

K O M P E N D I U M

dla pacjentów i ich rodzin
na temat zakażenia HIV



K O M P E N D I U M

dla pacjentów i ich rodzin
na temat zakażenia HIV



Gilead Sciences Poland Sp. z o.o.
ul. Postępu 17A, 02-676 Warszawa, tel. +48 22 262 87 02
PL-UNB-0771. Data przygotowania: 06.2025

ISBN 978-83-67471-37-4



Piśmiennictwo:

1. Parczewski M. i in. (red.) Zasady opieki nad osobami żyjącymi z HIV. Zalecenia PTN AIDS 2024. Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS, 2024. Dostępne na: <https://ptnaids.pl/rekomendacje-ptn-aids-2024/>, data dostępu: 22.04.2025.
2. Wytyczne WHO dotyczące aktywności fizycznej i siedzącego trybu życia. Dostępne na: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341120/WHO-EURO-2021-1204-40953-58211-pol.pdf?sequence=1>, data dostępu: 22.04.2025.
3. Liverpool HIV Interaction. Dostępne na: www.hiv-druginteractions.org, data dostępu: 22.04.2025.
4. EACS Guidelines. Dostępne na: <https://www.eacsociety.org/guidelines/eacs-guidelines/>, data dostępu: 22.04.2025.
5. <https://aids.gov.pl/>, data dostępu: 22.04.2025.
6. Worobey M. i in. 1970s and 'Patient 0' HIV-1 genomes illuminate early HIV/AIDS history in North America. Nature 2016; 539: 98–101.

Redakcja naukowa: Iwona Cielniak

Pod redakcją: Bogusz Aksak-Wąs,
Monika Bociąga-Jasik, Iwona Cielniak,
Ewa Firląg-Burkacka, Małgorzata Inglot,
Elżbieta Jabłonowska, Paweł Jakubowski,
Justyna D. Kowalska, Elżbieta Mularska,
Anita Olczak, Piotr Pulik, Błażej Rozpłochowski,
Ewa Siwak, Bogna Szymańska-Kotwica,
Alicja Wiercińska-Drapało, Stella Zielińska

ISBN 978-83-67471-37-4
Warszawa 2025

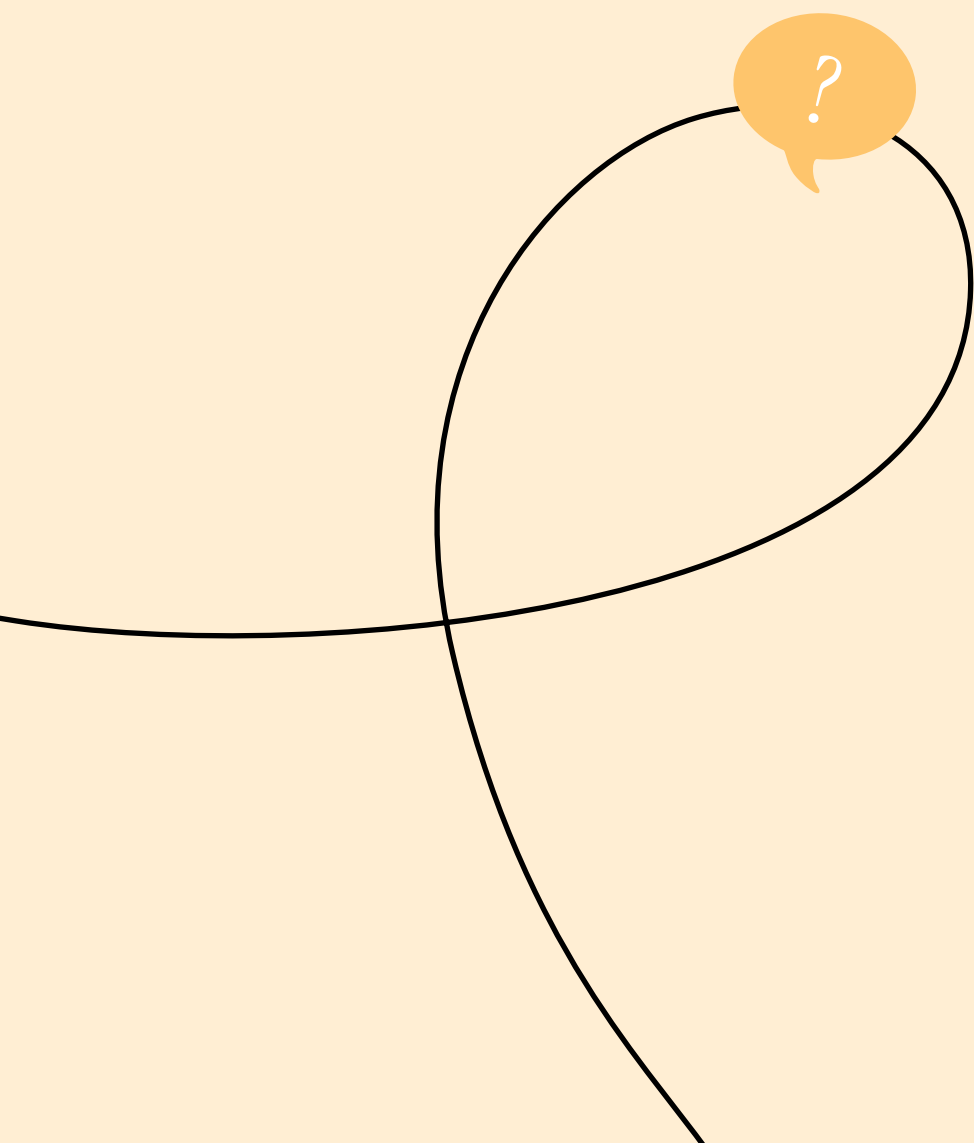
Realizacja:
Agencja Wydawnicza EKOPRESS
+48 601 311 838

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

Spis treści:

Słowo wstępne	5
Historia początków epidemii HIV/AIDS i mit „pacjenta zero”	6
Podstawowe informacje na temat HIV/AIDS	11
Zakażenie HIV a choroby współistniejące	17
Powikłania późnego rozpoznania HIV	21
Pomoc socjalna dla osób żyjących z HIV	24
Zakażenie HIV a życie seksualne	28
Choroby przenoszone drogą kontaktów płciowych	32
Leczenie zakażenia HIV	41
Diagnoza HIV – bądźmy w tym razem. Siła wsparcia psychologicznego	46
Testowanie partnerów	50
Zakażenie HIV a plany prokreacyjne	53
Podróżowanie a zakażenie HIV	58
Dieta, sport, używki	63
Dodatkowe informacje	68
Autorzy	70
Piśmiennictwo	71







Słowo wstępne

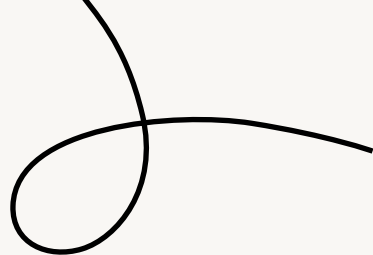
W dobie ewoluującej wiedzy medycznej, szybkich zmian i pandemii rzetelna wiedza na temat HIV/AIDS pozostaje kluczowym elementem zarówno w kontekście profilaktyki, jak i współpracy już z osobami żyjącymi z HIV. Zakażenie HIV w Polsce pozostaje w cieniu innych chorób, często wiąże się z poczuciem zagrożenia i lęku, podczas gdy jest to aktualnie choroba, której można skutecznie zapobiegać i leczyć, szczególnie w przypadkach odpowiednio wczesnego postawienia rozpoznania.

Prezentowane kompendium może stanowić podstawę ukierunkowania wiedzy dla osób zainteresowanych problemem. Pozycja ta ma szczególną wartość, gdyż odpowiada na potrzebę każdego z nas – przede wszystkim osób niezwiązanych ze środowiskiem medycznym – poprzez przystępne opisy i celne przykłady. Kompendium odnosi się do szerokiego wachlarza tematów: od podstawowych, dotyczących znajomości patogenyzy i epidemiologii, poprzez przegląd zagadnień związanych z rozpoznaniem i samym zakażeniem, ale także porusza konkretne życiowe problemy – jak na przykład zdrowie seksualne, profilaktyka przedekspozycyjna, wątki psychologiczne, dietetyczne oraz związane z pracą.

Zapraszam do lektury, jednocześnie podkreślając, że każda inicjatywa edukacyjna w zakresie HIV jest niezwykle cenna!

prof. dr hab. n. med. Miłosz Parczewski

prof. dr hab. n. med. Alicja Wiercińska-Drapała
prof. dr hab. n. med. Małgorzata Inglot



Historia początków epidemii HIV/AIDS i mit „pacjenta zero”



Pierwsze przypadki choroby wywołanej przez HIV (ludzki wirus niedoboru odporności) opisano w 1981 roku w Stanach Zjednoczonych. Wtedy naukowcy z Centers for Disease Control and Prevention (CDC) w Atlancie zidentyfikowali grupę pacjentów z osłabionym układem odpornościowym, głównie wśród mężczyzn mających kontakty seksualne z innymi mężczyznami. Był to początek rozpoznawania epidemii AIDS, która wkrótce miała stać się globalnym problemem zdrowotnym.

”

Gaëtan Dugas – człowiek, który zaraził nas AIDS

„New York Post”

”

We wstępnych badaniach epidemiolodzy prześledzili sieć zakażonych osób, najpierw koncentrując się na Kalifornii, a potem na innych miastach USA. Na podstawie tych badań media zaczęły wskazywać jedną osobę jako odpowiedzialną za rozprzestrzenienie wirusa: Gaëtana Dugasa, kanadyjskiego stewarda linii lotniczych. Dugas został błędnie określony mianem „pacjent zero”, a tabloidy przedstawiały go jako osobę celowo szerzącą HIV. W 1987 roku „National Review” nazwał go „Kolumbem AIDS”, a „New York Post” na pierwszej stronie umieścił nagłówek: *Człowiek, który zaraził nas AIDS*. Dugas zmarł w 1984 roku z powodu powikłań związanych z AIDS, a jego historia stała się symbolem dezinformacji i stygmatyzacji osób żyjących z HIV.

Przełom w badaniach nad historią HIV nastąpił w 2016 roku, gdy Michael Worobey i jego zespół opublikowali w czasopiśmie „Nature” analizę archiwalnych próbek krwi pobranych w Nowym Jorku i San Francisco w latach 1978–1979. Próbkę tę pochodziły od mężczyzn uprawiających seks z mężczyznami i pierwotnie były przechowywane do badań nad wirusowym zapaleniem wątroby typu B. Dzięki zaawansowanym metodom analizy genetycznej naukowcy potwierdzili, że HIV krążył w populacji amerykańskiej już na długo przed pierwszymi rozpoznanymi przypadkami AIDS w 1981 roku. Co więcej, porównanie materiału genetycznego z próbką z wirusem pochodzącym od Dugasa wykazało, że nie był on źródłem epidemii – wirus krążył w USA jeszcze przed jego zakażeniem.

Badania genetyczne wirusa pozwoliły także prześledzić jego globalną historię. Obecnie wiadomo, że HIV pochodzi od małpiego wirusa SIV (ang. *simian immunodeficiency virus*), występującego u szympanów żyjących w południowym Kamerunie, ale moment przejścia wirusa na ludzi (tzw. zoonoza) nastąpił prawdopodobnie w rejonie Kinszasz (obecna Demokratyczna Republika Konga) około 1908–1920. Najbardziej prawdopodobnym mechanizmem transmisji było polowanie na dzikie zwierzęta (tzw. *bushmeat hunting*), a konkretnie patroszenie upolowanych szympanów, kiedy to ludzie mogli mieć kontakt z ich zakażoną krwią. Jedną z hipotez mówi o tym, że pierwszym zakażonym mógł być żołnierz I wojny światowej, który polował na szympany w lasach Kamerunu około 1916 roku. Brakuje jednak bezpośrednich dowodów na to, że właśnie ta osoba była pierwszym zakażonym człowiekiem.

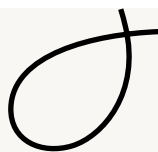
Pewne jest jednak, że pierwsze ludzkie zakażenia HIV-1 miały miejsce w Kinszasie, a nie w Kamerunie. W latach 60. XX wieku HIV trafił do Haiti, prawdopodobnie za sprawą Haitińczyków wracających z pracy w Kongo, a następnie, około 1970 roku, z Haiti przedostał się do Stanów Zjednoczonych.

Haiti było wówczas dla Amerykanów popularnym celem turystycznym, co mogło przyczynić się do dalszego rozprzestrzeniania się wirusa.

Badania przeprowadzone w 2016 roku ostatecznie obaliły teorię o jednej osobie odpowiedzialnej za epidemię HIV w USA. **Nie istnieje pojedyncze źródło** – wirus rozprzestrzenił się niezależnie w wielu miejscach jednocześnie, a jego globalna historia jest znacznie bardziej skomplikowana.

Gaëtan Dugas został oczyszczony z zarzutów, a jego historia stała się przykładem tego, jak błędne interpretacje naukowe i sensacyjne doniesienia medialne mogą prowadzić do niesprawiedliwego piętnowania jednostek. Dziś wiemy, że HIV istniał w USA już przed 1970 rokiem, jego pojawienie się było zaś skutkiem globalnej mobilności ludzi, a nie działań jednej osoby. Badania nad HIV/AIDS wciąż trwają, ale jedno jest pewne – mit „pacjenta zero” należy już do przeszłości.

Patogeneza HIV



HIV (ludzki wirus niedoboru odporności) jest bezpośrednią przyczyną AIDS (zespołu nabytego niedoboru odporności). To wirus RNA należący do grupy retrowirusów, a dokładniej do rodzaju *Lentivirus*, który charakteryzuje się długim okresem inkubacji i powolnym działaniem na organizm. HIV infekuje komórki układu odpornościowego, które posiadają na swojej powierzchni receptor CD4. Oprócz receptora CD4 HIV do zakażenia potrzebuje także tzw. koreceptorów chemokinowych, głównie CCR5 i CXCR4. Ich obecność umożliwia wirusowi skuteczne проникnięcie do komórki gospodarza i rozpoczęcie cyklu replikacyjnego. Do kluczowych celów wirusa należą: limfocyty T pomocnicze (ang. *T helpers*, Th) – komórki koordynujące odpowiedź immunologiczną, makrofagi – odpowiadające za zwalczanie infekcji – oraz komórki mikrogleju – obecne w mózgu, co tłumaczy wpływ HIV na układ nerwowy.

HIV składa się z lipidowej osłonki, która pochodzi z komórki gospodarza, oraz płaszcza białkowego (kapsydu) otaczającego jego materiał genetyczny – dwie pojedyncze nici RNA. HIV zawiera także enzymy niezbędne do jego namnażania, takie jak: rewertaza (odwrotna transkryptaza), która przekształca RNA wirusa w DNA, integraza, która wbudowuje DNA wirusa do DNA ludzkiej komórki, oraz proteaza – umożliwiająca składanie nowych kopii HIV.

Wyróżnia się dwa główne typy wirusa HIV, HIV-1 i HIV-2, które różnią się pod względem genetycznym i geograficznym. Głównym sprawcą epidemii jest HIV-1, występujący najczęściej w Ameryce Północnej, Europie i większości krajów świata. Charakteryzuje się dużą zmiennością genetyczną, co sprawia, że łatwo mutuje, utrudniając opracowanie skutecznej szczepionki. HIV-2 – mniej agresywny, ale trudniejszy do leczenia – występuje głównie w Afryce Zachodniej, ale pojedyncze przypadki odnotowuje się także w innych rejonach świata, zwłaszcza w Portugalii. Zakażenie przebiega wolniej i rzadziej prowadzi do

AIDS w porównaniu z HIV-1. HIV-2 jest bardziej odporny na niektóre leki antyretrowirusowe, a także rzadziej przenosi się z matki na dziecko (wertykalnie), co odróżnia go od HIV-1. Możliwe jest zakażenie obiema formami wirusa, najczęściej obserwowane w Afryce.

