

АРВ для ПИН



АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ ДЛЯ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ – КВАРТАЛЬНЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ

МАРТ 2008

СОДЕРЖАНИЕ:

От редактора.....	3
ОТЧЕТЫ О КОНФЕРЕНЦИЯХ	4
Доступ ПИН к АРВ в и медицинской помощи в Центральной и Восточной Европе	4
Пятнадцатая конференция по антиретровирусному лечению и оппортунистическим инфекциям.	7
Показатель MELD для оценки жизненного прогноза больных с терминальной стадией заболевания печени, ожидающих трансплантации и коинфицированных ВИЧ и гепатитом.....	8
Действительно ли абакавир понижает показатель SVR (устойчивого вирусного ответа) при лечении гепатита С?	10
Отсутствие эффективности продолжительной терапии интерфероном для лечения прогрессирующего фиброза у пациентов, не имеющих вирусного ответа на терапию.	14
НОВЫЕ СТАТЬИ	17
Исследования ВИЧ и гепатита С и потребители наркотиков	17
INRA лист новостей:	44
Приложение JAIDS: фокус на ПИН	45
ПЛАНИРУЕМЫЕ ВСТРЕЧИ.....	46
ПУБЛИКАЦИИ И СЕРВИС i-Base	48

ARV4IDU (АРВ для ПИН) это ежеквартальный бюллетень, публикуемый в электронном формате, HIV i-Base. Так же как и все остальные публикации i-Base, подписка на бюллетень бесплатна, и может быть заказана по факсу или почте с использованием формы, на последней странице данного материала или непосредственно на сайте: <http://www.i-Base.info>

Заполненную форму необходимо отправить на электронный адрес

subscriptions@i-Base.org.uk

Редактор: Саймон Коллинз

Ответственный редактор: Поли Клайден

Российский редактор: Свилен Конов

Редакционная коллегия:

Санжай Бхагани, Royal Free Hospital;

Дог Брюс, Yale University AIDS Program;

Алан Клир, Harm Reduction Coalition;

Джей Франклин Добкин, Columbia University Medical Center;

Рамон Эспасио, Formación e Información sobre Tratamientos el VIH/SIDA;

Лун Гангте, Delhi network of People living with HIV (DNP+);

Мауро Гуариньери, Open Society Institute;

Ражиф Кафле, Nepal Network of people, living with HIV;

Адиба Камарулзаман, Malaysian AIDS Council and University Malaya Medical Center;

Сайе Кху, University of Liverpool Hospital;

Константин Леженцев, Open Society Institute;

Луис Мендао, Grupo Português de Activistas sobre Tratamentos de VIH/SIDS (GAT);

Ананд Пун

Трейси Сван Treatment Action Group, NYC;

Март 2008

Кармен Таррадес, International Community of Women Living with HIV (ICW)

ARV4IDU это некоммерческое издание, создаваемое сообществом, с целью обеспечения обзора наиболее важных медицинских разработок, относящихся к клиническим исследованиям лечения ВИЧ у потребителей инъекционных наркотиков, и с доступом к лечению. Комментарии к статьям составлены консультантом, автором и ответственным редактором.

Некоторые статьи взяты из других авторитетных источников, и авторские права для таких статей указывают автора и источник и воспроизводятся в конце статьи.

Мы благодарим организации за сотрудничество и за понимание важности обеспечения широкого свободного доступа к информации как для людей, живущих с ВИЧ, так и для профессионалов, занимающихся лечением ВИЧ.

Статьи, написанные и опубликованные i-Base авторами охраняются законом об авторском праве. Воспроизведение текстов сообществом или некоммерческими организациями без специального письменного разрешения разрешено. Указание или ссылка на оригинальное издание ARV4IDU, автора или веб-сайт i-Base приветствуется.

HIV i-Base является реципиентом грантов на неограниченных условиях от Charitable Trust, частных доноров, и фармацевтических компаний. Мнения редакторов издания не зависят от мнения грантодателей.

HIV i-Base

Third Floor East, Thrale House

44-46 Southwark Street, London SE1 1UN

T: +44 (0) 20 7407 8488 F: +44 (

0) 20 7407 8489

<http://www.i-Base.info>

Март 2008

www.i-Base.info

HIV i-Base это зарегистрированная благотворительная организация № 1081905, регистрационный № компании 3962064

ОТ РЕДАКТОРА

Представляем Вам третий выпуск АРВ для ПИН...

Мы хотели бы пригласить к сотрудничеству новых авторов, кто мог бы предоставить свои работы для будущих выпусков. Опубликованы могут быть исследовательские отчеты и обзорные статьи. Если Вы хотите принять участие в создании будущих выпусков, или у Вас есть новости, которые Вы хотели бы осветить, пожалуйста, напишите:

subscriptions@i-Base.org.uk

Для подписки, пожалуйста, зарегистрируйтесь онлайн:

<http://www.i-Base.info/forms/esub.php>

АРВ для ПИН выпускается на английском и русском языках, распространяется по электронной почте и публикуется на сайте i-Base.

АРВ для ПИН издается как дополнение к i-Base ВИЧ бюллетеню по лечению (HIV Treatment Bulletin (НТВ) и поддерживается грантом Международной Программы по Снижению Вреда, Института Открытого Общества (www.soros.org)

ОТЧЕТЫ О КОНФЕРЕНЦИЯХ

Доступ ПИН к АРВ в и медицинской помощи в Центральной и Восточной Европе

24-25 Ноября 2007 года Европейской Группой по Лечению СПИДа (ЕАТГ) в партнерстве с Евразийской Сетью Снижения Вреда (ЕHRN – бывшей СЕЕHRN) было проведен семинар в Март 2008 www.i-Base.info

Вильнюсе, Литва, названный «Доступ потребителей инъекционных наркотиков к препаратам для лечения ВИЧ в Центральной и Восточной Европе». Семинар был проведен при координации «СПИД – Действие и Интеграция» («AIDS Action and Integration») участии AIDES и профинансирован Европейской Комиссией (European Commission (DG SANCO)).

Проект Action and Integration был разработан для обеспечения развития предпринимаемых силами локальных сообществ действий, связанных с ВИЧ/СПИДом.

Ноябрьский семинар был предназначен преимущественно для тех, кто, напрямую вовлечен в обеспечение лечения и медицинской помощи, потребителям наркотиков, живущих с ВИЧ/СПИДом, в том числе, НКО, активисты, представители сообщества наркопотребителей, и люди, живущие с ВИЧ/СПИД и государств - новых участников, недавно вступивших в Евросоюз. Основной задачей было распространение опыта и знаний об обеспечении лечением ВИЧ потребителей наркотиков. Выбор наркопотребителей Центральной и Восточной Европы в качестве центральной категории обсуждения был продиктован убеждением, что инъекционное употребление наркотиков является одним из основных путей передачи ВИЧ-инфекции в регионе.

На сегодняшний день, вопрос о предоставлении лечения ВИЧ для ПИН в регионе, это скорее вопрос о том, как предоставить лечение, нежели о том, где найти на него средства.

Есть научные подтверждения тому, что лечение ПИН, при наличии определенных условий, может быть столь же эффективным, как и других пациентов.

На семинаре участникам из Восточной и Центральной Европы была предоставлена возможность обменяться опытом наиболее успешных практик преодоления барьеров, стоящих перед ПИН, живущих с ВИЧ.

Так же было обозначено несколько других важных тем обсуждения, в частности о необходимости интеграции адекватного лечения ТБ и гепатита и обеспечение заместительной терапии одновременно с предоставлением АРВ.

В Восточной Европе насчитывается около 1.6 миллионов людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ) и более 2.8 миллионов потребителей инъекционных наркотиков, динамика эпидемии в регионах различная. В Чехии, Венгрии, Словакии и Словении, несмотря на увеличившееся в последнее время число

случаев инфицирования ВИЧ через гомосексуальный контакт, основным путем передачи ВИЧ является гетеросексуальный половой контакт. В Румынии, преобладающее число ВИЧ-инфицированных – подростки и взрослые, основной путь передачи – гетеросексуальный половой контакт.

В Восточной Европе и Центральной Азии основным способом передачи ВИЧ инфекции является общего инструментария для инъекций наркотиков. Вместе с тем, есть подтверждения увеличения процента случаев инфицирования через гетеросексуальный половой контакт. 64-85% от общего числа зарегистрированных случаев заражения ВИЧ в Азербайджане, Беларуси, Эстонии, Литве, Молдове, России и Украине произошли среди потребителей инъекционных наркотиков.

Эти данные в достаточной мере демонстрируют, что масштаб работы по снижению вреда для ПИН, проводимой в регионах должен быть увеличен. Правительство Европы и Центральной Азии подписало Дублинскую декларацию, обязующую исключить дискриминацию в обеспечении лечения и гарантирующую равный универсальный доступ к АРВ для всех нуждающихся к 2005 году. Вызывает беспокойство тот факт, что регион сильно отстает от намеченного плана.

Страны Центральной Европы, так же как и страны Восточной Европы, рапортовали об успехах в расширении доступа к АРВ (определенного как 75% покрытия потребности в препаратах) в 2004.

Восточная Европа и Центральная Азия занимает второе место с конца по обеспечению АРВ в мире. Однако, регионом были проведены значительные увеличения финансирования для расширения доступа к АРВ и экспансия доступа к АРВ в течении последних нескольких лет.

Несмотря на совершенный прогресс, доступ к АРВ для ПИН остается диспропорционально низким в регионе в целом.

Россия и Украина, где насчитывается наибольшее число ВИЧ- позитивных ПИН, имеют достаточно низкие показатели, но активно внедряют АРВ лечение, строя амбициозные планы обеспечения терапией: 60% -в России и 55% -в Украине, от общего числа нуждающихся в 2008 году.

Но социальные и физические барьеры все еще существуют. Влияние стигмы не может быть недооценено. ПИН, живущие с ВИЧ, испытывают двойную дискриминацию: как наркозависимые и как имеющие ВИЧ-позитивный статус.

Низкий уровень знаний о АРВ и доморощенные теории о способах лечения ПИН так же являются ключевыми препятствиями в доступе к лечению. Знания о АРВ должны быть усовершенствованы в подавляющем числе стран. Мифы или неверная информация о побочных эффектах, взаимодействия с наркотиками или опиоидной заместительной терапией (ОЗТ) часто препятствуют распространению лечения.

Осведомленность пациентов, соответственно, как важнейшее условие приверженности к лечению. Некоторые интересные программы, направленные на развитие просвещенности пациентов, проводимые в регионе, например, «школа пациента», часто встречаются с проблемой отсутствия устойчивого финансирования. Адекватное обучение медицинских сотрудников так же является необходимой мерой для увеличения доступа к лечению и медицинской помощи для ПИН.

Пятнадцатая конференция по антиретровирусному лечению и оппортунистическим инфекциям

Бостон 2-6 февраля 2008 года

Введение

Данная ежегодная конференция является одной из важнейших научных встреч.

Абстракты на конференцию доступны онлайн, со дня открытия конференции, и многие наиболее важные устные сессии размещаются на конферентном сайте не позднее чем через день после их проведения. Мы рекомендуем читателям обращаться непосредственно к Интернет-ресурсам для получения большей информации о сессиях.

<http://www.retroconference.org>

Общее резюме новостей конференции, покрывающее 25 исследований и презентаций в 12 ключевых областях доступно на сайте i-Base. www.i-Base.info

Несмотря на то, что только небольшое число работ посвящено доступу ПИН к лечению ВИЧ, несколько работ, посвященных коинфекции были достаточно интересными:

- Показатель MELD прогнозирующий смертность среди ожидающих трансплантации коинфицированных ВИЧ и гепатитом пациентов.
- Действительно ли абакавир уменьшает уровень SRV при лечении HCV
- Нет эффекта от поддерживающей терапии интерфероном на прогрессирующий фиброз в нон-респондерах

Показатель MELD для оценки жизненного прогноза больных с терминальной стадией заболевания печени, ожидающих трансплантации и коинфицированных ВИЧ и гепатитом

Саймон Коллинз, HIV i-Base

Аруна Субраманиан из Университета Джон Хопкинс проанализировала при помощи показателя MELD заболеваемость, причины и время смертности среди кандидатов на трансплантацию в сравнительной перспективе у ВИЧ-отрицательных пациентов в контрольной группе, участниками которой были пациенты 20 американских больниц.

MELD (Модель для оценки жизненного прогноза больных с терминальной стадией заболевания печени), включающая креатин, билирубин, и INR проверяемые одновременно и может прогнозировать смертность среди ВИЧ-негативных пациентов. Эта модель используется как базис для системы распределения донорских органов с целью обеспечения больным пациентам быстрейший доступ к органам трансплантации.

