

Не можете прочитать данное электронное письмо? [Попробуйте посмотреть его в браузере](#)

# КРОИ 2015

## Конференция по ретровирусам и оппортунистическим инфекциям

Сиэтл, США, 23-26 февраля, 2015 год

Среда, 4 марта 2015 года

- | Повышенный риск нарушения функции почек при использовании некоторых АРВ-препаратов
- | Финансовое поощрение не помогло усовершенствованию показателей поэтапной ВИЧ-специализированной помощи в городах Америки
- | Злокачественные образования, рак легких и курение
- | Задержка терапии против гепатита С приводит к раку печени и смерти
- | Вопросы в отношении использования препарата маравирок в качестве доконтактной профилактики – ДокП
- | BMS-663068 – новый препарат для лечения людей с длительным анамнезом предыдущего лечения
- | Обзоры новостей на сайте [aidsmap.com](http://aidsmap.com)
- | Поддержите нашу деятельность



## Повышенный риск нарушения функции почек при использовании некоторых АРВ-препаратов



Фотографии с КРОИ 2015, Роб Коэн [www.RobbsPhotos.com](http://www.RobbsPhotos.com). Благодарим Международное сообщество АРВ-США

Использование трех антиретровирусных препаратов ассоциируется с постепенным повышением риска развития почечных осложнений – согласно результатам

широкомасштабного когортного анализа D:A:D. К таким препаратам относятся тенофовир, атазанавир (усиленный ритонавиром) и лопинавир (усиленный ритонавиром).

Исследователи изучили риск возникновения хронической почечной недостаточности, характеризующейся снижением eGFR (скорость клубочковой фильтрации) ниже 60 мл в минуту, у лиц с изначально нормальными показателями функции почек на момент зачисления в исследование. Скорость клубочковой фильтрации (eGFR) является косвенным показателем объема крови, который фильтруется почками за минуту, и который используется для оценки функции почек. Анализ включил в себя данные наблюдения за 23 560 пациентами в течение 8-летнего периода наблюдения.

В целом, уровень риска возникновения хронической почечной недостаточности оказался низким и составил менее 1% (210 человек).

Как и ожидалось, возникновение почечной недостаточности ассоциировалось с несколькими факторами, а именно: пожилым возрастом, повышенным давлением крови, гепатитом С, сахарным диабетом, сердечно-сосудистыми заболеваниями, изначально низким уровнем CD4 и потреблением инъекционных наркотиков.

Однако наряду с этими факторами, также была выявлена взаимосвязь заболеваний почек с использованием некоторых антиретровирусных препаратов и продолжительностью их приема. Частота развития почечной недостаточности при приеме препаратов в течение 6 лет составила 2,2% для тенофовира и 4% при приеме усиленных ритонавиром атазанавира или лопинавира.

После внесения поправки с учетом других обуславливающих факторов, относительный риск возникновения почечной недостаточности составил: для тенофовира – 12% в год, для усиленного ритонавиром атазанавира – 27% в год и лопинавира – 16% в год.

Для сравнения, прием абакавира или других препаратов класса ингибиторов протеазы, не ассоциировался с повышением этого риска. Хотя, не было получено достаточно данных для анализа индивидуального риска возникновения почечной недостаточности в отношении других АРП.

