



Biuletyn Krajowego Centrum ds. AIDS

W numerze:

Akcja walentynkowa Krajowego Centrum ds. AIDS - podsumowanie

Maryla Rogalewicz

Str. 1-2

Mistrzostwa Świata w Brazylii: więcej niż piłka

Adam Adamus

Str. 3-4

Pokolenie Minus – nasz wspólny cel, sukces i obowiązek

Agata Kwiatkowska

Str. 5-6

Najciekawsze publikacje prasowe z ostatnich miesięcy

Małgorzata Olczyk

Str. 7

Młodzież na Rozdrożu – program profilaktyczno-wychowawczy

Dorota Świerk

Str. 8

Aspekty

Bezpieczeństwo transfuzji krwi i jej składników w kontekście zakażeń HIV

Piotr Grabarczyk

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

Ośrodek Informacji o HIV/AIDS

(+22) 331 77 66

aids@aids.gov.pl

Poradnia Internetowa HIV/AIDS

www.aids.gov.pl

poradnia@aids.gov.pl

Akcja walentynkowa Krajowego Centrum ds. AIDS - podsumowanie

Krajowe Centrum ds. AIDS w swojej działalności profilaktycznej kilkakrotnie korzystało z kreatywności uczniów szkół ponadpodstawowych, którzy w ramach konkursów plastycznych wykonywali projekty graficzne wydawnictw dotyczących HIV/AIDS. Młodzież, podczas przygotowywania prac plastycznych, pogłębiała swoją wiedzę nt. sposobów zapobiegania zakażeniu HIV, przekładając ją na język obrazów, zrozumiałych również dla rówieśników.

W 2013 r. Krajowe Centrum ds. AIDS postanowiło wykorzystać zwyczaj wzajemnego wręczania sobie upominków z okazji walentynek do promowania testowania w kierunku HIV. Dlatego też ogłosiło konkurs na kartkę walentynkową, zachęcającą przede wszystkim młode, ale pełnoletnie osoby do wykonania testu w kierunku HIV oraz do niepodjęcia ryzykownych zachowań, których skutkiem może być zakażenie. Walentynkowym prezentem dla kogoś bliskiego mogła też być podkładka pod kubek z tym samym motywem graficznym, co pocztówka.

Autorką zwycięskiego projektu graficznego jest Ida Kwaśnica, uczennica liceum pla-

stycznego w Zielonej Górze, a pomysłodawcą hasła zachęcającego do wykonania testu, *Mój Walenty jest the best, idzie ze mną zrobić test*, jest Kacper Lasota – uczeń gimnazjum w Kwidzynie.

Odwołując się do pozytywnych emocji związanych ze świętem zakochanych oraz pamiętając, że w Polsce blisko połowa osób zakażonych nie zna swojego statusu serologicznego, twórcy konkursu podjęli próbę zmiany nastawienia do wykonania testu w kierunku HIV przez osoby, które miały ryzykowne zachowania. Anna Marzec-Bogusławska, dyrektor Krajowego Centrum ds. AIDS, promując akcję w Programie 1. Polskiego Radia mówiła, że nawet w krajach, gdzie edukacja seksualna jest na bardzo wysokim poziomie i dużo mówi się o problemie HIV, w sytuacji intymnej ludzie nie myślą o zagrożeniach. Każdy moment jest dobry, aby zaplanować i wykonać test w kierunku HIV. To bardzo ważne badanie szczególnie wtedy, gdy zaczyna się życie we dwoje. Warto odciąć przeszłość grubą kreską i wykonać test, aby wiedzieć, że nie jest się zakażonym. Wykonanie testu w kierunku HIV należy traktować jako wyraz tro-





ski o zdrowie – zarówno swoje własne, jak i naszego Walentego lub Walentynki.

Przed walentynkami Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Rzeszowie udostępniła i rozesłała wersję elektroniczną pocztówki walentynkowej. Inne stacje, placówki dydaktyczne i organizacje również bardzo chętnie włączyły się w akcję, wzbogacając ją różnymi atrakcjami.

Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Kutnie poinformował, że pracownicy Oświaty Zdrowotnej i Promocji Zdrowia wspólnie z młodzieżą z kutnowskiego Zespołu Szkół nr 3 zorganizowali dla słuchaczy Centrum Kształcenia Ustawicznego walentynkowe spotkanie profilaktyczne. Przygotowano również ekspozycje wizualne oraz materiały związane tematycznie z profilaktyką HIV/AIDS.

W Zespole Szkół Ponadgimnazjalnych im. Władysława Broniewskiego w Świdwinie, w ramach akcji profilaktycznej, szkolne Koło PCK przygotowało stoisko informacyjne, na którym zachęcano młode osoby do wykonania testu w kierunku HIV. Przygotowano również test wiedzy, w któ-

rym za poprawne odpowiedzi przyznawano uczniom nagrody rzeczowe w postaci kartek walentynkowych, cukierków oraz podkładek pod kubek. Ponadto przeprowadzono dystrybucję materiałów edukacyjno-informacyjnych na temat profilaktyki HIV/AIDS. W tym dniu intensywnie pracowała poczta walentynkowa na czele z przewodniczącym Samorządu Uczniowskiego, który wcielił się w postać amora.



Pracownicy PSSE Żary we współpracy ze Starostwem Powiatowym w Żarach, na deptaku przy ul. Chrobrego, zachęcali młode osoby do wykonania bezpłatnie i anonimowo testu w kierunku HIV. Rozdawali też kartki walentynkowe, ulotki tematyczne, róże i balony w kolorze czerwonym.



W tym samym dniu, dzięki współpracy z właścicielami lokali gastronomiczno-rozrywkowych, przeprowadzono akcję związaną z dystrybucją podkładek pod kubek. Barmani i kelnerzy podczas serwowania napojów wręczali swoim gościom walentynkowe podkładki pod kubek. Na podobny pomysł wpadli pracownicy biblioteki multimedialnej „Planeta 11” w Olsztynie, gdzie otworzono walentynkową kawiarenkę, w której do kubka kawy również dodawano podkładkę.

Akcję „Podróż z sercem” zorganizowano w Bytomiu wspólnie z Tramwajami Śląskimi S.A. Każdy podróżujący tramwajem nr 38 otrzymał materiały informacyjno-edukacyjne dotyczące testowania w kierunku HIV – podkładki pod kubki, kartki walentynkowe i zakładki. Wnętrze tramwaju przystrojono adekwatnie do święta (czerwone balony w kształcie serc, papierowe serca w oknach, muzyczne utwory o miłości).

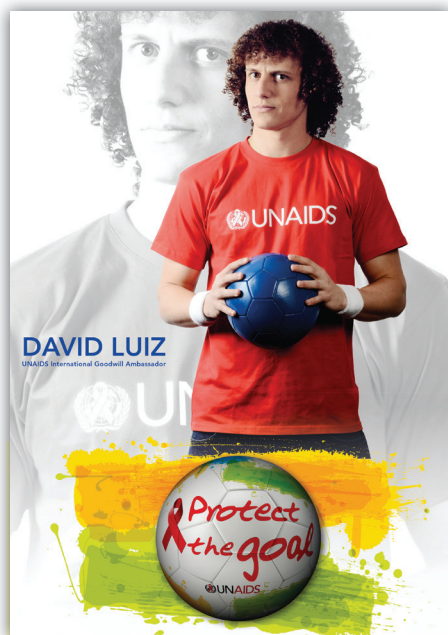


Wiele instytucji, urzędów i mediów lokalnych zamieściło na swoich stronach internetowych informację o akcji walentynkowej i tą drogą zachęcało do testowania na HIV.

