



Biuletyn Krajowego Centrum ds. AIDS

W numerze:

57. sesja Komisji ONZ ds. Statusu Kobiet

Redakcja

Str. 1

Główne zmiany w występowaniu HIV/AIDS w Polsce w latach 2007–2012

Marta Niedźwiedzka-Stadnik

Magdalena Rosińska

Str. 2-3

Kampania *Nie mam nic do ukrycia...*

Robert Piotr Łukasik

Str. 4-5

Zdrowie psychiczne i HIV: wyzwania i możliwe rozwiązania

Aleksandra Skonieczna

Str. 6-7

Najciekawsze publikacje z ostatnich miesięcy

Małgorzata Olczyk

Str. 8

Aspekty

HIV/AIDS a bezpieczeństwo krwi i jej produktów

Piotr Grabarczyk

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

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

57. sesja Komisji ONZ ds. Statusu Kobiet

W dniach 4–15 marca 2013 r. w Nowym Jorku odbyła się 57. sesja Komisji ONZ ds.

Statusu Kobiet (CSW). Polska uczestniczyła w jej pracach w charakterze obserwatora. Tematem przewodnim tegorocznej sesji była eliminacja przemocy wobec kobiet.

Polskiej delegacji przewodniczyła Minister Agnieszka Kozłowska-Rajewicz, Pełnomocnik Rządu ds. Równego Traktowania. Oprócz Pani Minister w obradach udział wzięli: Wicemarszałek Sejmu Wanda Nowicka, Stały Przedstawiciel RP przy ONZ w Nowym Jorku Ambasador Ryszard Sarkowicz, zastępca dyrektora Biura Pełnomocnika Rządu ds. Równego Traktowania Monika Ksieniewicz oraz przedstawiciele Krajowego Centrum ds. AIDS, na czele z dyrektorem Anną Marzec-Bogusławska.

Debatę generalną otworzyła Michelle Bachelet, Dyktor Wykonawcza UN WOMEN. W swoim przemówieniu wezwała do podjęcia natychmiastowych działań w celu eliminacji i zapobiegania przemocy wobec kobiet. Mimo że sytuacja kobiet uległa znaczącej poprawie, statystyki nadal są alarmujące. W ciągu swojego życia nawet 70% kobiet na całym świecie padło ofiarą fizycznego lub psychicznego znęcania się, głównie ze strony swoich partnerów życiowych. Przemawiająca w imieniu Polski Minister Kozłowska-Rajewicz zaznaczyła, że mimo wysiłków

prawa kobiet są łamane, ponieważ istnieje na to ciche przyzwolenie.

Podczas sesji CSW odbyło się wiele spotkań towarzyszących, organizowanych przez UN WOMEN, UNFPA, WHO oraz poszczególne Misje, poświęconych m.in.: przemocy seksualnej, zaangażowaniu mężczyzn i chłopców w równouprawnienie, wczesnym małżeństwom czy problemowi HIV w kontekście przemocy wobec kobiet. Podczas jednego z takich spotkań, zorganizowanego przez Radę Europy, w imieniu Polski głos zabrała po raz kolejny przewodnicząca polskiej delegacji Minister Kozłowska-Rajewicz.

W ramach sesji CSW odbyło się pięć paneli tematycznych: 1) zapobieganie przemocy wobec kobiet i dziewcząt, 2) wielosektorowe systemy wsparcia dla ofiar przemocy, 3) problematyka równości płci w dyskusji o celach rozwoju po 2015 r., 4) stereotypy płciowe *versus* równy podział obowiązków w życiu prywatnym i zawodowym, 5) opieka rodzicielska w kontekście HIV/AIDS.

Polska, jako członek Rady Koordynacyjnej Programu UNAIDS w latach 2010–2015 oraz przewodniczący Rady w 2012 r., aktywnie zaangażowała się w debatę nt. równouprawnienia i równego podziału odpowiedzialności kobiet i mężczyzn wobec przeciwdziałania epidemii HIV i AIDS. Anna Marzec-Bogusławska, dyktor Centrum, podzieliła się polskimi doświadczeniami z implementacji postanowień 53. sesji Komisji z 2009 r. nt. HIV/AIDS, zapewniając, że strategia polskiego rządu w tym kontekście opiera się na zapewnieniu kobietom i mężczyznom równego dostępu do profilaktyki, leczenia i opieki medycznej, a także na niedyskryminacyjnym traktowaniu osób zakażonych, niezależnie od płci, oraz wsparciu rodzin, w których problem HIV występuje.

57. sesja Komisji ds. Statusu Kobiet zakończyła się przyjęciem dokumentu końcowego nt. przemocy wobec kobiet.



Zdj.: Adam Adamus

Redakcja

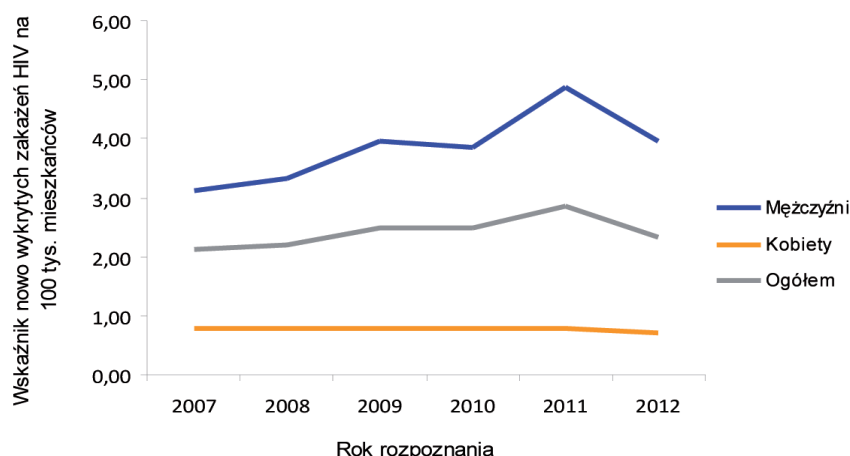
Główne zmiany w występowaniu HIV/AIDS w Polsce w latach 2007–2012

Zakażenia HIV

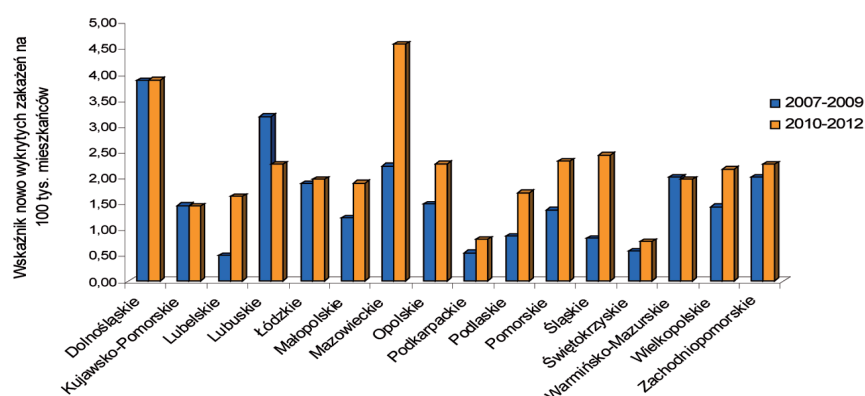
Od początku roku 2007 do końca roku 2012 rozpoznano 5598 zakażeń HIV w Polsce, w tym w samym 2012 r. – 901, co może stanowić przełamanie obserwowanej ostatnio tendencji wzrostowej (Ryc. 1). Należy jednak zwrócić uwagę na opóźnienia w zgłaszaniu – na przykład wśród zakażeń rozpoznanych w 2011 r., aż 12% było zgłoszonych w 2012 r. Z powodu tych właśnie opóźnień można spodziewać się, że jeszcze w 2013 r. zostaną zgłoszone zakażenia HIV, które były rozpoznane w 2012 r. i ostateczna liczba nowo wykrytych zakażeń HIV w 2012 r. wzrośnie.

Wskaźnik nowo wykrywanych zakażeń HIV w przeliczeniu na liczbę mieszkańców w Polsce w latach 2007–2009 i 2010–2012 wynosił odpowiednio 2,27 i 2,57 na 100 tys. mieszkańców rocznie. Najwyższy wskaźnik (2,87 na 100 tys. mieszkańców) odnotowano w 2011 r. Wskaźniki te różnią się istotnie pomiędzy poszczególnymi województwami (Ryc. 2). W ostatnich trzech latach był on szczególnie wysoki w województwach dolnośląskim i mazowieckim. Między rokiem 2010 a 2012 wyraźny wzrost, o ponad 100%, wystąpił w województwach: lubelskim, małopolskim, opolskim i podkarpackim.

W latach 2007–2012, zdecydowana większość rozpoznanych zakażeń dotyczyła mężczyzn (ponad 80%) oraz młodych dorosłych w wieku 20–35 lat (62%). Zakażenia u osób poniżej 20 r.ż. stanowiły około 3% wszystkich rozpoznanych zakażeń HIV, z czego zakażenia wśród nastolatków stanowiły prawie 61%.



