



W numerze:

Polska w UNAIDS

w latach 2011-2012

Joanna Głazewska

Str. 1-2

XIX konferencja „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie”

Iwona Gąsior

Str. 3

Wybrane publikacje WHO z 2012 r.

Iwona Wawer

Str. 4-5

Sektor prywatny odpowiada na hasło UNAIDS „Getting to Zero” – Dążymy do zera

Maryla Rogalewicz

Str. 6-7

Przegląd prasy VIII-X 2012

Małgorzata Olczyk

Str. 8

Aspekty

Diagnostyka HIV i innych zakażeń przenoszonych drogą płciową

Piotr Wysocki

Telefon Zaufania HIV/AIDS

(+22) 692 82 26; 801 888 448

od pn. 15:00 do pt. 15:00

Lekarze specjaliści dyżurują:

we wtorki i czwartki w godz. 17:00-19:00

AIDS - Zielona Linia

(+22) 621 33 67

poniedziałki, środy w godz. 13:00-19:00

wtorki, czwartki i piątki w godz. 10:00-16:00

Osrodek Informacji o HIV/AIDS

(+22) 331 77 66

info@aids.gov.pl

Poradnia Internetowa HIV/AIDS

www.aids.gov.pl

poradnia@aids.gov.pl

Polska w UNAIDS w latach 2011-2012

31 grudnia 2012 r. kończy się 12-miesięczny okres polskiego przewodnictwa w Radzie Koordynacyjnej Programu UNAIDS. Wcześniej, w 2011 r. pełniliśmy funkcję jej wiceprzewodniczącego. Czas pokaże, czy dobrze wykorzystaliśmy te dwa lata, jednak już dziś widać pierwsze efekty naszej pracy.



Pan Minister I. Radziejewicz-Winnicki przewodniczy obradom PCB w dn. 11-13.12.2012 r.

Wspólny Program Narodów Zjednoczonych ds. HIV/AIDS (*The Joint United Nations Programme on HIV and AIDS – UNAIDS*) został ustanowiony w 1994 r. ONZ realizuje w ramach tego Programu zadania z zakresu szeroko pojętej odpowiedzi na kwestię HIV/AIDS na świecie. Warto zwrócić uwagę na fakt, że Program tworzą podmioty wyspecjalizowane ONZ, co ma bezpośrednie przełożenie na szeroki wachlarz działań UNAIDS i co odzwierciedla zarazem złożoność problematyki HIV i AIDS. Pracę wszystkich partnerów koordynuje Sekretariat UNAIDS, a ciałem zarządzającym na poziomie polityczno-strategicznym jest właśnie Rada Koordynacyjna Programu UNAIDS (Programme Coordinating Board UNAIDS – PCB UNAIDS).

PCB UNAIDS jest tworzone przez 22 państwa reprezentujące w cyklu kadencyjnym wszystkie regiony świata, 11 podmiotów ONZ współtworzących Program i delegację społeczeństwa oby-

telskiego, w której są przedstawiciele organizacji pozarządowych z Afryki, Ameryki Łacińskiej i Karaibów, Ameryki Północnej, Azji i Pacyfiku oraz Europy.

Już sam wybór Polski, by przewodniczyła Radzie zarządzającej Programem Narodów Zjednoczonych był dużym sukcesem i dowodem uznania społeczności międzynarodowej dla polskich rozwiązań systemowych w reakcji na epidemię HIV. Powierzenie Polsce tej funkcji było nie tylko zwieńczeniem dotychczasowej pracy, ale i początkiem nowego rozdziału. Przez kolejne dwa lata Polska, uczestnicząc w bieżących pracach PCB UNAIDS i na powiązanych z nią merytorycznie forach innych organizacji i struktur, brała czynny udział w działaniach PCB i Programu UNAIDS.

Krajowe Centrum ds. AIDS było odpowiedzialne za szereg działań merytorycznych oraz – wraz ze Stałym Przedstawicielstwem Rzeczypospolitej Polskiej przy Biurze NZ w Genewie, przy współpracy z Ministerstwem Zdrowia i Ministerstwem Spraw Zagranicznych – za koordynację polskiej aktywności w PCB UNAIDS w latach przewodnictwa. Wszyscy zaangażowali się, by zaprezentować polskie, wypracowane przez lata, sprawne mechanizmy zapobiegania rozprzestrzenianiu się epidemii HIV, by promować nasz kraj jako aktywnego i wartościowego partnera na arenie międzynarodowej, ale też by zwrócić uwagę świata na problemy, z którymi ciągle nie możemy sobie poradzić – przede wszystkim na sytuację epidemiologiczną w Regionie Europy Wschodniej.

PCB UNAIDS koordynuje proces tworzenia i realizacji światowej strategii przeciwdziałania epidemii HIV. Taka strategia działania wymaga opracowania

odpowiednio dostosowanych narzędzi jej implementacji i monitoringu realizacji. Polska już w 2010 r., jako przedstawiciel regionu Europy Wschodniej, a następnie już jako Wiceprzewodniczący PCB UNAIDS w 2011 r., była członkiem Podkomitetu Rady ds. Zunifikowanego Budżetu, Rezultatów i Zakresu Odpowiedzialności (*Unified Budget, Results and Accountability Framework – UBRAF*), którego zadaniem było opracowanie dokumentu, który przekładałby na konkretne działania Strategię UNAIDS na lata 2012-2015. Już w 2013 r. otrzymamy pierwszy raport opracowany zgodnie z zapisami tego dokumentu.

PCB UNAIDS, poprzez procedury w niej obowiązujące, wydaje stosowne rekomendacje pomocne w tworzeniu wpisanych w światową strategię programów na poziomie regionów i w poszczególnych krajach. To eksperyty epidemiologiczne i problemowe, w szeroko pojętym kontekście przeciwdziałania epidemii HIV na świecie, są podstawą do dalszych prac Programu. W latach 2011-2012 Polska brała aktywny udział w pracach różnych grup roboczych odpowiedzialnych za opracowanie dokumentów źródłowych służących do przeprowadzenia dyskusji w PCB, a następnie podjęcia stosownych kroków, mających doprowadzić do uzgodnienia kolejnych działań w konkretnych obszarach. Byliśmy aktywnym uczestnikiem prac na temat złożonej profilaktyki, przeciwdziałania dyskryminacji ze względu na rzeczywisty lub domniemany pozytywny status serologiczny, czy aspektów prawnych epidemii, włączając w to dyskusję nad istniejącymi przepisami, wykonaniem tych praw i równym dostępem do systemu sprawiedliwości dla wszystkich. Pełniliśmy funkcję mediatora w dyskusjach na tematy trudne, powodujące nieuchronne konfrontacje pomiędzy różnymi kulturami, systemami społecznymi i politycznymi.

Polskie Wice- i Przewodnictwo w Radzie to także nasze rzecznictwo na forach innych organizacji i organów Systemu NZ w zakresie realizacji zobowiązań przyjętych przez kraje i partnerów międzynarodowych na forum PCB UNAIDS. W 2011 r. Polska była, wraz z ówczesnym Przewodniczącym PCB, mediatorem w procesie uzgadniania treści rezolucji przyjmowanej przez Radę Społeczno-Gospodarczą (ECOSOC),

która co dwa lata podsumowuje działalność UNAIDS. W okresie polskiej prezydencji w Radzie UE promowaliśmy problematykę przeciwdziałania epidemii na forum Unii. W 2012 r., gdy Międzynarodowa Organizacja Pracy (ILO) rewitalizowała swoją strategię walki z epidemią HIV w środowisku pracy, Polska była autorem i głównym negocjatorem wspólnego stanowiska 38 państw z grupy państw o wysoko rozwiniętej gospodarce rynkowej (IMEC), w której skład wchodzi, obok państw unijnych, największe gospodarki świata.

Nasze aktywne, zdywersyfikowane uczestnictwo w pracach PCB UNAIDS i samego Programu, stworzyło też nowe możliwości realizacji interesów naszego kraju w kontekście Polityki Rozwojowej, czy Partnerstwa Wschodniego. Sprawiliśmy, co jest podkreślane przez wszystkich partnerów, że po raz pierwszy w ponad 16-letniej historii Programu, problem epidemii w Europie Wschodniej był tak wyraźnie widziany. Zwrócenie uwagi świata na wciąż dynamicznie rozprzestrzeniającą się epidemię w tym regionie, było jednym z priorytetów polskiego Przewodnictwa. Przez 2 lata prowadziliśmy regularną współpracę dyplomatyczną z przedstawicielstwami państw regionu przy Biurze ONZ w Genewie, prezentowaliśmy uzgodnione, wspólne stanowiska w różnych merytorycznych kwestiach podnoszonych na forum PCB UNAIDS. Pewną kulminacją tej współpracy była zrealizowana w październiku 2012 r. wizyta studyjna na Ukrainie, w której wzięli udział przedstawiciele wszystkich grup regionalnych w PCB, społeczeństwa obywatelskiego i samego Programu UNAIDS. Wizyta pozwoliła na pogłębioną analizę sytuacji na Ukrainie poprzez cykl spotkań i dyskusji z przedstawicielami władz, środowiska medycznego, grup pacjentów, organizacji społeczeństwa obywatelskiego itp.

