



### W numerze:

#### Choroby przenoszone drogą płciową c.d.

dr n. med. Bartosz Szetela,  
Uniwersytet Medyczny  
we Wrocławiu

Str. 1-4

#### Pomoc osobom uzależnionym z Ukrainy - osiągnięcia i wyzwania

dr n. społ. Artur Malczewski, KCPU

Str. 5-7

#### Testowanie w kierunku HIV, a badania profilaktyczne i do celów epidemiologicznych

KC ds. AIDS

Str. 7-8

### Aspekty

#### Promowanie testowania w kierunku HIV oraz innych STIs w Europie w dobie kryzysu pandemicznego oraz wojennego

dr Maria Wawer

### 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

### Ośrodek Informacji o HIV/AIDS

(+22) 331 77 66

aids@aids.gov.pl

### Poradnia Internetowa HIV/AIDS

aids.gov.pl/pi

### Więcej informacji

aids.gov.pl

facebook.com/kcaids

## Zakażenia przenoszone drogą płciową – najważniejsze informacje c.d.

Zakażenia przenoszone drogą płciową (STIs) stanowią poważny problem zdrowotny zarówno w Polsce, jak i na całym świecie. Ponadto STIs kilkakrotnie zwiększają ryzyko zakażenia HIV.

Krajowe Centrum ds. AIDS, zgodnie ze swoimi zadaniami statutowymi, przygotowało wydawnictwa edukacyjne dotyczące powyższego tematu. Będą one dostępne na portalu [aids.gov.pl](http://aids.gov.pl) w dziale Publikacje, w wersji do pobrania oraz w wersji drukowanej.

Pierwszy artykuł z tego cyklu o HCV i HBV ukazał się w biuletynie Kontra Nr 3 (89)/2021. W dzisiejszym numerze podjęliśmy temat innych STIs.

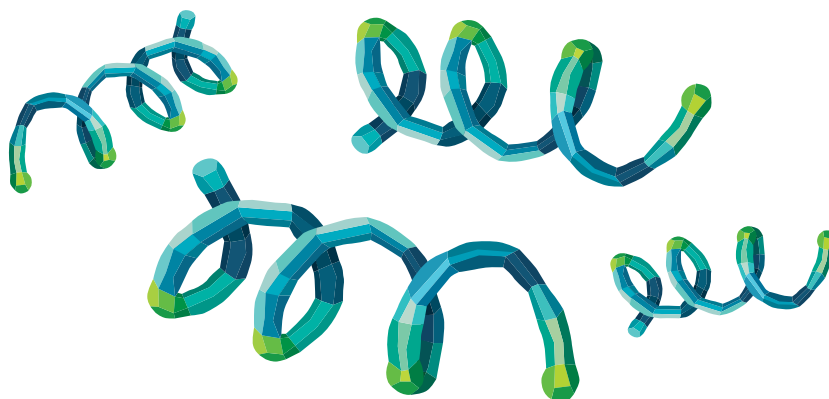
## KIŁA

### Wprowadzenie

Kiła jest to choroba wywołana przez bakterię – krętka błędnego. Krętki błędnego są bardzo wrażliwe na temperaturę, światło słoneczne, wysuszenie, środki dezynfekcyjne czy zwykłe mydło lub płyn do mycia naczyń. Z tego powodu do zakażeń praktycznie nie dochodzi w codziennych warunkach (praca, dom), a jedynie podczas

kontaktów seksualnych (również podczas głębokich pocałunków czy pieszczenia).

Od 10 lat na świecie, w tym w Polsce, obserwuje się alarmujący przyrost liczby nowych zakażeń, co wynika z kontaktów seksualnych bez prezerwatywy, głównie oralnych. Polskie dane statystyczne są niepełne, jednak dane europejskie wskazują na dużą i nieprzerwanie rosnącą liczbę nowych przypadków kiły, co znajduje potwierdzenie w codziennej praktyce klinicznej.



Zachorowanie na kiłę może zwiększać ryzyko zakażenia HIV i HCV nawet ośmiokrotnie.

## Objawy

Kiła może przebiegać bezobjawowo lub objawy mogą być bardzo dyskretne i niecharakterystyczne. Najczęściej w miejscu wniknięcia bakterii (zwykle żołądz, napletek, trzon penisa, srom, pochwa, odbyt, uda, moszna, usta, język, gardło) po około 10–90 dniach pojawia się niebolesne owrzodzenie. Może ono być drobne, ale niekiedy też bywa dość duże. Na dnie owrzodzenia obecne są liczne bakterie. Kontakt z taką zmianą z dużym prawdopodobieństwem prowadzi do zakażenia. Zwykle owrzodzeniu pierwotnemu towarzyszą objawy grypopodobne (gorączka, bóle mięśni, uczucie rozbicia) i powiększenie okolicznych węzłów chłonnych. Ognisko pierwotne zlokalizowane jest w odbycie, pochwie lub na tylnej ścianie gardła. Ponieważ bywa bezbolesne, często pozostaje niezauważone i jest źródłem zakażenia dla partnerów seksualnych. Po kolejnych 2–4 tygodniach zmiana pierwotna ustępuje samoistnie, co nie wiąże się jednak z wyleczeniem kiły.

Jeśli objawy wczesnego zakażenia zostaną niezauważone lub zlekceważone i w efekcie osoba zakażona nie wykona badań diagnostycznych i nie podejmie leczenia, dochodzi do rozwoju fazy utajonej. W tej fazie chory pozostaje zakażony dla partnerów seksualnych, choć w nieco mniejszym stopniu. Po kilkunastu tygodniach (a u osób żyjących z HIV nawet po kilku) na tułowiu, dłoniach i podszwach pojawia się wysypka kiłowa (zwana osutką). Są to drobne grudki i plamki, niekiedy krostki lub innego rodzaju zmiany łuszczące się, które wskazują na rozsianie się bakterii po całym organizmie. W obrębie narządów płciowych i w okolicy odbytu (zasadniczo w okolicach z cieńszą i wilgotną skórą) zmiany mogą przybierać postać wyniesionych nacieków. Są to tzw. łepięże płaskie.

Wszystkie powyższe zmiany to wciąż kiła wczesna, którą można łatwo i bez powikłań wyleczyć antybiotykiem.

Zakażenie trwające dłużej niż 2 lata zwykle wiąże się z uszkodzeniem drobnych i dużych naczyń krwionośnych w mózgu czy w obrębie serca. Może prowadzić do uszkodzenia struktur mózgu, rdzenia kręgowego i nerwów obwodowych. Niekiedy obserwuje się również zmiany zapalne w obrębie gałki ocznej czy charakterystyczne łysienie kępkowate (jakby wyrwane kępki trawy).

## Diagnostyka

Kluczową metodą diagnostyczną są badania serologiczne, czyli badania krwi. Ich celem jest wykrycie przeciwciał, które układ odpornościowy wytwarza przeciw bakteriom. Dzieje się to jednak z pewnym opóźnieniem i zakażenie można realnie potwierdzić po około 6 tygodniach od zakażenia (1–2 tygodnie po pojawieniu się wrzodu pierwotnego).

Na każdym z etapów zakażenia kluczowe jest badanie krwi. Jest ono tanie i dostępne w poradniach dermatologiczno-wenerologicznych, poradniach chorób zakaźnych, poradniach HIV lub prywatnie w laboratorium (należy wykonać test przesiewowy ELISA w kierunku kiły, a w razie dodatniego wyniku – oznaczyć przynajmniej RPR ilościowo plus FTA lub TPHA; w zależności od dostępności zamiast RPR można wykonać również VDRL lub USR).

W ostatnich latach coraz częściej w diagnostyce kiły uwzględnia się również badania molekularne techniką PCR, ich interpretacja wymaga jednak wiedzy specjalistycznej.

## Leczenie

W leczeniu stosuje się penicylinę benzatynową w postaci iniekcji domięśniowych. Zastrzyk podaje się jednorazowo, jeśli zakażenie trwa krócej niż rok, lub trzykrotnie w odstępach tygodniowych, jeśli zakażenie trwa ponad rok.

Dotychczas nie zaobserwowano problemu oporności krętków na penicyliny, zatem leczenie jest praktycznie zawsze skuteczne.

