Лечение особых групп ВИЧ-инфицированных пациентов

Л.М.Костюнина

PHRU/HIV/0918/0002

Раскрытие информации

Лектор: **Костюнина Л.М.**

Ученая степень: **не имею**

Данная презентация поддерживается компанией Janssen, Фармацевтическим подразделением ООО «Джонсон & Джонсон». Мнения, высказанные на слайдах и в выступлении, отражают точку зрения лектора, которая не обязательно отражает точку зрения компании Janssen.

Представлена только информация в рамках зарегистрированных в РФ показаний. Janssen не рекомендует применять свои лекарственные препараты способами, отличными от описываемых в инструкции по медицинскому применению.

Перед назначением лекарственных препаратов, пожалуйста, ознакомьтесь с инструкциями по медицинскому применению. Полные инструкции по медицинскому применению доступны по запросу.

Данная информация предназначена для медицинских и фармацевтических работников. Последующее распространение – исключительно с согласия лектора.

Настоящим лектор подтверждает, что он(а) получает гонорары за консультационные услуги в области научной и педагогической деятельности (образовательные услуги, научные статьи, участие в экспертных советах, участие в исследованиях и др.) от следующих компаний: **ВСТАВИТЬ**

Особые группы пациентов

1. метаболические расстройства, пожилой возраст
2. беременность или возможность наступления беременности
3. Дети
4. недостаточная приверженность к АРТ
5. Токсичность АРТ со стороны ЦНС
6. Нарушение функции печени

Метаболические расстройства, пожилой возраст

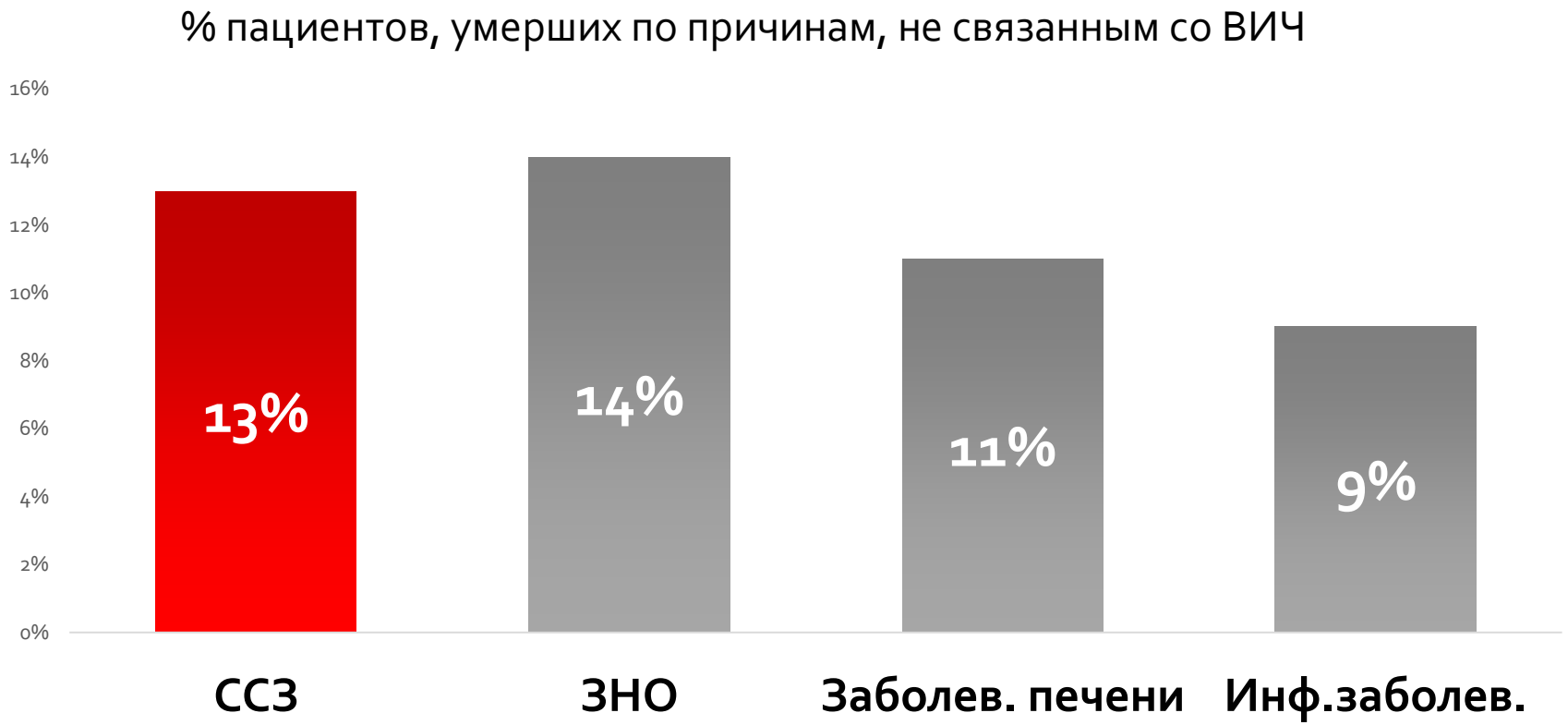
Значительная доля смертей ВИЧ-инфицированных не ассоциирована со СПИД

Соотношение причин смерти (% пациентов)

Мета-анализ 2016 г., всего n= 229 300, смертей n=11 373
Гетерогенность между группами - p = 0.000

Farahani et al. Int J STD AIDS. 2017 Jun;28(7):636-650.

Сердечно-сосудистые заболевания, опухоли и болезни печени – основные причины смерти ВИЧ+ пациентов, не связанные с ВИЧ



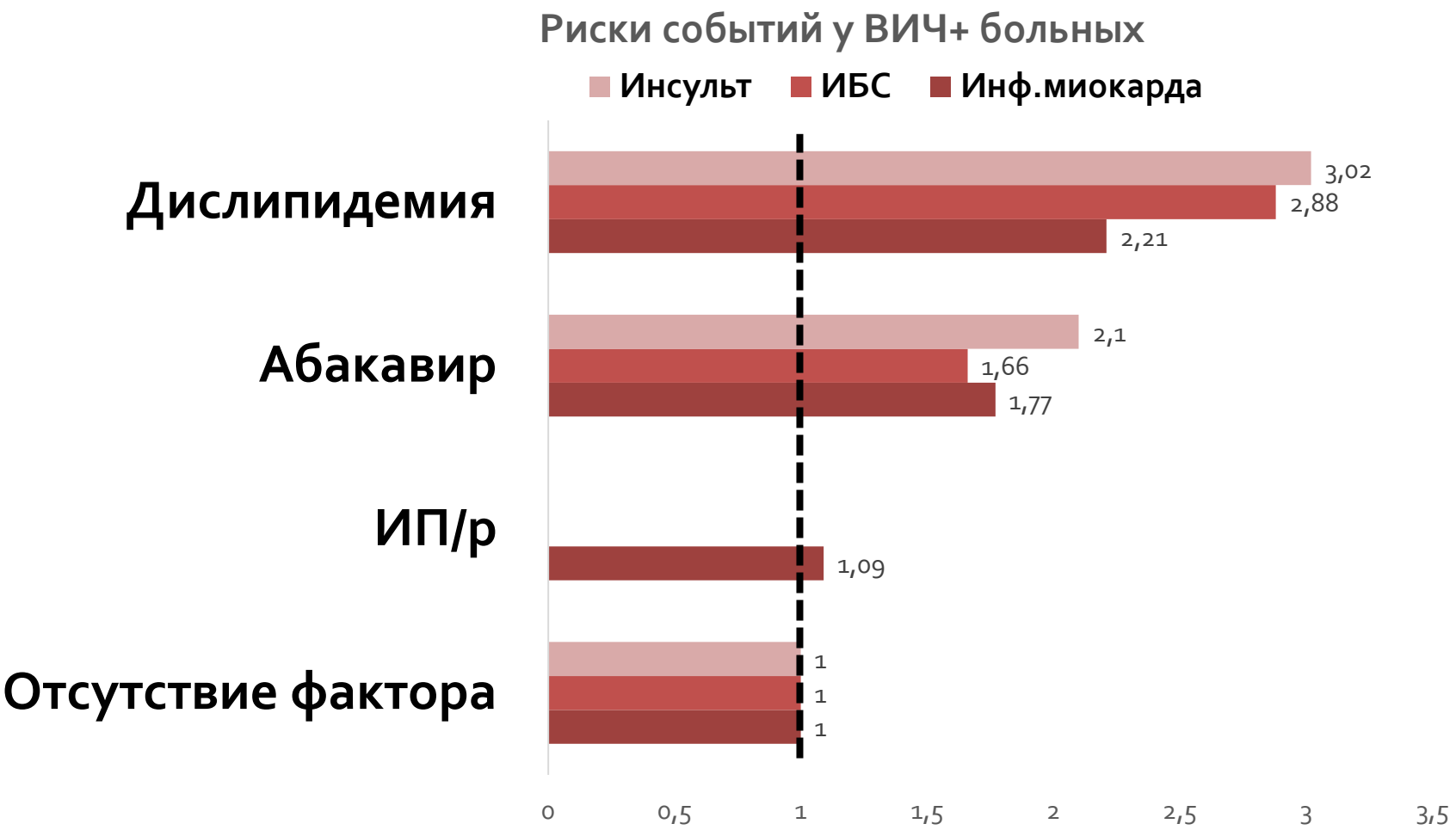
Мета-анализ 2016 г., всего n= 229 300, смертей n=11 373

Гетерогенность между группами - p = 0.000

ССЗ – сердечно-сосудистые заболенивая, ЗНО – злокачественные новообразования

Farahani et al. Int J STD AIDS. 2017 Jun;28(7):636-650.

Прием ИП/р и дислипидемия – факторы риска серд.-сос. заболеваний у ВИЧ-инфицированных пациентов



Данные мета-анализа, 334,417 ВИЧ-инфицированных

Gutierrez et al. PLoS One. 2017 May 11;12(5):e0176686.

