



W numerze:

Mobilny Informator o HIV i AIDS - aplikacja na smartfony i tablety

Anna Kaczmarek

Str. 1

Używanie narkotyków w Polsce w świetle wybranych danych epidemiologicznych

Michał Kidawa

Marta Struzik

Str. 2-4

Najciekawsze publikacje z ostatnich miesięcy

Małgorzata Olczyk

Str. 5

Charakterystyka osób zgłaszających się do PKD w 2011 r.

Marta Walichnawska

Str. 6-7

W poszukiwaniu przeciwciał anti-HIV skutecznie neutralizujących wirusa

dr Andrzej Piasek

dr Andrzej Lipniacki

Str. 8

Aspekty

Projekt COBATEST

Iwona Wawer

Marta Walichnawska

Telefon Zaufania HIV/AIDS

(+22) 692 82 26; 801 888 448

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

Lekarze specjaliści dyżurują:

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

AIDS - Zielona Linia

(+22) 621 33 67

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

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

Osrodek Informacji o HIV/AIDS

(+22) 331 77 66

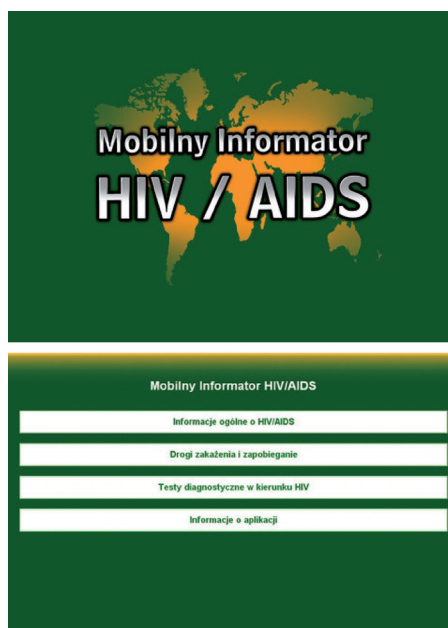
info@aims.gov.pl

Poradnia Internetowa HIV/AIDS

www.aims.gov.pl

poradnia@aims.gov.pl

Mobilny Informator o HIV i AIDS – aplikacja na smartfony i tablety



diagnostycznego w kierunku HIV oraz oferuje adresy punktów konsultacyjno-diagnostycznych (PKD), w których można zrobić go anonimowo i bezpłatnie.

Aplikacja jest dostępna dla użytkowników smartfonów i tabletów korzystających z systemów Android oraz Apple iOS (iPhone, iPad). Chcąc zainstalować ją na swoim telefonie lub tablecie należy odwiedzić odpowiednio Google Play (dawniej Android Market) lub iTunes AppStore i w polu wyszukiwania wpisać: Mobilny Informator o HIV i AIDS, a następnie postępować według instrukcji systemowych. „Mobilny Informator o HIV i AIDS” można pobrać także skanując właściwy fotokod za pomocą aparatu fotograficznego w telefonie komórkowym (telefon powinien mieć zainstalowany czytnik kodów, np. aplikację Google Googles):



Google Play



iTunes AppStore

Kolejnym sposobem na pobranie „Informatora” jest odwiedzenie strony internetowej Krajowego Centrum ds. AIDS na swoim smartfonie/tablecie (www.aims.gov.pl, zakładka: Mobilny Informator o HIV i AIDS na dole strony) i wybranie jednej z zamieszczonych tam plaketek.

Projekt został zrealizowany przez Krajowe Centrum ds. AIDS, agendę Ministra Zdrowia, oraz firmę NETOX, która tworzy aplikacje na urządzenia mobilne.

„Mobilny Informator o HIV/AIDS” jest bezpłatną aplikacją. Pobierając go, płaci się za ilość przesyłanych danych. Opłaty różnią się w zależności od cennika operatora danej sieci telekomunikacyjnej.

Anna Kaczmarek

Coraz powszechniejszy dostęp do internetu mobilnego oraz korzyści i wygoda, jakie za sobą niesie – będące udziałem użytkowników smartfonów i tabletów – wiąże się z rozwojem nowych sposobów zdobywania i konsumowania informacji. Sięganie do sieci w poszukiwaniu odpowiedzi na nurtujące i nagłe pytania (także te dotyczące zdrowia), oczekiwanie natychmiastowej odpowiedzi, stało się standardem. Kontakt z lekarzem często zastępuje wizyta u doktora Google, który jest dostępny zawsze i wszędzie. Z jednej strony do naszej dyspozycji pozostaje nieprzebrana ilość informacji, z drugiej przytłaczająca większość publikacji dostępnych w internecie nie daje gwarancji, że wyszukane rozwiązanie jest zgodne z aktualną wiedzą medyczną, a więc skuteczne i bezpieczne.

„Mobilny Informator o HIV i AIDS” umożliwia uzyskanie rzetelnych informacji o wirusie HIV i chorobie AIDS w dowolnym miejscu i o dowolnej porze, zawsze, gdy są one potrzebne. Korzystając z aplikacji można dowiedzieć się, w jaki sposób wirus się przenosi i jak można zmniejszyć ryzyko zakażenia. Podaje ona informacje o tym, kiedy powinno się rozważyć wykonanie testu

Używanie narkotyków w Polsce w świetle wybranych danych epidemiologicznych

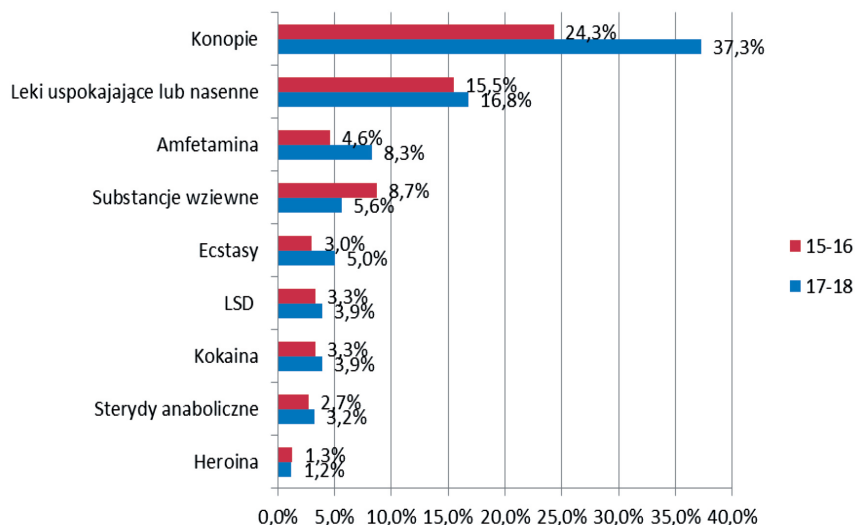
W niniejszym artykule zaprezentowane zostaną dane dotyczące popularności różnych substancji psychoaktywnych wśród trzech zdecydowanie odmiennych grup społecznych objętych w Polsce badaniami, tj. ogólnie wśród młodzieży szkolnej, dorosłych mieszkańców kraju oraz w grupie problemowych użytkowników narkotyków. Przegląd wyników badań na temat rozpowszechnienia używania narkotyków został uzupełniony o krótką informację na temat dostępności narkotyków w Polsce postrzeganej przez młodzież i dorosłych. Z kolei w przypadku problemowego używania narkotyków dodatkowo dokonano krótkiej analizy zjawiska chorób zakaźnych związanych z używaniem substancji psychoaktywnych.

Używanie narkotyków przez młodzież szkolną

Źródłem informacji o doświadczeniach młodzieży szkolnej z substancjami psychoaktywnymi są badania przeprowadzone w 2011 r. w klasach III szkół gimnazjalnych oraz klasach II szkół ponadgimnazjalnych w ramach międzynarodowego *Euro-pejskiego Programu Badań Ankietowych w Szkołach* (ESPAD). Zaprezentowane na wykresach dane dotyczą użycia przynajmniej raz w życiu poszczególnych substancji, co może wskazywać na pewien poziom eksperymentowania czy próbowania przez młodzież substancji psychoaktywnych. Wskaźnik ten, podobnie jak w przypadku analizy dla dorosłych mieszkańców, może nie świadczyć o używaniu aktualnym, lecz np. o jednorazowych próbach użycia.

Zarówno wśród 15–16-latków, jak i w starszej grupie wiekowej, najwięcej badanych potwierdziło użycie przynajmniej raz w swoim życiu konopi indyjskich (odpowiednio 24,3% i 37,3%). W obu grupach wiekowych na drugim miejscu uplasowały się leki uspokajające i nasenne. Na trzecim miejscu wśród młodszych uczniów odnotowano substancje wziewne, a wśród 17–18-latków – amfetaminę.

W badaniu ESPAD z 2011 r. młodzież pytano także o doświadczenia z „dopalaczami”. Kiedykolwiek w życiu po „dopalacze” sięgnęło ogółem 10,5% młodszych uczniów. W starszej grupie wiekowej kiedykolwiek w życiu kontakt z tymi substancjami miało blisko 16% badanych.



