



Biuletyn Krajowego Centrum ds. AIDS

Nr 2 (48) / 2011

W numerze:

Jest sobie człowiek... który nie wie

Joanna Głazewska

str. 1-2

Test w kierunku HIV – możliwości i bariery na podstawie przeglądu literatury i raportu Europejskiego Centrum ds. Kontroli i Zapobiegania Chorób (ECDC)

Piotr Wysocki

str. 3-4

Ochrona zdrowia psychicznego osób żyjących z HIV/AIDS w Polsce i innych krajach Unii Europejskiej z regionu Europy Środkowej i Wschodniej

Marta Welbel

str. 5-6

Przegląd prasy I-III 2011

Małgorzata Olczyk

str. 7

Polska Fundacja Pomocy Humanitarnej „Res Humanae” wczoraj i dziś

Mateusz Liwski

str. 8

Aspekty

Zakażenie HBV u osób żyjących z HIV

dr hab. n. med. Brygida Knysz

Telefon Zaufania HIV/AIDS

(+22) 692 82 26; 801 888 448

od pn. 9⁰⁰ do sob. 21⁰⁰

Lekarze specjaliści dyżurują:

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

AIDS – Zielona Linia

(+22) 621 33 67

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

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

Ośrodek Informacji o HIV/AIDS

(+22) 331 77 66

info@ids.gov.pl

Poradnia Internetowa HIV/AIDS

www.ids.gov.pl

poradnia@ids.gov.pl

Jest sobie człowiek... który nie wie

Nie wie, że HIV przenosi się poprzez krew, kontakty seksualne i z zakażonej matki na dziecko podczas ciąży, porodu lub karmienia piersią. Nie wie, że nie zakaży się poprzez kontakt ze łzami, śliną i potem osoby żyjącej z HIV. Nie wie, że HIV nie przenosi się też poprzez kaszel czy kichanie. Nie wie, że może z osobą zakażoną HIV korzystać z tej samej toalety, basenu, sprzętów kuchennych, razem mieszkać, bawić się, uczyć i pracować. Nie wie, że przytulanie osoby zakażonej HIV jest dla niego bezpieczne. Nie wie nawet, że komary i inne owady NIE przenoszą HIV. Nie wie, że osoby zakażonej nie można rozpoznać po wyglądzie i że można latami żyć z HIV i nie zachorować na AIDS. Nie wie, że o zakażeniu można dowiedzieć się tylko robiąc test w kierunku HIV. Dla niego jest nowa kampania Krajowego Centrum ds. AIDS.

CZY JESTEŚ ZAKAŻONY HIV?

Nie mamy w Polsce lawinowego przyrostu liczby nowych zakażeń. Szacuje się, że z HIV żyje w naszym kraju 30-35 tysięcy osób (w 2010 r. według danych skumulowanych, od 1985 r. liczba wykrytych w Polsce zakażeń HIV przekroczyła 14 tysięcy). To niewiele w porównaniu z naszymi sąsiadami: i wschodnimi, i zachodnimi. Niemniej jednak każdego roku nowych zakażeń przybywa. Każdego dnia kolejne osoby dostają wynik dodatni testu na HIV. Dlatego trzeba wciąż mówić, wciąż przypominać, wciąż ostrzegać. Najwięcej zakażeń wykrywa się u młodych osób w wieku od 18 do 39 lat. Jak się okazuje, mimo istnienia HIV i AIDS w Polsce od 30 lat, nasze myśli zaprzatają liczne fobie, wciąż nasza wiedza jest niekompletna.

W Polsce od wielu już lat do zakażenia HIV dochodzi głównie poprzez kontakty seksualne. Zarówno homo-, jak i heteroseksualne. Krajowe Centrum ds. AIDS prowadzi własne analizy danych uzyskanych z punktów konsultacyjno-diagnostycznych (PKD), w których można wykonać na terenie całego kraju bezpłatnie i anonimowo test w kierunku HIV. Klienci punktów oraz doradcy prowadzący

poradnictwo okołotestowe wypełniają anonimowe ankiety. Ostatnia analiza ankiet z PKD (2009 rok) przeprowadzona na zlecenie Centrum przez TNS-OBOP wykazała, że niemal wszyscy zgłaszający się na test w roku 2009 przyznali podjęcie choć raz w życiu ryzykownych kontaktów seksualnych, które mogły doprowadzić do zakażenia HIV (96%). Prawie połowa osób spośród zgłaszających się na test do PKD przyznała, że miała kontakty seksualne z partnerem innym niż stały (47%). W takich kontaktach zaledwie 20% stosuje prezerwatywę zawsze.

Kampania Krajowego Centrum ds. AIDS realizowana w 2011 i 2012 roku jest kontynuacją dotychczasowych działań, wzmocnieniem kampanii „Wiedza ratuje życie” z przełomu 2010 i 2011 roku. Jest przede wszystkim skierowana do osób podejmujących ryzykowne zachowania seksualne, by skłonić do odpowiedzenia sobie na pytanie: „czy w moim życiu zdarzyło się coś, co mogło mnie narazić na zakażenie. Kampania zachęca do testowania w kierunku HIV – zwłaszcza w PKD, ponieważ tam na wszystkie pytania pomoże odpowiedzieć doradca. Kampanii towarzyszy hasło i znany od dekady logotyp „Nie daj szansy AIDS. Zrób test na HIV.”

JEST SOBIE CZŁOWIEK, KTÓRY CHCE WIEDZIEĆ.

Kampania potrwa od lipca 2011 roku do maja 2012. Będzie obecna w telewizji, stacjach radiowych, prasie, internecie. Nie może jej zabraknąć w mediach społecznościowych. Przekaz wzmocnią inne elementy reklamowe takie, jak: kalendarze, torby bawełniane czy pakiety edukacyjne z prezerwatywami. Do pozyskiwania mediów i innych partnerów zapraszamy wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne, urzędy wojewódzkie i urzędy marszałkowskie w całej Polsce. Efektywność kampanii zostanie oceniona na podstawie badania pod kątem liczby nowych klientów punktów konsultacyjno-diagnostycznych.

Joanna Głazewska

Czy jesteś zakażony HIV?



Zrób test!

AIDS
NIE DAJ SZANSY!

Organizator:



www.aids.gov.pl

Telefon Zaufania HIV/AIDS:
801 888 448* (22) 692 82 26

*płatne za pierwszą minutę połączenia

Test w kierunku HIV – możliwości i bariery na podstawie przeglądu literatury i raportu Europejskiego Centrum ds. Kontroli i Zapobiegania Chorób (ECDC)

W Europie liczba wykonywanych testów w kierunku HIV pozostaje na niezadawalającym poziomie. Duży odsetek Europejczyków nie wie o swoim zakażeniu lub wykonuje test zbyt późno, w momencie znacznego deficytu immunologicznego i rozwiniętego AIDS. Dane nadzoru epidemiologicznego z ostatniej dekady dotyczące krajów europejskich wskazują na wysoką i stale rosnącą liczbę niezdiagnozowanych przypadków HIV oraz wysoki odsetek pacjentów, u których późno zdiagnozowano zakażenie. Wysiłki państw europejskich na rzecz wczesnego diagnozowania HIV w dużej mierze zawodzą, co powoduje pilną potrzebę przeglądu i zmiany strategii w tym zakresie.

