

# Особенности АРВ терапии ВИЧ-инфицированных женщин



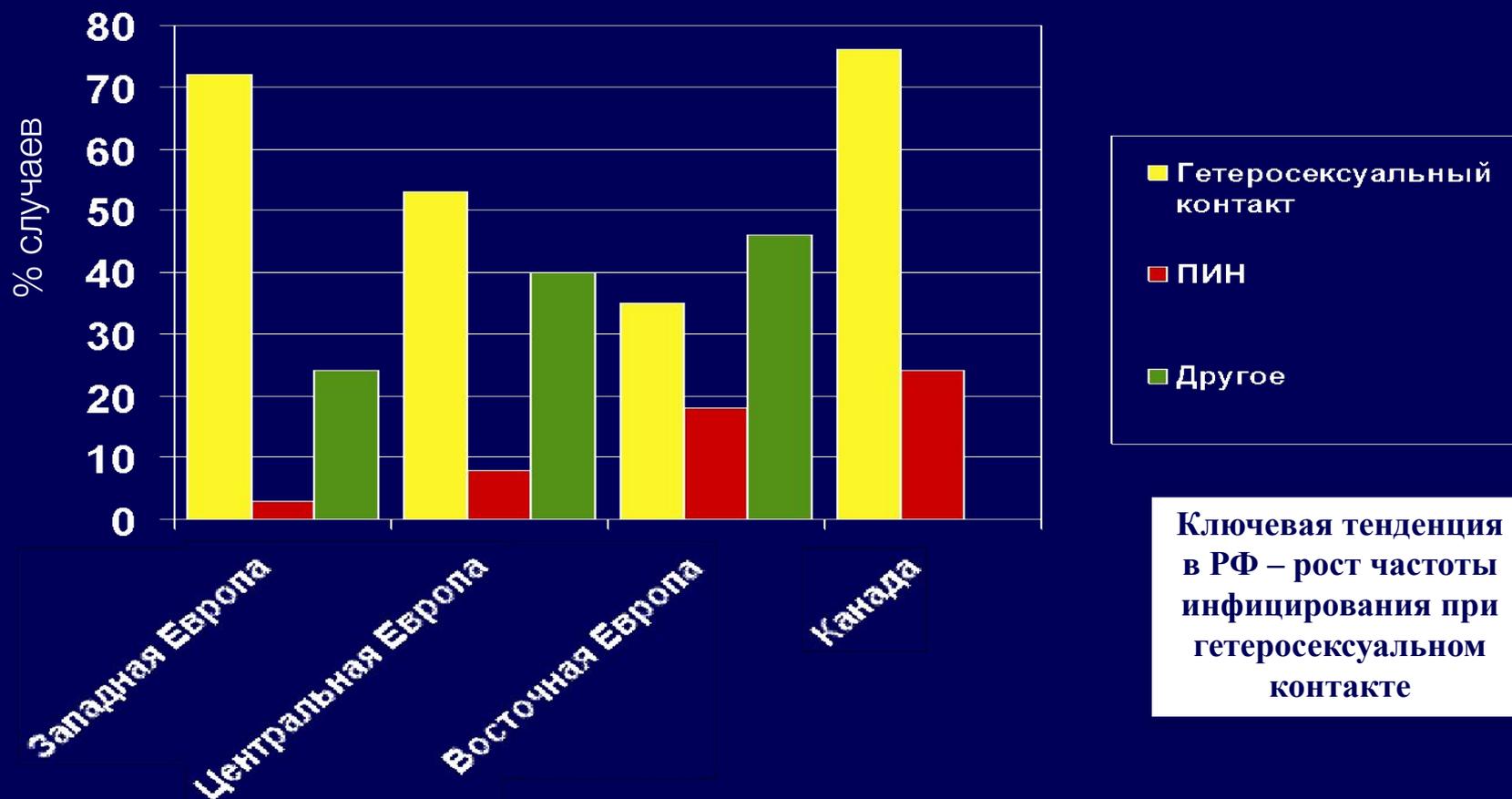
Круглова Анна, медицинский советник, Abbott

