

CHOROBY ZAKAŻNE

Choroby zakaźne – TOP trend lekarza rodzinnego



Foto: iStockphoto

O roli lekarza POZ we wczesnej diagnostyce zakażeń HCV, wykorzystaniu budżetu powierzono i miejscu badań anty-HCV w tym budżecie mówił prof. dr hab. n. med. Robert Flisiak, kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Co należy wiedzieć o HCV

Według eksperta większość lekarzy ma wciąż nieaktualne wiadomości na temat wirusowych zapaleń wątroby. – Zakażenie HCV jest spośród nich najbardziej rozpowszechnione nie tylko w Polsce. Wirus ten powoduje najwięcej szkód, największe zagrożenie, a co najgorsze – jest ono utajone. Niestety nie ma przeciwko niemu szczepionki. Rozpoznanie jest trudne, stąd ok. 130–140 tys. utajonych zakażeń. HCV jest główną przyczyną marskości i raka wątroby. Jeżeli uda nam się wyeliminować HCV, to uda się uniknąć połowy przypadków marskości wątroby i raka wątroby – powiedział prof. Robert Flisiak.

Ostre zapalenie wątroby typu C jest rzadkością, zwykle choroba od razu przechodzi w stan utajenia. U większości chorych rozwija się przewlekłe zapalenie wątroby typu C przebiegające bezobjawowo. Choroba zwykle ujawnia się, gdy marskość lub rak wątroby są rozwinięte.

– O ile we wczesnym stadium marskości możemy cofnąć zmiany, do których doszło w wątrobie, oczywiście jeżeli podejmiemy leczenie przeciwko HCV, o tyle w przypadku raka wątroby jest to nieosiągalne – przypomniał ekspert.

Badania przesiewowe przede wszystkim w POZ

Niedawno ukazały się rekomendacje Polskiej Grupy Ekspertów HCV zawierające zasady wykonywania badań przesiewowych w kierunku tego zakażenia. Powinny być one realizowane przede wszystkim w POZ, dlatego że to do tych placówek pacjent ma najlepszy dostęp. Należy je wykonywać rów-

nież na szpitalnych oddziałach ratunkowych i w izbach przyjęć ze względu na wysoki odsetek osób, które w przeszłości mogły być eksponowane na zakażenie (wielokrotne hospitalizacje), a także w zakładach karnych ze względu na szczególnie wysoką częstość występowania zakażeń HCV.

– Uważam, że cała populacja powinna być testowana, ale jeżeli musimy wybierać, to przede wszystkim powinny być testowane osoby, które kiedykolwiek przyjmowały narkotyki drogą dożylną lub donosową, były hospitalizowane przynajmniej trzy razy w życiu, przebywały w więzieniu, mają podwyższoną aktywność ALT we krwi, mają rozpoznaną jakąkolwiek chorobę wątroby, miały przetaczaną krew lub były biorcami narządów przed 1992 r., a także przewlekle dializowane i testowane w kierunku HIV – wymieniał zagrożone grupy prof. Robert Flisiak.

Badania przesiewowe można wykonać w dwójki sposób. – Jako podstawową metodę Ministerstwo Zdrowia propaguje testy immunoenzymatyczne, które są oferowane w ramach budżetu powierzono. To absolutny nonsens, bo przecież są dostępne szybkie kasetkowe testy diagnostyczne. W hurtowni kosztują 5–10 zł. Niewiarygodne, że z nich nie korzystamy – komentował ekspert.

W 2021 r. PTH, PTEiChZ oraz PTMR zaproponowały algorytm postępowania dotyczące testowania w POZ. Miało to miejsce jeszcze zanim powstał budżet powierzono (budżet niezależny od stawki kapitałowej). Od 1 lipca 2022 r. w ramach tego budżetu możliwe jest bezpłatne badanie w kierunku HCV. Między lipcem a listopadem 2022 r. wykonano 15 727 tych badań. Według prof. Roberta Flisiaka w przyszłości ich liczba może wynieść 40–50 tys. rocznie.

Zalety leków pangenotypowych

Leków przeciwwirusowych jest sporo – kojarzone ze sobą powodują blokowanie replikacji wirusa. Uzyskanie trwałej odpowiedzi wirusologicznej oznacza czterokrotnie zmniejszenie ryzyka raka wątroby.

Skuteczność terapii DAA (*direct-acting antiviral*) sprawdzana w praktyce klinicznej podczas realizacji projektu EpiTer-2, w którym w sumie zarejestrowanych było ponad 17 tys. pacjentów, wyniosła 97–99 proc. – Niestety obserwowany jest stopniowo zwiększający się odsetek chorych z marskością wątroby. Jest to bardzo niepokojące, bo oznacza, że chorzy zgłaszają się do nas coraz później. Na szczęście mamy dostępne nowe leki, pangenotypowe, przy których nie musimy troszczyć się o to, czy badanie genetyczne wirusa wykaże ten czy inny genotyp. Leki te mają jeszcze wyższą skuteczność i pozwalają na stosowanie przez bardzo krótki czas. W przypadku terapii bezinterferonowych zeszliśmy do dwóch–trzech miesięcy leczenia, bez działań niepożądanych, bez specjalnego wysiłku ze strony chorego, bo leki są doustne – wyjaśnił ekspert.

