Raport nr 3/2011

dotyczący najważniejszych doniesień z zakresu HIV/AIDS, które ukazały się w prasie w marcu 2011 roku.

WPROWADZENIE

W marcu wśród różnych publikacji o tematyce HIV/AIDS najwięcej informacji dotyczyło wejścia w życie rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 15.02.2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS. Pozostałe doniesienia dotyczyły głównie tematyki medycznej. Wśród nich znalazł się artykuł o remoncie Oddziału Zakaźnego w Zielonej Górze, który będzie 15. ośrodkiem w Polsce realizującym program leczenia osób żyjących z HIV/AIDS, rozmowa z prof. Kazimierzem Roszkowskim-Śliżem, dyrektorem Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie[1], czy też informacja na temat omawianego już w poprzednim miesiącu, nowego leku pomocnego w leczeniu chorych z wirusowym zapaleniem wątroby typu C – boceprewiru[2]. W miesięczniku *Lekarz Rodzinny*, w części zatytułowanej *Przeglądy kliniczne*[3] lekarze rodzinni regularnie przedstawiają wyniki różnych specjalistycznych badań. W marcowym numerze czasopisma znajdowały się m.in. dwie publikacje autorstwa dr Richarda Me[4]. W pierwszej autor przedstawia wnioski z badania dotyczącego stosowania terapii antyretrowirusowej w określonej grupie pacjentów HIV+, druga jest próbą odpowiedzi na pytanie, czy komputery mogą zbierać wywiady dotyczące życia seksualnego.

Pozostałe, ważne w kontekście problematyki HIV/AIDS informacje, których w miesiącu marcu było stosunkowo niewiele, omówiono poniżej. 21 publikacji ukazało się w 13 tytułach gazet i czasopism, z których tylko cztery drukowały więcej niż jedno doniesienie na ten temat (Rzeczpospolita – 6, Dziennik Gazeta Prawna – 3, sSłużba Zdrowia – 2, Żyjmy Dłużej – 2).

ASPEKTY MEDYCZNE

Terapia antyretrowirusowa (ARV) zmniejsza częstość przenoszenia zakażenia HIV-1

[1] Anna Sukmanowska. *Gruźlica – stary, nowy problem?* Gazeta Farmaceutyczna 01.03.2011 r.
[2] *Boceprewir – nowy lek w WZW typu C.* Lek w Polsce z dnia 01.03.2011 r.
[3] *Przeglądy kliniczne.* Lekarz Rodzinny z dnia 01.03.2011 r.
[4] Dr Richard Me - szef zespołu lekarzy rodzinnych w North London, specjalista zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego w Margaret Pyke Centre, Londyn, Zjednoczone Królestwo, zob.: tamże, s.286

Z badania „Udział Partnerów w Prewencji HSV/HIV" wynika, że stosowanie terapii antyretrowirusowej u pacjentów z HIV-1 może zmniejszyć częstość przenoszenia zakażenia.

Badanie przeprowadzono wśród dorosłych osób heteroseksualnych ze współistniejącym zakażeniem HIV-1 oraz wirusem opryszczki zwykłej typu 2 (HSV-2) i ich seronegatywnych (względem HIV-1) partnerów w siedmiu afrykańskich krajach (Botswana, Kenia, Ruanda, Republika Południowej Afryki, Tanzania, Uganda i Zambia). Dane z badania wykorzystane były w analizie *post hoc*, którą przeprowadzono, by ocenić wpływ ARV stosowanych przez uczestników zakażonych HIV-1 na ryzyko przenoszenia wirusa na niezakażonych partnerów.

Do analizy kwalifikowało się 3381 par; w przypadku 349 (10%) uczestników ARV skierowaną przeciwko wirusowi HIV-1 rozpoczęto podczas badania przy medianie liczby komórek CD4 wynoszącej 198 komórek w 1 µl (zalecana dla włączenia ARV liczba komórek CD4 wynosi < 200-250 komórek/µl).

