

W numerze:

Wyprawa dotycząca wiedzy i świadomości na temat HIV i AIDS „Move the World”

Sandrine Meyanga

str. 1-2

Możliwości i bariery profilaktyki zakażeń wertykalnych HIV w Europie Centralnej i Wschodniej oraz we Wspólnocie Niepodległych Państw

Piotr Wysocki

str. 3-4

„Zdrowie w więzieniu” – raport na temat postaw, zachowań i wiedzy personelu więziennego oraz osób pozbawionych wolności na temat chorób zakaźnych

Halina Strzelecka

str. 5-6

Mały wielki jubileusz

Agnieszka Waluszko

str. 7

Aspekty

O zakażeniach HCV

Małgorzata Pawłowska

Telefon Zaufania HIV/AIDS

(+22) 692 82 26; 801 888 448
od pn. 9⁰⁰ do sob. 21⁰⁰
Lekarze specjaliści dyżurują:
we wtorki i czwartki w godz. 17:00-19:00

AIDS – Zielona Linia

(+22) 621 33 67
poniedziałki, środy w godz. 13:00-19:00
wtorki, czwartki i piątki w godz. 10:00-16:00

Ośrodek Informacji o HIV/AIDS

(+22) 331 77 66
info@aids.gov.pl

Poradnia Internetowa HIV/AIDS

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



Wyprawa dotycząca wiedzy i świadomości na temat HIV i AIDS „Move the World”.

4 sierpnia w Sydney w Australii pomyślnie zakończyło się jedno z najbardziej spektakularnych działań nt. HIV i AIDS, jakie kiedykolwiek do tej pory podjęto. Zespół 11 osób kierowany przez Joachima Franza, działacza HIV z Wolfsburga w Niemczech odbył podróż po 55 krajach na pięciu kontynentach w ciągu zaledwie 107 dni. W czasie tej podróży organizowano obrady okrągłego stołu na tematy związane z AIDS, w których udział brali przedstawiciele ministrów zdrowia, polityki, biznesu oraz organizacji pomocowych. W czasie wyprawy wykorzystano z pięciu pojazdów, dzięki którym uczestnicy pokonali dystans 64.452 km. Z uwzględnieniem przerw związanych z dopełnieniem formalności na granicach, zmianami środków transportu na wodny i lądowy, pięć samochodów typu Volkswagen Amarok pracowało niezmordowanie przez 85 dni, przewożąc uczestników ekspedycji. Średnio pokonywano 758 kilometrów dziennie.

OCHRONA POLICJI W AMERYCE ŁACIŃSKIEJ

Spontaniczna akcja Volkswagena miała swój początek w Vancouver, Kanadzie. 19 kwietnia na mapie świata wyznaczono wyimaginowaną literę „W”. Dalej z Vancouver trasa poprowadziła legendarną autostradą Pan American Highway poprzez Amerykę Północną, Środkową i Południową, następnie przekroczone chilijskie Andy. Na kontynencie amerykańskim



największe zagrożenie dla pomyślności wyprawy stanowiły ulewne i lawiny, jak również napady gangów z Południowego Meksyku, Gwatemali oraz Salwadoru. Kolejnym niebezpieczeństwem była możliwość porwania członków ekspedycji przez lewicową partyzantkę kolumbijską FARC. Na tych trudnych obszarach konwój był specjalnie chroniony.

PIASZCZYSTE DROGI, NIEPEWNOŚĆ, TRUDNOŚCI ZE STRONY WŁADZ AFRYKAŃSKICH

Z Buenos Aires do Europy uczestnicy i sprzęt zostali przetransportowani drogą



lotniczą. Pod koniec maja przez Cieśninę Gibraltarską dotarli do Afryki. Pobyt na Czarnym Lądzie od samego początku stanowił jedno z największych wyzwań. Było tak jak wszyscy się spodziewali. Trudność stanowiły nie tylko fatalne piaszczyste lub żwirowe drogi, oczka wodne i błota, przez które przedzierały się samochody z napędem na cztery koła. W prowincjonalnym miasteczku w Burkina Faso uczestnicy natknęli się na wymianę ognia, zaś w Harare, stolicy Zimbabwe na próbę rozboju, co dla wyprawy mogło skończyć się fatalnie.

Największy problem stanowiła jednak postawa władz afrykańskich. Długie oczekiwania na granicach oraz kłopoty z uzyskaniem wizy angolskiej powodowały ciągle opóźnienia i komplikowały plan podróży. Z tych powodów, po przemierzeniu terytorium Afryki Zachodniej zespół został zmuszony do skrócenia trasy przez Kongo do Namibii. Podróż do Afryki Południowej została odwołana, a w zamian za to grupa udała się do Afryki Wschodniej. Konwój przedzierał się przez wyboje o nazwie Autostrada Wschodnioafrykańska przez pustynię Marsabit w Etiopii, a następnie przez terytorium Sudanu. Tam musiała się zatrzymać na dobre. Wydarzenia w Syrii sprawiły, że kontynuacja podróży zgodnie z planem stała się niewykonalna. Nie zezwolono im na przejazd przez Arabię Saudyjską i Iran. Wszystkie śródziemnomorskie połączenia promowe z Egiptu były wykupione, tak więc cała ekspedycja musiała zostać przetransportowana drogą lotniczą z Chartumu do Istanbuhu.

AUSTRALIA – FINAŁ PODROŻY ZA LITERĄ „W”

Z Istanbuhu konwój bez problemu udał się do pobliskiej Azji Mniejszej, jednak

jak tylko dotarł do Gruzji wyprawa znowu musiała zwolnić. Trasa przez Kaukaz do Kazachstanu została zamknięta z powodu potyczek zbrojnych między oddziałami rosyjskimi a partyzantami z Abchazji. Uczestnicy wybrali więc trasę wokół Morza Czarnego (w kierunku przeciwnym od pierwotnie zamierzonego) przez Bułgarię, Rumunię, Ukrainę tak, by dotrzeć do Moskwy. Droga powrotna do Frankfurtu wiodła przez Łotwę, Litwę i Polskę. W Polsce spotkanie zorganizowało Krajowe Centrum ds. AIDS. Odbyło się ono w lipcu w Ministerstwie Zdrowia, przy udziale Podsekretarza Stanu, Pana Andrzeja Włodarczyka i przedstawicieli organizacji pozarządowych. Z Frankfurtu udali się samolotem do Australii. Z powodu kosztów, które poniesiono przy ewakuacji z Sudanu, zespół mógł pozwolić sobie tylko i wyłącznie na wysłanie jednego samochodu do punktu końcowego wyprawy za literą „W.” O ile pobyt w Afryce można nazwać obowiązkowym, o tyle pobyt w Australii można określić jako „styl dowolny”. 8000 km równego asfaltu wzdłuż

wschodniego wybrzeża, następnie trasa na zachód i południe poprzez pustynny Outback. Skaczące po drogach kangury i 50-metrowej długości tzw. pociągi drogowe składające się z ciężarówek i olbrzymich przyczep stanowiły największe zagrożenie.

