

Kalendarium HIV/AIDS

część 1.

1981 – 2001

Kalendarium – nie mogąc pomieścić wszystkich wydarzeń dotyczących HIV/AIDS – zwraca jedynie uwagę na niektóre ważne odkrycia, osoby, wydarzenia, sposoby podejścia do pandemii HIV/AIDS.

Pandemia HIV/AIDS rozpoczęła się najprawdopodobniej w latach 70. XX wieku. W drugiej połowie lat 70. lekarze w USA, ale też w kilku krajach Europy, obserwowali przypadki zachorowań młodych, zdrowych wcześniej mężczyzn na schorzenia trudne do zdiagnozowania i leczenia, prowadzące szybko do śmierci ^[1]. Między innymi w analizach zamrożonych próbek surowic zbieranych do badań nad wirusowym zapaleniem wątroby typu B (HBV ^I) w Nowym Jorku, San Francisco i Los Angeles potwierdzono, iż wirus powodujący AIDS dotarł do populacji amerykańskiej pod koniec lat 70. XX wieku. W 1978 roku 4,5% mężczyzn z grupy badanej w San Francisco miało już przeciwciała przeciwko HIV (anty-HTLV-III/LAV ^{II}), ^[2].

W Amsterdamie (Holandia) HIV pojawił się w populacji homoseksualnych mężczyzn pod koniec lat 70., co potwierdzono w badaniach retrospektywnych próbek surowic pobieranych do badań nad skutecznością szczepionki przeciwko HBV ^[3]. W Sztokholmie (Szwecja) zaczął się rozprzestrzeniać w populacji homoseksualnych mężczyzn w latach 1979-80 ^[4]. W Szwajcarii obecność przeciwciał anty-HIV wykazano w zamrożonych próbkach surowic pochodzących z roku 1980 ^[5].

Najwcześniej obecność przeciwciał anty-HIV wykryto w Ugandzie – zawierało je 50 spośród 75 próbek surowic zamrożonych między sierpniem 1972 a czerwcem 1973 roku. w dystrykcie Zachodniego Nilu ^[6].

W roku 1986 w jednej ze 1 213 zamrożonych surowic pobranych w latach 1959 – 1982 od mieszkańców różnych regionów Afryki do badań immunogenetycznych, stwierdzono obecność przeciwciał anty-HIV ^[7]. Surowica należała do mężczyzny z plemienia Bantu, mieszkającego wówczas w Léopoldville (Kongo Belgijskie), cierpiącego na anemię sierpowatą. Lekarz, który wykrył obecność przeciwciał, strzegł tej próbki czekając na pojawienie się dokładniejszych technik badawczych ^[8]. W 1997 roku przekazał część materiału zespołowi Davida Ho w Nowym Jorku, gdzie w 1998 roku na podstawie licznych badań filogenetycznych potwierdzono, iż jest to najstarszy znany przypadek infekcji HIV-1 na świecie ^[9]. Szczep wirusa nazwano ZR59.

Najprawdopodobniej wirus powodujący AIDS rozprzestrzenił się wśród ludzi 60 – 80 lat przed rozpoznaniem pierwszych przypadków AIDS. Jeśli epidemia postępowała geometrycznie od jednej lub kilku zakażonych osób około 1910 roku do kilkudziesięciu milionów w 2008 roku, to już w 1960 roku w Afryce Środkowej było prawdopodobnie kilka tysięcy osób zakażonych tym wirusem. Biorąc pod uwagę zróżnicowanie objawów charakterystycznych dla AIDS i długi okres bezobjawowy zakażenia łatwo zrozumieć, iż rozpoczynająca się epidemia długo przebiegała niezauważenie ^[10].

1981

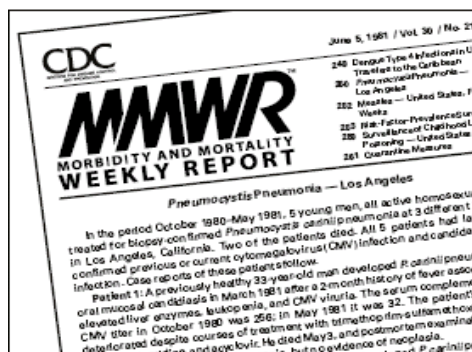
- ♦ zanim pojawił się w literaturze medycznej pierwszy opis przypadków zapaleń płuc wywołanych przez *P. carinii* ^{III}) techniczkę farmaceutyczną Sandy Ford, pracującą w Parasitic Diseases Drug Service w Center for Disease Control and Prevention (CDC), zastanowiła rosnąca szybko od początku 1981 roku liczba zamówień na pentamidynę, lek stosowany w terapii właśnie zapalenia płuc. Chorowali młodzi dorośli, czasem dwukrotnie, chorowały dzieci. Ford wiedziała, że dzieje się coś niezwykłego i powiadomiła o tym swoich przełożonych. Jak napisał później Randy Shilts „I tak dokładna techniczka farmaceutyczna z pokoju 106 w CDC zaalarmowała rząd federalny o nowej epidemii”. Rok po jej przedwczesnej śmierci wspomnienie o niej ukazało się w czasopiśmie Emerging Infectious Diseases ^[11]. Zapalenia płuc powodowane przez *P. jiroveci* po II Wojnie światowej zdarzały się w krajach rozwiniętych niezwykle rzadko. Od 1956 do końca 1970 roku w USA rozpoznano 107 takich przypadków ^[12]. Dlatego pentamidynę stosowaną w ich leczeniu sprowadzano z zagranicy, dystrybucję prowadziło CDC, gdyż takich zachorowań było zbyt mało, by opłacało się produkować lek w kraju.
- ♦ 5 czerwca CDC opublikowały w swoim czasopiśmie Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) opis 5 pierwszych przypadków rzadkiego zapalenia płuc wywołanego przez *P. jiroveci*, dotykającego zdrowych dotąd, młodych,

^I HBV (ang. Hepatitis B virus) – wirus zapalenia wątroby typu B.

^{II} wirus powodujący AIDS odkrył zespół badaczy amerykańskich, który nazwał go HTLV-III (→ dalej), nieco wcześniej zespół badaczy francuskich, który nazwał go LAV, nazwę HIV wprowadzono kilka lat później (→ dalej).

^{III} *Pneumocystis carinii* obecnie nosi nazwę *Pneumocystis jiroveci* (*P. jiroveci*); w dalszej części kalendarium będzie już używana nowa nazwa.

homoseksualnych mężczyzn^[13] oraz zachorowań na równie rzadki wcześniej nowotwór – mięsaka Kaposiego^[14]; Jego pierwszy autor **Michael S. Gottlieb**^{IV} dzwonił do ówczesnego redaktora naczelnego prestiżowego czasopisma *New England Journal of Medicine* mówiąc, że zidentyfikował nową chorobę, prawdopodobnie stanowiącą większy problem niż choroba legionistów, ale ten zaproponował publikację w *MMWR*, bo artykuł byłby tam opublikowany szybciej. Tak też się stało, ale *MMWR* czytało niewielu lekarzy. Doniesienie opublikowano w *New England Journal of Medicine* dopiero 10 grudnia tego roku^[15]. Trzy dni później w Polsce wprowadzono stan wojenny.



- 3 lipca przedstawiono opis kolejnych 36 przypadków AIDS, z Nowego Jorku i Kalifornii^[16].
- 28 sierpnia opublikowano informację o zgłoszeniu do CDC 111 przypadków zachorowań na mięsaka Kaposiego i/lub zapalenie płuc wywołane *P. jiroveci* u zdrowych wcześniej osób, w większości młodych mężczyzn, jeden przypadek rozpoznano u kobiety, ale w komentarzu do tych danych statystycznych nie wspomniano o tym^[17].
- w październiku epidemiolodzy z **CDC**, we współpracy lekarzami z Nowego Jorku, San Francisco, Los Angeles i Atlanty, pod kierownictwem dr Jamesa Currana, rozpoczęli badania mające na celu zidentyfikowanie czynników ryzyka dla zachorowań na mięsaka Kaposiego i zapalenia płuc wywołanego przez *P. jiroveci* u zdrowych wcześniej młodych osób; badaniami objęto tych, od których możliwe było dokładne zebranie wywiadów, a ponieważ w tym czasie badacze znali tylko 4 żyjących heteroseksualnych pacjentów badania ograniczono do homoseksualnych mężczyzn – **Task Force on Kaposi's Sarcoma and Opportunistic Infections (KSOI)**,^[18].
- w grudniu rozpoznano w USA pierwsze przypadki upośledzenia odporności wśród osób przyjmujących środki odurzające w iniekcjach^[19].
- nowemu zespołowi chorobowemu w amerykańskich środkach masowego przekazu nadano nazwę **gay related immune deficiency (GRID)** – zespół upośledzenia odporności związany z homoseksualizmem^[20], w literaturze medycznej pojawiała się nazwa **gay compromise syndrome** – zespół upośledzenia homoseksualistów^[21].
- w San Francisco (USA) **Shanti Project** zaczął opiekować się chorymi na AIDS, pomagając w transporcie, gotowaniu, sprzątaniu, wyprowadzaniu zwierząt, podlewaniu kwiatów, a przede wszystkim oferując wsparcie (projekt utworzył w 1974 roku dr Charlie Garfield dla opieki nad nieuleczalnie chorymi, działający też w oparciu o wolontariuszy),^[22].
- pojawiały się liczne teorie próbujące wyjaśnić przyczyny występowania infekcji oportunistycznych i nowotworów u chorych na AIDS, dr Gottlieb sugerował, że może być nią wirus cytomegalii^[15], inni uważali, że używany przez gejów azotan amylu lub butylu^[23], albo przeciążenie układu immunologicznego spowodowane częstymi kontaktami ze spermą^[24].
- Ronald Reagan podpisał ustawę **Adolescent Family Life** (w ramach Omnibus Budget Reconciliation Act of 1981), ustawa miała promować czystość i samodyscyplinę seksualną młodzieży i zapobiegać ciąży nastolatków, promować adopcję dzieci ciężarnych nastolatków, a także opiekować się ciężarnymi i będącymi rodzicami nastolatkami, zakazywała wspominania antykoncepcji hormonalnej lub o prezerwatywach (z wyjątkiem podkreślenia ich nieskuteczności), a tym bardziej o aborcji^V; niebawem polityczną dominację osiągnął ruch mający na celu edukację wyłącznie o abstynencji seksualnej do czasu zawarcia związku małżeńskiego – znany jako **abstinence only** lub **abstinence only – until marriage**.
- zidentyfikowano pierwszy przypadek AIDS u homoseksualnego mężczyzny w Wielkiej Brytanii^[25].

^{IV} Michael Gottlieb mówił po latach, że ta publikacja zmieniła jego życie; przez wiele lat ten artykuł był jednym z najczęściej cytowanych w literaturze medycznej; w początkach lat 80. leczył w **University of California Los Angeles (UCLA)** coraz więcej chorych na AIDS, stał się lekarzem gwiazd, między innymi Rocka Hudsona, ale wkrótce koleldzy i przełożeni dali mu odczuć, że jego częste pojawianie się w mediach było niestosowne, a ponieważ **UCLA Medical Center** chciało utworzyć oddział transplantacji serca i wątroby więc obawiano się, że jeśli szpital stanie się zbyt znany z powodu opieki nad chorymi na AIDS, inni pacjenci będą go omijać, przewidywano też (słusznie), że niebawem pojawi się wielu chorych na AIDS nie mających dostatecznego ubezpieczenia zdrowotnego; AIDS jawił się jako zagrożenie dla finansów szpitala, a Gottlieb publicznie identyfikowany z chorobą stał się kłopotem; mimo lub być może z powodu tej sławy nie przedłużono mu kontraktu i w 1987 roku przeszedł do praktyki prywatnej^[15].

^V W początkach lat 80. statystyki ciąży nastolatków, w większości nieplanowanych, mówiły, że co roku w ciążę zachodzi około 1,5 mln nastoletnich dziewcząt, 460 000 dokonuje aborcji, w 153 000 przypadków dochodzi do poronień, rodzi się 537 000 dzieci, a połowę z nich rodzą niezamężne matki (Dryfoos JG. *A time for new thinking about teenage pregnancy*. *Am J Public Health*. 1985; 75(1): 13-13). <https://web.archive.org/web/20161028085246/https://www.congress.gov/bill/97th-congress/house-bill/3982>, [dostęp 10-12-2022]].

- do końca roku w USA rozpoznano AIDS u **335** osób, z których **158** zmarło ^[26].

Polska – 1981

- ♦ w sierpniu został zarejestrowany **Młodzieżowy Ruch na Rzecz Przeciwdziałania Narkomanii – MONAR**, a pod koniec roku **Marek Kotański** zawarł porozumienie o współpracy z Ministerstwem Zdrowia i uzyskał status organizacji społecznej, do której obowiązków statutowych należało przeciwdziałanie narkomanii przez profilaktykę, rehabilitację i działalność informacyjną; ośrodki MONARu finansowane były w całości przez Ministerstwo Zdrowia ^[27]. Model leczenia MONARu opierał się na programie kalifornijskiej organizacji „Synanon”, przy czym w polskiej wersji były to „wolne od narkotyków społeczności terapeutyczne”, które mieli opuszczać całkowicie abstynenci ^[28].
- ♦ dopiero po sierpniu 1980 roku, po powstaniu Solidarności, rozpoczęła się publiczna dyskusja na temat problemu narkomanii. Po raz pierwszy opublikowane dane, z których wynikało, że 64% narkomanów znanych policji miało pochodzenie robotnicze (w całej gospodarce robotnicy stanowili wówczas 63%). Wzrost podaży narkotyków, kryzys gospodarczy i wstrząsy polityczne lat 80. sprawiły, że polska klasa robotnicza ucierpiała najbardziej. W 1981 roku, w stanie wojennym, wprowadzono reglamentację sprzedaży alkoholu. Rok później reforma gospodarcza spowodowała obniżenie realnych dochodów wszystkich grup społecznych, średnio do 76% poziomu z 1980 roku. Spadek był niższy wśród robotników (najlepiej opłacani stracili najmniej), kryzys najsilniej uderzał w najsłabszych i najbiedniejszych, wśród których dominowali robotnicy ^[27].

1982

- zanim rząd USA zareagował na kryzys związany z AIDS pierwsi odpowiedzieli obywatele: w styczniu w Nowym Jorku powstała organizacja **Gay Men's Health Crisis (GMHC)**, której celem było zapobieganie zakażeniom HIV wśród homoseksualnych mężczyzn, ale także opieka nad chorymi i lobbowanie za utrzymaniem niedawno zdobytych praw osób homoseksualnych; jego inicjatorem i współtwórcą był **Larry Kramer** ^{VI}, dramaturg, pisarz.



- 3 marca amerykański **Public Health Service** zorganizował w Atlancie pierwszą konferencję dotyczącą nowej choroby – dyskusja skupiała się na przyczynach: rozważano, czy wywołują ją czynniki zakaźne czy immunosupresyjne. W tym czasie zarejestrowano 51 przypadków uogólnionej przewlekłej limfadenopatii, dla której nie było identyfikowalnych przyczyn, utrzymującej się średnio od 11 miesięcy, potwierdzonej przez lekarza. Chorzy mieli średnio 33 lata, w większości (81%) byli biali ^[29].
- od 1 czerwca 1981 do 28 maja 1982 roku CDC otrzymało zgłoszenia **355** przypadków zachorowań na mięsaka Kaposiego i/lub inne ciężkie infekcje oportunistyczne, szczególnie zapalenie płuc wywołane *P. jiroveci*, które wystąpiły u zdrowych wcześniej osób mających od 15 do 60 lat; spośród nich **281 (79%) zachorowań dotyczyło homo- lub biseksualnych mężczyzn**, 41 (12%) heteroseksualnych mężczyzn, 20 (4%) kobiet o nieznanym orientacji seksualnej i **13 (4%) heteroseksualnych kobiet** – jak podkreślili autorzy doniesienia – odsetek osób heteroseksualnych – 16% – jest większy, niż przedstawiano wcześniej; śmiertelność wśród chorych na pneumocystowe zapalenie płuc homoseksualnych mężczyzn wynosiła 85% w 1981 roku i 47% w 1982 roku ^[30].
- w czerwcu opisano ognisko zachorowań na AIDS w południowej Kalifornii; było to pierwsze doniesienie mówiące, iż „czynniki zakaźny może być przenoszony w kontaktach homoseksualnych” ^[31].
- **Dania** – w czerwcu doniesiono o rozpoznaniu AIDS u 4 zdrowych wcześniej homoseksualnych mężczyzn, które miało zwrócić uwagę lekarzy na występowanie AIDS w Europie ^[32].
- 9 lipca opublikowano w USA informacje o zachorowaniach na AIDS 34 Haitańczyków przybyłych niedawno do USA, w większości heteroseksualnych mężczyzn, u których częściej niż mięsaka Kaposiego rozpoznawano inne ciężkie infekcje oportunistyczne, takie jak zapalenie płuc wywołane *P. jiroveci*, toksoplazmoza ośrodkowego układu nerwowego, kandydoza przełyku, rozsiana gruźlica oraz przewlekłe zakażenie *Isospora belli* ^[33].
- 16 lipca CDC doniosło, iż **produkty krwiopochodne prawdopodobnie mogą przenosić zakażenie** – zapalenie płuc spowodowane *P. jiroveci* rozpoznano u kilku chorych na hemofilię A ^[34], (od początku lat 70. zaczęto w USA stosować koncentraty czynników krzepnięcia VIII i IX pochodzące od wielu płatnych dawców krwi lub plazmy – od 2 500 do

^{VI} Laurence (Larrego) Davida Kramera zapamiętano jako „proroka zagłady”, który namawiał gejów do nieuprawiania seksu. Ale też przekonywał, gdyby to było niemożliwe – do utrzymywania monogamicznych związków. W 1988 roku rozpoznano u niego zakażenie HIV. W 2001 roku wymagał pilnie przeszczepu wątroby z powodu przewlekłego jej zapalenia spowodowanego wirusem B (HBV), ale w tamtych czasach odmawiano transplantacji narządów osobom zakażonym HIV. Nagłośnienie jego historii sprawiło, że dokonano przeszczepu w klinice Uniwersytetu w Pittsburghu. Zmarł 27 maja 2020 w wieku 84 lat, w Nowym Jorku. Pozostawił męża, Davida Webstera, z którym przeżył prawie 30 lat (Roehr B. Larry Kramer: author and founding father of AIDS activism. Brit Med J. 2020; 369: m2300).

25 000 dawców – co zwiększało prawdopodobieństwo przenoszenia zakażeń), [35]. W ciągu kolejnych 4 miesięcy zgłoszono do CDC kolejne 4 przypadki AIDS u chorych na hemofilię [36].

- pojawiły się sugestie, iż nowy zespół chorobowy powoduje używany przez homoseksualnych mężczyzn azotyn amylu (tak zwane poppersy), [37, 38], specyficzne rodzaje aktywności seksualnej, jak „fisting” i „rimming” [39] lub wirus zapalenia wątroby typu B (HBV), [40].
- w San Francisco (USA) organizacja **Bay Area Physicians for Human Rights** (skupiająca lekarzy gejów i lesbijki) opublikowało broszurę z informacjami o mięsaku Kaposiego, początkowo najczęstszej choroby wskaźnikowej AIDS, ze wskazówkami jak uniknąć zakażenia nowym, niezidentyfikowanym dotąd czynnikiem wywołującym AIDS [41].
- 27 lipca CDC zorganizowało spotkanie z przedstawicielami banków krwi, chorych na hemofilię, społeczności gejowskiej oraz przedstawicieli NIH i FDA w celu przekazania informacji, iż **AIDS wywołany jest prawdopodobnie przez drobnoustroj przenoszony przez krew**. Mimo mnożących się dowodów związku AIDS z przetaczaną krwią i niesterylnymi iniekcjami na tym spotkaniu nie podjęto żadnych decyzji .
 - ♦ w latach 80. homoseksualiści byli największą grupą dawców krwi w dużych miastach wschodniego i zachodniego wybrzeża USA, przedstawiciele banków krwi obawiali się, iż ich wykluczenie z oddawania krwi – jako grupy ryzyka AIDS – będzie tylko dodatkowo ich piętnować, gdyż nie ma dotąd twardych dowodów na to, że mogą przenosić zakażenie. Podtrzymywano więc stanowisko przedstawicieli organizacji gejowskich, które twierdziły, że „trzej chorzy na hemofilię z AIDS nie oznaczają, że powinno się wydać miliony dolarów” na zmiany w rekrutacji dawców i praktyki badań przesiewowych. Przedstawiciele chorych na hemofilię sugerowali, iż dane wskazujące na upośledzenie odporności u chorych na hemofilię mogą być wynikiem długiego używania produktów krwiopochodnych, bojąc się stygmatyzacji wiążącej się z chorobą występującą u homoseksualistów, ale też obawiając wystąpienia niedoborów koncentratów czynników krzepnięcia, co prowadziłoby ponownie do wzrostu częstości powikłań, takich jak deformacje stawów, a także skrócenia życia tych pacjentów; FDA nie uznało chorych na hemofilię za kolejną grupę narażonych na AIDS.
 - ♦ na spotkaniu ustalono oficjalną nazwę nowej choroby **acquired immune deficiency syndrome, AIDS – zespół nabytego upośledzenia odporności** [42].
 - ♦ potwierdzenie związku przetaczania krwi i produktów krwiopochodnych z AIDS nie było łatwe. Dopiero w grudniu CDC udowodniło bezspornie przypadek potransfuzyjnego AIDS u 20-miesięcznego chłopca, który już po urodzeniu otrzymał wiele transfuzji, w tym płytki krwi, od mężczyzny, który później zachorował na AIDS [43]. W tym samym czasie przedstawiono kolejne przypadki AIDS, które wystąpiły u chorych na hemofilię A, w tym 2 u dzieci mających mniej, niż 10 lat; **CDC i National Hemophilia Foundation** rozpoczęły analizę częstości występowania chorób związanych z AIDS u chorych na hemofilię w ciągu ostatnich 5 lat [44]. W komentarzu redakcyjnym MMWR podkreślono, iż przypadek dziecka, jak i zachorowania wśród chorych na hemofilię **budzą poważne obawy, iż czynnik wywołujący AIDS może być przenoszony przez krew i produkty krwiopochodne**.
- **USA** – od 1 czerwca 1981 do 15 września 1982 roku CDC otrzymało zgłoszenia **593** przypadków AIDS, spośród których 243 osoby zmarły (41%); jak podano w doniesieniu – liczba przypadków AIDS podwajała się co pół roku licząc od drugiej połowy 1979 roku, **codziennie rozpoznawano średnio od 1 do 2 przypadków AIDS**. Zgłoszone przypadki zachorowań podzielono na grupy w oparciu o czynniki ryzyka: mężczyźni homo- lub biseksualni – 75%, osoby przyjmujące narkotyki w iniekcjach, nie mające w wywiadzie kontaktów homoseksualnych – 13%, Haitańczycy, którzy nie podawali kontaktów homoseksualnych lub przyjmowania narkotyków w iniekcjach – 6% i chorzy na hemofilię A, którzy nie byli Haitańczykami, homoseksualistami lub przyjmującymi narkotyki w iniekcjach – 0,3% oraz osoby nie należące do żadnej z tych grup – 5% [45]; w środkach masowego przekazu grupy ryzyka dla AIDS zaczęto nazywać „**4 H⁺: hemofilitycy, heroiniści ^{VII}, homoseksualiści i Haitańczycy** (o konsekwencjach włączenia tych ostatnich dla Haiti → dalej).
- **USA** – w październiku opisano 5 przypadków AIDS u kobiet – czterech przyjmujących narkotyki w iniekcjach i jednej, której ryzyko zakażenia polegało wyłącznie na kontaktach heteroseksualnych [46].
- **USA** – 5 listopada CDC opublikowało formalne zalecenia mające na celu ochronę personelu klinicznego i laboratoryjnego, mającego kontakt z chorymi na AIDS i pochodzącym od nich materiałem biologicznym; podano w nich, że na obecnym etapie wiedzy wydaje się uzasadnionym, by przy opiece nad chorymi na AIDS pracownicy opieki zdrowotnej przestrzegali takich samych środków ostrożności, jakie stosowane są wobec pacjentów z wirusowym zapaleniem wątroby typu B [47].
- **USA** – 12 listopada CDC otrzymało dane dotyczące przypadków zakażeń *Cryptosporidium*, pasożytem wywołującym u osób ze sprawnym układem immunologicznym samo ograniczające się, trwające 1 – 2 tygodnie biegunki, zaś u chorych z AIDS biegunki bardzo ciężkie (od 6 do 25 wypróżnień dziennie o objętości od 1 do 17 litrów/dobę), przewlekłe; w tym czasie nie był znany lek działający przeciwko temu drobnoustrojowi [48].
- **USA** – 17 grudnia CDC doniosło o przypadkach zachorowań na schorzenia podobne do występujących u dorosłych z AIDS u czwórki dzieci mających mniej, niż 2 lata, które przed zachorowaniem nie otrzymywały transfuzji krwi lub produktów krwiopochodnych; większość tych dzieci zmarła; w komentarzu redakcyjnym pojawiła się sugestia, iż **należy brać pod uwagę możliwość przeniesienia czynnika wywołującego AIDS z matek na dzieci, albo wewnątrz macicznie albo krótko po urodzeniu** [49].

^{VII} osoby przyjmujące heroinę w iniekcjach.

- **USA** – powstały kolejne organizacje pozarządowe zajmujące się AIDS: w San Francisco – **San Francisco AIDS Foundation (SFAF)**^{VIII}, w Los Angeles – **AIDS Project Los Angeles (APLA)**.
- **Wielka Brytania** – powstał **Terry Higgins Trust (THT)** (obecnie **Terrence Higgins Trust**) jedna z pierwszych organizacji charytatywnych w Europie, która wzięła swą nazwę od nazwiska pierwszego chorego na AIDS, zmarłego w Londynie w czerwcu tego roku; organizacja zajmuje się wieloma aspektami HIV/AIDS.



- po raz pierwszy wyrażono wsparcie dla osób żyjących i uczczono pamięć zmarłych na AIDS; od tego momentu uroczystości odbywają się co roku, w każdą 3 niedzielę maja; uroczystość organizowana przez Global Health Council nosi nazwę **International Candlelight Memorial**.



- **USA** – w CDC powstała **pierwsza robocza definicja AIDS**, jeszcze przed wykryciem czynnika etiologicznego choroby i pojawieniem się testów diagnostycznych pozwalających na wykrycie obecności przeciwciał przeciwko wywołującemu go czynnikowi zakaźnemu. Na jej podstawie AIDS rozpoznać można było, gdy u zdrowego wcześniej pacjenta, mającego mniej, niż 60 lat, rozpoznawano upośledzenie odporności, które nie było spowodowane chorobą nowotworową, kortykosteroidoterapią lub niewydolnością nerek (kryterium A) oraz jedną z chorób wskazujących na upośledzenie odporności komórkowej (kryterium B), do których zaliczono wówczas następujące choroby: mięsak Kaposiego; chłoniak pierwotny, ograniczony do ośrodkowego układu nerwowego; zapalenie mózgu, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych lub płuc spowodowane przez: *Pneumocystis*, *Cryptococcus*, *Candida*, *Toxoplasma*, *Aspergillus*, *Strongyloides*, wirus cytomegalii (CMV), *Nocardia*, *Mucor*; zapalenie przełyku spowodowane *Herpes simplex*, wirus cytomegalii lub *Candida sp.*; postępująca wieloogniskowa leukoencefalopatia; przewlekłe (utrzymujące się > 1 miesiąca) zmiany spowodowane *Herpes simplex*; przewlekłe (utrzymujące się > 1 miesiąca) zapalenie jelita cienkiego, wywołane *Cryptosporidium*; kokcydiodomykoza, histoplazmoza lub atypowe mykobakteriozy, rozsiane lub dotyczące ośrodkowego układu nerwowego. Rozpoznanie jednej z tych chorób upoważniało do rozpoznania AIDS, pod warunkiem, iż ustalone było dostatecznie wiarygodnymi metodami (badaniami histologicznymi lub mikrobiologicznymi). Zaznaczono, że ta robocza definicja nie obejmuje pełnego spektrum objawów AIDS^[50].
- **Uganda** – zachorowania na AIDS (nazywanego „złą chorobą” – „slim disease”, z powodu szybkiego chudnięcia i wyniszczenia tych osób) odnotowano w prowincji Rakai, nad brzegami Jeziora Wiktorii^[51]; w małej rybackiej wiosce zmarło kilku młodych, aktywnych seksualnie ludzi, którzy często wyjeżdżali z niej z powodu przemytu i nielegalnego handlu. Jedni uznali, że padli ofiarą czarownic, inni, że sprawiedliwość spotkała oszustów.
- w USA rozpoznano **1 580** zachorowań na AIDS, **603** osoby zmarły (wg. danych HRW).

Polska – 1982

- rozpoczęło się narastanie nierówności społecznych. W tym roku w najbiedniejszych gospodarstwach domowych bieżące wydatki pochłaniały 112% dochodów, w najbogatszych – 92%. W 1985 roku najbiedniejsi wydawali 128% dochodów na bieżące potrzeby, najbogatsi – 77%. Wprowadzona w 1982 roku ustawa „endopasożytnicza”, czyniąca z prawa do pracy obowiązek, spowodowała rejestrację osób uzależnionych – w tym roku 42% narkomanów rejestrowanych przez policję nie uczęszczało i nie pracowało, w 1986 roku już 53%^[27].

1983

- **USA** – 7 stycznia CDC doniosło o zachorowaniach na AIDS dwóch kobiet, stałych partnerek seksualnych chorych na AIDS – jedna była partnerką mężczyzny przyjmującego narkotyki w iniekcjach, druga – biseksualistę; w komentarzu redakcyjnym podkreślono, że obserwacje epidemiologiczne coraz bardziej sugerują, iż **AIDS powodowany jest przez czynnik zakaźny, który może się przenosić zarówno wśród par hetero- jak i homoseksualnych**, wyrażono też pogląd, iż mężczyźni przyjmujący narkotyki w iniekcjach mogą być nosicielami czynnika zakaźnego, który u nich nie wywołuje choroby, ale powoduje AIDS u ich partnerek seksualnych^[52].
- **USA** – na początku roku potwierdzono pierwsze przypadki zachorowań na AIDS wśród więźniów w placówkach penitencjarnych w Nowym Jorku (USA),^[53].

^{VIII} **SFAF** powstała w kwietniu 1982 roku jako Kaposi's Sarcoma Research and Education Foundation (KSREF), powołana przez liderów społeczności lokalnej (Cleve Jones) i lekarzy (dr Marcus Conant), (Kirby T. *San Francisco AIDS Foundation. Lancet HIV*. 2019; 6(2): e79).

- **USA** – 4 marca CDC podało, iż od czerwca 1981 roku zgłoszono ponad **1 200** przypadków AIDS, w pierwszym roku od rozpoznania AIDS śmiertelność przekraczała 60%; **w 1981 roku zgłaszano średnio 1 przypadek AIDS dziennie, w 1982 i w początkach 1983 roku – 5 do 6 zachorowań na AIDS dziennie** ^[54]; uznano, że przypadki AIDS wydają się występować podobnie do zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu B, a wirus HBV przenoszony jest w kontaktach seksualnych i parenteralnie;
 - przyznano, że krew i produkty krwiopochodne wydają się być odpowiedzialne za zachorowania na AIDS wśród chorych na hemofilię, a prawdopodobieństwo przenoszenia czynnika wywołującego AIDS przez krew zwiększa występowanie zachorowań wśród osób przyjmujących narkotyki dożylnie, a także zachorowanie na AIDS dziecka, które po urodzeniu otrzymało liczne transfuzje krwi i produktów krwiopochodnych;
 - podkreślono, że nie udokumentowano dotąd przypadków AIDS wśród pracowników medycznych lub personelu laboratoryjnego, nie wykazano też przeniesienia z człowieka na człowieka, poza kontaktami seksualnymi lub transfuzją krwi.
 - rekomendacje **Public Health Service**: zalecono unikania kontaktów seksualnych z osobami podejrzanymi o zachorowanie lub chorymi na AIDS i ograniczenie liczby partnerów seksualnych;
 - jako środek przejściowy zalecono, by osoby z grup zwiększonego ryzyka zachorowania na AIDS powstrzymywały się od oddawania krwi, ośrodki pobierające krew powinny informować o tym dawców, a FDA przygotowuje nowe zalecenia dla producentów czynników krwiopochodnych i reguły dotyczące pobierania krwi; zaapelowano też do lekarzy, by ściśle przestrzegali wskazań medycznych do przetaczania krwi, zachęcano też do stosowania transfuzji autologicznych;
 - za osoby mające większe ryzyko AIDS uznano mających objawy sugerujące chorobę, partnerów seksualnych chorych na AIDS, seksualnie aktywnych homo- lub biseksualistów mających wielu partnerów, przyjeżdżających do USA Haitańczyków, przyjmujących kiedykolwiek narkotyki w iniekcjach, chorych na hemofilię i parterów seksualnych osób mających zwiększone ryzyko AIDS ^[55].
- **USA** – w maju w Journal of the American Medical Association – JAMA opublikowano informacje o AIDS u dzieci, w których pojawiła się sugestia, że choroba może być przenoszona przez kontakty domowe ^[56]; w artykule redakcyjnym Anthony Fauci przyznał, że istnieje możliwość przenoszenia zakażenia z matki na dziecko (co wykazano w innym artykule w tym samym numerze czasopisma ^[57]), ale spekulował też, że „Jeśli ... nie-seksualne, nie związane z krwią przenoszenie choroby jest możliwe, rozmiar choroby może być ogromny” ^[58] – podchwycenie tej nieprawdziwej opinii przez media przyczyniło się do zwiększenia strachu przed AIDS w USA, a co za tym idzie stygmatyzacji chorych na AIDS ^[59].
- **USA** – podczas spotkania dotyczącego zdrowia lesbijek i gejów w Denver mała grupa osób żyjących z AIDS z USA przygotowała tak zwane zasady z Denver – **Denver principles** – uważane za podstawę ruchu działaczy zajmujących się AIDS:
 - zalecenia dla wszystkich były wsparciem w walce z tymi, którzy wyrzucali z pracy, domów, odmawiali dotknięcia, oddzielali od rodziny, przyjaciół, ukochanych, choć przecież były już dostępne dowody, mówiące że AIDS nie może się przenosić przez zwykłe, socjalne kontakty; ludzie z AIDS nie są kozłami ofiarnymi, nie mogą być oskarżani o epidemię,
 - zalecenia dla ludzi z AIDS zachęcały do tworzenie grup dla wyboru własnych reprezentantów do kontaktów z prasą, planowania własnych strategii działania, włączania się we wszystkie spotkania dotyczące AIDS na tych samych prawach, co inni; wskazano na celowość zmiany zachowań seksualnych na pociągające małe ryzyko zakażenia tym, którzy mogą zagrażać sobie lub partnerom, „czujemy, że ludzie z AIDS ponoszą etyczną odpowiedzialność za informowanie swoich potencjalnych partnerów seksualnych o swoim stanie zdrowia”,
 - wymieniono prawa ludzi z AIDS do:
 - prowadzenia pełnego i satysfakcjonującego życia seksualnego jak wszyscy inni;
 - opieki zdrowotnej i socjalnej sprawowanej bez dyskryminacji z jakichkolwiek przyczyn, w tym z powodu orientacji seksualnej, płci, rozpoznania, statusu ekonomicznego i rasy,
 - pełnego wyjaśniania wszystkich procedur medycznych i związanego z nim ryzyka, wyboru lub odmowy zmian leczenia, odmowy uczestniczenia w badaniach bez zagrożenia dotychczasowego leczenia,
 - podejmowania świadomych decyzji o swoim życiu,
 - prywatności, poufności danych medycznych, poszanowania człowieczeństwa i decydowania kto jest ważną, bliską osobą;
 - prawo do śmierci – i do życia – z godnością ^[60].
- **USA** – zwrócono uwagę na możliwość przeniesienia zakażenia HIV poprzez nasienie używane do sztucznego zapłodnienia, oddawane przez anonimowych dawców; w tym czasie nie było jeszcze testów diagnostycznych ^[61].
- **USA** – pojawiły się w koncentraty czynnika VIII, które poddawano ogrzewaniu w celu inaktywowania wirusów zapalenia wątroby, rok później pojawiły się także ogrzewane koncentraty czynnika IX. Niebawem wykazano, że wirus HIV ginie w podwyższonej temperaturze, tak więc poddawanie liofilizatów ogrzewaniu (w temperaturze 60°C przez 20 godzin) zwiększało ich bezpieczeństwo ^[62].
- **USA** – do końca roku CDC otrzymały ponad 2 200 zapotrzebowań na **pentamidyne**, uznano więc, że konieczne jest rozpoczęcie jej wytwarzania w kraju. Poszukiwano firmy zdolnej do produkcji i trafiono na małą, prywatną firmę **LyphoMed**. FDA uczyniło ją odpowiedzialną za dostarczanie i marketing leku, zwolniło z przeprowadzenia badań

klinicznych, doradziło też firmie, by wystąpiła o nadanie produktowi statusu leku sierociego (**Orphan Drug**)^{IX}. Rok później dzięki temu statusowi LyphoMed uzyskiwała wyłączność na sprzedaż pentamidyny w iniekcjach do 1991 roku. Jednak istniał problem z postacią leku w iniekcjach – trafiał głównie do nerek, nadnerczy i wątroby, a nie do płuc, które były najczęstszym miejscem infekcji. Ponad połowa pacjentów doznawała reakcji toksycznych, które zmuszały do zmiany leczenia. Naukowcy poszukiwali lepszego sposobu podawania leku i tak narodził się pomysł stosowania jej w aerozolu, by mogła trafiać głęboko do płuc, co potwierdzono w jednym dotąd badaniu, u szczurów. Badacze z San Francisco i Nowego Jorku zaczęli poszukiwać skutecznego atomizera. Wydawało się, że kwestią czasu było rozpoczęcie badań potwierdzających bezpieczeństwo i skuteczność pentamidyny, ale nikt nie spodziewał się, że minie 5 lat, zanim FDA zaaprobuje pentamidynę w aerozolu^[63].

- **Dania** – opisano przypadek duńskiej lekarki, która w latach 1972 – 1975 pracowała w prymitywnym wiejskim szpitalu w północnym Zairze, a przez następne 3 lata w Kinszasie. W 1976 roku zachorowała na oporną na leczenie biegunkę, słabła, chudła, miała też uogólnioną limfadenopatię. Zmarła w 1977 roku, po drugim epizodzie zapalenia płuc wywołanego *Pneumocystis jiroveci*^[64].
- **Kuba** – powołano Narodową Komisję AIDS, której dyrektorem został dr Jorge Pérez Avila, zanim jeszcze rozpoznano pierwszy przypadek AIDS; jedną z pierwszych decyzji komisji było zarządzenie zniszczenia wszystkich produktów krwiopochodnych, które nie pochodziły z Kuby, zakaz importu krwi, a nieco później testowanie wszystkich dawców krwi w kraju^[65].
- **Francja** – w marcu doniesiono o 5 przypadkach AIDS u osób pochodzących z Afryki Środkowej^[66].
- w maju **Luc Montagnier** i jego współpracownicy z Instytutu Pasteura (Francja) donieśli na łamach czasopisma Science o wyizolowaniu nowego retrowirusa, nazwanego **LAV: lymphadenopathy associated virus** (wirus związany z limfadenopatią) od pacjenta wykazującego ryzyko zachorowania na AIDS (BRU),^[67]; Montagnier wysłał swój preparat LAV_{BRU} Robertowi Gallo, światowemu autorytetowi w dziedzinie retrowirusów, do dalszej jego identyfikacji.
- w tym samym numerze Science zespół **Roberta Gallo** z Narodowego Instytutu Raka (NCI) w USA opublikował trzy doniesienia sugerujące, iż wirus powodujący AIDS to **HTLV – human T-cell leukemia virus** (ludzki wirus białaczki limfocytów T),^[68, 69, 70].
- 15 czerwca doniesiono do CDC o 4 przypadkach AIDS związanych prawdopodobnie z wykonywaniem pracy w służbie zdrowia; nie zidentyfikowano źródeł zakażenia tych pracowników, którzy negowali przynależność do którejś ze znanych grup ryzyka, żaden nie podawał opieki nad chorym ani kontaktu z krwią chorego na AIDS; w publikacji podkreślono konieczność znajomości i przestrzegania zleceń związanych z zapobieganiem AIDS w placówkach medycznych^[71], (→ dalej).
- **National Institutes of Health - NIH i CDC** opublikowały zalecenia dotyczące środków ostrożności, które powinny być stosowane przez pracowników służby zdrowia zajmujących się chorymi na AIDS, podobne do sugerowanych w zapobieganiu zakażeniom HBV^[72].
- **USA** – jeszcze przed odkryciem wirusa powodującego AIDS, Departament Zdrowia Nowego Jorku promował używanie prezerwatywy przy pomocy plakatu nawiązującego stylem do pop-art., na którym mężczyzna i kobieta obejmują się myśląc jednocześnie: „*mam nadzieję, że ona [on] nie ma AIDS*”, głos Departamentu Zdrowia: „*nie możesz żyć nadzieją*”. „*Oboje wierzycie, że spotkaliście wreszcie właściwą osobę w swoim życiu. Oboje macie nadzieję, że partner [partnerka] nie jest zakażony[a] HIV. Oczywiście można zapytać. Ale Twój partner może o tym nie wiedzieć. Można nosić wirus HIV w sobie przez wiele lat bez żadnych objawów infekcji. Jedyne sposoby zapobiegania zakażeniu to chronienie siebie samej [samego]. Zaczynaj używać prezerwatyw. Zawsze. Porozmawiaj z nim o ich użyciu. Jeśli powie „nie” Ty też możesz odmówić*”^[73].
- ♦ **USA** – rozpoczęto przygotowania do utworzenia **Multicenter AIDS Cohort Study (MACS)**, w celu prowadzenia długofalowych badań populacji wydającej się wykazywać zwiększone ryzyko zachorowania na AIDS; planowano badanie przebiegu klinicznego zakażenia, wpływ profilaktyki infekcji oportunistycznych, leczenia w grupie homo- i biseksualnych mężczyzn.
- ♦ **USA** – organizacja **True Love Waits** zainicjowała zachęcanie nastolatków do składania przysięgi, że powstrzymają się od seksu do czasu zawarcia związku małżeńskiego. Do 1995 roku około 2,2 mln nastolatków (12%) złożyło taką przysięgę. W badaniach przeprowadzonych w latach 2001 – 2002 okazało się, iż częstość zakażeń przenoszonych drogą płciową jest taka sama wśród nastolatków, które przyrzekały publicznie zachowanie abstynencji seksualnej do czasu zawarcia związku małżeńskiego, jak wśród tych, które nie składały takiej przysięgi, wykazano także, iż dziewczęta ślubujące abstynencję wychodzą za mąż wcześniej, a częstość zakażeń przenoszonych drogą płciową wśród młodych osób pozostających w związkach małżeńskich jest taka sama wśród tych, którzy jako nastolatki składali zobowiązanie, jak i tych, którzy go nie składali^[74].
- **WHO** – do 30 czerwca zgłoszono **153** przypadki AIDS w Europie: najwięcej we Francji (59), Niemczech Zachodnich (24), Belgii (21), Szwajcarii (13), Wielkiej Brytanii (10),^[75].

^{IX} **Orphan Drug Act** uchwalono w USA w 1983 roku by promować powstawanie nowych leków do leczenia rzadkich chorób (występujących u mniej niż 200 000 pacjentów). Przyznanie takiego statusu pociągało za sobą wiele korzyści dla producenta: 7-letnią ochronę FDA przed konkurencyjnymi lekami generycznymi - niezależnie od ochrony patentowej – i znaczące ulgi podatkowe. W późniejszych latach producenci starali się uzyskać ten status dla kolejnych 57 leków antyretrowirusowych. Przyznano go ośmiu (*Broun MM, Farog-El-Massah, XU K, Coté TR. Emergence of orphan drugs in the United States: a quantitative assessment of the first 25 years. Nature Rev. 2010; 9: 519-522*).

- **Wielka Brytania** – do 31 lipca zgłoszono 14 przypadków AIDS; 12 dotyczyło homoseksualnych mężczyzn (7 z nich uprawiało seks z Amerykanami, jeden przyjmował także narkotyki dożylnie), 1 chorego na hemofilię, który otrzymywał czynnik VIII importowany z USA, jeden przypadek dotyczył osoby, która nie należała do żadnej ze znanych grup ryzyka; autorzy doniesienia sugerowali, iż zachorowania na AIDS w tym kraju są odbiciem epidemii w USA, a nie dowodem na jej rozprzestrzenianie się w Wielkiej Brytanii ^[76].
- **Izrael** – we wrześniu odpowiednik Czerwonego Krzyża, odpowiedzialny za przetwarzanie krwi i produkty krwiopochodne, po rozpoznaniu AIDS u 2 chorych na hemofilię, podjął decyzję o niestosowaniu u chorych liofilizowanego czynnika VIII; w większości banków krwi wprowadzono badania przesiewowe oddawanej krwi w kierunku obecności przeciwciał anti-HBsAg ^x, a także wypełnianie kwestionariuszy przez dawców, w których apelowano, by w interesie osób potrzebujących ich krwi przyznali, czy kiedykolwiek chorowali na żółtaczkę zakaźną, choroby weneryczne, hemofilię, przyjmowali leki lub narkotyki w iniekcjach; proszono także o zniszczenie kwestionariusza i powstrzymanie się od oddania krwi osoby, które uprawiały ostatnio lub w ciągu ostatnich kilku lat kontakty homoseksualne lub otrzymały wiele transfuzji ^[77].
- **USA** – rozpoznano AIDS u 20 chorych na hemofilię; w doniesieniu podającym tę informację przyznano, że AIDS jest bardzo realnym problemem dla tych chorych ^[78].
- **Finlandia** – opisano dwa pierwsze przypadki AIDS u młodych mężczyzn (26 lat – pnemocystowe zapalenie płuc i 37 lat – mięsak Kaposiego) zidentyfikowane podczas badań przesiewowych homoseksualnych mężczyzn w Helsinkach ^[79].
- w październiku, podczas spotkania zorganizowanego przez **WHO** i **Danish Cancer Institute** podano, iż przypadki AIDS zgłoszono w 15 krajach europejskich: najwięcej we Francji (94), Republice Federalnej Niemiec (42), Belgii (38), Wielkiej Brytanii (24), Szwajcarii (17), Danii (13), Holandii (12), a także w Austrii (7), Hiszpanii (6), Szwecji (4) oraz po 2 w Czechosłowacji, Finlandii, Irlandii, Norwegii i we Włoszech – w sumie 267 przypadków ^[80].
 - w tym samym doniesieniu podano, iż wśród 61 przypadków AIDS rozpoznanych u Francuzów 51 dotyczyło homoseksualnych mężczyzn (z których większość miała kontakty z USA), 1 u chorego na hemofilię, 4 u heteroseksualnych mężczyzn i 2 u heteroseksualnych kobiet, w 3 przypadkach nie ustalono drogi zakażenia, natomiast 10 przypadków dotyczyło Haitańczyków mieszkających we Francji, a 18 osób mieszkających lub podróżujących wcześniej do Afryki Równikowej; nie obserwowano zakażeń wśród osób przyjmujących narkotyki w iniekcjach.
- **Belgia** – do listopada rozpoznano 40 przypadków AIDS, z których tylko 2 dotyczyły homoseksualnych mężczyzn, pozostali chorzy (92%) pochodzili z Afryki Środkowej (mieszkali w Belgii lub przyjechali na leczenie); kobiety stanowiły 40% zachorowań; śmiertelność wynosiła 41%; autorzy doniesienia sugerowali, że AIDS występuje endemicznie w Afryce Środkowej, a przypadki obserwowane w Belgii stanowią tylko wierzchołek góry lodowej ^[81].
- brytyjski uczony zaproponował rezygnację z promiskuityzmu ^{xi}, homoseksualizmu i przyjmowania narkotyków dla zahamowania epidemii HIV/AIDS, choć jak zaznaczył, to rozwiązanie może nie spotkać się z akceptacją ^[82].
- **Wielka Brytania** – zarejestrowano 24 przypadki AIDS, tylko we wrześniu – 6 z nich ^[83].
- **Uganda** – prawie 22 000 przypadków AIDS zgłoszono do programu National AIDS Control do grudnia 1990 roku, ale z pewnością więcej jest przypadków niezgłoszonych. Liczba osób zakażonych HIV jest wielokrotnie większa niż zachorowań na AIDS. HIV przenoszony jest w tym kraju przede wszystkim przez kontakty heteroseksualne oraz z matki na dziecko. Zakażonych kobiet i mężczyzn jest mniej więcej tyle samo, a 80% zakażeń dotyczy osób w wieku 16-40 lat, 10% wśród dzieci od 0 do 5 lat, nie ma zakażeń wśród dzieci mających 6-15 lat. AIDS w Ugandzie dotyka wszystkich członków rodzin, bezpośrednio lub pośrednio ^[84].
- w USA zachorowało na AIDS **4 788** osób, z których **2 137** zmarło (wg. danych HRW).

1984

- **USA** – 13 stycznia w USA wpisano AIDS na listę chorób wymagających zgłoszenia – w pierwszym tygodniu obowiązywania zalecenia zgłoszono 24 zachorowania ^[85].
- **USA** – w styczniu przedstawiono przypadek 71-letniej kobiety z AIDS, której jedynym czynnikiem ryzyka były – jak podkreślono – **rzadkie** kontakty seksualne z jej starszym o kilka lat mężem, chorym na hemofilię, który nieco wcześniej zmarł z powodu zapalenia płuc spowodowanego *P. jiroveci*. Autorzy doniesienia napisali: „...*monogamiczne i niezbyt częste kontakty seksualne przy braku innych czynników ryzyka u pacjentki (która prowadziła wyjątkowo spokojne życie ze swoim mężem) jest dowodem przeciwko teorii mówiącej, że częste, powtarzalne stymulacje licznymi antygenami (co występuje u promiskuitycznych homoseksualistów męskich) są niezbędne do wystąpienia AIDS*” ^[86].

^x już w połowie lat 70. Wolf Shmuness i współpracownicy pisali o istnieniu licznych dowodów serologicznych, że zakażenie HBV występuje częściej w dwóch populacjach wykazujących duży promiskuityzm – pacjentów z chorobami wenerycznymi i homoseksualistów męskich (ale nie żeńskich), (Shmuness W, Much I, Prince AM, et al. On the role of sexual behavior in the spread of Hepatitis B infection. *Ann Intern Med.* 1975; 83(4): 489-495).

^{xi} Promiskuityzm – częste zmiany partnerów seksualnych, często przypadkowych.

- **USA** – w marcu ukazały się zalecenia **CDC** dotyczące profilaktyki AIDS; podkreślono, że chociaż przyczyna AIDS pozostaje nieznana to dostępne dane sugerują, iż jest powodowany przez czynnik zakaźny, dlatego zalecono unikanie kontaktów seksualnych z osobami chorymi lub podejrzanymi o AIDS, członkom grup większego ryzyka AIDS zalecono powstrzymywanie się od oddawania krwi (nawet jeśli osoby znajdujące się tych grupach mają małe ryzyko przeniesienia AIDS), polecono poszukiwanie procedur przesiewowych, które mogłyby identyfikować i wykluczać ze stosowania osocze i krew, które z dużym prawdopodobieństwem mogłyby przenosić AIDS, lekarzom zalecono ściśle przestrzeganie wskazań medycznych do przetwarzania krwi, zachęcono też do stosowania transfuzji autologicznych, a także kontynuowanie prac dla stworzenia bezpieczniejszych produktów krwiopochodnych do leczenia chorych na hemofilię^[87].
- **USA** – badacze z amerykańskiego **CDC** kontynuowali badania, w których poszukiwano przyczyn AIDS analizując kontakt seksualne mężczyzn homoseksualnych w Los Angeles i Nowym Jorku; zidentyfikowali mężczyznę, który był ogniwem łączącym wiele różnych przypadków zachorowań (w ciągu 4 lat miał 750 partnerów seksualnych, był w stanie podać nazwiska 72, z niektórymi uprawiał seks zanim wystąpiły u niego objawy mięsaka Kaposiego), co – jak pisali autorzy doniesienia – wydawało się potwierdzać, że AIDS jest wywołuje czynnik zakaźny, w dodatku mogą go też przekazywać osoby jeszcze nie mające objawów klinicznych AIDS – współpracującego z badaczami pacjenta określono jako „**pacjent 0**”^{xii}^[88], co nieco później zmieniło się w powszechnych komentarzach w „**pacjenta zero**”.
- **USA** – 23 kwietnia ogłoszono, iż **Robert Gallo** z **NCI (National Cancer Institute – Narodowy Instytut Raka)** odkrył przyczynę AIDS – retrowirus **Human T-cell Lymphotropic Virus – HTLV-III** (ludzki wirus limfotropowy komórek T)^[89], a **Margaret Heckler**, szefowa **Department of Health and Human Services – DHHS (Departamentu Publicznej Służby Zdrowia)** ogłosiła szybkie pojawienie się testów pozwalających na rozpoznanie obecności wirusa we krwi i wyraziła nadzieję, iż szczepionka przeciwko AIDS pojawi się w ciągu 2 lat^[90]. Testy w kierunku obecności przeciwciał anty-HTLV-III/LAV stały się dostępne rok później, szczepionki nie ma do dziś.
- **USA** – **Jay Levy** i jego zespół z **San Francisco (USA)** wyizolował wirus nazwany **AIDS related virus – ARV** (wirus związany z AIDS) – wykazał też – po raz pierwszy – że istnieje **bezobjawowe stadium zakażenia**^[91].
- **USA** – w **National Cancer Institute (NCI)** utworzono Specjalny Wydział ds. AIDS, jego kierownikiem naukowym został **Robert Gallo**, a dyrektorem klinicznym **Samuel Broder**, który doprowadził do zidentyfikowania pierwszych leków antyretrowirusowych, choć w tym czasie przemysł farmaceutyczny nie był zainteresowany poszukiwaniem leków na AIDS, nie widząc szans na zyski z ich sprzedaży^[62]. W początkach poszukiwania leków Broder sam podróżował po USA pukając do drzwi szefów firm farmaceutycznych i oferował przebadanie niewykorzystanych przez nie dotąd preparatów w laboratoriach NCI, by sprawdzić, czy są skuteczne przeciw AIDS^[92]. Starał się nawiązać kontakt z firmą **Burroughs Wellcome (BW)**^{xiii}, o której wiedział, że pracuje nad grupą leków antywirusowych. (wprowadziła na rynek acyklowir, pierwszy lek działający przeciwko wirusom *Herpes*). W początkach października 1984 roku Broder spotkał się z pracownikami firmy, którzy jednak nie chcieli włączyć się do badań. Jednym z powodów był strach przed koniecznością pracy z żywym i potencjalnie śmiertelnym wirusem. W dodatku nie sądzili, by badania nad AIDS mogły w ogóle się zwrócić, nie mówiąc o zyskach. Broder spędził wiele czasu na przekonywaniu pracowników BW, że skuteczny lek na AIDS ma ogromny potencjał komercyjny, że na AIDS można zarobić pieniądze, prawdopodobnie bardzo duże pieniądze^[62]. Jego perswazje sprawiły, że firma przemysłała swoje stanowisko i w lutym 1985 roku przekazała do badań substancję nazwaną **Compound S**, a pracownicy NCI wykazali w badaniach doświadczalnych jego aktywność wobec HIV^[93]. **Compound S** okazał się być **azydotymidyna (AZT)**^{xiv}, później znaną jako **zydowudyna**^[94].

^{xii} W książce „And the Band Played On” z 1987 roku Randy Shilts uznał kanadyjskiego stewarda Gaétana Dugas’a za tego, który rozpowszechnił nowego wirusa po całych Stanach Zjednoczonych. Nie pisał, że przywiózł wirusa do USA. Ale później media uznały, że to właśnie on jest odpowiedzialny za epidemię w tym kraju i nazwały go „pacjentem zero”. Badacze HIV/AIDS wyrażali sceptycyzm wobec tego poglądu. W dodatku kiedy analizowano powiązania między pierwszymi przypadkami AIDS w Kalifornii nazwano Gaétana Dugas’a pacjentem O, od słowa *outside*, gdyż nie pochodził z tego stanu. (Cohen J. „Patient zero” no more. *Science*. 2016; 351: 1013).

^{xiii} Grupa **WELLCOME** została założona w Londynie przez dwóch Amerykanów w 1880 roku. Jej pierwszym znaczącym osiągnięciem było stworzenie tabletki – wcześniej większość leków miała postać proszku. W latach trzydziestych podzielono ją na dwie odrębne części: **Wellcome Trust**, dużą organizację charytatywną, która przeznaczała swoje dochody na badania naukowe oraz utrzymanie instytutu oraz biblioteki zajmującej się historią medycyny oraz **Wellcome Foundation Ltd**, nastawioną na zysk firmę farmaceutyczną, która w USA nosiła nazwę **Burroughs Wellcome (BW)**. W trakcie swoich badań pracownicy Wellcome zdobyli pięć nagród Nobla. Do 1980 roku firma Wellcome od ponad 15 lat specjalizowała się w leczeniu chorób wywołanych przez wirusy. W tym samym roku David Barry, czołowy badacz w Burroughs Wellcome w USA, zauważył, że nagle wzrósł popyt na lek Septra (timetoprim-sufametoksazol) – lek, który Wellcome pomógł opracować kilka lat wcześniej w celu zwalczania rzadkiej postaci zapalenia płuc wywołanego przez *Pneumocystis jirovecii*. Teraz wielu lekarzy zamawiało go dla dorosłych mężczyzn, z których większość była gejami i mieszkała w Nowym Jorku i San Francisco. Dwa lata później w tej samej grupie osób dużym zapotrzebowaniem cieszył się kolejny nowy lek Wellcome, Zovirax (acyklowir), lek przeciw opryszczce. (Garfield S. *The rise and fall of AZT: it was the drug that had to work. It brought hope to people with HIV and Aids, and millions for the company that developed it. It had to work. There was nothing else. But for many who used AZT - it didn't. The Independent*, 2 May 1993. <http://www.independent.co.uk/arts-entertainment/the-rise-and-fall-of-azt-it-was-the-drug-that-had-to-work-it-brought-hope-to-people-with-hiv-and-2320491.html> [dostęp: 20.10.2020]).

^{xiv} **AZT**, azydotymidyna, była jednym ze związków zsintetyzowanych w 1964 roku w laboratorium kierowanym przez Jerome P. Horwitz’a w **Michigan Cancer Foundation**, w ramach programu poszukiwania leków przeciwnowotworowych sponsorowanego przez amerykański **National Cancer Institute**. Kolejne dwa leki antyretrowirusowe, które stworzył dr Horwitz, to didanozyna (ddI) i zalcytabina (ddC). Leki nie okazały się skuteczne w terapii nowotworów, a dr Horwitz nie opatentował swoich odkryć. O AZT i innych zsintetyzowanych przez siebie związkach miał powiedzieć: „to bardzo interesujące substancje czekające na właściwą chorobę”; kiedy w latach 80. AZT okazało się skuteczne w hamowaniu replikacji HIV firma farmaceutyczna **Burroughs Wellcome** opatentowała lek – dr

- **USA – CDC** stwierdziło, iż powstrzymanie się od przyjmowania narkotyków w iniekcjach lub **zmniejszenie wspólnego używania strzykawek przez wiele osób „może być skuteczne w zapobieganiu przenoszenia wirusa”** – mimo to w wielu stanach USA kupienie igły i strzykawki bez recepty lekarza było wówczas – i przez wiele następnych lat – niemożliwe.
- **USA** – pojawienie się doniesienia o wykryciu obecności HTLV-III w ślinie ^[95] nasiliło strach przed AIDS; w późniejszych badaniach wielokrotnie wykazywano, iż **ślina nie jest materiałem zakaźnym**.
- **USA** – w San Francisco od 1980 do maja 1984 roku AIDS rozpoznano u 505 dorosłych, w 99% byli to mężczyźni homo- lub biseksualni i tylko 2 kobiety, 92% stanowili biali, wiek w momencie rozpoznania wahał się od 12 do 65 lat (mediana – 35 lat); do końca 1985 roku 420 chorych (83%) zmarło ^[96].
- wykazano, iż cząsteczka CD4 na limfocytach pomocniczych T4 jest receptorem umożliwiającym wniknięcie HIV do komórek ^[97, 98].
- **Kanada** – opublikowano artykuł o histerii powodowanej w USA przez AIDS. W San Antonio (Teksas) urzędnicy miejscy dostarczali ręcznie pisane listy do znanych osób chorujących na AIDS straszące ich postawieniem zarzutów karnych, jeśli będą uprawiać kontakty seksualne. **Pentagon** postanowił przetestować cały personel wojskowy (2,1 mln i 1,3 mln rezerwistów w kierunku obecności przeciwciał anty-HTLV-III, a wyniki tych badań mają pozostać poufne. Ale 3 dni później rzecznik prasowy został zganiony – zaprzeczono zachowaniu poufności wyników. W ciągu pierwszych 3 miesięcy przebadano 62 000 osób, 44 okazały się zakażone, po potwierdzeniu testem Western blot. Fałszywie dodatnie wyniki miało początkowo 456 osób. Tysiące dzieci przestały być wysyłane do szkół z obawy, że zarażą się AIDS. Agencje ubezpieczeniowe nie chciały sprzedawać polis osobom, które mogą zachorować na AIDS, niektóre przestały ubezpieczać chorych na hemofilię, a w realnym świecie działało się tak: dwaj mężczyźni, u których rozpoznano AIDS, zdeterminowanych by nie cierpieć, wypili butelkę wina w luksusowym, udekorowanym kwiatami apartamencie hotelu w Nowym Jorku, objęli się i rzucili z okna na 35 piętrze ^[99].
- **Francja** – powstała organizacja **AIDeS**, mająca na celu zapobieganie zgonom powodowanym przez AIDS; była to pierwsza organizacja założona z inicjatywy prywatnej, zajmująca się profilaktyką HIV/AIDS; jej fundatorem i pierwszym przewodniczącym był profesor filozofii i socjologii **Daniel Defert**, który utworzył ją po śmierci na AIDS swojego przyjaciela, filozofa Michela Foucaulta.



- **Australia** – doszło do zakażenia HIV 4 kobiet, które poddały się zabiegom **sztucznego zapłodnienia** w latach 1982 i 1984 nasieniem tego samego zakażonego dawcy; opisujący te przypadki lekarze napisali, że **jest to pierwszy dowód, że wirus może być przenoszony waginalnie bez współistniejących infekcji lub urazów** ^[100].
- **Holandia** – w Amsterdamie powstał **pierwszy program wymiany igieł i strzykawek**: po wstrzymaniu przez apteki sprzedaży sterylnego sprzętu do iniekcji Departament Zdrowia Amsterdamu – w porozumieniu z lokalnymi użytkownikami narkotyków, organizacją „**Junkiebond**” – założył program wymiany, początkowo w celu zmniejszenia przenoszenia wirusa HBV wśród przyjmujących narkotyki w iniekcjach, a wraz z początkiem epidemii HIV/AIDS liczba programów w Holandii szybko uległa zwiększeniu ^[101, 102].
- **Zair** – wykazano, iż **AIDS przekazywany jest w kontaktach heteroseksualnych** ^[103] (New England Journal of Medicine nie przyjął pracy do druku, wydrukował ją The Lancet ^[104]) **oraz z matek na ich dzieci** – były to wyniki badań prowadzonych przez uczonych skupionych w **Project SIDA**, programie naukowym zairsko-amerykańsko-belgijskim, początkowo kierowanym przez Jonathana Manna (USA), od 1986 roku przez Robina Rydera; w programie pracowali m. in. Peter Piot, Robert Colebunders (Belgia) i wielu kongijskich lekarzy – poszukiwano informacji epidemiologicznych, klinicznych dotyczących HIV/AIDS w Afryce – projekt zamknięto w 1991 roku z powodu niestabilności politycznej Zairu ^[105].
- **USA** – po roku przygotowań, powstało **Multicenter AIDS Cohort Study (MACS)**, mające na celu badanie przebiegu zakażenia prowadzącego do AIDS wśród homoseksualnych mężczyzn, zidentyfikowania czynników ryzyka zakażenia, a także magazynowania próbek biologicznych do późniejszych badań; do marca 1983 roku do CDC zgłoszono 1 200 przypadków AIDS, około 75% dotyczyło homoseksualnych mężczyzn, dlatego w MACS zajęto się tą populacją; od kwietnia 1984 do marca 1985 roku badaniami objęto 4 954 mężczyzn z Baltimore, Chicago, Pittsburgha i Los Angeles; w badaniach wstępnych wykazano, że mężczyźni nie-biali, 25 – 34-letni, słabiej wykształceni, pracujący w zawodach rzemieślniczo-usługowych najczęściej wykazywali obecność przeciwciał anty-HIV ^[106].
- **USA** – w listopadzie wśród zgłoszonych **6 921** przypadków AIDS **tylko 54 osoby jako prawdopodobną drogę zakażenia podały wyłącznie kontakty heteroseksualne. Wśród nich było 49 (91%) kobiet**. Niektórzy z mężczyzn podawali, że prawdopodobną drogą ich zakażenia były kontakty seksualne z prostytutkami, dlatego epidemiolodzy CDC zajęli się rozważaniem takiej możliwości i związanym z tym zagrożeniem dla mężczyzn; pisano wówczas: „...znaczenie transmisji od kobiet do mężczyzn w rozprzestrzenianiu się AIDS w USA i znaczenie, jeśli istnieje, prostytutki w tej transmisji nie zostały dotąd wyjaśnione. Kobiety, w tym prostytutki, mogą być eksponowane na wirus przez kontakty

Horwitz zyskał sławę, ale nie zarobił na swoim odkryciu ani grosza. Zmarł 23 września 2012 roku w wieku 93 lat ([nytimes.com/2012/09/21/health/jerome-p-horwitz-creator-of-azt-dies-at-93.html?_r=0](https://www.nytimes.com/2012/09/21/health/jerome-p-horwitz-creator-of-azt-dies-at-93.html?_r=0)), [dostęp: 12.10.2018].

AZT w latach 70. badał także Wolfram Ostertag, który wykazał, że hamuje namnażanie mysich retrowirusów (Dube SK, Ostertag W. AZT before AIDS. Nature. 1991; 352: 1991), ale ponieważ retrowirusy nie wydawały się występować u ludzi nie kontynuował tych badań (<https://www.scienceheroes.com/?view=article&id=1178:ostertag-wolfram&catid=61>) [dostęp: 31.10.2023]

seksualne, przyjmowanie narkotyków w iniekcjach lub transfuzje krwi. Jednak liczba **tych kobiet zakażonych obecnie jest prawdopodobnie niewielka. Nie wiadomo, czy takie kobiety byłyby równie skuteczne w przenoszeniu wirusa AIDS jak heteroseksualni lub homoseksualni mężczyźni. Późniejsze badania będą zmierzać do wyjaśnienia i oceny ryzyka przenoszenia wirusa z kobiet na mężczyzn i kontaktów z prostytutkami**”^[107]. Niebawem bardzo intensywnie zaczęto badać kobiety sprzedające usługi seksualne na całym świecie (→ dalej). Nie poświęcano większej uwagi mężczyznom zarabiającym w taki sposób.

- w USA zachorowało na AIDS **11 148** osób, z których **5 655** zmarło (wg. danych amfAR).
- w Europie rozpoznano **762** przypadki AIDS^[108].

1985

- w styczniu w The Lancet ukazało się doniesienie badaczy francuskich: **wirus LAV jest inaktywowany przez ogrzewanie w temperaturze 56° C przez 30 minut**, ale nie przez napromieniowanie gamma lub promieniowanie ultrafioletowe^[109].
- **USA** – firma Cutter (kupiona w 1974 roku przez Bayer) w dalszym ciągu planowała sprzedaż do krajów Trzeciego Świata nie poddawanych ogrzewaniu koncentratów czynników krzepnięcia, by zapobiec potencjalnej stracie wynoszącej 2 mln dolarów^{xv}; w maju FDA zażądała, by firma wstrzymała produkcję nie poddawanych ogrzewaniu czynników krzepnięcia, co stało się miesiąc później. W latach 80. firma (ale też 4 inne firmy zajmujące się produkcją koncentratów czynników krzepnięcia) werbowali dawców spośród osób używających narkotyków w iniekcjach, więźniów, bezdomnych i gejów mających wielu partnerów seksualnych, choć od połowy lat 70. wiadomo było, że ta ostatnia grupa dawców przyczynia się do rozprzestrzeniania wirusa HBV^[110, 111].
- **USA** – wielu Amerykanów uważało homoseksualistów za „dewiantów seksualnych”. Organizacja **Physicians Against AIDS** z Teksasu nawoływała do zakazu homoseksualizmu. W 24 stanach ciągle istniało prawo zakazujące „sodomii” (kontaktów analnych), w niektórych także w związkach heteroseksualnych, za obopólną zgodą małżonków. W artykule redakcyjnym Southern Medical Journal z lutego 1984 r. pisano, że oczywistym rozwiązaniem problemu AIDS jest konwersja homoseksualistów do heteroseksualistów i pilnie potrzebne jest znalezienie sposobu takiego leczenia. Sami geje byli świadomi konieczności przeprowadzania wśród nich badań dotyczących AIDS, ale niezwykle ważne było dla nich utrzymanie poufności danych osobowych. Ten strach często nie był zrozumiały dla wielu polityków, badaczy, osób zajmujących się zdrowiem publicznym. Wielu homoseksualnych mężczyzn, poza strachem przez AIDS lub życiem z HIV obawiało się także, że udział w badaniach, szczególnie finansowanych przez państwo, może doprowadzić do użycia zgromadzonych w nich danych przeciwko nim, pociągnąć za sobą konsekwencje polityczne i społeczne. Do strachu przed HIV/AIDS przyczyniał się też język używany w środkach masowego przekazu. W gazetach w USA pojawiały się nagłówki takie jak: *dżuma gejów, śmiertelny bicz boży, tajemnicza epidemia, które skutecznie ten strach zwiększały. Towarzyszyły temu opisy niewinnych ofiar: dzieci, chorych na hemofilię, biorców transfuzji, co z kolei zwiększało winę pozostałych zakażonych HIV osób. Interesującym jest, że do niewinnych ofiar nie zaliczono zakażonych żon chorych na AIDS hemofilików. Jak pisał szef Amerykańskiego Stowarzyszenia Lekarzy ds. Praw Człowieka „dla wielu czytelników takich wiadomości jasne było jedynie to, że jest to przekleństwo, kara ściągnięta na wielu spowodowana grzechami niewielu”. [...] „Właściciele mieszkań eksmitowali lokatorów podejrzewanych o chorobę, oddziały szpitalne starały się wykluczać osoby z AIDS z opieki medycznej, przedsiębiorcy pogrzebowi odmawiali pochówków zmarłych na tę chorobę. Nawet w czasach trądu chorym oferowano schronienie i wsparcie”*^[112].
- **USA** – w lutym w **National Cancer Institute (NCI)**, USA, wykazano *in vitro*, że **azydotymidyna (AZT)**, później **zydowudyna – ZDV** hamuje namnażanie różnych szczepów HTLV-III/LAV nie uszkadzając normalnych komórek^[113].
- **USA** – w marcu FDA zarejestrowało **pierwszy test (ELISA)**^[114] poszukujący przeciwciał anty-HTLV-III/LAV (anty-HIV), wyprodukowany na podstawie wirusa uzyskanego z laboratorium Roberta Gallo; z dwudziestu firm występujących o licencję na produkcję tego jedynego wówczas testu otrzymało ją pięć, w tym trzy związane z tym laboratorium^[115]; pierwszą firmą, która otrzymała rejestrację była Abbott Laboratories^[116].
- **Francja** – dyskusja dotycząca pierwszeństwa w odkryciu wirusa powodującego AIDS, spowodowała, iż Francja zrezygnowała z zakupu amerykańskich testów, czekając na wyprodukowane przez Instytut Pasteura, które stały się dostępne w sierpniu tego roku – półroczna zwłoka doprowadziła do zakażenia HIV około 4 000 osób, w tym 1 000 chorych na hemofilię^[117].
- pojawiły się doniesienia, iż **francuski LAV i amerykański HTLV-III są identyczne**^[118, 119].

^{xv} W latach 70. leczenie chorych na hemofilię uległo radykalnej zmianie – liofilizowane koncentraty czynników krzepnięcia stały się preferowanym sposobem terapii, co poprawiło nie tylko jakość życia chorych ale też wydłużyło je znacząco; każde opakowanie koncentratu VIII czynnika krzepnięcia zawierało destylowany czynnik krzepnięcia, białka alloantygennowe i czynniki zakaźne pochodzące od 2500 do 25 000 dawców krwi lub plazmy. Pierwszym działaniem niepożądanym tej terapii były zapalenia wątroby wywołane wirusami B zapalenia wątroby (HBV) i wirusami nie-A, nie-B (jak wówczas określano wirus HCV). W 1982 roku doniesiono o pierwszym przypadku AIDS u chorego na hemofilię (Levine PH. *The Acquired Immunodeficiency Syndrome in persons with hemophilia*. *Ann Intern Med*. 1985; 103: 723-726.).

- **USA** – rozpoczęto badanie oddawanej w przez dawców krwi w kierunku obecności przeciwciał anty-HTLV-III/LAV^[120]; do 16 sierpnia około 0,25% dawców krwi miało powtarzalnie dodatnie wyniki testów na obecność przeciwciał przeciwko HTLV-III (1 na 400), około 0,08% miało silnie dodatnie wyniki i będą mieli wykonane dodatkowe testy (Western blot lub hodowla wirusa). W czasie krótszym niż 5 miesięcy wprowadzono testy poszukujące przeciwciał anty-HTLV-III, co pozwoliło na usunięcie około 1 000 potencjalnie zakaźnych jednostek krwi^[121].
- od 15 do 17 kwietnia odbyła się w Atlancie (USA) **I Międzynarodowa Konferencja AIDS, zorganizowana przez Centers for Disease Control (CDC)**, która zgromadziła ponad 2 000 uczestników.
 - na konferencji przedstawiono wyniki badań prowadzonych w Zairze, dokumentujące przenoszenie się AIDS przez kontakty heteroseksualne – wielu naukowców odrzuciło je, zarzucając lekarzom, że musieli przeoczyć inne sposoby transmisji^[107].
 - podano dane epidemiologiczne: od początku epidemii do 22 kwietnia zachorowało na AIDS w USA 9 760 osób, 4 760 z nich zmarło, a koszty leczenia, niepełnosprawności pierwszych 9 000 przypadków oszacowano na 5,6 mld dolarów. Dr Martin S. Hirsch z Massachusetts General Hospital w Bostonie mówił: „Przed nami długa droga, zanim będzie można zapobiegać lub leczyć AIDS, ale pierwsze kroki zostały podjęte i zmierzamy we właściwym kierunku”^[122].
- **Martin Delaney** założył w San Francisco (USA) organizację **Project Inform**, przekazującą chorym na AIDS informacje o możliwościach leczenia, publikującą także informacje jakie leki i w jaki sposób przemycać do USA z Meksyku, żeby nie narazić się na ich konfiskatę przez służby celne (Sawyer E. *In memory of Martin Delaney, the founder of Project Inform*. 27.02.2009. <https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2009/january/20090127delaney> {dostęp: 10.12.2023}).
- CDC zrewidowały definicję AIDS dodając niektóre jednostki chorobowe i wykluczając z niej osoby, u których rozpoznano którąś z chorób wskaźnikowych AIDS, lecz wynik ich testu w kierunku obecności przeciwciał anty-HTLV-III/LAV był ujemny.
- **USA** – problemem chorych było to, że pacjenci w objawowym klinicznie stadium zakażenia, u których nie można było rozpoznać jeszcze AIDS zgodnie z definicją zespołu podaną przez CDC nie mieli dostępu do opieki świadczonej pacjentom z AIDS. Tacy pacjenci, zgodnie z prawem, byli uznawani za niepełnosprawnych i w związku z tym upoważnieni do przysługującej im opieki zdrowotnej. Objawy związane z zakażeniem mogły utrzymywać się miesiącami, latami, powodując frustrację z powodu niemożności uzyskania właściwego rozpoznania choroby. Często chorzy odczuwali ulgę, kiedy wreszcie rozpoznano u nich AIDS, który ze swoją złożonością ujawnił słabości systemu współczesnej, wysoce wyspecjalizowanej w wąskich specjalnościach, amerykańskiej opieki medycznej. U chorych z nowotworami definiującymi AIDS występowały często infekcje, trudne w leczeniu i często śmiertelne. Podobnie u pacjentów, u których najpierw pojawiły się infekcje oportunistyczne pojawienie się nowotworu komplikowało leczenie zakażeń. Zarówno w nowotworach, jak i zakażeniach związanych z AIDS początkowe objawy są często nietypowe, co znacznie utrudnia postawienie właściwego rozpoznania. Opieka nad pacjentami z AIDS wymaga więc lekarzy, którzy są niezwykle kompetentnymi specjalistami z różnych dziedzin medycyny, by móc starannie zaplanować terapię. Przede wszystkim potrzebni są zakaźnicy i onkolodzy, ale także lekarze zajmujący się narządami najczęściej atakowanymi w AIDS, to znaczy pulmonolodzy, neurologi, neurochirurdzy, dermatolodzy, okuliści, ale także psychiatrzy oraz pracownicy pomocy społecznej^[123].
- **USA** – w początkach epidemii AIDS częste były dylematy etyczne: średnia przeżywalność pacjentów hospitalizowanych z powodu infekcji oportunistycznych wynosiła mniej, niż 8 miesięcy, nawet jeśli stosowano optymalne w owym czasie leczenie, lekarze i pacjenci musieli często decydować czy bardziej właściwe jest leczenie podtrzymujące, czy ratujące życie, jak mechaniczna wentylacja czy resuscytacja. W wielu sytuacjach bardzo trudne było podejmowanie decyzji o daremności dalszego leczenia – lekarze musieli polegać na swoim doświadczeniu i opiniach konsultantów. O nowej chorobie, jaką był AIDS, początkowo wiedziano zbyt mało. Rozsądni i mający dobre intencje lekarze mogli w różny sposób rozstrzygać, czy leczenie, które daje szansę na 15%, 5% lub 1% sukcesu jest daremne, czy warte podjęcia. Wiek pacjentów z AIDS było młodych, wykształconych, pod wieloma względami podobnych do osób opiekujących się nimi. Jeden z rezydentów: „mówienie o terapii podtrzymującej z tymi pacjentami przypomina powiedzenie bratu, że umiera”, inny mówił „kiedy rozpoznaję pneumocystowe zapalenie płuc czuję się, jakbym wypowiadał wyrok śmierci”. Opieka nad pacjentami z AIDS była niezwykle dużym stresem dla lekarzy, którzy się jej podjęli. Śmiertelnie chorzy wymagali często długiej hospitalizacji i podejmowania wielu procedur diagnostycznych i terapeutycznych. Wielu z nich źle reagowało na stosowane wówczas czasie leczenie lub zapadało na kolejną infekcję oportunistyczną. Lekarze zastanawiali, czy to wszystko ma sens, reagowali też emocjonalnie. Mogli się bać, że się zakażą. Niektórzy czuli się niekomfortowo zajmując się pacjentami homoseksualnymi. Mogli reagować na to albo poprzez niemal pełne identyfikowanie się z pacjentem, albo dystansowanie się od niego tak daleko, jak tylko to możliwe^[124].
- zdefiniowano **infekcję pierwotną HIV** (określaną także jako ostra infekcja, zespół mononukleozopodobny, zespół grypopodobny) jako zespół kliniczny poprzedzający serokonwersję (pojawienie się przeciwciał anty-HIV we krwi)^[125]^[126].
- w maju stwierdzono obecności przeciwciał anty-HIV^{XVI} u 2 spośród 21 zon chorych na hemofilę mężczyzn zakażonych przez przetoczenie czynników krzepnięcia^[127]. Jego autorzy napisali:

^{XVI} W 1985 roku wirus prowadzący do AIDS w USA nazywano jeszcze ludzkim wirusem T-limfotropowym typu III (HTLV-III), w Europie – wirusem związanym z limfadenopatią [lymphadenopathy associated virus – LAV], lub HTLVIII/LAV. Nazwę HIV nadano mu w 1986 roku (→ dalej)..