Рекомендации EACS 9 по ведению ВИЧ-инфицированных пациентов с ССЗ

- Используйте формулу оценки по Фремингемской шкале или любую другую систему для оценки в данной когорте пациентов
- формула, специально разработанная для оценки рисков развития ССЗ у ВИЧ-инфицированных пациентов: см. http://www.chip.dk/Tools
- В число вариантов смены схемы АРТ входят следующие:

(1) Заменить ИП/р на ННИОТ, ИИ

(2) Рассмотрите замену ZDV или ABC на TDF

EACS guidelines 8.1

Необходимые параметры для расчета риска ССЗ у ВИЧ+ пациентов

1. Age: 55 yr

Возраст

2. Gender: ◉Male ○Female

Пол

3. Previous smoker? ◉Yes ○No

Курение ранее

4. Smoker? ◉Yes ○No

Курение сейчас

5. Family CVD history? ◉Yes ○No

ССЗ анамнез

6. Diabetes? ◉Yes ○No

Диабет

7. LVH visible on ECG? ◉Yes ○No

ГЛЖ на ЭКГ

8. Abacavir treatment? ◉Yes ○No

Прием абакавира

9. PI exposure: 5 yr

ИП/р – длит-ть приема

10. NRTI exposure: 5 yr

Прием НИОТ

11. BP lowering treatment? ◉Yes ○No

Препараты для лечения арт.гипертензии

12. CD4 cell count: 450 Cells/µL

Кол-во CD4

13. Systolic blood pressure: 140 mmHg

Систол. АД

14. Total cholesterol: 8 mmol/L

Общий холестерин

15. HDL: 1 mmol/L

ЛПВП

http://www.chip.dk/Tools

Результаты расчета. Пример

D:A:D (R) CVD 5 year risk score - **38.21%**

5-летний риск ССЗ по шкале D:A:D без учета АРТ

D:A:D (F) CVD 5 year risk score - **48.91%**

5-летний риск ССЗ по шкале D:A:D с учетом АРТ

Framingham 5 year result: 25.06%

5-летний риск, Фрамингемская шкала

http://www.chip.dk/Tools

Подсчет рисков ССЗ после коррекции липидного обмена. Пример

1. Age: 55 yr
Возраст

2. Gender: Male Female
Пол

3. Previous smoker? Yes No
Курение ранее

4. Smoker? Yes No
Курение сейчас

5. Family CVD history? Yes No
ССЗ анамнез

6. Diabetes? Yes No
Диабет

7. LVH visible on ECG? Yes No
ГЛЖ на ЭКГ

8. Abacavir treatment? Yes No
Прием абакавира

9. PI exposure: 5 yr
ИП/р – длит-ть приема

10. NRTI exposure: 5 yr
Прием НИОТ

11. BP lowering treatment? Yes No
Препараты для лечения арт.гипертензии

12. CD4 cell count: 450 Cells/µL
Кол-во CD4

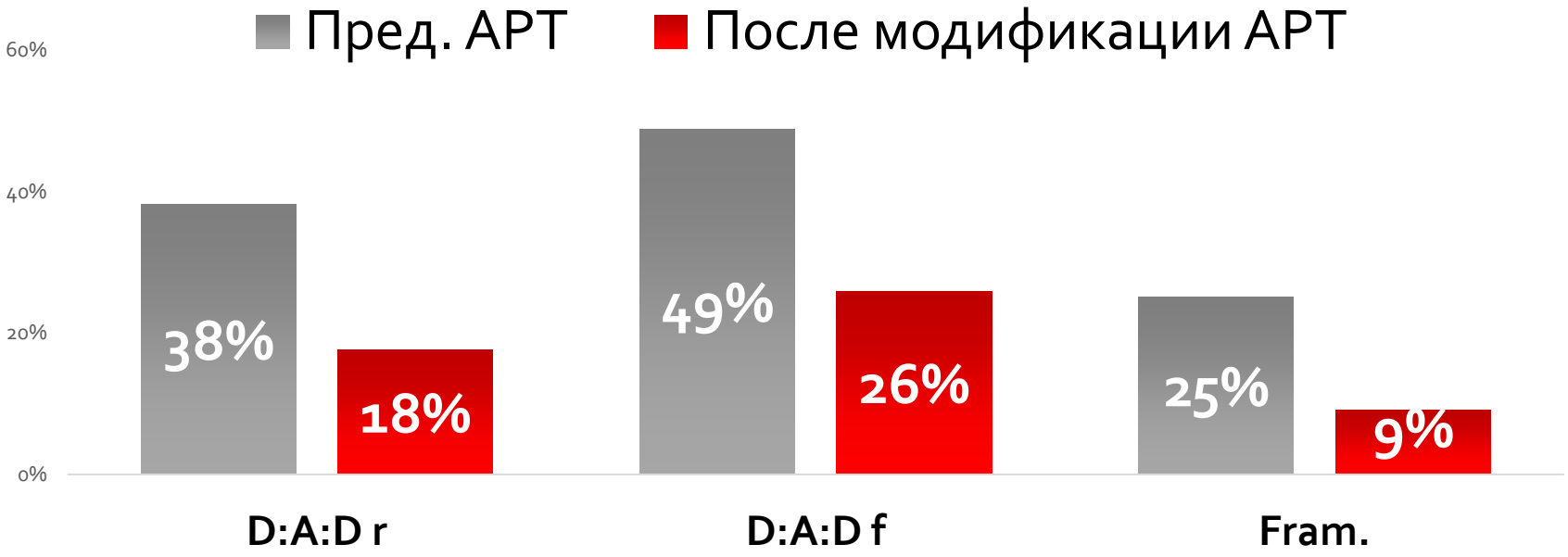
13. Systolic blood pressure: 140 mmHg
Систол. АД

14. Total cholesterol: 4 mmol/L
Общий холестерин

15. HDL: 1.5 mmol/L
ЛПВП

http://www.chip.dk/Tools

Уменьшение риска ССЗ после коррекции липидного обмена



D:A:D (R) - *5-летний риск ССЗ по шкале D:A:D без учета АРТ*

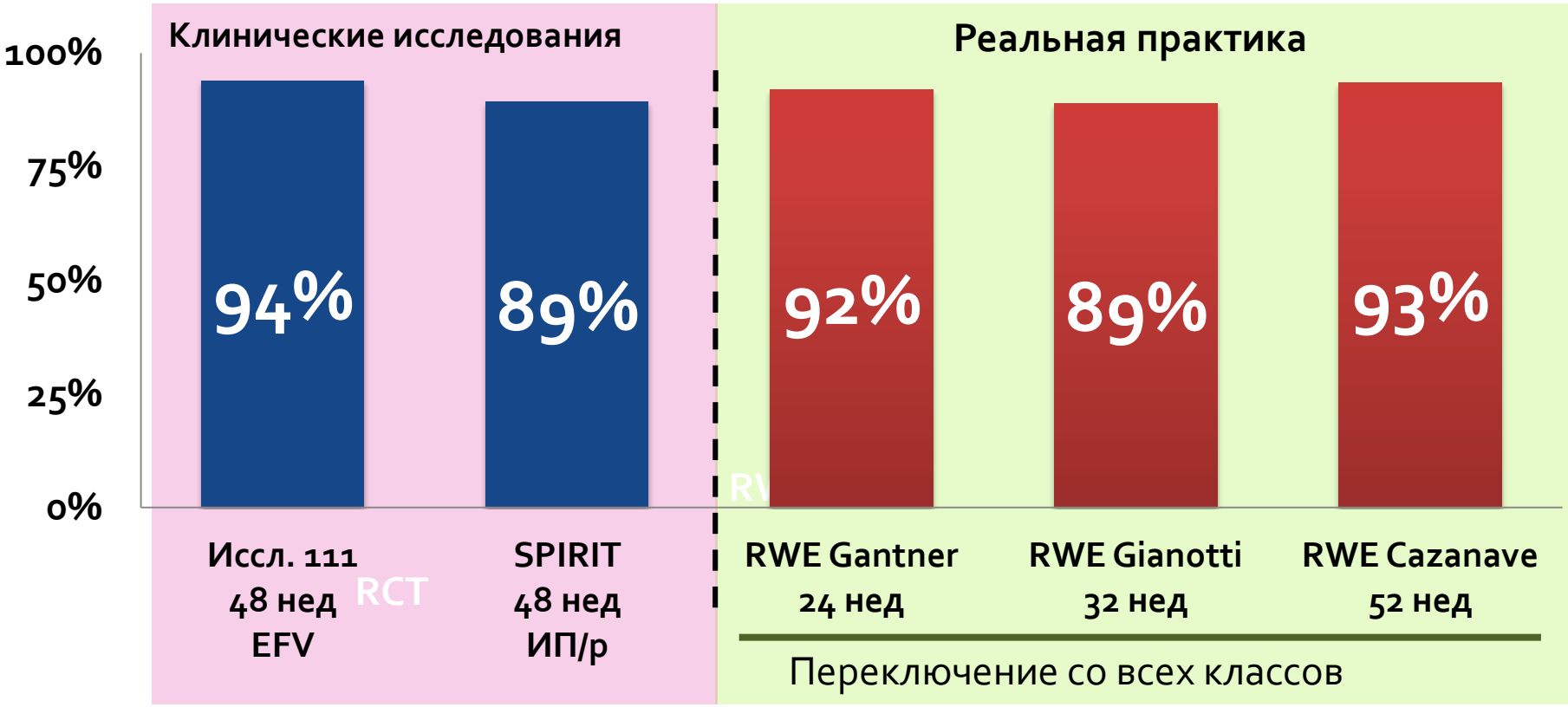
D:A:D (F) - *5-летний риск ССЗ по шкале D:A:D с учетом АРТ*