Przed Światowym Dniem AIDS, prezentowany był w Warszawie roczny raport UNAIDS. Problematyka epidemii w regionie była także osią ostatniej dorocznej konferencji „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie”.

UNAIDS przykładą olbrzymią wagę do udziału w pracach PCB – i w obszarze epidemii HIV w ogóle – reprezentan-

tów społeczeństwa obywatelskiego, ze szczególnym wskazaniem na przedstawicieli populacji szczególnie narażonych na zakażenie oraz na osoby żyjące z HIV. Polska jest państwem o silnym partnerstwie rządu z organizacjami pozarządowymi i jest to dostrzegane na forum międzynarodowym. Przez dwa lata polskiego zaangażowania w moderowanie dialogu w PCB UNAIDS, w polskiej delegacji na sesje plenarne Rady, był obecny przedstawiciel społeczeństwa obywatelskiego. Przez dwa lata współpracowaliśmy i analizowaliśmy różne kwestie merytoryczne z Delegacją NGO w PCB, która jest ważnym partnerem w dyskusjach toczonej na forum Rady. W ostatnim okresie te najtrudniejsze dyskusje dotyczyły przestrzegania praw człowieka, kwestii wolności i tolerancji, wpływu systemów prawnych na epidemię, ale i finansowania działań, które mają powstrzymać jej rozprzestrzenianie się.

Przewodnictwo w PCB UNAIDS pozwoliło nam zaprezentować bogate polskie doświadczenia w przeciwdziałaniu epidemii. Mielśmy okazję przedstawić bliżej wypracowany wspólnie ze wszystkimi partnerami harmonogram realizacji Krajowego Programu na najbliższe 5 lat, a także pokazać, poprzez konkretne działania, nasze podejście do holistycznego i partnerskiego rozwiązywania problemów związanych z epidemią. To wszystko, jak i finansowe zaangażowanie w działania UNAIDS, jest bardzo doceniane na forum międzynarodowym.

Polska była jednym ze współzałożycieli Rady w 1996 roku i po raz pierwszy jej członkiem w latach 1998-2000. W 2010 roku wróciliśmy do Rady na kolejne 3 lata. W wyborach przeprowadzonych przez ECOSOC w kwietniu 2012 r. Polska została wybrana na kolejną kadencję, pozostanie więc członkiem Rady do 2015 r.

Coraz intensywniejsze są prace ONZ nad planowaniem działań na lata, które nastąpią po 2015 r., czyli po roku, który jest cezurą dla Milenijnych Celów Rozwoju. W przypadku HIV/AIDS cele są precyzyjnie określone: zero nowych zakażeń, zero śmierci z powodu AIDS, zero dyskryminacji.

Joanna Głazewska

XIX konferencja „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie”

W dniach 3 – 4 grudnia 2012 r. odbyła się w Warszawie, już po raz dziewiętnasty, Konferencja „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie”.

Jak co roku wzięło w niej udział wielu specjalistów zajmujących się szeroko pojętą tematyką HIV/AIDS: pracownicy ministerstw i urzędów, lekarze, nauczyciele, przedstawiciele organizacji pozarządowych, mediów, sektora prywatnego i osoby żyjące z HIV.

Organizatorzy konferencji zaoferowali uczestnikom niezwykle bogaty i różnorodny program, który realizowany był w ramach sesji problemowych.

Charakteru wyjątkowości nadali konferencji zagraniczni goście, którzy przedstawili szerszy kontekst problematyki związanej z HIV/AIDS, także z uwagi na fakt pełnienia przez nasz kraj roli przewodniczącego Rady Koordynacyjnej Programu UNAIDS (PCB UNAIDS).

Konferencję, podczas inauguracyjnej sesji plenarnej, otworzył Pan dr Igor Radziejewicz-Winnicki, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia.

Pani Anna Marzec-Bogusławska, dyrektor Krajowego Centrum ds. AIDS, była moderatorem sesji, którą uświetnili goście reprezentujący organizacje międzynarodowe.

Mieliśmy zaszczyt gości m.in. Panią Jan Beagle, Zastępcę Dyrektora Wykonawczego UNAIDS, która w swoim przemówieniu przedstawiła Strategię UNAIDS w Europie Środkowej i Wschodniej oraz podkreśliła m.in. konieczność zintensyfikowania działań koncentrujących się na potrzebach populacji kluczowych z zakresu profilaktyki HIV i AIDS oraz zwiększenia dostępu do leczenia antyretrowirusowego dla wszystkich osób spełniających kryteria medyczne.



Kolejnym gościem sesji inauguracyjnej była Pani dr Lali Khotenashvili z regionalnego biura WHO na Europę w Kopenhadze, która przedstawiła Plan działania WHO na lata 2012 – 2015 oraz rekomendacje dotyczące testowania.

Przedstawiciele Partnerstwa Północnego Wymiaru (NDPHS), Pan dr Ali Arsalo oraz Pani Outi Karvonen, omówili cele i działania Partnerstwa oraz wybrane zagadnienia epidemii HIV/AIDS w krajach członkowskich.

Pani dr Anita Nudelman z Tel Aviv University, opierając się na doświadczeniach Izraela, przedstawiła problem edukacji seksualnej i profilaktyki HIV/AIDS w aspekcie kulturowości młodzieży.

Na konferencji gościliśmy także delegację lekarzy i przedstawicieli organizacji pozarządowych z Okręgu Królewieckiego. Wzięli oni udział w konferencji z uwagi na projekt realizowany wspólnie z Polską i Litwą w ramach NDPHS.

Tradycją dorocznych spotkań, organizowanych z okazji Światowego Dnia AIDS, stało się już przyznawanie specjalnych wyróżnień „Czerwonej Kokardki” osobom, organizacjom i firmom, które w sposób szczególny przyczyniły się do poprawy jakości życia osób zakażonych HIV, chorych na AIDS, bądź też wniosły istotny wkład w działania profilaktyczne w dziedzinie HIV i AIDS w Polsce. W tym roku wyróżnieni zostali:

LAUREACI	KATEGORIE
dr Paweł Grąbczewski, Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie	Środowisko medyczne
dr Łukasz Łapiński, „Podwale Siedem”, Wrocław	Profilaktyka
Dagmara Kraus, Zjednoczenie „Pozytywni w Tęczy”	
Adam Hęćko, Pomorski Dom Nadziei, Monar Gdańsk	Działalność społeczna
Leszek Szymański, Dom Ciepła Wrocław, Telefon zaufania	
Bogumiła Kryskiewicz, Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie	Działalność instytucji rządowych i samorządowych
Agnieszka Dobija-Nowak, Urząd m.st. Warszawy	
Krzysztof Faliński, Urząd Marszałkowski, Szczecin	Działalność organizacji pozarządowych
Tadeusz Rosa i Młodzieżowa Szkoła Liderów w Mikołowie	
Gilead Sciences Poland i projekt <i>Pozytywnie Otwarci</i>	Działania sektora prywatnego
Abbott Laboratories Poland i portal www.cd4.pl	



Wszystkim laureatom serdecznie gratulujemy. Do zobaczenia w przyszłym roku!

Iwona Gąsior

Wybrane publikacje WHO z 2012 r.

W roku 2012 Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) wydała dwie ciekawe publikacje: *Rekomendacje WHO w zakresie antykoncepcji hormonalnej i HIV*¹ oraz *Wytyczne WHO dotyczące poszerzenia kierowanej do par oferty świadczeń testowania w kierunku HIV połączonego z poradnictwem*². Obie publikacje znaleźć można w wersji angielskiej na stronie internetowej WHO: <http://www.who.int/publications/en/>. Pierwsza z nich dostępna jest dodatkowo w hiszpańskiej i francuskiej wersji językowej. Poniżej znajdują Państwo krótki opis obu wydawnictw.

