

CHOROBY ZAKAŻNE

Pacjenci stosujący skuteczną terapię antyretrowirusową nie zarażają i dożywają późnej starości, choć do końca żyją z wirusem. Nowe schematy leczenia HIV mogą poprawić jakość życia pacjentów, ograniczając ryzyko skutków ubocznych długotrwałego przyjmowania leków.



Fot. istockphoto

Terapie dwulekowe – nowy kierunek w leczeniu HIV

Alicja Kostecka

Prawie 24 tys. osób w Polsce i 37 mln na świecie jest zakażonych wirusem HIV. Szacuje się, że przeciętny pacjent żyjący z HIV przyjmuje w ciągu całego swojego życia kilkadziesiąt tysięcy dawek różnych leków antyretrowirusowych (ARV). Wieloletnia ekspozycja na leki ARV i ich interakcje z preparatami, które pacjent przyjmuje w związku z innymi schorzeniami, mogą mieć negatywny wpływ na zdrowie. Im więcej leków się stosuje, tym większe ryzyko potencjalnych działań niepożądanych. Oprócz dolegliwości związanych z samą chorobą osoby zakażone wirusem HIV często muszą się mierzyć z lękiem i stygmatyzacją, co powstrzymuje je przed poszukiwaniem fachowej pomocy. Wynika to z wciąż niedostatecznej – pomimo wielu kampanii – świadomości społecznej w zakresie HIV/AIDS oraz współczesnych możliwości terapii ARV.

Wirus HIV należy do retrowirusów, których materiał genetyczny w postaci RNA jest zamknięty w tzw. kapsydzie, czyli swojej otoczce, wewnątrz której znajdują się również wirusowe białka i enzymy. Jednym z nich jest odwrotna transkryptaza – sterująca syntezą prowirusowego DNA na matrycy RNA. Transkrypcja ta jest konieczna, aby wirusowe DNA mogło zostać włączone

do genomu infekowanej komórki, za co z kolei odpowiada integraza HIV. Po wyprodukowaniu przez komórkę gospodarza nowych białek wirusowych kolejny enzym – proteaza HIV – jest odpowiedzialny za ostateczną formację białek kapsydu.

– *Wirus HIV przyczepia się do limfocytów CD4+, które stanowią bardzo ważną część systemu immunologicznego człowieka. Po przeniknięciu wirusa do komórki następuje zmiana jej metabolizmu, cytokiny przestają być syntetyzowane i układ odpornościowy zostaje „ogłuszony”. Komórki nie funkcjonują tak, jak powinny – mówi dr Bartosz Szetela z Kliniki Chorób Zakaźnych Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.* – *Wirus HIV jest tak sprytny, że z RNA przepisuje się na DNA i w ten sposób wbudowuje się w komórki zakażonego nim organizmu i bytuje w nim do końca jego życia – dodaje.*

Początek epidemii

Pierwsze doniesienia na temat groźnego wirusa, który wywoływał trudne do leczenia zapalenie płuc, głównie w środowiskach gejowskich, pojawiły się w 1981 r. W 1983 r. dowiedziono, że przyczyną spadku odporności jest wirus HIV, powodujący chorobę znaną dziś jako AIDS. Pierwszy raz wspomniano o niej w 1981 r. w czasopiśmie „Morbidity and Mortality Weekly Report” w artykule „Pneumocystis pneumonia – Los Angeles”.

Na początku epidemii AIDS pacjenci umierali bardzo szybko, gdyż brakowało testów i dużo czasu upływało, zanim rozpoznano zakażenie wirusem HIV. Naukowcy niezwłocznie przystąpili do prac badawczych, by nieszkodliwić wirusa, a Food and Drug Administration w przyspieszonym trybie dokonywała rejestracji leków, jednak pierwszy lek blokujący odwrotną transkryptazę – azidotymidyna – hamował replikację wirusa jedynie na okres roku.

Później pojawiły się kolejne leki, które również były skierowane przeciwko temu enzymowi. Leki blokujące inne enzymy (integrazy i proteazę HIV) pojawiły się w 1995 r. i później. Od tego momentu pacjenci z HIV przestali masowo umierać z powodu nieskuteczności leczenia zakażenia, ale umierają z powodu działań niepożądanych związanych z leczeniem ARV. – *Terapia HIV była skuteczna, ale pacjenci musieli przyjmować dziennie nawet 22 leki – tłumaczy dr Szetela. – Jak wielka musiała być toksyczność tych leków, które pacjent przyjmował przez wiele lat? – zastanawia się.*

Aktualnie standardem leczenia HIV jest kombinacja trzech leków ARV. Szacuje się,



dr Bartosz Szetela

że dorosły (ok. 30-letni) pacjent zakażony wirusem HIV, stosując trójlekową terapię ARV, przyjmuje w ciągu całego swojego życia prawie 60 tys. dawek różnych leków. Długotrwała, skumulowana ekspozycja na leki ARV może powodować różne schorzenia, np. przewlekłą chorobę nerek, choroby układu sercowo-naczyniowego, zawał serca, dysfunkcje wątroby, cukrzycę czy osteoporozę. Zmniejszenie obciążenia organizmu związanego z przewlekłą terapią ARV

Fot. Archiwum własne

E-ZDROWIE

oraz chorobami współistniejącymi stało się więc bardzo poważnym wyzwaniem.

