

HIV/AIDS

Personalizacja leczenia a potrzeby pacjentów

Osoby zakażone HIV w Polsce mają zapewnioną bardzo dobrą opiekę medyczną i dostęp do najnowszych terapii. Problemem pozostają mały odsetek osób wykonujących testy w kierunku HIV i w związku z tym późne diagnozy – ocenili eksperci podczas konferencji „Personalizacja leczenia HIV a potrzeby pacjentów”.

Osób żyjących z HIV stale przybywa, zmniejsza się natomiast liczba tych, u których rozwija się pełnoobjawowy AIDS. Wynika to głównie z bardzo dobrej terapii antyretrowirusowej (*antiretroviral* – ARV). Coraz więcej krajów ma pełny dostęp do tych leków.

W Polsce codziennie 4 osoby dowiadują się, że są zakażone HIV. Przy obecnych możliwościach terapeutycznych pozytywny wynik testu nie oznacza już bezpośredniego zagrożenia życia, a osoby zdiagnozowane wcześniej żyją i funkcjonują normalnie.

– *Paradoksalnie my, lekarze, bardzo się cieszymy z tych 4 wykrytych każdego dnia przypadków, bo wiemy, że możemy pomóc tym pacjentom. Dzięki postępowi medycyny osoby zdiagnozowane we wczesnym stadium infekcji mogą żyć normalnie. Smucimy się natomiast tym, że u wielu pacjentów zakażenie zostaje rozpoznane późno. Badania z ostatnich kilku lat pokazują, że ponad 40 proc. chorych w Polsce jest diagnozowanych właśnie na późnym etapie zakażenia* – powiedziała prof. dr hab. n. med. Alicja Wiercińska-Drapała, kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych, Tropikalnych i Hepatologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Każdy powinien wykonać test na HIV

Zgłaszaniu się na testy w kierunku HIV nie służy wciąż silna stygmatyzacja osób seropozytywnych. – *Szczególnie jeżeli dotyczy to osób heteroseksualnych, a przede wszystkim kobiet, które zadają sobie pytanie: „dlaczego ja i co sobie ludzie o mnie pomyślą?”. Jest wiele chorób przenoszonych drogą płciową, ale to zakażenie HIV wiąże się z wyjątkową stygmatyzacją. Proszę zauważyć, że dotąd żadna osoba publiczna nie przyznała się do zakażenia. A przecież jest oczywiste, że ludzie, którzy prowadzą życie seksualne, są narażeni na choroby przenoszone drogą płciową. Także heteroseksualni i pozostający w stałym związku. Z tego powodu każda osoba aktywna seksualnie powinna wykonać test na HIV. Powinniśmy odczarowywać to zakażenie. W większości krajów europejskich jest to już coś zupełnie normalnego. Taki test można zrobić u lekarza rodzinnego. Mam nadzieję, że*



for. Marcin Kmiecński /PAP



for. Marcin Kmiecński /PAP

”

prof. Alicja Wiercińska-Drapała: Przyszłością leczenia zakażenia HIV są terapie długo działające. Niedawno została zarejestrowana długo działająca terapia iniekcyjna – kabotegrawir LA + ryłpiwiryna LA, która jest już dostępna w Polsce

szybki test w kierunku HIV trafi do koszyka świadczeń lekarza POZ w naszym kraju – skomentowała dr n. społ. Magdalena Ankiersztejn-Bartczak, prezes Fundacji Edukacji Społecznej.

Robert Łukasik, prezes Zjednoczenia Pozytywni w Tęczy, podkreślił, jak ważne są profilaktyka HIV/AIDS oraz edukacja. – *Nasze stowarzyszenie od lat prowadzi edukację w szkołach. Nie jest to łatwe, ciągle są nam rzucane kłody pod nogi, bo bardzo często profilaktykę HIV/AIDS myli się z propagowaniem zachowań seksualnych. Powinniśmy uczyć młodych ludzi, co to są bezpieczne zachowania seksualne, jak przenosi się wirus, kto jest narażony na zakażenie. Ta wiedza jest podstawą przeciwdziałania stygmatyzacji i wykluczeniu osób z HIV* – zaznaczył.