Rekomendacje WHO w zakresie antykoncepcji hormonalnej i HIV

Antykoncepcja hormonalna w formie tabletek doustnych, zastrzyków, plastrów, spirali czy implantów to wysoce efektywne metody zapobiegania ciąży, stanowiące istotne elementy programu świadomego macierzyństwa. Planowanie rodziny jest natomiast niezwykle ważne przy osiąganiu istotnych światowych celów zdrowia publicznego, takich jak ograniczanie śmiertelności oraz zapadalności na choroby związane z ciążą, zapobieganie przenoszeniu zakażenia HIV z matki na dziecko, ograniczanie ubóstwa i niedożywienia, wzmocnienie pozycji kobiet, czy osiągnięcie powszechnego

dośćępu do podstawowego wykształcenia. Z uwagi na fakt, iż antykoncepcja hormonalna stosowana jest przez coraz większą liczbę kobiet zakażonych HIV oraz narażonych na ryzyko zakażenia, koniecznym stało się uaktualnienie istniejących rekomendacji WHO w tym zakresie. Kwestia powiązania antykoncepcji hormonalnej z wirusem HIV stała się wyjątkowo istotna w krajach, w których kobiety narażone są na szczególnie wysokie ryzyko zakażenia, gdzie antykoncepcja hormonalna (głównie chodzi o metody oparte na podawaniu pochodnych progesteronu w formie iniekcji) jest szeroko stosowana, oraz gdzie nadal utrzymują się wysokie wskaźniki śmiertelności matek.

Na początku 2012 r., na spotkaniu w Genewie, po szczegółowej i długotrwałej dyskusji, przedstawiciele Światowej Organizacji Zdrowia przekazali wyniki konsultacji technicznych dotyczących stosowania antykoncepcji hormonalnej przez osoby zakażone HIV oraz szczególnie narażone na ryzyko takiego zakażenia, jego progresji oraz przenoszenia się wirusa na innych ludzi (w konsultacjach wzięło udział 75 uczestników z 18 krajów, m.in. eksperci zajmujący się kwestiami planowania rodziny i zakażeniem HIV, klinicyści, epidemiolodzy, naukowcy, decydenci). 15 lutego 2012 r. rekomendacje przedstawione przez tę grupę ekspercką zostały zaakceptowane przez Komitet ds. Weryfikacji Wytycznych WHO. Wniosek końcowy obrad jest taki, że Światowa Organizacja Zdrowia nadal nie widzi żadnych ograniczeń, co do stosowania przez kobiety zakażone HIV lub narażone na takie zakażenie, hormonalnych metod antykoncepcyjnych. Jednocześnie wydano odrębne zalecenie skierowane do kobiet stosujących metodę antykoncepcyjną opartą na podawaniu pochodnych progesteronu w formie zastrzyków.

Rezultaty niektórych badań sugerują, że kobiety stosujące antykoncepcję opartą na podawaniu pochodnej progesteronu w formie iniekcji, mogą być bardziej narażone na zakażenie HIV. Nie potwierdzają tego wyniki innych badań. Grupa ekspercka WHO przeanalizowała wszelkie dostępne na ten temat dane i doszła do wniosku, że materiał badawczy nie był wystarczająco

miarodajny, aby podjąć się zmiany obowiązującego zalecenia. Z uwagi na niejednoznaczne wyniki badań dotyczące zwiększonego ryzyka zakażenia HIV, kobietom stosującym zastrzyki antykoncepcyjne pochodnych progesteronu wyraźnie zaleca się używanie prezerwatyw (męskich i kobiecych) oraz innych środków zapobiegawczych HIV, jako że sama antykoncepcja hormonalna nie chroni przez zakażeniem. Zalecenia te zostaną wkrótce powtórnie zweryfikowane na podstawie nowych danych naukowych.

Rekomendacje WHO dla kobiet szczególnie narażonych na ryzyko zakażenia HIV dotyczące stosowania antykoncepcji hormonalnej:

- Kobiety szczególnie narażone na zakażenie HIV mogą nadal, bez żadnych ograniczeń, stosować wszelkie dostępne hormonalne metody antykoncepcyjne.
- Niezwykle istotne jest, aby kobiety zagrożone zakażeniem HIV oraz innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową, miały dostęp do prezerwatyw męskich i kobiecych.
- Z uwagi na niejednoznaczne wyniki badań dotyczących zwiększonego ryzyka zakażenia HIV w powiązaniu ze stosowaniem pochodnych progesteronu w formie iniekcji, kobietom stosującym tę metodę antykoncepcji hormonalnej stanowczo zaleca się prawidłowe używanie prezerwatyw w czasie każdego stosunku płciowego.

Rekomendacje WHO dla kobiet HIV+ dotyczące stosowania antykoncepcji hormonalnej:

- Kobiety zakażone HIV mogą nadal stosować wszelkie dostępne hormonalne metody antykoncepcyjne bez żadnych ograniczeń.
- Systematyczne i prawidłowe użycie prezerwatyw (męskich i kobiecych) odgrywa niezwykle istotną rolę w profilaktyce transmisji wirusa na zdrowych partnerów.
- Dobrowolne stosowanie antykoncepcji przez kobiety HIV+ w celu zapobiegania ciąży, nadal stanowi ważny element strategii ograniczania zakażeń wertykalnych.



¹ Hormonal contraception and HIV. Technical statement.

² Guidance on couples HIV testing and counseling – including antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples. Recommendations for a public health approach.

Wytyczne WHO dotyczące poszerzenia kierowanej do par oferty świadczeń testowania w kierunku HIV połączonego z poradnictwem

Z prowadzonych badań wynika, iż większość osób żyjących w stałych związkach nie zna statusu serologicznego swojego partnera/partnerki. Wiele osób (w Polsce nawet do 35 000) nie wie, że jest zakażona HIV.



Światowa Organizacja Zdrowia wylicza główne korzyści płynące z jednoczesnego ujawnienia swojego statusu serologicznego przez partnerów seksualnych po poddaniu się dobrowolnemu testowaniu w kierunku HIV połączonego z poradnictwem. Jest to m.in. wspólne podejmowanie świadomych decyzji co do profilaktyki HIV i zdrowia reprodukcyjnego, włączając w to (zależnie od potrzeby) wybór metody antykoncepcyjnej lub wspomagającej zapłodnienie. Korzyści wynikające z jednoczesnego ujawnienia wyników badań są jednakowo istotne dla par o odmiennym statusie serologicznym, jak i dla tych o jednakowym statusie. Wyniki wielu badań zgodnie pokazują, iż osoby, które poznały swój status serologiczny chętniej stosują zalecenia dotyczące profilaktyki HIV niż osoby, które nie są go świadome. Ponadto partnerzy, którzy jed-

nocześnie wykonali testy w kierunku HIV i ujawnili ich wyniki sobie nawzajem, są bardziej zaangażowani w ochronę swojej „drugiej połowy” przed zakażeniem, od osób testujących się indywidualnie i nieujawniających swojego wyniku partnerowi. Dodatkowo w przypadku par o odmiennym statusie serologicznym, przyjmowanie leków ARV przez partnera zakażonego, znacząco zmniejsza ryzyko transmisji wirusa na partnera zdrowego. Przyjmowanie leków ARV przez osobę zdrową (tzw. profilaktyka przedekspozycyjna) również ogranicza możliwość zakażenia. Pozytywnym aspektem jednoczesnego testowania się par, a w konsekwencji ujawniania wyników sobie nawzajem, jest też możliwość udzielania sobie obustronnego wsparcia psychologicznego, a w przypadku, gdy okazuje się, iż zakażeni są oboje partnerzy, podjęcia bardziej zdecydowanych kroków, co do korzystania z terapii lekami ARV oraz większe zainteresowanie ochroną przed ewentualnym przeniesieniem zakażenia drogą wertykalną (z matki na dziecko).

Rozszerzenie kierowanej do par oferty świadczeń dotyczącej testowania w kierunku HIV, połączonego z poradnictwem, stanowi także dobry sposób na prowadzenie działań profilaktycznych z zakresu HIV i AIDS wśród osób, które inaczej nie skorzystałyby z możliwości poznania swojego statusu serologicznego. W szczególności chodzi tu o mężczyzn, gdyż kobiety, szczególnie te w wieku reprodukcyjnym, mają częstszy kontakt ze służbą zdrowia, a w przypadku, gdy zajądą w ciążę, testowanie w kierunku

HIV jest im bezpośrednio zalecane przez lekarzy ginekologów.

Rekomendacje WHO:

- Pary/partnerów należy zachęcać do poddania się dobrowolnemu testowaniu w kierunku HIV połączonego z poradnictwem oraz do wzajemnego informowania o wyniku testu.
- Pary/partnerzy korzystający z usług klinik położniczych powinny/powinni być zachęceni do wykonania testów w kierunku HIV połączonych z poradnictwem oraz do ujawnienia jego wyników sobie nawzajem.
- Osoby HIV+, które korzystają z terapii ARV i pozostają w związkach o odmiennym statusie serologicznym, powinny zostać poinformowane, że leki antyretrowirusowe, które przyjmują, zmniejszają ryzyko transmisji wirusa na zdrowego partnera.
- Partnerzy HIV+, u których wykryto >350 komórek CD 4/μl, a którzy pozostają w związku o odmiennym statusie serologicznym, powinni zostać włączeni do terapii ARV w celu zmniejszenia ryzyka przeniesienia zakażenia na zdrowego partnera.