Opisane powyżej wydarzenia są niewielkim fragmentem tego, co działo się 14 lutego br. w całej Polsce. Akcja została przyjęta z życzliwością i miała bardzo szeroki zasięg. W sposób atrakcyjny dla młodych ludzi, ale z należytą uwagą propagowała zachowania prozdrowotne, zachęcając do refleksji i integrując odbiorców w różnym wieku. Krajowe Centrum ds. AIDS serdecznie dziękuje wszystkim, którzy włączyli się w propagowanie idei testowania w kierunku HIV.

Informacje zebrała: Maryla Rogalewicz

Mistrzostwa Świata w Brazylii: więcej niż piłka



David Luiz, Ambasador Dobrej Woli UNAIDS/mat. UNAIDS

W dniach 12 czerwca–13 lipca 2014 r. w Brazylii odbyły się piłkarskie Mistrzostwa Świata. Z tej okazji UNAIDS, czyli Wspólny Program Narodów Zjednoczonych ds. HIV/AIDS, po raz kolejny promuje profilaktykę zakażeń HIV za pośrednictwem piłki nożnej.

Dwóch światowej klasy piłkarzy, którzy wystąpili w Mistrzostwach, zostało Ambasadorami Dobrej Woli UNAIDS. Twarzami kampanii *Protect the goal* (z ang. *Broń bramki/celu*) zostali Brazylijczyk David Luiz oraz reprezentant Wybrzeża Kości Słoniowej – Gervinho. Ogólnoświatowa akcja ma za zadanie podniesienie świadomości i zachęcanie młodych ludzi do profilaktyki HIV oraz rozpowszechnianie jednego z Milenijnych Celów Rozwoju – objęcia 15 milionów ludzi zakażonych wirusem terapią antyretrowirusową przed 2015 r.

Michel Sidibé, dyrektor wykonawczy UNAIDS, w czasie oficjalnej prezentacji Davida Luiza porównał walkę z HIV do gry zespołowej: *W piłce wszyscy gracze wspólnie pracują na dobry wynik. W taki sam sposób my musimy być zjednoczeni i jako drużyna dążyć do osiągnięcia jednego z założonych celów – zero nowych infekcji HIV.* W czasie poprzednich Mistrzostw Świata

zaszczytną funkcję Ambasadorów Dobrej Woli UNAIDS pełnili Togijczyk Emmanuel Adebayor oraz Niemiec Michael Ballack.

Ścisły związek piłki nożnej z AIDS rozpoczął się krótko przed poprzednimi Mistrzostwami Świata, które po raz pierwszy w historii zostały rozegrane na Czarnym Lądzie. Wtedy to Michel Sidibé, wraz z prezydentem RPA Jacobem Zumą, zainicjowali kampanię profilaktyczną *Protect the goal*, której hasło zgrabnie łączy obronę bramki z ochroną własnego zdrowia. Akcja została skierowana do młodych ludzi z krajów rozwijających się, gdzie stanowią oni znaczny odsetek populacji. Dorastający chłopcy i dziewczynki w Ghanie, Panamie czy Kolumbii mają ograniczony dostęp do rozrywek europejskich i amerykańskich rówieśników, co powoduje, że pozostają pod dużym wpływem przekazu niesionego przez sport.

Niezależnie od oceny moralnej wyboru na gospodarzy wielkich imprez sportowych krajów borykających się z fundamentalnymi problemami społecznymi należy uznać, że możliwość organizacji tych wydarzeń mimo wszystko przyczynia się do rozwoju państw-gospodarzy. Władze UNAIDS, mając w perspektywie organizację piłkarskich mistrzostw świata w dwóch dużych i prężnie rozwijających się krajach, stojących jednocześnie przed dużym wyzwaniem związa-

nym z epidemią HIV, wybrały piłkę nożną jako istotny czynnik podniesienia świadomości zdrowotnej wśród młodych ludzi.

Kampanii *Protect the Goal* towarzyszy slogan „Od Soweto do Bahii”. Soweto to ogromna dzielnica Johannesburga i symbol walki z apartheidem, Bahia natomiast jest jednym z najludniejszych stanów Brazylii ze stolicą w Salvadorze – mieście, które na czas mistrzostw stało się światową stolicą kampanii UNAIDS. Akcja z roku na rok nabiera tempa. Polem doświadczalnym dla sportowo-profilaktycznych działań agendy ONZ stała się Republika Południowej Afryki, państwo o największej liczbie osób żyjących z HIV na świecie. Na 51 mln mieszkańców RPA, ponad 5 mln żyje z wirusem HIV, a prevalencja wśród osób w wieku 15–49 lat sięga prawie 20%. Kraj stopniowo wychodzi z tragicznej sytuacji po latach zaniedbań i ignorancji na najwyższych szczeblach władzy, gdy urzędujący w latach 1999–2008 prezydent Thabo Mbeki, przy poparciu niektórych naukowców, negował związek AIDS z wirusem HIV. Obecnie w RPA jest realizowany trzeci Narodowy Plan Strategiczny (NSP), mający na celu harmonizację działań zmierzających do zapobiegania zakażeniom HIV i zapewnienie leczenia antyretrowirusowego osobom, które go potrzebują. Duży krok do uniwersalizacji terapii ARV wykonano już podczas realizacji poprzedniego planu – liczba pacjentów



Kibice reprezentacji Meksyku podczas Mistrzostw Świata w RPA /fot. A. Adamus



Plakat brazylijskiej akcji poświęconej godności osób świadczących usługi seksualne/ mat. organizacji „Un Beso para Gabriela”

objętych darmowym leczeniem wzrosła do ponad dwóch milionów osób. Przez ostatnie lata znacznie rozpowszechniono testowanie – według informacji rządowych w latach 2010–2013 testy w kierunku HIV wykonało 20 milionów obywateli. Konieczna była także zmiana mentalności zróżnicowanego południowoafrykańskiego społeczeństwa, zarówno w kwestii szeroko pojętej seksualności, jak i w podejściu do osób zakażonych. Od kilku lat realizowane są liczne projekty zmierzające do wzmocnienia znajomości i poszanowania praw człowieka oraz mające na celu ograniczenie wszechobecnej przemocy, także seksualnej, wobec kobiet i dzieci. Symbolem zmagania z HIV w RPA stała się na początku XXI wieku koszulka z napisem HIV POSITIVE, w którą ubrały Nelson Mandela, gdy demonstrował swoje poparcie dla walki z dyskryminacją.

Pomysł na kampanię z takim hasłem zrodził się w 1998 r., po brutalnym morderstwie Gugu Dlamini, kobiety, która w wywiadzie dla lokalnego radia miała odwagę publicznie ujawnić swój seropozytywny status.

Gospodarz tegorocznych mistrzostw – Brazylia, jest postrzegana jako kraj dobrze radzący sobie z epidemią, szczególnie na tle innych krajów rozwijających się. Sukces Brazylijczyków polega m.in. na tym, że w walce z wirusem (ok. 720 tysięcy osób żyjących z HIV) starają się odstawiać na bok kwestie moralne i religijne. Tamtejsze władze ściśle współpracują z osobami świadczącymi usługi seksualne, które aktywnie włączają się w promocję bezpieczniejszego seksu, walcząc tym samym o swoją godność i bezpieczeństwo. Taka polityka bywa negatywnie postrzegana przez niektórych zagranicznych donatorów, np. Stany Zjednoczone. Kilka lat temu władze USA wyciągnęły grant opiewający na 48 mln USD, ponieważ uznały, że takie działania nie mają nic wspólnego z promocją abstenencji i nie są skutecznym sposobem walki z epidemią HIV. W Brazylii (szczególnie przed imprezami masowymi, np. karnawalem) na wielką skalę dystrybuje się prezerwatywy. Działania w ramach kampanii *Protect the goal* przewidziane na czas południowoamerykańskiego turnieju obejmują m.in. dystrybucję 2 milionów kondomów, możliwość bezpłatnego sprawdzenia swojego statusu serologicznego w mobilnych punktach testowania oraz liczne akcje uliczne, mające na celu uświadamianie młodych ludzi, także tych wykluczonych, z brazylijskich dzielnic nędzy.