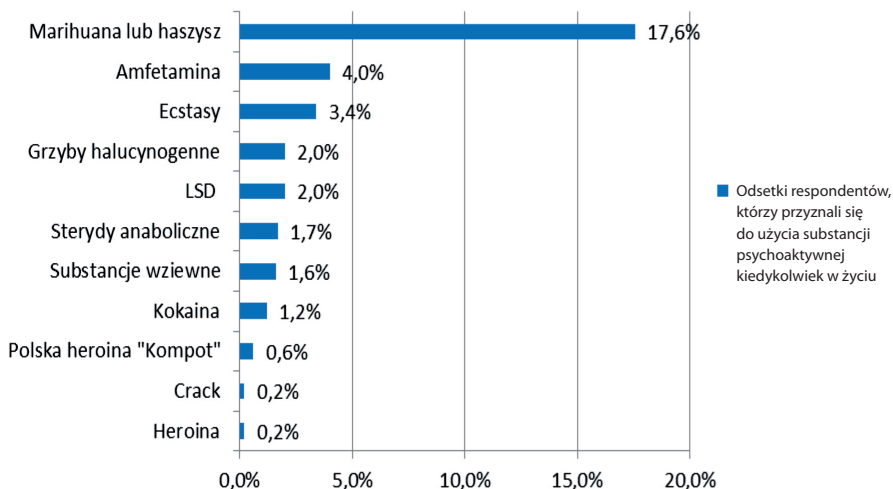
Wykres 1. Używanie substancji psychoaktywnych przynajmniej raz w życiu przez uczniów w wieku 15-16 lat oraz 17-18 lat.

Źródło: Wyniki badania ESPAD w 2011 r.

Używanie narkotyków przez osoby dorosłe

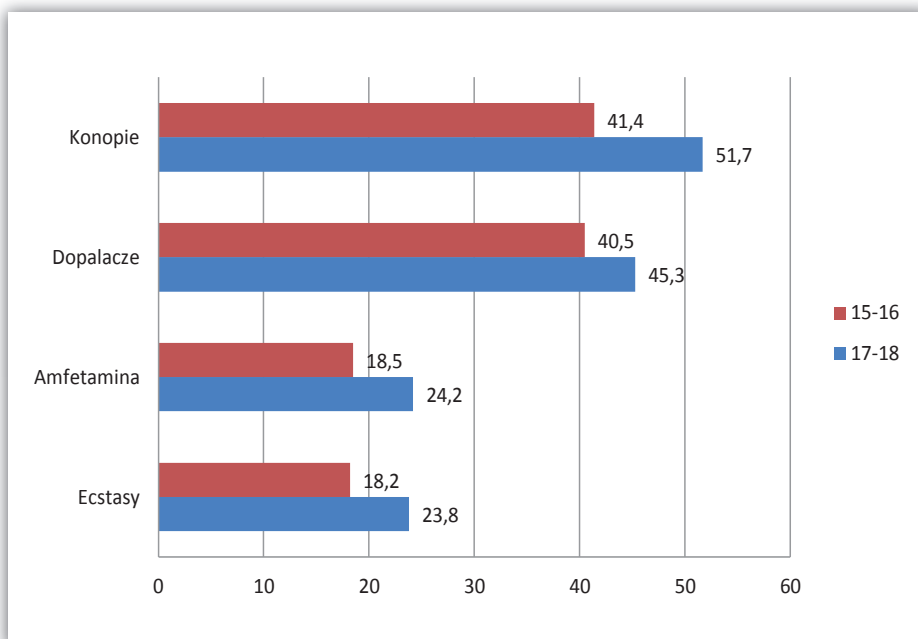
Analizując popularność poszczególnych substancji psychoaktywnych wśród dorosłych mieszkańców Polski, tj. osób w wieku 15–64 lata, można sięgnąć do wyników krajowych badań przeprowa-

dzonych w 2010 r. w populacji generalnej (*General Population Survey*). Na Wykresie 2. umieszczono odsetki osób badanych, które przyznały się do użycia poszczególnych narkotyków kiedykolwiek w życiu. Warto zaznaczyć, że wskaźnik ten może nie odzwierciedlać aktualnej konsumpcji środków psychoaktywnych, ponieważ wspomniane



Wykres 2. Używanie substancji psychoaktywnych kiedykolwiek w życiu przez osoby dorosłe (15–64 lata).

Źródło: Wyniki badania *General Population Survey* w 2010 r.



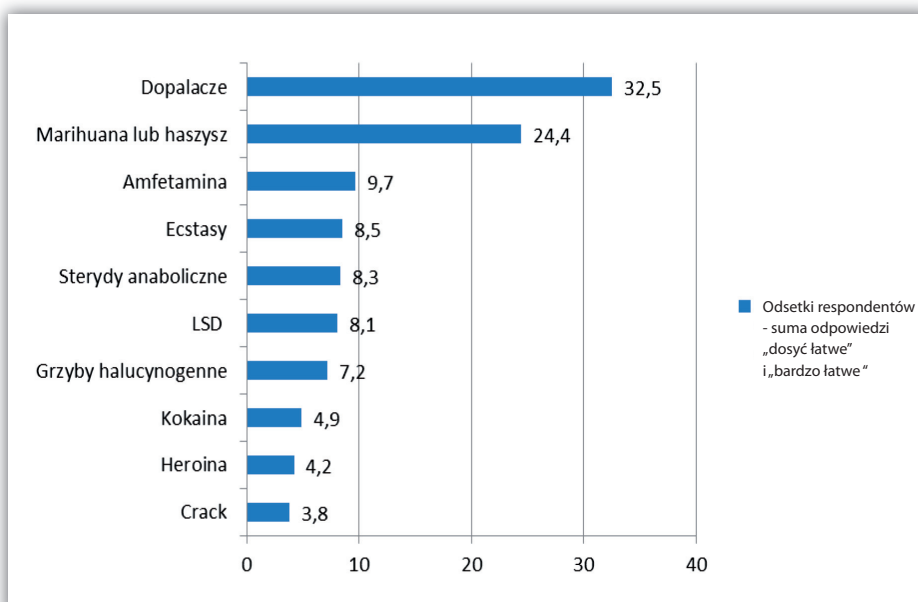
Wykres 3. Dostępność substancji psychoaktywnych w percepcji uczniów w wieku 15–16 lat oraz 17–18 lat (odsetki respondentów – suma odpowiedzi „dosyć łatwe” i „bardzo łatwe”).

Źródło: Wyniki badania ESPAD w 2011 r.

kontakty z narkotykami mogą dotyczyć różnych okresów, a także mogą oznaczać jednorazowe próby użycia.

Najbardziej popularną substancją wśród badanych dorosłych były przetwory konopi, tj. marihuana lub haszysz. Używanie tych środków psychoaktywnych kiedykolwiek w życiu potwierdziło

17,6% badanych. Na drugim miejscu uplasowała się amfetamina, do używania której przyznało się 4% respondentów. Następnie odnotowano ecstasy (3,4%) oraz grzyby halucynogenne (2%) i LSD (2%). W przypadku pozostałych grup substancji psychoaktywnych wskazania nie przekroczyły progu 2%.



Wykres 4. Ocena dostępności substancji psychoaktywnych – rozkład odpowiedzi na pytanie, jak trudne byłoby zdobycie każdej z wymienionych substancji (odsetki respondentów – suma odpowiedzi „dosyć łatwe” i „bardzo łatwe”) w 2010 r.

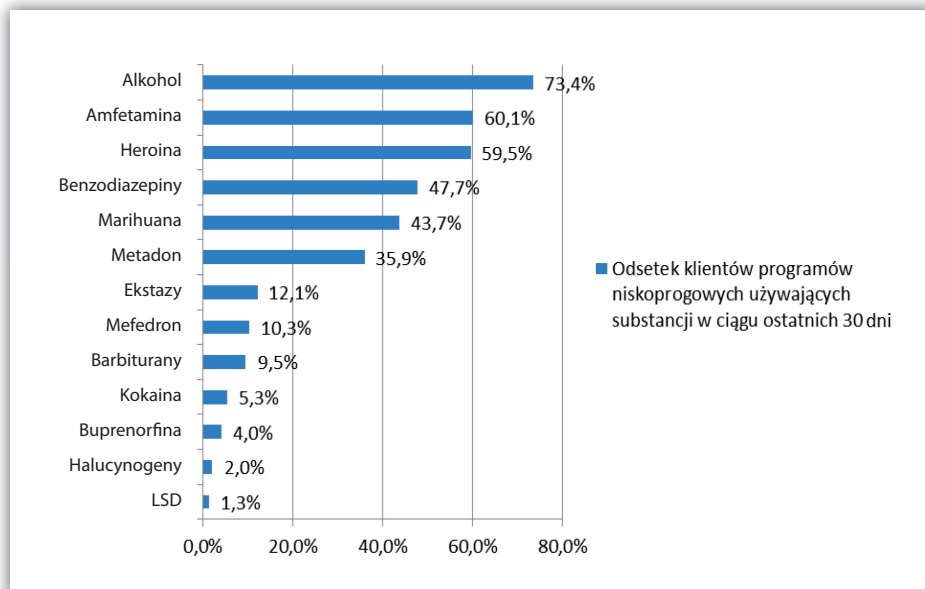
Źródło: Wyniki badania General Population Survey w 2010 r.

