



Biuletyn Krajowego Centrum ds. AIDS

W numerze:

Polska przewodniczącym Rady Programowej UNAIDS w 2012 roku

str. 1

Zdrowie psychiczne osób żyjących z HIV/AIDS. Potrzeby i bariery.

Jacek Moskalewicz, Agnieszka Pisarska,
Magdalena Wójcik

str. 2-3

Zapobieganie i kontrola chorób zakaźnych, w tym HIV/AIDS, wśród osób używających narkotyki w iniekcjach

Piotr Wysocki

str. 4-5

Europejski Plan Działania HIV/AIDS 2012-2015

Anna Król, Paulina Miśkiewicz

str. 6-7

Przegląd prasy V-X 2011

Małgorzata Olczyk

str. 8-9

Aspekty

Gruźlica u osób zakażonych HIV

Regina B. Podlasin

Telefon Zaufania HIV/AIDS

(+22) 692 82 26; 801 888 448

od pn. 9⁰⁰ do sob. 21⁰⁰

Lekarze specjaliści dyżurują:

we wtorki i czwartki w godz. 17:00-19:00

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

info@aids.gov.pl

Poradnia Internetowa HIV/AIDS

www.aids.gov.pl

poradnia@aids.gov.pl

Polska przewodniczącym Rady Programowej UNAIDS w 2012 roku.

W dniu 14 grudnia, w Genewie, podczas posiedzenia Rady Koordynacyjnej Programu NZ ds. HIV/AIDS (Programme Coordinating Board UNAIDS) Polska została wybrana na Przewodniczącą tej Rady w 2012 roku. W 2011 roku Polska pełniła funkcję Wiceprzewodniczącego Rady. PCB UNAIDS jest ciałem zarządzającym ONZ-owskim programem UNAIDS, którego celem jest walka z epidemią HIV/AIDS na świecie. PCB powstała w roku 1994 decyzją Rady Społeczno-Ekonomicznej ONZ (ECOSOC), ale aktywną działalność rozpoczęła w 1996 roku. Polska była jednym ze współzałożycieli Rady. Następnie, przez ponad 11 lat nasz kraj był obserwatorem jej działań, a od roku 2010 znowu zasiada jako członek Rady. Na wybór Polski do pełnienia prestiżowej funkcji Przewodniczącego niewątpliwie miało wpływ uznanie dla dorobku Polski w walce z epidemią HIV/AIDS oraz fakt, że Polska postrzegana jest w naszym regionie jako lider rozwiązań systemowych w walce z epidemią HIV/AIDS. Decyzja o wyborze Polski była jednogłośnie.

Polska w czasie swojego Przewodnicztwa w 2012 roku planuje kontynuację działań rozpoczętych w 2011 roku, mających na celu zwrócenie uwagi Programu UNAIDS i państw członkowskich na konieczność wzmocnienia aktywności tej agendy ONZ w Europie Wschodniej i Azji Centralnej. Jest to szczególnie ważne z punktu widzenia interesów naszego kraju, gdyż epidemia HIV/AIDS w krajach leżących za naszymi wschodnimi granicami, a w szczególności w państwach takich, jak Ukraina, Rosja itp. przybrała charakter lawinowy, co odzwierciedla ostatnio opublikowany raport UNAIDS. Wszelkie działania mające na celu ograniczenie szybkiego

rozprzestrzeniania się zakażeń HIV w tym regionie będą miały pozytywny wpływ także na sytuację epidemiologiczną HIV/AIDS w Polsce.

Główne zadania Rady Programowej UNAIDS, to m.in.:

- Tworzenie strategii i wytyczanie priorytetów w walce z epidemią HIV/AIDS na poziomie globalnym oraz wydawanie stosownych rekomendacji pomocnych w tworzeniu programów walki z epidemią w poszczególnych krajach.
- Rzecznictwo w zakresie realizacji zobowiązań przyjętych na forum międzynarodowym przez poszczególne kraje.
- Współpraca z agendami współtworzącymi Program w ramach ONZ (WHO, UNODC, UNDP, UNICEF, ILO, UNHCR, UNESCO, UNFPA, WFP, The World Bank).
- Ekspertyzy epidemiologiczne i problemowe w szeroko pojętym kontekście walki z epidemią HIV/AIDS na świecie (m.in. w zakresie szerokiej dostępności leczenia ARV, podatności na zakażenie określonych populacji, najlepszych praktyk w zakresie profilaktyki HIV i AIDS).



Joint United Nations Programme on HIV/AIDS

UNAIDS
UNICEF • UNDP • UNFPA • UNDCP
ILO • UNESCO • WHO • WOLRD BANK

Zdrowie psychiczne osób żyjących z HIV/AIDS. Potrzeby i bariery.

Potrzeby psychiczne osób żyjących z HIV/AIDS pozornie wydają się mieć drugorzędne znaczenie w porównaniu z zagrożeniem dla zdrowia i życia, jakie niesie za sobą infekcja HIV. Walka z wirusem jest też priorytetem odpowiednich służb medycznych. Dlatego też wśród licznych badań i prac na temat problemów wynikających z HIV/AIDS problemy zdrowia psychicznego pojawiają się stosunkowo rzadko. Studium „Mental Health and HIV/AIDS”¹ – współfinansowane przez Komisję Europejską – jest pierwszym badaniem podejmującym tę problematykę w Polsce oraz jednym z pierwszych w tej części Europy. Badanie prowadzone w siedmiu krajach Europy Środkowo-Wschodniej obejmowało wiele przedsięwzięć badawczych, w tym analizę instytucjonalną, analizę dokumentacji medycznej, badania metodą delficką oraz zogniskowane wywiady grupowe (grupy fokusowe).

Wyniki badań dotyczących instytucji opieki zostały przedstawione w artykule w Kontrze nr 2 (48)². W tym artykule zamierzamy przedstawić wyniki zogniskowanych wywiadów grupowych realizowanych w kilku miastach w Polsce. Celem wywiadów była identyfikacja potrzeb, barier oraz wskazanie dobrych rozwiązań w zakresie zdrowia psychicznego osób żyjących z HIV/AIDS. Dyskusja skoncentrowana była wokół trzech pytań badawczych:

- Jakie są potrzeby w zakresie zdrowia psychicznego osób żyjących z HIV/AIDS?
- Jakie bariery utrudniają osobom żyjącym z HIV/AIDS dostęp do pomocy i wsparcia w zakresie zdrowia psychicznego?
- Co należałoby zrobić, żeby zapewnić odpowiednią pomoc i opiekę w zakresie zdrowia psychicznego?

Przeprowadzono cztery zogniskowane wywiady grupowe z osobami żyjącymi z HIV/AIDS, w większości członkami organizacji pozarządowych. W sumie

w badaniach wzięło udział 25 osób, w tym 8 kobiet.