Пациенты данного исследования, для того, чтобы быть включенными в список трансплантации должны соответствовать некоторым критериям: $CD4 > 100/mm^3$ в течении 16 недель перед трансплантацией и иметь неопределяемую вирусную нагрузку (кроме случаев гепатоксичности, связанной с приемом АРВ) и профиль резистентности, отображающий подавление ВИЧ - эти пациенты с большей вероятностью помещаются в список очереди на трансплантацию. Последующее обследование происходит каждые три месяца после внесения в список.

Каждый случай был подобран (по возрасту, полу, расе, продолжительности заболевания и времени коинфекции HCV) исходя из, более чем пяти параметров, случаи были сравнены между собой по времени смерти, трансплантации и достижения показателя MELD >25.

В течении исследования когорта составила: 167 ВИЧ-позитивных пациентов (51% не была проведена трансплантация, 14% - умерло и 48% была проведена трансплантация) и 792 участников контрольной группы (41% не была проведена трансплантация, 11% - умерло и 48% была проведена трансплантация).

Средний уровень CD4 у тех, кто умер был ниже, чем у тех, кому была проведена трансплантация (средний 237 vs 315 $p=0.01$). Не было разницы в процентом соотношении неопределяемой вирусной нагрузки, использовании ИП лечения или процента коинфекции гепатитом С.

Смертность в ВИЧ-позитивной и в контрольной группах была примерно одинаковая (сепсис – 25% и 20%), множественный отказ органов (17% и 26%), и неизвестные причины (17% и 20%).

Сравнительное время смерти было одинаковым в обеих группах так же как и время трансплантации и повышения MELD>25.

Однако, в мультивариативной модели MELD показала больший риск ($HR=21.8$ 95%, CI 6.3, 75.7, $p<0.0001$) а для группы с количеством $CD4<200$ показатели были в пограничном состоянии ($HR=2.6$ 95%, CI 0.98, 6.9 $p=0.5$). Вирусная нагрузка не рассматривалась.

Ученые пришли к выводу, что низкий уровень CD4 на момент нахождения в листе ожидания может прогнозировать больший риск смерти, но только после тестирования CD4 и вирусной нагрузки. MELD показала отличные прогностические возможности предтрансплантационной смертности и должна быть используема постоянно для пациентов с циррозом печени для руководства в принятии решения о трансплантации печени.

Группа планирует создать вычислительный метод, включающий подсчет CD4 и MELD с целью создания метода прогнозирования смертности для всех пациентов, а не только тех, кто стоит в очереди на трансплантацию; определения оптимального количества CD4 для трансплантации и определения взаимодействия между уровнем MELD и результатами трансплантации (которые сейчас плохо определяются для пациентов с коинфекцией).

Вычисления MELD в Интернете доступны по адресу:

<http://www.unos.org/resources/MeldPeldCalculator.asp?index=98>

Результаты, полученные в ходе исследования неувидительны, так как MELD это достаточно достоверная модель для оценки повреждений печени. MELD используется европейскими и американскими центрами трансплантации. Есть четкие представления о «стандарте» критериев для помещения в лист ожидания на трансплантацию, которые в чрезвычайных ситуациях неприменимы к ВИЧ-позитивным пациентам, в силу существования большего риска прогрессии, и предоставление приоритетов в очереди на трансплантацию такой группе может быть очень важным. Что еще раз подтверждает применимость «стандарта» MELD критериев.

Ссылки:

Subramanian A et al MELD is the best predictor of pre-transplant mortality in HIV-infected liver transplant candidates. Oral presentation 64.

<http://www.retroconference.org/2008/Abstracts/31927.htm>

Устная презентация так же доступна на сайте

Действительно ли абакавир понижает показатель SVR (устойчивого вирусного ответа) при лечении гепатита С

Саймон Коллинз HIV i-Base

Три исследования, проведенных в Испании отметили взаимодействие аналогов нуклеозидов и возникновения ответа на лечение гепатита С [1,2,3].

В прошлом году в CROI стендовый доклад французских исследователей рапортовал, что использование абакавира связано с ухудшением результатов лечения гепатита С, в силу возможного внутриклеточного взаимодействия абакавира и рибавирина [4].

Хосе Мира и коллеги из Хоспитал Университи де Вальме, Севиль представили ретроспективный анализ сравнения ВИЧ-гепатит С коинфицированных пациентов, проходящих лечение

Пегинтроном и рибавирином, которые одновременно принимали нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы, содержащиеся в абакавире +ЗТС или тенофовире +ЗТС/FTC [1].

ITT анализ показал, что устойчивый ответ (SVR) наблюдался у 20/70 (29%) индивидов получавших абакавир и 83/186 (45%) пациентов, использующих тенофовир ($p=0.02$). Основа нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы, содержащая TDF была независимым показателем устойчивого ответа в мультивариативном анализе. (пропорция регулируемого неравенства 95%CI:2.6, 1.05 на 6.9); $p=0.03$.

Гепатит С генотипы 2 и 3 со средним уровнем липопротеина низкой плотности >100 мг/дл, заниженным уровнем плазмы гепатита С и вирусной нагрузки, а так же и неопределяемой нагрузкой ВИЧ прогнозирует появление устойчивого ответа.

Пациенты, принимающих ежедневную дозу рибавирина меньше чем 13.2мг/кг, 3 (29%), принимающие абакавир vs 22 (52%), принимающие тенофовир, достигли SVR ($p=0.03$), тогда как уровни были 31% и 38% ($p=0.4$), соответственно, были у тех, кто получал дозу рибавирина выше чем 13.2 мг/кг.

Второй ретроспективный анализ когорты Хуана Х Гонсалеса Гарсии и коллег из GESIDA 50|06 исследовательской группы рассмотрел всех ВИЧ-гепатит С коинфицированных пациентов проходящих лечение гепатита С одновременно с приемом АРВ в период с января 2003 по ноябрь 2005 из 35 городов [2].

Пациенты были распределены на 2 группы: тенофовир, принимаемый с ЗТС или FTC ($n=238$) и группа не принимающих тенофовир ($n=481$), в которую входили принимающие AZT+ЗТС ($n=265$), d4T+ЗТС ($n=164$), абакавир+ЗТС ($n=52$). Были исключены из анализа пациенты получающие ddI или тенофовир с AZT/d4T, или просто абакавир.

Две группы были хорошо подобраны по базовым характеристикам, кроме наименьших значений CD4 (535 vs 601 $p=0.003$), экспозиции режимов АРВ (7.2 vs 5.7 $p<0.001$) и большего значения коэффициента GOT/GPT (0.84 vs 0.77; $p=0.04$). Анализ безопасности показал отсутствие различий между группами в отношении смертности, печеночной недостаточности и осложнений лечения гепатита С в виде побочных эффектов.

Уменьшение дозы рибавирина чаще встречалось среди пациентов, принимающих не тенофовир (12.8 vs 19/5%; $p=0.03$), в особенности у пациентов, принимающих AZT (23.2%; $p=0.003$). Согласно ИТТ анализу, не было значительной разницы устойчивого ответа между группами, принимающими тенофовир и не тенофовир (45% vs 39%; $p=0.12$).

В мультивариативном анализе, устанавливающем генотип вируса гепатита С, вирусную нагрузку $<500\ 000$, среднюю вирусную нагрузку ВИЧ <50 копий/мл, коэффициент GOT/GPT, концентрацию алкоголя >50 гр/день, устойчивый ответ был позитивно ассоциирован с приемом тенофовира (OR 1.70 95%CI 1.05 на 2.77, $p=0.03$) и негативно ассоциирован с использованием AZT (OR 0.60, 95%CI 0.37 на 0.99; $p=0.05$), эти данные детализированы в таблице 1.

Вероятный коэффициент при приеме нуклеозидов

Таблица 1: Вероятный коэффициент SVR при приеме нуклеозидов

NRTI use	OR из SVR	95%CI	P
TDF+3TC или FTC	1.70	(1.05 на 2.77)	0.03
AZT+3TC*	0.60	(0.37 на 0.99)	0.05
d4T+3TC	1.09	(0.65 на 1.82)	0.73
ABC+3TC	0.80	(0.32 на 2.08)	0.68

*включая пациентов на AZT+3TC+ABC

Исследование доказало, что использование TDF +3TC/FTC сопровождается четкой реакцией на пегилированный интерферон+рибавирин, что демонстрируют предыдущие исследования, AZT ассоциирована с худшей переносимостью и эффективностью.

В третьем исследовании Анна Морено и коллеги из Хоспитал Рамон и Кахал, Мадрид, рассмотрели использование абакавира и тенофовира на 174 коинфицированных ВИЧ и гепатитом С пациентах, начавших прием Пегилированного интерферона и, подобранного по весу рибавирина. Приблизительно половина пациентов принимала Пегасис, половина – ПегИнtron [2].

Большинство исследуемых составляли мужчины (76%), приоритетно- потребители инъекционных наркотиков (87%), средний возраст – 40 лет (от 28 до 63). Средняя продолжительность заболеваемости гепатитом С – 21 год, и 102 человека (42%) имели первый или четвертый генотип гепатита С. 82% - на АРВ (49% ИП, 32% ННИОТ, и 18% на три НИОТ). Тенофовир был использован 69 (48%) пациентами, абакавир 56 (39%), 25 (18%) принимали три НИОТ. Средняя доза рибавирина составляла 14.7 ± 2.4 мг/кг/день.

Средние числа CD4 и вирусной нагрузки гепатита С составили 513 клеток и 5.8 МЕ/мл, соответственно, две трети пациентов были включены в исследование с неопределяемой вирусной нагрузкой ВИЧ.

SVR был зафиксирован у 79/174 (45%) пациентов. После проведения анализа каждого из них, однако, ни у абакавира, ни у тенофовира, не у три НИОТ не было выявлено значительного влияния на SVR.

Исследователи пришли к выводу, что в их когорте, прием абакавира, тенофовира и три НИОТ, оказывает существенное воздействие на показатель SVR у пациентов, принимающих пегилированный интерферон и RBV.

Комментарии:

Первое исследование Мира объединяет данные, полученные в Мадриде и Севилле. Данные из Мадрида уже были представлены на IAS и AASLD 2007 одновременно с другими изысканиями. Исследование в Морено было значительно меньше, что может объяснить обнаружение негативных характеристик абакавира. Исследователи GESINA использовали другую стратегию, включив абакавир в группу AZT, ddI и d4T – каждый из которых известен как токсичный, лимитирующий эффективность лечения коинфицированных пациентов.

В заключении: полученные данные не являются удивительными, и не дают полной информации об абакавире.

Ссылки:

1. Mira J, et al. Efficacy of pegylated interferon + ribavirin treatment in HIV/HCV-co-infected patients receiving abacavir + lamivudine or tenofovir + either lamivudine or emtricitabine as nucleoside analogue Backbone.15th CROI, Boston 2008. Abstract 1074.

<http://www.retroconference.org/2008/Abstracts/30917.htm>

2. Gonzalez-Garcia J, et al. The use of TDF+ 3TC/ FTC is associated with an improved response to pegylated interferon + ribavirin in HIV/HCV-co-infected patients receiving HAART: the Gesida 50/06 study. 15th CROI, Boston 2008. Abstract 1076.

<http://www.retroconference.org/2008/Abstracts/32077.htm>

3. Moreno A, et al. Does the choice of NRTI have a significant influence on the outcome of peg-IFN plus Ribavirin among HIV/HCV-co-infected Patients? 15th CROI, Boston 2008. Abstract 1075.

<http://www.retroconference.org/2008/Abstracts/32710.htm>

4. Bani-Sadr F et al. Factors associated with virological non-response to peg-interferon + ribavirin therapy in HIV/HCV co-infected patients: the role of abacavir. 14th CROI, Los Angeles, 2007. Abstract 897.

<http://www.retroconference.org/2007/Abstracts/28572.htm>

Отсутствие эффективности продолжительной терапии интерфероном для лечения прогрессирующего фиброза у пациентов, не имеющих вирусного ответа на терапию

Саймон Коллинз HIV i-Base

Одним из аспектов вируса гепатита С, о котором имеется достаточно небольшое количество информации, это насколько снижается клиническая прогрессия гепатита С у не отвечающих на продолжительное лечение пациентов.

