



W numerze:

E-learning: trudne rozmowy o teście na HIV? Str. 1-2

Anna Kaczmarek

Bezpieczna sztuczna inseminacja w grupie niezgodnych serologicznie par (mężczyzna HIV+, kobieta HIV-) Str. 3-4

Andrzej Lipniacki

Akcja „Cichy Zabójca WZW C. Działa w ukryciu. Twoja niewiedza utrzymuje go przy życiu” na tegorocznym Przystanku Woodstock Str. 5-6

Magdalena Ankiersztejn-Bartczak

Najciekawsze publikacje prasowe z ostatnich miesięcy Str. 7

Małgorzata Olczyk

Spotkanie dla osób żyjących z HIV/AIDS i ich bliskich Str. 8

Magdalena Babińska

Aspekty

Choroby przenoszone drogą płciową – cz. I

Dr n. med. Ewa Firląg-Burkacka

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

E-learning: trudne rozmowy o teście na HIV?



HIV-AIDS.edu.pl

Portal edukacyjny Krajowego Centrum ds. AIDS

Jedynie niewielki procent dorosłych Polaków wykonał kiedykolwiek test w kierunku HIV. Szacuje się, że w Polsce około 50% osób żyjących z HIV nie wie o swoim zakażeniu. By podjąć decyzję o zrobieniu testu na HIV należy nie tylko znać drogi transmisji wirusa, lecz także odnieść ryzyko zakażenia do siebie.

Nieocenioną siłą, która ma potencjał odwrócić niepokojący trend coraz częstszego, późnego, prawie równoczesnego z AIDS rozpoznawania zakażeń HIV, mogą stać się przedstawiciele środowisk medycznych – lekarze różnych specjalności, pielęgniarki i położne. W Polsce przeważająca część osób, u których zakażenie wykryto już w stadium AIDS, w latach poprzedzających rozpoznanie, szukała u lekarzy pomocy dotyczącej dolegliwości i objawów, które w ocenie retrospektywnej silnie wskazywały na zasadność przeprowadzenia testu w kierunku zakażenia HIV.

Mini-badanie ankietowe przeprowadzone wśród lekarzy różnych specjalności przez firmę Connectmedica wykazało,

że główne przyczyny, z powodu których lekarz może mieć problem ze skutecznym i bezstresowym zleceniem testu na HIV to poczucie, że wraz z postępem nauk medycznych, wiedza o HIV i epidemii zmienia się i rozszerza bardzo szybko oraz niepewność, co do właściwej komunikacji w sytuacji proponowania testu.

Aby zaradzić pierwszej ze wskazywanych trudności, Krajowe Centrum ds. AIDS prowadzi Platformę edukacyjną www.hiv-aids.edu.pl, dzięki której już wielu lekarzy oraz wiele pielęgniarek i położnych uaktualniło i rozbudowało swoją wiedzę o zakażeniu.

W przypadku chorób wiążących się ze stereotypami społecznymi, do których zalicza się zarówno AIDS, jak i zakażenie HIV, często zdarza się, że na linii lekarz – pacjent występują problemy komunikacyjne. Problemy w komunikacji mogą przekładać się niestety na wydawanie niesprawiedliwych opinii na temat lekarza przez pacjenta, wpływać na poziom zaufania w stosunku do lekarza, a nawet rzutować na zdrowie pacjenta – niepra-





widłowa komunikacja może bowiem utrudnić zlecenie testu na HIV, a w konsekwencji spowodować nierozpoznanie zakażenia w odpowiednim czasie. Wychodząc naprzeciw drugiej ze zdiagnozowanych potrzeb, pierwszego października na Platformie edukacyjnej Krajowego Centrum ds. AIDS, uruchomiliśmy nowy, atrakcyjny program edukacyjny zatytułowany: *Testowanie w kierunku HIV*.

Program składa się z sześciu scenek edukacyjnych, w których – z pomocą aktorów i eksperta z dziedziny psychologii – udzielamy praktycznych wskazówek dotyczących skutecznej komunikacji. Zapoznanie się ze scenkami powinno pomóc lekarzo-

wi podczas proponowania testu na HIV i przygotować go na ewentualne problemy związane z nieadekwatną reakcją pacjenta. Niektóre sytuacje mogą sprawiać wrażenie przerysowanych, jednak jest to zabieg celowy, który ma wyraźnie wskazać problemy komunikacyjne, jakie mogą wystąpić podczas rozmowy z pacjentem. Sposób przedstawienia scenek sprawia, że lekarz ma możliwość wcielenia się w rolę widza. Podświadome wyłączenie się z merytorycznych kwestii podejmowanych w ramach codziennych obowiązków służy absolutnemu skupieniu się na komunikacji, która w przypadku zlecenia testu na HIV ma ogromne znaczenie.

Nie chcemy moralizować i pouczać. Działając na rzecz jak najwcześniejszego wykrywania zakażeń HIV, pragniemy pokazać najsukcesowniej i najefektywniej rozwiązania.

Wykład przygotowany przez doktor Dorotę Rogowską-Szadkowską dla lekarzy różnych specjalności uzupełnia program edukacyjny: *Testowanie w kierunku HIV*. Pani doktor zajmuje się HIV i AIDS od 1990 r., a prowadząc konsultacje w Poradni Internetowej HIV/AIDS (<http://www.aids.gov.pl/pi/>) odpowiada codziennie na dziesiątki trudnych pytań, które mogą zostać zadane również w każdym gabinecie lekarskim. To krótkie kompendium wiedzy o HIV i AIDS oraz współczesnym kształcie epidemii rozwiewa wszelkie wątpliwości dotyczące tego, kiedy i dlaczego warto zaproponować pacjentowi test w kierunku zakażenia HIV.

Opisywany materiał będzie dostępny na platformie e-learningowej dla wszystkich zalogowanych użytkowników.

Krajowe Centrum ds. AIDS dziękuje Pani dr Annie Jędrzejowskiej oraz kadrze przychodni Indywidualnych Praktyk Lekarskich Lekarzy Rodzinnych przy ul. Samsonowskiej 1 za udostępnienie placówki w celu realizacji nagrań.

Anna Kaczmarek

[strona główna](#)

[program edukacyjny](#)

[kontakt](#)

zobacz także na aids.gov.pl: [szkolenia](#), [publikacje](#), [aktualności](#)

Szkolenia dla: [ginekologów](#) [lekarzy POZ](#) [pielęgniarek i położnych](#) [doradców](#)

Program edukacyjny dla wszystkich użytkowników: **Testowanie w kierunku HIV**

W Polsce co 10 osób jest zakażona HIV.

Codziennie dowiadujemy się o zakażeniu HIV.

Na świecie żyje obecnie 33 miliony osób zakażonych wirusem HIV.

Poradnictwo okołotestowe

Zakażenie HIV może dotyczyć każdego. Dlatego ważne jest proponowanie testu w kierunku HIV. Kiedy proponować wykonanie testu.

[zobacz wykład](#)

Program edukacyjny

Platforma edukacyjna Krajowego Centrum ds. AIDS przeznaczona jest dla lekarzy, pielęgniarek i położnych oraz studentów medycyny, zainteresowanych problematyką HIV/AIDS.

Zostałeś pomyślnie
zalogowany jako

Klient Activeweb

moje konto

Helpdesk

Skontaktuj się z firmą Connectmedica Sp. z o.o. pod numerem telefonu:
+48 22 894 06 33

Jesteś Pacjentem, bądź osobą zainteresowaną

Bezpieczna sztuczna inseminacja w grupie niezgodnych serologicznie par (mężczyzna HIV+, kobieta HIV-)

Początek XX wieku przyniósł największą i najstraszliwszą w dziejach ludzkości epidemię choroby zakaźnej – grypa hiszpanka zabiła od 20 do 100 mln ludzi na świecie. Jednak kolejne dekady to okres wielkiego triumfu medycyny nad chorobami zakaźnymi. Między innymi dzięki szczepionkom drastycznie ograniczono zapadalność na paraliż dziecięcy, odrę, różyczkę, cholerę, by wreszcie doprowadzić, po raz pierwszy w dziejach, do całkowitego wyeliminowania czarnej ospy, co zostało ogłoszone w 1980 r. Wtedy wydawało się, że choroby zakaźne to przeszłość.