Rycina 1. Nowo wykryte zakażenia HIV w Polsce w latach 2007–2012 w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców.



Rycina 2. Średni wskaźnik nowo wykrywanych zakażeń HIV w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców na rok w latach 2007–2012, według województw.

Tabela 1. Porównanie nowo rozpoznanych zakażeń HIV w latach 2007–2009 i 2010–2012

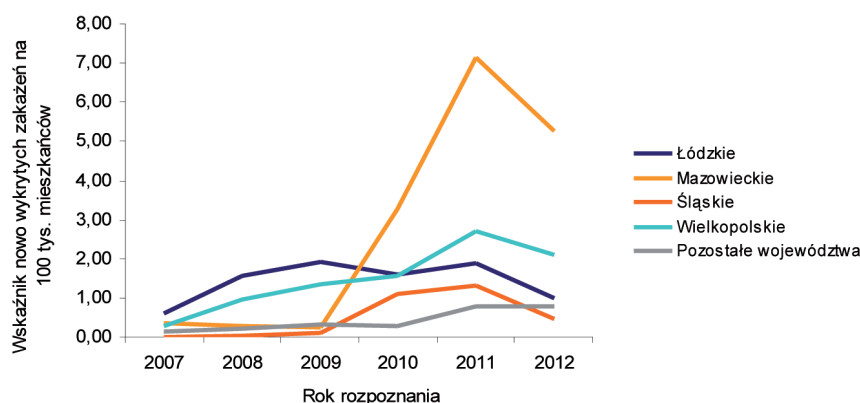
		2007–2009		2010–2012	
		N*	%	N*	%
Płeć	Kobiety	463	19,5	451	16,1
	Mężczyźni	1916	80,5	2358	83,9
Wiek (lata)	<15	41	1,7	22	0,8
	15–19	59	2,4	39	1,4
	20–35	1518	62,6	1754	61,9
	36–50	610	25,2	777	27,4
	50+	197	8,1	240	8,5
Zamieszkanie	Miasto	1070	85,1	1456	85,0
	Wieś	188	14,9	257	15,0
Prawdopodobna droga zakażenia **	MSM	168	27,6	693	62,6
	IDU	200	32,8	134	12,1
	HET	201	33,0	258	23,3
	MTCT	40	6,6	22	2,0
Późne rozpoznanie (<3 miesięcy AIDS)	Tak	252	9,7	252	8,5
	Nie	2346	90,3	2708	91,5
Ogółem		2598	-	2960	-

*Pominięto przypadki z brakiem informacji dla danego czynnika

** MSM – mężczyźni utrzymujący kontakty seksualne z mężczyznami, IDU – osoby stosujące środki odurzające we wstrzyknięciach, HET – osoby zakażone drogą kontaktów heteroseksualnych, MTCT – dzieci matek zakażonych HIV

Należy podkreślić fakt, że w trzech ostatnich latach odnotowano spadek liczby zakażeń wykrywanych u dzieci i nastolatków o prawie połowę w porównaniu z latami 2007–2009 (Tab. 1). Zwraca uwagę wzrastająca dysproporcja pomiędzy częstością wykrywania zakażeń HIV wśród mężczyzn w stosunku do kobiet (Tab. 1, Ryc. 1).

W ostatnich sześciu latach obserwowane są zmiany prawdopodobnych dróg rozprzestrzeniania się zakażeń HIV, choć duży odsetek zgłoszeń bez tej informacji utrudnia interpretację (Tab. 1). Niemniej dominującą od kilku lat tendencją potwierdzającą się również w innych źródłach danych jest wzrost zakażeń w grupie mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami (MSM). Ponad dwukrotny wzrost liczby zakażeń w tej grupie odnotowano w latach 2009–2010, natomiast niewiele niższy, o 97%, w latach 2010–2011.



Rycina 3. Wskaźnik nowo wykrytych zakażeń w populacji MSM w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców (mężczyzn powyżej 16 r.ż.) według województw.

Dynamika epidemii HIV w populacji MSM wydaje się różnić pomiędzy województwami. Zdecydowanie największy wzrost wskaźnika nowo wykrywanych zakażeń w tej populacji wystąpił na terenie województwa mazowieckiego, a nieco mniejszy – w województwach wielkopolskim, śląskim i łódzkim (Ryc. 3).

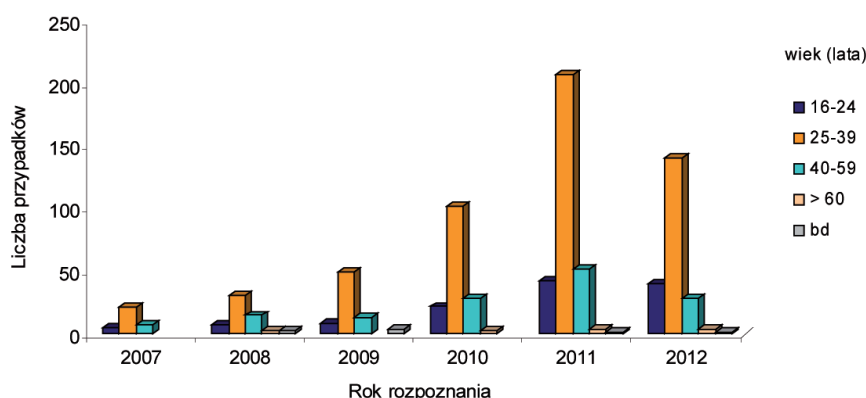
Dominująca grupa wieku, w której rozpoznawane jest zakażenie HIV wśród MSM to 25–39 lat, jednak od 2010 r. obserwuje się wyraźny wzrost liczby rozpoznanych również wśród osób starszych (Ryc. 4).

Wśród kobiet epidemia HIV rozprzestrzenia się obecnie głównie przez kontakty heteroseksualne. Zakażenia związane z używaniem narkotyków spadały w latach 2003–2012 równoważąc wzrost zakażeń heteroseksualnych, dzięki czemu nie obserwowano wzrostu liczby nowo wykrywanych zakażeń wśród kobiet (Tab. 1).

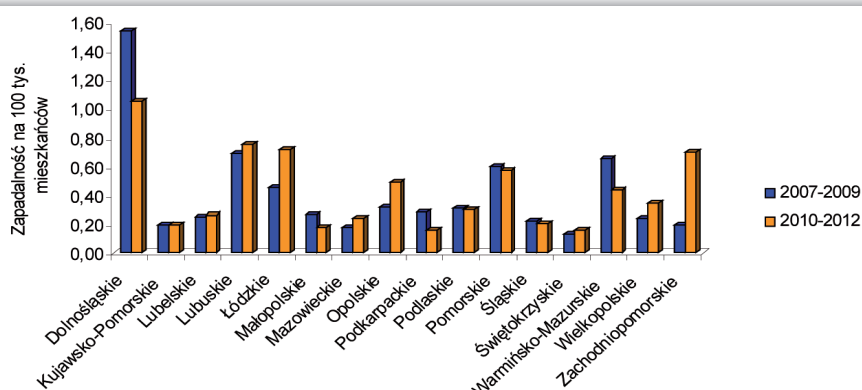
Zachorowania na AIDS

Od 2007 r. do końca grudnia 2012 r. rozpoznano 904 zachorowania na AIDS, w tym

w roku 2012 – 107. Podobnie jak w przypadku statystyk dotyczących nowo wykrywanych zakażeń HIV, liczba zachorowań w 2012 r. jest jeszcze najprawdopodobniej niekompletna ze względu na opóźnienia w zgłaszalności. Najwyższą średnią zapadalność w ostatnich sześciu latach odnotowano w województwie dolnośląskim (1,54 na 100 tys. w latach 2007–2009 i 1,06 na 100 tys. w latach 2010–2012). Zwraca uwagę istotny wzrost zapadalności na AIDS w województwach łódzkim i zachodniopomorskim (Ryc. 5).



Rycina 4. Liczba nowo rozpoznanych zakażeń HIV w populacji MSM według wieku.



Rycina 5. Średni wskaźnik zapadalności na AIDS w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców, w latach 2007–2012, według województw.

Zachorowalność na AIDS w dobie dostępczości skutecznego leczenia dotyczy osób, które z różnych względów nie zostały objęte właściwą opieką medyczną. Dane epidemiologiczne wskazują, że w Polsce wzrost zachorowalności na AIDS dotyczy w dużej mierze późnych rozpoznanych zakażeń HIV, wskazując na problem z systemem diagnostyki w kierunku HIV w naszym kraju.

W latach 2007–2012 późne wykrycie HIV, prawie równoczesne z rozpoznaniem zachorowania na AIDS, stwierdzono w przypadku 9% nowo wykrytych zakażeń. Wśród wszystkich przypadków AIDS rozpoznanych między rokiem 2007 a 2012, stwierdzono 279 zgonów osób chorych na AIDS, w tym do prawie 82% zgonów doszło w czasie nie dłuższym niż pół roku od rozpoznania AIDS.

