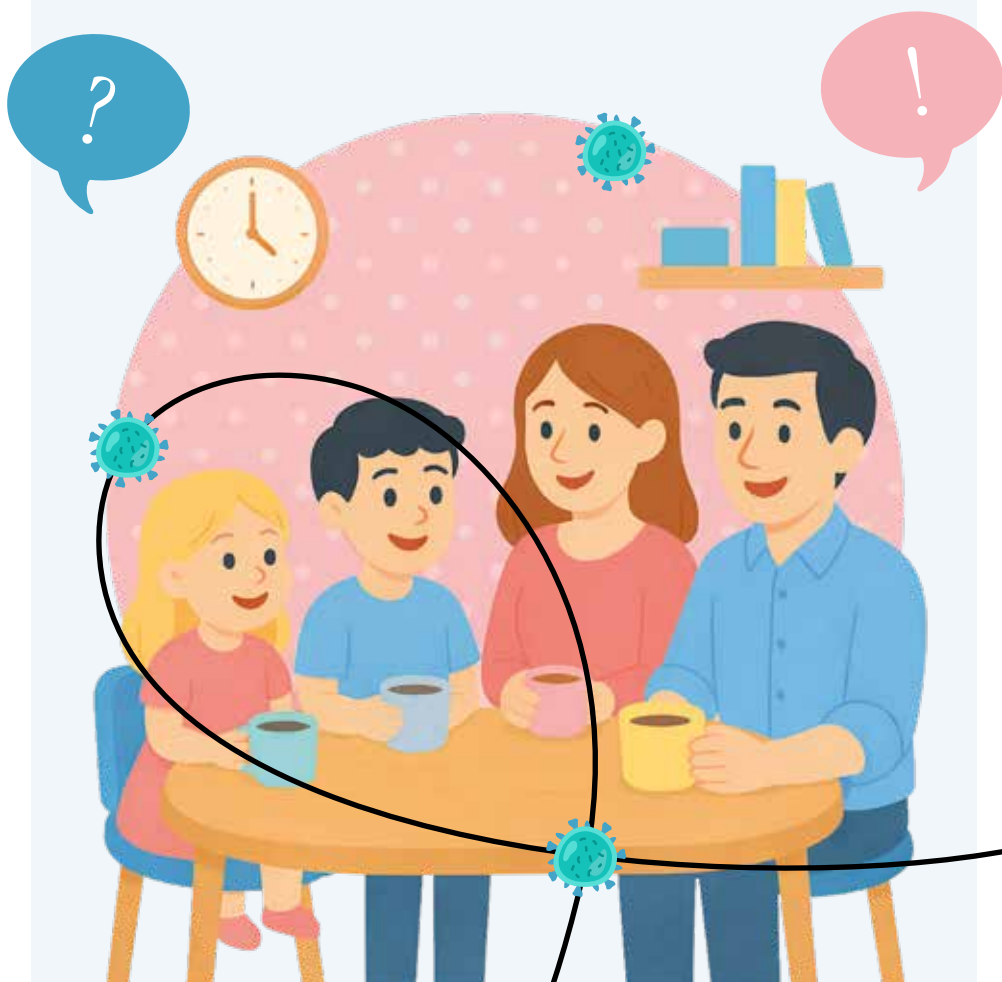


K O M P E N D I U M

Podstawowe informacje o HIV u dziecka oraz wskazówki
dla opiekunów dzieci żyjących z tym wirusem





Redakcja naukowa: Magdalena Marczyńska

Pod redakcją: Justyny D. Kowalskiej,
Magdaleny Marczyńskiej, Bartłomieja Matłosza,
Magdaleny Pluty, Jolanty Popielskiej,
Agnieszki Ołdakowskiej, Ewy Ślarzyńskiej,
Agnieszki Wroblewskiej, Konrada Zawadki,
Anny Zielińskiej-Wieniawskiej

ISBN 978-83-67471-55-8
Warszawa 2026

Realizacja:
Agencja Wydawnicza EKOPRESS
+48 601 311 838

Spis treści:

Słowo wstępne	5
Epidemia HIV u dzieci	6
Źródła zakażeń HIV u dzieci	8
Zapobieganie zakażeniom dzieci	10
Naturalny przebieg choroby – różnice w stosunku do dorosłych	14
Naturalny przebieg infekcji u nastolatków zakażonych behawioralnie	18
Choroby przenoszone drogą płciową	22
Leczenie zakażenia HIV u dzieci	26
Szczepienia ochronne	30
Specjalistyczna opieka nefrologiczna	33
Przejście pacjentek małoletnich z chorobami przewlekłymi do opieki ginekologicznej dla dorosłych ..	37
Instytucje i placówki opiekuńczo-wychowawcze oraz oświatowe	41
Pomoc socjalna, prawna i rehabilitacyjna dla rodziców dzieci żyjących z HIV	47
Zasiłki pielęgnacyjne	50
Dieta, sport, podróże	57
Zmiana opieki z pediatrycznej na ośrodek dla dorosłych	63
Jak ujawnić rozpoznanie – porady dla rodziców	66







Słowo wstępne

Rozpoznanie zakażenia HIV może się wiązać z wieloma pytaniami, obawami i emocjami, niezależnie od tego, czy dotyczy dziecka, nastolatka, czy rodzica. To naturalne, że pojawia się lęk o przyszłość, poczucie niepewności lub zagubienia. Świat nagle wydaje się zbyt skomplikowany, a codzienność – pełna niewypowiedzianych wątpliwości.

Ta książka powstała po to, aby pomóc odnaleźć spokój, zrozumieć najważniejsze fakty i zobaczyć, że z HIV można żyć pełnią życia. Dzięki współczesnej medycynie osoby zakażone HIV, także młode, mogą dorastać, uczyć się, rozwijać pasje i budować relacje tak samo jak ich rówieśnicy. Kluczem jest wiedza, dobre wsparcie i właściwe leczenie, które pozwala zachować zdrowie i poczucie bezpieczeństwa.

Ten przewodnik stworzyli specjaliści pracujący na co dzień z rodzinami i młodymi ludźmi żyjącymi z HIV. Chcą oni nie tylko przekazać rzetelną, zrozumiałą wiedzę, lecz także dodać otuchy, pokazać możliwości i pomóc nazwać to, co często trudno wypowiedzieć na głos.

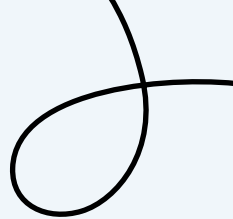
Chcemy, aby ta książka była dla Państwa spokojnym miejscem, w którym można zaczerpnąć wiedzy, złapać oddech i poczuć, że w tej drodze nie trzeba być samemu. Jako rodzice mają Państwo w sobie ogromną siłę, tę, która przejawia się w trosce, cierpliwości i determinacji. Naszą rolą jest pomóc ją w sobie odnaleźć i wzmocnić.

Mamy nadzieję, że ta książka stanie się towarzyszem, takim, który tłumaczy, kiedy czegoś nie rozumiemy, uspokaja, kiedy jest ciężko, i pomaga uwierzyć, że przyszłość może być dobra. Bo niezależnie od tego, kim jesteś: rodzicem, dzieckiem czy nastolatkiem, nie jesteś w tej drodze sam.

dr hab. n. med. Monika Bociąga-Jasik, prof. UJ

prof. dr hab. n. med. Magdalena Marczyńska

Epidemia HIV u dzieci



Pierwsze przypadki zakażenia HIV opisano u dorosłych mężczyzn chorujących na nietypowe zapalenie płuc w 1983 r. Pierwszy przypadek dziecka z HIV opisano w 1985 r.

W Polsce rozpoznanie HIV u dzieci początkowo dotyczyło chłopców z hemofilią, którym przetoczono importowane preparaty krwiopochodne. Pierwsze w Polsce dziecko kobiety żyjącej z HIV urodziło się w 1990 r., a rozpoznanie zakażenia wertykalnego postawiono w 1992 r.

Do grudnia 2025 r. rozpoznanie HIV postawiono u ok. 250 polskich dzieci, z których 90% uległo zakażeniu od matek nietestowanych w kierunku HIV przed ciążą ani w jej czasie lub (sporadycznie) kobiet, które znały swój status, ale nie leczyły się antyretrowirusowo (ARV).



W świecie żyje ponad 40 mln osób z wirusem HIV, w tym około 1,5 mln dzieci. Nadal zbyt mało osób wykonało choćby raz w życiu test w kierunku HIV. Liczba nowych zakażeń w tej grupie wiekowej maleje i w ciągu ostatnich 15 lat obniżyła się o 62%, tj. z 310 tys. w 2010 r. do 120 tys. w 2024 r., ale tylko 55% dzieci otrzymuje leki antyretrowirusowe.

Dzieci poniżej 15. roku życia stanowią ok. 3% wszystkich osób żyjących z HIV, 9% nowych zakażeń HIV i 12% wszystkich zgonów związanych z AIDS. Wczesne rozpoczęcie leczenia antyretrowirusowego u niemowląt z HIV może zapobiec postępowi choroby, a nawet uratować życie.

” Do grudnia 2025 r.
rozpoznanie HIV postawiono
u ok. 250 polskich dzieci. ”

prof. dr hab. n. med. Magdalena Marczyńska

Źródła zakażeń HIV u dzieci



” Głównym źródłem infekcji HIV dla dziecka jest przeniesienie wirusa od matki. ”

Przeniesienie wirusa od matki

Głównym źródłem infekcji HIV dla dziecka jest **przeniesienie wirusa od matki** (transmisja wertykalna, tj. pionowe przeniesienie wirusa od matki do dziecka). W ten sposób zakażeniu uległo 90% dzieci żyjących z HIV. Około połowy infekcji następuje w czasie porodu, 1/3 – po urodzeniu przez karmienie piersią i najrzadziej (1/6) – w czasie ciąży przezłożyskowo. Ryzyko transmisji wertykalnej zależy od poziomu wirerii u kobiety ciężarnej. Jeśli matka nie jest leczona ARV (z różnych powodów, z reguły z powodu braku wiedzy o swojej chorobie), ryzyko zakażenia dziecka wynosi 15–30%. Jeśli karmi niemowlę dłużej niż 6 miesięcy, ryzyko rośnie do 40%. Gdy zakażenie kobiety następuje w okresie okołokoncepcyjnym (4–6 tygodni po ostatniej miesiączce) lub w trakcie ciąży, wirus osiąga wysokie stężenia wirerii, co wiąże się z wysokim ryzykiem jego przezłożyskowej transmisji. Najwyższe prawdopodobieństwo transmisji występuje w ostatnim trymestrze ciąży. U dzieci zakażonych wewnątrzmacicznie przebieg choroby jest bardzo szybki, u 10–25% tych chorych w 1. roku życia może dojść do AIDS i śmierci. Osiemdziesiąt procent nieleczonych dzieci nie dożywa 5. urodzin. Skuteczne leczenie antyretrowirusowe niemal całkowicie eliminuje ryzyko transmisji HIV z matki do dziecka.

Krew

Stanowi rzadkie, ale możliwe źródło infekcji, obecnie może dotyczyć sytuacji wypadkowych. Zakażenia przez przetoczenie krwi chorego obecnie nie zdarzają się w Polsce. Uraz wypadkowy, kontakt bezpośredni krew chorego – krew dziecka zdarzają się sporadycznie, a profilaktyka lekami ARV zastosowana jak najszybciej, nie później niż do 48 godzin od zdarzenia, powinna zapobiec zakażeniu.

Zakażenia szpitalne

W Polsce zdarzyły się u 4 dzieci w 1992 r. i w 2000 r. Standardem jest powszechne używanie jednorazowego sprzętu i narzędzi, personel medyczny zna źródła infekcji i od 25 lat nie notuje się szpitalnych zakażeń HIV.

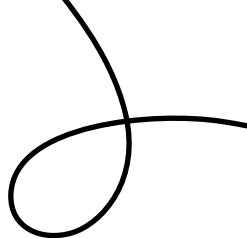
Kontakty seksualne

Stanowią główną drogę zakażeń dorosłych, natomiast u dzieci są związane z wykorzystaniem, gwałtem. Nastolatki podejmujące współżycie mogą być narażone na wszystkie choroby przenoszone drogą płciową. W tej grupie wiekowej bardzo istotna jest edukacja zdrowotna i wiedza o źródłach oraz możliwościach zapobiegania infekcjom.

Zapobieganie zakażeniom dzieci



Obecnie kobieta skutecznie leczona antyretrowirusowo (ARV) może rodzić naturalnie i karmić swoje dziecko piersią. Warunkiem jest testowanie w kierunku HIV co najmniej dwukrotnie: w I i III trymestrze ciąży, najlepiej jeszcze na etapie planowania dziecka, przed ciążą, i skuteczna terapia ARV. Najkorzystniej jest zbadać obydwoje przyszłych rodziców. Powszechne testowanie osób w wieku rozrodczym, prawidłowa opieka w ciąży i regularne przyjmowanie leków antyretrowirusowych przez matki żyjące z wirusem powinny doprowadzić do całkowitej eliminacji zakażeń wertykalnych (z matki do dziecka). Skuteczna terapia ciężarnej (ze spadkiem wirēmii poniżej 50 kopii/ml krwi) obniża ryzyko odmatczynego zakażenia dziecka do <1%.



„ Obecnie kobieta skutecznie leczona antyretrowirusowo (ARV) może rodzić naturalnie i karmić swoje dziecko piersią. ”

Profilaktyka odmatczynych zakażeń HIV polega na:



1. Skutecznym leczeniu ARV w czasie ciąży.

Najlepiej, by przez całą ciążę lub w jej drugiej połowie (od 20. tygodnia ciąży), a przynajmniej w ostatnich 3 miesiącach ciąży, poziom wirēmii nie przekraczał 50 kopii/ml.

2. Właściwym prowadzeniu porodu:

- Kobieta skutecznie leczona może rodzić naturalnie.
- Kobieta z wirēmią >50 kopii/ml w ostatnim trymestrze powinna mieć planowe cięcie cesarskie w dniu ukończenia 38. tygodnia ciąży.

3. Umyciu noworodka po porodzie.

Noworodek bezpośrednio po urodzeniu ma być umyty i dopiero potem przyniesiony do matki.

4. Właściwym żywieniu niemowlęcia.

Większość dzieci matek żyjących z HIV jest karmiona sztucznie. Kobieta, która chce i może karmić piersią, zaczyna karmienie od pierwszych godzin życia dziecka. Patrz dalej, jakie warunki mają być spełnione, aby kobieta żyjąca z wirusem mogła bezpiecznie dla dziecka karmić piersią.

5. Profilaktyce lekami antyretrowirusowymi dla noworodka:

- Noworodek matki skutecznie leczonej otrzymuje zydowudynę w syropie. Pierwsza dawka ma być podana nie później niż do 48. godziny życia, a godziny podawania leku i dawkę określa lekarz na oddziale noworodkowym, zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS. Czas leczenia profilaktycznego określi lekarz w poradni specjalistycznej prowadzącej opiekę nad dziećmi matek żyjących z HIV.
- Noworodek matki z wiramią >50 kopii/ml w ciągu pierwszych 48 godzin życia powinien rozpocząć przyjmowanie 3 leków, w dawkach określonych przez lekarza neonatologa w oparciu o Rekomendacje PTN AIDS. Dzieci z wysokim ryzykiem odmatczyńnego zakażenia HIV otrzymują leczenie wyprzedzające (3 leki ARV) w celu jak najszybszego zahamowania mnożenia się wirusa.

