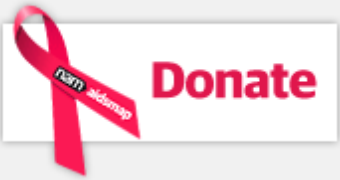
Не можете прочитать данное электронное письмо? Попробуйте просмотреть его в браузере

## Пятница, 23 октября 2015 года


- Когда в Европе станет доступной доконтактная профилактика (ДКП)?
- Преимущества раннего начала АРТ очевидны, но некоторые вопросы по-прежнему требуют ответа
- Большинство ВИЧ-инфицированных мигрантов, проживающих в Европе, возможно заразились ВИЧ в принимающей стране
- Может ли долутегравир (Dolutegravir) быть использован в качестве двухкомпонентной терапии или монотерапии?
- Поддержите нашу деятельность


# Когда в Европе станет доступной доконтактная профилактика (ДКП)?

Газ Кэйрнс (Gus Cairns) и президиум заседателей на сессии по ДКП, Конференция EACS 2015. Фотограф Лиз Хайлимэн, hivandhepatitis.com

На общинном уровне нарастает давление  в отношении доступа к доконтактной профилактике (ДКП) в Европе, и, скорее всего, по причине отсутствия решений со стороны финансовых и управляющих органов, оно будет продолжать расти, приводя к «неформальному» использованию этого вида профилактики – было заявлено на Конференци.

В Соединенных Штатах использование *Трувада* (тенофовир и эмтрицитабин) в качестве ДКП было одобрено Управлением по контролю за качеством пищевых продуктов и лекарственных препаратов (FDA) в 2012 году, что было отражено в опубликованном в 2014 году Руководстве по использованию ДКП в США. Однако в Европе в настоящее время программы ДКП не получают финансовую поддержку ни на общенациональном, ни на региональном управленческом уровне, и любое использование ДКП вне рамок клинических испытаний является результатом индивидуальной договоренностей с врачом, либо через сеть частных медицинских центров, либо неофициального и неконтролируемого использования ДКП.

Требования по получению доступа к ДКП все чаще и чаще появляются в средствах общественной информации, означая, что оказание поддержки лицам, «неформально» использующих ДКП, может вскоре стать одним из преобладающих направлений работы общественных организаций.

Планы по внедрению программ ДКП в финансируемую государством стратегию профилактики ВИЧ-инфекции все еще находятся на ранней стадии даже в таких странах,

как Франция и Великобритания, в которых в этой области проводилось активное исследование. На конференции прозвучало, что единый подход к осуществлению программ ДКП в Европе будет далеко не простым по причине различий в системах здравоохранения и механизмов финансирования услуг здравоохранения в странах Европейского континента.

Даже в странах с существующей инфраструктурой по доставке ДКП нуждающимся лицам, управленческие и финансовые барьеры по-прежнему препятствуют доступу лиц к ДКП, в то время как для большинства стран проблема также упирается в  стоимость профилактической терапии. Несмотря на имеющиеся доказательства экономической выгодности ДКП при правильном ее использовании, финансирующие органы по-прежнему волочат ноги.

**Тематические ссылки:**

Ознакомьтесь с полным текстом этой статьи на сайте aidsmap.com.

Ознакомиться или скачать справочный материал по ДКП

# Преимущества раннего начала АРТ очевидны, но некоторые вопросы по-прежнему требуют ответа

Выступление Йенс Лундгрен (Jens Lundgren) на Конференции EACS 2015. Фотограф Лиз Хайлимэн, hivandhepatitis.com

«Длительные споры на тему наиболее подходящего момента для начала антиретровирусной терапии (АРТ) наконец-то нашли окончательный ответ, – заявил профессор Йенс Лундгрен на Конференции, – хотя токсичность препаратов не является закрытой главой ВИЧ-медицины.»

Ранее в этом году, в ходе исследования «СТАРТ»  было установлено, что лица, начинающие АРТ сразу же после установления им диагноза, подвергались меньшему риску прогрессирования инфекции и смерти, чем те, кому терапия начиналась при снижении числа CD4 до 350. Данные результаты уже начинают отражаться на практике. Согласно последним Рекомендациям Всемирной организации здравоохранения по лечению ВИЧ и растущему число Региональных рекомендаций, терапию следует начинать всем ВИЧ-инфицированным пациентам независимо от уровня CD4-лимфоцитов.

Однако нерешенными остаются вопросы в отношении последствий долгосрочного воздействии антиретровирусных препаратов на организм человека. Исследователи будут продолжать наблюдение за участниками исследования «СТАРТ», по крайней мере, на протяжении последующих двух лет (и возможно, что наблюдательный период удастся продлить до пяти - десяти лет), чтобы лучше изучить отдаленные последствия АРТ.