Wdrożenie rekomendacji WHO w sposób odpowiedni, może znacząco wpłynąć na ograniczenie liczby zakażeń HIV wśród par o odmiennym statusie serologicznym (a w konsekwencji w populacji ogólnej) oraz zapewnić efektywniejsze prowadzenie terapii ARV i profilaktyki zakażeń wertykalnych.

Opracowała:
Iwona Wawer
na podstawie dokumentów WHO.

Testowanie w kierunku HIV połączone z poradnictwem osoby indywidualnej	Testowanie w kierunku HIV połączone z poradnictwem par/partnerów
Dana osoba poznaje swój status serologiczny.	Partnerzy seksualni poznają wzajemnie swój status serologiczny.
Dana osoba zastanawia się, czy wyjawiać tę informację partnerowi seksualnemu.	Wzajemne ujawnienie statusu serologicznego następuje w sposób automatyczny.
Partnerzy sami muszą sobie radzić z napięciem psychicznym i wzajemnymi oskarżeniami.	Doradca pomaga partnerom poradzić sobie ze stresem i załagodzić oskarżenia.
Informacje uzyskuje jeden z partnerów.	Partnerzy wspólnie uzyskują informacje, co ma duży wpływ na stopień ich zapamiętania i zrozumienia.
Doradca odnosi się do informacji przekazanych tylko przez jednego z partnerów. Niektóre osoby mogą błędnie przyjąć, że ich nieobecny w czasie testowania partner, też żyje z wirusem.	Doradca odnosi się do pełnej informacji uzyskanej od obojga partnerów.
Trudna rozmowa pomiędzy partnerami odbywa się bez wsparcia doradcy.	Trudna rozmowa pomiędzy partnerami odbywa się przy wsparciu doradcy na bezpiecznym, neutralnym terenie.
Decyzje dotyczące stosowania profilaktyki, włączenia do terapii ARV oraz opieki podejmowane są w samotności.	Dana jest szansa na to, aby decyzje dotyczące stosowania profilaktyki, włączenia do terapii ARV oraz opieki podejmowane były wspólnie.
Dana osoba samotnie podejmuje decyzję co do testowania w kierunku HIV członków rodziny, dzieci.	Dana jest szansa na to, aby decyzje co do testowania w kierunku HIV członków rodziny, dzieci podejmowane były wspólnie.

Jeśli chcą Państwo zostać autorem ARTYKUŁU w Kontrze prosimy o kontakt mailowy na adres: kontra@aims.gov.pl

Jeśli chcą Państwo, aby ważne wiadomości (np. informacje o wydarzeniach związanych z HIV/AIDS) znalazły się w e-Kontrze proszę przesłać pełną informację na wyżej podany adres o temacie „PROŚBA O ZAMIESZCZENIE INFORMACJI W e-Kontrze”

Sektor prywatny odpowiada na hasło UNAIDS „Getting to Zero” – Dążymy do zera

W Polsce mamy olbrzymie zapotrzebowanie na działania związane z profilaktyką HIV/AIDS. Polityka państwa w tym zakresie określona została w Krajowym Programie Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS, którego kolejna edycja rozpoczęła się w 2012 r. Ograniczony w ostatnich latach budżet spowodował niestety zmniejszenie publicznych środków finansowych przeznaczonych na profilaktykę.

Dlatego wszelkie inicjatywy sektora prywatnego wspierające te działania, zasługują na uznanie. Poniżej przypomnę projekty prowadzone od lat, a także te, które były rozpoczęte w bieżącym roku. Krajowe Centrum ds. AIDS, aby zaakcentować swoje poparcie i życzliwość dla tych inicjatyw, udzieliło im swojego patronatu.



Najważniejszym celem programu „Pozytywnie Otwarci” jest pokazanie osobom żyjącym z HIV, ich rodzinom, pracodawcom i całemu otoczeniu, że dzięki nowoczesnym metodom leczenia, z HIV można normalnie funkcjonować. Bardzo istotna jest także promocja profilaktyki i wczesnej diagnostyki.

Ekspertsi są zgodni. Kluczem do skutecznej walki z HIV/AIDS jest edukacja. Niestety łatwiej to powiedzieć niż zrobić. Bo jak

edukować o zagrożeniu HIV osoby po 50. roku życia, które zwykle nie ogólnie nie zdają sobie sprawy z ryzyka? Jak przekonać seropozytywnych mężczyzn, żeby zawsze używali prezerwatyw? Jak pomóc osobom zakażonym, które nie chcą lub nie mogą korzystać z pomocy służby zdrowia? Jak skutecznie walczyć ze stygmatyzacją osób seropozytywnych w pracy, a nawet we własnym domu?

Odpowiedzi na te pytania mogą udzielić pracownicy instytucji zajmujących się na co dzień wspieraniem osób żyjących z HIV. Mają wiedzę i doświadczenie. Problemem – jak zawsze – są jednak ograniczenia finansowe. Laureatami konkursu były organizacje pozarządowe z wielu polskich miast. Wiele udało się zrobić już w pierwszym roku działania projektu. Odnowiona i wyposażona została świetlica dla dzieci z HIV w Wojewódzkim Szpitalu Zakaźnym w Warszawie, powstał punkt wsparcia dla osób seropozytywnych w Białymstoku, w Krakowie ruszyła kampania edukacyjna dla osób niesłyszących, we Wrocławiu przeprowadzono warsztaty uczące osoby żyjące z HIV, jak i komu powiedzieć o zakażeniu. Przeprowadzono szereg akcji, w tym widoczne na billboardach i w stołecznym metrze. Temat był omawiany przez wszystkie kluczowe polskie media.

Podobnie ma być także w roku 2013, bo nagrodzone grantami programy są niezwykle interesujące. Uwagę zwraca m.in. kampania „Jestem na Plus!” Polskiej Fundacji Pomocy Humanitarnej „Res Humanae”. Osoby nowo zdiagnozowane i żyjące z HIV, ale pozostające poza systemem opieki zdrowotnej, będą dzięki niej miały dostęp do specjalistycznej pomocy psychologicznej i poradnictwa medycznego. Z kolei Zjednoczenie na Rzecz

Żyjących z HIV/AIDS „Pozytywni w Tęczy” uruchomi cykl warsztatów dla osób po 50. r.ż. i zamieści w mediach informację dla nich. Laureaci z Gdańska i Torunia – Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej i Stowarzyszenie Wolontariuszy wobec HIV/AIDS „Razem” – skupili się na edukowaniu pracowników ZOZ-ów. Wbrew powszechnym opiniom, większość nowych zakażeń diagnozowana jest właśnie w Zakładach Opieki Zdrowotnej. Tymczasem zdarza się, że ich pracownicy, którzy wręczają wyniki „pozytywne”, wiedzą o HIV bardzo niewiele. Ukierunkowanie na te problemy postulowali zarówno przedstawiciele Krajowego Centrum ds. AIDS, jak i eksperci kapituły Konkursu. *Sytuacja jest poważna. Oficjalnie zakażonych jest około 16 tysięcy osób. Ale to zaledwie połowa realnej liczby seropozytywnych – tak szacują eksperci. Dlatego właśnie już drugi rok z rzędu przekazujemy środki na granty w konkursie Pozytywnie Otwarci. W mijającym roku dzięki tym pieniądząom wydarzyło się w Polsce wiele dobrego. Jestem z tego dumny i wierzę, że w 2013 r. wydarzy się jeszcze więcej* – powiedział Michał Kaźmierski, dyrektor generalny Gilead Sciences Poland, organizator i fundator grantów w konkursie.

Patronem merytorycznym Pozytywnie Otwartych od początku jest Krajowe Centrum ds. AIDS. Program objęli ponadto patronatami Prezydent Miasta Stołecznego Warszawy, Wojewoda Mazowiecki, redakcja Służby Zdrowia i Wydawnictwo Termedia.

Więcej informacji znajduje się na stronie internetowej www.pozytywnieotwarci.pl.

W drugiej połowie marca 2012 r. ruszyła polska edycja programu SHE czyli *Strong, HIV Positive, Empowered Women* – silne, HIV-dodatnie, świadome swoich praw kobiety. Jest to pierwszy europejski program, który ma na celu wspieranie kobiet zakażonych HIV w dążeniu do poprawy jakości życia, w tym do uzyskania najlepszej możliwej opieki zdrowotnej. Celem programu jest też zapewnienie kobietom żyjącym z HIV koniecznego wsparcia psy-



SHE 

 Strong, HIV positive Women, Educational Programme

chologicznego oraz przekazanie niezbędnej wiedzy na temat opieki medycznej.

W dużej mierze program opiera się na wzajemnej pomocy udzielanej przez kobiety seropoztywne. Program ten został opracowany przez międzynarodową grupę ekspertów z organizacji pozarządowych i specjalistów w leczeniu zakażenia HIV oraz kobiety żyjące z HIV. Ambasadorką programu SHE w Polsce jest Małgorzata Socha.