Wszystkie wywiady zostały nagrane w wersji dźwiękowej, a następnie spisane. Analiza była prowadzona przez dwóch niezależnych sędziów kompetentnych. Analizy jakościowe prowadzone były metodą nazywaną analizą tematyczną (*thematic analysis*), która polega na identyfikowaniu tematów pojawiających się w wypowiedziach respondentów³ (Aronson, 1994).

Przeprowadzone wywiady umożliwiły zidentyfikowanie problemów, z którymi borykają się osoby żyjące z HIV/AIDS, oraz barier utrudniających zaspokajanie potrzeb w zakresie zdrowia, w tym zdrowia psychicznego. W swoich wypowiedziach respondenci mówili o problemach wynikających z negatywnych (niekiedy skrajnie) postaw społecznych: braku akceptacji, wrogości, stygmatyzacji osób zakażonych oraz braku podstawowej wiedzy społeczeństwa na temat problematyki HIV/AIDS, w tym postaw pracowników ochrony zdrowia, za wyjątkiem służb wyspecjalizowanych w kwestiach HIV/AIDS. Respondenci zwracali ponadto uwagę na potrzebę akceptacji oraz potrzebę kontaktu z innymi ludźmi – wątek izolacji, osamotnienia, lęku w sytuacjach społecznych przewijał się we wszystkich rozmowach.

Respondenci zwracali uwagę na negatywne postawy pracowników służby zdrowia: obojętność, niechęć, a niekiedy wręcz agresję. Często przytaczano przykłady odmowy udzielenia świadczeń. Poważny problem stanowi nierespektowanie prawa pacjenta do zachowania w tajemnicy statusu serologicznego. Podkreślano problemy natury psychologicznej, tj. stres i obawy, jakie wiążą się z wykonywaniem testu w kierunku HIV oraz wizytami u lekarzy. Mówiono również o dylematach etycznych: ukrywaniu przed lekarzami statusu serologicznego, aby uniknąć dyskryminacji i odrzucenia. Niektóre doświadczenia z przedstawicielami służby zdrowia

miały wręcz traumatyczny charakter i zaciążyły na długie lata na psychice badanych. Dostęp do specjalistycznej opieki medycznej (np. dermatolog, stomatolog, chirurg, ginekolog) jest bardzo trudny, zaś informacja dotycząca pomocy psychologicznej i psychiatrycznej – dalece niewystarczająca.

Wskazywano także na niedostateczną wiedzę na temat HIV/AIDS i brak umiejętności pracowników służby zdrowia, nie tylko w zakresie opieki psychologicznej czy psychiatrycznej (ograniczanie opieki do podawania leków), lecz nawet w nawiązywaniu dobrego kontaktu.

Kolejną kategorię problemów osób żyjących z HIV/AIDS stanowiły problemy wynikające ze specyfiki tej choroby: utrata dobrostanu psychicznego, stały lęk i wstyd oraz problemy ze zdrowiem psychicznym takie, jak lęk i depresja. Podkreślano także trudności w pogodzeniu się z zakażeniem HIV.

Problemy związane z funkcjonowaniem wśród najbliższych dotyczyły ograniczenia lub wręcz braku związków z innymi ludźmi. Respondenci żyjący z HIV mówili o rezygnacji z bliskich relacji, zerwaniu kontaktów z rodziną i znajomymi. Obawiali się, że ujawnienie faktu zakażenia pociąga za sobą zagrożenie utratą pracy i trudności w uzyskaniu pomocy socjalnej. Potrzeby osób żyjących z HIV/AIDS zmieniają się w zależności od fazy rozwoju choroby. Niemniej jednak na każdym etapie niezbędne jest wsparcie psychiczne, przy poszanowaniu prywatności i anonimowości. Wsparcie i pomoc w zaakceptowaniu faktu zakażenia u bliskiej osoby potrzebne są również rodzinom osób żyjących z HIV/AIDS. Respondenci podkreślali przy tym wagę profesjonalnej pomocy psychologicznej/psychiatrycznej oraz wsparcia ze strony innych osób zakażonych. Ważną kwestią jest przekazanie rzetelnych (ale niewzbudzających lęku) informacji na temat przebiegu choroby osobom zakażonym i ich rodzinom. Mogą to robić sami zakażeni pod warunkiem przygotowania ich przez specjalistę.



Respondenci zwracali także uwagę na potrzebę kształtowania umiejętności szukania pomocy psychologicznej/psychiatrycznej, szczególnie w kontekście braku tradycji korzystania z takiej pomocy i funkcjonujących w polskim społeczeństwie stereotypów np. takich, że konsultacje psychologiczne/psychiatryczne są potrzebne jedynie osobom chorym psychicznie. Mówili też, że przydatna byłaby dla nich umiejętność rozpoznawania symptomów pogorszonego samopoczucia psychicznego. Potrzeby w zakresie leczenia i psychoterapii dotyczyły indywidualnego podejścia wobec zakażonych pacjentów, ze względu na zróżnicowane potrzeby w zakresie zdrowia psychicznego i somatycznego. Respondenci wskazywali na potrzebę posiadania stałego, zaufanego lekarza oraz możliwości udziału w psychoterapii grupowej.

Badania pozwoliły na sformułowanie listy rekomendacji, których realizacja

powinna poprawić zdrowie psychiczne osób żyjących z HIV/AIDS. Do najpilniejszych działań należą:

- Edukacja społeczna dotycząca HIV/AIDS. Programy edukacyjne przed ich upowszechnieniem powinny być poddane wnikliwej ewaluacji. Istnieje bowiem niebezpieczeństwo nieprawidłowej interpretacji wiedzy naukowej.
- Poprawa dostępności do opieki psychologicznej/psychiatrycznej. Wszyscy respondenci podkreślali potrzebę pomocy psychologicznej/psychiatrycznej na każdym etapie przebiegu infekcji HIV. Obecne bariery nie wynikają tylko z braku funduszy i specjalistów, lecz także z funkcjonujących w społeczeństwie stereotypów dotyczących pomocy psychologicznej i psychiatrycznej.
- Poprawa wiedzy pracowników służby zdrowia na temat HIV/AIDS. Zebrane dane wskazują, że nadal

można spotkać się z przejawami druzgocącej ignorancji.

- Poprawa dostępności do leczenia chorób somatycznych. Dostęp do lekarza pierwszego kontaktu, stomatologa, chirurga, dermatologa, ginekologa jest dla osób żyjących z HIV ogromnym problemem.
- Wspieranie działalności organizacji pozarządowych, stowarzyszeń samopomocowych. Odgrywają one kluczową rolę w readaptacji społecznej, pomagają dotrzeć do odpowiednich form wsparcia, w tym do lekarzy, którzy nie dyskryminują pacjentów z HIV/AIDS. Obecnie działają nieliczne stowarzyszenia, skoncentrowane głównie w Warszawie, borykające się z trudnościami finansowymi.

*Jacek Moskalewicz,
Agnieszka Pisarska,
Magdalena Wójcik*

1. Projekt *Mental Health and HIV/AIDS* koordynowany przez Społeczny Komitet ds. AIDS.

2. *Ochrona zdrowia psychicznego osób żyjących z HIV/AIDS w Polsce i innych krajach Unii Europejskiej z regionu Europy Środkowej i Wschodniej*, Kontra nr 2 (48) 2011, str. 5-6.

