



Biuletyn Krajowego Centrum ds. AIDS

W numerze:

Raport z badania oceny jakości życia kobiet żyjących z HIV – część I

Irena Przepiórka, Joanna Gałąj,
Krzysztof Malawko, Joanna Kubicka

Str. 1-3

25 lat Ośrodka w Wandzinie

Dariusz Skwierawski

Str. 4

Zaburzenia neuropsychiczne w infekcji HIV

Bogna Szymańska

Str. 5-6

Bezpieczeństwo transfuzji krwi w zakresie zakażeń HIV

Piotr Grabarczyk

Str. 7-8

Aspekty

Choroby przenoszone drogą płciową - kiła

Ewa Firląg-Burkacka

Telefon Zaufania AIDS

(+22) 692 82 26; 801 888 448*
od pn. 09:00 do pt. 21:00**

*połączenie płatne tylko za pierwszą minutę

**z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy

AIDS - Zielona Linia

(+22) 621 33 67
poniedziałki, środy w godz. 13:00–19:00
wtorki, czwartki i piątki w godz. 10:00–16:00

Ośrodek Informacji o HIV/AIDS

(+22) 331 77 66
aids@aids.gov.pl

Poradnia Internetowa HIV/AIDS

www.aids.gov.pl
poradnia@aids.gov.pl

JAKOŚĆ ŻYCIA KOBIEŹ ZAKAŻONYCH HIV W POLSCE Raport z badania oceny jakości życia kobiet żyjących z HIV – część I

Stowarzyszenie Wolontariuszy Wobec AIDS „Bądź z Nami”

Wstęp

Według raportu TNS POLSKA z maja 2012 roku deklarowana przez respondentów wiedza dotycząca dróg zakażenia i sposobów zapobiegania HIV jest dość duża (86% dla obu parametrów w 2012 roku), ale tylko 33% badanych deklaruje, że problem zakażenia HIV może ich również dotyczyć. Brak poczucia, że kontakty heteroseksualne są związane z ryzykiem zakażenia HIV i niewykonywanie testów na HIV w tej grupie wyjaśnia niskie odsetki osób zakażonych drogą kontaktów heteroseksualnych (23%; 2011-2015) i kobiet zakażonych.¹

Liczba nowo rejestrowanych zakażeń HIV ma tendencję wzrostową zarówno w zakresie liczby kobiet jak i mężczyzn, ale odsetek kobiet z około 20% spadł w ostatnich latach do około 15-16% (NIZP-PZH).

Ogółem zakażenie HIV rozpoznano u 4107 kobiet (19,7% spośród 21341 wszystkich zarejestrowanych zakażeń do 31 grudnia 2016 roku) ale według szacunków WHO w Polsce żyje 6200-11000 kobiet zakażonych. Najczęściej do zakażenia dochodzi drogą kontaktów heteroseksualnych, w tym ze stałym partnerem. Kobiety, nieświadome zagrożenia, często mają rozpoznawane zakażenie w późnych fazach. Dodatkowo kobiety obciążone są psychicznie sytuacjami związanymi z ciążą i porodem – część zakażeń rozpoznawana jest w ciąży.

Artykuł ten omawia wyniki badania przeprowadzonego w 2015 r. Celem aktualnej

pracy jest omówienie wyników badania przeprowadzonego w 2015 roku. Badania z 2003/2004 i 2015 roku nie są w pełni porównywalne ze względu na dobór grup i budowę kwestionariusza, niemniej omawiając wyniki w punktach zbieżnych porównujemy dane z obu okresów.

Cel pracy

Celem badania była ocena funkcjonowania w społeczeństwie i jakości życia kobiet zakażonych HIV oraz ocena relacji ww. z obiektywnymi wskaźnikami jakości życia. Badano również radzenie sobie z faktem zakażenia HIV, poczucie izolacji społecznej oraz potrzeby w zakresie wsparcia

Materiał i metody

Konstruując badanie posłużono się definicją WHO², która określa jakość życia jako postrzeganie przez jednostkę własnej pozycji w życiu w odniesieniu do kultury i systemów wartości, w jakich żyje oraz w relacji do jej celów, oczekiwań, standardów i zainteresowań.

Opracowano kwestionariusz wywiadu standaryzowanego, zawierający zestaw 61 pytań zamkniętych z jednokrotnym lub wielokrotnym wyborem odpowiedzi. Kwestionariusz był przygotowany w sposób zapewniający anonimowość, umożliwiający samodzielne wypełnianie i realizowany był w wersji elektronicznej przez internet lub w wersji papierowej. Wywiad przeprowadzały osoby zaangażowane w działalność

1. Badanie efektywności kampanii społecznej dotyczącej profilaktyki zakażeń HIV/AIDS przeprowadzone na zlecenie Krajowego Centrum ds. AIDS, TNS POLSKA maj 2012

Stowarzyszenia Bądź z Nami. Około ¼ badanych skorzystało z wersji elektronicznej kwestionariusza. Pozostałe kwestionariusze wypełniane były przez przeszkolone ankieterki, które realizowały wywiady w placówkach leczniczych dla osób żyjących z HIV, lub w organizacjach pozarządowych. Porównanie danych nie wykazało różnic w odpowiedziach między różnymi formami realizacji. Pytania dotyczyły:

- danych demograficznych,
- zdrowotnych aspektów życia,
- warunków materialnych,
- czynników emocjonalnych,
- samooceny jakości życia.

Zebrane zostały opinie respondentek na temat własnego położenia społecznego, odczuwania zadowolenia, oceny stanu zdrowia i możliwości osobistych w sferze pracy czy rodziny. W analizie uwzględniono zarówno subiektywną ocenę przez respondentki ich własnego losu „poczucia jakości życia” jak i obiektywne wskaźniki odnoszące się do sfery zewnętrznej. Uwzględniono zmienne społeczne i elementy statusu materialnego.

Do badania włączono pełnoletnie kobiety zakażone HIV obywatelstwa polskiego. Kobiety były zapraszane do udziału przez przeszkolone ankieterki, były wskazywane przez osoby trzecie (metoda śnieżnej kuli) albo odpowiadały spontanicznie na prośbę umieszczoną na stronie Stowarzyszenia „Bądź z Nami”. Rekrutacja trwała od 1 sierpnia 2015 roku do 31 grudnia 2015 roku.

Wyniki badania kwestionariuszowego z 2015 roku porównano z nieopublikowanymi wynikami badania kwestionariuszo-

wego z 2003/2004 roku w zakresie dostępnych danych z uwzględnieniem istotnych różnic struktury obu grup.

Wyniki – część I

[pozostałe wyniki opublikowane zostaną w Kontrze nr 3 (73/2017)]

Dane demograficzne

W badaniu wzięło udział 128 kobiet żyjących z HIV w różnych regionach Polski.

