



W numerze:

Epidemiologiczny
rzut oka na wzrost liczby
przypadków STI w 2023 r.

K. Zakrzewska

Str. 1-4

Substancje psychoaktywne,
w tym nowe, w Europie –
dane EMCDDA

A. Malczewski

Str. 4-7

Telefon Zaufania AIDS

800 888 448*

od pn. 09:00 do pt. 21:00**

*połączenie bezpłatne

**z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy

AIDS - Zielona Linia

(+22) 621 33 67

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

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

Ośrodek Informacji o HIV/AIDS

(+22) 331 77 66

aids@aids.gov.pl

Poradnia Internetowa HIV/AIDS

aids.gov.pl/pi

Więcej informacji

aids.gov.pl

facebook.com/kcaids

Epidemiologiczny rzut oka
na wzrost liczby przypadków STI
odnotowany w nadzorze w 2023 r.

Zakażenia przenoszone drogą płciową (sexually transmitted infections - STIs) w nadzorze epidemiologicznym to grupa zakażeń, dla których wspólna jest droga przenoszenia – kontakty seksualne. Przede wszystkim wyróżniamy trzy zakażenia bakteryjne: *Treponema pallidum* (czynnikiem etiologicznym kiły), *Neisseria gonorrhoeae* (rzeżączka) oraz *Chlamydia trachomatis* (nierzeżączkowe zapalenia cewki moczowej, w wyniku zakażenia *Chlamydia trachomatis* = chlamydia, natomiast serotypy *Chlamydia trachomatis* L1, L2 i L3 są czynnikiem etiologicznym ziarnicy wenerycznej). Obecnie do STIs możemy zaliczyć również: zakażenia HIV (1), zakażenia HCV (2), zakażenia HBV (3), mpox (4,5) czerwone bakterijny (6) oraz zakażenia HAV (7). Szczegółowe opisy sytuacji epidemiologicznej, przygotowywane w czasopiśmie *Przegląd Epidemiologiczny* – są dostępne dla zakażeń HIV (8), HBV (9), HCV (10), kiły (11) i rzeżączki (12).

Na podstawie danych z nadzoru epidemiologicznego w Polsce, rok 2023 przyniósł wzrost liczby zgłoszonych zakażeń przenoszonych drogą kontaktów seksualnych (13). Polska nie była wyjątkiem na mapie Europy – wszystkie kraje odnotowały wzrosty (14). Dodatkowo w marcu i kwietniu 2023 roku kilka krajów UE/EOG zgłosiło wzrost liczby przypadków rzeżączki wśród osób młodych podejmujących kontakty seksualne z osobami przeciwnej płci. Ten wzrost rozpoczął się już w 2022 roku (15). Dane nadzoru epidemiologicznego nie dają odpowiedzi na pytanie, z czego te wzrosty mogą wynikać – być może jest to postpandemiczna reakcja na izolację społeczną, skutkująca zmianą w zachowa-

waniach seksualnych. Trwający przegląd badań być może odpowie na to pytanie. Stawiane przez ekspertów hipotezy omawia Otilia Mårdh z Europejskiego Centrum Kontroli Chorób (ECDC), w odcinku 48 *Let's Talk About (Safe) Sex*, podcastu ECDC: On Air (16).

Doświadczenia wynikające z ogniska zakażeń mpox w krajach nieendemicznych wskazały, że zmiany zachowań seksualnych - jakie najwyraźniej mają miejsce – nie znają granic i dotyczą również Polski (17,4,5).

Rok 2020 – rok rozpoczęcia pandemii COVID-19 – w którym wystąpiło znaczne obniżenie liczby rejestrowanych zachorowań STIs w Polsce i w regionie europejskim (14), zatrzymał wcześniejszy trend wzrostowy raportowanych przypadków zakażeń, który osiągnął najwyższe wartości w 2019 roku. W 2022 roku powrócił na przedpandemiczny poziom, a w 2023 roku osiągnął najwyższe wartości.

Zanim przejdziemy do analizy sytuacji epidemiologicznej, kilka słów wyjaśnienia, co znaczy liczba przypadków w danym roku. Po zgłoszeniu przez lekarza lub laboratorium – podejrzenia lub rozpoznania, na dedykowanym dla STIs formularzu ZLK-3 (18) (co należy zgłosić określa szczegółowo rozporządzenie MZ (19), w nadzorze najczęściej są takie dane: wykazanie obecności odczynów serologicznych w przypadku kiły, dla rzeżączki i chlamydiozy najczęściej jest to izolacja lub wykrycie kwasu nukleinowego *Neisseria gonorrhoeae* lub *Chlamydia trachomatis*). Kolejny krok to klasyfikacja przypadku wg definicji stosowanych w nadzorze