3. Aronson J. (1994) *A pragmatic view of thematic analysis. Qualitative Report*, 2 (1) <http://www.nova.edu/ssss/OR/BackIssues/QR2-1/aronson.html>

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

Zapobieganie i kontrola chorób zakaźnych, w tym HIV/AIDS, wśród osób używających narkotyki w iniekcjach

Na przestrzeni ostatniego trzydziestolecia w państwach Unii Europejskiej miało miejsce zróżnicowanie pod względem liczby nowo zgłaszanych zakażeń HIV wśród osób stosujących narkotyki w iniekcjach. Wiele państw (głównie Europy Zachodniej) odnotowało największy wzrost zakażeń HIV w tej grupie w latach 80. i 90. ubiegłego wieku. Z kolei państwa Europy Wschodniej (włączając nowych członków Unii) najczęściej nowo zgłaszanych zakażeń HIV wśród osób wstrzykujących narkotyki rejestrowały po roku 2000.

Wspólne działania państw przyczyniły się m.in. do tego, że w ciągu ostatniego dwudziestolecia dokonano znacznego postępu w Europie w dziedzinie zapobiegania HIV wśród osób wstrzykujących narkotyki oraz w leczeniu substytucyjnym osób zakażonych HIV.

W latach 90. ubiegłego wieku państwa Unii Europejskiej rozpoczęły wspólne działania mające na celu wymianę informacji i wypracowanie uregulowań prawnych dotyczących problematyki HIV/AIDS oraz stosowania narkotyków drogą iniekcji. Zaowocowało to m.in. powołaniem do życia Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA, rok 1993) oraz Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC, rok 2005). Celem obydwu organizacji jest m.in. dostarczanie rzetelnych (opartych na badaniach naukowych) informacji opisujących zagrożenia, jakie stwarza używanie narkotyków oraz występowanie chorób zakaźnych w Europie.

Dane pochodzące z krajów o dobrze rozwiniętych systemach nadzoru epidemiologicznego wskazują, że w ciągu ostatniej dekady w większości państw Unii Europejskiej znacząco spadła liczba nowych zakażeń HIV wśród osób wstrzykujących narkotyki. Jednocześnie na podstawie danych szacunkowych zaobserwować można wysoki odsetek Europejczyków, którzy przyjmują narkotyki w iniekcji, co znacząco zwiększa ryzyko zakażenia HIV, wirusowym zapaleniem wątroby typu B i C i innymi krwiopochodnymi chorobami infekcyjnymi. Mechanizm, który prowadzi do



Zdjęcie: materiał ECDC

zakażenia, pozostaje często ten sam, tzn. poprzez stosowanie tych samych, niesterylnych i zakażonych igieł i strzykawek przez kilka osób, a także wspólne korzystanie z akcesoriów służących do przygotowywania roztworu narkotyku do wstrzyknięcia.

W państwach sąsiadujących z Unią Europejską takich, jak Ukraina czy Federacja Rosyjska, stosowanie narkotyków w iniekcjach na masową skalę stanowi jeden z głównych czynników zakażenia HIV. Sytuację pogarsza fakt, że wskaźniki nowych zakażeń stale tam rosną, a jednocześnie brakuje dostatecznego poparcia ze strony władz i instytucji państwowych powołanych do ochrony zdrowia dla działań zmierzających do przeciwdziałania epidemii HIV/AIDS. Według danych (2009) nadzoru epidemiologicznego państw Unii Europejskiej,

prewalencja HIV wśród osób stosujących narkotyki w iniekcjach jest mocno zróżnicowana i wynosi od mniej niż 1% do ponad 60%. Wśród wszystkich nowo zdiagnozowanych zakażeń HIV zgłoszonych w 28 państwach Unii Europejskiej i Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG) – łącznie było to 25 917 przypadków, 1 298 zakażeń stwierdzono u osób z narkomanią dożylną w wywiadzie (5,7 na 100 000).

Według średniej dla państw UE i EOG za rok 2009, ze wszystkich nowo zgłoszonych zakażeń HIV, 5% było następstwem wstrzykiwania narkotyków. Średnia zamazuje jednak prawdziwy obraz sytuacji, gdyż pomiędzy poszczególnymi państwami występują dość istotne różnice w tym zakresie (np. mniej niż 1% w Holandii i Rumunii, 43% w Bułgarii i 65% na Litwie).

Przykłady chorób zakaźnych, których ryzyko zakażenia wzrasta w związku ze stosowaniem narkotyków w iniekcjach

HIV

Wirusowe zapalenie wątroby typu A, B (HBV), C (HCV), D

Gruźlica

Zakażenia skóry i tkanek miękkich wywołane bakteriami gronkowca i paciorkowca

Posocznica

Chlamydia, kiła, rzeżączka

Infekcje dróg oddechowych takie, jak: zapalenie płuc, błonica, grypa

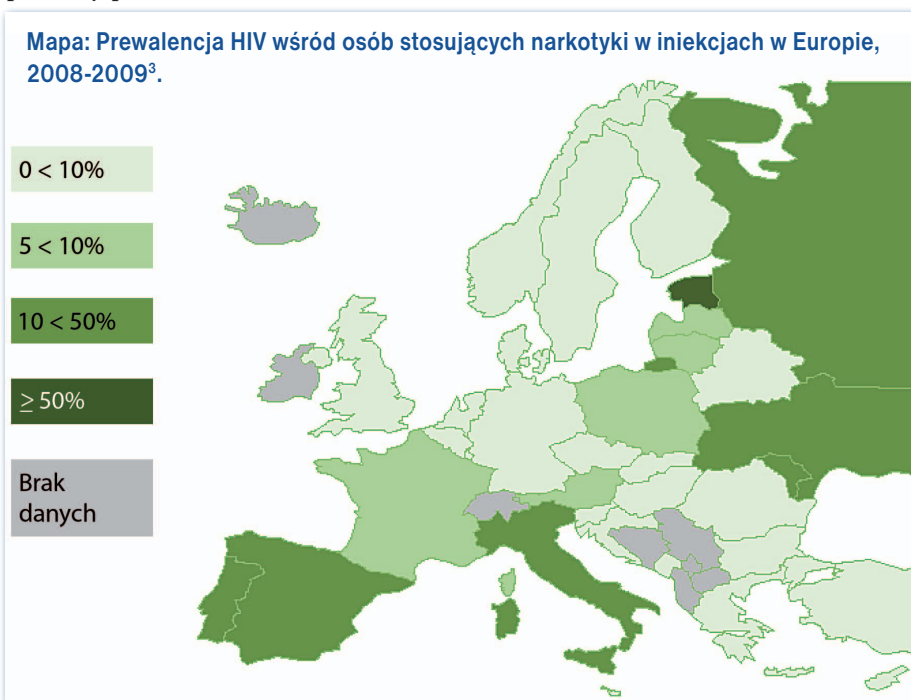
Botulizm przyranny

Tężec

Zakażenie wirusem HTLV

Począwszy od 2004 roku w państwach UE i EOG, liczba nowo zgłaszanych zakażeń HIV wśród osób stosujących narkotyki w iniekcjach spadła o 40% (dane dotyczą 26 państw UE i EOG, które dysponują odpowiednimi systemami raportowania zakażeń HIV)¹. W ciągu ostatnich sześciu lat, trendy spadkowe odnotowuje się także w poszczególnych państwach (oprócz Bułgarii, Estonii, Łotwy i Litwy).

