

За матеріалами зарубіжних наукових видань

Нові перспективи вилікування ВІЛ-інфекції

Кількість пацієнтів, вилікуваних від ВІЛ-інфекції, зростає до чотирьох. До недавнього часу було відомо лише два таких випадки.

У 2006 році під час лікування від ВІЛ Тімоті Рею Брауну (відомому нині як «берлінський пацієнт») було вставлено діагноз лейкемії. Після лікування за допомогою стовбурових клітин людини, яка народилася з генетичною мутацією, що формує імунітет до ВІЛ-інфекції, Тімоті Браун зміг припинити лікування, оскільки захворювання зникло.

Доцент Дебора Персо (Deborah Persaud) з Університету Джона Хопкінса (США) 3 березня 2013 року на конференції з ретровірусних та опортуністичних інфекцій в Атланті (штат Джорджія) представила перший задокументований випадок вилікування дитини від ВІЛ-інфекції і другий випадок вилікування від ВІЛ узагалі. Доктор Персо описала випадок дворічної дитини зі штату Міссісіпі, якій при народженні встановили діагноз ВІЛ-інфекції і одразу ж призначили антиретровірусну терапію. У 18 місяців батьки припинили давати дитині антиретровірусні препарати і забрали з-під спостереження. Під час наступного обстеження у 23 місяці, незважаючи на п'ятимісячну перерву в лікуванні, у дитини не виявлено вірусного навантаження. Високочутливі тести підтвердили відсутність ВІЛ-інфекції. Всебічні випробування спростували сумніви, що мати і дитина були ВІЛ-позитивними, коли дитина народилася. Сьогодні найчутливіші з доступних засобів не виявляють у неї жодної ознаки ВІЛ-інфекції. Дослідники вважають, що випадок вилікування дитини зумовлений комбінацією впливу антиретровірусної терапії та особливостей функціонування імунної системи новонародженого, що спонукає до інтенсивного їх вивчення. Випадок у штаті Міссісіпі також підкреслює важливість виявлення ВІЛ-інфікованих вагітних та розширення доступу до лікування за схемами, щоб запобігти інфікуванню дитини від матері та одразу ж розпочинати антиретровірусну терапію немовлят, якщо вони народжені ВІЛ-позитивними.

На 7-й конференції Міжнародного товариства з дослідження ВІЛ, що відбулася 30 червня — 3 липня

2013 року в Куала-Лумпурі (Малайзія), Деніел Куріцкес (Daniel R. Kuritzkes) і його колеги з Бригамою та Жіночої лікарні (Brigham and Women's Hospital) в Бостоні (США) повідомили, що їм вдалося елімінувати вірус імунодефіциту з організму двох дорослих хворих за допомогою пересадки стовбурових клітин.

Одному з «бостонських пацієнтів» пересадження кісткового мозку робили три роки тому, іншому — п'ять років тому. Тепер вони уже не отримують антиретровірусних препаратів (один не вживає 15 тижнів, інший — 7 тижнів), і ознаки вірусної нуклеїнової кислоти в їх крові не з'явилися. Дослідники стверджують, що про повне одужання можна буде говорити щонайменше через рік, оскільки ВІЛ може перебувати в організмі латентно.

Стовбурові клітини пересаджували і «берлінському пацієнтові», проте в бостонському варіанті терапія мала одну суттєву відмінність. У Берліні хворому теж вводили стовбурові клітини крові, але вони несли мутантний білок CCR5, який потрібен ВІЛ для проникнення в клітину. Тобто у цих стовбурових клітин спеціально створювалася стійкість до вірусу. В Бостоні ж пересаджували звичайні стовбурові клітини без будь-яких антивірусних мутацій за правилами протиракової терапії, оскільки в пацієнтів, окрім СНІДу, діагностовано ще й лімфому. Тобто єдиним захистом від вірусу були звичайні антиретровірусні препарати.

Дослідники припустили, що причиною позбавлення від вірусу стало витіснення пересадженими клітинами власних клітин, уражених ВІЛ, і таким чином було знищено його потенційні резервуари.