# Количество взрослых и детей, живущих с ВИЧ/СПИД в разных регионах мира, к концу 2007

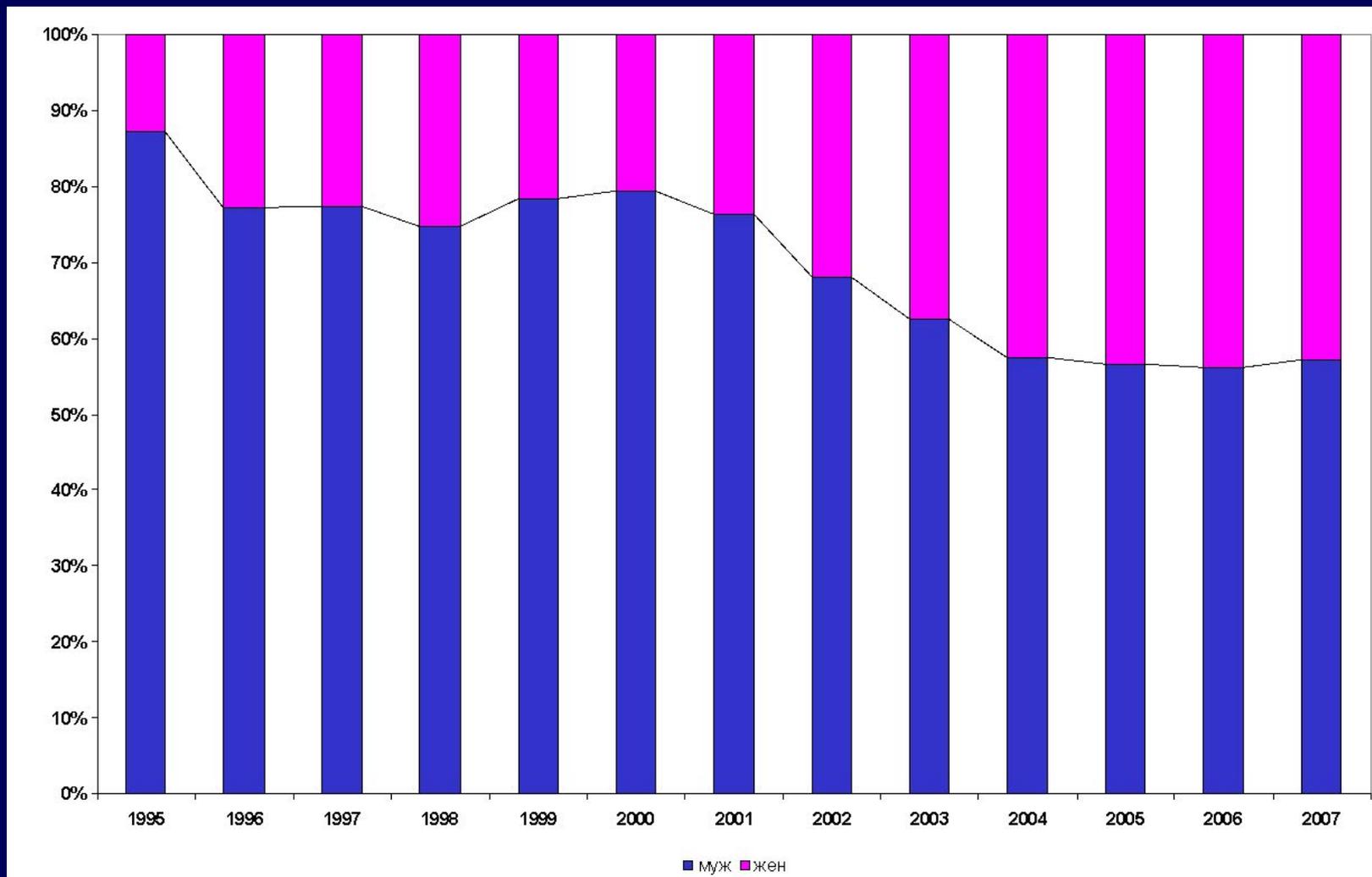


# Гетеросексуальный путь превалирует по частоте инфицирования среди женщин

Пути инфицирования женщин в Европе<sup>1</sup> и в Канаде<sup>2</sup>

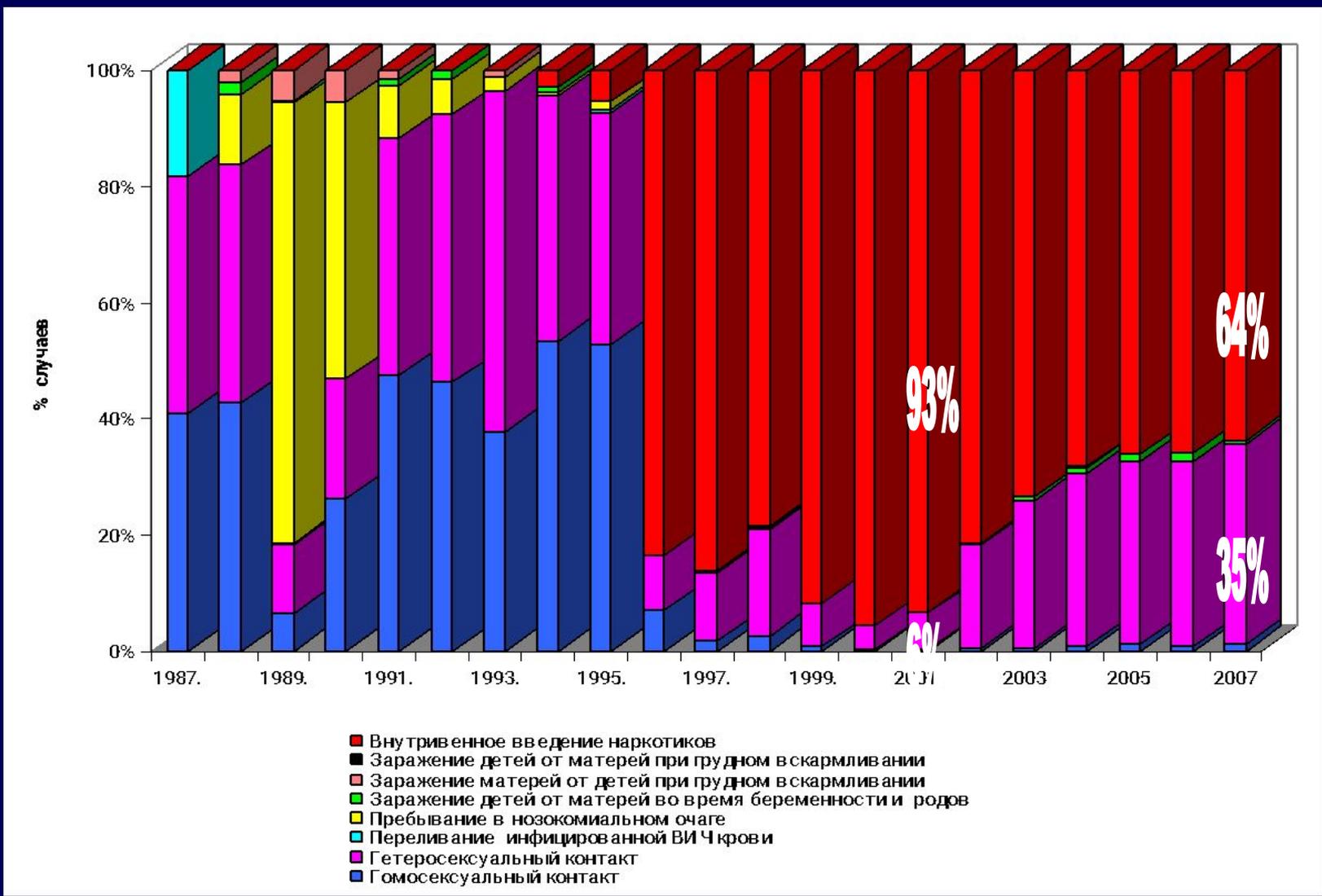


## Распределение ВИЧ-позитивных в России по полу и годам выявления



Женщины составляют 32% (136 тыс.) от всех зарегистрированных инфицированных ВИЧ в РФ на 31.12.2007 г.

# Распределение ВИЧ-позитивных в России по основным причинам заражения в 1987- 2007 гг.



# ВИЧ-инфицированные женщины

## Критерии выбора АРВ терапии

- АРВ терапия должна быть эффективной и безопасной для женщин
- АРВ терапия должна быть безопасной в течение беременности и обеспечивать оптимальную профилактику передачи ВИЧ от матери ребенку
- АРВ терапия для женщин должна быть удобной, иметь гибкий режим приема, не нарушающий повседневный образ жизни
- АРВ терапия не должна приводить к развитию депрессии
- Женщина нуждается в том, чтобы АРВ терапия минимизировала риск развития видимых побочных эффектов

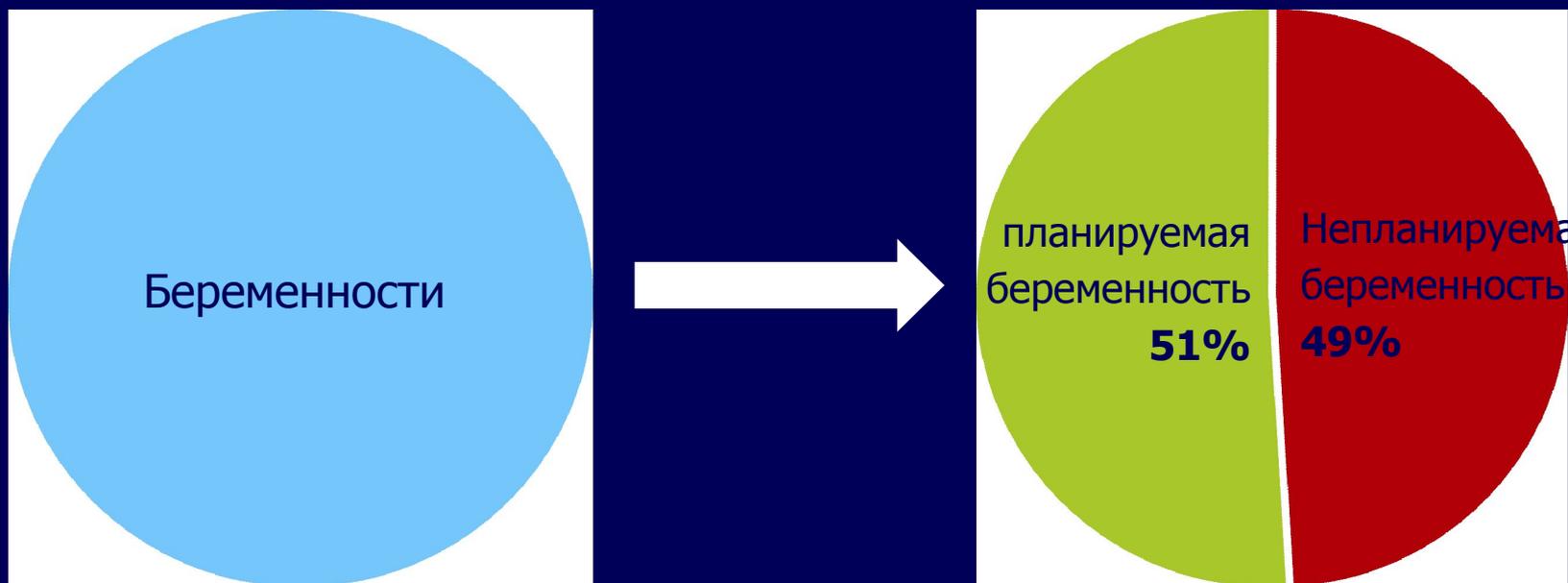
# ВИЧ инфицированные женщины

## Критерии выбора АРВ терапии

- АРВ терапия должна быть эффективной и безопасной для женщин
- АРВ терапия должна быть безопасной в течение беременности и обеспечивать оптимальную профилактику передачи ВИЧ от матери ребенку
- АРВ терапия для женщин должна быть удобной, иметь гибкий режим приема, не нарушающий повседневный образ жизни
- АРВ терапия не должна приводить к развитию депрессии
- Женщина нуждается в том, чтобы АРВ терапия минимизировала риск развития видимых побочных эффектов