Dostępność narkotyków w opinii młodzieży i dorosłych

Źródłem danych na temat dostępności narkotyków są opisywane powyżej badania wśród populacji generalnej oraz badania nad młodzieżą ESPAD. W obu badaniach respondenci byli proszeni o ocenę dostępności na skali, która zawierała kategorie od „niemożliwe” i „bardzo trudne” do „bardzo łatwe”. Na Wykresie 3. przedstawiono wyniki analiz w zakresie percepcji dostępności wybranych substancji psychoaktywnych wśród młodzieży.

Wśród młodzieży w obu grupach wiekowych substancjami najczęściej ocenianymi jako dość łatwo lub bardzo łatwo dostępne były przetwory konopi indyjskich, czyli marihuana i haszysz. Na łatwą dostępność tej grupy substancji wskazywało 41,4% 15–16-latków i 51,7% 17–18-latków. Kolejną grupą substancji były tzw. „dopalacze”, czyli grupa produktów zawierających nowe substancje psychoaktywne. Łatwą i bardzo łatwą dostępność tych substancji wskazało 40,5% spośród respondentów z młodszej grupy wiekowej oraz 45,3% ze starszej grupy wiekowej. Respondenci w obu grupach uznali amfetaminę oraz ecstasy za zdecydowanie mniej dostępne. W młodszej grupie było to odpowiednio 18,5% i 18,2%. W starszej grupie łatwy lub bardzo łatwy dostęp do amfetaminy wskazało 24,2%. W przypadku ecstasy było to 23,8% respondentów.

Niższe odsetki respondentów wskazywały na łatwy lub bardzo łatwy dostęp do poszczególnych substancji w przypadku badań w populacji generalnej (15–64 lata). Podobnie jak w przypadku młodzieży, najczęściej za łatwy lub bardzo łatwo dostępne substancje respondenci uznawali przetwory konopi (24,4%) oraz tzw. dopalacze (32,5%). Co ciekawe w percepcji populacji generalnej dopalacze były łatwiej dostępne niż marihuana i haszysz. W badaniach młodzieży było odwrotnie. W dalszej kolejności prawie 10% respondentów deklarowało łatwy dostęp do amfetaminy, a 8,5% do ecstasy. Niewiele niższy odsetek respondentów wskazywał łatwą dostępność sterydów anabolicznych (8,3%), LSD (8,1%) i grzybów halucynogennych (7,2%). Pozostałe substancje zdecydowanie rzadziej były uznawane za łatwo i bardzo łatwo dostępne.



Wykres 5. Używanie poszczególnych substancji w ciągu ostatnich 30 dni wśród klientów programów niskoprogowych w 2010 r.

Źródło: Ogólnopolskie badanie klientów oraz programów niskoprogowych w 2010 r. Projekt francusko-polski. Obliczenia własne. Dane niepublikowane.

Popularność substancji wśród problemowych użytkowników narkotyków

Problemowi użytkownicy narkotyków stanowią zdecydowanie odmienną od powyższych, tj. ogólnej populacji dorosłych oraz młodzieży szkolnej, grupę społeczną objętą badaniami. Według definicji przyjętej przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii problemowy użytkownik narkotyków to osoba używająca opiatów, amfetaminy, kokainy w sposób długotrwały, częsty lub/i iniekcyjny. Polska definicja różni się nieznacznie i oznacza osobę, która długotrwale używa narkotyków, rozumianych jako wszelkie substancje nielegalne, co powoduje u osoby ich zażywającej poważne problemy. Źródłem danych dotyczących używania substancji przez problemowych użytkowników narkotyków są badania przeprowadzane okresowo wśród klientów programów niskoprogowych, czyli głównie programów wymiany igieł i strzykawek oraz dziennych świetlic dla czynnych użytkowników narkotyków. Badania realizowane są co dwa lata przez Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii we współpracy z francuskim OFDT (*Observatoire français des drogues et*

des toxicomanies) w drodze wywiadów kwestionariuszowych. W przypadku kwestii dotyczących narkotyków w badaniach stosowane są pytania o używanie narkotyków w ciągu ostatnich 30 dni. Ostatnie dostępne wyniki analiz pochodzą z 2010 r., w którym przebadano łącznie 398 respondentów. Wyniki zaprezentowano na Wykresie 5.

Zdecydowanie najczęściej używaną przez badanych w ciągu ostatnich 30 dni substancją psychoaktywną był alkohol (ponad 73% respondentów). Na drugim miejscu znalazła się amfetamina (60,1%), a na trzecim – heroina (59,5%). Na kolejnym miejscu uplasowały się leki z grupy benzodiazepin (47,7%). Nieznacznie rzadziej klienci programów niskoprogowych wskazywali na używanie marihuany (43,7%). Spośród respondentów znaczną grupę stanowili także użytkownicy metadonu (35,9%). Pozostałe substancje były używane zdecydowanie rzadziej, przy czym spośród nich uwagę zwraca mefedron, do przyjmowania którego przyznało się 10,3% respondentów. Substancja ta należy do grupy syntetycznych katynonów i do sierpnia 2010 r. była dostępna legalnie w produktach sprzedawanych jako tzw. dopalacze.

Warto wspomnieć, że problemowi użytkownicy narkotyków narażeni są na

wiele trudności natury społecznej i zdrowotnej. Do poważnych konsekwencji zdrowotnych problemowego używania narkotyków należą choroby zakaźne związane z narkotykami, w szczególności zakażenia HIV, HCV i HBV. Wśród problemowych użytkowników narkotyków transmisja wirusa zachodzi bowiem najczęściej w wyniku iniekcyjnego używania substancji z wykorzystaniem niesterylnego sprzętu. Warto podkreślić, że do zakażeń może także dochodzić podczas m.in. podejmowania kontaktów seksualnych bez zabezpieczenia będąc pod wpływem substancji psychoaktywnych, np. środków stymulujących, takich jak amfetamina.

Informacje dodatkowe

Oznaczanie obecności substancji psychoaktywnych w organizmie człowieka następuje najczęściej poprzez stosowanie szybkich metod wykrywania, np. przez badanie moczu z wykorzystaniem dostępnych w aptekach testów. Istnieje także możliwość wykonania takich testów w placówkach leczniczych dla osób używających narkotyków. Inne metody badań wiążą się z pobraniem materiału biologicznego, takiego jak: ślina, krew i włosy. Dodatkowe informacje na temat testowania dostępne są na stronie internetowej Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii: <http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=112300>.

Więcej wyników badań z obszaru narkotyków i narkomanii znajduje się na stronie internetowej Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii <http://www.cinn.gov.pl/portal?id=104903>.

Informacje na temat charakterystyki poszczególnych substancji psychoaktywnych dostępne są na stronie internetowej Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii http://www.kbpn.gov.pl/o_narkotykach_i_inarkomanii.htm?id=111489.

Michał Kidawa, Marta Struzik

**Centrum Informacji
o Narkotykach i Narkomanii**

**Krajowe Biuro
ds. Przeciwdziałania Narkomanii**

Najciekawsze publikacje z ostatnich miesięcy

CORAZ BLIŻEJ SZCZEPIONKI

Pierwsza faza badań klinicznych nad opracowaniem szczepionki przeciw HIV zakończyła się sukcesem. Badania prowadzone były przez naukowców ze szpitali klinicznych w Madrycie i Barcelonie. Uczniowie podawali pacjentom preparat o nazwie MVA-B – skrót oznacza, że przy jego tworzeniu wykorzystano z wirusa krowianki szczepu Ankara o osłabionej wirulencji (ang. Modified Vaccinia Ankara Virus), tego samego, który posłużył badaczom do opracowania szczepionki na czarną ospę. Oznaczenie „B” informuje, że preparat został skierowany na najpowszechniejszą w Europie odmianę HIV. Badania wykazały, że odpowiedź przeciwko wirusowi u 85% ochotników utrzymywała się przynajmniej przez następny rok.

Choć efekty badań wyglądają bardzo optymistycznie, zdaniem naukowców nie można jeszcze mówić o prawdziwym przełomie w walce z AIDS. Doniesienia hiszpańskich naukowców stanowią bowiem podsumowanie jedynie początkowej fazy badań, która polega przede wszystkim na sprawdzeniu bezpieczeństwa stosowania nowego preparatu. Ponadto opracowany preparat jest skierowany przeciwko odmianie B wirusa HIV, która atakuje przede wszystkim Europejczyków, mieszkańców Australii i Ameryki Północnej. Prawdziwym przełomem stanie się odkrycie szczepionki przeciwko odmianom wirusa atakującego mieszkańców Afryki.

(Maria Izdebska-Książek, *Szczepionki XXI wieku*, „Zdrowie” z dnia 1.03.2013 r.)

