

Kalendarium HIV/AIDS

Część 2. 2002 - 2023

Kalendarium – nie mogąc pomieścić wszystkich wydarzeń dotyczących HIV/AIDS – zwraca jedynie uwagę na niektóre ważne odkrycia, wydarzenia, osoby, sposoby podejścia do pandemii HIV/AIDS.

2002

- w styczniu w The British Medical Journal ukazał się apel lekarzy z **Zimbabwe** (Afryka) o pomoc w złagodzeniu ubóstwa i poprawy dostępu do edukacji dla sierot, których rodzice zmarli na AIDS. W Afryce mieszka 95% z 13 mln dzieci na świecie osieroconych w następstwie AIDS. Te dzieci przeżyły traumę choroby i śmierci swoich rodziców, a później biedę, głód, stygmatyzację, wykorzystywanie, często też seksualne. W początkach tego kryzysu uznano, że rozwiąże go tworzenie sierocińców. Ale w Zimbabwe mniej niż 4 000 spośród 800 000 znalazło opiekę w 45 istniejących w tym kraju placówkach. Dlatego pilnie potrzebne jest wzmacnianie tańszych, bardziej efektywnych sposobów, jak wspieranie rodzin, które zaopiekują się sierotami. Afryka potrzebuje środków by móc skonfrontować się z AIDS, bez obciążania długami. To jedyna droga, którą przeprowadzić będzie można dzieci dotknięte AIDS przez szkoły i zapewnić im lepszą przyszłość i dzięki temu uniknąć społecznej katastrofy ^[1].
- **Republika Południowej Afryki** – lekarz pracujący w publicznym szpitalu dostał upomnienie za podanie 9-miesięcznej dziewczynce, dwa dni po jej zgwałceniu, AZT (Retrovir) w celu zmniejszenia ryzyka zakażenia jej HIV. Część mężczyzn w RPA wierzy, że seks z dziewczą wyleczy ich zakażenie. AZT stosowano dotąd tylko u pracowników opieki medycznej, którzy mieli ryzyko zakażenia zawodowego. Leków antyretrowirusowych nie podaje się zakażonym HIV kobietom w ciąży, a choć Sąd Najwyższy RPA nakazał ich stosowanie, to rząd złożył apelację od tego wyroku. Mimo to powstał program doświadczalny, w którym ciężarnym kobietom zakażonym HIV podawana jest nevirapina, ale tylko w 18 ośrodkach w kraju. Producent leku, **Boehringer Ingelheim**, dostarczył lek bezpłatnie. Gdyby podawano go wszystkim zakażonym kobietom w ciąży możliwe byłoby uratowanie 20 000 dzieci rocznie ^[2].
 - w kwietniu rząd obiecał rozpoczęcie dostarczania nevirapiny zakażonym HIV kobietom w ciąży i ich dzieciom w celu zmniejszenia ryzyka przeniesienia zakażenia z matki na dziecko, a także oferowanie zgwałconym kobietom AZT jako profilaktyki poekspozycyjnej – ma być dostępna we wszystkich państwowych szpitalach ^[3], (w RPA dokonywanych jest około 200 gwałtów dziennie ^[4]).
 - w wersji „**Ulicy sezamkowej**” przedstawianej w RPA wprowadzono puszystą postać w kolorze musztardy, zakażoną HIV, o imieniu Kami (imię pochodzi od słowa „akceptacja”), ^[5].
 - szefowa **South Africa Broadcasting Corporation (SABC)**, największego radia publicznego na półkuli południowej, nadającego w języku Zulu, uważa, że w RPA nie powinno programów nie zajmujących się AIDS. Stacja zмага się z rozpowszechnionym poglądem, mówiącym, że jeśli chłopiec chce uprawiać seks to jest do tego uprawniony. „*Może wziąć kobietę czy ta tego chce czy nie*” to zdanie słyszane często w realnym świecie. Tworzone są programy, z których mówi się dzieciom o tym, z czym się konfrontują często, a o których nie mówią rodzice. Dzieci w tym kraju uprawiają seks (zdarzają się przypadki zakażeń dzieci młodszych niż nastolatki) i chciałyby usłyszeć coś o tym od swoich rodziców. Organizacja pozarządowa **LoveLife** prowadzi szeroką kampanię w prasie, radiu i telewizji, w którym znane osoby, jak Nelson Mandela mówią „*Kochaj dzieci na tyle, by mówić im o seksie*”. Niezależna telewizja eTV rozpoczyna serię programów pod tytułem *Beat it* (slangowe określenie masturbacji) wraz z aktywistami **Treatment Action Campaign**, tłumaczących ludziom co mogą zrobić jeśli okażą się seropozytywni, jak szukać leków, jakie mogą powodować działania niepożądane i jakie mogą dać korzyści. Ale takich programów jest ciągle zbyt mało. Przed zmianą rządu w RPA takie informacje były cenzurowane ^[6].
- **Ukraina** – stała się pierwszym krajem Europy, w którym 1% populacji dorosłych obywateli zakażonych jest HIV ^[7].
- **Brazylia** – dopuszczono do sprzedaży prezerwatywy z logo najważniejszej drużyny piłkarskiej tego kraju na opakowaniu, wspomagały ją także reklamy w TV, co spowodowało ogromny wzrost ich sprzedaży ^[8], skierowano też po raz pierwszy kampanię profilaktyczną do homoseksualistów męskich.
- **USA** – 50% Amerykanów ciągle wierzy, iż można nabyć AIDS podczas codziennych, socjalnych kontaktów, a większość opowiada się za obowiązkowymi testami na HIV grup wysokiego ryzyka ^[9].
- **WHO** ostrzega, iż HIV może bardzo szybko rozprzestrzenić się w Afganistanie, ze względu na dużą częstość przyjmowania środków psychoaktywnych w iniekcjach oraz niebezpieczne transfuzje krwi, zwraca też uwagę, że uchodzący są szczególnie narażeni na zakażenie HIV, ze względu na stosowaną wobec nich przemoc, także seksualną oraz brak informacji i edukacji – podjęto pierwsze badania dotyczące HIV/AIDS w Afganistanie ^[10].

- w lipcu **XIV Światowa Konferencja AIDS**, która odbyła się w Barcelonie (Hiszpania), dotyczyła, między innymi, dostarczania leków antyretrowirusowych do krajów rozwijających się. **Joep Lange** (Human Rights Watch, **International AIDS Society**) podczas ceremonii zamknięcia Konferencji powiedział: „**Jeśli możemy dostarczać Coca-colę i piwo do najodleglejszych zakątków Afryki, to nie może być niemożliwym dostarczenie tam leków antyretrowirusowych**”. Podczas tej Konferencji pojawiły się także informacje o skuteczności **T-20** (pierwszego inhibitora fuzji wirusa z wrażliwą na zakażenie komórką), [11].



- podczas Konferencji podano, między innymi, iż liczba zakażeń HIV **dzieci rumuńskich** w styczniu tego roku **przekroczyła już 10 000**; znacząca mniejszość to zakażenia będące konsekwencją przeniesienia zakażenia z matki na dziecko [12, 13].
- na świecie liczba dzieci osieroconych z powodu śmierci rodziców na AIDS w ciągu ostatnich 6 lat wzrosła trzykrotnie, do 14,3 mln; szacuje się, iż największa liczba takich sierot jest w Indiach (w roku 2001 liczbę tę szacowano na 1,2 mln), [14].
- **Kanada** – we wrześniu powstało **Insitę pierwsze pomieszczenie do bezpieczniejszych iniekcji w Ameryce Północnej**. Nie stało się to nagle. Pod koniec lat 90. spostrzeżono wzrost liczby zakażeń HIV, a także śmierci spowodowanych przedawkowaniem głównie heroiny w Downtown Eastside w Vancouver. Wkrótce przyjmowanie narkotyków w iniekcjach stało się tam główną przyczyną zakażeń HIV, a w konsekwencji zachorowania i śmiertelność związane z przyjmowaniem narkotyków stało się ważną kwestią polityczną. Redukcja szkód stała się częścią strategii aprobowanej i finansowanej przez władze lokalne, władze prowincji i przez jakiś czas także federalne [15]. Jego tworzeniu towarzyszyły ostre głosy krytyki ze strony administracji USA. Odwiedzający Kanadę dyrektor **United States' Office of National Drug Control Policy – US ONDCP** twierdził, iż pomieszczenie będzie pomagać ludziom w kontynuacji dotychczasowych zachowań, będzie też informacją, że akceptowane jest przyjmowanie narkotyków. Inny z przedstawicieli administracji USA sugerował, iż takie pomieszczenia będą stanowić „sponsorowane przez państwo samobójstwa” [16]. Dyrektor US ONDCP straszył nawet, iż przyczynią się do zwiększenia przenoszenia zakażeń HIV i spowodują nasilenie migracji osób uzależnionych do miasta [17]. Mimo to wydano zezwolenie na otwarcie pomieszczenia, ale wyłącznie w ramach programu badawczego, który miał trwać 3 lata [18], pod warunkiem poddania go rygorystycznej ocenie naukowej (→ dalej).
- **Uganda** – w latach 1990 -1999 **znacząco zmniejszyła się liczba nowych zakażeń HIV** w wiejskiej populacji południowo-wschodniej części kraju, wśród kobiet, mężczyzn, młodych dorosłych. W tym czasie o 40% zmniejszyła się częstość nowych zakażeń kobiet ciężarnych, zmniejszyła się też liczba ciąż nastolatek. Nieco zwiększył się średni wiek inicjacji seksualnej, zarówno kobiet, jak i mężczyzn [19].
- w listopadzie FDA zarejestrowało w USA **szybki test na HIV**, dostarczający wynik po 20 minutach, dla zmniejszenia odsetka osób wykonujących testy, które nie wracają po wynik, przydatny też do szybkiej diagnostyki zakażenia kobiet ciężarnych tuż przed lub w czasie porodu [20].
- w grudniu **U.S. Agency for International Development (USAID)** ogłosiła, iż wybrano nowe podejście do zapobiegania chorobom przenoszonym drogą płciową na całym świecie, znane jako **ABC (abstinence, being faithful, condoms use)**, zdaniem Agencji – rzekomo opartej na strategii zapobiegania HIV w Ugandzie, dzięki której zaczęła się rzeczywiście zmniejszać częstość zakażeń w tym kraju.
- hasło **Światowego Dnia AIDS – Stigma & discrimination**. (https://www.unaids.org/en/World_AIDS_Day).

Polska – 2002

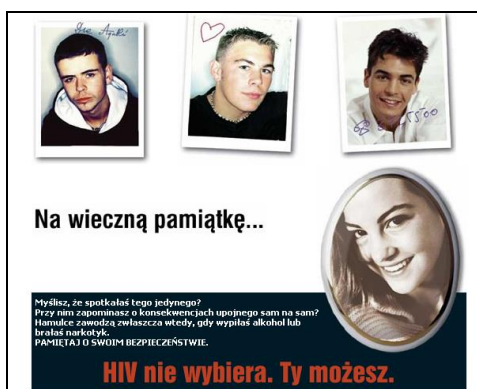
- ♦ w lipcu powstał w Białymstoku pierwszy w województwie podlaskim Punkt Konsultacyjno-Diagnostyczny (PKD) w Ośrodku Diagnostyczno-Badawczym Chorób Przenoszonych Drogą Płciową, pod auspicjami białostockiego oddziału Towarzystwa Planowania Rodziny [21].
- ♦ 19 sierpnia w wypadku samochodowym zginął **Marek Kotański**, twórca i wieloletni przewodniczący Zarządu Głównego Stowarzyszenia MONAR.
- ♦ **IV Zjazd Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS** odbył się w Łagowie Lubuskim.
 - Decyzją Walnego Zgromadzenia członków **PTN AIDS** 24 maja, godność **członków honorowych** otrzymali profesorowie: **Jack DeHovitz** (USA), **Fred Valentine** (USA), **Joep Lange**¹ (Holandia).

¹ Joep Lange, jego życiowa partnerka Jacqueline van Tongeren i co najmniej 4 innych delegatów zginęło 17 lipca 2014 roku w katastrofie samolotu Malaysia Airlines MH17 nad Ukrainą. Lecieli na XX Światową Konferencję AIDS w Melbourne (Australia), (*Hamburgh NS. Joep Lange. Brit Med. J. 2014; 349: g4827*).

- ♦ film „**Taniec trzciny**” w reżyserii Andrzeja Fidyka zdobył główną nagrodę Word Media Press w Hamburgu, w kategorii Społeczeństwo; film opowiada o rytuałach w Swazilandzie, monarchii leżącej w pobliżu RPA, oraz o HIV/AIDS.
- ♦ III Konferencja „**Płeć – role – profilaktyka HIV/AIDS**”, zorganizowana przez Regionalny Ośrodek Metodyczno-Edukacyjny Metis, odbyła się 26 – 27 września w Katowicach (archiwum DRSz).



- ♦ Powstała **Fundacja Edukacji Społecznej – FES** w Warszawie. (<https://spis.ngo.pl/148968-fundacja-edukacji-spolecznej>).
- ♦ Podczas IX Międzynarodowej Konferencji „**Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie**”, pod honorowym patronatem Pierwszej Damy Jolanty Kwaśniewskiej, **czerwone kokardki** otrzymali:
 - Jolanta Berdzik - Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna we Wrocławiu,
 - Barbara Daniluk-Kula - wice dyrektor Krajowego Centrum ds. AIDS,
 - Iwona Fatyga - kancelaria adwokacka,
 - Jadwiga Gizińska - Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie,
 - Ewa Grycner Poradnia - Profilaktyczno-Lecnicza w Warszawie,
 - Zbigniew Izdebski, Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego,
 - Maria Jankowska, Klinika Chorób Zakaźnych AM w Gdańsku,
 - Leokadia Jung, Stowarzyszenie Wolontariuszy wobec AIDS "Bądź z Nami",
 - Małgorzata Kłys-Rachwalska, Poradnia Nabytych Niedoborów Immunologicznych, Szpital Wojewódzki w Szczecinie,
 - Brygida Knysz, Klinika Chorób Zakaźnych AM we Wrocławiu,
 - Eliza Książczak, Polska Akcja Humanitarna "Res Humanae",
 - Jan Kopczyk, KRUS
 - Michał Łopacki Stowarzyszenie Wolontariuszy wobec AIDS "Bądź z Nami",
 - Zofia Marchwińska Stowarzyszenie Wolontariuszy wobec AIDS "Bądź z Nami",
 - Piotr Mildner, Boeringer Ingelheim,
 - Elżbieta Mularska, Ośrodek Diagnostyki i Terapii AIDS w Chorzowie,
 - Anna Nowak, Przewodnicząca Stowarzyszenia "Tada",
 - Małgorzata Nowak, Miejska Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Częstochowie,
 - Regina Podlasińska, Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie
 - Magdalena Pynka, Klinika Chorób Zakaźnych AM w Szczecinie,
 - Longina Teodorczyk-Rajca, Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna we Wrocławiu,
 - Beata Sacharczuk, Poradnia Nabytych Niedoborów Immunologicznych, Szpital Wojewódzki w Szczecinie,
 - Alicja Wardzyńska Stowarzyszenie Wolontariuszy na Rzecz Dzieci "Mały Książę",
 - Barbara Wondolowska, Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie,
 - Ewa Wolniewicz, Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie,
 - Beata Zawada, lekarz, Krajowe Centrum ds. AIDS,
 - Ewa Choromańska – pośmiertnie,
 - Wojciech Kilanowski – pośmiertnie, Stowarzyszenie Wolontariuszy wobec AIDS "Bądź z Nami".
- ♦ działania profilaktyczne zostały skierowane do młodzieży w wieku 15 – 19 lat, kampanię społeczną prowadzono pod hasłem „**HIV nie wybiera. Ty możesz**”.



- ♦ rozpoznano **574** przypadki zakażeń HIV, o 15 więcej, niż w roku 2001, u 423 mężczyzn i 148 kobiet. Najwięcej zakażeń stwierdzono w województwie dolnośląskim, w skali kraju najwięcej zakażeń wykryto wśród osób młodych: 20 – 29 lat – 44% i 30 – 39 lat – 28%. W 328 przypadkach brak było informacji o prawdopodobnej drodze zakażenia., 169 osób zakaziło się w konsekwencji przyjmowania narkotyków w iniekcjach, 28 poprzez kontakty homoseksualne, 18 osób poprzez ryzykowne kontakty heteroseksualne i 22 dawców krwi. Rozpoznano **113** zachorowań na AIDS. Najczęściej rozpoznawanymi chorobami wskaźnikowymi AIDS były kandydoza

przełyku – 23 osoby, gruźlica płuc – 21 osób, pneumocystowe zapalenie płuc – 15 osób i zespół wyniszczenia – 15 osób, **48** chorych zmarło ^[22].

2003

- **Swaziland (Afryka Południowa)** – w styczniu opublikowano dane mówiące, iż kraj ma jeden z największych odsetków zakażeń HIV na świecie: 4 na 10 osób dorosłych jest zakażonych HIV, 38,6% populacji jest seropozytywna; odsetek ten jest nieco niższy, niż w Botswanie, gdzie wynosi 38,8% ^[23].
- **Holandia** – w styczniu holenderskie apteki jako pierwsze na świecie rozpoczęły sprzedaż marihuany przepisywanej na recepty lekarskie w styczniu. Ministerstwo Zdrowia, Polityki Społecznej i Sportu utrzymuje monopol na uprawy i sprzedaż marihuany stosowanej w celach medycznych. Rząd zakontraktował ją u 2 producentów, uprawę regulują przepisy wydawane przez Ministra Zdrowia, określające warunki jej wzrostu, zbiorów, przechowywania, zabezpieczeń i tym podobnych kwestii ^[24]. Od września 2003 roku apteki mogły ją sprzedawać około 7 000 pacjentów, w opakowaniach po 4–5 gramów, kosztujących od 48 do 60 dolarów, w zależności od mocy. Nie zalecano palenia, tylko używanie waporyzatorów (dzięki którym można wdychać uwalniające się z podgrzewanego suszu roślinnego kanabinoide, terpenoide i flawonoidy; unika się w ten sposób wdychania produktów spalania) lub zaparzanie marihuanowej herbaty. Koszty medycznej marihuany pokrywało ubezpieczenie ^[25]. Na podstawie danych naukowych **the Office of Medical Cannabis (OMC)** uznało, że dostęp do niej mogą mieć pacjenci doświadczający spastyczności i bólu związanego ze stwardnieniem rozsianym lub urazami rdzenia kręgowego, cierpiący z powodu nudności i wymiotów wywołanych terapią nowotworów i **terapią antyretrowirusową**, cierpiący na przewlekłe bóle neuropatyczne, chorzy na zespół Tourette’a, a także **poddawani terapii paliatywnej nowotworów związanych z HIV/AIDS** ^[26]. Jeśli lekarz uzna, że jest to konieczne, może przepisywać ją także w innych chorobach ^[27].
- doniesiono o jednym z bardzo nielicznych przypadków przeniesienia HIV z kobiety na kobietę, prawdopodobnie poprzez wspólne używanie zabawek seksualnych ^[28].
- **USA** – z inicjatywy prezydenta G.W. Busha, powstał program **PEPFAR (President's Emergency Plan for AIDS Relief)**, mający w ciągu 5 lat przekazać 15 mld dolarów 15 krajom świata ^{II}, narzucając im program **A – B – C (abstinence, be faithful, and when appropriate correct and consistent use condoms** – abstynencja lub bycie wiernym lub, a jeśli to konieczne, właściwe i stałe używanie prezerwatyw). Celem tej inicjatywy miało być zapobieżenie w ciągu pięciu lat 7 mln nowych zakażeń, dostarczenie leków antyretrowirusowych przynajmniej 2 mln ludzi i dostarczenie pomocy humanitarnej 10 mln chorych na AIDS i sierotom, które przez AIDS straciły rodziców. Mimo, iż oficjalna nazwa kampanii brzmi **A – B – C**, to tak naprawdę skupia się tylko na hasłach związanych z literami – **A** (abstynencja seksualna do małżeństwa) i **B** (bycie wierną/wiernym), zaś **condoms** czyli prezerwatywy, proponowane są i mają być dostępne tylko dla osób wykazujących duże ryzyko zakażenia HIV, do których zalicza się kobiety sprzedające usługi seksualne, niezakażonych partnerów osób zakażonych HIV, osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych i „innych”; 33% funduszy przeznaczonych na profilaktykę zakażeń HIV musi być wydawanych na edukację o abstynencji.
- **USA** – grupa parlamentarzystów z grupy **Traditional Values Coalition** zażądała od NIH uzasadnienia finansowania około 200 grantów kwestionując wydawanie pieniędzy na badanie zachowań osób z tak zwanych grup ryzyka. Niektóre z tych projektów określono jako „wulgarne” i uznano za marnotrawstwo publicznych pieniędzy. Ale znajomość ludzkich zachowań i możliwości ich modyfikowania są niezwykle istotne dla ograniczenia epidemii – takie badania chce powstrzymać Koalicja ^[29].
- **USA** – w czerwcu przedstawiciel Kongresu Patrick Toomey, republikanin z Pensylwanii, zaproponował poprawkę do budżetu NIH na 2004 rok mającą polegać na zaprzestaniu finansowania 5 grantów – 4 z nich badały zachowania seksualne, w tym badania transpłciowych Rdzennych Amerykanów, pracowników seksualnych z Azji i seksualności starzejących się mężczyzn oraz związku nastroju z podejmowaniem ryzyka seksualnego. Toomey twierdził, że te badania „nie są warte wydawania pieniędzy podatnikom” i pytał „*кто wymyślił te rzeczy?*”. Poprawka przepadła dwoma głosami. W październiku przed wspólnym zebraniem Komitetu Handlu oraz Senackiej Komisji Zdrowia, Edukacji, Pracy i Emerytur kilku republikańskich członków Kongresu poprosiło Dyrektora NIH o wytłumaczenie „*medycznych korzyści*”, które przyniosłoby 5 grantów NIH, o których mówiła poprawka Toomey’a i 5 dodatkowych – 8 z tych 10 zajmowało się zachowaniami seksualnymi. Rzekomo przez pomyłkę Dyrektorowi NIH dostarczono ponad 250 grantów od 157 badaczy głównych. Większość z nich także badała zachowania seksualne i przyjmowanie narkotyków wśród innych związanych z HIV/AIDS zachowań. Republikanie przeprosili, poprosili o zignorowanie danych przysłanych niepotrzebnie. Nieco później **Traditional Value Coalition** przynależała się do przesłania tej dużej listy. Mimo to Dyrektor NIH zdecydował o przeanalizowaniu wszystkich. Przegląd wykazał, że wszystkie są naukowo istotne, a w styczniu 2004 roku powiedział Kongresowi: „*ciągła walka przeciw chorobom [...] nie może być ograniczona do czynników biologicznych, ale powinna także włączać zachowania i czynniki społeczne*”. Wszystkie granty pozostały w mocy, ale pojawiły się obawy, czy ta sytuacja nie będzie wywierać „*wpływu mroźnego*” na przyszłe badania ^[30].

^{II} Botswana, Etiopia, Gajana, Haiti, Kenia, Mozambik, Namibia, Nigeria, Rwanda, Republika Południowej Afryki, Tanzania, Uganda, Wybrzeże Kości Słoniowej i Zambia – 15 kraj włączono w połowie 2004 roku, jest nim Wietnam. Prezydent Bush ogłosił przyjęcie Wietnamu w Filadelfii, w Greater Exodus Baptist Church, mówiąc, że jest to decyzja zarówno polityczna, jak i humanitarna. „*Zostawiamy gorzką historię za nami*” (Editorial. *The Lancet. Is churlish to criticise Bush over his spending on AIDS? Lancet, 2004; 364: 303-304.*).

- **USA** – pełnomocnicy chorych na hemofilię złożyli pozew zbiorowy w imieniu osób zakażonych HIV i wirusami zapalenia wątroby w następstwie przetwarzania koncentratów czynników krzepnięcia przeciwko z Europy, Azji i Ameryki Łacińskiej przeciwko firmom Bayer, Baxter, Armour Pharmaceutical Company i Alpha Therapeutics Corporation, do sądu Federalnego w Kalifornii. Wszystkie cztery firmy oskarżono o dystrybuowanie zakażonych produktów krwiopochodnych w Azji i Ameryce Południowej w latach 1984-1985, kiedy te były już wycofane z rynku amerykańskiego. Wprawdzie nie było jeszcze testów diagnostycznych, ale właściwy skrining (badania przesiewowe) dawców mógłby ryzyko zakażeń zminimalizować, w dodatku firmy skupowały krew lub osocze od osób mających duże ryzyko zakażeń, w tym więźniów, osoby przyjmujące narkotyki w iniekcjach lub gejów mających wielu partnerów seksualnych. Do 1992 roku zostało zakażonych HIV przynajmniej 5000 osób w Europie, ponad 2000 rozwinęło AIDS, zmarło 1250 osób. Pozew stwierdza, że w połowie lat 90. większość spośród 4000 chorych z AIDS w Japonii miało też hemofilię, a prawie połowa z nich przyjmowała koncentraty czynników krzepnięcia importowane z USA. W odpowiedzi przedstawiciel firmy Bayer odpowiedział: „*Bayer przestrzegał wszystkich przepisów istniejących w tych krajach opartych na dowodach naukowych dostępnych w tamtym czasie*”. Decyzje firm podejmowane 20 lat temu nie powinny być oceniane na podstawie tych samych standardów wiedzy naukowej, które dostępne są teraz – stwierdziła firma ^[31].
- **USA** – Sąd Najwyższy uznał prawo lekarzy do rozmawiania z pacjentami o korzyściach płynących z używania marihuany w celach medycznych, bez obaw o ponoszenie konsekwencji prawnych ^[32]. Mimo, że w kilku stanach marihuanę zalegalizowano do stosowania w celach medycznych (głównymi wskazaniami były HIV/AIDS i choroby nowotworowe), to zgodnie z prawem federalnym posiadanie i używanie jej było nielegalne.
- **USA** – celem kolejnego badania, na które profesor Abrams dostał zgodę i do którego National Institute on Drug Abuse (NIDA) zdecydował się dostarczyć zawierające marihuanę papierosy (wyglądające identycznie i zawierające 3,56% lub 0% THC – placebo), było **sprawdzenie skuteczności przeciwbólowej palonej marihuany** u osób cierpiących z powodu przewlekłego bólu wywołanego przez związaną z HIV obwodową neuropatię czuciową. Wprawdzie leki przeciwdrgawkowe wykazywały pewną skuteczność w łagodzeniu takiego bólu, ale częściej powodowały działania niepożądane, wchodziły w interakcje z lekami antyretrowirusowymi, obniżając ich stężenia. Rekrutację chorych do tego podwójnie ślepego, randomizowanego badania rozpoczęto dopiero w 2003 roku; do trwającego 5 dni badania zakwalifikowano 50 pacjentów. W tym czasie chorzy przyjmowali też zażywane wcześniej leki przeciwbólowe. Palenie marihuany 3 razy dziennie u ponad połowy (52%) pacjentów zmniejszyło dolegliwości przynajmniej o 30%, było dobrze tolerowane, a obserwowane objawy uboczne miały niewielkie nasilenie (sedacja, niepokój, zawroty głowy). Liczba pacjentów, których należy poddać leczeniu [number needed to treat – NNT ^{III}], aby jeden zaczął odczuwać ból mniejszy o 30%, dla palonej marihuany, wyniosła 3,6 ^[33]. Wyniki tego badania opublikowano w 2007 roku. Rok wcześniej profesor Abrams mówił dziennikarzowi New York Timesa o trudnościach z przyjęciem ich do druku w czasopiśmie medycznych ^[34]. Znacznie szybciej publikowane są w literaturze medycznej doniesienia o działaniach niepożądanych marihuany.
- **Pierwsze próby stosowania profilaktyki przed ekspozycyjnej HIV** – pojawiła się hipoteza, czy zamiast czekać na skuteczną szczepionkę profilaktyczną nie można byłoby zapobiegać zakażeniom HIV przy użyciu leków antyretrowirusowych, podobnie jak zapobieganie malarii udaje się przy pomocy leków antymalarycznych lub zapobieganie przeniesieniu zakażenia z matki na dziecko ^[35]. Pierwszym lekiem, którego zastosowanie profilaktyczne rozważano u osób mających duże ryzyko zakażenia HIV była newirapina ^{IV}. Przeprowadzono badanie fazy I/II, w którym stosowano newirapinę 200 mg 1 raz w tygodniu, 2 razy w tygodniu lub co drugi dzień przez 12 tygodni. Uczestnicy badań – 33 osoby – byli edukowani o sposobach zmniejszania ryzyka zakażenia HIV, podkreślano przy tym, iż nie powinni angażować się w wysoce ryzykowne sytuacje wierząc, iż lek ich ochroni. Informowano ich także, iż jeśli nabędą zakażenie w czasie trwania badań, wówczas ich opcje terapeutyczne mogą zostać ograniczone ze względu na prawdopodobieństwo rozwoju oporności na newirapinę, a co za tym idzie, na inne NNRTI (oporność krzyżowa). Nie obserwowano działań niepożądanych leku, który w każdej z badanych grup utrzymywał stężenia przekraczające IC₅₀ u prawie wszystkich badanych przez 12 tygodni. Nikt z uczestników badań nie nabył zakażenia HIV. Autorzy uznali, iż uzyskane wyniki uzasadniają przeprowadzenie większych badań dotyczących skuteczności jednego lub więcej schematów profilaktycznych składających się z małej dawki newirapiny ^[36], jednak nigdy do tego nie doszło. Najprawdopodobniej dlatego, że już wcześniej wykazano, że newirapina stosowana w profilaktyce poekspozycyjnej u pracowników opieki medycznej może spowodować zagrażające życiu działania niepożądane ^[37], co ograniczyło jej stosowanie do osób zakażonych HIV z niewielką liczbą komórek CD4 i spowodowało niezalecanie jej w profilaktyce poekspozycyjnej. Osoby niezakażone HIV mają na ogół wysoką liczbę komórek CD4.
- **Kuba** – potwierdzono, że liczba nowych zakażeń HIV w tym kraju nie wzrasta gwałtownie, a odsetek zakażeń wynoszący 0,03% pozostaje jednym z najniższych na świecie, nie obserwuje się praktycznie zakażeń przenoszonych przez transfuzje krwi, z matki na dziecko czy poprzez przyjmowanie środków psychoaktywnych w iniekcjach, rząd zapewnia, iż wszystkie zakażone HIV kobiety przyjmują w czasie ciąży profilaktycznie ZDV, ich dzieci przychodzą na świat poprzez cesarskie cięcie, a własna produkcja leków antyretrowirusowych wystarcza do leczenia wszystkich zakażonych w tym kraju ^[38].

^{III} NNT – liczba pacjentów, których należy poddać leczeniu, żeby wyleczyć 1 osobę; im mniejsza jest ta liczba, tym skuteczniejsza terapia – idealny lek leczyłby wszystkich, więc jego NNT wynosiłoby 1 (D. H. Newman, *Cień Hipokratesa. Tajemnice Domu Medycyny*, tłum. M. Borowski, Wydawnictwo Znak, Kraków 2010).

^{IV} Newirapina jest nienukleozydowym inhibitorem odwrotnej transkryptazy, szybko wchłaniającym się po podaniu doustnym, o długim okresie półtrwania (25 – 30 godzin po doustnej dawce dobowej 400 mg, a 60 godzin po podaniu pojedynczej dawki 200 mg), wykazującym doskonałą penetrację do tkanek, szybką i silną aktywność antyretrowirusową, zarówno wobec wirusa zarówno znajdującego się w komórkach, jak i pozakomórkowego, powodującym niewielkie działania uboczne przy stosowaniu jej w małych dawkach.

- w marcu na podstawie przyspieszonej procedury (accelerated approval) zarejestrowano pierwszy lek należący do nowej grupy – inhibitorów fuzji wirusa z wrażliwymi na zakażenie komórkami – **enfuvirtyd (T-20, ENF) – FUZEON** (Hoffman-La Roche i Trimeris), pierwszy lek do stosowania w iniekcjach.
- w marcu firma **VaxGen** poinformowała, że badana przez nią w USA, Kanadzie, Puerto Rico i Holandii szczepionka okazała się nieskuteczna w zmniejszaniu częstości zakażeń HIV wśród mężczyzn uprawiających seks z mężczyznami i kobiet wykazujących duże ryzyko zakażenia (partner HIV+, sprzedawanie usług seksualnych): w czasie prowadzonych przez 3 lata badań zakażeniu uległo 5,8% spośród przyjmujących placebo i 5,7% spośród osób, które zostały zaszczone [39].
- **RPA** – w marcu w działacze **Treatment Action Campaign (TAC)** obarczyli minister zdrowia (Manto Tschabalala-Msimang) oraz ministra handlu i przemysłu (Alec Irwin) odpowiedzialnością za śmierć 600 osób dziennie, którym można byłoby zapobiec dzięki stosowaniu leków antyretrowirusowych [40].
- **Rosja** – w kwietniu otrzymała zgodę Banku Światowego na pożyczkę, która ma zostać wykorzystana na walkę z HIV/AIDS i gruźlicą, ze swojej strony rząd zobowiązał się do wydania 134 mln dolarów w ciągu 5 lat na walkę z tymi chorobami, co jest odbierane jako sygnał, iż rząd zdaje sobie sprawę, że obie epidemie stanowią zagrożenie dla rozwoju kraju [41].
- **Rosja** – w tamtejszych więzieniach osadzonych jest 36 000 zakażonych HIV, na gruźlicę choruje 74 000 więźniów, w tym 30 000 na gruźlicę oporną na leki, zaś zdecydowana większość w trakcie pobytu w placówce penitencjarnej przyjmuje środki odurzające [42].
- w kwietniu amerykańskie CDC zaanonsowały nową inicjatywę nazwaną **Advancing HIV Prevention (AHP)**, mającą na celu zmniejszenie liczby nowych zakażeń HIV w USA; wcześniej CDC kierowało działania profilaktyczne przede wszystkim do osób mających ryzyko zakażenia, AHP skupiać się ma na ludziach już zakażonych, proponuje wprowadzenie testów na HIV jako rutynowej składowej opieki medycznej i przeznaczenie większych środków na badanie partnerów seksualnych osób zakażonych; zarejestrowany niedawno szybki test HIV ma odegrać kluczową rolę w tej inicjatywie [43].
- w czerwcu w USA zarejestrowano kolejny nukleozydowy inhibitor odwrotnej transkryptazy (NNRTI) – **emtrycyabinę (FTC) – EMTRIVA** (Gilead Sciences) oraz kolejne inhibitory proteazy HIV – **atazanawir (ATV) – REYATAZ** (Bristol Myers Squibb), a w październiku – **fosamprenawir – LEXIVA, TELZIR** (GlaxoSmithKline).
- **Botswana** (Afryka) – odbyły się pierwsze wybory **Miss HIV stigma free** – ich celem była próba przełamania stygmatyzacji i dyskryminacji wiążącej się z HIV, dotyczącej przede wszystkim kobiet [44].
- **Uganda** – w badaniach w regionie Mbale, w którym prowadzona jest profilaktyka przenoszenia zakażeń z matki na dziecko wykazano, iż tylko 10% kobiet zgodziło się na wykonanie testu na HIV, a profilaktykę zakażeń wertykalnych stosowano tylko u 3% potrzebujących. Kobiety nie chciały robić testów, gdyż bały się ujawnienia wyników i późniejszego ostracyzmu środowiska. Zakażonym HIV kobietom nie oferowano leczenia antyretrowirusowego. Informowano je, że mogą zakazić swoje dzieci poprzez karmienie piersią, jednak nie stwarzano możliwości zastąpienia mleka matki innym pokarmem [45].
 - **Human Rights Watch** wykazał, że zgodnie z założeniami ABC rząd Ugandy usunął informacje o prezerwatywach i bezpiecznym seksie z materiałów o HIV/AIDS w finansowanych przez USA szkołach podstawowych. Opracowywane materiały dla szkół średnich zawierają nieprawdziwe informacje o mikroporach w prezerwatywach, przez które może przenikać HIV. Amerykańskie fundusze wspierają też **Uganda Youth Forum**, organizację prowadzoną przez pierwszą damę Ugandy Janet Museveni, która podaje nieprawdziwe wiadomości o prezerwatywach i zachęca młodych ludzi do podpisywania deklaracji **True Love Waits**, co jest jednoznaczne z przysięgą powstrzymania się od kontaktów seksualnych do czasu zawarcia małżeństwa. Takie przysięgi składane w USA okazały się już nie tylko nieskuteczne, ale potencjalnie szkodliwe, gdyż zmniejszają szansę, że młodzi ludzie będą używać prezerwatyw i szukać pomocy lekarskiej w razie zachorowania na chorobę przenoszoną drogą płciową, jeśli będą uprawiać seks. Rządy USA i Ugandy zapewniły, że podejściem do profilaktyki HIV/AIDS było zawsze ABC, **nie abstinence-only**. W tym samym czasie politycy obu krajów w dalszym ciągu promowali pogląd, że rosnąca abstynencja i wierność, a nie używanie prezerwatyw, były główną przyczyną zmniejszenia się częstości zakażeń HIV (z około 15% w początkach lat 90. do 6% obecnie). Niezależnie od tego, jak nazywa się model profilaktyki w Ugandzie finansowane przez USA programy propagowania prezerwatyw ograniczone są do obszarów „wysokiego ryzyka”, jak bary i dyskoteki, ale nie można ich prowadzić w szkołach czy na uniwersytetach, gdzie służyłyby całej populacji. W latach 90. USA i inni darczyńcy osiągnęli wielki sukces – zwiększenie używania prezerwatyw w populacji ogólnej w Ugandzie poprzez intensywne kampanie marketingu społecznego i szerokiej dostępności darmowych prezerwatyw. Trwałość tego sukcesu zagrożona jest przez konserwatywnych członków Kongresu USA, wywierających coraz większy nacisk na światowe działania mające zahamować epidemię i podporządkowujących się temu polityków ugandyjskich [46].
 - w badaniach prowadzonych od 10 lat w prowincji Rakai wykazano, iż wprawdzie odsetek zakażeń wśród kobiet zmniejszył się z 20% w 1994 roku do 13% w 2003 roku, wśród mężczyzn z 15% do 9%, to jednak liczba nowych zakażeń u mężczyzn wzrosła z 0,7 na 100 osób rocznie do 1,0, zaś u kobiet z < 1,5 do > 1,5 na 100 osób rocznie. Zdaniem prowadzących badania **zmniejszenie odsetka zakażeń HIV wynika przede wszystkim stąd, iż liczba zgonów osób zakażonych HIV i chorujących na AIDS przekraczała co roku o 70% liczbę osób, które nabyły zakażenie**. W tym samym czasie zwiększyła się częstość używania

prezerwatyw przez mężczyzn z 10% w 1994 roku do 50% w 2003 roku, zaś przez kobiety z 2 do 28%. Wawer i współpracownicy już w 1997 roku obserwowali, iż spadek częstości zakażeń HIV wiąże się przede wszystkim z dużą śmiertelnością osób zakażonych HIV ^[47].

- w nowym raporcie organizacja **Human Rights Watch** stwierdziła, że brak ochrony kobiet przez rząd Ugandy przed przemocą domową i dyskryminacją zwiększa ryzyko zarażenia się wirusem HIV przez kobiety. 77-stronicowy raport zatytułowany „**Po prostu umrzyj cicho: przemoc domowa i podatność kobiet na HIV w Ugandzie**” dokumentuje powszechne gwałty i brutalne ataki na kobiety ze strony ich mężów, gdzie nie wprowadzono szczególnego prawa dotyczącego przemocy domowej i gdzie gwałcenie żon nie jest karalne. „*Zaniechania rządu Ugandy w walce z przemocą domową kosztują kobiety życie*” – powiedział LaShawn R. Jefferson, dyrektorka wykonawcza Wydziału Praw Kobiet w Human Rights Watch. „*Wszelkie sukcesy, jakie Uganda odniesie w walce z HIV/AIDS, będą krótkotrwałe, jeśli rząd nie zajmie się tym pilnym problemem*”. Wiele kobiet mówiło Human Rights Watch, że obawa przed brutalnymi konsekwencjami utrudniała im dostęp do informacji na temat HIV/AIDS, testów na obecność wirusa HIV oraz leczenia i poradnictwa w zakresie HIV/AIDS. Trzydziestopięcioletnia zakażona HIV wdowa ze wschodniej Ugandy, powiedziała, że za życia męża unikała testów i informacji na temat HIV/AIDS ze strachu że ją wyrzuci z domu. „*Nie odważyłbym się, bo gdybym był nosicielką wirusa HIV, to on powiedziałby, że przyniosłem wirusa do domu. Widziałam wiele kobiet przeganianych przez mężów*”. Programy koncentrujące się na wierności, abstynencji i używaniu prezerwatyw minimalizują złożone przyczyny przemocy i błędnie zakładają, że kobiety mają równą władzę decyzyjną i status w rodzinie. „**Bycie mężatką nie powinno być wyrokiem śmierci dla ugandyjskich kobiet**” – powiedziała Jefferson. „*Kobiety nie powinny rezygnować ze swoich praw do bezpieczeństwa fizycznego i autonomii seksualnej tylko dlatego, że wychodzą za mąż*”. Od ponad dziesięciu lat obrońcy praw kobiet nawołują Ugandę do uchwalenia przepisów dotyczących stosunków domowych oraz gwałtów i bicia kobiet przez ich intymnych partnerów. Jednak od lat projekty ustaw pozostają w parlamencie. Pomoc zagranicznych darczyńców dla Ugandy w walce z HIV/AIDS jest w dalszym ciągu znaczna. Uganda znajduje się wśród czternastu krajów, które otrzymują pięcioletnie wsparcie w ramach programu PEPFAR. Dokładna kwota pomocy USA, jaką ostatecznie otrzyma Uganda, pozostaje niejawna. Human Rights Watch nalegała, aby Światowy Fundusz, rząd USA, Bank Światowy i inni darczyńcy zadbali o to, aby programy zapobiegania AIDS były w szczególności ukierunkowane na przemoc domową, w tym przemoc seksualną w małżeństwie, jako podstawowy element ich strategii (<https://www.hrw.org/news/2003/08/13/uganda-domestic-violence-worsens-aids>. [dostęp: 10.12.2023]).
- w lipcu **2. IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention (IAS 2003)** zorganizowana przez International AIDS Society odbyła się w Paryżu.



- Australia** – badania potwierdziły, że istniejące od maja 2001 roku **pomieszczenie do dokonywania bezpiecznych iniekcji** w dzielnicy King Cross w Sydney pomógł 409 osobom, które przedawkowały narkotyki, w większości heroinę (329 przypadków) – żaden z nich nie zakończył się śmiercią ^[48].
- Nelson Mandela** apelował na spotkaniu brytyjskiego Czerwonego Krzyża w Londynie o wzmoczenie walki z AIDS, mówił między innymi, że w Afryce AIDS zabiera więcej istnień ludzkich niż wzięte razem wojny, głód, powódzie i inne choroby, jak malaria ^[49].
- we wrześniu WHO podała, iż tylko 300 000 osób zakażonych HIV w krajach rozwijających się otrzymuje leki antyretrowirusowe, a w krajach afrykańskich leżących na południe od Sahary, gdzie zakażonych jest 4,1 mln osób leczonych jest nieco ponad 1% potrzebujących - około 500 000 osób ^[50].
- Watykan** – kardynał **Alfonso Lopez Trujillo** powiedział, iż prezerwatywy nie są bezpieczne i nie chronią przed zakażeniem HIV ^[51], co spotkało się z natychmiastowym sprzeciwem WHO, w którym podkreślono, iż takie nieprawdziwe twierdzenia są szczególnie niebezpieczne w sytuacji, gdy epidemia AIDS zabiła dotąd 20 mln ludzi, a 42 mln żyją z HIV/AIDS ^[52].
- Tadżykistan** – gwałtowny wzrost przemytu narkotyków z Afganistanu do Rosji i Europy przez środkową Azję przyczynia się do znacznego wzrostu uzależnień i zakażeń HIV w tym jednym z najbiedniejszych krajów byłego Związku Radzieckiego. Działania wojsk USA na południu Afganistanu spowodowały zmianę tras przemytu. Od upadku rządów Talibów, którzy zabraniali – skutecznie – upraw maku produkcja heroiny wzrosła do poziomu sprzed opanowania przez nich kraju. Tadżykistan ma zbyt mało środków na walkę z uzależnieniami i AIDS, choć ma programy dostarczania czystych igieł osobom uzależnionym i dostarczania środków antykoncepcyjnych osobom sprzedającym usługi seksualne, jednak w dalece niewystarczającym stopniu ^[53].
- w listopadzie ogłoszono, iż kolejne badania firmy **VaxGen** nad szczepionką zapobiegającą zakażeniu HIV, prowadzone w Tajlandii, wśród osób przyjmujących środki psychoaktywne w iniekcjach, nie potwierdziły jej skuteczności ani w zapobieganiu zakażeniu, ani w zwalnianiu postępu zakażenia ^[54].
- RPA** – także w listopadzie rząd zaaprobował narodowy plan leczenia HIV/AIDS, mający zapewnić bezpłatnie leki antyretrowirusowe wszystkim, którzy ich potrzebują; w ciągu roku powstać mają ośrodki leczenia we wszystkich 53 dystryktach kraju, w ciągu 5 lat w każdym mieście; poza dostarczaniem leków antyretrowirusowych rząd obiecał

inwestycje w poprawę krajowego systemu służby zdrowia poprzez rekrutację tysięcy profesjonalistów i wprowadzenie programów edukacyjnych, które zapewniłyby lekarzom, pielęgniarkom, pracownikom laboratoriów wiedzę i umiejętności w bezpiecznym, etycznym i skutecznym stosowaniu tych leków ^[55].

- w **Światowym Dniu AIDS WHO** ogłosiła nowy plan nazwany „**3 by 5**”, mający na celu objęcie terapią antyretrowirusową 3 mln ludzi zakażonych HIV w krajach rozwijających się do 2005 roku.



- w tym samym dniu premier **Chin Wen Jibao** podał rękę choremu na AIDS, co transmitowała telewizja, a było to najbardziej spektakularne posunięcie demonstrujące nową determinację rządu w walce z AIDS ^[56], ogłosił zainicjowanie ogólnokrajowego programu „**four frees, one care**”, który zapewniać ma bezpłatne testy na HIV, bezpłatne konsultacje i leki antyretrowirusowe dla pacjentów żyjących w regionach wiejskich, bezpłatne leczenie wszystkich zakażonych HIV kobiet w ciąży, bezpłatną edukację dla sierot, których rodzice zmarli na AIDS i opiekę nad zubożałymi pacjentami z AIDS. Wcześniej rząd Chin wprowadził badanie krwi w celu zapobiegania przenoszeniu HIV poprzez transfuzje, a także, w pewnym zakresie, programy wymiany igieł i strzykawek. Rozpoczęto także kampanię dotyczącą bezpieczniejszego seksu. Jednakże niezależnie od tego, jak doskonale byłyby programy dotyczące HIV/AIDS, to wielkość kraju, liczebność populacji i hierarchiczny, zdecentralizowany system rządów (gubernator prowincji ważniejszy jest od ministra zdrowia) sprawia, że powszechny dostęp do testów, leków, profilaktyki, przekazywanie informacji dotyczących zdrowia publicznego jest skrajnie utrudnione ^[57].
- **Libia** – rząd poprosił o opinię profesora **Luca Montagnier** (współodkrywcę wirusa HIV, Francja) i profesora Vittorio Collizzi (Włochy), którzy stwierdzili, iż do zakażeń dzieci w latach 1997, 1998 i do marca 1999 roku doszło najprawdopodobniej w konsekwencji używania do iniekcji sprzętu zanieczyszczonego krwią dziecka zakażonego w nieustalony sposób, które przebywało w tym szpitalu przed kwietniem 1997 roku. Szczepki wirusa izolowane od zakażonych w tym czasie dzieci należały do tego samego rekombinowanego podtypu, co mocno sugeruje wspólne pochodzenie zakażeń; szczep je wywołujący występuje często w Afryce Środkowej i Zachodniej, zaś jego patogenność, wirulencja i zakaźność są bardzo wysokie, co sugeruje także domniemanie zakażenia matek niektórych z tych dzieci w następstwie karmienia piersią. Obaj profesorowie podkreślili, iż zakażenia w tym szpitalu przenoszone były najprawdopodobniej horyzontalnie, w wyniku dokonywania inwazyjnych procedur, niedoborów sprzętu jednorazowego użytku i wielokrotnego używania sprzętu do iniekcji; nie znaleziono dowodów celowego dokonywania iniekcji zakażonych HIV, a uzyskane dane przemawiają stanowczo przeciwko takiej możliwości ^[58]. W badaniach prowadzonych we Włoszech 104 dzieci i 19 dorosłych kobiet wykazano, iż były zakażone rekombinowanym szczepem HIV-1 – CRF02-AG ^[59]. Wyniki tych badań potwierdziły zespoły badaczy z Wielkiej Brytanii, USA, Afryki Południowej, Włoch i Szwajcarii, wykazując ponadto, iż szczepki wirusa HIV, którymi są zakażone dzieci krążyły w tym szpitalu przed marcem 1998 roku, zanim przybyło do Libii 5 bułgarskich pielęgniarek i palestyński lekarz ^[60]. Eksperci libijscy opracowali własny raport dla sądu apelacyjnego. Jego konkluzja brzmiała: ognisko zakażeń HIV w szpitalu Al-Fateh w Bengazi nie było wynikiem zakażeń wewnątrzszpitalnych, nie było spowodowane niewłaściwym lub wielokrotnym używaniem instrumentów medycznych, a na podstawie dostępnych danych nie można wykluczyć możliwości umyślnego zakażenia dzieci ^[61], (→ dalej).
- w USA powstał serial **Anioły w Ameryce**, w reżyserii Mike Nicholsa (twórcy m.in. filmów **Absolwent** oraz **Wojna Charliego Wilsona**), na podstawie sztuki Tony’ego Kushnera (nagrodzonej nagrodą Pulitzera), w których zagrała plejada gwiazd amerykańskiego kina, m.in. Al Pacino, Meryl Streep i Emma Thompson, wyróżniony 11 nagrodami Emmy i 6 Złotymi Globami, traktujący o HIV/AIDS.
- w grudniu **firma Abbott podniosła w USA o 400% cenę rytonawiru** (Norvir), leku używanego w niewielkich dawkach (100 – 200 mg) do poprawiania farmakokinetyki innych inhibitorów proteazy HIV; wzbudziło to ogromną dyskusję dotyczącą cen leków antyretrowirusowych ^[62]. Przedstawiciel firmy stwierdził, że nowa cena „*lepiej odzwierciedla wartość leku w jego obecnych zastosowaniach, niedocenianego przez lata*”. Cenę podniesiono z 1,71 do 8,57 dolarów ^[63]. Cztery lata później dziennikarz Wall Street Journal dotarł do wewnętrznych dokumentów firmy, z których wynikało, że podniesienie ceny było reakcją na wejście na rynek atazanawiru (Bristol-Myers Squibb), który wzmocniony małą dawką Norviru, tak samo jak Kaletra firmy Abbott, obniżał poziom wirerii, powodował mniej działań niepożądanych, a pacjenci mogli przyjmować mniejszą liczbę pigułek dziennie. Podniesienie ceny Norviru sprawiło, że Kaletra stała się tańszą opcją dla amerykańskich pacjentów, a atazanawir wzmocniany rytonawirem stał się znacznie droższy. Protesty aktywistów broniących praw pacjentów, bojkotowanie produktów firmy Abbott przez 300 lekarzy, którzy zakazali przekraczania progu ich gabinetów sprawiły, że Abbott nie podniósł ceny Norviru dla osób ubezpieczonych w Medicare, Medicaid i otrzymujących leki ze stanowych programów wsparcia. Firma zwiększyła też własny program pomocy pacjentom. Ale więzienia stanowe nie zostały objęte taką pomocą. W Karolinie Północnej, w której przebywa 800 zakażonych HIV więźniów, wydatki na Norvir wzrosły z 28 000 dolarów czwartym kwartale 2003 roku do 95 000 dolarów w pierwszym kwartale 2004 roku. Sprzedaż Reyatazu, leku BMS, wzrosła mimo wyższej ceny Norviru i osiągnęła wartość 370 mln w pierwszych 9 miesiącach 2006 roku, o 25% więcej niż w tym samym okresie 2005 roku.

^V W firmie rozważano też wycofanie leku w postaci tabletek a pozostawienie wyłącznie syropu, którego smak jest bardzo nieprzyjemny, albo całkowite wycofanie rytonawiru z rynku, ostatecznie zdecydowano o podniesieniu jego ceny ^[62].

Kaleta też sprzedawała się dobrze, częściowo dzięki nowej postaci wygodniejszej w przyjmowaniu. Wartość jej sprzedaży wzrosła o 27% w pierwszych 3 kwartałach 2006 roku, osiągając 500 mln dolarów [64].

- **Chiny** – jednego z chorych na AIDS odwiedził w szpitalu premier Chin, Wen Jibao, i publicznie podał mu rękę. Ten historyczny uścisk dłoni uznany został za polityczny przełom wobec HIV/AIDS, jednakże rodzina chorego nękana była później przez sąsiadów, którzy nie wiedzieli wcześniej o zakażeniu [65]. Istniejąca ciągle stygmatyzacja i dyskryminacja osób z HIV/AIDS powoduje, iż ludzie nie chcą wykonywać testów na HIV. Zwłaszcza, iż nawet gdy wykonywane są anonimowo bywa, że poufność nie jest zachowywana. Pracownicy opieki zdrowotnej często także stygmatyzują swoich pacjentów, hospitalizowanym chorym testy zlecane bywają bez ich wiedzy i zgody, a wyniki przekazywane członkom rodziny, a nie samym zainteresowanym [66, 67]. W Światowym Dniu AIDS premier Chin ogłosił zainicjowanie ogólnokrajowego programu „**four frees, one care**”, który zapewniać ma bezpłatne testy na HIV, bezpłatne konsultacje i leki antyretrowirusowe dla pacjentów żyjących w regionach wiejskich, bezpłatne leczenie wszystkich zakażonych HIV kobiet w ciąży, bezpłatną edukację dla sierot, których rodzice zmarli na AIDS i opiekę nad zubożałymi pacjentami z AIDS. Wcześniej rząd ChRL wprowadził badanie krwi w celu zapobiegania przenoszeniu HIV poprzez transfuzję, a także, w pewnym zakresie, programy wymiany igieł i strzykawek. Rozpoczęto także kampanię dotyczącą bezpieczniejszego seksu. Jednakże niezależnie od tego, jak doskonale byłyby programy dotyczące HIV/AIDS to wielkość kraju, liczebność populacji i hierarchiczny, zdecentralizowany system rządów (gubernator prowincji ważniejszy jest od ministra zdrowia) sprawia, że powszechny dostęp do testów, leków, profilaktyki, przekazywanie informacji dotyczących zdrowia publicznego jest skrajnie utrudniony [68]. Władze centralne wprowadziły program **CARES (Comprehensive AIDS RESponse)**, który oferował osobom zakażonym w konsekwencji sprzedaży swojej krwi bezpłatne leki antyretrowirusowe produkowane w Chinach. Ich wprowadzenie zmniejszyło śmiertelność we wsi Wenlou z 3 dziennie do 1 w miesiącu. Jednak błyskawicznie wprowadzona ustawa nie dała czasu na przygotowanie się do terapii ani pacjentom, ani leczącym ich lekarzom, co sprawia, iż pacjenci często nie przestrzegali zaleceń związanych z przyjmowanymi lekami, niektórzy przestawali je przyjmować. Zaczęto więc wprowadzać programy nadzoru przyjmowania leków, a w jednej z wsi, dzięki pomocy fundacji z Hong Kongu, zastosowano specjalne premie – pacjent przyjmujący dokładnie leki otrzymywał świeże jajko co 2 tygodnie [69].
- hasło **Światowego Dnia AIDS** brzmiało tak jak w roku poprzednim: **„Stigma and discrimination”**. (https://www.unaids.org/en/World_AIDS_Day).
- w USA zarejestrowano **930 000** przypadków AIDS, **524 060** osób zmarło.

Polska – 2003

- ♦ 17 – 19 stycznia – Kraków – **III Ogólnopolskie Warsztaty dotyczące Terapii HIV/AIDS, Vistula 2003**.
- ♦ **II Ogólnopolskie Spotkanie Pracowników Punktów Konsultacyjno-Diagnostycznych** odbyło się 26 – 27 kwietnia w Zielonej Górze (archiwum DRSz).
- ♦ **VII Ogólnopolskie Spotkanie Osób Żyjących z HIV/AIDS** odbyło się w dniach 25 – 29 czerwca w Zaniemyślu koło Kórnik. W spotkaniu wzięło udział ponad 130 osób, w tym goście z Białorusi, Litry, Ukrainy, Okręgu Kaliningradzkiego, Francji i Niemiec.
- ♦ 10 – 11 października, Warszawa - **Meeting on Strategies for Prevention of HIV-1 Transmission from Mother to Child for Central and Eastern European Countries**, zorganizowana przez Instytut Matki i Dziecka w Warszawie i prof. Krzysztofa Tomasza Niemca.
- ♦ 25 – 29 października odbyła się w Warszawie **IX Europejska Konferencja AIDS (EACS)**, pierwsza konferencja naukowa dotycząca HIV/AIDS, zorganizowana w Europie Środkowej.



9th European AIDS Conference (EACS)
October 25 - 29, 2003 - Warsaw, Poland

- ♦ w dniach 23 – 25 września odbyła się w Katowicach **IV Konferencja „Młodzież a profilaktyka HIV/AIDS. Raport 2003”** zorganizowana przez Regionalny Ośrodek Metodyczno-Edukacyjny Metis (archiwum DRSz).
- ♦ 12 – 13 listopada odbyło się międzynarodowe spotkanie **„Współpraca w zakresie redukcji szkód na pograniczu polsko-białoruskim”**, zorganizowane przez Stowarzyszenie „TADA” w Szczecinie, Wojewódzką Stację Epidemiologiczną, Oddział Promocji Zdrowia w Białymstoku i UNDP, w Tykocinie (archiwum DRSz).
- ♦ 17 listopada w **gmachu Sejmu RP** odbyła się konferencja **„Prawa człowieka osób zakażonych HIV i zażywających narkotyki”** zorganizowana przez Sejmową Komisję Sprawiedliwości i Praw Człowieka, UNDP, przy współpracy Rzecznika Praw Obywatelskich (prof. Andrzej Zoll) i Open Society Institute (archiwum DRSz).
- ♦ Podczas **X Międzynarodowej Konferencji „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie”**, pod honorowym patronatem Pierwszej Damy Jolanty Kwaśniewskiej, **czerwone kokardki** otrzymali:
 - Robert Kozyra – Prezes Radia ZET,
 - Nina Terentiew – Prezes TVP 2,
 - Robert Piotr Łukasik, stowarzyszenie „Tolerseks”,
 - Kajetan Dubiel - Centralny zarząd Służby Więziennej,

- Justyna Bągorska - Stowarzyszenie DA-DU,
 - Kasia Malinowska-Sempruch – UNDP,
 - Mariusz Jatymowicz Dyrektor Generalny Bristol-Myers Squibb Services Sp. z o.o.
 - Agnieszka Walendzik - Zakład Poradnictwa Młodzieżowego i Edukacji Seksualnej Uniwersytetu Zielonogórskiego,
 - Władysława Zielińska - prof. dr n. med. Wojewódzki Szpital Zakaźny w Gdańsku (pośmiertnie).
- ♦ kampanię społeczną skierowano osób heteroseksualnych, prowadzono ją pod hasłem „**Porozmawiajcie o AIDS. Przeszłość bywa groźna**”, proponowano wykonanie testu w trosce o zdrowie swoje i partnera.



- ♦ Zgłoszono **610** nowo wykrytych zakażeń HIV, o 36 więcej niż w 2002 roku, najwięcej wśród osób w wieku 20 – 29 lat (44%). Kobiety stanowiły 28,7% zakażonych osób i średnio były młodsze (28 lat) od mężczyzn (31 lat). Zakażenie rozpoznano u 14 osób poniżej 13 roku życia, w tym u 7 niemowląt. Nie dostarczono informacji o prawdopodobnej drodze zakażenia 336 osób (55%), 217 osób zakażyło się poprzez przyjmowanie narkotyków w iniekcjach (217 – 35,6%), 18 osób w następstwie kontaktów heteroseksualnych (w tym 9 kobiet) i 18 mężczyzn w następstwie kontaktów homoseksualnych. AIDS rozpoznano u **139** osób (104 mężczyzn i 35 kobiet), przede wszystkim u osób przyjmujących narkotyki w iniekcjach (59,7%). Tylko 24 chorych (17%) przyjmowało leki antyretrowirusowe przed rozpoznaniem AIDS. Najczęstszą chorobą wskaźnikową AIDS była kandydoza przełyku (29 przypadków), zapalenie płuc wywołane *P. jiroveci* i zespół wyniszczenia (po 26 przypadków). Zachorowało też czworo dzieci matek zakażonych HIV, dwoje z nich zmarło. Do Zakładu Epidemiologii PZH zgłoszono **61** zgonów chorych na AIDS, do GUS 98 przypadków zgonów związanych z zakażeniem HIV [70].

2004

- **Rosja** – na pewnych obszarach kraju HIV szerzy się szybciej, niż gdziekolwiek na świecie, UNDP szacuje, iż prawie 1 na 100 Rosjan jest zakażony HIV [71].
- **Brazylia** – rząd osiągnął porozumienie z firmami farmaceutycznymi, w wyniku którego ceny leków antyretrowirusowych zostaną obniżone o $\frac{1}{3}$, co pozwoli na zmniejszenie wydatków na terapię o 100 ml dolarów USA [72].
- **USA** – w kwietniu szef **Health and Human Services (HHS)** Tommy G. Thompson ogłosił, że CDC i NIH będą mogły wysłać tylko 40 delegatów na Międzynarodową Konferencję AIDS do Bangkoku. Dwa lata wcześniej, na Konferencji w Barcelonie, było 236 amerykańskich naukowców pracujących w agendach federalnych. Dodatkowo HHS zmniejszył finansowanie konferencji z 3,6 mln do mniej niż pół mln dolarów. Z tego powodu najwięcej stracili naukowcy i lekarze ze skrajnie biednych krajów, jak Zimbabwe, Namibia i Kenia, potrzebujący nabyć umiejętności pisania grantów, zbierania danych, monitorowania kosztów leczenia. W tych krajach ponad 20% populacji stanowią zakażeni HIV, Dotąd amerykańscy naukowcy i urzędnicy uczyli tego podczas sesji satelitarnych w czasie takich konferencji. Tym razem nie było to możliwe. Podobnie **Global Health Council**, coroczne spotkanie, które odbyło się w Waszyngtonie, nie otrzymała finansowania od rządu USA, po raz pierwszy w 31-letniej historii. Temat tego spotkania brzmiał „**Youth and Health: Generation on the Edge**”, więc musiały być na nim sesje poświęcone edukacji seksualnej, kontroli urodzeń, narkotynom, a to jest sprzeczne z poglądami administracji prezydenta George W. Busha. Konserwatywni przeciwnicy nie zgadzają się na wystąpienia przedstawicieli Planned Parenthood, U. N. International Family Planning Fund i im podobnych, które Traditional Value Coalition i inne grupy prawicowe uważają za promujące aborcję. Grupa republikańskich kongresmenów wysłała też list do organizatorów konferencji w Bangkoku, w którym wytknęła, że podczas konferencji w Barcelonie w 777 prezentach użyto słowa „prezerwatywa”, a tylko w 16 słowa „wierność”, a w 74 „abstynencja”, próbując wywrzeć nacisk na zmiany programu [73]. Wielu amerykańskim naukowcom, których prace zostały przyjęte do programu Konferencji w Bangkoku, nie pozwolono pojechać. HHS zabroniło swoim naukowcom prezentowania prac, jeśli ich podróż nie będzie sfinansowana z funduszy federalnych. CDC i NIAID może wysłać po 20 delegatów, HHS – 10 [74].

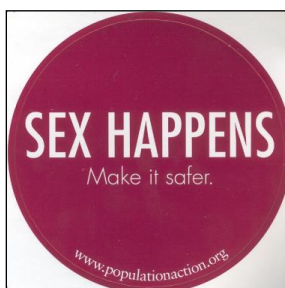
- **Francja** - w latach 2001 – 2004 w Paryżu rozpoznano ogniska ostrych zakażeń wirusem zapalenia wątroby typu C (HCV) wśród homoseksualnych mężczyzn, które najprawdopodobniej były następstwem krwawień podczas kontaktów analnych odbywanych bez zabezpieczenia [75]. Podobne skupiska zakażeń HCV obserwowano w innych krajach, także w Polsce. HCV częściej występuje w nasieniu mężczyzn zakażonych równocześnie HIV, niż zakażonych wyłącznie HCV (18,4%), [76].
- **XV Międzynarodowa Konferencja AIDS** odbyła się w Bangkoku (Tajlandia) pod hasłem „Access for all”.



- na Konferencję przyjechali Kofi Annan, Sonia Gandhi, aktor Richard Gere, Nelson Mandela. Fundacja Billa i Melindy Gates zapowiedziała 45,7 mln dolarów na granty i 50 mln dla Global Fund, Komisja Europejska 52 mln. Wśród delegatów było około 2 700 dziennikarzy [77].
- wzięło w niej udział 15 000 uczestników. Amerykańska delegacja była wyjątkowo nieliczna, mimo iż temat Konferencji brzmiał „Dostęp dla wszystkich”. NIH planowało spotkanie z naukowcami z Afryki, Azji i innych stron świata dotyczące oporności na leki antyretrowirusowe w badaniach klinicznych, ważnej kwestii związanej z rozszerzeniem dostępu do leków w związku z programem PEPFAR. Spotkanie się nie odbyło, tak jak prezentacje opcji testowania dla oceny częstości zakażeń HIV, wzmocnienia wsparcia psychologicznego i socjalnego dzieci z HIV/AIDS i poprawy profilaktyki HIV i opieki w krajach Azji. Konferencja AIDS w Bangkoku odbyła się bez udziału wielu pracowników federalnych USA. Nieobecność tych osób i jej ideologiczne powody powinna być zauważona przez społeczność międzynarodową [78].
- **Joanne Csete**, dyrektorka **the HIV/AIDS and Human Rights Program** przy **Human Right Watch**, wystąpiła na jednej z sesji satelitarnych Konferencji, zorganizowanej przez Health Canada. Mówiła o ograniczeniach kampanii ABC, która nie uczy: „*Tu są informacje o tym, jak możesz chronić siebie przed HIV i innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową, ale pomyśl o abstynencji seksualnej jak o jednej możliwości*”, ale raczej mówi „*Jest lepiej dla Ciebie, by nie znać podstawowych informacji o przenoszeniu się HIV niż wejść na ścieżkę niemoralności spowodowanej edukacją seksualną*”. W najgorszej wersji ABC młodym ludziom przekazywane są błędne informacje o rzekomej nieskuteczności prezerwatyw. Podporządkowanie i przemoc wobec kobiet napędzają epidemię HIV/AIDS na całym świecie. ABC nie jest w stanie pomóc kobietom, które doświadczają:
 - ♦ przemocy domowej i gwałtom małżeńskim,
 - ♦ przemocy seksualnej, molestowania, przymusu – w RPA w 2000 roku spośród 37 000 młodych mężczyzn 25% przyznało, że przed ukończeniem 18 roku życia zmusiło kobietę lub dziewczynę do uprawiania seksu, a 20% z nich uważa, że gwałcenie podoba się dziewczynom,
 - ♦ niewłaściwego traktowania przez sądy przestępców seksualnych – często nie są brane pod uwagę zeznania ofiar,
 - ♦ dyskryminacji przez prawo – szczególnie dotyczące praw własności, dziedziczenia i prawa rozwodowego, co – wśród innych przyczyn – zwiększa ekonomiczną zależność kobiet od mężczyzn,
 - ♦ dziewczętom osieroconym przez rodziców zmarłych na AIDS – połączenie związanego z AIDS piętna, ubóstwo i braku opieki rodzicielskiej sprawia, że dziewczęta dotknięte AIDS doświadczają straszliwych nadużyć. Dziewczęta trafiają do krewnych lub rodzin zastępczych, a mężczyźni uważając się za ich opiekunów mówią im: „*Twoi rodzice zmarli na tę chorobę. Nikt inny cię nie przyjmie, więc jak możesz mi odmawiać?*”
 - ♦ nierównego dostępu do edukacji – na całym świecie dziewczęta często słyszą „*Nie chciałabyś, żeby zabrać chłopca ze szkoły, by opiekował się chorą osobą; kto chciałby to zrobić?*”
 - ♦ elementów pewnych tradycyjnych praktyk, jak okaleczenie narządów płciowych zewnętrznymi (tak zwane obrzezanie kobiet), które niesie ryzyko zakażenia HIV, czasem też śmierci, ale też dziedziczenia wdów przez członków rodziny zmarłego męża, „*oczyszczania*” wdów przed seks z obcym mężczyzną,,
 - ♦ dyskryminacji w dostępie do opieki zdrowotnej i informacji o zdrowiu – nasilonej przez przekaz „*abstynencja do małżeństwa*” i łamanie praw reprodukcyjnych,
 - ♦ dużego zakresu nadużyć doświadczanych przez osoby sprzedające usługi seksualne, kobiety, mężczyzn, osoby transpłciowe, których zgodnie z prawem wielu krajów nie można zgwałcić.
- Csete mówiła, że te kwestie zaczynają skupiać na sobie uwagę. Ale smutna prawda jest taka, że jest niewiele środków, niewiele programów, które oferowałyby realną ochronę praw człowieka, które w tych obszarach łamane są często. Ale na głoszenie moralności jest wiele milionów dolarów. Koszt polityki, która redukuje AIDS do „*złego zachowania*” jest ogromny, trwa za długo i dotyczy nieproporcjonalnie wielu kobiet i dziewcząt [79].
- na sesji plenarnej 14 lipca Thoraya Ahmed Obaid, wówczas dyrektorka United Nations Population Fund, mówiła:
 - ♦ kobiety i dziewczęta, które są bardziej narażone na zakażenie HIV to te same kobiety, które zmuszane są do wczesnych małżeństw, które umierają podczas porodu po zbyt wielu porodach które

przeżyły w krótkich odstępach czasu, które cierpią na choroby przenoszone drogą płciową i muszą znosić niechciane ciążę, które nie mają równego dostępu do edukacji, którym mówi się, żeby wyszły za mąż to będą chronione przed HIV/AIDS, które cierpią w milczeniu z powodu przemocy i nadużyć wobec nich i które są zakażane przez niewiernych mężów,

- ♦ to smutny komentarz i oskarżenie o naszą bezczynność, gdyż w niektórych miejscach świata kobiety są dziedziczone, ale same nie mogą dziedziczyć ziemi ani mienia,
- ♦ już czas obalić mit mówiący, że małżeństwa dzieci chronią dziewczynki przed HIV; musimy odsłonić niebezpieczeństwo, którym dla dziewczynek są takie małżeństwa;
- ♦ by profilaktyka działała zatrzymanie przemocy wobec kobiet i dziewcząt musi stać się priorytetem; a liderzy – polityczni, tradycyjni, religijni, społecznościowi – muszą przekazywać informację: zero tolerancji dla przemocy wobec kobiet i dziewcząt ^[80].
- podczas Konferencji zaprezentowano raport Międzynarodowej Organizacji Pracy [International Labour Organization – ILO]: na świecie 36,5 mln ludzi w wieku produkcyjnym ma HIV lub AIDS, a do 2005 rynek pracy utraci 28 mln pracowników, licząc od początku epidemii. Ponad 70% zakażonych HIV pracowników żyje w Afryce. Kenia, Mozambik, Etiopia, Tanzania i Zimbabwe mają po więcej niż 1 mln zakażonych pracowników, Nigeria ma 2,3 mln, Republika Południowej Afryki – 3,7 mln. Wzrost ekonomiczny w 50 badanych krajach (35 w Afryce subsaharyjskiej, 8 w Ameryce Łacińskiej, 5 w Azji oraz USA i Rosji) zmniejszał się o 0,2% rocznie od 1982 do 2000 roku w wyniku śmierci i niepełnosprawności związanych z AIDS, a ten spadek był wart 25 mld dolarów rocznie ^[81].
- prezydent **Ugandy** Yoweri Museveni wypowiadał się wielokrotnie i podkreślał, iż prezerwatywy są niewłaściwe dla Ugandyjczyków, a ich dystrybucja może zachęcać młodych ludzi do promiskuityzmu ^[82].



- podczas konferencji organizacja przez **Population Action International (PAI)**, istniejąca od 1965 roku do dzisiaj międzynarodowa organizacja pozarządowa, propagująca dostęp do metod planowania rodziny i związanych z tym placówek służby zdrowia, a także edukacją przede wszystkim kobiet i dziewcząt, rozdawała między innymi takie nalepki.
- specjalny wysłannik Narodów Zjednoczonych do Afryki, **Stephen Lewis**, ostrzegał, iż próba objęcia terapią antyretrowirusową 3 mln ludzi do końca 2005 roku (plan „**3 by 5**”) jest zagrożony przez brak finansowego wsparcia przez najbogatsze kraje świata ^[83].
- w maju 5 bułgarskich pielęgniarek i palestyński lekarz, oskarżeni o świadome zakażenie libijskich dzieci HIV, skazani zostali na śmierć przez sąd w Libii; zostali aresztowani w roku 1998, proces rozpoczął się w roku 2000 ^[84]; planowana jest apelacja obrony (→ dalej).
- inicjatywa prezydenta Busha przeznaczenia 15 mld dolarów na walkę z epidemią AIDS, nazwana **PEPFAR (President's Emergency Plan for AIDS Relief)**, zaczęła być w pełni wprowadzana w życie w czerwcu, pierwsze pieniądze przekazano 14 krajom objętym pomocą w styczniu, w końcu roku piętnastym krajem stał się Wietnam; zalecenia programu stanowią, iż 30% środków finansowych przeznaczonych na profilaktykę powinno być przeznaczanych na promowanie abstynencji seksualnej i później wierności, a prezerwatywy powinny być oferowane tylko osobom sprzedającym usługi seksualne, parom, w których jedna z osób jest zakażona HIV i niezdefiniowanym innym ^[85, 86]. PEPFAR wspierał działania anty-gejowskie prowadzone przez organizacje religijne realizujące program „*tylko abstynencja*”. Afryka stała się polem bitwy dla krajów rozwiniętych w tak zwanych wojnach kulturowych, a dyskryminacja która nie jest legalna w krajach rozwiniętych promowana jest gdzie indziej ^[87].



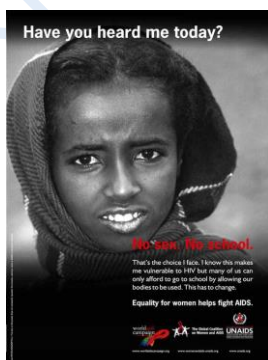
- **Uganda** – kraj objęty programem **PEPFAR** – **Uganda AIDS Commission** zaleciła wprowadzenie programu „*abstynencja do małżeństwa*” w całym kraju, zaprzestanie promowania prezerwatyw, zaczęto też rozpowszechniać informacje o ich zawodności. Zmieniono treść i ilustracje w podręcznikach szkolnych, także w podręcznikach dla nauczycieli, by dzieci, jeśli pożyczą od nauczyciela książkę, nie mogły zobaczyć „gorszących” ilustracji pokazujących dokładnie jak dbać o higienę narządów płciowych czy jak objawiają się choroby przenoszone drogą płciową. Równocześnie zalecono zaprzestanie promowania prezerwatyw, gdyż „*mogłoby to powodować zamęt w głowach młodych ludzi*”. Jako strategię zapobiegania zakażeniom HIV wśród małżeństw zaproponowano obowiązkowe

wykonywanie testów przez wszystkich planujących wstąpienie w związki małżeńskie. W programie dla szkół średnich, sponsorowanym przez PEPFAR, pojawiła się informacja, iż „prezerwatywy nie są skuteczne w 100% w zapobieganiu zakażeniom HIV, gdyż mają małe pory umożliwiające przenikanie wirusa”, a uczestnicy szkoleń dowiadują się, iż „używanie prezerwatywy z osobą mającą te (przenoszone drogą płciową) choroby, to tak, jakby używać spadochronu, który otwiera się tylko w 75% przypadków”^[88].

- pod koniec roku wycofano najtańsze na tym rynku prezerwatywy „Engabu”, pod pretekstem konieczności dokonania kontroli jakości. Były to jedyne prezerwatywy rozdawane wcześniej bezpłatnie w państwowych placówkach służby zdrowia. Jeszcze na początku XXI wieku rozdawano 80 milionów rocznie^[89]. W tym samym roku wprowadzono nowe opodatkowanie i wymóg kontroli jakości wszystkich importowanych prezerwatyw, także z USA, co spowodowało wzrost ich cen o ponad 500%. Ugandyjskie organizacje zajmujące się profilaktyką HIV/AIDS przestały dostarczać prezerwatywy swoim klientom – z chęci zdobycia lub uniknięcia utracenia funduszy amerykańskich^[90]. Strategia **A** (abstain – powstrzymaj się) – **B** (bądź wierna/wierny) – **C** (condoms), uznawana jako jedyna przez PEPFAR, nie była w stanie pomóc kobietom doświadczającym przemocy domowej, które nie mogą „powstrzymać się” od seksu wymuszanego przez ich partnerów ani polegać a ich wierności. Nie pomoże kobietom gwałconym, sprzedającym usługi seksualne lub dzieciom, które dzięki „sugar daddys”^{VI} są w stanie zaspokoić swoje potrzeby życiowe. Strategia nie pomagała też homoseksualistom. **Wiele pisano o sukcesie Ugandy, w której odsetek zakażeń HIV obniżył się z około 15% w 1980 roku do 6% w 2004 roku.** Ale założenie, że do tego sukcesu przyczyniło się A-B-C było bardzo niebezpieczne. Zwłaszcza, że takie samo podejście do profilaktyki HIV w USA nie dało spodziewanych rezultatów^[91].
- zmiana podejścia do profilaktyki HIV/AIDS w Ugandzie spotkała się z międzynarodową krytyką. **Sugestie, iż małżeństwo chroni przed HIV sprawiają, iż kobiety zameżne są najbardziej narażone na zakażenie HIV.** Małe dziewczynki są w stanie powstrzymać się od uprawiania seksu do czasu zawarcia małżeństwa, ale jeśli zostaną wydane za mąż nie mogą „powstrzymać się” przed często wymuszonym seksem, nie mogą też polegać na wierności mężów, nie mają możliwości negocjowania używania prezerwatyw. Strategia A – B nie może być skuteczna dla dziewcząt doznających gwałtów poza związkiem małżeńskim, dla sierot sprzedających usługi seksualne po to, by przeżyć. W badaniach prowadzonych w latach 1990 – 1992 w wiejskim regionie prowincji Rakai wykazano, iż zakażonych HIV było 21,3% dziewcząt 15 – 19 letnich pozostających w związkach małżeńskich, przy czym 86% z nich miało tylko jednego partnera seksualnego w życiu^[92].
- wielu ekspertów, także z Ugandy, apelowało o zmianę strategii zapobiegania zakażeniom HIV, podkreślając konieczność propagowania prezerwatyw jako środka o udowodnionej skuteczności w profilaktyce HIV w kontaktach seksualnych^[93].
- w pierwszym rocznym sprawozdaniu z wykonania programu PEPFAR, opublikowanym w początkach 2005 roku podano, iż w 2004 roku przeznaczono ponad 90 mln dolarów USA na profilaktykę seksualnej transmisji HIV, z czego ponad 50 mln dolarów (56%) na programy A – B^[94].
- **USA** – w Kalifornii aktor filmów dla dorosłych zakażony HIV podczas wykonywania pracy zawodowej w Brazylii po powrocie do USA przeniósł zakażenie na 3 z 13 (23%) aktorek – partnerek w kręconych nadal filmach, mimo iż aktorzy mieli wykonywane co miesiąc badania PCR, w których poszukuje się RNA HIV we krwi, co pozwana na wcześniejsze wykrycie zakażenia^[95].
- **Wielka Brytania** – spośród 523 ludzi żyjących z HIV, którzy wypełnili anonimowe ankiety, 143 (27%) przyjmowało marihuanę. Ponad 90% poprawiała apetyt, zmniejszała bóle mięśniowe i neuropatyczne, nudności, niepokój, a ponad 80% łagodziła depresję i parestezje. Chorzy ludzie kupowali marihuanę nielegalnie, nie mieli więc możliwości kontrolowania stężeń aktywnych kanabinoidów, co utrudniało dawkowanie, narażało też na kontakt z toksycznymi zanieczyszczeniami^[96].
- **WHO** podała, iż do końca czerwca, w ramach programu „**3 by 5**” 440 000 osób z krajów rozwijających się lub znajdujących się w okresie transformacji otrzymuje leczenie antyretrowirusowe, od końca 2003 roku liczba leczonych zwiększyła się o 40 000^[97].
- **Fundacja Billa i Melindy Gates’ów** podała, iż przekaze 50 mln dolarów Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria^[98].
- w sierpniu zarejestrowano kolejne preparaty zawierające dwa leki w jednej tabletkie: **abakawir + lamiwudyna**, pod nazwą **KIVEXA (EPZICOM** – USA), (GlaxoSmithKline) oraz **tenofowir + emtricitabina**, pod nazwą **TRUVADA** (Gilead Sciences).
- GlaxoSmithKline wstrzymał produkcję amprenawiru, pozostając przy wytwarzaniu fosamprenawiru^[99].

^{VI} Problemem Ugandy jest duża liczba dzieci osieroconych przez rodziców zmarłych na AIDS. Śmierć rodziców prowadzi często do pozostawienia sierot samym sobie, dyskryminacji wśród bliższej i dalszej rodziny, niemożności podejmowania lub kontynuowania nauki w szkołach choćby podstawowych, utraty dachu nad głową, niezależnie od tego, czy same są czy nie są zakażone HIV. Kontakty seksualne ze starszymi mężczyznami (sugar daddys), utrzymywane przez opuszczone przez bliskich dzieci dla zapewnienia sobie podstawowych warunków egzystencji, przyczyniają się do znacznej liczby nowych zakażeń HIV. Dzieci, których jedno lub oboje rodziców choruje na AIDS, zabierane są ze szkół, by się nimi opiekować, pracować w domu i na roli. Częściej przerywają naukę dziewczynki niż chłopcy (Foster G. Children who live in communities affected by AIDS. Lancet 2006;367:700-1).

- 2 września zmarł **dr Robert Zackin**, pierwszy człowiek zakażony HIV, któremu przeszczepiono w 2001 roku serce; współpracownicy z badania ACTG 5078 w przypisie do artykułu w czasopiśmie AIDS wyrazili mu podziękowanie za pracę na rzecz poprawy życia osób żyjących z HIV i za jego wkład w badania nad AIDS ^[100].
- raport **UNAIDS** szacuje, iż w końcu 2003 roku żyło na świecie 37,8 osób zakażonych HIV, w tym 17 mln kobiet i 2,1 mln dzieci poniżej 15 roku życia, w ciągu 2003 roku 8 000 osób dziennie umierało na AIDS; dane te są nieco mniejsze, niż wcześniejsze szacunki, jednak bez wątpienia epidemia ciągle się rozszerza. Liczba dzieci osieroconych z powodu AIDS wzrosła do 15 mln, z czego 12,1 mln żyło w Afryce, na południe od Sahary ^[101].
- **RPA** – mimo deklaracji rządu z listopada 2003 roku, znacznie opóźnia się dostarczanie leków antyretrowirusowych, a z wyjątkiem zachodniego Przylądka, gdzie rozpoczęto leczenie w 13 miejscach, nie zaczęto go w żadnej z pozostałych 8 prowincji; działacze **Treatment Action Campaign (TAC)** szacują, iż w RPA 500 000 osób wymaga natychmiastowego leczenia, a ponad 300 000 zachoruje na AIDS w najbliższych 2 latach ^[102].
- **Treatment Action Campaign (TAC)** z RPA i jej lider **Zackie Achmat** zostali wspólnie nominowani do pokojowej nagrody Nobla ^[103].
- konsekwentne, właściwe używanie prezerwatyw daje większą ochronę przed HIV niż wiele innych szczepionek. Szczepionka przeciwko cholerze chroni przed zachorowaniem w około 60%, przeciwko ospie wietrznej – 70 – 90% ^[104].
- **Szwajcaria** – czasopismo Swiss AIDS News zamieściło rady dla osób zakażonych HIV, które chcą wjechać do USA w celach turystycznych, a mogą tylko na konferencje, w sprawie leczenia, odwiedzin bliskich krewnych lub w sprawach zawodowych i biznesowych. Żeby wjechać legalnie należy postarać się o tak zwany *Visa Waiver* (widoczną adnotację w paszporcie), co może trwać 3 miesiące i dłużej, wymaga osobistego stawienia się w konsulacie lub w ambasadzie. Można się spotkać z odmową udzielenia, bez podania powodów. Przed każdym wjazdem do USA należy *Waiver* odnowić. Ale kiedy ktoś raz ma wpisany *Visa Waiver* z dużym prawdopodobieństwem nigdy więcej „tak prosto” nie wjedzie do USA, gdyż dane posiadacza/posiadaczki takiego wpisu są odnotowywane. Mieszkańcy Szwajcarii, ale też Andory, Australii, Austrii, Belgii, Brunei, Danii, Finlandii, Francji, Hiszpanii, Holandii, Irlandii, Islandii, Japonii, Lichtensteinu, Luksemburga, Monako, Niemiec, Nowej Zelandii, Portugalii, San Marino, Szwecji, Singapuru, Słowenii, Wielkiej Brytanii i Włoch muszą wypełnić zielony formularz 194-W przed wjazdem do USA. Na pytanie o choroby zakaźne należy odpowiedzieć NIE, ale jeśli w jakichś sposób sprawa się wyda należy się liczyć z dożywotnim zakazem wjazdu. Jeśli nie wwozi się leków antyretrowirusowych nie będzie żadnych problemów. Ale jeśli pacjent jest leczony przerwanie leczenia nie jest dobrym pomysłem, należy się skontaktować wcześniej ze swoim lekarzem. Wielu podróżujących wwozi leki w bagażu podręcznym lub oddaje w walizce do luku bagażowego. Ale po 11 września 2001 roku bagaże pasażerów wjeżdżających i wyjeżdżających z USA są dokładnie przeszukiwane. Rośnie więc ryzyko, że lekarstwa zostaną odkryte, co wiąże się z poważnymi konsekwencjami (areszt, deportacja). Ale można leki wysłać pocztą. Trzeba wtedy zaopatrzyć się w neutralne opakowania i zaświadczenie od lekarza, że są niezbędne ze względów medycznych. Słowa HIV i AIDS nie powinny być używane. Jeśli jednak padnie pytanie, dlaczego człowiek musi je przyjmować trzeba natychmiast odpowiedzieć, że to leki na nadciśnienie, choroby krążenia i tym podobne. Wysyłając leki pocztą lub kurierem trzeba pamiętać o kontrolach prowadzonych po 11 września – wymagane jest dokładne podanie zawartości przesyłki i dokładnych danych nadawcy i odbiorcy. Jeśli nie chce się ujawniać swoich danych wówczas można poprosić niezakażonego HIV znajomego lub krewnego, by użył swoich danych. Przesyłka powinna być oznaczona, że zawiera leki. To w USA nie jest zwykłe, bo wielu Amerykanów z powodu niedostatecznego ubezpieczenia polega na darowiznach. Można dostać receptę na leki w USA, ale trzeba uzgodnić refundację ze swoim ubezpieczycielem – w USA leki są drogie. Jeśli nie zna się amerykańskiego lekarza zajmującego się HIV/AIDS można się zwrócić o pomoc do Act UP New York lub Gay Men's Health Crisis. Trzeba też pamiętać, że wywożenie leków antyretrowirusowych w bagażu też jest ryzykowne – kontrole mogą się zdarzyć nawet na pokładzie samolotu. No i nigdy nie mówcie o swoim zakażeniu HIV urzędnikom amerykańskim! Pamiętajcie o tym!, zakończył autor tej instrukcji ^[105].
- hasło **Światowego Dnia AIDS: „Kobiety, dziewczęta, HIV i AIDS” (Women, Girls, HIV and AIDS)**. (https://www.unaids.org/en/World_AIDS_Day).
- **UNAIDS** prowadziło kampanię mającą zwrócić uwagę na prawa kobiet, a także małych dziewczynek nie mających innego sposobu zdobycia środków do życia, mieszkania czy nauki, jak sprzedaż usług seksualnych.



Albo seks, albo szkoła. Taki mam wybór. Wiem, że mogę zakażać się HIV, ale wiele z nas może chodzić do szkoły tylko wtedy, kiedy pozwoli na używanie swoich ciał. To musi się zmienić. Równouprawnienie kobiet pomoże w walce z AIDS.

Albo seks, albo mieszkanie. Taki mam wybór. Wiem, że mogę zakażyć się HIV, ale jeśli chcę mieć bezpieczny dom i rodzinę to trudno jest mi odmówić mężowi. Równouprawnienie kobiet pomoże w walce z AIDS.



- w USA zarejestrowano **940 200** przypadków AIDS, **529 113** osób zmarło.

Polska – 2004

- ♦ 17 lutego na pierwszej stronie Gazety Wyborczej zamieszczono ogromnym drukiem artykuł pod tytułem „Dyrygent zakażony HIV”. Ujawniono w nim informacje o dyrygencie chóru chłopięcego Polskie Słowiki, Wojciechu Kroloppie, molestującego chórzystów od ponad 30 lat, o czym w mieście wiadano. Gazeta wyrażała przekonanie, że nadała w ten sposób sygnał do dwóch środowisk – do ofiar molestowania dyrygenta i do ustawodawców, by zmienili prawo chroniące prywatność osób zakażonych HIV. Marcin Kącki pisał: „Gdy w czerwcu zeszłego roku sprawa pedofilii Wojciecha K. wyszła na jaw, pytałem jednego z dziennikarzy, dlaczego o niej wcześniej nie napisał, choć wiedział. Odpart: - Bo to by tym dzieciakom zrobiło większą krzywdę. Tego samego dnia to zdanie usłyszałem jeszcze raz. [...] Wyrzucił Pan tym dzieciom krzywdę. To był Wojciech K.”^[106]. Przeciwno ujawnieniu zakażenia dyrygenta wystąpili, między innymi, prof. Andrzej Zoll, ówczesny Rzecznik Praw Obywatelskich^[107] i ksiądz Arkadiusz Nowak^[108]. Obaj uważali, że ujawnienie personaliów wyrzuciło krzywdę przede wszystkim jego ofiarom, ale też wszystkim członkom chóru, a na pewno nie przyczyniło się do testowania na HIV potencjalnie narażonych przez niego osób. O zmianie prawa można k dyskutować.
- ♦ 22 – 25 kwietnia – Wrocław – **IV Ogólnopolskie Warsztaty dotyczące Terapii HIV/AIDS, Vistula 2004.**
- ♦ Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, z inicjatywy prof. Krzysztofa Tomasza Niemca, opracowało rekomendacje, w których zalecono, by ginekolodzy proponowali kobietom wykonanie testu na HIV podczas pierwszej wizyty w okresie prenatalnym; przed wykonaniem testu kobieta powinna otrzymać jasne informacje o drogach zakażenia HIV, a także o tym, co oznacza zakażenie HIV dla jej własnego zdrowia i zdrowia jej dziecka.
- ♦ W Gdańsku powstała Fundacja **Pomorski Dom Nadziei**, zajmująca się osobami żyjącymi z HIV/AIDS.
- ♦ w Warszawie utworzono organizację pod nazwą **Ogólnopolska Sieć Osób Żyjących z HIV/AIDS „Sieć Plus”**.
- ♦ w Krajowym Centrum ds. AIDS opracowano „Krajowy program zapobiegania zakażeniom HIV, opieki nad żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS na lata 2004 – 2006”, przyjęty przez Radę Ministrów na posiedzeniu w dniu 14 grudnia 2004 roku.
- ♦ kampanię społeczną prowadzono pod hasłem „Nie daj szansy AIDS”; jej celem było pokazanie złudności teorii i poglądów, jakim hołduje grupa, skłonienie adresata kampanii, przechodzącego przez kolejne etapy komunikacji, by odnosił je do siebie i rozważniej podchodził do problematyki HIV/AIDS, a także wykonał test.



		Telefon zaufania AIDS: (22) 692 82 26 AIDS - Zielona Linia: prefix (22) 621 33 67			
☐ ANKIETA	☐ KAMPANIA	☐ PYTANIA	☐ INFORMACJE	☐ TEST NA HIV	
„ AIDS MI NIE ZAGRAŻA, BO TO PROBLEM PROSTYTUTEK I NARKOMANÓW ”			PRAWDA ☐	FAŁSZ ☒	
„ MIAŁEM NIEWIELE PARTNEREK SEKSUALNYCH, WIĘC AIDS TO NIE MÓJ PROBLEM ”			PRAWDA ☐	FAŁSZ ☒	
„ JESTEM WIERNY PARTNEROWI, WIĘC MAM PEWNOŚĆ, ŻE NIE JESTEM ZAKAŻONY WIRUSEM HIV ”			PRAWDA ☐	FAŁSZ ☒	
„ PROBLEM AIDS NA PEWNO MNIE NIE DOTYCZY ”			PRAWDA ☐	FAŁSZ ☐	

- ♦ **VIII Ogólnopolskie Spotkanie Osób Żyjących z HIV** odbyło się w dniach 23 – 27 czerwca w Wasilkowie koło Białegostoku.
- 14 października w Teatrze Śląskim im. Stanisława Wyspiańskiego w Katowicach odbyła się uroczystość wręczenia statuetek **Clemens pro Mundo – Tolerancyjny dla Świata**, objęta honorowym patronatem Pani Prezydentowej Jolanty Kwaśniewskiej i wojewody Śląskiego Lechosława Jarzębskiego. Otrzymali je Joanna Gałaj (Stowarzyszenie „Bądź z nami”), dr Marek Beniowski, dr Dorota Rogowska-Szadkowska, ks. Arkadiusz Nowak, Telewizja Polska, oddział Katowice (archiwum DRSz).
- ♦ 25 – 27 listopada w Szczecinie odbyła się Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Polskiego Towarzystwa Hepatologicznego i Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS **„Chory przewlekle zakażony we współczesnym świecie - nowe wyzwania”** (archiwum DRSz).
- ♦ Podczas **XI Międzynarodowej Konferencji „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie”, pod honorowym patronatem Pierwszej Damy Jolanty Kwaśniewskiej, czerwone kokardki** otrzymali:
 - Marta Prokopczyk - kategoria NGO – Stowarzyszenie Wolontariuszy wobec AIDS „Bądź z Nami,
 - Justyna Kozłowska – kategoria wolontariat - Stowarzyszenie Wolontariuszy na rzecz AIDS „Mały Książę”,
 - Tomasz Smiatacz - kategoria środowisko medyczne - Klinika Chorób Zakaźnych Akademii Medycznej w Gdańsku,
 - Anita Wnuk - kategoria środowisko medyczne - Klinika Chorób Zakaźnych AM w Szczecinie Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony,
 - Donat Kuczewski - kategoria NGO EKO „Szkoła Życia” w Wandzinie,
 - Anna Mentlewiec - kategoria media - Telewizja Polska S.A.,
 - Małgorzata Wiśniewska - kategoria media - Telewizja Polska S.A.
- ♦ rozpoznano **656** przypadków zakażeń HIV (kobiety – 27% zakażonych), o większości osób brak informacji o możliwej drodze zakażenia (398 – 60,7%), w następstwie przyjmowania środków odurzających w iniekcjach 187 osób (28,5%), 5,8% osób zakażyło się następstwem kontaktów heteroseksualnych (w tym 14 kobiet i 28 mężczyzn) i 3,5% - kontaktów homoseksualnych, Rozpoznano **170** zachorowań na AIDS, w tym siedmiorga dzieci matek zakażonych HIV (u ponad niemal 50% równocześnie ze zdiagnozowaniem HIV), **66** chorych zmarło. Najczęściej rozpoznawanymi chorobami wskaźnikowymi było zapalenie płuc spowodowane przez *P. jiroveci* (37 przypadków), zespół wyniszczenia (31 przypadków) i kandydoza przełyku (29 przypadków). Do GUS zgłoszono 124 zgony związane z zakażeniem HIV ^[109].

2005

- **Nelson Mandela** podał do publicznej wiadomości, iż jego najstarszy syn, Makghato, zmarł na AIDS wieku 54 lat, wyraził także nadzieję, iż mówienie o takich sprawach jest jedyną drogą prowadzącą do uznania, że jest to normalna choroba ^[110].
- **Wielka Brytania** – 30 stycznia minister w rządzie Tony’ego Blaira w latach 1997 – 2001 ujawnił fakt, iż jest zakażony HIV od 17 lat, a zdecydował się na to po wypowiedzi Nelsona Mandeli o śmierci jego syna, w nadziei, że pomoże to w zwróceniu uwagi świata na problem Afryki, gdyż on sam dzięki lekom antyretrowirusowym czuje się świetnie ^[111].
- **Wielka Brytania** – w kwietniu **British HIV Association** oraz the **UK i Ireland Transplantation Centres** w porozumieniu z **British Transplantation Society Standards Committee** uznały, że zakażenie HIV nie może być dłużej absolutnym przeciwwskazaniem do przeszczepów wątroby. Zgodnie z zaleceniami kandydat na biorcę musi dobrze odpowiadać na leczenie. Jednak dla wielu oznacza to **paragraf 22**, bo wymagają przeszczepu wątroby, by móc zareagować na leczenie antyretrowirusowe. Zalecenia mówią, że kandydat na biorcę musi mieć więcej niż 200 komórek CD4/mm³, niewykrywalną wiramię, nie mieć chorób definiujących AIDS po rekonstrukcji immunologicznej, a także zachowane kolejne opcje terapeutyczne. Powinien też mieć zaświadczenie, że ma przynajmniej 50% szans na przeżycie 5 lat po przeszczepie. Jeśli alkohol przyczynił się do niewydolności wątroby kandydat musi go odstawić na 6 miesięcy przed zabiegiem (niektóre ośrodki wpisują pacjentów na listę oczekujących w czasie trwania tego okresu, żeby nie przedłużać czekania). Kandydat musi przyrzec całkowitą abstynencję po zabiegu. Przyjmujący narkotyki w iniekcjach są wykluczeni z rozważań nad kandydowaniem, ale przyjmujący metadon już nie ^[112].