Światowa kampania nie ogranicza się tylko do Mistrzostw Świata w RPA i Brazylii. UNAIDS podpisało także Memorandum o Porozumieniu z władzami piłkarskimi na czterech kontynentach: CAF (Confédération Africaine de Football), AFC (Asian Football Confederation), CONCACAF (The Confederation of North, Central America and Caribbean Association Football) oraz CONMEBOL (Confederación Sudamericana de Fútbol). W ten sposób

działania promujące inicjatywę Wspólnego Programu Narodów Zjednoczonych ds. HIV/AIDS przeprowadzono m.in. podczas Pucharu Narodów Afryki oraz Złotego Pucharu CONCACAF, czyli mistrzostw Ameryki Północnej i Środkowej.

Wiele organizacji działających na różnych szczeblach wykorzystuje moc oddziaływania piłki nożnej na młodych ludzi. Podobne inicjatywy podejmowane są również na poziomie lokalnym, a nawet indywidualnym. Hugh Thompson, kibic angielskiego klubu Newcastle United i wolontariusz organizacji Tackle Africa, postanowił symbolicznie połączyć dwa kontynenty – zbiera fundusze na walkę z HIV w Afryce w trakcie podróży na rowerze do Brazylii. W czasie swojej kilkumiesięcznej wyprawy przez 25 państw, Hugh ma zamiar zebrać 20 tysięcy funtów.

Według danych UNAIDS obecnie na świecie żyje z HIV 5,4 mln młodych osób. Największy wzrost zakażeń w ostatnich latach notuje się w regionie Azji Wschodniej oraz w krajach Bliskiego Wschodu i Afryki Północnej. Problem zakażeń wśród osób w wieku 15–24 lat jest często zaniedbywany na świecie, o czym świadczy fakt, że pomimo spadku liczby zgonów z powodu AIDS wśród ogółu populacji o 30%, liczba zgonów wśród nastolatków i młodych ludzi wzrosła w ostatnich latach o 50%. O problemie zakażeń wśród młodych osób dyskutowano m.in. podczas ostatniego posiedzenia Rady Koordynacyjnej Wspólnego Programu Narodów Zjednoczonych ds. HIV/AIDS (PCB UNAIDS) w grudniu 2013 r. Przedstawiciele państw obecnych na obradach PCB jednomyślnie zgodzili się na wzmocnienie przekazu do osób w wieku 15–24 lat zdając sobie sprawę, że cel „zero nowych zakażeń HIV” nie może zostać zrealizowany bez aktywnego udziału młodych ludzi w tym procesie.

Źródła: unaids.org, southafrica.info, washingtonpost.com.

Adam Adamus

Jeśli chcą Państwo zostać autorem ARTYKUŁU w Kontrze prosimy o kontakt mailowy na adres: kontra@ 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”

Pokolenie Minus – nasz wspólny cel, sukces i obowiązek

Od 2009 r. kampania społeczna Projekt Test (www.projekttest.pl) konsekwentnie nakłania polskie społeczeństwo do badania się w kierunku HIV. Inicjatywa grupy przyjaciół przerodziła się w systematyczną akcję, która co roku kieruje apel do innej grupy odbiorców, pokazując, że problem HIV dotyczy nas wszystkich i wykonanie testu powinno być naturalnym elementem dbania o zdrowie, niezależnie od wieku czy preferencji seksualnych.

W swojej najnowszej odsłonie „Projekt Test: Pokolenie Minus”, razem z dwunastoma ambasadorkami, przekonuje do testowania przyszłe mamy. A wszystko w duchu międzynarodowej strategii Agencji Narodów Zjednoczonych zajmującej się kwestiami HIV/AIDS (UNAIDS): „dążymy do zera” (ang. *getting to zero*), której jednym z podstawowych celów jest całkowita eliminacja HIV u nowo narodzonych dzieci.

Nie bagatelizujemy tematu

Większość zakażeń HIV wykrytych u dzieci jest konsekwencją nierozpoznania zakażenia HIV u matki. Dlatego kluczową procedurą dla profilaktyki zakażeń wertykalnych jest wykonanie przez kobietę w ciąży testu w kierunku HIV. Lekarz ma obowiązek zaproponować pacjentce takie badanie – finansuje je Narodowy Fundusz Zdrowia.

Dlaczego Polki nie robią testu na HIV?

W internecie można znaleźć tysiące wpisów zdezorientowanych kobiet, które nie znają swoich praw i często nie mogą liczyć na wsparcie swojego ginekologa. Pierwszy problem pojawia się na etapie proponowania testu – część lekarzy w ogóle tego nie robi. Drugi, kiedy wynik badania jest dodatni – konieczne jest wykonanie testu potwierdzającego obecność zakażenia lub jego brak (zdarza się, że ciąża i różne stany chorobowe powodują fałszywie dodatnie wyniki testu).

Dlaczego ginekolodzy wciąż nie proponują swoim pacjentkom testów na HIV?

Niektórzy lekarze traktują HIV jako marginalny problem, którym nie warto zawracać sobie głowy, mimo że każdego dnia kilka osób dowiaduje się o zakażeniu HIV. Druga sprawa to lęk przed stratą pacjentki, która może poczuć się dotknięta propozycją wykonania testu na HIV. Osobną kwestią jest sytuacja, kiedy ciąża nie jest prowadzona w ramach NFZ, a pacjentka musi sama pokrywać koszty wszystkich badań, więc zwraca się do lekarza, żeby zlecił tylko „niezbędne badania”. Wtedy HIV nie jest brany pod uwagę.

Zakażone dziecko nie zna świata bez HIV

Według danych PTN AIDS w ponad 90% przypadków do zakażenia HIV wśród dzieci

dochodzi w czasie ciąży, porodu i karmienia piersią. Ryzyko zakażenia HIV jest większe w przypadku dzieci urodzonych przez kobiety z zaawansowanym zakażeniem HIV i te, które uległy zakażeniu bezpośrednio przed ciążą lub w jej trakcie. Także nieprawidłowy sposób prowadzenia porodu może zwiększać ryzyko zakażenia dziecka. Jeśli dziecko choruje, lekarze szukają przyczyny, robią różne badania i dopiero wtedy odkrywają, że dziecko i jego matka są zakażeni HIV. Zdarza się, że diagnoza jest stawiana dopiero kilkulatko- wi, czasami w pełnoobjawowym AIDS, co zmniejsza jego szanse na skuteczne leczenie. Obecnie w Polsce 112 dzieci jest objętych leczeniem ARV.

Kampania od kuchni

Podczas realizacji kampanii społecznej w obszarze zdrowia publicznego zawsze pojawia się pytanie dotyczące zaangażowania w nią znanych osób. Z jednej strony jest to





dość mało wyrafinowany sposób na przekonanie do swojej idei, z drugiej – najbardziej skuteczna forma przyciągania uwagi opinii publicznej. Postanowiliśmy, wraz z partnerami ze świata sztuki, poszukać złotego środka, czyli wykorzystać wizerunek gwiazd, ale jednocześnie wytworzyć wysokiej klasy produkt artystyczny.

Z prośbą o zrobienie sesji zwróciliśmy się do najbardziej rozchwytywanych w świecie mody fotografów: Zuzy Krajewskiej i Bartka Wieczorka, których zdjęcia można zobaczyć w najlepszych zagranicznych magazynach mody, a ich oryginalne fotografie nabywane są – jako lokata kapitału – w celach kolekcjonerskich. Entuzjizm fotografów i ich zaangażowanie w projekt przeszedł nasze najśmielsze oczekiwania, a wspólna praca była wspaniałą przygodą.