NOWY PROJEKT FUNDACJI RES HUMANAЕ

Ocenia się, że na świecie co druga osoba zakażona HIV nie wie o swojej chorobie. Wśród nich coraz częściej są osoby dojrzałe, zamożne, wykształcone. Według danych, które przedstawiła Fundacja Pomocy

Humanitarnej Res Humanae, w Polsce coraz częściej wykrywa się HIV u osób będących w przedziale wiekowym 50–60 lat, a na szczególnie duże ryzyko są narażone zwłaszcza kobiety aktywne, samodzielne, czynne zawodowo, o wysokiej pozycji zawodowej i takim samym statusie materialnym lub będące na utrzymaniu dobrze sytuowanego współmałżonka. Większość z nich nie zdaje sobie sprawy z tego zagrożenia. Stres, rywalizacja, nastawienie na uzyskiwanie jak najlepszych wyników prowadzą często do podejmowania ryzykownych zachowań. Odreagowanie następuje nierzadko przez ucieczkę w przygodne kontakty seksualne – twierdzi Mateusz Liwski, prezes Res Humanae. Zjawisko to dotyczy obu płci, ale my przez ten projekt chcemy pomóc kobietom – dodaje.

Res Humanae rozpoczyna projekt informacyjny skierowany do dojrzałych pań. Jego celem jest edukowanie kobiet po pięćdziesiątce i tym samym ograniczenie liczby zakażeń HIV w tej populacji. Środki na realizację projektu pochodzą z grantu uzyskanego przez Fundację w konkursie Pozytywnie Otwarcie. Treści dotyczące tematyki HIV będą przekazywały liderki projektu w ramach „lekkiej” profilaktyki prowadzonej w trakcie zajęć zwracających uwagę na zdrowie i styl życia, warsztatów rozwojowych oraz grup wsparcia, na które uczęszczają kobiety w tej grupie wiekowej.

(Dorota Abramowicz, *Aktywne, dojrzałe, i ... zarażone HIV*, „Polska – Dziennik Bałtycki (Magazyn na weekend)” z dnia 6.04.2013 r.)

IZRAEL – HOMOSEKSUALIŚCI CHCĄ BYĆ KRWIODAWCAMI

Minister zdrowia Izraela nalega na ponowne przeanalizowanie prawa zakazującego homoseksualnym mężczyznom oddawać krew. Pomysł nowej minister wywołał publiczną debatę. Kwestionariusz, który wypełnia krwiodawca w Izraelu informuje,

że mężczyzna utrzymujący kontakty seksualne z innym mężczyzną nie może być dawcą krwi. Zakaz obejmuje również osoby zakażone HIV i zażywające narkotyki. Społeczność osób homo- i biseksualnych oraz transseksualnych (LGBT) prowadzi z Ministerstwem Zdrowia rozmowy na temat zniesienia ograniczeń obowiązujących od 2004 r. Niedawno, kiedy odmówiono zmiany przepisów, powołano się na statystyki, z których wynika, że w 2010 r. spośród 30 tys. oddanych próbek krwi, HIV wykryto tylko w czterech, w 2012 r. miało to być 13 przypadków. Jednak pod wpływem nowej pani minister komitet doradczy przy Ministerstwie Zdrowia, kierowany przez profesora stojącego wcześniej na czele banku krwi Hadassah, zajmie się sprawą ponownie.

W wielu krajach, w tym w Wielkiej Brytanii, Szwecji, Japonii, Australii, Brazylii, Argentynie oraz w Chile mężczyźni mający seks z mężczyznami podlegają dyskwalifikacji jako dawcy na okres jednego roku od ostatniego kontaktu oralnego lub analnego. W Republice Południowej Afryki czas ten jest ograniczony do pół roku, z kolei niektóre kraje, jak Włochy czy Hiszpania, nie wprowadziły do tej pory żadnych ograniczeń. LGBT chcą całkowitego zniesienia zakazu.

(Olga Bagińska, *Homoseksualiści chcą być krwiodawcami*, „Medical Tribune” z dnia 10.04.2013 r.)



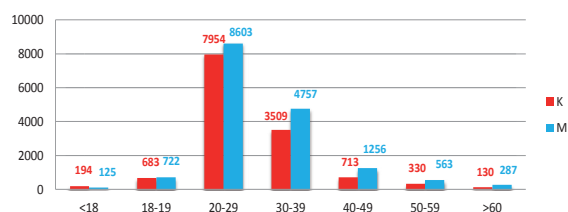
Małgorzata Olczyk

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

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

Charakterystyka osób zgłaszających się do PKD w 2011 r.

Na podstawie Raportu *Analiza ankiet wypełnianych w punktach konsultacyjno – diagnostycznych w 2011 r. opracowanego przez TNS Polska na zlecenie Krajowego Centrum ds. AIDS*



Wykres 1. Wiek i płeć klientów ogółem - PKD 2011

W 2011 r. do punktów konsultacyjno-diagnostycznych (PKD) w celu wykonania testu w kierunku HIV zgłosiło się 30 813 osób (prawie 5,5 tysiąca osób więcej niż w roku poprzednim), u 369 osób wykryto zakażenie HIV.

55% klientów PKD w 2011 r. stanowili mężczyźni, głównie w przedziale wiekowym 20–29 lat. Drugą co do wielkości grupą wiekową były osoby w przedziale 30–39 lat. Osoby powyżej 50. i poniżej 18. roku życia zdecydowanie rzadziej wykonują badania w punktach.

Rozproszenie terytorialne PKD znacznie ułatwia chętnym wykonanie testu. Jednak część osób celowo nie decyduje się na najbliższy PKD, ale wybiera punkt poza miejscem zamieszkania lub nawet w innym województwie, prawdopodobnie w celu wzmocnienia swojego poczucia bezpieczeństwa i anonimowości. Z tego względu analiza danych przekazywanych przez punkty powinna być związana nie z geografą danego PKD, ale z miejscem zamieszkania testującej się osoby.

Co trzecia osoba przychodząca wykonać test mieszka w województwie mazowieckim. Naj-

mniej chętnie testy w PKD wykonują mieszkańcy województwa świętokrzyskiego, lubelskiego i warmińsko-mazurskiego.

Z porównania struktury miejsca zamieszkania osób testujących się w PKD z ogólną, wynika, że istnieje widoczna nadreprezentacja mieszkańców woj. mazowieckiego i dolnośląskiego, a niedoreprezentowane jest województwo łódzkie.

3% testujących się mieszka obecnie poza granicami Polski, a 1% posiada obywatelstwo inne niż polskie.

Charakterystyka klientów PKD z uwzględnieniem czynników sprzyjających zakażeniu

94% klientów zgłosiło się do PKD w celu wykonania testu w związku z ryzykowną sytuacją seksualną. Tylko 2% badanych było narażonych na zakażenie ze względu na przyjmowanie środków psychoaktywnych drogą iniekcji (IDU).

80% klientów deklarowało orientację hetero-

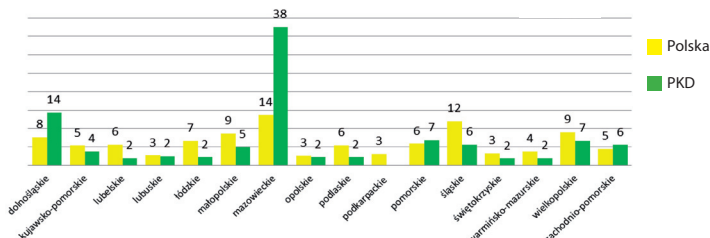
seksualną, 14% – homoseksualną, a 4% – biseksualną.

Orientacja seksualna osób zgłaszających się do PKD w znacznym stopniu determinuje rodzaj podejmowanych kontaktów seksualnych, stąd największy odsetek klientów PKD miał doświadczenia seksualne mężczyzna + kobieta (M+K – 83%).

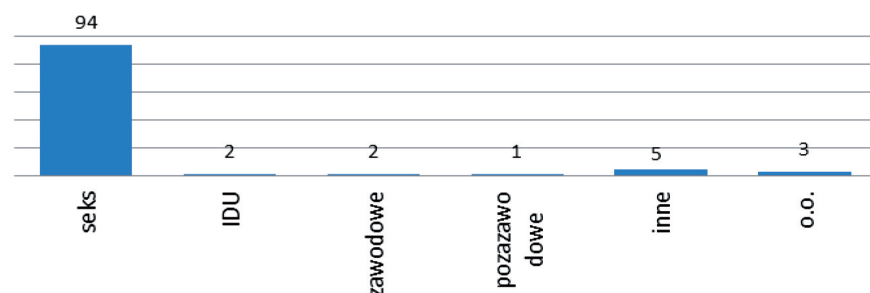
Co druga osoba zgłaszająca się do PKD miała w 2011 r. przynajmniej jednego partnera seksualnego. 75% było w stałych związkach partnerskich i jedna trzecia z nich nie miała poza tymi związkami żadnych innych kontaktów seksualnych.

Mężczyźni przyznają się do większej liczby partnerów seksualnych w ciągu roku niż kobiety, ich liczba nie jest jednak skorelowana z wiekiem. Większą liczbę partnerów w ciągu roku deklarują również osoby homoseksualne.

Niemal co druga osoba (47%) była świadoma tego, że ich partnerzy w przeszłości mieli wielu partnerów seksualnych. 7% miało kontakty seksualne z osobami świadczącymi usługi seksualne, a 3% klientów PKD miała partnera zakażonego HIV.