# Частота незапланированной беременности в США

- Примерно половина беременностей незапланированные



# Частота незапланированной беременности среди ВИЧ-инфицированных женщин

В 49% беременность не запланирована

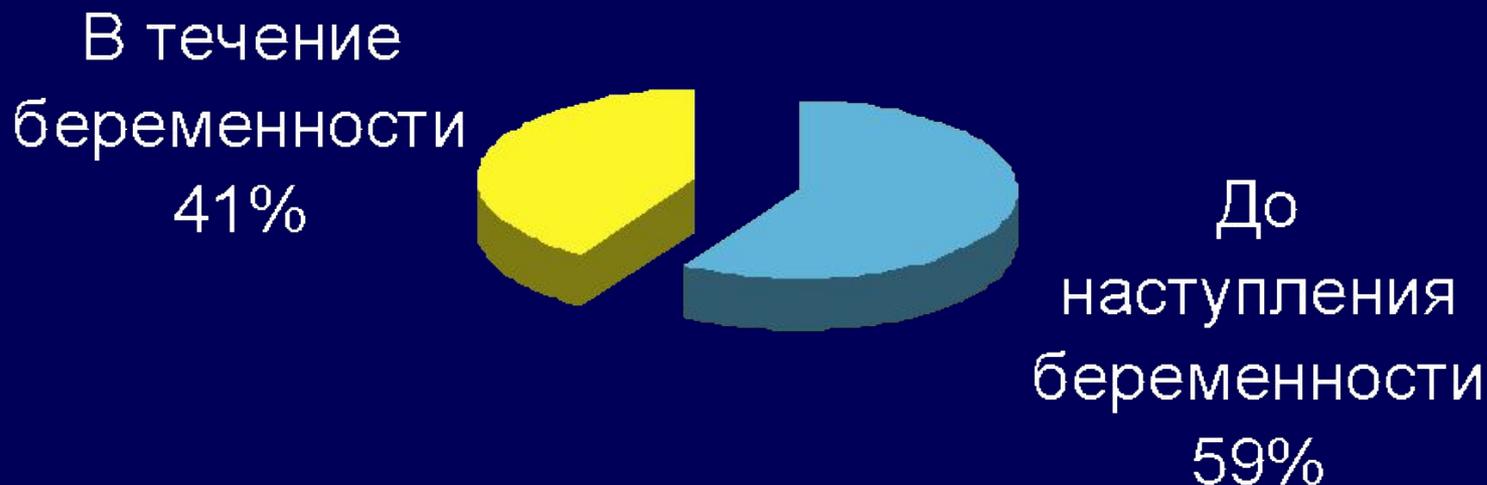
- **Частота в зависимости от возраста :**
  - **82% женщин 15-19**
  - 60% женщин 20-24
  - 43% женщин 25-29
  - 33% женщин 30-34
  - 29% женщин 35-39
  - **38% женщин старше 40**

- **Риск незапланированной беременности увеличивается у ВИЧ-инфицированных:**
  - Подростков
  - Несовершеннолетних
  - Малоимущих
  - Малообразованных
  - Незамужних

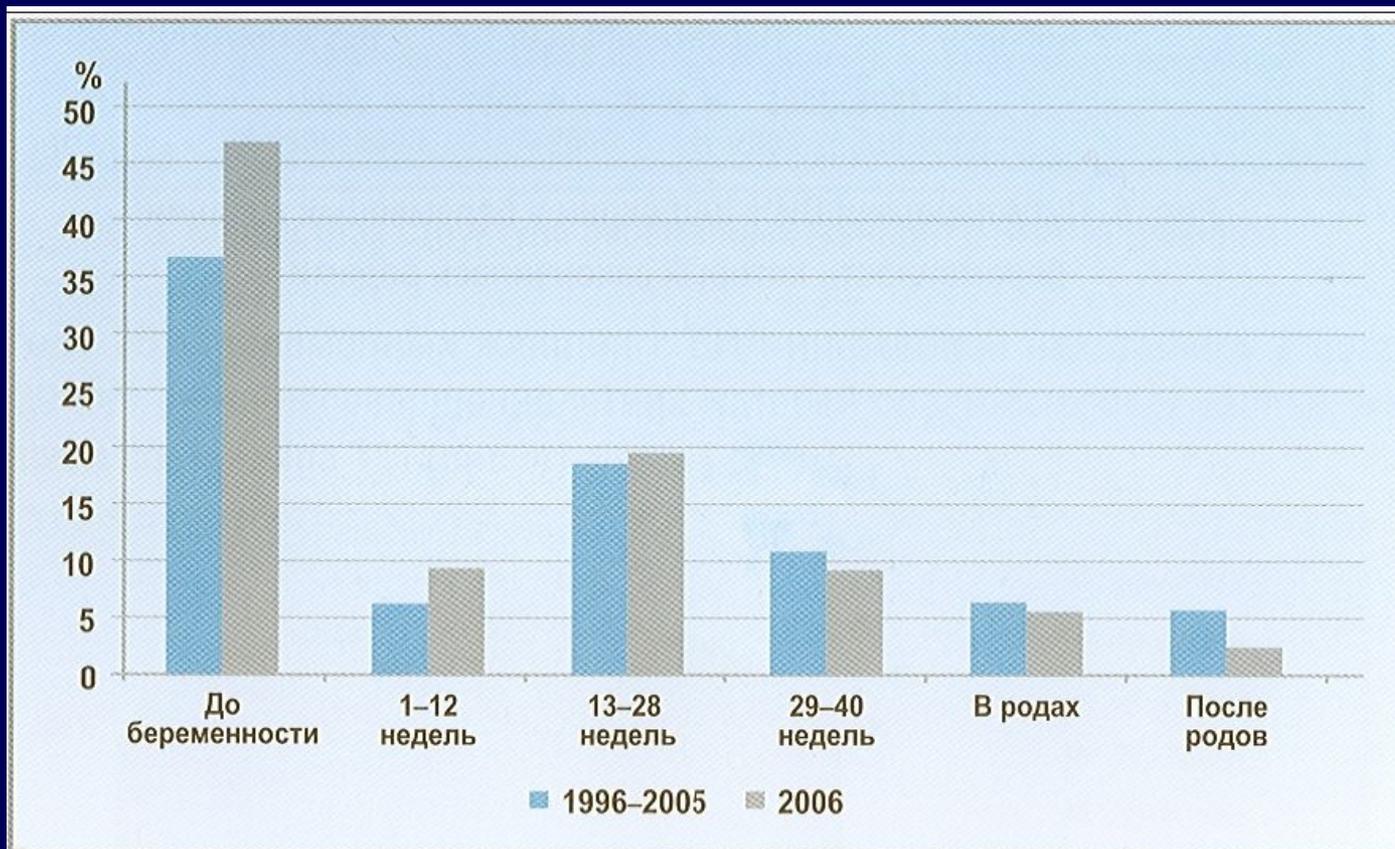
# Диагностика ВИЧ среди беременных женщин в США

РАСТГ 367 n= 2,895 беременных

Время постановки диагноза (1998-2001)



