

КРОИ 2017

Конференция по Ретровирусам и Оппортунистическим Инфекциям

Сиэтл, США, 13-16 февраля, 2017 год

пятница, 17 февраля 2017 года

- | Испанская вакцина способствует поддержке вирусологического контроля после прекращения АРТ почти у 40% вакцинированных лиц
- | Уникальный случай недостаточности ДКП без признаков вирусной резистентности
- | Стратегия «лечение с целью профилактики», применяемая к пациентам с вирусным гепатитом С снижает уровень ВГС заболеваемости в два раза
- | Курение, рак и инфаркт миокарда
- | Хорошие результаты получены при использовании трехкомпонентной терапии ШЛУ-ТБ
- | Как следует предоставлять услуги самотестирования на ВИЧ?
- | Перечень антиретровирусных препаратов
- | Поддержите нашу работу



Испанская вакцина способствует поддержке вирусологического контроля после прекращения АРТ почти у 40% вакцинированных лиц



Вакцина «ВИЧ Консерв (HIVConserv)» впервые позволила добиться длительного вирусологического контроля у 40% вакцинированных после прерывания антиретровирусной терапии (АРТ). На сегодняшний день, у одного из участников исследования период прерывания АРТ составил 7 месяцев без признаков необходимости в ее возобновлении, – прозвучало вчера на Конференции по ретровирусам и оппортунистическим инфекциям (КРОИ 2017) в Сиэтле.

Возможность достижения продолжительного контроля над инфекцией при помощи вакцин был доказан в рамках проведения нескольких доклинических исследований на обезьянах, однако в ходе этого исследования впервые был продемонстрирован аналогичный эффект на человеке.

Вакцина «HIV Conserv» содержат в себе набор антигенов, представляющих собой иммуноактивные последовательности «высокостабильного» вирусного протеина и генного материала. «Высокостабильный» – термин, применяемый к вирусным участкам, подвергающимся наименьшим изменениям, которые мало отличаются от одного вируса к другому.

Вакцина представляет собой «сшитые» вместе наборы протеинов, полученные от различных подтипов ВИЧ, которые стимулируют иммунный ответ организма, от которого вирусу трудно «спрятаться». Вирус воздерживается от мутаций в участках, позволяющих ему «обойти» иммунную защиту хозяина, потому что мутации в этих участках могут привести к ослаблению вируса.

Это означает, что вакцина «подталкивает» CD8-клеточную ответную реакцию против ВИЧ, повышая потенциальную силу и эффективность иммунного ответа, от которого до этого вирусу удавалось легко уклоняться.

В ходе исследования «BCN02» 15 человек получили вакцину на 0 и 9 неделе. Наряду с вакциной, они также получили три дозы препарата «ромидепсин (romidepsin)», который стимулирует инфицированные латентные клетки иммунитета к производству вирусных частиц. Исследователи надеются, что тем самым они смогут вызвать в организме вспышки вирусии, что укрепит поствакцинационный иммунный ответ.

АРВТ была прервана на 17 неделе согласно принципам Наблюдательной Терапевтической Паузы (НТП). АРТ возобновлялась при появлении признаков рецидивирующей вирусии. До сих пор, 13 участникам удалось прервать АРТ.

У восьми человек возвратная вирусия возникла вскоре после прекращения АРТ, однако пяти участникам удалось сохранить вирусную нагрузку на очень низком уровне от 6 до 28 недель после прекращения АРТ.

«Данное исследование вызывает большие надежды, так как оно впервые демонстрирует возможность сохранения посттерапевтического контроля над инфекцией, а именно, сохранение в организме вируса без признаков его активности после прерывания антиретровирусной терапии... – заявила Шарон Льюин (Sharon Lewin), директор Дохерти Института инфекционных заболеваний и иммунитета при Мельбурнском университете (Австралия). – И все же необходимо быть осторожными, так как исследование проводилось без контрольной группы, поэтому мы не знаем, какие из экспериментальных вмешательств играют главенствующую роль в удержании эффекта от АРТ.»