Gwałtowny wzrost liczby zakażeń odnotowano z kolei w państwach graniczących z Unią Europejską, gdzie bardzo wysoka prevalencja HIV oraz duża liczba koinfekcji HIV/gruźlica stanowią poważny problem².



W oparciu o dane naukowe, opinie ekspertów oraz zbiór dobrych praktyk z państw europejskich, Raport⁴ ECDC i EMCDDA wymienia siedem działań interwencyjnych, których zastosowanie (oddzielnie lub łącznie) może skutecznie zapobiegać i kontrolować choroby zakaźne wśród osób stosujących narkotyki w iniekcjach. Działania te odnoszą się w szczególności do:

1. Sprzętu służącego do wstrzykiwania narkotyku, w tym do zapewnienia legalnego i bezpłatnego dostępu do sterylnych igieł i strzykawek w ramach programu redukcji szkód, poradnictwa i leczenia.

2. Szczepień, w tym przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu A i B, tężcowi, grypie sezonowej, szczepień przeciwko pneumokokom (szczególnie osób zakażonych HIV).

3. Leczenia uzależnień, w szczególności leczenia substytucyjnego osób uzależnionych od opiatów oraz inne formy leczenia uzależnień.

4. Testów, w tym rutynowo oferowanych, dobrowolnych i anonimowych badań na obecność HIV i wirusów zapalenia wątroby C i B oraz w kierunku innych chorób, w tym gruźlicy.

5. Leczenia chorób zakaźnych, w szczególności kierowania na leczenie przeciwwirusowe osób zakażonych HIV, HCV, HBV, które spełniają kryteria medyczne; leczenia osób, u których stwierdzono objawy aktywnej gruźlicy; programów profilaktyki gruźlicy; leczenia innych chorób zakaźnych.

6. Promocji zdrowia, nakierowanej zwłaszcza na zmianę zachowań m.in. poprzez dostarczenie osobom wstrzykującym narkotyki informacji niezbędnych do tego, aby robiły to możliwie bezpiecznie dla siebie i innych; edukacji na temat bezpiecznych zachowań seksualnych (w tym używania

prezerwatyw), zachęcania do wykonywania testów i informacji na temat leczenia.

7. Świadczeń medycznych kierowanych do konkretnych populacji. Usługi takie, jak: poradnictwo, leczenie, redukcja szkód, możliwości wykonania testów, kierowanie na leczenie powinny być zorganizowane i dostosowane do potrzeb oraz możliwości danego kraju, regionu i społeczności.

Piotr Wysocki

Sytuacja w Polsce:

Według danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny, od wdrożenia badań w 1985 r. do 31 grudnia 2010 r. (przy uwzględnieniu korekt i uaktualnień danych) stwierdzono zakażenie HIV u 13 917 obywateli Polski, wśród których było co najmniej 5 725 (ponad 41%) zakażonych w związku z używaniem narkotyków. Nadzór nad HIV/AIDS w Polsce w ostatnich latach nie dostarcza jednak kluczowych informacji dotyczących aktualnych dróg rozprzestrzeniania się wirusa w populacji polskiej, choć szereg danych wskazuje na zwiększanie się udziału zakażeń przenoszonych drogą seksualną (stosunki heteroseksualne i seks pomiędzy mężczyznami).

*Materiał sporządzono z wykorzystaniem informacji pochodzących z raportu Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) oraz Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA): **Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs. ECDC 2011.***

1. European Centre for Disease Prevention and Control, WHO Regional Office for Europe. *HIV/AIDS surveillance in Europe: 2009*. Stockholm: ECDC; 2010.

2. Ibidem.

3. Dokument: *ECDC and EMCDDA guidance. Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs*. Stockholm: ECDC; 2011.

4. Ibidem.

Europejski Plan Działania HIV/AIDS 2012-2015

Europejski Plan Działania HIV/AIDS 2012-2015 to pilne wezwanie do działań dla 53 krajów członkowskich, przynależących do Światowej Organizacji Zdrowia, Biura Regionalnego dla Europy. Potrzeba tego Planu została ustalona podczas 61. sesji Komitetu Regionalnego WHO, która miała miejsce w dniach 12-15 września w Baku, Azerbejdżanie.

Głównymi odbiorcami Europejskiego Planu Działania do walki z HIV/AIDS są rządy i ministrowie poszczególnych państw oraz instytucje i organizacje działające w obszarze zwalczania chorób zakaźnych.

Potrzeba tego działania wywodzi się z odmiennych problemów zdrowotnych występujących w Europejskim Regionie WHO, gdzie problem HIV/AIDS nadal stanowi szczególnie wyzwanie dla zdrowia publicznego. Mimo że na całym świecie liczba osób zakażonych HIV zmniejsza się, wschodnia część Regionu Europejskiego jest obszarem o najbardziej dynamicznie rozwijającej się epidemii HIV na świecie.

HIV/AIDS w Europie ma nieproporcjonalnie duży wpływ na populacje, które są społecznie marginalizowane. Są to między innymi: osoby zażywające dożyłne narkotyki oraz ich partnerzy seksualni, mężczyźni współżyjący z innymi mężczyznami, osoby transseksualne, osoby prostytuujące się, więźniowie oraz populacje imigrantów. Osoby zakażone HIV/AIDS w Regionie Europejskim WHO stoją także w obliczu barier strukturalnych, do których należy przede wszystkim powszechny dostęp do opieki zdrowotnej. Profilaktyka, diagnostyka, a także sam proces leczenia, bardzo często są niedostępne dla zagrożonej ludności. Osoby najbardziej narażone nie mają dostępu do świadczeń zdrowotnych związanych z HIV/AIDS, nie tylko z powodu stygmatyzacji, ale również dlatego że więcej niż połowa zakażonych nie wie, iż jest zakażona HIV. W wielu krajach Europy Wschodniej dostęp do ratującej życie terapii antyretrowirusowej jest jednym z najniższych na świecie. Ponadto, Europejski Region jest silnie uzależniony od zewnętrznych funduszy i zasobów.