Wiek

W badanej w 2015 roku grupie 11% (14/128) respondentek miało co najwyżej 30 lat, 24% (31/128) mieściło się w zakresie 31-40 lat i 65% (83/128) kobiet miało ponad 40 lat (Wykres 1). Porównując strukturę wieku kobiet w badaniu ze strukturą wieku kobiet pozostających pod opieką Poradni Profialktyczno Leczniczej w Warszawie (PPL) – materiał własny, widać, że kobiety z najstarszej grupy wiekowej chętniej odpowiadały na zaproszenie do wypełnienia kwestionariusza. Porównanie natomiast z badaniem kwestionariuszowym z 2004 roku odzwierciedla starzenie się populacji kobiet żyjących z HIV po 11 latach, które upłynęły między badaniami.

Miejsce zamieszkania

Wielkość miejscowości	Badanie 2004	Badanie 2015
małe miasto / wieś	16,5%	30,5%
średnie miasto	13,2%	14,8%
duże miasto	13,2%	52,3%

Tabela.1 Respondentki wg miejsca zamieszkania.

Większość respondentek z 2015 roku pochodziła z dużych ośrodków miejskich

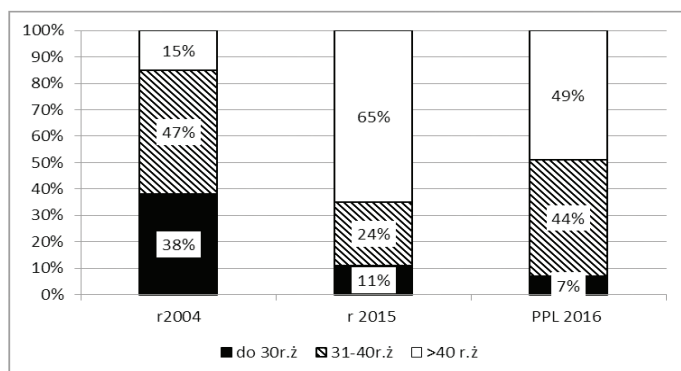
powyżej 300 tys. mieszkańców 52,3% (67/128) i z małych ośrodków miejskich (do 50 tys.) i wsi 30,5% (39/128). W porównaniu z kwestionariuszami z 2004 roku (Tab. 1) zwraca uwagę zdecydowanie wyższy odsetek kobiet z małych ośrodków, co może wynikać ze sposobu ankietowania – dostępność formularza elektronicznego w badaniu z 2015 roku.

Wyszktałcenie

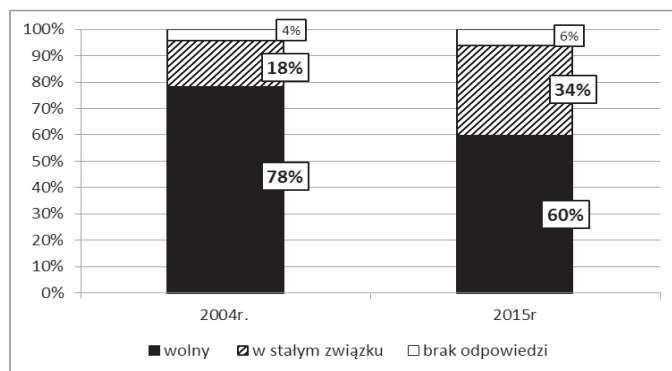
Wśród badanych w 2015 roku osoby z wykształceniem wyższym (licencjat, magisterium lub odpowiedniki) stanowiły 32% grupy (41/128). Osoby z wykształceniem podstawowym i zasadniczym zawodowym stanowiły 27% (34/128) grupy. Brak precyzyjnych danych porównawczych z 2004 roku, odnotowano jedynie, że osoby z wyższym wykształceniem stanowiły poniżej 20% badanej wówczas grupy, co może być konsekwencją struktury wiekowej w tamtym badaniu.

Relacje partnerskie – rodzinne

W badanej w 2015 roku grupie 34% (44/128) kobiet deklaroowało pozostawanie w stałych związkach – małżeństwo, konkubinaty (Wykres 2). Spośród pozostałych 66%: 6% odmówiło odpowiedzi na pytanie, 7% (9/128) kobiet było wdowami, 21% (27/128) rozwódkami i pozostałe 32% (41/128) określiło się jako panny. Porównując z grupą badaną w 2004 roku zdecydowanie wyższy był odsetek kobiet pozostających w związkach. Różnica ta może wynikać ze zdecydowanie wyższego odsetka kobiet powyżej 40. roku życia. W obu grupach zwraca jednak uwagę bardzo wysoki odsetek kobiet żyjących samotnie, co może wskazywać na zabu-



Wykres 1. Porównanie wieku respondentek kwestionariuszy oceniających jakość życia w 2004, 2015 i grupy pacjentek PPL w Warszawie, pozostających pod opieką w 12.2016.



Wykres 2. Odsetki respondentek deklarujących pozostawanie w stałych związkach (małżeństwo, konkubinaty).

2. <http://gabinetzdrowia.net.pl/definicja-zdrowia-i-jakosci-zycia-wg-who.php>

zenia w zakresie tworzenia stałych relacji, wynikające z faktu zakażenia HIV.

W badanej w 2015 roku grupie 67% (86/128) kobiet miało co najmniej 1 dziecko, natomiast 33% (42/128) – co najmniej dwoje dzieci. Częściej dzieci posiadały kobiety żyjące na wsi i w małych ośrodkach miejskich 74% (29/39) niż w dużych miastach 64% (43/67). Wśród kobiet deklarujących życie bez stałego partnera (w tym 27 kobiet rozwiedzionych) dzieci posiadało 31/77 (40%) kobiet. Respondentki nie były pytane o wiek dzieci, a przy dość dużym odsetku kobiet powyżej 40 r.ż. w badanej grupie część dzieci może być już samodzielna, niemniej należy założyć, że istotna grupa zakażonych kobiet wychowuje dzieci samotnie.