Тематические ссылки:

[Ознакомьтесь с полным текстом этой статьи на сайте \[aidsmap.com\]\(http://aidsmap.com\)](#)

[Веб-трансляция доклада на сайте КРОИ](#)

[Посетите страницы нашего сайта, посвященные этой конференции](#)

Уникальный случай недостаточности ДКП без признаков вирусной резистентности



Элске Хоорнэнборг (Elske Hoornenborg) и Годэльевэ де Бриэ (Godelieve de Bree) на КРОИ 2017. Фотограф Гас Кейрнс aidsmap.com

Один из участников пилотного проекта по доконтактной профилактике (ДКП) в Амстердаме заразился ВИЧ-инфекцией, несмотря на высокий уровень концентрации препаратов в крови. В отличие от немногочисленных предыдущих случаев заражения ВИЧ на фоне приема ДКП, данный случай не может быть объяснен началом приема ДКП на фоне острой стадии инфекции или наличием у вируса резистентности.

Среди десятков тысяч лиц, принимающих ДКП с целью ВИЧ-профилактики, было несколько сообщений о случаях заражения ВИЧ-инфекцией. Наиболее подробно изученный случай был [представлен на КРОИ в прошлом году](#).

В нашем случае, человек, принимающий ДКП, имел отрицательный тест на ВИЧ на первом, третьем и шестом месяце после начала профилактики. Тестирование с использованием высохшей капли крови (которое используется для наблюдения за приверженностью пациентов к терапии) подтвердил высокий уровень препаратов в крови участника.

Примерно через восемь месяцев после начала ДКП, он обратился в клинический центр с жалобами на повышение температуры, трудности при мочеиспускании и другие симптомы воспаления мочеиспускательного канала. Проведенный в тот же день анализ на ВИЧ оказался положительным. Тестирование на резистентность вируса не выявило никаких (даже самых редко встречающихся) признаков резистентности.

Клиницисты заявили, что это является первым задокументированным случаем заражения ВИЧ-1 дикого типа у человека с внутриклеточным уровнем тенофовира дифосфата, который расценивался достаточным для защиты. Это впервые свидетельствует о том, что в редких случаях прием ДКП является недостаточным для предотвращения заражения ВИЧ без признаков резистентности.

Также интригующим являются некоторые другие аспекты этого случая. Так, у этого пациента наблюдалась нетипичное течение сероконверсии, что возможно было вызвано абберрантными изменениями иммунологического ответа на фоне приема ДКП. Например, первичный положительный тест на ВИЧ не смог обнаружить у пациента ни антител к антигену p24, ни к клеточной РНК, ни к интегрированной вирусной ДНК, как в клетках крови, так и в ткани ректального эпителия.

Пациент многократно вступал в незащищенный анальный секс, что может означать наличие повторных контактов с ВИЧ-инфицированным с повреждением слизистых оболочек. Пациент заявил о вступлении в незащищенный секс в среднем 16 дней в месяц, и имел 3,7 партнеров в день.

Исследователи предположили целый ряд гипотез о возможных путях заражения в этом крайне редком случае инфицирования на фоне приема ДКП, но подчеркнули, что любые из этих предположений носят спекулятивный характер.

Тематические ссылки:

[Ознакомьтесь с полным текстом этой статьи на сайте \[aidsmap.com\]\(http://aidsmap.com\)](#)

[Загрузить постер с официального сайта КРОИ](#)

Стратегия «лечение с целью профилактики», применяемая к пациентам с вирусным гепатитом С снижает уровень ВГС заболеваемости в два раза



Виктор Вирлого (Victor Virlogeux) и Барт Риджнэрс (Bart Rijnders) на КРОИ 2017. Фотограф Лиз Хайлимэн, hivandhepatitis.com

Всего через год после того, как Нидерланды учредили политику неограниченного доступа к

противовирусным препаратам прямого действия (ПППД), применяемым для лечения вирусного гепатита С (ВГС), уже наблюдается резкое снижение уровня острой формы гепатита С среди ВИЧ-инфицированных мужчин, практикующих секс с мужчинами.

Наряду с тем, что ПППД нового поколения намного эффективнее, они также упрощают и ускоряют процесс лечения вирусного гепатита С. Проведение неотложной терапии всех пациентов с ВГС, особенно, лиц с высокорискованным поведением, может сократить уровень передачи инфекции. Однако во многих странах доступ к новым препаратам остается ограниченным по причине их высокой стоимости.