Zastrzyk penicyliny może być podany w każdym gabinecie zabiegowym, nie

wymaga specjalnych przygotowań ani wykonywania prób uczuleniowych. Zlecenie na zastrzyk może wystawić każdy lekarz na podstawie wyników badań, najczęściej jednak robią to wenerolodzy lub specjaliści chorób zakaźnych.

W przypadku uczulenia na penicyliny w leczeniu stosuje się doksycylinę doustnie dwa razy dziennie przez dwa tygodnie. Istnieją również inne opcje terapeutyczne, zarezerwowane jednak dla sytuacji wyjątkowych. W leczeniu kiły nie jest obecnie zalecana Azytromycyna.

Kluczowym elementem terapii jest poinformowanie wszystkich partnerów seksualnych, tak aby można było ich zbadać i leczyć. Zawsze należy poprosić lekarza o wsparcie w tym zakresie.

W przypadku stałych partnerów seksualnych obowiązuje zasada leczenia jednoczesnego, nawet jeśli uzyskali wyniki ujemne. Takie postępowanie ma zapobiegać ponownemu zakażeniu leczonego pacjenta, bowiem ujemny wynik partnera/-ów mógł zostać wykonany w okresie tzw. okna serologicznego i nie być jeszcze w pełni wiarygodny. Zasada ta dotyczy wszystkich zakażeń przenoszonych drogą płciową. Tydzień po zakończeniu leczenia można ponownie podjąć współżycie seksualne.

## Profilaktyka

Z uwagi na dużą zakaźność wrzodu pierwotnego gwarancję bezpieczeństwa daje jedynie wykonanie badania krwi przed rozpoczęciem współżycia z nowym partnerem seksualnym.

Bardzo skuteczne są również prezerwatywy, muszą być jednak używane podczas każdego rodzaju kontaktu, również oralnego. Jeśli wrzód pierwotny obecny jest na języku lub w gardle (gdzie często można go nie zauważyć), do zakażenia mogą prowadzić nawet głębokie pocałunki.

W przypadku jakichkolwiek wątpliwości lub obaw, a także w przypadku licznych kontaktów seksualnych zaleca się regularne wykonywanie badań krwi, przynajmniej raz na 3 miesiące.

W warunkach domowych lub w pracy nie są potrzebne szczególne środki ostrożności, należy jednak unikać korzystania z tych samych sztućców czy ręczników, jeśli miały kontakt z naszą śliną lub narządami płciowymi i nie zostały po tym umyte lub wyprane.

Trwają prace nad profilaktyką farmakologiczną (antybiotykową), obecnie nie jest ona jednak ani zarejestrowana, ani zalecana.

1. Janier M., Unemo M., Dupin N., et al., 2020 European guideline on the management of syphilis, „The Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology” 2021, nr 35, 574–588, <https://doi.org/10.1111/jdv.16946> [dostęp: 7.07.2022].
2. Workowski K., Bolan G., Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines 2015, „Morbidity and Mortality Weekly Report: Recommendations and Reports” 2015. 2015. 64(RR3);1-137.
1. Kingston M, French P, Higgins S, McQuillan O, Sukthankar A, Stott C, McBrien B, Tipple C, Turner A, Sullivan AK; Members of the Syphilis guidelines revision group 2015, Radcliffe K, Cousins D, FitzGerald M, Fisher M, Grover D, Higgins S, Kingston M, Rayment M, Sullivan A. UK national guidelines on the management of syphilis 2015. Int J STD AIDS. 2016 May;27(6):421-46

*Opr. dr n. med. Bartosz Szetela  
Uniwersytet Medyczny im. Piastów  
Śląskich we Wrocławiu  
Klinika Chorób Zakaźnych, Chorób  
Wątroby i Nabytych Niedoborów  
Odpornościowych*

*Konsultacja merytoryczna:  
Prof. dr hab. n. med. Joanna Narbutt*

## RZĘSISTKOWICA

### Wprowadzenie

Rzęsistkowica to jedno z częstszych zakażeń układu moczowo-płciowego na świecie. Wywołuje je jednokomórkowy pasożyt – rzęsistek pochwy. Do jego przeniesienia dochodzi praktycznie tylko podczas kontaktów seksualnych. Teoretycznie możliwa jest transmisja zakażenia również podczas używania wspólnych przyborów do kąpieli, ręczników lub korzystania ze wspólnych toalet (deski klozetowe), ale zdarza się

to rzadko, bo pasożyt jest wrażliwy na wysychanie.

U kobiet w ciąży rzęsistkowica może być przyczyną przedwczesnego pęknięcia błon płodowych i przedwczesnego porodu.

Rzęsistkowica zwiększa ryzyko zakażenia HIV nawet 3-krotnie.

### Objawy

Większość zakażeń wśród mężczyzn jest bezobjawowa i mogą one pozostawać w takim stanie nawet przez kilka lat.

U kobiet częściej występują zakażenia objawowe. Zazwyczaj dochodzi do zapalenia pochwy, cewki moczowej i gruczołów przycewkowych. U mężczyzn objawowe zakażenia skutkują zapaleniem cewki moczowej, najądrzy lub prostaty. Z uwagi na specyfikę rzęsistka nie obserwuje się zakażeń w innych lokalizacjach.

Okres od zakażenia do wystąpienia pierwszych objawów wynosi zwykle 5–28 dni.



Do najbardziej charakterystycznych objawów należy żółtozielony obfity wyciek o nieprzyjemnym zapachu, niekiedy pienisty. Może mu towarzyszyć zapalenie sromu. Pacjenci najczęściej skarżą się na pieczenie cewki moczowej występujące samoistnie i podczas oddawania moczu.

Obecność rzęsistka była niekiedy potwierdzana w odbytnicy, ale wydaje się, że jest to jedynie efekt przeniesienia go w trakcie seksu analnego, a sam pasożyt nie wywołuje zmian chorobowych w tej okolicy.

### Diagnostyka

Standardem diagnostycznym było tzw. badanie wiszącej kropli bezpośrednio pod mikroskopem. Metoda ta charakteryzuje się jednak niską czułością i częstym brakiem technicznych możliwości wykonania badania w gabinecie. Obecnie standardem jest badanie molekularne PCR wymazu z miejsca, w którym podejrzewa się zakażenie. Wymaz może wykonać każdy lekarz, a próbkę należy dostarczyć do laboratorium.

W razie wątpliwości należy skonsultować się z ginekologiem, urologiem, wenerologiem lub specjalistą chorób zakaźnych.

### Leczenie

Leczenie może wdrożyć każdy lekarz. Zalecana terapia polega na jednorazowym przyjęciu doustnie 2 g metronidazolu lub 2 g tynidazolu. Niezmiernie istotne jest jednoczesne leczenie wszystkich partnerów seksualnych.

### Profilaktyka

Jedyną metodą profilaktyki podczas kontaktów seksualnych jest prawidłowe i konsekwentne używanie prezerwatyw. Zaleca się również wykonanie badania diagnostycznego przed rozpoczęciem współżycia z nowym partnerem seksualnym.

1. Kissinger P., Adamski A., Trichomoniasis and HIV interactions: a review, „Sexually Transmitted Infections (STI)” 2013, nr 89, 426–433.

2. Workowski K., Bolan G., Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines 2015, „Morbi- dity and Mortality Weekly Report: Recommen- dations and Reports” 2015.
3. Sherrard J., Ison C., Moody J. et al., United Kingdom National Guideline on the Manage- ment of *Trichomonas vaginalis* 2014, „Internati- onal Journal of STD & AIDS” 2014, nr 25, 541

**Opr. dr n. med. Bartosz Szetela**  
**Uniwersytet Medyczny im. Piastów**  
**Śląskich we Wrocławiu**  
**Klinika Chorób Zakaźnych, Chorób**  
**Wątroby i Nabytych Niedoborów**  
**Odpornościowych**

**Konsultacja merytoryczna:**  
**Prof. dr hab. n. med. Joanna Narbutt**

## ŚWIERZB I WSZAWICA

### Wprowadzenie

Świerzb i wszawica to choroby wywołane przez pasożyty skóry. Powszechnie kojarzone są z bezdomnością i złymi warunkami higienicznymi, ale zmiany społeczne, wzrost liczby mieszkańców miast i częste kontakty seksualne doprowadziły do powszechnego przenoszenia tych pasożytów podczas seksu. Do zarażenia potrzebny jest kontakt bezpośredni ze skórą lub włosami zarażonego partnera. Częste golenie owłosienia łonowego przyczynia się do ograniczenia transmisji wszawicy łonowej.