Kobieta żyjąca z HIV może bezpiecznie karmić swoje dziecko piersią, gdy spełnione są wszystkie niżej wymienione punkty:

- Kobieta jest skutecznie leczona co najmniej w ostatnim trymestrze ciąży (HIV RNA <50 kopii/ml) i potwierdzają to 2 wyniki HIV RNA wykonane w odstępie co najmniej 1 miesiąca, przy czym drugi wynik musi być wykonany w ostatnich 4 tygodniach przed porodem.
- W ocenie lekarza prowadzącego terapię ARV kobieta bardzo dobrze realizuje zalecenia lekarskie i regularnie przyjmuje leki antyretrowirusowe.
- Nie jest planowana zmiana terapii po porodzie ani w czasie karmienia.
- Matka będzie mieć oznaczaną wiramię HIV co 1 miesiąc przez cały czas karmienia piersią (maksymalnie 6 miesięcy). Stwierdzenie wzrostu wirerii powyżej 50 kopii/ml jest wskazaniem do zakończenia karmienia.
- Matka ma zapewnione wsparcie doradcy laktacyjnego.
- Dziecko powinno być regularnie oceniane przez pediatrę.
- Dziecko powinno być diagnozowane w kierunku HIV (PCR HIV RNA) w 2. miesiącu życia (2 tygodnie po odstawieniu profilaktyki ZDV), w wieku 6 miesięcy oraz dodatkowo 2 miesiące po zaprzestaniu karmienia piersią.
- Dziecko może być karmione wyłącznie piersią nie dłużej niż przez 6 miesięcy. Nie może być wówczas niczym dokarmiane ani dopajane.

Diagnostyka dzieci matek żyjących z HIV

Dziecko matki skutecznie leczonej w ciąży ma wykonywane badania diagnostyczne w kierunku HIV w ośrodku specjalistycznym, prowadzącym opiekę i diagnostykę HIV. Pierwsze badania wykonuje się 2 tygodnie po zakończeniu profilaktyki antyretrowirusowej, tj. w wieku 6 tygodni, drugie – gdy dziecko ma 4 miesiące lub, jeśli jest karmione piersią, 2 miesiące po przejściu na mieszanki sztuczne. Po ukończeniu 18 miesięcy bada się jeszcze przeciwciała anty-HIV. Ujemny wynik ostatecznie wyklucza zakażenie odmatczyne.

Dzieci matek żyjących z HIV w trakcie diagnostyki HIV oraz po wykluczeniu zakażenia pozostają w długoterminowej obserwacji w ośrodku, gdzie ocenia się ich rozwój, a także są szczepione według rozszerzonego kalendarza szczepień w celu ochrony przed maksymalną liczbą infekcji.

Dzieci z wysokim ryzykiem odmatczynego zakażenia HIV (matek z wiremiami >50 kopii/ml w ostatnich 4 tygodniach przed porodem) otrzymują leczenie wyprzedzające (3 leki ARV) w celu jak najszybszego zahamowania mnożenia się wirusa. Badania wykonywane są w wieku: do 5. doby życia, 2 tygodnie, 6 tygodni oraz 4 miesiące.



Dziecko matki skutecznie leczonej w ciąży ma wykonywane badania diagnostyczne w kierunku HIV.



Jeśli którekolwiek badanie potwierdza, że doszło do wertykalnego zakażenia HIV, od momentu postawienia rozpoznania oraz do ukończenia 18 lat dziecko jest leczone antyretrowirusowo i pozostaje w opiece ośrodka specjalistycznego.

dr n. med. Jolanta Popielska

Naturalny przebieg choroby

– różnice w stosunku do dorosłych



Mając w opiece dziecko zakażone HIV, należy zawsze pamiętać, że dzieci chorują inaczej niż dorośli. Przebieg choroby jest u nich z reguły cięższy, a ryzyko progresji do AIDS i zgonu – wyższe.

„ Przebieg choroby u dzieci jest z reguły cięższy, a ryzyko progresji do AIDS i zgonu – wyższe. „

Przyczyny innego przebiegu choroby u dzieci:

- fizjologicznie wyższa liczba limfocytów CD4 – głównych komórek, do których wirus HIV się przyłącza i się w nich mnoży,
- wyższa i dłużej trwająca niż u osoby dorosłej wiremia HIV,
- niedojrzałość układu immunologicznego,
- niedojrzałość ośrodkowego układu nerwowego (jednego z rezerwuarów dla wirusa) – dzieciństwo jest okresem intensywnego rozwoju ośrodkowego układu nerwowego, a występujące w tym wieku zaburzenia rozwojowe powodują konsekwencje na dalsze życie.



Żeby zrozumieć różnice, warto przypomnieć sobie, jak to zakażenie przebiega u dorosłego.

Z reguły zanim dojdzie do znacznego spadku odporności chorego, rozwoju AIDS i śmierci, zazwyczaj mija wiele lat. W procesie tym wyróżnia się kilka charakterystycznych faz: ostrą chorobę retrowirusową, okres utajenia (latencji) oraz AIDS.

Ostra choroba retrowirusowa występuje u 40–90% chorych zazwyczaj w ciągu pierwszych 2–3 miesięcy od zakażenia. U pacjenta występują objawy grypopodobne (m.in. z gorączką, bólami mięśniowo-stawowymi, wysypką lub biegunką). W badaniu przedmiotowym stwierdza się wówczas m.in. uogólnione powiększenie węzłów chłonnych, powiększenie/zapalenie wątroby, powiększenie śledziony, zapalenie gardła – obraz przypominający mononukleozę zakaźną. Choroba trwa zazwyczaj ok. dwóch tygodni, u części pacjentów objawy utrzymują się przez kilka tygodni, samoczynnie ustępują. W tym okresie u chorego stwierdza się obniżoną liczbę limfocytów CD4 i wysokie stężenie wirusa we krwi.

” Okres utajenia (latencji) zazwyczaj trwa latami, średnio 8–10 lat. ”

Okres utajenia (latencji) zazwyczaj trwa latami, średnio 8–10 lat. W tym czasie pacjenci nie mają żadnych objawów lub jedynie niewielkie, np. utrzymujące się powiększenie węzłów chłonnych. We krwi chorego stwierdza się umiarkowanie wysoką wiremię. Liczba limfocytów TCD4+ początkowo latami utrzymuje się na prawidłowym poziomie, a wraz z upływem czasu stopniowo się obniża, prowadząc do spadku odporności. Możemy jednak wyróżnić osoby, które rozwiną objawy AIDS dużo szybciej – w ciągu pierwszych pięciu lat od zakażenia – oraz takie, które zaczną poważnie chorować dopiero po kilkunastu latach. Niewielki odsetek pacjentów przez wiele lat nie rozwija objawów nabytego zespołu niedoboru odporności – AIDS, pomimo braku leczenia przyczynowego. Układ immunologiczny tych osób dobrze kontroluje zakażenie, nazywamy ich „elite-controlers”.

Objawy AIDS (tzw. choroby wskaźnikowe) u osoby dorosłej rozwijają się zazwyczaj po wielu latach od momentu zakażenia i najczęściej są wynikiem ponownego wzrostu wirerii HIV i spadku liczby limfocytów TCD4+ poniżej 200 komórek/mikrolitr (głęboki niedobór odporności).

Przebieg zakażenia HIV u dzieci zazwyczaj jest dużo bardziej dynamiczny. Jedną z najważniejszych przyczyn tej sytuacji jest fakt, że dzieci fizjologicznie mają więcej komórek TCD4+, które są głównymi receptorami dla wirusa – komórkami, do których wirus przyłącza się i w nich mnoży, uwalnia, niszcząc je, i zakaża kolejne. Średnia wartość dla zdrowych dzieci w pierwszym roku życia to ok. 2600 komórek/mikrolitr. Dopiero po ukończeniu 6 lat liczba limfocytów jest taka jak u osoby dorosłej. Biorąc pod uwagę, że limfocyty te są wykorzystywane przez wirusa do namnażania się, oczywistą konsekwencją jest wyższy poziom wirusa we krwi dziecka. Liczba kopii może być nawet 4–5 krotnie wyższa niż u osoby dorosłej w ostrej chorobie retrowirusowej. Wiąże się to ze zwiększonym stanem zapalnym, zakażeniem narządów, do których trudno przenikają leki antyretrowirusowe, tzw. rezerwuarów, sanktuariów wirusa, i zaburzeniem procesu dojrzewania układu odpornościowego dziecka, a zatem – większymi „szkodami” u dziecka niż u dorosłego. Pik wirerii u osób dorosłych związany z ostrą chorobą retrowirusową trwa ok. 8–12 tygodni, większa liczba limfocytów u dziecka umożliwia utrzymywanie się tak wysokiej wirerii przez cały pierwszy rok życia dziecka, a następnie wyższej niż u dorosłego replikacji aż do ukończenia 6 lat.

Dziecko w chwili narodzin ma niedojrzały ośrodkowy układ nerwowy. Dojrzewa on w pierwszych latach życia. Zakażone przez HIV komórki tego układu nie mają możliwości prawidłowego rozwoju i dojrzewania, co prowadzi do rozwoju HIV-encefalopatii – choroby wskaźnikowej dla AIDS.

HIV niszczy limfocyty TCD4+, prowadząc do obniżenia się odporności chorego. Niszczenie limfocytów u dzieci wynosi ok. 5% całkowitej ich liczby w ciągu doby. Proces ten może doprowadzić do szybko postępującego niedoboru odporności.

Osoba dorosła przed zakażeniem HIV zazwyczaj przeżyła w swoim życiu różne infekcje lub była zaszczepiona. W rezultacie jej organizm wytworzył przeciwciała i komórki pamięci, które przez jakiś czas chronią przed ponownymi infekcjami. Odporność humoralna (przeciwciała) oraz pamięć immunologiczna dziecka rozwijają się z czasem. Noworodek nie potrafi bronić się przed infekcjami.

Wszystko to razem sprawia, że dzieci zakażone HIV wertykalnie od swoich matek (podczas porodu, ciąży lub karmienia piersią) chorują dużo ciężiej niż osoby dorosłe. Objawy AIDS u ok. 10% dzieci występują przed ukończeniem 6. miesiąca życia, u kolejnych 5–10% – w wieku 6–24 miesięcy, a nie po wielu latach od zakażenia, jak u większości dorosłych. Co więcej dziecko w 1. roku życia może zachorować na chorobę wskaźnikową, np. pneumocystozowe zapalenie płuc (PJP), mając prawidłową lub jedynie nieznacznie obniżoną liczbę limfocytów TCD4+. Czynnikiem ryzyka jest naturalna dla wieku niemowlęcego niedojrzałość układu odporności. Niesie to ze sobą konieczność stosowania profilaktyki pierwotnej PJP.

” Objawy AIDS (tzw. choroby wskaźnikowe) u osoby dorosłej rozwijają się zazwyczaj po wielu latach od momentu zakażenia. ”



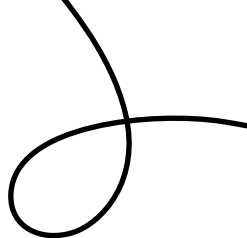
W Polsce naturalny przebieg zakażenia HIV obserwuje się niezwykle rzadko. Zazwyczaj rozpoznanie stawiane jest wcześniej, a leczenie wdrażane tak szybko, jak to możliwe. Szybkie włączenie optymalnego leczenia antyretrowirusowego (najlepiej od pierwszych dni/tygodni życia dziecka) oraz regularne przyjmowanie przez dziecko leków daje szansę na prowadzenie normalnego trybu życia. Dziecko żyjące z HIV może cieszyć się dobrym zdrowiem, realizować swoje plany i marzenia... Żyć jak każdy inny, nieobciążony chorobą przewlekłą człowiek.

prof. dr hab. n. med. Justyna D. Kowalska

Naturalny przebieg infekcji u nastolatków zakażonych behawioralnie



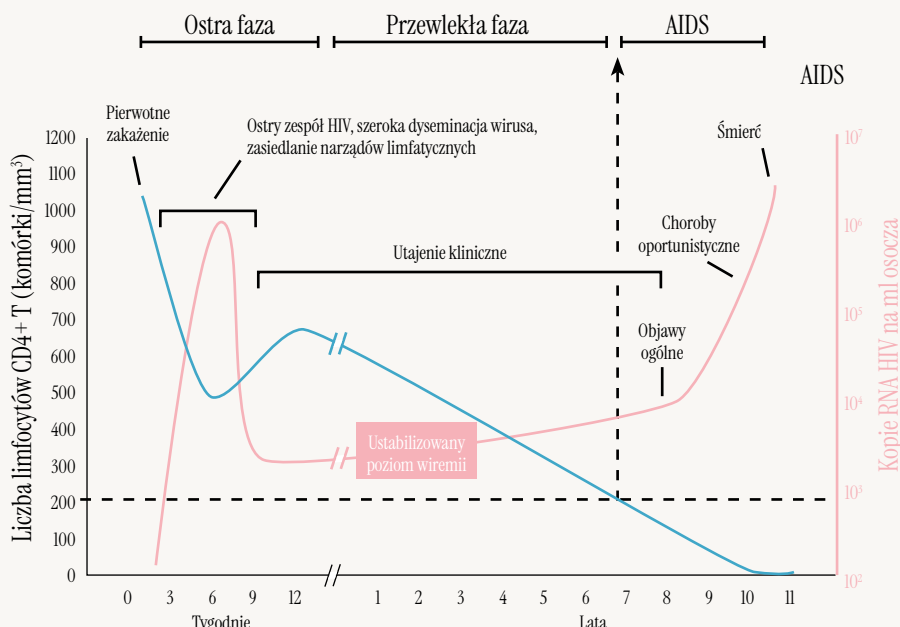
Do zakażenia HIV dochodzi drogą krwi, podczas ciąży, porodu i karmienia piersią oraz drogą kontaktów seksualnych. W tym rozdziale opisemy, jak przebiega zakażenie, do którego doszło poprzez używanie tych samych igieł i rurek donosowych do stosowania substancji psychoaktywnych lub kontakt seksualny (behawioralnie).



Objawy HIV mogą pojawić się już dwa tygodnie po zakażeniu.

Objawy HIV mogą pojawić się już dwa tygodnie po zakażeniu. Występują zazwyczaj u większości pacjentów, ale są na tyle niespecyficzne, że nie łączymy ich z ryzykownym zachowaniem. Mogą przypominać grypę, zapalenie gardła, alergię czy chorobę biegunkową. Następnie przez wiele miesięcy, a nawet lat nie występują żadne charakterystyczne objawy (Rycina 1).

Rycina 1. Etapy naturalnego przebiegu zakażenia HIV (tzn. u osób nieleczonych)



Przy braku leczenia aktywność wirusa powoduje stopniowe wyczerpywanie się funkcji immunologicznych, a tym samym zdolności organizmu do obrony przed infekcjami. Jest to proces bardzo indywidualny i może trwać od kilku do kilkunastu lat. Funkcję immunologiczną organizmu w praktyce oceniamy przez liczbę komórek CD4 w mililitrze krwi, a wartość ta ściśle koreluje z ryzykiem występowania chorób (Tabela 1). Większość chorób to infekcje oportunistyczne, czyli wywołane przez mikroorganizmy (bakterie, wirusy, grzyby, pasożyty), które normalnie nie szkodzą zdrowej osobie. Niektóre z tych mikroorganizmów są już od dawna obecne w naszym organizmie (np. drożdżaki, gronkowce), na zakażenie innymi nasza podatność się zwiększa (np. wirus brodawczaka ludzkiego, czyli HPV).