Wiele wskazuje na to, że zmiana strategii powinna dotyczyć rozwoju edukacji różnych grup społecznych na temat zapobiegania HIV/AIDS, a także korzyści, jakie niesie ze sobą wczesna diagnostyka HIV. Pogłębiona edukacja pomoże też ograniczyć negatywne zjawisko dyskryminacji i stygmatyzacji osób zakażonych HIV i chorych na AIDS, a także wykonujących (chcących wykonać) test w kierunku HIV.

Raport¹ Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób prezentuje wnioski z przeglądu literatury przedmiotowej² (w tym literatury naukowej – 3 855 pozycji i nienaukowej tzw. „grey literature” – 44 pozycje), opisującej korzyści dla pacjenta oraz przeszkody związane z wykonaniem testu w kierunku HIV w Europie i na świecie. Przytacza też przykłady strategii ułatwiających znoszenie barier, a także pozwalających zwiększyć liczbę osób chcących wykonać test, przy jednoczesnym zapewnieniu dostępności leczenia i opieki.

Wśród najistotniejszych wniosków na temat korzyści (tak na poziomie indywidualnym, jak i dla zdrowia publicznego) wczesnej diagnostyki

Raport wymienia:

- Zmniejszenie śmiertelności i zachorowalności. Raport WHO/UNAIDS (2009) szacuje, że dzięki dostępności leczenia antyretrowirusowego (ARV) udało się ocalić 2.9 milionów osób, u których wcześniej zdiagnozowano HIV, a następnie poddano je terapii antyretrowirusowej.
- Zwiększoną długość życia. Wczesne włączenie osób zakażonych HIV do terapii ARV pozwala wydłużyć okres wolny od choroby i rozwinięcia AIDS, a także zapewnić pacjentowi względnie normalną długość i jakość życia. Według niektórych badań, okres ten może wynosić od 20 do 50 lat (wynik otrzymany przy zastosowaniu modelu matematycznego i założenia, że zakażony pacjent rozpoczyna terapię ARV wcześnie i w wieku 20 lat).
- Mniejszą zakaźność dla populacji osób zdrowych ze strony osób zakażonych HIV, wcześniej włączonych do leczenia ARV. Świadomość zakażenia HIV, wpływa często na zmianę zachowań seksualnych na mniej ryzykowne (m.in. poprzez częstsze używanie prezerwatyw, a także posiadanie mniejszej liczby partnerów seksualnych).
- Niższy koszt leczenia pacjentów. Koszt leczenia osób, u których wcześniej zdiagnozowano HIV jest znacząco niższy niż w przypadku osób, u których zakażenie wykryto późno i u których występuje konieczność zastosowania drogiego

i trudnego leczenia zakażeń oportunistycznych.

Wśród najistotniejszych przeszkód związanych z wykonaniem testu w kierunku HIV raport wymienia:

- Na poziomie indywidualnym: niską percepcję ryzyka i brak odniesienia ryzyka zakażenia HIV do siebie, strach przed AIDS, obawy związane ze stygmatyzacją osób zakażonych HIV, brak ogólnej wiedzy na temat HIV i korzyści, jakie daje terapia ARV przy wczesnym wykryciu zakażenia, brak informacji, czym jest i gdzie zrobić test w kierunku HIV.
- Na poziomie ośrodków opieki zdrowotnej: niedostateczną liczbę szkoleń, jak przeprowadzać test w kierunku HIV oraz rozmowę z pacjentem (przed testem i po nim), niedostateczną wiedzę personelu medycznego na temat HIV/AIDS i złą ocenę ryzyka zakażenia u pacjenta, a także dyskomfort związany z podejmowaniem tematyki HIV/AIDS i życia seksualnego pacjenta.
- Na poziomie instytucjonalnym (formalnym): brak jasnej polityki, programu i procedur związanych z przeprowadzaniem testów w kierunku HIV, brak środków finansowych i zasobów ludzkich, barierę legislacyjną i finansową związaną z dostępnością leczenia (np. dla nielegalnych imigrantów oraz osób stosujących narkotyki drogą iniekcji).

Przegląd literatury wskazuje też na szereg działań, które mogą pomóc w pokonywaniu barier związanych z wykonaniem testu w kierunku HIV m.in.:

- Potrzebę edukacji na temat korzyści, jakie daje wczesna diagnostyka HIV, na przykład przy pomocy kampanii me-

dialnych, które (przynajmniej w krótkim okresie) wpływają na zmianę zachowań, a ich rezultatem jest większa liczba osób, które chcą zrobić test w kierunku HIV.

- Promocję wykonywania testów w kierunku HIV, wśród osób z lub spoza populacji szczególnie narażonych na ryzyko zakażenia.
- Minimalizację ryzyka stygmatyzacji testujących się osób i diagnostykę w kierunku HIV. Ryzyko to może zostać zredukowane na poziomie indywidualnym (poprzez edukację społeczeństwa na temat HIV/AIDS) oraz instytucjonalnym

m.in. poprzez znormalizowanie procedur oraz wprowadzenie powszechnej oferty dotyczącej wykonywania testów w kierunku HIV.

- Łatwy dostęp do informacji, jak uniknąć zakażenia HIV. W raporcie zwrócono m.in. uwagę na formy edukacji audio-wizualnej wspomaganą materiałami drukowanymi, jako skutecznego sposobu komunikacji z pacjentem przed wykonaniem testu w kierunku HIV i po nim (dotyczy to zwłaszcza tych placówek, do których zgłasza się wielu pacjentów, i w których brak jest wystarczającej liczby personelu medycznego).

- Rozmowę z pacjentem.

Badania wskazują na to, że wielu pacjentów woli krótką rozmowę przed testem i po nim (zarówno w przypadku wyniku dodatniego, jak i ujemnego) niż „długie” poradnictwo sensu stricto.

Przegląd literatury wskazuje także obszary, co do których, istnieje dalsza potrzeba pogłębionych badań i informacji. Dotyczy to m.in. wykonywania testów w kierunku HIV w ośrodkach podstawowej opieki zdrowotnej i opieki nagłej oraz w zakładach penitencjarnych.

Piotr Wysocki

Pełny raport:

Increasing uptake and effectiveness in the European Union. Evidence synthesis for guidance on HIV testing wraz z wykazem literatury przedmiotowej dostępny jest na stronie internetowej: www.ecdc.europa.eu

1. Technical report: Increasing uptake and effectiveness in the European Union. Evidence synthesis for Guidance on HIV testing. ECDC. 2010.
2. Pozycje opublikowane w latach 2005-2010 w krajach Unii Europejskiej, krajach Europejskiej Strefy Wolnego Handlu (EEA) i Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu (EFTA), a także U.S.A., Kanadzie i Australii. Najwięcej badań i literatury przedmiotowej pochodzi z U.S.A., a w przypadku Europy z Wielkiej Brytanii.

