

Клінічне ведення пацієнтів з вірусологічною невдачею при використанні режиму АРТ другого ряду

Новий режим АРТ повинен містити щонайменше два або три повністю активних/потенційно активних АРВП, при прогнозуванні дії яких враховують історію лікування пацієнта, дані усіх досліджень АРВ-резистентності (за можливості) та/або механізм дії і відсутність у пацієнта досвіду із застосування нового класу препаратів.

Режими АРТ третього ряду мають включати нові АРВП, такі як ІПІІ – з високим генетичним і фармакокінетичним бар'єром до резистентності (DTG), та посилені/бустовані ІІ другого покоління (перевагу слід надавати DRV/r) з мінімальним ризиком виникнення перехресної резистентності до АРВП у схемах АРТ, які використовували раніше.

За відсутності нових АРВП для зміни схеми АРТ другого ряду, пацієнти з вірусологічною невдачею мають продовжувати поточну схему другого ряду. У жодному разі не слід переривати АРТ, навіть при вірусологічній невдачі, оскільки це може призвести до швидкого прогресування ВІЛ-інфекції.

У пацієнтів з вірусологічною невдачею при використанні схеми першого ряду із вмістом ННІЗТ та схеми другого ряду із вмістом DTG для АРТ третього ряду слід розглянути схему з посиленням ІІ/r (DRV/r, LPV/r або ATV/r).

У пацієнтів з вірусологічною невдачею при використанні схеми першого ряду із вмістом DTG та схеми другого ряду із вмістом ATV/r (або LPV/r) для АРТ третього ряду слід розглянути схему з двома НІЗТ і посиленням DRV/r (600 мг/100 мг з прийомом два рази на добу), а також врахувати можливість додавання до схеми DTG у подвійній дозі (50 мг з прийомом два рази на добу).

При виборі оптимальних АРВП для схем третього ряду слід провести визначення резистентності методом генотипування (за можливості), зокрема до препаратів класу НІЗТ.

У схемах третього ряду слід продовжити застосування ЗТС (або FTC) та TDF (або TAF) навіть при задокументованій наявності мутацій резистентності M184V та K65R через їхній вплив на фітнес/зниження реплікативної здатності вірусу.

Режими третього ряду мають включати нові препарати з мінімальним ризиком виникнення перехресної резистентності до раніше використовуваних АРВП.

Комбінації АРВП у режимах АРТ першого, другого і третього ряду

| Вікова група | Режим АРТ першого ряду | Режим АРТ другого ряду | Режим АРТ третього ряду |
|---------------------------------------|------------------------|--|--|
| Дорослі та підлітки (старше 12 років) | 2 НІЗТ+DTG | 2 НІЗТ+АТV/г (або LPV/г) | DRV/г+1–2 НІЗТ±DTG ^б Слід врахувати профіль генотипування (якщо у схемі другого ряду використовували LPV/г) |
| | | 2 НІЗТ+DRV/г | Слід врахувати профіль генотипування |
| | 2 НІЗТ+EFV | 2 НІЗТ+DTG | 2 НІЗТ+(АТV/г, DRV/г, або LPV/г)±DTG ^б |
| Діти (від 1 до 12 років) | 2 НІЗТ+DTG (RAL) | 2 НІЗТ+LPV/г (або АТV/г ^в) | DRV/г ^{а,г} +1–2 НІЗТ±DTG ^{б,д} Слід оптимізувати схему з урахуванням профілю генотипування для дітей віком молодше 3 років |
| | | | DRV/г ^{а,г} +1–2 НІЗТ±DTG ^{б,д} Слід оптимізувати схему з урахуванням профілю генотипування для дітей віком молодше 3 років |
| | 2 НІЗТ+ННІЗТ | 2 НІЗТ+DTG | 2 НІЗТ+(АТV/г, LPV/г або DRV/г ^г)±DTG ^д |

Примітки: ^а в дозі 600/100 мг з прийомом два рази на добу;

^б DTG в дозі 50 мг з прийомом два рази на добу;

^в Посилений ІІІ;

^г DRV не застосовують у дітей віком молодше 3 років;

^д Відповідне дозування DTG для дітей із врахуванням вікової групи та маси тіла.