ISSN-1640-2367

kontra

Biuletyn Krajowego Centrum ds. AIDS

Krajowe Centrum ds. AIDS
Agenda Ministra Zdrowia

Nr 4 (78) / 2018

W numerze:

Eliminacja transmisji HIV oraz zgonów z powodu AIDS w Wielkiej Brytanii
dr Dorota Król Str. 1-3

Wciąż gramy w zielone
Mateusz Liwski
Fundacja Res Humanae Str.4-6

Testy w kierunku HIV u zawodników uczestniczących we współzawodnictwie sportowym
Krajowe Centrum ds AIDS Str. 6-7

Aspekty

Witamy w poradni internetowej HIV/AIDS
Joanna Gałaj
Stowarzyszenie „Bądź z nami”

Telefon Zaufania AIDS

(+22) 692 82 26; 801 888 448*
od pn. 09:00 do pt. 21:00**

*połączenie płatne tylko za pierwszą minutę
**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

Eliminacja transmisji HIV oraz zgonów z powodu AIDS w Wielkiej Brytanii

Public Health England

W raporcie opublikowanym w listopadzie 2017 r. przez Public Health England (Zdrowie Publiczne Anglia), instytucji powołanej w 2013 roku dla ochrony i polepszenia stanu zdrowia i dobrostanu mieszkańców Anglii oraz wyrównywania nierówności w obszarze zdrowia, przedstawiono wyniki badań dotyczące spadku liczby nowych zakażeń HIV. Spadek ten odnotowano wśród populacji kluczowych po raz pierwszy od momentu wybuchu epidemii HIV/AIDS, co jednoznacznie ogłoszono za wielki sukces. Za jego czynnik sprawczy uznano systematyczne wdrażanie całego koszyka działań profilaktycznych, tzw. profilaktyki skojarzonej.

Spadek liczby nowych zakażeń HIV wśród mężczyzn homoseksualnych, biseksualnych oraz innych mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami[1]

Po raz pierwszy od ponad 30 lat odnotowano obniżenie się liczby nowych zakażeń HIV wśród mężczyzn homoseksualnych, biseksualnych i innych mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami. To spadek o 21%; z 3 570 przypadków w roku 2015 do 2 810 w roku 2016. Fakt ten odnotowano w pięciu londyńskich klinikach, oferujących masowe testowanie w kierunku HIV (w tym dla mężczyzn podejmujących ryzykowne zachowania) oraz natychmiastowe włączenie do terapii ARV w przypadku wykrycia u pacjenta zakażenia HIV. Odnotowany po raz pierwszy w historii spadek liczby nowych rozpoznań HIV to efekt redukcji poziomu transmisji wirusa. Ze statystyk wynika, że liczba nowych zakażeń HIV obserwowanych w skali roku wśród mężczyzn homoseksualnych, biseksualnych oraz innych mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami systematycznie spadała, z ok. 2 800 (najwyższa zanotowana wartość) w 2012 roku, do 1 700 w 2016 roku.

Spadek liczby nowych zakażeń HIV wśród heteroseksualnych mężczyzn i kobiet

Zaobserwowano także ustawiczne obniżanie się liczby nowych zakażeń HIV wśród czarnoskórych afrykańskich heteroseksualnych kobiet i mężczyzn (z 4 060 przypadków w roku 2007 do 2 110 w roku 2016). Ten spadek zakażeń ma swoje źródło w zmieniających się trendach migracyjnych, a w konsekwencji w osiedlaniu się na terenie Wielkiej Brytanii mniejszej liczby migrantów z krajów o wysokiej prewalencji HIV. Liczba nowych zakażeń HIV wykrywanych wśród białych heteroseksualnych kobiet i mężczyzn pozostaje na relatywnie stabilnym poziomie i jest raczej niska (średnio w ciągu ostatniej dekady odnotowywano 750 tego typu przypadków w skali roku).

Spadek liczby późnych diagnoz HIV, AIDS oraz liczby zgonów

Przez ponad 10 ostatnich lat, liczba mężczyzn homoseksualnych i biseksualnych

* mężczyźni homoseksualni, biseksualni oraz inni mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami to grupa, którą uprzednio określano jako mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami (MSM).

późno diagnozowanych w kierunku HIV (CD4 <350 komórek/mm^3 w ciągu 91 dni od czasu postawienia diagnozy) spadła o 25%; z 1 200 przypadków w roku 2007 do 900 w roku 2016. Jeszcze większy spadek liczby późnych diagnoz HIV zaobserwowano wśród populacji czarnoskórych afrykańskich mężczyzn heteroseksualnych (spadek o 74%, z 700 do 170 przypadków) oraz kobiet (spadek o 82%, z 1 100 przypadków do 200). Liczba białych heteroseksualnych dorosłych, którzy muszą zmierzyć się z późną diagnozą zakażenia HIV utrzymuje się na stabilnym poziomie i wynosi ok. 200 przypadków na rok.

Zgłaszana liczba osób, u których wykryto AIDS spadła o 25%; z 372 przypadków w roku 2015 do 278 w roku 2016. Po raz pierwszy w historii, wskaźnik śmiertelności osób w wieku 15-59 lat u których stosunkowo szybko zdiagnozowano zakażenie HIV, był porównywalny do tego samego wskaźnika odnoszącego się do osób z populacji ogólnej i pozostających w tej samej grupie wiekowej (1.22/1 0000 osób w porównaniu do 1.63/1 000 osób). Jednakże, osoby u których HIV jest późno wykryty, narażone są na wysokie ryzyko zgonu już w pierwszym roku po otrzymaniu diagnozy (26.1/1 000 osób w grupie wiekowej 15-59 lat).

Eliminacja transmisji HIV, AIDS oraz zgonów z powodu HIV

W 2016 roku, w Londynie, po raz pierwszy w historii, zostały spełnione wszystkie cele UNAIDS (90:90:90) – 90% osób żyjących z HIV zostało zdiagnozowanych, 97% osób, u których wykryto zakażenie, otrzymało leczenie, u 97% pacjentów objętych terapią ARV potwierdzono supresję wirusa. Dane dla całej Anglii to odpowiednio: 88%, 96%, 97%.

Szacunkowa liczba osób, które nie są świadome swojego zakażenia HIV obniżyła się z 13 300 (2015) do 10 400 (2016). Najwyższy spadek odnotowano wśród mężczyzn homoseksualnych i biseksualnych mieszkających w Londynie oraz wśród czarnoskórych afrykańskich kobiet heteroseksualnych.

Skróceniu uległ także okres jaki upływa od postawienia diagnozy do rozpoczęcia terapii ARV. W roku 2016, 76% osób u których wykryto zakażenie HIV było włączanych do terapii ARV w ciągu 90 dni, a w roku 2007 było ich zaledwie 33%. Postęp ten osiągnięto dzięki wczesnemu rozpoczęciu leczenia pacjentów u których wykryto wyższą liczbę komórek CD4; 74% osób nowo zdiagnozowanych u których wykryto CD4≥350 komórek/mm3 rozpoczęło leczenie w ciągu 3 miesięcy. Jednakże, dane na ten temat różnią się od siebie, w zależności od kliniki.

Życie pacjenta ze zdiagnozowanym zakażeniem HIV

Obecnie, pacjenci u których zdiagnozowano zakażenie HIV, mają szansę dożyć sędziwego wieku, gdyż poziom śmiertelności wśród tej populacji, dzięki zastosowaniu leczenia ARV, znacznie się obniżył. W roku 2016, ponad jedna trzecia osób korzystających ze świadczeń dotyczących HIV, miała 50 lub więcej lat; dla porównania, w roku 2007 osób z tej grupy wiekowej było zaledwie 17%.

