

---

# **Рациональное назначение АРВТ пациентам старше 40 лет – основа сохранения трудоспособности пациента**

***С.А.Бузунова***

***Санкт-Петербургский Центр по профилактике и борьбе со  
СПИД и инфекционными заболеваниями***

***г.Суздаль  
7 декабря 2016г***

# Проблема организации лечения ВИЧ-инфекции у пациентов старше 40 лет – рациональное назначение АРВТ с учетом сопутствующей патологии:

---

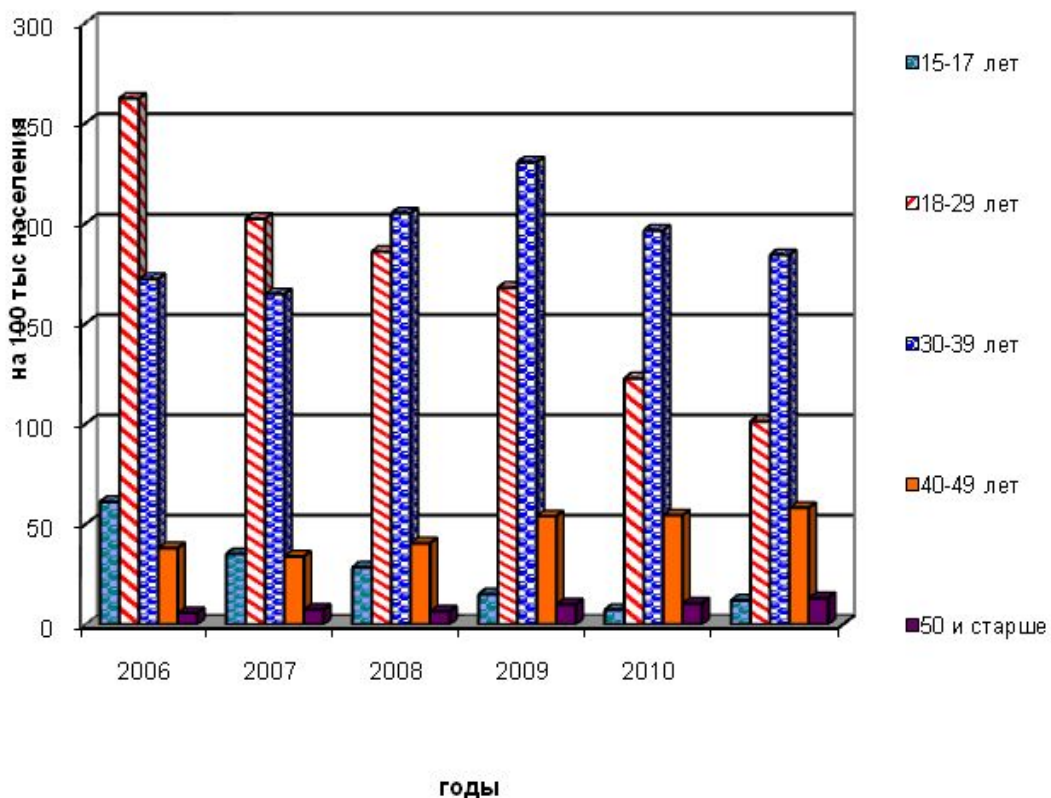
Увеличение продолжительности жизни ЛЖВ благодаря современной АРВТ, способствует развитию «возрастной» патологии, прежде всего, заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Кроме того, ВИЧ-инфекция является самостоятельным независимым фактором более раннего развития различных хронических соматических заболеваний, напрямую не связанных с вирусом.

## Новые задачи для инфекционистов:

- Оптимизация диспансерного наблюдения и лечения ЛЖВ старших возрастных групп с учетом наличия причин возникновения «возрастной» патологии.
- Индивидуальный подход к назначению АРВТ с учетом «старения» популяции ВИЧ-инфицированных пациентов, наличия соматических заболеваний, профиля лекарственного взаимодействия АРВП и препаратов для лечения сопутствующей патологии.
- Учет характера течения сопутствующих заболеваний и их влияние на качество жизни ЛЖВ при оценке эффективности АРВТ (помимо показателей РНК ВИЧ и CD4-лимфоцитов).
- Профилактика ранней инвалидизации и длительное сохранение трудоспособности пациентов с ВИЧ-инфекцией старше 40 лет.

## Заблеваемость ВИЧ-инфекцией в различных возрастных группах

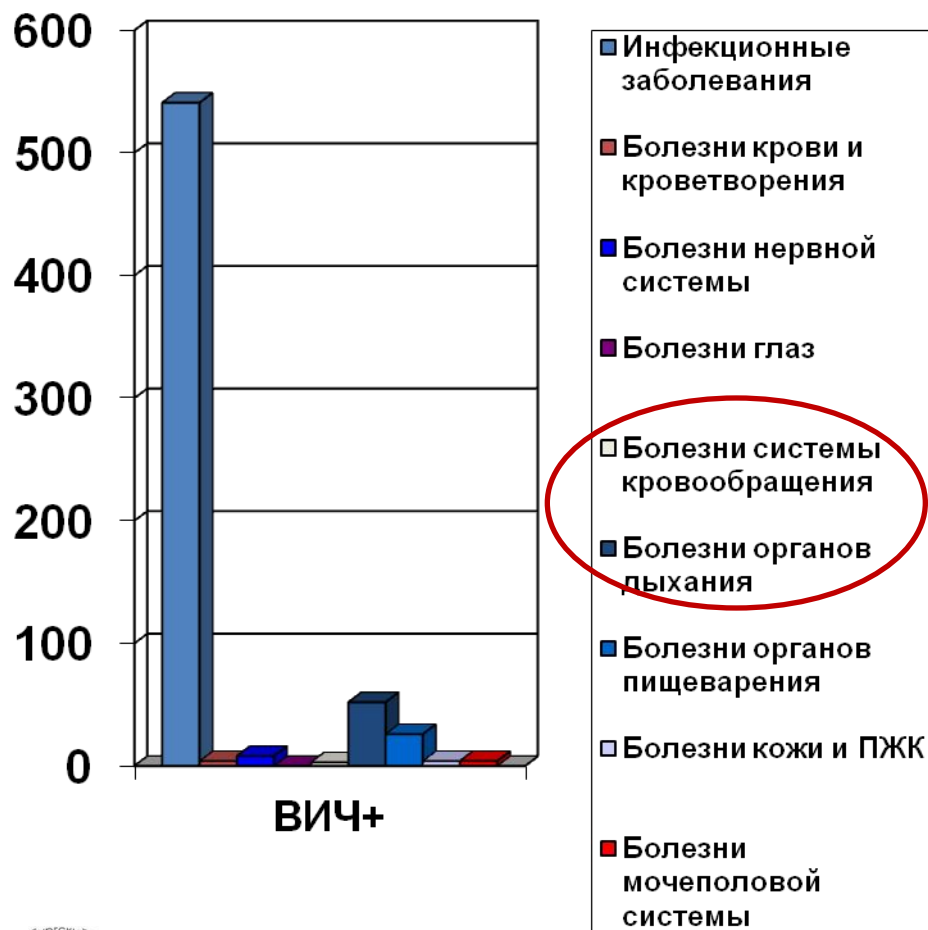


## Частота выявления ВИЧ-инфекции у лиц, старше 30 лет

<b>2005</b>	<b>26,6%</b>
<b>2006</b>	<b>37,8%</b>
<b>2007</b>	<b>42,6%</b>
<b>2008</b>	<b>52,1%</b>
<b>2009</b>	<b>56,3%</b>
<b>2010</b>	<b>62,0%</b>
<b>2011</b>	<b>66,6%</b>
<b>2012</b>	<b>68,1%</b>
<b>2013</b>	<b>70,4%</b>
<b>2014</b>	<b>73,9%</b>
<b>2015</b>	<b>79,5%</b>



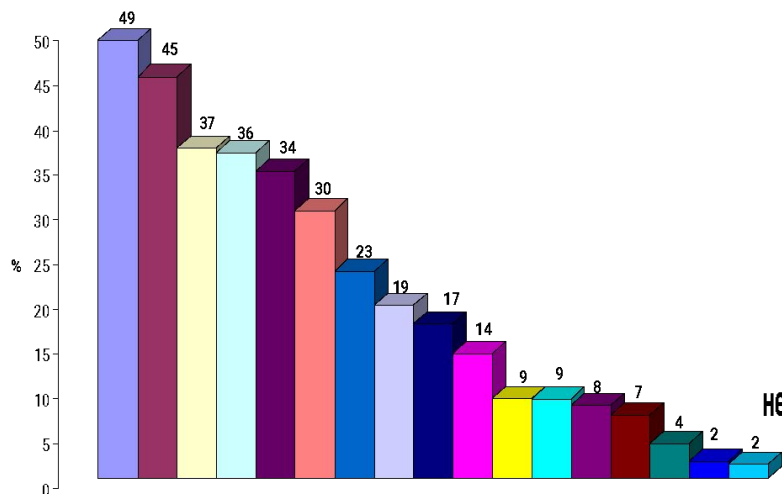
# Среднее количество случаев временной нетрудоспособности по причинам нетрудоспособности в 2008-2013 гг.