Jakość życia a status społeczno-ekonomiczny

W badaniu wykonanym w 2004 roku niemal 70% badanych kobiet nie pracowało. Zasadnicze źródła utrzymania pochodziły z rent, zasiłków i wsparcia ze strony osób bliskich oraz instytucji opiekuńczych. W 2015 roku odsetek niepracujących spadł o ponad połowę, a odsetek osób mających stałą pracę wzrósł dwukrotnie (22% kobiet odmówiło odpowiedzi) (Tab. 2). Spośród 35/128 (27%) respondentek deklarujących stałe zatrudnienie, na etacie pracowały 23 kobiety, na umowę zlecenie 8 kobiet, a bez umowy – 4 kobiety. Nadal jednak, niemal co trzecia badana kobieta pozostawała poza rynkiem pracy, a 12,5% (16/128) deklarowało, że „pracuje dorywczo, od czasu do czasu”. Ujemne skutki braku stałego zatrudnienia znajdując odzwierciedlenie w niższej ocenie swojego miejsca w społeczeństwie – wśród kobiet oceniających je jako niskie 45,2% (14/31) nie pracowało a 13% (4/31) pracowało dorywczo. W grupie kobiet (42/128), które nie mają pracy, jedynie 8,6% szuka pracy, około 35,2% jej nie szuka, a 40% nie może pracować z powodu złego stanu zdrowia.

W 2004 roku po otrzymaniu informacji o zakażeniu pracę zmieniło 42,4% kobiet, a w 2015 roku było to 46% (59/128). Pozornie niewielką zmianę doprecyzowało kolejne pytanie dotyczące powodów zmiany pracy, które wykazało znaczną różnicę jakościową. W 2004 roku kobiety znacznie częściej zmieniały pracę, ponieważ współpracownicy dowiedzieli się o zakażeniu HIV (36%), w 2015 r taki powód wskazało tylko 5% respondentek (6/128). Wśród przyczyn zmiany pracy w 2004 roku 57,8% kobiet wskazywało pogorszenie zdrowia, a w 2015 – tylko 20,3% badanych. Dla większości powodem zmiany pracy w 2015 r. była chęć poprawy warunków finansowych (36% w 2015 i zaledwie 4% w 2004 roku). W 2004 roku kobiety zmieniające pracę uważały, że nowa praca jest gorsza (90,5%), a w 2015 przeważała odpowiedź, że jest to poprawa (niemal 25%), a jedynie niecałe 8% uważała zmianę pracy za pogorszenie.

Większość badanych (42%, 54/128) oceniała swoją sytuację materialną jako średnią, co czwarta osoba jako bardzo dobrą lub dobrą, a niemal 30% uważało, że jest ona zła lub bardzo zła (7%, 9/128). Jednak tylko 11% (14/128) kobiet przyznało, że udaje im się oszczędzać. Zgodnie z oczekiwaniami ocena sytuacji finansowej przekładała się na samopoczucie respondentek w ciągu ostatniego roku. Panie deklarujące zadowolenie z życia częściej były zadowolone ze swojej sytuacji materialnej niż respondentki deklarujące niezadowolenie (Wykres 3). Prawie 52% (66/128) respondentek wyjeżdżało w celach wypoczynkowych w ciągu dwóch lat poprzedzających badanie, z czego 73% (48/66) samodzielnie finansowało wypoczynek.

Dane dotyczące oceny posiadanych środków finansowych wskazują na pozytywną zmianę w stosunku do poprzednich badań. Zdecydowanie zmniejszył się odsetek kobiet, które oceniają posiadane środki finansowe jako całkowicie niewystarczające (tylko 22%, 28/128) i niemal trzykrotnie wzrosła grupa

tych, które uznały, że posiadane środki są wystarczające oraz odsetek kobiet oceniających, że posiadane środki wystarczają, ale wyłącznie na zaspokojenie podstawowych potrzeb. Mimo to 23% (30/128) respondentek deklarowało korzystanie z pomocy finansowej placówek pomocy społecznej.

Równie wyraźna zmiana nastąpiła w ocenie sytuacji mieszkaniowej respondentek. Zakażone kobiety najczęściej mieszkają z mężem/partnerem (46%, 59/128), z dziećmi (38%, 49/128) oraz rodziną (12%, 15/128) w bloku (55,5%, 72/128), w domu jednorodzinnym (19,5%, 25/128) lub wynajmowanym mieszkaniu (13,3%, 17/128). Dwie trzecie respondentek uważa swoje warunki mieszkaniowe za dobre lub bardzo dobre. Jedynie 5,5% (7/128) uważa je za złe. Spośród respondentek deklarujących odczuwanie zadowolenia z życia 76,5% pozytywnie oceniało swoją sytuację mieszkaniową. W badaniu respondentki odpowiadały również na pytanie dotyczące wyposażenia gospodarstwa domowego. Dane wskazują znaczny wzrost częstości korzystania z licznych udogodnień. Na przykład odsetek gospodarstw domowych z samochodami wynosił 22%, a w 2015 już 40% (51/128). Obecnie niemal 86% (110/128) gospodarstw ma komputer, podczas gdy poprzednio było to 19%. Trzykrotnie, do poziomu 92% (118/128) wzrósł odsetek osób dysponujących telefonami komórkowymi. Niewątpliwie część opisanych wyżej zmian wynika z większej dostępności i powszechności niektórych urządzeń (np. telefonów), część jednak jest związana z wyższym poziomem materialnym respondentek.

CDN.

Autorzy:

Irena Przepiórka¹, Joanna Gałąź¹, Krzysztof Malawko¹, dr n.med Joanna Kubicka^{1,2}

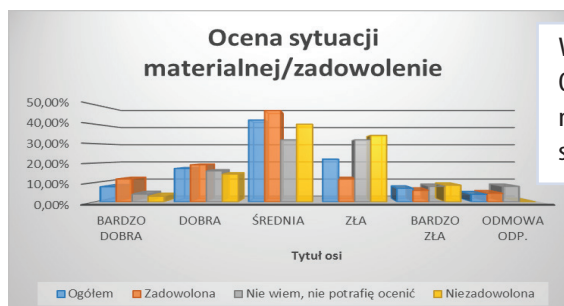
Instytucja:

¹Stowarzyszenie Wolontariuszy Wobec AIDS

²„Bądź z Nami”, ²NZOZ Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie

Sytuacja zawodowa	Badanie 2004	Badanie 2015
Nie pracuję	69,2%	32,8%
Pracuję dorywczo	18,7%	12,5%
Mam stałą pracę	13,2%	27,3%
Inne, w tym własna działalność gospodarcza	2,2 %	5,5%

Tabela 2. Sytuacja zawodowa kobiet.