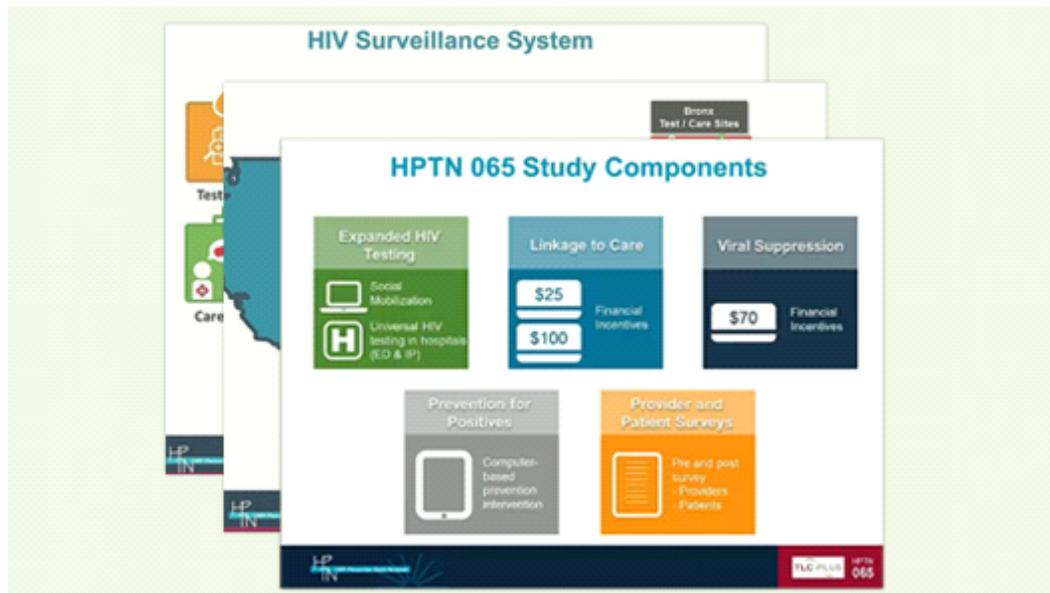
Несмотря на то, что хроническая почечная недостаточность является достаточно редким осложнением, которая в большей мере зависит от «традиционных» факторов риска, чем от приема антиретровирусных препаратов, медицинские специалисты скорее всего будут учитывать эти данные при выборе схем антиретровирусных препаратов, особенно в отношении лиц, имеющих другие факторы риска для развития почечных осложнений.

#### Тематические ссылки:

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

[🔗 Веб-трансляция с презентации](#)

## Финансовое поощрение не помогло усовершенствованию показателей поэтапной ВИЧ-специализированной помощи в городах Америки



Фотография с презентации Уафаа эль-Садр (Wafaa el-Sadr) на КРОИ 2015.

Американское исследование, в рамках которого отдельным пациентам предлагалось финансовое поощрение (за возвращение в центр после прохождения тестирования, за регулярное посещение центра и за поддержание неопределяемой вирусной нагрузки), показало, что такой подход оказался unsuccessful в достижении поставленных целей и среди большинства пациентов. Однако, на конференции прозвучало, что финансовое поощрение улучшило показатели некоторых менее востребованных услуг.

В прошлом было показано, что финансовое поощрение является эффективным методом для привлечения потребителей наркотиков к услугам здравоохранения. Также финансовая поддержка позволила улучшить эпидемиологические показатели в некоторых африканских исследованиях.

Американское исследование было проведено в двух городских районах с высоким уровнем нищеты и социальных проблем – Вашингтон (округ Колумбия) и Бронкс в Нью-Йорке. Несколько десятков пунктов тестирования и учреждений ВИЧ-специализированной помощи были разделены на центры, продолжающие оказание стандартных услуг, и центры, в которых предлагалось финансовое поощрение. Лица, с недавно установленным диагнозом получали сумму в размере \$25, если они возвращались в центр в течение трех месяцев после тестирования и дополнительно \$100 при условии, что они следовали назначенному лечебному плану. Им также предлагалось дополнительно \$70 каждые три месяца, если они продолжали посещать центры с результатами тестирования, подтверждающими неопределяемый уровень вирусной нагрузки.

Однако финансовое поощрение не привело к статистически значимым результатам ни по одному из намеченных критериев. Было зарегистрировано небольшое (8%), но статистически значимое увеличение доли пациентов, посетивших четыре из пяти клинических приемов.

Наилучших показателей удалось добиться в отношении наименее посещаемых услуг, которые представляли собой небольшие по объему и низкооплачиваемые сервисы. Исследователи считают, что финансовое поощрение имеет потенциальное значение для совершенствования посещаемости пациентов на разных этапах оказания лечебной помощи в определенных условиях и среди определенных групп населения.

