

ĀRSTĒŠANAS VIENKĀRŠOŠANA

(IX. starptautiskais kongress
“HIV INFEKCIJAS TERAPIJA”,
Glazgova, XI. 2008)

Šis kongress uzrādīja, ka pēdējā laikā arvien vairāk uzmanības tiek veltīts līdzsaslīmstībām – piemēram: nieru, kaulu, sirds un asinsvadu slimību ārstēšanai.

Var tikai priecāties, ka **uzmanības epicentrā vairs nav vienīgi vīruss, bet arī pats pacients.**

Viena no svarīgākajām šī kongresa atziņām skar **ārstēšanas vienkāršošanu.**

Lūk, daži tās paņēmieni:

- a) **vienota tablete,**
- b) **monoterapija,**
- c) **samazinātas zāļu devas.**

b) Piemēram, tēzēs #P067 secināts, ka HIV+ pacientiem ar vīrusa daudzumu asinīs (VL) zem nosakāmības robežas, kuri iepriekš nav pieredzējuši viroloģiski nesekmīgas proteāzes inhibitoru klases zāļu (PI) kombinācijas, nukleotīdu klases zāles nesaturēšā (2x dienā ņemamā) *Sakvinavīra/r (SQV/r)* **monoterapija** ir uzskatāma par vērtīgu un ekonomisku izvēli. Tas īpaši attiecas uz pacientiem, kuri nepanes nukleotīdus.

Šī ir jauna uzturošā stratēģija, kurā iztikts bez nukleotīdiem. To rosināja SQV zemā toksicitāte un spēcīgā antivirālā iedarbība.

c) Savukārt, *Tipranavīra/r (TPV/r)* 500/ 200 mg devas toksicitāte lika zinātniekiem rast ceļu to mazināt (# P066). Viņi atklāja, ka pastiprinātāja **“r” samazināta deva** (500/ 100 mg) pacientiem varētu būt labvēlīgāka. Tomēr, lielo individuālo atšķirību dēļ šai stratēģijai varētu sekot vienīgi, ja tiek veiktas zāļu iedarbības pārbaudes (TDM – “therapeutic drug monitoring”).

Pastāvīgā diskusija **“kad uzsākt?”** turpinās un ir pieņēmusi citu virzienu.

Pacientu viedokli šai jautājumā pauda Fergus Keirns (EATG) , apkopodams plašas aptaujas rezultātus.

Bet itāļu zinātnieki (#P010) retrospektīvi apkopēja imunitātes izmaiņas 8 gadu garumā pacientiem, kuriem sekmīgi apturēta vīrusa vairošanās asinīs (vīrusa slodze VL< 400 vismaz 6 mēnešus no vietas). Pētījums uzrādīja, ka šiem pacientiem 8 gadu garumā, lietojot augsti aktīvās antiretrovirālās terapijas (HAART), būtiski uzlabojās arī imunitāte.

Zinātnieki atklāja, ka **pilnīga imunitātes restaurācija** (ko šai pētījumā noteica kā imunitātes rādītāju CD4>700) tika panākta **vienīgi** pacientiem, kas uzsāka ārstēšanos pie CD4> 350. (Šis novērojums apstiprināja hipotēzi, ka, lai

panāktu pilnīgu imunitātes restaurāciju, nepietiek ar ārstēšanās uzsākšanu pie vienīgi CD4 < 50).

Patreiz vadlīnijas iesaka uzsākt HAART pie CD4 < 350. Tomēr nesenie pētījumi imunitātes restaurēšanā uzrādījuši labākus terapijas panākumus, ja tā iesākta pie CD4 > 350.

29%, 69% un 82% no pacientiem, kas uzsāka ārstēšanos attiecīgi pie CD4 < 200; 200- 350 un > 350, pārsniedza CD4 = 500 sliekšni pēc 5 g ilgās terapijas.

Pacienti, kas uzsāka sekmīgu HAART pie CD4 > 350, sasniedza pilnīgu imunitātes restaurēšanos jau pēc 4 gadiem.

Pacientiem, kas uzsāka terapiju pie CD4 < 200, imunitāte uzlabojās vēl pat pēc 8 gadiem, tomēr nekad nerasniedzot pilnīgu imunitātes restaurēšanos. HIV- inficētajiem, kas vecāki par 50 gadiem, imunitātes uzlabošanās noritēja līdzīgi, vienīgi lēnāk.

Itāļu pētnieki secināja, ka sākotnējā VL, HIV riska faktori, dzimums, hepC ko-infekcija un HAART kombinācijas izvēle būtiski neietekmē imunitātes uzlabošanās gaitu.

Cits itāļu pētījums (#P030) veltīts **terapijas pārtraukumiem**.

Tajā secināts, ka pēc ārstēšanās pārtraukuma pacientiem ir palielināts relatīvais risks AIDS attīstībai vai pat nāvei. Šo risku var mazināt, ja ārstēšana tiek atsākta pie salīdzinoši augsta CD4 šūnu skaita.

Vitamīns D ir būtisks arī imunitātei. Tā trūkums var arī iespaidot HIV progresiju.

Britu pētnieki (#P116) diskutē par to, vai vit D iztrūkums ir cēlonis vai sekas. Ievērojamam skaitam (66,2%) no viņu HIV+ pacientiem tika konstatēts vai nu vit D iztrūkums vai nepietiekamība. Izskatās, ka arī CD4 šiem pacientiem ir zemāks.

Vēl gan nav izpētīts, vai kādi noteikti ARV medikamenti gadījumā neietekmē vit D samazinājumu organismā.

Kongresa gaitā notika arī karstas debates par **jaunajām Šveices vadlīnijām** HIV- inficēto aprūpē.

*A.Kalniņš,
AGIHAS*