



Biuletyn Krajowego Centrum ds. AIDS

W numerze:

Okiem epidemiologa

M. Niedźwiedzka-Stadnik,
K. Szmulik-Misiurek
NIZP-PZH

Str. 1-3

HIVotetycznie, gdyby chodziło o Ciebie?

Str. 4-5

Aspekty prawne

Krajowe Centrum ds. AIDS

Str. 5-6

HIV i koronawirus

Dorota Rogowska-Szadkowska

Str. 6-7

Aspekty

Raport UNAIDS 2019

Magdalena Kaluża

Telefon Zaufania AIDS

(+22) 692 82 26; 800 888 448*
od pn. 09:00 do pt. 21:00**

*połączenie bezpłatne

**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

Óśrodek Informacji o HIV/AIDS

(+22) 331 77 66
aids@aids.gov.pl

Poradnia Internetowa HIV/AIDS

poradnia@aids.gov.pl

Więcej informacji

www.aids.gov.pl

facebook.com/kcaids

OKIEM EPIDEMIOLOGA

Dlaczego nie można powstrzymać rosnącej liczby zakażeń HIV w Polsce?

Przyczyna rosnącej liczby zakażeń HIV w Polsce może wynikać zarówno z sytuacji epidemiologicznej zakażeń HIV jaka jest obserwowana w sąsiednich krajach, jak i z sytuacji epidemiologicznej zakażeń HIV w Polsce. Należy więc zadać kolejne pytania, które pomogą uzyskać odpowiedzi np.:

Jaka jest sytuacja Polski na tle innych krajów europejskich?

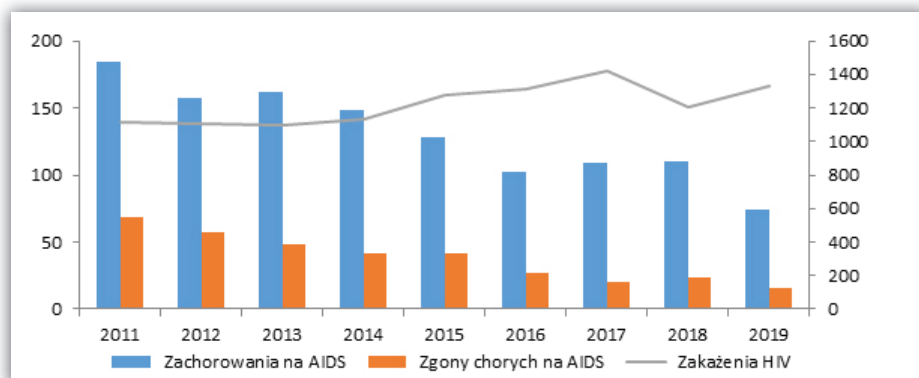
Sytuacja epidemiologiczna nowych zakażeń HIV w krajach UE wykazuje tendencję malejącą (spadek o 17% od 2009 r.), jednak w całym regionie europejskim liczba nowych zakażeń HIV nadal rośnie w wielu krajach. Według Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), odnosząc liczbę nowo rozpoznanych infekcji HIV do szacunkowej liczby nowych zakażeń w ostatnich latach, więcej osób zakaża się wirusem niż jest diagnozowana, co przekłada się na rosnącą liczbę osób żyjących z HIV w tym regionie. Również wzrost zakażeń notowany w krajach sąsiadujących z Polską niewątpliwie przyczynia się do wykrywania większej liczby zakażeń również w naszym kraju. Wśród państw UE z najniższym wskaźnikiem nowych rozpoznanych, Polska znalazła się na 7 miejscu, ze wskaźnikiem 3,1 na 100 000 mieszkańców (1165 zakażeń w 2018 r.)¹. Od wdrożenia

nadzoru nad HIV/AIDS w roku 1985 do końca roku 2019 zarejestrowano zakażenie HIV łącznie u 25 457 osób w Polsce. Średnio w ciągu roku rozpoznawanych jest około 1200 nowych zakażeń (Ryc. 1). Niestety około 10-25% przypadków zgłaszanych jest z opóźnieniem, w kolejnym roku, dlatego liczba nowych zakażeń może nadal rosnąć. Najwięcej zakażeń, ponad 66%, wykrywanych jest u osób w wieku od 25 do 44 lat, natomiast zakażenia wśród osób powyżej 45 r.ż. w ostatnich 10 latach utrzymują się na poziomie 14-18%. Zapadalność wśród mężczyzn jest ponad 6 razy większa w porównaniu z populacją kobiet, tj. na każde 100 000 mężczyzn do zakażenia dochodzi u 6 z nich, w porównaniu z jednym zakażeniem wykrywanym wśród kobiet. Najwięcej nowych zakażeń w 2019 roku rozpoznano w województwie mazowieckim i śląskim, a najmniej w świętokrzyskim i opolskim.

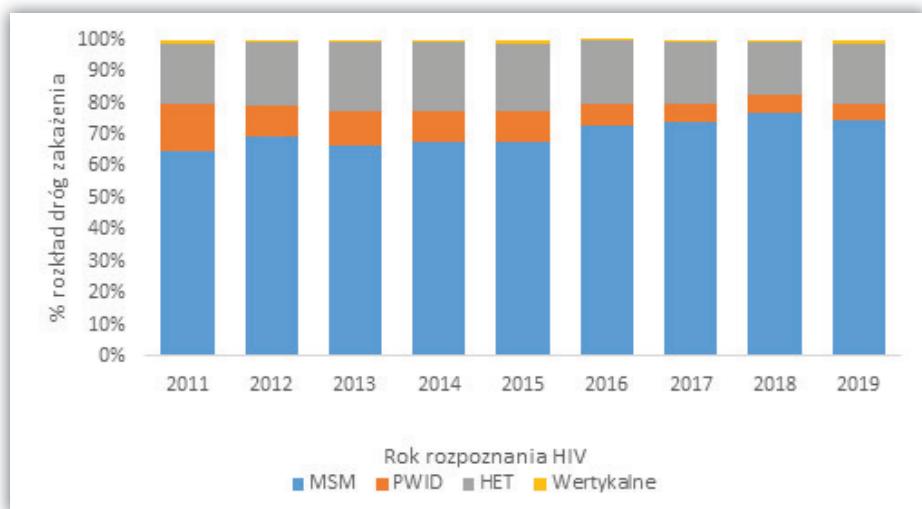
Niewątpliwie dużym osiągnięciem dobrej prowadzonej terapii antyretrowirusowej jest zmniejszenie liczby osób, u których rozwija się AIDS. W ostatnich latach liczba zachorowań na AIDS zmalała o ponad 40%* (Ryc. 1). Również liczba osób, które zmarły z powodu AIDS powoli się zmniejsza, z 68 zgonów w 2011 do 23 w roku 2018*, to jednak wczesna śmiertelność AIDS, czyli zgon w ciągu pół roku od rozpoznania AIDS, utrzymuje się na stałym poziomie – średnio 23% przypadków w ciągu roku. Należy jednak zauważyć, że liczba zgonów osób chorych na AIDS jest niedoszacowana. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego, z powodu chorób związanych z zakażeniem HIV w 2018

Piśmiennictwo:

1. European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2019 – 2018 data. Stockholm: ECDC; 2019
2. Główny Urząd Statystyczny – Zgony według przyczyn i województw rejestracji – tablica LN14A. <http://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/Tables.aspx>



Rycina 1 Liczba nowych zakażeń HIV, zachorowań na AIDS i zgonów osób chorych na AIDS w latach 2011-2019 (Źródło: Dane NIZP-PZH)



Rycina 2 Droga transmisji dla nowo wykrytych zakażeń HIV w latach 2011-2019 (z wykluczeniem braków danych na temat drogi zakażenia)

(skrót: MSM mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami; PWID – osoby wstrzykujące narkotyki drogą dożylną; HET – osoby zakażone na drodze kontaktów heteroseksualnych; Wertykalne – zakażenia matka-dziecko)

r. zmarło w Polsce 98 osób², co oznacza, że aż 76,5% zgonów nie zostało zgłoszonych do nadzoru prowadzonego w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego - Państwowym Zakładzie Higieny (NIZP-PZH).

Jaka jest populacja docelowa, do której należy kierować działania profilaktyczne?