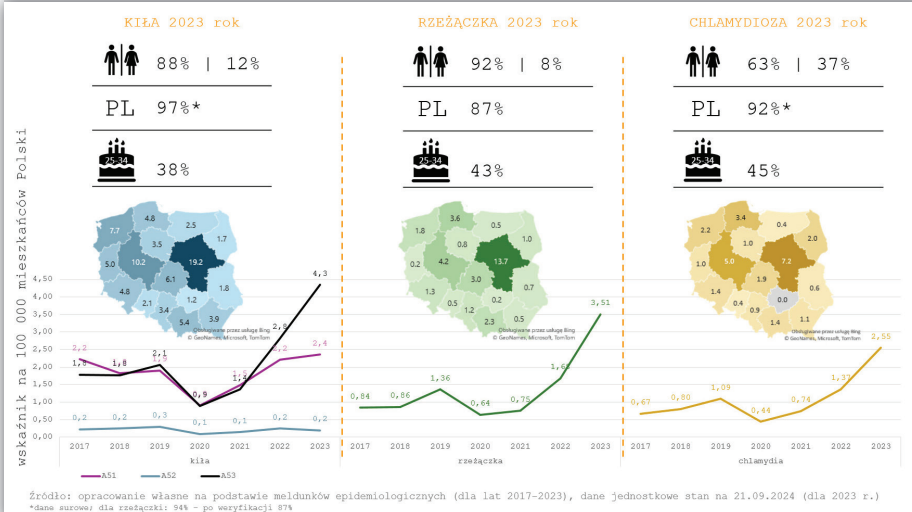
epidemiologicznym (20). Dodatni test krętkowy oraz dodatni test niekrętkowy, wykrycie kwasu nukleinowego lub izolacja *Neisseria gonorrhoeae* lub *Chlamydia trachomatis* (w przypadku rzeżączki również wykrycie dwoinek rzeżączki pod mikroskopem, jeśli materiałem był wymaz z cewki moczowej mężczyzny) to przypadek potwierdzony. Osoby z objawami spełniającymi kryteria kliniczne (np. zapalenie cewki moczowej, zapalenie szyki macicy, zapalenie odbytu) oraz informacja o kontakcie z osobą, która miała potwierdzone laboratoryjnie zakażenie (trudność w kile – dostępne metody diagnostyczne nie wykrywają bezpośrednio *Treponema pallidum*, skupiają się na odczynach serologicznych, a one mogą być fałszywie dodatnie) – to przypadki potwierdzone. By w Polsce uszczelnić nadzór - ze względu na trudności ze zrozumieniem ważności przekazywania danych do nadzoru – przyjęto dodatkowo, iż w sytuacji rozpoznania lekarskiego (a niemożności uzyskania szczegółowych informacji o diagnostyce, obrazie klinicznym i kryteriach epidemiologicznych) zgłoszenie jest klasyfikowane jako przypadek możliwy. Wyzwania zbierania informacji i jakości danych zostały przedyskutowane, w oparciu o doświadczenia rzeżączki (21,22).

Infografika (ryc.1) podsumowuje sytuację epidemiologiczną zakażeń wykazanych w 2023 roku w nadzorze. STIs rozpoznawano głównie u mężczyzn, osób narodowości polskiej, a ogółem najliczniejszą grupą wieku były osoby między 25 a 34 r.ż. W rozpoznaniach przodowały dwa województwa: mazowieckie i wielkopolskie.

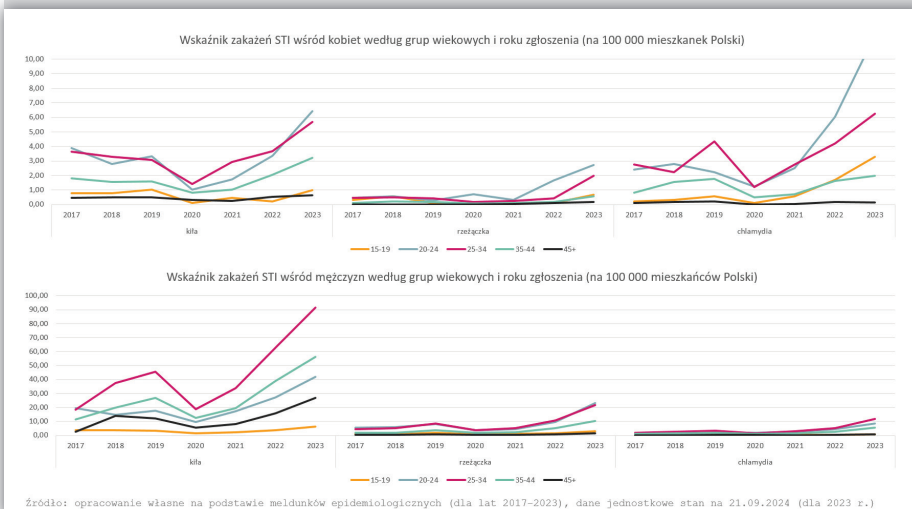
Rycina 2. rozróżnia rozpoznania na poszczególne STIs w podziale na płeć i z uwzględnieniem grup wiekowych.

Grupa 15-19 latków: Wśród młodzieży zauważalne są różnice w rozpoznawanych zakażeniach w zależności od płci. U młodych kobiet najczęściej diagnozowaną infekcją była chlamydia (3,3/100 000 kobiet w wieku 15-19 lat). Kiła (1/100 000) i rzeżączka (0,7/100 000) rozpoznawane były rzadziej. U młodych mężczyzn dominującym zakażeniem przenoszonym drogą płciową była kiła (6,3/100 000 mężczyzn w wieku 15-19 lat). Rzeżączka

Ryc. 1.:



Ryc. 2.: Wskaźnik zakażeń STI wśród kobiet według grup wiekowych i roku zgłoszenia (na 100 000 mieszkanki).



(3/100 000) identyfikowana była częściej niż u kobiet, natomiast chlamydia była diagnozowana rzadko (0,7/100 000).

Grupa wieku 20-24 lata: W grupie młodych dorosłych również obserwuje się różnice w obrazie epidemiologicznym w zależności od płci. U kobiet najczęściej rozpoznawane było zakażenie chlamydiami (11,6/100 000 kobiet w wieku 20-24 lat), następnie wykrywano dodatnie odczyny kiłowe (6,4/100 000). Rzeżączka wśród rozpoznań występowała rzadziej (2,7/100 000). W przypadku mężczyzn dominującą infekcją była kiła (42,1/100 000 mężczyzn w wieku 20-24 lat), a następnie rzeżączka (23,3/100 000). Chlamydia (8,5/100 000) osiągnęła najniższy wskaźnik wśród omawianych STI w tej grupie wiekowej.

Grupa wieku 25-34 lata: W tej grupie wieku wyraźnie zarysowują się różnice między płciami. U kobiet najczęściej stwierdzana była chlamydia (6,3/100 000 kobiet w wieku 25-34 lat) oraz kiła (5,7/100 000). Rzeżączkę diagnozowano najrzadziej (2/100 000). U mężczyzn natomiast kiła osiągnęła najwyższy poziom (zarówno w tej grupie wieku, jak i wśród wszystkich STIs z uwzględnieniem płci i kategorii wieku), wynoszący blisko 92 przypadki na każde 100 000 mężczyzn między 25 a 34 r.ż. (91,5/100 000). Rzeżączka (21,53 na 100 000) oraz chlamydia (11,62 na 100 000) również częściej były rozpoznawane niż u kobiet.