Wirus HIV oraz inne towarzyszące infekcje wirusowe (np. HPV) mogą prowadzić do wystąpienia nowotworu (chłoniak, mięsak Kaposiego, rak szyjki macicy). Ryzyko takiego przebiegu jest tym mniejsze, im krócej pozostajesz bez leczenia HIV. Osoby często przerywające leczenie na dłużej także mają większe ryzyko wystąpienia nowotworów.

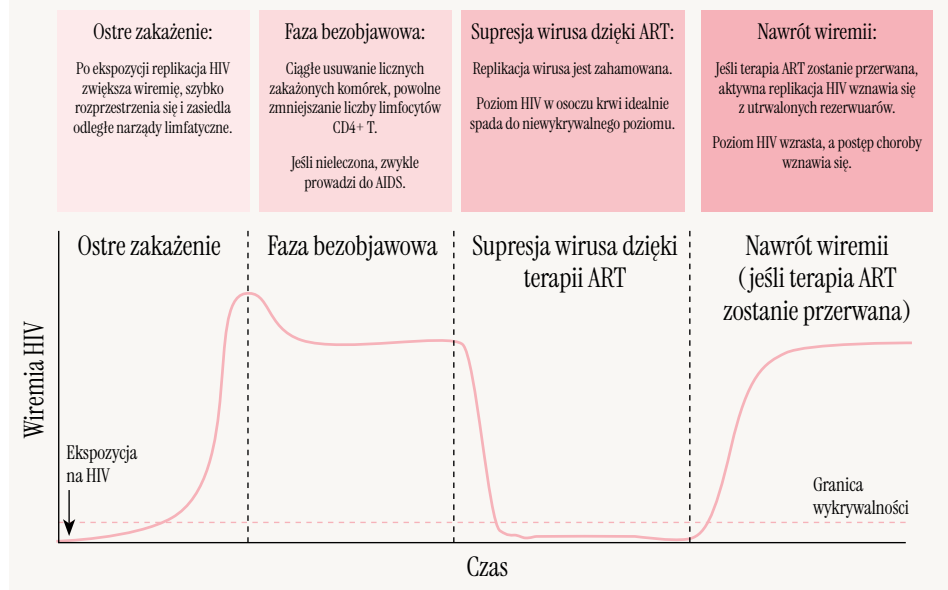
Tabela 1. Związek pomiędzy niedoborem odporności a występowaniem zakażeń

Liczba komórek CD4 na mikrolitr	Zakażenie oportunistyczne
<500	• Gruźlica • Bakteryjne zapalenie płuc • Półpasiec • Kandydoza jamy ustnej i gardła • Salmonelloza (niezwiązana z odzwierzęcymi serotypami tyfusu) • Mięsak Kaposiego • Chłoniak nieziarniczy (NHL)
<200	• <i>Pneumocystis jirovecii</i> – zapalenie płuc (PCP) • Przewlekłe owrzodzenie o etiologii opryszczkowej (<i>Herpes simplex</i>) • Kandydoza przełyku • Biegunka spowodowana <i>Isospora belli</i> • Zespół wyniszczenia w HIV (<i>HIV wasting syndrome</i>) • Demencja związana z HIV (<i>HIV-associated dementia</i>)
<100	• Toksoplazmoza mózgowa • Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych spowodowane kryptokokami • Kryptosporydioza • Mikrosporoidioza • Zakażenie cytomegalowirusem (CMV) i choroba rozsiana • Kompleks <i>Mycobacterium avium</i> (MAC) • Postępująca wieloogniskowa leukoencefalopatia (PML)
<50	• Zakażenie cytomegalowirusem • Kompleks <i>Mycobacterium avium</i> (MAC) • <i>Toxoplasma gondii</i>



Przerwanie leczenia antyretrowirusowego powoduje, że HIV zaczyna znowu być aktywny w naszym organizmie. Tym samym ponownie dochodzi do niszczenia układu immunologicznego, nawet jeżeli wcześniejsze leczenie było w pełni skuteczne i stosowane latami (Rycina 2).

Rycina 2. Wpływ leczenia na wirusa



Niektóre zakażenia oportunistyczne i nowotwory to tzw. choroby definiujące AIDS (zespół nabytego niedoboru odporności), świadczące o głębokim upośledzeniu układu odpornościowego. U osób, które przyjmują leczenie antyretrowirusowe, nie dochodzi do rozwoju choroby ani wystąpienia AIDS.

Nie wszystkie choroby definiujące AIDS są tak samo groźne. Na przykład grzybicę przełyku można łatwo i szybko wyleczyć, natomiast chłoniaki wiążą się z niekorzystną prognozą dla chorego oraz długim i ciężkim leczeniem onkologicznym.



Nawet osoby, u których już rozpoznano AIDS, mogą wrócić do pełnego zdrowia, pod warunkiem że dojdzie do wyleczenia choroby definiującej AIDS oraz że rozpoczną leczenie antyretrowirusowe i będą je kontynuować do końca życia.

dr n. med. Konrad Zawadka

Choroby przenoszone drogą płciową



Zakażenia (choroby) przenoszone drogą kontaktów seksualnych (ang. *sexually transmitted infections/diseases*, STI/STD) są nabywane w czasie stosunku płciowego. Mogą przebiegać bezobjawowo, powodować objawy miejscowe lub ogólnoustrojowe. Do zakażenia może dojść w trakcie każdego typu stosunku seksualnego: waginalnego, analnego i oralnego. Dla części drobnoustrojów przenoszonych drogą seksualną jest to jedyna droga transmisji, dla innych – jedna z kilku możliwych.

” Możliwe jest jednoczesne zakażenie więcej niż jednym drobnoustrojem. ”



Zakażenia przenoszone drogą kontaktów seksualnych mogą być powodowane przez:

- wirusy, np. HIV, wirus opryszczki pospolitej (HSV), wirusowe zapalenia wątroby typu A, B i C (HAV, HBV, HCV), wirus brodawczaka ludzkiego (HPV), mpox (dawniej małpia ospa),
- bakterie – kiła, rzeżączka, chlamydia,
- grzyby – drożdżycza (kandydoza),
- pasożyty – rzęsistkowica, wszawica łonowa.



Możliwe jest jednoczesne zakażenie więcej niż jednym drobnoustrojem, dlatego wykrycie jednej choroby przenoszonej drogą płciową wymaga diagnostyki w kierunku innych. Przechorowanie większości z nich nie daje trwałej odporności i możliwe są ponowne zachorowania.

Stosowanie prezerwatyw zmniejsza ryzyko zakażeń przenoszonych drogą płciową, choć nie są one skuteczne w 100%, a w przypadku niektórych drobnoustrojów ich skuteczność jest niewielka.

Wirus brodawczaka ludzkiego (HPV)

Znanych jest ok. 200 typów HPV. Tylko część z nich przenoszona jest drogą kontaktów płciowych. Uważa się, że większość osób aktywnych seksualnie w ciągu życia ulega zakażeniu HPV przynajmniej raz. Infekcja może przebiegać bezobjawowo. Zwykle dochodzi do samoistnej eliminacji wirusa.

Zakażenia objawowe mają postać tzw. brodawek płciowych (kłykcin kończystych) – zmian skórno-słuzówkowych zlokalizowanych w okolicy narządów płciowych i odbytu. Rozpoznanie można postawić na podstawie badania lekarskiego oraz przy użyciu technik biologii molekularnej (tzw. PCR; pobiera się wymaz ze zmian). Leczenie polega na stosowaniu preparatów miejscowych lub usuwaniu zmian chirurgicznie albo poprzez ich wymrożenie.

Niektóre typy HPV mają potencjał onkogenny, tzn. przewlekłe zakażenie może doprowadzić do rozwoju nowotworów. Odpowiedzialne są one za większość przypadków raka szyjki macicy i odbytu oraz raki sromu, pochwy, prącia, gardła i krtani.

Zakażeniom HPV powodującym brodawki płciowe i nowotwory można zapobiegać przez szczepienia ochronne. W Polsce są one dostępne za darmo dla dzieci w wieku 9–14 lat.

Kiła (syfilis)

Kiła jest chorobą bakteryjną spowodowaną przez krętka białego. Do zakażenia dochodzi prawie wyłącznie przez kontakty seksualne.

Okres wylegania się choroby wynosi 3–6 tygodni.

Choroba przebiega etapami. Między okresami objawowymi występują fazy bezobjawowe. Nieleczona kiła może doprowadzić do ciężkich uszkodzeń różnych narządów.

W pierwszym okresie kiły w miejscu wnikięcia bakterii pojawia się objaw pierwotny – twarde i niebolesne owrzodzenie, które samoistnie się goi. Lokalizacja owrzodzenia zależy od rodzaju stosunku seksualnego – z reguły jest ono widoczne na narządach płciowych, ale także w okolicy odbytu, na wargach, języku, w jamie ustnej.

Dla drugiego okresu kiły charakterystyczne są różnego rodzaju zmiany skórne (tzw. osutka kiłowa), ale też powiększenie węzłów chłonnych, łysienie, bielactwo i wiele innych objawów ze strony różnych narządów.

Po wielu latach okresu bezobjawowego może rozwinąć się kiła objawowa trzeciego okresu, prowadząca m.in. do uszkodzenia układu nerwowego i układu krążenia.

W przypadku podejrzenia kiły należy ją potwierdzić odpowiednimi badaniami krwi.

Najskuteczniejsza w leczeniu kiły jest penicylina podawana w iniekcjach (zastrzykach) domięśniowych. Liczba dawek zależy od okresu kiły (1 lub 3, podawane w odstępach tygodniowych).

Rzeżączka

Jest to choroba bakteryjna spowodowana przez dwoinkę rzeżączki. Do zakażenia dochodzi wyłącznie przez kontakty seksualne. Okres wylegania jest krótki – zwykle ok. 7–10 dni. Najczęstszą postacią choroby u mężczyzn jest zapalenie cewki moczowej. Pacjent odczuwa ból lub pieczenie w trakcie oddawania moczu. Typowo obserwuje się wypływ ropnej treści z cewki moczowej. U kobiet rzeżączka może mieć postać zapalenia cewki moczowej lub szyjki macicy. U obu płci możliwe są zakażenia gardła i odbytu.

Diagnostyka polega na pobraniu wymazu i wykonaniu odpowiednich badań (tzw. PCR, ale też badanie mikroskopowe i posiew).

Leczenie opiera się na antybiotykoterapii doustnej lub domięśniowej, zwykle w jednorazowej dawce.

Nierzeżączkowe zapalenie cewki moczowej

Jest to choroba powodowana przez kilka różnych gatunków bakterii – najczęściej chlamydie. Okres wylegania jest dłuższy niż w rzeżączce i wynosi 1–3 tygodnie. Pacjent odczuwa dolegliwości bólowe przy oddawaniu moczu, któremu towarzyszy śluzowy lub wodnisty wyciek z cewki moczowej. Inne objawy to zapalenie szyjki macicy, gardła i odbytu.

Rozpoznanie opiera się na pobraniu właściwego wymazu lub próbki moczu i wykonaniu testów molekularnych (PCR).

W leczeniu najczęściej stosuje się antybiotyki doustne. Czas terapii zależy od konkretnego preparatu i wynosi zwykle kilka dni.

” Zarówno rzeżączka, jak i zakażenie chlamydią mogą powodować szereg powikłań ze strony innych narządów, np. zapalenie stawów. ”



prof. dr hab. n. med. Magdalena Marczyńska

Leczenie zakażenia HIV u dzieci



Dziecko zakażone HIV od momentu rozpoznania wymaga leczenia antyretrowirusowego przez całe życie. Noworodki otrzymują trzy oddzielne leki w syropie/zawiesinie, niemowlęta od ukończenia 4 tygodni – z reguły dwa leki w postaci syropów i jedną rozpuszczalną tabletkę, a gdy osiągną wagę 10 kg – trzy leki zawarte w jednej rozpuszczalnej tabletkie.

” O skuteczności leczenia decyduje codzienne przyjmowanie leków. ”

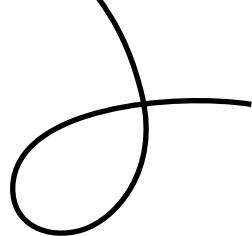
Wraz z rozwojem dziecka, większą masą ciała oraz nauczeniem się przez nie połykania tabletek dysponujemy większą liczbą dostępnych preparatów.

Aktualnie stosujemy leki z tych samych grup co dla pacjentów dorosłych. Podstawowe schematy terapii zawierają 2 nukleozydowe inhibitory odwrotnej transkryptazy (NRTI), tj. dwa z wymienionych: zydowudynę (Retrovir), abakawir (Ziagen), lamiwudynę (3TC), emtricytabinę (FTC), tenofowir (TAF/TDF), oraz jeden inhibitor integrazy (InSTI): dolutegrawir (DTG) lub biktęgrawir (BIC) – dostępny wyłącznie w tabletkach złożonych z kilku leków.

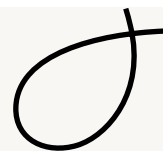
O skuteczności leczenia decyduje codzienne przyjmowanie leków. Początkowo zależy więc ona od skrupulatnego przestrzegania zaleceń lekarskich przez opiekunów dziecka. Do rodziców/opiekunów należy nauczenie, wyrobienie nawyku codziennego łykania leków, najlepiej o stałej porze, tak by stało się to zwyczajnym elementem życia dziecka. Dziecko musi wiedzieć, że jest chore, a nie być oszukiwane, że otrzymuje witaminy. Należy przedyskutować z lekarzem, co można opowiedzieć o chorobie, w zależności od wieku Waszego dziecka. Młodsze dzieci wcale nie potrzebują dokładnej nazwy choroby – wystarczy, że dowiedzą się, że mają niższą odporność, a leki zapobiegają różnym infekcjom i dzięki nim mogą normalnie bawić się z rówieśnikami, chodzić do przedszkola czy szkoły. Kolejnym aspektem jest fakt, że dziecko musi być dojrzałe i gotowe do zachowania tajemnicy. Nie ma żadnej potrzeby informowania innych o chorobie dziecka. Nikt z nas nie nosi etykietki o swojej przewlekłej chorobie, o ile nie jest potrzebne natychmiastowe udzielanie pomocy, np. u chorych na cukrzycę utrata przytomności może wynikać ze spadku poziomu cukru we krwi, podobnie przy osobie z chorobą Alzheimera w widocznym miejscu powinna znajdować się informacja o kontakcie do opiekuna. Poinformowanie dziecka o tym, że jest ono leczone, ułatwia wytłumaczenie konieczności badań kontrolnych i późniejsze ujawnienie rozpoznania. Nie traci ono zaufania do opiekunów i lekarzy.

Nastolatki mogą być leczone tak samo jak osoby dorosłe. Od wieku 12 lat można stosować leki iniekcyjne, działające przez 2 miesiące. Postęp w terapii spowodował już, że dziecko może osiągnąć wiek dojrzały, zesterzyć się, mieć rodzinę, zdrowego partnera i zdrowe dzieci.