Wykres 3.
Ocena sytuacji materialnej z oceną samopoczucia

25-lecie działalności Ośrodka Readaptacji Stowarzyszenia Solidarni „PLUS” EKO „Szkoła Życia” w Wandzinie

Słowo wstępu o EKO „Szkoła Życia” w Wandzinie

Ośrodek Readaptacji Stowarzyszenia Solidarni „PLUS” EKO „Szkoła Życia” w Wandzinie rozpoczął swoją działalność ćwierć wieku temu. To placówka, która od początku swojej działalności zajmuje się problematyką osób żyjących z HIV i chorych na AIDS, uzależnionych, niepełnosprawnych, bezdomnych, zagrożonych marginalizacją i wykluczeniem społecznym oraz wszystkich osób znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej. Jest to największy tego typu ośrodek w Polsce, dysponujący 180 miejscami, udzielający wielopłaszczyznowej pomocy medycznej, psychoterapeutycznej, prawnej, socjalno-bytowej i duszpasterskiej. W ramach struktury organizacyjnej ośrodka funkcjonuje oddział opiekuńczo-leczniczy dla osób żyjących z HIV oraz dla niepełnosprawnych seniorów, oddział uzależnień od substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu, oraz uzależnień behawioralnych. Uzupełnieniem dla realizowanych programów zdrowotnych w Wandzinie jest centrum rehabilitacji leczniczo-ruchowej oraz poradnia stomatologiczna.

EKO „Szkoła Życia” w Wandzinie prowadzi na szeroką skalę działalność profilaktyczną z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom i zakażeniom HIV. Corocznie z warsztatów korzysta ponad 1000 osób, w tym uczniowie i pracownicy służb mundurowych, lecznictwa i opieki socjalnej. Trzon pomocy pozamedycznej udzielanej w EKO „Szkoła Życia” w Wandzinie sta-

nowią liczne projekty z zakresu reintegracji zawodowej, społecznej i rodzinnej uzupełniające i efektywnie wpisujące się w realizowane programy terapeutyczne.

W ramach działalności wspierającej placówka prowadzi certyfikowane ekologiczne gospodarstwo rolno-hodowlano-przetwórcze, realizując liczne programy z obszaru ochrony różnorodności biologicznej i edukacji ekologicznej. Ośrodek korzysta z infrastruktury ekologicznej, do której należy mechaniczno-biologiczna oczyszczalnia ścieków, bio-masowy system grzewczy oraz instalacja kolektorów słonecznych.

W Wandzinie funkcjonuje również regularna jednostka Ochotniczej Straży Pożarnej, którą tworzą pacjenci, wolontariusze i pracownicy. Aktywizacja pacjentów i ich bezpośredni udział w życiu Ochotniczej Straży Pożarnej stanowi skuteczną i innowacyjną formę readaptacji społecznej, niezwykle ważną dla powodzenia procesu terapeutycznego.

Uroczystości rocznicowe

Jubileusz założenia placówki zainaugurowała konferencja naukowa zorganizowana w dniu 18 maja br. pod hasłem „Aktualne wyzwania w obszarze terapii uzależnień”. Używanie substancji psychoaktywnych, uzależnienia behawioralne – rozpoznawanie, leczenie oraz stosowanie metod wspomagających terapię, w której udział wzięło ok. 200 osób, w tym przedstawiciele władz samorządowych, ośrodków profilaktyki i terapii uzależnień, służby zdrowia, placówek oświatowych i szkolno-wychowawczych, organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, organizacji pozarządowych, itd. Podczas konferencji poruszono m.in. kwestię udziału polskiego sektora rządowego i pozarządowego w przeciwdziałaniu uzależnieniom, aktualnych wyzwań dla terapii uzależnień behawioralnych i od środków psychoaktywnych, konsekwencji zażywania dopalaczy, metod leczenia substytucyjnego, innowacji społecznych czy problemu HIV/AIDS w kontekście dzisiejszej rzeczywistości.

Drugi dzień uroczystości rocznicowych rozpoczął się Mszą Świętą, którą celebrował Ks. Ryszard Kasyna, Biskup Diecezji Pelplińskiej. Potem nastąpiło poświęcenie i oficjalne otwarcie wyremontowanego i zmodernizowanego zabytkowego budynku pałacowego, nowej siedziby dla Centrum Integracji Społecznej oraz Oddziału Rehabilitacyjnego Dla Uzależnionych.

Nie zabrakło również przyjemnych niespodzianek, z których jedną okazała się nominacja do nagrody „Gryfa Pomorskiego”, najważniejszego i najbardziej zaszczytnego wyróżnienia przez Samorząd Województwa Pomorskiego, przyznanego w uznaniu zasług dla 25-letniej działalności EKO „Szkoła Życia” w Wandzinie.

W trakcie części oficjalnej Jubileuszu zostały wręczone medale „Ludzie dla Ludzi”, które przyznawane są przez Kapitułę Zarządu Głównego Stowarzyszenia Solidarni „PLUS” instytucjom i osobom szczególnie zasłużonym dla środowiska osób żyjących z HIV oraz mających bezpośredni wpływ na rozwój Stowarzyszenia Solidarni „PLUS”.

Po zakończeniu części oficjalnej przyszedł czas na chwilę refleksji i rozluźnienia, którą uświetnił koncert poezji śpiewanej w wykonaniu Adama Drąga.

Kolejnym punktem uroczystości był pokaz umiejętności młodzieżowej drużyny Ochotniczej Straży Pożarnej w Wandzinie.

Na zakończenie obchodów rocznicowych odbyły się zawody sportowe i paraolimpiada, w której udział wzięło ok. 150 reprezentantów ośrodków Stowarzyszenia Solidarni „PLUS”. Liczną grupę startujących stanowiły osoby niepełnosprawne i żyjące z HIV/AIDS.

Patronat honorowy nad uroczystością objął Marszałek Województwa Pomorskiego Mieczysław Struk oraz Wojewoda Pomorski Dariusz Drelich.

*Dariusz Skwierawski
Stowarzyszenie Solidarni „Plus”*



Konferencja naukowa, 18.05.2017 r.

Zaburzenia neuropoznawcze w infekcji HIV

Wstęp

Dzięki połączonej i wysoce skutecznej terapii antyretrowirusowej obecnie zmienia się epidemiologiczny obraz zakażenia HIV oraz charakter zmian związanych z aktywnością wirusa w organizmie człowieka. Charakterystyczną cechą jakościową obecnej epidemii jest wydłużenie życia z HIV i w związku z tym, starzenie się populacji osób zakażonych. Skuteczne leczenie przeciwwirusowe oraz efektywna opieka medyczna zapewnia osobom HIV(+) przeżycie porównywalne z okresem życia osób niezakażonych HIV(-). W związku z tym, zakażenie odkrywa przed nami nowe oblicze. Poza dobrze poznanymi aspektami medycznymi, coraz częściej widoczne stają się problemy związane z codziennym funkcjonowaniem, życiem społecznym, relacjami międzyludzkimi oraz sprawnością poznawczą. Jak wskazują liczne dane wynikające z badań naukowych, zaburzenia poznawcze powszechnie występują wśród osób HIV(+), niezależnie od wieku, wykształcenia oraz innych czynników ryzyka. Zjawisko to jest szczególnie ważne w kontekście jakości życia z HIV. Obecność wirusa, który z łatwością przenika barierę krew – mózg, penetrując ośrodkowy układ nerwowy, powoduje ciągłą i nieodwracalną neurodegenerację. Spustoszenie neurobiologiczne, jakie HIV wywołuje w mózgu, z pewnością wpływa na zmiany lub nawet upośledzenie niektórych funkcji poznawczych wykorzystywanych w codziennym życiu. To z kolei znajduje negatywne odzwierciedlenie w ogólnej kondycji psychofizycznej i samopoczuciu osoby żyjącej z HIV.

