



Biuletyn Krajowego Centrum ds. AIDS

W numerze:

Podsumowanie projektu dla diagnostów ukraińskich

Iwona Gąsior

Str. 1

Epidemia HIV/AIDS w Polsce

Marta Niedźwiedzka-Stadnik

Magdalena Rosińska

Str. 2-3

Najciekawsze publikacje prasowe z ostatnich miesięcy

Małgorzata Olczyk

Str. 4

Epidemia HIV/AIDS na świecie

Iwona Wawer

Str. 5-6

Testowanie ponad granicami

Michał Tęcza

Michał Sawicki

Str. 7-8

Aspekty

Matka i dziecko a HIV

Jolanta Popielska

Telefon Zaufania HIV/AIDS

(+22) 692 82 26; 801 888 448

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

*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

Ósrodek Informacji o HIV/AIDS

(+22) 331 77 66

aids@aids.gov.pl

Poradnia Internetowa HIV/AIDS

www.aids.gov.pl

poradnia@aids.gov.pl

Podsumowanie projektu dla diagnostów ukraińskich

**polska pomoc**

W roku 2013 Krajowe Centrum ds. AIDS zrealizowało kolejne z cyklu szkolenie diagnostów laboratoryjnych z Ukrainy (poprzednie odbyły się w 2005 i 2008 r.). Projekt pt. *Szkolenia diagnostów ukraińskich w zakresie najnowszych technik laboratoryjnych HIV/AIDS w polskich laboratoriach referencyjnych – podwyższanie standardów opieki nad osobami żyjącymi z HIV/AIDS na Ukrainie* był współfinansowany w ramach programu polskiej współpracy rozwojowej Ministerstwa Spraw Zagranicznych RP.

Celem strategicznym projektu, zgodnie z 6. Milenijnym Celem Rozwoju, było ograniczenie rozprzestrzeniania się HIV/AIDS.

Projekt miał za zadanie przyczynić się do poprawy jakości świadczeń z zakresu zdrowia publicznego (diagnostyki HIV/AIDS) oraz opieki zdrowotnej na Ukrainie i pozyskania przez wszystkich uczestników wiedzy teoretycznej, ale przede wszystkim umiejętności

praktycznych z zakresu diagnostyki HIV/AIDS i najnowszych technik laboratoryjnych. Każde szkolenie rozpoczynało się od wykładów w Krajowym Centrum ds. AIDS, kolejne cztery dni uczestnicy spędzali na zajęciach teoretycznych i praktycznych w Laboratorium Diagnostyki Molekularnej w Wojewódzkim Szpitalu Zakaźnym w Warszawie.

Bezpośrednim celem projektu było podwyższenie umiejętności osób szkolonych w obszarze wykonywania badań diagnostycznych w zakresie HIV i AIDS, a w szczególności wykrywania zakażeń HIV za pomocą testów III i IV generacji oraz monitorowania terapii AIDS, w tym ładunku wirusa, określania poziomu limfocytów CD4 do CD8, metody PCR (reakcji polimerazy łańcuchowej), hodowli komórkowej, badania oporności, genotypowania itd.

Partnerem KC ds. AIDS było ukraińskie Ministerstwo Zdrowia, które pomagało w rekrutacji uczestników szkolenia. Podczas czterech szkoleń przeszkolono w sumie 24 osoby z różnych części Ukrainy.

Ewaluacja projektu została przeprowadzana metodą ankietową. Z ankiet ewaluacyjnych, które każdorazowo rozdawaliśmy uczestnikom w ostatnim dniu szkolenia z prośbą o anonimowe ich wypełnienie, wynika, że ukraińscy diagnosty bardzo cenią sobie współpracę z Krajowym Centrum ds. AIDS i Wo-

jewódzkim Szpitalem Zakaźnym. Uczestnicy wyrazili swoje zadowolenie z odbytego szkolenia oraz nadzieję, że takie szkolenia będą organizowane cyklicznie, o czym świadczy również oficjalne pismo ukraińskiego Ministerstwa Zdrowia, które Centrum otrzymało po zakończeniu projektu.



Na zdjęciu: jedna z uczestniczek szkolenia podczas pracy w laboratorium.
Zdj.: A. Adamus

Iwona Gąsior

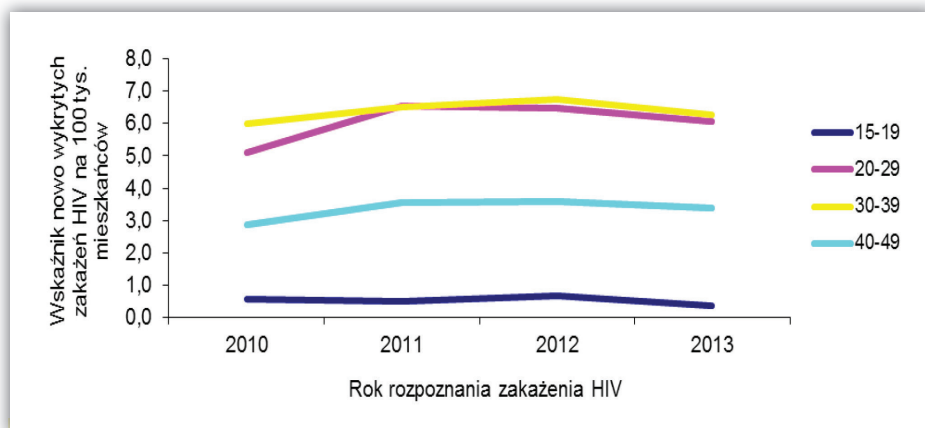
Sytuacja epidemiologiczna HIV/AIDS w Polsce po roku 2010: najnowsze dane

Zakażenia HIV

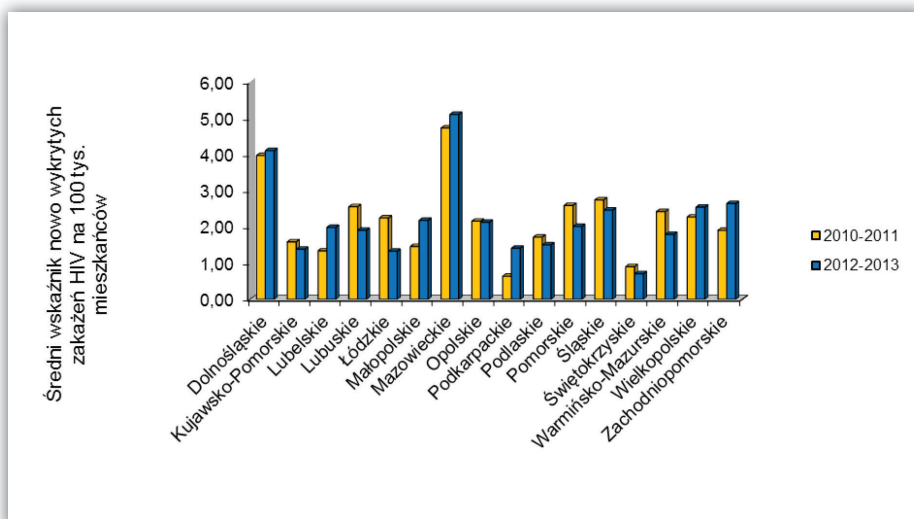
Od początku 2010 roku do końca roku 2013 w Polsce rozpoznano 4 166 zakażeń HIV, w tym w samym roku 2013 rozpoznano prawie 1000 nowych zakażeń HIV (999 przypadków zarejestrowanych do końca 31.12.2013 r.). Biorąc pod uwagę opóźnienia w zgłaszaniu nowo rozpoznanych zakażeń HIV obserwowane w poprzedzających latach, należy oczekiwać, że co najmniej 20% zakażeń rozpoznanych w roku 2013 zostanie zgłoszonych z opóźnieniem. Z tego powodu przypuszczalnie jeszcze ok. 200 nowych rozpoznań z 2013 r. zostanie zgłoszonych już w 2014 r. i dlatego ostateczna liczba nowo wykrytych zakażeń HIV w 2013 r. prawdopodobnie jeszcze istotnie wzrośnie.

Średni wskaźnik nowo wykrywanych zakażeń HIV w przeliczeniu na liczbę mieszkańców w Polsce w latach 2010–2013 wynosił 2,7 na 100 tys. mieszkańców rocznie. Najwyższy wskaźnik (2,9 na 100 tys. mieszkańców) odnotowano w roku 2011.

W latach 2010–2013 zdecydowana większość rozpoznanych zakażeń HIV dotyczyła mężczyzn (ponad 80% przypadków) oraz młodych dorosłych w wieku 20–39 lat (71% zakażeń). Również wskaźnik nowo wykrytych zakażeń HIV w tej grupie wiekowej wykazuje tendencję wzrostową między rokiem 2010 a rokiem 2013 o 17,6% w grupie 20–29 lat oraz o 5% w grupie 30–39 lat (Ryc.1).