Этот вопрос был задан при создании исследования Керманом Шефманом в США. В рамках исследования проводилось лечение смешанной группы, состоящей из 329 пациентов (68% из которых - наивные, а 32% - устойчивые к уже ранее проводившемуся лечению). Лечение

Март 2008

www.i-Base.info

проводилось препаратами peg-IFN-alpha-2a и рибавирином, дозировка которого рассчитывалась согласно весу пациентов. Исследование проводилось в разных случаях от 12 до 18 недель. Средний возраст участников составил 48 лет, 83% - мужчины, 43% - белые, 37% - черные, 15% - латиноамериканцы; средняя вирусная нагрузка составила 6.6 logIU, CD4 498 клеток/мм крови, 74% имели неопределяемую вирусную нагрузку ВИЧ (менее 50 копий).

В качестве раннего вирусного ответа (EVR) рассматривалось достижение неопределяемой вирусной нагрузки гепатита С (<600 МЕ/мл) или 2 log понижение на 12 неделе. Пациентам с отсутствием раннего вирусного ответа была проведена биопсия и группа была рандомизирована: на прием отдельно пегилированного интерферона или наблюдались в течение последующих 72 недель.

Биопсия печени проводилась в начале и в конце эксперимента слепым методом и прочитана одним и тем же патологом. Дизайн исследования включил 134 человека, целью было выяснить, действительно ли продолжение лечения уменьшает прогрессию фиброза на 0.18 единиц в год по шкале METAVIR.

Ранний вирусный ответ был обнаружен у 55.6% пациентов (95% CI 50 на 61; ITT анализ), его появление было связано с дополнительными факторами (полом, расой, стадией заболевания, AST, уровнем нейтрофилов и гемоглобина).

86 пациентов без раннего вирусного ответа были рандомизированы: пегилированный интерферон или медицинское наблюдение. Средний показатель по шкале METAVIR составил 2,28% (F3, F4).

Однако, отсутствие прогрессии фиброза в обеих группах привело к досрочному закрытию исследования, рекомендованному DSMB (Data Safety Monitoring Board), когда 62 пациента прошли 72 недельный курс, только 45 из них дважды проходили биопсию (24 – находящихся на лечение интерфероном и 21 находящихся под наблюдением).

В сравнении с ожидаемым показателем снижения 0.18 единиц, средний показатель был 0.0 (Q1;Q3: 0.0, 0.69) во всей группе и 0.0 (Q1,Q3: -0.69, 0.61) в контрольной группе.

Авторы исследования пришли к заключению, что в отличие от последних данных, это рандомизированное контролируемое клиническое исследование, не смогло выявить

значительного влияния на фиброз при гепатите среди наивных пациентов. Не имеющих раннего вирусного ответа в течении 72 недель. Они так же заключили, что при помощи доз рибавирина, рассчитанных по массе тела можно достигать высоких уровней раннего вирусного ответа (55.6% vs 41%), чем это было показано в исследовании ACTG 5071, так же, было сделано заключение, что раса (кавказцы>латиноамериканцы>черные) это очень важный фактор возникновения раннего вирусного ответа.

Комментарии:

Сразу после первых зарегистрированных исследований интерферона и рибавирина, незначительное уменьшение индекса METAVIR фиброза, вызванного гепатитом, а так же увеличение активности или воспаления у пациентов, не имеющих вирусного ответа на терапию. Вопрос состоял в том, имеет ли терапия анти-фиброзный эффект, помимо или сверх своего противовирусного эффекта.

Данный феномен исследовался в последнее время в исследовании HALT-C (AASLD 2007, De Bisceglie et al), в ходе которого инфицированные только гепатитом С пациенты с циррозом стадии А (Child-Pugh), не ответившие на предыдущее лечение, были рандомизированы: pegIFN-alpha 2a 90 мг и плацебо, в течении 3, 5 лет. Окончание исследования было связано со смертями, возникновением гепатоцеллюлярной карциномы (HCC), или увеличением показателей фиброза на 2 пункта. Результаты, представленные авторами AASLD описали, что нет принципиальной разницы между pegIFN и плацебо, что говорит о том, что продолжительная терапия pegIFN не предотвращает развитие цирроза.

Это исследование, так же называемое SLAM-C, включило ВИЧ/гепатит С коинфицированных пациентов, у 15% из которых наблюдался цирроз. По прошествии некоторого периода лечения pegIFN и рибавирином, пациенты с ранним вирусным ответом были рандомизированы: продолжительная терапия с pegIFN 180 и без терапии. Биопсия печени была проведена после 72 недель. Ни в одном ни в другом случае не наблюдалось прогрессии фиброза. Вместе с тем, было значительное уменьшение степени воспаления у пациентов, принимавших pegIFN. Соответственно, возникает вопрос, насколько продолжительная терапия поможет уменьшить прогрессию фиброза у не отвечающих на лечение. Данных исследования недостаточно для того, чтобы ответить на этот вопрос: в нем присутствовало небольшое количество участников, Март 2008

продолжительность была всего 72 недели, участники имели хорошие показатели CD4, развитие вируса ВИЧ контролировалось, следовательно, логично ожидать у таких пациентов медленную прогрессию фиброза вызванного гепатитом С.

Просуммировав результаты исследований HALT-C и SLAM-C, подтверждают отсутствие необходимости проведения терапии pegIFN у не отвечающих на лечение пациентов.

Ссылки:

Sherman K, et al. Sustained Long-term Antiviral Maintenance with Pegylated Interferon in HCV/HIV-co-infected Patients: Early Viral Response and Effect on Fibrosis in Treated and Control Subjects. 15th CROI, Boston 2008. Abstract 59.

<http://www.retroconference.org/2008/Abstracts/31871.htm>

НОВЫЕ СТАТЬИ

Исследования ВИЧ и гепатита С и потребители наркотиков

Трайси Сван, Treatment Action Group (TAG)

ВИЧ и гепатит С широко распространены среди активных и бывших потребителей наркотиков (ПИН). В течении долгих лет активисты протестовали против исключения потребителей наркотиков из участия в клинических исследованиях новых лекарственных средств для лечения ВИЧ и гепатита С. Исключение группы, среди которой эти инфекции крайне распространены из исследований, неприемлемо, если нет особых причин для того, чтобы это делать.

В последнее время, ограничения на участие в исследованиях ряде случаев являются не такими сильными, а ответственность за решения, в основном лежит на исследователях. Он или она имеют достаточно власти, чтобы принять решение о включении в испытание человека, употребляющего наркотики, злоупотребляющего наркотиками или с наркотической или

алкогольной зависимостью – насколько это будет безопасно и подвергнет ли это риску исследование.

В теории, это прогресс, однако, на практике, развитие очень небольшое. Проблемы приверженности и взаимодействия наркотиков и медикаментов должны быть учтены. Хорошая посещаемость осмотров, например, может быть хорошим индикатором способности участия в клинических исследованиях, так же как и учет того, употребляет или нет пациент наркотики. Употребление, злоупотребление и зависимость от наркотиков и алкоголя – это не одно и то же, эти понятия должны быть оценены и классифицированы, в частности, это можно сделать при помощи шкалы AUDIT-C. Информацию о взаимодействии веществ можно получить в лабораторных условиях, а если это не возможно – необходимо разработать новый способ как исследовать это безопасно.

Некоторые критерии исключения из исследований людей с алкогольной и наркотической зависимостью воспринимаются как бесспорная истина, однако, информация, на которой они основываются неточная или устаревшая. Это приводит к тому, что потребители наркотиков и алкоголя лишены доказательного лечения, вследствие исключенности из клинических исследований. Вот два примера подобных ситуаций:

Ранние исследования лечения гепатита С показали худшие результаты у людей, употреблявших алкоголь до или во время исследования, по сравнению с «непьющими» [1, 2, 3]. Соответственно, многие врачи отказываются лечить пьющих от гепатита С, несмотря на более поздние исследования, показавшие лучшие результаты для пьющих людей. В двух недавно проведенных исследованиях, где использовались Интерферон и Рибавирин, показали, что реакция на лечения у тех, кто употреблял алкоголь перед или во время исследования такая же, как и у тех, кто не пьет [4, 5].

Так же, недавнее употребление наркотиков или алкоголя рассматривается как «условное» противопоказание к трансплантации печени в клиниках США, кандидаты, имеющие опыт употребления должны находиться в ремиссии не менее 6 месяцев для того, чтобы быть включенными в лист ожидания [6].

Эта задержка может оказаться фатальной для некоторых людей, учитывая постоянную нехватку донорских органов. Вместе с тем, недавние исследования не выявили разницы между выживаемостью людей, употребляющих наркотические вещества по сравнению с теми, кто их не употребляет [7].

Клинические исследования лечения ВИЧ и гепатита у людей, употребляющих наркотики.

Ниже приведены ссылки на проводимые или готовящиеся к открытию исследования, как обозначено на:

<http://clinicaltrials.gov>

Все исследования, не обозначенные как «международные», проводятся в США.

В перечислении исследований нет комментариев или описания их дизайна.

Международные	Заклученные
Adolescent Drug and HIV Prevention in South Africa (Превенция распространения ВИЧ среди подростков в Южной Африке) http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT0033618	Prison Buprenorphine (бупренорфин в тюрьмах) http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT0057406
Methadone Maintenance & HIV Risk in Ukraine (Метадон и риск инфицирования ВИЧ в Украине) http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT0035102	Effectiveness of Opiate Replacement Therapy Administered Prior to Release From a Correctional Facility – 1 (эффективность опиоидной заместительной терапии как альтернативы помещению в исправительное учреждение) http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT0014293
Naltrexone and Adrenergic Agents to Reduce Heroin Use in Heroin Addicts (Налтрексон и Адренержик для уменьшения употребления)	Buprenorphine Maintenance for Opioid-Addicted Persons in Jail and Post-Release (males only) (Заместительная терапия бупренорфином в

<p>наркотиков среди наркозависимых)</p> <p>http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT0014294</p>	<p>тюрьмах и время после освобождения от наказания (только мужчины))</p> <p>http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT0036730</p>
<p>Project HERMITAGE: HIV Prevention in Hospitalized Russian Drinkers (проект ЭРМИТАЖ: Превенция ВИЧ среди госпитализированных российских алкоголиков)</p> <p>http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT0048348</p>	<p>Hepatitis C (HIV status not specified unless noted) (Гепатит С (ВИЧ-статус не специфицирован пока не обозначен))</p> <p>http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT0059841</p>
<p>Addiction Treatment in Russia: Oral vs. Naltrexone Implant (Дополнительное лечение в России: оральное vs Налтрексон Имплант)</p> <p>http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT0021842</p>	<p>A Video-Based HCV Curriculum for Drug Users (видео-курс обучения для потребителей наркотиков)</p> <p>http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT0024191</p>
<p>Hepatitis C Among Opioid addicts in Opioid maintenance Treatment in Zurich, Switzerland (НерСОР) (гепатит С среди людей с Опиоидной зависимостью и опиоидная поддерживающая терапия в Цюрихе, Швейцария)</p> <p>http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT0047399</p>	<p>Improving Hepatitis C Treatment in Injection Drug Users (утверждение лечения гепатита С среди потребителей наркотиков)</p> <p>http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT0014803</p>
	<p>Study of the Effects of Motivational Enhancement Therapy on Alcohol Use in Chronic Hepatitis C Patients (изучение эффекта повышения мотивации на терапию среди потребителей алкоголя с хроническим гепатитом С)</p>

	<p>http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00596960</p> <p>Treatment of Acute Hepatitis C Virus Infection With Pegylated Interferon in Injection Drug Users (for HIV-negative people only) (лечение острого гепатита С пегилированным интерфероном у ПИН (только ВИЧ-отрицательных))</p> <p>http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00194480</p>
<p>Prevention/Drug Treatment (HIV status not specified unless noted)</p> <p>Превентивное медикаментозное лечение (не специализированные по ВИЧ-статусу)</p> <p>Computer-Assisted HIV Prevention for Young Drug Users (осуществляемая при помощи компьютера превенция ВИЧ среди молодых потребителей наркотиков)</p> <p>http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT0018258</p> <p>Treatment of Heroin and Cocaine With Methadone Maintenance and Contingency Management Users (лечение героиновой и кокаиновой зависимости метадонот и менеджмент непредвиденных обстоятельств)</p>	<p>HIV Positive Women</p> <p>ВИЧ-позитивные женщины</p> <p>Brief Therapy Intervention for Heavy/Hazardous Drinking in HIV-Positive Women (краткосрочное применение терапии среди тяжело/рискованно пьющих ВИЧ-позитивных женщин)</p> <p>http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00127231</p>