Framingham 5 year result -*5-летний риск, Фрамингемская шкала*

http://www.chip.dk/Tools

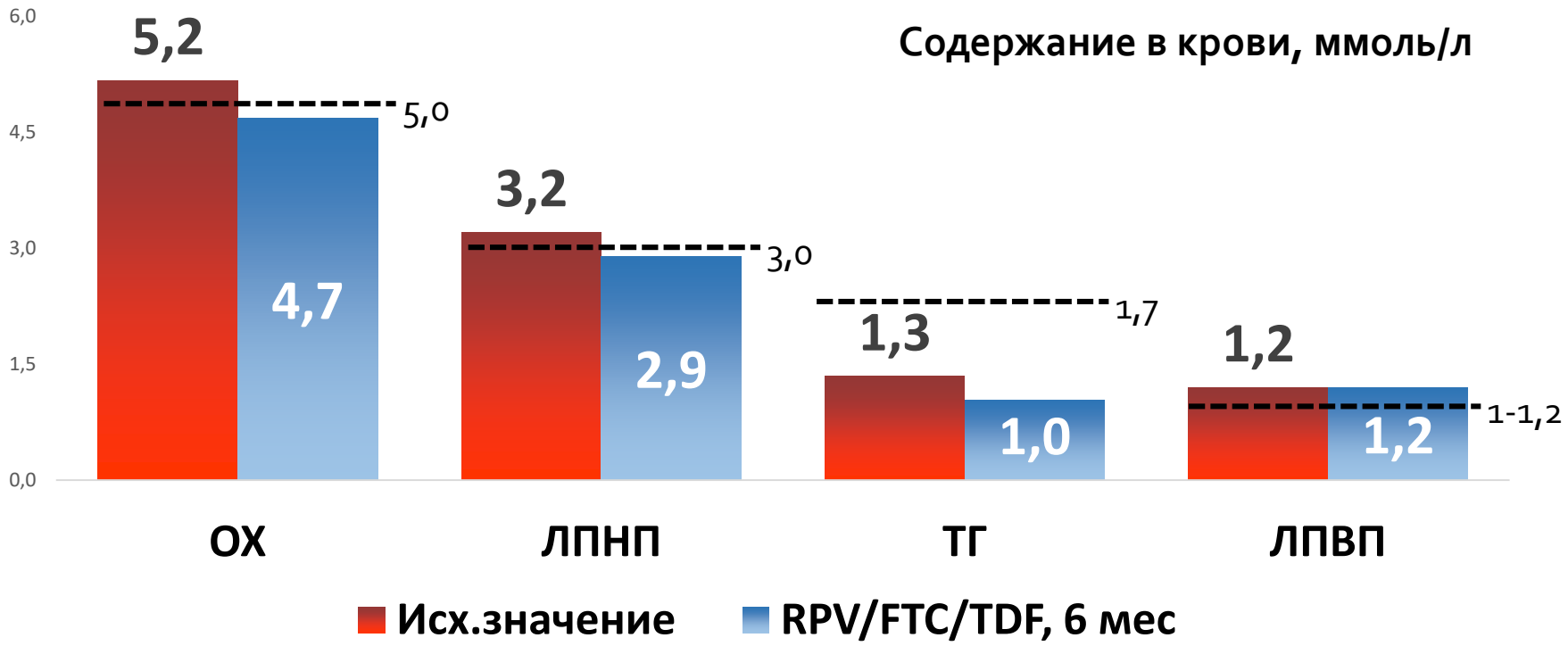
Реальная практика подтверждает эффективность RPV/FTC/TDF после переключения, достигнутую в клинических исследованиях

% пациентов с вирусологической супрессией (РНК ВИЧ-1 < 50 коп/мл)



1. Mills et al. HIV Clin Trials. 2013 Sep-Oct;14(5):216-23. 2. Palella et al. AIDS. 2014 Jan 28;28(3):335-44.. 3. Gantner P. et al. Switching to FTC, TDF and RPV as STR in VS HIV-1-infected patients: a cohort study. *HIV Medicine*, 2014; 4. Gianotti N. et al. *J Int AIDS Soc*, 2015, 18;20037; 5. Cazanave C. et al. *Open Forum Infect Dis*, 2015, 12, 2(1)

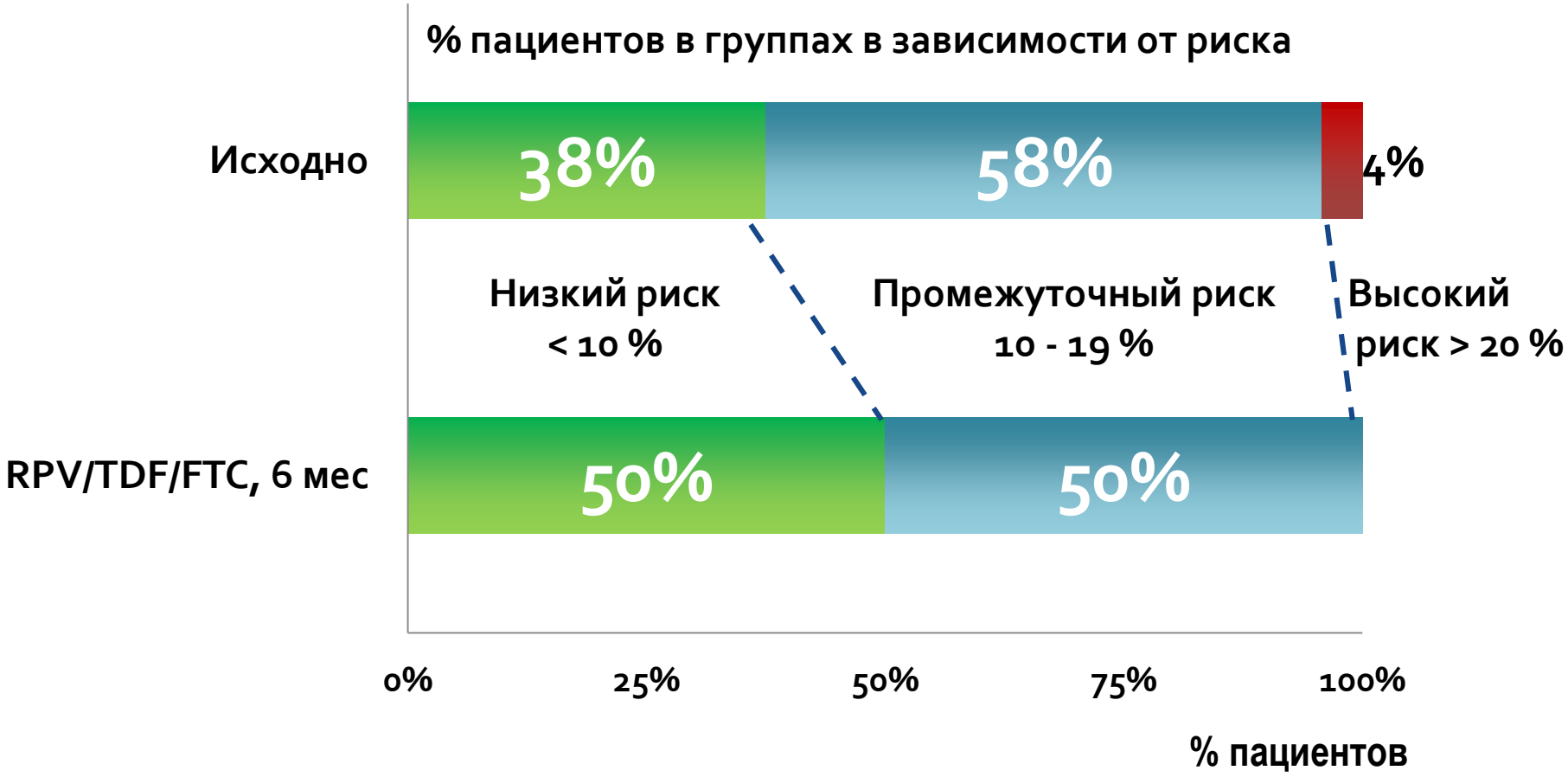
Прием RPV/FTC/TDF сопровождается снижением уровня проатерогенных липидов



Пунктирной линией обозначены целевые значения параметров у пациентов с умеренным риском ССЗ согласно рекомендациям РКО «Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза (5 пересмотр)»

Cazanave C. et al. *Open Forum Infect Dis*, 2015, 12, 2(1)

Переключение с ИП/р на RPV/FTC/TDF: изменение сердечно-сосудистого риска



Cazanave C. et al. *Open Forum Infect Dis*, 2015, 12, 2(1)

Наблюдательное исследование SCOLTA: RPV vs ингибиторы интегразы – влияние на липидный профиль

490 пациентов - 122 женщины (24,9%)

средний возраст - 47,3 года (±10,1),

среднее количество CD4+ 653 (±345) клеток/мкл.

Исходно сахарный диабет - у 23 больных (4,7%),

47 (9,6%) пациентов получали терапию статинами и

5 (1,0%) - фибратами.

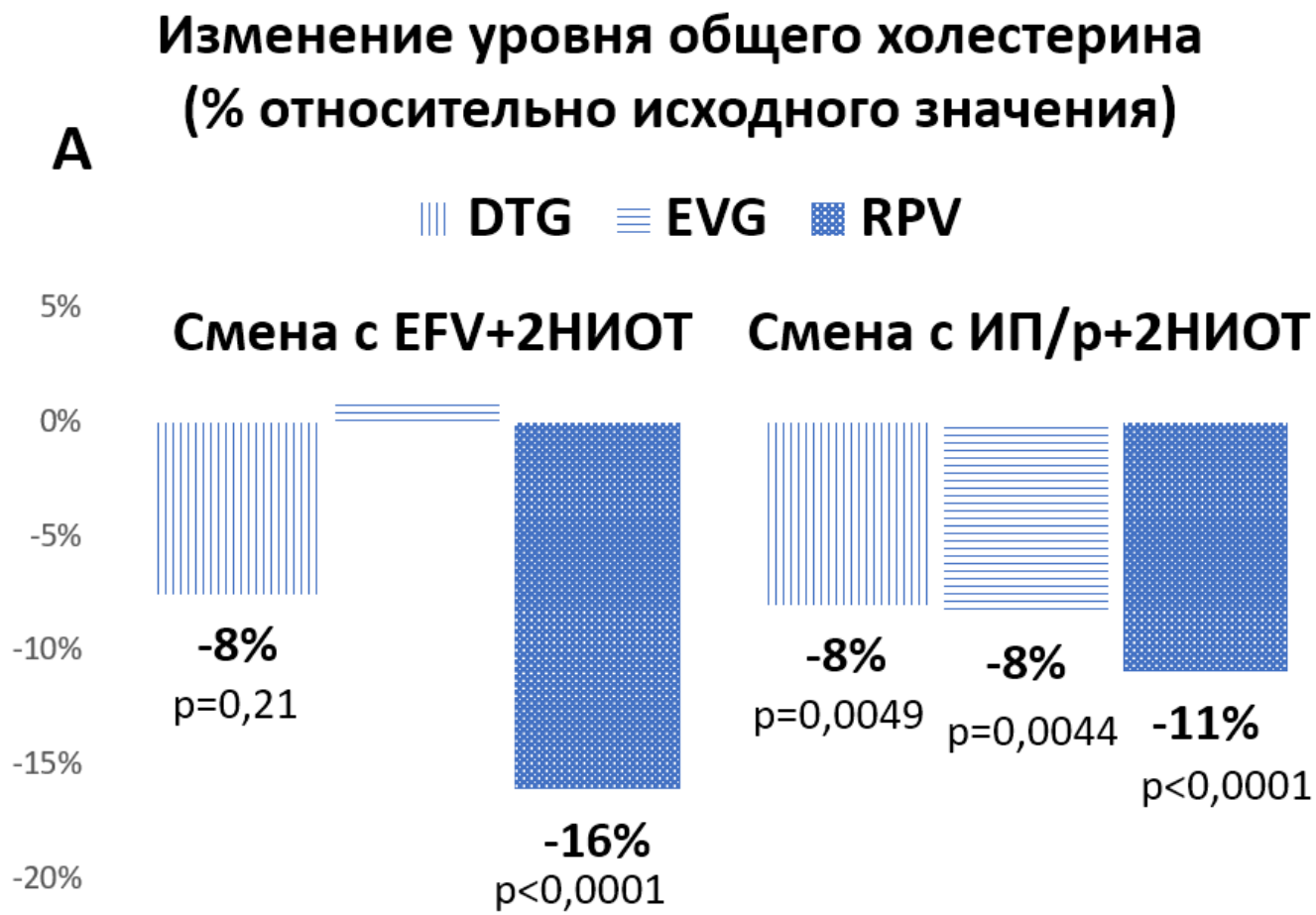
Taramasso et al. BMC Infect Dis. 2018 Jul 31;18(1):357. doi: 10.1186/s12879-018-3268-5.