- kiedy wprowadzano inicjatywę **„3 by 5”** 6 mln dorosłych i dzieci w krajach rozwijających się potrzebowało terapii antyretrowirusowej, ale tylko 400 000 (8%) było leczonych. Pół roku później do leczenia włączono jeszcze 40 000 osób. Program dostaje zbyt mało funduszy, zbyt mało pracowników włączonych jest w tę inicjatywę, a liczba krajów, które go przyjęły to 30, zamiast planowanych 50. Trzy państwa powinny zaangażować się w program – Indie, Republika Południowej Afryki i Nigeria. Problemem jest Afryka, gdzie spośród 4 mln potrzebujących leczenia tylko 325 000 je otrzymuje. Mimo sukcesów Ugandy i Botswany, gdzie terapię ARV otrzymuje niemal połowa potrzebujących to dystrybucja leków antyretrowirusowych jest zła w RPA, Nigerii, Zimbabwie, Tanzanii i Etiopii. Jeśli program „3 by 5”

będzie miał siłę polityczną by wpłynąć tylko na RPA, by wprowadziła wszystkie jego rekomendacje, a w kraju istnieje infrastruktura, wówczas liczbę 3 mln leczonych łatwo byłoby osiągnąć. Bez RPA, która ma 837 000 osób zakażonych i wiodącą pozycję na kontynencie „3 by 5” pozostanie mrzonką. Na **58. World Health Assembly**, które rozpocznie się 16 maja należy się skupić na inicjatywie WHO, opracować strategię nacisku na Ministerstwa Zdrowia, szczególnie Afryki Subsaharyjskiej. Firmy farmaceutyczne mogą pomóc zwiększając darowizny ^[113].

- w pierwszym rocznym sprawozdaniu z wykonania programu **PEPFAR**, opublikowanym w początkach roku podano, iż w 2004 roku przeznaczono ponad 90 mln dolarów USA na profilaktykę seksualnej transmisji HIV, z czego ponad 50 mln dolarów (56%) na programy A – B ^[114], do końca września 2004 roku program pomógł w dostarczeniu leków antyretrowirusowych około 155 000 ludziom w 15 krajach objętych pomocą; podejście PEPFAR do profilaktyki HIV spotyka się z coraz większą krytyką komentatorów twierdzących, że jest motywowana wyłącznie przez ideologię.
- **Holandia** – w marcu the Dutch Association of Insurers ogłosiło, że będzie zalecać firmom ubezpieczeniowym sprzedaż polis na życie niektórym ludziom żyjącym z HIV/AIDS. Polisy mogą być oferowane osobom przyjmującym leki antyretrowirusowe i nie przyjmującym środków odurzających w iniekcjach. Holenderskie firmy ubezpieczeniowe będą ustalały własne warunki, ale wpłaty mają być w rozsądnej wysokości. Polisa 20-letnia, zawarta na wypadek niespodziewanej, śmierci warta 260 000 dolarów będzie kosztować prawdopodobnie ludzi żyjących z HIV/AIDS 105 – 130 dolarów, nieco więcej niż osoby niezakażone HIV. Jedyna firma ubezpieczeniowa w USA, która oferuje takie polisy żyjącym z HIV/AIDS wymaga płacenia wysokich składek. Polisa wartości 250 000 dolarów pociąga za sobą konieczność płacenia 1 631 dolarów miesięcznie przez 35-letniego, nie palącego papierosów mężczyzn, a niepalącego mężczyznę w tym samym wieku, z nowotworem, kosztuje to 635 dolarów miesięcznie ^[115].
- **Rumunia** – w latach 90. wiele rumuńskich dzieci adoptowano poza granicami kraju. Po upadku rządu Nikołae Ceausescu, korzystając z fali międzynarodowej sympatii, rozesłano po całym świecie zdjęcia dzieci, namawiając do ich ratowania. Sprzedaż dzieci stała się lukratywnym zajęciem, a zachęty finansowe skłaniały rodziców do oddawania dzieci z pominięciem jakichkolwiek instytucji. W tym czasie „wyeksportowano” około 30 000 dzieci. Dezaprobata wobec tych praktyk, wyrażana przez Unię Europejską, doprowadziła do wprowadzenia w 2001 roku zakazu międzynarodowych adopcji. Równocześnie, w dążeniu do zmniejszenia populacji dzieci przebywających w domach dziecka nakazano powrót dzieci do swoich biologicznych rodziców. Nie brano pod uwagę sytuacji życiowej rodziców, ani ich chęci zajęcia się często chorymi dziećmi. Spośród ponad 80 000 dzieci pozostających pod opieką państwa w początkach 2005 roku do końca roku ponad 50 000 zostało oddanych rodzinom, a rząd Rumunii postanowił zamknąć większość domów dziecka, stanowiących główną przeszkodę w wejściu tego kraju do Unii Europejskiej ^[116].
- **RPA** – badania z klinik położniczych alarmowały, iż pod koniec 2004 roku 29,5% kobiet ciężarnych było zakażonych HIV, w całym kraju liczba osób zakażonych wzrosła do 6,29 mln osób i jest największa na świecie ^[117].
- **RPA** – brak leków antyretrowirusowych doprowadził w latach 2000 – 2005 do 330 000 możliwych do uniknięcia śmierci i do przyjścia na świat 35 000 dzieci zakażonych HIV ^[118].
- **3. IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention (IAS 2005)** zorganizowana przez **International AIDS Society** odbyła się w Rio de Janeiro.



- w USA skończyła się ochrona patentowa zydowudyny (ZDV, AZT) – FDA zaaprobowало 4 generyczne (odtwórcze) postacie leku do sprzedaży w USA ^[119].
- amerykańska organizacja **Family Health International (FHI)** planowała przeprowadzenie badań nad skutecznością profilaktyczną TDF wśród niezakażonych HIV kobiet, w dużej części sprzedających usługi seksualne, w Ganie, Nigerii i Kamerunie. Miały one trwać od czerwca 2004 do czerwca 2005 roku. W lutym 2005 roku wstrzymano badania w Kamerunie. Władze kraju podjęły taką decyzję po pojawieniu się oskarżeń o nieetyczność tych badań, gdyż nie planowano dostarczania leków antyretrowirusowych po ich zakończeniu, a wybrano kobiety wykazujące największe ryzyko zakażenia w części świata, gdzie prowadzenie badań jest tanie ^[120]. Pojawiły się też pogłoski, że w ramach badania uczestniczącym w nim osobom będzie wstrzykiwany HIV, a tabletki stosowane w badaniu zawierają wirus, co protestowała komisja Ministerstwa Zdrowia Publicznego Kamerunu ^[121]. W połowie marca tego samego roku FHI zdecydowało o przerwaniu badania wśród kobiet sprzedających usługi seksualne w Nigerii, ze względu na niemożność osiągnięcia koniecznych standardów naukowych przez miejscowych badaczy. Ostatecznie przeprowadzono je tylko w Ganie (→ dalej).
- **RPA** – w Queenstown 54 osoby biorące udział w marszu **Treatment Action Campaign (TAC)** zostały ranne podczas tłumienia demonstracji przez policję, używającej gumowych kul i gazu łzawiącego; protestujący domagali się zwiększenia dostępu do leków antyretrowirusowych – w Queenstown w tym czasie leczonych było 190 osób ^[122].
- **Uganda** – leczenie antyretrowirusowe włączono u 60 000 osób zakażonych HIV, co było założonym celem na cały 2005 rok. Leki dostarczane są przez Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria, WHO oraz rząd USA. Niestety liczba nowych leczonych osób wzrasta powoli, co niektórzy eksperci tłumaczą strachem związanym z testowaniem i brakiem informacji o dostępie do darmowych leków – tysiące mieszkańców kraju pozostaje bez leków ^[123].
 - zmianę podejścia władz kraju do profilaktyki HIV/AIDS większość krytyków wiąże z włączeniem kraju do programu PEPFAR, sponsorowanego przez rząd USA. Specjalny przedstawiciel sekretarza generalnego ONZ Stephen Lewis, (zajmujący się zagadnieniami HIV/AIDS w Afryce od 2001 roku), przekonany jest,

iż niedostępność prezerwatyw została spowodowana przez PEPFAR i politykę rządu amerykańskiego. W tym roku rząd Ugandy oferował prezerwatywy tylko osobom sprzedającym usługi seksualne i kierowcom ciężarówek pokonujących długie trasy, uważanych za główne „grupy ryzyka” ^[124].

- w jednym z biednych, wiejskich regionów kraju wprowadzono „stypendia czystości”, dzięki którym dziewczynki, których dziewictwo zostanie potwierdzone, będą mogły bezpłatnie uczęszczać do szkoły, co ma im pomóc w odpieraniu propozycji starszych mężczyzn oferujących im pieniądze, bezpieczeństwo i możliwość nauki w zamian za seks. W tym regionie Ugandy istnieje powiedzenie, iż „seks jest chlebem biednych dziewcząt”, częste jest też wczesne wydawanie dziewczynek za mąż, częste są gwałty. Stypendia takie budzą kontrowersje również w Ugandzie. Przymusowe sprawdzanie dziewictwa jest traumatycznym przeżyciem dla dziewczynek, stygmatyzuje także te z nich, które padły ofiarą gwałtów ^[125].
- dzieci w szkołach w stolicy kraju Kampali zapisywane są do klubów **True Love Waits**, promujących abstynencję seksualną jako sposób zahamowania rozprzestrzeniania się HIV/AIDS i nakłanianie do złożenia przysięgi zachowania czystości seksualnej do małżeństwa ^[126].
- **Human Right Watch** wydała raport zatytułowany „**The Less They Know, the Better: Abstinence-Only HIV/AIDS Programs in Uganda**”, dokumentujący niedawne usunięcie z programów nauczania szkół podstawowych najważniejszych informacji na temat HIV/AIDS, w tym informacji na temat prezerwatyw, bezpiecznego seksu i ryzyku zakażenia HIV w małżeństwie. Wstępne materiały dla szkół średnich fałszywie twierdzą, że prezerwatywy lateksowe mają mikroskopijne pory, przez które może przedostać się wirus, a seks przedmałżeński jest formą „dewiacji”. Propagowane przez rząd Stanów Zjednoczonych materiały dotyczące HIV/AIDS szerzyły podobne kłamstwa. Projekt podejścia do HIV/AIDS „Abstinence and Being Faithful (AB)” opublikowany w listopadzie 2004 roku przez Ugandyjską Komisję ds. AIDS ostrzega, że podawanie informacji na temat prezerwatyw razem z abstynencją może być „dezorientujące” dla młodych ludzi. Nauczyciele zostali poinstruowani przez amerykańskich partnerów, aby nie rozmawiali o prezerwatywach w szkołach, ponieważ nowa polityka zakłada „wyłącznie abstynencję”. Prezydent Museveni publicznie potępił prezerwatywy jako nieodpowiednie dla Ugandyjczyków, co spowodowało, że niektórzy edukatorzy ds. AIDS przestali o nich mówić. W latach 90. Uganda zyskała znakomitą reputację dzięki przywództwu wysokiego szczebla w walce z HIV/AIDS i akceptacji szczerych przekazów na temat zapobiegania HIV w kontaktach seksualnych. Jednak eksperci ds. zdrowia publicznego i ugandyjskie organizacje zajmujące się AIDS obawiają się, że przejście w stronę programów obejmujących wyłącznie abstynencję odwróci ten sukces. Programy abstynencyjne stosowane są od 1981 roku w Stanach Zjednoczonych, gdzie w licznych niezależnych badaniach udowodniono, że są nieskuteczne i potencjalnie szkodliwe ^[127].
- pojawiły się nowe billboardy na ulicach Kampali namawiające do zachowywania abstynencji seksualnej do małżeństwa, a później wzajemnej wierności, fundowane przez Pierwszą Damę Janet Museveni, przedstawiające na przykład parę żurawi koroniastych, ptaków znajdujących się na fladze i godle kraju, oraz informację: „*Te ptaki są sobie wierne do śmierci. Abstynencja i wierność – 100% gwarancji*” lub kierowcę ciężarówki uciekającego przed dwoma młodymi kobietami do szoferki ciężarówki i wołającego: „*Dzięki BOGU powiedziałem AIDS NIE*”, po czym powtarzana jest informacja o 100% skuteczności profilaktycznej abstynencji i wierności. Biuro Pierwszej Damy otrzymywało w czasach administracji G. W. Busha jedno z największych dotacji z USA ^[128].
- ponad 200 mln dzieci na świecie pracuje, jak podaje raport Międzynarodowej Organizacji Pracy. Jedno na czworo dzieci w Afryce chodzi do pracy. Około 122,3 mln dzieci w Azji jest „aktywnych ekonomicznie”, 49,3 mln w Afryce na południe od Sahary, 5,7 mln w Ameryce Łacińskiej i na Karaibach, 13,4 mln w pozostałych regionach świata. W Afryce pracuje 26,0% dzieci, około 50 000 włączonych jest w prostytucję i pornografię, około 120 000 zmuszonych jest do służby wojskowej lub do pracy w kuchni, łącznie, ale też poddawanych jest seksualnemu niewolnictwu ^[129].
- opublikowano wyniki randomizowanych badań, prowadzonych w RPA, w których wykazano, iż **obrzezanie mężczyzn**: po 17 miesiącach liczba nowych zakażeń HIV wynosiła 49 w grupie kontrolnej i 20 w grupie obkrzezanych pacjentów (zmniejszenie ryzyka zakażenia HIV o 60%), uznano więc za nieetyczne kontynuowanie badań; wstępne wyniki przedstawiono w czerwcu 2005 roku, podczas 3. Konferencji Międzynarodowego Towarzystwa AIDS w Rio de Janeiro, zaś pełne w listopadzie 2005 roku ^[130].
 - pojawiły się jednak zastrzeżenia dotyczące sposobu prowadzenia tych badań. Głównym, wzbudzającym najwięcej obiekcji etycznych był fakt, iż badacze zdecydowali, iż nie będą informowali uczestniczących w badaniach mężczyzn o ich zakażeniu HIV, ani na początku, ani w trakcie, ani po zakończeniu badań ^[131], nie wprowadzili także zalecenia, by mężczyźni świadomi swego zakażenia HIV informowali o tym swoje partnerki seksualne ^[132].
 - badacze nie uwzględnili innych możliwych dróg zakażenia (leczenie innych chorób przenoszonych drogą płciową w miejscowych placówkach służby zdrowia, które mogły się odbywać przy pomocy iniekcji antybiotyków dokonywanych niesterylnymi igłami ^[133]), nie przedstawili związku między częstością używania prezerwatyw a częstością zakażeń HIV ^[134].
 - obiekcje budziły też informacje przekazywane obu grupom pacjentów: mężczyźni z grupy, w której dokonywano obkrzezania otrzymywali instrukcję o powstrzymywaniu się przed kontaktami seksualnymi przez 6 tygodni po zabiegu, gdyż seks przed wygojeniem się rany może doprowadzić do infekcji, jeśli partnerka jest zakażona chorobą przenoszoną drogą płciową, może być także bolesny i powodować krwawienie, a jeśli pacjent zdecyduje się na podjęcie kontaktów seksualnych przed upływem 6 tygodni,

mimo zaleceń, powinien koniecznie użyć prezerwatywy – mężczyźni z grupy kontrolnej nie dostawali takich informacji ^[135].

- **nie badano wpływu obrzezania mężczyzn na częstość przenoszenia HIV na ich partnerki seksualne** ^[136].
- zastrzeżenia budził także względnie krótki okres obserwacji, a fakt, iż mężczyznom płacono za udział w badaniach mógł wpłynąć na rekrutację chętnych do badań ^[137].
- **Brazylia** odrzuciła 40 mln dolarów oferowanych przez **PEPFAR**, gdyż nie zgodziła się przyjąć deklaracji potępiającej prostytucję, będącej jednym z warunków uzyskania pieniędzy; dyrektor brazylijskiego programu HIV/AIDS powiedział, iż rząd podjął tę decyzję „w celu zachowania własnej autonomii w kwestiach związanych z krajową polityką dotyczącą HIV/AIDS, a także zgodnie z zasadami etyki i praw człowieka” ^[138].
- **Szwajcaria** zmieniono główne hasło stosowane w profilaktyce HIV/AIDS ze „**Stop AIDS**” na „**Love life – stop AIDS**”.



Prowadzono też kampanię zwracającą uwagę na ryzyko zakażenia HIV w następstwie kontaktów seksualnych.

Przedstawiono wersję plakatów dla kobiet i mężczyzn.

Napis mówi: 1. Nie dla kontaktów seksualnych bez prezerwatywy. 2. Nasienie lub krew nigdy do ust.
(<https://lovelife.ch/de/kampagne/kampagne-2005/>, dostęp: 28.12.2022).

- **USA** – w kwietniu rozpoczęto kampanię multimedialną kierowaną do nastolatków „**Jest wiele powodów do czekania na uprawianie seksu. Jaki jest Twój?**”. W ramach tego projektu Wydział Zdrowia stanu Waszyngton utworzył stronę internetową: www.nosexnoproblems.com, skierowaną do nastolatków i ich rodziców. Poza obejrzeniem hasła „**No sex, no problems**” dowiedzieć się z niej można, iż w roku 2004 w tym stanie wśród 10 – 14-latków stwierdzono 590 przypadków rzeżączki, 11 404 ciąż wśród 10 – 19-letnich dziewcząt i 5 957 przypadków zakażeń chłamydiami. O tym, jak uniknąć tych zagrożeń nie ma słowa. Można się natomiast podzielić z autorami strony informacją, jaki ma się powód dla unikania seksu, dowiedzieć, jakie powody kierują innymi, by utrzymywać abstynencję do czasu zawarcia małżeństwa. Jest też kącik porad dla rodziców, jak rozmawiać z nastolatkiem i przekonać go, by nie rozpoczynał życia seksualnego. (Informacje o zawartości strony pochodzą z 22.04.2007 roku, w listopadzie 2023 roku nie można było znaleźć tej strony).



- eksperci ze stanu Connecticut wykazali, że złożenie przysięgi zachowania abstynencji seksualnej do czasu zawarcia małżeństwa przez nastolatki nie jest optymalnym podejściem do profilaktyki chorób przenoszonych drogą płciową: częstość takich infekcji nie różniła się w porównaniu z równolatkami, którzy takiej przysięgi nie złożyli ^[139].
- w czerwcu w USA zarejestrowano kolejny inhibitor proteazy HIV – **tipranawir** – **APTIVUS** (Boehringer Ingelheim).
- **Uganda** – trwa dyskusja nad przyczynami zmniejszenia częstości zakażeń HIV w tym kraju – niektórzy eksperci uważają, iż wynika ono z dużej śmiertelności osób zakażonych HIV, przewyższającej liczbę nowych zakażeń ^[140]; **mimo zagranicznej pomocy finansowej liczba nowych zakażeń HIV zwiększyła się z 70 000 w 2003 do 130 000 w 2005 roku** ^[141].
- **Chiny** – przeprowadzono badania nad wpływem HIV/AIDS na rodziny i dzieci w prowincji Anhui, w której liczba zakażonych HIV szacowana była w tym roku na 10 000 – 49 999, ponad 2/3 w następstwie sprzedaży krwi. W większości

badanych rodzin (66,9%) wychowywano dwoje dzieci, w prawie 40% z nich przynajmniej jedno z rodziców było zakażonych HIV, w 37,3% - oboje rodzice byli zakażeni. W 15% rodzin zmarło przynajmniej jedno z rodziców. Średni roczny dochód netto na osobę wynosił 2 641 juanów (330 dolarów USA), w badanych rodzinach – 606 juanów (75,8 dolarów USA). Walka o przeżycie każdego dnia nie pozwalała się skupiać na edukacji dzieci. W chińskich rodzinach rolą dorosłych jest bycie niezależną, produktywną osobą opiekującą się dziećmi i starzejącymi się rodzicami. Przewlekłe choroby odwracają te wyznaczone kulturowo role, wymagając od dzieci, by opiekowały się chorymi dorosłymi. Większość rodziców ujawnia swój status serologiczny dzieciom, ale nikomu innemu. Roczny dochód na osobę w 38,7% rodzin był niższy od 400 juanów, w 29,6% wynosił między 401 a 700 juanów, 27,0% dzieci bywało głodne, 13,8% na ogół lub zawsze ^[142].

- władze lokalne w różnych częściach Chin najmocniej dotkniętych epidemią HIV budują domy (nazywane „zielonymi portami”), dla osób żyjących z HIV/AIDS, rzekomo w celu powstrzymania epidemii. Krytycy pomysłu obawiają się, że tak naprawdę to miejsca kwarantanny, do których ludzie są zsyłani wbrew ich woli. Wcześniej już Human Rights Watch donosił o niepotwierdzonych przypadkach pozbawiania wolności ludzi z HIV/AIDS ^[143].
- 30 czerwca Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) wpisała **metadon** i **buprenorfinę** (stosowanych w leczeniu substytucyjnym osób uzależnionych od heroiny) na listę leków niezbędnych (**WHO List of Essentials Medicines**), ^[144].
- **Kanada** – Red Cross Society zostało uznane za winne dystrybucji krwi zakażonej HIV i HCV w latach 80. Organizacja została ukarana grzywną 5 000 dolarów kanadyjskich – maksymalną karę za naruszenie ustawy Food and Drugs. Dodatkowo wyłoży 1.2 mln dolarów kanadyjskich na medyczny projekt badawczy i stypendia dla członków rodzin pacjentów. Dr Pierre Duplessis, Sekretarz Generalny organizacji przyjął odpowiedzialność w imieniu agencji za dystrybucję zakażonej krwi, przeprosił w imieniu Canadian Red Cross za cierpienia spowodowane rodzinom i bliskim osób, które zostały skrzywdzone. Przyznanie się do winy i publiczne przeprosiny sprawiły, że cofnięto zarzuty kryminalne za zaniedbanie właściwego screeningu kandydatów na dawców i nie ostrzeżenie opinii publicznej, kiedy istniało ryzyko zakażenia związane z krwią i produktami krwiopochodnymi ^[145].
- **Rosja** – w Moskwie odbyły się **wybory Miss**, w których udział brały kobiety zakażone HIV; zwyciężczynią została 25-letnia Swetłana Izambajewa, zakażona HIV w następstwie kontaktów heteroseksualnych. Wybory królowej piękności wśród kobiet zakażonych HIV miały zwiększyć świadomość społecznej, zmniejszyć uprzedzenia i dyskryminację osób żyjących z HIV ^[146].
 - prezydent Władimir Putin zadeklarował, iż jego kraj przeznaczy ponad 20 razy więcej pieniędzy na walkę z HIV/AIDS w 2006 roku niż w 2005 roku; powiedział, że **Rosja ma „poważny problem”, a obecne wydatki wynoszące 5 mln dolarów rocznie było „praktycznie niczym dla Rosji przy tej skali problemu”** ^[147].
- hasło **Światowego Dnia AIDS** brzmiało **„Zatrzymać AIDS; Dotrzymać obietnic” (Stop AIDS; Keep the Promise)**, (https://www.unaids.org/en/World_AIDS_Day).
- w grudniu UNAIDS i WHO podały, iż liczba osób żyjących z HIV/AIDS na świecie wynosi **40,3 mln**; w 2005 roku 5 mln osób zakażyło się HIV; z powodu HIV/AIDS zmarło 3,1 mln osób, w tym 500 000 dzieci; 2,3 mln śmierci miało miejsce w Afryce subsaharyjskiej ^[148].

Polska – 2005

- ♦ **V Zjazd Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS (PTN AIDS)** odbył się w dniach 20 – 21 maja w Łagowie Lubuskim; nowym Prezesem Towarzystwa został dr Andrzej Horban.
 - Członkowie PTN AIDS podczas Walnego Zgromadzenia przyznali godność członków honorowych profesorom::
 - **Annie Boroń-Kaczmarskiej, Jackowi Juszczykowi** (Polska),
 - **Christine Katlama** (Francja),
 - **Jensowi Lundgrenowi** (Dania),
 - **Pauli Leinikki** (Finlandia).
- ♦ na stronie internetowej www.poradnikmedyczny.pl, reklamującej się jako „polski portal zdrowia dla rodziny” znajduje się artykuł, umieszczony w roku 2005, podważający skuteczność prezerwatyw ^[149]. Jego autorka w bardzo krótkim tekście używa wielu nieprawdziwych informacji. Sugeruje na przykład, iż „*skuteczność prezerwatyw zwiększa stosowanie ich stosowanie łącznie ze środkiem plemnikobójczym, najczęściej nonoksynolem 9 lub 11*”. Tyle tylko, że już przed wielu laty wykazano, iż nonoksynol 9 może zwiększać ryzyko przeniesienia zakażenia HIV, a o nonoksynolu 11 brak jest jakichkolwiek informacji w literaturze medycznej. Powołując się na Światową Organizację Zdrowia autorka artykułu twierdzi, iż nie jest możliwe większe, niż 40% zabezpieczenie przed zakażeniem HIV, choć według danych ze stron WHO ochrona ta jest nieporównanie większa ^[150]. Dużo uwagi poświęca też autorka rzekomo istniejącym w prezerwatywach mikroporom, które mają być tak duże, że przepuszczają plemniki i inne drobnoustroje chorobotwórcze, także HIV, ale nie popiera tego twierdzenia żadnymi dowodami.
- ♦ w Polsce w 2005 roku średni wiek inicjacji seksualnej wynosił 18,4 lat, wahając się od 8 do 31 lat. Spośród osób stosujących antykoncepcję w ciągu ostatnich 12 miesięcy w 59% przypadków używano prezerwatyw, znacznie rzadziej w kontaktach ze stałym partnerem (nie używało ich 61,0% kobiet i 58,7% mężczyzn), nieco częściej w kontaktach z innym partnerem, niż stały (nie używało ich jednak 46,9% kobiet i 36,4% mężczyzn). 24% ankietowanych Polaków podawało utrzymywanie kontaktów oralnych, zaś 19% - analnych (w 1997 roku 12% badanych podawało utrzymywanie tego rodzaju aktywności, w 2001 roku – 14%), 21,8% osób dorosłych

przyznało, iż przynajmniej raz dokonało kontaktu seksualnego z partnerem innym, niż stały (28% mężczyzn i 16% kobiet), a 12% mężczyzn i 1% kobiet korzystało z usług osób sprzedających usługi seksualne ^[151]. Dane te podkreślają pilną konieczność rzetelnej edukacji dotyczącej sposobów zmniejszania ryzyka zakażenia HIV i innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową.

- ♦ w dniach 30 - 31 maja odbyła się w Warszawie konferencja „**Działania na rzecz zdrowia reprodukcyjnego oraz seksualnego kobiet stosujących narkotyki w drodze iniekcji: sytuacja w nowych krajach członkowskich UE oraz krajach sąsiadujących**” z inicjatywy doc. Krzysztofa Tomasza Niemca (Instytut Matki i Dziecka, Warszawa) i Kasi Malinowskiej Sempruch (Międzynarodowy Program Redukcji Szkód, Open Society Institute, Nowy Jork).
- ♦ 29 lipca przyjęto **ustawę o przeciwdziałaniu narkomanii** (dz. U. z 2005 r. Nr 179, poz. 1485).
- ♦ kampanię społeczną prowadzono pod hasłem „**ABC zapobiegania. Zdecyduj sam. Wybierz ABC zapobiegania AIDS i ciesz się życiem**”.



- ♦ Wydawnictwo Studio Astropsychologii z Białegostoku wydało książkę Christine Maggiore „A co jeśli wszystko co wiesz o AIDS to nieprawda?” w tłumaczeniu Ewy Płony-Burak. Maggiore przedstawia w niej poglądy różnych osób uważających, że to nie HIV powoduje AIDS.
- ♦ w polskim krwiodawstwie wykonuje się, poza oznaczeniami przeciwciał anti-HIV, oznaczenia HIV RNA, dzięki czemu okienko diagnostyczne skraca się do 10 – 15 dni, co dodatkowo zwiększa bezpieczeństwo przetaczanej krwi i preparatów krwiopochodnych. W 2003 roku testowano w kierunku obecności HIV RNA 10% donacji, od 1 sierpnia 2004 roku badane są w ten sposób wszystkie porcje krwi używane do frakcjonowania ^[152], a od 2005 roku każda oddana porcja krwi ^[153].
- ♦ Podczas XII Międzynarodowej Konferencji „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie”, pod honorowym patronatem Pierwszej Damy Jolanty Kwaśniewskiej, **czerwone kokardki** otrzymali:
 - Marek Gawieńczuk - kategoria Firma Farmaceutyczna – Bristol Myers Squibb,
 - Bartłomiej Widawski- kategoria NGO – Młodzieżowy Ośrodek Socjoterapii „Kąt”,
 - Marek Lecko- kategoria NGO – Punkt Diagnostyczno-Konsultacyjny we Wrocławiu,
 - Jacek Gąsiorowski - kategoria środowisko medyczne - Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych we Wrocławiu,
 - Grażyna Mucha - kategoria środowisko medyczne - Ośrodek Readaptacyjny Ministerstwa Zdrowia w Anielinie,
 - Włodzimierz Paszyński – kategoria publikacje – Kolegium Nauczycielskie w Warszawie,
 - Małgorzata Stawicka – kategoria wolontariat – Urząd Miasta st. Warszawy,
 - Anna Sukmanowska – kategoria media - TVP 1,
 - Janusz i Alina Serkowscy – kategoria rodzina – pomoc dzieciom zakażonym HIV.
- ♦ rozpoznano **654** przypadki zakażeń HIV, kobiety stanowiły 26,3% zakażonych. O większości osób brak informacji o prawdopodobnej drodze zakażenia (374 osoby – 57,2%), 157 osób nabyło zakażenie w konsekwencji przyjmowania narkotyków w iniekcjach (24,0%), 71 osób w następstwie kontaktów heteroseksualnych, 39 (5,7%) stanowili mężczyźni homo- i biseksualni. AIDS u rozpoznano u **146** chorych (w tym 33 kobiety i dwoje dzieci matek zakażonych HIV). Tylko 21 chorych (14,4%) było leczonych lekami antyretrowirusowymi, u 68 AIDS rozpoznano niemal równocześnie z rozpoznaniem zakażenia HIV. Zmarły **64** osoby. Do GUS wpłynęło 121 zgłoszeń śmierci związanych z zakażeniem HIV. Najczęstszymi chorobami wskaźnikowymi AIDS były kandydoza przełyku (34 przypadki), zespół wyniszczenia (30) i gruźlica płuc (24); od rozpoczęcia badań do 31 grudnia 2005 roku AIDS rozpoznano u **1 761** pacjentów, z których zmarło **806** ^[154].

2006

- ♦ w styczniu gwiazda rocka **Bono** ogłosił stworzenie nowej marki komercyjnej w celu wspomoczenia zbiórki pieniędzy na walkę z AIDS w Afryce: „**Product RED**” początkowo tworzyły 4 duże firmy (Armani, Gap, American Express i Converse), z których każda ma sprzedawać specjalne czerwone produkty, przeznaczając część dochodu na Fundusz Globalny ONZ ^[155].
- ♦ w styczniu 2006 roku **Administration for Children and Families (ACF)** amerykańskiego **U.S. Departament of Health and Human Services (DHHS)** opublikował nowe zalecenia dla sponsorowanych przez państwo programów **promujących tylko abstynencję seksualną do małżeństwa i później wzajemną wierność w monogamicznym**

związku ^[156]. Jego autorzy podkreślili we wstępie, iż z danych CDC wynika, iż co roku około 900 000 nastolatków w wieku poniżej 19 lat zachodzi w ciążę, a około 3 mln zakaża się chorobami przenoszonymi drogą płciową. Mimo tych negatywnych statystyk autorzy twierdzą, iż wybór powstrzymywania się przed aktywnością seksualną do czasu zawarcia małżeństwa, małżeństwo z osobą, która także powstrzymywała się przed kontaktami seksualnymi oraz utrzymywanie wzajemnie wiernego, monogamicznego związku oferuje młodym ludziom 100% ochronę przed przedmażeńską ciążą i nabyciem chorób przenoszonych drogą płciową, zaś dla nastolatków aktywnych seksualnie decyzja opóźnienia dalszych kontaktów seksualnych do czasu zawarcia małżeństwa oferuje 100% ochronę przed nowym ryzykiem. We wcześniejszych programach nie definiowano dokładnie na czym ma polegać abstynencja przed zawarciem związku małżeńskiego. Obecna definicja, którą należy przekazywać uczniom, mówi, iż **abstynencja to „unikanie jakichkolwiek kontaktów genitalnych lub stymulacji seksualnej między dwiema osobami łącznie ze stosunkami seksualnymi, ale nie ograniczone tylko do nich”**. Zgodnie z tą definicją trzymanie się za ręce, patrzenie w oczy czy pocałunki – czyli wszystko, co może prowokować fizjologiczną reakcję – może być potraktowane jako złamanie zasady zachowania przedmażeńskie abstynencji. Taka definicja jest nie tylko niejasna, ale także nierealna dla nastolatków. Według danych amerykańskich ponad 60% uczniów ostatnich klas szkół średnich (*high schools*) jest aktywnych seksualnie ^[157]. Dla tej młodzieży bardziej właściwe byłoby informowanie o sposobach uniknięcia niezamierzonych konsekwencji życia seksualnego. Akceptowane przez władze federalne programy edukacyjne zawierają często błędne, mylące informacje. W raporcie przygotowanym dla amerykańskiego senatora Henry A. Waxmana wykazano, iż zamieszczane są w nich, między innymi, następujące **nieprawdziwe informacje**:

- o prezerwatywach: „*żadne dane nie wspierają poglądu, iż prezerwatywy zmniejszają ryzyko zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową, w tym HIV*”, „*w kontaktach heteroseksualnych prezerwatywy nie zapobiegają około 31% zakażeń HIV*”, „*ciąża zdarza się raz na siedem kontaktów z użyciem prezerwatywy*”,
- o ryzyku związanym z przerwaniem ciąży: 5 do 10% kobiet dokonujących legalnych zabiegów przerwania ciąży staje się bezpłodnymi, a przerwanie ciąży powoduje zwiększenie ryzyka późniejszych przedwczesnych porodów i ciąż pozamaciczných, zwiększa także ryzyko popełnienia samobójstwa przez kobietę.
- o drogach przenoszenia HIV – w jednym z programów nauczania mówi się, iż kontakt z potem i łzami osób zakażonych stwarza ryzyko zakażenia HIV.

Programy edukacyjne utrwalają także stereotypy dotyczące ról społecznych dziewcząt i chłopców, nauczając między innymi, iż kobiety potrzebują „*wsparcia finansowego*”, zaś mężczyźni „*admiracji*”. Wspierają także poglądy religijne, mówiące iż życie zaczyna się od wnikięcia plemnika do komórki jajowej, a 43-dniowy płód jest „*osobą myślącą*”. W raporcie wykazano, iż 11 z 13 często używanych w stanie Teksas programów zawierało fałszywe lub wprowadzające w błąd informacje. W przeprowadzonej w następstwie raportu ewaluacji dokonanej przez departament zdrowia Teksasu wykazano, iż liczba nastolatków dokonujących kontaktów seksualnych nie uległa zmianie albo nawet wzrosła po wprowadzeniu do szkół edukacji „*tylko abstynencja*” ^[158, 159].

- **USA – New York Times** **nagłośnił problem istnienia listy oczekujących na terapię antyretrowirusową**, na której w Południowej Karolinie zapisanych jest ponad 350 biednych ludzi zakażonych HIV. Z tej kolejki zmarły 4 osoby, a czas oczekiwania na leki wahał się od sześciu miesięcy do roku. Władze stanu przeznaczają na leki dla potrzebujących zbyt mało pieniędzy, zaledwie jedną dwudziestą tego, co wydaje na ten sam cel sąsiednia Karolina Północna. Południowa Karolina jest na 9. miejscu stanów mających najwięcej osób żyjących z HIV. Są tylko dwa sposoby zniknięcia z listy czekających, jak skomentowała to jedna z aktywistek walczących o prawa osób żyjących z HIV: ktoś umrze, a Ty wejdiesz na jego miejsce albo Ty umrzesz. Program przyjmuje 1 300 osób miesięcznie, nieubezpieczonych i takich, których nie stać na leki, które kosztują średnio 885 dolarów/miesiąc. Taką listę ma też Alaska, ale na niej jest 13 osób ^[160].
- **USA – zamknięto hospicjum, które powstało w San Francisco dla chorych na AIDS**; w 1992 roku, kiedy założono **Carl Bean House**, zwycięstwem było samo otwarcie nowej placówki dla osób umierających na AIDS. Nazwany na cześć Carla Beana, otwarcie homoseksualnego czarnoskórego pastora i założyciela **Minority AIDS Project**, miał zapewnić pacjentom komfort i opiekę w ostatnich dniach życia. Inne hospicja były pełne, z długimi listami oczekujących. Dr Thomas Coates, ekspert ds. AIDS z UCLA skomentował to tak: *To potwierdzenie, że leki, które mamy, naprawdę zmieniły sposób, w jaki HIV działa u ludzi i to jest wspaniała rzecz. Ale z drugiej strony, dla mniejszości i ludzi biednych jest to ta sama choroba, co 10 lat temu*” ^[161].
- **USA – w kwietniu w raporcie US Government Accountability Office** pojawiła się wątpliwość, czy wymaganie przeznaczania tak dużej części pomocy dostarczanej w ramach **PEPFAR** na promowanie abstynencji seksualnej i wzajemnej wierności nie spowoduje ograniczenia środków przeznaczonych na inne działania profilaktyczne, a szczególnie zapobieganie przenoszeniu zakażenia z matki na dziecko ^[162]. W tym samym raporcie zwrócono uwagę, iż działacze organizacji wspieranych przez PEPFAR nie wiedzą, jakim grupom ludności mogą udzielać informacji o prezerwatywach, obawiając się utraty sponsorowania, jeśli będą odpowiadać młodym ludziom na pytania dotyczące ich stosowania. Zdaniem redakcji czasopisma *The Lancet* raport ten powinien skłonić Kongres USA do rozważenia, czy wydawanie milionów dolarów na propagowanie A – B jest skutecznym sposobem wydawania pieniędzy amerykańskich podatników, choć wiele więcej istnień ludzkich ocalić mogłoby promowanie używania prezerwatyw równoległe z promocją abstynencji do małżeństwa i późniejszej wierności.
 - prezydent G. W. Bush ograniczył środki przeznaczone na profilaktykę HIV/AIDS i chorób przenoszonych drogą płciową, za to wyasygnowano 204 mln dolarów na programy nauczające wyłącznie o abstynencji seksualnej ^[163].
- **USA – zaczęły pojawiać się doniesienia opisujące używanie przez niezakażonych HIV mężczyzn uprawiających seks z mężczyznami (MSM) tak zwanych „the 3V's cocktails”, w skład których wchodziły Viread (tenofovir), Viagra**

(sildenafil) i Valium (diazepam). Wielokrotnie cytowano wypowiedź dr Marcusa Conanta, zajmującego się pacjentami od początku epidemii AIDS, który uważał za nieetyczne czekanie na wyniki badań klinicznych, kiedy możliwe jest rozpoznanie pacjentów mających ekstremalnie duże ryzyko zakażenia HIV i danie im leku, który może ochronić ich przed HIV ^[164]. W tym samym roku pojawiły się apele do lekarzy o współdziałanie z badaczami dla ograniczania potencjalnie szkodliwych następstw niemonitorowanego stosowania profilaktyki przed- ekspozycyjnej, a do urzędów zajmujących się zdrowiem publicznym, klinicystów i organizacji społecznych o prowadzenie kampanii edukacyjnych informujących o obecnym statusie badań klinicznych i potencjalnych szkodach związanych ze stosowaniem profilaktyki przed- ekspozycyjnej ^[165].

- **Hiszpania** – zakażony, najprawdopodobniej wskutek wypadku przy pracy ginekolog, nieświadomy swojej infekcji (nie zgłosił wypadku przy pracy, nie zrobił testów w kierunku obecności przeciwciał anti-HIV) zakażył 32-letnią pacjentkę podczas wykonywania cesarskiego cięcia. Partner kobiety i jej dziecko nie byli zakażeni, kobieta przed zabiegiem również nie miała przeciwciał anti-HIV. Przeprowadzone badania genetyczne wykazały, iż najprawdopodobniej lekarz był źródłem zakażenia swojej pacjentki ^[166]. Autorzy artykułu opublikowali, na prośbę redakcji AIDS, dodatkowe wyjaśnienia dotyczące opisanego przypadku. Wprawdzie ujemny wynik testu na HIV podawała tylko pacjentka, czego nie można było zweryfikować, ale w tym samym szpitalu 3 miesiące przed rozpoznaniem ciąży oddawała krew – test na HIV ujemny. Cesarskie cięcie wykonano 1 lutego 2001 roku. 13 marca 2001 roku u pacjentki wystąpiły objawy charakterystyczne dla ostrej infekcji HIV, a 29 marca 2001 roku jej test na HIV okazał się dodatni. We wrześniu 2001 roku u położnika wykryto obecność przeciwciał anti-HIV. W styczniu 2002 roku pobrano krew od pacjentki i lekarza – badania sekwencji obu wirusów wykazały, że były prawie identyczne, co potwierdzono w niezależnym laboratorium. Noworodek bezpośrednio po cesarskim cięciu nie miał przeciwciał anti-HIV, a wiremia nie była wykrywalna w jego krwi ^[167]. W odpowiedzi lekarze amerykańscy podkreślili nieodpowiedzialność położnika, który nie chciał znać swojego statusu serologicznego, mimo wypadku w pracy, dopóki nie zakażył pacjentki. Wiedząc o swoim zakażeniu mógł zminimalizować możliwość przeniesienia HIV na pacjentkę, a gdyby do narażenia doszło – mogłaby zastosować profilaktykę poekspozycyjną. Położnik pozbawił ją takiej możliwości ^[168].
- **Kanada** – pierwsze w Ameryce Północnej **pomieszczenie do bezpiecznych iniekcji Isiite** w Vancouver dostało pozwolenie na działalność do września, jednak w lutym rozpoczął sprawowanie władzy mniejszościowy rząd Partii Konserwatywnej, konsekwentnie przeciwnej redukcji szkód i działalności pomieszczenia zarówno w kampanii wyborczej, jak i po wygraniu wyborów. Nowy premier Kanady, Stephen Joseph Harper ^{VII}, konserwatysta, dał się przekonać George'owi W. Bushowi, że redukcja szkód, w jakiegokolwiek postaci, jest zła. Programowi groziło nieprzedłużenie zgody na działanie. A to kosztowałoby Vancouver i Kolumbię Brytyjską od 3,9 do 8,9 mln dolarów kanadyjskich na dodatkową opiekę medyczną w ciągu następnych 2 lat, przyczyniłoby się też do tysięcy aresztowań za przestępstwa narkotykowe i tysięcy spraw sądowych ^[169]. Nowy minister zdrowia przedłużył działalność **Insite** do 31 grudnia 2007 roku. Stało się tak dzięki poparciu społeczności lokalnej, w tym leżącego w sercu dzielnicy kościoła First United Church, który pomagał osobom uzależnionym ^[170], ale w październiku 2007 roku zapowiedział przedłużenie działalności pomieszczenia do 30 czerwca 2008 roku, o 6 miesięcy, wstrzymując jednocześnie przyznanie funduszy na prowadzenie badań nad oddziaływaniem **Insite** na profilaktykę, leczenie, przestępczość związaną z uzależnieniami, choć sam deklarował, że takich badań potrzeba więcej ^[171]. (→ dalej).
- w marcu w czasopiśmie *Science* ukazało się następujące obliczenie: gdyby teraz rozpoczęło się silne, globalne zaangażowanie w rozszerzenie profilaktyki transmisji seksualnej i transmisji wśród osób przyjmujących narkotyki w iniekcjach pozwoliłoby to na uniknięcie 28 mln nowych zakażeń w latach 2005 – 2006, to ponad połowa nowych zakażeń do których w przeciwnym razie dojdzie w 125 krajach o niskich i średnich dochodach; chociaż zapobieżenie tym nowym zakażeniom będzie wymagało zainwestowania w tym czasie około 122 mld dolarów, ale mniejszy koszt późniejszego leczenia i opieki; analiza wskazuje, iż uniknięcie każdego nowego zakażenia kosztowałoby około 3 900 dolarów, ale spowodowałoby zaoszczędzenie 4 700 dolarów związanych z leczeniem i opieką ^[172].
- według danych **European HIV Surveillance** w roku 2005 odnotowano w Europie 24 638 nowych zakażeń HIV (zgłoszenia z 27 spośród 30 krajów), nabytych w większości w następstwie kontaktów heteroseksualnych; szacuje się, że 1 na 3 osoby zakażone HIV w Europie nie jest świadoma tego faktu; chociaż 94% Europejczyków wie, że HIV przenosi się w kontaktach seksualnych bez zabezpieczenia, ale tylko 41% podaje, iż stosuje je podczas kontaktów seksualnych ^[173].
- w marcu opublikowano raport o strategii „**3 by 5**”, planie objęcia terapią 3 mln ludzi żyjących z HIV do roku 2005: w krajach o niskich i średnich dochodach liczba 400 000 leczonych w grudniu 2002 roku zwiększyła się do 1,3 mln do grudnia 2005 roku ^[174].
- badacze amerykańscy wykryli obecność przeciwciał przeciwko SIV_{cpz} i kwasy nukleinowe wirusa u małp żyjących na wolności w południowym Kamerunie; wyniki tych badań potwierdzają, iż naturalnym rezerwuarem HIV-1 są szympansy *Pan troglodytes troglodytes* ^[175].
- **Burundi** (Afryka) – Kościół Katolicki przekazał księżom zalecenie, by nie udzielali ślubów parom, które nie przedstawiły zaświadczeń o wykonaniu testów na HIV (Kościół nie chce znać wyników); takie stanowisko zwalnia z oferowania konsultacji, poradnictwa przed wykonaniem testu, a także z odpowiedzialności za udzielanie porad w sytuacji, kiedy jedna lub obie osoby wstępujące w związać małżeński są zakażone HIV ^[176].
- **Watykan** – w maju pojawiły się informacje, iż prowadzone są bardzo poważne badania naukowe i moralne, dotyczące stanowiska Kościoła o ewentualnej dopuszczalności stosowania prezerwatyw w kontaktach między małżonkami o różnym statusie serologicznym ^[177].

^{VII} Harper był premierem Kanady od lutego 2006 roku do listopada 2015 roku.

- opublikowano dane, iż stałe, konsekwentne używanie prezerwatyw w kontaktach seksualnych zmniejsza ryzyko zakażenia młodych kobiet wszystkimi szczepami wirusa HPV (*Human papilloma virus*, ludzki wirus brodawczaka), także szczepami powodującymi raka szyjki macicy ^[178].
- **Szwajcaria** – kampania profilaktyczna z użyciem nagich ciał sportowców i hasłem „**Nie działaj bez ochrony**” (**No Action Without Protection**). Kampania **LOVE LIFE, STOP AIDS** pokazywała nagich motocyklistów, hokeistów, szablistów – oni wszyscy są wrażliwi bez ochrony – i była odpowiedzią na rosnącą liczbę zakażeń wśród mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami (MSM). Jak skomentowano to w *British Medical Journal* ta kampania jest jedną z wielu kontrowersyjnych akcji w Szwajcarii, jak kierowana do osób planujących oszukanie parterów „niewierność powinna być zawsze z prezerwatywą” lub zachęcająca hotele do umieszczania prezerwatyw obok biblii w szufladach stolików nocnych. Nowe statystyki mówią, że jedna piąta nowo zakażonych osób wiedziała, że partner ma HIV/AIDS i mimo to uprawia seks bez zabezpieczenia. Kampania finansowana jest przez Federalne Biuro ds. Zdrowia i Swiss AIDS Federation, a roczny budżet wynosił 2 mln franków szwajcarskich ^[179].
- w czerwcu, podczas trzeciego spotkania osób zajmujących się wprowadzaniem **PEPFAR**, które odbyło się w Durbanie (RPA) podano, iż przenoszenie zakażenia HIV z matki na dziecko stało się drugą – po kontaktach seksualnych – drogą zakażeń HIV w Ugandzie, a przynajmniej 20 000 dzieci rocznie rodzi się z zakażeniem nabytym od matek ^[180]. **Dr Mark Dybul**, szef PEPFAR, występując podczas tej konferencji **po raz kolejny powtórzył, iż kampania A – B – C przynosi rezultaty**, a jako przykłady krajów, w których działa wymienił Kenię, Botswanę, Zimbabwe i Etiopię ^[181]. **W tym wyliczeniu nie było już Ugandy**, zapewne z powodu takich informacji dotyczących tego kraju:
 - na początku roku zaczęły pojawiać się informacje, iż częstość zakażeń HIV w Ugandzie ponownie wzrasta, szczególnie wśród osób w średnim wieku, między 30 a 40 rokiem życia ^[182].
 - w maju dyrektor **Uganda AIDS Commission**, dr Kihumoro Apuuli podał, iż mimo zagranicznej pomocy finansowej, liczba nowych zakażeń HIV zwiększyła się z 70 000 w roku 2003 do 130 000 w roku 2005 ^[183].
 - także w maju na biurko Prezydenta Yoweri Museveni’ego trafił raport, w którym wskazano, że politycy – od ministrów rządu Ugandy po pracowników organizacji społecznych, które nominalnie działają by pomagać zakażonym HIV ludziom – kradli pieniądze pochodzące z Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria, a Fundusz, który szczyci się rygorystycznym monitorowaniem i kontrolą krajów będących odbiorcami pieniędzy nie zauważył korupcji w Ugandzie; pół roku później rząd opublikował „białą księgę”, w której zgodzono się z wynikami raportu, uznano za konieczne zwrócenie 1,6 mln dolarów, ale potem nic się nie działo ^[184]. Fundusz wstrzymał dopływ pieniędzy między sierpniem a listopadem 2005 roku, co doprowadziło do przerw w leczeniu antyretrowirusowym tych, którzy byli skutecznie leczeni od lat, mimo że pieniądze na leki nadal płynęły ^[185].
 - podczas XVI Światowej Konferencji AIDS w Toronto (Kanada) potwierdzono, iż częstość zakażeń HIV w Ugandzie wykazuje tendencje wzrostowe wśród kobiet, szczególnie mieszkających na wsiach, niezależnie od wieku, zaś wśród mężczyzn szczyt zakażeń przypada na wiek 40 – 49 lat ^[186].
 - mimo obaw o dokładność przestrzegania zaleceń związanych z przyjmowaniem tanich leków antyretrowirusowych przez leczonych Ugandyjczyków okazało się, że jest niemal 100%, a największą motywacją jest troska o dobro rodziny. Z kolei konieczność płacenia za leki, podkopująca sytuację finansową rodziny, prowadzi do nieprzestrzegania zaleceń związanych z przyjmowaniem leków ^[187]. Pacjenci z wiejskich regionów kraju, których nie stać na posiadanie zegarka, są w stanie przyjmować leki z niemal 100% dokładnością, kierując się stałymi audycjami w lokalnym radiu (odbiorniki radiowe są powszechnie dostępne), ^[188].
- w czerwcu FDA zarejestrowała kolejny inhibitor proteazy HIV – **darunawir (DRV) – PREZISTA**, wyprodukowany przez belgijską firmę Tibotec (badania kliniczne przeprowadziła firma Johnson & Johnson). Ponieważ kolejne leki antyretrowirusowe były coraz droższe długo przed rejestracją leku powstała **Fair Pricing Coalition**, która wystosowała petycję do firmy Tibotec podpisaną przez wiele organizacji społecznych i osób prywatnych, upominającą się o konieczność korporacyjnej odpowiedzialności w sytuacji narastającego kryzysu krajowego i międzynarodowego dotyczącego kosztów opieki zdrowotnej. Tibotec zareagował. Ogłoszona cena wynosiła 25 dolarów/dobę (plus cena rytonawiru, który w małej dawce poprawia biodostępność leku), ^[189].
- w lipcu zarejestrowano w USA kolejny preparat zawierający trzy leki w jednej tabletkie, produkowane przez dwie różne firmy farmaceutyczne (Gilead i Bristol-Myers Squibb): **tenofowir + emtricitabina + efawirenz**, pod nazwą **ATRIPLA**.
- **Wielka Brytania** – 43-letnia kobieta zakażona HIV została skazana na 32 miesiące więzienia za utrzymywanie kontaktów seksualnych bez zabezpieczenia ze swoim 31-letnim partnerem w czasie trwania dwuletniego związku. Ten próbował popełnić samobójstwo, gdy okazało się, że jest zakażony HIV ^[190].
- od 13 do 18 sierpnia – **XVI Międzynarodowa Konferencja AIDS** w Toronto (Kanada), jej hasło brzmiało „**Time to deliver**”.



- konferencja liczyła 26 057 uczestników, jak dotąd rekordową liczbę. Podano na niej informacje: w czerwcu 2006 roku szacowano, że 1,65 mln osób z rajów o niskich i średnich dochodach otrzymuje leki

antyretrowirusowe, w tym około 1 mln w Afryce subsaharyjskiej i między 60 000 a 100 000 dzieci. W niektórych krajach liczba leczonych to ponad 25% potrzebujących terapii. Sytuacja poprawia się w niektórych krajach, ale w **Ugandzie uległa pogorszeniu – w grudniu 2005 roku leczonych było 52% zakażonych HIV, w czerwcu 2006 roku tylko 35%**. Wprawdzie liczba leczonych w tym kraju wzrosła, ale liczba potrzebujących terapii rośnie szybciej ^[191]. Bill i Melinda Gates zadeklarowali, że zatrzymanie epidemii AIDS staje się priorytetem ich fundacji. Bill Gates mówił o pewnym optymizmie, który widzi w Afryce, gdzie rośnie dostępność do leków antyretrowirusowych, ale ostrzegał, że bez wzrostu nakładów na profilaktykę długotrwałe leczenie okaże się niemożliwe. Melinda przypominała o istnieniu piętna związanego z HIV, które ogranicza wysiłki zmierzające do kontroli AIDS. Oboje obiecali zwiększyć fundusze swojej fundacji na badania nad nowymi metodami profilaktyki, nowymi sposobami profilaktyki dla kobiet i apelowali o szerszy dostęp do sprawdzonych metod, jak prezerwatywy, sterylne igły i strzykawki i testy na HIV. Warren Buffet, drugi najbogatszy człowiek na świecie, zapowiedział przekazanie 37 mld dolarów. Dla porównania Bank Światowy szacuje, że wydatki na zdrowie w 2004 roku przekazywane krajom rozwijającym się, pochodzące od rządów, organizacji międzynarodowych i ze źródeł prywatnych, wynosiły 12,7 mld dolarów.

- w czasie trwania Konferencji czasopismo The Lancet wydało specjalne wydanie mające czerwoną okładkę dla wspomnienia marki **Product Red** i przekazało 30 000 dolarów na wsparcie tej ważnej inicjatywy; 130 stronicowe wydanie zostało poświęcone HIV/AIDS ^[192].



- Fundacja Billa i Melindy Gates'ów przekazała 62 miliardy dolarów na poszukiwanie skutecznych mikrobicidów, **żeby kobieta „nigdy nie potrzebowała zgody swojego partnera na ratowanie własnego życia”**, jak uzasadnił to Bill Gates podczas sesji otwierającej Konferencję ^[193].
- przedstawiono wyniki trwającej 9 miesięcy obserwacji 731 **kobiet stosujących profilaktykę przed-ekspozycyjną**. Spośród 363 kobiet przyjmujących TDF zakażeniu HIV uległy 2, spośród przyjmujących placebo – 6 kobiet. Kolejnych 6 nabyło zakażenie po przerwaniu badań w Kamerunie (4 były losowo przydzielone do grupy TDF, 2 do grupy placebo). Mimo, iż kobiety przyjmujące TDF wykazywały o 65% mniejsze prawdopodobieństwo zakażenia HIV, różnica jednak nie była istotna statystycznie ze względu na małą liczbę osób włączonych w badania. Nie obserwowano różnic w działaniach ubocznych i częstości przerywania leczenia między obiema grupami. Wykazano, iż wprawdzie liczba kontaktów seksualnych zwiększyła się u kobiet przyjmujących TDF, zmniejszeniu uległa jednak liczba parterów seksualnych, zaś używanie prezerwatyw wzrosło z 52% przy włączeniu do badania do 95% przy wizycie po 12 miesiącach jego trwania ^[194, 195].
- 15 sierpnia Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) we współpracy z Międzynarodową Organizacją Pracy (**International Labour Organization**) Międzynarodową Organizacją ds. Migracji (**International Organization for Migration**) ogłosiła wprowadzenie planu mającego na celu zmniejszenie niedoborów pracowników służby zdrowia, zwłaszcza w krajach rozwijających się Azji i Afryki; w Afryce subsaharyjskiej żyje 11% ludności świata, 64% ludzi żyjących z HIV, a tylko 3% pracowników służby zdrowia; plan pod nazwą „**Treat, Train, Retain**” („Lecz, ucz, zostań”) ma wzmocnić systemy służby zdrowia krajów rozwijających się, zwiększyć liczbę lekarzy, poprawić możliwości ich szkolenia i przeciwdziałać emigracji do miast, organizacji pozarządowych lub rozwiniętych krajów świata – w ciągu 5 lat pociągnie to za sobą koszty ok. 7,2 mld dolarów ^[196].
- w sierpniu **Peter Piot** zwrócił uwagę, iż postęp dokonywany w profilaktyce HIV na świecie jest w większości krajów zbyt mały, pojawiają się niebezpieczne sygnały, iż profilaktyka zniknie całkowicie z planów działań, nawet w krajach, w których dokonano znaczącego postępu w dostępie zakażonych osób do terapii antyretrowirusowej; przypomniał, iż nawet udowodniona naukowo, zdawałoby się nie wzbudzająca kontrowersji profilaktyka przenoszenia zakażeń z matki na dziecko nie uległa zwiększeniu w takim samym stopniu, w jakim zwiększyła się dostępność do leczenia antyretrowirusowego, zadał też pytanie, czy powodem ograniczenia działań profilaktycznych są tak trudne kwestie, jak seksualność, płeć (**gender**) i uzależnienie od narkotyków? ^[197].
- 22 września amerykańskie **CDC** opublikowały rewizję zaleceń dotyczących wykonywania testów w kierunku HIV u dorosłych (> 13 roku życia) i kobiet w ciąży w placówkach służby zdrowia: u wszystkich pacjentów mających kontakt z placówkami służby zdrowia, niezależnie od ich charakteru (publiczne, prywatne) i specjalizacji:
 - * zalecane jest wykonanie badań przesiewowych w kierunku HIV, po zawiadomieniu pacjenta, że test zostanie wykonany – pacjent może nie wyrazić zgody (tak zwane **opt-out**),
 - * nie jest wymagana odrębna pisemna zgoda na wykonanie testu; ogólna zgoda na opiekę medyczną powinna być uważana za wystarczającą i obejmować zgodę na test na HIV,

- * testy przesiewowe w kierunku HIV powinny zostać włączone do badań rutynowo wykonywanych u kobiet będących w ciąży,
- * nie jest konieczne prowadzenie badań, jeśli częstość niezdiagnozowanych zakażeń HIV wśród pacjentów placówki służby zdrowia jest mniejsza, niż 1 na 1000 ^[198].
 - nowe zalecenia, które nie są obowiązującym prawem, budzą liczne kontrowersje. Cofnięcie wymagania pisemnej zgody na test może spowodować, iż pewne grupy pacjentów, jak kobiety i mniejszości etniczne, mogą być traktowane niezgodnie z zasadami. Pojawiły się także głosy, iż rutynowe testy mogą łatwo zmienić się w testy wykonywane bez wiedzy lub zgody pacjenta. Prawo wielu stanów, w tym stanu Nowy Jork, wymaga przed wykonaniem testu wyjaśnienia pacjentowi czym jest HIV i AIDS, sposobów ochrony przed dyskryminacją związaną z HIV/AIDS, a także zachowań, o których wiadomo, iż niosą za sobą ryzyko przeniesienia zakażenia oraz podpisania formularza zgody na wykonanie testu ^[199].
- w sierpniu w czasopiśmie JAMA opublikowano dane mówiące, iż w 2006 roku w USA około 56 300 osób nabyło zakażenie HIV (22,8 na 10 000 mieszkańców); 73% nowych zakażeń dotyczyło mężczyzn, 45% zakażeń - czarnych mieszkańców, 53% - mężczyzn uprawiających seks z mężczyznami (MSM), ^[200].
- **USA** – w kolejnych danych epidemiologicznych potwierdzono, iż w 2006 roku większość nowych zakażeń dotyczyło MSM – 46% z nich stanowili biali, 35% - czarni i 19% - latynoscy obywatele kraju; wśród MSM w wieku od 13 do 29 lat liczba nowych zakażeń wśród czarnych mieszkańców (5 220) była 1,6 razy większa, niż białych (3 300) i 2,3 razy większy, niż u Latynosów; wśród kobiet dominującą drogą zakażenia były kontakty heteroseksualne (80% nowych zakażeń), a częstość nowych zakażeń dla czarnych kobiet była 14,7 razy większa, niż dla białych, dla kobiet latynoskich 3,8 razy większa, niż dla białych ^[201].
- **USA** – pogląd, że wirus HIV stworzył rząd amerykański w celu wyniszczenia mniejszości narodowych podzielało w dalszym ciągu prawie 30% Afro-Amerykanów, ponad 20% Latynosów i białych Amerykanów i około 10% Azjatów ^[202].
- 13 grudnia amerykański **National Institute of Allergy and Infectious Diseases – NIAID**, będący częścią **National Institutes of Health – NIH** ogłosił zakończenie przed planowanym terminem dwóch dużych badań klinicznych nad **skutecznością obrzezania mężczyzn** w zmniejszaniu ryzyka zakażenia HIV, po wykazaniu, iż w Kenii obrzezanie zmniejszyło o 53% ryzyko zakażenia HIV, w Ugandzie – o 48% ^[203].
 - wyniki badań wskazują także, iż gojenie się rany po zabiegu może odgrywać rolę w zwiększaniu częstości nowych zakażeń HIV, a **korzyści z obrzezania nie są widoczne przez 6 do 12 miesięcy po zabiegu**,
 - w oparciu o wyniki jednego tylko randomizowanego badania pochodzącego z RPA dokonano matematycznej analizy symulacyjnej, w której wskazano, iż obrzezanie mężczyzn może znacząco zmniejszyć liczbę zakażeń HIV w Afryce, szczególnie w Afryce Południowej, gdzie odsetek obrzezanych mężczyzn jest niewielki, zaś częstość zakażeń HIV duża; w ciągu 20 lat – od 2005 do 2025 roku – obrzezanie mężczyzn może pozwolić na uniknięcie 4,7 ml nowych zakażeń i 3 ml śmierci, jednakże zwiększenie ryzykownych zachowań wśród obrzezanych mężczyzn może zmniejszyć korzyści wynikające z obrzezania ^[204].
 - autorzy tego matematycznego modelu symulacyjnego, wykazującego korzyści obrzezania dla mężczyzn w zmniejszeniu liczby zakażeń HIV, stwierdzili także „*Wprawdzie obrzezanie mężczyzn zapewnia większe korzyści bezpośrednie mężczyznom, niż kobietom, kobiety będą odnosiły korzyści pośrednio, poprzez zmniejszenie częstości zakażeń HIV wśród ich męskich partnerów seksualnych*”. Jeden z wniosków podsumowania mówi, że „**obrzezanie mężczyzn zwiększy odsetek zakażonych ludzi którzy są kobietami z około 52% do 58%**”.
 - w wielu krajach Afryki częstość zakażeń HIV wśród młodych kobiet (od 15 do 24 roku życia) jest większa, niż wśród mężczyzn w tym samym wieku. UNAIDS w danych z 2006r. podaje, iż w takich krajach, jak RPA odsetek zakażonych młodych kobiet wynosi 14,8%, zaś mężczyzn – 4,5%, w Swazilandzie odpowiednio 22,7% i 7,7%, w Zambii 12,7% i 3,8%, Zimbabwe 14,7% i 4,4%, Lesoto 14,1% i 5,9%, Botswana 15,3% i 5,7% ^[205].
 - kontynuowano badania wpływu obrzezania mężczyzn na ryzyko zakażenia HIV ich partnerek seksualnych, prowadzone przez badaczy z Johns Hopkins University (USA), w marcu 2007 roku przedstawiono informacje o **prawdopodobnym zwiększaniu ryzyka zakażenia HIV partnerek obrzezanych mężczyzn**. W przeprowadzonej analizie wyników trwającej 6 miesięcy obserwacji wykazano, iż 3 z 12 kobiet (25%), których partnerzy podjęli aktywność seksualną przed wygojeniem się rany spowodowanej obrzezaniem zostało zakażonych HIV. Zakażenie zostało przeniesione na 6 z 55 kobiet (11%), których partnerzy zachowali abstynencję seksualną do czasu wygojenia się rany i na 4 z 46 (9%) kobiet, których mężowie nie zostali poddani obrzezaniu ^[206]. Mimo iż liczby zakażeń były zbyt małe by mogły być statystycznie znamienne, to jednak wstrzymano rekrutację nowych ochotniczek ^[207].
- **USA** – FDA po raz kolejny ogłosiło, że żadne badania naukowe nie wspierają medycznego używania marihuany i uznał, że prawa stanów (w tym czasie już 11) zezwalających na jej medyczne używanie bez groźby sankcji karnych „są

niezgodne ze staraniami mającymi zapewnić poddanie leków procedurom rygorystycznej kontroli naukowej w procesie rejestracji dokonywanej przez FDA” [208], VIII.

- **Francja** – opublikowano informacje o przeniesieniu zakażenia HIV z ginekologa wykonującego cesarskie cięcie niezakażonej przed operacją pacjentce – ginekolog wcześniej nie wiedział o swoim zakażeniu [209]; badania molekularne wykazały ściśle pokrewieństwo wirusów ginekologa i pacjentki [210] – to drugi znany na świecie przypadek przeniesienia zakażenia z lekarza na pacjentkę.
- w mieście Szymkient w Republice Kazachstanu zmarło 6 dzieci mających mniej, niż 3 lata z powodu zakażenia HIV; 72 dzieci i 7 matek zostało zakażonych HIV w następstwie transfuzji krwi [211].
- **Libia** – 6 maja sąd libijski skazał 5 pielęgniarek i palestyńskiego lekarza na śmierć przez rozstrzelanie, za umyślne zakażenie HIV 426 dzieci. Bułgarski lekarz został skazany na 4 lata więzienia. Chociaż sentencja tego wyroku obiegła cały świat, reakcje międzynarodowe, poza Bułgarią, były umiarkowane i ostrożne. Vincent Iacopino z organizacji Human Rights z Bostonu (USA) powiedział, iż „uczynienie kozłów ofiarnych z zagranicznych pracowników służby zdrowia nie rozwiąże problemu HIV/AIDS w Libii”, jeśli nie zostaną usunięte problemy infrastruktury służby zdrowia [212]. Paul Haviland, koordynator Bulgarian Medics Solidarity Project, wyraził pogląd, iż „cicha dyplomacja” nie wystarczy do zmiany wyroku na niewinnych ludzi, a pułkownik Kaddafi traktowany jest ostrożnie, gdyż zaczął starać się o wznowienie przyjaznych kontaktów z Zachodem [213]. 19 grudnia sąd utrzymał wyrok kary śmierci na 5 bułgarskich pielęgniarek i palestyńskiego lekarza, oskarżanych o świadome zakażenie HIV libijskich dzieci, co spotkało się ze sprzeciwem Bułgarii, Unii Europejskiej, organizacji Amnesty International i wielu innych organizacji ze świata. Libia domagała się od władz Bułgarii odszkodowania dla rodzin zakażonych dzieci w wysokości porównywalnej z odszkodowaniami wypłaconymi przez Libię rodzinom ofiar katastrofy samolotu nad szkockim miasteczkiem Lockerby, wysadzonego przez libijskich terrorystów w roku 1988 roku. Pod koniec roku Prezydent Kaddafi powiedział, iż rozważy uchylenie kary śmierci dla 6 pracowników medycznych pod warunkiem, że Wielka Brytania zgodzi się na uwolnienie libijskiego agenta skazanego na dożywocie za udział w zamachu na samolot PanAm [214]. W maju tego roku USA wznowiły stosunki dyplomatyczne z Libią, 18 lat po katastrofie samolotu nad Lockerbie. Wiele obserwatorów spodziewało się, iż jednym z warunków umowy będzie sprawa 5 bułgarskich pielęgniarek i palestyńskiego lekarza. Rządy krajów europejskich i Stanów Zjednoczonych oskarżane są przez wiele środowisk na świecie o opuszczenie pracowników medycznych z ważnych dla nich powodów strategicznych i ekonomicznych [215]. W artykule redakcyjnym z września czasopismo Nature postawiło pytanie: czy gdyby to brytyjski lekarz i pięć amerykańskich pielęgniarek było przetrzymywanych i torturowanych w więzieniu w Libii za rzekome celowe zakażenie HIV dzieci w szpitalu w Bengazi społeczność międzynarodowa też by milczała, pozostawiając starania o ich uwolnienie garstce wolontariuszy zajmujących się prawami człowieka i naukowcom? Społeczność naukowa również zachowywała milczenie, prawdopodobnie w nadziei, iż sprawa zostanie załatwiona na drodze dyplomatycznej, ale te nadzieje się nie spełniły [216]. Niebawem Nature opublikowało list otwarty do pułkownika Kaddafiego, podpisany przez 113 laureatów nagrody Nobla, którzy apelowali o zapewnienie adwokatom oskarżonych pracowników medycznych takich samych praw podczas procesu, jak oskarżycielom oraz wysłuchanie uznanych ekspertów w dziedzinie badań nad AIDS o prawdopodobnych przyczynach zakażeń HIV libijskich dzieci [217]. Nieco później w czasopiśmie Science pojawił się apel do libijskiego sądu o uwolnienie 6 niewinnie pozbawionych wolności pracowników służby zdrowia, podpisany przez 38 ekspertów w zakresie HIV/AIDS z Austrii, Francji, Holandii, Szwajcarii, Szwecji, USA i Włoch, a także przez współodkrywców wirusa Luca Montagnier i Roberta Gallo [218]. 19 grudnia libijski sąd utrzymał karę śmierci przez rozstrzelanie. Sędzia odmówił rozpatrzenia naukowych dowodów oczyszczających pracowników służby zdrowia [219].
- **Afryka** – w wielu krajach częstość zakażeń HIV wśród młodych kobiet (od 15 do 24 roku życia) jest większa, niż wśród mężczyzn w tym samym wieku. UNAIDS podało, iż RPA odsetek zakażonych młodych kobiet wynosi 14,8%, zaś mężczyzn – 4,5%, w Swazilandzie odpowiednio 22,7% i 7,7%, w Zambii 12,7% i 3,8%, Zimbabwe 14,7% i 4,4%, Lesoto 14,1% i 5,9%, Botswana 15,3% i 5,7% [220].
- **Uganda** – Uganda AIDS Commission opublikowała nowy plan zapobiegania zakażeniom HIV do 2012 roku.
 - Podano w nim, iż sytuacja epidemiologiczna w Ugandzie pogarsza się od 2003 roku, wzrost liczby nowych zakażeń HIV wynosi w różnych regionach Ugandy od 0,2% do 2,0%, a liczba nowych zakażeń wynosi 132 000 rocznie, w tym 25 000 stanowią dzieci zakażone wertykalnie. Najczęstszą drogą przenoszenia zakażeń są kontakty seksualne (76% nowych zakażeń). W badaniach z 2005 roku wykazano, iż **zakażenie najczęściej przenosi się wśród małżeństw** (42%), rzadziej nabywane jest od osób sprzedających usługi seksualne (21%) i w przygodnych kontaktach seksualnych (14%). Zakażenie **dotyczy częściej kobiet**, które stanowią 60% osób żyjących z HIV. Uganda jest krajem, w którym 85% ludności mieszka na wsi. W miastach częstość zakażeń HIV jest większa (10,1%) niż na wsiach (6,7%), ale zakażenie dotyczy częściej kobiet (13%, na wsiach – 7%), niż mężczyzn (7% w miastach i 5% na wsiach). Mimo iż w 2005 roku 42% populacji osób żyjących z HIV, mających wskazania do rozpoczęcia terapii antyretrowirusowej, objętych było terapią, to liczba osób wymagających leczenia będzie ciągle wzrastała (od 270 000 w 2007 roku do 332 000 w 2012 roku).
 - Celem nowego planu zapobiegania HIV/AIDS jest zmniejszenie częstości zakażeń HIV i zachorowań na AIDS o 40%, objęcie pomocą socjalną, opieką i terapią antyretrowirusową 80% osób żyjących z HIV do 2012 roku. W tym celu wykorzystywana będzie strategia ABC+, uwzględniająca wpływ uwarunkowań socjalnych,

VIII W tym samym roku Sąd Najwyższy USA, powołując się na konstytucję, uznał, że członków kongregacji religijnej (Centro Espírita Beneficente União do Vegetal) ze stanu Nowy Meksyk nie dotyczy zakaz przyjmowania środków halucynogennych, gdyż wierzą, że osiągają kontakt z Bogiem jedynie po wypiciu rytualnego naparu – *ayahuasca*, zawierającego zakazany halucynogen – dimetylotryptaminę. Sądowi wystarczył argument, że ci ludzie wierzą, że ten środek wprowadza ich w stan wyższej świadomości (R. Dawkins, *Bóg urojony*, przekł. P. J. Szwajcer, Wydawnictwo CiS, Warszawa 2007).

kulturowych i ekonomicznych na zachowania poszczególnych osób, budowanie umiejętności życiowych wspierających mieszkańców kraju w obieraniu i trwaniu w abstynencji seksualnej do czasu zawarcia małżeństwa, dochowywania wzajemnej wierności partnerowi/partnerce o znanym statusie serologicznym i stałego, właściwego używania prezerwatyw podczas każdego ryzykownego kontaktu seksualnego, zwiększająca dostęp do dobrowolnego wykonywania testów w kierunku zakażenia HIV, zapobiegania przenoszeniu zakażenia z matki na dziecko, terapii antyretrowirusowej a także opieki nad osobami żyjącymi z HIV/AIDS i wsparcia dla nich. Profilaktyka HIV/AIDS kierowana będzie do populacji ogólnej, a także do grup największego ryzyka, którymi są osoby sprzedające usługi seksualne i ich klienci, służby mundurowe, kierowcy ciężarówek, rybacy, osoby niekonsekwentnie używające prezerwatyw, osoby często zmieniające partnerów seksualnych i angażujące się w kontakty pozamałżeńskie. Wszyscy młodzi ludzie, objęci systemem edukacji i będący poza nim, mają otrzymywać informacje dotyczące profilaktyki HIV. Nastąpić ma powrót do interwencji **IEC (Information, Education, Communication)**, kierowanej do osób dokonujących ryzykownych zachowań, jak kontakty seksualne z osobami o nieznanym statusie serologicznym, ze starszymi znacznie partnerami seksualnymi, sprzedających i kupujących usługi seksualne a także rozpoczynających wcześniej aktywność seksualną. Dążenie do zmniejszenia częstości zakażeń wśród małżonków o różnym statusie serologicznym następować ma poprzez konsultacje, wykonywanie testów i ujawnianie statusu serologicznego. Instytucje socjalne, religijne, ekonomiczne, kulturalne i placówki opieki zdrowotnej mają być wykorzystywane do przekazywania informacji o profilaktyce HIV. Do 2012 roku planowane jest także utrzymanie 100% bezpieczeństwa przetaczanej krwi i zapewnienie pełnej dostępności do profilaktyki po ekspozycji na HIV.

- **Uganda AIDS Commission** ma świadomość, iż nowy plan jest ambitny i wymaga zwiększenia przeznaczanych na ten cel funduszy, jak też starannego ustalania priorytetów. Między innymi do 2012 roku planowane jest zwiększenie liczby dostarczanych mieszkańcom kraju prezerwatyw (ze 122 mln w latach 2007/2008 do 193 mln w 2011/2012) i liczby obrzezanych mężczyzn (z 30 000 do 190 000), co jest kolejnym krokiem w pogłębianiu istniejącej w Ugandzie nierówności płci, gdyż obrzezanie i prezerwatywy chronią mężczyzn, choć to kobiety są bardziej wrażliwe na zakażenie HIV ^[221].
- 7 listopada Human Rights Watch wręczyła **Beatrice Were**, krajowej koordynatorce ds. HIV/AIDS w **ActionAID International** i czołowej orędownicze praw osób żyjących z HIV/AIDS w Ugandzie, najwyższym wyróżnieniem, nagrodą Human Rights Watch Defender Award. Were była jedną z pierwszych Ugandyjek, która publicznie oświadczyła, że jest zakażona HIV. Jest założycielką Krajowej Wspólnoty Kobiet Żyjących z AIDS, oddolnej organizacji, która pomaga ponad 40 000 kobiet w 20 okręgach Ugandy. Broniła praw osób chorych na AIDS przed kontrowersyjnymi zmianami w krajowej polityce dotyczącej AIDS, w tym przed niedawnym przyjęciem finansowanych przez USA programów „**abstinence only**”. „*Beatrice Were jest ludzką twarzą AIDS w Ugandzie*” – powiedział Joe Amon, dyrektor programu HIV/AIDS Human Rights Watch. „Przekształciła swoją osobistą walkę z AIDS w odważną i inspirującą odmianę aktywizmu”. Matka trójki dzieci. dowiedziała się zakażeniu po tym, jak w latach 90. rozpoznano je u jej męża. Kiedy zmarł, jego rodzina próbowała przejąć jej majątek i opiekę nad dziećmi. Udało jej się odeprzeć te ataki, później została aktywistką chroniącą inne kobiety przed podobnymi nadużyciami. Po ujawnieniu dzieciom swojego statusu serologicznego Were założyła cieszący się dużym powodzeniem projekt **Memory Book**, w ramach którego zachęca się rodziców zakażonych wirusem HIV, aby przygotowali swoje dzieci na żałobę poprzez zapisywanie rodzinnych wspomnień w albumie. „*Ujawniając temat HIV/AIDS, Were przyniosła nadzieję niezliczonym Ugandyjczykom*” – powiedział Amon ^[222].
- **RPA** – wykazano, iż młodzi mężczyźni podający uprawianie heteroseksualnych kontaktów analnych byli dwa razy częściej zakażeni HIV, niż uprawiający tylko kontakty waginalne ^[223]. W tym czasie częstość zakażeń HIV była większa u młodych kobiet niż u młodych mężczyzn.
 - były Prezydent RPA Jacob Zuma stanął przed sądem w Johannesburgu oskarżony o zgwałcenie przyjaciółki rodziny, mężatki, o której wiedział, że była zakażona HIV. Były Prezydent powiedział, że to był seks za obopólną zgodą, co sędzia przyjął ze zrozumieniem. Powiedział też, że nie użył prezerwatywy, ale zrobił wszystko, by zminimalizować swoje ryzyko zakażenia, gdyż po seksie dokładnie umył się wodą i mydłem. Sąd uznał, że nie jest winny przestępstwa zgwałcenia ^[224].
- **RPA – South African National AIDS Council (SANAC)** 1 grudnia nakreślił program walki z AIDS: celem jest zmniejszenie nowych zakażeń HIV o połowę i dostarczenie terapii antyretrowirusowej 650 000 osób dorosłych i 100 000 dzieci do roku 2011; jednak w RPA obecnie 800 000 osób wymaga leczenia, a każdego roku przybywa kolejnych 400 000 – 500 000 osób ^[225].
- **Chiny** – w marcu władze Chin oficjalnie ogłosiły pierwsze legislacje dotyczące bezpośrednio HIV/AIDS – **AIDS Prevention and Control Regulations**. Regulacje te oraz pięcioletni plan działań dotyczących HIV/AIDS (**Five-Year Action Plan to Control HIV/AIDS – 2006 – 2010**) stały się ważnym etapem rozwoju polityki rządu. Nastąpiło to niemal 20 lat po rozpoznaniu pierwszych zakażeń HIV. Do końca października zarejestrowano 223 501 przypadków zakażeń HIV. Większość z nich została przeniesiona w kontaktach heteroseksualnych (44,7%), nieco mniej poprzez przyjmowanie narkotyków w iniekcjach (42,0%), do 12,2% zakażeń doszło u mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami, a 1,1% stanowiły zakażenia wertykalne (przenoszone z matek na ich dzieci). Jednak przedstawiciele organizacji pozarządowych twierdzą, iż władze lokalne na niektórych obszarach kraju ciągle niedostatecznie oceniają skalę problemu, szczególnie dotyczy to zakażeń HIV związanych ze sprzedawaniem krwi ^[226].
- w Azji produkowane są prezerwatywy, a także inne akcesoria niebezpieczne dla użytkowników, zwłaszcza dla kobiet, „ozdabiane” koralikami, szczecina („wasy tygrysa”), wypustkami powodującymi uszkodzenia pochwy i odbytu. Sprzedają

takich prezerwatyw została zakazana w Tajlandii, w innych krajach prowadzona jest dalej, są używane przez klientów kobiet sprzedających usługi seksualne celowo, by zadać im ból ^[227].

- hasło **Światowego Dnia AIDS: „Zatrzymać AIDS. Dotrzymać obietnic – odpowiedzialność” (Stop AIDS; Keep the Promise – Accountability)** (https://www.unaids.org/en/World_AIDS_Day).
- szacunki UNAIDS mówią, iż na świecie z HIV/AIDS żyje 39,5 mln osób (34,1 – 47,1 mln).

Polska – 2006

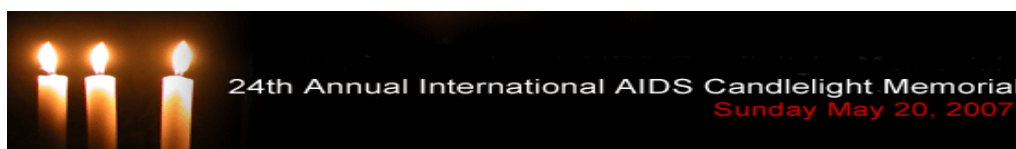
- ♦ Rada Ministrów zaaprobowwała przygotowany przez Krajowe Centrum ds. AIDS „**Harmonogram realizacji krajowego programu zwalczania AIDS i zapobiegania zakażeniom HIV na lata 2007 – 2011**”.
- ♦ Konferencja naukowo-szkoleniowa **Vistula 2006** odbyła się w dniach 18 – 21 maja w Dębem.
- ♦ kampanię społeczną prowadzono pod hasłem „**Rodzina razem przeciw AIDS. Miłość. Wierność. Zaufanie.**”
- ♦ opublikowano doniesienie pochodzące z Ośrodków zajmujących się terapią HIV/AIDS, mówiące iż po 5 latach od wprowadzenia HAART częstość występowania chorób definiujących AIDS uległa zmniejszeniu, a najczęstszymi występującymi są infekcje grzybicze i gruźlica; podkreślono, że **niewielki odsetek leczonych HAART osób zakażonych HIV wynika z tego, w Polsce terapia generalnie nie jest oferowana osobom przyjmującym narkotyki**, które stanowiły ponad 60% osób żyjących z HIV w latach 2000 -2002 ^[228].
- ♦ **X Ogólnopolskie Spotkanie Osób Żyjących z HIV** odbyło się w dniach 26 – 30 czerwca. Wzięli w nim udział goście z Czech, Estonii, Łotwy, Litwy, Białorusi, Ukrainy, Bułgarii, Rumunii, Serbii, Kosowa, Albanii, Węgier, Rosji i Francji.
- ♦ podczas **XIII Konferencji „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie”**, pod honorowym patronatem **Pierwszej Damy Jolanty Kwaśniewskiej**, **czerwone kokardki** otrzymali:
 - Anna Karska-Szymańska – kategoria Inne działania – Roche Polska sp. z o.o.,
 - Halina Polaska – kategoria profilaktyka – Bursa Szkolnictwa Ponadpodstawowego, TRR Kraków,
 - Małgorzata Kruk – kategoria działalność społeczna – Stowarzyszenie „Sieć Plus”,
 - Joanna Dec - kategoria działalność społeczna – Zakład Poradnictwa Młodzieżowego i Edukacji Seksualnej, Uniwersytet Zielonogórski,
 - Anna Kucharuk - kategoria działalność społeczna – wolontariuszka „Mały Książę”,
 - Dr Adam Witor - kategoria środowisko medyczne – Katedra i Oddział Kliniczny Chorób Zakaźnych ŚAM w Chorzowie,
 - Ewa Zarazińska - kategoria środowisko medyczne – Wojewódzka Przychodnia Skórno-Wenerologiczna w Gdańsku,
 - Edyta Skoczeń - kategoria środowisko medyczne – Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie,
 - Danuta Postolska - kategoria media – Teleekspres,
 - TVN S.A. – kategoria firma,
 - Bristol Myers Squibb – kategoria firma.
- ♦ do Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny zgłoszono 750 nowo wykrytych zakażeń HIV. Utrzymała się wysoka częstość wykrywania nierozpoznanawanych wcześniej zakażeń w grupie osób utrzymujących ryzykowne kontakty heteroseksualne, **o 84% wzrosła częstość zakażeń w grupie mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami, osiągając wartość porównywalną do częstości wykrywania nowych zakażeń w grupie używających narkotyki**. Kobiety stanowiły 22,8% (171 osób). Zarejestrowano 15 zakażeń wśród dzieci do 15 roku życia, w tym u 6 niemowląt. Spośród **156** zgłoszonych przypadków AIDS 73 (**46,7%**) było rozpoznanych w ciągu 3 miesięcy od stwierdzenia zakażenia HIV, 20 (12%) w czasie krótszym, niż 1 rok od stwierdzenia zakażenia HIV; zachorowania na AIDS często dotyczyły osób z zespołem wyniszczenia i niską liczbą komórek CD4, nieleczonych wcześniej lekami antyretrowirusowymi (tylko 19 osób, u których rozpoznano AIDS - **12,2%** - było wcześniej leczonych). Najczęściej rozpoznawanymi schorzeniami wskaźnikowymi AIDS były: zespół wyniszczenia (46 przypadków), kandydoza przełyku (389 przypadków) i gruźlica płuc – 32 przypadki ^[229].

2007

- 31 stycznia wstrzymano przed planowanym terminem badania III fazy siarczanu celulozy, stosowanym miejscowo w postaci żelu, który otrzymał nazwę **Ushercell**, po wykazaniu, iż **wśród kobiet z grupy otrzymujących aktywny preparat stwierdzono większą liczbę zakażeń HIV**, niż wśród kobiet stosujących placebo ^[230]. Badaniami kierowała organizacja zajmująca się zdrowiem reprodukcyjnym CONRAD ^[231], współpracująca z U.S. Agency for International Development (USAID), a prowadzono je w Beninie, Indiach, Republice Południowej Afryki i Ugandzie.
- **Dania** – porównano długość życia osób zakażonych HIV z długością życia osób niezakażonych i wykazano, iż po wprowadzeniu do powszechnego stosowania skojarzonej terapii antyretrowirusowej długość życia osób zakażonych HIV, które ukończyły 25 lat i są leczone, wzrosła o około 35 lat ^[232].
- z danych opublikowanych 17 kwietnia przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) oraz UNAIDS wynika, iż w krajach rozwijających się 2 mln ludzi żyjących z HIV, mających wskazania do rozpoczęcia terapii, otrzymuje leki antyretrowirusowe. Liczba osób leczonych w ciągu roku wzrosła o 54%. Jednakże mimo to **tylko 28% potrzebujących**

terapii otrzymuje leki, a tylko 11% kobiet żyjących z HIV w Afryce ma dostęp do leków zmniejszających ryzyko przeniesienia zakażenia na ich dzieci.

- **WHO/UNAIDS** opublikowały wnioski i rekomendacje dotyczące **obrzezania mężczyzn**: promowanie obrezania mężczyzn powinno zostać uznane za dodatkową ważną strategię profilaktyki zakażeń HIV nabywanych w kontaktach heteroseksualnych; obrezanie mężczyzn nie daje całkowitej ochrony przed zakażeniem HIV i powinno być częścią złożonego „pakietu profilaktycznego”, który obejmuje opóźnienie inicjacji seksualnej, zmniejszenie liczby partnerów seksualnych, dostarczanie i promowanie właściwego, **konsekwentnego stosowania prezerwatyw** (dla kobiet i dla mężczyzn), stwarzanie możliwości wykonywania testów na HIV i właściwego poradnictwa z tym związanego oraz leczenia chorób przenoszonych drogą płciową^[233].
 - eksperci zajmujący się zdrowiem kobiet stwierdzili, iż **kobiety żyjące w regionach o dużej częstotliwości zakażeń HIV będą mogły osiągnąć korzyści po 10 – 20 latach od zmniejszenia częstotliwości zakażeń wśród obreżanych mężczyzn, bo dopiero wtedy będą miały mniejszą szansę spotkania mężczyzny zakażonego HIV**^[234].
- **Uganda AIDS Commission** opracowała nowy program dotyczący HIV/AIDS^[235]. Wspomniano w nim, iż zwiększenie częstotliwości nowych zakażeń HIV obserwowany jest w Ugandzie od 2002 roku. Kontakty seksualne przyczyniają się do 76% nowych zakażeń. W 2005 roku wykazano, iż **najwyższa liczba zakażeń dotyczy osób będących w związkach małżeńskich (przede wszystkim kobiet)**, osób sprzedających usługi seksualne (21%) i osób dokonujących przygodnych kontaktów seksualnych. Zakażenia wertykalne stanowią 22% nowych zakażeń. **National HIV/AIDS Strategic Plan** połączono z planem eradykacji ubóstwa w kraju. Jego autorzy zakładają konieczność zwiększenia środków finansowych, niezbędnych do jego realizacji, z 263 mln dolarów w 2007 roku do 513 mln w roku 2012, choć zdają sobie sprawę, iż samo zwiększenie nakładów finansowych nie wystarczy. Dostępne środki finansowe, przeznaczane na profilaktykę, lokowane będą w najbardziej oszczędnych interwencjach, do których należą poradnictwo i testowanie w kierunku HIV, znaczące włączenie ludzi żyjących z HIV (**Prevention with Positives**), mobilizację społeczną i zapobieganie przenoszeniu zakażenia z matki na dziecko.
 - w południowo-wschodniej części kraju ciągłą praktyką jest dziedziczenie wdów. Wszyscy mężczyźni mający 18 lat i więcej mogą dziedziczyć wdowy. Nie ma limitu, ile wdów może odziedziczyć jeden mężczyzna, co wspiera istniejącą wciąż poligamię. Ta praktyka przyczynia się niewątpliwie do rozprzestrzeniania zakażeń HIV^[236].
- **do badania nad profilaktyką przed-ekspozycyjną** w Ganie włączono 400 kobiet w wieku średnio 23,7 lat, mających za sobą średnio 7 lat nauki, mających największe ryzyko zakażenia HIV (sprzedaż usług seksualnych) z miasta Tema i okolic. Tema jest biednym miastem, liczącym 200 000 mieszkańców, utrzymujących się z rybołówstwa i produkcji przemysłowej (aluminium, rafinacja ropy, chemikalia, produkty żywnościowe, materiały budowlane). Według danych z 2004 roku częstość zakażeń HIV w tym mieście była najwyższa w kraju i wynosiła 6,4% (średnia krajowa – 3,1%). Sprzedaż usług seksualnych w Tema i okolicy ma trzy formy: niektóre kobiety łączą ją z transportem dóbr na rynek i z powrotem (znane lokalnie jako „*transporter girls*”), są zwykle młode i pochodzą z innych obszarów Gany lub z innych krajów Afryki Zachodniej. Drugą grupą są tak zwane „*seaters*”, zwykle nie umiejące czytać i pisać kobiety w średnim wieku, mieszkające na wsiach, sezonowo przyjmujące mężczyzn w domach, które zarobione pieniądze przeznaczają na opłatę czesnego w szkołach swoich dzieci i powrót do rodzinnych wsi. Trzecią grupą są „*roamers*”, młode kobiety wędrujące od baru do baru w poszukiwaniu klientów. W 1997 roku, częstość zakażeń HIV wśród „*seaters*” wynosiła 74%, wśród „*roamers*” – 27%. W badaniach dokładności przyjmowania tabletek (adherencji) wykazano, że w czasie 12 miesięcy obserwacji wynosiła ponad 82%, zwiększała się z upływem czasu, a większość kobiet przyjmowanie tabletek włączała do rutynowych, codziennych zajęć^[237]. Wyniki tego badania opublikowano dopiero w 2010 roku. Nie udało się znaleźć informacji o skuteczności stosowanej profilaktyki przed-ekspozycyjnej. Zajęto się za to kwestią, czy przyjmowany lek nie przyczynił się do zwiększenia częstości ryzykownych kontaktów seksualnych – okazało się, że wręcz przeciwnie^[238].
- **Ruby Yang i Thomas Lennon** zdobyli statuetkę **Oskara** za krótki film dokumentalny pod tytułem „*The Blood in Yingzhou District*”. Wspominany w tytule dystrykt znajduje się w prowincji Hennan, która stała się centrum zachorowań na AIDS biednych rolników, którzy w latach 90. XX wieku sprzedawali swoje osoby firmom państwowym i prywatnym, które nie przestrzegały podstawowych zasad bezpieczeństwa. Oficjalne szacunki mówią, iż w Chinach jest 76 000 sierot w następstwie AIDS, a istniejące szacunki mówią, iż do roku 2010 liczba ta może wzrosnąć do 260 000. Autorzy chcieli zwrócić uwagę świata na problem HIV/AIDS w Chinach.^{IX}
- 20 maja odbył się po raz 24. **International AIDS Candlelight Memorial**.



- od maja badacze z **Centre for the AIDS Programme of Research in South Africa (CAPRISA)**, współfinansowane przez **US Agency for International Development (USAID)** prowadzili badanie mające kosztować 13,5 mln dolarów USA, nad stosowaniem miejscowo żelu zawierającego tenofovir, które od początku wzbudzało kontrowersje. Najbardziej

^{IX} Nie za bardzo autorom filmu udało się poruszyć opinię publiczną. Pięć lat później, w 2011 roku opublikowałam artykuł „Komercjalizacja osocza i krwi w Chinach” w Przeglądzie Epidemiologicznym (2011; 65: 515-519), kiedy proceder przenoszenia zakażeń HIV trwał nadal.

dyskusyjną kwestią było to, iż w badaniu **CAPRISA 004** kobiety powinny aplikować sobie żel zawierający tenofovir na 12 godzin przed kontaktem seksualnym i 12 godzin po. Taki sposób nie jest realny dla kobiet, których partnerzy są w domu tylko przez krótki okres czasu ^[239]. Badacze z RPA podkreślali, iż w społeczności, w której prowadzone są badania większość przypadków nowych zakażeń HIV dotyczy kobiet, których partnerzy wyjeżdżają do pracy daleko od domów i wracają tylko na krótkie urlopy ^[240]. Badania prowadzono w centrum Durbanu, gdzie częstość zakażeń HIV wśród kobiet z populacji ogólnej wynosi 59,3%, a wśród kobiet sprzedających usługi seksualne – 59,4% oraz na obszarach wiejskich, gdzie 55% kobiet w wieku 20 – 24 lata było zakażonych HIV w 2004 r (w 2001 roku – 44%), ^[241].

- czerwiec – na festiwalu filmowym w Cannes doceniono kampanię internetową „**Before You Enter – Wear Condoms**” przygotowaną dla Krajowego Centrum ds. AIDS przez Agencję **Arc Warsaw** (Leo Burnett Group). Reklama **zdołała w Cannes Brązowego Lwa w kategorii Cyber**. Reklama została doceniona również w Polsce. Na tegorocznym bardzo ważnym w środowisku Polskim Konkursie Reklamy (KTR) tę samą pracę w kategorii „Nowe media” nagrodzono złotym medalem.
- w dniach 22 – 25 czerwca odbyła się **4. Conference on HIV, Pathogenesis, Treatment and Prevention International AIDS Society (IAS)**, dotycząca patogenezy, leczenia i zapobiegania HIV – w Sydney, Australia.