W Polsce z HIV żyją 22 kobiety, które uległy zakażeniu odmatczynemu, leczą się i w sumie mają 33 zdrowych dzieci.



Badania kontrolne



W trakcie leczenia konieczne są badania kontrolne, służące ocenie skuteczności i bezpieczeństwa leczenia. Oceniamy rozwój dziecka, a ewentualne nieprawidłowości w badaniach powodują, że kierujemy pacjenta do innych specjalistów, modyfikujemy schemat terapii, rodziny żyjące z HIV edukujemy o zasadach zdrowego żywienia i stylu życia.

Na początku prowadzenia terapii wizyty odbywają się regularnie raz w miesiącu. Później, gdy wiramia spadnie <50 kopii/ml oraz wzrośnie liczba i odsetek limfocytów CD4, badania kontrolne planuje się z reguły co 3 miesiące, a gdy terapia jest stabilnie skuteczna – co 6 miesięcy. Nastolatki od 12. roku życia mają oceniany poziom wirerii HIV co 3 miesiące.



” Nastolatki mogą być leczone tak samo jak osoby dorosłe. ”

Wykaz ośrodków sprawujących opiekę nad dziećmi matek żyjących z HIV oraz zakażonymi HIV

1. Klinika Chorób Zakaźnych Wieku Dziecięcego WUM

Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie, ul. Wolska 37, Warszawa
tel. 22 33 55 292; 22 33 55 250; 22 33 55 258

2. Klinika Pediatrii i Chorób Infekcyjnych

ul. Chałubińskiego 2-2a, Wrocław, tel. 717 703 155 i 156

3. Wojewódzka Przychodnia Chorób Zakaźnych

ul. Kurpińskiego 5a, Bydgoszcz, tel. 523 045 640

4. Oddział Obserwacyjno-Zakaźny dla Dzieci

Pomorskie Centrum Chorób Zakaźnych i Gruźlicy, ul. M. Smoluchowskiego 18, Gdańsk
tel. 58 34 14 041 wew. 253

5. Poradnia Chorób Zakaźnych Dzieci

Szpital Specjalistyczny im. S. Żeromskiego w Krakowie, os. Na Skarpie 67, Kraków
tel. 12 62 29 463

6. Poradnia Nabytych Zaburzeń Odporności

ul. Kniaziewicza 1/5, Łódź, tel. 42 25 16 124

7. Poradnia Chorób Zakaźnych

Szpital Kliniczny im. K. Jonschera UM w Poznaniu, ul. Szpitalna 27/33, Poznań
tel. 618 491 362; 618 491 318; 618 491 319

dr n. med. Agnieszka Oldakowska

Szczepienia ochronne



Szczepienia są skutecznym sposobem ochrony przed chorobami zakaźnymi. Zabezpieczenie przed infekcjami jest szczególnie ważne u dzieci z chorobami przewlekłymi i zaburzeniami odporności.



U dzieci żyjących z HIV o przeprowadzeniu szczepień decyduje lekarz specjalista prowadzący leczenie antyretrowirusowe. Decyzja o szczepieniach może zależeć od skuteczności tego leczenia oraz oceny funkcji układu immunologicznego na podstawie liczby i odsetka limfocytów CD4. Czasami pacjenci wymagają podawania dodatkowych dawek szczepionek.

U dzieci żyjących z HIV nie stosuje się szczepionki przeciwko gruźlicy (BCG). W przypadku głębokiego niedoboru odporności (niska wartość limfocytów CD4) nie wolno podawać szczepionek żywych (tj. przeciwko ospie wietrznej, przeciwko odrze-świnie-różyczce oraz żywej szczepionki przeciwko grypie).

Wszystkie niemowlęta urodzone przez matki żyjące z wirusem są szczepione skojarzonymi szczepionkami, a przeciwko gruźlicy mogą być zaszczipione po wykluczeniu zakażenia u dziecka (ujemne wyniki badań wirusologicznych). W Polsce dla dzieci żyjących z HIV oraz ich rodzeństwa większość szczepień zalecanych jest nieodpłatna (szczepienia są finansowane przez Krajowe Centrum ds. AIDS) – zapytaj swojego lekarza.

Profilaktyka wścieklizny

Po pogryzieniach przez nieznane lub dzikie zwierzęta u dzieci żyjących z HIV, tak samo jak u zdrowych, należy zastosować szczepienie i podać swoistą immunoglobulinę przeciwko wściekliźnie.

Tabela 1. Szczepienia obowiązkowe.

Choroby/zakażenia, przed którymi zapewniają ochronę



Wirusowe zapalenie wątroby typu B

Błonica, tężec, krztusiec

Poliomyelitis

Zakażenia *H. influenzae*

Pneumokoki

Rotawirusy

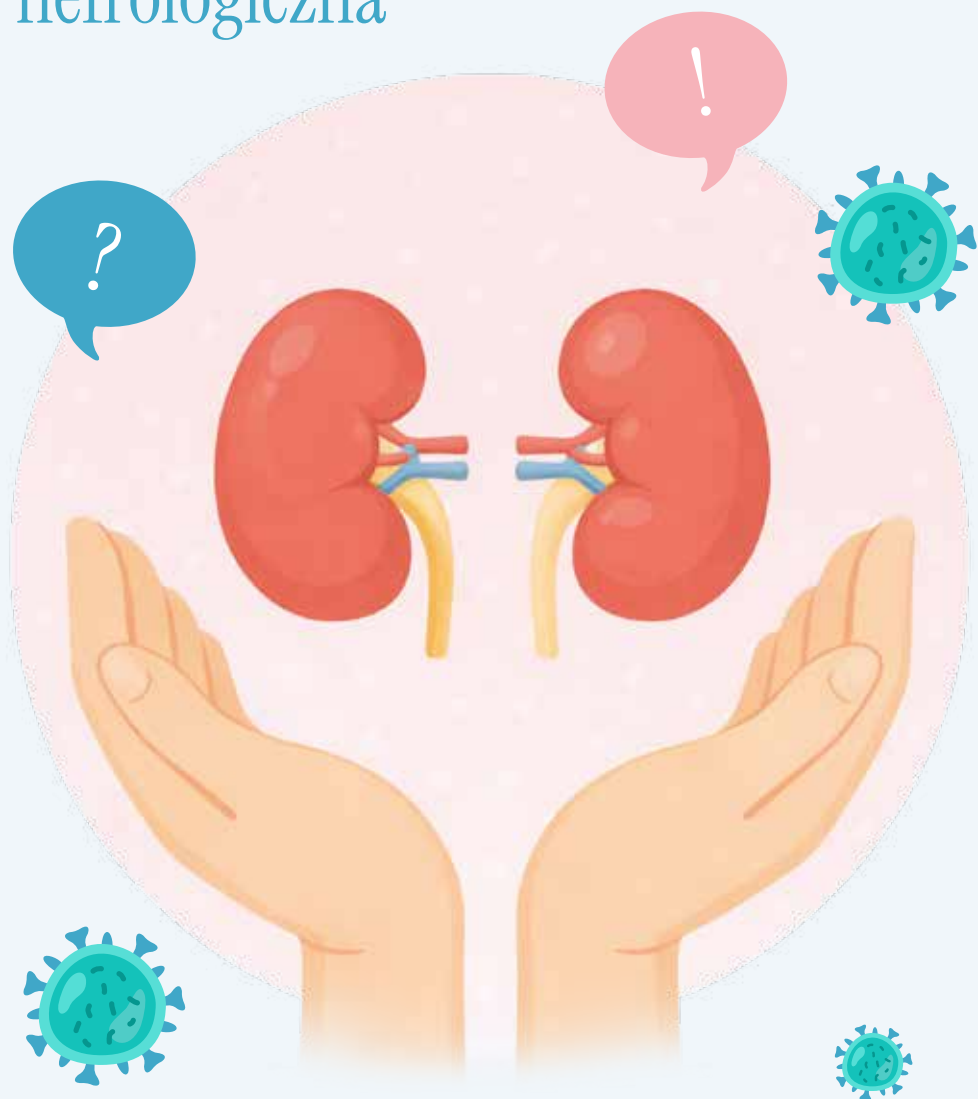
Odra-świnka-różyczka

Tabela 2. Szczepienia zalecane.
Choroby/zakażenia, przed którymi zapewniają ochronę

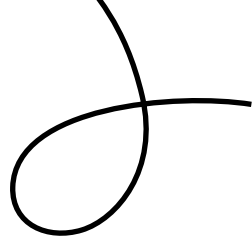
Choroba/czynnik etiologiczny	Uwagi
<i>Neisseria meningitidis</i> typu B i typów A, C, W, Y	Bakteria wywołuje bardzo poważne zakażenia, m.in. sepsę i zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych.
Wirusowe zapalenie wątroby typu A	Choroba przenoszona drogą pokarmową, powodująca zapalenie wątroby i żółtaczkę.
Grypa	Choroba układu oddechowego z kaszlem, katarzem i wysoką gorączką. Szczepienie należy powtarzać co roku.
HPV (wirus brodawczaka ludzkiego)	Szczepimy dzieci od ukończenia 9 lat (dziewczeta i chłopcy), żeby chronić je w przyszłości przed nowotworami głowy, szyjki macicy, odbytu, prącia oraz brodawkami (kłykciny kończyste).
COVID-19	Szczepienia zgodnie z aktualnymi zaleceniami.
Ospa wietrzna	Powszechna choroba z wysypką. Niestety sprzyja bakteryjnym zakażeniom skóry, może powodować poważne powikłania neurologiczne.
Kleszczowe zapalenie mózgu	Wirusowa choroba przenoszona przez kleszcze.



Specjalistyczna opieka nefrologiczna



Młode osoby żyjące z HIV są bardziej narażone na uszkodzenia nerek (czyli inaczej: przewlekłą chorobę nerek - PChN) w porównaniu z osobami bez zakażenia HIV. Dotyczy to szczególnie tych pacjentów, u których do zakażenia doszło w wyniku transmisji wertykalnej (z matki na dziecko), co wynika z niedojrzałości nerek w momencie kontaktu z wirusem.



Ocena czynności nerek u nastolatków i młodych dorosłych jest szczególnie trudna.

W grę jednak mogą wchodzić także inne czynniki, jak np. długotrwała ekspozycja na terapię antyretrowirusową (ART) oraz konieczność podawania innych leków czy też choroby współistniejące (np. inne zakażenia). U osób zakażonych w późniejszym wieku ryzyko uszkodzenia nerek jest mniejsze.

Ocena czynności nerek u nastolatków i młodych dorosłych jest szczególnie trudna. Wiąże się to z dużą zmiennością stężenia kreatyniny w tym wieku, wykorzystywanej jako wskaźnik czynności nerek. Jej stężenie zmienia się m.in. w zależności od rozwoju masy mięśniowej, diety czy ilości spożywanych płynów.

Jedną z najważniejszych metod ochrony nerek jest zahamowanie namnażania się wirusa HIV. Brak ochrony, jaką zapewnia leczenie antyretrowirusowe (np. z powodu nieregularnego przyjmowania leków), może doprowadzić do różnego rodzaju zaburzeń czynności nerek. Drugim ważnym czynnikiem wpływającym na ich funkcjonowanie są choroby współistniejące, przede wszystkim: nadciśnienie tętnicze, cukrzyca i otyłość. Ponieważ zarówno przewlekła choroba nerek, jak i nadciśnienie tętnicze oraz cukrzyca przez długi czas mogą nie dawać żadnych objawów – okresowo wykonujemy badania laboratoryjne krwi, moczu oraz pomiary ciśnienia tętniczego. Dzięki regularnemu wykonywaniu tych badań często jesteśmy w stanie uniknąć wielu poważnych i nieodwracalnych powikłań, do których dochodzi mimo braku odczuwalnych objawów czy dolegliwości.

Niektóre leki mogą obciążać lub uszkadzać nerki. Dotyczy to nie tylko leków dostępnych na receptę. Także leki, które można samodzielnie kupić w aptece, czy nawet w supermarkecie, mogą czasami spowodować niewydolność nerek. Są to przede wszystkim niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ). Leki takie jak ibuprofen, naproksen czy diklofenak (popularne środki przeciwbólowe dostępne bez recepty) mogą uszkadzać nerki, szczególnie przy długotrwałym stosowaniu. Niebezpieczne może być również niekontrolowane przyjmowanie witaminy D, suplementów, preparatów wielowitaminowych czy niektórych ziół.

Do substancji szkodliwie działających na nerki należą różnego rodzaju używki. Palenie tytoniu znacznie zwiększa ryzyko chorób nerek. Podobnie substancje psychoaktywne (narkotyki, „dopalacze”) mają znaczący, często niszczycielski wpływ na nerki, prowadząc zarówno do ich ostrego uszkodzenia, jak i przewlekłej choroby nerek. Może to skutkować schyłkową niewydolnością i koniecznością dializoterapii. Uszkodzenia te mogą mieć charakter bezpośredni (toksyczne działanie substancji) lub pośredni (powikłania związane ze sposobem przyjmowania narkotyków lub ich wpływem na inne układy organizmu).

W skrócie:

1. Regularnie przyjmuj zaleconą terapię antyretrowirusową (ART).

To najskuteczniejszy sposób ochrony nerek przed uszkodzeniem przez HIV.

2. Regularnie wykonuj badania kontrolne.

- Wczesne wykrycie problemów z nerkami jest kluczowe, ponieważ przez długi czas zazwyczaj nie dają one objawów.
- Badania krwi: oznaczanie stężenia m.in. kreatyniny w surowicy krwi i oszacowanie przesączania kłębuszkowego (eGFR).
- Badania moczu: wykrywanie białka (białkomocz/albuminuria), które jest wczesnym sygnałem uszkodzenia nerek.

3. Dbaj o odpowiednie spożycie płynów.

Unikaj spożywania słodkich napojów, napojów energetycznych i kofeiny. Pamiętaj, że soki owocowe nie zastępują spożywania wody. Są one źródłem cukru prostego – fruktozy, która przyczynia się do rozwoju nadwagi i otyłości, próchnicy zębów. Możesz pić 1 szklankę dziennie świeżo wyciskanego soku, najlepiej owocowo-warzywnego.



” Zdrowe nawyki wspierają
ogólny stan zdrowia,
w tym zdrowie nerek.



Podstawowe zapotrzebowanie na wodę u dzieci:

Wiek dziecka	Norma spożycia wody w ml/dobę	
	Dziewczęta	Chłopcy
1-3 lata	1300	1300
4-6 lat	1700	1700
7-9 lat	1900	1900
10-12 lat	2100	2400
13-15 lat	2200	3000
16-18 lat	2300	3300

Źródła wody to nie tylko wypijana woda, ale także żywność (zupy, sosy), mleko i inne napoje.

Zawsze dostosuj ilość płynów do potrzeb. Pamiętaj, że w upał, przy aktywności fizycznej, kiedy masz gorączkę lub biegunkę, Twoje zapotrzebowanie na płyny znacznie się zwiększa.

4. Uważaj na przyjmowane leki (zarówno na receptę, jak i bez recepty). Nie przyjmuj ich bez uzasadnionej potrzeby.

Zawsze informuj swojego lekarza o wszystkich przyjmowanych lekach, suplementach, ziołach i witaminach.