Grupa wieku 35-44 lata: U kobiet między 35 a 44 r.ż. najczęściej identyfikuje się kiłę (3,2/100 000), następnie chlamy-

diozę (2/100 000), która w diagnozach jest bardziej powszechna niż rzeżączka (0,6/100 000). W przypadku mężczyzn, była to dominująca infekcja (56,2/100 000). Rzeżączka (10,3/100 000) oraz chlamydia (5,4/100 000) występują rzadziej.

Osoby w wieku 45+: W tej grupie wieku wskaźniki STIs są najniższe w porównaniu do młodszych grup. U kobiet najczęściej odnotowywano dodatnie odczyny kiłowe (0,6/100 000 kobiet w wieku 45+). Marginalne były rozpoznania chlamydiozy (0,2/100 000) i rzeżączki (0,2/100 000). W przypadku mężczyzn dominującą infekcją była kiła (27/100 000 mężczyzn w wieku 45+). Rzeżączkę (1,5 na 100 000) i chlamydiozę (0,8/100 000) diagnozowano znacznie rzadziej.

Doświadczenia analizy zakażeń rzeżączką, wykazanych w latach 2022–2023 (23,24) pokazały, iż blisko co trzeci przypadek zgłoszony w 2023 roku oraz ponad 1/5 przypadków wykazanych w 2022 roku w nadzorze, stanowiły zachorowania zdiagnozowane w latach poprzednich (również jeszcze w latach 2020 i 2021) – w 2023 roku: 394 z 1322 przypadków (29,8%), w 2022 roku: 130/630 (20,6%). Wstępne sprawdzenie, jak wygląda liczba zakażeń rzeżączką, wykazanych w 2024 roku wskazuje, że sytuacja się poprawiła – 1% to zachorowania rozpoznane wcześniej (wszystkie w 2023 roku (między 1 a 3 kwartałem) oraz 7% to zachorowania z czwartego kwartału 2023 roku (co jest zjawiskiem oczekiwanym).

Analizy dotyczące przypadków rzeżączki w Polsce w latach 2022 i 2023 (23,24) wykazują znaczącą dysproporcję między mężczyznami a kobietami – na jedną kobietę przypada odpowiednio 14 i 11 mężczyzn. Jednym z możliwych wyjaśnień tej różnicy może być częstsze podejmowanie

przez mężczyzn kontaktów seksualnych zarówno z osobami tej samej, jak i przeciwnej płci. Niemniej jednak, charakterystyka kliniczna zachorowań u kobiet – bezobjawowa – sugeruje, że diagnozowanie zakażeń u kobiet może być opóźnione (ujawnia się, gdy dojdzie do rozprzestrzenienia się infekcji z cewki moczowej do szyjki macicy, a następnie do macicy i jajowodów). Może to wskazywać na ograniczoną efektywność wykrywania rzeżączki w istniejącym systemie ochrony zdrowia. Podobnie niska efektywność może dotyczyć także osób migrujących, zwłaszcza tych z barierą językową, co znajduje odzwierciedlenie w braku zgłoszonych przypadków rzeżączki wśród osób uchodzących z Ukrainy w 2022 roku i jednym odnotowanym przypadku w 2023 roku.

W latach 2022–2023 niemal połowa przypadków rzeżączki była diagnozowana u specjalistów dermatologii/wenerologii (46% i 44%). Wśród innych specjalistów – zgłoszenia rzeżączki pochodziły od lekarzy chorób zakaźnych (11% i 10%), lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, w tym internistów i lekarzy rodzinnych (6% i 4%), mniej osób zgłaszało się do urologów (2% i 1%) oraz ginekologów (po 1%). Co trzeci przypadek był diagnozowany na podstawie badań diagnostycznych wykonywanych bez konsultacji z lekarzem, z wykorzystaniem bezpośredniego dostępu do laboratoriów.

Odnotowany wzrost liczby zakażeń w obrębie gardła (9,9% i 7,7%) oraz pojawienie się zakażeń spojówek u dorosłych mogą świadczyć o rosnącej roli oralnych kontaktów seksualnych w transmisji rzeżączki.

Skuteczność zapewnienia rozwiązań systemowych zdają się potwierdzać dane nadzoru epidemiologicznego nad WZW C, dotyczące kobiet w wieku rozrodczym.

W populacji polskich młodych kobiet rozpowszechnienie zakażeń HCV nie jest wysokie (0,4% vs. 0,8% u mężczyzn (25)), jednakże dostępność do testów w ramach opieki okołoporodowej skutkuje wysokimi wskaźnikami rozpoznania w tej populacji. Dodatkowo dostęp do testów wyrównuje nierówności w zdrowiu w tym obszarze – przykładowo w 2021 roku więcej zakażeń HCV rozpoznanych było u 30–34-latek zamieszkujących obszary nieurbanizowane niż miasta (5,70 vs. 5,20/100 000 vs. wskaźnik dla Polski: 3,3/100 000 (26,2)). Dodatkowo kryzys taki jak pandemia COVID-19 nie zachwiał dostępu do testowania kobiet w ciąży – to rozwiązanie dalej działało, wykrywając bezobjawowe zakażenia w populacji o mniejszym narażeniu tylko dlatego, że rozwiązanie było dostępne przy okazji pakietu badań w ciąży (nie wymagało dodatkowych aktywności od kobiety).

Podsumowując:

- Istnieje konieczność monitorowania bieżącej sytuacji. Pandemia COVID-19 pogłębiła problemy z raportowaniem w ramach nadzoru epidemiologicznego dobrej jakości danych na czas, co uniemożliwia zaprojektowanie właściwych działań profilaktycznych w ramach centralnej/lokalnej polityki zdrowotnej.