# Сроки выявления ВИЧ-инфекции у беременных женщин в РФ

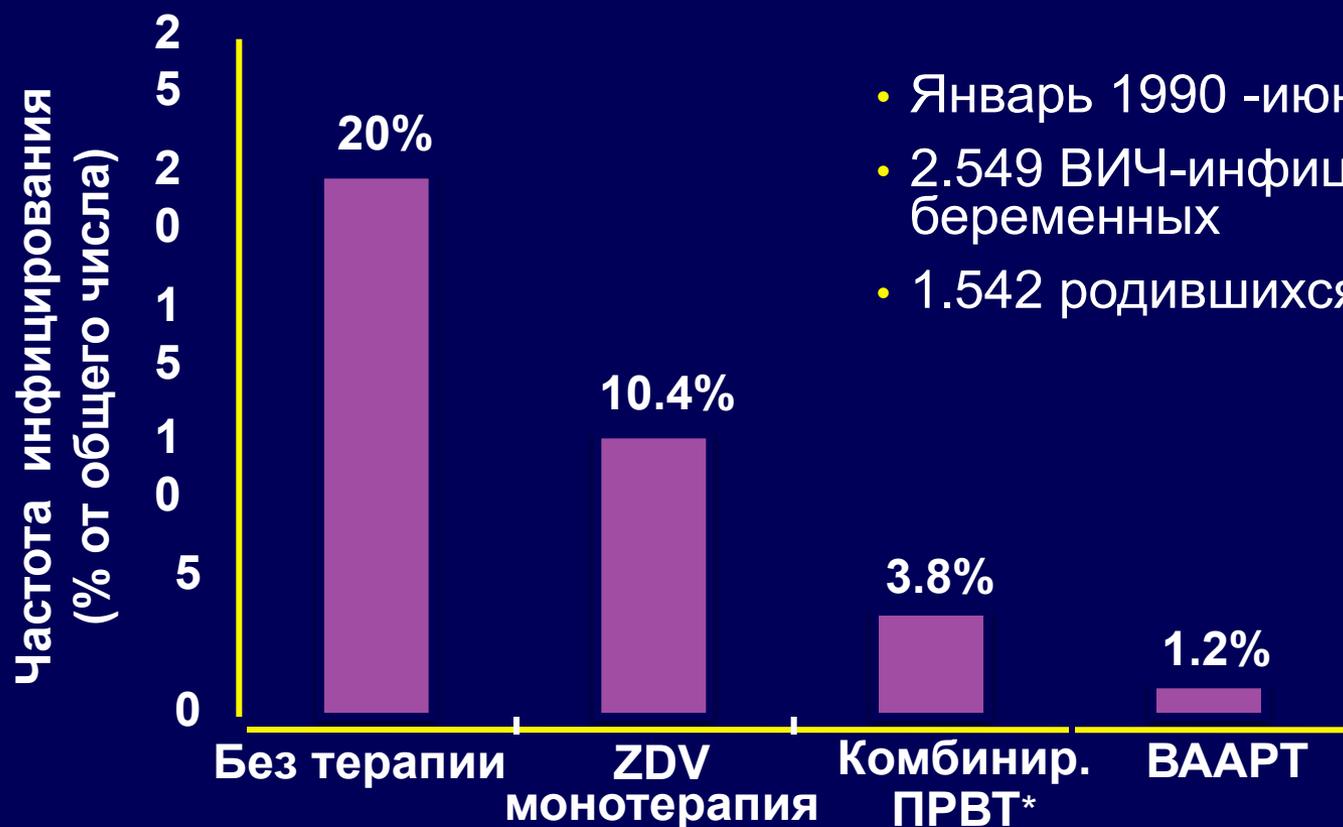


- Информационный бюллетень «Мониторинг и оценка мероприятий по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку на территориях РФ в 1996-2008 гг. Санкт-Петербург, 2009

# Вертикальная передача ВИЧ

- Без использования вертикальной профилактики передачи ВИЧ, частота передачи ВИЧ от матери к ребенку составляет 16%–25% в Северной Америке и Европе
- В США в 1994 году до введения в стандарты ZDV частота передачи ВИЧ была 21%
- В 1995 году частота передачи ВИЧ снизилась до 11%
- Сегодня риск вертикальной передачи ВИЧ составляет не более <2%. Это связано с использованием:
  - эффективной АРВ терапии
  - кесарева сечения по показаниям
  - искусственного вскармливания

# Роль высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) в профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку



- Январь 1990 -июнь 2000
- 2.549 ВИЧ-инфицированных беременных
- 1.542 родившихся детей

\* Комбинированная ПРВТ: 2 препарата при отсутствии или с 1 высокоактивным ПРВТ

# Слагаемые успешной профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку

Снижение вирусной нагрузки у матери

- Противоретровирусные препараты

Предотвращение контакта ребенка с биологическими жидкостями матери

- При естественных родах
  - атрауматичная тактика ведения родов
  - санация родовых путей
  - уменьшение длительности безводного периода
- Плановое кесарево сечение
- Искусственное вскармливание с рождения

# Сроки выявления ВИЧ-инфекции у беременной женщины

- Определяют начало и выбор схемы профилактики
- Обследование на ВИЧ-инфекцию:
  - При первичном обращении по поводу беременности
  - На сроке беременности 30-32 недели
  - Диагностика с помощью экспресс-методов в родильном доме\*

# Назначение ПРВП беременным ВИЧ(+) женщинам

Категория	Цель	Тактика	Сроки
Не нуждающиеся в лечении	Профилактика ПМР	ВН<1.000коп/мл <b>ZDV*</b>	Не ранее 28 нед
		ВН>1.000коп/мл (или неизвестна), CD4 > 350 кл/мкл <b>ВААРТ</b>	22-28 нед
		ВН>100.000коп/мл и/или 2А, 2Б <b>ВААРТ</b>	Любой срок*
Нуждающиеся в лечении	1. Лечение ВИЧ-инфекции 2. Профилактика ПМР	CD4<350 кл/мкл 2В, 4А и 4Бф. прогр., 4В <b>ВААРТ</b>	Любой срок*

# Дифференцированный подход к выбору схемы АРВ терапии у беременной

<b>Вирусная нагрузка</b>	< 1.000 коп/мл	Зидовудин
	> 1.000 коп/мл	Схема из 3-х препаратов
<b>CD4-лимфоциты</b>	< 250 кл/мм <sup>3</sup>	В состав схемы можно включать невирапин
	> 250 кл/мм <sup>3</sup>	В состав схемы не включать невирапин
<b>Плановое кесарево сечение</b>	< 1.000 коп/мл	Не показано
	> 1.000 коп/мл	Показано

# Рекомендации EACS по лечению ВИЧ-инфицированных беременных женщин

Антиретровирусная терапия во время беременности	Такая же как у небеременных
	Избегать назначения EFV
	ХП (CD4>250) не должна начинаться с NVP, но терапия может быть продолжена
	Среди бустированных ИП предпочтительно применение: LPV/r или SQV/r или ATV/r
	RAL, DRV/r: недостаточно данных относительно применения у беременных
	ZDV по возможности должен входить в режим АРВТ
Препараты, противопоказанные во время беременности	EFV, ddl + d4T, комбинация трех НИОТ

При применении Калетры во время беременности следует анализировать потенциальную пользу от приема препарата относительно возможного риска для матери и ребенка. ВИЧ-инфицированным женщинам следует отказаться от грудного вскармливания (Инструкция по применению препарата Калетра)

# Рекомендации DHHS по лечению ВИЧ-инфицированных беременных женщин

DHHS 2010	ИП	ННИОТ	2-НИОТ	ИС	ИИ
Рекомендованный препарат	Lopinavir/ritonavir bid	Nevirapine	Zidovudine/lamivudine		
Альтернативный препарат	Saquinavir+ rtv Indinavir+rtv Ritonavir Atazanavir+rtv Nelfinavir		Abacavir Stavudine Didanosine Emtricitabine		
Недостаточно данных	Fosamprenavir+rtv Darunavir+rtv Tipranavir+rtv	Etravirine		Efuvirtide Maraviroc	Raltegravir
Особые случаи		Efavirenz #	Tenofovir *		

- # Возможно применение после 1-го триметра беременности, если нет альтернативы.
- \*Ко-инфекция ВИЧ/гепатит В

При применении Калетры во время беременности следует анализировать потенциальную пользу от приема препарата относительно возможного риска для матери и ребенка. ВИЧ-инфицированным женщинам следует отказаться от грудного вскармливания (Инструкция по применению препарата Калетра)