В ходе других исследований было выявлено повышение уровня сердечно-сосудистых заболеваний и злокачественных опухолей среди ВИЧ-инфицированных лиц, в то время как исследование « СТАРТ» показало более высокую степень риска возникновения заболеваний, неассоциируемых со СПИД, и уровня смертности среди лиц с высоким уровнем CD4 -лимфоцитов, не принимающих АРТ. Патогенез развития таких сопутствующих заболеваний, как сердечно-сосудистые и злокачественные заболевания у ВИЧ-инфицированных лиц также не совсем  хорошо понятен. Продолжительная активация иммунитета и хроническое воспаление, нераспознанные проявления побочного действия

антиретровирусных препаратов и традиционные факторы риска – все это может играть определенную роль в возникновении осложнений.

Наряду с этими неотвеченными научными вопросами существуют также стратегические проблемы, которые необходимо решить, чтобы обеспечить повсеместный и неограниченный доступ ВИЧ-инфицированных лиц к антиретровирусной терапии.

**Тематические ссылки:**

Ознакомьтесь с полным текстом этой статьи на сайте aidsmap.com.

# Большинство ВИЧ-инфицированных мигрантов, проживающих в Европе, возможно заразились ВИЧ в принимающей стране

Рекламный материал исследования «aMASE». См. www.amase.eu

По данным исследования, представленного на Конференции, было доказано, что большинство ВИЧ-инфицированных мигрантов, проживающих в Европе, кому диагноз ВИЧ-инфекции был установлен менее пяти лет назад, вероятнее всего заразились ВИЧ в принимающей стране, а не на родине.

Эти результаты были получены в ходе наблюдения «aMASE» (Advancing Migrant Access to Health Services in Europe, «Продвижение доступа мигрантов к услугам здравоохранения в Европе»), в котором приняли участие 2249 мигрантов из девяти европейских стран.

Многие опрошенные не знали, когда они заразились ВИЧ. В ходе исследования участникам задавались вопросы с целью выяснения, где и когда им был установлен диагноз ВИЧ-инфекции, наличия факторов ВИЧ-рискованного поведения до и после миграции, а также получалось разрешение на проведение исследования в центре, в котором им был впервые установлен диагноз, в ходе которого проводилось независимое интервью с врачом в отношении подтверждения диагноза и предполагаемой даты инфицирования.

Исследователи выявили, что большее число участников имели документальное подтверждение диагноза или вероятной даты заражения ВИЧ после миграции в Европу.

Однако следует упомянуть, что один из важных результатов наблюдения стал тот факт, что для большого числа участников (48% выходцев из субтропической Африки) было невозможно установить приблизительную дату инфицирования. И тем не менее, результаты - поразительны, особенно среди мужчин, практикующих секс с мужчинами, подавляющее большинство которых были инфицированы в принимающей стране, а не на родине.

Дебора Алварез дэл Арко (Débora Álvarez del Arco), докладывающая о результатах исследования, сказала, что полученные данные подтверждают предположение о том, что выходцы из Западной Европы, Латинской Америки и стран Карибского бассейна были в большей степени предрасположены к заражению ВИЧ-инфекцией после миграции, такой же вывод распространялся и на мужчин, практикующих секс с мужчинами. Докладчик и участники сессии призвали к проведению дальнейших исследований в отношении уязвимости мигрантов к ВИЧ-инфекции в принимающих странах.

**Тематические ссылки:**

Ознакомьтесь с полным текстом этой статьи на сайте aidsmap.com.

# Может ли долутегравир (Dolutegravir) быть использован в качестве двухкомпонентной терапии или монотерапии?

Выступление Педро Кахн (Pedro Cahn)на Конференции EACS 2015. Фотограф Лиз Хайлимэн, hivandhepatitis.com

Dolutegravir ингибитор интегразы (*Tivicay*), с одной хорошо переносится NRTI был в состоянии полностью подавить вирусной нагрузки в людей, Начало антиретровирусной терапии (АРТ) в первый раз, в то время как dolutegravir только был в состоянии держать ВИЧ, подавлены в большинстве лечение опытные люди, кто начал с неопределяемой вирусной нагрузкой, по данным ряда исследований, представленных на Конференции.

В то время, как ВИЧ-инфицированные лица продолжают сталкиваться с проблемой длительного приема АРТ, исследователи пытаются найти менее токсичные, упрощенные и в тоже время эффективные схемы терапии.

Большинство комбинированных схем терапии ВИЧ-инфекции состоят, по крайней мере, из трех препаратов из двух или более классов. Некоторые режимы состоят из приема одного комбинированного препарата (три в одном), принимаемого один раз в день, что упрощает лечение для многих пациентов.

Появление новых препаратов может особенно благотворно отразиться на пациентах, в прошлом получающих множество различных препаратов, у которых появились признаки вирусной резистентности, или у которых наблюдаются трудно переносимые побочные реакции.