5. Prowadź zdrowy styl życia.

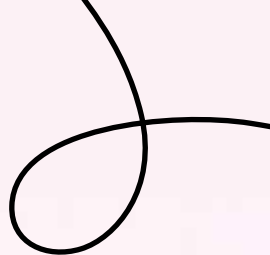
Aktywność fizyczna, zdrowa dieta oraz unikanie używek mogą uchronić Cię przed wieloma problemami zdrowotnymi.

6. Monitoruj ciśnienie krwi i postępuj zgodnie z zaleceniami lekarza, jeśli ciśnienie okaże się podwyższone.

Wysokie ciśnienie krwi jest bardzo częstą przyczyną uszkodzenia nerek. Może ono być niebezpieczne, nawet jeśli nie odczuwasz żadnych dolegliwości.

Zdrowe nawyki wspierają ogólny stan zdrowia, w tym zdrowie nerek. Prawidłowe odżywianie z dużą ilością warzyw i owoców, ograniczeniem spożycia soli i bez dosładzania pomoże zachować dobrą czynność nerek. Podobnie regularna aktywność fizyczna pomoże kontrolować ciśnienie krwi i masę ciała, a także stężenie glukozy i cholesterolu. Odpowiednia ilość płynów pomoże nerkom prawidłowo filtrować krew i usuwać produkty przemiany materii.

Przejsie pacjentek małoletnich z chorobami przewlekłymi do opieki ginekologicznej dla dorosłych

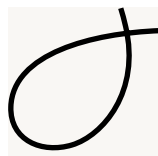


„Dobre praktyki w przejściu małoletnich pacjentów z chorobami przewlekłymi do opieki specjalistycznej dla dorosłych.”

Ogólne zasady przejścia

W przypadku małoletnich pacjentów z chorobami przewlekłymi kluczowe jest zapewnienie płynnego przejścia z opieki pediatrycznej do opieki w poradniach dla dorosłych w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.

Specyfika przejścia do opieki ginekologicznej

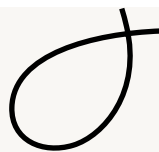


Granica wieku dla przejścia dziewczynek do specjalistycznej opieki ginekologicznej dla dorosłych nie może być jednoznacznie ustalona na 18. rok życia, ponieważ jest ona wysoce indywidualna.

- Wiek dojrzewania: Przeciętny wiek rozpoczęcia dojrzewania u dziewczynek, np. zakażonych wirusem HIV, to 9–15 lat.
- Opieka wielospecjalistyczna: Wszystkie problemy związane z dojrzewaniem, niezależnie od choroby przewlekłej, powinny być objęte specjalistyczną opieką endokrynologa dziecięcego lub ginekologa dziecięcego.
- Gotowość do opieki dla dorosłych: Młode kobiety od 16. roku życia, a zwłaszcza te, które rozpoczęły aktywność seksualną, mogą być już pacjentkami poradni ginekologicznej dla dorosłych. Celem jest nauczanie samodzielności i odpowiedzialności za własne zdrowie.

Polskie Towarzystwo Ginekologów i Położników zaleca, aby pierwsza wizyta ginekologiczna, tzw. wizyta adaptacyjna, odbyła się u dziewcząt pomiędzy 12. a 15. rokiem życia, zazwyczaj po rozpoczęciu miesiączkowania.

Cele wizyty adaptacyjnej:



1. Ocena i profilaktyka:

Ocena cyklu miesiączkowego oraz wdrożenie profilaktycznych szczepień przeciwko wirusowi HPV (jeżeli dotychczas nie miały miejsca).

2. Edukacja:

Edukacja małoletniej pacjentki na temat fizjologii żeńskiego układu rozrodczego, cyklu miesiączkowego, seksualności oraz stosowania różnych metod antykoncepcji (dostosowanych do jej wieku).

3. Adaptacja:

Zapoznanie pacjentki z placówką dla dorosłych i personelem medycznym.

4. Obecność opiekuna:

Wizyta powinna odbyć się w obecności opiekuna ustawowego lub faktycznego. W czasie badania opiekun nie musi być obecny w gabinecie, chyba że pacjentka sobie tego życzy.

Przebieg badania:

- Ograniczenie inwazyjności: Podczas wizyty adaptacyjnej badanie ginekologiczne (które często krępuje młode pacjentki) nie zawsze jest wymagane. Można je ograniczyć do:
 - zebrania wywiadu od pacjentki i opiekuna,
 - oceny cech dojrzewania, piersi i owłosienia,
 - wykonania badania USG przez powłoki brzuszne.
- Procedura badania ginekologicznego: Zaleca się, aby badanie ginekologiczne małoletniej dziewczynki przeprowadzała kobieta ginekolog dziecięcy lub mężczyzna ginekolog dziecięcy w towarzystwie położnej.

Seksualność i antykoncepcja



Nastolatki zakażone HIV są często takimi samymi aktywnymi seksualnie osobami jak ich zdrowi rówieśnicy, ale z dodatkowymi wyzwaniami.

- **Ryzyko transmisji:** Mimo skutecznego leczenia ARV, które obniża wirusa do poziomów niewykrywalnych (U = U, *Undetectable* = *Untransmittable*), nastolatka musi być świadoma ryzyka przeniesienia HIV (w przypadku nieprzestrzegania leczenia) oraz innych infekcji przenoszonych drogą płciową (STI).
- **Edukacja seksualna:** Wymagana jest kompleksowa edukacja na temat bezpiecznego seksu, podwójnej ochrony (prezerwatywy + antykoncepcja hormonalna) oraz konieczności regularnych badań przesiewowych w kierunku chorób przenoszonych drogą płciową.
- **Interakcje lekowe:** Należy zwrócić szczególną uwagę na interakcje między lekami antyretrowirusowymi (ARV) a hormonalnymi środkami antykoncepcyjnymi. Niektóre leki ARV mogą obniżać skuteczność pigułek antykoncepcyjnych lub odwrotnie, co wymaga odpowiedniego dostosowania terapii ginekologicznej.

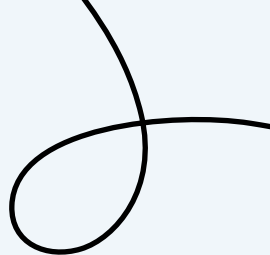
Aspekty prawne i dodatkowa opieka



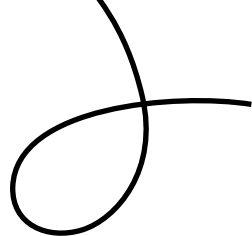
- **Zgoda na leczenie hormonalne:** W przypadku włączenia leczenia hormonalnego, np. w celu antykoncepcji, u pacjentki poniżej 18. roku życia wymagana jest pisemna zgoda rodzica lub przedstawiciela ustawowego.
- **Zakażenia wertykalne (od matki w czasie porodu, ciąży lub przez karmienie piersią) i nabyte:** Opisany model opieki dotyczy zarówno dziewczynek z zakażeniem wertykalnym (nabytym przy porodzie), jak i przypadków zakażenia nabytego u młodej dziewczynki, która nie ukończyła 18. roku życia.
- **Opieka koordynowana:** Niezależnie od przyczyny choroby, pacjentka powinna być objęta wielospecjalistyczną opieką, która obejmuje wsparcie pediatryczne, psychologiczne i ginekologiczne. Opieka psychologiczna jest nieodłącznym elementem opieki nad nastolatkiem, najczęściej dostępna w placówkach opieki koordynowanej nad pacjentami z chorobami przewlekłymi. Nastolatki mogą mieć często problem z otwartym mówieniem o seksualności i używkach, co jest niezbędne dla pełnej opieki.

mgr Ewa Ślarzyńska

Instytucje i placówki opiekuńczo-wychowawcze oraz oświatowe



HIV, choć dzięki nowoczesnej terapii antyretrowirusowej stał się chorobą przewlekłą, nadal wiąże się z wyzwaniami społecznymi, psychologicznymi i edukacyjnymi. Osoby żyjące z HIV, w tym dzieci i młodzież, często doświadczają stygmatyzacji, izolacji oraz trudności w dostępie do edukacji i opieki. W tym kontekście kluczową rolę odgrywają instytucje opiekuńczo-wychowawcze oraz placówki oświatowe, które zapewniają wsparcie w wymiarze zdrowotnym, wychowawczym i edukacyjnym.



” Instytucje opiekuńczo-wychowawcze oraz placówki oświatowe zapewniają wsparcie w wymiarze zdrowotnym, wychowawczym i edukacyjnym. ”



Placówki opiekuńczo-wychowawcze w Polsce działają w ramach systemu pieczy zastępczej i obejmują m.in.:

- placówki socjalizacyjne (np. domy dziecka),
- placówki interwencyjne (pogotowia opiekuńcze),
- placówki specjalistyczno-terapeutyczne,
- placówki rodzinne (rodzinne domy dziecka).

Ich główne zadania to:

- zapewnienie całodobowej opieki i wychowania,
- zaspokajanie potrzeb zdrowotnych, emocjonalnych i rozwojowych,
- umożliwienie dostępu do kształcenia,
- prowadzenie działań terapeutycznych i psychologicznych.

W przypadku dzieci i młodzieży żyjących z HIV placówki te mogą pełnić funkcję ochronną i edukacyjną, zapewniając:

- bezpieczne środowisko wolne od stygmatyzacji,
- kontynuację leczenia ARV we współpracy z placówkami medycznymi,
- wsparcie psychologiczne dla dziecka i jego rodziny.

Szkoły i ośrodki edukacyjne odgrywają kluczową rolę w integracji osób żyjących z HIV. Ich zadania obejmują:

- indywidualizację procesu nauczania dla dzieci z problemami zdrowotnymi,
- edukację rówieśników w zakresie HIV/AIDS, co zmniejsza ryzyko stygmatyzacji,
- współpracę z organizacjami pozarządowymi w realizacji programów profilaktycznych.

W Polsce funkcjonują liczne inicjatywy edukacyjne:

- Krajowe Centrum ds. AIDS prowadzi programy szkoleniowe dla nauczycieli i personelu medycznego oraz udostępnia materiały edukacyjne online,
- organizacje takie jak „Pozytywni w Tęczy” czy Fundacja Edukacji Społecznej realizują warsztaty w szkołach, kampanie społeczne i grupy wsparcia dla osób HIV+ oraz ich bliskich.

Placówki opiekuńczo-wychowawcze i szkoły, we współpracy z organizacjami pozarządowymi, oferują:

- grupy wsparcia dla dzieci i młodzieży HIV+,
- pomoc socjalną (dożywianie, odzież, materiały edukacyjne),
- poradnictwo prawne i psychologiczne dla rodzin.

Takie działania są kluczowe w przeciwdziałaniu wykluczeniu społecznemu i poprawie jakości życia osób zakażonych.

Pomimo rozwoju systemu opieki wciąż istnieją bariery:

- stygmatyzacja w środowisku szkolnym,
- brak wiedzy personelu o specyfice HIV,
- niewystarczająca liczba programów integracyjnych.



Rekomendowane działania:

- szkolenia dla nauczycieli i wychowawców,
- wprowadzenie obowiązkowych treści o HIV/AIDS do programów nauczania,
- rozwój sieci placówek specjalistycznych i grup wsparcia.

Instytucje opiekuńczo-wychowawcze i placówki oświatowe są fundamentem systemu wsparcia dla osób żyjących z HIV. Ich rola wykracza poza opiekę – obejmuje edukację, integrację społeczną i przeciwdziałanie stygmatyzacji. Współpraca z organizacjami pozarządowymi oraz rozwój programów edukacyjnych to klucz do budowania społeczeństwa otwartego i świadomego.

Jak uzyskać pomoc dla dziecka z HIV – od diagnozy do orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego



Diagnoza HIV u dziecka to dla rodziców ogromne wyzwanie – zarówno emocjonalne, jak i organizacyjne. Poza leczeniem medycznym kluczowe jest zapewnienie dziecku odpowiednich warunków edukacyjnych i psychologicznych. W Polsce istnieje system wsparcia, który obejmuje placówki opiekuńczo-wychowawcze, poradnie psychologiczno-pedagogiczne oraz szkoły.

1. Pierwszy krok – diagnoza i wsparcie medyczne

- Po potwierdzeniu zakażenia HIV u dziecka należy pozostać w stałym kontakcie z lekarzem chorób zakaźnych i rozpocząć terapię antyretrowirusową (ARV).
- Warto zapytać lekarza o skierowanie do psychologa dziecięcego – wsparcie emocjonalne jest równie ważne jak leczenie.
- Jeśli pojawiają się trudności w rozwoju lub funkcjonowaniu dziecka, warto od razu pomyśleć o konsultacji w poradni psychologiczno-pedagogicznej.

2. Poradnia psychologiczno-pedagogiczna – dlaczego jest ważna

Poradnia jest miejscem, gdzie można:

- uzyskać diagnozę funkcjonowania dziecka (psychologiczną, pedagogiczną),
- otrzymać opinię o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju (dla dzieci przed rozpoczęciem nauki),
- rozpocząć procedurę uzyskania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego.

3. Jak uzyskać orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego

To dokument, który daje dziecku prawo do:

- indywidualnych metod nauczania,
- dodatkowych zajęć rewalidacyjnych,
- wsparcia nauczyciela wspomagającego,
- dostosowania warunków edukacyjnych do potrzeb zdrowotnych.



Procedura krok po kroku:

1. Złóż wniosek w poradni psychologiczno-pedagogicznej właściwej dla miejsca zamieszkania lub szkoły.

2. Dołącz:

- zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka,
- dokumentację medyczną (np. potwierdzenie zakażenia HIV),
- opinię ze szkoły/przedszkola,
- wyniki badań psychologicznych i pedagogicznych (jeśli są).

3. Zespół orzekający przeprowadzi analizę i wyda orzeczenie.

4. Co daje orzeczenie

- Szkoła opracowuje Indywidualny Program Edukacyjno-Terapeutyczny (IPET).
- Możliwe jest skierowanie dziecka do:
 - szkoły ogólnodostępnej z dodatkowym wsparciem,
 - klasy integracyjnej,
 - szkoły specjalnej (jeśli zaleci zespół orzekający).
- Rodzic ma prawo uczestniczyć w tworzeniu IPET i współdecydować o formach pomocy.

5. Wsparcie psychologiczne i społeczne dla rodziny

Rodzice mogą korzystać z:

- programów wsparcia dla rodzin żyjących z HIV (np. Szpital Specjalistyczny w Chorzowie prowadzi projekt obejmujący pomoc psychologiczną, warsztaty dla rodziców i grupy wsparcia),

- organizacji pozarządowych, takich jak:
 - Fundacja Edukacji Społecznej,
 - Stowarzyszenie Wolontariuszy Wobec AIDS „Bądź z Nami”,
 - „Pozytywni w Tęczy” – oferują konsultacje, grupy wsparcia, szkolenia dla rodziców.

Droga od diagnozy HIV do uzyskania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego wymaga zaangażowania, ale daje dziecku szansę na bezpieczną i dostosowaną edukację. Kluczowe jest szybkie działanie: kontakt z poradnią, zebranie dokumentów i współpraca ze szkołą. Pamiętaj, że nie jesteś sam – istnieją programy wsparcia i organizacje, które pomogą Ci przejść przez ten proces.