Niezależnie od drogi transmisji, w ciągu kilku dni od zakażenia HIV przenika do tkanki limfatycznej przewodu pokarmowego (ang. *gut-associated lymphoid tissue*, GALT). To właśnie tam zachodzi intensywna replikacja wirusa, ponieważ GALT jest bogaty w limfocyty CD4+, zwłaszcza te z koreceptorem CCR5, którego wirus szczególnie potrzebuje na wczesnym etapie infekcji.

Podczas pierwotnej infekcji poziom wirerii HIV może osiągnąć nawet kilka milionów kopii na mililitr krwi, co prowadzi do gwałtownego niszczenia limfocytów CD4+. Organizm stara się bronić: limfocyty CD8+ (tzw. cytotoksyczne komórki T) próbują eliminować zakażone komórki i produkują cytokiny, ale nie są w stanie całkowicie usunąć wirusa.

Choć początkowa odpowiedź immunologiczna organizmu częściowo kontroluje wirusa, infekcja przechodzi w fazę klinicznie utajoną, w której HIV pozostaje aktywny, ale nie daje wyraźnych objawów przez kilka lat. W tym czasie układ odpornościowy jest ciągle pobudzony, co prowadzi do jego stopniowego wyczerpania.

Nieustanna aktywacja i namnażanie limfocytów T zapewnia wirusowi nowe komórki do zakażenia, wzmożona reakcja zapalna przyspiesza proces obumierania limfocytów, a zwiększona podatność na apoptozę (zaprogramowaną śmierć komórki) dodatkowo zmniejsza liczbę CD4+. Ostatecznie, gdy liczba limfocytów CD4+ spada poniżej poziomu krytycznego, układ odpornościowy przestaje działać prawidłowo i organizm staje się podatny na choroby oportunistyczne, czyli infekcje i nowotwory, które zdrowa osoba bez problemu by zwalczyła. To właśnie ten stan definiuje AIDS – końcowe stadium zakażenia HIV.



Spadek liczby limfocytów T CD4+ stanowi główną przyczynę niedoboru odporności.



Mimo że spadek liczby limfocytów T CD4+ stanowi główną przyczynę niedoboru odporności, nie jest to jedyny mechanizm patogenezy HIV. Istnieją inne, mniej poznane procesy, które sprawiają, że niektóre choroby, jak np. mięsak Kaposiego czy choroby neurodegeneracyjne, mogą pojawić się nawet przed rozwinięciem się ciężkiej niewydolności immunologicznej. Sugeruje to, że HIV wpływa na organizm w bardziej złożony sposób niż tylko poprzez niszczenie limfocytów.

Należy zaznaczyć, że nie każde zetknięcie się z HIV prowadzi do infekcji. Ryzyko zakażenia wzrasta, gdy stężenie wirusa we krwi zakażonej osoby jest wysokie. Dzieje się tak w pierwszej fazie infekcji, podczas której wirus gwałtownie się namnaża, oraz w zaawansowanym stadium AIDS, gdy organizm traci kontrolę nad namnażaniem się wirusa. Wysokie ryzyko występuje również podczas kontaktów seksualnych z osobą w ostrej fazie infekcji HIV, zwłaszcza gdy nie jest świadoma swojego statusu. Ryzyko zakażenia jest większe w kontaktach homoseksualnych niż heteroseksualnych oraz wzrasta przy częstej zmianie partnerów, obecności chorób przenoszonych drogą płciową i stosowaniu narkotyków dożylnych z użyciem niejałowego sprzętu. Istotnym czynnikiem ryzyka zakażenia jest stan układu odpornościowego osoby narażonej. Silny układ odpornościowy może w niektórych przypadkach wyeliminować wirusa, zanim dojdzie do pełnego zakażenia. Nie oznacza to jednak odporności na HIV – jedynie ograniczenie ryzyka. Najwyższe ryzyko dotyczy transfuzji zakażonej krwi, choć w krajach rozwiniętych jest to obecnie rzadkie. Nie wyróżnia się już konkretnych grup ryzyka, lecz zwraca uwagę na ryzykowne zachowania, takie jak kontakty seksualne z osobami o nieznanym statusie serologicznym, zarówno hetero-, jak i homoseksualne.

Podsumowując, HIV to wirus o skomplikowanej patogenecie, który stopniowo wyniszcza układ odpornościowy, prowadząc do AIDS. Infekcja przebiega wieloetapowo: początkowo organizm podejmuje walkę z wirusem, lecz nie jest w stanie wyeliminować go całkowicie. W fazie przewlekłej następuje stopniowe wyniszczenie układu odpornościowego przez ciągłą aktywację limfocytów T, przewlekłe zapalenie i indukowaną apoptozę. Ostatecznie, przy znacznym spadku liczby limfocytów T CD4+, organizm traci zdolność do obrony przed infekcjami oportunistycznymi i nowotworami, co prowadzi do rozwoju AIDS.

” Poznanie mechanizmów
patogenezy HIV jest kluczowe
dla skutecznego leczenia
i opracowania nowych terapii
antyretrowirusowych. ”



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

Podstawowe informacje na temat HIV/AIDS



Początek pandemii HIV oficjalnie datuje się na 3 lipca 1981 roku, kiedy to w cotygodniowym biuletynie amerykańskiej agencji epidemiologicznej, „Centers for Disease Control and Prevention” (CDC), ukazał się artykuł zatytułowany: *Mięsak Kaposiego i pneumocystozowe zapalenie płuc u osób homoseksualnych – Nowy Jork i Kalifornia*. W następnych miesiącach zarówno w Stanach Zjednoczonych, jak i w dużych miastach Europy zaczęto odnotowywać, zwłaszcza wśród młodych homoseksualnych mężczyzn, coraz więcej przypadków ciężkich infekcji oportunistycznych. Kilka miesięcy później pneumocystozowe zapalenie płuc stwierdzono u mężczyzny przyjmującego dożylnie narkotyki. Stało się jasne, że choroba dotyczy różnych populacji pacjentów, nie tylko MSM (mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami). Ponadto lekarze doszli do wniosku, że u wszystkich tych pacjentów występuje niemal całkowity brak kluczowych komórek układu odpornościowego, limfocytów T CD4+, co czyni ich podatnymi na ciężkie zakażenia i choroby nowotworowe.

” Oficjalny początek pandemii HIV/AIDS datuje się na rok 1981. ”

W sierpniu 1982 roku nową chorobę nazwano AIDS, czyli zespołem nabytego niedoboru odporności (ang. *acquired immunodeficiency syndrome*). W grudniu 1982 roku dwudziestomiesięczne dziecko, które wcześniej otrzymało transfuzję krwi, umiera z powodu ciężkich zakażeń oportunistycznych. Przypuszczenia, że nowa choroba jest wywoływana przez czynnik zakaźny, który może rozprzestrzeniać się poprzez kontakty seksualne i kontakt z zakażoną krwią, stają się coraz bardziej zasadne. Ostatecznie intensywne prace naukowców pod kierownictwem doktora Luca Montagniera z Instytutu Pasteura we Francji doprowadzają w 1983 roku do wykrycia w pobranym od pacjenta z AIDS węźle chłonnyim obecności nowego retrowirusa, który początkowo nazwano LAV (ang. *lymphadenopathy-associated virus*, wirus wywołujący limfadenopatię). Należy podkreślić, że olbrzymie zasługi w badaniach nad HIV miał także Amerykanin dr Robert Gallo, który już wcześniej podejrzewał istnienie tego wirusa i wyizolował go niezależnie w swoim laboratorium. Przeprowadził jego dalszą, szczegółową charakterystykę i w 1985 roku stworzył pierwszy test przesiewowy, który umożliwił diagnozowanie zakażenia HIV jeszcze przed wystąpieniem objawów choroby.

Pomimo że oficjalny początek pandemii HIV/AIDS datuje się na rok 1981, należy pamiętać, że pierwsze przypadki zakażeń u ludzi mogły wystąpić już w latach 30. XX wieku w Afryce Zachodniej, a ich źródłem był kontakt z krwią zakażonych wirusem szympanów.

W 1985 roku naukowcy odkryli, że znany już wcześniej lek zydowudyna (AZT) hamuje namnażanie się wirusa HIV. Niestety szybko okazało się, że zastosowanie tylko jednego leku jest niewystarczającą metodą w walce z tą nową, groźną chorobą. Dopiero lata 90. XX wieku przyniosły znaczący rozwój w dziedzinie

badani nad lekami antyretrowirusowymi. W 1996 roku w trakcie międzynarodowej konferencji w Vancouver ogłoszono, że u pacjentów zakażonych HIV konieczne jest stosowanie terapii skojarzonej z trzech leków, znanej jako HAART (ang. *highly active antiretroviral therapy*), czyli wysoce aktywna terapia antyretrowirusowa. Od tego czasu zakażenie HIV zaczyna być uznawane za chorobę przewlekłą, a w miarę pojawiania się coraz to nowszych leków czas przeżycia osób leczonych staje się porównywalny do czasu przeżycia populacji ogólnej.

Początek XXI wieku przyniósł kolejne przełomowe odkrycia w leczeniu osób zakażonych. W 2007 roku media doniosły o pierwszym przypadku wyleczenia z HIV na świecie. Timothy Ray Brown, znany jako „pacjent berliński”, został poddany przeszczepowi macierzystych komórek krwiotwórczych po zdiagnozowaniu ostrej białaczki szpikowej. Dawca, który miał rzadką mutację genu koreceptora CCR5 (CCR5 delta 32), był kluczowy dla uzyskania odporności na zakażenie HIV. Po przeszczepie pacjent zaprzestał przyjmowania leków antyretrowirusowych, a po trzech miesiącach uznano go za wyleczonego.

Niestety, T. Brown zmarł w 2020 roku z powodu nawrotu choroby nowotworowej. Od tamtej pory pojawiły się kolejne przypadki osób, które również udało się wyleczyć z HIV w wyniku przeszczepu szpiku kostnego, przeprowadzonego w związku z rozpoznaniem choroby nowotworowej. Należy jednak podkreślić, że ta złożona procedura, obarczona ryzykiem poważnych powikłań, nie może być traktowana jako powszechna metoda leczenia dla osób żyjących z HIV. Dlatego cały czas prowadzone są intensywne badania, które mają przyczynić się do znalezienia terapii, która pozwoli na trwałe usunięcie wirusa z organizmu zakażonych pacjentów.

Od początku epidemii HIV (do 2023 roku) na świecie zakażyło się około 88,4 miliona osób, a ponad 40 milionów zmarło z jej powodu. W 2023 roku na świecie:

- żyło 39,9 miliona osób HIV+, w tym 38,6 miliona dorosłych (powyżej 15. roku życia) oraz 1,4 miliona dzieci (< 15),
- 30,7 miliona osób korzystało z terapii antyretrowirusowej,
- zanotowano około 1,3 miliona nowych przypadków HIV (UNAIDS, 2024).

Najważniejsze jest jednak, że według danych epidemiologicznych 5,4 miliona osób nie jest świadomych faktu zakażenia.

W Polsce, podobnie jak w innych krajach europejskich, odnotowujemy wzrost nowo wykrytych zakażeń HIV. Podobna sytuacja dotyczy także innych jednostek przenoszonych drogą kontaktów seksualnych. Liczba nowych przypadków HIV w 2023 roku w porównaniu do roku 2022 wzrosła o 123%, kiły – o 150%, a rzeżączki – aż o 217%.



” 5,4 miliona osób nie jest świadomych faktu zakażenia. ”

Drogi szerzenia się zakażenia HIV



Zakażenie HIV przenosi się:

- w trakcie kontaktów seksualnych (homoseksualnych i heteroseksualnych),
- poprzez kontakt z zakażoną krwią lub zakaźnymi płynami ustrojowymi,
- z zakażonej matki na dziecko.

Do zakaźnych płynów ustrojowych zalicza się: krew, spermę, preejakulat, wydzielinę z pochwy i szyjki macicy, mleko kobiece.

Potencjalnie zakaźne mogą być także: płyn mózgowo-rdzeniowy, płyn owodniowy (wody płodowe), płyn otrzewnowy, płyn osierdziowy, płyn opłucnowy, płyn stawowy oraz każdy płyn ustrojowy z widoczną domieszką świeżej krwi.

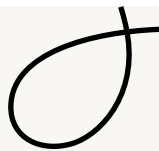
Ślina, pot, łzy lub moczu nie są materiałami zakaźnymi.

Znane są trzy drogi zakażenia:

- kontakty seksualne,
- kontakt z zakażoną krwią,
- z matki na dziecko (zakażenia wertykalne).

Całkowicie bezpieczne pozostają codzienne kontakty z osobą zakażoną: rozmowa, zabawa, wspólne przebywanie w jednym pomieszczeniu, picie z tych samych kubków i dzielenie mieszkania.

Zakażenia drogą seksualną



HIV obecnie najczęściej przenosi się poprzez kontakty seksualne. Do zakażenia może dojść zarówno w przypadku stosunków homoseksualnych, jak i heteroseksualnych, gdy sperma, preejakulat czy wydzielina z szyjki macicy ma kontakt z błoną śluzową w odbycie, okolicach ujścia cewki moczowej lub pochwie. Zakażenie może również wystąpić w wyniku zetknięcia się materiału zakaźnego z błoną śluzową jamy ustnej (podczas seksu oralnego) lub spojówki oka.

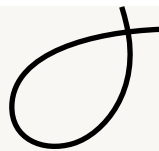
Ryzyko wystąpienia zakażenia HIV w trakcie kontaktu seksualnego jest uzależnione od szeregu czynników:

- w przypadku kontaktów mężczyzn z mężczyznami największe ryzyko występuje podczas stosunków analnych bez zabezpieczenia – w takiej sytuacji najbardziej narażony na zakażenie jest partner bierny, dla którego ryzyko zakażenia szacowane jest na około 1,38% (1 na 75), w przypadku partnera czynnego ryzyko jest mniejsze i wynosi około 0,11% (1 na 909),
- w przypadku heteroseksualnego kontaktu waginalnego bez prezerwatywy większe ryzyko zakażenia ma kobieta (0,08%; 1 na 1234), dla mężczyzny wynosi ono 0,04% (1 na 2380),
- w przypadku kontaktu oralnego bez zabezpieczenia, gdy partner jest zakażony i nieleczony antyretrowirusowo, ryzyko zakażenia dla strony czynnej wynosi od 0,0% do 0,0045% (1 na 2500).

Warto pamiętać, że podstawowym czynnikiem wpływającym na ryzyko zakażenia HIV w trakcie kontaktu seksualnego ma wiramia, czyli liczba cząsteczek wirusa HIV obecnych w 1 ml krwi. Osoby zakażone HIV, skutecznie leczone antyretrowirusowo, osiągają niewykrywalny poziom wirusa we krwi, co sprawia, że nie stanowią zagrożenia dla swoich partnerów seksualnych. Z drugiej strony kontakt seksualny z osobą, która jest nieleczona i znajduje się we wczesnej fazie choroby (ostra choroba retrowirusowa), wiąże się ze znacząco większym ryzykiem zakażenia.

Ryzyko zakażenia HIV podczas kontaktów seksualnych może wzrosnąć w przypadku ewentualnej obecności krwi, np. w wyniku urazów lub menstruacji. Dodatkowo, stosowanie środków psychoaktywnych, takich jak mefedron, metamfetamina, poppersy czy kokaina, może prowadzić do zwiększonej liczby partnerów seksualnych oraz wydłużenia czasu trwania stosunku, co z kolei zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia obrażeń. Ponadto, obecność innych chorób przenoszonych drogą płciową, jak kiła czy rzeżączka, stanowi dodatkowy czynnik ryzyka zakażenia HIV.

Zakażenia przez krew

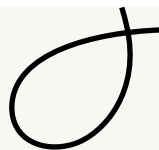


Do zakażenia w wyniku narażenia na krew osoby zakażonej może dojść po zakłuciu igłą zabrudzoną krwią. Takie sytuacje mogą się zdarzyć zarówno w trakcie wykonywania czynności zawodowych, jak i w wyniku wypadku. W przypadku zakłucia igłą ryzyko zakażenia szacowane jest na 0,3%, z kolei ryzyko zakażenia związane z kontaktem błon śluzowych z zakażoną krwią wynosi 0,09%.