Ostatnie doniesienia o występowaniu AIDS lub limfadenopatii u kobiet będących partnerkami seksualnymi hemofiliików, narkomanów i Haitańczyków sugerują, że zdarza się przenoszenie zakażenia w kontaktach heteroseksualnych. [...] Wykrycie przeciwciał anti-HIV u 2 spośród 21 żon zakażonych wirusem chorych na hemofilię wskazuje, że heteroseksualne partnerki hemofiliików mają ryzyko zakażenia. Chociaż nie możemy dowieść, że mężowie byli źródłem zakażenia tych 2 kobiet, żadna z nich nie miała innych dających się zidentyfikować czynników ryzyka [...] Wydaje się, że zakażeni HIV hemofiliicy bez klinicznie jawnej choroby mogą przenosić zakażenie. [...] Dłuższa obserwacja pokaże, czy kolejne żony z tej grupy przejdą serokonwersję przy kontynuowanej ekspozycji na swoich mężów. [...] Nie wiadomo, czy unikanie pewnych rodzajów aktywności seksualnej lub używanie pewnych form antykoncepcji zmniejszy ryzyko transmisji heteroseksualnej. (Autorzy artykułu nie zastanowili się nawet, jak żony zakażonych HIV mężów mogłyby chronić swoje życie i zdrowie).

- w poczytnym czasopiśmie Discover John Langone, popularny wówczas dziennikarz medyczny pisał, że wirus wnika do organizmu poprzez „podatny na zranienia odbyt” i „delikatną cewkę moczową”, więc „w przeciwieństwie do tego, co słyszałeś AIDS nie jest zagrożeniem dla przytłaczającej większości osób heteroseksualnych. [...] Jest teraz – i prawdopodobnie pozostanie – śmiertelną ceną płacną za kontakty analne”. Artykuł upewnił wielu ludzi, że ryzyko zakażenia dotyczy tylko osób z listy 4-H ^[128].
- 5 czerwca pracownicy firmy farmaceutycznej **Burroughs Wellcome** oraz **National Cancer Institute** wypełnili aplikację dotyczącą **Investigational New Drug (IND)**, by uzyskać zgodę FDA na prowadzenie badania u ludzi **AZT**, która została wydana wyjątkowo szybko, w ciągu 7 dni ^[129].
- 3 lipca **AZT** podano po raz pierwszy 19 pacjentom z AIDS lub ARC (AIDS related complex lub stadium pre-AIDS – obecnie określane jako stadium objawowe B zakażenia HIV): dożylnie przez 2 tygodnie, następnie doustnie przez 4 tygodnie. Poziom terapeutyczny utrzymywano podając dożylnie 5 mg lub 10 mg doustnie, co 4 godziny. Nie obserwowano poważniejszych działań niepożądanych, najczęstszymi były bóle głowy i obniżenie liczby krwinek białych. U 15 z 19 pacjentów wykazano wzrost liczby komórek CD4, u 6 – cofnięcie się anergii, u 2 – ustąpienie grzybicy paznokci bez leczenia przeciwgrzybicznego, u 6 innych – poprawę stanu klinicznego, wszyscy przybrali na wadzie 2,2 kg ^[130]. Pierwsze badania u ludzi przeprowadzono w **National Institutes of Health** (11 chorych), a pracownicy **Duke University** włączyli kolejnych 8. W przypadkach współpracy między placówkami państwowymi a biznesem zwykle wspólnik biznesowy wykonuje niektóre badania w fazie I badań. Ale firma po raz kolejny odmówiła współpracy. Broder odwołał swoich pracowników zaangażowanych w inne projekty, by możliwe było rozpoczęcie tego badania ^[63, 131].
- **Francja** – wykazano, że koncentraty czynników krzepnięcia poddawane ogrzewaniu (heat-treated) nie przenoszą zakażenia, ale potwierdzono przenoszenie zakażenia przez konwencjonalne koncentraty tych czynników ^[132].
- **Wielka Brytania** – w sierpniu w czasopiśmie Journal of the Royal Society of Medicine były konsultant do spraw wenerologii, John Seale, napisał, że „wirus AIDS” przenosi się tylko przez krew, co sprawia, że łatwo przenosi się w kontaktach analnych, szczególnie wśród homoseksualistów męskich, bo takie regularnie kontakty powodują mniejsze lub większe uszkodzenia i krwawienie z błony śluzowej odbytu, a podobne uszkodzenia rzadko występują podczas kontaktów waginalnych. [...] dowody eksperymentalne wskazujące na obecność zakaźnego „wirusa AIDS” w nasieniu są błędne [...] dokładna analiza tego doniesienia w Nature i pokrewnych publikowanych w Science wskazuje, że Amerykanie w ogóle ich w nasieniu nie znaleźli ^[133]. **xvii**.
- **USA** – do września zarejestrowano w USA **12 932** przypadki AIDS – około połowa pacjentów zmarła ^[134].
- agencja prasowa **United Press International** doniosła, iż **Rock Hudson** ma AIDS – aktor (m. in. film „Olbrzym”) zmarł na AIDS 2 października ^[135]. **xviii**.
- **CDC** opublikowało dane mówiące, iż zarówno kontakty heteroseksualne, jak i ekspozycja na zanieczyszczone igły do iniekcji odgrywają rolę w transmisji wirusa wywołującego AIDS ^[136].
- 17 września prezydent **Ronald Reagan** po raz pierwszy, po 4 latach trwania epidemii, wspomniał o AIDS na konferencji prasowej. Na pytanie, czy chciałby, by jego dzieci chodziły do szkoły razem z dzieckiem chorym na AIDS odpowiedział: „Cieszę się, że dzisiaj nie mam z tym problemu. I doskonale rozumiem trudną sytuację rodziców i to, co o tym myślą. Mam również współczucie, jak myślę wszyscy, dla dziecka, które to ma i nie może zrozumieć, dlaczego w jakiś sposób jest teraz wyrzutkiem i nie może już przebywać ze swoimi rówieśnikami i kolegami ze szkoły. Z drugiej strony rozumiem problem rodziców. Co prawda niektóre źródła medyczne twierdziły, że nie można tego przekazać w żaden inny sposób niż ten, który już znamy i który nie wiązałby się z przebywaniem dziecka w szkole. A jednak medycyna nie wystąpiła jednoznacznie i nie powiedziała: »Wiemy na pewno, że to jest bezpieczne«”. [...] Jestem w stanie zrozumieć obie strony: wprowadź dowody medyczne sugerując, że to nie byłoby dla nich ryzykowne, ale nie są jednoznaczne” ^[137].

xvii lekarz krytykował opublikowane w Science doniesienie Davida Ho o znalezieniu „wirusa AIDS”, jak go nazwał, we krwi i nasieniu zdrowego, homoseksualnego mężczyzny (Ho DD, Schooley RT, Rota TR, et al. HTLV-III in the semen and blood of a healthy homosexual man. Science 1984;226:451-3), co potwierdzono wielokrotnie i dziś nie budzi już dyskusji. W początkach epidemii, kiedy krążyło wiele sprzecznych informacji, taka opinia była niebezpieczna, zarówno dla kobiet, jak i dla homoseksualnych mężczyzn.

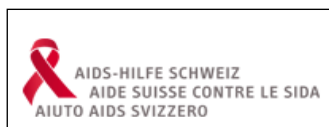
xviii Po śmierci Hudsona mieszkający z nim przyjaciel wytoczył sprawę sądową o odszkodowanie za stres spowodowany strachem o nabycie AIDS, skarżył się, że aktor nie powiedział mu o swojej chorobie i kontynuował kontakty seksualne; chociaż w 19 testach przyjaciel okazał się niezakażony sąd przyznał mu 5,5 mln USD odszkodowania. (Rees VL. AIDSphobia: forcing courts to face new areas of compensation for fear of a deadly disease. Villanova Law Rev 1994;39:241-79)

- we wrześniu ukazało się doniesienie o **przeniesieniu zakażenia HIV na 4 z 8 kobiet poddanych sztucznemu zapłodnieniu** nasieniem pochodzącym od mężczyzny będącego wówczas w bezobjawowym stadium zakażenia; 3 z tych kobiet zaszły w ciążę, a ich dzieci mające w momencie publikacji doniesienia ponad rok są zdrowe, nie wykazano u nich obecności przeciwciał anty-HTLV-III; autorzy doniesienia podkreślili konieczność rygorystycznego wykonywania badań przesiewowych u potencjalnych dawców nasienia, stwierdzili również, iż jest to potwierdzenie roli nasienia w heteroseksualnej transmisji wirusa, a także tego, że zakażone kobiety nie zawsze muszą przekazać wirus swoim dzieciom ^[138]. (kilka lat później opracowano metodę oczyszczania plemników pochodzących od zakażonych HIV mężczyzn i bezpiecznego podawania ich kobietom), (→ dalej).
- wykryto drugi wirus powodujący upośledzenie odporności: w grupie zdrowych Senegalczyków, których surowice wykazywały znacznie silniejszą odpowiedź humoralną na SIV (*simian immunodeficiency virus* – małpi wirus upośledzenia odporności), niż na znany dotąd wirus HTLV-III/LAV ^[139, 140], nazwany później **HIV-2**.
- **CDC usunęło Haitińczyków z listy grup ryzyka dla AIDS** po napływie informacji sugerujących, iż zarówno kontakty heteroseksualne, jak i ekspozycja na zanieczyszczone zakażoną krwią igły odgrywa rolę w przenoszeniu zakażenia ^[141]. Włączenie ich do tak zwanych grup ryzyka spowodowało wiele kontrowersji: Amerykanie pochodzący z Haiti skarżyli się na piętnowanie, oskarżali CDC o rasizm ^[142], a Haiti przeżywało załamanie przemysłu turystycznego ^[143, 144]; w późniejszych badaniach wykazano, że HIV należący do podtypu B przenosił się na Haiti około 1966 roku (1962-1970), w czasie, w którym wielu Haitińczyków opuszczało dawne Kongo Belgijskie po uzyskaniu niepodległości i wybuchu kryzysu politycznego w tym kraju ^[145] **XIX**, z kolei migracja ludności do USA w latach 1969-1970 przyczyniła się do rozprzestrzeniania epidemii w USA ^[146].
- w badaniach doświadczalnych wykazano, że **nonoksynol-9** (używany jako środek plemnikobójczy stosowany miejscowo) niszczy komórki zakażone HTLV-III/LAV ^[147], dopiero po latach prowadzenia badań klinicznych okazało się, że preparat ten nie tylko chroni przed zakażeniem, ale wręcz je ułatwia (→ dalej).
- powstała **American Foundation for AIDS Research (amfAR)**, której przewodniczącymi zostali lekarze **Michael Gottlieb** (autor pierwszej publikacji o nowym zespole chorobowym z czerwca 1981 roku) i **Mathilde Krim**, a krajową przewodniczącą – **Elizabeth Taylor** ^[148]; amfAR był wiodącą organizacją amerykańską *nonprofit*, wspierającą badania naukowe dotyczące HIV/AIDS, profilaktyki, leczenia, edukacji i osób żyjących z HIV/AIDS.



- **USA** – 13-letni **Ryan White**, zakażony HIV w następstwie przetaczania koncentratów czynników krzepnięcia, został usunięty ze szkoły w Kokomo (Indiana). Rodzice jego koleżanek i kolegów bali się, że ich zakazi. Wcześniej dorabiał roznoszeniem gazet – mieszkańcy miasteczka przestali je prenumerować ^[149].
- **USA** – w San Francisco powstał **AIDS Memorial Quilt** z inicjatywy aktywisty gejowskiego Cleve Jones'a, wspomagającego organizację rocznego marszu upamiętniającego burmistrza George Moscone i Harvey'a Milka, zamordowanych w 1978 roku; w listopadzie 1985 roku planując marsz i mając świadomość, że ponad 1 000 mieszkańców Los Angeles zmarło na AIDS Jones poprosił uczestników o napisanie na plakietkach nazwisk zmarłych przyjaciół, partnerów, członków rodzin; po marszu plakiety przyklejono na ścianach Budynku Federalnego – ściana nazwisk wyglądała jak patchwork ^[150].
- **opisano dziecko zakażone w następstwie karmienia piersią** przez swoją zdrową wcześniej matkę, której tuż po porodzie przetoczono zakażoną HIV krew ^[151].
- **USA** – 6 grudnia opublikowano rekomendacje **CDC** dotyczące zapobiegania przenoszenia zakażenia z matki na dziecko, w których zalecano kobietom, u których wykryto obecność przeciwciał anty-HTLV-III/LAV by opóźniały decyzję o zajściu w ciążę do czasu, kiedy dostępnych będzie więcej informacji o ryzyku transmisji wertykalnej; kobietom, które są w ciąży odradzano karmienie piersią dla uniknięcia przeniesienia zakażenia na noworodka, który mógł urodzić się zdrowy ^[152].
- **Szwajcaria** – powstała organizacja **AIDS-Hilfe Schweiz**, mająca na celu zapobieganie zakażeniom HIV.

XIX Lekarze belgijscy sugerowali, że AIDS trafił na Haiti wraz z przyjeżdżającymi tam na wakacje amerykańskimi homoseksualistami (Colebunders R, Taelman H, Piot P. *AIDS: an old disease from Africa?* *Brit Med J.* 1984;289:765). Podobnie uważali lekarze z Haiti, pisząc: "W początkach lat 80. epidemia AIDS dominowała wśród mężczyzn mieszkających w miastach, co sugerowało turystykę seksualną. W ciągu 3 lat epidemia uległa uogólnieniu, gdy zakażeni mężczyźni przenieśli HIV na swoje partnerki, na obszary wiejskie, poprzez banki krwi. Retrospektywne testy próbek krwi Haitińczyków z lat 70. nie zidentyfikowały żadnego przypadku zakażenia, tak jak w przesłanych tysiącach przypadków biorców krwi, którą oddawali płatni dawcy z Haiti w USA". Gospodarka Haiti nigdy nie podziwignęła się po włączeniu przez CDC w 1982 roku Haitińczyków do grup ryzyka. (Pape JW, Farmer P, Koenig S, et al. *The epidemiology of AIDS in Haiti refutes the claims of Gilbert et al.* *Proc Nat Acad Sci.* 2008; 106(10): E13).



- **Kuba** – rozpoznano pierwszy przypadek AIDS – u mężczyzny, który wrócił do kraju po wielu latach mieszkania w Mozambiku ^[153]; Kuba przeznaczyła 2 mln dolarów na zakup testów diagnostycznych, wprowadziła testy ELISA do wszystkich stacji krwiodawstwa w kraju, przeszkolono też pracowników laboratoriów w przeprowadzaniu testów.
- **Niemcy** – z inicjatywy osób homoseksualnych powstała organizacja **Deutsche AIDS Hilfe (DAH)**, której celem było dostarczanie informacji o HIV/AIDS, profilaktyka oraz opieka, wsparcie osób żyjących z HIV. Hasło organizacji brzmiało „**Nie daj szansy AIDS**”.



- **Niemcy** – do 1985 roku około połowa chorych na hemofilię została zakażona HIV. W 1983 roku rada ministrów Unii Europejskiej zaleciła, by wstrzymać import krwi i produktów krwiopochodnych z USA. Jednak **Bundesgesundheitsamt** nie wykonał tego zalecenia, mimo że 2 lata wcześniej firma Behringwerke rozpoczęła produkcję poddawanego ogrzewaniu koncentratu VIII czynnika krzepnięcia. Publiczni ubezpieczyciele zdrowotni pozostawali nieprzekonani, że zanieczyszczone produkty krwiopochodne mogą przenosić HIV i tylko w niewielu przypadkach zgodzili się na zapłacenie za bezpieczniejsze, ale droższe preparaty ^[154].
- **Chiny** – rozpoznano pierwsze przypadki AIDS ^[155]. Według późniejszych ocen **pierwsza faza epidemii** wystąpiła w **latach 1985 – 1988**: charakteryzowała ją niewielka liczba przypadków AIDS rozpoznawanych w miastach leżących na wybrzeżu. Dotyczyły przede wszystkim cudzoziemców lub Chińczyków podróżujących za granicę. Zakażenie HIV rozpoznano u 4 chorych na hemofilię w prowincji Zhejiang, zakażonych poprzez importowane koncentraty VIII czynnika krzepnięcia ^[156]. Na tym epidemii władze kraju skupiły się na strategiach mających zapobiec przedostawianiu się HIV do Chin. Zakazano importu krwi i produktów krwiopochodnych, nieco później wprowadzono wymóg testowania cudzoziemców chcących pozostać w kraju dłużej niż 1 rok i Chińczyków powracających z zagranicy ^[157], następnie zakaz przekraczania granicy Chin przez osoby żyjące z HIV.
- zachorowania na AIDS zgłosiło 51 krajów świata.
- w USA rozpoznano **23 174** przypadków AIDS, zmarło **12 652** osób (wg. danych HRW).

Polska – 1985

- ♦ 31 stycznia uchwalono pierwszą ustawę o przeciwdziałaniu narkomanii, która postrzegała ją przede wszystkim jako problem osób uzależnionych i przyjęła podejście profilaktyczno-lecznicze. Represja karna miała być w zasadzie zarezerwowana jedynie dla osób czerpiących korzyści z cudzego nałogu (producentów, przemysłowców, handlarzy). Osoby uzależnione miały być przede wszystkim przedmiotem oddziaływań profilaktycznych i leczniczych. W przypadku dopuszczenia się przez nie przestępstw polegających na stwarzaniu nielegalnej podaży narkotyków lub przestępstw pospolicitych miały się do nich odnosić przepisy realizujące zasadę „**leczyć zamiast karać**”. Wprowadzono także reglamentację upraw maku i konopi, zezwalając na ich uprawę wyłącznie za specjalnym zezwoleniem terenowego organu administracji państwowej stopnia podstawowego i w oparciu o umowę kontraktacji zawartą z upoważnioną do tego jednostką gospodarki społecznej. Na okres przejściowy, wyjątkowo, zezwolono na uprawę maku na cele spożywcze przez rolników indywidualnych na obszarze nie większym niż 20 m², ale wymagało to uzyskania zezwolenia i podpisania zobowiązania do zniszczenia pozostałej słomy makowej lub przekazania jej uprawnionej do prowadzenia skupu jednostce gospodarki społecznej. Po 1 stycznia 1991 roku legalne uprawy maku mogły być prowadzone za stosownym zezwoleniem i po zawarciu z uprawnionym podmiotem umowy kontraktacji oraz w celach naukowo-badawczych przez uprawnione jednostki organizacyjne. Utrudnienie osobom uzależnionym dostępu do surowca niezbędnego do produkcji narkotyku nie doprowadziło do zmniejszenia skali problemu, a stworzyło nowe. Słoma makowa, wcześniej bezwartościowa, zyskała wartość rynkową. Niewykluczone, że leżało to przynajmniej częściowo u podstaw notowanego pod koniec lat 80. zjawiska komercyjnego obrotu słomą makową i „kompotem” przez sprawców nieuzależnionych, nastawionych jedynie na czerpanie zysków ^[158].
- ♦ wszczęto nadzór epidemiologiczny nad zakażeniami HIV i AIDS (Zakład Epidemiologii Państwowego Zakładu Higieny) – na początku rejestr obejmował dane personalne osób zakażonych, od roku 1995 był anonimowy.
- ♦ powołano Pełnomocnika Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej oraz 10-osobowy Zespół do spraw AIDS.
- ♦ rozpoznano **pierwsze przypadki zakażeń HIV** (11 osób: 6 chorych na hemofilię, 4 męskich homoseksualistów, 1 kobieta sprzedająca usługi seksualne), ^[159].

1986

- w CDC opracowano pierwszą roboczą definicję AIDS ^[160].
- 18 lutego rozpoczęto planowane na 24 tygodnie badanie **AZT fazy II** (randomizowane, pod kontrolą placebo, prowadzone w 12 ośrodkach w USA) nad skutecznością u pacjentów z AIDS – pacjenci musieli przebyć w ciągu ostatnich 4 miesięcy pneumocystowe zapalenie płuc, ale nie inne infekcje oportunistyczne, lub z pre-AIDS (stadium objawowe zakażenia) – utrata wagi ciała o > 10% bez dających się wyjaśnić powodów, mieli zakażenia grzybicze lub inne infekcje oportunistyczne; nie wolno było przyjmować jakichkolwiek innych leków ani zapobiegających infekcjom oportunistycznym, ani leczących te infekcje, z wyjątkiem aspiryny lub paracetamolu z powodu gorączki lub bólu, nie dłużej niż przez 72 godziny, ale i na nie trzeba było uzyskać zgodę sponsora badania; ostatniego pacjenta włączono 30 czerwca; część pacjentów otrzymywała lek, pozostali placebo; wśród 282 osób, głównie białych, homoseksualnych mężczyzn, było tylko 13 kobiet ^[63]. Badanie sponzorowała firma Burroughs-Wellcome, AZT stosowano w dawce 250 mg co 4 godziny – 1 500 mg/dobę, bez przerwy nocnej. Pacjenci stawiali budziki, by połączyć lek w nocy. W renomowanych czasopismach medycznych pojawiały się rady, by koło budzika i opakowania leku stawiać szklankę z wodą, by móc popić co najmniej 120 ml płynu i połykać kapsułki w pozycji siedzącej, co zapobiegało przyleganiu kapsułek do ściany przełyku i powstawaniu bolesnych owrzodzeń ^[161], (→ dalej).
- w dniu 8 marca (sic!) w czasopiśmie the Lancet ukazały się dwa doniesienia o występowaniu wirusa HIV w wydzielinach narządów płciowych zakażonych nim kobiet. W jednym znaleziono go u 4 spośród 14 kobiet ^[162], w drugim u 4 z 8, w dodatku w bardzo niewielkich ilościach ^[163]. Autorzy obu uznali, że wyniki ich badań wskazują, że wydzieliny narządów płciowych kobiet mogą być źródłem zakażenia dla mężczyzn uprawiających z nimi seks. W tym drugim doniesieniu autorzy zauważyli, że chociaż **do grudnia 1985 roku do CDC zgłoszono tylko 28 mężczyzn z AIDS zakażonych w następstwie kontaktów seksualnych z kobietami mającymi duże ryzyko zachorowania na AIDS, co stanowi mniej, niż 0,1% wszystkich zachorowań na AIDS**, to ich badania wspierają pogląd, że wirus mógł zostać przeniesiony na tych mężczyzn przez kontakty waginalne. A niewielkie ilości zdolnego do replikacji wirusa są zgodne z obserwacjami epidemiologicznymi wskazującymi, że ta droga zakażenia mężczyzn jest niezwykle rzadka.
- **potwierdzono, iż LAV i HTLV-III są tym samym wirusem** ^[164].
- w kwietniu eksperci amerykańscy z trzech towarzystw medycznych **XX** opublikowali stanowisko dotyczące AIDS, w którym – między innymi – podkreślili, że lekarze, chirurdzy, pielęgniarki i inni pracownicy opieki medycznej powinni otoczyć kompetentną i humanitarną opieką wszystkich pacjentów, w tym także śmiertelnie chorych z AIDS, a odmawianie właściwej opieki chorym i umierającym pacjentom z jakiegokolwiek powodu jest nieetyczne; zwrócili uwagę na znaczenie edukacji dotyczącej HTLV-III, co przyczyni się nie tylko do zapobiegania nowym zakażeniom, ale także do zmniejszenia dyskryminacji osób nim zakażonych; podkreślili, że testy w kierunku obecności przeciwciał anti-HTLV-III powinny być wykonywane wyłącznie w sytuacjach, które mogą przynieść korzyść zdrowiu publicznemu, a nie przyczyniać się do dyskryminacji; że konsultacje i edukacja są właściwszymi metodami kontroli rozprzestrzeniania się zakażenia niż polityka promująca restrykcje i izolację; zwrócono uwagę na konieczność poufności danych osób zakażonych, a także włączenie do standardów postępowania zbierania przez lekarzy danych dotyczących seksualności pacjentów oraz ich edukację dotyczącą zmniejszenia ryzyka przeniesienia zakażenia ^[165].
- **Executive Committee of the International Committee on Taxonomy of Viruses** nadał wirusom powodującym AIDS nazwę **HIV (human immunodeficiency virus – ludzki wirus upośledzenia odporności)**, która zastąpiła używane dotychczas nazwy LAV/HTLV-III (lub HTLV-III/LAV), ^[166]. Nie wszyscy eksperci byli zgodni, a kontrowersje dotyczące nowej nazwy wirusa powodującego AIDS barwnie opisał Joseph Palca w czasopiśmie Nature. Między innymi Robert Gallo sprzeciwiał się nowej nazwie ^[167].
- wykazano, iż **HIV-2** występuje przede wszystkim w Afryce Zachodniej, a także w Angoli i Mozambiku.



- **National Health Institutes – (NIH)** utworzyły **AIDS Clinical Trials Group (ACTG)** – największą grupę zajmującą się badaniami klinicznymi leków w USA.
- **USA** – liczba zgonów spowodowanych zapaleniem płuc wywołane *Pneumocystis jiroveci* była większa, niż liczba zgonów spowodowanych przez inne choroby zakaźne. W ciągu 6 lat rozpoznano je w 30 000 przypadków ^[168].
- szefowa działu zajmującego się biochemią mózgu, **Candace B. Pert** wraz ze współpracownikami z **National Institute of Mental Health (NIMH)**, doprowadziła do zsyntetyzowania krótkiego łańcucha zawierającego kilka aminokwasów, który miał blokować łączenie się HIV z receptorami CD4 wrażliwych na zakażenie komórek,

XX Health and Public Health Committee, American College of Physicians, The Infectious Diseases Society of America.

nazwany **Peptyd T** ^[169]. Trzy badania fazy I wykazały, że lek może hamować wiązanie się HIV z receptorami CD4 występującymi na powierzchni wrażliwych na zakażenie komórek, poprawiał też funkcje neurologiczne i poznawcze, nie powodował poważnych działań niepożądanych ^[63, 170, 171]. Pert dokładnie opisała swoje odkrycie ^[172]. Dopiero w 1991 roku podjęto badania fazy II. Może dlatego, że Peptyd T powstał w NIMH, a nie w ACTG, którego kierownictwo decydowało o prowadzeniu badań. Pert odeszła z NIMH i poświęciła swoją energię Peptydowi T, który trafił do buyers' clubs jako lek, w który chorzy wierzyli ^[63].

- Pert była obca w świecie AIDS, ale miała duże doświadczenia w pracy z peptydami i ich receptorami na błonach komórkowych, szczególnie z opioidami i ich receptorami w mózgu. Jej zainteresowanie zakażeniem wirusem wywołującym AIDS komórek mózgu doprowadziło do zsyntetyzowania i testowania peptydu T, w którym sekwencja aminokwasów bardzo przypominała fragment białka gp120 na powierzchni wirusa ^[173].
 - amerykańscy koledzy w większości twierdzili, że wyniki uzyskane przez Pert są nie do powtórzenia, ale używali innych metod niż opisane przez Pert; Peptydem T zainteresował się szwedzki psychiatra z Karolinska Institute w Sztokholmie, Lennart Wetterberg, który poprosił ją o przesłanie leku, by móc sprawdzić jego bezpieczeństwo i skuteczność u chorych na AIDS. Zrobiła to, ale jeden z profesorów NIH upominał ją twierdząc, że działała niezgodnie z regulacjami FDA dotyczącymi wysyłania leków do innych krajów w celu badania ich u ludzi ^[174].
 - Wetterberg podawał peptyd T czterem chorym w terminalnym stadium AIDS: mężczyźni mieli 31, 33, 39 i 44 lata. W czasie trwania terapii ich liczba limfocytów T wzrosła, u jednego, którego badania w pełni zakończono – sześciokrotnie. Wnioskiem było stwierdzenie, iż peptyd T powinien być dalej badany ^[175]. W czasie miesięcznej terapii stan zdrowia pacjentów uległ pewnej poprawie, pogorszył po odstawieniu leku. Candace Pert mówiła dziennikarce medycznej czasopisma Science, że odkrycie Peptydu T nastąpiło po 15 latach pracy laboratoryjnej nad badaniem peptydów i ich receptorów w mózgu. Powiedziała też „Przyszedłem z zewnątrz i to [co mówiłam] brzmiało dla niektórych za dobrze, żeby było mogło być prawdziwe” ^[176].
 - w filmie „Witaj w klubie” (Dallas Buyers Club) z 2013 roku głównemu bohaterowi Ronowi Woodroofowi właśnie Peptyd T pomagał na postępującą demencję i zaburzenia neurologiczne.
- **USA** – w dniach 4 – 6 czerwca **Public Health Service (PHS)** zwołało konferencję, na której 85 zaproszonych ekspertów z różnych dziedzin AIDS, w tym klinicyści, epidemiolodzy, eksperci zdrowia publicznego i naukowcy, analizowali i modyfikowali plany dotyczące profilaktyki i kontroli epidemii AIDS w USA; w następstwie tego spotkania opublikowano raport podsumowujący niezbędne, zdaniem ekspertów, kroki w profilaktyce HIV/AIDS, które powinny zostać podjęte (**Coolfont report**) ^[177]; cele, które powinny zostać osiągnięte, przedstawione po raz pierwszy w 1985 roku ^[178], w dalszym ciągu pozostały wskazówką dla twórców obecnego raportu, w którym zaplanowano, że do 1987 roku nastąpi zmniejszenie transmisji zakażeń HIV; do 1999 roku – zmniejszenie wzrostu częstości zachorowań na AIDS; do 2000 roku wyeliminowanie transmisji zakażeń HIV i zmniejszenie zachorowań na AIDS.
 - **USA** – sąd federalny oskarżył pracodawcę o dyskryminację osoby żyjącej z AIDS – szpital zwolnił z tego powodu pielęgniarkę nie zapewniając jej alternatywnego miejsca pracy – sąd uznał to za naruszenie praw człowieka ^[179].
 - **USA** – pierwszy program wymiany igieł i strzykawek, działający w ukryciu, stworzył Jon Parker, były narkoman, student Yale University School of Public Health ^[180]. Pierwszemu takiemu programowi w Nowym Jorku towarzyszyło duże zainteresowanie prasy, New York Times relacjonował jego postępy, ale pojawiały się też obawy, iż wymiana igieł i strzykawek zwiększy częstość przyjmowania narkotyków w iniekcjach, a niektórzy liderzy społeczności Afro-Amerykańskiej porównywali takie programy do ludobójstwa ^[181]. Mimo publikowanych wyników badań dotyczących skuteczności wymiany igieł i strzykawek w zapobieganiu zakażeniom HIV w USA ^[182] w dalszym ciągu pojawiały się oskarżenia, iż programy przyczyniają się do zwiększenia liczby zgonów spowodowanych przedawkowaniem narkotyków ^[183].
 - **USA** – wprowadzono ustawę, która miała „uwolnić instytucje federalne od narkotyków” [**Drug-Free Federal Workplace**]. Na jej podstawie zobowiązano pracowników tych instytucji do wykonywania testów na obecność narkotyków, w tym marihuany. Badani mają być starający się o pracę, osoby, na które padł cień podejrzenia o używanie nielegalnych substancji, po wypadku przy pracy, a także wybierane losowo, w czasie godzin pracy ^[184]. Od końca lat 80. w testach poszukuje się 5 rodzajów nielegalnych narkotyków lub ich metabolitów: marihuany, kokainy, morfiny i kodeiny (w celu zidentyfikowania użytkowników heroiny), amfetamin (w poszukiwaniu metamfetaminy) oraz fencyklidyny. Jednak niemal od początku zwracano uwagę, że dodatnie wyniki testów przesiewowych nie są do końca wiarygodne. W latach 80. w przypadku amfetaminy prawdziwie dodatnie wyniki stanowiły około 1% dodatnich wyników, w przypadku marihuany – 38%, pozostałe były fałszywie dodatnie ^[185]. Wyniki testów zafałszowywać mogą przyjmowane przez pracowników dostępne zgodnie z prawem leki, jak na przykład niesterydowe leki przeciwzapalne (choć dane na ten temat są niejednoznaczne), inhibitory pompy protonowej, a w przypadku marihuany – efawirenz – lek używany w terapii zakażenia HIV ^[186].
 - **Niemcy** – do 1985 roku około połowa chorych na hemofilię zostało zakażonych HIV. W 1983 roku rada ministrów Unii Europejskiej zaleciła, by Europa wstrzymała import krwi i produktów krwiopochodnych z USA. Jednak **Bundesgesundheitsamt** nie wykonał tego zalecenia, mimo że 2 lata wcześniej firma **Behringwerke** rozpoczęła

produkcję poddawanego ogrzewaniu koncentratu VIII czynnika krzepnięcia. Publiczni ubezpieczyciele zdrowotni pozostawali nieprzekonani, że zanieczyszczone produkty krwiopochodne mogą przenosić HIV i zgodzili się na zapłacenie za bezpieczniejsze, ale droższe preparaty tylko w niewielu przypadkach ^[187]. W 1993 r. minister zdrowia zalecił wykonanie testów na HIV osobom, które otrzymywały transfuzję krwi w latach 80. Okazało się, iż dwie firmy – **UB Plasma** i **Haemoplas** – testowały krew dawców w niedostateczny sposób ^[188]. Oskarżane firmy produkujące produkty krwiopochodne zlewały krew wielu dawców mających tę samą grupę krwi do jednego naczynia – 10 000 litrów i więcej – i poddawały testom. Jedna tylko zakażona porcja krwi zakażała całą pulę, a rozcieńczenie uniemożliwiało wykazanie obecności przeciwciał ^[189].

- Uganda** – po zakończeniu trwającej od 15 lat wojnie domowej, a potem rządach Idi Amina i Miliona Obote, gdy doszedł do władzy prezydent **Yoweri Museveni**, zdano sobie sprawę z rozmiarów epidemii AIDS. Minister Zdrowia Ugandy poprosił WHO o pomoc; utworzono **National AIDS Control Programme – NACP**, w skład którego weszli lekarze, naukowcy, pracownicy administracji, sił zbrojnych, politycy, przywódcy kościołów i organizacji pozarządowych. NACP zajmował się profilaktyką zakażeń, tworzeniem mechanizmów opieki nad osobami zakażonymi i ich rodzinami, pracował nad bezpieczeństwem przetwarzanej krwi i zapobieganiem przenoszenia zakażenia w placówkach służby zdrowia ^[190]. Jedną z głównych strategii stosowanych w profilaktyce AIDS stało się **IEC – information, education, communication** ^[191]; w jej ramach edukowano młodzież w kwestiach seksualności, zapobiegania chorobom przenoszonym drogą płciową, usiłowano wzmacniać pozycję kobiet, a także namawiano do zachowywania abstynencji seksualnej do czasu zawarcia małżeństwa, a później wzajemnej wierności (z powracającym w radio i telewizji hasłem było „zero grazing”, oznaczającego seksualną wierność), zmniejszenia liczby partnerów seksualnych, a jeśli się to nie uda – do używania prezerwatyw w każdym kontakcie seksualnym – to podejście po latach rzeczywiście doprowadziło do zmniejszenia liczby nowych zakażeń HIV ^{XXI}. Był to jedyny kraj na świecie, który przeprowadził ogólnokrajowe badanie serologiczne w celu określenia częstości występowania HIV. Osoby zakażone wirusem prowadzą poradnie. Kościoły protestanckie i katolickie rozpoczęły akcję walki z AIDS, kładąc nacisk na wierność seksualną dla zdrowych, współczucie i troskę o chorych. Prezydent Museveni polecił Ministerstwu Zdrowia zmobilizowanie kampanii edukacyjnej i uświadamiającej w celu skorygowania błędnych wyobrażeń ludzi na temat AIDS. Wykorzystywano ulotki, plakaty, radio, szkoły, kadry polityczne, wojsko i lokalne obywatelskie grupy działania, by rozpowszechniać informacje w wielu językach Ugandy. Podkreślano, że nieprzetestowana krew do transfuzji i niesterylny sprzęt do iniekcji mogą przenieść zakażenie, ale też matki na noworodki. Podkreślano, że AIDS nie można zakażać się przez podanie ręki, dzielenie się filiżankami lub pościelą, komary też go nie przenoszą. Chociaż kampanię ograniczały niewielkie zasoby finansowe, rząd nie postrzegał tego jako przeszkody w osiągnięciu założonego celu, a strategia ugandyjska była wykorzystywana jako model w innych krajach Afryki ^[192]. Realizację tego planu wsparła finansowo **GPA** w **WHO** (→ 1997 rok).

Wojna domowa wpłynęła też na wzrost liczby zakażeń HIV. Na północy Ugandy nie było AIDS, ale po walkach na tym terenie i wygranej Prezydenta Museveni’ego, w maju 1986 roku, sytuacja się zmieniła. Przyczyniła się do tego duża częstość zakażeń HIV wśród żołnierzy (szacowano, że zakażony był jeden na trzech) połączona ze zwyczajowym molestowaniem przez nich kobiet. Mężczyźni uważają prezerwatywy za odbierające im przyjemność, niektóre kobiety boją się używania prezerwatyw z obawy że wpadną do macicy i upośledzą płodność lub spowodują urodzenie się zdeformowanego dziecka. Tylko niewielki odsetek młodych nie będących w związkach małżeńskich, dobrze wykształconych dorosłych mężczyzn używa prezerwatyw, ale jako ochronę przed przedmałżeńską ciążą. Jednak rosnący strach przed AIDS i promocja prezerwatyw sprawiły, że zyskiwały akceptację. Kobiety nie dowierzające w wierność mężów wkładały im do portfeli opakowania prezerwatyw. Mimo, że kraju były prezerwatywy do rozdawania za darmo, to jednak korupcja i chęć zysku były tak rozpowszechnione, że trafiały do wiejskich sklepików, gdzie sprzedawano je po 5 szylingów ugandyjskich (1 szyling = około 1 grosz polski), ^[193].

- powstała międzynarodowa organizacja osób żyjących z HIV/AIDS – „**People with HIV/AIDS**”, przekształcona następnie w światową sieć osób żyjących z HIV/AIDS – „**Global Network of People Living with HIV/AIDS**” – **GNP+**.



- II Międzynarodowa Konferencja AIDS** odbyła się w Paryżu (Francja).
- w USA opublikowano dane o **wzroście liczby przypadków AIDS u kobiet**: w 1982 roku odsetek kobiet wśród zgłoszonych przypadków AIDS wynosił 12%, w 1986 roku już 26%; przyjmowanie narkotyków w iniekcjach było głównym czynnikiem ryzyka, drugim – kontakty heteroseksualne z mężczyznami chorymi na AIDS; autorki doniesienia podkreśliły, iż w USA heteroseksualne kobiety mają większe ryzyko nabycia AIDS poprzez kontakty seksualne, niż heteroseksualni mężczyźni ^[194].

^{XXI} w USA, powołując się na sukces Ugandy, przekształcono **IEC** w **ABC** (abstinence, be faithful, ale condoms tylko w razie nadzwyczajnej potrzeby), (Rogowska-Szadkowska D. Zapobieganie zakażeniom HIV w Ugandzie. Przegl Epidemiol. 2009; 63: 45-48.).

- **19 września przerwano badanie II fazy AZT**, gdy po 6 miesiącach z grupy 145 osób leczonych zmarł jeden pacjent, z grupy 137 otrzymujących placebo – 19^{xxii}; uznano za nieetyczne dalsze podawanie placebo – pacjentom je przyjmującym zaoferowano AZT; w momencie przerwania badania 27 osób przyjmowało lek przez 24 tygodnie, 152 przez 16 tygodni, pozostali przyjmowali ją przynajmniej 8 tygodni^[195]; AZT w stosowanej wówczas dawce 1500 mg/dobę powodowała wiele działań ubocznych, w tym u 24% poważną anemię wymagającą transfuzji krwi, które wykonywano w trakcie prowadzenia badania. Na zakończenie artykułu autorzy dodali następującą informację: po przerwaniu badania we wrześniu 1986 roku wszystkim pacjentom zaoferowano AZT – do 30 kwietnia 1987 roku spośród 145 osób przyjmujących AZT zmarło 6,2% pacjentów po 36 tygodniach terapii i 10,3% po 52 tygodniach.^[196] Protokół badania nie zezwalał na profilaktykę i/lub leczenie infekcji oportunistycznych, ale pozwalał na przetaczanie krwi łagodzącej anemię wywoływaną przez AZT.
- 11 listopada, na podstawie protokołu dotyczącego nowych leków pozostających w trakcie badań (IND), opartego na modelu stosowania przez amerykański **National Cancer Institute (NCI)** niezarejestrowanych leków przeciwnowotworowych, **AZT** stała się dostępna z przepisu lekarza dla potrzebujących go pacjentów^[63].
- **Szwajcaria – powstało pierwsze pomieszczenie do bezpiecznych iniekcji** w Bernie, następnie w Bazylei, Lucernie, St. Gallen. Pracownicy medyczni zaczęli organizować takie miejsca dla ludzi przyjmujących narkotyki w iniekcjach, wykorzystując je do monitorowania i modyfikacji zachowań mających zmniejszać szkody związane z iniekcjami. Szwajcarskie ośrodki posiadały kawiarnie, pomieszczenia do konsultacji i przychodnie zapewniające podstawową opiekę zdrowotną, a także pomieszczenia do dokonywania iniekcji, w których osoby wstrzykujące narkotyki miały dostęp do sterylnych igieł, strzykawek, a także innych rzeczy niezbędnych do przygotowywania narkotyku do wstrzyknięcia. W przypadku przedawkowania heroiny udzielana była pomoc – podanie naloksonu, leku odwracającego depresję oddechu i ratującego życie. Przed skorzystaniem z pomieszczenia personel ośrodka musiał się upewnić, że klient skończył przynajmniej 16 lat i przyjmował już wcześniej narkotyki w iniekcjach^[197].
- **Kuba** – na przedmieściach Hawany powstało pierwsze sanatorium mające izolować osoby zakażone HIV do końca ich życia (**Santiago de Las Vegas AIDS Sanatorium**); początkowo mieszkali tam byli żołnierze powracający z Afryki, w latach następnych trafiało coraz więcej osób cywilnych^[198]; warunki życia w sanatorium systematycznie poprawiano i w połowie lat 90. XX wieku obejmowało domy, apartamenty, urządzenia rekreacyjne, bibliotekę i szpital. Warunki mieszkaniowe były znacznie lepsze, niż standardy pozostałych mieszkańców Kuby. Osoby zakażone HIV nie płaciły za mieszkanie, pożywienie i opiekę medyczną, otrzymywały także swoje wcześniejsze wynagrodzenia, a jeśli wcześniej nie pracowały – stypendia. Wraz z upływem czasu powstawały kolejne sanatoria i w połowie lat 90. istniało ich 14, w każdej z prowincji kraju^[199].
- do końca roku 85 krajów zgłosiło do Światowej Organizacji Zdrowia 38 401 przypadki AIDS.
- **Wielka Brytania** – do 1 czerwca zgłoszono **178** przypadków AIDS, **śmiertelność wynosiła 55,4%**^[200].
- **ZSRR** – w badaniach przeprowadzonych wśród 11 567 osób w pierwszej połowie roku w Moskwie zakażenie HIV wykazano u **20**; wszyscy pochodzili z Afryki i zostali odesłani do krajów swego pochodzenia^[201].
- w USA rozpoznano **42 546** przypadków AIDS, zmarło **24 806** osób (wg. danych HRW).

Polska - 1986

- ♦ rozpoczęto badania serologiczne krwiodawców (5% oddawanej krwi).
- ♦ AIDS wpisano na listę chorób zakaźnych, umieszczono go także w wykazie chorób podlegających przymusowemu leczeniu (rozporządzenie Rady Ministrów z 21 października 1986 roku (Dz. U. Nr 40, poz. 197).
- ♦ rozpoznano **pierwszy przypadek AIDS**, u 54-letniego mężczyzny, który nabył zakażenie w USA i zmarł krótko po powrocie do Polski^[202].

1987

- poszukiwania skutecznego leku na AIDS otwarły drogę wielu szarlatanom; przykładem oszukańczej terapii była kuracja proponowana przez proktologa z Egiptu, który zachwalał leczenie, którego skuteczności nigdy nie potwierdzono – koszt kuracji wynosił \$75 000, w tym podróż do Kairu, gdzie kuracja miała być przeprowadzana^[203].
- w lutym Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), wcześniej nie doceniająca problemu HIV/AIDS, powołała **Special Programme on AIDS**, nazwany w styczniu 1988 roku **Global Programme on AIDS (GPA)**, którego dyrektorem został

^{xxii} badanie fazy II było przeprowadzane wśród ogromnych emocji, pacjenci usiłowali przekupywać pracowników firmy, używali nacisków polityków, by móc dostać się do niego. Zakwalifikowani chorzy sprawdzali, czy przyjmują AZT, czy placebo; wymieniali się przyjmowanymi lekami, by zwiększyć prawdopodobieństwo przyjmowania AZT; z kolei lekarze widzieli zmiany w morfologii krwi osób przyjmujących AZT (zwiększenie objętości krwinek czerwonych), nie mogli więc zachować pełnego obiektywizmu – nigdy nie przeanalizowano wpływu tych czynników na uzyskane wyniki. Badanie przeprowadzono przede wszystkim wśród białych gejów i tylko u 13 kobiet (5,6%). Wykluczanie zakażonych mniejszości etnicznych i kobiet, które zaczęło się przy badaniach AZT, było kontynuowane przez lata w badaniach leków antyretrowirusowych [63].

dr Jonathan Mann; GPA określił 3 cele programu: zapobieganie transmisji HIV, opieka nad osobami zakażonymi HIV dla zmniejszenia częstości zachorowań i śmierci na choroby związane z zakażeniem oraz zjednoczenie narodowych i międzynarodowych działań dla globalnej kontroli AIDS;

- dla realizacji tych celów każdy z krajów świata powinien mieć stworzyć program (w pierwszym roku wprowadziło go ponad 150 krajów; udało się też zapobiec w wielu krajach testowania na HIV dla przekraczających granice),
- profilaktyka AIDS i kontrola wymaga przede wszystkim woli politycznej do rozpoznania problemu („**poznać własną epidemię**”), [204, 205];
- pod kierownictwem **Jonatana Manna** GPA stał się największym programem w historii WHO; Mann wyznawał i aktywnie promował idee mówiące, iż **zdrowie człowieka i prawa człowieka są nierozdzielnie ze sobą związane**, podkreślał rolę informacji w zapobieganiu rozprzestrzenianiu się epidemii (promocja prezerwatyw, edukacja seksualna, uproszczenie leczenia chorób przenoszonych drogą płciową, promocja wymiany igieł i strzykawek, działania na rzecz poprawy bezpieczeństwa krwi); zrywając z wcześniejszą tradycją WHO zaprosił do współpracy wiele organizacji pozarządowych z całego świata [206]. US Agency for International Development (USAID) przekazała GPA 6,6 mln dolarów na prowadzenie działalności [107].
- podczas **Sesji Zgromadzenia Ogólnego ONZ Jonathan Mann^{xxiii}** przedstawił delegatom krajów członkowskich podstawowe informacje o HIV/AIDS, sprzeciwił się represyjnej polityce, w tym obowiązkowym testom w kierunku obecności przeciwciał anti-HIV, kwarantannie i tym podobnym działaniom przyczyniającym się wyłącznie do nasilenia stygmatyzacji, dyskryminacji osób żyjących z HIV/AIDS; przeciwstawił się także przedkładaniu praw większości nad prawa jednostki, dowodząc iż ochrona większości populacji zależy bezpośrednio od ochrony praw i godności zakażonych osób; po raz pierwszy Zgromadzenie Ogólne ONZ dyskutowało o jakiegokolwiek chorobie [207].
- **WHO** uznała, po konsultacjach z epidemiologami, naukowcami oraz specjalistami chorób zakaźnych i polityki zdrowotnej, że zamykanie granic przed osobami z HIV/AIDS jest nieskutecznych sposobem zapobiegania zakażeniom, większość krajów cofnęła takie restrykcje, poza Stanami Zjednoczonymi [107].
- opublikowano **ostrzeżenie dla białych mężczyzn podróżujących do krajów Afryki** przestrzegające ich, że kontakty zwłaszcza z kobietami sprzedającymi usługi seksualne są dla nich wysoce ryzykowne. „*Mężczyźni są szczególnie narażeni na AIDS, niezależnie od wykonywanego przez nich zawodu*” napisano w artykule, choć wiadomo już było, że ryzyko dla mężczyzn, niezależnie od koloru ich skóry, uprawiających seks waginalny z kobietami jest niewielkie. Autorzy apelu zauważyli przy okazji, że **biali mężczyźni podróżujący do Afryki rozprzestrzeniają wirus po świecie poprzez swoje kontakty seksualne** [208].
- prezydent **Ronald Reagan** (USA) i premier **Jacques Chirac** (Francja) oświadczyli, iż osiągnęli porozumienie kończące spór dotyczący patentu dla testu na obecność przeciwciał anti-HIV i postanowili, iż zyski będą dzielone między oba kraje [209]; Luc Montagnier i Robert Gallo opublikowali historię badań nad AIDS, która stanowiła część porozumienia między badaczami amerykańskimi i francuskimi [210].
- **USA** – zalecenia dotyczące profilaktyki zakażeń HIV mówiły, by kontakty seksualne (poza wzajemnie wiernymi monogamicznymi związkami lub partnerami nie mającymi przeciwciał anti-HIV) były chronione prezerwatywą. Nie należy dzielić się sprzętem do iniekcji. Wszystkie kobiety, które mogły być ekspozowane na HIV powinny wykonać test na HIV przez zejściem w ciążę, a jeśli wynik okaże się dodatni – unikać ciąży [211].
- **USA** – w marcu opublikowano wyniki największego wówczas badania przeprowadzonego wśród kobiet sprzedających usługi seksualne. Wśród 835 przebadanych kobiet zakażenie stwierdzono u 98 (11,7%), przy czym większość z nich przyjmowała także narkotyki w iniekcjach. Relacjonujący te wyniki dziennikarz New York Times'a pisał „*Naukowcy nie są pewni, jak często prostytutki zakażają się w następstwie licznych kontaktów seksualnych ani jak często zakażają swoich klientów, ale dostępne dotąd dowody wskazują, że NIE dzieje się to na dużą skalę*” [212].
- 19 marca FDA zarejestrowała w rekordowo krótkim czasie (od wykazania aktywności leku *in vitro* do wprowadzenia go na rynek minęło 2,5 roku [w tamtych czasach ten proces trwał zwykle 7 – 10 lat], po jednym badaniu fazy II wykazującym skuteczność [213], pierwszy lek antyretrowirusowy **AZT – RETROVIR^{xxiv}**; zarejestrowano go mimo, iż w stosowanych wówczas dawkach często powodował działania niepożądane – nudności, bóle mięśniowe, bezsenność, silne bóle głowy, a także obniżenie stężenia hemoglobiny < 7,5 g/dl wymagające przetaczania krwinek czerwonych u 21% pacjentów, makrocytoza (wielkość krwinek czerwonych większa od górnej granicy normy) występowała u większości przyjmujących AZT [214].
 - badanie Margaret Fischl i wsp., w którym uczestniczyło 282 pacjentów (160 z AIDS i 122 z ARC (AIDS Related Complex, dawniej pre-AIDS, obecnie stadium objawowe zakażenia). AZT przyjmowano w dawce dobowej 1 500 mg (6 razy w ciągu doby, po 250 mg). Kiedy badanie przerwano 27 pacjentów ukończyło 24 tygodnie przyjmowania AZT, 126 – 16 tygodni, pozostali leczeni byli przynajmniej 8 tygodni. W grupie

xxiii Mann argumentował, że pracownicy opieki zdrowotnej zajmujący się HIV/AIDS odgrywają kluczową rolę w kwestiach zdrowia i praw człowieka, „*przeciwstawiając uproszczone moralizatorstwo, które obwinia ofiary (chorych, upośledzonych, martwych) za problemy zdrowotne, a których przyczyny społeczne po prostu ignoruje*”. Wspierał też prawa kobiet, dzieci ulicy i wdowy, które w wielu krajach świata nie mają prawa do dziedziczenia majątku po mężach, więc często nie mogą zmniejszyć liczby partnerów seksualnych, gdyż muszą sprzedawać usługi seksualne by przetrwać (Mann J. Control strategies. AIDS Action. 1987; Nov(1):4-5).

xxiv początkowo tymidynę niezbędną w cząsteczce AZT uzyskiwano ze spermy śledzi i tuńczyków, co ograniczało jej produkcję; firma Pfizer opracowała syntetyczną alternatywę dla naturalnej tymidyny i zaczęła ją dostarczać do Burroughs Wellcome. Pod koniec 1997 roku AZT było już dostępne dla wszystkich potrzebujących, którzy mogli sobie pozwolić na lek [63].

- placebo zmarło 19 pacjentów, w grupie AZT – jeden. Poprawie uległa sprawność pacjentów mierzona skalą Karnofsky’ego ^{XXV}, przybrali na wadze. Znamienny wzrost komórek CD4 w grupie AZT obserwowano tylko po 2, 4 i 12 tygodniach, ale po 12 tygodniach ich liczba obniżyła się do wartości sprzed leczenia u pacjentów z AIDS, u pacjentów z ARC liczba CD4 obniżyła się do wartości wyjściowych w 24 tygodniu ^[215].
- badanie budziło kontrowersje przez wiele lat. Długo powracały głosy, że wyniki mogły zostać przekłamane, gdyż – między innymi – nie wolno było leczyć innych problemów zdrowotnych związanych z AIDS – zapalen płuc, biegunek, cytomegalowirusowego zapalenia siatkówki (nieleczone prowadziło do ślepoty) i innych schorzeń. AZT powodowała często poważne anemie, więc pacjentom przetaczano krew, co poprawiało ich stan zdrowia i sprawność układu immunologicznego ^[216].
 - w kwietniu firma **Burroughs Wellcome** zaczęła sprzedawać Retrovir 5 000 pacjentom, którzy w czasie trwania badań klinicznych otrzymywali go za darmo. Lek miał kosztować około 10 000 – 12 000 dolarów rocznie. Nie był to problem dla osób dobrze sytuowanych, dobrze ubezpieczonych lub bardzo biednych. Ogromny problem mieli znajdujący się pomiędzy tymi grupami, których nie było stać na lek. W Nowym Jorku niektóre apteki obniżały marżę, kilka aptek w Greenwich Village sprzedawało go po cenach hurtowych wszystkim, którzy mówili, że ich nie stać, nie wymagając żadnych dowodów potwierdzających ich sytuację finansową. W 11 miejskich szpitalach Nowego Jorku potrzebujący dostawali AZT, dzięki przekazaniu na ten cel 6,4 mln USD przez władze miasta. Członkowie parlamentu wnosili projekty ustaw, by poszczególne stany mogły pomagać chorym w otrzymywaniu leku. Używano też prywatnych strategii. Ktoś z Nowego Jorku dostał AZT od przyjaciela z Kalifornii, który nie tolerował działań niepożądanych leku. Internista z Manhattanu kupił akcje firmy, a otrzymaną dywidendę przeznaczył na pomoc dla swoich pacjentów. Inny pomagał swoim pacjentom dzięki pieniądзом zapisanym mu przez zmarłych na AIDS. Dla niektórych problem rozwiązywał się sam, kiedy ich zasoby finansowe wyczerpały się tak bardzo, że kwalifikowali się do pomocy Medicaid, programu, który w większości stanów godził się na pokrycie kosztów AZT ^[217].
 - kalifornijski kongresmen Henry Waxman, przewodniczący Podkomisji do spraw Zdrowia i Środowiska, usiłował poznać uzasadnienie tak wysokiej ceny AZT. Szef firmy tłumaczył, że wynikało to z potrzeby odpowiedniego wyrównania poniesionych przez firmę „kosztów powstania, produkcji i marketingu leku, wysokich kosztów badań, a także konieczności generowania dochodów na pokrycie kosztów stałych”. Mówił, że firma uwzględniła też niepewny rynek dla AZT, spodziewane pojawienie się nowych, lepszych terapii, a także marginesu zysku i zakończył zdaniem „Nie wzięliśmy ceny z powietrza”. Ale AZT była lekiem, który powstał za pieniądze amerykańskiego podatnika. Dotąd to firmy farmaceutyczne były w pełni odpowiedzialne za koszty badań wstępnych i badań klinicznych, a lukratywny zwrot kosztów następował tylko wówczas, gdy lek okazał się bezpieczny i skuteczny. Finansowanie AZT wyglądało zupełnie inaczej. Amerykański podatnik otrzymał rachunek za lek pięciokrotnie: na początku jego pieniądze trafiły do Jerome Horwitz’a, który zsyntetyzował lek dzięki grantowi z NCI, więcej pieniędzy kosztowało testowanie leku w laboratoriach NCI w połowie lat 80., pieniądze państwowe umożliwiły przeprowadzenie I fazy badań, firmie przyznano znaczące ulgi podatkowe, a także zapewniono prawo wyłączności sprzedaży leku zgodnie z ustawą o lekach stosowanych w ramach ustawy o lekach sierocych [Orphan Drug Act], w dodatku państwo sponsorowało AZT pacjentom, których nie było na to stać ^[64].
 - 29 kwietnia FDA zarejestrowało **pierwszy test Western blot**, potwierdzający zakażenie HIV ^[218] (testy przesiewowe mogą dawać wyniki fałszywie dodatnie – z bardzo różnych powodów – dlatego nie powinny być przekazywane pacjentom).
 - w maju FDA zaaprobowala regulacje zezwalające na sprzedaż leków pozostających w trakcie badań klinicznych dla leczenia chorób zagrażających życiu – **Investigational New Drug (IND) procedure** – zanim badania kliniczne zostaną zakończone, w sytuacji, kiedy nie ma innych sposobów leczenia ^[219]; dzięki temu 4 805 pacjentów z AIDS, którzy przebyli wcześniej zapalenie płuc wywołane *P. jiroveci* otrzymało Retrovir – **przeżył 44 tygodni po rozpoczęciu leczenia wynosiło 73% i było dłuższe, niż u nieleczonych chorych** ^[220].
 - **USA** – lekarki z CDC, **Mary E. Guinan** ^{XXVI} i **Ann Hardy**, w artykule zatytułowanym „**Kobiety i AIDS: przyszłość jest ponura**” alarmowały:
 - do kwietnia w następstwie kontaktów heteroseksualnych zakażenie HIV nabyło 555 kobiet i ... 127 mężczyzn,

^{XXV} skalą, wskaźnikiem Karnofsky’ego oceniano stopień sprawności chorych:

100 – stan prawidłowy, bez dolegliwości i objawów choroby,
 90 – stan prawidłowej aktywności, niewielkie dolegliwości i objawy choroby,
 80 – stan niemal pełnej aktywności (wymaga pewnego wysiłku), niewielkie dolegliwości i objawy choroby,
 70 – stan niemożności wykonywania pracy lub prawidłowej aktywności, przy zachowanej zdolności do samoobsługi,
 60 – stan wymagający okresowej opieki, przy zachowanej zdolności do samodzielnego spełniania większości codziennych potrzeb,
 50 – stan wymagający częstej opieki i częstych interwencji medycznych,
 40 – stan niewydolności i konieczność szczególnej opieki,
 30 – stan poważnej niewydolności, wskazania do hospitalizacji,
 20 – stan poważnej choroby, bezwzględna konieczność hospitalizacji i prowadzenia leczenia wspomagającego,
 10 – stan gwałtownego narastania zagrożenia życia,
 0 – zgon.

^{XXVI} **Mary Elisabeth Guinan** była jedną z pierwszych lekarek zaangażowanych w poznanie epidemiologii i dróg szerzenia się AIDS; Randy Shilts przedstawił ją dokładnie w swojej opublikowanej w 1987 roku książce „A orkiestra grała dalej” [And the Band Played On].
https://www.nlm.nih.gov/changingthefaceofmedicine/physicians/biography_133.html [dostęp: 10.02.2016]).

- w 1982 roku odsetek kobiet zakażonych w następstwie kontaktów heteroseksualnych wynosił 14%, w 1986 roku już 28%,
- odsetek mężczyzn zakażonych w kontaktach heteroseksualnych w tym samym czasie wzrósł z 1% do 2%,
- lekarki zwracały uwagę, że heteroseksualne kobiety w USA mają większe ryzyko nabycia AIDS przez kontakty seksualne, niż heteroseksualni mężczyźni, gdyż zakażonych mężczyzn jest więcej, większa jest też skuteczność transmisji wirusa z mężczyzn na kobiety. Ich zdaniem kobiety powinny być świadome swojego ryzyka zakażenia, którego źródłem mogą być mężczyźni przyjmujący narkotyki w iniekcjach i biseksualiści – nie wykazujący jeszcze objawów choroby, dlatego z epidemiologicznego punktu widzenia niezwykle ważne jest edukowanie wszystkich kobiet, zachęcanie do zmniejszania liczby partnerów, w tym abstynencji seksualnej (celibacy) lub posiadania tylko jednego, wiernego partnera seksualnego. Autorki uznały, że kobiety mające więcej, niż 2 partnerów lub będące partnerkami mężczyzn zakażonych HIV albo należących do grup ryzyka mogą zmniejszyć swoje ryzyko naleganiem, by partnerzy zawsze używali prezerwatyw. Stwierdziły też, że wprawdzie kontakty analne wiążą się z największym ryzykiem zakażenia, to raczej nie dotyczy to kobiet, choć brak jest danych dotyczących aktywności seksualnych utrzymywanych przez kobiety ^[221]. Guinan i Hardy niewątpliwie przeceniały zdolności kobiet do negocjowania uprawiania seksu w sposób dla nich bezpieczny.
- **USA** – w zaleceniach dotyczących zapobieganiu przenoszenia zakażenia HIV na dzieci i opieki nad zakażonymi matkami, niemowlętami i dziećmi zalecano poufną identyfikację zakażonych HIV kobiet, edukowanie o ryzyku dla ich dzieci, zalecano im nie zachodzenia w ciążę, dopóki nie będzie wiadomo więcej o tym ryzyku. Zakażonym kobietom zalecano stosowanie antykoncepcji, unikania ryzykownych praktyk seksualnych (nie wyjaśniając na czym miałyby polegać), a także informowanie o zakażeniu obecnych i byłych partnerów seksualnych. Zalecano też używanie prezerwatywy nawilżanych nonoksynolem 9 ^{xxvii}, dla zmniejszenia ryzyka przeniesienia wirusa na ich partnerów. Zalecano robienie testów kobietom uważającym, że mogły być narażone na zakażenie – kobietom uprawiającym seks z mężczyznami z AIDS lub należących do grup ryzyka (nie wyjaśniono, jakie to grupy), kobietom, które poddały się zabiegom sztucznego zapłodnienia między styczniem 1979 a czerwcem 1985 roku, kobietom przyjmującym narkotyki w iniekcjach, biorczynom transfuzji krwi lub produktów krwiopochodnych między styczniem 1979 a czerwcem 1985 roku ^[222].
- **USA** – wprowadzono zakaz wjazdu dla osób z HIV/AIDS; wyjątek stanowiły wizyty w USA, których celem było uczestnictwo w konferencjach, leczenie, odwiedziny krewnych czy podróże służbowe, ale te wymagały tak zwanej *Visa waiver* – widocznej adnotacji w paszporcie. Przyjazd w celu turystycznym nie był zwykle możliwy. *Visa waiver* obowiązywał także osoby z krajów, których obywatele podróżowali dotąd do USA bez wizy. Adnotacja sprawiała, że posiadacz takiego paszportu traktowany był z większą podejrzliwością, często też podlegał ściślejszym kontrolom ^[223]; **International AIDS Society** zapowiedziało, że dopóki zakaz nie zostanie zniesiony, żadna światowa konferencja AIDS nie odbędzie się w USA i dotrzymało słowa.
- w Nowym Jorku powstała organizacja **ACT UP (AIDS Coalition to Unleash Power)**, między innymi w odpowiedzi na wysokie koszty Retroviru; członkowie organizacji walczyli o dostęp do leków i niższe ich ceny, edukację publiczną dotyczącą AIDS i likwidację dyskryminacji związanej z AIDS. 24 marca przeprowadzili pierwszej masowej demonstracji na Wall Street w Nowym Jorku (USA), sztandarowym hasłem ACT UP stało się „**MILCZENIE = ŚMIERĆ**” (**SILENCE = DEATH**). Współzałożycielem organizacji był pisarz, scenarzysta **Larry Kramer**. Oddziały ACT UP powstawały w różnych miastach USA i poza jego granicami.
 - **Larry Kramer** mówił do grupy gejów w Greenwich Village: większość z tu obecnych umrze, jeśli nie będzie wywierać presji na instytucje biomedyczne, by przyspieszyły poszukiwanie nowych leków: „*Jeśli to, co słyszycie nie pobudza do złości, gniewu, wściekłości, działania, to geje nie mają przyszłości na ziemi*”. Duża dostępność testów na HIV sprawiła, że dziesiątki tysięcy homoseksualnych mężczyzn uzyskało potwierdzenie zbliżającej się śmierci – wcześniej jedynymi ludźmi tak bardzo zainteresowanymi znalezieniem leków byli chorzy z AIDS, którzy często byli zbyt słabi, by angażować się w polityczne utarczki. Ludzie, u których zakażenie HIV rozpoznano niedawno, którzy nie mieli zwykle objawów klinicznych, byli przepojeni pasją wynikającą z postrzegania się jako bezpośrednio zagrożonych rychłą śmiercią ^[224].
- w **San Francisco Michael Weinstein** zainicjował powstanie organizacji **AIDS Healthcare Foundation (AHF)**, początkowo jako sieć hospicjów zaangażowanych w „walkę o żywych i opiekę nad umierającymi” osobami z HIV/AIDS, a wraz z upływem czasu poszerzającą swoją działalność w USA i w wielu krajach świata ^[225].
- na Florydzie odnotowano przypadek zakażenia się sztangisty, który dokonywał iniekcji steroidów ze strzykawki używanej z innymi osobami ^[226].
- powstały pierwsze „**buyer's clubs**” w San Francisco i Nowym Jorku, które działały jak podziemne apteki sprzedające przemyćane z zagranicy leki i alternatywne terapie, jak witaminy, zioła i często też niezarejestrowane w USA leki.
 - rozprowadzano, między innymi, dwunitrochlorobenzen (DNCB), który miał leczyć zmiany skórne powodowane mięsakiem Kaposiego. Szacowano, że około 5 000 ludzi malowało wówczas własne ciała tym preparatem, co powodowało charakterystyczne, występujące przejściowo okrągłe podrażnienia skóry, czyniące widocznymi osoby uczestniczące w tym podziemnym programie leczenia ^[227]. Sprzedawano sprowadzany z Japonii siarczan dekstranu, rybawirynę – z Meksyku, AL-721 (preparat otrzymywany z lipidów żółtek jaj kurzych) – z Izraela,

^{xxvii} Nonoksynol 9 po prawie 20 latach badań klinicznych okazał się substancją nie tylko nie zmniejszającą ryzyka zakażenia, ale poprzez swoje własności drażniące błony śluzowe – ułatwiający zakażenie.

stosowano duże dawki witaminy C, w dawkach doustnych zwiększanych do momentu wystąpienia niedającej się zahamować biegunki. Próbowano wszystkiego, co potencjalnie mogło przedłużyć życie, albo przynajmniej dać poczucie, że cokolwiek się robi. Większość z tych substancji w najlepszym razie nie pomagała wcale, niektóre jednak skracały życie przyjmującym go pacjentom^[63]. Próbowano leków stosowanych w leczeniu śpiączki afrykańskiej, takich jak suramina, która nie tylko nie wydłużała życia, ale powodowała liczne działania niepożądane, w tym niewydolność wątroby, nerek, nadnerczy, kończących się niekiedy śmiercią^[228]. Sprawdzano nawet możliwości leczenia na odległość (modlitwy za zdrowie chorych), które niestety nie miały wpływu na obniżanie się limfocytów CD4, ale poprawiały nastrój pacjentów^[229]. We Francji próbowano leczyć chorych na AIDS preparatem zawierającym antymon i wolfram (HPA-23), gdyż u pierwszych 3 pacjentów, którym go podawano, wydawał się powodować pewną poprawę^[230], czego później nie udało się potwierdzić. Próbę leczenia HPA-23 podjął we Francji amerykański aktor Rock Hudson, ale także w jego przypadku nie okazało się skuteczne^[231]. Jego podróże do Paryża zwróciły uwagę amerykańskich pacjentów na możliwość istnienia za granicą leków, które mogłyby pomagać znacznie wcześniej, nim w USA zostaną przeprowadzone badania kliniczne i proces rejestracji^[63]. Próbowano wykorzystać także talidomid^{xxviii} i wykazano, że hamuje replikację HIV^[232].

- **Peter Duesberg**, amerykański wirusolog, współodkrywcą rodziny retrowirusów, wyraził pogląd, iż zbyt szybko uznano, iż HIV powoduje AIDS^[233] – zapoczątkował tym ruch tak zwanych „dysydentów” AIDS, mający negatywny wpływ na wiele organizacji pozarządowych przede wszystkim w USA, ale także w innych krajach; jedynym krajem świata, który uznał poglądy Duesberga stała się Republika Południowej Afryki, w której rządzący do długo negowali związek przyczynowo skutkowy między HIV a AIDS, co przyczyniło się do lawinowego wzrostu liczby zakażeń HIV w tym kraju.
- **NAMES Project AIDS Memorial Quilt**, upamiętniający zmarłych na AIDS i pozwalający lepiej zrozumieć druzgoczące oddziaływanie choroby, pokazano 11 października w Waszyngtonie podczas **National March on Washington for Lesbian and Gay Rights** – zajmował obszar większy od boiska futbolowego i zawierał 1 920 fragmentów, poświęconych poszczególnym ludziom zmarłym na AIDS; w następnych latach program rozszerzył się zarówno w USA, jak i poza jego granicami i jest największym projektem sztuki społecznej; zainicjowano go w listopadzie 1985 r. w San Francisco (Kalifornia); pomysłodawcą był Cleve Jones, aktywista gejowski, współorganizator dorocznych marszów upamiętniających zamordowanych w listopadzie 1978 roku George’a Moscone (burmistrza San Francisco) i Harvey’a Milka (radnego). Planując kolejny marsz uświadomił sobie, że na AIDS zmarło już ponad 1 000 mieszkańców miasta. Poprosił więc jego uczestników, by napisali na kartkach nazwiska swoich przyjaciół, partnerów, członków rodzin, którzy zmarli na AIDS. Po marszu przyklejono je na ścianie San Francisco Federal Building. Ściana wyglądała jak patchwork; w roku 1989 **Project** był nominowany do Pokojowej Nagrody Nobla^[234, www.aidsquilt.org].



Waszyngton (USA) 1987 i 1992 rok

- październik został ogłoszony przez prezydenta Reagana „Miesiącem świadomości i profilaktyki AIDS”^[235].
- w badaniach doświadczalnych wykazano, iż **lateksowe prezerwatywy są skuteczną barierą zapobiegającą przenoszeniu HIV w kontaktach seksualnych**^[236].

**STOP
AIDS**

- **Szwajcaria** – rozpoczęto kampanię profilaktyczną HIV/AIDS pod hasłem^[237]:

^{xxviii} Talidomid, sprzedawany w latach 50. w Niemczech pod nazwą Contergan, produkt firmy Grünenthal Chemie (Niemcy), był lekiem reklamowanym jako bezpieczny środek nasenny, w dodatku łagodzący poranne nudności ciężarnych. W 1960 roku był najlepiej sprzedającym się lekiem z tej grupy, w listopadzie 1961 roku został wycofany z rynku. Nigdy nie został zarejestrowany w USA, dzięki skrupulatności jednej kobiety pracującej w FDA – Frances Oldham Kelsey – decydującej o dopuszczeniu go na rynek. Firma farmaceutyczna, która miała go sprzedawać w USA była tak pewna szybkiej rejestracji, że rozesłała próbki leku ponad 1 000 lekarzom. Dzięki Kelsey w USA przyszło na świat tylko 17 dzieci z fkomelią (brak kończyn górnych i dolnych, zniekształcenia dłoni i stóp, uszkodzenia narządów wewnętrznych). W Europie urodziło się ponad 10 000 takich dzieci, w samych Niemczech ponad 4 000. Związek między wadami wrodzonymi a przyjmowaniem przez matki talidomidu spostrzegł niemiecki pediatra – Widuking Lenz. Po latach okazało się, że producent nie dołożył należytej staranności w przeprowadzeniu badań klinicznych talidomidu. (*Daemrich A. A tale of two experts: thalidomide and political engagement in the United States and West Germany. Social History of Medicine*, 2002;15(1):137-158.). W tym samym czasie co dr Lenz australijski lekarz William G. McBride w liście do the Lancet opisał przypadki zmian rozwojowych u dzieci, których mamy przyjmowały talidomid w czasie ciąży i zwrócił się do czytelników z pytaniem, czy widzieli podobne nieprawidłowości u kobiet przyjmujących Distaval (nazwa handlowa leku w Wielkiej Brytanii i Australii) w czasie ciąży (McBride WG. *Thalidomide and congenital abnormalities. Lancet*. 1961; 278(7216): 1358.) Redakcja zamieściła pod tekstem komentarz, że 2 grudnia dostała list od producenta Distillers Company (Biochemicals) Ltd., że po otrzymaniu dwóch wiadomości z zagranicy p szkodliwym działaniu leku przyjmowanego w ciąży na płody firma zdecydowała o wycofaniu z rynku wszystkich preparatów zawierających talidomid (jak należy sądzić wyłącznie w Wielkiej Brytanii).