Przed obiektywem Zuzy i Bartka stanęły: Agnieszka Cegielska, Anita Sokołowska, Beata Sadowska, Kamila Szczawińska, Marta Kuligowska, Monika Mrozowska, Natalia Przybysz, Aleksandra Kwaśniewska, Sylwia Gruchała, Weronika Książkiewicz, Ada Fijał i Anna Wenzlikowska. Część z ambasaderek kampanii wystąpiła z własnymi dziećmi, mówiąc wprost, że dla nich test na HIV był w ciąży badaniem obowiązkowym. W projekcie wzięły udział także dziewczyny, które dopiero planują macierzyństwo, robią to świadomie i do tego samego zachęcają przyszłe mamy z całej Polski.

Wszystko po to, aby po zakończeniu kampanii móc zlicytować prace fotograficzne, a z uzyskanych środków wesprzeć dzieci żyjące z HIV i zrobić coś dobrego dla pacjentów.

Kolejnym problemem, któremu musieliśmy stawić czoła podczas realizacji kampanii, było zwiększenie zasięgu. Zależało nam, aby z przekazem profilaktycznym dotrzeć do dziewczyn w wieku prokreacyjnym z całej Polski, dlatego wiedzieliśmy, że nie może to być kampania internetowa.

Z prośbą o pomoc zwróciliśmy się do domu mediowego, który nieodpłatnie wykonał dla nas analizę rynku prasy kobiecej. Dzięki temu wiedzieliśmy z jakimi wydawnictwami i redakcjami powinniśmy rozmawiać o ewentualnej współpracy. W toku spotkań z jedną z re-

dakcji okazało się, że w naszej grupie docelowej dobrym „wabikiem” jest bezpłatny dodatek, najlepiej kalendarz, bo w grudniu potrafi on nawet dwukrotnie zwiększyć sprzedaż. I tak udało nam się wysłać w Polskę elegancko opakowaną profilaktykę. Kalendarz znalazł się w magazynie „Flesz”, którego nakład wynosi trzysta tysięcy egzemplarzy.

Całą inicjatywę wsparła Pani Anna Komorowska, Małżonka Prezydenta RP, która wystąpiła dla nas w krótkim filmie. *Cieszę się bardzo, że Społeczny Komitet ds. AIDS, włączając się do międzynarodowej strategii walki z tą chorobą, skupił się na kampanii podnoszącej problem zakażeń wirusem dziecka przez matkę. Przyłączam się do tej akcji i pragnę gorąco zachęcić kobiety – przyszłe matki – do badania diagnostycznego, nadal niestety rzadko zalecanego przez lekarzy – mówiła Pani prezydentowa.*

Kampania „Projekt Test: Pokolenie Minus” dedykowana jest Krysi Sokołowskiej, założycielce i przewodniczącej Stowarzyszenia Wolontariuszy na Rzecz Dzieci „Mały Książę”, która całe swoje życie poświęciła walce o dobro, bezpieczeństwo i miłość dla dzieci dotkniętych problemem HIV i AIDS.

Agata Kwiatkowska
autorka kampanii Projekt Test
blog: kwiatkowska.natemat.pl
twitter: [@kwiatkowskagata](https://twitter.com/kwiatkowskagata)



Najciekawsze publikacje prasowe z ostatnich miesięcy

HIV wciąż niepokonany

Kiedy ponad trzydzieści lat temu rozpoczęto walkę z HIV wydawało się, że wynalezienie skutecznej szczepionki jest tylko kwestią czasu. Dotychczas jednak nie udało się jej opracować. Trudności wynikają z faktu, że jest to ekstremalnie zmienny wirus. Białka na powierzchni wirusa zmieniają się tak szybko, że najczęściej układ odpornościowy nie nadąża z rozpoznawaniem jego nowych odmian. Naukowcy są jednak optymistami, zwłaszcza odkąd prace nad szczepionkami wspierają darczyńcy, tacy jak np. Bill Gates.

Część badaczy skupiła się na ludziach, którzy wytwarzają uniwersalne przeciwciała rozpoznające wirusa – dotyczy to ok. 20% zainfekowanych. Innym pomysłem jest szczepionka, nad którą pracuje zespół z Oregon Health & Science University. Bazuje ona na „nieszkodliwym” wirusie cytomegalii (CMV), który uczeni chcą zmodyfikować tak, aby produkował część białek charakterystycznych dla HIV. W ten sposób można nauczyć układ odpornościowy rozpoznawania wroga – być może także i tego, który już się ukrywa w organizmie. Innymi słowy – gdyby taka szczepionka powstała, mogłaby nie tylko zabezpieczyć zdrowych, ale także pomóc już zakażonym HIV w eliminacji wirusa. Za kilka lat dowiemy się, czy tak się stanie.

(Jan Stradowski, HIV na celowniku, „Focus” z dnia 01.01.2014 r.)

Laboratoria potwierdzają – dziecko nie ma HIV

Czy to może być przełom w leczeniu HIV? – zastanawiają się eksperci po słynnym przypadku „matki z Missisipi”, która urodziła dziecko zakażone HIV.

Badania sześciu niezależnych laboratoriów potwierdziły, że dwuipółletnia Amerykanka, o której mówiły i pisały media na całym świecie, została „uwolniona” od

wirusa. W 30 godzin po urodzeniu podano jej kombinację leków antyretrowirusowych. Leczenie trwało 18 miesięcy. Terapia zadziałała – HIV nie zdążył opanować układu immunologicznego dziecka.

(Dziecko wyleczone z HIV, „Świat i Ludzie” z dnia 20.02.2014 r.)

Terapia genowa może uodpornić ludzki organizm na HIV

The New England Journal of Medicine donosi, że naukowcy ze stanu Pensylwania opracowali zmodyfikowane genetycznie komórki zdolne opierać się HIV.

Co setny człowiek jest nosicielem pewnej mutacji genetycznej CCR5 delta 32. Powoduje ona, że na powierzchni limfocytów T (które są kluczowym elementem naszego układu odpornościowego i zarazem głównym celem ataku HIV) nie ma białka o tej samej nazwie. Tymczasem HIV przyłącza się do białka, gdy atakuje limfocyty, a skoro nie ma do czego się przyłączyć – atak się nie udaje.

Zespół prof. Bruce’a Levine’a zaprosił do swojego eksperymentu 12 osób – 10 mężczyzn i dwie kobiety w wieku 31–54 lat, u których wcześniej zdiagnozowano zakażenie HIV. Od 12 pacjentów pobrano miliony limfocytów T. W laboratorium lekarze namnożyli je, więc w sumie mieli do dyspozycji miliardy. Następnie wszystkim uczestnikom wstrzyknięto ok. 10 miliardów limfocytów, choć tylko 20% z nich udało się skutecznie zmodyfikować, czyli wyposażić w ochronną mutację.

Sześciu ochotnikom polecono w tym samym czasie odstawić leki przeciwwirusowe. Początkowo liczba wirusów zaczęła rosnąć, jednak w miarę jak wstrzyknięte nowe komórki zaczęły się namnażać i krążyć po organizmie, ich liczba zaczęła spadać – pisze prof. Levine. Dwoje pacjentów ze wspomnianej szóstki musiało wkrótce znów zacząć zażywać leki, gdyż HIV powrócił wyjątkowo szybko. Jed-

nak stan pozostałej czwórki wyraźnie się poprawił. U jednego z zakażonych ilość wirusa we krwi spadła tak bardzo, że naukowcy nie byli w stanie go wykryć.

Lekarze ciągle jeszcze mają za mało danych, aby ocenić przydatność tej bardzo kosztownej metody. Dlatego jeśli ma ona zastąpić leki, musi stanowić barierę ochronną przez co najmniej kilka lat, a nie przez kilka miesięcy.

(Wojciech Moskal, Zakaz wjazdu dla wirusa HIV, „Rzeczpospolita” z dnia 13.03.2014 r.)