Jak uzyskać pomoc dla dziecka z HIV – wskazówki:

ETAP 1: Po diagnozie

- 1) Skontaktuj się z lekarzem chorób zakaźnych i rozpocznij terapię ARV.
- 2) Zapytaj o skierowanie do psychologa dziecięcego.
- 3) Zbierz dokumentację medyczną (wyniki badań, zaświadczenie o zakażeniu HIV).

ETAP 2: Wsparcie psychologiczno-pedagogiczne

- 1) Umów wizytę w poradni psychologiczno-pedagogicznej, podczas której wykonana zostanie diagnoza funkcjonalna dziecka.

ETAP 3: Wniosek o orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego

Złóż wniosek o wydanie orzeczenia, do którego dołącz zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia, dokumentację medyczną (HIV), opinię ze szkoły/przedszkola, wyniki badań psychologicznych/pedagogicznych.

mgr Ewa Ślarzyńska

Pomoc socjalna, prawna i rehabilitacyjna dla rodziców dzieci żyjących z HIV



Zakażenie HIV u dziecka to dla rodziców ogromne wyzwanie – zarówno emocjonalne, jak i organizacyjne. W Polsce istnieje system wsparcia, który obejmuje pomoc socjalną, prawną oraz rehabilitacyjną, a także programy edukacyjne i psychologiczne. Rodzice dzieci żyjących z HIV w Polsce mogą liczyć zatem na kompleksowe wsparcie. Kluczowe jest korzystanie z dostępnych programów i organizacji, które pomagają nie tylko w leczeniu, lecz także w poprawie jakości życia całej rodziny.

” Rodzice dzieci żyjących z HIV w Polsce mogą liczyć zatem na kompleksowe wsparcie. ”



Pomoc socjalna

Rodziny wychowujące dzieci żyjące z HIV mogą korzystać z następującej pomocy:

- **świadczenia rodzinne i zasiłki** – w tym zasiłek pielęgnacyjny oraz świadczenie pielęgnacyjne dla opiekunów dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności.
- zasiłek pielęgnacyjny – dla dziecka z orzeczeniem o niepełnosprawności,
- świadczenie pielęgnacyjne – dla opiekuna, który rezygnuje z pracy, aby opiekować się dzieckiem,
- zasiłek rodzinny i dodatki (np. z tytułu kształcenia i rehabilitacji dziecka),
- **pomoc z OPS (Ośrodki Pomocy Społecznej)** – możliwość uzyskania zasiłku celowego na leki, żywność czy opłaty mieszkaniowe,
- **wsparcie organizacji pozarządowych** – np. Stowarzyszenie Wolontariuszy Wobec AIDS „Bądź z Nami” czy Akademia Pozytywnego Życia oferują bezpłatne konsultacje z pracownikiem socjalnym, pomoc w uzyskaniu świadczeń oraz wsparcie w trudnych sytuacjach życiowych,
- **programy unijne i lokalne** – np. projekt realizowany przez Szpital Specjalistyczny w Chorzowie, który wspiera całe rodziny w zakresie poprawy jakości życia, kompetencji rodzicielskich i integracji społecznej.

Pomoc prawna

Rodzice mogą skorzystać z:

- **bezpłatnych porad prawnych** – dostępnych w ramach programów organizacji pozarządowych, takich jak Akademia Pozytywnego Życia, gdzie prawnicy pomagają w sprawach związanych z prawami pacjenta, ochroną danych medycznych czy uzyskaniem świadczeń,
- **wsparcia w sytuacjach dyskryminacji** – organizacje działające na rzecz osób żyjących z HIV oferują pomoc w dochodzeniu swoich praw w przypadku naruszeń, np. odmowy przyjęcia do placówki edukacyjnej czy problemów w pracy.

Pomoc rehabilitacyjna i medyczna

- **Stała opieka lekarska** – rodzice mają obowiązek zapewnić dziecku opiekę specjalistyczną. Leczenie antyretrowirusowe jest w Polsce bezpłatne i dostępne w ramach programu Ministerstwa Zdrowia.
- **Pomoc psychologiczna** – programy wsparcia obejmują terapię indywidualną i grupową dla dzieci oraz ich rodzin, co pomaga w adaptacji do życia z chorobą i w redukcji stresu.
- **Profilaktyka zakażeń wertykalnych** – kobiety w ciąży żyjące z HIV otrzymują leki, aby zminimalizować ryzyko przeniesienia wirusa na dziecko.

Organizacje i miejsca wsparcia

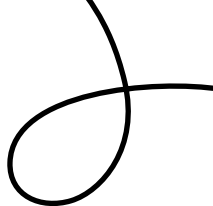
- **Akademia Pozytywnego Życia** – bezpłatne konsultacje prawne, psychologiczne, grupy wsparcia w Warszawie
- **Stowarzyszenie „Bądź z Nami”** – pomoc psychospołeczna, grupy wsparcia dla rodzin, telefon zaufania AIDS
- **Szpital Specjalistyczny w Chorzowie** – programy dla rodzin z dziećmi żyjącymi z HIV
- **Krajowe Centrum ds. AIDS** – edukacja, informacje o leczeniu ARV i profilaktyce

mgr Ewa Ślarzyńska

Zasiłki pielęgnacyjne



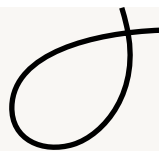
Jeśli opiekujesz się osobą z niepełnosprawnością lub sam(a) potrzebujesz stałego wsparcia, w Polsce dostępne są trzy kluczowe formy pomocy: świadczenie pielęgnacyjne (dla opiekunów), zasiłek pielęgnacyjny (dla osoby wymagającej opieki) oraz dodatek pielęgnacyjny z ZUS (dla emerytów/rencistów 75+ lub osób z niezdolnością do samodzielnej egzystencji). W artykule znajdziesz aktualne kwoty na 2025 r., zasady, różnice, przykłady i praktyczne checklisty, a także instrukcje krok po kroku, jak złożyć wniosek w urzędzie, MOPS/GOPS i w ZUS.



” Instytucje opiekuńczo-wychowawcze oraz placówki oświatowe zapewniają wsparcie w wymiarze zdrowotnym, wychowawczym i edukacyjnym. ”



Czym różnią się świadczenie vs. zasiłek vs. dodatek z ZUS

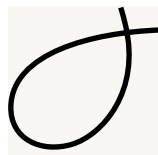


- **Świadczenie pielęgnacyjne** – pieniądze dla opiekuna dziecka z niepełnosprawnością (do 18. roku życia); od 2024 r. można je łączyć z pracą; w 2025 r. 3287 zł/mies.
- **Zasiłek pielęgnacyjny** – pieniądze dla osoby wymagającej opieki (dziecko z orzeczeniem, dorosły ze znacznym/umiarkowanym* stopniem lub 75+); 215,84 zł/mies.; wypłaca MOPS/GOPS; nie łączy się z dodatkiem z ZUS.
- **Dodatek pielęgnacyjny z ZUS** – dodatek do emerytury/renty dla osób 75+ (przyznawany z urzędu) lub całkowicie niezdolnych do pracy i samodzielnej egzystencji (na wniosek). Od 1.03.2025 r.: 348,22 zł/mies. (dla inwalidów wojennych – 522,33 zł/mies.).

* Umiarkowany – jeśli niepełnosprawność powstała do 21. roku życia.

Świadczenie pielęgnacyjne 2025

– zasady, kwoty, kto może otrzymać



Kwota w 2025 r.: 3287 zł/mies. (waloryzacja wraz z płacą minimalną). Świadczenie otrzymują opiekunowie dzieci z niepełnosprawnością do 18. roku życia; od 2024 r. można je łączyć z pracą zarobkową (zniesiono warunek rezygnacji z zatrudnienia). Świadczenie nie jest uzależnione od dochodu.

Kto może się starać (na nowych zasadach): rodzice, osoby z obowiązkiem alimentacyjnym (także małżonek), opiekun faktyczny, rodzina zastępcza spokrewniona, prowadzący rodzinny dom dziecka itp. – pod warunkiem, że dziecko ma orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności ze wskazaniem dotyczącym stałej opieki, współudziału w leczeniu/rehabilitacji/edukacji.

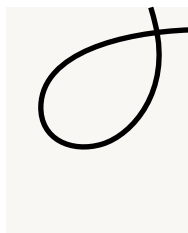
Prawa nabyte: osoby ze „starym” świadczeniem mogą pozostać przy tych zasadach lub przejść na „nowe” (wymaga rezygnacji z dotychczasowego świadczenia i złożenia nowego wniosku).

Dodatkowe reguły, o które najczęściej pytają rodziny:

- brak kryterium dochodowego i możliwość pracy bez limitów od 2024 r.,
- podwyższenie 100% na drugie i każde kolejne dziecko spełniające warunki (wymaga odrębnego wniosku o podwyższenie w MOPS/GOPS).

Zasiłek pielęgnacyjny 2025

– wysokość, komu przysługuje, kiedy nie przysługuje



Kwota w 2025 r.: 215,84 zł/mies.; przyznawany niezależnie od dochodu.

Cel: częściowe pokrycie kosztów opieki. Wypłaca MOPS/GOPS.

Komu przysługuje:

- dziecku z orzeczeniem o niepełnosprawności,
- osobie 16+ ze znacznym stopniem niepełnosprawności,
- osobie 16+ z umiarkowanym stopniem, jeśli niepełnosprawność powstała przed 21. r.ż.,
- seniorowi, który ukończył 75 lat.

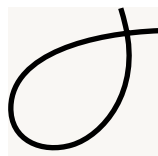
Wyłączenia:

- nie przysługuje osobie mającej dodatek pielęgnacyjny z ZUS,
- nie przysługuje osobie w placówce z całodobowym, nieodpłatnym utrzymaniem,
- wyłączenia przy zbiegu z zagranicznymi świadczeniami opiekuńczymi. [gov.pl]

Uwaga: w 2025 r. kwota nie została podwyższona – ostatnia weryfikacja systemowa nie zmieniła stawki; kolejna przewidziana najwcześniej w 2027 r.

Dodatek pielęgnacyjny z ZUS 2025

– dla kogo, ile wynosi, tryb przyznania



Czym jest: comiesięczny dodatek do emerytury/renty wypłacany przez ZUS osobom wymagającym stałej opieki.

Kwoty po waloryzacji od 1 marca 2025 r.:

- 348,22 zł/mies. – podstawowa kwota dodatku pielęgnacyjnego,
- 522,33 zł/mies. – dla inwalidów wojennych całkowicie niezdolnych do pracy i samodzielnej egzystencji.

Komu przysługuje:

- z urzędu – wszystkim emerytom/rencistom po 75. roku życia (ZUS nalicza automatycznie, bez wniosku),
- na wniosek – osobom poniżej 75. roku życia, jeżeli lekarz orzecznik/komisja ZUS stwierdzi całkowitą niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji (wymagane dokumenty medyczne).

Tego nie połączysz: dodatku ZUS nie można pobierać razem z zasiłkiem pielęgnacyjnym – przy zbiegu przysługuje jedno z nich (z reguły korzystniejsze jest pozostanie przy dodatku ZUS).

Porównanie w pigułce

Cecha	Świadczenie pielęgnacyjne	Zasiłek pielęgnacyjny	Dodatek pielęgnacyjny (ZUS)
Adresat	Opiekun dziecka z niepełnosprawnością (do 18. roku życia)	Osoba wymagająca opieki (dziecko/dorosły/75+)	Emeryt/rencista 75+ lub osoba z niezdolnością do samodzielnej egzystencji
Kwota 2025	3287 zł/mies.	215,84 zł/mies.	348,22 zł/mies. (522,33 zł – inwalida wojenny)
Dochód	Bez kryterium	Bez kryterium	Bez kryterium
Można łączyć z pracą	Tak (od 2024 r.)	Nd. (świadczenie dla osoby wymagającej opieki)	Nd.
Kto wypłaca	MOPS/GOPS	MOPS/GOPS	ZUS
Zbieg z innymi	Można równolegle pobierać zasiłek przez podopiecznego	Nie z dodatkiem ZUS	Nie z zasiłkiem pielęgnacyjnym
Podstawa prawna/ źródła	Nowe zasady od 2024 r. + kwota z 2025 r.	Zasady i kwota 215,84 zł	Kwoty po waloryzacji 1.03.2025 r.

Poradnik „Jak złożyć wniosek” – krok po kroku

Świadczenie pielęgnacyjne (dla opiekuna)

Gdzie składaś: wójt/burmistrz/prezydent miasta – w praktyce MOPS/GOPS/CUS właściwy dla miejsca zamieszkania; możliwa ścieżka online przez Emp@tia (jeśli urząd udostępnia).

Kroki:

1. Sprawdź orzeczenie dziecka

Musi być stopień znaczny lub orzeczenie o niepełnosprawności ze wskazaniem: stała/ długotrwała opieka, ograniczona samodzielna egzystencja, współudział opiekuna w leczeniu/ rehabilitacji/edukacji.

2. Wypełnij wniosek o ustalenie prawa do świadczenia pielęgnacyjnego (formularz urzędowy – urząd/strona gminy/Emp@tia).

3. Dołącz dokumenty:

- orzeczenie o niepełnosprawności/znacznym stopniu (z wymaganymi wskazaniem),
- dokument tożsamości opiekuna i dziecka,
- dokument potwierdzający opiekę (pokrewieństwo/opiekun faktyczny/rodzina zastępcza),
- oświadczenie o rezygnacji ze „starego” świadczenia – tylko gdy przechodzisz na nowe zasady,
- ewentualne dodatkowe załączniki wymagane lokalnie.

4. Złóż wniosek (osobiście/online).

Decyzja – zwykle do 30 dni od złożenia kompletu dokumentów. Wpłata – najczęściej 15. dnia miesiąca.

5. Druga i kolejne osoby:

złóż wniosek o podwyższenie (100% na drugie i każde kolejne dziecko spełniające warunki).

Zasiłek pielęgnacyjny (dla osoby wymagającej opieki)

Gdzie składać: MOPS/GOPS lub inna jednostka gminy właściwa dla miejsca zamieszkania.

Wzór wniosku – w Biuletynie Informacji Publicznej MRPiPS i w urzędzie.

Kroki:

1. Sprawdź prawo:

odpowiednia kategoria (dziecko z orzeczeniem/osoba 16+ ze stopniem znacznym/16+ z umiarkowanym powstałym przed 21. rokiem życia/75+). Upewnij się, że nie pobierasz dodatku pielęgnacyjnego z ZUS.

2. Wypełnij wniosek o zasiłek pielęgnacyjny (druk gminny/BIP).

3. Załączniki:

orzeczenie (lub decyzja o stopniu), dokument tożsamości, ewentualnie skrócony odpis aktu urodzenia dziecka/dokumenty pokrewieństwa – zgodnie z lokalną instrukcją.

4. Złóż wniosek w gminie (osobiście/elektronicznie, jeśli dostępne).

Decyzja – zwykle do 30 dni. Kwota: 215,84 zł/mies.

Dodatek pielęgnacyjny z ZUS (dla emeryta/rencisty 75+ albo osoby <75 lat z niezdolnością do samodzielnej egzystencji)

Gdzie składaasz: ZUS – oddział właściwy dla miejsca zamieszkania (najwygodniej przez PUE ZUS lub papierowo).