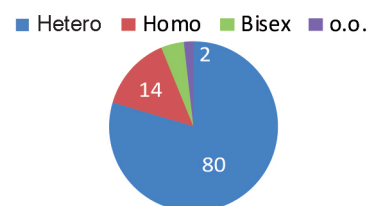


Wykres 2. Struktura miejsca zamieszkania osób zgłaszających się do PKD (po wyłączeniu odmów odpowiedzi oraz osób mieszkających za granicą) oraz mieszkańców Polski (w %)

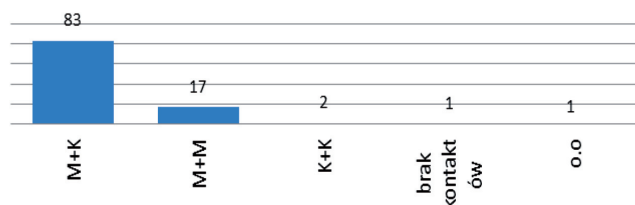


Wykres 3. Ryzykowne sytuacje osób zgłaszających się do PKD (w %)

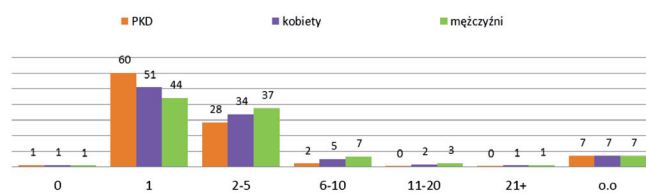
* o. o. = odmowa odpowiedzi



Wykres 4. Orientacja seksualna osób zgłaszających się do PKD



Wykres 5. Partnerzy seksualni zgłaszający się do PKD (w %)



Wykres 6. Liczba partnerów seksualnych w ciągu ostatniego roku wśród osób zgłaszających się do PKD (w %)

Biorąc pod uwagę używanie prezerwatyw, klienci PKD mają tendencję do ich stosowania częściej w kontaktach waginalnych niż oralnych, czy analnych (odpowiednio 49%, 5%, 17%).

60% badanych zadeklarowało, że na pewno w czasie stosowania prezerwatyw nie doszło do ich uszkodzenia, co dziesiąta osoba przypomniała sobie taką sytuację.

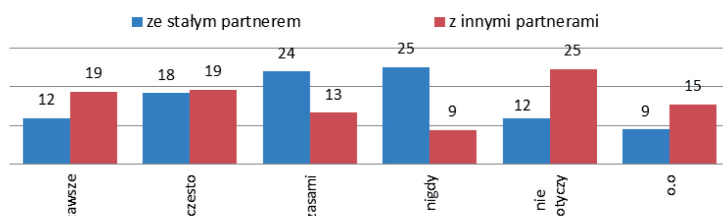
40. roku życia to zaledwie 14%.

Zdecydowanie więcej zakażeń HIV w PKD wykrywa się wśród mężczyzn (90%) niż wśród kobiet (10%). Są to głównie mężczyźni deklarujący orientację homoseksualną.

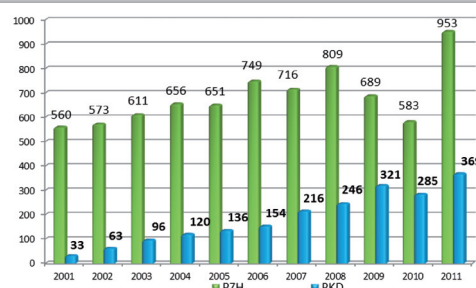
Najczęstszą drogą zakażenia wśród klientów PKD były ryzykowne kontakty seksualne, z któ-

o 3 punkty procentowe więcej niż wśród ogółu testujących się.

Wśród osób z wynikami dodatnimi zdecydowana większość miała kontakty seksualne z zakażonymi HIV (21%) i dokonującymi iniekcji (8%). Jednak wyraźnie mniej osób w porównaniu do ogółu klientów korzystało z płatnych usług seksualnych (4%).



Wykres 7. Stosowanie prezerwatyw w kontaktach seksualnych wśród osób zgłaszających się do PKD (w %)



Wykres 8. Liczba wykrytych zakażeń w PKD w porównaniu z liczbą zakażeń wykrytych w całej Polsce w poszczególnych latach.

Charakterystyka osób, u których wykryto zakażenie HIV

W 2011 r. w punktach konsultacyjno-diagnostycznych wykryto 369 zakażeń HIV. Dla porównania, wg danych Narodowego Instytutu Zdrowia – Państwowego Zakładu Higieny, w tym samym roku w całej Polsce wykryto 953 zakażenia HIV.

Rozkład wieku osób z dodatnim wynikiem testu zbliżony jest do rozkładu wieku wszystkich testujących się. Dominują osoby młode – grupa wiekowa 20–30 lat stanowi ponad 50% ogółu osób z wynikiem dodatnim, a osoby po

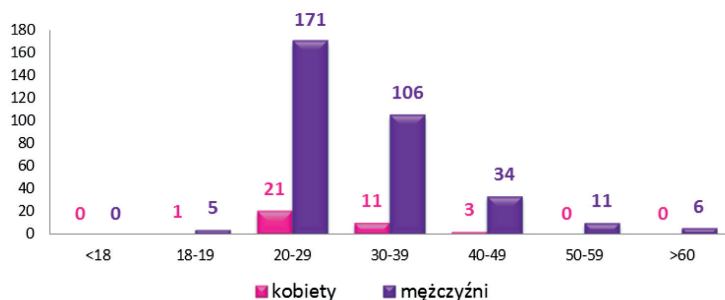
rych kontakty homoseksualne stanowiły aż 55%. Porównując populację ogólną klientów PKD z osobami, u których wykryto zakażenie, wyraźnie widać, że zdecydowanie więcej osób HIV+ używała narkotyków w iniekcji (11%), a z nich 6% używało wspólnych igieł i strzykawek.

Osoby z dodatnim wynikiem testu częściej miały partnerów seksualnych innych niż stali (w porównaniu ze wszystkimi klientami ogółem). 15% osób z tej grupy miało w ciągu ostatniego roku ponad 5 partnerów – to dwa razy więcej niż wśród wszystkich badanych. 28% miało od 2 do 5 partnerów seksualnych i jest to

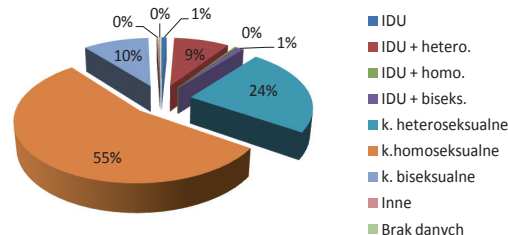
Osoby z dodatnimi wynikami testów deklarują rzadsze używanie prezerwatyw w kontaktach ze stałymi partnerami (15% zawsze, 17% często, 20% czasami, 23% nigdy) niż z innymi partnerami (19% zawsze, 26% często, 14% czasami, 7% nigdy).

Aż 3 razy więcej (18%) osób, u których wykryto zakażenie HIV, w porównaniu do ogółu klientów, choruje na inne choroby przenoszone drogą płciową (18% kiła, 11% HPV, 6% rzeżączka).

Marta Walichnowska



Wykres 9. Płeć i wiek osób zakażonych HIV - PKD 2011



Wykres 10. Drogi zakażenia HIV - PKD 2011

W poszukiwaniu przeciwciał anty-HIV skutecznie neutralizujących wirusa

Dotychczasowe niepowodzenia w uzyskaniu szczepionki anty-HIV (ostatnie dane na temat przerwanych badań klinicznych o kryptonimie HVTN 505 ogłoszono 3 maja 2013 r.) skłoniły już wcześniej część ośrodków badawczych do poszukiwania i wyselekcjonowania osób zakażonych HIV posiadających przeciwciała o wysokich zdolnościach do neutralizacji wirusa. Identyfikacja tych osób ma służyć wykorzystaniu ich limfocytów do uzyskania hybryd komórkowych zdolnych do produkcji pozaustrojowej w warunkach in vitro monoklonalnych przeciwciał anty-HIV. Istotną przesłanką do podjęcia tego typu działań jest udokumentowana wiedza o skuteczności pasywnej immunizacji (podawanie odpowiednich przeciwciał wyodrębnionych z surowic pacjentów) w zahamowaniu lub wyeliminowaniu zakażeń w przypadku licznych chorób wirusowych (zapalenie wątroby typu B, odra), jak też prewencyjnej immunizacji przeciwciałami anty-HIV izolowanymi od pacjentów HIV+ w celu wyeliminowania zakażeń wertykalnych oraz w celach terapeutycznych przez podawanie wyizolowanych przeciwciał osobom zakażonym. Mimo pozytywnych wyników uzyskiwanych przy zastosowaniu pasywnej immunizacji, wykorzystanie izolowanych przeciwciał z surowic pacjentów HIV+ nie znalazło szerszego zastosowania w praktyce klinicznej. Przyczyna jest dość prozaiczna – uzyskiwanie przeciwciał z surowic pacjentów jest bardzo kosztowne, a otrzymywane ilości nie pozwalają na powszechne wykorzystanie ich w lecznictwie. Dodatkowym argumentem skłaniającym badaczy do poszukiwań odpowiednich przeciwciał o szerokich możliwościach neutralizacji HIV było uzyskanie i scharakteryzowanie monoklonalnych przeciwciał (niestety mysich) hamujących przenoszenie zakażenia przez liczne pierwotne i laboratoryjne izolaty wirusowe. Wszystkie monoklonalne przeciwciała o wysokim stopniu neutralizacji wirusa skierowane były przeciwko fragmentom białka gp 41, integralnego białka otoczki wirusowej odpowiedzialnego za proces fuzji, tj. wnikięcie wirusa do komórki w wyniku oddziaływań z białkiem koreceptorowym komórki docelowej (limfocyt T CD4+).