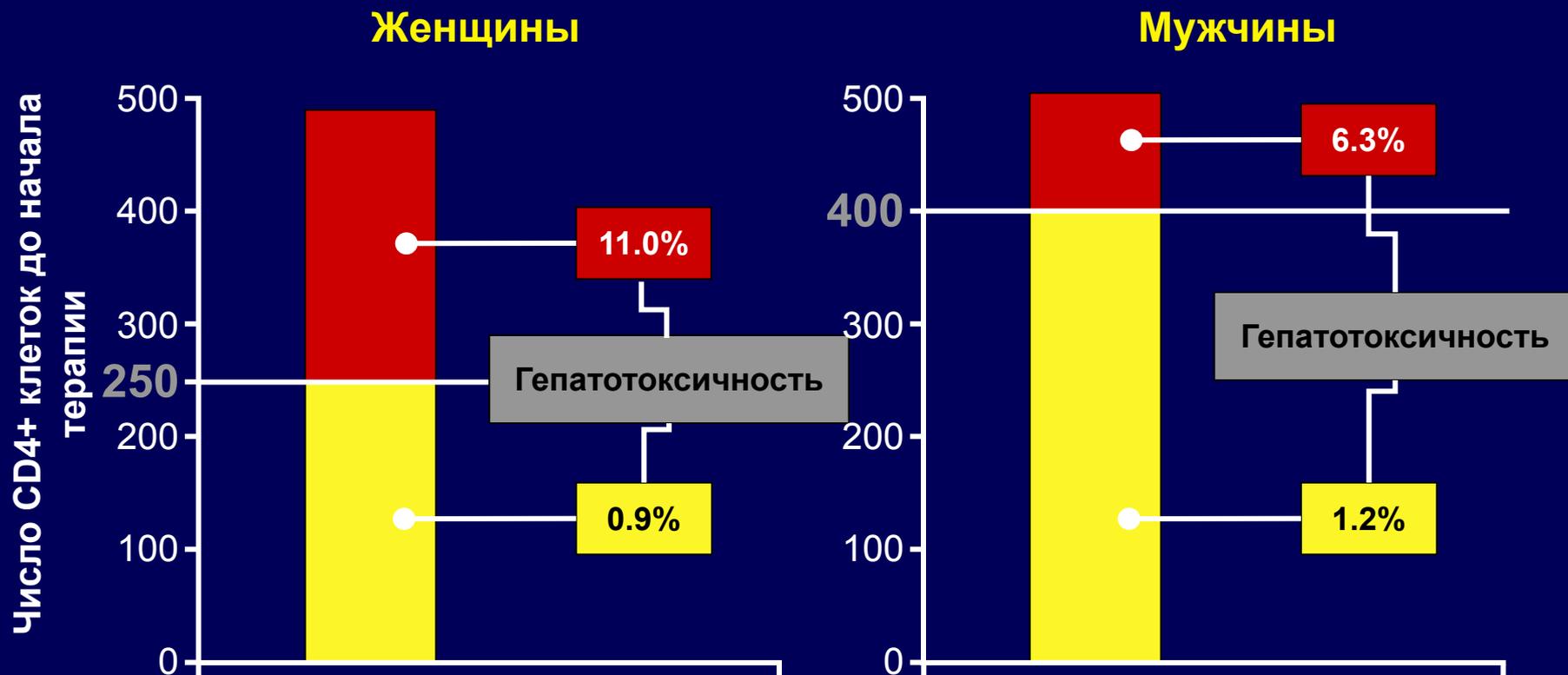
- Public Health Service Task Force *Recommendations: Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant HIV-1-Infected Women*; 24-May 2010

# ННИОТ и ИП у беременных. РФ 2009

Ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы		
Предпочтительные	Невирапин	200 мг x 1 РС: 14 дней, далее 200 мг x 2 РС
Недостаточно данных	Этравирин	-
Не рекомендуется*	Эфавиренз	600 мг x 1 РС
Ингибиторы протеазы		
Предпочтительные	Лопинавир/ ритонавир	Таблетки: 400/100 мг x 2 РС; в III триместре 600/150 мг x 2 РС Капсулы: 400/100 мг x 2 РС; в III триместре 533/133 мг x 2 РС
Альтернативные	Атазанавир*	ATV 300 мг/RTV 100 мг x 1 РС
	Индинавир*	IDV 800 мг/RTV 100 мг x 2 РС
	Нелфинавир	1250 мг x 2 РС
	Саквинавир (инвираза)*	SQV-INV 1000 мг/RTV 100 мг x 2 РС
Недостаточно данных	Дарунавир	-
	Фосампренавир	-

При применении Калетры во время беременности следует анализировать потенциальную пользу от приема препарата относительно возможного риска для матери и ребенка. ВИЧ-инфицированным женщинам следует отказаться от грудного вскармливания (Инструкция по применению препарата Калетра)

# Риск гепатотоксичности при приеме NVP в зависимости от числа CD4+ клеток и пола



NVP не должен применяться у женщин и мужчин с числом CD4+ клеток  $>250$  кл/мм<sup>3</sup> and  $400$  кл/мм<sup>3</sup>, соответственно

# Риск развития резистентности при применении NVP

- 144 женщины получали NVP как единственный компонент АРВ терапии для профилактики вертикальной передачи ВИЧ
- Мутация K103N была обнаружена у 60 (41,7%) женщин на 6-8 неделе терапии

# Международный регистр

**ANTIRETROVIRAL PREGNANCY REGISTRY REGISTRATION FORM**

FOR OFFICE USE ONLY (1)

Registry Patient ID \_\_\_\_\_ HCP ID \_\_\_\_\_  
 Pro  Retro  100% provider   
 Country \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_  
 Report type Orig U/L  MF  Current: U/L  MF   
 2-1658 (UK, Germany, France) Registry date of notification \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

**ANTIRETROVIRAL PREGNANCY REGISTRY ANTIVIRAL THERAPY DURING PREGNANCY**  
*(Initiated at registration and completed at follow-up)*

FOR OFFICE USE ONLY (2)

Registry ID \_\_\_\_\_  
 Update

Patient (Log) ID: \_\_\_\_\_ The Registry assigned, non-patient identifying patient ID number

Complete as much of this page as applicable at Registration. A copy of this form will be sent to you in the expected month of delivery for completion.

- 4. ANTIVIRAL THERAPY DURING PREGNANCY**
1. Use the med. codes below for antiviral medication taken during pregnancy. If not coded Specify Medication.
1. Abacavir (ZIAGEN<sup>®</sup>, ABC)
  2. Didanosine (VIDEX<sup>®</sup>, VIDEX<sup>®</sup> EC, ddI)
  - 2a. Didanosine (generic)
  3. Efavirenz (SUSTIVA<sup>®</sup>, STOCRIN<sup>®</sup>, EFV)
  4. Lamivudine (EPIVIR<sup>®</sup>, 3TC)
  5. Lamivudine+zidovudine (COMBIVIR<sup>®</sup>, ZDV+3TC)
  6. Nelfinavir (VIRACEPT<sup>®</sup>, NFV)
  7. Nevirapine (VIRAMUNE<sup>®</sup>, NVP)
  8. Ritonavir (NORVIR<sup>®</sup>, RTV)
  9. Saquinavir (FORTOVASE<sup>®</sup>, SQV-SGC)
  10. Saquinavir mesylate (INVIRASE<sup>®</sup>, SQV-HGC)
  11. Stavudine (ZERIT<sup>®</sup>, d4T)
  12. Zalcitabine (HIVID<sup>®</sup>, ddC)
  13. Zidovudine (RETROVIR<sup>®</sup>, ZDV)
  14. Amprenavir (AGENERASE<sup>®</sup>, APV)
  15. Indinavir (CRIVIXAN<sup>®</sup>, IDV)
  16. Delavirdine mesylate (RESCRIPTOR<sup>®</sup>, DLV)
  17. Lopinavir+ritonavir (KALETRA<sup>®</sup>, LPV/r)
  18. Abacavir+lamivudine+zidovudine (TRIZIVIR<sup>®</sup>, TZV)
  19. Tenofovir disoproxil fumarate (VIREAD<sup>®</sup>, TDF)
  20. Adefovir dipivoxil (HEPSERA<sup>®</sup>, ADV)
  21. Enfuvirtide (FUZEON<sup>®</sup>, T-20)
  22. Atazanavir sulfate (REYATAZ<sup>™</sup>, ATV)
  23. Emtricitabine (EMTRIVA<sup>®</sup>, FTC)
  24. Fosamprenavir calcium (LEXIVA<sup>®</sup>, FOS)
  25. Abacavir+lamivudine (EPZICOM<sup>™</sup>)
  26. Tenofovir disoproxil fumarate+emtricitabine (TRUVADA<sup>™</sup>)
2. In the following table, describe each course and/or change in route for each applicable therapy.