- Istnieje konieczność szybkiej implementacji działań zapobiegawczych. Należy wdrożyć zróżnicowane działania profilaktyczne (również dla osób poniżej 18 r.ż. czy osób niepolskojęzycznych), ukierunkowane na źródło zakażenia (diagnostyka i terapia) oraz na przecinanie dróg zakażenia, w tym dotyczące promowania bezpieczniejszych kontaktów seksualnych oraz informowania partnera seksualnego.

Dr n. o zdrowiu Karolina Zakrzewska
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego
PZH - Państwowy Instytut Badawczy

Piśmiennictwo

1. Niedźwiedzka-Stadnik M, Nowakowska-Radziwonka E, Kolenda A, Marzec-Bogusławska A. HIV infections and AIDS cases in Poland in 2021 year. *Przegl Epidemiol.* 2024;77(4):429–48.
2. Zakrzewska K, Stępień M. Hepatitis C in Poland in 2022. *Przegl Epidemiol.* 2024;78(2):235–50.
3. Stępień M, Kowalczyk M. Hepatitis B in Poland in 2021. *Przegl Epidemiol.* 2023;77(3):359–71.
4. Vaughan AM, Cenciarelli O, Colombe S, Alves de Sousa L, Fischer N, Gossner CM, i in. A large multi-country outbreak of monkeypox across 41 countries in the WHO European Region, 7 March to 23 August 2022. *Euro Surveill Bull Eur Sur Mal Transm Eur Commun Dis Bull.* 2022;27(36):2200620.
5. Vaughan AM, Afzal M, Nannapaneni P, Leroy M, Andrianou X, Pires J, i in. Continued circulation of mpox: an epidemiological and phylogenetic assessment, European Region, 2023 to 2024. *Euro Surveill Bull Eur Sur Mal Transm Eur Commun Dis Bull.* 2024;29(27):2400330.

6. European Centre for Disease Prevention and Control. Shigellosis. In: ECDC. Annual Epidemiological Report for 2022. Stockholm: ECDC; 2024.
7. European Centre for Disease Prevention and Control. Hepatitis A. In: ECDC. Annual Epidemiological Report for 2022. Stockholm: ECDC; 2024.
8. Wyniki wyszukiwania Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS w Polsce [Internet]. [cytowane 29 wrzesień 2024]. Dostępne na: <https://www.przegl Epidemiol.pzh.gov.pl/Szukaj/?s=Zaka%C5%BCenia+HIV+i+zachorowania+na+AIDS+w+Polsce+>
9. Wyniki wyszukiwania Wirusowe zapalenie wątroby typu B w Polsce [Internet]. [cytowane 29 wrzesień 2024]. Dostępne na: <https://www.przegl Epidemiol.pzh.gov.pl/Szukaj/?s=Wirusowe+zapalenie+w%C4%85troby+typu+B+w+Polsce>
10. Wyniki wyszukiwania Wirusowe zapalenie wątroby typu C w Polsce [Internet]. [cytowane 29 wrzesień 2024]. Dostępne na: <https://www.przegl Epidemiol.pzh.gov.pl/Szukaj/?s=Wirusowe+zapalenie+w%C4%85troby+typu+C+w+Polsce>
11. Wyniki wyszukiwania Kiła w Polsce [Internet]. [cytowane 29 wrzesień 2024]. Dostępne na: <https://www.przegl Epidemiol.pzh.gov.pl/Szukaj/?s=Ki%C5%82a+w+Polsce>
12. Wyniki wyszukiwania rzeżączka w Polsce [Internet]. [cytowane 29 wrzesień 2024]. Dostępne na: <https://www.przegl Epidemiol.pzh.gov.pl/Szukaj/?s=rze%C5%BC%C4%85czka+w+Polsce>
13. Infectious Diseases and Poisonings in Poland in 2014-2022; Bulletins of the National Institute of Public Health NIH - National Research Institute and Chief Sanitary Inspectorate: Warsaw, Poland. Dostępne na: http://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/index_p.html#01
14. Surveillance Atlas of Infectious Diseases [Internet]. [cytowane 30 maj 2017]. Dostępne na: <http://ecdc.europa.eu/en/data-tools/atlas/Pages/atlas.aspx>
15. European Centre for Disease Prevention and Control. Communicable disease threats report, 18-24 June 2023, week 25 Stockholm; 2023. Dostępne na: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/communicable-disease-threats-report-18-24-june-2023-week-25>
16. Episode 48 - Otilia Mårdh - Let's Talk About (Safe) Sex utworzona przez ECDC: On Air. Dostępne na: <https://podcasters.spotify.com/pod/show/ecdc/episodes/Episode-48---Otilia-Mrdh---Lets-Talk-About-Safe-Sex-e2gnbge>
17. Kowalski J, Cholewińska-Szymańska G, Cielniak I, Wasilewski P, Bieńkowski C, Suchacz M, i in. Study of the first clinical cases on monkeypox in Poland. *Przegl Epidemiol.* 2022;76(2):168–83.
18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 grudnia 2019 r. w sprawie zgłaszania podejrzeń i rozpoznania zakażeń, chorób zakaźnych oraz zgonów z ich powodu (Dz.U. 2019 poz. 2430 z późn. zm.)
19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 czerwca 2020 r. w sprawie zgłaszania wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych u ludzi (Dz.U. 2020 poz. 1118)
20. Decyzja wykonawcza Komisji z dnia 8 sierpnia 2012 r. zmieniająca decyzję 2002/253/WE ustanawiającą definicję przypadku w celu zgłaszania chorób zakaźnych do sieci wspólnotowej na podstawie decyzji nr 2119/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady (notyfikowana jako dokument nr C(2012) 5538) Tekst mający znaczenie dla EOG. 2012.
21. Zakrzewska K, Niedźwiedzka-Stadnik M. Gonorrhoea in Poland in 2019-2020 / Rzeżączka w Polsce w latach 2019-2020 - Epidemiological Review. *PRZEGŁ EPIDEMIOL.* 2022;76(4):591–603.
22. Zakrzewska K, Niedźwiedzka-Stadnik M. Gonorrhoea in Poland in 2021. *Przegl Epidemiol.* 2024;77(4):466–75.
23. Zakrzewska K, Niedźwiedzka-Stadnik M. Gonorrhoea in Poland in 2022. *Przegl Epidemiol.* ((artykuł po recenzji)).
24. Zakrzewska K, Niedźwiedzka-Stadnik M. Gonorrhoea in Poland in 2023. *Przegl Epidemiol.* ((praca szykowana do złożenia)).
25. Rosińska M, Parda N, Kołakowska A, Godzik P, Zakrzewska K, Madaliński K, i in. Factors associated with hepatitis C prevalence differ by the stage of liver fibrosis: A cross-sectional study in the general population in Poland, 2012-2016. *PloS One.* 2017;12(9):e0185055.
26. Zakrzewska K, Stępień MM, Rosińska M. Hepatitis C in Poland in 2021. *Przegl Epidemiol.* 2023;77(2):220–32.
27. Mårdh O, Plachouras D. Using doxycycline for prophylaxis of bacterial sexually transmitted infections: considerations for the European Union and European Economic Area. *Eurosurveillance.* 2023;28(46):2300621.

