

Особенности фармакотерапии ВИЧ-инфекции у новорожденных

Василевский И.В.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Цель. Проанализировать научные материалы об обоснованности начала фармакотерапии ВИЧ-инфекции у новорожденных.

Материалы и методы. Использованы современные литературные данные по изучаемому вопросу.

Результаты и обсуждение. Многочисленные исследования продолжают углублять наши представления об особенностях и времени начала фармакологического лечения ВИЧ-инфицированных новорожденных [Kuhn L., Shiau S., 2017]. Традиционно АРВТ назначают с целью снижения заболеваемости и смертности, связанных с ВИЧ, путем борьбы с вирусом. Уровень РНК ВИЧ в плазме ниже порога обнаружения утвержденных тестов (обычно <20 копий/мл) обычно используется в качестве основного косвенного маркера успеха АРВТ. Однако в последние несколько лет лечение ВИЧ-инфицированных новорожденных приобрело более широкую направленность, а именно: способствовать ремиссии ВИЧ [Chiappini E. с соавт., 2006].

При этом чрезвычайно важным практическим моментом является вопрос – когда начинать АРВТ при ВИЧ-инфекции у новорожденных. Результаты исследования ранней антиретровирусной терапии у детей с ВИЧ [CHER] и рекомендации по лечению детей в возрасте до одного года указывают на немедленное начало АРВТ в данной возрастной группе, независимо от клинических или иммунологических критериев. Прогрессирование заболевания у младенцев происходит быстрее, чем у взрослых, и это было одним из факторов, который использовался для мотивации к более агрессивным рекомендациям по лечению детей в сравнении с взрослыми пациентами [WHO, 2010]. У младенцев, инфицированных перинатально, начальный пик РНК ВИЧ в плазме обычно находится в диапазоне миллионов копий/мл, а контрольная

точка вируса при отсутствии лечения устанавливается медленнее у детей, чем у взрослых, в течение примерно 5 лет и стабилизируется на уровне, обычно превышающем наблюдаемый у взрослых [Shearer W.T. с соавт., 1997].

В случаях позднего назначения АРВТ констатирована высокая смертность перинатально ВИЧ-инфицированных младенцев и детей раннего возраста (от 25 до 50% детей умирают в первые два года жизни) [Sutcliffe C.G. с соавт., 2008]. Важным обстоятельством, диктующим необходимость более раннего назначения новорожденным с ВИЧ-инфекцией АРВТ, является факт, согласно которому количество CD4+ и процент CD4+ являются менее избирательными маркерами вероятности прогрессирования заболевания у младенцев, чем у взрослых. Младенцы имеют в 2–3 раза большее количество лимфоцитов и больший процент CD4+ лимфоцитов, чем взрослые или дети старшего возраста [Tobin N.H., Aldrovandi G.M., 2013]. Эти различия в развитии объясняют более слабую прогностическую характеристику количества/процента CD4+ у новорожденных с ВИЧ. У взрослых с хронической инфекцией, хотя количество CD4+ не является единственным фактором, связанным с вероятностью заболеваемости и смертности в ближайшие несколько лет, оно является важным фактором. У младенцев, хотя низкое количество или процент CD4+ указывает на плохой прогноз, это случается редко: у большинства младенцев количество и процент CD4+ находятся в нормальном диапазоне, что не позволяет определить, у кого имеется вероятность прогрессирования [Egger M. с соавт., 2002]. Более раннее начало АРВТ приводит к уменьшению резервуаров вируса в последующие годы, когда дети продолжают получать АРВТ [Uprety P. с соавт., 2017].

Выводы. За последние несколько лет цели антиретровирусного лечения новорожденных расширились: от простого контроля виремии, и тем самым снижения заболеваемости и смертности, до облегчения ремиссии ВИЧ. Доказательная база, подтверждающая преимущества раннего лечения для снижения заболеваемости и смертности, в основном основана на исследовании SHER.

(Опубликовано: Рациональная фармакотерапия «Золотая осень»: сборник материалов XIX Международного научного конгресса. СПб.: Изд-во СПбГЭУ, 2024. – 29-32.)