Pomimo, że zakażenie HIV nadal w największym procencie dotyczy białych mężczyzn homoseksualnych, biseksualnych oraz osób heteroseksualnych wywodzących się z Afryki, populacja pacjentów HIV+ w Wielkiej Brytanii staje się coraz bardziej zróżnicowana. W 2016 roku jeden na siedmiu mężczyzn homoseksualnych i biseksualnych HIV+ wywodził się z mniejszości etnicznej, wśród heteroseksualnych mężczyzn i kobiet jedna osoba na cztery była biała.

Rekomendacje Instytutu Zdrowia Publicznego

Coraz bardziej zrutynizowane stosowanie profilaktyki skojarzonej, czyli połączenia wielu metod zapobiegania zakażeniu HIV dostosowanych do indywidualnych potrzeb czy upodobań poszczególnych osób, czyli: PrEP (profilaktyka przedekspozycyjna) - na żądanie i przyjmowana stale, testowanie w kierunku HIV w ramach systemu służby zdrowia, w punktach konsultacyjno-diagnostycznych oraz w tzw checkpointach (wyspecjalizowanych placówkach prowadzonych przez i dla członków danej społeczności), samodzielne testowanie w domu, samodzielne pobieranie materiału biologicznego w domu i wysyłanie go do laboratorium poprzez kontakt ze stroną internetową, stosowanie prezerwatyw, mikrobiocydów, etc., daje realną nadzieję na eliminację transmisji zakażeń HIV, występowania AIDS oraz zgonów z powodu HIV na terytorium Wielkiej Brytanii. Zaobserwowane i udokumentowane najnowsze korzystne zmiany w trendach epidemii mają swoje źródło w tym konsekwentnym stosowaniu całej gamy metod zapobiegania zakażeniom HIV czyli profilaktyki skojarzonej. Rozbieżność danych pochodzących z różnych regionów kraju (gdzie profilaktyka skojarzona wdrażana jest w stopniu zróżnicowanym) pokazuje, że rozwiązania stosowane w Londynie powinny zostać powielone na cały kraj i być dostępne dla każdego, niezależnie od jego miejsca zamieszkania i pochodzenia.

Wywiad z dr Velerie Delpech, kierownikiem Działu Monitoringu HIV (Zdrowie Publiczne Anglia - Public Health England)

Dorota Król: Valerie, rok temu, we wrześniu 2017 w na spotkaniu realizatorów projektu Joint Action INTEGRATE z Wysokim Komisarzem ds. Zdrowia Komisji Europejskiej Vytenisem Andriukaitisem, po raz pierwszy publicznie mówiłaś o sukcesie efektów wdrażania w Londynie profilaktyki skojarzonej HIV. Doprowadzono do prawdziwego przełomu – spadku liczby nowych zakażeń HIV wśród mężczyzn homoseksualnych i biseksualnych oraz innych mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami. Co się w tym temacie od tego czasu wydarzyło? Czy udało się utrzymać optymistyczny wynik sprzed roku?

Valerie Delpech: TAK! To bardzo budujące, że już drugi rok z rzędu u nas w kraju

obserwuje się spadkową tendencję zakażeń HIV w populacji mężczyzn homoseksualnych i biseksualnych oraz innych mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami, co mam nadzieję, finalnie przyczyni się do eliminacji HIV na terenie Wielkiej Brytanii. Najnowsze dane pokazują, że w 2017 r. w Wielkiej Brytanii ogółem zdiagnozowano 3 663 nowych przypadków HIV, co oznacza spadek o 17% w porównaniu z liczbą 5 280 nowych przypadków zgłoszonych w 2016 r. W 2017 r. zgłoszono 2 330 nowych przypadków zakażenia wirusem HIV wśród mężczyzn homoseksualnych, biseksualnych oraz innych mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami, znowu o 17% mniej w porównaniu z liczbą 2 820 diagnoz z roku 2016 r. i o 31% mniej w porównaniu z liczbą 3 390 diagnoz z roku 2015 r. Te liczby mówią same za siebie.

DK: Czy rozwiązania profilaktyczne, znane jako koszyk świadczeń profilaktyki skojarzonej, które okazały się być tak skuteczne udało się zastosować także w innych regionach Anglii/Wielkiej Brytanii?
VD: Sukces, o którym mówimy, czyli obniżenie liczby nowych zakażeń HIV, odnotowany w 2017 roku, dotyczy nie tylko Londynu, ale terenu całego kraju. Jego siłą napędową jest ciągły wzrost poziomu testowania w kierunku HIV wśród mężczyzn homoseksualnych, biseksualnych oraz innych mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami i korzystających z tradycyjnego wachlarza świadczeń klinik zdrowia seksualnego, ale także z możliwości wykonania testu online czy w punktach typu checkpoint/outreach. Te drugie proponują świadczenia wykonywane przez i dla członków danej społeczności, czyli np. mężczyzn homoseksualnych, biseksualnych i innych mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami. Cieszy mnie, że w kierunku HIV szczególnie często testują się osoby podejmujące wysoce ryzykowne zachowania, np. te mające wielu partnerów i nie stosujące bezpieczniejszych technik seksualnych. To ważne, gdyż im szybciej osoba zakażona HIV pozna swój status serologiczny, tym szybciej może podjąć leczenie i obniżyć poziom wirusa w organizmie do stanu niewykrywalności. Pragnę podkreślić, że w moim kraju osoby HIV+ są bardziej sprawnie włączane do leczenia ARV niż miało to miejsce jeszcze kilka lat temu. Ten czynnik ma również realny wpływ na obniżenie liczby nowych zakażeń HIV.

DK: Czy w Wielkiej Brytanii dostępne są materiały informacyjno-edukacyjne na temat profilaktyki skojarzonej HIV?
VD: Tak, mamy do dyspozycji dużą liczbę publikacji wydanych np. przez London HIV prevention programmes oraz Terence Higgins Trust. Nie od dziś wiadomo, że kampanie informacyjne odgrywają kluczową rolę w temacie podnoszenia poziomu świadomości społecznej na temat profilaktyki i leczenia HIV. Pragnę jeszcze dodać, że od 2020 r. prowadzony w angielskich szkołach przedmiot edukacja seksualna stanie się obowiązkowy dla wszystkich uczniów, a w jego programie znajdą się tematy dotyczące HIV i AIDS oraz te z obszaru zdrowia seksualnego. W Anglii dysponujemy sprawdzonymi narzędziami zapobiegania zakażeniu HIV. Jest to cały koszyk świadczeń ogólnie zwanych profilaktyką skojarzoną, ale o ich istnieniu musimy powiedzieć także młodym ludziom, tak aby mogli oni te narzędzia poznać, wiedzieć w jaki sposób uzyskać do nich dostęp, a następnie z nich korzystać.

DK: Jak myślisz, czy Brexit będzie miał wpływ na dotychczasowe powodzenie prowadzenia profilaktyki skojarzonej HIV w Twoim kraju?
VD: Nie czuję się kompetentna do wypowiadania się w tak upolitycznionej kwestii!

DK: Moje ostatnie pytanie dotyczyć będzie leczenia antyretrowirusowego. Ile osób korzystało z niego w roku 2017? Czy pacjenci są leczeni lekami oryginalnymi czy głównie odtwórczymi (tzw. generykami)?
VD: W 2017 roku mieliśmy około 90 000 pacjentów objętych opieką z zakresu HIV i AIDS, 97% z nich regularnie otrzymywało leki antyretrowirusowe. Najnowsze wytyczne, z roku 2018, które dotyczą tego tematu, można znaleźć w publikacji BHIVA - British HIV Association Standards of Care for People Living with HIV*. Niektóre ze stosowanych leków to generyki, np. Efavirenz. NHS (National Health Service) England (instytucja w Anglii odpowiedzialna m.in. za finansowanie świadczeń związanych z HIV, w tym leczenia) rozważa możliwość stopniowego przechodzenia na leki generyczne, powód jest prozaiczny – ograniczony budżet, a ten obecnie wynosi już 600 milionów funtów na rok.