В Нидерландах с ноября 2015 года все лица с ВИЧ / ВГС коинфекцией имеют возможность получать ПППД против ВГС независимо от стадии фиброза печени. Охват населения терапией не вызвал никаких трудностей, особенно среди лиц без тяжелого поражения печени, которым ранее отказывалось в лечении.

Исследование проанализировало данные 2422 ВИЧ-инфицированных лиц с сопутствующим ВГС, принявшим участие в голландском наблюдении «ATHENA».

По данным от января 2017 года, к этому времени 82% пациентов уже начали прием ПППД, при этом 70% из них уже либо закончили курс лечения либо все еще продолжали терапию. Среди лиц, получавших ПППД, у 98% пролеченных был достигнут стойкий вирусологический ответ на лечение, что является очень высоким показателем.

Три четверти (76%) мужчин-геев либо успешно закончили терапию, либо продолжали лечение по сравнению с другими группами населения (в том числе женщин и потребителей наркотиков), среди которых этот показатель составил 45%. Лечебные программы были направлены главным образом на мужчин гомосексуальной ориентации с целью ограничения эпидемиологических очагов инфекции и прерывания путей ее распространения, что не вызвало никаких трудностей, так как пациенты с огромным желанием и как можно быстрее хотели излечиться от ВГС.

В рамках проведения другого наблюдения среди ВИЧ-инфицированных мужчин, практикующих секс с мужчинами, было выявлено 93 случая острой формы ВГС в 2014 году, и только 49 случаев в 2016 году. Годовой уровень заболеваемости в 2014 году составил 1,1%, а в 2016 - 0,5%, что приравнивается к значительному сокращению заболеваемости – на 51%.

Снижение уровня заболеваемости гепатитом С совпало с существенным повышением заболеваемости сифилисом и признаками более частого использования секс-наркотиков, поэтому исследователи предположили, что снижение уровня заболеваемости гепатитом С не было связано со снижением рискованного поведения населения.

Во Франции также проводится политика неограниченного доступа к ПППД, хотя охват населения все же несколько ниже. Статистическая модель, представленная на конференции, позволяет прогнозировать потенциальный эффект от проводимого лечения в зависимости от масштаба охвата терапией населения Франции.

По состоянию на январь 2016 года, на специализированном учете состояло приблизительно 7200 ВИЧ-инфицированных лиц с активной формой вирусного гепатита С. Предположив, что охват населения лечением против гепатита С будет оставаться на настоящем уровне, а именно – 30% в год, статистическая модель показала, что к 2026 году общая распространенность ВГС снизится с 5,1% до 1,1% (что эквивалентно 2000 человек). При увеличении охвата населения терапией до 70%, это позволит сократить данный показатель до уровня, не превышающего 1000 человек.

Снижение заболеваемости и пораженности населения будет прослеживаться в большинстве подгрупп населения, включая мужчин, практикующих секс с мужчинами с низкой степенью рискованного поведения. Однако, учитывая более высокий уровень заболеваемости и реинфекции ВГС, среди особой подгруппы мужчин, практикующих секс с мужчинами, с высокой степенью рискованного поведения в этой группе потребуются более высокий уровень охвата терапией. Для полного искоренения ВГС потребуются проводить комплексные мероприятия, такие как: снижение рискованного поведения, регулярное обследование населения, включая ранее пролеченных лиц, а также «аутрич» программы,

направленные на охват труднодоступных подгрупп населения с целью их вовлечения в лечебно-профилактические программы.

Американские исследователи обратили особое внимание на контрастность данных европейских стран со странами, где доступ к лечению по-прежнему сильно ограничен, а заболеваемость продолжает расти.