Podsumowanie

Wzrost liczby nowo wykrywanych zakażeń HIV utrzymujący się od 2007 r., wyraźny zwłaszcza wśród mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami, wymaga wzmocnienia działań profilaktycznych skierowanych do tej populacji, szczególnie w województwach, w których odnotowano

najwyraźniejszą tendencję wzrostową. Brak spadku lub nawet wzrost zachorowalności na AIDS w niektórych województwach, zwłaszcza dotyczący osób z późnym rozpoznaniem zakażenia HIV, wskazuje na konieczność poprawy dostępności diagnostyki, zwrócenie uwagi lekarzy różnych specjalizacji na możliwe kliniczne oraz epidemiologiczne wskazania do wykonania badania w kierunku HIV, jak i promocji testowania wśród ogółu społeczeństwa.

**Marta Niedźwiedzka-Stadnik,
Magdalena Rosińska
Zakład Epidemiologii
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego**

Kampania *Nie mam nic do ukrycia...*



Zjednoczenie „Pozytywni w Tęczy” jest organizacją pozarządową, która od lat realizuje kampanie społeczne dotyczące problematyki HIV/AIDS. Od samego początku istnienia Zjednoczenia kładliśmy duży nacisk na działania zewnętrzne, mające na celu systematyczną zmianę postaw społecznych wobec kwestii HIV/AIDS oraz przeciwdziałanie stygmatyzacji osób żyjących z HIV i chorych na AIDS w Polsce.

Pierwszym naszym działaniem, które miało charakter kampanii społecznej, było zorganizowanie w 2009 r. kampanii internetowej skierowanej do populacji MSM. Kampania *Live. Love safer. Be! II* (www.safersex.pl), współfinansowana przez Krajowe Centrum ds. AIDS, miała na celu zwrócenie uwagi osób skłonnych do podejmowania ryzykownych zachowań seksualnych na konsekwencje związane ze świadomym narażaniem innych na ryzyko zakażenia HIV i zastosowaniem artykułu 161 KK.

Naszą kolejną akcją edukacyjną, połączoną z intensywnymi działaniami promocyjnymi, był projekt *Pozytywne życie* (www.pozytywnezycie.pl). Został on zorganizowany w ramach realizacji zadania publicznego i współfinansowany przez Miasto Stołeczne Warszawa, Dzielnicę Praga Południe. Działania zostały objęte honorowym patronatem przez Krajowe Centrum ds. AIDS oraz Pełnomocnika

Rządu ds. Równego Traktowania. W celu wzmocnienia przekazu zaprosiliśmy do współpracy osoby powszechnie znane – aktorów, piosenkarzy i tancerzy. Ambasadorem projektu zostali: Zespół Afromental, Agata Buzek, Ewelina Flinta, Joanna Jabłczyńska, Natalia Kukulska, Kacper Kuszewski, Numer Raz, Maria Seweryn. Efektem naszych wspólnych działań jest materiał filmowy – 9 spotów filmowych poruszających problematykę HIV/AIDS dostępny na stronie internetowej, na płytach DVD oraz na kanale Zjednoczenia na YouTube.

Na przełomie 2010 i 2011 r. zorganizowaliśmy naszą pierwszą ogólnopolską kampanię społeczną pod nazwą: *Nie dostaniesz mnie...!* (www.pozytywniwteczy.pl/niedostanieszmnie). We wrześniu 2010 r. zwróciła się do nas znana agencja reklamowa FireFly Creation z konkretnym pomysłem i propozycją współpracy. To było dla nas nowe wyzwanie, ale współpraca ze specjalistami w dziedzinie promocji i reklamy dużo nas nauczyła. Podobnie jak przy poprzednich działaniach postanowiliśmy poprosić o pomoc w realizacji kampanii osoby rozpoznawalne w społeczeństwie. Mateusz Damięcki, Aleksandra Kwaśniewska, Małgorzata Socha i Jakub Wesołowski zostali twarzami naszej kampanii. Ich wizerunki można było zobaczyć na nośnikach zewnętrznych w Warszawie, a także w prasie lokalnej i ogólnopolskiej. Pomysłem agencji było skojarzenie ułożenia ręki po



badaniu krwi do tzw. gestu Kozakiewicza. Ten prosty i znany większości gest miał na celu zachęcić jak największą liczbę osób do wykonania testu w kierunku HIV. Miał również uświadomić, że wczesne wykrycie zakażenia może osobom z HIV przedłużyć życie i polepszyć jego jakość oraz ograniczyć rozprzestrzenianie się nowych zakażeń.

Mając już pewne doświadczenie w organizowaniu kampanii społecznych w 2012 r. postanowiliśmy samodzielnie, bez udziału agencji kreatywnej, zaplanować i zrealizować kolejną medialną kampanię społeczną. Dzięki pozyskanej dotacji, postanowiliśmy zorganizować kampanię pod hasłem: *Nie mam nic do ukrycia – zrobiłem/-am test na HIV!*, która miała na celu zachęcenie ludzi do testowania w kierunku HIV (www.odkryci.pl). Od samego początku nie było to łatwe zadanie, gdyż myślenie o swoim zdrowiu, wykonywanie badań profilaktycznych, refleksja nad własnym zachowaniem i dostrzeganie w nim elementów ryzyka to rzadkie doświadczenie, szczególnie ludzi młodych. Wiedzieliśmy, że aby zwrócić uwagę odbiorców na problem i jednocześnie zachęcić ich do zrobienia testu, musimy przygotować coś szczególnego. Wówczas wymyśliłem, aby wykorzystać w tym celu nagość jako symbol braku wstydu, który niestety wciąż towarzyszy wielu osobom chcącym wykonać test na HIV. W pierwszej kolejności zaplanowaliśmy pozyskanie

znanych osób jako ambasadorów kampanii. I tu pojawiły się największe problemy. Przeprowadziliśmy wiele rozmów z politykami i celebrytami, którzy chętnie popierali nasze działania i pomysł na kampanię, jednak gdy prosiłymi ich, by wzięli udział w sesji zdjęciowej, w której mieliby wystąpić nago, nagle wycofywali się z udziału w przedsięwzięciu. Zdecydowanie trudniej było nam przekonać do współpracy mężczyzn niż kobiety. Odmówiło nam bardzo dużo osób, dlatego nasze starania o pozyskanie ambasadorów do tej trudnej kampanii trwały długo. Jednak udało się! Ambasadorkami i ambasadorami kampanii zostały następujące osoby: Maria Seweryn (aktorka, reżyser), Maria Sadowska (wokalistka, reżyser), Marta Wiśniewska (wokalistka, choreograf), Alżbeta Lenska (modelka, aktorka), Rafał Mohr (aktor) i Leszek Stanek (aktor, tancerz).

Kampania trwała od 19 listopada do 31 grudnia 2012 r. i miała przede wszystkim charakter edukacyjny i perswazyjny. Szokując odbiorcę odwoływała się równocześnie do jego inteligencji, uświadamiając poważne konsekwencje zakażenia.

Kampania była współfinansowana przez Gilead Sciences Poland w ramach konkursu grantów Pozytywnie Otwarci oraz



Miasto Stołeczne Warszawa i Zjednoczenie Pozytywni w Tęczy. Pomysłodawcą kampanii był Robert P. Łukasik. Autorem zdjęć oraz pomysłodawcą kreacji był Voyo Bakiewicz (bakiewicz.com), wykładowca Akademii Fotografii. Za oprawę graficzną (w reklamie zewnętrznej, internetowej i na portalu społecznościowym Facebook) odpowiedzialna była Agencja Interaktywna Spinacz.com. Nad prawidłową realizacją czuwała koordynatorka projektu Dagmara Kraus. Zakup mediów organizowała i koordynowała Małgorzata Żukowska z ZenithOptimedia; dzięki jej wielkiemu zaangażowaniu kampania miała tak szeroki zasięg.

Kampania prezentowana była m.in. w reklamie zewnętrznej – 40 citylightów w Warszawie, w reklamie bezpośredniej – oddziaływanie przy pomocy kart pocztowych dystrybuowanych w barach, klubach i kawiarniach. W prasie ukazały się reklamy modułowe, w 10 tytułach: *Mam Dziecko, Kobieta i Życie, Tele Świat, Świat Wiedzy, Rzeczpospolita, Uważam Rze, Forum, SHOW, Gazeta Studencka, Newsweek*. Dzięki takiej różnorodności kanałów oddziaływania i tytułów mogliśmy dotrzeć do osób o różnych zainteresowaniach, statusie społecznym i wieku. Wyemitowaliśmy 139 spotów radiowych promujących kampanię w stacjach ra-

diowych należących do Grupy EuroZet – Antyradio (Warszawa, Kraków, Katowice) i Planeta FM. Promowaliśmy kampanię w programach telewizyjnych: TVN, TVP 1 i TVP 2, Polsat i Superstacja. Stworzyliśmy stronę internetową poświęconą kampanii www.odkryci.pl, którą odwiedziło ponad 15 000 unikalnych użytkowników. We współpracy z Gadu-Gadu Network uruchomiliśmy specjalny, automatyczny numer GG 30000 oferujący możliwość całodobowego zadawania pytań i uzyskania odpowiedzi na tematy związane z problematyką HIV/AIDS i testowaniem. Byliśmy promowani na ponad 300 stronach internetowych. W ramach całości wygenerowanych wyświetleń, osiągnęliśmy zasięg na poziomie 2 176 993 unikalnych użytkowników, a więc ponad trzykrotnie więcej niż zakładaliśmy. Koszt realizacji kampanii: 57 000 zł.