- na konferencję przybyło około 5 000 uczestników, przedstawiono rekordową liczbę plakatów – 3 200;
- na jednym z plakatów pojawiło się **doniesienie z Ugandy**, mówiące, że mycie wodą narządów płciowych męskich w ciągu mniej niż 10 minut od odbytego kontaktu seksualnego może zwiększać ryzyko zakażenia HIV nieobrzezanych mężczyzn, a samo mycie wiązało się z niezamiennym statystycznie wzrostem ryzyka zakażenia. Autorzy tłumaczyli to tym, iż kwaśne pH wydzielin pochwy skraca przetrwanie HIV, zaś użycie wody o neutralnym pH może pomóc wirusowi przetrwać i zwiększyć jego zakaźność, zaś opóźnienie mycia może zmniejszyć zakaźność poprzez wydłużenie kontaktu z kwaśnymi wydzielinami pochwy. Jednakże sami autorzy napisali, że podawane przez mężczyzn informacje o praktykach higienicznych po seksie nie muszą być wiarygodne, gdyż nie pytano o szczegóły dokonywanego mycia, dlatego wskazane są dalsze badania; w dodatku na obszarach zamieszkania tych mężczyzn występowały trudności z dostępem do czystej wody ^[242]. Doniesienie obiegło cały świat, publikowano go szeroko także w Polsce i nie podważano jego wiarygodności. Dopiero w 2016 roku autorzy opublikowali wyniki swoich badań w czasopiśmie AIDS. Tym razem napisali, że mycie po kontakcie seksualnym nie chroni mężczyzn przed nabyciem zakażenia HIV, choć przyznali, że informacje o praktykach higienicznych badanych mogą być niewiarygodne, bo nie pytali o to ich partnerek seksualnych, w dodatku liczba mężczyzn, którzy podawali, że się nie myją była zbyt mała ^[243].
- dużo uwagi poświęcono biomedycznym metodom profilaktyki zakażeń HIV, do których zaliczono: diafragmy (i potencjalnie inne środki wewnątrzmaciczne), profilaktykę przed- i poekspozycyjną lekami antyretrowirusowymi, leczenie współtowarzyszących infekcji wirusowych, mikrobicydy do stosowania waginalnego i analnego, szczepienia przeciwko infekcjom wirusowym, na przykład wirusowemu zapaleniu wątroby typu A, B i HPV, prezerwatywy dla mężczyzn i kobiet, leczenie antyretrowirusowe zakażonych HIV osób bezpośrednio po rozpoznaniu, obrezanie dorosłych mężczyzn i – mało prawdopodobne w bliskiej przyszłości – szczepienia przeciw HIV ^[244].
- **Libia** - 17 lipca ostateczna instancja Libii – Najwyższa Rada Sądownicza – zamieniła karę śmierci na karę dożywotniego więzienia, po wyrażeniu zgody na wypłacenie rodzinom zakażonych HIV dzieci rekompensat wartości 1 miliona dolarów za zakażone HIV dziecko ^[245]. Tego samego dnia rodziny ofiar poinformowały, że otrzymały odszkodowania w zamian za odstąpienie od żądania śmierci dla pracowników medycznych. Jak podał rzecznik rodzin – każdej z nich przysługiwał milion dolarów. Według rzecznika liczba zakażonych dzieci wzrosła w ciągu 8 lat procesu do blisko 460, a około 20 matek zostało zakażonych przez swoje dzieci ^[246]. Bułgaria podjęła kroki mające umożliwić pielęgniarce i palestyńskiemu lekarzowi (który w czerwcu 2007 roku otrzymał obywatelstwo bułgarskie) powrót do kraju, na mocy porozumienia prawnego zawartego przez oba kraje w 1984 roku ^[247]. Jednakże Libia zaczęła stawiać kolejne warunki, jak m. in. przywrócenie stosunków dyplomatycznych z Unią Europejską, zerwanych po zamachu na samolot linii PanAm w 1988 roku, umorzenia części swoich długów, a także przeznaczenia kolejnych sum na leczenie dzieci zakażonych HIV. Choć UE i USA gotowe były na duże ustępstwa, części żądań Trypolisu nie mogły spełnić, a rozmowy znalazły się w martwym punkcie. 22 lipca 2007r. do Libii przyleciała żona francuskiego prezydenta Cecylia Sarkozy i Komisarz Unii ds. Stosunków Zewnętrznych Benita Ferraro-Waldner, które po wielogodzinnych negocjacjach prowadzonych z pułkownikiem Kaddafim doprowadziły do przekazania skazanych pracowników służby zdrowia Bułgarii. **24 lipca**, po ponad 2 000 dniach spędzonych w libijskim więzieniu, **5 bułgarskich pielęgniarek i palestyński lekarz** (który pół roku wcześniej otrzymał obywatelstwo bułgarskie) **wylądowali na lotnisku w Sofii** (Bułgaria). Krótko później prezydent Bułgarii Georgi Prwanow uniewinnił skazanych 11 lipca 2007 roku na karę śmierci, zamienioną po kilka dniach na karę dożywotniego więzienia ^[248].
- w krajach rozwijających się najbiedniejsi ludzie umierają z powodu niedostatecznej liczby pracowników ochrony zdrowia – alarmował raport **Lekarzy bez Granic [Médecins Sans Frontières]**. Niedobory kadrowe zwiększa fakt, że wielu pracowników medycznych zakażyło się HIV i jest chorych albo umarło. W dodatku płace w ochronie zdrowia są bardzo niskie, a warunki bardzo trudne. W Mozambiku na przykład na 100 000 mieszkańców przypada 2,6 lekarzy i 20 pielęgniarek, w RPA 74,3 lekarzy i 393 pielęgniarki, ale większość z nich pracuje w prywatnej opiece zdrowotnej.

W USA na 100 000 mieszkańców było wówczas 247 lekarzy i 901 pielęgniarek, choć ich rozmieszczenie w kraju byłoby bardzo nierówne [249].

- **Uganda** – Komisja ds. AIDS opublikowała nowy plan zapobiegania zakażeniom HIV do 2012 roku: nastąpić ma powrót do strategii **IEC (information, education, communication)**, instytucje socjalne, religijne, ekonomiczne, kulturalne i placówki opieki zdrowotnej mają być wykorzystywane do przekazywania informacji o profilaktyce HIV, do 2012 roku ma być zapewnione 100% bezpieczeństwa przetaczanej krwi i pełna dostępność do profilaktyki poekspozycyjnej; przyznano, że **trudną do powetowania stratą jest zmiana poglądów na stosowanie i skuteczność prezerwatyw**, jednak nowe podejście do profilaktyki HIV/AIDS, jeśli będzie stosowane konsekwentnie, może zmniejszyć częstość nowych zakażeń HIV [250].
- 6 sierpnia FDA zarejestrowało lek należący do nowej grupy inhibitorów receptora CCR5 – **marawirok (MVC) – SELZENTRY (Pfizer)**, w Europie – **CELSENTRI**. Rejestracja leku nastąpiła na podstawie trwających 24 tygodnie badań klinicznych III fazy. Lek powinien być stosowany w połączeniu z innymi lekami antyretrowirusowymi w terapii zakażenia szczepami CCR5-tropowymi u osób dorosłych, których wirus pozostaje wykrywalny mimo wcześniejszego leczenia lub wykazujących oporność na wiele leków antyretrowirusowych. Nie zarejestrowano leku do leczenia osób mających mniej, niż 16 lat. Bezpieczeństwa i skuteczności leku nie określono dla osób nieleczonych wcześniej lub zakażonych wirusem o mieszanym tropizmie lub wirusem CCR5-tropowym.
- **Wielka Brytania** – w październiku zwolniony został szef komitetu doradczego rządu do spraw narkotyków, profesor **David Nutt**, za sprzeciwianie się planom premiera, by przesunąć marihuanę i ecstazy z listy narkotyków, których posiadanie zagrożone jest mniejszą karą (lista C), do klasy zagrożonej wyższą karą (lista B); w geście solidarności odeszło innych 5 członków brytyjskiego **Advisory Council on the Misuse of Drugs** [251].
- 12 października FDA zarejestrowało **raltegravir (MK-0518, RAL)**, pod nazwą handlową **ISENTRESS** – pierwszy z leków należących do grupy inhibitorów integrazy. Integraza jest enzymem, który po przepisaniu materiału genetycznego wirusa HIV z RNA na DNA (przy pomocy enzymu odwrotnej transkryptazy) umożliwia włączenie materiału genetycznego wirusa do DNA ludzkiego, dzięki czemu możliwe jest namnażanie się wirusa.
- 21 października wstrzymano dwa badania – STEP (HVTN 502 lub Merck V520-02) i HVTN 503 lub „Phambili” – nad szczepionką zapobiegającą zakażeniom HIV. Badania sponsorowała firma Merck & Co. Inc i **National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID)**, a prowadzone przez powołaną przez NIAID **HIV Vaccine Trials Network (HTVN)** i firmę Merck. Badano preparat MRKAd5 HIV-1 gag/pol/nef, triwalentną szczepionkę na bazie osłabionego adenowirusa typ 5 (powodującego zakażenia górnego układu oddechowego), zmienionego tak, by był niezdolny do replikacji. Szczepionka zawierała mieszaninę trzech osłabionych adenowirusów działających jako wektory lub nosiciele dla skutecznego transportu do organizmu i zaprezentowania układowi immunologicznemu trzech białek HIV: *gag*, *pol* i *nef*. **Na podstawie uzyskanych wyników nie wykazano, by badana szczepionka zapobiegała zakażeniom HIV lub wpływała na przebieg zakażenia** (sama szczepionka nie może powodować zakażenia HIV, gdyż zawiera tylko syntetyczne fragmenty wirusa), [252].
- **CDC** podało, iż w 6 spośród 14 krajów objętych programem **PEPFAR** (Botswana, Etiopia, Gujana, Haiti, Kenia, Mozambik, Namibia, Nigeria, Republika Południowej Afryki, Ruanda, Tanzania, Uganda, Wybrzeże Kości Słoniowej i Zambia) wprowadzono regulacje sprawiające, iż 100% krwi oddawanych jest przez ochotników, którzy nie otrzymują za to żadnej rekompensaty. Mimo znaczącej poprawy w dalszym ciągu w Mozambiku 7,2% donacji zawiera HIV, w Zambii – 3,8%, w Etiopii – 3,0%, w Tanzanii – 2,8%, w Nigerii – 2,5%. Najniższy odsetek zakażonych porcji krwi stwierdzano w RPA (0,1%) i Gujanie (0,3%), [253].
- **USA** – w październiku przedstawiciele CDC, NIH i HRSA (**Health Resources and Services**) omawiali różnice etniczne HIV/AIDS w USA: z ponad 1 mln osób żyjących z HIV około 50% dotyczy Afro-Amerykanów stanowiących 13% populacji kraju. Wśród Afro-Amerykanów rozpoznawanych jest około 25 000 nowych zakażeń HIV rocznie, najbardziej dotknięci są mężczyźni uprawiający seks z mężczyznami i kobiety; szacuje się, że u 1 na 16 Afro-Amerykańskich mężczyzn i u 1 na 30 Afro-Amerykańskich kobiet w czasie ich życia zostanie rozpoznane zakażenie HIV. W czasie tych konsultacji uznano też, że HIV jest jednym z mnóstwa problemów zdrowotnych dotyczących Afro-Amerykanów, borykających się także z biedą, ograniczonym dostępem do edukacji, pracy, dużą częstością pozbawienia wolności, brakiem dostępu do opieki medycznej i stomatologicznej, a także rasizmem [254].
- **USA** – dopiero w grudniu amerykańskie FDA postanowiło, iż na opakowaniach środków plemnikobójczych dostępnych bez recepty zostanie umieszczone ostrzeżenie, iż nonoksynol 9 nie tylko nie chroni przed zakażeniem HIV i innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową, a wręcz przeciwnie, poprzez powodowanie podrażnień błony śluzowej pochwy i odbytu mogą ułatwiać przeniesienie zakażenia; nawet tak mała ilość N-9, jaka jest używana do nawilżania prezerwatyw może powodować podrażnienia błony śluzowej [255]. Informacje o sprzedawanych w aptekach internetowych w Polsce środkach plemnikobójczych zawierają tylko ostrzeżenie, iż nonoksynol 9 nie chroni przed zakażeniem HIV i innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową, nie zawierają ostrzeżeń o drażniących właściwościach preparatu, które mogą ułatwić przeniesienie zakażenia.
- **UNAIDS** – w 2007 roku tylko 1 na 3 kobiety zakażone HIV na świecie, będące w ciąży, miała możliwość skorzystania z jakiegokolwiek metody zmniejszania ryzyka przenoszenia zakażenia na jej dziecko [256].
- **Ukraina** – według opublikowanych danych z 2007 roku – 395 000 dorosłych w wieku od 15 do 49 lat (od 230 000 do 573 000) żyje z HIV; częstość zakażeń HIV wśród dorosłych szacowana jest na 1,63% - co stanowi **najwyższy odsetek wśród krajów europejskich** [257].
- **Wielka Brytania** – szacuje się, iż 77 400 osób żyje z HIV, z których 28% nie jest świadomych zakażenia; w 2007 roku rozpoznano 7 734 zakażenia, z których 31% zostało rozpoznanych późno; w 2007 roku 41% zakażeń dotyczyło

mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami, a 55% było następstwem kontaktów heteroseksualnych (większość osób zakażonych tą drogą nabyło zakażenie poza granicami kraju, przede wszystkim w Afryce subsaharyjskiej),^[258]

- według szacunków **UNAIDS** na świecie żyły z HIV/AIDS 33,2 mln osób (30,6 – 36,1 mln), o 6,3 mln mniej, niż w roku poprzednim – korekta spowodowana została w dużym stopniu poprawą i rozszerzeniem systemu nadzoru, gromadzenia danych i metodologii, skorygowaniem szacunków dla Indii i niektórych krajów Afryki (Nigeria, Mozambik, Zimbabwe, Kenia, Angola); jednak mimo to HIV jest głównym zabójcą na świecie i wiodącą przyczyną śmierci na świecie – 6 800 osób nabywa zakażenie HIV codziennie, 2 500 umiera^[259].
- **Japonia** – opisano przypadek niezwykle wolnego postępu zakażenia **HIV-2**. Dotyczył Japończyka, który w chwili rozpoznania zakażenia liczył 77 lat. Trafił do szpitala z powodu ostrego napadu astmy, zrobiono mu test na HIV, a test Western blot wykazał silną reaktywność z HIV-2, nie z HIV-1. Mężczyzna nie podawał angażowania się w ryzykowne kontakty seksualne w przeszłości, negował też przyjmowanie narkotyków. Jego 72-letnia żona i 34-letni syn nie byli zakażeni. Ale pacjent w 1971 roku przeżył niemal śmiertelny wypadek motocyklowy w Senegalu, gdzie wykonano mu splenektomię, a w trakcie operacji miał przetaczaną krew pobraną od miejscowych ochotników. Po kilku dniach pobytu w szpitalu mężczyznę wypisano w stanie dobrym do domu – jego choroba nie miała związku z zakażeniem, a liczba komórek CD4 wynosiła 827/mm³. W badaniach sekwencji HIV-2 *gag* regionu p7-p24 wykazano, iż szczep HIV-2 pacjenta należał do grupy A, który jest rozpowszechniony na zachodnich obszarach Afryki Zachodniej, także w Senegalu. Ten przypadek to pierwsze zakażenie HIV-2 stwierdzone u Japończyka^[260].
- **Chiny** – według szacunków żyje tam 700 000 osób zakażonych HIV, a około 85 000 osób ma AIDS: 40,6% nabyło zakażenie w następstwie kontaktów heteroseksualnych, 38,1% - przyjmowania narkotyków w iniekcjach. W tym roku zarejestrowano 50 000 nowych zakażeń, a 20 000 osób zmarło na AIDS^[261]. Zakażenie HIV dotyczy 0,05% ludności ChRL, ale w kilku prowincjach, jak Yunnan, Guangxi, Guandong, Xinjiang i Henan liczba zakażonych HIV jest znacznie większa (po ponad 30 000 ludzi).

W tym roku **Standing Committee of the National People's Congress** (Stały Komitet Ogólnochińskiego Zgromadzenia Przedstawicieli Ludowych) wprowadził nowe prawo antynarkotykowe, które ma wejść w życie w czerwcu 2008 roku. Da policji więcej uprawnień do poszukiwania narkotyków, wspierać ma również terapię uzależnień. W nowej ustawie wyeliminowano skazywanie na przymusowy pobyt w ośrodkach rehabilitacji przez pracę dla zatrzymywania osób uzależnionych, jednak wydłużono okresy zatrzymywania do 6 lat poprzez wprowadzenie nowej kategorii nazwanej „przymusowa izolacja połączona z detoksykacją” trwającej od 1 do 3 lat, po czym osoba uzależniona poddawana ma być przez około 3 lata „rehabilitacji społecznej”, której nie zdefiniowano. Nie ustalono też sposobu kontroli nowych miejsc zatrzymania osób uzależnionych. Warunki życia w ośrodkach detoksykacji lub rehabilitacji przez pracę są bardzo trudne. Na powierzchni mniejszej, niż 5 metrów przebywać może do 30 osób. Osoby skazywane na pobyt w nich mają wielokrotnie wykonywane testy na HIV, ale zwykle nie są informowane wynikach. Przedstawiciele władz uzasadniają to tym, iż „informowanie o wynikach spowodowałoby chaos w ośrodkach i zbyt duże wymagania klientów”. Według relacji jednego ze strażników, wcześniej pracującego w jednym z takich ośrodków, wyniki testów na HIV sprawdzane są przez personel dla zorientowania się „z którą z zatrzymanych kobiet można spać bez prezerwatywy”. W takich ośrodkach dostęp do opieki zdrowotnej jest niedostateczny, za wypisywane leki muszą płacić pacjenci, występują też poważne niedobory żywności. Natomiast lekarz pracujący w ośrodku detoksykacji przekazał informację mówiącą, że „jeśli zatrzymany jest bardzo chory, przekazywany jest do szpitala, ale jeśli nie ma dość pieniędzy, wówczas szpital go nie przyjmie; nie odpowiadamy za to, co się z nim dalej stanie”. Jeśli skazany na pobyt w takich ośrodkach czułowiek przyjmował wcześniej leki antyretrowirusowe na ogół przestaje je przyjmować, chyba że ma dobre kontakty ze strażnikami, którzy dostarczają mu leki. W ośrodkach nie jest prowadzona edukacja dotycząca HIV/AIDS. Zachowania pociągające za sobą ryzyko zakażenia HIV, jak przyjmowanie narkotyków w iniekcjach, wymienianie sprzętu do iniekcji przez wiele osób, kontakty seksualne bez zabezpieczenia, są częste. W ośrodkach detoksykacji nie ma standardów postępowania z osobami uzależnionymi. W niektórych z nich używany jest metadon, buprenorfina, klonidyna, lofiksydyna i/lub tradycyjne chińskie leki, ale bardzo często przebywający w nich uzależnieni nie otrzymują żadnych leków lub tylko preparaty ziołowe, a dostęp do innych farmaceutyków zależy od poglądów władz lokalnych, budżetu ośrodka i samej osoby uzależnionej^[262].

- hasło **Światowego Dnia AIDS: „Zatrzymać AIDS. Dotrzymać obietnic. (Stop AIDS; Keep the Promise – Leadership „Take the lead”)**.

Polska – 2007

- ♦ 3 stycznia w radio i TV pojawiła się informacja, iż jeden z uchodźców z Afryki, Simon M., świadomie miał świadomie zakażać HIV młode kobiety w Warszawie, co spowodowało ponowne zainteresowanie się problematyką HIV/AIDS w środowisku masowego przekazu, a także znaczne zwiększenie liczby osób zgłaszających się do Punktów Konsultacyjno-Diagnostycznych w celu wykonania testu w kierunku obecności przeciwciał anty-HIV.
- ♦ w marcu, dzięki kilkunastomiesięcznym staraniom lekarzy z Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych, powstał program metadonowy. Do 11 grudnia uczestniczyło w nim 139 pacjentów (38 kobiet i 96 mężczyzn), przede wszystkim z Wrocławia, ale także z Oleśnicy, Wołowa, Brzegu Dolnego. Duża liczba chętnych do uczestniczenia w programie sprawia, że istnieje lista oczekujących, na której pod koniec 2009 roku były 34 osoby. Powstanie programu sprawiło między innymi to, że na Dworcu Głównym i w innych miejscach publicznych nie spotykają się już osoby uzależnione^[263].
- ♦ Krajowe Centrum ds. AIDS wydało zupełnie zmieniony poradnik dla osób żyjących z HIV „**Życie z wirusem...**” pod redakcją Doroty Rogowskiej Szadkowskiej.

- 18 stycznia na podstawie procedury **accelerated approval** zarejestrowano w USA nienukleozydowy inhibitor odwrotnej transkryptazy (NRTI) – **etrawirynę (ETV, dawniej TMC125)**, nazwany przez producenta, firmę Tibotec Therapeutics, **Intencele**. Lek został zaaprobowany tylko dla leczonych wcześniej dorosłych pacjentów, do stosowania z innymi lekami antyretrowirusowymi. Rejestracja leku nastąpiła na podstawie analiz trwających 24 tygodnie badań DUET 1 i DUET 2, w których obserwowano pacjentów zarówno wykazujących oporność na NNRTI, jak i przynajmniej 3 mutacje pierwotnej oporności na inhibitory proteazy [265]. Dane z dłużej trwających badań będą konieczne, zanim FDA rozważy tradycyjną rejestrację leku.



- podczas **15. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI)** niemiecki lekarz Gero Hütter podczas sesji plakatowej przedstawił przypadek pacjenta zakażonego HIV od ponad 10 lat, któremu z powodu białaczki przeszczepiono komórki macierzyste dawcy z delecją CCR5Δ32. Po zabiegu ostawiono leki antyretrowirusowe. Po dwóch miesiącach poziom wirerii w jego krwi stał się niewykrywalny i utrzymywał się tak przez kolejnych 6 miesięcy. Nie wykryto HIV RNA we krwi ani tkance odczynu i kości. Relacjonujący ten przypadek postulowali konieczność dłuższej obserwacji [266]. To pierwsze doniesienie o pacjencie nazwanym później „**The Berlin Patient**”^x. Prestiżowe czasopismo medyczne New England Journal of Medicine dopiero rok później opublikowało doniesienie doktora Gero Hüttera i współpracowników o tym przypadku [267] (→ dalej).
- w początkach roku zostało opublikowane stanowisko szwajcarskich ekspertów [268], dotyczące zakaźności w kontaktach seksualnych skutecznie leczonych pacjentów. Autorzy, w imieniu **Swiss Federal Commission for HIV/AIDS**, na podstawie przeglądu literatury medycznej i po wielu dyskusjach sugerują, iż **osoby zakażone HIV, leczone lekami antyretrowirusowymi maksymalnie obniżającymi wiramię, nie mogą przenosić zakażenia w kontaktach seksualnych**. To stanowisko dotyczy **wyłączenie** sytuacji, w których:
 - pacjent przyjmuje dokładnie leki antyretrowirusowe, a ich skuteczność musi być regularnie badana przez lekarza leczącego,
 - poziom wirerii jest niższy od 40 kopii RNA HIV/ml przez przynajmniej 6 miesięcy,
 - pacjent nie ma innych chorób przenoszonych drogą płciową.
 Autorzy dodali także informacje o kilku niebezpieczeństwach związanych z przedstawionym stanowiskiem:
 - * w ciągu kilku dni lub tygodni po przerwaniu terapii antyretrowirusowej poziom wirerii w krwi wzrasta bardzo szybko – jak dotąd istnieje przynajmniej jedno doniesienie o przeniesieniu zakażenia podczas takiego ponownego wzrostu wirerii,
 - * u nieleczonych pacjentów choroby przenoszone drogą płciową, jak zapalenie cewki moczowej czy owrzodzenia narządów płciowych powodują wzrost wirerii w narządach płciowych – poziom wirerii obniża się po wyleczeniu takiej choroby,
 - * u pacjentów z zapaleniem cewki moczowej poziom wirerii w nasieniu może wzrastać nawet u pacjentów skutecznie leczonych lekami antyretrowirusowymi; ten wzrost jest niewielki, mniejszy od obserwowanego u pacjentów przerywających leczenie.
 - * w lipcu w polemice ze szwajcarskimi ekspertami australijscy opublikowali wyniki modelowania matematycznego, by oszacować kumulacyjny ryzyko przeniesienia zakażenia HIV z osoby skutecznie leczonej (HIV RNA poniżej 10 kopii/ml) na partnera/partnerkę seksualną przez dłuższy okres czasu. Zakładając, że każda z 10 000 par o różnym statusie serologicznym ma 100 kontaktów seksualnych rocznie to w ciągu 10 lat mogłoby dojść do 215 zakażeń mężczyzn od kobiet, 425 zakażeń kobiet od mężczyzn i 3 524 infekcji przeniesionych z mężczyzn na mężczyzn. Stanowisko ekspertów szwajcarskich może być uważane za zalecenie, by konkretna para o różnym statusie serologicznym po konsultacjach ze swoim lekarzem mogła

^x „**The Berlin Patient**” to **Timothy Brown**, Amerykanin i tłumacz z języka niemieckiego. Zakażenie HIV rozpoznano u niego w 1995 roku. Dawny przyjaciel powiedział mu, że ma przed sobą tylko 2 lata życia. Ale rok później zaczęto stosować skojarzoną terapię antyretrowirusową. W 2006 roku, także w Niemczech, rozpoznano u niego ostrą białaczkę szpikową. W szpitalu uniwersyteckim Charité zajął się nim dr Gero Hütter, 37-letni wówczas specjalista zajmujący się nowotworami krwi. O HIV/AIDS wiedział niewiele, nie wiedział, że wyleczenie zakażenia uważa się za niemożliwe. Pamiętał za to doniesienie sprzed lat, mówiące, że pewne mutacje receptora CCR5 utrudniają wnikanie wirusa HIV do wrażliwych komórek. Znalazł 232 dawców, którzy mieli mutację zwaną delta 32 (Δ32), sprawiającą, że receptor CCR5 nie pozwoli wirusowi na wejście do wrażliwej na zakażenie komórki. Dla Browna idealnym był dawca nr 61. Ale białaczka po pierwszym przeszczepie nawróciła po niecałym roku. Wykonano drugi, w 2008 roku, który okazał się skuteczny w leczeniu białaczki, ale pociągnął za sobą poważne powikłania – Brown przestał na pewien czas mówić i chodzić. Leczenia antyretrowirusowego nie włączono, mimo to wirus HIV była niewykrywalna. Jednak większość ekspertów nie wierzyło w możliwość wyleczenia zakażenia HIV. Dr Hütter miał trudności w opublikowaniu opisu przypadku i sposobu leczenia swojego pacjenta (*Rosenberg R. The man who had HIV and now does not. 27.05.2011. <https://nymag.com/health/features/aids-cure-2011-6/> [dostęp: 10.12.2022]*). Dr Hütter po latach wspominał, że Brown „*był we właściwym miejscu we właściwym czasie*”. W Niemczech istnieje duży, scentralizowany rejestr dawców komórek macierzystych, a mutacja CCR5 jest najczęstsza u północnych Europejczyków. Poszukiwanie mutacji jest proste, kosztuje dodatkowo tylko 500 dolarów (*Engel M. Doctor who cured „Berlin patient” of HIV: „We knew we were doing something very special”. Fred Hutch News Service. 27.02.2015. <https://www.aidsmap.com/news/feb-2022/new-york-woman-free-hiv-14-months-after-stem-cell-transplant>. [dostęp: 20.11.2022]*).

rozważyć opcje zmniejszenia ryzyka przeniesienia zakażenia. Wyliczenia autorów sugerują, że leczenie jako profilaktyka może zmniejszyć liczbę zakażeń HIV tylko, jeśli utrzymane zostanie regularne używanie prezerwatyw. A jeśli nawet założyć, że prezerwatywy są używane w 80% kontaktów, a prezerwatywy chronią w 95% to po 10 latach będzie 52 zakażeń przeniesionych z kobiet na mężczyzn, 104 z mężczyzn na kobiety i 999 z mężczyzn na mężczyzn. „W rzeczywistości nasza analiza sugeruje, że istnieje większy potencjał wyrządzania szkody niż pożytku. ... Przy rosnącej częstości zakażeń wśród mężczyzn mających seks z mężczyznami od czasu, kiedy stało się szeroko dostępne skuteczne leczenie antyretrowirusowe, nawet przy braku oficjalnego stanowiska w rekomendacjach, mówiącego że można przestać używać prezerwatyw, wydaje się zbyt wcześnie na promowanie leczenia jako strategii zdrowia publicznego w zapobieganiu transmisji HIV” [269].

- **Uganda** – wprawdzie prevalencja zakażeń HIV zmniejszyła się z 17% w latach 90. do nieco ponad 5% w 2005 roku, ale później ponownie zaczęła rosnąć, wynosząc w początkach 2008 roku 6,4%. Odsetek nowych zakażeń HIV znacznie wzrósł w pewnych grupach ludności, w których wcześniej był niski – **kobiety pozostające w związkach małżeńskich stanowią obecnie około 60% nowych przypadków**. Częstość zakażeń wśród kobiet w wieku 30 – 39 lat wzrosła z 8,3% do 14,7%, a wśród kobiet mających 25 – 39 lat z 8,3% do 14,7%. Co roku rozpoznaje się 132 000 nowych zakażeń HIV, rośnie też liczba rozpoznanych chorób przenoszonych drogą płciową, szczególnie kiły. Wiceprezydent podczas krajowej konferencji AIDS stwierdził, że poza kampanią A – B – C, ciągle istniejącą, należy poprowadzić kampanię zachęcającą mężczyzn do obryzkiwania i poprawić dostęp do profilaktyki przenoszenia zakażeń z matki na dziecko [270].
- **RPA** – w czerwcu sąd orzekł, iż badania kliniczne mające na celu badanie skuteczności witamin przeciwko HIV są nielegalne, a witaminy nie powinny być reklamowane jako leki przeciwko AIDS [271].
 - przez wiele lat rząd RPA negował związek przyczynowo skutkowy między HIV a AIDS, sugerując iż AIDS powoduje bieda i niedożywienie, a zwiększenie dostępu do leków antyretrowirusowych na szerszą skalę nastąpiło w tym kraju dopiero w 2003 roku;
 - od kilku lat niemiecki lekarz Matthias Rath, a także amerykański lekarz David Resnick, dawny doradca prezydenta RPA Thabo Mbekiego, prowadzili szeroko zakrojoną kampanię reklamy i sprzedaży produkowanych przez nich preparatów zawierających witaminy i mikroelementy jako leki przeciwko AIDS. W reklamach powoływali się na wyniki badań amerykańskich uczonych, którzy wykazali, iż suplementacja multiwitamin może opóźnić postęp zakażenia HIV i stanowi skuteczny i tani sposób opóźniania rozpoczynania terapii antyretrowirusowej u zakażonych HIV kobiet w Tanzanii [272]. W maju 2005 roku autorzy tego badania z **Harvard School of Public Health** wydali oświadczenie o błędnej interpretacji wyników ich badań przez dr Ratha [273]. W swoich reklamach, publikowanych także w USA, Wielkiej Brytanii i innych krajach świata dr Rath twierdził, iż leki antyretrowirusowe „poważnie uszkadzają wszystkie komórki ciała, w tym także krwinki białe, przez co nie zmniejszają, lecz raczej pogłębiają deficyt immunologiczny i przyczyniają się do rozszerzania epidemii AIDS” Badacze z **Harvard School** podkreślili, iż suplementy multiwitaminowe nie mogą być alternatywą dla leków antyretrowirusowych, które ratują życie! Fundacja dr Ratha nie odpowiedziała na to oświadczenie [274]. W marcu 2005 roku WHO, UNICEF i UNAIDS potępiły kampanię Fundacji stwierdzając, iż używano wyrwanych z kontekstu stwierdzeń z dokumentów agend Narodów Zjednoczonych wprowadzając w błąd opinię publiczną RPA, iż agendy te wspierają takie podejście do terapii HIV/AIDS [275].
- **XVII Międzynarodowa Konferencja AIDS** odbyła się w sierpniu w Meksyku.



- rozpoczął ją pierwszy międzynarodowy marsz przeciwko homofonii, który ostrzegwał aktywistów LBGT i rząd Panamy, że marsz pokaże, że jest to jedyny kraj w Ameryce łacińskiej, który ciągle dyskryminuje homoseksualność. Podczas sesji otwarcia Sekretarz Generalny ONZ **Ban Ki-moon** mówił: „*Nawołuję narody do uchwalenia praw przeciwko homofobii*”. Podobnie przemawiali Prezydent i Minister Zdrowia Meksyku. Mówiono też o przemocy i aresztach, do których wtrąceni zostali niedawno aktywiści MSM w Ugandzie, co interesujące w czasie spotkania wprowadzającego w tym kraju PEPFAR. Jeszcze w czasie trwania Konferencji nadeszła informacja, że zarzuty wobec trojga aktywistów zostały wycofane. International Lesbian and Gay Association (ILGA) na swojej stronie internetowej podała, że w 96 krajach świata kryminalizuje się seks dorosłych mężczyzn za obopólną zgodą, w tym w ponad połowie państw afrykańskich. W 9 państwach obowiązuje kara śmierci za dobrowolne relacje homoseksualne między dorosłymi mężczyznami – Arabia Saudyjska, Iran, Jemen, Mauretania, Nigeria, Pakistan, Somalia i Sudan. W krajach takich jak Indie i Nepal niemożliwe jest krzewienie edukacji zdrowotnej wśród MSM – karani są edukatorzy [276].
- miesiąc wcześniej 43-letni mężczyzna protestował przeciwko rosnącym cenom leków antyretrowirusowych, miał na głowie koronę zrobioną z igieł do iniekcji zawierających jego własną, zakażoną HIV krew; w konferencji uczestniczyło 22 000 osób z całego świata [277].
- u pacjentów obserwowanych przez przynajmniej 7 lat po rozpoczęciu HAART wykazano, iż u większości wykrywano niewielki poziom wirerii – od 1 do 99 kopii RNA HIV/ml [278].

- **USA** – po raz kolejny w badaniach prowadzonych wśród nastolatków (1 719 osób, od 15 do 19 lat), w których porównano wpływ rodzaju edukacji na aktywność seksualną wykazano, iż **informacje o antykoncepcji nie wiązały się ze zwiększeniem ryzyka aktywności seksualnej nastolatków**, ani częstości nabywania chorób przenoszonych drogą płciową. Nastolatki, które otrzymały pełną edukację seksualną wykazywały mniejsze ryzyko ciąży, niż edukowane wyłącznie o abstynencji lub nie otrzymujące żadnej edukacji w tym zakresie ^[279].
 - kolejny też raz potwierdzono, iż wielu rodziców (89% badanych w stanie Minnesota, USA) opowiada się za pełną edukacją seksualną, a **nie za edukacją opartą na hasle „tylko abstynencja”**; pogląd ten wyrażano niezależnie od wieku, rasy, pochodzenia etnicznego, wiary, wykształcenia, poglądów politycznych i dochodów ^[280]; w komentarzu redakcji czasopisma *Journal of Adolescent Health* podkreślono, iż tylko mała grupa ludzi w USA popiera edukację młodzieży opartą na nauczaniu wyłącznie o abstynencji seksualnej; ta grupa nie przyjmuje do wiadomości argumentów wynikających z badań, a jej głos jest uwzględniany przy finansowaniu programów edukacyjnych. Liczba zakażeń kiłą, rzeżączką i chłamydiami w USA jest jedną z najwyższych wśród krajów rozwiniętych, większa jest tylko w Rumunii i Federacji Rosyjskiej, zaś odsetek nieplanowanych ciąż nastolatków w 1995 roku wynosił 83,6 na 1 000, w porównaniu z 47,0 w Anglii i Walii, 45,4 w Kanadzie, 24,9 w Szwecji i 20,2 we Francji ^[281].
- wyniki obserwacyjnych **badan D:A:D** sugerują, iż ryzyko wystąpienia zawału mięśnia sercowego jest wyższe u osób leczonych abakawirem i w mniejszym stopniu didanozyną ^[282]; ryzyko jest większe u osób aktualnie przyjmujących te leki i krótko po ich odstawieniu, ale wydaje się zmniejszać w ciągu kilku miesięcy po zmianie leczenia. Zanim wyniki tych badań nie zostaną potwierdzone nie należy wprowadzać zmian w praktyce klinicznej, nie można ich jednak ignorować, jak podkreślono w komentarzu do tych badań ^[283].
- **USA** – 15 maja wiele gazet amerykańskich opublikowało informację: 42-letni mężczyzna zakażony HIV, pochodzący ze stanu Teksas, który opluł policjanta aresztującego go za znajdowanie się na ulicy w stanie nietrzeźwym, został skazany przez sąd w Dallas na 35 lat więzienia i będzie musiał odbyć połowę kary przed możliwością wcześniejszego zwolnienia. Ława przysięgłych uznała, iż jego ślina była śmiertelnie niebezpieczną bronią. Gazeta *The Dallas Morning News* ^[284] opisując tę historię nie wspomniała, iż **ślina nie jest materiałem zakaźnym**, opisała natomiast radość policjanta spowodowaną wyrokiem i zacytowała jego słowa „*Bez niego nasze ulice będą bezpieczniejsze*”.
 - w komentarzu na brytyjskiej stronie dla osób żyjących z HIV podkreślono, iż ta wiadomość ukazała się w 175 gazetach, jednak tylko trzy – *The New York Times*, *USA Today* i *Clarion-Ledger*, ukazująca się w Missisipi, wspomniały, iż HIV nie może być przeniesiony przez oplucie,
 - wcześniej przynajmniej 9 zakażonych HIV osób zostało w USA skazanych na dłuższe kary pozbawienia wolności. W analizie przeprowadzonej przez **Yale University Center for Interdisciplinary Research on AIDS** wykazano 24 przypadki oskarżeń o oplucie, które zakończyły się skazaniem 2 osób za próbę dokonania morderstwa, 2 – za przestępstwo narażenia na zakażenie HIV, jednej - za napad ze śmiertelnie niebezpieczną bronią, 2 – za napad, 2 – za uszkodzenie ciała, zaś orzekane kary pozbawienia wolności wynosiły od 90 dni, poprzez 25 lat do dożywotniego więzienia.
 - w jednej ze spraw, która zakończyła się skazaniem na najdłuższą karę więzienia, mężczyzna został oskarżony o próbę morderstwa poprzez oplucie strażnika więziennego. Po stwierdzeniu, że mężczyzna był wcześniej karany skazano go na dożywotnie pozbawienie wolności. Podczas procesu, który odbywał się także w stanie Teksas, prokurator przedstawił czterech „ekspertów” świadczących, iż HIV może zostać przeniesiony przez oplucie, obrona – tylko jednego. Po 6 latach Sąd Apelacyjny utrzymał wyrok w mocy ^[285].
- **USA** – niemal $\frac{2}{3}$ przypadków AIDS w USA wśród osób starszych dotyczy mężczyzn uprawiających seks z mężczyznami (MSM). Nie wszyscy z nich identyfikują się jako „geje”, homo- czy biseksualiści. Kontakty heteroseksualne, bez zabezpieczenia, stanowią około 15% przypadków w tej grupie wiekowej i stają się coraz częstszą drogą nabywania zakażenia, szczególnie wśród kobiet ^[286].
 - świadomość ryzyka zakażenia HIV osób mających 50 lat i więcej jest ważna także dlatego, iż lekarze rzadko myślą o możliwości zakażenia HIV swoich starszych pacjentów, nawet jeśli wystąpią u nich choroby wskaźnikowe AIDS (zapalenie płuc wywołane *Pneumocystis jirovecii*, gruźlica, półpasiec, zakażenie *Mycobacterium avium complex* lub wirusem cytomegalii), a wcześniejsze objawy zakażenia są niespecyficzne – zmęczenie, brak apetytu, obniżenie sprawności fizycznej i psychicznej – i przypisywane bywają starzeniu się ^[287]. Szczególnie u kobiet mających więcej, niż 45 lat rzadko bierze się pod uwagę możliwość zakażenia HIV, nawet u poszukujących pomocy medycznej z powodu pojawiających się objawów związanych z zakażeniem. Niezbędne jest więc, by lekarze brali pod uwagę możliwość zakażenia HIV także u swoich starszych pacjentów, gdyż większość tych zakażeń u osób w starszych rozpoznawana jest zwykle dopiero wraz z pojawieniem się chorób wskaźnikowych AIDS, czasem tak późno, że niemożliwe jest włączenie leczenia antyretrowirusowego ^[288]. W badaniach surowic pozostałych po śmierci pacjentów zmarłych w ciągu jednego roku w Harlem Hospital Center w Nowym Jorku u 6 z 92 mężczyzn (6,2%) i 7 z 78 kobiet (8,9%) mających od 60 do 72 wykazano zakażenie HIV, ale żadnej tych śmierci nie powiązano z tym zakażeniem ^[289].
 - badania prowadzone wśród wielu osób żyjących z HIV w krajach rozwiniętych wykazały, iż osoba mająca 20 lat, zaczynająca skojarzone leczenie antyretrowirusowe może się spodziewać przeżycia kolejnych średnio 43 lat, osoba 35 letnia – średnio 32 lat ^[290].



Kampania prowadzona w Nowym Jorku –Uprawiasz seks? Wiek nie jest prezerwatywą ^[291].

- Kanada** – w maju usankcjonowano prawnie istnienie **Insite**, uzasadniając to tym, iż skoro pomieszczenie świadczy także opiekę zdrowotną to uniemożliwienie dostępu do niego osobom uzależnionym byłoby naruszeniem ich prawa do życia, wolności i bezpieczeństwa ^[292]. Ale kilka miesięcy później **Canadian Police Association** zaapelowało, by wstrzymać program sugerując, że nie jest skuteczny. Minister zdrowia zastanawiał się, czy „pomieszczenia do bezpieczniejszych iniekcji przyczyniają się do zmniejszenia przyjmowania narkotyków i zwalczania uzależnień?”. Konserwatywny rząd złożył apelację do Sądu Najwyższego Kanady, który w maju 2011 roku rozpatrzył sprawę legalności pomieszczenia w Vancouver ^[293], a 30.09.2011 roku Sąd Najwyższy Kanady uznał prawo ludzi uzależnionych do bezpieczeństwa, zgodnie z Kartą Praw i Swobód Kanady i usankcjonował istnienie **Insite** ^[294]. Pomieszczenie czynne jest przez 18 godzin na dobę, przez 7 dni w tygodniu, jednocześnie może przyjąć 12 osób. Iniekcje posiadanych przez osoby uzależnione substancji psychoaktywnych dokonywane są sterylnym sprzętem wydawanym w pomieszczeniu, pod nadzorem dyplomowanych, przeszkolonych pielęgniarek ^[295]. Nie jest dozwolone dzielenie się substancjami psychoaktywnymi w obrębie pomieszczenia, zabroniona jest też pomoc w dokonywaniu iniekcji, a przed wejściem konieczne jest zarejestrowanie się. Takie ograniczenia, a także obecność policji w pobliżu mogą zmniejszyć frekwencję, jednak twórcy programu liczyli na szybkie upowszechnienie się wiadomości, że policja może wkroczyć tylko wówczas, gdy wezwie ją personel, zaś poza sytuacjami, w których łamane jest prawo, nie może przeszkadzać korzystającym z niego osobom ^[296]. Wydatki ponoszone na to pomieszczenie przyczyniają się do zaoszczędzenia około 20 mln dolarów kanadyjskich, które musiałyby być wydane na leczenie chorób związanych z przyjmowaniem narkotyków w iniekcjach, ratuje także wiele istnień ludzkich ^[297].
- Rumunia** – w latach 1986 – 1992 zakażono w placówkach medycznych i domach dziecka około 10 000 dzieci – nie było jednorazowych strzykawek, wielokrotnie używane niedostatecznie sterylizowano, nie badano też krwi używanej w iniekcjach.
- Uganda** – wyniki badań prowadzonych wśród par o różnym statusie serologicznym wykazały, iż najwięcej zakażeń przenoszonych jest w kontaktach seksualnych podczas bezobjawowej fazy zakażenia HIV, gdyż trwa ona najdłużej; zakaźność w ostrej fazie infekcji jest 26-krotnie wyższa niż w fazie bezobjawowej i na tak wysokim poziomie utrzymuje się przez 3 miesiące od serokonwersji; zakaźność w późnej fazie zakażenia 7-krotnie większa niż w fazie bezobjawowej utrzymuje się w czasie 19 – 10 miesięcy przed śmiercią ^[298].
 - w północnej części kraju, na obszarze toczącej się wojny, wśród mieszkających w obozach dla uchodźców wykazano, iż spośród 1 521 leczonych osób zakażonych HIV 92,2% wykazywało stopień adherencji 95% i większy – wyższy od pacjentów z krajów rozwiniętych ^[299]. W innych badaniach potwierdzono wysoką adherencję osób leczonych na obszarach objętych konfliktem zbrojnym, podkreślając jednocześnie, iż poczucie pacjentów, iż personel medyczny ma do nich niechętnie, potępiające nastawienie zmniejsza dokładność przyjmowania przez nich leków ^[300].
- UNAIDS** – opublikowany raport dotyczący rozmiarów epidemii ostrzega, iż do 2010 roku planowany cel powszechnego dostępu do leków antyretrowirusowych może nie zostać osiągnięty, jeśli światowa odpowiedź na HIV/AIDS nie zostanie znacząco wzmocniona i przyspieszona; opisując „stabilizację globalnej epidemii” raport szacuje, iż do końca 2007 roku żyły z HIV 33 mln ludzi na świecie (mniej, niż szacowano na koniec 2006 roku – wówczas mówiono o 39,5 mln zakażonych i chorych); zmniejszenie liczby związane jest przede wszystkim z poprawieniem sposobów szacowania, ale odzwierciedla także zmniejszenie liczby zakażeń w niektórych częściach świata; liczba zgonów na AIDS zmniejszyła się z 2,2 mln w 2005 do 2 ml w 2007 roku, co odzwierciedla zwiększenie liczby osób przyjmujących leki antyretrowirusowe ^[301].
- USA** – od kilku lat obserwowano opóźnienia w podawaniu danych dotyczących HIV/AIDS. Działacze organizacji pozarządowych apelowali do CDC o ujawnienie ostatnich danych epidemiologicznych za 2005 roku, a w listopadzie 2007 roku CDC odpowiedziało, iż informacje zostaną opublikowane w ciągu następnych miesięcy, a dane zostały przekazane do druku w czasopiśmie medycznym; w czerwcu 2008 roku Anthony Fauci, dyrektor **NIAID (National**

Institute of Allergy and Infectious Diseases) podczas konferencji prasowej podał, iż w USA rozpoznaje się od 40 000 do 52 000 nowych zakażeń HIV rocznie i ten sam poziom utrzymuje się od 14 lat ^[302].

- **USA** – w ciągu ostatnich 10 lat budżet na badania **National Institutes of Health (NIH)** prawie się podwoił do 2,9 mln dolarów – 23% z niego wydawanych jest na badania leków, 20% - szczepionek, 8% - przebiegu naturalnego i epidemiologii, 7% - etiologii i patogenez, 3% - mikrobicydów, 1% - rozpowszechniania informacji, a 24% na szkolenia i infrastrukturę ³⁰³.
- **RPA** – we wrześniu ustąpił prezydent Thabo Mbeki; pełniący przejściowo obowiązki prezydenta Kgalema Motlanthe powołał na stanowisko ministra zdrowia Barbarę Hogan, co zostało przyjęte przez działaczy zajmujących się HIV/AIDS jako zapowiedź zmian w polityce dotyczącej AIDS w tym kraju ^[304].
- Komitet Noblowski zdecydował 6 października, iż **nagroda Nobla** w dziedzinie *fizjologia lub medycyna* została przyznana w połowie uczonemu niemieckiemu **Haraldowi zur Hausenowi** za odkrycie wirusów brodawczaka ludzkiego (HPV – *human papilloma virus*) powodujących raka szyjki macicy i w połowie dwojgu uczonych francuskich **Francoise Barré-Sinoussi** i **Luc'owi Montagnier** ^{XI} za odkrycie ludzkiego wirusa upośledzenia odporności – **HIV**. Komitet Noblowski stwierdził w uzasadnieniu swojej decyzji, iż „*niгда wcześniej nauka i medycyna tak szybko nie poznały przyczyny i nie stworzyły leczenia nowej jednostki chorobowej. Skuteczna terapia antyretrowirusowa sprawiła, iż spodziewana długość życia osób zakażonych HIV osiągnęła obecnie poziom szacowany dla osób niezakażonych*” ^[305]. Decyzja Komitetu wzbudziła wiele kontrowersji. Pisano, między innymi, że nagroda otworzyła stare rany ^[306], a ponad 100 naukowców, lekarzy z różnych krajów świata podpisało list do redakcji czasopisma *Science* zatytułowany „*Niedoceniony bohater Robert C. Gallo*” ^[307]. Sam Gallo powiedział dziennikarzowi medycznemu czasopisma *Science*, że poczuł się rozczarowany, że go pominięto, a jedyne, czego się obawia, to to, że ludzie mogą pomyśleć, że zrobił coś złego. Rzeczywiście choć sprawą Gallo zajmowały się National Institutes of Health, a także Kongres Stanów Zjednoczonych, to ostatecznie oczyszczono go z zarzutów. Członek Komitetu Noblowskiego stwierdził, że postąpiono zgodnie z wolą fundatora nagrody honorując pierwszych odkrywców, a nie tych, którzy przyszli później ^[308].
- w listopadzie **Barack Obama** został wybrany na kolejnego prezydenta Stanów Zjednoczonych; w kampanii wyborczej deklarował walkę z HIV/AIDS nie opierającą się na ideologii, nie tylko na świecie, ale także w USA, obiecywał także zwiększenie finansowania zarówno **PEPFAR**, jak i **Funduszu Globalnego**; wspierał także cofnięcie zakazu przeznaczania funduszy federalnych na wymianę igieł i strzykawek, cofnięcie zakazu finansowania zagranicznych organizacji wspierających przerwanie ciąży.
- 1 grudnia Sekretarz Generalny ONZ **Ban Ki-moon** mianował **Michela Sidibé** kolejnym dyrektorem UNAIDS ^[309].
- opublikowano informacje o nieskuteczności niektórych sposobów zapobiegania sięgania po nielegalne narkotyki przez młodych ludzi: w latach 1998 – 2004 Kongres USA przeznaczył prawie 1 mld dolarów na narodową medialną kampanię anty-narkotykową kierowaną do młodzieży (**National Youth Anti-Drug Media Campaign**), która miała 3 cele: edukowanie i umożliwienie rozwinięcia umiejętności odrzucania nielegalnych narkotyków, zapobieganie sięganiu przez młodych ludzi do narkotyki, szczególnie po marihuanę i substancje wziewne, a także skłonienie osób okazjonalnie je przyjmujących do zaprzestania ich przyjmowania. Kierowana była do młodych ludzi w wieku od 9 do 18 lat i ich rodziców. Średnio młody człowiek oglądał w mediach (radio, telewizje) informacje na ten temat 2,5 razy w tygodniu. Analiza skuteczności tej kampanii okazała się miazdząca. Obrazy przekazywane w czasie kampanii wskazywały, iż przyjmowanie narkotyków (szczególnie marihuany) zdarza się często wśród młodych ludzi. Młodzież, która je oglądała odbierała informacje, iż rówieśnicy palą marihuanę. Z kolei ci, którzy wierzyli, iż ich rówieśnicy palą marihuanę byli bardziej skłonni do jej spróbowania. W podsumowaniu analizy jej autorzy stwierdzili: mimo dużych wydatków, wsparcia agencji rządowych, zatrudnienia profesjonalnych form reklamowych i firm zajmujących się *public relations* i konsultacji ekspertów analiza kampanii wykazała, iż nie wywarła korzystnego wpływu na zachowania młodzieży i może mieć niezamierzony i niechciany wpływ na pojmowanie narkotyków i ich używanie ^[310].
- **hasło Światowego Dnia AIDS: „Zatrzymać AIDS. Dotrzymać obietnic – odpowiedzialność” (Stop AIDS; Keep the Promise – Leadership – Lead – Empower – Deliver).**
- 27 grudnia podano informację o śmierci Christine Maggiore, głośnej przeciwniczki związku przyczynowo-skutkowego między zakażeniem HIV a AIDS, która zmarła w wieku 52 lat. Zakażenie HIV zostało u niej rozpoznane w 1992 roku. Wówczas rzuciła się w wir pracy w **AIDS Project Los Angeles, L.A. Shanti and Women at risk**. Elokwentna kobieta z klasy średniej była zapraszana na pogadanki dotyczące ryzyka zakażenia HIV do szkół i placówek służby zdrowia. Wszystko zmieniło się w 1994 roku, po jej rozmowie z Peterem Duesbergiem, wirusologiem, biologiem z Berkeley, którego często publikowane poglądy mówiące, że objawy AIDS powodowane są przez, między innymi, przyjmowane rekreacyjnie narkotyki i niedożywienie spowodowały, iż znalazł się poza głównym nurtem nauki. Maggiore zaczęła studiować literaturę i doszła do przekonania, że szczepienia przeciwko grypie, ciąży, zwykłe infekcje wirusowe mogą prowadzić do dodatniego testu w kierunku obecności przeciwciał anty-HIV. Rozwinęła swoje poglądy w książce, dostępnej także w Polsce „*What if everything you thought you knew about AIDS was wrong?*”.

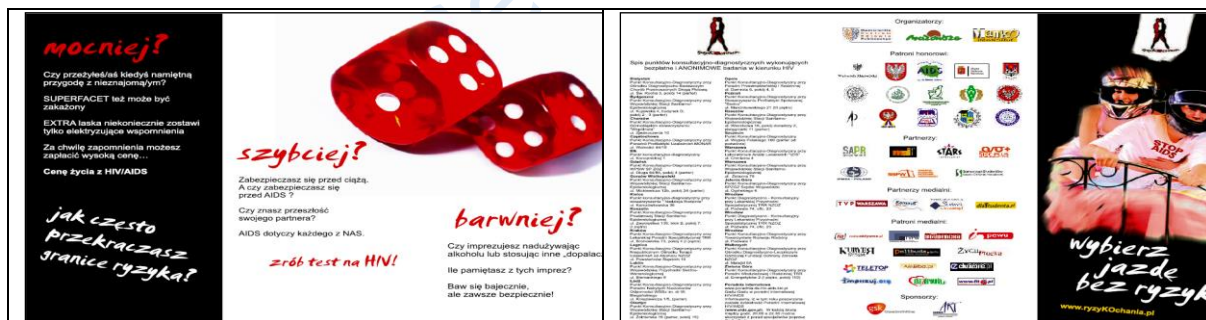
^{XI} Luc Montagnier był przez prawie 30 lat **szefem wirusologii onkologicznej w Instytucie Pasteur'a**. Nową chorobą zainteresował go w 1982 roku młody lekarz Willy Rozenbaum, który uważał, że AIDS może wywoływać retrowirus. Później Montagnier był dyrektorem **French National Center for Scientific Research**, jednej z ważniejszych europejskich agencji. A pod koniec lat 90. przyjął stanowisko szefa w **Shanghai Jiao Tong University**, by badać „pamięć wody”. Uważał, że SARS-CoV został stworzony przez człowieka podczas badań nad szczepionką przeciwko HIV. Zmarł 8 lutego 2022 roku w szpitalu na przedmieściach Paryża (*Illman J. Luc Montagnier: Nobel prize winner and HIV science pioneer. Brit Med. J. 2022; 376: o494*).



- Maggiore założyła organizację *non profit* **Alive & Well Alternatives** kwestionującą „prostacskie założenia” na temat AIDS. Jej członkowie byli wstrząśnięci jej śmiercią, ale nie sądzą, by była spowodowana AIDS. Twierdzą też, że nie zmieniają swoich poglądów.
- Craig Thompson, szef **AIDS Project Los Angeles** twierdzi, iż Maggiore była skuteczną i silną rzeczniką takich poglądów, także dlatego, że była kobietą żyjącą z HIV, jej przekaz zniechęcał do wykonywania testów i czynił leczenie niebezpiecznym. „*Jest mi bardzo przykro, że nigdy nie mogła zrozumieć i nie mogła zaufać społeczności medycznej, w przeciwieństwie do reszty świata*”.
- Maggiore uczyła zakażone HIV kobiety ciężarne jak unikać presji na użycie AZT jako metody zmniejszenia ryzyka przeniesienia zakażenia na dzieci, uważając, jak Peter Duesberg, że sam lek jest bardziej niebezpieczny dla zdrowia matki i dziecka, niż HIV.
- urodziła dwoje dzieci, które karmiła piersią, córeczka zmarła we wczesnym dzieciństwie na zapalenie płuc; osierociła syna, pozostawiła męża ^[311].

Polska – 2008

- 15 maja na mazowieckich uczelniach wyższych rozpoczęła się kampania społeczna Mazowieckiego Centrum Zdrowia Publicznego, Samorządu Województwa Mazowieckiego i Stowarzyszenia MANKO. Odbiorcami kampanii są głównie studenci - ludzie młodzi, często żyjący z dnia na dzień, szybko zawierający znajomości, również przypadkowe. Osoby takie często podejmują ryzykowne zachowania seksualne nie myśląc o ich konsekwencjach. Celem kampanii **ryzyKOchania** jest przede wszystkim podniesienie świadomości społecznej, że zagrożenie HIV dotyczy każdego. Promując odpowiedzialny styl życia, organizatorzy chcą uświadomić odbiorcom kampanii możliwe skutki ryzykownych zachowań seksualnych. Akcja ma za zadanie szerzenie wiedzy na temat dróg zakażeń HIV, bezpiecznych zachowań oraz propagowanie idei robienia testów w kierunku HIV. Krajowe Centrum ds. AIDS objęło kampanię honorowym patronatem.



- VI Zjazd Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS odbył się w Warszawie w dniach 5 – 8 czerwca.
- 25 -26 września odbyła się Katowicach konferencja „Czego Jaś się nie nauczył...”, adresowana do szerokiej rzeszy wychowawców, nauczycieli i pedagogów szkolnych na Śląsku, zorganizowana przez Regionalny Ośrodek Metodyczno-Edukacyjny Metis w Katowicach.
- Powstało **Zjednoczenie na Rzecz Osób Żyjących z HIV/AIDS „Pozytywni w Tęczy”** (<https://pozytywniwteczy.pl/o-nas>).
- Krajowe Centrum ds. AIDS wydało ponownie poradnik dla osób żyjących z HIV „**Żyć z wirusem...**” pod redakcją Doroty Rogowskiej Szadkowskiej.
- Tygodnik Polityka zamieścił artykuł przedstawiający Simona Mola, który w Polsce współpracował z Instytutem Psychologii Stosunków Międzykulturowych przy Wyższej Szkole Psychologii Społecznej w Warszawie, był dziennikarzem, poetą, pisarzem. Przypuszczalnie przez 7 lat zakażył HIV kilkadziesiąt kobiet w Polsce (Gietka E. Sekretne życie Simona Mola. Polityka, 14.12.2008. <https://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/klassykipolityki/1773678,1,sekretne-zycie-simona-mola.read> [dostęp: 22.12.2023]). Rzeczpospolita opublikowała informację o jego śmierci w październiku 2008 roku, w więzieniu, w którym odsiadywał karę za świadome zakażenie HIV 7 kobiet odmawiając leczenia. W artykule przedstawiono przebieg pobytu Mola w Polsce (Stróżyk J. Simon Mol nie żyje. Rzeczpospolita, 13.10.2008. <https://www.rp.pl/spoleczenstwo/art15995701-simon-mol-nie-zyje> [dostęp: 22.12.2013]).

- Podczas XV Konferencji „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie”, pod honorowym patronatem Pierwszej Damy Jolanty Kwaśniewskiej, **czzerwone kokardki** otrzymali:
 - Dariusz Dudziński - kategoria działalność społeczna,
 - Andrzej Słupski - kategoria działalność społeczna - Pomorski Dom Nadziei”,
 - Krzysztof Kotowski - kategoria organizacje pozarządowe – Stowarzyszenie Wolontariuszy wobec AIDS „Bądź z Nami”,
 - Anna Choraży-Samsel – kategoria profilaktyka – PSSE Ostrów Mazowiecka,
 - Lidia Woć – kategoria profilaktyka,
 - Bogdan Kanciała - kategoria środowisko medyczne – Wojewódzki Szpital Zakaźny,
 - Mariola Magnowska - kategoria środowisko medyczne,
 - Paweł Zielazny - kategoria działalność instytucji i samorządów – Urząd Marszałkowski w Gdańsku,
 - Adam Perzyński – kategoria biznes - Jansen Cilag,
 - Paweł Walewski – kategoria media – tygodnik „Polityka”.
- Zarejestrowano **808** nowych zakażeń HIV. W porównaniu z rokiem poprzednim wzrósł odsetek mężczyzn zakażonych w następstwie kontaktów seksualnych z mężczyznami, wzrosła też liczba zgłoszeń bez podania informacji o prawdopodobnej drodze zakażenia (650 osób – 80,4%). AIDS rozpoznano u **159** osób. Najczęściej rozpoznawaną chorobą wskaźnikową AIDS był zespół wyniszczenia (62 przypadki), pneumocystowe zapalenie płuc – 20 przypadków i gruźlica płuc – 23 przypadki. Tylko 24 chorych (15,1%) leczonych było wcześniej lekami antyretrowirusowymi. U 99 osób (62,3%) AIDS rozpoznano niemal równocześnie z wykryciem zakażenia HIV. Zmarło **67** chorych ^[312].

2009

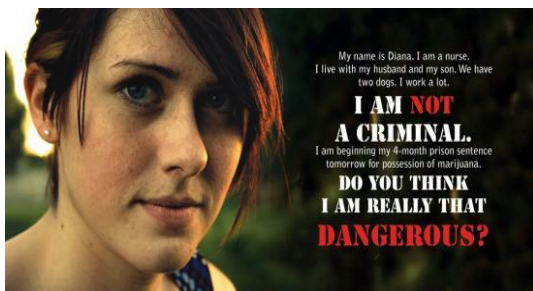
- **Izrael** – w styczniu opublikowano informację o nakazie powrotu do pracy zakażonego HIV kardiochirurga wydanym przez Ministerstwo Zdrowia:
 - przedstawiono przypadek lekarza, specjalizującego się w operacjach na otwartym sercu, u którego zakażenie HIV rozpoznano w styczniu 2007 roku podczas badań poszukujących przyczyn gorączki, która wystąpiła niedawno ^[313]. Wcześniej chirurg nie miał problemów zdrowotnych, ale w momencie rozpoznania zakażenia HIV miał 49 komórek CD4/mm³, HIV RNA > 100 000 kopii/ml, miał ochronne miano przeciwciał przeciwko antygenowi HBs wirusa zapalenia wątroby typu B, nie wykazywał obecności przeciwciał anty-HCV;
 - chirurg pracował od ponad 20 lat i wykonywał około 150 operacji rocznie. Nie podawał żadnych czynników ryzyka dla zakażenia HIV, nie wykonywał też wcześniej testów.
 - Ministerstwo Zdrowia zostało powiadomione o rozpoznaniu i w celu uniknięcia obaw o potencjalne narażenie pacjentów poinstruowało w styczniu 2007 roku szpitale, w których pracował lekarz, do skontaktowania się z wszystkimi pacjentami, których operował i do zaoferowania im testów na HIV. Spośród 1 494 zidentyfikowanych, żyjących pacjentów 545 poddało się testom (żadna z osób, które nie zgodziły się na wykonanie testu nie znajdowała się w krajowym rejestrze osób zakażonych HIV). Wyniki wszystkich przeprowadzonych testów były ujemne.
 - po otrzymaniu wyników Minister Zdrowia zwołał grupę ekspertów dla określenia czy i na jakich warunkach lekarz może wrócić do pracy. Natychmiast po rozpoznaniu zakażenia rozpoczął terapię antyretrowirusową i w momencie spotkania ekspertów liczba jego komórek CD4 wynosiła 272/mm³, a wiremia znajdowała się poniżej granicy wykrywalności (< 50 kopii/ml).
 - eksperci zalecili powrót lekarza do pracy, bez żadnych restrykcji dotyczących rodzaju wykonywanych przez niego operacji, ale z zaleceniem przestrzegania warunków, takich jak ściśle monitorowanie przestrzegania przez niego standardowych procedur zapobiegania zakażeniom, zakładanie dwóch par rękawic podczas operacji i natychmiastowe zawiadamianie o jakichkolwiek przecięciach lub nakłuciach rękawic, kontrole stanu zdrowia co 3 miesiące (oznaczanie liczby komórek CD4 i poziomu wirerii), a także dokładne przestrzeganie zaleceń związanych z przyjmowanymi lekami.
 - takie stanowisko jest zgodne z rekomendacjami opublikowanymi przez **Society for Healthcare Epidemiology of America** w 1997 roku ^[314].
- **Afganistan: pierwszych 40 osób z HIV/AIDS rozpocząć ma niebawem leczenie antyretrowirusowe w Kabulu i w prowincji Herat**; sprowadzenie leków do kraju ma nastąpić do końca stycznia 2009 roku; pierwsi pacjenci będą konsultowani przez specjalistów ze Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) i organizacji pozarządowych, a lokalni pracownicy medyczni będą szkoleni w monitorowaniu przebiegu leczenia. Liczba osób żyjących z HIV/AIDS w tym kraju to oficjalnie 504 osoby, jednakże prawdopodobnie jest ich 2 000 – 2 500. Liczba zarejestrowanych zakażeń HIV i AIDS jest w Afganistanie jedną z najniższych w świecie. Jednak, jak alarmują specjaliści, liczba ta może szybko wzrastać, do czego przyczynia się brak wiedzy dotyczącej dróg przenoszenia zakażenia HIV, trwająca od ponad 30 lat wojna, słaba pozycja socjalna kobiet, a także szybko rosnąca liczba osób przyjmujących opioidy w iniekcjach (Afganistan jest największym na świecie producentem opium i heroiny), (na podstawie: www.kaisernetwork.org).
- podczas **16th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections – CROI**, odbywającej się w Montrealu, potwierdzono, że HIV bywa okresowo wykrywalny w nasieniu mężczyzn leczonych skutecznie lekami antyretrowirusowymi, których wiremia we krwi jest poniżej granicy wykrywalności ^[315, 316], tak więc niewykrywalny poziom HIV we krwi spowodowany skuteczną terapią antyretrowirusową nie musi prowadzić do usunięcia wirusa

z nasienia, nie wyklucza więc ryzyka przeniesienia zakażenia HIV podczas kontaktów seksualnych bez używania prezerwatywy;

- wirus znajdujący się poza zakażonymi komórkami nasienia (wolny wirus) przyczynia się do przenoszenia zakażenia między mężczyznami. Podczas konferencji przedstawiono dane dotyczące 4 przypadków przeniesienia zakażenia w następstwie kontaktów seksualnych między mężczyznami, w których wirus pozakomórkowy, a nie prowirusowe DNA z zakażonych komórek, prowadził do przeniesienia zakażenia. Do badania wybrano 4 pary mężczyzn, o których wiadano, iż do przeniesienia zakażenia doszło niedawno. Próbkę pobrano z nasienia zakażonych HIV mężczyzn, będących źródłem zakażenia, po około 72 dniach od przeniesienia zakażenia i od świeżo zakażonych – po około 59 dniach od nabycia przez nich zakażenia. W szczegółowych badaniach dotyczących materiału genetycznego wirusa potwierdzono, iż HIV niedawno zakażonych mężczyzn był ściśle spokrewniony z wirusem ich partnerów seksualnych. Autorzy badania konkludują, iż pomimo małej liczbie grupy pacjentów wolny, pozakomórkowy wirus znajdujący się w nasieniu odpowiedzialny jest za przenoszenie zakażenia w kontaktach seksualnych. Konieczne są dalsze badania większych grup pacjentów, także par heteroseksualnych, do potwierdzenia tych wyników, a także do określenia, czy źródłem wolnego wirusa w nasieniu są limfocyty znajdujące się w nasieniu, czy komórki krwi [317].
- 11 marca amerykańskie FDA zarejestrowały **nową wersję prezerwatywy dla kobiet – FC2**, wyprodukowaną z syntetycznego lateksu, łatwiejszą w użyciu i znacznie tańszą od wersji poprzedniej, która kosztuje od 2,80 do 4 dolarów, podczas gdy prezerwatywa męska około 50 centów. Prezerwatywy dla kobiet, produkowane przez **Female Health Co.** (USA), zostały zarejestrowane w USA w 1993 roku. W Stanach Zjednoczonych nie są zbyt popularne – w 2008 roku stanowiły 10% wśród 34,7 mln sprzedanych prezerwatyw. Częściej używane są w krajach rozwijających się. Obecnie stosowane są w 77 krajach świata (w Polsce nie są dostępne). Poprzednia wersja i FC2 zapobiegają nieplanowanej ciąży, a także wielu zakażeniom przenoszonym drogą płciową, w tym HIV. Producent poszukuje obecnie firmy, która pomogłaby w promocji i dystrybucji FC2. Rejestracja zezwala USAIDS i innym organizacjom prowadzącym globalne programy mające na celu zahamowanie rozprzestrzeniania się HIV na zakup i dystrybucję tych prezerwatyw. Stały się dostępne w niektórych krajach od 2005 roku. Jednak ich produkcję przed **Female Health Co.** (zakład produkcyjny w Malezji) wstrzymano w 2009 roku, ale ich 5-letnia przydatność do użycia i istniejące zapasy pozwolą na ich używanie do 2014 roku. Agendy ONZ zaakceptowały ich używanie w 2007 roku, amerykańskie FDA – w 2009 roku [318].
- w marcu podczas 52 sesji **UN Commision on Narcotic Drugs – CND** w Wiedniu uchwalono deklarację i plan działania w zakresie kontroli nielegalnych narkotyków na następnych 10 lat. Za kontynuację dotychczasowych działań opowiedziały się przede wszystkim Stany Zjednoczone, Rosja, Szwecja i Watykan.
 - hasło deklaracji brzmiało: „**Świat bez narkotyków – możemy to zrobić**” (**Drug free world – we can do it**), a działania skupiałyby się przede wszystkim na ograniczaniu popytu, produkcji i handlu nielegalnymi narkotykami, przede wszystkim maku opiumowego, krzewów koki i konopi.
 - w przeglądzie sytuacji dokonany przez Komisję Europejską podkreślono, iż nie ma dowodów, że problemy związane z narkotykami udało się zmniejszyć po uchwaleniu stanowiska ONZ 10 lat wcześniej; Raport szacuje, iż rynek samej tylko marihuany w Europie, Ameryce Północnej, Azji i Australii wart jest przynajmniej 70 mld euro rocznie. Opłacalność „przemysłu narkotykowego” jest wyższa, niż przemysłu naftowego. Przez ostatnich 10 lat nie zmieniła się dostępność do narkotyków na świecie, a ich ceny obniżyły się o 10 – 30%.
 - w pierwszym dniu sesji prezydent Boliwii, Evo Morales zapowiedział rozpoczęcie działań w kierunku usunięcia liści koki z zapisów Jednolitej Konwencji dotyczącej narkotyków z 1961 roku.
 - w nowej deklaracji nie wspomniano o redukcji szkód związanych z narkomanią, która – jak udowodniano wielokrotnie – jest skuteczna w profilaktyce zakażeń HIV. Wiele organizacji pozarządowych z całego świata, w tym **UNAIDS, Open Society Institute's International Harm Reduction Development Program, Human Rights Watch** opowiadało się za wprowadzeniem redukcji szkód do polityki narkotykowej ONZ. Podkreślano niebezpieczeństwo wzrostu liczby zakażeń HIV, naruszeń praw człowieka związanych z dotychczasową polityką. Jednak dyrektor **UN Office on Drugs and Crime – UNODC**, Antonio Maria Costa, wyraził opinię, iż „*przestępczość i korupcja związana z handlem narkotykami dostarczają silnych dowodów dla mniejszości lobbystów narkotykowych, twierdzących iż kuracja jest gorsza od choroby. Jest to historyczne nieporozumienie, którego kraje członkowskie ONZ nie chcą podzielać*”.

Zwolennicy redukcji szkód związanych z narkomanią nie lobbują na rzecz narkotyków. Uznają tylko oczywisty fakt, iż ogromne pieniądze wydawane na wojnę z narkotykami nie uczyniły świata wolnym od narkotyków. Więc jeśli dotychczasowe działania zawiodą, a narkotyki są wszędzie to konieczne są działania sprawujące, by osoby uzależnione nie zakażały się HIV, nie były pozbawiane praw człowieka tylko z powodu popadnięcia w uzależnienie. Jest to w interesie samych osób uzależnionych, ale też reszty społeczeństwa. Ponad 300 organizacji pozarządowych z całego świata apelowało o traktowanie osób uzależnionych w kategoriach zdrowia publicznego, a nie prawa karnego. 30% nowych zakażeń HIV na świecie związane jest z przyjmowaniem narkotyków w iniekcjach. Polityka narkotykowa wielu krajów prowadzi do naruszeń praw człowieka.

Deklaracja została przyjęta, 26 krajów zgłosiło zdanie odrębne: w ich interpretacji sformułowanie zawarte w deklaracji „**related support services**” będą oznaczały redukcję szkód związanych z narkomanią. Kraje te to Australia, Boliwia, Bułgaria, Chorwacja, Cypr, Estonia, Finlandia, Grecja, Gruzja, Hiszpania, Holandia, Lichtenstein, Litwa, Łotwa, Luksemburg, Malta, Niemcy, Norwegia, **Polska**, Portugalia, Rumunia, Saint Lucia, Słowenia, Szwajcaria, Węgry, Wielka Brytania [319].



Podczas Sesji w Wiedniu demonstrowano w sprawie depenalizacji i dekryminalizacji marihuany.

Plakat po lewej stronie: „Mam na imię Diana. Jestem pielęgniarką. Mieszkam z mężem i synem. Mamy 2 psy. Dużo pracuję. NIE JESTEM PRZESTĘPCZYNIĄ. Jutro zaczynam odsiadywać moją karę pozbawienia wolności – 4 miesiące. Za posiadanie marihuany. CZY MYŚLISZ, ŻE NAPRAWDĘ JESTEM TAKA NIEBEZPIECZNA?”

Plakat po prawej: „Mam na imię Dawid. Jestem nauczycielem. Mieszkam w małym mieszkaniu z dziewczyną. NIE JESTEM PRZESTĘPCĄ. W przyszłym tygodniu idę na 6 miesięcy do więzienia. Za posiadanie marihuany. CZY RZECZYWIŚCIE CHCESZ, ŻEBY MNIE TO SPOTKAŁO?”. (www.ungassondrugs.org., kwiecień 2009 roku).

- **Wielka Brytania** – podczas **15 konferencji British HIV Association (BHIVA)** przedstawiono doniesienie o profilaktyce HIV wśród par, w których jedna osoba zakażona jest HIV, druga nie. Badania prowadzono przez 3 lata wśród 38 par, 30 z nich stanowiły pary gejów. Świadomość badanych dotycząca dostępności profilaktyki poekspozycyjnej była bardzo niewielka – tylko 16% osób niezakażonych i 32% zakażonych wiedziało o jej istnieniu. Zrozumienie kwestii poziomu wierności i zakażności partnera zakażonego HIV było dalece niewystarczające. Zakażeni HIV partnerzy bardziej niepokoił się ryzykiem przeniesienia zakażenia, niż niezakażeni. Czynniki emocjonalne – zaufanie i intymność – miały największe znaczenie dla podejmowania aktywności seksualnych bez zabezpieczenia. Jedna z kobiet powiedziała, iż w kulturze kraju, z którego pochodzi, niemożliwe jest odmówienie mężowi seksu. Niechęć do prezerwatyw była też często wyrażanym powodem uprawiania seksu bez zabezpieczenia. Mężczyźni twierdzili, iż prezerwatywy powodują zaburzenia erekcji, albo przypominają o istnieniu HIV w związku. Niektóre pary nigdy nie podjęły rozmowy o powodach nie używania prezerwatyw. Autorzy doniesienia podkreślają konieczność intensywniejszej profilaktyki zakażeń HIV wśród par o różnym statusie serologicznym, prowadzenie otwartych rozmów dotyczących seksualności, które pozwoliłyby na identyfikację barier utrudniających używanie prezerwatyw. Nie jest wystarczające przekazanie suchych informacji o konieczności uprawiania bezpieczniejszego seksu i używaniu prezerwatyw w każdym kontakcie seksualnym ^[320].
- obrzezanie chroni mężczyzn także przed zakażeniem wirusem opryszczki. W badaniach prowadzonych w Afryce po 24 miesiącach obserwacji wykazano znamienne zmniejszenie ryzyka zakażenia wirusem opryszczki (*human herpes simplex virus 2*, HSV-2) mężczyzn poddanych obrzezaniu w porównaniu z nieobrzezаныmi mężczyznami. Zakażenie HSV-2 przyczynia się do zwiększenia wrażliwości na zakażenie HIV, zarówno mężczyzn, jak i kobiet. Nie wykazano jednak zmniejszenia ryzyka zakażenia wirusem ludzkiego brodawczaka (*human papilloma virus* – HPV) ^[321].
- analiza istniejących wyników badań dotyczących obrzezania mężczyzn wykazała, iż wcześnie (< 42 dni od zabiegu) podjęcie aktywności seksualnej przez mężczyzn w Ugandzie, Kenii i RPA nie wiązało się dla nich z większym ryzykiem zakażenia HIV w kontaktach heteroseksualnych, autorzy zalecili jednak odczekanie z podjęciem kontaktów seksualnych do czasu pełnego wygojenia się rany po zabiegu ^[322]. Badaczy nie interesowała kwestia potencjalnego przenoszenia HIV na partnerki seksualne obrzezanych mężczyzn.
- Biskup **the Evangelical Lutheran Church in America (ELCA)** – **Mark Hanson** – zrobił sobie test, chcąc zwrócić uwagę na światowy kryzys związany HIV/AIDS, zaprosił też osoby zakażone HIV do ław swojego Kościoła ^[323]. „*My w Stanach Zjednoczonych mamy skłonność do myślenia, że jest to światowa epidemia, która nie ma związku z ludźmi w USA*”, stwierdził. „*Dla mnie jako żonatego heteroseksualnego mężczyzny zrobienie testu jest przypomnieniem, że wszystkie społeczności są przynajmniej dotknięte problemem*”. Hanson, który jest jednocześnie przewodniczącym **Lutheran World Federation**, powiedział też, że amerykańscy biskupi idą śladem Afrykańskich liderów religijnych, którzy przez lata zachęcali swoich wiernych do wykonywania badań, także poprzez publiczne wykonywanie testów przez nich samych. Wiele Kościołów od dawna pracuje nad zahamowaniem pandemii związanej z ubóstwem, malarią, ale niechętnie zajmuje się AIDS, chorobą przenoszoną często przez kontakty seksualne, obarczoną moralnym piętnem. Hanson uważa, iż Kościoły muszą wyrazić skruchę z powodu tych uprzedzeń i robić więcej dla zaopiekowania, zajęcia się chorymi. Ewangelicki Kościół Luterński zatwierdzi w sierpniu tego roku nową narodową strategię dotyczącą HIV/AIDS. Wykonanie testu przez biskupa powinno być sygnałem dla wielu kongregacji, których członkowie powinni być dumni, a nie zawstydzeni, z powodu zrobienia testu. Wyniki testów są poufne ^[324]. Rok wcześniej publicznie obmył stopy dwóm zakażonym HIV kobietom podczas Konferencji Ekumenicznej. Delegaci z „Living 2008” wysłali wiadomość do przywódców wyznaniowych, przekazaną na zamykającej sesji plenarnej przez członków INERELA+ (International Network of Religious Leaders Living with or Personally Affected by HIV and AIDS): „*Najbardziej pragniemy akceptacji, a nie tolerancji, akceptacji jako osób żyjących z HIV, jako mężczyzn uprawiających seks z mężczyznami, jako osób używających narkotyków, jako osób, które chcą mieć rodziny i potrafią być odpowiedzialnymi rodzicami, zaakceptowania za to, kim jesteśmy*”, podano na stronie internetowej UNAIDS ^[325].
- w marcu **Papież Benedykt XVI** odpowiadając na pytania dziennikarzy podczas lotu do Kamerunu (Afryka) powiedział, iż problemu HIV/AIDS „*nie można rozwiązać poprzez dystrybucję prezerwatyw*”, dodając, iż „*to może nasilić problem*”. Zdaniem Papieża potrzebne są dwa rozwiązania: po pierwsze - humanizacja seksualności, odnowa duchowa, która spowoduje nowy sposób zachowań, po drugie – wierna przyjaźń, szczególnie z cierpiącymi i gotowość do

osobistych wyrzeczeń. Kościół Rzymskokatolicki, dodał Papież, jest na pierwszej linii walki z HIV/AIDS. Podczas pielgrzymki Papież odwiedzi Kamerun i Angolę. W artykule redakcyjnym New York Times napisano, iż stanowisko Papieża wobec prezerwatyw jest ogromnie szkodliwe: nie ma dowodów, by używanie prezerwatyw nasilało epidemię, przeciwnie – istnieje wiele potwierdzeń, iż prezerwatywy nie są wprawdzie panaceum, ale zmniejszają ryzyko przenoszenia HIV^[326]. Ministrowie rządów wielu krajów, między innymi Niemiec, Belgii, Francji, wyrazili niepokój związany z wypowiedzą Papieża.

- w raporcie opublikowanym przez **ONZ**, dotyczącym populacji świata podano, iż 5,4% populacji Kamerunu to ludzie żyjący z HIV/AIDS (około 1 054 200 osób), w Angoli – 2,2% (około 1 845 000 osób). Najwyższy odsetek zakażeń HIV jest w Swazilandzie – 26,7% populacji kraju (316 000 spośród 1 185 000 mieszkańców), ale w liczbach bezwzględnych „przoduje” Republika Południowej Afryki, w której zakażonych jest 9 421 000 mieszkańców (18,8%). W krajach na południe od Sahary HIV dotyczy wielokrotnie częściej kobiet, niż mężczyzn. Pozycja, status społeczny kobiet w krajach afrykańskich jest zupełnie inny, niż w Europie. Odmienne jest także podejście do seksualności mężczyzn i kobiet, co – między innymi – sprawia, iż w wielu krajach Afryki kobiety zameżne są najbardziej narażone zakażeniem HIV^[327].
- w początkach kwietnia administracja Baracka Obamy rozpoczęła pierwszą od lat kampanię informacyjną dotyczącą HIV/AIDS; opublikowane rok wcześniej dane epidemiologiczne mówiły, iż **co roku w USA zakaża się 56 000 osób, a ponad 14 000 umiera na AIDS**. Mimo, iż Afro-Amerykanie stanowią 12% populacji kraju, to wśród nowych przypadków zakażeń HIV stanowią 50%. Kampania **Act Against AIDS** sponsorowana jest przez CDC, które przeznaczy na nią w ciągu kolejnych 5 lat 45 mln dolarów. Pierwsza faza kampanii zatytułowana jest **9½ Minutes**, a w jej ramach przekazywane będą informacje video, audio, drukowane ulotki i wiadomości w Internecie, tłumaczące, iż co 9 i pół minuty w USA czyjś brat, siostra, najlepszy przyjaciel, ojciec, matka zakażają się HIV. Wiele z tych osób nie uważa się za narażonych na zakażenie. Druga faza kampanii informacyjnej skierowana ma być do Afro-Amerykanów. Utworzono **Act Against AIDS Leadership Initiative (AAALI)**, która doprowadzić ma do współpracy 14 najważniejszych organizacji społecznych, działających na rzecz Afro-Amerykanów. Jak podkreślają komentatorzy, jest to pierwsza kampania informacyjna dotycząca HIV/AIDS od ponad 10 lat w USA, mająca przekonać Amerykanów, iż nie jest to tylko problem krajów Afryki, ale istnieje i dotyka też wielu ludzi w tym kraju (<http://www.whitehouse.gov/blog/GetTested>).



www.nineandhalfminutes.org.

- w maju obchodzono 25 rocznicę istnienia **Multicenter AIDS Cohort Study (MACS)**, działających w Baltimore, Chicago, Pittsburgu i Los Angeles; od powstania MACS w kwietniu 1984 roku włączono do badań około 7 000 mężczyzn uprawiających seks z mężczyznami; obecnie uczestniczy w nich 2 525 mężczyzn, pozostali albo nie żyją, albo wycofali się z udziału. Około połowa uczestników to osoby żyjące z HIV, spośród których prawie 90% przyjmuje leki antyretrowirusowe. Badania zaowocowały ponad tysiącem publikacji, a wiele z nich dało podstawy do tworzenia polityki dotyczącej HIV/AIDS i opieki nad zakażonymi HIV. Porównanie danych dotyczących okresu przed i po zakażeniu HIV, a także danych dotyczących niezakażonych HIV mężczyzn doprowadziło do wielu doniosłych odkryć, do których należą:
 - wprowadzenie najlepszych metod rozpoznawania zakażeń HIV,
 - wykazanie bezpośredniego związku między poziomem wirerii we krwi a postępem zakażenia HIV,
 - wykazanie związku między niską liczbą komórek CD4 i postępem do klinicznego AIDS,
 - potwierdzenie znaczenia aktywacji immunologicznej w postawianiu i rozwoju choroby spowodowanej HIV,
 - udoskonalenie leczenia osób zakażonych HIV, od profilaktyki zakażeń *P. jiroveci* do skojarzonej terapii antyretrowirusowej,
 - zbadanie epidemiologii wirusa powodującego mięsaka Kaposiego, nowotworu definiującego AIDS u osób zakażonych HIV,
 - poznanie interakcji między starzeniem się a zakażeniem HIV,
 - poznanie epidemiologii głównych chorób występujących wraz z zakażeniem HIV, w tym chorób serca, wątroby, nerek, mózgu i niektórych nowotworów.
 - istnienie MACS spowodowało, iż bardziej znany jest przebieg kliniczny, działania uboczne leków i inne szczegóły dotyczące HIV i AIDS u mężczyzn, niż u kobiet^[328]. Dopiero w sierpniu 1993 roku powstało badanie **Women's Interagency HIV Study (WIHS)**, w którym rozpoczęto badanie odmienności w przebiegu HIV i AIDS u kobiet.
- Raport Banku Światowego „**Averting a human crisis during the global downturn**” podano, iż „społeczność międzynarodowa zobowiązana jest do kontynuowania wsparcia osób leczonych lekami antyretrowirusowymi”. Bank Światowy szacuje, iż ciągłość leczenia może być zagrożona dla około 70% obecnie leczonych osób w Afryce wschodniej i południowej, dla około 50% osób w regionie Azji i Pacyfiku, dla 35% na Karaibach i 25% w Europie Wschodniej i Środkowej Azji. W Raporcie podkreślono koszt tylko krótkich przerw w leczeniu: nawet 50% osób przyjmujących pierwszy w życiu zestaw leków może być zmuszonych do zmiany leczenia, jeśli dotychczasowa terapia zostanie przerwana na więcej niż 15 dni, z powodu rozwoju oporności na dotychczasowe leczenie. 34 kraje, w których żyje 75% ludzi zakażonych HIV na świecie, będą zmuszone do przerwania działań profilaktycznych, kierowanych przede wszystkim do marginalizowanych grup, jak mężczyźni uprawiający seks z mężczyznami i osoby przyjmujące

narkotyki w iniekcjach. UNAIDS tworzy **Economic Crisis Impact Assessment Tool**, który będzie pomagał krajom dotkniętym epidemią w rewizji dotychczasowych programów w sytuacji kryzysu ekonomicznego [329].



Demonstracja na rzecz dostępu do terapii antyretrowirusowej i redukcji szkód związanych z uzależnieniami (www.fighthivinde.org).

- 12 czerwca gazeta Los Angeles Times podała, iż w ciągu ostatnich 5 lat 22 osoby grające w „filmach dla dorosłych” zakażyły się HIV podczas wykonywania pracy [330]. Do opublikowania informacji przyczyniło się rozpoznanie przed tygodniem zakażenia HIV u gwiazdy występującej w takich filmach. Po raz pierwszy ognisko zakażeń wśród pracowników tej branży wystąpiło w 2004 roku, kiedy doszło do zakażenia 5 aktorów. Postulowano wówczas przyjęcie zasad bezpieczeństwa, czyli używania zawsze prezerwatyw – co jednocześnie mogłoby być korzyścią edukacyjną dla oglądających te filmy. Jednakże ta gałąź przemysłu, przynosząca 12 mln \$ zysków rocznie, nie wprowadziła ich. Pracownicy agend zajmujących się zdrowiem publicznym w hrabstwie Los Angeles postulują wprowadzenie regulacji wymuszających używanie prezerwatyw w każdym z takich filmów.
- w czerwcu sąd w stanie Iowa (USA) skazał na 25 lat więzienia 34-letniego mężczyznę za to, iż nie poinformował – poznanego przez Internet – partnera seksualnego o swoim zakażeniu HIV, mimo iż do przeniesienia zakażenia nie doszło.

W stanie Iowa za ciężkie przestępstwo uznawane jest:

- utrzymywanie intymnych kontaktów z inną osobą przez zakażoną/zakażonego HIV,
- przekazywanie, oddawanie, dostarczanie krwi, tkanek, nasienia, narządów lub innych potencjalnie zakaźnych płynów ustrojowych do transfuzji, przeszczepu, inseminacji lub innego zastosowania u innej osoby lub przekazywanie, sprzedaż, wymiana z innymi osobami nie sterylnych przyrządów używanych do iniekcji dożylnych lub domięśniowych, które były wcześniej używane przez osobą zakażoną HIV [331].
- czerwiec – podczas konferencji, która skupiła w Namibii (Afryka) osoby zajmujące się programem **PEPFAR** dyrektor departamentu HIV/AIDS WHO, dr Kevin M. de Cock apelował o zerwanie z istniejącą praktyką podziału na leczenie antyretrowirusowe zgodne ze standardami w krajach Północy i późnym rozpoczynaniem terapii przestarzałymi lekami na Południu [332].
 - Dr de Cock apelował do PEPFAR i Globalnego Funduszu do Walki z Gruźlicą, Malaria i HIV/AIDS o szybkie wsparcie dużych badań dotyczących najlepszego czasu rozpoczynania leczenia antyretrowirusowego w krajach mających ograniczone fundusze na opiekę zdrowotną, odrzucił też przekonanie, że wcześniejsze leczenie nie jest możliwe z powodu braku funduszy. W swoim wystąpieniu przypomniał eksperyment Tuskegee, najbardziej haniebną „badanie kliniczne” prowadzone przez dziesięciolecie w USA, o którym już wspomniano. Powiedział też, iż leczenie antyretrowirusowe powinno być wszędzie podobne – tak jak stało się z gruźlicą, która od ponad 10 lat leczona jest tak samo w Dżakarcie, Kampali czy Los Angeles, a leki wykazujące nieakceptowalną toksyczność nie są już stosowane.
- 5. IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention (IAS 2009)** zorganizowana przez International AIDS Society odbyła się w Cape Town (Republika Południowej Afryki).



- obrzezanie zakażonych HIV mężczyzn nie zmniejsza ryzyka przeniesienia zakażenia na ich partnerki seksualne;** w badaniach prowadzonych w prowincji Rakai w Ugandzie ponad 900 nieobrzezanych wcześniej mężczyzn zakażonych HIV, w wieku od 15 do 49 lat, mających liczbę komórek CD4 wyższą od 350/mm³, podzielono losowo na grupę, której zaoferowano obrezanie (474 mężczyzn) i grupę, w której obrezanie opóźniono o 24 miesiące (grupa kontrolna, 448 mężczyzn); do badań włączono partnerki seksualne tych mężczyzn, które obserwowano po 6, 12 i 24 miesiącach w kierunku nabycia przez nie zakażenia HIV – badanie przerwano przed planowanym terminem, gdyż w wewnętrznej analizie częściowych wyników wykazano, iż 17 (18%) kobiet będących partnerkami obreżanych mężczyzn i 8 (12%) partnerek mężczyzn z grupy kontrolnej zostało zakażonych HIV przez swoich partnerów; kumulacyjne prawdopodobieństwo zakażenia kobiet po 24 miesiącach określono na 21,7% dla partnerek zakażonych HIV obreżanych mężczyzn i 13,4% dla partnerek nieobrzezanych mężczyzn [333].
- zakażenie HIV kobiety podczas karmienia piersią znacząco zwiększa ryzyko przeniesienia HIV na dziecko,** co potwierdzono w badaniach przeprowadzonych w Chinach; w czasie obserwacji prowadzonej wśród kobiet, które zostały zakażone w następstwie transfuzji krwi krótko po porodzie; spośród 106 dzieci urodzonych przez te kobiety

nabyło zakażenie HIV 36 (35,8%). Wcześniejsze informacje pochodzące od kobiet przewlekłe zakażonych HIV, które karmiły swoje dzieci piersią przez 18 – 24 miesiące wskazywały, iż od 9% do 16% dzieci zostało zakażonych HIV ^[334].

- **USA** – przeznaczanie funduszy federalnych na wymianę igieł i strzykawek: w artykule redakcyjnym *New York Times* podaje, iż od początku epidemii 1/3 zmarłych na AIDS w USA to osoby przyjmujące narkotyki w iniekcjach; większość z nich nigdy nie zakażyłaby się HIV, gdyby w 1988 roku nie wprowadzono zakazu używania pieniędzy federalnych na dostarczanie uzależnionym czystych igieł i strzykawek. W 2009 roku zakaz cofnięto, ale w aneksie do ustawy zaznaczono, iż programy finansowane z funduszy federalnych nie mogą funkcjonować w odległości mniejszej, niż 1 000 stóp od szkół, uniwersytetów, parków, placów zabaw, basenów i innych instytucji, a to znaczy, iż w dużych miastach, w których istnieje pilna potrzeba takiej interwencji programy nie będą mogły działać.
 - aneks do budżetu Dystryktu Columbia, kontrolowanego ściśle przez Kongres, wprowadza te same ograniczenia nawet dla programów finansowanych z lokalnych podatków. Niedawno podano, iż częstość zakażeń w tym Dystrykcie wynosi ponad 1%. Zdaniem redakcji *New York Times* zarządzenia te stanowią oczywiste zagrożenia dla zdrowia publicznego ^[335].
 - w *The Washington Post* podkreślono, iż wymiana igieł i strzykawek była zawsze przedmiotem kontrowersji, a oponenci twierdzili, iż takie programy będą mętnym przekazem moralnym o braniu narkotyków. Zakaz funkcjonowania programów w odległości mniejszej, niż 1 000 stóp od miejsc, w których przebywają dzieci spowoduje, iż takie programy nie powstaną. Dziennikarze żartują, że w Waszyngtonie będą mogły działać tylko na cmentarzach i na środku rzeki Potomac. Takie restrykcje miałyby sens tylko wówczas, gdyby programy przyczyniały się do zwiększania liczby osób uzależnionych. Ale wielokrotnie udowodniano już, że tak nie jest. Cytowany w artykule **Anthony Fauci**, dyrektor (**NIAID**) powiedział, iż „*pomysł, że dzieci będą uciekały ze szkoły by zacząć przyjmować narkotyki tylko dlatego, że dostępne są czyste igły jest śmieszny*”. Doświadczenia autora artykułu są podobne: dostępność czystych igieł nie powoduje uzależnienia od narkotyków, tak jak dostarczanie czystych kieliszków nie powoduje alkoholizmu. Teraz decyzja należy do Senatu USA ^[336].
- **Niemcy** – we wrześniu rozpoczęto kampanię nakłaniającą do bezpieczniejszego seksu, wykorzystującą wizerunki Hitlera, Stalina i Saddama Husajna. Wielu odbiorców uznało je za stygmatyzujące i nie do końca przemyślane. Kampania sponsorowana przez organizację pozarządową Regenbogen e.V. (Bawaria) powstała we współpracy z agencją reklamową z Hamburga przygotowana jest na Światowy Dzień AIDS. Krótkie filmy związane z kampanią mają być pokazywane w telewizji niemieckiej po 21-ej, dostępne są też plakaty. Użyto wizerunków dyktatorów do przekazania informacji, iż AIDS zabił miliony ludzi.
 - Zdaniem działaczy **National AIDS Trust** z Wielkiej Brytanii te filmy są niezwykle stygmatyzujące ludzi żyjących z HIV, którzy i bez tego borykają się z dyskryminacją spowodowaną brakiem wiedzy o wirusie. Przedstawicielka **Terrence Higgins Trust** stwierdziła, iż to co może zwiększać stygmatyzację i zniechęcać do zrobienia testu na HIV w niczym nie pomaga. Niebezpiecznym w tej kampanii jest fakt, iż nie towarzyszy jej żaden przekaz informacyjny dotyczący zdrowia publicznego, nie pojawia się też zachęta do zachowania bezpieczeństwa i używania prezerwatyw ^[337].
- **Tajlandia** – 24 września opublikowano wyniki badań III fazy nad dwiema szczepionkami mającymi chronić przed zakażeniem HIV. Badania prowadzono wspólnie przez amerykański **Military HIV Research Program (MHRP)** oraz tajskiego Ministerstwo Zdrowia Publicznego:
 - wzięło w nich udział 16 402 mieszkańców Tajlandii, kobiet i mężczyzn, w wieku od 18 do 30 lat, wykazujących różny stopień ryzyka zakażenia HIV, nie zakażonych HIV. Trzecia faza badań (RV144) trwała od października 2003 do czerwca 2006 roku.
 - przed włączeniem do badania wszyscy ochotnicy otrzymywali pełne informacje o tym, jak uniknąć zakażenia HIV, powtarzane co 6 miesięcy od ich rozpoczęcia. Wszyscy zostali także poinformowani i zgodzili się na potencjalne ryzyko związane z otrzymywaniem doświadczalnego połączenia szczepionek. Ochotnikom, którzy ulegną zakażeniu podczas trwania badań zaoferowano bezpłatny dostęp do opieki i leczenia HIV, oferowano także dalszą obserwację w odrębnym badaniu. Ochotnicy zostali podzieleni losowo na dwie grupy: otrzymujących szczepionki i otrzymujących placebo (substancję nieaktywną).
 - użyto równocześnie dwóch szczepionek: ALVAC-HIV wyprodukowanej przez firmę Sanofi Pasteur (Lyon, Francja) oraz AIDSVAX B/E wyprodukowaną przez firmę Vaxgen Inc., licencję na tę szczepionkę przekazano organizacji **Global Solutions for Infectious Diseases (GSID)**, mieszczącej się w San Francisco, Kalifornia (USA).
 - w końcowej analizie okazało się, iż spośród 8 198 osób przyjmujących placebo zakażeniu uległy 74 osoby, spośród 8 197 przyjmujących szczepionki – 51 osób. Różnica okazała się znamienna statystycznie. Jednakże szczepionki nie miały wpływu na poziom wirerii u osób, które mimo jej otrzymywania uległy zakażeniu – nie różnił się od poziomu wirerii osób, które otrzymywały placebo. Szczepionki okazały się bezpieczne i wykazywały **31% skuteczność** w zapobieganiu zakażeniu HIV. Wyniki tych badań otwierają drogę kolejnym, które, być może, doprowadzą do powstania znacznie skuteczniejszej szczepionki ^[338].
- **Uganda** – we wrześniu parlamentarzysta David Bahati złożył projekt ustawy dotyczącej homoseksualizmu. Homoseksualizm został zakazany w Ugandzie przez brytyjską administrację kolonialną ponad 50 lat temu, tak jak w 29 innych krajach Afryki i obowiązuje do dzisiaj. Projekt ustawy rozszerza istniejące prawo, zabraniając „promowanie” homoseksualizmu poprzez rozmawianie i pisanie o nim. Projekt zmusza też obywateli, którzy znają gejów do donoszenia na nich władzom – pod karą więzienia lub grzywny. Wprowadza karę śmierci dla zakażonych HIV mężczyzn, którym udowodniono uprawianie seksu z innymi mężczyznami.