Warto zwrócić uwagę na fakt, że HIV ma wpływ na kontrolę oraz wyniki zdrowotne także innych chorób zakaźnych. W Europie gruźlica i wirusowe zapalenie wątroby typu C są jednymi z głównych przyczyn zgonów wśród osób żyjących z HIV, szczególnie wśród tych osób, które są jednocześnie uzależnione od narkotyków. Zakażenie HIV jest największym czynnikiem ryzyka rozwoju gruźlicy, a sama gruźlica jest odpowiedzialna za więcej niż jedną czwartą zgonów wśród osób żyjących z HIV/AIDS.

Coraz więcej nowych przypadków zachorowań oraz brak bezpośredniego, skutecznego leczenia na HIV nakłada ogromny ciężar na system opieki zdrowotnej i dostępne środki leczniczo-zapobiegawcze. Późna diagnoza HIV/AIDS bardzo często zmniejsza przeżywalność oraz powoduje ogromny wzrost kosztów w opiece zdrowotnej.

Pomimo wspomnianych trudności, kraje Regionu Europejskiego WHO są zdolne do zmiany sytuacji poprzez wykorzystanie istniejących już możliwości działania. Są to między innymi: szeroko dostępne dowody naukowe i doświadczenie w dziedzinie walki z HIV/AIDS, zwiększony dostęp do terapii antyretrowirusowej, istnienie dobrych przykładów integracji programów (takich jak integracja MTCT* i HIV/AIDS) oraz międzynarodowe standardy obowiązujące w każdym kraju i w każdej sytuacji.

W Europejskim Planie Działania HIV/AIDS 2012-2015 założono osiągnięcie następujących celów:

1. Zahamowanie i odwrócenie epidemii HIV w Europie do roku 2015,
2. Zapewnienie powszechnego dostępu do kompleksowego zapobiegania, leczenia, opieki zdrowotnej i wsparcia dla osób z HIV do roku 2015,
3. Przyczynienie się do osiągnięcia Milejnych Celów Rozwoju**, a zwłaszcza do zahamowania i odwrócenia częstości występowania gruźlicy w Europie.

Cztery strategiczne kierunki oraz następujące priorytety obszarów wsparcia stanowią podstawę do działania w Europejskim Planie Działania HIV/AIDS 2012-2015:

1. Optymalizacja zapobiegania, diagnostyki, leczenia, opieki i wsparcia osób zakażonych HIV

1.1 Testowanie w kierunku HIV oraz poradnictwo:

Zmniejszenie liczby osób z niezdiagnozowanym zakażeniem HIV oraz osób późno zdiagnozowanych, poprzez rozszerzenie dostępu i zwiększenie wczesnego testowania w kierunku zakażenia HIV oraz poradnictwa, w szczególności wśród osób o podwyższonym ryzyku.

1.2 Zapobieganie nowym zakażeniom HIV u ludzi, którzy są uzależnieni od narkotyków, poprzez wdrożenie kompleksowego programu skupiającego się na ograniczeniu ryzyka zakażeń, np. poprzez program dostarczania czystych igieł i strzykawek oraz terapii substytucyjnej opiatów.

1.3 Zakażenie HIV przenoszone drogą płciową szczególnie u mężczyzn, którzy współżyją z mężczyznami, w kontekście prostytucji i wśród imigrantów:

Realizacja szerokiej komunikacji zmiany zachowań, zwiększony dostęp do niezawodnych, przystępnych cenowo i wysokiej jakości prezerwatyw oraz intymnych nawilżaczy.

1.4 Transmisja wertykalna zakażenia HIV: Wyeliminowanie transmisji wertykalnej HIV poprzez zapewnienie i zainicjowanie przez pracowników ochrony zdrowia określonych badań i doradztwa w ciąży; terapii antyretrowirusowej dla kobiet w okresie podczas ciąży i po porodzie; terapii antyretrowirusowej dla noworodków; dostępu do bezpiecznej formuły żywieniowej dla niemowląt.

1.5 Leczenie i opieka nad pacjentami zakażonymi HIV:

Zapewnienie powszechnego dostępu do leczenia i opieki dla osób zakażonych HIV; kompleksowe zajęcie się problemami zdrowotnymi osób zakażonych HIV; w tym profilaktyka i leczenie współistniejących infekcji i chorób.

1.6 Zakażenia HIV w placówkach ochrony zdrowia:

Eliminacja zakażeń HIV w systemach opieki zdrowotnej poprzez wdrożenie kompleksowej kontroli zakażeń, strategii i procedur, w tym standardowych środków ostrożności; zapewnienie bezpieczeństwa krwi; bezpieczne usuwanie odpadów i profilaktyka poekspozycyjna dla narażonej grupy zawodowej.

2. Osiągnięcie lepszych wyników zdrowotnych poprzez odpowiednie interwencje i priorytety w walce z HIV/AIDS

2.1 Programy zwalczania gruźlicy:

Zmniejszenie obciążenia ryzykiem zachorowalności na gruźlicę osób zakażonych HIV; realizacja wspólnych działań i integracja programów zwalczania gruźlicy i HIV, a w szczególności branie pod uwagę częstego występowania lekooporności na leki przeciwgruźlicze u osób zakażonych HIV, osób przyjmujących narkotyki, imigrantów oraz więźniów.

2.2 Programy przeciwdziałania uzależnieniu od narkotyków:

Integracja kompleksowych pakietów minimalizujących szkody zdrowotne; zapobieganie, leczenie, opieka i wsparcie dla uzależnionych od narkotyków, a w szczególności uznanie przy tym, że większość osób żyjących z HIV we wschodniej części Regionu Europejskiego, są to ludzie, którzy używają narkotyków drogą dożylną.

2.3 Program zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego:

Poprawa zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego oraz przeciwdziałania zakażeniom wirusem HIV; wzmocnienie powiązań między świadczeniami zdrowotnymi, w tym uznanie w całej Europie: potrzeb seksualnych zdrowych mężczyzn, którzy współżyją z mężczyznami, potrzeb kobiet dotyczących zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego, które przyjmują narkotyki drogą dożylną lub są partnerkami mężczyzn zażywających narkotyki drogą dożylną, potrzeb seksualnych i reprodukcyjnych zdrowych osób prostytuujących się.

2.4 Programy zdrowotne dla matek, noworodków, dzieci i młodzieży:

Poprawa zdrowia matek, noworodków, dzieci i młodzieży oraz przeciwdziałanie zakażeniom HIV, przez wzmocnienie powiązań między poszczególnymi świadczeniami zdrowotnymi.

2.5 Program zwalczania wirusowego zapalenia wątroby:

Ograniczenie w Europie wysokiego ryzyka zakażenia HIV i WZW typu B i C, a także

współistniejących infekcji (zwłaszcza wśród osób zażywających narkotyki drogą dożylną) poprzez integrację usług zdrowotnych.

2.6 Program zwalczania chorób zakaźnych i niezakaźnych:

Zmniejszenie ryzyka obciążeń zdrowotnych chorobami zakaźnymi i niezakaźnymi wśród osób z HIV, poprzez poprawę koordynacji i integracji pomiędzy poszczególnymi programami.