Kampania *Nie mam nic do ukrycia...* niewątpliwie została zauważona, czego jednym z efektów jest wzrost liczby klientów zgłaszających się do PKD przy ul. Jagiellońskiej 34 w Warszawie, prowadzonego przez Zjednoczenie.

Robert Piotr Łukasik
Prezes Zjednoczenia „Pozytywni w Tęczy”
www.pozytywniwteczy.pl



Jeśli chcą Państwo zostać autorem ARTYKUŁU w Kontrze prosimy o kontakt mailowy na adres: kontra@ 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”

Zdrowie psychiczne i HIV: wyzwania i możliwe rozwiązania

Zwiększająca się liczba osób zakażonych HIV¹ oraz wprowadzenie skutecznego leczenia antyretrowirusowego, przyczyniło się do przemiany AIDS z choroby nieuleczalnej i przebiegającej gwałtownie w chorobę przewlekłą. To spowodowało zwiększenie zainteresowania problemami zdrowia psychicznego osób z HIV/AIDS oraz członków ich rodzin. Badania wykazują, że od 50 do 80% osób zakażonych HIV ma problemy psychiczne². Część z nich powstała przed zakażeniem, pozostałe rozwinęły się później – w przebiegu choroby i leczenia lub bez związku z chorobą. Niektóre są na tyle poważne, że wymagają leczenia.

Najczęstsze problemy psychiczne występujące u osób zakażonych HIV to: przygnębienie, depresja, którym mogą towarzyszyć zaburzenia snu i rozmyślania o śmierci lub nawet samobójstwie, różnego rodzaju lęki i niepokoje, zaburzenia osobowości przejawiające się potrzebą ryzykownych zachowań,

problemy seksualne, nadużywanie alkoholu i narkotyków, nasilenie zaburzeń psychicznych występujących przed zakażeniem, zmiany organiczne (np. ośłupienie związane z neuroinfekcją HIV – HAD) itp.

Wymienione powyżej czynniki wskazują na powszechność problemów natury psychologicznej i psychopatologicznej u osób z HIV/AIDS oraz na konieczność oferowania tym osobom kompleksowej opieki, na którą składają się: opieka specjalistów chorób zakaźnych, wsparcie psychologiczne, konsultacje psychiatryczne, opieka socjalna, wsparcie społeczne związane ze stygmatyzacją i wykluczeniem społecznym oraz pomoc prawną.

Kompleksowość tej opieki ma polegać nie tylko na otrzymywaniu pomocy w jednym miejscu i czasie, lecz także na wspólnym, wielospecjalistycznym opracowywaniu zindywidualizowanej, elastycznej strategii

pomocy osobom z HIV/AIDS, z uwzględnieniem koordynacji działań (np. wczesne rozpoznawanie przyczyn zaburzeń psychicznych, adekwatne reagowanie na ich pojawianie się, unikanie interakcji lękowych, jednocześnie podawanie leków substytucyjnych i leków antyretrowirusowych itp.).

W chwili obecnej w Polsce związek między HIV/AIDS a zdrowiem psychicznym jest zbyt często niedoceniany lub pomijany. Brakuje instytucjonalnych powiązań między placówkami zapewniającymi leczenie pacjentów z HIV a placówkami zdrowia psychicznego.

Raport oparty na badaniach zleconych przez Społeczny Komitet ds. AIDS³ wykazał, że w Polsce system kompleksowej opieki nad osobami z HIV/AIDS istnieje w formie załączkowej (np. dostęp do psychologa, psychiatry w ośrodkach chorób zakaźnych⁴, współpraca – najczęściej nieformalna – programów leczenia substytucyjnego uzależnienia od opioidów z ośrodkami leczenia chorób zakaźnych). Ogólnie system nie zawsze wychodzi naprzeciw potrzebom pacjentów, czasem też przyczynia się do frustracji personelu terapeutycznego.

Choć opiekę i leczenie psychiatryczne osoby z HIV/AIDS mogą otrzymywać w ramach istniejącego w Polsce ogólnodostępnego systemu opieki i leczenia dla osób z zaburzeniami psychicznymi, to jednak zwykle nie bierze się pod uwagę specyficznego wpływu, jaki zakażenie HIV wywiera na zdrowie psychiczne, a także na przebieg leczenia. Poważnym problemem wydaje się być również brak specjalistów ochrony zdrowia psychicznego (szczególnie lekarzy psychiatrów) w wielu placówkach zajmujących się leczeniem, poradnictwem i opieką nad osobami żyjącymi z HIV/AIDS. Braki te można wytłumaczyć nieuwzględnianiem tematyki HIV i zdrowia psychicznego zarówno w kształceniu studentów medycyny (z wyjątkiem 1-2 akapitów w kilkutomowych podręcznikach) i psychologii klinicznej, jak i w podyplomowym kształceniu lekarzy.



¹ Zgodnie z danymi NIZP-PZH na chwilę obecną w Polsce mieszka ponad 16 tys. osób, u których zostało wykryte zakażenie HIV.

² Baingana F, Thomas R and Comblain C (2005).

³ Badania zostały zrealizowane w ramach projektu *Rozwój programów w zakresie zdrowia psychicznego i HIV/AIDS w nowych krajach członkowskich UE (Polska, Estonia, Litwa, Łotwa, Bułgaria, Rumunia, Czechy, Słowenia, Węgry)* – MAIDS.

⁴ W niektórych ośrodkach chorób zakaźnych dostęp do psychologa i psychiatry jest możliwy w ramach kompleksowej oferty leczenia finansowanej przez NFZ.

Niektóre organizacje pozarządowe zapewniają osobom zainteresowanym konsultacje psychologa, prowadzą grupy wsparcia itp. Działania te finansowane są głównie przez władze lokalne. Nie stanowią one jednak rozwiązania systemowego i nie mają charakteru trwałego⁵.

Odrębnym tematem jest zakażenie HIV u osób z naruszeniami/zaburzeniami psychicznymi, w szczególności w przypadku osób, których stan zdrowia wymaga stałej opieki w ośrodku wyspecjalizowanym. Osobiste doświadczenie rodzin kilku pacjentów w takiej sytuacji udowodniło, jak trudno jest znaleźć ośrodek przystosowany do długotrwałego pobytu pacjentów ze schizofrenią zakażonych HIV⁶. W związku z powyższym, na chwilę obecną wydaje się bezcelowym testowanie takich pacjentów w kierunku HIV, ponieważ ewentualne wykrycie HIV tylko dodatkowo skomplikuje życie zarówno im, jak i ich rodzinom.

Co można zrobić w zaistniałej sytuacji? Liczymy na to, że kwestia wsparcia psychologicznego dla osób żyjących z HIV pozyska większą uwagę ze strony decydentów oraz instytucji finansujących podobne działania (NFZ, władze lokalne itp.). Potrzebna jest ogólna koordynacja, instytucjonalizacja działań w zakresie zdrowia psychicznego i HIV. Dużą wartość miałoby opracowanie zaleceń dotyczących opieki nad pacjentami z podwójną diagnozą (HIV/naruszenie, zaburzenie psychiczne) przez organizacje zrzeszające specjalistów w tej dziedzinie⁷. Kwestia kształcenia specjalistów również zasługuje na uwagę, jednak wydaje się, że może być mniej problematyczna, ze względu na istniejące już dostępne moduły dla trenerów oraz kurs e-learningowy w zakresie zdrowia psychicznego i HIV, które można wykorzystywać w kształceniu studentów psychologii i medycyny⁸.

Przeprowadzone badania pozwoliły również na sformułowanie szeregu rekomendacji⁹:

- Dalszy rozwój profesjonalnych usług w zakresie zdrowia psychicznego w leczeniu i opiece nad osobami żyjącymi z HIV/AIDS i włączanie ich do oferty świadczeń udzielanych przez publiczną oraz niepubliczną służbę zdrowia.
- Poprawa dostępności opieki psychologicznej/psychiatrycznej uwzględniającej specyfikę HIV/AIDS na każdym etapie przebiegu zakażenia HIV¹⁰.
- Poszerzanie dostępności usług poprzez uwzględnienie tak istotnych kwestii, jak dostosowanie oferty i godzin pracy placówek do potrzeb osób żyjących z HIV/AIDS oraz stworzenie sprawnie działającej sieci placówek.
- Poprawa wiedzy pracowników służby zdrowia na temat HIV/AIDS w celu zmniejszenia stygmatyzacji osób żyjących z HIV.
- Wspieranie działalności organizacji pozarządowych, stowarzyszeń samopomocowych, które odgrywają kluczową rolę w readaptacji społecznej, pomagają dotrzeć do odpowiednich form wsparcia, w tym do lekarzy, którzy nie dyskryminują pacjentów z HIV/AIDS.
- Poszerzenie oferty punktów konsultacyjno-diagnostycznych w celu zapewnienia wsparcia psychologicznego (nie tylko w związku z testowaniem w kierunku HIV).