# Средняя продолжительность случая временной нетрудоспособности у ВИЧ-инфицированных лиц и в общей популяции (в днях)

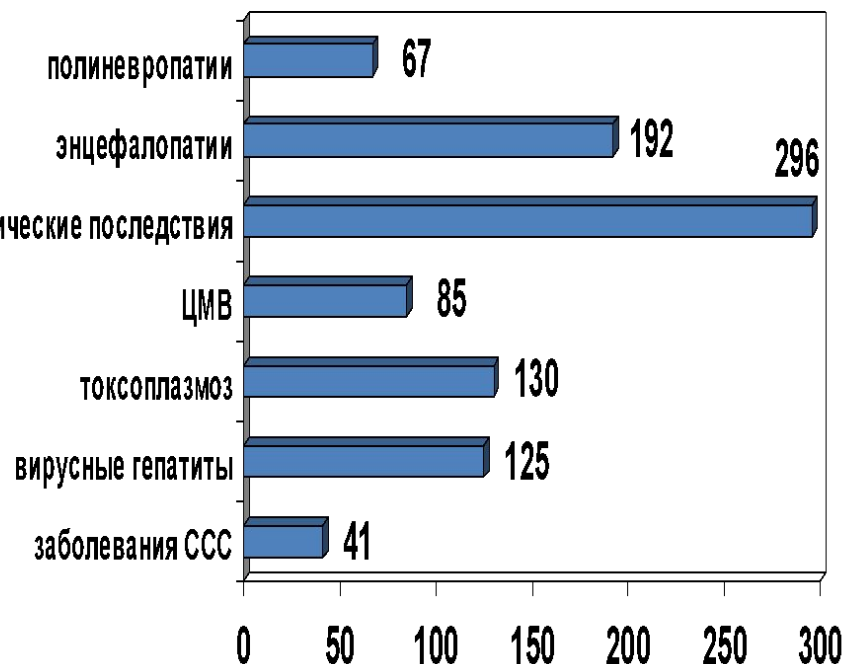


# Сопутствующая патология у пациентов с ВИЧ

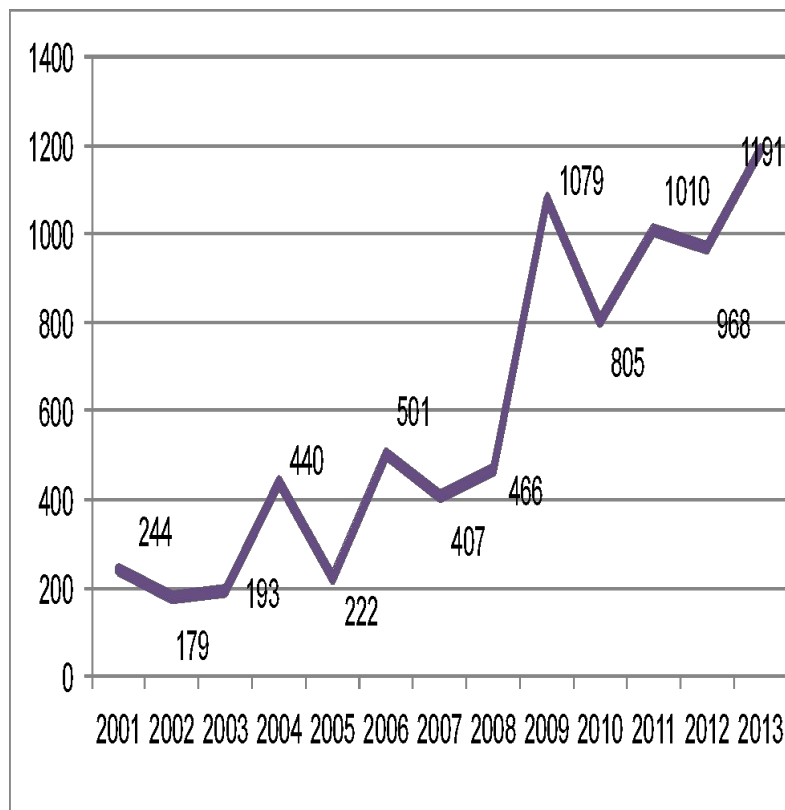


- Заболевания ЖКТ
- Заболевания костной системы
- Заболевания легочной системы
- Гепатит С
- Артериальная гипертензия
- Гиперлипидемия
- Ожирение/метаболический синдром
- Гепатит В
- Отягощенная наследственность по ССЗ
- Заболевания мочеполовой системы
- Ишемическая болезнь сердца
- Тяжелая артериальная гипертензия
- Сахарный диабет
- Туберкулез
- Тахикардия
- Инсульт
- Инфаркт миокарда

Структура причин стойкой нетрудоспособности при направлении пациентов на МСЭ, 2008-14г.