1	med. code (1-26) or if no code indicated, please write medication name Specify, if generic	Total Daily Dose (mg/day or mg/kg/day) *please indicate	Route (enter code) 1 = oral 2 = IV 3 = sub-Q	Pt Taking Med. at Conception? 1 = Yes 2 = No 3 = Unknown	Date Treatment	
					Course Began (m/d/y) OR gestational age (0 = prior to conception) If calculated by gestational age: <input type="checkbox"/> (from LMP) <input type="checkbox"/> (by corrected EDD)	Stopped (m/d/y) (Note: Ongoing = ongoing following delivery)
1	<input type="checkbox"/> generic					or <input type="checkbox"/> ongoing
2	<input type="checkbox"/> generic					or <input type="checkbox"/> ongoing
						or <input type="checkbox"/> ongoing
						or <input type="checkbox"/> ongoing
						or <input type="checkbox"/> ongoing
						or <input type="checkbox"/> ongoing
						or <input type="checkbox"/> ongoing
						or <input type="checkbox"/> ongoing
						or <input type="checkbox"/> ongoing

Registry assigned ID number \_\_\_\_\_ Date patient first seen during this pregnancy \_\_\_\_\_  
 Date: \_\_\_\_\_ m \_\_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ y

**FORMATION**

Enrolled in a clinical study? (treatment or observational study)  Yes  No  Unknown

Protocol number \_\_\_\_\_

Clinical trial conducted in pregnant women?  Yes  No  Unknown

Gestational Period \_\_\_\_\_ m \_\_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ y 1.5 Patient Age: \_\_\_\_\_ (at conception)

Date of Delivery (EDD) \_\_\_\_\_ m \_\_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ y (by LMP) 1.6 Race:  White  Black  Hispanic  Asian  Other \_\_\_\_\_ (specify)

Mode of Delivery \_\_\_\_\_ m \_\_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ y (e.g., by ultrasound)

**TESTS**

1. Prenatal test done?  Yes  No  Unknown

2. Is there evidence of a structural defect from one or more of these prenatal tests?  
 No (go to section 3)  
 Yes (complete below, then go to section 3)  
 Specify structural defect (✓) test(s) where defect noted  
 Ultrasound \_\_\_\_\_ date  
 Amniocentesis \_\_\_\_\_ date  
 MSAFP/serum markers \_\_\_\_\_ date  
 Other: \_\_\_\_\_ date  
 Unknown (go to section 3)

**FACTORS (at the START of pregnancy)**

3.1 Hepatitis Severity Indicator (at start of pregnancy):  
 A. Compensated liver disease (Pugh score <7)  
 B. Decompensated liver disease (Pugh score ≥7)  
 C. Not applicable

3.2 CD4+ T-cell categories (at start of pregnancy):  
 ≥ 500 µL  
 200-499 µL  
 <200 µL  
 Not applicable

Keep in a secure place to protect patient confidentiality

**ANTIRETROVIRAL PREGNANCY REGISTRY PATIENT LOG**

Call the Registry Office for Patient ID Numbers 800-258-4263 or 910-256-0238

In an effort to assure patient confidentiality and anonymity the Registry does not collect identifying information (e.g., initials, chart number, date of birth) on patients enrolled in the Registry. The identifier used to refer to your patient for further follow-up on the outcome of this pregnancy will be a Registry assigned Patient (Log) ID number.

This log is provided for your convenience. You may want to use this to track your Registry patients and to easily cross-reference the APR Registry assigned Patient (Log) ID with your patient.

**THIS IS FOR YOUR USE ONLY, DO NOT RETURN THIS TO THE REGISTRY.**

Please call the Registry Office at 1-800-258-4263 if you have questions.

Patient (Log) ID Assigned by the Registry	Suggested information to use to reference this patient when Registry follow-up is necessary			
	Patient Name	Chart number	EDD	Date APR form completed
00001	Jane Doe	123656	Jun. 1, 2004	Dec. 3, 2003

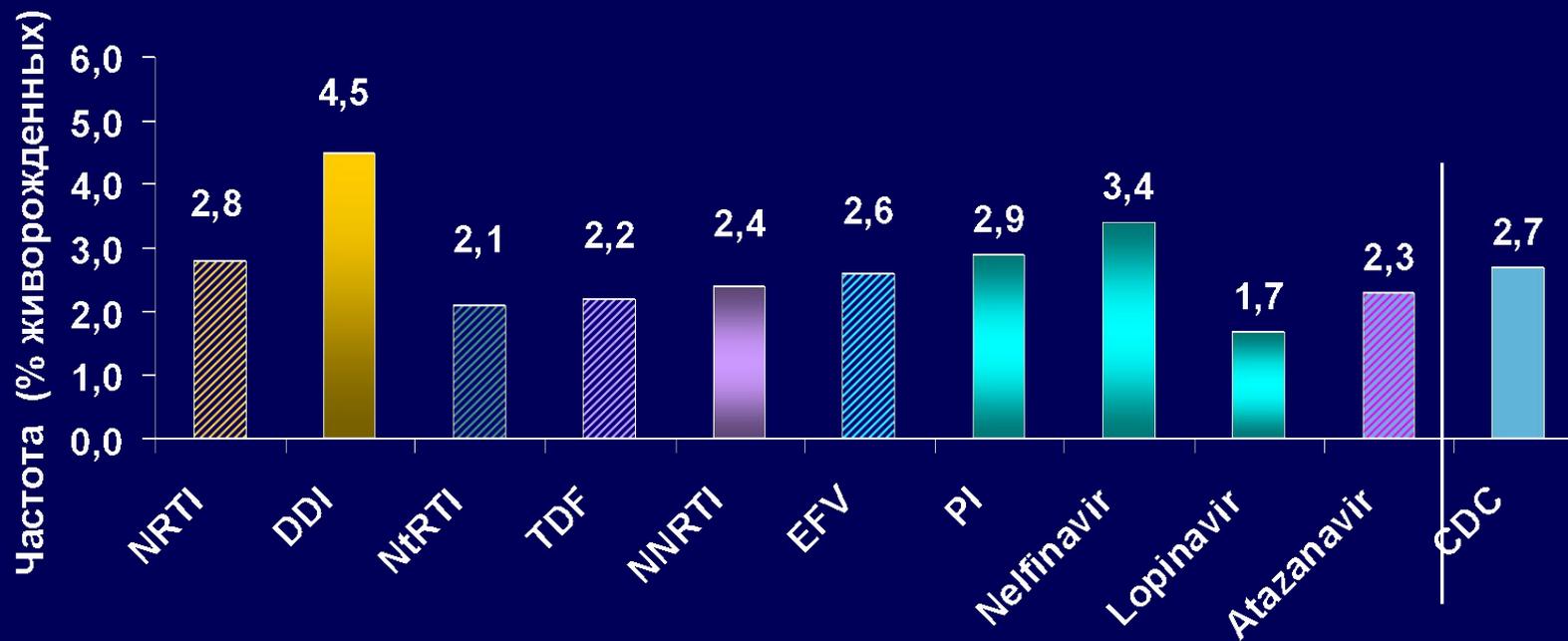
**PROVIDER INFORMATION**

Specialty \_\_\_\_\_  
 Phone \_\_\_\_\_  
 Fax \_\_\_\_\_  
 Date \_\_\_\_\_ m \_\_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ y

**www.apregistry.org**

Phone: (US, Canada) 800-258-4263 (Toll Free) or 910-256-0238  
 Phone: (International) 011-910-256-0238  
 Phone: (UK, Germany, France) 00800-5913-1359 (Toll Free)  
 Phone: (Europe): +32-2-714-5028

# Частота рождения детей с пороками развития (НПР) в зависимости от применения АРВ препарата в первом триместре беременности



# Класс

# АРВ препарат

# Категории беременности

# по классификации FDA

## НИОТЫ

- Retrovir (zidovudine, AZT) C
- Videx (didanosine, DDI) B
- Hivid (zalcitabine, DDC) C
- Zerit (stavudine, D4T) C
- Epivir (lamivudine, 3TC) C
- Ziagen (abacavir, ABC) C
- Viread (tenofovir, TDF) B