Leczenie zaburzeń psychicznych, tak jak i zapewnienie wsparcia dla osób żyjących z HIV/AIDS, jest kluczowe dla poprawienia jakości ich życia i zapobiegania nowym zakażeniom HIV. Brak efektywnego leczenia i wsparcia zmniejsza zwykłe dążenie człowieka do zachowania zdrowia i powoduje, że może zacząć on podejmować zachowania sprzyjające rozprzestrzenianiu się zakażeń HIV. Leczenie zaburzeń psychicznych przynosi zaś liczne korzyści zarówno dla jednostki, jak i dla jej otoczenia oraz całego społeczeństwa. Korzyści te obejmują polepszenie jakości życia osób z HIV/AIDS, ich rodzin, partnerów i środowiska, a także zwiększenie skuteczności leczenia, a co za tym idzie – polepszenie stanu zdrowia i zmniejszenie śmiertelności w związku z zakażeniem HIV i innymi chorobami (np. uzależnieniem od substancji psychoaktywnych). To wszystko sprawia, że poprzez zwiększenie się wydajności jednostki oraz skuteczniejsze wykorzystywanie usług w ramach systemu ochrony zdrowia zostają ograniczone nie tylko szkody indywidualne, ale także szkody społeczne¹¹.

Aleksandra Skonieczna
Spółeczny Komitet ds. AIDS¹²



⁵ Obecnie działają nieliczne stowarzyszenia, skoncentrowane głównie w Warszawie, borykające się z trudnościami finansowymi.

⁶ W istniejących ośrodkach brakuje odpowiednich zabezpieczeń, przeszkolonego personelu itp.

⁷ Między innymi: Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS, Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Instytut Psychiatrii i Neurologii itp.

⁸ W ramach wyżej wspomnianego projektu MAIDS polscy eksperci Społecznego Komitetu ds. AIDS (SKA) we współpracy z kolegami z Holandii opracowali 7 modułów szkoleniowych w zakresie zdrowia psychicznego i HIV oraz kurs e-learningowy (szczegóły na stronie <http://mentalhealthhiv.eu/pl/> oraz <http://edu.mentalhealthhiv.eu/>).

⁹ Bardziej szczegółowe informacje dotyczące przeprowadzonych badań znajdują się w publikacjach Krajowego Centrum ds. AIDS: Kontra nr 2(48)/2011; nr 4 (50)/2011 dostępnych na stronie <http://www.aids.gov.pl/>.

¹⁰ Warto podkreślić, że obecne bariery nie wynikają tylko z braku funduszy i specjalistów, lecz także z funkcjonujących w społeczeństwie stereotypów dotyczących pomocy psychologicznej i psychiatrycznej.

¹¹ Double Stigma-Double Challenge, an advocacy and information document, GIP, 2006.

¹² W latach 2009–2012 Społeczny Komitet ds. AIDS realizował projekt *Rozwój programów w zakresie zdrowia psychicznego i HIV/AIDS w nowych krajach członkowskich UE (Polska, Estonia, Litwa, Łotwa, Bułgaria, Rumunia, Czechy, Słowenia, Węgry)* – MAIDS, współfinansowanego przez Komisję Europejską (EAHC – Executive Agency for Health & Consumers). Poniższy artykuł jest rodzajem podsumowania przeprowadzonych działań oraz analizy sytuacji w zakresie zdrowia psychicznego w Polsce.

Najciekawsze publikacje z ostatnich miesięcy

NOWOCZESNE TERAPIE DAJĄ NADZIEJĘ

Ostatnie lata przyniosły nadzieję wielu ludziom cierpiącym na nieuleczalne, śmiertelne choroby. Pojawiły się nowoczesne leki i terapie, które pozwalają normalnie funkcjonować z przewlekłą chorobą. Szczególnie oczekiwano na terapię pozwalającą wyeliminować HIV. I choć nie wynaleziono jeszcze leku będącego w stanie usunąć zakażenie HIV z organizmu, to jednak od kilku lat, dzięki nowoczesnej terapii antyretrowirusowej (ARV), AIDS – do tej pory uważana za chorobę śmiertelną – stała się chorobą przewlekłą.

Efektywne leczenie zakażenia HIV oraz jego zaawansowanej postaci, czyli AIDS, sięga lat 90. XX wieku. Wtedy to opracowano aktywną terapię przeciwwirusową, która wciąż jest modyfikowana i udoskonalana. Pozwala ona osobom zakażonym (znającym swój status serologiczny i zdecydowanym na leczenie) zwiększyć długość życia i znacznie poprawić jego jakość. Jej istotą jest przyjmowanie coraz to nowych preparatów oraz ich zmienianych cyklicznie sekwencji, które uniemożliwiają replikację wirusa i spowalniają tempo, w jakim rozprzestrzenia się on w organizmie. W krajach, w których osoby żyjące z HIV mają dostęp do terapii ARV i korzystają z niej, obserwuje się niski odsetek zgonów wśród chorych. Nowoczesne leki, oprócz doraźnej walki z wirusem, mają także znaczenie profilaktyczne. Prowadzone badania dowiodły, że przyjmowanie leków antyretrowirusowych przez osoby zakażone powoduje, że maleje liczba kopii wirusa we krwi, co znacznie zmniejsza ryzyko przeniesienia HIV na partnerów seksualnych.

(Zenon Abrachamowicz, *Ze śmierci do życia*, „Fakty i Mity” z dnia 3.01.2013 r.)

WROCŁAW – EDUKACJA BEZDOMNYCH

Stowarzyszenie „Plus Minus” otrzymało w ubiegłorocznej edycji konkursu organizowanego przez Program Pozytywnie Otwarcia grant na projekt: *Usługi interwencyjne mające na celu przeciwdziałanie zamieszkaniu „na ulicy” osób żyjących z HIV/AIDS*. Przedsięwzięcie będzie realizowane na Dolnym Śląsku, gdzie wykrywa się najwięcej nowych zakażeń HIV w Polsce. Streetworkerzy ze stowarzyszenia będą uczyć wrocławskich bezdomnych, jak się ustrzec przed zakażeniem HIV i jak się leczyć, jeśli już do niego doszło. Wolontariusze będą szukać bezdomnych na terenie całego Wrocławia w piwnicach, altanach działkowych, parkach i na dworcach, aby ich edukować i informować m.in. o drogach zakażenia HIV oraz profilaktyce, a także zachęcać do korzystania z opieki medycznej, społecznej i prawnej. W razie zagrożenia życia i zdrowia streetworkerzy mogą także interweniować. Akcja potrwa do końca sierpnia.

(Pomoc dla bezdomnych, „Gazeta Wyborcza – Wrocław” z dnia 21.01.2013 r.)

AIDS NA ŚWIECIE

Według *UNAIDS Report on the global AIDS epidemic 2012* w 2011 r. na świecie żyło z HIV 34 mln osób, zainicjowano 2,5 mln nowych zakażeń HIV (ponad 700 tys. mniej niż dziesięć lat wcześniej), a 1,7 mln osób zmarło z powodu AIDS. I choć w 2011 r. po raz pierwszy w historii epidemii większość osób wymagających terapii ARV otrzymywała leki (w krajach o niskich i średnich dochodach dostęp do terapii antyretrowirusowej miało 8 mln osób, czyli dwadzieścia razy więcej niż w 2003 r.), to wciąż leczeniem nie są objęci wszyscy potrzebujący. Realizacja strategii *Dążymy do zera* przynosi wymierne rezultaty w skali

świata, a jednak jesteśmy dalecy od opanowania epidemii w niektórych regionach czy krajach. Afryka Subsaharyjska, gdzie prawie 5% ludności żyje z HIV, pozostaje miejscem najbardziej dotkniętym epidemią, gdzie zamieszkuje 69% wszystkich zakażonych. Choć częstość występowania zakażenia HIV wśród mieszkańców Azji Południowej, Południowo-Wschodniej i Wschodniej jest prawie 25 razy niższa niż w przypadku Afryki Subsaharyjskiej, to populacja osób żyjących z HIV w tych regionach liczy około 5 mln osób. W statystykach bardzo wysoko plasują się również Karaiby oraz Europa Wschodnia i Azja Środkowa, gdzie w 2011 r. co setny dorosły żył z HIV.

(AIDS na świecie, „Gazeta Współczesna (Dodatek)” z dnia 23.01.2013 r.)