Наблюдательное исследование SCOLTA: RPV vs ингибиторы интегразы – влияние на липидный профиль

	Смена АРТ с EFV + 2 НИОТ			Смена АРТ с ИП/р + 2 НИОТ		
	DTG	EVG	RPV	DTG	EVG	RPV
Пациентов (n=490)	56 (11,4%)	20 (3,9%)	118 (23,9%)	87 (17,6%)	87 (17,7%)	125 (25,5%)
ОХ (ммоль/л)	198,5	207,4	196,5	209,9	203,7	189,2
ЛПНП (ммоль/л)	117	128,2	120,3	126	123,5	111,1
ТГ (ммоль/л)	114	126,5	109	142	150	117

Taramasso et al. BMC Infect Dis. 2018 Jul 31;18(1):357. doi: 10.1186/s12879-018-3268-5.

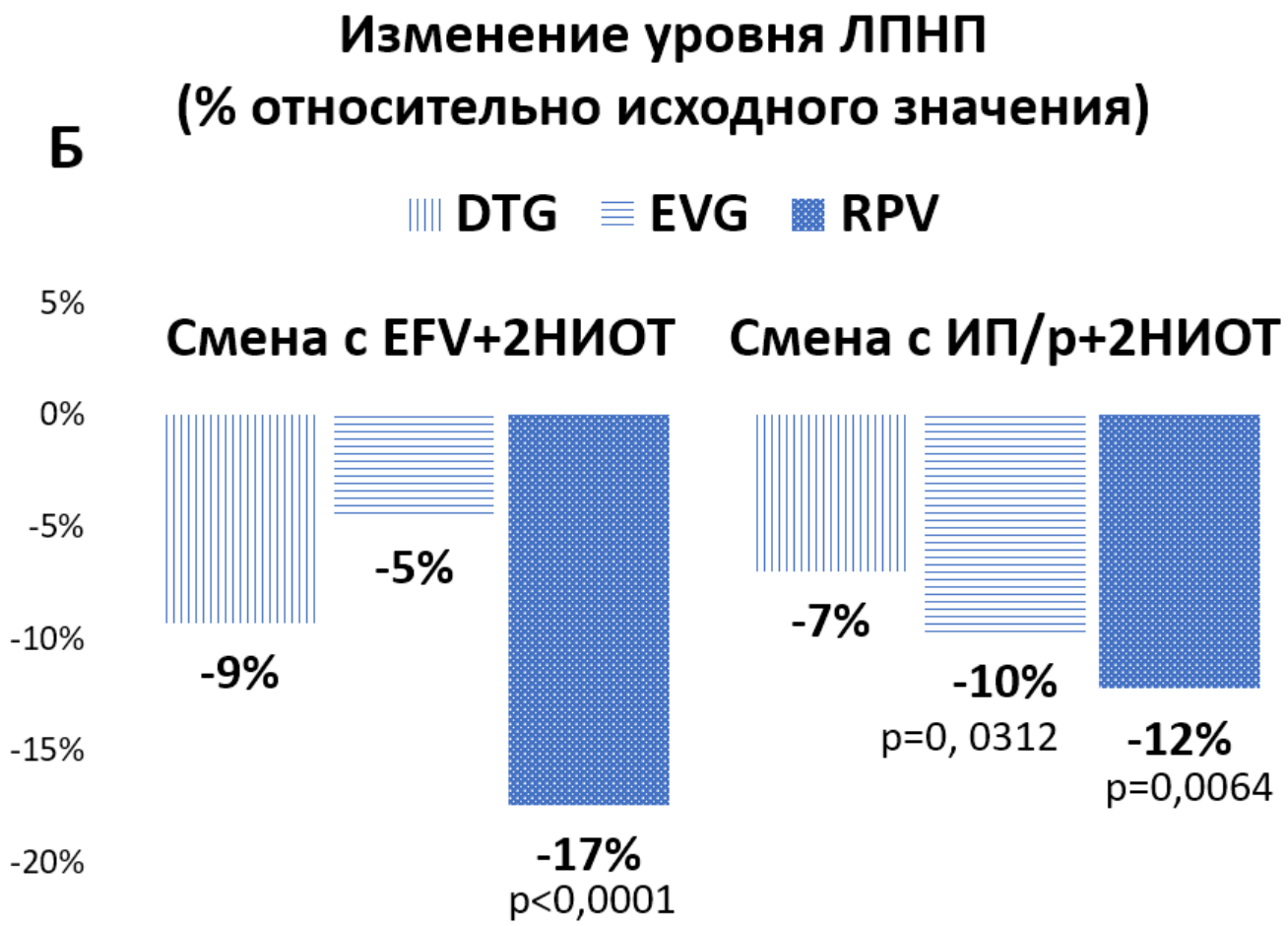
RPV vs ингибиторы интегразы в снижении уровня проатерогенных липидов



Данные реальной клинической практики

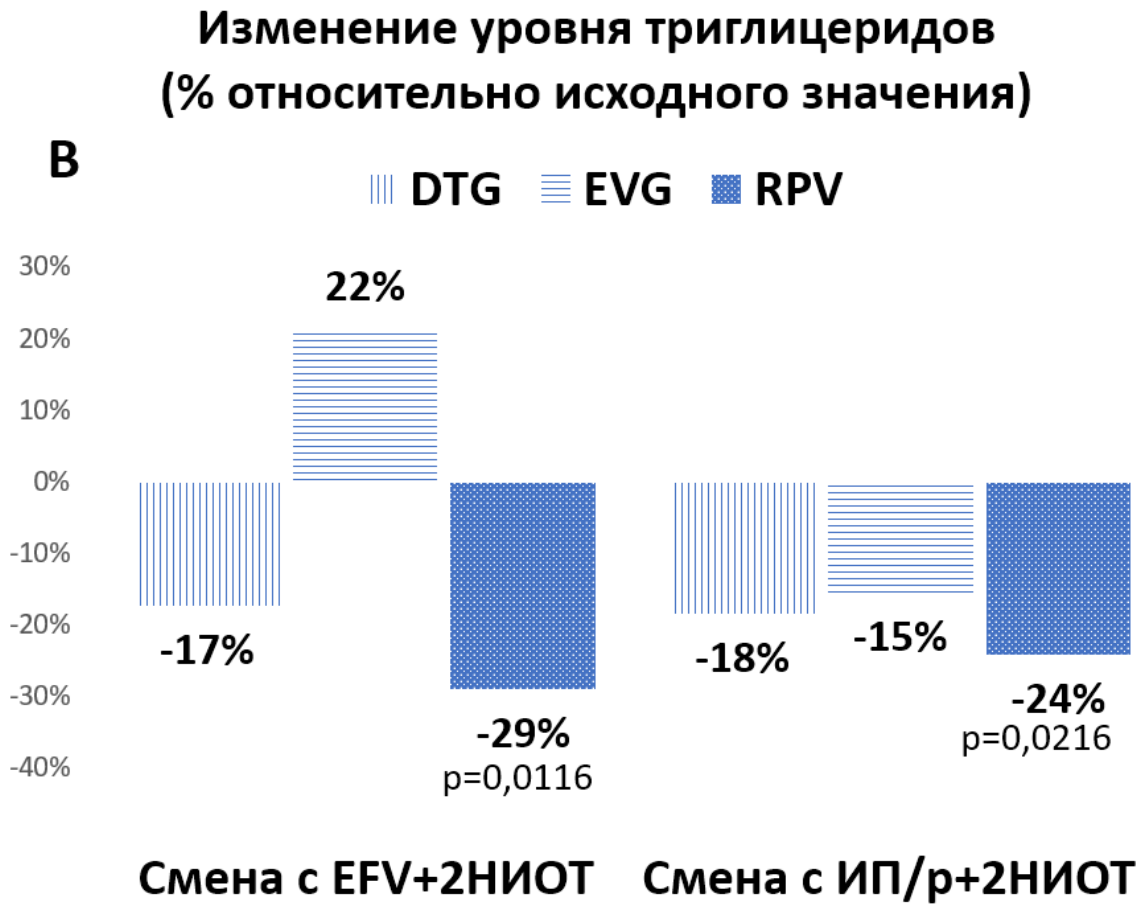
Taramasso et al. BMC Infect Dis. 2018 Jul 31;18(1):357. doi: 10.1186/s12879-018-3268-5.

RPV vs ингибиторы интегразы в снижении уровня проатерогенных липидов



Taramasso et al. BMC Infect Dis. 2018 Jul 31;18(1):357. doi: 10.1186/s12879-018-3268-5.

RPV vs ингибиторы интегразы в снижении уровня проатерогенных липидов



Taramasso et al. BMC Infect Dis. 2018 Jul 31;18(1):357. doi: 10.1186/s12879-018-3268-5.

