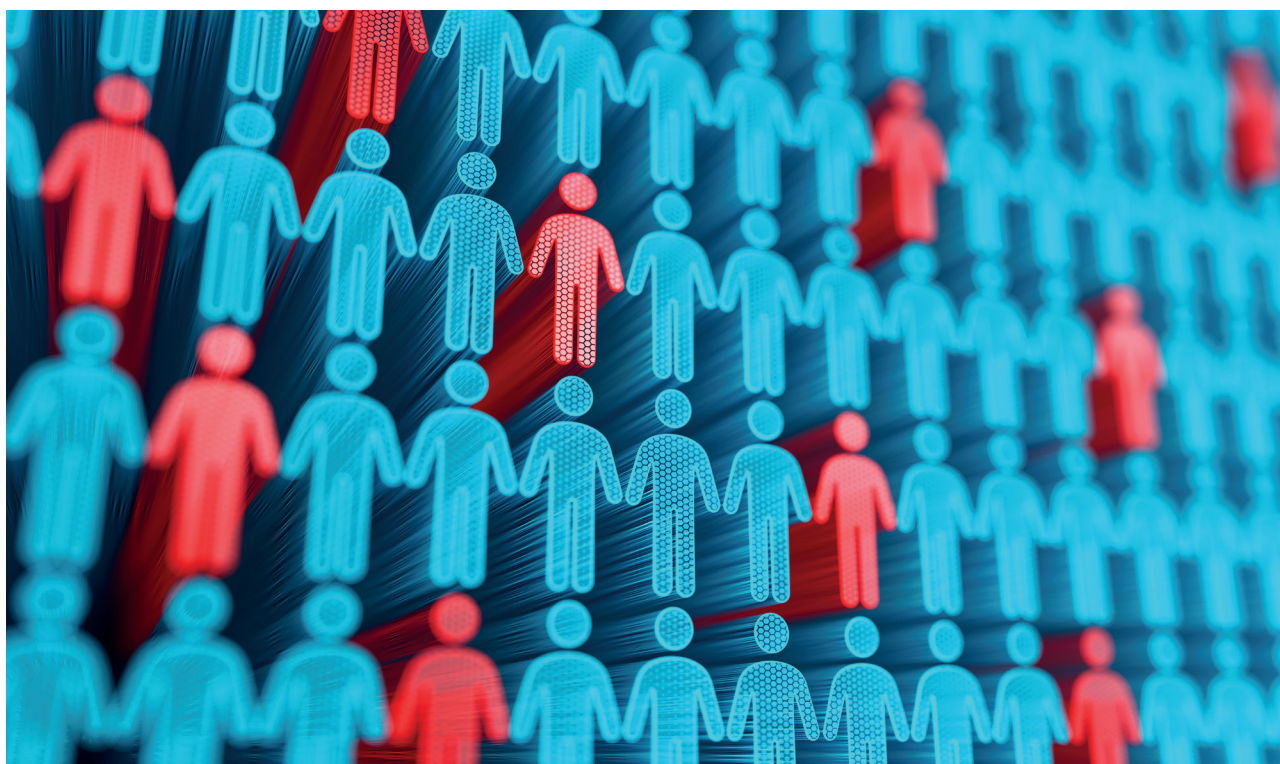


Iwona KAZIMIERSKA

CO POMOŻE SKUTECZNIE WYELIMINOWAĆ WIRUSA HIV



Edukacja, profilaktyka, wykonywanie testów nie tylko w populacjach zwiększonego ryzyka, indywidualizacja terapii sprawdzonymi lekami antyretrowirusowymi. Podczas panelu „O skutecznej eliminacji wirusa HIV w Polsce” na konferencji „Priorities and challenges in Polish and European drug policy” **EKSPERCI ROZMAWIALI O TYM, JAK WYELIMINOWAĆ ZAKAŻENIA HIV W NASZYM KRAJU.**

Panel rozpoczął lek. Stefan M. Bogusławski, ekspert rynku medycznego, prezes firmy ENNOIA, który przedstawił aktualne statystyki dotyczące liczby zakażeń HIV i prognozę do 2030 r. Liczba osób ze zdiagnozowanym zakażeniem wzrosła w latach 2011–2018 z 7,5 tys. do mniej więcej 14 tys. Dobra informacja jest taka, że duża część z nich została objęta leczeniem antyretrowirusowym (ARV) – ta grupa zwiększyła się z 5,6 tys. do ponad 11 tys. Stefan M. Bogusławski podkreślił, że wyzwaniem jest

dokładne określenie liczby osób niezdiagnozowanych. Według szacunków z 2018 r. było ich 2,6 tys. – *W przypadku HIV okres utajenia choroby jest bardzo długi – wynosi nawet 10 lat. Osoba, która nie wie o tym, że jest zakażona, zakaża kolejne osoby, a one następne. Ta grupa stwarza realne zagrożenie. Jeśli dobrze jej nie rozpoznamy, jeśli wcześniej nie będziemy wykrywać zakażeń, to dynamika choroby w całej populacji będzie się zwiększała* – powiedział prezes ENNOIA.