BADANIA KLINICZNE NOWEJ SZCZEPIONKI

W lutym bieżącego roku rozpoczęły się testy kliniczne nowej szczepionki przeciwko HIV. Do badań zgłosiło się 48 ochotników zakażonych wirusem. Uczestnikom wstrzykiwana będzie co miesiąc substancja uniemożliwiająca replikację wirusa HIV w organizmie. W pierwszej kolejności ochotnicy zostaną podzieleni na cztery grupy: jedna będzie otrzymywała placebo, a trzy pozostałe – szczepionkę w różnych dawkach. Każdy ochotnik otrzyma w sumie po trzy zastrzyki. Nad szczepionką pracuje dr Erwann Loret z Uniwersytetu Medycznego w Marsylii. Wcześniej szczepionkę przetestowano na małpach, a wyniki są obiecujące. Badania będą trwały dwa lata, finansują je prywatni inwestorzy.

(Testowanie szczepionki na AIDS, „Puls Medycyny” z dnia 13.02.2013 r.)

Małgorzata Olczyk

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.



HIV/AIDS a bezpieczeństwo krwi i jej produktów

Przenoszenie wirusa HIV przez krew

Zespół nabytego niedoboru (upośledzenia) odporności – AIDS – został opisany po raz pierwszy w 1981 r. W konsekwencji poszukiwań wywołującego go czynnika, w 1984 r. odkryto ludzkiego wirusa nabytego braku odporności (HIV, początkowo oznaczony jako HTLV-III). Wśród pierwszych osób, u których opisano AIDS byli pacjenci chorzy na hemofilię, chorobę uwarunkowaną genetycznie, która wymaga systematycznego przetaczania krwi lub leków otrzymywanych z ludzkiego osocza, oraz dziecko, które otrzymało transfuzję płytek od dawcy – homoseksualnego mężczyzny, który później zmarł na AIDS. Te obserwacje nasunęły przypuszczenie, że czynnik zakaźny odpowiedzialny za AIDS jest przenoszony przez transfuzję. W związku z tym wydano zalecenie, aby ograniczyć pobieranie krwi przeznaczonej do celów leczniczych od osób, co do których istniało podejrzenie, że charakteryzują się zwiększonym ryzykiem zakażenia HIV. Hipoteza o przenoszeniu wirusa przez krew została niebawem potwierdzona, i już rok po jego odkryciu rozpoczęto badania dawców przy pomocy pierwszych testów służących do wykrywania przeciwciał skierowanych przeciwko wirusowi (anty-HIV).

Szacuje się, że w pierwszej połowie lat osiemdziesiątych zeszłego stulecia, zwłaszcza w rejonach epidemii, ryzyko zakażenia przez transfuzję było bardzo wysokie. W niektórych miastach amerykańskich (np. San Francisco) szacowane było na poziomie 1:100. W Stanach Zjednoczonych wśród 157 525 przypadków AIDS zarejestrowanych do 1990 r., 5 371 (3,4%) było związanych z wcześniejszym przetoczeniem zakażonej krwi lub jej składników. W Polsce, w przeciwieństwie do krajów Europy Zachodniej i USA, częstość

zakażeń HIV wśród chorych leczonych krwią i jej składnikami była na początku epidemii, jak i w okresie późniejszym, wielokrotnie niższa. W latach 70. i 80. XX wieku, w wysoko uprzemysłowionych krajach, leczenie substytucyjne hemofilii polegało na stosowaniu liofilizowanych koncentratów, uzyskiwanych z puli osocza pobranego od kilku tysięcy dawców i niepoddawanych żadnym procedurom inaktywacji wirusów. Od 50 do 100% chorych na ciężką hemofilię w tych krajach zostało zakażonych HIV. W Polsce w tym czasie stosowano leki osocznopochodne (FFP i krioprecypitat), z których nie tworzonej wspólnej puli służącej do leczenia wielu chorych. Stosowanie preparatów krwiopochodnych od pojedynczych dawców uchroniło polskich pacjentów z hemofilią przed zakażeniem HIV.

Do chwili obecnej zrobiono bardzo wiele, by ograniczyć, a nawet wyeliminować ryzyko tego typu powikłań po przetoczeniu krwi. Można jednak niekiedy natknąć się na alarmujące nagłówki prasowe, które mogą sugerować, że transfuzje nadal przenoszą HIV. Informacja zamieszczona w dzienniku *Rzeczpospolita* z dnia 12 września 2011 r. zatytułowana „Dzieci zakażone HIV podczas transfuzji” opisuje zakażenie wirusem wywołującym AIDS 23 pacjentów dotkniętych rzadką chorobą genetyczną (talasemią), wymagającą regularnego i częstego leczenia krwią. Po takiej lekturze zadajemy sobie pytanie – na ile podejmowane działania, również w naszym kraju, skutecznie chronią przed przeniesieniem HIV przez transfuzję. Niniejszy artykuł jest poświęcony ogólnej ocenie ryzyka zakażenia HIV przez transfuzję w Polsce. Omówiono także inne ważne, ale dodatkowe, zadania w kontroli epidemii HIV pełnione przez służbę krwi w kraju: analizowanie danych epidemiologicznych, zapobieganie nowym przypadkom zakażenia przez identyfikację osób ży-

jących z HIV, szerzenie wśród dawców wiedzy na temat wirusa HIV i dróg jego przenoszenia.

Metody zapobiegania zakażeniu przez transfuzję Ankieta epidemiologiczna i badanie lekarskie

Zanim krew zostanie pobrana od dawcy, a następnie użyta do celów leczniczych, przeprowadzana jest wielostopniowa procedura, której celem jest zapobieganie przetoczeniu krwi oraz jej składników od zakażonego HIV dawcy. Jeszcze przed odkryciem HIV, w Stanach Zjednoczonych wprowadzono zalecenie dyskwalifikacji dawców należących do populacji szczególnie narażonych na AIDS. Przyczyniło się ono do zmniejszenia częstości przypadków tej choroby w wyniku transfuzji o blisko 90%. Do obecnej chwili, również w Polsce, osoba, która ma zamiar oddać krew, zapoznaje się z materiałami informacyjnymi, w których podane są najważniejsze informacje dotyczące dróg przenoszenia zakażenia i zachowań, które niosą ze sobą ryzyko zakażenia wirusami przenoszonymi drogą krwi, w tym HIV. Wiadomości przedstawiane dawcom oparte są na dyrektywie europejskiej oraz uwzględniają specyficzną sytuację epidemiologiczną w Polsce. Przyszły dawca poddany jest następnie tzw. wywiadowi medycznemu. Ma on postać ankiety, w której zawarte są kryteria dyskwalifikacji stałej i czasowej. Nie mogą oddawać krwi osoby, u których kiedykolwiek stwierdzono zakażenie wirusem HIV. Dyskwalifikacji czasowej podlegają m.in. osoby, których służówka miała kontakt z obcą krwią, które uległy zakłuciu igłą, którym przetoczono krew, biorcy przeszczepów ludzkich komórek i tkanek, osoby po zabiegu chirurgicznym

oraz te, u których wykonano tatuaż lub dokonano przekłucia części ciała. Krwi nie można także oddawać przez sześć miesięcy po powrocie z kraju, w którym mieszka wiele osób zakażonych HIV lub chorych na AIDS. Ważnym działaniem profilaktycznym jest lekarskie badanie przedmiotowe przed oddaniem krwi. Do oddania krwi nie są dopuszczane osoby, których zachowanie może sugerować, że znajdują się np. pod wpływem narkotyków, lub u których zauważono nadmierną dysproporcję pomiędzy ciężarem ciała a wzrostem. Powiększenie obwodowych węzłów krwi jest przeciwwskazaniem do pobrania krwi, aż do wyjaśnienia przyczyn zmiany ich wielkości. Podobnie jest w przypadku podwyższonej temperatury ciała. Wspomniane objawy mogą być nieswoistą manifestacją zakażenia HIV.

Badania markerów zakażenia HIV u dawców

Opisane wcześniej postępowanie ma na celu dopuszczenie do oddania krwi jedynie osób spoza populacji charakteryzującej się wysokim ryzykiem zakażenia HIV. Po tym etapie możliwe jest oddanie krwi, jednak zanim trafi ona do klinik, każdorazowo badana jest na obecność swoistych markerów świadczących o zakażeniu wirusem HIV. W Polsce już od 1985 r., zatem rok po odkryciu HIV, badane są przeciwciała skierowane przeciw temu wirusowi (anty-HIV1/2). Identyfikowane są w ten sposób osoby, które zaczęły już wytwarzać swoiste przeciwciała skierowane przeciwko białkom wirusa, i które zazwyczaj znajdują się w fazie przewlekłej zakażenia. Ten rodzaj testów był udoskonalany na przestrzeni wielu lat. Obecnie za pomocą testów III generacji możliwe jest zidentyfikowanie osoby seropozytywnej już po średnio 21 dniach od momentu zakażenia. Okres wcześniejszy – od momentu zakażenia do pojawienia się przeciwciał – to tzw. okienko serologiczne. O ile czas trwania tej fazy jest trudny do oszacowania w przypadku zakażenia drogą seksualną, to dla zakażeń przez transfuzję został on określony na około trzy tygodnie. Wydaje się, że w przypadku przeniesienia wirusa inną drogą, okres okienka jest raczej dłuższy. Brak przeciwciał sprawia, że krew na początkowym etapie jest bardziej zakaźna niż po rozpoczęciu produkcji przeciwciał. W celu ogra-

niczenia ryzyka przeniesienia wirusa HIV przez transfuzję w tym okresie, wykonywane jest badanie pozwalające wykryć bezpośrednio wirusa we krwi. Detekcję kwasów nukleinowych wirusa (RNA HIV) zapoczątkowano w Polsce w 2003 r., kiedy niektóre centra krwiodawstwa rozpoczęły badanie RNA wirusa zapalenia wątroby typu C (HCV) metodą Procleix TMA. Był to test typu multiplex, który dodatkowo wykrywał RNA HIV. Takie badanie jest obligatoryjne we wszystkich donacjach od początku 2005 r. Szacuje się, że trzytygodniowe okienko serologiczne jest skracane do ok. 7 dni przy stosowaniu badań metodami molekularnymi.