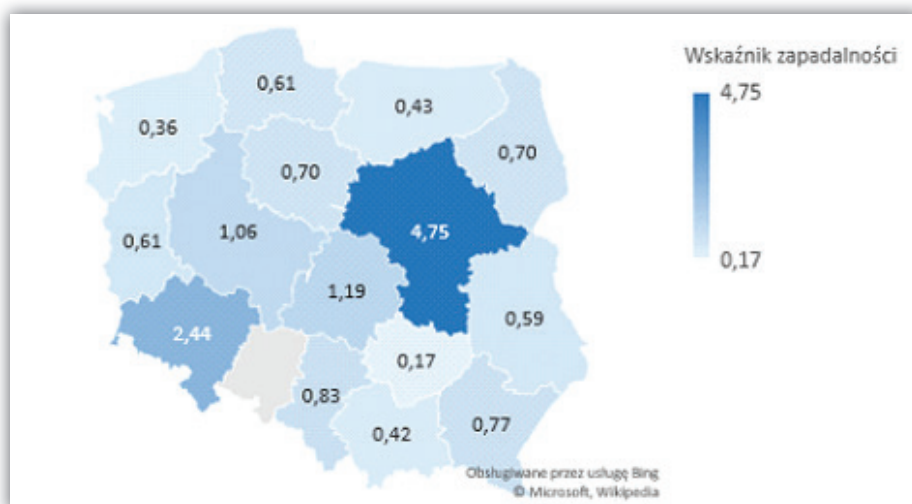
Kluczową informacją dla prowadzenia profilaktyki zapobiegania nowym zakażeniom oraz pomocy osobom zakażonym HIV jest znajomość dróg transmisji wirusa oraz przynależność osób zakażonych do populacji kluczowych. Niestety w Polsce dane te są ograniczone i co roku notowany

jest ponad 70% brak danych w tym zakresie. Ogranicza to w znaczny sposób możliwość podejmowania działań eliminujących szerzenie się nowych zakażeń, a także możliwość pozyskiwania środków finansowych na działania profilaktyczne w populacjach kluczowych i trudnodostępnych, jeśli nie są one dokładnie określone. Chociaż brak danych na temat dróg transmisji zakażenia HIV ogranicza ocenę sytuacji epidemiologicznej, to opierając się na dostępnych danych NIZP-PZH oraz na badaniach naukowych prowadzonych w Polsce³ nie ulega wątpliwości, że problem zakażeń HIV w Polsce dotyczy głównie populacji MSM tj. mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami, podejmujących zachowania ryzykowne. W 2019 roku zakażenia w tej grupie dotyczyły prawie 75% nowych przypadków ze znaną drogą zakażenia (Ryc. 2).

Najwięcej zakażonych mężczyzn utrzymujących ryzykowne kontakty seksualne z innymi mężczyznami zarejestrowano w 4 województwach: mazowieckim, dolnośląskim, łódzkim i wielkopolskim (Ryc. 3).

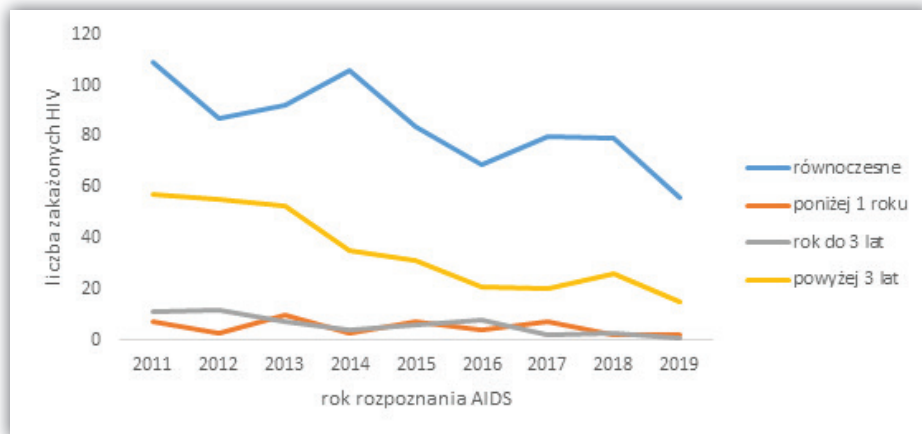
Kiedy rozpoznawane jest zakażenie HIV?

Niestety często rozpoznawane jest zbyt późno, już na etapie rozwoju pełnoobjawowego AIDS. Chociaż niewątpliwie na



Rycina 3 Wskaźnik nowo wykrytych zakażeń w grupie MSM w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców (mężczyzn powyżej 16 r.ż.) wg województw w 2019 roku (Źródło: Dane NIZP-PZH)

3. Report on a bio-behavioural survey among MSM in 13 European cities. CierreGrafica, 2016. Editors: Mirandola M., Gios L., Sherriff N., Toskin I., Ulrich M., Schink S., Suligoi B., Folch C., Rosińska M. ISBN 978-88-98768-55-4



Rycina 4 Późne rozpoznania HIV w latach 2011-2019, wg roku rozpoznania AIDS.

(Źródło: Dane NIZP-PZH)

przebiegu ostatnich 10 lat odsetek późnych rozpoznań HIV, diagnozowanych równocześnie z AIDS, systematycznie maleje, to jednak dotyczy ponad 75% osób, u których wykryto zakażenie dopiero na etapie AIDS (Ryc. 4). Jednocześnie późne rozpoznania HIV w stosunku do wszystkich noworozpoznanych zakażeń HIV nie przekroczyło 5% w ostatnim roku.

Z danych NIZP-PZH wynika, że niecała połowa noworozpoznanych zakażeń HIV jest diagnozowana przez lekarza, co oznacza, że osoby zakażone nie zgłaszają się od razu po rozpoznaniu zakażenia do opieki medycznej. W 2019 roku, wśród wszystkich noworozpoznanych zakażeń, dla 66% zgłoszeń otrzymano informację tylko z laboratoriów, co może świadczyć zarówno o problemie ze zgłaszaniem nowych rozpoznań przez lekarzy, jak również o badaniu się pacjentów z własnej inicjatywy, ale nie zgłaszaniu się do lekarza lub zgłaszaniu się dopiero na etapie rozwoju chorób wskaźnikowych dla AIDS (m.in. wyniszczenie organizmu, zapalenie płuc, gruźlica czy zakażenia grzybicze i bakteryjne). Część tych osób zostanie zgłoszona prawdopodobnie z opóźnieniem. Tak wysoki odsetek zgłoszeń przesłanych

bez rozpoznań lekarskich utrzymuje się już od 2016 roku, co nie rokuje poprawy w tym zakresie. Potwierdzają to także wyniki badań projektu TAK, gdzie znaczny odsetek osób z rozpoznaniem zakażenia HIV nie został objęty opieką specjalistyczną po rozpoznaniu zakażenia – 37,9% badanych^{4,5}. Natomiast, jak wykazały wielośrodkowe badania prof. Parczewskiego⁶, 90% pacjentów, którzy są prawidłowo leczeni osiągają supresję HIV RNA poniżej poziomu zakaźności wirusa. Oznacza to, że osoby te nie tylko przestają być źródłem zakażenia dla innych, ale również w ich własnych organizmach zmniejsza się aktywność wirusa i jego szkodliwy wpływ na układ odpornościowy. Dlatego niski poziom objęcia leczeniem osób zakażonych zmniejsza ich szanse na zmniejszenie zakaźności samego wirusa, a tym samym nie zabezpiecza ich przed rozwinięciem się AIDS oraz nie zmniejsza ryzyka transmisji wirusa wśród zdrowej populacji.

Ile osób żyje z HIV w Polsce?

Odpowiedź na to pytanie może być tylko szacunkowa, ponieważ rosnąca liczba zakażeń oraz wysoki odsetek późnych rozpo-

znań jest wynikiem niewielkiego odsetka osób, które kiedykolwiek wykonały badanie w kierunku HIV – wg. badań prof. Izdebskiego to tylko 9% populacji⁷. Z danych NIZP-PZH wynika, że średnio wykonywanych jest około 10 testów na 1000 mieszkańców, czyli u około 1% całej populacji w Polsce, w tym z powodu anonimowych badań test może być wykonany więcej niż jeden raz u tej samej osoby⁸. Według szacunków ECDC, z niską częstością wykonywanych badań związany jest wysoki odsetek nierozpoznanych zakażeń, który dla Europy Środkowo-Wschodniej wynosi około 15% (95% CI: 14-17%)⁹, dlatego można przyjąć, że z powodu niskiego odsetka wykonywanych badań w Polsce, część osób żyjących z HIV nie została jeszcze zdiagnozowana. Należy również pamiętać, że część osób, u których rozpoznano i zgłoszono zakażenie, zmarła z powodów niezwiązanych z HIV/AIDS, natomiast te dane nie są raportowane do NIZP-PZH.