W 2030 R. cele zostaną osiągnięte

Według prognozy na lata 2020–2030 liczba zakażonych HIV będzie wzrastała o 5,5 proc. rocznie, by w 2030 r. osiągnąć 31,7 tys. Pacjentów leczonych ma być 28,5 tys., a niezdiagnozowanych ok. 2,5 tys.

Przy takich prognozowanych wynikach w 2030 r. udało się osiągnąć cel określony w strategii UNAIDS (Program Narodów Zjednoczonych ds. Zwalczenia HIV/AIDS), czyli „90-90-90”. Trzy dziesiątki to odsetki osób zakażonych zdiagnozowanych, zdiagnozowanych leczonych terapią ARV oraz leczonych utrzymujących długotrwałą supresję wirusologiczną.

– *Ta prognoza została wykonana przy założeniu, że struktura populacji osób zakażonych HIV nie zmieni się istotnie. Składa się ona z trzech subpopulacji: MSM (men who have sex with men), osób przyjmujących substancje psychoaktywne w iniekcjach oraz osób heteroseksualnych. Sporo wiemy o dwóch pierwszych grupach, natomiast stosunkowo mało o grupie heteroseksualnej, najliczniejszej, w której testowanie przesiewowe właściwie dotyczy wyłącznie kobiet w ciąży, i to wszystkich. Z tego powodu dynamika zakażeń w tej populacji jest największą zagadką i źródłem największego zagrożenia* – wyjaśnił Stefan M. Bogusławski.

REKOMENDACJE

Panelista przypomniał, że pozostają obszary niepewności i niewystarczającej wiedzy w zakresie zakażeń HIV. Nie wiadomo:

- jak duża jest wyjściowa grupa osób niezdiagnozowanych,
 - jaka jest rzeczywista dynamika zapadalności w populacji heteroseksualnej,
 - jak zmieniające się wzorce kulturowe (w tym zachowania seksualne) wpływają na dynamikę zakażeń,
 - jak migracja między państwami wpływa na dynamikę zakażeń,
 - jaka jest efektywność testowania przesiewowego,
 - w jaki sposób pandemia COVID-19 wpłynie na zachowanie kluczowych populacji oraz na proces diagnozowania i leczenia zakażonych HIV.
- Brakuje również precyzyjnej wiedzy o populacji osób, które mają pozytywne wyniki testów. ▶

PRIORITIES AND CHALLENGES IN POLISH AND EUROPEAN DRUG POLICY

► – *Moje rekomendacje to zwiększenie, we współpracy z organizacjami pozarządowymi, zakresu i jakości monitorowania rozwoju epidemii w populacji osób mieszkających w Polsce, w szczególności rozwój testowania populacji kluczowych ze względu na zakażenie HIV. Potrzebne są badania przesiewowe w populacji ogólnej, zwiększenie zakresu informacji o profilu osób z nowo rozpoznanym zakażeniem oraz informatyzacja i integracja systemu zbierania danych* – wymieniał Stefan M. Bogusławski. Zwrócił też uwagę na konieczność właściwego finansowania diagnostyki oraz profilaktyki zakażeń przenoszonych drogą płciową i edukacji w tym zakresie.

POTRZEBNE SĄ DŁUGOFALOWE

działania profilaktyczne

Doktor hab. n. o zdr. Magdalena Rosińska, prof. Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego –

Na potrzebę działań profilaktycznych zwróciła uwagę również dr n. społ. Magdalena Ankiersztejn-Bartczak, prezes Fundacji Edukacji Społecznej.