Ruszyła strona dla młodych

W trosce o edukację i jakość życia młodych pacjentów zakażonych HIV powstał interaktywny portal internetowy www.odkrywcy.info. Portal ma być wirtualnym punktem wsparcia dla młodzieży i dzieci, które ze względu na swój status serologiczny, często czują się grosze, osamotnione i wyobcowane w środowisku szkolnym, czego rezultatem jest nieregularne przyjmowanie leków lub nieprzyjmowanie ich wcale.

Główną ideą projektu jest dotarcie do jak najszerzego grona dzieci i młodzieży leczących się z powodu HIV, jak i do tych, którzy mimo zakażenia, nie są pod stałą opieką lekarską.

Nowy portal internetowy ma pokazać zakażonym, jak radzić sobie z wirusem. Znaleźć tam można również gotowe do druku broszury z rysunkami i opisami badań wykonywanych podczas okresowych wizyt lekarskich. Jest też czat ze specjalistą oraz moderowane forum dyskusyjne. Dla najmłodszych zostanie zorganizowany konkurs.

(Dla młodych o HIV, „Głos Szczeciński” z dnia 12.04.2014 r.)

Małgorzata Olczyk

Młdziez na Rozdrożu – program profilaktyczno-wychowawczy

Na Rozdrożu CrossRoads®

www.MlodziezNaRozdrozu.pl

Proces kształtowania charakteru, oparty na pozytywnych wartościach, wpływa na wybory młodzieży dziś i zapobiega tragicznym konsekwencjom w przyszłości.

Każdy dobry rodzic i każdy oddany pedagog chciałby, aby jego wychowankowie prowadzili w przyszłości satysfakcjonujące życie. Jednak na taki sukces składają się setki poważnych, a także pozornie błahych, decyzji. Choć uczenie się na własnych błędach wpisane jest w proces rozwoju, nadal ogromną troską dorosłych pozostaje uchronienie młodego człowieka przed złymi wyborami. Choć niektóre z nich są zwyczajnie wpisane w koszty dorastania, to niosą ze sobą bolesne konsekwencje i powodują nieodwracalne szkody, a nawet zagrażają życiu. Jak pokazuje doświadczenie, żeby ustrzec kogoś przed ryzykownym zachowaniem, niewystarczające jest przekazanie mu informacji o jego skutkach lub niebezpieczeństwie. Powyższa myśl przyświecała powstaniu strategii CrossRoads i programu profilaktyczno-wychowawczego o zasięgu międzynarodowym pt. „Młdziez na Rozdrożu”.

Za każdym wyborem człowieka stoją wartości i przekonania oraz sposób postrzegania otaczającego świata. Towarzystwo młodzieży w rozwoju ku dojrzałości nie polega na nieustannym wskazywaniu „rób to, tego nie rób”. Wychowanie to o wiele większe wyzwanie. To prowadzenie do samodzielnego, właściwego postępowania w stosunku do innych ludzi i do siebie samego. Takie postępowanie zostało określone przez greckiego filozofa Arystotelesa jako „charakter” czyli „życie o właściwym przebiegu”.

Program „Młdziez na Rozdrożu” opiera się na przesłance, że destruktywne zachowania młodych ludzi, np. zażywanie narkotyków, picie alkoholu, przemoc, rozwiązłość seksualna mają wspólną przyczynę, którą jest właśnie brak dobrego charakteru. Sformułowane w ten sposób założenie wyznacza określony kierunek działań profilaktycznych, czyli skupienie się na nauczaniu i na rozwijaniu dobrego charakteru. Takie podejście wpisuje się w nurt profilaktyki zintegrowanej, która nie zajmuje się tylko jednym wybranym zagadnieniem, jak np. przeciwdziałaniem alkoholizmowi, lecz także szuka przyczyn i korzeni ryzykownych zachowań, zachęca do przyjęcia mądrego i zdrowego stylu życia. Kształtowanie charakteru to zarówno przekazywanie wiedzy, jak i budowanie przekonań o tym, co dobre, a co złe oraz dawanie motywacji do właściwego, moralnego postępowania.

Powstanie programu „Młdziez na Rozdrożu” wiąże się z inicjatywą przedstawicieli rządów Węgier i Malawi, którzy – zaniepokojeni szerzącą się epidemią HIV/AIDS w połowie lat dziewięćdziesiątych – szukali sposobów edukowania młodych ludzi w celu uchronienia ich przed zakażeniem. Przygotowany podręcznik – ponad 400 stron formatu A4, to efekt pracy ekspertów i doświadczeń praktyków z różnych krajów. Zawiera profesjonalnie opracowane i szczegółowo rozpisane scenariusze 30 interaktywnych zajęć, które angażują młodzież w wartościową dyskusję o życiu nie tylko w szkole, lecz także w domu (każda lekcja zawiera kartę pracy i kartę dla rodziców pt. *Do omówienia w rodzinie*).

Główną grupą docelową programu jest młodzież w wieku 12–16 lat, ale materiał można łatwo przystosować zarówno dla młodszych, jak i dla starszych odbiorców. Tematy lekcji są ujęte w pięciu rozdziałach o następujących tytułach: Relacje, Charakter, Seks we właściwej perspektywie, Praktyczne umiejętności życiowe, Podróż w przyszłość.

Obszerna część rozdziału trzeciego poświęcona jest chorobom przenoszonym drogą płciową, w tym HIV i AIDS. Przedstawiona jest rzetelna wiedza na ten temat, z podkreśleniem różnicy występującej między zakażeniami bakteryjnymi i wirusowymi, jak również wiele zagadnień związanych z profilaktyką oraz z opieką nad chorymi na AIDS. W odniesieniu do ryzykownych zachowań podejmowanych przez młodych ludzi, program promuje strategię eliminowania ryzyka zamiast zmniejszania ryzyka. W związku z tym zachęca do abstynencji seksualnej, tzn. odłożenia decyzji o współżyciu do czasu małżeństwa.

Strategia CrossRoads oraz Program „Młdziez na Rozdrożu” funkcjonują obecnie w co najmniej 60 krajach. Program realizowany jest m.in. w szkołach, ośrodkach wychowawczych, domach dziecka, kościołach, a nawet na zajęciach dla studentów na wyższych uczelniach. W Polsce program został zainaugurowany w 2004 r. i uzyskał pozytywną opinię Krajowego Centrum ds. AIDS.

Dorota Świerk
Dyrektor Strategii
CrossRoads – Młdziez na Rozdrożu

Młdziez na Rozdrożu,
CrossRoads International ©,
Orlando, USA

we współpracy z Fundacją
Ruchu Nowego Życia,
ul. Polnej Róży 1 C,
02-798 Warszawa,
tel. 22 648 98 18
www.mlodzieznarozdrozu.pl

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.

aspekty

Dodatek do Biuletynu Krajowego Centrum ds. AIDS



Bezpieczeństwo transfuzji krwi i jej składników w kontekście zakażeń HIV

Przenoszenie HIV przez krew

AIDS, czyli zespół nabytego niedoboru (upośledzenia) odporności, zostało opisane po raz pierwszy w 1981 r. W wyniku poszukiwań wywołującego go czynnika, w 1984 r. odkryto ludzkiego wirusa nabytego niedoboru (upośledzenia) odporności (HIV, początkowo oznaczony jako HTLV-III). Wśród pierwszych osób, u których opisano AIDS byli pacjenci chorzy na hemofilię (chorobę uwarunkowaną genetycznie, która wymaga systematycznego przetaczania krwi lub przyjmowania leków otrzymywanych z ludzkiego osocza) oraz dziecko, które otrzymało transfuzję koncentratu komórek płytkowych (KKP) od dawcy – homoseksualnego mężczyzny, który później zmarł na AIDS. Te obserwacje nasunęły przypuszczenie, że czynnik zakaźny odpowiedzialny za AIDS jest przenoszony przez transfuzję. W związku z tym wydano zalecenie, aby ograniczyć pobieranie krwi przeznaczonej do celów leczniczych od osób, co do których istniało podejrzenie, że charakteryzują się zwiększonym prawdopodobieństwem wystąpienia ryzyka zakażenia HIV. Hipoteza o przenoszeniu wirusa przez krew została niebawem potwierdzona. Już rok po odkryciu HIV rozpoczęto badania dawców przy pomocy pierwszych testów służących do wykrywania swoistych przeciwciał (anty-HIV).