RPV vs ингибиторы интегразы в снижении уровня проатерогенных липидов

- Замена метаболически неблагопритяных препаратов несомненно дает преимущества – значительно улучшается липидный профиль
- При сравнении ингибиторов интегразы и RPV максимальные изменения были выявлены при смене терапии на RPV.
- В группах пациентов, принимавших ингибиторы интегразы (DTG или EVG) снижения уровней проатерогенных липидов оказались выборочными
- В пациентов, принимавших RPV, были зарегистрированы статистически значимые снижения уровней всех проатерогенных липидов независимо от класса предшествующей АРТ (EFV или ИП/р).

Taramasso et al. BMC Infect Dis. 2018 Jul 31;18(1):357. doi: 10.1186/s12879-018-3268-5.

RPV/TDF/FTC сочетается с большинством липид-снижающих препаратов

		ATV/r	DRV/r	LPV/r	EFV	ETV	NVP	RPV	MVC	DTG	RAL	ABC	FTC	3TC	TDF	ZDV	E/C/F/TAF	E/C/F/TDF
Statins	Atorvastatin	↑	↑	↑490%	↓43%	↓37%	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↑
	Fluvastatin	↔	↔	↔	↑	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↑
	Lovastatin	↑	↑	↑	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↑
	Pravastatin	↔	↑81%	↔	↓44%	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↑
	Rosuvastatin	↑213%	↑48%	↑107%	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑ 38%	↑ 38%
	Simvastatin	↑	↑	↑	↓68%	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↑
Fibrates	Bezafibrate	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	Clofibrate	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑⇑	↔	↔	↑⇑
	Fenofibrate	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	Gemfibrozil	↓	↓	↓41%	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	Ezetimibe	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔

https://www.hiv-druginteractions.org/treatment_selectors Дата доступа 10.09.2018

RPV/TDF/FTC сочетается с большинством антигипертензивных препаратов и АРТ

		ATV/r	DRV/r	LPV/r	EFV	ETV	NVP	RPV	MVC	DTG	RAL	ABC	FTC	3TC	TDF	ZDV	E/C/F/TAF	E/C/F/TDF
ACE Inhibitors	Cilazapril	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	Enalapril	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	Lisinopril	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	Perindopril	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	Quinapril	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	Ramipril	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	Trandolapril	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Angiotensin Antagonists	Candesartan	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	Irbesartan	↓	↓	↓	↑	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↓	↓
	Losartan	↓[a]	↓[a]	↓[a]	↑[b]	↑[b]	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↓[a]	↓[a]
	Olmesartan	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	Telmisartan	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	Valsartan	↑	↑	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
β Blockers	Atenolol	↔[d]	↔	↔[d]	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	Bisoprolol	↑[d]	↑	↑[d]	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↑
	Carvedilol	↑↓[d]	↑↓	↑↓[d]	↑↓	↑↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↑
	Metoprolol	↑[d]	↑	↑[d]	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↑
	Propranolol	↑[d]	↑	↑[d]	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↑

https://www.hiv-druginteractions.org/treatment_selectors Дата доступа 10.09.2018

RPV/TDF/FTC сочетается с большинством гормональных per os контрацептивов

		ATV/c	ATV/r	DRV/c	DRV/r	LPV/r	EFV	ETV	NVP	RPV	MVC	DTG	EVG/c	RAL	ABC	FTC	3TC	TAF	TDF	ZDV
Эс	этинилэстрадиол (КОК, ТП, ВК)	↔	↓19%[a]	↓30%	↓44%[b]	↓42%[b]	↔[c]	↑22%	↓20%	↑14%	↔	↑3%	↓25%[d]	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Прогестины	дезогестрел (КОК)	↑	↑[e,a]	↑	↑[f]	↑[f]	↓[g]	↓	↓	↔	↔	↔	↑[d,e]	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	дезогестрел (ТТП)	↑	↑	↑	↑	↑	↓[g]	↓	↓	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	дроспиренон (КОК)	↑	↑[e,a]	↑[f]	↑[f]	↑[f]	↓[g]	↓	↓	↔	↔	↔	↑[d,e]	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	этоногестрел (ИП)	↑	↑	↑	↑	↑52%	↓63%[g]	↓	↓	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	этоногестрел (ВК)	↑	↑[h]	↑	↑[h]	↑[h]	↓[g]	↓	↓	↔	↔	↔	↑[h]	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	гестодин (КОК)	↑	↑[e,a]	↑	↑[f]	↑[f]	↓[g]	↓	↓	↔	↔	↔	↑[d,e]	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	левоноргестрел (КОК)	↑	↑[e,a]	↑	↑[f]	↑[f]	↓[g]	↓	↑	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	левоноргестрел (ИП)	↑	↑	↑	↑	↑	↓47%[g]	↓	↑14%	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	левоноргестрел (ТТП)	↑	↑	↑	↑	↑	↓[g]	↓	↑	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	левоноргестрел (ВПС)	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	медроксипрогесте-рон (ИТП)	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	норэлгестромин (ТП)	↑	↑[e,a]	↑	↑[f]	↑83%[f]	↓[g]	↓	↓	↔	↔	↔	↑[d,e]	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	норэтистерон (КОК)	↑	↑[e,a,i]	↑	↓14%[f]	↓17%[f]	↓[g]	↓5%	↓19%	↓11%	↔	↔	↑[d,e]	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	норэтистерон (ИТП)	↔	↔	↔	↔	↔	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	норэтистерон (ТТП)	↑	↑50%	↑	↑50%	↑50%	↓[g]	↓	↓	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	норгестимат (КОК)	↑	↑85%[e,a]	↑	↑[f]	↑[f]	↓64%[g]	↓	↓	↔	↔	↔	↑126%[d,e]	↑14%	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	норгестрел (КОК)	↑	↑[e,a]	↑	↑[f]	↑[f]	↓[g]	↓	↑	↔	↔	↔	↑[d,e]	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Другие	левоноргестрел (ЭК)	↑[j]	↑[j]	↑[j]	↑[j]	↑[j]	↓58%[k]	↔	↔	↔	↔	↔	↑[j]	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	мифепристон	↑[j]	↑[j]	↑[j]	↑[j]	↑[j]	↓	↓	↓	E[j]	E[j]	↔	↑[j]	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	улипристал	↑[j]	↑[j]	↑[j]	↑[j]	↑[j]	↓[l]	↓[l]	↓[l]	↔	↔	↔	↑[j]	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔

клинически значимых взаимодействий не ожидается
эти препараты не должны применяться одновременно
вероятно взаимодействие, при котором может потребоваться тщательное наблюдение, изменение дозировки препарата или времени приема
вероятно взаимодействие небольшой интенсивности. Дополнительных действий, наблюдения или изменения дозировки не требуется.

EACS 9.0 guidelines, 2017. http://www.eacsociety.org/files/guidelines_9.0-russian.pdf

Женщины и дети

24-го октября 2016 года RPV/TDF/FTC одобрена к применению у детей старше 12 лет

Противопоказания:

1. Повышенная чувствительность к рилпивирину, тенофовиру, эмтрицитабину и/или другим компонентам препарата

2. Детский возраст до ~~18~~ 12 лет

3. … (см. инструкцию)

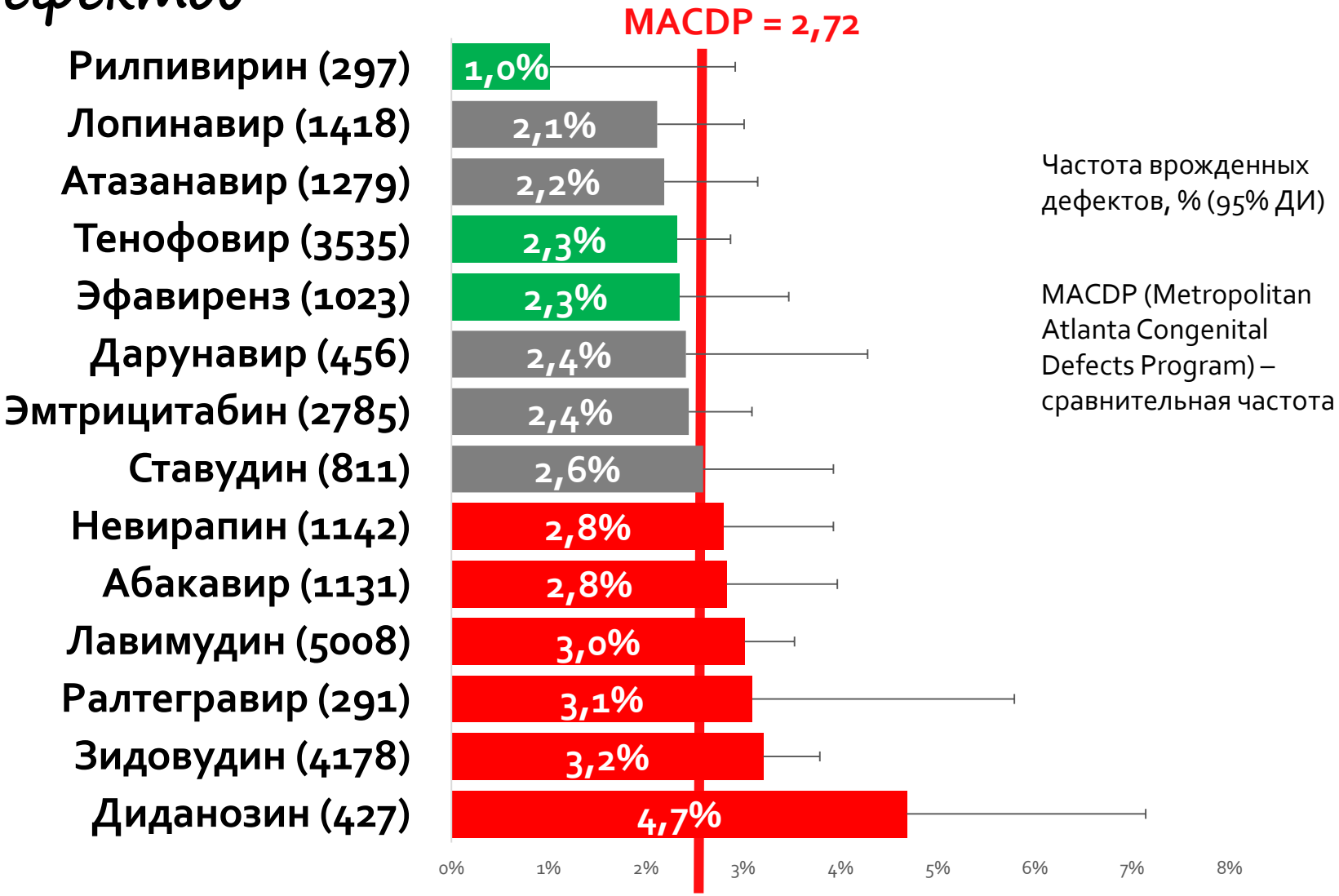
Инструкция по применению лекарственного препарата Эвиплера, ЛП-002324 (от 24-го октября 2016-го года)
Перечислены не все противопоказания, остальные указаны в инструкции по применению лекарственного препарата Эвиплера