Podsumowując, na rosnącą liczbę nowych zakażeń HIV w Polsce mogą składać się m.in.: niski odsetek osób testujących się w populacji generalnej, zbyt późne testowanie - dopiero w momencie rozpoznania AIDS, problem z oszacowaniem i dostępem do populacji docelowych, które najbardziej narażone są na ryzyko zakażenia HIV oraz wysoki odsetek osób nieświadomych swojego zakażenia.

**Dane z 2019 dla zachorowań i zgonów osób chorych na AIDS z powodu opóźnień są niedoszacowane i nie były brane do analiz zawartych w tekście.*

**Marta Niedźwiedzka-Stadnik,
Katarzyna Szmulik-Misiurek
Zakład Epidemiologii Chorób
Zakaźnych i Nadzoru
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego
– Państwowy Zakład Higieny**

- Kowalska JD, Shepherd L, Ankiersztejn-Bartczak M, et al. Poor Linkage to Care Despite Significant Improvement in Access to Early cART in Central Poland - Data from Test and Keep in Care (TAK) Project. *PloS One* 2016;11:e0162739
- Kowalska JD., Ankiersztejn-Bartczak M., Shepherd L. Mocroft A., Cascade of care and factors associated with virological suppression among HIV-positive persons linked to care in the Test and Keep in Care (TAK) project *Infection* (2018) 46:533–540; <https://doi.org/10.1007/s15010-018-1154-0>
- Parczewski M, Siwak E, Leszczyszyn-Pynka M, et al. Meeting the WHO 90% target: antiretroviral treatment efficacy in Poland is associated with baseline clinical patient characteristics. *J. Int AIDS Soc* 2017;20:21847
- Badanie Zbigniewa Izdebskiego i Polpharmy Seksualność Polaków 2011
- Szmulik K, Niedźwiedzka-Stadnik M, Rosińska M. Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS w Polsce w 2017 roku. *Przegląd Epidemiologiczny* 2019; 73(2):179-192
- Pharris A, Quinten Ch, Noori T, Amato-Gauci A J, Sighem A, the ECDC HIV/AIDS Surveillance and Dublin Declaration Monitoring Networks. Estimating HIV incidence and number of undiagnosed individuals living with HIV in the European Union/European Economic Area, 2015. *Eurosurveillance*. Volume 21, Issue 48, 01/Dec/2016

HIVotetycznie, gdyby chodziło o Ciebie?

Perspektywa osób żyjących z HIV w Polsce będących na terapii antyretrowirusowej

Przeciętny pacjent żyjący z wirusem HIV przyjmie w ciągu całej terapii kilkadziesiąt tysięcy dawek różnych leków antyretrowirusowych (ARV), które z jednej strony ratują mu życie, a z drugiej – mogą negatywnie wpływać na stan jego zdrowia¹. Najnowsze badanie opinii polskich pacjentów pokazało, że aż 7 na 10 pacjentów jest świadomych ryzyka ciągłej farmakoterapii i niemal wszyscy zmieniliby swoją terapię na mniej szkodliwą w dłuższej perspektywie².

Zmiana perspektywy

Pojawienie się skutecznej terapii antyretrowirusowej (ARV) zahamowało szerzącą się w latach 80-tych i 90-tych XX wieku epidemię zachorowań na AIDS i dało osobom żyjącym z wirusem HIV perspektywę długiego życia. Skuteczne leczenie zmieniło sposób myślenia o HIV/AIDS i sprawiło, że dziś zakażenie wirusem HIV uważa się za chorobę przewlekłą, która wymaga leczenia przez całe życie³. Wieloletnia ekspozycja na terapię ARV i ich interakcje z lekami przyjmowanymi w związku z innymi schorzeniami negatywnie wpływają na stan zdrowia pacjentów⁴.

Jak wynika z badań przeprowadzonych przez firmę badawczą IQS na grupie Polaków żyjących z HIV i będących na terapii ARV, aż 7 na 10 respondentów jest świadomych ryzyka związanego z potencjalnymi skutkami ubocznymi ciągłej farmakoterapii ARV, a prawie 60% z nich obawia się długoterminowego wpływu leków ARV na swój organizm. 41% pacjentów oprócz leków ARV przyjmuje także inne leki wydawane na receptę, które są dodatkowym obciążeniem dla organizmu².

- Przeprowadzone badanie opinii pacjentów pokazało, że osoby żyjące z HIV są świadome swojego stanu zdrowia i ograniczeń wynikających z pozytywnego statusu serologicznego, dlatego coraz ważniejsze jest dla nich ograniczenie liczby przyjmowanych leków, a tym samym zmniejszenie potencjalnych działań niepożądanych – powiedziała Beata Durka z firmy IQS.

Mniej znaczy więcej

- Istotą leczenia antyretrowirusowego infekcji HIV jest uzyskanie niewykrywalnej wirerii w surowicy i poprawa wykładników odpornościowych, czyli immunologicznych. Ostatnia dekada dostarczyła nam wiele bardzo skutecznych leków, dzięki którym ten cel został osiągnięty. Po osiągnięciu supresji, głównym zadaniem stała się ochrona pacjenta przed niekorzystnymi skutkami wieloletniej terapii. Dostępne są już nowoczesne schematy leczenia składające się z dwóch leków, których skuteczność przeciwwirusowa jest taka sama, jak terapii trójkłowych. Efektywność terapii dwulekowej jest potwierdzona badaniami klinicznymi prowadzonymi zarówno wśród pacjentów dopiero rozpoczynających leczenie, jak i u pacjentów doświadczonych wieloletnim leczeniem, u których trzeba wprowadzić inny niż do tej pory schemat terapeutyczny – powiedziała dr n. med. Grażyna Cholewińska-Szymańska, konsultant wojewódzki w dziedzinie chorób zakaźnych.

Aż 92% uczestników badania zadeklarowało, że byliby skłonni zainicjować zmianę obecnej farmakoterapii na mniej szkodliwą w perspektywie długoterminowego leczenia. Dwie trzecie badanych

(66%) deklaruje chęć zmiany obecnej terapii ARV na terapię składającą się z dwóch substancji aktywnych, gdyby była tak samo skuteczna, jak terapia trójskładnikowa lub w przypadku 59% gdyby zalecił ją lekarz².

Równoważną skuteczność terapii dwulekowej wobec terapii trójkłowej, potwierdzają badania kliniczne oraz najnowsze rekomendacje ekspertów Europejskiego Stowarzyszenia na rzecz AIDS (EACS)⁵. Uproszczenie terapii i coraz powszechniejsze stosowanie schematów jednotabletkowych jest odpowiedzią na współczesne potrzeby pacjentów żyjących z HIV.

- Do tej pory używaliśmy do terapii schematów trójkłowych, ponieważ dowody naukowe potwierdzały, że takie skojarzenie, złożone z kilku leków było najbardziej skuteczne. Należy jednak uświadomić sobie, że wieloletnie przyjmowanie terapii przez pacjentów wiąże się z działaniami niepożądanymi. Dostępne terapie pozwalają nam opanować infekcję, umiemy skutecznie zahamować namnażanie wirusa, dlatego naszym celem jest stosowanie takiej medycyny, która pozwoli pacjentowi dożyć sędziwego wieku w jak najlepszej kondycji – podkreśliła dr n. med. Grażyna Cholewińska-Szymańska.

Analiza opinii pacjentów wskazuje, iż niemal wszyscy badani – aż 97% – chcieliby, aby lekarz informował ich o najnowszych opcjach terapeutycznych, które pojawiają się w Polsce. Wyniki badania pokazują także, na bardzo dużą potrzebę pacjentów do współdecydowania o swoim leczeniu – 9 na 10 pacjentów ma potrzebę wspólnego z lekarzem podejmowania decyzji na temat wyboru farmakoterapii ARV².