Ochrona zdrowia psychicznego osób żyjących z HIV/AIDS w Polsce i innych krajach Unii Europejskiej z regionu Europy Środkowej i Wschodniej



Mental Health and HIV/AIDS

Projekt *MAIDS: Zdrowie psychiczne i HIV/AIDS*, koordynowany przez Społeczny Komitet ds. AIDS, został zaplanowany na lata 2009-2012. Część środków na jego realizację pochodzi z Unii Europejskiej. W ramach drugiego etapu projektu przeprowadzono badanie w dziesięciu krajach (Bułgarii, Czechach, Estonii, Litwie, Łotwie, Polsce, Rumunii, Słowacji, Słowenii i na Węgrzech). Miało ono na celu ocenę potrzeb z zakresu ochrony zdrowia psychicznego dla osób żyjących z HIV/AIDS. Opracowano kwestionariusz, który został rozesłany do placówek zajmujących się leczeniem, opieką lub poradnictwem dla tej grupy osób w państwach biorących udział w projekcie. Do badań wybrano trzy rodzaje placówek:

- 1) punkty konsultacyjno-diagnostyczne,
- 2) ośrodki prowadzące leczenie antyretrowirusowe lub postępowanie po ekspozycji na HIV,
- 3) instytucje i organizacje prowadzące świadczenia związane z opieką psychologiczną, psychiatryczną, terapią uzależnień lub wsparciem dla osób żyjących z HIV/AIDS.

Pytania zawarte w kwestionariuszu dotyczyły zagadnień związanych ze strukturą i organizacją placówek oraz zakresem ich świadczeń w 2009 roku.

Zidentyfikowano 340 placówek spełniających kryteria badań, w 146 z nich udało się zebrać kwestionariusze. Wskaźnik odpowiedzi wyniósł ogółem 43% i wahał się w różnych państwach od 15% do 98%. Najwięcej kwestionariuszy zebrano na Łotwie: 46, wskaźnik odpowiedzi był tam również najwyższy. W Polsce wskaźnik odpowiedzi wyniósł 36%, uzyskano 29 kwestionariuszy.

W wynikach badania zwrócono przede wszystkim uwagę na problemy dostępności usług dla osób żyjących z HIV/AIDS. Większość placówek, które wzięły udział w badaniu, zlokalizowana była w stolicach państw oraz innych dużych miastach. Może to oznaczać mniejszą dostępność opieki dla ludzi spoza większych ośrodków miejskich czy mniej zurbanizowanych regionów. Zwrócono również uwagę na godziny otwarcia placówek. Jedynie 20% placówek oferowało świadczenia w weekendy, 29% – po godzinie 18:00. W Polsce odsetek ten był wyższy niż w innych państwach regionu – 31% placówek otwartych było podczas weekendu, 66% w godzinach popołudniowych (po 18:00).

Podkreślono także ogromne znaczenie współpracy i współdziałania między różnego typu instytucjami i organizacjami.

Z placówek, które wzięły udział w badaniu, aż 16% nie prowadziło żadnej współpracy, a 42% utrzymywało kontakty tylko z jednym lub dwoma partnerami. Wydaje się również, że dość często deklarowana współpraca nie była zbyt intensywna, ponieważ około 40% placówek utrzymywało kontakty ze współpracującymi jednostkami rzadziej niż raz w miesiącu. W Polsce niemal 30% placówek nie deklarowało żadnej współpracy, natomiast te, które prowadziły takie działania, kontaktowały się ze swoimi partnerami dość często: ponad 80% z nich – przynajmniej raz w miesiącu, a ponad 50% – trzy razy lub częściej.

We wszystkich krajach stwierdzono niski odsetek placówek zatrudniających w swoim zespole specjalistów ochrony zdrowia psychicznego oraz mało zróżnicowaną ofertę usług w tym zakresie. Szczególnie wyraźne było to w przypadku lekarzy psychiatrów: jedynie 17% placówek zatrudniało takiego specjalistę. Na tle innych krajów wyróżniały się tutaj jedynie Czechy, gdzie ponad połowa placówek miała w swoim zespole psychiatrę. Nieco lepiej wyglądała kwestia obecności w placówkach psychologów i psychoterapeutów – ogółem 40% placówek zatrudniało takich specjalistów.

Szczególnie wysoki wskaźnik zanotowano w Rumunii, gdzie w 82% placówek pracował psycholog. Również w Polsce odsetek ten był dość wysoki, prawie 60% placówek zatrudniało w swoim zespole psychologa bądź psychoterapeutę. Należy jednak podkreślić, że w aż 51% placówek nie zatrudniano żadnych specjalistów z dziedziny zdrowia psychicznego (w Polsce – w 31% placówek). We wszystkich państwach w opiekę nad zdrowiem psychicznym osób żyjących z HIV/AIDS włączani byli specjaliści ogólnej ochrony zdrowia oraz opieki społecznej, zwłaszcza lekarze innych specjalności niż psychiatria (w 47% placówek), pielęgniarki ogólne (w 45% placówek) oraz pracownicy socjalni (39%).

Z brakiem specjalistów wiąże się niska dostępność usług związanych ze zdrowiem psychicznym. Aż 47% placówek nie zapewniało żadnych świadczeń w tym zakresie. Najczęściej w ramach oferty uwzględniano konsultacje psychologiczne, ogółem 42% placówek wymieniło je wśród dostępnych usług. Konsultacje lekarza psychiatry wymieniane były już rzadziej, świadczone były w 28% placówek. Usługi związane z leczeniem uzależnień oferowało 36% placówek, w 14% prowadzono programy metadonowe. Najszerzy dostęp do usług związanych ze zdrowiem psychicznym oferowały placówki w Czechach: w 78% z nich udzielano konsultacji psychiatrycznych, 67% prowadziło indywidualną psychoterapię, a 56% – terapię uzależnień. W Polsce 35% placówek nie oferowało żadnych usług z zakresu ochrony zdrowia psychicznego, w 59% placówek udzielano konsul-

tacji psychologicznych, w 45% prowadzono terapię uzależnień oraz konsultacje psychiatryczne.

Szczególnie rzadko w ofercie placówek wymieniana była terapia grupowa, zarówno w odniesieniu do uzależnień (13%), jak i do innych zaburzeń (10%). Wydaje się to o tyle zaskakujące, że taka forma terapii wymaga mniejszych nakładów finansowych niż terapia indywidualna, a brak środków finansowych to często zgłaszany problem we wszystkich państwach regionu. Część placówek miała w swojej ofercie formy psychologicznego wsparcia: 25% prowadziło grupy wsparcia dla osób żyjących z HIV/AIDS, 22% również dla ich rodzin i partnerów.