Международный регистр применения АРВП во время беременности

- Международное, проспективное, регистрационное исследование, проводимое с 1989 года для сбора данных об исходах беременности и пороках развития среди ВИЧ-инфицированных женщин, получающих АРВ терапию
- Данные о пациентах с сохранением конфиденциальности предоставляются лечащим врачом добровольно
- Для оценки пороков развития, необходимо не менее 200 детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, получавших АРВ терапию в 1-м триместре беременности, т.к. это кол-во позволяет выявить риск, в 2.2 раза превышающий частоту пороков развития в общей популяции, которая составляет 3%.
- Когорта 1000 детей позволяет выявить риск в 1.5 раза превышающий риск в общей популяции

http://www.apregistry.com/ **Дата доступа 10.09.2018**

Прием RPV/TDF/FTC в первом триместре не приводит к увеличению частоты врожденных дефектов



THE ANTIRETROVIRAL PREGNANCY REGISTRY. 1 JANUARY 1989 THROUGH 31 Jan 2018 (Issued: June 2018) (Expiration: 6 months after issue)

Классификация FDA риска применения АРВП во время беременности

Категория А: Контролируемые исследования не показали риска для плода

Категория В
Нет доказательств риска у людей
- Didanosine, Emtricitabine, Tenofovir
- Etravirine, Nevirapine, **Rilpivirine**
- Atazanavir/r, Nelfinavir, Ritonavir, Saquinavir/r
- Enfuvirtide, Maraviroc

Категория С
Нельзя исключить наличия риска
Abacavir, Lamivudine, Stavudine, Zidovudine
Darunavir/r, Fosamprenavir/r, Indinavir/r, Lopinavir/r, Tipranivir
Raltegravir

Категория D
Есть доказательства риска.
Efavirenz

Анализ FDA основан на тератогенном потенциале препаратов, как для людей, так и для животных. Необходимо учитывать клинические данные для принятия решения

1.DHHS guidelines: Recommendations for Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant HIV-1-Infected Women for Maternal Health and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States, 07,2016

Выбор антиретровирусных препаратов у беременных

Альтернативные. Третий препарат в схеме	
Дарунавир + ритонавир (DRV+ r)	Менее изучен, чем LPV/r и ATV+r
Саквинавир + ритонавир (SQV+r)	Противопоказан у беременных с нарушением сердечной проводимости
Невирапин (NVP)	С осторожностью у беременных с CD4>250 кл/мкл. Возможна РГЧ. Не рекомендуется в стартовой схеме АРВТ у беременных женщин, но возможно применение в ранее назначенной успешной схеме
Тенофовир / эмтрицитабин /рилпивирин (TDF/FTC/RPV)	**возможно применение в качестве ранее назначенной успешной схемы**
Ралтегравир (RAL)	- При невозможности назначить ИП и ННИОТ - При начале АРВТ на сроке > 32 недель, если ВН ³ 100 000 коп/мл у беременных с нормальными показателями трансаминаз – четвертым препаратом в схеме - Возможно продолжение применения в ранее назначенной успешной схеме

Клинические рекомендации. ВИЧ-инфекция: профилактика перинатальной передачи вируса иммунодефицита человека, 2017

Недостаточная приверженность

Руководство ВОЗ: предпочтительны ФКД с приемом 1 раз в сутки

4.4.2 Fixed-dose combinations and once-daily regimens

NEW

Recommendation

Fixed-dose combinations and once-daily regimens are preferred for antiretroviral therapy (strong recommendation, moderate-quality evidence).

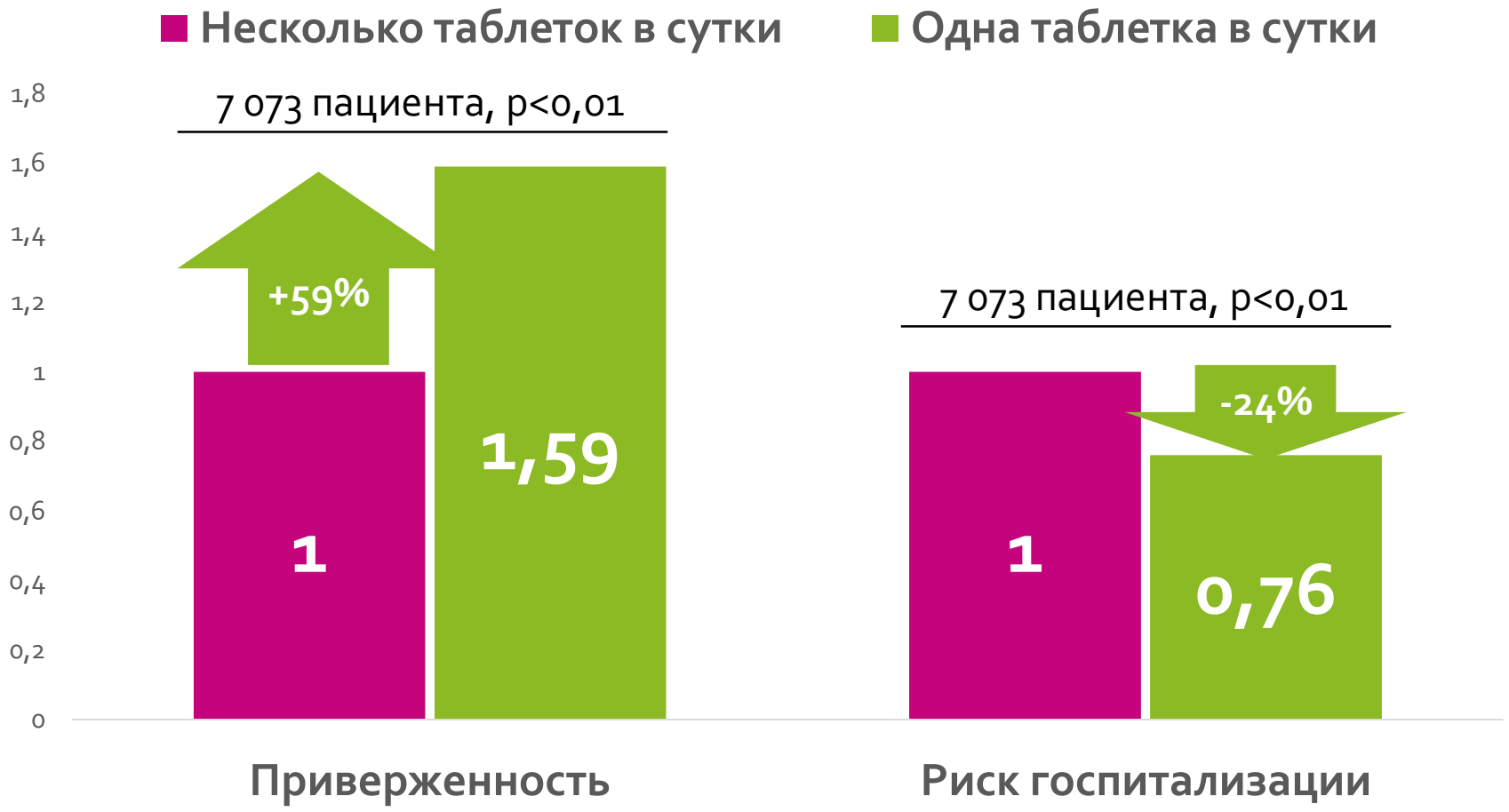
Background

WHO has recognized the potential benefits of FDCs and once-daily regimens for ART since 2003. FDCs are recommended by WHO in other disease areas such as TB and malaria as a way to improve adherence, simplify prescribing and procurement, and reduce prescribing errors *(298,299)*. New ARV drugs and formulations are available that support an expanded evidence base, allowing for a rigorous assessment of the clinical and programme impact of FDC once-daily regimens.