## ННИОТЫ

- Emtriva (emtricitabine, FTC) C B
- Viramune (nevirapine, NVP) C
- Rescriptor (delavirdine, DLV) C
- Sustiva (efavirenz, EFV) D
- Fortovase (saquinavir, SQVHGC) B
- Invirase (saquinavir, SQVSGC) B
- Crixivan (indinavir, IDV) C

## Ингибиторы протеазы

- Norvir (ritonavir, RTV) B
- Viracept (nelfinavir, NFV) B
- Agenerase (amprenavir, APV) C
- Kaletra (lopinavir/ritonavir, LPV/r) C
- Reyataz (atazanavir, ATV) B

## Ингибиторы слияния

- Lexiva (fos-amprenavir, f-APV) C
- Fuzeon (enfuvirtide, T-20) B
- Aptivus (tipranavir, TPV) C

# Влияние беременности на фармакокинетику АРВ препаратов

АРВ препарат	Результаты
<b>NVP</b>	↔ (9, 16)
<b>EFV</b>	<b>No data</b>
<b>SQV</b>	↓ <b>AUC</b> (1); ↔ <b>AUC</b> (2, 16)
<b>RTV</b>	↓ <b>AUC</b> (2)
<b>NFV</b>	↓ <b>AUC</b> (3, 4)
<b>APV</b>	<b>No data</b>
<b>LPV</b>	↓ <b>AUC</b> (10,14,16, 18) ↔ (11, 12, 17)
<b>IDV</b>	↓ <b>AUC</b> (3, 5)
<b>ATV</b>	↓ <b>AUC</b> (13, 15, 16)

(1) Acosta EP HIV Clin Trials 2001;2:460-5. (2) Acosta EP. AAC 2004;48:430-6; (3) Kosel BW. AIDS 2003;17:1195-9; (4) Heeswijk RPG 5<sup>th</sup> PK workshop, Italy (Abs #3.2); (5) Hayashi S AIDS 2000;14:1061-4. (9) Mirochnick M. Pediatr Infect Dis J. 2001;20:803-5. (10) Stek A. AIDS 2006 (11) Lyons F, 13<sup>th</sup> CROI, Denver 2006, #709 (12) Khuong-Josses MA. 14<sup>th</sup> CROI, Los Angeles 2007, #743 (13) Eley T, 15<sup>th</sup> CROI, Boston 2008 #624; (14) Kiser J, 16<sup>th</sup> CROI, Montreal 2009, #946 (15) Eley T, XVII IAC, Mexico City 2008, #TUPE0121; (16) Sabbatini F, XVII IAC, Mexico City 2008, #TUPE0124; (16) Favet A; 10<sup>th</sup> Clin Pharm WS 2009; #57, (17) Cressey T, 17<sup>th</sup> CROI 2010 San Francisco, #906, (18) Best B, JAIDS Aug 2010;54, 381-388

# Фармакокинетика стандартной дозы LPV/r (МЖК) у беременных: исследование RASTG1026s

- ВИЧ+ беременные женщины LPV/r МЖК 400/100 мг 2 р.д.
- LPV ФК измеряли:
  - 30–36 неделя беременности (n=17)
  - 6–12 неделя после родов (n=8)

↓ LPV на поздних сроках беременности против послеродового срока и небеременных (контрольной группы)

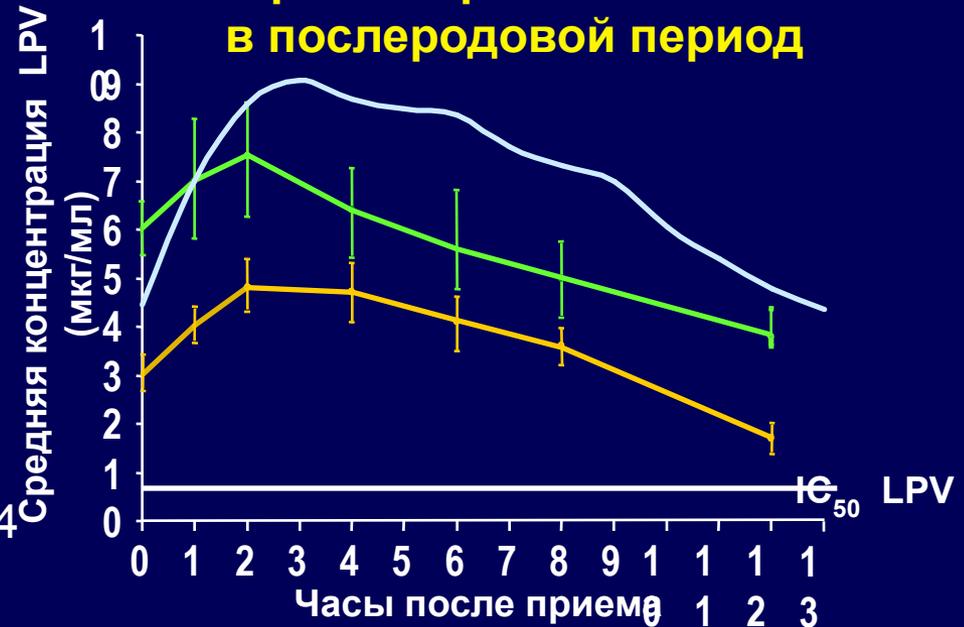
- AUC (мкг\*ч/мл [95% ДИ]):
  - Поздние сроки беременности: 44 [22, 60]
  - После родов: 62 [36, 87]

\* 52 µg hr/mL: 10th перцентиль AUC у небеременных взрослых

\*\* 80 µg hr/mL: медиана AUC у небеременных взрослых  
Stek A, et al. XV IAC, Bangkok 2004, #LbOrB08

- 14/15 РНК ВИЧ <400 копий/мл
- Все дети ВИЧ отрицательные

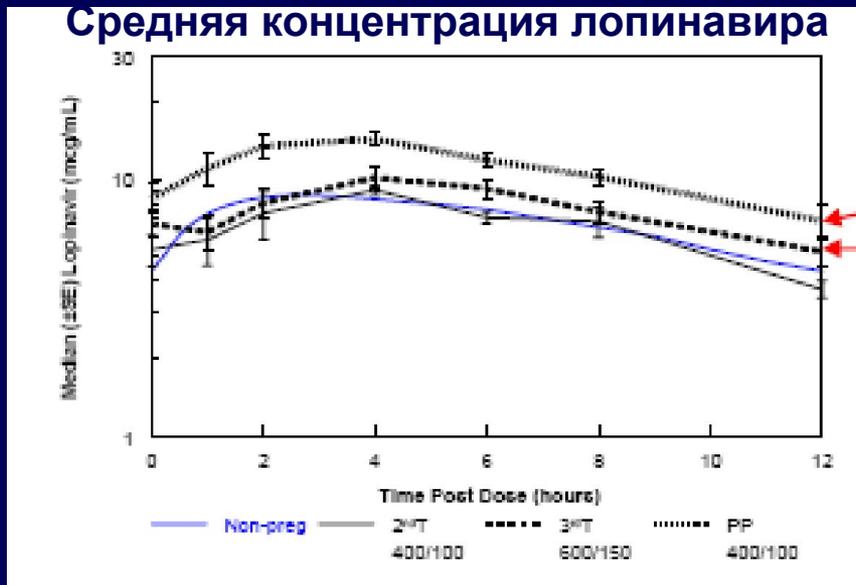
## Концентрация LPV в плазме крови во время беременности и в послеродовой период



- Беременные (n=17)
- Небеременные (контроль)
- После беременности (n=8)

# Фармакокинетика увеличенной дозы LPV/r(таблетки) у беременных: исследование IMPAACT1026s

- ВИЧ+ беременные женщины LPV/r таблетки 600/150 мг 2 р.д. в 3-м триместре беременности
- LPV ФК измеряли:
  - 2-ой триместр беременности (n=7)
  - 3-ий триместр беременности (n=25)
  - Через 2 недели после родов (n=19)
- % женщин с AUC >52 мкг·ч/мл (норма для небеременных женщин)
  - 2-ой триместр - 86%
  - 3-ий триместр – 92%
  - После родов - 100%



Стандартная доза (после родов)  
Увеличенная доза 600/150 мг  
(3-ий триместр)

# Фармакокинетика увеличенной дозы LPV/r(таблетки) у беременных: исследование IMPAACT1026s

## Заключение авторов:

На основании результатов данного исследования авторы предлагают увеличить дозу таблеток лопинавира/ритонавира до 600/150 мг 2 р.д. в 3-м триместре беременности и рассмотреть возможность увеличения дозы во 2-м триместре беременности, особенно для женщин, имеющих опыт применения ингибиторов протеазы. Доза таблеток лопинавира/ритонавира может быть возвращена к стандартной (400/100 мг 2 р.д.) в течение 2-х недель после родов.