WALKA Z HIV I AIDS TOCZY SIĘ NADAL

Wyprawa jako taka zakończyła się we Frankfurcie, ale Joachim Franz i jego zespół nadal pracuje nad przekuciem sukcesu w uzyskanie konkretnych środków finansowych. Dzięki nim będziemy mogli wspierać nasze projekty, a w szczególności budowę platformy internetowej, której zadaniem będzie pomoc w wymianie informacji na temat podejmowanych działań oraz pomysłów na walkę z HIV i AIDS. Dostęp do niej będą miały wszystkie zainteresowane organizacje pomocowe.

Więcej informacji na stronie internetowej:
www.waae.de

Darowizny drogą przelewu prosimy kierować na:

be your own hero e.V
Purpose: move the world
Bank account: 61 61 61 61 8
Bank number: 590 501 01
BIC: SAKS DE 55
IBAN: DE845905010106161618

Kontakt dla mediów:

Sandra Wukovich/ Sandrine Meyanga,
Abenteuerhaus GmbH
(w językach: angielskim, francuskim lub niemieckim)
Tel: +49(0)5361 60 93937
E-mail: meyanga@abenteuerhaus.de



"Move the World" w Polsce, z udziałem Pana Ministra A. Włodarczyka

Możliwości i bariery profilaktyki zakażeń wertykalnych HIV w Europie Centralnej i Wschodniej oraz we Wspólnocie Niepodległych Państw.

Europa Centralna i Wschodnia oraz Wspólnota Niepodległych Państw są jedynym regionem¹ świata, w którym rośnie liczba osób zakażonych HIV. Według wspólnego raportu² WHO i UNICEF, liczba zakażonych w 2010 roku wyniosła 1.4 miliona (to o dwa razy więcej niż w roku 2000). Prevalencja HIV wśród osób dorosłych w całym regionie szacowana jest na poziomie 0.8% (2010), zaś w państwach takich, jak: Estonia, Federacja Rosyjska, Ukraina przekracza ona 1%. Udział dorosłych kobiet wśród wszystkich osób zakażonych HIV waha się pomiędzy 17-47% i dotyczy przede wszystkim kobiet w wieku reprodukcyjnym. Do 2010 roku łącznie 100 tysięcy kobiet, u których zdiagnozowano HIV, urodziło dzieci (z tego większość urodzeń miało miejsce w ostatnich pięciu latach). Profilaktyka zakażeń wertykalnych napotyka w regionie na szereg trudności, zwłaszcza w państwach, w których zakażeń HIV jest mniej i mają one charakter skoncentrowany, tzn. dotyczą ściśle określonych populacji. W państwach tych problematykę zakażeń matka-dziecko spycha się często na margines działań, gdyż teoretycznie dotyczy ona tylko niewielkiej liczby kobiet i ich dzieci. Podejście takie wynika też z braku dostatecznej wiedzy na temat HIV/AIDS, m.in. na odnoszeniu problemu tylko do osób wykluczonych społecznie lub zmarginalizowanych (np. używający narkotyki drogą iniekcji) i ich stygmatyzacją. Z tego powodu, podczas badań duża liczba ciężarnych kobiet, ukrywa fakt używania narkotyków przed lekarzem lub szuka opieki lekarskiej dopiero w ostatnim okresie ciąży.



SYTUACJA EPIDEMIOLOGICZNA HIV W REGIONIE

Głównym czynnikiem, który zadecydował o wybuchu i wysokiej dynamice epidemii HIV w regionie jest bardzo wysoki odsetek osób używających narkotyki w iniekcjach. Szacuje się, że w Federacji Rosyjskiej i na Ukrainie osoby te stanowią 1-2% ogółu społeczeństwa, a w całym regionie ich liczba, to około 3.7 miliona (w tym kobiety 5-40%). Niektóre badania wskazują na wyższą prevalencję HIV wśród kobiet używających narkotyki w iniekcjach niż wśród mężczyzn. Jest to związane z częstszym podejmowaniem ryzykownych zachowań seksualnych związanych ze sprzedażą usług seksualnych, oferowaniem tychże usług w zamian za narkotyki oraz ryzykownymi praktykami związanymi z iniekcją narkotyków. W grupie kobiet sprzedających usługi seksualne i używających narkotyków (tylko w Federacji Rosyjskiej i na Ukrainie liczba kobiet sprzedających usługi seksualne to ponad 500 tysięcy) prevalencja HIV szacowana jest na poziomie 62%. Dane nadzoru epidemiologicznego wskazują też na zmienną prevalencję HIV w grupie kobiet

sprzedających usługi seksualne (2 do 48% w Federacji Rosyjskiej i 4 do 31% na Ukrainie). Wzrost liczby zakażeń HIV w grupie osób używających narkotyki skutkuje także zwiększeniem liczby zakażeń w grupie osób heteroseksualnych (m.in. rośnie odsetek kobiet zakażonych HIV, które nie używają narkotyków, a które zakażają się od swoich, zażywających narkotyki, partnerów).

HIV W GRUPIE CIĘŻARNYCH KOBIEC

W całym regionie Europy Centralnej i Wschodniej oraz na terenie Wspólnoty Niepodległych Państw odnotowano 17 496 (rok 2007) przypadków zakażenia HIV wśród kobiet w ciąży (z tego, 75% w Federacji Rosyjskiej i 21% na Ukrainie). Spośród tej grupy duży odsetek kobiet deklaruje posiadanie partnera seksualnego z populacji najbardziej narażonych na ryzyko zakażenia, w tym partnera używającego narkotyki w iniekcjach (60%), z historią osadzenia w zakładzie penitencjarnym (40%), zakażonego HIV (30%). Szacowana prevalencja HIV wśród ciężarnych kobiet wynosi odpowiednio 0.23% w Mołdawii, 0.46% w Federacji Rosyjskiej i 0.52% na Ukrainie³.

PORADNICTWO I WYKONYWANIE TESTÓW W KIERUNKU HIV

Wiedza o zakażeniu HIV ciężarnej kobiety ma kluczowe znaczenie dla możliwości zastosowania działań zapobiegających zakażeniu dziecka i zastosowaniu leczenia antyretrowirusowego. W całym regionie rośnie dostęp do testów w kierunku HIV, które oferuje lekarz (występują jednak różnice pomiędzy państwami). W krajach takich, jak: Azerbejdżan, Białoruś, Gruzja, Kazachstan, Mołdawia, Federacja Rosyjska czy Ukraina, poradnictwem i testami okołoporodowymi zostało objętych ponad 95% kobiet. Problemem pozostaje jednak jakość poradnictwa oraz konieczność dalszych szkoleń w tym zakresie.

ZAPOBIEGANIE ZAKAŻENIOM WERTYKALNYM I OPIEKA NAD KOBIETAMI W CIĄŻY, ZAKAŻONYMI HIV

W grupie państw o niskich i średnich dochodach, Europa Centralna i Wschodnia oraz Wspólnota Niepodległych Państw odnotowują najwyższy odsetek kobiet ciężarnych i ich dzieci, objętych terapią antyretrowirusową (w 2009 roku było to 53% kobiet w ciąży, zakażonych HIV). Znaczący postęp w tym zakresie z 85-100% odset-

kiem kobiet objętych leczeniem antyretrowirusowym, u których zdiagnozowano HIV, osiągnięto w takich państwach, jak: Białoruś, Gruzja, Kazachstan, Mołdawia, Federacja Rosyjska i Ukraina. Dane te powinny być jednak rozpatrywane z uwzględnieniem informacji na temat liczby rodzących kobiet w poszczególnych krajach (np. 9 000 rodzących w Federacji Rosyjskiej i mniej niż 100 w Tadżykistanie w 2009 roku).