- **III Międzynarodowa Konferencja AIDS** odbyła się w Waszyngtonie (USA); wzięło w niej udział 7 350 lekarzy i naukowców oraz 900 dziennikarzy; w czasie konferencji podano, że do wiosny tego roku **AIDS rozpoznano u 36 500 osób, z których 21 155 zmarło**; James Curran – dyrektor programu dotyczącego AIDS w CDC zacytował zdanie z powieści „Dżuma” Alberta Camusa „**Pamiętajmy, że za każdą liczbą kryje się człowiek**”; eksperci CDC szacowali, że 1 na 30 amerykańskich mężczyzn w wieku od 30 do 50 lat jest seropozytywny; Jonatan Mann, dyrektor programu AIDS WHO podał, że liczba krajów, w których rozpoznano AIDS podwoiła się z 51 w styczniu 1986 do 113 czerwca 1987 roku ^[238]. Podczas Konferencji podkreślano, że **nie ma grup ryzyka, są tylko ryzykowne zachowania, a ci, którzy nie chcą zajmować się chorymi na AIDS nie należą do pracowników opieki zdrowotnej**. Liczbą zakażonych HIV na świecie szacowano na 5 mln, 100 000 osób ma AIDS, stąd niezwykle pilna potrzeba znalezienia leków antyretrowirusowych ^[239].
- w sierpniu **CDC** opublikowało zalecenia dotyczące wykonywania testów na HIV w ramach profilaktyki zakażeń; przypomniano w nich drogi przenoszenia się wirusa, zalecono rutynowe konsultacje i testy osobom, które są leczone z powodu chorób przenoszonych drogą płciową lub z powodu uzależnienia od narkotyków przyjmowanych w iniekcjach (lub przyjmujących narkotyki w przeszłości), wszystkim osobom, które same uważają się za narażone na zakażenie, a także wszystkim kobietom w wieku rozrodczym, wykazujących czynniki ryzyka zakażenia HIV, ponadto zalecano, by osoby planujące zawarcie małżeństwa były informowane o HIV/AIDS i dostępności poradnictwa i testowania, szpitalom zalecono okresowe określanie częstości zakażeń w grupach wiekowych mających największe ryzyko zakażenia, placówkom penitencjarnym – wprowadzenie programów informacyjnych dla więźniów mówiących także o możliwościach testowania, więzieniom federalnym zalecono testowanie więźniów przy przyjęciu i przed opuszczeniem przez nich placówki, mężczyźni i kobiety sprzedające usługi seksualne powinny otrzymywać informacje i być testowane, podkreślono także, że należy dołożyć starań dla poprawienia poufności wyników testów ^[240].
- **USA** – w październiku tylko 3 senatorów amerykańskich było przeciwnych poprawce wniesionej przez **senatora Jesse Helms’a**, która zakazywała przeznaczania funduszy federalnych na programy edukacyjne, które NIE podkreślałyby abstynencji seksualnej lub wzajemnej wierności w związkach, a które bezpośrednio lub pośrednio promowałyby homoseksualność ^[241].
- **USA** – powstał **AIDS Drug Assistance Program (ADAP)**, kiedy Kongres po raz pierwszy przeznaczył fundusze na pomoc stanom w zakupie jedynego wówczas zatwierdzonego leku antyretrowirusowego **AZT**. W 1990 roku został włączony do nowo uchwalonej inicjatywy **Ryan White Comprehensive AIDS Resources Emergency (CARE) Act**, obecnie znany jako **the Ryan White Program**. Wszystkie stany, Waszyngton i inne terytoria USA otrzymują federalne fundusze celowe ADAP za pośrednictwem części B Ryan White Program. ADAP otrzymuje fundusze państwowe i wkład z dodatkowych źródeł, w tym z innych części Ryan White, ale wsparcie to jest bardzo zmienne i w dużej mierze zależy od lokalnych decyzji i zasobów. Co roku środki federalne i, jeśli są dostępne, inne fundusze, określają liczbę klientów, którym ADAP może pomóc i poziom usług, jakie może świadczyć. Każdy stan prowadzi własny program, określa kryteria kwalifikowalności i inne elementy programu, co powoduje znaczne różnice w całym kraju (AIDS Drug Assistance Programs (ADAPs). <https://www.kff.org/hiv/aids/fact-sheet/aids-drug-assistance-programs/> dostęp: 21.12.2023]).
- **Wielka Brytania** – hasło kampanii profilaktycznej AIDS brzmiało: „**Nie umieraj z powody niewiedzy**” [**Don't die of ignorance**] ^[242].
 - Księżniczka Diana publicznie uściśliła rękę dziecka chorego na AIDS ^[243].
- 11 czerwca na stronie tytułowej New York Times’a pojawiła się informacja, że dr Terence M. Schmal, szef oddziału chirurgii klatki piersiowej, serca i naczyń ze szpitala St. Luke w Milwaukee i jego żona pracująca jako anestezjolog w innym szpitalu uznali, że ich ryzyko zakażenia się od pacjentów jest tak duże, że nie będą operować zakażonych HIV. Lekarz pisał: „*Muszę być egoistą... Muszę myśleć o sobie, muszę myśleć o mojej rodzinie. Ta odpowiedzialność jest większa, niż odpowiedzialność za pacjenta*” Później pojawiały się kolejne deklaracje pozwalające sądzić, że znaczne więcej lekarzy podzielało takie poglądy i postępowało zgodnie z nimi ^[244], **XXIX**.
- pojawiła się książka (a kilka lat później film) Randy’ego Shilts’a „**And the band played on**” „**A orkiestra grała dalej**”, opierająca się na relacjach chorych na AIDS, członków społeczności gejowskiej, właścicieli łazni, lekarzy, pracowników zdrowia publicznego, naukowców, polityków i przedstawicieli rządu, a przedstawiająca początki epidemii HIV/AIDS; wszystkie osoby wymienione w tej książce z nazwiska są postaciami autentycznymi ^[245, 246].
- **Uganda** – rząd i prezydent Museveni rozpoczęli kolejną kampanię ostrzegającą społeczeństwo przed niebezpieczeństwem, dostarczając informacji o sposobach zmniejszenia ryzyka, prowadząc edukację, usiłując wzmocnić pozycję kobiet i dziewcząt oraz walczyć z piętnem i dyskryminacją z powodu AIDS; w kampanii tej podkreślano konieczność otwartej komunikacji o HIV/AIDS, a także angażowano przywódców organizacji religijnych ^[247].
 - do marca 1987 roku rozpoznano 1 138 nowych zakażeń HIV (w 1983 roku 17, 1984 roku 24, w 1985 0 1986 roku 910). Dzieci w wieku od 0 do 14 lat stanowiły 10% nowych zakażeń, 69% osoby w wieku 20 – 39 lat, 13% osoby między 40 a 59 rokiem życia. W prowincji Rakai 96% zakażeń dotyczyło osób sprzedających usługi seksualne i barmanek/barmanów, 33% kierowców ciężarówek (zakażenie szerzyło się na wschód wzdłuż autostrady Trans-Afrykańskiej). Epidemia w tym kraju dotyczy przede wszystkim miast. Częstość zakażeń wśród kobiet ciężarnych w Kampali wynosiła 13%. Na wiejskich obszarach, wśród tradycyjnie żyjących mieszkańców ludzie wierzyli, że HIV przenoszą komary oraz igły i strzykawki, ale w badaniach w 114 domach

XXIX od dawna wiadomo już, że ryzyko zakażenia się chirurga od operowanego przez niego pacjenta jest bardzo małe i wynosi średnio 0,3%, jeśli dojdzie do zakłucia się, skaleczenia ostrym narzędziem zanieczyszczonym zakażoną krwią, a znacznie łatwiej w takiej sytuacji zakażać się można wirusami powodującymi zapalenie wątroby – HCV i HCV (Beltrami EM, Williams IT, Shapiro CN, Chamberland ME. Risk and management of blood-borne infections in health care workers. Clin Microbiol Rev. 2000;13:385-407.).

zmarłych na AIDS okazało się, że wyłącznie ich partnerki/partnerzy seksualni byli zakażeni. W maju, na międzynarodowym spotkaniu w Kampali, zorganizowanym przez WHO, przekazano adekwatne środki na najbardziej istotne działania w ramach **National AIDS-Control Program**. Mimo to potrzeby w dalszym ciągu przewyższały możliwości finansowe kraju ^[248]

- w listopadzie powstała **The AIDS Support Organization (TASO)**, organizacja wspierająca ludzi z HIV/AIDS ^[249]. W połowie lat 90. członkowie TASO opiekowali się ponad 35 000 tysiącami osób żyjących z HIV i chorych na AIDS, wykształcili też setki konsultantów zajmujących się problematyką HIV/AIDS ^[250].



- **Wielka Brytania** – przebadano partnerki/partnerów osób zakażonych HIV. Wśród 78 kobiet mających partnerów HIV+ zakażenie rozpoznano u 15 (19,2%), wśród 18 mężczyzn mających seropozytywne partnerki zakażony był jeden (5,5%). Większość z zakażonych kobiet (8 spośród 15) uprawiała seks z mężczyznami będącymi w bezobjawowym stadium zakażenia, u **2 kobiet infekcję udokumentowano po jednym tylko kontakcie seksualnym bez zabezpieczenia** ^[251].
- **ZSRR** – na początku roku w kilku dużych miastach kraju przeprowadzono badania przesiewowe: wśród ponad 80 000 przebadanych osób zakażenie HIV potwierdzono u 226, przy czym 192 osoby pochodziły z Afryki, 26 – z Ameryki i tylko 26 było obywatelami ZSRR; zakażenia stwierdzone u obywateli rosyjskich dotyczyły homo- i biseksualnych mężczyzn, osób przyjmujących środki psychoaktywne w iniekcjach oraz kobiet sprzedających usługi seksualne cudzoziemcom ^[252]; w tym czasie powstały też pierwsze ośrodki, w których testy na HIV można było wykonywać anonimowo. Jednakże zarówno homoseksualizm, prostytucja, jak i przyjmowanie środków psychoaktywnych w iniekcjach były nielegalne, nie wiadomo więc nic o ryzyku przenoszenia zakażenia HIV wśród tych osób.
- **ZSRR** – w St. Petersburgu, wprowadzono obowiązkowe badania w kierunku HIV dla kobiet podczas pierwszej wizyty u lekarza na początku ciąży, u kobiet które wcześniej nie były objęte opieką lekarską badanie wykonywano przed porodem; kobiety, u których potwierdzono zakażenie HIV mogły rodzić tylko w jednym szpitalu (Szpital Chorób Zakaźnych Botkina), w którym mogły otrzymać także profilaktykę antyretrowirusową w czasie porodu ^[253].
- **USA** – rozpoznano AIDS u **71 616** osób, zmarło **41 262** (wg. danych amfAR); zmarło z powodu HIV/AIDS przynajmniej **1 157 kobiet** w wieku od 15 do 34 lat ^[254].

Polska - 1987

- ♦ od października wprowadzono badania w kierunku obecności przeciwciał anti-HIV każdej porcji krwi oddanej w stacjach krwiodawstwa ^[255]; wcześniej, od 1986 roku założono konieczność badania 5% próby ^[256].
- ♦ działało 28 specjalistycznych poradni dla osób uzależnionych od narkotyków, 22 poradnie zdrowia psychicznego przyjmujące też osoby uzależnione, 30 punktów konsultacyjnych, 150 łóżek detoksykacyjnych, 34 ośrodki rehabilitacyjne dysponujące 600 miejscami (500 prowadzonych przez MONAR). Niedostatek łóżek detoksykacyjnych, na które pacjenci musieli czekać kilka miesięcy i dłużej, uznawano za powód niepełnego wykorzystania miejsc w ośrodkach rehabilitacyjnych ^[257].
- ♦ wprowadzono „Program zapobiegania zakażeniom wirusami przenoszonymi przez krew”, który obejmował samoeliminację **xxx** kandydata na krwiodawcę, niezależnie od tego, który raz oddaje krew oraz zaostreżenie kryteriów kwalifikacji ^[257].
- ♦ do końca roku potwierdzono **3** zachorowania na AIDS, dotyczyły one 2 mężczyzn homoseksualnych, którzy powrócili z USA i 1 biseksualisty, który najprawdopodobniej zakaził się w RFN (najprawdopodobniej drogą kontakty seksualnego z prostytutką); mężczyźni mieli 43, 54 i 60 lat, wszyscy zmarli; zakażenie HIV rozpoznano u **52** obywateli polskich i 9 obcokrajowców, większość stanowili mężczyźni, w tym 23 homoseksualistów i 14 chorych na hemofilię. Wspomniano o 5 zakażeniach prostytutek (spośród 3029 przetestowanych). **Wśród 1632 przetestowanych narkomanów nie stwierdzono żadnego przypadku zakażenia.** Dr Wanda Szata podsumowała to tak: „Sytuację epidemiologiczną w Polsce na koniec 1987 roku można ocenić jako stosunkowo korzystną [...] Jednak to, czy sytuacja epidemiologiczna w następnych latach będzie kształtowała się korzystnie zależy m. in. od zaaprobowania przez społeczeństwo właściwego modelu

xxx samoeliminacja polega na tym, iż osoby, które podejrzewają u siebie możliwość zakażenia HIV mogą – bez podawania przyczyn – wyczołgać się z oddania krwi lub zaznaczyć w poufnej ankiecie, iż ich krew powinna być używana tylko do badań naukowych, a nie do celów leczniczych. Ponadto: stwierdzenie w badaniu lekarskim jakichkolwiek odchyśleń od stanu prawidłowego stanowi przeciwwskazanie do oddania krwi, do czasu wyjaśnienia ich przyczyn, obecność śladów po nakłuciach, sugerujących dożylnie stosowanie środków odurzających jest powodem trwałej dyskwalifikacji, czasowa dyskwalifikacja (6 miesięcy) dotyczyć powinna osób, które mają świeże tatuaże lub niedawno dokonały zabiegów akupunktury, przekłucia uszu lub innych części ciała, osoby, które przebywają w więzieniu, niedawno zakończyły odbywanie kary pozbawienia wolności lub powrócili z krajów o dużej częstości zakażeń HIV (przede wszystkim z Afryki, USA i Europy Zachodniej) nie powinny oddawać krwi przez 6 miesięcy, wykrycie obecności przeciwciał anti-HIV dyskwalifikuje kandydata na dawcę na zawsze, a informacja o tym fakcie, bez podawania przyczyny, przekazywana jest do wszystkich stacji krwiodawstwa w kraju (oddawać krwi nie mogą także osoby, u których stwierdzono obecność przeciwciał anti-HBsAg – wskazujących na zakażenie wirusem HBV, przeciwciała anti-HCV lub inne schorzenia).

życia seksualnego, możliwości zakażeń od osób przybywających spoza granic kraju, wyeliminowania zakażeń przez krew i produkty krwiopochodne, przeszczepiane tkanki i nasienie stosowane do sztucznego zapładniania oraz od dostępności sprzętu jednorazowego użytku, służącego do naruszania ciągłości tkanek i właściwej sterylizacji sprzętu wielorazowego użytku” ^[258].

1988

- w styczniu, na spotkaniu ministrów zdrowia ze 148 państw, zorganizowanym z inicjatywy WHO i rządu Wielkiej Brytanii, dotyczącym AIDS (**World Summit of Ministers of Health**), powstała **London Declaration on AIDS Prevention**, promująca otwartość i współpracę między krajami i w samych krajach; delegaci uznali, iż promocja odpowiedzialnych zachowań może i spowoduje zwolnienie rozprzestrzeniania się HIV, a w programach profilaktycznych zachowana będzie ochrona praw człowieka i jego godności ^[259]; zaproponowano utworzenie **Światowego Dnia AIDS**.
- **USA** – 19 stycznia podczas demonstracji przeciwników zaporowych cen **AZT** przed ośrodkiem dystrybucji leku w Burlingame (Kalifornia) aresztowano 19 protestujących osób, przede wszystkim członków organizacji ActUp. Był to jeden z pierwszych aktów obywatelskiego nieposłuszeństwa przeciwko wysokim cenom leków. AZT sprzedano w 1988 roku za kwotę ponad 130 mln dolarów, a zyski firmy – po odliczeniu kosztów badań i rozwoju – wynosiły ponad 20 mln dolarów ^[260].
- **USA** – Kongres **zakazał używania funduszy federalnych do wspierania programów wymiany igieł i strzykawek**; wykorzystywanie tych pieniędzy na programy wymiany sprzętu do iniekcji osobom uzależnionym dopuszczono dopiero w roku fiskalnym 2010 ^[261].
- **USA** – w marcu opublikowano kolejne stanowisko ekspertów medycznych USA, w którym wyrażono potrzebę działań na poziomie rządu federalnego, dotyczących polityki społecznej i edukacji społeczeństwa, wyrażono też ubolewanie, że obecna administracja nie jest zdolna do podjęcia decyzji dotyczących kwestii związanych z AIDS; podkreślono istnienie pilnej potrzeby tworzenia programów edukacyjnych na poziomie lokalnym, które powinny się skupiać na zapobieganiu zakażeniom poprzez edukację i modyfikację zachowań; profilaktyka pierwotna powinna być kierowana do nastolatków i młodych dorosłych, edukować o drogach zakażenia HIV, zachęcać do abstynencji lub monogamicznych związków seksualnych, mówić o sposobach zmniejszania ryzyka zakażenia poprzez używanie prezerwatyw i unikanie używania wspólnych z innymi igieł i strzykawek; profilaktyka wtórna powinna być kierowana do osób zakażonych HIV i skupiać się na edukacji dotyczącej minimalizowania ryzyka przeniesienia zakażenia na inne osoby. Lekarze powinni stanąć na czele działań zmierzających do zniwelowania rosnącego i często nieuzasadnionego strachu społeczeństwa związanego z AIDS. W porównaniu ze stanowiskiem sprzed 2 lat więcej uwagi poświęcono pracownikom opieki medycznej, leczącym osoby zakażone HIV, brakowi uzasadnienia dla kwarantanny, przecistawianiu korzyści wynikających z dobrowolnych testów na HIV połączonych z doradztwem w porównaniu z testami obowiązkowymi, wiele miejsca poświęcono także prawom osób zakażonych oraz roli lekarzy w wymianie wiedzy i informacji ^[262].
- wykazano, iż liczba komórek CD4 obniża się po serokonwersji, a szybki ich spadek zapowiada wystąpienie zagrażających życiu infekcji oportunistycznych, zaś liczba komórek CD4 < 150/mm³ wiąże się z wystąpieniem AIDS ^[263].
- do 1 czerwca do **WHO** zgłoszono **96 433** przypadków AIDS ze **136** krajów świata: 43 krajów Afryki (11 530 zachorowań na AIDS), 40 krajów obu Ameryk (71 343 zachorowania), 28 krajów Europy (12 414 zachorowań) i 25 z krajów Azji i Oceanii (1 146 przypadków AIDS); rok wcześniej WHO zgłoszono ponad 51 000 przypadków AIDS ze 113 krajów świata ^[264].
- **USA** – 11 listopada ponad 1 000 demonstrantów ACT UP zakłóciło pracę FDA, a 8 dni później wprowadzono nowe regulacje pozwalające na przyspieszone procedury przeglądu danych z badań klinicznych (**accelerated review procedures**), przed zakończeniem wszystkich 3 faz badań klinicznych leków – te regulacje miały być stosowane do nowych terapii mających leczyć pacjentów z chorobami zagrażającymi życiu i wyniszczającymi, co pozwalało na rejestrację leku z opuszczeniem fazy II lub III. (Bate R. A brief history of the US drug approval process, and the birth of accelerated approval. November 21, 2023. https://truthonthemarket.com/2023/11/21/a-brief-history-of-the-us-drug-approval-process-and-the-birth-of-accelerated-approval/?_gl=1*1yzh5lx*_ga*NDAyOTE2NDY3LjE3MDMxNjg1MzA.*_ga_R1FRMJTK15*MTcwMzE2ODUyOS4xLjAuMTcwMzE2ODUyOS4wLjAuMA.. [dostęp: 21.12.2023]).
- **Francja** – lekarze alarmowali, że **AZT** stosowana u 365 pacjentów z AIDS i ARC w dawkach 200 mg co 4 godziny przez całą dobę powodowała wzrost wagi ciała, poprawę wskaźnika Karnofsky’ego i zwiększała liczbę komórek CD4 w pierwszym miesiącu terapii, ale po 6 miesiącach wartości te wracały do poziomu sprzed leczenia, pacjenci zaczęli chorować na infekcje oportunistyczne i nowotwory, wystąpiły też zgony. Toksyczność hematologiczna leku sprawiała, że wielu chorych przerywało jej przyjmowanie. Korzyści z jej przyjmowania dla pacjentów z ARC i AIDS ograniczały się do kilku miesięcy ^[265].
- **USA** – w lipcu **FDA zezwoliło na import leków do własnego użytku** (od 1962 roku, po historii talidomidu **XXXI**, obowiązywał zakaz importu leków niezarejestrowanych przez FDA), formalnie pod warunkiem zgody lekarza na

XXXI → przypis XXIX (talidomid).

nadzorowanie przyjmowania sprowadzanego leku; uzasadniono tak: „*naród, który nie jest w stanie upilnować swoich granic przed importem kokainy i heroiny przez dilerów narkotykowych nie jest w stanie zapobiec sprowadzaniu leków przez zdeterminowanych aktywistów AIDS*”. Ówczesny komisarz FDA, Frank Young, w wywiadzie dla prasy powiedział: „*jest taki poziom desperacji, ludzie umierają... nie zamierzam być pełnomocnikiem rządu, który kradnie nadzieję*”. Ta decyzja zdumiała wielu badaczy AIDS. Pojawiły się obawy, że zezwolenie na swobodny przepływ niezarejestrowanych leków uczyni rzetelne prowadzenie badań klinicznych leków jeszcze trudniejszym, niż było dotąd. Niepokojono się też, że decyzja komisarza FDA tylko wydłuży czas oczekiwania na nowe leki antyretrowirusowe, a wysyłając mylącą informację pacjentom otworzy drzwi szarlatanom.^[266]

- **USA – Naczelnny Lekarz USA (Surgeon General), dr C. Everett Koop**, rozesłał do wszystkich gospodarstw domowych broszurę, w której pojawiły się informacje o drogach zakażenia, istocie AIDS i sposobach zapobiegania chorobie^[267],
 - rozpoczął też kampanię informacyjną, mówiącą iż na podstawie badań laboratoryjnych wykazano, iż nawilżający prezerwatywy **nonoksynol 9** (środek występujący w sprzedawanych bez recepty środkach plemnikobójczych do stosowania miejscowego) może stanowić dodatkową ochronę przed zakażeniem HIV; istniały wówczas tylko wyniki badań doświadczalnych, w których wykazano, że trwająca 1 minutę ekspozycja na N-9 w stężeniu 0,05% lub większych blokowało zakażenie HIV wrażliwych komórek^[268]. Kolejne obserwacje wskazywały, iż ekspozycja na 0,05% N-9, trwająca tylko 30 sekund, inaktywuje wirus HIV^[269], znacznie później rozpoczęto badania kliniczne, w których **po wielu latach** wykazano, iż nonoksynol 9 nie tylko nie zmniejsza ryzyka zakażenia HIV, ale przeciwnie – ułatwia zakażenie^[270].
 - dr Koop sprzeciwiał się obowiązkowi wykonywania testów na HIV i opowiadał za wprowadzeniem edukacji seksualnej w szkołach i promowaniu prezerwatyw^[271].
- **Wielka Brytania** – przeżywalność od rozpoznania AIDS była krótsza u kobiet niż u mężczyzn. Kobiety przeżywały średnio 3,4 miesiąca, mężczyźni 8,6 miesiąca^[272].
- FDA zarejestrowała **gancyklowir** – do leczenia zapalenia siatkówki wywołanego wirusem cytomegalii (CMV) u zakażonych HIV pacjentów (nielezione prowadziło do utraty wzroku) i **erytropoetynę** do terapii anemii powodowanej przez AZT^[273].
- **nieszkodzone prezerwatywy** nie przepuszczają cząsteczek mających wielkość czynników wywołujących choroby przenoszone drogą płciową (w tym najmniejszego wirusa przenoszonego drogą płciową – wirusa zapalenia wątroby typu B – HBV),
 - wirus HBV ma średnicę ok. 42 nanometrów (nm),
 - HIV jest 3 razy większy – ok. 120 nm,
 - *Herpes simplex* mierzy około 200 nm, wirus cytomegalii – około 300 nm^[274].
- skuteczność prezerwatyw lateksowych w zapobieganiu zakażeniu HIV badano z użyciem zawiesiny stężonego wirusa i **nie wykazano, by wirus mógł wydostać się z prezerwatywy**^[275, 276].
- w badaniach dotyczących kontaktów seksualnych 47 mężów kobiet, które zostały zakażone w następstwie transfuzji krwi związanej na ogół z porodem, wykazano iż wśród uprawiających przynajmniej przez rok kontakty seksualne bez zabezpieczenia ze swoimi żonami HIV nabył tylko jeden mężczyzna, który podał utrzymywanie kontaktów seksualnych także z innymi kobietami^[277]. W późniejszych obserwacjach stałych par, w których zakażona HIV była tylko kobieta (zwykle w następstwie transfuzji krwi) po 4 – 5 latach utrzymywania kontaktów seksualnych, często bez zabezpieczenia, monogamiczni mężczyźni pozostawali nadal niezakażeni^[278].
- 8 września, po trwających 24 miesiące wysłuchaniach pacjentów i leczących ich lekarzy, a także przeanalizowaniu dowodów dostarczonych przez organizacje pozarządowe, sędzia prawa administracyjnego DEA, Francis L. Young, zalecił zmianę federalnej klasyfikacji marihuany (przeniesienie z kategorii I, gdzie zrównano ją z heroiną, do łagodniejszej kategorii II), by umożliwić lekarzom jej przepisywanie. Sędzia przeanalizował też poważne działania niepożądane powodowane przez konwencjonalne leki zarejestrowane przez FDA. Zauważył, że w przypadku wielu leków różnica między dawką działającą a śmiertelną jest bardzo niewielka. Między innymi na tej podstawie uznał, że „**marihuana w swojej naturalnej postaci jest jedną z najbezpieczniejszych substancji terapeutycznych znanych człowiekowi**” (Isikoff M. DEA judge's 'fresh' view on legal marijuana use September 19, 1988. The Washington Post. <https://www.washingtonpost.com/archive/politics/1988/09/19/dea-judges-fresh-view-on-legal-marijuana-use/2055d246-9003-403d-94a6-69fb9b469a3e/> [dostęp: 21.12.2023]).
- do września w USA rozpoznano **1 833** przypadki AIDS u dorosłych, związane z przetaczaniem krwi, **695** przypadków u biorców VIII czynnika krzepnięcia oraz u dzieci **152** przypadki związane z transfuzjami krwi i **70** związane z podawaniem czynnika VIII, tak więc przypadki związane z przetaczaniem krwi stanowiły 3% całkowitej liczby zachorowań u dorosłych i 14% u dzieci, a AIDS u chorych na hemofilię stanowił 1% zachorowań u dorosłych i 14% zachorowań u dzieci; podano też, że AIDS związany z transfuzjami krwi stanowił 2% przypadków AIDS u dorosłych mężczyzn i 11% u kobiet; od wprowadzenia testów przesiewowych w 1985 do września 1988 roku rozpoznano 13 przypadków AIDS związanych z przetaczaniem krwi i przynajmniej 7 przypadków związanych z przetaczaniem poddanego ogrzewaniu czynnika VIII, pochodzącego z krwi poddawanej badaniom przesiewowym, a około 24 kolejnych przypadków pozostawało w tym czasie w obserwacji^[279].
- w niewielkim badaniu klinicznym przeprowadzonym w Nowym Jorku 8 pacjentom z uogólnioną limfadenopatią przez 8 tygodni podawano AL-721 (lipidy otrzymywane z żółtek jaj); nie wykazano wprawdzie działań niepożądanych preparatu, ale nie wykazano też skuteczności w zmniejszaniu wykrywalności antygenu p24 wirusa HIV, także po kolejnych 8 tygodniach terapii większymi dawkami – w ciągu 14 miesięcy u 4 z 8 pacjentów rozpoznano AIDS^[280].

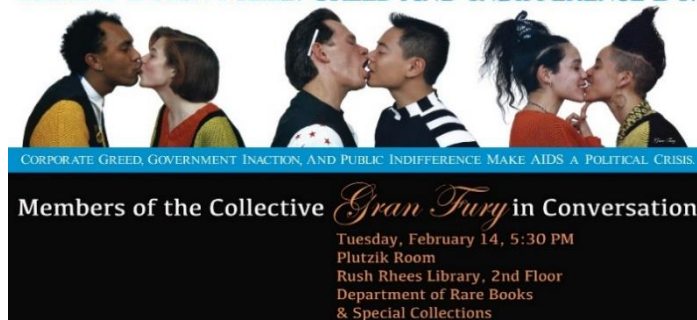
- jeden z amerykańskich lekarzy zajmujących się HIV/AIDS napisał:
 - *liczba przypadków AIDS, także tych będących następstwem transmisji heteroseksualnej, nie jest imponująca. Głównym ryzykiem dla trwającego przekazywania AIDS w kontaktach heteroseksualnych są zakażenia innymi drogami, szczególnie przez przyjmowanie narkotyków w iniekcjach i zachowania biseksualne. Niewielka częstość zakażeń HIV, wyłącznie heteroseksualnych, bez innych czynników ryzyka, bez wątpienia się zwiększy, ale nic nie sugeruje, że osiągnie takie proporcje epidemii jak na niektórych obszarach Afryki Środkowej i Wschodniej. Mamy dziś czas na edukację aktywnych seksualnie ludzi o podejmowaniu środków ostrożności, by mogli zapobiegać zakażeniu siebie i innych, ale skuteczna profilaktyka będzie zależała od edukacji i zmiany zachowań przez tych, którzy mogą mieć ryzyko* ^[281]. Wprawdzie w przytoczonym fragmencie uczony wspomina o ryzyku, które pociągają za sobą „zachowania biseksualne”, ale nie wspomina, że to ryzyko ponoszą przede wszystkim kobiety.
- 27 października na 38. Sesji Zgromadzenia Ogólnego Narodów Zjednoczonych ustanowiono, iż **1 grudnia** będzie **Światowym Dniem AIDS – World AIDS Day** – obchodzonym co roku, umożliwiającym organizacjom rządowym, pozarządowym i lokalnym, jak również osobom indywidualnym na zwrócenie uwagi na walkę z AIDS, a także konieczność pomocy ludziom żyjącym z HIV, chorym na AIDS i ich bliskim; pierwsze hasło **Światowego Dnia AIDS** brzmiało: „**Przyłącz się do światowych działań**”.
- **Węgry** – wprowadzono obowiązkowe testy dla osób należących do specyficznych populacji; jest to kluczowy element profilaktyki HIV/AIDS w tym kraju – pierwszy przypadek AIDS rozpoznano tam w sierpniu 1985 roku ^[282].
- powstało Międzynarodowe Towarzystwo AIDS – **International AIDS Society (IAS)**.



- **IV Międzynarodowa Konferencja AIDS** odbyła się w Sztokholmie (Szwecja); **Jonathan Mann**, szef Global Programme on AIDS WHO mówił o celach **the Global AIDS Strategy**:
 1. Zapobieganie przenoszeniu zakażenia, które jest osiągalne, gdyż HIV przenosi się poprzez zachowania ludzi; w celu zmiany zachowań konieczne są programy edukacyjne i informacyjne we wszystkich krajach świata, choć same te programy nie wystarczą. Jak można oczekiwać, na przykład, używania prezerwatyw, jeśli są niedostępne, drogie i złej jakości?
 2. Zmniejszenie wpływu zakażenia HIV na społeczeństwa i jednostki, co oznacza zapewnienie humanitarnej i dobrej jakościowo opieki, przynajmniej takiej samej, jaka świadczona jest w przypadku innych chorób,
 3. Ujednolicenie krajowych i międzynarodowych wysiłków mających na celu walkę z AIDS.

Do 1 czerwca 1988 roku wsparcie finansowe WHO otrzymało 151 krajów, w tym wszystkie kraje rozwijające się. Mann podkreślił, że AIDS bezlitośnie pokazał słabość, niedoskonałość i nierówność istniejących systemów opieki zdrowotnej i społecznej i braki w wiedzy o nas samych i o innych. Walka z AIDS stała się kluczowym elementem do szerszej walki o zdrowie dla wszystkich. ^[283]
- **USA** – opublikowano wyniki badań populacji mieszkańców miasteczka Belle Glade (Floryda), w których wykazano, iż HIV przenosi się w następstwie kontaktów seksualnych, przyjmowania środków odurzających w iniekcjach, ale nie przenoszą go komary, jak podejrzewała miejscowa społeczność i niektórzy pracownicy ochrony zdrowia; potwierdzono, że bieda, brak wykształcenia i perspektyw na przyszłość przyczyniają się do rozwoju epidemii ^[284, 285].
- **USA** – przedłużono zakaz używania funduszy federalnych na prowadzenie punktów wymiany igieł i strzykawek, dopóki nie zostanie udowodnione, że nie prowadzi to do wzrostu używania narkotyków i zmniejsza przenoszenie zakażeń HIV; w Nowym Jorku, dotkniętym w największym stopniu problemem zakażeń HIV wśród przyjmujących narkotyki w iniekcjach władze miasta otworzyły pierwszy, pilotażowy program takiej wymiany, który został oficjalnie zamknięty po zmianie burmistrza – kontynuowano go przez jakiś czas bez pozwolenia władz ^[286].
- **USA** – członkowie **ACT UP** stworzyli grupę artystów pod nazwą **GRAN FURY**, działającą przez kilka następnych lat, której celem było „wykorzystanie siły sztuki do zakończenia kryzysu spowodowanego przez AIDS”. Poniżej jeden z plakatów autorstwa tej grupy.

KISSING DOESN'T KILL: GREED AND INDIFFERENCE DO.



- **USA** – w badaniach prowadzonych w systemie więzień stanowych stanu Maryland wykazano, że zakażenie HIV może się przenosić w trakcie pozbawienia wolności, zwłaszcza że do więzień trafiają już wcześniej zakażeni skazani. Jak napisali autorzy – przy braku skutecznej szczepionki opcje profilaktyczne są ograniczone. Dystrybucja prezerwatyw i sterylnego sprzętu do iniekcji nie jest możliwe bez zniesienia karalności seksualnych kontaktów analnych i przyjmowania narkotyków w iniekcjach. Oddzielenie zakażonych od niezakażonych więźniów stwarzałyby poważne problemy logistyczne. Dlatego jest wskazana edukacja wszystkich więźniów na temat HIV/AIDS przy wejściu do placówki penitencjarnej, a potem powtarzana w regularnych odstępach ^[287].
- **San Francisco AIDS Foundation (SFAF)** rozpoczęła wydawanie czasopisma podającego informacje dotyczące leczenia – **Bulletin of Experimental Treatments for AIDS (BETA)**, wydawany i rozsyłany bezpłatnie do wszystkich zainteresowanych na świecie, także w Polsce.



www.beta.org

- **Holandia** – w Amsterdamie przeprowadzono badania wśród mężczyzn sprzedających usługi seksualne – wykazano, że zarabiają w ten sposób przede wszystkim młodzi mężczyźni (od 15 do 38 lat), których własna orientacja seksualna nie ma wpływu na wykonywanie pracy zarobkowej; częstość zakażeń HIV w tej grupie wynosiła 13%; jak podali autorzy doniesienia, ich klientami są często biseksualni mężczyźni chcący ukryć swoje homoseksualne skłonności, co może sprawiać, że zakażenie HIV będzie przedostawało się do populacji ogólnej ^[288].
- **ZSRR** – do października u rozpoznano tylko jeden przypadek AIDS, u 35-letniego mężczyzny z zaawansowanym mięśniakiem Kaposiego, który nabył zakażenie HIV podczas służbowego pobytu w Środkowej Afryce, a następnie zakaził 15 innych osób (kobiet i mężczyzn).
- **ZSRR** – w listopadzie w mieście Elista (Kałmucka Republika Socjalistyczna) wykazano zakażenie HIV u dziecka, którego rodzice nie byli zakażeni; do lipca 1990 roku w tym mieście stwierdzono 91 przypadków zakażeń HIV, z czego 75 (82%) dotyczyło dzieci; od maja 1988 do sierpnia 1989 roku 265 dzieci poniżej 15 roku życia i 23 dorosłe kobiety uległy zakażeniu wirusem HIV-1 w trzynastu szpitalach południowej Rosji (Elista, Wołgograd, Stawropol, Groźny, Astrachan, Rostów nad Donem); wszystkie dzieci i 1 kobieta uległy zakażeniu wskutek niedostatecznych technik sterylizacji, pozostałe kobiety miały nabyć infekcję w konsekwencji karmienia piersią zakażonych HIV dzieci; źródłem infekcji okazało się dziecko zakażonych HIV rodziców (mężczyzna nabył zakażenie podczas służby wojskowej w Angoli, po powrocie zakaził żonę), które przyjęto do szpitala w Eliście w maju 1988 roku. ^[289]
- **Tajlandia** – nastąpiła eksplozja zakażeń HIV wśród osób przyjmujących narkotyki w iniekcjach, przede wszystkim heroinę; w jednym ze szpitali w Bangkoku częstość zakażeń HIV u osób uzależnionych w początkach roku wynosiła 1%, a w badaniach powtórzonych w sierpniu wzrosła do 32 – 43% ^[290].
- **USA – HIV/AIDS stał się trzecią wiodącą przyczyną śmierci wśród mężczyzn mających od 25 do 44 lat, ósmą wśród kobiet w tym samym wieku** ^[291].
- **USA** – AIDS rozpoznano u **107 680** osób, zmarło **62 421** (wg. danych amfAR); z powodu HIV/AIDS **zmarło 2 496 kobiet** w wieku od 15 do 44 lat ^[292].
- **Świat** – do 31 października do WHO zgłoszono 19 141 przypadków AIDS w 45 krajach Afryki (w 6 krajach nie rozpoznano żadnego), w obu Amerykach 88 233 przypadki AIDS w 42 krajach (w 2 nie rozpoznano żadnego), w Azji 261 w 22 krajach (w 16 nie rozpoznano żadnego), w Europie 15 340 przypadki AIDS w 28 krajach (w 2 nie rozpoznano żadnego) i w Oceanii 1 119 przypadków w 5 krajach (w 9 – żadnego). W sumie na świecie zgłoszono 1 242 114 przypadków AIDS ze 142 krajów świata, w 38 krajach nie rozpoznano żadnego przypadku ^[293].
- **Hasło Światowego Dnia AIDS: A world united against AIDS.** (https://www.unaids.org/en/World_AIDS_Day).

Polska – 1988

- ♦ z inspiracji Światowej Organizacji Zdrowia opracowano **Krajowy Program Zapobiegania AIDS na lata 1988 – 1990**, zaakceptowany przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej (nie zapewniono jednak środków finansowych na jego realizację, nie określono również statusu prawnego tego dokumentu).
- ♦ Krajowe Biuro Koordynacyjne ds. Zapobiegania AIDS wydało opracowany przez Dorotę Rogowską Szadkowską poradnik dla pacjentów „**Leczenie antyretrowirusowe**”. W tym czasie dostępna była generyczna postać zydowudyny o nazwie **AZOVIR**, produkowana w kapsułkach po 100 i 200 mg przez Polfę Rzeszów. Nie udało się ustalić, jak długo ta postać leku była na polskim rynku.
- ♦ rozpoznano **pierwsze zakażenia HIV u osób przyjmujących środki odurzające w iniekcjach**; wśród **59** osób zakażonych były 44 przypadki wykryte podczas badań osób z grup ryzyka: 28 homo- i biseksualistów, 12 narkomanów, 4 biorców krwi, 12 dawców krwi i 3 tzw. innych (dalej wyjaśniono, że to mężczyźni zakażeni drogą kontaktów heteroseksualnych). Zakażeni biorecy otrzymali krew od polskich dawców, w jednym przypadku przetoczenie nastąpiło przed szerokim wdrożeniem badań krwiodawców. Wśród seropozytywnych

dawców krwi 9 oddawało ją wielokrotnie. Zakażenie HIV rozpoznano u 3 kobiet – dwóch bioreczny krwi i narkomanki. Nie stwierdzono zakażeń u przebadanych prostytutek i chorych na hemofilę. AIDS rozpoznano u 2 mężczyzn, oba dotyczyły biseksualnych mężczyzn, zmarli w tym samym roku. Dr Wanda Szata: „*Ostrożność w prognozowaniu nakazuje brak oznak ograniczania się zakażenia HIV wśród homo- i biseksualistów oraz utrzymujący się nadal niedostatek sprzętu jednorazowego użytku i niezadawalająca skuteczność sterylizacji sprzętu medycznego wielorazowego użytku*”^[294].

1989

- w badaniu **MACS** wykazano, iż liczba komórek CD4 niższa od 200/mm³ wiąże się ze zwiększonym ryzykiem zachorowania na zapalenia płuc powodowane *P. jiroveci*, wirusem cytomegalii i innymi drobnoustrojami^[295].
- zidentyfikowano pojawienie się oporności HIV na AZT (zydowudynę, pierwszy lek antyretrowirusowy),^[296]
- po 2 latach protestów Act Up producent **AZT**, firma Wellcome, obniżyła cenę o 20% w USA i Wielkiej Brytanii. Za przyjmowanie 500 mg/dobę – dawka używana w badaniach u osób bezobjawowo zakażonych HIV, prowadzonych przez National Institutes of Health (NIH) cena Retroviru wyniesie prawdopodobnie 1 460 funtów rocznie. Wellcome: to ponad 70% obniżenie kosztów leczenia jest wynikiem obniżenia zarówno ceny, jak i dawki leku^[297].
- **V Międzynarodowa Konferencja AIDS** odbyła się w Montrealu (Kanada), pod hasłem „**The scientific and social challenge of AIDS**”.
- **Rosja** – opublikowano kolejne doniesienie o zakażeniach wewnątrzszpitalnych dzieci i matek w Eliście (Kałmucka Republika Radziecka),^[298]
- **Libia** – w lutym aresztowano 19 bułgarskich pracowników służby zdrowia w związku z dochodzeniem dotyczącym sposobu zakażenia dzieci w Szpitalu Al-Fateh w Bengazi, 13 z nich zostało później zwolnionych. Podczas śledztwa zatrzymano również innych cudzoziemskich pracowników służby zdrowia, Egipcjan, Brytyjczyków, Filipińczyków, Węgrów i Polaków, których zwolniono dzięki działaniom przedstawicieli dyplomatycznych tych krajów^[299]. Cała, trwająca prawie 10 lat historia przetrwania odpowiedzialności za zakażenia HIV wśród dzieci na cudzoziemskich pracowników medycznych, zaczęła się rok wcześniej, kiedy w Libii podano do publicznej wiadomości, iż około 400 dzieci zostało zakażonych HIV na oddziałach pediatrycznych wspomnianego szpitala. We wrześniu 1998 roku libijski przedstawiciel WHO zwrócił się do ekspertów szwajcarskich z prośbą o przebadanie 111 zakodowanych próbek surowic pochodzących od dzieci. W kwietniu 1999 roku rząd Libii przekazał w celu badań jeszcze grupę 37 dzieci i 46 rodziców^[300]. Potwierdzono zakażenie HIV w 96% próbkach surowic i u 100% przebadanych dzieci, ale tylko u 2% rodziców. Wykluczono możliwość transmisji wertykalnej (z matki na dziecko) zakażenia, a w podsumowaniu eksperci stwierdzili, iż jest to największe dotąd, udokumentowane ognisko wewnątrzszpitalnych zakażeń HIV^[301], (→ dalej).
- **USA** – w czerwcu w **National Institutes of Health (NIH)** przygotowano zalecenia zakazujące badaczom wykonywania badań klinicznych sponsorowanych przez NIH jeśli równocześnie współpracują z firmami farmaceutycznymi. Członkowie Komitetu Wykonawczego ACTG byli oburzeni: „*Niemal wszyscy główni badacze ACTG mają jakieś związki z firmami... ale te kontakty raczej ułatwiają, niż utrudniają właściwe prowadzenie badań*”. Zagrozili, że ten zakaz będzie miał fatalne konsekwencje „*Jest możliwe, że ACTG ... upadnie, gdy badacze odejdą i nie będzie udziału przemysłu farmaceutycznego. Ujawnienie, a nie restrykcje są kluczem do sukcesu. Całkowite eliminowanie współpracy nie jest odpowiedzią*”. W konsekwencji protestu przedstawicieli ACTG i niektórych badaczy NIH kilka miesięcy później zalecenia te odłożono do archiwum, a ich autorkę wysłano na emeryturę. Szef ACTG energicznie zaprzeczał, by na badania dotyczące AIDS w jakikolwiek sposób wpływały firmy farmaceutyczne, choć przyznawał, że czasem może się tak zdarzyć. Latem 1990 roku doprowadził do tego, że dozwolone były związki z firmami, ale nie mogły być ukrywane^[63].
- 16 czerwca CDC opublikowało **pierwsze zlecenia o stosowaniu profilaktyki chroniącej osoby zakażone HIV przed zapaleniem płuc powodowanym *P. jiroveci***. Zalecano codzienne przyjmowanie 1 tabletki trimetoprimu-sulfametoksazolu^{xxxii} lub inhalacje z pentamidyny w aerozolu, co 4 tygodnie – osobom, które przebyły już jeden epizod tego zapalenia płuc lub z liczbą komórek CD4 niższą od 200/mm³ (zdrowi mają tych komórek 1 000 lub więcej), ale za niesłuszne uznano podawanie jednego z tych leków kobietom w ciąży, zalecając tylko monitorowanie ich^[302, 303]; dopiero 6 lat po ukazaniu się zaleceń dotyczących dorosłych zalecono stosowanie profilaktyki także u kobiet w ciąży^[304].
 - kiedy pojawiły się liczne obserwacje mówiące, że pentamidyna w aerozolu może zapobiegać zakażeniu *P. jiroveci* oczekiwano szybkiego rozpoczęcia badań klinicznych, które miałyby potwierdzić jej skuteczność i bezpieczeństwo. Planowano badanie pod kontrolą placebo. Z różnych powodów przeciągało się to w czasie, aż wreszcie badanie zaplanowano. Tyle tylko, że pacjenci nie chcieli ryzykować przyjmowania placebo mając świadomość, że pentamidyna może ich ochronić. W maju Michael Callen, aktywista, określił zaniedbanie badań dotyczących profilaktyki jako „nieprawdopodobny, wielki skandal”^[63].

^{xxxii} w Polsce lek dostępny jest pod nazwą handlową **Biseptol**.

- FDA przyznała pozwolenie na rozszerzoną dystrybucję doświadczalnej wersji **pentamidyny w aerozolu** do profilaktyki potencjalnie zagrażającemu życiu zapaleniu płuc wywołanego przez *P. jiroveci*. Zgoda została wydana na podstawie badania porównawczego przeprowadzonego przez **San Francisco Community Consortium**, grupę lekarzy mających doświadczenie w leczeniu osób z AIDS. W badaniu kierowanym przez lekarzy Bruce'a Montgomery'ego, Davida W. Feigla i Gifforda Leounga porównano bezpieczeństwo i skuteczność pentamidyny w aerozolu w dawkach 30 mg co 2 tygodnie, 150 mg co 2 tygodnie lub 300 mg co 4 tygodnie i wykazano bezpieczeństwo skuteczność tej trzeciej dawki. To pierwsza terapia IND pochodząca z badania klinicznego sponsorowanego wspólnie przez społeczną inicjatywę badawczą i firmę farmaceutyczną, wspieranego przez NIAID, by pomóc określić populację pacjentów, którzy mogliby najwięcej skorzystać z takiego leczenia. Badanie rozpoczęto w 1987 roku. Szef FDA Frank E. Young szacował, że około 50 000 pacjentów z AIDS osiągnie korzyści z tej terapii. Anthony S. Fauci, szef NIAID wyraził nadzieję, że lek będzie zapobiegał nawracającym epizodom tego zapalenia płuc. Producent, LyphoMed, Inc. z Rosemont (Illinois) ma współpracować przy tworzeniu protokołu leczenia IND. Lek powinien być podawany przez atomizator (nebulizer) Respirgrad II ^[305].
- LyphoMed miał wyłączność na produkcję pentamidyny w iniekcjach, ale licencję FDA na produkcję leku w aerozolu dostała najpierw firma Fisons (Pneumopent), a dopiero 3 miesiące później LyphoMed (NebuPent), ^[63]. Obie firmy uzyskały dla swoich produktów status leków sierocych, który zapewniał wyłączność sprzedaży do 1996 roku.
- LyphoMed oskarżano o zawyżanie cen nowego leku. Kierownictwo firmy twierdziło, że tysiące fiolek pentamidyny w aerozolu, o wartości milionów dolarów, będą dostarczane lekarzom leczącym, którzy będą przekazywać je pacjentom nie mającym ubezpieczenia zdrowotnego. Ale tysiące pacjentów muszą płacić za lek, jeśli nie mają ubezpieczenia lub ich ubezpieczenie nie obejmuje ceny leku. Wielu płaci, bo nie chce ujawnić ubezpieczycielowi lub pracodawcy swojego zakażenia HIV. Cena hurtowa producenta wynosiła 99,54 dolary za fiolkę, ale pacjenci płacili 150 do 200 dolarów gdy kupowali lek u lekarzy lub farmaceutów ^[306]. Kiedy pentamidyna w iniekcjach wchodziła na rynek w 1984 roku fiolka leku kosztowała 10 dolarów. Mimo, że liczba przyjmujących lek rosła, zwiększała się też cena fiolek, w 1989 roku było to już 100 dolarów. Dochody firmy też rosły znacznie ^[307].
- w sierpniu CDC opublikowało informację o zgłoszeniu do CDC pierwszych 100 000 przypadków AIDS i ponad 59 000 śmierci związanych z AIDS; pierwszych 50 000 przypadków AIDS zgłoszono do CDC od 1981 do 1987 roku, kolejnych 50 000 w okresie od grudnia 1987 do czerwca 1989 roku; w komentarzu redakcyjnym podano, że liczba przypadków AIDS stanowi minimalną liczbę chorych, co jest wynikiem niedostatecznego rozpoznawania i niepełnego zgłaszania zachorowań; wśród chorych na AIDS rośnie odsetek kobiet (z 7% przed 1985 rokiem do 11% w pierwszych 6 miesiącach 1989 roku); zachorowania rozpoznawano przede wszystkim w dużych miastach, ale coraz częściej zgłoszenia pochodziły z małych miejscowości i ze wsi ^[308].
- w listopadzie ukazał się artykuł Johna Crewdsona w Chicago Tribune, sugerujący, że wirus firmowany przez Roberta Gallo pochodzi z paryskiego laboratorium Luca Montagnier ^[309]; Gallo twierdził, iż francuski wirus zanieczyścił hodowle w jego laboratorium ^[310].
- **Chiny – rozpoznano pierwsze zakażenia HIV wśród osób przyjmujących środki psychoaktywne w iniekcjach wśród mieszkańców wiejskich obszarów graniczących z Birmą, później także w sąsiednich miastach** ^[311]. Zaczęto wykonywać badania w kierunku HIV wśród osób, które uznano za mające zwiększone ryzyko zakażenia, jak osoby przyjmujące narkotyki, cudzoziemców przebywających w Chinach 6 miesięcy lub dłużej, obywateli Chin powracających z zagranicy, pracowników hoteli, prostytutki w izbach zatrzymań, a także osoby leczone krwią pochodzącą z zagranicy, mające kontakt z zakażonymi osobami i dawców krwi. Badania rozszerzono później na homoseksualnych mężczyzn, pacjentów szpitali, osadzonych w obozach pracy, marynarzy, osoby poddawane rutynowym badaniom, kobiety w ciąży i innych. Od 1985 do grudnia 2004 roku przebadano ponad 4 miliony osób wśród których było 1 774 zakażonych HIV i chorych na AIDS. Większość (81,5%) zakażeń stwierdzono wśród obywateli Chin, 16,2% u cudzoziemców i 2,3% - Chińczyków podróżujących za granicę. Ponad 80% zakażeń stwierdzono w prowincji Yunnan. W tej prowincji większość zakażeń HIV dotyczyło rolniczych mniejszości etnicznych (należących przede wszystkim do Dai i Jingpos), ^[312]. Zakażenia HIV przypisywano częściej mniejszościom etnicznym, niż „*etnicznym Chińczykom*” Han, dla podkreślenia, że to „*inni*” są odpowiedzialni za zakażenia.
- **Francja – podczas marszu Gay Pride w czerwcu powstała organizacja Act Up – Paris**. Do hasła „MILCZENIE = ŚMIERĆ” dodano fioletowy trójkąt, odwrócony szczytem do góry, upamiętniający nazistowskie deportacje osób homoseksualnych do obozów koncentracyjnych; miał wyrażać też stanowisko, że brak działań w celu zakończenia epidemii, szczególnie urzędników państwowych, jest formą ludobójstwa ^[313].



- w 39 stanach USA możliwe było kupienie igieł i strzykawek w aptekach bez recepty lekarskiej, dalej nie było można ich kupić między innymi w Nowym Jorku ^[314].
- w sierpniu T. E. Haigler Jr, szef **Burroughs Wellcome Company**, wystosował list do redakcji New York Times'a, w którym napisał, że to jego firma odkryła i wyprodukowała **AZT** bez wkładu merytorycznego badaczy agencji

federalnych i badań wspieranych z funduszy publicznych. Odpowiedzieli mu oburzeni naukowcy związani z **National Cancer Institute** i **Duke University**, zwracając uwagę, że:

- firma nie zsyntetyzowała AZT jako pierwsza – dokonał tego w 1964 roku dr Jerome Horwitz z *Michigan Cancer Foundation*, przy pomocy dotacji państwowej,
- firma nie była pierwsza w wykazaniu działania leku przeciw zwierzęcym retrowirusom, gdyż dokonał tego Wolfram Ostertag z Instytutu Maxa Plancka (Niemcy) w 1974 roku, używając mysich retrowirusów w badaniach *in vitro*; „*stwierdzenie szefa firmy, że jego zespół wykazał antyretrowirusowy potencjał AZT jest osobliwe, zwłaszcza, że nie powiedział, że jego zespół powtórzył doświadczenie Ostertaga: nie można odkryć czegoś, co zostało opublikowane 10 lat wcześniej*”,
- firma nie stworzyła, ani nie wykorzystwała technologii służącej określeniu, czy lek taki jak AZT hamuje namnażanie żywego HIV w ludzkich komórkach, nie stworzyła technologii dla określenia niezbędnych stężeń, przy których taki efekt mógłby być osiągnięty u ludzi, firma nie była też pierwsza w podaniu AZT ludziom z AIDS, ani nie przeprowadziła pierwszych badań nad farmakologią kliniczną u ludzi, nie wykonała też badań immunologicznych i wirusologicznych koniecznych do wykazania działania leku, dzięki którym można było dowiedzieć, że lek zasługuje na dalsze badania; wszystko to zrealizowali badacze z **National Cancer Institute** wraz z pracownikami **Duke University**, którzy nie pracowali dla firmy, a prowadzili badania wymagające zasobów i pomysłowości, a także przeprogramowania innych ważnych projektów w reakcji na zagrożenie zdrowia publicznego, zaś jedną z głównych przeszkód dla rozwoju AZT było to, że firma nie pracowała z żywym wirusem, ani nie chciała otrzymać próbek od pacjentów z AIDS,
- nieprawdopodobnym jest, by jakaś firma farmaceutyczna znalazła lepszego partnera, niż rząd USA w tworzeniu nowego produktu: „*uwazamy, że powstanie tego leku w rekordowym czasie – 2 lata, od początku do końca – byłoby niemożliwe bez merytorycznego zaangażowania rządowych naukowców i rządowej technologii, a w niczym interesie jest niweczenie sponsorowanych przez rząd badań służących rozwiązaniu problemu zdrowia publicznego Ameryki*”.

List podpisali **Hiroaki Mitsuya, MD, Kent Weinhold, Robert Yarchoan, MD, Dani Bolognesi, MD** oraz **Samuel Broder, MD** w Bethesda (Maryland) 20 września 1989 roku ^[315].

- wartość sprzedaży AZT, jedyne ciągle leku antywirusowego, wyniosła 225 mln US\$, o 40% więcej, niż rok wcześniej ^[63]; analitycy szacowali, że koszt 100 mg kapsułki wynosi od 44 do 53 centów, a firma sprzedaje ją w hurcie za 1,50 dolara. Przedstawiciel firmy zapowiedział spotkanie z aktywistami, by podjąć dyskusję o cenie leku, przypomniał też, że w 1987 roku obniżono cenę AZT o 20% ^[316]. Protesty działaczy organizacji pozarządowych, z których najsłynniejszą była ActUp, a także naciski kongresmenów i dziennikarzy (w sierpniu 1989 roku w *New York Times* ukazał się artykuł redakcyjny zatytułowany „*AZTs inhuman cost*”, w którym pisano, że około 35% pacjentów z AIDS nie ma ani ubezpieczenia zdrowotnego, ani możliwości kupienia leku za 8000 dolarów rocznie ^[317]. Protesty sprawiły, że 19 września 1989 roku **firma podjęła decyzję o obniżeniu ceny AZT o 20%**, dzięki czemu cena rocznej kuracji wynosiła 6 400 dolarów ^[318].
- **USA** – Kongres uchwalił ustawę **Health Omnibus Programs Extension (HOPE)**, która nałożyła na DHHS obowiązek informowania o badaniach dotyczących HIV, leczeniu i profilaktyce; NIH, FDA we współpracy z CDC powołało **ACTIS – the AIDS Clinical Trials Information Service**, który upowszechniał informacje o badaniach klinicznych leków finansowanych zarówno przez państwo (NIH) jak i sponsorów prywatnych ^[319].
- w latach 80. problemem chorych na AIDS był **zespół wyniszczenia**. Profesor Donald Kotler i wsp. pisali, że czas śmierci z powodu wyniszczenia w AIDS związany jest z wielkością uszczuplenia masy komórkowej ciała i choć w przeprowadzonych badaniach nie dokonano rozróżnienia między ostatecznym wyczerpaniem substratów metabolicznych i krytycznym uszczupleniem masy ciała niezbędnej do wykonywania podstawowych funkcji organizmu, takich jak m. im. kaszel i usuwanie wydzielin z płuc, to jednak poparli koncepcję, że istnieje krytyczny poziom masy komórkowej ciała poniżej którego dalsze życie nie jest możliwe. Cytowali wyniki badań prowadzonych w czasie oblężenia Leningradu w czasie II Wojny Światowej, kiedy w latach 1941 – 1942 istniały poważne niedobory żywności. Najciężej chorzy pacjenci tracili $\leq 37\%$ wagi. Podobnych obserwacji dokonywali lekarze w Warszawskim getcie. Waga pacjentów Kotlera i wsp. w momencie śmierci wynosiła 66% wagi należnej ^[320].
- *New England Journal of Medicine* opublikował list lekarza internisty chorującego na pneumocystowe zapalenie płuc, który opisał trudne do zniesienia (straszliwe, jak określił) objawy uboczne związane z dożylnym przyjmowaniem pentamidyny. Podzielił się swoim doświadczeniem, iż wspomaganie terapii infuzją 1 – 2 litrów soli fizjologicznej zmniejsza nasilenie działań niepożądanych. Redakcja dołączyła informację, że autor zmarł 3 miesiące przed opublikowaniem listu ^[321].
- **USA** – przed wprowadzeniem testów serologicznych umożliwiających rozpoznawanie zakażeń HIV w przetaczanej krwi w USA 2,5% przypadków AIDS związanych było z transfuzjami, a zakażeniu HIV uległo 12 000 osób ^[322]. W początkach epidemii AIDS w niektórych regionach USA 1 na 100 jednostek przetaczanej krwi przenosiła HIV ^[323].
- **USA** – w ciągu 2 lat (od października 1985 do października 1987 roku) przebadano w kierunku HIV 171 974 mundurowych i cywilnych **Armii Amerykańskiej**. Potwierdzono testem Western blot 90 zakażeń HIV podczas rutynowych testów pracowników pozostających w czynnej służbie i 11 w dodatkowych programach (na przykład wojskowych pacjentów poradni wenerologicznych). Dwukrotne testy ELISA były dodatnie u 939 wojskowych, jednak test Western blot ich nie potwierdził. Na liczbę zakażeń a US Army, jak napisali autorzy doniesienia, wpływają niewątpliwie kryteria dopuszczania do służby, które zniechęcają lub dyskwalifikują potencjalnych chętnych, jak homoczy biseksualiści, przyjmujących nielegalne narkotyki i chorzy na hemofilię. Po drugie wojskowi w czynnej służbie generalnie mieszkają w miejscach oddalonych geograficznie od dużych miast. Ponadto nowo wcieleni do wojska spędzają pierwszych kilka miesięcy na ściśle nadzorowanych treningach i mają bardzo niewiele nienadzorowanego

wolnego czasu, a co za tym idzie mało okazji do angażowania się w zachowania związane z przenoszeniem HIV/AIDS [324].

- **USA** – federalne finansowanie chorób powodowanych przez HIV: w latach 1982 – 1989 agencje federalne wydały na ten cel 5,5 mld dolarów. Najmniej pieniędzy na badania, edukację i profilaktykę, opiekę medyczną i pomoc finansową wydawano w czasie pierwszej kadencji Ronalda Reagana (od 6 do 204 mln dolarów, najmniej na opiekę medyczną nad chorymi na AIDS – od 0 do 8 mln dolarów), w 1989 roku na wszystkie te cele wyłożono 2 195 mln dolarów (na badania naukowe 856 mln, na edukację i profilaktykę 450 mln, na opiekę medyczną 750 mln, na pomoc finansową dla chorych 138 mln), [325].
- **USA** – media ujawniły, że naczelnny chirurg stanu Tennessee ma AIDS. Szacowano, że mógł być zakażony od 1982 roku. Żaden spośród ponad 2 000 operowanych przez niego pacjentów nie figurował w stanowym rejestrze chorych na AIDS [326].
- **USA** – pod koniec roku na Florydzie rozpoznano AIDS u młodej kobiety, Kimberly Bergalis, która nie dokonywała wcześniej żadnych ryzykownych zachowań. Podczas rutynowego wywiadu epidemiologicznego podała nazwisko stomatologa, który 2 lata wcześniej usunął jej dwa zęby trzonowe. Kobieta wiedziała, że lekarz chorował. Jego nazwisko znaleziono w rejestrze chorych na AIDS stanu Floryda [327]. Bergalis upubliczniła swoją historię domagając się obowiązkowych testów na HIV dla wszystkich lekarzy, co podchwycili republikańscy członkowie Kongresu. Uznano jednak, że byłoby to kosztowne, nieskuteczne i karzące. Podzieliła chorych na AIDS na tych, którzy zrobili „coś złego”, by ściągnąć chorobę na siebie i niewinne ofiary, a na współczucie zasługują tylko niewinni, jak ona. Jej poruszająca relacja z cierpień, które przechodziła odzwierciedlała agonię setek tysięcy zmarłych lub umierających na AIDS. W liście do prasy napisała:

Kiedy rozpoznano u mnie AIDS w grudniu 1989 roku miałam 21 lat. To był wstrząs dla mnie i mojej rodziny. Żyłam widząc, jak wypadają mi włosy, straciłam ponad 18 kg. Żyłam z nudnościami i wymiotami, ciągłymi nocnymi potami, przewlekłą gorączką 39 – 40°C, która nie ustępowała. Miałam skurcze i biegunkę. Teraz mam drgawki i zapominam. Przetrwałam podróż 2 razy w tygodniu do Miami tylko po to, by dostawać bolesne iniekcje dożylnie. Miałam przetaczaną krew, bardzo bolesną biopsję szpiku. Żyłam w strachu, czy moja wątroba nie zostanie zniszczona przez ddI i inne leki. Żyłam widząc grzyby rosnące w moich ustach, na podniebieniu, dziąsłach, na wargach. Wyglądały jak białe futro, a mój oddech brzydko pachniał. Miałam pęcherzyki na wargach. To mógł być wczesny etap półpaśca. Czy kiedykolwiek budziliście się w środku nocy by zmienić piżamę mokrą od potu, co powtarzało się co godzinę? Czy możecie sobie wyobrazić, że tracicie siłę w dłoniach, a wasze ciała używają mięśni starając się przeżyć? Czy wiecie jak to jest zobaczyć w lustrze przed wzięciem prysznica szkielet? Teraz zasłaniam lustro kocem... Umieram [63].

Kimberly Bergalis zmarła 2 lata po rozpoznaniu AIDS. W badaniach 1 279 pacjentów leczonych przez innego stomatologa zmarłego na AIDS nie wykazano ani jednego przypadków przeniesienia zakażenia z lekarza na pacjenta lub z pacjenta na pacjenta [328]. W 1995 roku CDC podało, że ponad 22 000 pacjentów było leczonych przez zakażonych HIV dentystów i chirurgów. Żaden z nich nie zakażył się HIV. Po 4 latach badań stwierdzono, że HIV został przeniesiony z dentysty z Florydy na 6 jego pacjentów, jednak nie wyjaśniono w jaki sposób do tego doszło [329].

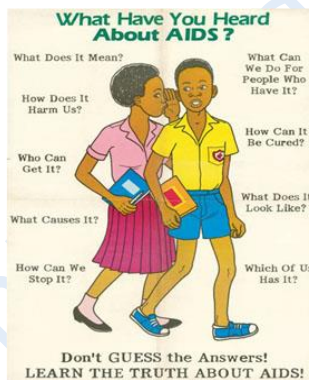
- **Włochy** – opisano przypadek zakażenia 26-letniego mężczyzny ze schyłkową niewydolnością nerek, który we wrześniu 1987 roku otrzymał nerkę brata. Po 7 dniach u biorcy wystąpiły objawy sugerujące ostrą infekcję HIV, po 50 dniach pojawiły się wykrywalne przeciwciała anti-HIV. Dopiero wtedy wykonano test u brata, którego wynik okazał się dodatni. Brat robił sobie test 8 miesięcy przed operacją, nie miał wówczas przeciwciał anti-HV, ale w ciągu ostatniego roku utrzymywał liczne kontakty homoseksualne bez zabezpieczenia [330].
- **Francja** – ukazało się doniesienie opisujące przypadek zakażenia HIV pacjenta przez chirurga podczas wykonywania zabiegu operacyjnego [331]. Lekarz-ortopeda nabył zakażenie wskutek zranienia podczas zabiegu operacyjnego w 1983 roku. Mimo iż testy serologiczne nie dokumentowały zakażenia zawodowego, chirurg nie miał innych czynników ryzyka, zaś pacjent, od którego najprawdopodobniej nabył zakażenie otrzymał wiele transfuzji krwi i produktów krwiopochodnych, które nie były badane w kierunku obecności przeciwciał anti-HIV, a lekarz krótko po wypadku w pracy przebył chorobę sugerującą ostry zespół retrowirusowy. Analizy sekwencji genetycznych izolatów HIV lekarza i operowanego przezeń pacjenta potwierdziły związek epidemiologiczny [332].
- **Belgia** – długo uważano, iż pojedynczy kontakt z nowo poznanym mężczyzną jest dla kobiet bezpieczny. Nieco zmieniło ten pogląd doniesienie o zakażeniu HIV 11 kobiet w tym kraju: studentek, urzędniczek średniego i wyższego szczebla, mężatek pozostających w separacji ze swoimi mężami lub kobiet wolnych, które przeżyły krótką „przygodę” z tym samym, jak się okazało, zakażonym HIV, mężczyzną. Dla części z tych młodych kobiet był to pierwszy i jedyny partner seksualny. Żadna z nich nie czuła się narażona na zakażenie HIV: przecieży miały tylko jeden przygodny kontakt lub pierwszego, jedynego partnera. Infekcję rozpoznano u nich dopiero w stadium objawowym [333].
- **Jonathan M. Mann i James Chin z Global Programme on AIDS WHO** przedstawili trzy różne modele epidemii HIV na świecie. **Model 1.** dominuje w Ameryce Północnej, Europie Zachodniej, Australii, Nowej Zelandii i na wielu obszarach miejskich Ameryki Łacińskiej, gdzie do transmisji seksualnej dochodzi przede wszystkim wśród homo- i biseksualnych mężczyzn, a są miejsca, w których ponad 50 % homoseksualnych mężczyzn zakażonych jest HIV. Zakażenia w kontaktach heteroseksualnych też się zdarzają, ale ich liczba powiększa się wolniej, zakażenia przez krew są przede wszystkim następstwem przyjmowania środków psychoaktywnych w iniekcjach. Rzadkie są zakażenia dzieci, bo niewiele kobiet na tych obszarach zostało zakażonych. **Model 2.** dominuje w Afryce Subsaharyjskiej i narasta w Ameryce Łacińskiej, szczególnie na Karaibach. Do zakażeń dochodzi tam przede wszystkim w następstwie kontaktów heteroseksualnych. Transmisja przez transfuzję krwi zdarza się tam, gdzie nie stały się rutyną testy oddawanej krwi. Przenoszenie zakażenia z matki na dziecko jest dużym problemem, gdyż w niektórych miastach przynajmniej 5 do 15% kobiet ciężarnych jest zakażonych HIV. **Model 3.** dotyczy Afryki Północnej, Środkowego Wschodu, krajów Azji

i Pacyfiku, gdzie HIV nie występował w początku lat 80. Pierwsze przypadki zakażeń były następstwem kontaktów z mieszkańcami obszarów, na których panują modele 1. i 2. lub przetoczeń krwi pochodzącej z tych krajów. Częstość rdzennych zakażeń wzrasta, szczególnie wśród osób sprzedających usługi seksualne i przyjmujących środki psychoaktywne w iniekcjach. „*Mimo znaczących osiągnięć naukowych i międzynarodowych ostatnich kilku lat, globalna perspektywa wymusza pospółne widzenie problemu HIV. Jesteśmy wciąż we wczesnych fazach złożonej pandemii, której skali nie jesteśmy w stanie teraz przewidzieć. To nieustannie podkreśla słabości, niedoskonałości i nierówności naszych systemów zdrowotnych i socjalnych. Jest za wcześnie na zadowolenie z siebie*” – zakończyli [334].

- **ZSRR** – w lutym Ministerstwo Zdrowia wprowadziło obowiązkowe testy dla wszystkich kobiet w ciąży, zastąpione w 1992 roku testami tylko dla kobiet kierowanych do aborcji, a wśród planujących urodzenie dziecka wyłącznie dla przyjmujących środki odurzające w iniekcjach i trudniących się prostytutką [335].
- **Hiszpania** – w czerwcu parlament odrzucił ustawę o odszkodowaniach dla zakażonych HIV chorych na hemofilię pacjentów lub ich małżonek. Mający większość przedstawicieli partii socjalistycznej argumentowali, iż tacy chorzy na hemofilię nie powinni być traktowani inaczej, niż inni chorzy z AIDS. Gdyby tak się stało, wówczas rząd mógłby zostać oskarżony o dyskryminowanie innych chorych za „dobrowolne” nabycie zakażenia (większość spośród 2 000 chorych na AIDS w Hiszpanii stanowiły osoby przyjmujące narkotyki w iniekcjach). Liczba nowych zakażeń HIV wśród chorych na hemofilię zmniejszyła się radykalnie po wprowadzeniu w lutym 1987 roku ścisłej kontroli krajowych i importowanych preparatów produkowanych z krwi [336].
- **Tajlandia** – w czerwcu – rok po eksplozji zakażeń wśród osób przyjmujących narkotyki w iniekcjach – wykryto HIV u 44% kobiet sprzedających usługi seksualne w domach publicznych w Chiang Mai (od maja 1985 do maja 1989 roku w badaniach serologicznych kobiet sprzedających usługi seksualne nie wykrywano zakażeń HIV), [337].
- **Republika Środkowej Afryki** – brytyjski lekarz tak opisywał warunki, w których działał. „*Codziennie umierają ludzie na malarię, gruźlicę, zapalenia wątroby i setki innych chorób. Seks uprawiany jest w ciemnych lepiankach, przed i po zawarciu małżeństwa. Większość dziewcząt przechodzi inicjację seksualną w wieku 12 lat. Seks uprawiany jest dla prezentów, pieniędzy. Dwudziestoletni mężczyźni mają już zwykle dziesiątki partnerek. Wielu rodziców nie posyła swoich córek do szkół średnich, bo nauczyciele mogą wymagać zgody na kontakty seksualne, a odmowa dziewczynki sprawi, że nie będzie miała dostatecznie dobrych ocen, by przejść do następnej klasy. Zdaniem wielu mieszkańców AIDS jest wynalazkiem białych misjonarzy, by zmusić ich, żeby się zachowywali tak, jak oni chcą*” [338].
- **Watykan** – obradowała pierwsza konferencja dotycząca AIDS, która skupiła ponad 1 000 delegatów z 85 krajów – teologów, ludzi kościoła, naukowców, pracowników opieki zdrowotnej; pierwszym mówcą był kardynał John O'Connor, który zaatakował używanie prezerwatyw oraz dystrybucję igieł i strzykawek jako sposobów hamowania rozprzestrzeniania się choroby; z kolei **Robert C. Gallo**, szef **Laboratory of Tumor Cell Biology w National Cancer Institute** powiedział, że wierzy, iż szczepionka przeciw AIDS będzie dostępna dla niektórych pacjentów do 1991 lub 1992 roku; **William Blattner**, szef sekcji epidemiologii **National Cancer Institute** zgodził się z twierdzeniem, że zalecanie używania prezerwatyw „promuje ryzykowne zachowania, tak jak dystrybucja strzykawek dla uzależnionych od narkotyków” [339].
- **Uganda** – była jednym z pierwszych krajów świata, który współpracował z WHO w tworzeniu krajowego **AIDS Control Program**. Większość z 14 mln dolarów latach 1987 i 1988 wydano na edukację zdrowotną, bezpieczeństwo pracowników opieki zdrowotnej, testy serologiczne i zmniejszenie transmisji wirusa przez transfuzje krwi. Spośród 17 mln mieszkańców kraju szacowano, że zakażonych HIV jest 1 mln Ugandyjczyków. Jedną z chorób najczęściej rozpoznawanych w tym kraju jest gruźlica płuc. Jeśli 1 mln mieszkańców zakażonych jest HIV to należy się spodziewać 40 000 do 50 000 nowych zachorowań na gruźlicę – o tyle zwiększył się liczba zachorowań, do której trzeba jeszcze dodać 16 000 zachorowań zwykle rozpoznawanych rocznie. Dla osób zakażonych HIV beczenny okres bezobjawowy zakażenia skracał się przez rozpoznanie czynnej gruźlicy, które oznaczało spędzenie 2 do 4 miesięcy w szpitalu (postępowanie rutynowe w wielu krajach rozwijających się) dla rozpoczęcia terapii przeciwgruźliczej, często powodującej wiele działań niepożądanych. Spektrum zakażeń osób o osłabionym układzie immunologicznym zależy od lokalnego środowiska. W Ugandzie częste są zakażenia *Cryptosporidium*, co może tłumaczyć dlaczego przewlekła biegunka i wyniszczenie („*slim*” disease) są jednymi z najczęściej rozpoznawanych chorób wskaźnikowych AIDS. Częste są też zakażenia bakteriami *Salmonella* i *Shigella*. Przewlekłe i nawracające zakażenia tymi i innymi drobnoustrojami są często błędnie rozpoznawane i niedostatecznie zgłaszane. Niektóre infekcje, które mogą się nasilić u osób z osłabionym układem odpornościowym występują latentnie (bezobjawowo) w populacjach Afryki z dużą częstością – zakażenia wirusem cytomegalii, *Toxoplasma gondii*, przewlekłe zakażenia wirusem HBV, *Cryptococcus neoformans*. Rzadko występuje *Pneumocystis jiroveci*. Testowanie na HIV z przyczyn ekonomicznych nie było dostępne w praktyce klinicznej, więc AIDS rozpoznawano na podstawie objawów klinicznych, zgodnie z kryteriami opracowanymi przez WHO. Jeśli te kryteria stosowane są ściśle, błędy zdarzają się rzadko. System ochrony zdrowia jest praktycznie niezdolny do działania po trwającym 15 lat chaosie wojny domowej, od 1970 do 1985 roku. Dla obecnego rządu priorytetem są produktywny sektor ekonomii, stąd częste braki leków, wyposażenia, laboratoriów, właściwej opłacanej opieki zdrowotnej. Lekarze często chcieliby pomóc chorym na AIDS, ale nie mają dostatecznej wiedzy ani środków, by móc to robić. Niektórzy uważają, że trzeba takich chorych wysłać do domu, gdzie umrą. Ludzie zwracają się do alternatywnych metod terapii, jak zioła, amulety i tym podobnych. Prezydent Museveni ostrzegł tradycyjnych uzdrowicieli przed niezgodnym z prawdą reklamowaniem i rozpowszechnianiem i zakazał reklam nieprzetestowanych sposobów leczenia AIDS, na które nie wyraziło zgody Ministerstwo Zdrowia. przeprowadzona analiza wykazała, że istnieje pilna potrzeba przeznaczenia większych środków na leczenie zakażonych HIV i chorych na AIDS pacjentów. W maju 1989 roku **AIDS Control Program** opublikował podręcznik **AIDS Care: Diagnosing and Treatment Strategies for Health Workers**, który był próbą ujednolicenia opieki w przychodniach, szpitalach i domach. Doświadczenie wykazało, że użycie 9 względnie niedrogich leków oraz leków tuberkulostatycznych można dać wiele chorym. Te leki

to co-trimoksazol, metronidazol, ketookonazol, chlorpromazyna, chlorochina, aspiryna lub paracetamol, kodeina i gliceryna. Koncepcja leczenia przedstawiona w *AIDS Care* była jednak mocno teoretyczna i znalazła zastosowanie w niewielkiej liczbie społeczności kraju. Czas przejścia od braku opieki do opieki podstawowej był niezwykle stresem zarówno dla pacjentów, jak i pracowników ochrony zdrowia. Pacjenci przechodzą z poradni do szpitali i spotykają się z ignorancją dotyczącą AIDS, niechęcią do diagnozowania i leczenia oraz z brakami leków. Większość ugandyjskich pracowników opieki zdrowotnej nie uważała za właściwe mówienie pacjentom, że mają AIDS lub że są zakażeni HIV. Wynika to z poczucia pracowników medycznych, że przekazanie takich informacji jest okrutne w kontekście kulturowym, w którym nie mówi się o śmierci, umieraniu i kwestiach z tym związanych. Inną przyczyną obaw był strach przed odwrotną od zamierzonej reakcją chorego, jak samobójstwo lub decyzja, by rozpowszechnić celowo zakażenie. Takie reakcje zostały dokładnie udokumentowane, choć częstość ich występowania nie jest znana. Czasem medycy nie informowali pacjentów, gdyż chorzy nie mieli dostępu do wsparcia niezbędnego do poradenia sobie z tak złymi wiadomościami. **The AIDS Support Organization (TASO)** pomaga wielu, ale nie jest w stanie pomóc wszystkim potrzebującym [340].