3. Utworzenie silnych i stabilnych systemów ochrony zdrowia, uwzględniających obszary priorytetowe oraz konieczne interwencje

3.1 Strategiczne informacje uzyskane w trakcie nadzoru, monitorowania i ewaluacji programów:

Wzmocnienie strategicznych systemów informacyjnych w zakresie HIV/AIDS w Regionie Europejskim, poprzez dalszy rozwój szczegółowych planów nadzoru, monitorowania i ewaluacji HIV/AIDS oraz zapewnienie, że informacje strategiczne (w tym dane epidemiologiczne, finansowanie i wyniki badań) są analizowane i wykorzystywane na szczeblu krajowym i regionalnym oraz, że mają one wpływ na kształtowanie decyzji politycznych i przyszłego planowania programu.

3.2 Model świadczenia usług:

Zapewnienie, że świadczenia zdrowotne związane z HIV/AIDS są dostosowywane do potrzeb osób zakażonych, a w szczególności uwzględniają potrzeby osób o podwyższonym ryzyku, które często napotykają na wiele innych zagrożeń dla zdrowia takich, jak stygmatyzacja lub dyskryminacja; cel powinien być osiągnięty poprzez decentralizację (tam gdzie jest to uzasadnione) lub integrację działań, zapewnienie udziału społeczeństwa w dostarczaniu świadczeń oraz zapewnienie ich trwałego wsparcia w celu zapewnienia dostępu do profilaktyki, leczenia, opieki i wsparcia.

3.3 Leki, diagnostyka i inne materiały lecznicze:

Zapewnienie dostępu do leków, diagnostyki oraz innych przystępnych materiałów leczniczych; zapewnienie ich jakości oraz ciągłego, przejrzystego i konkurencyjnego dostarczania, poprzez zmianę prawodawstwa tam, gdzie jest to uzasadnione.

3.4 Poprawa jakości świadczeń zdrowotnych: Stworzenie systemu poprawy jakości świadczeń o określonej definicji i systemie finansowania; promowanie rozwoju jakości podczas leczenia i opieki nad osobami zakażonymi, zgodnie z oczekiwaniami pacjentów.

3.5 Finansowanie ochrony zdrowia:

Zapewnienie trwałego finansowania świadczeń związanych z HIV/AIDS, które dociera do grup docelowych oraz jest skuteczne i sprawiedliwe; promowanie zrównoważonego rozwoju; zaangażowanie krajowych zasobów; poprawa efektywności i ustalenie modeli świadczenia usług.

3.6 Zarządzanie, partnerstwo, międzysektorowe działania i wyrównywanie szans:

W celu poprawy należy ustalić szereg konkretnych działań priorytetowych.

3.7 Zdrowie osób pracujących:

Wzmocnienie kompetencji zasobów ludzkich w odpowiedzi na epidemię AIDS, szereg konkretnych działań priorytetowych.

4. Zmniejszenie wrażliwości oraz usuwanie barier strukturalnych w dostępie do świadczeń zdrowotnych

4.1 Prawa i przepisy dotyczące zakażeń HIV:

Dokonywanie zmian prawnych i przepisów, które stanowią przeszkodę dla skutecznego zapobiegania, leczenia, opieki i wsparcia osób zakażonych HIV; wzmocnienie egzekwowania praw ochronnych i przepisów, pochodzących z międzynarodowych i europejskich standardów praw człowieka.

4.2 Stygmatyzacja, dyskryminacja i inne przykłady naruszeń praw człowieka:

Wylimitowanie stygmatyzacji, dyskryminacji i innych naruszeń praw człowieka poprzez ustanowienie i egzekwowanie antydyskryminacyjnych i innych środków prawa, pochodzących z międzynarodowych i europejskich standardów praw człowieka; ochrona osób zakażonych HIV.

4.3 Wzmocnienie systemów społeczeństwa obywatelskiego:

Zwiększenie zaangażowania obywatelskiego społeczeństwa w odpowiedzi na epidemię AIDS; zwiększenie udziału osób zakażonych HIV i innych grup społecznych w krajowych mechanizmach koordynacji w zakresie zwalczania HIV/AIDS, polityce rozwoju oraz podejmowaniu decyzji, jak i koordynacji świadczeń zdrowotnych związanych z HIV/AIDS

4.4 Równość płci i wieku:

Zapewnienie równości płci i równości wieku w dostępie do świadczeń HIV/AIDS poprzez szereg konkretnych działań priorytetowych. Region Europejski WHO, jako jeden z pierwszych, stworzył innowacyjne partnerstwa ze społeczeństwem obywatelskim, które obejmują grupy społeczne, organizacje pozarządowe, związki zawodowe, i inne.

Coraz częściej Biuro Regionalne WHO zasięga opinii społeczeństwa obywatelskiego, a także proponuje jego udział w formułowaniu polityki zwalczania epidemii AIDS i w podejmowaniu kluczowych decyzji.

Europejski Plan Działania HIV/AIDS 2012-2015 koncentruje się na zasadach: równości w zdrowiu, zwiększonym udziale społeczeństwa, prawach człowieka, dowodach politycznych i etycznym podejściu do zdrowia publicznego. W działaniach Planu bierze udział cała Światowa Organizacja Zdrowia, Biura Regionalne WHO dla Europy, jak i agendy UNAIDS i Komisji Europejskiej. Pomimo ogólnoświatowej tendencji do spadku zakażeń HIV, Region Europejski WHO nadal zmagają się z epidemią tej choroby, posiadając jednocześnie wszystkie narzędzia oraz odpowiednie doświadczenie, by podjąć wyzwanie do walki z epidemią.

*Anna Król
Paulina Miskiewicz
Biuro WHO w Polsce*

Bibliografia:

1. Collaboration cemented between WHO/Europe and Global Fund [Internet] 2011 Sep 12 [updated 2011 Sep 12; cited 2011 Oct 17]. Available from: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/communicable-diseases/hiv/aids/news2/news/2011/13/collaboration-cemented-between-who-europe-and-global-fund2>
2. Ambasada Rzeczypospolitej w Baku. Minister Zdrowia Adam Fronczak podpisał w Baku umowę z Ministrem Zdrowia Republiki Mołdawii [Internet]. 2011 [Cited 2011 Oct 17]. Available from: <http://www.baku.polemb.net/index.php?document=712>
3. Regional Office for Europe. World Health Organization. European Action Plan for HIV/AIDS 2012-2015. World Health Organization; 2011 August. 53 p. Report no.: EUR/RC61/Inf.Doc.
4. Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju (UNDP) w Polsce Ministerstwo Spraw Zagranicznych RP [Internet] 2011 Sep 12 [updated 2011 Sep 12; cited 2011 Oct 17]. Available from: http://www.un.org.pl/rozwoj/doc/pol_Goals_MDG.pdf



* MTCT (Mother to Child Transmission) – proces zakażenia wirusem dziecka poprzez matkę, drogą wertykalną