Daleko nam do celu ustalonego przez WHO

WHO postawiło sobie za cel wyeliminowanie HCV jako zagrożenia zdrowia publicznego do 2030 r. Aktualne prognozy wskazują, że tylko niektóre kraje europejskie będą w stanie go osiągnąć. Polsce powinno się to udać po 2060 r., o ile nie zmieni się polityka Ministerstwa Zdrowia. Do 2030 r. moglibyśmy wyeliminować HCV, gdybyśmy leczyli 13 tys. pacjentów rocznie. Żeby to było możliwe, powinniśmy testować każdego roku 3 mln Polaków. Jak tłumaczył ekspert, jeśli mamy ok. 9 tys. jednostek POZ, to wystarczy, że każda wykona codziennie 1–2 testy. Wtedy do 2030 r. zlikwidujemy problem HCV, a w kolejnych latach zredukujemy o połowę liczbę przypadków marskości i raków wątroby.

HIV: 90 – 90 – 90

Problemy związane z diagnostyką i leczeniem zakażenia HIV przypomniała prof. dr hab. n. med. Justyna D. Kowalska z Kliniki Chorób Zakaźnych dla Dorosłych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Rozwój leczenia osób zakażonych HIV zaczął się w 1996 r. Okazało się, że jest ono na tyle skuteczne, że częstość występowania zgonów i chorób definiujących AIDS spektakularnie spadła, i to natychmiast. Teraz są znakomite narzędzia, które nie tylko ratują chorych przed śmiercią, lecz także – co niezwykle ważne – zapewniają im normalne życie.

– W 2010 r. opublikowano wyniki badania HPTN 052, które wykazało, że włączenie terapii antyretrowirusowej zmniejsza o 97 proc. ryzyko zakażenia partnera w parach heteroseksualnych. Osoby, które nie wiedzą o swoim zakażeniu, mają największy wkład w nowe zakażenia i szerzenie się epidemii. Stanowią one kluczową grupę, do której musimy dotrzeć – powiedziała ekspertka.

Celem WHO w zakresie zakażeń HIV jest „90 – 90 – 90”, czyli żeby 90 proc. osób mających HIV wiedziało o tym, żeby 90 proc. osób z tej grupy trafiło na leczenie i żeby 90 proc. osób z tej grupy było leczonych skutecznie. To zagwarantuje, że zauważymy spadek liczby nowych zakażeń. Daleko nam do tego celu. W naszym kraju największym problemem jest fakt, że osoby żyjące z HIV nie są tego świadome, nie są testowane, nie można ich w żaden sposób zidentyfikować. – Istnieje możliwość testowania szybkiego i testowania domowego. Testy są dostępne, bo są bardzo tanie. Szybki test na HIV o bardzo dużej czułości i swoistości kosztuje ok. 1,50 zł, jeżeli zamawia się opakowania po 20 czy 25 testów – zauważyła prof. Justyna D. Kowalska.

Polskie problemy

– Mamy dostępne i dobre narzędzia, zarówno jeśli chodzi o HCV, jak i HIV. Dlaczego więc wciąż i od lat mamy problem z testowaniem? – pytał ekspertów moderator Bartosz Kwiatek.

Według Pawła Mierzejewskiego, dyrektora ds. relacji zewnętrznych, refundacji i cen w Gilead Sciences Poland, niezbędne jest

”

prof. Robert Flisiak: *Jako podstawową metodę Ministerstwo Zdrowia propaguje testy immunoenzymatyczne. To absolutny nonsens, bo przecież są dostępne szybkie kasetkowe testy diagnostyczne. W hurtowni kosztują 5–10 zł. Niewiarygodne, że z nich nie korzystamy*

”

prof. Justyna D. Kowalska: *Moim marzeniem jest, żeby każda ciężarna miała wykonany chociaż raz test w kierunku HIV. Gdyby dołączył do niej partner, to byłoby coś wspaniałego*

”

lek. Anna Marzec-Bogusławska: *Dobrze by było, gdyby każdy odnosił ryzyko zakażenia HIV do siebie. Na razie zdecydowana większość ludzi uważa, że ich to ryzyko nie dotyczy. I to jest chyba podstawowy problem*

”

Paweł Mierzejewski: *W Polsce dostępne są finansowane przez Ministerstwo Zdrowia nowoczesne i skuteczne terapie zakażeń HIV i HCV, jednak aby z nich skorzystać, musimy odpowiednio wcześniej zdiagnozować pacjentów*



Foto: Szymon Czerwiński

podniesienie poziomu edukacji i świadomości społecznej dotyczącej chorób zakaźnych, ich profilaktyki, a także tego, kto, kiedy i z jakiego powodu powinien wykonać test. Edukacja zdrowotna i poprawa świadomości społecznej jest niezbędną podstawą, na której powinniśmy budować proces eliminacji chorób zakaźnych w Polsce.