- w tym roku zobowiązano też nauczycieli do włączania informacji dotyczących HIV i zmian zachowań seksualnych do programów nauczania. W wydawanych podręcznikach przekazywano pełne informacje o drogach przenoszenia i sposobach zmniejszania ryzyka zakażenia HIV, z uwzględnieniem ryzyka mogącego wynikać z kontaktów seksualnych i ochronnej roli prezerwatyw. Edukacją obejmowano szczególnie dziewczęta [341]. Wyniki badań prowadzonych przez organizację Lekarze bez granic w wiejskich regionach kraju dowiodły, iż niezwykle ważnym w profilaktyce HIV/AIDS jest zapewnienie kobietom większego dostępu do informacji, wyjaśnianie istnienia bezobjawowego stadium infekcji HIV, a także zapewnienie dostępu do prezerwatyw wszystkim osobom aktywnym seksualnie [342]. Do edukacji dziewcząt włączano siostry ojców („senga”), tradycyjnie przekazujące wiejskim nastolatkom informacje dotyczące zachowań seksualnych [343]. W późniejszych obserwacjach potwierdzono, iż większa wiedza, zwłaszcza dziewcząt, może przyczynić się do zmniejszenia częstości dokonywania ryzykownych zachowań seksualnych i, co za tym idzie, zmniejszenia częstości zakażeń HIV [344].



Okładka podręcznika dla uczniów szkół podstawowych Ugandy z przełomu lat 80 i 90. XX wieku, była dostępna na stronie internetowej Human Right Watch: www.hrw.org.

- znaczna część mieszkańców kraju (88%) wiedziała, że głównym źródłem HIV są osoby zakażone, choć 37% nadal wierzyło, że przenoszą go owady żywiące się krwią, 22% sądziło, że jest wynikiem czarów, 22% - spożywania brudnej wody, a 47% - noszenia tych samych ubrań, co osoby zakażone. W tym samym czasie wiedziano już też, że unikanie kontaktów seksualnych z osobami sprzedającymi usługi seksualne zmniejsza ryzyko zakażenia HIV (92% badanych), zmniejsza je także używanie prezerwatyw (41%), choć istniała także wiara, że ryzyko zakażenia zmniejsza przyjmowanie antybiotyków (23% badanych) lub ochrona przed wpływem złych mocy (11%), [345].
- **Chiny** – stwierdzono pierwsze zakażenia HIV wśród osób przyjmujących środki psychoaktywne w iniekcjach wśród 146 mieszkańców wiejskich obszarów graniczących z Birmą, później także w sąsiednich miastach [346]. Podczas rządów Mao Zedonga, przy użyciu drakońskich metod głęboko sprzecznych z elementarnymi prawami człowieka, narkomania została praktycznie wyeliminowana i od początku lat 50. przez następnych 30 lat Chiny uważały się za kraj wolny od narkotyków [347]. Polityka „otwartych drzwi”, czyli wprowadzenie gospodarki rynkowej, spowodowała, iż od lat 80. problem uzależnień, głównie od opiatów, znowu się pojawił. Opiaty trafiają do Chin przede wszystkim z obszaru „złotego trójkąta” (pogranicze Birmy, obecnie Myanmaru, Laosu i Tajlandii) oraz „złotego półksiężycy” (Afganistan, Iran, Pakistan). Od końca lat 90. wzrastać zaczęło także spożycie stymulantów, takich jak amfetamina, metamfetamina, ecstasy, produkowanych w Chinach [348].
- w badaniach retrospektywnych wykazano, iż przeciwciała anti-HIV były obecne w surowicach osób przyjmujących środki psychoaktywne w iniekcjach w Nowym Jorku już w 1978 roku, w północnych Włoszech w 1979 roku, w Republice Federalnej Niemiec w 1982 roku, w Danii w 1984 roku [349].
- **hasło Światowego Dnia AIDS brzmiało: Our lives, our world - let's take care of each other.** (https://www.unaids.org/en/World_AIDS_Day).
- w 1989 roku do CDC zgłoszono **35 238** przypadków AIDS (14,0 na 100 000 mieszkańców), [350].
- odsetek kobiet wśród zgłoszonych przypadków AIDS wzrósł w USA z 7% przed 1985 do 11% w pierwszych 6 miesiącach 1989 roku [239].

- **USA** – od początku epidemii w USA rozpoznano AIDS u **151 079** osób, zmarło **90 218 (76%)**.

Polska – 1989

- ♦ wydano pierwszą, sygnowaną przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej publikację **Postępowanie Zapobiegawcze i Diagnostyczne w Przypadku Zakażenia HIV i Zachorowania na AIDS, Wskazówki dla pracowników służby zdrowia (do użytku służbowego)**, opracowane przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej ^[351].
- ♦ z inicjatywy pracowników, członków i podopiecznych MONARU powstała jej siostrzana organizacja – **Stowarzyszenie Solidarni wobec AIDS „PLUS”**, pierwsza organizacja pozarządowa zajmująca się tylko działaniami związanymi z HIV/AIDS.
- ♦ w Klinice Chorób Zakaźnych Akademii Medycznej w Białymstoku powstał 4-lóżkowy oddział dla zakażonych HIV i chorych na AIDS, będący częścią istniejącego oddziału chorób zakaźnych, a także punkt konsultacyjny pełniący rolę poradni ^[352].
- ♦ zakażenie HIV stwierdzono u **629** obywateli polskich (w tym u 423 osób – 67,3% - przyjmujących narkotyki w iniekcjach, homo- i biseksualiści – 77 osób, dawcy krwi – 67 osób, zakażeni drogą kontaktów heteroseksualnych (17), chorzy na hemofilię (16), prostytutki (9), biorcy krwi (7) i 13 osób, o których nie było danych o drodze zakażenia). Odsetek zakażonych osób przyjmujących dożylnie środki odurzające był w 1989 roku dziesięciokrotnie wyższy (8,7%) niż rok wcześniej (0,8%). Stosunek zakażonych kobiet do mężczyzn wynosił około 1 : 4 (410 zakażonych mężczyzn, 108 kobiet). Ale rok wcześniej stosunek ten był bliski 1 : 20, **nastąpiła wyraźna zmiana na niekorzyść kobiet**. AIDS rozpoznano u **24** pacjentów (21 mężczyzn, 2 kobiety), **17** chorych (16 mężczyzn i 1 kobieta) zmarło ^[353].

1990

- **USA** – dopiero na początku stycznia Rząd Federalny obniżył zalecaną dawkę **AZT** (Retrovir) o połowę – z 1200 mg do 600 mg/dobę. W trakcie jedynego badania fazy II nie ustalono właściwej dawki leku. Stosowana w tym badaniu powodowała wiele działań niepożądanych. Dwa badania kliniczne prowadzone przez NIAID już pół roku wcześniej wykazały, że mniejsza dawka jest tak samo skuteczna i będzie powodowała mniej działań niepożądanych – 500 mg zamiast 1500 mg/dobę ^[354] i 600 mg zamiast 1500 mg/dobę. Niższa dawka powoduje mniej działań niepożądanych, jest też o połowę tańsza ^[355]. Niektórzy lekarze, opierając się na tych wynikach, zmniejszyli dawkę swoim pacjentom już latem 1989 roku, inni czekali na oficjalne stanowisko władz ^[356].
- po zakończeniu prezydentury przez Ronalda Reagana administracja George Busha seniora przeznaczyła na AIDS 1,6 mld dolarów na poszukiwanie leków antyretrowirusowych, więcej niż wynosił budżet na badania chorób nowotworowych – 1,5 mld, które zabiły 500 000 osób w 1989 roku, i znacznie więcej niż na choroby serca i naczyń (650 mln), które zabiły 750 000 osób – AIDS – 40 000 ^[357].
- w styczniu CDC opublikowało zalecenia dotyczące ekspozycji zawodowych na HIV podczas wykonywania pracy w służbie zdrowia z zastosowaniem zydowudyny (**AZT**) jako profilaktyki po narażeniu na zakażenie ^[358].
- do 31 marca z 32 krajów europejskich zgłoszono **35 376** przypadków AIDS (ciągu roku liczba ta wzrosła o 61,9%), najwięcej ze Szwajcarii, Francji, Hiszpanii, Danii i Włoch ^[359].
- niemal niezauważenie przemknęły szacunkowe dane mówiące, że w kontaktach heteroseksualnych ryzyko przeniesienia zakażenia z mężczyzny na kobietę jest 12-krotnie większe, niż ryzyko przeniesienia HIV z kobiety na mężczyznę, ryzyko dla kobiet zwiększają kontakty analne, szczególnie jeśli dojdzie do krwawienia, a także niestosowanie prezerwatyw ^[360].
- prawdopodobieństwo przeniesienia zakażenia HIV poprzez transfuzję zawierającej go krwi wynosi około 90% (od 88,3 do 100,0% ^[361]) i nie zależy od rodzaju przetaczanego preparatu (wyjątek stanowią płukane krwinki czerwone, które przenoszą zakażenie HIV ze znacznie mniejszą częstością), nie zależy także od wieku lub płci biorcy ani od powodu przetaczania krwi ^[362]. Autorzy amerykańscy podają, iż większość biorców krwi zakażonych wskutek transfuzji krwi umiera w pierwszym roku od jej przetoczenia z przyczyn spowodowanych przez chorobę zasadniczą, będącą powodem transfuzji, przed pojawieniem się objawów związanych z zakażeniem HIV.
- **Jonathan Mann** na znak protestu przeciwko niemożności właściwej reakcji zarówno ONZ (szczególnie nowego dyrektora WHO, jak i rządów krajów świata na eksplodującą pandemię AIDS) podał się do dymisji z funkcji dyrektora **Global Programme on AIDS (GPA)** wielu współpracowników Manna odeszło z GPA, niektórzy zostali o to poproszeni ^[104].
- **VI Międzynarodowa Konferencja AIDS** odbyła się w czerwcu w San Francisco pod hasłem „**AIDS in the nineties: from science to policy**”. *„Epidemia w Afryce, Ameryce Łacińskiej, na Karaibach i w południowo wschodniej Azji nie znalazła się pod kontrolą – ciągle rośnie. Trudne nauki z San Francisco, Amsterdamu, Sydney i Nairobi (gdzie najintensywniej prowadzona jest profilaktyka) nie są stosowane powszechnie. [...] Krótka historia pandemii oznacza też, że potencjał wpływu na jej przyszłość pozostaje duży”* – mówił **Jonathan Mann**, były dyrektor programu AIDS

Światowej Organizacji Zdrowia, przez wielu uważany za sumienie globalnej walki z AIDS. Mann zwracał też uwagę na fakt, że średni całkowity budżet wielu krajów rozwijających się przeznaczony na opiekę zdrowotną „to mniej niż koszt leczenia tylko 15 osób z AIDS w USA”. Anthony Fauci, od 1984 roku dyrektor NIAID: „Celem lat 90. powinna być możliwość całkowitej supresji HIV u osób zakażonych”. Zgodzono się, że skojarzenia leków antyretrowirusowych, jeszcze pozostających w fazie badań, będzie skuteczniejsze niż jeden lek. Fauci przestrzegał, że leki takie jak AZT, ddI, ddC wykazują znaczące działania niepożądane i są skuteczne tylko przez pewien czas. Konferencja była pełna protestów, wyrazów niezadowolenia aktywistów protestujących przeciwko reakcji rządu USA na epidemię [363, 364].

- na konferencji przedstawiono pierwsze doniesienie o zakażeniach wewnątrzszpitalnych dzieci w Rumunii **xxxiii** [365].
- nasiliły się protesty przeciwko usuwaniu z USA i zamykaniu granic przed zakażonymi HIV i chorymi na AIDS, wiele krajów zbojkotowało udział w Konferencji [366].
- **USA – National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID)** ufundował 37 ośrodków do badań klinicznych leków antyretrowirusowych i leków stosowanych w terapii schorzeń towarzyszących zakażeniu HIV u dzieci i dorosłych [367].
- powstał **AIDS Education Global Information System (AEGIS)**, jedno z najlepszych źródeł informacji dotyczących HIV/AIDS, z inicjatywy zakonnicy, siostry Mary Elizabeth; do 1990 roku działał pod auspicjami Sióstr pod wezwaniem Św. Elżbiety Węgierskiej, niewielkiego zgromadzenia istniejącego od roku 1988, później został przekształcony w organizację dobroczynną działającą zgodnie z prawem stanu Kalifornia.
- **Wielka Brytania** – w czerwcu gazeta The Sun na tytułowej stronie zamieściła informację „Zapomnij o pomyśle, że zwykli heteroseksualni ludzie mogą nabyć AIDS”, a dalej doktor Vernon Coleman w kolumnie zatytułowanej „AIDS – mistyfikacja stulecia” twierdził, że AIDS nigdy nie będzie dużym zagrożeniem dla heteroseksualistów. Kilka dni później redaktorzy gazety przyznali, że według WHO 60% zakażeń HIV na świecie jest konsekwencją kontaktów heteroseksualnych [368].
- **USA** – wprowadzenie profilaktyki pierwotnej niektórych infekcji oportunistycznych, przede wszystkim zapobiegających zachorowaniom na pneumocystowe zapalenie płuc, rejestracja pierwszego leku antyretrowirusowego po 6 latach trwania epidemii AIDS sprawiło, że **średnia długość życia chorych uległa 2-krotnemu wydłużeniu – z 9 miesięcy w 1981 roku do 18 miesięcy w 1990 roku**. Dla większości osób, u których rozpoznano AIDS, długość życia ciągle mierzona była w miesiącach, nie latach [369].
- **USA** – od rozpoznania AIDS kobiety przeżywają krócej (5,9 miesiąca) niż mężczyźni (12,5 miesiąca), [370].
- w artykule redakcyjnym czasopisma medycznego JAMA doktor **Richard E. Chaisson** pisał: „obraz AIDS w ciągu ostatnich 9 lat był obrazem śmierci. Zniszczenia jakie spowodowała epidemia AIDS poszczególnym osobom, rodzinom, społecznościom, krajom są nieobliczalne. Od najwcześniejszych opisów przypadków AIDS śmiertelność była wysoka,

xxxiii Zakażenia HIV rozpoznawano u dzieci przebywających w sierocińcach, ale w większości dzieci mające rodziców. Pod koniec lat 60. XX wieku przywódca Nicolae Ceausescu ogłosił ambitny plan szybkiego rozwoju przemysłowego kraju, co wymagało dostarczenia fabrykom dużej liczby robotników. Dlatego zaczęto przenosić ludzi, przede wszystkim młodych, ze wsi do miast. W tym samym czasie zakazano stosowania środków antykoncepcyjnych, przerywania ciąży i rozwodów, by możliwe było szybkie podwojenie liczby mieszkańców (Romania's abandoned children ten years after the revolution. A report to Americans from the U.S. Embassy, Bucharest, Romania. February 2001. <https://bettercarenetwork.org/library/principles-of-good-care-practices/transforming-institutional-care/romania-abandoned-children-ten-years-after-the-revolution>). Wprowadzone w 1966 roku zarządzenia miały tylko przejściowy efekt (David HP. Eastern Europe: pronatalist policy and private behavior. Popull Bull 1982;36:1-49.). Niebawem zaczęto obserwować w Rumunii największy w Europie odsetek nielegalnych aborcji, a także w ich konsekwencji – śmierci kobiet (Jacobson JL. Abortion in a new light. World Watch 1990;3:31-8.). Ceausescu zarządził, że kobieta powinna mieć 4 dzieci (później 5) przed 45 rokiem życia, a dopiero wtedy będzie mogła używać antykoncepcji lub dokonać przerwania ciąży. Niemożność planowania liczby dzieci sprawiło, że oddawanie dzieci stało się akceptowaną częścią kultury w tym kraju (SoRelle R. Romania's forgotten children. J Int Assoc Physicians AIDS Care 1998;4:40-3.). Nie było niezależnych od państwa instytucji udzielających wsparcia rodzicom mającym problemy finansowe, wychowawcze i inne, a „państwowi” lekarze zalecali umieszczanie dzieci w instytucjach państwowych, zwłaszcza, kiedy dziecko było chore lub wykazywało jakiś stopień niepełnosprawności (Romania's abandoned children...). Domy dziecka otrzymywały pieniądze od państwa w zależności od liczby umieszczonych w nich dzieci, co sprawiło, że od początku istnienia były przepełnione i niedofinansowane. Choć Rumowie byli mniejszością w Rumunii (15% populacji) to w domach dziecka stanowili ponad 80% wychowanków. Ceausescu chciał stworzyć doskonałą rasę Rumunów, więc „nieczyste” dzieci częściej trafiały do placówek wychowawczych (SoRelle). W latach 80. wprowadził program ekonomiczny, mający doprowadzić do zwrotu długów zaciągniętych w instytucjach międzynarodowych, co dla Rumunów oznaczało braki w zaopatrzeniu w żywność, energię, a także środki sanitarne i leki. Wiele rumuńskich rodzin nie było w stanie wykarmić swoich dzieci. Trudności ekonomiczne dotknęły też domy dziecka, w większości zlokalizowanych w odległych od miast miejscowościach, w pobliżu granic państwa. Pod koniec lat 80. w wielu sierocińcach nie było wody, stałego ogrzewania w zimie, dostatecznej ilości pieluch, proszków do prania i innych środków niezbędnych do utrzymywania czystości. Brak możliwości utrzymania higieny powodował, że zaczęły się krzewić wśród dzieci choroby zakaźne, co ułatwiał brak antybiotyków i szczepionek. W końcu lat 80. ponad 170 000 dzieci przebywało w państwowych placówkach wychowawczych. Zajmował się nimi źle opłacany, słabo wykształcony personel. Ponieważ karmienie butelką było szybsze od nauki samodzielnego jedzenia, dzieci były tak karmione do 5 roku życia. Najgorzej traktowano dzieci niepełnosprawne fizycznie i/lub emocjonalnie (Romania's abandoned children...). O warunkach panujących w domach dziecka świadczyły pośrednio informacje o stanie zdrowia dzieci, które z rumuńskich sierocińców trafiły w początkach lat 90. do adopcji w Stanach Zjednoczonych: wprawdzie u żadnego dziecka nie stwierdzono wówczas obecności przeciwciał anti-HIV (do adopcji wybierano dzieci wyglądające na najbardziej zdrowe i rozwinięte proporcjonalnie do wieku), to jednak tylko 15% z nich było fizycznie zdrowych, u 35% stwierdzono obecność markerów zakażenia HBV, obecność pasożytów jelitowych u 33% (Johnson DE, Miller LC, Iverson S, et al. The health of children adopted from Romania. JAMA 1992;268:3446-51.). Rumuński dom dziecka pokazał w 1997 roku film Macieja Dejczerza „Bandyta”, według scenariusza Cezarego Harasimowicza.

przeżywalność krótka. Spośród pierwszych 112 241 przypadków AIDS zgłoszonych do CDC do 31 października 1989 roku 59% już nie żyło” [371].

- **Uganda** – w Kampali powstał pierwszy w Afryce **AIDS Information Center (AIC)**, ośrodek, w którym testy w kierunku obecności przeciwciał anty-HIV wykonywano dobrowolnie i anonimowo, z właściwie prowadzonym poradnictwem przed i po teście. W latach następnych liczba takich ośrodków rosła, wprowadzano szybkie testy, pozwalające na uzyskanie wyniku tego samego dnia. Dla osób, które poddawały się testowi, niezależnie od uzyskanego wyniku, powstawały **Post Test Clubs**, umożliwiające długotrwałe wsparcie, także w dokonywaniu zmian w zachowaniach seksualnych. Uganda była wyjątkowym krajem w Afryce subsydującym w tak dużym rozmiarze politykę dotyczącą HIV/AIDS i pierwszym, który wprowadził dobrowolne badania w kierunku HIV połączone z poradnictwem przed i po teście [372, 373].
- **hasło Światowego Dnia AIDS brzmiało: „Kobiety i AIDS”, (Women & AIDS),** (https://www.unaids.org/en/World_AIDS_Day).
- **USA** – rozpoznano AIDS u **200 525** osób, zmarło **121 952** (wg. danych HRW); według danych CDC od początku epidemii zmarło 100 777 osób, prawie $\frac{1}{3}$ – zgonów – 31 196 – miała miejsce w 1990 roku [374].
 - od listopada 1988 do października 1990 roku kobiety stanowiły 11% przypadków w USA, w ciągu ostatniego roku częstość rozpoznawania zakażeń HIV u kobiet wzrosła o 29%, u mężczyzn o 18%. HIV dotyka przede wszystkim kobiet Czarnych i Latynosów, a choć stanowią 19% kobiet w USA, to wśród kobiet z AIDS stanowią 72%. Kobiety często nie wiedzą, że są narażone na HIV, więc zakażenie rozpoznawane jest zwykle dopiero w stadium AIDS [375].

Polska - 1990

- ♦ w styczniu Marek Kotański i aktywiści z organizacji Plus zdecydowali, by piątka osób żyjących z HIV zamieszkała w jednorodzinny domu w Rembertowie pod Warszawą. Oburzeni mieszkańcy miasteczka domagali się, by opuścili dom, nie pozwalali na korzystanie im ze wspólnych studni, grozili, że jeśli się nie wyniosą zabiją Kotańskiego i ich. Nikt nie interweniował. Po 3 tygodniach ludzie zakażeni HIV zostali wywiezieni i umieszczeni w Ministerstwie Zdrowia, o czym zdecydowała ówczesna vice minister zdrowia Krystyna Sienkiewicz. W proteście przeciw wysiedleni ich z Rembertowa zakażeni ogłosili strajk głodowy. Znalaziono im inne miejsce pobytu. Podobna sytuacja powtórzyła się w marcu, tym razem w miasteczku Michałówka, na południe od Warszawy. Używając traktorów mieszkańcy zorganizowali godzinną blokadę międzynarodowej drogi do Lwowa i wszystkich dróg wiodących do centrum miejscowości. Domagali się likwidacji MONARu działającego już od ponad 10 lat, obawiając się, że organizacja zgodzi się za zamieszkanie osób zakażonych HIV. Policja nie podjęła żadnych działań, nawet gdy doszło do zablokowania dróg [376].
- ♦ wydano „**Wskazówki dla personelu pielęgniarskiego dotyczące postępowania z osobami zakażonymi ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV)**”. Był to przekład Marii Grudzińskiej z angielskiego “Guidelines for nursing management of the people infected with human immunodeficiency virus (HIV). WHO AIDS series No 3.”

Podkreślono w nich, że:

 1. programy zapobiegania i kontroli AIDS można skutecznie realizować i oceniać w sposób, który uznaje i broni praw człowieka.
 2. nie ma racjonalnego uzasadnienia z punktu widzenia zdrowia ogółu społeczeństwa dla usprawiedliwiania izolacji, kwarantanny lub innych środków dyskryminujących, opierających się jedynie na faksie podejrzenia osoby o zakażenie HIV. Sposoby zakażenia HIV ograniczone są do pewnych sytuacji [...] w większości przypadków to aktywne współżycie dwojga ludzi jest warunkiem przeniesienia zakażenia HIV, np. podczas stosunku płciowego lub poprzez wspólne używanie zakażonych igieł lub strzykawek. Jednak można zapobiegać rozszerzaniu się HIV przez system opieki zdrowotnej (np. przez zapewnienie bezpiecznej krwi, sztuczne zapłodnienie, transplantację oraz zapobieganie ponownemu używaniu igieł i strzykawek oraz innego sprzętu inwazyjnego do przecinania skóry bez właściwej sterylizacji). Zakażenie HIV nie rozszerza się przez przypadkowe kontakty, rutynowe kontakty w szkole, w miejscu pracy lub w miejscach publicznych, przez wodę lub przedmioty używane przy jedzeniu, przez kaszel, kichanie, insekty, używanie wspólnej toalety czy korzystanie z publicznego basenu [377].
- ♦ w lipcu Gazeta Lekarska opublikowała **stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej** wobec problemu HIV/AIDS. Przypomniano w nim podstawowe informacje o drogach zakażenia HIV, o niezwykle małym ryzyku zakażenia się pracowników opieki medycznej, a także to, że osoby zakażone HIV mogą być umieszczane na salach ogólnych, mogą używać wspólnych łazienek i toalet oraz korzystać na równi z innymi chorymi z naczyń kuchennych. Tylko chorzy z krwotokami, otwartymi i sączącymi ranami lub też z zaburzeniami świadomości należy umieszczać w oddzielnym pokoju. Odmawianie udzielania świadczeń leczniczych zarówno bezobjawowym osobom zakażonym HIV, jak i chorym na AIDS jest niedopuszczalne z punktu widzenia etyki zawodowej i bezpieczeństwa publicznego. „*W imię najwyższych wartości uznawanych przez wszystkie pokolenia lekarzy nie wolno nam tego czynić. Lekarz, który odmawia choremu człowiekowi pomocy łamie przysięgę Hipokratesa i sam stawia się poza naszą społecznością*”. Pod apelem podpisali się prezes Naczelnej Rady Lekarskiej prof. dr med. Tadeusz L. Chruściel i sekretarz Rady dr med. Wojciech Maksymowicz [378].
- ♦ od rozpoczęcia rejestracji do 31 grudnia zakażenie HIV rozpoznano u **1 438** osób, AIDS – u **50** pacjentów, **34** z nich zmarło. W 1990 roku najwięcej zakażeń rozpoznano u osób przyjmujących dożylnie środki

odurzające (653 osoby – 9,0%), homo- i biseksualiści (796 – 4,6%), biorcy krwi (3 – 0,9%), dawcy krwi (40 – 0,003%). Nie rozpoznano zakażeń wśród prostytutek, chorych na hemofilię i obcokrajowców. Dr Wanda Szata: „Reasumując można stwierdzić, że w 1990 roku nastąpiło dalsze pogorszenie sytuacji epidemiologicznej zakażeń HIV i zachorowań na AIDS. Wynikało to głównie z szerzenia się zakażeń wśród stosujących dożylnie środki odurzające, co spowodowało nie tylko wzrost odnotowanych zakażeń, lecz także zachorowania na AIDS osób stosujących dożylnie środki odurzające, zachorowania kobiet, obniżenie wieku chorych na AIDS, zmianę stosunku liczby zakażonych kobiet do liczby zakażonych mężczyzn, obniżenie wieku zakażonych HIV, urodzenie dzieci z obecnością przeciwciał anty-HIV, zgłaszanie się wśród kandydatów na krwiodawców osób stosujących dożylnie środki odurzające”^[379].

1991

- w styczniu opublikowano apel o zmianę profilaktyki HIV kierowanej do kobiet, gdyż dotąd działania profilaktyczne kierowano wyłącznie do kobiet – matek i kobiet – prostytutek (**More than mothers and whores: redefining the AIDS prevention needs of women**). Autorka podkreślała, że kobiety w każdym wieku są narażone na zakażenie poprzez kontakt seksualny z zakażonym partnerem, a większość z nich nie ma niezbędnych informacji, by móc to ryzyko zmniejszyć. Kwestią kluczową jest przyznanie kobietom prawa do seksualności oddzielonej od prokreacji. Kobiety próbujące wprowadzenia prezerwatyw w związku są często postrzegane za nadmiernie „przygotowane” na seks, nieufające w wierność swoich partnerów, podejrzewane, że same są niewierne lub nawet zakażone HIV. Dla kobiet sprzedających usługi seksualne nomą jest, przynajmniej w USA, domaganie się użycia prezerwatywy od klienta, ale w prywatnych związkach, także tych kobiet, już nie. Dla wszystkich kobiet skorzystanie z prezerwatywy, w przeciwieństwie do środków antykoncepcyjnych, wymaga współpracy mężczyzn, co pośrednio oznacza męską kontrolę. Autorka przytoczyła sytuację z Peru, z 1989 roku, kiedy na szkoleniu jedna z kobiet miała trudności z przeczytaniem tekstu. Na pytanie dlaczego nie nosi okularów odpowiedziała, że dziesięć lat temu przepisano jej okulary, ale je zgubiła: *”Mąż powiedział, że jeśli jestem tak głupia to nie kupi mi drugiej pary”*. Czy w takim związku realne jest domaganie się przez kobietę używania prezerwatywy?^[380]
 - pojawiły się głosy mówiące, że profilaktyka AIDS kierowana jest wyłącznie do homoseksualnych mężczyzn, nie uwzględnia osób heteroseksualnych, a szczególnie kobiet. *„Potężne siły społeczne ograniczają percepcję ryzyka kobiet”* – pisał amerykański lekarz przypominając, że **kobiety często nie czują się narażone na zakażenie HIV, bo nic nie wiedzą o ryzyku**^[381].
- w kwietniu New York Times zamieścił informację o śmierci 3 pacjentów w czasie badań nad szczepionką, o których nie wspomnieli w publikacji wyników badań autorzy Daniel Zagury i Robert Gallo^[382].
- 19 czerwca ukazało się całostronicowe ogłoszenie w New York Times: **„Women don't get AIDS, they just die from it”**^{xxxiv}, sygnowane przez grupę kobiet z Act Up i ponad 200 innych wspierających je organizacji, odnoszące się do istniejącej wówczas definicji AIDS, która nie uwzględniała zakażeń lub chorób typowych dla kobiet zakażonych HIV – wiele z nich umierało nigdy nie spełniwszy kryteriów do rozpoznania AIDS, nie mogły więc skorzystać z pomocy socjalnej, pomocy w opiece zdrowotnej przysługujących chorym ze zdiagnozowanym AIDS^[383].
- media nagłośniły historię Kennetha i Barbary Jenks’ów^{xxxv}. Oboje cierpieli z powodu nudności, wymiotów i braku apetytu spowodowanych przyjmowaniem AZT. Lekarz leczący dwudziestokilkuletnią Barbarę obawiał się, że zanim zabije ją AIDS, umrze z wyniszczenia. Na początku 1989 roku Kenneth i Barbara zaczęli palić marihuanę, dzięki czemu przez prawie rok prowadzili niemal normalne życie. Mogli wyjść ze szpitala, a Kenneth podjął pracę. Jednak ktoś na nich doniósł. W marcu 1990 roku 10 uzbrojonych funkcjonariuszy wyłamało drzwi przyczepy, w której mieszkali i skonfiskowało dowód ich przestępstwa – 2 wąż roślinki konopi. Jenksowie próbowali je uprawiać, bo nie stać ich było na kupowanie marihuany na ulicy. Zostali postawieni przed sądem. W pierwszej instancji sędzia odrzucił argument konieczności medycznej i skazał ich na 5 lat więzienia. Sąd wyższej instancji uchylił wyrok. Dzięki upublicznieniu ich historii zostali włączeni do programu IND^{xxxvi} w 1991 roku. Za ich przykładem poszli inni chorzy

^{xxxiv} „U kobiet nie rozpoznaje się AIDS, one tylko umierają z tego powodu”.

^{xxxv} Chory na hemofilię Kenneth Jenks został zakażony przez koncentraty czynników krzepnięcia i nieświadomie zakaził swoją żonę Barbarę. Oboje zmarli krótko po zamknięciu programu IND – Barbara w 1992 roku, Kenneth w 1993 roku (www.equalrights4all.org/memorial2.htm [dostęp: 31.12.2015]).

^{xxxvi} Rząd federalny i Kongres Stanów Zjednoczonych zaaprobował używanie marihuany jako leku w 1978 roku, wprowadzając program **Compassionate Investigational New Drug – IND** (inne źródła podają, że program nosił nazwę **Individual Patient Investigational New Drug – IND**). Dzięki niemu lekarze, po przejściu niezwykle wielu biurokratycznych procedur, mogli się ubiegać o otrzymywanie marihuany dla swoich pacjentów. Stało się to dzięki sprawie sądowej wytoczonej Robertowi Randallowi, którego oskarżono o nielegalne uprawianie konopi w celu leczenia niepoddającej się konwencjonalnym terapiom jaskry. Rozpatrujący sprawę sędzia federalny James A. Washington uznał, że **karanie człowieka, który działał racjonalnie, aby uniknąć większego zła (ślepoty), nie służyłoby sprawcy ani nie powstrzymałoby innych przed podobnym działaniem, gdyby znaleźli się w podobnej sytuacji**. Sędzia używał określeń „konieczność medyczna” i „obrona konieczna” jako podstawy dla stosowania marihuany przez oskarżonego. Konkluzja wyroku brzmiała: *„Sąd uznaje, że oskarżony Robert C. Randall zastosował obronę konieczną. Zgodnie z tym sąd orzeka, iż jest niewinny naruszenia kodeksu karnego Dystryktu Kolumbia i zgodnie z tym oskarżenie przeciwko niemu niniejszym zostaje oddalone”*. W listopadzie 1978 roku Randall otrzymał pierwszą

z AIDS, zasypując FDA aplikacjami o dostęp do programu ^[384]. **Odpowiedzią administracji George'a Busha seniora było zamknięcie go dla nowych pacjentów w 1992 roku.** Chorym zalecono przyjmowanie dronabinolu (syntetycznego tetrahydrokanabinolu – THC), mimo iż w tym czasie nie było danych klinicznych świadczących o jego bezpieczeństwie i skuteczności u osób z HIV/AIDS. Szef Public Health Service uzasadniał wstrzymanie przyjęć nowych pacjentów do IND tym, że „*dawanie marihuany ludziom jest złym sygnałem dla społeczeństwa, a nie ma dowodów, że palenie marihuany pomaga chorym na AIDS*” ^[385].

- **United Nations Development Program – UNDP** alarmował:
 - **dla większości zamężnych kobiet głównym czynnikiem ryzyka zakażenia HIV jest posiadanie męża. Codziennie kolejne trzy tysiące kobiet zostają zakażone, a pięćset z nich umiera. W większości mają od 15 do 35 lat** ^[386].
- **USA** – w lipcu CDC opublikowało zalecenia dotyczące zapobiegania przenoszeniu HIV i HBV na pacjentów podczas dokonywania inwazyjnych procedur medycznych ^[387].
- **USA** – w listopadzie **Earvin (Magic) Johnson** ogłosił, iż jest zakażony HIV i zgodnie z zaleceniami lekarzy wycofuje się ze sportu, włączy się natomiast w edukację młodych ludzi o HIV/AIDS (w roku 1996 ponownie wrócił do sportu).
 - w pierwszych 40 dniach od konferencji prasowej Johnsona do istniejącej przy CDC gorącej linii (**National AIDS Hotline**) próbowało dodzwonić się 1,3 mln Amerykanów – średnio 31 701 telefonów dziennie – 4 razy więcej niż wcześniej, częściej niż dotąd dzwoniły kobiety ^[388],
 - oświadczenie Earwina „Magic” Johnsona w iż jest zakażony HIV, jest przykładem jednorazowej akcji profilaktycznej, która tylko na krótko odniosła pewien skutek. Wprawdzie wśród nastolatków obserwowano znaczący wzrost świadomości ryzyka zakażenia HIV poprzez kontakty seksualne ^[389], ale nie wykazano zmian zachowań studentów ^[390], a obawa przed HIV i zmiany zachowań w kontaktach seksualnych utrzymały się przez około 3 tygodnie ^[391].
- **Wielka Brytania** – 23 listopada lider grupy **Queen**, **Freddie Mercury**, na dzień przed śmiercią potwierdził, iż ma AIDS, zmarł 24 listopada.
- **USA – National Institutes of Health (NIH)** stwierdziły, iż laboratorium Roberta Gallo użyło wirusa dostarczonego przez Instytut Pasteura dla stworzenia amerykańskiego testu na HIV; Gallo utrzymywał, iż francuski wirus zanieczyścił hodowle w jego laboratorium i zgodził się, iż uczeni z Instytutu Pasteura wnieśli znaczący udział w poszukiwaniach przyczyny AIDS; dokonano także nowego podziału tantiem ze sprzedaży testów na HIV, dla wyrównania proporcji między USA i Francją ^[392].
- **USA** – liczba samobójstw wśród osób żyjących z HIV/AIDS rosła, założyciel **Hemlock ^{xxxvii} Society** – Derek Humphrey – napisał książkę „**Final exit. The practicalities of self-deliverance and assisted suicide for dying**” ^{xxxviii}, która w ciągu kilku miesięcy stała się bestsellerem na liście New York Times'a.
- **Francja** – chorzy na hemofilię, zakażeni HIV przez produkty krwiopochodne, wytoczyli proces przedstawicielom świata medycyny i rządu oskarżając ośrodki transfuzji krwi o zezwolenie na stosowanie zakażonej HIV krwi, mimo iż były dostępne testy do jej badania i metody niszczenia w produktach krwiopochodnych; spór o pierwszeństwo odkrycia wirusa powodującego AIDS, a co za tym idzie stworzenia testów diagnostycznych, między Francją i USA, spowodował, iż we Francji zdecydowano o rezygnacji z oferty amerykańskiej firmy Abbott, oferującej testy w lutym 1985 roku i czekano na testy wyprodukowane przez Instytut Pasteura, które stały się dostępne w sierpniu tego roku ^[393]. To sześciomiesięczne opóźnienie spowodowało zakażenie HIV 4 000 osób, w tym 1 000 chorych na hemofilię ^[394].
- **VII Międzynarodowa Konferencja AIDS** odbyła się we Florencji (Włochy) pod hasłem „**Science challenging AIDS**”.
- **Rumunia** – opublikowano informacje o zakażeniu HIV **1 094** dzieci, przede wszystkim w konsekwencji podawania niewielkich ilości krwi, uważanej za doskonały sposób leczenia anemii i osłabienia w domach dziecka, a której nie badano w kierunku obecności przeciwciał anti-HIV, jak i niedostatecznej sterylizacji sprzętu do iniekcji ^[395].
- **USA** – w Atlancie (USA) wśród 235 mężczyzn sprzedających usługi seksualne, badanych w latach 1988-1989, częstość zakażeń HIV wynosiła 29,4% ^[396].
- **w obserwacji 72 mężczyzn mających zakażone HIV partnerki i 307 kobiet mających zakażonych HIV partnerów zakażeniu uległo 61 kobiet (20%) i JEDEN mężczyzna (1%)** i tylko na tym jednym przypadku skupili się badacze analizując szczegółowo przeszłość seksualną kobiety, praktyki seksualne tej pary oraz upodobania mężczyzny, który lubił patrzeć, jak jego żona uprawia seks z innym mężczyzną, a bezpośrednio potem robił to on. Nigdy nie używali prezerwatyw. Zastanawiając się w jaki sposób mogło dojść do zakażenia tego mężczyzny autorzy doniesienia przywołali spekulacje, że pochwa może być zbiornikiem zakażonego nasienia i w ten sposób doprowadzić do zakażenia kolejnego mężczyzny. Dalej napisano, że „*nie możemy być absolutnie pewni, że właściwie zakwalifikowaliśmy ten przypadek jako*

legalną marihuanę finansowaną przez rząd USA. Namawiano go, by okazał wdzięczność i nie rozpowszechniał informacji o swoim sposobie leczenia. Jednak on uznał, że ma do spełnienia misję – działanie na rzecz zalegalizowania marihuany stosowanej w celach medycznych także dla innych chorych, którym konwencjonalna medycyna nie jest w stanie pomóc. Wraz ze swoją partnerką Alice O'Leary założył i prowadził **Alliance for Cannabis Therapeutics**. (Russo E, Matre ML, Myrne A, et al. Chronic cannabis use in the Compassionate Investigational New Drug Program: an examination of benefit and adverse effects of legal clinical cannabis. *J Cannabis Ther.* 2002; 2: 3-57).

^{xxxvii} hemlock znaczy cykuta, nazwa została wybrana w nawiązaniu do samobójczej śmierci Sokratesa – greckiego filozofa.

^{xxxviii} trzecie wydanie książki z 2002 roku było dostępne w maju 2012 roku na stronie http://pagesofpain.com/files/final_exit_3rd.pdf. W grudniu 2022 r. nie udało się jej znaleźć.

przeniesienie zakażenia z kobiety na mężczyznę. Jest więc możliwe, że rozbieżność między skutecznością przenoszenia zakażenia z mężczyzny na kobiety w tym badaniu może być nawet większa". A na zakończenie stwierdzili: „ponieważ obserwowaliśmy tylko 72 par z zakażoną HIV kobietą uzyskanych wyników nie można generalizować. [...] Mała wielkość badanej próby jest odzwierciedleniem względnie małego rezerwuaru zakażonych kobiet w porównaniu z zakażonymi mężczyznami, a to może być związane z względnie nową fazą epidemii wśród osób heteroseksualnych (szczególnie kobiet). Należy dokonać rozróżnienia między małym ryzykiem a brakiem ryzyka, a ostrożność musi być zachowywana z nieznanymi partnerami, niezależnie od ich płci”. Zakażeni partnerzy obserwowanych kobiet byli najczęściej biseksualni (41%) lub przyjmowali narkotyki w iniekcjach (24%), zostali zakażeni przez transfuzję krwi (4%) lub przetaczanie koncentratów czynników krzepnięcia (12%), ale tej kwestii nie poświęcono wiele uwagi. Artykuł zatytułowano „Przeniesienie ludzkiego wirusa upośledzenia odporności z kobiety na mężczyznę”^[397].

- **USA** – kwestią przeniesienia zakażenia z matki na dziecko zajęli się prawnicy. Niekiedy stawiano w stan oskarżenia matki (nigdy ojców) za przestępstwo przeniesienia zakażenia na swoje dziecko. Do kodeksu karnego stanu Illinois pod koniec lat 80. wpisano przestępstwo świadomego narażenia innej osoby na zakażenie HIV poprzez intymny kontakt, który prowadzi do ekspozycji na płyny ustrojowe. Przy czym „kontakt intymny” nie był synonimem kontaktu seksualnego – ustawodawca wymieniał go w innych rozdziałach kodeksu. W tej sytuacji to pojęcie obejmowało ekspozycję płodu przez łożysko w sposób, który mógłby prowadzić do przeniesienia zakażenia. Uniknąć oskarżenia można byłoby przez przerwanie ciąży. Amerykański prawnik zwracał uwagę na bezsens takiej regulacji: przeniesienie zakażenia z matki na dziecko zdarzało się w mniej niż 30% przypadków. Aborcja to pewna śmierć płodu. W niektórych stanach wprowadzano obowiązkowe testy na HIV kobiet ciężarnych lub będących w wieku rozrodczym, zachęcano zakażone kobiety do wykonania aborcji (co było często trudne do przeprowadzenia z powodu strachu pracowników medycznych przed zakażeniem się HIV) lub stosowano przymusową sterylizację zakażonych kobiet w wieku rozrodczym^[398].
- **USA** – osoby uzależnione od przyjmowania środków psychoaktywnych w iniekcjach często używają wspólnie z innymi osobami igieł i strzykawek. To zjawisko występuje na całym świecie. Wymuszane jest to zwykle koniecznością prawną (niemożność zakupu sterylnej strzykawki do iniekcji) lub ekonomiczną (zbyt wysokie koszty). W badaniach w Baltimore wykazano, iż **osoby uzależnione i chore jednocześnie na cukrzycę były o połowę rzadziej zakażone HIV**, niż osoby uzależnione nie mające problemów z gospodarką węglowodanową^[399]. Autorzy podkreślili, iż różnica ta spowodowana jest łatwiejszym dostępem do strzykawek chorych na cukrzycę, gdyż w USA w wielu stanach nadal niemożliwe jest kupienie w aptece sterylnej igły i strzykawki bez recepty lekarskiej.
- **USA** – dokonano oszacowania, z którego wynikało, iż wprowadzenie wymiany igieł i strzykawek mogłoby zapobiec od 15% do 33% nowych przypadków zakażeń HIV, zaś jej brak przyczyni się do 5 150 – 11 330 zakażeń do 2000 roku, którym byłoby można zapobiec^[400]. Pod koniec lat dziewięćdziesiątych w USA istniało około 100 takich programów, choć liczbę osób przyjmujących środki odurzające w iniekcjach szacowano na ponad 1 milion, w 2007 roku – 185 programów działało w 36 stanach^[401].
- FDA w październiku zarejestrowała warunkowo drugi nukleozydowy inhibitor odwrotnej transkryptazy (NRTI) – **ddl (didanozyna, VIDEX)**, (Bristol Myers-Squibb) – do leczenia dorosłych i dzieci mających więcej niż 6 miesięcy, 3 1/2 miesiąca po złożeniu wniosku o rejestrację przez producenta, przed zakończeniem badań klinicznych^[402, 403].
- **Uganda** – szacowano, że około 7 mln spośród 17 mln mieszkańców jest zakażonych HIV. Ta niepokojąca sytuacja zmusiła prezydenta Yoweri Museveniego do zmiany stanowiska i opowiedzenia się za kampanią promującą bezpieczniejszy seks poprzez używanie prezerwatyw. Prowadzi ją ugandyjska firma farmaceutyczna Armtrades Ltd przy wsparciu finansowym i technicznym USAID i rządu Ugandy, ale wzbudza silny sprzeciw społeczności religijnej. Rozgniewany reklamami doradczymi Ugandyjczykom, aby „*kochali ostrożnie*” używając prezerwatyw, katolicki arcybiskup Emmanuel Wamala apelował w sierpniu do swoich wyznawców, aby odrzucili prezerwatywy, nazywając je obrażą godności człowieka. Idąc za jego przykładem inni czolowi duchowni wystąpili przeciwko kampanii podczas niedawnej konferencji przywódców zajmujących się zapobieganiem AIDS. Jeden z duchownych powiedział ministrowi zdrowia, że kampania skłoni młodych ludzi do niekontrolowanej niemoralności seksualnej. Duchowni mużulmańscy również wyrazili swój sprzeciw, obawiając się rozwiązalności seksualnej. Jednak wspólnota religijna spotkała się z krytyką za swój sprzeciw wobec prezerwatyw. Popularny tygodnik Topic ostrzegł duchownych, że to nie czas na angażowanie się w akademickie i moralistyczne debaty, kiedy stawką jest ludzkie życie^[404].
- **Kenia** – w jednej z biednych dzielnic Nairobi wprowadzono program leczenia chorób przenoszonych drogą płciową i ich leczenia, a także promowania i dostarczania darmowych prezerwatyw ponad 1 000 kobiet sprzedających usługi seksualne. Około 60% z tych kobiet było zakażonych HIV, przyjmowały średnio 3 klientów dziennie (od 3 do 5). Niezakażonych HIV klientów było około 90% i nie zmieniło się to w ciągu ostatnich 7 lat. Jak oszacowali badacze uniknięto dzięki leczeniu od 6 000 do 10 000 nowych zakażeń HIV wśród klientów i ich parterów (8 - 10 dolarów kosztowało uniknięcie 1 nowego zakażenia). Jeden z współautorów doniesienia podkreślił, że pracują z grupami najbardziej wrażliwymi na zakażenie, jak kobiety sprzedające usługi seksualne, w najbardziej humanitarny sposób, dzięki któremu możliwe jest dotarcie do populacji, które zakażają, a oni przecież „są mężami. są synami”. Przyznano wprawdzie, że ryzyko przeniesienia zakażenia z kobiety a mężczyznę jest niewielkie (zwiększają je współistniejące choroby przenoszone drogą płciową) i oszacowali to ryzyko po jednym kontakcie seksualnym na 0,2 – 2%^[405].
- **Wielka Brytania** – w tym samym mniej więcej czasie badano częstość zakażeń HIV u 280 prostytutek żeńskich będących pacjentami jednej z przychodni zajmujących się chorobami narządów płciowych i dróg moczowych, ich diagnostyką i leczeniem w Londynie. Spośród 228 kobiet, którym wykonano test na HIV zakażone były 2 (0,9%). Podawały częste używanie prezerwatyw w kontaktach z klientami płacącymi za usługi (98%), ale tylko 12% z nich wymagało ich używania od swoich partnerów, mężów. Obecnymi lub byłymi użytkowniczkami narkotyków

w iniekcjach było 22 z nich. Spośród 27 badanych w kierunku chorób przenoszonych drogą płciową 27 miało rzeżączkę, chłamydię, rżęstkwicę, zmiany opryszczkowe [406].

- aktywiści AIDS skutecznie wywalczyli przyspieszoną akceptację leków, które wydają się obiecujące w walce z AIDS.
- **czerwona kokardka** stała się symbolem solidarności, nadziei i współczucia wobec chorych na AIDS.
- **hasło Światowego Dnia AIDS brzmiało: „Dzieląc wyzwanie” (Sharing the Challenge)**, (https://www.unaids.org/en/World_AIDS_Day).
- w USA rozpoznano AIDS u **260 997** osób, zmarło **158 912** (wg. danych HRW).



Polska – 1991

- zakażenie HIV rozpoznano u **559** obywateli polskich, wśród zakażonych nadal przeważali stosujący dożylnie środki odurzające (405 osób, 72,5%), następnie homo- i biseksualiści (31 osób – 5,5%), kandydaci na krwiodawców (24 osoby – 4,3%), osoby trudniące się prostytutką (3 osoby 0,5%) i 96 tak zwani inni (17,2% - wśród nich co najmniej 4 osoby zakażyły się drogą kontaktów heteroseksualnych, 4-letni syn zakażonej HIV narkomanki, o pozostałych osobach brak wiadomości o drodze zakażenia). AIDS rozpoznano u **45** chorych (38 mężczyzn i 7 kobiet), 11 z tych chorych zmarło. od rozpoczęcia badań zakażenie HIV rozpoznano u **1 438** osób (w tym u 7 dzieci, z których 5 chorowało na hemofilię), AIDS – u **95** pacjentów, **43** z nich zmarło [407],
- w początkach lat 90. przez terytorium Polski zaczęły przebiegać ważne szlaki tranzytowe przemytu narkotyków z Azji i Ameryki Południowej do Europy Zachodniej. Heroinę przemycano odnogą tak zwanego szlaku bałkańskiego, biegnącego z Turcji przez Bułgarię, Rumunię, Węgry i Czechosłowację lub Ukrainę, Białoruś i Polskę. Polskie porty lotnicze, szczególnie Okęcie, stały się istotnymi punktami przerzutowymi kokainy z krajów Ameryki Łacińskiej. W latach 90. Polska stała się istotnym producentem i eksporterem narkotyków syntetycznych, głównie amfetaminy. W tym czasie pojawił się prawdziwy „czarny rynek” narkotykowy, z wyraźnym podziałem ról na konsumentów oraz osoby czerpiące korzyści z cudzego nałogu – producentów, przemytników, handlarzy. Rozmiary tego rynku są niezwykle trudne do oszacowania. Nie jest również znana struktura tego rynku, oferowanej na neum podaży, jak i struktura popytu. W 1994 roku szacowano, że około 70-90% czarnego rynku stanowi wciąż polska heroina, w 1987 roku – stanowić miała 70%. Pewne dane wskazują jednak na to, iż w pod koniec lat 90. „kompot” był wypierany przez prawdziwą heroinę – tak zwaną *brown sugar heroin*, przeznaczoną do palenia [158],
- pierwszy numer Biuletynu Leków pod redakcją Instytutu Leków w Warszawie poświęcono HIV/AIDS. W pierwszym artykule „Zespół AIDS – choroba autoimmunologiczna” Andrzej Czarnecki omówił hipotezę dotyczącą AIDS Petera H. Duesberga, wirusologa z Uniwersytetu W Berkeley, podważającego związek przyczynowo skutkowy między wirusem HIV a AIDS, podsumowując, że AIDS jest w społecznościach euro-amerykańskich nową jednostką chorobową, w absolutnej większości przypadków występuje w grupach ryzyka społecznego (homo- i biseksualistów, narkomanów) oraz ryzyka medycznego (chorzy na hemofilię), a „*infekcja HIV typową drogą płciową przenosi się rzadko (tylko 15% partnerów chorych na hemofilię zostało zainfekowanych)*” [408]. To zdecydowanie nieprawdziwe poglądy i szkoda, że pisano o nich w Polsce.

1992

- CDC dokonało kolejnej rewizji definicji AIDS: dodano do niej nowe choroby zakaźne, szczególnie gdy powikłane są ropniami jajników lub jajowodów, gruźlicę płuc, nawracające zapalenia płuc i raka szyjki macicy), wprowadzono także kryterium laboratoryjne dla rozpoznania AIDS – liczbę komórek CD4: w USA rozpoznaje się AIDS u osób, których liczba komórek CD4 jest niższa od 200/mm³ [409] – to kryterium nie obowiązuje w Europie i w Polsce.

Kryteria laboratoryjne (komórki CD4 ⁺)	Kryteria kliniczne		
	A bezobjawowa, ostra (pierwotna) infekcja HIV lub PGL*	B choroba objawowa, stany nie należące do A lub C	C choroby wskaźnikowe AIDS
1. $\geq 500/\text{mm}^3$ ($> 29\%$)	A1	B1	C1
2. 200 - 499/mm ³ (14- 28%)	A2	B2	C2
3. $< 200/\text{mm}^3$ ($< 14\%$)	A3	B3	C3
* PGL- <i>presistent generalised lymphadenopathy</i> - przetrwała uogólniona limfadenopatia.			
Kategoria kliniczna A	Kategoria kliniczna B	Kategoria kliniczna C	
1. bezobjawowe zakażenie HIV, przetrwała uogólniona limfadenopatia (PGL), 3. ostra (pierwotna) infekcja HIV (ostra choroba retrowirusowa) z towarzyszącymi objawami lub ostra infekcja HIV w wywiadzie.	1. objawy ogólne i utrzymują się przynajmniej przez miesiąc, jak gorączka $> 38,5^\circ\text{C}$ lub biegunka utrzymująca się > 1 miesiąc, 2. <i>angiomatosis bacillaris</i> , 3. choroby zakaźne miednicy, szczególnie gdy powikłane są ropniami jajników lub jajowodów,	1. bakteryjne, powtarzające się zapalenia płuc (2 lub więcej epizodów w czasie 12 miesięcy) *, 2. posocznica salmonellozowa, nawracająca, 3. zakażenie <i>M. tb</i> – gruźlica- płuc * lub pozapłucna, 4. zakażenie in. gatunkami lub niezidentyfikowanymi dotąd mykobakteriami, 5. kandydoza przełyku, 6. kandydoza oskrzeli, tchawicy lub płuc,	

4.	kandydoza jamy ustnej lub pochwy (przewlekłe nawracająca lub źle reagująca na leczenie),	7.	zapalenie płuc spowodowane <i>P. jiroveci</i> ,
5.	dysplazja, rak szyjki macicy (<i>in situ</i>),	8.	histoplazmoza (pozapłucna lub rozsiana)
6.	infekcja <i>Herpes zoster</i> (> 2 dermatomy lub > 2 epizody),	9.	kokcydiodomykoza (pozapłucna lub rozsiana),
7.	idiopatyczna czerwienica trombocytopeniczna,	10.	isosporioza (biegunka utrzymująca się ≥ 1 miesiąc),
8.	listerioza,	11.	kryptosporidioza (biegunka utrzymująca się ≥ 1 miesiąc),
9.	leukoplakia włochata jamy ustnej,	12.	toksoplazmoza mózgu,
10.	neuropatie obwodowe,	13.	zakażenie <i>Herpes simplex</i> : przewlekłe owrzodzenia (utrzymujące się ≥ 1 miesiąc), zapalenia oskrzeli płuc, przelyku),
11.	inne choroby, które nie definiują AIDS, przypisywane infekcji HIV i wskazujące na znaczne upośledzenie odporności komórkowej.	14.	postępująca wieloogniskowa leukoencefalopatia,
		15.	zakażenie wirusem cytomegalii: zapalenie siatkówki z utratą widzenia lub inne lokalizacje (poza wątrobą, śledzioną, węzłami chłonnymi),
		16.	encefalopatia związana z zakażeniem HIV,
		17.	zespół wyniszczenia spowodowany HIV,
		18.	mięsak Kaposiego,
		19.	chłoniak immunoblastyczny lub Burkitta, lub pierwotny mózgu,
		20.	posocznica salmonellozowa, nawracająca,
		21.	inwazyjny rak szyjki macicy*.
* jednostki dodane do klasyfikacji w roku 1992.			
Definicja AIDS w Europie i Polsce obejmuje stadia C1, C2 i C3			
W USA rozpoznaje się AIDS także u osób mieszczących się w stadiach A3, B3 (niezależnie od stadium klinicznego) i C3.			

- **USA** – 11 marca, pod koniec rządów administracji prezydenta **George'a Busha seniora** ^{XXXIX}, zamknięto dla nowych pacjentów istniejący od 1978 roku program **Compassionate Investigational New Drug (IND)**, dzięki któremu marihuanę dostarczano niewielkiej grupie chorych na nieuleczalne schorzenia pacjentów: „*marihuana nie będzie dostarczana chorym na AIDS, nowotwory lub jaskrę, gdyż to może spowodować pogorszenie się ich zdrowia*”, ale już zakwalifikowanym chorym postanowiono nadal dostarczać federalne skręty. Chorym na AIDS odmówiono legalnego dostępu do marihuany, która poprawiała apetyt, łagodziła dolegliwości i pomagała godzić się z nieuchronnie zbliżającą się śmiercią ^[410, 411, XL]. W marcu 1999 roku dziennikarz New York Times'a pisał, że w programie uczestniczy 8 chorych osób, a strona rządowa ma nadzieję, że skończy się sam, gdy uczestniczący w nim ciężko chorzy ludzie umrą ^[412].
 - jednocześnie **rozszerzono wskazania do stosowania dronabinolu – czystego syntetycznego tetrahydrokanabinolu (THC)**, jedynego kanabinoidu działającego psychoaktywnie (sic!), zarejestrowanego w 1985 roku do leczenia chorych na nowotwory, doświadczających nudności i wymiotów po chemo- i radioterapii, wtedy też lek przeniesiono z kategorii I substancji uzależniających nie mających własności terapeutycznych do kategorii II – substancji uzależniających, ale mających pewne własności terapeutyczne) w rozszerzono o leczenie anoreksji (utrata apetytu) związanej z utratą wagi u pacjentów z AIDS ^[413]. Nie wzięto pod uwagę, że już w badaniach klinicznych poprzedzających rejestrację leku większość pacjentów preferowała paloną marihuanę, woli ją też większość pacjentów z HIV/AIDS. Dużo łatwiej jest chorym cierpiącym na nudności i wymioty palić marihuanę, niż połykać duże kapsułki syntetycznego THC ^[414]. Rejestrację dronabinolu przy jednoczesnym zakazie stosowania marihuany holenderki lekarz porównał do sytuacji, w której zakazano by jedzenia cytryn i grejpfrutów, ale zezwolono na przyjmowanie witaminy C w tabletkach produkowanych przez firmy farmaceutyczne, ponieważ owoce zawierają też wiele innych substancji i nie można ujednolicić w nich zawartości witaminy C ^[415].
- **USA** – dyrektor DEA Richard Bonner powiedział: „*Ci, którzy twierdzą, że marihuana ma zastosowanie medyczne, lepiej przysłużą się społeczeństwu promowaniem lub sponsorowaniem badań naukowych niż trwonieniem czasu i pieniędzy na lobbying, kampanie medialne i sprawy sądowe*” ^[416].
 - lekarze z Kalifornii z profesorem Donaldem I. Abramsem na czele uznali tę propozycję za poważną i sensowną. W tym samym roku, we współpracy z szefem MAPS ^{XL}, doktorem Richardem Doblinem, zaprojektowali pierwsze, pilotażowe badanie, w którym chcieli porównać skuteczność palonej marihuany w hamowaniu utraty wagi ciała prowadzącej do zespołu wyniszczenia ze skutecznością przyjmowanego doustnie THC – dronabinolu. Protokół badania sfinansowanego przez Uniwersytet Kalifornijski został zaaprobowany przez FDA i stosowne komisje etyczne. Planowano przeprowadzanie testów czynności płuc, badania subpopulacji limfocytów T, poziomu wirerii (firma Chiron Corporation udostępniła nową wówczas technologię oznaczania RNA HIV). Po długim oczekiwaniu DEA nie wyraził zgody na import marihuany (od firmy Hortapharm, licencjonowanej wówczas przez rząd Holandii), ^[417]. W kwietniu 1995 roku, po prawie 3 latach, NIDA odrzucił też prośbę o dostęp do „federalnej” marihuany, bez możliwości podjęcia rozmów i osiągnięcia porozumienia. Profesor Abrams

^{XXXIX} George Herbert Walker Bush (senior) był prezydentem USA w latach 1989 – 1993; w 1992 roku toczyła się kampania wyborcza, którą przegrał z Williamem Jeffersonem "Billem" Clintonem.

^{XL} w tamtym czasie chorzy na AIDS, u których znajdowano marihuanę, trafiali do więzień, co znacząco przyspieszało postęp zespołu wyniszczenia.

^{XL} MAPS [Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies] – organizacja powstała w 1986 roku w celach badawczych i edukacyjnych, *non profit*, której misją jest produkcja, po rejestracji przez FDA, leków umieszczonych w kategorii I kontrolowanych substancji, a także edukacja społeczeństwa o korzyściach i ryzyku związanym z tymi substancjami. Prezesem MAPS i fundatorem stowarzyszenia skupiającego ponad 1,5 tys. naukowców z różnych dziedzin nauki jest doktor Richard Doblin.

mówił, że tak długa zwłoka w udzieleniu odpowiedzi jest obelgą nie tylko dla badaczy, ale przede wszystkim dla umierających pacjentów, dla których lekarze poszukiwali bezpiecznych i skutecznych sposobów leczenia ^[418]. Amerykańskie **the Gay and Lesbian Medical Association** bezskutecznie apelowało o przeprowadzenie badań klinicznych dotyczących medycznego stosowania marihuany, która mogłaby przynieść ulgę tysiącom ludzi z AIDS ^[419], (→ dalej).

- przyjęto ustawę **the Prescription Drug User Fee Act (PDUFA)**, na 5 lat, później wielokrotnie przedłużaną. FDA miało zbyt mały personel do właściwej oceny aplikacji nowych leków, ale zamiast zwiększyć finansowanie agencji (w ówczesnym klimacie politycznym było to niemożliwe) zapisano w ustawie, iż firma farmaceutyczna aplikująca o zatwierdzenie swojego leku będzie agencji płaciła około pół miliona dolarów. Ustalono też ścisłe terminy oceny nadsyłanych aplikacji, co powodowało przesuwanie pracowników do oceny nowych leków zmniejszając dział zajmujący się ich bezpieczeństwem ^[420]. Aktywiści broniący prawa ludzi z AIDS do dostępu do leków protestowali przed siedzibą FDA przeciwko zbyt wolnemu dopuszczaniu na rynek potrzebnych ciężko chorym ludziom leków. Nie wiedzieli, że spełniają postulaty **Pharmaceutical Manufacturers Association**, którego członkowie też uważali, że FDA musi działać szybciej, mówić precyzyjniej producentom leków czego oczekuje, pozwolić pacjentom i ich lekarzom decydować jakie ryzyko podejmują. Jak pisali Harold Edgard i David J. Rothman „*Tkwi w tym nieprawdopodobna ironia – chorzy geje opuszczeni przez prezydenta, który odmawiał publicznych wypowiedzi o ich chorobie stali się oddziałem szturmowym pomagającym wprowadzić program degeneracji kontroli leków*”. W maju tego roku zatwierdzono **Pararel Track** – zasugerowany przez dyrektora NIAIDS i podchwycony przez szefa FDA umożliwiał dostępność do leków, które przeszły I fazę badań klinicznych i wkroczyły dopiero w fazę II ^[421].
- gwiazda tenisa **Arthur Ashe** ogłosił, iż jest zakażony HIV – w następstwie transfuzji krwi, którą otrzymał w roku 1983.
- **National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID)** ufundował 37 jednostek prowadzących badania kliniczne leków na AIDS, które są częścią **AIDS Clinical Trials Group (ACTG)**, sieci współpracujących ośrodków utworzonych w 1986 roku ^[422].
- **Wielka Brytania** – w początkach lat 90. uważano, że wrażliwa na zakażenie HIV jest tylko wewnątrz-pochwowa część szyki macicy, bo przecież pochwa jest odporna, wytrzymała, znieśie poród, nie to, co wrażliwy odbyt męski, a kobiety przecież – ja uważano wówczas – takich kontaktów nie uprawiają. Zaprzeczył temu przypadek kobiety mającej ślepo zakończoną pochwę, bez macicy (zespół Merer-Rokinansky-Küster-Hauser), która została zakażona poprzez seks bez zabezpieczenia ^[423].
- **VIII Międzynarodowa Konferencja AIDS** została przeniesiona z Bostonu do Amsterdamu (Holandia), w sprzeciwie wobec wymagań rządu USA przedstawiania wyników testów na HIV przez odwiedzających USA i zakazu wjazdu do USA dla osób żyjących z HIV/AIDS; odbyła się pod hasłem „**A world united against AIDS**”.
 - w trakcie Konferencji dyskutowano kwestie bezpieczeństwa mikrobicydów w profilaktyce zakażenia HIV dla kobiet w świetle pojawiających się danych o własnościach drażniących (a więc mogących ułatwić zakażenie HIV) nonoksynolu 9 ^[424].
- **Francja** – 4 pracowników Ministerstwa Zdrowia zostało oskarżonych o zezwolenie na dystrybucję produktów krwiopochodnych między rokiem 1980 a 1985, o których wiadano, iż są zakażone HIV ^[425]. Były dyrektor Narodowego Centrum Transfuzji Krwi Michel Garetta został skazany na 4 lata więzienia, podobnie jak Jean-Pierre Allain, były szef naukowy Centrum, trzeci lekarz – były dyrektor generalny Ministerstwa Zdrowia – otrzymał karę w zawieszeniu, czwartego uniewinniono ^[426]; w latach 1983 – 1985 decydenci nie wprowadzili wymogu pytania dawców krwi o używanie narkotyków i doświadczenia homoseksualne, a ze względu na stosowanie w transfuzjologii tylko krwi pobranej od obywateli kraju dawcami byli przede wszystkim więźniowie (w innych krajach świata, jak w Finlandii i Kanadzie zrezygnowano z pobierania krwi od więźniów w latach siedemdziesiątych) ^[427]. Jak już wspomniano, nie zdecydowano się również na wprowadzenie amerykańskich testów poszukujących przeciwciał anty-HTLV-III, gdyż czekano na wyprodukowanie własnych przez Instytut Pasteura. Kilkumiesięczne opóźnienie we prowadzeniu testów doprowadziło do zakażenia HIV wielu biorców transfuzji i chorych na hemofilię ^[428].
- FDA zarejestrowała trzeci nukleozydowy inhibitor odwrotnej transkryptazy – **zalcytabinę (ddC)** – **HIVID** (Hoffman-La Roche), mimo protestów aktywistów uważających, że nie udowodniono dostatecznie skuteczności leku ^[429], **XLII**.
- **Wielka Brytania** – doktor Chris Ford zwrócił uwagę w *British Medical Journal* na fakt, iż w wiadomościach o HIV/AIDS ciągle dominują informacje dotyczące wyłącznie mężczyzn. W opublikowanych w czasopiśmie dla lekarzy relacjach z sympozjum dotyczącego HIV i AIDS ani razu nie wspomniano o kobietach, w innym przegląd informacji o diagnostyce i leczeniu zakażeń grzybiczych nie zawierał nawet wzmianki o pochwie. A w niedawno wydanym atlasie AIDS pokazano 153 przypadki zachorowań, ale tylko 2 dotyczyły kobiet. Jak napisał doktor Ford – ta lista nie ma końca. „*Jeśli tego nie zmienimy zakażenie będzie ciągle rozpoznawane u kobiet późno, będą dostawały leki gorszej kategorii i będą zapomniane w kwestii zapobiegania AIDS*” ^[430].
 - ten list oburzył doktora Anthony’ego Pinchinga, który stwierdził, że doskonale znany jest fakt istnienia transmisji heteroseksualnej, objawy infekcji HIV i AIDS u kobiet też są znane, szczególnie choroby dotyczące ich narządów płciowych ^[431]. „*Jednak pojawia się coraz więcej dowodów, że większość objawów infekcji HIV nie jest specyficzna dla płci*”. Najbardziej uraziła go wzmianka Forda o atlasie AIDS, który miał pomóc lekarzom w nauce o AIDS, „...ponieważ w krajach rozwiniętych większość zachorowań dotyczy mężczyzn, dlatego realny pacjent opisywany jest jako on; byłoby obraźliwe dla tych mężczyzn zmienianie im płci. To smutne, jak HIV rozprzestrzenia się w kontaktach heteroseksualnych,

XLII Lek nie jest produkowany od grudnia 2006 roku.

a ignorancja i zaprzeczanie sprawia, że pojawiać się będzie więcej przypadków u kobiet, ale opóźnienie między zakażeniem i chorobą oznacza, że nie będzie to widoczne przez kilka lat". Doktor następnie wyliczył nieścisłości w przedstawionych w atlasie AIDS przypadkach (kobiet miało być więcej), podkreślił dobre intencje przyświecające w tworzeniu dzieła jego współpracownikom, a na zakończenie napisał „*Atak Forda na młodych i pełnych entuzjazmu kolegów jest nieuzasadniony*”.

- w tym samym numerze *British Medical Journal* zabrali głos lekarze z przychodni w Londynie, którzy zgodzili się z doktorem Fordem twierdzącym że diagnostyka, leczenie i zapobieganie zakażeniom HIV u kobiet jest daleko w tyle w porównaniu z tym, co kierowane jest do ludzi wykazujących najbardziej ryzykowne zachowania, to jest do homoseksualistów męskich. Jednak sytuacja epidemiologiczna w Wielkiej Brytanii ulega zmianie. W poradni St. Stephen's, w której pracują, do końca 1991 roku zgłosiło się 269 osób zakażonych w następstwie kontaktów heteroseksualnych, w tym 110 kobiet. W reakcji na tę zmianę w kwietniu 1991 roku powstała poradnia dla kobiet, prowadzona przez kobiety, której popularność stale rośnie. Poradnia zajmuje się też zdrowiem seksualnym dla homoseksualnych kobiet, mających problemy z otrzymywaniem właściwej opieki medycznej ^[432].
- wprowadzono termin **MSM – men who have sex with men** – w celu określenia wielu zachowań seksualnych między mężczyznami i uniknięcia charakteryzowania mężczyzn dokonujących takich zachowań poprzez orientację seksualną (homo-, bi-, heteroseksualną) lub identyfikację genderową (mężczyźni, kobiety, osoby transpłciowe, queer); MSM obejmuje mężczyzn identyfikujących się jako geje, mężczyzn identyfikujących się jako heteroseksualiści uprawiających seks z mężczyznami, mężczyzn biseksualnych, mężczyzn żonatych, mężczyzn sprzedających usługi seksualne mężczyznom mogących mieć każdą z orientacji seksualnych, mężczyzn angażujących się w takie zachowania w środowiskach, w których są tylko mężczyźni, jak więzienia i wiele innych ^[433].
- w początkach lat 90. uważano, że wrażliwa na zakażenie HIV jest tylko wewnętrzpochwowa część szyki macicy. Zaprzeczył temu opisany w tym roku przypadek kobiety, która urodziła się ze ślepo zakończoną pochwą, bez macicy (zespół Meyer-Rokinansky-Küster-Hauser), która została zakażona poprzez seks bez zabezpieczenia ^[434].
- podczas konsultacji WHO **Global Programme on AIDS** w listopadzie uznano, że kraje członkowskie ONZ powinny unikać wprowadzania obowiązkowych testów w kierunku zakażenia HIV, bez wyrażenia świadomej zgody przez zainteresowaną osobę, gdyż może to powodować schodzenie do „podziemia” osób podejrzewających u siebie możliwość zakażenia ze względu na towarzyszącą HIV/AIDS stygmatyzację i dyskryminację, a także ze względu na fakt, iż za wcześniej wykonany test da wynik ujemny, co nie musi być prawdą – dlatego obowiązkowe testy nie są w stanie zidentyfikować wszystkich zakażonych HIV osób; obowiązkowe testy mogą także dawać fałszywe poczucie bezpieczeństwa osobom nie będącym celem badań i wytłumaczenie dla nieprzestrzegania bardziej skutecznych sposobów ochrony siebie samych i innych przed zakażeniem ^[435].
- **Uganda** – Islamskie Stowarzyszenie Lekarzy stworzyło program profilaktyki HIV/AIDS, obejmując imamów edukacją, w której podkreślano skuteczność prezerwatyw w zapobieganiu przenoszeniu zakażenia, a wielożenstwo uznano za jeden z głównych czynników ryzyka zakażenia ^[436].
- **USA** – stan Connecticut uchylił zakaz sprzedaży igieł i strzykawek na recepty – osoby uzależnione od nielegalnych narkotyków mogły już kupować sprzęt do iniekcji ^[437].
- **USA** – ukazały się książki opowiadające o różnych kwestach z początków epidemii HIV/AIDS:
 - ♦ Gene Corea „Invisible epidemic. The story of women and AIDS” [Niewidoczna epidemia. Historia kobiet i AIDS], której autorka opisała problemy z rozpoznawaniem AIDS u kobiet, a także traktowanie ich niemal wyłącznie jako zagrożenie przeniesieniem HIV na dzieci i mężczyzn.
 - ♦ Peter S. Arno i Karyn L. Feiden „Against the odds: the story of AIDS drug development, politics and profits” [Wbrew przeciwnościom: historia powstawania leków na AIDS, polityki i profity], Harper Collins, New York, 1992, w której autorzy opisali zaskakującą historię poszukiwania leków w początkach epidemii HIV/AIDS.
- **Rumunia** – na 1 446 przypadków AIDS zarejestrowanych 79% (1 142 przypadki) dotyczyło dzieci, z których 32% miało mniej, niż rok, a 67% było w wieku od 1 do 4 lat ^[438].
- **Rwanda** – HIV przyczynia się do 90% śmiertelności młodych kobiet mieszkających na obszarach wiejskich kraju ^[439].
- we wrześniu zmarł aktor **Anthony Perkins**, znany przede wszystkim z filmu „Psychoza” Alfreda Hitchcocka.
- hasło **Światowego Dnia AIDS** brzmiało: „**AIDS: zaangażowanie lokalnych społeczności**” (**AIDS: Community Commitment**), (https://www.unaids.org/en/World_AIDS_Day).
- w USA rozpoznano AIDS u **339 527** osób, zmarło **199 567** (wg. danych amfAR).

Polska – 1992

- ♦ pierwszy eksperymentalny program terapii substytucyjnej uzależnienia od heroiny metadonem rozpoczął się w Warszawie, w Instytucie Psychiatrii i Neurologii, dla ok. 40 osób.
- ♦ w grudniu w Klinice Hematologii Akademii Medycznej w Warszawie doszło do spotkania członków Grupy Inicjatywnej, podczas którego uzgodniono nazwę **Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS** i zaakceptowano program statutu.
- ♦ Profesorowie Jacek Juszczak i Andrzej Gładysz, wydali książkę „**AIDS**”, Wrocław 1992

- ♦ Państwowy Instytut Wydawniczy wydał książkę Dominika Lapiere „**Więksi niż miłość**” w przekładzie Krystyny Arustowicz, w której opisano poszukiwania leków na AIDS i wielkie nadzieje związane z AZT.
- ♦ w sierpniu prymas Polski Józef Glemp, zwracając się do 300 000 osób zgromadzonych na Jasnej Górze, głównie młodzieży, powiedział: AIDS „*to jest zło, które przede wszystkim zaczyna się od postawy moralnej, a w konsekwencji zagraża zdrowiu i życiu i wywołuje ogromne zakłócenia społeczne, przyprawiając o cierpienie i śmierć także niewinne osoby*”^[440].
- ♦ 1 grudnia Główny Inspektor Sanitarny, działając z upoważnienia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, powołał **Krajowe Biuro Koordynacyjne ds. Zwalczania AIDS**, zlokalizowane w strukturze Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Warszawie^[441].
- ♦ rozpoznano **35** zachorowań na AIDS (wśród chorych było 12 homo- i biseksualistów, 19 przyjmujących środki odurzające w iniekcjach, 2 zakażonych przez kontakty heteroseksualne, chłopiec chory na hemofilię i więzień, który wstrzyknął sobie zakażoną krew **XLIII**). Dr Wanda Szata: „*Zmniejszenie się liczby zdiagnozowanych zachorowań na AIDS należy rozważyć w kontekście ograniczonych możliwości diagnozowania chorób wskazujących na AIDS*”. Zakażenie HIV stwierdzono u **482** obywateli polskich. Przeważali zakażeni przez przyjmowanie substancji odurzających w iniekcjach (326 osób – 67,6%), homo- i biseksualiści (28 osób – 5,8%), kandydaci na krwiodawców (19 – 4,0%), 1 osoba trudniąca się prostytutką i 1 biorca krwi (po 0,2%) oraz 107 tak zwanych innych (22,2%). Od rozpoczęcia badań rozpoznano **131** zachorowań na AIDS, tylko w 7 przypadkach chorobą wskaźnikową AIDS był zespół wyniszczenia, **71** chorych zmarło; zakażenie HIV rozpoznano u 2 478 osób, w tym u 489 kobiet i 9 dzieci (w tym 3 dzieci matek zakażonych HIV),^[442].