### Objawy

W przebiegu obu chorób głównym objawem jest świąd skóry, zwykle w godzinach wieczornych i nocnych. Dla świerzbu okres od zarażenia do wystąpienia świądu wynosi 3–6 tygodni w przypadku pierwszego zarażenia i 1–3 dni w przy-

padku kolejnych. Na skórze w miejscu inwazji pasożyta mogą być widoczne 0,5–1-centymetrowe kanaliki w obrębie naskórka, ślady po zadrapaniach, a także drobne grudki lub pęcherzyki. Zmiany najczęściej lokalizują się na rękach, nogach, biodrach i brzuchu. Świąd nasila się po rozgrzaniu skóry, zwykle po prysznicu lub położeniu się do łóżka.

Objawy wszawicy pojawiają się po około 7 dniach od zarażenia. W okolicy łonowej (choć wszy łonowe mogą występować również na owłosionej skórze nóg, rąk i tułowia, na brodzie i wąsach, a także w obrębie brwi i rzęs) mogą być widoczne krwawe lub sine ślady po ugryzieniach, a także zadrapaniach. Dorosłe wszy można znaleźć pomiędzy włosami, a jasne owalne jaja, zwane gnidami, przyczepione są do włosów.

U osób bardzo dbających o higienę osobistą (częste kąpiele, kremy) przebieg kliniczny może być skąpoobjawowy lub objawy mogą być niecharakterystyczne.

### Diagnostyka

Diagnostyka opiera się na wywiadzie (kontakty seksualne lub opieka nad osobami w złym stanie higienicznym, świąd skóry wieczorami po rozgrzaniu) i na ocenie zmian skórnych. W przypadku wszawicy poszukuje się dorosłych osobników, jaj i śladów po pogryzieniu. W przypadku świerzbu szuka się kanalików wydrążonych przez pasożyta w skórze i śladów po zadrapaniach. Niekiedy wykonuje się również zeszkrobiny ze zmian skórnych w celu potwierdzenia w badaniu pod mikroskopem obecności pasożyta.

Rozpoznanie może dokonać każdy lekarz, podobnie jest z wdrożeniem leczenia. W razie wątpliwości należy skonsultować się z dermatologiem lub specjalistą chorób zakaźnych.

### Leczenie

W obu przypadkach leczenie opiera się na preparatach zawierających permetrynę lub iwermektynę – zwykle stosowanych na skórę. Ubrania, bieliznę i pościel należy wyprać i wyprasować lub odłożyć na 3 dni (wszawica) lub 7 dni (świerzb) – do czasu obumarcia niedojrzałych postaci pasożytów. Leczeniem należy objąć wszystkie osoby z kontaktu (w tym domowników).

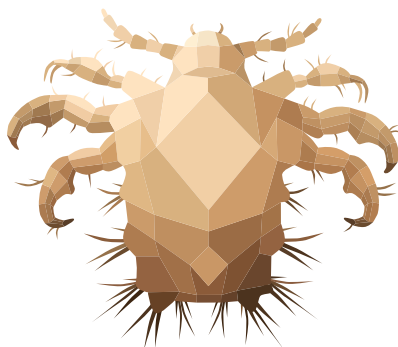
### Profilaktyka

Profilaktyka polega na szybkim rozpoznaniu i leczeniu wszystkich partnerów seksualnych. Jako że obydwie choroby wywołane są przez pasożyty skóry, używanie prezerwatyw i innych metod barierowych nie chroni przed zarażeniem.

1. Workowski K., Bolan G., Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines 2015, „Morbi- dity and Mortality Weekly Report: Recommen- dations and Reports” 2015.
2. Parameswaran N., Basavaraj S., Bates C., 2016 UK National Guideline on the Management of Scabies.
3. Clinical Effectiveness Group (British Association of Sexual Health and HIV), United Kingdom National Guideline on the Management of *Phthirus pubis* infestation (2007).
4. Salavastru CM, Chosidow O, Janier M, Tiplica GS. European guideline for the management of pediculosis pubis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2017 Sep;31(9):1425-1428. doi: 10.1111/jdv.14420.
5. Salavastru CM, Chosidow O, Boffa MJ, Janier M, Tiplica GS. European guideline for the management of scabies. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2017 Aug;31(8):1248-1253. doi: 10.1111/jdv.14351

**Opr. dr n. med. Bartosz Szetela**  
**Uniwersytet Medyczny im. Piastów**  
**Śląskich we Wrocławiu**  
**Klinika Chorób Zakaźnych, Chorób**  
**Wątroby i Nabytych Niedoborów**  
**Odpornościowych**

**Konsultacja merytoryczna:**  
**Prof. dr hab. n. med. Joanna Narbutt**



# Pomoc osobom uzależnionym z Ukrainy w naszym kraju - osiągnięcia i wyzwania

**A**gresja Rosji na Ukrainę 24 lutego br. spowodowała napływ dużej liczby uchodźców do Polski. Dlatego też Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (KCPU) uruchomiło w marcu Telefon Zaufania dla Osób z Ukrainy, doświadczających problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych: czynne codzienne od 16 do 21 bezpłatny: 800 11 08 11 oraz płatny według taryfy operatora 22 290 70 00. Telefon obsługiwany jest w języku ukraińskim, polskim i rosyjskim. Warto zwrócić uwagę, że KCPU zleciło również projekt dotyczący działań z zakresu profilaktyki selektywnej realizowanych wśród uchodźców z Ukrainy przebywających na terenie Polski, w szczególności matek i ich dzieci zagrożonych rozwinięciem ryzykownych wzorów zachowań, w tym używania substancji psychoaktywnych. W ramach tego projektu realizowane są działania we współpracy z ośrodkami akademickimi z Warszawy, Lublina oraz Białegostoku. Były to jedne z pierwszych działań podjętych przez KCPU adresowanych do osób z Ukrainy.

## Leczenie osób uzależnionych od opioidów

W ramach leczenia osób uzależnionych od narkotyków od samego początku placówki leczenia substytucyjnego zaczęły przyjmować osoby uzależnione od opioidów. W programach substytucyjnych leczy się około 100 osób z Ukrainy. Warto zwrócić uwagę, że oprócz osób, które przyjechały do Polski po 24 lutym do leczenia metadonem zgłosiły się także osoby, które przebywały w naszym kraju już wcześniej. Wsparciem dla kierowania osób do tego typu programów były or-

ganizacje zajmujące się redukcją szkód, które wykorzystywały swoje doświadczenia ze współpracy międzynarodowej.

Osoby z Ukrainy pojawiły się nie tylko w Warszawie, gdzie działa kilka programów tego typu, ale także np. w Gdańsku, Poznaniu czy Lublinie. Z rozmów z placówkami leczniczymi wynika, że kierownicy programów leczenia substytucyjnego starali się w jak największym stopniu wychodzić naprzeciw potrzebom osobom uzależnionym z Ukrainy. Niewątpliwie wyzwaniem w leczeniu nowej grupy pacjentów była i nadal jest bariera językowa.

## Działania województw

Cały czas rozmawiamy z naszymi partnerami, aby jak najlepiej tworzyć system pomocy dla osób tego potrzebujących. W 2001 roku powołana została sieć Ekspertów Wojewódzkich ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii. W ramach współpracy między Działem Badań KCPU a Ekspertami odbywają się coroczne spotkania. W tym roku konferencję zorganizowano wspólnie z ROPS w województwie lubelskim. Na tym spotkaniu m.in. dyskutowano na temat pomocy osobom z Ukrainy w ramach działań Urzędów Marszałkowskich oraz podległych Urzędów instytucji. ROPS Lublin 9 maja br. zorganizowało spotkanie dla organizacji pozarządowych, które zajmują się tematyką przeciwdziałania uzależnieniom w województwie lubelskim dla osób z Ukrainy. Działaniami w tym obszarze w województwie lubelskim zajmują się m.in. Towarzystwo Kuźnia oraz program leczenia substytucyjnego z Lublina. Regionalne Centrum Polityki Społecznej z Łodzi w pierwszej połowie

roku uruchomił program mikrograntów „Moce nadŁódzkie” dla organizacji pozarządowych działających w obszarze pomocy społecznej (min. osób uzależnionych) Wysokość wnioskowanej kwoty to od 5.000,00 zł do 20.000,00 zł. Podstawowym celem tych działań było wsparcie, aktywizacja społeczna, integracja i poprawa sytuacji obywateli Ukrainy przebywających na terenie województwa łódzkiego. W drugim kwartale br. RCPS w Łodzi zaplanowało webinary dla nauczycieli pracujących z dziećmi i młodzieżą oraz rodzin przyjmujących rodziny z Ukrainy, dotyczące traumy. Oprócz działań podejmowanych w Polsce warto wspomnieć o aktywności za granicą.