#### Тематические ссылки:

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

[Веб-трансляция с презентации](#)

## Злокачественные образования, рак легких и курение



Президиум встречи, включая Элизабет Яник и Матиас Эггер, КРОИ 2015. Фотограф: Роб Коэн  
[www.RobbPhotos.com](http://www.RobbPhotos.com).

Частота возникновения раковых заболеваний очень высока среди ВИЧ-инфицированных американцев в возрасте старше 65, несмотря на широкое применение антиретровирусной терапии, согласно данным, представленным на КРОИ. Риск возникновения раковых заболеваний ассоциируется с ВИЧ и старением.

Исследователи собрали данные по наблюдению за 5% лиц, пользующихся услугами Medicare (Национальная программа медицинского страхования США для лиц в возрасте 65 лет и старше) между 2002 и 2009, совместно с данными регистрационного реестра случаев раковых заболеваний в США. Были получены данные, охватившие более 450 000 человек, среди которых несколько сотен были ВИЧ-инфицированными.

В целом, у 10,2% пожилых людей с ВИЧ раковые заболевания были диагностированы в течение 5 лет. По абсолютным показателям наибольшее число случаев рака приходилось на рак предстательной железы и рака легких. Хотя заболеваемость раком предстательной железы среди ВИЧ-инфицированного мужского населения оказалась не выше, чем среди ВИЧ-негативных мужчин.

Однако, уровень заболеваемости ВИЧ-инфицированных лиц другими видами раковых заболеваний был значительно выше, чем среди ВИЧ-негативного населения. Такая тенденция наблюдалась как в отношении СПИД-ассоциируемым злокачественных заболеваний (неходжкинская лимфома с показателем риска 3,0 и саркома Капоши с показателем риска 79,2), так и в отношении других видов злокачественных новообразований, о которых уже было сообщено, как о наиболее распространенных злокачественных новообразованиях среди ВИЧ-инфицированного населения более молодого возраста (рак прямой кишки - показатель риска 32,4 и рак легких - показатель риска 1,5).

В рамках второго исследования был проанализирован уровень распространенности злокачественных заболеваний среди 39 000 ВИЧ-инфицированных американцев за исключением СПИД-ассоциируемых опухолей. Почти у 600 участников в течение 10-летнего периода наблюдения был установлен диагноз злокачественного новообразования, не ассоциируемого со СПИД, среди которых наиболее часто встречался рак лёгких. Исследователи задались целью определить насколько часто курение было связано с возникновением раковых заболеваний, не ассоциируемых со СПИД, по сравнению с факторами риска, характерными для всего населения.

Было выявлено, что можно было бы избежать 37% случаев рака, если бы уровень курения среди ВИЧ-инфицированных лиц и общего населения был бы одинаковым. Курение было, безусловно, наиболее важным влияющим фактором риска возникновения злокачественных новообразований, чем иммуносупрессия с уровнем CD4 ниже 200 клеток/мм<sup>3</sup>, определяемая вирусная нагрузка или гепатиты.



Выступление Патрика Мерси на КРОИ 2015. Фотограф Лиз Хайлимэн, hivandhepatitis.com

В то время как исследователи акцентировали внимание делегатов на важности программ, направленных на преодоление никотиновой зависимости, на конференции прозвучали результаты рандомизированного исследования по эффективности препарата варениклин (*Чампикс (Champix/Chantix)*), помогающего преодолеть пристрастие к курению. Во Франции участники этого исследования (ВИЧ-инфицированные курильщики) наряду с консультированием по преодолению никотиновой зависимости, также получали варениклин или плацебо-препарат на протяжении двенадцати недель.