Ryc. 1. Wskaźnik nowo wykrytych zakażeń HIV na 100 tys. mieszkańców w poszczególnych grupach wiekowych



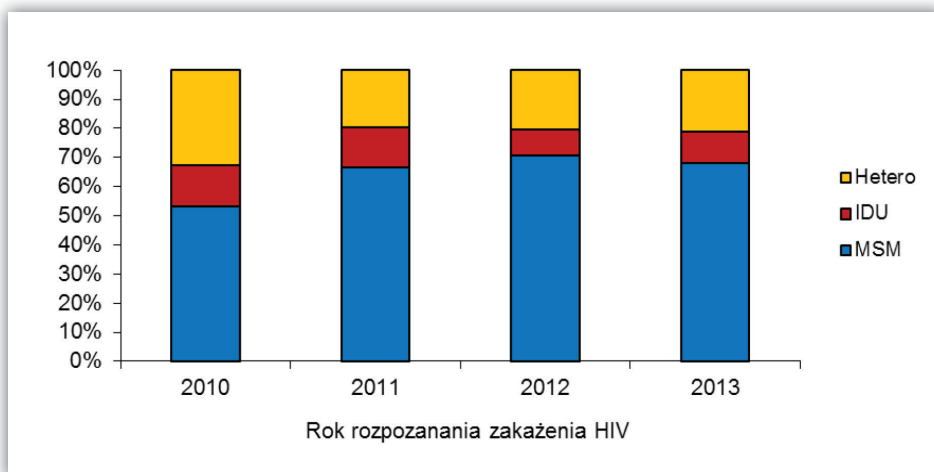
Ryc. 2. Wskaźnik nowo wykrytych zakażeń HIV na 100 tys. mieszkańców w poszczególnych województwach

Zakażenia u osób poniżej 20 r.ż. stanowiły około 2% wszystkich rozpoznanych zakażeń HIV, z czego zakażenia wśród nastolatków stanowiły prawie 64%, a pozostałe dotyczyły dzieci zakażonych od matek (27 przypadków).

Średni wskaźnik zakażeń w grupie mężczyzn w latach 2010–2013 wynosił 4,57 na 100 tys. mężczyzn, a w grupie kobiet 0,76 na 100 tys. kobiet. Wartości wskaźników w kolejnych latach, tj. między rokiem 2010 a 2013 wśród kobiet kształtowały się na zbliżonym poziomie (między 0,67 a 0,80), natomiast wśród mężczyzn nastąpił wzrost z 3,87 na 100 tys. mieszkańców w roku 2010 do 4,58 na 100 tys. mieszkańców w roku 2013.

Wskaźniki nowo wykrywanych zakażeń w odniesieniu do liczby mieszkańców różnią się istotnie pomiędzy poszczególnymi województwami (Ryc. 2). W ostatnich dwóch latach były one szczególnie wysokie w województwie mazowieckim (5,1 na 100 tys. mieszkańców) i dolnośląskim (4,1 na 100 tys. mieszkańców). Natomiast największy wzrost, o ponad 100%, nastąpił w województwie podkarpackim, a prawie o połowę wzrosły wskaźniki nowo wykrytych zakażeń w województwach: lubelskim, małopolskim i zachodniopomorskim. W roku 2013 wskaźnik zakażeń powyżej 3 przypadków na 100 tys. ludności odnotowano w województwach: dolnośląskim (4,50), mazowieckim (3,82) oraz wielkopolskim (3,03).

Główną drogą zakażeń HIV były ryzykowne kontakty seksualne, w tym zakażenia wśród osób heteroseksualnych stanowiły 8,7% wszystkich rozpoznanych przypadków zakażenia HIV w latach 2010–2013, natomiast zakażenia wśród mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami stanowiły 25,1% wszystkich zakażeń HIV rozpoznanych w tym okresie. Wykluczając brak danych na temat prawdopodobnej drogi zakażenia HIV (stanowiący średnio rocznie około 61% wszystkich nowo rozpoznanych zakażeń), tylko w roku



Ryc. 3. Droga transmisji zakażenia HIV w latach 2010–2013 (z wykluczeniem braków danych na temat prawdopodobnej drogi zakażenia HIV)

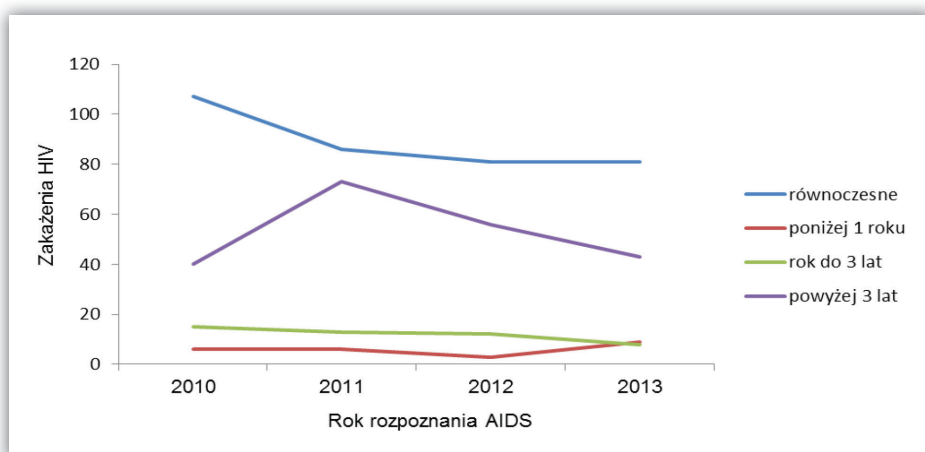
2013 zakażenia wśród MSM stanowiły ponad 67% wszystkich zakażeń HIV ze znaną drogą transmisji wirusa (Ryc. 3). Również w tej populacji nastąpił największy wzrost liczby zakażeń między rokiem 2010 a kolejnymi latami. Wzrost liczby zakażeń między rokiem 2010 a średnią z kolejnych trzech lat wynosił ponad 82%.

Najwyższe wskaźniki nowo wykrytych zakażeń w populacji MSM w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców (mężczyzn powyżej 16 r.ż.) stwierdzono w województwie mazowieckim (5,03 przypadków na 100 tys. mieszkańców) oraz w województwie wielkopolskim – 3,12 na 100 tys. mieszkańców. Zakażenia wśród MSM najczęściej dotyczyły młodych mężczyzn, w wieku 25–39 lat (70% wszystkich zakażeń HIV w grupie MSM).

Niepokojącym zjawiskiem jest utrzymująca się na wysokim poziomie liczba zbyt późno wykrytych zakażeń, prawie równocześnie z rozpoznaniem chorób wskaźnikowych AIDS, co świadczy o wciąż zbyt niskim poziomie testowania w kierunku HIV w Polsce. 9% nowych zakażeń HIV wykryto dopiero podczas diagnostyki w kierunku AIDS.

Zachorowania na AIDS i zgony osób chorych na AIDS

W ostatnich czterech latach średnia liczba zachorowań na AIDS w Polsce wynosiła 164 przypadki, natomiast w ostatnim roku liczba dotychczas zgłoszonych zachorowań na AIDS wyniosła 143 przypadki. W ostatnich latach obserwowano tendencję spadkową. Częściej zachorowania stwierdzano w grupie



Ryc. 4. Czas między stwierdzeniem zakażenia HIV a rozpoznaniem zachorowania na AIDS.

mężczyzn (77%), a ponad połowa zachorowań występowała u ludzi młodych do 30 r.ż. (56,7%).

Średni wskaźnik zachorowań na AIDS w latach 2010–2013 wynosił 0,43 na 100 tys. mieszkańców, w tym najwyższy wskaźnik odnotowano w województwie dolnośląskim (1,2 na 100 tys. mieszkańców). Wzrost zachorowań odnotowano w województwie śląskim (ponad 25%) i zachodniopomorskim (ponad 50%), natomiast największy spadek liczby nowo rozpoznanych zachorowań na AIDS (ponad 95%) odnotowano w województwie lubuskim.

Zachorowania na AIDS w większości (56%) dotyczą osób, które nie wiedziały wcześniej, że były zakażone wirusem HIV (Ryc. 4). Dlatego prawdopodobnie od początku roku 2010 nie zmieniła się liczba osób chorych na AIDS, u których podjęto próbę wdrożenia leczenia antyretrowirusowego przed rozpoznaniem chorób wskaźnikowych AIDS. W latach 2010–2013 osoby, które nie były leczone przed rozpoznaniem AIDS, stanowiły około 73% wszystkich zachorowań na AIDS. W grupie osób z rozpoznaniem wcześniej zakażeniem HIV ten odsetek kształtował się na poziomie 26%.

Średnia liczba zgonów osób chorych na AIDS od roku 2010 do roku 2013 wyniosła 53 przypadki rocznie, w tym w roku 2013 do końca grudnia zarejestrowano 36 zgonów osób chorych na AIDS (25 mężczyzn i 11 kobiet chorych na AIDS). Najwięcej przypadków śmiertelnych zarejestrowano w grupie wiekowej 30–49 lat – ponad 61% wszystkich zgonów wśród osób chorych na AIDS. Ponad połowa wszystkich zgonów (53,3%) stwierdzonych w roku 2013 dotyczyła osób, u których AIDS rozpoznano w czasie nie dłuższym niż 1 rok od zakażenia HIV.

