВИЧ инфицированными пациентами. РЦ по борьбе со СПИД, 2010.
- 10.Руководство по применению антиретровирусных препаратов у взрослых и подростков, инфицированных ВИЧ-1. Москва.2011.
- 11.Принципы для интенсивного выявления туберкулеза и профилактической терапии изониазидом у людей, живущих с ВИЧ, в условиях нехватки ресурсов. ВОЗ,2011.
- 12.WHO/IUATLD global project on anti-tuberculosis drug resistance surveillance. Anti-tuberculosis drug resistance in the world: report no. 3. Geneva, WHO, 2004 (WHO/HTM/TB/2004.343).
- 13.Aebi MF. Space 1 (Council of Europe Annual Penal Statistics) Survey 2004. Strasbourg, Council of Europe, 2005.
- 14.Drobniewski FA et al. Tuberculosis, HIV seroprevalence and intravenous drugs abuse in prisoners. The European Respiratory Journal, 2005, 26:298—304.
- 15.European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS (EuroHIV). HIV/AIDS surveillance in Europe: end-year report 2004. Saint-Maurice, Institut de Veille Sanitaire, 2005 (No. 71; http://www.eurohiv.org/reports/report_71/pdf/report_eurohiv_71.pdf, accessed 29 September 2006).
- 16.TB/HIV: a clinical manual, 2nd ed. Geneva, WHO, 2004 (WHO/HTM/TB/2004.329).
- 17.Lange JMA et al. What policymakers should know about drug resistance and adherence in the context of scaling-up treatment of HIV infection. AIDS, 2004, 18(suppl 3):S69—S74.
- 18.A guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities. Field test version. Geneva, WHO, 2004 (WHO/HIV/2004.09).
- 19.Treatment of tuberculosis: guidelines for national programmes, 3rd ed. Geneva, WHO, 2003:55 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_CDS_TB_2003.313_eng.pdf, accessed 4 April 2006).