Препарат помог отказаться от курения значительно большему числу людей, однако после 48 недель наблюдения только 17,6% участников все еще продолжали воздерживаться от курения по сравнению с 7,2% участников в группе плацебо. Эти результаты сопоставимы с показателями, установленными ранее среди ВИЧ-негативных лиц, которые получали один из препаратов: варениклин, бупропион (*Зубан (Zyban)*, *Веллбутрин (Wellbutrin)*), никотин-замещающие препараты в виде никотиновых пластырей, или только консультирование. Было показано, что ни один из методов не был эффективным у более, чем четверти или трети участников. Сочетанное использование этих методик может быть более эффективным, чем любой отдельно взятый метод монотерапии.

## Тематические ссылки:

🔗 Ознакомиться с материалом «Исследование показывает высокий уровень заболеваемости злокачественными новообразованиями среди пожилых людей с ВИЧ»

🔗 Веб-трансляция с презентации

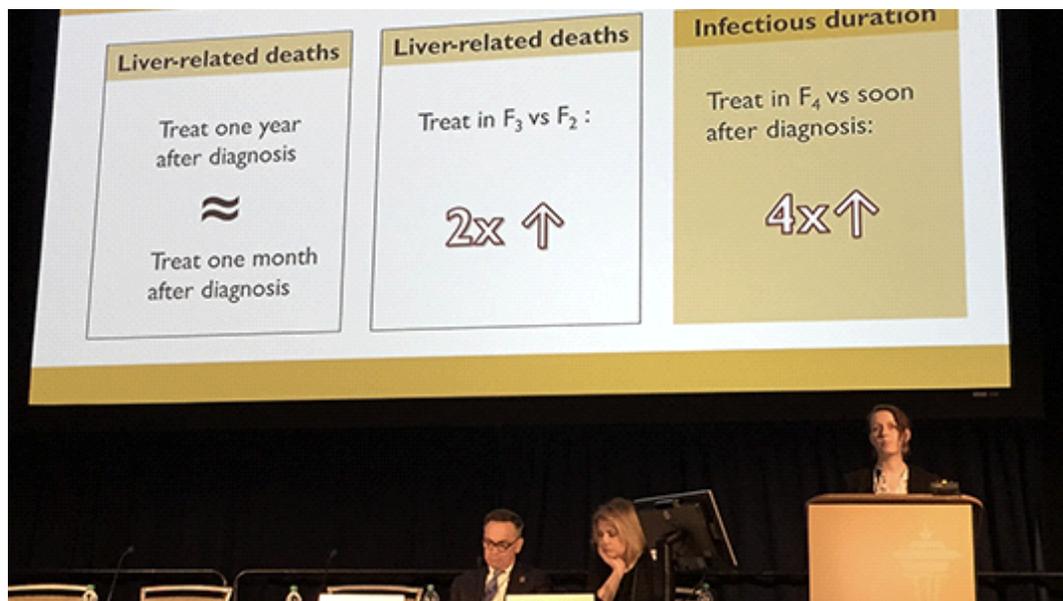
🔗 Ознакомиться со статьей «Курение является самым тяжелым фактором риска в отношении злокачественных новообразований, не ассоциируемых со СПИД среди ВИЧ-инфицированных лиц»

🔗 Веб-трансляция с презентации

🔗 Ознакомиться со статьей «Варениклин помогает ВИЧ-инфицированным людям отказаться от курения, хотя длительность успеха от применения препарата остается низкой»

🔗 Веб-трансляция с презентации

## Задержка терапии против гепатита С приводит к раку печени и смерти



Выступление Синди Захдн на КРОИ 2015. Фотограф Лиз Хайлимэн, [hivandhepatitis.com](http://hivandhepatitis.com).

По данным статистической модели в случае отсрочки лечения гепатита С среди ВИЧ-инфицированных пациентов до момента развития прогрессирующей недостаточности печени, у них возникает риск развития тяжелых осложнений и смертельного исхода.