Za zasadnością wprowadzenia tego typu badania najlepiej przemawia fakt, że w okresie od stycznia 2005 do grudnia 2012 r. zidentyfikowano 11 osób, u których wykryto zakażenie w okienku serologicznym.

Należy podkreślić, że metodyka identyfikacji zakażeń HIV w krwiodawstwie spełnia najwyższe wymagania. Dawca jest informowany o zakażeniu jedynie po potwierdzeniu wyniku reaktywnego w badaniu przeglądowym. W razie stwierdzenia wyniku dodatniego badania anty-HIV1/2, najpierw jest ono dwukrotnie powtarzane. Jeśli przynajmniej jeden z wyników jest dodatni, wówczas próbkę dawcy przypisywany jest wynik tzw. powtarzalnie reaktywny. Jeśli nie uzyskano wyniku reaktywnego, pierwotny wynik uznany zostaje jako fałszywie dodatni (pomyłka co do próbki lub tzw. wynik biologicznie fałszywie dodatni). Próbkę powtarzalnie reaktywną są kierowane do laboratorium referencyjnego, które wykonuje badania potwierdzające swoistość wyniku testem Western blot (WB) oraz badanie RNA HIV. Wykrycie RNA HIV lub/i dodatni wynik testu WB wskazują na zakażenie wirusem HIV. Wątpliwy lub ujemny wynik testu WB przy dodatnim wyniku RNA HIV wskazują na wczesny etap zakażenia. Od dawców z takimi wynikami badań weryfikacyjnych pobierana jest kolejna próbka po 2–4 tygodniach i badania są powtarzane w celu potwierdzenia zakażenia oraz wykluczenia pomyłki co do dawcy. Podobne jest postępowanie w przypadku dawców z dodatnimi wynikami WB lub/i RNA HIV.

W przypadku próbek ujemnych w badaniu

anty-HIV1/2, ale reaktywnych w badaniu RNA HIV zachodzi podejrzenie zakażenia na wczesnym etapie. Badanie jest wtedy powtarzane bardzo czułym testem innego producenta.

Systemy detekcji materiału genetycznego stosowane w Polsce pozwalają na wykrycie od 14 do 180 IU RNA HIV/ml (jednostek międzynarodowych RNA HIV/ml), są kilkadziesiąt razy czulsze niż nakazują rekomendacje międzynarodowe zalecające stosowanie testów o czułości nie mniejszej niż 10 000 IU RNA HIV/ml. Serologiczne i molekularne testy przeglądowe muszą posiadać znak CE dla testów stosowanych *in vitro*. Przed ich wprowadzeniem do użycia sprawdzane jest, czy parametry deklarowane przez producenta potwierdzają się także w trakcie badań prowadzonych na populacji naszego kraju, czy test pozwala na identyfikację zakażeń znanymi typami/podtypami wirusa, w tym formami krążącymi w naszym kraju. Określana jest tzw. czułość kliniczna, czyli zdolność identyfikowania osób zakażonych w danej populacji. Jest to szczególnie ważne wobec dużej zmienności genetycznej wirusa. Znajomość odmian polimorficznych na danym terytorium jest bardzo ważna z punktu widzenia użytkowników testów diagnostycznych używanych do wykrywania wirusa. Stwierdzono, że testy serologiczne mogą mieć mniejszą czułość względem zakażeń typami innymi niż najpowszechniejszy M. Jest to szczególnie istotne na wczesnym etapie zakażenia, kiedy poziom i powinowactwo przeciwciał mogą być niższe. Przykładowo w Stanach Zjednoczonych, które uchodziły za region jednorodny pod względem polimorfizmu wirusa HIV, obserwuje się rosnący udział subtypów innych niż dotychczas najpowszechniejszy podtyp B grupy M.

Weryfikacja wyniku powtarzalnie reaktywnego w badaniu przeglądowym jest nieodzowna przed wydaniem ostatecznego raportu z badania. Ma ona na celu wykazanie, że wynik pierwotny nie ma charakteru fałszywie dodatniego. Należy pamiętać, że w przypadku badania anty-HIV większość wyników powtarzalnie reaktywnych ma charakter biologicznie fałszywie reaktywny (BFR) i nie jest wynikiem infekcji. Przyczyną może być np. szczepienie lub zakażenie innym patogenem w okresie poprzedzającym

badanie. Zazwyczaj są one wynikiem obecności przeciwciał o charakterze krzyżowym, tzn. tych, które reagują z fragmentem białka jakiegoś patogenu (tzw. epitopem), ale także mogą wykazywać mniej lub bardziej trwałe oddziaływania z epitopami białek HIV wykorzystywanymi w testach diagnostycznych.

W krwiodawstwie używane są jedynie testy o najwyższej jakości. Charakteryzują się bardzo wysoką czułością analityczną, czyli zdolnością wykrywania jak najmniejszych stężeń wirusa. Wysoka czułość analityczna przekłada się na bardzo wysoką, zbliżoną do 100%, czułość kliniczną. Parametr ten określa zdolność testu do wykrywania wirusa u osób zakażonych. Z drugiej strony testy przeglądowe muszą się cechować jak najmniejszą zdolnością generowania wyników fałszywie dodatnich, tzn. takich, w których wynik nie wynika z zakażenia i nie ulega ostatecznie potwierdzeniu. Dopuszczalna swoistość wynosi nie mniej niż 99,5%, a zazwyczaj jest na poziomie 99,9–100%. Biorąc pod uwagę, że w Polsce badanych jest ponad milion donacji rocznie, w ciągu 12 miesięcy mamy do czynienia z liczbą kilkuset wyników powtarzalnie reaktywnych, z czego średnio zaledwie 30–60 (3–5%) ostatecznie zostaje uznanych za faktyczne zakażenie wirusem HIV. Wyniki fałszywie dodatnie to poważny problem zarówno z punktu widzenia dawcy, którego status pozostaje nierozstrzygnięty często przez wiele miesięcy mimo badania kolejnych próbek, jak i z powodów ekonomicznych

związanych z kosztami badania dawców, których krew nie może być użyta do celów leczniczych. Wielu spośród niezakażonych dawców z powtarzającymi się wynikami reaktywnymi, zostaje na stałe odsunięta od krwiodawstwa. Przy obecnie dostępnych technikach diagnostycznych problem ten nie może być całkowicie rozwiązany, należy się spodziewać jedynie ograniczania jego skali.

Ostatnim bardzo ważnym sposobem zapobiegania zakażeniom HIV przez transfuzję, jest stosowanie różnego rodzaju inaktywacji chemicznych. Mają one zastosowanie przede wszystkim w przypadku osocza, ale opracowywane są metody coraz bardziej efektywne w odniesieniu do składników komórkowych krwi.

Postępowanie po potwierdzeniu zakażenia

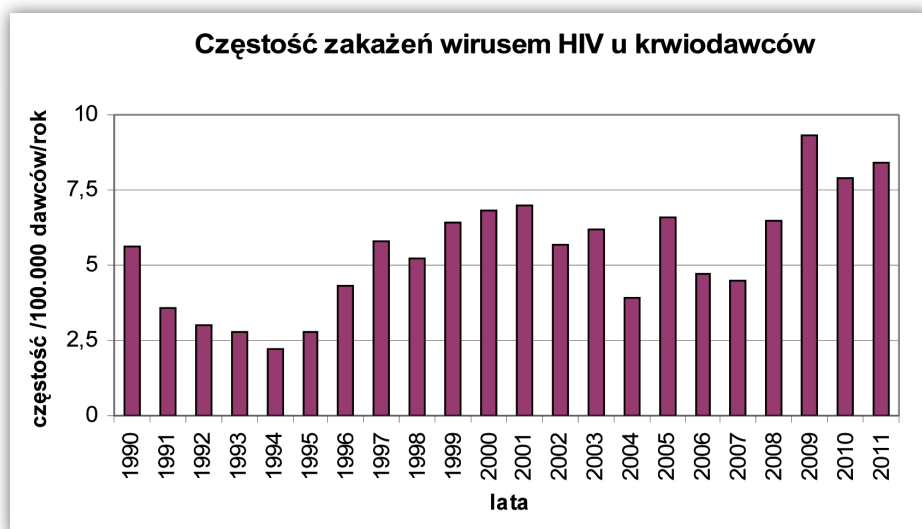
Po uzyskaniu dodatniego wyniku testu potwierdzenia techniką WB lub/i dodatniego wyniku RNA HIV, Centrum Krwiodawstwa wzywa zakażonego krwiodawcę. Dyrektor Centrum lub upoważniony przez niego lekarz przeprowadza rozmowę z krwiodawcą, informując go o wykrytym u niego zakażeniu wirusem HIV, i udziela wskazówek dotyczących ochrony innych osób przed zakażeniem. Następnie zakażony kierowany jest do placówki świadczącej opiekę ambulatoryjną dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS lub odpowiedniego oddziału szpitalnego.