*Marta Niedźwiedzka-Stadnik,
Magdalena Rosińska*

*Zakład Epidemiologii
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego
– Państwowy Zakład Higieny*

Najciekawsze publikacje prasowe z ostatnich miesięcy

W Europie wzrasta liczba zakażeń HIV

Według raportu Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) i Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) w Europie i przyległych krajach regionu w zeszłym roku doszło do ok. 131 tys. nowych zakażeń, co oznacza wzrost o 10 tys., czyli o 8% w stosunku do poprzedniego roku. Blisko 76 tys. z nich zgłosiło rosyjskie biuro statystyczne. Sposoby rozprzestrzeniania się zakażeń są zróżnicowane – w regionie europejskim główną drogą transmisji pozostają stosunki heteroseksualne i stosunki między homoseksualnymi mężczyznami, na wschodzie istotną rolę odgrywa dożylnie przyjmowanie narkotyków. Podczas gdy liczba zachorowań na AIDS w Europie Zachodniej spadła – o 48% w latach 2006–2012, to na wschodzie regionu europejskiego, obejmującego wiele poradzieckich republik, liczba ta wzrosła o 113%. Około 35 mln ludzi na całym świecie żyje z HIV, z czego większość w Afryce Subsaharyjskiej, gdzie prewencja, badania i leki są trudno dostępne.

(Więcej zakażeń HIV, „Kurier Szczeciński” z dnia 29.11.2013 r.)

Odkryty nowy szczep HIV

W 2013 r. naukowcy ze szwedzkiego uniwersytetu Lund zidentyfikowali nowy szczep wirusa HIV. Jest wyjątkowo agresywny i prowadzi do szybkiego rozwoju AIDS. Średni czas, jaki upływa od zakażenia do rozwoju choroby wynosi 5 lat. To dwukrotnie krócej niż w przypadku zakażenia znanymi dotychczas szczepami. Do tej pory zidentyfikowano ponad 60 różnych szczepów HIV-1. Zwykle w danym regionie dominuje jeden lub dwa z nich. Jeśli ktoś zostanie zakażony dwoma, może dojść do ich rekombinacji. Nowa rekombinacja powstała z dwóch szczepów rozpowszechnionych w Gwinei-Bissau w Afryce Zachodniej.

Wkrótce uczeni z Lund rozpoczną poszukiwania w Europie nowo odkrytego, agresywnego szczepu A3/02.

(HIV coraz groźniejszy, „Metro” z dnia 02.12.2013 r.)

Nowa choroba podobna do AIDS

Naukowcy z USA zidentyfikowali nową chorobę prowadzącą do dużego spadku odporności, która występuje jedynie u osób powyżej 50. roku życia. Organizm chorego nie jest w stanie bronić się przed bakteriami, wirusami, grzybami i nawet antybiotyki nie są skuteczne w terapii. Na szczęście, choć objawy przypominają zakażenie HIV, nie istnieje ryzyko przeniesienia tej choroby z jednej osoby na drugą.

(3 newsy medyczne, „Na Żywo” z dnia 13.09.2013 r.)

Plany HIV pokrzyżowane

Od dawna wiadomo, że HIV osłabia organizm osoby zakażonej lub chorej na AIDS przez wyniszczanie komórek odpornościowych T CD4. Do tej pory mechanizm tego zjawiska był jednak słabo znany. Naukowcy z San Francisco pokazali, że do osłabienia układu immunologicznego dochodzi nie przez klasyczną śmierć komórkową – apoptozę, ale przez pyroptozę, czyli śmierć komórkową nastawioną na wywołanie intensywnej reakcji zapalnej. Podczas tego procesu umierające limfocyty T CD4 wydzielają specjalne związki prozapalne, które sprawiają, że pozostałe komórki tego typu są wyniszczane. Autorzy badań udowodnili, że wyniszczanie komórek odpornościowych przez HIV może zostać powstrzymane dzięki leкови hamującemu pyroptozę, który wydaje się bezpieczny dla ludzi. Taki lek nie atakowałby samego wirusa, ale chroniłby atakowane przez niego komórki.

(Kinga Rutowicz, Pokrzyżowane plany HIV {w:} Proszę wstać! Nauka idzie!, „Angora” z dnia 12.01.2014 r.)

HIV i AIDS – terminologia

Bardzo często w mediach występują błędy w sformułowaniach dotyczących profilaktyki HIV/AIDS. Popołniają je nie tylko dziennikarze radiowi czy telewizyjni, lecz także ci, którzy te tematy poruszają na łamach prasy. Dlatego potem tak często powielają je zwykli ludzie podczas rozmów o HIV i AIDS.

Pierwszym podstawowym błędem jest mylenie HIV i AIDS, używanie tych terminów zamiennie. HIV to ludzki wirus nabytego niedoboru (upośledzenia) odporności, natomiast AIDS to zespół chorób powstałych w wyniku zakażenia (które nie wystąpiłyby, gdyby nie zakażenie). Zakażenie HIV u danej osoby wcale nie oznacza, że rozwinie się u niej pełnoobjawowe AIDS.

Często popełnianym błędem jest także używanie słowa „zarażony” zamiast „zakażony”. Różnica jest znacząca – zarażenie dotyczy drogi kropelkowej, czyli np. kichania czy kaszlu. Do zakażenia dochodzi natomiast przez bezpośredni kontakt, na przykład zakażonej krwi, wydzielin płciowych z uszkodzoną skórą lub błonami śluzowymi.

Dosyć powszechnie stosuje się także wyrażenie „nosiciel HIV”. Jest to określenie niepoprawne z medycznego punktu widzenia, a ponadto stygmatyzuje osobę zakażoną. Zamiennie powinniśmy używać określeń „osoba żyjąca z HIV” czy „osoba zakażona HIV”. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), pod wpływem osób zakażonych, zapisała tę kwestię w swoich standardach. O nosicielstwie możemy mówić, kiedy w organizmie człowieka znajduje się jakiś czynnik, który nie wywołuje w tym momencie żadnych negatywnych zmian. Tak więc można być nosicielem np. wirusa opryszczki w chwili, gdy jest on w stanie spoczynku, lecz zawsze się może uaktywnić – i wtedy mowa o zachorowaniu. Natomiast zakażenie HIV, nawet kiedy jest leczone, ciągle powoduje wyniszczanie komórek odpornościowych, ponieważ proces chorobowy wciąż trwa.

(Małgorzata Matla, HIV i AIDS – nierozłączni bracia?, „Dziennik Trybuna” z dnia 20.01.2014 r.)

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

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

Epidemia AIDS na świecie* i wypełnianie zobowiązań zawartych w Deklaracji Politycznej

W roku 2012 na świecie żyło ok. 35,3 mln osób zakażonych HIV. Wzrost tej liczby w porównaniu z latami poprzednimi tłumaczy się powszechniejszym dostępem do terapii antyretrowirusowej (ARV).

Na świecie systematycznie spada liczba nowych zakażeń. 2,3 miliona odnotowanych przypadków w roku 2012 to najniższa liczba od końca lat 90., gdy HIV zakażało się 3,5 miliona osób rocznie i 33% spadek (z 3,4 miliona) w stosunku do danych z roku 2001. W 26 krajach liczba zakażeń spadła o 50% w latach 2001–2012, a w kolejnych 17 o 25%–49%. Największy spadek liczby zakażeń zaobserwowano wśród dzieci.

Dzięki coraz szerszemu stosowaniu terapii ARV stopniowo maleje również liczba zgonów związanych z AIDS. W roku 2005 z tego powodu zmarło 2,3 miliona osób, a w roku 2012 – 1,6 miliona.

Statystycznie każdego dnia 2012 roku zakażeniu ulegało 6 300 osób:

- ok. 95% z nich mieszkało w krajach o średnich i niskich dochodach
- ok. 700 było dziećmi poniżej 15 r.ż.
- ok. 5 500 osób to dorośli powyżej 15 r.ż.
 - prawie 47% z nich to kobiety,
 - ok. 39% to ludzie młodzi (15–24).

Optymistyczne dane epidemiologiczne:

- o 33% spadła liczba nowych przypadków zakażeń HIV (licząc od roku 2001)
- o 29% spadła liczba zgonów związanych z AIDS (licząc od roku 2005)
- o 52% spadła liczba nowych zakażeń wśród dzieci (licząc od roku 2001)
- 40-krotnie wzrósł dostęp do terapii ARV (w latach 2002–2012).

Najnowszy raport UNAIDS na temat światowej epidemii HIV i AIDS skonstruowano biorąc pod uwagę dziesięć celów i zobowiązań wyszczególnionych w Deklaracji Politycznej ONZ z 2011 r. Jak wiadomo, zawarte w niej obietnice należy wypełnić do roku 2015. **Raport opracowany w 2013 r. jasno wskazuje znaczący poziom osiągnięć, którymi można się pochwalić, jednak punktuje także obszary problematyczne, stanowiące wyzwania dla zdrowia publicznego.**

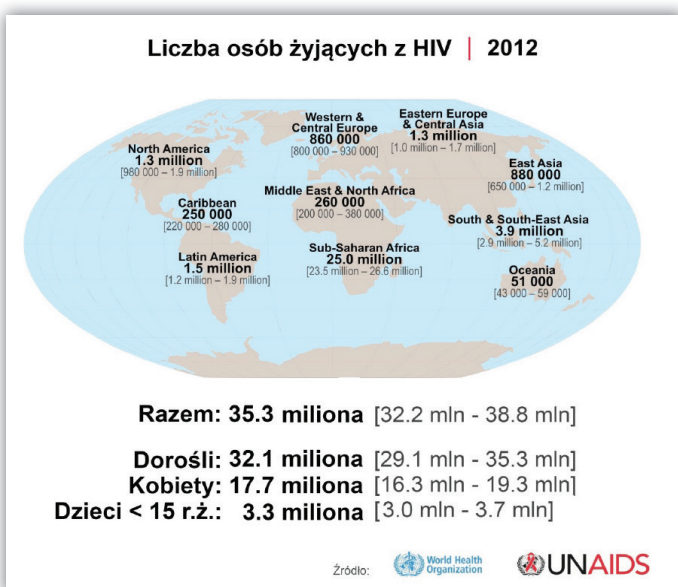
Cel 1. Ograniczenie o 50% transmisji HIV drogą kontaktów płciowych do 2015 r.