Twórcy programu udostępnili narzędzia ułatwiające nawiązanie dialogu pomiędzy kobietami zakażonymi HIV i budowanie sieci wzajemnego wsparcia. Podstawowym narzędziem były warsztaty prowadzone przez Fundację Edukacji Społecznej we współpracy z organizacjami skupiającymi osoby żyjące z HIV. Organizatorzy widzą w programie skuteczny sposób na rozwiązanie problemu osamotnienia i wykluczenia społecznego. Informacje od osoby zmagającej się z takim samym problemem, oparte na jej doświadczeniach, są dla chorych wiarygodniejsze, a kontakt z kobietami, które mają doświadczenia w codziennym radzeniu sobie z taką samą chorobą, ma szczególne znaczenie dla zwiększenia poczucia pewności siebie.

W całej Polsce odbyło się pięć spotkań; w Warszawie, we Wrocławiu, w Szczecinie, w Toruniu oraz w województwie pomorskim, w ramach XVI Ogólnopolskiego Spotkania Osób Żyjących z HIV.

Program SHE powstał przy wsparciu firmy Bristol-Myers Squibb, a za jego realizację w Polsce odpowiada Fundacja Edukacji Społecznej.

Od 2008 r. działa z powodzeniem, całkowicie zmodyfikowany w 2012 r., serwis informacyjno-edukacyjny www.cd4.pl. Jest on wsparciem zarówno dla pacjentów, jak i ogółu społeczeństwa, szukających w internecie rzetelnej informacji na temat HIV/

AIDS. Autorzy serwisu zaprosili do współpracy zarówno specjalistów w dziedzinie HIV/AIDS, jak również znane ze świata kultury osoby, które w krótkich filmach mówią o profilaktyce HIV/AIDS. Serwis nie zawiera treści o charakterze reklamowym i nie bierze udziału w wymianie łączny i banerów o charakterze komercyjnym.

Wszelkie informacje i porady znajdujące się na stronach serwisu służą jedynie poprawie kontaktów pomiędzy pacjentem a lekarzem, w żadnym wypadku nie mogą ich zastąpić. Ostateczne decyzje dotyczące stosowania terapii, w tym środków farmakologicznych, podejmuje lekarz. Portal wspiera firma Abbott Laboratories Poland.



Podobny profil ma startujący w 2012 r. nowy portal www.leczhiv.pl. Spełnia on rolę Wirtualnego Punktu Pomocy dla osób żyjących z HIV. Bezpłatnych odpowiedzi na zadane e-mailem pytania udzielają: profesjonalny edukator, psycholog i prawnik. Patronem strony jest program Pozytywnie Otwarcie. Nowa strona będzie jednym z nielicznych miejsc w polskim internecie, przeznaczonym wyłącznie dla osób seropozytywnych.

Leki antyretrowirusowe przyjmuje w Polsce ponad 6 tysięcy osób. Jednak wiele seropozytywnych osób nie kontaktuje się z lekarzami chorób zakaźnych, a przecież dzięki nowoczesnym lekom z HIV można normalnie żyć, pracować, mieć zdrowe dzieci. Niestety, nie wszyscy o tym wiedzą. Z myślą o osobach, które żyją z HIV, ale nie mają komu zadać trudnych i ważnych pytań, powstała strona www.leczhiv.pl.

Należy podkreślić, że w Polsce osoby zakażone HIV otrzymują bezpłatnie leki antyretrowirusowe, których zakup finansowany jest z budżetu Ministra Zdrowia. Jednak osoby żyjące z wirusem często mają pytania, które nie dotyczą samej terapii. Pytania internautów zadawane przez Wirtual-

ny Punkt Pomocy trafiają do psychologa, prawnika i edukatora Fundacji Edukacji Społecznej. Specjaliści odpowiadają na nie w ciągu 72 godzin. Aby zadać pytanie, trzeba wypełnić jedną z umieszczonych na stronie anonimowych ankiet – dla osób zakażonych przyjmujących leki ARV lub ich nieprzyjmujących. Inicjatorzy strony mają pewność, że uzyskane odpowiedzi przyczynią się do lepszego poznania problemów osób żyjących z HIV. Portal wspiera firma Gilead Sciences Poland.

Inny charakter ma projekt prowadzony od wielu lat przez firmę niezwiązaną z problemem HIV/AIDS, produkującą kosmetyki. W roku 2007 firma L'Oréal, pod patronatem UNESCO oraz Krajowego Centrum ds. AIDS, zainicjowała program edukacyjno-informacyjny „Fryzjerzy Świata Wobec AIDS”, który realizuje do dnia dzisiejszego. Fryzjerzy, a dzięki nim także ich klienci, mają szansę zapoznać się z podstawowymi zasadami zapobiegania zakażeniu HIV.



Dział Produktów Profesjonalnych L'Oréal Polska prowadzi szkolenia dla młodych fryzjerów, którzy przyjeżdżają uczyć się zawodu. Oprócz informacji branżowych, podczas szkolenia uzyskują oni także informacje dotyczące HIV/AIDS. Fryzjerzy otrzymują ankiety dotyczące problemu, oglądają film „Wiedzieć” i weryfikują swoją wiedzę. Edukatorzy firmy, uprzednio przeszkoleni przez ekspertów Krajowego Centrum ds. AIDS, odpowiadają na pytania. Na zakończenie spotkania fryzjerzy otrzymują dwa rodzaje broszur: dla profesjonalistów i dla klientów salonów. Są w nich potrzebne informacje oraz adresy wszystkich punktów konsultacyjno-diagnostycznych HIV/AIDS w Polsce. Dzięki szkoleniu fryzjerzy, będący często powiernikami swoich klientów, mogą również służyć wiedzą odnośnie trudnego tematu, jakim jest HIV/AIDS. Program spotkał się z bardzo pozytywnym przyjęciem ze strony fryzjerów, jest bardzo dobrze postrzegany przez profesjonalistów i klientów salonów. Program ten tworzy także mocniejszą więź firmy L'Oréal z partnerami w biznesie oraz umożliwia podejmowanie innych cennych inicjatyw.

Informacje zebrała:
Maryla Rogalewicz



fot. Marta Ankiersztajn



**19 listopada 2012 r. dotarła do nas smutna wiadomość o śmierci
prof. dr. hab. n. med. Krzysztofa Tomasza Niemca,**

wybitnego lekarza, prawdziwego przyjaciela i Człowieka o wielkim sercu.

*Żegnamy cenionego specjalistę ginekologii i położnictwa,
autorytet w dziedzinie profilaktyki zakażeń okołoporodowych,
lekarza z oddaniem zajmującego się kobietami zakażonymi HIV.*

Żegnaj Tomku.

Koleżanki i koledzy z Krajowego Centrum ds. AIDS



Przegląd prasy VIII - X 2012

AFRYKA – POJAWIŁ SIĘ SZCZEP HIV OPORNY NA LEKI

Choć do tej pory nie udało się wygrać z HIV, produkuje się leki, które spowalniają jego replikację. Dzięki nim osoby zakażone mogą normalnie żyć i pracować. Ostatni raport UNAIDS daje nadzieję, że świat wreszcie przejął kontrolę nad wirusem. Jednak okazuje się, że od niedawna w Afryce rozprzestrzenia się szczep, który jest odporny na leki.

Właściwe stosowanie leków antyretrowirusowych może spowodować znaczący spadek ilości wirusa we krwi i wzrost liczby komórek CD4, które są odpowiedzialne za odporność organizmu. Dzieje się tak pod warunkiem właściwego stosowania leków, które osoba zakażona musi przyjmować regularnie do końca życia. Najmniejsze odstępstwa od zasad stosowania terapii spowodują, że liczba kopii wirusa we krwi znów wrośnie, a leki, po przerwie w stosowaniu, okażą się nieskuteczne.

Naukowcy ze Światowej Organizacji Zdrowia wraz z badaczami z University College London zbadali 26 tysięcy osób zakażonych HIV, mieszkających w różnych krajach Afryki. Zastanowiono, że HIV bardzo szybko przestał reagować na leki w zachodniej i centralnej części kontynentu. Podobne zjawisko obserwowano także w innych częściach świata, m.in. w Wielkiej Brytanii i USA, z tą różnicą, że w tych krajach chorzy znajdują się pod stałą opieką

lekarzy, co oznacza, że w razie wytworzenia się zjawiska oporności na daną terapię, mogą otrzymać inny zestaw leków. W Afryce, w wielu krajach rozwijających się, terapie alternatywnymi lekami są niemożliwe. Sytuacja staje się groźna, gdy zwiększa się zasięg zjawiska oporności. Zamiast notowanego od co najmniej dziesięciu lat spadku liczby zgonów z powodu AIDS w krajach rozwijających się, należy się raczej spodziewać wzrostu.

(Tomasz Rożek, *AIDS wraca?*,

„Gość Niedzielny” z dnia 05.08.2012 r.,

Wirus zabójca, „Kurier Szczeciński” z dnia 10.08.2012 r.)