В Аргентине было проведено небольшое исследование с участием 20 «наивных» пациентов (19 мужчин и одна женщина), начинающих АРТ по схеме «долутегравир + ламивудин». На начало исследования медиана вирусной нагрузки был чуть выше 24 000 копий/мл, хотя у четырех участников вирусная нагрузка превышала 100 000 копий/мл, а уровень CD4-лимфоцитов составлял приблизительно 400.

Все участники принимали долутегравир 50 мг в сочетании с ламивудином 300 мг один раз в день в течение 48 недель. Педро Кахн (Pedro Cahn) представил промежуточные результаты исследования после 24 недель терапии, которые показали резкое снижение вирусной нагрузки после начала терапии. У всех участников исследования через 3 недели от начала терапии вирусная нагрузка достигла уровня ниже 400 копий/мл, а на 8 недели от начала лечения – ниже 50 копий/мл.

В Испании и Франции, в ходе проведения двух независимых исследований изучалась эффективность поддерживающей монотерапии с использованием только долутегравира после достижения у участников неопределяемой вирусной нагрузки при помощи комбинированной АРТ.

В Барселоне исследователи работали с 33 участниками (более половины из которых составляли женщины) без прошлого анамнеза несостоятельности вирусологического контроля или признаков вирусной устойчивости к ингибиторам интегразы. Все участники

исследования перешли со своей текущей комбинированной схемы АРТ на прием только долутегравира, при этом на 24 неделе после начала монотерапии у всех участников (за исключением одного) удалось удержать вирусную нагрузку на неопределяемом уровне.

В Париже аналогичное исследование проводилось с участием 28 человек (более половины из которых составили представители мужского пола), достигших неопределяемой вирусной нагрузки на фоне комбинированной АРТ. На 24 неделе после перехода на монотерапию у 89% участников (25 из 28) удалось удержать неопределимый уровень вирусной нагрузки. У трех человек с несостоятельностью вирусологического контроля удалось восстановить неопределяемый уровень вирусной нагрузки при добавлении к долутегравиру тенофовира и эмтрицитабина (Трувада). Все три участника в прошлом принимали ингибиторы интегразы с наличием у них различных вариантов мутаций, приводящих к резистентности вируса к препаратам этого класса.

По завершении презентаций, на которых предоставлялись данные о преимуществах и недостатках упрощенных схем терапии, эксперты не смогли прийти к единодушному мнению о благотворности или рискованности такой стратегии.

**Тематические ссылки:**

Ознакомьтесь с полным текстом этой статьи на сайте aidsmap.com.

## *Поддержите нашу деятельность*

Это сообщение одного из наших приверженных читателей вызвало у нас улыбку! Так как мы являемся благотворительной организацией, продолжение нашей деятельность зависит от финансовой поддержки и пожертвований, и поэтому мы благодарны за каждый направленный нам взнос, независимо от его размера.

Мы горячо убеждены в том, что ясная, независимая  и научно-обоснованная информация является ключевым фактором, который придает людям возможность принимать правильные решения для того, чтобы продолжать долгую, счастливую и здравую жизнь.

Если Вы желаете внести материальный вклад в нашу работу, пожалуйста, воспользуйтесь данной ссылкой www.aidsmap.com/donate.

Огромное вам спасибо!

**Тематические ссылки:**

www.aidsmap.com/donate

**Перевод**: Станислав Казикин

- Контактируйте с NAM на Facebook: оставайтесь в курсе последних событий, новых проектов, достижений и новых разработок NAMa.
- Следите за NAM на Twitter через сноски на горячие новости, репортажи о новейших разработках а так же о новостях с конференций, которые регулярно и немедленно освещаются нашими журналистами. Сноски на нашу ленту новостей и анонсы вы можете найти на www.twitter.com/aidsmap_news, мы так же общаемся на www.twitter.com/aidsmap.
- Следите за новостями с конференции через новостные ленты и анонсы, на которые вы можете подписаться здесь.

NAM's coverage of the 15th European AIDS Conference has been made possible thanks to support from the European AIDS Clinical Society (EACS), Bristol-Myers Squibb, Gilead, Merck & Co., Inc., and ViiV Healthcare.

nam aidsmap

NAM - благотворительная общественная организация, базирующаяся в Великобритании. Мы предоставляем точную и надежную информацию как для людей живущих с ВИЧ так и специалистов, оказывающих помощь и поддержку для ВИЧ-позитивных людей по всему миру.

Вместе мы добъемся изменений. Пожалуйста, внесите свой вкладwww.aidsmap.com/donate

**Наши контакты для более подробной информации:**
Тел: +44 (0)20 7837 6988
Факс: +44 (0)20 7923 5949
Емэйл: info@nam.org.uk
Вэвсайт: www.aidsmap.com

**NAM Publications**
Registered office: Acorn House, 314-320 Gray's Inn Road, London, WC1X 8DP
Company limited by guarantee. Registered in England & Wales, number: 2707596
Registered charity, number: 1011220

Для отмены подписки используйте ссылку:
http://www.aidsmap.com/page/1492854/