26 krajów może poszczycić się 50% spadkiem rocznej liczby nowych przypadków HIV wśród dorosłych i młodzieży w latach 2001–2012. Jednak pozosta-

łym krajom daleko do osiągnięcia takiego sukcesu. Dane jasno uwidaczniają niewystarczające wykorzystanie narzędzi profilaktycznych. W szczególności na terenie krajów subsaharyjskich stwierdzono niższy poziom stosowania prezerwatyw oraz zwiększającą się liczbę partnerów seksualnych. Najnowsze trendy prewalencji HIV wśród osób sprzedających usługi seksualne oraz mężczyzn mających seks z mężczyznami dowodzą, że poziom działań ograniczających rozwój epidemii wśród tych populacji jest niezadowalający.

Cel 2. Ograniczenie o 50% transmisji HIV wśród osób stosujących środki odurzające w iniekcji (IDU) do 2015 r.

Najnowsze dane pokazują, że w kwestii zmniejszenia poziomu zakażeń HIV wśród IDU nie widać znaczącej poprawy. Prewalencja HIV wśród członków tej szczególnej populacji pozostaje na bardzo wysokim poziomie (w Azji dochodzi nawet do 28%), a jakość skierowanych do nich programów profilaktycznych – na niskim. Tylko 2 z 32 sprawozdających się krajów zapewniły zalecane minimum 200 sterylnych strzykawek na rok na jedną osobę sto-



szącą środki odurzające w iniekcji. Na 35 krajów aż 31 dotarło z ofertą terapii substytucyjnej do mniej niż 10% osób zażywających opiaty. Do tych alarmujących wieści należy dodać informacje dotyczące karania za stosowanie narkotyków, co skutkuje unikaniem świadczeń zdrowotnych przez IDU.

Cel 3. Wyeliminowanie zakażeń HIV wśród dzieci i ograniczenie śmiertelności matek

Dzięki prowadzeniu zrównoważonych działań możliwe jest włączenie ponad 90% ciężarnych żyjących z HIV do terapii antyretrowirusowej do 2015 r. W 2012 r. 62% zakażonych kobiet spodziewających się dziecka objętych było leczeniem ARV. Liczba nowo zdiagnozowanych dzieci w tym samym roku była o 35% mniejsza niż w roku 2009. Jednakże wyzwanie stanowi włączenie ciężarnych oraz dzieci do systemu leczenia i opieki. Ze wszystkich zakażonych kobiety ciężarne oraz dzieci mają na to najmniejsze szanse.

Cel 4. 15 milionów zakażonych objętych leczeniem ARV do 2015 r.

Zapewnienie terapii ratującej życie takiej liczbie osób w wyznaczonym terminie wydaje się możliwe. W 2012 r. 9,7 mln osób z krajów o niskich i średnich dochodach korzystało z leczenia ARV, co daje 67% wszystkich potrzebujących (zgodnie z wytycznymi WHO z 2010 r.). Jeżeli jednak opieramy się na wytycznych z 2013 r., to dostęp do niezbędnych leków w tych samych krajach wyniósł tylko 34%. Stosowanie terapii ARV ma ogromny wpływ na zatrzymanie transmisji zakażeń HIV oraz gruźlicy. Odnotowano nieco lepszy dostęp do terapii ARV na terenie Europy Wschodniej i Azji Centralnej, jak również Afryki Północnej i Środkowego Wschodu. Dla pozostałych regionów problem ten pozostaje nadal wyzwaniem, szczególnie w odniesieniu do dzieci oraz populacji kluczowych, których członkowie napotykać na największe bariery w dostępie do leczenia.

Cel 5. Ograniczenie o 50% liczby zgonów z powodu gruźlicy wśród osób żyjących z wirusem do 2015 r.

Wypełnienie tego zobowiązania również wydaje się możliwe. Od 2004 r. liczba zgonów z powodu zachorowania na gruźlicę wśród osób z HIV+ spadła o 36%. Szacunki WHO mówią o 1,3 mln uratowanych osób w latach 2005–2012, dzięki prowadzonym działaniom profilaktycznym, stosowaniu terapii ARV oraz testowaniu. Niestety postęp uzyskany na tym polu od kilku lat ulega spowolnieniu. 46% pacjentów chorych na gruźlicę wykonało test w kierunku HIV w 2012 r., a liczba osób z koinfekcją korzystających z profilaktycznej terapii isoniazydym (500 000) to jedynie ułamek potrzebujących.

Cel 6. Pełne zapewnienie źródeł finansowania

W 2012 r. kraje o niskich i średnich dochodach wyasygnowały ok. 18,9 miliardów dolarów na programy związane z HIV, 10% więcej niż w roku 2011. Największy wzrost finansowania zaobserwowano w krajach o wysokich dochodach, pozostałe są zależne od pomocy międzynarodowej. W 2012 r. 51 takich krajów w ponad 75% korzystało z zagranicznych środków finansowych, w przeważającej mierze przeznaczanych na profilaktykę.

Cel 7. Eliminacja nierówności i przemocy związanej z płcią. Wyposażenie kobiet i dziewcząt w wiedzę nt. ochrony własnego zdrowia przed HIV

Nierówności związane z tożsamością płciową (*gender*) oraz obowiązujące szkodliwe normy prawne nadal zwiększają narażenie kobiet na zakażenie HIV. Najnowsze badania pokazują, że kobiety doświadczające aktów przemocy ze strony partnera są o 50% bardziej narażone na infekcję. Prawie wszystkie kraje (92%), które przeprowadziły przegląd swoich strategii dotyczących AIDS przyznały, że walka z nierównościami związanymi z *gender* jest kluczowa, aby pokonać AIDS. Jednak ponad połowa z nich nie włącza w sposób wystarczający świadczeń dotyczących HIV do programów zdrowia reprodukcyjnego, nie przewiduje też środ-

ków na organizację kobiece oraz nie angażuje mężczyzn i chłopców w stosowne działania.

Cel 8. Eliminacja stygmatyzacji, dyskryminacji i zapisów w prawie karnym dotyczących HIV

Stygmatyzacja i dyskryminacja nadal stanowią największe bariery w skutecznej walce z HIV na całym świecie. Zebrane w raporcie informacje wyraźnie pokazują, że osoby żyjące z wirusem są dyskryminowane na wielu płaszczyznach życia, w tym mają utrudniony dostęp do służby zdrowia. W 2012 r. 61% krajów mówiło o istnieniu praw antydyskryminacyjnych chroniących osoby HIV+. Szeroko rozpowszechniona jest praktyka kryminalizacji członków populacji kluczowych, a 60% krajów przyznaje, że na ich terenie obowiązują regulacje prawne ograniczające prowadzenie skierowanych do nich działań profilaktycznych, efektywne leczenie oraz udzielanie wsparcia.

Cel 9. Eliminacja ograniczeń prawa wjazdu, pobytu oraz stałego osiedlenia się osób HIV+

Od 2010 r. 8 krajów, terytoriów i obszarów wycofało ograniczenia dotyczące prawa wjazdu, pobytu oraz osiedlenia się osób zakażonych. Niestety obowiązują one nadal w 44 krajach. Zniesienie tych zapisów będzie wymagało wzmocnionych wysiłków, ale ma to głębokie uzasadnienie w walce ze stygmatyzacją i dyskryminacją.

Cel 10. Wzmocnienie integracji HIV

Integracja świadczeń dotyczących HIV z różnymi systemami i sektorami stanowi obecnie wyraźny trend, jednak nie osiągnięto jeszcze w tym obszarze zadowalających rezultatów. Prawie wszystkie kraje (90%) uznają to za sprawę priorytetową. Ponad połowa (53%) krajów dokonała integracji świadczeń dotyczących HIV i gruźlicy lub znacznie je wzmocniła. 70% krajów włączyło działania związane z profilaktyką zakażeń wertykalnych do opieki nad ciężarnymi w klinikach, dwie trzecie włączyło świadczenia związane z HIV do pakietów zdrowia reprodukcyjnego.

* Dane pochodzą z raportu UNAIDS za rok 2012

Iwona Wawer

Testowanie ponad granicami

W drugim z serii artykułów poświęconych „dobrym praktykom” wypracowanym podczas realizacji projektu *Beyond Borders – Health education in metropolitan tourism of men having sex with men in Europe* (pol. Ponad Granicami – edukacja zdrowotna wśród podróżujących mężczyzn utrzymujących stosunki seksualne z mężczyznami (MSM) w Europie) skupimy się na porównaniu metod testowania oferowanych w Berlinie, Londynie i Warszawie. Projekt Ponad Granicami jest realizowany we współpracy trzech organizacji (manCheck z Berlina, Terrence Higgins Trust z Londynu oraz Stowarzyszenia Lambda Warszawa) zajmujących się profilaktyką HIV/AIDS/STI (choroby przenoszone drogą płciową), budowaniem pozytywnej tożsamości populacji LGBTQ oraz prowadzących działania antydyskryminacyjne i pomocowe.