- przez wiele lat uznawano za pewnik, że epidemia HIV/AIDS w Afryce jest epidemią heteroseksualną. Ale niedawne badania z sąsiedniej Kenii wykazały, że częstość zakażeń HIV wśród homoseksualnych mężczyzn wynosi 26%, a 15% nowych zakażeń w tym kraju dotyczy mężczyzn uprawiających seks z mężczyznami. Podkreślanie heteroseksualności epidemii HIV/AIDS w Afryce powoduje niezamierzone konsekwencje: w przekonaniu wielu homo- i biseksualnych mężczyzn seks analny jest bezpieczny. Niektórzy mówią „*Jeśli mogę zakażać się HIV śpiąc z kobietą to nigdy nie będę tego robić*”.
- Bahati oskarża organizacje międzynarodowe o promowanie homoseksualizmu. Ale choć na profilaktykę HIV/AIDS kierowane są miliony dolarów do biednych krajów to jednak większość programów mających trafić do mniejszości seksualnych nie otrzymuje zgody władz na taką działalność. Największe programy sponsorujące profilaktykę HIV/AIDS to amerykański PEPFAR i program ONZ – Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria. Oba dostarczyły Ugandzie w ubiegłym roku około 300 mln dolarów. Tylko jedna organizacja mająca na celu profilaktykę wśród mniejszości seksualnych dostała zgodę rządu na swoją działalność. Otrzymała na nią 5 000 dolarów. W początkach działalności PEPFAR wspierał organizacje religijne w Ugandzie, co mogło wspomóc największe grupy wyznaniowe w popieraniu prawa wymierzonego w homoseksualistów. Przed jego wprowadzeniem w 2003 roku żadna organizacja religijna nie otrzymywała funduszy na profilaktykę HIV/AIDS. Przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia Ugandy uważają, że wprowadzenie tego prawa może uniemożliwić profilaktykę HIV/AIDS w tym kraju ^[339].
- **Uganda** – rząd przedłożył Parlamentowi zbiór praw, mający na celu kryminalizację „zamierzonej lub umyślnej” transmisji HIV, wprowadzający „rutynowe” testy na HIV dla kobiet ciężarnych i wymagający ujawnienia statusu serologicznego żonie/mężowi lub partnerce/partnerowi. Prawo zawiera także przepisy mające chronić prawa osób żyjących z HIV, w tym gwarancję dostępu do leczenia i zapewnianie ochrony przed dyskryminacją ^[340].
 - od sierpnia **rząd zapowiedział ponowne wprowadzenie prezerwatyw dla kobiet**. Wcześniejsze ich wprowadzanie nie zakończyło się sukcesem, więc na początek uznano, iż program pilotażowy potrwa rok, sprowadzonych zostanie 100 000 damskich prezerwatyw, które będą dystrybuowane w dwóch regionach kraju. Program będzie współfinansowany przez jedną z agend ONZ (**Population Fund**). Jeśli znajdą się kolejni sponsorzy wówczas program będzie kontynuowany. W marcu tego roku FDA zarejestrowało nową wersję prezerwatywy, tańszą (0,57 dolara USA), choć dalej droższą od męskiej (0,03 dolara). Zwolennicy przekonują, iż damskie prezerwatywy dadzą kobietom możliwość negocjowania bezpieczniejszego seksu z mężczyznami, którzy nie chcą użyć prezerwatywy męskiej. Porównują prezerwatywy dla kobiet do tamponów, które od ich wprowadzenia w latach 30. potrzebowały prawie 30 lat na uzyskanie akceptacji ^[341].
 - najnowszy program dotyczący HIV/AIDS podkreśla konieczność zwiększenia dostępności profilaktyki zakażeń wertykalnych. Z opublikowanych w sierpniu informacji podanych przez pracowników Ministerstwa Zdrowia Ugandy wynika, iż spośród 4 786 kobiet ze środkowej części kraju, badanych od stycznia do kwietnia 2009 roku aż 62,0% kobiet nie korzystało nigdy z możliwości planowania rodziny, mimo iż ponad połowa z nich było w złym stanie zdrowia, 56,2% nie zgodziło się na poradnictwo i test na HIV bojąc się poznania swojego statusu serologicznego, 66,5% obawiało się poznania statusu serologicznego przez ich mężów. Te informacje, mimo że ich autorzy chwalą usługi prywatnych położnych, wskazują, iż dużo jest do zrobienia w sprawie zmniejszenia stygmatyzacji i dyskryminacji osób żyjących z HIV, a kobiet w szczególności ^[342].
- **Kambodża** – w ostatnich miesiącach roku władze kraju podjęły decyzję o eksmitowaniu poza granice stolicy kraju Phnom Penh rodzin, w których przynajmniej jedna osoba zakażona jest HIV. Zwolnionymi przez nich mieszkańcami zająć się ma Ministerstwo Turystyki. Czterdzieści rodzin zostało przesiedlonych do metalowych baraków. W osadzie nie ma dostępu do bieżącej wody, występują trudności z nabyciem pożywienia, otwarte ścieki płyną wzdłuż baraków. Pomoc medyczna świadczona jest przez przyjeżdżających raz na tydzień pracowników medycznych z Sihanouk Hospital Centre of Hope ze stolicy, którzy dostarczają bezpłatnie leki antyretrowirusowe i leczą infekcje oportunistyczne. Ta pomoc medyczna będzie świadczona tak długo, jak długo wystarczy na nią pieniędzy. Obecne środki wystarczą do sierpnia przyszłego roku. Mieszkańcy osady po przesiedleniu chorują częściej, dokuczają im biegunki, gorączka, kaszel. Warunki mieszkaniowe są bardzo trudne. Rodziny zostały ściskane w małych pomieszczeniach, w których temperatura wzrasta do wysokości, które zagrażają zniszczeniem przechowywanym lekom antyretrowirusowymi. Przesiedleni padają ofiarami kradzieży, dyskryminacji ze strony innych sąsiadów, narażeni są na ataki gangów. Rząd Kambodży zapewnia przedstawicieli ONZ, że osoby żyjące z HIV nie będą musiały przerywać leczenia, gdyż w okolicy osady powstanie ośrodek zdrowia, jednak nie podano terminu jego budowy ^[343].
- wielkość powierzchni napletka ma związek z ryzykiem zakażenia HIV – we wcześniejszych badaniach wykazano, iż obrzezanie (usunięcie napletka) zmniejsza ryzyko zakażenia mężczyzn w kontaktach heteroseksualnych o około 60%. W prowadzonych w Ugandzie badaniach mierzono powierzchnię usuwanego napletka. Wykazano, iż jego powierzchnia u zakażonych HIV mężczyzn była znamienne większa (średnio 43,3 cm²) niż niezakażonych (średnio 36,8 cm²) – różnica okazała się znamienista statystycznie ^[344].
- **Euro HIV Index 2009** – 13 października **Health Consumer Powerhouse**, mieszczący się w Brukseli think-tank, opublikował przegląd sytuacji dotyczącej HIV/AIDS w 29 krajach Europy – 27 krajów Unii Europejskiej + Norwegia i Szwajcaria. Dobry system opieki nad osobami żyjącymi z HIV, zdaniem autorów opracowania, powinien docierać do wielu różnych populacji, szczególnie tych, które mają największe ryzyko zakażenia. Dotyczy to osób przyjmujących narkotyki w iniekcjach (IDU), osób sprzedających usługi seksualne, marginalizowanych populacji i imigrantów, szczególnie nieudokumentowanych imigrantów, mężczyzn uprawiających seks z mężczyznami (MSM) i więźniów. Najlepszym sposobem opieki nad tymi grupami ludzi są dobre programy profilaktyczne i dobry dostęp do opieki.

- pierwsze miejsce w rankingu zajął **Luksemburg**, który uzyskał 857 punktów na 1 000 możliwych, o 66 punktów więcej, niż drugi kraj w tym rankingu. Luksemburg okazał się najlepszy w trzech z czterech ocenianych kategorii, stworzył bardzo skuteczny program profilaktyki i dostępu do opieki. Jednak mimo to wiele osób zakażonych HIV rozpoczyna późno terapię antyretrowirusową, między innymi dlatego, że ten kraj boryka się z problemem dużej imigracji, trudnej do kontrolowania i obserwacji, co czyni dotarcie do takich grup bardzo trudnym.
 - na drugim miejscu znalazła się **Malta** z 791 punktami, radząca sobie dość dobrze w czterech kategoriach. Całkowita liczba osób żyjących z HIV/AIDS jest w tym kraju mała w porównaniu z innymi, ale szybko rośnie. W ostatnich latach liczba osób zakażonych zwiększyła się czterokrotnie, a połowę osób zakażonych stanowią imigranci z Afryki. Istnieje więc ryzyko, że te dobre wyniki osiągnięte w 2009 roku ulegną niedługo pogorszeniu ze względu na brak wsparcia finansowego i brak osób, które zajęłyby się tym problemem.
 - trzecie i czwarte miejsce zajęła **Szwajcaria** (774 punkty) i **Finlandia** (763). Oba kraje mają bardzo dobre strategie profilaktyki. Szwajcaria jest jednym z krajów, w których największa liczba osób została oskarżona i skazana za ekspozycję i transmisję HIV. Obecnie pracuje nad zmianą prawa, które zostanie wprowadzone w 2012 roku, zgodnie z którym tylko osoby celowo narażające i zakażające HIV będą oskarżane. Oba kraje prowadzą solidne badania kohortowe, w których analizowane są wszystkie aspekty profilaktyki HIV, wykrywania zakażeń, opieki i wsparcia, jednakże uzyskanie danych z tych badań jest bardzo trudne. Finlandia ma pewne problemy z wprowadzaniem swojego systemu monitorowania. Jest też jednym z krajów, w których pacjenci skarżą się najbardziej na dyskryminację w pracy.
 - piąte miejsce zajęła **Holandia** (760 punktów), która także prowadzi bardzo dobry program profilaktyczny, ma także dobrą ocenę istniejącej sytuacji. Ważnym jest podkreślenie doskonałej pracy wykonanej przez fundację monitorowania HIV, która koordynuje całą rejestrację zakażeń z Amsterdamu – jest to doskonały przykład do naśladowania przez innych.
 - **Polska** zajęła 20 miejsce, przed Litwą, Portugalią, Węgrami, Szwecją, Bułgarią, Cyprzem, Włochami i Grecją. Na ostatnim miejscu znalazła się Rumunia ^[345].
- **USA** – w październiku **Prezydent Barack Obama zniósł zakaz wjazdu do USA dla osób z HIV/AIDS**, obowiązujący od 1987 roku. Nowe prawo będzie obowiązywać od początku następnego roku. Jednocześnie zapowiedział zwiększenie dofinansowania programu Ryan White HIV/AIDS ^[346].
 - w listopadzie powstała grupa **ViiV Healthcare**, utworzona przez specjalistów HIV z GlaxoSmithKline i Pfizera, mająca poprawiać leczenie osób zakażonych i mających ryzyko zakażenia HIV; w 2012 dołączyła firma Shionogi Limited ^[347],
 - **substytucję metadonową** stosowano w 61 krajach świata (z 15 krajów eksperci ONZ nie uzyskali informacji). Pewne formy terapii substytucyjnej zostały wprowadzone we wszystkich krajach Europy zachodniej (poza Andorą i Monako), w Ameryce Północnej i Australazji. W Europie Wschodniej i w Środkowej Azji tylko 5 krajów nie ma takich programów (Rosja, Armenia, Tadżykistan, Turkmenistan i Uzbekistan (wprowadzono tu substytucję, ale w 2009 roku stała się niedostępna). Na środkowym Wschodzie i w Afryce terapia substytucyjna prowadzona jest tylko w 8 krajach, nie jest dostępna w 29 krajach, w których narkotyki przyjmowane są w iniekcjach. W Ameryce Łacińskiej i na Karaibach uzależnienie od opiatów występuje rzadko i tylko Meksyk, Kolumbia i Porto Rico wprowadziły taką terapię. W niektórych krajach programy finansowane są przez państwo, w innych działają prywatne przychodnie, w jeszcze innych metadon wydawany jest w aptekach. W 5 krajach istnieje tylko jeden program metadonowy ^[348]. W żadnym kraju nie istnieją struktury obejmujące całe ich powierzchnie, istnieją też ogromne różnice w uregulowaniach prawnych dotyczących programów, kryteriów przyjmowania do nich, ilości leczonych pacjentów, jak też samej filozofii leczenia ^[349]. W krajach, w których metadon jest stosowany istnieją znaczne różnice w określaniu celów, które z jego pomocą mają być osiągnięte: w większości dawka metadonu jest stopniowo zmniejszana, a celem jest osiągnięcie całkowitej abstynencji od substancji psychoaktywnych, w innych nie ma żadnych ograniczeń czasowych, może być podawany przez wiele lat, a celem jest wyłącznie nieprzyjmowanie środków psychoaktywnych w iniekcjach. W wielu krajach metadon rezerwowany jest dla osób „poważnie” uzależnionych, którym „nie uda” się leczenie zmierzające do osiągnięcia abstynencji. Zamiast włączania metadonu młodym, uzależnionym osobom, by zapobiec nabyciu przez nich chorób zakaźnych, odradza się stosowanie go do czasu, kiedy pacjent zademonstruje „potrzebę” przyjmowania go poprzez zetknięcie się z wymiarem sprawiedliwości, po nabyciu zakażeń HIV lub HCV, po przedawkowaniu, angażowaniu się w inne ryzykowne zachowania, jak sprzedaż usług seksualnych dla nabycia kolejnej porcji narkotyku. W efekcie wielu rozpoczynających terapię metadonem ma wiele problemów zdrowotnych spowodowanych opóźnieniem leczenia. W wielu krajach świata dostęp do metadonu jest trudniejszy, niż do nielegalnej heroiny ^[350].
 - **heroina w terapii osób uzależnionych** stosowana jest wyłącznie w Europie, w Belgii, Francji, Hiszpania, Holandia, Szwajcaria, Wielka Brytania. W tych krajach używany jest także metadon i buprenorfina ^[351]. Badania nad terapią podtrzymującą z użyciem czystej heroiny prowadzono w Wielkiej Brytanii, Holandii, Szwajcarii, a więc w krajach, w których osoby uzależnione mają dostęp do opieki medycznej i pomocy socjalnej. Leczenie heroiną porównywano z leczeniem metadonem. Powtórzenie takich badań w krajach różniących się warunkami społecznymi i socjalnymi mogłoby wykazać, że korzyści z przyjmowanej heroiny byłyby znacznie większe. Pozwoliłoby osobom uzależnionym na uniknięcie ryzyka związanego z kupowaniem heroiny o nieznanej jakości i czystości na ulicach, pozwoliłoby także uniknąć zachowań związanych ze zdobywaniem kolejnych jej porcji, karanych przez prawo większości krajów. Głównym celem przepisowywania heroiny jest utrzymanie leczenia i normalnego funkcjonowania w społeczeństwie ^[352].
 - **Meksyk** – nieskuteczność i wyniszczające kraj konsekwencje wojny z narkotykami skłoniły prezydenta kraju Felipe Calderona do podpisania ustawy o dekryminalizacji posiadania niewielkich ilości nielegalnych narkotyków. Surowsze przepisy wymierzono w handlarzy narkotyków. Ułatwiono dostęp do leczenia osobom uzależnionym. Podobną ustawę

prezydent chciał wprowadzić już w 2006 roku, ale ustąpił pod naciskiem administracji amerykańskiej George'a W. Busha i rozpoczął wojnę z narkotykami, która pochłonęła dziesiątki tysięcy ofiar śmiertelnych ^[353]. W Meksyku na własny użytek można mieć nie więcej niż:

- 5 gramów marihuany,
- 0,5 grama kokainy,
- 50 miligramów heroiny,
- 40 miligramów metamfetaminy,
- 0,015 miligrama LSD ^[354].

Polska – 2009

- ♦ **Konferencja naukowo-szkoleniowa Vistula 2009** odbyła się 28 - 30 maja w Łochowie.
- ♦ **Walne Zgromadzenie członków PTN AIDS** przyznało 7 czerwca **godność członków honorowych Towarzystwa** profesorom:
 - **Lidii Babiuch** (Warszawa),
 - **Agnieszce Borzuchowskiej** (Białystok),
 - **Januszowi Cianciarze** (Warszawa),
 - **Waldemarowi Halocie** (Bydgoszcz) i
 - **Danucie Prokopowicz** (Białystok).
- ♦ od początku roku funkcjonują struktury antynarkotykowe w komendach wojewódzkich, miejskich, powiatowych i rejonowych Policji. W większych województwach powstały etatowe sekcje narkotykowe, w mniejszych wydzielone zespoły lub samodzielne stanowiska. W okresie od stycznia do października 2009 roku stwierdzono 58 911 przestępstw narkotykowych, w szczególności 16 937 postępowań, ustalono 21 568 podejrzanych, w tym 3 021 nieletnich ^[355].
- ♦ jeden z ministrów edukacji proponował by w polskich szkołach prowadzono obowiązkowe, wyrwykowe kontrole moczu „podejrzanych” uczniów, by sprawdzić, czy nie ma w nim narkotyków. Do niektórych szkół zapraszano policjantów ze specjalnie przeszkolonymi psami, by sprawdzały, czy uczniowie nie mają niczego nielegalnego przy sobie lub w plecakach. W jednej ze szkół wymontowano drzwi w toaletach, pozbawiając uczniów i uczennice możliwości załatwiania potrzeb fizjologicznych w intymnych warunkach – z powodu prewencji narkotykowej ^[356].
- ♦ kampania profilaktyczna Krajowego Centrum ds. AIDS **Wróć bez HIV**, prowadzona od 2008 roku, kierowana była do osób podróżujących i wyjeżdżających za granicę. Jej celem było zachęcenie do podejmowania bezpieczniejszych zachowań, a także poznanie swojego statusu serologicznego poprzez wykonanie testu na HIV ^[357].



- ♦ 23 listopada Trybunał Konstytucyjny rozpatrzył kwestie możliwości pracy w Policji osób zakażonych HIV. Dotąd rozpoznawanie zakażenia skutkowało automatycznie niezdolnością do pracy w Policji. Zdaniem Trybunału Konstytucyjnego zaskarżone rozwiązanie stanowi nieproporcjonalne ograniczenie prawa dostępu do służby publicznej w Policji. „Dążenie do minimalizacji ryzyka zarażenia wirusem HIV znajduje uzasadnienie w takich wartościach konstytucyjnych, jak ochrona zdrowia oraz wolności i praw innych osób. Cel ten można jednak osiągnąć mniej radykalnymi środkami, np. przeniesieniem policjanta na inne stanowisko służbowe. Nosiciele wirusa HIV nie powinni pracować w służbie patrolowo-interwencyjnej, gdzie stosunkowo duże jest ryzyko urazu i kontaktu z zakażoną krwią, nie jednak nie stoi na przeszkodzie, aby pracowali w administracji policyjnej, szkolnictwie, pionach analitycznych czy laboratoriach policyjnych. [...] Do czasu ewentualnej interwencji prawodawcy, komisje lekarskie mogą oceniać wpływ nosicielstwa wirusa HIV na zdrowie policjanta i tym samym na jego przydatność do służby na podstawie ogólnych przepisów rozporządzenia. [...] Wyrok jest ostateczny, a jego sentencja podlega ogłoszeniu w Dzienniku Ustaw” ^[358].
- ♦ podczas **XVI Konferencji „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie” czerwone kokardki** otrzymali:
 - Wanda Janowska – kategoria działalność społeczna – wolontariuszka, Stowarzyszenie Da Du,
 - Dominika Soćko - kategoria działalność społeczna – wolontariuszka,
 - Agnieszka Zaranek - kategoria działalność społeczna – wolontariuszka,
 - Joanna i Waldemar Pocięcha – rodzina,
 - Jolanta Popielska - kategoria środowisko medyczne,
 - Małgorzata Abramowska - kategoria profilaktyka – Warszawski Uniwersytet Medyczny,
 - Magdalena Ankiersztejn-Bartczak - kategoria profilaktyka – Fundacja Edukacji Społecznej,
 - Tomasz Wojtasik - kategoria profilaktyka,
 - Agnieszka Górka - kategoria organizacje pozarządowe – Stowarzyszenie „Lambda”,

- Izabela Fic-Redlińska - kategoria media – Rzeczpospolita.
- ♦ Kampania profilaktyczna kierowana była do kobiet ciężarnych, a jej twarzą została siatkarka Małgorzata Glinka:



- ♦ zakażenie HIV rozpoznano w 2009 roku u **939** osób, przede wszystkim u osób młodych (20 – 29 lat) i mężczyzn (75,1%). Podobnie jak rok wcześniej większość (80,4%) zgłoszonych nowo wykrytych przypadków zakażenia HIV nie zawierała informacji o prawdopodobnej drodze zakażenia. AIDS zdiagnozowano u **107** osób. Najczęściej rozpoznawanym schorzeniem definiującym AIDS był zespół wyniszczenia (32 osoby), bliżej nieokreślone infekcje oportunistyczne (22) oraz kandydoza przełyku (19 przypadków). Tylko 23 (21,5%) było leczonych wcześniej lekami antyretrowirusowymi. U 60 osób (56% chorych) AIDS rozpoznano niemal równocześnie z wykryciem zakażenia HIV, **42** chorych zmarło ^[359].

2010

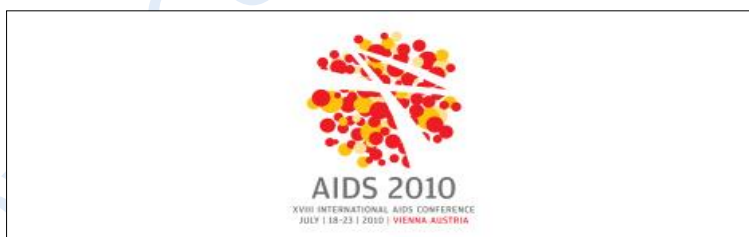
- **Czechy** w styczniu zezwoliły na posiadanie niewielkich ilości narkotyków:
 - do 1,5g heroiny,
 - do 1,0g kokainy,
 - do 1,5g metamfetaminy,
 - do 15g marihuany,
 - do 4 tabletek ekstaze,
 - do 5 dawek LSD,
 - możliwe jest także uprawianie do 5 roślin konopi i 40 sztuk grzybów halucynogennych.

Ta zmiana przepisów prawa w Czechach wzbudziła oburzenie polskich lekarzy, którzy w *Gazecie Lekarskiej* wyrazili przekonanie, że decydenci czescy „podjęli zarówno bardzo śmiałą, jak i bardzo nieprzemyślaną decyzję, za którą już niebawem przyjdzie ich rodakom zapłacić”. Lekarze są przekonani, że najlepszym działaniem profilaktycznym, zapobiegającym sięganiu młodych ludzi po środki psychoaktywne jest skuteczne edukowanie młodzieży na temat szkodliwości narkotyków, również tych „miękkich”, uważanych powszechnie za „bezpieczne”^[360].
- **USA** – 4 stycznia Prezydent Barack Obama ogłosił zniesienie ograniczeń dla osób z HIV/AIDS dotyczące wjazdu lub osiedlania się na terenie kraju. Zgodnie z zasadami osoby wjeżdżające z receptami na leki antyretrowirusowe muszą mieć przy sobie zaświadczenie lekarskie, w języku angielskim, potwierdzające konieczność przyjmowania tych leków przez tę osobę (dotyczy to wszystkich leków wydawanych na receptę). W momencie wypełniania formularza ESTA online należy zaznaczyć opcje NIE przy pytaniach dotyczących chorób zakaźnych. Władze Stanów Zjednoczonych przestały za taką uważać HIV ^[361].
- **USA** – z opublikowanych w styczniu wynikach badań pochodzących z 25 stanów USA wynika, że ciągle istnieją różnice przeżywalności osób zakażonych HIV. Kobiety żyją krócej po rozpoznaniu HIV (w USA zakażenie HIV dotyczy w większości czarnych kobiet) niż mężczyźni, ale najkrócej żyją czarni mężczyźni i Latynosi w porównaniu z białymi mężczyznami. Krócej żyją osoby, u których zakażenie zostało rozpoznane późno (liczba komórek CD4 poniżej 200/mm³). Późne rozpoznania mogą być wynikiem małej niedostępności testów lub szybkim postępem zakażenia. Autorzy konkludują, że mimo znacznej poprawy spodziewanej długości życia osób zakażonych HIV, która nastąpiła od 1996 do 2005 roku w 25 stanach USA, to jednak spodziewana długość życia osób żyjących z HIV jest krótsza, niż populacji ogólnej. Jednym ze sposobów poprawy rokowania osób żyjących z HIV jest promowanie testowania i zwiększenie dostępu do opieki zdrowotnej osób żyjących z HIV, co może zwiększyć odsetek osób leczonych lekami antyretrowirusowymi ^[362].
- w lutym FDA zatwierdziła 100 mg tabletki zawierające **rytonawir** (Abbott), **nie wymagające przechowywania w lodówce**. Nowe tabletki są twardsze, mniejsze, mniej lepkie i bardziej śliskie, niż wcześniejsze miękkie, żelowe kapsułki, a więc łatwiejsze w połykaniu. Tak jak kapsułki tabletki należy przyjmować z posiłkiem. Nie należy narażać tabletek na kontakt z wilgocią (wskazane przechowywanie w oryginalnym opakowaniu). Wcześniejsze kapsułki wymagające przechowywania w lodówce ograniczały ich używanie na świeżo, szczególnie w sytuacjach, gdzie dostęp

do lodówek jest ograniczony. Mieszkańcy krajów rozwijających się, pacjenci bez stałego miejsca zamieszkania, populacje dotknięte katastrofami naturalnymi miały problem z ich stosowaniem ^[363].



- **17. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI)** odbyła się w San Francisco w dniach 16 – 19 lutego.
 - omówiono sytuację dotyczącą zakażeń HIV we Francji. W 2008 roku zakażyło się 6 940 osób – 17 na 100 000 osobolat. 3 320 (48%) nowych zakażeń obserwowano wśród mężczyzn uprawiających seks z mężczyznami (MSM), co zwiększyło częstość zakażeń HIV w tej populacji do 1 006 na 100 000 osobolat. Wśród 3 550 (51%) nowych zakażeń związanych z kontaktami heteroseksualnymi 45% (91 600) dotyczyło cudzoziemców mieszkających we Francji. Osoby przyjmujące narkotyki w iniekcjach stanowiły 1% nowych zakażeń ^[364].
 - przedstawiono informacje z Republiki Południowej Afryki. W RPA, jak w większości krajów rozwijających się, do leczenia antyretrowirusowego klasyfikowani są pacjenci dopiero po obniżeniu się liczby komórek CD4 do $< 200/\text{mm}^3$. Ponad 22 000 pacjentów spełniających kryteria rozpoczynania terapii w 36 publicznych ośrodkach terapii obserwowano od maja 2004 do grudnia 2008 roku. W tym czasie 59% pacjentów (12 953 osoby) rozpoczęło leczenie, 5 125 (23%) zmarło przed rozpoczęciem terapii antyretrowirusowej, a 1 216 (5,5%) oczekiwało na rozpoczęcie terapii. Problemem jest długi czas oczekiwania na oznaczenia liczby komórek CD4. Wśród prawie 3 000 pacjentów z liczbą komórek CD4 wyższą, niż $200/\text{mm}^3$ średni czas do wykonania kolejnego oznaczenia wynosił 183 dni (od 105 do 309 dni), a średnia liczba komórek CD4 w momencie kwalifikowania na leczenie wynosiła $101/\text{mm}^3$ (od 47 do 154). Podsumowując te informacje autorzy zauważyli, że choć przeżywalność osób żyjących z HIV uległa wydłużeniu w latach 2004-2007, to jednak wiele osób umiera przed rozpoczęciem terapii antyretrowirusowej. Można byłoby zmniejszyć tę śmiertelność poprzez szybsze wychwytywanie osób z najbardziej upośledzoną odpornością, a także poprzez zwiększenie dostępu mężczyzn do leczenia. Długie odstępy czasowe między kolejnymi pomiarami liczby komórek CD4 powinny skłonić do podwyższenia liczby komórek CD4 przy klasyfikowaniu do rozpoczęcia leczenia ^[365].
- po wielu latach zakazu Kongres USA zezwolił stanowym i lokalnym wydziałom zdrowia na używanie funduszy federalnych dla tworzenia programów wymiany igieł i strzykawek dla osób przyjmujących narkotyki w iniekcjach na podstawie ustawy **Consolidated Appropriations Act of 2010**, jednak niewiele później ponownie zakazano używania w tym celu państwowych pieniędzy „*gdyż mogłoby to promować używanie nielegalnych substancji*” ^[366].
- 23 listopada, w wywiadzie udzielonym Peterowi Seewaldowi **papież Benedykt XVI** powiedział, że dopuszczalne jest użycie prezerwatywy, ale nie zawsze i nie dla każdego, właściwie to tylko dla prostytutek męskich ^[367, 368].



- **XVIII Międzynarodowa Konferencja AIDS (AIDS 2010)** odbyła się w Wiedniu (Austria), podczas niej przedstawiono szczegóły inicjatywy koordynowanej przez UNAIDS i WHO pod nazwą **Treatment 2.0**, mającą zwiększyć liczbę osób zakażonych HIV przyjmujących leki antyretrowirusowe poprzez optymalizację stosowanych leków, ułatwienie i uproszczenie diagnostyki i monitorowania skuteczności leczenia, zmniejszanie kosztów leków i mobilizację społeczeństw ^[369].
 - około 25 000 delegatów mogło obserwować marsz protestu, który opóźnił ceremonię otwarcia, na którym wołano „**Niedotrzymane obietnice zabijają**” i „**Nie ma odwrotu: fundusze na AIDS**”. W tym roku mija termin, który kraje G8 (najbogatsze kraje świata) wyznaczyły dla powszechnego dostępu do leków antyretrowirusowych. Julio Montaner, prezydent IAS, powiedział „*Nawet nie zbliżyliśmy się do tego celu*”. Chociaż 5 mln ludzi w biednych krajach przyjmuje obecnie leki antyretrowirusowe, to 10 mln ich potrzebuje. Montaner: „*G8 po prostu nas zawiodło*”. Apelowano do liderów państw o uzupełnienie the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria o przynajmniej 2 mld dolarów do października tego roku. W Europie Wschodniej najszybszy wzrost nowych zakażeń HIV dotyczy Rosji i Ukrainy, ale nikt z tych krajów nie pojawił się na Konferencji. Nie przyjechał też premier Kanady, Stephen Harper. Przedstawiciel WHO mówił, że liczba zgonów na AIDS zmniejszyła się z 2,3 mln w 2004 do 2 mln w 2008 roku, ale rejestruje się 2,7 mln nowych przypadków rocznie, szczególnie wśród osób mających duże ryzyko zakażenia HIV, jak osoby przyjmujące narkotyki w iniekcjach, mężczyźni uprawiający seks z mężczyznami (MSM), pracownicy seksualni, migranci. Wiceprezydent RPA, Kgalema Monlanthe, mówił, że nie możliwe jest osiągnięcie przewrotu w profilaktyce

bez ochrony praw wrażliwych grup, w tym ludzi żyjących z HIV, pracowników seksualnych, MSM, przyjmujących narkotyki w iniekcjach, osób transpłciowych, kobiet, dziewcząt i więźniów – otrzymał za to owację na stojąco [370].

- przedstawiono informację, iż od lutego 2005 roku, do lipca 2007 roku włączono do **badania nad profilaktyką przed-ekspozycyjną** 400 mężczyzn, z których 373 poddano dalszej obserwacji. Badanych podzielono na 4 grupy, z których 2 otrzymywały TDF lub placebo od razu, kolejne 2 po 9 miesiącach od rozpoczęcia badań dla sprawdzenia, jak przyjmowanie tabletek wpływa na dokonywanie ryzykownych zachowań seksualnych. W opublikowanej analizie podano, że wśród osób przyjmujących TDF nie obserwowano poważnych działań ubocznych, najczęściej biegunkę, bóle głowy i bóle pleców. W czasie obserwacji doszło do 7 serokonwersji – 3 miały miejsce w grupie przyjmujących placebo, 3 w grupie przyjmujących TDF z opóźnieniem. Nie obserwowano wśród uczestników badań wzrostu częstości dokonywania ryzykownych zachowań seksualnych [371].
- dyskutowano o miejscach na świecie, w których udało się zwolnić postęp epidemii AIDS i takich, w których po początkowych sukcesach nastąpił ponowny wzrost nowych zakażeń, jak to stało się w Ugandzie. Na początku pandemii kraje na całym świecie bacznie obserwowały **Ugandę** i zobaczyły naród, który zdecydowanie zajął się AIDS, używając bezpośredniej rozmowy, podejścia opartego na dowodach i angażując osoby żyjące z wirusem HIV. Liderzy rządu i społeczeństwa obywatelskiego zasłynęli na arenie światowej. Teraz wiele się zmieniło. Nietolerancja i uprzedzenia zastąpiły skuteczne podejście. Powszechna korupcja, w tym kradzież milionów dolarów przeznaczonych na usługi związane z HIV, zaszkodziła wysiłkom Ugandy na rzecz walki z AIDS, a także jej reputacji. Zamiast zdroworozsądkowego podejścia proponuje się dyskryminacyjne i karne przepisy i polityki. Nie ma już poczucia, że „*AIDS dotyka nas wszystkich*”. Przykładem jest projekt ustawy o zapobieganiu i kontroli HIV/AIDS złożony niedawno w parlamencie. Jeśli zostanie przyjęty w obecnej formie, wówczas zostanie uznany za przestępstwo szeroki zakres zachowań, w tym umyślne przeniesienia wirusa HIV oraz „*wprowadzające w błąd oświadczenia lub informacje dotyczące leczenia, zapobiegania lub kontrolowania zakażeń HIV*”. Kryminalizacja przenoszenia wirusa HIV jest pomysłem zdyskredytowanym, niezgodnym z zaleceniami światowych organizacji zajmujących się zdrowiem i AIDS. Kraje posiadające takie ustawodawstwo odkryły, że jest ono stosowane rzadko, często arbitralnie i nie ma wpływu na zapobieganie zakażeniu HIV. Ściganie „*wprowadzających w błąd oświadczeń*” na temat zapobiegania zakażeniom wirusem będzie zależeć od tego, kto będzie decydował, co wprowadza w błąd. Projekt ustawy obejmuje też obowiązkowe testowanie na HIV i pozwala na szerokie ujawnienie statusu HIV „*każdej innej osobie, z którą osoba zakażona HIV pozostaje w bliskim lub ciągłym kontakcie, w tym między innymi partnerowi seksualnemu, jeżeli charakter kontaktu zdaniem lekarza, stwarza wyraźne i aktualne niebezpieczeństwo przeniesienia wirusa HIV na tę osobę. Co łączy te przepisy? Po pierwsze, nie zmniejszą przenoszenia wirusa HIV. Po drugie, będą sprzyjać stygmatyzacji osób żyjących z HIV i odciągają ich od informacji i pomocy*”. Zmiana ustawy i zapewnienie, że prawo wspiera skuteczną politykę dotyczącą HIV i chroni prawa osób żyjących z HIV, pomogłaby Ugandzie ponownie zostać liderem i odnieść sukces w walce z AIDS – powiedział Joe Amon, dyrektor the Health and Human Rights Division w Human Rights Watch [372].
- oficjalnym dokumentem stała się the **Vienna Declaration**, nawołująca polityków do wprowadzania opartych na dowodach działań profilaktycznych, terapii i programów redukcji szkód, do zauważenia powiązania polityki antynarkotykowych z przenoszeniem zakażenia HIV, apelowała o dekryminalizację użytkowników narkotyków. Poparła Deklarację, między innymi, Pierwsza Dama Gruzji, Sandra Roefols, żona Prezydenta Saakashvili’ego. W tym czasie rząd Kanady podał się do dymisji, ale Chatlene Wills z **Public Health Agency of Canada** napisała, że rząd federalny jej nie wesprze, gdyż jest sprzeczna z polityką obecnego konserwatywnego rządu. „*Rząd Kanady uważa, że najlepszym sposobem zajęcia się konsekwencjami przyjmowania narkotyków w iniekcjach dla zdrowia publicznego jest zapobieganie używaniu nielegalnych narkotyków. Pomoc potrzebna jest, by pomóc tym, którzy już uzależnili się od narkotyków*” [373].
- **USA** – lekarze amerykańscy dokonali analizy przebiegu zakażenia HIV u osób w wieku podeszłym (definicja WHO: powyżej 60 roku życia). Przejrano dokumentację medyczną 191 zakażonych HIV pacjentów mających 60 lat i więcej, którzy przynajmniej raz wykonali badania kontrolne w 2008 roku. Średnia ich wieku wynosiła 65 lat (od 60 do 82), większość – 79% (151 osób) stanowili mężczyźni. Średni czas życia z HIV analizowanych pacjentów wynosił 9 lat (od 1 do 24 lat). Większość przyjmowała leki antyretrowirusowe oparte albo na inhibitorze proteazy lub nienukleozydowym inhibitorze odwrotnej transkryptazy. Średnia liczba komórek CD4 w momencie rozpoznania zakażenia HIV wynosiła 235/mm³, a do czasu ostatniego badania wzrosła średnio o 253/mm³. Większość pacjentów (76%) miało niewykrywalną wiramię (Afro-Amerykanie rzadziej mieli tak niską wiramię – 71% w porównaniu z Latynosami – 82% i Białymi – 89% - autorzy nie wyjaśnili przyczyn tych różnic). Wielu pacjentów miało inne schorzenia, najczęściej nadciśnienie (68%), hiperlipidemie (48%), zakażenie HCV (29%), schorzenia nerek (25%), cukrzycę (23%), choroby nowotworowe (13%), choroby serca (13%). Mimo mnogości chorób towarzyszących odpowiedź wirusologiczna i immunologiczna na leczenie antyretrowirusowe tych pacjentów była znakomita. Autorzy amerykańscy podkreślili, że wzrost liczby komórek CD4 był znamienny i nie zależał od wieku, w którym rozpoznano zakażenie HIV. Zwrócili też uwagę, że starsi pacjenci znacznie częściej jako drogę zakażenia podają kontakty heteroseksualne [374].
- w badaniu **CAPRISA 004** wykazano, że żel zawierający tenofowir, stosowany miejscowo, zmniejsza częstość zakażeń HIV o około 39% u kobiet w Republice Południowej Afryki [375].
- **przenoszenie zakażenia HIV z matek na ich dzieci** jest ciągle problemem w krajach biednych, w których dochodzi do zakażenia 40% nowo narodzonych dzieci (w krajach bogatych – mniej niż 2%). W 2008 roku szacowano, że urodziło

się 480 000 takich dzieci na świecie, tylko 21% kobiet w ciąży wykonuje test na HIV, a tylko 45% z tych, które okazują się być zakażone otrzymują leki mające zapobiegać przeniesieniu HIV na dzieci – najczęściej jest to jedna dawka newirapiny. Ale ponad połowa ciężarnych, zakażonych HIV kobiet wymaga leczenia antyretrowirusowego z powodu zaawansowanego upośledzenia odporności^[376].

- **Afryka** – badania przeprowadzone w 14 ośrodkach w 7 krajach afrykańskich wśród 3 381 par o różnym statusie serologicznym, z których 349 (10%) otrzymywało leki antyretrowirusowe, przy okazji badań prowadzonych pod kontrolą placebo nad skutecznością acyklowiru w zapobieganiu transmisji HIV wśród osób zakażonych jednocześnie wirusem *Herpes* i HIV, a mających partnerów o odmiennym statusie serologicznym. Niezakażonemu HIV partnerowi/partnerce wykonywano badania w kierunku obecności przeciwciał anti-HIV co 3 miesiące, oferowano także edukację dotyczącą bezpieczniejszego seksu. W okresie obserwacji potwierdzono badaniami genetycznymi przeniesienie zakażenia HIV wśród 103 par, w których zakażona HIV osoba nie otrzymywała leków antyretrowirusowych. W tym samym czasie doszło do przeniesienia 1 zakażenia z osoby zakażonej leczonej lekami antyretrowirusowymi, co dowodzi zmniejszenia częstości przenoszenia o 92%. Do jedynego przypadku przeniesienia zakażenia HIV na partnerkę leczonego HIV doszło po 4 miesiącach od rozpoczęcia terapii antyretrowirusowej, co może świadczyć, iż w ciągu tego czasu nie doszło jeszcze do obniżenia poziomu wirēmii poniżej granicy wykrywalności. Leczenie antyretrowirusowe nie spowodowało zwiększenia aktywności seksualnej badanych osób, ani zmniejszenia częstości używania prezerwatyw. Jednakże, jak podkreślili autorzy, trudno jest uogólniać wyniki tych badań, gdyż uczestniczące w niej osoby podlegały ciągłym konsultacjom i poddawane były szczegółowej obserwacji. Wskazane jest kontynuowanie takich badań^[377].
- **Afryka** – w AIDS ukazało się doniesienie porównujące częstość zakażeń HIV kobiet, będących następstwem gwałtów zbiorowych, w 7 krajach Afryki, w których trwają konflikty wojenne: w Burundi, Demokratycznej Republice Konga, Somalii, Sierra Leone, Sudanie południowym i Ugandzie. Od kilkuset lat gwałty uważane są za rodzaj broni używanej w czasie wojen. Na podstawie dostępnych danych autorzy obliczyli, że zakażenie HIV w następstwie gwałtów każdego roku dotyczy 5 na 10 000 kobiet i dziewcząt w Demokratycznej Republice Konga, Sudanie, Somalii, Sierra Leone, 10 na 10 000 kobiet w Burundi i Rwandzie, 20 na 10 000 kobiet w Ugandzie. W Somalii gwałty powodują 127 zakażeń rocznie, w Sierra Leone – 156, w Demokratycznej Republice Konga – 1 120, w Ugandzie – 2 172. W pozostałych krajach nawet przybliżone liczby są trudne do ustalenia. W skrajnych warunkach zakażenie HIV w następstwie przemocy seksualnej nabyć może 10 000 kobiet w Demokratycznej Republice Konga i 20 000 kobiet w Ugandzie. Wprawdzie publikacje ONZ zalecają stosowanie profilaktyki poekspozycyjnej dla ofiar gwałtów, jednakże dostępność do leków antyretrowirusowych nie jest duża w rejonach objętych konfliktami zbrojnymi. Utrudnieniem jest także to, że do rozpoczęcia przyjmowania leków antyretrowirusowych nie może minąć więcej, niż 72 godziny od narażenia na zakażenie. Autorzy postulują zwiększenie dostępności profilaktyki poekspozycyjnej dla ofiar gwałtów. Wymaga tego nie tylko przestrzeganie praw człowieka, ale także zdrowie publiczne^[378].
- badanie **iPrEx** wykazało, że przyjmowanie doustnie tenofoworu z emtricitabiną w jednej tabletkie zmniejsza ryzyko przeniesienia zakażenia wśród MSM (mężczyzn uprawiających seks z mężczyznami) o około 44%^[379].
- **Uganda** – ustawy anty-gejowskie wspierane są przez grupy działaczy amerykańskich kościołów ewangelicznych. W 2010 roku ugandyjska gazeta opublikowała zdjęcia gejów, apelując o ich powieszenie („nieco przemocy jest uzasadnione” napisał wydawca gazety). Krótko później do parlamentu złożono projekt ustawy zakazującej homoseksualizmu (Anti-Homosexuality Bill), która przewidywała karę śmierci dla ludzi angażujących się w kontakty homoseksualne i kary więzienia dla tych, którzy o tym nie donoszą. Młody mężczyzna, David Kato, którego zdjęcie też pokazano, wygrał w sądzie sprawę wytoczoną gazecie za naruszenie jego dóbr osobistych. Krótko później został zamordowany. W Ugandzie lesbijki bywają gwałcone, „*żeby zobaczyć, jak to jest być kobietą*”, czego następstwem są zakażenia HIV i niekiedy ciąży^[380]. Ale to zdarza się też w innych krajach świata.
- **WHO** opublikowało zalecenia dotyczące zapobiegania przenoszeniu zakażenia z matki na dziecko dla zakażonych kobiet, które nie potrzebują terapii ze względu na swój własny stan zdrowia: Opcja A obejmuje przyjmowanie AZT od 14 tygodnia ciąży, podczas porodu i do 7 dni po porodzie AZT + lamiwudyna, a w przypadku karmienia piersią dziecko otrzymuje newirapinę 1 raz dziennie tydzień dłużej niż trwał karmienie oraz Opcja B – terapia trójkłowa dla matki od 14 tygodnia ciąży do czasu porodu i jeszcze tydzień dłużej od ostatniego karmienia piersią oraz dla dziecka, niezależnie od sposobu karmienia, raz dziennie newirapina do 6 tygodnia życia^[381].
- analiza przepisów obowiązujących w 53 krajach Europy wykazała, że tylko 36 z nich nie ma żadnych ograniczeń w przekraczaniu granic, związanych z krótszym lub dłuższym pobytem. W Polsce, podobnie jak na Białorusi, w Mołdawii, Federacji Rosyjskiej, Tadżykistanie, Turkmenistanie, Ukrainie i Uzbekistanie test na HIV jest obowiązkowy dla cudzoziemców, którzy chcą pozostać dłużej, niż 3 miesiące^[382].
- **Uzbekistan** – Prezydent Islam Karimov podpisał ustawę na podstawie której pracownicy opieki zdrowotnej ponosiliby odpowiedzialność karną za zakażenie HIV pacjentów poprzez zaniedbanie lub błąd. Zaniedbanie (niedostateczna sterylizacja narzędzi, nieprzestrzeganie procedur związanych z przetaczaniem krwi) karane będzie pozbawieniem wolności na czas od 6 miesięcy do 5 lat, świadome narażenie karane będzie więzieniem od 5 do 8 lat. Wcześniej już 13 pracowników opieki medycznej oskarżono o zakażenie HIV 147 dzieci w wyniku zaniedbania – niesterylizowanie sprzętu, używanie tych samych strzykawek i igieł do pobierania próbek krwi, fałszowanie raportów o sterylizacji i później niszczenie dowodów. Dwunastu uznano za winnych, otrzymali kary pozbawienia wolności do 8 lat^[383].
- **Chiny** – szpital odmówił przyjęcia ciężko pobitej kobiety (za zapytanie pracodawcy na terenie Mongolii Wewnętrznej o niewypłacone wynagrodzenia za pracę), kiedy okazało się, że jest zakażona HIV. W dodatku pracodawca zapowiedział, że nie zapłaci załodze, jeśli kobieta nie opuści szpitala, co zrobiła. O zakażeniu HIV lekarze powiedzieli kobiecie i jej współpracownikom. Jak mówił jej kolega z pracy „*Teraz ona nie chce żyć, bo jej koledzy nie chcą z nią*

rozmawiać lub patrzeć na nią z góry”. Kobieta zakaziła się ponad 10 lat temu, podczas oddawania krwi w centralnej części prowincji Henan, w której rozgrywał się w latach 90. skandal zakażenia ludzi, którzy wielokrotnie sprzedawali swoją krew w stacjach krwiodawstwa. Próbowano go zatuszować, ale teraz duże części prowincji Henan zdewastowane są przez HIV. Chiny szacują, że ludzi żyjących z HIV jest tam 740 000, ale najprawdopodobniej jest ich znacznie więcej ^[384].

- dystrybucja prezerwatyw dla kobiet wzrasta znacząco. Między rokiem 2007 a 2010 podwoiła się z 25 do 50 milionów sztuk. Jednakże w porównaniu z prezerwatywami dla mężczyzn ich sprzedaż stanowi tylko 0,19% sprzedaży prezerwatyw na świecie. W RPA, która jest jednym z krajów świata z dobrze prowadzonym programem używania prezerwatyw dla kobiet, w 2010 roku ich dystrybucja wzrosła do 5,1 mln sztuk, ale dystrybucja prezerwatyw męskich wzrosła do 2,5 mld ^[385].

Polska – 2010

- ♦ egzekwowanie art. 62 ustawy antynarkotykowej kosztuje budżet państwa blisko 80 milionów złotych rocznie. W dodatku w opinii przedstawicieli organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości, całkowity zakaz posiadania narkotyków nie skutkuje zmniejszeniem problemów narkotykowych w Polsce, nie wpływa na ograniczenie handlu i nie odstrasza potencjalnych użytkowników narkotyków, co wykazano w badaniach Instytutu Spraw Publicznych w grupie 464 policjantów, prokuratorów, sędziów, kuratorów sądowych i funkcjonariuszy Służby Więziennej, zajmujących się przestępstwami z art. 62 ^[386].
- ♦ **Zjednoczenie „Pozytywni w Tęczy”** zostało **nominowane** przez Krajowe Centrum ds. AIDS (agenda Ministerstwa Zdrowia) do międzynarodowej nagrody **Red Ribbon Award 2010**.
 - 15 maja na Placu Zamkowym w Warszawie, w ramach Memorial AIDS Day, zapalono 1 025 świeczek upamiętniających osoby dotąd zmarły w Polsce na AIDS. Była to inicjatywa Zjednoczenia „Pozytywni w Tęczy”, do którego dołączyło wiele innych organizacji z całej Polski ^[387].
- ♦ 13-17 czerwca odbyło się XIV Ogólnopolskie Spotkanie Osób Żyjących z HIV, po raz kolejny w Ośrodku Wypoczynkowym Szarlota koło Kościerzyny ^[388].
- ♦ Krajowe Centrum ds. AIDS wydało ponownie poradnik dla osób żyjących z HIV „**Żyć z wirusem...**” pod redakcją Doroty Rogowskiej Szadkowskiej.
- ♦ na **XVII Konferencji „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie”** **czerwoną kokardką** nagrodzeni zostali:
 - Dariusz Dudziński - kategoria działalność społeczna,
 - Andrzej Słupski - kategoria działalność społeczna - Pomorski Dom Nadziei”,
 - Krzysztof Kotowski – kategoria organizacje pozarządowe – Stowarzyszenie Wolontariuszy wobec AIDS „Bądź z Nami”,
 - Anna Choraży-Samsel – kategoria profilaktyka – PSSE Ostrów Mazowiecka,
 - Lidia Woć – kategoria profilaktyka,
 - Bogdan Kanciało - kategoria środowisko medyczne – Wojewódzki Szpital Zakaźny,
 - Mariola Magnowska - kategoria środowisko medyczne,
 - Paweł Zielazny - kategoria działalność instytucji i samorządów – Urząd Marszałkowski w Gdańsku,
 - Adam Perzyński – kategoria biznes - Jansen Cilag,
 - Paweł Walewski – kategoria media – „Polityka”.
- ♦ Kampania profilaktyczna, której hasło brzmiało „**Prezerwatywa przedłuża przyjemność**”, skierowana była wyłącznie do mężczyzn MSM. Rok wcześniej, w czerwcu 2009 roku, po przeprowadzeniu konsultacji społecznych, Anna Marzec-Bogusławska, dyrektor Krajowego Centrum ds. AIDS, powołała Radę Konsultacyjną, nieformalny organ doradczy, który miał na celu opiniowanie planowanych i realizowanych zadań z zakresu profilaktyki HIV wśród MSM. W skład Rady weszli specjaliści z zakresu seksuologii, medycyny, nauk humanistycznych, przedstawiciele organizacji pozarządowych i środowiska MSM (prof. dr hab. Zbigniew Izdebski, dr n. med. Dorota Rogowska-Szadkowska, dr n. med. Remigiusz Jarosław Tritt, dr n. hum. Agnieszka Walendzik-Ostrowska, Agnieszka Górską, Robert Piotr Łukasik, Wojciech J. Tomczyński). Duże zainteresowanie kampanią wykazali właściciele klubów gejowskich i gay-friendly. Kampania: „**Prezerwatywa przedłuża przyjemność. Aż do późnej starości. Nawet jeśli to szybki seks**” wskazuje, że każdy aktywny seksualnie człowiek może i powinien mieć wpływ na zmniejszenie ryzyka zakażenia HIV ^[389].



- ◆ Rozpoznano **951** nowych zakażeń HIV, przede wszystkim u osób młodych (od 20 do 39 lat – 68,8%), mężczyzn (694 przypadki – 73,0%), zaobserwowano zwiększenie częstości zakażeń wśród mężczyzn uprawiających seks z mężczyznami (MSM), z 34,2% do 51,9% zakażeń o znanej drodze transmisji. W zgłoszeniach 596 osób nie było informacji o drodze zakażenia. **W porównaniu z rokiem poprzednim wzrost zakażeń wśród MSM wynosił ponad 144%**, wzrost zakażeń w następstwie kontaktów heteroseksualnych o 47%, a o 16% zmniejszyła się liczba osób zakażonych przez narkotyki przyjmowane w iniekcjach. Co najmniej 52 929 testów na HIV to badania oferowane rutynowo, bez wskazań medycznych lub epidemiologicznych, np. przed zabiegami operacyjnymi, w trakcie przyjmowania do pracy lub wymagane o uzyskania wizy. Wykonano 7525 badań u kobiet w ciąży, a w 2010 roku urodziło się 413 300 dzieci. AIDS rozpoznano u **171** osób (130 mężczyzn – 74,0% i 41 kobiet – 24,0%). Najczęściej rozpoznawanymi chorobami wskaźnikowymi AIDS był zespół wyniszczenia – 45 przypadków (27,0%), kandydoza a przełyku – 42 chorych (24,6%), gruźlica płuc – 29 przypadków (17,0%). Tylko 31 osób (18,1%) było leczonych antyretrowirusowo przez rozpoznaniem AIDS, w 10 przypadkach brak informacji o leczeniu. AIDS rozpoznano praktycznie równocześnie u 87 chorych (50,9%). Zmarło **53** chorych, 6 mężczyzn (68,0%) i 17 kobiet (32,1%). Według danych GUS z przyczyn związanych z zakażeniem HIV zmarło 135 osób [390].

2011

- w maju w USA **8 100** osób żyjących z HIV z 13 stanów **pozostawało na listach oczekujących na otrzymanie leków antyretrowirusowych**; byli to ludzie mający zbyt małe dochody i nie mający dostatecznego ubezpieczenia zdrowotnego, których leczenie zależało od uczestniczenia w **AIDS drug assistance programmes (ADAP)**. To rekordowo duża liczba, szokującą dużą dla najbogatszego kraju świata, ale skala kryzysu może być niestety wyższa. Poszczególne stany zaostrażają kryteria dostępu do programu ADAPs – od czerwca 2011 roku stan Illinois zapewnia dostęp do leków osobom zarabiającym rocznie 32 670 dolarów (wcześniej – 54 450 dolarów), niektóre stany zamknęły listy oczekujących odbierając dostęp do programu nowym pacjentom. Kryzys ekonomiczny sprawił, że liczba osób zależnych od ADAP od czerwca 2008 do czerwca 2009 roku wrosła o 80%. Rząd federalny zwiększył fundusze programów o 13%, stany zwiększyły dotacje o 61%. Dzięki negocjacom zespołu kryzysowego ADAP 12 firm farmaceutycznych obniżyło lub zamroziło ceny swoich leków. Jednak to wszystko nie wystarcza [391].
- ½ obywateli USA, czarnych i białych, wciąż wierzy, że HIV zakażać się można poprzez picie ze wspólnej szklanki z osobą zakażoną lub pływanie w basenie [272].
- w USA zarejestrowano lek **EDURANT** (rylpiwiryna - **RPV**, nienukleozydowy inhibitor odwrotnej transkryptazy (NNRTI, Janssen Cilag) oraz lek złożony **COMPLERA** (**EVIPLERA**), (Gilead Sciences), w skład 1 tabletki wchodzi emtrycytabina, rylpiwiryna (w postaci chlorowodoru) i dizoproksol tenofowiru oraz **newirapinę** o przedłużonym uwalnianiu **VIRAMUNE XR** (Boehringer Ingelheim).



- **6. IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention (IAS 2011)** zorganizowana przez International AIDS Society odbyła się w Rzymie (Włochy).
- w maju ogłoszono wyniki wstępne badania **HPTN 052**. Badanie prowadzone przez **HIV Prevention Trials Network** sponzorował NIH, rozpoczęto je w 2005 roku. włączono do niego 1 763 pary o różnym statusie serologicznym w 13 miejscach w 9 krajach Azji, Afryki, w Brazylii i USA. Przy włączaniu zakażona HIV osoba musiała mieć liczbę komórek CD4 między 350 a 550/mm³ (mediana – 436). Pary podzielono losowo na takie, w których osoba zakażona otrzymywała leczenie od razu i na takie, w którym leczenie rozpoczynano po obniżeniu liczby CD4 poniżej 250/mm³ lub wystąpieniu choroby definiującej AIDS. W grupie, w której leczenie rozpoczynano później doszło do 27 przypadków przeniesienia zakażenia, w grupie leczonych natychmiast – do jednego takiego przypadku (różnica statystycznie znamienne p<0,001). Nowe zakażenia były powiązane genetycznie z wirusem zakażonego partnera, choć zdarzyło się kilka przypadków, w których takiego związku nie wykazano. Ryzyko zakażenia niezakażonego partnera zmniejszyło się dzięki terapii antyretrowirusowej o 96% [392]. Pełne wyniki opublikowano w sierpniu tego samego roku – **wczesne rozpoczęcie terapii antyretrowirusowej zmniejsza ryzyko przeniesienia zakażenia w parach, w których jedno jest i przyjmuje leki antyretrowirusowe a drugie nie jest zakażone HIV o 96%**. Pacjentów z obu grup przyjmujących leki antyretrowirusowe przy każdej wizycie namawiano do używania prezerwatyw w kontaktach seksualnych, a podający używanie ich zawsze rzadziej byli zakażeni, jednak infekcje drobnoustrojami przenoszonymi drogą płciową i częste ciąży podczas trwania badania sugerowały, że uczestnicy przesadzali z częstotnością ich używania lub że były używane niewłaściwie [393].
 - Prof. Scott M. Hammer z Columbia University w Nowym Yorku w komentarzu do opublikowanych wyników badania przypomniał entuzjastom twierdzenia „leczenie jako profilaktykę” – **Treatment as Prevention**, że „terapia antyretrowirusowa nie jest doskonała i nie jest ostateczną odpowiedzią na kontrolowanie i zakończenie epidemii HIV. Działania niepożądane, pojawianie się lekoopornych szczepów wirusa, utrzymanie zgodnego z zaleceniami przyjmowania leków (adherencja), nierówny dostęp do leków na świecie i koszty to

tylko niektóre z obaw [...] Agresywne programy rozpoznawania i leczenia zakażenia HIV oraz stosowanie metod zapobiegania zakażeniom, które zostały dokładnie sprawdzone w badaniach klinicznych mają potencjał do zachowania zdrowia i kontroli epidemii dopóki nie pojawi się bezpieczna i skuteczna szczepionka” ^[394].

- w późniejszej dyskusji dotyczącej wyników badania jego autorzy zwrócili uwagę, że nie wiadomo zupełnie, czy wyniki ich badań przeprowadzonych wśród par heteroseksualnych przełożą się na mężczyzn uprawiających seks z mężczyznami ^[395].
- rok wcześniej Anthony Fauci sądził, że Treatment as Prevention to tylko myślenie życzeniowe (wishful thinking), ^[396].
- profesor Abrams przeprowadził badania nad współdziałaniem opioidów przeciwbólowym z kanabinoidami. Pacjentów przyjmujących wolno uwalniającą się morfinę lub oksykodon proszono o wdychanie marihuany i wykazano, że marihuana zwiększa działanie przeciwbólowe opioidów, jednocześnie pozwalając na ograniczenie ich dawki, co zmniejsza występowanie działań niepożądanych opioidów ^[397]. Jak pisał Abrams, **synergizm opioidów i marihuany sprawia, że 1 + 1 = 5, zamiast 1 + 1 = 2.**
- **Malawi** – wprowadzono innowacyjny program, dzięki któremu **wszystkie kobiety ciężarne zakażone HIV i karmiące piersią swoje dzieci będą dostawały do końca życia terapię antyretrowirusową**, niezależnie od liczby komórek CD4 (badanie trudno dostępne w tym kraju). Program **Opcja B+** składa się z podawania trzech leków: tenofowir, lamivudyna i newirapina (176 dolarów na osobę na rok wobec 65 dolarów), to zapobieganie zgonom matek ma ogromne znaczenie dla przeżywalności dzieci. Wprowadzenie programu będzie miało też inne korzyści. Kobiety w tym kraju rodzą średnio 5 – 6 dzieci, mało prawdopodobne jest, że zakażone HIV rodzą mniej. Krótko po zakończeniu karmienia piersią (co trwa średnio 23 miesiące) wiele kobiet ponownie zachodzi w ciążę. Dlatego przerywanie leczenia jest niepotrzebne. Wiele kobiet trafia pod opiekę w późnym etapie ciąży (około połowa po 28 tygodniu ciąży), więc kontynuowanie przyjmowania leków antyretrowirusowych oznacza, że następna ciąża będzie mogła być chroniona od poczęcia ^[398]. Niebawem stało się to standardem postępowania.
- badanie **FEM-PrEP**, w którym stosowano tenofowir z emtricitabiną doustnie u kobiet z Afryki subsaharyjskiej zostało przerwane przed planowanym terminem, gdyż leki nie okazały się skuteczne w zapobieganiu zakażeniom HIV ^[399].
- strategia **UNAIDS „Getting to Zero”** na lata 2011 – 2015 miała na celu do dążenie do zmniejszenia do zera nowych zakażeń HIV, śmierci związanych z AIDS i dyskryminacji (<https://www.avert.org/global-hiv-targets>, [dostęp: 2.05.2017]).
- Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych przyjęło deklarację o intensyfikacji starań w celu eliminacji HIV i AIDS (**Political Declaration on HIV and AIDS: intensifying our efforts to eliminate HIV and AIDS**), jej częścią był plan „**15 by 15**” – 15 mln ludzi żyjących z HIV ma zostać objętych leczeniem antyretrowirusowym do 2015 roku ^[400].
- **Global Commission on Drug Policy** uznała w raporcie, że 40 lat wojny z narkotykami, pieniądze wydane na kryminalizację i represje wobec producentów, przemytników i użytkowników nielegalnych narkotyków nie wyeliminowały problemu nielegalnych narkotyków. „Represyjne działania skierowane przeciw użytkownikom utrudniają działania mające zmniejszyć częstość zakażeń HIV, śmiertelnych przedawkowań i innych szkodliwych konsekwencji używania narkotyków”. ONZ ujawnił, że używanie narkotyków wzrasta: opiatów o 34,5% od 1998 do 2008 roku, kokainy o 27%, marihuany o 8%. Na świecie używa nielegalnych narkotyków około 250 000 mln ludzi, miliony zajmują się uprawą, produkcją, transportem, dystrybucją. Negatywnymi konsekwencjami wojny z narkotykami stał się wzrost rozmiarów nielegalnego czarnego rynku, zmiany geograficznego rozmieszczenia produkcji narkotyków, stygmatyzacja, wykluczenie i marginalizacja ludzi, którzy używają narkotyków. Komisja apeluje do rządów o zakończenie stygmatyzacji i kryminalizacji użytkowników narkotyków, którzy nie szkodzą innym, szanowanie ich praw człowieka, zapewnienie opieki zdrowotnej i usług terapeutycznych, tym, którzy ich potrzebują. Wśród 19 członków Komisji byli były Sekretarz Generalny ONZ Kofi Annan, były Prezydent Meksyku Ernesto Zedillo, były Prezydent Brazylii Fernando Henrique Cardoso, pisarz Carlos Fuentes i Mario Vargas Llosa i aktualny Premier Grecji George Papandreu ^[401].
- **USA** – prezydent Barack Obama 1 grudnia zapowiedział działanie **PEPFAR** przez kolejne 2 lata, co pozwoli na dostarczenie leków antyretrowirusowych 1,5 mln zakażonych HIV kobiet, wsparcie ponad 4 mln dobrowolnych obrzezań mężczyzn we wschodniej i południowej Afryce, rozdystrybuuje też miliard prezerwatyw. Zaapelował też do krajów wspierających Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria by zrealizowały swoje obietnice. Zapowiedział zwiększenie funduszy, które pozwoli na leczenie antyretrowirusowe dodatkowo 10 500 osób zakażonych HIV w USA. Wcześniej na listach oczekujących na leczenie znajdowało się 9 000 Amerykanów ^[402].
- **hasło Światowego Dnia AIDS: Getting to zero.** (https://www.unaids.org/en/World_AIDS_Day).

Polska – 2011

- w lutym wydano rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS na lata 2022 – 2026 (https://aids.gov.pl/krajowy_program/221-2-2/ [dostęp: 1.12.2022]).
- **VII Zjazd Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS** odbył się w dniach 2 – 5 czerwca w Jachrance,
 - na Walnym Zgromadzeniu członków PTN AIDS4 czerwca, godność członków honorowych Towarzystwa otrzymali profesorowie:
 - **Mike Youle,**
 - **Mark Weinberg,**
 - **Andrzej Horban.**

- ♦ **XV Ogólnopolskie Spotkanie Osób Żyjących z HIV** odbyło się w Warszawie. Odwiedziło uczestników (wśród których było wielu uczestniczących też w pierwszym [sic!], a także goście z Białorusi, Ukrainy, Mołdawii i Niemiec) dwóch podsekretarzy stanu Ministerstwa Zdrowia, zastępczyni Dyrektora Krajowego Centrum ds. AIDS, dr Barbara Daniluk-Kula, a także Pierwsza Dama, Jolanta Kwaśniewska [403].
- ♦ Podczas **XVIII Konferencji „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie” czerwonymi kokardkami** nagrodzeni zostali:
 - Małgorzata Marchewka - kategoria środowisko medyczne - Klinika Chorób Zakaźnych we Wrocławiu,
 - Dr Tomasz Mikuła - kategoria środowisko medyczne - Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie,
 - Edyta Laurman-Jarząbek - kategoria profilaktyka – Punkt Konsultacyjno-Diagnostyczny Kielce, Kraków,
 - Agnieszka Waluszko - kategoria profilaktyka - Fundacja Edukacji Społecznej,
 - Dr. n. med. Remigiusz Jarosław Tritt - kategoria działalność społeczna,
 - Małgorzata Doroba - kategoria działalność społeczna - Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie,
 - Adam Fronczak - kategoria działalność instytucji – Ministerstwo Zdrowia,
 - Marka M.A.C. Cosmetics - kategoria działania sektora prywatnego - na ręce Brand Managera Agnieszki Sikora-Marzec i koordynatorki M.A.C. AIDS Fund Anny Żukowskiej,
 - Kancelaria Prawna Dewey & Le Boeuf - kategoria działania sektora prywatnego - na ręce dr hab. Małgorzaty Bednarek i mecenas Łukasza Gorka,
 - Wyróżnienie specjalne - dla prof. dr. n. med. Marka Krawczyka i współpracowników z zespołu transplantacyjnego Szpitala Klinicznego.
- ♦ Kampania profilaktyczna zachęcała do wykonywania testów na HIV.



- ♦ w 2011 roku rozpoznano **1 105** przypadków zakażeń HIV, 908 u mężczyzn i 155 u kobiet. W zgłoszeniach większości nowych zakażeń 646 (58,5%) nie podano prawdopodobnej drogi zakażenia. **Wśród zgłoszeń z podaną drogą transmisji najwięcej zakażeń dotyczyło MSM – 308 (67,1%)**, (mimo prowadzonej kampanii „Prezerwatywa przedłuża przyjemność” kierowanej do tej grupy) 60 osób zakażonych zostało w następstwie przyjmowania narkotyków w iniekcjach (13,1%), 84 w następstwie kontaktów heteroseksualnych, do przeniesienia zakażenia z matki na dziecko doszło w 7 przypadkach. AIDS rozpoznano u **175** osób (136 mężczyzn – 77,7% i 39 kobiet – 22,3%), u **102** osób równocześnie z AIDS (ponad 58% przypadków), tylko 36 chorych (20,6%) było leczonych lekami antyretrowirusowymi przed rozpoznaniem AIDS. Najczęściej rozpoznawanymi chorobami wskaźnikowymi były: zespół wyniszczenia – 51 przypadków, kandydoza przełyku i pneumocystowe zapalenie płuc – po 32 przypadki, gruźlica płuc – 24 przypadki. Zmarło **65** osób, 49 mężczyzn 9 16 kobiet. Do GUS zgłoszono 123 zgony związane z zakażeniem HIV. Od 1985 do końca 2011 roku rozpoznano **16 314** nowych zakażeń HIV, AIDS u **2 848** osób, z których **1 185** zmarło; [404].

2012

- w czerwcu amerykańska FDA zaaprobowала połączenie **tenofowiru (TDF)** z **emtrictabiną** w jednej tabletkie – **TRUVADA** (Gilead Sciences) do profilaktyki przed ekspozycyjnej zakażenia HIV (**pre-exposure prophylaxis – PrEP**), [405,406].
- podczas 19. Konferencji dotyczącej Retrowirusów i Infekcji Oportunistycznych (**CROI**) pojawiły się doniesienia, że superinfekcje (nadkażenia) zdarzają się tak samo często, jak pierwsze zakażenie, co wykazały badania w Rakai (Uganda) i Mombasie (Kenia); jednak znaczenie tego zjawiska dla przebiegu klinicznego zakażenia nie jest do końca jasne [407].
- Dr Gary R. Matyas został laureatem nagrody **the National Institute on Drug Abuse (NIDA) Avant-Garde Award** za tworzenie innowacyjnych leków. Doktor zaproponował opracowanie skutecznej, bezpiecznej i łatwej w produkcji kombinacji szczepionki przeciwko heroinie/HIV (H2), która mogłaby leczyć uzależnienie od heroiny, a jednocześnie zapobiegać zakażeniu HIV osób otrzymujących szczepionkę. Na wsparcie swoich badań miał otrzymywać 1 mln dolarów rocznie, przez pięć lat. Pracuje w Walter Reed Army Institute of Research (WRAIR) w Silver Spring,

Marylandd. „Ten wysoce innowacyjny model podwójnej szczepionki jednocześnie zająłby się przeplatającymi się epidemiami nadużywania heroiny i HIV” – powiedziała dyrektor NIDA, dr Nora D. Volkow. „To jest dokładnie ten rodzaj przełomowych badań, które program Avant-Garde NIDA miał wspierać. Konsekwencje dla zdrowia publicznego są ogromne”^[408]. Ale przegląd stanu badań nad szczepionkami leczącymi uzależnienia od substancji psychoaktywnych w 2022 roku zakończono wnioskiem, że tylko szczepionki przeciwko nikotynie i kokainie osiągnęły 3 fazę badań klinicznych, ale na rynku ich nie ma. Mimo braku sukcesów należy nadal prowadzić badania w tym obiecującym kierunku^[409].

- **XIX Światowa Konferencja AIDS** odbyła się w Waszyngtonie (USA); stało się to możliwe po cofnięciu przez administrację USA zakazu wjazdu osobom z HIV/AIDS, po 22 latach. Uczestniczyło w niej prawie 24 000 delegatów ze 184 krajów świata. Wprawdzie nie przybył prezydent Barack Obama, ale była Sekretarz Stanu USA Hilary Clinton i były prezydent Bill Clinton, Bill Gates, Jim Yong Kim (szef departamentu ds. HIV/AIDS w WHO w latach 2003-2006), Sharon Stone, Elton John i Woopi Goldberg. Anthony Fauci, dyrektor NIAID, na sesji otwierającej konferencję mówił: „Mamy solidne podstawy naukowe, by mówić że możemy skończyć pandemię HIV/AIDS. Nie stanie się to jednak bez większej współpracy międzynarodowej”. Hilary Clinton powtórzyła, że taka możliwość istnieje. Konferencja odbywała się w 25 rocznicę rejestracji AZT. Od tego czasu pojawiło się 26 nowych leków, co znacznie poprawiło długość życia osób zakażonych HIV^[410].
 - Peter Piot, wcześniej dyrektor UNAIDS, teraz rektor London School of Hygiene and Tropical Medicine, wspierał aspiracje zakończenia epidemii, ale przestrzegał, że nadmierne obietnice mogą prowadzić do samozadowolenia – „Mamy znaczący postęp, ale nie jest jasne, czy mamy narzędzia do jej zakończenia”, zakończenie epidemii wymagałoby szczepionki profilaktycznej.
 - większość spośród 34 mln zakażonych HIV ludzi na świecie nie przyjmuje leków antyretrowirusowych, wielu przyjmujących leki ma trudności z kontynuowaniem terapii, a liczba nowych zakażeń w kluczowych populacjach rośnie^[411].
 - w czasie Konferencji zainaugurowana została działalność **the Timothy Ray Brown Foundation**, która skupiać się ma na poszukiwaniu sposobów wyleczenia zakażenia HIV i znalezieniu szczepionki^[412].



- WHO zmieniła rekomendacje dotyczące profilaktyki przenoszenia zakażenia z matki na dziecko – **Opcja B+** wymaga rozpoczęcia terapii antyretrowirusowej u wszystkich kobiet zakażonych HIV będących w ciąży, niezależnie od liczby komórek CD4, stanu klinicznego, zaawansowania ciąży i kontynuowanie jej do końca życia kobiety^[413].
- w badaniach prowadzonych w Afryce subsaharyjskiej wykazano, że ryzyko śmierci dla dzieci zakażonych HIV w czasie ciąży lub porodu w czasie pierwszych 18 miesięcy życia wynosi 60%, dla dzieci zakażonych w następstwie karmienia piersią – 36%^[414].
- FDA zarejestrowała kolejny lek złożony – **STRIBILD**, którego tabletki zawierają **elwitegrawir, emtricytabinę i tenofowir (TDF + kobicistat)**, jako wspomagający farmakokinetykę leków (Gilead Sciences). Lek zarejestrowano na podstawie badań dostarczonych do FDA, mówiących, że lek jest tak samo skuteczny jak Atripla, ale powoduje mniej działań niepożądanych. Producent ogłosił, że ceny hurtowe wynosić będą w USA 28 000 dolarów na 1 pacjenta przez 1 rok, co prezydent **AIDS Care Foundation** Andrew Weinstein uznał za „szokująco nieodpowiedzialne”^[415].
- obecni i byli szef UNAIDS (Michel Sidibé i Peter Piot) oraz szef Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (Mark Dybul) ostrzegali w grudniu na łamach The Lancet „**AIDS się nie skończył**” [**AIDS is not over**], a osiągnięcie pokolenia wolnego od AIDS jest zagrożone, między innymi dlatego, że fundusze na pomoc krajom biednym nie rosną od 2009 roku i utrzymując się na poziomie 8 mld, choć w 2015 r. potrzeba będzie ponad 20 mld dolarów^[416].
- w trwającej 16 lat obserwacji 2 776 kobiet zakażonych HIV, w ramach kohorty Women’s Interagency HIV Study (WIHS) wykazano, że kobiety niekiedy palą marihuanę w celach medycznych, ale też rekreacyjnych lub w obu. Codzienne jej używanie wiązało się z wyższą liczbą komórek CD4, lepszą jakością życia i nieco starszym wiekiem^[417].
- podczas wyborów prezydenckich w listopadzie 2012 roku (wybrano Baracka Obamę na drugą kadencję) zapytano mieszkańców stanu czy są za legalizacją marihuany dla wszystkich dorosłych mieszkańców. (Medyczną marihuanę zalegalizowano tam w 2000 roku). Większość uczestników referendum – 55% - opowiedziała się za poprawką 64 (Amendment 64). W następnym roku ustalano warunki jej dostępności, takich jak struktura podatków czy sklepów, analizowano też potencjalny wpływ na zdrowie publiczne. Sprzedaż marihuany rozpoczęła się 1 stycznia 2014 roku. Do 3 listopada 2014 roku działało w stanie 497 licencjonowanych dyspensariów medycznej marihuany i 292 punktów sprzedaży detalicznej. W 2015 roku donoszono, że niespodziewanym efektem legalizacji było zwiększenie częstości poparzeń będących następstwem produkowania domowymi sposobami ekstraktów z marihuany, do czego używano butanu jako rozpuszczalnika. W niektórych przypadkach oparzenia obejmowały ponad 71% powierzchni ciała, a w 21% wymagały przeszczepów skóry^[418].
- hasło **Światowego Dnia AIDS: Together we will end AIDS**. (https://www.unaids.org/en/World_AIDS_Day).

Polska - 2012

- **XVI Ogólnopolskie Spotkanie Osób Żyjących z HIV** odbyło się w dniach 2 – 6 września w Szarlotcie.

- ♦ **VIII Konferencja Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS** odbyła się 17 – 19 czerwca we Wrocławiu.
- ♦ na **XIX Konferencji „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie”** **czerwoną kokardką** nagrodzeni zostali:
 - dr Paweł Grąbczewski - kategoria środowisko medyczne - Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie,
 - dr Łukasz Łapiński - kategoria profilaktyka – „Podwale Siedem”, Wrocław,
 - Dagmara Kraus - kategoria profilaktyka – Zjednoczenie na Rzecz Żyjących z HIV/AIDS „Pozytywni w Tęczy”,
 - Adam Hęćko - kategoria profilaktyka - Pomorski Dom Nadziei, MONAR Gdańsk,
 - Leszek Szymański - kategoria działalność społeczna - Dom Ciepła Wrocław, Telefon zaufania,
 - Bogumiła Kryskiewicz - kategoria działalność społeczna - Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie,
 - Agnieszka Dobija-Nowak - kategoria działalność instytucji rządowych, samorządowych - Urząd M. ST. Warszawy,
 - Krzysztof Faliński - kategoria działalność instytucji rządowych, samorządowych - Urząd Marszałkowski, Szczecin,
 - Tadeusz Rosa i Młodzieżowa Szkoła Liderów w Mikołowie - kategoria działalność organizacji pozarządowych,
 - Gilead Sciences Poland i projekt - **Pozytywnie Otwarci** - kategoria działania sektora prywatnego,
 - Abbot Laboratories Poland i portal www.cd4.pl - kategoria działania sektora prywatnego.
- ♦ 14 grudnia 2001 roku w Genewie, podczas posiedzenia Rady Koordynacyjnej Programu Narodów Zjednoczonych ds. HIV/AIDS (Programme Coordinating Board UNAIDS) Polska została wybrana na Przewodniczącą Rady w 2012 roku. W 2011 roku Polska była Wiceprzewodniczącą Rady ^[419].
- ♦ zakażenie HIV rozpoznano u **1 093** osób (u 913 mężczyzn – 83,5% i 159 kobiet – 14,5%), wśród nowo rozpoznanych zakażeń HIV 70% stanowili MSM. AIDS rozpoznano u **155** osób (118 mężczyzn – 76,4% i 37 kobiet – 23,9%), najczęstszymi chorobami wskaźnikowymi był zespół wyniszczenia – 50 przypadków (32,3%), pneumocystowe zapalenie płuc – 32 przypadki i kandydoza przełyku – 22 przypadki, u **86** osób AIDS rozpoznano równocześnie z HIV, zmarło 59 osób, do GUS zgłoszono 93 zgony z powodów związanych z zakażeniem HIV. Od 1985 do końca 2012 roku zakażenie HIV rozpoznano u **17 565** osób, AIDS u **3 062** pacjentów, z których **1 246** zmarło ^[420].
- ♦ Kampania profilaktyczna proponowała prezerwatywy podczas Mistrzostw Europy w Piłce Nożnej, które organizowały wspólnie Polska i Ukraina.



2013

- **Wielka Brytania** – 14 kwietnia Departament Zdrowia ogłosił **cofnięcie zakazu wykonywania pracy zawodowej pracowników opieki medycznej o specjalnościach zabiegowych**, którzy od kwietnia przyszłego roku mogą powrócić do pracy zawodowej, jeśli ich terapia antyretrowirusowa doprowadzi do obniżenia poziomu wirerii poniżej granicy wykrywalności, będą kontynuowali przyjmowanie leków; pracownicy będą zobowiązani do zarejestrowania się w **Public Health England**, który będzie monitorował ich poziom wirerii na podstawie kwartalnych sprawozdań leczących ich lekarzy; szacuje się, że w Anglii jest około 110 zakażonych HIV pracowników medycznych ^[421].
 - 13 sierpnia amerykańskie FDA zarejestrowało kolejny lek z grupy inhibitorów integrazy HIV – **dolutegrawir (Tivicay, GlaxoSmithKline)**, (kilka miesięcy później zarejestrowano go w Europie).
 - WHO opublikowała zalecenia dotyczące rozpoczynania terapii antyretrowirusowej – leczenie powinno być rozpoczynane u wszystkich:
 - osób dorosłych, których liczba komórek CD4 obniży się poniżej 500/mm³, niezależnie od stanu klinicznego (w 2010 roku zalecano leczenie, jeśli liczba CD4 obniży się poniżej 350/mm³),
 - dzieci poniżej 5 roku życia, niezależnie od stadium zakażenia,
 - zakażonych HIV kobiet w ciąży i karmiących dzieci piersią,
 - wszystkich partnerów zakażonych HIV mających niezakażonych partnerów/partnerki.
- WHO szacuje, że wprowadzenie tych zaleceń w życie pozwoli uniknąć 3 mln zgonów i 3,5 mln nowych zakażeń HIV do 2015 roku ^[422].
- **Brazylia** – stała się pierwszym krajem o średnich dochodach, który zaoferował bezpłatną terapię antyretrowirusową wszystkim ludziom żyjącym z HIV, niezależnie od liczby komórek CD4, a WHO zaleciła leczenie wszystkich zakażonych dopiero 2 lata później ^[423].

- pojawiły się informacje, że wczesne rozpoczęcie leczenia antyretrowirusowego u dziecka urodzonego przez zakażoną HIV matkę może doprowadzić do usunięcia wirusa z jego organizmu; w listopadzie lekarze z Missisipi i naukowcy z amerykańskich National Institutes of Allergy and Infectious Diseases (NIAID) opisali ten przypadek w najbardziej prestiżowym czasopiśmie medycznym – New England Journal of Medicine ^[424]:
 - dziecko (nazwane **Missisipi baby**) przyszło na świat w 35 tygodniu ciąży, drogami i siłami natury,
 - jego matka nie robiła testu na HIV, szybki test w czasie porodu okazał się dodatni (potwierdzono to później testem Western blot), poród nastąpił zbyt szybko, by matka mogła dostać leki antyretrowirusowe,
 - u dziecka w 31 godzinie życia poziom wirerii wynosił 19 812 kopii/ml krwi – włączono terapię zydowudyną, lamiwudyną i newirapiną,
 - w 6 dobie życia poziom wirerii u dziecka obniżył się do 2 617 kopii/ml,
 - w 7 dobie życia newirapinę zastąpiono lopinawirem wzmocnionym rytonawirem (decyzja zapadła przed pojawieniem się ostrzeżenia FDA, by nie podawać tego leku dzieciom mającym mniej niż 14 dni),
 - w 11 dobie wirerii dziecka – 516 kopii RNA HIV/ml, w 19 dobie – 265 kopii/ml, w 29 dobie – poniżej 20 kopii/ml,
 - przez pierwszych 12 miesięcy życia (nie było karmione mlekiem matki) oceniano, że dziecko otrzymywało leki we właściwy sposób,
 - od 18 miesiąca życia dziecka matka przestała zgłaszać się na wizyty kontrolne,
 - zgłosiła się w 23 miesiącu życia dziecka mówiąc, że przestała podawać dziecku leki 5 miesięcy temu,
 - mimo to poziom wirerii u dziecka był niewykrywalny, w 30 miesiącu życia dziecka w dalszym ciągu nie wykrywano RNA HIV we krwi dziecka, mimo niestosowania leczenia, liczba komórek CD4 była prawidłowa lub nieco wyższa od normy stosownej do wieku dziecka (→ dalej).



- **7. IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention (IAS 2013)** zorganizowana przez International AIDS Society odbyła się w Kuala Lumpur (Malezja).
- **USA** – 20 czerwca Sąd Najwyższy odrzucił zobowiązanie narzucane organizacjom prozdrowotnych przez władze federalne do nie przeznaczania uzyskanych pieniędzy na pomoc osobom sprzedającym usługi seksualne (anti-prostitution pledge). Peter Piot, były dyrektor UNAIDS, uznał decyzję Sądu o uchyleniu prawa z ery George’a W. Busha „za zwycięstwo zdrowia publicznego i dowodów naukowych nad ideologią i bigoterią”. Orzeczenie zapadło stosunkiem głosów 6 do 2, przeciwni byli sędziowie Antonin Scalia i Clarence Thomas ^{xii}. Kobiety sprzedające usługi seksualne mają prawie 14 razy większe ryzyko zakażenia się HIV niż pozostałe kobiety w wieku reprodukcyjnym w krajach biednych i średnio zamożnych. W Afryce subsaharyjskiej częstość zakażeń HIV wśród pracowników seksualnych wynosi 36,9% ^[425].
- **USA** – sędzia z północno-wschodniej części stanu Ohio skazał 20-letnią kobietę na 4 lata więzienia za uprawianie seksu bez zabezpieczenia z dwoma mężczyznami nie mówiąc im, że jest zakażona HIV. Sędzia powiedziała, że więzienie jest właściwe dla tej kobiety, gdyż naraziła na ryzyko życie mężczyzn nie mówiąc im, że jest zakażona na wirusem powodującym AIDS ^[426].
- **RPA** – w małym sub-dystrykcie Hlabisa w prowincji KwaZulu Natal **Africa Centre** zidentyfikował 16 667 osób niezakażonych HIV w 2003 roku, którzy zgodzili się na wykonywanie testów na HIV. Od 2004 do 2011 roku 1 413 z tych osób nabyło zakażenie. W kolejnym badaniu przeanalizowano związek terapii antyretrowirusowej z nowymi zakażeniami i wykazano, że nowych zakażeń było najmniej w okolicach, w których było najwięcej leczonych osób zakażonych HIV. Jeśli leczonych było 30 – 40% zakażonych w badanej populacji to nowych zakażeń było o 38% mniej w porównaniu z populacjami, w których było leczonych mniej niż 10% zakażonych. A to dowodzi, że koncepcja leczenia jako profilaktyka – **Treatment as Prevention** – działa w realnym świecie ^[427].
- **Uganda** – liczba osób żyjących z HIV i AIDS stale rośnie. Między rokiem 2007 a 2012 zwiększyła się z 1,3 mln do 1,5 mln, do 2013 roku liczba ta wzrosła do ponad 1,6 mln, w tym 177 000 dzieci poniżej 15 roku życia, podaje raport **Uganda AIDS Commission**. Liczba leczonych lekami antyretrowirusowymi Ugandyjczyków w 2013 roku ma wynieść około 680 000 (w 2011 roku było ich 342 000). Przedstawiciel Ugandy w WHO uważa, że zakażonych i chorych przybywa, bo dzięki lekom antyretrowirusowym żyją dłużej. Liczba zmarłych na AIDS w 2022 roku wynosiła 79 828,

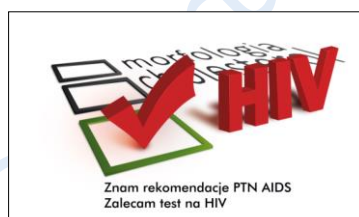
^{xii} Clarence Thomas nominację na sędziego Sądu Najwyższego otrzymał w 1991 roku. Przyznał, że w szkole średniej palił marihuanę. Prezydent G.W. Bush uznał, że to drobiazg; rzecznik Białego Domu tłumaczył, że Thomas palił ją jako uczeń, w dodatku przyznał się do tego z własnej woli, dodał, że **wykluczanie kandydatów tylko dlatego, że eksperymentowali z narkotykami mogłoby zdyskwalifikować całe pokolenie Amerykanów** (S. Labaton, *Thomas smoked marijuana but retains Bush support*, New York Time, 11.07.1991, <http://www.nytimes.com/1991/07/11/us/thomas-smoked-marijuana-but-retains-bush-support.html> [dostęp: 20.10. 2014]). Dopiero w roku 2016 powstał film „Nominacja” [Conformation], który wyreżyserował Rick Famuyiwa, opowiadający o tym, jak sprytnie i podle wobec ofiary, także czarnoskórej sędzi Anety Hill, wybronił się sędzia Thomas przed oskarżeniami o molestowanie seksualne podczas przesłuchań w komisji senackiej. Nominację zdobył większością 4 głosów, a ta historia stała się powodem do dyskusji o prawach kobiet w USA.

zmniejszyła się do 70 262, a w 2013 roku ma być ich 81 298, podaje raport Komisji. Innymi czynnikami przyczyniającymi się do wzrostu liczby zakażonych są duża ilość dzieci rodzonych w kraju, nie stosowanie metod planowania rodziny, mnogość partnerów seksualnych wśród nastolatków i nieskuteczność interwencji mających na celu zmianę zachowań^[428].

- w listopadzie odbyła się premiera filmu **„Witaj w klubie” (Dallas Buyers Club)** w reżyserii Jeana-Marca Vallée, pokazujący początki epidemii AIDS i desperackie próby poszukiwania leków mogących opóźnić śmierć; aktorzy odtwarzający główną (Matthew McConaughey) i drugoplanową rolę (Jared Leto) otrzymali w następnym roku statuetki Oscara.
- hasło **Światowego Dnia AIDS: Zero discrimination**. (https://www.unaids.org/en/World_AIDS_Day).

Polska – 2013

- ♦ **IX Konferencja Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS** odbyła się 13 – 15 czerwca w Krakowie.
- ♦ według danych przedstawionych przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii w raporcie o sytuacji narkotykowej w Polsce w 2013 roku działało w Polsce 25 ośrodków stosujących terapię substytucyjną przede wszystkim z wykorzystaniem metadonu^[429]. Istniały w 14 województwach – nie było żadnej takiej placówki w województwie podkarpackim i podlaskim. Tą formą terapii obejmowano od 12 do 23% osób potrzebujących. W 23 placówkach penitencjarnych działało 7 programów terapii substytucyjnej, której poddawano 139 więźniów.
- ♦ zmarła **Krystyna Sokołowska**, założycielka Stowarzyszenia „Mały Książę”. Nie sposób przecenić Jej wkładu we wspieranie rodziców i dzieci zakażonych HIV. Jak powiedziała Joanna Gałąj na XXX Konferencji „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie” celem Stowarzyszenia było danie dzieciom (żyjącym z HIV) szansy na przeżycie jak największej ilości radosnych chwil.
- ♦ kampania profilaktyczna rozpoczęta w listopadzie, trwać będzie w roku następnym, kierowana do środowisk medycznych – w szczególności lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, lekarzy ginekologów oraz pielęgniarek i położnych, a poprzez nich – do ogółu społeczeństwa. Jej celem jest upowszechnienie wczesnej diagnostyki zakażenia HIV, która ogranicza liczbę nowych zakażeń i pozwala w odpowiednim czasie rozpocząć terapię antyretrowirusową (ARV). Poprzez m.in. popularyzację aktualnych rekomendacji Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS (PTN AIDS) w zakresie testowania w kierunku HIV, a w szczególności wskazań klinicznych do zlecenia pacjentowi badania na obecność wirusa, kampania przypomina, że zakażenie HIV należy wziąć pod uwagę w trakcie diagnostyki.



- ♦ dr Andrzej Lipniacki opisał osiągnięcia programu bezpiecznej sztucznej inseminacji u niezgodnych serologicznie par – mężczyzna HIV+, kobieta HIV-. Po wykonaniu wielu badań doświadczalnych oddzielania plemników (nie przenoszą HIV) od płynu nasiennego i znajdujących się w nich komórek i wykazaniu zastosowanej skuteczności metody pierwszej kobiecie podano plemniki jej zakażonego męża (stało się to w Boże Ciało, bo akurat wtedy wypadła owulacja). Działo się to w Centralnym Laboratorium Surowic i Szczepionek obecnie Narodowy Instytut Leków), w którym pracowali dr Andrzej Piasek i dr Lipniacki, którzy nawiązali współpracę z dr. Tomaszem Niemcem z Instytutu Matki i Dziecka, który wystąpił o zgodę komisji etycznej. Do 2013 roku dotarło do lekarzy 60 par, w większości z Polski, ale też z USA, Wielkiej Brytanii, Ukrainy i Rosji. Trzy pary miały już dwoje dzieci. Urodziło się co najmniej 19 dzieci, w większości dziewczynek (plemniki zawierające chromosom X są o około 1,5% cięższe od tych które mają chromosom Y). Wszystkie zabiegi oczyszczania nasienia wykonali A. Piasek i A. Lipniacki, nieodpłatnie, podobnie jak sztuczne inseminacje wykonane przez T. Niemca i jego współpracowników – dr Jacka Maciejewskiego i dr Anetę Kowalską^[430].
- ♦ na Konferencji **„Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie”** czerwone **kokardki** otrzymali:
 - dr n. med. Grażyna Cholewińska-Szymańska - kategoria środowisko medyczne - Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie,
 - Halina Strzelecka – kategoria środowisko medyczne - Biuro Służby Zdrowia w Centralnym Zarządzie Służby Więziennej,
 - Bartosz Szetela - kategoria środowisko medyczne - Klinika Chorób Zakaźnych we Wrocławiu,
 - Katarzyna Marczeńska - kategoria działalność społeczna - PSSE Lipno,
 - Dorota Bernat - kategoria działalność społeczna – Warszawa,
 - Irena Przepiórka kategoria działalność społeczna – Warszawa,
 - Biuro Służby Zdrowia w Centralnym Zarządzie Służby Więziennej, na ręce Pana Dyrektora płk prof. nadzw. dr. hab. med. Leszka Markuszewskiego - Działania instytucji rządowych,
 - Krajowe Biuro do spraw Przeciwdziałania Narkomanii na ręce Pana Dyrektora Piotra Jabłońskiego - Działania instytucji rządowych,

- BUDIMEX S.A. - Działania sektora prywatnego – profilaktyka HIV/AIDS W ramach realizacji Projektu Modernizacji Wrocławskiego Węzła Wodnego.
- ♦ Światowy Dzień AIDS obchodzono pod hasłem: ZERO NOWYCH ZAKAŻEŃ. ZERO DYSKRYMINACJI. ZERO ZGONÓW Z POWODU AIDS.



- ♦ Powstało Stowarzyszenie Profilaktyki Zdrowotnej „Jeden świat” w Krakowie.
- ♦ ukazała się książka Jakuba Janiszewskiego „Kto w Polsce ma HIV? Epidemia i jej mistyfikacje”. Wydawnictwo Krytyki Politycznej, Warszawa, 2013, która wzbudziła potężne kontrowersje.
- ♦ zakażenie HIV rozpoznano u **1 098** osób, w 85,6% u mężczyzn, najczęściej u MSM. AIDS u **176** osób, w **56,4%** przypadków (u 92 osób) zakażenie rozpoznano równocześnie z AIDS, a najczęściej rozpoznawaną chorobą wskaźnikową AIDS był zespół wyniszczenia (48 przypadków – 28,2%), który jest bardzo późnym etapem zakażenia HIV, pneumocystowe zapalenie płuc rozpoznano w 31 przypadkach, kandydozę przełyku w 24. Zmarło **34** chorych na AIDS. Do GUS zgłoszono 123 zgony związane z zakażeniem HIV ^[431].