W Polsce ponad 30% placówek oferowało taką formę świadczeń. Natomiast dosyć rzadko wymieniano grupy wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi, jedynie 2 placówek (w tym dwie z Polski) prowadziły takie grupy w ramach swoich działań.

Podsumowując wyniki badania, można zauważyć, że w wielu krajach Europy Środkowej i Wschodniej komponent zdrowia psychicznego w leczeniu i opiece nad osobami żyjącymi z HIV/AIDS jest wciąż jeszcze niedostatecznie uwzględniany. Ogromnym wyzwaniem dla placówek działających w państwach tego regionu jest dalszy rozwój profesjonalnych usług z omawianego zakresu i włączanie ich do oferty udzielanych świadczeń. W badaniu podkreślono konieczność poszerzania dostępności usług poprzez uwzględnienie tak istot-

nych kwestii jak dostosowanie oferty i godzin pracy placówek do potrzeb osób żyjących z HIV/AIDS w danym państwie oraz stworzenie sprawnie działającej sieci placówek. Wydaje się, że instytucje i organizacje w Polsce stoją przed podobnymi wyzwaniami, co placówki w innych krajach regionu. Poważnym problemem wydaje się być brak specjalistów ochrony zdrowia psychicznego w wielu



placówkach zajmujących się leczeniem, poradnictwem i opieką nad osobami żyjącymi z HIV/AIDS. Wyraźna jest również potrzeba rozwijania i wzmacniania współpracy między różnego typu instytucjami i organizacjami działającymi w pokrewnych lub też uzupełniających się dziedzinach.

*Marta Welbel,
Instytut Psychiatrii i Neurologii*

* Szczegółowe omówienie wyników badań umieszczone zostanie wkrótce na stronie internetowej organizacji *Spółeczny Komitet ds. AIDS* (www.skaid.org)

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

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

Przegląd prasy I-III 2011

TERAPIA ARV ZMNIEJSZA CZĘSTOŚĆ PRZENOSZENIA ZAKAŻENI HIV

W siedmiu afrykańskich krajach (Botswana, Kenia, Ruanda, Republika Południowej Afryki, Tanzania, Uganda i Zambia) przeprowadzono badanie *Udział Partnerów w Prewencji HSV/HIV*. Wynika z niego, że stosowanie terapii antyretrowirusowej u pacjentów z HIV-1 może zmniejszyć częstość przenoszenia zakażenia w populacji.

Badanie przeprowadzono wśród dorosłych osób heteroseksualnych ze współistniejącym zakażeniem HIV-1 oraz wirusem opryszczki zwykłej typu 2 (HSV-2) i ich seronegatywnych – względem HIV-1 – partnerów. Badanie miało ocenić wpływ terapii ARV stosowanej przez uczestników zakażonych HIV-1 na ryzyko przenoszenia tego wirusa na ich niezakażonych partnerów.

Dane z przeprowadzonego badania pokazały 92% redukcję częstości przenoszenia HIV-1. U uczestników badania, którzy nie przyjmowali ARV, najwyższy wskaźnik przenoszenia zakażenia obserwowano w przypadku osób, u których liczba komórek CD4 wynosiła mniej niż 200 komórek na 1 µl. W przypadku par, w których u nieleczzonego, zakażonego HIV-1 liczba komórek wynosiła więcej niż 200 komórek na 1 µl, 66 z 94 (75%) przypadków przeniesienia zakażenia nastąpiło przy stężeniach wirusa HIV-1 w osoczu powyżej 50 tys. kopii na 1 ml.

Większość zakażeń na świecie ma związek z HIV-1, co oznacza, że wyniki tego badania można uogólniać na pozostałą populację, chociaż badanie przeprowadzono w Afryce.

Przy znacznej redukcji przeniesienia zakażenia HIV na niezakażonego partnera zapewnienie ART pacjentom zakażonym HIV-1 może być skuteczną strategią, mającą na celu osiągnięcie zmniejszenia częstości transmisji HIV-1 na poziomie populacyjnym.

(Richard Ma. Terapia przeciwretrowirusowa zmniejsza częstość przenoszenia zakażenia HIV-1.[w:] Przeglądy kliniczne. Lekarz Rodzinny z dnia 01.03.2011 r.)

ZAKAŻENIE HIV SPRZYJA NIEWŁAŚCIWEJ GOSPODARCE LIPIDOWEJ

Leczenie zakażeń HIV sprzyja niewłaściwej gospodarce lipidowej. U pacjentów w istotny sposób podnosi się poziom cholesterolu i trójglicerydów.

To natomiast sprzyja zawałom serca i udarom mózgu.

Właściwie w organizmie człowieka nie ma układu ani narządu, który nie byłby narażony na niepożądane działanie leków antyretrowirusowych. Dlatego też pacjenci zakażeni HIV poddani terapii przeciwwirusowej muszą być pod ciągłą kontrolą specjalistów. Monitorowanie stanu zdrowia pacjenta jest zgodne ze ściśle określonymi regułami. Podczas każdej wizyty wykonuje się określone badania, które pozwalają ocenić skuteczność leczenia oraz jego ewentualne działania uboczne.

(Zaburzenia gospodarki lipidowej. Rzeczpospolita z dnia 17.01.2011 r.)

MIESZKAŃCY INDII PROTESTUJĄ PRZECIW UMOWIE Z UE

Negocjowana przez indyjski rząd umowa o wolnym handlu z Unią Europejską wzbudza w Indiach ogromne protesty. Mieszkańcy boją się, że stracą dostęp do tanich leków generycznych.

Na ulicach Delhi odbyły się manifestacje 2 tysięcy ludzi zakażonych HIV nie tylko z Indii, ale także z innych krajów Azji. Ponad 80% leków przepisywanych 175 tys. chorym w krajach rozwijających się to indyjskie generyki. Leki odtworzone są dużo tańsze niż ich zachodnie oryginały. Koncerny farmaceutyczne walczą z nimi, oskarżając ich producentów o łamanie zasad ochrony patentowej.

Umowa o wolnym handlu między Indiami a Unią Europejską zmusi Delhi do przyjęcia tzw. klauzuli wyłączności danych rejestracyjnych. Chodzi o ograniczenie prawa do korzystania z dokumentacji użytej przez producenta oryginalnego leku. Zastosowanie takiej klauzuli w przypadku Indii może grozić bankructwem wielu firm produkujących leki generyczne i ograniczeniem dostępu do leczenia dla wielu chorych na AIDS, gruźlicę czy malarię nie tylko na subkontynencie indyjskim, ale także i w innych krajach Trzeciego Świata. Indie bowiem służą państwom rozwijającym się jako „tania apteka”.

(Chorzy boją się wolnego handlu. Dziennik Gazeta Prawna z dnia 04.11.2011 r.)