# Количество пациентов, умерших с ВИЧ-инфекцией в СПб 2001-2013 г

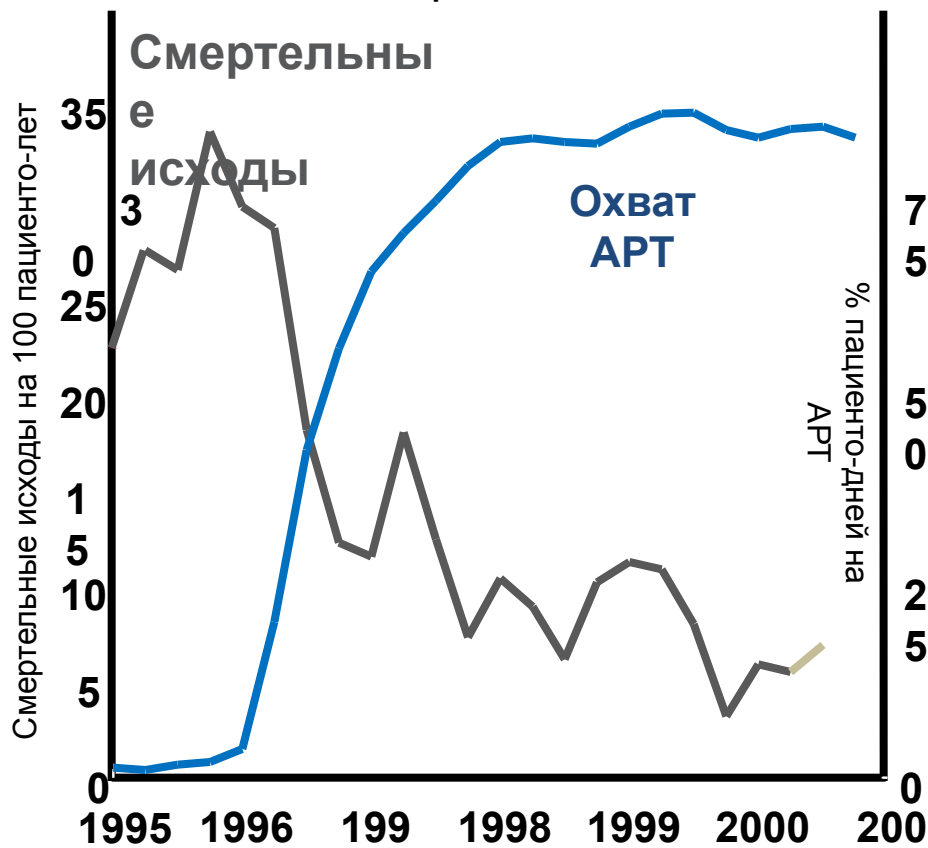


Леонова О.Н., 2016



# Смертность и охват АРТ: различие между Россией и Европой

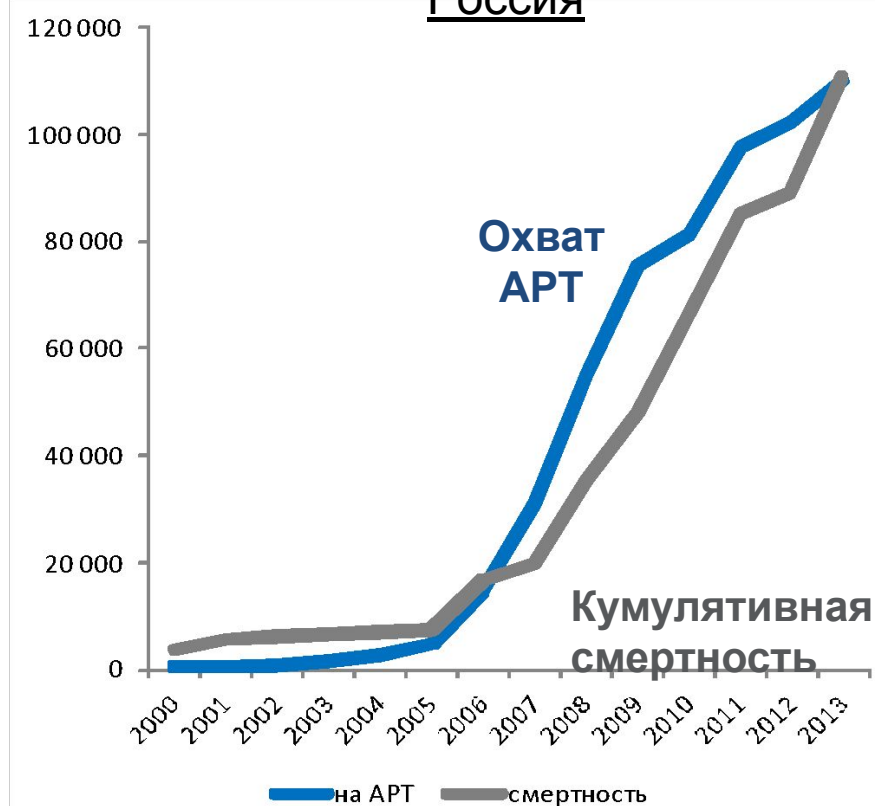
## Европа



Palella *et al.* 2001. 8th CROI abs 268B

1

## Россия



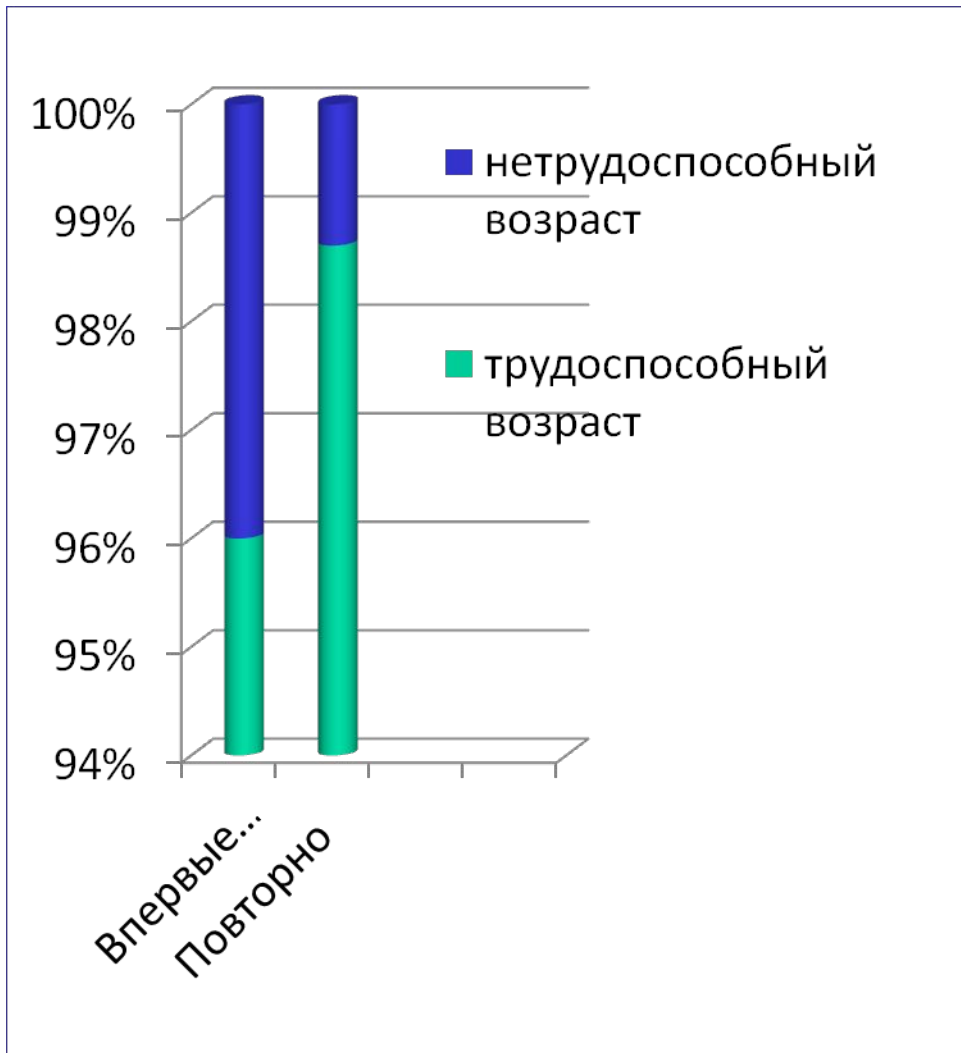
Данные Роспотребнадзора



**Экспертиза стойкой нетрудоспособности ВИЧ-инфицированных пациентов,  
признанных инвалидами по направлению Центра СПИД  
(журналы клинико-экспертной работы СПб Центра СПИД, 2008-2015 гг.)**

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Взрослые (всего)</b>	<b>53</b>	<b>128</b>	<b>145</b>	<b>123</b>	<b>112</b>	<b>86</b>	<b>180</b>	<b>238</b>
<b>мужчины</b>	<b>26 (49%)</b>	<b>71 (55,4%)</b>	<b>85 (59%)</b>	<b>69 (56%)</b>	<b>73 (65,2%)</b>	<b>41 (48%)</b>	<b>104 (58%)</b>	<b>140 (59%)</b>
<b>женщины</b>	<b>27 (51%)</b>	<b>57 (44,6%)</b>	<b>60 (41%)</b>	<b>45 (44%)</b>	<b>39 (34,8%)</b>	<b>45 (52%)</b>	<b>76 (42%)</b>	<b>98 (41%)</b>
<b>Впервые признанные инвалидами, из них:</b>								
1 гр.	4 (7,5%)	14 (10,9%)	14 (9,7%)	16 (13%)	18 (16,1%)	16 (19%)	8 (10,6%)	10 (9,2%)
2 гр.	38 (71,7%)	94 (73,4%)	100 (69%)	70 (57%)	50 (44,6%)	41 (48%)	30 (40%)	35 (32%)
1+2 гр.	79,2%	84,3%	78,6%	69,9%	60,7%	66,3%	50,6%	41,3%
3 гр.	11 (20,8%)	20 (15,7%)	31 (21%)	37 (30,1%)	44 (39,3%)	29 (34%)	37 (49%)	64 (58%)
<b>Не работающие</b>	<b>Нет данных</b>	<b>119 (93%)</b>	<b>125 (86%)</b>	<b>77 (62,6%)</b>	<b>108 (96%)</b>	<b>77 (89%)</b>	<b>162 (90%)</b>	<b>210 (88%)</b>
<b>ВИЧ 4А</b>	<b>19 (35,8%)</b>	<b>32 (25%)</b>	<b>31 (21%)</b>	<b>15 (12,2%)</b>	<b>12 (10,7%)</b>	<b>9 (11%)</b>	<b>16 (9%)</b>	<b>14 (6%)</b>
<b>ВИЧ 4Б</b>	<b>17 (32,1%)</b>	<b>48 (37,5%)</b>	<b>31 (21%)</b>	<b>20 (16,3%)</b>	<b>11 (9,8%)</b>	<b>12 (14%)</b>	<b>29 (16%)</b>	<b>36 (15%)</b>
<b>ВИЧ 4В</b>	<b>17 (32,1%)</b>	<b>48 (37,5%)</b>	<b>83 (57%)</b>	<b>88 (71,5%)</b>	<b>89 (79,5%)</b>	<b>65 (76%)</b>	<b>135 (75%)</b>	<b>188 (79%)</b>
<b>Впервые признаны инвалидами</b>	<b>23 (43,4%)</b>	<b>53 (41,4%)</b>	<b>51 (35%)</b>	<b>47 (38%)</b>	<b>45 (40,1%)</b>	<b>42 (49%)</b>	<b>75 (42%)</b>	<b>109 (46%)</b>
<b>Повторно признаны инвалидами</b>	<b>30 (56,6%)</b>	<b>75 (58,6%)</b>	<b>94 (65%)</b>	<b>76 (62%)</b>	<b>67 (60%)</b>	<b>44 (51%)</b>	<b>105 (58%)</b>	<b>129 (54%)</b>

