



Biuletyn Krajowego Centrum ds. AIDS

W numerze:

Polska członkiem Komisji Środków Odurzających

Łukasz Jędruszk

Str. 1

Istotny wzrost liczby zakażeń HIV w Polsce

Magdalena Rosińska

Str. 2-3

Przegląd prasy XI-XII, 2011

Małgorzata Olczyk

Str. 4

Turnus rehabilitacyjno-edukacyjny dla dzieci i młodzieży żyjącej z HIV/AIDS, 2011

Krystyna Sokołowska

Str. 5

Problem narkotyków i narkomanii w Europie

Artur Malczewski

Str. 6-7

Ogólna analiza PKD, 2011

Marta Walichnowska

Str. 8

Aspekty

HIV/AIDS w Regionie Europejskim WHO (Europa Centralna)

Piotr Wysocki

Telefon Zaufania HIV/AIDS

(+22) 692 82 26; 801 888 448

od pn. 9:00 do sob. 21:00

Lekarze specjaliści dyżurują:

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

AIDS - Zielona Linia

(+22) 621 33 67

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

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

Ośrodek Informacji o HIV/AIDS

(+22) 331 77 66

info@aids.gov.pl

Poradnia Internetowa HIV/AIDS

www.aids.gov.pl

poradnia@aids.gov.pl

Polska członkiem Komisji Środków Odurzających

Polska aktywnie uczestniczy w pracach instytucji unijnych zajmujących się ograniczaniem zjawiska narkotyków i narkomanii, czego przykładem były chociażby liczne aktywności realizowane podczas Prezydencji w Radzie Unii Europejskiej w II połowie 2011 r. Niestety problem narkotyków i narkomanii wykracza znacznie poza ramy europejskie, stanowiąc wyzwanie dla społeczności międzynarodowej. Niemożliwe jest zatem skuteczne ograniczanie tego zjawiska bez intensyfikacji współpracy w wymiarze globalnym. Przydatnym narzędziem ułatwiającym tę współpracę jest m.in. Organizacja Narodów Zjednoczonych i działająca w jej ramach Komisja Środków Odurzających – Commission on Narcotic Drugs.

Rada Gospodarcza i Społeczna Narodów Zjednoczonych (ECOSOC), podejmując decyzję o utworzeniu w 1946 roku Komisji Środków Odurzających (CND), uczyniła ją centralnym organem NZ odpowiedzialnym za kreowanie polityk w zakresie wszelkich kwestii związanych z narkotykami zarówno w obszarze ograniczania podaży, jak i popytu. Komisja sporządza analizy w zakresie międzynarodowej sytuacji odnoszącej się do problemów związanych z narkotykami i narkomanią, przedstawia także propozycje odnośnie wzmacniania międzynarodowej kontroli nad tymi substancjami. Na mocy Jednolitej Konwencji o Środkach odurzających z 1961 r., a także Konwencji o Substancjach Psychotropowych z 1971 r., Komisja opierając się o opinię Międzynarodowej Organizacji Zdrowia (WHO) może zdecydować o umieszczeniu poszczególnych środków odurzających i substancji psychotropowych na liście substancji kontrolowanych. Podobnie, na podstawie rekomendacji Międzynarodowej Rady Kontroli Środków Odurzających (INCB) może ona podjąć decyzję o objęciu prekursorów narkotykowych międzynarodową kontrolą prawną.

Obecnie w skład Komisji wchodzi 53 państwa. Członkiem Komisji może zostać każde państwo będące sygnatariuszem Jednolitej Konwencji o Środkach Odurzających z 1961 r., będące znaczącym producentem narkotyków lub borykające się z problemem narkomanii na dużą skalę. Warto podkreślić, że podczas kwietniowej sesji ECOSOC w 2011 r. Polska została wybrana na czteroletnią kadencję w CND na lata 2012-2015. Polska, która także wcześniej była człon-

kiem Komisji, kandydowała z grupy państw Europy Wschodniej.

Sesje Komisji odbywają się najczęściej raz do roku w wiedeńskiej siedzibie Organizacji Narodów Zjednoczonych, a biorą w nich udział, oprócz państw członkowskich CND, także m.in. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, EUROPOL, Rada Europy, Światowa Organizacja Zdrowia, Organizacja Bezpieczeństwa i Współpracy w Europie, Stolica Apostolska oraz liczne organizacje pozarządowe.

Jeśli chodzi o państwa Unii Europejskiej to, mimo że przedstawiciele każdego z nich obecni są na sali obrad, zazwyczaj reprezentowane są one przez państwo sprawujące aktualnie przewodnictwo w Unii. Wspólne stanowisko wobec projektów rezolucji zgłoszonych przez państwa trzecie, a także propozycje wystąpień w imieniu UE wypracowywane są w Brukseli podczas posiedzeń Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków Rady Unii Europejskiej. Dzięki temu głos 27 państw jest bardziej słyszalny. Nabiera to szczególnego znaczenia podczas głosowań projektów rezolucji, które każdego roku przyjmowane są przez CND. Niejednokrotnie, przy tej okazji, dochodzi do burzliwych dyskusji pomiędzy państwami opowiadającymi się za bardziej liberalnym podejściem do problemu narkotyków i narkomanii, takim, które traktuje uzależnionych przede wszystkim jako osoby przewlekłe chore wymagające kompleksowej pomocy, a państwami, które przeciwdziałając narkomanii kładą nacisk głównie na zwalczanie przestępczości narkotykowej. Dobrym przykładem może być tu podejście do tzw. redukcji szkód – temat ten co roku wywołuje ożywioną dyskusję.

Tegoroczna 55. już sesja Komisji Środków Odurzających odbędzie się w dniach 12-16 marca w Wiedniu i poświęcona będzie m.in. działaniom wspólnoty międzynarodowej na rzecz zwalczania narkotyków i narkomanii w oparciu o zasadę wspólnej odpowiedzialności (*Principle of common and shared responsibility*), a także działań mających na celu ograniczanie rozpowszechniania substancji używanych do produkcji narkotyków poprzez zacieśnianie współpracy z sektorem prywatnym.

Łukasz Jędruszk
Krajowe Biuro
ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Wzrost liczby zakażeń HIV w Polsce – niekorzystne tendencje wśród mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami

W latach 2010-2011 potwierdził się obserwowany w ostatnim dziesięcioleciu wzrost liczby nowo wykrywanych zakażeń HIV.

Liczba nowo rozpoznanych zakażeń HIV w 2011 roku zarejestrowanych do końca grudnia 2011 wyniosła 969 i jest to najwyższa dotąd notowana liczba nowo wykrywanych zakażeń HIV rocznie w Polsce. Trzeba jednak wziąć pod uwagę, że 20-25% przypadków jest zgłaszanych z opóźnieniem, co wskazuje, że w 2011 roku rozpoznano w Polsce od 1210 do 1290 zakażeń HIV. Oznacza to ponad dwukrotny wzrost w stosunku do początku pierwszej dekady XXI w. Wzrost ten dotyczy wyłącznie mężczyzn, liczba nowo wykrywanych zakażeń wśród kobiet uległa w tym czasie niewielkiemu spadkowi (Ryc. 1). Należy tu zaznaczyć, że liczba wykrywanych zakażeń zależy nie tylko od liczby nowych zakażeń (szerzenia się epidemii), lecz także od efektywności testowania w kierunku HIV. W przypadku Polski z poprzednich badań wynika, że w połowie pierwszej dekady XXI w. około 2/3 osób żyjących z HIV w Polsce nie знаło swojego statusu serologicznego. Można się więc spodziewać, że przy wzroście liczby wykonywanych badań liczba nowo wykrywanych zakażeń będzie wzrastała.

Testowanie w kierunku HIV

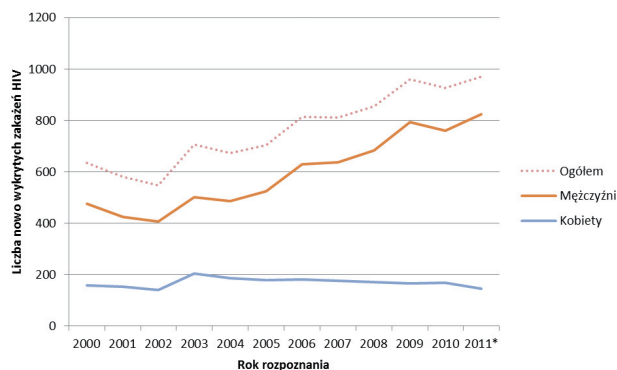
Jak zaznaczono powyżej, znajomość wzorców testowania jest kluczowa z punktu widzenia interpretacji wyraźnego wzrostu liczby nowo wykrywanych zakażeń HIV. Wzrost ten może stanowić tendencję pozytywną, jeśli w rzeczywistości można go wyjaśnić zwiększeniem dostępności badań w kierunku HIV lub, przeciwnie, stanowi bardzo niepokojące zjawisko, jeśli mamy do czynienia głównie z nowymi zakażeniami. Dostępne dane dotyczące liczby wykonywanych badań są ograniczone. Zdecydowanie największą grupą badaną są dawcy krwi (ponad 1 mln dawców rocznie), spośród których wykluca się osoby zgłaszające ryzykowne zachowania. W tej grupie wykrywa się mniej niż 5% wszystkich nowo rozpoznawanych zakażeń rocznie. Poza pionem krwiodawstwa rocznie wykonuje się około 200-300 tys. badań i w porównaniu do początku XXI w. liczba ta wzrosła prawie dwukrotnie¹. Także badania ewaluacyjne Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS wskazują na zwiększający się odsetek badanych w kierunku HIV (przed 2007 rokiem takie badanie kiedykolwiek w życiu wykonało 6% respondentów; w latach 2007-2009 – około 10%)². Wśród osób badających się w kierunku HIV ogółem odsetek wyników dodatnich wykazywał tendencję spadkową, od 2002 do 2010

roku w przybliżeniu odnotowano prawie dwukrotny spadek. Było to spowodowane relatywnym wzrostem liczby badań w populacji o niskim poziomie zachowań ryzykownych w stosunku do badań z powodu zachowań ryzykownych. Dodatkowo wśród osób badających się z powodu zachowań ryzykownych lub badanych z powodu przynależności do grup szczególnie narażonych na zakażenie, odsetek dodatnich wyników wykazywał również niewielką tendencję spadkową, wyraźną zwłaszcza wśród IDU i osób badających się z powodu ryzykownych kontaktów heteroseksualnych. Sugeruje to, że liczba rozpoznawanych zakażeń, zwłaszcza w populacji ogólnej może wzrastać z powodu wzrastającej liczby badań. Zwraca jednak uwagę fakt, że odsetek wyników dodatnich wśród badanych w kierunku HIV wzrósł istotnie w grupie MSM, do wartości powyżej 15% (Ryc. 2). Wskazuje to, że tendencja wzrostowa nowych rozpoznanych w tej grupie odpowiada zwiększającej się liczbie nowych zakażeń.