Obecnie rzadziej obserwuje się zakażenia związane z dożylnym przyjmowaniem narkotyków, co jest efektem zmieniających się zachowań użytkowników środków odurzających oraz łatwiejszego dostępu do czystych igieł i strzykawek. Należy natomiast podkreślić, że w przypadku dożylnego stosowania narkotyków i dzielenia się sprzętem ryzyko zakażenia jest szacowane na 0,63% (1 na 158).

HIV szybko ginie w środowisku zewnętrznym i pod wpływem środków dezynfekujących, niemniej jednak przy braku przestrzegania podstawowych zasad do zakażenia może dojść w przypadku zabiegów naruszających ciągłość skóry (np. tatuowanie, kolczykowanie).

Zakażenia wertykalne (z matki na dziecko)



Jeśli zakażona HIV kobieta nie jest leczona antyretrowirusowo i ma wykrywalną wiramię (poziom wirusa) we krwi, może dojść do zakażenia dziecka w czasie ciąży, porodu lub karmienia piersią. Ryzyko to jest znaczne i wynosi około 30% (1 na 4), przy czym największe wiąże się z samym porodem. Polskie Towarzystwo Ginekologiczne w swoich rekomendacjach zaleca wykonanie testu w kierunku HIV do 10. tygodnia oraz między 33. a 37. tygodniem ciąży. Badanie powinno być również wykonane u partnera kobiety, ponieważ ryzyko zakażenia HIV kobiety w ciąży jest trzykrotnie wyższe w porównaniu do kobiet niebędących w ciąży. Obecne standardy postępowania z ciężarnymi zakażonymi HIV pozwalają zredukować ryzyko przeniesienia wirusa na dziecko do poniżej 1%.

” Obecne standardy postępowania z ciężarnymi zakażonymi HIV pozwalają zredukować ryzyko przeniesienia wirusa na dziecko do poniżej 1%.

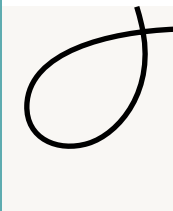


prof. dr hab. n. med. Elżbieta Jabłonowska
dr hab. n. med. Ewa Siwak

Zakażenie HIV a choroby współistniejące



Obecnie najczęstszą przyczyną zgonów na świecie są choroby przewlekłe. Ich ryzyko wzrasta wraz z wiekiem, często jest związane z trybem życia czy predyspozycjami genetycznymi. Zakażenie HIV, powodując rozregulowanie czynności układu odpornościowego, dodatkowo sprzyja ich rozwojowi. Oceniono, że u osób zakażonych HIV ryzyko wystąpienia choroby niedokrwiennej serca jest dwa razy wyższe w porównaniu do osób niezakażonych. Innymi przykładami chorób przewlekłych są te związane z miażdżycą naczyń tętniczych innych narządów, które mogą doprowadzać do udaru mózgu, niedokrwienia kończyn dolnych, uszkodzenia wzroku czy nerek, a także nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, choroba słuszczeniowa wątroby i osteoporoza. Warto wspomnieć, że choroby te są ze sobą powiązane, np. wystąpienie cukrzycy lub nadciśnienia tętniczego zwiększa ryzyko miażdżycy naczyń tętniczych bądź uszkodzenia nerek.



” Oceniono, że u osób zakażonych HIV ryzyko wystąpienia choroby niedokrwiennej serca jest dwa razy wyższe w porównaniu do osób niezakażonych. ”



Na szczęście dzięki skutecznemu leczeniu ART jesteśmy w stanie ograniczyć wpływ wirusa na częstość występowania tych chorób.

Jest to ważny argument za szybkim włączeniem leczenia ART u każdej osoby zakażonej HIV. Obecnie stosowane leki antyretrowirusowe są dobrze tolerowane, a ryzyko związane z ich przyjmowaniem pozostaje nieporównywalnie mniejsze względem osiągniętych korzyści. Leczenie antyretrowirusowe nie jest jednak w stanie całkowicie przywrócić funkcji rozregulowanego układu odpornościowego, dlatego tak ważne jest zmniejszenie ryzyka chorób przewlekłych poprzez prowadzenie zdrowego trybu życia. Może się zdarzyć, że stosowanie niektórych leków antyretrowirusowych spowoduje pogorszenie funkcji nerek czy wystąpienie osteopenii/osteoporozy, prawidłowa kontrola pacjenta w trakcie leczenia minimalizuje zaś ryzyko tych powikłań. Dodatkowo u części osób po włączeniu leczenia ART dochodzi do wzrostu masy ciała, tak więc rozpoczęcie leczenia ART warto powiązać z poprawą nawyków żywieniowych.

U każdego pacjenta po rozpoznaniu zakażenia HIV lekarz powinien ocenić ryzyko wystąpienia chorób przewlekłych, okresowo zlecić wykonanie badania krwi i moczu oraz, jeśli istnieje taka potrzeba, zaproponować profilaktyczne stosowanie leków obniżających „miażdżycorodne” frakcje cholesterolu, uzupełnianie niedoborów witaminy D₃ czy przyjmowanie preparatów wapnia. W Polsce zaleca się suplementację witaminą D₃ w miesiącach jesienno-zimowych od października do kwietnia. Maksymalna dawka profilaktyczna tej witaminy, która nie wymaga kontroli jej stężenia we krwi, to 4000 j./dobę. Ważne jest, aby pacjent regularnie wykonywał zalecone badania krwi i moczu, gdyż umożliwia to bezpieczne prowadzenie działań profilaktycznych, a w przypadku rozwinięcia się choroby – jej wczesne rozpoznanie i zapobieganie powikłaniom.

Nadciśnienie tętnicze

Bardzo istotna jest świadomość, że osoby z rozpoznanym nadciśnieniem tętniczym bardzo często mogą nie mieć żadnych objawów, a i tak wymagają stałego przyjmowania leków. Prawidłowe ciśnienie tętnicze krwi nie powinno przekraczać 140/90 mmHg. Błędem jest przyjmowanie leków obniżających ciśnienie tylko wtedy, gdy osoba z tym schorzeniem odczuwa dolegliwości (np. bóle głowy, krwawienie z nosa). Takie postępowanie może doprowadzić do niezwykle groźnych konsekwencji zdrowotnych.

Cholesterol

Istnieje udowodniony związek pomiędzy stężeniem niektórych frakcji cholesterolu (LDL, nie-HDL) a powstawaniem miażdżycy naczyń. Jednak nawet u osób prowadzących zdrowy tryb życia stężenie niekorzystnych frakcji cholesterolu może być za wysokie. Warto też zwrócić uwagę na rolę czynników genetycznych, zwłaszcza jeśli w najbliższej rodzinie choroby sercowo-naczyniowe występowały u kobiet w wieku < 65 lat lub u mężczyzn w wieku < 55 lat. Może to być ważny argument przemawiający za włączeniem statyny.

Statyny to leki, które nie tylko obniżają niekorzystne frakcje cholesterolu, lecz dodatkowo, u osób zakażonych HIV, pomagają także w przywróceniu prawidłowej funkcji układu odpornościowego. Nowe badania u pacjentów zakażonych HIV wskazują, że ich korzystne oddziaływanie odgrywa ogromną rolę. Niestety nieprawdziwe informacje zniechęcają niektóre osoby do ich przyjmowania. Jak każdy lek, tak i statyny nie u każdego mogą być stosowane i czasem wywołują działania niepożądane. Te istotne są jednak rzadkie i ustępują po odstawieniu preparatu lub jego zamianie na inny lek.

Zmniejszenie mineralizacji kości

Zmniejszenie mineralizacji kości, tj. osteopenia lub osteoporoza, częściej występuje u osób zakażonych HIV niż w populacji ogólnej. Szczególnie dotyczy to kobiet po menopauzie i mężczyzn po 50. roku życia. Kości ze zmniejszoną mineralną gęstością stają się bardziej kruche i nawet drobny uraz może doprowadzić do

ich pęknięcia lub złamania. Nierzadko zaburzenia te przebiegają bezobjawowo i dopiero przypadkowe badania RTG, KT czy złamanie kości po upadku ujawniają występujące nieprawidłowości. Dlatego bardzo ważna jest profilaktyka zaburzeń mineralizacji kości polegająca na stosowaniu diety bogatej w wapń i białko, odpowiednia suplementacja witaminy D₃ i regularne ćwiczenia fizyczne. U pacjentów zagrożonych osteoporozą można wykonać specjalistyczne nieinwazyjne badanie – densytometrię, która mierzy gęstość kości. W warunkach polskich leczeniem osteoporozy zajmują się głównie reumatolodzy.

Nerki

Nerki pełnią wiele ważnych funkcji w organizmie. Oczyszczają krew z toksyn, regulują poziom wody i soli, aktywują witaminę D₃, kontrolują ciśnienie krwi i wspomagają produkcję czerwonych krwinek. Ich prawidłowa praca jest kluczowa dla zdrowia serca, kości i całego organizmu. Obecnie najczęstszymi przyczynami chorób nerek są cukrzyca i nadciśnienie – schorzenia, na które mamy wpływ poprzez zdrowy styl życia. Aby dbać o nerki, warto stosować zbilansowaną dietę, być aktywnym fizycznie, nie palić papierosów, ograniczyć spożywanie alkoholu i unikać przyjmowania innych potencjalnie szkodliwych substancji. Jeśli jednak zostanie rozpoznana cukrzyca czy nadciśnienie tętnicze, konieczne jest zadbanie o ich prawidłowe leczenie (utrzymanie właściwego stężenia glukozy we krwi i właściwego ciśnienia krwi). Ponadto, oprócz zakażenia HIV, nieleczone zakażenia wirusowe, takie jak HCV i HBV, również mogą zwiększać ryzyko chorób nerek, dlatego ich kontrola jest bardzo ważna. Natomiast leki stosowane w terapii HIV bardzo rzadko powodują pogorszenie funkcji nerek. Jeśli jednak ich stosowanie prowadzi do wzrostu kreatyniny lub białkomoczu, zmiana terapii najczęściej pozwala na przywrócenie prawidłowej funkcji tego narządu. Choroba nerek często rozwija się bezobjawowo, dlatego kluczowe są regularne badania – kreatynina, eGFR oraz ogólne badanie moczu. Osoby z podwyższonym ryzykiem powinny wykonywać te badania częściej, zgodnie z zaleceniami lekarza w trakcie rutynowych wizyt w poradni.

Warto wiedzieć, że niektóre preparaty stosowane bez recepty, jak również zioła czy suplementy diety zamiast korzyści zdrowotnych mogą nieść ze sobą ryzyko uszkodzenia nerek lub wątroby. Na przykład zbyt częste, niekontrolowane przyjmowanie leków przeciwbólowych może uszkadzać nerki, a suplementy diety i zioła kupowane przez internet lub z innego niepewnego źródła mogą doprowadzić do niewydolności wątroby.

prof. dr hab. n. med. Anita Olczak

Powikłania późnego rozpoznania HIV



” Późne wykrycie lub późne zgłaszanie się do lekarza osób zakażonych ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV) to przede wszystkim ryzyko gorszego rokowania. ”

Zakażenie HIV charakteryzuje się długim okresem bezobjawowym, dlatego nadal wiele osób żyje z wirusem nieświadomie. Podobnie jak w innych chorobach przewlekłych, im wcześniej postawione prawidłowe rozpoznanie, tym wcześniej wprowadzone właściwe leczenie. Przyjmując leki na HIV (zwane terapią antyretrowirusową lub ART) zgodnie z zaleceniami i pozostając pod stałą opieką medyczną, można żyć z wirusem bardzo długo, cieszyć się dobrym stanem zdrowia i co ważne – nie przenosić zakażenia na swoich partnerów seksualnych. Wczesne rozpoznanie i leczenie chronią przed rozwojem AIDS. Terapię antyretrowirusową stosuje się niezależnie od zaawansowania choroby i nawet w późnej fazie przynosi ona wymierne korzyści.

Objawy występujące w późnej fazie zakażenia HIV bywają różnorodne i często nieswoiste. Oznacza to, że są one podobne lub takie same jak w innych schorzeniach. Do najczęstszych należą: przewlekła biegunka, niezamierzone i nieuzasadnione chudnięcie, nawracające gorączki, nawracające bakteryjne zapalenia płuc, trudne do leczenia i nawracające zmiany na skórze oraz błonach śluzowych, uczucie osłabienia, zmęczenie i zmiany zachowania. W niektórych przypadkach jedynym objawem są przypadkowo wykryte nieprawidłowe wyniki badań laboratoryjnych takie jak niedokrwistość (anemia), obniżona liczba leukocytów i/lub płytek krwi, wysoki poziom gammaglobulin lub powiększone węzły chłonne.

W późnej fazie zakażenia wzrasta ryzyko zachorowania na nowotwory złośliwe układu chłonnego (chłoniaki), mięsaka Kaposiego, a u kobiet – raka szyjki macicy.

Wraz z postępem choroby pojawiają się i narastają zaburzenia funkcji poznawczych takie jak zaburzenia pamięci i koncentracji, spowolnienie myślenia, obniżenie nastroju, apatia czy zmiany zachowania. Zazwyczaj początkowo są one bagatelizowane zarówno przez chorego, jak i otoczenie, nie są też postrzegane jako związane z HIV. Brak właściwego rozpoznania i leczenia stopniowo prowadzi do pogorszenia funkcji intelektualnych, zmian nastroju, zmian zachowania oraz zaburzeń motorycznych. Pojawiają się i narastają trudności z wykonywaniem obowiązków zawodowych i ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu. Należy podkreślić, że zaburzenia te są odwracalne, a ich ustępowanie staje się zauważalne wkrótce po rozpoczęciu leczenia HIV.

Późne wykrycie zakażenia wiąże się nierzadko z niewykorzystaniem szansy na wcześniejsze rozpoznanie. Jeśli chory przypuszcza, lub nie może wykluczyć, że przyczyną objawów może być HIV, powinien poprosić

lekarza o skierowanie na badania lub skorzystać z dyskretnych punktów diagnostyczno-konsultacyjnych znanych jako punkty anonimowego testowania. W medycynie, jeśli objawy można przypisać wielu chorobom, często wykonuje się różne badania, by wykluczyć niektóre możliwe przyczyny. HIV jest tego najlepszym przykładem.

Najbardziej znanym późnym objawem zakażenia HIV jest obniżenie odporności. Po wykryciu obecności wirusa, przeanalizowaniu wszystkich wyników badań laboratoryjnych i prawdopodobnie zleceniu dodatkowych testów lekarz będzie mógł ocenić stan zdrowia pacjenta. Na podstawie objawów klinicznych oraz wyników badań można określić nie tylko stadium zakażenia HIV, ale również rozpoznać lub wykluczyć choroby towarzyszące, w tym – co ważne – zakażenia innymi drobnoustrojami. Postępowanie takie jest niezbędne przy doborze odpowiedniego leczenia, profilaktyki lub leków na HIV. U osób zdrowych ich liczba wynosi powyżej 500 w jednym mililitrze krwi. O zaawansowaniu zakażenia HIV, o ile nie występują określone objawy, decyduje stwierdzana w okresie wykrycia wirusa liczba limfocytów CD4. Jej spadek poniżej 350 komórek w jednym mililitrze krwi definiuje późne, a poniżej 200 – bardzo późne rozpoznanie HIV, nawet u osób, które nie odczuwają żadnych niepokojących objawów. Liczba limfocytów CD4 może być dodatkowo obniżona przez inne zakażenia wirusowe, leki immunosupresyjne lub ciężę, które należy wykluczyć przy ustalaniu stadium choroby.

Nierzadko jednak zdarza się, że HIV jest wykrywany po rozpoznaniu choroby wskaźnikowej, czyli takiej, która może wskazywać na AIDS. Najczęściej jest to gruźlica, grzybica przełyku, zapalenie płuc o etiologii *Pneumocystis jiroveci* lub jeden z wcześniej wymienionych nowotworów.

Niedostateczna liczba limfocytów CD4 umożliwia rozwój wielu zakażeń oportunistycznych, które są obecne w organizmie człowieka jako zakażenia utajone. Należą do nich m.in. wirusy ospy wietrznej/półpaśca, cytomegalii, opryszczki, pierwotniak odpowiedzialny za toksoplazmozę, prątki gruźlicy i wiele innych. Utrata kontroli układu odporności nad tymi drobnoustrojami powoduje, że mogą się one swobodnie namnażać, prowadząc do rozwoju ciężkich chorób. Z powodu uszkodzenia układu odporności wzrasta również podatność na nowe zakażenia, w tym prątki gruźlicy, z rozwojem gruźlicy w krótkim czasie po kontakcie z patogenem.