Uczestnicy projektu mieli możliwość wymienienia się doświadczeniami i dobrymi praktykami związanymi z wykorzystywanymi metodami i strategiami profilaktycznymi oraz omówienia wyzwań wiążących się z wprowadzaniem ich w codzienne działania profilaktyczne. Szczególnie skupiono się na temacie pracy outreachowej, która polega na realizacji oferty pomocowej poza instytucją, w miejscu przebywania klienta. Metoda ta jest wykorzystywana przez Stowarzyszenie Lambda Warszawa w ramach projektu „Bezpieczniejsze Związki”, który jest realizowany na terenie Warszawy w miejscach spotkań mężczyzn mających seks z mężczyznami. Są to kluby, puby, sauny, w których może dochodzić do kontaktów seksualnych. Praca klubowa (ang. *partyworking*) jako jedna z metod outreachowych skupia się głównie na profilaktyce uzależnień oraz chorób przenoszonych drogą płciową.

Wymiana doświadczeń uczestników projektu Ponad Granicami pokazała, że me-

tody testowania w kierunku HIV różnią się w zależności od kraju. Metody działań w Berlinie i w Londynie niejednokrotnie okazywały się odmienne od tych stosowanych w Warszawie. Warto poświęcić uwagę różnicom w podejściu do klienta, który potencjalnie może uzyskać wynik wskazujący na obecność HIV, oraz zasadom przeprowadzania badań w poszczególnych krajach. Zebrane podczas projektu „dobre praktyki” zostały wykorzystane podczas realizacji projektu SIALON II. Miał on na celu integrację ukierunkowanych działań prewencyjnych i racjonalnego nadzoru epidemiologicznego nad HIV wśród mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami.

Więcej informacji o projekcie można znaleźć na stronie:

www.beyondbordersproject.eu

Coraz bardziej popularne stają się testy w kierunku HIV, których wykonanie nie wymaga wizyty w punkcie testowania. Choć jest to wygodny sposób, który może przekonać do badania większą liczbę osób, niemiecka organizacja Deutsche AIDS-Hilfe przestrzega przed stosowaniem szybkich testów. Argumentuje to w sposób podobny do argumentów podawanych w Polsce. Zwraca uwagę przede wszystkim na prawdopodobieństwo otrzymania fałszywego wyniku zarówno pozytywnego, jak i negatywnego. Wynik uzyskany podczas samodzielnego testowania nie jest weryfikowany testem potwierdzenia. Skutkiem tego może być uznanie fałszywie dodatniego wyniku testu za ostateczny, wywołanie niepotrzebnego stresu i przekonanie, że doszło do zakażenia HIV. Fałszywie negatywny wynik (będący konsekwencją wykonania testu w okienku serologicznym bądź złego pobrania próbki krwi) może prowadzić do nieświadomego narażenia partnerów

seksualnych na zakażenie. Informacja o negatywnym wyniku otrzymana w warunkach domowych zniechęca do wykonywania testu potwierdzenia. Zalecane jest więc wykonywanie szybkich testów w specjalnych placówkach, gdzie można liczyć na pomoc doradcy oraz ewentualne wykonanie testu potwierdzającego.

Odminną postawę wobec pozainstytucjonalnego testowania prezentują brytyjscy działacze zajmujący się profilaktyką HIV/AIDS. Dają pewnym grupom ludzi możliwość testowania się w zaciszu własnego domu. Działania te prowadzone są nieodpłatnie. Oferta kierowana jest głównie do mężczyzn uprawiających seks z mężczyznami oraz imigrantów żyjących na terenie Wielkiej Brytanii. Test jest wysyłany listownie w pierwszy dzień roboczy po złożeniu internetowego zamówienia. Wygląd przesyłki z testem nie sugeruje zawartości, co zwiększa poczucie bezpieczeństwa i anonimowości. Klient samodzielnie przygotowuje niewielką próbkę krwi przez lekkie ukłucie specjalnym lancetem, który również znajduje się w otrzymanym liście, umieszcza ją na specjalnej karcie i odsyła w przygotowanej kopercie. Ważne jest, by wykonać wszystkie kroki zgodnie z załączoną instrukcją – wtedy próbka nadaje się do testowania w laboratorium. Do najważniejszych zasad umożliwiających uzyskanie materiału zdatnego do badania należą: odpowiednie przygotowanie powierzchni skóry do nakłucia (umycie rąk ciepłą wodą, oczyszczenie wybranego miejsca alkoholem i osuszenie go) oraz umieszczenie odpowiedniej ilości krwi na karcie. Po 30 minutach próbka jest gotowa do odesłania. Na wynik czeka się nie dłużej niż tydzień. Badany dowiaduje się o nim przez wiadomość tekstową lub podczas rozmowy telefonicznej z konsultantem organizacji Terrence Higgins Trust, która odpowiada za opisane wyżej



Program
Uczenie się
przez całe życie



działania. Jeżeli wynik jest dodatni, dostarczane są również informacje dotyczące możliwości uzyskania pomocy oraz leczenia. Osoba, której wynik wskazuje na zakażenie HIV, kierowana jest do odpowiedniej kliniki chorób zakaźnych znajdującej się najbliżej jej miejsca zamieszkania. Otrzymuje także propozycję udziału w spotkaniach grupy wsparcia dla osób, które niedawno poznały swój status serologiczny. Po około tygodniu od przekazania informacji ponawiany jest kontakt z osobą badaną w celu oceny jej stanu psychicznego oraz sprawdzenia postępów w kontakcie z lekarzem.

Testowanie w Wielkiej Brytanii odbywa się również w miejscach spotkań mężczyzn mających seks z mężczyznami, m.in. w klubach i saunach. Oprócz standardowych działań edukacyjnych na temat chorób przenoszonych drogą płciową czy bezpieczniejszych kontaktów seksualnych oraz rozdawnictwa pakietów zawierających prezerwatywy i lubrykanty, pracownicy i wolontariusze Terrence Higgins Trust umożliwiają klientom wykonanie na miejscu szybkich testów w kierunku HIV. Oferta kierowana jest głównie do osób, które z różnych względów nie korzystają z usług punktów diagnostycznych. Jest to wygodne i cieszy się dużym zainteresowaniem, również ze strony właścicieli i obsługi klubów. Udostępniają oni specjalnie przygotowane miejsce, w którym możliwe jest wykonanie testu oraz rozmowa konsultacyjna. Badaniu towarzyszy rozmowa na temat konsekwencji wyniku, zarówno negatywnego, jak i pozytywnego, oraz szacowanie ryzyka na podstawie zebranego wywiadu z klientem. Działania te są prowadzone w ramach kampanii społecznej *It starts with me* mającej na celu zwiększenie liczby osób testujących się na HIV wśród MSM w Londynie.

Choć w punktach konsultacyjno-diagnostycznych (PKD) w Polsce można wykonać wyżej wspomniane szybkie

testy, ich dostępność nie jest standardem. Kolejną różnicą polega na tym, że anonimowemu i bezpłatnemu testowi na HIV wykonywanemu w PKD towarzyszy zawsze poradnictwo okołotestowe. Do jego realizacji muszą być zapewnione odpowiednie warunki do rozmowy i oszacowania ryzyka zakażenia. Próbą zmiany tych standardów, łączącą w sobie sposób prowadzenia badań w PKD oraz elementy pracy outreachowej, był projekt SIALON II. Dzięki zaangażowaniu WHO oraz Komisji Europejskiej badania były prowadzone równolegle w 14 krajach Unii Europejskiej. SIALON II realizowany od czerwca do września 2013 r. przez Lambda Warszawa we współpracy z Państwowym Zakładem Higieny dotyczył profilaktyki HIV/AIDS oraz zachowań seksualnych wśród mężczyzn mających seks z mężczyznami.

Założeniem projektu było zgromadzenie i analiza danych w celu monitorowania rozprzestrzeniania się HIV oraz innych chorób przenoszonych drogą płciową, jak również opracowanie założeń do planowania programów profilaktycznych. Podstawowym narzędziem zbierania informacji w projekcie była ankieta, pozwalająca także na określenie liczby ryzykownych zachowań seksualnych wśród respondentów. Mężczyźni mający seks z mężczyznami nie są łatwo dostępną grupą badawczą, dlatego też tak ważne było zebranie danych na ich temat. Poprzednie tego typu badania zostały przeprowadzone w 2004 r. Uzyskane wówczas wyniki zdezaktualizowały się. Projekt był zatem potrzebny, by uaktualnić dane i sprawdzić, jak zmieniła się sytuacja. Niezaprzeczalną zaletą projektu była możliwość wiarygodnego porównania danych w skali międzynarodowej, którą otrzymano ze względu na jednokową metodologię badań wśród krajów biorących udział w projekcie.