1993

- dopiero od stycznia CDC zauważyło istnienie objawów i schorzeń specyficznych dla zakażonych HIV kobiet. Do klasyfikacji chorób wskaźnikowych AIDS włączono inwazyjnego raka szyjki macicy, gruźlicę płuc i choroby zapalne miednicy, szczególnie gdy powikłane są ropniami jajników lub jajowodów, a także gruźlicę płuc^[409], **XLIV**. Do tego czasu CDC nie miało właściwego obrazu epidemii AIDS, kobiety nie były właściwie diagnozowane, pod opiekę specjalistów zajmujących się terapią HIV trafiały w zaawansowanych stadiach zakażenia, jeśli w ogóle docierały, umierały też szybciej niż inne populacje z HIV/AIDS. W dodatku nie włączano opieki ginekologicznej do poradni zajmujących się osobami zakażonymi HIV.
- w sierpniu w USA rozpoczęto badania nad przebiegiem zakażenia HIV u kobiet – powołano **Women’s Interagency HIV Study (WHIS)**, prowadzone w Nowym Jorku (Bronx/Manhattan, Brooklyn), Chicago, Los Angeles, San Francisco i Waszyngtonie, D.C.), wspierane między innymi przez National Institutes of Allergy and Infectious Diseases – (NIAID) i inne agendy rządu amerykańskiego, część programu dotyczącego kobiet, prowadzonego przez CDC nazwano **HIV Epidemiology Research Study (HERS)**, działający w Baltimore, Detroit, Providence^[443].
- FDA rejestruje poliuretanowe **prezerwatywy dla kobiet** do sprzedaży w USA, jednakże nie zezwala na ich testowanie w kontaktach analnych, gdyż „sodomia” (kontakty analne) jest nielegalna w wielu stanach^[444, 445]. W badaniach laboratoryjnych wykazano, iż nie przepuszczają wirusów cytomegalii i HIV^[446] i są tak samo skuteczne jak prezerwatywy męskie w zapobieganiu wielu chorobom przenoszonym drogą płciową^[447]. Prezerwatywy dla kobiet muszą wyglądać zupełnie inaczej, niż męskie, bo inna jest budowa ich narządów płciowych. Dla niektórych są trudniejsze do właściwego użycia, jednak – co najważniejsze – ich użycie nie zależy od mężczyzny^[448]. Pojawiają się doniesienia, iż prezerwatywy dla kobiet są bardziej akceptowane przez niektórych mężczyzn, niż prezerwatywy męskie^[449].
 - są droższe od prezerwatyw męskich, co utrudnia ich szersze rozpowszechnianie. Cena powoduje, iż kobiety próbują używać ich wielokrotnie. W przeprowadzonych badaniach wykazano, iż mycie, suszenie i ponowne nawilżanie tych prezerwatyw nie zmienia w istotny sposób jej integralności, nawet jeśli powtarza się te procedury siedmiokrotnie^[450], a zdaniem niektórych nawet do 10 razy^[451]. Bezpieczniej byłoby jednak używać je tylko raz, co zaleca także WHO. W trakcie badań pozostają lateksowe prezerwatywy dla kobiet, które będą tańsze od obecnych^[452].

XLIII W początkach epidemii w Polsce więźniowie byli wypuszczani z placówek penitencjarnych, jeśli stwierdzono u nich zakażenia HIV, ale nie wszyscy, którzy zakazili się specjalnie rzeczywiście na wolność wyszli.

XLIV W USA włączono także kryterium laboratoryjne rozpoznawania AIDS – niezależnie od stanu klinicznego rozpoznawano go u osób mających liczbę komórek CD4 niższą od 200/mm³; od otrzymania rozpoznania AIDS zależał dostęp do wielu usług (na przykład od *Division of AIDS Service* – DAS w Nowym Jorku) i pomocy społecznej.



- wśród uczestników badań nowych leków niezbędnych w leczeniu zakażenia HIV i towarzyszących im chorób prowadzonych w ramach **AIDS Clinical Trial Group** były dotąd 1 952 kobiety na 21 598 uczestników badań. Ryzyko dopuszczenia do powszechnego stosowania leków, które będą przyjmowane przez kobiety w wieku reprodukcyjnym jest ogromne w sytuacji, kiedy wcześniej nie był badany w tej grupie ^[453].
- z 36 badań klinicznych dotyczących AIDS wykluczano z udziału w nich kobiety ciężarne, karmiące, a także te które zaszły w ciążę po włączeniu do badania. Tyle tylko, że w niektórych sytuacjach badania kliniczne są dla kobiet jedynym dostępem do terapii ratujących życie ^[454].
- IX Międzynarodowa Konferencja AIDS** odbyła się w Berlinie (Niemcy), mieście ciągle podzielonym na strefę zachodnią i wschodnią, w którym tuż przed Konferencją spalono świątynię, w której zginęli obywatele niemieccy pochodzenia tureckiego, rosła liczba ataków na cudzoziemców. To dlatego teren wokół międzynarodowego spotkania był otoczony przez policję z bronią i pałkami. Nie było przełomowych dla epidemii wydarzeń. Niewiele uwagi poświęcono takim kwestiom, jak powszechna edukacja seksualna, dostępność prezerwatyw, wymiana igieł i strzykawek, tolerancja dla osób homoseksualnych. Jak komentował **Jonathan Mann** „wydaje się, że Berlin mógł wyznaczyć koniec ery. Świat potrzebuje i jest gotowy na daleko idącą transformację naszego podejścia do globalnej epidemii AIDS” ^[455].
- Niemcy** – minister zdrowia zalecił wykonanie testów na HIV osobom, które otrzymywały transfuzje krwi w latach 80. Okazało się, iż dwie firmy – UB Plasma i Haemoplas – testowały krew dawców w niedostateczny sposób ^[456]. Oskarżane firmy zlewały krew wielu dawców mających tę samą grupę krwi do jednego naczynia – 10 000 litrów i więcej – i poddawały testom. Jedna tylko zakażona porcja krwi infekowała całą pulę, a rozcieńczenie uniemożliwiało wykazanie obecności przeciwciał ^[457]; śledztwo doprowadziło do skazania szefów prywatnej firmy UB Plasma z Koblencki za sprzedawanie w latach 1987 – 1993 tysięcy jednostek zakażonej wirusami krwi niewłaściwie badanej w kierunku obecności przeciwciał anty-HIV ^[458]; w obu tych firmach krew pobierano od płatnych dawców, którym zwracano czerwone krwinki, co umożliwiało im regularnie jej oddawanie, swoje produkty obie firmy sprzedawały producentom koncentratów czynników krzepnięcia i immunoglobulin ^[459]; również w innych prywatnych bankach krwi dopuszczano do zaniedbywania badań w kierunku HIV, co doprowadziło do kolejnych procesów ^[460].
- Francja** – w Paryżu toczył się proces przeciwko 4 naukowcom za zaniedbanie ochrony chorych na hemofilię przed zakażeniem HIV w latach 1984 -1985. Połowa z 5000 chorych na hemofilię w tym kraju została zakażona HIV, a 1200 z nich w okresie, kiedy mogli już być chronieni ^[461].
- Artur Ashe** (tenisista, jedyny Afro-Amerykanin, który zwyciężał w turniejach Wimbledon, US Open i Australian Open) oraz **Rudolf Nureyev** (tancerz) zmarli na AIDS.
- jesienią amerykańskie CDC zakończyło przegląd danych dotyczących skuteczności wymiany igieł i strzykawek i wysnuło wniosek, że prawdopodobnie zmniejszają częstość zakażeń HIV wśród osób przyjmujących narkotyki w iniekcjach i nie wydają się wiązać ze zwiększeniem częstości używania narkotyków, zarekomendowano zniesienia federalnego zakazu finansowania takich programów, ale tego zalecenia ekspertów nie zrealizowano ^[462].
- USA** – ruch *pro-life* miał znaczący wpływ na postrzeganie społeczne ciąży. Promowano model, w którym osobno postrzegano kobietę i płód, przy czym płód zawsze miał pierwszeństwo, kobietę zaś przedstawiano jako samolubną, potencjalnie gwałtowną, niezdolną do podejmowania odpowiedzialnych decyzji. Z tej perspektywy kobietę i płód postrzegano jako odrębne podmioty prawne, które mają odmienne interesy, więc rolą państwa miało być chronienie płodu przed kobietą. Stosowano prawo antynarkotykowe do kobiet ciężarnych oskarżając je o przemoc stosowaną wobec nienarodzonych dzieci lub za „dostarczanie” narkotyków dzieciom przez łożysko. Prokuratorzy w kilku stanach usiłowali dowodzić, że przestępstwo „dostarczenia” narkotyku nastąpiło po przyjściu dziecka na świat, przed odcięciem pępowiny. Kobiety osadzano w więzieniach lub aresztach domowych na czas trwania ciąży. Jeśli u noworodka stwierdzono obecność nielegalnej substancji zdarzało się, że jego matkę aresztowano na łóżku szpitalnym. Kobietom, u których stwierdzono obecność nielegalnych substancji odbierano prawa rodzicielskie. W wielu stanach USA kobieta zakażona HIV, jeśli zachodziła w ciążę i chciała ją donosić, popełniała przestępstwo, w niektórych była karana za to przestępstwo, niezależnie od tego, czy doszło do zakażenia dziecka; w niektórych stanach testy na HIV wykonywano noworodkom, choć już wiadomo było, że dzieci mają wszystkie przeciwciała jakie ma ich mama, więc anty-HIV też, a te mogą się utrzymywać w ich krwi 18 miesięcy; kobiety postrzegano jako główne zagrożenie dla nienarodzonych dzieci; testowanie kobiet na HIV (często bez ich wiedzy i zgody) prowadzono wyłącznie po to, by zapobiec przeniesieniu zakażenia na dziecko, a nie w celu zapewnienia kobiecie lepszej opieki medycznej. Testy na HIV. miały dla nich tylko negatywne konsekwencje. Medicaid i ubezpieczyciele medyczni biednych kobiet nie pokrywali opieki przedporodowej przez 19. tygodniem ciąży, pozostawiając przede wszystkim nie-białe kobiety, bez środków na opiekę prenatalną. W dodatku ponad 25% kobiet w wieku reprodukcyjnym nie miało ubezpieczenia pokrywającego koszty opieki położniczej, a 1/3 z nich nie miało żadnego ubezpieczenia zdrowotnego. Mimo to wyznający konserwatywne, ekonomiczne i polityczne ideały w dalszym ciągu promowali macierzyństwo jako „doświadczenie, którego nie można przegapić”, jako kobiece obowiązek. Z kolei piętno AIDS sprawiło, że matkę opuszczali przyjaciele, rodziny, a jeśli

miała zakażone HIV dziecko często uważano, że tylko ona jest za to odpowiedzialna, tak jakby mężczyźni nie odgrywali roli w przenoszeniu zakażenia ^[463].

- **Uganda** – w badaniach 10 000 osób z sąsiadujących ze sobą wsi w dystrykcie Masaka w południowo-zachodniej części kraju częstość zakażeń HIV wynosiła 4,8%, ale wśród mających 13 i więcej lat – 8,2%. W 1990 roku, kiedy zaczynało badania, częstość zakażeń wynosiła 1%. Ponad 50% zgonów dotyczyło chorych na AIDS, wśród 13 – 44-latków z wiejskich obszarów kraju 80 – 90% zgonów związanych było z zakażeniem HIV ^[464].
- **Australia** – w badaniach przeprowadzonych wśród 105 młodych (średnia – 39 lat; od 24 do 54 lat), dobrze wykształconych gejów, z których połowa miała już rozpoznany AIDS, a połowa znajdowała się w stadium objawowym zakażenia (nazywanego wówczas pre-AIDS) wykazano, iż 90% z nich chciałoby mieć opcję eutanazji, gdyby rozpoznano u nich chorobę zagrażającą życiu, 86% z nich obawiało się cierpienia, 19% – śmierci; ponad połowa podawała, że myślała optymistycznie o przeżyciu swojego zakażenia HIV; byli to pacjenci, którzy nie tolerowali jedynego dostępnego wówczas leku antyretrowirusowego, jakim była AZT (poważna anemia, miopatie), a zostali zakwalifikowani do badania klinicznego nad didanozyną (ddI), ^[465].
- **Europa** – definicję AIDS poszerzono o trzy choroby wskaźnikowe (gruźlicę płuc, nawracające bakteryjne zapalenia płuc i inwazyjny rak szyjki macicy), nie wprowadzono kryterium laboratoryjnego, między innymi ze względu na niedostateczną standaryzację pomiarów limfocytów CD4 oraz brak powszechnej ich dostępności. Uznano także, iż **postawienie rozpoznania „AIDS” u osoby nie mającej żadnych objawów klinicznych zakażenia pociąga za sobą zbyt poważne konsekwencje psychologiczne i socjalne**. Klasyfikacja obowiązuje w większości krajów europejskich od lipca 1993 roku ^[466, 467], także w Polsce (w USA AIDS rozpoznawany jest u osób, których liczba komórek CD4 obniży się poniżej 200/mm³, niezależnie od stanu klinicznego pacjenta).
- w USA powstał film „**Filadelfia**”, w reżyserii Jonathana Demme, oparty na prawdziwej historii prawnika z AIDS, którego z powodu choroby zwolniono z prestiżowej kancelarii adwokackiej. W roli głównej wystąpił Tom Hanks.
- **hasło Światowego Dnia AIDS brzmiało: „Czas działać” (Time to act)**, (https://www.unaids.org/en/World_AIDS_Day).
- w USA AIDS stał się wiodącą przyczyną śmierci Amerykanów w wieku od 25 do 44 lat ^[468].
- w USA rozpoznano AIDS u **419 279** osób, zmarło **244 838** (wg. danych amfAR).

Polska – 1993

- 
- powstała Polska Fundacja Pomocy Humanitarnej „**Res Humanae**”.
 - podczas Zjazdu Założycielskiego w Bydgoszczy powołano **Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS (PTNAIDS)**, którego pierwszym przewodniczącym został prof. Andrzej Gładysz.
 - powstał **Spółeczny Komitet ds. AIDS (SKA)**, wśród członków – założycieli była Maria Dziedzic, prof. Zofia Kuratowska, prof. Jacek Taylor, prof. Andrzej Jaczewski, osoby żyjące z HIV/AIDS i inni.
 - wydawnictwo Exeter Sp. z o.o. z Gdańska opublikowała książkę Gene Antonio „**AIDS – zmowa milczenia. Ukryta prawda o AIDS**” przełożoną przez Jacka Szackiego, zawierającą w większości nieprawdziwe informacje o HIV/AIDS.
 - wydano opublikowaną w 1993 roku książkę amerykańskich ekspertów „**Bez niedomówień**”, w której pisano:
 - Choć w pierwszych latach AIDS zachorowania występowały wyłącznie w populacji mężczyzn homoseksualnych, to niemal od razu nasunęło się pytanie, czy wirus HIV przenosi się również drogą kontaktów seksualnych – z mężczyzny na kobietę i odwrotnie. Nie ma obecnie żadnych co do tego wątpliwości, ale na tym kończy się pełna zbieżność opinii ekspertów. [...] Większość specjalistów skłania się ku opinii, że infekcję łatwiej nabywa kobieta od mężczyzny niż mężczyzna od kobiety. [...]
 - Mniej ryzykowny (w porównaniu z kontaktami analnymi) dla obojgu stron jest stosunek pochwowy, ponieważ błona śluzowa pochwy lepiej znosi ocieranie się o nią członka niż służówka odbytu. [...]
 - Dotychczasowe obserwacje wskazują na to, że drobnoustrój ten łatwiej przenosi się ze sperma niż z wydzieliną z pochwy. Idąc dalej tym tropem, niektórzy eksperci twierdzą nawet, że zakażenie mężczyzny w następstwie stosunku z prostytutką najczęściej jest spowodowane kontaktem z pozostałym w jej pochwie zakażonym nasieniem któregoś z poprzednich jej partnerów. Uważają też zakażenie się mężczyzny wirusami pochodzącymi z jej ustroju za mało prawdopodobne, z uwagi na to, że wydzielina z pochwy zawiera niewielkie ich ilości ^[469].
 - zakażenie HIV rozpoznano u **384** obywateli polskich, **53,4%** stanowiły osoby przyjmujące narkotyki w iniekcjach, większość stanowili mężczyźni – stosunek liczby kobiet do mężczyzn wynosił 1 : 3,9. Stwierdzono **65** zachorowań na AIDS (67 mężczyzn i 8 kobiet) – najwięcej od początku rejestracji zachorowań. Wśród chorych było 19 homo- i biseksualistów, 32 przyjmujących środki odurzające w iniekcjach, 11 zakażonych drogą kontaktów heteroseksualnych, córka kobiety zakażonej HIV, chory na hemofilię, więzień, który wstrzyknął sobie krew zakażoną HIV i mężczyzna o nieustalonej drodze zakażenia. **32** chorych zmarło ^[470].

1994

- **badanie ACTG 076**, prowadzone wśród kobiet ciężarnych, zakażonych HIV, pod kontrolą placebo, wykazało iż przyjmowanie AZT w czasie ciąży, podczas porodu, a także przez noworodka przez pierwszych 6 tygodni życia zmniejsza znacząco ryzyko przeniesienia zakażenia HIV z matki na dziecko (z 25,5% w grupie otrzymujących placebo do 8,3% w grupie leczonych AZT),^[471].
- **badanie Concorde** prowadzone we Francji i Wielkiej Brytanii wykazało, iż stosowanie AZT u osób znajdujących się w bezobjawowym stadium infekcji, mających CD4 > 500/mm³ zwalnia wprawdzie spadek liczby tych komórek, ale nie przedłuża znacząco okresu wolnego od AIDS i przeżywalności^[472].
- w USA CDC wyprodukowało reklamy promujące używanie prezerwatyw, pokazywane w telewizji.
- **Wielka Brytania** – **Department of Health** przegłosował prowadzenie kampanii promującej bezpieczniejszy seks i używanie prezerwatyw, przeznaczając na nią 2 miliony funtów; kampania została opracowana przez zespół powołany przez rząd, **Health Education Authority**, który pod koniec roku zakazał dystrybucji książeczki „Your pocket guide to sex” („Twój kieszonkowy przewodnik po seksie”)^[473].
- **Francja** – we wszystkich stacjach telewizyjnych, publicznych i prywatnych, pokazano specjalny 4-godzinny program pod tytułem „**Wszystko przeciw AIDS**” (**Tous contre le SIDA**); celem programu, który obejrzало 33 miliony widzów, było zwrócenie uwagi na problem AIDS^[474]; w tym czasie we Francji odnotowano 32 000 przypadków zachorowań na AIDS, 15 osób dziennie umierało, a zakażenie HIV dotyczyło 150 000 ludzi.
- **X Międzynarodowa Konferencja AIDS** odbyła się w Jokohamie (Japonia) pod hasłem „**The global challenge of AIDS: together for the future**”. Podczas niej postanowiono, iż następne Konferencje będą odbywać się co 2 lata.
- zarejestrowano warunkowo czwarty nukleozydowy inhibitor odwrotnej transkryptazy – **stawudynę (d4T) – ZERIT** (Bristol Myers Squibb).
- aktywiści działający na rzecz chorych na AIDS domagali się, by FDA przywróciło konieczność wykonywania dokładniejszych badań klinicznych nowych leków antyretrowirusowych i zniósło przyspieszoną rejestrację, choć w 1991 roku walczyli – skutecznie – o szybszy dostęp do niezarejestrowanych leków – tak trafiły na rynek ddI (didanozyna), ddC (zalcytabina) i d4T (stawudyna) („*Placimy ogromne pieniądze, doświadczamy poważnych działań ubocznych i musimy wierzyć na słowo firmom farmaceutycznym, że ich leki działają*”),^[475].
- w opublikowanych wynikach badań przeprowadzonych wśród osób dorosłych, zakażonych HIV wykazano, że aż 35% zakażonych HIV kobiet miało tylko jednego partnera seksualnego w ciągu ostatnich 5 lat i prawdopodobnie od niego nabyło zakażenie^[476].
- **Szwajcaria** – rozpoczęto stosowanie heroiny w terapii osób przewlekle uzależnionych od opioidów, u których dotychczasowe próby leczenia okazały się nieskuteczne. W badaniach pilotażowych wykazano, iż dzięki temu zmniejszyło się znacznie przyjmowanie narkotyków poza programem, a także liczba działań przestępczych, poprawie uległa integracja społeczna i stan zdrowia osób w nich uczestniczących. Obserwowano także stabilizację dawki na poziomie 500 mg/dobę, mimo iż program zezwalał na jej zwiększenie do 1,0 g/dobę. Pacjenci rekrutowani byli po wykazaniu wcześniejszej nieskuteczności metadonu, a z niewielkiej liczby osób, która z niego wystąpiła, ponad połowa wróciła dobrowolnie do metadonu^[477]. Te doświadczenia spowodowały, iż przed planowanym rozszerzeniem stosowania czystej heroiny w terapii osób uzależnionych od opiatów przeprowadzono w 1999 roku kampanię informującą społeczeństwo o korzyściach płynących z takiego postępowania^[478], a w przeprowadzonym później referendum 71% Szwajcarów wyraziło na to zgodę, przy braku zgody na legalizację heroiny.
- **Kuba** – zakończono obowiązkowe, długotrwałe odosobnienie osób zakażonych HIV w sanatoriach; po 1994 roku większość osób, u których świeżo rozpoznano zakażenie HIV spędzała w sanatoriach przynajmniej 3 miesiące, podczas których uczy się co to jest HIV i AIDS, jak żyć z HIV, jak przyjmować leki, jak unikać przenoszenia zakażenia na innych, poznaje także techniki bezpieczniejszego seksu i swoje własne prawa^[479].
- **Uganda** – na wiejskich obszarach kraju ponad 80% zgonów wśród kobiet i mężczyzn w wieku od 25 do 44 lat związanych jest z zakażeniem HIV; według szacunków WHO na świecie żyło około 5 mln zakażonych HIV i prątkami gruźlicy, z czego ⅓ w Afryce^[480]; pod koniec roku szacowano, iż 1,3 miliona dorosłych w populacji liczącej 19,5 miliona osób było zakażonych HIV, a częstość zakażeń wśród mieszkańców miast szacowano na 25%^[481].
- **Chiny** – w latach 1990 – 1994 powstało wiele państwowych ośrodków skupu krwi i plazmy, głównie na terenach wiejskich. Miały pomóc ludziorom biednym w zdobywaniu dodatkowych pieniędzy, jednocześnie uzupełniając ciągle zbyt małe zapasy krwi w placówkach służby zdrowia Chin. Średni miesięczny dochód z rolnictwa wynosił wówczas 8 – 12 dolarów USA, zaś wynagrodzenie za porcję sprzedanego osocza – 50 juanów (około 6 dolarów USA), porcję pełnej krwi – 200 juanów (około 25 dolarów USA),^[482] co tłumaczy zainteresowanie tym łatwo dostępnym sposobem zarabkowania. Większość dawców miała od 20 do 50 lat. Zgodnie z przepisami najkrótszy dozwolony odstęp między sprzedażą kolejnych porcji osocza wynosić powinien 15 dni, a pełnej krwi – 3 miesiące. Jednakże nie wszędzie tego przestrzegano. Rolnicy, by móc zarobić więcej pieniędzy, krążyli po różnych ośrodkach, niekiedy podawali też fałszywe dane personalne, by uniknąć przerwy w sprzedaży krwi. Większość donacji dokonywana była 2 razy w miesiącu, niektóre 2 razy w tygodniu, choć byli też tacy, którzy sprzedawali swoje osocze co drugi dzień, a nawet kilka razy dziennie. W kampaniach prowadzonych na wsiach i w szkołach rząd zachęcał chłopów i robotników do sprzedawania krwi i plazmy. Wkrótce powstały także tysiące małych komercyjnych placówek, w których krew pobraną od osób mających tę samą grupę krwi łączono razem, separowano elementy morfotyczne (krwinki czerwone, białe, płytki krwi)

i oddawano z powrotem poszczególnym dawcom, co powodowało, iż dawca miał kontakt z krwią 6 – 12 innych osób. „Oddawanie” krwinek czerwonych zmniejszało ryzyko powstania anemii, powodowało, że dawcy krwi czuli się dobrze po jej oddaniu i mogli ją sprzedawać częściej. Przez lata przeprowadzano jedynie badania fizykalne dawców, a w ich krwi poszukiwano przeciwciał przeciwko wirusom zapalenia wątroby typu B i C. Stwierdzenie obecności tych przeciwciał dyskwalifikowało dawcę. Do 1995 roku testy w kierunku obecności przeciwciał anty-HIV nie były wymagane^[483].

- **HIV-2** w porównaniu z HIV-1 rzadziej przekazywany jest w kontaktach seksualnych^[484].
- zmarł **Randy Shilts**, autor książki „*And the band played on*”^[485].
- współtwórca organizacji **Gay Men’s Health Crisis** i **ActUp**, **Larry Kramer** opublikował rozszerzone i uzupełnione wydanie książki zatytułowanej „*Report from the Holocaust: the story of an AIDS activist*” (pierwsze wydanie ukazało się w 1989 roku).
- **Tom Hanks** zdobył statuetkę **Oscara** za rolę prawnika – homoseksualisty w filmie „*Philadelphia*”.
- **hasło Światowego Dnia AIDS brzmiało: „AIDS i rodzina”, (AIDS & the Family)**, (https://www.unaids.org/en/World_AIDS_Day).
- w USA rozpoznano AIDS u **491 763** osób, zmarło **294 515** (wg. danych amfAR).

Polska – 1994

- we wrześniu odbyła się w Jadwisinie pod Warszawą Międzynarodowa Konferencja „**Program metadonowy na tle innych programów rehabilitacyjnych osób uzależnionych w profilaktyce HIV/AIDS**”, zorganizowana przez Centrum Diagnostyki i Terapii AIDS w Warszawie, the State University of New York, Health Science Center, Brooklyn, NY (USA) i Biuro Pełnomocnika Ministra Zdrowia ds. Narkomanii, sfinansowana z funduszy Ministerstwa Zdrowia i Polityki Społecznej i Fogarty International Foundation. Przedstawiono dość szczegółowo działalność MONAR-u i postulowano między innymi stworzenie w większych aglomeracjach miejskich karet MONAR-u, gdyż pogotowie nie chce interweniować w przypadku narkomanów. Podczas toczących się dyskusji dominowali przeciwnicy metadonu, którzy podkreślali „*niemoralność leczenia uzależnienia od jednego narkotyku drugim narkotykiem*”, (archiwum DRSz). „Moralistom” nie przeszkadzało, iż w latach 90. osoby uzależnione zakażały się HIV i HCV, umierały z powodu przedawkowań, przyjmowania narkotyków zanieczyszczonych substancjami szkodliwymi dla zdrowia i życia.
- powołano Stowarzyszenie Wolontariuszy wobec AIDS „**Bądź z nami**”, pierwszą organizację, która powstała z inicjatywy osób żyjących z HIV, chorych na AIDS, ich rodzin, bliskich i przyjaciół. Jej założycielami byli Joanna Gałaj, Krystyna Sokołowska i Wojciech Tomczyński.



- lokalne społeczności protestowały przeciwko otwieraniu ośrodków dla osób seropozytywnych przez Marka Kotańskiego - założyciela Monaru. Te wydarzenia pokazały, że nie wystarczy zapewnić leczenie i opiekę osobom żyjącym z HIV – konieczna jest także edukacja całego społeczeństwa..
- w *British Journal of Medicine* ukazał się artykuł o dyskryminacji osób żyjących z HIV w Polsce, o strachu pracowników opieki zdrowotnej odmawiających opieki nad pacjentami zakażonymi, wykonywaniu testów w kierunku obecności przeciwciał anty-HIV bez zgody, a nawet wiedzy pacjentów, o trudnościach dotyczących skutecznej edukacji o HIV/AIDS z powodu silnego tabu otaczającego seks i seksualność w Polsce^[486].
- hasło „**AIDS i rodzina**” propagowano także w Polsce, wydano ulotkę i plakat nawiązujące treścią do hasła (www.aids.gov.pl/historia-naszych-kampanii).
- w dniach 1 – 2 grudnia odbyła się **I Międzynarodowa Konferencja „Chory na AIDS w rodzinie i społeczeństwie”**, zorganizowana przez Fundację **Res Humanae** i **UNDP** Warszawa; certyfikaty uczestnictwa podpisali Matthew Kahane, ambasador ONZ w Polsce, Józef Oleksy (Marszałek Sejmu RP) i ks. Arkadiusz Nowak.
- rozpoznano **94** przypadki zachorowań na AIDS, **50** chorych zmarło, zakażenie HIV stwierdzono u **423** obywateli polskich, najwięcej nowych zakażeń rozpoznano w województwach st. warszawskim i katowickim, w większości dotyczyło ono ludzi młodych, od 20 do 29 roku życia (52%), nadal przeważali zakażeni w związku z używaniem środków odurzających (259 osób, 61,2%), 30 homo- i biseksualistów (7,1%), u 126 osób nie ustalono drogi zakażenia (28,4%),^[487].

1995

- badanie **ACTG 019** potwierdziło wyniki badania **Concorde**: stosowanie AZT u osób znajdujących się w bezobjawowym stadium infekcji nie przedłuża zmiennie okresu wolnego od AIDS i nie wydłuża przeżywalności^[488].
- wykazano, iż **stosowanie AZT (Retrovir)** po ekspozycji na HIV podczas wykonywania pracy zawodowej w służbie zdrowia **zmniejsza 79-krotnie** ryzyko przeniesienia zakażenia; średnie ryzyko związane z ekspozycją parenteralną

(zakłuciem, skaleczeniem ostrym narzędziem zanieczyszczonym zakażoną HIV krwią) wynosi 0,3% - rośnie 16-krotnie po zakłuciu igłą o szerokim świetle, 5-krotnie, gdy na kalejącym narzędziu widoczna jest krew, 6-krotnie- gdy pacjent znajduje się w zaawansowanym stadium AIDS ^[489].

- w maju zidentyfikowano **8 ludzki wirus herpes** (*Human Herpes Virus 8, HHV-8*) jako czynnik etiologiczny mięsaka Kaposiego ^[490].
- w czerwcu opublikowano pierwsze zalecenia **Public Health Service** dotyczące zapobiegania infekcjom oportunistycznym ^[491], szczególnie *P. jiroveci* ^[492].
- **Japonia** – październik: Minister Zdrowia i Opieki Społecznej ogłosił, że państwo będzie przestrzegać planu sądów z Osaki i Tokio dotyczącego pozwów cywilnych wniesionych w 1989 roku przez chorych na hemofilię przeciwko rządowi i 5 firmom farmaceutycznym. Sądy zaproponowały przeprosiny i wypłatę 45 mln jenów (300 000 funtów brytyjskich) dla każdego zakażonego HIV skarżącego. To najwyższe odszkodowanie jakie kiedykolwiek zapłacono w sprawach związanych z lekami, ale to mniej niż połowa z żądanych przez poszkodowanych 115 mln jenów na osobę. Spośród 219 skarżących 91 już nie żyło. 12 października Minister Zdrowia przeprosił zakażonych HIV chorych na hemofilię za to, że państwo nie zapobiegło przetoczeniom zawierającym HIV produktów krwiopochodnych, które sprowadzano jeszcze 2 lata po tym, kiedy ryzyko związane z niepoddawanymi ogrzewaniu koncentratami było znane. Przez poprzednich 6 lat Ministerstwo Zdrowia negowało jakąkolwiek odpowiedzialność za zakażenia HIV wśród chorych na hemofilię. Spośród około 5000 chorych w Japonii ponad 1800 zostało zakażonych HIV, 530 ma już AIDS. Skarżone firmy farmaceutyczne mają udzielić informacji o ewentualnym dostosowaniu się do zalecenia sądów później ^[493].
- listopad – zarejestrowano kolejny nukleozydowy inhibitor odwrotnej transkryptazy – **lamiwudynę (3TC, EPIVIR)**, (GlaxoSmithKline).
- **USA – Timothy M. Westmoreland**, członek senackiej podkomisji ds. zdrowia i środowiska w latach 1979 – 1994, pisał w relacji z posiedzenia Kongresu:
W początkach epidemii AIDS wiele współczucia wynikało z tego, że ludzie chorzy byli „tacy jak my”, jak politycy i dziennikarze. Niezależnie od orientacji seksualnej chodzili do tych samych szkół, pracowali w tych samych biurach, chodzili do tych samych kościołów i klubów jak inni biali Amerykanie z klasy średniej. Kiedy AIDS stawał się coraz bardziej chorobą biednych ludzi, stawał się coraz bardziej jedną z chorób, którą możemy się zająć, ale nie chcemy – podobnymi przykładami były zatrucie ołowiem ^{XLV} i kiła. Część tej rosnącej obojętności wiązała się z tym, kto chorował. Nienawiść do gejów i narkomanów stała się widoczna w dyskursie politycznym ^[494].
- **Federacja Rosyjska** – w grudniu zgłoszono pierwszy przypadek zakażenia HIV u osoby przyjmującej środki odurzające w iniekcjach, a w następnych 18 miesiącach liczba zakażonych wzrosła do **2 235** ^[495].
- **Chiny** – doniesiono o stwierdzeniu zakażenia HIV u matki i jej dwóch córek, mieszanek wsi w dystrykcie Fuyang, których jedynym ryzykiem zakażenia było sprzedawanie plazmy w miejscowym ośrodku skupującym krew ^[496]. Zakażenia HIV zaczęły dotyczyć coraz większej liczby osób przyjmujących narkotyki w iniekcjach i osób sprzedających swoją krew (przede wszystkim osocze) w różnych regionach Chin. Rozpoznano 1 567 nowych zakażeń HIV i 52 przypadki AIDS ^[497].
- **Portugalia** – opisano przypadek 57-letniej kobiety, zakażonej **HIV-2** najprawdopodobniej w następstwie transfuzji krwi w Gwinei-Bissau (Afryka), dawnej portugalskiej kolonii. Po 27 latach trwania zakażenia nie wykazywała żadnych objawów klinicznych związanych z zakażeniem, które zostało rozpoznane w 1993 roku. Ani jej mąż, z którym długo uprawiała seks bez zabezpieczenia, ani drugie dziecko, które przyszło na świat po przetoczeniu krwi nie są zakażeni HIV-2, co sugeruje mniejszą zakaźność tego wirusa w kontaktach seksualnych i w przenoszeniu się go z matki na dziecko ^[498].
- **USA** – szef **American Pain Society** ^{XLVI} na dorocznym spotkaniu członków Towarzystwa rozpoczął kampanię zatytułowaną „**Ból jest piątym parametrem życiowym**” ^{XLVII} [Pain is the Fifth Vital Sign], w której zachęcano lekarzy

^{XLV} W USA woda pitna dostarczana jest do domów łożyskami rurami, zwłaszcza w dzielnicach miast zamieszkałych przez ludzi ubogich. Ołów przedostaje się do wody, a z nią do ludzkich organizmów. Jego nadmiar zaburza funkcjonowanie układu nerwowego (obniżona koncentracja, drażliwość, drętwienie kończyn, zaburzenia pamięci, depresja) i może mieć działanie rakotwórcze, może przyczyniać się do rozwoju niedokrwiłości i nadciśnienia tętniczego, prowadzić do niewydolności nerek i osłabienia kości, zaburza funkcje rozrodcze, jest szczególnie niebezpieczny dla kobiet ciężarnych i małych dzieci - może powodować przedwczesne porody, niską masę urodzeniową, opóźnienia w rozwoju, nadpobudliwość, trudności w uczeniu się, zaburzenia słuchu. Wymiana łożyskowych rur jest jednak niezwykle kosztowna: w samym tylko kosztowałaby 10 mld dolarów. (*Ołów w wodzie. Stary, wspólny wróg. Monitor Chicago. 23.03.2021.* <https://www.monitorlocalnews.com/olow-w-wodzie-stary-wspolny-wrog> [dostęp: 17.10.2021]).

^{XLVI} W 2019 roku **American Pain Society** zostało zmuszone do rozwiązania się (ogłosiło bankructwo) z powodu licznych pozwów oskarżających je o wprowadzanie w błąd lekarzy i pacjentów, będących konsekwencją ścisłych powiązań finansowych z firmami produkującymi opioidowe leki przeciwbólowe (tylko od producenta OxyContinu Towarzystwo otrzymało około 1 mln dolarów), a także kampanie wspomagające sprzedaż tych leków. (*Guard E. American Pain Society forced to close due to opioid scandal. Lancet Oncol. 2019; 20(7): e350.*)

^{XLVII} Pierwszymi czterema parametrami życiowymi są temperatura, tętno, częstość oddechów, ciśnienie tętnicze krwi – wszystkie można obiektywnie zmierzyć. Nasilenie bólu pacjenci mieli określać w skali od 0 (brak bólu) do 10 (najsilniejszy ból, jaki pacjent może sobie wyobrazić).

do rozpoznawania bólu „z taką samą gorliwością” jaką przykładają do oceny innych parametrów życiowych i przekonywano ich do używania opioidowych leków przeciwbólowych w terapii przewlekłego bólu nienowotworowego. Krótco później wiele innych towarzystw medycznych przyłączyło się do tej kampanii. Przed wejściem na rynek OxyContinu (oksykodon – silny opioid o przedłużonym działaniu) wielu lekarzy nie przepisywało opioidowych leków przeciwbólowych w terapii przewlekłego bólu z obawy o możliwość wystąpienia tolerancji, uzależnienia psychicznego i fizycznego, a także śmiertelnych przedawkowań. Poza minimalizowaniem ryzyka opioidowych leków przeciwbólowych kampania wspierana przez producentów i stowarzyszenia walki z bólem wyolbrzymiała korzyści z długotrwałego stosowania tych leków, choć nigdy nie przeprowadzono badań, które mogłyby to potwierdzić [499]. Stało się to początkiem kryzysu opioidowego, z którym USA nie poradziły sobie do dziś.

- na początku grudnia FDA zarejestrowała **sakwinawir (SQV) – INVIRASE** (Hoffmanna-La Roche), pierwszy lek należący do grupy inhibitorów proteazy, leków najsilniej hamujących replikację HIV.
- w USA powstał film „**Dzieciaki**” (**Kids**), w reżyserii Larryego Clarka, traktujący o „pokoleniu deskorolki”, dzieci w wieku 12 – 14 lat i problemie HIV/AIDS.
- **hasło Światowego Dnia AIDS brzmiało: „Wspólne prawa – wspólne obowiązki” (Shared rights, shared responsibilities).**
- **USA** – AIDS stał się główną przyczyną śmierci osób w wieku od 25 do 44 lat, we Włoszech drugą, po wypadkach samochodowych, przyczyną śmierci mężczyzn w wieku 25 – 34 lata [500].
- **Uganda** – częstość zakażeń HIV była tak duża, że, jak wykazano, 91,5% mężczyzn i 86,4% kobiet знаło kogoś zakażonego HIV, a ponad 70% dorosłych w miastach przeżyło śmierć krewnych lub bliskich przyjaciół z powodu AIDS [501].
 - w stolicy kraju Kampali okazało się, że używalność prezerwatyw w przygodnych kontaktach seksualnych rośnie gdy wiara w ich skuteczność w zapobieganie zakażeniu HIV jest większa, lepsze są umiejętności ich używania, a zażenowanie i wstyd z nimi związane są mniejsze. Wzmocniono więc promowanie używania prezerwatyw, wprowadzono też bezpłatne ich rozdawnictwo. W następstwie tych działań liczba prezerwatyw używanych w kontaktach seksualnych rosła [502].
 - organizacja **TASO** stała się jedną z najbardziej udanych inicjatyw społecznych na rzecz zapewnienia opieki osobom z HIV/AIDS. Działa w 7 ośrodkach kraju i pomogła już 20 000 osób. Członkowie TASO apelują do jednostek, rodzin, społeczności o przestrzeganie praw i obowiązków osób dotkniętych HIV/AIDS, co powinno być realizowane przez edukację, doradztwo, dialog, akceptację i wspólnotę. Ich hasła to: „Opieka to dzielenie się” i „Pozytywne życie” [503].
- **USA** – w grudniu odeszła ze stanowiska Naczelnego Lekarza USA (Surgeon General) **Joycelyn Elders**; dymisja została wymuszona przez administrację prezydenta Clintona po tym, jak na spotkaniu w ONZ zapytana, czy masturbacja powinna być zalecana jako sposób zapobiegania chorobom zakaźnym odpowiedziała: „... *sądzę, że jest to część ludzkiej seksualności i jest tym, o czym powinniśmy mówić. Ale nie dajemy naszym dzieciom podstawowych informacji. Sądzę, że zbyt długo oferowaliśmy im ignorancję, najwyższy czas, by spróbować edukacji*”. W czasach prezydentury Ronalda Reagana jej poprzednik, konserwatywny pediatra dr C. Everett Koup, mówił publicznie o edukacji seksualnej i prezerwatywach dla nastolatków, podkreślając, że zdrowie publiczne przedkłada nad politykę [504].
- **Chiny** – rząd w Pekinie podjął kroki mające na celu zapobieżenie dalszemu rozprzestrzenianiu się HIV drogą sprzedawania krwi i osocza, nakazując zamknięcie wszystkich komercyjnych ośrodków, nie mających państwowej licencji. W trudno dostępnych wiejskich regionach kraju nielegalne ośrodki skupu plazmy działały prawdopodobnie w dalszym ciągu. Nie można wykluczyć, iż niektóre osoby wchodzące w skład zarządów prowincji czerpały zyski z takiego procederu. Pytanie dotyczące tej kwestii, zadane przez redakcję czasopisma Science władzom prowincji Henan w 2004 roku zostało przekazane władzom centralnym, ale te nie udzieliły odpowiedzi [505].
- w USA rozpoznano AIDS u **560 935** osób, zmarło **344 507** (wg. danych HRW);
- w USA od 1 stycznia do 31 grudnia 1995 roku AIDS rozpoznano u **13 764** kobiet; w 1995 roku kobiety stanowiły **19%** wszystkich zgłoszonych do CDC przypadków AIDS, w 1982 roku – **7%** [506].
- **hasło światowego Dnia AIDS: Shared Rights, shared responsibility.** (https://www.unaids.org/en/World_AIDS_Day).

Polska – 1995

- ♦ w dniach 1 – 9 kwietnia i 18 – 24 września odbyły się w Warszawie **Szkolenia wolontariuszy i osób zawodowo związanych z problematyką HIV/AIDS** zorganizowane przez Stowarzyszenie Wolontariuszy wobec AIDS „**Bądź z nami**” i **AIDES Fédération Nationale** (Francja), prowadzone przez Francuzów żyjących z HIV, w których uczestniczyli lekarze, psychologowie, osoby żyjące z HIV/AIDS z całej Polski. Dla wszystkich polskich uczestników stało się przełomem w podejściu do kwestii HIV/AIDS.
- ♦ opracowano **Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV, Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS na lata 1996 – 1998**, będący dokumentem o randze krajowej, określającym politykę państwa polskiego w tym zakresie.
- ♦ powstał pierwszy punkt wymiany igieł i strzykawek, uruchomiony przez MONAR w Krakowie.
- ♦ zlikwidowano imienny rejestr osób zakażonych HIV; system zgłaszania danych oparto na zasadzie anonimowości i obejmuje dane takie jak inicjały lub hasło, wiek, płeć, miejsce stałego pobytu – województwo zamieszkania.

- ♦ wydano ulotki i plakaty nawiązujące do hasła „Wspólne prawa – wspólne obowiązki”, przeprowadzono akcje plakatu na przystankach autobusowych, a na plakatach zamieszczono teksty: „Czy spotykałbyś się ze mną wiedząc, że jestem zakażona? Chciałabym usłyszeć TAK.” „Czy pozwoliłbyś mi bawić się z nią wiedząc, że jest zakażona? Chciałabym usłyszeć TAK.” „Czy pracowałbyś ze mną wiedząc, że jestem zakażony? Chciałabym/Chciałabym usłyszeć TAK.” (www.aids.gov.pl/historia-naszych-kampanii).
- ♦ Krajowe Biuro Koordynacyjne ds. Zapobiegania AIDS wydało „Poradnik (+)”, w którym umieszczono podstawowe informacje o zakażeniu HIV, możliwościach jego rozpoznawania (wówczas testy wykonywano przede wszystkim w poradniach dermatologicznych i poradniach zajmujących się terapią osób zakażonych), opiece medycznej nad osobami z HIV/AIDS, opiece nad matką i dzieckiem, prawach człowieka, życiu z HIV. W tym czasie oddziały szpitalne dla osób z HIV/AIDS funkcjonowały w Warszawie, Krakowie, Białymstoku, Bydgoszczy, Chorzowie, Gdańsku, Szczecinie, Wrocławiu i Zabrzu. Autorami Poradnika był zespół Krajowego Biura, a także prof. Andrzej Stapiński (dyrektor Instytutu Wenerologii w Warszawie), Kasia Malinowska (UNDP), prof. Zbigniew Lew-Starowicz (specjalista Krajowy w dziedzinie seksuologii), Jolanta Sabbat (łącznik Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej z WHO), Marta Bieniasz i Grażyna Budka (Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna [TOP] w Warszawie). Wydała ELMA BOOK, Warszawa.
- ♦ zakażenie HIV zostało przeniesione na 15 osób, którym przetoczono krew lub produkty krwiopochodne i 14 chorych na hemofilię: wszystkie te przypadki miały miejsce przed 1995 rokiem ^[507].
- ♦ odnotowano **111** zachorowań na AIDS, **77** chorych zmarło, zakażenie HIV rozpoznano u **539** osób, najwięcej w województwie katowickim, w większości u osób między 20 a 29 rokiem życia (52,1%), nadal przeważali zakażeni w konsekwencji przyjmowania dożylnie środków odurzających (320 osób – 59,4%), o wielu osobach nie było danych o drogach zakażenia (182 osoby – 33,8%), homo- i biseksualiści – 22 osoby (4,1%), ^[508].

1996

- 1 stycznia zamknięto **Global Programme on AIDS (GPA)** i powołano wspólny Program Narodów Zjednoczonych – **Joint UN Programme on HIV/AIDS – UNAIDS**, współfinansowany początkowo przez 6, później przez 10 organizacji; pierwszym szefem UNAIDS został **dr Peter Piot**, belgijski uczony, mający doświadczenia z pracy w Afryce (współodkrywcą wirusa Ebola).
(UNAIDS – the first 10 years. <https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2008/november/20081103tfty>).



UNAIDS
JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS

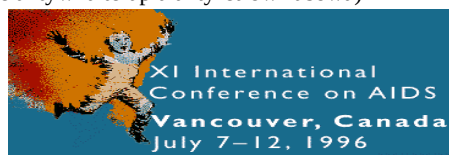
UNHCR
UNICEF
WFP
UNDP
UNFPA
UNODC
ILO
UNESCO
WHO
WORLD BANK

Uniting the world against **AIDS**

- 1 marca FDA zarejestrowała kolejny inhibitor proteazy HIV **rytonawir – NORVIR** (Abbott Laboratories), a 14 marca **indinawir – CRIXIVAN** (Merck). Oba leki powinny być stosowane z dwoma innymi lekami należącymi do nienukleotydowych inhibitorów odwrotnej transkryptazy (NRTI), terapia każdym z nichoboma kosztowała ponad 5 000 dolarów rocznie ^[509].
 - Norvir, stosowany jako jedyny inhibitor proteazy, wymagał stopniowego zwiększania dawki, przez około 2 tygodnie, do uzyskania dawki terapeutycznej 2 razy dziennie 600 mg i powodował często przykre objawy niepożądane z przewodu pokarmowego, ustępujące zwykle po miesiącu przyjmowania, ale też wiele innych ^[510]. Kapsułko leku powinny być przechowywane w lodówce (2-8°C), nie mogą pozostawać poza lodówką dłużej niż 12 godzin (ówczesna ulotka dołączana do leku).
 - Crixivan z kolei wymagał przyjmowania dokładnie co 8 godzin zalecanej dawki leku, na czczo – 1 godz. przed albo 2 godz. po posiłku), kapsułki powinny być połykane w całości, należało spożywać przynajmniej 1,5 litra płynów dziennie (najlepiej wody, w czasie upałów więcej), a połykane kapsułki należało popijać co najmniej jedną szklanką płynu, by zapobiegać krystalizowaniu się leku w nerkach i występowaniu kamicy nerkowej. Po średnio 10 miesiącach stosowania leku u części pacjentów występowała lipodystrofia – powiększenie się obwodu brzucha, uczucie pełności, wzdęcia; powiększaniu się obwodu brzucha towarzyszyło chudnięcie kończyn, zwłaszcza dolnych oraz twarzy. Pojawiło się określenie Crix-belly (brzuszek crikswanowy), ^[511, 512]. Tkanka tłuszczona gromadziła się niekiedy na karku i nad łopatkami (buffalo-hump – byczy kark). W niektórych krajach firma rozdawała „zegary”, by ułatwić pacjentowi przestrzeganie zaleceń, kiedy połykać Crixivan, kiedy dodatkowe leki (w tym przykładzie d4T i ddI), a kiedy wolno jeść (to zdjęcie „zegara” dla pacjentów niemieckich, ze zbiorów DRSz):



- powstała koncepcja, iż wczesne rozpoczęcie leczenia antyretrowirusowego może doprowadzić do usunięcia wirusa z organizmu osoby zakażonej w ciągu 3 lat; jej twórca **David Ho** został człowiekiem roku magazynu **Time** ^[513], jednakże po upływie tego czasu okazało się, iż przy pomocy istniejących leków nie jest to możliwe.
- **USA** – zmieniono zasady kierowania funduszy federalnych na edukację seksualną młodzieży szkolnej; wspierane były wyłącznie programy nauczania mówiące o abstynencji seksualnej (**Abstinence only**) do czasu zawarcia związku małżeńskiego i później wierności, równocześnie ograniczono w nich inne informacje (dotyczące zapobiegania zakażeniom HIV, chorób przenoszonych drogą płciową, antykoncepcji i innych), ^[514, 515].
- **Francja** – komisja ds. socjalnych Episkopatu, pod przewodnictwem biskupa Alberta Rouet of Poitiers opublikowała stanowisko, w którym zgadza się z potępieniem stosowania kontroli urodzin, jednak przyznaje, iż środki antykoncepcyjne (prezerwatywy) są obecnie jedynym środkiem zmniejszającym ryzyko zakażenia HIV, zatem są konieczne; komentujący to oświadczenie Luc Montagnier (odkrywcą wirusa HIV) skomentował, iż jest to znacząca ewolucja poglądów, choć jak powiedział gazecie *Le Monde* wciąż przeszkody pozostają w Watykanie i dodał „*nie sądzę, by Jan Paweł II zmienił swoją opinię*”. Biskup Rouet mówił „*Chcemy ponieść odpowiedzialność jako biskupi Francji*”. Ale zaznaczył, że ich stanowisko nie powinno być postrzegane jako wyłom w nauce kościoła, ani jako przeciwstawienie się jej. Zbiegło się to w czasie z publikacją Francuskiego Instytutu Badań Demograficznych nad AIDS we Francji, który wskazywał, że śmiertelność będzie rosła przynajmniej do przyszłego roku. Śmiertelność powodowana AIDS jest jedną z najwyższych w Europie – 88,5 zgonów na 1 mln osób rocznie (po Hiszpanii ze 139 zgonami i Szwajcarii z 86,9 zgonami na 1 mln populacji), ^[516].
- w lutym, podczas 3. Konferencji dotyczącej Retrowirusów i Infekcji Oportunistycznych (**CROI**) w Waszyngtonie przedstawiono pierwsze, sensacyjne wówczas, doniesienia o skutecznym działaniu antyretrowirusowym inhibitorów proteazy HIV, rytonawiru i indinawiru ^[517].
- w czerwcu **XI Światowej Konferencji AIDS** w Vancouver (Kanada) odbyła się pod hasłem „**One Word One Hope**”, przedstawiono więcej doniesień o skuteczności terapeutycznej inhibitorów proteazy stosowanych wraz z nukleozydowymi inhibitorami odwrotnej transkryptazy, zaczęło się rozpowszechniać określenie „**highly active antiretroviral therapy**” (wysokie aktywne leczenie antyretrowirusowe) – **HAART**.



- w Konferencji wzięło udział ponad 12 000 uczestników – naukowców, polityków, pracowników ochrony zdrowia, pracowników społecznych i ludzi z HIV/AIDS – z ponad 130 krajów świata; pojawiły się trzy kwestie o znaczeniu globalnym: kobiety i HIV, życie z HIV oraz rozwój i HIV; coraz lepsza znajomość cyklu życiowego HIV dała podstawy do pojawienia się nowego podejścia do leczenia, dokonano postępu w terapii skojarzonej z użyciem inhibitorów proteazy HIV. Mimo to komentujący Konferencję prof. Martin T. Schlechter z Uniwersytetu Kolumbii Brytyjskiej (Vancouver, Kanada) pisał: „*Mimo ostatnich postępów w leczeniu nie osiągnęliśmy celu uczynienia z HIV przewlekłej, dającej się leczyć choroby i jesteśmy daleko od prawdziwego celu – wyleczenia. W dodatku te postępy w leczeniu nie są dostępne dla większości żyjących z HIV na świecie*” ^[518].
- podczas ceremonii otwarcia wystąpił zdalnie Nelson Mandela, który wyraził zaniepokojenie, że AIDS skróci spodziewaną długość życia w kilku afrykańskich krajów z 60 do 30 lat, a 90% nowych zakażeń będzie się zdarzać w krajach rozwijających się.
- Eric Sawyer z ActUp potępił sytuację, w której miliony ludzi pozbawionych dostępu do leczenia umierają w biedzie i izolacji. Na balkonach pojawiły się plakaty „Koniec chciwości”, „Chciwość zabija”, „Chciwość = śmierć”, wielu prominentnych mówców cytowało kanadyjskiego aktywistę Jona Gatesa, który powiedział, że nie chce szczepionki ani terapii, jeśli nie będą osiągalne i dostępne na całym świecie; ceny leków antyretrowirusowych są problemem także dla krajów rozwiniętych ^[519].
- w czerwcu FDA zarejestrowało pierwszy z nienukleozydowych inhibitorów odwrotnej transkryptazy – **newirapinę (NVP)** – **VIRAMUNE** (Boehringer Ingelheim).
- **odkryto koreceptory umożliwiające wniknięcie HIV do komórki: CXCR4** (nazwany początkowo „fuzyna” lub LESTR), ^[520] dla szczepów makrofagotropowych i **CCR5** (CC-CKR-5) ^[521, 522] dla szczepów T-tropowych wirusa.
- wykazano, iż osoby wykazujące homozygotyczną delecję 32 par zasad w genie kodującym receptor CCR5 (CCR5Δ32) są odporne na zakażenie HIV ^[523, 524], zaś osoby z heterozygotyczną delecją (CCR5Δ32/+) wykazują wolniejszy postęp infekcji ^[525, 526]; odkrycie kolejnych, „mniejszych” koreceptorów pozwoliło wkrótce na udowodnienie, iż także osoby z homozygotyczną delecją mogą ulec zakażeniu HIV ^[527].
- pojawiło się doniesienie mówiące, iż poród drogami i siłami natury zwiększa prawdopodobieństwo przeniesienia zakażenia z matki na dziecko w porównaniu z rozwiązaniem przy pomocy cesarskiego cięcia ^[528], (wyniki tego badania potwierdzono w następnych latach).
- powstała strona internetowa **www.hiv.net**, początkowo tylko niemiecko- później także anglojęzyczna, dotycząca HIV/AIDS, utworzona przez Berndta Sebastiana Kampsę, który zdobywając wielu współpracowników rozszerzył zakres strony o wiele zagadnień dotyczących zarówno HIV/AIDS, jak i innych chorób zakaźnych.

- ustanowiono **International AIDS Vaccine Initiative (IAVI)**, mającą inicjować badania nad szczepionką przeciwko HIV.



- w październiku w New England Journal of Medicine opublikowano wyniki badania **ACTG 175**, w którym wykazano, że leczenie AZT + ddI, AZT + ddC lub sama ddI zwalniają postęp zakażenia i jest skuteczniejsze niż sama AZT. Leczenie antyretrowirusowe poprawiało przeżywalność pacjentów mających od 200 do 500 komórek CD4/mm³ [529].
 - na stronie internetowej ACTG, w zakładce **przełomowe wyniki badań**, napisano, że pomysł badania zrodził się w 1989 roku; to jedyny wpis w tej zakładce (<https://actgnetwork.org/about-the-actg/#1571861093379-c30642cd-6c40> [dostęp: 25.12.2022]).
 - w badaniu wykazano też, że ryzyko postępu zakażenia HIV i skuteczność terapii antyretrowirusowej są ściśle powiązane z poziomem wirerii HIV RNA w surowicy – zmiany zapowiadają liczbę komórek CD4 i przeżywalność po leczeniu inhibitorami odwrotnej transkryptazy [530].
 - w tym samym numerze New England Journal of Medicine opublikowano też doniesienie badaczy z TERRY BEIRN COMMUNITY PROGRAMS FOR CLINICAL RESEARCH ON AIDS, które zakończono wnioskiem: „*wykazaliśmy, że skojarzone leczenie z AZT + ddI lub AZT + ddC nie było lepsze od monoterapii AZT u pacjentów z poważną immunosupresją, za to powodowało znacznie więcej działań niepożądanych. Jednak analiza podgrup sugeruje, że te skojarzenia mogą być bardziej skuteczne u pacjentów nieleczonych wcześniej lub tylko krótko AZT*” [531].
 - w czasopiśmie the Lancet opublikowano wyniki **badania Delta**, które dowiodło, iż stosowanie dwóch nukleozydowych inhibitorów odwrotnej transkryptazy (AZT + ddI lub AZT + ddC) ma przewagę nad AZT stosowaną jako jedyny lek w przedłużaniu życia osób zakażonych HIV [532].
- **Holandia** – częstość rozważania decyzji o eutanazji lub samobójstwa w asyście lekarza zależała od czasu trwania zakażenia i/lub czasu od rozpoznania AIDS, doświadczeń przyjaciół, którzy zmarli na AIDS, a także wieku chorych – młodszy, zwykle dobrze wykształceni i dobrze poinformowani homoseksualni mężczyźni częściej byli skłonni do dyskusowania takich możliwości z lekarzami i/lub przyjaciółmi [533].
- **USA** – lekarze przedstawili powody próśb chorych na AIDS o pomoc w dokonaniu samobójstwa lub o eutanazję; najczęściej podawano strach o utratę kontroli nad swoim życiem (77% pacjentów), bycie ciężarem (75%), zależność od innych (74%), utratę godności (72%), konieczność spędzania w łóżku ponad połowy czasu (57%), ciężką depresję (55%), cierpienie (53%), bóle (35%), niepokój o koszty opieki medycznej (23%), [534]. Lekarze odmawiali wypisania leków mających skrócić życie najczęściej dlatego, że uważali objawy pacjentów za potencjalnie poddające się leczeniu, odmawiali pacjentom z depresją, gdy szacowali, że pacjent przeżyje jeszcze więcej, niż 6 miesięcy, albo gdy sądzili, że stopień cierpienia pacjenta nie uzasadnia takiej prośby. Autorzy artykułu podali, że lekarze pracujący w Waszyngtonie byli proszeni o pomoc w dokonaniu samobójstwa lub eutanazję tak samo często, jak lekarze holenderscy. Lekarze amerykańscy w porównywalnym okresie czasu spełnili 24% takich próśb pacjentów, holenderscy – około 1/3. Amerykanie podkreślili, że w odróżnieniu od Holandii w USA wspomagane samobójstwa były niedopuszczalne przez prawo, nie było także powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego [535].
- w listopadzie mieszkańcy stanu Kalifornia przegłosowali inicjatywę dostępności medycznej marihuany, zwanej też propozycją 215 [Medical Marijuana Initiative, Proposition 215] stosunkiem głosów 56% do 44%, dlatego władze stanu przyjęły ustawę **Compassionate Use Act**, legalizującą marihuanę do stosowania w określonych chorobach, z HIV/AIDS na czele, zapewniając pacjentom możliwość obrony przed oskarżeniami o posiadanie lub uprawę konopi przez powołanie się na potrzebę medyczną. Pacjent mógł wykorzystać ten argument tylko wtedy, gdy był w stanie wykazać, że lekarz zalecił lub zaaprobował używanie marihuany, na piśmie lub ustnie [536]. Kalifornia stała się pierwszym stanem USA, w którym zalegalizowano medyczne stosowanie marihuany. Stało się tak w dużym stopniu w reakcji na szybko rosnącą liczbę zgonów z powodu AIDS i zamknięcie dla nowych pacjentów programu dostarczania „federalnej” marihuany (wspominanego wcześniej programu IND).
- **HIV-2** w porównaniu z HIV-1, rzadziej przenoszony jest na dzieci w okresie okołoporodowym [537].
- w **Zimbabwe**, niewielkim kraju w południowej Afryce, z którego w ciągu ostatnich kilku lat wyjechało prawie 25% populacji, w tym lekarze i pielęgniarki, a w którym wprowadzono rządowy program leczenia antyretrowirusowego, polegający na stosowaniu d4T, 3TC i nevirapiny w stałych dawkach (preparatu o nazwie Stalanev), produkowanych przez lokalną firmę Varichem, zabrakło funduszy na dalszą produkcję leku, a tysiące ludzi pozostawiono bez leczenia; The Lancet opublikował desperacki apel o pomoc do WHO i innych organizacji, które umożliwiłyby kontynuowanie leczenia [538].
- **Brazylia** – rząd podjął decyzję o dostępności leków antyretrowirusowych dla wszystkich zakażonych HIV w czasie krótszym niż 6 miesięcy od Światowej Konferencji AIDS w Vancouver, na której pojawiły się pierwsze informacje o skuteczności terapii skojarzonej [539].
- w **Kaliningradzie (Rosja)** liczba nowych zakażeń wśród przyjmujących dożylnie środki odurzające wzrosła od < 1/ na miesiąc do ponad 100/miesiąc [540].
- **USA** – wprowadzenie do leczenia antyretrowirusowego inhibitorów proteazy HIV doprowadziło w krótkim czasie do zmniejszenia się liczby pacjentów leczonych w szpitalach, zwiększenia liczby pacjentów leczonych ambulatoryjnie, jednak koszty terapii antyretrowirusowej wzrosły z 28 471 dolarów w 1995 roku do 219 446 dolarów w 1986 roku – 8-krotnie! [541].

- **USA** – w dalszym ciągu funkcjonowały buyers' clubs, choć wiadomości o skuteczności inhibitorów proteazy HIV stosowanych w połączeniu z innymi lekami antyretrowirusowymi spowodowały większe zainteresowanie medycyną konwencjonalną; pod koniec 1996 roku było ich 14, 2 działały także w Kanadzie; skupiały się na sprzedaży zdrowej żywności, suplementów diety, prowadziły też edukację ludzi żyjących z HIV ^[542].
- po raz pierwszy liczba zgonów na AIDS w USA zaczęła się wolno zmniejszać ^[543], AIDS rozpoznano u **620 767** osób, zmarło **381 437** (wg. danych HRW).
- **hasło Światowego Dnia AIDS brzmiało: „Jeden świat. Jedna nadzieja” (One Word. One Hope)**, (https://www.unaids.org/en/World_AIDS_Day).

Polska – 1996

- ♦ odbyło się **I Ogólnopolskie Spotkanie osób Żyjących z HIV/AIDS** w Rynku w Warszawie, zorganizowane przez Stowarzyszenie Wobec AIDS „Bądź z nami”.
- ♦ **II Zjazd Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS** obradował we Wrocławiu.
- ♦ w Polsce także propagowano hasło **Światowego Dnia AIDS „Jeden świat. Jedna nadzieja”**.
- ♦ we wrześniu w Bydgoszczy odbyło się sympozjum międzynarodowe o AIDS i pracy w opiece medycznej.
- ♦ w poradniku dla osób zakażonych „**Życ z wirusem...**” w akapicie zatytułowanym „Pragnienie dziecka u kobiety zakażonej HIV” napisano:
*„Jeśli jesteś zakażona, pragniesz zająć w ciążę i urodzić dziecko, musisz mieć świadomość odpowiedzialności, jaka się z tym wiąże.
Decyzja o urodzeniu dziecka należy do Ciebie. Nikt nie może Ci tego zabronić, ale musisz pamiętać, że:*
 - ***możesz przekazać swojemu dziecku zakażenie HIV, a tym samym ofiarować mu krótkie, nieszczęśliwe życie,***
 - ***możesz też uczynić je sierotą bez matki.******Jeśli mimo to zdecydujesz się na posiadanie dziecka, jest to Twoje prawo.***
Powinnaś w tym przypadku pamiętać o terapii lekami przeciwwirusowymi w ciąży” ^[544].
- ♦ **Krajowe Centrum ds. AIDS, we współpracy z organizacjami pozarządowymi rozpoczęło nagradzanie osób szczególnie zasłużonym w pomocy żyjącym z HIV/AIDS.** Pierwszymi odznaczonymi **Czerwoną kokardką** byli:
 - ♦ Lidia Babiuch, Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie,
 - ♦ Halina Seyfred, Instytut Hematologii w Warszawie,
 - ♦ Andrzej Stapiński, Instytut Wenerologii,
 - ♦ Helena Hajduga-Sereda,
 - ♦ Jan Suchowiak, Ministerstwo Zdrowia,
 - ♦ Teresa Wolska,
 - ♦ Aleksandra Pskit,
 - ♦ Krystyna Sienkiewicz, Ministerstwo Zdrowia,
 - ♦ Zofia Kuratowska, poseł na Sejm RP,
 - ♦ Marek Kotański Stowarzyszenie „Monar”,
 - ♦ Antoni Kraus, „Dom Ciepła”,
 - ♦ Janina Ludawska, szwedzkie stowarzyszenie „Arka Noego”,
 - ♦ Eleni, piosenkarka,
 - ♦ Kostas, muzyk, zespół Eleni,
 - ♦ Aleksander Białous, muzyk, zespół Eleni,
 Wręczono je podczas **III Międzynarodowej Konferencji „Chory na AIDS w rodzinie i społeczeństwie. Jeden świat, jedna nadzieja”,** pod honorowym patronatem Pierwszej Damy Jolanty Kwaśniewskiej, która odbyła się w dniach 1 – 3 grudnia w hotelu Marriott w Warszawie.
- ♦ Promowano ogólnopolskie hasło „Jeden świat, jedna nadzieja” (www.aids.gov.pl/historia-naszych-kampanii).
- ♦ zgłoszono do Zakładu Epidemiologii PZH **551** nowych zakażeń HIV obywateli polskich, wśród których nadal dominowali zakażeni w związku z przyjmowaniem dożylnie środków odurzających (343 osoby, 62,3%), duży odsetek osób nie miał informacji o potencjalnej drodze zakażenia (24,5%), w dalszym ciągu dominowali mężczyźni 75,1%. AIDS rozpoznano u **105** zakażonych HIV osób (83 mężczyzn, 22 kobiety), zmarły **73** osoby. Od rozpoczęcia badań w Polsce do 31 grudnia 1996 roku zakażenie HIV rozpoznano u **4 374** osób, AIDS – u **516** pacjentów, **311** z nich zmarło ^[545].

1997

- na początku roku podano w USA, iż po raz pierwszy liczba zgonów spowodowanych AIDS uległa zmniejszeniu o 13% w pierwszym półroczu 1996 roku w porównaniu z tym samym okresem rok wcześniej, ale rosła częstość zakażeń kobiet – w 1996 roku stanowiły 20% nowych zakażeń, liczba zgonów wśród kobiet także nie uległa zmniejszeniu; w 1995 r. zmarło na AIDS 43 000 osób, w 1996 – ponad 30 000, w 1997 – 16 865 ^[546, 547].

- w lutym **CDC** podało, iż od 1981 do 1996 roku zgłoszono 573 800 przypadków AIDS u osób mających powyżej 13 lat; 85% stanowili mężczyźni, 15% - kobiety, 47% - biali, 35% - czarni, 18% - Latynosi, < 1% mieszkańcy wysp Pacyfiku i mniej niż 1% - Indianie Amerykańscy; mimo znaczącego zmniejszenia liczby zgonów w 1995 roku HIV stanowił wiodącą przyczynę śmierci osób w wieku od 25 do 44 lat, stanowiąc 19% zgonów w tej grupie wiekowej [548].
- w zaleceniach amerykańskich leczenie polecano rozpoczynać u wszystkich osób zakażonych HIV, których poziom wirerii przekraczał 5 000 – 10 000 kopii RNA HIV/ml i rozważenie rozpoczęcia terapii u osób z wykrywalnym poziomem wirerii w surowicy [549]; u podstaw tych zaleceń leżała nadzieja, iż u pacjentów, u których terapia rozpoczęta zostanie wcześniej, tuż po zakażeniu, możliwe będzie usunięcie wirusa z organizmu po 2 – 3 latach stosowania HAART (wysokie aktywne terapię antyretrowirusową – **highly active antiretroviral therapy**), [550], co nie okazało się prawdziwe.
- doniesiono o ustąpieniu *Molluscum contagiosum* u pacjentów, u których włączono skojarzone leczenie inhibitorem proteazy – rytonawirem; zmiany związane z tym schorzeniem znacznie utrudniały życie osób zakażonych HIV, szczególnie jeśli występowały na twarzy [551].
- w kwietniu w USA zarejestrowano kolejny nukleozydowy inhibitor proteazy HIV – **nelfinawir (NFV) – VIRACEPT** (Agouron Pharmaceuticals; w Europie dystrybucją leku zajmowała się firma Hoffmann-LaRoche)) oraz kolejny nienukleozydowy inhibitor odwrotnej transkryptazy – **delawirydynę – RESCRIPTOR** (Pharmacia & Upjohn) – lek nigdy nie został zarejestrowany poza USA; w Stanach Zjednoczonych tabletki 100 mg były dostępne do października 2018 roku, tabletki 200 mg do lutego 2020 roku [552].
- w czerwcu FDA opublikowało pierwsze ostrzeżenie o pojawianiu się cukrzycy u osób leczonych inhibitorami proteazy, pisano też o tym w czasopiśmie medycznych [553, 554].
- dziennikarz Michael Pollan z New York Times'a opisał historię czterdziestosześcioletniego byłego prokuratora stanowego, u którego 4 lata wcześniej rozpoznano zespół wyniszczenia. Mężczyzna przyjmował w tym czasie 10–15 leków na dobę. Wiele z nich powodowało nudności, hamowało apetyt, w dodatku niektóre nie mogły być przyjmowane na czczo. Lekarka zaleciła przyjmowanie Marinolu, ale wywoływał trudne do zniesienia działania niepożądane. Dopiero wtedy lekarka wspomniała, że niektórym pacjentom pomaga palenie marihuany (było to 2 lata przed zalegalizowaniem używania jej w celach medycznych w Kalifornii; pytana czy nie czuła się niezręcznie proponując nielegalną substancję odparła, że w pacjencie nie widziała prokuratora stanowego tylko umierającego człowieka). Byłemu prokuratorowi bardzo trudno było ją zdobyć, ale w końcu się udało. Zaczął zaciągać się 1–2 razy przed posiłkami, żeby poczuć głód, ale się nie odurzył. Dzięki temu zaczął przybierać na wadze: „*Patrzyłem w lustro i widziałem, że wracam do życia*”. Dziennikarz pisał, że w rozmowach z lekarzami różnych specjalności okazało się, że niemal wyłącznie leczący chorych z HIV/AIDS są do niej entuzjastycznie nastawieni [555]. W obserwacjach z kliniki w Alabamie (USA) prowadzonych od lipca 1993 do marca 1994 roku wykazano, że marihuanę przyjmowało 72 pacjentów spośród 175 leczonych zakażonych HIV osób (41%), przede wszystkim dla złagodzenia dolegliwości psychicznych i fizycznych związanych z chorobą i/lub przyjmowanymi lekami, przede wszystkim depresji i objawów ze strony przewodu pokarmowego (nudności, wymioty, brak apetytu). Pacjenci podawali, że używanie innych „rekreacyjnych” narkotyków nie pomagało lub nasilało dolegliwości, które chcieli zmniejszyć [556].
- badacze amerykańscy opublikowali wyniki obliczeń matematycznych, które sugerowały, że poziom wirerii w surowicy po rozpoczęciu silnie działającej terapii obniża się o około 99% w pierwszych 2 tygodniach leczenia prowadząc do szybkiej eliminacji wirusa i zmniejszenia liczby produktywnie zakażonych komórek. Po tym początkowym spadku następuje druga, wolniejsza faza spadku. Na tej podstawie autorzy oszacowali, że 2,3 – 3,1 lat stosowania całkowicie hamującej replikację wirusa terapii skojarzonej będzie niezbędne do eliminacji HIV z surowicy, a do całkowitej eradykacji HIV może być potrzebne dłuższe leczenie, gdyż możliwe jest występowanie wirusa w nie wykrytych dotąd rezerwuarach [557].
- rozpoczęto dyskusję o stosowaniu profilaktyki po ekspozycji na HIV poza placówkami medycznymi – po kontaktach seksualnych lub przyjęciu narkotyku z niesterylnej strzykawki [558].
- **Kuba** – zaczęto stosowanie profilaktyki przenoszenia zakażenia z matki na dziecko, podając wszystkim ciężarnym zakażonym HIV kobietom AZT, zapewniono także substytuty mleka kobiecego, by wyeliminować ryzyko zakażenia noworodka poprzez mleko matki [559].
- we wrześniu w USA zarejestrowano pierwszy lek, w skład którego wchodzi dwa nukleozydowe inhibitory odwrotnej transkryptazy – **zydowydyna i lamiwudyna** w jednej tabletce – pod nazwą **COMBIVIR** (GlaxoSmithKline).
- w listopadzie zarejestrowano w USA nową postać **sakwinawiru**, wchłaniającą się 4 x lepiej (Invirase należało przyjmować w ciągu 2 godzin od pożycia pełnego posiłku, jednak biodostępność wynosiła tylko 4% po podaniu doustnym, a i tak było to 18 razy więcej niż po przyjęciu leku na czczo [560]) – **FORTOVASE** (Hoffman-LaRoche), (10 lipca 2009 roku Roche ogłosiła, że nie będzie już sprzedawać Fortovase. Jeden z pracowników firmy powiedział: „Zgodnie z naszymi badaniami mającymi na celu optymalizację dostarczania obecnych terapii i opracowywanie nowatorskich metod leczenia osób żyjących z HIV/AIDS, ustaliliśmy, że nadszedł czas, aby skoncentrować nasze zasoby na dostępności preparatu Invirase, który zapewnia znaczną poprawę wygody i tolerancję przewodu pokarmowego. Daliśmy wszelkich starań, aby zaplanować przerwanie leczenia w taki sposób, aby zapewnić lekarzom i pacjentom odpowiednią ilość czasu na rozważenie przejścia na Invirase wzmacnianą rytonawirem” [561].
- zapoczątkowano dyskusję nad etycznością prowadzenia badań dotyczących profilaktyki przenoszenia zakażeń HIV z matki na dziecko w Afryce mimo, że wcześniej ustalono sposób zmniejszania takiego ryzyka w badaniu **ACTG 076** – w USA w podobnych dwóch badaniach zapewniono kobietom ciężarnym pełny dostęp do AZT, ale w krajach biednych – Wybrzeże Kości Słoniowej, Uganda, Tanzania, Republika Południowej Afryki, Malawi, Tajlandii, Etiopii, Burkina

Faso, Zimbabwe, Kenia, Demokratyczna Republika Konga – stosowano placebo, tłumacząc to tym, że w taki sposób można uzyskać wyniki najszybciej ^[562, 563]. Wice naczelna *New England Journal of Medicine* Marcia Angell porównała taki sposób postępowania z biednymi kobietami do eksperymentu przeprowadzonego przed laty w USA **Tuskegee Study of Untreated Syphilis** ^{XLVIII}. Podobnie jak to badania w Afryce finansowały agencje federalne, jak NIH i CDC.

Przeciwko oskarżeniom o brak etyczności zaprotestowali natychmiast pracownicy tych instytucji, zwracając uwagę, że koszt stosowania AZT przekraczałby możliwości finansowe tych krajów (na przykład w Malawi koszt stosowania protokołu ACTG 076 byłby 600-krotnie wyższy niż roczne wydatki przeznaczone na opiekę zdrowotną na jednego mieszkańca), a przecież wspierały je rządy krajów, w których je prowadzono ^[564].