DK: *Valerie, dziękuję za rozmowę!*

*Wytyczne BHIVA - British HIV Association Standards of Care for People Living with HIV – z roku 2018 dotyczące leczenia ARV

Koszty leków i wybór leczenia:

- Dobór leków antyretrowirusowych dla danego pacjenta powinien być oparty na wskazaniach medycznych.
- Dobór leków ARV nie zależy od ich ceny, lecz od ich skuteczności.
- W przypadku gdy kilka podobnych leków posiada te same właściwości lecznicze, pacjentowi powinno przepisać się produkt najtańszy.
- W przypadku gdy danemu pacjentowi, wedle wskazań medycznych, zaleca się stosowanie preparatów droższych, powinny być mu one przepisane.
- Kwestie zamiany leków oryginalnych na generyczne lekarz i farmaceuta powinni zawsze omówić z pacjentem.

Dr Dorota Król

Wciąż gramy w zielone

Z okazji Światowego Dnia AIDS w dniach 26-27 listopada odbyła się XXV Konferencja „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie". Konferencja od ćwierć wieku organizowana przez Polską Fundację Pomocy Humanitarnej „Res Humanae" jest największym forum dyskusyjnym poświęconym zagadnieniom HIV i AIDS w naszym kraju pod kątem medyczno-społecznym – w tym roku w obradach wzięło udział prawie 400 osób. Były wśród nich zarówno osoby żyjące z HIV, jak również ci, którzy na ich rzecz pracują: lekarze, przedstawiciele instytucji centralnych, terenowych, władz samorządowych i organizacji pozarządowych, przedstawiciele świata nauki, artyści, dziennikarze i wiele innych osób, zainteresowanych tą problematyką. Honorowy patronat nad tegorocznym spotkaniem objął Pan Minister Adam Lipiński, Pełnomocnik Rządu ds. Równego Traktowania i Pełnomocnik Rządu ds. Społeczeństwa Obywatelskiego.

Pierwsza sesja plenarna „Od zawsze razem" poświęcona była realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS, ze szczególnym naciskiem na współpracę pomiędzy Krajowym Centrum ds. AIDS a inspekcjami sanitarnymi. W spotkaniu tym uczestniczyli przedstawiciele stacji sanitarno-epidemiologicznych, urzędów wojewódzkich, urzędów marszałkowskich, a także innych realizatorów Krajowego Programu. W debacie głos zabrali: Jarosław Pinkas, Główny Inspektor Sanitarny, Przemysław Biliński, Główny Inspektor Sanitarny w latach 2011-2012, Tomasz Augustyniak, Pomorski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny, Urszula Mendera-Bożek, Śląski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny i Magdalena Borowska, wieloletni kierownik Oddziału Oświaty Zdrowotnej Inspekcji Sanitarnej oraz Anna Marzec-Bogusławska, dyrektor Krajowego Centrum ds. AIDS. Sesję poprowadzili: Małgorzata Czerniawska-Ankiersztejn, Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w latach 1985-1994 oraz 2006-2013 oraz ks. Arkadiusz Nowak reprezentujący Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej.

Następnie Magdalena Ankiersztejn-Bartczak zaprezentowała europejski program Fast Track City, w który, ma nadzieję, wkrótce włączy się Warszawa.

W drugiej połowie dnia odbyło się sześć równoległych sesji, koncentrujących się głównie wokół różnych aspektów profilaktyki i leczenia HIV ze szczególnym uwzględnieniem kluczowych dla przeciwdziałania epidemii populacji. Była mowa m.in. o postępach w realizacji globalnej strategii 90-90-90 (prof. dr hab. Magdalena Rosińska z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny), wyzwaniach związanych ze stosowaniem chemseksu, profilaktyce przedekspozycyjnej, populacjach wykluczanych, kampaniach społecznych, testowaniu, a także o sytuacji psychospołecznej oraz potrzebach młodych osób żyjących z HIV w Polsce (debata z udziałem prof. Magdaleny Marczyńskiej i Anny Zaczyk-Grędy z Wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego, Roberta Kowalczyka z Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego oraz Weroniki Lewickiej z Fundacji Edukacji Społecznej).

Eksperymentalnie przeprowadzono sesje dyskusyjne pod hasłem Hyde Park poświęcone profilaktyce i terapii, gdzie każdy z uczestników mógł zabrać głos, opowiedzieć o swoich pomysłach, doświadczeniach i zadać pytania. Hyde Park profilaktyczny poprowadził Wiesław Sokoluk z Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego, zaś Hyde Park medyczny moderowała dr n. med. Dorota Rogowska-Szadkowska z Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Wieczorem odbyła się szczególna, jubileuszowa sesja, którą poprowadził Roman Jarzyna z Fundacji Res Humanae przy oprawie muzycznej zespołu AdHOC z Głogowa. Chcieliśmy tą sesją uhonorować pamięć o wszystkich Niepowszednich Ludziach, którzy przez ostatnie

Sesja plenerowa „Od zawsze razem"

Prof. dr hab. n. med. Jacek Juszczyk

25 lat działali na rzecz osób seropozytywnych – bezinteresownie, z sercem, zaangażowaniem, a czasem wbrew wszystkim i wszystkiemu. To także jubileusz istnienia naszej fundacji, ponieważ w tym roku minęło 25 lat od oficjalnego powstania Polskiej Fundacji Pomocy Humanitarnej „Res Humanae". Tą sesją chcieliśmy chociaż symbolicznie podziękować obecnym na sali osobom za wieloletnią przyjaźń i współpracę.

Wysłuchaliśmy wspaniałego wykładu prof. dr. hab. Jacka Juszczyka „25 lat później: HIV/AIDS – jak gęsta jest jeszcze mgła", który opowiadając o tym, co było i co jest, dał nam piękną lekcję humanizmu.

Pani Minister Józefa Szczurek-Żelazko, Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia, wraz z panią Anną Marzec-Bogusławską, dyrektor Krajowego Centrum ds. AIDS wręczyła odznaki honorowe „Za zasługi dla ochrony zdrowia" paniom Barbarze Daniluk-Kuli, Beacie Zawadzie oraz Maryli Rogalewicz z Krajowego Centrum ds. AIDS. Głos zabrał też Pan Minister Zbigniew Król, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia oraz prof. dr. hab. Miłosz Parczewski, prezes Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS.

Tradycyjnie odbyła się również ceremonia odznaczania „Czerwoną Kokardką" – symbolicznym wyróżnieniem osób i instytucji szczególnie zaangażowanych w przeciwdziałanie epidemii HIV/AIDS.

Richard Grenell, Ambasador USA w Niemczech

Do grona laureatów w tym roku dołączyli:

Kategoria	Imię i nazwisko
Działania w środowisku medycznym	dr n. med. **Dariusz Bielec**,Uniwersytet Medyczny w Lublinie, SP ZOZ MSWiA w Lublinie
	lek. med. **Wiesława Błudzin**, konsultant wojewódzki w dziedzinie chorób zakaźnych, Opole
	Monika Skorupska pielęgniarka, Szczecin
Działania w zakresie profilaktyki	**Tomasz Suchocki**, Stowarzyszenie Profilaktyki i Wsparcia w zakresie HIV/AIDS „Jeden Świat", Kraków
	Urszula Mendera-Bożek, Śląski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny
Działania instytucji rządowych i samorządowych	**Tomasz Augustyniak**, Pomorski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny
	Jarosław Cieszkiewicz Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego
Działania organizacji pozarządowych	**Stowarzyszenie MONAR**, na ręce **Elżbiety Zielińskiej**, Przewodniczącej Zarządu Głównego
	Małgorzata Paliwoda, Stowarzyszenie „Pomorski Dom Nadziei"
Środowisko artystyczne	**Grażyna Wolszczak**, aktorka
	Maria Seweryn, aktorka
Działalność osób/ organizacji zagranicznych	**Vladimir Zhovtiak**, ECUO

Prof. dr hab. Andrzej Gładysz wraz z Michałem Kaźmierskim z firmy Gilead wręczyli nagrody przyznawane w ramach konkursu „Pozytywnie Otwarci" za najciekawsze programy w obszarze edukacji i aktywizacji, profilaktyki, diagnostyki i monitoringu HIV.