Rok 1981 pokazał, jak złudne były te nadzieje. Epidemia HIV/AIDS po raz kolejny obnażyła naszą bezsilność. Pomimo buńczucznych zapowiedzi do dzisiaj nie opracowano szczepionki przeciw HIV. Co więcej nie ma nawet nadziei, aby w ciągu najbliższych 10 lat taka szczepionka się pojawiła. Na szczęście po wielu latach walki z wirusem udało się odnieść duży sukces – opracowano wielolekową terapię antyretrowirusową, która choć nie daje szansy na wyeliminowanie wirusa u osoby zakażonej, pozwala skutecznie ograniczać jego namnażanie, a więc powstrzymuje rozwój choroby. Osoby poddane takiej terapii, na równi z osobami zdrowymi, mogą snuć plany na przyszłość i zamiast obawiać się rychłej śmierci – myśleć o założeniu rodziny, a więc o posiadaniu dzieci. Dzięki postępowi medycyny istnieje możliwość urodzenia się zdrowych dzieci w sytuacji, gdy jedno z rodziców jest zakażone HIV.

W przypadku, gdy zakażona jest kobieta, profilaktyczne podanie jej leków antyretrowirusowych w czasie ciąży redukuje ryzyko zakażenia z ok. 25% do poniżej 1%, czyli ponad 99% dzieci może urodzić się zdrowych. Niemniej w tej sytuacji nie ma możliwości obniżenia ryzyka do zera. Opisana powyżej profilaktyka okołoporodowa dotyczy tylko tych kobiet, które dowiadują się o swoim zakażeniu podczas ciąży.

Natomiast w przypadku, gdy zakażony jest mężczyzna, działania zapobiegawcze są dużo skuteczniejsze i polegają na wy-

eliminowaniu ryzyka zakażenia kobiety w czasie zapłodnienia.

Kontakty seksualne stanowią główną drogę rozprzestrzeniania się HIV. Ryzyko zakażenia kobiety drogą płciową zależy od poziomu wirerii i wynosi 1:100 – gdy wiremia kształtuje się na poziomie 100 000 kopii/ml lub 1:3 000 – gdy wiremia wynosi 1 000 kopii/ml. Decyzja o posiadaniu dziecka poczętego w takim związku w wyniku stosunku płciowego, niesie wysokie ryzyko zakażenia partnerki i w konsekwencji przeniesienia zakażenia na noworodka. Jedna z polskich niezgodnych serologicznie par podjęła taką decyzję. Szczęśliwie nie doszło do zakażenia matki i dziecko urodziło się zdrowe. Podczas spotkania z osobami gotowymi podjąć podobne ryzyko, para ta zrelacjonowała pozostałym, jak wielki stres im towarzyszył. To była bardzo dramatyczna decyzja i po tych doświadczeniach, nie podjęliby jej ponownie.

Alternatywą dla tak ryzykownego zachowania jest sztuczna inseminacja oczyszczonymi plemnikami zakażonego partnera, czyli plemnikami sterylnie oddzielonymi od reszty nasienia.

Taki zabieg jest możliwy dzięki temu, że plemniki należą do tych rodzajów komórek ludzkich, które nie ulegają zakażeniu HIV. Ludzki wirus niedoboru (upośledzenia) odporności nie może zakażać dowolnej komórki ludzkiej, a tylko taką, która posiada na swej powierzchni białka receptorowe dla tego wirusa, takie jak CD4 i CCR5. W plemnikach nie stwierdzono obecności tych, ani im podobnych białek. Nie udało się też znaleźć materiału genetycznego wirusa wewnątrz tych komórek. Z jednej strony plemniki należą do komórek, których HIV nie jest w stanie zakażać, z drugiej strony wiadomo, że nasienie zakażonego mężczyzny zawiera wirusa i właśnie nasienie jest głównym źródłem rozprzestrzeniania się epidemii HIV/AIDS. Dzieje się tak, ponieważ HIV występuje w postaci wolnych cząsteczek we frakcji płynnej nasienia lub wewnątrz komórek innych niż plemniki (tzw. NSC

– non sperm cells, są to głównie leukocyty). Separacja plemników jest możliwa dzięki zastosowaniu wirowania nasienia w skokowym gradiencie koloidalnego roztworu o gęstości, która umożliwia oddzielenie plemników od innych komórek i od wolnych cząsteczek HIV. Plemniki są komórkami o największej gęstości i tylko one, po wirowaniu w obecności wspomnianego roztworu, są w stanie zejść na dno probówki, podczas gdy zawierająca wirus reszta nasienia pozostaje na górze. Ostrożne rozdzielanie warstwy dennej od warstwy górnej gwarantuje powodzenie całej operacji. Takie wirowanie w gradiencie było rutynowo stosowane w procesach sztucznej inseminacji w celu eliminacji zakażeń bakteryjnych. W przypadku zakażenia HIV, ta metoda została zastosowana po raz pierwszy w 1987 r., przez Enrico Semprinio. Włoski ginekolog, do którego po pomoc zgłosiły się pary o mieszanym statusie serologicznym, nie miał z początku pewności czy zastosowane przez niego rozwiązanie okaże się skuteczne. Trzeba pamiętać, że wówczas nie istniały jeszcze takie techniki jak PCR, które pozwalałyby laboratoryjnie sprawdzić bezpieczeństwo tej metody. W roku 1992 r., po pięciu latach stosowania, gdy okazało się, że ani razu nie doszło do zakażenia, Semprini zdecydował się opublikować wyniki swoich badań w renomowanym czasopiśmie „Lancet”.

Siedem lat później, do mojego przełożonego – doktora Andrzeja Piaska, wtedy kierownika Laboratorium Immunologii wchodzącego w skład Centrum Diagnostyki i Terapii AIDS w Warszawie – zgłosiła się pierwsza niezgodna serologicznie para (mężczyzna HIV+, kobieta HIV-), szukająca pomocy w zakresie bezpiecznego poczęcia. Mój stosunek do tej kwestii był zdecydowanie sceptyczny, gdyż wcześniej nie zajmowaliśmy się technikami wspomagania rozrodu i nie mieliśmy doświadczenia. Jednak mój szef był bardzo zdeterminowany, by pomóc tej parze. Tym bardziej, że wszystkie specjalistyczne kliniki zajmujące się prokreacją, do których zwróciła się ta para, odmawiały pomocy, gdy padło magiczne słowo – HIV. Dr Piasek przeglądając piśmiennictwo poświęcone temu zagadnieniu dotarł do

pracy Semprinio i stwierdził, że posiadamy kwalifikacje mentalne i manualne niezbędne, by zastosować opisaną przez Włocha technikę. Dowiedział się również, że w tamtym czasie, w Europie, przeprowadzono z sukcesem 4000 sztucznych inseminacji u 1500 par, w wyniku których urodziło się kilkaset zdrowych dzieci. Zanim zdecydował się pomóc wspomnianej parze, dr Piasek dokonał wraz ze mną serii eksperymentów laboratoryjnych z użyciem wirusa pochodzącego z hodowli tkankowych w ilościach setki tysięcy razy przekraczających maksymalne wartości wirerii spotykane u osób zakażonych. Dzięki zastosowaniu techniki PCR upewniliśmy się, że metoda ta zdaje egzamin nawet w sytuacji tak ogromnej ilości HIV, która nigdy u pacjentów nie występuje. W trakcie eksperymentów wprowadziliśmy szereg modyfikacji techniki Semprinio (pobieranie plemników z osadu po przebicciu dna próbówki, zwiększenie liczby warstw roztworu koloidalnego). Po zakończeniu części eksperymentalnej mój szef nawiązał współpracę z dr. Tomaszem Niemcem z Instytutu Matki i Dziecka, który wystąpił o zgodę komisji etycznej.

Wreszcie w 2002 r., w Boże Ciało (akurat wtedy wypadła owulacja) pierwsza para zgłosiła się do Centralnego Laboratorium Surowic i Szczepionek w Warszawie (obecnie Narodowy Instytut Leków), wtedy naszego nowego miejsca pracy, gdzie dr Piasek wykonał pierwszy zabieg oczyszczenia nasienia, a dr Niemiec – pierwszej sztucznej inseminacji (później okazało się, że nie byliśmy pierwsi w Polsce – przed nami zabieg taki wykonał zespół prof. Szamatowicza z Białegostoku). Pierwszy zabieg zakończył się sukcesem – po 9 miesiącach na świat przyszła zdrowa dziewczynka. A później były kolejne... dziewczynki. Nie jest to przypadek – otóż plemniki zawierające chromosom X są o około 1,5% cięższe od tych, które posiadają chromosom Y. Ta różnica wystarczy, by w sposób istotny statystycznie proporcje przesunęły się nieznacznie na korzyść plemników „żeńskich”.