- George J. Annas i Michael A. Grodin przypomnieli o odbyciu się w WHO w lipcu 1994 roku spotkaniu, na którym ustalono konsensus: schemat profilaktyki użyty w ACTG 076 jest nie wykonalny w krajach rozwijających się (materiałów z tego spotkania nie opublikowano). Przynamniej 15 z 16 badań wykonanych w krajach biednych, głównie w Afryce, prowadzono pod kontrolą placebo, w 9 z nich – porównywalno krótsze podawanie AZT, stosowanie witaminy A lub immunoglobulinę anti-HIV- sponzorowały NIH i CDC. Ale ani NIH ani CDC (ani też rządy krajów, w których badania się odbywały) nie miało planu, jak sprawić, by badane interwencje z tych badań, jeśli okażą się skuteczne, były dostępne w Afryce. Wykazano niedawno, że skuteczne leczenie chorób przenoszonych drogą płciową (kiła, rzeżączka, wrzód miękkiej – chancroid) zmniejsza ryzyko zakażenia HIV na wiejskich obszarach Tanzanii o 40%. A mimo to ta względnie niedroga i skuteczna interwencja nie jest stosowana. W krajach, w których badania prowadzono wydatki na zdrowie mieszkańca na rok wahają się od kilku dolarów (Etiopia, Tanzania) do 86 dolarów (Zimbabwe). Osobnym problemem jest uzyskiwanie świadomej zgody na udział w badaniu. W krajach, gdzie nie ma dostępu do opieki medycznej zaoferowanie przez badaczy kobiecie i jej dziecku bezpłatnej opieki zdrowotnej i nadziei, że uchroni swoje dziecko przez HIV jest dostatecznym powodem, by zgodę na udział w badaniu wyrazić. Zakażonym HIV kobietom radzi się, by nie karmiły piersią swoich dzieci, bo tak mogą przenieść zakażenie na dziecko. Ale WHO w krajach rozwiniętych zaleca karmienie piersią, bo brak czystej wody czyni mleko w proszku bardziej bezpiecznym ^[565].
- doktor **Susan W. Gaskins** alarmowała, że anatomia i fizjologia kobiecych narządów płciowych przyczynia się do ryzyka zakażenia: cała powierzchnia błony śluzowej pochwy jest wrażliwa na zakażenie, jakiegokolwiek uszkodzenia jej (uraz podczas kontaktu seksualnego, stany zapalne powodowane innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową, używanie dopochwowych środków antykoncepcyjnych ^{XLIX}) zwiększają ryzyko zakażenia; nasienie męskie zawiera więcej limfocytów niż wydzieliny pochwy i szyjki macicy, więc zawiera więcej wirusa; HIV nie jest zdolny do życia w normalnym kwaśnym pH pochwy (4 – 5), jednak nasienie je neutralizuje na pewien czas, ułatwiając wirusowi zdolność do przeżycia, co zwiększa ryzyko zakażenia kobiety ^[566].
- **USA** – redaktor naczelny *New England Journal of Medicine*, **Jerome P. Kassirer** przypominał, że zaawansowanym stadium wielu chorób i ich terapiom towarzyszą często niepoddające się leczeniu konwencjonalnymi lekami nudności, wymioty lub ból. Tysiące pacjentów z nowotworami, AIDS i innymi chorobami mówią, jak ogromnej ulgi doznają dzięki paleniu marihuany. Ulga jest tak wielka, że niektórzy chorzy i ich rodziny świadomie ryzykują trafieniem do więzienia, próbując zdobyć marihuanę lub uprawiając własne rośliny. Dlatego polityka federalna zabraniająca lekarzom ulżenia ciężko chorym pacjentom poprzez przepisanie marihuany jest bezwzględna i nieludzka. **Hipokryzją jest zakaz przepisywania marihuany, której palenie nie grozi śmiercią, choć równocześnie zezwala się na używanie morfiny, dla której różnica między dawką działającą a śmiertelną jest bardzo niewielka.** Za hipokryzję uznał też domaganie się udowodnienia skuteczności terapeutycznej marihuany, gdyż to, co powinno się liczyć w przypadku tak dużego marginesu bezpieczeństwa, to wyłącznie odczucie ulgi ciężko chorych pacjentów. Przypominał, iż od ponad 10 lat można przepisywać dronabinol, zawierający tylko THC, trudny w dawkowaniu i niezbyt szeroko stosowany. Postulował uchylenie prohibicji medycznego stosowania marihuany dla ciężko chorych i zezwolenie lekarzom na podejmowanie decyzji o leczeniu nią, a także zmianę jej klasyfikacji i przeniesienie z kategorii I (substancji nie mających zastosowania medycznego, w której jest też heroina) do II (mających pewne zastosowania medyczne). Uznał też, że rząd powinien

^{XLVIII} Na nieetyczność badania Tuskegee, prowadzonego od 1932 roku, pierwszy zwrócił uwagę 22-letni doktor **William („Bill”) Carter Jenkins**, który w 1967 roku zaczął pracę w Public Health Service. Badanie nie było utrzymywane w tajemnicy. W czasie jego trwania pojawiały się liczne publikacje. Początkowo planowano je na 6 miesięcy, ale w 1936 roku zdecydowano o przedłużeniu. Włączono do badania 600 biednych, czarnych mieszkańców stanu Alabama (z których 399 miało kiłę), w zamian za bezpłatną opiekę zdrowotną, żywność i ubezpieczenie pogrzebowe. Zakażonym krętkami błędnie mówiono, że ich chorobę powoduje „zła krew”. Przez 40 lat mężczyźni byli utrzymywani w przekonaniu, że są leczeni, choć tak nie było, nawet kiedy penicylina stała się standardem leczenia kiły w USA w 1947 roku, dalej przenosili zakażenie na swoje żony i dzieci. Niektórzy mężczyźni doznawali ślepoty, uszkodzeń mózgu, paraliżu, umierali przedwcześnie. Dr Jenkins próbował zwrócić uwagę zwierzchników na problem, ale bez skutku. Dopiero kiedy jego kolega epidemiolog, Peter Buxtun, w 1972 roku skontaktował się z Associated Press i najpierw w *the Washington Starr*, a później na pierwszej stronie *New York Times’a* pojawił się artykuł „**Syphilis victims in US study went untreated for 40 years**” (*Heller J. New York Times, July 26, 1971. <https://www.nytimes.com/1972/07/26/archives/syphilis-victims-in-us-study-went-untreated-for-40-years-syphilis.html> [dostęp: 20.10.2017]*). Amerykanie doznali wstrząsu. Badanie zakończono. W 1972 roku żyło jeszcze 74 jego uczestników. 16 maja 1997 roku prezydent Bill Clinton przeprosił żyjące jeszcze ofiary. Badanie finansowało **Public Health Service**, co sprawiło, że Afro Amerykanie do dziś często nie wierzą w poczynania, apele kierowane do nich przez pracowników rządowych agencji zdrowotnych (*Smith H. Bill Jenkins: epidemiologist who tried to end Tuskegee syphilis study, dies at 73. [https://www.washingtonpost.com/local/obituaries/bill-jenkins-epidemiologist-who-tried-to-end-tuskegee-syphilis-study-dies-at-73/2019/JaisvalJ,HalkitisPN.Towardnoninclusiveanddynamicunderstandingofmedicalmistrustinformedbyscience.BehavMed.2019;45\(2\):79-85](https://www.washingtonpost.com/local/obituaries/bill-jenkins-epidemiologist-who-tried-to-end-tuskegee-syphilis-study-dies-at-73/2019/JaisvalJ,HalkitisPN.Towardnoninclusiveanddynamicunderstandingofmedicalmistrustinformedbyscience.BehavMed.2019;45(2):79-85)*). Na zaprzysiężeniu prezydenta Baracka Obamy w styczniu 2009 roku czarni mężczyźni przyszli w czapkach bejsbolówek z napisem TUSKEGEE na daszkach.

^{XLIX} dopochwowe środki antykoncepcyjne jako składnik aktywny zawierają nonoksynol 9, reklamowany w początkach epidemii jako skuteczny środek profilaktyczny, jednak po wielu latach wykazano, że nie tylko nie chroni, ale ułatwia zakażenie HIV (→ dalej).

zadeklarować, że jest jedyną instancją upoważnioną do jej dostarczania, co zapewniłoby właściwą jej dystrybucję i prawidłowe stosowanie ^[567].

- pod koniec roku **UNAIDS** podało, iż epidemia AIDS dotyczy większej liczby osób niż pierwotnie sądzono: 30 mln osób na świecie jest zakażonych HIV, w roku 1997 zmarło 2,3 mln osób na AIDS, prawie połowę z nich stanowiły kobiety, a 460 000 – dzieci poniżej 15 roku życia. Na świecie 1 na 100 dorosłych w wieku od 15 do 49 lat jest zakażony HIV, ale tylko 1 na 10 zakażonych wie o tym ^[568].
- **Europa Środkowa** – kumulacyjna liczba osób zakażonych HIV w latach 1995 – 1997 wzrosła ponad pięciokrotnie, z 9 111 do 46 573, przy czym 90% nowych zakażeń odnotowano w Rosji, Ukrainie i Białorusi; dramatycznie wzrosła liczba zakażeń wśród osób przyjmujących narkotyki w iniekcjach ^[569].
- **RPA** – rozpoczęto propagowanie „leku” na AIDS o nazwie Virodene, którym jest przemysłowy rozpuszczalnik – dimetylformamid – DMF, uzyskano poparcie prezydenta-elekta i przyszłego ministra zdrowia w jego rządzie. Ekspert amerykański: „*lek nie tylko nie niszczy HIV, ale może nawet ułatwić jego rozsiewanie w organizmie*”, ekspert zajmujący się AIDS z RPA: „*Mówią, że Virodene zabija wirusa. Wybielacz też, ale nie chcemy wstrzykiwać go pacjentom*”. Podawanie ludzom tego specyfiku rozpoczęły trzy lekarki zajmujące się chirurgią serca z Uniwersytetu w Pretorii ^[570].
- **Uganda** – pojawiło się jedno z pierwszych doniesień o zmniejszaniu się częstości zakażeń HIV wśród młodych osób mieszkających w miastach. W czasie obserwacji trwającej od roku 1990 do 1995 stwierdzono opóźnienie wieku inicjacji seksualnej wśród osób mających 15 – 24 lata o 2 lata, zmniejszenie częstości przypadkowych kontaktów seksualnych w tej samej grupie wiekowej o 9%, ale przede wszystkim zwiększenie używalności prezerwatyw – o 40% wśród mężczyzn i 30% wśród kobiet ^[47]. Doniesienia o siedmiokrotnym wzroście częstości stosowania prezerwatyw przedstawiali też inni badacze Ugandyjczy, podkreślający znaczenie istniejących od ponad 10 lat kampanii profilaktycznych połączonych z łatwiejszym dostępem do prezerwatyw.
- w niektórych krajach świata sprzedawane są narządy wewnętrzne do przeszczepów przez żyjących dawców, szczególnie często nerki. W Indiach wykazano, iż komercyjnie przeszczepiane nerki znacznie częściej przyczyniały się do zakażenia biorców HIV (4,6%) i HBV (8,1%) w porównaniu z narządami pochodzącymi od osób emocjonalnie związanych z biorcami (odpowiednio: 0% i 1,4%), ^[571].
- **hasło Światowego Dnia AIDS brzmiało „Dzieci żyjące w świecie z AIDS” (Children Living in a World with AIDS)**, (https://www.unaids.org/en/World_AIDS_Day).
- w USA zarejestrowano **668 206** przypadków AIDS, zmarło **402 382** osób ^[572].

Polska – 1997

- ♦ wydano ulotki zawierające hasło światowej kampanii profilaktycznej „**Dzieci żyjące w świecie AIDS**”.
- ♦ w Krakowie MONAR i Krakowskie Stowarzyszenie Pomocy Uzależnionym rozpoczęło wydawanie czasopisma „**MONAR na bajzlu**”, zajmującego się problematyką uzależnień, kierowanego do osób przyjmujących narkotyki i profesjonalistów zajmujących się profilaktyką i leczeniem uależnień.
- ♦ w latach 90. rozpoczęła się dyskusja nad zbytnią łagodnością ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Kolejną uchwalono 24 kwietnia 1997 roku. Wprowadzono kryminalizację posiadania środków odurzających lub substancji psychotropowych, jednak w ustępie 4. artykułu 48 stwierdzano, iż sprawca posiadający na własny użytek nieznaczne ilości ^L środków odurzających lub substancji psychotropowych nie podlega karze. Posiadanie niewielkiej ilości nielegalnej substancji było w dalszym ciągu przestępstwem, ale nie podlegały karze. Ustawa ta stworzyła po raz pierwszy w Polsce jednoznaczne podstawy prawne pewnych form redukcji szkód, przede wszystkim substytucji metadonem
- ♦ w Kodeksie Karnym pojawił art. 161, który mówi, że: § 1. Kto, wiedząc że jest zarażony wirusem HIV naraża bezpośrednio na zarażenie inną osobę podlega karze pozbawienia wolności od miesiąca do lat 3. § 2. Kto, wiedząc, że jest dotknięty chorobą weneryczną lub zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu, naraża bezpośrednio na zarażenie taką chorobą podlega grzywnie, karze ograniczenia albo pozbawienia wolności do roku, § 3. Ściganie przestępstwa określonego w § 1 lub 2 następuje na wniosek pokrzywdzonego (Dz.U. 1997 nr 88 poz. 553).
- ♦ **w ramach wspólnego projektu Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej i Programu Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju (UNDP)** Polska Fundacja Pomocy Humanitarnej Res Humanae organizowała liczne szkolenia dla lekarzy i pielęgniarek dotyczące podstawowej wiedzy o HIV/AIDS, zasad opieki medycznej, kwestii etycznych związanych z AIDS; UNDP certyfikowało szkoleniowców w dziedzinie epidemii AIDS (archiwum własne).
- ♦ **II Ogólnopolskie Spotkanie Osób Żyjących z HIV/AIDS** odbyło się w dniach 2 – 5 października w Jastrzębiej Górze (archiwum DRSz).
- ♦ przeprowadzono akcję bilbordową „Dzieci żyjące w świecie z AIDS”, (www.aids.gov.pl/historia-naszych-kampanii).
- ♦ podczas **IV Międzynarodowej Konferencji „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie”**, pod honorowym patronatem Pierwszej Damy Jolanty Kwaśniewskiej. **czerwone kokardki** otrzymali:
 - Marek Beniowski, Ośrodek Diagnostyki i Terapii AIDS w Chorzowie,
 - Anna Boroń-Kaczmarek, Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych PAM w Szczecinie,

^L eksperci przygotowujący ustawę nie byli w stanie uzgodnić wielkości ilości granicznych, powyżej których posiadanie jakiegś substancji psychoaktywnej byłoby karane (prof., Krzysztof Krajewski, informacja ustna).

- Agnieszka Borzuchowska, Klinika Chorób Zakaźnych AM w Białymstoku,
 - Ewa Firląg-Burkacka, Poradnia HIV/AIDS w Warszawie,
 - Joanna Gałąj, Stowarzyszenie Wolontariuszy wobec AIDS "Bądź z Nami",
 - Andrzej Gładysz, Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych we Wrocławiu,
 - Waldemar Halota, Klinika Chorób Zakaźnych AM w Bydgoszczy,
 - Andrzej Horban, Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie,
 - Wiesław Jaszczyński, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia i Główny Inspektor Sanitarny,
 - Jacek Juszczyk, Klinika Chorób Zakaźnych AM w Poznaniu,
 - Dorota Latarska, Wojewódzki Szpital Zakaźny W Warszawie
 - Ks. Arkadiusz Nowak, Doradca Ministra Zdrowia ds. AIDS i Narkomanii,
 - Jadwiga Nowińska,
 - Dorota Rachwańska,
 - Dorota Rogowska-Szadkowska, Klinika Chorób Zakaźnych AM w Białymstoku,
 - Gabriela Szymanowska-Suchcicka,
 - Hanna Trocha, Klinika Chorób Zakaźnych AM w Gdańsku,
 - Danuta Wiewióra, Stowarzyszenie Wolontariuszy wobec AIDS "Bądź z Nami", telefon zaufania AIDS.
- ♦ rozpoznano **579** przypadków zakażeń HIV, najwięcej w województwie katowickim i warszawskim, w skali kraju najwięcej (46,4%) wśród osób młodych: 20 – 29 lat, nadal przeważali zakażeni w związku z przyjmowaniem narkotyków w iniekcjach (315 osób – 54,4%), rósł odsetek zgłoszeń bez informacji o drodze zakażenia (31,3%) i **114** zachorowań na AIDS (84 mężczyzn i 30 kobiet), **60** chorych zmarło, największy odsetek stanowili wśród nich narkomani (41,7%) i homo- biseksualiści (34,4%)^[573].
 - ♦ Gdańskie Wydawnictwo Exeter opublikowało kolejną książkę Gene Antonio zatytułowaną „AIDS: obłęd i rzeczywistość. Dlaczego milczenie może być zabójcze?” w przekładzie Jarosława Irzykowskiego, podobnie jak poprzednia zawierającą w większości nieprawdziwe informacje o HIV/AIDS.

1998

- opublikowano jedno z pierwszych doniesień mówiących o tym, iż skojarzona terapia antyretrowirusowa przyczynia się do znacznego zmniejszenia zachorowań i śmierci związanych z zakażeniem HIV nawet u pacjentów, u których rozpoczęto je w zaawansowanym stadium zakażenia, w latach następnych te obserwacje potwierdzano^[574].
- amerykański **Institute of Medicine** Instytut Medycyny (**IOM**) zalecił, by testy na HIV stosować rutynowo w opiece prenatalnej nad kobietami w ciąży w celu zmniejszenia częstości zakażeń HIV dzieci i poprawy opieki nad ich matkami; każdej kobiecie w ciąży powinno być oferowane poradnictwo dotyczące HIV i korzyści możliwych do odniesienia z wykonania testu^[575].
- w lutym **IOM** na zlecenie generała Barry'ego McCafreya, szefa **Office of National Drug Control Policy (ONDCP)** za prezydentury Billa Clintona, zorganizowała warsztaty na temat perspektyw powstania leków kanabinoidowych. które podsumowano w raporcie **Marijuana and medicine: assessing the science base**. IOM ustala najwyższe standardy amerykańskiej medycyny, spodziewano się więc wzmocnienia prohibicji marihuany. Jednak w raporcie wskazano na jej zalety terapeutyczne i wezwano do stworzenia dostępu do niej, zwłaszcza chorym terminalnie, równocześnie zalecając kontynuowanie badań nad nowymi lekami opartymi na kanabinoidach. Jedenastu ekspertów IOM przyznało, że kanabinoidy stymulują apetyt, niwelują nudności, działają przeciwbólowo, uspokajają i zmniejszają niepokój, co również ma znaczenie terapeutyczne. Stwierdzili, że nie ma dowodów na to, że marihuana stanowi „wrota” do przyjmowania innych, „twardych” narkotyków ani że uzależnia. Nie domagali się legalizacji, a tylko możliwości medycznego jej stosowania^[576]. Pacjentom doświadczającym wyniszczających objawów chorób zezwolono na palenie jej, ale nie dłużej niż przez 6 miesięcy i tylko po wykazaniu, że inne leki okazały się nieskuteczne, pod starannym nadzorem medycznym. Zdaniem wielu, taka niechęć wobec marihuany sprawia, że legalne używanie medycznej marihuany jest prawie niemożliwe. Profesor Lester Grinspoon skomentował to tak: „*Autorzy raportu potraktowali marihuanę tak, jakby była lekiem podobnym do talidomidu, którego poważną toksyczność wykazano dawno temu (fokomelia – wrodzony brak kończyn u dzieci, których matki przyjmowały go w czasie ciąży), a zastosowanie kliniczne jest bardzo ograniczone*”^{LI}. To niestosowne i niewykonalne dla leku o niewielkiej toksyczności, niezwykle wszechstronności klinicznej i dużej dostępności. Jednak raport IOM przynajmniej potwierdził, że marihuana ma zastosowanie medyczne”^[577].
- w niektórych krajach świata osoby zakażone HIV zaczęły wracać do pracy, gdyż dzięki lekom antyretrowirusowym stan ich zdrowia uległ znacznej poprawie, jednakże u części osób pojawiły się objawy redystrybucji tkanki tłuszczowej (znikanie podściółki tłuszczowej z kończyn dolnych, górnych i twarzy, a gromadzenie się tłuszczu wewnątrz jamy brzusznej i niekiedy na karku); zmiany te wiązano z przyjmowaniem leków antyretrowirusowych^[578].

^{LI} Dla talidomidu ciągle poszukuje się nowych zastosowań, jak terapia trądu, szpiczaka mnogiego i innych chorób nowotworowych (Rehman W, Arfons LM, HM. Lazarus HM. The rise, fall and subsequent triumph of thalidomide: lessons learned in drug development, *Therapeutic Adv Hematol.* 2011; 2(5): 291–308), choć w krajach, gdzie stosowany jest szerzej w leczeniu trądu, jak na przykład w Brazylii, nadal przychodzą na świat dzieci z poważnymi wadami wrodzonymi, mimo restrykcyjnych przepisów związanych z przepisywaniem i przyjmowaniem preparatu (Vianna F, Schüler-Faccini L, Leite JC, et al., *Recognition of the phenotype of thalidomide embryopathy in countries endemic for leprosy: new cases and review of the main dysmorphological findings.* *Clin Dysmorphol.* 2013; 22(2): 59–63).

- administracja prezydenta Billa Clintona **odmówiła cofnięcia ustanowionego na 10 lat zakazu używania funduszy federalnych na tworzenie programów wymiany igieł i strzykawek**, mimo istnienia dowodów, że taka wymiana zapobiega przenoszeniu się zakażeń HIV i nie zachęca do przyjmowania narkotyków; ogłaszająca decyzję przewodnicząca **Health and Human Services** powiedziała, iż administracja USA uznała, iż „*najlepszym sposobem w tym momencie jest to, by społeczności lokalne przeznaczały swoje pieniądze na takie programy*”^[579].
- w czerwcu w San Francisco (USA) rozpoczęto **pionierski program profilaktyki poekspozycyjnej**, w którym stosowano leki antyretrowirusowe u osób narażonych na zakażenie HIV w następstwie kontaktów seksualnych lub przyjmowania środków psychoaktywnych w iniekcjach^[580].
- **Hiszpania** – nieświadomy swojego zakażenia ginekolog zakaził podczas wykonywania cesarskiego cięcia swoją 32-letnią pacjentkę; przeprowadzone badania genetyczne potwierdziły, iż najprawdopodobniej chirurg był źródłem zakażenia pacjentki (mąż kobiety i jej dziecko nie byli zakażeni) – to drugi z 3 opisanych w literaturze medycznej przypadków prawdopodobnego przeniesienia zakażenia HIV z lekarza na pacjenta^[581].
- **XII Międzynarodowa Konferencja AIDS** odbyła się w Genewie (Szwajcaria), hasło Konferencji brzmiało: **„Bridging the gap”**.

12th World
AIDS Conference



- opublikowano wyniki badania, w którym wykazano **zmniejszenie śmiertelności** wśród 1 255 osób zakażonych HIV, u których przynajmniej raz przed rozpoczęciem terapii skojarzonej liczba komórek CD4 była niższa od 100/mm³ o **75%** (z 35,1 na 100 osobołat na początku 1994 roku do 8,8 na 100 osobołat w połowie roku 1997). Jednak HAART kosztuje przynajmniej 12 000 dolarów rocznie. W krajach Afryki Subsaharyjskiej, gdzie 10% zakażonych jest HIV, a budżet na opiekę zdrowotną na jednego mieszkańca wynosi 1 dolara na rok jest niemożliwe jego stosowanie^[582].
- pojawiło się jedno z pierwszych doniesień przedstawiających wystąpienie infekcji oportunistycznych krótko po rozpoczęciu HAART, które później nazwano zespołem rekonstrukcji immunologicznej^[583].
- 2 września, w katastrofie samolotu Swissair, który rozbił się na wybrzeżach Nowej Szkocji (Kanada), zginął **Jonathan Mann** i jego żona **Mary Lou Clements-Mann**, profesorka zajmująca się wakcynologią. Dyrektorka WHO, Gro Harlem Brundtland, z trudem powstrzymywała łzy podczas ceremonii pogrzebowej. Halfan Mahler, który jako wcześniejszy dyrektor WHO przyjmował Manna do pracy, mówił, że zmarły był „*cudowną osobą dla WHO*” i że to on właśnie „*położył podwaliny pod właściwe podejście do HIV*” poprzez skupianie się na prawach człowieka i społecznych aspektach epidemii^[584]. Kanadyjski lekarz, podkreślając zasługi Manna dla praw człowieka napisał, z przerażeniem, że dzień po jego śmierci Sąd Najwyższy Kanady przyjął kryminalizację nie ujawniania zakażenia HIV^[585].
 - nieco wcześniej czasopismo Health and Human Rights opublikowało artykuł napisany przez Manna i jego bliskiego współpracownika Daniela Tarantolę, w którym pisali, że już w latach 80. wiadano, że epidemia AIDS nieproporcjonalnie silnie dotyka kraje rozwijające się i zmarginalizowane populacje w krajach rozwiniętych; w USA do większości zakażeń HIV dochodzi wśród mniejszości rasowych i etnicznych, a wśród nich przede wszystkim kobiet, nastolatków, osób przyjmujących narkotyki w iniekcjach i biednych mieszkańców centrów wielkich miast. Niezdolność kobiet do wykorzystywania informacji dotyczących HIV/AIDS wynika z tego, że możliwość podejmowania i realizowania wolnych, świadomych wyborów dotyczących ich zachowań seksualnych ściśle wiąże się ich rolami i statusem w społeczeństwie. Prawa człowieka nieuchronnie rzucają wyzwanie *status quo* – politycznemu, gospodarczemu, społecznemu i kulturowemu – podobnie jak AIDS, napisali na zakończenie^[586].
- czasopismo Science zwróciło uwagę na różnice w finansowaniu badań naukowych w dziedzinie HIV/AIDS między USA a Europą. W USA wydaje się na nie 1 730 mln dolarów rocznie, we Francji 39 mln dolarów, w Wielkiej Brytanii 20 mln dolarów, w Niemczech 17 mln dolarów, we Włoszech 14 mln^[587].
- w lipcu **Abbott** poinformował, że wycofa z rynku miękkie, żelowe kapsułki zawierające **rytonawir** z powodu stwierdzenia krystalizacji leku w kapsułkach, co wzbudziło wątpliwości co do właściwego uwalniania się leku z kapsułki, a co za tym idzie – utrzymywania się właściwego stężenia terapeutycznego leku w organizmie. W zamian dostępny będzie rytonawir w syropie, którego bardzo nieprzyjemny smak utrudnia przyjmowanie go wielu dorosłym pacjentom. Ta postać leku stosowana jest u dzieci, ze względu na łatwiejsze dawkowanie. ACTG sporządziło listę sugestii dotyczących podawania leku dzieciom, niektóre sprawdziły się tylko w przypadku jednego lub dwóch pacjentów, inne zaś u większej liczby pacjentów. Pomóc mogą: mrożone koncentraty soków owocowych, kanapka z masłem orzechowym przed i po podaniu, przed połknięciem posmarowanie ust masłem orzechowym lub zjeść krakersy z masłem orzechowym, posypanie języka solą, pastą do zębów i wiele innych. Nie powinno mieszać się dawki syropu ze zbyt dużą ilością płynów, gdyż to tylko zwiększa jego objętość^[588].
- we wrześniu w USA zarejestrowano kolejny nienukleozydowy inhibitor odwrotnej transkryptazy – **efawirenz (EFV)** – **STOCRIN** (Merck Sharp & Dohne) (**SUSTIVA**), (DuPont Merck).
- wykazano, iż **nonoksynol-9 (N-9)**, składnik wielu preparatów plemnikobójczych, **nie zapobiegał zakażeniom HIV** (badania prowadzono wśród kobiet sprzedających usługi seksualne)^[589]; dla potwierdzenia tych wyników prowadzono kolejne badania kliniczne, których wyniki opublikowano w 2000 roku: N-9 nie zapobiega, a ułatwia zakażenie HIV.

- **USA** – dopiero w 1998 po 6 latach prób otrzymania marihuany do badań klinicznych, NIDA dał się ubłagać i zobowiązał się do dostarczania papierosów zawierających 3,95% THC niezbędnych do wykazania potencjalnych interakcji między paloną marihuaną, doustnym THC (dronabinolem, dostarczany przez producenta w kapsułkach po 25 mg) a coraz częściej stosowanymi inhibitorami proteazy HIV. Niemożliwe było przeprowadzenie badania potwierdzającego skuteczność marihuany w zespole wyniszczenia (choć taki wątek też wpleciono), gdyż – jak powiedział dziennikarzowi New York Timesa profesor Abrams: „*Musieliśmy zaprojektować badanie tak, by spodobało się przydzielającym grant*”^[590]. W czasopiśmie informującym pacjentów o nowościach w terapii – AIDS Treatment News – pisano o „rozpoczęciu ważnego badania dotyczącego medycznej marihuany”^[591]. Uczestnictwo w nim wiązało się z koniecznością przebywania na oddziale San Francisco General Hospital, bez możliwości wychodzenia i przyjmowania gości, za to z zapewnieniem nielimitowanych rozmów telefonicznych oraz dostępu do telewizji i Internetu. Uczestników podzielono losowo na palących marihuanę, przyjmujących dronabinol lub kapsułki placebo, 3 razy dziennie. Zainteresowani badaniem dzwonili z całych Stanów Zjednoczonych. Spośród ponad 600 chętnych zakwalifikowano 69 osób, w większości mężczyzn (89%) mających więcej niż 40 lat. Pierwszego pacjenta włączono do badania w maju 1998 roku, ostatniego 2 lata później. Papierosy z marihuaną przechowywano w lodówkach zaopatrzonych w alarm^[592]. Grupa palących marihuanę liczyła 20 osób, przyjmujących dronabinol – 22 i placebo 20. Badania wstępne prowadzono przez 4 dni, a po losowym przydziale do grup obserwowano pacjentów przez 21 dni. Wyjściowy poziom wirerii niższy od 50 kopii HIV RNA na mililitr miało 58% uczestników, po 21 dniach obniżył się o 0,07 log₁₀ u palących marihuanę i o 0,04 log₁₀ u przyjmujących dronabinol. Średnia wyjściowa liczba komórek CD4 (340/mm³) po 21 dniach – w porównaniu z przyjmującymi placebo – wzrosła o 20% u palących marihuanę, o 10% u przyjmujących dronabinol. Nie obserwowano istotnych zmian stężeń nelfinawiru i indinawiru. W ciągu 21 dni przyjmujący placebo przybrali na wadze średnio 1,1 kilograma, palący marihuanę średnio 3,0 kilogramy, po dronabinolu średnio 3,2 kilograma. W podsumowaniu autorzy podkreślili, że uzyskane wyniki wskazują na akceptowalne bezpieczeństwo palonej marihuany o znanej zawartości THC w grupie pacjentów z upośledzoną odpornością, nie zaobserwowano interakcji marihuany z lekami antyretrowirusowymi^[524].
- **Francja** – opisano przypadki trwającego 14 lat bez żadnych objawów klinicznych zakażenia **HIV-2** nabytego przez dwie kobiety w następstwie przetoczenia krwi od Portugalczyka, u którego rozpoznano AIDS spowodowany HIV-2 po trwającym 16 – 19 lat bezobjawowym okresie zakażenia. Mężczyzna prawdopodobnie zakażył się w latach 1966-1969 w Gwinei Bissau, a po przeprowadzeniu się do Francji był w latach 1973 -1983 dawcą krwi. Poszukiwanie biorców jego krwi doprowadziły do zidentyfikowania wspomnianych dwóch kobiet^[593].
- **Włochy** – Ministerstwo Zdrowia zostało uznane winnym za skandal związany z zakażoną HIV i HCV krwią: stowarzyszenia pacjentów szacowały, iż w latach 80. około 2 000 chorych na hemofilię zostało zakażonych HIV, a około 5 000 – HCV, w następstwie otrzymania krwi i produktów krwiopochodnych. Do 1988 roku nie wycofano z rynku koncentratów czynników krzepnięcia, które nie były poddawane ogrzewaniu. Przed 1994 rokiem nie wprowadzono systematycznych badań przesiewowych krwiodawców. W latach 80. ponad 80% produktów krwiopochodnych we Włoszech pochodziła od zagranicznych producentów, nie przeprowadzających kontroli ich jakości^[594].
- zaobserwowano potencjalnie śmiertelne interakcje rytonawiru (inhibitor proteazy HIV) z nielegalnymi substancjami psychoaktywnymi, jak MDMA^[595],
- **USA** – lekarze opisali przypadek niepoddającej się leczeniu czkawki u pacjenta z AIDS, która ustąpiła dopiero po dwukrotnym wypaleniu papierosa z marihuaną. Nie udało im się wyjaśnić etiologii czkawki. Mieli też świadomość, że dolegliwość występuje na tyle rzadko, że niemożliwe jest przeprowadzenie badań klinicznych. Jednak, mimo nielegalności marihuany w ich kraju, uznali za istotne podzielenie się swoim doświadczeniem w przypadkach czkawki niepoddającej się leczeniu w żaden inny sposób^[596].
- w grudniu w USA zarejestrowano kolejny nukleozydowy inhibitor odwrotnej transkryptazy – **abakawir (ABV) – ZIAGEN** (GlaxoSmithKline).
- 5 grudnia administracja Billa Clintona przyznała, iż plan dostarczania leków antyretrowirusowych poprzez Medicaid osobom zakażonym HIV, znajdującym się w bezobjawowym stadium zakażenia, a mającym niskie dochody, nie będzie mógł zostać zrealizowany^[597].
- **Kanada** – wprowadzenie medycznej marihuany nastąpiło w tym kraju w następstwie wyroków sądów, ale trwało dość długo. Jedną z głośniejszych spraw dotyczyła Jeana Charlesa Pariseau, trzydziestoletniego mieszkańca Ottawy, chorego na AIDS, w najgorszym momencie swojej choroby ważącego 82 funty (około 40 kilogramów), któremu prowadzący go lekarz dawał wówczas 3 miesiące życia. Pariseau nie mógł przyjmować THC w kapsułkach, legalnych w Kanadzie, bo nie był w stanie ich przełknąć. Kupował marihuanę nielegalnie, co wiązało się z ryzykiem nabycia zanieczyszczonego produktu, a także oskarżenia o posiadanie nielegalnej substancji. Ale dzięki marihuanie palonej pół godziny wcześniej był w stanie połykać 30 tabletek dziennie^{LII}, przybrał na wadze, zaczął się uczyć znowu chodzić. Leczący go lekarz razem z innymi specjalistami wystąpił do Ministerstwa Zdrowia o zgodę na przepisywanie choremu marihuany w ramach programu ułatwionego dostępu [Facilitated Access Program], ale z powodów formalnych wnioszek odrzucono^[598]. Dopiero na początku lat dwutysięcznych zalegalizowano medyczną marihuanę dla wszystkich ciężko chorych pacjentów
- **Japonia** – wybuchł skandal po ujawnieniu, że już w 1983 roku wiedziano, iż nie poddawane ogrzewaniu koncentraty czynników krzepnięcia mogą przenosić drobnoustroje wywołujące AIDS^[599]. Ponad 40% chorych na hemofilię zostało zakażonych poprzez importowane z USA koncentraty czynników krzepnięcia, które nie zostały poddane obróbce cieplnej.

^{LII} W początkach skutecznej terapii antyretrowirusowej trzeba było przyjmować bardzo dużo tabletek na dobę (niektórzy przyjmowali 30 i więcej). Oprócz leków antyretrowirusowych konieczne było przyjmowanie leków zapobiegających wystąpieniu infekcji oportunistycznych, leczące objawy chorób współwystępujących. Teraz może wystarczyć 1 tabletką dziennie.

O używaniu poddawanych ogrzewaniu produktów krwiopochodnych zdecydowano w czerwcu 1985 roku, 2 lata i 4 miesiące później niż w USA. Do tego czasu importowano z USA nie ogrzewane produkty (miały być nadal dostępne do 1988 roku). W przypadku ciężkich chorób, takich jak nowotwory czy AIDS, w Japonii informuje się członków rodziny, a nie samych pacjentów, z obawy o ich strach, niemożność poradzenia sobie z problemem. W latach 80. specjaliści leczący chorych na hemofilę uznali, iż nie będą informować o pozytywnych wynikach testów swoich pacjentów ani innych lekarzy lub pracowników opieki zdrowotnej, gdyż nie było skutecznego leczenia, nie powstał system doradztwa dla osób zakażonych HIV, a lekarze i inni pracownicy opieki medycznej mogliby dyskryminować takich pacjentów. Dopiero w początkach lat 90., ponad 5 lat po stwierdzeniu pierwszego przypadku zakażenia HIV w Japonii, lekarze zaczęli powiadamiać swoich pacjentów o zakażeniu^[600]. Rok później wytoczono dwa procesy, w Tokio i Osace, przeciwko rządowi i 5 firmom farmaceutycznym, oskarżając je o zezwolenie na używanie nie poddawanych ogrzewaniu produktów krwiopochodnych mimo świadomości, iż mogą być zakażone HIV, a w USA zakazano ich stosowania. W lutym 1996 roku minister zdrowia Japonii przeprosił chorych o zakażenie, którzy nabyli zakażenie HIV poprzez produkty krwiopochodne (zakażeniu uległo 18 000 chorych),^[601] miesiąc później pozwani przyznali się do pełnej odpowiedzialności, a procesy zakończyły się ugodami^[602]. W następstwie ugody między Ministerstwem Zdrowia i Opieki Społecznej a firmami frakcjonującymi osocze zapłacono zakażonym HIV pacjentom jednorazowo 450 000 US\$^[603].

- **Republika Południowej Afryki (RPA)** – młoda kobieta, Gugu Dlamini, została pobita na śmierć przez swoich sąsiadów, kiedy ujawniła fakt swojego zakażenia HIV w telewizji; zdarzyło się to miesiąc po apelu wiceprezydenta Thabo Mbeki o „przerwanie ciszy o AIDS” w celu zwalczania epidemii^[604]; na ponad 3 mln osób zakażonych HIV w tym kraju mniej niż 100 mówi o tym otwarcie^[605].
 - w RPA powstała organizacja pozarządowa **Treatment AIDS Campaign (TAC)**, walcząca o prawa osób zakażonych HIV i chorych na AIDS oraz o dostęp do terapii antyretrowirusowej; twórcą organizacji był Zackie Achmat (więcej informacji o organizacji TAC: www.tac.org.za).
 - rząd RPA przyznał, że epidemia HIV/AIDS rośnie w tym kraju najszybciej na świecie, jednak prezydent Thabo Mbeki odmówił podawania zydowudyny (**AZT**) zakażonym HIV kobietom w ciąży, by zmniejszyć ryzyko zakażenia ich dzieci. Rok wcześniej szacowano, że 16% kobiet ciężarnych zgłaszających się do przychodni było zakażonych HIV, co oznaczało, że około 8% (3 mln) ludzi żyło z HIV, a rząd szacował, że dziennie dochodzi do 1500 nowych zakażeń^[606].
- **Zambia** – 1 300 nauczycieli zmarło w pierwszych 10 miesiącach roku z powodu HIV/AIDS, co stanowi około 2/3 pedagogów kształconych rocznie w tym kraju^[607].
- wykazano, iż wraz z czasem trwania równoczesnego zakażenia obydwoma ludzkimi wirusami upośledzenia odporności **poziom HIV-2 obniża się**, co może być spowodowane sekwestracją w rezerwuarach tkankowych lub dominacją replikacji HIV-1^[608].
- Światowa Kampania AIDS przebiegała pod hasłem „Siła dla zmian: Światowa Kampania AIDS z młodym ludźmi” (**Force for Change: Word AIDS Campaign With Young People**).
- w USA zarejestrowano **706 793** przypadków AIDS, **418 814** osób zmarło.

Polska – 1998

- w ramach wspólnego projektu Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej i Programu Narodów Zjednoczonych ds. HIV i Rozwoju Społecznego (UNDP) Polska Fundacja Pomocy Humanitarnej Res Humanae organizowała liczne szkolenia dla lekarzy i pielęgniarek dotyczące podstawowej wiedzy o HIV/AIDS, zasad opieki medycznej, kwestii etycznych związanych z AIDS; UNDP certyfikowało szkoleniowców w dziedzinie epidemii AIDS (archiwum DRSz).
- 23 marca w Centrum Informacji ONZ w Warszawie odbyło się Spotkanie Trójstronne, na którym omówiono projekt „Ograniczania Społecznych i Zdrowotnych Skutków HIV i AIDS”, na które zapraszał Stały Przedstawiciel Programu ONZ ds. Rozwoju Matthew Kahane. Ze strony Rządu RP w spotkaniu uczestniczyli przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej (dr Irena Głowaczewska, Wiceminister Zdrowia, ks. Arkadiusz Nowak, doradca Ministra oraz Małgorzata Czerniawska-Ankiersztejn, Elżbieta Ciestoń-Przeclawska i Barbara Daniluk-Kula z Krajowego Biura ds. Zapobiegania AIDS, OZN reprezentowała Kasia Malinowska-Sempruch i jej współpracownicy z UNDP, United Nations Population Fund (Olenaa Skiecińska), WHO (Andrzej Zbonikowski i Aurelia Ostrowska), Organizacje pozarządowe reprezentowane były przez Stowarzyszenie Wolontariuszy wobec AIDS „Bądź z nami” (Joanna Gałąj), organizację Solidarni „PLUS” (Adam Nyk). Stowarzyszenie LAMBDA warszawa (Michał Pawłęga), Społeczny Komitet ds. AIDS (Grażyna Budka i Artur Lutarewicz), program Streetworkers „TADA” (Anna Nowak), Instytucje Edukacyjne – Zakład Poradnictwa Młodzieżowego i Edukacji Seksualnej (Zbigniew Izdebski), Akademia Medyczna w Białymstoku (dr Dorota Rogowska-Szadkowska), CTN Monar Kraków (Marek Zygałło), obecna była przedstawicielka Ambasady Holandii (pani Verschoor Grdien), z ramienia Wspólnoty Europejskiej pan Patrick Monod-Gayraud. Mass media reprezentowały Radio Super FM, „Życie Warszawy”, Państwowa Agencja Prasowa i Informacyjna Agencja Radiowa. Podsumowano dotychczasowe działania i zapowiadano ich kontynuację (Protokół ze spotkania Trójstronnego –archiwum DRSz).
- 16 – 17 kwietnia **Krajowe Biuro Koordynacyjne ds. Zapobiegania AIDS** oraz firma Merck Sharp and Dohme Idea we współpracy z Bądź z nami przeprowadzili **warsztaty** dotyczące problemów HIV/AIDS w Polsce **dla dziennikarzy** (archiwum DRSz).
- **Centrum Diagnostyki i Terapii AIDS w Warszawie** oraz Roche Polska zorganizowali Pierwszą Ogólnopolską Konferencję HIV/AIDS. Odbyła się w maju, w Zakopanem.

- ♦ szefowa Biura UNDP w Polsce, **Kasia Malinowska-Sempruch** ogłosiła, że kończy swój pobyt w Polsce. Napisała: „*Odchodzę z poczuciem spełnienia. Uczucie, które mam nadzieję, Wy też ze mną dzielicie. W trakcie tych trzech lat rozmiary naszego programu, liczba instytucji, z którymi współpracujemy, osób odwiedzających nasze biuro rozrosły się niesamowicie. Obejmowałam stanowisko z zerowym budżetem, kiedy odchodziłam okazało się, że wydaliśmy kolektynnie ponad 2 miliony dolarów*”^[609].
 - w tym samym numerze Biuletynu pisano o kontynuacji współpracy UNDP z Pracownią „Pro-M” z Instytutu Psychiatrii i Neurologii i ewaluacji programu „Ograniczanie Społecznych i Zdrowotnych Skutków Światowej Epidemii HIV”, o objęciu patronatem przez Ogólnopolski Program Prewencji HIV/AIDS i Chorób Przenoszonych Drogą Płciową „TADA” Katowickiego Programu Prewencji „Róża” pracującego z osobami świadczącymi homo- i heteroseksualne usługi na terenie Górnego Śląska (w lipcu „TADA” była zarejestrowana i działała w 6 miastach w Polsce, w Gdańsku, Katowicach, Poznaniu, Szczecinie, Warszawie i Zielonej Górze, a także o zorganizowaniu jesienią kolejnej certyfikacji z 6-dniowymi warsztatami i uzyskaniem certyfikatu edukatora HIV/AIDS. Zamieszczono też relację z XII Światowej Konferencji AIDS w Genewie (Szwajcaria), którą najprawdopodobniej autorka ukryta pod inicjałami JK napisała na zakończenie „...konferencja w Genewie nie pozostawiła wrażenia pewnego optymizmu i nadziei, z jakim uczestnicy wyjeżdżali z Vancouver [...] Pomimo faktu, że leczenie jest na coraz wyższym poziomie, coraz mniej ludzi leży na oddziałach dla chorych na AIDS, firmy farmaceutyczne opracowują coraz bardziej »wygodne« kombinacje leków, nadal najsukuteczniejszą SZCZEPIONKĄ JEST PREWENCJA”.
 - 21 lipca p. p. Stałego Przedstawiciela UNDS w Polsce rozesłał informację, że kontynuować pracę Kasi Malinowskiej-Sempruch będą **Joanna Kazana i Ewa Koziuk** (archiwum DRSz).
- ♦ **III Ogólnopolskie Spotkanie Osób Żyjących z HIV/AIDS**, zorganizowane przez Stowarzyszenie **Bądź z Nami** odbyło się 9 – 14 października w Świeradowie Zdroju (archiwum DRSz).
- ♦ podczas **V Międzynarodowej Konferencji „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie”**, pod honorowym patronatem Pierwszej Damy **Jolanty Kwaśniewskiej**, **czerwone kokardki** otrzymali:
 - Adrianna Chaława, b. pracownica MSD,
 - Maria Dziedzic, Społeczny Komitet ds. AIDS,
 - Edyta Geppert, piosenkarka,
 - Małgorzata Jurkowska, Glaxo Smithkline Beecham,
 - Ewa Kopicz – Kamińska Wojewódzki Szpital Zakaźny,
 - Musabin Mian, Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie,
 - Jolanta Orłowska,
 - Małgorzata Słomian,
 - Krystyna Sokołowska, założycielka Stowarzyszenia na Rzecz Dzieci "Mały Książę",
 - Janusz Szymczak,
 - Wojciech Tomczyński, Stowarzyszenie Wolontariuszy wobec AIDS "Bądź z Nami",
 - Marek Zygałło, Krakowskie Stowarzyszenie Pomocy Uzależnionym.
- ♦ stwierdzono **638** przypadków zakażeń HIV, najwięcej w województwie katowickim i st. warszawskim, w skali kraju najwięcej zakażeń wykryto wśród osób młodych: 20 – 29 lat – 49,4%, nadal przeważali zakażeni w następstwie przyjmowania narkotyków w iniekcjach (354 osoby – 55,5%), nadal rósł odsetek osób bez informacji o drodze zakażenia (34,5%), w dalszym ciągu przeważali mężczyźni – 463, kobiet 158; rozpoznano **116** zachorowań na AIDS (92 mężczyzn i 24 kobiet), **50** chorych zmarło^[610].

1999

- **raport WHO** – AIDS stał się wiodącą przyczyną śmierci z powodu chorób zakaźnych na świecie^[611].
- **USA** – skazano na 50 lat więzienia lekarza, który z zemsty za porzucenie go przez przyjaciółkę wstrzyknął jej zakażoną HIV krew swojego pacjenta^[612].
- **Francja** – w styczniu ukazało się doniesienie o prawdopodobnym przeniesieniu zakażenia z chirurga-ortopedy (zakażonego najprawdopodobniej podczas wykonywania obowiązków zawodowych) na operowaną przez niego pacjentkę – to trzeci z opisanych przypadków przeniesienia zakażenia HIV z lekarza na pacjenta^[613].
- **Kanada** – na początku roku Sąd Apelacyjny w Ontario orzekł, że medyczni użytkownicy marihuany są, dzięki zapisom konstytucji, wyłączni spod prawa karnego zakazującego używania, posiadania i uprawy konopi, mają też uzasadnione prawo do dostępu do niej bez groźby aresztowania. Zalecił, by Rząd Federalny stworzył program medycznego jej stosowania i dostarczania chorym^[614]. W tym samym roku Minister Zdrowia Kanady stwierdził, że rząd „*jest świadomy istnienia terminalnie chorych, cierpiących Kanadyjczyków, wierzących, że użycie medycznej marihuany może złagodzić ich dolegliwości i chce im pomóc*”^[615]. Wydał też pierwsze pozwolenia, dzięki którym 2 mężczyźni chorzy na AIDS **LIII** otrzymali zgodę na posiadanie i uprawę konopi, kolejne pozwolenia wydano w październiku. Jednak chorym nie

LIII Jednym z nich był Jim Wakeford, któremu zezwolono na uprawianie 7 roślin, ale nie zapewniono możliwości bezpiecznego zakupu nasion.

zagwarantowano bezpiecznego źródła, z którego mogliby otrzymywać susz marihuany i nasiona^[616]. W październiku zniesiono sankcje karne, które miano zastosować wobec 14 chorych, między innymi na AIDS i stwardnienie rozsiane, pozwolono im także na uprawę marihuany na własny użytek i jej stosowanie. Do połowy 2000 roku zezwolenia uzyskało około 40 osób^[617].

- **Wielka Brytania** – rząd ogłosił, iż wszystkim kobietom w ciąży powinien być oferowany test na HIV, w celu zmniejszenia liczby dzieci zakażonych HIV o 80% do 2002 roku^[618].
- **USA** – rozpoczęła się kampania sprzeciwiająca się używaniu prezerwatyw: członek Izby Reprezentantów, konserwatysta Tom Coburg domagał się wprowadzenia ustawy nakazującej umieszczania na opakowaniach prezerwatyw ostrzeżeń – na wzór tych, które pojawiają się na paczkach papierosów – mówiących, że nie chronią one przed zakażeniem wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV – *human papilloma virus*). Choć prawo to nigdy nie weszło w życie to jednak akcja okazała się skuteczna w podważaniu skuteczności prezerwatyw w zapobieganiu chorobom przenoszonym drogą płciową^[619].
- **USA** – kobieta zakażona HIV przez swojego byłego przyjaciela została skazana na 26,5 roku więzienia za uprawianie kontaktów seksualnych bez zabezpieczenia z kilkoma innymi mężczyznami. Pięciu z siedmiu mężczyzn zeznających przed sądem potwierdziło, że nie informowała ich o swoim zakażeniu. Jeden z nich powiedział, że od przelotnego kontaktu seksualnego z nią jest zakażony HIV. W 1994 roku prawo stanu Tennessee zmieniono uznając za przestępstwo świadome ekspozowanie drugiej osoby na HIV, nawet jeśli nie doszło do jej zakażenia. W tym samym czasie w Nowym Jorku mężczyzna podejrzewany o przekazanie wirusa HIV przynajmniej kilkunastu młodym kobietom, który przyznał się do świadomego narażenia na zakażenie 15-latki, odsiadujący karę za sprzedaż kokainy może być skazany dodatkowo na 7 lat więzienia^[620].
- **Kenia** – Prezydent przyznał, iż AIDS jest katastrofą narodową i zaapelował o natychmiastowe utworzenie **National AIDS Control Council**; jednocześnie zapowiedział, że jego rząd i kościoły w jego kraju NIE będą promować używania prezerwatyw w celu zapobieżenia transmisji HIV, gdyż to mogłoby zachęcać młodych ludzi do promiskuityzmu^[621].
 - wykazano, iż usuwanie HIV z organizmu przy użyciu dostępnych obecnie leków antyretrowirusowych może trwać nawet 60 lat^[622, 623], zaś replikacja HIV utrzymuje się na bardzo niskim poziomie także u osób, których poziom wirerii jest niższy od 50 kopii RNA HIV/ml^[m.in. 624].
 - **Japonia** – szacowana liczba zakażeń HIV wzrosnąć ma z 7 320 w 1998 do 15 400 w 2003 roku, a liczba przypadków AIDS z 930 do 3 300, alarmowali eksperci, większość zakażeń rozpoznawanych jest w Tokio i okolicach^[625].
 - **Hiszpania** – Ministerstwo Zdrowia rozpoczęło 15 sierpnia **kampanię promującą wykonywanie testów** na HIV przez kobiety ciężarne; kampania kierowana jest do kobiet, ale ma także wzmocnić lekarzy proponujących testy; w ciągu ostatnich kilku lat liczba zakażeń wertykalnych zmniejszyła się w Hiszpanii o 80% (z 79 w 1995 do 16 w 1998 roku), a celem kampanii jest dalsze zmniejszenie liczby takich przypadków^[626].
 - **Katalonia (Hiszpania)** oferuje bezpłatne mleko do karmienia dzieci matom zakażonym HIV w następstwie porozumienia między katalońskim Wydziałem Zdrowia i hiszpańskim producentem mleka dla niemowląt; mleko dostarczane jest przez apteki szpitalne lub lekarzy pediatrów opiekujących się dziećmi; 1 na 300 kobiet rodzących dzieci w Katalonii zakażona jest HIV, ale dzięki terapii antyretrowirusowej liczba zakażonych HIV dzieci, które nabyły zakażenie od swoich matek, zmniejszyła się z 16 przypadków w 1994 do 5 w 1998 roku^[627].
 - wykazano, iż elektywne cięcie cesarskie, przeprowadzone przed rozpoczęciem akcji porodowej i przed pęknięciem błon płodowych, dodatkowo zmniejsza o połowę ryzyko przeniesienia zakażenia HIV z matki na dziecko, a w połączeniu z terapią antyretrowirusową obniża je do 2%^[628]. W tym samym roku opublikowano kolejne wyniki badań: wśród dzieci matek otrzymujących leczenie antyretrowirusowe zakażenie HIV stwierdzono u 2% spośród 196 dzieci, które przyszły na świat dzięki cesarskiemu cięciu i u 7,3% spośród 1 255 urodzonych innymi metodami^[629].
 - **Kanada** – w obserwacjach prowadzonych w latach 1998 – 1999 wykazano, że ponad 14% pacjentów zakażonych HIV przyjmowało marihuanę w celach medycznych, przede wszystkim z powodu neuropatii obwodowej i doznawanych objawów ubocznych terapii antyretrowirusowej z przewodu pokarmowego. Przyjmowali ją także ludzie, którzy – jak podawali lekarze – nie mogli sobie zapewnić właściwych ilości pożywienia, ale nie w celach rekreacyjnych^[630].
 - w kwietniu w USA zarejestrowano kolejny inhibitor proteazy HIV – **amprenawir (APV) – AGENERASE** (GlaxoSmithKline).
 - wiele dyskusji wzbudził opublikowany w maju list do redakcji New England Journal of Medicine list, którego autorzy opisywali przypadek pacjenta, którego leczenie **LIV** rozpoczęto krótko po ostrej infekcji HIV, przed pełną serokonwersją w teście Western blot, w fazie osiągnięcia względnie stałego poziomu wirerii. Po osiągnięciu niewykrywalnej wirerii (poniżej 500 kopii HIV RNA/ml) obserwowano ponowny jej wzrost po krótkim przerwaniu leczenia, ale po kolejnej przerwie w leczeniu, po 176 dniach, nie obserwowano wzrostu wirerii przez kolejnych 551 dni, mimo iż pacjent przebył w tym czasie ostre zakażenie wirusem HAV. Jednak ślady HIV RNA wykryto w węzłach chłonnych pacjenta, a zdolny do replikacji wirus, w niewielkich ilościach, ze spoczynkowych limfocytów CD4, a mimo to liczba komórek CD4 wzrosła do wartości prawidłowych^[631]. Nie udało się odnaleźć informacji o dalszych losach tego pacjenta.
 - **Australia** – opisano przypadek skutecznej profilaktyki poekspozycyjnej (AZT, 3TC i IDV) u kobiety, której podano świeże nasienie mężczyzny MSM. Dawca 2 miesiące wcześniej miał negatywny wynik testu na HIV. Jak się okazało

LIV hydroksymocznik (400 mg 3 x dziennie – lek obecnie nie stosowany), didanosine (ddI – 200 mg 2 razy dziennie) i indynawir (800 mg 3 razy dziennie).

w czasie oddania nasienia był w trakcie serokonwersji. Podawanie leków antyretrowirusowych kobiecie rozpoczęło 10 dni po podaniu nasienia. Doszło do zapłodnienia, kobieta urodziła zdrowego chłopca i nie nabyła zakażenia HIV [632].

- w strzykawkach używanych przez osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych używanych w iniekcjach niemal zawsze znajduje się pewna zawartość krwi. Osoba wstrzykująca sobie dożylnie substancję psychoaktywną zawsze sprawdza, czy rzeczywiście wkuła się do żyły, aspirując (wciągając) krew do strzykawki. Po podaniu narkotyku krew jest zwykle ponownie aspirowana, w celu wypłukania strzykawki z pozostałości narkotyku, po czym wstrzykiwana ponownie. Czasem czynność ta powtarzana jest kilkakrotnie. W zależności od wielkości i rodzaju używanego sprzętu po użyciu w końcówce strzykawki i w świetle używanej do iniekcji igły pozostaje od 2 do 20 μ l krwi, w różnym stopniu rozcieńczonej substancją psychoaktywną [633].
- **Chiny** – w listopadzie telewizja pokazała pierwszą reklamę telewizyjną prezerwatyw, w celu zahamowania szerzenia się chorób przenoszonych drogą płciową [634], jednak jej emisję po kilku dniach wstrzymano [635].
- **Rosja** – w ciągu pierwszych 9 miesięcy 1999 roku liczba nowych zakażeń HIV w Moskwie, przenoszonych wśród osób przyjmujących narkotyki w iniekcjach, wzrosła 3-krotnie, w porównaniu z liczbą kumulacyjną zakażeń w latach poprzednich [636].
- **USA** – w końcu roku ukazała się książka „**The River**” angielskiego dziennikarza Edwarda Hoopera, w której po raz kolejny przedstawiono pogląd, iż HIV trafił do Afryki w latach 1957-1960, w ramach akcji doustnych szczepień dzieci przeciwko chorobie Heinego-Medina. Hipoteza opierała się na założeniu, iż wirus używany do produkcji doustnej szczepionki CHAT, stworzonej przez zespół kierowany przez Hilarego Koprowskiego, uczonego polskiego pochodzenia, miał być hodowany przy użyciu komórek nerek szympanów, co miało się przyczynić do przeniesienia wirusa SIV z małp na ludzi. Potwierdzeniem dla Hoopera było wykazanie, iż najstarszy znany dotąd przypadek AIDS datowano na rok 1959 (wirus zidentyfikowano w tkankach pacjenta zmarłego na terenie ówczesnego Konga Belgijskiego), a także fakt, iż akcja doustnych szczepień dotyczyła terytoriów obecnej Rwandy, Burundi i Konga, na których najprawdopodobniej rozpoczęła się epidemia AIDS. W wielu analizach, które przeprowadzono po tych oskarżeniach, wykazano ich całkowitą bezzasadność [637].
- **USA** – sąd stanu Oregon zakazał karmienia piersią własnego dziecka kobiecie zakażonej HIV; kobieta dowiedziała się o swoim zakażeniu po wykonaniu badania zleconego przez lekarza w 6 miesiącu ciąży i rozpoczęła przyjmowanie lamiwudyny i zydowudyny (AZT), ale studiując wraz z mężem informacje o HIV/AIDS natrafiła na pogląd, iż HIV nie powoduje AIDS; z obawy o wystąpienie działań ubocznych przerwała przyjmowanie leków na 3 tygodnie przed porodem i odmówiła przyjęcia AZT w kropłówce podczas porodu; jednak kiedy chciała karmić piersią swoje dziecko pracownicy szpitala zgłosili sprawę do sądu – kobiecie zalecono podawanie AZT przez 6 tygodni swojemu dziecku i zakazano karmienia go piersią; kobieta zachowała prawo do opieki nad dzieckiem, ale będzie regularnie kontrolowana, czy nie karmi piersią [638].
- **USA** – w czasie kampanii prezydenckiej ówczesny gubernator Teksasu **George W. Bush** wypowiedział się na temat legalizacji medycznej marihuany w niektórych stanach z właściwą sobie swadą: I believe each state can choose that decision as they so choose [Wierzę, że każdy stan może podjąć taką decyzję, jaką chce podjąć], ale szybko dodał, że o prawach Dystryktu Kolumbia decyduje Kongres [639]. Kiedy został prezydentem, Departament Sprawiedliwości zdecydował, że każde posiadanie marihuany, nawet z powodów medycznych, nawet jeśli nie ma żadnych dowodów potwierdzających cele komercyjne, uznaje się za naruszenie ustawy o kontrolowanych substancjach (CSA) z 1970 roku. Nieco później Rada do spraw Naukowych **American Medical Association [AMA]** [LV] przyznała, że marihuana może mieć zastosowanie medyczne i zaleciła, by stało się to przedmiotem przeglądu naukowego, a także dalszych właściwie prowadzonych badań nad nią samą i kanabinoidami wśród pacjentów ze schorzeniami, w których dane przedkliniczne i opisy przypadków sugerują skuteczność terapeutyczną. Apelowala też do Narodowych Instytutów Zdrowia o wprowadzenie procedur administracyjnych ułatwiających prowadzenie badań klinicznych nad medycznym zastosowaniem marihuany [640].
- **Szwajcaria** – kampanie propagujące używanie prezerwatyw w przygodnych kontaktach seksualnych rozpoczęło już w początkach epidemii AIDS ich stosowanie wzrosło od 10% w początkach kampanii informacyjnych do 60% w 1999 roku [641].



Jedno z pierwszych haseł promujących prezerwatywy w Szwajcarii.

- **UNAIDS** poinformowało, iż 33 mln osób na świecie żyje z HIV/AIDS, w roku 1999 zmarło 2,3 mln osób.

LV AMA w pewnym sensie jest też organizacją polityczną; od 1989 do 1999 roku AMA Political Action Committee przekazała 14 mln dolarów kandydatom do Senatu i Izby Reprezentantów USA, oferując republikanom 2 razy więcej funduszy niż demokratom. W 1998 roku z funkcji redaktora naczelnego czasopisma JAMA zwolniono George'a Lundberga za dopuszczenie do publikacji wyników badań Instytutu Kinseya, w których wykazano, że 60% Amerykanów nie uważa kontaktów oralnych za uprawianie seksu – w tym samym czasie, kiedy prezydent Clinton stwierdził, że „nigdy nie uprawiał seksu z tą kobietą” i został oskarżony o kłamstwo przez republikanów z Izby Reprezentantów (J. Hoey, C. E. Caplan, T. Elmslie et al., *Science, sex and semantics: the firing of George Lundberg. Can Med. Assoc. J.* 1999; 160(4): 507–508).

- po raz pierwszy podano, iż w Afryce liczba zakażonych HIV kobiet jest większa od liczby zakażonych mężczyzn ^[642].
- **Republika Południowej Afryki (RPA)** – dziennikarka, która stała się ofiarą gwałtu, Charlene Smith, nagłośniła ogromne trudności w zdobyciu jedynego leku, który mógłby zmniejszyć ryzyko zakażenia HIV – **AZT**, mimo iż miała prywatne ubezpieczenie i była w stanie za lek zapłacić. W RPA szacuje się, że 25% populacji ma HIV, codziennie zakaża się 1800 osób, a częstość gwałtów jest wśród najwyższych na świecie. Tyle że w tym kraju dyskutowaną kwestią było w tym momencie dostarczanie AZT zakażonym HIV kobietom w ciąży, by zmniejszyć ryzyko przeniesienia zakażenia na dziecko. Także w tym przypadku Ministerstwo Zdrowia odmówiło wydawania leku, z obaw o skuteczność ale i wysokie koszty leku przy ograniczonych środkach na publiczny system ochrony zdrowia. Nie ma dowodów naukowych, twierdziły zgodnie GlaxoWellcome i Ministerstwo Zdrowia RPA, że AZT może skutecznie zmniejszyć ryzyko zakażenia zgwałconej kobiety^[643].
- **RPA** – prezydent Thabo Mbeki, i minister zdrowia, dr Manto Tshabalala-Msimang ^{LVI}, ogłosili, że **AZT** jest lekiem niebezpiecznym ^[644].
- opublikowano założenia etyczne dla przyszłych badań nad zapobieganiem przenoszenia zakażenia HIV z matki na dziecko: podkreślono, że możliwe do wprowadzenia w krajach rozwijających się sposoby profilaktyki powinny być niezwykle ważne jest poszukiwanie i identyfikacja sposobów postępowania, które są bardziej skuteczne, niż brak terapii, a większość ekspertów zgodziła się z poglądem, iż w takiej sytuacji uzasadnione jest porównywanie z nieleczonymi pacjentami. Poglądy te spotkały się z wieloma głosami sprzeciwu, podkreślającymi, iż uzasadniają one dalsze prowadzenie nieetycznych badań nad okołoporodową transmisją HIV w krajach biednych ^[646], nie są zgodne z Deklaracją Helsińską ^[647, 648], a także zwracającymi uwagę na fakt, iż badania takie planowane i finansowane są przez sponsorów z krajów rozwiniętych, którzy nie mogą, ze względów etycznych, prowadzić takich badań w swoich macierzystych krajach, powinny więc uwzględniać najwyższe możliwe standardy opieki kraju sponsorującego badania wszystkim uczestnikom badań ^[649].
- **Tajlandia** – w 1989 roku rząd rozpoczął wprowadzanie programu nakłaniającego do używania prezerwatyw podczas komercyjnego seksu. O ile wcześniej odsetek osób używających prezerwatyw w kontaktach z osobami sprzedającymi usługi wynosił około 14%, to pięć lat później już ponad > 90%, towarzyszyło temu znaczne zmniejszenie liczby zakażeń HIV i innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową, jak podawali przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia ^[650]. Ten sukces programu „**100% Condom Use**” był wynikiem skoncentrowania działań wyłącznie na jednym celu: używaniu prezerwatyw w kontaktach z osobami sprzedającymi usługi seksualne i wykluczeniu innych, jak poprawa moralności czy eliminacja prostytucji, która jest nielegalna, choć osoby sprzedające usługi seksualne nie są karane ^[651]. Niestety nie kierowano akcji informacyjnych do żon i partnerek seksualnych mężczyzn korzystających z płatnego seksu. Spośród 29 000 nowych zakażeń HIV w 2000 roku 25 000 dotyczyło osób dorosłych, a 4 000 – dzieci. Około połowa nowych zakażeń wśród dorosłych dotyczyła kobiet zakażonych przez swoich mężów lub partnerów seksualnych, 25% związana była z przyjmowaniem narkotyków w iniekcjach, także kobiet, które zakazili ich partnerzy używający niesterylnego sprzętu do iniekcji, ale znacząco zmniejszyła się liczba zakażeń wśród osób sprzedających usługi seksualne i ich klientów ^[652].
- **hasło Światowego Dnia AIDS, kierowane do młodzieży, brzmiało „Słuchaj, ucz się, żyj” (Listen, Learn, Live: World AIDS Campaign with Children & Young People)**, (https://www.unaids.org/en/World_AIDS_Day).
- w USA zarejestrowano **733 374** przypadków AIDS, **430 441** osób zmarło.

Polska – 1999

- ♦ 12 lutego odbyło się pierwsze posiedzenie Komitetu ds. AIDS Rady Sanitarno-Epidemiologicznej przy Głównym Inspektorze Sanitarnym, któremu przewodniczył dr Marek Beniowski (archiwum DRSz).
- ♦ w dniach 13-19 sierpnia odbyła się w Warszawie **Międzynarodowa Konferencja Osób Żyjących z HIV**, pod patronatem Pierwszej Damy Jolanty Kwaśniewskiej, zorganizowana przez sieć GNP+ oraz **International Community of Women Living with HIV/AIDS (ICW)**. Skupiła ponad 500 uczestników z ponad 60 krajów świata. Po raz pierwszy taka Konferencja odbyła się w kraju środkowej Europy. Przebiegała pod hasłem „**United for Equality**”.

^{LVI} Pani minister pełniła swoje obowiązki w latach 1999 – 2008, nazywano ją „Burakiem”, bo sugerowała, że właśnie buraki, czosnek, olej z oliwek, cytryny i afrykańskie ziemniaki są użyteczniejsze niż leki antyretrowirusowe. Wspierała też „lek” Virodene (rozpuszczalnik przemysłowy), była krytykowana za współpracę w badaniach tego leku na żołnierzach w Tanzanii, kiedy agencja regulująca dopuszczanie leków na rynek w RPA odmówiła zgody na przeprowadzenie takich badań w kraju. Zmarła 16.12.2009 r., oczekując na drugą transplantację wątroby (Sidley P. Manto Tshabalala-Msimang. *Obituaries. Brit Med J.* 2010; 340: c127).



- ♦ **III Zjazd Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS „Wczoraj, dziś i jutro HIV/AIDS w Polsce”**, zorganizowany przez Klinikę Obserwacyjno-Zakaźną Akademii Medycznej, odbył się w Białymstoku; nowym prezesem PTNAIDS została prof. dr hab. n. med. Anna Boroń-Kaczmarek.
 - Walne Zgromadzenie członków PTN AIDS w Białymstoku 11 czerwca **nadało godność członków honorowych Towarzystwa** prof. Walentynie Mazurkiewicz, prof. Andrzejowi Stapińskiemu i dr Janowi Suchowiakowi.

- ♦ w Szczecinie powstało **Stowarzyszenie Wolontariuszy Wspierające Osoby Żyjące z HIV i Chore na AIDS „DADU”**



- ♦ **Krystyna Sokołowska** założyła **Stowarzyszenie Wolontariuszy na rzecz Dzieci „Mały Książę”**, podczas trwania pierwszego turnusu rehabilitacyjno-edukacyjnego dla dzieci i rodziców dotkniętych problemem HIV/AIDS.

„Stowarzyszenie jest organizacją o zasięgu ogólnopolskim, powstałą głównie z inicjatywy osób żyjących z AIDS, wychowujących dzieci zarówno chore, jak i zdrowe. Dzięki współpracy z instytucjami rządowymi i pozarządowymi, ośrodkami lekarskimi, Sądem Rodzinnym i prawnikami możemy nieść pomoc, która dotychczas nie była dostępna dla wszystkich potrzebujących. Stowarzyszenie organizuje: pomoc materialną na leki, odzież i żywność dla rodzin ubogich; porady prawne i pomoc w pokonywaniu trudności urzędowych; opiekę wolontariuszy nad dziećmi w przypadku hospitalizacji rodziców; transport do szpitala; dofinansowywanie kursów pozwalających rodzicom na podjęcie pracy zarobkowej; pośrednictwo w adopcjach dzieci osieroconych lub porzuconych z powodu AIDS. Niestety, strona internetowa stowarzyszenia zniknęła z sieci” napisano, bez podania daty, na stronie internetowej, którą cytuję ^[653].



- ♦ powołano **Krajowe Centrum ds. AIDS**.
- ♦ opracowano **„Krajowy Program zapobiegania zakażeniom HIV, opieki nad żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS”** na lata 1999 – 2003.
- ♦ hasło Światowego Dnia AIDS, kierowane do młodzieży, które brzmiało **„Słuchaj, ucz się, żyj”** upowszechniano na koszulkach, plakatach, ulotkach,
- ♦ 26 – 28 listopada odbyła się Międzynarodowa Konferencja **„Młodzież a AIDS”** w Warszawie.
- ♦ Podczas **VI Międzynarodowej Konferencji „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie”**, pod honorowym patronatem Pierwszej Damy Jolanty Kwaśniewskiej, **czerwone kokardki** otrzymali:
 - Jolanta Kwaśniewska, Pierwsza Dama RP, honorowa patronka Światowego Dnia AIDS w Polsce,
 - Irena Głowaczewska, Wiceminister Zdrowia, Główny Inspektor Sanitarny,
 - Ewa Milewska-Celińska, kancelaria adwokacka,
 - Aldona Zygmunt, pracownik firmy Glaxo SmithKline Beecham,
 - Jolanta Sabbat, b. Łącznik Ministerstwa Zdrowia z WHO,
 - Emanuela Orłowska, Klinika Chorób Zakaźnych w Gdańsku,
 - Robert Gezler, Stowarzyszenie „Bądź z nami”,
 - Elżbieta Gulińska,
 - Tadeusz Doliński, Ośrodek Diagnostyki i Terapii AIDS w Chorzowie,
 - Dorota Szkurłatowicz, Ośrodek Diagnostyki i Terapii AIDS w Chorzowie,
 - Edward Bożek, Ośrodek Diagnostyki i Terapii AIDS w Chorzowie,
 - Magdalena Marczyńska, Kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych Wieku Dziecięcego AM w Warszawie,
 - Małgorzata Szczepańska-Put, Klinika Chorób Zakaźnych Wieku Dziecięcego AM w Warszawie,
 - Andrea Racca obywatel Włoch – adoptował trójkę polskich dzieci, dwoje z HIV.
- ♦ rozpoznano **527** przypadków zakażeń HIV, najwięcej w województwie dolnośląskim, w skali kraju najwięcej (47,6%) zakażeń wykryto wśród osób młodych, mających od 20 do 29 lat, wśród których nadal przeważali zakażeni w konsekwencji używania narkotyków dożylnie (265 osób, 50,3%), dla 32,6% osób zakażonych nie podano informacji o drodze zakażenia. Rozpoznano **119** zachorowań na AIDS (u 97 mężczyzn i 22 kobiet). Najczęściej rozpoznawanymi chorobami wskaźnikowymi AIDS były: kandydoza przełyku – 49 osób, encefalopatia związana z zakażeniem HIV – 17 osób, i pneumocystowe zapalenie płuc – 16 osób, **60** chorych zmarło ^[654].

2000

- 10 stycznia **Rada Bezpieczeństwa ONZ** debatowała na temat implikacji pandemii HIV/AIDS dla światowego bezpieczeństwa – pierwszy raz kwestie zdrowotne dyskutowane były na posiedzeniu tej agendy ONZ ^[655].
- CDC podało w styczniu, że po raz pierwszy liczba nowych zakażeń HIV była większa u czarnych i latynoskich gejów, niż u białych; **Afro Amerykanów dotyczy 57% nowych zakażeń HIV, choć stanowią oni tylko 13% populacji USA** ^[656].
- **Wielka Brytania** – po raz pierwszy liczba nowych zakażeń HIV nabytych w konsekwencji kontaktów heteroseksualnych przewyższyła liczbę zakażeń nabywanych w następstwie kontaktów homoseksualnych ^[657].
- **Wielka Brytania** – podczas posiedzenia **Royal Society** w Londynie przedstawiono wyniki badań zachowanych próbek szczepionki CHAT, przeciwko chorobie Heinego-Medina: nie znaleziono w nich SIV, HIV ani DNA szympanów, a jedynie makaków, o używaniu których mówił od początku oskarżany o przyczynienie się do epidemii AIDS w Afryce jeden z trzech odkrywców szczepionek Hilary Koprowski ^[658, 659, 660].
- **USA** - amerykańskie zalecenia dotyczące rozpoczynania terapii antyretrowirusowej polecały leczenie osób liczbą komórek CD4 mniejszą od $350/\text{mm}^3$ ^[661], niezależnie od poziomu wirerii, a leczenie osób z wyższą liczbą komórek CD4 w zależności od poziomu wirerii.
- **Libia** – w lutym, rozpoczął się proces 5 bułgarskich pielęgniarek i palestyńskiego lekarza, osadzonych w więzieniu w 1999 roku, oskarżanych o świadome zakażenie HIV około 400 dzieci w szpitalu w Bengazi ^[662]. Pracownikom medycznym przedstawiono zarzuty świadomego, zamierzonego zakażenia dzieci, którego celem miała być destabilizacja państwa libijskiego, co zagrożone było karą śmierci. Dodatkowo trzy pielęgniarki i Palestyńczyka oskarżono o niedozwolone kontakty seksualne, jedną pielęgniarkę o produkcję alkoholu, wszystkie o spożywanie alkoholu ^[663, 664]. Podczas szczytu afrykańskiego dotyczącego AIDS w Nigerii **Muammar Kaddafi** wygłosił przemówienie, w którym zarzucił CIA i USA wyprodukowanie w swoich laboratoriach wirusa AIDS, a epidemia, jego zdaniem, jest wielkim eksperymentem. Jako dowód przedstawił tragedię w Bengazi, gdzie prawie 400 dzieci zostało zakażonych HIV rzekomo przez lekarza i grupę pielęgniarek, działających na zlecenie CIA lub Mossadu. Kaddafi obiecał, iż proces tych ludzi stanie się procesem międzynarodowym, jak ma to miejsce w rozpoczętym właśnie procesie w sądzie w Szkocji, zajmującym się dwoma Libijczykami podejrzanymi o udział w wysadzeniu samolotu Pan Am lot 133, lecącego nad Lockerbie, w którym 21 grudnia 1988r. zginęło 259 pasażerów samolotu i 11 mieszkańców miasteczka; szkocki sąd skazał na dożywotne pozbawienie wolności jednego z podejrzanych, drugiego uniewinnił ^[665]. W katastrofie zginął dyrektor laboratorium biologii molekularnej firmy Merck, **Irving Stanley Sigal**, pod kierownictwem którego naukowcy otrzymali trójwymiarowy obraz struktury proteazy HIV, co stało się podstawą do poszukiwania nowej grupy leków – inhibitorów tego enzymu. Sigal nie ujrzał wyników swej pracy, opublikowanych w *Nature* w lutym 1989 ^[666].
- doniesiono, iż skojarzona terapia antyretrowirusowa prowadzi do eradykacji zakażeń *Microsporidium* i *Cryptosporidium* – pierwotniakami, które były wcześniej przyczyną wyniszczających, nie poddających się leczeniu biegunek ^[667],
- obliczono, iż mimo wysokich kosztów skojarzona terapia antyretrowirusowa jest ekonomicznie opłacalna, gdyż zmniejsza częstość zachorowań związanych z zakażeniem HIV, a co za tym idzie koszty hospitalizacji pacjentów, zmniejsza też koszty związane z niezdolnością do pracy, etc. ^[668, 669].
- **USA** zaproponowały krajom Afryki subsaharyjskiej 1 mld dolarów pożyczki na zakup leków antyretrowirusowych. Pieniądze miałyby być pożyczone na 5 lat 25 krajom i oprocentowane na 7%. Oferta zobowiązuje kraje, które pożyczą pieniądze, do kupowania leków produkowanych w USA. Amerykańska organizacja **Oxfam** (jej hasło brzmi **The power of people against poverty**) uznała, że oferta to „*dług, który będą musiały spłacić sieroty, których rodzice zmarli na AIDS*”, a jej rzecznik powiedział „*Ofertę przedstawiono jako akt życzliwości wobec 24,5 mln osób z HIV/AIDS w Afryce. W rzeczywistości pieniądze przepłyną prosto do przemysłu farmaceutycznego USA*”. W Indiach i Brazylii produkowane są już leki generyczne, znacznie tańsze od oryginalnych. Ale firmy uważają to za naruszenie praw własności intelektualnej, które – jak mówią firmy – chronione są patentami i umowami handlowymi wymuszonymi przez Światową Organizację Handlu [World Trade Organisation]. Stawudyna w Ugandzie sprzedawana przez producenta kosztuje 6,10 dolarów dziennie, a tylko 55 centów w Brazylii. Rzecznik Oxfam: „*Najlepszym sposobem pomocy biednym krajom Afryki subsaharyjskiej jest umorzenie ich długów, by mogły zainwestować pieniądze w zdrowie, edukację i rozwój*” ^[670].
- **RPA** – prezydent zwołał konferencję ekspertów, na którą zaprosił także dwóch amerykańskich dysydentów (negujących związek przyczynowo skutkowy między zakażeniem HIV a AIDS) w celu przedyskutowania problemów dotyczących HIV/AIDS ^[671].
- w lipcu odbyła się w Durbanie (RPA) **XIII Międzynarodowa Konferencja AIDS**; jej hasło brzmiało „**Breaking the Silence**”.