# ВИЧ-инфицированные пациенты, признанные инвалидами, 2008-2014 гг.



# Инвалидность у пациентов с ВИЧ

Среднее количество CD4 при направлении на МСЭ

272



379



328

Среднее количество лет, прошедших с момента выявления ВИЧ до направления на МСЭ

Среднее количество ВН при направлении на МСЭ

2011г –  
20 885  
коп/мл



–  
22 670



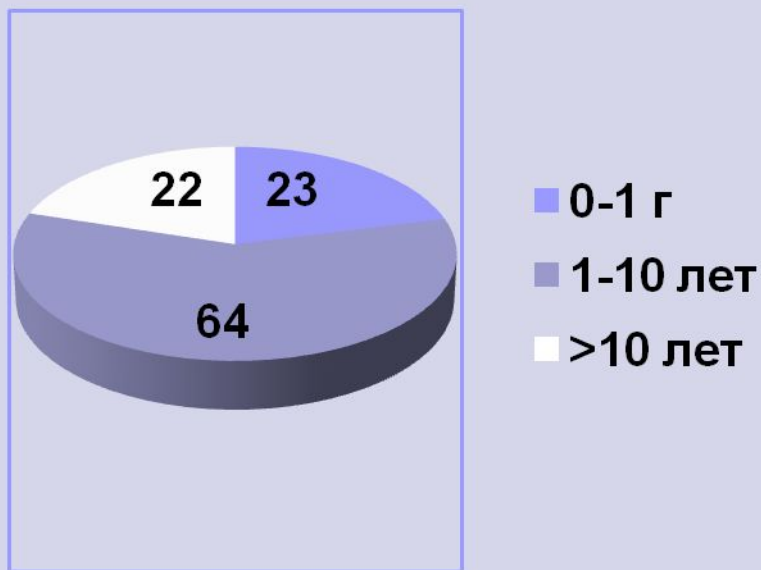
–  
16 583

- 2011г-  
•4,5 лет
- 2013 г- 4,9 года
- 2015г-  
•5,9 лет

## Количество лет, прошедших с момента выявления ВИЧ до наступления инвалидности

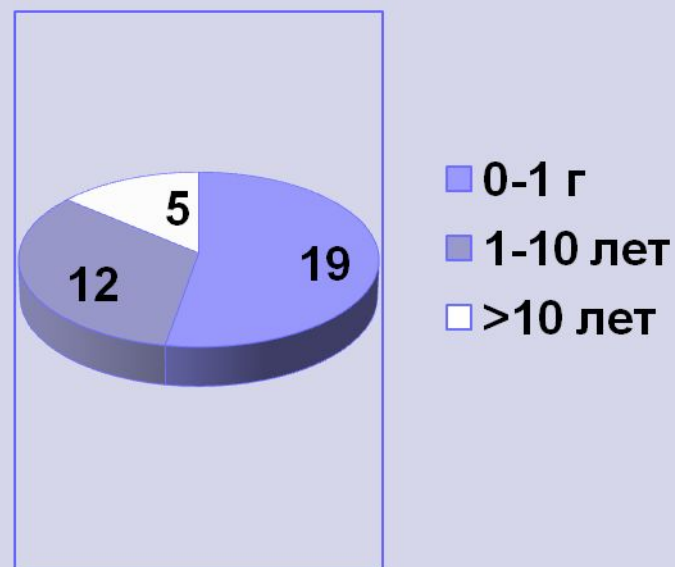
**2015г - впервые установлена инвалидность 74 пациентам**

из них находились на диспансерном наблюдении (абс):



**2012г – впервые установлена инвалидность 36 пациентам**

из них находились на диспансерном наблюдении (абс):





**Инвалид** - лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

В соответствии с «Правилами признания лица инвалидом», утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 20 февраля 2006г N 95 ( в ред. Постановления Правительства РФ от 30.12.2009г N 1121) **условиями признания гражданина инвалидом являются:**

- а) нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами;
- б) ограничение жизнедеятельности (полная или частичная утрата гражданином способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться , ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью);
- в) необходимость в мерах социальной защиты, включая реабилитацию.

**!!! Наличие одного из этих признаков не является** условием, достаточным при признании лица инвалидом.





## **К основным видам стойких расстройств функций организма человека относятся:**

- нарушения **психических** функций (сознания, ориентации, интеллекта, личностных особенностей, волевых и побудительных функций, внимания, памяти, психомоторных функций, эмоций, восприятия, мышления, познавательных функций высокого уровня, умственных функций речи, последовательных сложных движений);
- нарушения **языковых и речевых** функций (устной (ринолалия, дизартрия, заикание, алалия, афазия); письменной (дисграфия, дислексия), вербальной и невербальной речи; нарушение голосообразования);
- нарушения **сенсорных функций** (зрения; слуха; обоняния; осязания; тактильной, болевой, температурной, вибрационной и других видов чувствительности; вестибулярной функции; боль);
- нарушения нейромышечных, скелетных и связанных с движением (**статодинамических**) функций (движения головы, туловища, конечностей, в том числе костей, суставов, мышц; статики, координации движений);
- нарушения **функций** сердечно-сосудистой системы, дыхательной системы, пищеварительной, эндокринной систем и метаболизма, системы крови и **иммунной системы**, мочевыделительной функции, функции кожи и связанных с ней систем;
- нарушения, обусловленные **физическим внешним уродством** (деформации лица, головы, туловища, конечностей, приводящие к внешнему уродству; аномальные отверстия пищеварительного, мочевыделительного, дыхательного трактов; нарушение размеров тела).

## Классификации основных категорий жизнедеятельности человека и степени выраженности ограничений этих категорий

- А. способность к самообслуживанию;
- Б. способность к самостоятельному передвижению;
- В. способность к ориентации;
- Г. способность к общению;
- Д. способность контролировать свое поведение;
- Е. способность к обучению;
- Ж. способность к трудовой деятельности.

## Выделяются 3 степени выраженности ограничений каждой из основных категорий жизнедеятельности человека



- **Ж. Способность к трудовой деятельности** - способность осуществлять трудовую деятельность в соответствии с требованиями к содержанию, объему, качеству и условиям выполнения работы:
- **1 степень** - способность к выполнению трудовой деятельности в обычных условиях труда при снижении квалификации, тяжести, напряженности и (или) уменьшении объема работы, неспособность продолжать работу по основной профессии (должности, специальности) при сохранении возможности в обычных условиях труда выполнять трудовую деятельность более низкой квалификации;
- **2 степень** - способность к выполнению трудовой деятельности в специально созданных условиях с использованием вспомогательных технических средств;
- **3 степень** - способность к выполнению элементарной трудовой деятельности со значительной помощью других лиц или невозможность (противопоказанность) ее осуществления в связи с имеющимися значительно выраженными нарушениями функций организма.





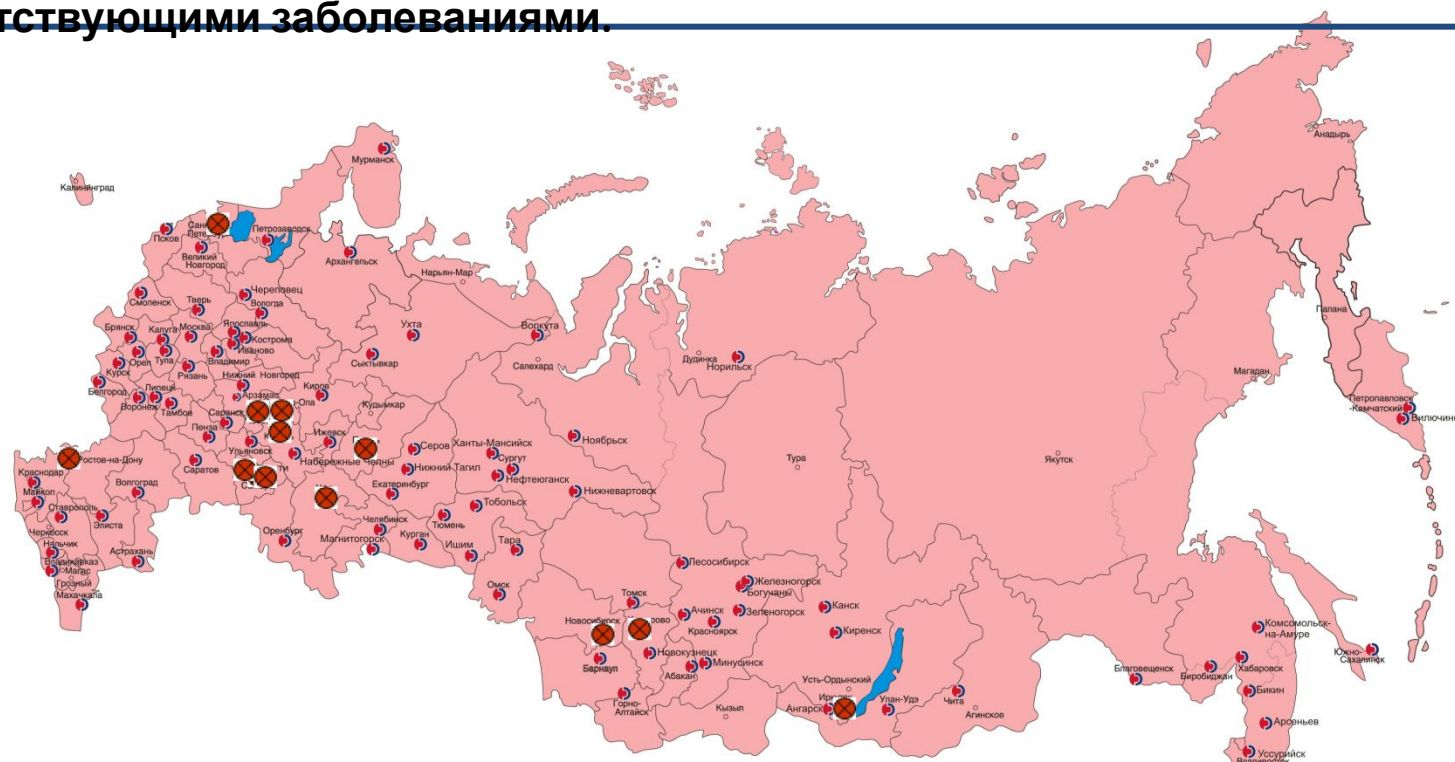
## Возможные пути повышения возврата к трудовой деятельности пациента с ВИЧ-инфекцией