Pierwsza inseminacja, która od razu zakończyła się ciążą, jest ewenementem, a nie regułą. Semprini podawał, że skuteczność jednego cyklu inseminacji wynosi około 15%, czyli co siódma próba jest skuteczna. Jak się okazało, u nas występowała podob-

na prawidłowość. Zdarzały się pary, które kilkanaście razy podejmowały próbę, by po trzech latach odnieść sukces. Niektórym nie udawało się po tylu próbach. Co jest przyczyną tych niepowodzeń? Trudno to podsumować, ale na pewno mają tu znaczenie: wiek kobiet (na ogół powyżej 30 lat), trudności z oszacowaniem momentu owulacji, zaburzenia cyklu, stres związany ze zbyt wielkimi oczekiwaniami. U jednej z kobiet 3 lata niepowodzeń były spowodowane niedrożnością jajowodów, a gdy te zostały wreszcie udrożnione, już po 3 próbach nastąpiło poczęcie.

U mężczyzn często obserwujemy obniżoną liczbę plemników, oraz ich obniżoną żywotność i ruchliwość, co jest na ogół następstwem stosowania leków antywirusowych.

W 2006 r. po raz pierwszy trafił do nas mężczyzna, u którego nie było ani jednego plemnika. Okazało się, że był on w trakcie terapii interferonowej związanej z koinfekcją HCV. Oczywiście nie powinien był się do nas zgłosić, gdyż przyjmowanie interferonu stanowi przeszkodę dla prokreacji. Dotyczy to zarówno mężczyzn, jak i kobiet w czasie terapii i 6 miesięcy po jej zakończeniu. Ten mężczyzna o tym nie wiedział. Zaintrygowany zajrzałem do bazy naukowej PubMed, która gromadzi informacje o milionach naukowych artykułów medycznych, i znalazłem jedynie dwa artykuły, które dotyczyły wpływu interferonu na zdrowie prokreacyjne mężczyzn. W ciągu kolejnych dwóch lat trafiło do nas jeszcze czterech leczonych interferonem mężczyzn. U trzech z nich plemników nie było wcale lub ich liczebność była dramatycznie niska, mimo że od zakończenia terapii minęło 7 lat lub 1 rok. U jednego z mężczyzn poziom plemników był w normie 3 lata po zakończeniu terapii. W opisanej sytuacji nie można stwierdzić jednoznacznie, że to interferon jest sprawcą obniżenia lub zaniku plemników u wspomnianych mężczyzn. To, co budzi niepokój, to brak jakichkolwiek badań klinicznych, które w sposób perspektywny mogłyby ocenić wpływ interferonu na produkcję plemników w sytuacji, gdy na świecie miliony mężczyzn było leczonych tym lekiem. W 2008 r. ukazała się pierwsza (Pecou S., 2008), i jak dotąd jedyna, praca opisująca jednego mężczyznę, którego nasienie było badane przed roz-

poczęciem, w trakcie oraz dwa lata po zakończeniu terapii. Okazało się, że w czasie leczenia interferonem liczba plemników obniżyła się trzykrotnie, natomiast odsetek plemników ze zdefragmentowanym DNA wzrósł pięciokrotnie. Po zakończeniu terapii wysoki poziom plemników z uszkodzonym DNA utrzymywał się przez 9 miesięcy, a więc o trzy miesiące dłużej, niż zalecana w ulotce producenta wstrzemięźliwość prokreacyjna.

Ogółem dotarło do nas 60 par. Pary przyjeżdżają z całej Polski oraz spoza jej granic: pojedyncze pary Polaków ze Stanów Zjednoczonych i Anglii oraz cudzoziemców z Ukrainy (3 pary) i z Rosji (2 pary). Trzy pary dzięki naszej pomocy mają już dwoje dzieci, znakomita większość poprzestawała na jednym.

Urodziło się co najmniej 19 dzieci: większość to dziewczynki.

W latach 2007–2008 prowadziliśmy we współpracy ze Społecznym Komitetem ds. AIDS wykłady i szkolenia na ten temat dla lekarzy z Ukrainy i Rosji.

Wszystkie zabiegi oczyszczenia nasienia zostały wykonane przez nas (A. Lipniacki i A. Piasek) nieodpłatnie, podobnie jak sztuczne inseminacje wykonane przez dr. T. Niemca i jego współpracowników: dr. Jacka Maciejewskiego i dr. Anetę Kowalską.

Na koniec chciałbym zaznaczyć olbrzymią determinację naszych pacjentów powodowaną chęcią posiadania dziecka. Pary, będące podmiotem tego projektu, łączy silna więź emocjonalna, stanowiąc fenomen socjologiczny, gdy odniesiemy ją do potocznego postrzegania osób zakażonych przez ogół społeczeństwa, gdzie nierzadko występuje nieżyczliwa obojętność, niechęć lub wręcz agresja. Godną podziwu jest więc postawa zdrowych osób, które pozostają w związkach, w którym do zakażenia partnera doszło w czasie ich trwania, i które świadomie decydują się wstąpić w związek małżeński z zakażoną partnerką/zakażonym partnerem.

Dr Andrzej Lipniacki

Akcja „Cichy Zabójca WZW C. Działa w ukryciu. Twoja niewiedza utrzymuje go przy życiu” na tegorocznym Przystanku Woodstock



Działa w ukryciu.
Twoja niewiedza utrzymuje go przy życiu.



Fundacja Edukacji Społecznej

Podczas tegorocznego festiwalu organizowanego w dniach 31 lipca–3 sierpnia w Kostrzynie nad Odrą, Fundacja Edukacji Społecznej, dzięki zaangażowaniu edukatorów i włączeniu się do kampanii edukacyjnej *Cichy Zabójca WZW C. Działa w ukryciu. Twoja niewiedza utrzymuje go przy życiu*, miała możliwość działania na jednej z największych imprez muzycznych na świecie.

Czarny, charakterystyczny namiot przyciągał uwagę uczestników festiwalu. Edukatorzy i lekarz chorób zakaźnych codziennie od rana do późnych godzin wieczornych edukowali i zachęcali do wykonywania bezpłatnych testów na HCV. Nasi edukatorzy rozdawali ulotki i podejmowali roz-



Fot. Sławomir Kowalewski

nało test na HCV. Akcja przerosła nasze oczekiwania. Otwartość, żywiliwość uczestników oraz duża chęć poszerzania swojej wiedzy świadczy o zasadności dalszego działania na tego typu wydarzeniach. Mimo wysokich temperatur i festiwalowych warunków pracy, pełny profesjonalizm i nieocenione zaangażowanie wykazali również edukatorzy z Fundacji Edukacji Społecznej:

Irenka, Ola, Renia, Wiola, Sylwia, Magda i Agnieszka.

Edukacja na Woodstocku była kolejnym z podejmowanych tego lata działaniem



Fot. Sławomir Kowalewski

owę o HCV zarówno w namiocie, jak i na terenie festiwalu oraz w samym Kostrzynie. Bezpłatne testy były dostępne w dwóch punktach: w poradni i w szpitalu.

Byliśmy mile zaskoczeni otwartością i zainteresowaniem okazywanymi przez młodych ludzi. Ciekawiło ich, czym jest zakażenie HCV, jaką chorobę wywołu-

je i jakie mogą być jej skutki. Większość osób nie wiedziała czym jest HCV i jakie niesie ze sobą zagrożenia. Wiele osób było wytatuowanych i kolczykowanych, a nie mieli świadomości, że podczas tych zabiegów mogło dojść do przeniesienia wirusa. Izabela Pietrzak, lekarz chorób zakaźnych ze szpitala Zakaźnego w Warszawie, rozmawiała indywidualnie z kilkoma osobami,

które już zostały zdiagnozowane na wirusowe zapalenie wątroby typu C i były w trakcie leczenia. Możliwość spotkania ze specjalistą poza placówką medyczną dało szansę na szczerą rozmowę i uzyskanie odpowiedzi na nurtujące pytania.