LECZENIE ANTYRETROWIRUSOWE DZIECI ZAKAŻONYCH HIV

Zmniejszaniu liczby zakażeń wertykalnych powinien towarzyszyć wzrost dostępu do opieki lekarskiej, leczenia i wsparcia dla dzieci zakażonych HIV. Szacuje się, że w całym regionie żyje 18 tysięcy dzieci zakażonych HIV (dane na grudzień 2009). Wśród dzieci poniżej 15. roku życia, 49% otrzymuje leczenie antyretrowirusowe. Widać tu wyraźną poprawę (trzykrotny wzrost) w porównaniu do roku 2005. Największy wzrost liczby dzieci objętych terapią antyretrowirusową odnotowano w Federacji Rosyjskiej, na Ukrainie i w Uzbekistanie.

Piotr Wysocki

Tabela: Szacowana liczba osób żyjących z HIV w wybranych Państwach Europy Wschodniej i Centralnej oraz we Wspólnocie Niepodległych Państw w roku 2007⁴

Państwo	Prewalencja HIV	Liczba osób zakażonych HIV (dorośli)	W tym liczba zakażonych kobiet	% zakażeń HIV wśród kobiet w całej populacji osób zakażonych
Azerbejdżan	0.1	7800	1300	17
Białoruś	0.2	13000	3900	30
Estonia	1.3	9900	2400	24
Gruzja	0.1	2700	<1000	
Kazachstan	0.1	12000	3300	28
Łotwa	0.8	10000	2700	27
Litwa	0.1	2200	<1000	–
Mołdawia	0.4	8900	2600	29
Rumunia	0.1	15000	7000	47
Federacja Rosyjska	1.1	940000	240000	26
Tadżykistan	0.3	10000	2100	21
Ukraina	1.6	440000	190000	43

1. Dotyczy regionu geograficznego UNICEF: Europa Centralna i Wschodnia oraz Wspólnota Niepodległych Państw, który obejmuje 22 państwa: Albania, Armenia, Azerbejdżan, Białoruś, Bośnia i Hercegowina, Bułgaria, Chorwacja, Gruzja, Kazachstan, Kosovo (na mocy Rezolucji 1244 Rady Bezpieczeństwa ONZ), Kirgistan, Mołdawia, Czarnogóra, była Jugosłowiańska Republika Macedonii, Rumunia, Federacja Rosyjska, Serbia, Tadżykistan, Turcja, Turkmenistan, Ukraina, Uzbekistan.

2. Raport *Towards the elimination of mother-to-child transmission of HIV in low-prevalence and concentrated epidemic settings in Eastern and Central Asia*; WHO, UNICEF 2011.

3. Faktycznie w niektórych regionach Ukrainy prewalencja HIV wśród ciężarnych kobiet przekracza 1%. Raport WHO/UNICEF 2011.

4. Na podstawie raportu *Joint United Nations Program on HIV/AIDS. 2008 Report on the Global AIDS Epidemic*. Geneva UNAIDS 2008.

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

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

„Zdrowie w więzieniu” – raport na temat postaw, zachowań i wiedzy personelu więziennego oraz osób pozbawionych wolności na temat chorób zakaźnych.

Polska należy do grupy krajów, w których więzienna służba zdrowia znajduje się w strukturze służby więziennej i jest odpowiedzialna za opiekę zdrowotną nad osobami pozbawionymi wolności w jednostkach penitencjarnych. Wśród pacjentów więziennej służby zdrowia można wyodrębnić kilka szczególnych grup biorąc pod uwagę kryteria epidemiologiczne: pacjenci zakażeni HIV, chorzy na gruźlicę, z zaburzeniami psychicznymi, niepełnosprawni i zwiększająca się rokrocznie grupa, którą tworzą osoby uzależnione od alkoholu i narkotyków. Pacjenci zakażeni HIV, mimo że należy podkreślić duże zmiany, jakie nastąpiły w traktowaniu tej grupy więźniów od 1989 roku, kiedy wykonywano badania przesiewowe i izolowano zakażonych w trakcie odbywania kary, nadal stanowią w opinii personelu więziennego i osadzonych, grupę pacjentów „kontrowersyjnych” i „zagrożających” ich zdrowiu.

1. Wiedza na temat HIV/AIDS – drogi zakażenia (osoby pozbawione wolności)



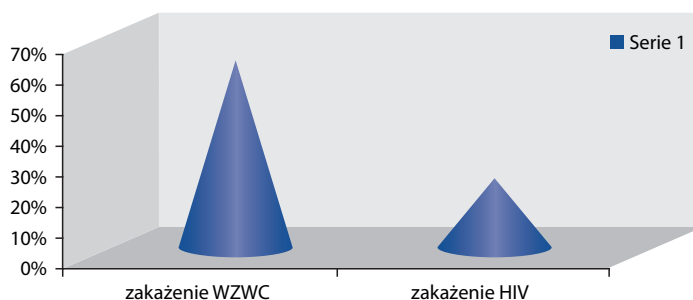
Specyficzna sytuacja populacji, jaką stanowią osoby pozbawione wolności, oraz jej uwarunkowania psychospołeczne (często uzależnienie od alkoholu i narkotyków, niehigieniczny tryb życia, brak właściwych nawyków żywieniowych) powodują, że pobyt w więzieniu niesie ze sobą ryzyko kontaktu z całym szeregiem chorób zakaźnych, w tym również przenoszonych poprzez krew. W związku z tym pracownicy Biura Służby Zdrowia Centralnego Zarządu

2. Wyniki badania surowicy w zestawieniu ze wskaźnikami w Polsce w 2006 r.

	Więźniowie(%)	Ludność w kraju(%)
WZW typu B	2,07	1,5
WZW typu C	7,29	1,91
HIV	1,55	0,029

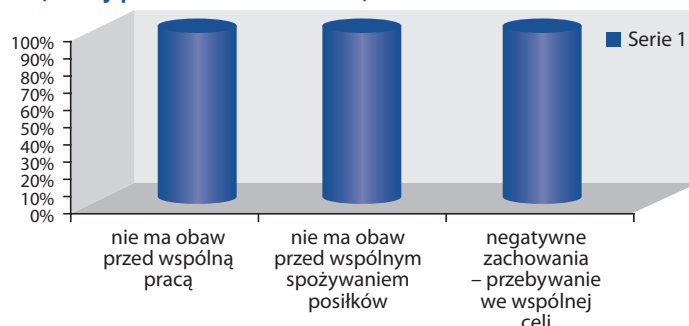
Służby Więziennej postanowili stworzyć i zrealizować program badawczy, który oszacowałby skalę zagrożenia zakażenia HIV oraz rozmiary istniejących zakażeń wirusami WZW typu A i B wśród więźniów, a także dostarczyłby danych na temat postaw, zachowań i wiedzy zarówno osadzonych, jak i personelu Służby Więziennej. Działający wówczas Oddział Terenowy Polskiego Towarzystwa Oświaty Zdrowotnej w Warszawie (funkcjonujący w obrębie Służby Więziennej) wraz z niemieckim instytutem naukowym WIAD, we współpracy z Więzienną Służbą Zdrowia, Centralnym Zarządem Służby Więziennej oraz Europejską Siecią Przeciwdziałania Narkomanii i Infekjom w Zakładach Karnych (ENDIPP), w oparciu o grant Komisji Europejskiej, a także dzięki uprzejmości całego szeregu partnerów, przeprowadził badanie „Zdrowie w więzieniu”, którego wyniki określiły poziom występowania chorób zakaźnych w polskich jednostkach penitencjarnych oraz posłużyły do opracowania adekwatnych procedur profilaktycznych.