W porannej sesji drugiego dnia konferencji odbyła się arcyciekawa sesja z udziałem Richarda Grenella, Ambasadora Stanów Zjednoczonych Ameryki w Niemczech, który mówił o działaniach Stanów Zjednoczonych w zakresie problematyki HIV i AIDS w kraju i poza jego granicami, prof. Hendrika Streecka, dyrektora Instytutu Badań nad HIV z Niemiec, który opowiadał o międzynarodowym projekcie badawczym, oraz prof. dr hab. Miłosza Parczewskiego, prezesa PTN AIDS, dzięki któremu mogliśmy zapoznać się z najnowszymi kierunkami badań nad lekami i szczepionką przeciw HIV.

Przedostatnią sesję poświęconą różnym aspektom zdrowia psychicznego osób żyjących z HIV poprowadziła Bogna Szymańska-Kotwica w Wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego w Warszawie, zaś finał konferencji należał do dr n. med. Grażyny Cholewińskiej-Szymańskiej (Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie) i prof. dr hab. Zbigniewa Izdebskiego (Uniwersytet Zielonogórski).

Wręczenie odznak honorowych Ministra Zdrowia „Za zasługi dla ochrony zdrowia"

Symboliczny toast z okazji 25-lecia Res Humanae

Serdecznie dziękujemy za udział w tej konferencji, która nam osobiście przyniosła wiele wzruszeń, i do zobaczenia za rok!

Przez kolejne grudnie, maje człowiek goni jak szalony
A za nami pozostaje sto okazji przegapionych
Ktoś wytyka nam co chwilę w mróz czy w upał, w zimie, w lecie
Szans niedostrzeżonych tyle
I ktoś rację mam, lecz przecież
Jeszcze w zielone gramy…
Wojciech Młynarski

Mateusz Liwski
Prezes Polskiej Fundacji
Pomocy Humanitarnej RES HUMANAE

Konferencja odbyła się dzięki wsparciu Krajowego Centrum ds. AIDS, Samorządu Województwa Mazowieckiego oraz sponsorów prywatnych.

Testy w kierunku HIV u zawodników uczestniczących we współzawodnictwie sportowym organizowanym przez polskie związki sportowe – kogo dotyczą, kiedy są wykonywane i podstawy prawne

W aktualnie obowiązującym stanie prawnym, zawodnik uczestniczący we współzawodnictwie sportowym organizowanym przez polski związek sportowy (dotyczy to także dzieci i młodzieży) podlega badaniom lekarskim, badaniom specjalistycznym i diagnostycznym niezbędnym do wydania orzeczenia lekarskiego o stanie zdrowia umożliwiającym bezpieczne uprawianie sportu, w tym udział treningach lub zawodach sportowych. W ramach badań diagnostycznych wykonuje się także badania serologiczne, włącznie z testem w kierunku HIV, jednak jest on wymagany zasadniczo jedynie w grupie zawodników uprawiających zapasy, judo, taekwondo i boks. Szczególną grupą zawodników, o której więcej poniżej, są zawodnicy uprawiający sporty lotnicze oraz zawodnicy uprawiający sporty lotnicze będący żołnierzami zawodowymi.

Ustawa z dnia 25 czerwca 2010 r. *o sporcie* (Dz.U. 2018.1263 j.t. ze zm.) określa zasady uprawiania i organizowania sportu. W myśl jej art. 2, *sportem są wszelkie formy aktywności fizycznej, które przez uczestnictwo doraźne lub zorganizowane wpływają na wypracowanie lub poprawienie kondycji fizycznej i psychicznej, rozwój stosunków społecznych lub osiągnięcie wyników sportowych na wszelkich poziomach. Za sport uważa się również*

kontra

Redakcja
Maryla Rogalewicz
Katarzyna Gajewska
Wydawca:
Krajowe Centrum ds. AIDS

Adres redakcji:
ul. Samsonowska 1, 02-829 Warszawa
tel. (+22) 331 77 68, 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.

współzawodnictwo oparte na aktywności intelektualnej, którego celem jest osiągnięcie wyniku sportowego. Sport wraz z wychowaniem fizycznym i rehabilitacją ruchową składają się na kulturę fizyczną. Zgodnie z art. 3 i 4 przedmiotowej ustawy *działalność sportowa jest prowadzona w szczególności w formie klubu sportowego*, którego szczególnym rodzajem jest uczniowski klub sportowy.

Na podstawie art. 37 ust. 2 ustawy *o sporcie* Minister Zdrowia wydał rozporządzenie z dnia 22 lipca 2016 r. *w sprawie kwalifikacji lekarzy uprawnionych do wydawania zawodnikom orzeczeń lekarskich o stanie zdrowia oraz zakresu i częstotliwości wymaganych badań lekarskich niezbędnych do uzyskania tych orzeczeń* (Dz.U.2016.1172). Zgodnie z § 1 tego rozporządzenia *zawodnik uczestniczący we współzawodnictwie sportowym organizowanym przez polski związek sportowy, podlega ogólnym badaniom lekarskim oraz badaniom specjalistycznym i diagnostycznym w zakresie niezbędnym do wydania orzeczenia lekarskiego o stanie zdrowia umożliwiającym bezpieczne uczestnictwo we współzawodnictwie sportowym, w szczególności uczestnictwo w treningach lub zawodach sportowych.*

W myśl § 2 ww. rozporządzenia orzeczenie o stanie zdrowia umożliwiającym bezpieczne uczestnictwo we współzawodnictwie sportowym *wydaje lekarz specjalista w dziedzinie medycyny sportowej, a w odniesieniu do zawodników niepełnosprawnych orzeczenie może wydać także lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji medycznej. W odniesieniu do dzieci i młodzieży do ukończenia 21. roku życia oraz zawodników pomiędzy 21. a 23. rokiem życia orzeczenie może wydać lekarz posiadający certyfikat ukończenia kursu wprowadzającego do specjalizacji w dziedzinie medycyny sportowej.*

§ 3 i 4 rozporządzenia określają rodzaje badań specjalistycznych i diagnostycznych, które powinny być wykonane w ramach badań wstępnych, okresowych i kontrolnych, u osób wykonujących określone rozporządzeniem rodzaje sportów. Wśród nich jest *badanie serologiczne w celu wykluczenia zakażenia wirusami zapalenia wątroby typu B i C oraz nabytego niedoboru odporności przez oznaczenie obecności antygenu HBs, przeciwciał HCV i przeciwciał HIV* (§ 3 pkt. 15). Badanie to zgodnie z § 4 ust. 2 pkt. 3 oraz § 4 ust. 3 pkt. 2 przeprowadza się co roku u zawodników uprawiający zapasy, judo, taekwondo i boks. Zgodnie z rozporządzeniem, zawodnicy uprawiających zapasy, judo, taekwondo i boks są jedyną grupą sportowców (w ramach współzawodnictwa sportowego organizowanego przez polski związek sportowy), u których badanie serologiczne jest wymagane.