Innowacyjna terapia

W 2018 r. udało się zmniejszyć toksyczność leczenia pacjentów z HIV poprzez zastosowanie dwóch leków (zamiast trzech), które działają na dwa różne enzymy wirusa. Ten uproszczony schemat nazywany jest terapią dwulekową. Jej innowacyjność polega na zapewnieniu takiego samego poziomu kontroli wirusologicznej jak w przypadku tradycyjnej terapii trójlekowej przy zmniejszeniu długoterminowej ekspozycji na leki ARV. Podstawowym założeniem jest ograniczenie leczenia do niezbędnych składników i najmniejszej skutecznej dawki.

W razie przerwania przyjmowania leków wirus HIV ukrywający się wewnątrz komórek ponownie się uaktywnia. – Pod względem skuteczności terapia dwulekowa jest równoważna terapii trójlekowej, ale pacjent jest mniej obciążony toksycznie w długim horyzoncie czasu i lepiej toleruje leczenie, ponieważ przyjmuje dwa leki zamiast trzech – wyjaśnia dr Szetela.

Innowacyjne terapie dwulekowe, które są już dostępne w Polsce, oznaczają korzyści zarówno dla pacjenta, jak i budżetu państwa. Niektóre leki stosowane w terapii HIV produkuje m.in. poznańska fabryka GSK, w której preparaty ARV wytwarzane są już od kilkunastu lat.

– W Polsce pacjenci mają dostęp do terapii ARV i są leczeni zgodnie z wytycznymi europejskimi oraz krajowymi – mówi dr n. społ. Magdalena Ankiersztejn-Bartczak, prezes Fundacji Edukacji Społecznej. – Opieka nad osobami zakażonymi HIV uregulowana jest w „Krajowym programie zapobiegania zakażeniom HIV i zwalczania



dr Magdalena Ankiersztejn-Bartczak

badania wynika, że blisko 90 proc. Polaków uważa, że HIV ich nie dotyczy, a osoby zakażone wirusem boją się o tym mówić w obawie przed stygmatyzacją. Co gorsza, niewystarczający poziom wiedzy występuje wśród samych pracowników ochrony zdrowia – zauważa dr Ankiersztejn-Bartczak.

Potwierdzają to wyniki badania ankietowego przeprowadzonego w maju bieżącego roku wśród pacjentów zakażonych wirusem HIV (seropozytywnych) przez firmę badawczą IQS na zlecenie GSK. Aż 57 proc. pacjentów żyjących z HIV doświadczyło negatywnych reakcji ze strony innych osób – 30 proc. ze strony dentysty oraz personelu medycznego, np. w POZ, 21 proc. ze strony lekarza chorób wewnętrznych lub internisty, 19 proc. ze strony pielęgniarki lub położnej. Wśród działań umożliwiających walkę ze stygmatyzacją osoby z HIV wymieniają przede wszystkim szeroką edukację polskiego społeczeństwa (86 proc.), szkolenia personelu medycznego (72 proc.) i lekarzy POZ (63 proc.).

” Innowacyjne terapie dwulekowe, które są już dostępne w Polsce, oznaczają korzyści zarówno dla pacjenta, jak i budżetu państwa. Niektóre leki stosowane w terapii HIV produkuje m.in. poznańska fabryka GSK, w której preparaty ARV wytwarzane są już od kilkunastu lat

nia AIDS”. Program oparty jest na dokumencie Ministerstwa Zdrowia z grudnia 2016 r. „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2017–2021”. Pacjenci zakwalifikowani do terapii w ramach tego programu mają zapewnione bezpłatne leczenie ARV. Program ten pozytywnie wyróżnia nasz kraj spośród innych w regionie. Na koniec 2018 r. leczeniem ARV objętych było w Polsce 11 063 pacjentów, w tym 101 dzieci – dodaje.

– Pod względem medycznym w leczeniu HIV dokonał się w naszym kraju przełom – konstatuje dr Szetela. – Pacjent skutecznie leczony ARV nie zaraża i istnieją na to twarde, kliniczne dowody. Największy problem z zakażeniami wirusem HIV polega na tym, że pacjenci są zbyt późno diagnozowani i zbyt późno rozpoczynają leczenie. Dlatego jeśli ktoś miał ryzykowne doświadczenia seksualne, powinien się badać przynajmniej co trzy miesiące – przekonuje.