<p>http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT0029211</p> <p>Drug Treatment Combined With Drug and Risk Reduction Counseling in the Prevention of HIV Infection Among Injection Drug Users (HIV negative) (нарколечение, включающее редукцию наркотиков и рисков, консультирование в качестве превенции ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков (ВИЧ-позитивных))</p> <p>http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT0027025</p>	
<p>ВИЧ-позитивные мужчины или мужчины групп риска</p> <p>Миртазапин для снижения употребления метамфетамина среди МСМ с поведением высокого риска по ВИЧ</p> <p>http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00497081</p> <p>Лечение зависимости от метамфетамина арипипразолом среди МСМ с высоким риском</p> <p>http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00497055</p> <p>Приемлемость фармакологического лечения зависимости от метамфетамина среди МСМ</p> <p>http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00318409</p> <p>Изменение поведения и поддержка интервенции среди ВИЧ+ МСМ – потребителей метамфетамина</p> <p>http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00432926</p>	<p>ВИЧ-позитивные: женщины и мужчины</p> <p>Сравнение лечения ВИЧ в клинике с применением бупренорфина с аналогичным лечением участников, зависимых от героина</p> <p>http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00130819</p> <p>Бупренорфин и интегрированная оценка помощи при ВИЧ</p> <p>http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00124358</p> <p>Непосредственная терапия ВИЧ в метадонных клиниках</p> <p>http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00279110</p> <p>Практические консультации по приверженности и депрессии среди ВИЧ+ пациентов, принимающих метадон - 1</p> <p>http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00218634</p> <p>Действие пищевых добавок и</p>

12 недельная интервенция групповой терапии для ВИЧ+ потребителей метамфетамина и предоставление ее на базе учреждения первичной помощи по ВИЧ/СПИДу http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00249678	наркозависимости на ВИЧ http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00149656 Фармакотерапия для ВИЧ+ людей, зависимых от стимуляторов http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00599573
Развитие поведенческой терапии зависимости от метамфетаминов http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00252434	Проект по предоставлению бупренорфина CORE – демонстрация программы первичной помощи по ВИЧ http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00227357
Меры в отношении употребления веществ молодыми мужчинами и риска передачи ВИЧ http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00325702	Проект интеграции помощи по ВИЧ и бупренорфину http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00348868

Ссылки:

1. Mochida S, Ohnishi K, Matsuo S, Kakihara K, Fujiwara K. Effect of alcohol intake on the efficacy of interferon therapy in patients with chronic hepatitis C as evaluated by multivariate logistic regression analysis. *Alcohol Clin Exp Res.* 1996 Dec;20(9 Suppl):371A-377A.
2. Ohnishi K, Matsuo S, Matsutani K, et al. Interferon therapy for chronic hepatitis C in habitual drinkers: comparison with chronic hepatitis C in infrequent drinkers. *Am J Gastroenterol.* 1996 Jul;91(7):1374-9.
3. Okazaki T, Yoshihara H, Suzuki K, et al. Efficacy of interferon therapy in patients with chronic hepatitis C. Comparison between non-drinkers and drinkers. *Scand J Gastroenterol.* 1994 Nov;29(11):1039-43.
4. Anand BS, Currie S, Dieperink E, et al; VA-HCV-001 Study Group. Alcohol use and treatment of hepatitis C virus: results of a national multicenter study. *Gastroenterology.* 2006 May;130(6):1607-16.
5. Schaefer M, Schmidt F, Folwaczny C, et al. Adherence and mental side effects during hepatitis C treatment with interferon alfa and ribavirin in psychiatric risk groups. *Hepatology.* 2003 Feb;37(2):443-51.

6. Lucey MR, Brown KA, Everson GT, et.al. Minimal Criteria for Placement of Adults on the Liver Transplant Waiting List: A Report of a National Conference Organized by the American Society of Transplant Physicians and the American Association for the Study of Liver Diseases. Liver Transpl Surg. 1997 Nov;3(6):628-37.

7. Nickels M, Jain A, Sharma R, et al. Polysubstance abuse in liver transplant patients and its impact on survival outcome. Exp Clin Transplant. 2007 Dec;5(2):680-5.

Россия: система лечения наркозависимости мешает реализации права человека на здоровье

Дидерик Лохман, Human Rights Watch

В последние несколько лет Россия добилась определенного прогресса в обеспечении доступа к антиретровирусным препаратам для тех, кто в них нуждается. Даже в таком месте, как Кузнецк, удаленном и ветхом городе в нескольких сотнях миль к юго-западу от Москвы, все большее число людей, живущих с ВИЧ, начинает лечение. Это и потребители инъекционных наркотиков, которым до недавнего времени обычно говорили, что они не заслуживают АРТ или даже специально исключены из программы АРВ. Тем не менее, потребители инъекционных наркотиков в России ни в коей мере не имеют равного доступа к АРВ. Как указывают Лариса Бадриева и Константин Леженцев в статье последнего выпуска ARV4IDU, для них сохраняются многие барьеры на пути доступа при отсутствии поддерживающего лечения.

Ранее в этом году "Хьюман Райтс Уотч" провел исследование в трех российских регионах, чтобы лучше ознакомиться с системой лечения наркозависимости. Мы обнаружили, что в России подавляющее большинство людей, зависящих от наркотиков, не имеют доступа к базе данных медицинских услуг для лечения зависимости. Как следствие, многие потребители наркотиков, которые могли бы успешно участвовать в программах лечения, обречены на жизнь с продолжительным потреблением наркотиков и повышенным риском ВИЧ-инфекции, других связанных с наркотиками последствий для здоровья, а также смерти в результате передозировки. Несомненно, отсутствие адекватного лечения наркозависимости также приводит к тому, что некоторые потребители наркотиков выходят из программ антиретровирусного лечения или испытывают сложности при соблюдении режима лечения.

Незаконное потребление наркотиков является серьезной проблемой в современной России, оценочное количество потребителей варьируется от 3 до 6 миллионов человек. Многие из этих людей - хотя далеко не все – имеют зависимость от веществ, серьезные хронические и зачастую рецидивные болезни как результат продолжительного

Март 2008 www.i-Base.info

употребления наркотиков. Более десяти процентов потребителей инъекционных наркотиков живут с ВИЧ и примерно семьдесят процентов с гепатитом С. Как и в случае с людьми, страдающих другими заболеваниями, лица, зависимые от наркотических средств, имеют право на медицинскую помощь в связи с их состоянием как в рамках российского законодательства, так и по нормам международного права.

Россия имеет обширную систему государственных наркологических больниц, которые предлагают услуги при алкогольной и наркотической зависимости, и, в последние несколько лет, инвестировала значительные средства в развитие реабилитационных центров для людей, зависимых от наркотиков. Тем не менее, наши подробные полевые исследования в Казани (Республика Татарстан), Калининграде и Пензе показывают, что услуги, предлагаемые в государственных клиниках России, в целом низкого качества и не соответствует лучшей международной практике в области лечения наркотической зависимости. Это связано со стратегическими решениями, которые Россия сделала в отношении оказания медицинской помощи, которая ограничивает наличие и доступность услуг лечения наркозависимости, а также влияет на их уместность и качество.

Хотя такой вид лечения, как детоксикация, широко распространен во всей России, во многих частях страны реабилитационное лечение по-прежнему отсутствует. Частные клиники наркотической зависимости, некоторые из которых предлагают реабилитационное лечение, основанное на фактах, зачастую недоступны для потребителей наркотиков. Различные препятствия мешают потребителям наркотиков обратиться по поводу лечения в государственные больницы, в том числе это риск ограничения гражданских прав в связи с регистрацией в качестве потребителей наркотиков, нарушение конфиденциальности, связанное с лечением, и широкое недоверие наркологическим услугам, что также подрывает уровень обращаемости. Лечение, предлагаемое в больницах детоксикации не учитывает уроки, извлеченные из десятилетий исследований условий эффективного лечения наркотической зависимости. Наоборот, политические решения в отношении того, какие программы лечения наркозависимости могут быть предложены, намеренно игнорируют наилучшие имеющиеся медицинские свидетельства и рекомендации, и как следствие произвольно ограничивают доступ потребителей наркотиков к соответствующей медико-санитарной помощи.

Несмотря на эти серьезные недостатки, система лечения наркозависимости в России, медицинские учреждения, высшие должностные лица и российская общественность регулярно обвиняют потребителей наркотиков в неспособности преодолеть свою наркотическую зависимость. В своих исследованиях "Хьюман Райтс Уотч" неоднократно говорил о том, что потребителям наркотиков просто не хватает мотивации, характера, настойчивости, чтобы прекратить употреблять наркотики. Сегодня различные должностные лица выступают за новые законы и политику, которая позволила бы государству принуждать наркоманов проходить лечение. Несомненно, некоторые

потребители наркотиков не хотят покончить с привычкой к наркотикам. Но различные исследования показывают, что почти все потребители наркотиков в России, которые употребляли наркотики более года, делали несколько попыток прекратить применение либо в медицинских учреждениях, либо самостоятельно. Каждый из 60 потребителей наркотиков, с которыми "Хьюман Райтс Уотч" проводил интервью для этого доклада, делал по крайней мере одну попытку прекратить потребление, многие из них совершали несколько таких попыток. Молодая женщина в Казани выразила гнев по поводу системы лечения наркозависимости и ее собственной зависимости:

Я не собираюсь обратно туда. В этом нет смысла, они не лечат тебя. Я бы пошла в больницу на детоксикацию, если бы они на самом деле помогли [мне] там. Я больна и устала от инъекций. Но я не могу сделать это [переломаться] дома... Я хотела бы дожить хотя бы до 30 ...

- Светлана С. (псевдоним), 25 лет

Исследования постоянно показывают, что, независимо от того, насколько сильна мотивация человека, зависящего от наркотиков, принять меры в отношении употребления, его или ее намерение не увенчается успехом без доступа к базе данных программ по лечению наркозависимости. Наркотическая зависимость является хроническим заболеванием с частыми рецидивами даже для тех потребителей наркотиков, которые участвуют в программах лечения и привержены лечению. Для многих людей, страдающих от болезней, существуют биологические и психологические причины из-за которых силы воли не достаточно, чтобы преодолеть болезнь - как люди, которые страдают от депрессии, не могут преодолеть свое состояние только благодаря силе воли, и нуждаются в лекарствах, терапии или их комбинации.

Значительная часть вины за разрывы в лечении наркозависимости, таким образом, лежит на российском правительстве и российской системе здравоохранения, которая оставляет большую часть потребителей наркотиков, которые хотели бы прекратить употреблять наркотики или получить контроль над своим пристрастием своими средствами, перед лицом серьезных хронических заболеваний. Как следствие, многие потребители наркотиков, которые могли бы успешно участвовать в программах лечения, обречены на жизнь с продолжительным потреблением наркотиков и повышенным риском ВИЧ-инфекции, других связанных с наркотиками состояний здоровья, а также смерти в результате передозировки. Но российское общество также платит цену за неспособность государства обеспечить доступ к услугам лечения наркозависимости, беспрепятственно доступным и основанным на фактических данных. В других странах лечение потребителей наркотиков, основанное на фактических данных, показало, что оно ведет к значительной экономии средств на правоохранительную деятельность, связанную с оборотом наркотиков, содержание потребителей наркотиков в заключении и на медицинские расходы, связанные с ВИЧ, гепатитом С и другими состояниями здоровья, ассоциированными с потреблением.

Право на здоровье, которое Россия прямо упоминает в своей конституции и которое является частью различных международных конвенций в области прав человека, требует, чтобы государства сделали медицинские услуги доступными для людей, страдающих от болезней, в том числе от наркотической зависимости. Эти услуги должны быть доступными без какой-либо дискриминации в отношении людей, нуждающихся в этих услугах, должны быть культурно и этически приемлемыми с научной и медицинской точек зрения, а также обладать хорошим качеством. Хотя право на здоровье, признавая большое разнообразие имеющихся ресурсов в разных странах, не предписывает конкретные стандарты медицинской помощи, которую следует предоставлять, государства обязаны работать в направлении полной реализации прав человека и постоянно улучшать предлагаемую помощь. Основанная на правах политика в области здравоохранения также требует от государств гарантий, что политические решения и выбор объективны и основаны на фактических данных, а также направлены на достижение максимальной реализации права на здоровье для людей, а не на критерии, которые носят дискриминационный характер, являются произвольными, неоправданно ограничительными, либо оказывают негативное влияние на осуществление права на здоровье по сравнению с другими имеющимися вариантами политики.

В России наличие лечения наркозависимости обладает смешанным характером. Хотя во всех крупных городах России есть наркологические больницы, большинство из этих больниц предлагает только детоксикацию, которая сама по себе мало помогает потребителям наркотиков достичь продолжительной ремиссии. Государственные центры реабилитации или профилактики рецидивов, которые предоставляют важный второй этап лечения наркотической зависимости, помогают потребителям наркотиков справиться с психологическим стремлением к наркотикам, существуют лишь в 26 российских регионах из 86. В некоторых регионах существуют коммерческие или религиозные реабилитационные центры, но часто в первых лечение слишком дорогостоящее для потребителей наркотиков, а в последних многие потребители чувствуют себя некомфортно.