Szczególne rodzaje badań, zgodnie z § 1 ust. 2 i 3 ww. rozporządzenia, dotyczą zawodników uprawiających sporty lotnicze oraz zawodników uprawiających sporty lotnicze, będących żołnierzami zawodowymi. W obu tych przypadkach testy na HIV są lub mogą być wykonywane. W przypadku zawodników uprawiających sporty lotnicze na podstawie § 6 rozporządzenia Ministra Transportu, Budownictwa i Gospodarki Morskiej z dnia 27 maja 2013 r. *w sprawie badań lotniczo-lekarskich* (Dz.U.2017.127 j.t.) oraz rozporządzenia UE nr 1178/2011 osoby żyjące z wirusem HIV można uznać za sprawne pod warunkiem pozytywnej oceny lotniczo-lekarskiej. Z kolei, na podstawie § 55 pkt. 5 i 6 rozporządzenia Ministra Obrony Narodowej z dnia 3 czerwca 2015 r. *w sprawie orzekania o zdolności do zawodowej służby wojskowej oraz właściwości i trybu postępowania wojskowych komisji lekarskich w tych sprawach* (Dz.U.2015.761 ze zm.) w przypadku zawodników uprawiających sporty lotnicze, będących żołnierzami zawodowymi, wirus HIV w większości przypadków spowoduje wydanie negatywnego orzeczenia lekarskiego, a zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) – zawsze.

Krajowe Centrum ds. AIDS
Stan prawny na dzień 8 listopada 2018 r.

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"

aspekty

Krajowe Centrum ds. AIDS
Agenda Ministra Zdrowia

Dodatek do Biuletynu Krajowego Centrum ds. AIDS

kontra

Witamy w poradni internetowej HIV/AIDS

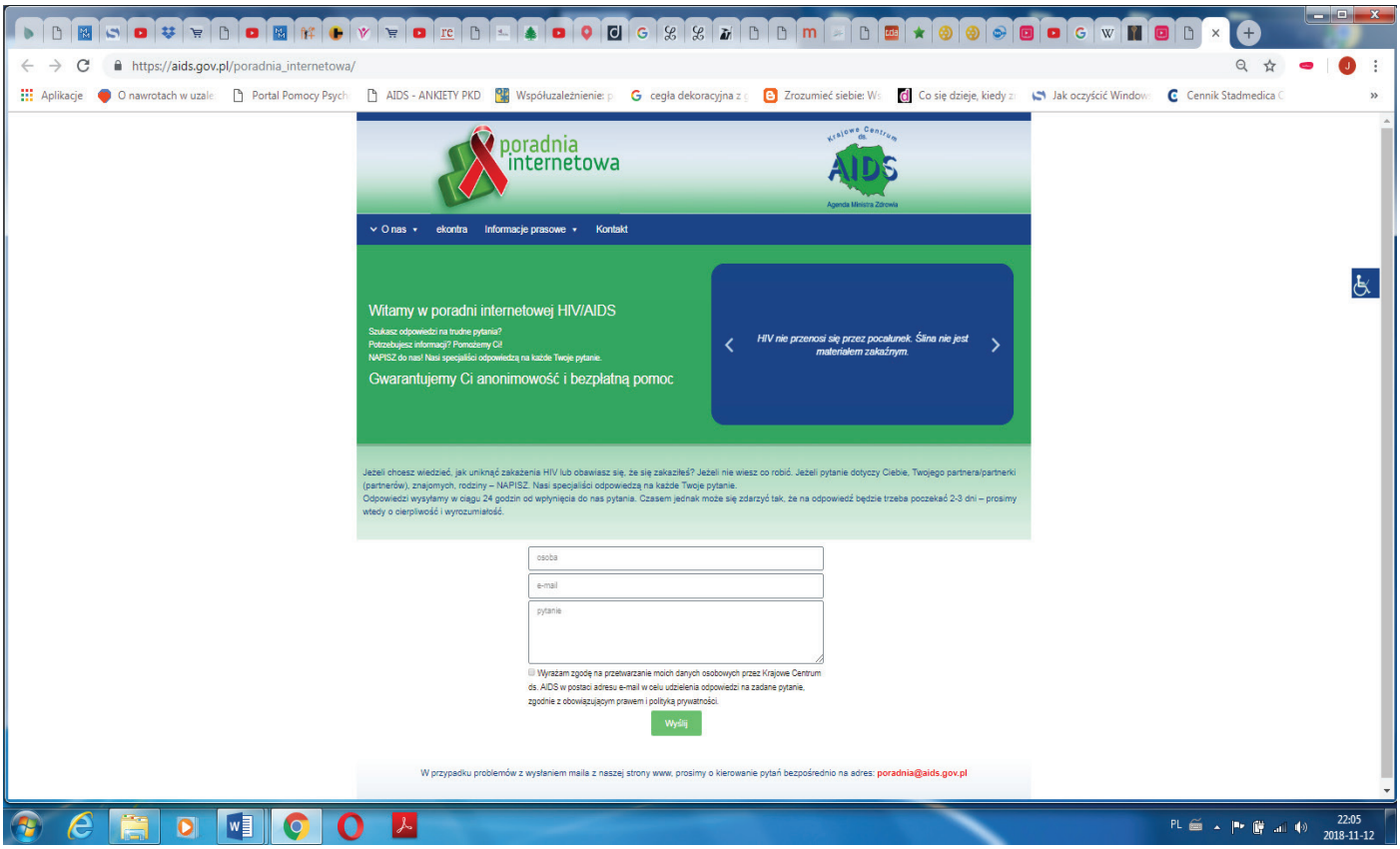
**Szukasz odpowiedzi na trudne pytania? Potrzebujesz informacji? Pomożemy Ci!
Jeżeli chcesz wiedzieć, jak uniknąć zakażenia HIV lub obawiasz się, że się zakaziłeś. Jeżeli nie wiesz co robić.
Jeżeli pytanie dotyczy Ciebie, Twojego partnera/partnerki (partnerów), znajomych, rodziny – NAPISZ.
Nasi specjaliści odpowiedzą na każde Twoje pytanie. Gwarantujemy Ci anonimowość i bezpłatną pomoc.**

Jednym z działań prowadzonych przez Krajowe Centrum ds. AIDS mających na celu ograniczenie rozprzestrzeniania się zakażeń HIV i zapewnienie odpowiedniego dostępu do informacji na temat HIV jest działająca od lat poradnia internetowa HIV/AIDS, stanowiąca ważny element profilaktyki zdrowotnej.

Poradnia internetowa jest z roku na rok coraz atrakcyjniejszą formą kontaktu z ludźmi. Jej zaletą jest niewątpliwie łatwy, niedrogi, anonimowy, dyskretny dostęp do informacji o HIV/AIDS. Kontakt z poradnią nie wymaga podawania personaliów. Pytanie można przesłać praktycznie z każdego miejsca i o każdej porze, bez oczekiwania w kolejce, bez umawiania się na spotkanie, bez wychodzenia z domu, a odpowiedź jest dostarczana w ciągu 24 godzin. W jednym miejscu dostępni są różni specjaliści. Dzięki poradni on-line zwiększa się dostępność do wiedzy dla ludzi niepełnosprawnych, czynnych zawodowo, mieszkających daleko od innych form doradztwa. Taka forma poradnictwa pozwala również na zastanowienie się nad problemem i odpowiednie sformułowanie pytania, a brak bezpośredniego kontaktu pozwala na wyzbycie się wstydu i zażenowania.

Dzięki poradni pytający mogą zweryfikować swoją wiedzę uzyskaną na różnych stronach internetowych, z artykułów w czasopismach czy z zasłyszanych opinii.

Na pytanie – co to jest HIV internet otwiera 3 710 000 stron. Na pytanie – kiedy wykonać test na HIV? daje 80 000 stron odpowiedzi. Na pierwszych pozycjach pojawiają się strony reklamujące testy na HIV, reklamujące badania czy też strony poradnikowe jak: poradnikzdrowie.pl,



zdrowie.gazeta.pl, zdrowie.tvn, polki.pl. Dopiero na dalszych pozycjach znajdujemy profesjonalne strony dedykowane HIV/AIDS.