- Раннее выявление ВИЧ-инфекции в первичном звене. Оптимальный скрининг на ВИЧ. Обучение врачей разных специальностей вопросам ранней диагностики ВИЧ-инфекции.
- Формирование приверженности пациентов к диспансерному наблюдению и приему АРВТ.
- Проведение качественной диспансеризации пациентов со своевременным назначением профилактики оппортунистических заболеваний, их выявлением и лечением.
- Внедрение стратегии раннего начала приема АРВТ приведет к профилактике ранней инвалидизации пациентов с ВИЧ и удлинению периода трудоспособности пациента.
- Разработка системы критериев ограничения жизнедеятельности пациентов, используемых при проведении МСЭ данной категории больных.
- Эффективные мероприятия по медико-социальной реабилитации инвалидов, особенно III группы, для возвращения их к трудоустройству.
- Рациональное трудоустройство инвалидов с ВИЧ-инфекцией
- Повышение степени ответственности пациента, его окружения к состоянию здоровья
- Рациональная качественная АРВТ с учетом терапии сопутствующей патологии.

# Исследование сопутствующих заболеваний и факторов риска их развития у пациентов с ВИЧ-инфекцией старше 40 лет

## Актуальность:

Учитывая увеличение продолжительности жизни при эффективной АРВТ, состояние здоровья ВИЧ-инфицированных стало определяться сопутствующими заболеваниями.



## Цель исследования:

Оценка сопутствующих заболеваний и факторов риска их развития у пациентов с ВИЧ старше 40 лет

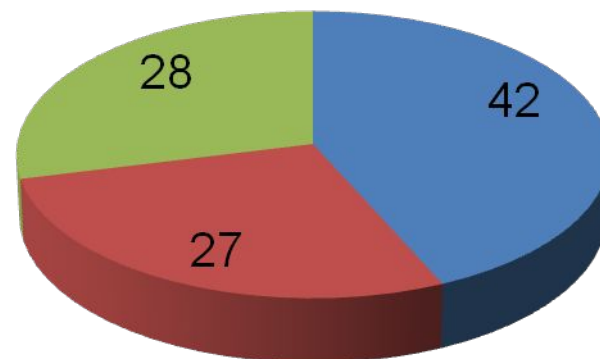
## Совокупность выборки:

Ретроспективный анализ амбулаторных карт 1872 пациентов старше 40 лет из 12 регионов РФ

# Характеристика пациентов

Мужчины/женщины (%)	41/59
<b>Возраст (годы)</b>	<b>48 ± 7,1</b>
<b>Прием АРВТ (%)</b>	<b>100</b>
Принимаемая АРВТ	ННИОТ – 43%, ИП – 50%, ИИ (ралтегравир) – 10%, ИС (энфувиртид) – 2 %, ИССР(маравирок) – 1 %
Вирусная нагрузка <40 копий/мл (%)	77
Вирусная нагрузка >40 копий/мл (%)	23
CD4 >350 кл/мкл, n (%)	68
CD4 < 350 кл/мкл, n (%)	32