** Milenijne Cele Rozwoju (Millennium Development Goals, MDGs) to 8 celów, które 189 członków ONZ zobowiązało się osiągnąć w ramach Projektu Milenijnego ONZ w 2000 roku. Zobowiązania dotyczą spełnienia wyznaczonych celów do roku 2015, zarówno przez kraje rozwijające się, kraje w okresie transformacji, jak i państwa wysoko rozwinięte:

1. Zlikwidować skrajne ubóstwo oraz głód
2. Zapewnić powszechne nauczanie na poziomie podstawowym
3. Promować równość płci i awans społeczny kobiet
4. Ograniczyć umieralność dzieci
5. Poprawić opiekę zdrowotną nad matkami
6. Ograniczyć rozprzestrzenianie się HIV/AIDS, malarii i innych chorób zakaźnych
7. Zapewnić ochronę środowiska naturalnego
8. Stworzyć globalne partnerskie porozumienie na rzecz rozwoju

Przegląd prasy V-X 2011

SESJA ONZ POŚWIĘCONA AIDS

W dniach 8-10 czerwca 2011 r. w Nowym Jorku odbyła się Specjalna Sesja Zgromadzenia Ogólnego ONZ poświęcona epidemii HIV/AIDS.

W Nowym Jorku wiele się mówiło o postępie w walce z AIDS, szczególnie o coraz większej dostępności leków i coraz większych funduszach przekazywanych na zmagania z tą chorobą w krajach rozwijających się, które w znacznej mierze pochodzą z Globalnego Funduszu do walki z AIDS, Gruźlicą i Malaria. Najwięcej środków i programów pomocowych trafia do Afryki Subsaharyjskiej, gdzie sytuacja jest dramatyczna. Według Anny Marzec-Bogusławskiej, dyrektor Krajowego Centrum ds. AIDS, nadszedł czas, by zacząć inwestować w Europę Wschodnią, bo właśnie w tym regionie wskaźniki nowych zakażeń szybko rosną. Nie wolno przegapić tego momentu i działania należy podjąć jak najszybciej.

Nowojorskie spotkanie poświęcone HIV/AIDS przyniosło konkretny rezultat – przyjęto deklarację, która kreśli ramy dalszych działań w zakresie profilaktyki i leczenia AIDS. Deklaracja podkreśla znaczenie strategii UNAIDS: „Zero nowych zakażeń. Zero dyskryminacji. Zero zgonów z powodu AIDS”. Deklaracja nie została przyjęta jednoznacznie, od niektórych punktów odciął się Iran, który stoi na stanowisku, że nieodpowiedzialne zachowania seksualne powinny podlegać nawet karze śmierci.

(Sławomir Zagórski. HIV hula za wschodnią granicą. Gazeta Wyborcza z dnia 29.06.2011 r.)

ŚWIAT WYGRYWA Z AIDS

W 30. rocznicę pierwszego rozpoznania AIDS, UNAIDS opublikowało raport, z którego wynika, że na całym świecie żyje 34 mln osób zakażonych HIV, ale epidemia zahamowała. Wielkim osiągnięciem zmagania z AIDS jest fakt, że w krajach ubogich znacząco wzrósł dostęp do leków, a co za tym idzie, spadła śmiertelność z powodu AIDS.

Ponad 6,6 mln żyjących z HIV w krajach rozwijających się jest objętych terapią antyretrowirusową, co w znacznym stopniu opóźnia rozwój choroby. Dzięki temu zanotowano spadek nowych zachorowań. Niestety, aż 9 mln mieszkańców krajów o niskim i średnim dochodzie potrzebuje leków, a dalej nie może sobie na nie pozwolić.

Michel Sidibé, dyrektor wykonawczy programu UNAIDS podkreśla, że choć przez tyle lat skutecznej szczepionki przeciw HIV wciąż nie wynaleziono, to jednak terapie antyretrowirusowe są dziś na tyle zaawansowane, że pozwoliły zapanować nad epidemią. Dodaje, że najważniejsze projekty powinny być skierowane na wszelkie działania mające na celu zapobieganie rozprzestrzenianiu się wirusa. Ostatnie badania kliniczne potwierdzają, że wczesne rozpoczęcie terapii ARV skutecznie – nawet o 96% – blokuje ryzyko przeniesienia wirusa. Także obiecującą terapią prewencyjną wydaje się testowany w RPA żel, zmniejszający ryzyko zakażenia u kobiet o 39%. Inne badania kliniczne, przeprowadzone wśród homoseksualnych mężczyzn wykazały, że codzienne stosowanie przez nich leku o nazwie Truvada zmniejsza ryzyko infekcji o 44%.

(Hannah Devlin. Jest nadzieja na wygraną z siejącym przerażeniem AIDS. Polska (The Times) z dnia 10.06.2011 r.)

ROŚNIE NADZIEJA NA SZCZEPIONKĘ

Naukowcy pracujący w ramach International AIDS Vaccine Initiative (JAVI) odkryli 17 przeciwciał, które mogą unieszkodliwić wirusa HIV. Przeciwciała to cząsteczki łączące się z patogenami i znakujące je dla układu odpornościowego jako cele do zniszczenia.

Zdaniem uczonych niektóre z tych przeciwciał działają od 10 do 100 razy silniej niż dotychczas odkryte. To daje szansę na opracowanie silnie działającej szczepionki. Prof. Dennis Burton, jeden z autorów odkrycia tłumaczy, że ze względu na niezwykle zróżnicowanie HIV sku-

teczna szczepionka musi mieć szerokie spektrum działania.

(Przeciwciała AIDS. Rzeczpospolita z dnia 20.08.2011 r.)

WIRUSEM W WIRUS

Pin Wang, badacz z Southern California University Verbi School of Engineering wraz z zespołem uczonych z tej samej uczelni opracowali metodę pozwalającą na skuteczniejsze niż dotychczas eliminowanie HIV. Uczonym udało się stworzyć wirusa zwalczającego inne wirusy.

Badacze z USC stworzyli zmodyfikowanego wirusa, który potrafi w organizmie lokalizować komórki zakażone HIV i łączyć się z nimi. W ten sposób komórka z „doklejonym” wirusem staje się łatwiej rozpoznawalna, co umożliwia działanie na nią lekiem przeciwwirusowym bez uszkodzenia otaczających ją zdrowych komórek. Wang mówi, że wyizolowanie zakażonych komórek oznacza przynajmniej częściowe rozwiązanie problemu. Chodzi o to, aby uniknąć przypadkowych ofiar, którymi w walce z HIV, byłyby zdrowe, niezainfekowane komórki organizmu. Stworzony przez zespół Wanga wirus nosi nazwę *lentiviral vector*, czyli „wskaźnik lentiwirusowy”, a jego zadaniem jest oznaczenie celu.

(Wirusem w wirus. Gazeta Polska z dnia 24.08.2011 r., Sylwia Szczepaniak. Proszę wstać! Nauka idzie! Angora z dnia 21.08.2011 r.)