Wiele stron zajmujących się zdrowiem porusza problematykę HIV i odpowiada na pytania z nim związane. Najwięcej odpowiedzi wymagających weryfikacji dotyczy testów na HIV, a dokładnie wiarygodności wyników i ich interpretacji. Przykładowe pytania i odpowiedzi z portali internetowych:

Pytanie: Witam czy jak zrobiłem test 4 generacji combo po 8 tygodniach od dnia 0 i wynik wyszedł ujemny i nie ma antygenu p 24 to czy taki wynik może już być w miarę wiarygodny.
Odp: Jeśli 8 tygodni po potencjalnym zakażeniu wynik wyjdzie ujemny to można uznać, że na pewno do zakażenia nie doszło.
Odp: Witam, wynik ujemny testu wykonanego po 6 tygodniach wskazuje na brak zakażenia.
Odp: Test na HIV wykonuje się po minimum 3 miesiącach od wystąpienia sytuacji, w której mogło dojść do zarażenia. Do tego czasu wyniki badania są niewiarygodne.

Pytanie: Po 11 tygodniach zrobiłam test. Dostałam wynik a tam jest napisane w rubryce dotyczącej wyniku nie 0 a 0,38. Czy to znaczy, że jestem zakażona?
Odp: Aby móc w pełni wykluczyć zakażenie test należy wykonać po 12 tygodniach od ryzyka. Pani wynik pokazuje, **że nie doszło do zakażenia HIV.**
Odp: Nie musi Pani powtarzać wyniku. Pani wynik wskazuje brak zakażenia.
Odp: Test wykonany po 11 tygodniach od ryzyka daje dużą gwarancję braku zakażenia, jednak w celu wykluczenia zakażenia proszę powtórzyć test po upływie pełnych 12 tygodni. Jeżeli chodzi o wynik to najlepiej gdyby się Pani dowiedziała o interpretację w Punkcie w którym Pani wykonywała test.

Do poradni można wejść bezpośrednio ze strony Krajowego Centrum ds. AIDS – www.aids.gov.pl, zakładka „poradnia internetowa". Można także napisać maila bezpośrednio na adres poradni: poradnia@aids.gov.pl. Korzystający ze strony poradni mogą znaleźć informacje o drogach zakażenia HIV, podstawowe informacje o HIV/AIDS, informacje na temat testów i testowania, a także odpowiedzi na najczęściej zadawane pytania. Pytający może wybrać, czy chce korespondować z konsultantem, lekarzem czy prawnikiem. Poradnia w roku 2017 działała przez wszystkie dni w roku. Do poradni pisało więcej mężczyzn - 75% niż kobiet 12%. Poradnia udzieliła 1486 odpowiedzi - w tym konsultanci 1426, lekarze 46 i prawnicy 14.

Pytania zadawane prawnikowi dotyczyły: wykonywania testów przez osoby niepełnoletnie, otrzymania obywatelstwa przez osoby zakażone**,** przymusowych badań na HIV w pracy, możliwości wykonywania pracy w zawodach związanych z żywieniem, w handlu, medycznych i pokrewnych, w służbach mundurowych, postępowania rozwodowego w przypadku HIV, możliwości leczenia ARV poza granicami Polski, leczenia obcokrajowców, leczenia osób nieubezpieczonych. Aż 85% pytań zadawanych było przez osoby zakażone.

Przykładowe pytania do prawnika i odpowiedzi:

Pytanie: Czy osoba 16 letnia może wykonać test na HIV?
Odpowiedź: Kwestie dotyczące zgody pacjenta na badanie lub świadczenie zdrowotne regulują ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Zgodnie z przepisami ww. ustaw, w kontekście zgody na badanie lub świadczenie zdrowotne, pacjentów małoletnich należy podzielić na tych, którzy nie ukończyli lat 16 oraz tych, którzy ukończyli 16 lat. Ponieważ nie mam pewności, w którym przedziale wiekowym jest Pani syn, przekazuję informacje na temat obu.

W przypadku pacjentów małoletnich do ukończenia 16 lat, zgodę na wykonanie badania lub innego świadczenia zdrowotnego, w tym także badania wykrywającego HIV, musi wyrazić przedstawiciel ustawowy dziecka (zgoda samodzielna). W braku przedstawiciela ustawowego, prawo to, w odniesieniu do badania może wykonać opiekun faktyczny. Jeżeli jest to niemożliwe, konieczne jest zezwolenie sądu opiekuńczego.

Natomiast w przypadku pacjentów, którzy ukończyli 16 lat i dysponują dostatecznym rozeznaniem niezbędna jest podwójna zgoda (zgoda równoległa, subsydiarna, kumulatywna), tj. zarówno przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego jak i samego pacjenta.

Pacjent małoletni, który ukończył 16 lat ma prawo do wyrażenia sprzeciwu co do udzielenia świadczenia zdrowotnego, pomimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. W takim przypadku wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego.

Pytanie: Czy Ukrainka zakażona HIV może otrzymywać leczenie w Polsce?
Odpowiedź: Zasadniczo, obywatelka Ukrainy, aby móc kontynuować lub rozpocząć w Polsce leczenie ARV, musi posiadać aktualne ubezpieczenie zdrowotne w Narodowym Funduszu Zdrowia (NFZ).

W Polsce wszystkie osoby legalnie zatrudnione (w tym także cudzoziemcy) są (powinny być) objęte obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym. Dzięki temu pracownik może bezpłatnie korzystać ze świadczeń zdrowotnych publicznej służby zdrowia, w tym z leczenia antyretrowirusowego. W Polsce pracodawca ma obowiązek objęcia nowo przyjętego pracownika (w tym oczywiście legalnie zatrudnionego obywatela Ukrainy) ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ.

W myśl art. 41 ust. 3 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. *o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi*, „realizacja zadań z zakresu leczenia antyretrowirusowego, w celu zapewnienia równego dostępu wszystkim zakażonym HIV i chorym na AIDS do zgodnych z wytycznymi organizacji międzynarodowych metod profilaktyki AIDS, diagnostyki i leczenia antyretrowirusowego, jest prowadzona na podstawie programu polityki zdrowotnej ustalonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych"*.

Program Polityki Zdrowotnej Ministerstwa Zdrowia pt.: *Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2017 – 2021*, stanowi, że „programem polityki zdrowotnej leczenia antyretrowirusowego objęte będą wszystkie osoby zakażone HIV i chore na AIDS, których możliwość objęcia programem nie pozostaje w sprzeczności z aktualnie obowiązującymi przepisami prawa, tj. z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz.U.2017.1938 j.t. z późn. zm.), w tym również kobiety w ciąży zakażone HIV oraz noworodki urodzone z matek zakażonych HIV, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie standardami (*Rekomendacje Zespołu Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie zapobiegania perinatalnej transmisji HIV z dnia 24.10.2008 r. oraz Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS z czerwca 2016 r.*)."

Każdy ubiegający się o leczenie ARV, zarówno obywatel polski jak i cudzoziemiec, będzie podlegał tym samym zasadom kwalifikacji, szczegółowo opisanym w ww. Programie. Wszyscy muszą spełniać identyczne kryteria medyczne oraz nie podlegać kryteriom wykluczenia lub nie wprowadzania do terapii ARV (osoby, które nie gwarantują ścisłej współpracy, nie rokują kontynuacji leczenia z przyczyn psychospołecznych). Zarówno decyzję o rozpoczęciu leczenia antyretrowirusowego jak i o wykluczeniu lub nie wprowadzaniu do terapii podejmuje lekarz prowadzący danego pacjenta.