Отримані в Бостоні результати можуть свідчити також про те, що антиретровірусна терапія може бути ефективною і без додаткової підтримки у вигляді генної терапії, адже пересаджені клітини в цьому випадку ніяких спеціальних мутацій не несли.

З іншого боку, пересадження стовбурових клітин не є найбезпечнішою процедурою, тому, оцінюючи можливість практичного використання її як засобу проти СНІДу, потрібно подбати про зменшення імунних ризиків, пов'язаних з трансплантацією кісткового мозку.

Список літератури

1. Перший задокументований випадок вилікування ВІЛ-інфекції у дитини // Володимир Короленко. Персональна сторінка.— 2013.— Режим доступу: <http://estetmed.org/?p=605>.
2. First Documented Case of Child Cured of HIV (Editorial) // Science Daily.— 2013, March, 3.— Available from: <http://www.sciencedaily.com/releases/2013/03/130303172640.htm>.
3. Henrich T. In depth investigation of peripheral and gut HIV-1 reservoirs, HIV-specific cellular immunity, and host microchimerism following allogeneic hematopoietic stem cell transplantation / T. Henrich, E. Hanhauser, M. Sirignano, B. Davis, T.-H. Lee, S. Keating, M. Busch, F. Marty, A. LaCasce, P. Armand, R. Soiffer, M. Altfeld, D. Kuritzkes // 7TH IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention. 30 June— 3 July 2013, Kuala Lumpur, Malaysia.— Available from: http://www.ias2013.org/webcontent/file/pag/Wednesday/Wednesday_Online.pdf.
4. Medew J. Hopes soar after US pair 'cured' of HIV // The Border Mail.— 2013, July 3.— Available from: <http://www.bordermail.com.au/story/1615171/hopes-soar-after-us-pair-cured-of-hiv/?cs=12>.

Дерматологія та венерологія: досвід країн світу

ДЕРМАТОЛОГІЯ У БРАЗИЛІЇ

Федеративна Республіка Бразилія — найбільша держава в Південній Америці. Площа — 8 514 877 км², кількість населення (станом на 2012 рік) — 193 946 886 осіб. Володіючи величезними земельними ресурсами та запасами корисних копалин, Бразилія має найсильнішу економіку в Латинській Америці та є одним із головних експортерів сільськогосподарської продукції у світі. Країна входить до так званої великої двадцятки економік світу.

Конституція країни, прийнята в 1988 році, гарантує бразильцям право на безоплатну медичну допомогу і визначає забезпечення цього права обов'язком держави («Здоров'я є правом і обов'язком держави»). Подібно до Сполучених Штатів Америки система охорони здоров'я Бразилії зберігає поєднання державних і приватних принципів медичного забезпечення, і деякі пацієнти купують медичну допомогу у вигляді приватних планів в охороні здоров'я. У Бразилії налічується приблизно 7 тис. дерматологів, що становить 1 лікар на 28 тис. населення (цей показник такий же у США).

Система охорони здоров'я

Громадську систему, відому в Бразилії як Єдина система здоров'я (порт. — Systema Unico de Saude, SUS), було організовано для забезпечення всіх рівнів медичної допомоги в медичних закладах різних типів — від первинної допомоги (переважно в місцевих підрозділах) до високоспеціалізованих медичних послуг (переважно в університетських клініках). Надання медичної допомоги регулюється Законом «Про Національну систему охорони здоров'я», прийнятим у 1990 році. Головними принципами SUS визначено «universalidade» (загальнодоступність, що ґрунтується на конституційному праві громадян на здоров'я) та «equidade» (справедливість, яка полягає в тому, що політика в галузі охорони здоров'я базується на перерозподілі ресурсів, відповідній тактиці у різних ситуаціях). Управління системою охорони здоров'я з 2003 року децент-

ралізоване. Кожен департамент охорони здоров'я штату чи муніципальної громади відповідає за нагляд за громадським здоров'ям.