BAYER PŁACI

Koncern farmaceutyczno-chemiczny Bayer potwierdził informacje o wypłacie

milionowych odszkodowań za wyprodukowanie i sprzedaż preparatów krwi zakażonych wirusem HIV. Spór prawny w tej sprawie ciągnął się od lat osiemdziesiątych. Firma po prawie trzydziestu latach doszła do porozumienia ze skarżącymi ją w USA ofiarami i zgodziła się na wypłatę odszkodowań. Sprawa dotyczy wyprodukowanych przez Bayer preparatów krwi, które zostały najprawdopodobniej jeszcze w fazie produkcyjnej, skażone HIV. Niemiecki koncern wziął częściową odpowiedzialność za zaistniałą sytuację, ale nadal zdecydowanie odrzuca możliwość całkowitego przyznania się do winy. Prawnicy koncernu przekonują, że w tamtych czasach ogólna wiedza medyczna nie wymagała takich rygorów postępowania z preparatami krwi jak obecnie. Bayer w oświadczeniu prasowym przypomniał, że tylko w ubiegłym roku wpłacił do kasy fundacji Humanitarna Pomoc Zakażonym HIV przez Preparaty Krwi 11 mln euro.

(Waldemar Maszewski. Bayer płaci za skażoną krew. Nasz Dziennik z dnia 28.01.2011 r.)

PROJEKT ROZPORZĄDZENIA PRZYJĘTY

15 lutego 2011 r. rząd zdecydował, że w latach 2012–2016 będzie realizowany kolejny Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS. Przyjął w tej sprawie projekt rozporządzenia. Konieczność kontynuacji Programu rząd tłumaczy rosnącym zagrożeniem epidemią zachorowań. Realizacją Programu, tak jak dotychczas, zajmie się Minister Zdrowia, a jego koordynacją – Krajowe Centrum ds. AIDS, jednostka podległa ministrowi i przez niego nadzorowana, która opracowuje harmonogram na 5 lat. Centrum Informacyjne Rządu poinformowało, że program kładzie szczególny nacisk na profilaktykę HIV/AIDS. Przewiduje także wsparcie i opiekę zdrowotną dla zakażonych HIV i chorych na AIDS. Chodzi przede wszystkim o zapewnienie dostępu do diagnostyki i leczenia antyretrowirusowego. Program obejmuje też promowanie odpowiedzialnych zachowań seksualnych. 16 marca rozporządzenie Rady Ministrów weszło w życie.

(Kronika Prawa. Dziennik Gazeta Prawna z dnia 16.03.2011 r.)

Polska Fundacja Pomocy Humanitarnej „Res Humanae” wczoraj i dziś

Polska Fundacja Pomocy Humanitarnej „Res Humanae” powstała w sierpniu 1993 roku, jako rezultat kilkuletniej pracy grupy osób zajmujących się zawodowo i społecznie opieką nad osobami żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS, a także zagadnieniami związanymi z profilaktyką i edukacją społeczeństwa w tym zakresie. Za główne cele Fundacja postawiła sobie:

- Propagowanie postaw humanitarnych w społeczeństwie, ze szczególnym uwzględnieniem praw człowieka
- Pomoc żyjącym z HIV, chorym na AIDS oraz innym, potrzebującym wsparcia
- Pozyskiwanie środków materialnych na powyższą działalność.

Fundacja „Res Humanae” od wielu lat realizuje szereg projektów adresowanych bezpośrednio do osób żyjących z HIV/AIDS i ich bliskich. W tym roku w Warszawie prowadzimy program „Wsparcie dla osób żyjących z HIV oraz ich bliskich” finansowany przez Miasto Stołeczne Warszawa.

Celem strategicznym projektu jest zapewnienie przede wszystkim wsparcia środowiskowego oraz poprawa jakości życia osób żyjących z HIV/AIDS. Cykl działań w ramach projektu ma za zadanie częściowe, a docelowo całościowe, zaktywizowanie tych osób w warstwie społecznej, przywrócenie im sensu życia, poprawę stanu zdrowia, uniezależnienie beneficjentów od pomocy społecznej, a w efekcie umożliwienie normalnego funkcjonowania w społeczeństwie.

Program przeznaczony jest przede wszystkim dla osób, które pozostają

w kryzysie spowodowanym wieloma czynnikami takimi, jak: odrzucenie, długotrwały brak zajęcia lub pracy, przebyte załamanie psychiczne, zły stan zdrowia, ograniczona mobilność społeczna, poczucie własnej niepełnosprawności. Często naszymi klientami są osoby, które oprócz zakażenia równolegle wychodzą z uzależnienia w programie substytucyjnym. Praktycznie wszyscy beneficjenci korzystają z pomocy instytucji socjalnych, są bezrobotne, utrzymują się z rent socjalnych lub zasiłków stałych i okresowych.

Zgłaszające się do Fundacji osoby mogą liczyć na pomoc w załatwianiu różnych spraw socjalnych, rent, zasiłków, poszukiwaniu mieszkania lub ośrodków resocjalizacyjnych i innych, uporządkowaniu sytuacji prawnej i socjalnej oraz uzyskać pomoc rzeczową. W trudnych sytuacjach można skorzystać z porady prawnej. Pracownicy programu mogą również w napisaniu dokumentów aplikacyjnych, korzystaniu z urządzeń biurowych (kserokopiarka, komputer, faks), można za pośrednictwem internetu poszukać ofert pracy. W sytuacjach naruszania praw osobistych pracownicy podejmować mogą interwencje w imieniu klientów w odpowiednich instytucjach lub organizacjach np. u Rzecznika Praw Pacjenta czy w Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka.

Od 2001 r. przy Fundacji działa też telefon informacyjno-poradniczy „Zielona Linia AIDS” (22) 621 33 67, który zapewnia wszystkim zainteresowanym i potrzebującym łatwy, szybki i profesjonalny sposób przekazania niezbędnych dla nich informacji, przy pełnym zachowaniu zasad anonimowości.



Polska Fundacja Pomocy Humanitarnej „Res Humanae” corocznie na przełomie listopada i grudnia już od siedemnastu lat organizuje z okazji Światowego Dnia AIDS konferencje pod znamienym tytułem „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie”. Są to interdyscyplinarne spotkania osób zawodowo i społecznie zajmujących się problematyką HIV, podczas których prezentowane są zagadnienia dotyczące m.in. terapii, profilaktyki, problemów osób żyjących z HIV, praw człowieka i zmian postaw społecznych wobec innych. W tym roku odbędzie się w dniach 1-2 grudnia już osiemnasta edycja konferencji.

W drugiej połowie 2011 roku Polska będzie sprawować Prezydencję Rady Unii Europejskiej. Ta okoliczność oraz fakt objęcia Konferencji patronatem Prezydencji Unii Europejskiej określają szczególny sposób zorganizowania w naszym kraju obchodów Światowego Dnia AIDS, a także rocznicowego spotkania w związku z 30-leciem odkrycia wirusa HIV.

Na konferencji staramy się tworzyć możliwość wszystkim zainteresowanym zaprezentowania wyników swojej działalności, doświadczeń i nowych wyzwań. Już teraz zapraszamy chętnych do współpracy przy ustalaniu programu konferencji.