Одним из наиболее эффективных и наиболее исследованных видов лечения наркозависимости при опиатной зависимости известным сегодня, метадон- или бупренорфин-поддерживающая терапия вообще отсутствует в России. Хотя десятки стран успешно использовали эти препараты в лечении наркозависимых лиц на протяжении нескольких десятилетий, и Всемирная организация здравоохранения и Управления ООН по наркотикам и преступности решительно одобрила их, в России их использование прямо запрещено законом. Высшие должностные лица России, в том числе в здравоохранении, выступают против их применения в основном на идеологических основаниях, что такое лечение заменяет один наркотик на другой. Политическое решение оставить метадон и бупренорфин недоступными для лечения наркозависимых лиц, основано на факторах, которые игнорируют медицинские факты, что нельзя назвать иначе, как произвольным и необоснованным, и таким образом это

является неспособностью России выполнить свое обязательство по реализации права на здоровье.

Доступность лечения, второе требование, предусмотренное правом на здоровье, является весьма проблематичным в России. Хотя исследования свидетельствуют о том, что наркологические службы должны быть легко доступными для гарантий того, что как можно больше потребителей наркотиков могут их использовать, в России существуют многочисленные барьеры, которые не дают потребителям наркотиков воспользоваться этими услугами. Основное и легко устранимое препятствие на пути к лечению – это тот факт, что в больницах всех трех регионов говорят наркозависимым лицам, которые добровольно обращаются за помощью, -поведение, которое должно безусловно поощряться - что если они не заплатят за свое лечение, их имена поступят в базу данных людей, зависимых от наркотиков - по российскому законодательству все потребители наркотиков, которые получают бесплатное лечение в государственных наркологических больницах, регистрируются в государственном реестре потребителей наркотиков – и как следствие, будут, введены определенные ограничения в отношении их прав. Другие факторы, которые не дают потребителям наркотиков обратиться в государственные наркологические больницы - стоимость платного лечения, в том числе наличные расходы на лекарства, которые больные должны получать бесплатно, требования к сбору документации по различным аспектам здоровья до начала приема, а также плохие условия содержания в больницах. Большинство потребителей не доверяют государственным наркологическим больницам, они не верят, что предлагаемое лечение является эффективным, и видят коррупцию и незаинтересованность персонала больниц в их выздоровлении. Государственные наркологические больницы в регионах, которые мы посетили, мало что делают для борьбы с этим недоверием.

Россия также не сможет удовлетворить требование "хорошего качества с научной и медицинской точек зрения" для предлагаемых услуг . Десятилетия исследований в области лечения наркотической зависимости создали огромный свод свидетельств об эффективности различных подходов к лечению. Эти результаты были обобщены, в частности, в руководстве по лечению наркозависимости Управления ООН по наркотикам и преступности. Тем не менее, Россия предприняла мало усилий для применения уроков в области лечения наркозависимости.

Например, результаты исследований подчеркивают важность начала психологической работы с пациентами во время этапа детоксикации, чтобы мотивировать их на лечение после окончания детоксикации. Тем не менее, мы обнаружили, что это едва ли произойдет в российских больницах по лечению наркозависимости. Прежде всего, пациенты обычно сильно напичканы транквилизаторами и антипсихотическими препаратами, даже если обследования показывают, что это не является обязательным для большинства пациентов. Как результат, пациенты часто находятся в угнетенном состоянии сознания, что затрудняет консультирование или даже делает его

бессмысленным. Во-вторых, мы обнаружили, что проводится весьма ограниченное консультирование. Большинство потребителей наркотиков говорит о том, что психолог или равный консультант из реабилитационного центра говорили им о возможности продолжения лечения, но это и являлось психологическим вмешательством. Различные потребители наркотиков упоминали большую скуку во время пребывания в больнице на детоксикации. Пациентов во время пребывания в больнице на дезинтоксикации также не консультировали по вопросам ВИЧ в целом, хотя стандарты наилучшей практики по лечению наркотической зависимости рекомендуют проведение таких консультаций. Исследования также свидетельствуют о высокой эффективности поддерживающей программы метадона и бупренорфина, которая, как упоминалось выше, запрещена в России.

Существует множество доказательств того, что система лечения наркозависимости в России в значительной степени неэффективна. В 2006 опрос почти 1000 потребителей инъекционных наркотиков в 10 регионах России, проведенный Фондом «Пенза Анти-СПИД», показал, что 59 процентов потребителей наркотиков, которые обращались к услугам государственной системы лечения, вернулись к употреблению наркотиков в течение месяца после завершения лечения; более 90 процентов сорвались в течение года. Различными другими исследованиями также было установлено, что менее 10 процентов пациентов наркологических больниц остаются в ремиссии в течение года после обращения. Более того, "Хьюман Райтс Уотч опросил потребителей наркотиков в каждом из регионов, посещенных для этого доклада, которые говорили нам о том, что они вернулись к употреблению наркотиков в течение нескольких дней после выхода из больницы, где проводилась детоксикация. Если применять другие показатели эффективности лечения, такие, как способность системы лечения находить пациентов и сохранять их на время, достаточное для проведения соответствующего лечения, российская система плохо соответствует этим критериям.

Некоторые наркологические больницы в России, также, похоже, постоянно нарушают права частной жизни тех, кто пытается получить к ним доступ. Правительство и его органы обязаны соблюдать конфиденциальность медицинской информации. Однако выяснилось, что некоторые государственные наркологические больницы в России обмениваются информацией о пациентах которые находятся на государственном учете потребителей наркотиков с правоохранительными и другими государственными учреждениями. Исследование Фонда «Пенза Анти-СПИД» показало, что респонденты во многих из 10 регионов считают, что наркологические больницы обменялись информацией о них с другими, в основном правоохранительными органами. Обмен медицинской информацией о потребителях наркотиков на постоянной основе нарушает приемлемость компонентов права на здоровье и права на неприкосновенность частной жизни, охраняемых согласно Европейской конвенции по правам человека, участником которой является Россия.

Human Rights Watch также обнаружил, что Россия накладывает ненужные ограничения на права людей, состоящих на учете как потребители наркотиков, такие, как право на получение водительского удостоверения или выполнение ряда видов работ, и тем самым нарушает принцип недискриминации. Хотя смысл этих ограничений - общественная безопасность – что может, в принципе, казаться законным, - ограничения налагаются избирательно только на тех потребителей наркотиков, которые вынуждены воспользоваться бесплатным лечением в государственных больницах, поскольку они не могут позволить себе платить за у лечение.

Может ли пациент заплатить за услуги не является законным критерием, на основании которого может определяться, что частная информация об этих пациентах должна быть сохранена в реестре и будет использоваться для ограничения некоторых гражданских прав. Кроме того, ограничение непропорционально, так как оно вводится на пятилетний срок без какой-либо оценки, есть ли необходимость наложить ограничение именно на это лицо, без периодического пересмотра с целью определения того, будут ли продлеваться ограничения.

Тесная связь между инъекционным употреблением наркотиков и ВИЧ-инфекцией добавляет дополнительную актуальность необходимости эффективного лечения наркотической зависимости. Инъекционные потребители наркотиков по оценкам составляют от 65 до 80 процентов всех людей, живущих с ВИЧ в России, и около 10 процентов потребителей инъекционных наркотиков в России являются ВИЧ-положительными. Эффективное лечение наркозависимости доказало, что оно сокращает случаи ВИЧ-инфекции, так как пациенты могут либо прекратить употреблять наркотики вообще, либо практиковать менее рискованное инъекционное поведение. Сегодня, когда Россия стремительно расширяет доступ к антиретровирусному (АРВ) лечению для людей, живущих с ВИЧ, эффективные программы лечения наркозависимости, в том числе программы поддерживающей терапии метадонем и бесплатные программы доступа к лекарствам, могут играть важную роль в оказании помощи потребителям наркотиков для получения доступа и приверженности к АРВ лечению. Если Россия не принимает меры для решения проблем системы лечения наркозависимости, это увеличивает риск и распространение ВИЧ-инфекции, в том числе штаммов ВИЧ с лекарственной устойчивостью, из-за отсутствия доступа потребителей наркотиков к АРВ и их неоптимальной приверженности из-за плохого качества программ лечения наркозависимости.

России необходимо принять срочные меры для устранения различных недостатков, выявленных в настоящем докладе, и реформировать свою систему лечения наркозависимости в соответствии с результатами научных доказательств. Human Rights Watch делает следующие основные рекомендации:

- Немедленно снять запрет на медицинское использование метадона и бупренорфина в лечении наркотической зависимости и внедрить программы поддерживающей терапии.

- Интегрировать политику лечения наркозависимости, основанную на фактах, в систему лечения наркозависимости.
- Принять и профинансировать федеральный план, направленный на повышение доступности реабилитационного лечения путем открытия новых реабилитационных программ и центров в регионах, где таковые в настоящий момент отсутствуют. Этот план должен иметь четкие сроки и контрольные показатели реализации, и приоритет должен отдаваться регионам и городам на основе их потребностей.
- Принять меры по обеспечению того, чтобы потребители наркотиков могли принять участие в программах лечения без проволочек. В том числе это меры по устранению произвольных требований предоставления справок по различным аспектам здоровья при приеме, и шаги в отношении уменьшения, насколько это возможно, очереди на прием.
- Обеспечить адекватное финансирование для наркологических больниц и прекратить наличные расчеты за медикаменты, которые должны предоставляться бесплатно.
- Реформировать протокол лечения детоксикации, чтобы положить конец слишком сильному медикаментозному лечению пациентов и внедрить четкие указания о психологической помощи, направленной на удержание пациента.
- Принять меры для обеспечения всех больных на отделениях детоксикации надлежащим консультированием по вопросам ВИЧ и других заболеваний, которые распространены среди потребителей наркотиков.
- Принять активные меры по борьбе с недоверием к государственным наркологическим больницам среди потребителей наркотиков. Они должны включать принятие закона о правах пациента, четкие руководящие принципы по поводу возможностей лечения и расходов, а также меры по искоренению коррупции среди врачей больниц.
- Реформировать систему учета потребителей наркотиков для полного устранения ограничений прав людей на регистрацию.
- Принять меры для обеспечения соблюдения конфиденциальности медицинской информации.

Эта статья основана на оригинальной публикации на сайте HRW:

<http://hrw.org/english/docs/2007/11/08/russia17278.htm> (английский)

<http://hrw.org/english/docs/2007/11/08/russia17278.htm> (русский)

РУКОВОДСТВА

Обновлено руководство США по лечению ВИЧ у взрослых и подростков

Руководство США по применению антиретровирусных агентов у взрослых и подростков, инфицированных ВИЧ-1, недавно было дважды обновлено –1 декабря 2007 и 29 января 2008.

<http://www.hivatis.org>

<http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/AdultandAdolescentGL.pdf>

В целом, обновления касались следующих изменений:

- Тестирование на лекарственную устойчивость при постановке диагноза и перед началом лечения
- Начало лечения при количестве CD4 <350 клеток/мм³
- Проведение тестирования HLA B*5701 перед применением абакавира
- Начало лечения ВИЧ у людей, ко-инфицированных вирусным гепатитом В, которым следует начинать лечение гепатита
- Предпочтительные комбинации первой линии: тенофовир/FTC или абакавир/ЗТС; впервые в руководстве упоминается липоатропия, и хотя они признают, что это более часто происходит при использовании АЗТ по сравнению с тенофовиром, АЗТ больше не является предпочтительным выбором первой линии.
- Предпочтительным ННИОТ является эфавиренц; альтернативой является невирапин атазанавир (но не с тенофовиром), саквинавир/р, фосампренавир дважды в день, буферезированный фосампренавир раз в день и лопинавир/р раз в день. Наименее рекомендуется нельфинавир и буферезированный саквинавир.
- Нельфинавир сейчас противопоказан при беременности из-за неизвестного риска небольших доз побочного продукта (этиловый метансульфонат или EMS)
- Изменение в терапии у пациентов которые принимали лечение долгое время при необходимости нужно включить по крайней мере двух или предпочтительно трех активных препаратов, в том числе недавно разработанных препаратов (маравирик, ралтегравир, этравирин), но также признается, что пока нет консенсуса относительно оптимального времени для смены неработающей схемы.

