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/.

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 и включением ссылки на сайт «Здоровья Евразии» (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/

Продленная антиретровирусная профилактика значительно снижает риск заражения детей во время грудного вскармливания.

Источник.
Newton I. Kumwenda, et al. Extended Antiretroviral Prophylaxis to Reduce Breast-Milk HIV-1 Transmission. N Engl J Med 2008;359. 10.1056/NEJMoa0801941

Glenda E. Gray, Breast-Feeding, Antiretroviral Prophylaxis, and HIV. N Engl J Med 2008;35910.1056/NEJMe0803991

Реферат.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18525035

В регионах с ограниченными ресурсами, где грудное вскармливание необходимо для выживания новорожденных и детей до года, встает проблема защиты детей ВИЧ инфицированных матерей от передачи вируса в процессе кормления. Одним из возможных вмешательств, призванных снизить риск заражения детей на первом году жизни, является продленный курс антиретровирусной (АРВ) профилактики. В настоящее время все новорожденные от ВИЧ инфицированных матерей получают однократную дозу невирапина и короткий курс зидовудина в целях профилактики перинатального заражения. Исследователи выдвинули предположение, что более длительная и интенсивная АРВ профилактика позволит снизить риск заражения ВИЧ в процессе грудного кормления. Для того, чтобы проверить данное предположение, было проведено рандомизированное клиническое испытание, результаты которого опубликованы в NEJM.
Методы и ход исследования.
В контролируемое рандомизированное исследование, проведенное в Малави (Африка), включались ВИЧ инфицированные женщины, которые были беременными или родили в течение последних суток. Их дети были рандомизированы на один из трех режимов АРВ профилактики (per os): 1) стандартный режим – 1 доза невирапина плюс 1 неделя зидовудина (2 раза в день); 2) режим продленного невирапина – после недели стандартного лечения дети получали невирапин до 14 недели включительно (2 мг/кг в течение двух недель и 4 мг/кг с 3 по 14 недели); 3) режим продленной двойной терапии – после недели стандартного лечения дети продолжали получать до 14 недели и невирапин и зидовудин (4 мг/кг 2 раза в день до пятой недели, 4 мг/кг 4 раза в день с 6 по 8 неделю и 6 мг/кг 3 раза в день с 8 по 14 неделю). Профилактическое лечение останавливали, если ребенок оказывался ВИЧ инфицированным до 14 недели.
Первичной конечной точкой исследования считался ВИЧ статус к концу 9 месяца жизни. Дизайн исследования был продиктован прививочным календарем Малави. Дети первично вакцинируются там до 14 недели, а следующий визит к врачу происходит уже в возрасте 9 месяцев, то есть такие временные рамки позволяли надеятся на лучший комплаенс участников.
Результаты.
В анализ были включены 3016 новорожденных: из них 1088 вошли в группу стандартной профилактики, 1099 – в группу продленного невирапина и 1089 – в группу продленной двойной терапии. Группы были хорошо сбалансированы по исходным клинико-демографическим характеристикам. Приверженность лечению составила около 97% в обеих группах продленной терапии. Все новорожденные начинали грудное вскармливание, на котором оставались около 90% детей к 6-месячному возрату и около 30% детей к 9-месячному. К 15 месяцам на грудном вскармливании оставались от 14% до 18% детей. Всего 255 из 3016 детей оказались ВИЧ инфицированными за время исследования. При этом при рождении положительный тест на РНК ВИЧ отмечался у 6,5% детей контрольной

группы и у 7,1% детей обеих групп продленной терапии. К 9-месячному возрасту инфицированы ВИЧ были 10,6% детей группы стандартной профилактики, 5,2% детей группы продленного невирапина и 6,4% детей группы продленной двойной терапии. Режим продленного невирапина и продленной двойной профилактики снижали вероятность развития ВИЧ инфекции у детей соответственно на 67% и 69% в 6-недельном возрасте, на 67% и 66% в 14-недельном возрасте, на 60% и 49% в возрасте 6 месяцев и на 51% и 40% в возрасте 9 месяцев (разница статистически незначима на протяжении всего времени наблюдения).

Умерли за время наблюдения 285 детей. К 9-месячному возрасту смертность от всех причин составила 8,9% в группе стандартной профилактики, 6,8% в группе продленного невирапина и 6,3% в группе продленной двойной профилактики. Основными причинами смерти были гастроэнтерит и пневмония. Свободная от ВИЧ выживаемость была выше в группах продленной профилактики, чем в группе стандартной терапии до 9 месячного возраста, а к возрасту 15 месяцев различие исчезало.

Токсичность профилактического курса АРТ редко достигала клинической значимости. В группе двойной продленной профилактики отмечались случаи нейтропении.

Выводы.

Авторы исследования делают вывод, что оба варианта продленного до 14 недели курса АРВ профилактики значительно снизили риск ВИЧ инфицирования и увеличили выживаемость детей до возраста 9 месяцев.

В редакторском комментарии, сопровождающем статью, отмечается, что, несмотря на положительные результаты исследования, маловероятно, что продленная на 14 недель профилактика найдет выражение в реальных клинических рекомендациях. Во-первых, если грудное вскармливание продолжается дольше, как это происходит в жизни, то теряется смысл вмешательства. Это подтверждается тем фактом, что к 15 месяцам наблюдения различия между группами по доле не инфицированных ВИЧ детей исчезали. Во-вторых, такое вмешательство подвергает растущий организм значительным токсическим воздействиям. Наряду с этим должна быть оценена роль такого вмешательства с точки зрения развития лекарственной резистентности ВИЧ, отмечают специалисты.

См также:

В определенных ситуациях естественное вскармливание защищает детей от ВИЧ инфицирования. http://www.eurasiahealth.org/rus/aids/health/resources/99304/