ФКД – фиксированная комбинация доз

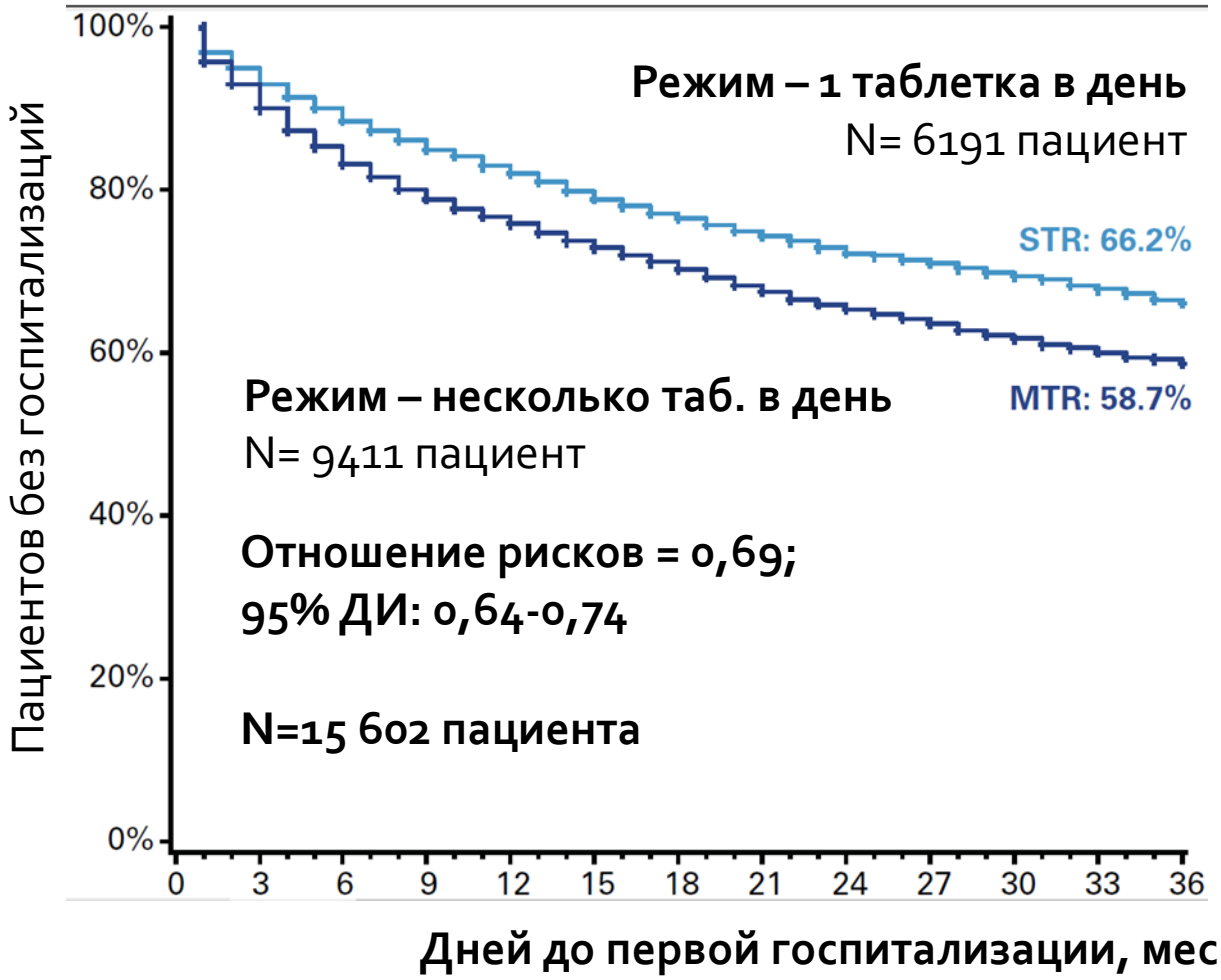
WHO. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection Recommendations for a public health approach - Second edition. June 2016. ISBN: 978 92 4 154968 4

АРТ в одной таблетке: значительно выше приверженность и меньше риск госпитализации ВИЧ-пациентов в сравнении с АРТ из нескольких таблеток



Sax et al. PLoS One. 2012;7(2):e31591. doi: 10.1371/journal.pone.0031591. Epub 2012 Feb 24

АРТ в одной таблетке: больше пациентов без госпитализации, дольше период до первой госпитализации

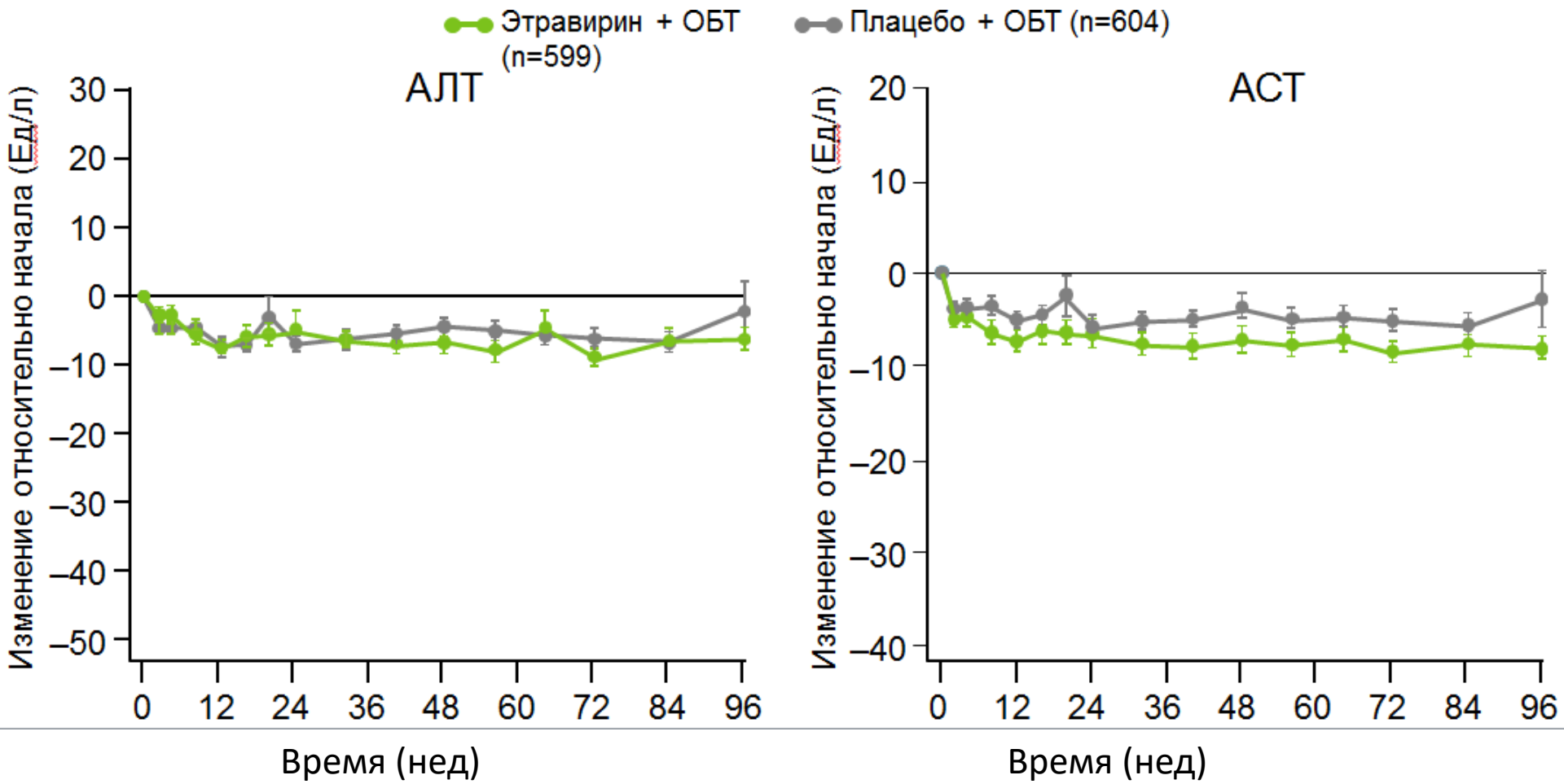


Sutton et al. Am J Manag Care. 2016 Apr;22(4):242-8.

Особые группы пациентов

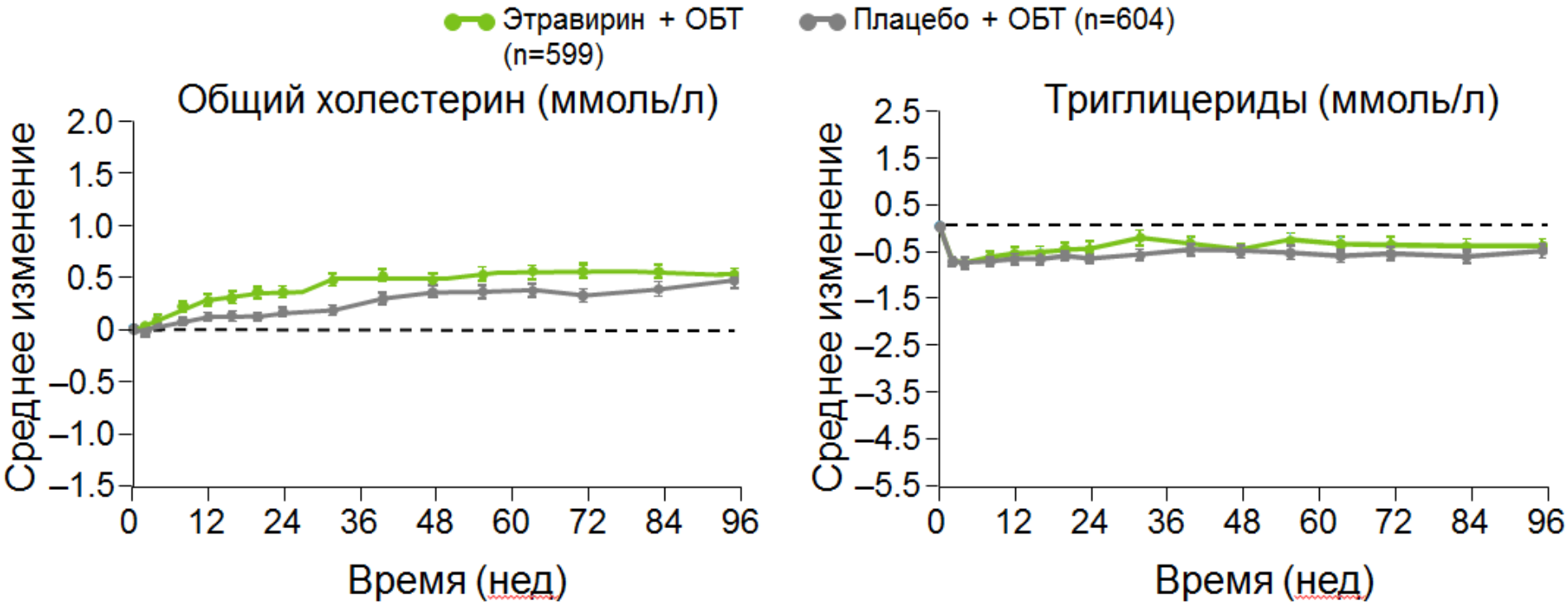
1. метаболические расстройства, пожилой возраст
2. беременность или возможность наступления беременности
3. Дети
4. недостаточная приверженность к АРТ
5. **Токсичность АРТ со стороны ЦНС**
6. **Нарушение функции печени**