3. Świadomość zakażenia



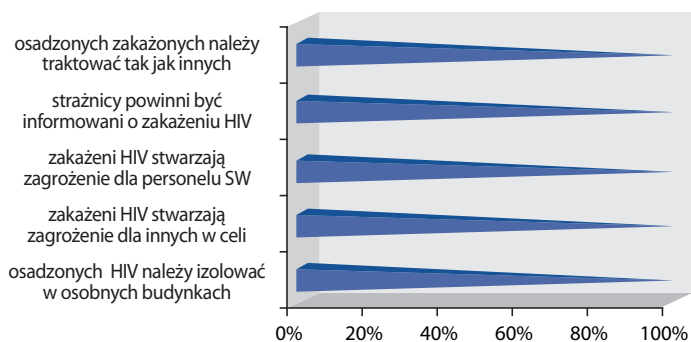
Badanie miało charakter ankietowy; dotyczyło zarówno personelu więziennego (836 osób), jak i osób pozbawionych wolności (2 009 osób). Dodatkowo od tych ostatnich, po

4. Deklarowane zachowania wobec osób zakażonych HIV (osoby pozbawione wolności)



uzyskaniu pisemnej zgody, pobrano krew na obecność antygenów HbS i przeciwciał A-HCV (wirusowego zapalenia wątroby typu B i C). Udział w badaniu był całkowicie anonimowy i nieobowiązkowy. Badania próbek krwi zakończono w pierwszej dekadzie grudnia 2006 r. Program przeprowadzono w drugiej i trzeciej dekadzie listopada 2006 r. Analizę zakończono w pierwszym kwartale 2007 r.

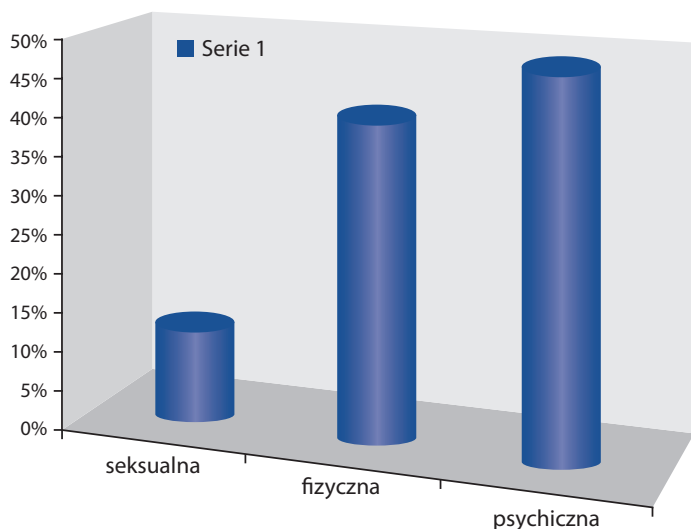
5. Deklarowane zachowania wobec osób zakażonych HIV, WZW B/C i zażywających narkotyki (personel SW)



WYNIKI BADAŃ

Wyniki przeprowadzonej analizy pozwalają stwierdzić, że w jednostkach penitencjarnych przebywają narkomani, również przyjmujący narkotyki dożylnie (0,2% pierwszy raz w więzieniu) i używający do tego celu wspólnych igieł i strzykawek. Wskaźniki dotyczące częstości występowania WZW typu B i C oraz infekcji HIV w populacji osób pozbawionych wolności są wyższe niż w społeczeństwie. Zarówno osoby pozbawione wolności, jak i personel jednostek penitencjarnych nie dysponują wystarczającą wiedzą na temat chorób zakaźnych przenoszonych przez krew; wiedza, którą posiadają, jest fragmentaryczna i w dużej części opar-

6. Przemoc między osadzonymi (opinie osób pozbawionych wolności)



ta na mitach. W zakresie zachowań ryzykownych badania potwierdziły, że wśród osadzonych istnieje zjawisko seksu komercyjnego. Znaczny odsetek badanych kobiet (44%) nigdy nie używała prezerwatyw podczas stosunku seksualnego. Z grupy mężczyzn, którzy mieli trzy i więcej partnerek seksualnych, niewielu używało prezerwatyw (11%). Wśród badanej populacji, u której zakażenie WZW typu C potwierdziły testy laboratoryjne – zdecydowana większość była świadoma zakażenia (62%). Spośród osób żyjących z HIV odsetek świadomych zakażenia był zdecydowanie niższy (23%). Zastanawia fakt, że grupa badanych mimo świadomości zakażenia WZW typu C zdecydowanie częściej podejmowała zachowania ryzykowne. Zarówno personel SW, jak i osadzeni wskazali, że wśród osób pozbawionych wolności istnieje zjawisko przemocy seksualnej, psychicznej i fizycznej. Natomiast w części badawczej dotyczącej deklarowanych zachowań wobec osób zakażonych HIV, populacja personelu i osadzonych wykazuje negatywne opinie. Niestety bardzo wysoki odsetek (85,4%) badanego personelu jest zdania, że strażnicy powinni być informowani o statusie serologicznym osadzonego oraz znaczny odsetek badanych (33%) wskazuje, że zakażonych HIV należy osadzać w osobnych budynkach. Duży odsetek badanego personelu SW ocenia wysoko ryzyko zakażenia w związku z wykonywaną pracą (HIV – 54%, gruźlica – 57%, WZW B/C – 52%). W części badawczej dotyczącej oferty materiałów oświatowo-zdrowotnych i środków zapobiegawczych, np. prezerwatyw, na terenie jednostek penitencjarnych, respondenci wskazują, że jest ona niewystarczająca. Oferta szkoleń dla personelu i osób pozbawionych wolności na temat chorób przenoszonych poprzez krew jest zbyt mała.

W związku z poczynionymi ustaleniami konieczne wydaje się:

- opracowanie i wdrożenie systemu edukacji zdrowotnej, zarówno dla osób pozbawionych wolności, jak i personelu jednostek penitencjarnych,
- poszerzenie oferty terapeutycznej dla osób przyjmujących narkotyki, poprzez przyspieszenie i wspieranie rozwoju programów substytucyjnych,
- wprowadzenie stałej dostępności prezerwatyw we wszystkich jednostkach penitencjarnych z uwzględnieniem dystrybucji odpłatnej poprzez kantyny oraz wdrożenie wiązanych programów wymiany igieł i strzykawek.