*Mateusz Liwski
Prezes Polskiej Fundacji
Pomocy Humanitarnej „Res Humanae”*

kontra 

Redakcja:
Redaktor naczelna – Katarzyna Gajewska
Zastępca redaktor naczelnej – Iwona Klapińska
Sekretarz redakcji – Maryla Rogalewicz
Wydawca:
Krajowe Centrum ds. AIDS

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

Egzemplarz bezpłatny
Redakcja zastrzega sobie prawo
adjustacji i skracania artykułów.



Zakażenie HBV u osób żyjących z HIV

Zakażenia HIV oraz wirusami pierwotnie hepatotropowymi B i C zapalenia wątroby, odpowiednio HBV i HCV, stanowią istotny problem zdrowotny na świecie, nie tylko w krajach rozwijających się. W znacznej mierze dotyczą ludzi młodych, a ich współistnienie powoduje poważniejsze konsekwencje zdrowotne niż ma to miejsce w przypadku pojedynczych zakażeń.

Liczbę nosicieli HBV szacuje się na 350 milionów osób na świecie, zaś zakażonych HIV na około 33 miliony. Częstość występowania zakażeń HBV waha się od 0,1 do 2% w USA, Kanadzie, Europie Zachodniej, Australii i Nowej Zelandii, 3-5% w krajach śródziemnomorskich, Japonii, Azji Środkowej, na Bliskim Wschodzie, w Ameryce Łacińskiej i Ameryce Południowej i aż do 10-20% w Azji Południowo-Wschodniej, Chinach, Afryce Subsaharyjskiej. Z powodu zakażenia HBV corocznie umiera na świecie od 500 do 700 tysięcy osób. Koinfekcje HIV/HBV stwierdza się w Europie u około 10% osób zakażonych HIV, natomiast w Azji Południowo-Wschodniej i Afryce dotyczą one nawet 25%. W Polsce koinfekcje HIV/HBV szacuje się na 30%, z czego połowa dotyczy osób uzależnionych od doużylnych środków odurzających.

HBV, wirus zapalenia wątroby typu B, należy do rodziny Hepadnaviridae. Replikuje się w wątrobie przy udziale mechanizmów odwrotnej transkrypcji, co powoduje, że częstość mutacji jest 100-krotnie wyższa aniżeli w przypadku innych wirusów DNA. Wyróżnia się 8 genotypów HBV oznaczonych literami od A do H, które mogą dawać zróżnicowany obraz kliniczny, mają związek z częstością serokonwersji HBeAg, rodzajem mutacji oraz odpowiedzią na terapię przeciwwirusową. Najczęściej występują genotypy A i C.

Ze względu na podobne drogi zakażenia HIV i HBV, często stwierdza się jednocześnie występowanie tych wirusów. Niejednokrotnie rozwój ostrego zapalenia wątroby typu B jest momentem stwierdzenia zakażenia HIV. HBV można przenieść po ekspozycji przezskórnej lub na błony śluzowe w wyniku kontaktu z krwią lub innymi płynami ustrojowymi. Istnieje możliwość transmisji HBV poprzez kontakty domowe (nieseksualne), jak również HIV poprzez kontakty seksualne, stosowanie doużylnie środków odurzających, a także z matki na dziecko głównie w okresie okołoporodowym. Przed wprowadzeniem szczepień przeciwko WZW typu B częste były zakażenia zawodowe pracowników służby zdrowia.

Istnieje też, zwłaszcza w odniesieniu do HBV i bardzo rzadko HIV, możliwość przeniesienia wirusów podczas zabiegów medycznych związanych z przerwaniem ciągłości tkanek np. w gabinecie stomatologicznym, podczas zabiegów kosmetycznych i czynności fryzjerskich, wykonywania tatuażu przez przypadkowe osoby oraz kolczykowanie. Dlatego zakażenia dotyczą w większości ludzi w młodym wieku, a znaczniki serologiczne infekcji HBV obserwuje się częściej w grupie MSM niż w grupie mężczyzn heteroseksualnych.

Zakażenie HBV może być przyczyną zarówno ostrego, jak i przewlekłego zapalenia wątroby. W 70% przypadków ostra faza zakażenia przebiega bezżółtaczkowo, a pacjent dowiaduje się przypadkowo, że przebył zakażenie HBV lub jest nosicielem tego wirusa. Natomiast u 30% pacjentów z ostrym zapaleniem wątroby występuje żółtaczka. Rzadkim, lecz niebezpiecznym powikłaniem jest piorunujące zapalenie wątroby (0,1 do 0,5%), często kończące się niepomyślnie i wymagające kwalifikacji do przeszczepu wątroby. Do następstw przewlekłego zakażenia HBV należy marskość wątroby i rak wątrobowo-komórkowy, choć zdarzają się również przebiegi bezobjawowe.

W przypadku koinfekcji HIV/ HBV obserwuje się wzrost częstości niewydolności wątroby, co jest jedną z ważniejszych przyczyn zgonów wśród osób zakażonych HIV. HIV wywiera istotny wpływ na przebieg zakażenia HBV. Częściej rozwijają się przewlekłe infekcje (20% u zakażonych HIV i 5-10% u osób niezakażonych HIV), jak również reaktywacja zakażenia, obserwuje się też wyższe niż u osób niezakażonych HIV wartości HBV DNA.

Ważnym elementem profilaktyki, nie tylko u osób zakażonych HIV, są szczepienia przeciwko WZW typu B. Bezpieczne i skuteczne szczepionki spowodowały istotny spadek zakażeń HBV, który dotyczy zarówno dzieci, jak i osób dorosłych. Należą obecnie do najczęściej stosowanych szczepionek na świecie.

Szczepienie przeciwko WZW typu B jest wskazane u pacjentów zakażonych HIV, u których nie wykazano przeciwciał anty HBc, świadczących o aktualnym bądź przebytym zakażeniu HBV. Choć w przypadku pacjentów ze znacznym deficytem immunologicznym i liczbą limfocytów T CD4 <200 komórek/ μ l skuteczność szczepień może być niższa, niż u osób bez zaburzeń odporności i z mniej nasilonymi zaburzeniami odporności, należy szczepić każdego pacjenta, niezależnie od jego statusu immunologicznego. Można rozważyć oznaczanie przeciwciał anty HBs po szczepieniu podstawowym, celem oceny jego skuteczności. W przypadku niepełnej odpowiedzi poszczepiennej należy postępować indywidualnie, mając na uwadze

liczbę limfocytów T CD4 i efektywność aktualnie stosowanego leczenia antyretrowirusowego. Brak jest danych wskazujących na poprawę skuteczności szczepień poprzez stosowanie np. podwójnej dawki szczepionki.

Leczenie zakażeń HBV stanowi prawdziwe wyzwanie nie tylko u osób z koinfekcją HIV. Podobnie jak w zakażeniu HIV, celem terapii przeciwwirusowej w infek-

twierdzenia lub wykluczenia tego zapalenia wskazane jest badanie HBV DNA.