W trakcie czterech dni działań rozdaliśmy prawie 13 tys. ulotek. Kilkaset osób wyko-

MOŻLIWE DROGI PRZENOSZENIA WIRUSA HCV:

- Operacja
- Zabieg stomatologiczny
- Tatuowanie ciała
- Przekłuwanie ciała (kolczykowanie)
- Strzyżenie w salonie fryzjerskim
- Wstrzykiwanie wypełniaczy
- Transfuzje krwi (przez 1992 rokiem)

edukacyjnym z zakresu profilaktyki i wczesnego rozpoznawania zakażenia HCV. Charakterystyczny namiot i bezpłatne badania były już wcześniej dostępne w Gdańsku, Radomiu i Warszawie. Przy każdej akcji nasze działania spotykały się z dużym zainteresowaniem.

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”



Fot. Sławomir Kowalewski



Fot. Sławomir Kowalewski

Wirusowe zapalenie wątroby typu C często jest nazywane „cichym zabójcą”, gdyż zakażenie zwykle przebiega bezobjawowo. A sytuacje, w których może do niego dojść, są bardzo powszechne i dotyczą każdego naruszenia ciągłości tkanek, zarówno w czasie zabiegów medycznych, jak i niemedywnych oraz w trakcie wielu zwyczajnych i częstych czynności. Ten problem dotyka co pięćdziesiątego Polaka. Ponieważ nie ma szczepionki chroniącej przed HCV, jedynym skutecznym sposobem walki z wirusem jest wczesne wykrycie choroby za pomocą prostego badania krwi na obecność przeciwciał anti-HCV i rozpoczęcie leczenia w jak najwcześniejszym stadium. Według potwierdzonych badaniami szacunków Polskiej Grupy Ekspertów HCV, w Polsce zakażonych WZW typu C może być ok. 730 000 osób, czyli 1,9% populacji.

WZW typu C zostało uznane przez Światową Organizację Zdrowia za jedno z największych zagrożeń epidemiologicznych współczesnego świata. Hepatolodzy z Pol-



Fot. Sławomir Kowalewski

skiej Grupy Ekspertów HCV zgodnie przyznają, że jeśli nie zostaną podjęte szybkie i zdecydowane działania w kierunku zdiagnozowania jak największej liczby zakażonych, w ciągu najbliższych 20 lat dojdzie

do licznej manifestacji późnych następstw WZW typu C, takich jak marskość wątroby czy rak wątrobowo-komórkowy. Mogą one wystąpić u około 150 000 przewlekłe zakażonych HCV, co w Polsce może przybrać dramatyczny wymiar społeczny i finansowy.

O Kampanii

Celem kampanii *Cichy Zabójca WZW C. Działa w ukryciu. Twoja niewiedza utrzymuje go przy życiu* jest zwiększenie świadomości społecznej na temat wirusowego zapalenia wątroby typu C poprzez wskazanie na powszechność sytuacji, w których może dojść do zakażenia oraz mobilizacja Polaków do wykonywania testów na obecność przeciwciał wirusa HCV we krwi. Więcej o kampanii na stronie www.wzwc.pl i na Facebooku.

Magdalena Ankiersztejn-Bartczak



Fot. Sławomir Kowalewski

Najciekawsze publikacje prasowe z ostatnich miesięcy

POZNANIE STRUKTURY KAPSYDU HIV PRZYCZYNI SIĘ DO POWSTANIA NOWYCH LEKÓW



W najnowszym numerze „Nature” opisano wyniki współpracy naukowców z Illinois oraz Szkoły Medycznej Uniwersytetu Pittsburskiego, którzy po raz pierwszy w historii precyzyjnie określili chemiczną strukturę kapsydu wirusa HIV, tj. białkowego płaszcza chroniącego jego materiał genetyczny. Poznanie tej struktury może być kluczowe do powstania nowych i skuteczniejszych leków antyretrowirusowych.

Naukowcy z UIUC poznali szczegóły struktury kapsydu dzięki pierwszej molekularnej symulacji wirusa HIV, uruchomionej na superkomputerze BLUE WATERS. Maszyna ta bazuje na platformie XK7 i jest wyposażona w 3000 akceleratorów graficznych Nvidia Tesla K20X, najszybszych układów tego typu, jakie kiedykolwiek powstały. Moc komputera pozwoliła naukowcom na uruchomienie największej symulacji w historii badań naukowych, obejmującej aż 64 000 000 molekuł.

Prace nad kapsydem stały się ważnym celem dla opracowania nowych leków antyretrowirusowych, szczególnie w świetle informacji, że małe rezusy wykształciły odporność na HIV dzięki białku, które zakłóca działanie tego kapsydu. Do tej pory nie opracowano jeszcze leków, których celem byłyby kapsyd wirusa HIV. Jednak zdobyte informacje o strukturze kapsydu dają farmakologom możliwość odkrycia nowych i bardziej skutecznych leków zwalczających HIV.

(Największa symulacja wirusa, „Gazeta Współczesna” z dnia 04.06.2013 r.)

PRZESZCZEP SZPIKU ZNÓW ELIMINUJE AIDS

Na konferencji poświęconej AIDS poinformowano o dwóch nowych przypadkach wyleczenia z HIV poprzez transplantację szpiku kostnego. U Amerykanów żyjących z HIV od kilkunastu lat, rozpoznano nowotwór krwi (chłoniaka złośliwego). Lekarze uznali, że jedyną nadzieją jest w ich przypadku przeszczep szpiku. Do transplantacji doszło u jednego z pacjentów cztery lata temu, u drugiego – dwa lata temu. U obu pacjentów po zabiegu liczba kopii HIV we krwi spadła poniżej wykrywalnego poziomu. Kilka miesięcy temu lekarze zdecydowali się także na odstawienie leków antyretrowirusowych, powstrzymujących rozwój wirusa. Na razie wyniki wskazują, że nie ma nawrotu choroby. Lekarze przestrzegają jednak, że fakt, iż niczego nie wykryto, nie musi oznaczać całkowitego wyeliminowania wirusa. Jego śladowe ilości mogą pozostać jeszcze w mózgu lub przewodzie pokarmowym. Może się także okazać, że w przypadku osłabienia organizmu, nastąpi replikacja wirusa.

(Tomasz Rożek, *HIV zwyciężony?*, „Gość Niedzielny” z dnia 28.07.2013 r.)

NOWY POMYSŁ BILLA GATESA

Bill Gates, były prezes zarządu Microsoft i jeden z najbogatszych ludzi na świecie, znany jest także ze swej działalności filantropijnej. Założona przez niego Fundacja Billa i Melindy Gatesów działa na rzecz poprawy warunków w krajach Trzeciego Świata.

Najnowszym pomysłem twórcy systemu operacyjnego Windows jest prezerwatywa nowej generacji, którą będą chcieli zakładać wszyscy mężczyźni. Oferuje 100 tys. dolarów temu, kto taką prezerwatywę wymyśli. Zdaniem państwa Gatesów większość mężczyzn nie lubi prezerwatyw, uważa, że odbierają całą przyjemność z seksu i w związku z tym ich nie używa. Efektem tego są zachorowania na AIDS i inne choroby przenoszone drogą płciową oraz nieplanowane ciążę. Fundacja Gatesa chce wprowadzić na rynek prezerwatywę, która nie odbierze nikomu przyjemności z seksu i w związku z tym będzie chętnie

nie zakładana przez mężczyzn. Z badań wynika, że podwojenie liczby osób używających prezerwatyw (obecnie używa ich 5% mężczyzn), znacząco spowolniłoby rozprzestrzenianie się HIV, a co za tym idzie zachorowalność na AIDS.

(100 tysięcy dolarów za prezerwatywę, „Express Bydgoski” z dnia 29.06.2013 r.)

CZY HIV MOŻE LECZYĆ?

Włoscy specjaliści z mediolańskiego Istituto San Raffaele Telethon tak zmodyfikowali HIV, że po wszczepieniu go dzieciom dotkniętym groźną genetyczną chorobą, udało się uratować im życie i przywrócić sprawność. Po trzech latach od przeprowadzenia eksperymentalnej metody leczenia, maluchy mogą bez żadnych przeszkód chodzić do szkoły, biegać i bawić się z rówieśnikami. Luigi Naldini, szef TIGET mówi, że terapia jest nie tylko bezpieczna, ale także skuteczna.

(Wirus HIV może leczyć, „Angora (An-gorka)” z dnia 28.07.2013 r.)