– *Zdecydowanie jest nam potrzebna długofalowa, przemyślana profilaktyka i wsparcie finansowe punktów diagnostyczno-konsultacyjnych. Organizacje pozarządowe, które je prowadzą, mają na to fundusze z Krajowego Centrum ds. AIDS, Agencji Ministra Zdrowia. Brakuje niestety wsparcia ze strony samorządów na poziomie miast, powiatów. Chwalebnym przykładem jest m.st. Warszawa, które ma odrębny budżet na profilaktykę zakażeń HIV. Brakuje tego typu działań w innych dużych miastach. Wsparcia należałoby też oczekiwać od innych ministerstw, nie tylko Ministerstwa Zdrowia, ponieważ Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS zakłada zaangażowanie wszystkich resortów. Moim zdaniem ogromną rolę powinno tu odegrać Ministerstwo*

Edukacji i Nauki, właśnie w zakresie edukacji młodych ludzi – powiedziała dr Magdalena Ankiersztejn-Bartczak.

PANDEMIA ODDALIŁA realizację strategii „90-90-90”

Anna Marzec-Bogusławska, dyrektor Krajowego Centrum ds. AIDS, zwróciła uwagę na prognozowany 5,5-procentowy przyrost liczby nowych zakażeń do 2030 r. – *To ważna informacja, ale trzeba też podkreślić, że liczba osób wymagających leczenia ARV nie musi przyrastać wprost proporcjonalnie do trendu przedstawionego w prognozie. Może będzie wyższa, ponieważ mimo wszystko późna wykrywalność zakażeń HIV jest problemem* – nie tylko w Polsce, ale chyba we wszystkich krajach na świecie. Pandemia zapewne pogłębiła to zjawisko – zauważyła panelistka.

Zdaniem Anny Marzec-Bogusławskiej pandemia nieco nas oddaliła od realizacji strategii „90-90-90”, zwłaszcza w przypadku ostatniej dziesięćdziesiątki. Lekarze zakaźnicy prowadzący pacjentów zakażonych HIV zaangażowali się w zwalczanie pandemii COVID-19. Z powodu rzadszego kontaktu ze swoimi lekarzami chorzy mogą nie być tak dobrze monitorowani jak wcześniej.

– *Jeśli chodzi o pierwszą dziesięćdziesiątkę, czyli znajomość swojego statusu serologicznego, to myślę, że drogą do jej realizacji jest integracja świadczeń. Uważamy, że możliwość jednoczesnego wykonania testu w kierunku zakażenia HIV i wybranych zakażeń przenoszonych drogą płciową przyczyniłaby się do wzrostu zainteresowania testami w kierunku HIV* – powiedziała Anna Marzec-Bogusławska.

TESTOWAĆ, TESTOWAĆ

i jeszcze raz testować

Anna Marzec-Bogusławska powiedziała, że wprowadzenie testów do samodzielnego wykonania ma sens i niewątpliwie zwiększyłyby poziom „wytestowania”. Przypomniała przy tym, że w rekomendacjach towarzystw naukowych zazwyczaj mówi się o konieczności zapewnienia procesu wsparcia dla osób, które będą samodzielnie wykonywać test w kierunku HIV. Po prostu nie wszyscy mają wystarczającą wiedzę dotyczącą ich stosowania. Istnieje również obawa, że po anonimowo wykonanym teście osoby seropozytywne „znikną z systemu, staną się niewidzialne”.

Doktor Magdalena Ankiersztejn-Bartczak przypomniała, że przy Fundacji Edukacji Społecznej działa infolinia dla osób zainteresowanych domowymi testami i takich, które te testy wykonały i szukają pomocy. – *Ludzie powinni mieć wybór formy testowania, a podchodząc do testu, powinni mieć wiedzę, z czym związany jest dodatni wynik* – zauważyła panelistka.

– *Musimy testować populacje, które są szczególnie narażone, ale też systematycznie kontrolować szerzenie się wirusa w populacji heteroseksualnej. Potrzebna jest konsolidacja środków finansowych na profilaktykę. W popularyzację testowania powinni się zaangażować lekarze różnych specjalności* – podkreśliła prof. Magdalena Rosińska.

EDUKACJA nie tylko w kluczowych populacjach

– *Kluczem do skutecznej eliminacji HIV jest wiedza. Jeśli ludzie będą wiedzieli, że są leki ARV, które skutecznie powstrzymują rozwój wirusa w ich organizmie, nie dopuszczą do pełnoobjawowego*



W DEBACIE UCZESTNICZYLI:

- dr n. społ. Magdalena Ankiersztejn-Bartczak – prezes Fundacji Edukacji Społecznej
- lek. Stefan M. Bogusławski – ekspert rynku medycznego, prezes firmy ENNOIA
- lek. Anna Marzec-Bogusławska – dyrektor Krajowego Centrum ds. AIDS, Agencji Ministra Zdrowia
- dr hab. n. o zdr. Magdalena Rosińska, prof. NIZP-PZH – Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny

Państwowego Zakładu Higieny, uważa, że należy postawić na profilaktykę. – *Musimy oczywiście zapewnić testowanie i leczenie, ale nie możemy jednocześnie negować tego, że bardzo potrzebna jest profilaktyka* – mówiła ekspertka. – *Jeśli chodzi o testowanie, mamy jeszcze pewną lukę, która wymaga zapelnienia. Nie wolno zapominać, że testowanie ma też walor profilaktyki, ponieważ dzięki niemu nie tylko zwiększamy liczbę osób zdiagnozowanych, ale również zmniejszamy przyrost liczby niezdiagnozowanych* – wyjaśniła.

DR MAGDALENA ANKIERSZTEJN-BARTCZAK

Brakuje niestety wsparcia ze strony samorządów na poziomie miast, powiatów. Chwalebnym przykładem jest m.st. Warszawa, które ma odrębny budżet na profilaktykę zakażeń HIV



AIDS i pomogą zabezpieczyć partnerów seksualnych. To może ich przekonać do wykonania testu, a potem leczenia – uważa dr Magdalena Ankiersztejn-Bartczak.

Panelistka przypominała, że punkty konsultacyjno-diagnostyczne prowadzą poradnictwo. Wiedza na temat zakażeń HIV jest tam szerzona, ale powinna ona dotrzeć do ogółu społeczeństwa. Dlatego tak ważna jest edukacja w okresie szkolnym i kampanie społeczne, które powinny być regularne, adresowane w szczególności do kluczowych populacji. Wszystko po to, aby osoby ze zwiększonym ryzykiem zakażenia miały świadomość, że wynik dodatni tak naprawdę obecnie ratuje im życie, bo pozwala nie dopuścić do rozwoju pełnoobjawowego AIDS.

TRUDNO OCENIĆ skutki pandemii

Zdaniem prof. Magdaleny Rosińskiej pandemia ma wpływ na monitorowanie osób zakażonych. Testowanie nie przebiegało normalnym trybem, choćby ze względu na zamknięcie punktów diagnostyczno-konsultacyjnych. I oczywiście chorzy obawiali się kontaktu z ochroną zdrowia.

– *Jakie są skutki pandemii COVID-19, będziemy wiedzieli dopiero za kilka lat. Natura samej choroby spowodowanej HIV jest taka, że mamy mało danych z nią związanych. Bardzo bym chciał, żeby nic niedobrego się nie wydarzyło w subpopulacji heteroseksualnej, która jest źródłem największej niepewności. W niej możemy się spodziewać jakiejś dużej negatywnej niespodzianki* – skomentował Stefan M. Bogusławski.

TRWAJĄ PRACE

nad nowym programem

Wkrótce kończy się obecna edycja Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS, który był zaplanowany na lata 2017–2021. Trwają prace nad jego kolejną edycją.

– *Do tworzenia programu zaprosiliśmy osoby z wielu środowisk – pacjentów i klinicystów, przedstawicieli organizacji pozarządowych i ministerstw. Jego harmonogram będzie podobny do jeszcze obowiązującego, ponieważ wynika to z rozporządzenia Rady Ministrów, które nadało określone ramy kolejnym edycjom programu. Z całą pewnością zwrócimy uwagę na profilaktykę, w tym również potrzebę propagowania informacji o profilaktyce, także farmakologicznej, przedeksperymentalnej i poeksperymentalnej. Znajdzie się również miejsce na zapis mówiący o konieczności prowadzenia działań profilaktycznych przez wszystkich realizatorów programu. Ministerstwo Zdrowia nie udźwignie całego ciężaru walki z epidemią HIV/AIDS, zresztą taka jest tradycja na świecie, że o leczeniu dba resort zdrowia i jego agendy, natomiast w działaniach profilaktycznych włączają się wszystkie organizacje i instytucje, które mają obowiązek realizować narodowe strategie* – podkreśliła Anna Marzec-Bogusławska