Zmiana dróg szerzenia się zakażenia HIV

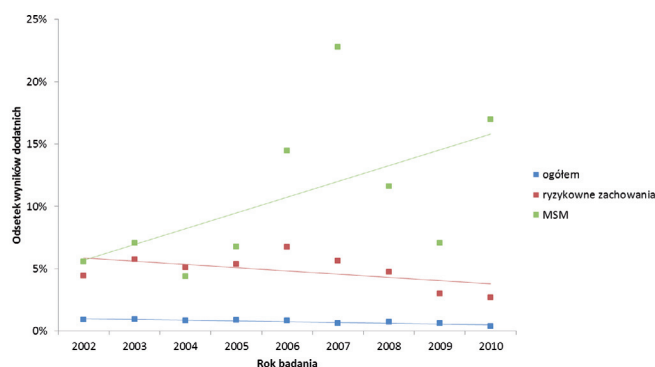
Od połowy pierwszej dekady XXI w. obserwuje się spadek liczby nowo wykrywanych zakażeń związanych z dożywotnim przyjmowaniem narkotyków (IDU) i wzrost liczby zakażeń przenoszonych drogą płciową. W latach 2000-2010

Rycina 1. Nowo wykrywane zakażenia HIV w Polsce w latach 2000-2011 wśród mężczyzn i kobiet.



Źródło: zgłoszenia nowo rozpoznanych zakażeń HIV przekazywane przez lekarzy i kierowników laboratoriów do Wojewódzkich Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych.

Rycina 2. Odsetek wyników dodatnich wśród osób badanych w kierunku HIV ogółem, w grupie badanej z powodu zachowań ryzykownych lub przynależności do grupy szczególnie narażonej oraz w grupie MSM.



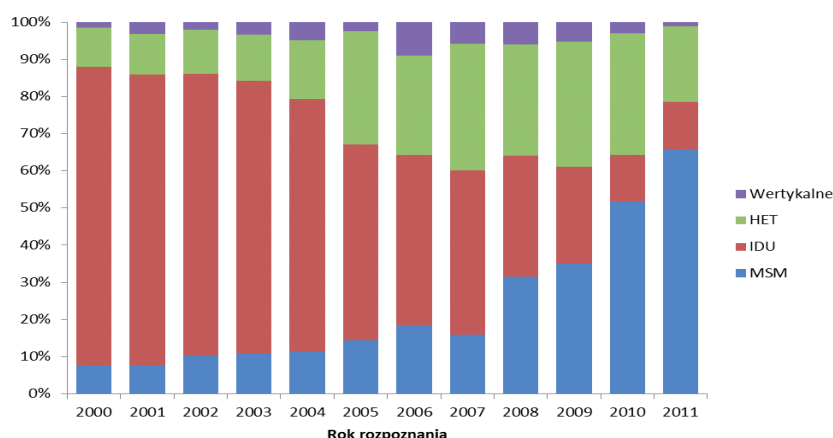
Źródło: NIZP-PZH: Roczne sprawozdania przekazywane przez laboratoria wykonujące badania w kierunku HIV.

¹ Źródło: NIZP-PZH: Roczne sprawozdania przekazywane przez laboratoria wykonujące badania w kierunku HIV.

² Raporty z badań ewaluacyjnych dostępne na stronie <http://www.aids.gov.pl/?page=badania&act=res>

liczba nowo wykrytych zakażeń IDU spadła o 90%, liczba zakażeń wzrosła o 345% wśród MSM i o 114% w przypadku zakażeń drogą kontaktów heteroseksualnych. Rycina 3. pokazuje rozkład głównych dróg transmisji wirusa, z wykluczeniem przypadków, dla których nie podano takiej informacji. W roku 2011 zakażenia wśród MSM stanowiły dwie trzecie wszystkich rozpoznanych zakażeń HIV, zakażenia na drodze kontaktów heteroseksualnych – 20%, a w wyniku iniekcyjnego używania narkotyków – 12%. Znaczny spadek liczby zakażeń związanych z narkotykami stanowi korzystną tendencję. Należy jednak pokreślić, że odsetek tych zakażeń

Rycina 3. Rozkład głównych dróg transmisji HIV z wyłączeniem zgłoszeń z niepełną informacją.



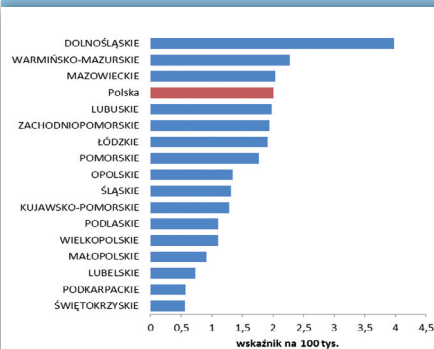
jest nadal wysoki na tle Unii Europejskiej, gdzie średnio jedynie 4% nowo wykrywanych przypadków można przypisać iniekcijnemu użytkowaniu narkotyków.

Geografia zakażeń HIV

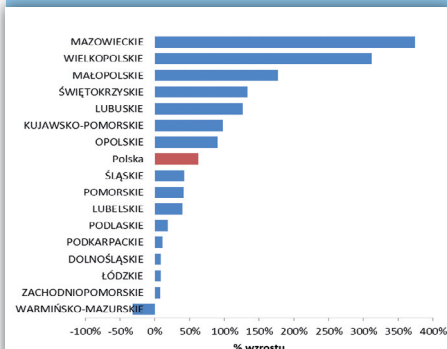
Wskaźnik wykrywanych zakażeń HIV w przeliczeniu na liczbę mieszkańców w Polsce w latach 2000-2011 wyniósł 2,0 na 100 tys. rocznie, ale różnił się istotnie pomiędzy województwami (Ryc. 4). W ostatnich latach wskaźnik ten był szczególnie wysoki w województwach dolnośląskim, warmińsko-mazurskim i mazowieckim.

Warto również zwrócić uwagę na dynamikę rozwoju epidemii w zależności od województwa. Na Ryc. 5. porównano liczbę nowo wykrywanych zakażeń w latach 2009-2011 w odniesieniu do okresu 2000-2002. Ponad 4-krotny wzrost (o ponad 300%) odnotowano w województwach mazowieckim i wielkopolskim, a ponad dwukrotny w województwach lubuskim, świętokrzyskim i małopolskim. Tak wysoki wzrost nowych rozpoznań trudno jest

Rycina 4. Średni wskaźnik nowo wykrywanych zakażeń HIV w przeliczeniu na 100 tys. ludności na rok w latach 2000-2011, według województw.



Rycina 5. Wzrost liczby nowo wykrywanych zakażeń HIV w województwach w latach 2009-2011 w porównaniu do 2000-2002.



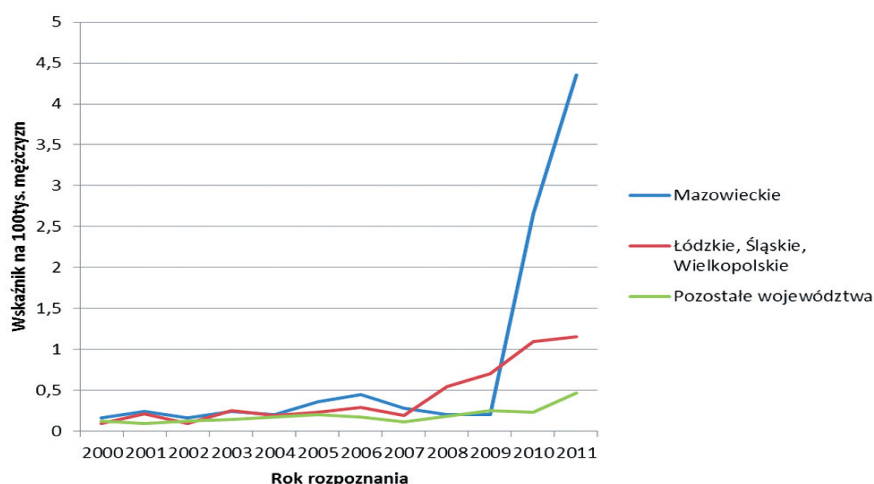
województwa mazowieckiego, następnie na terenie województw łódzkiego, śląskiego i wielkopolskiego (Ryc. 6).

Wnioski

Wyraźny wzrost liczby nowo wykrywanych zakażeń HIV ma najprawdopodobniej swoje źródło w zwiększającej się liczbie wykonywanych badań w kierunku HIV, ale także rozwojem nowej epidemii w grupie MSM. Grupa ta wydaje się być szczególnie dotknięta w województwie mazowieckim, w którym doszło do wielokrotnego wzrostu wykrywalności zakażeń, zwłaszcza w ciągu ostatnich 3 lat. Nie można wykluczyć, że do podobnego wzrostu może dojść na terenie innych województw, gdzie obserwuje się obecnie (mniejsze) tendencje wzrostowe. Taka sytuacja wymaga pilnego wzmocnienia działań profilaktycznych skierowanych do grupy MSM.

Magdalena Rosińska,
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny

Rycina 6. Wskaźnik nowo wykrywanych zakażeń w grupie MSM w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców (mężczyzn) wg województw.