## Współpraca międzynarodowa

Delegacja Polski pod przewodnictwem Dyrektora KCPU wzięła udział w 65. sesji Komisji Środków Odurzających (ang. skrót CND) w dniach 14-18 marca 2022 r. w Wiedniu. Tematem przewodnim debaty generalnej tego spotkania była efektywna odbudowa po pandemii COVID-19 przy jednoczesnym dążeniu do pełnej realizacji Agendy na rzecz zrównoważonego rozwoju 2030 („*Building back better from the coronavirus disease COVID-19 while advancing the full implementation of the 2030 Agenda for Sustainable Development*”). Sesja w Wiedniu została zdominowana przez temat rosyjskiej agresji przeciwko Ukrainie. Liczne delegacje w swych wystąpieniach potępiły atak Rosji domagając się jak najszybszego zakończenia działań wojennych przez stronę rosyjską. Unia Europejska rozszerzyła wszystkie swoje wystąpienia o akapity dotyczący agresji rosyjskiej i związanego z tym

Jeśli chcą Państwo zostać autorem ARTYKUŁU w Kontrze prosimy o kontakt mailowy na adres: [aids@aids.gov.pl](mailto:aids@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”

kryzysu humanitarnego. Ponadto UE wraz z państwami szeroko rozumianego Zachodu bojkotowała inicjatywy rosyjskie podczas marcowej sesji, w tym nie uczestniczyła w procedowaniu rezolucji rosyjskiej oraz poinformowała stronę rosyjską, że jeśli ich rezolucja pojawi się na Sesji Plenarnej UE, zgłasza za jej odrzuceniem. Wobec braku szerszego poparcia dla swej rezolucji Rosja wycofała ją podczas ostatniego dnia obrad CND.

Kraje UE nie brały udziału również w wydarzeniach dodatkowych (tzw. side-eventach) organizowanych przez stronę rosyjską. Ponadto KCPU stara się informować organizację międzynarodową o polskich działaniach podejmowanych w obszarze uzależnień, mających na celu wspieranie osób z Ukrainy. Były to np. prezentacje pracowników Działu Badań KCPU na kilku spotkaniach w EMCDDA. We współpracy z EMCDDA został zrealizowany wywiad grupowy on-line dotyczący sytuacji Ukraińców z problemem narkotykowym, którzy przyjechali do Polski w związku z wybuchem wojny. W badaniu wzięli udział przedstawiciele placówek leczniczych, programów redukcji szkód oraz programów leczenia substytucyjnego. Miało ono na celu szybką ocenę zapotrzebowania, reakcji i gotowości Polski w zakresie zapewniania pomocy osobom uzależnionym od narkotyków z Ukrainy. Obecnie trwają prace nad wydaniem wspólnie z EMCDDA materiałów informacyjno-edukacyjnych dla osób z Ukrainy. Wyniki m.in. wywiadu grupowego zostały przedstawione w publikacji EMCDDA.

## Raport Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA)

EMCDDA wydało w tym roku raport dotyczący pomocy osobom z Ukrainy<sup>1</sup> pt. *Reagowanie i gotowość w zaspokajaniu potrzeb związanych z narkotykami*

*wysiedlonych Ukraińców w krajach UE graniczących z Ukrainą.* Celem badania, którego wyniki opublikowano w powyższym raporcie, było przeprowadzenie analizy oferty pomocowej dla osób z Ukrainy uzależnionych od narkotyków oraz określenie czynników, które mogą pomóc krajom UE w lepszym przygotowaniu się na ewentualne przyszłe potrzeby w tym obszarze. Raport opiera się na metodologii EMCDDA „Trendspotter”. Badania tego typu wykorzystują metodologię zaprojektowaną do szybkiego zbierania i triangulacji danych z różnych źródeł, aby umożliwić ocenę tematów będących przedmiotem zainteresowania. Analiza w raporcie EMCDDA opiera się na ankiecie przeprowadzonej w 24 krajowych ośrodkach monitorowania narkotyków (punkty kontaktowe Reitox), przeglądzie literatury z otwartych źródeł, trzech grupach fokusowych<sup>2</sup>, spotkaniach ekspertów oraz modelowaniu matematycznym. Badanie EMCDDA wykazało, że do tej pory stosunkowo niewielka liczba osób z Ukrainy szukała kontynuacji leczenia substytucyjnego w krajach sąsiadujących. Prawdopodobnie jest to spowodowane faktem, że w Ukrainie w dużym stopniu osoby używające narkotyków i będące w leczeniu substytucyjnym to głównie mężczyźni, podczas gdy przed wojną uciekają głównie kobiety. Niemniej jednak, chociaż liczba osób poszukujących leczenia substytucyjnego w krajach sąsiadnych do Ukrainy jest niska, a oferta leczenia substytucyjnego możliwa do zaproponowania, każdy wzrost popytu może spowodować problemy z dostępnością już obciążonych usług. Stwierdzono również, że liczba osób wysiedlonych z Ukrainy, które korzystają ze świadczeń w zakresie chorób zakaźnych w krajach przygranicznych, jest niska i poniżej oczekiwanego poziomu. Biorąc pod uwagę, że zakażenia HIV i wirusowe zapalenie wątroby od kilku lat stanowią poważne wyzwanie dla zdrowia publicznego w Ukrainie, raport podkreśla potrzebę terapii antyretrowirusowej (ARV),

kontynuacji leczenia przeciwvirusowego bezpośredniego działania (DAA) i testowania. Oprócz oceny zapotrzebowania na pomoc, raport analizuje również wyzwania związane z zapewnieniem opieki i działaniami niezbędnymi do poprawy gotowości systemów pomocy osobom uzależnionych w krajach sąsiadujących z Ukrainą. Wśród potencjalnych barier opieki zidentyfikowanych dla tej grupy były: bariery językowe i kulturowe; ograniczone kontyngenty i dostawy leków substytucyjnych w niektórych krajach sąsiadujących oraz zapewnienie ciągłości opieki osobom znajdującym się w sytuacjach przejściowych lub w tranzycie.

Badanie EMCDDA podkreśla potrzebę opracowania przez państwa członkowskie planów awaryjnych na wypadek ewentualnego przyszłego wzrostu popytu na usługi, generowanego przez większą liczbę osób wysiedlonych z Ukrainy. Według raportu EMCDDA usługi lecznicze muszą być odpowiednie dla kobiet zażywających narkotyki, jak również dla klientów, którzy przeżyli traumatyczne doświadczenia. Niezbędne są również środki w celu zapewnienia usługom pomocowym odpowiednich możliwości finansowych, językowych i tłumaczeniowych. W omawianym raporcie liczba osób leczących się substytucyjnie w Ukrainie wyniosła 17 844 (2022 rok, w tym 15% to kobiety), a wszystkich użytkowników opioidów szacowano na około 280 000 (2020 rok). Liczbę osób używających narkotyki w iniekcjach szacuje się na około 350 000 (2022 rok, w tym około 19% to kobiety).