Problem dyskryminacji

– Niestety, o podobnym przełomie nie możemy mówić w sferze społecznej. Z naszych

Mimo to pacjenci dobrze oceniają jakość swojego życia (ok. 70 proc. badanych). Ponad połowa uznała, że ich sytuacja, jeśli stosują leczenie ARV, jest lepsza niż osób cierpiących na inne przewlekłe choroby. Według ich opinii największe ograniczenia wynikają z konieczności szczególnej troski o zdrowie, unikania seksu czy obawy przed negatywnym wpływem wieloletniego przyjmowania leków ARV. Warto więc na koniec powtórzyć: pacjenci stosujący terapię ARV nie zarażają i mogą dożyć wieku podobnego do reszty społeczeństwa, choć do końca muszą żyć z wirusem. Nowoczesne leczenie ARV pozwala na przerwanie łańcucha epidemiologicznego nowych zakażeń i poprawia jakość życia chorych, eliminując skutki uboczne wieloletniej terapii. ■

Te i inne informacje na temat innowacji w leczeniu zakażenia wirusem HIV przekazano podczas warsztatów naukowo-educacyjnych, które odbyły się w Poznaniu. Uczestnicy mieli okazję odwiedzić fabrykę leków GSK, gdzie produkowane są m.in. innowacyjne leki ARV.

Cyfrowa transformacja i globalizacja w obszarze zdrowia

Ponad stu ekspertów z Polski i zagranicy reprezentujących stronę rządową i samorządową, sektory medyczny i IT oraz środowiska pacjentów wystąpi w roli prelegentów i panelistów podczas Forum e-Zdrowia. Tematem przewodnim tegorocznej edycji będzie cyfrowa transformacja i nabierająca tempa globalizacja opieki zdrowotnej oraz główne wyzwania i zadania, przed jakimi stoi system ochrony zdrowia w Polsce. Konferencja organizowana przez Gdański Uniwersytet Medyczny, Centrum Zintegrowanej Opieki i e-Zdrowia oraz Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych (PTPZ) odbędzie się 19–20 września w Sopocie.



Fot. iStockphoto

W gronie ekspertów w zakresie cyfryzacji w obszarze zdrowia znajdują się m.in. Charles Parisot, przewodniczący Integrating the Healthcare Enterprise (IHE) Services i współtwórca European eHealth Standards Mandate; Charles Alessi, dyrektor ds. klinicznych Healthcare Information and Management Systems Society (HIMSS); Angela Irony z Maccabi Healthcare Services, najszybciej rozwijającej się organizacji ochrony zdrowia w Izraelu; Hans Erik Henriksen, prezes Healthcare Denmark. Stronę rządową będą reprezentować m.in. wiceministrowie zdrowia Janusz Cieszyński i Maciej Miłkowski, obecny będzie prezes NFZ Adam Niedzielski. Swoje wystąpienia w sesjach plenarnych, tematycznych i panelach dyskusyjnych zapowiedzieli również przedstawiciele świadczeniodawców i organizacji pacjentów oraz branży IT.

Prelegenci z zagranicy podzielą się doświadczeniami i zaprezentują dobre praktyki w obszarze opieki zdrowotnej w swoich krajach. Na konferencji nie zabraknie też bieżących tematów z zakresu e-zdrowia w Polsce, takich jak e-zwolnienie, e-recepta czy internetowe konto pacjenta (IKP). Jak co roku odbędzie się dyskusja poświęcona strategii e-zdrowia dla Polski, najważniejszym krajowym i regionalnym działaniom w obszarze e-zdrowia, oczeki-

waniom pacjentów i świadczeniodawców, sztucznej inteligencji, m-zdrowiu i telemedycynie, a także kwestiom wykorzystywania i ochrony danych medycznych. Swoje rozwiązania zaprezentują przedstawiciele branży IT.

Nowością na Forum e-Zdrowia będzie Digital Health Hackathon – konkurs dla firm mikro, małych i średnich, w tym start-upów gotowych do podejmowania wyzwań z obszaru e-zdrowia. Zadania konkursowe zostały przygotowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz Medcover i dotyczą analityki danych z obszaru ochrony zdrowia. Do udziału w Digital Health Hackathon zaproszone są przedsiębiorstwa, które chcą nawiązać współpracę w obszarze cyfrowej transformacji w opiece zdrowotnej z podmiotami formułującymi wyzwania. Konkurs odbędzie się 18–19 września, a jego wyniki zostaną ogłoszone 20 września, przed sesją podsumowującą Forum e-Zdrowia.

Forum e-Zdrowia to najważniejsze w Polsce wydarzenie dotyczące cyfrowej transformacji w obszarze zdrowia. Spotkania i dyskusje ze światowymi liderami e-zdrowia, m.in. z IHE Europe i HIMSS, służą wymianie doświadczeń i dobrych praktyk w tej dziedzinie oraz znalezieniu optymalnych rozwiązań do zarekomendowania i wprowadzenia w Polsce. ■