В эпоху интерфероновой терапии гепатита С эксперты, как правило, рекомендовали своим пациентам откладывать лечение до появления признаков прогрессирующей недостаточности печени. Несмотря на появление новых эффективных и малотоксичных противовирусных препаратов для лечения гепатита С, их высокая стоимость накладывает ограничения на их использование. Так, некоторые страховые компании и системы страховой медицины соглашаются покрывать расходы на лечение только в наиболее тяжелых случаях заболевания.

Прогноз математической модели был построен на основании данных исследования среди

мужчин, практикующих секс с мужчинами в Швейцарии.

По его результатам было выявлено, что при начале лечения гепатита С новыми противовирусными препаратами в течение года от момента установления диагноза, у 2% пациентов в конечном итоге возникнет гепатоцеллюлярный рак (рак печени), и 3% их них погибнут по причине осложнений, связанных с нарушением функции печени. Не было выявлено никаких преимуществ от начала терапии через месяц от установления диагноза по сравнению с началом терапии через год.

Однако, при задержке лечения до момента развития тяжелой степени фиброза (стадия F3), у 8% в конечном итоге возникнет гепатоцеллюлярная карцинома (ГЦК) и 10% погибнут в результате печеночной недостаточности. Задержка терапии до развития цирроза печени (стадия F4) приведет к увеличению риска возникновения ГЦК и смерти до 20 и 25% соответственно.

Следует отметить, что риск возникновения таких тяжелых последствий не снижался до нуля даже при своевременном и успешном использовании современных методов лечения.

*После* излечения гепатита С большинство осложнений возникнет среди пациентов с признаками выраженного фиброза или цирроза печени.

Задержка лечения также отражается на продолжительности контагиозного периода пациентов. Контагиозный период пациентов, которым терапия будет проведена в течение года от установления диагноза (не от момента заражения), составит 5 лет; при задержке терапии до появления тяжелой формы фиброза контагиозный период составит 15 лет, и почти 20 лет – при отсрочке лечения до появления признаков цирроза печени.

Данные выводы поддерживают обоснование стратегии раннего начала лечения до появления признаков тяжелого повреждения печени. По результатам **второго исследования** было показано, что на данный момент почти половина американцев, инфицированных вирусом гепатита С, имеют признаки тяжелой степени фиброза или цирроза печени. Все эти случаи в основном сконцентрированы среди лиц эпохи «бэби-бум», которые к настоящему времени достигли 50-70 летнего возраста.

#### Тематические ссылки:

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

[🔗 Веб-трансляция с презентации](#)

## Вопросы в отношении использования препарата маравирок в качестве доконтактной профилактики – ДокП



Выступление Джули Фокс на КРОИ 2015. Фотограф Лиз Хайлимэн, hivandhepatitis.com

В то время как большинство исследований по ДоКП (доконтактной профилактике) сосредоточены на комбинированном препарате тенофовир/эмтрицитабин (*Truvada*), другие исследователи изучают эффективность различных форм (таблеток, гелей, вагинальных колец) других антиретровирусных препаратов.

В частности, в рамках 2 фазы исследования проводится оценка эффективности препарата маравирик (ингибитора проникновения) в виде таблетированного препарата (*Селзентри (Celsentri/Selzentry)*). Маравирик может стать привлекательным вариантом профилактики по той причине, что он действует на ранних стадиях инфекционного процесса, блокируя клеточный ко-рецептор ССR5, который используется ВИЧ для проникновения внутрь клетки; другие антиретровирусные препараты нарушают процесс репликации вируса после того, как ВИЧ уже проник в клетки хозяина.

Более того, появилась надежда, что при использовании новых форм препарата можно будет добиться высокого уровня его концентрации в тканях влагалища и прямой кишки после однократной дозы. Это позволит использовать ДоКП по требованию или в зависимости от обстановки.

Однако результаты лабораторного исследования, представленного на конференции, показали, что однократная доза препарата не была достаточной. Через несколько часов после принятия маравирик проводилась биопсия (забор образцов тканей) прямой кишки и влагалища, которые затем подвергались воздействию ВИЧ.