Działania w ramach programu SIALON II miały miejsce w klubach, dyskotekach i saunach. Przeszkoleni ankieterzy i an-

kietki mieli za zadanie zrekrutować i przebadać łącznie w trakcie trwania projektu ponad 400 respondentów. Każdy z badanych wypełnił anonimową ankietę oraz samodzielnie pobrał i przekazał osobie ankietującej przesącz z jamy ustnej, na podstawie którego można zbadać obecność przeciwciał anti-HIV. Wynik testu można było odebrać anonimowo w punkcie konsultacyjno-diagnostycznym. W czasie odbioru wyniku respondenci byli zachęceni do wykonania testu diagnostycznego z pobranej krwi. W ramach działań profilaktycznych ankieterzy i ankieterki rozdawali mężczyznom biorącym udział w badaniu pakiety zawierające dwie prezerwatywy, lubrykant, informacje o projekcie oraz karty-zdrapki z quizem dotyczącym chorób przenoszonych drogą płciową. Na odwrocie kart zamieszczono szczegółowe wyjaśnienie poprawnej odpowiedzi. Wykorzystanie pakietów pomogło w nawiązaniu kontaktu z klientami oraz uatrakcyjniało procedurę badania. Respondenci chętnie brali udział w prowadzonych działaniach. Potwierdziły się przypuszczenia, że nie każdy z nich zdecydowałby się na testowanie w kierunku HIV, gdyby nie możliwość zrobienia tego w klubie, w miejscu, które jest znane klientom, i gdzie czują się bezpiecznie. Publikacja wyników i szczegółowego raportu z badań planowana jest na pierwszą połowę 2014 r.

Doświadczenia zebrane podczas obserwacji pracy organizacji europejskich oraz prowadzenia badań w warszawskich miejscach spotkań dla MSM są dowodem skuteczności tych działań, ale wskazują też na możliwość wprowadzenia pewnych zmian w podejściu do testowania w kierunku HIV w Polsce.

Michał Tęcza, Michał Sawicki
Stowarzyszenie Lambda Warszawa



kontra 

Redakcja
Redaktor naczelna – Iwona Gąsior
Zastępca redaktor naczelnej – Anna Kaczmarek
Sekretarz redakcji – Maryla Rogalewicz
Wydawca:
Krajowe Centrum ds. AIDS

Adres redakcji:
ul. Samsonowska 1, 02-829 Warszawa
tel. (+22) 331 77 53, fax (+22) 331 77 76
e-mail: kontra@aids.gov.pl
www.aids.gov.pl

Egzemplarz bezpłatny
Redakcja zastrzega sobie prawo
adjustacji i skracania artykułów.

aspekty

Dodatek do Biuletynu Krajowego Centrum ds. AIDS



Matka i dziecko a HIV

Zakażenie HIV jest wciąż aktualnym problemem. Choć od wielu lat liczba osób żyjących z HIV/AIDS jest dość stabilna, nadal rozpoznawane są nowe zakażenia. Od lat 2001/2002 dominuje seksualna droga transmisji wirusa. Najczęściej zakażenie stwierdzone jest wśród dorosłych w populacji osób młodych między 20. a 39. r.ż. (a więc w okresie prokreacyjnym). Spośród 6300 osób zakażających się dziennie na świecie w 2012 r. ok. 5500 było w wieku 15 lat i starszych, prawie 47% stanowiły kobiety, a ok. 39% stanowiły osoby między 15. a 24. r.ż. W Polsce nowo wykryte zakażenia u kobiet stanowią ok. 15–20% wszystkich rozpoznań. Około 70% z nich jest w wieku 15–39 lat.

Na świecie żyje obecnie ok. 3,3 mln dzieci zakażonych HIV, 90% (2,9 mln) w regionie Afryki Subsaharyjskiej, w Europie Centralnej i Zachodniej – ok. 1 600, w Europie Wschodniej i Azji Centralnej – 19 000. Dziennie zakaża się ok. 700 dzieci < 15 r.ż. W Polsce od 1985 r. rozpoznano zakażenie u 160 dzieci, szacunkowa liczba zakażonych dzieci wynosi ok. 1000.

Najczęstszą drogą zakażenia HIV u dzieci jest droga odmatczyzna – stanowi ok. 90% wszystkich rozpoznań. Młodzi dorośli i starsze dzieci mogą zakażać się takimi samymi drogami jak osoby dorosłe (ok. 10% przypadków).

Ryzyko odmatczynego zakażenia HIV w jego naturalnym przebiegu wynosi 15–30%. Przy karmieniu piersią ponad 6 miesięcy lub karmieniu mieszanym wzrasta do ok. 50%. Tak wysokie ryzyko obserwuje się przede wszystkim w Afryce i krajach rozwijających się. Wiąże

się to z koniecznością karmienia piersią przez matki zakażone HIV. Dopuszczenie karmienia piersią przez kobiety HIV+ ma swoje podłoże kulturowe, ekonomiczne i socjalne. W wielu krajach kobiety, które nie karmią piersią, nie są akceptowane w społeczeństwie.

Najczęściej do zakażenia odmatczynego dochodzi w okresie okołoporodowym (ok. 70% wszystkich zakażeń). Istnieje także możliwość zakażenia wewnątrzmacicznego (kilka procent) – przez łożysko, a więc po jego wytworzeniu (zwykle > 20 tygodnia ciąży). Po porodzie najczęstszą drogą transmisji wirusa jest karmienie piersią, podczas którego ryzyko wynosi średnio 1% na każdy miesiąc.

Najistotniejszym czynnikiem ryzyka związanym z matką jest jej wysoka wiremia (VL). Jeżeli wynosi ona powyżej 105 kopii/ml, to ryzyko wzrasta do ok. 40%. Tak wysoka wiremia u osoby dorosłej występuje w ostrej chorobie retrowirusowej, a więc w krótkim czasie po zakażeniu (2–4 miesiące) oraz w jego schyłkowym okresie (AIDS). Dodatkowymi czynnikami ryzyka są m.in.: niski poziom limfocytów T CD4, choroby ogólnoustrojowe lub układu moczowo-płciowego u ciężarnej, choroby niewydolności łożyska, krwawienia, zabiegi inwazyjne wykonywane w ciąży (np. amniopunkcja).

Czynnikami ryzyka związanymi z porodem są: długo trwający poród, zwłaszcza z odpłynięciem wód płodowych na więcej niż 4 godziny przed urodzeniem dziecka, przebiecie pęcherza płodowego w celu przyspieszenia akcji porodowej, stosowanie próżniociągu położniczego

lub kleszczy, pomocy ręcznej, nacięcia krocza. Podobny wpływ ma długo trwająca ciąża (ciąża przenoszona). Fizjologicznie – w ostatnim okresie ciąży – dochodzi do tzw. przecieków przezłożyskowych, a więc do kontaktu krwi matki i dziecka. Jest to głównie związane ze starzeniem się łożyska i zmniejszeniem jego bariery ochronnej. Poród przedwczesny jest także obciążony wyższym ryzykiem, gdyż wiąże się najczęściej z chorobami łożyska, ciąży lub płodu. W ciąży bliźniaczej bardziej narażone na zakażenie HIV jest pierwsze z bliźniąt.

Po porodzie najistotniejszym czynnikiem ryzyka jest karmienie piersią.

Od 1994 r. znane są możliwości zapobiegania transmisji wertykalnej HIV. Już wstępne badania prowadzone w ramach badania klinicznego ACTG076 wykazały zmniejszenie częstości zakażeń dzieci. Obserwowany spadek zakażeń odmatczynych był na tyle spektakularny, że przerwano badanie kliniczne, uznając, że jego kontynuacja jest postępowaniem nieetycznym i zalecono profilaktykę zakażeń wertykalnych HIV u każdej zakażonej ciężarnej. Przez kolejne lata unowocześniano metody profilaktyki zakażeń odmatczynych, osiągając rezultat < 1%.

Profilaktykę zakażeń odmatczynych, podobnie jak czynniki ryzyka, można podzielić na trzy części: związaną z matką i przebiegiem ciąży, porodem i odpowiednim postępowaniem z noworodkiem.

Pierwszym i najważniejszym sposobem zapobiegania zakażeniom odmatczy-

nym jest skuteczna terapia antyretrowirusowa (ARV) u ciężarnej. U osób zakażonych HIV istnieją tzw. warunki włączenia leczenia uzależnione od klinicznego i immunologicznego zaawansowania choroby, wieku pacjentki, ryzyka lub obecności chorób ogólnoustrojowych, wysokości wirerii oraz szybkości spadku liczby limfocytów T CD4. W przypadku kobiety ciężarnej zakażonej HIV skojarzona terapia antyretrowirusowa powinna być włączona od 14. tygodnia ciąży, niezależnie od zaawansowania klinicznego, immunologicznego czy poziomu wirerii (najlepiej po uzyskaniu wyniku oporności). U kobiet otrzymujących ARV przed ciążą terapia ta powinna być kontynuowana. Jeśli rozpoznanie zostało postawione później – leczenie powinno być wdrożone tak szybko, jak to możliwe (nie czeka się na wynik oporności). U kobiet skutecznie leczonych terapię należy utrzymać bez zmian. Jeśli jednak dotychczasowe leczenie było nieskuteczne, cART należy zmodyfikować i zastosować leki dobrze penetrujące przez łożysko i szybko obniżające wiramię. W czasie ciąży kobieta powinna mieć regularnie wykonywane badania wirerii i liczby limfocytów T CD4. Ostatnie badania przed porodem należy wykonać w 34–36 tygodniu ciąży, gdyż są one podstawą do decyzji o sposobie rozwiązania ciąży i dalszej profilaktyce u dziecka. Celem terapii ciężarnej jest uzyskanie (w 34–36 tygodniu ciąży) obniżonego poziomu wirerii do niewykrywalnego. W przypadku osiągnięcia zamierzonego celu u ciężarnej (VL HIV < 50 c/ml.), kobieta może rodzić siłami natury, pod warunkiem, że poród odbędzie się najpóźniej o czasie, nie będzie trwał dłużej niż 4 godziny od odpłynięcia wód płodowych oraz odbędzie się bez nacinania krocza, stosowania próżniociągu położniczego, kleszczy, czy pomocy ręcznej. W przypadku kobiety, u której w czasie porodu wiremia jest nadal wykrywalna, należy przeprowadzić cięcie cesarskie 2 tygodnie przed planowanym terminem porodu, bez czynności skurczowej i odchodzenia wód (tzw. cięcie cesarskie elektywne, mające na celu skrócenie czasu możli-

wego przezłożyskowego kontaktu krwi matki i dziecka). Planowe cięcie cesarskie zmniejsza dwukrotnie ryzyko zakażenia. Cięcie cesarskie elektywne może być również zaproponowane zakażonej HIV ciężarnej z niewykrywalną wiramię.