Tylko jeden ze 103 przypadków powiązanej genetycznie transmisji HIV pochodził od zakażonego uczestnika badania, u którego rozpoczęto ARV, co odpowiadało wskaźnikowi przenoszenia zakażenia 0,37 (95% CI* 0,09-2,04) na 100 osobolat u osób, które rozpoczęły leczenie w porównaniu ze wskaźnikiem 2,24 (95% CI 1,84–2,72), na 100 osobolat u osób, które tej terapii nie rozpoczęły. Dane te oznaczają 92-procentową redukcję częstości przenoszenia HIV-1. U uczestników badania, którzy nie przyjmowali ARV, najwyższy wskaźnik przenoszenia zakażenia (8,79 na 100 osobolat) obserwowano w przypadku osób, u których liczba komórek CD4 wynosiła < 200 komórek na 1 µl. W przypadku par, w których u nieleczonego, zakażonego HIV-1 liczba komórek wynosiła >200 komórek na 1 µl, 66 z 94 (70%) przypadków przeniesienia zakażenia nastąpiło przy stężeniach HIV-1 w osoczu >50 tys. kopii na 1 ml.

Za większość zakażeń na świecie odpowiadaHIV-1, co oznacza, że wyniki tego badania można uogólniać na całą populację osób seropozytywnych.

Przy znacznej redukcji przeniesienia zakażenia HIV na niezakażonego partnera zapewnienie ARV pacjentom zakażonym HIV-1 może być skuteczną strategią mającA na celu osiągnięcie zmniejszenia częstości transmisji HIV-1 na poziomie populacyjnym.

Jak podkreśla autor publikacji, nie oznacza to, że można nie przestrzegać zasad bezpieczniejszego seksu: cały czas powinny obowiązywać porady dotyczące stosowania prezerwatyw podczas stosunku z seronegatywnym partnerem. W rzeczywistości jednak te zasady nie zawsze są przestrzegane. Dlatego, aby nadal zmniejszać ryzyko przeniesienia zakażenia, osobę przyjmującą ARV należy zachęcać do przestrzegania zasad dotyczących

terapii oraz do regularnych wizyt w poradni, żeby ustalić skuteczność terapii na podstawie liczby komórek CD4 oraz kopii wirusa[5].

Czy preparaty osoczopochodne są bezpieczne?

Preparaty osoczopochodne nie są w stu procentach bezpieczne. Stosowana obecnie technologia ich wytwarzania eliminuje ryzyko zakażenia HIV, HCV czy HBV, ale nie jest w stanie zapobiec zakażeniom wirusami bezotoczkowymi i prionami wywołującymi chorobę Creutzfeldta-Jacoba[6].

ASPEKTY PRAWNE

Rozporządzenie Rady Ministrów weszło w życie

16 marca weszło w życie nowe rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS (Dz.U. nr 44, poz.227). Celem programu jest ograniczenie rozprzestrzeniania się zakażeń HIV w społeczeństwie, poprawa jakości życia osób zakażonych HIV, chorych na AIDS i ich bliskich. Program podkreśla konieczność zapewnienia dostępu do diagnostyki i leczenia antyretrowirusowego, obejmuje też promowanie odpowiedzialnych zachowań seksualnych. Koordynatorem realizacji programu jest Krajowe Centrum ds. AIDSagenda ministra zdrowia.[7].

Będzie więcej lekarzy uprawnionych do opieki nad żyjącymi z HIV/AIDS

W przygotowaniu jest nowelizacja rozporządzenia ministra zdrowia z 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Przepisy, które przygotowało Ministerstwo Zdrowia, rozszerzają grono lekarzy uprawnionych do specjalistycznej pomocy w szpitalu osobom zakażonym HIV i chorym na AIDS.