*mgr Halina Strzelecka
specjalista w Biurze Służby Zdrowia,
Centralny Zarząd Służby Więziennej*

Mały wielki jubileusz



Warszawa – duże, fascynujące różnorodnością, ale też czasem męczące swoim zgiełkiem miasto – to dość nietypowe miejsce na Ogólnopolskie Spotkanie Osób Żyjących z HIV/AIDS. Tradycją bowiem jest, że spotkania odbywają się z dala od miejskiego zgiełku i codziennego zamętu... gdzieś w „przyjemnych okolicznościach przyrody”. Powodem, dla którego w tym roku to właśnie stolica gościła uczestników Spotkania, był pewien szczególny jubileusz – tegoroczne Spotkanie odbyło się po raz piętnasty.

Mogłoby się wydawać, że piętnaście spotkań to niewiele, ale dla wszystkich żyjących z wirusem, to wielkie święto. To kilkanaście lat znajomości, przyjaźni i wsparcia. Wśród nas znalazło się – co bardzo cieszy – wielu uczestników pierwszego Ogólnopolskiego Spotkania z 1996 roku w Ryni.

Wybór takiego miejsca na XV Spotkanie zaowocował dużą liczbą zaproszonych gości, specjalistów i uczestników. Pierwszego dnia na uroczystej sesji otwarcia gościliśmy dwóch Podsekretarzy Stanu w Ministerstwie Zdrowia: Pana Adama Fronczaka oraz Pana Andrzeja Witolda Włodarczyka. Krajowe Centrum ds. AIDS reprezentowała Pani Barbara Daniluk-Kula, zastępca dyrektora. Najbardziej oczekiwanym gościem była Pani Jolanta Kwaśniewska, która mimo bardzo napiętego planu zajęć znalazła chwilę, by powiedzieć kilka ciepłych i ważnych słów do uczestników spotkania.

Program XV Spotkania obfitował w wykłady medyczne. Specjaliści opowiadali m.in. o lekach ARV, koinfekcjach i standardach w leczeniu zakażenia. Na szczególne wspomnienie zasługuje blok wystąpień naszych zagranicznych gości,

którzy zaprezentowali stan diagnostyki i warunków leczenia HIV w swoich krajach. Mogliśmy zapoznać się z warunkami na Białorusi, Ukrainie oraz w Mołdawii i Niemczech.

Dużym zainteresowaniem cieszyły się warsztaty skierowane do różnych grup i środowisk: kobiety, osoby w terapii substytucyjnej, homoseksualni mężczyźni i pary plus-minus. Podczas zajęć każda z grup wypracowała szereg postulatów dotyczących ważnych dla nich spraw społecznych, które po spotkaniu przekazane zostały odpowiedzialnym instytucjom.

Tak jak w poprzednich latach, przez cały czas do dyspozycji uczestników byli organizatorzy z „SIECI PLUS” wraz z pracownikiem socjalnym. Przez cztery dni wszystkimi uczestnikami spotkania opiekował się także psycholog.

Ogólnopolskie spotkanie to przede wszystkim ludzie. Niektórzy z nas widzą się ze sobą wyłącznie przy okazji tego wydarzenia i dla nich to naprawdę wielkie święto. Choć raz w roku mogą poczuć się częścią społeczności i mieć świadomość, że nie są sami. Dla osób, które zakażyły się wirusem niedawno,

spotkanie jest często pierwszą okazją do uzyskania kompleksowych informacji o tym, jak się żyje z HIV. Żadna książka, publikacja czy specjalista nie zastąpi tego, co dla zakażonych jest najcenniejsze: rozmowy i dzielenia się doświadczeniami.

Tegoroczne spotkanie dla wielu osób było szczególnie nie tylko z uwagi na jubileusz i możliwość kontaktu z innymi, ale także z uwagi na miejsce. Niektórzy mieli okazję po raz pierwszy pobycć kilka dni w stolicy. I chociaż plan dnia wypełniony był sesjami, warsztatami i wykładami, znaleźli czas na spacery i krótkie wycieczki po mieście.

Ostatni wieczór zjazdu to uroczysta kolacja i zabawa. Wszyscy uczestnicy mogli tańczyć i bawić się do późnych godzin nocnych. Tradycją balu jest konkurs na najlepsze przebranie. W tym roku zwyciężyli: kapitan żegluga śródlądowej i panna młoda. W rytm fantastycznie dobranej muzyki bawili się nie tylko uczestnicy zjazdu. Razem z nami tańczyli też goście hotelowi i personel.

Na przestrzeni piętnastu lat w temacie HIV zaszło wiele, wiele zmian: postęp w coraz wcześniejszym wykrywaniu zakażenia, coraz nowocześniejsze leki, coraz lepsza i bardziej kompleksowa opieka nad osobami zakażonymi. Przez lata dokonała się swojego rodzaju rewolucja zarówno w profilaktyce, jak i w odbiorze społecznym zakażenia. Oczywiście jest jeszcze mnóstwo rzeczy do zrobienia, do poprawienia, jest jeszcze wielu ludzi, których należy wyedukować, ale najważniejsze jest to, że zmiany, jakie dotychczas zaszły, działają się na oczach tych, którzy uczestniczyli w XV Ogólnopolskim Spotkaniu Osób Żyjących z HIV/AIDS.

To właśnie jest najlepszym świadectwem, że HIV to nie wyrok.

Agnieszka Waluszko
Ogólnopolska Sieć Osób Żyjących z HIV/AIDS
„SIEĆ PLUS”

Pamięci Jurka Domaradzkiego



13 sierpnia w Malmö odszedł nasz Przyjaciel, Kolega, Wolontariusz – Jerzy Domaradzki. Z wielkim smutkiem przyjęliśmy wiadomość o Jego śmierci. Zapamiętamy Jurka jako niezwykle ciepłego człowieka, bardzo zaangażowanego w bezinteresowną działalność społeczną.

Współtworzył wiele inicjatyw, zarówno w Szwecji, jak i poza jej granicami.

Z Jego doświadczenia, wiedzy i pomysłów korzystały między innymi organizacje: KB +, EATG, Noaks Arka Skanii, Positiva Gruppen Syd, Noaks Arka Sztokholm, Szwecja HIV, RFSL i Convictus.

Również Trójmiasto – Pomorze wspólnie z Jurkiem organizowało kilkakrotnie międzynarodowe sympozja i spotkania – „KaPoS’y” (Kalininograd, Polska, Szwecja).

Jurek był również jednym z inicjatorów pierwszego światowego kongresu AIDS w Warszawie w 1999 roku; był jednym z moderatorów panelu podczas jego trwania. Skomponował tekst oficjalnej piosenki kongresu „What’s the colour of your hope”, w jej słowach pragnął zachęcić wszystkich, by mimo choroby każdy dzień przeżywać w radosnych barwach. Motto tych słów stało się ponadczasową receptą, jak właściwie spoglądać na życie z perspektywy osoby pozytywnej.

Jurek w swych działaniach skupiał się na rzeczach ważnych, dostrzegał potrzebę i dążył, by swe zamierzenia zrealizować. Zawsze osiągał cel – tak ważny, bo społeczny. Uczył nas wszystkich jak działać – dzielił się własnymi spostrzeżeniami, wiedzą i praktyką.

Wśród tematyki, którą się zajmował, były kwestie związane z prawami człowieka, równością między ludźmi, problemami ludzi chorych czy wykluczonych. Ważnym aspektem działalności Jurka był problem terapii, dostępu do leczenia i nowych jego metod. Podczas spotkań i kongresów często była przez Niego omawiana zwłaszcza sytuacja w Europie Wschodniej.