W sytuacji, kiedy kobieta ma niewykrywalną wiramię i zapadła decyzja o porodzie siłami natury, ale w trakcie trwania porodu okazuje się, że będzie on najprawdopodobniej trwał dłużej niż 4 godziny od początku odpływania wód, należy wykonać cięcie cesarskie (ze wskazań nagłych), a nie wydłużać poród. Długo trwający poród i nasilone krwawienie są dotychczas jednymi z najistotniejszych czynników ryzyka zakażenia odmatczynego HIV.

W czasie trwania porodu (niezależnie od jego drogi) kobieta powinna otrzymywać dożylny wlew zydovudyny (nukleozydowego inhibitora odwrotnej transkryptazy).

Profilaktyka zakażenia wertykalnego HIV w oddziale noworodkowym polega na: dokładnym obmyciu dziecka z mazi płodowej (w celu skrócenia kontaktu skóry i śluzówek dziecka z wydzieliną dróg rodnych matki), odessaniu zaaspirowanej treści z górnych dróg oddechowych, włączeniu ART u dziecka w ciągu 4 godzin po porodzie (nie później niż do 48 godzin) oraz przekazaniu kobiecie zalecenia, by nie karmiła piersią. Ponieważ noworodki zakażone HIV nie różnią się od zdrowych dzieci w chwili porodu, nie mają ani wad wrodzonych związanych z zakażeniem HIV, ani innych charakterystycznych objawów (poza często obserwowaną i wynikającą ze stanu matki niską wagą urodzeniową), wszystkie powinny być traktowane jako potencjalnie zakażone. Powinny zatem otrzymać w pierwszej dobie życia szczepienie przeciw WZW B (zgodnie z obowiązującym kalendarzem szczepień). Nie powinny otrzymać szczepienia przeciwko gruźlicy, która jest szczepionką żywą, więc u dziecka zakażonego HIV jest przeciwwskazana (może prowadzić do uogólnionego za-

kazania wywołanego szczepem szczepionkowym). Dopiero po wykluczeniu zakażenia HIV, szczepienie to należy uzupełnić. Każde dziecko powinno mieć również wykonane pierwsze badania diagnostyczne w kierunku ewentualnego zakażenia HIV między 2. a 10. dobą życia.

Profilaktyczne podawanie leków noworodkowi trwa 4 tygodnie. W zależności od stanu matki i przebiegu porodu noworodek powinien otrzymywać jeden lub trzy leki antyretrowirusowe. Jeśli matka w 34–36 tygodniu ciąży miała niewykrywalną wiramię, liczbę limfocytów T CD4 > 350 oraz nie zaistniały inne czynniki ryzyka związane z przebiegiem ciąży lub porodu, noworodek powinien otrzymać jeden lek – zydovudynę (retrovir). Jeżeli u kobiety, pomimo leczenia, wiremia sprzed porodu jest nadal wykrywalna lub nie ma informacji o jej poziomie, jeśli rozpoznanie HIV u matki postawiono w momencie porodu lub tuż po nim oraz w sytuacji komplikacji okołoporodowych, donoszony noworodek powinien otrzymać trzy leki: zydovudynę (ZDV, Retrovir) – 4 tyg., lamivudynę (3TC, Epivir) – 4 tyg. i nevirapinę (NVP, Viramune) – 2 tyg.

Niezwykle niebezpiecznym zakażeniem u dziecka HIV+ w pierwszym roku życia oraz z głębokim niedoborem odporności u starszych, jest zapalenie płuc wywołane przez *Pneumocystis jirovecii* (Pneumocystozowe zapalenie płuc – PCP). W związku z tym u wszystkich dzieci z wysokiego ryzyka transmisji wertykalnej obowiązuje zastosowanie profilaktyki pierwotnej tej choroby. Najczęściej stosuje się trimetoprim/sulfametoksazol (Biseptol) od momentu zakończenia stosowania leków antyretrowirusowych do czasu wykluczenia zakażenia HIV lub do ukończenia 1 r.ż. w przypadku jego potwierdzenia.

W większości europejskich krajów wysoko rozwiniętych oraz w USA ryzyko odmatczynego zakażenia wynosi aktualnie ok. 1%, w Polsce – ok. 20%. Wiąże się to przede wszystkim z brakiem testowania ciężarnych w kierunku zakażenia HIV.

Rozpoznanie zakażenia HIV u osób dorosłych dokonuje się na podstawie wykonania przesiewowego testu ELISA, a następnie potwierdza się je dodatnim wynikiem testu Western-Blot. Badane przeciwciała należą do przeciwciał klasy IgG, które fizjologicznie przenikają w czasie ciąży przez łożysko do płodu. Nie precyzują statusu dziecka. Przeciwciała te utrzymują się we krwi dziecka od 6 do 18 miesięcy. Diagnostyka u dziecka < 18 miesiąca życia opiera się na metodach genetycznych. Badania te wykonuje się trzykrotnie: po porodzie (w celu wykrycia zakażenia wewnątrzłonowego) oraz po ukończeniu przez dziecko 30 dni i 3 miesiące życia. Wszystkie ujemne wyniki pozwalają na wykluczenie zakażenia HIV u dziecka. W przypadku podejrzenia karmienia piersią czwarte, dodatkowe, badanie powinno być wykonane po ukończeniu przez dziecko 6 miesięcy. Ostatecznie zakażenie jest wykluczane po wyeliminowaniu przez dzieci matczyne przeciwciała. Dwukrotne stwierdzenie przeciwciał anty-HIV (testem immunoenzymatycznym i testem potwierdzenia) u dziecka > 18 m.ż. świadczy o jego zakażeniu.

Warunkiem włączenia profilaktyki, a zatem zapobiegania wertykalnemu zakażeniu HIV, jest rozpoznanie zakażenia HIV u matki. W obecnych czasach nie istnieją już *grupy ryzyka*, mowa jest jedynie o *ryzykownych zachowaniach*. Każda osoba, która miała kontakt seksualny (a ciąża jest jego niepodważalnym dowodem, o ile nie doszło do zapłodnienia pozaustrojowego) ma za sobą ryzykowne zachowanie. Oferta badania w kierunku HIV powinna być złożona każdej kobiecie ciężarnej, a patrząc perspektywicznie – każdej parze planującej dziecko. We wrześniu 2010 r. Minister Zdrowia wydał rozporządzenie, w którym prezentuje zalecany zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych u kobiet ciężarnych. Zgodnie z zawartymi w nim wytycznymi każda kobieta ciężarna powinna mieć dwukrotnie wykonane badanie w kierunku HIV: pierwszy raz w pierwszym trymestrze i drugi raz w trzecim tryme-

strze ciąży. W przypadku braku zgody kobiety na powyższe badanie, powinno być ono proponowane przy każdej kolejnej wizycie. Co najmniej dwukrotne badanie jest niezwykle ważnym aspektem, ponieważ ciąża podczas pierwszego badania może znajdować się w tzw. okienku serologicznym lub do zakażenia może dojść w późniejszym okresie ciąży. Ostra choroba retrowirusowa – przez gwałtowny wzrost wirerii u matki – wiąże się ze znacznym ryzykiem zakażenia płodu lub noworodka. W przypadku braku badań w kierunku zakażenia HIV u matki lekarz neonatolog powinien je wykonać u noworodka do 12. godziny życia dziecka. Umożliwia to włączenie profilaktyki u dziecka, co zwiększa szansę noworodka na zapobieżenie zakażeniu lub umożliwia wczesne rozpoznanie HIV, a zatem wczesne włączenie leczenia, które umożliwi dziecku prawidłowy rozwój.

Dotychczas rozpoznano 17 389 przypadków HIV w Polsce (dane od początku epidemii do 30 listopada 2013 r. NIZP-PZH). Aktualnie zakażenia HIV dotyczą głównie osób młodych i w 88% są związane z kontaktami seksualnymi. Liczba kobiet zakażonych HIV w Polsce sięga powyżej 20% całej populacji osób żyjących z HIV (co stanowi ok. 3 000 kobiet). Są to więc kobiety, które potencjalnie są, lub w przyszłości będą, matkami.