Тематические ссылки:

[Ознакомьтесь с полным текстом этой статьи на сайте \[aidsmap.com\]\(http://aidsmap.com\)](#)

[Веб-трансляция доклада на сайте КРОИ](#)

Курение, рак и инфаркт миокарда



Ли Шеперд (Leah Shepherd) на КРОИ 2017. Фотограф Лиз Хайлимэн, hivandhepatitis.com

[Отказ от курения оказывает значительный положительный эффект на ВИЧ-инфицированных лиц – прозвучало на конференции.](#) Всего через год после отказа от курения, уровень заболеваемости различными формами рака, ассоциируемыми с курением, значительно снижается, однако риск развития рака легких остается прежним. Курение также оказывает гораздо большее влияние на степень риска сердечно-сосудистых заболеваний среди ВИЧ-инфицированных лиц, чем уровень вирусной нагрузки, выбор антиретровирусной терапии или любой другой фактор, связанный с ВИЧ-инфекцией.

Среди ВИЧ-инфицированных лиц курение является более распространенной привычкой по сравнению с общим населением. В США около 17% всего населения являются курильщиками по сравнению с 40% среди ВИЧ-инфицированных. В Великобритании эти показатели составляют 19% и 29%, соответственно, при этом ВИЧ-инфицированные лица чаще являются заядлыми курильщиками.

Анализ данных широкомасштабного наблюдения «D:A:D» также включал в себя анализ последствий курения у участников в среднем на протяжении девяти лет. За это время среди 35 424 участников было выявлено 1980 случаев раковых заболеваний, в том числе: 242 случая рака легких и 487 случаев других раковых заболеваний, связанных с курением (например, рака головы и шеи, пищевода, желудка, поджелудочной железы, почек и мочевыводящих путей, рака яичников и печени).

Частота возникновения раковых опухолей, ассоциируемых с курением (за исключением рака легких), существенно снижалась через год после отказа от курения до уровня, сравнимого с некурящим населением.

В противоположность этому, частота возникновения рака легких оставалась, по крайней мере, в восемь раз выше через пять лет после отказа от курения по сравнению с некурящим населением. Эти данные отличаются от результатов исследования среди ВИЧ-негативного населения, среди которого снижение риска развития рака легких становится очевидным уже через пять лет после отказа от этой привычки. В ходе другого исследования проводился анализ влияния различных факторов риска на частоту возникновения инфаркта миокарда среди участников Североамериканской когорты «NA-ACCORD». В течение наблюдательного периода, который в среднем составил 3,5 года, среди 29 515 человек было зарегистрировано 347 случаев инфаркта миокарда.

миокарда на 38%.

- | Глобальный контроль уровня холестерина помог бы избежать 43% случаев инфаркта миокарда.
- | Оптимальный контроль давления крови среди всего населения помог бы избежать 41% случаев сердечных приступов.

Для сравнения, среди ВИЧ-инфицированных лиц такие факторы риска, как низкий уровень CD4 клеток, неадекватный вирусологический контроль, прогрессирование инфекции на стадию СПИД или наличие ВГС – коинфекции – оказывало гораздо меньшее влияние на частоту случаев инфаркта миокарда.

Результаты анализа говорят о необходимости акцентировать большее внимание ВИЧ-инфицированных лиц на отказе от курения, а также на оптимизацию контроля уровня холестерина и давления крови. Все это требует большего вклада как со стороны терапевтов, так других специалистов общей практики.

Тематические ссылки:

[Ознакомьтесь с полным текстом этой статьи на сайте \[aidsmap.com\]\(http://aidsmap.com\)](#)

[Веб-трансляция доклада на сайте КРОИ](#)

Хорошие результаты получены при использовании трехкомпонентной терапии ШЛУ-ТБ



Nix-ТБ пациент ожидающий своего приема в Бруклинском пульмонологическом центре (Кейптаун) / Фотография предоставлена Джон-Майкл Маас, Противотуберкулезный Альянс.

Шестимесячный курс терапии, состоящий из трех таблетированных препаратов, оказался достаточным для того, чтобы вылечить 29 из 31 случая ТБ с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ-ТБ) – прозвучало на КРОИ на этой неделе. Если результаты этого исследования будут повторены в рамках более широкомасштабных исследования, это привет к революционным изменениям в лечении как случаев ШЛУ-ТБ, так и тяжелых форм туберкулеза со множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ).