Współpracował przez wiele lat z grupą szwedzką Noaskj Arka w programach i szkoleniach z obwodem kaliningradzkim. Dzięki Jego pomocy i działalności po raz pierwszy odbyła się w Kalininogradzie w 2002 r. konferencja ogólnorosyjska na temat problemów związanych z sytuacją HIV w Rosji.

Pomimo swojej ciężkiej nowotworowej choroby zawsze był pełen nadziei na lepsze jutro.

Żegnają byli wolontariusze stowarzyszenia „Razem Wobec AIDS” w Gdańsku.

Jurku, zawsze tak do Ciebie mówiłam, chcę napisać Ci kilka ważnych słów. Może nie jestem poetą, ale tak mówi moje serce. Przyjmij te słowa i do zobaczenia.

Wiele mi dałeś, uczyłeś, słuchałeś.

Zawsze pamiętałeś moje dzieci i lubiłeś moje dzieci.

Tak nikt nie myślał wtedy, że czas tak szybko leci.

Było w tym tyle radości, Twoje przesłanie zawsze będzie trwało i niech ten, co Cię nie poznał, reszcie zazdrości. Smutno, że traci się takiego powiernika, który dla naszej rzeczywistości robił wszystko i nigdy nie zniknął.

Były wzloty i upadki, ale Ty zawsze trwałeś, przekonany o naszej racji, z dumą broniłeś prawdy.

Dla mnie nigdy nie odszedłeś, kiedyś się spotkamy, a Ty czekać na mnie będziesz.

Życie nie trwa wiecznie, no i trudno niech tak będzie.

Ale przetrwa to, co zrobiłeś i z tych chmurek na górze robić będziesz, bo przecież nie pójdziesz spać.

Z serca, ale bez zrozumienia świata

Krystyna Sokołowska

kontra 

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

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

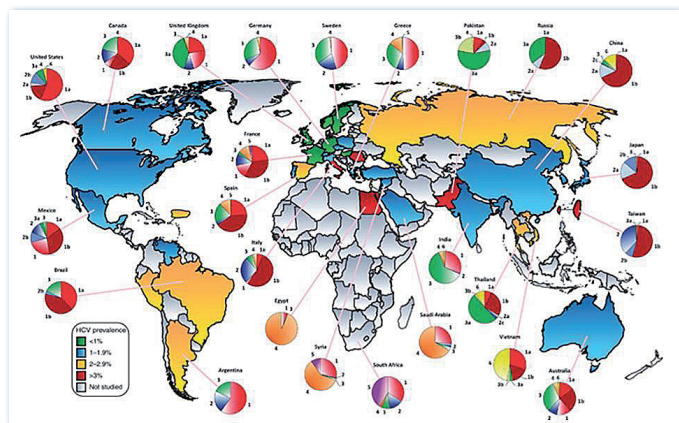
Egzemplarz bezpłatny
Redakcja zastrzega sobie prawo
adjustacji i skracania artykułów.



O zakażeniach HCV

Światowa Organizacja Zdrowia szacuje, że wirusem zapalenia wątroby typu C jest zakażonych od 170 do 200 milionów ludzi, czyli około 3% populacji na świecie (Ryc. 1). Zakażenie to dotyczy około 10 milionów mieszkańców Europy i ponad 700 000 Polaków. Rangę tego zagrożenia potwierdza blisko 100 000 zgonów rejestrowanych rocznie w Europie z powodu niekorzystnych klinicznych następstw zakażeń HCV w postaci marskości wątroby, jej niewydolności oraz raka wątrobowokomórkowego. Kliniczne następstwa zakażeń HCV zajmują pierwsze miejsce w klasyfikacji przyczyn przeszczepień wątroby u dorosłych. Długotrwały utajony przebieg zakażenia HCV oraz ograniczenie dostępu do niezbędnych terapii przyczyni się zdaniem tej organizacji do potrojenia śmiertelności wśród zakażonych tym wirusem w ciągu najbliższych 10-20 lat.

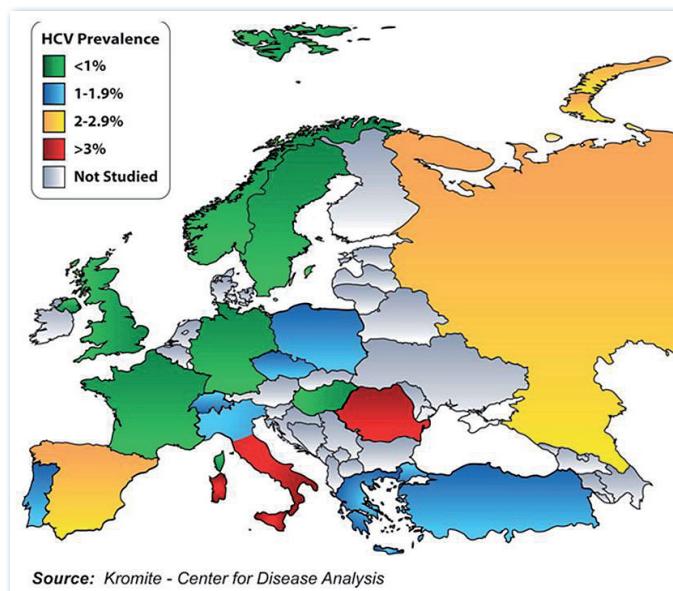
Rycina 1. Rozpowszechnienie zakażeń HCV na świecie.



W przypadku Europy wskazuje się, że zakażenia HCV dotyczyć mogą prawie 10 milionów ludzi. Stosunkowo rzadko zakażenia te występują na pół-

nocy kontynentu, w krajach skandynawskich, gdzie te odsetki nie przekraczają 0,1% populacji. Znacznie częściej powyżej 1,2% występują one w krajach Europy Południowo-Wschodniej. Prawdopodobnie szczególnie wysokie są odsetki zakażonych HCV w krajach byłego Związku Radzieckiego, aczkolwiek brakuje na ten temat obiektywnych danych (Ryc. 2). Szacuje się, iż każdego roku w Europie umiera z tego powodu prawie 90 000 osób. Zakażenie HCV jest tu główną przyczyną pierwotnego raka wątroby oraz przeszczepienia wątroby.

Rycina 2. HCV w Europie.



Jak wyżej wspomniano, szacuje się, że w Polsce zakażenie HCV dotyczy około 700 000 ludzi. Pierwsze publikacje omawiające rozpowszechnienie rodzimych zakażeń HCV pochodzą z początku lat 90. Dotyczyły one badań prowadzonych w różnych grupach wysokiego ryzyka tych zakażeń. Z tego czasu

wywodzą się pierwsze wyniki badań prowadzonych wśród krwiodawców, które weszły do rutynowych procedur selekcji dawców krwi w 1993 roku.