Этравирин DUET 1&2: этравирин не обладает гепатотоксичностью



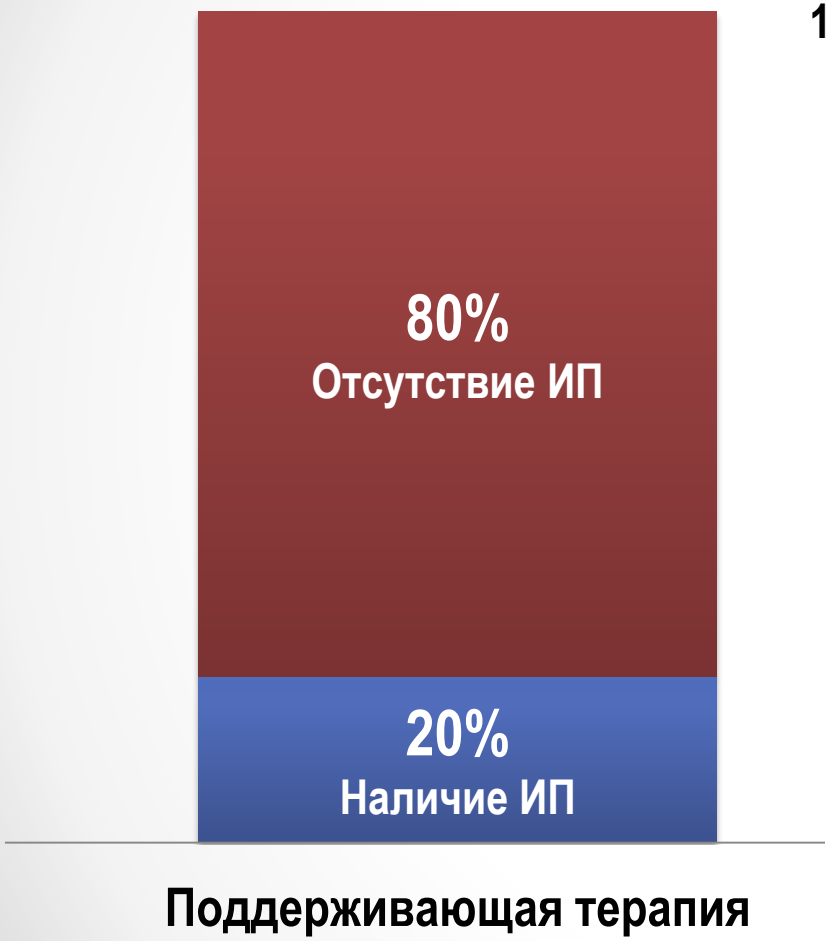
Campbell T, *et al. IAS Conference*, Cape Town 2009, #MOPEB038.

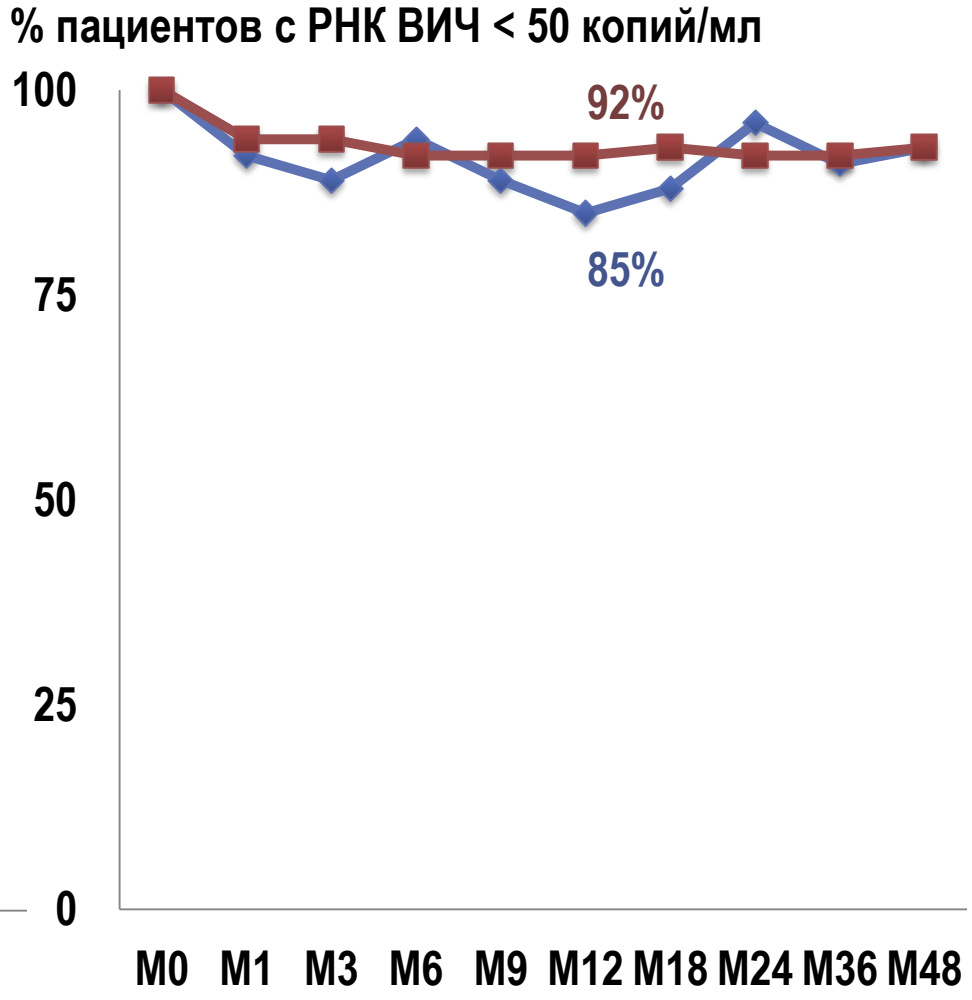
Этравирин DUET 1&2: этравирин не ухудшает липидный профиль



Campbell T, *et al. IAS Conference*, Cape Town 2009, #MOPEB038.

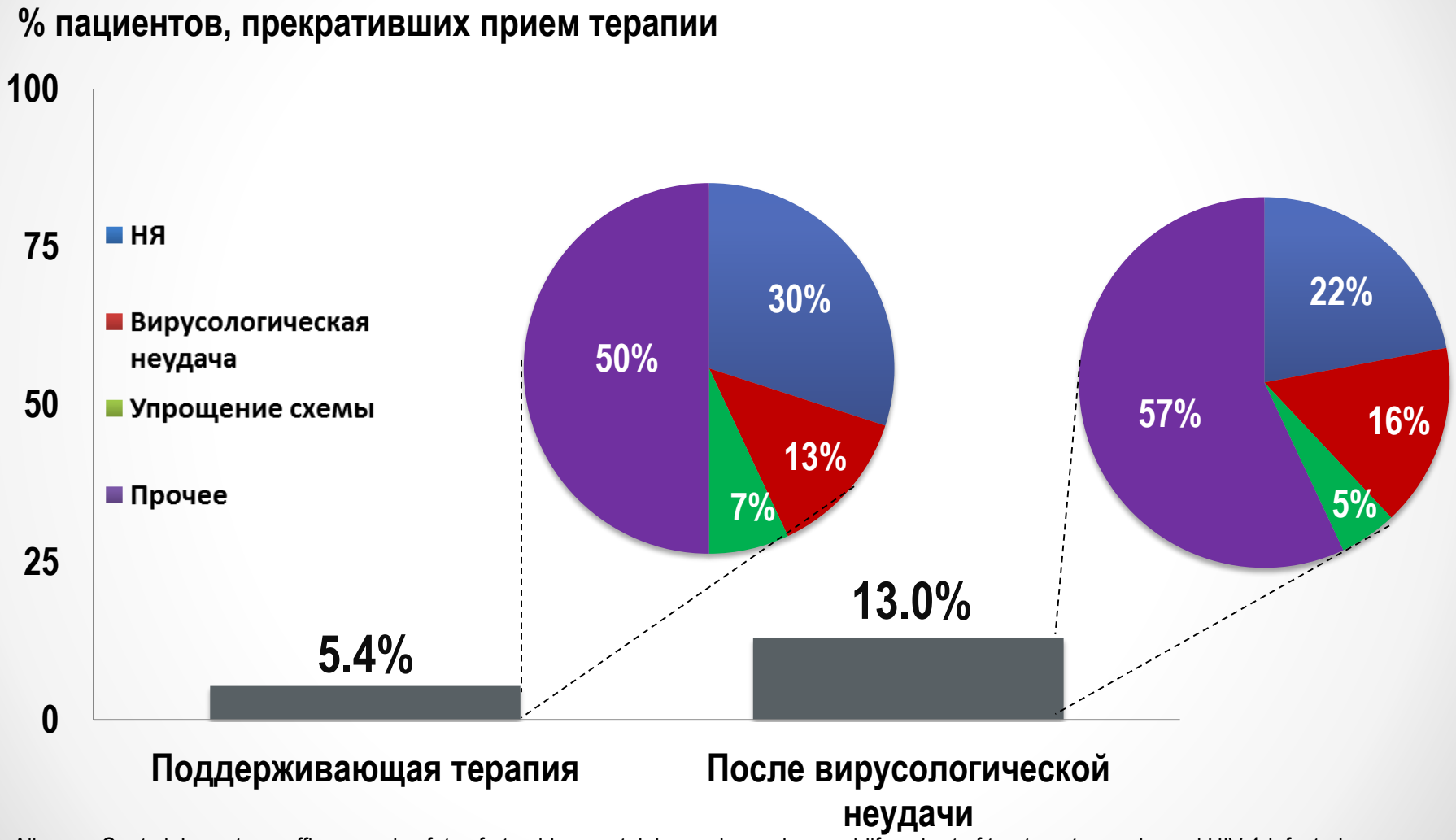
ИП в ETV-содержащей поддерживающей терапии:
Не влияет на уровень ответа





Allavena C. et al. Long-term efficacy and safety of etravirine-containing regimens in a real-life cohort of treatment-experienced HIV-1-infected patients. *Infectious Diseases,* 2016, 48(5), 392-398

Небольшая доля пациентов в обеих когортах прекратила прием этравирин-содержащей терапии



Allavena C. et al. Long-term efficacy and safety of etravirine-containing regimens in a real-life cohort of treatment-experienced HIV-1-infected patients. *Infectious Diseases,* 2016, 48(5), 392-398

Заключение

- Особые группы пациентов требуют особого подхода и индивидуального выбора АРТ
- Предпочтение следует отдавать метаболически благоприятным схемам
- Комбинация RPV/TDF/FTC оптимальна для лечения пациентов с метаболическими нарушениями, детей старше 12 лет и женщин детородного возраста
- Этравирин в комбинированный АРТ оптимален для пациентов с вирусологической неудачей, нарушением функции печени, метаболическими расстройствами и ЦНС НЯ на фоне АРТ