ШЛУ-ТБ является растущей проблемой в странах с высоким бременем МЛУ, например в Южной Африке. Согласно настоящим рекомендациям лечение случаев ШЛУ-ТБ должно проводиться по схеме: 6-месячный курс терапии с использованием 6 препаратов, включая инъекционный препарат, с последующим 12-18 месячным курсом терапии пятью препаратами. Некоторые из используемых в этой схеме препаратов могут оказывать тяжелое побочное действие, при этом показатель излечиваемости остается на неизмеримо низком уровне: в Южной Африке удается излечить только 11% случаев ШЛУ-ТБ через пять лет после начала лечения, при этом уровень смертности составляет 73%.

В ходе исследования «NIX-ТБ» проводилась оценка эффективности трехкомпонентной терапии, состоящей из бедаквилин (*Sirturo*, первый противотуберкулезный препарат, который был одобрен за последние 40 лет), линезолид (дешевый антибиотик) и претоманид (РА-824, экспериментальный препарат), разработанный Противотуберкулезным Альянсом.

На КРОИ были представлены первые результаты исследования. Тридцать один человек

завершили курс терапии и полностью закончили 6-месячный период посттерапевтического наблюдения. За первичный конечный результат исследования были приняты факт неадекватности терапии по результатам бактериологического исследования, признаки рецидивирующего ТБ или неадекватность терапии по клиническим данным. В ходе исследования только у двоих участников отмечались признаки рецидива ТБ, при этом у одного из них наблюдалась реинфекция ТБ без лекарственной устойчивости, в то время как у второго участника возник рецидив ШЛУ-ТБ.

В рамках проведения другого исследования использовался генотипический анализ с целью оценки роли миграция населения в распространении ШЛУ-ТБ в наиболее сильно пострадавшей провинции Южной Африки – Квазулу-Натал. Ранее считалось, что очаги инфекции ШЛУ-ТБ не выходят из рамок ближайшего бытового окружения, однако генотипический анализ показал, что среднее географическое расстояние между парами генетически связанных очагов ШЛУ-ТБ инфекции составил 111 km. Четыре из пяти человек в генетически связанных очагах жили в разных районах провинции.

Тематические ссылки:

[Ознакомьтесь с полным текстом этой статьи на сайте *aidsmap.com*](#)

[Веб-трансляция доклада на сайте КРОИ](#)

Как следует предоставлять услуги самотестирования на ВИЧ?



Питчая Индравудх (Pitchaya Indravudh) на КРОИ 2017. Фотограф: Фотограф: Робб Коэн.

Такие вопросы, как: наилучшие пути организации услуг самотестирования на ВИЧ, его наиболее приемлемые формы и лучшие методы по обеспечению связи выявленных случаев со специализированной помощью – все это остается открытой повесткой дня. [На конференции прозвучали доклады по результатам исследований в Малави и США, в которых уделялось особое внимание этим направлениям.](#)

Для выбора подходящей модели организации услуг самотестирования в Малави, использовался метод дискретного экспериментального выбора, при помощи которого проводилась оценка различных моделей оказания услуг по степени их предпочтения с точки зрения пользователей услуг. Большинство пользователей отдали свое предпочтение модели доставки наборов самотестирования добровольцами по домам. Даже неимоверно низкая цена (US \$ 0.10) на наборы сдерживала людей от их использования. Участники считали, что простой листовки для оказания послетестовой поддержки было недостаточно и высказали свое желание в получении дальнейшей помощи на дому.

Пользователи наборами самотестирования испытывали трудности в интерпретации иллюстрированных инструкций, прилагаемых к наборам для самотестирования, но исследователи выявили, что демонстрация последовательности тестирования добровольцем непосредственно перед его проведением было достаточным для дальнейшего правильного тестирования.

В Нью-Йорке распространение бесплатных наборов для самотестирования среди мужчин-геев через сети социального общения и на сайтах знакомств было легко-осуществимым и приемлемым способом для охвата разнообразного круга участников, в том числе мужчин, которые длительное время не подвергались тестированию. Однако, таким способом было выявлено относительно небольшое число новых случаев ВИЧ-инфекции.

В одном из пилотных исследований в США применялись наборы, оснащенные специальными датчиками, которые реагировали на открытие комплекта самотестирования. При этом консультант мог позвонить человеку, открывшему набор, чтобы оказать поддержку и предложить услуги по связи с ближайшим специализированным центром.