## Co dalej?

W tym roku KCPU planuje zlecenie badania mającego na celu poznanie potrzeb matek oraz dzieci uciekających przed wojną. Wyniki badań posłużą do poznania funkcjonowania uchodźców i ich potrzeb w zakresie wsparcia. W jego ramach planowane jest przeprowadzenie

**kontra** 

Redakcja  
Maryla Rogalewicz

Wydawca:  
Krajowe Centrum ds. AIDS

Adres redakcji:  
ul. Samsonowska 1, 02-829 Warszawa  
tel. (+22) 331 77 66, fax (+22) 331 77 76  
e-mail: kontra@aims.gov.pl  
[www.aims.gov.pl](http://www.aims.gov.pl)

**Egzemplarz bezpłatny**  
Redakcja zastrzega sobie prawo  
adjustacji i skracania artykułów.

wywiadów indywidualnych. Wyniki tego badania pozwolą na planowanie skutecznych działań adresowanych do osób z Ukrainy przebywających w Polsce. Ponadto w ramach corocznego spotkania Działu Badań KCPU z krajami bałtyckimi (Reitox Academy for Baltic countries), które odbędzie się w tym roku w dniach 6-7 września, będziemy rozmawiać na temat pomocy osobom z Ukrainy z ekspertami z krajów bałtyckich, Finlandii oraz EMCDDA. W kolejnym tygodniu

(12-16 września) organizujemy wspólnie z EMCDDA szkolenia dla trenerów European Universal Prevention Curriculum w Krakowie (Reitox Academy EUPC ToT), gdzie także weźmie udział ekspertka z Ukrainy. Warto dodać, że braliśmy udział w ukraińskiej adaptacji podręcznika EUPC. Mimo działań wojennych, udało się przygotować i opublikować podręcznik European Universal Prevention Curriculum przez ekspertów z Ukrainy. Pod koniec roku planowane

jest zorganizowanie corocznej konferencji programów redukcji szkód, na której również omówimy działania dotyczące pomocy osobom z Ukrainy. Tegoroczna konferencja odbędzie się we Wrocławiu we współpracy z Fundacją Salida.

*dr n. społ. Artur Malczewski  
Dział Badań, Monitorowania  
oraz Współpracy Międzynarodowej  
Krajowe Centrum Przeciwdziałania  
Uzależnieniom*

1. Badanie prowadzono w okresie sześciu tygodni w kwietniu i maju 2022 r. Pod względem geograficznym skoncentrowano się na Węgrzech, Polsce, Rumunii i Słowacji, a niektóre analizy obejmowały Czechy i Bułgarię. Raport z badań dostępny jest pod adresem: [https://www.emcdda.europa.eu/publications/ad-hoc-publication/emcdda-trendspotter-briefing-ukraine\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/ad-hoc-publication/emcdda-trendspotter-briefing-ukraine_en)
2. W jego ramach kierownik Działu Badań wspólnie z EMCDDA przeprowadził jedną z grup focusowych wśród polskich ekspertów. Ponadto brał jako uczestnik w kolejnej przeprowadzonej z kierownikami Reitox Focal Point.

## Testy w kierunku HIV - czy i kiedy są wykonywane w ramach badań profilaktycznych pracowników oraz badań do celów sanitarno-epidemiologicznych.

### Badania profilaktyczne pracowników (wstępne, okresowe, kontrolne)

Po nowelizacji rozporządzenia w sprawie przeprowadzenia badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy, która weszła w życie z dniem 16 grudnia 2020 r., przy przeprowadzaniu badań profilaktycznych pracowników (badań wstępnych, okresowych i kontrolnych) w przypadku występowania na danym stanowisku pracy czynnika szkodliwego jakim jest wirus HIV, przeprowadza się „badanie lekarskie, przeciwciała anty-HIV, a po przypadkowej ekspozycji na materiał potencjalnie zakaźny badania serologiczne zależne od aktualnych wytycznych postępowania poekspozycyjnego”. Jeśli chodzi o częstotliwość badań profilaktycznych, wg. rozporządzenia jest to „co 2-4 lata, przeciwciała anty-HIV w badaniu wstępnym, a następnie w zależności od wskazań”.<sup>1</sup>

W związku z powyższym, w przypadku **badania wstępnego** jeśli w ocenie zagrożeń na danym stanowisku pracy wśród czynników szkodliwych znajduje się wirus HIV, lekarz przeprowadzający badanie ma nie tylko prawo, ale także obowiązek skierowania kandydata do pracy na test w kierunku HIV. W przypadku odmowy wykonania testu, lekarz może odmówić wydania orzeczenia o zdolności do pracy. Jest to istotna zmiana, w stosunku do wcześniej obowiązujących przepisów, gdyż wprowadza obowiązek zlecenia testu w kierunku HIV w każdym badaniu wstępnym, jeśli na danym stanowisku pracy wśród występujących czynników szkodliwych znajduje się wirus HIV. Ponadto, w ramach **badania okresowych i kontrolnych**, jeśli w ocenie zagrożeń na danym stanowisku pracy wśród czynników szkodliwych znajduje się wirus HIV, test w kierunku HIV wykonuje się co 2-4 lata oraz w zależności od wskazań.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia w środowisku pracy oraz ochrony zdrowia

*pracowników zawodowo narażonych na te czynniki*, wirusy HIV, HBV i HCV zaliczone są do czynników biologicznych, które stanowią ograniczone ryzyko zakażenia dla pracowników, ponieważ nie są przenoszone drogą powietrzną (grupa 3\*\* zagrożenia), podobnie jak np. salmonella typhi (pałeczka duru brzuszego), sigiella dysenteriae Typ 1 (pałeczka czerwoni) czy wirus wścieklizny.<sup>2</sup>

Do stanowisk pracy, przy których wirus HIV występuje jako jeden z biologicznych czynników szkodliwych, należy praca w jednostkach ochrony zdrowia, w tym w pomieszczeniach izolacyjnych i zakładach, gdzie są wykonywane badania postmortalne, praca w laboratoriach klinicznych lub diagnostycznych oraz każda inna praca, w przypadku której wynik oceny ryzyka wskazuje, że czynniki biologiczne mogą być obecne w środowisku pracy.

### Badania do celów sanitarno-epidemiologicznych

Obowiązek wykonania badań do celów sanitarno-epidemiologicznych wynika

z ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, zgodnie z którą badanie do celów sanitarno-epidemiologicznych przeprowadza się u uczniów, studentów, doktorantów kształcących się do wykonywania prac, przy wykonywaniu których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia lub choroby zakaźnej na inne osoby oraz u osób podejmujących lub wykonujących prace, przy wykonywaniu których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia lub choroby zakaźnej na inne osoby.<sup>3</sup> Obowiązek wykonania badań do celów sanitarno-epidemiologicznych określa także ustawa o bezpieczeństwie żywności i żywienia, wg której osoba pracująca w styczności z żywnością powinna uzyskać określone przepisami o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi orzeczenie lekarskie dla celów sanitarno-epidemiologicznych o braku przeciwwskazań do wykonywania prac, przy wykonywaniu których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby.<sup>4</sup>

Do prac, przy wykonywaniu których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby należą: prace na stanowiskach związanych m.in. z ciągłym (tj. stałym, bezpośrednim i bliskim) kontaktem z innymi osobami stwarzające zagrożenie przeniesienia zakażenia drogą kropelkowo-powietrzną i powietrzno-pyłową na inne osoby, czy też na stanowiskach związanych z wytwarzaniem, pakowaniem, dystrybucją lub przechowywaniem nieopakowanej żywności, a także przygotowaniem i wydawaniem posiłków, myciem naczyń i pojemników przeznaczonych na żywność.<sup>5</sup> Na obowiązkowe badania sanitarno-epidemiologiczne kieruje dyrektor szkoły,

rektor uczelni lub osoba przez nich powołana albo pracodawca lub zlecający pracę. W przypadku osób poszukujących pracy, badanie sanitarno-epidemiologiczne jest wykonywane na wniosek tej osoby. Osoba poddająca się badaniu wskazuje, jakiego rodzaju prac ma dotyczyć badanie sanitarno-epidemiologiczne i wydawane na jego podstawie orzeczenie lekarskie dla celów sanitarno-epidemiologicznych. Badanie sanitarno-epidemiologiczne przeprowadza lekarz podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarz wykonujący zadania służby medycyny pracy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy.<sup>6</sup>

Badanie sanitarno-epidemiologiczne, jest to badanie w skład którego wchodzi badanie lekarskie, badania laboratoryjne oraz dodatkowe badania i konsultacje specjalistyczne, wykonywane w ramach nadzoru epidemiologicznego w celu wykrycia biologicznych czynników chorobotwórczych lub potwierdzenia rozpoznania choroby zakaźnej.<sup>7</sup> W skład badań laboratoryjnych wchodzi badanie kału w kierunku zakażenia pałeczkami duru brzuszego, durów rzekomych A, B i C, innych pałeczek z rodzaju Salmonella i Shigella.<sup>8</sup>

W ramach badań do celów sanitarno-epidemiologicznych nie wykonuje się testu w kierunku HIV.