DVD WYKRYJE HIV

Naukowcy ze Szwedzkiej Politechniki Królewskiej opracowali tani i efektywny sposób wykrywania HIV przy użyciu płyt DVD. Pobraną od pacjenta krew aplikuje się na półprzezroczystą płytę DVD i skanuje w odtwarzaczu, który został przystosowany do odczytu wiązki światła przechodzącej przez dysk. Powstały obraz trafia na ekran komputera, gdzie jest dalej analizowany. Dzięki rozdzielczości obrazu sięgającego jednego mikrometra możliwa jest analiza krwinek, DNA, RNA i protein. Wyniki są znane niemal natychmiast, dzięki czemu pacjenci nie są zmuszani do kolejnych, często dalekich, podróży do placówek medycznych. Badacze uważają, że ich system może być wdrożony do użytku w ciągu najbliższych trzech lat i mieć olbrzymi wpływ na poprawę jakości opieki medycznej w biedniejszych rejonach świata. Taka tania metoda może okazać się przełomowa w krajach rozwijających się.

(Adam Wieczorek, *Wiadomości z Inter-netu*, „Aura” z dnia 01.07.2013 r.)

Małgorzata Olczyk

Spotkanie dla osób żyjących z HIV/AIDS i ich bliskich



Fragment spektaklu, dotyczącego akceptacji własnej choroby

Pod koniec lipca br. w siedzibie Stowarzyszenia Solidarni „PLUS” – EKO „Szkoły Życia” w Wandzinie odbyło się X Spotkanie Rodzinne. Wydarzenie to skierowane jest bezpośrednio do pacjentów ośrodka oraz ich krewnych i przyjaciół, którzy każdego roku przyjeżdżają do Wandzina, by wspólnie z bliskimi wziąć udział w obchodach tego święta. W wydarzeniu uczestniczą również przedstawiciele pozostałych dwóch placówek, wchodzących w skład Stowarzyszenia Solidarni „PLUS”, tj. Ośrodka Rehabilitacyjno-Postresocjalizacyjnego w Darżewie oraz Ośrodka Resocjalizacji w Gajkach.

Zjazd rodzin realizowany jest dzięki wsparciu Krajowego Centrum ds. AIDS w ramach zadania publicznego „Spotkanie dla osób żyjących z HIV/AIDS i ich bliskich”, a jego podstawowym celem jest udzielenie wsparcia osobom seropozytywnym oraz zapewnienie im poczucia pełnej akceptacji i zrozumienia. Wydarzenie to stanowi również okazję do upowszechniania wiedzy z zakresu HIV/AIDS, a ponadto umożliwia praktyczną walkę ze stereotypami. Program spotkania jest odzwierciedleniem celów, jakie co roku stawiają przed sobą jego organizatorzy. Dlatego też podczas zjazdu uczestnicy mogą skorzystać z wykładów oraz warsztatów, koncentrujących się wokół

problematyki życia z zakażeniem, lub wziąć udział w zmaganiach sportowych, nastawionych na integrację. Ponadto w trakcie spotkania uczestnicy mają okazję obejrzeć przygotowane przez pacjentów występy artystyczne, którym za każdym razem towarzyszą wielkie emocje. Tegoroczny wieczór twórczości własnej również nie zawiódł oczekiwani zgrupowanych w amfiteatrze widzów. Zaprezentowane spektakle obfitowały zarówno w chwilę wzruszenia, jak i refleksji, a ich tematem przewodnim była walka z uzależnieniem oraz problem zakażenia wirusem HIV. Mimo że występy różniły się między sobą formą oraz siłą przekazu, to każdy podszty był osobistymi doświadczeniami grających w nim osób. Dla wielu aktorów taki sposób wyrażania uczuć oraz dzielenia się nimi z publicznością był wyjątkowo poruszający, zwłaszcza, że wśród widzów znajdowali się członkowie ich rodzin oraz przyjaciele. Wieczór twórczości własnej był więc okazją do nawiązania dialogu między pacjentami a ich bliskimi oraz do przekazania im tego, co tak trudno jest wyrazić słowami w trakcie bezpośredniej rozmowy.

Program spotkania każdorazowo obejmuje również elementy służące promocji zdrowia oraz propagujące rzetelne informacje na temat HIV/AIDS, zarówno wśród osób dorosłych, młodzieży, jak i dzieci. Jak podkreślają organizatorzy, świadomość zwiększa bezpieczeństwo. Dlatego też od początku realizacji tej inicjatywy, w trakcie spotkania prowadzone są wykłady oraz warsztaty, koncentrujące się wokół tematyki HIV i AIDS. Natomiast dla najmłodszych gości organizowany jest co roku konkurs na najlepszy plakat z zakresu profilaktyki zakażeń. Dzięki temu każda grupa wiekowa ma okazję poszerzyć swoją wiedzę, a ta z kolei, na dalszym etapie, pozwala lepiej zrozumieć problemy osób seropozytywnych, wzmacnia akceptację oraz przyczynia się do walki ze stereotypami.

Zjazd rodzinny w Wandzinie to również czas sportowej rywalizacji, która

ułatwia integrację i wzajemne poznanie się uczestników. Oprócz typowych konkurencji, takich jak piłka nożna czy siatkówka, w programie spotkania pojawiają się m.in. siłowanie na rękę oraz tor przeszkód. Jednak co roku największe emocje towarzyszą marszobiegowi o puchar prezesa Stowarzyszenia Solidarni „PLUS”, podczas którego kiluosobowe grupy zmagają się w terenie z zadaniami z zakresu pierwszej pomocy. Podobnie jak większość punktów programu, marszobieg łączy w sobie zabawę i zdrową rywalizację z pogłębianiem wiedzy, a jego największą zaletą jest możliwość nauki przez działanie.

Spotkanie Rodzinne to niezwykle ciekawa inicjatywa, której nie są w stanie zastąpić ani konferencje, ani publikacje, ponieważ poruszane w trakcie zjazdu kwestie tolerancji i akceptacji są realizowane w praktyce przez interakcje między uczestnikami. Tym, co liczy się najbardziej w trakcie spotkania, to dobra zabawa oraz rodzinna atmosfera, które przekładają się na wysoką frekwencję. W tegorocznym zjeździe rodzin udział wzięło około 400 osób, będących żywym dowodem na skuteczność takich inicjatyw. Przede wszystkim jednak spotkanie wspiera pacjentów EKO „Szkoły Życia” w ich zmaganiach z chorobą i terapią, gdyż czas spędzony z rodziną i przyjaciółmi dodaje im sił oraz upewnia w przekonaniu, że mogą liczyć na akceptację ze strony bliskich.

Magdalena Babińska
asystentka dyrektora Ośrodka Readaptacji
Stowarzyszenia Solidarni „PLUS”
EKO „Szkoły Życia” w Wandzinie



Uczestnicy marszobiegu w trakcie zabezpieczania ciała obcego w ranie

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

Egzemplarz bezpłatny
Redakcja zastrzega sobie prawo
adjustacji i skracania artykułów.



Choroby przenoszone drogą płciową – cz. I¹

Choroby przenoszone drogą płciową (STD od ang. *sexually transmitted diseases*), zwane dawniej chorobami wenerycznymi, należą do jednych z najczęściej występujących chorób zakaźnych. Według WHO liczba zakażonych chorobami przenoszonymi drogą płciową jest wielokrotnie większa niż liczba zakażonych wirusem HIV.

Do najczęstszych STD zalicza się: kiłę, rzeżączkę, nierzęączkowe zapalenia cewki moczowej (chlamydie), zakażenia wirusem HPV, wirusa opryszczki, HIV, zakażenie wirusem żółtaczk typu B i C, mięczaka zakaźnego, świerzb, wszawicę łonową, rzesistkowicę, owsicę, sporadycznie Shigelloza.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) po 2005 r. odnotowała ponad 448 mln osób zakażonych tymi chorobami, podczas gdy w 1999 r. było ich tylko 340 mln. Liczby te wskazują na rosnący trend liczby zakażeń, co stanowi ogromny problem dla służby zdrowia na całym świecie.

Zachorowalność na choroby przenoszone drogą płciową rozkłada się nierównomiernie. Największą obserwuje się w krajach słabo rozwijających się, na terenie Azji Południowo-Wschodniej, Ameryki Łacińskiej, Afryki i rejonu Karaibów.