Март 2008

www.i-Base.info

"Доля пациентов, которые испытывают иммунологический провал, зависит от того, каким образом определяется провал, периода наблюдения и количества CD4 Т-клеток, когда было начато лечение. В наиболее длинном исследовании, проведенном на сегодняшний день, процент больных с подавленной вирусемией, которые достигли количества CD4 Т-клеток > 500 клеток/мм³ через 6 лет лечения, составил 42% (начало лечения при CD4 <200 клеток/мм³), 66 % (начало при CD4 200-350 клеток/мм³) и 85% (начало при CD4 > 350 клеток/мм³) увеличение количества CD4 Т-клеток у наивных в лечении больных при начальной антиретровирусной схеме, что составляет примерно 150 клеток/мм³ в первый год. Плато CD4 Т-клеток может произойти через 4-6 лет лечения с подавленной вирусемией.

Устойчиво низкое количество CD4 Т-клеток во время подавляющей антиретровирусной терапии ассоциируется с небольшой, но существенной опасностью СПИДа и не связанной со СПИДом заболеваемости и смертности. Например, в первом исследовании, низкое количество CD4 Т-клеток в терапии было связано с повышенным риском в связи с осложнениями, связанными со СПИДом (с учетом опасного соотношения 0,57 для количества CD4 Т-клеток выше 100 клеток/мм³). Кроме того, низкое количество CD4 Т-клеток было связано с повышенным риском для не связанным со СПИДом событий, в том числе сердечно-сосудистых заболеваний, заболеваний печени, почек и рака. Другие исследования поддерживают эти связи ".

В отличие от французского руководства, применение IL-2 для увеличения количества CD4 до уровня выше 200 клеток/мм³ у иммунологических не-респондентов рекомендуется только в учреждении, где проводятся клинические испытания.

Раздел, посвященный потребителям инъекционных наркотиков приведен ниже.

Проблемы при лечении ПИН, инфицированных ВИЧ

Потребление инъекционных наркотиков является вторым наиболее распространенным способом передачи ВИЧ-инфекции в Соединенных Штатах. Хотя лечение ВИЧ-инфекции в этой группе населения может быть успешным, потребители инъекционных наркотиков (ПИН) с ВИЧ-инфекцией представляют особые проблемы. К ним относятся наличие многих осложняющих условий, ограниченный доступ к уходу при ВИЧ, недостаточная приверженность терапии, побочные эффекты и токсичность медикаментозного лечения, необходимость лечения наркомании, а также наличие взаимодействия с наркотиками, которое осложняет лечение [311-313].

Основные проблемы со здоровьем среди этой группы населения приводят к увеличению заболеваемости и смертности, либо независимо от, либо в связи с ВИЧ-инфекцией.

Многие из этих проблем являются следствием инфекционных болезней, вызванных бедностью следствием использования нестерильных игл и шприцев.

К ним относятся туберкулез, инфекции кожи и мягких тканей, периодическая бактериальная пневмония, эндокардит, гепатит В и С, а также неврологические и почечные заболевания. Кроме того, высокая распространенность скрытых психических заболеваний у этой категории населения, датированная задним числом и / или усугубляемая употреблением наркотиков, приводит к заболеваемости и трудностям в предоставлении клинического ухода и лечения [311-313]. Успешное лечение ВИЧ у потребителей инъекционных наркотиков часто зависит от приобретения знаний и обеспечения ухода при этих заболеваниях.

ПИН часто имеют ограниченный доступ к лечению и уходу при ВИЧ и имеют меньше шансов получить антиретровирусную терапию, чем другие группы населения [314, 315]. Факторы, связанные с недостатком применения антиретровирусной терапии среди лиц, употребляющих наркотики, включают активное употребление наркотиков, молодой возраст, женский пол, неоптимальную медицинскую помощь, не участие в программах лечения наркозависимости в последнее время, тюремное заключение, а также отсутствие опыта получения медицинских услуг [314, 315]. Хаотичный образ жизни многих потребителей наркотиков, мощное привыкание к веществам и ряд убеждений в опасностях антиретровирусной терапии среди этой части населения влияют на эффект антиретровирусной терапии и будут способствовать снижению приверженности к антиретровирусной терапии [316]. Хронический и рецидивный характер наркомании и отсутствие оценки злоупотребления психоактивными веществами в качестве биологической и медицинской болезни, которая усугубляется высоким уровнем сопутствующих психических заболеваний, еще более осложняет отношения между медицинскими работниками и ПИН.

Эффективность лечения ВИЧ у ПИН

Несмотря на то, что ПИН в клинических испытаниях ВИЧ-терапии недостаточно представлены, имеющиеся данные свидетельствуют о том, что когда нет активного употребления наркотиков, эффективность антиретровирусной терапии у ПИН сходна с эффективностью в других группах населения.

Кроме того, терапевтические неудачи в этой группе населения в целом представляют собой степень, в которой употребление наркотиков приводит к нарушению организованной повседневной деятельности, нежели употребление наркотиков само по себе. В то время, как многие потребители наркотиков могут в достаточной степени контролировать свое потребление и в определенные периоды времени успешно выполнять уход, лечение наркомании зачастую является необходимым условием для успешной антиретровирусной терапии. Тесное сотрудничество с программами лечения

наркозависимости, а также надлежащая поддержка и внимание к особым потребностям этой категории населения, часто являются критически важным компонентом успешного лечения ВИЧ-инфекции. Особо важными в этой связи являются гибкие сайты в сообществах для оказания ухода в области ВИЧ, которые характеризуются знанием, отсутствием оценочности, удовлетворением широкого спектра потребностей зависимых от наркотиков, а также разработкой и использованием эффективных стратегий для содействия приверженности к лечению [312, 313].

Главным среди них является предоставление лечения наркомании. Кроме того, другие вспомогательные механизмы имеют значение для приверженности, а также применение лекарств и аутрич-сайты сообщества для модификации терапии под непосредственным наблюдением демонстрируют обещание для этой группы населения [317].

Взаимодействие и токсичность препаратов при ПИН/ВИЧ

ПИН чаще испытывают увеличение частоты побочных эффектов и токсичности антиретровирусных препаратов. Несмотря на то, что систематического изучения не было, скорее всего это связано с высокой распространенностью болезней печени, почек, неврологических, психиатрических, желудочно-кишечных и гематологических заболеваний среди потребителей инъекционных наркотиков. Выбор первоначальных и непрерывных антиретровирусных препаратов в этой группе населения должен быть основан на наличии этих состояний здоровья и рисков.

Метадон и антиретровирусная терапия

Метадон, оральная форма агониста опиатов длительного действия, является наиболее распространенной формой фармакологического лечения опиатной зависимости. Его применение связано со снижением потребления героина, улучшением качества жизни и снижением обмена иглами. Метадон существует в двух рацемических формах, R (активной) и S (неактивной). Как следствие вызванных опиатами опорожнения желудка и обмена веществ цитохромом P450 (CYP) изоэнзимами 3A4 и 2D6, обычно могут происходить фармакологические эффекты и взаимодействия с антиретровирусными препаратами [318]. Это может снизить эффективность одной или обеих терапий, вызывая синдром отмены, опиатной передозировки, либо увеличения токсичности, либо снижения эффективности антиретровирусных препаратов.

- Метадон и НИОТ. Большинство имеющихся в настоящее время антиретровирусных препаратов были рассмотрены с точки зрения потенциальных существенных фармакокинетических взаимодействий с метадоном. (См. таблицу 21.)

Ни один из НИОТ, как представляется, не оказывает клинически существенного воздействия на метаболизм метадона. И наоборот, существенное воздействие метадона на НИОТ было хорошо документировано. Метадон, как известно, увеличивает площадь под кривой зидовудина на 40% [318], с возможным увеличением побочных эффектов,

связанных с зидовудином. Метадон снижает уровень ставудина и формы диданозина в буферизованных таблетках (больше нет в продаже) на 18% и 63% соответственно [319]. Это указало, что сокращение уровня диданозина не наблюдалось при форме ЕС. Последние данные указывают на отсутствие существенного взаимодействия между абакавиром, тенофовиром и метадоном.

- Метадон и ННИОТ. Фармакокинетическое взаимодействие между ННИОТ и метадоном хорошо известны и клинически проблематичны [320]. И эфавиренц, и невирапин, сильнодействующие индукторы изоэнзимов СYP, связаны со значительным сокращением уровня метадона. Уровень метадона сократился на 43% и 46% у тех, кто получал эфавиренц и невирапин, с соответствующим клиническим синдромом отмены опиатов. Необходимо информировать пациентов и учреждения лечения наркозависимости о вероятности возникновения этого взаимодействия, если какие-либо препараты прописываются лицам, получающим метадон. Клинический эффект, как правило, рассматривается через 7 дней совместного приема, и нейтрализуется увеличением дозы метадона, как правило, на 5-10 мг в день до тех пор, пока пациент не почувствует себя комфортно.

Делавирдин, ингибитор изоэнзимов СYP, повышает уровень метадона умеренно и без клинического значения.

- Метадон и ингибиторы протеазы (ИП). Ограниченная информация свидетельствует о том, что уровень ИП, как правило, не изменяется от метадона, за исключением ампренавира, уровень которого, как представляется, снизится на 30%. Тем не менее, многие ИП оказывают значительное влияние на метаболизм метадона.

Саквинавир не влияет на уровень свободного, несвязанного метадона. Вместе с тем, введение каждого из препаратов ампренавира, нельфинавира и лопинавира приводит к значительному снижению уровня метадона [321, 322]. Если фозампренавир может привести к мягкому выводу опиатов, снижение концентрации метадона от нельфинавира не связано с выводом опиатов. Это происходит, по всей вероятности из-за отсутствия влияния на уровень свободного, а не общего метадона.

Комбинация лопинавир / ритонавир не связана со значительным сокращением уровня метадона и синдрома отмены опиатов. Это объясняется компонентом лопинавира, а не ритонавира [323]. Другое исследование показывает отсутствие фармакокинетических взаимодействий между атазанавиром и метадоном [324].

Бупренорфин

Бупренорфин, частичный агонист μ -опиатов, все шире используется для лечения зависимости от опиатов. Сниженный риск угнетения дыхания и передозировки позволяет применять его в терапевтических отделениях для лечения пациентов с опиоидной зависимостью. Это гибкое лечебное учреждение может иметь существенное значение

для зависимых от опиатов ВИЧ-инфицированных пациентов, употребляющих наркотики, которые нуждаются в антиретровирусной терапии, поскольку это позволяет одному врачу или программе обеспечивать необходимые медицинские услуги и услуги по лечению зависимости.

О взаимодействии между бупренорфином и антиретровирусными препаратами в настоящее время доступен только ограниченный объем информации. В отличие от метадона, бупренорфин не повышает уровень зидовудина. Экспериментальные данные свидетельствуют о том, что уровень бупренорфина по-видимому не будет снижаться, а синдрома отмены опиатов не будет при совместном приеме с эфавиренцем.

Резюме

Предоставление успешной антиретровирусной терапии для потребителей инъекционных наркотиков вполне возможно. Успешность повышается благодаря поддерживающим учреждениям клинического ухода и предоставлению лечения наркомании, информированности о взаимодействиях с метадоном, а также о повышенном риске побочных эффектов и токсичности, и потребности в простых схемах для улучшения приверженности терапии. Все это имеет большое значение при выборе режимов и проведении соответствующего мониторинга пациентов в этой группе населения. Предпочтение следует отдавать антиретровирусным препаратам с меньшим риском для печени и меньшими невропсихиатрическими побочными эффектами, простым графикам дозировки, а также отсутствию взаимодействия с метадоном.

Выдержка из руководства США по применению антиретровирусных препаратов у ВИЧ-1-инфицированных взрослых и подростков, январь 2008 года.

Ссылки:

311. Tindall B, Cooper DA. Primary HIV infection: host responses and intervention strategies. *AIDS*, 1991. 5(1):1-14.

312. Niu MT, Stein DS, Schnittman SM. Primary human immunodeficiency virus type 1 infection: review of pathogenesis and early treatment intervention in humans and animal retrovirus infections. *J Infect Dis*, 1993. 168(6):1490-501.

313. Kinloch-De Loes S et al. Symptomatic primary infection due to human immunodeficiency virus type 1: Review of 31 cases. *Clin Infect Dis*, 1993. 17(1):59-65.

314. Schacker T et al. Clinical and epidemiologic features of primary HIV infection. *Ann Intern Med*, 1996. 125(4):257-64.

315. Daar ES et al. Diagnosis of primary HIV-1 infection. Los Angeles County Primary HIV Infection Recruitment Network. *Ann Intern Med*, 2001. 134(1):25-9.