### Zasada ogólna obowiązująca przy wykonaniu testu w kierunku HIV:

Każdorazowo należy pamiętać, że do wykonania testu w kierunku HIV, także w ramach postępowania kwalifikacyjnego do pracy oraz pracowniczych badań

kontrolnych, bezwzględnie konieczna jest zgoda osoby badanej, która powinna być poprzedzona wcześniejszą informacją o celowości wykonania badania. Sytuacje, w których można pobrać i zbadać krew w kierunku zakażenia wirusem HIV bez wiedzy i zgody badanego są ściśle określone; żadna nie ma bezpośredniego związku z postępowaniem kwalifikacyjnym do pracy lub kontrolnymi badaniami okresowymi.<sup>9</sup>

Testy w kierunku HIV w ramach badań profilaktycznych nie są przymusowe, choć mogą być obowiązkowe, jeśli w ocenie zagrożeń na danym stanowisku pracy wśród czynników szkodliwych znajduje się wirus HIV.

Na podstawie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu od osoby wykonującej zawód medyczny przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, w zakresie udzielanych przez tę osobę świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi przez nią uprawnieniami.<sup>10</sup> Powyższe dotyczy oczywiście nie tylko „zwykłych” pacjentów, ale także pracowników podlegających badaniom profilaktycznym do celów przewidzianych w Kodeksie pracy.

*Stan prawny na dzień 22 sierpnia 2022 r. oprac. Krajowe Centrum ds. AIDS*

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzenia badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (tj. Dz. U. z 2016 r. poz. 2067 z późn. zm.), załącznik nr 1 pkt. IV ppkt. 3.
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2005 r. w sprawie szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia w środowisku pracy oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki (Dz. U. Nr 81, poz. 716 z późn. zm.).
3. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tj. Dz. U. z 2022 r. poz. 1657), art. 6 ust. 1 pkt. 4 i 5.
4. Ustawa z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (tj. Dz. U. z 2020 r. poz. 2021 z późn. zm.), art. 59 ust. 2.
5. <https://www.gov.pl/web/gis/badania-do-celow-sanitarno-epidemiologicznych>
6. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tj. Dz. U. z 2022 r. poz. 1657), art. 7 ust. 1.
7. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tj. Dz. U. z 2022 r. poz. 1657), art. 2 pkt 1.
8. <https://www.gov.pl/web/wsse-szczecin/oddzial-epidemiologii-badania-do-celow-sanitarno-epidemiologicznych>
9. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tj. Dz. U. z 2022 r. poz. 1731), art. 31 i art. 32.
10. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tj. Dz. U. z 2020 r. poz. 849 z późn. zm.), art. 9 i 16.



# aspekty

Dodatek do Biuletynu Krajowego Centrum ds. AIDS



## Upowszechnianie testowania w kierunku HIV oraz innych zakażeń przenoszonych drogą płciową w Europie w dobie pandemii COVID-19 oraz kryzysu uchodźczego wywołanego agresją zbrojną Federacji Rosyjskiej na Ukrainę

Institucje i organizacje odpowiedzialne za zdrowie publiczne, działające w różnych regionach świata i dla różnych środowisk, podkreślają znaczenie testowania w kierunku HIV i innych chorób przenoszonych drogą płciową (STIs), gdyż jest to niezwykle istotne dla wczesnego wykrywania nowych przypadków zakażeń i zapewnienia dostępu do skutecznego leczenia. Obecnie, także na terenie Europy, podejmowane są różnorodne inicjatywy mające na celu popularyzację wykonywania testów diagnostycznych.

Dlaczego testowanie w kierunku HIV jest tak istotne? Informacje podstawowe.

- Postawienie wczesnej diagnozy pozwala na włączenie pacjenta do leczenia ratującego życie oraz na objęcie do różnymi formami pomocy społecznej. Leczenie, prowadzone ściśle pod kierunkiem lekarza, ma także efekt profilaktyki transmisji zakażeń, gdyż obniża poziom kopii wirusa we krwi osoby HIV+ do poziomu niewykrywalności.
- Postawienie wczesnej diagnozy nie tylko przedłuża pacjentom życie oraz poprawia jego komfort, jak również ogranicza koszty finansowe ponoszone przez system ochrony zdrowia, wydatkowane na kompleksowe leczenie pacjenta HIV+, u którego doszło do rozwoju pełnoobjawowego stadium AIDS.
- Dzięki testowaniu prowadzającemu do wykrycia wczesnej fazy zakażenia

i szybkiego wdrożenia leczenia ARV chroni się partnerów seksualnych osób HIV+ przed transmisją wirusa.

- Łańcuch zakażeń HIV może zostać przerwany tylko wtedy, gdy pozna się swój status serologiczny, a w razie wykrycia zakażenia szybko wdroży leczenie antyretrowirusowe.

Zakażenie HIV nie daje charakterystycznych objawów. Jeśli nie wykona się testu diagnostycznego, można nawet przez 10 - 12 lat nie wiedzieć o tym, że uległo się zakażeniu. Osoba, która nie wie, że żyje z HIV, może zakażać innych, a u niej samej rozwinie się pełnoobjawowe AIDS.

Po pandemii COVID-19, w czasie której czasowo została ograniczona dostępność do diagnostyki, bardzo ważny jest powrót do dobrych praktyk związanych z testowaniem w kierunku HIV. Szczególnie, że wojna wywołana agresją zbrojną Federacji Rosyjskiej na Ukrainę, wywołała masowe ruchy migracyjne, których skutki są odczuwalne w wielu gałęziach gospodarki, również w systemach opieki zdrowotnej.

### Znaczenie testowania dla profilaktyki zakażeń

Wczesne rozpoznanie zakażenia HIV ma ogromne znaczenie dla zmniejszenia poziomu śmiertelności z powodu AIDS, minimalizacji liczby tak zwanych „późnych diagnoz”, zapobiegania dalszej transmi-

sji wirusa oraz zmniejszenia poziomu jego potencjalnego rezerwuaru wśród członków danej społeczności. Celem nadrzędnym jest postawienie właściwej diagnozy w możliwie krótkim czasie od momentu zakażenia i włączenie pacjenta do terapii antyretrowirusowej (ARV).

Terapia ARV jest skutecznym procesem leczenia, mającym na celu obniżenie liczby kopii wirusa w organizmie osoby HIV+ do poziomu niewykrywalności/niezakaźności. Dlatego też uznaje się, że świadczenia dotyczące diagnostyki, kierowane do społeczności szczególnie narażonych na ryzyko zakażenia, oferowane w punktach anonimowego, dobrowolnego i bezpłatnego testowania w kierunku HIV oraz innych STIs mają znaczący wpływ na poziom wykrywalności przypadków zakażeń przenoszonych drogą płciową. W konsekwencji prowadzi to do uzyskania skutecznego efektu profilaktycznego. Jest to szczególnie istotne dla członków takich populacji kluczowych jak: mężczyźni mających kontakty seksualne z mężczyznami (ang. *men who have sex with men* - MSM), osoby sprzedające usługi seksualne (ang. *sex workers* - SW), osoby stosujące środki psychoaktywne w iniekcji (ang. *injecting drug users* - IDU) oraz osób uchodźczych czy migrantów. Osoby te, z różnych przyczyn (dyskryminacyjnych, językowych) mogą unikać korzystania z placówek medycznych, w których można wykonać test w kierunku HIV.

Istnieje także obawa, że mogą też nie mieć do nich dostępu z uwagi na swoją niewiedzę, dezorientację, przeżywany stres lub brak ubezpieczenia zdrowotnego.

*U.S. Department of Health & Human Services, <https://www.hiv.gov/hiv-basics/overview/about-hiv-and-aids/what-are-hiv-and-aids> dostęp: 27.09.2022*

Należy podkreślić, że dla organizmu obciążające jest już zakażenie jednym wirusem, np. HIV, ale gdy dochodzi do infekcji innymi patogenami, powoduje to poważne problemy zdrowotne. Mówimy wtedy o koinfekcji. W przypadku osób HIV+ najczęściej diagnozowanym współzakażeniem jest wirusowe zapalenie wątroby typu C z uwagi na podobną do HIV drogę transmisji. Zagrożeniem życia pacjenta staje się wtedy nie tylko załamanie się systemu odpornościowego, ale też marskość wątroby lub niewydolność układu krążenia.