2014

- **USA** – na początku stycznia 2014 roku gubernator stanu Nowy Jork, Andrew M. Cuomo, ogłosił, że używanie marihuany w celach medycznych zostanie zalegalizowane. Będzie wydawana w 20 placówkach szpitalnych pacjentom z chorobami nowotworowymi, jaskrą, HIV/AIDS i innymi poważnymi schorzeniami spełniającymi standardy stanowego Wydziału Zdrowia. Nie będzie można jej palić. Zmianę poglądów gubernatora dziennikarze tłumaczyli względami politycznymi i chęcią zyskania głosów wyborców – większość mieszkańców stanu popiera legalizację medycznej marihuany. Już wcześniej, w 1980 roku, zalegalizowano ją w tym stanie po dramatycznym apelu byłego członka władz miasta, trzydziestodwuletniego wówczas Antonia Olivieriego, chorego na guza mózgu, który prosił o legalny dostęp do jedynej substancji łagodzącej nudności i wymioty powodowane chemioterapią. Dzięki niemu powstał program badawczy **Antonio G. Olivieri Controlled Substances Therapeutic Research Program**, jednak kilka dni później Olivieri zmarł i o programie zapomniano. Teraz gubernator chce wznowić jego funkcjonowanie ^[432]. 8 lipca wraz z dziesięcioletnią dziewczynką chorą na ciężką postać padaczki (zespół Dravet), podpisał ustawę legalizującą medyczną marihuanę, ale wprowadzenie jej w życie ma zająć 18 miesięcy ^[433]. Dopiero w listopadzie 2015 roku gubernator Coumo podpisał 2 ustawy, dzięki którym możliwe będzie dostarczanie medycznej marihuany ciężko chorym ludziom 2 miesiące przed planowanym rozpoczęciem jej dystrybucji w stanie Nowy Jork. W ustawie z 2014 roku wymienionych zostało 5 organizacji, które będą mogły produkować medyczną marihuanę i dystrybuować ją do 20 dyspensariów na terenie stanu. Ustanowiono w niej też wiele zabezpieczeń, zezwalając policji stanowej i Wydziałowi Zdrowia na prowadzenie intensywnej kontroli dystrybucji marihuany. Nowe ustawy zobowiązują Wydział Zdrowia do sprawdzenia, czy 20 miejsc sprzedaży medycznej marihuany zapewni dostateczny dostęp potrzebującym jej pacjentom ^[434].
- w kwietniu pojawiła się informacja o kosztach leków przeciwko wirusowi HCV. Obecny koszt 12-tygodniowej terapii tylko sofosbuvirem to 84 000 dolarów lub 1 000 dolarów za 1 tabletkę. Dodanie ledipaswiru dodatkowo zwiększy koszty, a szacunki nie obejmują wydatków na badania diagnostyczne, monitorowanie terapii i wizyt u lekarzy ^[435].
- **1 maja na zaanektowanym przez Rosję Krymie zaprzestano z dnia na dzień stosowania metadonu i buprenorfiny dla osób uzależnionych** od heroiny, które stosowano od 2006 roku, a w marcu 2014 roku przyjmowało je 800 osób; dzięki stosowanej na Ukrainie od 2004 roku redukcji szkód (wymiana igieł i strzykawek, terapia substytucyjna) uzyskano zmniejszenie liczby nowych zakażeń HIV wśród przyjmujących narkotyki w iniekcjach ^[436].
- 6 osób zginęło podczas lotu z Amsterdamu na XX International AIDS Conference do Melbourne w katastrofie samolotu Malaysia Airlines 17 w Ukrainie ^{xiii}. **Joseph „Joep” Lange**, 53 lata, był najwybitniejszym badaczem HIV/AIDS na pokładzie samolotu. Holenderski lekarz i badacz znacząco przyczynił się do poznania podstaw patologii HIV w latach 80. Wykazał, że wirus atakuje i niszczy komórki immunologiczne, co, z czasem, sprawia, że organizm jest podatny na infekcje oportunistyczne, które kończyły się śmiercią. Był szefem badań klinicznych i powstawania leków w programie WHO w latach 1982-1995, nadzorował niektóre z wczesnym badań leków, w tym tych, w których wykazano, że pojedyncza dawka newirapiny znacząco zmniejsza przenoszenie się zakażenia z matki na dziecko. Kontynuował pracę na University of Amsterdam's Academic Medical Center, gdzie opowiadał się za wczesnym leczeniem i zapewnieniem dostępu do leków krajom rozwijającym się. Od 2003 do 2004 roku był prezydentem International AIDS Society. Peter Piot, dawniej dyrektor UNAIDS, teraz rektor London School of Hygiene and Tropical Medicine wspominał „*Mój dobry przyjaciel Joep Lange był jednym z najbardziej kreatywnych badaczy AIDS, humanitarnym i nieustraszoną organizatorem, oddany swoim pacjentom i pokonywaniu AIDS w najbardziej zagrożonych krajach.*”

^{xiii} 17 lipca samolot leciał z Amsterdamu do Kuala Lumpur. Nad separatystyczną Republiką Doniecką został zestrzelony przez rosyjską rakietę ziemia-powietrze Buk. Zginęło 293 pasażerów i 15 członków załogi. W procesie zaocznym w Holandii uznano za winnych dwóch Rosjan i separatystę ukraińskiego, a Rosja miała w tym czasie pełną kontrolę nad tym terytorium (Rankin J. *Three men found guilty of murdering 298 people in shooting down of MH17. The Guardian*, 17.11.2022 <https://www.theguardian.com/world/2022/nov/17/three-men-found-guilty-of-murdering-298-people-in-flight-mh17-bombing> [dostęp: 18.12.2023]).

Jacqueline van Tongeren, jego partnerka i matka ich pięciu córek, także zginęła w tej katastrofie. Była pielęgniarką kliniczną włączoną w badania nad HIV i dzieliła pasję Lange oraz zajmując się ludźmi biednymi, pracując w Amsterdam Institute of Global Health and Development.

Glenn Thomas, 49 lat, był rzecznikiem prasowym WHO przez ponad dekadę, wcześniej pracował jako producent w BBC News Channel.

Zginęli też **Lucie van Mens**, orędowniczka prezerwatyw dla kobiet, Maria Adriana de Schutter, rzeczniczka praw człowieka i zakażonych HIV w AIDS Action Europe i **Pim de Kuijer**, lobbysta na rzecz organizacji STOP AIDS NOW! [437].

- **XX Światowa Konferencja AIDS** odbyła się w Melbourne, Australia.



- w lipcu amerykańskie **National Institutes of Health (NIH)** opublikowały informację, że dziecko z Missisipi (**Missisipi baby**) nie zostało wyleczone – w jego krwi wykazano obecność HIV RNA. Zdaniem autorów pierwszego doniesienia na ten temat jest to pierwszy udokumentowany przypadek, w którym zakażone HIV dziecko miało niewykrywalną wiramię przez ponad 2 lata. Na razie pozostają bez odpowiedzi pytania dlaczego doszło do tak dużego obniżenia wiramii i dlaczego ponownie wzrosła [438].
- 22 sierpnia amerykańska **FDA** zarejestrowała lek, w skład którego wchodzi **dolutegrawir, abakawir i lamiwudyna – TRIUMEQ (TIVICAY)**, (GlaxoSmithKline), do przyjmowania 1 raz dziennie jako monoterapię; lek nie jest zalecany dla pacjentów, u których podejrzewane jest zakażenie szczepem wirusa opornym na inhibitory integrazy (dawka dolutegrawiru w tym połączeniu jest niewystarczająca dla takich osób); ulotka leku zawiera ostrzeżenia o ryzyku reakcji nadwrażliwości na abakawir, kwasicy mleczanowej, znacznej hepatomegalii i nasileniu przewlekłego zapalenia wątroby spowodowanego wirusem B [439].
- **pomieszczenia do bezpiecznych iniekcji** – na świecie działało wówczas 90 takich pomieszczeń. Przede wszystkim w Europie: Szwajcaria – 13, Holandia – 30, Niemcy – 24, Hiszpania – 13, Dania – 5, Luksemburg, Norwegia, Grecja – po 1. Takie pomieszczenia istniały też w Kanadzie (Vancouver) i Australii (Sydney), [440]. Jednym z powodów akceptacji takim pomieszczeń w Europie było „zniknięcie z widoku” osób wstrzykujących sobie narkotyki [441].
- 24 sierpnia FDA zarejestrowała dwa nowe leki firmy Gilead Sciences:
 - inhibitor integrazy – **elwitegrawir - EVG (Vitekta)**, który został wycofany w rynków światowych na prośbę producenta Gilead Sciences, co ogłoszono w maju 2016 roku, lek nie będzie dostępny od lutego 2017 roku ^{XIV}.
 - lek poprawiający farmakokinetykę inhibitorów proteazy atazanawiru lub darunawiru – **kobicistat (TYBOST)**, (Gilead Sciences) u nieleczonych wcześniej pacjentów, 1 raz dziennie, w 150 mg tabletki [442].
- **Anglia** – w październiku **Public Health England** ogłosiła, że generalnie obserwuje się zmniejszenie liczby nowych zakażeń, ale rośnie ich liczba wśród MSM. Kilka dni później opublikowano wyniki badania PROUD, które wykazały skuteczność profilaktyczną przyjmowania emtricitabiny z tenofowirem (Truvada) w ograniczeniu przenoszenia się HIV. Wróciła więc dyskusja o stosowaniu PrEP w Anglii [443].
- **UNAIDS wyznaczyła ambitne cele w walce z epidemią HIV/AIDS – 90 – 90 – 90**: do 2020 roku 90% ludzi żyjących z HIV będzie wiedzieć o swoim zakażeniu, 90% z rozpoznaniem zakażeniem HIV będzie otrzymywało leki antyretrowirusowe i 90% leczonych będzie miało skutecznie obniżony poziom wiramii [444].



- dla osiągnięcia celu 90 – 90 – 90 UNAIDS podkreśla konieczność skupienia się na 5 filarach profilaktyki:
 1. Programy profilaktyczne dla młodych kobiet i nastoletnich dziewcząt i ich męskich partnerów, co ma zmniejszyć liczbę nowych zakażeń HIV wśród kobiet i dziewcząt do mniej niż 100 000.
 2. Usługi dla kluczowych populacji we wszystkich krajach, co doprowadzić ma do zapewnienia 90% ludzi mających ryzyko zakażenia dostępu do profilaktyki.
 3. wzmocnienie krajowych programów używania prezerwatyw, dostępnych ma być 20 mld prezerwatyw rocznie w krajach o niskim i średnim poziomie dochodów.
 4. dobrowolne obrzezanie mężczyzn na priorytetowych obszarach, co zapewni obrzezanie 25 mln mężczyzn.

^{XIV} List z tą informacją do znalezienia pod: vitekta_withdrawal_letter.pdf - Gilead Sciences.

5. Profilaktyka przed-ekspozycyjna (PrEP) dla grup najwyższego ryzyka zakażenia, PrEP dostarczona zostanie 3 mln osób mających duże ryzyko zakażenia.
- **Wielka Brytania** – opublikowano **Raport 2014**: w 2013 roku żyło tam z HIV 107 800 osób, w 2012 roku – 102 600. Jednak 26 100 nie wie o swoim zakażeniu i może zakażać innych. Pewną pociechą jest to, że ludzi, u których rozpoznano zakażenie późno jest mniej – w 2004 roku było ich 57%, w 2013 – 42%. Około 6% mężczyzn homo- i biseksualnych żyje z HIV, w tym 3 250 mężczyzn, u których zakażenie rozpoznano w 2013 roku. Ponad 7 000 gejów (16%) nie wie o swoim zakażeniu. Odsetek nieświadomych zakażenia osób heteroseksualnych jest wyższy niż sądzono wcześniej i wynosi 31% (18 200), [445].
 - przeszczepy allogeniczných komórek macierzystych od dawcy, który ma homozygotyczną mutację CCR5 $\Delta 32/\Delta 32$ mają poważne ograniczenia: dużą śmiertelność i ograniczoną dostępność dawców, a także selekcję HIV używającego receptora CXCR4 (podwójny tropizm HIV-1 używającego albo receptora CXCR5 lub receptora CCR5 lub HIV-1 używający tylko receptorów CXCR4). Od 2006 roku do 2014 roku przynajmniej 7 pacjentów otrzymało przeszczep od dawców badanych w kierunku homozygotyczności mutacji receptora CCR5. Spośród nich 7 lat od przeszczepu nadal żyje tylko **Berlin patient**. Pacjent z Utrechtu (Holandia) zmarł z powodu nawrotu zespołu mielodysplastycznego i zapalenia płuc po 2 miesiącach, pacjent z Munster (Niemcy) zmarł z powodu infekcji po 4 miesiącach, pacjent z Essen (Niemcy) doświadczył nawrotu wirerii CXCR4-tropowym HIV-1, zmarł po roku z powodu nawrotu chłoniaka nieziarniczego, pacjent z Minneapolis (USA) zmarł po 3 miesiącach z powodu choroby przeszczep przeciw gospodarzowi, pacjent z Santiago (Chile) zmarł krótko po zabiegu z powodu zapalenia płuc, a pacjent z Barcelony (Hiszpania) zmarł po 3 miesiącach z powodu nawrotu chłoniaka nieziarniczego [446].
 - Europejskie CDC i europejskie biuro WHO opublikowały raport dotyczący HIV/AIDS w Europie:
 - w 2014 roku rozpoznano 141 197 nowych zakażeń HIV, najwięcej od początku lat 90.; 77% tych zakażeń zdiagnozowano w Europie wschodniej,
 - od 2005 roku liczba nowych zakażeń zwiększyła się o ponad połowę w Bułgarii, Czechach, Malcie, Słowacji, na Węgrzech, znacznie ponad połowę w Polsce,
 - w 11 krajach Europy liczba nowych zakażeń się zmniejszyła, o ponad 25% w Austrii, Estonii, Francji, Niemczech, Portugalii i Wielkiej Brytanii,
 - w Europie wschodniej drogą zakażenia są przede wszystkim kontakty heteroseksualne, ale też przyjmowanie narkotyków w iniekcjach,
 - w Unii Europejskiej i na Europejskim Obszarze Ekonomicznym zakażenia przenoszą się przede wszystkim wśród mężczyzn uprawiających seks z mężczyznami (MSM),
 - o 41% zmniejszyła się liczba nowych zakażeń wśród migrantów przybywających spoza regionu Europy, ale znaczna ich część nabywa zakażenie po przyjeździe do Europy, „*Kiedy uchodźcy i migranci stają się ofiarami wykluczenia ekonomicznego w krajach ich przyjmujących ich ryzyko zakażenia HIV się zwiększa, może ich prowadzić do podejmowania ryzykownych zachowań*” mówiła dyrektorka generalna WHO dla Europy Zuzanna Jakab. Dodała: „*Jako WHO apelujemy do wszystkich krajów w Europie by oferowały testy na HIV, profilaktykę i leczenie wszystkim uchodźcom i migrantom, niezależnie od legalności ich pobytu. To jest najbezpieczniejsza droga do chronienia wszystkich*”,
 - prawie połowa (48%) nowych zakażeń została rozpoznana późno, przy liczbie komórek CD4 poniżej 350/mm³,
 - od 2005 do 2014 roku liczba nowych rozpoznanych AIDS zmniejszyła się o 4% w całej Europie, ale o 143% wzrosła na wschodzie kontynentu, co wskazuje na późne rozpoznania zakażenia, opóźnianie rozpoczynania terapii i nie obejmowanie leczeniem wszystkich zakażonych [447].
 - **USA** – w tym roku z powodu przedawkowania opioidowych leków przeciwbólowych (wypisywanych na recepty) zmarły 18 893 osoby (w 2012 roku – 16 007, w 2013 roku – 16 235 osoby). Liczba śmierci spowodowanych przedawkowaną nielegalną heroiną wzrosła o 145% z 1 842 zgonów w 2007 roku do 10 574 w 2014 roku (przez wiele lat, do 2007 roku, pozostawała na względnie stałym poziomie), [448]. W sierpniu 2010 roku weszła na rynek postać OxyContinu, która miała zniechęcać do jego nadużywania. Po 21 miesiącach nadużywanie leku zmniejszyło się z 35,6% do 12,2%, ale niemal dwukrotnie wzrosło używanie nielegalnej heroiny i w mniejszym odsetku także hydrokodonu i innych postaci oskykodonu [449]. Jak przestrzegali eksperci w 2014 roku wzrost przedawkowań heroiny nie może być już dłużej uważany za spekulację [450].
 - hasło **Światowego Dnia AIDS: Close the gap**. (https://www.unaids.org/en/World_AIDS_Day).

Polska – 2014

- ♦ 13 czerwca, w Krakowie, decyzją **Walnego Zgromadzenie Członków PTN AIDS** godność członków honorowych Towarzystwa uzyskali:
 - dr Marek Beniowski,
 - dr Małgorzata Czerniawska-Ankiersztejn,
 - prof. Andrzej Gładysz,
 - dr Dorota Rogowska-Szadkowska,
 - dr Małgorzata Szczepańska-Put,
 - dr Hanna Trocha,
 - prof. Andrzej Zieliński.
- ♦ na XXII Konferencji „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie” **czerwoną kokardką** nagrodzeni zostali:

- dr n. med. Joanna Kubicka - kategoria środowisko medyczne - Przychodnia Profilaktyczno-Lecznicza, Warszawa,
 - Małgorzata Piekarska-Mankiewicz - kategoria środowisko medyczne - Wojewódzki Szpital Zakaźny, oddz. III, Warszawa,
 - prof. nadzw. dr hab. n. med. Miłosz Parczewski - kategoria środowisko medyczne - Klinika Chorób Zakaźnych, Tropikalnych i Nabytych Niedoborów Immunologicznych, Szczecin,
 - Renata Opiela - kategoria profilaktyka – PKD Szczecin,
 - Izabela Rudy – kategoria profilaktyka - Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna, Szczecinek,
 - Agnieszka Górecka – kategoria profilaktyka - Fundacja Edukacji Społecznej,
 - Małgorzata Nowobilska-Stanios - kategoria działalność instytucji rządowych, samorządowych - Ekspert Wojewódzki ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii Województwa Małopolskiego,
 - Dorota Stępień-Thuchowska - kategoria działalność instytucji rządowych, samorządowych - Wydział Polityki Społecznej, Urząd Miasta w Gdańsku,
 - Renata Głowacka – kategoria organizacje pozarządowe - Stowarzyszenie Wolontariuszy Wobec AIDS „Bądź z Nami”, Warszawa,
 - Paweł Woźniakowski – kategoria organizacje pozarządowe - Ośrodek Readaptacji Eko Szkoła Życia w Wandzinie,
 - Marek Kąkol - Właściciel Kompleksu wypoczynkowego Szarlota, woj. pomorskie.
- ♦ Kampanie profilaktyczne na lata 2014/2015, pierwsza kierowana do kobiet w ciąży, nakłaniająca do wykonywania testów „Jeden test – dwa życia”.



druga to kampania walentynkowa:



- Krajowe Centrum ds. AIDS wydało książkę Janiny Ludawskiej „Z doświadczeń wolontariuszki”. Joanna Gałaj, wieloletnia szedowa „Bądź z nami”, napisała we wstępie: *”Mimo, że »Z doświadczeń wolontariuszki« nie miały być historią HIV/ i AIDS, ale osobistymi doświadczeniami, to jednak dowiadujemy się z nich, jakie były początki HIV w Szwecji i w Polsce, ile wysiłku i pracy włożyli pionierzy wsparcia edukacji i profilaktyki, aby HIV znormalniał, aby osoby zakażone przestały być traktowane jak obcy, aby zajmowanie się HIV nie polegało na izolowaniu lub straszaniu wizją strzykawek z zakażoną krwią. O HIV trzeba mówić stale, korzystając z wiedzy, nauki, doświadczeń. Bo milczenie o HIV dla jest wielu równoznaczne ze śmiercią. Bo każdy miesiąc ciszy to powrót do przeszłości, to przywoływanie starych lęków”.*
- zakażenie HIV rozpoznano u **1 157** osób (o 49 więcej niż w 2013 i ponad 20% więcej niż wyniosła mediana za lata 2008-2012), w większości u mężczyzn (951 przypadków – 82,2%) oraz u 188 kobiet (16,2%); rozpoznano **148** przypadków AIDS (o 14 mniej niż w 2013 roku i o 14,5% mniej niż wynosiła mediana za lata 2008-2013). Najczęściej rozpoznawaną infekcją wskaźnikową AIDS było pneumocystowe zapalenie płuc (36 przypadków), kandydoza przełyku (34) i zespół wyniszczenia (28). Większość zachorowań na AIDS nastąpiło w czasie 3 miesięcy od rozpoznania zakażenia HIV, czyli zakażenie HIV rozpoznano równocześnie z AIDS (107 osób – 72,9%), tylko u 25 osób (16,9%) podjęto jakąkolwiek próbę leczenia antyretrowirusowego. Do GUS zgłoszono 125 zgonów związanych z zakażeniem HIV. Zmarło **40** chorych ^[451].

2015

- w styczniu FDA zarejestrowało dwa inhibitory proteazy wzmacniane kobicistatem: **atazanawir** – pod nazwą **EVOTAZ** (Bristol Myers-Squibb) i **darunawir** – pod nazwą **PREZCOBIX** (Janssen).

- w styczniu opublikowano w USA dane dotyczące zakażeń HIV nabytych **podczas wykonywania pracy zawodowej w opiece medycznej** w latach 1985 – 2013; rozpoznano 58 potwierdzonych ^{xv} i 150 prawdopodobnych zakażeń HIV wśród pracowników opieki zdrowotnej, ale od 1999 roku tylko 1 przypadek potwierdzonego zakażenia zgłoszono do CDC – dotyczył pracownika laboratorium, który zakłuł się igłą podczas pracy z żywą hodowlą HIV w 2008 roku. Wśród 58 udokumentowanych przypadków w 49 drogą zakażenia było zakłucie igłą lub skałeczenie ostrym przedmiotem, zakłucie/skałeczenie i kontakt z błonami śluzowymi w 2 przypadkach, nie poznano drogi zakażenia w 2 przypadkach. Najwięcej potwierdzonych zakażeń rozpoznano u **pielęgniarek** (24 – 41,4%), **pracowników laboratoriów klinicznych** (16 – 27,6%), **lekarzy niezabiegowych** (6 – 10,3%), **techników laboratoryjnych** (4 – 6,9%), **salowych i techników chirurgicznych** (po 2 – 3,4%), po 1 (1,7%) u **techników prosektoryjnych, opiekunów hospicjów, terapeutów oddechowych, techników pracujących w stacjach dializ. Nie było potwierdzonych zakażeń** wśród pracowników dentystycznych, w tym stomatologów, pracowników oddziałów ratunkowych, ratowników medycznych, chirurgów i innych pracowników opieki medycznej ^[452].

Potwierdzone zawodowe zakażenia HIV u pracowników medycznych w USA w latach 1985 – 2013 (n = 58), ^[na podst. 452].

ROK	LICZBA	ROK	LICZBA
1985	3	2000	0
1986	5	2001	0
1987	7	2002	0
1988	6	2003	0
1989	4	2004	0
1990	6	2005	0
1991	7	2006	0
1992	8	2007	0
1993	3	2008	1
1994	1	2009	0
1995	4	2010	0
1996	0	2011	0
1997	0	2012	0
1998	1	2013	0
1999	2		

- w marcu osiągnięto cel strategii „15 by 15”, dziewięć miesięcy przed zakładanym terminem, a pod koniec 2015 roku leczonych było 17 mln ludzi zakażonych HIV (<https://www.avert.org/global-hiv-targets>, [dostęp: 2.05.2017]).
- **USA** – 26 marca gubernator stanu Indiana, Mark Pence, ogłosił stan zagrożenia zdrowia publicznego w hrabstwie Scott, wiejskim regionie przy granicy ze stanem Kentucky. Do niedawna w tej części stanu odnotowywano 5 zakażeń HIV rocznie, ale do 10 czerwca rozpoznano zakażenie u 169 osób, w ciągu około pół roku. Ponad połowa była też zakażona HCV. W początkach epidemii AIDS w USA większość osób zakażonych HIV przyjmowała narkotyki w iniekcjach, była czarna, miała więcej niż 35 lat, w większości byli to mężczyźni z dużych miast. W Indianie, w wiejskiej społeczności, zakażeni byli młodzi (mediana 32 lata, od 18 do 57), biali, a prawie połowę stanowiły kobiety. Wcześniej w tej części USA obserwowano wzrost zakażeń HCV – w stanach Tennessee, Zachodnia Wirginia, Wirginia i Kentucky liczba nowych zakażeń HCV wrosła od 2006 do 2012 roku o 364%, tam też obserwowano najwyższe odsetki nadużywania i przedawkowywania opioidowych leków przeciwbólowych przepisywanych na receptę. **Zdobycie opioidów, w tym taniej heroiny, w hrabstwie Scott jest łatwe, ale sterylne sprzętu do iniekcji już nie.** Indiana jest jednym z 25 stanów, w których nielegalne jest nabycie strzykawki bez recepty, a prawo stanowe nie zezwala na programy wymiany igieł i strzykawek. Wprowadzenie przez gubernatora stanu zagrożenia umożliwia zawieszenie prawa, zgodnie z którym użycie igły do iniekcji w celach niemedycznych jest przestępstwem zagrożonym karą 3 lat więzienia. Zezwolenie w hrabstwie Scott na powstanie programu wymiany igieł i strzykawek jest krokiem w dobrą stronę, ale obowiązywać ma tylko rok. W rzeczywistości występują tam trzy powiązane ze sobą choroby przewlekłe: uzależnienia, HIV i HCV – które będą wyzwaniem dla tej społeczności i innych przez dekady, jeśli nie zostaną wprowadzone wielostronne strategie ochrony zdrowia publicznego obejmujące stały dostęp do programów wymiany igieł i strzykawek, rozszerzony dostęp do programów leczenia substytucyjnego uzależnień od opioidów i interwencje mające na celu testowanie i leczenie zakażonych HIV i HCV osób. Niestety inne hrabstwa stanu chcąc wprowadzić u siebie programy wymiany igieł i strzykawek muszą najpierw wykazać istnienie zagrożenia zdrowia publicznego – warunek, który sprawia, że mogą tylko reagować, a nie zapobiegać zakażeniom. W USA było wówczas 228 programów wymiany igieł i strzykawek – w 35 stanach, Dystryktie Kolumbia, Wspólnocie Porto Rico i wśród rdzennych plemion indiańskich. Ale nie można wydawać funduszy federalnych na dopasowanie ich wielkości do istniejących potrzeb i poprawę jakości usług, w tym możliwości testowania w kierunku HIV i HCV, kierowania na leczenie ^[453].
 - w hrabstwie Scott zamieszkiwanym przez około 4 400 mieszkańców u 200 rozpoznano zakażenie HIV, które szerzyło się przez iniekcje oksymorfonu o przedłużonym działaniu, przepisywanego na receptę ^[454].
 - po stwierdzeniu ogniska zakażeń HIV w tym hrabstwie CDC zidentyfikowało kolejnych 220 hrabstw w 26 stanach, które zagrożone są podobnym wzrostem zakażeń HIV i HCV. To przede wszystkim hrabstwa wiejskie, w których w początkach epidemii nie było wielu zakażeń HIV, więc brakuje w nich infrastruktury i/lub środków na profilaktykę, rozpoznawanie i leczenie HIV. W mniej niż 25% tych hrabstw działały programy wymiany igieł i strzykawek (w 47 na 220). Ówczesny dyrektor CDC mówił, że używanie

^{xv} potwierdzone zakażenie zawodowe wymaga udokumentowania, że serokonwersja była związana w czasie z kontaktem z krwią zakażonego HIV pacjenta, czyli w dniu wypadku test na obecność przeciwciał anti-HIV był ujemny

wspólnego sprzętu do iniekcji jest przerażająco skutecznym sposobem rozprzestrzeniania się HIV, HCV i innych zakażeń ^[455].

- w analizie dużej grupy pacjentów przyjmujących długo opiodowe leki przeciwbólowe i/lub benzodiazepiny potwierdzono, że długotrwałe przyjmowanie opiodów, szczególnie razem z benzodiazepinami zwiększa ryzyko śmierci osób zakażonych HIV ^[456].
- w kwietniu Europejskie CDC [European Centre for Disease Prevention and Control] wnioskowało, by kraje członkowskie Unii Europejskiej rozważyły włączenie **PrEP** (profilaktyki przed ekspozycyjnej) w istniejące pakiety zapobiegania zakażeniom HIV dla osób mających największe ryzyko, poczynając od MSM ^[457].
- w kwietniu **The Global Fund** przyjął strategię działania na lata 2017 – 2022 pod hasłem **INVESTING TO END EPIDEMICS**, której celami są w dalszym ciągu działania na rzecz przeciwdziałania HIV, gruźlicy i malarii, a także budowę systemów ochrony zdrowia, promocję i ochroną praw człowieka oraz równości płci ^[458].



- maj – w British Medical Journal przedstawiono historię 28-letniej Amerykanki, urodzonej z zakażeniem HIV, która po utracie pracy straciła ubezpieczenie zdrowotne i możliwość leczenia antyretrowirusowego. „Opieka medyczna powinna być prawem, a nie przywilejem” napisała autorka artykułu zatytułowanego „Opieka zdrowotna w USA: teraz utrata pracy może cię zabić w najbogatszym kraju świata”, profesorka medycyny z Pittsburgha, której nie udało się uratować młodej kobiety ^[459].
- Kuba – 30 czerwca WHO i Pan American Health Organization ogłosiły, że **Kuba stała się pierwszym krajem, który wyeliminował przenoszenie z matki na dziecko HIV i kiłę** ^[460]. W 2010 roku wszystkie kraje obu Ameryk, z USA i Kanadą, zobowiązały się do wyeliminowania przenoszenia z matki na dziecko tych dwóch chorób do 2010 roku. Kuba jest pierwszym krajem, który ten cel osiągnął, a kolejnych 30 państw regionu jest już blisko. Wskaźnikami są: < 50 przypadków HIV u dzieci na 100 000 żywych urodzin, odsetek < y od 5% w populacji karmiących piersią i < niż 2% w populacji niekarmiących piersią, < 50 przypadków kiły wrodzonej na 100 000 żywych urodzeń. Ponadto 95% kobiet ciężarnych powinno znać swój status serologiczny, 95% zakażonych HIV kobiet otrzymywać leki antyretrowirusowe i ponad 95% chorych na kiłę powinno być leczonych. W 2013 roku na Kubie urodziło się dwoje dzieci zakażonych HIV i 5 z kiłą wrodzoną ^[461].
- **8. IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention (IAS 2015)** zorganizowana przez International AIDS Society odbyła się w Vancouver (Kanada). Ponad 500 naukowców, klinicystów, ekspertów podpisało wspólne stanowisko (**The Vancouver Consensus statement**), w którym podkreślono konieczność dostępu do:
 - leków antyretrowirusowych dla WSZYSTKICH ludzi żyjących z HIV – zgodnie z dostępnymi danymi naukowymi dalsze opóźnianie leczenia zagraża nie tylko życiu milionów ludzi, zagraża ponownym nasileniem epidemii,
 - profilaktyki przed-ekspozycyjnej (PrEP), chroniącej przed zakażeniem HIV osoby mające duże ryzyko infekcji. **Do czerwca 2015 roku tylko 3 kraje świata – USA, Malezja i Tajlandia – wprowadziły PrEP.** Wspólne działania mogą obniżyć częstość zakażeń HIV, śmierci i długoterminowych kosztów. Wola polityczna niezbędna jest do zakończenia pracy, która może być jedną z najsukcesowniejzych interwencji dotyczących zdrowia publicznego w historii ^[462].



- latem 2015 roku prezydent Barack Obama skorzystał z prawa łaski, skracając kary za przestępstwa narkotykowe bez użycia przemocy 46 osadzonym w więzieniach federalnych; ogłoszenie rok wcześniej chęci skorzystania z tego prawa wobec nieużywających przemocy osób skazanych na długoletnie więzienie za przestępstwa narkotykowe sprawiło, że ponad 35 tys. więźniów (około 17% populacji więźniów federalnych) zwróciło się z prośbą o skrócenie kary (S. Horwitz, J. Eilperin, *Obama commutes sentences of 46 nonviolent drug offenders*, „Washington Post”, 13.07.2015, www.washingtonpost.com/world/national-security/obama-commutes-sentences-of-46-non-violent-drug-offenders/2015/07/13/b533f61e-2974-11e5-a250-42b812efc09_story.html [dostęp: 20.08.2015]); kolejnym 95 więźniom prezydent złagodził kary długoletniego więzienia za przestępstwa narkotykowe w grudniu 2015 roku (S. Horwitz, *President Obama commutes sentences of 95 federal drug offenders*, „Washington Post”, 18.12.2015, www.washingtonpost.com/world/national-security/president-obama-commutes-sentences-of-about-100-drug-offenders/2015/12/18/9b62c91c-a5a3-11e5-9c4e-be37f66848bb_story.html [dostęp: 29.12.2015]).
- **USA** – w sierpniu firma **Turing Pharmaceuticals**, nabyła prawo własności do pirymetaminy (Darapim), stosowanej w leczeniu toksoplazmozy u pacjentów z AIDS. Lek został zarejestrowany przez FDA w 1953 roku, postaci generyczne powinny więc być tanie. Ale po zakupieniu praw do leku przez Turing cena tabletki wzrosła z 13,50 dolarów za tabletkę do 750 dolarów za tabletkę – o ponad **5 000%** (sic!). Szacuje się, że cena rocznej terapii samą tylko pirymetaminą będą kosztować 336 000 dolarów rocznie, ale pacjentów ważących mniej niż 60 kg. Dla ważących więcej

roczny koszt leku to 634 500 dolarów. We wrześniu pojawiły się trudności z nabyciem leku. Martin Shkreli ^{XVI} i dyrekcja firmy obiecywali obniżenie ceny, ale nie pokazali planu zmian ^[463].



- w Amsterdamie odbyła się 12. Konferencja AIDS Impact, podczas której na sesji plenarnej zatytułowanej „We are our choices” wspomniano wszystkich sześciu poległych w katastrofie nad Ukrainą, lecących na XX Światową Konferencję AIDS w Melbourne (Australia) ^[464].
- **USA – AIDS Drug Assistance Programs (ADAPs)** zajmowały się tym roku ponad 250 000 pacjentów z HIV/AIDS, którzy mieli ograniczony lub nie mieli wcale dostępu do leków i dostarczał leki antyretrowirusowe prawie połowie leczonych w kraju. Budżet ADAP zmienia się z roku na rok, co zależy od różnych czynników. W 2015 roku wynosił 2,23 mld dolarów. Wydatki na leki wyniosły 1,315 mld, 310 mln wydano na pomoc ubezpieczeniową. Klienci ADAP muszą być zakażeni HIV, mieć niskie dochody, być niedostatecznie lub nie mieć ubezpieczenia. W ustawie nie podano granicy ubóstwa, ale każdy stan ustala własne zasady, w każdym liczba klientów jest inna, od 140 w Wyoming do ponad 35 000 w Kalifornii. Większość stanowią nie biali klienci (69%) i mężczyźni (78%). Połowa jest w wieku 45-64 lata, następni ludzie w wieku 25-44 lata. Skuteczność leczenia u klientów programu jest większa niż w populacji ogólnej. Poziom wirerii poniżej 200/mm³ kopii RNA HIV osiągnęło 77% klientów ADAP, a tylko 57% pozostałych leczonych. Jeszcze większą skuteczność terapii wykazywali klienci, którym program dopłacał do ubezpieczenia – niską wiramię miało 88% ^[465].
- **USA** – wiodące organizacje zajmujące się HIV/AIDS zaapelowały do prezydenta Obamy o wsparcie dla Indii w dostarczaniu wysokiej jakości i tanich leków generycznych niezbędnych w opiece zdrowotnej na całym świecie. Indyjskie firmy farmaceutyczne produkują 90% generycznych leków antyretrowirusowych używanych na całym świecie. W tym większość nabywanych przez PEPFAR (sic!) ^[466].
- **Francja** – w parlamencie **analizowano realizację w praktyce prawa do nie dyskryminacji w dostępie do opieki medycznej** – Stowarzyszenie **AIDeS** przeprowadziło badania telefoniczne – zadzwoniono do losowo wybranych 440 gabinetów stomatologicznych i 116 ginekologicznych w 20 miastach Francji w celu umówienia się na wizytę – po ujawnieniu, iż chodzi o osobę zakażoną HIV 6 stomatologów (3,6%) stanowczo odmówiło, 132 (30,0%) używało argumentów mających zniechęcić do wizyty, a 74 (16,9%) wygłaszało dyskryminujące uwagi. Tylko 2 ginekologów (1,7%) odmówiło wprost, 5 (4,3%) w sposób maskujący intencje, a 20 (17,2%) skomentowało w sposób dyskryminujący zakażone HIV pacjentki. Zdaniem autorów doniesienia – świadczy to o braku wiadomości o drogach zakażenia HIV, ale też nieświadomości, że we Francji około 20% obywateli nie zna swojego statusu serologicznego ^[467].
- we wrześniu ONZ przyjął **Sustainable Development Goals (Cele Zrównoważonego Rozwoju)**.
- FDA zarejestrowała w listopadzie kolejny lek złożony – **GENVOYA** – (Gilead Sciences), składający się z **elwitegraviru, alafenamidu tenofowiru (TAF), emtricitabiny i kobicystatu**.
- **Papież Franciszek** wracając z podróży po Afryce (Kenia, Uganda, Republika Środkowej Afryki) odrzucił pytania dziennikarzy, czy przerwy w walce z AIDS, mówiąc, że są ważniejsze problemy, przed którymi stoi świat, jak niedożywienie, eksploatacja środowiska i brak bezpiecznej wody pitnej. Afryka, a Kenia i Uganda w szczególności, została mocno dotknięta epidemią AIDS, a Kościół katolicki spotkał się z krytyką, że jego stanowisko przyczyniło się do problemu. W swoich przemówieniach Franciszek rzadko odnosił się do AIDS, odwiedził jednak dzieci zakażone HIV w szpitalu w Ugandzie, ucałował każde z nich, wysłuchał poruszającego świadectwa dziewczynki urodzonej z wirusem i podziękował pracownikom służby zdrowia kościoła za opiekę nad zakażonymi. Wyraźnie

^{XVI} **Martin Shkreli** po ujawnieniu podwyżki ceny daraprimu był przez kilka dni gwiazdą telewizji amerykańskiej, zadowolony z siebie jak bohater filmu „Wilko z Wall Street”, arogancki, wychwalający chciwość. Wcześniej był zarządzającym funduszem hedgingowym, z bardzo mętną przeszłością. Teraz pozował na znawcę produkcji leków i eksperta naukowego, mówił: „*Jest bardzo niewiele ludzi, którzy wiedzą o toksoplazmozie więcej ode mnie*”. Uzasadniał tak wysoki koszt leku koniecznością zebrania funduszy na badania toksoplazmozy. Wcześniejsza cena 13,50 dolara za tabletkę została podniesiona przez CorePharma w 2010 roku; wcześniej firma GlaxoSmithKline sprzedawała 1 tabletkę za 1 dolara (*Gallant J. Get rich quick with old generic drug! The pyrimetamine pricing scandal, Open Forum Infect Dis. 2015; 2(4): ofw177*). W 2017 roku Shkreli został skazany na 7 lat więzienia i przepadek 7,3 mln dolarów za okłamywanie inwestorów w sprawie wyników dwóch zarządzanych przez niego funduszy hedgingowych. Najpierw poprosił o zwolnienie z więzienia na trzy miesiące, aby móc wykorzystać swoje doświadczenie „*jako odnoszącego sukcesy dwukrotnego przedsiębiorcy biofarmaceutycznego*” do pracy nad poszukiwaniem leku na koronawirusa. Sędzia odrzucił prośbę. Drugi wniosek złożył w styczniu 2021 roku, tłumacząc, że spowodowany koronawirusem lockdown utrudnia mu kontakty z adwokatami. Ten wniosek też został odrzucony. (*AP. "Pharma Bro" Martin Shkreli denied early prison release for second time. January 19, 2021. <https://www.cbsnews.com/news/martin-shkreli-denied-early-prison-release-second-time/> [dostęp: 10.12.2021]*). Lown Institute (bezpартyjny think tank opowiadający się za śmiałymi pomysłami na sprawiedliwy system ochrony zdrowia) od kilku lat przyznaje **Nagrody Shkreli'ego, przyznawane sprawcom dziesięciu najbardziej rażących przykładów spekulacji i dysfunkcji w opiece zdrowotnej**. „Zwycięzców” wyłania zespół klinistów, ekspertów ds. polityki zdrowotnej, dziennikarzy i rzeczników pacjentów. W 2021 roku pierwsze miejsce zajęła FDA, za pochopną rejestrację niesprawdzonego leku na chorobę Alzheimera, przeciwstawienie się własnemu komitetowi doradczemu i narażeniu milionów seniorów na ryzyko, drugie miejsce – rodzina Sacklerów, właściciele Purdue Pharma, firmy, której agresywny marketing leku OxyContin wywołał kryzys opioidowy w USA. CDC szacowało, że w 2017 roku szkody społeczne nadużywania i śmiertelnych przedawkowań opioidów przekroczyły 1 bilion dolarów (1 000 000 000 000 = 10¹² = 1000 miliardów), (*<https://lowninstitute.org/projects/shkreli-awards/2021-shkreli-awards/> [dostęp: 10.12.2021]*). **Shkreli odsiaduje karę więzienia. Cena Daraprimu nie uległa zmianie** (*Dyer O. Covid-19: „Shkreli Awards” go to pandemic’s top profiteers. Brit Med J. 2021; 372: n161*).

poirytowany skrytykował pytanie skierowane do niego podczas konferencji prasowej w samolocie, dotyczące tego, czy Kościół powinien zmienić swoje stanowisko w sprawie prezerwatyw, aby ograniczyć rozprzestrzenianie się HIV/HIV. Powiedział, że „wydaje się to zbyt małe, częściowe”, kiedy ludzkość boryka się z większymi problemami. „Nie lubię wdawać się w pytania lub refleksje, które są tak techniczne, kiedy ludzie umierają, ponieważ nie mają wody, jedzenia ani mieszkania” – powiedział, że kiedy te problemy zostaną rozwiązane, można zająć się kwestiami takimi jak prezerwatywy i AIDS. Był zachwycony swoją pierwszą podróżą do Afryki, mówiąc, że był nieustannie zaskakiwany kontynentem i zdolnością jego mieszkańców do znajdowania radości tak niewielkimi kosztami. Potępił fakt, że Afryka jest stale wykorzystywana przez obce mocarstwa, powołał się na handel niewolnikami i tych, którzy „chcą tylko przejąć bogactwa Afryki”. „Afryka jest męczennikiem. To męczennik wyzysku na przestrzeni historii” – powiedział. „Za to kocham Afrykę” [468].

- **UNAIDS** szacuje, że 15,8 mln ludzi ma dostęp do terapii antyretrowirusowej (w 2010 roku 7,5 mln, w 2005 roku – 2,2 mln), [469].
- **Niemcy** – w maju Bundesrat wystosował apel do rządu federalnego o zainicjowanie zmian prawa antynarkotykowego i udostępnienia ekstraktów z marihuany i wierzchołków roślin konopi do standardowego leczenia bólu i w opiece paliatywnej. W maju 2016 roku Minister Zdrowia zapowiedział utworzenie programu medycznej marihuany, zaaprobowanego przez rząd federalny, który zapewni możliwość kupowania jej w lokalnych aptekach, co będzie refundowane przez ubezpieczycieli zdrowotnych. Będzie dostępna od 2017 roku dla pacjentów cierpiących na ciężkie choroby (nowotwory, jaskra, HIV/AIDS, HCV, choroba Parkinsona i inne), dla których żadne inne leczenie nie okazało się skuteczne. Jak powiedział minister, co miesiąc setki chorych aplikują o zgodę na używanie medycznej marihuany, co sugeruje pilną konieczność zmiany dotychczasowej polityki. Nie będzie wolno uprawiać własnych roślin konopi. Początkowo do aptek trafiać będzie marihuana z zagranicy, do czasu, kiedy powstaną uprawy kontrolowane przez **Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)**. W badaniach opinii publicznej wykazano, że 82% obywateli Niemiec jest za legalizacją medycznej marihuany, 30% za legalizacją dla wszystkich [470].
- **Szwecja** – podsumowano dane dotyczące programu **90 - 90 - 90**: około 10% przypadków zakażeń HIV jest niezdiagnozowanych, leczonych lekami antyretrowirusowymi jest 95,1% osób świadomych zakażenia, a spośród 6395 leczonych przynajmniej 6 miesięcy pacjentów 94,7% osiągnęło poziom wirerii poniżej 50 kopii/ml zdaniem autorów **Szwecja jest pierwszym krajem na świecie, który osiągnął cele założone przez UNAIDS/WHO** [471].
- hasło **Światowego Dnia AIDS: On the Fast-Track to end AIDS**. (https://www.unaids.org/en/World_AIDS_Day).

Polska – 2015

- **X Konferencja Naukowo-Szkoleniowa PTN AIDS Vistula 2015** odbyła się w dniach 18 – 20 czerwca w Łodzi.
- kampania profilaktyczna na lata 2015/2016:



- Krajowe Centrum ds. AIDS wydało broszurkę „HIV/AIDS dla lekarzy rodzinnych” autorstwa Doroty Rogowskiej Szadkowskiej i Jacka Gąsiorowskiego.
- na **XXII Międzynarodowej Konferencji „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie”** **czerwoną kokardką** nagrodzeni zostali:
 - dr hab. n. med. Justyna Kowalska - kategoria środowisko medyczne - lekarz, wykładowca Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Poradnia Profilaktyczno-Lecnicza w Warszawie,
 - Anna Brzozowiec - kategoria środowisko medyczne - pielęgniarka oddziałowa, Hospicjum w Anielinie,
 - Katarzyna Rżanek - kategoria profilaktyka - socjolożka, psycholożka, doradczyni ds. HIV/AIDS w PKD, streetworkerka,
 - Malwina Warszawska - kategoria profilaktyka - nauczycielka języka polskiego i historii, Doradca w PKD konsultant Telefonu Zaufania AIDS od 1996 r. do chwili obecnej,
 - Irena Wawreszuk - kategoria działalność instytucji rządowych, samorządowych - Urząd Marszałkowski Woj. Zachodniopomorskiego,
 - Maria Major – kategoria organizacje pozarządowe - Pracownik Telefonu Zaufania AIDS, Stowarzyszenie Wolontariuszy wobec AIDS „Bądź z Nami”,
 - Magdalena Suchara - kategoria działalność społeczna – Polska Fundacja Pomocy Humanitarnej „Res Humanae”,
 - Jolanta Parzuch-Świerczewska - kategoria działalność społeczna – psycholog,
 - Marianna Sieklucka - kategoria działalność społeczna,

- Daniel Defert - nowa kategoria Działalność osób/organizacji zagranicznych – Francuska prywatna NGO **AIDES**. W jego imieniu kokardkę odebrał Wojciech Tomczyński, który – wraz z Robertem Gezlerem – wręczył mu ją w Paryżu 2 lata później.



Na zdjęciu od lewej Robert Gezler, Daniel Defert i Wojciech Tomczyński (dzięki uprzejmości Roberta Gezlera).

- ♦ Zakażenie HIV rozpoznano u **1 214** osób, przede wszystkim u mężczyzn – 1 087 przypadków (84,8%), 175 zakażeń wykryto u kobiet (13,7%). AIDS rozpoznano u **128** osób – 97, mężczyzn (75,8%) i 31 kobiet (24,2%). Najczęściej rozpoznawanymi chorobami wskaźnikowymi AIDS były zespół wyniszczenia (31 przypadków), kandydoza przełyku (30 przypadków) i zapalenie płuc wywołane *P. jiroveci* (25 przypadków). U 107 osób (72,9%) zakażenie HIV rozpoznano równocześnie z AIDS. Zmarło **41** chorych. Do GUS zgłoszono zgony 286 osób związane z zakażeniem HIV ^[472].



2016

- od 1 stycznia rozpoczęła się realizacja działań na rzecz Zrównoważonego Rozwoju – **Sustainable Development Goals**, zaplanowana na kolejnych 15 lat, która postawiła sobie 17 celów (<https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/sustainable-development-goals.html> [dostęp: 22.12.2022]):



- **Wielka Brytania** – 31-letni książę Harry zrobił szybki test na HIV, co transmitowały media społecznościowe, by zachęcić innych do badań i pokazać, jak łatwo zrobić ten test ^[473].
- **XXI Światowa Konferencja AIDS** odbyła się w Durbanie (RPA).



- **Dyrektor UNAIDS Michel Sidibé** powiedział: *“Po raz pierwszy obserwuję zmniejszenie finansowania przez kraje sponsorujące. Jeśli ten trend się utrzyma ... nie będziemy zdolni do zakończenia epidemii w roku 2030. [...] Boję się, bo nie widzimy spadku nowych zakażeń wśród dorosłych. Jeśli teraz się zatrzymamy, będziemy żałować, bo epidemia się odrodzi”*. Choć pewien postęp dokonał się od pierwszej Konferencji w Durbanie w roku 2000, to nadal około 37 mln ludzi żyje z HIV, a 20 mln z nich nie ma dostępu do leków ratujących życie. Sekretarz generalny ONZ Ban Ki-moon *„Jeśli chcemy dostarczać leki wszystkim do 2030 roku musimy pokonać wszelkie przeszkody w leczeniu”*. W tym czasie tysiące ludzi demonstrowało na ulicach Durbanu domagając się leczenia dla wszystkich, którzy go potrzebują ^[474].
- **Australia** – koalicja wiodących badaczy HIV/AIDS, epidemiologów i grup społecznościowych Australii w komunikacie opublikowanym 11 lipca ogłosiło osiągnięcie przełomu – dzięki sukcesowi terapii i profilaktyki niemal nie odnotowuje się zgonów na AIDS. *„Wprawdzie obserwujemy ludzi, u których rozpoznanie zakażenia stawiane jest późno, niekiedy już wówczas, gdy pojawiają się objawy AIDS, to jednak zagrożenie AIDS dla zdrowia publicznego przekształciło się w wyzwanie dla profilaktyki”* – powiedział Andrew Grulich, szef epidemiologii i profilaktyki w Kirby Institute, ośrodka nadzorującego HIV/AIDS. W Australii rozpoznawanych jest około 1100 nowych przypadków zakażeń HIV rocznie, a Grulich szacuje, że około 15% z nich dotyczy osób będących już z zaawansowanym deficytem immunologicznym, definiowanym jako liczba komórek CD4 niższą od 200/mm³. *„Większość z nich nie ma jeszcze AIDS, choć niektórzy już tak, ale niemal 100% u z nich włączana jest natychmiast terapia antyretrowirusowa i stan zdrowia większości z nich ulega poprawie”*. Ponad 35 000 osób zostało zakażonych HIV w Australii, od momentu rozpoznania pierwszego przypadku w 1982 roku. Spośród 11 000 chorych z AIDS zmarło 7 000. Koalicja ekspertów uznała, że obecnie jest czas na rozpoczęcie nowej ery kampanii przeciwko HIV z zadeklarowaniem sukcesu w zdrowiu publicznym, co ma miejsce po raz pierwszy na świecie. Grulich uważa, że są szanse na przekserowanie wysiłków Australii na eradykację HIV do roku 2020. Powiedział, że ten cel *„jest technologicznie możliwy wraz z postępem dotyczącym profilaktyki przedekspozycyjnej i terapii-jako-profilaktyki”*. Jednak mimo stabilnej liczby nowych zakażeń w ciągu ostatnich 3 lat, to rośnie ona stopniowo o około 30% w porównaniu z najniższą liczbą w 1999 roku. Mimo to prevalencja zakażeń w Australii jest niska w porównaniu z innymi rozwiniętymi lub sąsiednimi krajami – wynosi 0,1% populacji. W celu zakończenia epidemii konieczne jest wcześniejsze rozpoznawanie i rozpoczynanie leczenia, a także rozpowszechnianie profilaktyki przedekspozycyjnej ^[475].
- **UNAIDS** zamierza dążyć do zakończenia epidemii AIDS do roku 2030 ^[476].
- Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych przyjęło polityczną deklarację o zakończeniu epidemii AIDS do roku 2030 (**Political Declaration on Ending AIDS: On the Fast-Track to Accelerate the Fight against AIDS and to End the AIDS Epidemic by 2030**). Będzie to możliwe, jeśli do 2020 roku liczba nowych zakażeń HIV na świecie będzie mniejsza niż 500 000, liczba śmierci spowodowanych AIDS będzie mniejsza niż 500 000 i zostanie wyeliminowana stygmatyzacja i dyskryminacja związana z HIV. Do 2020 roku:
 - 30 mln ludzi żyjących z HIV ma być objętych terapią antyretrowirusową,
 - 1,6 mln dzieci zakażonych ma być leczonych (do 2018 roku),
 - wszystkie kobiety, nastoletnie dziewczęta mają uzyskać dostęp do wszechstronnej profilaktyki HIV,
 - 3 mln ludzi mających największe ryzyko zakażenia HIV ma być objętych profilaktyką przedekspozycyjną,
 - 25 mln młodych mężczyzn z obszarów o dużej częstotliwości zakażeń HIV ma być objętych dobrowolnym obrzezaniem,
 - w krajach o niskich i średnich dochodach ma być dostępnych 20 mld prezerwatyw,
 - liczba nowych zakażeń przenoszonych z matek na dzieci ma się zmniejszyć o 95% w każdym regionie świata,
 - mniej niż 100 000 rocznie nowych zakażeń dotyczyć ma kobiet w wieku 15 – 24 lata,
 - nastąpić ma wyeliminowanie nierówności związanych z płcią (gender) i przemocy ^[477].
- **European Medicines Agency (EMA)** zaleca zezwolenie na stosowanie Truvady w profilaktyce przed-ekspozycyjnej (PrEP); ochrona patentowa Truvady skończy się w czerwcu 2017 roku, a firma Gilead nie wspomina o jej przedłużeniu („rejestracja [Truvady w PrEP] nie wydłuży życia patentu”), a to oznacza obniżenie ceny profilaktyki. Koszt profilaktyki, nawet bez obniżania ceny, wynosiłby w Wielkiej Brytanii około 4000 – 4800 funtów rocznie, a leczenie zakażenia 360 000 funtów ^[478].

- FDA zarejestrowała kolejne leki złożone Gilead Sciences – w marcu **ODEFSEY** – złożony z ryliwiryny, emtricitabiny i alafenamidu tenofowiru – **TAF**, miesiąc później **DESCOVY** – złożony z emtricitabiny i alafenamidu tenofowiru (**TAF**) do terapii infekcji HIV.
 - informując o rejestracji Descovy firma Gilead podała też, że stworzyła **The Advancing Access Copay Coupon Program**, który zapewnia współpłacenie za kwalifikujących się pacjentów z prywatnym ubezpieczeniem, którzy potrzebują pomocy w opłaceniu kosztów leków z własnej kieszeni oraz **The Advancing Access Patient Assistance Program and Truvada® Medication Assistance Program**, który dostarczać ma bezpłatnie leki Gilead dla kwalifikujących się pacjentów bez innych opcji ubezpieczenia. Ponadto Gilead ściśle współpracuje z ADAP Crisis Task Force (USA), tak jak firma zrobiła to w przypadku każdego innego leku na HIV, w celu zapewnienia zniżek w stanowych programach pomocy w zakresie leków przeciw AIDS (ADAP), które pomogą zapewnić dostęp do Descovy pacjentom otrzymującym leki przez te programy [479].
- w grudniu NIH obwieścił rozpoczęcie badań klinicznych nad skutecznością profilaktyczną długo działającego leku, stosowanego w iniekcjach. **Kabotegrawir** będzie podawany w iniekcjach co 8 tygodni 4 500 mężczyznom i transpłciowym kobietom uprawiającym seks z mężczyznami, mających ukończone 18 lat, dla sprawdzenia, czy chroni przynajmniej tak samo dobrze jak Truvada. NIAID współpracuje w fazie III badania z ViiV Healthcare, Gilead Sciences, Inc. oraz z finansowanym przez NIH HIV Prevention Trials Network (HPTN). Wyników badania HPTN 083 można się spodziewać w roku 2021. Podobne badanie – HPTN 084 – ma się rozpocząć w 2017 roku by sprawdzić bezpieczeństwo i skuteczność cabotegrawiru w iniekcjach w zapobieganiu zakażeniom HIV u młodych kobiet w Afryce subsaharyjskiej [480].
- Rosja** – szacuje się, że żyje tam 1 mln osób zakażonych HIV, a w 2016 roku szacuje się, iż nowych zakażeń będzie 100 000, wzrost o 10 – 12%, a jeśli nie zostaną podjęte działania profilaktyczne w 2020 roku liczba zakażonych może osiągnąć 2 mln. Przez wiele lat uważano, że to osoby przyjmujące narkotyki w iniekcjach przede wszystkim zakażają się HIV. Rzeczywiście 55% nowych zakażeń dotyczy tej populacji. Ale choć już wolno prowadzić programy wymiany igieł i strzykawek, to terapia substytucyjna uzależnienia od opioidów jest nielegalna, w dodatku grożą za ewentualne jej prowadzenie surowe kary pozbawienia wolności. W kontaktach heteroseksualnych przenoszonych jest 43% zakażeń, a epidemia przesuwa się od ograniczonej do populacji kluczowych w stronę epidemii uogólnionej, co zagraża osiągniętemu zmniejszeniu przenoszenia zakażenia HIV z marki na dziecko. Kryminalizacja użytkowników narkotyków i osób sprzedających usługi seksualne, wypowiedzi polityków, że prezerwatywy mogą zwiększyć problem, bo zachęcają do przed- lub pozamałżeńskich kontaktów seksualnych nie pomagają. Przykład pogarszającej się sytuacji w Rosji powinien być ostrzeżeniem dla innych krajów [481].
- hasło **Światowego Dnia AIDS: Hands up for HIV Prevention**. (https://www.unaids.org/en/World_AIDS_Day).

Polska – 2016

- wydano rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS na lata 2017 – 2021(AIDS.gov.pl).
- w listopadzie Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Uzależnień (European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction – EMCDDA) podało, że w Polsce leczenie substytucyjne obejmuje 18% osób przyjmujących narkotyki w iniekcjach. Mniej leczonych jest na Cyprze (16%), Litwie (13%) i w Łotwie i Słowacji (po 8%). Najlepiej jest w Luksemburgu (77%), Francji (76%) i Portugalii (75%), [482].
- opublikowana została książka „**Język, media, HIV. Obraz zakażenia i osób seropozytywnych w informacjach prasowych**” pod redakcją Magdaleny Mijak, Marty Dory, Marii Brodzikowskiej i Stanisława Żołądka, wydana przez Stowarzyszenie Profilaktyki i Wsparcia w zakresie HIV/AIDS „Jeden Świat”, Kraków, 2016..
- Podczas **XXIII Konferencji „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie” czerwone kokardki** otrzymali:
 - Anna Salerek – kategoria środowisko medyczne – pielęgniarka, Poradnia Diagnostyczno-Lecznicza Lublin, Klinika Chorób Zakaźnych.
 - Dr hab. n. med. Anita Olczak – kategoria środowisko medyczne – lekarz.
 - Dr n. med. Beata Ochocka- kategoria profilaktyka – Konsultant krajowy w dziedzinie epidemiologii,
 - Piotr Sasin – kategoria profilaktyka – Adiunkt na Uniwersytecie Opolskim, specjalista terapii uzależnień, superwizor kliniczny terapeutów, doradca PKD,
 - Prof. Dr hab. n. Med. Mirosław Wielgoś – kategoria działania instytucji rządowych – Konsultant krajowy w dziedzinie perinatologii, Rektor WUM, Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego,
 - Mariusz Piotr Baj – kategoria działania organizacji pozarządowych – psycholog – Stowarzyszenie Ogólnopolska Sieć Osób Żyjących z HIV/AIDS „SIEĆ PLUS”,
 - Tomasz Małkuszewski – kategoria działania organizacji pozarządowych – Przewodniczący SKAIDS,
 - Alina, Roman i Łukasz Jarzynowie – kategoria działalność społeczna,
 - Katarzyna Pelc – kategoria media – redaktor, Radio Kraków,
 - Anna Folkman – kategoria media – dziennikarz, „Głos Szczeciński”.
- Rozpoznano **1 313** nowe zakażenia HIV, przede wszystkim wśród osób w wieku od 20 do 39 lat (71,2%) i mężczyzn (87,3%). AIDS rozpoznano u **102** osób, u 90 mężczyzn (88,2%) i 12 kobiet (11,8%). Najczęstszą chorobą wskaźnikową

AIDS było zapalenie płuc wywołane *P. jiroveci* (26 przypadków), kandydoza przełyku – 25 przypadków i zespół wyniszczenia (23 przypadki). Równoczesne rozpoznanie zakażenia HIV i AIDS miało miejsce u 69 pacjentów ^[483].

2017

- **Rosja** – styczniu Specjalny wysłannik ONZ do spraw HIV/AIDS w Europie Wschodniej i Azji centralnej alarmował, że w tym kraju ponad ⅔ wszystkich zakażeń HIV i 55% spośród prawie 100 000 nowych zakażeń zgłoszonych w ubiegłym roku spowodowanych jest przyjmowaniem środków odurzających w iniekcjach. A to z kolei wynika z kryminalizacji używania narkotyków, represyjnego prawa i piętno dotyczące przyjmowania narkotyków. To sprawia, że ludzie dokonują iniekcji w niebezpiecznych warunkach ze strachu przed policją i aresztowaniem, dlatego używają wspólnego sprzętu do iniekcji, przedawkowują. WHO, UNAIDS i United Nations Office on Drugs and Crime wspólnie rekomendują pakiet interwencji mających na celu redukcję szkód jako najlepszy sposób zmniejszenia nowych zakażeń, zalecają też poprawę leczenia HIV, zapaleń wątroby i gruźlicy wśród osób przyjmujących narkotyki w iniekcjach. W Rosji panuje przekonanie, że akceptacja redukcji szkód wymaga domniemania akceptacji ludzi przyjmujących narkotyki. Stąd bardzo ograniczony jest dostęp do sterylnych igieł i strzykawek. Terapia metadonem i buprenorfiną jest nielegalna, bo to – jak uważano przed laty też w Polsce – jest zamianą uzależnienia od jednego narkotyku na uzależnienie od innego, mimo, że WHO wpisały oba preparaty na listę niezbędnych leków. Rosja przyjęła październiku ubiegłego roku nową strategię walki z HIV/AIDS, ale nie oparto jej na dowodach naukowych i pragmatycznym podejściu skupionym na zdrowiu publicznym. W sąsiedniej **Ukrainie** dostęp do sterylnego sprzętu do iniekcji i terapii substytucyjnej spowodował znaczne zmniejszenie rozpoznań nowych zakażeń HIV wśród osób uzależnionych od opioidów ^[484].

- 1 marca zaproszono do Rosji dawnego prezydenta Republiki Południowej Afryki. Thabo Mbeki długo twierdził, że HIV nie powoduje AIDS, a w rosyjskich mediach coraz częściej ukazują się informacje o rodzicach, którzy odmawiają swoim zakażonym HIV dzieciom przyjmowania leków antyretrowirusowych, co powoduje szkody zdrowotne i niekiedy ich śmierć. Pojawienie się Internetu i mediów społecznościowych dało nowe życie negowaniu związku przyczynowo skutkowego między HIV/AIDS. Grupa społecznościowa VKontakte w 2016 roku liczyła 15 000 członków i działała od prawie 8 lat. Negowali związek przyczynowo skutkowy między HIV a AIDS sami zakażeni, uznając, że jeśli czują się dobrze i nie zakażają swoich partnerów seksualnych to znaczy, że HIV to mit. Dopiero kiedy ich stan zdrowia ulega pogorszeniu zaczynają szukać leczenia. Jak piszą autorzy tej informacji – najlepszym sposobem zapobiegania negowaniu znaczenia zakażenia HIV jest dobrej jakości poradnictwo skupione na pacjentach i właściwe leczenie objawów ubocznych powodowanych przez leki antyretrowirusowe ^[485].



- w lutym odbyła się **24. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI 2017)**, tym razem w Seattle (USA). Wybitny polityk USA, Demetre Daskalakis, powiedział: „*Jeśli połączymy wolę polityczną, interwencje biologiczne i redukcję szkód możemy dojść do zera [nowych zakażeń]*”. Daskalakis jest specjalistą chorób zakaźnych, który rozpoczął testowanie i szczepienia w seks klubach, obecnie jest szefem kontroli chorób nowojorskiego Wydziału Zdrowia i twórcą inicjatywy „zakończenia epidemii” w tym mieście. Jego strategia skupia się na identyfikacji nierozpoznanych przypadków zakażeń i włączania ich do leczenia, utrzymywania terapii dla maksymalnego zmniejszenia poziomu wirerii i ułatwienia dostępu do profilaktyki przed-ekspozycyjnej (PrEP). Burmistrz Nowego Jorku Bill de Blasio i Gubernator Andrew Cuomo wspierają tę strategię politycznie i finansowo. Liczba nowych rozpoznań zakażeń HIV zmniejszyła się z 3527 w 2010 r. do 2493 w 2015 r., a w 2020 r. ma się obniżyć do 1350. Ponad 80% nowych zakażeń dotyka osób żyjących w obszarach znacznego ubóstwa. Tak więc dostęp do opieki medycznej i wsparcie w uzyskiwaniu mieszkań są istotną częścią strategii Daskalakisa. Umiarkowana redukcja rozpoznawania nowych zakażeń dotyczy MSM (stanowią 60%), ale liczba nowych zakażeń wśród osób przyjmujących narkotyki w iniekcjach zmniejszyła się w ciągu dekady z 343 do 75 w 2015 r., a w 2015 r. nie było przypadku przeniesienia zakażenia z matki na dziecko ^[486].
- także podczas tej Konferencji omówiono przypadek nieskuteczności PrEP bez oporności na leki, który zdarzył się w Amsterdamie (**Holandia**) u 50-letniego homoseksualnego mężczyzny włączonego w program PrEP prowadzony w tym mieście. Mężczyzna dokładnie przestrzegał zaleceń związanych z przyjmowaniem leku ^[487].
- przedstawiono też dane z **Wielkiej Brytanii**: 18% mężczyzn twierdzących że są wyłącznie heteroseksualni znajduje się w ogniskach zakażeń składających się tylko z mężczyzn. Badacze nazywają ich „nieujawnionymi mężczyznami mającymi seks z mężczyznami (MSM)”. Inni mężczyźni, którzy nabyli zakażenie przez seks z mężczyznami mogą znajdować się w ogniskach, w których znajdują się osoby płci obojga, więc wspomniane 18% to odsetek minimalny. Nieujawnieni MSM rzadziej niż ujawnieni byli

zakażeni od niedawna – tak więc nieujawnieni MSM mogą mieć późno rozpoznawane zakażenie, mogą być też starsi od ujawniających się MSM. Autorzy doniesienia zaznaczyli, że ustalenie kto kogo zakażył jest dużo trudniejsze niż wykazanie powiązania między sekwencjami genetycznymi wirusów. Jednak nieujawnieni MSM mogą przenosić zakażenie HIV na kobiety i innych mężczyzn^[488, 489].

- **USA** – 6 z 21 członków **prezydenckiego Advisory Council on HIV and AIDS** zrezygnowało z udziału w tym gremium, gdyż ich propozycje ignorowane są przez administrację. Trzech z nich jest lekarzami. W ich imieniu Scott Schoettes powiedział *Newsweek*owi: „*Administracja Trumpa nie ma strategii dotyczącej trwającej epidemii HIV/AIDS, a co gorsza przygotowuje się zmiany legislacyjne, które zaszkodzą ludziom żyjącym z HIV i zatrzymane lub cofnięte zostały dotychczasowe osiągnięcia w walce z tą chorobą*”. Do podjęcia tej decyzji przyczyniło się zamknięcie strony internetowej **Office of National AIDS Policy** w dniu objęcia urzędu przez Trumpa, fakt, że prezydent nie zaprosił nikogo do kierowania **White House Office of National AIDS Policy**, a co najgorsze – zmienia politykę zdrowotną. **The American Health Care Act**, zwany **Trumpcare**, będzie szczególnie krzywdzący ludzi z HIV/AIDS. Obowiązujący dotąd **Affordable Care Act** (zwany **Obamacare**) zwiększył odsetek ludzi zakażonych świadomych swego zakażenia i odsetek leczonych. Ale **nadał tylko około 40% Amerykanów zakażonych HIV otrzymuje leczenie**, a około 4% z nich dzięki Medicaid - dotowane przez państwo ubezpieczenie dla ludzi o niskich dochodach. Nowa ustawa zdrowotna pozwoli stanom USA na usunięcie milionów ludzi z list beneficjentów Medicaid. Najbardziej dotknie to mieszkańców południowych stanów kraju, w których rozpoznawanych jest 50% nowych zakażeń HIV^[490].
- **USA** – wykazano, że ludzie żyjący z HIV, cierpiący przewlekły ból, dostają często recepty na opioidowe leki przeciwbólowe. W grupie badanych pod kierownictwem Chinazo O. Cunninghama pacjentów z Nowego Jorku prawie połowa cierpiących ból przyjmowała opioidowe leki przeciwbólowe. Pacjenci używali też często nielegalnych substancji psychoaktywnych, ale tylko użytkownicy marihuany mogli zmniejszyć dawkę lub odstawić opioidy. Autorzy uznali, że legalizacja medycznej marihuany może doprowadzić do zmniejszenia zapotrzebowania na opioidowe leki przeciwbólowe, co zmniejszy częstość działań niepożądanych powodowanych przez te leki, zwłaszcza śmiertelnych przedawkowań, co stało się w ostatnich latach problemem w tym kraju^[491].
- **Uganda** – rozpoczęto wdrażanie planu zakończenia epidemii HIV/AIDS do 2030 roku prezydenta Yoseweri Museveniego, jednak aktywiści krytykują go, że nie wspomina się w nim wcale o ludziach mających największe ryzyko zakażenia, w tym gejów, osób sprzedających usługi seksualne, przyjmujących narkotyki. Pięciopunktowy plan skupia się na przede wszystkim zapobieganiu nowym zakażeniom przez nastoletnie dziewczynki i młode kobiety i eliminacji przenoszenia zakażenia z matek na ich dzieci. Zamierza także zwiększyć testowanie na HIV mężczyzn, by do 2020 roku osiągnąć cel UNAIDS: 90% osób z HIV ma rozpoznane zakażenie, 90% z nich jest leczonych i 90% leczonych ma niewykrywalną wiramię^[492].
- **ViiV Healthcare** zarejestrowała lek **Juluca (dolutegawir + rylpiwiryna)**, (ViiV Healthcare). To pierwszy zestaw 2 leków w jednej tabletkie do stosowania 1 raz dziennie przez pacjentów, którzy osiągnęli stabilność supresji HIV na leczeniu antyretrowirusowym i nie doświadczali wcześniej nieskuteczności leczenia, ani oporności na składniki leku^[493].
- **European Medicines Agency (EMA)** mieszcząca się dotąd w Londynie po przegłosowaniu wyjścia Wielkiej Brytanii z Unii Europejskiej, głosami pozostałych 27 krajów Unii, zostanie przeniesiona do Amsterdamu (Niderlandy), (<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/?qid=1513791501198&uri=CELEX:52017PC0735> [dostęp: 15.12.2022]).
- **nieemożliwe jest zakończenie epidemii AIDS bez zakończenia nierówności płci (gender)** – taki wniosek wypływa z raportu **Equal Measures 2030**. Śmierci związane z AIDS stanowią wiodącą przyczynę śmierci wśród kobiet mających od 15 do 45 lat. W 2017 roku 59% nowych zakażeń u osób dorosłych rozpoznawano w Afryce Subsaharyjskiej u kobiet w wieku 15 lat i starszych, na całym świecie kobiety w wieku 15 – 24 lata mają dwa razy większe prawdopodobieństwo zakażenia się HIV. W czasie swojego życia 1 na 3 kobiety doznaje przemocy fizycznej lub seksualnej od swoich partnerów, lub seksualnej od mężczyzn nie będących ich partnerami. Kobiety doświadczające intymnej przemocy rzadziej używają prezerwatyw, poszukują dostępu do testu na HIV i terapii antyretrowirusowej. Jeśli są leczone gorzej stosują się do zaleceń związanych z przyjmowaniem leków, rzadziej ich leczenie skutkuje obniżeniem wiramii poniżej granicy wykrywalności. Mniejszości, takie jak transpłciowi mężczyźni i transpłciowe kobiety dotyka wszechobecne piętnowanie i dyskryminacja. Transpłciowe kobiety mają ryzyko zakażenia HIV 49-razy większe niż populacja ogólna, gorszy dostęp do leków, których skuteczność też jest mniejsza z powodu niedostatecznego przestrzegania zaleceń związanych z leczeniem. Społeczne normy związane z płcią biologiczną (gender) są także szkodliwe dla zdrowia mężczyzn. Mimo wyższej częstości zakażeń HIV u kobiet w Afryce Subsaharyjskiej mężczyźni częściej umierają na choroby wskaźnikowe AIDS. W tym regionie w 2017 roku umarło 30 000 mężczyzn więcej niż kobiet. Kolejny raport opublikowany zostanie w 2021 roku^[494].
- **Europa** – jedna na 6 osób z nowym rozpoznaniem zakażenia HIV ma obecnie więcej niż 50 lat. Ta tendencja utrzymuje się od 12 lat. Do zakażeń dochodzi najczęściej poprzez kontakty heteroseksualne, a rozpoznawane zwykle późno. Od stycznia 2014 do grudnia 2015 roku zakażenie HIV rozpoznano w Europie u 54 102 osób mających 50 lat i więcej, a 312 501 u osób w wieku 15 – 49 lat. Największy wzrost nowych zakażeń występuje w Estonii, Łotwie i Portugalii (ponad 6 na 100 000), w Belgii i Wielkiej Brytanii od 4 do 6 na 100 000 starszych osób^[495].
- hasło **Światowego Dnia AIDS: My health, my right**. (https://www.unaids.org/en/World_AIDS_Day).

Polska – 2017

- **IX Zjazd PTN AIDS** odbył się w dniach 22 – 24 czerwca we Wrocławiu. Decyzją Walnego Zgromadzenia Członków PTN AIDS godność **członków honorowych** otrzymali:

- dr ks. Arkadiusz Nowak,
- dr Beata Zawada.
- podczas XXIV Konferencji „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie” **czerwone kokardki** otrzymali:
 - Dr hab. n. med. Małgorzata Ingot – kategoria środowisko medyczne – lekarz, Ośrodek Profilaktyczno-Lecznicy Chorób Zakaźnych i Terapii Uzależnień we Wrocławiu,
 - Prof. dr hab. n. med. Alicja Wiercińska-Drapała – kategoria środowisko medyczne – lekarz, Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie,
 - Anna Zaczek – kategoria środowisko medyczne – pielęgniarka, Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie, Oddział Pediatrii,
 - Dr n. społ. Maria Brodzikowska – kategoria profilaktyka – Stowarzyszenie Profilaktyki i Wsparcia w zakresie HIV/AIDS „Jeden Świat”, Kraków,
 - Magdalena Stachel – kategoria profilaktyka – Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Szczecinie,
 - Agata Kwiatkowska – kategoria profilaktyka – Fundacja Edukacji Społecznej, Fundacja Polityki Społecznej PREKURSOR,
 - Mariola Cieśla – kategoria działania instytucji rządowych – Dyrektor Wydziału Zdrowia Publicznego Zachodniopomorskiego Urzędu Wojewódzkiego w Szczecinie,
 - Paweł Kalinowski – kategoria działania organizacji pozarządowych – Zjednoczenie na Rzecz Żyjących z HIV/AIDS „Pozytywni w Tęczy”, Warszawa,
 - Mirosława Kowalczyk-Kuczevska – kategoria działania organizacji pozarządowych – wicedyrektor ds. merytorycznych w Ośrodku Readaptacji Stowarzyszenia Solidarni PLUS w Wandzinie,
 - Andrzej Kropiwnicki – kategoria media – Alfa Communications.
- podczas Konferencji odbyła się specjalna sesja zatytułowana: **Zdrowie kobiet. O potrzebie humanizacji procesu leczenia. W 5 rocznicę śmierci profesora Tomasza Niemca** (3.08.1954 – 19.11.2012).
Prof. zw. dr hab. n. med., ginekolog-położnik, ekspert WHO i UNICEF w zakresie transmisji wertykalnej HIV, popularyzator wiedzy dotyczącej zdrowia reprodukcyjnego i pomocy rozwojowej w zakresie walki z biedą w kontekście zdrowia i profilaktyki HIV/AIDS. Stypendysta WHO w Wielkiej Brytanii (1989 rok) w zakresie planowania rodziny oraz Fogarty Foundation w USA w kwestii zakażeń HIV u kobiet (1992 rok). W latach 1997 – 2002 kierownik Zakładu Zdrowia Rodziny Instytutu Matki i dziecka, w latach 2002 – 2007 kierownik Kliniki Położnictwa i Ginekologii Instytutu Matki i Dziecka, w latach 2007 – 2008 kierownik Zakładu Zdrowia Reprodukcyjnego Instytutu Matki i Dziecka, od 2006 roku Profesor w Zakładzie Poradnictwa i Seksuologii Katedry Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Zielonogórskiego, od 2008 roku dyrektor Kliniki Położnictwa i Zdrowia Kobiety Szpitala Medicover w Warszawie. Członek licznych towarzystw naukowych w kraju i za granicą. Pierwszy ginekolog-położnik zajmujący się kobietami żyjącymi z HIV i mówił o tym głośno.
- zakażenie HIV rozpoznano u **1 419** osób, wśród osób ze znaną drogą transmisji zakażenia 69,8% stanowili mężczyźni uprawiający seks z mężczyznami (MSM). AIDS rozpoznano u **108** osób – jakkolwiek próbę rozpoczęcia leczenia antyretrowirusowego zdążyło podjąć jedynie u 19 osób (17,6% chorych). Spośród nich zmarło **20** osób – 18 mężczyzn i 2 kobiety. Najczęściej rozpoznawaną chorobą wskaźnikową AIDS było zapalenie płuc wywołane przez *P. jiroveci* (25,9% przypadków) i zespół wyniszczenia (22,2%)^[496].

2018

- luty – firma Gilead Sciences zarejestrowała lek **BICTARVY** (bictegawir + emtricitabina + alafenamid tenofowiru [TAF]), którego wartość sprzedaży w ciągu pierwszego roku obecności na rynku przekroczyła 1 miliard dolarów^[497], a także połączenie **lamiwudyna + dizoproksyl tenofowiru (TDF)** pod nazwą **CIMDUO** oraz **efawirenz + lamiwudyna + dizoproksyl tenofowiru** pod nazwą **SYMFI LO**.
- w marcu – połączenie **efawirenz + lamiwudyna + dizoproksyl tenofowiru SYMFI**.
- w marcu zarejestrowano w USA **ibalizumab (IBA), (TROGARZO)**, [ThaiMed Biologicals ISA Corp. (firma z Tajwanu, której założycielami są David Ho, pracujący w Instytucie Rockefellera w Nowym Jorku, którego magazyn Time ogłosił człowiekiem roku w 1996 oraz Ing-Wen Tsai, obecnie prezydent Tajwanu) dystrybucję prowadzi firma Teratotechnologies Inc. (Montreal, Kanada)], humanizowane przeciwciało monoklonalne IgG4 do terapii osób zakażonych szczepami HIV opornymi na inne leki antyretrowirusowe.
 - lek powstał w firmie Biogen, która pod koniec lat 90. przekazała wyłączne prawa do niego Tanox Inc. W styczniu 2007 roku Tanox wszedł w porozumienie z firmą Genentech, która nabyła wszystkie udziały w Tanox i krótko później udzieliła licencji na lek firmie TaiMed Biologics. W sierpniu 2012 roku TaiMed zakontaktował produkcję leku w WuXi PharmaTech na potrzeby badań klinicznych fazy II i III. W marcu 2016 roku TaiMed weszło w 12-letnią współpracę z firmą Teratotechnologies by lek trafił na rynek i był dystrybuowany w USA i Kanadzie. W marcu 2017 roku porozumienie zmieniono i przekazano Teratotechnologies prawa do komercjalizacji leku w Unii Europejskiej, Izraelu, Norwegii, Rosji i Szwajcarii na 12 lat po zarejestrowaniu go w poszczególnych krajach, z zastrzeżeniem dalszych płatności. Ochrona patentowa ibalizumabu w Europie, Kanadzie i Australii wygaśa w 2012 roku, w USA w 2016 roku, z zastrzeżeniem przedłużenia; ze statusem leku sierocowego w USA, ibalizumab ma

przedłużony okres wyłączności do 2025 roku. Lek blokuje wejście HIV do komórek CD4, a funkcje immunologiczne komórek pozostają normalne ^[498].

- IBA podawany jest dożylnie, co 2 tygodnie, w połączeniu z innymi lekami antyretrowirusowymi. Dawka początkowa wynosi 2 000 mg, dawki podtrzymujące 800 mg co 2 tygodnie. Najczęstszymi objawami niepożądanymi są biegunka i zawroty głowy, poważnymi wysypka i zespół rekonstrukcji immunologicznej ^[499].
- FDA od dawna zdaje sobie sprawę z tego, że lekarze i pacjenci są na ogół skłonni zaakceptować większe ryzyko związane z lekami używanymi do leczenia chorób zagrażających życiu niż dla leków stosowanych w terapiach mniej poważnych chorób. Usprawniony projekt badań klinicznych zalecany jest do przeprowadzania wśród pacjentów z wielolekoopornym zakażeniem HIV (multidrug resistant – MDR), czyli opornością na wiele klas leków i brakiem dostępnych schematów leczenia, które mogą skutecznie obniżać poziom HIV RNA w osoczu pacjenta. Usprawniony projekt próbny badania nowych leków dla intensywnie leczonych pacjentów z MDR HIV miał znaczne ograniczenia, ale pozwalał na ocenę bezpieczeństwa ibalizumabu i jego skuteczności w populacji potrzebującej nowych możliwości leczenia. Jak dotąd tylko 292 pacjentów przyjęło przynajmniej jedną dawkę leku. Z dotychczasowych badań wynika, że prawdopodobnie korzyści z jego stosowania przewyższą ryzyko. Po wprowadzeniu go do obrotu niezwykle ważny będzie nadzór nad bezpieczeństwem farmakoterapii dla lepszego zdefiniowania profilu skuteczności i bezpieczeństwa ibalizumabu ^[500].
- 5-letnia przeżywalność wzrosła z 38% przy stosowaniu optymalizowanego schematu podstawowego do 47% przy stosowaniu IBA i optymalizowanego schematu podstawowego. Koszt wynosił 301 700 dolarów/osobę przy stosowaniu optymalizowanego schematu podstawowego i 662 800 dolarów na osobę dla IBA i schematu podstawowego. IBA + schemat podstawowy nie byłby opłacalny nawet wówczas, gdyby był skuteczny w 100%. Byłby opłacalny, gdyby cena IBA została zmniejszona o $\geq 88\%$. Dla 12 000 chorych z wielolekoopornym HIV w USA zastosowanie IBA + schemat podstawowy zwiększyłoby koszty opieki o 1,8 mld dolarów (1,5% całkowitego budżetu na leki) rocznie. W przypadku osób z MDR HIV, którym brakuje innych opcji leczenia, ibalizumab znacznie zwiększy przeżywalność, jeśli będzie skuteczny. Chociaż dodanie ibalizumabu do schematu podstawowego nie jest opłacalne, to niewielka liczba kwalifikujących się do takiej terapii pacjentów w Stanach Zjednoczonych sprawi, że wpływ na budżet będzie stosunkowo niewielki ^[501, 502].
- 15 maja – firma Gilead Sciences, Inc. ogłosiła, że **FDA zaaprobowała przyjmowaną doustnie Truvadę** (1 raz dziennie) w połączeniu z bezpieczniejszym seksem w celu zmniejszenia ryzyka zakażenia HIV w kontaktach seksualnych nastolatków (15 – 17 latków). W USA nastolatki i młodzi dorośli (13 – 24 lata) stanowili 21% nowych zakażeń w 2016 roku, a 81% z nich występowało wśród mężczyzn uprawiających seks z mężczyznami (MSM), ^[503].
- w lipcu zarejestrowano połączenie **darunawir + kobicistat + emtricitabina + alafenamid tenofowiru** pod nazwą **SYMTUZA**.
- w sierpniu zarejestrowano kolejny nienukleozydowy inhibitor odwrotnej transkryptazy o nazwie **dorawiryna (DOR)** – nazwa handlowa **PIFELTRO** oraz lek złożony **dolutegrawir + lamiwudyna + dizoproksyl tenofoworu** pod nazwą **DELSTRIGO**.
- 18 sierpnia zmarło po krótkiej chorobie **Kofi Annan**, Sekretarz Generalny ONZ w latach 1997 – 2006. Pod jego kierownictwem w 2000 roku Rada Bezpieczeństwa ONZ przyjęła rezolucję, w której uznano AIDS za zagrożenie dla światowego bezpieczeństwa. Rok później Specjalna Sesja Zgromadzenia Ogólnego ONZ – była to pierwsze spotkanie przywódców światowych dotyczące kwestii zdrowotnych. Doprowadził do powstania Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, który uratował miliony istnień ludzkich. Patronował temu programowi, pomagając zapewnić jego finansowanie. Zainicjował **Global Media AIDS Initiative**, dzięki czemu setki godzin programów edukacyjnych prowadzono pro bono w publicznych i prywatnych mediach na świecie. Pojawił się z zakażoną HIV kukiełką w serialu „Ulica Sezamkowa”, pomagając zmniejszyć piętnowanie i dyskryminację dzieci zakażonych HIV. Mówił o poprawie pozycji społecznej, politycznej kobiet i dziewcząt, o prawach pracowników seksualnych, gejów i innych mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami, ludzi przyjmujących narkotyki i osób trans płciowych. *„Musimy chronić najbardziej wrażliwych, jeśli chcemy próbować zakończyć epidemię nie możemy chować głów w piasek i udawać, że tacy ludzie nie istnieją lub że nie potrzebują pomocy”*. Wspominający Go Dyrektor UNAIDS napisał: *„Obiecujemy, że nie spoczniemy zanim epidemia AIDS się nie skończy. Jesteśmy mu to winni”* ^[504].
- we wrześniu w New England Journal of Medicine opublikowano list do Redakcji, w którym, w którym członkowie **Botswana Harvard AIDS Institute Partnership** przedstawili wyniki badań noworodków, których zakażone HIV matki przyjmowały leki antyretrowirusowe ^{xvii}. Głównym celem badania było określenie częstości występowania defektów cewy nerwowej związanych z przyjmowaniem leków ARV od poczęcia – ryzyko dla defektów cewy nerwowej kończy się prawdopodobnie 28 dni po poczęciu. Badacze wykazali, że spośród 427 urodzonych przez kobiety HIV+ przyjmujące **dolutegrawir** od czasu zapłodnienia u 4 dzieci (**0,94%**) wystąpiły defekty cewy nerwowej: przepuklina mózgowa, przepuklina oponowa rdzeniowa i iniencefalia ^{xviii} oraz bezmózgowie. Dla porównania: takie defekty

^{xvii} W 2016 roku Botswana zmieniła leki, od których rozpoczynana jest terapia: w zestawie tenofowir – emtricitabina – efawirenz ten ostatni lek (efawirenz) zastąpiono dolutegrawirem ^[330].

^{xviii} Iniencefalię charakteryzują trzy wspólne cechy: ubytek kości potylicznej, rozszczep kręgosłupa kręgów szyjnych i retrofleksja (wygięcie do tyłu) głowy na odcinku szyjnym kręgosłupa. Najczęstszym skutkiem jest poród martwego dziecka, z kilkoma rzadkimi przykładami żywych urodzeń, po których śmierć prawie zawsze następuje w krótkim czasie.

wystąpiły u 14 (0,12%) spośród 11 300 dzieci urodzone przez kobiety, które nie przyjmowały dolutegrawiru, 0 (0,0%) u 2 812 dzieci, których matki zaczęły przyjmować dolutegrawir w czasie ciąży, a 61 (0,09%) wśród 66 057 dzieci urodzonych przez niezakażone HIV kobiety. Autorzy sądzą, że jest to potencjalnie wczesny sygnał zwiększenia częstości defektów cewy nerwowej powiązanej z terapią zawierającą dolutegrawir od czasu poczęcia. Badania trwają, a więcej danych jest potrzebnych do potwierdzenia lub odrzucenia tej informacji [505].

- powołano **Independent Expert Panel** do zbadania wewnętrznych relacji wśród pracowników UNAIDS, po tym jak pojawiły się oskarżenia zastępcy dyrektora Luiza Louresa o molestowanie seksualne, a dyrektora Michele Sidibé o odrzucanie tych zarzutów. Raport Panelu opublikowano 7 grudnia. Napisano w nim, że „sekretyariat UNAIDS jest w kryzysie, który zagraża wykonywaniu pracy”, opisano „próżnię odpowiedzialności” i „kulturę pracy w strachu, braku zaufania i odwetu”. „Zawiedli liderzy i istniejące procedury by zapobiec lub właściwie zareagować na zarzuty molestowania, w tym seksualnego, znęcania się i nadużywanie siły”. Po publikacji raportu, w którym zalecano zmianę dyrektora w dużej mierze odpowiedzialnego za zaistniałą sytuację, Sidibé ogłosił zamiar ustąpienia ze stanowiska dyrektora UNAIDS w czerwcu 2019 roku, 6 miesięcy przed zakończeniem kadencji [506, 507]. (→ dalej).



- w **22 Międzynarodowej Konferencji AIDS** w Amsterdamie (Holandia) uczestniczyło około 15 000 naukowców, polityków, lekarzy, aktywistów i pacjentów z ponad 160 krajów świata, którzy dyskutowali o nauce, rzecznictwie (advocacy) i prawach człowieka.
Tedros Adhanom Ghebreyesus, dyrektor WHO, informował, że w ubiegłym roku prawie 1 mln ludzi na świecie zmarło z powodu chorób związanych z AIDS, a spośród 37 mln zakażonych HIV dostęp do leczenia mają tylko 22 mln. „Zbyt wielu ludzi nie ma opieki. Nie osiągniemy naszych celów” ostrzegał, nawołując do włączenia HIV do powszechnej opieki zdrowotnej, obejmującej profilaktykę, rozpoznanie i leczenie, a także do walki z dyskryminacją. **Elton John**: „Jedyną drogą zakończenia AIDS jest zakończenie go wszędzie i dla wszystkich. Gdyby nie było bigoterii i nienawiści można by było wyeliminować go znacznie szybciej. Politycy mają siłę do zakończenia tej choroby. To nie jest rak ani cukrzyca”. Z **księciem Harrym** ogłosił nową, mającą 1,2 mld dolarów globalną koalicję nazwaną **MenStar**, mającą rozpoznawać i leczyć HIV u mężczyzn z Afryki subsaharyjskiej. **Conchita**, zwyciężczyni konkursu piosenki Eurowizji w 2014 roku mówiła „Mój status HIV jest tylko ułamkiem tego, kim jestem. Jestem tu, by sprawić, że normalnym jest mówienie o HIV. Dziś czuję się sprawniejsza, piękniejsza i silniejsza niż kiedykolwiek. Ludzie z HIV, którzy są leczeni, mogą żyć długo. Możesz nas dotknąć. Możesz nas pocałować. Możesz kochać jak wszyscy inni”.
- Amsterdam, należący do sieci **Fast Track Cities**, obiecał spełnić cel 90 – 90 – 90. Od 1992 roku częstość zakażeń zmniejszyła się o połowę, a oparta na dowodach polityka miasta jest konsultowana z populacjami najbardziej dotkniętych HIV/AIDS. Holandia podjęła decyzję finansowania profilaktyki przed-ekspozycyjnej dla grup ryzyka, ogłosił na Konferencji profesor Peter Reiss z Uniwersytetu w Amsterdamie..
- Konferencja nie odbyła się bez kontrowersji. Protestami przerwano przemowę Michela Sidibé, szefa UNAIDS, nawołując go do rezygnacji ze stanowiska za tuszowanie oskarżeń o molestowanie seksualne dokonywane przez jego zastępcę Luiza Louresa. Wielu delegatów krytykowało decyzję o ulokowaniu kolejnej konferencji w San Francisco i Oakland. USA ograniczają wjazd pracownikom seksualnym i użytkownikom narkotyków. A prawo które zabrania wydawania funduszy federalnych na wszystkie usługi związane z aborcją krytykowane było za utrudnianie wysiłków mających na celu walkę z AIDS. Na plakatach pokazywano napis: „No AIDS in Trump's USA” [508].
- Alison Broder i współpracownicy przedstawili wyniki wieloosrodkowego badania obserwacyjnego, PARTNER2, w którym nie wykazano połączonych filogenetycznie zakażeń HIV podczas ponad 76 000 kontaktów seksualnych bez prezerwatywy między mężczyznami z niewykrywalną wirusową i ich niezakażonymi partnerami [509].
- Poseł brytyjskiej Partii Pracy ogłosił w parlamencie fakt swojego zakażenia HIV. W emocjonalnym przemówieniu wytłumaczył dlaczego to zrobił. Głównym powodem była pomoc w usunięciu stygmatyzacji z mówienia o HIV i wskazanie przeszkód w skutecznej walce z wirusem. Wspominał o trudnościach w dostępie do profilaktyki przedekspozycyjnej w Anglii, choć w Szkocji, Walii, Irlandii Północnej nie ma z tym problemu, a w USA wykazano, że stosowanie jej zmniejsza częstość nowych zakażeń. „Zniesienie patriarchy, wyeliminowanie homofobii lub zakończenie niebezpiecznego używania narkotyków nie nastąpi z dnia na dzień. Dlatego pomimo ich ogromnego potencjału, leki ARV, PrEP (profilaktyka przedekspozycyjna) i prezerwatywy zawsze będą same w sobie niewystarczające do pokonania wirusa. Potrzebujemy szczepionki. Podczas gdy wielu naukowców uważa, że szczepionka jest nam bliższa niż kiedykolwiek, społeczność darczyńców wycofała się. Brytyjski Departament Rozwoju Międzynarodowego, który ma godne pochwały rekordy finansowania badań nad szczepionkami, zakończył sponsorowanie rozwoju szczepionek przeciwko AIDS na początku tego roku. Polowanie na szczepionkę jest w dużym stopniu uzależnione od pieniędzy pomocowych ze Stanów Zjednoczonych, które podlegają kaprysom administracji Trumpa. Cieszę się, że coś pozytywnego wynikło z mojego statusu. Ale dzięki światłej polityce zdrowia publicznego, odpowiednio finansowanym badaniom i rozwojowi oraz ruchom politycznym, które promują równość i sprawiedliwość

społeczną, nie będzie potrzeby, aby osoby zakażone wirusem HIV dokonywały takich ujawnień, bo nie będzie nowych osób zakażonych wirusem HIV”^[510].

- lekarz, który fałszował testy i ukrywał swoje zakażenie HIV przed pracodawcami dostał wyrok w zawieszeniu po tym, jak sąd usłyszał, że nie mógł się zmierzyć ze stygmatyzacją, która by go spotkała po ujawnieniu swojej homoseksualności. Thomas Nyary, lat 45, pracował w 24 szpitalach w Anglii między rokiem 2010 a 2016. Kiedy ujawniono jego zakażenie skontaktowano się z 397 jego pacjentami i zaoferowano im test na HIV. Wszystkie wyniki były negatywne, ale dwóch pacjentów opowiedziało sądowi o strachu, który towarzyszył im w czasie oczekiwania na wyniki. Pierwszego przestępstwa dokonał pracując jako ortopeda w szpitalu w Nottingham w 2013 roku, zmieniając datę swojego zakażenia z 2010 na 2012 rok. W 2015 roku w szpitalu w Birmingham, chcąc potwierdzić dodatni wynik testu robionego w domu oddał do laboratorium swoją krew podpisaną nazwiskiem pacjenta, o którym wiedział, że jest zakażony. Dla uzyskania jego danych podczas dyżuru włamał się do szpitalnego systemu komputerowego. Sprawa się wydała. W Londynie pracował kłamiąc, że nie jest zakażony HIV, przed wyrokiem wydanym przez sąd w 2016 roku.. Sąd uznał go za winnego fałszerstwa, oszustwa, nieuprawnionego wejścia do danych komputerowych. Został skazany na 12 miesięcy pozbawienia wolności w zawieszeniu na 2 lata. Jego adwokat tłumaczył, że uprzedzenia wobec homoseksualizmu w jego rodzinnych Węgrzech są tak wielkie, że żonaty lekarz utrzymywał swój status w sekrecie, za wszelką cenę^[511].
- **hasło Światowego Dnia AIDS: Know your status.** (https://www.unaids.org/en/World_AIDS_Day).

Polska – 2018

- w 10 poradniach w kraju można uzyskać receptę na generyczne leki stosowane w profilaktyce przedekspozycyjnej (PrEP). Koszt opakowania leku wynosi około 60 euro, koszty wizyty lekarskiej i leku pokrywa pacjent^[512].
- 10 sierpnia 2018 r. w wypadku komunikacyjnym zginął **Artur Lutarewicz** - psycholog, wybitny pedagog pracujący z młodzieżą i przez nią kochany. Miał 48 lat. Przez ostatni rok był dyrektorem Ośrodka Socjoterapii „Kąt” w warszawskim Aninie. Objął to stanowisko po Łukaszu Ługowskim, z którym przez 25 lat pracował. O pracy w szkole mówił: „Im mniej zasad, tym większa szansa, że te, które są, będą stosowane. W Kącie nie wolno być pod wpływem środków psychoaktywnych, nie wolno stosować przemocy i trzeba być obecnym. Tych zasad nie odpuszczamy, ale w regulaminie nie mieszamy ich z przepisami typu „Trzeba nosić kapcie” czy „Nie wolno mieć kolczyków”. Duża liczba zakazów powoduje, że dezawuuują się wszystkie. Gdy wiadomość o Jego śmierci pojawiła się na Facebooku, odezwały się setki jego obecnych i byłych podopiecznych. „Dał mi szansę, gdy wszyscy inni skreślili”, „Pomógł, kiedy najbardziej potrzebowałam”, „Dzięki Niemu zrobiłem maturę”, „To był zaszczyt Go poznać” – pisali^[513]. Przez wiele lat był też członkiem Społecznego Komitetu ds. AIDS, także zarządu SKA.
- Podczas **XXV Konferencji „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie” czerwone kokardki** otrzymali:
 - Dr n. med. Dariusz Bielec – kategoria środowisko medyczne – lekarz, Klinika Chorób Zakaźnych w Lublinie,
 - Dr Wiesława Błudzin – kategoria środowisko medyczne – lekarz, konsultant wojewódzki, Wojewódzki Szpital w Opolu,
 - Monika Skorupska – kategoria środowisko medyczne – pielęgniarka, Poradnia Nabytych Niedoborów Immunologicznych w Szczecinie,
 - Tomasz Suchocki – kategoria profilaktyka – Stowarzyszenie Profilaktyki i Wsparcia w zakresie HIV/AIDS „Jeden Świat”, Kraków, Fundacja Motywacji i Działania w Międzyzdrojach,
 - Urszula Mendera-Bożek – kategoria profilaktyka – lekarz, Dyrektor Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Katowicach,
 - Tomasz Augustyniak – kategoria działalność instytucji rządowych, samorządowych – Dyrektor Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Gdańsku,
 - Jarosław Cieszkiewicz – kategoria działalność instytucji rządowych, samorządowych – Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego,
 - Małgorzata Paliwoda – kategoria działania organizacji pozarządowych – Monar, Pomorski Dom Nadziei,
 - MONAR – kategoria działania organizacji pozarządowych – na ręce Pani Przewodniczącej Elżbiety Zielińskiej,
 - Grażyna Wolszczak- aktorka – wystąpiła w kampaniach dot. profilaktyki HIV/AIDS „Wolę wiedzieć” oraz „Projekt Test, Jej fundacja Garnizon Sztuki wyprodukowała spektakl „Pozytywni” – komedię odczarowującą stereotypy związane z HIV,
 - Maria Seweryn – aktorka – Od lat temat HIV wpisany jest w jej artystyczne kreacje, m.in. „Miss HIV” Macieja Kowalewskiego. Wspierała kampanię Krajowego Centrum ds. AIDS „Mam czas rozmawiać”,
 - Vladimir Zhovtiak – założyciel Wszechukraińskiej Sieci Osób Żyjących z HIV, przewodniczący ECUO, skupiającej przedstawicieli z 15 krajów Europy Centralno-wschodniej i Centralnej Azji.
- Rozpoznano **1 209** nowych zakażeń HIV, najczęściej u osób w wieku od 30 do 39 lat, głównie u mężczyzn – 1 049 przypadków (86,8%) oraz u 150 kobiet (12,4%). Wśród osób o znanej prawdopodobnej drodze transmisji najliczniejszą grupę stanowią mężczyźni uprawiający seks z mężczyznami (MSM) – 305 osób – 77,0%. Osób zakażonych w następstwie kontaktów heteroseksualnych było 68 (17,2%), 21 osób zakaziło się poprzez przyjmowanie środków psychoaktywnych w iniekcjach (6,0%). AIDS rozpoznano u **110** osób, 86 mężczyzn (78,2%) i 24 kobiet (21,8%). Najczęściej rozpoznawaną chorobą wskaźnikową było zapalenie płuc spowodowane

P. jiroveci (39 przypadków), zespół wyniszczenia (18 przypadków) i kandydoza przełyku (17 przypadków). Przed wystąpieniem AIDS leczenie antyretrowirusowe było podjęte tylko u 15 osób (13,6%). Zmarły 23 osoby ^[514].