316. Hecht FM et al. Use of laboratory tests and clinical symptoms for identification of primary HIV infection. *AIDS*, 2002. 16(8):1119-29.
318. Hoen B et al. Highly active antiretroviral treatment initiated early in the course of symptomatic primary HIV-1 infection: Results of the ANRS 053 trial. *J Infect Dis*, 1999. 180(4):1342-6.
319. Lefeuvre A et al. Effects of a combination of zidovudine, didanosine, and lamivudine on primary human immunodeficiency virus type 1 infection. *J Infect Dis*, 1997, 175(5):1051-5.
320. Lillo FB et al. Viral load and burden modification following early antiretroviral therapy of primary HIV-1 infection. *AIDS*, 1999. 13(7):791-6.
321. Malhotra U et al. Effect of combination antiretroviral therapy on T-cell immunity in acute human immunodeficiency virus type 1 infection. *J Infect Dis*, 2000. 181(1):121-31.
322. Smith DE et al. Is antiretroviral treatment of primary HIV infection clinically justified on the basis of current evidence? *AIDS*, 2004. 18(5):709-18.
323. Mehandru S et al. Primary HIV-1 infection is associated with preferential depletion of CD4+ T lymphocytes from effector sites in the gastrointestinal tract. *J Exp Med*, 2004. 200(6):761-70.
324. Guadalupe M et al. Severe CD4+ T-cell depletion in gut lymphoid tissue during primary human immunodeficiency virus type 1 infection and substantial delay in restoration following highly active antiretroviral therapy. *J Virol*, 2003. 77(21):11708-17.

ОБЗОРЫ ЖУРНАЛОВ

Инъекционное потребление наркотиков, низкое количество CD4 при начале лечения являются предиктором более низкого ответа на ВААРТ через шесть лет

Дерек Такцук, aidsmap.com

Через четыре-шесть лет после начала лечения ВИЧ был отмечен высокий уровень заболевания СПИДом и смертности среди потребителей инъекционных наркотиков и тех, у кого перед началом терапии были определяющие СПИД события или количество CD4 клеток насчитывало менее 25 клеток/мм³. Исследование, проведенное Ассоциацией сотрудничества когорт на антиретровирусной терапии, было опубликовано в выпуске журнала «Синдром приобретенного иммунодефицита» от 15 декабря. [1]

Предыдущие исследования показали, что уровень связанных со СПИДом болезней и смерти выше у людей, которые начали антиретровирусную терапию с более низким количеством CD4 клеток. Слабый ответ также отмечался у потребителей инъекционных

Март 2008 www.i-Base.info

наркотиков (ПИН) по сравнению с другими пациентами. Тем не менее, большинство исследований на сегодняшний день рассматривали ответ в течение относительно коротких промежутков времени. В этом исследовании Ассоциации сотрудничества когорт на антиретровирусной терапии (международный альянс исследователей из шестнадцати когортных исследований людей, живущих с ВИЧ) [2]) проанализировали данные 20 379 ВИЧ-инфицированных взрослых, которые принимали анти-ВИЧ препараты в течение периода продолжительностью до шести лет.

Участвующие когорты входили в исследование, если в них было зарегистрировано по меньшей мере 100 наивных в отношении лечения пациентов в возрасте от 16 лет и старше, которые начали лечение с комбинации по крайней мере трех антиретровирусных препаратов. Люди с исходной вирусной нагрузкой менее 1000 копий / мл были исключены как возможно не наивные в отношении лечения. Это дало в общей сложности 20 379 пациентов из двенадцати европейских и североамериканских когорт. Исходные характеристики были следующими: средний возраст 36; среднее количество CD4-клеток 224 клеток/мм³; средний месяц начала терапии февраль 1999 года. Перед началом лечения 2 737 пациентов (23%) уже имели диагноз СПИД; 3231 (16%) были предположительно инфицированы из-за ПИН. В качестве первоначальной схемы 66% получали НИОТ / ИП, 24% НИОТ / ННИОТ, 7% только НИОТ, 2% тройной класс, и 2% другие (щадящие НИОТ, в том числе Т-20). Большинство участников (88%) начали со схемы из трех препаратов. Из общей сложности 61 798 человеко-лет наблюдения у 1844 участников развилось по меньшей мере одно СПИД-определяющее событие, и 1005 погибли. СПИД-определяющие события и смерти были проанализированы: исходное количество CD4-клеток (<25, от 25 до 49, от 50 до 99, от 100 до 199, от 200 до 349, и > 350 cells/mm³), базовым вирусная нагрузка (<100 000 или ≥ 100 000 копий / мл), предполагаемый способ передачи инфекции (ПИН и др.), а также диагноз СПИД в исходном периоде (да или нет).

В соответствии с предыдущими исследованиями, снижение исходного количества CD4 клеток было наибольшим предиктором слабых результатов. Эффект был наиболее сильным при самых низких исходных уровнях, и, как правило, сокращал время на терапию для всех уровней количества CD4. Начало терапии при исходном количестве CD4 между 200 и 349 продолжает демонстрировать выгоды до четырехлетней отметки. По сравнению с уровнем > 350 клеток/мм³ (компаративная группа), соотношение риска для прогрессии СПИДом в первый и второй год терапии составляло 1,5 (95% доверительный интервал [CI]: 1,0 - 2,3), 1,4 на второй и третий год (95% CI: 1,0 - 2,1) и 1,0 на четвертый – шестой годы (95% CI: 0,6 - 2,0). В каждом периоде времени коэффициенты риска постепенно повышались для каждого более низкого уровня CD4. Для начального уровня CD4 <25 клеток / мм³, соотношение риска для развития СПИДа было 3,7 на первый и второй год (95% CI: 2,2 - 6,1), 2,4 на второй – четвертый год (95% CI: 1,5 до 3,8), и 2,3 на четвертый – шестой год (95% CI: 1,0 до 2,3). На четвертый – второй год для начального количества CD4 <25 клеток/мм³ соотношение риска смертности составило 2,5 (95% CI: 1,2 - 5,5).

Для людей, предположительно инфицированных через ПИН, на четвертый – шестой год ВААРТ соотношение риска СПИДа было 1,6 (95% CI: 0,8 - 3,0) и соотношение риска смертности было выше и составляло 3,5 (95% CI: 2,2 - 5,5). Заметим, что причины смерти не анализировались и не обязательно непосредственно были связаны с ВИЧ; смертность из-за заболеваний печени, связанных с гепатитом, передозировки, травмы и других причин не были исключены. Уровень смертности по-прежнему ниже, чем можно было бы ожидать в отсутствие анти-ВИЧ терапии. Диагноз СПИД до начала анти-ВИЧ лечения также продолжает являться предиктором СПИД-определяющих событий через четыре – шесть лет, причем соотношение риска составляет 2,3 (95% CI: 1,2 - 4,4); ценность для прогнозирования смертности перестала быть значительной. Вирусная нагрузка ВИЧ (более или менее 100000 копий / мл) не является значительным показателем прогрессии или смерти в любой момент времени. Исследование было ограничено сокращением количества пациентов на наблюдении после длительного периода на антиретровирусном лечении. В конце четвертого года анти-ВИЧ терапии, 6838 участников до сих пор наблюдаются (23% от первоначальной когорты); лишь 791 (4%) наблюдались более шести лет. Так как первоначальные пациенты по-прежнему наблюдаются на момент анализа, исследователи "не верят в вероятность того, что информативная цензура будет важным источником предвзятости".

Тем не менее, на результаты могут оказать влияние социально-экономические и другие факторы, которые стали причиной того, что люди поздно начинали лечение, когда ВИЧ стал прогрессировать. Большие коэффициенты риска смертности, чем риска развития СПИДа были отмечены в нескольких группах, которые могут быть доказательством такого влияния. Кроме того, расовая и этническая принадлежность не были включены в анализ в связи с отсутствием достаточных данных. Исследователи пришли к выводу, что "темпы заболевания СПИДом и смертности устойчиво выше у пациентов, инфицированных "через инъекции наркотиков" и что "хотя и прогностическая ценность исходного уровня количества CD4 и первоначального диагноза СПИДа снижается со временем, у пациентов с серьезным иммунодефицитом при начале терапии наблюдается повышение уровня случаев СПИДа и смертности 6 лет спустя." Они считают, что эти результаты могут "укрепить скрининг на ВИЧ, потому что откладывание лечения... является вредным в долгосрочной перспективе".

Источник: aidsmap.com

<http://www.aidsmap.com/en/news/8ACEB690-26EB-4583-BF14-A4353CE335EC.asp>

Ссылки:

1. Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration. Importance of baseline prognostic factors with increasing time since initiation of highly active antiretroviral therapy: collaborative analysis of cohorts of HIV-1-infected patients. *J Acquir Immune Defic Syndr* 46 (5):607-615, 2007.

2. <http://www.art-cohort-collaboration.org/>

ДРУГИЕ НОВОСТИ

Сообщество обеспокоено возобновлением правительством Таиланда войны с наркотиками

Через несколько дней после назначения в начале марта министром внутренних дел Таиланда Чалерм Юбамрунг (Chalerm Yubamrung) возобновил войну с наркотиками. Тайская инициативная группа по лечению СПИДа (TTAG) обеспокоена тем, что те, кто несет ответственность за нарушения прав человека, совершенных во имя контроля над наркотиками в прошлом, не были призваны к ответу, не были приняты меры для обеспечения контроля, профессионализма и подотчетности усилий по борьбе с наркотиками. Human Rights Watch недавно предоставил неопубликованные данные из расследования предыдущего правительства по войне с наркотиками 2003 года, которое установило, что 2819 человек были убиты в 2559 случаях убийств в период с февраля по апрель 2003 года. Из тех, кто погиб, более половины не имели абсолютно никакого отношения к распространению наркотиков, для их смерти нет очевидных причин. Никакие конкретные меры не были приняты для исправления этих ошибок или для предотвращения их возникновения в будущем.

Объявление правительством войны наркотикам не сопровождалось соответствующими механизмами на местах для предотвращения повторения истории. Помимо уголовного преследования лиц, виновных в предыдущих преступлениях, связанных с войной против наркотиков, тайское правительство должно немедленно провести консультации с общественностью для обсуждения последствий, в том числе гуманитарных, социальных, политических, и расходов на здравоохранение, по поводу тайского подхода войны против наркотиков, и разработать политику и законы, защищающие права человека, а не подрывающие их. Всеобщие репрессии такого типа, как в 2003 году, вновь приведут к тысячам неправомерных арестов, убийств, и срыву профилактики ВИЧ и других услуг.

Премьер-министр Самак Сунтаравет (Samak Sundaravej) должен срочно отказаться от войны с наркотиками и всех нарушений прав человека, которые имели место в ее контексте. Усилия по борьбе с наркотиками должны осуществляться при полном соблюдении процессуальных норм и стандартов в области прав человека. Кроме того, премьер-министру Самаку следует поощрять сотрудничество его правительства с организациями гражданского общества, включая людей, которые употребляют наркотики, разработку гуманного подхода к проблеме наркотиков в стране, например, посредством обнародования национальной политики снижения вреда, поддерживающей комплексные услуги снижения вреда, интегрированные в существующие медицинские и социальные

политику и программы, а также и немедленное прекращение обязательного "лечения" от наркотиков военного толка.

Продолжение увеличения показателей ВИЧ-инфекции среди потребителей наркотиков в Таиланде и сообщения о злоупотреблениях со стороны правоохранительных органов свидетельствуют о том, как много поставлено на карту. Вместо того, чтобы подвергнуться неизбирательному подавлению, следует поддержать активное и конструктивное участие людей, которые употребляют наркотики, в ведущей работе по снижению вреда в Таиланде.

Попытки заточить десятки тысяч в тюрьму или принудить их к лечению являются неэффективными и аморальными.

Рекомендации двух предыдущих докладов Human Rights Watch (и ТТАГ) по-прежнему не услышаны.

Ознакомьтесь с этими рекомендациями и направьте письма на имя премьер-министра и министра внутренних дел, требующие, чтобы они СКАЗАЛИ «НЕТ» ТАЙСКОЙ ВОЙНЕ С НАРКОТИКАМИ и в срочном порядке призвали к ответственности сотрудников полиции, виновных в преступных злоупотреблениях и преступлениях.

Потребуйте, чтобы государство относилось к людям, которые употребляют наркотики, как к людям; чтобы они получали надлежащие, эффективные услуги снижения вреда и здравоохранения, отвечающие их потребностям, где они подвергаются; чтобы не допускалось нарушение прав человека государственными должностными лицами во имя сокращения спроса и предложения наркотиков и национальной безопасности. Снижение вреда спасает жизни! НЕТ ТАЙСКОЙ ВОЙНЕ С НАРКОТИКАМИ!