Osoby zakażone HIV i HCV poddające się leczeniu powinny szczególnie uważać, aby nie doszło u nich do wtórnego zakażenia innymi genotypami HIV czy HCV.

Co należy wiedzieć:

- Obecność HIV w organizmie podnosi ryzyko transmisji HCV w czasie porodu lub podejmowania ryzykownych zachowań seksualnych.
- Przeniesienie zakażenia HCV z matki na dziecko jest bardziej prawdopodobne u kobiet HIV+ i HCV+ niż tylko HCV+.

*Co to jest koinfekcja, Regional HIV/AIDS Connection <https://hivaidsconnection.ca/get-facts/living-hivaidshep-c/co-infection> dostęp: 27.09.2022*

Niewykrywalny poziom wirusa we krwi osoby zakażonej osiąga się wtedy, gdy nie daje się go oznaczyć przy pomocy testu HIV RNA. Poziom ten uznaje się za „długotrwale niewykrywalny”, gdy nie można go wykryć przez co najmniej sześć miesięcy przy pomocy ww. testu.

Odpowiednio wdrażane leczenie antyretrowirusowe jest w stanie obniżyć poziom stężenia wirusa we krwi pacjenta do poziomu niewykrywalności, nie oznacza

to jednak, że pacjent został na zawsze wyleczony. W organizmie osoby HIV+ (w jego komórkach oraz tkankach) nadal pozostają uśpione rezerwuary wirusa, których medycyna do tej pory nie umie skutecznie usunąć. Dlatego tak istotne jest wykrycie zakażenia w jego początkowej fazie i szybkie wdrożenie ratującego życie leczenia, które równocześnie spełnia zadanie profilaktyki zakażeń.

*Undetectable Viral Load, Clinical Info HIV <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/glossary/undetectable-viral-load> ,dostęp: 27.09.2022*

### Stanowisko instytucji i agend europejskich wobec testowania w kierunku HIV i STIs

Zapewnienie możliwości testowania w kierunku HIV opisano już jako priorytet w dokumencie wydanym przez Komisję Europejską pt. „Działanie wspólnotowe w dziedzinie zdrowia publicznego. Plan Pracy na rok 2009”. W 2018 roku Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), niezależna agencja Unii Europejskiej z siedzibą w Szwecji, opublikowało dokument pt.: „Przewodnik dotyczący zdrowia publicznego.

Testowanie w kierunku HIV, WZW C i B w krajach Unii Europejskiej i Europejskiego Obszaru Gospodarczego”. w którym jest mowa o tym, iż w procesie poszerzania dostępu do testowania w kierunku HIV oraz innych STIs można brać pod uwagę także świadczenia zewnętrzne (typu outreach) skierowane do populacji trudno dostępnych czy marginalizowanych.

Jak podaje ECDC, obecnie u prawie co drugiej osoby HIV+ diagnozowanej na terenie Unii Europejskiej oraz Europejskiego Obszaru Gospodarczego jest tak zaawansowane stadium zakażenia HIV, że jej system odpornościowy zaczyna się załamywać, co prowadzi do rozwoju pełnoobjawowego AIDS i wywołuje cały szereg komplikacji zdrowotnych.

Duży odsetek tzw. „późnych diagnoz” notowany w ostatniej dekadzie oznacza,

że dostęp do niskoprogowego testowania w kierunku HIV i innych STIs w wielu krajach naszego regionu jest zdecydowanie niewystarczający. Sytuacja ta jest wysoce niepokojąca i niesie ze sobą wiele negatywnych konsekwencji zdrowotnych i ekonomicznych, szczególnie w przypadku dodatkowych zagrożeń z jakimi przychodzi nam się mierzyć: pandemii COVID-19 oraz kryzysu uchodźczego wywołanego agresją zbrojną Federacji Rosyjskiej na Ukrainę.

*Public health guidance on HIV, hepatitis B and C testing in the EU/EEA, ECDC, 2018: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/public-health-guidance-hiv-hepatitis-b-and-c-testing-eeuea>, dostęp: 27.09.2020*

### Rozwiązania alternatywne: self testing i self sampling

Testy do własnoręcznego wykonania w domu i samodzielnego odczytania wyniku (ang. *self testing*) oraz samodzielne pobranie materiału do badania i przesłanie go do laboratorium w celu otrzymania rezultatu odczytanego przez diagnostę (ang. *self sampling*) to narzędzia, które znacząco zwiększają dostępność testowania w kierunku HIV.

W związku z wysokim odsetkiem osób nieświadomych swojego zakażenia, zwłaszcza tych wywodzących się z populacji kluczowych oraz ze względu na rozmaite bariery obecne w dostępie do badań przesiewowych w kierunku zakażenia HIV, testy do samodzielnego wykonania stanowią istotne uzupełnienie diagnostyki. Testy te powinny cechować się wysoką czułością oraz posiadać certyfikat CE. Ponadto powinny zawierać krótką, napisaną przystępnym językiem informację na temat sposobu interpretacji wyniku badania (m.in. okno serologiczne).

Zaleca się również zapewnienie systemu wsparcia w postaci np. całodobowej infolinii. Testy te powinny być także łatwo dostępne i relatywnie tanie.

Narzędzia typu self testing i self sampling, dotyczą nie tylko HIV, ale także kiły, HPV oraz HBV i HCV. W państwach

Europejskich testy do samodzielnego wykonania nie występują powszechnie, choć można zauważyć różnice pomiędzy poszczególnymi państwami w tym zakresie. Mało jest także narzędzi służących promocji self testing i self sampling oraz przykładów dobrych praktyk na ich zastosowanie.

W ramach projektu Joint Action o nazwie INTEGRATE prowadzonego na rzecz zintegrowanych działań w zakresie zapobiegania, testowania i opieki nad osobami zakażonymi HIV, wirusowym zapaleniem wątroby, gruźlicą i zakażeniami przenoszonymi drogą płciową (ang. *Joint Action on integrating prevention, testing and link to care strategies across HIV, viral hepatitis, TB and STIs in Europe*) zidentyfikowano główne bariery dotyczące zintegrowanego testowania w kierunku HIV, HCV, STIs, gruźlicy.

Okazało się, że główną przeszkodą dla rozwoju programów do samodzielnego testowania są bariery prawne i strukturalne, m.in. nie zawsze jest zrozumiałe to czy może je wykonywać osoba nie będąca diagnostą laboratoryjnym, gdzie można tego typu testy nabywać i sprzedawać, w jaki sposób zapewnić pracę infolinii.

Problematyczne okazały się także kwestie prawne związane z wysyłką próbek materiałów biologicznych. W wielu krajach problemem dla rozwoju alternatywnych metod testowania okazały się także niedobory infrastrukturalne, brak woli politycznej i funduszy na skoordynowane i długofalowe programy testowania, jak również ich promocję.

Obecnie 59% (19) państw UE/EOG legalnie sprzedaje u siebie testy do samodzielnego wykonania. Testy typu self sampling dostępne są w 4 krajach. Tylko 5 rodzajów testów w kierunku HIV ma oznaczenia CE. W przypadku testów do samodzielnego wykonania mamy także do czynienia z relatywnie małym rynkiem, co utrudnia zainteresowanie się nimi dużych firm produkujących i dystrybuujących testy.

W niektórych państwach testy te można otrzymać w publicznych jednostkach

ochrony zdrowia lub nabyć je w aptekach. W innych jedyną drogą zakupu jest internet, choć i tu występują ograniczenia prawne.

*Projekt INTEGRATE, <https://integrateja.eu/content/testing>, dostęp: 27.09.2022*

### **Wpływ pandemii COVID-19 na programy testowania w kierunku HIV i STIs**

11 marca 2020 Światowa Organizacja Zdrowia nazwała lawinowy wybuch zachorowań na COVID-19 pandemią. Już wtedy specjaliści z zakresu ochrony zdrowia wyrażali swoje zaniepokojenie co do jej wpływu na załamanie się prowadzenia programów testowania w kierunku HIV i STIs.