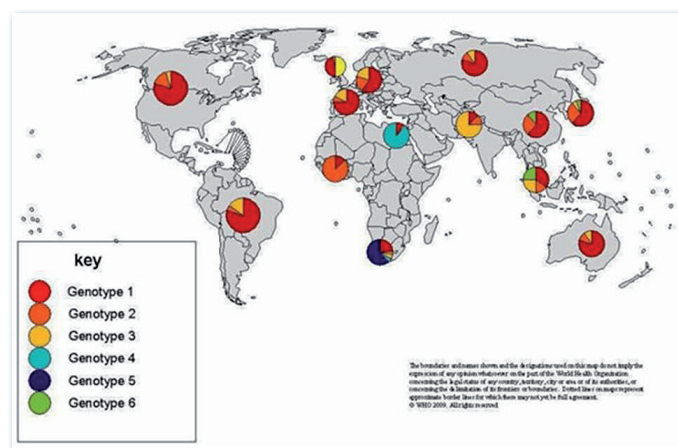
W tej grupie badanych początkowo wykrywano od 1 do 4% zakażeń HCV (średnio 1,4%). Najwyższe odsetki zakażonych występowały wśród dawców płatnych (do 5%). W kolejnych latach odsetki te zmniejszyły się do poniżej 0,5% pierwszorazowych honorowych dawców krwi. U około 2/3 krwiodawców z przeciwciałami anti-HCV wykrywano obecność kwasu nukleinowego wirusa HCV, czyli czynne zakażenia.

W innych grupach prowadzono badania najczęściej dla potrzeb dysertacji doktorskich. Należy do nich badanie występowania anti-HCV wśród tysiąca dzieci przyjmowanych do jednego z bydgoskich szpitali. Wykryto 4% zakażeń HCV, przy czym częściej występowały one wśród dzieci młodszych oraz często hospitalizowanych. Na podobne odsetki zakażonych wskazano wśród 320 chorych na cukrzycę badanych w tym kierunku. Podobnie jak w innych krajach szczególnie wysokie odsetki zakażonych HCV występowały wśród polskich narkomanów uzależnionych od dożylnie przyjmowanych środków odurzających (75-90%) oraz wśród pacjentów poddawanych hemodializie. W tym ostatnim przypadku wraz z upływem lat systematycznie obniżały się odsetki zakażeń (z około 50 do poniżej 15%). Interesujące są też niedawno przeprowadzone badania wśród osadzonych w zakładach karnych, gdzie występowanie przeciwciał anti-HCV wykazano u 7,25% badanych.

Prowadzone przed kilku laty w Polsce największe badanie przesiewowe obejmowało prawie 14 500 pacjentów. Tam również wykryto średnio 4% zakażonych HCV, przy czym występowały duże różnice w poszczególnych regionach kraju. Mankamentem tego badania było, że robiono je na życzenie pacjentów, o których nic nie wiedzano. W konsekwencji nie było uprawnione ekstrapolowanie tych wyników na przeciętną polską populację. Było to tym bardziej nieuzasadnione, że w innym badaniu „na życzenie” wykryto 1,9% zakażonych HCV.

W ostatnim kwartale 2009 roku pod patronatem Polskiej Grupy Ekspertów HCV przeprowadzono w Polsce największą akcję badań przesiewowych w kierunku zakażeń HCV obejmującą dorosłych pacjentów przyjmowanych do wybranych 21 szpitali wielospecjalistycznych, 8 szpitali wojskowych, a także pacjentów zgłaszających się do anonimowych punktów konsultacyjno-diagnostycznych oraz poradni rejonowych. Badanie w kierunku obecności przeciwciał anti-HCV przeprowadzono w surowicach 26 057 osób, uzyskując wynik dodatni u 496 (1,9%). U co trzeciego pacjenta z obecnymi przeciwciałami anti-HCV w surowicy wykrywano materiał genetyczny wirusa HCV. W badanej populacji przeważały kobiety (72,3%) oraz ludzie pochodzący z miasta (79%), średni wiek wynosił 43 lata. Badani podawali najczęściej 3 wcześniejsze pobyty w szpitalu. Jako czynniki ryzyka zakażeń HCV określono płęć męską, częste (więcej niż 3) hospitalizacje, przetoczenia krwi przed rokiem 1992 oraz przyjmowanie środków odurzających drogą dożylną.

Rycina 3. Rozpowszechnienie genotypów HCV na świecie.



W związku z systematycznym wzrostem liczby zakażeń HCV w populacji ogólnej wzrasta ich liczba u kobiet w wieku rozrodczym, a tym samym potencjalne ryzyko ekspozycji perinatalnych. Średnią częstość zakażeń HCV u kobiet ciężarnych w Europie i Ameryce Północnej szacuje się od 0,2% do 3%. Jest ona wyższa w populacjach podejmujących ryzykow-

ne zachowania, niż w populacjach przyjmujących środki odurzające drogą dożylną, a także w krajach, w których główną drogą transmisji zakażeń są zakażenia szpitalne. Pomimo braku szczepionki p/wzw C i niemożliwej podczas ciąży chemioprophylaktyki, wykrycie zakażenia HCV u kobiety ciężarnej umożliwia, obok opieki hepatologicznej nad matką, szybką diagnostykę tego zakażenia u nowo narodzonego dziecka.

Częstość transmisji wertykalnej (z matki na dziecko) szacuje się na 3-5% u noworodków urodzonych przez matki replikujące HCV. Wzrasta ona 2-3 krotnie w przypadku współistniejącego, nieleczzonego zakażenia HIV. Czynnikiemami zwiększającymi ryzyko transmisji wertykalnej HCV oprócz koinfekcji HIV są wysoka replikacja HCV oraz przyjmowanie przez matkę środków odurzających drogą dożylną. Zwraca się także uwagę na ryzykowne zabiegi położnicze związane z dużą utratą krwi przez matkę. Zakażenie HCV u matki nie stanowi przeciwwskazania do karmienia naturalnego.

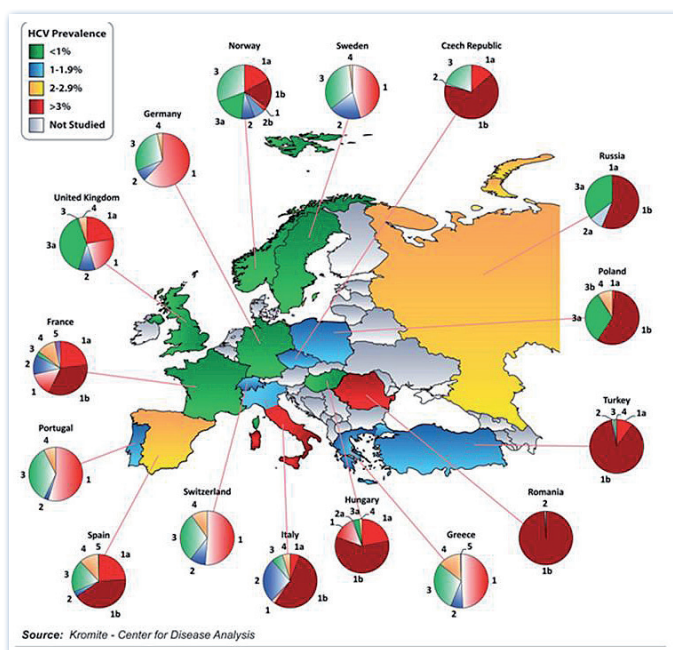
Ponieważ matczyne przeciwciała anti-HCV przechodzą przez łożysko, mogą być obecne w surowicy krwi noworodka i niemowlęcia. Stąd diagnostyka wertykalnego zakażenia HCV w pierwszym roku życia dziecka wymaga przeprowadzenia badań wirerii HCV. Odmatczyne przeciwciała przekazane biernie dziecku zanikają najczęściej przed ukończeniem pierwszego roku życia.