1. Rusecka J., *Ewolucja leczenia pacjentów z zakażeniem wirusem HIV*, <https://biotechnologia.pl/farmacja/ewolucja-leczenia-pacjentow-z-zakazeniem-wirusem-hiv,18116>, (dostęp: 10.2019 r.).
2. Badanie rynku przeprowadzone przez IQS na zlecenie GSK 2019: „Perspektywa osób żyjących z HIV w Polsce będących na terapii oraz ich podejście do farmakoterapii antyretrowirusowej”. Raport dostępny na stronie <https://grupaiqs.pl/sklep/perspektywa-pacjentow-zyjacych-z-hiv/>, (dostęp: 10.2019 r.).
3. Ankiersztejn-Bartczak M., *Psychospołeczna sytuacja osób żyjących z HIV i chorych na AIDS w Polsce*, Warszawa, 2013 r.
4. Broncel M., Wójcik K., Jabłonowska E., *Znaczenie złożonych schematów leczenia w jednej tabletkie w wybranych dziedzinach terapeutycznych*, Medycyna rodzinna 2/2015.
5. Europejskie Stowarzyszenie na rzecz AIDS, Rekomendacje EACS, <https://eacs.sanfordguide.com/references-1>, (dostęp: 10.2019 r.).

Perspektywy na przyszłość

Wyleczenie zakażenia HIV przy pomocy obecnie dostępnych leków nie jest możliwe. Dynamiczny rozwój medycyny daje jednak wielu osobom zakażonym nadzieję, że w przyszłości powstanie lek umożliwiający całkowicie wyleczenie. 97% pacjentów wierzy też, że nowoczesne leki poprawią jakość ich życia, a ponad 75% badanych ma nadzieję, że postęp w nauce doprowadzi do całkowitego wyleczenia z HIV².

Dane z grudnia 2019 roku pokazują, że leczeniem ARV objęte były około 12 382 osoby, w tym 97 dzieci. Leczenie jest prowadzone i finansowane w ramach Programu zdrowotnego Ministra Zdrowia „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2017 – 2021”⁶.

Powyższa informacja zawiera wyniki badania: „Perspektywa osób żyjących z HIV w Polsce będących na terapii antyretrowirusowej oraz ich podejście do farmakoterapii antyretrowirusowej”. Badanie opinii

przeprowadzone w Polsce, na 100-osobowej próbie osób żyjących z HIV, będących na leczeniu antyretrowirusowym. Badanie na zlecenie GSK zrealizowała firma IQS metodą CAWI2 w maju 2019 roku. Jego celem było uzyskanie wiedzy o jakości życia osób żyjących z HIV w Polsce, a także o perspektywie pacjentów będących na terapii antyretrowirusowej oraz ich podejściu do farmakoterapii antyretrowirusowej.

Pełna wersja raportu z badania jest dostępna stronie: pl.gsk.com

6. Krajowe Centrum ds. AIDS, *HIV/AIDS podstawowe informacje epidemiologiczne*, https://aids.gov.pl/hiv_aids/450-2-2/, (dostęp: 10.2019 r.).

Narażenie na zakażenie HIV – zasady odpowiedzialności karnej

Aktualnie obowiązująca ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. *kodeks karny* zawiera dwa przepisy, które bezpośrednio wiążą się z zakażeniem HIV. Pierwszy z nich to przestępstwo świadomego narażenia drugiej osoby na zakażenie HIV, drugi to przestępstwo spowodowania zagrożenia epidemiologicznego lub szerzenia się choroby zakaźnej.

W myśl art. 161 § 1 *kodeksu karnego*, **kto, wiedząc, że jest zakażony wirusem HIV (świadomość zakażenia jest niezbędna), naraża bezpośrednio inną osobę na takie zakażenie (narażenie musi mieć charakter bezpośredni), podlega karze pozbawienia wolności do lat 3**¹.

Przestępstwo z art. 161 § 1 k.k. jest przestępstwem świadomego narażenia na zakażenie. Aby ponieść odpowiedzialność karną, nie musi wystąpić skutek w postaci zakażenia drugiej osoby, niezbędne jednak jest celowe i świadome działanie sprawcy. Przestępstwo to można popełnić zarówno w zamiarze bezpośrednim (gdy ktoś świadomie chce zakazić wirusem HIV inną osobę), jak i w zamiarze ewentualnym (gdy osoba żyjąca z HIV wie o swojej chorobie i realizując określone działania jednocześnie godzi się na zakażenie innej

osoby). Co do zasady przyjmuje się, że partner seksualny osoby żyjącej z HIV zawsze jest narażony na zakażenie wirusem HIV, zwłaszcza w sytuacji seksu bez zabezpieczenia. W związku z powyższym, osoba żyjąca z HIV ma prawny obowiązek poinformować każdego partnera seksualnego o swoim zakażeniu.

Zgodnie z art. 161 § 3 k.k. przestępstwo świadomego narażenia na zakażenie ścigane jest z oskarżenia publicznego, ale tylko na wniosek osoby pokrzywdzonej (osoby narażonej na zakażenie). W tym przypadku organy ścigania nie mogą działać z urzędu. Wniosek o ściganie można złożyć pisemnie lub też ustnie do protokołu (na policji lub w prokuraturze). Dla potwierdzenia winy, organy ścigania w ramach prowadzonego postępowania mają możliwość przeprowadzenia testu na HIV u osoby podejrzanej. Złożenie wniosku o ściganie jest bezpłatne, a postępowanie prowadzi organ ścigania. Nie ma jednak możliwości złożenia wniosku o ściganie z art. 161 § 1 k.k. anonimowo, konieczne jest podanie danych osobowych.

Zgodnie z art. 101 § 1 pkt. 4 *kodeksu karnego* przestępstwo z art. 161 § 1 k.k. ulega

przedawnieniu po 5 latach od jego popełnienia.² To oznacza, że dla skuteczności wniosku o ściganie za narażenie na zakażenie HIV, należy go złożyć przed upływem 5 lat od popełnienia przestępstwa.

Kolejny przepis, który może bezpośrednio wiązać się z zakażeniem HIV to art. 165 § 1 pkt 1 k.k. Na jego podstawie, **kto sprowadza niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia wielu osób albo dla mienia w wielkich rozmiarach, powodując zagrożenie epidemiologiczne lub szerzenie się choroby zakaźnej (...) podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8**.³ W komentarzach do *kodeksu karnego* podkreśla się, że przy zagrożeniu epidemiologicznym, dla penalizacji danego czynu nie jest wymagane sprowadzenie stanu epidemii określonej choroby zakaźnej, ale wystarcza tu fakt stworzenia realnej możliwości jej wybuchu. Jeżeli sprawca tego przestępstwa działa nieumyślnie, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.⁴ Jednakże, jeżeli następstwem czynu jest śmierć człowieka lub ciężki uszczerbek na zdrowiu wielu osób, zagrożenie karą wzrasta, zarówno w przypadku czynu nieumyślnego⁵ jak i umyślnego⁶.

1. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny* (Dz.U.2019.1950 t.j.), art. 161 § 1 i 3.
2. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny* (Dz.U.2019.1950 t.j.), art. 101 § 1 pkt. 4.
3. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny* (Dz.U.2019.1950 t.j.), art. 165 § 1 pkt. 1.
4. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny* (Dz.U.2019.1950 t.j.), art. 165 § 2.
5. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny* (Dz.U.2019.1950 t.j.), art. 165 § 4.
6. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny* (Dz.U.2019.1950 t.j.), art. 165 § 3.

Przestępstwo spowodowania zagrożenia epidemiologicznego lub szerzenia się choroby zakaźnej, ścigane jest z oskarżenia publicznego, z urzędu. Organy ścigania powinny sprawdzić i zareagować nawet na wiadomość przesłaną do nich anonimowo. Podkreślić należy, że zgodnie z przepisami *kodeksu postępowania karnego* każdy, dowiedziawszy się o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu, ma społeczny obowiązek zawiadomić o tym prokuratora lub policję.⁷ Jednakże, instytucje państwowe i samorządowe, które w związku ze

swą działalnością dowiedziały się o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu, są obowiązane niezwłocznie zawiadomić o tym prokuratora lub policję.⁸

Jednocześnie należy dodać, że w myśl art. 234 *kodeksu karnego*, kto, przed organem powołanym do ścigania lub orzekania w sprawach o przestępstwo, fałszywie oskarża inną osobę o popełnienie czynów zabronionych, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2. Jak podnoszą Szewczyk,

Wojtaszczyk, Zontek, fałszywe oskarżenie może przybrać kilka form, które mogą występować w różnych konfiguracjach: (1) czynu w ogóle nie popełniono (2) czyn został popełniony, ale realizował inne znamiona niż określone w oskarżeniu (3) czyn opisany w zawiadomieniu faktycznie popełniono, ale wskazano inną osobę jako jego sprawcę.⁹

Opracowanie:

Krajowe Centrum ds. AIDS

Stan prawny na dzień 9 lutego 2020 r.

7. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego. (Dz.U.2020.30), art.304 § 1.

8. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego. (Dz.U.2020.30), art.304 § 2.

9. Szewczyk, Zontek, Wojtaszczyk [w:] Wróbel, Zoll II/2, s. 331

Koronawirus i HIV

Podczas odbywającej się w zeszłym tygodniu Konferencji dotyczącej Retrowirusów i Infekcji Oportunistycznych (CROI 2020) eksperci z USA i Chin przekazali najnowsze informacje dotyczące koronawirusa. Wskazali, że choć nie ma obecnie danych dotyczących przebiegu zarażenia tym wirusem u ludzi żyjących z HIV, to ryzyko może być większe dla tych, którzy mają niską liczbę komórek CD4 i tych, którzy mają nieregularny dostęp do leczenia antyretrowirusowego.

12 marca Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) podała, że znanych jest 125 tys. przypadków zachorowań na COVID-19, jak nazywa się choroba układu oddechowego spowodowana przez wirus, zgłoszonych ze 117 krajów świata, która spowodowała około 4 600 zgonów.

Większość osób zarażonych nowym koronawirusem – oficjalnie nazwanym SARS-CoV2 – choruje łagodnie, około 20% może chorować poważnie. Osoby starsze, osoby z współistniejącymi innymi chorobami i mający upośledzony – z różnych przyczyn – układ odpornościowy mają

większe ryzyko pojawienia się poważnych komplikacji.

Epidemiologia w Chinach

Dr Zunyou Wu z Chińskiego Centrum Kontroli Chorób i Prewencji (CCDC) przekazał dane dotyczące rozwoju epidemii w Chinach.

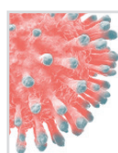
Po 11 dniach od zgłoszenia do CCDC trzech niezwykle przypadków zapalenia płuc wśród członków tej samej rodziny 27 grudnia zidentyfikowano SARS-CoV2, a w ciągu dni zsekwencjonowano wirus, zaczęto rozpowszechniać pierwszy test PCR. Miasto Wuhan zamknięto 23 stycznia, po czym wprowadzono „kordon sanitarny” dla prowincji Hubei, który objął 59 milionów ludzi.

Dr Wu: „To jest nowy wirus, nie mamy na niego odporności, leków, szczepionki i żadnych cudownych sposobów kontrolowania go. Użyliśmy tylko podstawowych środków ochrony zdrowia publicznego”. Oszacował, że wysiłki te zapobiegły co najmniej milionowi przypadków w Chinach.

Większość przypadków zakażeń w Wuhan była następstwem ścisłych kontaktów i często występowała w rodzinach. Dr Wu: rozsiewanie wirusa rozpoczyna się na 24 – 48 godzin przed wystąpieniem objawów i jest największe w początkach przebiegu choroby. Rozsiewanie trwa zwykle przez 7 do 12 dni w przypadkach łagodnych, ale może trwać ponad 2 tygodnie w przypadkach ciężkich.

Średni czas od ekspozycji do wystąpienia objawów wynosi 5 – 6 dni. W momencie rozpoznania 80% przypadków to zachorowania łagodne, 15% - ciężkie, w 5% stan pacjentów uznawano za krytyczny. Spośród tych z łagodną chorobą od 10 do 15% będzie miało ciężki przebieg, a spośród nich 15 – 20% będzie w stanie krytycznym.

Gorączka jest najczęstszym objawem – występuje u około 80% pacjentów, około 40% ma kaszel. Wiele osób z łagodną chorobą ma niewiele objawów, choć dr Wu stwierdza, że prawdziwie bezobjawowe zakażenie „wydaje się być rzadkie”. W późniejszym okresie choroby pacjenci mogą mieć trudności w oddychaniu i może dojść do zapalenia płuc. Czas do wyzdrowienia z łagodnej choroby to średnio 2 tygodnie, a w cięższych przypadkach do 6 tygodni.



CROI 2020

Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections
8-11 March 2020





gov.pl/koronawirus



INFOLINIA NFZ 800 190 590

Jednak, jak opisuje Ralph Baric z Uniwersytetu z Karoliny Północnej COVID-19 może postępować do zespołu ostrej niewydolności oddechowej, który następuje wówczas, kiedy zniszczone pęcherzyki płucne nie mogą dostatecznie wymieniać tlenu, co potencjalnie prowadzić może do niedotlenienia, niewydolności narządów i śmierci. Dodatkowo dalsze uszkodzenie płuc jest powodowane przez odpowiedź układu immunologicznego na zakażenie.

W odpowiedzi na pytania wirtualnej widowni Baric powiedział, że nie wiadomo dotąd czy osoby zarażone nabierają odporności (i jeśli tak, jak długo trwającej), czy wirus ustanawia długo utrzymujące się rezerwuary w organizmie, czy może dojść do reinfekcji (ponownego zakażenia); pojawiają się doniesienia o takich przypadkach, choć wydaje się to rzadkim zjawiskiem.

Grupy podwyższonego ryzyka

Dr John Brooks z amerykańskiego Centrum Kontroli Chorób i Prewencji (CDC) omówił rozprzestrzenianie się wirusa poza Chinami. „Powszechne szybkie rozprzestrzenianie się w naszym hiperpołączonym świecie stwarza wyzwania w czasie rzeczywistym, jeśli chodzi o przewidywanie przebiegu epidemii” - powiedział.

Przypadki COVID-19 osiągnęły szczyt do połowy lutego, po czym ich liczba zmniejszyła się ogromnie. Epidemia zaczęła rozprzestrzeniać się po świecie. Do 25 lutego nowe przypadki zakażeń, poza Chinami, przekroczyły liczbę zgłoszoną w Chinach, 4 marca liczba zgonów na świecie przekroczyła liczbę zgonów zgłoszonych w Chinach.

SARS-CoV2 przenosi się przede wszystkim drogą kropelkową – kropelki uwalniane są z dróg oddechowych podczas kaszlu lub kichania i osadzają się na róż-

nych powierzchniach, z których wirus może zostać przeniesiony, jeśli ktoś dotknie takiej powierzchni i przeniesie go do ust, nosa lub oczu. Wirus jest wykrywalny w stolcu, ale fekalna droga zakażenia, zdaniem dr Brooksa „jest w tej chwili mało prawdopodobna”. Nie obserwowano przeniesienia na płód kobiet ciężarnych, nie wykrywano wirusa w płynie owodniowym ani w mleku kobiecym.

Brooks podkreślał, że ciężka choroba z większym prawdopodobieństwem wystąpi u osób w podeszłym wieku i osób z współistniejącymi innymi chorobami, w tym z nadciśnieniem, cukrzycą, chorobami serca i naczyń lub przewlekłymi chorobami płuc. W Chinach śmiertelność wśród osób mających 80 i więcej lat wynosiła 16%. Ale w przeciwieństwie do innych wirusów zakażających układ oddechowy COVID-19 występuje u dzieci rzadko i objawy zakażenia są na ogół łagodne.

Śmiertelność powodowana COVID-19 wynosi prawdopodobnie od 0,5 do 3,5% (dla grypy sezonowej to około 0,1%). „Jak wiele osób umrze zależy od tego, jak szybko choroba zostanie rozpoznana i leczona” powiedział dr Brooks.

Nie ma dotąd danych dotyczących przebiegu COVID-19 u osób z upośledzoną odpornością. „Dla osób żyjących z HIV, z których wiele ma 50 lat i więcej i cierpi na choroby współistniejące – ryzyko prawdopodobnie jest większe. Szczególnie dla tych osób, które mają niską liczbę komórek CD4, tych, które nie są poddawane terapii antyretrowirusowej z pełną supresją wirusa” - powiedział Brooks. Niemniej jednak poradził, aby wszyscy zakażeni HIV podjęli środki ostrożności, ponieważ jest to nowy wirus i wiele pozostaje do odkrycia.

Rekomendacje dr Brook'a dla osób żyjących z HIV:

- zapewnij sobie zapas leków na 30 dni,

- bądź na bieżąco ze szczepieniami przeciwko grypie i pneumokokom,
- zrób plan opieki medycznej na wypadek konieczności pozostania w izolacji lub kwarantannie,
- utrzymuj sieć kontaktów społecznych, ale **zdalnych** – kontakty społeczne pomogą w utrzymaniu zdrowia psychicznego i zwalczą nudę.