Pandemia COVID-19 okazała się być wyzwaniem dla systemów opieki zdrowotnej poszczególnych krajów, w tym dla placówek medycznych oraz punktów konsultacyjno-diagnostycznych, w których część świadczeń została na jakiś czas wstrzymana poprzez lockdown oraz konieczność zachowania dystansu społecznego.

Najbardziej w czasie pandemii ucierpieli członkowie społeczności szczególnie narażonych na ryzyko zakażenia. Światowa Organizacja Zdrowia ocenia, że aż 95% europejskich centrów testowania zanotowało spadek liczby przeprowadzonych testów w czasie pierwszych trzech miesięcy trwania pandemii. Od czerwca do

sierpnia 2020 roku spadek ten wyniósł 58%. W całym 2020 r. wykryto 104 765 nowych zakażeń HIV w porównaniu z 136 449 w 2019 r. (spadek liczby diagnoz HIV o 26%).

Ta trudna sytuacja z pewnością będzie miała duży wpływ na wystąpienie w kolejnych latach większej niż zazwyczaj liczby tzw. późnych diagnoz, o których była już mowa powyżej i wszystkich związanych z tym faktem komplikacji.

*ECDC, WHO Regional Office for Europe (2021). HIV/AIDS surveillance in Europe 2021 – 2020 data, [https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/2021-Annual\\_HIV\\_Report\\_0.pdf](https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/2021-Annual_HIV_Report_0.pdf), dostęp: 28.09.2022*

### **Inicjatywy mające na celu upowszechnienie dobrowolnego, bezpłatnego, anonimowego testowania w kierunku HIV i innych zakażeń przenoszonych drogą płciową podejmowane w Europie**

**European Test Finder (ETF)** to przyjazna strona internetowa, oferująca dostęp do bezpłatnego narzędzia (opracowanego we wszystkich językach europejskich, w tym w języku polskim) umożliwiającego osobom zainteresowanym łatwe znalezienie najbliższego punktu testowania, gdzie anonimowo i bezpłatnie można wykonać różnego rodzaju testy oraz skorzystać z poradnictwa okołotestowego. Adres strony to: <https://www.testfinder.info/>



**Need help finding testing, treatment and/or other supportive services for HIV, hepatitis, STIs, and/or tuberculosis in Europe?**

**Search on the European Test Finder to find the closest service centre near you!**

Visit [www.testfinder.info](https://www.testfinder.info)

Obecnie, w wielu miejscach w Europie można doświadczyć korzyści płynących z testowania zintegrowanego, nie tylko w kierunku HIV, ale także gruźlicy, WZW B i C oraz STIs. Przy korzystaniu z ww. narzędzia przydatnego do wyszukiwania najbliższych opcji testowania należy pamiętać, że nie jest ono w 100% kompletne i nie obejmuje wszystkich dostępnych punktów konsultacyjno-diagnostycznych, a jedynie te, które zgłosiły swój akces do rejestracji na stronie internetowej.

Oferowana online baza danych powstała w 2015 roku przy współpracy z ECDC, a od 2021 roku jest zarządzana przez Sekretariat Europejskiego Tygodnia Testowania pod auspicjami Inicjatywy EuroTEST, mieszczącego się w Centre of Excellence for Health, Immunity and Infections (CHIP) w Kopenhadze, w Danii.

Początkowo strona internetowa ETF oferowała informacje dotyczące tylko punktów testowania. Jednakże, na początku 2022 roku, w odpowiedzi na kryzys uchodźczy z Ukrainy, jej zasób został rozszerzony o dane dotyczące miejsc, gdzie można uzyskać dostęp także do leczenia ARV, świadczeń odnoszących się do leczenia gruźlicy jak również terapii substytucyjnej (OST) w krajach europejskich. Inicjatywa ta była możliwa do zrealizowania dzięki pomocy Światowej Organizacji Zdrowia.

ECDC, <https://www.ecdc.europa.eu/en/infectious-disease-topics/z-disease-list/hiv-infection-and-aids/prevention-and-control/hiv-testing>, dostęp: 27.09.2022

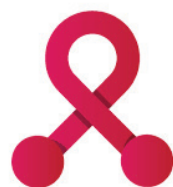
**Europejski Tydzień Testowania (European Testing Week)** w kierunku HIV i HCV to duża kampania ogólnoeuropejska, która już na stałe wpisała się w kalendarz. Zachęca ona organizacje partnerskie: instytucje, samorządy i organizacje społeczeństwa obywatelskiego w całej Europie do jednoczenia się przez tydzień, dwa razy w roku – w maju i w listopadzie, w celu popularyzacji różnych metod testowania i promowania świadomości dotyczącej korzyści płynących z wczesnego wykrywania zakażeń HCV i HIV.

21-28  
NOVEMBER  
**EUROPEAN  
TESTING  
WEEK**  
www.testingweek.eu  
2022

Inicjatywa ta rozpoczęta w 2013 r. dzięki zaangażowaniu organizacji o nazwie HIV in Europe (obecnie EuroTEST), przez szereg lat jej trwania stała się szeroko rozpoznawalnym wydarzeniem, w którym co roku uczestniczą setki organizacji. W 2022 roku obchody Europejskiego Tygodnia Testowania przypadają na okres od 18 listopada (piątek) do 25 listopada (piątek). Tegoroczne działania będą szczególnie intensywnie nagłaśniane z uwagi na negatywne skutki pandemii COVID-19 na cały system testowania oraz trwającą agresję zbrojną Federacji Rosyjskiej na Ukrainę, którą wytrąciła wiele milionów osób z korzystania z systemowych świadczeń medycznych.

Na stronie ETW: <https://www.testingweek.eu/> znaleźć można cały zestaw gotowych materiałów graficznych promujących tę cenną inicjatywę w wielu językach europejskich, w tym w języku polskim!

**COBATEST Network (Sieć COBATEST)** łączy europejskie organizacje pozarządowe oraz instytucje państwowe, które prowadzą dobrowolne, bezpłatne i anonimowe testowanie w kierunku HIV i STIs. Sieć ta powstała w 2009 roku na bazie projektu Joint Action o nazwie COBATEST, a jej głównym partnerem jest CEEISCAT (Katalońskie Centrum



**COBATEST  
NETWORK**

Studiów Epidemiologicznych nad Chorobami Przenoszonymi Drogą Płciową oraz AIDS – CEEISCAT, Hiszpania).

Nadrzędnym celem działania sieci jest promowanie testowania, poradnictwa okołotestowego, wykrywania zakażeń na ich wczesnym etapie oraz włączanie do systemu ochrony zdrowia osób, u których wynik testu okaże się być dodatni. Obecnie w sieci zrzeszonych jest 89 punktów konsultacyjno-diagnostycznych z 27 krajów europejskich i 2 z krajów Azji Centralnej.

Działalności sieci przyswecają następujące cele szczegółowe:

- Promowanie oraz pokazywanie na forach międzynarodowych działalności punktów konsultacyjno-diagnostycznych, w szczególności tych, które oferują świadczenia członkom populacji szczególnie narażonych na ryzyko zakażenia HIV i STIs na terenie Europy.
- Propagowanie idei włączania pracy punktów konsultacyjno-diagnostycznych do krajowych programów zwalczania HIV i STIs.
- Zachęcanie osób prowadzących punkty konsultacyjno-diagnostyczne do korzystania z jednolitych szablonów ankiet w celu zbierania danych w oparciu o wypracowane przez Sekretariat COBATEST wskaźniki, tak aby dane pochodzące z europejskich PKD były jednolite i charakteryzujące się wysoką jakością.
- Zwiększenie poziomu jakości świadczeń oferowanych w europejskich PKD
- poprzez rzecznictwo oraz podnoszenie kwalifikacji pracującego tam personelu w oparciu o realne potrzeby klientów.
- Propagowanie współpracy, budowania partnerstwa oraz synergii, wymiany dobrych praktyk w celu zwiększenia poziomu profilaktyki oraz ograniczenia występowania HIV, STIs oraz gruźlicy na terenie Europy.

Cobatest Network, <https://www.facebook.com/people/Cobatest-Network/100067028165851/>, dostęp: 27.09.2022

*Dr Maria Wawer*