Zablokowanie procesu fuzji wydaje się mieć kluczowe znaczenie dla zahamowania lub uniemożliwienia zakażenia. Osoby posiadające pewną mutację w białku koreceptorowym nie są lub

są mało podatne na zakażenie HIV. Ta wiedza zaważowała zsyntetyzowaniem całego szeregu związków zwanych antagonistami koreceptorów: aplaviroc, maraviroc, vicirivir. Należy przypomnieć, że zablokowanie wnikięcia wirusa do komórki docelowej jest równoznaczne z uniemożliwieniem jej zakażenia.

W naszych badaniach zaobserwowaliśmy różnicę w dynamice przenoszenia zakażenia komórek zdrowych przez wolne wirusy, w porównaniu do przenoszenia zakażenia w procesie bezpośredniego kontaktu pomiędzy komórkami: zakażoną i zdrową. Proces przenoszenia zakażenia pomiędzy komórkami zakażonymi w bezpośrednim kontakcie z komórkami zdrowymi jest zdecydowanie szybszy, zdecydowanie bardziej efektywny. Dotyczy to również komórek przewlekłe zakażonych (zakażenie latentne), które nie giną mimo zakażenia. Są zdolne do bardzo efektywnego zakażenia komórek zdrowych, nieporównywalnie skuteczniejszego niż wolne wirusy. Na skuteczność tego procesu zwróciła uwagę podczas swego wystąpienia w 2009 r. w Kolonii laureatka nagrody Nobla Françoise Barre-Sinoussi podkreślając, że mechanizm tak skutecznego przenoszenia zakażenia pozostaje niewyjaśniony. Skłoniło to nas do przeprowadzenia badań mających na celu porównanie zdolności przeciwciał pacjentów oraz rozwoju ich zakażenia, postępu choroby, ewentualnego wczesnego prognozowania rozwoju choroby, a w dalszych krokach – do wyselekcjonowania pacjentów posiadających przeciwciała skutecznie hamujące ten proces, z odległą myślą uzyskiwania monoklonalnych przeciwciał mogących znaleźć zastosowanie w terapii. Badania wykonywane były przy współpracy Krajowego Centrum ds. AIDS (dyrektor A. Marzec-Bogusławska), punktu konsultacyjno-diagnostycznego (PKD) i Szpitala Zakaźnego w Warszawie (H. Paprocka) oraz Narodowego Instytutu Leków (A. Dąbrowska, A. Lipniacki, A. Piasek). W opracowanym przez nas modelu eksperymentalnym przebadano ponad 100 surowic osób zdiagnozowanych jako seropoztywne, nieleczone, które otrzymaliśmy z punktu anonimowego testowania (PKD). W przeprowadzonych przez nas badaniach 8% surowic wykazywało bardzo słabe zdolności do hamowania przeniesienia zakażenia w kontakcie komórka zakażona – komórka zdrowa. 82% surowic wykazywało zdolności do zahamowania procesu zdecydowanie wyższe, ale nieprzekra-

czające trzykrotnej zdolności hamowania tego procesu, cechującej surowicę o niskiej zdolności hamującej. Entuzjazm i nadzieje wzbudziła grupa stanowiąca 10% puli przebadanych surowic. Ich zdolność do hamowania przeniesienia zakażenia była sześć i więcej razy wyższa niż surowic należących do grupy najsłabiej hamującej. Niestety nasza radość nie trwała długo. Nie mając informacji dotyczących prawdziwego statusu osób, których surowicę badaliśmy, przyjęliśmy, że są to pacjenci nieleczeni, diagnozowani po raz pierwszy. Dokładniejsze badania wykazały, że obserwowane przez nas hamowanie zakażenia nie jest efektem skuteczności przeciwciał, lecz leków anty HIV, które znajdowały się w ich surowicy, i które skutecznie obniżyły wiramię do poziomu niewykrywalnego, a liczbę limfocytów T CD4+ podwyższyły do poziomu normy. Być może to właśnie wspomniane parametry wzbudziły wśród tych osób nadzieję, że zostały wyleczone i skłoniły je do zrobienia raz jeszcze testu w punkcie konsultacyjno-diagnostycznym. Jeżeli nasze wyjaśnienie jest słuszne, możemy cieszyć się bardzo dobrymi wynikami pacjentów, które są zasługą odpowiednio dobranych leków i przestrzegania zasad terapii. Należy jednak przypomnieć wszystkim i powtórzyć, że istniejące terapie nie wyeliminowały wirusa u żadnej osoby zakażonej. Jedynym, którego wyleczono, był pacjent zakażony HIV i dodatkowo chory na białaczkę. Udany przeszczep szpiku od dawcy o zmutowanym koreceptorze niezezwalającym na wnikięcie wirusa był przyczyną opisanego sukcesu. Niestety nie jest to sukces lekarzy zakaźników, lecz genetyków i transplantologów. Ponadto tej metody nie można stosować poza pojedynczymi przypadkami.

Wracając do klientów punktów konsultacyjno-diagnostycznych – okazało się, zupełnie przypadkowo, że nie wszystkie z tych osób wykonują testy, by wykryć nowe zakażenie, ale żeby dowiedzieć się, czy wyzdrowiały w wyniku stosowania terapii antyretrowirusowej. Niestety nie ozdrowiały. Jednak takie potrzeby zaspokojenia swojej ciekawości nastrożają problemów dla oszacowania liczby nowych zakażeń w Polsce. Osoby wielokrotnie i anonimowo wykonujące test w kierunku HIV zawyżają szacunki epidemiologiczne zakażeń HIV w naszym kraju.

dr Andrzej Piasek
dr Andrzej Lipniacki

kontra 

Redakcja
Redaktor naczelna – Iwona Gąsior
Zastępca redaktor naczelnej – Anna Kaczmarek
Sekretarz redakcji – Maryla Rogalewicz
Wydawca:
Krajowe Centrum ds. AIDS

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

Egzemplarz bezpłatny
Redakcja zastrzega sobie prawo
adjustacji i skracania artykułów.

aspekty



Dodatek do Biuletynu Krajowego Centrum ds. AIDS



Projekt COBATEST

Wczesne rozpoznanie zakażenia HIV jest niezwykle istotne dla zmniejszenia poziomu śmiertelności z powodu AIDS oraz dla zapobiegania dalszej transmisji wirusa. Postawienie diagnozy w odpowiednim czasie stanowi niezbędny warunek wstępny do uzyskania przez zakażonego pacjenta skierowania do włączenia do terapii ARV i tym samym do procesu profilaktycznego. Z uwagi na fakt, że członkowie populacji kluczowych, takich jak: mężczyźni mający seks z mężczyznami (MSM), osoby sprzedające usługi seksualne (SW), osoby stosujące środki odurzające w iniekcji (IDU) oraz migranci, mogą unikać korzystania ze świadczeń testowania w kierunku HIV oraz poradnictwa okołotestowego oferowanych przez państwowy system służby zdrowia lub mogą nie mieć do nich dostępu, uznaje się, że świadczenia oferowane w punktach dobrowolnego i połączonego z poradnictwem testowania w kierunku HIV, zbliżają do poprawy stanu wczesnej diagnostyki HIV wśród społeczności szczególnie narażonych na ryzyko zakażenia (CBVCT).

W styczniu 2008 r. podczas spotkania eksperckiego w Sztokholmie, zorganizowanego przez Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) oraz Międzynarodowe Centrum Zdrowia Reprodukcyjnego (ICRH), pracownicy Uniwersytetu w Gandawie przygotowali raport pt.: „Testowanie w kierunku HIV w Europie: od strategii do skuteczności”.

Komisja Europejska w dokumencie „Działanie wspólnotowe w dziedzinie zdrowia publicznego. Plan Pracy na rok 2009” uznała możliwość testowania w kierunku HIV za priorytet.

W 2010 r. ECDC wydało dokument pt. „Testowanie w kierunku HIV: zwiększenie wykorzystania i wydajności w Unii Europejskiej”, w którym była mowa o tym, że w procesie poszerzania dostępu do testowania w kierunku HIV można brać pod uwagę także świadczenia zewnętrzne (typu outreach) skierowane do populacji marginalizowanych.

Zdając sobie sprawę ze znaczenia testowania w kierunku HIV osób w sposób szczególny narażonych na ryzyko zakażenia, w ramach Wspólnotowego Programu Działań w Dziedzinie Zdrowia, Agencja Wykonawcza ds. Zdrowia i Konsumentów w latach 2010–2013 zdecydowała się współfinansować projekt DG SANCO COBATEST: Testowanie w kierunku HIV w punktach konsultacyjno-diagnostycznych skierowane do wybranych społeczności na terenie Europy (Umowa nr 2009 12 11 – HIV *community-based testing practices in Europe*. W skrócie: HIV-COBATEST). Głównym partnerem projektu jest CEEISCAT (Katalońskie Centrum Studiów Epidemiologicznych nad Chorobami Przenoszonymi Drogą Płciową oraz AIDS w Hiszpanii).