W pierwszej połowie lat osiemdziesiątych zeszłego stulecia w niektórych rejonach epidemii ryzyko wystąpienia zakażenia przez transfuzję było bardzo wysokie (więcej na ten temat można przeczytać w Kontrze nr 1(55)/2013 – przyp. red.). Jednak od tamtego czasu do chwili obecnej zrobiono bardzo wiele, aby ograniczyć, a nawet wyeliminować, ryzyko powikłań po przetoczeniu krwi.

Metody zapobiegania infekcji przez transfuzję. Ankieta epidemiologiczna i badanie lekarskie

Zanim krew zostanie pobrana od dawcy, a następnie będzie użyta do celów leczniczych, przeprowadzana jest wielostopniowa procedura, której celem jest zapobieganie przetoczeniu krwi oraz jej składników od osób zakażonych HIV. Jeszcze przed odkryciem HIV, w Stanach Zjednoczonych wprowadzono zalecenie dyskwalifikacji dawców należących do grup podwyższonego ryzyka AIDS. Przyczyniło się ono do zmniejszenia częstości przypadków tej choroby w wyniku transfuzji o blisko 90%. Do obecnej chwili, również w Polsce, osoba, która ma zamiar oddać krew, zapoznaje się z najważniejszymi informacjami dotyczącymi dróg przenoszenia zakażenia, zachowań i sytuacji, które niosą ze sobą ryzyko zakażenia wirusami przenoszonymi drogą krwi, w tym HIV. Wiadomości przedstawiane dawcom oparte są na dyrektywie europejskiej oraz uwzględniają specyficzną sytuację epidemiologiczną w Polsce. Przyszły dawca poddany jest następnie tzw. wywiadowi medycznemu. Ma on postać ankiety, w której zawarte są kryteria dyskwalifikacji stałej i czasowej. **Nie mogą oddawać krwi osoby, u których kiedykolwiek stwierdzono zakażenie HIV. Dyskwalifikacji czasowej podlegają m.in. osoby, których służówka miała kontakt z obcą krwią, które uległy zakłuciu igłą, którym przetoczono krew, biorcy przeszczepów ludzkich komórek i tkanek, osoby po zabiegu chirurgicznym oraz te, u których wykonano tatuaż lub dokonano przekłucia części ciała. Krwi nie można także oddawać przez 6 miesięcy po powrocie z kraju o wysokiej częstości zakażeń HIV. Ważnym dzia-**

łaniem profilaktycznym jest lekarskie badanie przedmiotowe – do oddania krwi nie są dopuszczane osoby, których zachowanie może sugerować, że znajdują się np. pod wpływem narkotyków, lub u których zauważono nadmierną dysproporcję między ciężarem ciała a wzrostem. Powiększenie obwodowych węzłów chłonnych jest przeciwwskazaniem do pobrania krwi, aż do wyjaśnienia przyczyn zmiany ich wielkości. Podobnie jest w przypadku podwyższonej temperatury ciała. Wspomniane objawy mogą być nieswoistą manifestacją zakażenia HIV.

Badania markerów zakażenia HIV u dawców

Opisane wcześniej postępowanie ma na celu dopuszczenie do oddania krwi jedynie osób spoza populacji charakteryzującej się wysokim ryzykiem zakażenia HIV. Po tym etapie możliwe jest oddanie krwi, jednak zanim trafi ona do klinik, każdorazowo badana jest na obecność swoistych markerów świadczących o zakażeniu. W Polsce już od 1985 r., zatem rok po odkryciu HIV, badane są przeciwciała skierowane przeciw temu wirusowi (anty-HIV1/2). Identyfikowane są w ten sposób osoby, które zaczęły już wytwarzać swoiste przeciwciała skierowane do białek wirusa, i które zazwyczaj znajdują się w fazie przewlekłej zakażenia. Więcej na ten temat mogą Państwo przeczytać w Kontrze nr 1(55)/2013.

Postępowanie po potwierdzeniu zakażenia

Po uzyskaniu dodatniego wyniku testu potwierdzenia techniką WB lub do-

datniego wyniku RNA HIV, Centrum Krwiodawstwa wzywa zakażonego krwiodawcę. Dyrektor Centrum lub upoważniony przez niego lekarz przeprowadza rozmowę z krwiodawcą, informuje go o wykrytym u niego zakażeniu HIV i udziela wskazówek dotyczących ochrony innych osób przed zakażeniem. Następnie taka osoba kierowana jest do placówki świadczącej opiekę ambulatoryjną dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS lub odpowiedniego oddziału szpitalnego.

Dodatknie wyniki testów weryfikacyjnych zostają automatycznie umieszczone w formie zakodowanej w bazie danych i są udostępniane wszystkim jednostkom organizacyjnym służby krwi. Działy rejestracji krwiodawców w centrach krwiodawstwa i w ich oddziałach terenowych są zobowiązane do prowadzenia wykazu dawców skreślonych z rejestru i sprawdzania każdego dawcy zgłaszającego się do oddania krwi, czy jego nazwisko nie znajduje się w tym wykazie.

Badania dawców jako źródło wiedzy o epidemiologii zakażeń HIV w Polsce

Należy zaznaczyć, że badania przeglądowe, oprócz funkcji profilaktycznej, są wartościowym źródłem danych epidemiologicznych. Średnio 50–60 (5%) przypadków rocznie, z liczby ok. 1 000

Tabela 1. Wykrywanie RNA HIV u dawców krwi bez przeciwciał anti-HIV (2007)

Kraj	Liczba donacji	
	Zbadanych	Dodatnich (częstość/mln donacji)
USA	23 mln	5 (0,22)
Niemcy	18 mln	3 (0,17)
Wielka Brytania	8 mln	0 (0)
Japonia	16 mln	6 (0,37)
Polska (2013)	12 mln	13 (1,1)

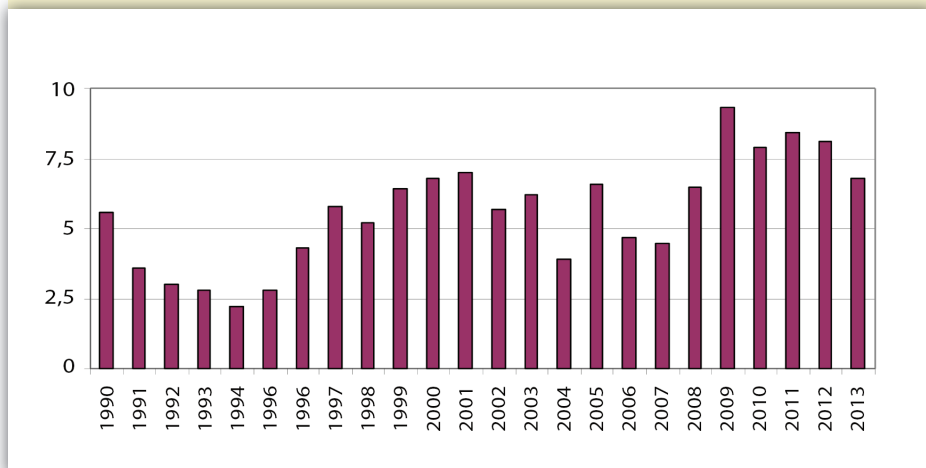
nowych zakażeń HIV rejestrowanych w Polsce w ostatnich latach, jest zidentyfikowanych przez krwiodawstwo.