Несмотря на высокую концентрацию препарата в ткани, наблюдаемую через 4 часа после его приема, в последующий период концентрация быстро снижалась. Наиболее важным выводом исследования является то, что противовирусный эффект препарата ограничен.

Некоторые исследователи также высказали сомнение в отношении того, насколько надежны результаты этого анализа для прогноза эффективности препарата для человека. Также исследование не может ничего сказать о уровне защите, предоставляемой при многократном приеме маравирик.

#### Тематические ссылки:

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

[🔗 Веб-трансляция с презентации](#)

## BMS-663068 – новый препарат для лечения людей с длительным анамнезом предыдущего лечения

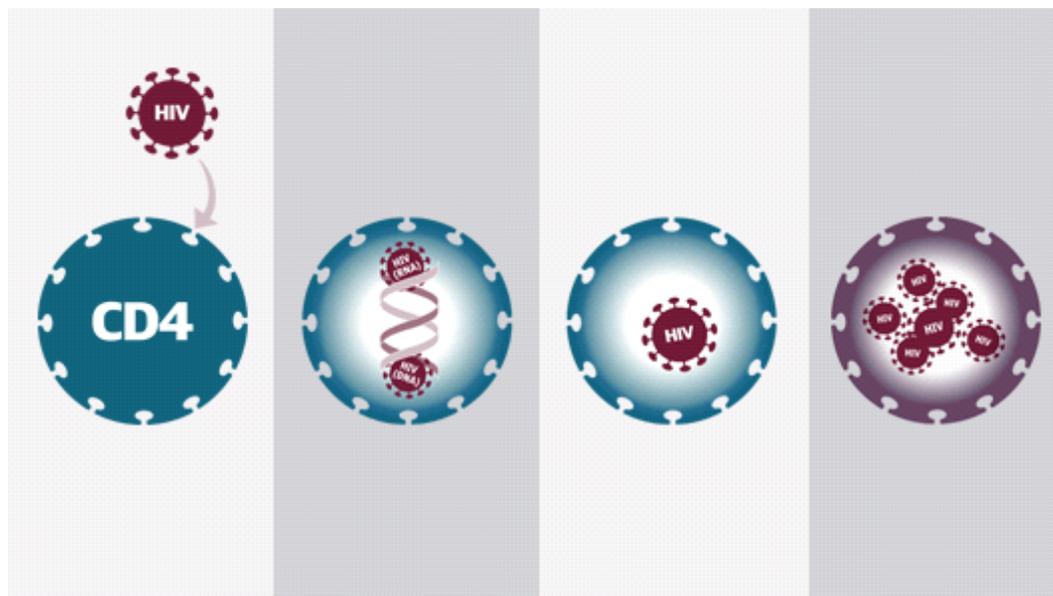


Схема-рисунок из информационного листка организации NAM «Как работает терапия», отображающая механизмы воздействия антиретровирусных препаратов на различные фазы жизненного цикла ВИЧ. Воспользуйтесь ссылкой [www.aidsmap.com/thebasics](http://www.aidsmap.com/thebasics)

На КРОИ были представлены предварительные обнадеживающие результаты после 48 недель 2В фазы исследования препарата компании Бристол-Майерс Сквибб – BMS-663068 (фостемсавир (fostemsavir)).

Этот препарат принадлежит к новому классу ингибиторов прикрепления. BMS-663068 непосредственно связывается с вирусным белком gp120, входящим в структуру «шипов» на поверхности ВИЧ, тем самым предотвращая прикрепление вируса к клетке и проникновение его внутрь CD4 Т-лимфоцитов. Блокатор CCR5 рецепторов – маравирик (*Селзенпри –Celsentri/Selzentry*) и ингибитор слияния – энфувиртид (*Фузеон*) воздействуют на более поздние этапы проникновения вируса в клетки; BMS-663068 действует на вирус независимо от того, используют ли он ко-рецептор CCR5 или CXCR4 для проникновения в клетку.