Teraz może udzielić im porady tylko lekarz specjalista chorób zakaźnych z drugim stopniem specjalizacji. Minister zdrowia uważa, że uprawnionych lekarzy jest za mało. Wobec tego nowe przepisy pozwolą udzielić takiej pomocy lekarzowi posiadającemu pierwszy stopień specjalizacji w dziedzinie chorób zakaźnych lub nawet lekarzowi w trakcie

---

* CI – (*confidece interwal,* przedział ufności) – liczbowe określenie stopnia niepewności pomiaru (braku precyzji). Zwykle wyrażany jako przedział 95% , zob.: tamże, s.286

[5] Richard Ma. *Terapia przeciwretrowirusowa zmniejsza częstość przenoszenia zakażenia HIV-1*.[w:] *Przeglądy kliniczne.* Lekarz Rodzinny z dnia 01.03.2011 r.

[6] *Czy wiesz, że…* Rzeczpospolita (Dodatek) z dnia 30.03.2011 r.

[7] *Walka z AIDS i HIV*. Rzeczpospolita z dnia 16.03.2011 r., *Kronika Prawa.* Dziennik Gazeta Prawna z dnia 16.03.2011 r., Żaneta Semprich. *Kalendarz z paragrafem*. Służba Zdrowia z dnia 14.03.2011 r.

specjalizacji. W nagłych przypadkach uprawniony do opieki ambulatoryjnej nad zakażonym będzie specjalista innej dziedziny medycyny. Musi być ona zgodna z klinicznymi wskazaniami do leczenia zakażonych HIV i chorych na AIDS.

[8].

ASPEKTY SPOŁECZNE

Mieszkańcy Indii protestują przeciwko umowie z Unią Europejską

Negocjowana przez indyjski rząd umowa o wolnym handlu z UE wzbudza w Indiach ogromne protesty. Mieszkańcy boją się, że stracą dostęp do tanich leków generycznych.

Na ulicach Delhi obyły się manifestacje 2 tysięcy osób zakażonych HIV nie tylko z Indii, ale także z innych krajów Azji. Ponad 80 proc. leków przepisywanych 175 tys. chorych w krajach rozwijających się to indyjskie generyki. Leki odtwórcze są dużo tańsze niż ich zachodnie oryginały. Koncerny farmaceutyczne walczą z nimi, oskarżając ich producentów o łamanie zasad ochrony patentowej.

Umowa o wolnym handlu między Indiami a Unią Europejską zmusi Delhi do przyjęcia tzw. klauzuli wyłączności danych rejestracyjnych. Chodzi o ograniczenie prawa do korzystania z dokumentacji użytej przez producenta oryginalnego leku. Zastosowanie takiej klauzuli w przypadku Indii może grozić bankructwem wielu firm produkujących leki generyczne i ograniczeniem dostępu do leczenia dla wielu chorych na AIDS, gruźlicę czy malarię nie tylko na subkontynencie indyjskim, ale także i w innych krajach Trzeciego Świata. Indie bowiem służą państwom rozwijającym się jako „tania apteka”[9].

RAPORTY Z BADAŃ

Komputer pomocny w ujawnianiu ryzykownych zachowań seksualnych

W Anglii przeprowadzono badanie, z którego wynika, że zbieranie wywiadów przy użyciu komputera może zachęcać do ujawniania ryzykownych zachowań seksualnych. Jednak takiemu działaniu nie towarzyszył wzrost częstości rozpoznań zakażeń przenoszonych drogą płciową (*sexually transmitted infections* –STI).

Próbie klinicznej poddano 2351 pacjentów powyżej 16 r.ż., z nowym epizodem klinicznym STI, zgłaszających się do dwóch dużych poradni zdrowia seksualnego w Londynie. Pacjenci zostali przydzieleni losowo do trzech części badania: 1) część, w której kwestionariusz wywiadu wypełniany był przy użyciu komputera przez samych pacjentów

[8] *Więcej lekarzy udzieli porady zakażonym.* Rzeczpospolita z dnia 09.03.2011 r.
[9] *Chorzy boja się wolnego handlu*. Dziennik Gazeta Prawna z dnia 04.11.2011 r.