W prace nad realizacją pakietów roboczych projektu jest zaangażowanych w sumie 21 partnerów wywodzących się z europejskich organizacji rządowych i pozarządowych, partnerzy stowarzyszeni (*associated partners*) m.in.: Projecte dels NOMS-Hispanosida (Hiszpania), Regionalne Centrum Promocji Zdrowia (Włochy), AIDES (Francja), STOPAIDS (Dania), AIDS-Hilfe (Niemcy), Instytut Seksuologii (Czechy), Krajowe Centrum ds. AIDS (Polska) oraz partnerzy współpracujący, m.in.: Aricigay (Włochy), Karolinska University Hospital (Szwecja), Instytut Zdrowia Publicznego (Czarnogóra), LEGEBITRA (Słowenia), Instytut Medycyny Tropikalnej (Belgia), ARAS (Rumunia).

W Polsce realizacją założeń pakietów roboczych projektu zajmuje się Krajo-



we Centrum ds. AIDS przy współpracy merytorycznej dwóch punktów konsultacyjno-diagnostycznych (jeden z nich prowadzony jest w Warszawie przez Fundację Edukacji Społecznej, drugi, działający we Wrocławiu, przez Stowarzyszenie Podwale Siedem).

Projekt COBATEST ma na celu promocję wczesnej diagnostyki HIV w Europie przez ulepszenie wdrażania i ewaluacji działań prowadzonych w punktach dobrowolnego testowania w kierunku HIV połączonego z poradnictwem, oferujących świadczenia członkom społeczności szczególnie narażonych na ryzyko zakażenia (CBVCT), a w szczególności tym, którzy nie mają dostępu do formalnego systemu służby zdrowia (mężczyznom mającym seks z mężczyznami – MSM, osobom stosującym środki odurzające w iniekcji – IDU). W konsekwencji, osoby te będą mogły zostać zdiagnozowane odpowiednio wcześniej, co pozwoli na rozpoczęcie właściwego leczenia w optymalnym momencie ich życia oraz przyczyni się do poprawy jego jakości. Ponadto, poznanie własnego statusu serologicznego może stanowić dla klientów CBVCT dobry punkt startowy do wprowadzenia korzystnych zmian dotyczących podejmowanych dotychczas ryzykownych zachowań.

Dodatkowo, z inicjatywy Krajowego Centrum ds. AIDS, częściowo ze środków pochodzących z projektu COBATEST nakręcono krótki reportaż dokumentujący wykonanie testu w kierunku HIV przez Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia – Pana Igora Radzewicza-Winnickiego w jednym z warszawskich

Cele szczegółowe projektu:

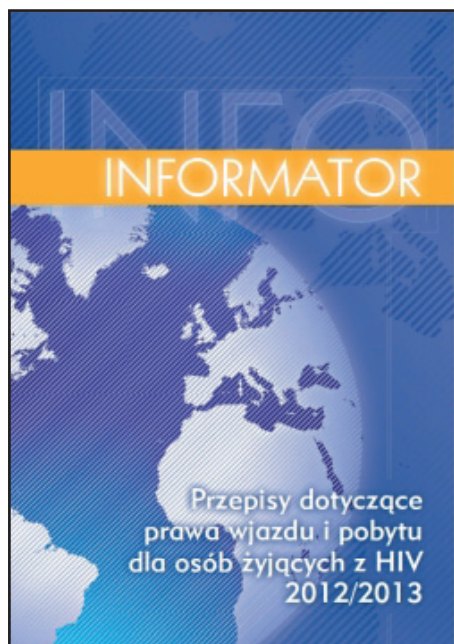
Numer	Tytuł	Opis	Pakiet roboczy
1	Szczegółowa analiza programów i świadczeń CBVCT wdrażanych w krajach europejskich.	Przeprowadzenie analizy nt. sposobów wdrażania programów CBVCT na podstawie ustandaryzowanego kwestionariusza, zdefiniowanie typu stosowanych praktyk, świadczeń, strategii dotarcia do osób szczególnie narażonych na ryzyko zakażenia, rodzajów oferowanej opieki oraz sposobów zbierania danych i raportowania.	4
2	Identyfikacja i opis dobrych praktyk związanych z wdrażaniem programów CBVCT na terenie Europy.	Przeprowadzenie badań jakościowych w wybranych CBVCT w celu identyfikacji oraz dokonania opisu mocnych i słabych stron praktyk stosowanych w CBVCT oraz nakreślenie typologii wdrażanych tam programów. Etap I – badanie fokusowe przeprowadzone wśród klientów CBVCT. Etap II – wywiady z koordynatorami CBVCT. Dokument podsumowujący (m.in. w języku polskim) dostępny jest na stronie internetowej projektu COBATEST.	5
3	Uzgodnienie wspólnej grupy wskaźników przydatnych w procesie monitorowania i ewaluacji działań prowadzonych w europejskich CBVCT.	Przegląd istniejących wskaźników, m.in. stosowanych przez UNAIDS, identyfikacja i wybór działań najbardziej przydatnych w procesie monitorowania i ewaluacji i prowadzonych w europejskich CBVCT. Dokument podsumowujący (m.in. w języku polskim) dostępny jest na stronie internetowej projektu COBATEST).	6
4	Utworzenie sieci CBVCT, gdzie wykonywane będą badania operacyjne.	Opracowanie drogi przepływu informacji, sposobu zbierania danych (uzgodnienie jednolitego kwestionariusza) oraz standardowej bazy danych.	7
5	Pilotażowe wdrożenie szybkich testów w kierunku HIV z wymazu jamy ustnej w wybranych CBVCT.	Wykonanie oceny wpływu pilotażowego wdrożenia szybkich testów w kierunku HIV z wymazu jamy ustnej na diagnostykę HIV/AIDS wśród klientów CBVCT. (Równoległe ich stosowanie z testami standardowymi w okresie 3 miesięcy oraz analiza wyników ankiet).	8

Szczegółowe informacje dotyczące projektu dostępne są na stronie internetowej projektu: www.cobatest.org

punktów konsultacyjno-diagnostycznych. Premiera reportażu promującego anonimowe i bezpłatne testowanie odbyła się 3 grudnia 2012 r. podczas corocznej konferencji organizowanej

z okazji obchodów Światowego Dnia AIDS „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i w społeczeństwie”.

Ze środków pochodzących z projektu COBATEST sfinansowano również tłumaczenie na język polski informatora pt. „Przepisy dotyczące prawa wjazdu i pobytu dla osób żyjących z HIV 2012/2013”. Bezpłatne egzemplarze informatora dostępne są w Krajowym Centrum ds. AIDS, a jego wersja elektroniczna na stronie <https://www.aids.gov.pl/?page=publikacje&act=a&id=128>.



Pakiet roboczy 8. „Pilotażowe wdrożenie szybkich testów w kierunku HIV z wymazu jamy ustnej w wybranych punktach konsultacyjno-diagnostycznych (PKD)” – opis badania.

Celem badania była ocena akceptacji i wykonalności szybkich testów z wymazu jamy ustnej w sieci punktów konsultacyjno-diagnostycznych.

Podstawowym założeniem pilotażu było zastąpienie badań krwi wykorzystywanych podczas testowania w kierunku HIV przez wymazy z jamy ustnej. Ta zmiana ma powodować znaczne korzyści w przypadku wykonywania testów poza standardowymi warunkami laboratoryjnymi (pobranie materiału do badania jest nieinwazyjne). Ma to istotny wpływ na ograniczenie wydatków związanych z kosztami, np. zakupu sprzętu do pobierania krwi oraz na zmniejszenie





ryzyka ekspozycji na materiał biologiczny i ograniczenie ilości odpadów biologicznych. Dzięki tym zaletom szybkie testy z wymazu jamy ustnej mogłyby zwiększyć dostępność diagnostyki zakażenia HIV, zwłaszcza w przypadku osób szczególnie narażonych na zakażenie, a także umożliwić zapoznanie się z wynikiem jeszcze tego samego dnia.

W badaniu używane były testy OraQuick Advance Rapid HIV-1/2 Antibody Test, które w 2004 r. otrzymały certyfikat US

Food and Drug Administration (FDA) jako test do pobierania wymazu jamy ustnej w celu wykrycia przeciwciał anti-HIV1 i anti-HIV2. W 2007 r. test ten otrzymał znak CE i został dopuszczony do obrotu w Unii Europejskiej. Na podstawie badań klinicznych producent określa czułość testu OraQuick Advance na poziomie 99,3%, a specyficzność na poziomie 99,8%.

Pilotażowe badanie szybkimi testami anti-HIV z wymazu jamy ustnej realizowane było w Polsce od marca do kwietnia 2013 r. w punkcie konsultacyjno-diagnostycznym (PKD) prowadzonym przez Fundację Edukacji Społecznej w Warszawie przy ul. Nowogrodzkiej 82 i w PKD prowadzonym przez Stowarzyszenie Podwałe Siedem we Wrocławiu przy ul. Wszystkich Świętych 2.