Cudzoziemcy, w tym obywatele Ukrainy, podlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu w Polsce są traktowani, pod względem dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i finansowania tych świadczeń, tak samo jak ubezpieczeni obywatele Polski.

Pytania do lekarza dotyczyły: szacowania ryzyka, interpretacji wyników testów, weryfikacji wiedzy o HIV, wykluczenia lub potwierdzenia zakażenia na podstawie objawów opisanych lub udokumentowanych zdjęciem, interpretacji wyników badań, schematów leczenia, interakcji ARV z innymi lekami – antybiotykami, szczepionkami, ziołami; możliwości prokreacji, PEP w związku (postępowanie poekspozycyjne w przypadku ryzykownego kontaktu seksualnego z partnerem/partnerką). Ponad połowę pytań zadawały osoby żyjące z HIV.

Przykładowe pytania do lekarza i odpowiedzi

Pytanie: Witam, parę dni temu odbyłem stosunek oralny bez zabezpieczenia z kompletnie obcą kobietą w wieku ok. 40 lat. Podczas zbliżenia byłem bierny, wytrysk miał miejsce w jej ustach. Jej status zdrowia jest mi nieznany. Czy zagrożenie zakażeniem się wirusem HIV jest realne (o ile Ona jest seropozytywna) i czy powinienem udać się na test?
Odpowiedź: Najbardziej zakaźna jest krew

i nasienie. Ślina nie jest zakaźna. Więc nie mógł się Pan zakazić HIV w ten sposób.

Pytanie: Zwracam się z pytaniem o wiarygodność wyników testu i czas w jakim należałoby go powtórzyć.

Ryzykowne zachowanie polegało na kontakcie oralnym, w którym byłem stroną bierną (byłem pieszczony) połączonym z wzajemnym dotykiem, z osobą o nieznanym statusie serologicznym.

W 22 dniu od kontaktu wykonałem test „hiv combo", wynik był ujemny, ponowny test „p/c anty hiv1/hiv2"wykonałem 28 dni od kontaktu i również wynik jest ujemny.

Pojawiło się zapalenie gardła, wyczuwalna (niewidoczna) językiem lekka wysypka na górnej powierzchni gardła, ogólne osłabienie, przez ostatnie tygodnie niska temperatura ciała ok.35, w tej chwili 36,5. Czy jest sens wykonywać dalsze badania (w tej chwili 33 dzień od kontaktu), czy dla testów IV generacji występuje tzw. „drugie okienko serologiczne", na stronach znajduje się informacja by test wykonać od 14 do 28 dni, czy mam rozumieć, że po 28 dniu, wynik będzie mniej wiarygodny niż np. 20 dni po. Czy wykonanie testu, w najbliższych dniach tzw. PCR da jednoznaczną odpowiedź?
Odpowiedź: Opisany przez Pana rodzaj aktywności seksualnej jest najmniej ryzykowny. Ujemny wynik testu, niezależnie od metody wykonywania, uważany jest za prawdziwy po 3 miesiącach od ryzykownej sytuacji. Testy PCR nie są testami diagnostycznymi. Objawy, które Pan opisuje, mogą być spowodowane wieloma innymi przyczynami.

Pytanie: Jutro zamierzam zrobić test na HIV i w związku z tym mam pytanie? Czasami, (nie na stałe), na pewno w ostatnim tygodniu nie przyjmowałem kropli do nosa Flixonase. Jestem astmatykiem i przyjmuje leki Ventolin oraz bardzo rzadko Tafen. Proszę mi powiedzieć czy te leki mogą zniekształcić wynik testu?
Odpowiedź: Przyjmowane przez Pana leki nie zmienią wyniku testu. Jeśli minęło 12 tygodni od możliwości zakażenia się to ujemny wynik (brak przeciwciał anty-HIV = brak zakażenia) będzie prawdziwy.

Pytanie: Witam, w 2016 roku wykonałam test przesiewowy combo po 3 i 6 miesiącach od ryzykownej sytuacji z obywatelem innego kraju. Obydwa wyniki były niereaktywne. Jednak teraz natknęłam się na artykuł, w którym są informacje o wykryciu nowego wirusa nie wykrywanego testami, a wywołującego AIDS i zwyczajnie się boję, że może mój test nie wykryłby tego nowego wirusa. Czy te informacje są wiarygodne i czy ten test wykryłby w ogóle, że jestem zakażona w tym przypadku??
Odpowiedź: Sensacyjne wiadomości zawsze trafiają do środków masowego przekazu, ale ich wiarygodność jest niewielka. Nie spotkałam w literaturze medycznej potwierdzenia tego doniesienia. W Polsce nie było przypadku AIDS bez HIV, ale są przypadki AIDS, kiedy zakażenie HIV rozpoznano w momencie zachorowania na AIDS – gdyby zakażenie rozpoznano wcześniej pacjenci nie zachorowaliby. Niereaktywny wynik po 3 miesiącach jest potwierdzeniem braku zakażenia.

Pytania zadawane przez internautów można usystematyzować w kilka grup tematycznych.

Najwięcej pytań zadają osoby po potencjalnie ryzykownych sytuacjach (około 90%) i dotyczą często podstawowych informacji o HIV, takich jak: jakie są drogi zakażenia, płyny zakaźne, objawy ostrej choroby retrowirusowej, objawy AIDS, czy jest dostępne leczenie na HIV, jak przebiega zakażenie, jak długo żyją osoby z HIV, czy osoba zakażona może posiadać dzieci.

Drugą grupą są pytania dotyczące diagnostyki i testowania na HIV: gdzie wykonać badania, kiedy wykonać badania, jaka jest wiarygodność wyników i badań, jaka jest dostępność i jakie są rodzaje testów, często pojawia się prośba o interpretacje wyników.

Trzecia grupa to pytania dotyczące szacowania ryzyka zarówno drogą seksualną jak i poza seksualną: pytania dotyczą ryzyka podczas różnych kontaktów seksualnych z użyciem i bez użycia zabezpieczenia, z osobami świadczącymi usługi seksualne, przygodnymi i ze stałymi partnerkami/partnerami. Najwięcej pytań dotyczy szacowania ryzyka poza seksualnego czyli kontaktów społecznych, towarzyskich podczas korzystania z publicznych miejsc, np. toalet (dotykanie klamki, kurków, umywalki, sedesu, i potencjalny kontakt ze spermą, krwią), barów, restauracji (jedzenie z jednego talerza, picie z jednej butelki) komunikacji (dotykanie poręczy), sklepów (dotykanie produktów) i kontaktów domowych (używanie wspólnych przyborów toaletowych, wspólnych sztućców).

Czwarta grupa to pytania od osób zakażonych i ich bliskich. Jest to jednak niewielki odsetek wszystkich piszących (około 10%). Pytania w tej grupie dotyczą przede wszystkim porad prawnych. Poruszane są takie tematy jak: przymusowe badania na HIV w pracy, możliwość wykonywania pracy w zawodach związanych z żywieniem, w handlu, medycznych i pokrewnych, służby mundurowe, postępowanie rozwodowe w przypadku HIV, możliwość leczenia ARV poza granicami Polski, możliwość leczenia dla obcokrajowców, uzyskanie obywatelstwa przez osoby zakażone.

W aspektach medycznych poruszane są tematy dotyczące interpretacji wyników, dostępnych schematów leczenia, interakcji ARV z innymi lekami – antybiotykami, szczepionkami, ziołami; możliwości prokreacji, PEPu w związku (postępowanie poekspozycyjne w przypadku ryzykownego kontaktu seksualnego z partnerem/partnerką).

Pozostałe pytania dotyczą wsparcia w początkowych dniach, tygodniach życia z HIV, przybliżenie drogi do „przychodni", obostrzeń podróżowania z lekami. Maile dotyczą również skarg na opiekę medyczną, trudności w dostępie do lekarza, stomatologa, do zabiegów, lęku przed ujawnieniem HIV w środowisku.