2019

- 5 lutego prezydent **Donald J. Trump** ogłosił, że celem jego administracji jest zakończenie epidemii HIV/AIDS w ciągu 10 lat (**Ending the HIV Epidemic – EHE**). **US Department of Health and Human Services** chce zmniejszyć liczbę zakażeń o 75% w ciągu 5 lat, a przez kolejnych 5 lat o 90%. Do realizacji tego celu mają być wykorzystane istotne osiągnięcia naukowe dotyczące profilaktyki HIV, rozpoznawania, leczenia i opieki, a także infrastruktura CDC, NIH, Health Resources and Services Administration (HRSA), Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMHSA) oraz Indian Health Service (IHS). Faza wstępna ma się skupić na 19 stanach, Dystrykcie Kolumbia i Puerto Rico, gdzie wykrywanych jest najwięcej nowych zakażeń, a także w 7 stanach, w których nieproporcjonalnie dużo zakażeń rozpoznawanych jest na obszarach wiejskich. Strategia będzie opierała się na 4 filarach:

- diagnozowanie wszystkich zakażonych HIV osób tak szybko, jak to możliwe po infekcji,
- leczenie osób zakażonych szybko i skutecznie do osiągnięcia trwałej supresji wirusa,
- zapobieganie zakażeniom wśród osób dużego ryzyka, w tym PrEP,
- szybkie wykrywanie i reagowanie na pojawiające się ogniska zakażeń.

Kluczową jest aktywna współpraca z miastami, hrabstwami, a także lokalnymi placówkami opieki medycznej, lekarzami, specjalistami terapii uzależnień od opioidów oraz organizacjami społecznymi i wyznaniowymi.

Obecna sytuacja w USA – szacuje się, że 1,1 mln osób żyje z HIV, z czego 15% nie jest świadoma swojego zakażenia, około 23% nowych zakażeń pochodzi od osób nieświadomych swojego zakażenia, 69% pochodzi od osób, które wiedzą o swoim zakażeniu, ale nie są leczone. Większość nowych zakażeń dotyczy Afro Amerykanów i Latynosów uprawiających seks z mężczyznami, dużo nowych zakażeń występuje u osób transpłciowych, osób heteroseksualnych dokonujących ryzykownych zachowań i osób przyjmujących narkotyki/leki w iniekcjach. Liczba zakażeń przenoszonych przez niesterylne iniekcje rośnie od 2015 roku. Ponad połowa nowych zakażeń HIV rozpoznawana jest w stanach południa i Waszyngtonie ^[515]. Niezbędną częścią w realizacji tego planu jest działalność **Ryan White Program**. Powstał w 1999 roku, a jego celem było i jest by osoby biedne mogły mieć dostęp do profilaktyki i terapii HIV. Program pomaga ponad połowie ludzi żyjących z HIV w USA, a 63% z nich ma dochody poniżej granicy ubóstwa. Mimo obiekcji Białego Domu prezydent George H.W. Bush stworzył ten program. Kolejni prezydenci różnie traktowali jego finansowanie, jedni je zwiększali, inni obniżali. Prezydent Trump w budżecie na 2019 rok dofinansował go kwotą 70 mln dolarów, a to wzrost o 3%. By skończyć epidemię HIV administracja powinna znacząco zwiększyć finansowanie dla tego programu ^[516].

- Wafaa M. El-Sadr, założycielka International Centre for AIDS Care and Treatment Program – ICAP na Uniwersytecie Kolumbia w Nowym Jorku i jej współpracownicy zwrócili uwagę, że w USA ponad ⅓ nowych zakażeń HIV dotyka ludzi wykluczonych ekonomicznie lub należących do mniejszości etnicznych, rasowych, seksualnych. W 2017 roku wśród nowych zakażeń mężczyzn 56% dotyczyło Afro Amerykanów i Latynosów uprawiających seks z mężczyznami – grupy stanowiącej mniej niż 1% mieszkańców USA. Znacznie więcej zakażeń jest u kobiet trans płciowych i nie białych niż w populacji ogólnej, a przyjmowanie opioidów w iniekcjach zwiększa się wraz z kryzysem opioidowym. Ludzi z tych różnych grup dotyka stygmatyzacja, spuścizna niewiary w system opieki zdrowotnej, mają też często własne negatywne doświadczenia z tym systemem, a wszystko to tworzy barierę do testowania się, angażowania w profilaktykę i leczenie. Nie można się skupiać tylko na bogatej mniejszości obywateli USA napisali lekarze w *New England Journal of Medicine* w artykule zatytułowanym „**AIDS w Ameryce – wreszcie na pierwszych stronach gazet**” ^[517].
- grupa ekspertów z Kanady i USA dokonała modelowanej projekcji rozwoju epidemii HIV/AIDS w 6 miastach USA do 2030 roku. Wykazali, że tylko w 2 z nich (Nowym Jorku i Seattle) liczba nowych zakażeń się zmniejszy, stabilna pozostanie w Atlancie, Baltimore i Los Angeles, ale w Miami będzie najwyższa w kraju, dlatego dla osiągnięcia zapowiadanego przez Prezydenta zakończenia epidemii niezbędne jest wprowadzenie swoistych dla populacji narażonych na zakażenie różnorodnych strategii. Epidemii HIV w USA charakteryzują różnorodne mikroepidemie występujące na względnie małych obszarach geograficznych różniących się warunkami epidemiologicznymi, demografią i infrastrukturą zdrowotną ^[518].
- na ten krótki artykuł odpowiedział sam dyrektor NIAID i jego dwaj współpracownicy, którzy wyrazili pogląd, że „w 2019 roku USA dysponują solidnym i dostępnym zestawem narzędzi do leczenia i zapobiegania zakażeniom HIV. Istotnym jest maksymalne wprowadzanie tych istniejących interwencji i tworzenie innowacyjnych sposobów, nowych technologii i eksperymentalnych interwencji. Nowe narzędzia potencjalnie poprawią skuteczność, ale mogą też pomóc w osiągnięciu większego zasięgu z powodu lepszej akceptowalności/używalności przez ludzi żyjących z HIV lub mających ryzyko zakażenia”. Panowie napisali o PrEP, pacjentach „Berlin” i „Londyn”, długo działających lekach antyretrowirusowych, ale też o terapiach na wczesnym etapie badań oraz o badaniach nad profilaktyczną szczepionką ^[519]. Tyle tylko, że autorzy pierwszego artykułu pisali o możliwości zakończenia epidemii HIV w USA, autorzy drugiego o zakończeniu pandemii.
- 9 maja – firma Gilead Sciences, Inc. ogłosiła, że przekaże do CDC lek złożony Truvada do stosowania w PrEP (tabletki zawierające emtrycyabinę i dizoproksyl tenofowiru - TDF) w celu wsparcia krajowych wysiłków na rzecz zapobiegania HIV i zakończenia epidemii. Ta darowizna jest jedną z największych

w historii USA. Gilead dostarczy CDC do 2,4 mln opakowań Truvady rocznie dla nieubezpieczonych Amerykanów zagrożonych zakażeniem wirusem HIV. Darowizna, która rozciąga się do 2030 roku, zostanie przeniesiona na Descovy (tabletki zawierające emtrycyabinę i alafenamid tenofoviru – TAF), jeśli lek zostanie zatwierdzony do stosowania w PrEP ^[520].

- jeśli cena preparatu z TAF nie ulegnie zmianie to tylko 11% potrzebujących PrEP MSM będzie mogła z niego skorzystać, bo na tyle leku wystarczy pieniędzy budżetowych ^[521].
- w sierpniu w the Lancet HIV ukazał się artykuł redakcyjny, którego autorzy kwestionują gest firmy Gilead, która w porozumieniu z rządem USA postanowiła przez 11 lat darować PrEP 200 000 ludziom mającym ryzyko zakażenia HIV. Aktywiści i specjaliści zdrowia publicznego uważają, że nie jest to powodem do radości. Kierowany przez demokratów **Congressional Oversight Committee** przeanalizował przebieg negocjacji z rządem, co doprowadziło do wniosku, że skutkiem tej darowizny będzie ochrona dominacji Gilead na rynku i blokowanie wejścia na rynek producentom leków generycznych po wygaśnięciu ochrony patentowej dla Truvady, a także zapewnienie rynku dla nowej postaci leku – Descovy. Truvada straciła ochronę patentową w wielu krajach i jej roczny koszt to obecnie około 60 dolarów (wcześniej 20 000 dolarów). Eksperti uważają, że skuteczność Truvady w PrEP wykazano w badaniach prowadzonych przez CDC, za co zapłacili amerykańscy podatnicy. Firma powinna więc zapłacić tantiemy rządowi w wysokości około 1 mld dolarów. Dostarczenie 200 000 osobom PrEP sprawi, że w dalszym ciągu ponad połowa obywateli USA, którzy mogliby osiągnąć korzyści z przyjmowania leku, pozostaje bez ochrony ^[522].
- 5 marca na stronie internetowej czasopisma Nature ukazało się doniesienie o drugim przypadku remisji HIV-1 po odstawieniu leków antyretrowirusowych 510 dni po przeszczepie allogenicznym komórek macierzystych, trwającej 18 miesięcy. Przed zabiegiem nie poddano jego organizmu napromieniowaniu. Niespokrewniony dawca miał homozygotyczną mutację koreceptora HIV-1 – CCR5Δ32/Δ32. Chociaż po 18 miesiącach przerwy w leczeniu przedwczesne jest stwierdzenie, że pacjent został wyleczony, to jednak dane sugerują, że pojedynczy przeszczep allogenicznym komórek macierzystych z homozygotycznymi komórkami CCR5Δ32 może być wystarczający do osiągnięcia remisji HIV-1, bez napromieniowania organizmu pacjenta, podsumowali doniesienie jego autorzy ^[523]. W późniejszych doniesieniach nazywano go „the London patient”.
- 25 marca lekarze z Johns Hopkins Medicine z Baltimore (Maryland) przeprowadzili pierwszą w USA transplantację nerki od żywego dawcy z HIV zakażonemu HIV człowiekowi z niewydolnością nerek. Lekarze wcześniej pomogli w uchwaleniu ustawy **HIV Organ Policy Equity Act (the HOPE Act)**, ^[524].
- kwiecień – firma ViiV Healthcare zarejestrowała **Dovato**, zawierający w 1 tabletkę **dolutegrawir** i **lamiwudynę** do stosowania u nieleczonych wcześniej osób zakażonych HIV. Jeśli jednak cena przepisania Tivicay (dolutegrawir) i generycznej lamiwudyny będzie znacznie niższa od ceny Dovato lek może nie być zbyt chętnie przepisywany przez lekarzy ^[525].
- **USA** – od 1 stycznia do 11 kwietnia rozpoznano 555 przypadków odry w 20 stanach. To wysoce zakaźna choroba przenoszona drogą kropelkową, a wirus pozostaje w cząsteczkach aerozolu żywy przez 2 godziny. Osoba eksponowana, jeśli nie jest odporna, zachoruje w 90%, a każda chora osoba może zakażać kolejnych 9 do 19 osób. Szczególnie ryzykowny jest wirus odry dla osób z osłabionym układem immunologicznym. Kontakt z odrą osób zakażonych HIV może prowadzić do poważnych powikłań a nawet śmierci ^[526].
- **Rosja** – rozpowszechniają się, w dużej mierze przez sieci społecznościowe, jak popularna VKontakte, nieprawdziwe informacje o HIV/AIDS, w tym takich, że HIV nie istnieje, że nie ma związku między HIV a AIDS, a także nawoływanie ludzi przy odrzuceniu rozpoznania, profilaktykę i leczenie. Od wielu lat Rosja ma jedną z największych epidemii wśród krajów świata, liczba zakażeń rośnie szybciej niż w RPA. Pod koniec 2018 roku rozpoznano o ponad 100 000 nowych zakażeń niż rok wcześniej. Oficjalne szacunki mówią, że 1 mln osób z HIV/AIDS mieszka w Rosji. Jednak eksperci twierdzą, że jest ich znacznie więcej, gdyż nawet połowa osób zakażonych HIV nie zna swojego statusu serologicznego. Początkiem zaprzeczania związku HIV z AIDS były propagowane przez KGB teorie, mówiące, że HIV został celowo rozpowszechniony na świecie przez USA. W latach 90. 2000 krajowym prominentnym postaciom, w tym lekarzom, dawano możliwość występowania w krajowych mediach prezentowania swoich poglądów – AIDS jest produktem zachodnim, dzięki któremu firmy farmaceutyczne mogą sprzedawać leki, które są toksyczne i zagrażają życiu, więc powinny być używane naturalne dla nich alternatywy. Ale do tego wszystkiego przyczyniają się paternalistyczne relacje między lekarzami a pacjentami, będące spadkiem po czasach ZSRR, a wielu lekarzy ma słabą wiedzę o HIV/AIDS. Wielu pacjentów mówi o złym, lekceważącym traktowaniu ich przez lekarzy, nieudzielanie odpowiedzi na ważne pytania związane z zakażeniem i terapią HIV. Zdarza się, że rozpoznanie zakażenia przesyłane jest w listach, które bywają otwierane przez rodziców, a niektórzy mówią, że dostając wynik testu dostali też informację, że umrą ^[527].
 - w Petersburgu działa niewielka organizacja społeczna (9 pracowników i grupka wolontariuszy) – Candle Foundation. Jej działacze bronią prawa do leczenia osób zakażonych HIV, wspierają pacjentów leżących w szpitalach, dostarczają istotnych informacji o zakażeniu i zapobieganiu, pomoc społeczną, pomagają więźniom i osobom uzależnionym od narkotyków, prowadzą szkolenia dla innych organizacji. Działają jako pomoc rówieśnicza. – wielu z nich jest też zakażonych HIV i/lub miało doświadczenia z narkotykami. Walczą z zaprzeczaniem istnienia problemu HIV/AIDS, który narasta z powodu porzucenia osób żyjących z HIV przez niedoinwestowany system ochrony zdrowia, oferując im wsparcie niezbędne do życia z HIV ^[528].

- **Botswana** – w kolejnych badaniach potwierdzono nieco większe ryzyko wystąpienia defektów cewy nerwowej u dzieci urodzone przez zakażone HIV matki przyjmujące w czasie poczęcia **dolutegrawir**: wśród 1 683 dzieci urodzonych przez matki przyjmujące dolutegrawir defekt cewy nerwowej wystąpił u 5 dzieci (**0,30%**), wśród 14 792 dzieci urodzonych przez kobiety nie przyjmujące dolutegrawiru – u **15 (0,10%)**, wśród 7 999 dzieci urodzonych przez kobiety przyjmujące efawirenz – u 3 (**0,04%**) wśród 3 840 dzieci, których matki przyjmowały dolutegrawir w czasie ciąży u 1 (**0,03%**), a wśród 83 372 dzieci urodzonych przez niezakażone HIV kobiety u 70 (**0,008%**), [529].
- lekarze powinni informować swoich pacjentów, że niewykrywalny poziom wirerii oznacza niemożność zakażenia partnera/partnerki seksualnej podczas uprawiania seksu bez użycia prezerwatywy [**undetectable=untasmisibile (U=U)**]. Świadomość pacjenta, że skuteczne obniżenie poziomu wirerii uniemożliwia zakażenie innych zachęca do rozpoczynania terapii antyretrowirusowej, a także do przyjmowania leków we właściwy sposób. Daje też korzyści psychologiczne osobom zakażonym HIV łagodząc samopietnowanie się, usuwając poczucie winy związane z potencjalnym przeniesieniem zakażenia, umożliwia seks bez strachu. Wiedza, że U=U skłania osoby niepewne swojego statusu serologicznego do zrobienia testu i zmniejsza strach przed zakażeniem HIV osób niezakażonych. A te konsekwencje społeczne mogą doprowadzić do zmiany prawa kryminalizującego HIV **xix**. Za PrEP opowiedziała się WHO i ponad 750 innych organizacji na świecie [530].
- w pierwszych dniach maja szef **UNAIDS** Michel Sidibé zrezygnował ze stanowiska, po tym jak przyjął stanowisko ministra zdrowia w swoim rodzinnym kraju Mali. Współdyrektorka organizacji **AIDS-Free World**, grupy często krytycznej wobec ONZ, Paula Donovan, skomentowała: „*Mr. Sidibé pozostawia zbrukaną spuściznę. Jego kadencja pokazuje narcystyczne wykorzystywanie władzy [...] nagradzanie kumpli, karanie krytyków, kneblowanie wszystkich, którzy odważą się szepnąć »Me, too«*”. Pod koniec 2019 roku Szwecja, największy donator UNAIDS, wstrzymała wpłaty do czasu zwolnienia dyrektora [531].
- nową szefową **UNAIDS** została Ugandyjka **Winnie Byanyima**, która zadeklarowała zmianę kultury pracy w agencji na zabezpieczającą personel nie tylko przed molestowaniem seksualnym, które nazwała „szczytem góry lodowej”, ale także przed każdym nadużyciem siły przez zwierzchników. Powiedziała też, że chce użyć podejścia feministycznego dla zbudowania kultury, w której każdy będzie mógł pracować bezpiecznie i z godnością. „*Nie możemy rekrutować prześladowców tylko dlatego, że potrafią pisać polityczne teksty czy znają się a prawie gospodarczym? Koszty szkół, które wyrządzą nie są tego warte*”. Przyznała, że skala wyzwania, które stoją przed UNAIDS jest ogromna. Choć około 24,5 mln ludzi ma dostęp do leków, dzięki którym zachowują zdrowie i supresję wirusa, ale tylko w tym roku 1,7 mln osób nabyło zakażenie HIV. Wśród nowych zakażeń wśród nastolatków we wschodniej i południowej Afryce 4 na 5 przypadków to dziewczęta. „*Te liczby zawstydzają. Mówią o historii praw kobiet na naszym kontynencie. Mówią o rządach, dla których kobiety i dziewczęta nie stanowią priorytetu. Sądzę, że UNAIDS jest dziś potrzebny bardziej niż kiedykolwiek*” mówiła Byanyima [532].
- 3 października FDA zarejestrowała lek firmy Gilead – **Descovy** – **alafenamid tenofowiru + emtricitabina**- do stosowania w profilaktyce przed ekspozycyjnej (**PrEP**). Dotąd stosowany był dizoproksyl tenofowiru (TDF) z emtricitabiną, też lek firmy Gilead – Truvada (w USA ochrona jego patentowa skończy się w 2020 roku). Rejestracja FDA dotyczy stosowania PrEP tylko dla mężczyzn i trans płciowych kobiet, kobiety cis zostały wykluczone. **Miesięczny koszt Descovy – 1 800 dolarów**, co czyni go niedostępnym dla osób niedostatecznie ubezpieczonych [533]. Generyczne postaci połączenia TDF z emtricitabiną kosztują nieporównanie mniej.
- **Pakistan** – około 900 dzieci poniżej 12 roku życia spośród 1 112 zakażonych HIV powiązano z pediatrią w miejscowości Ratodero. Lekarz wielokrotnie używał tych samych strzykawek do robienia iniekcji. Liczba zakażeń w mieście zamieszkiwanym przez 225 000 ludzi z pewnością jest większa, gdyż dotąd udało się przetestować tylko 36 000 osób. Zakażenia powiązano z doktorem Muzaffarem Ghanghro, jednego z najtańszych w mieście, pobierającego za wizytę 30 rupii (19 centów USA). Jeden z ojców, którego 4 z 6 dzieci zostało zakażonych powiedział, że kiedy zwracał uwagę doktorowi, by nie robił zastrzyku dziecku używaną wcześniej strzykawką usłyszał, że jest za biedny na nową strzykawkę z igłą. Lekarz został oskarżony o zaniedbanie, nieumyślne spowodowanie śmierci i nieumyślne spowodowanie szkody. Wcześniejsze oskarżenie o celowe rozpowszechnianie zakażenia zostało wycofane przez policję. Przeprowadzone badania wykazały, że lekarz też jest zakażony HIV, co było dla niego zaskoczeniem. Na proces oczekuje na wolności. Dziennikarzowi New York Times'a powiedział, że odnowił swój certyfikat i znów pracuje jako lekarz ogólny w państwowym szpitalu na przedmieściach Ratodero. Ale nie tylko ten lekarz przyczynił się do powstania tego ogniska zakażeń. W dystrykcie Larkana, gdzie leży Ratodero, przy szpitalach przeszukiwane są stery śmieci, znajdowane strzykawki są myte, przepakowywane i sprzedawane. Liczba osób zakażonych HIV w Pakistanie podwoiła się od 2010 roku i wynosi 160 000, ale tylko 10% jest leczonych [534].
- w listopadzie, na dorocznym spotkaniu the **Association of Nurses in AIDS Care (ANAC)** w Portland (Ontario), **Timothy Ray Brown** wyleczony w 2007 roku powiedział, że przyjmuje PrEP (Truvada), co zmieniło jego życie, bo pozwoliło na uprawianie zdrowego seksu bez strachu o ponowne zakażenie HIV. „*Przyjmuję PrEP codziennie, bo nie chcę ponownie złapać tego paskudztwa. Chcę pełnego życia seksualnego i je mam*” [535].

xix Dz. U. 2022, poz. 2699: art. 161 polskiego kodeksu karnego: a) § 1 otrzymuje brzmienie: „Kto, wiedząc, że jest zarażony wirusem HIV lub dotknięty chorobą weneryczną lub zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu, naraża bezpośrednio inną osobę na zarażenie tym wirusem lub taką chorobą, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.”, b) uchyla się § 2, c) § 3 i 4 otrzymują brzmienie: „§ 3. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 naraża na zarażenie wiele osób, podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10. § 4. Ściganie przestępstwa określonego w § 1 następuje na wniosek pokrzywdzonego”.

- FDA zatwierdziła nowe przepisy dotyczące prezerwatyw „dla kobiet”, które zmieniają ich nazwę na „jednorazową prezerwatywę wewnętrzną” (**single-use internal condom**) i które mogą być używane zarówno w kontaktach waginalnych, jak i analnych ^[536].
- hasło **Światowego Dnia AIDS: Communities make the difference**. (https://www.unaids.org/en/World_AIDS_Day).

Polska – 2019

- **Konferencja Vistula 2018** odbyła się w dniach 24 – 26 maja w Józefowie.
- Podczas **XXVI Międzynarodowej Konferencji „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie” czerwone kokardki** otrzymali:
 - Dr n. med. Ewa Siwak – kategoria środowisko medyczne – lekarz, Wojewódzki Szpital Zakaźny – Poradnia Profilaktyczno-Lecznicza, Warszawa,
 - Aneta Dembowska – kategoria środowisko medyczne – pielęgniarka, Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony – Poradnia Nabytych Niedoborów Immunologicznych, Szczecin,
 - Joanna Bortkiewicz – kategoria środowisko medyczne – Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Poradnia Profilaktyczno-Lecznicza, Wrocław,
 - Dr n. społ. Bogna Szymańska-Kotwica – kategoria profilaktyka – Wojewódzki Szpital Zakaźny – Poradnia Profilaktyczno-Lecznicza, Warszawa,
 - Michał Pawłega – kategoria profilaktyka – Społeczny Komitet ds. AIDS SKAIDS,
 - Maria Leszczyńska – kategoria działania organizacji pozarządowych – Stowarzyszenie Profilaktyki i Profesjonalnej Pomocy Osobom Uzależnionym „Subsidium”, Zgorzelec,
 - Małgorzata Toruńska – kategoria działalność instytucji rządowych, samorządowych – Urząd Miasta Torunia – Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej,
 - Wiktor Morka – kategoria media – FilmGramm Foundation,
 - Klub Bar Ramona – kategoria sektor prywatny – na ręce Pana Artura Łosiewskiego,
 - European AIDS Treatment Group EATG – kategoria organizacja zagraniczna – założona w 1992 r., NGO działająca w obronie interesów związanych z leczeniem osób żyjących z HIV/AIDS. Zrzesza osoby z 47 krajów w Europie.
- Zakażenie HIV rozpoznano u **1 551** osób (o 341 więcej niż w 2018 roku). Najwięcej nowych zakażeń wykryto w grupie osób w wieku od 30 do 39 lat. Wśród zakażonych dominowali mężczyźni – 1 320 (85,1%), zakażone zostały 224 kobiety. **Wśród osób o znanej prawdopodobnej drodze zakażenia dominują mężczyźni uprawiający seks z mężczyznami (MSM) – 70%**. W kontaktach heteroseksualnych zakażenie rozpoznano u 96 osób (19,3%), 24 osoby (4,8%) zakażyły się w następstwie przyjmowania środków psychoaktywnych w iniekcjach. Zarejestrowano 5 przypadków przeniesienia zakażenia z matki na dziecko. Na AIDS zachorowało **95** osób. – 80 mężczyzn i 15 kobiet. Najczęściej rozpoznawanym schorzeniem definiującym AIDS był zespół wyniszczenia – 23 przypadki i zapalenie płuc wywołane *P. jiroveci* – 22 przypadki. Próby leczenia antyretrowirusowego podjęto tylko u 8 osób (8,4% chorych). U 77 chorych rozpoznano AIDS jednocześnie z wykryciem zakażenia HIV. Zmarło **15** chorych ^[537].

2020

- w marcu kanadyjskie Ministerstwo Zdrowia (Health Canada) dopuściło na rynek leków **Cabenuva** (**kabotegrawir** – inhibitor integrazy i **rylpiwiryna** – NNRTI) w połączeniu z **Vocabria** (**kabotegrawir** w tabletkach) firmy ViiV Healthcare do terapii osób stabilnych na leczeniu doustnym. Cabenuva podawana jest domięśniowo, w dwóch iniekcjach 1 raz w miesiącu, dokonywanych przez pracownika medycznego. Tabletki Vocabria mają być stosowane przez krótki okres czasu wraz z Cabenuva. Jednak lek nie będzie dostępny przynajmniej do września, kiedy ogłoszona zostanie jego cena ^[538].
- **Anglia** – w marcu **Department of Health and Social Care** ogłosił, że będzie refundował w pełni profilaktykę przed ekspozycyjną HIV (**PrEP**) w tej części Zjednoczonego Królestwa i Irlandii Północnej. Wyasygnowanych zostanie 16 mln funtów (17,3 mln euro, 18,8 mln dolarów) w latach 2020-2021. Wszystkie osoby mające duże ryzyko zakażenia HIV będą mogły otrzymywać PrEP w swoich przychodniach zdrowia seksualnego. Nastąpiło to po 3 latach badania wpływu PrEP na liczbę nowych zakażeń HIV, w których uczestniczyło ponad 20 000 uczestników ^[539].
 - ale wcześniej, w 2019 roku, u 9 mężczyzn wykazano serokonwersję po tym, jak zostali wpisani na listę oczekujących w jedynej przychodni w Manchesterze uczestniczącej w badaniu **PrEP Impact**. Byli homo- lub biseksualni, mieli od 19 do 41 lat (średnio 26 lat). W momencie rozpoznania zakażenia byli na tej liście od 45 do 576 dni (średnio 126 dni). Skontaktowano się z nimi, kiedy stało się dostępnych w programie więcej miejsc ^[540].
- 10 marca na stronie internetowej czasopisma the Lancet HIV ukazało się kolejne doniesienie o **the London Patient** (36. uczestniku kohorty **IciStem**) – po 30 miesiącach od odstawienia terapii antyretrowirusowej (do 4 marca 2020) pacjent nie ma wykrywalnego, zdolnego do replikacji wirusa we krwi, płynie mózgowo-rdzeniowym, tkankach jelit i tkance limfatycznej. Autorzy sugerują, że oznacza to wyleczenie ^[541].

- w kwietniu do nagrody British Medical Journal nominowano **Sunflower Clinic** działającą w Brighton (Sussex) poradnię dla kobiet zakażonych HIV, która oferuje leczenie zakażenia HIV, w tym ocenę stanu serca i naczyń oraz kości, porady dotyczące antykoncepcji i menopauzy, coroczne badania szyjki macicy, wsparcie dotyczące płodności, zapłodnienia i ciąży, a także wsparcie psychologiczne dotyczące zdrowia psychicznego, przemocy domowej oraz wsparcie innych kobiet żyjących z HIV. W dwóch kontrolach w latach 2018 i 2019 wykazano, że poradnie dostarczają lepszej i bezpieczniejszej opieki kobietom zakażonym HIV, a pacjentki chwalą je uważając je za idealny model dla kobiet żyjących z HIV, zarówno w lokalnej sieci (Sussex HIV Network), jak i na spotkaniach krajowych (British HIV Association) i międzynarodowych (European AIDS Conference), [542].
- w maju „**The London Patient**” ujawnił swoją tożsamość – nazywa się **Adam Castillejo** – wierzy, że przeszczep podobny do tego, któremu został poddany Brown wyleczył go z HIV. Zakażony HIV był od 2003 roku – miał wtedy 23 lata, terapię antyretrowirusową rozpoczął 10 lat później. W 2016 roku rozpoznano u niego chłoniaka Hodgkina, chemioterapia nie pomogła, w 2016 roku dokonano u niego przeszczepu komórek macierzystych od dawcy wykazującego mutację CCR5Δ32, podobnie jak u Timothy’ego Ray’a Browna. Leczący go lekarze początkowo namawiali go do zachowania anonimowości i skupieniu na rekonwalescencji jednak ujawnił się, bo chce pomóc innym. Tak jak jego lekarze zgadza się, że terapia, którą przeszedł nie jest właściwa dla większości ludzi żyjących z HIV. Drugi przeszczep omal nie zabił Browna. Castillejo uważa się za szczęściarza, że jest obywatelem brytyjskim, gdyż państwo zapewnia mu bezpłatną opiekę zdrowotną [543].



- od 6 do 10 lipca **23 Międzynarodowa Konferencja AIDS** odbyła się wirtualnie, choć miała się odbyć w Oakland i San Francisco (USA). Mówiono podczas niej, między innymi, o wpływie COVID-19 na opiekę nad ludźmi żyjącymi z HIV, o badaniach klinicznych długo działającej profilaktyce przed ekspozycyjnej HIV w iniekcjach (porównanie doustnego stosowania dizoproksylu tenofowiru (TDF) z emtricitabiną ze stosowanym w iniekcjach długo działającym kabotegrawirem wykazało wyższą skuteczność statystyczną leku w iniekcjach), **wzroście wagi u leczonym alafenamidem tenofowiru**, większym u kobiet niż mężczyzn (średnio o 8,2 kg po 96 tygodniach leczenia), **zmniejszaniu się częstości występowania defektów cewy nerwowej wśród dzieci kobiet przyjmujących dolutegrawir** [544].
- w lipcu firma ViiV Healthcare zarejestrowała lek **RUKOBIA (fostemsawir - FOS)** – pierwszy lek z nowej klasy inhibitorów wiązania się HIV – lek łączy się z glikoproteiną gp120 na otoczkę wirusa i zapobiega jego wiązaniu się z wrażliwą na zakażenie komórką) jako terapię ratunkową dla wcześniej długo leczonych osób dorosłych zakażonych HIV, których wirus nabył oporność na wiele leków antyretrowirusowych [545].
- także w lipcu ViiV Healthcare ogłosiła ponowne zgłoszenie do FDA wniosku o rejestrację **Cabenuva**. Pierwszy wniosek FDA odrzuciła pod koniec 2019 roku z powodu niejasnych kwestii związanych z produkcją leku [374].
- w lipcu także w New England Journal of Medicine opublikowano artykuł z okazji **40 rocznicy epidemii AIDS**. Anthony S. Fauci i Clifford Lane opisali osiągnięcia w odkryciu HIV, pojawianie się nowych leków, poprawę rokowania osób żyjących z HIV. Na zakończenie napisali, że koniec epidemii będzie możliwy, jeśli będziemy mieć do dyspozycji bezpieczną i skuteczną szczepionkę przeciwko HIV [546].
- **COVID-19 i HIV** – lekarze hiszpańscy ^{xx} w analizie zakażeń **SARS-CoV-2** wśród 543 pacjentów przyjętych do szpitala w Barcelonie zidentyfikowali pięciu zakażonych także HIV – 3 mężczyzn i 2 osoby transpłciowe. Wszyscy byli leczeni lekami antyretrowirusowymi. Czterech pacjentów wyzdrowiało, także mężczyzna, którego zakażenie HIV rozpoznano późno, kiedy liczba jego komórek CD4 wynosiła 13/mm³, wiremia 45 500 kopii RNA HIV/ml. Jeden wymagający mechanicznej wentylacji w dalszym ciągu pozostawał na oddziale intensywnej terapii w momencie opisywania tych przypadków. Autorzy doniesienia uznali, że zakażenie HIV nie pogarsza przebiegu zakażenia SARS-CoV-2 [547]. Nie zgodzili się nimi lekarze brytyjscy uważając, że wysnuwanie wniosków na temat skuteczności leków antyretrowirusowych i braku większego ryzyka zakażenia SARS-CoV-2 dla osób zakażonych HIV jest przedwczesne i może nadmiernie uspokajać [548]. W odpowiedzi Hiszpanie napisali, że po kolejnych 2 miesiącach osoby zakażone HIV stanowią wśród wymagających hospitalizacji pacjentów zakażonych SARS-CoV-2 w dalszym ciągu mniej niż 1%. Uzupełnili też informacje o pacjencie przebywającym na intensywnej terapii – także ten pacjent wyzdrowiał i został wypisany ze szpitala 30 kwietnia. Zgodzili się, że te wstępne informacje wymagające większych badań klinicznych i epidemiologicznych o zakażeniu SARS-CoV-2 u osób seropozytywnych [549].

^{xx} w Hiszpanii skala epidemii była tak duża, że liczbę zgonów podawano codziennie w tysiącach, a kiedy te liczby w kwietniu 2020 roku zmniejszyły się do 500 dziennie przyjęto to z ulgą (Ballester-Arnal R, Gil-Llario MD. The virus that changed Spain: impact of COVID-19 on people with HIV. AIDS Behav. 2020; 24(8): 2253-2257).

- z opublikowanego w lipcu przeglądu dostępnych danych dotyczących COVID-19 u osób zakażonych HIV wynika, że ryzyko zakażenia się SARS-CoV-2 jest dla ludzi żyjących z HIV takie samo, jak dla osób niezakażonych, choć autorzy zaznaczyli, że jak dotąd danych było niewiele i podkreślili konieczność zintensyfikowania obserwacji ^[550]. Takie jest też stanowisko European AIDS Clinical Society (EACS) i British HIV Association (BHIVA) opublikowane 30 kwietnia. Kolejne stanowiska europejskich organizacji zajmujących się osobami żyjącymi z HIV/AIDS (BHIVA, DAIG [Deutsche AIDS Gesellschaft], EACS [European AIDS Clinical Society], GESIDA [Grupo de Estudio del SIDA – Hiszpania] i Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS) opublikowano 25 maja ^[551]. Przytoczono w nich opisane wyżej publikacje dotyczące współzakażeń HIV i SARS-CoV-2. Zwrócono uwagę, że ryzyko ciężkiego przebiegu zakażenia SARS-CoV-2 rośnie z wiekiem, a ponad połowa europejskich pacjentów z HIV/AIDS przekroczyła 50 rok życia. Podkreślono także istotność dostępności testowania w kierunku HIV, która z powodu epidemii SARS-CoV-2 jest niekiedy ograniczona, a także niezbędność kontynuowania terapii antyretrowirusowej przez osoby świadome swojego zakażenia.
- w lipcu lekarze brytyjscy opisali pierwszy w tym kraju przypadek równoczesnego zakażenia HIV i SARS-CoV-2. Dotyczył 55-letniego mężczyzny, u którego zakażenie HIV rozpoznano w 2006 roku, leczonego lekami antyretrowirusowymi (CD4 – 422/mm³, wiramia niższa od 20 kopii RNA HIV/ml krwi w momencie przyjęcia do szpitala), do którego trafił z powodu trwającej od 7 dni wysokiej gorączki, suchego kaszlu i duszności. W badaniu indukowanej płwociny wykazano obecność *P. jirovecii*. Włączono leczenie co-trimoksazolem i prednisonem, mimo to po 3 dniach stan pacjenta się pogorszył. Trafił na oddział intensywnej terapii, na którym po 7 dniach hospitalizacji potwierdzono także zakażenie SARS-CoV-2. Stan pacjenta uległ poprawie dzięki tlenoterapii, po 14 dniach wypisano go do domu z zaleceniem przyjmowania co-trimoksazolu do ukończenia 21-dniowej terapii, a później stosowanie profilaktyki zakażenia *P. jirovecii* ^[552].
- na podstawie przeglądu dostępnej literatury medycznej dokonano we wrześniu jego autorzy uznali, że jak dotąd nie ma wskazań, by zmieniać schematy leków antyretrowirusowych pacjentów leczonych skutecznie z powodu zakażenia HIV po to, by zapobiegać zakażeniu SARS-CoV-2 ^[553]. Ten sam pogląd wyrazili eksperci NIH z USA ^[554].
- przypomniano o zasadności testowania pacjentów przyjmowanych do szpitali z powodu podejrzenia COVID-19 także w kierunku zakażenia HIV, gdyż niektóre z chorób wskaźnikowych AIDS, przede wszystkim zapalenie płuc wywołane *P. jirovecii*, może bardzo przypominać objawy choroby powodowanej przez SARS-CoV-2. **British HIV Association – BHIVA apeluje o włączenie testów na HIV do badań diagnostycznych u wszystkich pacjentów przyjmowanych z podejrzeniem COVID-19.** W czasach, kiedy opieka medyczna tak bardzo skupiona jest na pandemii, testowanie w kierunku HIV może pozwolić na uniknięcie zachorowań i śmierci zakażonych HIV pacjentów, wcześniej nieświadomych swojego zakażenia ^[555]. *P. jirovecii* zakażać może osoby po przeszczepach narządów, zakażonych HIV lub przyjmujących leki modulujące układ odpornościowy. Natomiast SARS-CoV-2 wydaje się zakażać ludzi niezależnie od ich statusu immunologicznego. Objawy obu zakażeń to gorączka, suchy kaszel i duszność. Podobne wyniki daje diagnostyka obrazowa. Wczesne rozpoznanie pneumocystowego zapalenia płuc może pozwolić na włączenie właściwego leczenia we właściwym czasie ^[556].
- w sierpniu opublikowano doniesienie z Kanady o dzieciach urodzonych przez kobiety, które swoje zakażenie HIV nabyły w czasie porodu, od swoich matek; lekarki obserwowały 11 kobiet, które urodziły 21 dzieci. Nieplanowanych ciąż było 19. Średnia wieku młodych matek wynosiła 19,5 roku (Od 15 do 29 lat). W czasie pierwszej wizyty 79% z nich miało wykrywalną wiramię, 35% miało mniej niż 200/mm³ limfocytów CD4 i tylko 36% było na terapii antyretrowirusowej. W czasie porodu, choć wszystkim przepisano leki 50% miało wykrywalną wiramię i 36% miało immunosupresję. Wszystkie miały mutacje oporności wirusa na AZT i lamiwudynę, większość (73%) też na nevirapinę. Żadne z dzieci nie nabyło zakażenia HIV, ale wszystkie otrzymywały profilaktykę lekami, na które wirus matek był oporny. Jak napisały autorki badanie pokazało niedostateczną opiekę nad nastoletnimi kobietami zakażonymi perinatalnie, konieczność ściślejszej ich obserwacji i wsparcie w dokładnym przyjmowaniu leków antyretrowirusowych w czasie ciąży ^[557].
- **Uganda – powstał The National HIV and AIDS Strategic Plan 2020/21 – 2024/25 – Ending the HIV and AIDS epidemic: communities at the forefront**, przy finansowym wsparciu rządu Ugandy, ambasady Irlandii, The Global Fund, UNAIDS i PEPFAR. Kraj ma wdrażać także rozwiązania prezydenckie: Fast-Track Initiative on Ending AIDS as a Public Health Threat in Uganda by 2030, zainaugurowane w czerwcu 2017 roku przez, jak piszą autorzy, Jego Ekscelencję Y.K. Museveniego. Szacowano, że 2019 roku żyło z HIV 1 460 000 osób. Nabyło zakażenie 53 000 osób, w tym dzieci od 0 do 14 lat 5 700, powyżej 14 roku życia 48 000, w tym 28 000 kobiet. Wśród starszych nastolatków i młodych dorosłych prevalencja zakażeń HIV była niemal 4-krotnie wyższa wśród kobiet. W 2019 roku zmarło na AIDS 21 000 osób (w 2015 roku – 29 000, w 2010 roku – 53 000. W marcu 2020 roku 93% kobiet i 86% mężczyzn zakażonych HIV znało swój status serologiczny, 91% kobiet i 77% mężczyzn przyjmowało leki antyretrowirusowe, zmniejszenie wiramii do poniżej 1 000 kopii RNA HIV/ml osiągnęło 83% kobiet i 68% mężczyzn, 93% kobiet ciężarnych zakażonych HIV przyjmowało leki zmniejszające ryzyko przeniesienia zakażenia na dziecko. Do 2025 roku planowane są, między innymi, następujące zmiany: wzrosnąć ma świadomość metod zapobiegania zakażeniu HIV do 85% populacji, zmniejszyć ma się częstość uprawiania seksu z licznymi partnerami seksualnymi do 10%, używanie prezerwatyw – damskich i męskich – w ryzykownych kontaktach seksualnych ma wzrosnąć do 75%, przez osoby sprzedające usługi seksualne do 80%, a wśród kluczowych populacji do 85%. Inicjacja seksualna przed 16 rokiem życia ma zmaleć do 5%, a 100% zakażonych HIV kobiet ciężarnych będzie przyjmowała leki zapobiegające transmisji wirusa na dzieci ^[558].

- 29 września zmarł **Timothy Ray Brown (The Berlin Patient)** w wieku 54 lat, z powodu nawrotu białaczki szpikowej, aktywista działający na rzecz badań mających na celu wyleczenie HIV ^[559], inspirował powstanie grupy badawczy europejskich **IciStem (International Collaboration to guide and investigate the potential for HIV cure by Stem Cell Transplantation)**, poszukujących sposobów wyeliminowania wirusa HIV z organizmów osób zakażonych ^[560].
- **Anthony S. Fauci**, kierujący NIAID od 1984 roku, a w czasach COVID-19 doradca w sprawie kolejnej pandemii, zapytany o podobieństwo doświadczeń między tymi epidemiemi powiedział, że Covidem rząd się bardzo interesował, więc trzeba było działać na podstawie dowodów i nauki. A na początku lat 80. rząd federalny ani nie przywiązywał wagi, ani nie był wrażliwy na potrzeby ludzi z HIV/AIDS ^[561].
- hasło **Światowego Dnia AIDS: Global solidarity, shared responsibility**. (https://www.unaids.org/en/World_AIDS_Day).

Polska – 2020

- w Dzienniku Ustaw opublikowano ustawę z 31.03. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 568): § 1. Kto, wiedząc, że jest zarażony wirusem HIV, naraża bezpośrednio inną osobę na takie zarażenie, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8. § 2. Kto, wiedząc, że jest dotknięty chorobą weneryczną lub zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu, naraża bezpośrednio inną osobę na zarażenie taką chorobą, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5. § 3. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 2 naraża na zarażenie wiele osób, podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10. § 4. Ściganie przestępstwa określonego w § 1 i 2 następuje na wniosek pokrzywdzonego, w której karę za narażenie zarażeniem HIV zwiększono na pozbawienie wolności od 6 miesięcy do 8 lat. Ściganie przestępstwa następuje na wniosek pokrzywdzonego. ^{XXI}
- **Wiosenny Europejski Tydzień Testowania**, zaplanowany na 15 – 22 maja, odbył się w mniejszym niż zwykle zakresie, w cieniu restrykcji anty-covidowych. Tylko dzięki wprowadzeniu obostrzeń w punktach konsultacyjno-diagnostycznych (umawianie telefonicznie każdego klienta na osobną wizytę, ograniczenie liczby osób mogących przebywać w jednym pomieszczeniu, konieczność noszenia maseczek, stosowanie dezynfekcji) umożliwiło nawet w tym trudnym czasie propagowanie testowania zintegrowanego (HIV, wirusowe zapalenia wątroby, choroby przenoszone drogą płciową). **Jesienny Europejski Tydzień Testowania przypadł** na 20 – 27 listopada i był ósmą tego typu akcją promującą zintegrowane testowanie ^[562].
- Podczas **XXVII Międzynarodowej Konferencji „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie”** czerwone **kokardki** otrzymali:
 - Agnieszka Kujawska-Misiąg – kategoria środowisko medyczne – Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego w Warszawie;
 - Dr n. med. Aneta Cybula – kategoria środowisko medyczne – Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie, Klinika Chorób Zakaźnych, Tropikalnych i Hepatologii – Warszawski Uniwersytet Medyczny;
 - Izabela Pazdan – kategoria profilaktyka – Społeczny Komitet ds. AIDS, PKD Chmielna;
 - Dr n. med. Robert Kowalczyk – kategoria profilaktyka – Kierownik Zakładu Seksuologii Wydziału Psychologii i Nauk Humanistycznych Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego;
 - Joanna Kwella – kategoria profilaktyka – wolontariuszka Stowarzyszenia Wolontariuszy Wobec AIDS „Bądź z Nami”;
 - Katarzyna Sikorska – kategoria działania organizacji pozarządowych – Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie, Stowarzyszenie Pomoc Socjalna;
 - Alina Dubik – kategoria działania organizacji pozarządowych – Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie, Stowarzyszenie Pomoc Socjalna;
 - Olgierd Geblewicz – kategoria instytucje rządowe i samorządowe – Marszałek Województwa Zachodniopomorskiego.
- Zarejestrowano **934** nowe zakażenia HIV, o prawie 40% mniej niż w roku poprzednim. Także w Punktach Konsultacyjno-Diagnostycznych (PKD) liczba wykonanych testów, a co za tym idzie, wyników dodatnich, uległa zmniejszeniu. Przyczyną jest związane z epidemią COVID-19 ograniczenie działalności PKD, a także utrudnienia dostępu do placówek opieki zdrowotnej. Zakażenie rozpoznawano najczęściej wśród osób w wieku od 30 do 39 lat (35,7%) i wśród mężczyzn (83,3%). Wśród osób o znanej drodze zakażenia dominowali mężczyźni uprawiający seks z mężczyznami (MSM, 68,5%). AIDS rozpoznano u **50** osób, 38 mężczyzn (76%) i 12 kobiet (24%).

^{XXI} W czasopiśmie *Palestra* skomentował to dr hab. Rafał Kubiak: „Nie jest zrozumiałe takie posunięcie legislacyjne. Uznając, że nowelizacja ta jest odpowiedzią na zagrożenie powstające w wyniku zakażenia wirusem SARS-CoV-2 i zachorowania na COVID-19 (na co wskazuje intencja ustawy nowelizującej i okoliczności uchwalenia tej ustawy, co nastąpiło w okresie pandemii tego wirusa), trudno dostrzec racjonalność ustawodawcy w zaostrożeniu (niezwykle dużym) kary za narażenie na zakażenie wirusem HIV. Poza tym tak rażąco surowa sankcja za czyn z narażenia pozostaje w dysproporcji do sankcji za inne czyny z naruszenia, np. taka sama sankcja grozi za bójkę i pobicie skutkujące ciężkim uszczerbkiem na zdrowiu (art. 158 § 2 k.k.). W przypadku jednak tego przestępstwa dochodzi już do efektywnego naruszenia zdrowia pokrzywdzonego, stopień szkodliwości tego czynu jest zatem wyższy niż spowodowanie »jedynie« zagrożenia zakażeniem wirusem HIV. Posunięcie to wskazuje zatem na brak refleksji nad spójnością Kodeksu karnego i doraźne oraz wybiórcze jego modyfikacje”. (Kubiak R. Odpowiedzialność karna za narażenie na zakażenie wirusem SARS-CoV-2. *Palestra* 6/2020. <https://palestra.pl/pl/czasopismo/wydanie/6-2020/arttykul/odpowiedzialnosc-karna-za-narazenie-na-zakazenie-wirusem-sars-cov-2> [dostęp: 15.10.2022]).

Najczęściej rozpoznawaną chorobą wskaźnikową ADS było zapalenie płuc wywołane przez *P. jiroveci* (14 przypadków) i zespół wyniszczenia (12 przypadków). U 31 chorych na AIDS rozpoznano jednocześnie z rozpoznaniem zakażenia HIV. Przy utrudnionym dostępie do szpitali zakaźnych mogło dojść do zgonów bez rozpoznania zakażenia HIV, a śródmiąższowe zapalenie płuc u osób zakażonych SARS-Cov-2 klinicznie łatwe jest do pomylenia z zapaleniem płuc wywołanym *P. jiroveci* [563, 564].

2021

- 11 stycznia zalecenia **British HIV Association** w sprawie szczepień przeciwko COVID-19 uzupełniono następująco: Na niektóre szczepionki ludzie żyjący z HIV reagują słabiej. Jak dotąd nie wiemy czy jest tak w przypadku szczepionek przeciwko COVID-19, ale oczekuje się, że będą chronić osoby zakażone HIV i są zalecane. Departament Zdrowia zaleca szczepienie przeciwko COVID-19 wszystkich osób żyjących z HIV, niezależnie od ich liczby komórek CD4. Żadna ze szczepionek przeciwko COVID-19 nie zawiera żywego wirusa, nie może więc powodować COVID-19. Szczepionka AstraZeneca/Oxford zawiera osłabionego, nieaktywnego wirusa przeziębienia (adenowirusa); podobne szczepionki były badane i używane w populacjach o dużej częstości zakażeń HIV i wykazano, że są bezpieczne. Wszystkie dostępne obecnie szczepionki są uważane za bezpieczne dla osób z osłabionym układem odpornościowym [565].
- FDA w styczniu zarejestrowała lek o nazwie **Cabenuva** – połączenie zawieszin długo działających **kabotegrawiu** i **rylpiwiryny** w osobnych ampułkach, do iniekcji domięśniowych stosowanych co 1 lub 2 miesiące w terapii zakażenia HIV (<https://www.cabenuva.com/>).
- w styczniu także ukazało się doniesienie o programach wymiany igieł i strzykawek na wiejskich obszarach stanu Kentucky, gdzie konsekwencją nadużywania opioidowych leków przeciwbólowych i nielegalnych substancji psychoaktywnych stała się rosnąca liczba dzieci rodzących się z noworodkowym zespołem abstynencyjnym, śmiertelność powodowana przedawkowaniem i związanymi z niesterylnymi iniekcjami zakażeniami HCV. Była to reakcja władz stanu na wybuch zakażeń HIV w 2015 roku na południu stanu Indiana. Już w tym samym roku powstały pierwsze takie programy, do czerwca 2019 roku działały w 52 hrabstwach, to więcej niż którymkolwiek innym stanie. W małych miasteczkach, wsiach osoby przyjmujące narkotyki/leki w iniekcjach stawali się stałymi klientami, a dzięki temu możliwe było kierowane ich do placówek opieki zdrowotnej i programów leczenia uzależnień [566].



- **28. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI 2021)** odbyła się w dniach 6 – 10 marca, wirtualnie, z powodu pandemii COVID-19.
- w czerwcu czasopismo *Health Affairs Forefront* opublikowało artykuł, którego autorzy zwrócili uwagę, iż firmą Gilead i cenami jej leków zainteresowała się komisja senatu USA, wzywając szefa firmy na przesłuchanie zatytułowane „Promowanie konkurencji krajowej i konkurencyjności międzynarodowej”, by ustosunkował się do cen produktów firmy. Autorzy dokonali analizy danych publikowanych przez firmę i zarzucili jej opóźnienie dostępu do farmaceutycznej innowacji jaką był alafenamid tenofowiru (TAF), który firma badała od początku lat 2000. TAF ma być bezpieczniejszy w stosowaniu, może być przyjmowany w mniejszych dawkach. Mimo to firma wprowadzała na rynek kolejne preparaty z TDF (dizoproksyl tenofowiru), dopóki trwała ochrona patentowa leku. Pierwszym produktem zawierającym TAF była zarejestrowana w 2015 roku Genvoya, kolejnymi w 2016 roku – Odefsey i Descovy, a ten ostatni w 2019 roku został zatwierdzony do stosowania w PrEP. W 2004 roku firma wstrzymała badania nad TAF, co nie było to spowodowane cokolwiek innym niż patentami i udziałami w rynku oraz praktyką znaną jako „przeskakiwanie między produktami” (product hopping). Fakt, że przez ponad dekadę Gilead odkładał na półkę własne badania sugerujące, że TAF może zapewniać większe bezpieczeństwo pacjentów niż TDF, świadczy o systemie regulacyjnym, który na to pozwolił. Celowe opóźnienie przez Gilead wprowadzenia bezpieczniejszej postaci leku nie może stać się standardem, a Kongres musi zrewidować system, który na to pozwolił, napisali autorzy artykułu [567].
- Hiszpania – w 2020 roku mniej rozpoznań chorób przenoszonych drogą płciową, co najprawdopodobniej wiązało się z ograniczeniami związanymi z lockdown’em związanym z pandemią COVID-19, ale w 2021 roku liczba rozpoznań rzeżączki wzrosła o 49%, HIV o 45%, zakażeń chłamydiami o 39% i kiła o 32% [568].
- w październiku firma Gilead ogłosiła, że nie będzie się starać o pozwolenie na dopuszczenie do obrotu w Unii Europejskiej Descovy do stosowania w ramach PrEP. Na stronie internetowej firmy napisano, że „rozmowy z pracownikami służby zdrowia, ubezpieczycielami i innymi zainteresowanymi stronami w całej Europie potwierdziły, że ze względu na szeroką dostępność alternatyw generycznych (wcześniejszej wersji leku) brak jest popytu na innowacyjne opcje PrEP stosowane codziennie” [569].

- **Department of Health and Social Care Wielkiej Brytanii** ogłosił plan działania mający doprowadzić do tego, by do 2030 roku nie było nowych zakażeń HIV, poprawie uległa jakość życia ludzi żyjących z HIV, przestała istnieć stygmatyzacja związana z zakażeniem HIV ^[570].
- w artykule w *New England Journal of Medicine* przypominano w 40 rocznicę początku epidemii, doświadczenia lekarzy. pojawianie się pierwszych leków, w końcu HAART, co zasadniczo zmieniło rokowanie osób zakażonych HIV. Ale przejście AIDS w przewlekłą, poddającą się leczeniu chorobę sprawiło, że niektórzy lekarze przestali zajmować się HIV. Po 15 latach poculi się zwolnieni z etycznego obowiązku towarzyszenia umierającym pacjentom. **Donald Abrams** z San Francisco General Hospital mówił o tym, jak ekscytacja z pierwszych lat epidemii zmieniła się w zajmowanie się kontrowersyjną medycyną integracyjną. **Gerald Friedland** pracuje w RPA, gdzie pomaga leczyć nakładające się na siebie epidemie HIV i gruźlicy. **Paul Volberding** podzielił się refleksją, że wielu jego pacjentów, którzy przeżyli początki epidemii, to już dość starzy ludzie. **Donald Kotler**, gastroenterolog z Nowego Jorku powiedział „*Może to ja mam takiego pecha, że stanąłem na progu piekła dwa razy*” [HIV i COVID-19], ^[571].
- **Wielka Brytania** – 1 grudnia kanał telewizyjny **Sky Documentaries** wyświetlił trzyczęściowy film **Positive**, pokazujący historię HIV/AIDS w tym kraju w 40 rocznicę początku epidemii. Powiązano ją z wydarzeniami tych czasów – małżeństwem Księcia Karola z Lady Dianą (1981), deregulacją londyńskiego City (1986), strajkami górników (1984-5), katastrofą samolotu nad Lockerbie (1986), czasami *Spice Girls* (1996), przez Brexit (2016) i pierwszy lockdown spowodowany pandemią COVID-19 (2020). Przypomniano ponure statystyki. W 1984 roku zmarło na AIDS 90 osób, w następnym roku 153, a potem liczby szybko rosły: 512 w 1988 roku, 934 w 1990 roku, 1147 w 1991 roku, 1564 w 1992 roku, 1724 w 1994 roku. Przytoczono tytuły z popularnej prasy, jak „*Brytania zagrożona wirusem gejowskiej dżumy*” w *Mail on Sunday*, czy w *the Sun* „*Zastrzeliłbym mojego syna, gdyby miał AIDS*”. Propagowano wówczas pomysł, że AIDS jest chorobą dwóch społeczności – chorych na hemofilię, dzieci zakażonych w czasie porodu, czyli niewinne ofiary i winnych – mężczyzn uprawiających seks z mężczyznami i osoby przyjmujące narkotyki w iniekcjach. Przytoczono słowa premier Margaret Thatcher „*dzieci, które powinny być uczone szacunku dla tradycyjnych wartości moralnych uczone są, że mają niezbywalne prawo bycia gejem*”. To jej rząd wprowadził zakaz „*promocji homoseksualizmu*” przez samorządy lokalne. Aktywiści walczący o prawa osób z HIV/AIDS znaleźli nieprawdopodobnego sojusznika – Normana Fowlera, Sekretarza Stanu ds. Zdrowia i Opieki Społecznej w latach 1981 – 1982, który pomógł zorganizować słynną kampanię społeczną „*don't die of ignorance*”. Jednak film nie pokazał wielu problemów epidemii HIV/AIDS ^[572].
- **Anglia** – rząd wzmocnił swoje zaangażowanie w osiągnięcie celu – zero nowych zakażeń i śmierci związanych z HIV w Anglii do 2030 roku deklarując wydanie 23 mln funtów (36,9 mln euro, 30,4 mln dolarów). Pieniądze będą wydatkowane na profilaktykę zakażeń w populacjach dużego ryzyka, zwiększenie częstości testowania w tych populacjach i zapewnianie natychmiastowego leczenia. Środki obejmą testy opt-out na 16 oddziałach ratunkowych, na obszarach o najwyższym rozpowszechnieniu HIV oraz poszerzenie dostępu do ratujących życie leków stosowanych w profilaktyce przed ekspozycyjnej (PrEP). Liczba nowych rozpoznanych HIV w Anglii spadła o 35% w latach 2014-19 ^[573].
- **UNAIDS** stwierdziło, że proponowane przez Wielką Brytanię zmniejszenie rocznego finansowania agencji z 15 mln funtów (17,3 mln euro; 20,8 mln dolarów) w 2020 roku do 2,5 mln funtów w 2021 roku zakłóci świadczenie usług zapobiegania i leczenia HIV na całym świecie. Ostrzeżono, że wpłynie to również na możliwości młodych kobiet i dziewcząt do dostępu do zdrowia, praw seksualnych i reprodukcyjnych, podobnie jak przestrzeganie praw człowieka w przypadku niektórych najbardziej zmarginalizowanych grupach osób, w tym osób LGBTQ+ w krajach o niskich i średnich dochodach, co zmniejszy globalne bezpieczeństwo zdrowotne ^[574].
- **USA** – skupiają się na zakończeniu epidemii HIV/AIDS, nadużywania i uzależnień od opioidów (zaburzenia związane z używaniem opioidów, jak określa to teraz klasyfikacja zaburzeń psychicznych DSM-5), a w szczególności przyjmowanie narkotyków w iniekcjach, to jednak szczególnie na obszarach zamieszkiwanych przez biednych ludzi i na obszarach wiejskich istnieją znaczne po temu przeszkody. Nielezione uzależnienia od opioidów zwiększają transmisję HIV przez iniekcje wspólnym z innymi sprzętem do iniekcji, zwiększają częstość ryzykownych zachowań. Problemem są nie tylko opioidy, jak heroina i fentanyl, łatwo dostępne w USA, ale także brak ośrodków leczenia uzależnień, nie refundowanie przez ubezpieczycieli terapii w już istniejących, a także restrykcyjna polityka nie pozwalająca na prowadzenie programów redukcji szkód (na przykład wymiany igieł i strzykawek. Te problemy pogłębiają się na obszarach wiejskich, jak Appalache, Środkowy Zachód i południowe stany USA, gdzie szeroko rozpowszechnione było używanie opioidów (u początku którego stała zwykłe recepta od lekarza wypisującego opioidy przeciwbólowe na najbanalniejsze nawet dolegliwości) i praktycznie nie było terapii uzależnień. Żeby zakończyć epidemię HIV/AIDS trzeba najpierw zakończyć epidemię nadużywania opioidów ^[575].
 - **Ryan White HIV/AIDS Program** opublikował raport, w którym podano, że ponad 576 000 osób przyjmuje leki antyretrowirusowe dzięki programowi, a 89,7% z nich ma skutecznie obniżoną wiramię ^[576].
 - zakończenie epidemii w USA będzie niemożliwe bez objęcia profilaktyką i leczeniem HIV Afro Amerykanek, szczególnie na dalekim południu USA. Nawet jeśli są leczone lekami antyretrowirusowymi doświadczają więcej działań niepożądanych, jak wzrost wagi, lipodystrofia, podwyższone stężenie cholesterolu, cukrzyca niż inne grupy społeczne. HIV w dalszym ciągu dziesiątkuje społeczności zwłaszcza starszych Afro Amerykanek, gdyż z wielu korzyści, jakie mogłyby osiągnąć dzięki profilaktyce i terapii zostały wykluczone ^[577].
- **Pakistan** – 1 grudnia, wprowadzono zakaz używania strzykawek do wielokrotnego użytku. Pracownicy opieki medycznej w całym kraju zostali zobowiązani do używania strzykawek, które po użyciu stają się bezużyteczne. Jest to następstwem rozpoznawania zakażeń HIV wśród dzieci. Pakistańczycy wierzą w leki, im jest ich więcej, tym

lepiej, a szczególną moc uzdrawiającą przypisują iniekcjom. Dlatego szczególnie dzieci otrzymują wiele, często zupełnie niepotrzebnych iniekcji. Zakażenia wśród dzieci zaczęto rozpoznawać w 2019 roku, a ich liczba w dalszym ciągu rośnie. Nie wiadomo, czy nakaz używania jednorazowo sprzętu do iniekcji pomoże poprawić sytuację^[578]. Od 2010 do 2020 roku liczba nowych zakażeń HIV wzrosła o 84%. W 2021 roku rozpoznano około 25 000 nowych zakażeń, w 2022 roku około 27 000. Najwięcej spośród 210 000 osób zakażonych HIV mieszka w dwóch prowincjach kraju - 50% w Pendżabie, 42% w prowincji Sindh. Tylko 21% Pakistańczyków zna swój status serologiczny, a jedynie 12% z nich jest leczonych^[579].

- hasło **Światowego dnia AIDS: End inequalities. End AIDS. End pandemics.** (https://www.unaids.org/en/World_AIDS_Day).

Polska – 2021

- Prowadzono kampanię społeczną „**Czy wiesz, że?**”, kierowaną do ogółu społeczeństwa, ze szczególnym uwzględnieniem:
 - osób w wieku: 18–34 lata oraz 35–49 lat i następujących grup:
 - kobiety w ciąży i ich partnerzy.
 - osoby dorosłe podejmujące kontakty seksualne bez zabezpieczenia (prezerwatywy) z partnerem, którego status serologiczny jest nieznany – najczęstsza droga przenoszenia HIV na świecie, także w Polsce.
 - osoby dorosłe, których styl życia związany jest ze zmianą co najmniej jednego partnera seksualnego (np. wejście w nowy związek, zakończenie starego związku, kontakty seksualne także z kimś innym niż aktualny partner w trakcie trwania związku),
 - osoby zakażone HIV i chore na AIDS oraz ich partnerzy. (<https://aids.gov.pl/czywieszze/> [dostęp: 1.12.2022]).
- 10 września decyzją Walnego Zgromadzenia Członków PTN AIDS w Poznaniu godność **członków honorowych** uzyskali:
 - prof. Brygida Knysz,
 - prof. Jolanta Wojciechowska,
 - prof. Alicja Wiercińska-Drapało,
 - prof. Zbigniew Izdebski,
 - dr Ewa Burkacka-Firląg.
- Przeprowadzono pilotażowy projekt samodzielnego testowania partnerów z nowo wykrytym zakażeniem w ramach „**Test and keep in care (TAK)**”, z wykorzystaniem **Atomo HIV Self Test – Atomo Diagnostics, Australia**, rekomendowanych przez WHO do szybkiej diagnostyki. Wykazano, że testy do samodzielnego wykonania pozwalają na łatwą i szybką diagnostykę wstępną, która nie wymaga zgłaszania się do placówek medycznych czy PKD. Badanie zostało przeprowadzone w ramach grantu edukacyjnego i sponsoringu Gilead Sciences Poland Sp. z o. o. i GSK^[580].
- Podczas **XXIX Międzynarodowej Konferencji „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie” czerwone kokardki** otrzymali:
 - Anna Kornicka-Zieniewicz – kategoria środowisko medyczne – Ośrodek Readaptacji Stowarzyszenia „Solidarni Plus” EKO Szkoła Życia w Wandzinie;
 - Sławomir Wituszyński – kategoria środowisko medyczne – Ośrodek Readaptacji Stowarzyszenia „Solidarni Plus” EKO Szkoła Życia w Wandzinie;
 - Anna Miranowicz – kategoria środowisko medyczne – Ośrodek Readaptacji Stowarzyszenia „Solidarni Plus” EKO Szkoła Życia w Wandzinie
 - dr hab.n.med. Marcin Paciorek – kategoria środowisko medyczne – Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie, Klinika Chorób Zakaźnych dla Dorosłych II Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego;
 - dr n.med. Aldona Kowalczyk-Kot – kategoria środowisko medyczne – Klinika Chorób Zakaźnych i Hepatologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku;
 - Stanisław Żołądek – kategoria profilaktyka – Szpital Uniwersytecki w Krakowie, Stowarzyszenie Profilaktyki Zdrowotnej „Jeden Świat”;
 - Anna Góralewska – kategoria profilaktyka – doradca w Punkcie Konsultacyjno-Diagnostycznym w Warszawie;
 - Dr n. praw. Katarzyna Julia Kowalska – Wyższa szkoła nauk społecznych Pedagogium, współpracuje z Fundacją Edukacji Społecznej;
 - Krzysztof Tylicki – kategoria sektor prywatny – grafik, właściciel agencji interaktywnej spinacz.com;
 - Grażyna Przeźmińska – kategoria instytucje rządowe i samorządowe – przewodnicząca małopolskiego Wojewódzkiego Zespołu ds. Realizacji Krajowego Harmonogramu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS, WSSE w Krakowie.
- **Zjednoczenie „Pozytywni w Tęczy”** po raz pierwszy przeprowadziło internetowe głosowanie wśród osób żyjących z HIV w Polsce, którzy wybierali „**Lekarza na plus**”. Pierwszą laureatką plebiscytu została dr n. med. Joanna Kubicka z Warszawy.
- Rozpoznano **1 173** zakażenia HIV (951 u mężczyzn, 203 u kobiet, brak danych – 9). Zakażenia wśród MSM – 188 przypadków, osób heteroseksualnych – 74, przyjmujących środki odurzające w iniekcjach – 11, jeden przypadek przeniesienia zakażenia z matki na dziecko. O 899 zakażonych osobach (76,6%) nie podano prawdopodobnej drogi

zakażenia. AIDS rozpoznano u **53** osób (39 mężczyzn i 14 kobiet), zmarło **9** osób. (http://www.wold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/hiv_aids/index.htm).

2022



- **29. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI 2022)** odbyła się od 12 do 16 lutego, wirtualnie, z powodu pandemii COVID-19. Podano na niej między innymi, następujące informacje:
 - dr Javier Martinez-Picado omówił zjawisko wyjątkowej elitarniej kontroli – ludzi, którzy bez stosowania ART kontrolują replikację wirusa HIV i nie doświadczają dysfunkcji układu odpornościowego. Nie ma progresji choroby i mają wyjątkowo niską wiremię HIV, którą można wykryć jedynie za pomocą specjalistycznych badań laboratoryjnych. Z biegiem czasu może u nich nastąpić utrata przeciwciał anty-HIV i stosunkowo słaba odpowiedź immunologiczna przeciwko wirusowi HIV. Obydwa objawy świadczą o tym, że organizm nie walczy już z zakażeniem HIV. Sześć takich osób obserwowano przez ponad 30 lat.
 - na Konferencji przedstawiono informacje o kobiecie z Nowego Jorku (**the New York patient**), która ma niewykrywalną wiremię HIV po 14 miesiącach od przeszczepu komórek macierzystych z mutacją CCR5Δ32 z krwi pępowinowej i komórek macierzystych od dorosłego spokrewnionego dawcy, gdyż leczenie ostrej białaczki szpikowej rozpoznanej w 2017 roku okazało się nieskuteczne (zakażenie HIV wykryto w 2013 roku). Profesor Yvonne Bryson z Uniwersytetu Kalifornia w Los Angeles mówiła, że kobieta w średnim wieku (po menopauzie) była uczestniczką badania obserwacyjnego IMPAACT P1107^{XXII}. Ponieważ jest mieszanego pochodzenia szanse na znalezienie właściwego dawcy były niewielkie. Dlatego dokonano przeszczepu komórek macierzystych z wcześniej przebadanej krwi pępowinowej z podwójną mutacją CCR5Δ32 (nie wymagają tak dokładnego dopasowania genetycznego, jak komórki macierzyste osoby dorosłej) wraz z częściowo dopasowanymi komórkami macierzystymi krewnego kobiety, nie wykazującymi mutacji CCR5Δ32. Przebieg pooperacyjny nie był powikłany. W ciągu 100 dni „miała nowy, oporny na HIV układ immunologiczny”, jak określiła to prof. Bryson. Badania laboratoryjne wykazały, że nowe komórki były oporne także na HIV na szczepie HIV używające do wejścia CXCR4, czego profesor nie potrafiła wytłumaczyć. Kobieta przyjmowała leki antyretrowirusowe przez 3 lata po przeszczepie. W tym czasie nie miała wykrywalnej wiremii, nie wykrywano obecności prowirusowego HIV DNA, nie było dowodów na obecność w jej organizmie zdolnego do replikacji HIV. Jak się spodziewano liczba komórek CD4 i CD8 obniżyła się, ale rok później wzrosła i pozostawała stabilna w granicach normy, zmniejszyła się swoista dla HIV aktywacja immunologiczna. W dodatku po roku od przeszczepu nie wykrywano w jej krwi przeciwciał anty-HIV (serorewersja). Zdecydowano o odstawieniu leków antyretrowirusowych, a 14 miesięcy później – 4,5 roku po transplantacji – nie doszło do wykrywalności wiremii, nie ma wykrywalnej swoistej dla HIV komórkowej odpowiedzi immunologicznej, przeciwciała anty-HIV są niewykrywalne, białaczka pozostaje w fazie remisji^[581]. To trzeci przypadek remisji HIV, po pacjentach Berlin i London, jak uważają autorzy doniesienia.
 - badacze z Barcelony przedstawili 59-letnią kobietę^{XXIII}, która uczestniczyła w badaniu klinicznym terapii immunologicznie mediowanej pierwotnej infekcji HIV i otrzymała (prócz leków antyretrowirusowych zalecanych w tym czasie – 2006 rok – także cyklosporynę A, interleukinę-2, czynnik stymulujący wzrost kolonii granulocytów makrofagów (GM-CSF), pegylowany interferon alfa. Po 9 miesiącach podjęto decyzję o przerwaniu leczenia antyretrowirusowego i nie stwierdzono nawrotu wiremii przez 15 lat, natomiast obserwowano postępujące zmniejszanie się rezerwuaru wirusa.

^{XXII} IMPAACT P1107: cord blood transplantation with CCR5Δ32 donor cells in HIV-1 infected subjects who require bone marrow transplantation for any indication and its observed effects on HIV-1 persistence (ClinicalTrials.gov Identifier: NCT02140944).

^{XXIII} Zakażenie HIV kobiety zostało rozpoznane w czasie trwania infekcji pierwotnej, z powodu której trafiła do szpitala (m. in. rozpoznano opryszczkowe zapalenie przełyku, stwierdzono wysoką wiremię). Zakażona została w następstwie kontaktu seksualnego, a jednym jej partnerem był jej własny mąż, przyznający utrzymywanie licznych kontaktów seksualnych poza małżeństwem^[582].

HIV dalej jest wykrywalny w organizmie kobiety, ale jej układ immunologiczny wydaje się utrzymywać go pod kontrolą, bez stosowania leków antyretrowirusowych [582].

- podczas Konferencji pojawiła się wiadomość, że mężczyzna po pięćdziesiątce mógł zostać wyleczony z wirusa HIV, również poprzez przeszczep komórek macierzystych, do którego wykorzystano komórki dawcy „dzikiego typu”, które nie są prawie odporne na zakażenie wirusem HIV, jak komórki dawcy z mutacją genetyczną CCR5-delta32 stosowaną w poprzednich przypadkach. Po 20 miesiącach mężczyzna ma niewykrywalną wiramię i okaże się, czy rzeczywiście został wyleczony. Nazwano go „the Geneva patient” [583].
- **nieskuteczność doświadczalnej szczepionki anty-HIV** – badanie nad szczepionką przeciwko HIV w **Imbokodo**, rozpoczęto w 2017 roku; włączono do niego ponad 2 600 młodych kobiet w wieku od 18 do 35 lat, mających duże ryzyko zakażenia HIV – faza IIb (HVTN 705) – z Malawi, Mozambiku, Republiki Południowej Afryki, Zambii i Zimbabwe. Badano w niej szczepionkę znaną jako Ad26.Mos4.HIV, w której użyto adenowirusa typu 26, wektora podobnego do używanego w szczepionkach AstraZeneca i Johnson&Johnson przeciwko COVID-19, by dostarczały wygenerowanej komputerowo mozaiki antygenów z różnych szczepów HIV. Średnia wieku kobiet to około 22 lata. Większość zgłaszała 1 lub 2 partnerów seksualnych w ciągu ostatniego miesiąca, 18% pięciu lub więcej. Około 80% miało starszego partnera seksualnego, 1/3 przyznawała, że ich główny partner seksualny ma także innych partnerów. Prawie połowa wymieniała seks za pieniądze lub prezenty w ostatnim miesiącu. Około 70% mówiło, że używa czasem prezerwatyw, 18% nigdy tego nie robiło. Prawie 1/3 miała jedną z chorób przenoszonych drogą płciową w momencie rozpoczęcia badania. Uczestniczki zostały losowo podzielone na przyjmujące 4 dawki szczepionki Ad26.Mos4.HIV lub placebo w czasie 1 roku. Na 3. i 4. wizycie kobiety przyjmujące szczepionkę dostawały też wzmacniacz zawierający białka gp140 z odmiany C wirusa HIV. Badanie wstrzymano w sierpniu 2021 roku po wstępnej analizie wskazującej, że skuteczność szczepionki wyniosła 25,2% (eksperci uważają, że do zatrzymania epidemii niezbędna jest 50% skuteczność). Dwa lata po przyjęciu pierwszej dawki szczepionki zakażonych było 51 kobiet i 63 z grupy placebo (różnica niezamienna statystycznie). Szczepionka była bezpieczna, choć zgłaszane też były zakrzepica i małopłytkowość, rzadko obserwowane u szczepionych Ad26 COVID. W dalszym ciągu prowadzone są analizy danych i badacze mają nadzieję, że rzuca nowe światło na korelaty immunologiczne lub czynniki zwiększające ochronę.
- równocześnie trwa badanie **Mosaico** (HTVN 706), w której badany jest podobny schemat szczepień u prawie 4 000 homo- i biseksualnych mężczyzn i trans płciowych kobiet w Ameryce Północnej i Południowej oraz w Europie. Rozpoczęto je w 2019 roku, także używa Ad26.Mos4.HIV, ale wzmacniacz zawiera mieszkankę białek otoczki HIV z różnych regionów świata, nie tylko typu C [584].
- **Wielka Brytania** – **liczba nowych zakażeń HIV u mężczyzn homo- i biseksualnych zmniejszyła się w 2020 roku tak, że przewyższyła ją zakażenia nabyte w kontaktach heteroseksualnych**. Szacuje się, że w 2021 roku zakażeń wśród MSM było 669. W 2011 roku takich zakażeń było około 3 000. Dr Valentina Cambiano sugeruje, że ten 75% spadek będzie trwał, a zakażenia wśród MSM staną się rzadkością do 2040 roku. W 2020 roku zakażenia wśród MSM rozpoznano u 976 osób, a 1 067 wśród osób heteroseksualnych. Te liczby obejmują osoby z niską liczbą komórek CD4, zakażone HIV od lat, a także te, które nabyły zakażenie poza Wielką Brytanią. W kontaktach analnych MSM używanie prezerwatyw podaje 40% badanych. Zwiększyła się częstość testowania MSM. Obecnie zdiagnozowanych jest 92% MSM i prawie wszyscy przyjmują leki antyretrowirusowe. Używana jest też PrEP. Przed 2013 rokiem prawie nikt ze społeczności MSM jej nie przyjmował, obecnie ponad 25 000 osób. Gdyby nie prowadzono tych działań profilaktycznych liczba zakażeń HIV w tej populacji byłaby znacznie większa. Zgodnie z modelem matematycznym opracowanym przez badaczy w 2030 roku zakażenie będzie rozpoznawane u 1 na 5 000 MSM (w 2021 roku 1 nowe zakażenie rozpoznawano wśród 833 osób MSM), [585].
- **Francja** – dane zbierane od 2000 roku wskazują, że wśród kobiet przyjmujących terapię antyretrowirusową w czasie zajścia w ciążę, które miały niewykrywalną wiramię w czasie porodu i nie karmiły piersią swoich dzieci ryzyko przeniesienia zakażenia wyniosło 0%. To, że niewykrywalna wiramię sprawia brak zakaźności (**undetectable = untransmittable, U = U**) opiera się na danych dotyczących transmisji w kontaktach seksualnych, ale doniesienie z Francji pokazuje co jest możliwe
- w kraju o wysokich dochodach z nieprzerwanym dostępem do opieki medycznej. Dane potwierdzają okoliczności, w których dochodzi do przeniesienia zakażenia z matki na dziecko:
 - kiedy matka nie jest leczona ryzyko jest duże – 8,3%.
 - im wcześniej leczenie zostanie rozpoczęte tym rzadsze jest przeniesienie wirusa: 0,1% - przed poczęciem, 0,5% - w pierwszym trymestrze, 0,8% - w drugim trymestrze i 1,7% w trzecim,
 - zero przypadków przeniesienia zakażenia przy poziomie wirēmii poniżej 50 kopii RNA HIV/ml, 0,2% przy wirēmii między 50 a 400 kopii RNA HIV/ml i 2,4% powyżej 400 kopii RNA HIV/ml,
 - przedwczesny poród zwiększa ryzyko transmisji – 1,3% dla dzieci urodzonych między 32 a 36 tygodniem i 2,1% dla urodzonych przed 32 tygodniem ciąży [586].
- **Rumunia** – w 2021 roku żyło 17 012 osób zakażonych HIV, 6 589 z nich to kobiety. W 2020 roku 216 dzieci urodziły zakażone HIV kobiety, 213 otrzymało profilaktykę przeniesienia zakażenia od matki, 6 dzieci nabyło zakażenie. Zapobieganie perinatalnym zakażeniom HIV prowadzone jest niekonsekwentnie, nie bada się statusu serologicznego kobiet ciężarnych, brakuje leków antyretrowirusowych, przestrzeganie zaleceń związanych z

przyjmowaniem leków jest niedostateczne, co sprawia, że w czasie ciąży wirus jest wykrywalna we krwi przyszłych matek ^[587].

- FDA zezwoliła na marketing pierwszych prezerwatyw pomagających zmniejszyć ryzyko zakażenia HIV i innych infekcji przenoszonych drogą płciową w kontaktach analnych. Prezerwatywy, które trafią do obrotu pod nazwą **the One Male Condom**, są także wskazane jako środek antykoncepcyjny i zapobiegający przenoszeniu infekcji w kontaktach waginalnych ^[588].
- **Botswana może być pierwszym krajem w Afryce, który zatrzyma transmisję wertykalną HIV** (przenoszenie z matki na dziecko). W 2015 roku Kuba została pierwszym krajem, który zatrzymał ten sposób przenoszenia HIV, jednocześnie zatrzymując przenoszenie kiły z matki na dziecko. Podobny sukces osiągnęły inne kraje Karaibskie (Anquilla, Antiga i Barbuda, Bermudy, Kajmany, Monsterrat oraz Saint Kitts i Nevis, a także Białoruś, Malezja i Tajlandia. W przeszłości Tajlandia była jednym z krajów o najwyższej częstotliwości zakażeń HIV, po Republice Południowej Afryki, Lesoto i Swazilandzie (Eswatini). Pod koniec 2019 roku prevalencja HIV wynosiła 20,7% (w 2000 roku 26,3%). Według Terrence Higgins Trust zapobieganie transmisji wertykalnej HIV obejmuje przyjmowanie leków antyretrowirusowych podczas ciąży, podejmowanie wyważonych wyborów między cesarskim cięciem i porodem naturalnym, nie karmienie piersią i podawanie noworodkowi leków antyretrowirusowych przez kilka tygodni po urodzeniu. Botswana jest też pierwszym krajem w Afryce wschodniej i południowej, który leczy zakażone HIV osoby bezpłatnie. Według danych UNICEF w ciągu 5 lat odsetek kobiet, które zgłaszają się do opieki przedporodowej i mają wykonany test na HIV lub znających swój status serologiczny wzrosła z mniej niż 77% w 2015 roku do ponad 95% w 2020 roku. Kraj może mieć generację dzieci wolnych od HIV ^[589].
- przy okazji Międzynarodowego Dnia Kobiet Chloe Orkin i Vanessa Apea z Quin Mary University of London przypomniły, iż kobiety znacznie rzadziej włączane są do komercyjnych badań klinicznych leków i stanowią mniej niż 25% badanych populacji ciąży ostatnich 5 lat. Wykluczane są kobiety w ciąży i karmiące piersią, co uzasadniane jest troską o zdrowie płodów czy niemowląt. Włączenie do badań nakłada na kobiety obowiązek użycia przynajmniej dwóch metod antykoncepcji, jeśli uważane są za zdolne do zajścia w ciążę. Te restrykcje prowadzą do braku danych o bezpieczeństwie leków u ciężarnych i karmiących kobiet. W konsekwencji na dużą skalę prowadzone są niekontrolowane doświadczenia zwiększające ryzyko za każdym razem, kiedy rejestrowane są nowe leki, które są przepisywane kobietom ciężarnym lub karmiącym, bo nie ma danych o ich bezpieczeństwie i skuteczności. Najwyższy czas, by uległo to zmianie, apelowały ^[590].
- **Wielka Brytania** – rząd Wielkiej Brytanii ogłosił ambitny plan zmniejszenia liczby nowych zakażeń HIV i związanych z nim śmierci do zera do 2030 roku. Od 2014 do 2019 roku liczba nowych zakażeń zmniejszyła się o 34%, z 6312 do 4139. Kraj osiągnął cel UNAIDS 90 – 90 – 90: w 2019 roku szacowano, że 94% osób żyjących z HIV ma rozpoznane zakażenie, 98% z nich jest leczonych, a 97% leczonych osiąga niewykrywalny poziom wirerii, co oznacza, że nie transmitują wirusa dalej ^[591].
- 5 maja amerykańskim koordynatorem rządowych działań (Ambassador-at-Large), mających na celu przeciwdziałanie HIV/AIDS na świecie został **John Nkegasong**. Będzie nadzorował działania **President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR)**, jak i partnerstwo z **Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (GFATM)** oraz **UNAIDS**. W dorocznym raporcie dla Kongresu podano, że do 30 września 2021 roku 20 państw wspieranych przez PEPFAR osiągnęło kontrolę epidemii HIV lub przekroczyło cel UNAIDS 95-95-95. Między rokiem 2004 a 2020 liczba nowych zakażeń w tych krajach zmniejszyła się o połowę. John Nkegasong ma bogate doświadczenie z pracy w Africa Center for Disease Control and Prevention, wcześniej pracował w amerykańskim CDC i w WHO. Wyzwaniami dla niego będzie pandemia COVID-19, która przesłoniła epidemię HIV, a także inwazja Rosji na Ukrainę, która jest krajem wspieranym przez PEPFAR, który już wspomógł ją 13 milionami dolarów na leczenie antyretrowirusowe, ale potrzeby w kolejnych miesiącach będą rosły ^[592].
- **Ukraina** – 24 lutego rozpoczęła się „operacja specjalna” prowadzona w Ukrainie przez Federację Rosyjską.
 - w marcu w *The Lancet* HIV pisano, że dostawy leków i dostęp do leczenia dla osób żyjących z HIV stały się niebezpieczne. Przed inwazją opieka nad osobami żyjącymi z HIV była utrudniona przez złą sytuację społeczno-ekonomiczną, niewielką pomoc z zewnątrz, a także sytuację we wschodnich prowincjach kraju. W ostatnich latach dokonano znacznego postępu. Skupiono się na osobach przyjmujących narkotyki w iniekcjach, których jest około 350 000, a częstość zakażeń w tej grupie wynosi 21%. Zwiększyła się skala redukcji szkód, przybyło szczególnie wiele takich programów jak wymiana igieł i strzykawek i terapii substytucyjnej, których jest najwięcej w Europie Wschodniej. Od 2010 roku częstość nowych zakażeń zmniejszyła się o połowę. Konflikt zagraża dokonaniu postępu. Leki antyretrowirusowe są w kraju, ale dostęp do nich jest ograniczony, zwłaszcza tam, gdzie prowadzone są działania zbrojne. Są także problemy z dostępem do metadonu. Nie są zapewniane bezpieczne korytarze humanitarne, których istnienie jest nie tylko niezbędne dla ucieczki cywilów, ale zapewniają też dostawy leków. W zajętych przez Rosję Krymie zaprzestano stosowania metadonu. We wschodnich prowincjach Ługańsk i Donieck, okupowanych przez Rosjan, opieka nad osobami żyjącymi z HIV jest znacznie trudniejsza. Oblężone miasta Dnipro, Kijów i Odessa przystąpiły ostatnio do inicjatywy **Fast Track Cities** ^{xxiv}. Konflikt może wpłynąć na opiekę nad zakażonymi HIV osobami także w krajach

^{xxiv} Inicjatywa **Fast-Track Cities** to globalne partnerstwo między miastami i gminami na całym świecie oraz czterema głównymi partnerami – International Association of Providers of AIDS Care (IAPAC), Joint United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS), Organizacja Narodów Zjednoczonych ds. Programu ds. Osiedli Ludzkich (UN-Habitat) oraz Miasto Paryż. Burmistrzowie i inni urzędnicy

sąsiadujących z Ukrainą. Do 11 marca, według danych agencji ds. migracji ONZ, około 2,3 mln ludzi przekroczyło zachodnią granicę kraju, szacunki mówią, że niebawem będzie ich 4 mln. Niezbędna jest pomoc dla tych krajów, a szczególnie Mołdawii, jednego z najbiedniejszych krajów Europy ^[593].

- w kwietniu w British Medical Journal pisano, że chwiejny system ochrony zdrowia w Polsce mimo wszystko wita uchodźców z Ukrainy z otwartymi ramionami. Powołano się na Ministra Zdrowia, który 3 marca powiedział, że wprawdzie większość przybyszów z Ukrainy jest zdrowa, to przygotował dla nich, na wszelki wypadek, 7 000 miejsc w szpitalach. Od 16 marca uchodźcy z Ukrainy mogą aplikować o numer PESEL i w ciągu 7 dni 123 000 (6%) go dostało. Numer jest niezbędny do uzyskania pomocy medycznej. Uproszczono procedury dla pracowników opieki medycznej z Ukrainy, by mogli rozpocząć pracę w Polsce. 15 marca Minister Zdrowia ogłosił, że rozpoczęły się bezpłatne kursy medycznego polskiego dla przyjeżdżających medyków. Wśród uchodźców są pracownicy opieki zdrowotnej, którzy mogliby zwiększyć możliwości systemu, który w Polsce desperacko potrzebuje większej liczby pracowników, napisała autorka artykułu ^[594].
- w maju opublikowano informacje, jak warunkach wojny działa terapia substytucyjna dla osób uzależnionych od opioidów. Około połowa osób przyjmujących ją jest także zakażonych HIV. Dzięki bazie danych (SyReX) ufundowanej przez Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, prowadzonej przez ukraińską organizację pozarządową **Sojusz dla Zdrowia Publicznego** możliwe jest łatwiejsze dostarczanie leków potrzebującym ich pacjentom. Główne zapasy metadonu zlokalizowane były w pobliżu Kijowa, zaistniała więc konieczność przeniesienia ich w bezpieczniejsze miejsce, na zachód Ukrainy. Produkcję leków stosowanych w terapii substytucyjnej prowadziły zakłady w Charkowie i Odessie. Wojna spowodowała ich zamknięcie, stąd konieczność pomocy humanitarnej lub importu, za środki z Global Fund. Gwałtowne odstawienie terapii substytucyjnej powoduje wystąpienie objawów zespołu abstynencyjnego, które mogą prowadzić do przerwania leczenia antyretrowirusowego, powrotu do używania nielegalnych substancji, a w przypadku kobiet ciężarnych – do poronienia. W 2014 roku, kiedy Krym zajęła Rosja, w ciągu 10 dni przerwano stosowanie metadonu ponad 800 pacjentom. Około 200 wyjechało do Ukrainy, ale około 10% z tych, którzy na Krymie zostali zmarło, najczęściej z powodu przedawkowania opioidów lub samobójstw ^[595].
- w czerwcu the Lancet HIV zajął się kwestią opieki nad zakażonymi HIV uchodźcami z Ukrainy. Według ONZ ponad 5 mln ludzi uciekło z Ukrainy po 24 lutego. UNAIDS szacuje, że około 30 000 z nich może potrzebować terapii antyretrowirusowej. Do końca kwietnia tylko niewielka część z nich zarejestrowała się w ośrodkach zajmujących się terapią HIV w krajach, do których emigrowali. Państwa Unii Europejskiej zagwarantowały bezpłatny dostęp do opieki zdrowotnej, w tym terapii antyretrowirusowej, wszystkim uchodźcom z Ukrainy. Na przejściach granicznych i w punktach tranzytowych w krajach sąsiadujących z Ukrainą dostępne są informacje o opiece zdrowotnej. Lokalne i regionalne organizacje tworzą strony internetowe z potrzebnymi informacjami. Piętno zakażenia HIV jest problemem dla wielu uchodźców. Niektórzy zetknęli się z nim jeszcze w Ukrainie, inni obawiają się, że dotknie ich w kraju, do którego uciekną. Dodatkowo trauma wojny i ucieczki sprawia, że nie chcą ujawniać swojego zakażenia. W krajach sąsiadujących z Ukrainą odmiennie traktuje się terapię substytucyjną metadonem, która na przykład w Polsce jest bezpłatna, ale trudniej się na nią dostać, w niektórych miejscach istnieją listy oczekujących, niekiedy wymaga się zgłaszania po metadon codziennie, do dla uchodźców jest trudne (w Ukrainie dostawali metadon n miesiąc). Lekarze leczący osoby zakażone narzekają, że pacjenci nie mają dokumentacji medycznej (WHO zezwala, za zgodą pacjenta, na przesłanie dokumentacji lekarskiej do innego kraju, ale w stanie wojny nie zawsze jest to proste). Problemem w niektórych ośrodkach może być też duża liczba zgłaszających się pacjentów. Największa ukraińska organizacja pozarządowa – **the Alliance for Public Health** – pomaga znaleźć opiekę medyczną swoim rodakom poza granicami kraju poprzez stronę internetową **HelpNow** ^[596].
- sieć organizacji ukraińskich **All-Ukrainian** wraz polską Rządową Agencją Rezerw Strategicznych zorganizowały dostarczenie do Ukrainy 209 600 pakietów z generycznymi tabletkami zawierającymi dolutegrawir 50 mg + lamiwudynę 300 mg + fumaran tenofowiru 245 mg, wystarczających na 90 dni terapii, choć ich dystrybucja w kraju objętym wojną może być trudna ^[597].
- w lipcu the Lancet HIV donosił o ludziach zakażonych HIV, którzy wyjeżdżają z Ługańska i Doniecka do miast na zachodzie Ukrainy, by zapewnić sobie ciągłość leczenia. Historycznie te dwa miasta miały najwięcej zakażonych HIV, prawie 25% z nich było leczonych przed wybuchem konfliktu. Niski standard opieki medycznej i wysoki odsetek przyjmujących narkotyki w iniekcjach przyczyniają się do rozprzestrzeniania zakażenia. UNICEF jest jedyną organizacją międzynarodową, której zezwolono na dostarczanie leków antyretrowirusowych. Na zaanektowanych przez Rosję obszarach profilaktykę mogą

miejscy/gminni wyznaczają swoje miasta jako miasta szybkiej ścieżki, podpisując Deklarację Paryską, która określa zestaw zobowiązań do osiągnięcia celów inicjatywy. Początkowo mocno skoncentrowana na celach 90-90-90, Deklaracja Paryska została niedawno zaktualizowana, aby ustanowić osiągnięcie trzech celów 90 jako punkt wyjścia na trajektorii prowadzącej do zera nowych zakażeń wirusem HIV i zera zgonów związanych z AIDS. Oparta na zasadzie przejrzystości danych inicjatywa obejmuje globalny portal internetowy Fast-Track Cities, który umożliwia miastom zgłaszanie postępów w realizacji celów przyspieszonej ścieżki i innych celów. Jako główny partner techniczny inicjatywy, IAPAC wspiera miasta Fast-Track poprzez: pomoc techniczną dla lokalnych wydziałów zdrowia w zakresie generowania danych, monitorowania i raportowania, wsparcie budowania potencjału dla dostawców usług klinicznych i usługowych, organizacji społecznych i dotkniętych społeczności. eliminowanie stygmatyzacji związanej z HIV w placówkach opieki zdrowotnej oraz ocena jakości życia wśród społeczności osób żyjących z HIV (<https://www.fast-trackcities.org/about>).

prowadzić nieliczne organizacje pozarządowe, jeśli zaaprobuje Kijów i władze separatystyczne. Jednak zmagają się z problemami finansowymi i stałymi podejrzeniami o współpracę z oboma reżimami. Ograniczane są programy redukcji szkód – separatyści, jak i Rosja, nie uznają terapii substytucyjnej metadonem. Brak pracy, wzrost cen i bieda skłaniają ludzi do dokonywania ryzykownych zachowań – rośnie sprzedaż usług seksualnych i używania narkotyków. **Sytuacja z HIV w Ukrainie jest jak tykająca bomba, która tylko czeka, aby wybuchnąć** – powiedziała jedna z kobiet, która uciekła ze wschodu na zachód Ukrainy. Michel Kazatchkine, Specjalny Wysłannik ONZ ds. HIV/AIDS w Europie Wschodniej i Azji Centralnej mówił: „Nie ma wątpliwości, że przemieszczanie się mieszkańców z terytoriów okupowanych do innych części kraju tworzy warunki do szerzenia się epidemii. Historia HIV/AIDS dostarcza wielu przykładów na szerzenie się choroby w czasie konfliktów zbrojnych i obawiam się, że ten szczególnie konflikt może stać się takim przykładem” [598].

- w listopadzie the Lancet HIV pisał o tym, jak Ukraina zmienia opiekę nad osobami zakażonymi i profilaktykę HIV. Po 6 miesiącach inwazji ludzie z grup zajmujących się dostarczaniem takich usług twierdzą, że nic się nie pogorszyło, testowanie wróciło do rozmiarów sprzed wojny, a nawet się zwiększyło, profilaktyka jest prowadzona, zapasy leków antyretrowirusowych są bezpieczne. W Kijowie, do którego uciekło bardzo wielu ludzi ze wschodu Ukrainy, zapotrzebowanie na PrEP wzrosło 9-krotnie. W dużej mierze dzięki organizacjom pozarządowym. Ich pracownicy docierają do klientów i społeczności. „Kiedy kluczowe populacje są mobilne nie możemy działać stacjonarnie”. Aktywiści mówią, że pandemia COVID-19 w pewnym stopniu przygotowała ich do pracy podczas inwazji. Rząd Ukrainy i organizacje międzynarodowe pomagają. W ciągu 2 miesięcy od inwazji amerykański PEPFAR, the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria, ukraińskie Ministerstwo Zdrowia i organizacje pozarządowe zapewniły zapasy leków antyretrowirusowych na 12 miesięcy. Global Fund i PEPFAR dostarczyli też dziesiątek milionów dolarów pomocy dla osób ewakuowanych wewnątrz kraju, mieszkań, żywności i logistykę transportu leków. Gorsza sytuacja jest na terenach okupowanych i terenach, na których toczą się walki. Tam ludziom żyjącym z HIV mogą grozić przerwy w leczeniu. Sytuacja jest ponura. Działania profilaktyczne stanęły. WHO szacuje, że na obszarach objętych walkami mieszka 59 000 osób dotąd leczonych. Nie wiadomo ilu ich jest na terenach okupowanych [599].
- 20 lipca WHO zaaprobowала **długo działający cabotegrawir (CAB-LA)** w iniekcjach do stosowania w profilaktyce przed ekspozycyjnej (PrEP). Pierwsze dwie iniekcje mają być wykonywane w odstępie 4 tygodni, następne co 8 tygodni. Skuteczność i bezpieczeństwo leku wykazano w 2 badaniach klinicznych HPTM 083 i HPTM 084 wśród cis-kobiet, cis-mężczyzn i trans-kobiet [600].