## Длительность приема АРВТ (%)



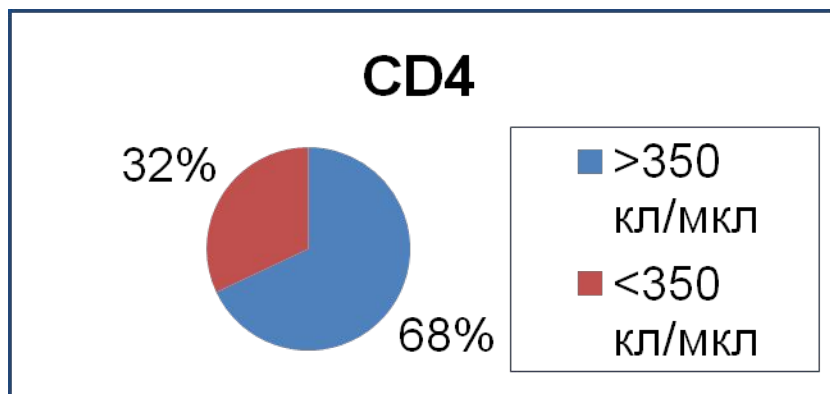
- 1-2 года
- 3-5 лет
- более 5 лет

**1-2 года – 780 чел. (42%)**

**3-5 лет – 504 чел. (27%)**

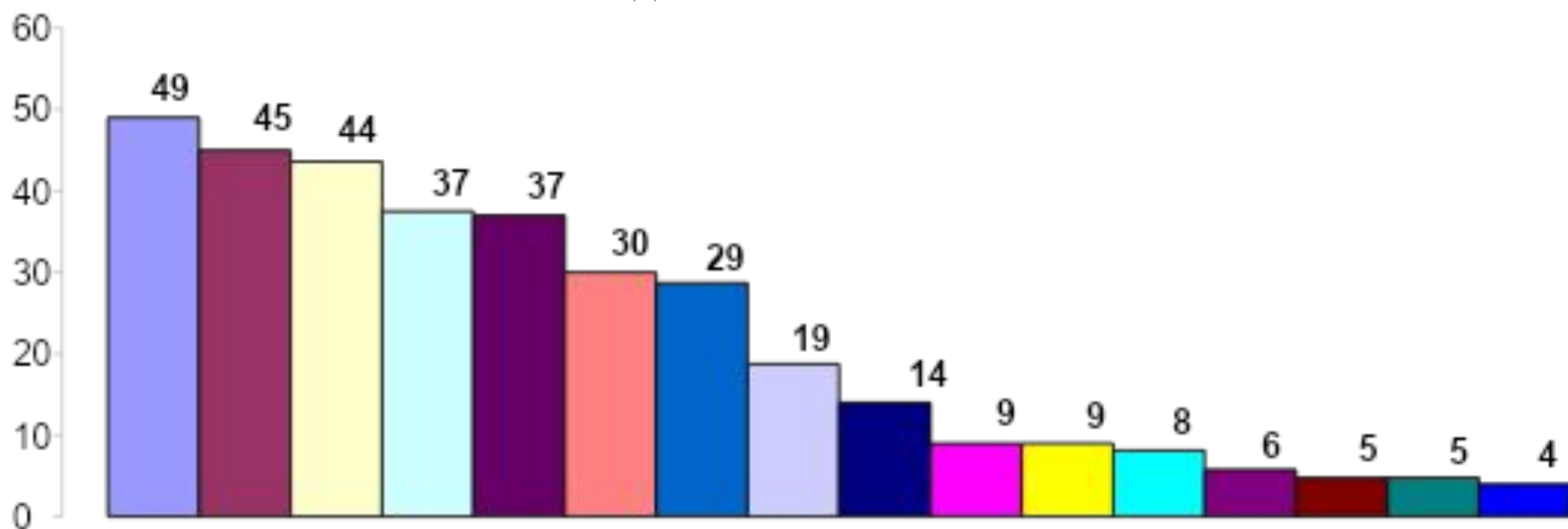
**Более 5 лет – 528 чел. (28%)**

## Степень иммуносупрессии у пациентов с ВИЧ-инфекцией старше 40 лет, получающих АРВТ



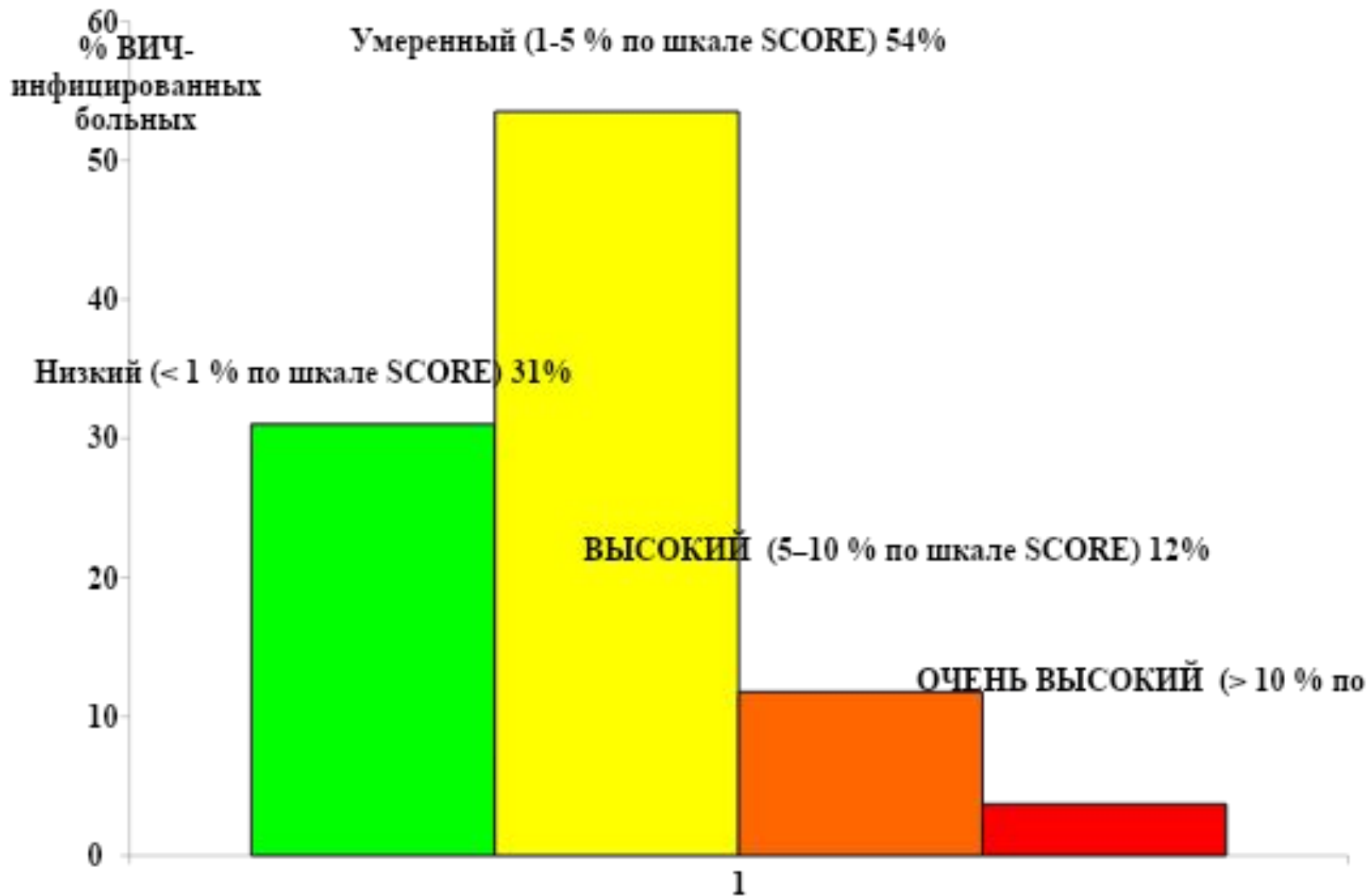
Несмотря на приверженность и длительный прием АРВТ, у 1/3 пациентов сохраняются признаки иммуносупрессии

## Сведения анамнеза



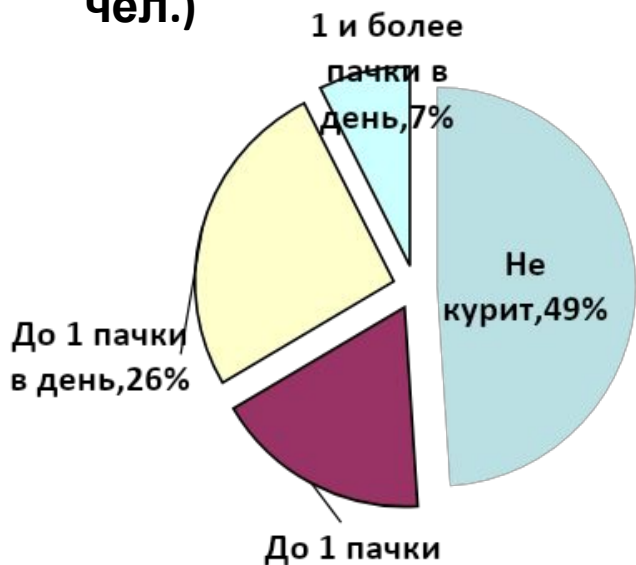
- Заболевания ЖКТ
- Заболевания костной системы
- Гепатит С
- Артериальная гипертензия
- Заболевания легочной системы
- Гиперлипидемия
- Отягощенная наследственность по ССЗ
- Ожирение/метаболический синдром
- Заболевания мочеполовой системы
- Ишемическая болезнь сердца

## Оценка риска смертельного сердечно-сосудистого заболевания в течение 10 лет по шкале SCORE (Systematik Coronary risk evaluation) (N=1512 чел.)

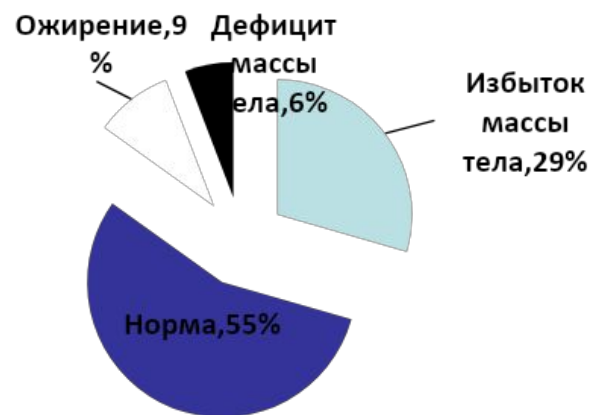
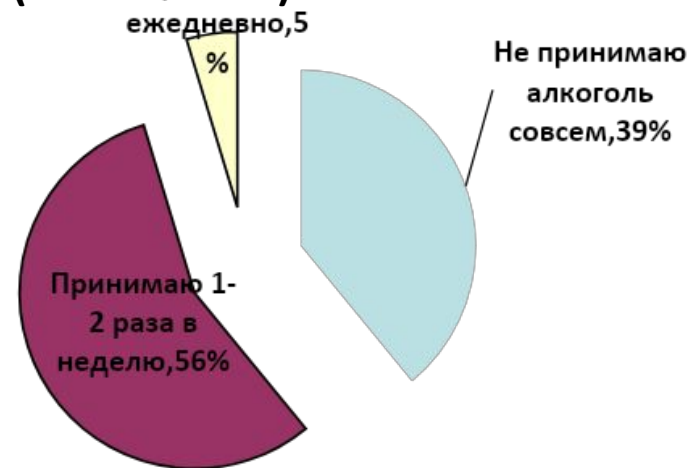