В исследовании приняли участие 254 человек с анамнезом неуспешного предыдущего лечения, у которых в большинстве случаев развилась устойчивость вируса к препаратам первой или второй линии терапии. У каждого второго из пяти участников исследования уровень CD4 лимфоцитов был на уровне ниже 200 клеток/мм<sup>3</sup>. В этом наблюдении (по сравнению с другими исследованиями, проводимыми в странах со средним уровнем дохода населения) приняло участие большое число женщин, представителей негроидной расы и лица с не-В подтипами ВИЧ.

Участники были разделены на группы, принимающих BMS-663068 по одной из четырех схем, отличающихся дозами исследуемого препарата, принимаемого один или два раза в день совместно с ралтегравиром и тенофовиром. Участники контрольной группы принимали схему, состоящую из усиленного ритонавиrom атазанавира, ралтегравира и тенофовира.

Через 48 недель от начала терапии среди участников наблюдались схожие результаты: от 61% до 82% участников, принимающих BMS-663068, достигли неопределяемый уровень вирусной нагрузки (процентный показатель варьировал в зависимости от принимаемой участниками дозы препарата) по сравнению с 71% участников в контрольной группе. В целом новый препарат хорошо переносился и проявлял низкую токсичность в экспериментах с использованием различных дозировок.

Анализ потенциального лекарственного взаимодействия свидетельствует о том, что BMS-663068 может сочетаться с дарунавиром или этравиром без необходимости в изменении дозы препаратов. Все эти препараты широко используются для лечения пациентов с анамнезом неуспешного предыдущего лечения.

**Тематические ссылки:**

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

## Обзоры новостей на сайте **aidsmap.com**



Мы надеемся, что вы нашли наши обзоры новостей с КРОИ информативным и полезным для себя.

Вы можете найти публикации всех новостей с конференции на [сайте \*\*www.aidsmap.com/croi2015\*\*](http://www.aidsmap.com/croi2015), включая:

- | [все наши обзоры новостей](#)
- | наши бюллетени новостей на [английском](#), [французском](#), [испанском](#), [португальском](#), [итальянском](#) и [русском](#) языке
- | редакторскую подборку новостей из других источников.
- | подборку обсуждений [новостей на Твиттер](#).

Пожалуйста, не считайте затруднительным поделиться предлагаемыми ссылками и информацией со своими коллегами и своим кругом общения.

И не забудьте, что мы издаем новостные материалы без перерыва – круглый год, и предлагаем вам множество способов получения нашей информации:

- | Подпишитесь на регулярные рассылки [новостей по электронной почте](#), например, [Новости профилактики ВИЧ-инфекции: в Европе](#) (выходящие один раз в месяц) или [ВИЧ-инфекция: обновления информации](#)
- | Загрузите приложение «[aidsmap news](#)» для [iPhone](#) или [Android](#)
- | Найдите нас на [Facebook](#) или следите за нами на [Твиттер](#).

#### Тематические ссылки:

 [www.aidsmap.com/croi2015](http://www.aidsmap.com/croi2015)

## Поддержите нашу деятельность



Это сообщение одного из наших приверженных читателей вызвало у нас улыбку! Так как мы являемся благотворительной организацией, продолжение нашей деятельности 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 здоровую жизнь.

Если Вы желаете внести материальный вклад в нашу работу, пожалуйста, воспользуйтесь данной ссылкой [www.aidsmap.com/donate](http://www.aidsmap.com/donate).

Огромное вам спасибо!

#### Тематические ссылки:

 [www.aidsmap.com/donate](http://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](http://www.twitter.com/aidsmap_news), мы так же общаемся на [www.twitter.com/aidsmap](http://www.twitter.com/aidsmap).



Следите за новостями с конференции через новостные ленты и анонсы, на которые вы можете [подписаться здесь](#).



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 добьемся изменений. Пожалуйста, внесите свой вклад [www.aidsmap.com/donate](http://www.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](mailto:info@nam.org.uk)

Вэвсайт: [www.aidsmap.com](http://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/>