Dodatknie wyniki testów weryfikacyjnych zostają automatycznie umieszczone w formie zakodowanej w bazie danych i są udostępniane wszystkim jednostkom organizacyjnym służby krwi. Działy rejestracji krwiodawców w Centrach Krwiodawstwa i w Oddziałach Terenowych są zobowiązane do prowadzenia wykazu dawców skreślonych z rejestru i sprawdzania, czy nazwisko dawcy zgłaszającego się do oddania krwi, nie znajduje się w tym wykazie.

Badania dawców jako źródło wiedzy o epidemiologii zakażeń HIV w Polsce

Należy zaznaczyć, że badania przeglądowe, oprócz funkcji profilaktycznej, są wartościowym źródłem danych epidemiologicznych. W ostatnich latach z około 1 000 nowych zakażeń HIV rocznie rejestrowanych w Polsce, średnio 50–60 przypadków (5%) zostało zidentyfikowanych przez krwiodawstwo.

Częstość dawców zakażonych wirusem HIV w latach 1990–2011 została przedstawiona na Rycinie 1. Utrzymuje się ona na niskim poziomie, od 1 do 9 zakażonych na 100 000 dawców. Wśród osób zakażonych dominują osoby młode w wieku 18–30 lat oraz dawcy pierwszorazowi. Częstość zakażeń w okienku serologicznym, w porównaniu z danymi z innych krajów, przedstawiono w Tabeli 1. W ostatnich latach zarówno dane dotyczące wykrywania zakażeń seropozytywnych, jak i w okienku serologicznym, wskazują na wzrost częstości zakażeń HIV wśród osób mających zamiar oddać krew. Niepokojące jest, że częstość obu rodzajów zakażenia jest większa niż u dawców krwi, np. w Stanach Zjednoczonych, gdzie częstość zakażenia HIV w populacji ogólnej jest większa niż w Polsce. Ta obserwacja może świadczyć o tym, że w Polsce jest wielu (więcej niż w innych krajach) tzw. *test seekers* – osób, które przychodzą oddać krew przede wszystkim w celu przebadania się. To z kolei może wynikać z mniejszej dostępności badań przeglądowych skierowanych do osób z populacji szczególnie narażonych na zakażenie HIV. Należy również rozważyć, czy w Polsce nie mamy do czynienia z większą niż w innych krajach liczbą osób nieświadomych zakażenia HIV. Zmiany częstości zakażeń u dawców



Rycina 1. Częstość zakażeń wirusem HIV wśród polskich krwiodawców w latach 1990–2011 (opracowanie dr M. Mikulska, IHiT, Warszawa).

w ostatnich latach są spójne z danymi dotyczącymi ogólnej częstości zakażeń w populacji polskiej (www.pzh.gov.pl) i wskazują na rosnącą liczbę/częstość nowych zakażeń. Po stwierdzeniu zakażenia, przy okazji wręczania wyników badania świadczących o zakażeniu HIV, zdyskwalifikowany dawca proszony jest o wypełnienie ankiety epidemiologicznej, która ma służyć identyfikacji najbardziej prawdopodobnej drogi zakażenia. O ile po wprowadzeniu badań na obecność wirusa HIV osoby zakażone wśród najbardziej prawdopodobnych źródeł zakażenia wymieniały środki odurzające podawane w zastrzykach (*nota bene* po ich przyjmowaniu nie wolno oddawać krwi do celów leczniczych), o tyle obecnie najczęściej wskazują na kontakty seksualne między mężczyznami.

Trudności diagnostyczne i ryzyko zakażenia przez krew

Przedstawione informacje pokazują, że system ochrony przed zakażeniem HIV przez transfuzję biorców krwi i jej składników jest wielostopniowy. Obecnie uważa się, że ryzyko takiego powikłania jest bliskie zeru. W wyniku rygorystycznej kwalifikacji dawcy krwi są populacją charakteryzującą się niewielkim stopniem ryzyka zakażenia HIV. Do identyfikacji osób zakażonych stosowane są testy diagnostyczne o najlepszych parametrach, które pozwalają stwierdzić zakażenie już kilka dni po przeniesieniu wirusa. Gdyby jednak osoba zakażona oddała krew do celów leczniczych, jest duże prawdopodobieństwo identyfikacji w procedurze karencjonowania lub efektywnej inaktywacji, która jest używana w trakcie produkcji coraz większej liczby składników krwi. Istniejące ryzyko wynika z niewielkiego prawdopodobieństwa pobrania krwi od dawcy w okresie pierwszych kilkudziesięciu godzin po zakażeniu oraz z, jak się wydaje, występowania rzadkich przypadków zakażeń w okienku serologicznym mutantami HIV, które są na tyle zmienione, że nie rozpoznają ich obecnie stosowane testy wykrywające materiał genetyczny wirusa.

Kraj	Liczba donacji	
	Zbadanych	Dodatnich (częstość/mln donacji)
USA	23 mln	5 (0,22)
Niemcy	18 mln	3 (0,17)
Wielka Brytania	8 mln	0 (0)
Japonia	16 mln	6 (0,37)
Polska (do 2013 r.)	9 mln	11 (1,22)

Tabela 1. Wykrywanie RNA HIV u dawców krwi bez przeciwciał anti-HIV (2007).

Mimo stosowania licznych działań zapobiegających przenoszeniu zakażenia HIV przez transfuzję, wciąż należy podkreślać odpowiedzialność dawcy na etapie kwalifikacji przed oddaniem krwi. Podawane przez niego informacje mają podstawowe znaczenie dla bezpieczeństwa przetoczeń.

Piśmiennictwo

1. Czynniki zakaźne przenoszone przez krew pod red. Ewy Brojer: 4. Retrowirusy - biologia, epidemiologia i diagnostyka. OINPHARMA, Warszawa 2008.
2. Windyga J, Grabarczyk P, Stefańska E, Buczman A, Szczepanik AB, Kłukowska A, Mikulska M, Medyńska J, Brojer E. Częstość zakażeń HCV, HBV i HIV w populacji chorych na ciężką hemofilię w Polsce. *Przegląd Epidemiologiczny* 2008;62:415–423.
3. Mikulska M, Sułkowska E, Grabarczyk P, Medyńska J, Seyfried H, Łętowska M, Brojer E. Częstość zakażeń wirusem HIV w populacji krwiodawców w Polsce w latach 1988-2007. *Journal of Transfusion Medicine* 2008;1,1:20–27.
4. Grabarczyk P, Medyńska J, Liszewski G, Kubicka-Russel D, Sułkowska E, Mikulska, Łętowska M, M Brojer E.

HCV RNA and HIV RNA detection by PROCLEIX HIV1/HCV ASSAY in blood donors with various results of anti-HCV and anti-HIV EIA. *Journal of Transfusion Medicine* 2009;1(1):26–33.

5. Sułkowska E, Mikulska M, Grabarczyk P, Brojer E, Łętowska M, Polska Grupa Badawcza ds. Badań Wirusologicznych u Dawców Krwi w Regionalnych Centrach Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa. Analiza molekularnych i serologicznych markerów zakażenia HIV u polskich krwiodawców. *J. Transf. Med.* 2013, 6, 1:1–7.
6. Łętowska M [red] Medyczne zasady pobierania krwi, oddzielania jej składników i wydawania obowiązujące w jednostkach organizacyjnych publicznej służby krwi. Instytut Hematologii i Transfuzjologii, Warszawa 2011.
7. Moraczewska Z, Seyfriedowa H, Kacperska E, Szata W, Mazurkiewicz W, Babiuch L. [HIV-1 infection in blood donors and blood recipients]. *Przegląd Epidemiol.* 1990;44(3):149–54.

Piotr Grabarczyk
Zakład Wirusologii,
Instytut Hematologii i Transfuzjologii
Warszawa, ul. Chocimska 5
pgrabarczyk@ihit.waw.pl
tel. 22 349 66 00 wew. 172

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@ids.gov.pl
www.aids.gov.pl

Egzemplarz bezpłatny
Redakcja zastrzega sobie prawo
adjustacji i skracania artykułów.