Kroki:

1. Jeśli masz 75+ i emeryturę/rentę:

nic nie składaasz; ZUS przyzna z urzędu od miesiąca po ukończeniu 75 lat.

2. Jeśli masz <75 lat:

złóż wniosek + dokumentację medyczną:

- zaświadczenie OL-9 od lekarza prowadzącego,
- orzeczenie lekarza orzecznika/komisji ZUS o całkowitej niezdolności do pracy i do samodzielnej egzystencji (ZUS kieruje na badanie).

3. Decyzja ZUS – po zakończeniu orzecznictwa.

Kwoty od 1.03.2025 r.: 348,22 zł/mies., a dla inwalidów wojennych – 522,33 zł/mies.



dr n. med. Magdalena Pluta

Dieta, sport, podróże



Noworodkom matek żyjących z HIV oraz niemowlętom zakażonym HIV zaleca się karmienie modyfikowanymi mieszankami mlecznymi. W pierwszym półroczu życia – mlekiem początkowym (1), w drugim półroczu – mlekiem następnym (2).

” Zawsze wybieraj mieszankę mleczną zgodnie z wiekiem dziecka. ”

Dieta

Skład preparatów do początkowego żywienia niemowląt (oznaczone numerem 1) w całości zaspokaja zapotrzebowanie na wszystkie niezbędne w tym okresie składniki odżywcze.

Preparaty do dalszego żywienia niemowląt (oznaczone numerem 2 i kolejnymi) przeznaczone są dla dzieci w okresie wprowadzania pokarmów uzupełniających.

Zawsze wybieraj mieszankę mleczną zgodnie z wiekiem dziecka, a w razie wątpliwości, problemów zdrowotnych (alergia, kolki, ulewianie) – skonsultuj się z pediatrą, który pomoże dobrać odpowiedni preparat.

W dobie skutecznego leczenia ARV kobieta żyjąca z HIV może karmić piersią (jednak nie dłużej niż przez 6 miesięcy). Jeśli planujesz karmienie naturalne, musisz spełnić szereg warunków (być skutecznie leczona, mieć 2 ujemne wyniki wirerii HIV z III trymestru, mieć oznaczoną wiramię HIV co 1 miesiąc przez cały okres karmienia piersią, dziecko nie może być niczym dokarmiane ani dopajane – tzw. wyłączone karmienie piersią). Ryzyko transmisji HIV przez karmienie piersią jest niższe niż 1%, ale nie równe „0”. Temat możliwości karmienia piersią powinien być szczegółowo omówiony z lekarzem prowadzącym terapię. W przypadku spełnienia powyższych kryteriów poproś o wydanie zaświadczenia do okazania na oddziale noworodkowym.

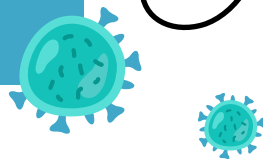
Z myślą o rodzicach i opiekunach najmłodszych dzieci (do ukończenia pierwszego roku życia) powstał poradnik, który w przystępny sposób przedstawia zasady rozszerzania diety niemowlęcia. Zawiera wiele praktycznych wskazówek oraz przykładowe jadłospisy.



Poradnik żywienia niemowląt. Krok po kroku od narodzin do pierwszych urodzin (bezpłatny PDF):

https://adst.mp.pl/s/www/pacjenci/poradnik_zywienie_2020_poprawione.pdf

Pamiętaj, urozmaicona dieta pod względem doboru potraw, jak i ich konsystencji, barwy oraz smaku wpływa na przyszłe preferencje żywieniowe dziecka.



Podczas wizyt lekarskich związanych z kwalifikacją do szczepień lub podczas bilansów zdrowia ocenia się wzrost, przyrost masy ciała oraz obwód głowy w celu monitorowania prawidłowego rozwoju niemowlęcia.

Po pierwszym roku życia dziecka liczba posiłków zmniejsza się do 4–5/dobę.

Dziecko powinno spożywać 3 posiłki podstawowe (tj. śniadanie, obiad i kolacja) i 2 uzupełniające (II śniadanie i podwieczorek), z 3–4-godzinną przerwą pomiędzy nimi. Bardzo ważna jest **REGULARNOŚĆ** w celu wyrobienia u dziecka właściwych nawyków żywieniowych.

Cenną pomocą w dokonywaniu pozornie prostych, jednak niezwykle istotnych wyborów żywieniowych jest:



Poradnik żywienia dziecka w wieku od 1. do 3. roku życia (bezpłatny PDF):

https://imid.med.pl/files/imid/Do%20pobrania/Poradnik%20C5%BCywienia%20dzieci_1-3_IMiD_FINAL.pdf

Uczy organizacji posiłków, doboru produktów w diecie, a także przygotowywania potraw w pierwszych latach życia dziecka. Pozwala zapobiec następstwom błędów dietetycznych, takim jak: wybiórczość pokarmowa, nadwaga, otyłość.

Pamiętaj, niewłaściwa dieta nie zawsze wynika z sytuacji ekonomicznej, lecz często z nieodpowiednich wyborów dokonywanych przy zakupach.

Dzieci i nastolatki z nowo rozpoznanym zakażeniem HIV wymagają szczególnej uwagi ze względu na potrzeby żywieniowe, których zaspokojenie jest niezbędne dla prawidłowego rozwoju i dojrzewania. Zwiększone zapotrzebowanie energetyczne występuje w okresie intensywnego wzrostu, wysiłku oraz infekcji.

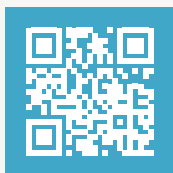
Odpowiednie odżywianie, które najlepiej osiągnąć poprzez spożywanie zbilansowanej, zdrowej diety, ma kluczowe znaczenie dla zdrowia.

Rodzaj pokarmu i sposób jego przygotowania są równie ważne jak ilość i częstość spożywanych posiłków. Zbilansowana dieta jest lepsza niż suplementy.

W przypadku niedożywienia, zaburzeń wchłaniania oraz przewlekłych biegunk wynikających z nieleczonego dotąd zakażenia HIV stosuje się zindywidualizowaną dietę skonsultowaną z dietetykiem klinicznym.

W dobie skutecznego leczenia antyretrowirusowego (zwłaszcza inhibitorami integrazy) u osób dorosłych obserwuje się przyrost masy ciała i towarzyszące mu zaburzenia poziomu glukozy oraz lipidów we krwi. W efekcie zalecenia żywieniowe dla nastolatków żyjących z HIV nie różnią się w swoich założeniach od zaleceń dla populacji ogólnej.

Talerz Zdrowego Żywienia to graficzny model zasad zdrowego odżywiania oraz prawidłowego komponowania codziennych posiłków. Podział na części symbolizuje udział różnych grup produktów spożywczych, które powinny dominować w jadłospisie. Wyszczególniono produkty, które należy ograniczać lub ich unikać.

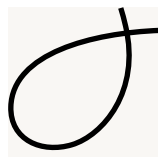


Talerz Zdrowego Żywienia (bezpłatne e-booki oraz porady dietetyczne):

<https://ncez.pzh.gov.pl/>

W przypadku diety wegetariańskiej, wegańskiej lub innej eliminacyjnej zasięgnij porady dietetycznej w celu zapewnienia sobie wszystkich niezbędnych składników odżywczych.

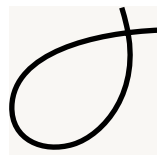
Leczenie antyretrowirusowe a pożywienie



Niektóre substancje antyretrowirusowe mogą wchodzić w interakcje z pokarmem, powodując toksyczność leku lub obniżając jego stężenie (skuteczność). Unikaj ziół i suplementów diety o niepewnym składzie. Na metabolizm leków mogą wpływać również grejpfruty.

Część z leków powinna być przyjmowana na pusty żołądek, a inne – wraz z pożywieniem (niekiedy z uwzględnieniem jego konkretnego składu). Postępuj zgodnie z zapisem w ulotce oraz zaleceniami lekarskimi.

Sport



Aktywność fizyczna ma decydujące znaczenie dla zdrowia, długości życia i dobrego samopoczucia. Osoby żyjące z HIV mogą wykonywać te same rodzaje aktywności fizycznej i ćwiczeń co osoby niezakażone. Dzieci żyjące z HIV mogą, a nawet powinny, uprawiać sport!

Im młodsze dziecko, tym większa aktywność ruchowa. Najlepiej bawić się na zewnątrz: na podwórku, boisku lub placu zabaw.

Wśród nastolatków zachowanie chęci oraz motywacji do utrzymania aktywności ruchowej bywa krytycznie niskie. Spędzanie czasu przed ekranem komputera czy smartfona ma niekorzystne skutki dla ogólnej kondycji fizycznej i psychicznej. Kluczowa jest zatem zachęta do uprawiania różnorodnych sportów odpowiednich do wieku, dających jak najwięcej radości. Gry zespołowe mają ogromny aspekt społeczny: uczą współpracy, komunikacji i zasad fair play, a także pomagają nawiązywać przyjaźnie.

Ruch zapewnia prawidłowe funkcjonowanie organizmu, wpływa na układ odpornościowy, przeciwdziałając infekcjom. Rozładowuje napięcie, poprawia nastrój, samoocenę oraz sen. Może zapobiec zaburzeniom takim jak depresja.

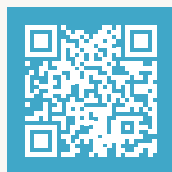
Wśród dzieci i młodzieży dziennie wymaga się średnio 60 minut aktywności o umiarkowanej lub dużej intensywności aerobowej. Ćwiczenia wzmacniające mięśnie i kości powinny być wykonywane 3 razy w tygodniu. Więcej informacji na temat korzystnego wpływu aktywności fizycznej oraz jej form (ćwiczenia wytrzymałościowe, wzmacniające, siłowe itd.) znajdziesz w bezpłatnym folderze Narodowego Centrum Edukacji Żywnościowej:



Aktywność fizyczna dzieci i młodzieży (bezpłatny folder Narodowego Centrum Edukacji Żywnościowej):

<https://ncez.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2021/03/aktywnosc-fizyczna-dzieci-i-mlodziezy.pdf>

Przykładowe plany treningowe (ogólnorozwojowy, poprawiający postawę, angażujący mięśnie) dostępne są na portalu wspierającym osoby żyjące z HIV:



Przykładowe plany treningowe:

<https://www.leczhiv.pl/index.php>

Wyczynowe, zawodowe uprawianie sportu zawsze wymaga konsultacji z lekarzem.

Podróże

Podróżowanie z dzieckiem żyjącym z HIV jest zazwyczaj bezpieczne i możliwe. Ryzyko zdrowotne zależy od rejonu świata oraz planowanej aktywności.

Zagraniczne podróże wymagają starannego przygotowania (z kilkutygodniowym wyprzedzeniem):

- Skorzystaj z poradnictwa przedwyjazdowego (w ramach medycyny podróży) w sprawie szczepień (obowiązkowych i zalecanych) oraz profilaktyki przeciwmalarycznej.
- Sprawdź regulacje w kraju docelowym (niektóre mają ograniczenia wizowe lub wyjazdowe dla osób żyjących z HIV); skorzystaj ze stron:
<https://www.positivedestinations.info/countries-database/>
www.hivtravel.org
<https://www.aidsmap.com/about-hiv/hiv-and-travel>
- Zabierz wystarczającą ilość leków w oryginalnych opakowaniach (nawet podwójny zapas).
- Leki rozdziel do kilku bagaży na wypadek zagubienia.
- W bagażu podręcznym miej zaświadczenie lekarskie (najlepiej po angielsku) potwierdzające potrzebę przyjmowania leków antyretrowirusowych.
- Stosuj uniwersalne środki ostrożności (higiena żywności i wody; unikaj ukłuć owadów czy kontaktu ze zwierzętami).
- Wykup ubezpieczenie podróżne.



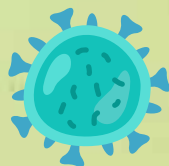
Dzieci i nastolatki żyjące z HIV mogą być uczestnikami kolonii i obozów pod warunkiem zapewnienia przez organizatora poufności statusu serologicznego, aby zapobiec stygmatyzacji i wykluczeniu z grupy.

Obecnie leczenie antyretrowirusowe uwzględnia funkcjonowanie oraz tryb życia pacjentów i dąży do uproszczenia. Terapie są jednodawkowe, a od niedawna również długodziałające, w których podanie domięśniowe leku odbywa się raz na dwa miesiące.

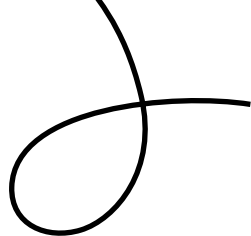
Terapie iniekcyjne zapewniają większą prywatność i zwiększają przestrzeganie zaleceń terapeutycznych wśród nastolatków. Zapytaj lekarza o możliwość zmiany na długodziałające leki iniekcyjne (LAI).

dr n. med. Magdalena Pluta, prof. dr hab. n. med. Justyna D. Kowalska

Zmiana opieki z pediatrycznej na ośrodek dla dorosłych



Czy kończąc 18 lat, musisz zmienić ośrodek z pediatrycznego na ten dla dorosłych?



NIEKONIECZNIE!

- Możesz rozpocząć leczenie w poradni specjalistycznej dla dorosłych.
- Możesz też zostać czasowo lub na stałe w poradni dziecięcej, jeśli lekarz prowadzący wystąpi o to do oddziału NFZ.

Co stanowi warunek przejścia do opieki dla dorosłych?

- Po pierwsze, Twoja gotowość do zmiany ośrodka.
- Po drugie, Twój aktywny udział w leczeniu.

Na czym polega zaangażowanie w proces terapeutyczny?

- Znasz rozpoznanie i swoje wyniki badań.
- Rozumiesz istotę swojej choroby (wiesz, czym jest wirus HIV; znasz drogi zakażenia; masz pełną wiedzę na temat choroby i optymalnego leczenia).
- Wiesz, skąd czerpać wiedzę nt. choroby.
- Wybierasz opcje leczenia z lekarzem (doustne vs. długodziałające), pytasz o jego skutki i alternatywy.
- Samodzielnie przygotowujesz leki i orientujesz się w ich ilości.
- Zgłaszasz objawy i reakcje na leczenie.
- Znasz konsekwencje przerywania terapii.
- Przestrzegasz zaleceń.
- Umawiasz terminy wizyt.

Jak Twój lekarz prowadzący może Ci pomóc w przejściu do poradni dla dorosłych?

- Lekarz specjalista z poradni dla dzieci przygotowuje dokumentację zawierającą przebieg dotychczasowego leczenia.
- Pomaga Ci wybrać specjalistyczną poradnię dla dorosłych, w której będziesz kontynuował leczenie (ostateczna decyzja o wyborze ośrodka dla dorosłych należy do Ciebie).
- Zapewnia kontakt z psychologiem z ośrodka pediatrycznego przynajmniej we wstępnym okresie po zmianie.

Jak będzie wyglądało leczenie w poradni dla dorosłych?