При применении Калетры во время беременности следует анализировать потенциальную пользу от приема препарата относительно возможного риска для матери и ребенка. ВИЧ-инфицированным женщинам следует отказаться от грудного вскармливания (Инструкция по применению препарата Калетра)

# Рекомендации DHHS: LPV/r рекомендованный ИП для беременных женщин

- Исследования фармакокинетики (ФК) стандартной дозы LPV (капсулы, 3 капсулы 2 раза в день) в течение 3-го триместра беременности показали, достоверно более низкий уровень LPV, по сравнению с уровнем после родов и у небеременных женщин; увеличение дозы до 4-х капсул LPV/r 2 раза в день в 3-м триместре приводило к нормализации ФК параметров; ко 2-ой неделе после родов доза LPV/r возвращалась к стандартной.
  - Некоторые эксперты предлагают принимать стандартную дозу LPV/r (2 таблетки 2 раза в день) в течение беременности с мониторингом вирусологического ответа и уровня препарата, если доступно.
  - Другие эксперты экстраполируют данные по фармакокинетике капсул и предлагают увеличивать дозу LPV/r в 3-м триместре с 2 до 3 таблеток 2 раза в день, возвращаясь к стандартной дозе после родов.
- Доза LPV/r один раз в день не рекомендована в течение беременности, т.к. не известно остается ли уровень препарата адекватным при данной дозировке

При применении Калетры во время беременности следует анализировать потенциальную пользу от приема препарата относительно возможного риска для матери и ребенка. ВИЧ-инфицированным женщинам следует отказаться от грудного вскармливания (Инструкция по применению препарата Калетра)

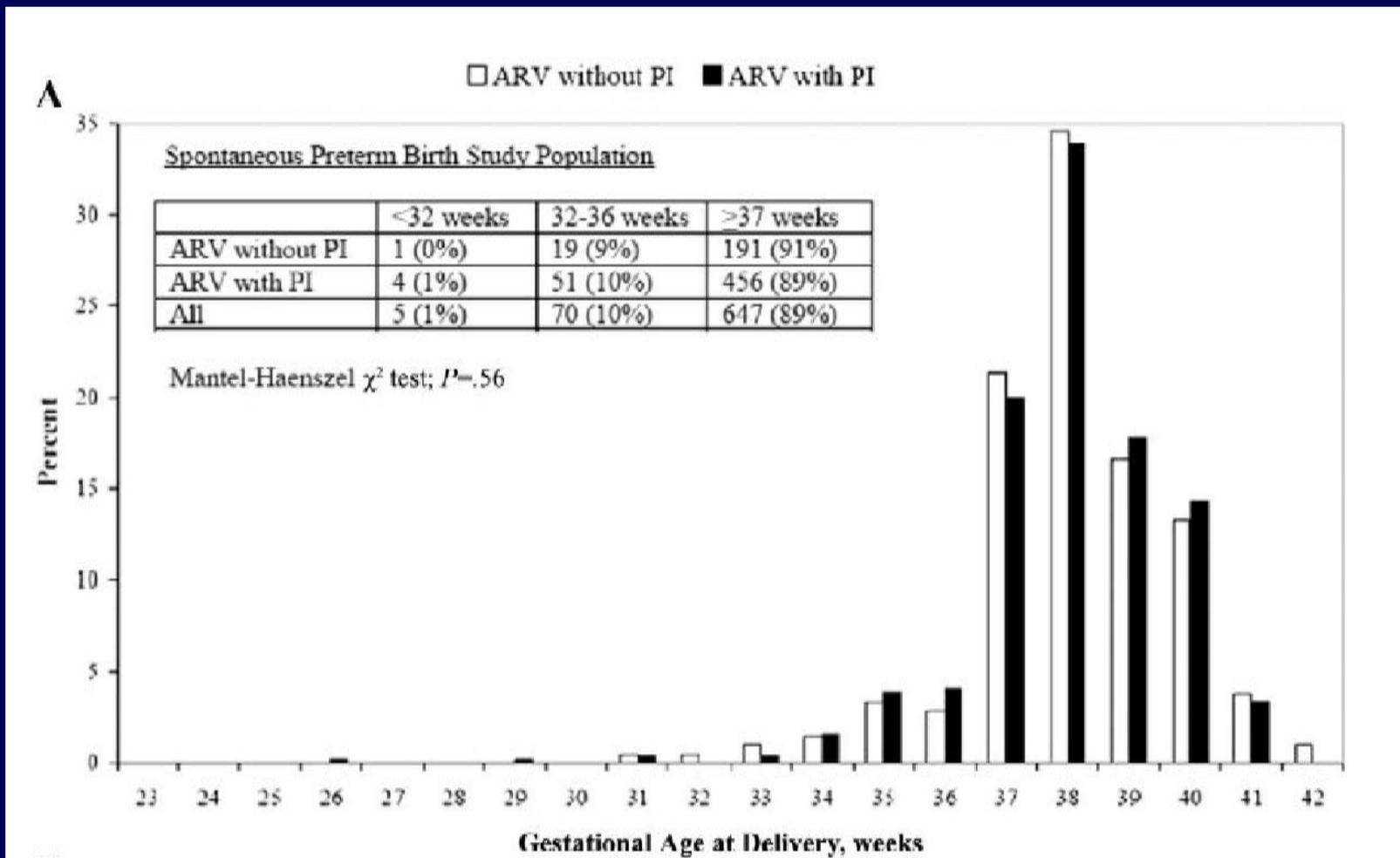
# Риск преждевременных родов и низкой массы тела новорожденных в зависимости от применения ИП

**Patel K. JID 2010:201 (1 April); 1035**

# Характеристика пациентов и АРВ терапии

- Всего в это проспективное когортное исследование было включено 777 беременных женщин, инфицированных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) и не получавших антиретровирусных (АРВ) препаратов до наступления беременности.
- Из 777 участниц исследуемой популяции 558 (72%) получали комбинированную АРВ терапию, в состав которой входили ИП.
  - зидовудин с ламивудином и нелфинавиром (47%) и
  - зидовудин с ламивудином, **лопинавиром и ритонавиром (22%)**.
- У 202 женщин (26%) проводилось комбинированное АРВ лечение без ИП; наиболее часто использовались зидовудин с ламивудином и абакавиром (61%) и зидовудин с ламивудином и невирапином (30%).
- 11 участниц (1%) во время беременности получали 2 препарата (десять пациенток принимали зидовудин и ламивудин, ещё одна — эмтрицитабин и тенофовир).
- 6 женщинам (1%) в течение беременности был назначен только зидовудин.

# Частота спонтанных родов в зависимости от применения ИП



# Риск преждевременных родов и рождения ребенка с низкой массой тела в зависимости от применения ИП

АРВ терапия с ИП по сравнению с АРВ терапией без ИП	OR в однофакторном анализе	P	OR в многофакторном анализе	P
Самопроизвольные преждевременные роды (n=75)	1,15 (0,67-1,97)	0,61	1,22 (0,70-2,12)	0,49
Самопроизвольные и вероятно связанные с лечением преждевременные роды (n=103)	1,31 (0,81-2,11)	0,28	1,15 (0,68-1,93)	0,61
Все преждевременные роды (n=130)	1,53 (0,97-2,39)	0,07	1,29 (0,77-2,15)	0,33
Низкая масса тела * у новорожденных (n=110)	1,48 (0,91-2,40)	0,11	1,36 (0,76-2,44)	0,30

\*Низкой массой тела считалась масса ниже 2500 г

# Выводы

- В исследовании не было выявлено значимой взаимосвязи между применением ИП в составе АРВ терапии и нежелательными исходами беременности (преждевременными родами и рождением ребёнка с низкой массой тела).