# Вредные привычки и факторы риска

**Курение (N=1720 чел.)**

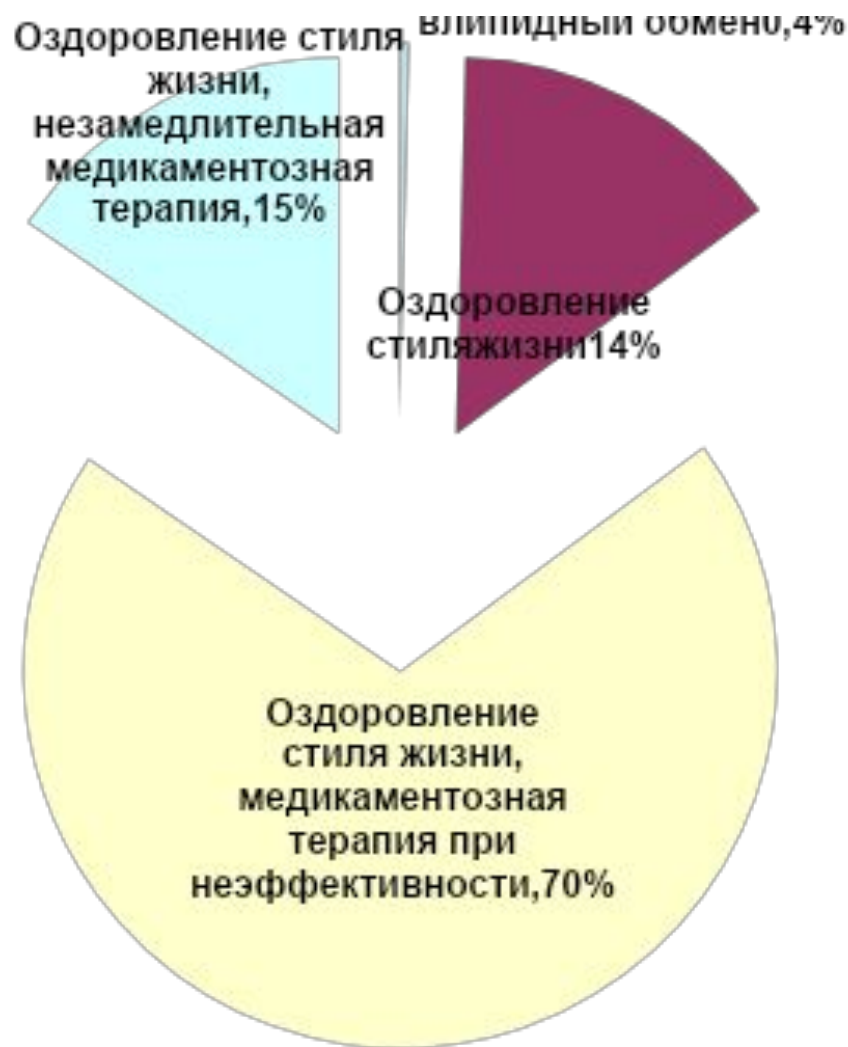


**Алкоголь (N=1724 чел.)**



**Распределение индекса массы тела у ВИЧ-инфицированных пациентов старше 40 лет. (N=1766 чел.)**

**Количество (%) больных, нуждающихся в мерах, направленных на снижение риска (на основе SCORE и ХС-ЛНП) (N=1512 чел.)**

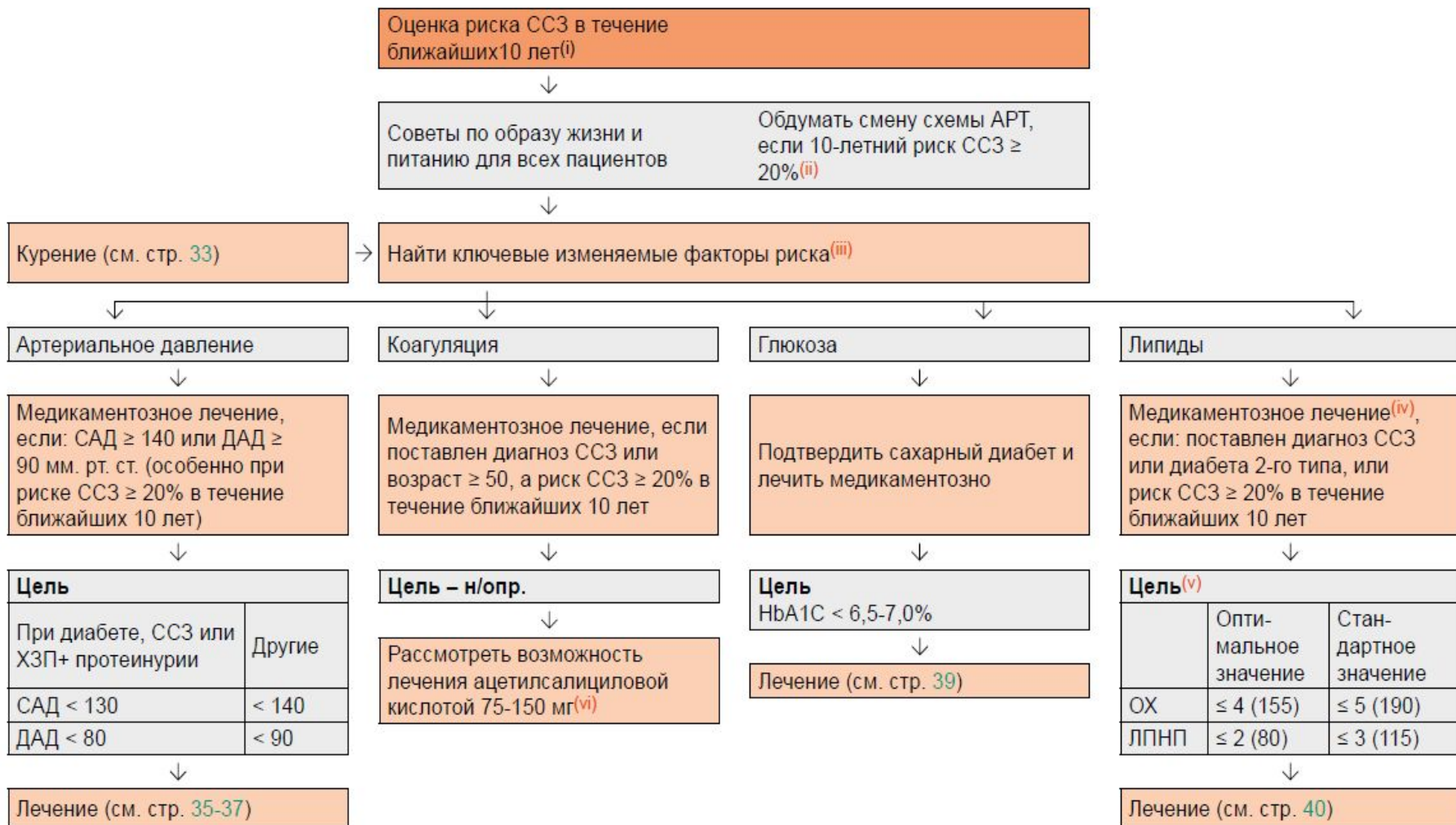




# Стратегия ВОЗ: сердечно-сосудистые заболевания

Люди, страдающие ССЗ или подвергающиеся высокому риску таких заболеваний (в связи с наличием одного или нескольких факторов риска, таких как повышенное кровяное давление, диабет, ожирение, гиперлипидемия, или уже развившегося заболевания), нуждаются в раннем выявлении и оказании помощи путем консультирования и, при необходимости, приема лекарственных средств.

# Алгоритм действий



# АРТ и сердечно-сосудистый риск

	Риск ИМ и/или инсульта	Дислипидемия	Инсулинорезистентность /Сахарный диабет
НИОТ	ABC, ddl	d4T, AZT, ABC	ZDV, d4T, ddl
ННИОТ	-	EFV	-
Ингибиторы протеазы	FPV, IDV, LPV	- все ИП усиленные RTV - LPV, FPV, IDV, ATV, DVR, SQV, TPV	IDV, LPV/r,
Ингибиторы слияния	-	-	-
<b>Ингибиторы интегразы</b>	-	-	EVG/cobi/TDF/FTC*
Ингибиторы CCR5	MVC	-	-

Однако, риск развития ИМ гораздо ниже риска смерти от оппортунистических заболеваний в случае отказа от терапии!

ИМ – инфаркт миокарда

\* В РФ не зарегистрирован

## Количество(%) больных, получающих медикаментозные препараты для снижения риска ССЗ (N=1819 чел.)



- антигипертензивные
- статины (аторвастатин, флувастатин)
- ингибиторы всасывания холестерина
- метаболики (милдронат)
- желчегонные
- фибраты
- антиагреганты (ацетилсалициловая кислота)
- витамин B5
- антикоагулянты (варфарин)
- антиаритмические (пропафенон)

# Взаимодействие антиретровирусных препаратов с гипотензивными средствами

Гипотензивные средства		ATV/r	DRV/r	FPV/r	IDV/r	LPV/r	SQV/r	EFV	ETV	NVP	RPV	MVC	RAL	ABC	FTC	3TC	TDF	ZDV
ИАПФ	цилазаприл	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	эналаприл	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	лизиноприл	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	периндоприл	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	квинаприл	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	рамиприл	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	трандолаприл	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
антагонисты рецепторов ангиотензина	кандесартан	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	ирбесартан	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↑	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	лозартан	↓ <sup>a</sup>	↓ <sup>a</sup>	↓ <sup>a</sup>	↓ <sup>a</sup>	↓ <sup>a</sup>	↓ <sup>a</sup>	↑ <sup>b</sup>	↑ <sup>b</sup>	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	олмесартан	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	телмисартан	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	валсартан	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
бета-блокаторы	атенолол	↔ <sup>d</sup>	↔	↔	↔	↔ <sup>d</sup>	↔ <sup>d</sup>	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	бисопролол	↑ <sup>d</sup>	↑	↑	↑	↑ <sup>d</sup>	↑ <sup>d</sup>	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	карведилол	↑↓ <sup>d</sup>	↑↓	↑↓	↑↓	↑↓ <sup>d</sup>	↑↓ <sup>d</sup>	↑↓	↑↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	метопролол	↑ <sup>d</sup>	↑	↑	↑	↑ <sup>d</sup>	↑ <sup>d</sup>	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	пропранолол	↑ <sup>d</sup>	↑	↑	↑	↑ <sup>d</sup>	↑ <sup>d</sup>	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
блокаторы кальциевых каналов	амлодипин	↑ <sup>c</sup>	↑	↑	↑80%	↑	↑ <sup>c</sup>	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	дилтиазем	↑ <sup>c</sup>	↑	↑	↑	↑	↑ <sup>c</sup>	↓69%	↓E	↓	E	E	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	фелодипин	↑ <sup>c</sup>	↑	↑	↑	↑	↑ <sup>c</sup>	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	лацидипин	↑ <sup>c</sup>	↑	↑	↑	↑	↑ <sup>c</sup>	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	лерканидипин	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	никардипин	↑ <sup>c</sup>	↑	↑	↑	↑	↑ <sup>c</sup>	↓	↓E	↓	E	E	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	нифедипин	↑ <sup>c</sup>	↑	↑	↑	↑	↑ <sup>c</sup>	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	нисолдипин	↑ <sup>c</sup>	↑	↑	↑	↑	↑ <sup>c</sup>	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	верапамил	↑ <sup>c</sup>	↑	↑	↑	↑	↑ <sup>c</sup>	↓	↓E	↓	E	E	↔	↔	↔	↔	↔	↔
дуретидики	амилорид	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	бендрофлуметиазид	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	хлорталидон	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	фуросемид	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	E	↔
	индапамид	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Другие	торасемид	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↑	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	доксазозин	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Другие	спиронолактон	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔

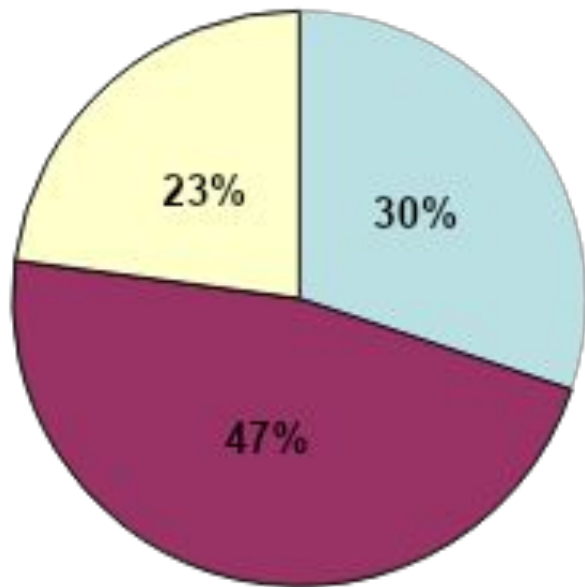
# Стратегия ВОЗ по АРВТ:

## АРВТ должна иметь:

- высокую эффективность,
- максимальную безопасность,
- удобство приема,
- оптимальность: цена/эффективность/переносимость,

**чтобы обеспечить длительное (пожизненное)  
лечение большого числа людей с ВИЧ**

## Оценка 10-летнего риска переломов (FRAX) у ВИЧ-инфицированных пациентов (N=83 чел.)



- Низкий (норма) (значение T-Score больше -1,0)
- Средний (остеопения) (значение T-Score между -1,0 и -2,5)
- Высокий (остеопороз) (значение T-Score - 2,5 или менее)

# Стратегия ВОЗ при остеопорозе:

Остеопороз и связанные с ним переломы представляют собой большую проблему для системы здравоохранения, так как сопровождаются значительной болезненностью, инвалидностью, снижают качество жизни и приводят к увеличению смертности, увеличению затрат на экономику страны.

Лечение остеопороза получается эффективным с экономической точки зрения в тех случаях, когда препараты, улучшающие костный метаболизм, получают пациенты до первого перелома или больные высокой группы риска, включая лиц со сниженной плотностью костной ткани.





## **Основные проблемы со здоровьем у ВИЧ-инфицированных пациентов старше 40 лет, с которыми сталкивается врач при назначении ВААРТ**

- В группе больных ВИЧ-инфекцией старше 40 лет чаще выявляются заболевания сердечно-сосудистой системы, заболеваний ЖКТ, нарушение обмена веществ, по сравнению с общей популяцией.**
- Выявлен высокий процент пациентов, которые постоянно принимают лекарственные препараты для коррекции сопутствующей патологии помимо АРВТ**
- У 76% пациентов с ВИЧ, старше 40 лет существует умеренный, высокий или очень высокий риск развития смертельного сердечно-сосудистого заболевания в течение ближайших 10 лет.**
- 32% пациентов имеют сниженные CD4 клетки, а у 23 % не удается подавить вирусную нагрузку, несмотря на хорошую приверженность и длительный прием АРВТ.**

## Таким образом, при выборе тактики ведения ВИЧ-инфицированных пациентов старше 40 лет необходимо учитывать следующие положения:

- Длительно персистирующий воспалительный процесс в организме, поддерживаемый ВИЧ-инфекцией, способствует более раннему развитию хронических заболеваний, напрямую не связанных с ВИЧ
- Увеличение продолжительности жизни ВИЧ-инфицированных пациентов способствует развитию «возрастной» патологии: заболеваний сердечно-сосудистой системы, почек, опорно-двигательного аппарата
- Актуальной представляется оптимизация диспансерного наблюдения и лечения пациентов старших возрастных групп с учетом наличия причин возникновения «возрастной» патологии
- Необходим индивидуальный подход к назначению ВААРТ с учетом «старения» популяции ВИЧ-инфицированных пациентов, наличия сопутствующих заболеваний, профиля лекарственного взаимодействия АРВП и препаратов для лечения сопутствующей патологии
- При оценке эффективности ВААРТ недостаточно рассматривать показатели РНК ВИЧ и CD4-лимфоцитов, необходимо учитывать состояние здоровья пациента, имеющего кроме ВИЧ-инфекции факторы риска для развития сопутствующей патологии

# Рациональное назначение ВААРТ пациентам старше 40 лет – решение важной медицинской и социальной проблемы



*Активное привлечение специалистов других специальностей в оказание помощи ВИЧ-инфицированным пациентам старше 40 лет*

*Исключение рисков заведомых нежелательных лекарственных взаимодействий*

*Уменьшение финансовых затрат, связанных с госпитализацией пациента, лечением вторичных заболеваний, временной нетрудоспособностью и ранней инвалидизацией пациента*

**Выбор эффективной и экономически целесообразной схемы ВААРТ**

# Полученные данные могут быть использованы для :

- оптимизации схем ВААРТ у «возрастных» пациентов
- обновления существующих методических рекомендации и стандартов лечения ВИЧ-инфицированных пациентов,
- экономического обоснования целесообразности назначения дорогостоящих препаратов с целью восстановления трудоспособности пациента на длительный период.

# Заключение

---

- Поверхностное благополучие на современном этапе не означает контроль над иммуносупрессией и репликацией ВИЧ.  
Несмотря на ежегодный прирост количества пациентов, получающих ВААРТ, число лиц с проявлениями стойкой нетрудоспособности среди данной категории пациентов увеличивается
- Высокие сердечно-сосудистые риски, наличие низкой минеральной плотности костей, нарушение выделительной функции почек среди ВИЧ-позитивных женщин и мужчин делают необходимым оптимизацию проводимой ВААРТ с включением современных безопасных препаратов и назначение дополнительных мер профилактики и лечения сопутствующей патологии

# Заключение

---

- Необходим индивидуальный подход к назначению ВААРТ с учетом «старения» популяции ВИЧ-инфицированных пациентов, наличия сопутствующих заболеваний, профиля лекарственного взаимодействия АРВП и препаратов для лечения коморбидных заболеваний
- При оценке эффективности ВААРТ недостаточно рассматривать показатели РНК ВИЧ и CD4-лимфоцитов, необходимо учитывать состояние здоровья пациента, имеющего кроме ВИЧ-инфекции факторы риска для развития сопутствующей патологии

***Благодарю за внимание!***

## Коллектив авторов-исследователей:

Гусев Д.А., Бузунова С.А., Яковлев А.А.,  
Мусатов В.Б., Глыжина М.В., Быков С.А., Стребкова Е.А.,  
Нагимова Ф.И., Булатова Т.Н., Яппаров Р.Г., Зайцев С.В.,  
Запольская В.Н., Чернова О.Е., Плотникова Ю.К.,  
Розенберг В.Ю., Валехова С.С., Котягина М.Г., Миронова Е.И.

## Региональные центры СПИД, участники проекта:

- ГБУЗ «*Центр по профилактике и борьбе со СПИД и ИЗ*», г. Санкт-Петербург
- ГБУЗ «*Клиническая инфекционная больница имени С.П.Боткина*», г. Санкт-Петербург
- ГБУЗ «*Центр по профилактике и борьбе со СПИД и ИЗ*», г. Ростов-на-Дону
- ГБУЗ «*Центр по профилактике и борьбе со СПИД и ИЗ*», г. Самара
- ГБУЗ «*Центр по профилактике и борьбе со СПИД и ИЗ*», Татарстан
- ГБУЗ «*Центр по профилактике и борьбе со СПИД и ИЗ*», г. Кемерово
- ГБУЗ «*Центр по профилактике и борьбе со СПИД и ИЗ*», г. Уфа
- ГБУЗ «*Центр по профилактике и борьбе со СПИД и ИЗ*», г. Пермь
- ГБУЗ «*Центр по профилактике и борьбе со СПИД и ИЗ*», г. Тольятти
- ГБУЗ «*Центр по профилактике и борьбе со СПИД и ИЗ*», г. Иркутск
- ГБУЗ «*Центр по профилактике и борьбе со СПИД и ИЗ*», г. Новосибирск
- ГБУЗ «*Центр по профилактике и борьбе со СПИД и ИЗ*», г. Чебоксары