Державна система надає пацієнтам медикаменти безоплатно. Урядові аптеки пропонують основні ліки для лікування таких поширених захворювань, як гіпертензія і цукровий діабет, а в окремих випадках і дорогівартісні ліки, наприклад, біопрепарати, оральні ретиноїди, імунодепресанти.

Система залишається недосконалою, вона обтяжена величезними чергами і недостатністю ресурсів. Пацієнти можуть чекати обстеження у лікаря-фахівця місяцями або навіть роками залежно від виду допомоги. Ситуація ще гірша в бідніших регіонах країни, що спонукає мільйони пацієнтів звертатися по медичну допомогу у великі, розвиненіші міста, внаслідок чого тамтешні заклади охорони здоров'я ще більше перевантажуються. Іноді пацієнти пропускають заплановані візити до лікаря, тому що не в змозі оплатити проїзд до лікарні. Не можна очікувати від пацієнтів, яким ледь вистачає коштів на їжу і житло, зміни способу життя, що іноді є основоположним чинником успішного лікування дерматологічних захворювань.

Навіть із законодавчою гарантією охорони здоров'я для населення Бразилія ще не досягла загальної доступності. Так, у редакційній статті журналу «Lancet» (2011) «Бразилія: на шляху до стійкості та справедливості в охороні здоров'я» зазначено, що протягом 2008 року до лікаря звернулися лише 68 % населення Бразилії, що є низьким показником порівняно з такими країнами, як Німеччина, Франція і Канада. У 2008 році по медичну допомогу звернулися 76 % осіб з групи найвищих доходів порівняно з 59 % осіб з групи найнижчих доходів, що свідчить про значну нерівність доступу до медичної допомоги. Продовжуючи порівняння зі США, можна зазначити, що частка населення, яке зверталось в лікувальні заклади, зменшилася із 77 % у 2005 році до 68 % у 2008 році, що ідентично бразильському показникові.

Приватне страхування

Охорона здоров'я Бразилії є дворівневою. Це означає, що урядова система надає основні медичні послуги, переважно первинного рівня, а спеціалізована медична допомога доступна для тих, хто може придбати додаткові послуги чи отримати за власні кошти або через приватне страхування високу якість і швидший доступ до медичної допомоги. Спеціалізованою допомогою часто є і медичні послуги дерматологічним та венерологічним хворим.

За даними уряду Бразилії, у 2012 році приватним медичним страхуванням охоплено понад 47 млн громадян, тобто майже 25 % населення.

Пацієнти, що мають приватне страхування, купують собі швидкий доступ до медичної допомоги, а також прямий доступ до спеціалістів (омінаючи лікарів первинної ланки). В державній системі пацієнти зазвичай лікуються лише в лікаря первинної ланки (загальної практики) або педіатра. У приватних закладах хворі звертаються до фахівців вторинного та третинного рівнів безпосередньо, без направлення. Водночас у приватному секторі охорони здоров'я чимало лікарських засобів надто дорогі та не покриваються страхуванням. Це дуже актуально і для бразильських дерматологів, які практикують надання пацієнтам зразків препаратів, щоб запобігти зайвим витратам, якщо в пацієнта виявиться непереносність до ліків.

Практика приватної страхової медицини в Бразилії має певні недоліки. За дуже високих щомісячних платежів приватним страховим компаніям робота медичних працівників цих компаній загалом не дуже добре оплачується. Також лікарі вказують на недостатній рівень контролю за процесом лікування, коли обирається не оптимальна за ефективністю тактика, а найвигідніша страховій компанії.

Дерматологічне товариство

Бразильське товариство дерматології (Sociedade Brasileira de Dermatologia, SBD) є єдиною організацією, яку Рада Федерації медицини і Бразильська медична асоціація офіційно визнають як представника дерматологів країни. Крім того, це друге за величиною національне дерматологічне об'єднання у світі, що має 6 тис. членів і представлене у 23 шта-

тах через свої регіональні підрозділи, а також у 67 університетських лікарнях через акредитовані офіси. Фах дерматолога здобувають після навчання в резидентурі та складання іспиту, який проводить SBD на основі угоди, підписаної з Медичною асоціацією Бразилії у 1960 році та чинної з 1967 року, коли було проведено перший такий іспит.

