

Данный документ подготовлен Интернет-изданием MedMir.com "Обзоры мировых медицинских журналов на русском языке" в сотрудничестве с Американским международным союзом здравоохранения (АМСЗ). Настоящий документ входит в Библиотеку Инфосети «Здоровье Евразии» [www.eurasiahealth.org/](http://www.eurasiahealth.org/).

Ресурсы «Здоровья Евразии» предоставляются бесплатно и могут свободно распространяться. Электронную версию настоящего документа можно размещать на других сайтах только для некоммерческих целей, без изменения содержания, с обязательным указанием Инфосети «Здоровье Евразии» в качестве источника, уведомлением электронной почтой по адресу [library@eurasiahealth.org](mailto:library@eurasiahealth.org) и включением ссылки на сайт «Здоровья Евразии» ([www.eurasiahealth.org](http://www.eurasiahealth.org)). Взимать плату за доступ к материалам «Здоровья Евразии» запрещается.

АМСЗ и «Здоровье Евразии» не отвечают за мнения, изложенные в данном документе. Ответственность за интерпретацию и использование этого материала всецело лежит на читателе. АМСЗ и «Здоровье Евразии» не несут ответственности за какие бы то ни было ошибки, пропуски и другие возможные проблемы, связанные с данным документом.



*Доступ к этой информации сделан  
возможным при поддержке  
американского народа через Агентство США  
по международному развитию (АМР США).  
Мнения, изложенные в данном документе не  
обязательно отражают мнения АМР США или  
Правительства США.*



Другие материалы по ВИЧ/СПИДу можно найти на сайте  
[www.eurasiahealth.org/aids/](http://www.eurasiahealth.org/aids/)

## **Вид начальной ВААРТ не имеет решающего влияния на прирост CD4+ через 48 месяцев лечения.**

### **Источник.**

*Nina Khanna et al. CD4+ T Cell Count Recovery in HIV Type 1–Infected Patients Is Independent of Class of Antiretroviral Therapy. Clinical Infectious Diseases. Oct.15, 2008; 47:1093–1101*

### **Реферат.**

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18783328>

Успех или несостоятельность высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) определяются на основании вирусологического и иммунного ответа на лечение. Вирусологический ответ оценивают по вирусной нагрузке (ВН) – уровню РНК ВИЧ в плазме крови, а иммунный – по уровню CD4 лимфоцитов. Между вирусологическим и иммунным ответом существует стойкая корреляция, не всегда, однако, прямопропорциональная. При этом повышение уровня CD4 клеток является основной конечной целью ВААРТ. В последние годы начальными режимами ВААРТ являются режимы, содержащие два нуклеозидных ингибитора обратной транскриптазы (НИОТ) и либо ингибитор протеазы (ИП), либо ненуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы (ННИОТ), либо так называемый усиленный ИП (у-ИП), то есть сочетание одного из ИП с низкой (100 мг) дозой ритонавира. Швейцарская исследовательская группа Swiss HIV Cohort Study (Швейцарское когортное исследование ВИЧ) сделала попытку определить, зависит ли скорость прироста числа CD4 от вида начального режима ВААРТ.

### **Методы и ход исследования.**

Swiss HIV Cohort Study (SHCS) является проспективным наблюдательным исследованием, начатым в 1988 г. и включающим всех больных ВИЧ инфекцией, наблюдающихся в университетских клиниках Швейцарии. Лабораторное обследование участников исследования проводится каждые 6 месяцев. В данный анализ были включены все участники исследования SHCS, которые начали ВААРТ с 1996 г. по май 2007 г. и для которых были известны исходные (до ВААРТ) ВН и число CD4 клеток. Исключались больные, которые получали ВААРТ < 3 месяцев. Динамику роста CD4 клеток отслеживали до момента, когда начальный режим ВААРТ отменяли или заменяли на другой. Средняя длительность наблюдения составила 26,8±20,5 месяцев.

### **Результаты.**

Из 3293 больных, включенных в исследование, 2590 (78,7%) начали ВААРТ с ИП режима, 452 (13,7%) – с ННИОТ режима и 251 (7,6%) – с у-ИП режима. И ННИОТ и у-ИП режимы ВААРТ начали назначаться после 2000 г.

Более 70% всей когорты являются мужчинами, средний возраст на момент начала ВААРТ составил 38,2 ±9,5. В группе ИП по сравнению с группами ННИОТ и у-ИП значительно больше внутривенных наркопотребителей (18% против 29%). Также в группах у-ИП и ННИОТ значительно больше больных, не получавших никаких антиретровирусных препаратов до первого режима ВААРТ. В группе ННИОТ меньше больных имели СПИД в анамнезе (15% против 24%). Отличием группы у-ИП было также более низкое среднее число CD4 на момент начала лечения (168 против 201). Авторы исследования объясняют это тем, что врачи старались назначить более мощный режим более тяжелым больным.

Исследователи определили, что в среднем в ИП, ННИОТ и у-ИП группах число CD4 клеток выросло за 48 месяцев лечения соответственно с 201 кл/мкл до 520 кл/мкл, с 220 кл/мкл до 475 кл/мкл и с 168 кл/мкл до 511 кл/мкл. Таким образом, через четыре года терапии не было найдено значительных различий в динамике CD4 клеток в зависимости от вида начальной ВААРТ. Многофакторный анализ показал, что основными факторами, отрицательно влияющими на прирост уровня CD4 клеток за 48 месяцев терапии, являются более старший

возраст, прием НИОТ в анамнезе (до назначения полноценной ВААРТ), положительный анализ на вирус гепатита С, СПИД и более низкий исходный уровень CD4 клеток. Процент CD4 клеток и его динамика также существенно не различались в группах к 48 месяцам ВААРТ.

Исходная ВН составила в группах ИП, ННИОТ и у-ИП соответственно 4,75 log<sub>10</sub>, 4,94 log<sub>10</sub> и 5,26 log<sub>10</sub>. В группах ННИОТ и у-ИП отмечалось значительно более быстрое снижение ВН к 6 месяцу исследования (P<0,001). На момент остановки или смены начального режима ВААРТ несостоятельность терапии выявлена у 28,7% больных группы ИП против 11,1% группы ННИОТ и 10% группы у-ИП.

Исследователи проанализировали подгруппу больных, которые достигли ВН < 400 копий/мл. Таких к 6 месяцам терапии было 65,6%, и у них по сравнению с больными с ВН > 400 копий/мл уровень CD4 клеток был значительно выше: 322 кл/мкл против 212 кл/мкл у больных, имеющих ВН > 400 копий/мл через 6 месяцев АРТ.

Следующим стал анализ, целью которого было оценить динамику числа CD клеток в зависимости от его исходного (до ВААРТ) уровня. Во всех стратах средний прирост CD клеток был сходным.

Исследователи отметили значительно больший прирост CD клеток у больных, не получающих зидовудин. Эта зависимость сохранилась и в многофакторном анализе (считается, что побочным явлением зидовудина является лейкопения).

#### **Выводы.**

Исследователи получили данные о том, что восстановление уровня CD4 лимфоцитов было сходным на фоне всех трех современных режимов начальной ВААРТ.

Ограничением исследования авторы называют его наблюдательный характер, с которым связано как различное число больных в различных группах, так и различная длительность ВААРТ у участников исследования.