”

Robert Łukasik: Powinniśmy uczyć młodych ludzi, co to są bezpieczne zachowania seksualne, jak przenosi się wirus, kto jest narażony na zakażenie. Ta wiedza jest podstawą przeciwdziałania stygmatyzacji i wykluczeniu osób z HIV

Poziom stygmatyzacji jest tak wysoki, że nawet w środowiskach mniejszościowych dochodzi do wykluczeń z powodu zakażenia. Robert Łukasik wspominał, że osoby zakażone HIV potrafią to ukrywać przez całe życie. Stale towarzyszy im lęk przed ostracyzmem. – *Ci ludzie, niezależnie od tego, jak postępuje terapia ARV, niezmiennie mierzą się ze strachem, samotnością, izolacją* – dodał.

Wpływ stygmatyzacji na terapię

Psychospołeczna sytuacja pacjentów negatywnie wpływa na proces leczenia. Codzienne przyjmowanie leków staje się dla części z nich dużym obciążeniem i źródłem dodatkowego stresu. Potwierdzają to dane z globalnego badania przeprowadzonego wśród osób żyjących z HIV Positive

Iwona Kazimierska

zakażenia HIV



Perspectives 2, które miało pokazać, jak pacjenci oceniają własne zdrowie i jak zakażenie wpływa na ich życie. 58 proc. badanych twierdzi, że codzienne przyjmowanie leków przypomina im o zakażeniu, 38 proc. boi się, że przyjmowanie leków każdego dnia zwiększa ryzyko, że ktoś dowie się o ich chorobie. Blisko 1/3 pacjentów zdarzyło się pominąć dawkę leku w sytuacji, w której nie czuli się na tyle komfortowo, by wziąć tabletkę.

– Obecnie opieka nad osobami żyjącymi z HIV nie skupia się już tylko na zagwarantowaniu przeżycia, lecz także na poprawie zdrowia i zwiększeniu komfortu życia. Ze względu na towarzyszące zakażeniu wyzwania emocjonalne powinna być jak najbardziej kompleksowa i zaspokajać zróżnicowane potrzeby tej populacji – powiedziała prof. Alicja Wiercińska-Drapała. – Kluczem do osiągnięcia sukcesu terapeutycznego jest optymalna współpraca w leczeniu, która jest możliwa dzięki otwartemu dialogowi na linii lekarz – pacjent, oraz personalizacja terapii – dodała.

Wirus powinien być wkrótce wyeliminowany

– Nadal nie ma skutecznej szczepionki na HIV. Nadal wywołuje on AIDS i nadal jest chorobą śmiertelną, choć już przewlekłą. Powinniśmy zmierzać do zapewnienia dobrej jakości życia osobom zakażonym, a to oznacza nie tylko dobre terapie. To również życie w przyjaznym środowisku, bez stygmatyzacji i wykluczenia – przypomniał Robert Łukasik.

– Jestem głęboko przekonana, że niedługo będziemy potrafili wyeliminować tego wirusa. Prace badawcze ciągle trwają. Dziś umiemy go skutecznie opanować. Zaczynaliśmy leczenie ARV od ponad 30 tabletek dziennie. To był koszmar dla pacjenta. Obecnie mamy jedną tabletkę, przyjmowaną raz dziennie. Postęp w terapii jest ogromny. Skuteczność leków ARV również jest niesamowita. U ponad 90 proc. pacjentów zażywających leki osiągamy cel, którym jest niewykrywalna wiremia. Chcę podkreślić, że skutecznie lecząc chorego na HIV, chronimy całe społeczeństwo, ponieważ taki pacjent jest niezakaźny dla swoich partnerów – wyjaśniła prof. Alicja Wiercińska-Drapała.