ODPORNI NA HIV

Nieliczna grupa zakażonych HIV nie potrzebuje lekarstw, ponieważ ich układ odpornościowy utrzymuje infekcję pod kontrolą. Wyjaśnienie tego fenomenu pomoże opracować skuteczniejsze leki, a może nawet szczepionkę przeciw HIV – twierdzi prof. Bruce Walker, który wraz ze swoimi kolegami z Harvard Medical School próbuje rozwikłać tę tajemnicę. Naukowcy są przekonani, że sekret tych wyjątkowych, odpornych na HIV osób, tkwi w niepowtarzalnym działaniu ich układu immunologicznego.

Profesor Bruce Walker w 1995 r. po raz pierwszy w swojej praktyce lekarskiej (od 1981 r. zajmował się zakażonymi HIV i chorymi na AIDS) spotkał człowieka, którego organizm od 15 lat najwyraźniej sam kontrolował zakażenie HIV. Pacjent nie przyjmował w tym czasie żadnych

leków antyretrowirusowych. Wkrótce okazało się, że nie był on wyjątkiem. Od początku lat 90. badacze z USA, Włoch i Francji również spotykali osoby wykazujące niezwykłą odporność i próbowali wyjaśnić jej przyczyny. Uogólniając, można podzielić ich na dwie grupy: pierwsza to osoby, których układ immunologiczny przez wiele lat skutecznie walczył z zakażeniem HIV, ale ostatecznie mu ulega (*long-term nonprogressors*) oraz druga, mniej liczna grupa (*elite HIV controllers*), u których nie dochodzi do rozwoju AIDS, nawet jeśli zakażeni nie przyjmują żadnych leków przeciw HIV. We krwi tych drugich utrzymuje się bardzo niski, a czasem niemal niewykrywalny, poziom wirusa. Uczony mówi, że zrozumienie mechanizmu, który to umożliwia, pomogłoby w znalezieniu skutecznej szczepionki lub terapii nieuderzającej bezpośrednio w wirusa, ale wzmacniającej układ odpornościowy pacjenta.

Zespół profesora Walker’a próbował podczas badań odpowiedzieć na pytanie, jak to się dzieje, że organizmy pacjentów z drugiej grupy są w ciągłej defensywie, a ich układ odpornościowy sam, bez żadnych dodatkowych terapii, utrzymuje infekcję pod kontrolą, nie pozwalając jej się rozwijać. Po wieloletnich badaniach okazało się, że kluczowym dla trwałego kontrolowania infekcji HIV jest jedno białko – HLA.

(Bruce Walker, *Odporni na HIV*, „Świat Nauki” z dnia 01.09.2012 r.)

Małgorzata Olczyk

kontra 

Redakcja
Redaktor naczelna – Iwona Gąsior
Sekretarz redakcji – Maryla Rogalewicz
Wydawca:
Krajowe Centrum ds. AIDS

Adres redakcji:
ul. Samsonowska 1, 02-829 Warszawa
tel. (+22) 331 77 53, fax (+22) 331 77 76
e-mail: kontra@ids.gov.pl
www.aids.gov.pl

Egzemplarz bezpłatny
Redakcja zastrzega sobie prawo
adjustacji i skracania artykułów.



Diagnostyka HIV i innych zakażeń przenoszonych drogą płciową



Rola i dostępność testów diagnostycznych

Dla efektywności diagnostyki, sprawą priorytetową pozostaje łatwy dostęp do testów, ich dokładność, możliwość uzyskania szybkiego wyniku i informacji na temat statusu serologicznego, a co za tym idzie, ustalenie momentu rozpoczęcia leczenia i wybór właściwego schematu terapeutycznego osób zakażonych i ich partnerów. Wiele państw europejskich wdrożyło u siebie programy z zakresu zdrowia publicznego, których celem jest wzrost liczby wykonywanych testów zarówno w populacjach, u których ryzyko zakażenia jest większe, jak i w innych, np. wśród kobiet w ciąży (okołoporodowe badanie przesiewowe w kierunku HBV, HIV i kiły). Niektóre z nich wprowadziły u siebie programy przesiewowe nastawione na wczesne wykrywanie *Chlamydia trachomatis*, co znacznie poprawiło diagnostykę tej choroby.

Skuteczna diagnostyka zakażeń przenoszonych drogą płciową, takich jak: HIV, wirusowe zapalenie wątroby typu B (HBV) i C (HCV) ma kluczowe znaczenie dla kontroli tych chorób. Wczesna diagnostyka zakażenia daje możliwość podjęcia odpowiedniej terapii i wydłużenia okresu wolnego od choroby oraz pomaga zidentyfikować i dotrzeć do partnerów seksualnych osoby zakażonej, dzięki czemu również oni (w przypadku zakażenia), mogą zostać włączeni do leczenia. Wczesna diagnostyka zakażenia i świadomość, że jest się osobą zakażoną, często wpływają na ograniczenie ryzykownych zachowań seksualnych i zmniejszenie ryzyka zakażenia innych osób.

W Europie występuje znaczne zróżnicowanie w dostępie do testów diagnostycz-

nych. Ostatnie lata przyniosły sporo zmian w dziedzinie diagnostyki chorób przenoszonych drogą płciową, w tym HIV, HBV i HCV, m.in. poprzez stosowanie rozszerzonych testów wykorzystujących amplifikację kwasu nukleinowego (*nucleic acid amplification test*, NAAT), które pomagają wykryć obecność *Chlamydia trachomatis* i rzeżączki (łac. *Gonorrhoea*) oraz dzięki stosowaniu szybkich, łatwych w użyciu i dających natychmiastowy rezultat, testów przesiewowych w kierunku HIV. Postęp technologiczny w tej dziedzinie otwiera nowe możliwości dalszego zwiększania dokładności i szybkości testów (np. testy przyłóżkowe). Uzyskiwaniu szybszych i dokładniejszych rezultatów ma też służyć rozwój narzędzi na bazie technologii informacyjno-komunikacyjnych, pomagających m.in. diagnozować i leczyć choroby.

Zalecenia¹ Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) rekomendują rozszerzenie dostępu do testów w kierunku HIV poprzez oferowanie ich nie tylko w specjalistycznych placówkach nastawionych na diagnostykę HIV/AIDS czy szpitalach zakaźnych, ale także w innych zakładach opieki zdrowotnej. Dotyczy to zwłaszcza dostępności testów szybkich (POC – *Point-of-care rapid test*). Testy takie mogą być wykonywane w placówkach, w których brak jest laboratorium i gdy niezbędna jest szybka wiedza na temat ewentualnego zakażenia HIV. Dotyczy to sytuacji, gdy występuje ekspozycja zawodowa na zakażenie HIV (personel medyczny – w przypadku lekarzy największym potencjalnym źródłem zakażenia HIV jest kontakt z krwią osoby chorej, policja, służba więzienna), ekspozycja pozazawodowa (ofiara gwałtu,

¹ ECDC guidance on increasing the uptake of HIV testing in Europe.

umyślne zakłucia igłą lub innym narzędziem, wypadek, przetoczenie preparatów krwiopochodnych od dawcy HIV(+), pomoc rannemu, przypadkowy kontakt z materiałem potencjalnie zakaźnym, zakłucie igłą nieznanego pochodzenia, pojedyncze ryzykowne zachowanie seksualne, incydentalne zastosowanie narkotyku drogą dożylną), gdy bada się źródło zakażenia oraz u kobiet rodzących, które nie miały wykonywanego testu w kierunku HIV w okresie ciąży.

W przypadku całej grupy chorób przenoszonych drogą płciową występuje duże zróżnicowanie pomiędzy „bogатыmi i mniej zamożnymi” państwami europejskimi, związane z rutynowym wykonywaniem i dostępnością testów. W państwach Europy Wschodniej nadal zbyt mało miejsc poświęca się profilaktyce, a zbyt często podejmuje się leczenie dopiero wtedy, gdy wystąpią objawy danej choroby^{2,3}.

Testy w kierunku HIV

W kontekście testów w kierunku HIV warto przypomnieć, że w Europie liczba wykonywanych testów pozostaje na niezadowalającym poziomie. Duży odsetek Europejczyków nie wie o swoim zakażeniu lub wykonuje test zbyt późno, w momencie znacznego deficytu immunologicznego i rozwiniętego AIDS. Dane nadzoru epidemiologicznego z ostatniej dekady dotyczące krajów europejskich, wskazują na wysoką i stale rosnącą liczbę niezdiagnozowanych przypadków HIV oraz wysoki odsetek pacjentów, u których późno zdiagnozowano zakażenie. Poważnym problemem pozostaje także bagatelizowanie ryzyka zakażenia HIV, nieodnoszenie ryzyka zakażenia do samego siebie, uznanie HIV/AIDS za chorobę przewlekłą i „uleczalną”, która nie zmienia znacząco stylu życia (dzięki wprowadzonej terapii antyretrowirusowej – ARV). Istnieje więc potrzeba działania na rzecz edukacji w tym zakresie.