Письма и факсы направляете по:

His Excellency Samak Sundaravej,

Prime Minister of the Kingdom of Thailand,

Government House,

Pitsanulok Road,

Bangkok

10300

THAILAND.

Март 2008

www.i-Base.info

FAX: +66-2-282-5131

Chalerm Yubamrung,
Minister of the Interior,
Ministry of the Interior,
Asdang Road,
Bangkok,
10200
THAILAND.

FAX: +66-2-222-8866

Источник: Thai AIDS Treatment Action Group (TTAG) Press Release ^

February 14, 2008

В ИНТЕРНЕТЕ

Следующие организации включают описание материалов ARV4IDUs:

<http://www.emcdda.org>

<http://www.drugusers.org>

<http://www.drugtext.org/library/legal/eu/default.htm>

Март 2008

www.i-Base.info

<http://www.harmreduction.org>

<http://www.drug-alliance.org>

<http://www.erowid.org>

<http://www.dancesafe.org>

<http://unaids.org>

<http://who.org>

<http://unodc.org>

<http://forward-thinking-on-drugs.org/review2.html>

<http://www.sorosny.org/harm-reduction>

<http://www.ceehrn.org>

<http://www.ihra.org>

<http://www.hit.org.uk>

<http://www.opiateaddictionrx.info>

ИHРА ЛИСТ НОВОСТЕЙ:

<http://www.ihra.net/>

ИHРА это одна из ведущих организаций, занимающаяся введением стратегий и практик снижения вреда, относящегося ко всем психоактивным веществам, включая нелегальные наркотики, табак и алкоголь) на глобальном уровне.

- Отчет ИHРА о смертной казни
- Отчет об обязанностях Швеции в отношении прав человека
- Отчет о конференции ИHРА

- Ответы на запрос INPUD от Европейской Комиссии
- Международная сеть мест для употребления наркотиков, разработанная в Бильбао
- Камбоджия открывает первую метадоновую клинику

Приложение JAIDS: фокус на ПИН

<http://www.jaids.com>

Ноябрьское приложение к JAIDS включило 12 статей из INSPIRE исследований. К сожалению, для доступа к тексту, необходимо зарегистрироваться. Абстракты свободно доступны он-лайн.

- Воздействие микросоциума на эффективность ВААРТ у ПИН: роль неформальной заботы и бытовых факторов.
- Корреляция депрессии среди ВИЧ-позитивных мужчин и женщин - потребителей наркотиков
- ВИЧ-позитивные потребители наркотиков насилуют своих постоянных сексуальных партнеров
- Ассоциируется ли чувство ответственности за инфицирование другого ВИЧ с безопасными сексуальными практиками у ПИН?
- Рискованное сексуальное поведение, выявленное среди ВИЧ-позитивных ПИН – мужчин.
- Корреляции использования чужих шприцев среди ВИЧ- сероположительных потребителей инъекционных наркотиков.
- Факторы, ассоциированные с приверженностью к АРВ и медицинскими ошибками у ВИЧ-позитивных ПИН.
- Описание участниками Социальной Помощи, оказанной в рамках многосторонней интервенции для ВИЧ – сероположительных ПИН.
- Приемлемость A-CASI для ВИЧ- позитивных ПИН в многостороннем, рандомизированном, контролируемом клиническом исследовании вмешательства в поведение.
- Результаты рандомизированного контролируемого клинического исследования по редуцированию трансмиссии и увеличению доступа к медицинской помощи и приверженности к АРВ среди ВИЧ- сероположительных ПИН.

- Какие выводы можно сделать из исследований INSPIRE по поводу улучшения превенции и расширения доступа к медицинской помощи для ПИН.

ПЛАНИРУЕМЫЕ ВСТРЕЧИ

Данные встречи планируется провести в течении 2008 года. Детали регистрации, включая информацию для сообщества и для изданий комьюнити можно найти в электронных ресурсах. Детали, касающиеся европейских и международных встреч, собранные Европейской Ассоциации Лечения Опиной Зависимости доступны на сайте:

<http://www.europad.org/events.asp>

26 – 28 Мая, 2008, 6 Европейский ворк-шоп по резистентности ВИЧ терапии, Будапешт

<http://www.virology-education.com>

7-9 Апреля 2008, 9 Международный ворк-шоп по клинической фармакологии ВИЧ-терапии, Новый Орлеан

<http://www.virology-education.com>

9-11 Апреля 2008 , 3 международный ворк-шоп по клинической фармакологии терапии для лечения гепатита, Новый Орлеан

<http://www.virology-education.com>

11-15 Мая, 19 Международная Конференции по снижению вреда, IHRA, Барселона

<http://www.ihraconferences.net>

10-14 Июня 2008, 17 международный ворк-шоп по резистентности ВИЧ-терапии, Ситжес

<http://www.informedhorizons.com>

19-21 Июня, 2008 (даты могут быть изменены)

Март 2008

www.i-Base.info

4 международный ворк-шоп по коинфекции ВИЧ и гепатитом, Мадрид

<http://www.virology-education.com>

1-2 Августа, 2008

3 международный ворк-шоп по трансмиссии ВИЧ, Мехико Сити

<http://www.virology-education.com>

3-8 Августа 2008,

17 Международная Конференция по ВИЧ/СПИДу, Мехико Сити

<http://www.aids2008.org>

25-28 Октября 2998,

Вашингтонская встреча DC, ICAAC и IDSA

<http://www.icaac.org>

Октябрь 2008

3 международный ворк-шоп по гепатиту С, резистентности и новым препаратам,

<http://www.virology-education.com>

6-8 Ноября 2008,

10 международный ворк-шоп по побочным эффектам от препаратов и липодистрофии при ВИЧ,
Лондон

<http://www.intmedpress.com>

9-13 ноября, 2008

8 конгресс по медикаментам ВИЧ-терапии, Глазго

<http://www.hiv8.com>

Март 2008

ПУБЛИКАЦИИ И СЕРВИС i-Base

Доступная информация на веб-сайте компактна и к ней можно было получить быстрый доступ, ее можно было легко использовать, и легко распространять:

<http://www.i-base.info>

Все публикации i-Base доступны он-лайн, включая дополнения в виде рекомендаций.

Возможна подписка на издание, в таком случае, оно будет доставляться по почте или высылаться на электронный адрес (PDF).

Сайт так же включает секцию “Вопросы и Ответы”, где можно задать вопросы о принимаемом Вами лечении (включительно на русском)

<http://www.i-base.info/questions/index.html>

Нетехническое руководство по терапии

i-Base создано 5 нетехнических руководств по терапии, они доступны в бумажном и электронном виде (PDF)

<http://www.i-base.info/guides>

- Введение в комбинированную терапию
- Руководство по гепатиту С, для живущих с ВИЧ: тестирование, коинфекция, лечение и поддержка
- Руководство по смене схемы лечения: что делать, когда лечение неуспешно?
- Руководство по ВИЧ: беременность и женское здоровье
- Руководство по побочным эффектам: как избежать и как справиться с ними.

Перевод i-Base руководств

Оригинальные материалы i-Base могут быть переведены и опубликованы, на данный момент, материалы были переведены на 30 языков, включая: боснийский, болгарский, китайский, греческий, словацкий, хорватский, чешский, французский, хинди,

индонезийский, итальянский, косовский, македонский, непальский, польский, португальский, романский, русский, сербский и испанский.

Некоторые из переводов были сделаны для более ранних изданий руководств по лечению, поэтому рекомендуется проверять дату публикации.

<http://www.i-base.info/about/downloads.html>

«Паспорта» лечения

Это популярные буклеты для ВИЧ-позитивных людей – как недавно получивших ВИЧ статус, так и тех, кто уже давно знает о своей ВИЧ-инфекции, они помогают сохранять записи истории болезни. Как и все публикации i-Base, они доступны бесплатно как в единственном экземпляре так и в большом количестве.

Бюллетень лечения ВИЧ

Обзор последних исследований и другие новости, связанные в ВИЧ лечением. Бюллетень публикуется 10 раз в год в печатной версии, так же возможно отправление по почте PDF файла.

Печатная версия доступна в большинстве клиник в Великобритании и по почте.

Запрос информации по лечению 0808 800 60 13

i-Base предоставляет по запросу информацию о лечении, основанную на последних исследованиях.

Возможна консультация по телефону и по эмейлу, так же возможна пересылка результатов исследований, связанных с вопросом запрашивающего.

Для получения деталей о работе бесплатного телефона консультаций звоните 0808 800 60 13, на линии обычно работают ВИЧ-позитивные люди, звонить можно в понедельник, вторник и среду с 12 до 16 (Великобритания). Все звонки конфиденциальны, звонки из Великобритании бесплатные. По понедельникам есть и сервис на русском языке.

Он-лайн служба «Вопросы и Ответы»

Новая служба 'вопросы и ответы' добавлена на сайте i-Base. На вопросы можно ответить конфиденциально или, если Вы дадите разрешение, мы помещаем ответы он-лайн (избегая любой информации, позволяющей определить конкретного человека).

<http://www.i-base.info/questions/index.html>

Недавние вопросы включают:

- Я поцеловала ВИЧ-позитивного мужчину
- Пройдет ли вздутие живота от саквинавира/ритонавира?
- Почему результаты тестов изменились так сильно за короткий срок?
- Каким образом мне получить доступ к лечению в Великобритании – я из Индии?
- Недавно поставили диагноз ВИЧ-2
- Может ли ВИЧ стать причиной покраснения лица зимой?
- Каково различие между ВИЧ-1 и ВИЧ-2?
- Насколько точным является тест DUO 27 дней после контакта?
- Могу ли я иметь ребенка, если у меня СПИД?
- Можно ли мне что-то сделать, чтобы уменьшить побочные эффекты?
- Каков срок наиболее позднего выявления ВИЧ-инфекции?
- Шансы заразить партнера при неопределяемой вирусной нагрузке?
- Какие шансы на выздоровление у моего папы?
- Почему в некоторых вопросах на i-Base используются различные слова для аналогичных вопросов о тестировании?
- Верно ли, что ВИЧ долго не выживает вне тела?
- Можно ли принимать атриплу как препарат первой линии?
- Если ты болеешь вирусным заболеванием, значит ли это, что твое количество CD4 всегда низкое?
- Нормально ли себя чувствуешь после сероконверсии?
- Взаимодействуют ли антибиотики с препаратами против ВИЧ?

- Через какое время после потенциального контакта по ВИЧ я могу сдавать кровь как донор?
- Каким образом ВИЧ передается через кормление грудью?
- Что такое сероконверсия и каковы симптомы?
- Увеличенные лимфатические узлы - это болезнь или признак ВИЧ?
- Какой тест применяется для выявления инфекции в течение 6 месяцев?
- Может ли средство для полости рта или антибиотики повлиять на результаты мазка из ротовой полости на ВИЧ?

НОВИНКА: Учебное пособие – измененное, обновленное и теперь полностью онлайн.

Этот учебный курс был пересмотрен и обновлен и доступен в настоящее время в сети в новом формате.

<http://www.i-base.info/education/index.html>

Учебное пособие для защитников интересов обеспечивает начальный уровень учебной программы по поводу ВИЧ и лечения.

Оно состоит из 8 модулей для изучения аспектов ВИЧ, обновленных и опубликованных в Интернете в виде интерактивного ресурса.

<http://www.i-base.info/manual/en/index.html>

Оно включает следующие разделы:

1. Иммунная система и количество CD4
2. Вирусология, ВИЧ и вирусная нагрузка
3. Введение в антиретровирусную терапию (АРТ)
4. Побочные эффекты от АРВ
5. Оппортунистические инфекции и ко-инфекции
6. ВИЧ и беременность
7. Потребители наркотиков и ВИЧ
8. Дизайн клинических испытаний и роль защитников интересов
9. Как понимать науку

Каждый модуль включает в себя цели обучения, обзор нетехнических материалов, вопросы тестов, оценку и глоссарий.

Мы надеемся, что это будет полезно для подготовки защитников интересов и других медицинских работников, а также для ВИЧ-положительных людей, которые хотят узнать больше об аспектах своего здравоохранения.

Учебное пособие ранее было доступно только в Интернете как PDF документ и было переведено на разные языки. Ранее издание доступно на русском, португальском, хинди и непальском, которые в виде PDF-файлов.

Закажите публикации i-Base по Интернету, почте или факсу

Люди с доступом к Интернету могут воспользоваться нашим веб-сайтом, чтобы заказать и получить публикации. Вы можете получить доступ к нашим публикациям он-лайн или подписаться для получения их по email или по почте, либо вы можете заказать доставку отдельных копий или упаковки, используя форму по адресу:

<http://www.i-base.info/forms/index.htm>