Piąta grupa pytań zadawana jest przez osoby z AIDS fobią, która generuje 30% odpowiedzi. Osoby te uważają się za zakażone, niezdiagnozowane dlatego, że testy, z jakiegoś względu nie wykrywają u nich przeciwciał. W celu potwierdzenia zakażenia wykonują niezliczoną ilość testów, a wszystkie pojawiające się objawy przypisują zakażeniu HIV. W 2017 roku 355 pytań zadały osoby piszące ponad 9 razy. Tylko jedna z tych osób zadała 190 pytań, dwie kontaktowały się z poradnią 87 i 43 razy, sześć po około 12-15 razy, pięć przesłało po 9 maili.

Przykładowe pytania przychodzące do poradni

Testy na HIV

Pytanie: Po ryzykownym zdarzeniu zrobiłem test w Zakładzie Diagnostyki Laboratoryjnej dużego renomowanego szpitala, wynik po 10 tygodniach ujemny (HIV combi ujemny - taki wpis) po 13 tygodniach wynik również ujemny. Pani laborantka poinformowała mnie, iż powinienem jeszcze zrobić badanie po pół roku od ryzykownego zdarzenia. Czy wynik po 12 tygodniach nie jest ostateczny?

Pytanie: Otrzymałem dzisiaj wynik testu ale nic z tego nie rozumiem, wynik badania to 0,05 a zakres referencyjny to <0,25. O co chodzi?

Pytanie: Wykonałam test razem z partnerem – dlaczego wynik mojego testu to 0,05 a mojego chłopaka 0,65. Proszę o odpowiedź.

Pytanie: Jeżeli pierwszy test wyszedł pozytywnie a drugi negatywnie, to który wynik badań jest prawidłowy.

Pytanie: Witam, Mam 22 lata, nigdy nie myślałam, **że ten problem może mnie dotyczyć**, ale ostatnio wykonałam morfologię, mam leukopenię, moje wyniki są następujące: leukocyty 2,8 tyś/ mikrolitr, LYMPH # 1,3 tyś/ mikrolitr, MXD# 0,1 tyś/mikrolitr , NEUT# 1,4 tyś/mikrolitr. Mam dodatkowo bardzo podwyższone przeciwciała p/w wirusowi EBV. Studiuję na uczelni medycznej dlatego wiem, **że leukopenia występuje też przy HIV. Czy z tych wyników można coś stwierdzić?**

Pytanie: Zrobiłem test IV generacji po 31 dniach od niby ryzykownej sytuacji, wynik wyszedł negatywny. Czy mogę już być spokojny? Dużo czytałem i podobno dla popularnego HIV1 w Wielkiej Brytanii test IV generacji zrobiony po 21 dniach daje 99% pewności a 28 dzień dla HIV2 praktycznie nieobecnego w Polsce. Czy to prawda?

Pytanie: Witam! dzisiaj odebrałem wyniki i jest napisane: rdzeniowymi + p17 +p24 endonukleazy +p31 powierzchniowymi: +gp41 +sgp120- sgp105 ślad gp36. Czy to znaczy , że jestem zarażony?

Prokreacja

Pytanie: jestem w 34 tygodniu ciąży i powiedziano mi u lekarza, że jest wymagane do szpitala mieć zrobiony test na HIV, ale nie jest to takie ponoć konieczne i czy teraz muszę to zrobić ? i czy jest to płatne?

Pytanie: jestem w 18 tygodniu ciąży, wśród wielu badań jakie na tę okoliczność wykonywałam, było badanie na HIV. Nie otrzymałam wyników, a jedynie informację, że należy test powtórzyć i że istnieje możliwość zakażenia, a Pani w laboratorium poinformowała mnie, że w takim razie wynik musiał wyjść pozytywny. Najpierw byłam w szoku i przepłakałam cały dzień. Później znalazłam informacje o wynikach fałszywie dodatnich u kobiet w ciąży. Nie miałam w swoim życiu sytuacji ryzykownych, ale wiadomo, że lęk pozostaje. Stąd moje pytanie : jak często zdarzają się wyniki fałszywie pozytywne u kobiet w ciąży?

Pytanie: jestem w ciąży. Czy jeśli wynik HIV Combo wynosi 10,01 COI to jest jeszcze szansa, że jest to wynik fałszywie dodatni? Nie orientuję się jaka jest możliwa rozpiętość wyników.

Pytanie: jestem w tej chwili w ciąży i w związku z tym lekarz zlecił mi zrobienie badania na wirusa HIV. Dzisiaj otrzymałam wiadomość od Pani doktor, że wynik wyszedł niepewny... Od ostatniego zdarzenia, które mogłoby być zagrożeniem, minęło 10 lat. Czy fakt, **że** jestem w ciąży, choruję na chorobę Hashimoto, mógł mieć wpływ na wynik?

Szacowanie ryzyka poza seksualnego.
Pytanie: Czy istnieje choćby małe ryzyko zakażenia, jeśli osoba z HIV polizałaby językiem twarz, policzek zdrowego ? Bardzo proszę o odpowiedz

Pytanie: Mam na imię … i straszny problem. Opiekuję się starszym panem lat 88. Trzy tygodnie temu skaleczyłam **się** w palec ręki, a potem obcinałam panu paznokcie u stóp i tak zrobiłam to niefortunnie, **że** pojawiła **się** krew, tak**że** na moim zranionym palcu. Teraz bolą mnie mię**śnie** i gardło i nie wiem czy nie zakaziłam się.

Pytanie: czy jedząc na przemian ze wspólnego widelca przekazywanego **w krótkim odstępie czasu można się zarazić** HIV?

Pytanie: czy po podaniu ręki, witając się mogłem zakazić się. W piątek 5 stycznia skaleczyłem delikatnie dłoń w pracy, nacięcie płytkie blisko nadgarstka. 7 stycznia w poniedziałek spotkałem kolegę szkolnego alkoholika zakażonego HIV, odruchowo podałem mu dłoń witając się. Ranka była wyschnięta, nie krwawiąca. Mam 36lat, **żonę** i 8 letniego syna, proszę o poradę czy jest się czym martwić…

Pytanie: Czy istnieje możliwość zakażenia wirusem HIV, jeśli **ślina** dostała się do oka?

Pytanie: Czy niechcąco dotykając penisem pisuaru który nie był spłukany i były na nim jakieś nieznane resztki, nie potrafię określić, co to było, można się w ten sposób zakazić HIV?

Pytania od par +/-

Pytanie: Mój mąż ma HIV, chcielibyśmy mieć dziecko. Proszę o podanie jakiś informacji gdzie moglibyśmy się zgłosić. Czy w Toruniu ktoś mógłby nam pomóc? Czy jest to możliwe na kasę chorych?

Pytanie: Chciałabym się dowiedzieć czy prowadzony jest obecnie program pozwalający zajść w ciążę kobietom ze związków +/-. Byłabym wdzięczna za aktualne informacje na temat miejsc, poradni, klinik, które zajmują się inseminacją lub innymi metodami pomagającymi parom mieszanym.

Wszystkie osoby, które zadały powyższe pytania, otrzymały wyczerpującą i spersonalizowaną odpowiedź z Poradni internetowej. Zamiast szukać w przypadkowych miejscach, dostały informację rozwiązującą ich szczególny problem.

Poradnia internetowa HIV/AIDS, chociaż działa od ponad dwudziestu lat, ciągle jest przyszłościową metodą pracy profilaktycznej i jej niezbędnego elementu jakim jest edukacja zdrowotna ucząca jak dbać o zdrowie własne, bliskich i społeczności i kształtująca pożądane postawy prozdrowotne.

Joanna Gałaj
Stowarzyszenie „Bądź z nami”