Charakterystyczną cechą chorób spowodowanych przez patogeny oportunistyczne jest ich podostry przebieg, co oznacza, że objawy rozwijają się zazwyczaj w czasie kilku tygodni. Mogą ograniczać się do jednego układu, np. nerwowego, oddechowego czy pokarmowego, lub przyjmować obraz choroby ogólnoustrojowej. Właściwe rozpoznanie jest często trudne do ustalenia, szczególnie jeśli nie zostanie w porę dostrzeżony możliwy związek rozwijającej się choroby z zakażeniem HIV.

Chorzy z AIDS, u których postawiono właściwe rozpoznanie, mają zdecydowanie większe szanse na skuteczne leczenie i powrót do zdrowia. Nierzadko jest konieczne długie leczenie szpitalne, a rekonwalescencja następuje zazwyczaj powoli. W przypadku niektórych chorób wskaźnikowych może nawet istnieć uzasadniona potrzeba odroczenia terapii antyretrowirusowej.

Rozpoznanie zakażenia HIV i podjęcie leczenia nawet w przypadku chorych na AIDS daje nadzieję na wyzdrowienie i zmniejszenie ryzyka nieodwracalnych powikłań.

mgr Stella Zielińska

Pomoc socjalna dla osób żyjących z HIV



Pomoc socjalna dla osób żyjących z HIV to szeroki wachlarz działań mających na celu zapewnienie im odpowiednich warunków życia, leczenia oraz wsparcia emocjonalnego. Kluczowe znaczenie mają tu zarówno instytucje państwowe, jak i organizacje pozarządowe, które oferują pomoc. Leczenie osób żyjących z HIV w Polsce jest bezpłatne i wynika z przepisów zawartych w Ustawie o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, a także w Ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

” Osoby żyjące z HIV mają
zapewniony dostęp do bezpłatnej
terapii antyretrowirusowej,
finansowanej przez państwo. ”

Na podstawie tych regulacji osoby żyjące z HIV mają zapewniony dostęp do bezpłatnej terapii antyretrowirusowej, finansowanej przez państwo. Często napotykają trudności finansowe związane z niemożnością podjęcia pracy z powodu stanu zdrowia i hospitalizacji.

W ramach pomocy socjalnej pacjenci mogą liczyć na różne formy wsparcia finansowego. Zadania te realizowane są na podstawie Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 1283 ze zm.).

Pomoc społeczna jest instytucją polityki społecznej państwa, mającą na celu ułatwienie osobom i rodzinom przezwyciężenia trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości. Należy podkreślić, że Ustawa o pomocy społecznej nie zawiera szczególnych przepisów dotyczących osób żyjących z HIV. W związku z tym są one traktowane na równi z innymi osobami korzystającymi z pomocy społecznej i nie podlegają odrębnym regulacjom prawnym w zakresie świadczeń.

Świadczenia z zakresu pomocy społecznej dzielą się na:



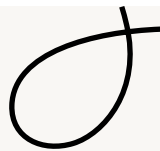
pieniężne



usługowe

Istnieje kilka rodzajów świadczeń pieniężnych, które w formie zasiłków wypłaca Miejski lub Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej. Są to zasiłki celowe, okresowe lub celowe specjalne.

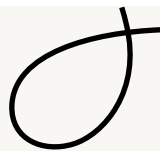
Co należy zrobić, aby otrzymać pomoc finansową



Aby otrzymać pomoc finansową w formie któregoś z ww. zasiłków, należy zgłosić się do pracownika socjalnego Zespołu Terenowej Pracy Socjalnej Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej. Zespoły Terenowej Pracy Socjalnej znajdują się w dużych miastach w każdej dzielnicy, natomiast w przypadku mniejszych miejscowości należy zgłosić się do siedziby Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej.

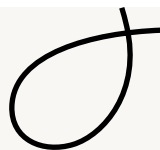
Pomoc przyznawana jest na podstawie przeprowadzonego przez pracownika socjalnego wywiadu w miejscu zamieszkania wnioskodawcy, brane są też pod uwagę sytuacja rodzinna pacjenta oraz jego dochody.

Co to jest zasiłek stały



Zasiłek stały to pomoc finansowa przyznawana przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej na czas określony lub na stałe. Może go otrzymać osoba całkowicie niezdolna do pracy, całkowicie niezdolna do samodzielnej egzystencji, posiadająca I lub II grupę inwalidzką (ZUS), legitymująca się znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności oraz osoba, która osiągnęła wiek emerytalny, ale nie ma uprawnień do świadczeń emerytalnych.

W przypadku znacznego pogorszenia stanu zdrowia:



1 Można wystąpić do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z wnioskiem o przyznanie świadczeń rentowych. Warunkiem jest spełnienie kryteriów uprawniających do świadczenia:

- lekarz orzecznik ZUS musi uznać, że zakażenie HIV lub jego następstwa spowodowały całkowitą lub częściową niezdolność do pracy,
- osoba składająca wniosek o świadczenie posiada wymagany przepisami ZUS staż ubezpieczeniowy w momencie stwierdzenia niezdolności do pracy.

Dodatkowo można ubiegać się o świadczenia rehabilitacyjne, jeśli istnieje szansa na poprawę stanu zdrowia.

Każdy przypadek wymaga oceny przez lekarza orzecznika z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i rozpatrywany jest indywidualnie.

2 Można wystąpić do Powiatowego Zespołu ds. Orzekania Niepełnosprawności i złożyć wniosek o wydanie orzeczenia dotyczącego stopnia niepełnosprawności. Procedura zostanie uruchomiona po złożeniu przez wnioskodawcę wniosku oraz aktualnego zaświadczenia lekarskiego i dokumentacji medycznej. Posiadanie statusu osoby niepełnosprawnej w stopniu umiarkowanym lub znacznym pozwala na uzyskanie świadczenia pieniężnego w formie zasiłku stałego oraz ubezpieczenia zdrowotnego.

3 Miejski lub Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej może także ubezpieczyć osobę nieubezpieczoną na 90 dni w sytuacji, gdy jej stan zdrowia wymaga leczenia szpitalnego lub innego leczenia specjalistycznego.

Pomoc usługowa przyznawana w trybie i na zasadach wynikających z Ustawy o pomocy społecznej to:

- praca socjalna,
- interwencja kryzysowa,
- poradnictwo specjalistyczne,
- usługi opiekuńcze lub specjalistyczne.

” W Polsce funkcjonują przepisy, które chronią osoby żyjące z HIV przed dyskryminacją w miejscu pracy. ”

W Polsce funkcjonują przepisy, które chronią osoby żyjące z HIV przed dyskryminacją w miejscu pracy. Pracodawca nie ma prawa wymagać wykonania testów na HIV ani pytać o ich wyniki. Pomoc socjalna w tym przypadku obejmuje również doradztwo prawne, które umożliwia osobom zakażonym dochodzenie swoich praw, jeśli dojdzie do ich naruszenia. Uzyskanie każdej z tych form pomocy wymaga kontaktu z pracownikiem socjalnym Miejskiego lub Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej właściwego dla miejsca zamieszkania osoby chcącej uzyskać pomoc.

dr n. med. Błażej Rozpłochowski

Zakażenie HIV a życie seksualne



Z zakażeniem HIV żyje się tak jak z innymi chorobami przewlekłymi. Nic nie stoi na przeszkodzie, aby być szczęśliwym i spełnionym człowiekiem. Dotyczy to także życia seksualnego.

” Osoba z HIV może prowadzić normalne życie seksualne. ”

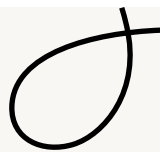
Osoba z HIV może prowadzić normalne życie seksualne. Nie ma konieczności wchodzenia w relacje jedynie z partnerkami/partnerami również zakażonymi, należy jednak pamiętać o obowiązku poinformowania partnerki/partnera/partnerów seksualnych o swoim statusie. Wynika to z zapisu ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych.

Ryzyko przeniesienia zakażenia HIV zależy od rodzaju kontaktów seksualnych. Najbardziej ryzykowne są kontakty analne (dla strony biernej/receptywnej; niezależnie od płci) oraz kontakty waginalne (dopochwowe; u kobiet) bez użycia prezerwatywy. Kontakty oralne uważane są za obarczone znikomym ryzykiem transmisji zakażenia HIV. Pocałunki, także głębokie, pozostają bezpieczne. Należy pamiętać, że HIV nie jest ani jedyną, ani najbardziej zakaźną chorobą przenoszoną drogą płciową. O innych chorobach dowiesz się więcej z następnego rozdziału.

Zasada U = U

W kontekście przeniesienia zakażenia bardzo ważne jest, czy osoba żyjąca z HIV przyjmuje leki antyretrowirusowe. Największe zagrożenie stanowią ci, którzy się nie leczą (np. nieświadomi swojego zakażenia). Sytuacja zmienia się diametralnie po rozpoczęciu terapii. Opublikowane w ostatnich latach dowody naukowe wykazały, że osoby leczone antyretrowirusowo, u których wiremia (HIV RNA) utrzymuje się przez co najmniej pół roku na niewykrywalnym poziomie, nie mogą przenieść HIV podczas stosunku seksualnego, w tym podczas kontaktów płciowych niezabezpieczonych prezerwatywą. W badaniach PARTNER-1 i PARTNER-2 (ponad tysiąc par, w których jeden z partnerów był zakażony HIV, a drugi nie; kontakty heteroseksualne i homoseksualne) nie stwierdzono żadnego przypadku transmisji zakażenia HIV u osoby HIV(-) od partnera HIV(+) z HIV RNA < 200 kopii. Stało się to podstawą międzynarodowej kampanii U = U (*Undetectable = Untransmittable*), czyli N = N (Niewykrywalny = Niezakaźny).

PrEP



PrEP (ang. *pre-exposure prophylaxis*) to farmakologiczna (lekowa) profilaktyka przedekspozycyjna HIV. Polega ona na przyjmowaniu leków antyretrowirusowych przez osoby niezakażone HIV. Aktualnie najczęściej stosowany jest preparat jednodawkowy zawierający emtrycyabinę i tenofovir. Są to leki wykorzystywane także w leczeniu zakażenia HIV, jednak w terapii osób zakażonych stanowią element terapii skojarzonej. Stosowanie PrEP według zalecanego schematu może zmniejszyć ryzyko zakażenia HIV o ponad 97%. PrEP jest dedykowany przede wszystkim osobom, które mają kontakty seksualne bez prezerwatywy z partnerami/partnerkami potencjalnie zakażonymi HIV (osoby niezbadane, nieznane lub zakażone HIV i leczone antyretrowirusowo, ale z wykrywalnym w badaniach poziomem wirusa).

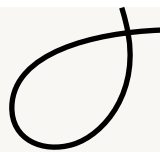
Nowością jest profilaktyka długodziałająca w zastrzykach

Lek kabotegrawir podawany domięśniowo stanowi bezpieczną i wygodną alternatywę dla preparatów doustnych, a według doniesień naukowych jego skuteczność w zapobieganiu transmisji zakażenia HIV może być wręcz wyższa.

Trwają również badania nad innymi lekami długodziałającymi podawanymi podskórnie.

Warto podkreślić, że z PrEP-u mogą korzystać zarówno kobiety, jak i mężczyźni, a schemat stosowanej profilaktyki jest zależny od płci.

PEP



Poekspozycyjna profilaktyka zakażenia HIV (ang. *post-exposure prophylaxis* – PEP) polega na przyjmowaniu leków antyretrowirusowych (najczęściej trzech) przez 28 dni w sytuacji, gdy dojdzie do kontaktu z materiałem potencjalnie zakaźnym (m.in. z krwią, nasieniem, śluzem pochwowym, preejakulatem). Celem profilaktyki poekspozycyjnej jest istotne zmniejszenie ryzyka zakażenia HIV.

W przypadku np. zakłucia igłą nie należy tamować krwi, ale też nie wolno jej wyciskać. Należy przemyć ranę pod bieżącą wodą, umyć mydłem lub zdezynfekować preparatem bez alkoholu. W sytuacji zachłapania skóry lub błon śluzowych należy przepłukać je kilkakrotnie wodą lub solą fizjologiczną.

W przypadku sytuacji ryzykownej należy niezwłocznie zgłosić się do szpitala zakaźnego lub placówki posiadającej doświadczenie w prowadzeniu PEP. Im szybciej zostaną podane leki antyretrowirusowe (najlepiej w ciągu 2–3 godzin po zdarzeniu), tym większa szansa na uniknięcie zakażenia.

Koszty profilaktyki związanej z ekspozycją zawodową pokrywa pracodawca. W przypadku ekspozycji pozazawodowych wypadkowych leki finansowane są z budżetu państwa, natomiast w sytuacji ryzykownego zachowania seksualnego koszt PEP ponosi pacjent.

Szczepionka przeciwko HIV



Aktualnie skuteczna szczepionka przeciwko HIV nie istnieje. W 2023 roku, wraz z ogłoszeniem niepowodzenia badania Mosaico, nadzieje na jej opracowanie znacząco osłabły. W ostatnim czasie pojawiły się jednak publikacje dotyczące pierwszej fazy badań klinicznych nad nowym preparatem mającym w przyszłości zapewnić ochronę przed zakażeniem HIV. Temat, choć skomplikowany, pozostaje otwarty.



W ostatnim czasie pojawiły się jednak publikacje dotyczące pierwszej fazy badań klinicznych nad nowym preparatem mającym w przyszłości zapewnić ochronę przed zakażeniem HIV.



*dr hab. n. med. Bogusz Aksak-Wąs
dr n. med. Ewa Firląg-Burkacka*

Choroby przenoszone drogą kontaktów płciowych



Infekcje (ang. *sexually transmitted infections* – STI) lub choroby przenoszone drogą płciową (ang. *sexually transmitted diseases* – STD) należą do jednych z najczęściej występujących chorób zakaźnych. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w 2020 roku zdiagnozowano globalnie około 374 milionów nowych przypadków STI (chłamydioza, rzeżączka, kiła i rżęstkwica), a spośród wszystkich osób aktywnych seksualnie aż 80% może być zakażonych wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w którymś momencie życia.

” Obecnie znamy około 40 różnych rodzajów drobnoustrojów, które mogą się przenosić drogą płciową. ”

Obecnie znamy około 40 różnych rodzajów drobnoustrojów, które mogą się przenosić drogą płciową. Niektóre z nich przenoszą się wyłącznie w czasie stosunków płciowych, podczas gdy dla innych kontakty seksualne są tylko jedną z form przenoszenia.

Tymi drobnoustrojami mogą być: bakterie, wirusy, pierwotniaki, grzyby, pasożyty skóry lub przewodu pokarmowego. Część z nich wywołuje zakażenia miejscowe, ograniczone do narządów płciowych lub skóry, a część może powodować zakażenia uogólnione.

Ryzyko zachorowań na choroby przenoszone drogą płciową wzrasta wraz z liczbą partnerów, częstotliwością ich zmiany, liczbą kontaktów przygodnych i zależy od preferencji seksualnych oraz rodzaju stosunków płciowych (orogenitalne, oroanalne, analne).

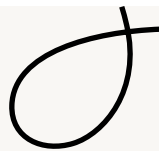
Najczęściej dotyczy osób młodych, w wieku od 15 do 45 lat, częściej mężczyzn niż kobiet.

Warto pamiętać!

Diagnoza jednej choroby przenoszonej drogą płciową nie wyklucza możliwości nabycia innych. Co istotne, choroby te nie pozostawiają po sobie trwałej odporności, więc możliwe są wielokrotne zakażenia np. kiłą czy rzeżączką. Co więcej, przez zwiększenie lokalnego zapalenia w okolicach intymnych zwiększa się ryzyko nabycia innych chorób przenoszonych tą drogą.

Warto pamiętać, że osoba żyjąca z HIV w dalszym ciągu narażona jest na nabycie innych chorób przenoszonych drogą płciową, więc środki barierowe pod postacią prezerwatyw stanowią najlepszy środek zapobiegawczy przed innymi infekcjami.