U osób dorosłych zakażonych HIV drogą seksualną lub przez krew od momentu zakażenia do pełnoobjawowego AIDS mija zwykle wiele lat (średnio 8–10), a przebieg charakteryzuje się fazą ostrą (ostra choroba retrowirusowa), okresem wyciszenia z niewielkimi objawami klinicznymi oraz pełnoobjawową chorobą (AIDS). U dzieci naturalny przebieg zakażenia jest całkowicie inny – szybszy i nieprzewidywalny. Największym ryzykiem obarczone są dzieci młodsze i z głębokim niedoborem odporności. Badania wykazują, że ryzyko progresji do AIDS u dzieci do 6. miesiąca życia wynosi >10%, między 6. a 24. m.ż. kolejne 5–10%. U dzieci z głęboką immunosupresją istnieje ponad 5% ryzyko

progresji do AIDS w ciągu 12 miesięcy. Taki przebieg zakażenia wynika z fizjologicznie wyższej liczby komórek CD4, które są receptorami dla wirusa i służą jego namnażaniu. Rezultatem tego jest ok. czterokrotnie wyższy poziom wirerii HIV niż u dorosłych. Na cięższy przebieg zakażenia mają również wpływ następujące czynniki: niedojrzałość układu immunologicznego, brak pamięci immunologicznej w momencie porodu oraz uszkodzenie przez wirusa niedojrzałych komórek macierzystych organizmu dziecka (m.in. ośrodkowego układu nerwowego).

Na podstawie odchyień w badaniu przedmiotowym, odchyień w badaniach dodatkowych oraz przebytych chorób i zakażeń u każdej osoby zakażonej ustalana jest tzw. klasyfikacja kliniczna (w Europie i Stanach Zjednoczonych stosowana jest klasyfikacja CDC). Grupy określane są literami, gdzie „N” są to pacjenci bezobjawowi (lub mają tylko 1 objaw z grupy A), „A” – pacjenci z co najmniej dwoma łagodnymi objawami zakażenia, „B” – z umiarkowanymi objawami i „C” – pacjenci pełnoobjawowi (AIDS).

Łagodnymi objawami klinicznymi zakażenia HIV u dzieci (A) są: uogólniona limfadenopatia, powiększenie wątroby i śledziona, powiększenie ślinianek przyusznych, zmiany atopowe na skórze, przetrwałe pleśniawki jamy ustnej i gardła, nawracające infekcje bakteryjne, stany gorączkowe, przewlekłe biegunki.

U niemowląt, poza wyżej wymienionymi, stwierdza się najczęściej: wirusowe/bakteryjne zapalenia płuc, nawracające zakażenia żołądkowo-jelitowe, przewlekłe pleśniawki jamy ustnej. Zahamowanie rozwoju psychomotorycznego występuje wcześniej i jest wynikiem uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego przez wirusa (HIV encefalopatia). Występuje ono u 10% zakażonych wertykalnie dzieci do 12 m.ż. Często dochodzi także do zakażeń oportunistycznych, najczęściej pneumocystozy i cytomegalii.

Powyżej 1. roku życia najczęściej obserwuje się niedobór wzrostu, gorączkę (bez ustalonej przyczyny), biegunki i infekcje. Często występują nawracające zapalenia uszu i zatok, przewlekłe zapalenie ucha środkowego, przewlekłe zapalenie ślinianek, grzybice paznokci, mięczak zakaźny. Mogą występować nawracające zakażenia wirusami *Herpes*, w tym *Varicella zoster*. Zwykle stwierdza się powiększenie węzłów chłonnych, wątroby i śledziony.

U dzieci starszych i nastolatków obserwowany jest: niedobór wzrostu, opóźnione dojrzewanie płciowe, zaburzenia poznawcze, objawy narządowe: kardiomiopatia, małopłytkowość, niedokrwistość, leukopenia, nefropatia z zespołem nerczycowym, zespół wyniszczenia, zakażenia oportunistyczne (m.in. gruźlica).

Na podstawie liczby i odsetka limfocytów CD4 ustalana jest tzw. klasyfikacja immunologiczna (wg CDC) oznaczana kolejnymi cyframi, gdzie „1” oznacza brak niedoboru odporności, „2” – umiarkowany niedobór odporności i „3” – głęboką immunosupresję. Liczba limfocytów T CD4 różni się w zależności od wieku dziecka. U dzieci, które ukończyły 5 lat, wartości w poszczególnych grupach są takie same jak u osób dorosłych.

Zawsze leczone są niemowlęta. Od 2 r.ż. wskazania do cART u dzieci uzależnione są od zaawansowania klinicz-

nego i immunologicznego choroby oraz poziomu wirerii. Lekami pierwszego rzutu są dwa nukleozydowe inhibitory odwrotnej transkryptazy (NRTI) w połączeniu z nienukleozydowym inhibitorem (NNRTI) lub inhibitorem proteazy (PI). Wybór leków zależy od: zaawansowania choroby, dostosowania schematu leczenia do trybu życia dziecka i jego opiekunów, wirerii i oporności, dostępności postaci pediatrycznej leku, ewentualnie działań niepożądanych, konieczności stosowania innych leków oraz doświadczenia lekarza. Celem leczenia antyretrowirusowego jest opóźnienie postępu choroby i wydłużenie czasu przeżycia bez objawów zakażenia HIV i redukcja zakażeń oportunistycznych.

Włączenie terapii, według obecnej wiedzy, wiąże się z koniecznością przyjmowania leków przez całe życie. Niesie ryzyko wystąpienia działań niepożądanych, które mogą się ujawnić w różnym okresie od włączenia leczenia, i mieć poważne konsekwencje. Z terapią cART wiąże się obecnie ryzyko powikłań sercowo-naczyniowych, cukrzycy, zaburzeń gospodarki lipidowej, nefropatii, demineralizacji kości oraz zaburzeń psychosomatycznych. Nie można przewidzieć czasu efektywnego działania leków.

W Klinice Chorób Zakaźnych Wieku Dziecięcego WUM u leczonych pacjentów obserwowane są następujące działania niepożądane cART: lipodystrofia u 48%,

zaburzenia gospodarki lipidowej u 84%, zaburzenia mineralizacji kości u 49–55%.

Dzieci zakażone HIV objęte są rozszerzonym programem szczepień ochronnych. Szczepionki żywe (poza gruźlicą) mogą być i są podawane pacjentom bez niedoboru odporności. **Dziecko zakażone HIV nie powinno być nigdy szczepione przeciwko gruźlicy.**

Należy podkreślić raz jeszcze, że aktualnie nie istnieją *grupy ryzyka*. **Kobieta planująca ciążę lub będąca w ciąży powinna wykonać badanie w kierunku HIV. Jest to bowiem najskuteczniejszy sposób ochrony dzieci przed odmatczynym zakażeniem, umożliwiającą zastosowanie profilaktyki u kobiet HIV+ i ich dzieci.**

HIV u dzieci jest nadal aktualnym problemem w Polsce, przede wszystkim w związku z brakiem obligatoryjnego testowania ciężarnych oraz z brakiem kojarzenia przez lekarzy objawów prezentowanych przez dziecko z możliwością zakażenia HIV. Skutkiem tego są wciąż notowane zgony dzieci zakażonych oraz późne rozpoznania (na etapie AIDS), zmniejszające szanse dziecka na prawidłowy rozwój i długoletnie przeżycie.

Jolanta Popielska

*Klinika Chorób Zakaźnych Wieku Dziecięcego;
SPZOZ Wojewódzki Szpital Zakaźny
w Warszawie*

Piśmiennictwo

1. Marczyńska M., Szczepańska-Putk M., Dobosz S., Ołdakowska A., Popielska J: Zalecenia zapobiegania wrodzonemu zakażeniu HIV [w] Zasady opieki nad pacjentami zakażonymi HIV Zalecenia PTN AIDS. red. A. Horban R. Podlasin, G. Cholewińska, A. Wiercińska-Drapało, B. Knysz, M. Ingot, A. Szymczak. Warszawa PTN AIDS, 2013, 92–95. ISBN 978-83-925140-6-0.
2. Marczyńska M., Szczepańska-Putk M., Popielska J., Dobosz S., Ołdakowska A. Diagnostyka zakażenia HIV u dzieci [w] Zasady opieki nad pacjentami zakażonymi HIV. Zalecenia PTN AIDS. red. A. Horban R. Podlasin, G. Cholewińska, A. Wiercińska-Drapało, B. Knysz, M. Ingot, A. Szymczak. Warszawa PTN AIDS, 2013, 96–99. ISBN 978-83-925140-6-0.
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem z dnia 23 września 2010. Dz.U.10.187.1259 z dnia 7 października 2010 r.
4. England K., Thorne C. for European Collaborative Study: Use of neonatal antiretroviral prophylaxis for Prevention of mother-to-child transmission of HIV is decreasing in Western Europe, Clin Infect Dis, 2009, 48, 1797–99.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for the Prevention and Treatment of Opportunistic Infections among HIV-exposed and HIV-infected children MMWR 2009, 58, (RR-11), 1-166.
6. Panel on Antiretroviral Therapy and Medical Management of HIV-Infected Children. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents In Pediatric HIV Infection; 2012, <http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/pediatricguidelines.pdf>.
7. www.who.int/hiv/data/en/ – zakładka Global Epidemiology

kontra 

Redakcja
Redaktor naczelna – Iwona Gąsior
Zastępca redaktor naczelnej – Anna Kaczmarek
Sekretarz redakcji – Maryla Rogalewicz
Wydawca:
Krajowe Centrum ds. AIDS

Adres redakcji:
ul. Samsonowska 1, 02-829 Warszawa
tel. (+22) 331 77 53, fax (+22) 331 77 76
e-mail: kontra@aims.gov.pl
www.aims.gov.pl

Egzemplarz bezpłatny
Redakcja zastrzega sobie prawo
adjustacji i skracania artykułów.