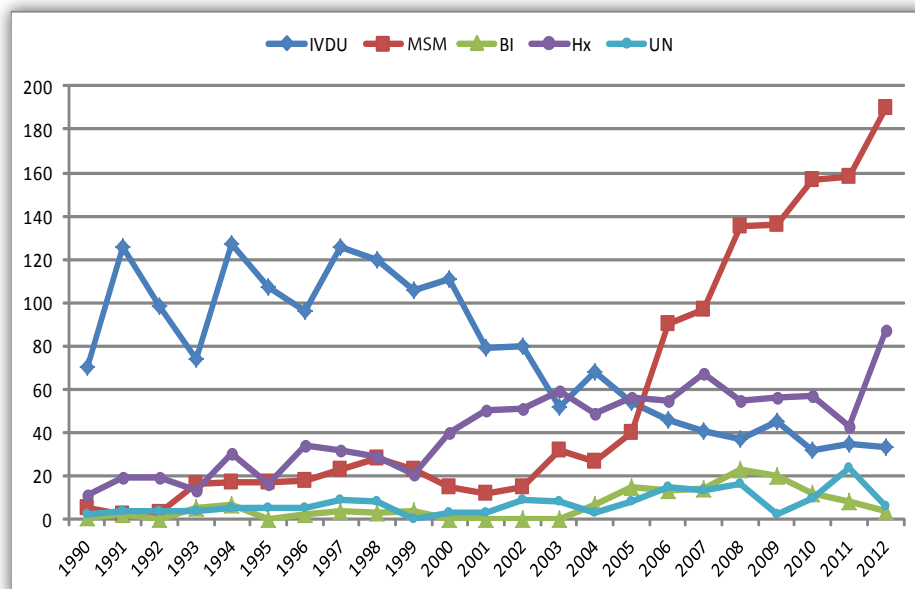
Dane epidemiologiczne wskazują również na wzrost zachorowań na kiłę, rzeżączkę i AIDS po 1997 r. w krajach leżących na wschód od Polski. Dane statystyczne z lat 1995–2004 dotyczące Europy mówią o podwojeniu się liczby przypadków rzeżączki w Wielkiej Brytanii, Irlandii, Szwecji oraz kiły w Belgii i Wielkiej Brytanii, a także zwiększonej zachorowalności na kiłę i rzeżączkę w Szwecji, Francji, Hiszpanii, Niemczech i Holandii.

W ostatnich latach na świecie obserwuje się też wzrost zakażeń wirusem HIV.

W 2012 r. szacunkowa liczba osób zakażonych HIV wyniosła 34 mln, dane pochodzą z XIX Międzynarodowej Konferencji na temat AIDS, która odbyła się w Waszyngtonie w lipcu 2012 r. Zwrócono uwagę, że STD występuje najczęściej u osób mło-

dych, mieszkających w dużych miastach, w grupie MSM (men having sex with men), u emigrantów, jak również u kobiet (40% poniżej 30 r.ż.).

Podobne obserwacje wynikają z mojej codziennej praktyki lekarskiej z pacjentami zakażonymi HIV. Od 2005 r. obserwujemy znaczny wzrost zakażeń HIV w grupie MSM i niewielki w grupie osób heteroseksualnych, co ilustruje wykres.



Bardzo ważne w epidemiologii chorób przenoszonych drogą płciową są zachowania i zwyczaje seksualne. Ryzyko zachorowań na choroby przenoszone drogą płciową wzrasta wraz z liczbą partnerów, częstotliwością zmiany partnerów, liczbą przygodnych kontaktów, preferencji seksualnych (kontakty homoseksualne, heteroseksualne, biseksualne) oraz rodzajem stosunków płciowych: urogenitalne, oroforalne, analne. Duże znaczenie ma wiek pacjentów – są to osoby aktywne seksualnie w wieku 15–24 lata, częściej mężczyźni niż kobiety (u kobiet zakażenia najczęściej przebiegają bezobjawowo). Ogromną rolę w epidemiologii chorób przenoszonych drogą płciową odgrywają negatywne postawy pacjentów, np.: niestosowanie się do zaleceń lekarskich, przerwanie leczenia,

niezgłaszanie się na wyznaczone wizyty lekarskie, odmowy w ujawnianiu kontaktów, brak współpracy z lekarzem w ustalaniu źródeł zakażenia.

W przypadku HIV do zakażenia dochodzi najczęściej drogą kontaktów płciowych, podczas gdy dla innych chorób kontakty seksualne są tylko jedną z form przenoszenia, ale nie najważniejszą.

Kiła (*Lues*)

Kiłę wywołuje bakteria Gram-ujemna – krętek błądy (*Treponema pallidum*). Krętki mnożą się przez podział poprzeczny, czas replikacji wynosi 23–33 godziny. Po wnikięciu do skóry lub błony śluzowej krętki namnażają się w miejscu zakażenia i wnikają do naczyń chłonnych i krwionośnych. Zakaźność kiły zależy od okresu choroby. Jest największa w pierwszych 2 latach trwania zakażenia (nasilona bakteriemia). Kiła cechuje się wieloletnim przebiegiem, z następującymi po sobie okresami objawowymi i bezobjawowymi.

Do zakażenia krętkiem błądym dochodzi najczęściej drogą kontaktów płciowych, jak i z matki na płód przez łożysko. Ryzyko zakażenia płodu oraz ciężkość przebiegu kiły wrodzonej zależy od czasu trwania zakaże-

¹Druga część artykułu o chorobach przenoszonych drogą płciową ukaze się w ostatnim tegorocznym numerze Kontry.

nia u matki i wieku ciężarnej. Ryzyko jest największe w okresie nasilenia posocznicy krętkowej w kile wczesnej i wynosi od 70 do 100%, w kile bezobjawowej – 40%. Kiła może przebiegać w sposób utajony, ulegać samowyleczeniu lub wywoływać poważne zmiany narządowe.

Liczne obserwacje wskazują, że jednocześnie zakażenie HIV i kiłą zmienia przebieg obu tych infekcji. U osób zakażonych HIV miana kiłowych odczynów serologicznych mogą być nieadekwatne do okresu zakażenia krętkiem błędym. Okresy kiły mogą się na siebie nakładać, kiła II okresu może występować z kiłą I okresu. Obserwuje się wczesne zajęcie ośrodkowego układu nerwowego (OUN) i narządu wzroku. Odczyny serologiczne mogą być bardzo wysokie lub ujemne.

Uwzględniając kryteria kliniczne i immunologiczne, kiłę dzieli się na wczesną i późną. Kiła wczesna obejmuje okres pierwszy i drugi choroby i trwa do 2 lat. Kiła późna, ponad 2 lata od zakażenia, obejmuje zarówno wieloletnie utajone zakażenie, jak i kiłę objawową dotyczącą różnych narządów i układów.

Łysienie kiłowe – ogniskowe



Źródło: E. Firląg-Burkacka, Atlas zmian skórnych u osób zakażonych HIV, s. 103, Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2013

Kiła I okresu (wczesna) – 3–9 tyg.

Okres wylęgania choroby wynosi około 3–4 tygodni. W miejscu wtargnięcia krętków błędnych tworzy się owrzodzenie, tzw. objaw pierwotny, powiększeniu ulegają

okoliczne węzły chłonne. Owrzodzenie jest niebolesne, o gładkich brzegach z twardą nacieczoną podstawą. Ustępuje samoistnie po 6 tyg. z pozostawieniem niewielkiej zanikowej blizny. Należy zwrócić uwagę na fakt, że objaw pierwotny może mieć różną lokalizację w zależności od rodzajów kontaktów płciowych; może występować w okolicach narządów płciowych i śluzówki jamy ustnej. W kile I okresu może pojawić się symetryczna wysypka na tułowie i kończynach, która mija samoistnie (trwa ok. trzech miesięcy).

Kiła II okresu – 9 tyg.–24 mies.