Przegląd prasy XI-XII 2011

HIV/AIDS – Świat i Polska

Epidemia AIDS powoli wyhamowuje – wynika z raportu UNAIDS za rok 2010. Michel Sidibé, dyrektor wykonawczy UNAIDS, prezentując te dane, podkreślił, że w ostatnich latach na tym polu dokonano przełomu. Śmiertelność z powodu zachorowań na AIDS spadła o 21% od rekordowo złego roku 2005 – wynika z przedstawionych danych dotyczących całego świata. Aż o jedną czwartą spadła również liczba nowych infekcji w porównaniu z rekordowym rokiem 1997. Największy postęp odnotowano w ubogich krajach Afryki, najbardziej dotkniętych epidemią AIDS. W ciągu zaledwie 12 miesięcy udało się o 20% poprawić dostępność terapii. Obecnie w Afryce Subsaharyjskiej otrzymuje ją połowa chorych.

Dzięki coraz większej liczbie osób objętych leczeniem, udało się ograniczyć liczbę zgonów z powodu AIDS o 700 tys., ale liczba osób żyjących z HIV wciąż rośnie. W 2010 r. były to 34 miliony. Zarejestrowano 2,7 mln nowych zakażeń HIV (spadek z 3,2 mln w 1997 r.). W 2010 r. z powodu AIDS zmarło 1,8 mln osób (w 2005 r. było ich 2,2 mln, a w 2009 r. – 1,9 mln). Według ekspertów UNAIDS to efekt lepszego dostępu do leków antyretrowirusowych oraz środków zmniejszających ryzyko zakażenia.

Jedynym regionem na świecie, gdzie liczba zakażeń HIV lawinowo wzrasta, jest Europa Wschodnia. Od 2001 roku liczba ta w Europie wzrosła 2,5-krotnie, w 2010 r. w tej części świata zdiagnozowano 118 tys. przypadków HIV. Te alarmujące dane przyczyniły się do tego, że 53 kraje członkowskie regionu wdrożyły oficjalnie Plan Działań Europejskich w zakresie HIV/AIDS na lata 2012-2015.

(Piotr Kościelniak, *Wygrywamy bitwę w wojnie z wirusem*, *Rzeczpospolita*, 1.12.2011 r.)

Agnieszka Katrynicz, Iwona Kazimierska, *HIV/AIDS: do zwycięstwa wciąż daleko*, *Puls Medycyny*, 14.12.2011 r.)

Kolejny przełom w walce z HIV

Naukowiec z California Institute of Technology pod kierownictwem prof. Davida Baltimore'a, laureata Nagrody Nobla, opracowali przeciwciała zwalczające HIV. Nowa metoda stymulacji układu odpornościowego przeciw temu wirusowi,

zwana immunoprofilaktyką wektorową (*Vectored Immunoprophylaxis* – w skrócie VIP), zadziałała na razie w laboratorium. Technika ta podczas eksperymentu wywołała skuteczną odpowiedź immunologiczną przeciw zakażeniu wirusem HIV.

Eksperymenty przeprowadzono na myszach. Kiedy badacze wstrzyknęli do żyłnych myszom wirusa HIV, zwierzęta okazały się na niego odporne. Podczas eksperymentu były w stanie wyprodukować wystarczająco dużą ilość przeciwciał, aby się ochronić. Myszy obroniły się nawet wtedy, gdy badacze wstrzyknęli im sto razy więcej cząsteczek wirusa niż powinno teoretycznie wystarczyć do zakażenia. Nowatorska metoda chroni myszy przed zakażeniem HIV. Nie wiadomo, czy ten sam mechanizm uda się z powodzeniem zastosować u ludzi. Obecnie zespół jest w trakcie opracowywania planu badań klinicznych na ludziach.

(Krzysztof Urbański, *Tarcza przeciw AIDS*, *Rzeczpospolita*, 1.12.2011 r.)

Koniec epidemii?

Walka z HIV/AIDS trwa już ponad 30 lat i wciąż w laboratoriach całego świata prowadzi się prace nad znalezieniem skutecznej broni, która całkowicie zniszczy wirusa. Naukowcom marzy się, aby leki antyretrowirusowe ostatecznie pokonały epidemię. W ostatnich latach prowadzono badania, które po raz pierwszy pokazały, że leki ARV zatrzymują rozprzestrzenianie się wirusa.

Pierwsza metoda, zwana profilaktyką przedekspozycyjną (PrEP) polega na podaniu niewielkich dawek leku antyretrowirusowego osobom niezakażonym, które podczas uprawiania seksu narażone są na zakażenie HIV. Dwa niezależne zespoły, które testowały tę metodę w Afryce wykazały, że stały poziom ARV we krwi zabija wirusa, zanim wywoła on infekcję. Tym samym zabezpiecza organizm przed rozwojem choroby. Terapia okazała się skuteczna, choć daleko jej jeszcze do ideału. Preparaty nie eliminowały bowiem całkowicie zakażenia, ale zmniejszały ryzyko u kobiet i mężczyzn. Podstawowym warunkiem jest jednak wysoki, blisko 100%-owy poziom adherencji.

Drugą metodę walki z rozprzestrzenianiem HIV/AIDS nazwano leczeniem prewencyjnym. Chodzi w niej o to, aby osobom zakażonym podać leki tak

wcześniej, jak to tylko możliwe – aby wirus zniszczył jak najmniej białych krwinek. Zakażonym podawano leki antyretrowirusowe, zanim poziom leukocytów spadł poniżej 350 na mikrolitr krwi. Dzięki temu udało się ograniczyć rozprzestrzenianie się HIV na niezakażonych partnerów lub partnerki aż w 96% przypadków. Tak wykazało badanie, którym objęto prawie 1,8 tys. heteroseksualnych par z 13 krajów. Obie metody, mimo różnych wątpliwości, uznano za niezwykle obiecujące.

Coraz więcej pozytywnych sygnałów dochodzi z laboratoriów, w których naukowcy, praktycznie od początku epidemii, pracują nad stworzeniem szczepionki przeciw HIV. Choć na tym polu do tej pory nie było sukcesu, wydaje się, że obecnie na dobrej drodze do jego osiągnięcia są dwa zespoły uczonych. Eksperci z biotechnologicznej firmy Seek w Londynie ogłosili w lipcu tego roku, że ich szczepionka zmniejszyła o 90% poziom wirusa we krwi u 55 zakażonych. Podobny efekt uzyskali naukowcy z Hiszpańskiej Najwyższej Rady Badań Naukowych (CSIC). U 90% ochotników, którym podano szczepionkę o nazwie MVA-B, rozwinęła się pełna odpowiedź immunologiczna.

(Dorota Romanowska, *Koniec epidemii*, *Newsweek*, 1.11.2011 r.)

Antyretrowirusowa terapia uznana za największe odkrycie 2011 roku

Co roku magazyn „Science” ogłasza ranking na najważniejsze odkrycie naukowe mijającego roku. W tegorocznym rankingu zwyciężyło odkrycie amerykańskich naukowców, którzy dowiedli, że terapia ART (antiretroviral therapy) zapobiega rozprzestrzenianiu się HIV.

Badania nad lekami przeciwwirusowymi trwały od 2007 roku. Uczestniczyły w nich heteroseksualne pary, gdzie jeden z partnerów był zakażony HIV, a drugi nie. Amerykańscy naukowcy udowodnili, że leki antyretrowirusowe mogą zapobiegać zakażeniu HIV tak samo skutecznie jak prezerwatywy – zmniejszają jego ryzyko o 96%. Zdaniem wielu ekspertów takie odkrycie to prawdziwy przełom w walce z AIDS.

(*Lekarstwo na HIV najważniejszym odkryciem naukowym 2011 roku*, *Polska The Times*, 30.12.2011 r.)

Małgorzata Olczyk

Turnus rehabilitacyjno-edukacyjny dla dzieci i młodzieży żyjącej z HIV/AIDS, 2011

Mamy za sobą kolejny, trzynasty turnus rehabilitacyjno-edukacyjny dla dzieci i młodzieży żyjącej z HIV/AIDS, który odbył się nad Morzem Bałtyckim, w Dźwirzynie.

W turnusie udział wzięło 35 dzieci, w tym dziesięcioro w wieku 15-19 lat. Wyraźnie ustanowiliśmy granicę wiekową, dzięki czemu powstały dwie grupy. Najstarsi byli wsparciem wychowawców, wtedy też czuli się odpowiednio poważnie traktowani i odpowiedzialni. Oprócz pomagania kadrze przygotowywali, a następnie przeprowadzali różne zajęcia pod czujnym okiem wychowawców. Wszystko to odbywało się w formie zabaw, ogrywania ról itp. Było to bardzo ciekawe doświadczenie dla obu stron.

Zajęcia ze specjalistami odbywały się w podziale na grupy wiekowe i płeć. Starsza grupa miała mieć zajęcia m.in. na temat uzależnień, ale okazało się, że wiedzę na ten temat zdobyli już wcześniej, podczas poprzednich turnusów i w szkole. Problemem była dla nich ich przyszłość z HIV. Mieli w sobie bardzo dużo lęku, wiele pytań, na które na co dzień nie dostają odpowiedzi, bo nie mają z kim porozmawiać. Wkraczając w dorosłe życie, które ich przeraża, mają minimalną wiedzę na temat zakażenia. Jeden z uczestników, który jeździ z nami od 1999 roku, powiedział wprost, że nie zawsze chce brać udział w turnusie, ale jest to jedyna okazja, żeby spotkać rówieśników, porozmawiać z kadrą (staramy się zbyt często nie zmieniać kadry, by budować w ten sposób zaufanie) i przekonać się, że HIV może mieć też inne oblicze. W formie warsztatowej oraz indywidualnych konsultacji spotkania te prowadziła Justyna Bągorska. Zaprosi-

liśmy też do współpracy lekarza, dr. n. med. Anitę Wnuk, która przez wiele lat leczyła osoby zakażone. Podczas turnusu nasunęło jej się kilka spostrzeżeń:

W czasie dwudniowego pobytu na obozie czułam się bardzo dobrze. Dzieciaki słuchały co do nich mówiłam, czasem o coś pytały. Nastolatki zadawały więcej pytań, często trudnych, bo bez możliwości udzielenia jednoznacznej odpowiedzi. Ale po powrocie poczułam się źle. Jakby z opóźnieniem zareagowałam i uświadomiłam sobie, jak trudno jest tym wszystkim dzieciakom żyć z obciążeniem od urodzenia, z poczuciem winy niezawinionej. Na starcie już są przegrane. Od chwili, kiedy dowiadują się o swojej chorobie, muszą strzec sekretu. Ta konieczność utrzymania tajemnicy odbiera bezpowrotnie dziecięcą beztroskę.