- Pierwsza wizyta potrwa zapewne dłużej niż kolejne.
- Powinieneś mieć ze sobą całą dokumentację medyczną, którą przygotował lekarz prowadzący z poradni dla dzieci – na jej podstawie lekarz zapozna się z Twoją całą dotychczasową historią choroby.
- Zostanie zebrany z Tobą wywiad na temat stanu zdrowia, przyjmowanych leków oraz trybu życia.
- Omówiony zostanie plan dalszego leczenia (częstotliwość wizyt, zakres badań laboratoryjnych) oraz przysługujące Ci świadczenia w poradni dla dorosłych (tj. konsultacje specjalistyczne, skierowania na rehabilitację, a w przypadku leczenia uzależnień – psychoterapia i programy terapeutyczne).
- Otrzymasz zapas leków do czasu kolejnej wizyty.

Czy wiesz, gdzie możesz sprawdzić historię swojego leczenia?

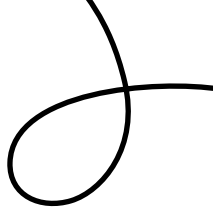
- Na Internetowym Koncie Pacjenta (już od 16. roku życia) – bezpłatnej aplikacji Ministerstwa Zdrowia dostępnej przez stronę pacjent.gov.pl, dającej dostęp do podstawowych dokumentów medycznych: e-recept, e-skierowań.



Jak ujawnić rozpoznanie – porady dla rodziców



Przekazanie dziecku informacji o zakażeniu HIV jest trudne dla rodziców/opiekunów. Dobrze przeprowadzone ujawnienie ma kluczowe znaczenie dla zdrowia psychicznego dziecka i budowania zaufania w relacji z rodzicem. Dzieci, które znają swój status, lepiej rozumieją leczenie i lepiej w nim współpracują.



„ Dobrze przeprowadzone ujawnienie ma kluczowe znaczenie dla zdrowia psychicznego dziecka. „

Ujawnienie rozpoznania to nie jednorazowa rozmowa



To proces rozłożony w czasie, dostosowany do wieku i rozwoju dziecka. Powinien się on opierać na prawdziwych informacjach, przekazywanych stopniowo, w sposób zrozumiały i bezpieczny, z przestrzenią na pytania i emocje.

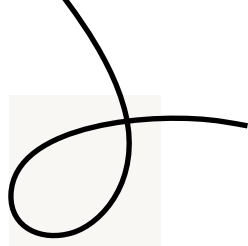
Najlepiej, gdy informacje przekazuje rodzic lub opiekun



To daje dziecku poczucie bezpieczeństwa i wzmacnia zaufanie. Lekarz lub psycholog może pomóc w przygotowaniu rozmowy albo wziąć w niej udział, jeśli rodzic czuje się zbyt obciążony – ale nie powinien całkowicie zastępować rodzica bez wyraźnej potrzeby.

Nie odkładaj rozmowy zbyt długo. Za ostateczny moment ujawnienia rozpoznania uznaje się 12. rok życia. Starsze dzieci często same zaczynają sprawdzać nazwy leków w internecie lub zauważają powtarzalne wizyty w specjalistycznych poradniach. Takie fakty łatwo połączyć. Przypadkowe odkrycie prawdy może być bardziej traumatyczne niż spokojna, zaplanowana rozmowa.

Kiedy i jak zacząć rozmowę



Wczesne dzieciństwo (ok. 4–6 lat)

Na tym etapie nie używa się pojęcia „HIV”. Dziecko potrzebuje prostych wyjaśnień dotyczących leczenia i swojego ciała. Możesz powiedzieć, że w jego organizmie jest wirus („masz w ciele małe zarazki, dlatego bierzesz lekarstwa”) i wymaga to codziennego przyjmowania leków, aby dziecko dobrze się czuło i nie chorowało.

Najważniejszym celem jest normalizacja leczenia, wypracowanie rutyny przyjmowania leków i budowanie poczucia bezpieczeństwa. Nie nazywaj leków „witaminami”, bo to nieprawda i nie wymusza regularności ich przyjmowania. Zamiast tego używaj prostych, prawdziwych wyjaśnień: „leki pomagają Twojemu ciału być silnym”, „to są leki, które chronią Twoje zdrowie”, „pomagają organizmowi walczyć z wirusem”, „dbamy o Twoje zdrowie”, „dzięki tym lekom możesz się bawić, chodzić do szkoły i robić wszystko jak inne dzieci”.

Możesz też powiedzieć, że bierzecie te same leki, z tego samego powodu, „leczymy się razem” – to też będzie budowało dodatkowe poczucie wspólnoty i wsparcia.

Dzieci w tym wieku myślą konkretnie i magicznie – mogą wierzyć, że choroba jest „karą”, dlatego warto im jasno podkreślać, że „to niczyja wina”, „tak się zdarza, nie tylko my bierzemy leki”.

Wiek wczesnoszkolny (7–10 lat)

Dziecko zaczyna rozumieć pojęcia zdrowia i choroby, w tym czasie warto zatem wprowadzać więcej informacji o chorobie i odporności. Używaj prostych wyjaśnień, np. „w Twoim ciele jest wirus, który może osłabiać odporność, dlatego lekarstwa pomagają Ci być zdrowym”, „Twoje leczenie działa i Cię chroni”, „wiele osób żyje z tym wirusem i dzięki lekom są zdrowe”.

Ważne, aby orientować się, na ile dziecko rozumie pojęcie tajemnicy i czy jest w stanie jej dochować. Ujawnienie zakażenia dziecku może być Waszą rodzinną tajemnicą, której nie zdradza się przypadkowym ludziom. Można określić konkretną grupę osób, które mogą o niej wiedzieć (np. rodzina, lekarz).

To dobry moment, by stopniowo wprowadzić nazwę wirusa – HIV – oraz wyjaśnić, że dzięki leczeniu można prowadzić normalne życie. „Nie można zarazić się nim przez przytulanie, wspólną zabawę czy siedzenie obok, przez pływanie w basenie, korzystanie z toalety ani wspólne jedzenie”. Warto podkreślać, że jest to jedna z wielu chorób przewlekłych, nie przenosi się przez codzienne kontakty, a dzięki przyjmowanym lekom można z nią żyć normalnie.

Okres przednastolatkowy (10–12 lat)

Jest to kluczowy moment ujawnienia, ponieważ dziecko zaczyna intensywnie porównywać się z rówieśnikami i rozumieć społeczne konsekwencje choroby.

W tym okresie należałoby wyjaśnić, czym jest wirus i jak działa leczenie. Ważne, aby podkreślić, że HIV pozostaje chorobą przewlekłą pod warunkiem regularnego przyjmowania leków. Warto wzmacniać perspektywę przyszłości: „możesz żyć długo i normalnie”, „możesz mieć przyjaciół, pracę, rodzinę, zdrowe dzieci”.

Na tym etapie należy powiedzieć, że zakażenie było wrodzone – spokojnie i bez obwiniania kogokolwiek. Nie trzeba wchodzić w trudne szczegóły. Dziecko nie powinno czuć się odpowiedzialne za emocje dorosłych. „Miałeś/miałaś tego wirusa w organizmie od bardzo wczesnego etapu życia”, „to nie jest niczyja wina”. Ważne jest dalsze normalizowanie leczenia: „leki Cię chronią”, „dzięki nim wirus pozostaje pod kontrolą”, „dlatego tak ważne jest regularne przyjmowanie tabletek”, „jeśli kiedyś będziesz mieć dość lub będzie to trudne – powiedz mi, poszukamy razem rozwiązania”.

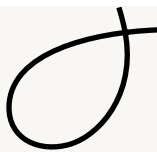
To również czas na dalsze rozmowy o prywatności informacji medycznej oraz o tym, komu i w jakich sytuacjach można mówić o HIV. „Zawsze możesz zapytać mnie, jeśli nie wiesz, czy komuś powiedzieć”, „to jest Twoja prywatna sprawa zdrowotna”.

Okres dorastania (13+)

Nastolatek powinien otrzymać pełną, rzetelną wiedzę dotyczącą HIV i jego leczenia oraz zapobiegania transmisji. Można włączyć nastoletnie dziecko w decyzje medyczne. Rozmowy powinny obejmować kwestie zdrowia seksualnego, odpowiedzialności i przyszłych relacji.

Można odnosić się do zasady „niewykrywalny = niezakażający” (Undetectable = Untransmittable).

Na tym etapie należy rozmawiać otwarcie, bez infantylizowania. Warto podejmować też temat stygmatyzacji i sposobów radzenia sobie z nią.

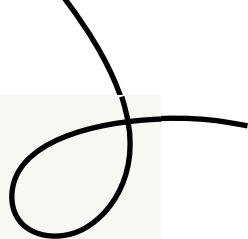


Emocje dziecka są naturalne

Po dowiedzeniu się o zakażeniu dziecko może doświadczać złości, smutku, lęku, a czasem obojętności. Każda z tych reakcji jest naturalna i wymaga akceptacji. Rolą dorosłego nie jest „naprawienie” emocji dziecka, lecz stworzenie bezpiecznej przestrzeni do ich wyrażenia. „Widzę, że to trudne – masz prawo tak się czuć”, „możesz być zły/smutny/przestraszony – to normalne”, „nie musimy teraz wszystkiego omawiać”.

Dobrze jest jasno powiedzieć, że można w każdej chwili o tym dalej rozmawiać i że dziecko zawsze może zadawać pytania – nawet po długim czasie.

Czego unikać



Unikaj odkładania rozmowy w nieskończoność. Najprawdopodobniej dziecko wtedy samo się domyśli lub dowie w inny sposób. Nie przekazuj informacji w silnych emocjach, nie strasz konsekwencjami. Staraj się unikać przekazywania zbyt wielu informacji naraz.

Dlaczego warto mówić



Dobrze przeprowadzone ujawnienie poprawia współpracę dziecka w leczeniu, zmniejsza ryzyko problemów psychicznych w wieku dorastania, wzmacnia poczucie sprawczości, buduje trwałe zaufanie między dzieckiem a opiekunem. Jeśli rozmowa wydaje się zbyt trudna, warto poprosić o pomoc psychologa lub lekarza prowadzącego – jako wsparcie dla rodzica, nie zastępstwo relacji.

Kluczowe zasady, niezależnie od wieku dziecka:

- ujawnienie to proces, nie jednorazowa rozmowa,
- informacje muszą być stopniowane,
- zawsze zapewnij wsparcie emocjonalne,
- sprawdzaj, co dziecko zrozumiało,
- przygotuj się na różne reakcje (złość, smutek, obojętność).



Unikaj odkładania rozmowy
w nieskończoność.



Piśmiennictwo:

Aidsinfo/unadis data 2025.

Kompendium dla pacjentów i ich rodzin na temat zakażenia HIV. GILEAD, Warszawa 2025.

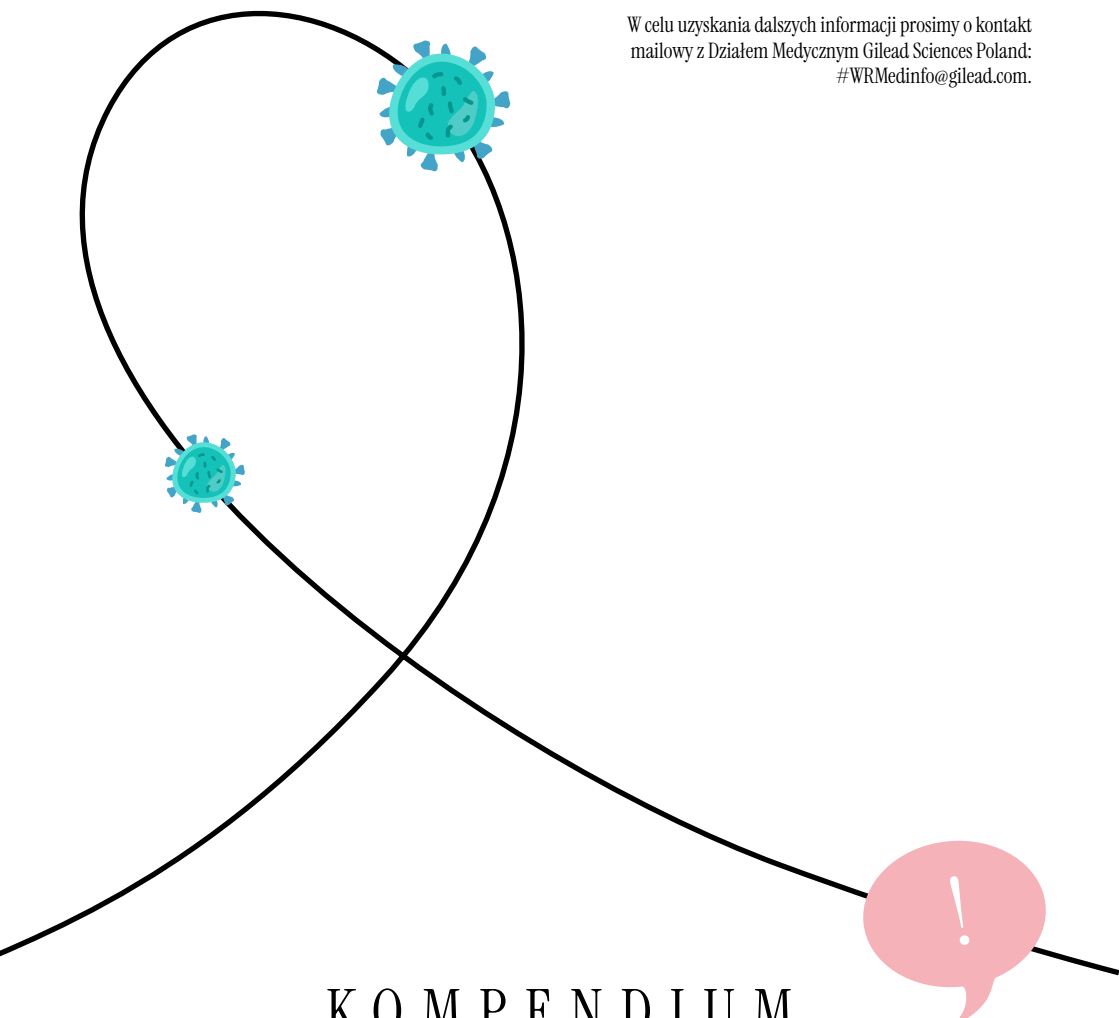
Program szczepień ochronnych na 2026 rok. Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 31 października 2025 r., www.gis.gov.pl.

Zasady opieki nad osobami żyjącymi z HIV. Zalecenia PTN AIDS 2025. Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS, 2025.

Stanowisko Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego: Pierwsza wizyta osoby małoletniej u lekarza ginekologa. Ginekologia i Perinatologia Praktyczna 2016; 1(2): 83–85.

Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation. (2018). Disclosure of Pediatric and Adolescent HIV Status Toolkit [Toolkit]. New Horizons Advancing Pediatric HIV Care Collaborative. https://pedaids.org/wp-content/uploads/2019/01/NewHorizonsDisclosureToolkit_FINAL.pdf.

W celu uzyskania dalszych informacji prosimy o kontakt
mailowy z Działem Medycznym Gilead Sciences Poland:
#WRMedinfo@gilead.com.



K O M P E N D I U M

Podstawowe informacje o HIV u dziecka oraz wskazówki
dla opiekunów dzieci żyjących z tym wirusem



Gilead Sciences Poland Sp. z o.o.
ul. Postępu 17A, 02-676 Warszawa, tel. +48 22 262 87 02

PL-UNB-0943. Data przygotowania: 03.2026.