Tworzony jest również nowy program leczenia ARV – obecna edycja obowiązuje do końca 2021 r. – *Odbyliśmy szereg spotkań z ekspertami, którzy zgodzili się opracować nową strategię leczenia, stanowiącą kontynuację aktualnej. Niewątpliwie chcemy w niej jednoznacznie doprecyzować zasady leczenia osób nieubezpieczonych. Kolejna ważna kwestia to bezpieczeństwo leków. Pojawia się coraz więcej leków ARV, które nie są zarejestrowane w Unii Europejskiej, a mimo to hurtownie je oferują. Bardzo często nawet nie wiemy, co tak*



foto: istockphoto.com

CHORZY SĄ ZADOWOLENI Z OPIEKI

Doktor Magdalena Ankiersztejn-Bartczak zaprezentowała najnowsze dane, zebrane wśród osób zakażonych HIV na przełomie kwietnia i maja 2021 r. W badaniu zrealizowanym przez PBS wzięto udział 167 respondentów (122 mężczyzn i 45 kobiet) i była to grupa bardzo zróżnicowana pod wieloma względami. Co dziesiąty uczestnik badania mieszkał na wsi, 53 proc. stanowiły osoby heteroseksualne, 35 proc. homoseksualne, 1/3 przebadanej grupy to osoby żyjące z zakażeniem HIV powyżej 20 lat. Były wśród nich osoby, które zachorowały przed 1996 r., kiedy jeszcze nie było leków ARV, lub w czasach, kiedy to leczenie było możliwe przy określonym poziomie komórek CD4. Teraz każda osoba zakażona ma włączane leczenie ARV. Ciekawa jest informacja, że co piąta osoba kontrolowała stan swojego zdrowia i dlatego zdecydowała się na test w kierunku HIV.

W jakim czasie od otrzymania wyniku pozytywnego pacjenci zgłosili się do poradni leczenia HIV? Osoby z długoletnim zakażeniem po wykonaniu testu zdecydowanie dłużej zwlekały z wizytą u lekarza, by rozpocząć stosowną terapię. Ale również w grupie chorych, u których doszło do zakażenia w ostatnich 5 latach, są tacy, którzy odrzucali leczenie dłużej niż kilka tygodni. To bardzo niekorzystne, bo należy jak najszybciej rozpocząć leczenie, żeby uzyskać niewykrywalny poziom wirusa.

W jakim czasie od pierwszej wizyty u lekarza chorób zakaźnych z potwierdzonym zakażeniem HIV pacjenci rozpoczęli terapię ARV? Zdecydowana większość ankietowanych otrzymała leczenie ARV bardzo szybko, bo nawet w ciągu kilku dni od pierwszej wizyty u lekarza. Zakażeni przed ponad 10 laty otrzymywali leki ARV po upływie roku do 3 lat. Jedną z przyczyn takiej sytuacji jest fakt, że wtedy obowiązywały inne wytyczne, które uzależniały zastosowanie leków ARV od poziomu komórek CD4.

Ankietowani w zdecydowanej większości twierdzili, że gdyby mieli możliwość rozpoczęcia leczenia w ciągu 7 dni od wykrycia zakażenia, zdecydowaliby się na to.

Kto powinien podejmować decyzję o wdrożeniu lub zmianie leczenia ARV? Osoby z długoletnim zakażeniem zdecydowanie zdają się na decyzję lekarza prowadzącego, ale większość respondentów uważa, że powinna to być wspólna decyzja pacjenta i lekarza.

Czy pandemia miała wpływ na dostęp do lekarza chorób zakaźnych w ostatnim roku? I tu bardzo pozytywne zaskoczenie – osoby zakażone HIV nie zgłaszały dużych trudności z dostępem do opieki zdrowotnej. Większość nie miała z tym problemu. Co więcej, większość badanych jest absolutnie zadowolona z poziomu opieki, jaką otrzymali.

LEK. STEFAN M. BOGUSŁAWSKI

Stosunkowo mało wiemy o grupie heteroseksualnej, najliczniejszej. Dynamika zakażeń w tej populacji jest największą zagadką i źródłem największego zagrożenia

naprawdę te produkty zawierają, ponieważ nie mają badań klinicznych – mówiła Anna Marzec-Bogusławska. – Będziemy się starali zapewnić pacjentom najbardziej potrzebującym w miarę

możliwości korzystanie z najnowszych zdobyczy medycyny, także w zakresie leczenia ARV. Musimy przy tym pamiętać, że mamy świetne leki odtworzone, które uzyskały rejestrację w Unii Europejskiej, czyli są produktami bezpiecznymi – dodała.

Eksperci tworzący nową edycję programu jednoznacznie wypowiadają się za zachowaniem indywidualizacji terapii, co zawsze było mocną stroną leczenia ARV w naszym kraju. I taki zapis znajdzie się w projekcie, który zostanie przedłożony Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. ■

KOMENTARZ MINISTRA MACIEJA MILKOWSKIEGO dotyczący bieżącej sytuacji dostępny w formie wideo na stronie [termedia.pl/mz](https://www.termedia.pl/mz)