Dr Brooks namawiał też społeczność z HIV do wykorzystania doświadczeń w walce z narastającą stygmatyzacją dotyczącą koronawirusa.

Leczenie COVID-19 i szczepienia

Na ten temat mówili doktorzy Baric i dr Anthony Fauci z Krajowych Instytutów Alergii i Chorób Zakaźnych (NIAIDS).

Obecnie nie ma zatwierdzonych leków, terapii immunologicznych lub szczepionek przeciwko któremukolwiek wirusowi z grupy 2b koronawirusów, do której należy SARS-CoV2. Ale, jak mówił dr Fauci, trwają poszukiwania i testowanie leków antywirusowych, przeciwciał monoklonalnych i innych. Rejestr badań klinicznych WHO obejmuje obecnie 290 badań dotyczących COVID-19.

W stadium badań pozostają leki antyretrowirusowe i działające przeciwko innym wirusom. Centrum Badań Szczepionek amerykańskiej NIDA we współpracy z innymi ośrodkami wstępnie opracował szczepionkę, która została wysłana do ośrodków prowadzących badania kliniczne w lutym, a badanie rozpocznie się najprawdopodobniej w ciągu 2 miesięcy. Dr Fauci powiedział, że jest to najszybszy postęp od sekwencji wirusa do badań klinicznych, jaki kiedykolwiek nastąpił. Kilka innych badań nad szczepionką pozostaje na wczesnym etapie poszukiwań. Fauci przewiduje, że najszybciej szczepionka będzie dostępna do szerszego stosowania w ciągu 12 – 18 miesięcy.

Opracowanie na podstawie: Highleman L. Experts shed light on coronavirus response and its implications for people with HIV. 13 March 2020. <https://www.aidsmap.com/news/mar-2020/experts-shed-light-coronavirus-response-and-its-implications-people-hiv> [dostęp: 15.03.2020].

dr n. med. Dorota Rogowska-Szadkowska

aspekty

Dodatek do Biuletynu Krajowego Centrum ds. AIDS



RAPORT UNAIDS 2019

Z przedstawionych przez UNAIDS z okazji Światowego Dnia AIDS 2019 szczegółowych danych wynika, że najważniejszym sukcesem w skali globalnej w walce z HIV i AIDS było ustawiczne podnoszenie poziomu dostępu do leczenia antyretrowirusowego. W połowie roku 2019 24,5 miliona [21,5–25,5 miliona] zakażonych pozostawało objętych terapią antyretrowirusową; co oznacza, że od 2012 roku ta liczba uległa podwojeniu. W wielu regionach świata odnotowano także duży postęp w realizacji założeń strategii 90-90-90 w zakresie testowania i leczenia HIV. Niestety, biorąc pod uwagę dane zbiorcze, już wiadomo, że nie zostanie osiągnięty cel objęcia leczeniem 30 milionów osób w roku 2020; dodatkowo, w 2018 roku u blisko połowy (47%) osób żyjących z HIV nie uzyskano supresji wirusa w organizmie, a cel ogólnej strategii mówi o osiągnięciu niewykrywalnego poziomu wirusa w organizmie u 73% zakażonych.

Dane liczbowe

Jak co roku z okazji Światowego Dnia AIDS 2019 UNAIDS opublikowało nowe dane dotyczące epidemii HIV. Oto najważniejsze z nich.

ŚWIAT

- W czerwcu 2019 24,5 milionów osób [21,6 – 25,5] korzystało z terapii antyretrowirusowej.
- W 2018 roku na świecie żyło 37,9 milionów [32,7 – 44,0] osób HIV+.
- W 2018 roku zanotowano ok. 1,7 miliona [1,4 – 2,3] nowych przypadków HIV.
- W roku 2018 770 tysięcy [570 000–1,1] osób zmarło z powodu AIDS.

- Od początku epidemii, HIV zakażyło się 74,9 miliona [58,3 – 98,1] osób (dane na koniec 2018).
- Od początku epidemii 32,0 miliona [23,6 – 43,8] osób zmarło z powodu AIDS (dane na koniec 2018).

OSOBY HIV+

- W 2018 roku na świecie żyło 37,9 milionów [32,7 – 44,0] osób HIV+.
- Z czego:**
- 36,2 miliona [31,3 – 42,0] dorosłych oraz
- 1,7 miliona [1,3 – 2,2] dzieci (<15).
- 79% [67 – 92%] wszystkich zakażonych znało swój status serologiczny.
- Ok. 8,1 miliona zakażonych nie było tego faktu świadomych.

Osoby HIV+ korzystające z terapii antyretrowirusowej

W czerwcu 2019, 24,5 miliona [21,6 – 25,5] osób żyjących z HIV miało dostęp do terapii ARV, w porównaniu do 23,3 miliona [20,5 – 24,3] w roku 2018 oraz 7,7 miliona [6,8 – 8,0] w roku 2010.

W roku 2018, ok. 62% [47 – 74%] wszystkich osób żyjących z HIV miało dostęp do terapii ARV.

- 62% [47 – 75%] osób dorosłych od 15 r.ż. HIV+ korzystało z terapii ARV, ale już tylko
- 54% [37–73%] dzieci wieku od 0–14 lat miało do niej dostęp.
- 68% [52 – 82%] dorosłych kobiet > 15 r.ż. korzystało z terapii ARV, ale zaledwie
- 55% dorosłych mężczyzn > 15 r.ż. [41–68%] miało do niej dostęp.

W 2018, 82% [62 – 95%] kobiet ciężarnych HIV+ przyjmowało leki ARV chroniące ich potomstwo przed transmisją wirusa.

Nowe przypadki HIV

- W roku 2018 na całym świecie, zanotowano 1,7 miliona [1,4 – 2,3] nowych przypadków HIV w porównaniu do 2,9 miliona [2,3 milionów – 3,8 milionów] w 1997, kiedy epidemia osiągnęła swoje apogeum.
- Od roku 2010, liczba nowych zakażeń HIV wśród dorosłych spadła o 16%, z 2,1 miliona [1,6 – 2,7] do 1,7 miliona [1,4 – 2,3] w roku 2018.
- Od roku 2010 liczba nowych przypadków zakażeń HIV wśród dzieci spadła o 41%, z 280 000 [190 000–430 000] w 2010 do 160 000 [100 000–220 000] w 2018.
- Od roku 1997 liczba nowych przypadków HIV spadła o 40%.

Liczba zgonów z powodu AIDS

Liczba zgonów z powodu AIDS spadła o ponad 56% od momentu kiedy to w roku 2004 osiągnęła swoją najwyższą wartość. W roku 2018, 770 000 [570 000–1,1 miliona] osób zmarło z powodu AIDS, w porównaniu do 1,7 miliona [1,3 – 2,4] w roku 2004 oraz do 1,2 miliona [860 000 – 1,6] w roku 2010.

90-90-90

W roku 2018, 79% [67–92%] osób żyjących z HIV znało swój status serologiczny. 78% z nich [69–82%] było objętych terapią antyretrowirusową. U 86% z nich [72–92%] poziom wirusa pozostawał na niewykrywalnym poziomie.

37.9 million people are living with HIV around the world



Kobiety

Co tydzień, ok. 6 000 młodych kobiet (w wieku 15-24 lat) zostaje zakażonych HIV. Na terenie Afryki Subsaharyjskiej cztery na pięć nowych przypadków HIV jest diagnozowanych wśród dziewcząt w wieku 15-19 lat. W przypadku młodych kobiet (w wieku 15-24) prawdopodobieństwo zakażenia HIV jest dwa razy większe niż w przypadku młodych mężczyzn.

Ponad jedna trzecia kobiet (35%) na pewnym etapie życia doświadcza przemocy fizycznej i/lub seksualnej. W niektórych regionach świata prawdopodobieństwo zakażenia HIV w przypadku tych kobiet jest półtora raza wyższe niż w przypadku kobiet bez tego rodzaju doświadczeń.

Populacje kluczowe

Wśród członków populacji kluczowych oraz ich partnerów seksualnych zanotowano 54% nowych przypadków zakażeń HIV (biorąc pod uwagę skalę globalną). Wśród populacji kluczowych odnotowano:

- 95% wszystkich nowych przypadków zakażeń zarejestrowanych na

terenie Europy Środkowej i Azji Centralnej, 95% wszystkich nowych przypadków zakażeń zarejestrowanych na terenie Środkowego Wschodu i Afryki Północnej, 88% w Zachodniej i Środkowej Europie oraz w Ameryce Północnej, 78% w rejonie Azji i Pacyfiku, 65% w Ameryce Łacińskiej, 64% w Zachodniej i Afryce Centralnej, 47% na Karaibach, 25% we wschodniej i południowej Afryce.