- podczas ceremonii otwarcia Konferencji prezydent RPA **Thabo Mbeki** powiedział, że nie podziela poglądu o etiologii AIDS. Wystąpił też 11-letni chłopiec, **Nkosi Johnson**, zakażony HIV podczas porodu, który mówił „*Nienawidzę AIDS bo jestem ciężko chory i martwię się, kiedy myślę o innych dzieciach i niemowlętach, które zachorują na AIDS. Chciałbym tylko, by rząd zaczął podawać AZT ciężarnym kobietom, by zatrzymać przenoszenie wirusa na ich dzieci. [...] Opiekujcie się nami, akceptujcie nas, jesteśmy ludźmi. Jesteśmy normalni. Mamy ręce, nogi, możemy chodzić i mówić, mamy potrzeby jak wszyscy. Nie bójcie się nas, jesteśmy tacy sami*”, apelował do rządu swego kraju, by takich jak on zakażonych HIV dzieci było jak najmniej. Wśród obecnych na konferencji byli także zwolennicy poglądu, że HIV nie powoduje AIDS. Podczas ceremonii zamknięcia przemówił były prezydent **Nelson Mandela**. Mówił o rozmiarach epidemii AIDS w Afryce, przekonywał do zakończenia dyskusji o tym co ważniejsze, polityka czy nauka, nawoływał do rozpoczęcia działań mających zmniejszyć rozmiary epidemii szczególnie dotykającej jego kraj ^[672, 673]. Życie Nkosiego Johnsona pokazało, jak ubóstwo napędza epidemię AIDS. Jego ojciec był górnikiem-migrantem, który przyjeżdżał do domu dwa razy do roku. Tam, gdzie pracował, miał liczne „przyjaciółki”. Kobiety sprzedające usługi seksualne tłumaczyły, że to nędza zmusza je do wykonywania tej profesji, nie mają wyboru. Nkosi zmarł kilka miesięcy po konferencji ^[674].
 - w badaniach **nonoksynolu 9** (środka plemnikobójczego, uważanego długo za chroniący także przed zakażeniem HIV) wykazano, iż **zakażenie HIV dotyczyło około 50% częściej kobiet stosujących N-9, niż używających placebo** ^[675]; Krótko po Konferencji amerykańskie CDC opublikowały informację o tych badaniach, w której znajdowało się ostrzeżenie o nieskuteczności N-9 w profilaktyce zakażeń HIV ^[676]. Pełne wyniki badań opublikowano dopiero w 2002 roku. Podano w nich, iż kobiety stosujące preparat częściej niż 3 razy w ciągu dnia wykazywały prawie dwukrotnie większe ryzyko zakażenia HIV, niż kobiety stosujące placebo, nie wykazano wpływu preparatu na przenoszenie zakażenia *Neisseria gonorrhoeae* i *Chlamydia trachomatis* ^[677].
- **USA** – Kongres zwiększył dotacje federalne na programy edukacji seksualnej młodzieży w wielu 12 – 18 lat pod hasłem „tylko abstynencja” (**abstinence only**), kierowane bezpośrednio do organizacji pozarządowych, nakazujące nauczanie wyłącznie o abstynencji seksualnej do czasu zawarcia małżeństwa jako jedynej drogie prowadzącej do uniknięcia nieplanowanej ciąży, chorób przenoszonych drogą płciową i innych problemów zdrowotnych, a po zawarciu małżeństwa do zachowywaniu wzajemnej wierności (aktywność seksualna poza małżeństwem może spowodować, zdaniem autorów zaleceń, szkodliwe efekty psychologiczne i fizyczne), nie zalecające dostarczania młodzieży informacji o antykoncepcji i praktykach związanych z bezpieczniejszym seksem, nawet przy wykorzystaniu innych środków finansowych ^[678].
- we wrześniu w USA zarejestrowano kolejny nukleozydowy inhibitor proteazy HIV – **lopinawir** wzmocniony niewielką dawką (25 mg) **rytonawiru** – **KALETRE** (Abbott Laboratories).
- w listopadzie zarejestrowano preparat pod nazwą **TRIZIVIR**, zawierający w 3 leki w jednej tabletkie: **abakawir + lamiwudyna + zydowudyna** (ViiV Healthcare).
- WHO szacuje, iż od 5% do 10% zakażeń HIV na świecie jest wynikiem transfuzji krwi – dawcy nie są badani, albo niedostatecznie badani w kierunku zakażenia HIV w wielu rozwijających się krajach świata ^[679].
- **ONZ** określiła 8 milenijnych celów rozwojowych (**Millenium Development Goals – MDGs**), wśród których było zmniejszenie o połowę skrajnego ubóstwa, powstrzymanie rozprzestrzeniania się HIV i AIDS oraz zapewnienie powszechnej podstawowej edukacji do 2015 roku (<https://www.avert.org/global-hiv-targets>, [dostęp: 2.05.2017]).
- **Portugalia** przyjęła ustawę określającą dokładnie ilości nielegalnych substancji, które wolno posiadać bez narażenia się na zarzut o handel narkotykami. Za takie ilości uważa się dawki narkotyków wystarczające na 10-dniową konsumpcję dla jednej osoby, a dopuszczalne ilości to:
 - 25 g marihuany,
 - 5 g haszyszu,
 - 2 g kokainy,
 - 1 g heroiny,
 - 10 tabletek LSD lub ekstazy.
 Prawo portugalskie kwalifikuje zakup, posiadanie i konsumpcję narkotyków nie za przestępstwo kryminalne, ale za wykroczenie administracyjne ^[680].
- **Izrael** – zmarła popularna piosenkarka **Ofra Haza** (występowała także w Polsce na Festiwalu w Sopocie), co spowodowało otwartą dyskusję o HIV/AIDS w tym kraju ^[681].
- **Uganda** – w badaniu **HIVNET 012** wykazano, iż podawanie jednej dawki newirapiny (NVP) kobietom zakażonym HIV w momencie rozpoczęcia porodu i dziecku w czasie pierwszych 72 godzin życia zmniejsza ryzyko przeniesienia zakażenia na dziecko o 44% w porównaniu ze stosowaniem AZT podczas porodu i podawania go noworodkowi przez tydzień ^[682, 683], jednak wkrótce okazało się, iż newirapina stosowana w badaniach HIVNET 012 powodowała selekcję mutacji ściśle związanych z dużą opornością na nienukleozydowe inhibitory odwrotnej transkryptazy, wykrywanych u 19% matek i 46% wśród 16% dzieci zakażonych mimo profilaktyki z użyciem tego leku ^[684]; częstość występowania mutacji zapewniających oporność na newirapinę zmniejszała się wraz z upływem czasu, ale u ≥ 23% utrzymywały się ponad 1 rok ^[685].
- **Chiny** – nowe regulacje prawne dotyczące krwiodawstwa, które miały stać się skutecznie egzekwowane od 1998 roku, wprowadziły zakaz używania do celów klinicznych krwi pobieranej od płatnych dawców, zachęcały obywateli Chin

mających od 18 do 55 lat, spełniających kryteria zdrowotne, do dobrowolnego jej oddawania. Odsetek stosowanej w lecznictwie krwi pobieranej od ochotników wzrósł z 11% w 1996 roku do 67% w 2000 roku [686]. Między innymi te działania, jak też poprawa standardów kontroli stanu zdrowia dawców, jakości używanych testów diagnostycznych oraz unikanie niekoniernie niezbędnych transfuzji mają poprawiać bezpieczeństwo pacjentów leczonych w chińskich szpitalach.

- **UNAIDS** podało, iż na świecie **36.1 mln** dorosłych żyje z HIV/AIDS; w tym 5,3 mln osób zakażonych w 2000 roku. Spośród ok. 21,8 mln zmarłych na AIDS 3,0 mln zmarło w 2000 roku. Ponad 90% osób żyjących z HIV/AIDS mieszka w Afryce Subsaharyjskiej, południowo-wschodniej Azji i Ameryce Łacińskiej (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. AIDS epidemic update. Geneva, Switzerland: World Health Organization, December 2000:3—5).
- hasło **Światowego Dnia AIDS „All Men: Make a difference**, ma zachęcać mężczyzn do zwiększania świadomości o ryzyku zakażenia HIV dla nich samych, swoich partnerów seksualnych i rodzin oraz do wykorzystania swoich wpływów, aby pomóc w powstrzymaniu epidemii HIV/AIDS. W USA większość osób z HIV i AIDS to mężczyźni. Zachowanie niektórych mężczyzn często naraża ich partnerów seksualnych na ryzyko infekcji. W kulturach, w których występuje znaczny brak równowagi we władzy społecznej mężczyzn i kobiet, skupienie działań profilaktycznych na mężczyznach jest niezbędnym krokiem w kierunku ograniczenia przenoszenia HIV [World AIDS Day – December 1, 2000. MMWR. 2000;49(47):1061].
- **USA** – ukazała się książka Ronalda Bayera i Geralda M. Oppenheimera **AIDS doctors: voices from the epidemic**. „Autorzy przeprowadzili 700 godzin rozmów z 76 lekarzami w latach 1994 – 1995. Większość książki skupia się na czasach »terapeutycznej impotencji«, kiedy lekarze towarzyszyli pacjentom wyłącznie w umieraniu. Wywiady i narracje chwytają za serce. To mieszanka zachwyty, rozpacz i desperacji lekarzy w obliczu wybuchu epidemii. W 1999 roku wielu rozmówców tęskniło wcześniejszą epoką, idealizowaną jako niezerównane koleżeństwo, osobiste odkrycia i dalszy rozwój pomimo ciężkich strat dla pacjentów i dla nich samych. Dla jednych to silne połączenie z pacjentami i postrzeganie samych siebie jako »ludzi z AIDS«, które słabło w z czasem pojawiania się leczenia. Dla innych to wyczerpanie i pragnienie podejmowania nowych wyzwań. Treść emocjonalna relacji, poglądy wplecione w chronologię epidemii tworzą »biografię pierwszej generacji lekarzy AIDS«. Bayer i Oppenheimer zachowali ważne wspomnienia o początkach epidemii w tym kraju”, pisał w recenzji książki Gary Kalkut w Nature Medicine [2000; 9(12):1309].

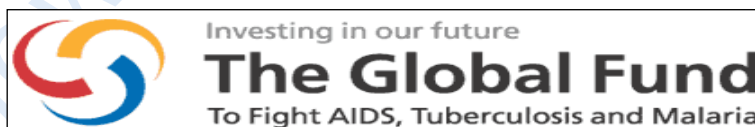
Polska – 2000

- w Katowicach odbyły się **I ogólnopolskie warsztaty dotyczące terapii HIV/AIDS**, pod nazwą **Vistula**, przeznaczone dla lekarzy.
- z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii wykreślono z art. 48 punkt 4, mówiący iż „nie podlega karze sprawca występkę określonego w ust. 1, który posiada na własny użytek środki odurzające lub substancje psychotropowe w ilości nieznacznej”; intencją zaostrzenia ustawy miało być ułatwienie policji wychwytywania handlarzy narkotyków.
- UNDP, Społeczny Komitet ds. AIDS i Krajowe Centrum ds. AIDS wydały **podręcznik „Edukacja młodzieży szkolnej w zakresie zapobiegania HIV/AIDS i chorobom przenoszonym drogą płciową”**, tłumaczenie wydawnictwa WHO, stosowanego przez nauczycieli prowadzących profilaktykę HIV/AIDS na świecie (archiwum DRSz).
- Krajowe Centrum ds. AIDS wspólnie z Polską Fundacją Pomocy Humanitarnej Res Humanae oraz UNDP zorganizowało **promocję Punktów Konsultacyjno – Diagnostycznych**, wykonujących testy w kierunku obecności przeciwciał anty-HIV bez skierowania, bezpłatnie i anonimowo, pod hasłem „**Nie żyj w niepewności! Wykonaj test na HIV!**”; odzwierciedleniem światowej kampanii „**Wiele zależy od mężczyzn**” było wydanie plakatu zwracającego uwagę na odpowiedzialność mężczyzn w ograniczaniu epidemii AIDS (www.aids.gov.pl/historia-naszych-kampanii).
- UNDP kontynuowało szkolenia lekarzy dotyczące HIV/AIDS (archiwum DRSz).
- **IV Ogólnopolskie Spotkanie Osób Żyjących z HIV** odbyło się 1 dniach 1 – 6 października w Zawoi koło Suchej Beskidzkiej (archiwum DRSz).
- 23 października **ks. Arkadiusz Nowak** otrzymał z rąk Sekretarza Generalnego ONZ, Kofiego Annana **POWERITY AWARD**, nagrodę przyznaną z okazji Międzynarodowego Dnia Walki z Ubóstwem.
- w dniach 29 – 31 października odbyła się w Krakowie **I Krajowa Konferencja „Leczenie Substytucyjne Osób Uzależnionych”**, zorganizowana przez Krakowskie Towarzystwo Pomocy Uzależnionym (archiwum DRSz).
- w listopadzie odbyła się w Katowicach **I Regionalna Konferencja „Młodzież a AIDS”** adresowana do szerokiej rzeszy wychowawców, nauczycieli i pedagogów szkolnych Śląsku z inicjatywy Regionalnego Ośrodka Metodyczno-Edukacyjnego Metis w Katowicach (archiwum DRSz).
- 22 – 25 listopada odbyła się w Warszawie Pierwsza Krajowa Konferencja na temat „**Anonimowego Testowania w Kierunku Zakażenia HIV oraz Poradnictwa Przed i Potestowego**”, zorganizowana przez Społeczny Komitet ds. AIDS, Stowarzyszenie Higieny Lecznictwa, Krajowe Centrum ds. AIDS i UNDP Warszawa.
- podczas **VIII Międzynarodowej Konferencji „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie”**, pod honorowym patronatem Pierwszej Damy Jolanty Kwaśniewskiej, **czerwone kokardki** otrzymali:
 - Łucja Gołaś, Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie,
 - Magdalena Wejner, Poradnia Profilaktyczno-Lecznicza w Warszawie,
 - Grażyna Budka, Społeczny Komitet ds. AIDS,

- Artur Lutarewicz, Społeczny Komitet ds. AIDS,
 - Joachim Hanisz, Ośrodek Readaptacyjny Ministerstwa Zdrowia w Anielinie,
 - Małgorzata Czerniawska-Ankiersztejn, Dyrektor Krajowego Centrum ds. AIDS,
 - Helena Brząkalik, Stowarzyszenie "Monar",
 - Magdalena Chomik, Ośrodek Diagnostyki i Terapii AIDS w Chorzowie,
 - Kinga Brendler, Stowarzyszenie Wolontariuszy wobec AIDS "Bądź z Nami",
 - Mateusz Witold Liwski, Polska Fundacja Pomocy Humanitarnej "Res Humanae",
 - Dariusz Denis, Krakowskie Towarzystwo Pomocy Uzależnionym,
 - Krzysztof Skompiński, Krakowskie Towarzystwo Pomocy Uzależnionym,
 - Anetta Sienkiewicz, Bristol Meyers Squibb,
 - Oliver Kohncke, Boehringer Ingelheim,
 - Janusz Zimak, Towarzystwo Rodzin i Przyjaciół Dzieci Uzależnionych "Powrót z U",
 - Tomasz Niemiec, Instytut Matki i Dziecka,
 - Tomasz Kluczewicz, Ośrodek Wypoczynkowy ELEMIS,
 - Tatiana Duklas, Stowarzyszenie na Rzecz Prewencji HIV/AIDS i innych Chorób Przenoszonych Drogą Płciową "Tada",
 - Wojciech Maksymowicz, były Minister Zdrowia.
- ♦ stwierdzono **630** przypadków zakażeń HIV, najczęściej w województwie dolnośląskim, zaś w skali kraju najczęściej zakażeń (49,7%) wykryto wśród osób młodych: 20 – 29 lat, nadal przeważali zakażeni poprzez przyjmowanie narkotyków w iniekcjach (333 osoby – 52,9%), bez informacji o drodze zakażenia zgłoszono u ponad 26 osób rozpoznano **114** zachorowań na AIDS (88 mężczyzn i 26 kobiet). Najczęściej rozpoznawanymi chorobami wskaźnikowymi były: kandydoza przełyku – 23 osoby, gruźlica płuc – 21 osób, pneumocystowe zapalenie płuc – 16 osób, zespół wyniszczenia – 15 osób. **40** chorych (33 mężczyzn i 7 kobiet) zmarło ^[687].

2001

- w styczniu ukazały się doniesienia o dwóch przypadkach wystąpienia zagrażających życiu działań ubocznych newirapiny (NVP), stosowanej w profilaktyce po ekspozycji na HIV: w jednym przypadku zaistniała konieczność przeszczepu wątroby ^[688].
- w lutym dokonano pierwszego przeszczepu serca osobie zakażonej HIV; biorcą był 39-letni **dr Robert Zackin**, biostatystyk, pracujący w **Harvard School of Public Health**, zajmujący się badaniami dotyczącymi HIV/AIDS, uczestnik **AIDS Clinical Trials Group (ACTG)**, zakażony HIV od 1986 roku; publikacja opisująca przeszczep ukazała się w czerwcu 2003 roku w *New England Journal of Medicine* – dr Zackin był współautorem doniesienia ^[689].
- podczas konferencji **Transplant 2001** wykazano, iż przeszczepy wątroby mogą być bezpiecznie wykonywane u osób żyjących z HIV; wcześniej obawiano się, iż leki immunosupresyjne podawane biorcy po zabiegu mogą szkodzić układowi immunologicznemu ludzi żyjących z HIV ^[690].
- skojarzona terapia antyretrowirusowa poprawiła rokowanie i zmniejszyła częstość występowania mięsaka Kaposiego, mniej wyraźny wpływ terapii obserwowano na częstość występowania chłoniaków niezłośliwych ^[691].
- z inicjatywy Sekretarza Generalnego ONZ, **Kofiego Anana**, powstał **Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria**, mający na celu pomoc krajom rozwijającym się w walce z tymi chorobami.



- **Kofi Annan** postulował, by na światową kampanię przeciwko AIDS wydawano 7 – 10 mld dolarów rocznie, a nie jak obecnie 1 mld dolarów. Zwracał uwagę na fakt, że choć 25 mln ludzi żyje z AIDS w Afryce – 70% zakażonych dorosłych i dzieci na świecie – to tylko 25 000 z nich ma dostęp do leków antyretrowirusowych. Podczas spotkania Organizacji Jedności Afrykańskiej w Abuja (Nigeria) przedstawił 5 priorytetów walki z AIDS:
 - 1) zapobieganie rozszerzaniu się epidemii poprzez kampanie edukacyjne, dostęp do dobrowolnych testów i dostęp do prezerwatyw,
 - 2) zmniejszenie przenoszenia HIV z matek na ich dzieci – kobiety powinny znać swój status serologiczny, a gdy okażą się zakażone – mieć dostęp do krótkoterminowego leczenia antyretrowirusowego,
 - 3) dostęp do leków antyretrowirusowych (sześć wiodących firm farmaceutycznych świata jest gotowa sprzedawać leki antyretrowirusowe po znacznie obniżonych cenach),
 - 4) wzmożenie badań nad wyleczeniem i szczepionką,
 - 5) ochrona najbardziej narażonych na zakażenie, szczególnie sierot, których w Afryce subsaharyjskiej jest 13 mln.
 Apelowal też do afrykańskich przywódców by zburzyć mur milczenia i zakłopotania otaczający AIDS w wielu afrykańskich społeczeństwach, walczyć z dyskryminacją i piętnowaniem zakażonych, apelował o wydawanie więcej pieniędzy z krajowych budżetów na walkę z pandemią ^[692].

- w październiku zarejestrowano kolejny nukleozydowy inhibitor odwrotnej transkryptazy (NRTI) **dizoproksol tenofowiru (TDF)** pod nazwą handlową **VIREAD**, (Gilead Sciences).
- w Nowym Jorku odbyła się po raz pierwszy **United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS (UNGASS)**; wzięli w niej udział delegaci wszystkich 189 krajów członkowskich, którzy podpisali **Declaration of Commitment on HIV and AIDS** ^[693].
- 1. **IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention (IAS 2001)**] zorganizowana przez **International AIDS Society** odbyła się w Buenos Aires.
- **Szkocja** – uznano za winnego zakażenia swojej przyjaciółki HIV w 1994 roku mężczyznę, który uprawiał z nią seks bez zabezpieczenia; był to pierwszy proces o tego rodzaju przestępstwo w Wielkiej Brytanii; który wzbudził kontrowersje i obawy, że zagrożenie karą spowoduje, iż mniej osób będzie chciało wykonywać testy w kierunku HIV ^[694].
- FDA wysłało ostrzegający list do firm farmaceutycznych produkujących leki antyretrowirusowe, by zmieniły niezwykle optymistyczne informacje w reklamach swoich leków; działanie FDA spowodowało protesty aktywistów z San Francisco przeciw reklamom leków dających fałszywe poczucie bezpieczeństwa, a pośrednio zachęcającym do ryzykownych zachowań seksualnych ^[695] (w USA legalne są reklamy leków wydawanych wyłącznie na receptę, kierowane bezpośrednio do pacjentów).
- firma farmaceutyczna z Indii – **Cipla** – zaproponowała sprzedaż leków antyretrowirusowych organizacji **Medecins Sans Frontiers, (MSF)** za mniej, niż 1 dolara USA na dobę, co przyczyniło się do wywierania presji na międzynarodowe koncerny farmaceutyczne, mającej na celu obniżenie cen leków dla krajów rozwijających się ^[696].
- **USA** – szybkość obniżania się liczby nowych zakażeń HIV w USA zmniejszyła się znacznie, co wynika z danych CDC przedstawionych podczas konferencji dotyczącej profilaktyki HIV w Atlancie; liczba zgonów spowodowanych AIDS od 1998 do 1999 roku zmniejszyła się tylko o 8% (od 1996 do 1997 roku zmniejszyła się o 42%); mimo postępów w terapii AIDS pozostaje śmiertelną chorobą – spośród **776 467** osób, u których rozpoznano AIDS do 30. 12. 2000 roku, nie żyło **448 060 (58%)** z nich ^[697].
- **American Academy of Pediatrics** wydała następujące zalecenia:
 - lekarz powinien zachęcać swoich nastoletnich pacjentów do powstrzymywania się od kontaktów seksualnych w celu uniknięcia chorób przenoszonych drogą płciową i ciąży, a już aktywnych seksualnie zachęcać do odłożenia na później kontaktów seksualnych,
 - lekarz powinien aktywnie wspierać właściwe i konsekwentne używanie pewnych środków antykoncepcyjnych i prezerwatyw przez nastolatki aktywne seksualnie, podkreślając, iż zarówno dziewczęta, jak i chłopcy są odpowiedzialni za stosowanie antykoncepcji,
 - w interesie zdrowia publicznego restrykcje i przeszkody w dostępności prezerwatyw powinny zostać usunięte,
 - lekarze powinni pomagać rodzicom i społecznościom lokalnym w zrozumieniu, iż zapewnienie nastolatkom dostępności prezerwatyw nie zwiększa aktywności seksualnej, ale zmniejsza częstość nieplanowanych ciąż i zakażeń chorobami przenoszonymi drogą płciową ^[698].
- **USA** – w ciągu 20 dni po 11 września liczba pierwszorazowych dawców krwi wzrosła o 340% w porównaniu z 20 dniami poprzedzającymi atak terrorystyczny na **World Trade Center** w Nowym Jorku, co nie spowodowało większej częstości wykrywania zakażeń HIV w oddawanej krwi, wbrew obawom, które wyrażano, ale ponad 4-krotnie wzrosła częstość wykrywania HBsAg i przeciwciał anty-HCV. Wskazuje to na większą świadomość czynników ryzyka zakażenia HIV w porównaniu z HBV i HCV wśród dawców krwi ^[699].
- podczas spotkania ekspertów WHO, które odbyło się w Hanoi (Wietnam) przekazano informacje, iż prezerwatywy zmniejszają ryzyko zakażenia HIV, powołując się na przykład Tajlandii, w której w dużej mierze dzięki programowi „**100% condom use**” kierowanemu do osób sprzedających usługi seksualne i ich klientów, liczba nowych zakażeń HIV uległa zmniejszeniu ze 143 000 w roku 1991 do 20 000 w 2000 roku oraz Kambodży, w której 2,8% osób w wieku 15 – 49 lat jest zakażonych HIV, częstość nowych zakażeń wśród osób sprzedających usługi seksualne uległa zmniejszeniu z ponad 40% w 1998 do 23% w 2000 roku, zaś sprzedaż prezerwatyw wzrosła z około 100 000 w 1994 do 11,5 mln w 1998 roku ^[700]. Wcześniej podkreślano, że wprowadzenie częstości zakażeń HIV wśród kobiet sprzedających usługi seksualne uległa obniżeniu, to zwiększyła się liczba zakażeń partnerek/żon klientów kobiet sprzedających seks
- w październiku spotkanie zorganizowane przez WHO i program CONRAD (skrót od nazwy ang. Contraceptive Research and Development Programme) zakończyło się następującymi wnioskami:
 - **nonoksynol 9 nie jest skuteczny w zapobieganiu zakażeniu HIV** lub innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową,
 - jeśli używany jest dopochwowo kilka razy dziennie może powodować uszkodzenia, które mogą zwiększać ryzyko zakażenia HIV kobiet,
 - nawet stosowany w małych dawkach N-9 może powodować rozległe, krótkotrwałe uszkodzenia odbytu, zwiększając ryzyko zakażenia HIV i innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową podczas kontaktów analnych,
 - **środki antykoncepcyjne zawierające N-9 są umiarkowanie skuteczne w zapobieganiu nieplanowanej ciąży** i bezpieczne, jeśli stosowane są rzadko (nie częściej, niż 1 x na dobę), to jednak prezerwatywy nawilżane małą ilością N-9 nie są bardziej skuteczne w zapobieganiu ciąży i chorobom przenoszonym drogą

płciową, niż prezerwatywy nawilżane na przykład silikonem, mimo to lepsze jest użycie prezerwatywy nawilżanej N-9, niż nie użycie żadnej^[701, 702].

- **Kanada** – rząd zezwolił na palenie marihuany w celach medycznych, przepisywanej przez uprawnionych do tego lekarzy pacjentom doświadczającym poważnych objawów spowodowanych nowotworami, zakażeniem HIV, stwardnieniem rozsianym i padaczką^[703].
- **RPA** – około 100 pediatrów zrzeszonych w **Treatment Action Campaign**, walczącej o dostęp do leków antyretrowirusowych, podjęło działania prawne przeciwko minister zdrowia RPA Mantho Tshabalala-Msimang, sprzeciwiającej się ciągłe dostarczaniu leków zmniejszających ryzyko transmisji HIV z matki na dziecko, mimo iż w tym kraju rocznie przychodzi na świat 75 000 dzieci zakażonych w czasie ciąży i porodu^[704]. W październiku firma GlaxoSmithKline przyznała licencję Aspen Pharmacare – największemu producentowi leków generycznych w tym kraju – na produkcję 3 leków – zydowudyny (Retrovir), lamiwudyny (Epivir) i połączenia obu leków (Combivir). WHO szacuje, że 1 na 9 osób jest w RPA zakażona HIV, co oznacza, że ten kraj ma więcej osób żyjących z HIV/AIDS niż pozostałe kraje świata^[705].
- kontynuowano dyskusję nad etycznością badań nad profilaktyką przenoszenia zakażeń z matki na dziecko w Afryce: kobiety i ich dzieci w badaniach HIVNET i PETRA ekspozowane na krótkotrwałe podawanie albo ZDV + 3TC, albo pojedynczej dawki nevirapiny mają znaczne ryzyko nieskuteczności terapii antyretrowirusowej, kiedy stanie się ona dostępna, z powodu pojawiania się oporności na podawane leki; w badaniu PETRA nie zajmowano się zdrowiem matek, z wyjątkiem odnotowywania zgonów, które miały miejsce do szóstego tygodnia po urodzeniu dziecka^[706].
- opublikowano wyniki badań prowadzonych w 1989 roku i ponownie w 1998 roku w populacji wiejskiej północno-wschodniej Gwinei Bissau: nie potwierdzono ochronnego wpływu HIV-2 na zakażenie HIV-1, wykazano natomiast, iż HIV-2 może być czynnikiem ryzyka dla nabycia zakażenia HIV-1^[707].
- **Chiny** – zaczęto nieco więcej zajmować się HIV/AIDS. Wcześniej AIDS uważany był za chorobę cudzoziemców i nie był traktowany jako problem Chin^[708]. W czerwcu tego roku opublikowano **China Plan of Action to Contain, Prevent and Control HIV/AIDS**, który zawierał - między innymi - postanowienie mówiące, że krew używana w celach leczniczych powinna przechodzić pełne badania w kierunku HIV i powinna być dostarczana przez dawców, którzy nie otrzymują za to pieniędzy. W sierpniu podano informację, że w Chinach żyje od 600 000 do 800 000 ludzi z HIV/AIDS, a większość z nich została zakażonych przez krew^[709].
- hasło **Światowego Dnia AIDS** brzmiało „**Troszczę się. A Ty?**” (**I care. Do you?**), (https://www.unaids.org/en/World_AIDS_Day).
- w USA zarejestrowano **816 149** przypadków AIDS, **462 653** osób zmarło.
- według szacunków UNAIDS na świecie z HIV/AIDS żyło 29,0 mln osób (26,9 – 32,4 mln).

Polska – 2001

- ♦ 23 – 24 marca, odbyła się w Szczecinie **2nd Baltic Region Conference**, zorganizowana przez Pomorską Akademię Medyczną i Klinikę Chorób Zakaźnych, Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS i Region Skåne (Szwecja).



- ♦ w Toruniu powstało Stowarzyszenie Wolontariuszy wobec HIV/AIDS „**RAZEM**”.
- ♦ kampanią społeczną, kierowaną do kobiet aktywnych seksualnie, prowadzono pod hasłem „**Nie daj szansy AIDS - bądź odpowiedzialna**”, wzmocniono coroczną akcją bezpłatnego testowania „**Nie żyj w niepewności! Wykonaj test na HIV!**”, po raz pierwszy wyprodukowano także spot telewizyjny i radiowy, wydane zostały plakaty i ulotki zawierające informacje o ryzykownych zachowaniach i sposobach ich unikania, zachęcające kobiety do wykonania testów w kierunku HIV. Na plakatach były zdjęcia 4 kobiet wspierających kampanię.



Ja też mogę być nieświadomie zakażona wirusem HIV

Jestem kobietą TAK JAK TY.

Chcę wiele osiągnąć TAK JAK TY w życiu osobistym, zawodowym, zrealizować się jako matka.

Zmierzam do przyszłości pełnej szczęścia i poczucia bezpieczeństwa. TAK JAK TY mam wiele doświadczeń w swoim życiu. Jestem obecnie w stałym związku. Mam kochanego mężczyznę. Nie myślałam jednak nigdy o kobietach, z którymi był mój partner wcześniej. Nie myślałam też nigdy o swojej przeszłości. Tyle się mówi dzisiaj o HIV i AIDS.

- ♦ powstały pierwsze **Punkty Konsultacyjno-Diagnostyczne**, w których testy w kierunku obecności przeciwciał anti-HIV wykonywane są bez skierowania, bezpłatnie i anonimowo, pod patronatem Krajowego Centrum ds. AIDS.
- ♦ na podstawie porozumienia pomiędzy Ministerstwem Zdrowia i Komendą Główną Policji prowadzono **szkolenia dla funkcjonariuszy policji** pionu prewencji Komend Powiatowych i Miejskich z zakresie społecznych, prawnych i medycznych aspektów narkomanii oraz wybranych problemów HIV/AIDS (archiwum DRSz).
- ♦ **V Ogólnopolskie Spotkanie Osób Żyjących z HIV/AIDS** odbyło się 18 – 22 września w Miedzeszynie (archiwum DRSz).
- ♦ podczas XXXIV Zjazdu Towarzystwa Internistów Polskich w Poznaniu, z inicjatywy prof. Andrzeja Gładysza, odbyła się sesja „Zespół nabytego niedoboru odporności” i dyskusja „okrągłego stołu” „Najczęstsze zmiany narządowo-układowe występujące w zakażeniu HIV/AIDS jako problem interdyscyplinarny – współdziałanie dla przełamania barier lęku” (archiwum DRSz).
- ♦ w listopadzie odbyła się II Konferencja w Katowicach „Młodzież – miłość – AIDS” adresowana do śląskich wychowawców, nauczycieli, pedagogów.
- ♦ Podczas VIII Konferencji „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie, pod honorowym patronatem Pierwszej Damy Jolanty Kwaśniewskiej, **czerwone kokardki** otrzymali:
 - Marzena Ksel, lekarz, Centralny Zarząd Służb Więziennych,
 - Katarzyna Puławska-Popielarz, Młodzieżowy Ośrodek Rehabilitacyjny Warszawskiego Towarzystwa Dobroczynności,
 - Jolanta Wojciechowska, Uniwersytet Gdański,
 - Andrzej Broniek, Firma Abbott,
 - Bożena Targosz, dziennikarz,
 - Agnieszka Małkowska,
 - Roman Latoszyński,
 - Tomasz Mikula, Wojewódzki Szpital Zakaźny, Warszawa,
 - Jerzy Stażka, Wojewódzki Szpital Zakaźny, Warszawa,
 - Joanna Tomczak-Hałaburda Firma Roche.
- ♦ rozpoznano **559** przypadków zakażeń HIV, najwięcej zakażeń stwierdzono w województwie dolnośląskim, w skali kraju najwięcej zakażeń wykryto wśród osób młodych: 20 – 29 lat – 46,9%. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby zakażone w konsekwencji przyjmowania a środków odurzających dożylnie (269 osób – 48,1%), niewiele mniej było osób bez podanej drogi zakażenia (232 osób – 41,3%). Jak napisała autorka: „*Udział tej grupy zwiększa się od lat i choć w okresie od 1985 do 1988 roku znana była droga przenoszenia zakażenia we wszystkich przypadkach zgłoszonych zakażeń, to w 1989 roku grupa ta stanowiła 4,6%, w 1990 roku (z maksymalną, jak dotychczas, liczbą 809 nowo wykrytych zakażeń) 7,2%, w 1998 roku (roku wprowadzenia formularza zgłoszenia zakażenia, nie wymagającego podania pełnych danych personalnych, a jedynie podania inicjałów imienia i nazwiska lub hasła badanego) 32,5% i w 2000 roku – 36,2%.*” Najwięcej zakażeń rozpoznano u osób przyjmujących środki odurzające w iniekcjach (269 osób) mężczyźni homo- i biseksualni (24 osoby), 1 chory na hemofilię, 27 dawców krwi. Wśród nowo zakażonych dominowali mężczyźni (407 osób – 72,8%). Rozpoznano **125** zachorowań na AIDS. Najczęściej rozpoznawanymi schorzeniami wskaźnikowymi były kandydoza przełyku (26 osób), zapalenie płuc wywołane przez *Pneumocystis jirovecii* (25 osób), gruźlica płuc (234 osoby) i zespół wyniszczenia (13 osób), **42** chorych zmarło^[710].

Poglądy i opinie wyrażone w kalendarium są poglądami autorki i nie powinny być interpretowane jako oficjalne poglądy Krajowego Centrum ds. AIDS.

dr n. med. Dorota Rogowska-Szadkowska
ostatnia aktualizacja: 22 grudnia 2023 roku.

W przygotowaniu kalendarium wykorzystano, poza cytowanymi niżej artykułami, informacje ze stron internetowych:

- ♦ www.avert.org,
 - ♦ Food and Drug Administration (USA) – www.fda.gov,
 - ♦ National Institutes of Health (USA) – www.nih.gov,
 - ♦ www.aegis.com/topics/timeline,
 - ♦ www.amfar.org,
 - ♦ wymienionych w tekście organizacji rządowych i pozarządowych.
- oraz publikację *Human Right Campaign. HIV/AIDS & HRC. Two decades of fighting for life.* www.hrc.org

Piśmiennictwo:

1. Mann JM. AIDS: a worldwide pandemic. W: Current topics in AIDS, 1989, vol.2.
2. Jaffe H, Darrow WW, Echenberg DF, et al. The acquired immunodeficiency syndrome in a cohort of homosexual men. A six-year follow-up study. Ann Intern Med. 1985;103(2): 210-214.
3. Coutinho RA, Krone WJA, Smit L, et al. Introduction of lymphadenopathy associated virus or human T lymphotropic virus (LAV/HTLV-III) in to the male homosexual community in Amsterdam. Genitourin Med. 1986; 62: 38-42.

4. von Krogh G, Bostrom C, Hermanson J, et al. The introduction of HIV during 1979-80 in a sexually active homosexual population in Stockholm. *Scand J Infect Dis.* 1987; 19: 285-8.
5. Stroun J, Graf I, Rei PC. Detection of anti-HTLV-III/LAV antibody by enzyme linked immunosorbent assay in high-risk individuals in Switzerland 1974-1985. *Eur J Clin Microbiol.* 1985;4:583-6.
6. Saxinger WC, Levine PH, Dean AG, et al. Evidence for exposure to HTLV-III in Uganda before 1973. *Science* 1985;227:1036-8.
7. Nahmias AJ, Weiss J, Jao X, et al. Evidence for human infection with an HTLVIII/LAV-like virus in central Africa. *Lancet* 1986;1:1279-1280.
8. Balter M. Virus from 1959 sample marks early years of HIV. *Science.* 1998; 279: 801.
9. Zhu T, Korber BT, Nahmias AJ, Hooper E, Sharp PM, Ho DD. An African HIV-1 sequence from 1959 and implications for the origin of the epidemic. *Nature.* 1998; 391: 594-7.
10. Sharp PM, Hahn BH. Prehistory of HIV-1. *Nature.* 2008; 455:605-606.
11. Schultz MG, Bloch AC. In memoriam: Sandy Schultz (1950-2016). *Emerg Infect Dis.* 2016; 22(4): 764-765.
12. Walzer PD, Perl DP, Krogstad DJ, Rawson PG, Schulz MG. *Pneumocystis carinii* in the United States. Epidemiologic, diagnostic, and clinical features. *Ann Intern Med.* 1974; 80: 83-93.
13. CDC. *Pneumocystis pneumonia* – Los Angeles. *MMWR* 1981; 30: 250-2.
14. CDC. Kaposi's sarcoma and *pneumocystis pneumonia* among homosexual men – New York City and California. *MMWR* 1981;30:305-8.
15. Fee E, Brown TM, Michael S, Gottlieb and the identification of AIDS. *Am J Public Health.* 2006; 96(5): 982-3.
16. CDC. Kaposi's sarcoma and *Pneumocystis pneumonia* among homosexual men – New York and California. *MMWR* 1981;30:305-8.
17. CDC. Follow-up on Kaposi's sarcoma and *Pneumocystis pneumonia*. *MMWR* 1981;30:409-10.
18. Jaffe HW, Choi K, Thomas PA, et al. National case-control study of Kaposi's sarcoma and *Pneumocystis carinii pneumonia* in homosexual men: part 1, epidemiologic results. *Ann Intern Med.* 1983;99:145-51.
19. Masur H, Michaelis MA, Greene JB, et al. An outbreak of community acquired *Pneumocystis carinii pneumonia*: initial manifestation of cellular immune dysfunction. *N Engl J Med.* 1981;305:1431-8.
20. Mann JM. The global picture of AIDS. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 1988;1(3): 209-216.
21. Brennan RO, Durack DT. Gay compromise syndrome. *Lancet* 1981;2:1338-9.
22. Morin SF, Batchelor WF. Responding to the psychological crisis of AIDS. *Public Health Rep.* 1984;99:4-9.
23. Goedert JJ, Neuland CY, Wallen WC. Amyl nitrite may alter T lymphocytes in homosexual men. *Lancet* 1982;1:412-6.
24. Shearer GM, Hurtenbach U. Is sperm immunosuppressive in homosexuals and vasectomized men? *Immunol Today* 1982;3:153-4.
25. Dubois RM, Braitwaite MA, Mikhail JR, et al. Primary *Pneumocystis carinii* and cytomegalovirus infections. *Lancet* 1981;ii:1339.
26. dane z publikacji Human Right Watch – HIV/AIDS & HRC. Two decades of fighting for life. www.hrc.org.
27. Watson M. Społeczno-gospodarcze uwarunkowania narkomanii w Polsce. *Alkoholizm i Narkomania.* 1990, Nr 2:148-61.
28. Owczarzak J. Defining democracy and the terms of engagement with the post socialist Polish state: insights from HIV/AIDS. *East Eur Polit Soc.* 2009; 23(3): 421-54.
29. CDC. Epidemiological notes and reports. Persistent generalized lymphadenopathy among homosexual males. *MMWR* 1982; 31(19): 249-251.
30. CDC. Epidemiologic Notes and Reports. Update on Kaposi's Sarcoma and Opportunistic Infections in Previously Healthy Persons - United States. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR).* 1982; 31(22): 294,300-1.
31. CDC. A cluster of Kaposi's sarcoma and *Pneumocystis carinii pneumonia* among male homosexual residents of Los Angeles and Orange Counties, California. *MMWR* 1982; 31(23): 305-7.
32. Gerstoft J, Malchow-Moller A, Bygbjerg I, et al. Severe acquired immunodeficiency in European homosexual men. *Brit Med J.* 1982; 285: 17-9.
33. CDC. Opportunistic infections and Kaposi's sarcoma among Haitians in the United States. *MMWR* 1982; 31(26): 353-4,360-1.
34. CDC. *Pneumocystis carinii pneumonia* among persons with hemophilia A. *MMWR* 1982;31:365-7.
35. Levine PH. The acquired immunodeficiency syndrome in persons with hemophilia. *Ann Intern Med.* 1985;103:723-6.
36. CDC. Update on acquired immune deficiency syndrome (AIDS) among patients with hemophilia A. *MMWR* 1982; 31: 644-6,652.
37. Marmor M, Friedlman-Kien AE, Laubenstein L, et al. Risk factors for Kaposi's sarcoma in homosexual men. *Lancet* 1982;1:1083-7.
38. Oswald GA, Theodossi A, Gazzard BG. Attempted immune stimulation in the "gay compromise syndrome". *Brit Med J.* 1982; 285: 1082.
39. Jaffe HW, Choi K, Thomas PA, et al. National case-control study of Kaposi's sarcoma and *Pneumocystis carinii pneumonia* in homosexual men. I. Epidemiological results. *Ann Intern Med.* 1983; 99: 145-51.
40. Ravenholt RT. The role of hepatitis B virus in acquired immunodeficiency syndrome. *Lancet* 1983; 2: 885-6.
41. Merson MH, O'Malley J, Serwadda D, Apisuk C. The history and challenge of HIV prevention. *Lancet* 2008; 372: 475-488.
42. Evatt BL. The tragic history of AIDS in the hemophilia population, 1982-1984. *J Thromb Haemost.* 2006;4:2295-301.
43. CDC. Possible transfusion-associated acquired immune deficiency syndrome (AIDS) – California. *MMWR* 1982;31:652-4.
44. CDC. Update on acquired immune deficiency syndrome (AIDS) among patients with hemophilia A. *MMWR* 1982; 31: 644-6, 652.
45. CDC. Current trends update on acquired immune deficiency syndrome (AIDS) - United States. *MMWR* 1982;31:507-8,513-4.
46. Masur H, Michelis MA, Wormser GP, et al. Opportunistic infections in previously healthy women: initial manifestation of a community-acquired cellular immunodeficiency. *Ann Intern Med.* 1982; 97: 533-9.
47. CDC. Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS): precautions for clinical and laboratory staffs. *MMWR* 1982; 31(43): 577-80.
48. CDC. Cryptosporidiosis: assessment of chemotherapy of males with acquired immune deficiency syndrome (AIDS). *MMWR* 1982; 31: 589-592.
49. CDC. Unexplained immunodeficiency and opportunistic infection in infants – New York, New Jersey, California. *MMWR* 1982; 31(49): 665-667.
50. Centers for Disease Control. Current trends update on acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) - United States. *MMWR* 1982; 31:507-8,513-4.
51. Mwuara P. Pioneers in the control of HIV/AIDS. *Afr Recov.* 1999;12:17-20.
52. CDC. Immunodeficiency among female sexual partners of males with acquired immune deficiency syndrome (AIDS) – New York. *MMWR* 1983; 31: 697-8.
53. CDC. Acquired immune deficiency syndrome (AIDS) in prison inmates – New York, New Jersey. *MMWR* 1983; 31: 700-701.
54. Dowdle WR. The epidemiology of AIDS. *Public Health Rep.* 1983 ;98: 308-312.
55. CDC. Current trends prevention of acquired immune deficiency syndrome (AIDS): report of inter-agency recommendations. *MMWR* 1983; 32: 101-3.

56. Oleske J, Minnefor A, Cooper R, et al. Immune deficiency syndrome in children. *JAMA* 1983; 249: 2345-2349.
57. Rubinstein A, Sicklick M, Gupta A, et al. Acquired immunodeficiency with reversed T4/T8 ratios in infant born to promiscuous and drug-addicted mothers. *JAMA* 1983; 249: 2350-2356.
58. Fauci A. Acquired immunodeficiency syndrome – the ever-widening clinical spectrum. *JAMA* 1983; 249: 2375-2376.
59. Wright J. “Only your calamity”. The beginnings of activism by and for people with AIDS. *Am J Public Health* 2013; 103: 1788-1798.
60. Pełny tekst The Denver Principles (1983) znajduje się na stronie ActUp New York: www.actupny.org/documents/Denver.html.
61. Mascola L, Colwell BY, Couch JA. Should sperm donors be screened for sexually transmitted diseases? *N Engl J Med* 1983; 309: 1058.
62. McDoughal JS, Martin LS, Cort SP, et al. Thermal inactivation of the acquired immunodeficiency syndrome virus, human T lymphotropic virus III/lymphadenopathy associated virus, with special reference to antihemophilic factor. *J Clin Invest.* 1985; 76: 875-877.
63. Arno PS, Feiden KL. Against the odds. The story of AIDS drug development, politics and profits. Harper Collins Publishers, New York, 1992.
64. Bygbjerg IC. AIDS in a Danish surgeon (Zaire, 1976). *Lancet.* 1983; 1: 925.
65. Pérez Avila J, Pena Torres R, Jones Fiol J, Lantero Abreu M, Arazoza RH. HIV control in Cuba. *Biomed Pharmacother.* 1996; 50: 216-219.
66. Barre-Sinoussi F, Hermann JC, Rey F, et al. Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). *Science* 1983;220:868-71.
67. Barré-Sinoussi F, Chermann JC, Rey F, Nugeyre MT, Chamaret S, Gruest J, Dautet C, Axler-Blin C, Vézinet-Brun F, Rouzioux C, Rozenbaum W, Montagnier L. Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). *Science* 1983; 220: 868-71.
68. Gelmann EP, Popovic M, Blayney D, et al. Proviral DNA of a retrovirus, human T-cell leukemia virus, in two patients with AIDS. *Science* 1983; 220: 862-5.
69. Gallo RC, Sarin PS, Gelmann EP, et al. Isolation of human T-cell leukemia virus in acquired immune deficiency syndrome (AIDS). *Science* 1983; 220: 865-7.
70. Essex M, McLane MF, Lee TH, et al. Antibodies to human T-cell leukemia virus membrane antigens (HTLV-MA) in hemophiliacs. *Science* 1983;221:1061-4.
71. CDC. An evaluation of acquired immune deficiency syndrome(AIDS) reported in health care personnel – United States. *MMWR* 1983; 32: 358-60.
72. CDC. Precautions for health-care workers and allied professional. *MMWR* 1983; 32: 450-1.
73. Bayer R. AIDS prevention – sexual ethics and responsibility. *N Engl J Med.* 1996; 334: 1540-2.
74. Bruckner H, Bearman P. After the promise: the STD consequences of adolescents virginity pledges. *J Adolesc Health.* 2005; 36: 271-278.
75. Ebbesen P, Biggar J, Melbye M. AIDS in Europe. *Brit Med J.* 1983; 287: 1324-6.
76. Public Health Laboratory Service Communicable Disease Surveillance Centre. Surveillance of the acquired immune deficiency syndrome in the United Kingdom, January 1982 – July 1983. *Brit Med J.* 1983; 287: 407-8.
77. Michaeli D. Blood bank policy in Israel in relation to AIDS. *Ann NY Acad Sci.* 1984; 437: 485-6.
78. Hilgartner MW, Alendort LM. AIDS in hemophilia. *Ann NY Acad Sci.* 1984; 437: 466-71.
79. Valle SL, Ranki A, Repo H, et al. Acquired immune deficiency syndrome. The first cases in Finland. *Ann Clin Res.* 1983; 15(5-6): 203-205.
80. Brunet J-B, Juvet E, Massari V. Epidemiological aspects of acquired immune deficiency syndrome in France. *Ann NY Acad Sci.* 1984; 437: 334-9.
81. Clumeck N, Sonnet J, Taelman H, et al. Acquired immune deficiency syndrome in Belgium and its relation to Central Africa. *Ann NY Acad Sci.* 1984; 437: 264-269.
82. Waterson AP. Acquired immune deficiency syndrome. *Lancet* 1983; 286: 743-746.
83. Public Health Laboratory Service Communicable Disease Surveillance Centre. Surveillance of AIDS in Britain: September 1983. *Brit Med J.* 1983; 287: 1284.
84. Hampton J. Uganda. TASO: Living positively with AIDS. *Child Worldw.* 1993; 20(1-2): 20-22.
85. CDC. Summary – cases specified notifiable diseases, United States. *MMWR* 1984; 33: 4-5.
86. Pitchenik AE, Shafron RD, Glasser RM, Spira TJ. The acquired immunodeficiency syndrome in the wife of a hemophiliac. *Ann Intern Med.* 1984; 100(1): 62-65.
87. CDC. Prevention of acquired immune deficiency syndrome (AIDS): report of inter-agency recommendation. *MMWR* 1983;32:101-3.
88. Auerbach DM, Darrow WW, Jaffe HW, Curran JW. Cluster of cases of the acquired immune deficiency syndrome. Patients linked by sexual contact. *Am J Med.* 1984; 76: 487-492.
89. Gallo RC, Salahuddin SZ, Popovic M, et al. Frequent detection and isolation of cytopathic retroviruses (HTLV-III) from patients with AIDS and at risk for AIDS. *Science* 1984; 224: 500-503.
90. Karpas A. Human retroviruses in leukemia and AIDS: reflections on their discovery, biology and epidemiology. *Biol Rev Camb Philos Soc.* 2004; 79: 911-933.
91. Levy JA, Hoffman AD, Kramer SM, et al. Isolation of lymphadenopathic retroviruses from San Francisco patients with AIDS. *Science* 1984; 225: 840-842.
92. Broder S, Fauci AS. Progress in drug therapies for HIV infection. *Public Health Rep.* 1988; 103: 2224-9.
93. Mitsuya H, Weinhold KJ, Furman PA, et al. 3'-azido-3'-deoxythymidine (BW A509U): an antiviral agent that inhibits the infectivity and cytopathic effect of human T-lymphotropic virus type III/lymphadenopathy-associated virus in vitro. *Proc Natl Acad Sci USA.* 1985; 82: 7096-7100.
94. Griffin MT. AIDS drugs & the pharmacological industry: a need for a reform. *Am J Law Med.* 1991; 17: 363-410.
95. Groopman JE, Salahuddin SZ, Sarngadharan MG, et al. HTLV-III in saliva of people with AIDS-related complex and healthy homosexual men at risk for AIDS. *Science* 1984; 226(4673): 447-449.
96. Bacchetti P, Osmond D, Chaisson D, et al. Survival patterns of the first 500 patients with AIDS in San Francisco. *J Infect Dis.* 1988; 157: 1044-1047.
97. Dagleish AG, Beverley PC, Clapham PR, et al. The CD4 (T4) antigen is an essential component of the receptor for the AIDS retrovirus. *Nature* 1984;312:763-7.

98. Klatzmann D, Champagne E, Chamaret S, et al. T-lymphocyte T4 molecule behaves as the receptor for human retrovirus LAV. *Nature* 1984; 312: 767-768.
99. Korcock M. AIDS hysteria: a contagious side effect. *Can Med Ass J*. 1984; 133: 1241-1238.
100. Stewart GJ, Tyler JPP, Cunningham AL., et al. Transmission of human T-cell lymphotropic virus type III (HTLV-III) by artificial insemination by donor. *Lancet* 1985; 2: 581-584.
101. Des Jarlais DC. Matilde Krim, amfAR, and the prevention of HIV infection among injecting drug users: a brief history. *AIDS Patient Care STD*. 2006; 20: 467-471.
102. Schoenbaum EE, Hartel DM, Gourevitch MN. Needle exchange use among cohort of injecting drug users. *AIDS* 1996; 10 :1729-1734.
103. Piot P, Quinn TC, Taelman H, et al. Acquired immunodeficiency syndrome in a heterosexual population in Zaire. *Lancet* 1984; 2: 65-9.
104. Fee E, Parry M. Jonathan Mann, HIV/AIDS, and human rights. *J Public Health Policy*. 2008; 29: 51-71.
105. Cohen J. The rise and fall of Project SIDA. *Science* 1997; 278: 1565-1568.
106. Kaslow RA, Ostrow DG, Detels R, et al., for the Multicenter AIDS Cohort Study. The Multicenter AIDS Cohort Study: rationale, organization, and selected characteristics of the participants. *Am J Epidemiol*. 1987; 126: 310-318.
107. CDC. Current Trends Update: Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) – United States. *MMWR* November 30, 1984; 33(47): 661-664.
108. CDC. Acquired immunodeficiency syndrome – Europe. *MMWR* 1985;34:147-510.
109. Spire B, Dormont D, Barré-Sinoussi F, Montagnier L, Chermann JC. Inactivation of lymphadenopathy-associated virus by heat, gamma rays, and ultraviolet light. *Lancet*. 1985;1(8422): 188-289.
110. Szmuness W, Much I, Prince A, et al. On the role of sexual behavior in the spread of hepatitis B infection. *Ann Intern Med*. 1975; 83(4): 489-495.
111. McHenry L, Khoshnood M. Blood money: Bayer's inventory of HIV-contaminated blood products and Third World haemophiliacs. *Account Res*. 2014; 21(6) :389-400.
112. Cassens BJ. Social consequences of the acquired immunodeficiency syndrome. *Ann Intern Med* 1985;103:768-71.
113. Mitsuya H, Weinhold KJ, Furman PA, et al. 3'-azido-3'-deoxythymidine (BW A 509U): an antiviral agent that inhibits the infectivity and cytopathic effect of human T-lymphotropic virus type III/lymphadenopathy-associated virus in vitro. *Proc Natl Acad Sci USA*. 1985; 82: 7096-7100.
114. Weiss SH, Goedert JJ, Sarnagadharan MG, et al. Screening test for HTLV-III (AIDS agent) antibodies: specificity, sensitivity, and applications. *JAMA* 1985;253:221-5.
115. Fikus M. Raj utracony. *Wiedza i życie*. 1993;4:16-8.
116. Heckler MM. The challenge of the acquired immunodeficiency syndrome. *Ann Intern Med*. 1985; 103: 655-6.
117. Durand de Bousingen D. Former French minister acquitted in infected blood trial. *Lancet* 1999; 353: 992.
118. Marx JL. A virus by any other name. *Science* 1985; 227: 1449-1451.
119. Norman C. HTLV-III and LAV: similar or identical? *Science* 1985; 230: 643.
120. Provisional Public Health Service Inter-agency recommendations for screening donated blood and plasma for antibody to the virus causing acquired immunodeficiency syndrome. *MMWR* 1985; 34: 1-5.
121. CDC. Current trends update: public health service workshop on human T-lymphocyte virus type III antibody testing – United States. *MMWR*. 1985; 34(31): 477-478.
122. Altman LK. The doctor's world: AIDS data pour in as studies proliferate. *New York Times*, April 23, 1985. <https://archive.nytimes.com/www.nytimes.com/library/national/science/aids/042385sci-aids.html> [dostęp: 7.04.1999].
123. Volberding PA. The clinical spectrum of the acquired immunodeficiency syndrome: implications for comprehensive patient care. *Ann Intern Med*. 1985;103:729-33.
124. Steinbrook R, Lo B, Tripack J, Dille JW, Volberding PA. Ethical dilemmas in caring for patients with the acquired immunodeficiency syndrome. *Ann Intern Med*. 1985;103: 787-90.
125. Cooper DA, Gold J, Maclean P et al. Acute AIDS retrovirus infection. Definition of a clinical illness associated with seroconversion. *Lancet* 1985;1:537-40.
126. Ho DD, Sarnagadharan MG, Resnick L, et al. Primary human T-lymphotropic virus type III infection. *Ann Intern Med*. 1985;103:880-883.
127. Kreiss JK, Kitchen LW, Ponce HE, et al. Antibody to human T-lymphotropic virus type III in wives of hemophiliacs. Evidence for heterosexual transmission. *Ann Intern Med*. 1985, 102: 623-626.
128. Teichler PA. AIDS, gender, and biomedical discourse: current contest for meaning. W: *The Burdens of History*. Ed. Elizabeth Fee, Daniela Fox, 1988, University of California Press, Berkeley – Los Angeles – Oxford.
129. Broder S. The development of antiretroviral therapy and its impact on the HIV-1/AIDS pandemic. *Antivir Res* 2010;85:1-18.
130. Yarchoan R, Klecker RW, Weinhold KJ, Markham PD, Lysterly HK, Durack DT, Gelmann E, Lehrman SN, Blum RM, Barry DW, et al. Administration of 3'-azido-3'-deoxythymidine, an inhibitor of HTLV-III/LAV replication, to patients with AIDS or AIDS-related complex. *Lancet* 1986; 1(8481): 575-580.
131. Yarchoan R, Klecker RW, Weinhold KJ, Markham PD, Lysterly HK, Durack DT, Gelmann E, Lehrman SN, Blum RM, Barry DW, et al. Administration of 3'-azido-3'-deoxythymidine, an inhibitor of HTLV-III/LAV replication, to patients with AIDS or AIDS-related complex. *Lancet* 1986; 1(8481): 575-80.
132. Rouziou C, Chamaret S, Montagnier L, et al. Absence of antibodies to AIDS virus in haemophiliacs treated with heat-treated factor VIII concentrate. *Lancet* 1985; 1: 271-2.
133. Seale J. AIDS virus infection: prognosis and transmission. *J Royal Soc Med* 1985; 78: 13-615.
134. Curran JW. The epidemiology and prevention of the acquired immunodeficiency syndrome. *Ann Intern Med* 1985;103:657-62.
135. Berger J. Rock Hudson, screen idol, dies at 59. *New York Times*, 3 October 1985.
136. CDC. Acquired immunodeficiency syndrome – United States. *MMWR* 1985, May 10.
137. Ronald Reagan. The President's News Conference, September 17, 1985. <https://www.reaganlibrary.gov/archives/speech/presidents-news-conference-16> [dostęp: 15.12.2022].
138. Stewart GJ, Tyler JP, Cunningham AL, et al. Transmission of human T-cell lymphotropic virus type III (HTLV-III) by artificial insemination by donor. *Lancet* 1985; 2: 581-5.
139. Barin F, M'Boup S, Denis F, et al. Serologic evidence for virus related to simian T-lymphotropic retrovirus III in residents in West Africa. *Lancet* 1985;228:1199-201.
140. Kanki PJ, McLane MF, King NW Jr, et al. Serological identification and characterization of macaque T-lymphotropic retrovirus closely related to HTLV-III. *Science* 1985;228:1199-201.

141. CDC. Current trends update: acquired immunodeficiency syndrome – United States. MMWR 1985;34(18):245-248. <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00000537.htm> [dostęp: 4.03.2017].
142. Altman K. Debate grows on U.S. listing of Haitians in AIDS category. New York Times 1983; November 29.
143. Simons M. For Haiti's tourism, the stigma of AIDS is fatal. New York Times 1983, November 29. <http://www.nytimes.com/1983/11/29/world/for-haiti-s-tourism-the-stigma-of-aids-is-fatal.html> [dostęp: 4.03.2017].
144. Pape JW, Farmer P, Koenig S, et al. The epidemiology of AIDS in Haiti refutes the claims of Gilbert et al. Proc Natl Acad Sci USA. 2008; 105(10): :E13.
145. Holmes EC. When HIV spread afar. Proc Natl Acad Sci USA. 2007; 104: 18351-18352.
146. Gilbert MTP, Rambaut A, Wlasiuk G, et al. The emergence of HIV/AIDS in the Americas and beyond. Proc Natl Acad Sci USA. 2007; 104: 18566-16570.
147. Hicks DR, Martin LS, Getchell JP, et al. Inactivation of HTLV-III/LAV infected cultures of normal human lymphocytes by nonoxynol-9 in vitro. Lancet 1985;2: 1422-3.
148. Fee E, Brown TM, Michael S, Gottlieb and the identification of AIDS. Am J Public Health 2006;96:982-3.
149. Specter M. AIDS victim's right to attend public school tested in Corn Belt. The Washington Post, September 3, 1985. <https://www.washingtonpost.com/archive/politics/1985/09/03/aids-victims-right-to-attend-public-school-tested-in-corn-belt/8ffb6ac0-93cc-4c6f-88da-f3bb23664294/> [dostęp: 20.12.2022].
150. Fee E. The AIDS Memorial Quilt. Am J Public Health. 2006;96:979.
151. Ziegler JB, Cooper DA, Gold J, Johnston R. Postnatal transmission of AIDS-associated retrovirus. Lancet 1985;i:896-8.
152. CDC. Recommendation for assisting in the prevention of perinatal transmission of human T-lymphotropic virus type III/lymphadenopathy-associated virus and acquired immunodeficiency syndrome. MMWR 1985;34:721-6,731-2.
153. Fink S. Cuba's energetic AIDS doctor. Am J Public Health. 2003;93:712-6.
154. Karcher HL. Blood, HIV, and compensation. Brit Med J. 1990; 300: 68.
155. He N, Detels R. The HIV epidemic in China: history, response, and challenge. Cell Res. 2005;15:825-32.
156. Sheng L, Cao W-K. HIV/AIDS epidemiology and prevention in China. Chin Med J. 2008;121:1230-6.
157. Wu Z, Sullivan SG, Wang Y, Rotheram-Borus MJ, Detels R. Evolution of China's response to HIV/AIDS. Lancet 2007;369:679-90.
158. Krajewski K. Sens i bezsens prohibicji. Prawo karne wobec narkotyków i narkomanii. Wydawnictwo Zakamycze, Kraków, 2001.
159. Rosinska M. Current trends in HIV/AIDS epidemiology in Poland, 1999 -2005.Euro Surveill 2006;11:94-7.
160. CDC. Classification system for human T-lymphotropic virus type III/lymphadenopathy-associated virus infections. MMWR 1986; 35: 334-9.
161. Edwards P, Turner J, Gold J, Cooper DA. Esophageal ulceration induced by zidovudine. N Engl J Med 1990;112:65-6.
162. Vogt MW, Witt DJ, Craven DE, et al. Isolation of HTLV-III/LAV from cervical secretions of women at risk for AIDS. Lancet 1986; 1(8480): 525-7.
163. Wofsy CB, Cohen JB, Hauer LB, et al. Isolation of AIDS-associated retrovirus from genital secretions of women with antibodies to the virus. Lancet 1986;1(8480):527-9.
164. Coffin J, Haase A, Levy JA, Montagnier L, et al. What to call the AIDS virus? Nature 1986;321:10.
165. Position Paper. Health and Public Policy Committee, American College of Physicians and the Infectious Diseases Society of America. Acquired Immunodeficiency Syndrome. Ann Intern Med. 1986;104:575-81.
166. Brown F. Human Immunodeficiency Virus. Science. 1986; 232(4747): 1486.
167. Palca J. Controversy over AIDS virus extends to name. Nature. 1986; 321(6065): 3.
168. Hughes WT. Pneumocystis carinii pneumonitis. N Engl J Med. 1987;317:1021-3.
169. Pert CB, Ruff MR. Peptide T: a pentapeptide sequence in the AIDS virus envelope which block infectivity is essentially conserved across nine isolates. Clin Neuropharmacol. 1986;9 Suppl 4:482-4.
170. Bridge JP, Heseltine PN, Eaton EM, et al. Results of extended peptid T administration in AIDS and ARC patients. Psychopharmacol Bull. 1991; 27(3): 237-245.
171. Bridge TP, Heseltine PNR, Parker ES, et al. Improvements in AIDS patirnts on peptide T. Lancet. 1999; 2(365): 226-227.
172. Pert CB, Hill JM, Ruff MR, et al. Octapeptides deduced from the neuropeptide receptos-like pattern of antigen T4 in brain potentially inhibit human immunodeficiency virus receptor binding and T-cell infectivity. Prpoc Natl Acad Sci USA. 1986; 83: 9254-9258.
173. Newmark P. AIDS drug trials to start amid controversy. Nature. 1987; 327: 449.
174. Barnes DM. Debate over potential AIDS drugs. Science. 1987; 237(4811): 128-130.
175. Wetterberg L, Alexius B, Saaf J, et al. Peptide T in treatment of AIDS. Lancet. 1999; 1(8525): 159.
176. Kolata G. Clinical trials planned for new AIDS drug. Science. 1987; 237: 1138-1139.
177. Coolfont report: a PHS plan for prevention and control of the AIDS and the AIDS virus. Public Health Rep. 1986;101:341-8.
178. Public Health Service plan for the prevention and control of acquired immune deficiency syndrome (AIDS). Public Health Rep. 1985; 100: 453-5.
179. Pear R. U.S. files first AIDS discrimination charge. The New York Times, August 9, 1986. <https://www.nytimes.com/1986/08/09/us/us-files-first-aids-discrimination-charge.html> [dostęp: 21.12.2023]
180. Tempalski B. Placing the dynamics of syringe exchange programs in the United States. Health Place. 2007; 13(2) :417-431,
181. Anderson W. The New York needle trial: the politics of public health in the age of AIDS. Am J Publ Health. 1991;81:1506-1517.
182. Editorial. Needle-exchange programmes in the USA; time to act now. Lancet 1998;351:75.
183. Bennett SS. Needle-exchange programmes in the USA. Lancet 1998;351:839.
184. Bush DM. The U.S. Mandatory Guidelines for federal drug testing programs: current status and future considerations. Forensic Sci Int. 2008; 174: 111–119.
185. Wells VE, Halperin W, Thun M. The estimated predictive value of screenings for illicit drugs in the workplace. Am J Public Health. 1988; 78: 817–819.
186. Moeller KE, Lee KC, Kissack JC. Urine drug screening: practical guide for clinicians. Mayo Clin Proc. 2008; 83(1): 66-76.
187. Karcher HL. Blood, HIV, and compensation. Brit Med J. 1990;300:68.
188. Weinberg PD, Hounshell J, Sherman LA, et al. Legal, financial, and public health consequences of HIV contamination of blood and blood products in the 1980s and 1990s. Ann Intern Med. 2002; 136: 312-9.
189. Ängste im Blutsumpf. Der Spiegel 1993;43:272-8.
190. Kirungi F. Uganda beating back AIDS. Leadership, education and openness are keys to progress. Afr Recovery 2001; 15: 26-7.

191. Opio AA, Lumumba N, Asiimwe-Okikor G, et al. Changes in HIV/AIDS prevention indicators in the rural district Lira in Uganda. *AIDS* 2000; 14: 1461-3.
192. Watsonie C. An open approach to AIDS. *Uganda. Rep. Afr.* 1988 Nov-Dec. 32-4.
193. Kisekka MN. AIDS in Uganda is a gender issue. *Whoman Ther.* 1990; 10(3): 34-53.
194. Guinan ME, Hardy A. Epidemiology of AIDS in women in the United States. 1981 through 1986. *JAMA* 1987; 257: 2039-42.
195. Fischl MA, Richman DD, Grieco MH, et al. The efficacy of azidothymidine (AZT) in the treatment of patients with AIDS and AIDS-related complex, a double blind, placebo-controlled trial. *N Engl J Med.* 1987; 317: 185-91.
196. Richman DD, Fischl MA, Grieco MH, et al. The toxicity of AZT in the treatment of patients with AIDS and ARC. *N Engl J Med.* 1987; 317: 192-7.
197. Dolan K, Kimber J, Fry C, et al. Drug consumption facilities in Europe and the establishment of supervised injecting centre's in Australia. *Drug Alcohol Rev.* 2000; 19: 337-46.
198. Swanson JM, Gill AE, Wald K, Swanson KA. Comprehensive care and the sanatoria: Cuba's response to HIV/AIDS. *JANAC* 1995; 6: 33-41.
199. Santana S, Faas L, Wald K. Human immunodeficiency virus in Cuba: the public health response of a third world country. *Int J Health Serv.* 1991; 21: 511-37.
200. Marasa G, McEvoy M. Length of survival of patients with acquired immune deficiency syndrome in the United Kingdom. *Brit Med J.* 1986; 292: 1727-9.
201. Medvedev ZA. Evolution of AIDS Policy in the Soviet Union. I. Serological screening 1986-7. *Brit Med J.* 1990; 300: 860-1.
202. Szata W. AIDS i zakażenie HIV – 1988 rok. *Przegl Epidemiol.* 1990; 44: 130-3.
203. Gingell B, ed. The GMHC newsletter of experimental therapies. *Gay Men's Health Crisis*, New York 1988; 2(7): 11-2.
204. Mann JM. The World Health Organization's global strategy for the prevention and control of AIDS. *West J Med.* 1987; 147: 732-4.
205. Blewell N. Political dimensions of AIDS. *AIDS* 1988; 2 (Suppl 1): S235-8.
206. Merson MH, O'Malley J, Serwadda D, Apisuk C. The history and challenge of HIV prevention. *Lancet* 2008; 372: 475-88.
207. Mann JM. The global picture of AIDS. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 1988; 1(3): 209-16.
208. Vittecoq D, May T, Roue RT, et al. Acquired immunodeficiency syndrome after travelling in Africa: an epidemiological study in seventeen Caucasian patients. *Lancet* 1987; 1(8533): 612-5.
209. Palca J. Settlement on AIDS finally reached between US and Pasteur. *Nature* 1987; 326: 533.
210. Commentary. The chronology of AIDS research. This statement from Gallo and Montagnier constitute a part of the agreement between the US and French AIDS research group. *Nature* 1987; 326: 43506.
211. Francis DP, Chin J. The Prevention of acquired immunodeficiency syndrome in the United States. An objective strategy for medicine, public health, business, and the community. *JAMA.* 1987; 257(10): 1357-1366.
212. Altman LK. U.S. examines prostitutes and AIDS virus. *New York Times*, 27.03.1987. <http://www.nytimes.com/1987/03/27/us/us-examines-prostitutes-and-aids-virus.html> [dostęp: 15.02.2016].
213. Gilmore N. The impact of AIDS on drug availability and accessibility. *AIDS* 1991; 5(Suppl 2): S253-S262.
214. Richman DD, Fischl M, Grieco MH i wsp. The toxicity of azidothymidine (AZT) in the treatment of patients with AIDS and AIDS-related complex. A double blind, placebo-controlled trial. *N Engl J Med* 1987; 317: 192-97.
215. Fischl M, Richman DD, Grieco MH, et al. The efficacy of AZT in the treatment of patients with AIDS and ARC. *N Engl J Med.* 1987; 317(4): 185-91.
216. Park A. The story behind the first AIDS drug. *The Time*, March 19, 2017. <https://time.com/4705809/firs-aids-drug-azt/> [dostęp: 15.12.2020].
217. Gross J. AIDS victim's frantic search for cure. *New York Times*, May 15, 1987. <http://www.nytimes.com/1987/05/15/nyregion/aids-victims-frantic-search-for-cure.html?pagewanted=all> [dostęp: 21.12.2023].
218. Young FE. The role of the FDA in the effort against AIDS. *Public Health Rep.* 1988; 103: 242-5.
219. Mariner WK. New FDA drug approval policies and HIV vaccine development. *Am J Public Health* 1990; 80: 336-41.
220. Creagh- Kirk T, Doi P, Anreus E, et al. Survival experience among patients with AIDS receiving zidovudine. Follow-up of patients in a compassionate plea program. *JAMA* 1988; 260: 3009-15.
221. Guinan ME, Hardy A. Women and AIDS: the future is grim. *J Am Med Women Assoc.* 1987; 42: 157-8. http://digitalscholarship.unlv.edu/community_health_sciences_fac_articles/58 [dostęp: 18.02.2016].
222. Rutheford GW, Oliva GE, Grossman M, et al. Guidelines for the control of perinatally transmitted human immunodeficiency virus infection and care of infected mothers, infants and children. *West J Med.* 1987; 147: 104-8.
223. Harry DH-U. USA-Einreisebestimmungen für Menschen mit HIV. *Swiss AIDS News.* 2004; 6: 5-8.
224. Wachter RM. AIDS, activism, and the politics of health. *N Engl J Med.* 1992; 326: 128-33.
225. Strona internetowa AHF: <https://www.aidshealth.org/about> [dostęp: 1.07.2023].
226. Rees VL. AIDSphobia: forcing courts to face new areas of compensation for fear of a deadly disease. *Villanova Law Rev.* 1994; 39: 241-279.
227. Abrams DI. Alternative therapies in HIV infection. *AIDS* 1990; 4: 1179-87.
228. Kaplan LD, Wolfe PR, Volberding PA, et al. Lack of response to suramin in patients with AIDS and AIDS-related complex. *Am J Med.* 1987; 82: 615-20.
229. Sicher F, Targ E, Moore D 2nd, Smith HS. A randomized double-blind study of the effect of distant healing in a population with advanced AIDS. Report of a small scale study. *West J Med.* 1998; 169: 356-63.
230. Rozenbaum W, Dormont D, Spire B, Vilmer E, Gentilini M, Griscelli C, Montagnier L, Barre-Sinoussi F, Chermann JC. Antimoniotungstate (HPA 23) treatment of three patients with AIDS and one with prodrome. *Lancet* 1985; 1: 450-1.
231. Vergel N. There when AIDS began: an interview with Michael Gottlieb, M.D. *The Body Pro*, June 2, 2011. www.thebody.com.
232. Makonkawkeyoon S, Limson-Pobre RN, Moreira AL., Schauf V, Kaplan G. Thalidomide inhibits the replication of human immunodeficiency virus type 1. *Proc Natl Acad Sci.* 1993; 90: 5974-8.
233. Duesberg PH. Retroviruses as carcinogens and pathogens: expectations and reality. *Cancer Res* 1987; 47: 1199-220.
234. Fee E. The AIDS Memorial Quilt. *Am J Public Health.* 2006; 96(6): 979.
235. Mason JO, Noble GR, Lindsey BK., et al. Current CDC efforts to prevent and control human immunodeficiency virus infection and AIDS in the United States through information and education. *Public Health Rep.* 1988; 103(3): 255-60.
236. Van de Perre P, Jacobs D, Sprecher-Goldberger S. The latex condom, an efficient barrier against sexual transmission of AIDS-related viruses. *AIDS* 1987; 1: 49-52.