Najczęstsza etiologia chorób przenoszonych drogą płciową



Choroby wywołane przez bakterie:

- kiła
- rzeżączka
- nierzeżączkowe zapalenie cewki moczowej (NGU): chlamydie, mikoplazmy, ureaplazmy
- inne zakażenia bakteryjne

Choroby wywołane przez wirusy:

- opryszczka pospolita (HSV)
- wirus brodawczaka ludzkiego (HPV)
- mięczak zakaźny (MCV)
- wirusowe zapalenia wątroby (HBV, HCV)
- zespół nabytego upośledzenia odporności (HIV)
- MPOX (ospa małpia)

Choroby wywołane przez pasożyty:

- świerzb
- wszawica łonowa

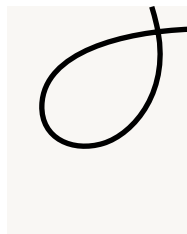
Choroby wywołane przez robaczyce:

- owsice
- rzęsistkowica

Choroby wywołane przez grzybice:

- drożdżycy narządów płciowych i odbytu

Najczęstsze choroby przenoszone drogą płciową w pytaniach i odpowiedziach



Kiła

Co wywołuje kiłę?

Kiłę wywołuje Gram-ujemna bakteria – krętek błądy (*Treponema pallidum*).

Jak dochodzi do zakażenia?

Do zakażenia dochodzi bezpośrednio przez uszkodzoną skórę, niezmienioną błonę śluzową lub wertykalnie podczas ciąży od zakażonej matki na dziecko. Krętki blade wnikają do skóry lub błon śluzowych, namnażają się w miejscu zakażenia, przedostają się do naczyń chłonnych i krwionośnych. Ulegają rozsiewowi po całym organizmie. W miejscu wtargnięcia krętków tworzy się owrzodzenie (objaw pierwotny).

Jak szybko spodziewać się objawów choroby?

Okres wylegania choroby wynosi średnio około 3-4 tygodni i wówczas powinny pojawić się pierwsze dolegliwości.

Kiedy ryzyko zakażenia kiłą jest największe?

Zakaźność kiły zależy od okresu choroby, ale największa jest w kile wczesnej II okresu – w okresie osutki kiłowej, około 9-16 tygodni od zakażenia.

Jakie mogą być objawy kiły?

Kiła cechuje się wieloletnim przebiegiem, z następującymi po sobie okresami objawowymi i bezobjawowymi, może przebiegać w sposób utajony, ulegać samowyleczeniu lub wywoływać poważne zmiany narządowe, w tym w ośrodkowym układzie nerwowym. Kiła wczesna I okresu przebiega najczęściej pod postacią owrzodzenia pierwotnego, wczesna II okresu – pod postacią osutki kiłowej, późna okresu III – zmian w ośrodkowym układzie nerwowym (wład rdzenia) i zmian w dużych naczyniach krwionośnych.

Jak wygląda diagnostyka kiły?

Do diagnostyki kiły używamy testów krętkowych (TPHA, FTA-ABS) oraz niekrętkowych (VDRL, RPR), zawsze w skojarzeniu ze sobą. Wyniki fałszywie ujemne (ujemny wynik badania mimo zakażenia) możemy obserwować w pierwszych 4–6 tygodniach od zakażenia.

Najwcześniej wynik dodatni pojawia się po 3 tygodniach w odczynie TPHA, a po 4–6 tygodniach w odczynie VDRL i FTA ABS.

Jak wygląda leczenie kiły?

We wszystkich postaciach kiły najskuteczniejszym antybiotykiem jest penicylina, w różnych postaciach: krystaliczna, prokainowa, debecylina. W przypadku uczulenia na penicylinę stosuje się inne antybiotyki – doksycyklinę lub ceftriakson.

Po kontakcie z osobą chorą możliwe jest podanie antybiotykoterapii profilaktycznej celem zapobiegania rozwojowi objawów choroby.

Rzeżączka



Co wywołuje rzeżączkę?

To druga co do częstości występowania choroba przenoszona drogą płciową, a wywołuje ją Gram-ujemna dwójka (*Neisseria gonorrhoeae*).

Jak dochodzi do zakażenia?

Rzeżączka w większości przypadków jest zakażeniem miejscowym, ograniczającym się do cewki moczowej u mężczyzn, a szyjki macicy i cewki moczowej – u kobiet. U obu płci może zajmować gardło, worek spojówkowy lub odbyt.

Jak szybko spodziewać się objawów choroby?

Okres wylegania choroby u mężczyzn jest bardzo krótki (2–5 dni), u kobiet dłuższy (7–14 dni).

U kogo ryzyko zakażenia dwóinką rzeżączki jest największe?

Ryzyko zakażenia rzeżączką zależy od płci i jest większe u kobiet niż u mężczyzn. U 10–25% MSM (mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami) mających kontakty oralne może wystąpić rzeżączkowe zapalenie gardła: zaczerwienienie i obrzęk łuków podniebiennych, tylnej ściany gardła. Węzły chłonne szyjne i podżuchwowe mogą być powiększone i bolesne, niekiedy objawom towarzyszą stany podgorączkowe.

Jakie mogą być objawy?

Główne objawy choroby to: wydzielina ropna/śluzowo-ropna z cewki moczowej, odbytu lub gardła, objawy dysurii (ból, pieczenie w trakcie oddawania moczu), zaczerwienienie i obrzęk ujścia cewki moczowej, u kobiet – tarczy szyjki macicy.

Jak wygląda diagnostyka rzeżączki?

Aktualnie najlepszymi metodami diagnostycznymi są badania molekularne (PCR), optymalnie wykonywane z 3 lokalizacji (gardło, cewka moczowa/pochwa, odbyt). W przypadku ich niedostępności można stosować testy antygenowe – mają jednak mniejszą czułość i często nie sprawdzają się w zakażeniach bezobjawowych, ponadto w diagnostyce można użyć obserwacji dwoinek rzeżączki w badaniu mikroskopowym (barwienie metodą Grama lub błękitem metylenowym), hodowli na specjalistycznych podłożach.

Jak wygląda leczenie rzeżączki?

Stosuje się antybiotyki w wysokiej dawce jednorazowej. Droga podania doustna lub domięśniowa. Główne antybiotyki to ceftriakson domięśniowo lub cefiksym doustnie wraz z azytromycyną doustnie.

Nierzeżączkowe zapalenie cewki moczowej (NGU)



Co wywołuje NGU?

Nierzeżączkowe zapalenie cewki moczowej (NGU) wywoływane jest w około 35–70% przez *Chlamydia trachomatis* i w 30% przez inne bakterie, takie jak: *Ureoplasma urealyticum*, *Gardnerella vaginalis*, *Trichomonas vaginalis*, *Herpes virus*, *Candida albicans*. W nierzeżączkowym zapaleniu cewki moczowej nie stwierdza się zakażenia dwoinkami rzeżączki.

Jak szybko spodziewać się objawów choroby?

Okres wylegania choroby jest dłuższy niż w rzeżączce i wynosi średnio 1–3 tygodnie.

U kogo ryzyko NGU jest największe?

Ryzyko NGU dotyczy zarówno mężczyzn, jak i kobiet. U mężczyzn 75% zachorowań przypada pomiędzy 18. a 30. rokiem życia, u kobiet największy odsetek przypada poniżej 25. roku życia.

Jakie mogą być objawy NGU?

NGU rozpoznaje się u osób z objawami zapalenia cewki moczowej, u których nie potwierdzono infekcji dwoinką rzeżączki. Najczęstsze objawy to wydzielina z cewki moczowej: śluzowa, wodnista, śluzowo-ropna. Wyciek może być spontaniczny, obecny stale lub w godzinach porannych, a najczęściej połączony jest z dysurią (ból, pieczenie).

Jak wygląda diagnostyka NGU?

Do najczęstszych patogenów wywołujących NGU zalicza się *Chlamydia trachomatis* i *Mycoplasma genitalium*, a także *Trichomonas vaginalis*. Preferowaną formą diagnostyki tych patogenów są testy molekularne PCR. Testy antygenowe mają mniejszą czułość i często nie sprawdzają się w zakażeniach bezobjawowych.

Jak wygląda leczenie NGU?

W zależności od etiologii, w zakażeniach chlamydialnych i mikoplazmatycznych preferuje się antybiotyki makrolidowe (azytromycyna) lub tetracykliny (doksycyklina). W zakażeniach *Mycoplasma genitalium* wskazane jest stosowanie terapii sekwencyjnej połączonej z fluorochinolonem (moksyflokscyna). Zarażenia rzeżączką pochwowym leczy się najczęściej metronidazolem.

Czy istnieją powikłania NGU?

W zakażeniach chlamydialnych wywołanych przez serotypy L1, L2 i L3 możemy obserwować ziarnicę weneryczną pachwin (LGV), charakteryzującą się masywnym powiększeniem pachwinowych węzłów chłonnych wraz z ropieniem i martwicą części centralnych oraz przebieciem treści do skóry.

W innych postaciach NGU możemy obserwować reaktywne zapalenie stawów, dawniej zespół Reitera (nazwa aktualnie nieużywana), który charakteryzuje się triadą objawów:

- odczynowe zapalenie stawów: duże stawy (kolanowy, skokowy, śródstopia), rzadziej stawy kończyn górnych i okolicy krzyżowo-lędźwiowej; stawy są obrzęknięte, zaczerwienione, z dużą bolesnością i ograniczoną ruchomością,
- zmiany oczne: zapalenie spojówek (przekrwienie, łzawienie, wydzielina śluzowo-ropna), owrzodzenia, zapalenia rogówki, wylewy wewnątrzgałkowe, zaćma, zapalenie nerwu wzrokowego,
- zapalenie cewki moczowej.



Wirus brodawczaka ludzkiego (HPV)

Co wywołuje wirus brodawczaka ludzkiego?

Obecnie na świecie wyodrębniono ponad 200 typów wirusa HPV i podzielono je na dwie grupy – niskoonkogenne i wysokoonkogenne. Wirusy HPV niskoonkogenne odpowiedzialne są za łagodne rozrosty naskórka i błon śluzowych, zwane kłykcinami kończystymi. Wirusy wysokoonkogenne odgrywają istotną rolę w powstawaniu raka szyjki macicy, pochwy, sromu, prącia i odbytu.

Jak szybko spodziewać się objawów choroby (kłykcin kończystych)?

Okres wylęgania kłykcin jest długi i wynosi średnio 3 miesiące, a najbardziej zakaźne są kłykciny kończyste wywołane przez niskoonkogenne typy HPV.

Jakie mogą być objawy?

Obraz kliniczny zmian chorobowych zależy od typu wirusa, umiejscowienia, czasu trwania zmian i odporności chorego.

Najczęstszą obserwowaną zmianą są kłykciny kończyste. To guzki, brodawki, o miękkiej konsystencji, białe-szare lub różowe, wydłużone, nitkowate, często uszypułowane, pojedyncze lub mnogie. Z czasem tworzą rozległe, zlewające się zmiany chorobowe o kalafiorowatej, groniastej powierzchni.

Jaka jest najczęstsza lokalizacja zmian?

U kobiet: wargi sromowe, okolica cewki moczowej, w obrębie szyjki macicy, odbytu. U mężczyzn: na prąciu, żołędzi, okolicy wędzidełka, w obrębie cewki moczowej i wewnętrznej powierzchni napletka, okolicy odbytu. Przy stosunkach orogenitalnych mogą być umiejscowione na łukach podniebiennych, języku i w kącikach ust.

Jak wygląda diagnostyka HPV?

Diagnostyka opiera się na testach molekularnych PCR w poszukiwaniu wysoko- i niskoonkogennych typów HPV.

Jak wygląda leczenie HPV?

Obecnie najczęściej stosowaną metodą leczenia kłykcin kończystych jest krioterapia – zamrażanie zmian chorobowych ciekłym azotem. Przy zmianach niewielkich zalecane jest miejscowo stosowanie 0,5% podofilotoksyny (Condylina) lub 5% imikwimodu (Aldara). Duże zmiany wymagają leczenia chirurgicznego, proktologicznego i ginekologicznego.

Czy można podjąć działania profilaktyczne?

Celem zapobiegania chorobom wywoływanym przez typy wysokoonkogenne HPV zaleca się, w zależności od grup ryzyka, cytologię płynną szyjki macicy (LBC) najczęściej 1 raz w roku, a u mężczyzn mających seks z mężczyznami – cytologię odbytu 1 raz w roku. Dalsze zalecenia odnośnie do kolposkopii i anoskopii zależą od zmian znalezionych w badaniu cytologicznym.

W profilaktyce stosuje się szczepienia ochronne (aktualnie w Polsce dostępne są szczepionki 2- i 9-walentne):

- szczepionka 2-walentna (przeciwno typom HPV 16 i 18),
- szczepionka 9-walentna (przeciwno typom HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 i 58).

Zalecany harmonogram szczepień przeciwko HPV zależy od wieku, w którym nastąpiło rozpoczęcie szczepienia:

- w przypadku osób w wieku od 9 do 14 lat zaleca się zazwyczaj schemat dwudawkowy, w odstępie 5–13 miesięcy,
- w przypadku osób w wieku 15 lat i starszych lub osób z obniżoną odpornością zaleca się schemat trzydawkowy podawany w ciągu 6 miesięcy (w 0., 1.–2. i 6. miesiącu).



lek. Piotr Pulik

Leczenie zakażenia HIV

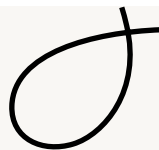


”

Wczesne rozpoczęcie terapii
poprawia jakość życia osób
żyjących z HIV

”

Kiedy zaczynamy



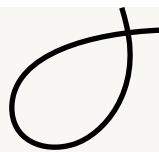
Leczenie antyretrowirusowe (ART) należy rozpocząć możliwie szybko u wszystkich osób zakażonych HIV, niezależnie od liczby limfocytów CD4 i poziomu wirerii. Wczesne rozpoczęcie terapii poprawia jakość życia osób żyjących z HIV i zmniejsza ryzyko wystąpienia nie tylko chorób bezpośrednio związanych z upośledzeniem układu odpornościowego, lecz także przewlekłego zapalenia spowodowanego namnażaniem wirusa. Poprawa jakości życia, zmniejszenie ryzyka rozwoju choroby oraz przeniesienia zakażenia HIV na inne osoby są podstawowym celem leczenia ART. Jego odroczenie może być konieczne w niektórych przypadkach braku zgody pacjenta na przyjmowanie leków (ryzyko przerywania terapii i przez to powstania lekooporności) lub potencjalnie współistniejących chorób, takich jak np. gruźlicze zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych bądź kryptokokowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, które najczęściej związane są z jednoczesnym bardzo głębokim niedoborem odporności (niska liczba limfocytów CD4).

Na co zwracamy uwagę (dlaczego wywiad jest istotny)



Wywiad medyczny pozwala na: ocenę innych chorób przewlekłych (np. choroby nerek, wątroby, choroby sercowo-naczyniowej), identyfikację potencjalnych interakcji lekowych i nietolerancji, ocenę stylu życia oraz możliwości stałego przyjmowania leków przez pacjenta. Dokładny wywiad medyczny oraz badania umożliwiają ponadto stwierdzenie występowania dodatkowych czynników, takich jak obecność innych zakażeń, czy też wdrożenie szczepień profilaktycznych. Wykonywane badania poziomu HIV w surowicy (wirerii), genotypowania (lekooporności wirusa) lub profilu immunologicznego (w tym liczba limfocytów CD4) ułatwiają właściwy dobór i dalsze monitorowanie leczenia. Wśród informacji zbieranych od pacjenta istotny może się okazać wywiad rodzinny (w kontekście obciążenia genetycznego), dotyczący możliwości wsparcia społecznego i ryzyka transmisji zakażenia. Historia dotycząca przebytych potencjalnych operacji, alergii, wykonywanych szczepień czy stosowanych używek jest bardzo istotnym elementem zarówno w prowadzeniu leczenia, jak i jego monitorowaniu.