Neuropatogeneza zmian w mózgu w infekcji HIV

Ośrodkowy układ nerwowy (OUN) stanowi dla HIV szczególne miejsce, do którego z łatwością przenika wirus i rozpoczyna tam długotrwały proces prowadzący do zniszczenia neuronów. W zakażonych monocytach i makrofagach rozpoczynają się przemiany immunologiczne na terenie OUN, których konsekwencją jest uwalnianie neurotoksyn w wyniku chronicznej reakcji zapalnej. Neurotoksyny, takie jak neuropteryna i neurofilament, rozpoczynają stały proces degeneracji

komórek nerwowych. Uszkodzenia OUN były widoczne w badaniach sekcyjnych wśród 70 – 90% zakażonych. Istnieją dowody, że wirus jest obecny w płynie mózgowo-rdzeniowym (PMR) już w drugim tygodniu od zakażenia, zaś zmiany objętości istoty białej stwierdza się już po 6 miesiącach trwania infekcji. Mimo, że wirus nie rozprzestrzenia się równomiernie w całym mózgu, najbardziej widoczne zmiany dotyczą istoty białej i szarej. Zauważalne zmiany występują w okolicach podkorowych m.in. hipokampie, jądrach podstawy i wzgórzu oraz w okolicach korowych, a przede wszystkim w płatach czołowych, skroniowych i ciemieniowych.

Mimo wieloletnich badań, nie zostały wystarczająco dobrze poznane przyczyny oraz wzorzec zaburzeń neuropsychologicznych u osób HIV(+) skutecznie leczonych przeciwwirusowo. Wczesne doniesienia potwierdzały tzw. podkorowy model uszkodzeń strukturalnych mózgu oraz dysfunkcji poznawczych. Obecnie rozważany jest zarówno „korowy”, jak i „podkorowy” obraz zaburzeń, charakteryzujący się nasilonymi deficytami w zakresie funkcji uczenia się, utrzymywania informacji w pamięci i odtwarzania ich, funkcji wykonawczych, zmniejszonymi zdolnościami językowymi oraz problemami w zakresie szybkości psychomotorycznej. Dysfunkcje poznawcze występujące także u młodych osób HIV(+) porównuje się do trudności charakterystycznych dla zdrowych osób będących w znacznie starszym wieku.

Najprawdopodobniej o patomechanizmie oraz oznakach zaburzeń neuropsychologicznych decyduje równoległy lub nakładający się wpływ różnorodnych czynników. Zaliczamy do nich czynniki medyczne związane z samym zakażeniem takie, jak: stan immunologiczny, poziom wirerii, toksyczność terapii, występowanie chorób oportunistycznych, miażdżyc naczyń mózgowych, cukrzyca i inne choroby, czynniki demograficzne – wiek oraz czynniki społeczne – aktywność zawodowa i towarzyska, wsparcie społeczne, itp.

Funkcjonowanie poznawcze

W wielu badaniach naukowych widać, że pomimo wyraźnego spadku liczby przypadków

otępienia związanego z AIDS (ADC – *AIDS dementia complex*), wciąż występują zmiany neuropsychologiczne u osób będących w różnym wieku, często niewidoczne gołym okiem. Zaburzenia te mogą charakteryzować się różnym stopniem nasilenia – od bardzo łagodnych, które nie wpływają na ograniczenie jakości życia, aż po głębokie, które znacznie pogarszają sprawność i funkcjonowanie w codziennym życiu. We wczesnych fazach infekcji mogą występować delikatne dysfunkcje poznawcze oraz zmiany emocjonalne i/lub behawioralne, objawiające się m.in. obniżonym nastrojem, rozdrażnieniem, lękiem oraz wycofaniem społecznym. Wraz z postępem choroby do stadium pełnoobjawowego AIDS, zaburzenia neuropsychologiczne zaczynają coraz bardziej negatywnie wpływać i utrudniać codzienne aktywności. Mogą pojawić się trudności w prowadzeniu pojazdów, przyjmowaniu leków, wykonywaniu pracy zawodowej, załatwianiu osobistych spraw, a nawet w utrzymywaniu codziennej higieny osobistej.

W 2007 roku dwa amerykańskie ośrodki badawcze – National Institute of Mental Health (NIMH) oraz National Institute of Neurological Diseases and Stroke – dokonały rewizji definicji i kryteriów diagnostycznych zaburzeń neuropoznawczych związanych z HIV, w skrócie opisywanych jako HAND (ang. *HIV-Associated Neurocognitive Disorders*) oraz potocznie nazywanych kryteriami Frascati od włoskiego miasta, w którym powstały. Wyróżniono trzy stadia niesprawności neuropsychologicznej. Do określenia etapu HAND poza subiektywnymi objawami zgłaszanymi przez osobę zakażoną, potrzebna jest pełna diagnostyka neuropsychologiczna, wykonana przy użyciu specjalistycznych testów neuropsychologicznych.

Stadium ANI (ang. *Asymptomatic Neurocognitive Impairment*) jest najmniej zaawansowanym zespołem objawów HAND. Charakteryzuje się niewielkimi deficytami poznawczymi, widocznymi tylko w wynikach testów w co najmniej dwóch z pięciu badanych wymiarów poznawczych takich jak: pamięć, funkcje uwagi i uczenia się, zdolności motoryczne i wzrokowo-przestrzenne, potencjał werbalny oraz funkcje wykonawcze. Osoba badana