Substancje psychoaktywne, w tym nowe, w Europie – dane Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA)

W czerwcu zaprezentowany został kolejny raport Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA)¹. Niniejszy artykuł przedstawia wybrane kwestie z raportu EMCDDA, który jest przygotowany m.in. w oparciu o informacje z National Focal Pointów². Według autorów raportu substancje syntetyczne o dużej sile działania, nowe mieszaniny substancji psychoaktywnych i zmieniające się wzor-

ce ich używania stanowią coraz większe zagrożenie w Europie.

Dostępność substancji psychoaktywnych w Europie, gdzie rynek oferuje zróżnicowaną gamę produktów, pozostaje cały czas wysoka. Osoby używające tych substancji mają dostęp do większej ich liczby, często charakteryzujących się wysoką aktywnością i czystością, bądź przyjmujących nowe formy, mieszaniny lub kombinacje.

Ponieważ produkty są czasami błędnie sprzedawane jako inne substancje, konsumenci mogą być nieświadomi tego, co przyjmują i mogą narażać swoje zdrowie na większe ryzyko, w tym potencjalnie śmiertelne zatrucie z powodu narkotyków.

W raporcie EMCDDA podkreślono obawy związane z syntetycznymi opioidami o dużej sile działania, czasami błędnie sprzedawanymi lub mieszanymi z lekami

1. Raport jest dostępny pod linkiem: https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024/drug-situation-in-europe-up-to-2024_en. EMCDDA przekształci się 2 lipca w Agencję Unii Europejskiej ds. Narkotyków.
2. W Polsce funkcję Reitox National Focal Pointu pełni Dział Badań Monitorowania oraz Współpracy Międzynarodowej (DBMWM) Krajowego Centrum Przeciwdziałania Narkomanii. Osoby zainteresowane sytuacją w Polsce mogą zapoznać się z raportem KCPU: <https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2024/03/Raport-2023-wersja-Internetowa.pdf>

i innymi narkotykami, n.p. MDMA, zafałszowanym syntetycznymi katynonami oraz produktami z konopi indyjskich, zafałszowanymi syntetycznymi kannabinoidami. Do końca 2023 r. monitoringiem EMCDDA objętych było ponad 950 nowych substancji psychoaktywnych, z których 26 zgłoszono w Europie po raz pierwszy w tym roku.

Głównym przesłaniem tegorocznego raportu jest to, że „jednoczesne przyjmowanie wielu substancji” – używanie dwóch lub większej liczby substancji psychoaktywnych równocześnie lub kolejno po sobie – jest obecnie powszechne w Europie. Niezależnie od tego, czy mowa o stosowaniu benzodiazepin z opioidami, czy kokainy z alkoholem, taki sposób używania substancji psychoaktywnych może zwiększać ryzyko wystąpienia problemów zdrowotnych i komplikować przeprowadzanie skutecznych interwencji (np. reagowanie na przedawkowanie narkotyków). Wyzwania te dodatkowo się komplikują, gdy mieszaniny substancji psychoaktywnych są przyjmowane nieświadomie przez osoby sięgające po narkotyki.

Nitazeny – nowe zagrożenie

Najczęściej używanym niedozwolonym opioidem w Europie jest nadal heroina, która odpowiada za znaczną część problemów zdrowotnych związanych z używaniem niedozwolonych środków odurzających. Jednak europejski rynek opioidów staje się coraz bardziej złożony i obejmuje różnorodne substancje, w tym syntetyczne opioidy. W porównaniu z Ameryką Północną syntetyczne opioidy odgrywają stosunkowo niewielką rolę na ogólnym rynku substancji psychoaktywnych w Europie, ale zajmują znaczące miejsce na rynku opioidów w krajach bałtyckich. Rośnie również obawa o ich stosowanie w niektórych innych państwach członkowskich UE.

Od 2009 r. na europejskim rynku narkotykowym pojawiło się łącznie 81 nowych syntetycznych opioidów. Charakteryzują się one często dużą siłą działania i niosą ze sobą znaczne ryzyko zatrucia i śmier-

ci. W 2023 r. sześć z siedmiu nowych syntetycznych opioidów po raz pierwszy zgłoszonych do europejskiego systemu wczesnego ostrzegania stanowiły nitazeny³. Była to największa liczba nitazenów zgłoszonych w ciągu jednego roku, a w Europie od 2019 r. wykryto ich łącznie 16. W ubiegłym roku w Polsce odnotowano rekordową konfiskatę metonitazenu w UE. Policja zabezpieczyła ponad 12 000 tabletek tej substancji.