Te refleksje spowodowały, że pierwszą moją myślą było „Już więcej nie pojadę na taki obóz”. A następna myśl: ile trzeba ogromnej pracy włożyć w to, aby im pomóc? Niewyobrażalny ogrom pracy dla psychologów, terapeutów, lekarzy, opiekunów i oczywiście rodziców, którzy często sami nie radzą sobie z własnym problemem zakażenia. Jak im osłodzić to gorzkie życie, które jest przed nimi? Chyba pojadę w przyszłym roku...

Zajęcia prowadziła też Marzena Wolska, która od wielu lat współpracuje z naszym stowarzyszeniem. Zagadnienia poruszane przez dzieci dotyczyły głównie: mitów związanych z zachowaniami seksualnymi i z HIV/AIDS, definicji miłości i przyjaźni, dojrzewania seksualnego, budowy narządów płciowych, miesiączkowania, czy higieny osobistej.

Marta Chrzanowska omówiła różne formy bezpieczniejszych zachowań

i zasad udzielania pierwszej pomocy. Pozorując sytuacje zagrożenia grupa określała ich stopień oraz formę pomocy poszkodowanemu. Było dużo śmiechu i zabawy, ale wiedza pozostała. Umiejętność udzielania pierwszej pomocy przez dzieci żyjące z HIV/AIDS ma jeszcze dodatkowe znaczenie. W pewnych sytuacjach mogą wykazać się wiedzą i umiejętnością, nie postrzegając już siebie jako ofiary AIDS. Czują się potrzebne i dowartościowane.

Zajęcia były dodatkiem, bo przede wszystkim liczył się wypoczynek i beztroskie chwile. Każdego roku proponujemy dzieciom różnego rodzaju sporty. W tym roku był to windsurfing. Wybraliśmy się również w rejs do Koszalina. Ogromną radością było także pływanie w basenie, w kulach napełnionych powietrzem. Te zajęcia pozytywnie wpływały na integrację grupy. Dzieci z młodszej grupy zwiedziły Dźwirzyno, ze starszą grupą spacerowaliśmy późnym wieczorem brzegiem Bałtyku.

Uważam, że takie wyjazdy to najlepsza forma wsparcia – tylko w takich sytuacjach młodzież zaczyna mówić o swoich problemach, zadają wiele pytań, które nie pojawiają się ani w rozmowie z rodzicami, ani podczas wizyt u lekarza. Zawsze staramy się przekazywać młodzieży jak najwięcej informacji i motywować do kontynuacji leczenia, odpowiedniej diety i zdrowego trybu życia.

Turnus zakończył się 9 lipca 2011 roku. Większość dzieci niechętnie wracała do domu, szczególnie te, które wychowują się w rodzinach dysfunkcyjnych, patologicznych. Było czułe i pełne łez pożegnanie, bo ponownie spotkają się dopiero za rok. Wiemy, że będą komunikować się ze sobą drogą telefoniczną i mailową, bo – jak sami twierdzą – to ważne, by mieć zaufanych przyjaciół nawet, jeśli są daleko.

Korzystając z okazji, pragnę gorąco podziękować w imieniu własnym, stowarzyszenia, ale przede wszystkim uczestników turnusu wszystkim sponsorom: firmom i osobom prywatnym, które wsparły nas finansowo podarowując dzieciom dwa najwspanialsze tygodnie roku.

Krystyna Sokołowska
Koordynator projektu
Stowarzyszenie Mały Książę



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”

Problem narkotyków i narkomanii w Europie – Raport EMCDDA oraz sytuacja w Polsce

Używanie opioidów powoduje największe problemy w wyniku używania narkotyków w Europie. Z powodu heroiny rejestruje się najwięcej chorób i zgonów związanych z narkotykami w UE. Według szacunków Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) w Unii Europejskiej i Norwegii jest ponad 1,3 miliona osób regularnie używających opioidy. Połowa osób (51%) rozpoczynających specjalistyczne leczenie w Europie wymienia je jako podstawowy narkotyk. Wynika to również z dużej liczby osób na leczeniu substytucyjnym, ponieważ według ostatnich dostępnych danych 700 tys. osób w Europie leczyło się w programach substytucyjnych. Obecnie odnotowuje się stosunkowo stabilny poziom regularnego używania opioidów w Europie. Należy zwrócić uwagę na pozytywne sygnały takie, jak wzrost wieku pacjentów leczonych z powodu opioidów oraz zmniejszenie odsetka osób przyjmujących narkotyk drogą iniekcji. Średni wskaźnik problemowego używania opioidów w UE i Norwegii wynosi od 3,6 do 4,4 przypadku na 1 000 osób w wieku od 15 do 64 lat. Wskaźnik europejski jest nieco niższy niż w Australii (6,3), USA (5,8) oraz Kanadzie (5,0). Najwyższy poziom odnotowujemy w Rosji (16) i na Ukrainie (10-13).

Nowym problemem jest wzrost liczby przypadków nadużywania opioidów innych niż heroina, które odnotowano w Australii, Kanadzie i USA. W większości przypadków substancje te są

stosowane w medycynie jako środki przeciwbólowe (morfina, fentanyl, kodeina) lub jako leki substytucyjne w leczeniu uzależnienia od heroiny (metadon, buprenorfina). W przypadku niektórych krajów opioidy syntetyczne wyparły z rynku heroinę, jak np. w Estonii, gdzie dwie trzecie osób rozpoczynających leczenie zgłasza fentanyl jako podstawowy narkotyk. W Finlandii buprenorfina jest raportowana jako podstawowy narkotyk przez osoby rozpoczynające leczenie. Obecnie w Europie około 5% osób podejmujących leczenie w związku z problemowym używaniem narkotyków, czyli około 20 000 pacjentów, deklaruje opioidy inne niż heroina jako narkotyk podstawowy. W 2010 roku w Polsce w ramach systemu pomocy osobom uzależnionym od opiatów funkcjonowało 18 programów leczenia substytucyjnego w placówkach wolnościowych i 7 programów w placówkach penitencjarnych, w których leczyło się ponad 2 100 osób.

Narkotyki przyjmowane drogą iniekcji

Osoby używające narkotyków drogą iniekcji są w najwyższym stopniu narażone na problemy zdrowotne wywołane ich przyjmowaniem takie, jak zakażenia przenoszone przez krew (np. HIV/AIDS, wirusowe zapalenie wątroby typu B, C) lub przedawkowanie narkotyków. W większości krajów europejskich iniekcje są najczęściej związane z używaniem opiatów, chociaż w kilku krajach wiąże się to z używaniem amfetamin. W badaniach przeprowadzonych w 2008 r. w Polsce wśród programów wymiany igieł i strzykawek, 61% ankietowanych zażywało amfetaminę w iniekcji. Odsetek osób przyjmujących opiaty drogą iniekcji w grupie osób używających opioidów i podejmujących leczenie znacznie różni się w zależności od kraju – od mniej niż 10% w Holandii do ponad 90% na Łotwie i Litwie. Dane zgromadzone od pacjentów objętych leczeniem wskazują jednak na ogólny spadek zażywania opiatów drogą iniekcji (szczególnie heroiny) w Europie. Prowadzona przez pięć lat analiza tendencji wśród osób zażywających heroinę i rozpoczynających leczenie wskazuje na spadek odsetka osób zgłaszających zażywanie

tego narkotyku drogą iniekcji w większości krajów europejskich. Według najnowszych danych natomiast, blisko połowa (40%) wszystkich osób rozpoczynających leczenie w związku z problemowym używaniem opioidów regularnie przyjmuje narkotyki drogą iniekcji. W ramach przeciwdziałania zakażeniom HIV w Polsce rozdano 219 tysięcy igieł oraz 157 tysięcy strzykawek w 2010 roku. W sumie funkcjonowało 10 programów wymiany, w których rozdawano sprzęt do iniekcji 2 022 klientom.

Podaż heroiny w Europie – spadek dostępności

Według ostatnich danych EMCDDA dostępność heroiny pod koniec 2010 r. i na początku 2011 r. w wielu krajach gwałtownie spadła, w szczególności brak heroiny na nielegalnym rynku odnotowano w Irlandii i Wielkiej Brytanii. Ponadto we Włoszech, w Rosji, Szwajcarii i na Słowenii również wystąpiło zakłócenie w podaży tej substancji. Kilka czynników mogło mieć wpływ na zmianę sytuacji na nielegalnym rynku narkotyków. Wśród możliwych przyczyn niedoboru heroiny, który pojawił się w Europie, wymienia się skierowanie tego narkotyku na rynki Azji, spadek produkcji opium w Afganistanie w 2009 r. oraz zarazę makową, która w 2010 r. dotknęła afgańskie prowincje, gdzie uprawiano mak. Dane wskazują również na wzrost zabezpieczonej heroiny na szlaku bałkańskim, co było efektem udanej współpracy policji tureckiej i UE.