Po różnie długim okresie bezobjawowym (9–12 tygodni) u większości osób zakażonych dochodzi do ponownego wysiewu wysypki. Jest to najbardziej zakaźny okres kiły charakteryzujący się największą bakteriemią. Jest to wysypka wielopostaciowa (grudki, krostki, wykwity złuszczone guzki z charakterystyczną lokalizacją na wewnętrznej powierzchni dłoni i stóp) o bardzo różnym umiejscowieniu i nasileniu. Już w 3–6 miesiącu po zakażeniu może pojawiać się łysienie kiłowe. Polega ono na przerzedzeniu włosów w okolicy skroniowej,

potylicznej. Ogniska wyluszenia mają wymiary od kilku milimetrów do kilku centymetrów. Czasami do utraty włosów dochodzi w innych okolicach ciała (brwi, rzęsy, okolice pachowe i łonowe). Łysieniu w kile często towarzyszy bielactwo kiłowe. Wykwity to drobne odbarwione plamy układające się siateczkowato na karku i bocznych powierzchniach szyi. Bielactwo kiłowe jest objawem kiły II okresu, pojawia się po 6 miesiącach od zakażenia, częściej występuje u kobiet i może towarzyszyć bezobjawowej kile układu nerwowego (OUN). W przebiegu kiły II okresu dochodzi również do uogólnionego powiększenia węzłów chłonnych (nawet u 85% chorych). W kile II okresu mogą występować okresy złego samopoczucia, przypominające gripę. Może dojść do uszkodzeń narządów wewnętrznych. Ten okres nosi nazwę „kiły drugorzędowej” albo „kiły II okresu” trwającego średnio 24 miesiące. Po kilku tygodniach lub miesiącach wysypki znikają bez leczenia. Cechą charakterystyczną osutek w kile w przeciwieństwie do wysypek alergicznych jest brak świądu.

Kiła II okresu – zmiany łuszczykopodobne



Źródło: E. Firląg-Burkacka, Atlas zmian skórnych u osób zakażonych HIV, s. 99, Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2013

Kiła III okresu

Zmiany w kile objawowej późnej pojawiają się po kilku lub kilkunastu latach od zakażenia. Występują u około 15–40% chorych. Najczęściej dotyczą osób, które nie były leczone wcześniej lub były leczone niedostatecznie. Zmiany w kile późnej przebiegają w sposób powolny i przewlekły. Mogą one wystąpić prawie w każdym narządzie i przebiegać w postaci kiły kila-kowej, kiły sercowo-naczyniowej, układu nerwowego oraz kiły innych narządów wewnętrznych (wątroba, nerki, narząd wzroku).

Kiła utajona wczesna i późna

Mianem tym określa się kiłę, w której nie obserwuje się żadnych objawów skórnych, śluzówkowych ani narządowych. Jedynym objawem choroby są dodatnie odczyny serologiczne.

Przypadki kiły utajonej są najczęściej wykrywane w masowych badaniach serologicznych lub epidemiologicznych.

Na co zwracamy uwagę:

- osutki skórne (plamiste, grudkowe) na dłoniach i podeszwach,
- osutki skórne na tułowie, przebiegające bez świądu,
- niebolesne owrzodzenia w okolicy narządów płciowych lub na śluzówkach jamy ustnej,
- powiększone węzły chłonne.

Chorych na kiłę należy poinformować o konieczności objęcia leczeniem profilaktycznym ich partnerów seksualnych. Prawdopodobieństwo zakażenia partnerów seksualnych kiłą wczesną jest bardzo duże i wynosi około 60%. Należy również pamiętać o profilaktycznym leczeniu kobiet w ciąży, które wcześniej chorowały na kiłę albo obecnie są partnerkami osób zakażonych. U wszystkich osób, u których rozpoznano kiłę, zaleca się badanie w kierunku zakażenia wirusem HIV.

Rzeżączka (*gonorrhoeae*)

Jest najczęściej rozpoznawaną chorobą przenoszoną drogą płciową. Wywołują ją Gram-ujemna dwuinka – *Neisseria gonorrhoeae* inaczej zwana gonokokiem. W większości przypadków jest zakażeniem miejscowym, ograniczającym się do cewki moczowej u mężczyzn, szyjki macicy i cewki moczowej u kobiet oraz odbytu i worka spojówkowego u mężczyzn i kobiet. Ryzyko zakażenia rzeżączką zależy od płci i jest większe u kobiet niż u mężczyzn, ponieważ ekspozycja na zakażenie powierzchnia błony śluzowej pochwy i szyjki macicy jest dużo większa niż powierzchnia błony śluzowej okolicy cewki moczowej u mężczyzn.

W przypadku jednorazowego stosunku dopochwowego ryzyko zakażenia kobiety wynosi 60–90%, podczas gdy mężczyzny – 20–40%. Szacuje się, że u 80% kobiet i 10% mężczyzn zakażenie rzeżączką może przebiegać bezobjawowo. Nierozpoznane lub leczone niedostatecznie zakażenie dwuinką rzeżączki może powodować powikłania.

Obraz kliniczny jest zróżnicowany.

U mężczyzn okres wylęgania choroby jest krótki i wynosi średnio 2–5 dni. Chory zgłasza się do lekarza z obfitą wydzieliną ropną, śluzową ropną. W ostrym okresie choroby pacjenci skarżą się na silne kujące bóle w cewce moczowej, parcie na mocz, ból przy oddawaniu moczu, bolesne wzwody prącia. U 10–25% MSM mających kontakty orogenitalne może wystąpić rzeżączkowe zapalenie gardła. W badaniu podmiotowym stwierdza się zaczerwienienie i obrzęk łuków podniebiennych oraz tylnej ściany gardła, czasami widoczna jest ropna wydzielina pokrywająca migdałki podniebienne i tylną ścianę gardła. Węzły chłonne szyjne i podżuchowe mogą być powiększone i bolesne. Często obserwuje się ból gardła nasilający się przy połykaniu, niekiedy objawom towarzyszą stany podgorączkowe.

U osób dorosłych rzeżączkowe zapalenie spojówek zazwyczaj dotyczy jednego oka. Główne objawy to: niewielkie podrażnienie spojówek, ropna wydzielina z worka spojówkowego, ból i pieczenie. Nierozpoznana rzeżączka nieleczona może doprowadzić do zajęcia przez proces chorobowy rogówki, a w konsekwencji do upośledzenia widzenia.

U kobiet okres wylęgania choroby jest dłuższy i wynosi od 7 do 14 dni. Objawy są skąpo wyrażone. Jest to najczęściej wydzielina śluzowo-ropna przypominająca upławy. Objawem dominującym jest pieczenie i ból w trakcie oddawania moczu. Czasami mogą wystąpić obfite krwawienia miesiączkowe, a także plamienia między miesiączkami. Tylko 20% kobiet zgłasza się do lekarza w okresie ostrego zakażenia. Częściej rzeżączka rozpoznawana jest przypadkowo podczas wizyty u ginekologa z innych powodów. U 30–40% kobiet z rzeżączką szyjki macicy stwierdza się jednocześnie zakażenie odbytu. W większości przypadków pacjentki skarżą się na pieczenie, świąd, obecność śluzowej wydzieliny oraz zaburzenia w oddawaniu stolca. Wydzielina śluzowo-ropna z domieszką krwi, pojawiająca się w stolcu, jest najczęstszym powodem zgłaszania się pacjentek do lekarza.

Rozpoznanie rzeżączki ustala się na podstawie obecności gonokoków w wydzielinie pobranej z cewki moczowej, szyjki macicy, wymazów z odbytu i spojówek (badanie mikroskopowe). Inne metody diagnostyczne to: PCR (wykrywające DNA gonokokowe) i hodowla. W większości przypadków wczesne rozpoznanie i leczenie jest wystarczające i nie prowadzi do powikłań.

Rzeżączka nierozpoznana, nieleczona albo niedostatecznie leczona może powodować powikłania.

U mężczyzn najczęstsze powikłanie to zapalenie najądrzy, zwykle jednostronne. Chory skarży się na ból promieniujący wzdłuż powrózka nasiennego do podbrzusza. Najądrze jest obrzęknięte i zaczerwienione. Objawom klinicznym towarzyszy złe samopoczucie i gorączka dochodząca do 39–40°C. Kolejnym powikłaniem może być rzeżączkowe zapalenie gruczołu krokowego charakteryzujące się ostrym, tępym bólem w kroczu oraz zaburzeniami w oddawaniu moczu i stolca. Chorobie towarzyszy gorączka 38–39°C. Może też wystąpić zapalenie gruczołów Tysona (są to gruczoły łojowe znajdujące się na wewnętrznej blaszce napletka

i okolicy wędzidełka). Stan zapalny gruczołów może towarzyszyć rzeżączkowemu zapaleniu cewki moczowej, czasami występuje jako jedyny objaw rzeżączki. Do rzadkich przypadków należą infekcje gruczołów łojowych znajdujących się na żołądź, mogą one być jedynym miejscem rzeżączkowego zapalenia bez zajęcia cewki moczowej.

Inne powikłania u mężczyzn: zapalenie okołocewkowych gruczołów Littrego, zapalenie gruczołów opuszkowo-cewkowych (Cowpera) i zapalenie pęcherzyków nasiennych.