Rodzaje/grupy leków i leki złożone



Mechanizm działania leków polega na ograniczaniu i hamowaniu namnażania wirusa. Obecnie zaleca się stosowanie połączeń leków. Dla uproszczenia często podaje się trzyliterowe skróty ich nazw, a preparaty złożone oznacza dzieliącym je znakiem „/”.

Grupy leków antyretrowirusowych (ART):

- NRTI (nukleozydowe inhibitory odwrotnej transkryptazy, np. ABC, FTC, TDF, TAF),
- NNRTI (nienukleozydowe inhibitory odwrotnej transkryptazy, np. DOR, EFV),
- PI (inhibitory proteazy, np. DRV),
- InSTI (inhibitory integrazy, np. DTG, BIC),
- inhibitory fuzji (FI),
- inhibitory koreceptora CCR5 (np. MVC),
- przeciwciała monoklonalne (MAB).

Leki ART mogą być podawane doustnie lub parenteralnie (domięśniowo), włączając krótko- i długodziałające preparaty iniekcyjne. W wybranych sytuacjach istnieje możliwość zastosowania leków, które można kruszyć.

W celu poprawy właściwości farmakokinetycznych niektórych inhibitorów proteazy oraz inhibitorów integrazy stosuje się preparaty wzmacniające – rytonawir (r) oraz kobicystat (COBI).

Preparaty złożone umożliwiają uproszczenie terapii i poprawę adherencji. Obecnie najczęściej składają się one z dwóch NRTI: AZT/3TC, ABC/3TC, TDF/FTC, TAF/FTC, dwóch NRTI i jednego NNRTI: TDF/FTC/EFV, TDF/FTC/RPV, TAF/FTC/RPV, TDF/3TC/DOR, dwóch NRTI i jednego InSTI: ABC/3TC/DTG, TAF/FTC/EVG/COBI, TDF/FTC/EVG/COBI, TAF/FTC/BIC, TDF/3TC/DTG lub dwóch NRTI z PI: TAF/FTC/DRV/COBI.

”

Występowanie działań niepożądanych leków jest stosunkowo niskie, a korzyści z ich stosowania są znaczące.

”

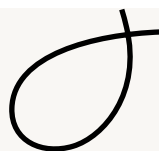
Działania niepożądane



Należy podkreślić, występowanie działań niepożądanych leków jest stosunkowo niskie, a korzyści z ich stosowania są znaczące, a możliwość doboru lub modyfikacji leczenia jeszcze znacząco ogranicza ich ryzyko. Problemy te często bywają przejściowe, a konieczność modyfikacji leczenia zdarza się sporadycznie. Działania niepożądane związane z przyjmowaniem leku bardzo rzadko prowadzą do konieczności zmiany leczenia i dopasowania dobrze tolerowanego zestawu leków przeciwwirusowych.

Do typowych objawów należą m.in.: zaburzenia żołądkowo-jelitowe (zaparcia, biegunka), zaburzenia metaboliczne (np. wzrost masy ciała, zaburzenie lipidowe), uszkodzenie nerek i problemy kostne, objawy neuropsychiatryczne, reakcje alergiczne.

Interakcje lekowe – na co należy zwrócić uwagę



Leki ART mogą wchodzić w interakcje z suplementami diety, odżywkami białkowymi oraz innymi lekami, np. inhibitorami pompy protonowej czy lekami zawierającymi wapń, glin lub magnez.

Wskazane jest unikanie łączenia preparatów wymagających specyficznych warunków przyjmowania (np. RPV z inhibitorami pompy protonowej).

Należy zwracać uwagę na suplementy, które mogą wpływać na metabolizm wątrobowy, aby uniknąć niepożądanych zmian farmakokinetyki ART.

Warto pamiętać o lekach ziołowych (np. preparatach jeżówki, zielu dziurawca) oraz innych mogących mieć wpływ na przemianę leków, a przez to – na ich skuteczność. Nawet stosowane donosowo leki sterydowe mogą powodować negatywne skutki uboczne, dlatego ważne jest informowanie lekarza o wszelkich przyjmowanych preparatach dodatkowych.

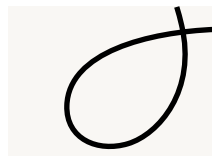
Co to jest skuteczna terapia



Skuteczna terapia ART to taka, która prowadzi do obniżenia poziomu HIV (HIV RNA < 50 kopii/ml) w ciągu kilku miesięcy od rozpoczęcia leczenia. Regularne sprawdzanie wirerii i liczby limfocytów CD4/CD8 pozwala ocenić skuteczność terapii. W wielu badaniach wykazywano natomiast, że przy stałym leczeniu ART niskie okresowe wzrosty wirerii (< 200 kopii/ml) noszące nazwę blipów mogą się zdarzać okresowo, np. w czasie dodatkowych infekcji (np. bakteryjnych).

Zmiana liczby limfocytów CD4 i stosunek liczby limfocytów CD4/CD8 jest dodatkowym parametrem stosowanym w celu oceny skuteczności terapii.

Co to jest ZRI (zespół rekonstrukcji immunologicznej)



Zespół rekonstrukcji immunologicznej to proces występujący u osób żyjących z HIV, które rozpoczynają leczenie antyretrowirusowe (ART) i doświadczają nadmiernej odpowiedzi immunologicznej na istniejące infekcje lub stany zapalne. Najbardziej narażeni są pacjenci z głębokimi niedoborami odporności, czyli późno zdiagnozowani. Najczęściej zespoły rekonstrukcji immunologicznej przebiegają łagodnie, ale zdarzają się przypadki o ciężkim przebiegu. Objawy ZRI to często gorączka, powiększenie węzłów chłonnych i objawy neurologiczne. Może dochodzić do pogorszenia stanu zdrowia. W takiej sytuacji bardzo ważne jest ściśle monitorowanie pacjentów rozpoczynających leczenie przeciwwirusowe, dostosowanie odpowiedniej terapii oraz profilaktyka chorób związanych z zaburzeniami odporności.

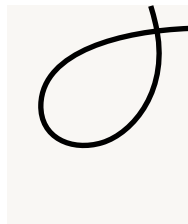


dr n. społ. Bogna Szymańska-Kotwica

Diagnoza HIV – bądźmy w tym razem. Siła wsparcia psychologicznego



Warto rozmawiać z psychologiem w każdym momencie, gdy tego potrzebujesz



Bez względu na to, jak długo wiesz o swoim zakażeniu i jak do niego doszło, zawsze możesz zdecydować, kiedy potrzebujesz skorzystać z pomocy psychologa.

Reakcja na diagnozę HIV i cały proces leczenia bywa różna i zależy od wielu czynników, takich jak: okoliczności zakażenia, wypracowane wcześniej sposoby radzenia sobie z trudnościami, umiejętność korzystania z szeroko rozumianego wsparcia społecznego i specjalistycznego, cech osobowości, stanu zdrowia oraz osobistej historii pacjenta. Nie ma jednej prawidłowej reakcji na wiadomość o dodatnim statusie serologicznym. To indywidualna kwestia.

Osoby, które niedawno dowiedziały się o swoim zakażeniu, często z trudem o tym z kimkolwiek rozmawiają. Jednak z wielu badań i obserwacji klinicznych wynika, że podjęte wsparcie psychologiczne na początku drogi z infekcją HIV jest wielkim potencjałem na przyszłość. Dzięki temu zmniejsza się ryzyko wystąpienia depresji, zaburzeń lękowych lub wypalenia w procesie leczenia. Zatem, jeśli masz taką możliwość, warto skorzystać z konsultacji u psychologa specjalizującego się w opiece nad osobami żyjącymi z HIV.

Jak psycholog może pomóc pacjentowi z HIV



Każdy człowiek w obliczu diagnozy choroby przewlekłej prezentuje jakąś reakcję psychiczną – postawę (Tabela 1). Psycholog, który zna tematykę związaną z HIV, pomoże Ci zrozumieć, co się z Tobą dzieje, a później stanąć na nogi niezależnie od etapu życia i zakażenia, zgodnie z Twoimi możliwościami i potrzebami. Gdy pierwsze emocje już opadną i będziesz potrzebować konstruktywnego wsparcia, aby normalnie funkcjonować w codziennym życiu, wraz ze specjalistą w tym zakresie możesz znaleźć dla siebie wspierające rozwiązania, bez oceniania i osądzania.

Czasem zdarza się tak, że w pierwszej kolejności ważniejsze do zaopiekowania są inne tematy po to, by dopiero za jakiś czas dotknąć kwestii zakażenia. Podążanie za Twoimi osobistymi potrzebami to ważny wyznacznik właściwego wsparcia psychologicznego. Psycholog, który zna tematykę związaną z HIV i możliwości skutecznego leczenia, a także psychospołeczne aspekty życia z zakażeniem, będzie w stanie udzielić Ci adekwatnej i wiarygodnej pomocy.

Tabela 1. Trzy podstawowe postawy wobec informacji o zakażeniu HIV

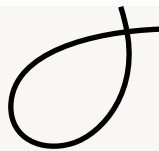
Postawa	Krótki opis
PROAKTYWNA	Pacjenta nie omijają chwile załamania i zwątpienia. Czuje niepokój, martwi się o siebie i swoją przyszłość, co wpływa na nieprzespane noce. Jednocześnie nie walczy on z rzeczywistością, tylko skupia się na szukaniu adekwatnych rozwiązań zaistniałej sytuacji.
REAKTYWNA	Pacjent prezentuje zachowania unikowe. Bezsilnie poddaje się wydarzeniom, porzucając próby wpłynięcia na sytuację, w której się znalazł, tak by odcisnęła ona jak najmniejsze piętno na jakości jego życia.
ROSZCZENIOWA	Fakt zakażenia staje się sytuacją, w której pacjentowi wydaje się, że należy mu się bardziej wyjątkowe traktowanie niż przed diagnozą. Charakteryzuje się chwiejnością emocjonalną i manipulowaniem emocjami innych, oczekując, że uśmierzą jego lęk i sami z siebie będą wiedzieli, czego on potrzebuje. W tej postawie pacjent krytykuje starania osób bliskich, zarzucając im złe intencje i oczekując zaangażowania, które nie jest możliwe do spełnienia.

Psycholog może także pomóc pacjentowi z HIV w zakresie:

- rozpoznawania i redukcji stresu,
- odróżniania lęku od strachu,
- identyfikowania katastroficznych scenariuszy pełnych obaw,
- radzenia sobie z natłokiem niechcianych myśli.



Zakażenie HIV to nie kara!



Informacja o dodatnim statusie serologicznym jest niewątpliwie sytuacją silnie stresującą, która zostawia ślad w naszej psychice. U osób z nowo rozpoznaną infekcją HIV często pojawia się w głowie wiele myśli i pytań bez odpowiedzi. Równolegle obok nich ujawniają się emocje takie jak żal, złość, smutek, wstyd, wstręt, zdziwienie lub miks wszystkich tych uczuć i emocji jednocześnie. Taki stan wpływa negatywnie na codzienne funkcjonowanie, odbiera zdolność obiektywnego radzenia sobie z nową sytuacją. Przykładem takiego zjawiska może być wątek poczucia winy, zwłaszcza w początkowym etapie życia z infekcją. Osoby zakażone usilnie doszukują się winnego zaistniałej sytuacji, wkładając wiele wysiłku w to, aby rozprawić się z tym zagadnieniem w swojej głowie, najczęściej dochodząc do wniosku, że to oni są winni i teraz ponoszą „zasłużoną” karę. W takich momentach należy pamiętać, że nawet jeśli zostało podjęte, świadomie lub nie, jakieś ryzykowne i społecznie napiętnowane zachowanie, to zakażenie nie jest żadną karą. Nikt na ochotnika nie zgłasza się, by żyć z HIV. Zapewne intencją tego ryzykownego zachowania było coś zupełnie innego. Być może dobra zabawa i chęć zapomnienia o kłopotach lub pragnienie bliskości i czułości. Wraz z psychologiem łatwiej jest odczarować mit kary.

Nadmierne używanie środków czystości jest kolejnym przykładem obrazującym, jak zapętlanie się we własnych myślach i przekonaniach determinuje konkretne niepotrzebne działania, które raczej wzmacniają lęk, niż przynoszą długofalową ulgę. Bywa tak, że osoby zakażone w obawie o bezpieczeństwo innych bliskich osób stosują szczególne środki ostrożności, typu dezynfekowanie wspólnych przestrzeni i przedmiotów. Nie ma takiej potrzeby. Wspólne używanie przedmiotów codziennego użytku, jak sztućce lub mydło, nie przyczyni się do transmisji wirusa, a jego unikanie jedynie wzmocni lęk i obawy osoby HIV+. Zgodnie z aktualnym stanem wiedzy, osoba o dodatnim statusie serologicznym skutecznie leczona antyretrowirusowo nie stanowi żadnego zagrożenia dla najbliższego otoczenia.

” Osoba o dodatnim statusie serologicznym skutecznie leczona antyretrowirusowo nie stanowi żadnego zagrożenia dla najbliższego otoczenia. ”

Te i inne ważne zagadnienia możesz omówić wraz z psychologiem specjalizującym się w dziedzinie wsparcia osób żyjących z HIV, ponieważ cały czas pozostajesz osobą, która zasługuje na pełne szacunku i godności traktowanie, by kochać i być kochanym, by po prostu cieszyć się życiem. Przed pierwszą wizytą zapisz swoje myśli, odczucia oraz decyzje w obliczu zakażenia i obecnej sytuacji, w jakiej jesteś. To może pomóc Ci w zrobieniu pierwszego kroku i umówieniu się na zwykłą rozmowę.

dr n. med. Iwona Cielniak

Testowanie partnerów



Regularne testowanie w kierunku zakażenia HIV jest ważnym elementem w walce z rozprzestrzenianiem się tego wirusa. Osoby zakażone HIV mogą nieświadomie przekazywać wirusa innym. Wykonanie testu przed rozpoczęciem nowej relacji seksualnej może pomóc zabezpieczyć obie strony. Zaleca się je również kobietom planującym ciążę, będącym w ciąży oraz ich partnerom. Zakażenie HIV przenosi się głównie poprzez kontakt z zakażoną krwią, nasieniem, płynem preejakulacyjnym, wydzieliną pochwową i innymi materiałami biologicznymi lub wydzielinami/wydalinami poprzez kontakt z błoną śluzową i przez zranioną skórę. Ponadto istnieje wysokie ryzyko przeniesienia HIV z matki na dziecko w czasie ciąży, porodu lub karmienia piersią. Kontakt z łzami, śliną, moczem lub kałem bez domieszki krwi nie przenosi wirusa. Bliski, rodzinny, przyjacielski kontakt nie oznacza ryzyka zakażenia HIV ani nie wymaga testowania. Nie można zakazić się HIV przez rozmowę, przytulanie, podanie ręki, pocałunek, żywność, korzystanie ze wspólnych naczyń, sprzętu do ćwiczeń, pomieszczeń biurowych, transportu publicznego czy toalety. Nie można nabyć zakażenia HIV od zwierząt domowych ani przenieść go na zwierzęta domowe.

Testowanie w kierunku zakażenia HIV zaleca się w przypadku:

- Kontaktu seksualnego bez zabezpieczenia z osobą, o której nie wiemy, czy jest zakażona HIV: Jeśli miałeś kontakt seksualny z osobą żyjącą z HIV bez użycia prezerwatywy lub jeśli doszło do przerwania prezerwatywy, warto się przebadac. Ryzyko jest większe, jeśli osoba żyjąca z HIV nie jest skutecznie leczona i ma wykrywalny poziom wirusa.
- Kontakt z osobą z niewykrywalną wiremią: Jeśli osoba żyjąca z HIV przyjmuje skuteczne leczenie antyretrowirusowe i ma niewykrywalny poziom wirusa we krwi (niewykrywalne = niezakażne, U = U), ryzyko zakażenia jest bardzo niskie. W takim przypadku testowanie należy rozważyć planowo lub w przypadku wystąpienia dodatkowych sytuacji ryzykownych.
- Wspólnego używania igieł: Jeśli dzieliłeś igły do wstrzykiwania narkotyków z innymi osobami, również zaleca się testowanie.
- Bezpośredniego kontaktu z krwią: W przypadku kontaktu z krwią osoby o nieznanym statusie zakażenia HIV poprzez otwarte rany, błony śluzowe, np. oczu, powinno się rozważyć test na HIV.
- Jeśli jedno z rodziców jest zakażone HIV, należy wykonać test w kierunku tego wirusa u dzieci – bezwzględnie, jeśli dziecko zostało urodzone przed rozpoczęciem terapii antyretrowirusowej przez matkę.