Leczenie infekcji HBV u osób zakażonych HIV odbywa się zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS i wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Klinicznego AIDS (EACS). W kwalifikacji do leczenia zakażenia HBV i rodzaju terapii bierze się pod uwagę wartość HBV



cji HBV jest zahamowanie replikacji. Praktycznie nie jest możliwa całkowita eradykacja HBV, pomimo pojawiania się kolejnych leków przeciwwirusowych. Działają one na replikujące się formy wirusa, są natomiast praktycznie nieaktywne w stosunku do tzw. cccDNA, które jest kolistą podwójną nicią DNA odpowiedzialną za nawrót replikacji HBV.

U pacjentów, u których stwierdza się obecność przeciwciał anty HBc, bez innych serologicznych znaczników zakażenia HBV istnieje możliwość rozwoju tzw. utajonego zapalenia wątroby typu B (*occult hepatitis*). Kliniczne znaczenie utajonego zapalenia wątroby pozostaje niejasne. W celu po-

DNA, liczbę limfocytów T CD4 oraz stopień zaawansowania choroby wątroby.

Do leczenia kwalifikowani są pacjenci, u których stwierdza się wartości HBV DNA wyższe niż 2000 IU/ml oraz podwyższone aktywności aminotransferaz; HBV DNA >2000 IU/ml oraz prawidłowe aktywności aminotransferaz i w badaniu histopatologicznym wątroby wg skali Metavir zapalenie (A) i włóknienie (F) >2; HBV DNA wyższe niż 2000 IU/ml z koinfekcją HDV lub ujemnym antygenem HBe i podwyższoną aktywnością aminotransferaz, jeśli w badaniu histopatologicznym wątroby wg skali Metavir zapalenie i włóknienie jest większe niż 2.

Nie ma potrzeby leczenia przeciwwirusowego osób, u których wartość HBV DNA jest niższa niż 2000 IU/ml. W takich przypadkach wskazane jest monitorowanie zakażenia co 6-12 miesięcy. W uzasadnionych przypadkach, jak przedstawiono powyżej, należy – celem pełnej oceny – wykonać biopsję wątroby. Nie ustalono jednoznacznie wartości diagnostycznej metod nieinwazyjnych takich, jak np. fibroscan.

Prawidłowe aktywności aminotransferaz nie zawsze świadczą o niezaburzonej funkcji wątroby, dlatego w takich przypadkach wskazana jest weryfikacja histologiczna nasilenia zmian.

Niektóre leki antyretrowirusowe wykazują również działania hamujące replikację HBV. Należą do nich inhibitory odwrotnej transkryptazy (lamiwudyna i emtrycytabina) oraz nukleotydowy inhibitor odwrotnej transkryptazy tenofovir. Powinny one stanowić element kombinowanej terapii antyretrowirusowej u osób zakażonych HIV/HBV, o ile nie istnieją przeciwwskazania do ich podania. W terapii należy wziąć pod uwagę wcześniejsze stosowanie lamiwudyny. W razie nietolerancji tenofoviru można zastosować adefowir z entekawirem.

W sytuacji, kiedy liczba limfocytów T CD4 jest wyższa niż 500 komórek/ μ l i istnieje wskazanie do leczenia zakażenia HBV należy wdrożyć kombinowaną terapię antyretrowirusową zawierającą tenofovir i emtrycytabinę lub lamiwudynę, a w przypadku stwierdzenia genotypu A HBV, wysokiej aktywności aminotransferaz i niskich wartości HBV

DNA wskazane jest zastosowanie interferonu pegylowanego przez 48 tygodni.

Do leczenia kwalifikowani są również wszyscy pacjenci HIV/HBV pozytywni z liczbą limfocytów T CD4 poniżej 500 komórek/ μ l, lub z objawowym zakażeniem HIV lub z marskością wątroby.

Kombinowana terapia antyretrowirusowa, wskutek hamowania replikacji HIV i rekonstrukcji układu immunologicznego, ma również wpływ na spowolnienie włóknienia w wątrobie u osób z koinfekcją HBV. Należy pamiętać, że przerwanie leczenia antyretrowirusowego zawierającego leki hamujące również replikację HBV może być przyczyną nasilenia choroby wątroby, z dekompensacją funkcji tego narządu. Zaprzeszczenie stosowania leków antyretrowirusowych hamujących replikację HBV można rozważyć dopiero po 6 miesiącach od momentu serokonwersji w układzie „e” (HBeAg/anty Hbe) lub dokonanej serokonwersji w układzie „s” (HBsAg/anty HBs). Należy się jednak liczyć z możliwością serorewersji.

Pacjenci zakażeni HIV/HBV z zaawansowaną chorobą wątroby wymagają ścisłej obserwacji z powodu zagrażającej niewydolności wątroby. Oprócz zakażenia HBV wpływ na pogorszenie funkcji wątroby może mieć stosowanie leków antyretrowirusowych, z których wiele ma działanie hepatotoksyczne i nie zawsze istnieją opcje terapeutyczne o małym działaniu hepatotoksycznym. W uzasadnionych przypadkach może być konieczne