Opis procedury badań:

Badanie szybkimi testami z wymazu jamy ustnej wykonywane było równolegle z testami z krwi, które są standardowo stosowane w PKD. Badanie połączone było z poradnictwem okołotestowym, a wyniki

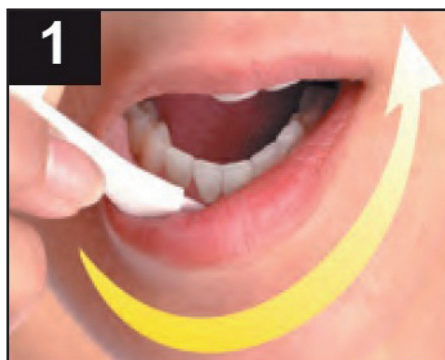
szybkich testów wydawano razem z wynikami testów z krwi. Każdy klient, który chciał wziąć udział w pilotażu proszony był o wyrażenie zgody, następnie doradca zlecał wykonanie badania. W przypadku braku zgody na przeprowadzenie testu w kierunku HIV z wymazu jamy ustnej wykonywany był wyłącznie test z krwi zgodnie ze standardową procedurą obowiązującą w PKD.

Magdalena Ankiersztejn-Bartczak i Bartosz Szetela – koordynatorzy badania – przygotowali i rozwiesili w punktach plakaty informujące o badaniu pilotażowym i szybkich testach.

Wykonanie badania:

Badań szybkimi testami z wymazu jamy ustnej nie wykonywano u kobiet ciężarnych, osób niepełnoletnich i tych klientów, którzy jedli, pili, żuili gumę lub stosowali środki do higieny jamy ustnej na 30 minut przed badaniem. Procedura wyglądała następująco:

Krok 1 – zebranie próbki:



Pielęgniarka pobierała wymaz płaskim patyczkiem delikatnie przecierając go wokół zewnętrznych dziąseł górnych i dolnych.

Krok 2 – wykonanie badania:



Płaski patyczek należało włożyć do fiolki. Wynik odczytywany był po 20 minutach, ale nie później niż po 40 min.

Krok 3 – odczytanie wyniku:



Różowa linia w strefie C oznaczała wynik niereaktywny, czyli przeciwciała anti-HIV nie zostały wykryte.



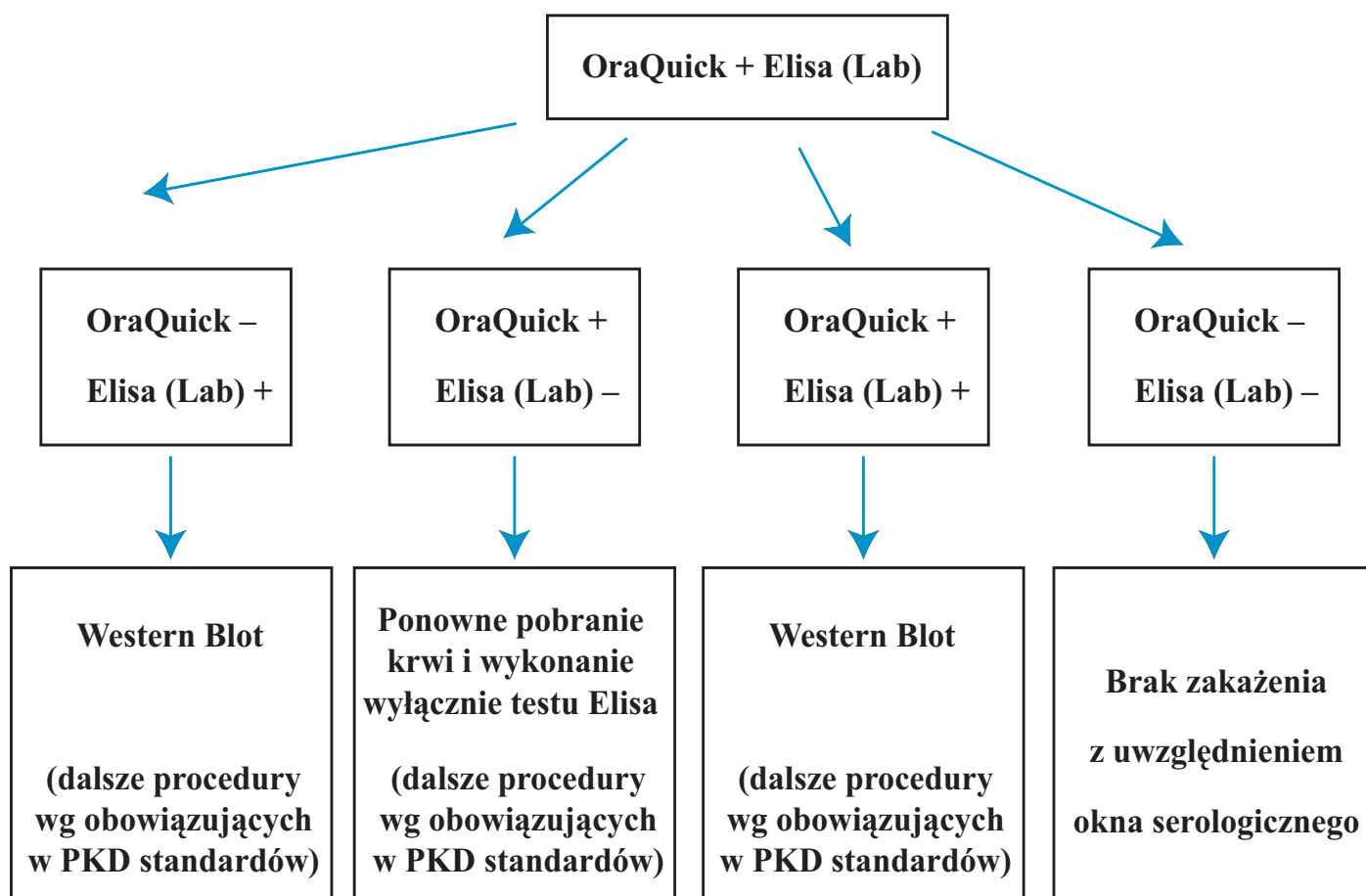
Różowa linia w strefie C i T – wynik reaktywny, czyli przeciwciała anti-HIV zostały wykryte. Wynik wymagał potwierdzenia testem Western Blot.

Szybkie testy z wymazu jamy ustnej w ocenie doradców i klientów:

Z informacji uzyskanych od koordynatorów – Magdaleny Ankiersztejn-Bartczak i Bartosza Szeteli – szybkie testy z wymazu jamy ustnej są łatwe w wykonaniu, nie ma przy nich kontaktu z materiałem potencjalnie zakaźnym, a wynik uzyskuje się szybko.

Doradcy warszawskiego PKD początkowo dość nieufnie podchodzili do tych testów,

Schemat diagnostyczny obowiązujący podczas jednoczesnego wykonywania testów ELISA z krwi i testów szybkich OraQuick z wymazu jamy ustnej:



jednak wraz z ich stosowaniem coraz bardziej się do nich przekonawali. Pod koniec pilotażu pytali się, czy testy te będą stosowane w przyszłości. Uważali, że dla klientów o dużym poczuciu lęku, szybki wynik uzyskany dzięki mało inwazyjnej metodzie jest bardzo dobrym rozwiązaniem.

W opinii doradców klienci byli bardzo zainteresowani nową metodą. Pytali się o jej skuteczność i czy ten model będzie w Polsce stosowany standardowo. Dla klientów najważniejszymi zaletami testu z wymazu jamy ustnej były: szybkość wyniku i brak konieczności nakłuwania. Zdarzali się jednak i tacy, którzy nie mieli zaufania do tego badania i nie wyrażali zgody na zastosowanie tej metody.

Wyniki końcowe:

W czasie trwania pilotażu wykonano łącznie 775 szybkich testów z wymazu jamy ustnej (625 w Warszawie i 150 we Wrocławiu), z których 8 dało wyniki dodatnie (4 w Warszawie i 4 we Wrocławiu). Jak informuje koordynatorka PKD w Warszawie w dwóch przypadkach test szybki (który wykrywa przeciwciała) był ujemny, a test z krwi (który wykrywa antygen i przeciwciała) – dodatni. Doradcy zdecydowali się na ponowną analizę testem z wymazu następnego dnia. Wynik testu szybkiego był słabo dodatni. Test wykonany był w okresie krótszym niż 3 miesiące od ostatniego ryzykownego

zachowania, dlatego stężenie przeciwciał prawdopodobnie było za małe i jeden dodatkowy dzień spowodował, że test okazał się reaktywny.

Koordinatory obu punktów konsultacyjno-diagnostycznych byli zgodni, że największą trudnością związaną ze stosowaniem szybkich testów z wymazu jamy ustnej w PKD, było to, że klienci nie mieli wcześniejszej wiedzy o tych badaniach, dlatego jedli, pili lub żużli gumę bezpośrednio przed wizytą w PKD, co uniemożliwiało pobranie prawidłowej próbki.

Iwona Wawer
Marta Walichnowska

kontra 

Redakcja
Redaktor naczelna – Iwona Gąsior
Zastępca redaktor naczelnej – Anna Kaczmarek
Sekretarz redakcji – Maryla Rogalewicz
Wydawca:
Krajowe Centrum ds. AIDS

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

Egzemplarz bezpłatny
Redakcja zastrzega sobie prawo
adjustacji i skracania artykułów.