- **24. Międzynarodowa Konferencja AIDS** odbyła się w Montrealu (Kanada), wirtualnie i częściowo stacjonarnie.
 - przedstawiono na niej, między innymi, przypadek „**City of Hope patient**”, 66-letniego białego mężczyzny, u którego zakażenie HIV rozpoznano w 1988 roku. Leczenie antyretrowirusowe rozpoczął w połowie lat 90., kiedy stało się dostępne. Wcześniej liczba komórek CD4 w jego organizmie obniżyła się do mniej niż 100/mm³, więc zgodnie z zasadami obowiązującymi w USA rozpoznano u niego AIDS, a w 2018 roku – ostrą białaczkę szpiczkową. Na początku 2019 roku wykonano przeszczep komórek macierzystych pochodzących od dawcy z mutacją CCR5Δ32/Δ32. Przez 2 lata przyjmował leki antyretrowirusowe, wiremia była ciągle niewykrywalna, postanowiono przerwać leczenie ARV, starannie monitorowane. Ponad 3 lata po przeszczepie i ponad 17 miesięcy po odstawieniu leków nie obserwowano wzrostu wiremii ani obecności HIV DNA (wskaźnik latentnego rezerwuaru wirusa) w komórkach jego krwi obwodowej. Biopsje jelit nie wykazały obecności zdolnego do replikacji wirusa. Ponieważ istnieje prawdopodobieństwo, że mógłby zakażać się HIV używającym do wnikania do wrażliwych komórek receptora CXCR4 postanowiono, że będzie używał PrEP. Miano przeciwciał anti-HIV obniżało się z czasem, ale ma ciągle przeciwciała anti-HBV, choć dawca nie był zakażony tym wirusem. Jego lekarka powiedziała na konferencji prasowej: „Byliśmy podekscytowani, mogąc poinformować go, że jego wirus HIV znajduje się w remisji i nie musi już przyjmować terapii antyretrowirusowej, którą stosował przez ponad 30 lat”. Sam pacjent, który chce zachować anonimowość dodał: „Kiedy w 1988 roku zdiagnozowano u mnie wirusa HIV, podobnie jak wielu innych, myślałem, że to wyrok śmierci. Nigdy nie myślałem, że dożyję dnia, w którym nie będę już mieć wirusa HIV” [601, 602].
 - UNAIDS podała, że w 2001 roku doszło na świecie do około 1,5 mln nowych zakażeń, o ponad 1 mln więcej zakładał cel światowy, co spowodowane było pandemią COVID-19 i wojną w Ukrainie. Jeśli ten trend się utrzyma liczba nowych zakażeń może co roku wynosić 1,2 mln. Codziennie 4 000 ludzi na świecie, w tym 1 100 w wieku 15-24 lata, nabywają zakażenie HIV. W 2021 roku żyło z HIV 38,4 mln osób, w 2000 roku 26 mln. Wzrost liczby zakażeń obserwowany jest od 2015 roku w 38 krajach świata, najszybciej w Filipinach, Madagaskarze, Demokratycznej Republice Konga i Południowym Sudanie. Obserwowane jest wyraźne zmniejszenie się liczby zakażeń na Karaibach, w Nigerii, Indiach i Tanzanii. Międzynarodowe zasoby dostępne dla programów HIV były w 2021 roku o 6% mniejsze niż w 2010 roku. Szefowa UNAIDS, Winnie Byanyima, powiedziała na konferencji prasowej, że nierówności rasowe,

ekonomiczne i związane z gender muszą zostać rozwiązane by zmniejszyć ryzyko zakażenia HIV. Podkreśliła, że nowe zakażenia dotyczą nieproporcjonalnie często młodych kobiet i nastoletnich dziewcząt – w 2021 roku co 2 minuty dochodziło do zakażenia HIV w tej populacji. Przypomniała, że zakończenie epidemii AIDS jest mniej kosztowne niż jej niezakończenie ^[603].

- dla osiągnięcia celu **UNAIDS 95 – 95 – 95** do 2030 roku **należy zająć się późnymi rozpoznaniem zakażeń HIV**. Późne rozpoznania definiowane są jako włączenie do leczenia osób z liczbą komórek CD4 niższą od 350/mm³ lub z rozpoznaną chorobą definiującą AIDS, niezależnie od liczby CD4. UNAIDS raportuje, że w 2022 roku 55% rozpoznanych zakażeń HIV w Republice Południowej Afryki stanowiły późne wykrycia wirusa. W Wielkiej Brytanii w 2020 roku 42% stanowiły późne rozpoznania (wzrost od 41% w 2020 roku i 35% w 2016 roku. Ale heteroseksualni mężczyźni i kobiety po 50 roku życia i starsi stanowili 63% późnych rozpoznanych. W Stanach Zjednoczonych AIDS rozpoznaje się, gdy liczba CD4 jest niższa od 200/mm³ lub ich odsetek jest niższy od 14% lub rozpoznana zostanie choroba wskaźnikowa AIDS w 2019 roku późnych rozpoznanych było 20%, ale u osób mających 55 lat lub więcej – 34% ^[604].
- wykazano, że ludzie żyjący z HIV, przyjmujący leki antyretrowirusowe, częściej zakażają się SARS-CoV-2 bezobjawowo. Około 60% takich zakażeń może przebiegać bez żadnych objawów klinicznych. Autorzy badania apelują do lekarzy leczących osoby zakażone HIV zachowanie czujności i testowanie pacjentów, by identyfikować te bezobjawowe przypadki ^[605].
- Republika Południowej Afryki** – spośród 60 mln mieszkańców kraju około 8 mln jest zakażonych HIV, duża część przypadków rozpoznawanych jest późno (przy liczbie komórek CD4 mniejszej niż 200/mm³), wprowadzie wielu rozpoczyna w tym stadium leczenia antyretrowirusowe, ale często nie mają stałej opieki zdrowotnej lub przerywają leczenie. Pandemia COVID-19 znacznie pogorszyła sytuację, utrudniła dostęp do opieki zdrowotnej, której koszty znacznie wzrosły. Eksperci uważają, że wariant wirusa SARS-Cov-2 **omicron**, który ma 50 mutacji odróżniających go od oryginalnego wirusa mógł powstać podczas przewlekłego zakażenia osób z upośledzoną odpornością, a w RPA HIV ciągle jest częstą tego upośledzenia ^[606].
- we wrześniu czasopismo *Viruses* opublikowało wyniki autopsji dwóch pacjentów, którzy po allogenicznym przeszczepie hematopoetycznych komórek macierzystych z mutacją CCR5Δ32/Δ32 wydawali się wyleczeni z zakażenia HIV. Obaj byli zakażeni subtypem B, CCR5-tropowym. U jednego z pacjentów prowirusowe HIV-1 DNA wykazano we wszystkich biopsjach z różnych tkanek, ale nie było go w komórkach jednojądrzastych krwi obwodowej. U drugiego pacjenta, który miał dwukrotnie wykonany przeszczep, DNA HIV nie było w komórkach jednojądrzastych krwi obwodowej, ale był wykrywalny w węzle chłonny. U drugiego pacjenta, któremu dwukrotnie wykonywano przeszczep, po śmierci HIV-1-DNA nie było w komórkach jednojądrzastych krwi obwodowej, ale DNA HIV był wykrywalny w węzle chłonny. We wnioskach autorzy napisali, że krótko po przeszczepie DNA HIV staje się niewykrywalne w komórkach krwi, ale wariant prowirusowego DNA HIV, identyczny z izolowanym przed zabiegiem, przetrwał w uzyskanych po śmierci tkankach. Tkanki wyraźnie odgrywają istotną rolę jako długotrwały rezerwuuar wirusa i rutynowe pobieranie próbek od żywych osobników zakażonych HIV będzie niewystarczające do poznania rozmiarów tego zbiornika. Przed ostawieniem leków antyretrowirusowych należy wziąć pod uwagę rezerwuary tkankowe ^[607]. Badania przeprowadzono w ramach działalności **IciStem Consotrium**.
- Rosja** –24 listopada parlament wprowadził **zakaz „propagandy LGBT+”**, to znaczy wspominania nawet o „nie-tradycyjnych kontaktach seksualnych” we wszystkich mediach, w tym w filmach, Internecie, telewizji i zakaz wspierania publicznie relacji homoseksualnych. Złamanie zakazu pociągnie za sobą bardzo wysokie kary finansowe (ponad 5 000 funtów zapłacą osoby prywatne, ponad 68 000 funtów instytucje). Krytycy ustawy uważają, że jest to niebezpieczna i może tylko pogorszyć epidemię HIV w tym kraju ^[608].
- 22 grudnia FDA zarejestrowała nowy lek **lenakapiwir (LEN)**, **SUNLENCA** (Gilead Sciences) do terapii osób dorosłych zakażonych opornym na wiele leków wirusem HIV. Lek, po przyjęciu leczenia wstępnego, stosowany ma być w iniekcjach przyjmowanych co 6 miesięcy, razem z innymi lekami antyretrowirusowymi. Dostępny jest także w tabletkach. Niezależnie od postaci leku koszt terapii szacowany jest na 42 5250 dolarów w pierwszym roku terapii, w następnych latach 39 000 dolarów ^[609].
- Wielka Brytania** – w grudniu opublikowano Brytyjski przewodnik po **PrEP – UK giude to PrEP** (<https://i-base-guides/prep>). Jest tam informacja dla kobiet: „*Masz największe ryzyko zakażenia HIV, jeśli nie zawsze używasz prezerwatyw z partnerami, którzy mogą być zakażeni, ale o tym nie wiesz, albo nie są leczeni lub nie przyjmują leków zgodnie z zaleceniami. Prezerwatywy chronią przed HIV. Ludzie zakażeni nie przenoszą HIV, jeśli mają niewykrywalny poziom wirusa w czasie leczenia. Inne powody do rozważenia PrEP to sytuacje, w których użycie prezerwatywy jest trudne lub niemożliwe do wynegocjowania lub jeśli wymieniasz seks na pieniądze lub prezenty. A także jeśli Twój partner lub partnerzy mogą mieć ryzyko zakażenia HIV, na przykład jeśli partner pochodzi lub jeździ do kraju, w którym jest dużo zakażeń HIV, jeśli jest biseksualny lub ma innych partnerów, jeśli jesteś niedawno w Wielkiej Brytanii lub jeśli Ty lub Twój partner przyjmujecie narkotyki w iniekcjach i używacie wspólnie z innymi sprzęt do iniekcji*”.
- Światowy Dzień AIDS**. Tegoroczne hasło przyjęte przez UNAIDS brzmi: **Wyrównujemy** (ang. **Equalize**) i jest wezwaniem do działania. Dane UNAIDS dotyczące globalnej odpowiedzi na HIV pokazują, że w ciągu ostatnich dwóch lat pandemii COVID-19 i innych światowych kryzysów, postęp w walce z AIDS spowolnił, a zasoby się skurczyły, w rezultacie zagrożone są miliony istnień ludzkich. Pozostało tylko osiem lat do osiągnięcia wyznaczonego na 2030 rok celu, jakim jest wyeliminowanie AIDS jako globalnego zagrożenia dla zdrowia. Należy pilnie zająć się nierównościami ekonomicznymi, społecznymi, kulturowymi i prawnymi, które dodatkowo pogłębiła

pandemia. Koniec AIDS można osiągnąć tylko wtedy, gdy te problemy zostaną rozwiązane. Przywódcy krajów muszą działać odważnie i odpowiedzialnie, a my wszyscy musimy włączyć się w te działania aby również pomóc w tej walce. Popieramy przesłanie Winnie Byanyiny, dyrektor wykonawczej UNAIDS na 1 grudnia: „*Możemy zakończyć AIDS – jeśli zlikwidujemy nierówności, które je utrwalają. W Światowy Dzień AIDS podzielmy się przesłaniem, że wyeliminowanie nierówności będzie miało korzystny wpływ na każdego z nas*”. [...] „*Aby wszyscy byli bezpieczni, aby chronić zdrowie wszystkich, wyrównujmy. Equalize*” (<https://aids.gov.pl/na-strone-glowna/sda-2022/> [dostęp: 19.12.2022]).

- w New England Journal of Medicine z 1 grudnia Anthony S. Fauci napisał o swoich przygotowaniach do ustąpienia z funkcji dyrektora NIAID, ale też opisał początki swojej pracy zawodowej. Kiedy w 1968 roku decydował się na zajęcie chorobami zakaźnymi wielu ekspertów uważało, że w erze szczepień ochronnych i antybiotyków taka specjalizacja nie ma przyszłości. Wszystko zmieniło się latem 1981 roku po pojawieniu się pierwszych opisów zachorowań na to, co później nazwano AIDS. Zainteresowanie chorobami zakaźnymi gwałtownie wzrosło. Pojawiały się nowe lub pojawiały ponownie epidemie zakażeń, jak na przykład w 1998 roku wielolekooporna gruźlica, wirusy Ebola, Zika, a w 2019 roku COVID-19. Jak napisał Fauci COVID-19 pokazał światowy brak przygotowania zdrowia publicznego na wybuch takiej epidemii. Z drugiej strony pojawienie się tak szybko skutecznych szczepionek było możliwe dzięki wcześniejszym badaniom w zakresie chorób zakaźnych. Wiele nowych zakażeń pojawia się z powodu ingerencji ludzi w środowiska zwierząt, zmian klimatu, drobnoustrojów zmieniających atakowane gatunki, w pewnych przypadkach adaptujących się do rozprzestrzeniania wśród ludzi. „*Jako specjaliści chorób zakaźnych musimy być ciągle przygotowani i zdolni do reakcji na niekończące się wyzwania*” napisał na zakończenie ^[610].
- **USA** – dla Anthony’ego S. Fauci ostatni oficjalny dzień pracy w NIAID to 31 grudnia 2022 roku. Od 54 lat jeździł do tego samego kampusu codziennie, włączając w to większość sobót, a od 38 lat był dyrektorem NIAID (powołano komitet mający znaleźć następcę). Osiemdziesięcioletni profesor będzie nadal pisał, wykładał i doradzał, jak dotąd siedmiu prezydentom USA. Dziennikarzowi the Guardian powiedział też, że jest przygotowany na to, że Republikanie będą chcieli go rozliczyć za działalność podczas epidemii COVID-19, ale jest gotowy na to i niczego się nie obawia ^[611].
- **USA** – 29 grudnia prezydent **Joe Biden** podpisał ustawę ułatwiającą wykwalifikowanym pracownikom opieki zdrowotnej przepisywanie **buprenorfiny**, leku skutecznego w terapii zaburzenia związanego z używaniem opioidów **xxv** (ang. opioid use disorder – OUD), bez konieczności uzyskiwania osobnej zgody na tę procedurę, tak zwanej X-waiver. To pozwoli na równiejszy dostęp do niej obywatelom USA. Wprawdzie śmierci spowodowane przedawkowaniem opioidów wzrosły wśród wszystkich grup rasowych i etnicznych w ciągu ostatnich kilku lat, to jednak najwięcej śmiertelnych przedawkowań dotyczy biednych społeczności Czarnych, Rdzennych Mieszkańców i innych Kolorowych Ludzi (ang. Black, Indigenous, and other People of Color – BIPOC). W 2021 roku najczęściej z powodu przedawkowań umierali Rdzenni Amerykanie i ludzie pochodzący z Alaski (56,6 śmierci na 100 000 osób) i Czarni Amerykanie (44,2 śmierci na 100 000 osób, najrzadziej Biali ludzie. W przeciwieństwie do metadonu, który może być stosowany tylko w ramach specjalnych programów (ang. opioid treatment programs), do których uczestnicy muszą zgłaszać się codziennie po dawkę leku przyjmowaną pod nadzorem personelu (czasem tylko mogą dostać dawki na kilka dni, jeśli lekarz prowadzący tak uzna), buprenorfina może być przepisywana w dowolnym miejscu, gdzie leki wydawane są przez apteki lokalne. Tylko, że pacjenci należący do BIPOC mogą nie chcieć poszukiwać terapii uzależnień, bo albo wcześniej doświadczyli już rasizmu, albo się go spodziewają – lekarze leczący i psychiatrzy w większości są Biali i rzadko akceptują ubezpieczenia publiczne, ale nawet ubezpieczeni prywatnie Amerykanie należący do BIPOC z mniejszym prawdopodobieństwem niż Biali dostaną receptę na buprenorfinę ^[612].
- **hasło Światowego Dnia AIDS: Wyrównujmy. Equalize.** (https://www.unaids.org/en/World_AIDS_Day).

Polska – 2022

- obwieszczenie marszałka sejmiku Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 28 kwietnia 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy – Kodeks karny. Art. 161. § 1. Kto, wiedząc, że jest zarażony wirusem HIV, naraża bezpośrednio inną osobę na takie zarażenie, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8. § 2. Kto, wiedząc, że jest dotknięty chorobą weneryczną lub zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu, naraża bezpośrednio inną osobę na zarażenie taką chorobą, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5. § 3. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 2 naraża na zarażenie wiele osób, podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10. § 4. Ściganie przestępstwa określonego w § 1 i 2 następuje na wniosek pokrzywdzonego. Dz. U. 2022, p. 1138. (<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20220001138>).
- na podstawie decyzji Ministra Zdrowia powstało **Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom** po połączeniu Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (<https://kcpu.gov.pl/o-nas/> [dostęp: 2.10.2023]).
- na stronie internetowej Krajowego Centrum ds. AIDS umieszczono **Ważne informacje dotyczące HIV i AIDS dla obywateli Ukrainy przybywających do Polski w związku z agresją Rosji na Ukrainę**. Po polsku i po ukraińsku. Zawierają informacje o leczeniu antyretrowirusowym, testowaniu w kierunku HIV, zamieszczono też informacje o Poradni Internetowej i Telefonie Zaufania HIV/AIDS (<https://aids.gov.pl/publikacje/203-2-4/>).

xxv tak nazywane jest w klasyfikacji zaburzeń psychicznych DSM-5 to, co kiedyś nazywano nadużywaniem lub uzależnieniem od opioidów.

- od 31 maja do 20 czerwca w Wojewódzkim Szpitalu Zakaźnym w Warszawie hospitalizowano dziewięciu mężczyzn z potwierdzoną małąpą ospą (MPX, mpox) w wieku od 20 do 40 lat, 6 z nich było narodowości polskiej, 2 pochodziło z Ukrainy i 1 z Meksyku. Trzech z nich było zakażonych HIV. U wszystkich przebieg choroby był samoograniczający się, żaden nie wymagał leczenia przeciwwirusowego ^[613].
- w czasopiśmie HIV Medicine (ang) opublikowano artykuł polskich lekarzy zwracający uwagę na późne rozpoznania HIV podczas pandemii COVID-19 i rekomendujący wprowadzenie testów przesiewowych na HIV w przypadkach podejrzenia COVID-19, jeśli pacjent ma kliniczne i/lub radiologiczne objawy płucne ^[614].
- od czerwca do grudnia 2022 roku Stowarzyszenie Wolontariuszy Wobec AIDS „Bądź z Nami” prowadziło programy – **Klub Wspólna Droga** oraz **Wspólna Droga dla Kobiet i Dzieci z Ukrainy**. W obu działaniach Stowarzyszenie koncentruje się na bezpośrednim wsparciu i integracji osób z Ukrainy ze środowiskiem osób HIV+ w Polsce oraz budowaniu kompetencji międzykulturowych (https://aids.gov.pl/na-strone-glowna/kobiety_dzieci_ukraina/).
- prowadzono kampanię społeczną zachęcającą do wykonywania testów na obecność przeciwciał anti-HIV:



- na Konferencji „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie” **czerwone kokardki** otrzymali:
 - ♦ w kategorii **działalność w środowisku medycznym**:
 - Dr Joanna Kozłowska
 - Dr hab. Magdalena Suchacz
 - Agata Waszczuk, pielęgniarka,
 - Elżbieta Iwanicka, pielęgniarka,
 - ♦ w kategorii **działania w zakresie profilaktyki**:
 - Iwona Grzesiuk, Białystok,
 - Paweł Wuwer, Kraków,
 - ♦ w kategorii **działania instytucji**:
 - Dr Maria Łukaszek, Rzeszów,
 - Anna Nastały-Ratusińska, Warszawa,
 - Maryla Rogalewicz, Warszawa.
- **Zjednoczenie „Pozytywni w Tęczy”** po raz drugi przeprowadziło internetowe głosowanie wśród osób żyjących z HIV w Polsce, którzy wybierali „Lekarza na plus”. Drugim laureatem plebiscytu został dr n. med. Bartosz Szetela z Wrocławia.
- **prof. dr. hab. n. med. Miłosz Parczewski** został wybrany na **Prezydenta Elekta European AIDS Clinical Society (EACS)**, (<https://aids.gov.pl/na-strone-glowna/gratulacje-dla-prof-parczewskiego/>, 6.12.2022). **Obejmie tę funkcję 1stycznia 2025 roku** (https://www.eacsociety.org/media/eacs_biennial_report_2023.pdf, str. 34).
- od wdrożenia badań w 1985 r. do 31 sierpnia 2022 r. (przy uwzględnieniu korekt i uaktualnień danych, w tym eliminacji podwójnie zarejestrowanych przypadków) stwierdzono zakażenie HIV u **28 980** obywateli Polski i u osób innego obywatelstwa przebywających na terenie Polski. Wśród ogółu zarejestrowanych zakażonych było co najmniej **6 445** zakażonych w związku z używaniem narkotyków, **2 164** zakażonych poprzez kontakt heteroseksualny oraz **4 771** poprzez kontakt seksualny pomiędzy mężczyznami. Ogółem odnotowano **3 951** zachorowań na AIDS; **1 460** chorych zmarło. (http://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/hiv_aids/index.htm).
- do 31.12. rozpoznano **2 384** nowe zakażenia HIV, **135** zachorowań na AIDS i **22** zgonów. Informacji o prawdopodobnej drodze zakażenia nie podano 1875 przypadkach (77%). (https://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/hiv_aids/index.htm).

2023

- **Francja** – 7 lutego zmarł Daniel Defert, profesor filozofii i socjologii, fundator i założyciel organizacji zajmującej się profilaktyką i wsparciem ludzi z HIV/AIDS – **AIDeS**. W Le Monde wspomniano Go tak: „*Wszyscy, którzy mieli zaszczyt poznać Daniela Defert, nigdy nie zapomną jego elegancji, powściągliwości, wycucia niuansów oraz jego świetłej inteligencji, która oznaczała, że kiedy mówił, słuchaliśmy. Jeszcze lepiej: uczyliśmy się*” [615].



- Podczas Konferencji odbywającej się od 19 do 22 lutego w Seattle (USA). Przedstawiono na niej, między innymi:
 - 53-letniego „**pacjenta z Düsseldorfu**”, u którego w 2011 roku rozpoznano białaczkę szpikową, kilka miesięcy po rozpoczęciu przez niego terapii antyretrowirusowej. W lutym 2013 roku dokonano przeszczepu komórek macierzystych od niespokrewnionego dawcy posiadającego dwie kopie mutacji CCR5ΔA32 – pozbawionych receptorów, których większość szczepów HIV używa by wniknąć do komórki CD4. Po zabiegu doświadczył umiarkowanej nasilonej, ale przewlekłej choroby przeszczep-przeciw-gospodarzowi. Po ponad 5 latach niewykrywalnej wiremii, w listopadzie 2018 roku, zdecydowano się wspólnie na ściśle monitorowane odstawienie leków ARV. Bardzo czułymi metodami badano jego krew, tkanki jelit i węzłów chłonnych. Obserwowano śladowe ilości HIV DNA w obwodowych komórkach T, ale nie znajdowano dowodów na występowanie zdolnego do replikacji HIV. Stwierdzano niski poziom aktywacji immunologicznej, słabnącą odpowiedź swoistych dla HIV przeciwciał i limfocytów T, co wskazywało na brak produkcji antygenów wirusa HIV. Teraz, po 4 latach badań, lekarze są skłonni uznać, że ich pacjent jest wyleczony [616, 617].
 - ale także następującą informację: u 67-letniego mężczyzny żyjącego z HIV, poddanego terapii antyretrowirusowej, z RNA HIV < 50 kopii/ml przez 14 lat, rozwinęła się ostra białaczka szpikowa. Pacjent przeszedł allogeniczny przeszczep komórek macierzystych od niespokrewnionego dawcy posiadającego mutację CCR5Δ32/Δ32. Do 30. dnia osiągnięto 100% wszczepienia. HIV nie wykryto w osoczu (< 0,3 kopii RNA HIV-1/ml) ani w komórkach jednojądrzastych krwi obwodowej (< 0,3 kopii RNA lub DNA HIV/milion) po 3, 9, 12 i 15 miesiącach po przeszczepie; w komórkach krwi obwodowej po 1 roku metodą dPCR nie wykryto receptora typu dzikiego CCR5 (bez mutacji). Przerwanie leczenia antyretrowirusowego dokonano 15 miesięcy po przeszczepie. W tym czasie cotygodniowa analiza ilościowa PCR HIV-1 nie wykazywała wirusa HIV (< 20 kopii/ml) aż do 8 tygodnia, kiedy to poziom wiremii w osoczu osiągnął poziom 780 kopii/ml. Powtórzone tydzień później badanie wykazało spadek miana wirusa do 300 kopii/ml – po ponownym rozpoczęciu ART. W tym czasie pięć sekwencji *env* HIV z osocza było zróżnicowanych genetycznie i wszystkie wykazywały tropizm R5. Podczas odbicia wiremii nie wykryto DNA/RNA HIV związanego z komórkami (< 0,14 kopii/milion) i CCR5 typu dzikiego (< 20 kopii/milion). Trzy miesiące po ponownym rozpoczęciu ART wykryto wirusa HIV w osoczu (0,39 kopii/ml), ale nie w komórkach jednojądrzastych krwi obwodowej (< 0,14 kopii/milion komórek). Poziomy przeciwciał anty-HIV pozostały niższe niż te wykrywane u osób żyjących z HIV poddawanych terapii antyretrowirusowej i były porównywalne z grupą kontrolną niezakażoną wirusem HIV. Autorzy uważają, że to pierwszy znany przypadek reaktywacji wirusa HIV podczas przerwy w leczeniu antyretrowirusowym po przeszczepie komórek macierzystych z mutacją CCR5Δ32/Δ32 z powodu białaczki szpikowej. A to wskazuje, że resztkowy R5-tropowy wirus HIV może się utrzymywać i potencjalnie rozprzestrzeniać *in vivo* nawet ponad 1 rok po klinicznie skutecznym przeszczepie komórek macierzystych z mutacją CCR5Δ32/Δ32 [618].
 - w ciągu pierwszych kilku lat terapii antyretrowirusowej (ART) liczba komórek zdolnych do wytworzenia żywego wirusa HIV (jeśli ART zostanie przerwana) maleje, jednak u osób przyjmujących leki antyretrowirusowe nieprzerwanie przez dłuższy czas, wielkość rezerwuaru komórek wytwarzających wirusy nie zmniejsza się już i może nawet powoli zacząć rosnąć. Ilość komórek zawierających jakiegokolwiek DNA wirusa HIV, niezależnie od tego, czy są one produktywne czy nie, również przestaje spadać po około dziesięciu latach terapii antyretrowirusowej i może rosnąć. Powodem ostatecznej stabilizacji, a nawet wzrostu rezerwuaru jest to, że we wczesnych latach stosowania terapii antyretrowirusowej pozostaje wiele komórek zdolnych do aktywnego wytwarzania cząstek wirusa HIV. Właśnie dlatego średnie miano wirusa u osób stosujących terapię wynosi, przynajmniej początkowo, około 2–4 kopii na mililitr zamiast zera. Kiedy te komórki faktycznie wytwarzają żywy wirus HIV, choć mogą infekować nowe komórki, stają się również widoczne dla układu odpornościowego. To zarówno nakierowuje je na zniszczenie układu odpornościowego, jak i ustawia je na ścieżce prowadzącej do apoptozy – programowanej śmierci komórek. **Później jednak to podział komórek, a nie replikacja wirusa, staje się ważniejszy.** Nawet długowieczne komórki pamięci T, które tworzą większość rezerwuaru wirusa, muszą od czasu do czasu dzielić się, aby uzupełnić komórki T w organizmie, często w odpowiedzi na infekcję. Z tego powodu później aktywna produkcja wirusa staje się rzadsza,

a rezerwuuar jest uzupełniany głównie przez podziały komórek. Kiedy zakażone komórki dzielą się powielając swoje DNA, w tym DNA prowirusa HIV. Komórki te zawierają identyczne „klony” wirusa HIV, ponieważ DNA ma znacznie mniejsze szanse na mutację podczas podziału komórki. Nazywa się to ekspansją klonalną. Oznacza to, że zanim będziemy mogli opracować bezpieczniejszy i tańszy lek na HIV niż całkowita wymiana układu odpornościowego poprzez przeszczep komórek macierzystych, musimy znaleźć odpowiedzi na kilka pytań, na które nie znamy odpowiedzi: Co decyduje o tym, czy komórka staje się produktywna (i w ten sposób umiera), czy latentna (utajona – a zatem przeżywa)? Co decyduje o tym, że komórka przechodzi od utajonej do produktywniej? Dlaczego niektóre komórki pamięci T dzielą się klonalnie, a inne nie? Czy sam wirus HIV odgrywa rolę w ekspansji klonalnej? Czy lek powinien sprawić, że HIV będzie mniej czy bardziej ukryty? Czy długoterminowa terapia antyretrowirusowa wystarczy, przynajmniej u części osób, do wytworzenia głęboko ukrytego rezerwuaru, który nie może się odbić po zaprzestaniu leczenia? ^[619].

- 18 marca w *The Lancet* ukazał się artykuł podsumowujący dane o przebiegu **mpox** u 367 cisplciowych mężczyzn, 4 cisplciowych kobiet i 10 transplciowych kobiet zakażonych HIV, mających liczbę komórek CD4 niższą od 350/mm³. W momencie rozpoznania mpox 349 (91%) chorych było świadomych swojego zakażenia HIV, 228 (65%) przyjmowało leki antyretrowirusowe, 32 (8%) miało też inne infekcje oportunistyczne. Poważne powikłania dotyczyły częściej osób z liczbą komórek CD4 niższą od 100/mm³ niż mających ponad 300/mm³, obejmowały martwice, zlewające się zmiany skórne (54% versus 9%), zmiany w płucach (17% versus 0%), wtórne infekcje i sepsę (44% versus 9%). Spośród tych 382 pacjentów hospitalizowano 107 (28%), 27 (25%) chorych zmarło. Wszystkie zgony dotyczyły pacjentów z liczbą CD4 niższą od 200/mm³, więcej chorych miało wysokie poziomy wirerii HIV. Zapalny zespół rekonstrukcji immunologicznej w przebiegu mpox podejrzewano u 21 (25%) spośród 85, które rozpoczęły po raz pierwszy lub ponownie leczenie antyretrowirusowe – 12 (57%) spośród których 21 osób zmarło. Pacjenci otrzymywali tekowirymat (62 osoby – 16%), 7 osób (2%) cydofowir lub brincydofowir **xxvi** ^[620]. Kierująca pracami prof. Chloe Orkin w wywiadzie dla *British Medical Journal* sugerowała, że mpox powinna zostać dodana jako choroba definiująca AIDS, gdyż jest infekcją oportunistyczną, a pacjenci chorujący na nią powinni mieć wykonany test na HIV ^[621].
- **USA** – FDA zezwoliła by **nalokson** (spray donosowy) znany jako **Narcan** (Emergent BioSolutions), był sprzedawany bez recepty do ratowania życia w przypadku przedawkowania opioidów. Będzie można go kupić w aptekach, drogeriach, sklepach spożywczych, na stacjach benzynowych, przez Internet. W ciągu 12 miesięcy do października 2022 roku ponad 101 750 osób zmarło z powodu przedawkowania opioidów – wypisywanych na recepty i nielegalnych, przede wszystkim syntetycznego fentanylu. Producent zapowiedział, że będzie dostępny pod koniec lata, po zmianie etykiet uwzględniających sprzedaż bez recepty i zmianie łańcuchów dostaw, po przystępnej cenie (obecnie jedno dwudawkowe opakowanie kosztuje organizacje *non-profit* i władze stanowe około 47 dolarów). Lek dostarczany jest w małych opakowaniach zawierających dwie dawki donosowe, po 4 mg naloksonu. Jedna dawka zwykle wystarcza do cofnięcia przedawkowania w ciągu 2 – 3 minut. Druga dawka może być użyta, jeśli pierwsza nie zadziała. Producent zaleca, by mimo to zawsze wezwać pogotowie. Dyrektor White House’s Office of National Drug Control Policy, Rahul Gupta, uważa, że do posiadania naloksonu powinno się zachęcać szkoły, restauracje, banki, a lek powinien być łatwo dostępny, bo może go potrzebować sąsiadka/sąsiad, ktoś z rodziny, przyjaciół/przyjaciółka, kolega/koleżanka ze szkoły, z pracy ^[622]. Nalokson powoduje niewiele działań niepożądanych. Jedna dawka podana donosowo odwraca depresję oddechu spowodowaną przedawkowaniem heroiny, ale przedawkowanie fentanylu i jego pochodnych może wymagać większej liczby dawek ^[623].
- **USA** – w lipcu amerykańska **Kaiser Family Foundation** podała, że 1 na 5 Amerykanów zakażonych HIV (21%) w latach 2018 – 2020 nie przyjmował leków antyretrowirusowych. Najczęściej byli to czarnoskórzy Amerykanie mający trudności w kontaktach z systemem opieki zdrowotnej, częściej młodzi ludzie, chorujący też na inne choroby, nieubezpieczeni, nie mający wsparcia z programu **Ryan White HIV/AIDS** i tym podobnych ^[624].
- **USA** – w sierpniu w *New England Journal of Medicine* opublikowano apel o stworzenie dostępu bez recepty do leków stosowanych w profilaktyce przed-ekspozycyjnej (PrEP). W USA wielu ludzi nie chce prosić lekarzy o te leki z obawy o ocenianie ich zachowań seksualnych czy związanych z przyjmowaniem substancji odurzających lub z powodu homofobii, transfobii i rasizmu w opiece zdrowotnej. Dodatkową barierą jest to, że przyjmujący PrEP mają wykonywane często badania laboratoryjne, które mogą być niewygodne lub trudne do zrobienia przez osoby pracujące, uczące się, opiekujące innymi lub borykające się z problemem zaspokojenia podstawowych potrzeb oraz te, które mieszkają z dala od placówek medycznych. W efekcie tylko 30% spośród 1,2 mln ludzi w USA, którzy mogliby skorzystać z PrEP dostało recepty na leki w 2021 roku, a CDC rejestruje ponad 30 000 nowych zakażeń co roku, wykazujących silne rasowe i etniczne nierówności w używaniu PrEP. **Autorzy artykułu postulują, by leki stosowane w PrEP były dostępne dla chętnych bez recepty, co porównali do zaaprobowania przez FDA 13 lipca tego roku pierwszej sprzedawanej bez recepty tabletki antykoncepcyjnej** ^[625].
- **USA** – także w sierpniu powinno dojść do przedłużenia działalności programu **PEPFAR** o kolejnych 5 lat. Przez 20 lat program przyczynił się do uratowania ponad 25 mln istnień ludzkich, jednak obecnie niektórzy konserwatywni politycy uważają, błędnie, że fundusze PEPFAR promują i wspierają aborcję, co grozi nieprzedłużeniem jego

xxvi Oba leki nie zostały przez Europejską Agencję Leków do stosowania w krajach Unii Europejskiej, tekowirymat zarejestrowano w krajach UE do leczenia zakażeń powodowanych ortopokswirusami (w tym ospy prawdziwej, małpiej i krowiej) u dorosłych i dzieci o masie ciała co najmniej 13 kg ^[613].

działalności. Fundusze PEPFAR wspierają niektóre placówki zajmujące się zdrowiem seksualnym i reprodukcyjnym, ale nie aborcję. Fundusze są wykorzystywane do zapobiegania przenoszeniu zakażenia HIV z matki na dziecko, zapewniają dostęp do prezerwatyw, edukacji, terapii infekcji przenoszonych drogą płciową, badań przesiewowych i leczenia raka szyjki macicy, a także zapobieganie przemocy związanej z gender. Nie wiadomo, czy program zostanie przedłużony na 5 lat, czy tylko na rok. Coroczne walki o istnienie programu podkopują wiarę w USA i mogą zaszkodzić ważnym instytucjom, takim jak Global Fund i UNAIDS. Lawrence O. Gostin, amerykański profesor zajmujący się prawem zdrowia publicznego, tłumaczy konserwatywnym politykom, że jeśli chcą zademonstrować swoje przekonania *pro life* muszą przedłużyć działalność programu [626]. 28 września na łamach New England Journal of Medicine ukazał się apel podpisany przez wiele osób będących autorytetami w profilaktyce i terapii HIV/AIDS, w tym Françoise Barré-Sinoussi, współlaureatkę nagrody Nobla za odkrycie wirusa HIV, o przedłużenie o kolejnych 5 lat działania PEPFAR. „Świat skorzystał z trwałego przywództwa i ponadpartyjnego wsparcia dla PEPFAR Kongresu Stanów Zjednoczonych od początku istnienia programu. Jego przedłużenie nie powinno zależeć od polityki opieki zdrowotnej dalekiej od pierwotnych celów PEPFAR. Jako naukowcy mający duże doświadczenie w walce z AIDS apelujemy do Kongresu o przedłużenie programu na kolejnych 5 lat bez proponowanych obecnie zakazów. To przedłużenie jest niezwykle istotne nie tylko dla reakcji świata na AIDS, ale także odpowiedzi na przyszłe epidemie i zagrożenia światowego bezpieczeństwa” – napisali w swoim apelu [627].

30 września minął termin odnowienia długoterminowego finansowania PEPFAR, mimo zawartej umowy *Stopgap*, mającej na celu uniknięcie częściowego zawieszenia finansowania działalności rządu. „W najbliższej przyszłości PEPFAR będzie w stanie w dalszym ciągu świadczyć ratujące życie usługi w zakresie profilaktyki, opieki i leczenia we współpracy z krajami go wspierającymi” – zapowiedział rzecznik Departamentu Stanu Matthew Miller podczas konferencji prasowej. Nie chciał powiedzieć, jak długo potrwa obecne finansowanie.

„Jednak fakt, że Kongres nie zatwierdził ponownie programu, wysłał sygnał do partnerów na całym świecie, szczególnie w Afryce, że wycofujemy się z naszego przywództwa w sprawie położenia kresu HIV/AIDS jako zagrożenia dla zdrowia publicznego”. Administracja Bidena popiera przedłużenie PEPFAR o pięć lat, co do niedawna cieszyło się poparciem obu partii. Jednak republikanscy przeciwnicy praw do aborcji, na czele z Chrisem Smithem, który stoi na czele podkomisji Izby Reprezentantów odpowiedzialnej za program, wystąpili przeciwko jego przedłużeniu. „Niestety, administracja Bidena na nowo wymyśliła PEPFAR, aby wzmocnić pozycję proaborcyjnych międzynarodowych organizacji pozarządowych, odchodząc od swojej pracy afirmującej życie” – stwierdził Smith. Izba przyjęła roczną ponowną autoryzację, która dodaje do PEPFAR wyraźne ograniczenia dotyczące aborcji, które według Demokratów i Republikanów w Senacie nie zostaną przyjęte w tej izbie, gdzie prawo do aborcji cieszy się ponadpartyjnym poparciem. Krótsze przedłużenie pozwala zyskać na czasie w przypadku zwycięstwa Republikanów w przyszłorocznych wyborach prezydenckich, otwierając drogę do wprowadzenia zmian w programie [628].

- przegląd doniesień dotyczących zakaźności w kontaktach seksualnych osób z niskim poziomem wirēmii (mniej niż 1000 kopii RNA HIV/ml) zakończono wnioskiem: „**Ryzyko przeniesienia zakażenia drogą płciową jest prawie zerowe przy poziomie wirēmii niższym od 1000 kopii/ml.** Dane te są ogromną szansą na zaprzestanie stygmatyzacji HIV i promowanie dokładnego stosowania się do zaleceń związanych z przyjmowaniem leków antyretrowirusowych poprzez rozpowszechnianie tej dobrej dla zdrowia publicznego wiadomości. Promują też dostęp do badań poziomu wirēmii w miejscach o ograniczonych zasobach dla wszystkich ludzi żyjących z HIV poprzez ułatwianie stosowania alternatywnych typów próbek i technologii” [629].



IAS 2023

23–26 July
Brisbane and virtual

- podczas konferencji Lara Vojnov (WHO, Genewa, Szwajcaria) przedstawiła wyniki tego przeglądu danych: ryzyko transmisji seksualnej wynosi zero, jeśli człowiek żyjący z HIV ma niewykrywalną wirēmii i bliskie zera lub nieistotne dla osób, których się poniżej 1 000 kopii RNA HIV/ml.
- Gabriela Cromhout (Uniwersytet KwaZulu Natal, Durban, RPA) przedstawiła obserwacje grupy 281 par matka-dziecko, w których doszło do wewnątrzmacicznego przeniesienia HIV. Trzy piąte z tych dzieci było dziewczynkami, które miały kontakt z lekami antyretrowirusowymi przed porodem (ich matki były leczone), a ich terapię rozpoczęto krótko po urodzeniu. Pięciu chłopców, mimo nie przestrzegania zaleceń związanych z przyjmowaniem leków antyretrowirusowych, utrzymywało kontrolę wirēmii. Nie prowadzono takich obserwacji u dziewczynek. Autorzy doniesienia sugerują, że wrodzone różnice immunologiczne między chłopcami a dziewczynkami wpływają na kontrolę wirusa po wczesnym rozpoczęciu leczenia (Abst. OALBX0104).
- Australia znalazła się na drodze do eliminacji nowych zakażeń HIV: częstość nowych zakażeń zmniejszyła się o 40%, ale o 95% na obszarach Sydney zamieszkiwanych przez wielu MSM. To sugeruje, że eliminacja nowych zakażeń jest możliwa, tylko trzeba się dokładnie przyjrzeć co działa tak dobrze w Sydney i wprowadzić to w całej Australii (Abst EPC0307), [630].
- **USA** – we wrześniu w American Journal of Public Health ukazał się artykuł Stevena H. Wolfa, który alarmował, że w latach 1933 – 2021 aż 56 krajów ze 6 kontynentów miało dłuższą spodziewaną długość życia niż Stany Zjednoczone. Skracanie spodziewanej długości życia zaczęło się w tym kraju w latach 50. XX wieku i zwiększało przez ostatnich 40 lat. W 1933 roku w rankingu światowym spodziewanej długości życia USA były na 8 miejscu, od 1977 do 1980 roku na 14 (o 2,2 do 2,4 lata mniej niż wiodące kraje Norwegia i Japonia), w 2019 roku na 40 (6,1 lat za wiodącym na liście Hongkongiem), na 46 miejscu w 2020 roku (7,8 lat za Hongkongiem), [631]. Wśród

przyczyn tego zjawiska wymieniano wzrost liczby zatruc śmiertelnych lekami/narkotykami, samobójstw, alkoholowych chorób wątroby i zabójstw latach 1989 – 2019, a także problemy z otyłością, liczbą osadzonych w więzieniach, ubóstwem dzieci, ciążami nastolatek, śmiertelnością noworodków i matek ^[632]. Przyczynia się do tego wysoka śmiertelność osób mających od 25 do 64 lat. Rośnie za to spodziewana długość życia osób o wysokim statusie społeczno-ekonomicznym, mierzonym edukacją, zarobkami lub wykonywanym zawodem ^[633].

- Kanada** – także we wrześniu 20 lat działalności obchodziło **pomieszczenie do bezpiecznych iniekcji Insite** w Vancouver, prowadzone przez Vancouver Coastal Health wraz z PHS Community Services, organizacją *non profit*, dostarczającą mieszkania, opiekę zdrowotną i redukcję szkód potrzebującym tego społeczności w Downtown Eastside. Użytkownicy nie muszą ujawniać swoich personaliów, podają tylko hasło. Przez 20 lat personel nadzorował 3,6 mln iniekcji i zapobiegł około 6 500 przedawkowaniom. Nie było żadnego przypadku śmiertelnego przedawkowania, tak jak w innych ponad 100 tego typu miejscach w Australii, Europie Zachodniej i Ameryce Północnej. Poza dostarczaniem sterylnej szprygi do iniekcji, opieki medycznej, leczeniem ran, wprowadzaniem do służb pomagających w zdobyciu mieszkania i podstawowej opieki zdrowotnej. Możliwe jest testowanie narkotyków, więc klienci wiedzą mniej więcej co przyjmują. Mogą zyskiwać dostęp do terapii substytucyjnej, a osoby mające największe ryzyko przedawkowania – do lekarzy, którzy przepiszą medycyną heroinę albo fentanyl. Iniekcje dokonywane są w sterylnych boksach, dezynfekowanych po każdym kliencie, we wspierającym otoczeniu. Personel oferuje instrukcje dotyczące technik bezpieczniejszych iniekcji. W ostatnich latach fentanyl stał się dla wielu Kanadyjczyków nielegalnym narkotykiem z wyboru (jest 50 razy silniejszy od heroiny). Fentanyl dodawany jest do nielegalnych narkotyków, co zwiększa ryzyko śmiertelnego przedawkowania. Vancouver zdekryminalizowało posiadanie małych ilości narkotyków, ale potrzebne są skuteczniejsze działania zapobiegające śmierciom – jak powiedziała jedna z klientek **Insite** „*Martwi ludzie nie pójdą na detoks lub terapię uzależnienia*”. Musimy zachować ich przy życiu ^[634].
 - Wielka Brytania** – 19 października w British Medical Journal ukazał się artykuł, którego autorzy alarmowali, że w ostatnim czasie **z powodu przedawkowania opioidów umiera średnio 12 osób dziennie**. Do niedawna heroina dostarczana była do tego kraju z Afganistanu, ale w 2022 roku Talibowie zakazali produkcji opium. Nie jest dotąd jasne, czy to spowodowało niedobory heroiny, ale poszukujący jej zaczęli sięgać po syntetyczne opioidy, w tym po nitazeny. Tylko w czerwcu i lipcu 2023 roku w Birmingham stwierdzono 30 zgonów związanych z nitazenami. Nie wiadomo, czy staną się wiodącymi narkotykami w Wielkiej Brytanii, ale gdyby tak się stało, miałyby to katastrofalne skutki. Autorzy artykułu apelowali o intensywniejsze zajęcie się tym problemem, ułatwieniem leczenia uzależnień, opowiedzieli się za szerszym dostępem do naloksonu (leku ratującego życie w przypadku przedawkowania opioidów). Napisałi „*Ludzie zasługują, by leczyć ich z godnością, szacunkiem i bez napiętnowania, ale można to osiągnąć jedynie poprzez położenie kresu kryminalizacji osób używających narkotyki*” ^[635].
 - Nitazeny** są silnymi syntetycznymi opioidami, które powstały ponad 60 lat temu, gdy poszukiwano alternatyw dla morfiny, ale nie były używane ze względu na duży potencjał uzależniający i ryzyko śmiertelnych przedawkowań. Działają kilkaset razy silniej od morfiny ^[631]. Są sprzedawane w postaci białego proszku, białych kryształków lub brązowo-żółtego proszku. Wykrywano je także w tabletkach (fałszywy oksykodon), w heroinie, ketaminie i syntetycznych kannabinoidach. Częste postaci nitazenów to: isotonitazen, metonitazen, etonitazen, protonitazen. Mogą być przyjmowane w iniekcjach, wdychane, połykane (tabletki). Nitazeny wpływają na każdego inaczej, a siła ich działania różni się w zależności od leku z tej klasy, może wahać się od poziomów podobnych do morfiny po znacznie silniejsze niż fentanyl. W przypadku przedawkowania nalokson prawdopodobnie tymczasowo odwróci działanie leku, w tym depresję oddechową, ale może być potrzebnych kilka dawek. Długoterminowe skutki nitazenów nie zostały wystarczająco poznane, ale uważa się, że mogą one działać podobnie jak inne opioidy. Niektóre typowe długoterminowe skutki opioidów obejmują: wysoki potencjał tolerancji i uzależnienia, zaparcia, uszkodzenia ważnych narządów, takich jak płuca, mózg i serce. Nie należy łączyć nitazenów z innymi substancjami, w szczególności z innymi opioidami, takimi jak heroina, a także lekami uspokajającymi, takimi jak alkohol, GHB (gamma-hydroksymaślan) i benzodiazepiny. Odstawienie nitazenów po dłuższym ich stosowaniu jest wyzwaniem, ponieważ organizm musi przyzwyczaić się do funkcjonowania bez nich. Doniesienia osób stosujących nitazeny sugerują, że odstawienie ich jest porównywalne z ciężkim odstawieniem opioidów. Zgłaszane efekty obejmują: nadmierne pocenie, niespokojne nogi, gorączkę, zawroty głowy, objawy grypopodobne, lęk, zamroczenie, atak paniki (<https://adf.org.au/drug-facts/nitazenes/>) [dostęp: 20.10.2023]).
- Szkocja** – po 5 latach sporów politycznych pojawił się **pierwsze pomieszczenie do bezpiecznych iniekcji**; naczelna prawniczka Szkocji Dorothy Bain uznała, że nie służyłoby interesowi publicznemu karanie kogokolwiek za korzystanie z takiego pomieszczenia, krótko później rząd Wielkiej Brytanii, sprawujący kontrolę nad polityką narkotykową zapowiedział, że nie będzie blokował tej inicjatywy. Rząd Szkocji próbował wprowadzać takie pilotażowe programy od 2018 roku – kraj ma najwyższą liczbę zgonów z powodu przedawkowań w Europie – w 2022 roku było ich 1051 i chociaż to mniej niż w latach poprzednich, to Szkocja odnotowuje 24,8 zgonów na 100 000 osób, cała Wielka Brytania 8,8, Europa 1,8. Pomieszczenie będzie zlokalizowane w Glasgow, gdzie około 400 – 500 osób przyjmuje narkotyki w iniekcjach w miejscach publicznych. Pilotażowy program będzie finansowany do 2027 roku. Obecnie na świecie działa ponad 100 takich pomieszczeń w Kanadzie, Australii i kilku krajach europejskich. We wszystkich wykazywano wiele korzyści dla użytkowników, w tym lepszy dostęp do opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, nie wykazano natomiast zwiększenia częstości używania narkotyków ani dokonywanych iniekcji ^[636].
- Wielka Brytania** – liczba nowych zakażeń HIV wśród gejów i biseksualnych mężczyzn uprawiających seks z mężczyznami (GBMSM) zmniejszyła się o ⅔ z ponad 3 000 w 2014 roku do około 1 000 w 2021 roku. Dzieje się tak zapewne z powodu podjęcia wielu działań, jak testowanie w różnych placówkach opieki zdrowotnej,

samodzielne testowanie, bezpłatna terapia antyretrowirusowa dla osób zakażonych HIV, niezależnie od liczby komórek CD4 od 2015 roku (strategia leczenia wszystkich), dostępność PrEP (od 2020 roku bezpłatna dla wszystkich mających ryzyko zakażenia, wcześniej zainteresowani nią mężczyźni sprowadzali sobie leki przez Internet), stosowanie prezerwatyw. Rząd Wielkiej Brytanii postawił sobie za cel eliminację transmisji HIV definiowaną jako mniej niż 50 nowo nabytych zakażeń w roku do 2030 roku w Anglii, gdzie dochodzi do 95% transmisji wirusa w Wielkiej Brytanii. Jednak eksperci szacują, że w 2030 roku liczba zakażeń HIV obniży się do 263, jeśli testowanie, leczenie antyretrowirusowe i PrEP pozostaną na tym samym poziomie, co obecnie. Jednak barierą jest dostęp do National Health Service (NHS), długie oczekiwanie na wizytę, a poradnie seksuologiczne mające duży napływ pacjentów przechodzą redukcję kosztów swojej działalności [637, 638].

- **Rosja** – w ciągu ostatnich 20 lat Federacja Rosyjska doświadcza szybkiego wzrostu śmiertelności związanej z HIV, dotyczącej bardziej mężczyzn – 18,5 na 100 000 mężczyzn, niż kobiet – 8,7 na 100 000 kobiet. Rośnie też liczba zakażonych HIV (w 2000 roku rozpoznano 31 999 nowych zakażeń, w 2015 roku 900 000). Choć przyjmujący narkotyki w iniekcjach i „członkowie innych marginalizowanych społeczności” uważani są za najbardziej narażonych na zakażenie, to w ostatnich latach wzrasta częstość zakażeń przenoszonych w kontaktach heteroseksualnych. Dostęp do leków antyretrowirusowych jest ograniczony – tylko około 45% osób zakażonych HIV dostawała leki w 2018 roku. Barierami dla leczenia są społeczna stygmatyzacja zakażonych, biurokratyczne, zawikłane przepisy i cena leków. W ciągu ostatnich 10 lat odsetek leków antyretrowirusowych produkowanych w Rosji wzrósł z 9,5% do 46,5%, co zmniejszyło koszty leczenia prawie 10-krotnie. Wcześniejsze badania wskazywały na wzrost zakażeń HIV wokół granic z Kazachstanem, blisko głównych szlaków przemytu heroiny i opiodów z Afganistanu. Duża liczba osób przyjmujących narkotyki w iniekcjach jest efektem braku terapii substytucyjnej, a dostęp do wymiany igieł i strzykawek zmniejszył się gwałtownie po wycofaniu się Rosji z Global Fund. Ale wcześniej też nie było z tym dobrze. Używanie prezerwatyw jest odradzane przez organizacje promujące wierność i tradycyjne wartości, a rosnące wpływy Cerkwi sprawiają, że niewiele miejsca pozostaje na edukację seksualną. Autorzy analizy kończą ją wnioskiem, że zmniejszenia częstości nowych zakażeń HIV nie będzie można osiągnąć bez poprawy dostępu do terapii substytucyjnej, wymiany igieł i strzykawek, zwiększenia dostępności programów edukacyjnych i profilaktycznych i zwiększenia dostępu do terapii antyretrowirusowej [639].
 - pojawia się coraz więcej doniesień o brakach leków antyretrowirusowych. Pacjenci, szczególnie osadzeni w więzieniach, mają zamieniane nowe leki na leki starszych generacji lub pozostawia się ich bez leczenia. W latach 2013 – 2019 przybywało od 80 000 do 100 000 nowych zakażeń rocznie, choć w ostatnich 2 latach ta liczba obniżyła się do 60 000. Całkowita liczba osób zakażonych HIV waha się od 850 000 (dane Ministerstwa Zdrowia) do 1,3 mln (według Russian AIDS Centre). Spośród zakażonych, według oficjalnych danych z 2021 roku, bezpłatne leczenie antyretrowirusowe otrzymuje 660 821 osób. Osoby nieleczone albo nie mają wskazań do rozpoczęcia leczenia, albo nie zgłaszają się na leczenie z obawy o napiętnowanie i przemoc wobec nich, albo nie mogą zarejestrować się do lekarza prowadzącego leczenie. Ale dla leczonych braki leków stają się coraz większym problemem. W ubiegłym roku the International Treatment Preparedness Coalition (ITPC) podawała, że w budżecie państwa zabrakło 10 mld rubli (125 mln dolarów) na leki antyretrowirusowe. Ministerstwo Zdrowia zaczęło więc kupować leki z budżetu na rok 2003. Do końca 2022 roku wykorzystano 1/3 pieniędzy przeznaczonych na rok następny. Rząd zapowiedział, że budżet na leczenie HIV w latach 2003–2025 będzie wynosił 37 mld rubli rocznie i nie będzie zwiększany. Ale liczba zakażeń HIV będzie w tym czasie wzrastać, więc problem będzie narastał. Niektórzy eksperci wątpią, by znalazły się dodatkowe fundusze. „Po rozpoczęciu wojny państwo oszczędza na wszystkim czego nie uważa za priorytet” [640].
- **Sierra Leone** – kraj leżący w Afryce zachodniej, zamieszkiwany przez 8,5 mln ludzi – doświadcza rosnącej prevalencji zakażeń HIV, a czynnikami zwiększającymi ryzyko są bieda, ograniczenia ekonomiczne, trwające przez dekadę konflikty społeczne oraz epidemia spowodowana wirusem Ebolą, która pochłonęła ponad 4 000 ofiar. To wszystko utrudnia skuteczną profilaktykę HIV, szczególnie w populacji osób mających mniej niż 24 lata. Ponad 70% młodych ludzi zgłasza się po raz pierwszy do lekarzy w zaawansowanym stadium zakażenia HIV. Terapia antyretrowirusowa też nie jest łatwo dostępna, ale nawet wśród leczonych osób supresja wirusa obserwowana jest u około 26% dorosłych, jeszcze niższa jest wśród nastolatków [641].
- **Uganda** – wprowadzono ustawę skierowaną przeciwko homoseksualistom, opartą na dawnym prawie kolonialnym, zastrzegającą kary za zachowania homoseksualne. Wprowadzono karę śmierci za „uporczywą homoseksualność” dla seryjnych „przestępców”, ludzi cierpiących na nieuleczalne, terminalne choroby, ludzi mających więcej niż 75 lat i sprawców gwałtów. Dzieci poniżej 18 roku życia będą mogły być osadzone w więzieniach na czas do 3 lat. Przestępstwem stanie się „promowanie homoseksualizmu” i nie zgłoszenie aktu homoseksualnego. Niektóre kraje Afryki złagodziły anty-gejowskie prawa (Angola, Gabon, Botswana, Seszele, Mozambik, Lesoto i RPA), a inne zastrzyły – po dekadach kampanii prowadzonych na tym kontynencie przez ultrakonserwatywne organizacje wyznaniowe z USA (w tym Uganda, Kenia i Ghana). W 2022 roku prevalencja zakażeń HIV wśród MSM w Ugandzie wynosiła 12,7% (6,3% u wszystkich mężczyzn), w dodatku mają oni gorszy dostęp do terapii antyretrowirusowej (13%) niż populacja ogólna (86%), [642].
 - w analizie powodów późnych zgłoszeń się do lekarzy pacjentów w zaawansowanym stadium infekcji HIV (CD4 poniżej 200/mm³) podano, że znaczna część z nich była w depresji, a choć wsparcie społeczne jest większe dla późno zgłaszających się osób niż dla wcześniej, ale i tak jest niewielkie. W dodatku im silniejsza depresja tym wsparcie mniejsze. Zarówno mężczyźni, jak i kobiety mówili, że kobiety nie zgłaszają się do lekarzy, bo to powoduje ujawnienie statusu HIV partnerowi (kobiety często dowiadują się o swoim zakażeniu będąc w ciąży), [643].

- hasło **Światowego Dnia AIDS: Pozwólmmy przewodzić społecznościom. Let communities lead.**



(https://www.unaids.org/en/World_AIDS_Day)

Polska – 2023

- 14 kwietnia zmarł **Wojciech Tomczyński**, współzałożyciel stowarzyszenia „Bądź z nami”, twórca stowarzyszenia „Sieć plus”.
- 26 maja weszły w życie dwa rozporządzenia Ministra Zdrowia, na mocy których zdecydowano o zniesieniu stosowania skali Barthel jako podstawowego czynnika przy kwalifikowaniu pacjenta chorego na AIDS do leczenia w oddziale opiekuńczo-leczniczym i możliwości przebywania w nim. W tej skali oceniana jest zdolność pacjenta do wykonywania codziennych czynności. Wynik 40 lub mniej punktów stanowi kryterium kwalifikacyjne do objęcia świadczeniami, a wynik powyżej 40 punktów jest podstawą do wypisania z zakładu opiekuńczego. Jednak osoba chora na AIDS często funkcjonuje w miarę sprawnie do ostatnich dni życia, a opieka nad nią polega, między innymi, na wsparciu w prawidłowym stosowaniu terapii antyretrowirusowej, leczeniu infekcji oportunistycznych, zapewnieniu konsultacji specjalistycznych. Dzięki kompleksowej i profesjonalnej opiece w zakładzie opiekuńczym często udawało się poprawić stan zdrowia pacjentów do tego stopnia, że nie spełniali już wymogu kwalifikacyjnego wyrażonego w skali Barthel, w związku z czym musieli być wypisani, a to powodowało często znaczne pogorszenie się ich stanu zdrowia, zarówno psychicznego jak i somatycznego oraz nierzadko przerwanie terapii antyretrowirusowej. Konieczna była hospitalizacja, a następnie ponowne oczekiwanie na miejsce w zakładzie opiekuńczym. Zmiany były długo oczekiwane przez środowisko osób pracujących z pacjentami żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS i są odpowiedzią na liczne postulaty, m.in. Krajowego Centrum ds. AIDS, Ośrodka Readaptacji Stowarzyszenia Solidarni „PLUS” EKO „Szkoła Życia” w Wandzinie, Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS i innych organizacji. ^[644]
- 15 czerwca **Ośrodek Readaptacji Stowarzyszenia Solidarni „PLUS” EKO „Szkoła Życia”** w Wandzinie świętował 30-lecie swojej działalności. Jest to największy tego typu ośrodek w Polsce, dysponujący 180 miejscami, udzielający wielopłaszczyznowej pomocy medycznej, psychoterapeutycznej, prawnej, socjalno-bytowej duszpasterskiej. W ramach struktury organizacyjnej ośrodka funkcjonuje oddział opiekuńczo-leczniczy dla osób żyjących z HIV oraz dla niepełnosprawnych seniorów, oddział terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu oraz uzależnień behawioralnych. Uzupełnieniem dla realizowanych programów zdrowotnych jest centrum rehabilitacji leczniczo-ruchowej, warsztat terapii zajęciowej oraz poradnia stomatologiczna. EKO „Szkoła Życia” prowadzi na szeroką skalę działalność profilaktyczną z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom i zakażeniom HIV. Co roku z warsztatów korzysta ponad 1000 osób, w tym uczniowie i pracownicy służb mundurowych, lecznictwa i opieki socjalnej. Trzon pomocy pozamedycznej udzielanej w Wandzinie stanowią liczne projekty z zakresu reintegracji zawodowej, społecznej i rodzinnej. W ramach działalności wspierającej placówka prowadzi certyfikowane ekologiczne gospodarstwo rolno-hodowlano-przetwórcze, realizując liczne programy z obszaru ochrony różnorodności biologicznej i edukacji ekologicznej. Ośrodek korzysta z infrastruktury ekologicznej, do której należy mechaniczno-biologiczna oczyszczalnia ścieków, bio-masowy system grzewczy oraz instalacja kolektorów słonecznych. Ponadto, EKO „Szkoła Życia” prowadzi przygotowania do kompleksowej modernizacji systemu zasilania energetycznego i budowy farmy fotowoltaicznej o mocy 200kW, której realizacja zaplanowana na 2024 rok. Funkcjonuje tu też regularna jednostka Ochotniczej Straży Pożarnej (OSP), którą tworzą pacjenci, wolontariusze i pracownicy. Aktywizacja pacjentów i ich bezpośredni udział w życiu OSP jest skuteczną formą readaptacji społecznej, niezwykle ważną dla powodzenia procesu terapeutycznego. Przewodniczącym Zarządu Głównego Stowarzyszenia Solidarni „PLUS” jest Donat Kuczewski, a Agnieszka Golińska sprawuje funkcję Dyrektora Ośrodka Readaptacji Stowarzyszenia Solidarni EKO „Szkoła Życia” w Wandzinie ^[645].



- ♦ w Warszawie w dniach 18 – 21 października odbyła się **19. Europejska Konferencja dotycząca AIDS – 19th AIDS Conference**, pod hasłem „It's time to revisit”. Przedstawiano na niej, między innymi, następujące kwestie:
 - dolutegrawir, lek występujący w wielu kombinacjach, takich jak Dovato, Juluca i Triumeq, może powodować nadmierne krzepnięcie krwi poprzez aktywację płytek krwi. Kiedy płytki zostały poddane działaniu leku w stężeniach zwykle obserwowanych u osób go stosujących, ich aktywność krzepnięcia wzrosła ponad trzykrotnie. Były to eksperymenty laboratoryjne i uzasadniona jest dalsza ocena kliniczna osób żyjących z wirusem HIV ^[646].
 - w jednej z poradni zajmującej się PrEP w Paryżu przeanalizowano skłonność kobiet do przyjmowania tej profilaktyki. Analizowano okres od kwietnia 2017 roku, w którym 161 kobiet ją rozpoczęło, ale do kwietnia 2023 roku 90 z nich zrezygnowało. Kobiety transpłciowe o 64% mniej chętnie ją przerywały niż kobiety cis – innymi słowy cis kobiety 2,78 razy chętniej odstawiały PrEP. Połowa cis kobiet przerywała ją po 5 miesiącach, połowa kobiet trans po 20 miesiącach. W kwietniu 2023 roku tylko 16% kobiet cis przyjmowało w dalszym ciągu PrEP ^[647].
 - UKRAINA – Olga Gvozdecka, zastępczyni dyrektora generalnego Centrum Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia Ukrainy, mówiła, że opieka zdrowotna świadczona jest w sytuacji, gdy 414 szpitali zostało uszkodzonych lub zniszczonych, w tym 29 zajmujących się opieką medyczną nad ludźmi żyjącymi z HIV, 24 pracowników opieki zdrowotnej zostało zabitych lub poważnie rannych. Nie wiadomo, jak wygląda opieka nad zakażonymi HIV w okupowanych częściach prowincji Ługańsk, Donieck i Mikołajów. Liczba osób mieszkających na obszarach kontrolowanych przez rząd zmniejszyła się ze 130 000 w 2021 roku do nieco ponad 121 000 teraz, spadek o 7%. Liczba nowych zakażeń zmniejszyła się z 16 6548 w 2011 roku do 12 292 w 2022 roku, a odsetek późnych rozpoznań (przy liczbie komórek CD4 niższej od 350/mm³) wzrósł z 56% do 65%. W 2022 roku 85% funduszy na HIV/AIDS dostarczał the Global Fund i PEPFAR, w 2023 roku nie ma krajowych pieniędzy na HIV.
 - Dr Tetiana Koval z Uniwersytetu Medycznego w Połtawie, prowincji o drugiej częstotliwości zakażeń, po Odessie, mówiła, że poważne ograniczenia związane z pandemią COVID-19, a następnie rozpoczęcie wojny na Ukrainie w lutym 2022 roku spowodowały znaczne zakłócenia w wykonywaniu testów na HIV i w programach leczenia w niektórych regionach. Wielu pacjentów zakażonych HIV zostało wysiedlonych do innych regionów Ukrainy i za granicę. Naszym celem było zbadanie wpływu ograniczeń związanych z pandemią COVID-19 i skutków wojny na późną diagnostykę zakażenia wirusem HIV na Ukrainie. Przeanalizowano dane medyczne 747 nowo zdiagnozowanych pacjentów zakażonych HIV, zarejestrowanych w Regionalnym Centrum HIV/AIDS w Połtawie (Ukraina) w okresie od stycznia 2019 r. do grudnia 2022 r. Pacjentów z niską liczbą CD4 <350 komórek/mm⁴ i/lub chorobami wskaźnikowymi AIDS zdefiniowano jako osoby późno zgłaszające się. Porównaliśmy dane z dwóch grup pacjentów – tych, którzy zarejestrowali się w 2019 roku (przed COVID-19) (n=372) oraz tych, którzy zostali zdiagnozowani po rozpoczęciu obostrzeń w związku z Covid-19 oraz wojną i masowymi wysiedleniami ludności na Ukrainie (2020-2022) (n=375). Liczba nowych przypadków w poradni znacząco spadła z 372 przypadków w 2019 roku do 139 przypadków w 2020 roku po rozpoczęciu pandemii Covid-19. Najmniejszą liczbę przypadków HIV w ciągu ostatnich 20 lat zarejestrowano w 2022 r. (n=105) już po rozpoczęciu wojny. Nie stwierdzono różnic w charakterystyce społecznej i demograficznej pacjentów w obu grupach – 54,6% vs 56,5% stanowili mężczyźni, średni wiek 42 vs 40 lat, częstość transmisji heteroseksualnej – odpowiednio 71,8% vs 76,5%. Jednakże najniższa liczba komórek CD4 wśród pacjentów zdiagnozowanych w latach 2020–2022 była znacząco niższa – 202 w porównaniu z 293 komórkami/mm⁴ (p=0,035), a większość pacjentów zidentyfikowano jako późnych zdiagnozowanych (59,7% w porównaniu z 42,2%) (p=0,05). Ograniczenia związane z epidemią COVID-19, masowe przesiedlenia ludności i utrudniony dostęp do testów spowodowane aktywną wojną na Ukrainie doprowadziły do spadku wykrywalności wirusa HIV i wzrostu liczby osób późno zakażonych ^[648].
 - Olga Gvozdecka przypominała o emigracji wewnątrz Ukrainy – około 5 mln osób przeniosło się ze wschodnich obszarów kraju do względnie bezpiecznych zachodnich, wielu wyjechało dalej za granicę. Nie wiadomo, czy na okupowanych terenach kraju ludzie otrzymują leczenie HIV, ale to samo dotyczy obszarów będących wciąż w rękach Ukraińców, gdzie toczą się ciężkie walki, jak w Charkowie. I chociaż nie ma jeszcze dowodów, nie wiemy czy wojna w Ukrainie doprowadzi do wzrostu liczby zakażeń HIV – widzimy już późne rozpoznania. Ale nawet jeśli wojna zatrzyma się jutro, odtworzenie ukraińskiej opieki zdrowotnej będzie kosztowało przynajmniej 10 miliardów dolarów. Powiedziała: „Wojna zmieniła wszystko od 24 lutego 2022 roku” ^[649].
 - Miłosz Parczewski mówił, że od początku rosyjskiej inwazji na Ukrainę Polska nie tylko zapewnia opiekę już zdiagnozowanym osobom zakażonym wirusem HIV (PWH), ale także diagnozuje znaczną liczbę nowych zakażeń wirusem HIV wśród ukraińskich migrantów i uchodźców. Poniżej prezentujemy dane kliniczne i wyniki leczenia w tej grupie. Przeanalizowano dane kliniczne, laboratoryjne, demograficzne i sekwencyjne 216 ukraińskich pacjentów z nowo zdiagnozowanym wirusem HIV-1 w polskich ośrodkach. Większość pacjentów to osoby heteroseksualne (60,2%), kobiety (55,5%), mediana wieku 37 lat, wyjściowe miano wirusa HIV-1 wynosi 4,93 log kopii/ml i liczba limfocytów CD4 wynosząca 189. Najbardziej rozpowszechniony był wariant A6 z częstą

nienukleozydową opornością na odwrotną transkryptazę (14,4%), głównie dotyczącą ryłpiwiryny. U 40% pacjentów HIV rozpoznano na etapie AIDS, natomiast u 69,7% pacjentów rozpoznano późno. Gruźlica była najczęstszą infekcją oportunistyczną (n=27, 39,7%, w tym 25,9% z lekoopornością na gruźlicę). Najpopularniejszymi początkowymi kombinacjami leków antyretrowirusowych były BIC/FTC/TAF (48,9%), następnie TDF/FTC+DTG (24,2%), 2NRTI+Raltegrawir (7,3%) i 3TC/DTG (6,7%). Niewykrywalne miano wirusa zaobserwowano u 91,2% pacjentów po 6-12 miesiącach leczenia, przy średnim wzroście liczby limfocytów CD4 wynoszącym 82 (IQR:21-163) komórek/ μ l. W grupie migrantów z Ukrainy zakażenie wirusem HIV było często rozpoznawane późno i często wiązało się z gruźlicą. Przenoszona oporność na ryłpiwirynę była częsta, jednak leczenie antyretrowirusowe inhibitorami integrazy gwarantowało wysoki odsetek powodzenia wirusologicznego w tej grupie ^[650].

- Prof. Miłosz Parczewski mówił też, że w 2021 roku zakażenie HIV rozpoznano u 1046 urodzonych w Polsce osób to przybycie w ciągu 18 miesięcy 3 396 osób wymagających leczenia stanowiło duże wyzwanie dla kraju, w którym leczonych jest około 20 000 osób. Osoby zdiagnozowane i leczone w Ukrainie mają średnią liczbę komórek CD4 561/ mm^3 . Ale rośnie też liczba rozpoznania po przybyciu do Polski, przy czym prawie 70% to późne rozpoznania. Spośród nich 40% (lub 28% wszystkich zdiagnozowanych) ma choroby definiujące AIDS, najczęściej gruźlicę, 11% z nich lekooporną gruźlicę. Wśród zdiagnozowanych około 2/3 to kobiety, a 65% z nich zakażyło się przez kontakty heteroseksualne, 35% nabyło zakażenie poprzez przyjmowanie narkotyków w iniekcjach ^[650].
- Dr Nicklas Brown ze szpitala Chelsea & Westminster w Londynie podkreślił, że najczęściej spotykaną przyczyną zmiany leczenia była nietolerancja leku, a najrzadziej – niepowodzenie leczenia. Badacze zebrali dane medyczne dotyczące 10 905 osób zakażonych wirusem HIV z czterech londyńskich klinik, które zmieniły leczenie w okresie od sierpnia 2021 do stycznia 2022 roku. W tym okresie zmieniono 984 schematy leczenia, co daje roczny wskaźnik zmiany leczenia wynoszący 18%. Trzydzieści siedem procent wszystkich zmian było spowodowanych nietolerancją leku (toksycznością). Jednakże wskaźniki nietolerancji nie rozkładały się równomiernie pomiędzy różnymi lekami. Efavirenz obecny w Atripla odpowiadał za jedną czwartą wszystkich zmian związanych z nietolerancją. Nic dziwnego, że trzy czwarte wszystkich przypadków nietolerancji efawirenu wynikało z zaburzeń ośrodkowego układu nerwowego i neuropsychiatrycznych skutków ubocznych. Trzyście procent nietolerancji efawirenu wiązało się z problemami sercowo-naczyniowymi. Drugą najczęstszą zmianą związaną z nietolerancją była zmiana na dizoproksyl tenofowiru (TDF), który jest obecny w wielu schematach leczenia zawierających jedną tabletkę i stanowi 23%. Spośród nich 39% wynikało z negatywnego wpływu na zdrowie kości, a 57% na czynność nerek – dwa dobrze znane skutki uboczne związane z TDF. Wysoki odsetek osób rezygnujących z TDF może również wynikać z dostępności potencjalnie bezpieczniejszej alternatywy – alafenamidu tenofowiru (TAF). Dolutegrawir, składnik leków Triumeq, Juluca i Dovato, znalazł się w pierwszej trójce leków najczęściej zmienianych z powodu nietolerancji, co doprowadziło do 13% wszystkich zmian w leczeniu związanych z nietolerancją. Spośród nich 60% zaprzestało stosowania dolutegrawiru z powodu neuropsychiatrycznych działań niepożądanych, a 17% z powodu przyrostu masy ciała – ponownie dobrze scharakteryzowane działania niepożądane leku. Innymi lekami częściej odstawianymi z powodu nietolerancji były abakawir (12% zmienianych głównie ze względu na negatywny wpływ na zdrowie serca), dorawiryna (5% zmienianych głównie z powodu neuropsychiatrycznych skutków ubocznych) i alafenamid tenofowiru (5%). Na podstawie wskaźników zmiany leku z powodu nietolerancji leku obliczono współczynnik zmiany każdego leku ze względu na toksyczność. Na każde 1000 osób przyjmujących efawirenz rocznie, 87 osób przestało go przyjmować. Podobnie 57 na 1000 osób rocznie przestawiało się na abakawir, 33 na 1000 osób przestawiało się na dolutegrawir, a 23 na 1000 osób przestawiało się z dorawiryny. W przypadku wszystkich pozostałych narkotyków wskaźnik zmiany leku nie przekraczał 20 na 1000 osób rocznie. Drugą najczęstszą przyczyną powodującą 33% wszystkich zmian w tej grupie były interakcje leków, które mogą odzwierciedlać starzenie się wielu osób zakażonych wirusem HIV. Wraz z wiekiem leczenie innych przewlekłych schorzeń może zwiększać prawdopodobieństwo niepożądanych interakcji lekowych. Jednym z przykładów jest zdolność „wzmocniaczy”, takich jak rytonawir i kobicystat, do zwiększania stężeń wielu innych leków. Na szczęście większość nowszych leków na HIV charakteryzuje się mniejszą liczbą interakcji. Uproszczenie leczenia było trzecią najczęstszą przyczyną, która odpowiadała za 17% wszystkich zmian. Najczęściej obserwowanym uproszczeniem było przejście z Triumeqa na Dovato. Oznacza to przejście z pigułki składającej się z trzech leków, zawierającej dolutegrawir, lamiwudynę i abakawir, na pigułkę dwulekową zawierającą dwie pierwsze cząsteczki, ale bez abakawiru. Co istotne, najrzadziej występującym powodem zmiany leczenia była nieskuteczność, stanowiąca zaledwie 3% wszystkich zmian ^[651].

- ♦ ukazała się książka Bartosza Żurawieckiego „Ojczyzna moralnie czysta. Początki HIV w Polsce”, Wydawnictwo Czarne, Wołowiec, 2023.
- ♦ jak podaje Zakład Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru NIZP PZH – PIB od 1 stycznia do 30 listopada odnotowano w Polsce:

- nowych zakażeń HIV – **2 688** (w analogicznym okresie roku ubiegłego – 2 101),
 - AIDS – **171** zachorowań (w analogicznym okresie roku ubiegłego – 115),
 - rzeżączka – 1 282 (w analogicznym okresie roku ubiegłego – 1 631),
 - kiła – 2 899 (w analogicznym okresie roku ubiegłego – 1 631),
 - kiła wrodzona – 6 (w analogicznym okresie roku ubiegłego – 5),
 - zakażenia SARS CoV 2 (COVID19) – 240 676 (w analogicznym okresie roku ubiegłego – 2 330 879 (https://www.wd.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2023/INF_23_11B.pdf [dostęp: 6.12.2023])).
- ♦ na stronie internetowej Krajowego Centrum pojawił się apel do lekarzy:



- ♦ Na 30. Konferencji „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie” **czerwone kokardki** otrzymali:
- Środowiska medyczne:
 - ♦ dr Karolina Lisek, Wojewódzki Szpital Zakaźny, Warszawa,
 - ♦ dr Agnieszka Wróblewska, ginekolog. Wojewódzki Szpital Zakaźny, Warszawa,
 - ♦ dr Iwona Cielniak, Wojewódzki Szpital Zakaźny, Warszawa,
 - ♦ Ewa Dzierzkowska, Wojewódzki Szpital Zakaźny, Warszawa,
 - Działalność profilaktyczna:
 - ♦ Anna Sadowska, PKD, Chmielna, Warszawa,
 - ♦ Agnieszka Świdorska, PKD, kluby, festiwale, i in.,
 - Działalność organizacyjna:
 - ♦ Grzegorz Jezierski, SKA, Warszawa,
 - ♦ dr Mateusz Pliczek, Stowarzyszenie „Jeden Świat”, Kraków,
 - Instytucje:
 - ♦ Marcin Grzesiak, Krajowe Centrum ds. AIDS,
 - Działalność prywatna:
 - ♦ DRUGA MARYLA, od lat wspierająca działalność Zjednoczenia „Pozytywni w Tęczy”, Warszawa.
- ♦ Zjednoczenie „Pozytywni w Tęczy” po raz trzeci przeprowadziło internetowe głosowanie wśród osób żyjących z HIV w Polsce, którzy wybierali „Lekarza na plus”. Tym razem laureatką plebiscytu została dr n. med. Ewa Pietraszkiewicz z Warszawy.
- ♦ 20 grudnia Minister Zdrowia Izabela Leszczyna powołała na stanowisko Konsultanta Krajowego ds. Chorób Zakaźnych prof. Miłosza Parczewskiego, pełniącego też funkcje wiceprezesa European AIDS Clinical Society (EACS) i prezesa Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS (PTNAIDS), pracuje w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Szczecinie, w którym kieruje oddziałem obserwacyjno-zakaźnym, chorób tropikalnych i nabytych niedoborów immunologicznych i na Pomorskim Uniwersytecie Medycznym. Tym samym stanowisko to opuścił prof. Andrzej Horban, piastujący je przez 18 lat, od 2005 roku ^[652].

Poglądy i opinie wyrażone w kalendarium są poglądami autorki i nie powinny być interpretowane jako oficjalne poglądy Krajowego Centrum ds. AIDS.

Dr n. med. Dorota Rogowska-Szadkowska
Ostatnia aktualizacja: 22 grudnia 2023 roku

Piśmiennictwo:

1. Matshalaga NR, Powell G. Mass orphanhood in the era of HIV/AIDS. Bold support for alleviation of poverty and education may avert a social disaster. *Brit Med J.* 2002; 324: 185-6.
2. Sidley P. Doctor reprimanded for giving antiretroviral drug to baby who was raped. *Brit Med J.* 2002; 326: 191.
3. Sidle P. Mbeki forced to do turn over AIDS drugs. *Brit Med J.* 2002; 324: 997.
4. Smegmo R. HIV/AIDS – problems, progress, and direction. *South Afr J Epidemiol Infect.* 1999; 14: 90-91.
5. AP. Meet Kami, the HIV-positive Muppet. *The Sydney Morning Herald.* September 16, 2002.
<https://www.smh.com.au/entertainment/tv-and-radio/meet-kami-the-hiv-positive-muppet-20020919-gdfn80.html> [dostęp: 12.10.2005].
6. Sidley P. AIDS: censoring the prevention message, *Brit Med J.* 2002; 325: 448.
7. Fisher I. AIDS in Ukraine jumps to the general population. *New York Times* 2002, January 23.
<http://www.mapinc.org/drugnews/v02/n114/a08.html?2330> [dostęp: 15.11.2022].
8. Murray I. Brazil's passion for football condoms. *BBC News*, 2002, April 7. <http://news.bbc.co.uk/2/hi/americas/1914998.stm> [dostęp: 15.11.2022].
9. Herek GM, Capitanio JP, Widaman KF. HIV related sigma and knowledge in the Unites States: prevalence and trends 1991-1999. *Am J Publ Health* 2002; 92: 371-7.
10. WHO Heath update: Afghanistan. WHO, 2002. June 9.
11. Haas A. Hopes rise for patients with drug resistant HIV. *Brit Med J.* 2002; 325: 62.
12. Crutan C, Aasandi S, Nica M, et al. The sunflower-smile day clinic network, Romania, a feasible and cost effective mode of care in developing country. XIV International AIDS Conference, Barcelona, 2002; MoPeG4195.
13. Rogowska-Szadkowska D. HIV/AIDS na świecie: Rumunia. www.aids.gov.pl Zakładka HIV/AIDS na świecie, aktualizacja: kwiecień 2006r.
14. Boseley S. 13,4 million children are AIDS orphans. *The Guardian*, 2002; July 11.
15. Fafard P. Public health understanding of policy and power: lessons from INSITE. *Journal of Public Health* 2012;89(6):905-914.
16. Gandeey A. US slams Canada over Vancouver's new drug injection site. *CMAJ* 2003;169:1063.
17. Wood E, Kerr T, Montaner JS, et al. Rationale for evaluating North America's first medically supervised safer-injecting facility. *Lancet Infect Dis* 2004;4:301-6.
18. Kerr T, Wood E, Small D, Palepu A, Tyndall MW. Potential use of safer injecting facilities among injection drug users in Vancouver's Downtown Eastside. *CMAJ* 2003;169:759-63.
19. Mbulaiteye SM, Mahe C, J A G Whitworth JAG, et al. Declining HIV-1 incidence and associated prevalence over 10 years in a rural population in south-west Uganda: a cohort study. *Lancet*, 2002; 360(9326) 41-46.
20. CDC. FDA approves new rapid HIV test kit. *MMWR* 2002; 51(46): 1051-1051.
21. Rogowska-Szadkowska D, Bułhak V, Ostaszewska-Puchalska I, et al. Anonymous HIV testing in Białyostok (Poland) – experience from the first 6 months of consulting and diagnostic center activity. *HIV AIDS Rev.* 2004; 3(1): 39-42.
22. Rosińska M, Werbińska B. AIDS i zakażenia HIV w 2002 roku. *Przegl Epidemiol* 2004;58:171-81.
23. Carrol R. Swaziland has world's highest AIDS rate. *The Guardian* 2003; January 3.
<https://www.theguardian.com/world/2003/jan/03/aids.rorycarroll> [dostęp: 10.10.2005].
24. Guidelines for cultivating Cannabis for medicinal purposes, {Voorschriften voor de Verbouw van Cannabis vor Medicinale Doeleinden}. Annex to the Regulation of the Minister of Health, Welfare and Sport of January 2003, GMT/BMC 2340685, containing policy guideline for the decision on applications for Opium Act exemptions (Policy guidelines Opium Act Exemptions), (authorized English translation). *J Cannabis Therapeut.* 2003; 3(2): 51-61.
25. Sibbald B. Pharmacies, not MDs, should distribute medicinal marijuana: chair. *Can Med Assoc J.* 2003; 169(8): 823
26. Erkens JA, Janse AFC, Herings RMC. Limited use of medicinal cannabis but for labeled indication after legalization. *Pharmacoepidemiol Drug Safety* 2005; 14: 821-822.
27. Hazekamp A. An evaluation of the quality of medicinal grade cannabis in the Netherland. *Cannabinoids* 2006; 1: 1-9.
28. Kwakwa H, Ghobrial MW. Female-to-female transmission of human immunodeficiency virus. *Clin Infect Dis* 2003; 36: e40-1.
29. Drazen JM, Ingelfinger JR. Grants, politics, and the NIH. *New Engl J Med.* 2003; 349(23): 2259-2261.
30. Kempner J. The chilling effect: how do researchers react to controversy? *PLoS Med.* 2008; 5(11): e222.
31. Josephson D. Haemophilia patients launch action against Bayer over contaminated blood products. *Brit Med. J.* 2003; 326(7402): 1286.
32. Muldrew BL. Drug enforcement: Controlled Substances Act inapplicable to medicinal marijuana. *J Law Medicine Ethics.* 2004; 32: 371-372.
33. Abrams DI, Jay CA., Shade SB, et al., Cannabis in painful HIV-associated sensory neuropathy. A randomized placebo-controlled trial. *Neurology* 2007; 68: 515-521.
34. Harris G., F.D.A. dismisses medical benefit from marijuana. *New York Times*, 24.04.2006,
<http://www.nytimes.com/2006/04/21/health/21marijuana.html> [dostęp: 30.01.2016].
35. Youle M, Wainberg M. Could chemoprophylaxis be used as an HIV prevention strategy while we wait for an effective vaccine? *AIDS* 2003;17:937-8.
36. Jackson JB, Burnett S, Piwowar-Manning E, et al. A phase I/II study of nevirapine for pre-exposure prophylaxis of HIV-1 transmission in uninfected subjects at high risk. *AIDS* 2003;17:547-553.
37. CDC. Serious adverse events attributed to nevirapine regimens for postexposure prophylaxis after HIV exposures – worldwide, 1997 – 2000. *MMWR* 2001;49: 1153-6.
38. Bentley M. Cuba leads the way in HIV fight. *BBC News*, 2003, February 17.
39. McCarty M. HIV vaccine fails in phase 3 trial. *Lancet* 2003; 361: 755-6.
40. Baleta A. S Africa's AIDS activists accuse government for murder. *Lancet* 2003; 361: 1105.
41. Webster P. World Bank approves loan to help Russia to tackle HIV/AIDS and tuberculosis. *Lancet* 2003; 361: 1355.
42. Burgermeister J. Three quarters of Russia's prisoners have serious diseases. *Brit Med J* 2003;327:1066.
43. CDC. Advancing HIV prevention: new strategies for a changing epidemic – United States. *MMWR* 2003; April 18.
44. Rankin WW, Brennan S, Schell E, Laviwa J, Rankin SH. The stigma of being HIV-positive in Africa. *PLoS Med.* 2005;8:e237.
45. Karamagi CA, Tumwine JK, Tylleskar T, Heggenhougen KH. Antenatal HIV testing in rural eastern Uganda in 2003: incomplete rollout of the prevention of mother-to-child transmission of HIV programme? *BMC Int Health Hum Rights.* 2006; 6(1): 6.
46. Cohen J. ABC in Uganda: success or subterfuge? *HIV/AIDS Policy Law Rev.* 2005; 10(2): 23-24,

47. Wawer MJ, Serwadda D, Gray RH, et al. Trends in HIV-1 prevalence may not reflect trends in incidence in mature epidemics: data from the Rakai population-based cohort, Uganda. *AIDS* 1997; 11: 1023-30.
48. Burton B. Supervised drug injecting room trial considered a success. *Brit Med J*. 2003;327:122.
49. Carlise D. AIDS will affect us all eventually, Mandela tells London audience. *Brit Med J*. 2003; 327: 122.
50. Fleck F. WHO issues global alert after grim report on HIV/AIDS. *Brit Med J*. 2003;327:698.
51. Johnston B. Cardinal wants health warnings on "unreliable" condoms. *Daily Telegraph*, 2003; October 14.
52. Condom controversy surprises Vatican. *Associated Press*, 2003; October 14.
53. Partiff T. Drug addiction and HIV infection on rise in Tajikistan. *Lancet* 2003; 362: 1206.
54. McCarty M. AIDS vaccine fails in Thai trial. *Lancet* 2003; 362: 1728.
55. Baleta A. South Africa approves plan for universal access to antiretrovirals. Government also pledges to upgrade health system via recruitment and training of many health care workers. *Lancet* 2003; 362: 1811-2.
56. Yardley J. China tells its public of enormity of AIDS toll. *New York Times* 2003, December 3.
57. Editorial. China's evolving response to HIV/AIDS. *Lancet* 2009; 373: 694.
58. Statement from prof. Luc Montagnier and prof. Vittorio Colizi on the Benghazi nosocomial infection. <http://www.nature.com/nature/journal/v443/n7114/extref/montagnier.pdf>. Dostępny 15 lutego 2007r.
59. Visco-Comandini U, Capiello G, Liuzzi G, et al. Libya Project Task Force. Monophyletic HIV type 1 CRF02-AG in nosocomial outbreak in Benghazi, Libya. *AIDS Res Hum Retroviruses* 2002;18:727-32.
60. de Oliveira T, Pybus OG, Rambaut A, et al. Benghazi Study Group. Molecular epidemiology: HIV-1 and HCV sequences from Libyan outbreak. *Nature* 2006; 444:836-7.
61. Final report by the National Experts Committee regarding the scientific expert opinion required in case 607/2003 – felonies/Benghazi presented to The Benghazi Appeals Court. December 28, 2001. www.nature.com/nature/journal/v443/n7117/extref/national_experts.pdf. [dostęp: 16.02. 2007].
62. Fuhrmans V. Abbott lifts price of Norvir 400%. Cost of longtime HIV drug jumps, reigniting debate over drug pricing policies. *Wall Street Journal*, December 19, 2003. <https://www.wsj.com/articles/SB107178703551970300>.
63. Nelson R. Debate over ritonavir price increase gain a momentum. *Lancet*. 2004; 364: 369.
64. Carreyrou J. Inside Abbott's tactics to protect AIDS drug. *The Wall Street Journal*, Jan 3, 2007. <https://www.wsj.com/articles/SB116778411362865429> [dostęp: 30.03.2023].
65. Watts J. AIDS in China: New legislation, old doubts. *Lancet* 2006;367:803-4.
66. Li L, Wu Z, Zhao Y, et al. Using case vignettes to measure HIV-related stigma among health professional. *Int J Epidemiol* 2007; 36: 178-184.
67. Wu S, Li L, Wu Z, et al. A brief HIV stigma reduction intervention for service providers in China. *AIDS Patient Care STDs*. 2007;22:513-20.
68. Editorial. China's evolving response to HIV/AIDS. *Lancet* 2009;373:694.
69. Cohen J. An unsafe practice turned blood donors into victims. *Science* 2004;304:1438-9.
70. Rosińska M, Werbińska-Sienkiewicz B. AIDS i zakażenia HIV w 2003 roku. *Przegl Epidemiol*. 2005; 59: 337-348.
71. UNDP. Reversing the epidemics: facts and policy options. Bratislava, 2004.
72. Brazil strikes HIV/AIDS drugs deal. January 16, 2004. <http://news.bbc.co.uk>.
73. Garrett L. The nasty game is scored in lives. *Los Angeles Times*, 30.03.2004. <https://www.latimes.com/archives/la-xpm-2004-may-30-oe-garrett30-story.html> [dostęp: 15.12.2022].
74. Cousin J. Edict limits U. S speakers at Bangkok Conference. *Science*. 2004; 304: 499-500.
75. Gambotti L and the acute hepatitis C collaborating group. Acute hepatitis C infection in HIV positive men who have sex with men in Paris, France, 2001-2004. *Euro Surveill* 2005;10:115-117.
76. Briat A, Duloust E, Galimand J, et al. Hepatitis C virus in the semen of men coinfectd with HIV-1: prevalence and origin. *AIDS* 2005;19:1827-1835.
77. Steinbrook R. After Bangkok – expanding the global response to AIDS. *N Engl J Med*. 2014; 351(8): 738-742.
78. Auerbach JD. No "access for all" to US government HIV/AIDS research. *Lancet*. 2004; 364: 109-110.
79. Csete J. Not as simple as ABC; making real progress on women's rights and AIDS. *HIV/AIDS Policy AIDS Rev*. 2004; 9(3): 68-71.
80. Obaid TA. Making Prevention work. *HIV/AIDS Policy AIDS Rev*. 2004; 9(3): 71.
81. Fleck F. Developing economics shrink as AIDS reduces workforce. *Brit Med J* 2004;329:129.
82. Report by H. E. Yoweri Kaguta Museveni, President of The Republic of Uganda, at the XV International Conference on AIDS and STDs on political commitment and accountability. Bangkok, Thailand, 12th July 2004 (www.kaisernet.org).
83. UN envoy says donor failure threatens plan to fight AIDS. *Associated Press*, 2004, March 4.
84. Whitaker B. Medis face Libyan firing squad for giving HIV to children. *The Guardian*, 2004; May 7.
85. Bass E. Fighting to close the condom gap in Uganda. *Lancet* 2005; 365: 1127-8.
86. "Engendering bold leadership: the President's Emergency Plan for AIDS Relief". First annual report to Congress. The President's Emergency Plan for AIDS Relief: September 2005. <https://2009-2017.state.gov/s/gac/rl/c14961.htm> [dostęp: 22.10.2010].
87. Semugoma P, Nemande S, Baral SD. The irony of homophobia in Africa. *Lancet* 2012;380:312-3.
88. Cohen J, Schleifer R, Tate T. AIDS in Uganda: the human rights dimension. *Lancet*. 2005; 65: 2075-2076.
89. Ross W. Uganda's HIV success questioned. *BBC News* 21.09.2004. www.bbcnews.com.
90. Rogowska-Szadkowska D. Zapobieganie zakażeniom HIV w Ugandzie. *Przegl Epidemiol*. 2009; 63: 45-48.
91. Cohen J, Schleifer R, Tate T. AIDS in Uganda: the human-rights dimension. *Lancet*. 2005; 365: 2075-2076
92. Konde-Lule JK, Wawer MJ, Sewankambo NK, et al. Adolescents, sexual behavior and HIV-1 in rural Rakai district. *AIDS* 1997; 11: 791-799.
93. Okware S, Kinoman J, Onyango S, Opio A, Kaggwa P. Revisiting the ABC strategy: HIV prevention in Uganda in the era of antiretroviral therapy. *Postgrad Med J*. 2005; 81: 625-628.
94. "Engendering bold leadership: the President's Emergency Plan for AIDS Relief." First annual report to Congress. Opublikowany 4.03.2005r. Dostępny na stronie internetowej www.unaids.gov.
95. Taylor MM, Rotblatt H, Brooks JT, et al. Epidemiologic investigation of a cluster of workplace HIV infections in the adult film industry: Los Angeles, California, 2004. *Clin Infect Dis*. 2007; 44: 301-305.
96. Woolridge E, Barton S, Samuel J, et al. Cannabis use in HIV for pain and other medical symptoms. *J Pain Symptom Manage*. 2005; 29: 358-367.