Nitazeny są czasami sprzedawane jako „syntetyczna heroina” i zostały wykryte na rynku narkotykowym w podrobionych lekach. W 2023 r. nitazeny były związane z gwałtownym wzrostem liczby zgonów w Estonii i Łotwie oraz ze zlokalizowanymi ogniskami zatruc w Francji i w Irlandii. Poza granicami UE nitazeny są powiązane z przedawkowaniami narkotyków w Australii, Ameryce Północnej i Wielkiej Brytanii. Obecnie w niektórych krajach nitazeny i podobne substancje mogą nie być wykrywane w rutynowych pośmiertnych badaniach toksykologicznych, więc związana z nimi liczba zgonów może być niedoszacowana. Nowe syntetyczne opioidy znaleziono w różnych mieszaninach zawierających nowe benzodiazepiny lub środki uspokajające dla zwierząt. Połączenia te, znane odpowiednio jako „benzo-dope” i „tranq-dope”, były powiązane z zatruciami, w tym zgonami, w Ameryce Północnej.

Większość heroiny używanej w Europie pochodzi z Afganistanu, gdzie w kwietniu 2022 r. talibowie ogłosili zakaz uprawy maku lekarskiego i produkcji opium. Najnowsze dane UNODC za 2023 r. wskazują na szacowany 95 procentowy spadek zarówno upraw, jak i nielegalnej produkcji opium w tym kraju w porównaniu z 2022 r. Trudno jest obecnie przewidzieć, w jaki sposób zakaz ten będzie miał wpływ na europejski rynek heroiny. Dowody wskazują, że w Afganistanie utrzymywane są znaczne zapasy opium, co może wyjaśniać, dlaczego do tej pory nie było żadnych znaczących sygnałów o zakłóceniach w przepływie heroiny do Unii Europejskiej. Istnieją jednak obawy, że niedobór heroiny

w przyszłości może doprowadzić do tego, że jej miejsce na rynku zajmą syntetyczne opioidy lub syntetyczne stymulanty o dużej sile działania. Mogłoby to mieć potencjalnie znaczące negatywne skutki dla zdrowia i bezpieczeństwa publicznego.

W raporcie EMCDDA podkreślono, że Europa musi zwiększyć swoją gotowość na pojawienie się wszelkich możliwych zmian na rynku, zapewniając odpowiednie zapobieganie i leczenie, w tym dostęp do leków z grupy agonistów receptorów opioidowych i do usług redukcji szkód, a także przygotowując wystarczające zapasy naloksonu, leku znoszącego reakcje wywołane przedawkowaniem. Wprowadzenie multiagencyjnego planu reagowania i szybkiej komunikacji może również pomóc we wzmocnieniu gotowości na nagłe pojawienie się substancji o dużej sile działania na rynku niedozwolonych środków odurzających w Unii Europejskiej.

Jak podaje raport EMCDDA: „Jednym z wyzwań nadzoru narkotykowego w 2024 r. jest głębsze zrozumienie tego, jakie narkotyki są faktycznie używane i w jakich kombinacjach”. Priorytety nowej Agencji Unii Europejskiej ds. Narkotyków, która rozpoczęła działalność 2 lipca, obejmują poprawę monitorowania wzorców jednoczesnego przyjmowania wielu substancji oraz zrozumienie tego, co stanowi skuteczne zapobieganie, leczenie i interwencje służące redukcji szkód. Agencja wzmocni również swoje zdolności analityczne, korzystając z unijnej sieci laboratoriów kryminalistycznych i toksykologicznych

Szósty rok rekordowych konfiskat kokainy – wpływ na zdrowie publiczne

Według raportu EMCDDA szósty rok z rzędu państwa członkowskie UE przechwyciły rekordowe ilości kokainy, wynoszące 323 tony w 2022 r. (303 tony w 2021 r.). Konfiskaty w Europie przewyższają obecnie te dokonywane w Stanach Zjednoczonych – kraju historycznie uważanym za największy

3. W KCPU funkcjonuje System Wczesnego Ostrzegania o nowych substancjach psychoaktywnych (SWO) na Polskę (koordynatorem jest Michał Kidawa z DBMWM). Zadaniem SWO jest dostarczanie UE i jej państwom członkowskim obiektywnych, rzetelnych i porównywalnych informacji o narkotykach i narkomanii.

szy rynek kokainy na świecie. Belgia (111 ton), Hiszpania (58,3 tony) i Holandia (51,5 tony) odpowiadają za 68% całkowitych przechwyconych ilości, co jest odzwierciedleniem stałego wykorzystywania logistycznych łańcuchów dostaw przez handlarzy narkotyków. W 2023 r. Hiszpania zgłosiła największe w historii jednorazowe przejście kokainy (9,5 tony), ukrytej w dostawach bananów z Ekwadoru.

Przemyt dużych ilości kokainy w kontenerach morskich poprzez europejskie porty morskie pozostaje istotnym czynnikiem wpływającym na wysoką dostępność tego narkotyku w tym regionie. Najnowsze dane z portu w Antwerpii wskazują, że w 2023 r. ilość skonfiskowanej w tym porcie kokainy wzrosła do 116 ton (ze 110 ton w 2022 r.). Wobec coraz większej skuteczności metod organów ścigania, zorganizowane grupy przestępcze biorą na celownik również mniejsze porty, zarówno w krajach UE, jak i tych graniczących z UE, i to one mogą być bardziej narażone na przemyt substancji psychoaktywnych. Przykładem są niektóre kraje Europy Północnej, w tym Szwecja i Norwegia, które w 2023 r. zgłosiły rekordowe konfiskaty kokainy w portach morskich. Zorganizowane grupy przestępcze zaopatrują również europejskie rynki konsumenckie, zajmując się przetwarzaniem nielegalnych produktów zawierających kokainę w kilku państwach UE. W 2022 r. zlikwidowano 39 laboratoriów produkujących kokainę (34 w 2021 r.).