Skuteczne leczenie przewlekłych zapaleń wątroby typu C powoduje regresję zmian histopatologicznych w wątrobie, zapobiega marskości wątroby tej etiologii, jej niewydolności i obniża ryzyko rozwoju raka wątrobowokomórkowego. Standardem leczenia pzw C jest obecnie terapia skojarzona pegylowanym interferonem i rybawiryną. Uzyskanie optymalnej skuteczności terapii wymaga indywidualizacji leczenia standardowego w kontekście podania dawek leków zapewniających najwyższą skuteczność przy braku lub minimalnych działaniach niepożądanych oraz określonego czasu leczenia w zależności od indywidualnej odpowiedzi wirusologicznej pacjenta.

Monitorowanie wirerii podczas leczenia jest szczególnie ważne dla oceny szybkości uzyskania negatywizacji wirerii. Prawdopodobieństwo uzyskania trwałej odpowiedzi wirusologicznej (SVR – *sustained viral response*) zależy od szybkości spadku wirerii do granic niewykrywalnych oraz czasu utrzymywania tej nieoznaczalnej wirerii podczas leczenia. Obniżenie wirerii HCV poniżej granic wykrywalności po 4 tygodniach leczenia (uzyskanie RVR – *rapid viral response*) uznaje się obecnie za najważniejszy czynnik korzystnej prognozy skuteczności terapii. Jednym z czynników warunkujących uzyskanie SVR jest genotyp HCV. Wiadomo, że genotypy HCV charakteryzują się zróżnicowaniem geograficznym.

Dowiedziano, że pacjenci rasy kaukaskiej zakażeni genotypem 1 HCV uzyskują RVR w znacznie niższym odsetku (20-29%) w porównaniu z zakażonymi genotypem 2 (69-80%) czy genotypem 3 HCV (62-66%).

Rycina 4. Rozpowszechnienie genotypów HCV w Europie.

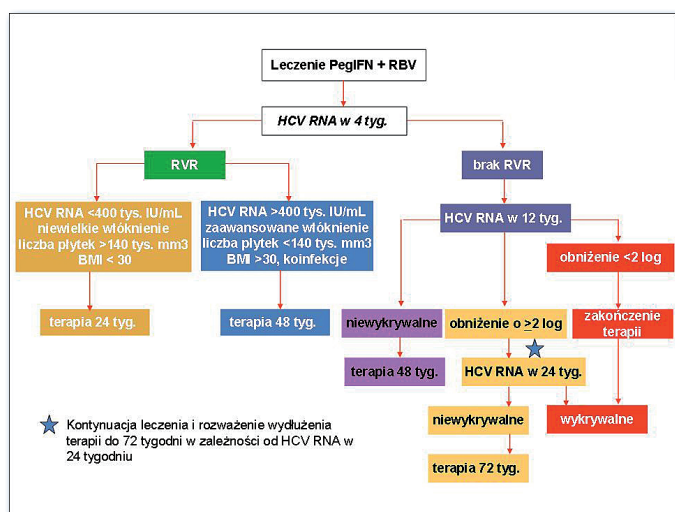


Niska wiremia wyjściowa stanowi czynnik korzystnej prognozy uzyskania RVR u zakażonych genotypem 1 HCV, natomiast u zakażonych genotypami 2 i 3 nie wykazano takich zależności. Obecność marskości wątroby lub zaawansowanego włóknienia

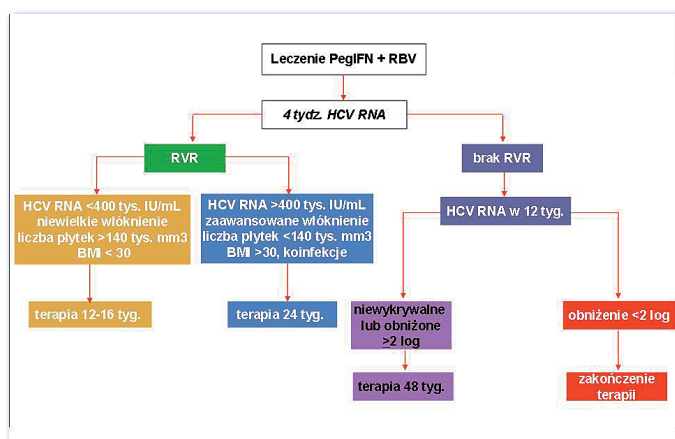
zmniejszały częstość RVR, podobnie jak wiek powyżej 50 lat i otyłość.

Ponieważ RVR jest silnym predyktorem uzyskania SVR, uznano go za czynnik determinujący możliwość skrócenia terapii w określonych przypadkach. Algorytmy leczenia pzw C w zależności od kinetyki wirerii HCV przedstawiono na Ryc. 5 i 6.

Rycina 5. Proponowany algorytm leczenia pzw C u zakażonych genotypem 1 HCV.



Rycina 6. Proponowany algorytm leczenia pzw C u zakażonych genotypem 2, 3 HCV.



Optymalizacja leczenia pzw C oprócz skracania czy wydłużania terapii obejmuje także inne modyfikacje leczenia mające na celu zwiększenie jego skuteczności. Należą do nich przede wszystkim: korekcja otyłości, oporności na insulinę i leczenie zespołu metabolicznego oraz zapobieganie i wczesne leczenie działań niepożądanych szczególnie depresji, cytopenii i chorób tarczycy.

W ostatnich latach dzięki postępom genomiki i zastosowaniu techniki GWAS opartej na technologii płytek mikromacierzowych zawierających sekwencje SNP całego genomu funkcjonujące jako markery genetyczne, stało się możliwe wykrywanie markerów genetycznych danej cechy poprzez określenie istotnych statystycznie różnic częstości występowania jej polimorficznych wariantów (alleli) w genomach grup różniących się pod względem tej cechy (np. odpowiedzi na leczenie i jej braku). Wykazano, że markery genetyczne związane z odpowiedzią na leczenie pzw C znajdują się na chromosomie 19 człowieka w obrębie genu interleukiny 28 (IL-28B) kodującego białka interferonu lambda 3. Jako najważniejsze z nich określono markery rs12979860 oraz rs8099917.

Reasumując, w leczeniu przewlekłych zapaleń wątroby typu C optymalne, bezpieczne dawki pegylovanego interferonu i rybawiryny podane w indywidualizowanym okresie terapii, zależnym głównie od szybkości uzyskania negatywizacji wirerii, wydają się zapewniać najwyższą skuteczność leczenia. Wraz z postępem wiedzy dotyczącej genomu człowieka – genomiki, proteomiki i metabolomiki coraz bardziej staje się realna personalizacja medycyny w kontekście leczenia określonego pacjenta optymalną terapią opartą o jego genetyczne właściwości.

*Małgorzata Pawłowska, Waldemar Halota
Katedra Chorób Zakaźnych
i Hepatologii CM UMK*

kontra 

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

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

Egzemplarz bezpłatny
Redakcja zastrzega sobie prawo
adjustacji i skracania artykułów.