Особливості бразильської дерматології

Особливістю роботи бразильських дерматологів є частіша захворюваність населення на ряд тропічних дерматозів, що пов'язано із географічним розташуванням. У країні зустрічаються багато системних мікозів, таких як споротрихоз, хромобластомікоз, паракондіомікоз, хромомікоз, лобомікоз, а також лейшманіоз, лепра та деякі інші хвороби. Донедавна ендемічною для країни була так звана бразильська пухирчатка, яка тепер зустрічається також у Колумбії, Перу і навіть Тунісі. Можливо, ендемічний характер захворювання пояснюється специфічним генотипом населення. Вважають, що у таких хворих відсутній «захисний» Dqw2 ген, який є у здорових жителів регіону. Клінічно ендемічна пухирчатка має ознаки, характерні для листоподібної пухирчатки.

Бразильські дерматологи до теперішнього часу використовують давні й недорогі препарати, наприклад, йодид калію при споротрихозі частіше призначають, ніж сучасні системні антимікотики. Призначають також ліки так званого персоналізованого складу, ціни на приготування яких в аптеках зазвичай доступні.

Значну роль відведено фітотерапії. Наприклад, препарат «Вітикромін» (Viticromin), розроблений на основі бразильських рослин, використовують для лікування вітиліго. Також дерматологи рекомендують хворим на псоріаз геліотерапію — терапію сонячним світлом.

Існує проблема виявлення поширених захворювань на дуже пізніх стадіях через відсутність профілактики та ранньої і адекватної допомоги. Так, у Бразилії базально-клітинна карцинома може призвести до смерті. Нерідко в пацієнтів виявляють рак шкіри, пов'язаний з надмірним перебуванням на сонці без захисту. Часто хворіють люди, зайняті в сільському господарстві, яке є основою економіки країни.

Список літератури

1. Kleinert S. Brazil: towards sustainability and equity in health / Kleinert S., Horton R. // *Lancet*.— 2011.— Vol. 377, N 9779.— P. 1721–1722.
2. Nelson R. Dermatology in Brazil / Nelson R. // *Dermatology World*.— 2012, August 01.— Available from: <http://www.aad.org/dw/monthly/2012/august/dermatology-in-brazil#allpages>.
3. Harvard University David Rockefeller Center for Latin American Studies (Центр Девіда Рокфеллера з вивчення Латинської Америки, Гарвардський університет) <http://www.drclas.harvard.edu>.
4. Portal de Governo Brasileiro (Портал уряду Бразилії) <http://www.brasil.gov.br>.
5. Sociedade Brasileira de Dermatologia (Бразильське товариство дерматології) <http://www.sbd.org.br>.

Підготував В.В. Короленко
кандидат медичних наук

Аспірин знижує ризик меланоми жінок у менопаузі

http://www.cbsnews.com/8301-204_162-57573594/taking-aspirin-tied-to-protection-against-melanoma/

За даними дослідження, проведеного в Стенфордському університеті (Каліфорнія, США), у жінок у постменопаузі, що вживають аспірин, нижчий ризик розвитку меланоми. Що тривалішим був курс терапії, тим нижчим виявлявся ризик. Ацетаминофен та інші нестероїдні протизапальні засоби не мають такого ефекту. В дослідженні взяли участь 59 806 світлошкірих жінок віком 50–79 років. Вони відповідали на запитання, що стосуються вживання аспірину і нестероїдних протизапальних засобів (НПЗЗ) під час дослідження Women's Health Initiative з вивчення причин смертності, інвалідності та якості життя жінок у постменопаузі. Спочатку про регулярний прийом аспірину (двічі за останніх 2 тижні) повідомили 25 % жінок. З них 75 % вживали аспірин регулярно або використовували аспірин тривалої дії. 15 % респондентів застосовували інші НПЗЗ, 60 % респондентів вживали НПЗЗ або аспірин нерегулярно. Через три роки жінок опитали знову: 59 % опитаних, що застосовували аспірин, і 38 % жінок, які використовували НПЗЗ, продовжували терапію. За 12 років спостереження було зафіксовано 548 випадків меланоми: 289 – маланома *in situ*, 255 – інвазивна меланома, 4 випадки лишилися нез'ясованими. Ризик меланоми був на 21 % нижчим у тих жінок, що регулярно приймали аспірин, порівняно з тими, що не використовували препарат (відношення ризику 0,79). Тривалість терапії (менше ніж 1 рік, 1–4 роки, 5 і більше років) пов'язана зі зниженням