Kokaina jest najczęściej przyjmowaną nielegalną substancją pobudzającą w Europie, używaną przez około 1,4% (4 mln) dorosłych Europejczyków (w wieku od 15 do 64 lat) w ciągu ostatniego roku. Informacje wskazują, że kokaina jest coraz bardziej dostępna w Europie, wzrósł też jej zasięg geograficzny i społeczny. Z najnowszych danych z analizy ścieków wynika, że w 72 miastach, w których dostępne są dane za 2022 i 2023 r., w 49 zgłoszono wzrost ilości pozostałości kokainy. Szczególnie

niepokojące jest to, że używanie kokainy w niektórych krajach wydaje się być coraz bardziej powszechne w bardziej narażonych lub zmarginalizowanych grupach. W coraz większej liczbie krajów zgłasza się zarówno przyjmowanie kokainy drogą iniekcji, jak i używanie cracku. Stymulanty, takie jak kokaina, wymagają częstszego wykonywania wstrzyknięć i w ostatniej dekadzie w wielu europejskich miastach były powiązane ze zlokalizowanymi ogniskami HIV wśród osób używających środków odurzających drogą iniekcji.

Różnorodność substancji obecnie przyjmowanych drogą iniekcji, powodujących poważne szkody zdrowotne

Pomimo ciągłego spadku w Unii Europejskiej używania substancji psychoaktywnych w iniekcjach w ciągu ostatniej dekady, zachowanie to nadal odpowiada za nieproporcjonalny poziom zarówno ostrych, jak i przewlekłych szkód zdrowotnych związanych z konsumpcją nielegalnych narkotyków. Szacuje się, że pół miliona Europejczyków wstrzyknęło narkotyk w ciągu ostatniego roku. Podkreśla to skalę trwających wyzwań w tej dziedzinie oraz fakt, że redukcja szkód związanych z używaniem substancji psychoaktywnych w iniekcjach pozostaje ważnym priorytetem zdrowia publicznego. Osoby, które wstrzykują narkotyki, są bardziej narażone na zakażenia przenoszone drogą krwi lub śmierć z powodu przedawkowania narkotyków. Iniekcje mogą również zaostrzyć inne istniejące problemy zdrowotne lub być przyczyną ropni, sepsy i uszkodzeń nerwów. Historycznie, heroina była głównym narkotykiem związanym z iniekcyjnym przyjmowaniem substancji psychoaktywnych w Europie, ale w ostatnich latach to się zmienia. Obecnie coraz częściej w iniekcjach przyjmuje się inne narkotyki, w tym amfetaminy, kokainę, syntetyczne katynony, leki agonistyczne opioidów i inne leki

oraz różne nowe substancje psychoaktywne, zarówno pojedynczo, jak i w połączeniu. Chociaż wiadomo, że rodzaje używanych substancji w iniekcjach znacznie różnią się między krajami, ostatnie badania pozostałości narkotyków w strzykawkach również pokazują, że mogą istnieć znaczne różnice w narkotykach wstrzykiwanych w różnych miejscach w obrębie jednego kraju. W pozostałościach strzykawek często wykrywa się wiele substancji, często w tym zarówno stymulanty, jak i opioidy, a używanie kilku substancji na raz może zwiększać ryzyko przedawkowania narkotyków. Wstrzykiwanie stymulantów, takich jak kokaina i syntetyczne katynony, jest bardziej związane z wysoką częstotliwością używania ich w iniekcjach i było związane z lokalnymi ogniskami HIV w Europie w ciągu ostatniej dekady. Wstrzykiwanie metamfetaminy niesie podobne ryzyko. Jest to powód do niepokoju, ponieważ istnieje wiele sygnałów, że wstrzykiwanie stymulantów staje się bardziej powszechnym zachowaniem wśród osób używających narkotyki. Ponadto osoby, które stosują narkotyki w iniekcjach, mogą używać stymulantów jako substytutów, gdy opioidy, takie jak heroina, są trudno dostępne. Istnieje wiele długoterminowych ryzyk związanych z wstrzykiwaniem rozpuszczonych tabletek i kapsulek leków, a także kokainy w postaci cracku, w tym uszkodzenia naczyń krwionośnych, zakażenia wsierdza i inne infekcje bakteryjne. Dodatkowym powodem do niepokoju jest dostępność wysoce silnych syntetycznych opioidów, takich jak fentanyl i jego pochodne, które mogą powodować szybkie wystąpienie zagrażającej życiu depresji oddechowej prowadzącej do śmiertelnych przedawkowań, a ryzyko to jest prawdopodobnie podwyższone, gdy takie substancje są wstrzykiwane. Wysoce silne opioidy benzimidazolowe (nitazeny), które mogą być silniejsze od fentanylu, były powodem trzech lokalnych wybuchów zatrucia we Francji i Irlandii w 2023 roku, gdzie konsumpcja nitazenów sprzedawanych jako heroina spowodowała wiele przedawkowań.

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

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

Oprócz zapewnienia dostępu do terapii dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, interwencje związane z redukcją szkód, takie jak dostarczanie sterylnego sprzętu do iniekcji, pozostają jednymi z najczęstszych działań zdrowia publicznego, ograniczających ryzyko związane z wstrzykiwaniem narkotyków. Chociaż takie interwencje są w Europie stosunkowo dobrze rozwinięte według standardów międzynarodowych, jasne jest również, że niektóre państwa członkowskie UE mają trudności z zapewnieniem wystarczającego zasięgu i dostępu do interwencji redukcji szkód i leczenia dla osób stosujących narkotyki w iniekcjach. Na przykład w Bułgarii, Włoszech, na Cyprze, Węgrzech i w Rumunii, w porównaniu z innymi państwami członkowskimi UE o porównywalnych szacunkach dotyczących używania narkotyków w iniekcjach, zasięg programów wymiany igieł i strzykawek jest niski. Co więcej, historycznie potrzeba zmniejszenia ryzyka zakażeń przenoszonych drogą krwi była głównym celem wielu interwencji w tej dziedzinie. Obecnie uznaje się, że trzeba zintensyfikować działania mające na celu zmniejszenie liczby zgonów i zakresu szkód zdrowotnych z powodu przedawkowania związanego z wstrzykiwaniem narkotyków. Analiza sądowa i toksykologiczna partii narkotyków podejrzanych o zawieranie wysoce silnych substancji (np. nitazenów), w połączeniu z szybkim informowaniem o ryzyku, jest ważną częścią ogólnego podejścia do zapobiegania przedawkowaniom i musi zostać rozszerzona.