Powikłaniem u kobiet jest często rzeżączkowe zapalenie gruczołów przedstonkowych większych (Bartholina). Gruczoły znajdują się w dolnej tylnej części warg sromowych mniejszych. Ich zakażenie objawia się zaczerwienieniem, obrzękiem oraz niewielką ilością wydzieliny widocznej przy ucisku. Czasami pacjentki skarżą się na silny ból przy chodzeniu i stany podgorączkowe. Należy pamiętać, że u 30% kobiet przebieg zakażenia może być bezobjawowy. Drugim powikłaniem może być rzeżączkowe zapalenie pochwy i sromu. Poprzedzone jest pierwotnie zakażeniem kanału szyjki macicy lub cewki moczowej. Pacjentki skarżą się na pieczenie, bolesność sromu i przedstonka pochwy. Wargi sromowe mogą być zaczerwienione, obrzęknięte i pokryte nadżerkami. Na ścianach pochwy stwierdza się ropną wydzielinę, w której obecne są gonokoki. Zakażenie gruczołów Skene'go jest trzecim możliwym powikłaniem. Gruczoły znajdują się w pobliżu ujścia zewnętrznego cewki moczowej. Główne objawy to: obrzęk i stwardnienie, czasami ropnie zlokalizowane po jednej stronie cewki moczowej. Objawom towarzyszy ból nasilający się w czasie oddawania moczu.

Powikłania wspólne dla obu płci:

- rozsiane zakażenia rzeżączkowe obserwuje się rzadko u pacjentów (od 0.5% do 3% chorych). Jest najczęściej następstwem posocznicy gonokokowej, w której dwuinki rzeżączki przedostają się do krwi i mogą zakażać narządy wewnętrzne. Powikłanie dotyczy głównie kobiet, być może jest to związane z bezobjawową rzeżączką, rzeżączką gardła.
- zespół stawowo-skrótny jest kliniczną formą rozsianego zakażenia rzeżączkowego i dotyczy skóry i stawów. Główną dolegliwością są bóle i stany zapalne

stawów. Dolegliwości mogą dotyczyć każdego stawu: kolanowego, skokowego, nadgarstkowego i śródrecznopalcowego. Zmiany skórne występują w 50–70% przypadków rozsianego zakażenia rzeżączkowego. Obserwuje się je na dystalnych częściach kończyn w okolicach stawowych. Wykwity chorobowe to: krostki, grudki, wybroczyny i pęcherzyki. Najbardziej typową zmianą jest nekrotyczna krosta otoczona rumieniową obwódką zapalną. Rzadkimi powikłaniami są: rzeżączkowe zapalenie opon mózgowych, rzeżączkowe zapalenie wsierdza, zespół Fitz'a, Hugh'a i Curtisa. Zespół ten występuje u kobiet (1–10%). Poprzedza go zapalenie przydatków lub zajęcie przez rzeżączkę innych narządów miednicy mniejszej. Przyczyną zespołu jest przedostanie się infekcji z jajowodów do tkanki otaczającej wątrobę. Zakażenie rozprzestrzenia się prawdopodobnie drogą naczyń chłonnych.

O czym należy pamiętać:

- należy leczyć partnerów seksualnych,
- osoby, które w ciągu ostatnich kilku miesięcy miały stosunki płciowe z osobami chorymi na rzeżączkę powinny być zbadane, a w razie dodatnich wyników – leczone,
- wskazane jest również wykonywanie odczynów serologicznych w kierunku kiły.

Inne zakażenia bakteryjne

Z obserwacji wynika, że u MSM choroby przenoszone drogą płciową mogą być również wywołane przez zakażenia bakteryjne przewodu pokarmowego. Za większość zakażeń odpowiedzialne są szczepy *Shigella flexneri* i *Shigella sonnei*. Do zakażenia najczęściej dochodzi przez stosunki oralno-analne. Zakaźność Shigellozy jest bardzo duża i do wywołania choroby wystarczy niewielka liczba drobnoustrojów. Inne zakażenia bakteryjne przewodu pokarmowego, które spotyka się u homoseksualistów, wywołane są przez *Campylobacter jejuni* oraz *Salmonellae*. Okres wylegania jest bardzo krótki, wynosi 2–3 dni. Obraz kliniczny w obu zakażeniach jest

podobny, objawia się zapaleniem jelita grubego i cienkiego. Dominującym objawem są biegunki, luźne i wodniste stolce, bóle brzucha, stany podgorączkowe, czasami bolesne parcie na stolec.

Nierzeżączkowe zapalenie cewki moczowej – (Nongonococcal urethritis – NGU)

Nierzeżączkowe zapalenie cewki moczowej jest, jak wskazuje nazwa, zapaleniem cewki moczowej, w którym nie stwierdza się zakażenia rzeżączką. NGU występuje najczęściej u osób młodych po osiągnięciu dojrzałości płciowej, częściej u mężczyzn niż u kobiet (często u mężczyzn w wieku 21–25 lat). Ryzyko zakażenia zwiększa się wraz z liczbą partnerów seksualnych lub innych chorób przenoszonych drogą płciową.

Najczęstsze przyczyny NGU to zakażenia:

- *Chlamydia trachomatis* (35%–70%)
typ serologiczny D-K rzadziej B, Ba

Inne (do 30%) wywołane są przez:

- *Ureoplasma urealyticum* (upławy, zapalenie szyjki macicy i cewki moczowej),
- *Gardnerella vaginalis* (wodniste upławy o intensywnym zapachu śledzi)
- *Trichomonas vaginalis* (silny świąd, obfite upławy, pieczenie),
- *Herpes virus* (pęcherzyki, nadżerki, ból, pieczenie),
- *Candida albicans* (gęste serowate upławy, białe naloty, świąd, intensywny zapach).

Chlamydie należą do wewnątrzkomórkowych bakterii, występują w dwóch postaciach rozwojowych: jako ciało podstawowe i ciało siateczkowate. Do zakażenia dochodzi, gdy ciało podstawowe wiąże się z komórką nabłonka i na drodze endocytozy przedostaje się do cytoplazmy. Po przejściu całego cyklu rozwojowego dochodzi do zakażenia następnych komórek gospodarza.

Okres wylegania wynosi średnio 1–3 tyg.

Dominującym objawem jest wyciek z cewki moczowej. Wyciek może być wodnisty, śluzowy, śluzowo-ropny, może być obecny stale lub tylko w godzinach porannych, wyciekowi często towarzyszy dysuria (pieczenie, uczucie mrowienia, świądu, czasami bólu). Nielezione zakażenie chlamydialne może trwać latami. Może też prowadzić do licznych, poważnych powikłań:

- u mężczyzn: zapalenie najądrzy i prostaty, gruczołu krokowego.
- u kobiet: zapalenie szyjki macicy, zapalenie cewki moczowej, gruczołu przedsionkowego większego (Bartholina). Rozległe zapalenie narządów rodnych, w tym: zapalenie błony śluzowej macicy i przydatków. Nielezione mogą doprowadzić do niepłodności, a u kobiet ciężarnych do różnych komplikacji z poronieniem włącznie.
- u obu płci: powikłaniem może być Zespół Reitera, który występuje częściej u mężczyzn. Charakteryzuje się triadą objawów: odczynowym zapaleniem stawów, zapaleniem spojówek, zapaleniem cewki moczowej. Czasami obserwuje się zmiany skórne i śluzówkowe. Innym powikłaniem występującym u obu płci jest zapalenie odbytu.

Na co należy zwrócić uwagę:

- utrzymujący się wyciek śluzowy lub śluzowo-ropny w godzinach porannych,
- nasilone objawy dysurii,
- długo utrzymujące się zapalenie cewki moczowej,
- nieprawidłowe krwawienia miesięczne lub między miesiączkami,
- ból w podbrzuszu,
- zapalenie stawów, duże stawy kończyn dolnych (kolanowe, skokowe, stawy śródstopia),
- bóle w okolicy krzyżowo-lędźwiowej,
- zapalenie spojówek,
- łuszczykopodobne zmiany na skórze i błonach śluzowych.

Dr n. med. Ewa Firląg-Burkacka

kontra 

Redakcja
Redaktor naczelna – Iwona Gąsior
Zastępca redaktora 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

Exemplarz bezpłatny
Redakcja zastrzega sobie prawo
adjustacji i skracania artykułów.