237. strona internetowa Związkowego Urzędu Zdrowia Szwajcarii: www.bag.admin.ch/HIV_aids
238. Goldsmith MF, Marwick C. Global offensive against AIDS spurt research and raises hope. *JAMA* 1987;258:11-2.
239. Third International AIDS Conference. *Brit Med J.* 1987; 294: 1618.
240. CDC. Public Health Service guidelines for counseling and antibody testing to prevent HIV infection and AIDS. *MMWR* 1987;36:509-15.
241. Gerald G. What can we learn from the gay community's response to the AIDS crisis? *J Natl Med Assoc.* 1989;81:449-52.
242. May M. Commentary: still dying of ignorance? Human immunodeficiency virus (HIV) prevention revisited. *Int J Epidemiol.* 2004; 33: 549-350.
243. Praderio C. This one photo shows exactly what made Princess Diana a royal icon. *Business Insider.* Aug 28, 2018. <https://www.businessinsider.com/photo-princess-diana-shaking-hand-aids-patient-1987-2017-8?r=UK&IR=T> [dostęp: 12.10.2020].
244. Angoff NR. Do physicians have an ethical obligation to care for patients with AIDS? *Yale J Biol Med.* 1991;64:207-46.
245. Shilts R. And the band played on: politics, people and the AIDS epidemic. New York, NY: St. Martin's Press; 1987.
246. Markel H. Journals of the plague years: documenting the history of the AIDS epidemic in the United States. *Am J Public Health.* 2001; 91: 1025-8.
247. Kirungi F. Uganda beating back AIDS. Leadership, education and openness are keys to progress. *Afr Recovery* 2001;15:26-7.
248. Okware SI. Towards a National AIDS-Control Program in Uganda. *West J Med.* 1987; 147: 726-728
249. <https://tasouganda.org/> [dostęp: 10.11.2022].
250. Mugerwa RD, Marum LH, Serwadda D. Human immunodeficiency virus and AIDS in Uganda. *East Afr Med J.* 1996;73:20-6.
251. Johnson AM, Petherick A, Davidson AJ, et al. Transmission of HIV to heterosexual partners of infected men and women. *AIDS,* 1989;3:367-72.
252. UNAIDS. HIV infections in Eastern Europe. UNAIDS, Geneva, 1998.
253. Khaldeeva N, Hills SD, Vinogradova E, et al. HIV-1 seroprevalence rate in women and relinquishment of infants to the state in St. Petersburg, Russia, 2002. *Lancet* 2003;362:1981-2.
254. Chu SY, Buehler JW, Berkelman RL. Impact of the human immunodeficiency virus epidemic on mortality in women of reproductive age, United States. *JAMA* 1990;264:225-9.
255. Moraczewska Z, Seyfriedowa H, Kacperska E, et al. Zakażenia HIV u krwiodawców i biorców krwi. *Przegl Epidemiol.* 1990;44:149-54.
256. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej. Postępowanie zapobiegawcze, diagnostyczne i lecznicze w przypadku zakażenia HIV lub zachorowania na AIDS. PZWL, Warszawa, 2002.
257. Seyfriedowa H. Strategia zapobiegania poprzetoczeniowemu zakażeniu HIV. *Seksuologia* 1995;4:3-6.
258. Szata W. Rozpowszechnienie zakażeń wirusem HIV w 1987 r. – sytuacja w Polsce na tle sytuacji na świecie. *Przegl. Epidemiol.* 1989; XLIII:115-23.
259. London Declaration on AIDS Prevention, World Summit of Ministers of Health. World Health Organization, 1998.
260. Protest over AZT price led to the arrest of 19. *New York Times*, February 9, 1988. <http://www.nytimes.com/1988/02/09/business/protest-over-azt-price-led-to-the-arrest-of-19.html>
261. CDC. Syringe Exchange Programs – United states, 2008. *MMWR* 2010;59:1488-91.
262. The acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) and infection with the human immunodeficiency virus (HIV). Health and Public Policy Committee, American College of Physicians; and the Infectious Diseases Society of America. *Ann Intern Med.* 1988; 108(3): 460-9.
263. Eyster ME, Gail MH, Ballard JO, Al-Mondhiry H, Goedert JJ. Natural history of human immunodeficiency virus infections in hemophiliacs: effect of T-cell subsets, platelet counts, and age. *Ann Intern Med.* 1987;107:1-6.
264. Mann JM, Chin J. AIDS: a global perspective. *N Engl J Med.* 1988;319:302-3.
265. Dournon E, Matheron S, Rozenbaum W, et al. Effects of zidovudine in 365 consecutive patients with AIDS or AIDS-related complex. *Lancet* 1982; 2(8623): 1297-1302.
266. Rothman DJ, Edgar H. Drug approval and AIDS: benefits for the elderly. *Health Affairs* 1990; 9: 123- 130.
267. Understanding AIDS. A message form Surgeon General. profiles.nlm.nih.gov/ps/access/qqbdr1.pdf. dostępne w lipcu 2015 r.
268. Hicks DR, Martin LS, Getchell JP, et al. Inactivation of HTLV-III/LAV infected cultures of normal human lymphocytes by nonoxynol-9 in vitro. *Lancet* 1985; 2: 1422-1423.
269. Milkovsky M, Newell A, Dagleish AG. Inactivation of HIV by nonoxynol-9. *Lancet* 1988; 1: 645.
270. Boonstra K. Condoms, contraceptives and nonoxynol-9: complex issues obscured by ideology. *Guttmacher Rep Public Policy*, 2005; 8: 2.
271. Pear R. Washington talk: expertise; makers of policy on AIDS. *New York Times* June 12, 1987, www.nytimes.com
272. Reeves GK, Overton SC. Preliminary survival analysis of UK AIDS. *Lancet.* 1988;I(8590): 880.
273. Young FE. The AIDS epidemic and clinical trials. *Acad Med.* 1989; 64(11): 660-661.
274. Cohen DA, Farley TA. Social marketing of condoms is great, but we need more free condoms. *Lancet* 2004 ;364: 13.
275. Van de Perre P, Jacobs D, Sprecher-Goldberger S. The latex condom, an efficient barrier against sexual transmission of AIDS-related viruses. *AIDS.* 1987; 1: 40-49.
276. Rietmeijer CA, Krebs J, Feorino PH, Jusdon FN. Condoms as physical and chemical barriers against human immunodeficiency virus. *JAMA* 1988; 259: 1851-1853.
277. Lefrere JJ, Vittecoq D, North ML , et al. Risk of female-to-male transmission of HIV from women infected by transfusion. *AIDS* 1988; 2: 137-8.
278. Al-Nozha M, Ramia S, Al-Frayh A, Arif M. Female to male: an inefficient mode of transmission of human immunodeficiency virus (HIV). *J Acquir Immune Def Syndr.* 1990; 3: 193-4.
279. Report of the workgroup on blood and blood products. Background and progress since Coolfont. *Public Health Rep.* 1988; 103(suppl 1): 58-65.
280. Grieco MH, Lange M, Buimovici-Klein E, et al. Open study of AL-721 treatment of HIV-infected subjects with generalized lymphadenopathy syndrome: an eight week open trial and follow-up. *Antiviral Res.* 1988; 9: 177-190.
281. Allen JR. Heterosexual transmission of human immunodeficiency virus (HIV) in the United States. *Bull N T Acad Med.* 1988; 64: 464-78.
282. Danziger R. Compulsory testing for HIV in Hungary. *Soc Sci Med.* 1996; 43: 119901204.
283. Mann JM. The global picture of AIDS. *J Acquir Immune Def Syndr.* 1988; 1(3): 209-216.

284. Lieb S, Castro KG, Calisher CH, et al. Human immunodeficiency virus infection in a rural community. *J Fla Med Assoc.* 1988; 75: 301-304.
285. Castro KG, Lieb S, Jaffe HW, et al. Transmission of HIV in Belle Glade, Florida: lessons for other communities in the United States. *Science* 1988; 239: 193-197.
286. Des Jarlais DC, Mahtilde Krim, amfAR, and the prevention of HIV infection among injecting drug users: a brief history. *AIDS Patient Care STD.* 2006; 20: 467-71.
287. Frodham Brewer T, Vlahow D, Taylor E, et al. Transmission of HIV-1 within a statewide prison system. *AIDS.* 1988; 2(363-367.
288. Coutinho RA, van Andel RLM, Rijdsdijk TJ. Role of male prostitutes in spread of sexually transmitted diseases and human immunodeficiency virus. *Genitourin Med.* 1988;64:207-8.
289. Seale JR, Medvedev ZA. Origin and transmission of AIDS: multi-use hypodermics and the threat to the Soviet Union: discussion paper. *J Royal Soc Med.* 1987;80:301-4.
290. Weniger BG, Limpakarnjanarat K, Ungchusak K, et al. The epidemiology of HIV infection and AIDS in Thailand. *AIDS* 1991;5(Suppl 2):S71-S85.
291. CDC. Mortality attributable to HIV infection/AIDS – United States, 1981 – 1990. *MMWR* 1991;40:41-44.
292. Buehler JW, Hanson DL, Chu SY. The reporting of HIV/AIDS deaths in women. *Am J Public Health.* 1992;82:1500-5.
293. Chin J, Mann J. The global patterns and prevalence of AIDS and HIV infection. *AIDS.* 1988; 2(suppl 1): S247-S252.
294. Szata W. AIDS i zakażenie HIV – 1988 rok. *Przegl Epidemiol.* 1990;44:130-3.
295. Masur H, Ognibene FP, Yarchoan R, et al. CD4 counts as predictors of opportunistic pneumonias in human immunodeficiency virus (HIV) infection. *Ann Intern Med.* 1989; 111(3): 223-31.
296. Larder BA, Darby G, Richman DD. HIV with reduced sensitivity to zidovudine (AZT) isolated after prolonged therapy. *Science.* 1989; 243(4899): 1731-1734.
297. News. Welcome cuts price of zidovudine. *Brit Med J.* 1989; 299, 30 Sept: 864.
298. Pokrovsky VV, Eramowa EU. Nosocomial outbreak of HIV infection in Elista – USSR. V International Conference on AIDS, Montreal, 1989; Abstr. 63.
299. Reuters AlertNet. Chronology – Libya trials of Bulgarian medics. (www.alertnet.org/thenews/newsdesk/L04656374.htm), dostępny 16 lutego 2007r.
300. Hirsch MS. Justice in Libya? Let scientific evidence prevail. *J Infect Dis* 2007;195:467-8.
301. Yerly S, Quadri R, Negro F i wsp. Nosocomial outbreak of multiple bloodborne viral infections. *J Infect Dis* 2001;184:369-72.
302. CDC. Guidelines for prophylaxis against *Pneumocystis carinii* pneumonia for persons infected with human immunodeficiency virus. *MMWR.* 1989; Suppl 5: 1-9.
303. DHHS, PHS, CDC. Guidelines for prophylaxis against *Pneumocystis carinii* pneumonia for persons infected with human immunodeficiency syndrome. *MMWR* 1989;83:1-9.
304. DHHS, PHS, CDC. UPHS/IDSA guidelines for the prevention of opportunistic infection in persons with human immunodeficiency virus: a summary. *MMWR* 1995; 55: 1-34.
305. FDA approves treatment IND status for pentamidine. *Public Health Rep.* 1989; 114(4): 408.
306. Kolata G. Criticized on AIDS drug, maker give it to some. *New York Times*, 12.10.1989. <https://www.nytimes.com/1989/10/12/us/criticized-on-aids-drug-maker-will-give-it-to-some.html> [dostęp: 22.12.2010].
307. Griffin MT. AIDS drugs & the pharmaceutical industry. A need for reform. *Am J Law Med.* 1991; 17(4): 363-410.
308. CDC. First 100,000 cases of acquired immunodeficiency syndrome – United States. *MMWR* 1989;38(32):561-3.
309. Greenberg DS. End of the Gallo case – maybe. *Lancet* 1993;342:1289.
310. Cohen J, Marshall E. NIH-Pasteur: a final rapprochement? *Science* 1994;265:313.
311. Wu Z, Rou K, Ciu H. The HIV/AIDS epidemic in China: history, current strategies and future challenges. *AIDS Educ Prev.* 2004; 16 (Suppl A): 7-17.
312. Yu ES, Xie Q, Hang K, Lu P, Chan LL. HIV infection and AIDS in China, 1985 through 1994. *Am J Public Health* 1996;86:1116-22.
313. Sember R, Gere D. “Lets the record show...”: art activism and the AIDS epidemic. *Am J Public Health* 2006; 96(6): 967-969.
314. Brickner PW, Torres RA, Barnes M, et al. Recommendations for control and prevention of human immunodeficiency virus (HIV) infection in intravenous drug users. *Ann Intern Med* 1989;110:833-7.
315. Credit Government scientists with developing anti-AIDS drug. *New York Times*, September 28, 1989. <https://www.nytimes.com/1989/09/28/opinion/1-credit-government-scientists-with-developing-anti-aids-drug-015289.html> [dostęp: 3.04.2023].
316. Freudenheim M. The nation; One hope for AIDS patients is hostage to the market. *New York Times*. September 3, 1989. <https://www.nytimes.com/1989/09/03/weekinreview/the-nation-one-hope-for-aids-patients-is-hostage-to-the-market.html> [dostęp: 20.10.2001].
317. Editorial. AZT’s inhuman cost. *New York Times*, August 28, 1989. <http://www.nytimes.com/1989/08/28/opinion-azt-s-ihuman-cost.html> [dostęp: 25.11.2017].
318. Griffin MT. AIDS drugs & the pharmacological industry: a need for a reform. *Am J Law Med.* 1991;17:363-410.
319. Katz DG, Dutcher GL, Toigo TA, et al. The AIDS Clinical Trials Information Service (ACTIS): a decade of providing clinical trials information. *Public Health Rep* 2002;117:123-30.
320. Kotler DP, Tierney AR, Wang J, Pierson RN Jr. Magnitude of body-cell-mass depletion and the timing of death from wasting in AIDS. *Am J Clin Nutr.* 1989;50: 444-7.
321. Goldfarb J. Intravenous saline as adjunctive therapy for patients with AIDS given pentamidine. *N Engl J Med* 1989;320:1281.
322. Ward JW., Bush TJ, Perkins HA, et al. The natural history of transfusion-associated infection with human immunodeficiency virus. *N Engl J Med.* 1989;321:947-52.
323. Goodman JL. The safety and availability of blood and tissues – progress and challenges. *N Engl J Med* 2004; 351: 819-321.
324. McNeil JG, Brundage JF, Wann ZF, et al. Direct measurement of Human Immunodeficiency Virus seroconversions in a serially tested population of young adults in the United States Army, October 1985 to October 1987. *N Engl J Med.*, 1997; 320 (24): 1581-1585.
325. Winkenwerder W, Kessler AR, Stolec RM. Federal spending for illness caused by the Human Immunodeficiency Virus. *N Engl J Med.* 1989; 320(24): 1596-1603.
326. Mishu B, Schaffner W, Horan JM, et al. A surgeon with AIDS. Lack of evidence of transmission to patients. *JAMA* 1990; 264(4): 467-479.
327. CDC. Possible transmission of human immunodeficiency virus to a patient during invasive dental procedure. *MMWR* 1990; 39: 489-492.

328. Jaffe HW, McCurdy JM, Kalish ML, et al. Lack of HIV transmission in the practice of a dentist with AIDS. *Arch Intern Med.* 1994; 123: 855-859.
329. No authors listed. CDC responds to media reports that Florida dentist not source of HIV infection for six patients. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 1995; 16(2): 116-117.
330. Quarto M, Germinario C, Fontana A, Barbutti S. HIV transmission through kidney transplantation from a living related donor. *N Engl J Med.* 1989; 320 (26): 1754.
331. Lot F, Segulier JC, Fegux S et al. Probable transmission of HIV from an orthopedic surgeon to a patient in France. *Ann Intern Med.* 1999; 130: 1-6.
332. Blanchard A, Ferris S, Chamaret S, et al. Molecular evidence for nosocomial transmission of human immunodeficiency virus from a surgeon to one of his patients. *J Virol.* 1998; 72: 4537-4540.
333. Clumeck N, Taelman H, Hermans P, et al. A cluster of HIV infection among heterosexual people without apparent risk factors. *N Engl J Med.* 1989;321:1460-62.
334. Mann JM, Chin J. AIDS: a global perspective. *N Engl J Med.* 1988; 319: 302-302.
335. Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation, Centre for the Prevention and Treatment of HIV-Infection in Pregnant Women and Children, UN Children's Fund (UNICEF). Children, women and HIV-infection in the Russian Federation. Moscow 2005. www.unicef.org/Russia/deti-jenchini_i_vich_eng.pdf.
336. Riuz M. Blood, HIV, and compensation. *Brit Med J.* 1990;300:68.
337. Unggusak K, Thanprasertul S, Sriprapandh S, et al. First national sentinel seroprevalence survey for HIV-1 infection in Thailand, June 1989. 6th International Conference on AIDS, San Francisco, June 1990 (Abst FC99).
338. Potter AR. May God have mercy on us all. *Brit Med J.* 1989;299:629.
339. Vatican AIDS meeting hears O'Connor assail condom use. *New York Times*, November 14, 1989. <https://www.nytimes.com/1989/11/14/world/vatican-aids-meeting-hears-o-connor-assail-condom-use.html> [dostęp: 21.12.2023]
340. Goodgame RW. AIDS in Uganda – Clinical and social features. *N Engl J Med.* 1990; 323(6): 583-589.
341. Okware S, Opio A, Musinguzi J, 3 & Paul Waibale P. Fighting HIV/AIDS: is success possible? *Bull World Health Organ.* 2001; 79(12): 1113-1120.
342. Schopper D, Doussantousse S, Amiga N i wsp. Village-based AIDS prevention in a rural district in Uganda. *Health Policy Plan.* 1995;10:171-80.
343. Muyinda H, Nakuya J, Pool R, Whitworth J. Harnessing the senga institution of adolescent sex education for the control of HIV and STDs in rural Uganda. *AIDS Care* 2003;15:159-67.
344. de Walque D, Nakiyingi-Miro JS, Busingye J, Whitworth JA. Changing association between schooling levels and HIV-1 infection over 11 years in rural population cohort in south-west Uganda. *Trop Med Int Health* 2005;10:993-1001.
345. Konde-Lule JK, Wawer MJ, Sewankambo NK i wsp. Adolescents, sexual behavior and HIV-1 in rural Rakai district, Uganda. *AIDS* 1997;11:791-9
346. Wu Z, Rou K, Ciu H. The HIV/AIDS epidemic in China: history, current strategies and future challenges. *AIDS Educ Prev.* 2004;16 (Suppl A):7-17.
347. McCoy CB, McCoy HV, Lai S i wsp. Reawakening the dragon: changing patterns of opiate use in Asia, with particular emphasis on China's Yunnan province. *Subst Use Misuse* 2001; 36: 49-69.
348. Qian HZ, Schumacher JE, Chen HT, Ruan YH. Injection drug use and HIV/AIDS in China: review of current situation, prevention and policy implications. *Harm Red J.* 2006;3:4 (dostępny online: www.harmreductionjournal.com).
349. Des Jarlais D, Friedman SR. Transmission of human immunodeficiency virus among intravenous drug users. W: *AIDS: etiology, diagnosis, treatment and prevention.* Red. De Vita VT Jr, Hellman S, Rosenberg SA. J.B. 1988; Lippincott Co, Philadelphia.
350. CDC. Update: acquired immunodeficiency syndrome – United States, 1989. *JAMA* 1990;263:1191-2.
351. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej. Postępowanie zapobiegawcze, diagnostyczne i lecznicze w przypadku zakażenia HIV lub zachorowania na AIDS. Wskazówki dla pracowników służby zdrowia. PZWL, Warszawa, 1989.
352. Suchowierska A. Oddział zamknięty w strzykawce. *Gazeta Współczesna.* 14.05.1991. Nr 92 (12 243): 3.
353. Szata W. AIDS i zakażenie HIV – 1989 rok. *Przegl Epidemiol.* 1991;45:127-35.
354. Volberding PA, Lagakos SW, Koch MA, et al. Zidovudine in asymptomatic human immunodeficiency virus infection. A controlled trial in persons with fewer than 500 CD4-positive cells per cubic millimeter. *N Engl J Med.* 1990;322:941-9.
355. Fischl MA, Parker CB, Pettinelli C, et al. A randomized controlled trial of a reduced daily dose of zidovudine in patients with the acquired immunodeficiency syndrome. *N Engl J Med.* 1990;323:1009-15.
356. Kolata G. U.S. halves dosage for AIDS drug. *The New York Times*, January 17, 1990. <https://archive.nytimes.com/www.nytimes.com/library/national/science/aids/011790sci-aids.html> [dostęp: 3.04.2023].
357. Thompson D. The AIDS political machine. *The Time*, 22.01.1990. <https://content.time.com/time/subscriber/article/0,33009,969229-1,00.html> [dostęp: 22.10.2000].
358. CDC. Public Health Service statement on management of occupational exposure to human immunodeficiency virus, including considerations regarding zidovudine postexposure use. *MMWR* 1990;39(RR01):1-14.
359. CDC. Acquired immunodeficiency syndrome in Europe. *JAMA* 1991;265:318.
360. Padian NS, Shiboski SC, Jewell NP. The effect of number of exposures on the risk of heterosexual HIV transmission. *J Infect Dis.* 1990;161:883-7.
361. Baggale RF, Boily M-C, White RG, Alary M. Risk of HIV-1 transmission for parenteral exposure and blood transfusion: a systematic review and meta-analysis. *AIDS* 2006; 20: 805-812.
362. Donegan E, Stuart M, Niland JC, et al. Infection with human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) among recipients of antibody-positive blood donations. *Ann Intern Med.* 1990; 113: 7337-7339.
363. Steinbrook R. AIDS Conference ends on note on confidence: Health; but participants are reminded that the worldwide epidemic remains out of control. *Los Angeles Times.* 25.06.1990. <https://www.latimes.com/archives/la-xpm-1990-06-25-nm-449-story.htm> [dostęp: 15.12.2020]
364. Steinbrook R. HIV/AIDS in 1990 and 2012. From San Francisco to Washington, DC. *JAMA* 2012; 308(4):345-347
365. Beldeanu N, Apetrei R, Calumfirescu A. Nosocomial transmission of HIV in Romania. VI International Conference on AIDS, San Francisco, 1990; Abst. 159.
366. Elford J, Bor R. San Francisco conference review. *AIDS Care* 1992;2:2-4.
367. [No authors listed] 37 AIDS clinical trials units funded by NIAID. *Public Health Rep.* 1992; 106: 364.
368. Delamonte T. AIDS and "ordinary heterosexual people". *Brit Med J.* 1990; 301: 138.

369. Abrams DI. Alternative therapies in HIV infection. *AIDS* 1990;4:1179-87.
370. Lemp GF, Payne SF, Nead D, et al. Survival trends for patients with AIDS. *JAMA*. 1990; 263: 402-406.
371. Chaisson RE. Living with AIDS. *JAMA* 1990;263:434-6.
372. Parkhurst JO. The Uganda success story? Evidence and claims of HIV-1 infection. *Lancet*. 1992; 350: 78-80.
373. Baingana G, Choi KH, Barrett DC, Byansi R, Hearst N. Female partner of AIDS patients in Uganda: reported knowledge, perceptions and plans. *AIDS* 1995;9 (Suppl.):S:513-518.
374. CDC. Mortality attributable to HIV infection/AIDS – United States, 1981 – 1990. *MMWR* 1991;40:41-44.
375. CDC. Current trends. AIDS in women. *MMWR*. 1990; 39(47): 845-846.
376. Owczarzak J. Defining democracy and the terms of engagement with the Polish state: insights from HIV/AIDS. *East Eur Polit Soc*. 2009; 23(3): 421-445.
377. Wskazówki dla personelu pielęgniarskiego dotyczące postępowania z osobami zakażonymi ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV). Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, 1990, Warszawa.
378. Chruściel TL, Maksymowicz W. Do lekarzy polskich. Stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej wobec problemu AIDS. *Gazeta Lekarska*. 1990; nr 7: 7.
379. Szata W. AIDS i zakażenie HIV – 1990 rok. *Przegl Epidemiol*. 1992; 46: 137-145.
380. Carovano K. More than mothers and whores: redefining the AIDS prevention needs of women. *Int J Health Serv*. 1991; 21: 131-142.
381. Nelson EW. Sexual self-defense versus the liaison dangereuse: a strategy for AIDS prevention in the '90s. *Am J Prev Med*. 1991; 7: 146-149.
382. Deaths of 3 patients not included in report about AIDS experiment. *New York Times*, April 14, 1991. (<https://www.nytimes.com/1991/04/14/us/deaths-of-3-patients-not-included-in-report-about-aids-experiment.html> dostęp: 21.12.2023]).
383. Amaro H. Love, sex, and power. Considering women's realities in HIV prevention. *American Psychologist* 1995; 50: 437-447.
384. Werner CA. Medical marijuana and the AIDS crisis. *J Cannabis Ther*. 2001; 1: 17-33.
385. Grinspoon L, Bakalar B., Doblin R. Marijuana, the AIDS wasting syndrome, and the U.S. government. *N Engl J Med*. 1995; 330: 670-671. *N Engl J Med*. 1995; 330: 670-671.
386. Farmer P, Lindenbaum S, Delvecchio Good MJ. Women, poverty and AIDS: an introduction. *Cult Med Psychiatry* 1993;17:387-97.
387. CDC. Recommendations for preventing transmission of human immunodeficiency virus and hepatitis B virus to patients during exposure-prone invasive procedures. *MMWR* 1991;40(RR-08):1-9.
388. CDC extends AIDS hotline for another 5 years. *Public Health Report* 1992;107:364-5.
389. Brown BR Jr, Baranowski MD, Kulig GW, Stephenson JN, Perry B. Searching for the Magic Johnson effect AIDS, adolescents, and celebrity disclosure. *Adolescence* 1996; 31:1 53-64.
390. Ehole DM, Holm JC, Robins GM. The impact of Magic Johnson's HIV serostatus disclosure on unmarried college students' HIV knowledge, attitudes, risk perception, and sexual behaviour. *J Am Coll Health* 1995; 44: 55-8.
391. Kalichman SC. Magic Johnson and public attitudes toward AIDS: a review of empirical findings. *AIDS Educ Prev* 1994; 6: 542-57.
392. Cohen J, Marshall E. HIV-Pasteur: a final rapprochement? *Science* 1994;264:313.
393. Durand de Bousingen D. Former French ministers acquitted in infected blood trial. *Lancet* 1999;353:992.
394. Durand de Bousingen D. Former French ministers on trial for infected blood-products scandal. *Lancet* 1999;353:653.
395. Herch BS, Popovici F, Apetrei RC, et al. Acquired immunodeficiency syndrome in Romania. *Lancet* 1991;338: 645-9.
396. Elifson KW, Boles J, Sweat M. Risk factors associated with HIV infection among male prostitutes. *Am J Public Health* 1993;83:79-83.
397. Padian NS, Shiboski SC, Jewell NP. Female-to-male transmission of human immunodeficiency virus. *JAMA* 1991;266:1664-7.
398. Isaacman SH. Are we outlawing motherhood for HIV-infected women? *Loyola Univ Law J* 1991;22:479-96.
399. Nelson KE, Vlahov D, Cohn S, et al. Human immunodeficiency virus infection in diabetic intravenous drug users. *JAMA* 1991; 266: 2259-2260.
400. Lurie P, Drucker E. An opportunity lost: HIV infections associated with lack of a national needle-exchange programme in the USA. *Lancet* 1997; 349: 604-608.
401. Center for Disease Control and Prevention. Syringe Exchange Programs – United States, 2005. *MMWR* 2007; 56(44): -1167.
402. Cotton P. FDA "pushing envelope" on AIDS drug. *JAMA* 1991;266:757-8.
403. FDA makes AIDS drug available before trials are complete. *RN* 1991;54:112.
404. D Musoke. Another condom uproar in Uganda. *New Afr*. 1991 Nov:37.
405. Moses S, Plummer FA, Ngangi EN, et al. Controlling HIV in Africa: effectiveness and cost an intervention in a high-frequency sexual transmitted diseases core group. *AIDS*. 1991; 5(4): 407-411.
406. Ward H, Day S, Mezzone J, et al. Prostitution and risk factors: female prostitutes in London. *Brit Med. J*. 1993; 307: 356-458.
407. Szata W. AIDS i zakażenie HIV – 1990 rok. *Przegl Epidemiol*. 1992;46:137-45.
408. Czamecki A. Zespół AIDS – choroba autoimmunologiczna? *Biuletyn Leków*, nr 1, 1991. Instytut Leków, Warszawa.
409. CDC. 1993 revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. *MMWR* 1992;41:1-19.
410. U.S. rescinds approval of marijuana as therapy. March 11, 1992. <http://www.nytimes.com/1992/03/11/us/us-rescinds-approval-of-marijuana-as-therapy.html?src=pm>.
411. Grinspoon L, Bakalar JB, Doblin R. Marijuana, the AIDS wasting syndrome, and the U.S. government. *N Engl J Med*. 1995; 330: 670-671.
412. Stolberg SG. For a very few patients, U.S. provides free marijuana. *New York Times*, March 19, 1999. <https://archive.nytimes.com/www.nytimes.com/library/national/science/031999sci-drugs-marijuana.html> [dostęp: 21.12.2023].
413. Nightingale SL. From the Food and Drug Administration. Dronabinol approved for use in anorexia associated with weight loss in patients with AIDS. *JAMA* 1993; 269: 1361.
414. Haney M., Gunderson E. W., Rabkin J., et al., Dronabinol and marijuana in HIV-positive marijuana smokers. Caloric intake, mood, and sleep. *J Acquir Immune Deficiency Syndr*. 2007; 5: 545-554.
415. Fromberg E. Medical marijuana on trial. *Lancet Oncology* 2001; 2: 332.
416. Grinspoon L, Bakalar JB, Doblin R, Kennedy JF. Marijuana, the AIDS wasting syndrome, and the U.S. government. *N Engl J Med*. 1995; 333(10): 670-671.
417. Cohen PJ. Medical marijuana: the conflict between scientific evidence and political ideology. Part two of two. *J Pain Palliat Care Pharmacother*. 2009; 23(2): 120-140.
418. Abrams DI. Child CC, Mitchell TF. Marijuana, the AIDS wasting syndrome, and the U.S. government. *N Engl J Med*. 1995; 330: 671.
419. No authors listed. Medical association supports studies on marijuana therapy. *AIDS Policy Law*. 1995; 10(11): 2.

420. Avorn J. Paying for drug approvals – who's using whom? *N Engl J Med.* 2007; 356(17): 1697-1700.
421. Edgard H, Rothman DJ. New rules for new drugs: the challenge of AIDS to the regulatory process. *Milbank Q.* 1990; 68(Suppl 1): 111-142.
422. 37 AIDS Clinical Trials Units funded by NIAIS. *Public Health Rep.* 1992;107:364.
423. Kell PD, Barton SE, Edmonds DK, Boang FC. HIV infection in a patient with Meyer-Rokinansky-Küster-Hauser syndrome. *J Royal Soc Med.* 1992; 85:706-707.
424. Kreiss J, Ngugi E, Holmes K, et al. Efficacy of nonoxynol 9 contraceptive sponge use in preventing heterosexual acquisition of HIV in Nairobi prostitutes. *JAMA.* 1992; 263(4): 477-482.
425. Bell A. French HIV blood scandal spreads. *The Guardian* 1992, July 25.
426. Bell A, Webster B. Blood stains French image of justice. *The Guardian* 1992, October 24.
427. Weinberg PD, Hounshell J, Hermann LA, et al. Legal, financial, and public health consequences of HIV contamination of blood and blood products in the 1980s and 1990s. *Ann Intern Med.* 2002;136:312-9.
428. Dorozynski A. Renault's boss is investigated in blond scandal. *Brit Med J* 1995;310:1428.
429. Macilwain C. Activist now urge caution on approval of new AIDS drug. *Nature.* 1993; 365: 378.
430. Ford C. Heterosexual AIDS epidemic. *Brit Med J.* 1992;305:772.
431. Pinching AJ. Heterosexual AIDS epidemic. *Brit Med J.* 1992;305:1018-9.
432. Nandwani R, Kavanagh J, Mansfield S. Heterosexual AIDS epidemic. *Brit Med J* 1992;305:1019.
433. Beyrer C, Baral SD, van Griensven F, et al. Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. *Lancet* 2012; 380: 367-77.
434. Kell PD, Barton SE, Edmonds DK, Boang FC. HIV infection in a patient with Meyer-Rokinansky-Küster-Hauser syndrome. *J Royal Soc Med* 1992;85:706-7.
435. Statement from the Consultation on Testing and Counseling for HIV Infection, Geneva, 16-18 November 1992. World Health Organization Global Programme on AIDS (WHO/GPA/INF/93.2).
436. Kagimu M, Marum E, Serwadda D. Planning and evaluating strategies for AIDS health education intervention in the Muslim community in Uganda. *AIDS Educ Prev.* 1995; 7(1): 10-21.
437. Des Jarlais DC, Paone D, Friedman SR, Peyser N, Newman RG. Regulating controversial programs for unpopular people: methadone maintenance and syringe exchange programs. *Am J Public Health* 1995;85:1577-1584.
438. Nedelcu I. AIDS in Romania. *Am J Med Sci* 1992;304:188-91.
439. Lindan CP, Allen S, Serufilira A, et al. Predictors of mortality among HIV-infected women in Kigali, Rwanda. *Ann Intern Med.* 1992;116:320-8.
440. Nasierowski T, Matsumoto H. AIDS – nowe wyzwanie, stare problemy. Oficyna Wydawnicza „Medyk” Sp. z o. o., Warszawa, 1992.
441. Krajowe Centrum ds. AIDS. Broszura informacyjna. Warszawa, 2000.
442. Szata W. AIDS i zakażenie HIV w 1992 roku. *Przegl Epidemiol* 1994;48:155-62.
443. Hanna L. Lessons learned from natural history studies in women. *BETA*, Winter 2001:22-30.
444. "Female condom" approved. *FDA Med Bull.* 1993 Jun;23(2):4. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12286897/> [dostęp: 20.12.1997].
445. Gollub EL. The female condom: STD protection in the hands of women. *Am J Gynecol Health.* 1993; 7(4): 91-2.
446. Drew WL, Blair M, Miner RC, Conant M. Evaluation of the virus permeability of a new condom for women. *Sex Transm Dis* 1990;17:110-112.
447. French PP, Latka M, Gollub EL, et al. Use-effectiveness of the female versus male condom in preventing sexually transmitted disease in women. *Sex Transm Dis* 2003;30:433-439.
448. Gollub EL, Stein Z. Commentary: the new female condom – item 1 on a women's AIDS prevention agenda. *Am J Publ Health* 1993;83:498-500.
449. Waren M, Morris C. The challenge of introducing the female condom for dual protection. *Sex Health Exchange* 2002;2:9-10.
450. Potter B, Gerofi J, Pope M, Farley T. Structural integrity of the polyurethane female condom after multiple cycles of disinfection, washing, drying, and relubrication. *Contraception* 2003;67:65-72.
451. Pettifor AE, Rees HV, Beksinska ME, Kleinschmidt I, McIntyre J. In vitro assessment of the structural integrity of the female condom after multiple wash, dry, and re-lubrication cycles. *Contraception* 2000;61:271-276.
452. Hoffman S, Mantell J, Exner T, Stein Z. The future of female condom. *Int Fam Plan Perspect* 2004;30:139-144.
453. Mastroianni AC. HIV, women, and access to clinical trials: tort liability and lessons for DES. *Duke J Gender Law & Policy* 1998;5:167-191.
454. Caschetta MB, Chavkin W, McGovern T. FDA policy on women in drug trials. *N Engl J Med* 1993;329:1815.
455. Mann JM. We are all Berliners: notes from the ninth International Conference on AIDS.
456. Weinberg PD, Hounshell J, Herman LA, et al. Legal, financial, and public health consequences of HIV contamination of blood and blood products in the 1980s and 1990s. *Ann Intern Med.* 2002;136:312-9.
457. Ängste im Blutsumpf. *Der Spiegel.* 1993;43:272-8.
458. MacKenzie D. HIV scandal could put paid to blood trade. *New Scientist*, 1993 November 13; 140(1899): 1213.
459. Aldhous P. German HIV scandal reveals flaws in the system. *Science.* 1993; 252(5137): 1205.
460. Abbott A. Senior German health officials sacked. *Nature* 1993;365:594.
461. Maddox J. Contaminated blood case nears end. *Nature.* 1993; 363(6429): 491.
462. Lurie P. Invited commentary: Le Mystère de Montréal. *Am J Epidemiol.* 1997;146:1003-6.
463. Barnett CB. The forgotten and neglected: pregnant women and women in childbearing age in the context of the AIDS epidemic. *Golden Gate Univ Law Rev.* 1993; 23(3): 863-898.
464. Kingman S. Researchers confirm AIDS epidemic in Africa. *Brit Med J.* 1993; 306: 1564.
465. Tindall B, Forde S, Carr A, Barker S, Cooper DA. Attitudes to euthanasia and assisted suicide in a group of homosexual men with advanced HIV disease. *J Acquir Immune Def Syndr* 1003;5:1069-70.
466. Ancelle-Park R. Expanded European AIDS case definition. *Lancet* 1993;341:441.
467. European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. 1993 revision of the European AIDS surveillance case definition. *AIDS Surveillance in Europe, Quarterly Report* 1993; No. 37:23-28.
468. CDC. Update: mortality attributable to HIV infection among persons aged 25-44 years – United States, 1994. *MMWR* 1996;45:121-5.
469. Brodman M, Thacker J, Kranz R. Mity o bezpiecznym seksie a AIDS. Seria „Bez niedomówień”. Przekład Hanna Górecka. Wydanie II poprawione i uzupełnione. ELMA BOOKS, Warszawa, 1999, str. 98-99.

470. Szata W. AIDS i zakażenie HIV – 1993 rok. *Przegl Epidemiol.* 1995;49:195-202.
471. Connor EM, Sperling RS, Gelver R, et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. *N Engl J Med.* 1994;31:1173-80.
472. Concorde Coordinating Committee. Concorde: MRC/ANRS randomized double-blind controlled trial of immediate and deferred zidovudine in symptom-free HIV infection. *Lancet* 1994;343:871-81.
473. Torode J. No sex please, unless we say how. *The Independent*, June 29, 1994.
474. MacCartaigh S. Hard-hit France raises AIDS alarm in star TV special. *The Times*, April 8, 1994.
475. Roberts J. US AIDS activists urge caution on new anti-HIV drugs. *Brit Med J* 1994;309:757.
476. Diaz T, Chu SY, Conti L, et al. Risk behaviours of persons with heterosexually acquired HIV infection in the United States: results of multistate surveillance project. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 1994;7:958-63.
477. Drucker E, Vlahov D. Controlled clinical evaluation of diacetyl morphine for treatment of intractable opiate dependence. *Lancet* 1999;353:1543-4.
478. Bundesamt für Gesundheit. Die heroingestützte Behandlung. Argumentarium zur Volksabstimmung über den dringlichen Bundesbeschluss zur ärztlichen Heroinverschreibung (heroingestützten Behandlung). BAG Bulletin 13 Juni 1999.
479. Perez J, Perez D, Gonzalez I, et al. Approaches to the management of HIV/AIDS in Cuba. Case study. World Health Organization, Geneva, 2004.
480. Msamanga GI, Fawzi WW. The double burden of HIV infection and tuberculosis in sub-Saharan Africa. *N Engl J Med.* 1997; 337(12): 849-851.
481. Asiimwe-Okiror G, Opio AA, Musinguzi J, Madraa E, Tembo G, Carael M. Change in sexual behavior and decline in HIV infection among young pregnant women in urban Uganda. *AIDS* 1997;11:1757-63.
482. Wu Z, Rou K, Detels R. Prevalence of HIV infection among former commercial plasma donors in rural eastern China. *Health Policy Plann.* 2001;16:41-6.
483. Ho DD. HIV/AIDS in resource –poor settings: a province in China. PRN Notebook, 2003; 8: 23-8.
484. Kanki PJ, Travers KU, Boup S i wsp. Slower heterosexual spread of HIV-2 than HIV-1. *Lancet* 1994;343:943-6.
485. Warren J, Paddock RC. Randy Shilts, chronicler of AIDS epidemic, dies at 42: Journalism: author of 'And the Band Played On' is credited with awakening nation to the health crisis.. *Los Angeles Time*, February 18, 1994. <https://www.latimes.com/archives/la-xpm-1994-02-18-mn-24467-story.html> [dostęp: 10.12.2022].
486. Danziger R. Discrimination against people with HIV and AIDS in Poland. *Brit Med J.* 1994;308:1145-7.
487. Szata W. AIDS i zakażenie HIV – 1994 rok. *Przegl Epidemiol.* 1996;50:205-212.
488. Volberding PA, Lagakos SW, Grimem J, et al. A comparison of immediate with deferred zidovudine therapy for asymptomatic HIV-infected adults with CD4 cell counts of 500 or more per cubic millimeter. *N Engl J Med.* 1995;333:401-7.
489. CDC. Case-control study of HIV seroconversion in health-care worker after percutaneous exposure to HIV-infected blood – France, United Kingdom, and United States, January 1988 – August 1994. *MMWR* 1995;44:929-33.
490. Moore PS, Chang Y. Detection of herpesvirus-like DNA sequences in Kaposi's sarcoma in patients with and without HIV infection. *N Engl J Med.* 1995;332:1181-5.
491. USPHS/IDSA guidelines for the prevention of opportunistic infections in persons infected with human immunodeficiency virus: a summary. *MMWR* 1995;44(RR-4):1-34.
492. Shafer RW, Seitzman PA, Tapper ML. Successful prophylaxis of *Pneumocystis carinii* pneumonia with trimethoprim-sulphamethoxazole in AIDS patients with previous allergic reactions. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1989;2:389-93.
493. Ross C. Way paved for HIV settlement talks in Japan. *Lancet.* 346(8942): 1091.
494. Westmoreland TM. AIDS and politics: health and taxes. *Bull N Y Acad Sci* 1995;72:273-82.
495. Bobkov A, Kazennova E, Selomova L, et al. A sudden epidemic of HIV type 1 among injecting drug users in the former Soviet Union: identification of subtype A, subtype B, and novel gagA/envB recombinants. *AIDS Res Hum Retroviruses* 1998;4:669- 676.
496. Wu Z, Liu Z, Detels R. HIV-1 infection in commercial plasma donors in China. *Lancet* 1995;346:61-62.
497. Su L, Du F. HIV infection in China. *Am J Public Health* 1998; 88: 307.
498. Mota-Miranda A, Gomes H, Marques R, et al. HIV-2 infection with a long asymptomatic period. *J Infect.* 1995; 31: 163-164.
499. Kolodny A, Courtwright DT, Hwang CS, et al. The prescription opioid and heroin crisis: a public health approvals to an epidemiological addiction. *Annu Rev Public Health.* 2015; 36: 559-574.
500. Conti S, Archi G, Prati S. AIDS as a leading cause of death among young adults in Italy. *Eur J Epidemiol* 1994;10:169-73.
501. Konde-Lule JK, Tumwesigye MM, Lubania RG. Trends in attitudes and behavior relevant to AIDS in Uganda community. *East Afr Med. J.* 1997; 74: 406-410.
502. Kamya M, McFarland W, Hudes ES, et al. Condom use with causal partners by men in Kampala. *AIDS.* 1997; 11, Suppl. 1: S61-S66.
503. No authors listed. TASO: „Caring is sharing”. World AIDS Day Newsl. 1995; 2: 12.
504. Roberts J. Surgeon general resigns in masturbation row. *Brit Med J.* 1994; 309: 1604.
505. Cohen J. An unsafe practice turned blood donors into victims. *Science* 2004; 304: 1438-1439.
506. Smith DK, Warren DL, Vlahov D, et al. Design and baseline participant characteristics of the human immunodeficiency virus epidemiology research (HER) study: a prospective cohort study of human immunodeficiency virus infection in US women. *Am J Epidemiol.* 1997;146:459-69.
507. Seyfriedowa H. Strategia zapobiegania poprzetoczeniowemu zakażeniu HIV. *Seksuologia* 1995; 4: 3-6.
508. Szata W. AIDS i zakażenie HIV w 1995 roku. *Przegl Epidemiol.* 1995;51:167-75.
509. Cohen J. Protease inhibitors: the tale of two companies. *Science*, 1995; 172: 1882-1883.
510. Rogowska-Szadkowska D. Leczenie antyretrowirusowe. *Poradnik dla pacjentów. Krajowe Biuro Koordynacyjne ds. Zapobiegania AIDS*, Warszawa, 1998.
511. Lipsky JL. Abnormal fat accumulation in patients with HIV-1 infection. *Lancet.* 1998; 351: 847-848.
512. Lo JC, Mulligan K, Tai W, Algren H, Schambelan M. „Buffalo hump” in men with HIV-1 infection. *Lancet.* 1998; 351: 867-870.
513. Gorman C. Dr. David Ho : the disease detective. As the aids epidemic unfolded, dr. David Ho had a knack for asking just the right questions. *The Time.* 30.12.1996. <https://content.time.com/time/subscriber/article/0,33009,985762-1,00.html> [dostęp: 5.12.2022].
514. Anonymous. 49 States poised to accept federal aid to teach abstinence. *AIDS Policy Law* 1997;12:6.
515. Position paper. Abstinence-only education Policies and programs: a position paper of the Society for Adolescent Medicine. *J Adolesc Health* 2006;38:83-7.
516. Dorozynski A. French bishops ease ban on condoms. *Brit Med J.* 1996;312:462.
517. Cohen J. Results on news AIDS drugs bring cautious optimism. *Science* 1996;271:255-6.

518. Schechter MT. The XI International Conference on AIDS: at the crossroads of hope and urgency. *Can Med Assoc J.* 1996; 155(1): 53-54.
519. Walters DJ. Powerful politics at the XI International Conference on AIDS. *Can Med Assoc J.* 1996; 155(6):712-713.
520. Feng Y, Broder CC, Kennedy PE, Berger EA. HIV-1 entry cofactor: functional cloning of seven-transmembrane, G protein-coupled receptor. *Science* 1996;227:872-7.
521. Deng H, Liu R, Ellmeier W, et al. Identification of a major co-receptor for primary isolates of HIV-1. *Nature* 1996;381:661-6.
522. Dragic T, Litwin V, Allway GP, et al. HIV-1 entry into CD4+ cells is mediated by the chemokine receptor CC-CKR-5. *Nature* 1996;381:667-73.
523. Samson M, Liebert F, Doranz BJ, et al. Resistance to HIV-1 infection in Caucasian individuals bearing mutant allele of the CCR-5 chemokine receptor gene. *Nature* 1996;382:722-5.
524. Liu R, Paxton WA, Choe S, et al. Homozygous defect in HIV-1 coreceptor accounts for resistance of some multiply-exposed individuals to HIV infection. *Cell* 1996;86:367-77.
525. Huang YX, Paxton WA, Wolinsky SM, et al. The role of mutant CCR allele in HIV-1 transmission and disease progression. *Nat Med.* 1996; 2:1240-1243.
526. Dean M, Carrington M, Winkler G, et al. Genetic restriction of HIV-1 infection and progression to AIDS by a deletion allele of CCR5 structural gene. *Science* 1996; 273: 1856-63.
527. Biti R, Ffrench R, Young J, Bennetts B, Stewart G, Liang T. HIV-1 infection in an individual homozygous for the CCR5 deletion allele. *Nat Med.* 1997; 3: 252-253.
528. Newell ML, Dunn DT, Peckham CS, et al. Vertical transmission of HIV-1: maternal immune status and obstetric factors. *AIDS* 1996;10:1675-81.
529. Hammer SM, Katzenstein DA, Hughes MD et al. for the AIDS CLINICALTRIALS GROUP STUDY 175 TEAM. A trial comparing nucleoside monotherapy with combination therapy in HIV infected adults with CD4 cell counts from 200 to 500 per cubic millimeter. *N Engl J Med.* 1996; 335(15): 1091-1098.
530. Katzenstein DA, Hammer SM, Hughes MD, et al. for the AIDS CLINICALTRIALS GROUP STUDY 175 TEAM. The relation of virologic and immunologic markers to clinical outcomes after nucleoside therapy in HIV infected adults with CD4 cell counts from 200 to 500 per cubic millimeter. *N Engl J Med.* 1996; 335(15): 1081-1090.
531. Saravolatz LD, Winslow DL, Collins G, et al. and Investigators for the Terry Bein Community Programs for Clinical Research on HIV. Zidovudine alone or in combination with didanosine or zalcitabine in HIV-infected patients with the acquired immunodeficiency syndrome or fewer than 200 cd4 cells per cubic millimeter. *N Engl J Med.* 1996; 335(15): 1099-1106.
532. Delta Coordinating Committee. Delta: a randomized double-blind controlled trial comparing combinations of zidovudine plus didanosine or zalcitabine with zidovudine alone in HIV-infected individuals. *Lancet* 1996;348:283-91.
533. Bindels PJE, Krol A, van Ameijden K, et al. Euthanasia and physician-assisted suicide in homosexual men with AIDS. *Lancet* 1996;347:499-504.
534. Back AL, Wallace JI, Starks HE, Pearlman RA. Physician-assisted suicide and euthanasia in Washington state. Patient requests and physician responses. *JAMA* 1996;275:919-25.
535. Back AL, Wallace JI, Starks HE, Pearlman RA. Physician-assisted suicide and euthanasia in Washington state. Patient requests and physician responses. *JAMA* 1996;275:919-25.
536. Annas GJ. Reefer madness – the federal response to California’s medical-marijuana law. *N Engl J Med.* 1997; 337: 435–439.
537. Marlink R. Lessons from the second AIDS virus, HIV-2. *AIDS* 1996;10:689-99.
538. Name and address withheld. Antiretroviral drugs are running out in Zimbabwe. *Lancet* 2006;367:396.
539. Parker RG. Civil society, political mobilization, and the impact of scale-up on health system. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2009; 52(Suppl 1): S49-51.
540. Abdala N, Carney JM, Durante AJ, et al. Estimating the prevalence of syringe-borne and sexually transmitted diseases among injection drug users in St Petersburg, Russia. *Int J STD AIDS* 2003;14: 697-703.
541. Torres RA, Barr M. Impact of combination therapy for HIV infection on inpatient census. *N Engl J Med.* 1997;336:1531-2.
542. James JS. Buyers’ club crisis – challenge for AIDS community. *AIDS Treat News.* 1996, December 1, No. 260: 1-3.
543. CDC. Update: trends in AIDS incidence, deaths, and prevalence – United States, 1996. *MMWR* 1997;46:165-71.
544. Głowaczewska I (Redakcja). Życ z wirusem... Krajowe Biuro Koordynacyjne ds. Zapobiegania AIDS, Warszawa, 1996. str. 62.
545. Szata W. AIDS i zakażenie HIV w 1996 roku. *Przegl Epidemiol.* 1998;52:147-55.
546. Brown D. US deaths from AIDS fall sharply better therapies get part of credit for drop. *Washington Post*, 1997, February 28.
547. Gottlieb S. AIDS deaths fall by nearly one half. *Brit Med J* 1998;117:1032.
548. CDC. Trends in HIV incidence, deaths, and prevalence, United States, 1996. *MMWR* 1997;46:165-73.
549. Carpenter CCJ, Fischl MA, Hammer S, et al. Antiretroviral therapy for HIV infection in 1997. *JAMA* 1997;277:1962-9.
550. Perelson AS, Neumann AU, Markowitz M, Leonard JM, Ho DD. HIV-1 dynamics in vivo: virion clearance rate, infected cell life-span, and viral generation time. *Science* 1996;271:1582-6.
551. Hicks CB, Myers SA, Giner J. Resolution of intractable molluscum contagiosum in a human immunodeficiency virus-infected patient after institution of antiretroviral therapy with ritonavir. *Clin Infect Dis* 1997;24:1023-5.
552. Rathbun RC. Antiretroviral therapy for HIV infection. Update January 4 2023. <https://emedicine.medscape.com/article/1533218-overview?form=fpf#a2> [dostęp: 25.10.2023].
553. Lumpkin MM. Reports of diabetes and hyperglycemia in patients receiving protease inhibitors for the treatment of human immunodeficiency virus (HIV). *Food and Drug Administration*, 11.06.1997.
554. Ault A. FDA warns of potential protease-inhibitor link to hyperglycemia. *Lancet* 1997 ;349: 1819.
555. Pollan M. Living with medical marijuana. *New York Times.* July 20, 1997. <https://www.nytimes.com/1997/07/20/magazine/living-with-medical-marijuana.html> [dostęp: 19.12.2024].
556. Dansak DA. Medical use of recreational drugs by AIDS patients. *J Addict Dis.* 1997; 16: 25–30.
557. Perelson AS, Essunger P, Cao Y, et al. Decay characteristics of HIV-1 infected compartments during combination therapy. *Nature.* 1991; 387: 183-191.
558. Katz MH, Gernerding JL. Postexposure treatment of people exposed to the human immunodeficiency virus through sexual contact or injection-drug-use. *N Engl J Med* 1997;336:1097-1100.
559. Perez J, Perez D, Gonzalez R, et al. Approaches to the management of HIV/AIDS in Cuba. Case study. *World Health Organization*, Geneva, 2004.
560. Noble S, Faulds D, Saquinawir. A review of its pharmacological and clinical potential in the management of HIV infection. *Drugs.* 1996; 52(1): 93-112.

561. Roche to stop selling protease inhibitor Fortovase in 2006 because of decreased demand, new formulation of similar drug. June 10, 2009. <https://kffhealthnews.org/morning-breakout/dr00030233/> [dostęp: 20.10.2023].
562. Angell M. The ethics of clinical research in the Third World. *N Engl J Med.* 1997; 337(12): 847-849.
563. Lurie P, Wolfe SM. Unethical trias of the interventions to reduce perinatal transmission of the Human Immunodeficiency Virus in developed countries. *N Engl J Med.* 1997; 337 (12): 853-855.
564. Varmus H, Sachter D. Ethical complexities of conducting research in developing countries. 1997; 337(14): 1003-1005.
565. Annas GJ, Grodin MA. Human rights and maternal-fetal HIV transmission prevention trials in Africa. *A J Public Health.* 1998; 88(4): 560-563.
566. Gaskins SW. Heterosexual transmission of HIV in women. *J Assoc Nurses AIDS Care.* 1997 Nov-Dec;8(6):84-7.
567. Kassirer JP. Federal foolishness and marijuana. *N Engl J Med.* 1997;336:336-7.
568. UNAIDS. Report on the global HIV/AIDS epidemic. December 1997.
569. Dehne KL, Khodakevich L, Hamers FF, Schwartlander B. The HIV/AIDS epidemic in eastern Europe: recent pattern and trends and their implications for policy-making. *AIDS* 1999;13:741-9.
570. Braid M. Unproved AIDS drug is tested on humans. *The Independent*, 2 April 1998. <http://www.independent.co.uk/news/unproved-aids-drug-is-tested-on-humans-1154079.html> [dostęp: 22.11.2017].
571. The Living Non-related Renal Transplant Study Group. Commercially motivated renal transplantation: results in 540 patients transplanted in India. *Clin Transpl.* 1997; 11:536-544.
572. dane z USA pochodzą ze strony internetowej organizacji amfAR.
573. Szata W. AIDS i zakażenie HIV w 1997 roku. *Przegl Epidemiol.* 1999;53:171-9.
574. Palella FJ Jr, Delaney KM, Moorman A, et al. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med* 1998;338:853-60.
575. Droste TM. IOM recommends routine HIV tests in pregnancy. *Lancet.* 1998; 252: 1294.
576. Ault A. Institute of Medicine says marihuana has benefits. *Lancet.* 1999; 353; 1077.
577. Grinspoon L. On the pharmaceuticalization of marijuana. *Int Drug Policy.* 2001;12: 377-383.
578. Altman LK. The Doctor's Worlds; troubling side effects are linked to effective AIDS drug therapy. *New York Times*, 1998, July 7. <https://www.nytimes.com/1998/07/07/science/doctor-s-world-troubling-side-effects-are-linked-effective-aids-drug-therapy.html> [dostęp: 10.12.2023].
579. Freedberg L and Chronicle Washington Bureau. White House needle swap surprise a refusal to lift the ban on program funding. *San Francisco Chronicle*, April 21, 1998.
580. New experimental „morning-after” HIV treatment. *CNN*, 1998, June 30.
581. Blanchard A, Ferris S, Chamaret S, et al. Molecular evidence for nosocomial transmission of human immunodeficiency virus from a surgeon to one of his patients. *J Virol.* 1998;72:4537-40.
582. Hirschel B, Francioli P. Progress and problems in the fight against AIDS. *Lancet*, 1998 338(13): 906-908.
583. Rodríguez-Rosado R, Soriano V, Dona C, González-Lahoz J. Opportunistic infections shortly after beginning highly active antiretroviral therapy. *Antivir Ther.* 1998; 3(4): 229-31.
584. Wehnwein P. Jonathan Mann and Mary Lou Clements-Mann killed in airplane crash. *Lancet.* 1999; 352: 888.
585. Schusky RW. Jonathan Mann mantle. *Lancet.* 1999; 352: 2025.
586. Mann J, Tarantola D. Responding to HIV/AIDS: a historical perspective. *Health Human Rights.* 1998; 2(4): 5-8.
587. Balter M. Europe: AIDS research on a budget. *Science.* 1998; 280: 1856-1858.
588. Tips for taking ritonavir liquid. <https://www.natap.org/1998/k.htm> [dostęp: 23.11.2023].
589. Roddy RE, Zekeng L, Ryan KA, et al. A controlled trial of nonoxynol 9 film to reduce male-to-female transmission of sexually transmitted diseases. *N Engl J Med* 1998;339:504-10.
590. Stolberg S. Restrictions ease for studies on marijuana as medicine. *New York Times*. 22.05.1999, <http://www.nytimes.com/1999/05/22/us/restrictions-ease-for-studies-on-marijuana-as-medicine.html> [dostęp: 30.01.2016].
591. James JS. Medical Marijuana Study in San Francisco: pays \$1000, 25 days in hospital. *AIDS Treatment News*. 05.06. 1998, cz. 296.
592. Abrams DI, Hilton JF, Leiser RJ, et al. A short-term effects of cannabinoids in patients with HIV-1 infection. *Ann Intern Med.* 2003; 139: 258-266.
593. Dufoort M, Courouce AM, Ancelle-Park R, Beltry O. No clinical signs 14 years after HIV-2 transmission via blood transfusion. *Lancet* 1998; ii: 510.
594. Simini B. Italian health ministry found guilty in tainted-blood-product scandal. *Lancet* 1998;352:1998.
595. Henry JS, Hill IR. Fatal interaction between ritonavir and MDMA. *Lancet* 1998;352:1751-1.
596. Gilson I, Busalacchi M. Marijuana for intractable hiccups. *Lancet* 1998;351:267.
597. Rovner J. US admits defeat on HIV drugs. *Lancet* 1997;350:1759.
598. Gray C. Legalize use of marijuana for medical purposes, MDs and patients plead. *Can Med Assoc J.* 1998; 158: 373-375.
599. Saegawa A. Japanese officials were aware of HIV in blood products. *Nat Med.* 1998;4:991.
600. Seki Y, Yamazaki Y, Inoue Y, Wakabayashi C, Sero S. How HIV infected hemophiliacs in Japan were informed of their HIV-positive status. *AIDS Care* 2002;14:651-664.
601. Guest R. Japan apologises for HIV infected blood products. *Brit Med J.* 1996;312:461.
602. Soda K, Mizushima S. Health care system in transition. Japan. Part II. The current status of AIDS-HIV in Japan. *J Public Health Med.* 1998;20:34-40.
603. Weinberg PD, Hounshell J, Sherman LA, et al. Legal, financial, and public health consequences of HIV contamination of blood and blood products in the 1980s and 1990s. *Ann Intern Med.* 2002;136:312-9.
604. Barend-Bato K, Themiso M. Mob kills woman for telling truth: health worker stoned and beaten for confession about AIDS. *Sunday Times of Africa*, 1998, December 27. Cullinan K. AIDS martyr's killers may face justice. 17.11.1999. <https://www.health-e.org.za/1999/11/17/aids-martyrs-killers-may-face-justice/> [dostęp: 21.04.2017].
605. McNeil DG. Neighbors kill an H.I.V.-positive AIDS activist in South Africa. *New York Times* Dec. 28.1998. <http://www.nytimes.com/1998/12/28/world/neighbors-kill-an-hiv-positive-aids-activist-in-south-africa.html> [dostęp: 29.04.2017].
606. Sidley P. South African plan criticised. *Brit Med J.* 1998;317:1032.
607. Barks-Ruggles E. Meeting the global challenge of HIV/AIDS. Why the United States should act quickly. <https://www.brookings.edu/research/meeting-the-global-challenge-of-hiv-aids-why-the-united-states-should-act-quickly/> [dostęp: 21.04.2017].
608. Saar DA, Hamel DJ, Thior I i wsp. HIV-1 and HIV-2 dual infection: lack of HIV-2 protection correlates with low CD4+ lymphocyte counts. *AIDS* 1998;12:131-7.

609. Malinowska-Sempruch K. Drogie koleżanki i Koledzy. Biuletyn Informacyjny Programu ds. HIV i Rozwoju Społecznego UNDP w Polsce. HIV Network. Nr 31. Czerwiec – lipiec 1998 (archiwum własne)..
610. Szata W. AIDS i zakażenie HIV w 1998 roku. Przegl Epidemiol. 2000;54:189-97.
611. World Health Organization. The World Health Report 1999. Making a Difference. Geneva, 1999.
612. Doctor gets 50 years for AIDS shot. Associated Press, 1999; February 17.
613. Lot F, Segui JC, Fegues S, et al. Probable transmission of HIV from an orthopedic surgeon to a patient in France. *Ann Intern Med.* 1999;130:1-6.
614. Kondro W. Canadian court tells government to relax marijuana law for patients. *Lancet* 2000; 356: 575.
615. Ericsson P. G., Oscapella E. Cannabis in Canada – a puzzling policy. *Int J Drug Policy* 1999; 10: 313–318.
616. Elliott R. Court rejects appeal for safe supply of medical marijuana. *Can HIV/AIDS Policy Law Rev.* 2000; 5: 7–8.
617. Sullivan P. Ottawa seeks source of medical marijuana. *Can Med Assoc J.* 2000; 163: 74.
618. Brits offer women HIV-tests. Associated Press, 1999, August 13.
619. Boonstra K. Condoms, contraceptives and nonoxynol-9: complex issues obscured by ideology. *Guttmacher Report on Public Policy,* 2005;8,2.
620. Anonymous. Women gets 26 ½ years in HVI case. *Los Angeles Times.* Feb. 20, 1999. <https://www.latimes.com/archives/la-xpm-1999-feb-20-mn-9834-story.html> [dostęp: 10.10.2020].
621. 10 most important developments in HIV medicine. 1999. IAPAC Monthly, June 2005.
622. Finzi D, Blankson J, Siliciano JD, et al. Latent infection of CD4+ T cells provides a mechanism for lifelong persistence of HIV-1, even in patients on effective combination therapy. *Nat Med.* 1999;5:512-7.
623. Zhang L, Ramaratnam B, Tenner-Racz K, et al. Quantifying residual HIV-1 replication in patients receiving combination antiretroviral therapy. *N Engl J Med* 1999;340:1605-11.
624. Dornadula G, Zhang H, VanUiert B, et al. Residual HIV-1 RNA in blood plasma of patients taking suppressive highly active antiretroviral therapy. *JAMA* 1999; 282:1627-32.
625. Watts J. HIV infections rates in Japan projected to increase. *Lancet* 1998;354:754.
626. Bosch X. Spain offers free HIV tests for pregnant women. *Lancet* 1998;354:754.
627. Bosch X. Catalonia offers free milk for HIV-infected babies. *Lancet* 1999;353:1506.
628. The European Mode of Delivery Collaboration. Elective cesarean section versus vaginal delivery in prevention of vertical HIV-1 transmission: a randomized clinical trial. *Lancet* 1999;353:1035-9.
629. The International Perinatal HIV Group. The mode of delivery and the risk of vertical transmission of human immunodeficiency virus type 1 – a meta-analysis of 15 prospective cohort studies. *N Engl J Med.* 1999;340:977-87.
630. Braitstein P, Kendall T, Chan K, et al. Mary-Jane and her patients: sociodemographic and clinical characteristics of HIV-positive individuals using medical marijuana and antiretroviral agents. *AIDS* 2001;15:532-3.
631. Lisiewicz J, Rosenberg E, Lieberman J, et al. Control of HIV despite the discontinuation of antiretroviral therapy. *N Engl J Med.* 1999;340(21):1683-4.
632. Bloch M, Carr A, Vasak E, Cunningham P, Smith D. The use of human immunodeficiency virus postexposure prophylaxis after successful artificial insemination. *Am J Obstet Gynecol.* 1999; 181: 760-761.
633. Abdala N, Stephens PC, Griffith BP, Heimer R. Survival of HIV-1 in syringes. *J AIDS* 1999; 20:73-80.
634. Fist condom ad appears in China TV. Associated Press 1999; November 29.
635. China bans condom advert. *BBB News* 1999;December 2.
636. Wines M. Needle use sets off HIV explosion in Russia. *New York Times,* November 24, 1999. www.nytimes.com.
637. Plotkin SA, Teuwen DE, Prinzie A, Desmyter J. Postscript relating to new allegations made by Edward Hooper at The Royal Society Discussion Meeting on 11 September 2000. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 2001 Jun 29;356(1410):825-9.
638. McCarly M. Judge in USA bars breastfeeding by HIV-infected mother. *Lancet* 1999;353:1506.
639. Hsu S. S., *Bush: Marijuana laws up to states*, „Washington Post”, 22.10.1999, washingtonpost.com/wp-srv/politics/campaigns/wh2000/stories/bush102299.htm [dostęp: 30.01.2016].
640. Cohen PJ. Medical marijuana 2010: it's time to fix the regulatory vacuum. *J Law Med Ethics.* 2010; 38: 654–666.
641. Bulletin von Bundesamt für Gesundheitswesen, 5.07.1999: 487
642. UNAIDS. The UNAIDS Report, 1999.
643. Sidley P. Doctors demand AIDS drugs for women who have been raped. *Brit Med J* 1999;318:1507.
644. Sidley P. Mbeki claims that AZT is dangerous. *Brit Med J.* 1999;319:1522.
645. Perinatal Intervention Research in Developing Countries workshop Participants. Consensus statement: science, ethic, and the future of research into maternal infant transmission of HIV-1. *Lancet* 1999;353:832-5.
646. Omene JA. Science, ethics, and future of research into maternal-infant transmission of HIV-1. *Lancet* 1999;353:1878.
647. Lurie P, Wolfe SM. Science, ethics, and future of research into maternal-infant transmission of HIV-1. *Lancet* 1999;353:1879.
648. Foex B. Science, ethics, and future of research into maternal-infant transmission of HIV-1. *Lancet* 1999;353:1879.
649. Istuiriz RE. Science, ethics, and future of research into maternal-infant transmission of HIV-1. *Lancet* 1999;353:1879-80.
650. Rojanapithayakorn W, Hanenberg R: The 100% condom program in Thailand. *AIDS* 1996;10:1-7.
651. Rojanapithayakorn W. The 100% Condom Use programme in Asia. *Reprod Health Matters* 2006;14:41-52.
652. Ainsworth M, Beyrer C, Soucat A. AIDS and public policy: the lessons and challenges of “success” in Thailand. *Health Policy* 2003;64:13-37.
653. Informacja znaleziona na stronie inernetowej <https://malyksiaze.net/pl/okolice-malego-ksiecia/w-polsce/stowarzyszenie-wolontariuszy-na-rzecz-dzieci-maly-ksiaze> [dostęp: 29.11.2023].
654. Szata W. AIDS i zakażenie HIV w 1999 roku. *Przegl Epidemiol.* 2001;55:165-73.
655. Birmingham K. UN acknowledges HIV/AIDS as a threat to world peace. *Nat Med* 2000;6:117.
656. CNN.com. CDC: Minorities represent more than half of new AIDS cases among gay men. January 17, 2000.
657. Evans B, McHenry A, Mortimer J. HIV and AIDS in the UK. *Ann Epidemiol Rev,* 2000.
658. Bery N, Davies C, Jenkins A, et al. Vaccine safety analysis of oral polio vaccine CHAT stocks. *Nature* 2001;410:1046-7.
659. Bllancou P, Vartanian JP, Christopherson C , et al. Polio vaccine samples not linked to AIDS. *Nature* 2001;410:1045-6.
660. Plotkin SA, Koprowski H. No evidence to link polio vaccine with HIV... *Nature* 2000;407:941.
661. Carpenter CCJ, Cooper DA, Fischl MA, et al. Antiretroviral therapy in adults. *JAMA* 2000;283:381-90.
662. BBC News. Libya postponed HIV trial. 2000, February 28.
663. Kovac C, Kandjiev R. Doctors face murder charges in Libya. *Brit Med J* 2001;322:260.
664. The trial In Libya – chronology of events. *Bulgarian News Agency.* www.bta.bg/site/libya/en/02/chronology.htm. [dostęp: 15.02.2007].

665. Holley D. Libya conspiracy theory puts 6 lives in limbo: trial: an outraged Bulgaria seeks help to defend medical workers accused of plotting to spread the AIDS virus. Los Angeles Times, May 9, 2001 (www.aegis.com/news/lt/2001/LT010501.html) [dostęp: 17.02.2007].
666. Nadia MA, Fitzgerald PM, McKeever BM, et al. Three-dimensional structure of aspartyl protease from human immunodeficiency virus type 1. *Nature* 1989;337:615-20.
667. Miao YM, Awad-El-Kariem FM, Franzen C, et al. Eradication of cryptosporidia and microsporidia following successful antiretroviral therapy. *J AIDS* 2000;25:124-9.
668. Floridia M, Masella M, Bucciardini R, et al. Hospitalizations and costs of treatment for protease inhibitor-based regimens in patients with very advanced HIV-infection (CD4 < 50/mm³). *HIV Clin Trials* 2000; 1: 9-16.
669. Lavalley C, Aguilar JC, Pena F, et al. Reduction in hospitalization costs, morbidity, disability, and mortality in persons with AIDS treated with protease inhibitors. *Arch Med Res.* 2000;31:515-9.
670. Ferriman A. \$1bn drug deal creates debt for „tomorrow’s AIDS orphan”. *Brit Med J.* 2000;321:262.
671. Swarns RL. South Africa in a furor over advice about AIDS. *New York Times* 2000; March 19. <https://www.nytimes.com/2000/03/19/world/south-africa-in-a-furor-over-advice-about-aids.html> [dostęp: 22.12.2023].
672. Sidley P. Mandela restores morale of AIDS conference. *Brit Med J.* 2000; 321; 14.
673. Maharaj M. The face of AIDS. <https://omalley.nelsonmandela.org/index.php/site/q/03lv03445/04lv04206/05lv04302/06lv04303/07lv04310.htm> [dostęp: 10.12.2022]
674. Braid M. Nkosi Johnson dies as he lived, a symbol of the tragedy of Aids. *The Independent*, 2.06.2001. <http://www.independent.co.uk/news/world/africa/nkosi-johnson-dies-as-he-lived-a-symbol-of-the-tragedy-of-aids-672533.html>
675. Van Damme L. Advances in topical microbicides. XIII International AIDS Conference, Durban (RPA), 2000.
676. CDC. Centers for Disease Control statement on study result of products containing nonoxynol-9. *MMWR* 2000;49(31):17-18.
677. Van Damme L, Ramjee G, Alary M, et al., on behalf of the COL-1492 study group. Effectiveness of COL-1492, a nonoxynol-9 vaginal gel, on HIV-1 transmission in female sex workers: a randomized controlled trial. *Lancet* 2002;360:971-7.
678. Dailard C. Abstinence promotion and teen family planning: the misguided driver for equal funding. *Guttmacher Rep Public Policy.* 2002; 5(1): 1-3.
679. World Health Organization, Department of Blood Safety and Clinical Technology. Report of the first meeting of the Global Collaboration for Blood Safety. Geneva, April 2001.
680. Domosławski A. Polityka narkotykowa w Portugalii. Korzyści wynikające z de kryminalizacji używania narkotyków. Open Society Foundations, 2011. www.soros.org/initiatives/drugpolicy.
681. Westcott K.. Singer death prompts AIDS debate. 2000, March 5. http://news.bbc.co.uk/2/hi/middle_east/666770.stm [dostęp: 20.10.2001].
682. Guay LA, Musoke P, Fleming T, et al. Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: HIVNET 012 randomized trial. *Lancet* 1999;354:795-802.
683. Jackson JB, Musoke P, Fleming P, et al. Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: 18-month follow-up of the HIVNET 012 randomised trial. *Lancet* 2003;362:859-68.
684. Eshelman SH, Mrcana M, Guay LA, et al. Selection and fading of resistance mutations in women and infants receiving nevirapine to prevent HIV-1 vertical transmission (HIVNET 012). *AIDS* 2001;15:1951-7.
685. Palmer S, Boltz V, Martison N, et al. Persistence of nevirapine-resistant HIV-1 in women after single-dose nevirapine therapy for prevention of maternal-to-fetal HIV-1 transmission. *Proc Natl Acad Sci. USA* 2006;103:7094-9.
686. Shan S, Wang JX, Ren FR i wsp. Blood banking in China. *Lancet* 2002;360:1770-5.
687. Szata W. AIDS i zakażenie HIV w 2000 roku. *Przegl Epidemiol.* 2002;56:363-73.
688. Johnson S, Baraboutis JG, Sha BE, Proia LA, Kessler HA. Adverse effects associated with use of nevirapine in HIV postexposure prophylaxis for 2 health care worker. *JAMA* 2001; 284: 2722-3.
689. Calabrese LH, Albrecht M, Young J, McCarthy P, Haug M, Jarcho J, Zackin R. Successful cardiac transplantation in an HIV-1-infected patient with advanced disease. *N Engl J Med.* 2003; 348: 2323-8.
690. Hingleyman L. Liver transplants successful in HIV positive people. *BETA* 2001; 14(2): 10.
691. Grulich AE, Li Y, McDonald AM, Correll PK, Law MG, Kaldor JM. Decreasing rates of Kaposi's sarcoma and non-Hodgkin's lymphoma in the era of potent combination anti-retroviral therapy. *AIDS* 2001; 15: 629-33.
692. Ferriman A. UN calls for \$10bn to wage war on AIDS. *Brit Med J.* 2001; 322: 1082.
693. Declaration of Commitment on HIV/AIDS. “Global crisis – global action”. New York, United Nations, 2001. www.un.org/ga/aids/coverage/FinalDeclarationHIVAIDS.htm
694. Bird SM, Brown JL. Criminalization of HIV transmission: implications for public health in Scotland. *Brit Med J* 2001; 323: 1174-1177.
695. Josefson D. FDA warning to manufacturers of AIDS drugs. *Brit Med J.* 2001: 322: 1143.
696. Kumar S. Indian company offers low cost AIDS drugs. *Lancet* 2001; 357: 616.
697. Joseson D. Rate of decline in US AIDS cases is slowing. *Brit Med J.* 2001; 323: 417.
698. Preboth M. AAP statement on condom use in adolescence. *Am Fam Phys.* 2001;10:1766.
699. Dodd RY, Orton SL, Notari IV EP, Stramer SL. Viral marker rates among blood donors before and after the terrorist attacks on the United States on September 11, 2001. *Transfusion* 2002; 42: 1239-1240.
700. Sharma R. Condoms use seems to be reducing number of new HIV/AIDS cases. *Brit Med J.* 2001;323:417.
701. Wilkinson D. Nonoxynol-9 fails to prevents STDs, but microbicide research continues. *Lancet* 2002;36);962-963.
702. WHO/CONRAD technical consultation on nonoxynol-9, World Health Organization, Geneva, 9-10 October 2001: summary report. *Reprod Health Matters* 2002;10:175-181.
703. Degenhardt L, Hall WD. The adverse effects of cannabinoids: implications for use of medical marijuana. *CMAJ* 2008; 178: 1685-1686.
704. Sidle P. AIDS campaigners to take South Africa’s health ministry to court. *Brit Med J.* 2001; 323: 301.
705. Mayor S. GlaxoSmithKline licenses production of generic drugs in South Africa. *Brit Med. J.* 2001; 323: 929.
706. Beckerman KP. Mothers, orphans, and prevention of pediatric AIDS. *Lancet* 2002; 359: 1168-9.
707. Schim van der Loeff MF, Aaby P, Aryioshi K i wsp. HIV-2 does not protect against HIV-1 infection in a rural community in Guinea-Bissau. *AIDS* 2001; 15: 2303-10.
708. China AIDS Info. China HIV/AIDS directory, 2005. <http://www.china-aids.org>.
709. Sheng L, Cao W-K. HIV/AIDS epidemiology and prevention in China. *Chin Med J.* 2008; 121: 1230-1236.
710. Szata W. AIDS i zakażenia HIV w 2002 roku. *Przegl Epidemiol.* 2003; 57: 165-77.