Powrót liczby zgłoszeń zakażeń HIV do poziomów sprzed pandemii podkreśla potrzebę rozwoju usług

Osoby, które stosują narkotyki w iniekcjach, są narażone na ryzyko zakażenia takimi infekcjami, jak wirusowe zapalenie wątroby typu B i C (odpowiednio HBV i HCV) oraz wirusem nabytego niedoboru odporności (HIV) poprzez dzielenie się przybiorami do używania narkotyków. Infekcje

te mogą powodować choroby przewlekłe, które mogą prowadzić do poważnych szkód zdrowotnych, w tym śmierci. Chociaż długoterminowy trend, dotyczący nowych zakażeń HIV związanych z używaniem narkotyków w iniekcjach, w Unii Europejskiej wykazuje tendencję spadkową, ponad połowa krajów raportujących odnotowała wzrost nowych zgłoszeń HIV w 2022 roku w porównaniu do 2021 roku. Wzrost zaobserwowany w 2022 roku może częściowo odzwierciedlać zwiększone wskaźniki testowania w kierunku HIV po zniesieniu ograniczeń związanych z COVID-19, dotyczących przemieszczania się oraz powrót do funkcjonowania placówek ochrony zdrowia sprzed pandemii (w tym testujących w kierunku HIV). Innym możliwym czynnikiem przyczyniającym się do tego wzrostu jest zwiększony ruch osób z już rozpoznany zakażeniem HIV w krajach europejskich po inwazji Rosji na Ukrainę. Dlatego też te dane należy interpretować ostrożnie, gdyż niekoniecznie wskazują one na wzrost liczby nowych zakażeń. Niemniej jednak, spadek o 38% odnotowany od 2010 roku nie spełnia celu Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wynoszącego 75% redukcji, co sugeruje, że nadal potrzebne są zwiększone wysiłki w tej dziedzinie. Dodatkowym powodem do niepokoju jest fakt, że w 2022 roku ponad 40% nowych diagnoz HIV związanych z używaniem narkotyków w iniekcjach w Unii Europejskiej było stawianych z opóźnieniem. Pacjenci z późną diagnozą HIV są bardziej narażeni na zachorowalność i śmiertelność związaną z HIV oraz mogą mieć gorszą reakcję na leczenie antyretrowirusowe. Zapewnienie dobrowolnego i poufnego testowania na choroby zakaźne u osób stosujących narkotyki w iniekcjach, jest warunkiem koniecznym, aby nawiązały one kontakt z placówkami medycznymi zapewniającymi opiekę i leczenie. Do 2022 roku żaden z krajów raportujących do EMCDDA nie osiągnął jeszcze wszystkich celów WHO 95-95-95 dla kontinuum opieki wśród osób stosujących narkotyki w iniekcjach żyjących z HIV. Cele te zakładają, że do 2030 roku 95% osób żyjących z HIV będzie prze-

testowanych, 95% z tych osób będzie otrzymywać terapię antyretrowirusową, a 95% z nich osiągnie supresję wirusa. Ogólnie rzecz biorąc, wśród osób żyjących z HIV, osoby wstrzykujące narkotyki rzadziej są diagnozowane, powiązane z opieką i osiągają supresję wirusa. To implikuje większe ryzyko zachorowalności i śmiertelności związanej z HIV, a także możliwość dalszej transmisji wirusa. Ostatnie wytyczne EMCDDA i ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) dotyczące zapobiegania i kontroli chorób zakaźnych wśród osób stosujących narkotyki w iniekcjach, wspierają wdrażanie usług testowania w miejscach przebywania użytkowników. Oznacza to, że testowanie ma być prowadzone poza formalnymi placówkami medycznymi, na przykład w ramach usług mobilnych i podkreśla, że bardziej otwarte podejście do testowania jest skutecznym sposobem na zmniejszenie nierówności w dostępie do usług zdrowotnych. Rozwój usług redukcji szkód jest uważany za istotny element w ograniczaniu transmisji HIV wśród osób stosujących narkotyki w iniekcjach. Jednak zasięg i dostęp do bezpłatnych igieł i strzykawek są w wielu krajach niewystarczające, przy czym tylko 5 z 17 krajów z dostępnymi danymi osiągnęło cele WHO dotyczące świadczenia usług redukcji szkód w 2022 roku. Uzyskanie bezpiecznego finansowania dla tych usług było w niektórych krajach trudne. Na przykład organizacje pozarządowe w Bułgarii i Rumunii miały w ostatnich latach trudności związane z finansowaniem ich działalności, co doprowadziło do zmniejszenia dostępności usług. W Sofii, w okresie zmniejszonego dostępu do strzykawek, wskaźniki rozpowszechnienia HIV z rutynowych testów diagnostycznych przeprowadzanych w ośrodkach leczenia osób uzależnionych od narkotyków wzrosły, osiągając 15% w 2022 roku, co odzwierciedla ryzyko zwiększonej liczby zakażeń, gdy poziom usług jest niewystarczający.

**Dr Artur Malczewski,
Krajowe Centrum Przeciwdziałania
Uzależnieniom**

kontra 

Redakcja
Maryla Rogalewicz

Wydawca:
Krajowe Centrum ds. AIDS

Adres redakcji:
ul. Samsonowska 1, 02-829 Warszawa
tel. (+22) 331 77 66, fax (+22) 331 77 76
e-mail: kontra@aims.gov.pl
www.aims.gov.pl

Egzemplarz bezpłatny
Redakcja zastrzega sobie prawo
adjustacji i skracania artykułów.