w tym stadium nie dostrzega utrudnień poznawczych przekładających się na codzienne funkcjonowanie, słabszą aktywność zawodową lub trudności w innych aspektach życia. Postępujący wraz z zakażeniem proces neurodegeneracyjny prowadzi do umiarkowanej fazy, określanej skrótem MND (ang. *Mild Neurocognitive Disorder*). Także obejmuje ona zaburzenia w co najmniej dwóch zakresach poznawczych z minimum pięciu weryfikowanych. Dysfunkcje te widocznie pogarszają codzienne funkcjonowanie. W tej fazie mogą wystąpić problemy z płynnością wymowy, uczeniem się np. języków obcych, planowaniem i monitorowaniem własnej aktywności, osłabienie intelektualne oraz trudności z analizą wzrokowo-przestrzenną i sprawnością psychoruchową, obniżające tempo pracy lub wykonywanie gwałtownych i spontanicznych ruchów. W stadium pełnoobjawowego AIDS występują wyraźne zmiany otępienne o charakterze HAD (ang.: *HIV-Associated Dementia*), które prezentują głębokie deficyty poznawcze, widoczne w wynikach testów i życiu codziennym. Zdecydowanie zaburzają one codzienne funkcjonowanie pacjenta z AIDS, który zaczyna potrzebować coraz częściej pomocy dodatkowych osób do wykonania rutynowych czynności. Z badań naukowych wynika, że zespół HAND diagnozowany jest wśród 30-50% osób zakażonych HIV. Najczęściej występujące są objawy typu ANI (33%), rzadziej MND (12%), zaś HAD sporadycznie (2%). W późniejszych obserwacjach prowadzonych przez grupę HNRP, spośród 186 badanych w wieku od 19 do 74 lat wyłoniono 40 osób z diagnozą HAND, z czego 65% pacjentów było w stadium ANI, 27,5% - MND oraz 2,5% - HAD. Jednakże wskutek niezbyt precyzyjnych kryteriów klasyfikacji HAND spowodowanych niedostateczną metodologią wielu badaczy uznaje je za sporne i nie dość dokładne. W związku z tym istnieje osobna definicja zaburzeń poznawczych na tle HIV przedstawiona w międzynarodowej klasyfikacji DSM-5 (ang. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition*), opublikowana przez American Psychiatric Association. Są w niej wyszczególnione dwa stadia zaburzeń poznawczych: lekkie (ang. *Minor Neurocognitive Disorder*), odpowiadające w kryteriach Frascati stadium MND oraz głębokie zaburzenia poznawcze (ang. *Major Neurocognitive Disorder*), odzwierciedlające fazę HAD. Mimo tych różnic klasyfikacyjnych wiadomo, że zmiany

neuropsychologiczne mogą mieć zmieniającą się postać. W okresach względnej poprawy klinicznej mogą pojawić się jakościowe zmiany w poszczególnych sferach poznawczych. Często ulegają one zauważalnej poprawie, niewątpliwie w związku ze skutecznym leczeniem antyretrowirusowym.

Wraz z objawami HAND zazwyczaj współwystępują zmiany biologiczne, emocjonalne i behawioralne uwidocznione poprzez obniżony nastrój, rozdrażnienie, poczucie uogólnionego lęku lub wycofanie społeczne. W badaniach dotyczących starzenia się populacji HIV(+) wykazano, że głębokim zaburzeniom poznawczym z reguły towarzyszą objawy depresji oraz obniżonej odporności. Rozpoznawano je dwukrotnie częściej u starszych osób zakażonych (25,2%) w porównaniu do osób poniżej 40. roku życia (13,7%).

Co z tym zrobić?

Diagnostyka zaburzeń neuropsychologicznych wymaga wielopłaszczyznowej oceny testami neuropsychologicznymi, weryfikującymi różne funkcje poznawcze oraz stan emocjonalny i behawioralny. Bardzo ważny jest wywiad psychologiczny, który może wskazywać na inne przyczyny osłabienia poznawczego, np. przewlekły stres, brak regularnego i efektywnego wypoczynku, nieregularny tryb życia, stosowanie substancji psychoaktywnych (w tym papierosy, alkohol, narkotyki) lub inne obciążenia stanu zdrowia psychicznego. Dodatkowo, niezbędne jest badanie neuroobrazowe z wykorzystaniem np. rezonansu magnetycznego lub tomografii komputerowej. W związku z tym, w procesie diagnozowania dysfunkcji neuropsychologicznych wymagana jest obecność wykwalifikowanego personelu oraz współpraca interdyscyplinarnego zespołu specjalistów, który będzie mógł trafnie określić fazę zaawansowania zmian poznawczych oraz udzielić informacji co można w takiej sytuacji zrobić. Z neuropsychologicznego punktu widzenia zaleca się stosowanie regularnych treningów usprawniających stan intelektualny, wykonując różne ćwiczenia stymulujące pracę mózgu, poprawiające stan emocjonalny i kondycję psychofizyczną, motywujące do działania oraz sprawiające przyjemność. W ramach treningu mentalnego uwzględnić można rozwiązywanie krzyżówek, rebusów, zgadywanek, gry słowne i planszowe, manualne prace

gospodarcze takie jak: przygotowywanie posiłku, sprzątanie, szydełkowanie, zbijanie desek, itp. Ponadto, można starać się zapamiętywać teksty nowych piosenek lub jak największą ilość informacji przekazywanych w serwisach informacyjnych. Nieoceniony jest sport! Ruchy naprzemiennie – bieganie, jazda na rowerze, ćwiczenia kondycyjne – świetnie rozwijają pracę obydwu półkul mózgowych, a także dotleniają mózg. W ramach aktywności fizycznej nie wolno zapominać o relaksacji. Ćwiczenia oddechowe, rozluźnianie mięśni oraz uważna obserwacja ciała idealnie pomagają zapanować nad pełnymi obaw i zmartwień myślami oraz uspokoić emocje. Innym, praktycznym doświadczeniem poprawiającym kondycję poznawczą jest śmiech! W śmiechu, poza endorfinami, które rozlewają się po ośrodkowym układzie nerwowym, najlepsze jest to, że choć na chwilę możemy zapomnieć o problemach lub nabrać do nich dystansu. To z kolei wpływa na mniej oceniałe lub karzące zachowanie i lepsze efekty poczynionej pracy.

Podsumowanie

Na charakter zmian neuropsychologicznych u pacjentów z HIV/AIDS wpływają trzy nakładające się na siebie czynniki: biologiczne, psychologiczne oraz środowiskowo-demograficzne. W wielu badaniach podejmowano próbę określenia związku tych czynników z występowaniem zaburzeń neuropsychologicznych w następstwie infekcji HIV. Jednak czynniki te nadal pozostają nie dość dogłębnie poznane. Mimo licznych doniesień naukowych na temat dysfunkcji poznawczych warto pamiętać, że zaistniałe zmiany w zakresie funkcji poznawczych można usprawniać lub starać się odwrócić w czasie pojawienia się ich poprzez regularne przyjmowanie leków antyretrowirusowych, dbałość o zdrowy i aktywny tryb życia, stosowanie się do zaleceń lekarskich, aktywność intelektualną, trening mentalny, sport i inne czynności wpływające na lepszą pracę mózgu.

mgr Bogna Szymańska
psycholog, psychoterapeuta
Poradnia Profilaktyczno – Lecznicza
Wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego
w Warszawie
Piśmiennictwo dostępne u autorki