Fot. Marcin Kmiecński / PAP



dr Magdalena Ankiersztejn-Bartczak: Powinniśmy odczarowywać zakażenie HIV. Mam nadzieję, że szybki test w kierunku HIV trafi do koszyka świadczeń lekarza POZ w naszym kraju

Pacjent i lekarz mają wybór

Terapia ARV, jak przypominała dr Magdalena Ankiersztejn-Bartczak, jest obecnie spersonalizowana, lekarze mogą ją dobierać, biorąc pod uwagę względy medyczne, ale też oczekiwania pacjentów. – Wciąż poszukiwane są innowacyjne terapie, by ograniczyć liczbę leków i częstotliwość ich przyjmowania, a także zminimalizować działania niepożądane. Infekcja HIV nie jest chorobą terminalną, ale wymaga stałego leczenia ARV. Osoby zakażone żyją teraz dłużej i rozpoczynają przyjmowanie leków ARV wcześniej, co naraża je na dziesięciolecia terapii. Dwudziestolatek rozpoczynający stosowanie schematu trójlekowego w latach 2008–2010 może obecnie dożyć ok. 78 lat, co przekłada się na ponad 60 tys. dawek poszczególnych leków – zauważyła prof. Alicja Wiercińska-Drapała.

Od terapii wielolekowej do dwulekowej (2DR)

Nowoczesny schemat dwulekowy (2DR) jest rekomendowany już w pierwszej linii leczenia ARV, alternatywnie wobec terapii cztero- i trójlekowej, a na rynek wprowadzane są kolejne innowacje. Taki plan leczenia ogromnie upraszcza terapię, ograniczając ją do podawania dwóch leków po uzyskaniu supresji wiremii, zmniejsza ekspozycję na leki ARV oraz ryzyko toksyczności.

– Pacjent może mieć sześć wizyt w roku, podczas których otrzymuje zastrzyk. I po kłopotcie. Nie musi się martwić o przyjmowanie wielu tabletek. Dla lekarzy też jest to komfortowe. Kiedy pacjent otrzyma iniekcję, to wiemy, że lek jest w jego organizmie i będzie działał 2 miesiące – powiedziała prof. Alicja Wiercińska-Drapała.

Zwróciła też uwagę na możliwość uodpornienia się wirusa, czyli powstania mutacji warunkujących oporność na leki. – Dlatego tak dużo mówimy o adherence. Kiedy pacjent ma niepełną supresję i otrzymuje leki, to mogą powstać mutacje, które spowodują, że lek nie będzie skuteczny. Obecnie stosowane leki mają tzw. wysoką barierę genetyczną, czyli trudniej powstaje oporność na nie, ale wciąż pojawia się ten problem. Pacjent z opornością może zakażać kogoś wirusem opornym na dane leki – wyjaśniła.

Zwiększenie satysfakcji z leczenia poprawia adherence. W badaniu niemieckim dotyczącym osób żyjących z HIV z podejrzaną nieoptymalną adherence w zakresie codziennej doustnej terapii ARV wykazano, że niestabilna lub słaba adherence była istotnie związana z brakiem satysfakcji z leczenia.

Badania ankietowe przeprowadzone wśród pacjentów wskazują, że długo działające leczenie stanowi priorytet dla osób żyjących z HIV. Leki długo działające, które wymagają rzadszego podawania, to jedna z najważniejszych niezaspokojonych potrzeb pacjentów. Ma to dla nich większe znaczenie niż ograniczenie działań niepożądanych i liczby przyjmowanych tabletek.

Przyszłość należy do terapii długo działających

– Przyszłością leczenia zakażenia HIV są terapie długo działające, pozwalające zwiększyć odstępy między kolejnymi dawkami. Niedawno została zarejestrowana długo działająca terapia iniekcyjna – kabotegrawir LA + rylpiwiryna LA, która jest już dostępna w Polsce. Pozwala ona zmniejszyć częstotliwość przyjmowania leków z 365 do jedynie 6 podań rocznie. Badanie rejestrowe LATTE-2 pokazało, że można dzięki temu zredukować obciążenie emocjonalne związane z codziennym przyjmowaniem leków doustnie. W wywiadach jakościowych wśród pacjentów biorących udział w badaniu LATTE-2 terapia kabotegrawirem LA + rylpiwiryną LA była opisywana jako bardziej dyskretna niż tabletki – zakończyła prof. Alicja Wiercińska-Drapała. ■