(*computer-assisted self-interview*, CASI) – komputer miał dotykowy wyświetlacz, a pacjent korzystał z niego bez świadków. Po wypełnieniu przez pacjenta wydrukowany kwestionariusz oceniany był przez lekarza; 2) część, w której wywiad przeprowadzany był przez korzystającego z komputera lekarza (*computer-assisted personal interview*, CAPI) – pacjent i lekarz razem patrzyli na ekran, ale dane wpisywał lekarz, stosując taki sam schemat wywiadu jak w CASI; 3) część, w której wywiad zapisywany był długopisem na papierze (*pen and paper interview*, PAPI) – lekarz jak codziennie w poradni wypełniał kwestionariusz. W trzeciej grupie dane z notatek klinicznych przenoszone były do takiego formatu elektronicznego jak w grupie CASI lub CAPI.

Pierwotne punkty końcowe obejmowały obrazy badań diagnostycznych w kierunku STI. Drugorzędowymi punktami końcowymi były: częstość poddawania się testom na obecność HIV, HCV, HBV, częstość rozpoznania tych zakażeń oraz rzeżączkowego i chlamydiowego zakażenia odbytnicy, określenie wskazań do antykoncepcji „awaryjnej", skierowanie do pielęgniarki środowiskowej oraz częstość ujawnienia przez pacjenta zachowań seksualnych takich, jak: posiadanie partnerów tej samej płci, równoległe związki, liczni partnerzy seksualni, sprzedawanie usług seksualnych, niestosowanie prezerwatyw w kontaktach z przypadkowymi partnerami oraz stosunek analny.

Badanie w kierunku STI wykonywano znacząco częściej wśród pacjentów w części CAPI w porównaniu z PAPI. Częstość rozpoznania STI była najwyższa w grupie CAPI, ale nie było znacząco istotnej statystycznie różnicy pomiędzy trzema częściami tej próby klinicznej. Badania w kierunku zapalenia wątroby typu B i typu C oraz zakażeń odbytnicy wykonywano znacząco częściej w grupie pacjentów CAPI, częstość badań w kierunku HIV była znacząco niższa w CASI. Nie obserwowano znaczącej różnicy w odsetku rozpoznań tych infekcji w poszczególnych częściach badania.

Potrzeba zastosowania antykoncepcji „awaryjnej" częstsza była wśród pacjentów z grupy CASI; częstość skierowań do pielęgniarki środowiskowej nie różniła się znacząco pomiędzy grupami. Zgłaszanie ryzykownych zachowań seksualnych było wyższe, gdy korzystano z CASI i CAPI w porównaniu z PAPI.

W praktyce lekarza rodzinnego olbrzymią barierę zarówno dla lekarzy, jak i pacjentów, stanowi wstyd. Badanie pokazało, że zastosowanie komputerów do zbierania wywiadów dotyczących zdrowia seksualnego może przyczynić się do ujawnienia większej

liczby ryzykownych zachowań seksualnych. Pytanie tylko, czy pacjencie zechcą ujawniać je swojemu lekarzowi rodzinnemu i czy będą chcieli, aby je zapisać w karcie[10].

INNE

Spór na temat obrzezania

W San Francisco toczy się spór, którego głównym tematem jest obrzezanie niemowląt. Przed dwoma miesiącami jeden z politycznych działaczy z Kalifornii, Lloyd Schofield, rozpoczął działania mające na celu zakaz obrzezania niemowląt. Zebrał już ponad połowę podpisów potrzebnych do tego, aby przeprowadzić referendum w sprawie delegalizacji zabiegu. Zaproponował, aby osoby złapane na przeprowadzaniu obrzezania podlegały karze do roku więzienia i grzywnie w wysokości 1000 dolarów.

Przeciwnicy tego zabiegu przekonują, że w ten sposób łamane są prawa człowieka - niemowlę pozbawia się jednej z najbardziej wrażliwych części ciała. To część ciała mężczyzny i dlatego powinien mieć on zagwarantowane prawo wyboru – tłumaczy Schofield. Podkreśla też, że to „bolesna i nieodwracalna" procedura.