Brak bezpośredniego kontaktu z płynami ustrojowymi (np. krwią, nasieniem, wydzieliną z pochwy itp.) osoby żyjącej z HIV nie wiąże się z ryzykiem zakażenia i nie wymaga testowania. W razie wątpliwości lub podjęcia ryzykownego kontaktu warto porozmawiać z lekarzem, pracownikiem PKD czy infolinii, którzy ocenią wskazania do testowania.

Punkty konsultacyjno–diagnostyczne (PKD):

W Polsce istnieje wiele punktów, gdzie można wykonać test na HIV bezpłatnie i anonimowo. Można też wykonać test w placówkach medycznych i laboratoriach badawczych, a od 2025 roku – w ramach opieki lekarza rodzinnego.

Testy domowe:

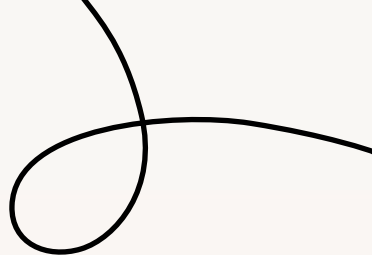
Istnieje również możliwość badania się w domu, za pomocą testów, które można kupić w aptece lub online. Wynik jest dostępny szybko, ale jeśli okaże się pozytywny, zawsze powinien zostać potwierdzony w laboratorium diagnostycznym. Testy domowe wykorzystują próbkę krwi pobraną z opuszka palca i badają w niej obecność przeciwciał przeciwko wirusowi HIV-1 i HIV-2. Wykazują wysoką dokładność, która w zależności od produktu wynosi 99,6–100%. Ze względu na możliwe opóźnienia test należy wykonać po 12 tygodniach od ryzykownego zdarzenia.

” Brak bezpośredniego kontaktu z płynami ustrojowymi (np. krwią, nasieniem, wydzieliną z pochwy itp.) osoby żyjącej z HIV nie wiąże się z ryzykiem zakażenia i nie wymaga testowania. ”

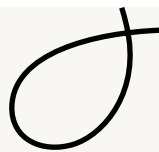
Ważnym zagadnieniem jest odpowiedzialność za swoich partnerów seksualnych. Jak wynika z art. 161 Kodeksu karnego (zmieniony przez art. 13 pkt 1 ustawy z dnia 31 marca 2020 r. zmieniającej nin. ustawę z dniem 31 marca 2020 r. – w zakresie § 1 zwiększono wymiar kary), osoba ze zdiagnozowanym zakażeniem HIV, która bezpośrednio narazi inną osobę na takie zakażenie, podlegać może (pod warunkiem złożenia przez pokrzywdzonego wniosku o ściganie) odpowiedzialności karnej. Dotyczy to wyłącznie osób zakażonych mających wiedzę nie tylko o zakażeniu, lecz także o drogach transmisji, ryzyku i skutkach dla ofiary – jest to bowiem przestępstwo umyślne.

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

Zakażenie HIV a plany prokreacyjne



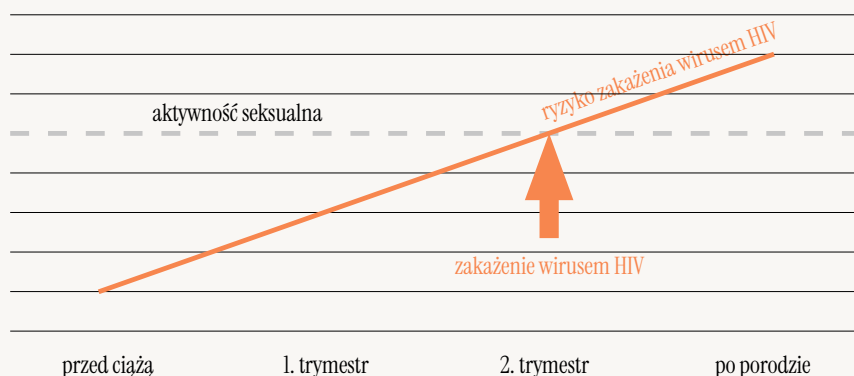
Dzięki nowoczesnej terapii antyretrowirusowej osoby żyjące z HIV mogą cieszyć się naturalnym i niczym nieograniczonym planowaniem rodziny. Warunkiem jest świadomość zakażenia, regularne przyjmowanie leków i systematyczne potwierdzanie ich skuteczności. Sytuacją optymalną z punktu widzenia prokreacji byłoby, gdyby każda osoba starająca się o dziecko zrobiła badania w kierunku chorób przenoszonych drogą płciową, w tym także HIV.



” Aby zmniejszyć ryzyko przeoczenia zakażenia HIV u kobiety w ciąży, w Polsce rekomenduje się dwukrotne testowanie, na początku i pod koniec ciąży. ”

Aby zmniejszyć ryzyko przeoczenia zakażenia HIV u kobiety w ciąży, w Polsce rekomenduje się dwukrotne testowanie, na początku i pod koniec ciąży. Wynika to także z faktu, że prawie nigdy nie są testowani partnerzy kobiet ciężarnych. Tymczasem ryzyko zakażenia HIV w ciąży wzrasta systematycznie z każdym miesiącem, a w ostatnim okresie ciąży jest czterokrotnie wyższe niż u kobiety niebędącej w ciąży (Thomson K.A. i in. JID 2018; 218: 16–25).

Zwiększone ryzyko zakażenia HIV u kobiet w ciąży i po porodzie



Rycina wg Thomson K.A. i in. JID 2018; 218: 16–25.

HIV nie wpływa negatywnie na rozwój ciąży i dziecka ani na przebieg zakażenia u matki. Jak już wspomniano, przyjmowanie skutecznej terapii antyretrowirusowej chroni matkę przed rozwojem choroby, a partnera i dziecko – przed zakażeniem HIV. Aktualnie nie rekomenduje się innej niż włączenie leczenia u osoby zakażonej HIV metody ochronnej przy kontaktach seksualnych niezabezpieczonych prezerwatywą, nawet jeżeli ich celem jest poczęcie dziecka (zasada U = U). Zasada ta nie dotyczy jednak okresu karmienia piersią przez matki żyjące z HIV.

Warto podkreślić, że niezbędnym etapem w tym procesie jest poinformowanie swojego partnera/partnerki o fakcie zakażenia HIV. To trudne dla wielu osób, ponieważ obawiają się odrzucenia, reakcji wykluczających społecznie i stygmatyzujących ze strony otoczenia. Choć z roku na rok wiedza w obszarze HIV i akceptacja społeczna osób żyjących z tym wirusem ulega poprawie, jest ona niewielka. Według badań przeprowadzonych w trzech polskich ośrodkach leczenia HIV 89% osób żyjących z HIV, które udzieliły odpowiedzi na ankietę, podzieliło się informacją o swoim statusie z co najmniej jedną grupą społeczną – głównie był to partner i/lub bliska rodzina (Viruses 2024; 16(11): 1771. doi: 10.3390/v16111771).

Mam partnerkę/partnera żyjącą/żyjącego z HIV. Czy możemy mieć dziecko i pod jakimi warunkami?

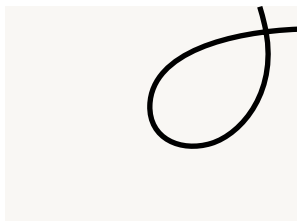


Oczywiście, że tak! Warunkiem najważniejszym jest regularne stosowanie terapii antyretrowirusowej i sprawdzanie jej skuteczności.

Zakażenie HIV nie wpływa na zdolność posiadania dziecka, jednak warto pamiętać, że kobiety z HIV mogą wcześniej przestać miesiączkować, a tym samym utracić płodność. Dlatego lepiej nie odkładać planów rodzinnych na później.

Mężczyźni żyjący z HIV mogą z kolei doświadczyć obniżonej płodności ze względu na występowanie mniejszej liczby plemników w nasieniu. Może to być zarówno efektem samego zakażenia HIV, jak i przyjmowanych leków. Zdarza się to jednak niezmiernie rzadko i da się rozwiązać przy wsparciu wspomagane go rozrodu. Pierwszym krokiem jest metoda zwana inseminacją. Kobiecie podaje się do światła macicy specjalnie przygotowane nasienie partnera, poddane wcześniej płukaniu i odwirowaniu (co zwiększa liczbę i jakość plemników w próbce). Jeżeli ta metoda nie przynosi rezultatu, pozostaje procedura *in vitro*, polegająca na zapłodnieniu komórki jajowej poza organizmem matki, a następnie wprowadzeniu zarodka do jamy macicy.

Chcę mieć dziecko. Co powinnam/powinienem wiedzieć?



W przypadku mężczyzn zakażonych HIV fakt przyjmowania leków nie wpływa negatywnie na poczęcie dziecko i rzadko zmniejsza jakość nasienia. U mężczyzn planującego posiadanie dziecka nie należy specjalnie dobierać terapii ani jej zmieniać. Ważne jest, aby była skuteczna.

Jeżeli chodzi o kobiety, większość leków antyretrowirusowych jest bezpieczna zarówno dla matki, jak i rozwijającego się płodu. Lekarz zajmujący się leczeniem HIV może wziąć pod uwagę plany prokreacyjne pacjentki już przy doborze terapii na samym początku leczenia, co dodatkowo zapewnia jego kontynuację w czasie ciąży, ale może nieco ograniczyć wybór leków. W innych przypadkach fakt zajścia w ciążę nie jest jednoznacznie związany z koniecznością zmiany leczenia.

Ważnym elementem jest wytłumaczenie osobie żyjącej z HIV, że jeżeli lek nie jest zalecany u kobiet w ciąży, wynika to w przeważającej większości przypadków z krótkiego doświadczenia w jego stosowaniu po wprowadzeniu do rutynowej praktyki. Oznacza to więc, że nie mamy absolutnej pewności o jego nieszkodliwości, a nie że jest on na pewno szkodliwy. Niestety obecnie obowiązujące zasady prowadzenia badań naukowych nie pozwalają na włączenie do eksperymentu medycznego kobiet ciężarnych, nawet jeżeli stosowane w nim leki są uważane za bezpieczne w ciąży. Ponadto oczekuje się, że kobieta odłoży plany prokreacyjne na czas badania i zobowiąże się do stosowania skutecznej, nierzadko podwójnej, metody antykoncepcyjnej.

Stąd wiedza dotycząca bezpieczeństwa i tolerancji leków antyretrowirusowych w ciąży pochodzi głównie z ich stosowania w rutynowej praktyce, kiedy pacjentka zachodzi w ciążę nieplanowaną. Badania takie nazywamy *real-world evidence* (RWE).

Chcę karmić dziecko piersią. Co muszę wiedzieć?

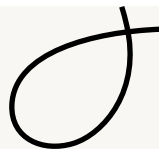


Karmienie piersią to ostatni obszar macierzyństwa, w którym ryzyko zakażenia HIV, choć poniżej 1%, nadal występuje. W przypadku wyboru tej metody karmienia zarówno matka, jak i noworodek powinni zostać objęci wzmoczoną opieką zespołu wielospecjalistycznego. Oznacza to, że muszą częściej zgłaszać się na wizyty kontrolne i u obojga trzeba częściej pobierać krew do badań.

Szczegółowe informacje na temat prowadzenia pary matka-dziecko w okresie karmienia piersią znajdują się w Zaleceniach Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS, aktualizowanych co roku i dostępnych na stronie www.ptnaids.pl.

W praktyce większość matek żyjących z HIV nie decyduje się na karmienie piersią, z obawy, że przeniesie zakażenie na dziecko lub że stosowane przez nią leki mogą mu zaszkodzić. Mleko kobiece to nie tylko pokarm – jego skład zapewnia dziecku prawidłowy rozwój, w tym także immunologiczny. Dlatego warto zapoznać się z alternatywnymi metodami stosowania mleka kobiecego, poprzez wykorzystanie pokarmu z banku mleka lub pasteryzację mleka własnego matki.

Nie chcę mieć dziecka. Co powinnam/powinienem wiedzieć?



Obecnie mamy dostępnych wiele metod antykoncepcyjnych zarówno dla kobiet, jak i mężczyzn. Wszystkie mogą być stosowane u osób żyjących z HIV leczonych nowoczesną terapią antyretrowirusową. W przypadku niektórych form antykoncepcji hormonalnej starsze generacje leków antyretrowirusowych powinny zostać zmienione. Za najskuteczniejszą i najlepszą formę antykoncepcji dla kobiet żyjących z HIV – zwłaszcza tych, które już rodziły – uważa się wkładkę domaciczną.

” Plany prokreacyjne, nawet te
całkowicie teoretyczne, warto
omówić z lekarzem prowadzącym
leczenie HIV.



Rodzicielstwo to ważny okres życia dla każdego z nas. Rozwój farmakoterapii, który dokonuje się od ponad 30 lat, przywrócił normalność w macierzyństwie i ojcostwie osób żyjących z HIV. Dlatego warto swoje plany prokreacyjne, nawet te całkowicie teoretyczne, omówić z lekarzem prowadzącym leczenie HIV.

lek. Elżbieta Mularska

Podróżowanie a zakażenie HIV



Zakażenie HIV nie stanowi obecnie bariery uniemożliwiającej podróżowanie.

Dla osób z HIV wyjazdy, również w tropiki, mogą być przyjemne i bezpieczne pod warunkiem, że jest się do nich odpowiednio przygotowanym.

” Zakażenie HIV nie stanowi
obecnie bariery uniemożliwiającej
podróżowanie. ”

Ważne!

- Przed podróżą należy skonsultować się ze swoim lekarzem i/lub lekarzem ekspertem z zakresu medycyny podróży tak wcześnie jak to możliwe, aby przygotować „zdrowotny plan” wyjazdu (najlepiej 3-6 miesięcy wcześniej).
- Niektóre kraje zabraniają osobom z HIV wjazdu, jak również wwożenia leków antyretrowirusowych na swoje terytorium.
- Należy mieć na uwadze, że ryzyko związane z podróżą dla osoby z HIV (zwłaszcza tej z niskim statusem immunologicznym) jest inne niż dla osób bez upośledzenia odporności. Istnieje większe ryzyko nabycia niektórych chorób i ich cięższego przebiegu.
- Przed podróżą należy wykupić odpowiednie ubezpieczenie podróżne.
- Należy zabrać ze sobą odpowiednią ilość leków przepisanych przez lekarza.

Ryzyko podróżowania

Ryzyko zdrowotne podróży dla osoby z HIV zależy od regionu świata, do którego się udaje, i jest ono tym większe, im bardziej zaawansowana choroba.

Wysokie ryzyko powikłań zdrowotnych w czasie podróży mają chorzy z liczbą limfocytów CD4 poniżej 200 kom./μl oraz z wcześniej rozpoznanym AIDS.

Pacjenci rozpoczynający leczenie przeciwwirusowe, szczególnie ci z niską liczbą limfocytów CD4, mają duże ryzyko rozwoju zespołu rekonstrukcji immunologicznej podczas podróży, dlatego zaleca się odroczenie podróży o przynajmniej 3–6 miesięcy od momentu rozpoczęcia terapii.

Regulacje prawne związane z podróżą dla osób zakażonych HIV i przewóz leków przeciwwirusowych

Niektóre kraje zabraniają osobom z HIV wjazdu, jak również wwożenia leków antyretrowirusowych na swoje terytorium.

Aktualne regulacje prawne można sprawdzić na stronie: <https://www.positivedestinations.info/>.

Gdy osoba z HIV decyduje się na podróż do kraju, w którym obowiązują ograniczenia wjazdu, może spotkać się z odmową wjazdu lub zostać deportowana.

Jeśli podróżnikiem jest osoba z HIV i LGBT+, należy wiedzieć, że postawy kulturowe i prawo dotyczące osób LGBT+ znacznie różnią się w zależności od kraju, i warto się z nimi zapoznać przed podróżą.