Zgony z powodu używania narkotyków

W 2009 r. w UE i Norwegii odnotowano ponad 7 600 zgonów z powodu przedawkowania, w większości przypadków wskutek przedawkowania opioidów. EMCDDA po raz pierwszy szacuje, że liczba zgonów wśród osób problemowo używających opioidów w Europie może wynosić od 10 000 do 20 000 rocznie, a zgony te mają miejsce głównie w wyniku przedawkowania, ale odnotowuje się również inne przyczyny ich występowania (np. choroby, samobójstwa, urazy itd.). Ofiarami





są głównie mężczyźni w wieku między 30. a 40. rokiem życia. Ryzyko zgonu wśród osób regularnie używających opiatów jest od 10 do 20 razy wyższe niż w przypadku ich rówieśników, którzy nie używają narkotyków. W Polsce w 2009 roku odnotowano 247 zgonów z powodu narkotyków.

Narkotyki przyjmowane drogą iniekcji a wirus HIV

W ostatnim dziesięcioleciu w UE w ramach ograniczania ryzyka zakażenia HIV wśród osób przyjmujących narkotyki dożylnie zwiększono dostępność do profilaktyki, leczenia oraz programów redukcji szkód. Według ostatnich europejskich danych średni wskaźnik nowo zdiagnozowanych przypadków zakażenia HIV wykazuje w Europie tendencję malejącą i osiągnął nowy niski poziom 2,85 przypadku na 1 mln mieszkańców (w sumie około 1 300 przypadków). Ogólna sytuacja w UE przedstawia się korzystnie, jednak pojawiły się niepokojące zjawiska w niektórych krajach europejskich. W lipcu 2011 r. Grecja odnotowała wysoki poziom nowych przypadków zakażeń HIV wśród osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji (170 przypadków). Należy podkreślić, że Grecja miała wcześniej niski poziom występowania wirusa HIV. Wzrost nowo zgłaszanych przypadków zakażeń wystąpił również w Bułgarii, Estonii, Rumunii i na Litwie, co wskazuje na dalszą możliwość wzrostu zakażeń wirusem HIV wśród osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji w innych obszarach Europy. Do krajów z wysokimi wskaźnikami nowo zdiagnozowanych zakażeń HIV zaliczamy Estonię (63,4 na milion mieszkańców), Litwę (34,9), Łotwę (32,7), Portugalię (13,4) oraz Bułgarię (9,7).

Używanie stymulantów

W ciągu ostatniego dziesięciolecia kokaina stała się najczęściej używanym nielegalnym narkotykiem stymulującym w Europie, chociaż większość osób sięgających po ten narkotyk mieszka w zachodniej części UE. Około 14,5 mln Europejczyków (w wieku od 15 do 64 lat) próbowało kokainy przynajmniej raz, z czego 4 mln osób używało jej w ciągu ostatniego roku. Najnowsze badania ankietowe dotyczące używania kokainy wskazują na występowanie pewnych pozytywnych sygnałów. Na przykład wśród czterech z pięciu krajów o najwyższych wskaźnikach używania kokainy (Dania, Hiszpania, Włochy i Wielka Brytania) zgłaszany jest pewien spadek wskaźnika używania kokainy w ciągu ostatniego roku wśród młodych osób dorosłych (w wieku od 15 do 34 lat), co stanowi powtórzenie tendencji zaobserwowanych w Kanadzie i Stanach Zjednoczonych. W krajach Europy Środkowo-Wschodniej dominującym stymulantem jest amfetamina, którą w Europie spróbowało w sumie około 12,5 miliona osób. Ocenia się, że 1,5 mln młodych dorosłych (1,1%) zażywało amfetaminę w ciągu roku. Wśród uczniów wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia amfetaminy wynosi od 1% do 8% (dla Polski 4%) według danych z 2007 roku. W 2011 r. odsetek był zbliżony, bo 5% badanej młodzieży w wieku 15-16 lat przyznało się do kontaktu z amfetaminą (IPiN ESPAD).

Konopie indyjskie: najpopularniejszy narkotyk

Około 78 mln Europejczyków próbowało konopii indyjskich przynajmniej raz w życiu, z czego 22,5 mln używało jej w ciągu ostatniego roku. Oznacza

to, że co piąty dorosły w wieku od 15 do 64 lat miał kontakt z marihuaną i haszyszem. Najnowsze europejskie dane potwierdzają powszechną tendencję stabilizacji lub spadek w używaniu konopii indyjskich wśród młodych osób dorosłych (w wieku od 15 do 34 lat). Badania ankietowe młodzieży szkolnej w wieku 15-16 lat realizowane w Europie odzwierciedlają ten spadek. Jednakże ostatnie polskie badania wśród młodzieży przeprowadzone w 2010 (CBOS i KBPN) oraz 2011 (IPiN) w Polsce odnotowują wzrost używania konopii indyjskiej. Wśród 18- i 19-latków 36% osób miało kontakt z przetworami konopii (CBOS 2010), a wśród 15- i 16-latków – 24% (IPiN 2011).

„Dopalacze” – nowe wyzwania

Szybkie pojawianie się nowych substancji psychoaktywnych nieobjętych kontrolą (często sprzedawanych jako „dopalacze”) stanowi rosnące wyzwanie zarówno w Europie, jak i na całym świecie. Rekordowa liczba – 41 nowych narkotyków została zgłoszona EMCDDA i Europolowi w 2010 r. (w porównaniu z 24 narkotykami w 2009 r.). Ostatnie dane nie wykazują żadnych oznak spadku. Do września 2011 r. za pośrednictwem europejskiego systemu wczesnego ostrzegania zgłoszono 39 substancji. W ostatnim czasie coraz aktywniej podejmowane są działania z zakresu monitorowania oraz identyfikacji nowych substancji – obecnie w ramach systemu wczesnego ostrzegania monitoruje się ponad 150 substancji. Najnowsze badanie internetowych punktów detalicznej sprzedaży „dopalaczy” przeprowadzone przez EMCDDA (lipiec 2011 r.) zidentyfikowało rekordową liczbę 600 sklepów internetowych, rzekomo sprzedających produkty psychoaktywne i wskazało wiele różnych nowych produktów znajdujących się w ofercie. W Polsce po zamknięciu sklepów z „dopalaczami” sprzedaż przeniosła się do internetu. Według ostatnich badań z 2011 roku 11% 15- i 16-latków i 16% 17- i 18-latków miało kontakt z „dopalaczami” (IPiN ESPAD).

Artur Malczewski

Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii

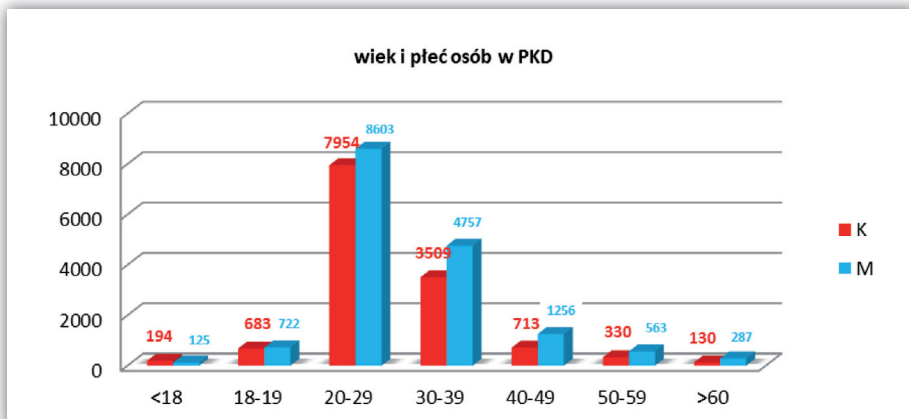
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Punkty konsultacyjno-diagnostyczne – ogólna analiza 2011 roku

Punkty konsultacyjno-diagnostyczne, wykonujące badania w kierunku HIV anonimowo i bezpłatnie, poza swoją rolą diagnostyczną i profilaktyczną, pełnią także ważną rolę w monitoringu epidemiologicznym. Każdego roku Krajowe Centrum ds. AIDS analizuje ankiety wypełniane przez doradców podczas wywiadów z klientami, formularze wypełniane bezpośrednio przez klienta oraz zestawienia liczbowe z wykonanych testów przesyłane przez koordynatorów PKD.

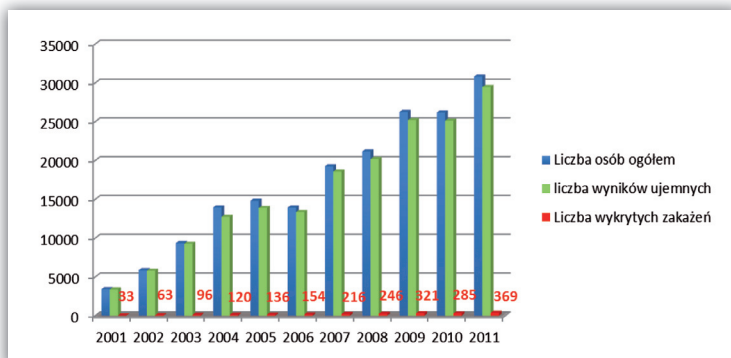
Analiza danych za 2011 rok (na podstawie zestawień liczbowych)

Każdego roku wzrasta liczba osób wykonujących badania w kierunku HIV w punktach konsultacyjno-diagnostycznych, w 2011 roku wszystkich osób w PKD było 30 813.