97. UNAIDS/WHO. „3 by 5” progress report. 2004, June.
https://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2004/GAR2004_en.pdf [dostęp: 20.04.2023]
98. Chale M. Gates contributes \$50 million to help AIDS fund narrow gap. *The Wall Street Journal*, July 16, 2004.
99. 10 most important development in HIV Medicine. *IAPAC Monthly*, November 2005.
100. Currier JS, Kendall MA, Zackin R[†], et al., for the AACTG 5078 Study Team. Carotid artery intima-media thickness and HIV infection: traditional risk factors overshadow impact of protease inhibitors. *AIDS* 2005; 19 :927-33.
101. UNAIDS. 2004 Report on the global AIDS epidemic.
102. Baleta A. S African president criticized for lack of focus on AIDS. *Lancet* 2004; 363: 541.
103. Bell G, Esipisu MS. African AIDS campaigner not betting on Nobel. *Reuters News Media* 2004; October 7.
104. Cohen DA, Farley TA. Social marketing of condoms is great, but we need more free condoms. *Lancet* 2004; 364: 13.
105. DH-U Haerry. USA-Einraisebestimmungen für Menschen mit HIV. *Swiss AIDS News*. 2004; 6(Dezember): 5-8.
106. Kacki M. Marcin Kacki: Krzywdziło milczenie. „Wy nie napiszecie, my nie powiemy, sprawy nie będzie”. Sprawa Kroloppa. *Gazeta Wyborcza*, Poznań, 23.02.2004. https://poznan.wyborcza.pl/poznan/7,163883,23465404,marcin-kacki-krzywdziło-milczenie-wy-nie-napiszecie-nie.html?_gl=1*1ge96sd*_gcl_au*MTk3Njg3MTg3NC4xNzAxODQ2OTk1*_ga*MjEwNTQ4NzY2Mi4xNzAxODQ2OTk1*_ga_6R71ZMJ3KN*MTcwMTg0Njk5NS4xLjEuMTcwMTg1Mjg4MS4wLjAuMA..&_ga=2.8903600.461293016.1701847360-2105487662.1701846995 [dostęp: 6.12.2023].
107. Zagórski S. Prof. Andrzej Zoll: zmienić przepisy w sprawie HIV. *Gazeta Wyborcza*, 18.02.2004. <https://wyborcza.pl/7,75248,1920881.html> [dostęp: 6.12.2003].
108. Zagórski S. Dla Gazety: Książd Arkadiusz Nowak. *Gazeta Wyborcza*, 18.02.2004. <https://wyborcza.pl/7,75248,1919331.html> [dostęp: 5.12.2013].
109. Rosińska M, Nitka A. AIDS i zakażenia HIV w 2004 roku. *Przegl Epidemiol.* 2006; 60: 515-526.
110. Mandela's eldest son dies of AIDS. *BBC News*, 2005, January 5.
111. Former minister is HIV positive. *BBC news*, 2005, January 30. http://news.bbc.co.uk/2/hi/uk_news/politics/4219501.stm [dostęp: 12.10.2023].
112. No author listed. UK: guidelines for liver transplantation for HIV-positive issued. *HIV/AIDS Policy Law Rev.* 2005; 10(2): 34.
113. Editorial. *The Lancet*. Predicting the failure of 3 by 3. *Lancet*. 2005; 365: 1557.
114. “Engendering bold leadership: the President’s Emergency Plan for AIDS Relief. First annual report to Congress. Opublikowany 4.03.2005r. Dostępny na stronie internetowej www.unaids.gov.
115. No authors listed. Holland: companies to offer life insurance to people Living with HIV/AIDS. *HIB/AIDS Policy Law Rev.* 2005; 10(2): 34.
116. Laffan G. Romania’s policy of emptying its orphanages raises controversy. *Brit Med J.* 2005; 331: 1360.
117. Big jump in S. Africa HIV cases. *BBC News* 2005, July 11.
118. Chigwedere P, Seage GR III, Gruskin S, Lee TH, Essex M. Estimating the lost benefits of antiretroviral drug use in South Africa. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2008; 49: 410-415.
119. FDA approves four generic forms of zidovudine for US sales after Retrovir’s patent expires. September 21. 2005 www.kaisernetwork.org.
120. *The Lancet*. The trials of tenofovir trials. *Lancet* 2005; 365: 1111.
121. Singh JA, Mills EJ. The abandoned trials of pre-exposure prophylaxis for HIV: what went wrong? *PLoS Med* 2005; 2: e234.
122. Merten M. The TAC is unbowed by “donkiepiels”. *Mail & Guardian*. 2005, July 15. <https://mg.co.za/article/2005-07-15-the-tac-is-unbowed-by-donkiepiels/> [dostęp: 18.12.2023].
123. Wassawa H. Thousands of Ugandans with AIDS don’t get free drugs. *Brit Med J.* 2006; 332: 1112.
124. Altman LK. U.S. blamed for condom shortage in fighting AIDS in Uganda. *New York Times*, 30.08.2005. <https://www.nytimes.com/2005/08/30/world/africa/us-blamed-for-condom-shortage-in-fighting-aids-in-uganda.html>
125. Wax E. Virginity becomes a commodity in Uganda’s war against AIDS. *NBC News*, Oct. 7, 2006. <https://www.nbcnews.com/id/wbna9615490>
126. Matsamura EK. Uganda: abstinence clashes with reality when women are powerless. *All Africa.com*. 15 May 2006. <https://allafrica.com/stories/200605160118.html>
127. Uganda: ‘Abstinence-Only’ Programs Hijack AIDS Success Story. U.S.-Sponsored HIV Strategy Threatens Youth. <https://www.hrw.org/news/2005/03/30/uganda-abstinence-only-programs-hijack-aids-success-story> [dostęp: 10.12.2023].
128. Will Ross. The battle over Uganda’s Aids campaign. *BBC News*, Kampala. <http://news.bbc.co.uk/2/hi/africa/4433069.stm> [dostęp: 12.12.2023].
129. Moszynski P. One in four African children has to work. *Brit Med J.* 2006; 332: 1112.
130. Auvert B, Taljard D, Lagarde E, et al. Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: the ANRS 1265 Trial. *PLoS Med.* 2005; 2: e298.
131. Siegfired N. Does male circumcision prevent HIV infection? *PLoS Med.* 2005; 3: e393.
132. Muula AS. On evidence in support of male circumcision in HIV prevention: what next? *PLoS Med.* 2005; 2: e66.
133. Vines J. Major potential confounder nor addressed. *PLoS Med.* 2005 ;2: e63.
134. Potterat JJ, Brever DD, Muth SQ, Brody S. The protective effect of male circumcision as a faith lift for the troubled paradigm of HIV epidemiology in Sub-Saharan Africa. *PLoS Med.* 2005; 2: e63.
135. Young H. Two groups not on all fours. *PLoS Med.* 2005; 2: e75.
136. Syes J. Male circumcision increase risk for females. *PLoS Med.* 2005; 2: e74.
137. Selemogo M. The money issue. *PLoS Med.* 2005; 2: e74.
138. Boseley S, Woldenberg S. Brazil spurns US terms for AIDS help. *The Guardian*, 2005, May 4. <https://www.theguardian.com/world/2005/may/04/brazil.aids> [dostęp: 10.11-2009].
139. Brückner H, Baerman P. After the promise: the STD consequences of adolescent virginity pledges. *J Adolescent Health.* 2005; 36: 271-278.
140. Wawer MR, Gray JH, Serwadda D, et al. Declines in HIV prevalence in Rakai, Uganda: not as simple as ABC. 12th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, 2005, LB27.
141. Shafer LA, Biraro S, Nakiyngi-Miir J, et al. Prevalence and incidence are no longer failing in southwest Uganda: evidence from a rural population cohort 1989-2005. *AIDS* 2008; 22: 1641-9.
142. Ji G, Lin C, Sun S. The impact of HIV/AIDS on families and children – a study in China. *AIDS* 2007; 21(suppl 8): S157-S161.
143. No author listed. China: alleged quarantine of HIV positive people in several provinces. *HIV/AIDS Law Policy Rev.* 2005; 10(5): 35.
144. Herget G. Methadone and buprenorphine added to the WHO list of essential medicines. *HIV AIDS Policy Law Rev.* 2005; 10: 23-24.
145. In brief. Red Cross pleads guilty to distributed tainted blood. *HIV/AIDS Law Policy Rev.* 2003; 10(2): 45.

146. Knobel B. Russia crowns HIV positive beauty. CBC News, 1.12.2005r.
www.cbsnews.com/stories/2005/12/01/world/main109245.shtml.
147. Putin says AIDS problem „serious”, spending to increase 20-fold. Bloomberg.com, September 27, 2005.
148. UNAIDS, WHO. AIDS epidemic update: December 2005, Geneva, 2005.
149. Banach R. Antykoncepcja męska czyli skuteczność i bezpieczeństwo stosowania prezerwatyw. 15. 07. 2005 r.
(www.poradnikmedyczny.pl).
150. Holmes KK, Levine R, Weaver M. Effectiveness of condoms in preventing sexually transmitted infections. Bull World Health Org 2004; 82: 454-461.
151. Izdebski Z. Ryzykowna dekada. Seksualność Polaków w dobie HIV/AIDS. Studium porównawcze 1997 – 2001 – 2005. Uniwersytet Zielonogórski, Zielona Góra, 2006.
152. Brojer E. Implementation of donor screening for infectious agents transmitted by blood by nucleic acid technology in Poland. Vox Sang. 2005; 89: 267-8.
153. Windyga J, Grabarczyk P, Stefańska E, et al. Częstość zakażeń HCV, HBV i HIV u chorych na ciężką hemofilię w Polsce: porównanie chorych urodzonych przed i po 1991 roku. Przegl Epidemiol. 2008; 62: 415-23.
154. Nitka A, Rosińska M, Bauman A. AIDS i zakażenia HIV w 2005 roku. Przegl Epidemiol. 2007; 61: 311-321.
155. Weber T. Bono bets on Red to battle AIDS. BBC News. January 26, 2006. <http://news.bbc.co.uk/2/hi/business/4650024.stm>
156. www.acf.hhs.gov/grants/pdf/HHS-2006-ACYF-AE-0099.pdf (w listopadzie 2023 roku nie można było znaleźć tego pliku).
157. Grunbaum JA, Kann L, Kinchen S, et al. Youth risk behavior surveillance – United States, 2003. MMWR Surveil Summ. 2004;53(2): 1-96.
158. United States House of Representatives, Committee on Government Reform – Minority Staff Special Investigators Division. The content of federally funded abstinence-only education programs. Prepared for Rep. Henry A. Waxman. December 2004. <https://spot.colorado.edu/~tooley/HenryWaxman.pdf> [dostęp: 12.11.2023].
159. Tanne JH. Abstinence only programmes do not change sexual behaviour, Texas study shows. Brit Med J. 2005; 330: 326.
160. Access to treatment in the USA: waiting list for ARVs in South Carolina. 5 February 2007. <https://i-base-info/htb/2759> [dostęp: 21.10.2000].
161. Rong-Gong Lin II. AIDS hospice to close down. Los Angeles Times, March 4, 2006. <https://www.latimes.com/archives/la-xpm-2006-mar-04-me-hospice4-story.html> [dostęp: 7.10.2022].
162. The Lancet. Editorial. HIV prevention policy needs an urgent cure. Lancet 2006;367:1213.
163. Hampton T. Abstinence-only programmes under fire. JAMA 2008; 299: 2013-2015.
164. Cohen J. Protect or disinhibit? New York Times, January 22, 2006. www.nytimes.com.
165. Liu AY, Grant RM, Buchbinder SP. Preexposure prophylaxis for HIV. Unproven promise and potential pitfalls. JAMA 2006; 296: 863-5.
166. Mallolas J, Arnedo M, Pumarola T, et al. Transmission of HIV-1 from an obstetrician to a patient during a caesarean section. AIDS 2006; 20(2): 285-287.
167. Malloas J, Gatell JM, Bruguera M. Transmission of HIV-1 from an obstetrician to a patient during a caesarean section. AIDS. 2006; 20(13): 1785.
168. Jagger J, Perry JL. Response to Malloas et al. Obstetrician-to-patient HIV transmission. AIDS. 2006; 20(13): 1785-1786.
169. Drucker E. Insite: Canada’s landmark safe injecting program at risk. Harm Red J 2006;3:24.
170. Small D. An appeal to humanity: legal victory in favour of North America’s only supervised injection facility: Insite. Harm Reduction Journal 2010;7:23.
171. Wodak A. Going soft on evidence and due process: Canada adopts US style harm maximization. Int J Drug Policy 2008;19:226-8.
172. Stover J, Bertozzi S, Gutierrez J-P, et al. The global impact of scaling up HIV/AIDS prevention programs in low- and middle-income countries. Science 2006; 311: 1424-6.
173. Editorial. More testing for HIV needed. Lancet 2006; 368: 1302.
174. WHO. UNAIDS. Progress on Global Access to HIV antiretrovirals.
175. Keele BF, Van Heuverswyn F, Li Y, et al. Chimpanzee reservoirs of pandemic and nonpandemic HIV-1. Science 2006; 313(5786): 523-526.
176. Editorial. HIV: compulsory testing and falling incidence? Lancet 2006; 367: 1118.
177. Editorial. Condoms and the Vatican. Lancet 2006; 367: 1550.
178. Winer RL, Hughes JP, Feng Q, et al. Condom use and the risk of genital human papilloma virus infection in young women. N Engl J Med. 2006;354:2645-54.
179. Duke K. Swiss launch naked poster campaign to stop AIDS. Brit Med J. 2007; 332:1174.
180. Vertical transmission second leading cause of HIV transmission in Uganda, researchers say. Kaiser Daily HIV/AIDS Report, June 15, 2006. www.kaisernetwork.org.
181. Quinn A. U.S. cities “ABC” of success in world AIDS fight. 12.06.2006. Reuters Health online.
182. Wakabi W. Condoms still contentious in Uganda’s struggle over AIDS. Lancet 2006; 367: 1387-8.
183. Masumbuko E, Miti J. Uganda: 130 000 got AIDS in 2005. The Monitor, 19 may 2006.
<https://allafrica.com/stories/200605180712.html>
184. Cohen J. Uganda confronts corruption, slowly. Science. 2008; 321: 522-525.
185. Cohen J. The high cost of stolen funds. Science. 2008; 321: 523.
186. Shafer LA, Biraro S, Kamali A, et al. HIV prevalence and incidence are no longer failing in Uganda – a case for renewed prevention efforts: evidence from a rural population cohort 1989 – 2005 and from ANC surveillance. XVI International AIDS Conference, Toronto, Abst. THLB0108.
187. Crane JT, Kawuma A, Oyugi JH, et al. The price of adherence: qualitative findings from HIV positive individuals purchasing fixe-dose combination generic HIV antiretroviral therapy in Kampala, Uganda. AIDS Behav. 2006; 10: 437-42.
188. Maier M, Bwana M, Emenyoonu N, Pepper L, Bangsberg DR. How to take HIV antiretroviral medications on time without a watch in rural Uganda. PLoS Medicine 2006;3:e161.
189. James JS. Prezista (darunavir, TMC-114) approved; may be important treatment advance. AIDS Treatment News, January-June 2006; No. 518: 2-3.
190. Vasagar J. Women jailed for giving boyfriend HIV. The Guardian, 20 Jun 2006.
<https://www.theguardian.com/uk/2006/jun/20/ukcrime.aids> [dostęp: 20.10.2010]
191. Steinbrook R. Message from Toronto – deliver AIDS treatment and Prevention. N Engl J Med. 2006; 355(11): 1081-1084.

192. The Lancet, August 5-11; 2006; 368(9534): okładka..
193. Microbicide update. Can Med Ass J. 2006; 175: 726.
194. Peterson L, Taylor D, Clarke EEK, et al. Findings from a double-blind, randomized, placebo-controlled trial of tenofovir disoproxil fumarate (TDF) for prevention of HIV infection in women. XVI International AIDS Conference, Toronto, 2006. Abst. THLB0101.
195. Peterson L, Taylor D, Roddy R, et al. Tenofovir disoproxil fumarate for prevention of HIV infection in women: a phase 2, double-blind, randomized, placebo-controlled trial. PLoS Clin Trials 2007; 2: e27.
196. WHO launches new plan to confront HIV-related health worker shortages. Crisis in human resources for health poses significant obstacle to global HIV/AIDS prevention and treatment. More than 4 million health workers needed to fill gaps in 57 countries. www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr37/en/index.html
197. Piot P. AIDS: from crisis management to sustained strategic response. Lancet 2006; 368: 526-530.
198. CDC. Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care setting. MMWR 2006;55 (no. RR-14):1-17.
199. Perez-Pena R. Federal Policy calling for more H.I.V. testing poses a unique challenge in New York. New York Times, October 2, 2006.
200. Hall HI, Song R, Rhodes P, et al. Estimation of HIV incidence in the United States. JAMA 2008; 300: 520-9.
201. CDC. Subpopulation estimates from the HIV incidence surveillance system – United States, 2006. MMWR 2008; 57: 985-9.
202. Ross MS, Essien EJ, Torres J. Conspiracy beliefs about the HIV/AIDS in four racial/ethnic groups. J AIDS 2006, 41, 342-344.
203. NIH News. Adult male circumcision significantly reduces risk of acquiring HIV. Trials Kenya and Uganda stopped early. Dec. 13, 2006 www3.niaid.nih.gov/news/newsrelease/2006.
204. Williams BD, Lloyd-Smith JO, Gouws E, et al. The potential impact of male circumcision on HIV in sub-Saharan Africa. PLoS Med. 2006; 3: e262.
205. UNAIDS. Report of the global AIDS epidemic 2006. (www.unaids.org).
206. Differding V. Women may be at heightened risk of HIV infection immediately after male partner is circumcised. March 12, 2007. <https://www.aidsmap.com/news/mar-2007/women-may-be-heightened-risk-hiv-infection-immediately-after-male-partner-circumcised> [dostęp: 12.10.2009].
207. Brown D. HIV study raises caution about circumcision. Washington Post, March 7, 2007.
208. Carter GT, Mirken B. Medical marijuana: politics triumphs science at the FDA. Medscape Gen Med. 2006; 8: 6. medscape.com/viewarticle/531038_print [dostęp: 30.01.2016].
209. Mallolas J, Arnedo M, Pumarola T, et al. Transmission of HIV-1 from an obstetrician to a patient during a cesarean section. AIDS 2006; 20: 285-7.
210. Mallolas J, Gattel JM, Bruguera M. Transmission of HIV-1 from an obstetrician to a patient during cesarean section. AIDS 2006;20:1785.
211. Morris K. Torture-related HIV outbreak in Kazakhstan children. Lancet Infect Dis. 2006; 6: 689.
212. Morris K. Torture continues for death-sentence medics in Libya. Lancet Inf Dis 2004;4:316.
213. Haviland P. Quiet diplomacy is not enough. Brit Med J 2004;329:409.
214. Duke K. Libya bargains with lives of imprisoned medics. Lancet 2007;369:261-2.
215. Smith AD. Medics face death while Libya uses HIV children as diplomatic pawns. The Observer, December 17, 2006. (<http://observer.guardian.co.uk/world/story/0,,1974040,00.html>).
216. Editorial. Libya's travesty. Six medical workers in Libya face execution. It is not too late for scientists to speak up on their behalf. Nature 2006;443:245.
217. Roberts RJ and 113 fellow Nobel Laureates. An open letter to colonel Muammar al-Ghaddafi. Nature 2006;444:146.
218. Ahuja SK, Aguti F, Berkhout B, et al. A plea for justice for jailed medical workers. Science 2006;314:924-5.
219. Bonn D. Outrage as Libyan court throws out vital scientific evidence. Lancet Infect Dis. 2007;7:85.
220. UNAIDS. Report of the global AIDS epidemic 2006. (www.unaids.org).
221. Uganda AIDS Commission. Moving Toward Universal Access. National HIV & AIDS Strategic plan 2007/8 – 2011/2012. Uganda AIDS Commission, Republic of Uganda, 2007. <http://www.aidsuganda.org.nsp.pdf> [dostęp: 30 czerwca 2008].
222. Human Rights Watch Honors Ugandan AIDS Activist. Outspoken Defender of Women Living With HIV/AIDS. <https://www.hrw.org/news/2006/10/31/human-rights-watch-honors-ugandan-aids-activist> [dostęp: 10.12.2023].
223. Lane T, Pettifor A, Pascoe S, Fiamma A, Rees H. Heterosexual and anal intercourse increases risk of HIV infection among young South African men. AIDS 2006; 20: 123-5.
224. Sidley P. Zuma's trial leaves confused messages on AIDS. Brit Med. J. 2006; 332: 1112.
225. Baleta A. Boost for South African AIDS programme while health minister is off sick. Lancet Infect Dis. 2007; 7: 15.
226. Watts J. Sex, drugs, and HIV/AIDS in China. Lancet 2008;391:103-4.
227. Ditmore M, Neth C. Unsafe condoms and other unsafe sex accessories. Reprod Health Matters 2006;14:171-173.
228. Podlasin RB, Wiercinska-Drapalo A, Olczak A, Beniowski M, Smiatacz T, Małolepsza E, Juszczak J, Leszczyszyn-Pnka M, Mian M, Knysz B, Horban A. Opportunistic infections and other AIDS-defining illnesses in Poland in 2000-2002. Infection 2006;34:196-200.
229. Nitka A, Rosińska M, Janiec J. AIDS i zakażenia HIV w 2006r. Przegl Epidemiol 2008;62:357-68.
230. Press statement. Cellulose sulfate microbicide trial stopped. Statement developer by the World Health Organization and UNAIDS. Geneva, 31 January 2007. www.unaids.org.
231. więcej informacji o organizacji CONRAD i badaniach preparatu Ushercell znaleźć można na stronie internetowej www.conrad.org
232. Lose N, Eg Hansen A-B, Pedersen G, et al. Survival of persons with and without HIV infection in Denmark, 1995-2005. Ann Inn Med 2007; 87: 87-95.
233. Rogowska-Szadkowska D, Chlabicz S. Czy obrzezanie mężczyzn jest dobrym sposobem na zahamowanie rozprzestrzeniania się zakażenia HIV na świecie? Przegl Epidemiol 2009; 63: 49-54.
234. Hankins K. Male circumcision: implications for women as sexual partners and parents. Reprod Health Matters 2007; 15: 62-7.
235. Uganda AIDS Commission. Moving toward Universal Access: National HIV & AIDS Strategic Plan 2007/8 – 2001-12. Uganda AIDS Commission, Republic of Uganda, 2007. www.aidsuganda.org
236. Mabumba ED, Mugenyi P, Batwala V, et al. Widow inheritance and HIV/AIDS in rural Uganda. Tropical Doctor., 2007; 37: 229-231.
237. Guest G, Shattuck D, Johnson L, et al. Acceptability of PrEP for HIV prevention among women at high risk for HIV. J Womens Health (Larchmt). 2010; 19(4) :791-798
238. Guest G, Shattuck D, Johnson L, et al Changes in sexual risk behavior among participants in a PrEP HIV prevention trial. Sex Transm Dis. 2008; 35(12): 1002-1008.

239. Check E. HIV trial doomed by design, say critics. *Nature* 2007;448:110-111.
240. Abdool Karim SS, Abdool Karim Q. Diverse approaches useful for microbicide trials. *Nature* 2007;449:424.
241. Baleta A. A second chance for microbicides. *Lancet* 2007;370:17-18.
242. Makumbi FE, Gray RH, Wawer M, et al. Male post-coital cleansing and the risk of HIV-acquisition in uncircumcised men, Rakai District, Uganda. 4th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention, Sydney, 2007. Abst. WEAC1LB.
243. Makumbi FE, Semija V, Sekasanvu J, et al. Postcoital penile washing and the risk of HIV acquisition in uncircumcised men. *AIDS*; 2016; 30: 1669-1673.
244. Imrie J, Elford J, Kippax S, Hart GJ. Biomedical HIV prevention – and social science. *Lancet.*, 2007; 10-11.
245. Timeline: Bulgarian medics trial. BBC News. <http://news.bbc.co.uk/go/pr/fr/-/2/hi/Africa/6192439.stm>
246. Libia: Kara śmierci dla pielęgniarek i lekarza zamieniona na dożywocie. 17.07.2007r. www.gazeta.pl
247. Libia/ Dożywocie zamiast śmierci dla pielęgniarek i lekarza (opis), 17.07.2007. www.gazeta.pl.
248. Rogowska-Szadkowska D. The story of Bulgarian nurses in Libya accused on no grounds of purposeful infection of children with HIV. *HIV AIDS Rev.* 2010; 9: 101-4.
249. Sidley P. People with AIDS are dying because of inadequate staffing. *Brit Med J.* 2007; 334: 1133.
250. Wakabi B. New strategies sought in Uganda as HIV infection rise. *Lancet Infect Dis.* 2008; 8: 285.
251. The Lancet. A collapse in integrity of scientific advice in UK. *Lancet* 2010; 375: 1319.
252. Merck halts study of "ineffective" HIV vaccine. 25 Sep 2007. <https://www.fiercebiotech.com/biotech/press-release-merck-halts-study-of-ineffective-hiv-vaccine> [dostęp: 20.12.2022]
253. CDC. Progress toward strengthening blood transfusion services – 14 countries, 2003-2007. *MMWR.* 2008;57:1273-1277.
254. McCree D. A plan of action for tackling HIV/AIDS among African Americans. *Am J Public Health* 2009; 99: 972.
255. Informacja ze strony internetowej Food and Drug Administration (FDA): www.fda.org.
256. WHO, UNAIDS, UN Children's Fund. Toward universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in health sector. Progress report 2008. WHO, Geneva, 2008.
257. Kruglov YV, Kobysheva YW, Saluk T, et al. The most severe HIV epidemic in Europe: Ukraine's national HIV prevalence estimates for 2007. *Sex Transm Infect* 2008 ;84(Suppl 1): i37-i41.
258. Lattimore S, Yin Z, Logan L, et al. Situation of HIV infections and STIs in the United Kingdom in 2007. *Eurosurveillance* 2008; 13(49): 2-3. www.eurosurveillance.org.
259. The Lancet. Global HIV/AIDS estimates – looping beyond the numbers. *Lancet* 2007; 370: 1802.
260. Utsumi T, Nagakawa H, Uenishi R, Kusakawa S, Takebe Y. An HIV-2-infected Japanese man who was a long-term nonprogressor for 36 years. *AIDS* 2007; 21(13): 1834-1835.
261. CDC. HIV infection – Guangdong province, China, 1997 – 2007. *MMWR* 2009;58 915):396-400.
262. Ministry of Health, People's Republic of China, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS World Health Organization. 2005 update on the HIV/AIDS epidemic and response in China. 24 January 2006.
263. Jurkowski J. We Wrocławiu nie ma już bajzlu. Monar na bajzlu. Magazyn wydawany przez Krakowskie Towarzystwo Pomocy Uzależnionym. Zima 2009/10:36-8.
264. Staszewska E, Laskus I, Rosińska M. Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS w Polsce w 2007 roku. *Przegl Epidemiol.* 2009; 63: 271-277.
265. Seminari E, Castagna A, Lazzarin A. Etravirine for the treatment of HIV infection. *Exp Rev Anti Infect Ther.* 2008; 6(4): 427-433.
266. CROI 2008 – 12 key areas of research: non-technical summary of 25 studies and presentations. <https://i-base.info/htb/1041> [dostęp: 5.12.2021].
267. Hütter G, Nowak D, Mossner M, et al. Long-term control of HIV by CCR5 delta 32/ delta 32 stem-cell transplantation. *N Engl J Med.* 2009; 360: 692-698.
268. Vernazza P, Hirschel B, Bernasconi E, Flepp M. Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle. *Bulletin des medecines suisses/Schweizerische Ärztezeitung* 2008; 89: 165-9. (na podstawie przekładu Edwina J. Bernarda z 30 stycznia 2008r, zamieszczonego na stronie www.aidsmap.com).
269. Wilson DF, Law MG, Grulich A, Cooper D, Kaldor JM. Relation between HIV viral load and infectiousness: a model-based analysis. *Lancet* 2008; 372: 314-320.
270. Wakabi B. New strategies sought in Uganda as HIV infection rise. *Lancet Infect Dis.* 2008; 8(5): 285.
271. News in brief. Anti-AIDS vitamin advertising banned. *Nature* 2008; 453: 969.
272. Fawzi WF, Msamanga GI, Spiegelman D, et al. A randomized trial of multivitamin supplements and HIV disease progression and mortality. *N Engl J Med.* 2004; 351: 23-32.
273. Fawzi W, Hunter D. Statement from Harvard School of Public Health researchers regarding misinterpretation of findings on vitamins and HIV/AIDS. <http://www.hsph.harvard.edu>.
274. Watson J. Vitamin guru provokes Rath of scientist, activists. *Nature Medicine* 2005;11:581.
275. Bosch X. Misleading salesman endorses vitamins to treat HIV/AIDS. *Lancet Inf Dis.* 2005; 5: 403.
276. Saavedra JJ, Zazola-Licea JA, Beyer C. Sex between men in the context of HIV: the AIDS 2008 Jonathan Mann Memorial Lecture in health and human rights. *J Intern AIDS Soc.* 2008; 11: 9.
277. Cohen D. AIDS conferences: another dose of junket Medicine. *Brit Med J.* 2008; 337: a1991.
278. Palmer S, Maldarelli F, Wiegand A, et al. Low-level viremia persists for at least 7 years in patients on suppressive antiretroviral therapy. *Proc Natl Acad Sci.* 2008; 195: 3879-84.
279. Kohler PK, Manhart LE, Lafferty WE. Abstinence-only and comprehensive sex education and the initiation of sexual activity and teen pregnancy. *J Adolesc Health* 2008; 42: 344-351.
280. Eisenberg ME, Bernat DH, Bearinger LH, et al. Support for comprehensive sexuality education: perspectives from parents of school-age youth. *J Adolesc Health* 2008; 42: 352-9.
281. Constantine NA. Converging evidence leaves policy behind: sex education in the United States. *J Adolesc Health* 2008; 42: 324-326.
282. D:A:D Study Group. Use of nucleoside reverse transcriptase inhibitors and risk of myocardial infarction in HIV-infected patients enrolled in the D:A:D study: a multi-cohort collaboration. *Lancet* 2008; 371: 1417-26.
283. Stein JH, Currier JS. Risk of myocardial infarction and nucleoside analogues. *Lancet* 2008; 371: 1391-2.
284. Ellis TM. HIV-positive man gets 35 years for spitting on Dallas police officer. *The Dallas Morning News*, Thursday, May 15, 2008 (www.dallasnews.com).

285. Bernard EJ. Texas jury concludes saliva of HIV-positive man a “deadly weapon”, sentenced to 35 yrs jail. Friday, May 16, 2008. (www.aidsmap.com).
286. Shah S, Mildvan D. HIV and aging. *Cur Infect Dis Rep* 2006;8:241-7.
287. Wallach JI, Paauw DS., Spach DH. HIV infection in older patients: when to suspect the unexpected. *Geriatrics* 1993;48:69-70.
288. Chiao EY, Ries KM, Sande MA. AIDS and the elderly. *Clin Infect Dis* 1999;28:740-5.
289. El-Sadr W, Gtler J. Unrecognized human immunodeficiency virus infection in the elderly. *Arch Intern Med* 1995;155:184-6.
290. The antiretroviral Cohort Collaboration. Life expectancy of individuals on combination antiretroviral therapy in high-income countries: a collaborative analysis of 14 cohort studies. *Lancet* 2008; 372: 293-9.
291. Strona internetowa <https://sharronhinchliff.com/2014/01/26/sexually-transmitted-infections-and-hiv-in-the-over-50s-promoting-condom-use/> [dostęp: 19.10.2010].
292. Vancouver’s supervised injection facility granted constitutional exception from federal drug law. *HIV/AIDS Policy Law Rev* 2008; 13: 28-29.
293. Beyrer C. Safe injection facilities save lives. *Lancet* 2011;377:1385-6.
294. Small D. Canada’s high’s court unchains injection drug users; implications for harm reduction as standard of healthcare. *Harm Reduction Journal* 2012;9:34.
295. Kerr T, Tyndall M, Li K, Montaner J, Wood E. Safer injection facility use and syringe sharing in injection drug users. *Lancet* 2005;366:316-318.
296. Kent H. Will police presence deter use of drug injection site? *CMAJ* 2003;169:825.
297. Bayoumi AM, Zaric GS. The cost-effectiveness of Vancouver’s supervised injection facility. *CMAJ* 2008;179:1143-51.
298. Hollingsworth TD, Anderson RM, Fraser C. HIV-1 transmission, by stage of infection. *J Infect Dis.* 2008;198: 687-93.
299. Kiboneka A, Nyatoya RJ, Nabiryo C, et al. Combination antiretroviral therapy in population affected by conflict: outcomes from large cohort in northern Uganda. *Brit Med J.* 2009;338:b261.
300. Garang PG, Odoi RA, Kalvango JN. Adherence to antiretroviral therapy in conflict areas: a study among patients receiving treatment from Lacor Hospital, Uganda. *AIDS Patient Care STSs* 2009; 23(9): 743-7.
301. UNAIDS/WHO. 2008 report on the global AIDS epidemic. UNAIDS, Geneva, August 3, 2008.
302. The Lancet. What is the incidence of HIV in the USA? *Lancet* 2008; 371: 2058.
303. Cohen J. HIV/AIDS. Where have the dollars gone? *Science.* 2008; 321(6888): 520-521.
304. Smith AD. South Africa to draw line under years of HIV/AIDS denial. *The Guardian*, October 3, 2008. <https://www.theguardian.com/world/2008/oct/03/southafrica.aids>
305. Rogowska-Szadkowska D. 2008 Nobel Prize for Medicine or Physiology for discovery of HPV and HIV viruses – short history of discovery of HIV. *HIV AIDS Rev.* 2008; 7(4): 5-9.
306. Editorial. Nobel award open old wounds. *The Lancet Infect Dis.* 2008; 8: 659.
307. Abbadesse G, Accolla R, Aiuti F, et al. Unsung hero Robert C. Gallo. *Scienc*, 1998; 323: 206.
308. Cohen J, Enserink M. HIV, HPV researchers honored, but one scientist is left out. *Science.* 2008; 322:174-175.
309. Das P, Samarskena U. What next for UNAIDS? *Lancet.* 2008; 372: 2099-2102.t
310. Hornik R, et al. Effects of the National Youth Anti-Drug Media Campaign on Youths. *Am J Public Health* 2008; 98: 2229-36.
311. Gorman A, Zavis A. Los Angeles Times, December 30, 2008.
312. Werbińska-Sienkiewicz B, Staszewska E, Rosińska M. Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS w Polsce w 2008 roku. *Przegl Epidemiol.* 2010; 64: 265-271.
313. CDC. Investigation of patients treated by an HIV-infected cardiothoracic surgeon – Israel, 2007. *MMWR* 2009; 57(53): 1413-5.
314. AIDS/TB Committee of the Society for Healthcare Epidemiology of America. Management of healthcare workers infected with hepatitis B virus, hepatitis C virus, human immunodeficiency virus or other bloodborne pathogens. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1997; 18: 349-63.
315. Sheth P, Kovacs C, Kemal K, et al. Persistent HIV RNA shedding in semen despite effective ART. 16th CROI, Montreal, 2009, abst 50.
316. Marcelin A-G, Tubiana R, Lambert-Niclot S, et al. Detection of HIV-1 RNA in seminal plasma samples from treated patients with undetectable HIV-1 in blood plasma. 16th CROI, Montreal, 2009, abst 51.
317. Butler D, Lakdawala M, Richman D, Little S, Smith D. Cell-free virus in seminal plasma is the origin of sexually transmitted among men who have sex with men. 16th CROI, Montreal, 2009, abst 49LB.
318. Bekinska M, Smit J, Joans C, Potter W. New female condoms in the pipeline. *Reprod Health Matter.* 2012; 20: 188-196.
319. Blickman T. Vienna Consensus on drug policy cracks. 7 April 2009. www.ungassondrugs.org/index.php?option=com_content&task=view&id=264&Itemid=65 [dostęp: 10.01.2011].
320. Carter M. Prevention for HIV serodiscordant couples: it’s more than just condoms. <https://www.aidsmap.com/news/apr-2009/prevention-hiv-serodiscordant-couples-its-more-just-condoms>
321. Tobian AA, Serwadda D, Quinn TC, et al. Male circumcision for the prevention of HSV-2 and HPV infection. *N Engl J Med.* 2009; 360: 1298-1309.
322. Mehta SD, Gray RH, Auvert B, et al. Does sex in the early period after circumcision increase HIV-seroconversion risk? Pooled analysis of adult male circumcision clinical trials. *AIDS* 2009; 23: 1557-64.
323. Brancher MA. Lutheran bishops get AIDS test to show solidarity with Africa and destigmatize issue. *Chicago Tribune*, March 6, 2009.
324. ELCA Conference of bishops agrees to HIV and AIDS testing. 25.11.2009. <https://www.elca.org/News-and-Events/6351> [dostęp: 20.11.2022].
325. Bishop washes feet of HIV-positive women as faith community reach out to people living with HIV. 3.08.2008. <https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2008/august/20080803fbo> [dostęp: 3.12.2022].
326. Editorial. The Pope on condoms and AIDS. *The New York Times*, March 18, 2009. <https://www.nytimes.com/2009/03/18/opinion/18wed2.html> [dostęp: 10.12.2022]
327. United Nations Economic & Social Affairs. World population prospects. The 2008 revision. Selected tables. United Nations, New York, 2009.
328. NIH Multicenter AIDS Cohort Study commemorates 25 years of discovery. May 6. 2009. <https://www.nih.gov/news-events/news-releases/nih-multicenter-aids-cohort-study-commemorates-25-years-discovery>. [dostęp: 20.12.2022].
329. artykuł Keitha Alcorna z 29 kwietnia 2009r, opublikowany na stronie internetowej www.aidsmap.com.
330. <http://dailyreports.kff.org> (June 12, 2009) „Los Angeles County health officials release report on HIV in adult film industry”
331. The Henry Kaiser Family Foundation: <http://dailyreports.kff.org>. July 2009.

332. Smart T. WHO HIV boss warns against two-tier global system of treatment. *aidsmap.com*. 30 July, 2009. <https://www.aidsmap.com/news/jun-2009/who-hiv-boss-warns-against-two-tier-global-system-treatment>
333. Wawer MJ, Makumbi F, Kigozi G, et al. Circumcision in HIV-infected men and its effect on HIV transmission to female partners in Rakai, Uganda: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2009; 374(9685): 229-37.
334. Liang K, Gui X, Zhuang K, Meyers K, Ho DD. A case series of 104 women infected with HIV-1 via blood transfusion postnatally: high rate of HIV-1 transmission to infants through breastfeeding. *J Infect Dis*. 2009; 200: 682-6.
335. Editorial. Playing a deadly game with AIDS. *New York Times*, August 5, 2009 www.nytimes.com.
336. Gerson M. Helping America's least wanted. *The Washington Post*, August 5, 2009 www.washingtonpost.com.
337. Alcorn K. Hitler safe sex ad condemned as stigmatizing. 7 September 2009, www.aidsmap.com.
338. www.nih.gov, oraz www.hivresearch.org.
339. Aslop Z. Uganda bill could hinder progress on HIV/AIDS. *Lancet* 2009; 374: 2043-4.
340. Uganda: proposed bill could criminalize HIV transmission, force partner to reveal HIV-positive status. *HIV AIDS Policy Law Rev* 2009; 14: 27-8.
341. Wadhams N. Uganda to reintroduce female condoms. *Lancet* 2009; 374: 190.
342. Mbooye AK, Hansen KS, Wamono F, Magnussen P. Access to prevention of mother-to-child transmission of HIV services through the private sector in Uganda. *Sex Transm Infect* 2009; 85: 534-9.
343. Brill D. Concerns grow over Cambodia's "AIDS-colony". *Lancet* 2009; 374: 966.
344. Kigozi G, Wawer M, Ssettuba A, et al. Foreskin surface area and HIV acquisition in Rakai, Uganda (size matters). *AIDS* 2009; 23: 2209-13.
345. The Euro HIV Index 2009 – a reality check of public policy and best practice in 29 countries. Health Consumer Powerhouse. www.healthpowerhouse.com.
346. Associated Press. Obama overturn travel ban on people with HIV. *The Guardian*, 20.10.2009. <https://www.theguardian.com/world/2009/oct/30/obama-ends-hiv-travel-ban> [dostęp: 21.10.2010].
347. ViiV Healthcare receives complete response letter from US FDA for use of investigational cabotegravir and rilpivirine long-acting regimen in the treatment of HIV. <https://www.gsk.com/en-gb/media/press-releases/viiv-healthcare-receives-complete-response-letter-from-us-fda-for-use-of-investigational-cabotegravir-and-rilpivirine-long-acting-regimen-in-the-treatment-of-hiv/> [dostęp: 6.10.2020].
348. Mathers BM, Degenhart L, Ali H, et al., for the 2009 Reference Group to the UN on HIV and Injecting Drug Use. HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage, *Lancet* 2010;375: 1014-28.
349. według: Internationale Koordinations- und Informationsstelle für Auslandsreisen von Substitutionpatienten, Münster, Westfalia, Niemcy - www.indro-online.de.
350. Bruce RD. Methadone as HIV prevention: high volume methadone sites to decrease HIV incidence rates in resource limited settings. *Int J Drug Policy* 2010; 21: 122-4.
351. Mathers BM, Degenhart L, Ali H, et al, for the 2009 Reference Group to the UN on HIV and Injecting Drug Use. HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage, *Lancet* 2010;375: 1014-28.
352. Ferri M, Davoli M, Perucci CA. Heroin maintenance treatment for chronic heroin-dependent individuals: a Cochrane systematic review of effectiveness. *J Subst Abuse Treat* 2006;30:63-72.
353. Boddiger D. Mexico eager to reduce demand for illicit drugs. *Lancet* 2010; 375: 15–16.
354. Mexico decriminalizes small-scale drug possession. *HIV AIDS Policy Law Rev*. 2009; 14: 23–24.
355. Krawczyńska A. Policja 999, styczeń 2010r: 6-7.
356. Ostolski A. Wspólny świat ludzi i narkotyków. W: *Polityka narkotykowa*. Przewodnik Krytyki Politycznej. Wydawnictwo Krytyki Politycznej, Warszawa, 2009.
357. Borawska M, Podlaszczuk A. Kampania społeczna „Wróć bez HIV” – czy dotarła do adresata? *KONTRA*. 2010; 1(43): 4. www.aids.gov.pl.
358. Zasady orzekania o niezdolności do służby w policji. Trybunał Konstytucyjny. 23.06.2009. <https://trybunal.gov.pl/postepowanie-i-orzeczenia/komunikaty-prasowe/komunikaty-po/art/3138-zasady-orzekania-o-niezdolnosci-do-sluzby-w-policji> [dostęp: 12.12.2022].
359. Werbińska-Sienkiewicz B, Rosińska M, Furman S. Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS w Polsce w 2009 roku. *Przegl Epidemiol*. 2011; 65: 289-95.
360. Derkacz M, Chmiel-Perzyńska I. Czeski błąd. *Gazeta Lekarska*, 2010; 2(230):16-17.
361. Informator. Przepisy dotyczące prawa wjazdu i pobytu dla osób żyjących z HIV 2012/2013. Krajowe Centrum ds. AIDS, Warszawa, 2012.
362. McDavid Harrison K, Song R, Hang Z. Life expectancy after HIV diagnosis based on the National HIV Surveillance Data from 25 states, United States. *J Acquir Immune Defic* 2010; 53: 121-30.
363. Sherman EM, Steinberg JG. Heat-stable ritonavir tablets: a new formulation of a pharmacokinetic enhancer for HIV. *Expert Opin Pharmacother*. 2011; 12(1): 141-148.
364. Le Vu S, Le strat Y, Cazein F, et al. Population-based HIV incidence in France, 2003 to 2008. 17th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, February 2010, Abst. 36LB.
365. Ingle S, Fairall L, Timmerman V, et al. Pre-treatment mortality and probability of starting ART. in patients enrolled in the Free State ARV Program, South Africa: implications for treatment guidelines. 17th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, San Francisco, Abst. 108.
366. Anderson G, Hsieh A. Where reason: fears to tread: ongoing HIV ignorance and discrimination in criminal and civil settings in the United States. *HIV/AIDS Policy Law Rev*. 2012; 16: 64-71.
367. Ratzan SC. Our "new" hope for HIV prevention – condoms. *J Health Communication* 2011; 16: 1-2.
368. Bartoś T. Wiarygodność Kościoła/ Benedykt XVI ogłasza dopuszczalność użycia prezerwatywy. Skąd ten wyłom w wielkim murze doktryny? *Przegląd*, 5 grudnia 2010,6-8. <https://www.tygodnikprzeglad.pl/wiarygodnosc-kosciola/> [dostęp: 25.11.2017].
369. Hirschall G, Schwartländer B. Treatment 2,0: catalyzing the next phase of scale up. *Lancet* 2011; 378: 209-11.
370. Hurley R. Activists storm stage at AIDS conference to demand that funder meet their pledges. *Brit Med J*. 2010; 341: c3950.
371. Grohskopf L, Getadze R, Pathak S, et al. Preliminary analysis of biomedical data from the phase II clinical safety trial of tenofovir disoproxil fumarate (TDF) for HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) among U.S. men who have sex with men. XIII International AIDS Conference, Vienna, 2010. Abst. FRLBC102.

372. Amon J. Uganda AIDS policy: from exemplary to ineffective. <https://www.hrw.org/news/2010/06/23/uganda-aids-policy-exemplary-ineffective> [dostęp: 10.12.2023].
373. Montaner M. The Vienna Declaration: a call for drug policy reform. *HIV/AIDS Law Policy Law Rev.* 2010; 15(1): 37-38.
374. Manrique L, Aziz M, Adeyemi OM. Successful immunologic and virologic outcomes in elderly HIV-infected patients. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2010; 54: 332-334.
375. Abdool Karim Q, Abdool Karim SS, Frohlich JA, et al. for the CAPRISA 004 Trial Group. Effectiveness and safety of tenofovir gel, an antiretroviral microbicide, for the prevention of HIV infection in women. *Science* 2000; 329: 1168-74.
376. Cohen J. Limits of success. *Science.* 2010; 327: 1197.
377. Donnell D, Beaten JM, Kiarie J, et al. Heterosexual HIV transmission after initiation of antiretroviral therapy: a prospective cohort analysis. *Lancet* 2010; 375: 2092-8.
378. Supervie V, Halima Y, Blower S. Assessing the impact of mass rape on the incidence of HIV in conflict-affected countries. *AIDS.* 2010; 24(18): 2841-2847.
379. Grant RM, Lama JR, Anderson PL., et al., for the iPrEx study team. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. *N Engl J Med.* 2010; 363: 2587-2599.
380. Shah S. David Kato's life and death in Uganda. *Lancet* 2012;380:330.
381. WHO. Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants. Recommendations for a public health approach. Version 2010. <http://www.who.int/hiv/pub/mtct/antiretroviral2010/en/> [dostęp: 14.04.2017].
382. Lazarus JV, Curth N, Weai M, Matic S. HIV-related restrictions on entry, residence and stay in the WHO European Region: a survey. *J Int AIDS Soc.* 2010;13:2.
383. Witkowski G. Uzbekistan: government criminalizes negligent HIV infection. *HIV/AIDS Policy Law Rev.* 2010; 15(1): 19.
384. Cozac D.China: Hospital refuses to treat HIV-positive woman. *HIV/AIDS Policy Law Rev.* 2010; 15(1): 19.
385. Beksinska M, Smit J, Joans C, Potter W. New female condoms in the pipeline. *Reprod Health Matter* 2012; 20: 188-96.
386. Krawczyńska A. Karać za posiadanie? Policja 999; styczeń 2010r.: 8.
387. Łukasik RP. Warszawa czci pamięć osób zmarłych z powodu AIDS. *KONTRA.* 2020; 2(44): 1. www.aids.gov.pl.
388. Waluszko A. „Szarlotka na deser”. *KONTRA.* 2010; 3(45): 3.
389. Głążewska J. Prezerwatywa (jednak) przedłuża przyjemność. *KONTRA.* 2010; 3(45): 1-2. www.aids.gov.pl.
390. Niedźwiedzka-Stadnik M, Rosińska M. HIV and AIDS in Poland in 2010. *Przegl Epidemiol.* 2012 ;66: 315-23.
391. The Lancet. Ensuring HIV treatment for all in the USA. *Lancet* 2011;377:1892.
392. The Lancet – Editorial. HIV treatment as prevention – it works. *Lancet*, 2011; 377: 1719.
393. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, et al. Prevention of HIV infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med.*, 2011; 365(6): 493-515.
394. Hammer SM. Antiretroviral treatment as prevention. *N Engl J Med.*, 2011; 365(6): 561-562.
395. Cohen MS, Chen YQ, Fleming TR. Prevention of HIV-1 infection with antiretroviral therapy. *N Engl J Med.*, 2011; 365(20): 1935.
396. Cohen J. HIV Treatment as Prevention. *Science.* 2011; 324: 1628.
397. Abrams DI, Couey P, Shade SB, Kelly ME., Benowitz N. L. *Cannabinoid-opioid interaction in chronic pain.* *Clin Pharmacol Therap.* 2011; 90: 844-851.
398. Schouten EJ, Jahn A, Midiani D, et al. Prevention of mother-to-child transmission of HIV and the health-related Millennium Development Goals: time for a public health approach. *Lancet* 2011; 378: 282-4.
399. Mayer KH. Antiretrovirals for HIV prevention: translating Promise into praxis. *Lancet* 2011; 378: 206-8.
400. UNAIDS. Political Declaration on HIV and AIDS: Intensifying Our Efforts to Eliminate HIV and AIDS. www.unaids.org/sites/.../20110610_UN_A-RES-65-277_en.pdf [dostęp: 2.05.2017].
401. América-Simms L. Global: comission on drug policy declares a drug war a failure, urges reform. *HIV/AIDS Policy Law Rev.* 2011; 15(1): 33.
402. Kmietowicz Z. Obama champions New rtargets for treatinn and preventing HIV and AIDS. *Brit Med J.* 2011; 343: g7896.
403. Waluszko A. Mały wielki jubileusz. *KONTRA.* 2011; Nr 4 (50): 7. www.aids.gov.pl
404. Niedźwiedzka-Stadnik M, Rosińska M. HIV and AIDS in Poland in 2011. *Przegl Epidemiol.* 2013; 67: 267-72.
405. Holmes D. FDA paved the way for pre-exposition prophylaxis. *Lancet* 2012; 380: 325.
406. FDA Approves Truvada for Reducing the Risk of Sexually Acquired HIV Infection. <https://www.drugs.com/newdrugs/fda-approves-truvada-reducing-risk-sexually-acquired-hiv-infection-3383.html> [dostęp: 20.12.2020].
407. Redd A et al. Next-generation deep sequencing reveals that the rate of HIV superinfection is the same as HIV incidence in heterosexuals in Africa.19th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Seattle, abstract 58, 2012. Ronen K et al. Detection of frequent superinfection among Kenyan women using ultra-deep pyrosequencing. 19th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Seattle, abstract 59LB, 2012.
408. NIDA supports development of combined anti-heroin and HIV vaccine. NIH. July 25, 2012. <https://www.nih.gov/news-events/news-releases/nida-supports-development-combined-anti-heroin-hiv-vaccine> [dostęp: 20.12.2022].
409. Celik M, Fuerhein B. A review of immunotherapeutic approaches for substance use disorders: current status and future prospects. *Immunotargets Ther.* 2022; 11: 55-66.
410. Hayward P. Highlights from the 19th International AIDS Conference. *Lancet Infectious Diseases.* 2012; 12: 666-667.
411. Cohen J. Dreams meet realities at AIDS Conference. *Science.* 2012; 337: 509-520.
412. Brown TR. I am the Berlin patient: a personal reflection. *AIDS Res Hum Retroviruses.* 2015; 31(1): 2-3.
413. Schnack A, Rempis E, Secker S, et al. Prevention of mother-to-child transmission in Option B+ era: uptake and adherence during pregnancy in Western Uganda. *AIDS Patient Care STDs* 2016; 30: 1108.
414. Becquet R, Marston M, Dabis F, et al. Children who acquire HIV infection perinatally are at higher risk of early death than those acquiring infection through breastmilk: a meta-analysis. *PLoS One* 2012; 7(2): e28510.
415. Leopold C. Stribild: high cost of new drug may not be worth the benefit. 31.08.2012. <https://medcitynews.com/2012/08/stribild-high-cost-of-new-hiv-drug-may-not-be-worth-the-benefit/> [dostęp: 20.12.2022].
416. Sidibe M, Piot P, Dybul M. AIDS is not over. *Lancet* 2012;380:2058-9.
417. D'Souza G, Matson P, Grady CD, et al. Medicinal and recreational marijuana use among HIV-infected women in the Women's Interagency study (WIHS) Cohort, 1994-2010. *J Acquir Immune Defic syndr.* 2012; 61(5): 618-626.
418. Monte AA, Zane RD, Heard KJ. The implications of marihuana legalization in Colorado. *JAMA.* 2015, 313(3), 141-242.].
419. Polska przewodniczącym Rady Programowej UNAIDS w 2012 roku. *KONTRA.* 2011, nr 4 (50): 1. www.aids.gov.pl
420. Niedźwiedzka-Stadnik M, Pielacha M, Rosińska M. HIV and AIDS in Poland in 2012. *Przegl Epidemiol.* 2014; 68: 283-9.
421. Mahony C. England ends the ban on healthcare workers with HIV performing certain procedures. *Brit Med J* 2013;347:f5146.

422. Gulland A. Access to HIV drugs should be widened, says WHO. *Brit Med J.* 2013;346:14172.
423. Benzaken AS, Pereira GFM, Costa L, et al. Antiretroviral treatment, government policy and economy of HIV/AIDS in Brazil: is time to HIV cure in this country? *AIDS Res Ther.* 2019; 16: 19.
424. Persaud D, Gay H, Ziemiński C, et al. Absence of detectable HIV-1 viremia after treatment cessation in an infant. *N Engl J Med.* 2013; 369: 1828-1835.
425. Devi S. US Supreme Court strikes down anti-prostitution pledge. *Lancet.* 2013; 381(9885): 2241
426. Staff Writer. Woman jailed for not revealing HIV to men. *The Columbus Dispatch*, 23.22.2013. <https://eu.dispatch.com/story/news/2013/11/23/woman-jailed-for-not-revealing/23838328007/> [dostęp: 6.11.2023].
427. Cohen J. Treatment as Prevention, real world. *Science.* 2013; 339: 901.
428. Wasswa H. Uganda saw prevalence of AIDS by a third from 2007 to 2013, report says. *Brit Med. J.* 2014; 349: g7133.
429. Malczewski A, Misiurek A, Bukowska B, et al. National Drug Report 2014 Poland. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2015, Warsaw. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/national-reports/poland-2014> [dostęp: 21.02.2017].
430. Lipniacki A. Bezpieczna sztuczna inseminacja w grupie niezgodnych serologicznie par (mężczyzna +, kobieta -). *KONTRA.* 2013; 3(57): 3-4. www.aids.gov.pl.
431. Niedźwiedzka-Stadnik M, Pielacha M, Rosińska M. HIV and AIDS in Poland in 2013. *Przegl Epidemiol.* 2015; 69: 267-72.
432. Campanile C. NY approved medical marijuana law 33 years ago. 08.12.2013, <http://nypost.com/2013/12/08/ny-approved-medical-pot-law-then-spaced-on-it/> [dostęp: 30.01.2016].
433. Medical marijuana coming to New York. *New York Times*, 08.07.2014, www.nytimes.com [dostęp: 30.01.2016].
434. McKinley J. *Cuomo signs 2 bills to speed up medical marijuana distribution.* 11.11.2015, <http://www.nytimes.com/2015/11/12/nyregion/cuomo-signs-2-bills-to-speed-up-medical-marijuana-distribution.html> [dostęp: 06.01.2016].
435. Hoofnagle JH, Sherker AH. Therapy for hepatitis C – costs of success. *New Engl J Med.* 2014; 370(16): 1552-1553.
436. Kazatchkine M. Russia's ban on methadone for drug users in Crimea will worsen the HIV/AIDS epidemic and risk public health. *Brit Med. J.* 2014;348:g3118.
437. Roehr B. Global health leader was among six AIDS experts killed travelling to conference. *Brit Med. J.* 2014; 349: g4738.
438. Shah SK, Persaud D, Wendler DS, et al. Research on very early ART on neonates at risk of HIV infection. *Lancet Inf Dis* 2014;14:797.
439. Tucker ME. FDA OKs new triple-combination pill (Triumeq) for HIV. 22.08.2014. www.medscape.com/viewarticle/830352
440. Schäffer D, Stöver H, Weichert L. Drug consumption rooms in Europe. Models, best practice and challenges. *European Harm Reduction Network.* www.eurohrn.eu/index.php/publications [dostęp: 9.02.2017].
441. Hall W, Kimber J. Being realistic about benefits of supervised injecting facilities. *Lancet* 2005;336:271-272.
442. Lowes R. FDA approves 2 HIV-1 cocktail drugs. www.medscape.com.
443. The Lancet HIV. Time for the UK to Get ready for PrEP. *Lancet HIV.* 2014; 1: e49.
444. UNAIDS. 90-90-90- an ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. Geneva. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2014. <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2017/90-90-90> [dostęp: 2.05.2017].
445. Wise J. A quarter of people living with HIV in the UK are unaware of it. *Brit Med. J.* 2014; 349: g6983.
446. Hütter G. More on shift of HIV tropism in stem-cell transplantation with CCR5 delta32/delta32 mutation. *N Engl J Med.* 2014; 371(25): 2437-2438.
447. Wise J. New cases of HIV in Europe Reach highest level Since 1980s/ *Brit Med J.* 2015: 351: h6419.
448. Compton WM, Jones CM, Baldwin GT. *Relationship between nonmedical prescription-opioid use and heroin use.* *N Engl J Med* 2016;374:154-63.
449. Cicero TJ, Ellis MS, Surratt HL. *Effect of abuse-deterrent formulation of OxyContin.* *N Engl J Med* 2013;367:187-189.
450. Dasgupta A, Creppage K, Austin A, et al. *Observed transition from opioid analgesic deaths toward heroin.* *Drug Alcohol Depend* 2014;145:238-41.
451. Niedźwiedzka-Stadnik M, Pielacha M, Rosińska M. Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS w Polsce w 2014 roku. *Przegl Epidemiol.* 2016; 70: 249-59.
452. Joyce MP, Kuhar D, Brooks JT. Occupationally acquired HIV infections among health care workers. *MMWR* 2015;69(53):1245-6.
453. Strathdee SA, Beyer C. Threading the needle – how to stop the HIV outbreak in rural Indiana. *N Engl J Med.* 2016; 373(5): 397-379.
454. Campbell EM, Jia H, Shankar A. Detailed transmission network analysis of a large opiate-driven outbreak of HIV infection in the United States. *J Infect dis.* 2017; 216(9): 1053-1062.
455. Kishroe S, Hayden M, Rich J. Lessons from Scott County – progress or paralysis on harm reduction? *N Engl J Med.* 2019; 380(21): 1988-1990.
456. Weisberg DF, Gordon KS, Barry DT, et al. Long-term prescription of opioids and/or benzodiazepines and mortality among HIV-infected and uninfected patients. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2015; 69(2): 223-233.
457. European Centre for Disease Prevention and Control. Pre-exposure prophylaxis to prevent HIV among MSM in Europe, 2015. http://ecdc.europa.eu/en/activities/sciadvicelayouts/forms/Review_DispForm.aspx?List=a3216f4c-f040-4f51-9f77-a96046dbfd72&ID=780 [dostęp: 16.04.2017].
458. The Global Fund Strategy 2017 – 2022: Investing to End Epidemics. <https://www.theglobalfund.org/en/strategy/> [dostęp: 18.04.2017].
459. Corbelli J. US healthcare: now losing your job can kill you in the world's richest country. *Brit. Med J.* 2015; 350: h1517.
460. WHO. WHO validates elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in Cuba. Press release, 30 June 2015. www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/mtct-hiv-cuba/en/ [dostęp: 16.04.2017].
461. Gulland A. Cuba is first country to eliminate mother to child HIV transmission. *Brit Med J* 2015;351:h3607.
462. Beyrer C, Brix DL, Bekker LG, et al. The Vancouver Consensus: antiretroviral medicines, medical evidence, and political will. *Lancet* 2015;386:505-7.
463. Muolo D. Daraprim price jump taises concerns among ID groups, providers. September 17, 2015. <https://web.archive.org/web/20151211121616/http://www.healio.com/infectious-disease/hiv-aids/news/online/%7B745d9cc5-df37-4139-b1ac-6dde7b8ae463%7D/daraprim-price-jump-raises-concerns-among-id-groups-providers> [dostęp: 12.11.2022].
464. Hankins CA. Global challenges keynote address in memoriam to colleagues lost in the Malaysia airlines 17 crash. *AIDS Care.* 2016; 28(S1): 3-7.
465. The Henry Kaiser Family Foundation. AIDS Drug Assistance Programs (ADAPs). August 2017 fact sheet. <https://www.kggf.org/hiv/aids/fact-sheet/aids-drug-assistance-programs/> [dostęp: 15.09.2023].
466. Bagcchi S. Obama is urged to support India in supplying world with generic drugs. *Brit Med J.* 2025; 350: h866
467. Douay C, Toullier A, Benayon S, Rojas Castro D, Chauvin P. Refusal to provide health care to people with HIV in France. *Lancet* 2016; 387: 1508-9.

468. Associated Press. Pope Francis indicates little concern over condom use in fight against Aids. The Guardian. 30 Nov 2015. <https://www.theguardian.com/world/2015/nov/30/pope-francis-condoms-aids-hiv-africa> [dostęp: 10.11.2022].
469. UNAIDS. Countries adopt UNAIDS Fast-Track Strategy to double number of people on life-saving HIV treatment by 2020. http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2015/november/20151124_LocationPopulation. [dostęp: 2.05.2017].
470. Adams M. Germany will legalize medical marijuana in 2017. <http://www.hightimes.com/read/germany-will-legalize-medical-marijuana-2017> [dostęp: 12.07.2016].
471. Gisslen M, Svedhem V, Linborg L, et al. Sweden, the first country to achieve the Joint United States Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)/ World Health Organisation (WHO) 90-90-90 continuum of HIV care targets. *HIV Med* 2017;18:305-7.
472. Szmulik K, Zakrzewska K, Niedźwiedzka-Stadnik M, Rosińska M. Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS w Polsce w 2015 roku. *Przegl Epidemiol.* 2017; 71(3): 379-390.
473. Lee Y. Prince Harry broadcasts himself taking a HIV test live. The Prince wanted to show how “easy” it is to get tested. July 14, 2016. <http://attitude.co.uk/prince-harry-broadcasts-himself-taking-a-hiv-test-live> [dostęp: 20.07.2016].
474. Cousins S. Progress toward 2030 UN goal to end HIV epidemic falters. *Brit Med J* 2016 Jul 19;354:i4025
475. Coopers A. Australian researchers declare an end to AIDS as a public health issue. *Brit Med J*, 2016; 354: i3895.
476. UNAIDS. Fast-track commitments to end AIDS by 2030. <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/fast-track-commitments> [dostęp: 2.05.2017].
477. UNAIDS. 2016 United Nations Political Declaration on Ending AIDS sets world on the Fast-Track to end the epidemic by 2030. http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2016/june/20160608_PS_HLM_PoliticalDeclaration. [dostęp: 3.05.2017].
478. Jack A. PrEP, Truvada, and Gilead. *Brit Med J*. 2016; 354: i4800.
479. U.S. Food and Drug Administration Approves Descovy® (Emtricitabine, Tenofovir Alafenamide), Gilead’s Third TAF-Based HIV Therapy. April 04, 2016. <https://www.gilead.com/news-and-press/press-room/press-releases/2016/4/us-food-and-drug-administration-approves-descovy-emtricitabine-tenofovir-alafenamide-gileads-third-tafbased-hiv-therapy> [dostęp: 17.10.2022].
480. NIH. Study to test efficacy, safety of injectable cabotegravir compared to daily oral PrEP. December 20, 2016. <https://www.niaid.nih.gov/news-events/nih-launches-first-large-trial-long-acting-injectable-drug-hiv-prevention>. [dostęp: 23.04.2017].
481. Editorial. The Lancet HIV. Russia’s generalizing epidemic. *Lancet HIV*. 2016; 3: e449.
482. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2016), *Drug-related infectious diseases in Europe: update from the EMCDDA expert network, November 2016*, Publications Office of the European Union, Luxembourg. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/rapid-communications/2016/drug-related-infectious-diseases-in-europe> [dostęp: 7.02.2017].
483. Szmulik K, Zakrzewska K, Niedźwiedzka-Stadnik M, Rosińska M. Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS w Polsce w 2016 roku. *Przegl Epidemiol.* 2018; 72(2): 175-187.
484. Kazatchkine M. Reasons for drug policy reform: people who use drugs are denied do evidence based treatment. *Brit Med J*. 2017; 356: i6613.
485. Meylakhs P, Sinyavskaya Y, Rykov Y. How AIDS denialism spreads in Russia through online social networks. The Conversation, April 3, 2017. <http://theconversation.com/how-aids-denialism-spreads-in-russia-through-online-social-networks-73875> [dostęp: 25.05.2017].
486. Pebody R. When science, community and political will come together, we can end the epidemic, says New York commissioner. 17 February 2017. <http://aidsmap.com/When-science-community-and-political-will-come-together-we-can-end-the-epidemics-says-New-York-commissioner/page/3119005> [dostęp: 30.03.2017].
487. Cairn G. Unique case of PrEP failure without drug resistance reported from Amsterdam. 17 February 2017. <https://www.aidsmap.com/Unique-case-of-PrEP-failure-without-drug-resistance-reported-from-Amsterdam/page/3118230/> [dostęp: 30.03.2017].
488. Ragonnet-Cronin M et al. Non-disclosed MSM link together in HIV transmission networks. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI 2017), Seattle, abstract 186, 2017.
489. Cairns G. One in five heterosexual men in the UK caught their HIV from another men. 27.02.2017. <http://www.aidsmap.com/One-in-five-heterosexual-men-in-the-UK-caught-their-HIV-from-another-man/page/3119114/>. [dostęp: 14.04.2017].
490. Dyer O. Six members quit presidential AIDS council as Trump “simply does not care”. *Brit Med J*. 2017; 357: j3014.
491. Sohler NL, Starrels JL, Khalid L, et al. Cannabis use is associated with lower odds of prescription opioid analgesics use among HIV-infected individuals with chronic pain. *Substance Use Misuse*. 2018; 53(10): 1602-1607.
492. Seven days in medicine: 14-20 June 2017. *Brit Med J*. 2017; 357: j2968
493. Staines R. GSK’s newly approved HIV treatment Juluca expected to dominate. November 22, 2017 <https://pharmaphorum.com/news/fda-approves-gsks-hiv-dual-therapy/> [dostęp: 5.10.2020].
494. The Lancet HIV. Editorial. For the HIV epidemic to end so must gender inequality. *Lancet HIV*. 2019; 6: e411.
495. Torjesen I. One in six people newly diagnosed with HIV in Europe is now aged over 50. *Brit Med J*. 2017; 358: j4456.
496. Szmulik K, Niedźwiedzka-Stadnik M, Rosińska M. Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS w Polsce w 2017 roku. *Przegl Epidemiol.* 2019; 73(2): 179-192.
497. Underwood G. ViiV hopes for blockbuster with HIV drug combo approval. April 9, 2019. <https://pharmaphorum.com/news/viiv-hopes-blockbuster-hiv-drug-combo-approval/> [dostęp: 5.10.2020].
498. Markham A. Ibalizumab: first global approval. *Drugs* 2019; 781: 781-783.
499. Collins S. FDA approves ibalizumab in the US to treat multidrug resistance. *HIV-I Base*. 14.04.2018. <http://i-base.info/htb/33659> [dostęp: 14.04.2018].
500. Sheikh V, Murray JS, Sherwat A. Ibalizumab in multidrug-resistant HIV – accepting uncertainty. *N Engl J Med*. 2019; 379(9): 605-607.
501. Millham LRI, Scot JA, Sax PE, et al. Clinical and economic impact of ibalizumab for people with multidrug-resistant HIV in the United States. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2020; 83(2): 148-156.
502. Morrow T. Multidrug resistant HIV drug lauded, but clinical foundation not very deep. *Manag Care*. 2018; 27(6): 31-33.
503. FDA Approves Expanded Indication for Truvada (emtricitabine and tenofovir disoproxil fumarate) for Reducing the Risk of Acquiring HIV-1 in Adolescents. <https://www.drugs.com/newdrugs/fda-approves-expanded-indication-truvada-emtricitabine-tenofovir-disoproxil-fumarate-reducing-risk-4744.html> [dostęp: 10.10.2019].
504. Michel Sidibé. Kofi Annan’s Legacy. 20.08.2018. <http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2018/august/kofi-annan-aids-legacy> [dostęp: 12.10.2019].

505. Zash R, Makhema J, Shapiro RL. Neural-tube defects with dolutegravir treatment from the time of conception. *N Engl J Med*. 2018; 279(10): 979-981.
506. Editorial. The Lancet HIV. Rehabilitate UNAIDS to reflects HIV/AIDS community values. *Lancet HIV*. 2019; 6: e1.
507. Lopez-González L. "Boys club" culture at UNAIDS allowed harassment and bullying – report. 7.12.2018. <https://bhekisisa.org/article/2018-12-07-read-scathing-report-on-sexual-harassment-bullying-abuse-of-power-at-unais-metoo/> [dostęp: 10.12.2022].
508. Hurley R. HIV/AIDS: complacency risk reversing progress on ending epidemic, conference hears. *Brit Med J*. 2018; 362: k3241.
509. Rodger A, Cambiano V, Bruun T, et al. Risk of HIV transmission through condomless sex in MSM with suppressive ART: the PARTNER2 study extended results in gay men. 22nd International AIDS Conference, Amsterdam, Netherlands, July 23-22, 2017. WEAC0104LB.
510. Lloyd Russell-Moyle. Why I declared my HIV status in parliament – and what needs to happen next. *The Independent*, 13.12.2018. <https://www.independent.co.uk/voices/lloyd-russell-moyle-hiv-positive-labour-mp-parliament-speech-diagnosis-a8679171.html>
511. Dyer C. Doctor who hid his HIV status for a fear of stigma get suspended sentence. *Brit Med J*. 2018; 361: k2782.
512. Dalayan T, Bergovac J, Skrzat-Klapczyńska A, et al. on behalf of the ECEE Network Group. Where are we with pre-exposure prophylaxis use in Central and Eastern Europe? Data from the Euroguidelines in Central and Eastern Europe (ECEE) Network Group. *HIV Medicine*. 2021; 22: 67-72.
513. Szyłło A. Dawał szansę, gdy inni skreślali. Pedagog Artur Lutarewicz nie żyje. <https://wyborcza.pl/7,75398,23780208,dawal-szanse-gdy-inni-skreslali-pedagog-artur-lutarewicz-nie.html> [dostęp: 29.11.2023].
514. Szmulik-Misiurek K, Niedźwiedzka-Stadnik M, Rosińska M. Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS w Polsce w 2018 roku. *Przegl Epidemiol*. 2020; 74(2): 223-238.
515. Fauci AS, Redfield RR, Sigounas G, Weyahlee MD, Giroir BP. Ending the HIV epidemic. A plan for the United States. *JAMA*. 2019; 321(9): 844-845.
516. Hatcher W. The Ryan White Program is vital to end the HIV epidemic. *Am J Public Health*. 2020; 110(1): 51-52.
517. El-Sadr WM, Mayer KH, Rabkin M, Hodder SL. AIDS in America – back in the headlines at long last. *N Engl J Med*. 2019; 380(211): 1985-1987.
518. Nosyk B, Zang X, Krebs E, et al. Ending the epidemic in America will not happen if the status quo continues: modeled projections for Human Immunodeficiency Virus incidence in 6 US cities. *Clin Infect J*. 2019; 69: 2195-2198.
519. Eisinger RW, Folkers GK, Fauci AD. Ending the Human Immunodeficiency Virus pandemic: optimizing the prevention and treatment toolkits. *Clin Infect Dis*. 2019; 69: 2212-2217.
520. Gilead Sciences to provide free Truvada for PrEP® to support U.S. Initiative to End the HIV Epidemic. https://www.drugs.com/clinical_trials/gilead-sciences-provide-free-truvada-prep-support-u-s-initiative-end-hiv-epidemic-18138.html [dostęp: 10.12.2022].
521. Del Rio C, Armstrong WS. How much are we willing to pay for preexposure prophylaxis in the United States? *Ann Intern Med*. 2020; 172(9): 623-624.
522. Editorial. The Lancet. Are 2 million bottles of PrEP an empty gesture? *Lancet HIV*. 2019; 6: e483.
523. Gupta RK, Abdul-Jawad S, McCoy LE, et al. HIV-1 remission following CCR5Δ32/Δ32 haematopoietic stem-cell transplantation. *Nature*. 2019; 568(7751): 244-248.
524. First living donor HIV-to-HIV kidney transplant in the U.S. 03.28.2019. <https://www.hopkinsmedicine.org/news/newsroom/news-releases/first-ever-living-donor-hiv-to-hiv-kidney-transplant-in-the-US> [dostęp: 12.10.2020].
525. Cabenuva (cabotegravir and rilpivirine) granted approval by Health Canada. <https://www.europeanpharmaceuticalreview.com/news/115652/cabenuva-cabotegravir-and-rilpivirine-granted-approval-by-health-canada/> [dostęp: 5.10.2020].
526. Paules CI, Marston HD, Fauci AS. Measles in 2019 – going backward. *N Engl J Med*. 2019; 380(23): 2185-2187.
527. Holt E. Russia consider legislation to tackle rising AIDS denialism. *Lancet HIV*. 2019; 9: e423-424.
528. Holt E. Candle: a light in the dark of Russia AIDS denialism. *Lancet HIV*. 2019; 6: e425.
529. Zash R, Holmes L, Diseko M, et al. Neural-tube defects and antiretroviral treatment regimens in Botswana. *N Engl J Med*. 2019; 381(9): 827-840.
530. Calabrese SK, Mayer KH. Providers should discuss U=U with all patients living with HIV. *Lancet HIV*. 2019; 6: e221-e223.
531. Gladstone R. Damaged in scandal, head of U. N. AIDS agency resign suddenly. *New York Times*, 8.05.2019. <https://www.nytimes.com/2019/05/08/world/africa/un-aids-workplace-harassment.html> [dostęp: 10.12.2022].
532. Boseley S. New UNAIDS chief vows to Stamp out sexual misconduct and abuse of power. *The Guardian*, 26.11.2019. <https://www.theguardian.com/global-development/2019/nov/26/new-unais-chief-vows-to-stamp-out-sexual-misconduct-and-abuse-of-power-winnie-byanyima> [dostęp: 10.12.2022].
533. Editorial. The Lancet HIV. New PrEP formulation approved ... but only for some. *Lancet HIV*. 2019; 6: e723.
534. Dyer G. HIV: doctor who reused needles is blamed as nearly 900 children test positive in Pakistani city. *Brit Med J*. 2019; 367: i6284.
535. Salzman S. The Berlin Patient, the first person ever cured of HIV, on taking PrEP: „I want a full sexual life”. <https://www.thebodypro.com/article/timothy-ray-brown-prep> [dostęp: 21.12.2022].
536. Kampner M. Female Condom' gets a genderless rebrand from FDA. <https://www.thebodypro.com/article/female-condom-gets-a-genderless-rebrand-from-fda> [dostęp: 10.10.2022].
537. Niedźwiedzka-Stadnik M, Nowakowska-Radziwonka E, Rosińska M, Szmulik-Misiurek K, Marzec-Bogusławska A. Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS w Polsce w 2019 roku. *Przegl Epidemiol*. 2021; 75(4): 626-645.
538. Collins S. ViiV resubmits cabotegravir plus rilpivirine long-acting injections (Cabenuva) to FDA for approval. 28 August, 2020. <https://i-base.info/htb/38707> [dostęp: 5.10.2020].
539. Seven days in medicine: 11-17 march 2020/ Sexual health. HIV drug PrEP will be available around England. *Brit Med J*. 2020; 368: m1073.
540. Pebody R. Nine HIV diagnoses in men on PrEP waiting list, Manchester. 1 July 2019. *Aidsmap.com*. <https://www.aidsmap.com/news/jul-2019/nine-hiv-diagnoses-men-prep-waiting-list-manchester> [dostęp: 22.10.2020].
541. Gupta RK, Peppas D, Hill AL, et al. Evidence for HIV-1 cure after CCR5Δ32/Δ32 allogeneic haematopoietic stem-cell transplantation 30 months post analytical treatment interruption: a case report. *Lancet HIV*. 2020; 7(5): e340-e347.
542. Limb M. The BMJ Awards 2020 – women health. *Brit Med J*. 2020; 369: m368.
543. Arana G. Life after HIV. *POZ Magazine*, 16.05.2022. <https://poz.com/articlelife-HIV> [dostęp: 10.10.2022]
544. Harris P. Highlights of AIDS 2020. *Lancet HIV*. 2020; 7: e532.

545. Taylor P. ViiV gets FDA nod for Rukobia drug for older HIV patients. July 6, 2020. <https://pharmaphorum.com/news/viiv-gets-fda-nod-for-rukobia-drug-for-older-hiv-patients/> [dostęp: 5.10.2020].
546. Fauci AS, Lane HC. Four decades of HIV/AIDS – much accomplished, much to do. *N Engl J Med.* 2020; 383(1): 1 – 4.
547. Blanco JL, Ambrosini J, Garcia F, et al. COVID-19 in patients with HIV: clinical case series. *Lancet HIV.* 2020; 7(5): e14-e316.
548. Jones R, Nelson M, Bracchi M, Asboe D, Bofito M. COVID-19 in patients with HIV. *Lancet HIV.* 2020; 7(6): e383.
549. Miró JS, Ambrosini J, Blanco JL. COVID-19 in patients with HIV. Authors' reply. *Lancet HIV.* 2020; 7(6): e383-e384.
550. Mirzaei H, McFarland W, Karamouzian M, Shafri H. COVID-19 Among People Living with HIV: A Systematic Review. *AIDS Behav.* 2021; 25(1): 85-92.
551. BHIVA, DAIG, EACS, GESIDA & Polish Scientific AIDS Society Statement on risk of COVID-19 for people living with HIV (PLWH). 5.08.2020. <https://www.bhiva.org/updated-BHIVA-DAIG-EACS-GESIDA-Polish-Scientific-AIDS-Society-statement-on-risk-of-COVID-19-for-PLWH> [dostęp: 28.12.2020].
552. Coleman H, Snell LB, Simons R, Douthwaite ST, Lee MJ. Coronavirus disease 2019 and *Pneumocystis jirovecii* pneumonia: a diagnostic dilemma in HIV. *AIDS.* 2020;34(8):1258-1260.
553. Prabhu S, Poongulali S, Kumarasamy N. Impact of COVID-19 on people living with HIV: a review. *J Virus Eradication.* 2020; 6: 100019.
554. NIH. Special considerations in people with Human Immunodeficiency Virus. Last updated October 9, 2020. <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/special-populations/hiv/> [dostęp: 30.10.2020].
555. Kelly S, Waters L, Cevik M, et al. *Pneumocystis pneumonia*, a COVID-19 mimics, remind us of the importance of HIV testing in COVID-19. *Clin Med (Lond).* 2020; 20(6): 590-592.
556. Rigamonti E, Salera D, Gheorghiu AC, Corneliu F, Pietro G. The many faces of interstitial pneumonia: a case of presumed SARS-CoV-2 infection. *Swiss Med Wkly.* 2020; 150: w20312.
557. Trahan MJ, Boucher M, Renaud C, et al. Pregnancies among the first generation of survivors of perinatal HIV infection. *J Obstet Gynaecol Can.* 2020; 42(4): 446-452.
558. The National HIV and AIDS Strategic Plan 2020/21 – 2024/25. https://uac.go.ug/index.php?option=com_content&view=article&id=24:hiv-prevention-1123&catid=8&Itemid=101 [dostęp: 11.11.2023].
559. Goodenow MM. Letters from the Director: Remembering Timothy Ray Brown: a champion for HIV cure research. <https://www.oar.nih.gov/about/directors-corner/letters-director-remembering-timothy-ray-brown-champion-hiv-cure-research> [dostęp: 20.12.2020].
560. In memoriam Timothy Brown. 30.09.2020. <https://www.icistem.org/posts/in-memoriam-timothy-brown> [dostęp: 15.12.2022].
561. Goodle F, Silbener J. The BMJ interview: Anthony Fauci on COVID-19. *Brit Med J.* 2020; 370: m3709.
562. Król D. Europejski Tydzień Testowania. Kontra. Biuletyn Krajowego Centrum ds. AIDS. 2020; Nr 4(86): 4-6.
563. Niedzwiedzka-Stadnik M, Nowakowska-Radziwonka E, Marzec-Bogusławska A. Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS w Polsce w 2020 roku. *Przegl Epidemiol.* 2022; 76(3): 402-420.
564. Niedzwiedzka-Stadnik M, Nowakowska-Radziwonka E, Rosińska M, Marzec-Bogusławska A. Trend badań anty-IV w Polsce w porównaniu z okresem pandemii COVID-19. *Przegl Epidemiol.* 2022;76(2): 255-266.
565. BHIVA, Terrence Higgins Trust. SARS-CoV-2 vaccine advice for adults living with HIV: British HIV Association (BHIVA) & Terrence Higgins Trust (THT) guidance. 11 January 2021. <https://www.bhiva.org/SARS-CoV-2-vaccine-advice-for-adults-living-with-HIV-plain-english-version-update> [dostęp: 11.01.2021].
566. Surratt HL, Cowley AM, Lockard AS, et al. Syringe service program use among people who inject drugs in Appalachian Kentucky. *Am J Publ Health.* 2021; 110(1): 34-36.
567. Dikson S, Killelea A. intentionally delayed pharmaceutical innovation under perverse incentives: Gilead's HIV pipeline as a case study. *Health Affairs Blog*, June 16, 2021. <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/forefront.20210614.619677/full/> [dostęp: 20.11.2021].
568. Soriano V, Blasco-Fontecilla H, Galego L, et al. Rebound of sexually transmitted infections after the COVID-19 pandemic. *AIDS Rev.* 2023; 26(6): 127-135.
569. Gilead announced decision not to pursue marketing authorization for Descovy® for pre-exposure prophylaxis in the European Union. <https://www.gilead.com/news-and-press/company-statements/gilead-announces-decision-not-to-pursue-marketing-authorization-for-descovy-for-pre-exposure-prophylaxis-in-the-european-union> [dostęp: 12.10.2022].
570. Anderson J, Fenton K. HIV related stigma: a gangrenous roadblock. *Brit Med J.* 2022; 379: o2989.
571. Bayer R, Oppenheimer GM, Parisi V. Marking the 40th anniversary of the AIDS epidemic – American physician look back. *N Engl J Med.* 2021; 385(14): 1251-1253.
572. Burki T. Documenting the UK's 40-year battle with HIV/AIDS. *Lancet HIV.* 2000; 9: e308.
573. Seven days in medicine: 1-7 December 2021. *Brit Med J.* 2021; 375: n3023.
574. Seven days in medicine: 28 April to 4 May 2021. *Brit Med J.* 2021; 373: n1128.
575. Lloyd AR, Savage R, Eaton CF. Opioid use disorder: a neglected human immunodeficiency virus risk in American adolescents. *AIDS.* 2021; 35: 2237-2247.
576. 2021 RWHAP Client Level Data Report Released. <https://www.hiv.gov/blog/2021-rwhap-client-level-data-report-released> [dostęp: 10.12.2022].
577. Managh-Bass AG, Parker S, Thompson G, et al. 'Ending the HIV epidemic': where are African American women in the plan? *AIDS.* 2021; 35: 2541-2544/
578. Burki T. Pakistan continues to bat the pediatric HIV outbreak. *Lancet HIV.* 2022; 9: e307.
579. Samarasekera U. Pakistan's growing HIV epidemic. *Lancet.* 2022; 400(10368): 2031.
580. Ankiersztejn-Bartczak M, Kowalska JD. Pilotażowy projekt samodzielnego testowania w kierunku HIV partnerów pacjentów z nowo wykrytym zakażeniem HIV w ramach projektu „Test and keep in care (TAK). *Przegl Epidemiol.* 2021; 75(3): 347-354.
581. Higleyman L. New York woman is free of HIV 14 months after stem cell transplant. 16.02.2022. <https://www.aidsmap.com/news/feb-2022/new-york-woman-free-hiv-14-months-after-stem-cell-transplant> [dostęp: 1.10.2022].
582. Climent N, Ambrosini J, Gonzalez T, et al. Immunological and virological findings in a patient with exceptional post-treatment control: a case report. *Lancet HIV.* 2023; 10(1): e43-e52.
583. No authors listed. Curing HIV – how far have we come? Updated October 10, 2023. <https://www.amfar.org/news/how-many-have-been-cured> [dostęp: 10.11.2023].
584. Higleyman L. Why did an HIV vaccine fail in the Imbokodo trial? 23 February 2022 <https://www.aidsmap.com/news/feb-2022/why-did-hiv-vaccine-fail-imbokodo-trial> [dostęp: 20.12.2022].

585. Cairns G. What led to the fall in HIV cases in UK gay men? <https://www.aidsmap.com/news/feb-2022/what-led-fall-hiv-cases-uk-gay-men> [dostęp: 1.10.2022].
586. Pebody R. Zero vertical transmission from over 5 000 pregnant women with undetectable HIV in France. <https://www.aidsmap.com/news/feb-2022/zero-vertical-transmissions-over-5000-pregnant-women-undetectable-hiv-france> [dostęp: 1.10.2022].
587. Marcu EA, Dinescu SN, Padureanu V, et al. Perinatal exposure to HIV infection: the experience of Craiova Regional Centre, Romania. *Healthcare (Basel)*. 2022; 10(2): 308.
588. FDA permits marketing of first condom specifically indicated for anal intercourse. 23.02.2022. <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-permits-marketing-first-condom-specifically-indicated-anal-intercourse> [dostęp: 12.11.2022].
589. Adepoju P. HIV-free generation within reach for Botswana. *Lancet HIV*. 2022; 9: e76.
590. Orkin C, Apea V. International Women's Day – how can I help? *Lancet HIV*. 2022; 9: e228-e229.
591. Kirby T. Ending HIV in the UK. *Lancet HIV*. 2022; 9: e148.
592. Editorial. The Lancet HIV. PEPFAR looks to the future. *Lancet HIV*. 2022; 5: e367.
593. Editorial. The Lancet. Fate of people with HIV in jeopardy in Ukraine. *Lancet HIV*. 2022; 9
594. Hiward S. Poland's buckling healthcare system nevertheless welcomes Ukraine refugees with open arms. *Brit Med J*. 2022; 377: o844.
595. Altice FI, Bromberg DJ, Dvoriak S, et al. Extending a lifetime to people with HIV and opioid use disorder during the war in Ukraine. *Lancet Public Health*. 2022; 7: e482-484.
596. Holt E. Providing care for Ukrainian refugees with HIV. *Lancet HIV*. 2022; 9: e378.
597. Vasylyev M, Skrzat-Klapaczynska A, Berb-Nardini JI, et al. Unified European Support framework to sustain the HIV cascade of care for people living with HIV including in displaced populations of war-struck Ukraine. *Lancet HIV*. 2022; 6: e438-448.
598. Feature. The Lancet HIV. Conflict in Ukraine and ticking bomb of HIV/ *Lancet HIV*. 2022; 5: e273.
599. Holt E. Ukraine adapt its HIV response. *Lancet HIV*. 2022; 9: e747-e748.
600. WHO recommends long-acting cabotegravir for HIV prevention. <https://www.who.int/news/item/28-07-2022-who-recommends-long-acting-cabotegravir-for-hiv-prevention> [dostęp: 10.12.2022].
601. Highleyman L. California man appears to be another person cured of HIV after a stem cell transplant. 2 August 2022. <https://www.aidsmap.com/news/aug-2022/california-man-appears-be-another-person-cured-hiv-after-stem-cell-transplant> [dostęp: 10.10.2023].
602. Dieter J, Weibel S, Cardoso A, et al. The 'City of Hope' Patient: prolonged HIV-1 remission without antiretrovirals (ART) after allogeneic hematopoietic stem cell transplantation (aHCT) of CCR5-Δ32/Δ32 donor cells for acute myelogenous leukemia (AML). <https://programme.aids2022.org/Abstract/Abstract/?abstractid=12508> [dostęp: 10.11.2023].
603. Thornton J. HIV: pandemic disruption and resource cuts have slowed progress, UN report finds. *Brit Med. J*. 2022; 378: o19011.
604. Editorial. The Lancet HIV. Time to tackle late diagnosis. *Lancet HIV*. 2022; 9: e139.
605. Overton ET, Weir IR, Zanni MV, et al. Asymptomatic SARS-CoV-2 infection is common among ART treated people with HIV. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2022; 90(4): 377-381.
606. Freer J, Mudaly V. HIV and COVID-19 in South Africa. The two pandemics must be confronted collectively and globally. *Brit Med. J*. 2022; 376: e069807.
607. Huyveres LF, Bruns A, Stam A, et al., on behalf of the IciStem Consortium. Autopsy study defines composition and dynamics of the HIV-1 reservoir after allogeneic hematopoietic stem cell transplantation with CCR5Δ32/Δ donors cells. *Viruses*. 2022; 14: 2069.
608. Holt E. Russia passes anti-LGBT+ law. *Lancet HIV*. 2023; 10(3): e152.
609. Hick L. FDA approves first-in-class drug for HIV. www.medscape.com/viewarticle/986049 [dostęp: 23.12.2022].
610. Fauci AS. It ain't over till it's over ... but it's never over – emerging and reemerging infectious diseases. *N Engl J Med*. 2022; 387(22): 2009-2011.
611. Smith D. I had to fulfill my responsibility: Fauci on his career, Covid, and stepping down. *The Guardian*, 25.12.2022. <https://www.theguardian.com/us-news/2022/dec/25/fauci-interview-covid-trump-biden> America's top health official, a cult figure for millions, has advised seven US presidents – but will he speak freely about Trump's response to coronavirus? [dostęp: 26.12.2022].
612. Rosen H, Cunningham CO. Time to end racial disparities in buprenorphine access. *Am J Public Health*. 2023; 113(10): 1083-1085.
613. Kowalski J, Cholewińska-Szymańska, Cielniak I, et al. Studium pierwszych przypadków klinicznych ospy małpiej w Polsce. *Przegl Epidemiol*. 2022; 78(2): 168-193.
614. Suchacz M, Krankowska D, Cybula A, et al. Delayed HIV diagnosis during the COVID-19 pandemic in Poland: a call for targeted HIV testing for those under suspicion of SARS-CoV-1. *HIV Med*. 2022; Dec 23(11): 1173-1183.
615. Nouchi F. Daniel Defert, philosopher, sociologist and leading figure in AIDS fight, has died. *Le Monde*, 8.02.2023. https://www.lemonde.fr/en/obituaries/article/2023/02/08/daniel-defert-philosopher-sociologist-and-leading-figure-aids-fight-has-died_6014917_15.html#.
616. Highleyman L. German man remains free of HIV nearly 10 years after stem cell transplant. *AIDSMAP.com*. 20 February 2023 <https://www.aidsmap.com/news/feb-2023/german-man-remains-free-hiv-nearly-10-years-after-stem-cell-transplant> [dostęp: 12.10.2023].
617. Jensen BO, Knops E, Cords L, et al. In-depth virological and immunological characterization of HIV-1 cure after CCR5Δ32/Δ32 allogeneic hematopoietic stem cell transplantation. *Nature Med*. 2023; 29(3):583-587.
618. Rubinstein P, Perez L, Rondelli D, et al. HIV-1 viral reservoir reactivation after CCR5 DELTA 32/32 stem cell transplantation. *CROI 2023*. Abst. Nr 434. <https://www.croiconference.org/abstract/hiv-1-viral-reservoir-reactivation-after-ccr5-delta-32-32-stem-cell-transplantation/> [dostęp: 12.10.2023].
619. ⁶¹⁹ McMyn NF et al. Persistence of inducible replication-competent HIV-1 after long-term ART. 30th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Seattle, abstract 396, 2023. Cairns G. 11 April 2023. <https://www.aidsmap.com/news/apr-2023/proliferation-not-replication-hiv-lifelong-because-infected-cells-divide-not-only> [dostęp: 10.10.2023].
620. Mitjå O, Alemany A, Marks M, et al. Mpox in people with advanced HIV infection: a global case series. *Lancet*. 2023;2023; 401(10380): 939-949.
621. Mahase E. Mpox: clinicians identify severe form with high mortality in advanced HIV patients. *Brit Med. J*. 2023; 380: p422.
622. Hopkins J. FDA approves over the counter sale of naloxone to reverse drug overdoses. *Brit Med J*. 2023; 380: p749.
623. van Lemmen M, Florian J, Li Z, et al. Opioid overdose: limitations in naloxone reversal of respiratory depression and prevention of cardiac arrest. *Anesthesiology*. 2023; 139(3): 342-353.
624. What do we know about people with HIV who are not engaged in regular HIV care? Kaiser Family Foundation, 22.06.2023. <https://www.kff.org/hiv/aids/press-release/what-do-we-know-about-people-with-hiv-who-are-not-engaged-in-regular-hiv-care/> [dostęp: 29.07.2023].

625. Krakower D, Marcus JL. Free the PrEP – over the counter access to HIV preexposure prophylaxis. *N Engl J Med.* 2023; 389(6): 481-483.
626. Gostin LO. US global AIDS programme is under threat. *Brit Med. J.* 2023; 383: p1929.
627. Abdool Karim SS, Barre-Sinoussi F, Varmus H, et al. Threatening the global AIDS response – obstacle to PEPFAR’s reauthorization. *N Engl J Med.* 2023; 389(13): 1159-1164.
628. Levis S, Zengerle P. US State Dept slams Congress for failure to renew anti-AIDS program. October 3, 2023 <https://www.reuters.com/business/healthcare-pharmaceuticals/us-state-dept-slams-congress-failure-renew-pepfar-anti-aids-program-2023-10-02/> [dostęp: 27.11.2023].
629. Brayles LN, Luo R, Boeras D, Vojnov L. The risk of sexually transmission of HIV in individuals with low-level HIV vireamia: a sysyematic review. *Lancet.* 2023; 402:4640471.
630. Hayward P. Highlights of IAS 2023. *Lancet HIV.* 2023; 10: e565.
631. Wolff SH. Falling behind: the growing gap in life expectancy between United States and other countries, 1933-2021. *Am J Public Health.* 2023; 113(9): 970-980.
632. Shanahan L, Copeland WE. A deadly drop in rankings: how the United States was left behind in global life expectancy trends. *Am J Public Health.* 2023; 113(9):961-973.
633. Gaydosh L. Failing population health: US life expectancy falling behind. *Am J Public Health.* 2023; 113(9): 959-960.
634. Burki T. Drug consumption rooms:20 years of Insite. *Lancet.* 2023; 402: 1819-1820.
635. Eastwood N, Schlossenberg S. The illegal drugs market is changing – is the UK prepared? *Brit Med J.* 2023; 383: p2421.
636. Christie B. Safe space for injecting drugi is approved in Scotland. *Brit Med. J.* 2023; 382: 2238.
637. Trickey A, Stone J, Vickerman P. Eliminating HIV in the UK among men who have sex with men. *Lancet HIV.* 2023; 10: e695-e696.
638. Cambiano V, Miners A, Lampe FC, et al. The effect of combination prevention strategies on HIV incidence among gay and bisexual men who have sex with men in UK. *Lancet HIV.* 2023; 10:e7113-e722.
639. Nikolski Z, King EJ, Mossialos E. HIV in the Russian Federation: mortality, prevalence, risk factors, and current understanding of sexual transmission. *AIDS.* 2023; 37: 637-645.
640. Holt E. HIV treatment in Russia on the brink of crisis. *Lancet HIV.* 2023; 10: e361-e362.
641. Baldech M, Kizito S. Call to action: HIV among adolescents in Sierra Leone. *Lancet.* 2023; 404: 2023.
642. Machingura F, Shahmanesh M. Uganda’s anti-homosexuality act. *Brit Med. J.* 2023; 382: p1840.
643. Lofgreen SM, Tsui S, Natala N, et al. Difference in reasons for the late presentation to HIV care in Uganda among men and women. *AIDS Behav.* 2023; 27: 303-313.
644. Krajowe Centrum ds. AIDS. Zniesienie stosowania skali Barthel jako podstawowego czynnika przy kwalifikowaniu pacjenta chorego na AIDS do leczenia w oddziale opiekuńczo-leczniczym. *KONTRA.* 2023; 3(97): 12.
645. Skwierawski D. 30-lecie Ośrodka EKO Szkoła życia w Wandzinie. *KONTRA.* 2023; 3(93): 9-12.
646. Keniyopoullos R et al. Dolutegravir but not bictegravir exposure increases in vitro platelet aggregation. 19th European AIDS Conference, Warsaw, abstract PS3.O2, 2023.
647. Cairns G. Some women in France are using PrEP, but only trangeder women tend to stay on it. [aidsmap.com.](https://www.aidsmap.com/news/oct-2023/some-women-in-france-are-using-prep-but-only-trangeder-women-tend-to-stay-on-i) 23.10.2023. <https://www.aidsmap.com/news/oct-2023/some-women-in-france-are-using-prep-but-only-trangeder-women-tend-to-stay-on-i> [dostęp: 27.10.2023].
648. Koval T, O. Marchenko O, Stetsenko O, et al. Impact of the COVID-19 pandemic and the war in Ukraine on late diagnosis of HIV infection. 19th European AIDS Conference, Warsaw, Poland, Abst. PS7.O1 <https://eacs2023.abstractserver.com/program/#/details/sessions/48> [dostęp: 20.11.2023].
649. Cairns G. HIV services in Ukraine resilient but starting to feel the strain. 25.10.2023. [aidsmap.com](https://www.aidsmap.com/news/oct-2023/hiv-services-in-ukraine-resilient-but-starting-to-feel-the-strain) <https://www.aidsmap.com/news/oct-2023/hiv-services-in-ukraine-resilient-but-starting-to-feel-the-strain> [dostęp: 27.10.2023].
650. Parczewski M, Siwak E, Cielniak I, et al. Clinical characteristics and antiretroviral treatment efficacy among newly diagnosed migrants and refugees from Ukraine. 19th European AIDS Conference, Warsaw, Poland, Abst. PS13.O4 <https://eacs2023.abstractserver.com/program/#/details/presentations/1014> [dostęp: 20.11.2023].
651. Corteville S, Brown N, Nelson M, Naous N, Kang S. Rates and reasons for antiretroviral switches with implicated drug associations: a post-COVID 10-year comparison. 19th European AIDS Conference, Warsaw, Poland, Abst. RA2.O8 <https://eacs2023.abstractserver.com/program/#/details/presentations/356> [dostęp: 20.11.2023]
652. Watoła J. Prof. Horban nie jest już konsultantem ds. chorób zakaźnych. Następca też zasłynął w czasie epidemii <https://wyborcza.pl/7,75398,30532819,prof-andrzej-horban-nie-jest-juz-konsultantem-w-dziedzinie.html> [dostęp: 21.12.2023].