Bezpieczeństwo transfuzji krwi w zakresie zakażeń HIV jako wynik doskonalenia procedur w krwiodawstwie oraz zwiększania świadomości dawców co do czynników ryzyka

Metody zapobiegania infekcji przez transfuzję. Ankieta epidemiologiczna i badanie lekarskie

Zanim krew zostanie pobrana od dawcy, a następnie będzie użyta do celów leczniczych, przeprowadzana jest wielostopniowa procedura, której celem jest zapobieganie przetoczeniu krwi oraz jej składników od osób zakażonych HIV. W Polsce osoba, która ma zamiar oddać krew, zapoznaje się z najważniejszymi informacjami dotyczącymi dróg przenoszenia zakażenia, zachowań i sytuacji, które niosą ze sobą ryzyko zakażenia wirusami przenoszonymi drogą krwi. Wiadomości przedstawiane dawcom oparte są na europejskiej dyrektywie oraz uwzględniają specyficzną sytuację epidemiologiczną w Polsce. Przyszły dawca poddany jest następnie wywiadowi medycznemu, który ma postać ankiety, zawierającej kryteria dyskwalifikacji stałej i czasowej. Nie mogą oddawać krwi osoby, u których kiedykolwiek stwierdzono zakażenie HIV. Dyskwalifikacji czasowej podlegają m.in. osoby, których służówka miała kontakt z obcą krwią lub uległy zakłuciu igłą, którym przetoczono krew, biorcy przeszczepów ludzkich komórek i tkanek, osoby po zabiegu chirurgicznym oraz posiadające tatuaż lub mające przekłute części ciała. Krwi nie można także oddawać przez 6 miesięcy po powrocie z kraju o wysokiej częstotliwości zakażeń HIV. Bardzo ważna jest szczerza odpowiedź na pytania związane z patogenami przenoszonymi drogą kontaktów seksualnych. Często pytania te dotyczą życia intymnego dawcy, jednak prawdziwość udzielanych odpowiedzi ma podstawowe znaczenie dla bezpieczeństwa krwi. Odpowiadając na pytania dawca musi mieć świadomość, że nawet najdoskonalsze procedury w krwiodawstwie, obejmujące m.in. badania najczulszymi testami diagnostycznymi, nie są w stanie w 100% zabezpieczyć biorcy przed

przetoczeniem krwi, która została pobrana od dawcy, który np. uległ zakażeniu niedawno lub zmutowanym szczepem wirusa. Zatem dawca powinien czuć się współodpowiedzialny za bezpieczeństwo leku jakim jest krew.

Innym istotnym działaniem profilaktycznym jest lekarskie badanie przedmiotowe – do oddania krwi nie są dopuszczane osoby, których zachowanie może sugerować, że znajdują się np. pod wpływem narkotyków, lub u których zauważono nadmierną dysproporcję pomiędzy ciężarem ciała a wzrostem. Powiększenie obwodowych węzłów krwi jest przeciwwskazaniem do pobrania krwi, aż do wyjaśnienia przyczyn zmiany ich wielkości. Podobnie jest w przypadku podwyższonej temperatury ciała. Wspomniane objawy mogą być nieswoistą manifestacją zakażenia HIV.

Badania markerów zakażenia HIV u dawców

Po tym etapie możliwe jest oddanie krwi, jednak zanim trafi ona do klinik, każdorazowo badana jest na obecność swoistych markerów świadczących o zakażeniu HIV. W Polsce badane są przeciwciała skierowane przeciw temu wirusowi (anty-HIV1/2) oraz materiał genetyczny wirusa (RNA HIV). Każdy wynik reaktywny badania przeglądowego wymaga przeprowadzenia procedury weryfikacyjnej obejmującej oznaczenia testem Western blot lub/i dodatkowych oznaczeń RNA HIV.

Postępowanie po potwierdzeniu zakażenia

Po uzyskaniu dodatniego wyniku testu potwierdzenia techniką Western blot lub dodatniego wyniku RNA HIV, Centrum Krwiodawstwa wzywa zakażonego krwiodawcę. Dyrektor Centrum lub upoważniony przez niego lekarz przeprowadza rozmowę z krwio-

dawcą, informuje go o wykrytym u niego zakażeniu HIV i udziela wskazówek dotyczących ochrony innych osób przed zakażeniem. Następnie taka osoba kierowana jest do placówki świadczącej opiekę ambulatoryjną dla osób zakażonych HIV lub odpowiedniego oddziału szpitalnego.

Dodatknie wyniki testów weryfikacyjnych zostają umieszczone w formie zakodowanej w bazie danych i są udostępniane wszystkim jednostkom organizacyjnym służby krwi. Działy rejestracji krwiodawców w centrach krwiodawstwa i w ich oddziałach terenowych są zobowiązane do prowadzenia wykazu dawców skreślonych z rejestru i sprawdzania każdego dawcy zgłaszającego się do oddania krwi, czy jego nazwisko nie znajduje się w tym wykazie.

Badania dawców jako źródło wiedzy o epidemiologii zakażeń HIV w Polsce

Należy zaznaczyć, że badania przeglądowe, oprócz funkcji profilaktycznej, są wartościowym źródłem danych epidemiologicznych. Średnio 50-60 przypadków z liczby ok. 1 000 nowych zakażeń HIV rocznie rejestrowanych w Polsce (co stanowi ok. 5%) w ostatnich latach, jest identyfikowanych przez krwiodawstwo.

W latach 2005-2015 obserwowano niepokojący trend wzrostowy częstości zakażeń HIV wśród dawców krwi – w tym okresie częstość HIV wahała się od 4,7 (w 2007) do 9,4/100.000 dawców (w 2009 roku). Wzrost liczby zakażeń odnotowywany jest wśród mężczyzn, podczas gdy w ostatnich latach takie zdarzenia praktycznie nie są rejestrowane wśród dawczyń. Większość osób zakażonych wskazuje na kontakty seksualne jako potencjalną drogę zakażenia, z czego ponad

Jeśli chcą Państwo zostać autorem ARTYKUŁU w Kontrze prosimy o kontakt mailowy na adres: kontra@aims.gov.pl

Jeśli chcą Państwo, aby ważne wiadomości (np. informacje o wydarzeniach związanych z HIV/AIDS) znalazły się w e-Kontrze proszę przesłać pełną informację na wyżej podany adres o temacie „PROŚBA O ZAMIESZCZENIE INFORMACJI W e-Kontrze”

60% przyznaje się do kontaktów homoseksualnych. Wśród osób zakażonych dominują osoby młode w wieku 18-30 lat.