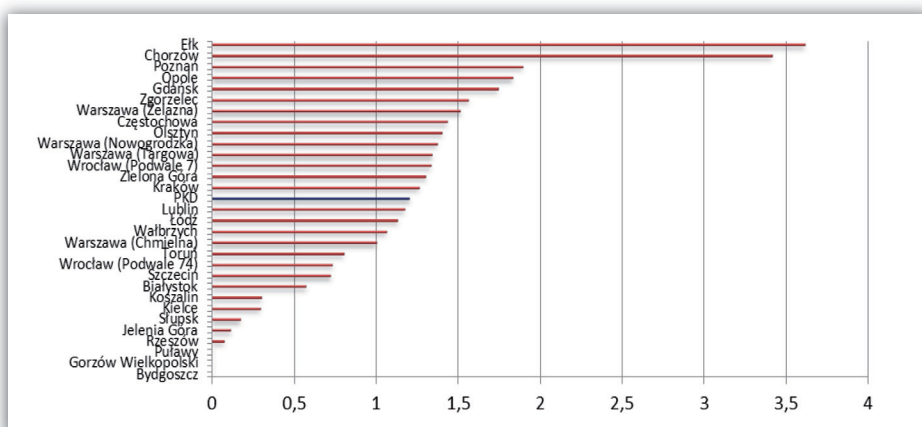
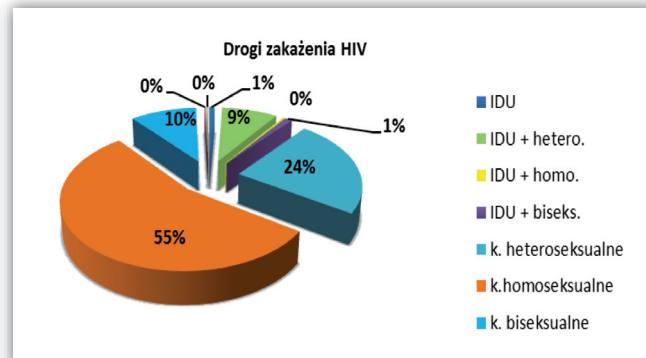
Z usług PKD korzystają głównie mężczyźni i ludzie młodzi w przedziale wiekowym 20-29 lat. Ma to także swoje odzwierciedlenie w wynikach dodatnich testów w kierunku HIV, ponieważ ponad połowa osób, u których wykryto zakażenie HIV, to właśnie ludzie młodzi, w prze-

kryto zakażenie HIV w 2011 r. w PKD, jako prawdopodobną drogę zakażenia wskazywało kontakty homoseksualne (55%). Jest to wzrost w stosunku do roku ubiegłego, podczas gdy odsetek wśród osób wskazujących kontakty heteroseksualne i biseksualne utrzymuje się na podobnym poziomie.



Odsetek wykrytych zakażeń wyniósł 1,23% i był zbliżony do tego z 2009 roku, który wynosił 1,25%. Największą wykrywalność zakażeń HIV zaobserwowano w Punktach w Elku i w Chorzowie:

dziale wiekowym 20-29 lat (52%). Z kolei jeżeli jako zmienną zastosujemy wykrywalność zakażenia HIV, to jest ona większa u osób w przedziale wiekowym 30-39 lat (31,7%). Ponad połowa badanych, u których wy-



Podsumowanie

Przedstawione powyżej dane stanowią jedynie ogólną analizę wybranych zmiennych i pokazują epidemiologiczne trendy, ale wyłącznie w odniesieniu do specyfiki punktów, a nie całego kraju.

W kolejnym numerze „Kontry” zaprezentowana zostanie szczegółowa analiza z badań ankiet wypełnianych w PKD wraz z charakterystyką poszczególnych grup klientów.

Marta Walichnowska

kontra

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

Adres redakcji:
ul. Samsonowska 1, 02-829 Warszawa
tel. (+22) 331 77 69, fax (+22) 331 77 76
e-mail: kontra@ids.gov.pl
www.aids.gov.pl

Egzemplarz bezpłatny
Redakcja zastrzega sobie prawo
adjustacji i skracania artykułów.
Materiałów zamówionych
nie zwracamy.



Niektóre aspekty związane z HIV/AIDS w Regionie Europejskim WHO (Europa Centralna)



Europa ogółem

Zakażenia HIV wciąż stanowią duże wyzwanie dla zdrowia publicznego w Europie. W ciągu ostatniej dekady doszło do dwukrotnego wzrostu łącznej liczby zgłoszonych zakażeń. Według Raportu¹ opublikowanego przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) i Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), w 2010 roku w Europie² zgłoszono ponad 118 tys. zakażeń HIV (w tym: 38% w grupie kobiet). Daje to 13.7 przypadków na 100 tys. ludności. Wśród głównych dróg zakażenia Raport wymienia kontakty heteroseksualne (43%), stosowanie narkotyków w iniekcjach (23%), zakażenia w grupie mężczyzn mających

seks z mężczyznami – MSM (20%). W 13% przypadków drogi zakażenia pozostają nieznane. Głównym problemem pozostaje sytuacja w Europie Wschodniej szczególnie na Ukrainie, w Federacji Rosyjskiej i wielu krajach byłego Związku Radzieckiego. W ciągu ostatniej dekady liczba zakażeń HIV w tym rejonie potroiła się.

Europa Centralna³

Epidemia HIV w Europie ma charakter niejednorodny. W odróżnieniu od Europy Wschodniej, gdzie wskaźniki zakażeń HIV wciąż rosną, w Europie Centralnej dzięki kontynuacji profilaktyki zakażeń HIV, a także zapewnieniu dostępu do diagnostyki i leczenia antyretrowirusowego, sytuacja epidemiologiczna związana z HIV/AIDS jest dość stabilna – na poziomie 1.3 zakażenia na 100 000 ludności. Dla porównania w Europie Wschodniej wskaźnik ten wynosi 31.7/100 000.

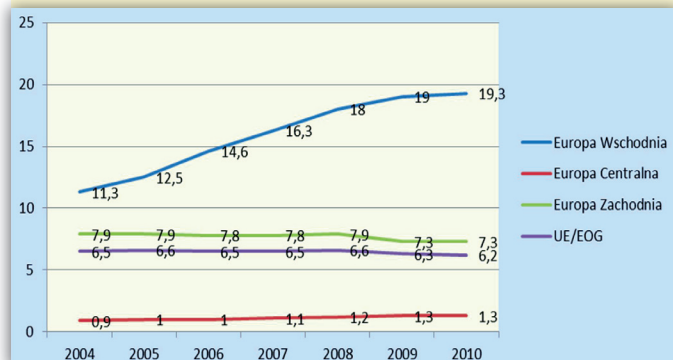
Spośród wszystkich nowo zgłoszonych zakażeń w Europie Centralnej (łącznie 2 478 zakażeń w 2010 roku), 17% stanowiły zakażenia w grupie osób młodych w wieku 15-24, w tym

19% wśród kobiet. W całym regionie, zdecydowana większość nowych zakażeń⁴ HIV miała miejsce w grupie mężczyzn. Z wyłączeniem zakażeń w wyniku stosowania narkotyków drogą iniekcji, przeciętny stosunek liczby nowo zakażonych mężczyzn do kobiet wynosił 4.0. Wśród krajów, gdzie przekroczył on 5.0 znalazły się: Republika Czeska, Słowenia, Republika Serbii, Słowacja, Węgry i Chorwacja (patrz wykres 2).

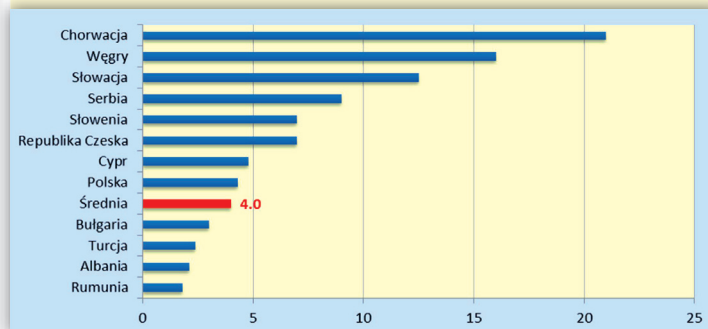
Informacja epidemiologiczna na temat dróg zakażenia HIV w Europie Centralnej dostarcza następujących danych: wśród wszystkich nowo zgłoszonych zakażeń HIV, 24% stanowiły zakażenia poprzez stosunki heteroseksualne (605 przypadków), 29% (722 przypadki) odnotowano w grupie mężczyzn mających seks z mężczyznami – MSM, 4% (106 przypadków) zanotowano w grupie osób stosujących narkotyki w iniekcjach. W przypadku 41% osób (1 026 przypadków) droga zakażenia pozostaje nieznana.

W Europie Centralnej, występuje zróżnicowanie pomiędzy poszczególnymi państwami pod względem dróg

Wykres 1: Zakażenia⁵ HIV w poszczególnych obszarach geograficznych Europejskiego Regionu WHO w latach 2004-2010. Liczba zakażeń na 100 000 ludności.



Wykres 2: Proporcja mężczyzn do kobiet wśród nowo zgłoszonych zakażeń HIV, z wyłączeniem zakażeń wśród osób stosujących narkotyki drogą iniekcji, według krajów Europy Centralnej, Regionu Europejskiego WHO, 2010. Przeciętnie stosunek liczby nowo zakażonych mężczyzn do kobiet wynosił 4.0.



¹ Raport: HIV/AIDS Surveillance in Europe 2010. WHO, ECDC, opublikowany w listopadzie 2011.

² Dane zgłosiło 51 spośród 53 państw Europejskiego Regionu WHO.

³ Państwa Europy Centralnej, Europejski Region WHO: Bułgaria, Cypr, Republika Czeska, Węgry, Polska, Rumunia, Słowacja, Słowenia, Albania, Bośnia i Hercegowina, Chorwacja, była Jugosłowiańska Republika Macedonii, Czarnogóra, Republika Serbii, Turcja.

⁴ Z wyłączeniem zakażeń w wyniku stosowania narkotyków w iniekcjach.

⁵ Dane nie obejmują Austrii, Federacji Rosyjskiej i Monako.

Tabela 1: Charakterystyka nowo zgłaszanych zakażeń HIV w Europejskim Regionie WHO, w podziale na poszczególne obszary geograficzne, 2010.