Przeciw takiej argumentacji zaprotestowali szefowie organizacji żydowskiej, którzy zauważają, że obrzezanie od ponad trzech tysięcy lat jest częścią ich tradycji. Zapowiedzieli wspólną walkę z tą propozycją. Amerykańskich Żydów wsparli eksperci, którzy twierdzą, że mężczyźni po zabiegu obrzezania są mniej narażeni na zakażenie HIV oraz zmiany rakotwórcze.

W Stanach Zjednoczonych obrzezanie chłopców jest powszechna praktyką i nie ma nic wspólnego z religią. Traktowany jest jako zabieg higieniczno-kosmetyczny. „The Washington Post" podaje, że w latach 60. ubiegłego wieku liczba obrzezanych noworodków dochodziła do 80 procent. Obecnie zaczęła spadać i – według ostatnich danych – obrzezaniu poddawanych jest 56 proc. nowo narodzonych Amerykanów[11].

Spis publikacji z zakresu HIV/AIDS, które ukazały się w prasie w lutym 2011 roku

1. Abrachamowicz Zenon. *Cudowny lek?* Fakty i Mity z dnia 03.03.2011 r.
2. Biskupski Jakub. *Najlepsze z najlepszych*. Gala z dnia 07.03.2011 r.

[10] Richard Ma. *Czy komputery mogą zbierać wywiad dotyczący życia seksualnego?* [w:] *Przeglądy kliniczne.* Lekarz Rodzinny z dnia 01.03.2011 r.
[11] Jacek Przybylski. *Więzienie za obrzezani?* Rzeczpospolita z dnia 10.03.2011 r.

3. *Boceprewir – nowy lek w WZW typu C.* Lek w Polsce z dnia 01.03.2011 r.
4. *Czy wiesz, że…* Rzeczpospolita z dnia 30.03.2011 r.
5. *Dziennik Ustaw.* Rzeczpospolita z dnia 05.03.2011 r.
6. *Kronika Prawa*. Dziennik Gazeta Prawna (dodatek: Gazeta Prawna) z dnia 16.03.2011 r.
7. Makosz Adam. *Kronika Prawa.* Dziennik Gazeta Prawna (dodatek: Gazeta Prawna) z dnia 03.03.2011 r.
8. Me Richard. *Przeglądy kliniczne.* Lekarz Rodzinny z dnia 01.03.2011 r.
9. *Najlepsze z najlepszych*. Super Nowości z dnia 09.03.2011 r.
10. Pilonis Halina. *Mieszanie krwi*. Służba Zdrowia z dnia 14.03.2011 r.
11. Potocki Michał. *Chorzy boją się wolnego handlu*. Dziennik Gazeta Prawna z dnia 04.03.2011 r.
12. Przybylski Jacek. *Więzienie za obrzezanie.* Rzeczpospolita z dnia 10.03.2011 r.
13. Pustkowski Marcin. *Trzy oblicza wyprysku.* Żyjmy Dłużej z dnia 01.03.2011 r.
14. Romaszkan Anna. *Oddech nie pierwszej świeżości.* Żyjmy Dłużej z dnia 01.03.2011 r.
15. Semprich Żaneta. *Kalendarz z paragrafem*. Służba Zdrowia z dnia 14.03.2011 r.
16. Sukmanowska Anna. *Gruźlica – nowy, stary problem?* Gazeta Farmaceutyczna z dnia 01.03.2011 r.
17. *16 marca.* Rzeczpospolita z dnia 16.03.2011 r.
18. *Walka z AIDS i HIV.* Rzeczpospolita z dnia 16.03.2011 r.
19. *Warto wiedzieć.* Zielony Sztandar z dnia 13.03.2011 r.
20. *Więcej lekarzy udzieli porady zakażonym.* Rzeczpospolita z dnia 09.03.2011 r.