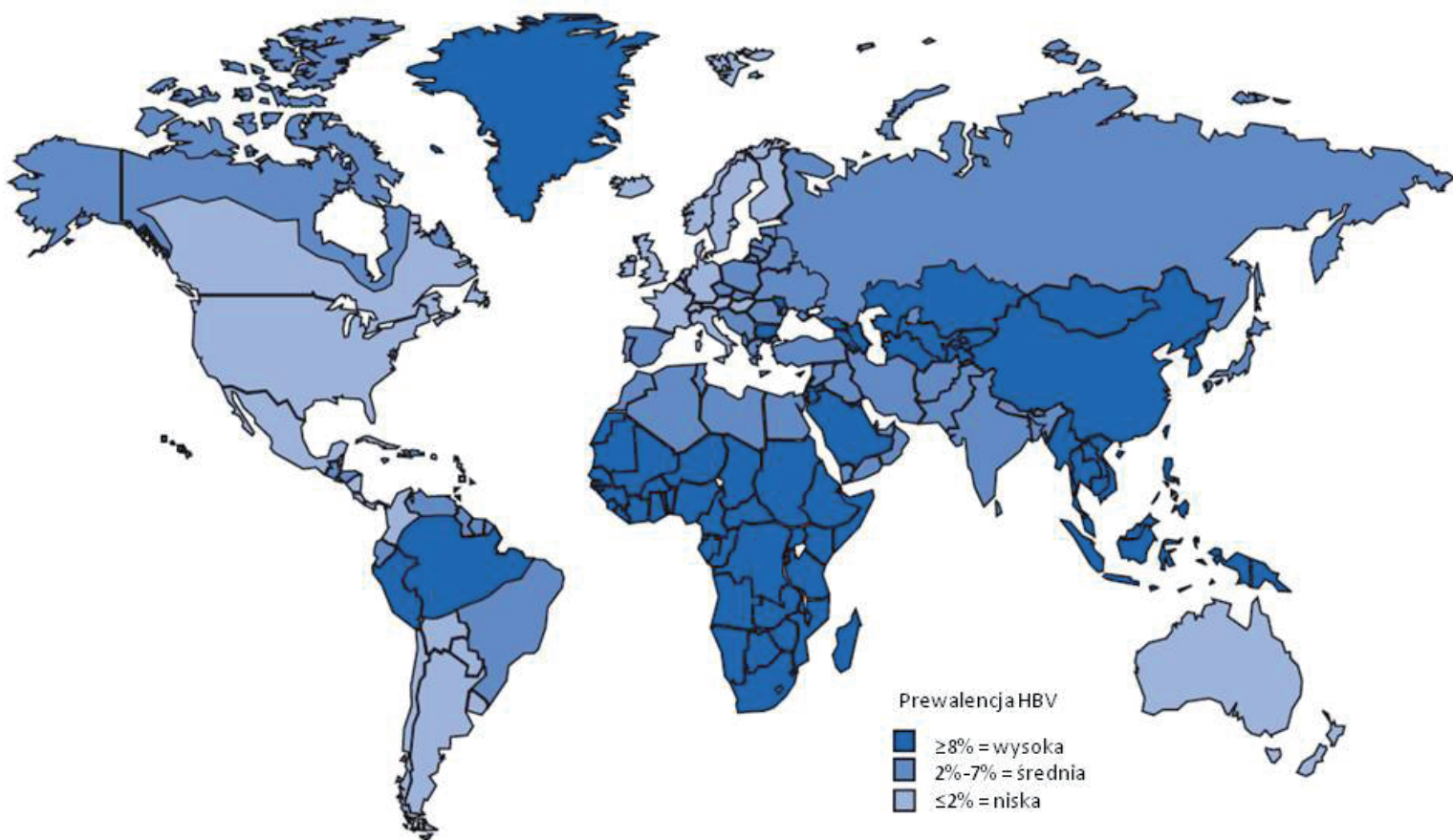
dostosowanie dawki leku do jego stężenia we krwi i o ile to możliwe, monitorowanie stężeń leków. Przebieg przewlekłej choroby wątroby pogarszają, nierzadko współistniejące w grupie pacjentów zakażonych HIV, nadużywanie alkoholu oraz stosowanie bliżej nieokreślonych środków odurzających.

Nie ma przeciwwskazań do przeszczepienia wątroby u pacjentów z przewlekłą niewydolnością wątroby zakażonych HIV/HBV, które może być skuteczną metodą leczenia, jednak należy pamiętać, że dwuletnie przeżycie pacjentów zakażonych HIV jest niższe aniżeli w grupie osób niezakażonych. Te niepowodzenia dotyczą zwłaszcza osób z koinfekcją HIV/HBV i HIV/HCV. Istnieją kryteria kwalifikacji pacjentów do przeszczepu wątroby, między innymi: liczba limfocytów T CD4 powyżej 100 komórek/ μ l, liczba kopii HIV RNA poniżej 50/ml na 16 tygodni przed wpisaniem na listę oraz stabilna terapia antyretrowirusowa na 12 tygodni przed wpisaniem na listę.



*dr hab. n. med. Brygida Knysz
Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych,
Chorób Wątroby i Nabytych
Niedoborów Odpornościowych AM
we Wrocławiu*

Geograficzna dystrybucja przewlekłej infekcji HBV na świecie (2006)



* W przypadku wielu krajów prewalencja HBV jest podawana na podstawie bardzo ograniczonych danych, może też nie odzwierciedlać pełnej sytuacji w krajach, gdzie wprowadzono szczepienia u niemowląt. Ponadto prewalencja HBV może się różnić wewnątrz kraju w zależności od regionu i subpopulacji.

Źródło: CDC. *Travellers' health; yellow book*. Atlanta (USA): US Department of Health and Human Services; CDC, 2008 (www.cdc.gov/travel/yellowbookch4-HepB.aspx).

Piśmiennictwo:

1. Alter MJ. Epidemiology of viral hepatitis and HIV co-infection. *J Hepatol* 2006;44: S6-9.
2. Brau N, Fox R, Xiao P. i wsp. Presentation and outcome of hepatocellular carcinoma in HIV-infected patients: A US-Canadian multicenter study. *J Hepatol* 2007;47(4): 527-537.
3. EACS Guidelines, version 5-4.
4. Kellerman SE, Hanson DL, McNaghten AD, Fleming PL. Prevalence of chronic hepatitis B and incidence of acute hepatitis B infection in human immunodeficiency virus-infected subjects. *J Infect Dis* 2003;188: 571-577.
5. Konopnicki D, Mocroft A, de Wit S. i wsp. Hepatitis B and HIV: prevalence, AIDS progression, response to highly active antiretroviral therapy and increased mortality in the EuroSIDA cohort. *AIDS* 2005;19(6): 593-601.
6. Lavanchy D. Hepatitis B Virus Epidemiology, Disease Burden, Treatment, and Current and Emerging Prevention and Control Measures. *Journal of Viral Hepatitis*, *J Viral Hepat.* 2004;11(2)
7. Low E, Cox A, Atkins M. i wsp. Telbivudine has activity against HIV-1. *AIDS* 2009;23: 546-547.
8. Matthews GV, Seaberg E, Dore GJ. i wsp. Combination HBV therapy is linked to greater HBV DNA suppression in a cohort of lamivudine-experienced HIV/HBV coinfecting individuals. *AIDS* 2009;23(13): 1707-1715.
9. McMahon MA, Jilek BL, Brennan TP. i wsp. The HBV drug entecavir – effects on HIV-1 replication and resistance. *N Engl J Med* 2007;356: 2614-2621.
10. Puoti M, Torti C, Bruno R. Natural history of chronic hepatitis B in co-infected patients. *J Hepatol* 2006;44: 65-70.
11. Stuyver L, De Gendt S, Van Geyt C, et al. A new genotype of hepatitis B virus: complete genome and phylogenetic relatedness. *J Gen Virol* 2000; 81:67.
12. Tateo M, Roque-Afonso AM, Antonini TM. i wsp. Long-term follow-up of liver transplanted HIV/hepatitis B virus coinfecting patients: perfect control of hepatitis B virus replication and absence of mitochondrial toxicity. *AIDS* 2009;23(9): 1069-1076.
13. Zalecenia PTN AIDS dotyczące zasad opieki nad osobami zakażonymi HIV 2010, pod redakcją Andrzeja Horbana, Reginy Podlasin, Grażyny Cholewińskiej, Elżbiety Bąkowskiej. PTN AIDS 2010

kontra 

Redakcja:
Redaktor naczelna – Katarzyna Gajewska
Zastępca redaktor naczelnej – Iwona Kłapińska
Sekretarz redakcji – Maryla Rogalewicz
Wydawca:
Krajowe Centrum ds. AIDS

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

Egzemplarz bezpłatny
Redakcja zastrzega sobie prawo
adjustacji i skracania artykułów.