	Region Europejski WHO ⁶	Europa Zachodnia	Europa Centralna	Europa Wschodnia
Liczba zakażeń HIV	118 335	25 659	2 478	90 198
Wskaźnik na 100 tys.	13.7	6.6	1.3	31.7
Procent zakażeń				
Osoby w wieku ⁷ 15-24	12%	10%	17%	13%
Kobiety	38%	27%	19%	42%
Drogi zakażenia⁸				
Kontakty heteroseksualne	43%	24%	24% ⁹	48%
Mężczyźni mający seks z mężczyznami	20%	39%	29%	0.7%
Stosowanie narkotyków w iniekcjach	23%	4%	4%	43%
Nieznane	13%	16%	41%	6%

zakażenia HIV. Przykładowo w Albanii i Rumunii (dane za rok 2010), wśród wszystkich nowo zgłoszonych zakażeń ponad 50% stanowiły zakażenia w wyniku kontaktów heteroseksualnych. Z kolei w krajach takich, jak: Bośnia i Hercegowina, Republika Czeska, Chorwacja, Cypr, Węgry, Serbia, Słowacja, Słowenia i była Jugosłowiańska Republika Macedonii, ponad połowa wszystkich zakażeń dotyczyła populacji mężczyzn mających seks z mężczyznami (MSM).

Według danych pochodzących z państw, które od 2004 roku prowadzą u siebie regularne statystyki zakażeń HIV, współczynnik zakażeń pozostaje tam na poziomie 0.9-1.3 na 100 000 ludności (rok 2010). W niektórych państwach Europy Centralnej, które w 2010 roku zgłosiły ponad 50 nowych zakażeń HIV, współczynniki uległy podwojeniu. Miało to miejsce np. w Bułgarii, gdzie współczynnik zgłoszonych zakażeń wzrósł ponad dwukrotnie od 0.6 (50 zakażeń) w 2004 roku do 2.2 (163 zakażenia) w roku 2010. Podobnie było w Czechach, na Węgrzech i w Turcji. Odwrotna sytuacja miała miejsce w Rumunii, gdzie współczynnik zakażeń zmalał z 1.4 (304 zakażenia) w 2004 roku do 0.7 (152 zakażenia) w roku 2010.

Drogi zakażenia

W piętnastu państwach Europy Centralnej, sytuacja epidemiologiczna związana z HIV/AIDS pozostaje na stabilnym i dość niskim poziomie. Do nowych zakażeń dochodzi tam najczęściej już nie drogą iniekcji środków psychoaktywnych, ale poprzez kontakty seksualne. Wśród głównych dróg zakażenia wskazuje się na kontakty heteroseksualne oraz kontakty seksualne w populacji mężczyzn mających seks z mężczyznami (MSM). Szczególnie w tej ostatniej grupie widać wyraźny wzrost liczby zakażeń. Na przestrzeni

ostatnich siedmiu lat (2004-2010), roczna liczba zakażeń HIV w populacji MSM uległa potrojeniu.

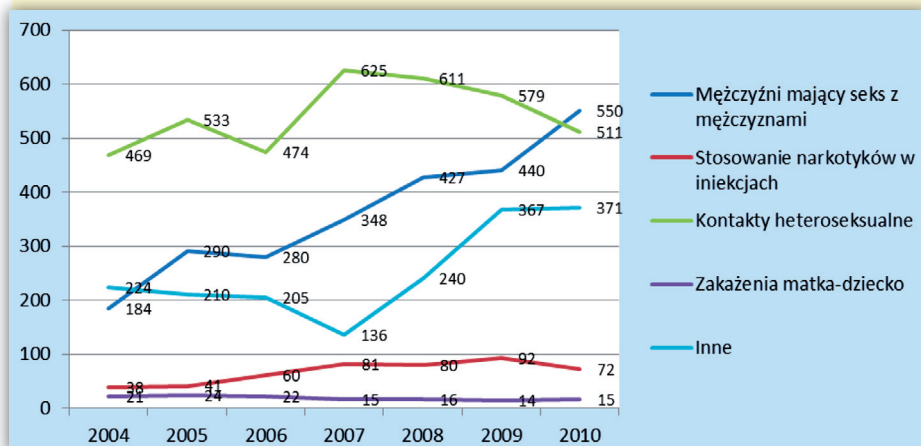
Według Raportu WHO/ECDC wśród państw Europy Centralnej, które w 2010 roku zgłosiły największą liczbę nowych zakażeń HIV w grupie MSM, znalazły się Polska (147 zakażeń), Republika Czeska (128 zakażeń) i Węgry (124 zakażenia).

W populacji MSM daje się zaobserwować niepokojące zjawiska, które mogą wskazywać na bagatelizowanie ryzyka zakażenia HIV, a także uznanie HIV/AIDS za chorobę przewlekłą, która nie zmienia znacząco stylu życia – głównie za sprawą wprowadzonej terapii antyretrowirusowej (ARV). W grupie tej wyjątkowo dużo osób podejmuje ryzykowne zachowania seksualne, także pod wpływem substancji psychoaktywnych. Daje się zaobserwować przyzwolenie na seks bez zabezpieczenia. Należy także zwrócić uwagę na fakt, iż w grupie tej, podobnie jak w przypadku innych grup, w dalszym ciągu zbyt mało osób decyduje się na wykonanie testu w kierunku HIV, co skutkuje zbyt późną diagnostyką wirusa i późnym włączaniem do terapii ARV.

Diagnostyka HIV (testy w kierunku HIV)

W Europie Środkowej liczba wykonywanych testów w kierunku HIV pozostaje na zbyt niskim poziomie. Dane nadzoru epidemiologicznego z ostatniej dekady dotyczące krajów europejskich wskazują na wysoką

Wykres 3: Liczba¹⁰ zgłoszonych zakażeń HIV w latach 2004-2010, ze względu na drogi zakażenia. Europa Centralna, Europejski Region WHO.



⁶ Brak danych: Austria, Monako, Lichtenstein.

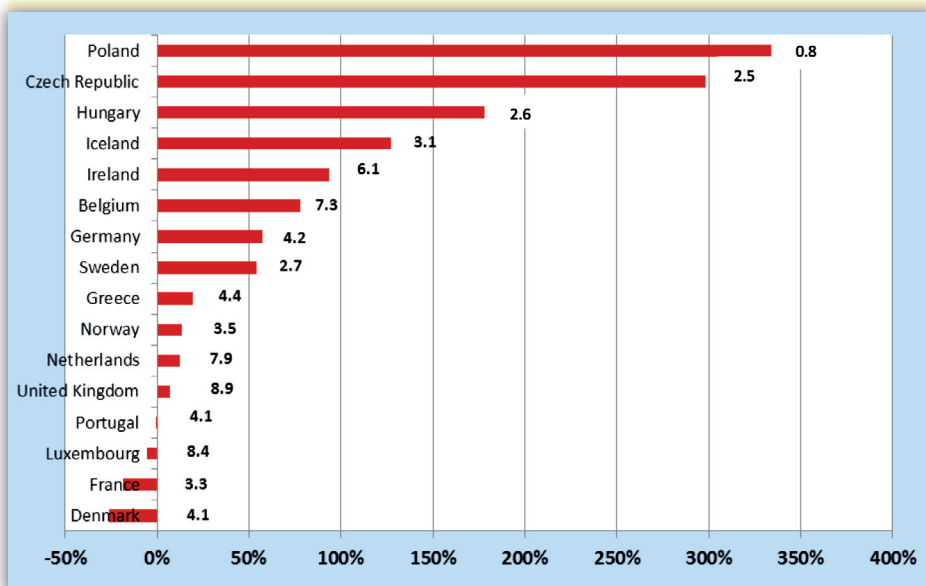
⁷ Z wyłączeniem krajów, co do których brak danych na temat wieku osób zakażonych.

⁸ Z wyłączeniem krajów, co do których brak danych na temat dróg zakażenia.

⁹ Z wyłączeniem osób, które zakażyły się HIV poza krajem zgłaszającym dane na temat liczby zakażeń na swoim terenie.

¹⁰ Dane nie obejmują Polski.

Wykres 4: Zmiany w proporcji zakażeń HIV w populacji MSM w latach 2004–2010. Współczynniki na 100 000 mężczyzn. Dane Raport¹¹ ECDC/WHO, 2011.



i stale rosnącą liczbę niezdiagnozowanych przypadków HIV oraz wysoki odsetek pacjentów, u których późno zdiagnozowano zakażenie. Ogólnie duży odsetek Europejczyków nie wie o swoim zakażeniu lub wykonuje test zbyt późno.

Z punktu widzenia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli istotne znaczenie ma powstrzymanie rozprzestrzeniania się HIV. Szybkie zdiagnozowanie HIV i skuteczne leczenie antyretrowirusowe leży w interesie zarówno pacjenta, jak i całego społeczeństwa. Osoba nieświadoma swojego zakażenia HIV może stać się źródłem zakażenia dla innych i to o wiele wcześniej, niż pojawia się u niej objawy związane z AIDS.

Co daje wczesna diagnostyka HIV¹²

- Zmniejszenie śmiertelności i zachorowalności z powodu AIDS
- Zwiększoną długość życia
- Mniejszą zakaźność dla populacji osób zdrowych ze strony osób HIV+
- Niższy koszt leczenia pacjentów

Do monitorowania sytuacji epidemiologicznej HIV/AIDS w Europie oraz do oceny działań zapobiegawczych niezbędny jest sprawny system zbierania danych. W kontekście groma-

dzenia danych na temat wykonywanych testów w kierunku HIV, Raport WHO/ECDC wskazuje na częsty brak rygoru metodologicznego i mechanizmu zapewniającego skoordynowane zbieranie danych na poziomie krajowym, a następnie zestawianie i porównywanie uzyskanych wyników pomiędzy krajami. Dane raportowane z krajów są często niepełne i nie odzwierciedlają rzeczywistej sytuacji dotyczącej liczby wykonanych testów, gdyż w zależności od kraju: mogą pochodzić jedynie z ośrodków wykonujących testy np. z punktów konsultacyjno-diagnostycznych, obejmować tylko dane z laboratoriów klinicznych wykonujących diagnostykę HIV lub tylko dane pozyskane z instytucji zajmujących się epidemiologią i gromadzących dane statystyczne. Zdarza się także, że informacje dotyczące wykonywanych testów raportowane są na podstawie przeprowadzonych wywiadów lub są jedynie danymi szacunkowymi (dotyczy to zwłaszcza niektórych państw Europy Zachodniej).