Przy przekraczaniu granicy dobrze jest zabrać ze sobą list od lekarza, w którym wymienione będą wszystkie zażywane leki, łącznie z ich dawkami.

Szczepienia

Lekarz ustali indywidualnie kalendarz szczepień związanych z podróżą, uwzględniając te, które zostały podane wcześniej w dzieciństwie i w wieku dorosłym.

Niezależnie jednak od kierunku podróży powinien on uwzględnić szczepienie przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B i A, tężcowi/błonicy/krztuścowi, grypie sezonowej i COVID-19.

W przypadku podróży do krajów tropikalnych szczepienia należy rozszerzyć o te przeciwko durowi brzuszemu, wściekliźnie, meningokowemu zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych, japońskiemu zapaleniu mózgu (przy podróży do Azji Wschodniej i Południowej), kleszczowemu zapaleniu opon mózgowych (przy podróży do Europy i Azji Północnej).

Szczepienie podstawowe lub podanie dawki przypominającej należy zakończyć co najmniej 10 dni przed podróżą.

Szczepionki inaktywowane („nieżywe”) można stosować niezależnie od liczby limfocytów CD4.

Szczepionki żywe, w tym szczepionka przeciwko żółtej gorączce, nie mogą być stosowane u osób z HIV z liczbą limfocytów CD4 < 200 kom./ μ l.

Szczepienie przeciwko żółtej gorączce należy do obowiązkowych przy podróży do wielu krajów Ameryki Południowej i Afryki, dlatego w przypadku przeciwwskazań do jego zastosowania należy zaopatrzyć się w zaświadczenie od lekarza o przeciwwskazaniu do szczepienia szczepionką żywą, napisane w języku obowiązującym w kraju, do którego podróżujemy, lub w języku angielskim.

Profilaktyka malarii i innych chorób przenoszonych przez owady



Malaria jest jedną z najczęstszych chorób zakaźnych w krajach tropikalnych. Co roku zapada na nią ponad 220 mln osób, a umiera 1-3 mln.

Profilaktyka malarii polega na:



- ochronie przed ukłuciem przez komary poprzez stosowanie:
 - odpowiedniego ubrania,
 - repelentów na skórę: środków zawierających np. DEET co najmniej w stężeniu 20% (np. Mugga, OFF) lub ikardynę (np. Moskito Guard),
 - moskitier;
- chemioprofilaktyce – czyli przyjmowaniu leków zapobiegających zakażeniu zarodźcem malarii.

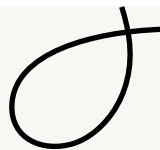
Przy doborze leków stosowanych w profilaktyce malarii należy uwzględnić interakcje międzylekowe występujące pomiędzy tymi lekami a lekami stosowanymi w leczeniu zakażenia HIV.

Stosowanie niewłaściwych leków może skutkować obniżeniem skuteczności profilaktyki przeciwmalarialnej.

Stosowanie repelentów i moskitier zapobiega również zakażeniu innymi chorobami przenoszonymi przez owady (np. wirusom dengi, zika i chikungunya).

W czasie podróży samolotem leki powinny być transportowane w bagażu podręcznym i w oryginalnych opakowaniach.

Leki przeciwwirusowe a zmiana strefy czasowej



Stosowane obecnie leki przeciwwirusowe, ze względu na swój długi czas działania, nie wymagają podania dodatkowych dawek i przy zmianie strefy czasowej należy je stosować o tej samej godzinie co we wcześniejszej strefie czasowej.

Nurkowanie i trekking w wysokich górach



Niezależnie od zaawansowania zakażenia HIV przed planowanym uprawianiem sportów ekstremalnych, do których również należy nurkowanie i wspinaczka wysokogórska (> 3000 m n.p.m.), należy bezwzględnie skonsultować się z lekarzem. Niektóre choroby towarzyszące zakażeniu HIV, szczególnie sercowo-naczyniowe oraz płuc, w tym także przebyte, mogą stanowić przeciwwskazanie do uprawiania sportów ekstremalnych.

” Niezależnie od zaawansowania zakażenia HIV przed planowanym uprawianiem sportów ekstremalnych należy bezwzględnie skonsultować się z lekarzem.



lek. Paweł Jakubowski

Dieta, sport, używki



Dieta u osób żyjących z HIV



Tak jak w przypadku każdej innej choroby przewlekłej, jakość, ilość i odpowiedni dobór składników naszej diety ma istotne znaczenie. Kluczem ich wyboru nie jest samo zakażenie HIV, ale dopasowanie do stylu życia, potrzeb energetycznych wynikających z wysiłku fizycznego i umysłowego, preferencji i potencjalnych interakcji z przyjmowanymi lekami.

Stosowane obecnie schematy leczenia zakażenia HIV są nowoczesne i na ogół cechują się niewielką liczbą ograniczeń, które należy wprowadzić do swojego jadłospisu.

1. Leczenie HIV a wpływ na masę ciała

Istnieje niewielkie ryzyko, że stosowane leki spowodują zmianę naszej wagi. Należy więc regularnie sprawdzać, ile ważymy, i dbać o to, aby nasze posiłki były dopasowane do potrzeb.

2. Czy powinienem unikać niektórych produktów, aby zapobiec interakcjom z przyjmowanymi lekami?

Tak, niektóre produkty mogą wchodzić w interakcje z lekami antyretrowirusowymi. Należy unikać mieszanek ziołowych, herbatek „wspomagających chudnięcie” czy suplementów diety ze składnikami ziołowymi. Preparaty te są na ogół mieszanekami wielu substancji i często niemożliwe jest określenie ich interakcji z lekami. Również grejpfruty mogą mieć niekorzystny wpływ na metabolizm leków, należy więc zapytać lekarza, czy ich spożywanie będzie istotne przy Twoim leczeniu.

3. Czy muszę przyjmować leki z posiłkiem, czy na pusty żołądek?

To zależy od konkretnego leku, który przyjmujesz. Niektóre leki antyretrowirusowe powinny być przyjmowane z posiłkiem, aby zmniejszyć skutki uboczne, podczas gdy inne należy przyjmować na pusty żołądek dla lepszego wchłaniania. Postępuj zgodnie z instrukcjami lekarza.

4. Czy mogę pić alkohol podczas terapii antyretrowirusowej?

Klucz to rozsądek. Choć umiarkowane spożycie alkoholu jest akceptowalne dla niektórych pacjentów, jego nadmierne przyjmowanie może zakłócać skuteczność leczenia i ogólny stan zdrowia.

5. Czy są jakieś suplementy diety, które powinienem brać lub ich unikać?

Tak, pewne suplementy diety mogą wchodzić w interakcje z lekami antyretrowirusowymi. Na przykład dziurawiec może zmniejszać skuteczność niektórych leków. Zawsze skonsultuj się z lekarzem przed przyjmowaniem jakichkolwiek suplementów.

6. Jak mogę radzić sobie ze skutkami ubocznymi, takimi jak nudności czy utrata apetytu?

Spożywanie małych, częstych posiłków i wybieranie łagodnych, łatwo przyswajalnych produktów może pomóc w radzeniu sobie z nudnościami. W przypadku utraty apetytu spróbuj produktów bogatych w składniki odżywcze, takich jak smoothie, zupy i wysokobiałkowe przekąski. Skonsultuj się z lekarzem w celu uzyskania spersonalizowanych porad.

7. Jakie produkty mogą pomóc wzmocnić mój układ odpornościowy podczas leczenia?

Produkty bogate w witaminy i minerały, takie jak owoce, warzywa, chude białka i pełne ziarna, mogą wspierać Twój układ odpornościowy.

8. Czy istnieje konkretny plan dietetyczny zalecany dla osób przyjmujących leki antyretrowirusowe?

Nie ma jednego uniwersalnego planu dietetycznego, ale zaleca się zrównoważoną dietę, która zawiera różnorodne składniki odżywcze. Skup się na świeżych produktach, ogranicz przetworzoną żywność i pij dużo wody.

9. Jak moja dieta wpływa na skuteczność leków?

Niektóre produkty mogą zmniejszać skuteczność Twoich leków, inne – zwiększać ich stężenie w organizmie ponad bezpieczny poziom. Na przykład produkty bogate w błonnik niekiedy zakłócają wchłanianie leków, podczas gdy przyjmowanie leków z posiłkiem może zmniejszać skutki uboczne. Porozmawiaj z lekarzem o szczegółach, możesz rozważyć dodatkowo poradę dietetyka.

10. Czy mogę przestrzegać diety wegetariańskiej lub wegańskiej podczas terapii antyretrowirusowej?

Tak, możesz przestrzegać diety wegetariańskiej lub wegańskiej, ale ważne jest, aby zapewnić sobie wszystkie niezbędne składniki odżywcze. Skonsultuj się z dietetykiem, aby zaplanować zrównoważoną dietę, która spełnia Twoje potrzeby żywieniowe.

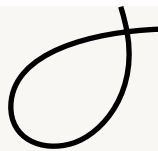


Zajrzyj na podcast:

Czy dieta może być przyjemna?



Zakażenie HIV a sport



Zakażenie HIV nie stanowi przeciwwskazania do uprawiania sportów. Pozytywny wpływ aktywności fizycznej jest w tym przypadku równie istotny jak u osób niezakażonych. Regularne ćwiczenia stymulują układ odpornościowy, pozwalają utrzymać ciało w dobrej kondycji, a także poprawiają nasz stan psychiczny.

Jeśli uprawiasz sport wyczynowo, zawodowo lub stanowi on istotną część Twojego życia – porozmawiaj z lekarzem o wpływie leków na Twoje funkcjonowanie. W większości przypadków nie będą one ograniczały Twojej wydolności. Istnieje jednak niewielkie ryzyko, że niektóre terapie spowodują zaburzenia snu lub przejściowe uczucie zmęczenia, a to z kolei może obniżyć Twoje osiągi. Bez obaw – lekarz doradzi Ci, jak tego unikać!

Jeśli Twoja aktywność fizyczna wiąże się z przyjmowaniem substancji wspomagających bądź suplementów diety, przedstaw ich listę swojemu lekarzowi. Umożliwi to sprawdzenie, czy nie kolidują ze stosowanym leczeniem antyretrowirusowym.

Używki



Podobnie jak dieta czy stosowanie innych leków, alkohol i substancje psychoaktywne mogą kolidować ze stosowanym leczeniem zakażenia HIV, a w najgorszym przypadku – powodować nawet, że będzie ono nieskuteczne. Przeczytaj poniższe pytania i odpowiedzi, aby dowiedzieć się więcej.

1. Czy mogę pić alkohol podczas terapii antyretrowirusowej?

Choć umiarkowane spożycie alkoholu jest akceptowalne dla niektórych pacjentów, jego nadmierne przyjmowanie może zakłócać skuteczność leczenia i ogólny stan zdrowia.

2. Marihuana

Kannabinoidy mogą wchodzić w interakcje z niektórymi lekami antyretrowirusowymi, a w konsekwencji wpływać na ich skuteczność i metabolizm. Nie obawiaj się, możesz o tym porozmawiać z Twoim lekarzem.

Długotrwałe stosowanie kannabinoidów może prowadzić do problemów ze zdrowiem psychicznym, takich jak lęki, depresja i zaburzenia psychiatryczne. Marihuana ma również potencjał uzależniający.

3. Chemsex

Zdarza się, że przyjmujesz mefedron, GBL/GHB (krople), ketaminę, poppersa lub inne substancje, żeby wzmocnić doznania seksualne? To istotne nie tylko z perspektywy potencjalnych interakcji z Twoimi lekami. Utrata kontroli podczas chemsexu prowadzi do sytuacji, kiedy możesz ulegać zwiększonym zagrożeniom. Porozmawiaj o chemsexie z lekarzem, gdyż może się okazać, że konieczna jest zmiana leków. Weź pod uwagę regularne badania na inne choroby przenoszone drogą płciową. Bez obaw, nikt nie będzie Cię oceniał!

Zajrzyj na podcasty:



HIV – czy naprawdę nie zarażam



Szczepienia dla aktywnych seksualnie

4. Substancje pobudzające

Podobnie jak przy chemsexie, stosowanie pochodnych metamfetaminy czy kokainy pozostawia ubytki w zdrowiu. Ryzyko dotyczy nie tylko bezpośredniego wpływu na układ krwionośny i nerwowy (udary, zawały), lecz także uszczerbków na zdrowiu psychicznym. Są to substancje silnie uzależniające, a ich stosowanie może powodować m.in. psychozy, ataki paniki, drażliwość i halucynacje.

5. Nikotyna i e-papierosy

Palenie nie pomaga Twojemu układowi immunologicznemu, nie wspominając o płucach. Dotyczy to również e-papierosów. Aerosol e-papierosowy może zawierać szkodliwe i potencjalnie szkodliwe substancje, w tym chemikalia rakotwórcze, metale ciężkie, takie jak nikiel i ołów, oraz lotne związki organiczne. Policzn, ile wydajesz na papierosy/e-papierosy rocznie. Na co wydasz zaoszczędzoną po rzuceniu palenia kwotę?

Dodatkowe informacje





Adresy punktów konsultacyjno-
-diagnostycznych i ośrodków leczących
osoby żyjące z HIV dostępne pod adresem:

<https://aids.gov.pl/>



Telefon zaufania HIV/AIDS:

+48 800 888 448



Stowarzyszenia pacjentów:

[https://aids.gov.pl/organizacje_pozarzadowe/
prezentacja_organizacji_pozarzadowych/](https://aids.gov.pl/organizacje_pozarzadowe/prezentacja_organizacji_pozarzadowych/)



Choroby zakaźne – portal pacjentów:

<https://chorobyzakazne.pl/p/>



Lecz HIV:

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

Autorzy:

dr hab. n. med. Bogusz Aksak-Wąs

*Klinika Chorób Zakaźnych, Tropikalnych i Nabytych
Niedoborów Immunologicznych, Pomorski Uniwersytet
Medyczny w Szczecinie*

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

*Katedra Chorób Zakaźnych, Klinika Chorób Zakaźnych
i Tropikalnych, Uniwersytet Jagielloński, Collegium
Medicum*

dr n. med. Iwona Cielniak

*Wydział Medyczny, Collegium Medicum,
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie
Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie*

dr n. med. Ewa Firlag-Burkacka

Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie

prof. dr hab. n. med. Małgorzata Inglot

*Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby
i Nabytych Niedoborów Odpornościowych, Uniwersytet
Medyczny We Wrocławiu*

prof. dr hab. n. med. Elżbieta Jabłonowska

*Klinika Chorób Zakaźnych i Hepatologii, Uniwersytet
Medyczny w Łodzi*

lek. Paweł Jakubowski

Szpital Pomorskie Sp. z o.o.

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

*Klinika Chorób Zakaźnych dla Dorosłych, Warszawski
Uniwersytet Medyczny, Wojewódzki Szpital Zakaźny
w Warszawie*

lek. Elżbieta Mularska

*Poradnia Diagnostyki i Terapii Nabytych Niedoborów
Odporności, Szpital Specjalistyczny w Chorzowie*

prof. dr hab. n. med. Anita Olczak

*Katedra Chorób Zakaźnych i Hepatologii, Uniwersytet
Mikołaja Kopernika w Toruniu*

lek. Piotr Pulik

Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie

dr n. med. Błażej Rozpłochowski

*Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych, Hepatologii
i Nabytych Niedoborów Odporności, Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Poradnia Nabytych Niedoborów Odporności,
Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia
w Poznaniu*

dr hab. n. med. Ewa Siwak

*Klinika Chorób Zakaźnych, Tropikalnych i Hepatologii,
Warszawski Uniwersytet Medyczny, Wojewódzki Szpital
Zakaźny W Warszawie*

dr n. społ. Bogna Szymańska-Kotwica

*Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie
Minds of Hope / Instytut BezStresu*

prof. dr hab. n. med. Alicja Wiercińska-Drapało

*Klinika Chorób Zakaźnych, Tropikalnych i Hepatologii,
Warszawski Uniwersytet Medyczny, Wojewódzki Szpital
Zakaźny w Warszawie*

mgr Stella Zielińska

*Ośrodek Profilaktyczno-Leczniczy Chorób Zakaźnych
i Terapii Uzależnień, Wrocławskie Centrum Zdrowia*