Częstość dawców zakażonych HIV w latach 1990–2013 została przedstawiona na Rycinie 1. Utrzymuje się ona na niskim poziomie, od 1 do 9 zakażonych na 100 000 dawców. Wśród osób zakażonych dominują osoby młode w wieku 18–30 lat. W latach 2008–2010 nastąpił wzrost częstości zakażeń. Zjawisko to wiązało się przede wszystkim ze zwiększoną liczbą zakażonych dawców wielokrotnych. W latach 2005–2007 częstość zakażeń w tej grupie wynosiła 0,98/100 000 donacji, podczas gdy w okresie kolejnych trzech lat wzro-

śla do 2,04/100 000. Zakażenie HIV w okienku serologicznym do końca 2012 r. zidentyfikowano u 13 dawców. Częstość zakażeń w okienku serologicznym, w porównaniu z danymi z innych krajów, przedstawiono w Tabeli 1.

Mimo że częstość zakażeń HIV jest bardzo niska wśród dawców, może niepokoić fakt, że częstość zakażeń zarówno serododatnich, jak i tylko RNA HIV dodatnich u polskich dawców krwi jest wyższa niż u dawców krwi np. w Stanach Zjednoczonych, gdzie częstość zakażenia HIV w populacji ogólnej jest większa niż w Polsce. Ta obserwacja może świadczyć o tym, że wśród polskich dawców krwi jest wielu (więcej niż w innych krajach) tzw. *test seekers* – osób, które oddają krew przede wszystkim w celu uzyskania wyników badań wirusologicznych. Zjawisko to narasta, zwłaszcza w sytuacji ograniczonego dostępu do badań przeglądowych poza krwiodawstwem. Są to zazwyczaj osoby przekonane, że mogły ulec zakażeniu, mimo to przed donacją nie zgłaszają sytuacji obarczonych istotnym ryzykiem zakażenia wirusem HIV. Niewiele jednak wiadomo w Polsce o tej grupie. Nasza wiedza opiera się obecnie jedynie na obserwacjach z innych części świata. Najnowsze z nich były szczegółowo omawiane na ostatnim kongresie ISBT (ang. *International Society of Blood Transfusion*) w Amsterdamie w 2013 r.

Rycina 1. Częstość zakażeń wirusem HIV wśród polskich krwiodawców w latach 1990–2013 (opracowanie dr M. Mikulska, IHiT, Warszawa)



Przykładowo w Brazylii szacuje się, że tzw. *test seekers* stanowią 15% dawców zakażonych HIV i 2,4–5% dawców bez markerów zakażenia. Najczęstszą przyczyną występowania takiego zjawiska są złe doświadczenia dotyczące badań w kierunku HIV wykonywanych w publicznie dostępnych punktach poza krwiodawstwem. W szczególności wskazuje się na długi okres oczekiwania na poradę oraz na wynik badania, złe warunki, w których funkcjonują takie placówki, oraz brak prywatności. Wśród 200 niedoszłych włoskich dawców, u których wykryto HIV, blisko 30% przyznało się do zachowań ryzykownych w okresie 4 miesięcy przed donacją, podobny odsetek w okresie wcześniejszym niż 4 miesiące przed donacją. Jednak w przypadku przeszło 40% ankietowanych źródło zakażenia pozostało nieznane. Najczęstszym zidentyfikowanym elementem ryzyka były zachowania seksualne, wśród których 33% stanowiły kontakty homoseksualne. Zwraca uwagę fakt, że częstość ryzykownych zachowań seksualnych wśród osób zakażonych HIV była istotnie wyższa u dawców wielokrotnych niż pierwszorazowych. Wśród przyczyn niewykazania sytuacji związanych ze zwiększonym ryzykiem zakażenia HIV wskazywano najczęściej brak przekonania, że podjęto ryzykowne zachowanie (53%), przeświadczenie, że co prawda podejmowane zachowanie jest ryzykowne, jednak prawdopodobieństwo zakażenia jest bardzo małe (30%) oraz brak zrozumienia pytania w kwestionariuszu poprzedzającym oddanie krwi (7%). Wyniki tych analiz z pewnością, przynajmniej w części, mają charakter uniwersalny i wskazują na istotne znaczenie prowadzenia szeroko zakrojonych działań edukacyjnych, a w szczególności objaśniania dawcom w sposób bardziej zrozumiały i wyraźny znaczenia ryzykownych zachowań seksualnych podejmowanych przed donacją.

Obecnie coraz więcej uwagi zwraca się na sposób formułowania pytań w kwestionariuszu wypełnianym przed donacją. Wciąż w wielu krajach dyskutuje się zasadność odsuwania od krwiodawstwa

dawców, którzy mieli kontakty seksualne z osobami tej samej płci. W 2012 r. w Portugalii zrezygnowano z takiego postępowania. Jedno z centrów krwiodawstwa przeanalizowało źródła zakażenia dawców zakażonych HIV po wprowadzeniu tej zmiany. Stwierdzono, że spośród 9 zakażonych, cztery osoby wskazały na kontakty homoseksualne jako prawdopodobne źródło zakażenia, trzy osoby wskazały kontakty heteroseksualne, w przypadku dwóch osób źródło zakażenia było nieznane.

Należy rozważyć, czy w Polsce nie mamy do czynienia z większą niż w innych krajach liczbą osób nieświadomych zakażenia HIV. Zmiany częstości zakażeń u dawców w ostatnich latach są spójne z danymi dotyczącymi ogólnej częstości zakażeń w populacji polskiej (www.pzh.gov.pl) i wskazują na rosnącą liczbę/częstość wykrywania nowych zakażeń.

Po stwierdzeniu zakażenia, przy okazji wręczania wyników badań świadczących o zakażeniu HIV, zdyskwalifikowany dawca proszony jest o wypełnienie ankiety epidemiologicznej, która ma służyć identyfikacji najbardziej prawdopodobnej drogi zakażenia. O ile po wprowadzeniu badań na obecność wirusa, osoby zakażone wśród najbardziej prawdopodobnych źródeł zakażenia wymieniały środki odurzające podawane dożylnie (*nota bene* po ich przyjmowaniu nie wolno oddawać krwi do celów leczniczych!), o tyle obecnie najczęściej wskazują na homoseksualne kontakty między mężczyznami.

Trudności diagnostyczne i ryzyko zakażenia przez krew

Przedstawione dane pokazują, że system chronienia biorców krwi i jej składników przed zakażeniem HIV przez transfuzję jest wielostopniowy. Obecnie uważa się, że ryzyko takiego powikłania jest bliskie zeru. Rygorystyczna kwalifikacja dawców krwi sprawia, że są oni populacją charakteryzującą się niewielkim stopniem ryzyka zakażenia HIV. Do identyfikacji osób zakażonych stosowane są testy diagnostyczne o najlepszych

parametrach, które pozwalają stwierdzić zakażenie już kilka dni po przeniesieniu wirusa. Szacuje się, że trzytygodniowe okienko serologiczne jest przeciętnie skracane do ok. 7 dni przy stosowaniu badań metodami biologii molekularnej.

W Polsce ryzyko przeniesienia HIV przez transfuzję jest obecnie nawet mniejsze. Okienko diagnostyczne dla testu TMA, używanego przez część centrów krwiodawstwa w naszym kraju, wynosi zaledwie 3 dni. W ostatnim czasie przeprowadzono kalkulację ryzyka zakażenia HIV, w której wykorzystano dane epidemiologiczne z różnych części świata. W analizie dla Europy Centralnej uwzględniono dane epidemiologiczne pochodzące m.in. z Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa (RCKiK) w Warszawie. Podczas prowadzenia badań anty-HIV oraz RNA HIV w pojedynczej donacji ryzyko przeniesienia infekcji przez transfuzję szacowane jest średnio na 0,15 na milion donacji (przy założeniu, że 50% minimalnej dawki zakaźnej (ID50) w trakcie okienka serologicznego wynosi 3,16 wirionów dla koncentratu krwinek czerwonych). Wynik szacunkowych wyliczeń oznacza, że w Polsce można się spodziewać nie więcej niż jednego przypadku przeniesienia HIV przez transfuzję na blisko 7 lat, przy założeniu, że co roku pobierany jest ok. 1 milion donacji.