PIERWSZY PRZESZCZEP U PACJENTA ZAKAŻONEGO HIV

Na początku sierpnia w Klinice Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego po raz pierwszy zespół lekarzy pod kierownictwem prof. Marka Krawczyka, dokonał przeszczepu wątroby u pacjenta zakażonego HIV. Jest nim 20-letni warszawianin, który od roku wiedział, że jest zakażony.

Do tej pory transplantolodzy nie wykonywali takich operacji, ponieważ obawiano się, że leki immunosupresyjne (przeciwodrzutowe), które muszą

przyjmować osoby przeszczepione, spowodowałyby u osoby zakażonej HIV namnażanie wirusa, a w efekcie śmierć pacjenta. Dziś, dzięki nowoczesnym lekom przeciwwirusowym, dzięki którym nie dochodzi do uszkodzenia układu immunologicznego, udało się szczęśliwie przeprowadzić przeszczep u seropozytywnego mężczyzny.

(Agnieszka Pochrzęst-Motyczyńska. Pierwszy przeszczep u osoby z HIV. Gazeta Wyborcza z dnia 26.08.2011r., Przeszczep wątroby u chorego z HIV. Rzeczpospolita – Warszawa z dnia 26.08.2011 r.)

HISZPAŃSCY NAUKOWCY OPRACOWUJĄ NOWĄ SZCZEPIONKĘ

Dwa czołowe magazyny poświęcone szczepionkom i wirusologii: „Vaccine” i „Journal of Virology” opisały szczegóły powstawania nowej szczepionki chroniącej przed HIV, z udziałem której zakończyła się pierwsza faza badań klinicznych. Stworzenie szczepionki to wynik wspólnych prac uczonych z Hiszpańskiej Najwyższej Rady Badań Naukowych (CSIC), madryckiego szpitala im. Gregorio Marañona oraz szpitala klinicznego w Barcelonie.

Prace nad nową szczepionką rozpoczął zespół kierowany przez Mariano Estebana w 1999 roku. Jej nazwa – MVA-B – oznacza, że do jej stworzenia wykorzystano osłabiony wirus krowianki Ankara (*Modified Vaccinia Ankara virus*). Litera B oznacza, że szczepionka jest wymierzona w odmianę B wirusa HIV, czyli tę, która występuje najczęściej na naszym kontynencie. W 2008 roku MVA-B okazała się być skuteczna u myszy i makatek (tam chodziło o odporność na SIV – małpi odpowiednik HIV). W materiał genetyczny wirusa krowianki naukowcy wbudowali cztery geny wirusa HIV – Gag, Pol, Nef i Env. Chcieli w ten sposób „nauczyć” ludzki układ odpornościowy, jak rozpoznawać białka prawdziwego wirusa HIV i produkować wymierzone w nie przeciwciała.

W eksperymencie wzięło udział 30 zdrowych ochotników. 24 otrzymało szczepionkę, a 6 - placebo (nieaktywną biologicznie substancję). Uczestnikom regularnie badano krew aż do końca programu w 48. tygodniu. Po porównaniu otrzymanych wyników okazało się, że organizmy zaszczepionych osób (w przeciwieństwie do osób z grupy placebo) są przygotowane na ewentualne starcie z HIV. Wytworzyły specjalne przeciwciała wymierzone właśnie w tego wirusa, jak również wiele białek biorących udział w zwalczaniu infekcji HIV. Wśród tych wyspecjalizowanych białek są limfocyty typu T, zwane limfocytami pamięci. Przeprowadzone testy pokazały, że w chwili zakończenia eksperymentu 85% zaszczepionych osób miało w swojej krwi odpowiedni poziom „pamiętliwych” limfocytów T.

(Wojciech Moskal. Będzie szczepionka na HIV? Gazeta Wyborcza z dnia 29.09.2011 r.)

REWOLUCJA W LECZENIU CHOROBY WYWOŁANYCH PRZEZ WIRUSY?

Wirusy powodują wiele groźnych chorób takich, jak: grypa, zapalenie wątroby, zespół nabytego niedoboru odporności – AIDS oraz wiele innych. Dotychczasowe metody leczenia oparte były o stosowanie leków działających wybiórczo na jeden typ wirusa.

W Lincoln Laboratory, laboratorium słynnego ośrodka naukowego w Massachusetts Institute of Technology trwają prace nad lekiem uniwersalnym, zdolnym pokonać 15 rodzajów wirusów. Działanie nowego leku o nazwie DRACO polega na powodowaniu śmierci komórek wirusowych przez uszkodzenie dwóch rodzajów ich nici RNA. Wirusy różnią się budową nici RNA i w zależności od niej wyróżnia się wirusy z pojedynczą nicią i wirusy z podwójną nicią. Nowy lek niszczy materiał genetyczny komórek wirusów RNA, który został zaatakowany nie wpływając na komórki organizmu.

Obecny etap prac nad lekiem to doświadczenia na myszach. Dr Tood Rider, szef grupy badaczy pracujących nad lekiem, wierzy, że lek będzie szybko wprowadzony do praktyki medycznej.

(Rewolucja w leczeniu schorzeń wywołanych przez wirusy. Diabetyk z dnia 01.10.2011 r.)

„FRYZJERZY ŚWIATA WOBEC AIDS” – 10 LAT PROGRAMU

Program L'Oréal „Fryzjerzy świata wobec AIDS” ma już 10 lat. Promuje wiedzę o AIDS w salonach fryzjerskich na całym świecie. Jego celem jest zwiększenie świadomości i podkreślenie roli społecznej fryzjerów.

L'Oréal Polska, UNESCO oraz Krajowe Centrum ds. AIDS od lipca 2007 roku rozwijają w naszym kraju profilaktyczno-edukacyjny program „Fryzjerzy świata wobec AIDS”, który ma na celu budowanie świadomości o problemie oraz profilaktyce. Program ten prowadzony jest w 26 krajach na wszystkich kontynentach świata i będzie w dalszym ciągu poszerzany. Filie Grupy L'Oréal zaangażowane w akcję, to m.in.: RPA, Indie, Brazylia, Francja, Chiny, Wielka Brytania, Włochy, Polska, Kanada, USA, Austria, Belgia, Holandia, Hiszpania. Akcja ta ma na celu wyposażenie fryzjerów w praktyczną wiedzę i umiejętności uczulania ludzi na ryzyko związane z chorobą oraz informowanie o sposobach jej zapobiegania. Jednocześnie program pomyślany został jako forma walki z negatywnymi zachowaniami i postawami wobec osób żyjących z HIV/AIDS.

(10-lecie Programu L'Oréal. Świat Fryzjerstwa z dnia 01.10.2011 r.)

Małgorzata Olczyk

kontra 

Redakcja:
Redaktor naczelna – Katarzyna Gajewska
Zastępca redaktor naczelnej – Iwona Klapińska
Sekretarz redakcji – Maryla Rogalewicz
Wydawca:
Krajowe Centrum ds. AIDS

Adres redakcji:
ul. Samsonowska 1, 02-829 Warszawa
tel. (+22) 331 77 77, 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.