Niska percepcja ryzyka związanego z HIV/AIDS pozostaje główną przyczyną zbyt małej liczby testów wykonywanych w Europie. Pacjenci powinni być świadomi ryzyka zakażenia oraz tego, że jeżeli takie ryzyko miało miejsce w ich

przypadku, powinni wykonać test w kierunku HIV. Dla pacjenta często główną barierą, by zrobić test, pozostaje strach przed poznaniem swojego statusu serologicznego, a także przed stygmatyzacją i dyskryminacją. Z kolei dla osób/podmiotów świadczących usługi diagnostyczne jedną z głównych barier pozostaje niechęć do poruszania wrażliwych tematów związanych z zakażeniem HIV i życiem seksualnym pacjenta.

To dowodzi, jak ważna pozostaje edukacja różnych grup na temat zapobiegania HIV/AIDS, a także korzyści, jakie niesie ze sobą wczesna diagnostyka HIV. Pogłębiona edukacja pomoże też ograniczyć negatywne zjawisko dyskryminacji i stygmatyzacji osób zakażonych HIV i chorych na AIDS, a także wykonujących (lub chcących wykonać) test w kierunku HIV. Zalecenia⁴ ECDC formułują kilka ważnych kwestii w tym zakresie.

Dlaczego ważne jest wykonanie testu w kierunku HIV?

W całej Europie rośnie liczba osób zakażonych HIV, a w wielu państwach problemem pozostaje zbyt późne wykonywanie testu w kierunku HIV. Pod koniec 2008 roku w Europie Środkowej i Zachodniej żyło 850 tysięcy osób zakażonych HIV. Wiele spośród zdiagnozowanych osób, żyje dzięki postępowi, jaki dokonał się w leczeniu osób zakażonych HIV, który

znacząco wydłuża jakość i średnią długość życia osób zakażonych.

Problem HIV wciąż stanowi duże wyzwanie dla zdrowia publicznego w Europie, gdzie w ciągu ostatniej dekady doszło do dwuipółkrotnego wzrostu łącznej liczby zgłoszonych zakażeń. W 2010 r. w Europie zgłoszono ponad 118 tys. zakażeń HIV (w tym: 38% w grupie kobiet). Duża liczba zakażeń ma miejsce w określonych populacjach, w szczególności wśród mężczyzn mających seks z mężczyznami, migrantów (w szczególności z krajów o wysokiej prevalencji HIV) i osób stosujących narkotyki w iniekcjach. Jednakże prevalencja HIV w wyżej wymienionych grupach może różnić się w zależności od państwa.

Szacuje się, że we wszystkich państwach Unii Europejskiej, 30% osób zakażonych HIV nie wie o swoim zakażeniu⁵. Według danych potwierdzonych naukowo, wczesne włączenie osoby zakażonej do terapii antyretrowirusowej (ARV) znacząco spowalnia rozwój AIDS i wydłuża życie pacjenta. Pomimo to wiele osób zgłasza się na leczenie zbyt późno, często w momencie, gdy choroba jest już mocno zaawansowana. Problem późnego diagnozowania HIV zgłaszany jest przez wiele państw. Występują jednak różnice dotyczące samej definicji „późnego diagnozowania”. Europejskie szacunki podają, że procentowe różnice pomiędzy państwami, co do liczby późno zdiagnozowanych zakażeń



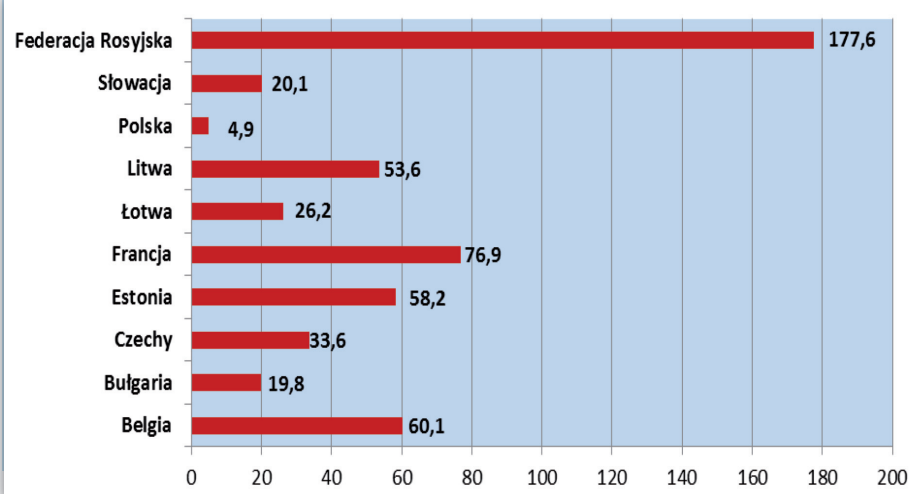
² Domeika M, Babayan K, Ismailov R, Shimanskaya I, Chudomirova K, Brilene T, et al., Survey of diagnostic services for genital herpes in fourteen countries in Eastern Europe. *Acta Derm. Venereol.*, 2011. 91(3): p. 333–336.

³ Domeika M, Unemo M, Ballard RC. Laboratory support for the diagnosis and surveillance of sexually transmitted infections (STIs) in Eastern Europe. *Euro.Surveill.*, 2009. 14(39).

⁴ ECDC guidance. HIV testing: increasing uptake and effectiveness in the European Union. ECDC 2010.

⁵ World Health Organization E-health. 2012 February 27; dostępne na stronach: <http://www.who.int/trade/glossary/story021/en/index.html>.

Liczba testów w kierunku HIV w przeliczeniu na 1000 mieszkańców w wybranych państwach europejskich w 2010 roku (z wyłączeniem testów anonimowych i dawców krwi).⁷



HIV wynoszą od 12% do 61%, w zależności od tego, czy za „późną diagnozę” przyjmujemy np. liczbę komórek CD4 w momencie zgłoszenia pacjenta, czy też stopień zaawansowania AIDS.

Ponieważ zakażenie HIV może przez wiele lat przebiegać bezobjawowo, wykonanie testu na obecność wirusa jest jedynym sposobem wczesnej diagnozy i włączenia do terapii ARV.

Osoby, u których wcześniej zdiagnozowano HIV, włączone do terapii ARV, są mniej zakaźne dla populacji osób zdrowych m.in. poprzez zmianę swoich zachowań (ryzykowne zachowania seksualne, czy praktyki związane z wstrzykiwaniem narkotyków). Według danych⁶ osoby, u których zdiagnozowano HIV, przykładają więcej uwagi do tego, by nie zakażać innych. W przypadku mężczyzn – częściej stosują oni prezerwatywy i rzadziej uprawiają seks bez zabezpieczenia. W przypadku kobiet w ciąży, które są zakażone HIV – wczesna diagnoza i włączenie do terapii ARV zmniejsza do minimum ryzyko przeniesienia zakażenia HIV z matki na dziecko. Dlatego wiele spośród państw europejskich włącza badanie w kierunku HIV do rutynowych badań okołoporodowych.

Test w kierunku HIV powinien być dobrowolny, anonimowy i przeprowadzany za zgodą pacjenta.

Testy w kierunku HIV powinny być łatwo dostępne dla wszystkich, którzy chcą je zrobić. Szczególną uwagę powinno zwracać się na populacje, w których ryzyko zakażenia jest najwyższe. Dotyczy to np. populacji narażonych na marginalizację, które powinno zachęcać się do wykonania testu bez przymusu lub naruszenia prywatności.

Narodowe strategie dotyczące diagnostyki HIV (możliwości wykonania testu) powinny służyć przede wszystkim osobom zakażonym i niezdiagnozowanym. Osoby takie powinny móc wykonać test przede wszystkim dla własnego dobra i za swoją zgodą, a nie ze względu na istniejący nakaz, lub ze względu na szeroko pojmowany „interes zdrowia publicznego”. Zasada poufności (anonimowości) nabiera szczególnego znaczenia w przypadku testów w kierunku HIV. Jej naruszanie może powstrzymać wiele osób przed wykonaniem testu^{8,9}.