Wydaje się jednak, że powyższe szacunki są zawyżone, ponieważ zakaźność HIV może być mniejsza niż to wynika z teoretycznych modeli. Nie uwzględniają one bowiem faktu, że prawdopodobnie zakaźność HIV (zwłaszcza w przypadku składników komórkowych) może być niższa ze względu na mniejszą stabilność wirusa, gdy jest przechowywany w warunkach chłodniczych. Dodatkowo, gdyby jednak osoba zakażona oddała krew do celów leczniczych, istnieje duże prawdopodobieństwo identyfikacji w procedurze karencjonowania lub efektywnej inaktywacji, która jest używana w trakcie wytwarzania składników krwi.

Istniejące niewielkie ryzyko wynika z nieznacznego prawdopodobieństwa pobrania krwi od dawcy w okresie pierw-

szych kilkudziesięciu godzin zaraz po zakażeniu oraz z, jak się wydaje, niezwykle rzadkim występowaniem przypadków zakażeń w okienku serologicznym mutantami HIV, które są na tyle zmienione, że nie wykrywają ich obecnie stosowane testy wykorzystujące metody biologii molekularnej. Polimorfizm HIV jest istotnym, choć trudnym do oszacowania, źródłem ryzyka zakażenia. Nie jest znana dokładnie skala występowania mutantów, u których w trakcie badania uzyskuje się wyniki fałszywie ujemne. W Niemczech opisano przypadki zakażenia mutantami HIV, które nie zostały wykryte w badaniu przeglądowym NAT. O ile u naszych zachodnich sąsiadów występowanie wariantów wirusa określanymi mianem mutantów ucieczki dotyczyło najpowszechniejszego obecnie na świecie podtypu B, o tyle donacje fałszywie negatywne w badaniu metodami biologii molekularnej opisane we Włoszech dotyczyły form zrekombinowanych. Wykazano, że skuteczną metodą ograniczenia ryzyka wyników fałszywie ujemnych w NAT jest stosowanie testów amplifikujących jednocześnie przynajmniej dwa regiony genomu HIV.

Inną populacją osób zakażonych, u której mogą wystąpić trudności diagnostyczne w trakcie badań przeglądowych, jest tzw. populacja *elite controllers*.

W krajach z wysoką częstością zakażeń HIV, przede wszystkim w Afryce, stanowią oni ok. 2–4% zakażonych dawców. Należą do nich osoby, u których RNA HIV nie jest wykrywalne w osoczu metodami o czułości 50–70 kopii RNA/ml, mimo że przez przynajmniej dwa lata utrzymywały się u nich powtarzalnie reaktywne wyniki badania anty-HIV potwierdzone w teście *Western blot*. Osoby te nie były nigdy leczone lekami antyretrowirusowymi. W większości tych przypadków RNA wirusa wykrywalne jest w komórkach krwi, podobnie jak prowirusowe DNA. Wiadomo, że u *elite controllers* wirus zachowuje zdolność do replikacji, jednak zakaźność krwi i jej składników pozostaje nieznana. Dotychczas nie zidentyfikowano ani jednego takiego przypadku wśród zakażonych dawców krwi w Polsce. Występowanie mutantów ucieczki oraz *elite controllers* przemawia za utrzymaniem badań metodami serologicznymi nawet w krajach, w których bada się RNA HIV.

Krwiodawstwo bardzo szczegółowo monitoruje powikłania poprzetoczeniowe. Służy temu m.in. prowadzenie procedury tzw. spojrzenia wstecz (ang. *look back*). Jest ona stosowana w razie pojawienia się jakichkolwiek objawów ubocznych u biorcy krwi, jak również w sytuacji, gdy u dawcy wielokrotnie-

go stwierdzono zakażenie. Wnikliwe dochodzenie diagnostyczne wdrażane w takich przypadkach pozwala wykluczyć lub potwierdzić przeniesienie zakażenia przez transfuzję. Należy podkreślić, że dzięki dotychczasowemu stosowaniu takiego postępowania w Polsce **nie stwierdzono ani jednego przypadku przeniesienia zakażenia HIV przez transfuzję**. Na tej podstawie jesteśmy przekonani, że pomimo utrzymywania się teoretycznie niezwykle małego ryzyka przeniesienia HIV związanego z okienkiem diagnostycznym oraz potencjalnym prawdopodobieństwem zakażeń mutantami ucieczki HIV, przetoczenia krwi w Polsce są bezpieczne.

Niemniej jednak Służba Krwi cały czas mocno podkreśla szczególną odpowiedzialność dawcy, który powinien w sposób skrupulatny i zgodny z faktami poddawać się kwalifikacji przed oddaniem krwi. To właśnie od jego poczucia odpowiedzialności zależy w dużej mierze bezpieczeństwo krwi, którą oddaje.

Piotr Grabarczyk
Zakład Wirusologii,
Instytut Hematologii i Transfuzjologii
Warszawa, ul. Chocimska 5
pgrabarczyk@ihit.waw.pl
tel. 22 3496600 wew. 135

Piśmiennictwo

1. Czynniki zakaźne przenoszone przez krew pod red. Ewy Brojer: 4. Retrowirusy - biologia, epidemiologia i diagnostyka. OINPHARMA, Warszawa 2008.
2. Windyga J, Grabarczyk P, Stefańska E, Buczma A, Szczepanik AB, Klukowska A, Mikulska M, Medyńska J, Brojer E. Częstość zakażeń HCV, HBV i HIV w populacji chorych na ciężką hemofilię w Polsce. *Przegląd Epidemiologiczny* 2008,62:415-423.
3. Mikulska M, Sulkowska E, Grabarczyk P, Medyńska J, Seyfried H, Łętowska M, Brojer E. Częstość zakażeń wirusem HIV w populacji krwiodawców w Polsce w latach 1988-2007. *Journal of Transfusion Medicine* 2008,1,1:20-27.
4. Grabarczyk P, Medyńska J, Liszewski G, Kubicka-Russel D, Sulkowska E, Mikulska, Łętowska M, M Brojer E. HCV RNA and HIV RNA detection by PROCLEIX HIV1/HCV ASSAY in blood donors with various results of anti-HCV and anti-HIV EIA. *Journal of Transfusion Medicine* 2009,1(1):26-33.
5. E. Sulkowska, Mikulska M, Grabarczyk P, Brojer E, Łętowska M, Polska Grupa Badawcza ds. Badań Wirusologicznych u Dawców Krwi w Regionalnych Centrach Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa. *Analiza molekularnych i serologicznych markerów zakażenia HIV u polskich krwiodawców*. (styczeń 2011) *J. Transf. Med.* 2012 (6) zaakceptowane do druku grudzień 2012.
6. Łętowska M. [red] *Medyczne zasady pobierania krwi, oddzielania jej składników i wydawania obowiązujące w jednostkach organizacyjnych publicznej służby krwi*. Instytut Hematologii i Transfuzjologii, Warszawa 2011.
7. Moraczewska Z, Seyfriedowa H, Kacperska E, Szata W, Mazurkiewicz W, Babiuch L. *HIV-1 infection in blood donors and blood recipients*. *Przegląd Epidemiologiczny* 1990;44(3):149-54.
8. Bruhn R, Lelie N, Custer B, Busch M, Kleinman S, Int NAT Study Grp. *Prevalence of human immunodeficiency virus RNA and antibody in first-time, lap- sed, and repeat blood donations across five international regions and relative efficacy of alternative screening scenarios*. *Transfusion*, 53, 10, 2399-2412.

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@ids.gov.pl
www.aids.gov.pl

Egzemplarz bezpłatny
Redakcja zastrzega sobie prawo
adjustacji i skracania artykułów.