Brak rygoru metodologicznego związanego ze zbieraniem i przetwarzaniem informacji na temat wykonywanych testów zamazuje prawdziwy obraz i utrudnia ewaluację działań związanych z diagnostyką HIV.

Mając na uwadze działania edukacyjne, których celem jest zachęcanie do

wykonywania testów w kierunku HIV oraz informowanie o korzyściach, jakie niesie ze sobą wczesna diagnostyka HIV, brak pełnych danych na temat liczby wykonywanych testów oraz podstawowych informacji na temat populacji osób wykonujących test (np. wiek, płeć, potencjalna droga zakażenia), utrudnia zogniskowanie i ewaluację działań edukacyjnych. Dotyczy to m.in. działań adresowanych do grup, w których ryzyko zakażenia HIV jest większe.

Dane zamieszczone na wykresie 5, dotyczą liczby testów diagnostycznych wykonanych w wybranych krajach Europy Centralnej, które podlegają podobnym trendom społeczno-ekonomicznym i rozwojowym oraz w podobnym czasie przystąpiły do Unii Europejskiej. Dane nie obejmują testów anonimowych oraz testów wykonanych u dawców krwi.

Zachorowania na AIDS

Według Raportu WHO/ECDC, zachorowalność na AIDS w Europie Centralnej utrzymuje się na stabilnym i dość niskim poziomie (0.3 zachorowania /100 000). Ogólnie w krajach Unii Europejskiej i Europejskiego Obszaru Gospodarczego widać wyraźny spadek zachorowań, czego niestety nie można powiedzieć o Europie Wschodniej, gdzie z roku na rok liczba chorych na AIDS systematycznie wzrasta.

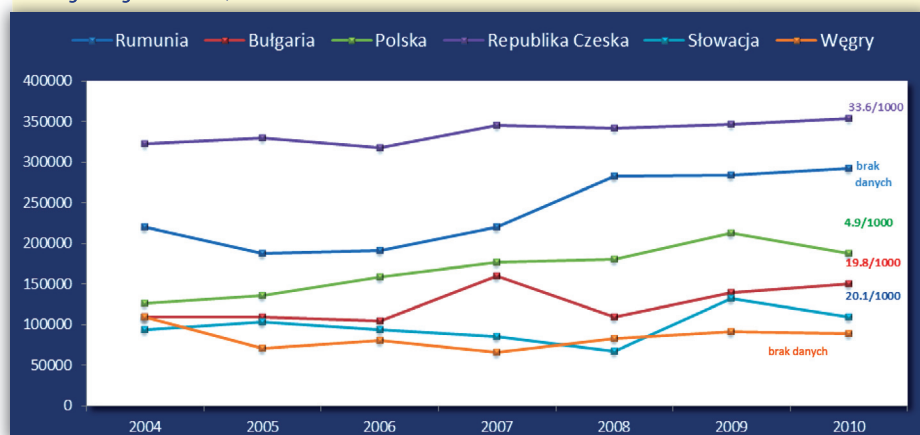
W 2010 roku w 15 krajach Europy Centralnej, zdiagnozowano AIDS łącznie u 584 osób (0.3 na 100 000 ludności). Najwyższy współczynnik zachorowań na AIDS odnotowały Rumunia (0.7, 143 przypadki) i Serbia (0.6, 47 przypadków). W pozostałych krajach zachorowalność pozostała na poziomie około 0.5 na 100 000. Pomiędzy krajami, które zgłosiły u siebie ponad 30 przypadków zachorowań na AIDS, występuje jednak rozbieżność trendów co do zachorowalności. Przykładowo, w Bułgarii i Turcji nastąpił wyraźny wzrost zachorowań (odpowiednio: o 46% i 9%), a spadek w Polsce, Rumunii i Serbii.

Wzrost zachorowań na AIDS często związany jest z brakiem możliwości zapewnienia ciągłości leczenia anty-

¹¹ Na podstawie raportu: HIV/AIDS Surveillance in Europe 2010. WHO, ECDC, opublikowany w listopadzie 2011.

¹² Na podstawie: Technical report: Increasing uptake and effectiveness in the European Union. Evidence synthesis for Guidance on HIV testing. ECDC. 2010.

Wykres 5: Liczba wykonanych testów w kierunku HIV, z wyłączeniem testów anonimowych oraz testów wykonanych u dawców krwi w wybranych krajach Europy Centralnej, Europejskiego Regionu WHO, w latach 2004–2010 oraz liczba testów na 1000 osób.



retrowirusowego przez dane państwo (zwykle związane z brakiem środków finansowych na ten cel), czego byliśmy świadkami m.in. w Rumunii i Bułgarii. Państwa te przez wiele lat korzystały z pomocy finansowej Globalnego Funduszu do walki z AIDS, Gruźlicą i Malarią, a po zakończeniu pomocy nie były w stanie finansować leczenia z własnych środków. Na dużą liczbę zachorowań w tych krajach wpływały też inne czynniki takie, jak: wysokie bezrobocie, duży obszar ubóstwa, ogólnie zła opieka zdrowotna, duży odsetek osób używających narkotyki i prostytuujących się, oraz niska świadomość problematyki HIV/AIDS wśród obywateli.

Podsumowanie

Choć sytuacja epidemiologiczna związana z HIV/AIDS w Europie Centralnej jest dość stabilna, to jednak należy mieć świadomość, że utrzymanie jej wymaga kontynuacji działań na rzecz zapobiegania zakażeniom HIV i zwalczania AIDS w tym regionie. Działaniom związanym z profilaktyką zakażeń HIV, zapewnieniem szerokiego dostępu do diagnostyki i leczenia antyretrowirusowego, a także poprawą jakości życia osób żyjących z HIV/AIDS, ich rodzin i bliskich powinno towarzyszyć wsparcie ze strony władz państwowych. Jego wyrazem powinny być jasna, zapisana ustawowo polityka dotycząca zapobiegania zakażeniom HIV i zwalczania AIDS na poziomie

krajowym oraz stworzenie mechanizmu zapewniającego finansowanie działań na przyszłość.

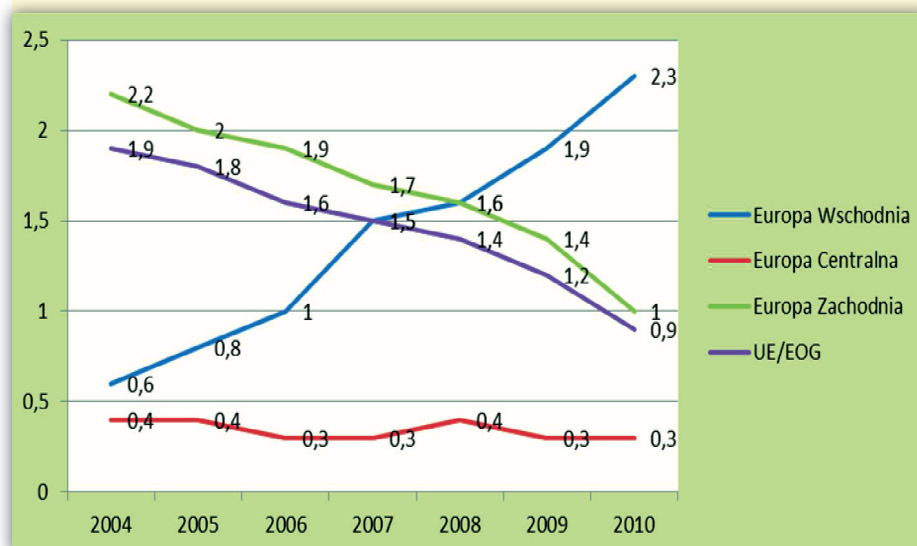
Utrzymanie stabilnej sytuacji wymaga działań takich, jak: efektywna promocja zdrowia i zapobieganie zakażeniom HIV, rozwój możliwości diagnostycznych i terapeutycznych, realizacja programów ograniczających skutki zdrowotne i społeczne epidemii. Zapobieganie HIV/AIDS wymaga także zapewnienia powszechnego dostępu do edukacji seksualnej, opieki zdrowotnej i informacji z zakresu zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego człowieka.

W związku z kryzysem gospodarczym w Europie i na świecie, poważnym problemem może być brak wystarczających środków finansowych na walkę z epidemią HIV, w szczególności na działania profilaktyczno-edukacyjne. Brak dostatecznej wiedzy na temat zapobiegania HIV/AIDS zarówno wśród ogółu społeczeństwa, jak i w grupach, gdzie ryzyko zakażenia HIV jest większe, może w przyszłości skutkować wzrostem zachowań ryzykownych, które z kolei mogą przyczynić się do wzrostu liczby zakażeń HIV oraz na zwiększoną zachorowalność na AIDS.

Należy także mieć świadomość, że stabilna sytuacja związana z HIV/AIDS w Europie Centralnej nie jest dana raz na zawsze. Na sytuację epidemiologiczną tego regionu w przyszłości (oraz Europy Zachodniej) ogromny wpływ będzie miał rozwój epidemii HIV/AIDS w Europie Wschodniej¹³ oraz rosnąca migracja do Europy Zachodniej i Centralnej ludności z Federacji Rosyjskiej, Ukrainy i innych państw byłego Związku Radzieckiego, wśród których wysoki odsetek mogą stanowić osoby zakażone HIV.

Piotr Wysocki

Wykres 6: Zachorowania na AIDS w latach 2004–2010, w poszczególnych obszarach Europejskiego Regionu WHO. Zachorowania na 100 000 ludności.



¹³ W regionie tym, według raportów UNAIDS, wskaźniki nowych zakażeń wciąż rosną, a liczba zakażeń przez ostatnie dziesięć lat potroiła się.

kontra

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

Adres redakcji:
 ul. Samsonowska 1, 02-829 Warszawa
 tel. (+22) 331 77 69, fax (+22) 331 77 76
 e-mail: kontra@ids.gov.pl
www.aids.gov.pl

Egzemplarz bezpłatny
 Redakcja zastrzega sobie prawo
 adjustacji i skracania artykułów.
 Materiałów zamówionych
 nie zwracamy.