Тематические ссылки:

[Ознакомьтесь с полным текстом этой статьи на сайте \[aidsmap.com\]\(http://aidsmap.com\)](#)

[Веб-трансляция доклада на сайте КРОИ](#)

Перечень антиретровирусных препаратов



The image shows a detailed chart titled "Antiretroviral drug chart" from the organization NAM. The chart is organized into columns for different classes of antiretroviral drugs, including Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTIs), Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTIs), Protease Inhibitors (PIs), and Integrase Inhibitors (INSTIs). Each drug entry includes its name, form (e.g., tablet, capsule, injection), dosage, and a list of common side effects. The chart is presented in a clear, tabular format with a teal background.

Организация «NAM» выпустила свой «Перечень антиретровирусных препаратов», в котором всего на одной странице предлагается краткая справочная информация по всем антиретровирусным препаратам, получившим лицензию на использование в Европейском Союзе. Перечень включает в себя информацию о форме, дозировке, основных побочных эффектах препаратов и рекомендации по их приему.

Перечень антиретровирусных препаратов был обновлен в сентябре 2016 года и доступен как для просмотра, так и для копирования на сайте aidsmap.com. Перечень в предыдущей редакции доступен на [французском](#), [испанском](#), [португальском](#) и [русском](#) языке.

Тематические ссылки:

[Посмотреть или скачать «Перечень антиретровирусных препаратов» \(в формате PDF\) на сайте \[aidsmap.com\]\(http://aidsmap.com\)](#)

Поддержите нашу работу

Организация «NAM» оставляет за собой титул издательства, излагающего научную информацию в легко воспринимаемой форме, что встречается не часто. **Поддержите NAM».**



Такой отзыв одного из наших спонсоров вызвал у нас улыбку! Как и любая благотворительная организация, мы зависим от финансовой поддержки со стороны наших спонсоров и читателей, которая позволяет нам продолжать нашу работу. Поэтому мы благодарны за каждый благотворительный взнос - малый или щедрый.

Мы абсолютно убеждены в том, что независимая четкая научно-обоснованная информация является центральным звеном в принятии решений, которые помогут людям наслаждаться долгой, здоровой и счастливой жизнью.

При желании Вы можете поддержать нашу работу посредством посильного пожертвования, которое можно осуществить по ссылке www.aidsmap.com/donate.

Огромное Вам спасибо.

Тематические ссылки:

www.aidsmap.com/donate

Переводчик: Станислав Казикин

- ☒ [Станьте нашими друзьями на Фейсбук](#): оставайтесь в курсе самых последних достижений, а также волнующих проектов и разработок организации «NAM».
- ☒ Следите за нами на Твиттер по ссылкам на горячие новости о ключевых разработках и конференциях. Обзоры новостей издаются нашими редакторами в режиме реального времени. Ленту наших новостей вы можете найти по ссылке www.twitter.com/aidsmap_news, мы так же общаемся на www.twitter.com/aidsmap.



Следите за всеми обзорами новостей с конференций, [подписавшись на ленту наших новостей и анонсов \(RSS\)](#).

NAM's coverage of CROI 2017 has been made possible thanks to support from Janssen and ViiV Healthcare.



NAM - общественно-благотворительная организация, базирующаяся в Великобритании. Мы предоставляем надежную и точную информацию как для ВИЧ-инфицированных лиц, так и для специалистов, оказывающих им всестороннюю поддержку и помощь.

Внести вклад - добиться перемен. Пожалуйста, внесите свой посильный вклад на www.aidsmap.com/donate

Для подробной информации, пожалуйста, обращайтесь к «NAM»:

Тел.: +44 (0)20 7837 6988

Email: info@nam.org.uk

Вебсайт: www.aidsmap.com

NAM Publications

Юридический адрес: Acorn House, 314-320 Gray's Inn Road, London, WC1X 8DP

Компания с ограниченной ответственностью Регистрационный номер в Англии и Уэльсе: 2707596

Регистрационный номер благотворительной организации: 1011220

Для отмены подписки, воспользуйтесь ссылкой: <http://www.aidsmap.com/page/1492854/>