Jaki poziom testowania byłby satysfakcjonujący?

– Dobrze by było, gdyby każdy odnosił ryzyko zakażenia HIV do siebie. Na razie zdecydowana większość ludzi uważa, że ich to ryzyko nie dotyczy. I to jest chyba podstawowy problem. W badaniu przeprowadzonym kilka lat temu przez Krajowe Centrum ds. AIDS na pytanie, kto powinien wykonać test w kierunku HIV, 55 proc. respondentów odpowiedziało, że każdy. Natomiast na pytanie, czy pan/pani wykonała test w kierunku HIV? jedynie 5 proc. respondentów odpowiedziało twierdząco. To wynika z braku refleksji, braku odniesienia ryzyka do samego siebie. Tymczasem test na HIV powinna wykonać każda osoba aktywna seksualnie, podejmująca ryzykowne zachowania. Powinny go wykonać wszystkie osoby rozpoczynające wspólne życie seksualne, kobiety ciężarne i ich partnerzy – powiedziała Anna Marzec-Bogusławska, dyrektor Krajowego Centrum ds. AIDS, agencji ministra zdrowia.

Również prof. Robert Flisiak uważa, że każdy przynajmniej raz w życiu powinien mieć zrobiony test w kierunku przewlekłych chorób o etiologii wirusowej, które są wyleczalne lub które można kontrolować. – W mojej ocenie edukacją możemy się zająć, gdy zostaną uruchomione najważniej-

sze mechanizmy, których teraz w Polsce brakuje. Mam na myśli przede wszystkim wolę polityczną. Cały czas się dziwię, że żadna partia nie widzi interesu w tym, żeby propagować testowanie – stwierdził. Zauważył też, że budżet powierzono pozwala na testowanie pod kątem HCV tylko w laboratorium. – I to jest błąd. Jaka jest przewaga szybkich testów kasetkowych? Otóż podczas tej samej wizyty lekarz może skierować pacjenta do specjalisty. Po badaniu zaproszenie pacjenta, który uzyskał dodatni wynik, nie jest łatwe. Dlatego tracimy ciągłość postępowania diagnostycznego, a w konsekwencji możliwość szybkiego leczenia – ocenił prof. Robert Flisiak.

Profesor Justyna D. Kowalska przeprowadziła swego rodzaju sondę wśród obecnych na sali lekarzy. Jednoznacznie wynikało z niej, że lekarze POZ widzą potrzebę badań w kierunku HIV oraz HCV i jeżeli tylko mogą, to je wykonują. Przeszkodą są natomiast bariery systemowe. – Moim marzeniem jest, żeby każda ciężarna miała wykonany chociaż raz test w kierunku HIV. Gdyby dołączył do niej partner, to byłoby coś wspaniałego – mówiła ekspertka. Anna Marzec-Bogusławska przypomniała, że w Polsce funkcjonuje 27 punktów konsultacyjno-diagnostycznych na zasadzie partnerstwa rządu i organizacji pozarządowych. W tych punktach każda osoba pełnoletnia może wykonać anonimowo, bezpłatnie i bez skierowania test w kierunku HIV. W latach przedpandemicznych korzystało z nich mniej więcej 42 tys. osób rocznie. Od ubiegłego roku w tych punktach w podobnym systemie możliwe jest wykonanie również testu w kierunku HCV i kiły.

– Edukujemy się jako przedstawiciele zawodów medycznych, żeby móc przekazać wiedzę o profilaktyce, testowaniu i leczeniu naszym pacjentom. Edukujemy się jako potencjalni pacjenci, bo każdy z nas może być narażony. Zwiększamy świadomość społeczną tego problemu i ograniczamy stygmatyzację zakażonych. Jako społeczeństwo musimy wiedzieć, że osoby zakażone są wśród nas, a jeżeli będą odpowiednio wcześniej zdiagnozowane i skutecznie leczone, nie będą stanowiły dla nas zagrożenia. W Polsce dostępne są finansowane przez Ministerstwo Zdrowia nowoczesne i skuteczne terapie zakażeń HIV i HCV, jednak aby z nich skorzystać, musimy odpowiednio wcześniej zdiagnozować pacjentów – podsumował dyskusję Paweł Mierzejewski.

W sesji „Choroby zakaźne – TOP trend lekarza rodzinnego”, która odbyła się podczas XVII Kongresu Top Medical Trends (Poznań, 24–26 marca 2023 r.), wzięli udział: prof. dr hab. n. med. Robert Flisiak – kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku; prof. dr hab. n. med. Justyna D. Kowalska – Klinika Chorób Zakaźnych dla Dorosłych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego; lek. Anna Marzec-Bogusławska – dyrektor Krajowego Centrum ds. AIDS, agencji ministra zdrowia; Paweł Mierzejewski – dyrektor ds. relacji zewnętrznych, refundacji i cen w Gilead Sciences Poland; Bartosz Kwiatek – moderator