- Ryzyko zakażenia HIV jest:
- 22 razy wyższe wśród mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami,
- 22 razy wyższe wśród osób przyjmujących środki psychoaktywne w iniekcjach,
- 21 razy wyższe wśród osób sprzedających usługi seksualne,
- 12 razy wyższe wśród osób trans.

HIV/gruźlica

W roku 2017 na całym świecie zanotowano 10,0 miliona przypadków gruźlicy, ok. 9% chorych było zakażonych HIV. Osoby żyjące z HIV, nawet te nie wykazujące symptomów gruźlicy, powinny być objęte profilaktyką

przeciwgruźliczą, gdyż w ten sposób zmniejsza się ryzyko zgonu z powodu zakażeń współistniejących (TB/HIV) o ok. 40%. Szacuje się, że 49% osób żyjących z HIV i chorych na gruźlicę nie jest świadomych faktu podwójnego zakażenia i w związku z tym nie korzysta z należnych świadczeń zdrowotnych. Gruźlica nadal stanowi główną przyczynę śmierci osób HIV+ (ok. 1/3 wszystkich przypadków). Jednakże pocieszające jest to, że ich liczba spadła o 33% na przestrzeni lat 2005 – 2015.

FAST TRACK – SZYBKA ŚCIEŻKA

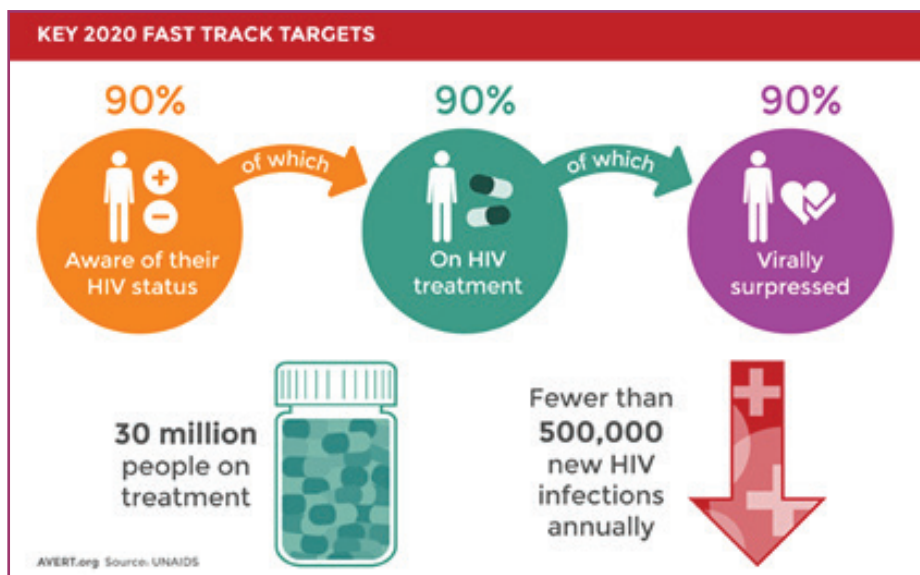
(90% zakażonych HIV zna swój status serologiczny, z czego 90% jest objętych leczeniem ARV, z czego u 90% osiągnięto supresję wirusa do poziomu niewykrywalności. 30 milionów osób zostaje objętych leczeniem, co roku notuje się mniej niż 500 000 nowych przypadków zakażeń.

Strategia UNAIDS Fast Track – Szybka Ścieżka to zaproponowane przez UNAIDS w 2014 roku, innowacyjne i kompleksowe działania mające prowadzić do zakończenia epidemii HIV/AIDS do roku 2030 (jako zagrożenia dla zdrowia publicznego) poprzez skupienie się na dotarciu do wszystkich potrzebujących ze ofertą zindywidualizowanych, wszechstronnych świadczeń profilaktycznych oraz leczniczych. W strategii tej zawarto tzw. Cele Szybkiej Ścieżki - Fast Track Goals:

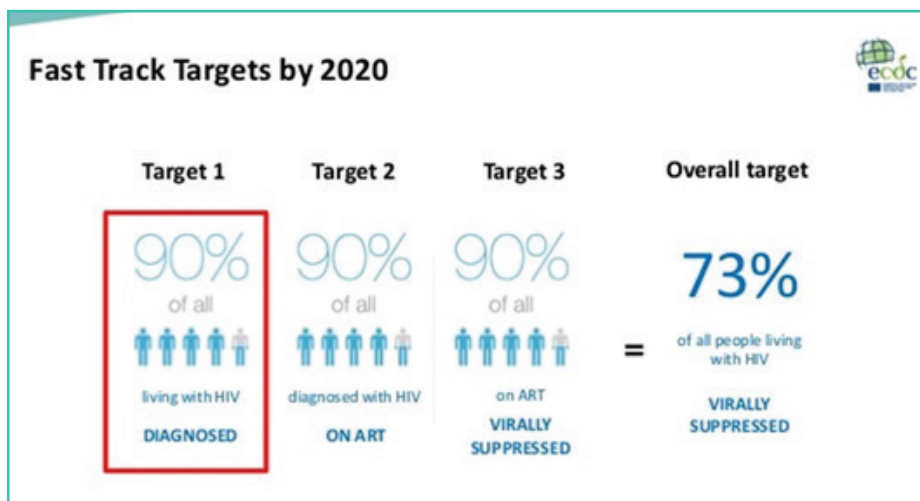
- do 2020 roku, 90% osób zakażonych HIV będzie znało swój status serologiczny, 90% wszystkich zdiagnozowanych otrzyma leczenie ARV, u 90% leczonych nastąpi supresja wirusa do poziomu niewykrywalności (tzw. strategia 90-90-90). Celem ogólnym jest osiągnięcie w 73% zakażonych niewykrywalnego poziomu wirusa w organizmie.

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

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



Rys. 1. Główne cele strategii Fast Track – Szybka Ścieżka na rok 2020.

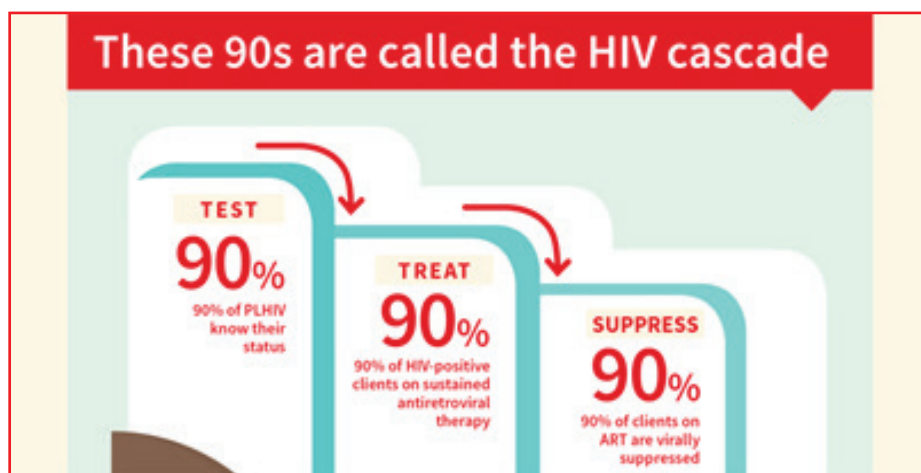


Rys. 2. Główne założenia strategii Fast Track – Szybka Ścieżka oraz cel ogólny: osiągnięcie u 73% zakażonych niewykrywalnego poziomu wirusa w organizmie.

- do 2030 roku, 95% osób zakażonych HIV będzie znało swój status serologiczny, 95% wszystkich zdiagnozowanych otrzyma leczenie ARV, u 95% leczonych nastąpi supresja wirusa do poziomu niewykrywalności (tzw. strategia 95-95-95).

Kaskada leczenia

Kaskada leczenia zakażenia HIV (ang. *HIV treatment cascade*) to model zbierania danych mający na celu dokładne pokazanie krytycznych momentów realizacji strategii Szybkiej Ścieżki.



Rys. 3. Kaskada leczenia.