W Europie osoby zakażone HIV należą często do grup marginalizowanych. Oba-

wa przed stygmatyzacją osób HIV+ powoduje u nich dodatkową barierę i niechęć do wykonania testu^{10,11}. Dostęp do diagnostyki powinien więc być zorganizowany w taki sposób, aby osoby te mogły zgłaszać się do punktów bez poczucia strachu przed ewentualnymi represjami. W pewnym stopniu, rozwiązaniu tego problemu może służyć upowszechnienie diagnostyki m.in. poprzez dostępność testów w szerokiej sieci placówek, zarówno medycznych, jak i pozamedycznych (w których pracuje odpowiednio przeszkolony i kompetentny personel). Edukacja różnych grup społecznych i zawodowych na temat zapobiegania HIV/AIDS, a także korzyści, jakie niesie ze sobą wczesna diagnostyka HIV, pomogą ograniczyć negatywne zjawisko dyskryminacji i stygmatyzacji osób zakażonych HIV i chorych na AIDS, a także wykonujących (chcących wykonać) test w kierunku HIV. Dane nadzoru epidemiologicznego z ostatniej dekady dotyczące krajów europejskich wskazują na wysoką i stale rosnącą liczbę niezdiagnozowanych przypadków HIV oraz wysoki odsetek pacjentów, u których późno zdiagnozowano zakażenie. Wykonanie testu w kierunku HIV i uzyskanie informacji na temat zakażenia wirusem daje możliwość szybkiego podjęcia odpowiedniej terapii antyretrowirusowej (ARV). Elementy, takie jak: zapewnienie powszechnego dostępu do leczenia i opieki, informacja na temat sposobów zapobiegania zakażeniu oraz tego, jak i gdzie wykonać test w kierunku HIV, powinny w każdym państwie stanowić podstawę dla efektywnej strategii dotyczącej diagnostyki zakażenia HIV. Zapobieganie HIV/AIDS wymaga także zapewnienia powszechnego dostępu do edukacji seksualnej, opieki zdrowotnej i informacji z zakresu zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego człowieka.

Aktywny udział władz państwowych

Działaniom związanym z profilaktyką zakażeń HIV, zapewnieniem szerokiego dostępu do diagnostyki i leczenia antyretrowirusowego, a także poprawą jakości życia osób żyjących z HIV/AIDS, ich

⁶ Gaudy-Graffin C, Gérard Lesage, Isabelle Kousignian, Syria Laperche, Annie Girault, Frédéric Dubois, et al., Use of an anti-hepatitis C virus (HCV) IgG avidity assay to identify recent HCV infection. J.Clin.Microbiol., 2010. 48(9): p. 3281–3287.

⁷ Na podstawie: Surveillance report. ECDC,WHO. 2010.

⁸ Erwin J, Morgan M, Britten N, Gray K, Peters B. Pathways to HIV testing and care by black African and white patients in London. Sex. Transm.Infect. 2002;78(1):37-9.

⁹ Prost A, Elford J, Imrie J, Petticrew M, Hart GJ. Social, behavioural, and intervention research among people of Sub-Saharan African origin living with HIV in the UK and Europe: literature review and recommendations for intervention. AIDS Behav. 2008;12(2):170-94.

¹⁰ Nnoaham KE, Pool R, Bothamley G, Grant AD. Perceptions and experiences of tuberculosis among African patients attending a tuberculosis clinic in London. Int J Tuberc Lung Dis. 2006;10(9):1013-7.

¹¹ Manirankunda L, Loos J, Alou TA, Colebunders R, Nostlinger C. „It's better not to know”: perceived barriers to HIV voluntary counseling and testing among sub-Saharan African migrants in Belgium. AIDS Educ Prev. 2009;21(6):582-93.

rodzin i bliskich, powinno towarzyszyć wsparcie ze strony władz państwowych. Jego wyrazem powinna być jasna, zapisana ustawowo polityka dotycząca zapobiegania zakażeniom HIV i zwalczania AIDS na poziomie krajowym oraz stworzenie mechanizmu zapewniającego efektywne finansowanie działań na przyszłość. Utrzymanie stabilnej sytuacji wymaga konkretnych działań, takich jak: edukacja, promocja zdrowia i zapobieganie zakażeniom HIV, rozwój możliwości diagnostycznych i terapeutycznych oraz realizacja programów ograniczających skutki zdrowotne i społeczne epidemii.

Zmniejszenie problemu stygmatyzacji

Stygmatyzacja jest problemem, którego obawiają się osoby chcące wykonać test w kierunku HIV. Dotyczy to zwłaszcza populacji, które są kojarzone z zachowaniami zwiększającymi ryzyko zakażenia (narkomani dożylni oraz osoby homoseksualne). Wyniki badań efektywności kampanii edukacyjnych potwierdzają, że przynajmniej krótkookresowo, mają one wpływ na wzrost liczby osób, które chcą wykonać test. Wzrost taki częściowo zawdzięczać można zmniejszeniu się liczby osób, które czują się dyskryminowane. Ważne jest obalanie mitów na temat tego,

jak można zakażać się HIV oraz pozycjonowanie testu w kierunku HIV, jako normalnej czynności, która służy profilaktyce i dbaniu o własne zdrowie^{12,13}.

Zmniejszenie barier legislacyjnych i finansowych

Krajowe strategie dotyczące wykonywania testów w kierunku HIV powinny poszukiwać sposobów pokonywania barier legislacyjnych i finansowych, które niechęcą do ich wykonania. W przypadku procedur związanych z diagnostyką HIV/AIDS, istotne są odpowiednie regulacje prawne, jasne zasady i wytyczne wspierające wykonywanie testów w kierunku HIV, m.in. w kwestii zapewnienia poufności, odpowiedniego poradnictwa okołotestowego, kwestii związanych z informowaniem partnera na temat swojego zakażenia, zapewnienia opieki medycznej i psychologicznej dla osób zakażonych, ich rodzin i bliskich.

Sytuacja w Polsce¹⁴

Według danych ECDC/WHO, w 2010 r. wykonano w Polsce 187 600 testów (4.9/1000 osób) w kierunku HIV (z wyłączeniem testów anonimowych i prze-

prowadzonych u dawców krwi). Badania ewaluacyjne Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS wskazują na zwiększający się odsetek badanych w kierunku HIV (przed 2007 r. takie badanie kiedykolwiek w życiu wykonało 6% respondentów; w latach 2007-2009 – około 10%)¹⁵. Wśród osób badających się w kierunku HIV ogółem, odsetek wyników dodatknych wykazywał tendencję spadkową, od 2002 do 2010 roku w przybliżeniu odnotowano prawie dwukrotny spadek. Było to spowodowane relatywnym wzrostem liczby badań w populacji o niskim poziomie zachowań ryzykownych w stosunku do badań z powodu zachowań ryzykownych. Dodatkowo wśród osób badających się z powodu zachowań ryzykownych lub badanych z powodu przynależności do populacji szczególnie narażonych na zakażenie, odsetek dodatknych wyników wykazywał również niewielką tendencję spadkową, wyraźną zwłaszcza wśród IDU i osób badających się z powodu ryzykownych kontaktów heteroseksualnych. Sugeruje to, że liczba rozpoznawanych zakażeń, zwłaszcza w populacji ogólnej, może wzrastać z powodu rosnącej liczby badań. Zwraca jednak uwagę fakt, że odsetek wyników dodatknych wśród badanych w kierunku HIV, wzrósł istotnie w populacji MSM (mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami), do wartości powyżej 15%. Wskazuje to, że tendencja wzrostowa nowych rozpoznań w tej grupie odpowiada zwiększającej się liczbie nowych zakażeń.

Każde badanie w kierunku zakażenia HIV powinno być wykonane za zgodą osoby badanej. Pacjent musi być uprzedzony o planowanym badaniu. Test w kierunku HIV powinien być poprzedzony rozmową z doradcą, a wynik badania powinien zostać wydany w trakcie spotkania i rozmowy po teście¹⁶.

Piotr Wysocki



¹² Nicoll A, Hughes G, Donnelly M, Livingstone S, De Angelis D, Fenton K, et al. Assessing the impact of national anti-HIV sexual health campaigns: trends in the transmission of HIV and other sexually transmitted infections in England. *Sex Transm Infect.* 2001;77(4):242-7.

¹³ Vidanapathirana J, Abramson MJ, Forbes A, Fairley C. Mass media interventions for promoting HIV testing. *Cochrane Database of Systematic Reviews*: 2005 (3). Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd.

¹⁴ Na podstawie informacji ECDC, WHO i Krajowego Centrum ds. AIDS oraz NIZP PZH.

¹⁵ Raporty z badań ewaluacyjnych dostępne na stronie <http://www.aids.gov.pl/?page=badania&act=res>

¹⁶ Latarska D, Diagnostyka zakażenia HIV. Najważniejsze pytania o HIV i AIDS. Poznań 2007.

kontra 

Redakcja
Redaktor naczelna – Iwona Gąsior
Sekretarz redakcji – Maryla Rogalewicz
Wydawca:
Krajowe Centrum ds. AIDS

Adres redakcji:
ul. Samsonowska 1, 02-829 Warszawa
tel. (+22) 331 77 53, fax (+22) 331 77 76
e-mail: kontra@aids.gov.pl
www.aids.gov.pl

Egzemplarz bezpłatny
Redakcja zastrzega sobie prawo
adjustacji i skracania artykułów.