ризику меланоми на 11 % для кожної категорії. Крім того, ризик меланоми на 30 % менший у жінок, що вживали аспірин регулярно протягом 5 і більше років (відношення ризику 0,70). Захворюваність на меланому на 100 тис. осіб становила 69,8; 87,9 і 87,1 на рік серед жінок, що використовували аспірин, НПЗЗ, і тих, що не приймали аспірин, відповідно. В аналізі враховано наявність раку шкіри в анамнезі, інсоляцію, користування сонцезахисними засобами та інші чинники. Спочатку «найважливіші предиктори, супутні чинники і наявність меланоми в анамнезі не відрізнялися в різних групах». Попередні дослідження також виявили зв'язок прийому аспірину та інших НПЗЗ зі зниженням ризику розвитку раку шлунка, молочної залози і колоректального раку. Дані з приводу меланоми були суперечливими, можливо, це пов'язано з низькими дозами аспірину або його нерегулярним уживанням. Дослідники висувають дві версії: відсутність захисних властивостей інших НПЗЗ пов'язана або з нерегулярним уживанням препаратів, або з унікальними властивостями аспірину. Дані про те, що ризик меланоми знижується у випадках тривалого застосування аспірину, узгоджуються і з результатами інших досліджень. Наприклад, було доведено, що ризик колоректального раку зменшується після кількох років терапії аспірином. Протипухлинний і кардіопротективний ефекти аспірину становлять великий інтерес, але на іншій часті вагів – ризик шлунково-кишкових кровотеч на тлі його прийому.

Гелевий манікюр може спричинити рак шкіри

<http://www.foxnews.com/health/2013/03/06/popular-gel-manicure-may-be-cancer-risk/print#ixzz2NFXm4yzb>

Гелевий манікюр набув значної популярності завдяки стійкості й тривалості, адже зберігається на нігтях удвічі довше, ніж звичайний лак. Його вартість у США становить 25–45 \$. Тим часом гелевий манікюр може стати причиною раку шкіри. Про це попереджають лікарі медичної школи Нью-Йорка. Небезпечним є УФ-опромінення, яке використовують для затвердіння гелю. Воно ушкоджує клітини шкіри так само, як випромінювання в солярії. Світлодіодні лампи, якими підсушують звичайний лак для нігтів, не несуть небезпеки, оскільки випромінюють ультрафіолет іншого спектра. В *JAMA Dermatology* за 2009 рік опубліковано два клінічних випадки. У жінок

середнього віку, що не мали онкологічних захворювань в анамнезі, на кистях, у ділянці УФ-опромінення, яке використовували для манікюру, виявлено рак шкіри. Лікарі рекомендують жінкам під час гелевого манікюру наносити на шкіру рук сонцезахисні засоби. Насторожує і те, що безпечна доза цього випромінювання невідома, оскільки лампи не мають регулювання. Окрім того, гель маскує стоншення і пошкодження нігтів. «Будь-який манікюр, залишений на нігті тривалий час, не є хорошою ідеєю. Оскільки неможливо контролювати, що відбувається з нігтем», – зауважує доктор Кріс Адігун з відділення дерматології медичної школи Нью-Йорка.

Підготувала К.В. Коляденко
кандидат медичних наук