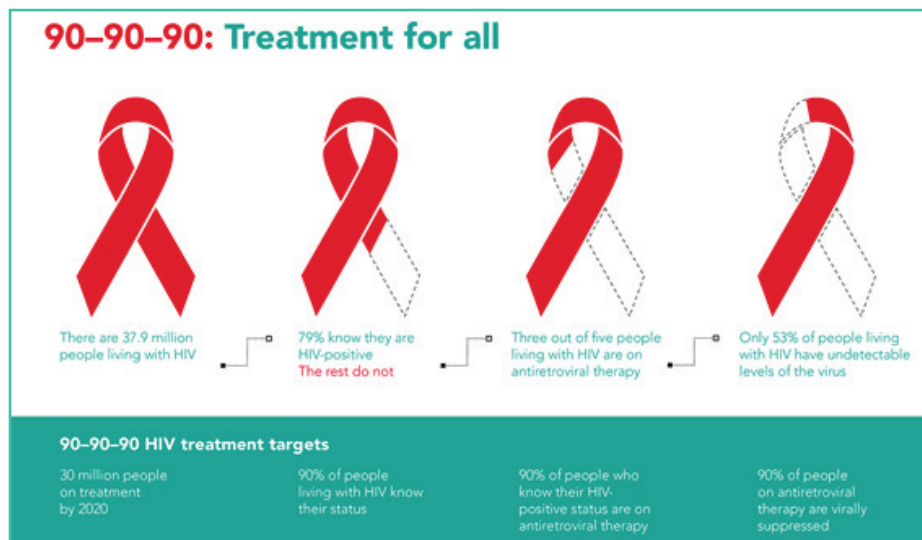
Momenty te to: uzyskanie wczesnej diagnozy, otrzymanie przez pacjenta dostępu do leczenia i opieki, a następnie (dzięki leczeniu ARV) obniżenie poziomu wirerii w jego organizmie do poziomu niewykrywalności. W przypadku gdy któryś z opisanych etapów nie zostanie zrealizowany, utracone zostają korzyści zdrowotne, tak w przypadku pacjenta, jak i jego partnerów seksualnych, a co za tym idzie szerokiego ogółu społeczeństwa. Dzięki ujętym w jednolity dla całego świata sposobie zbierania danych, możliwa jest identyfikacja słabych ogniw wywiązywania się z wypełniania założeń strategii Szybkiej Ścieżki, jak również wskazanie nierówności w sposobie realizacji tego zamierzenia w różnych krajach/regionach globu. Przykładowo, w 2018 w Europie Wschodniej i Azji Centralnej 72% osób HIV+ znało swój status serologiczny, ale tylko 53% z nich miało dostęp do leczenia antyretrowirusowego. Uzyskanie w ramach tworzenia kaskady leczenia dane mogą służyć także jako narzędzie nacisku na decydentów do podjęcia bardziej stanowczych działań zmierzających do zakończenia epidemii w danym regionie oraz jako punkt wyjścia do usprawnienia krajowych strategii zwalczania zakażeń HIV. Obecnie w większości krajów obserwuje się znaczne różnice w liczbie osób HIV+ znających swój status serologiczny, tych które mają dostęp do opieki medycznej oraz tych, które włączane są do terapii antyretrowirusowej.

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@aims.gov.pl
www.aims.gov.pl

Egzemplarz bezpłatny
Redakcja zastrzega sobie prawo
adjustacji i skracania artykułów.



Rys. 4. Wypełnianie założeń strategii Fast Track – Szybka Ścieżka na poziomie globalnym.

W roku 2018 sześćdziesiąt krajów sprawozdało się z realizacji wszystkich trzech etapów strategii Szybkiej Ścieżki (dla porównania w roku 2015 uczyniło to dwadzieścia trzy kraje). I tak, w skali globalnej 79% (67-92%) osób HIV+ znało swój status serologiczny. 78% z nich (69-82%) korzystało z leczenia antyretrowirusowego, a u 86% (72-92%) osób przyjmujących leki utrzymywał się niewykrywalny poziom wirusa w organizmie. U 37,9 miliona (32,7 – 44,0 miliona) osób żyjących z wirusem czyli u 53% (43 – 63%) udało się obniżyć jego poziom, tak, że stał się on niewykrywalny. Do uzyskania nadzwanego celu strategii Szybkiej Ścieżki, czyli osiągnięcia poziomu niewykrywalnej wirerii u 73% zakażonych zabrakło skutecznie leczonych 7,7 miliona osób.

Realizacja strategii UNAIDS Szybkiej Ścieżki w Europie

Statystycznie każdego dnia w regionie Europy występuje 400 nowych przypadków zakażenia HIV. „Za tak wysoki wskaźnik częściowo odpowiada duża liczba późnych diagnoz, ale również fakt, że wiele osób HIV+ nie jest objęta programem leczenia – w regionie Europy to milion zakażonych. U zaledwie dwóch na pięć osób zakażonych uzyskano niewykrywalny poziom wirusa w organizmie” – zauważyła Anastasia Pharris (Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób) w czasie konferencji prasowej, która odbyła się okazji Światowego Dnia AIDS 2019. „W niektórych krajach

Europy Zachodniej obserwujemy spadek liczby nowych zakażeń HIV wśród mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami ale też wzrost zakażeń wśród osób heteroseksualnych pochodzących z Europy Wschodniej” – mówi profesor Jens Lundgren z Uniwersytetu w Kopenhadze. Podczas gdy w Europie Zachodniej liczba nowych przypadków HIV spadła od roku 2007 o 30%, w Europie Wschodniej zanotowano ich wzrost o 60%. Połowa nowych przypadków zakażeń w Europie Zachodniej ma miejsce wśród mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami, ¼ przypadków zakażeń w Europie Wschodniej notuje się wśród osób przyjmujących środki psychoaktywne w iniekcji, ¼ wśród heteroseksualnych mężczyzn i ¼ wśród heteroseksualnych kobiet. Największy wzrost zanotowano wśród trzydziestoletnich heteroseksualnych mężczyzn i kobiet zamieszkujących Europę Wschodnią, od roku 2007 liczba zanotowanych tam nowych zakażeń HIV podwoiła się.

Pierwsza 90-tka - uzyskanie wczesnej diagnozy

Pomimo że diagnozowanie zakażenia na jego późnym etapie (*late diagnosis*) jest w Europie nadal zbyt częste, dane zbiorcze dotyczące wykrywania nowych przypadków HIV w naszej części świata pozostają na zadowalających poziomach. 80% osób HIV+ zna swój status serologiczny, a ponad 50% krajów europejskich już osiągnęło lub jest bardzo blisko osiągnięcia

celu dotyczącego wykrycia HIV u 90% osób zakażonych.

Druga 90-tka - otrzymanie przez pacjenta dostępu do leczenia i opieki

Niestety, w przypadku drugiego etapu realizacji strategii widać przepaść pomiędzy Europą Zachodnią, a Wschodnią. „Wiele krajów Europy Wschodniej z tego zobowiązania się nie wywiąże” – twierdzi Anastasia Pharris. W całym regionie, 65% osób u których wykryto zakażenie, jest objętych terapią antyretrowirusową. Od 2015 roku leczenie rozpoczęło 440,000 pacjentów, ale milion osób HIV+ nie korzysta ze skutecznej pomocy medycznej. Na terenie Europy Wschodniej włączanie tych pacjentów do systemu opieki zdrowotnej napotyka na duże opóźnienia.

Trzecia 90-tka - obniżenie poziomu wirerii w organizmie pacjenta leczonego ARV do poziomu niewykrywalności

Mimo że u 86% pacjentów przyjmujących leczenie antyretrowirusowe na terenie Europy uzyskano supresję wirusa do poziomu niewykrywalności, to 1,2 miliona osób HIV+ wciąż pozostaje zakażonych (poziom wirusa w ich organizmach jest wykrywalny). Trzydzieści sześć krajów europejskich, które były w stanie przekazać pełne dane dotyczące modelu leczenia HIV, uzyskało supresję wirusa u 44% zakażonych. To wyjaśnia, dlaczego na terenie Europy nie spada wskaźnik zachorowalności. Lokalne wybuchy epidemii HIV wśród osób przyjmujących środki odurzające w iniekcji w Atenach i w Rumunii, jak również ciągnący się konflikt zbrojny na Ukrainie pokazują, jak szybko można zniweczyć wysiłki podejmowane na rzecz ograniczenia epidemii HIV, a przyczyniają się do tego kryzys finansowy oraz niepokoje o charakterze politycznym.

Pełna wersja raportu w języku angielskim jest dostępna na stronie internetowej UNAIDS: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/power-to-the-people_en.pdf

Magdalena Kaluża