Mimo że częstość zakażeń HIV jest bardzo niska wśród dawców, może niepokoić fakt, że częstość zakażeń zarówno serododatnich, jak i tylko RNA HIV dodatnich u polskich dawców krwi jest wyższa niż u dawców krwi np. w Stanach Zjednoczonych, gdzie częstość zakażenia HIV w populacji ogólnej jest większa niż w Polsce. Ta obserwacja może świadczyć o tym, że wśród polskich dawców krwi jest wielu (więcej niż w innych krajach) tzw. *test seekers* – osób, które oddają krew przede wszystkim w celu uzyskania wyników badań wirusologicznych. Zjawisko to narasta, zwłaszcza w sytuacji ograniczonego dostępu do badań przeglądowych poza krwiodawstwem. Są to zazwyczaj osoby przekonane, że mogły ulec zakażeniu, mimo to przed donacją nie zgłaszają sytuacji obarczonych istotnym ryzykiem. Na występowanie tego zjawiska może wskazywać także relatywnie wysoka częstość zakażeń HIV wśród dawców wielokrotnych, zakażeń w tzw. okienku serologicznym oraz z wynikami reaktywnymi testu przeglądowego anty-HIV, dodatnich w badaniu RNA HIV lecz negatywnych w teście Western Blot. Dawcy wielokrotnie teoretycznie powinni być istotnie bezpieczniejsi, ze względu na większy stopień świadomości związanej z edukacją prowadzoną w trakcie oddawania krwi. Mniejsze prawdopodobieństwo zakażeń w tej grupie i tym samym ryzyko przeniesienia przez transfuzję obserwowane jest w przypadku HBV, HCV, ale nie HIV. W przypadku osób, u których wykryto zakażenie jeszcze przed pojawieniem się przeciwciał, niepokojący jest fakt braku zgłoszenia ryzykownej sytuacji lub zachowania, które w większości przypadków miały miejsce w okresie krótko poprzedzającym donację. Niestety wciąż niewiele wiadomo o *test seekers* w Polsce.

Z drugiej strony należy rozważyć, czy w Polsce nie mamy do czynienia z większą niż w innych krajach liczbą osób nieświadomych zakażenia HIV. Zmiany częstości zakażeń u dawców w ostatnich latach są zgodne z danymi dotyczącymi ogólnej częstości zakażeń w populacji polskiej i wskazują na rosnącą

liczbę/częstość wykrywania nowych zakażeń [dane NIZP-PZH].

Po stwierdzeniu zakażenia, przy okazji wręczania wyników badań świadczących o zakażeniu HIV, zdyskwalifikowany dawca proszony jest o wypełnienie ankiety epidemiologicznej, która ma służyć identyfikacji najbardziej prawdopodobnej drogi zakażenia. O ile po wprowadzeniu badań na obecność wirusa, osoby zakażone wśród najbardziej prawdopodobnych źródeł zakażenia wymieniały środki odurzające podawane dożylnie (nota bene po ich przyjmowaniu nie wolno oddawać krwi do celów leczniczych!), o tyle obecnie najczęściej wskazują na homoseksualne kontakty między mężczyznami.

Trudności diagnostyczne i ryzyko zakażenia przez krew

Najnowsze szacunkowe wyliczenia ryzyka zakażenia HIV przez transfuzję pozwalają spodziewać się przeniesienia infekcji raz na 1 do kilku lat (najgorszy scenariusz uwzględniający wysoką zakaźność przez przetoczenia). O ile współczynnik ten systematycznie maleje z roku na rok w przypadku HCV i HBV, to w przypadku HIV wykazuje trend rosnący. Jest to wynik pogarszającej się sytuacji epidemiologicznej oraz jak się podejrzewa narastającego problemu wspomnianych wcześniej *test seekers*.

Istniejące ryzyko wynika z prawdopodobieństwa pobrania krwi od dawcy w okresie pierwszych kilkudziesięciu godzin zaraz po zakażeniu oraz z, jak się wydaje, niezwykle rzadkim występowaniem przypadków zakażeń w okienku serologicznym mutantami HIV, które są na tyle zmienione, że nie wykrywają ich obecnie stosowane testy wykorzystujące metody biologii molekularnej.

Inną populacją osób zakażonych, u której mogą wystąpić trudności diagnostyczne w trakcie badań przeglądowych, jest populacja tzw. *elite controllers*. W krajach z wysoką częstością zakażeń HIV, przede wszystkim w Afryce, stanowią oni ok. 2-4% zakażonych dawców. Należą do nich osoby, u których RNA HIV nie jest wykrywalne w osoczu

metodami o czułości 50-70 kopii RNA/ml, mimo że przez przynajmniej dwa lata utrzymywały się u nich powtarzalnie reaktywne wyniki badania anty-HIV potwierdzone w teście Western blot. Osoby te nie były nigdy leczone lekami antyretrowirusowymi. Wiadomo, że u *elite controllers* wirus zachowuje zdolność do replikacji, jednak zakaźność krwi i jej składników pozostaje nieznana. Dotychczas nie zidentyfikowano ani jednego takiego przypadku wśród zakażonych dawców krwi w Polsce. Występowanie mutantów ucieczki oraz *elite controllers* przemawia za utrzymaniem badań metodami serologicznymi nawet w krajach, w których bada się RNA HIV.

Krwiodawstwo bardzo szczegółowo monitoruje powikłania poprzetoczeniowe. Służy temu m.in. prowadzenie procedury spojrzenia wstecz (ang. *look back*). Jest ona stosowana w razie pojawienia się jakichkolwiek objawów ubocznych u biorcy krwi, jak również w sytuacji, gdy u dawcy wielokrotnego stwierdzono zakażenie. Wnikliwe dochodzenie diagnostyczne wdrażane w takich przypadkach pozwala wykluczyć lub potwierdzić przeniesienie zakażenia przez transfuzję. Dzięki dotychczasowemu stosowaniu takiego postępowania w Polsce, **nie stwierdzono ani jednego przypadku przeniesienia zakażenia HIV przez transfuzję**. Należy jednak podkreślić, że tego typu powikłanie powinno być wciąż traktowane jako potencjalne zagrożenie bezpieczeństwa przetoczeń, o czym świadczą incydenty przeniesienia HIV przez przetaczaną krew i jej składniki wciąż sporadycznie publikowane w piśmiennictwie fachowym.

Dlatego Służba Krwi cały czas mocno podkreśla szczególną odpowiedzialność dawcy, który powinien w sposób skrupulatny i zgodny z faktami poddawać się kwalifikacji przed oddaniem krwi. To właśnie od jego poczucia odpowiedzialności przejawiającej się m.in. udzielaniem prawdziwych informacji w trakcie procesu kwalifikacji do oddania krwi obecnie zależy bezpieczeństwo leczenia krwią i jej składnikami.

*prof. dr hab. Piotr Grabarczyk
Instytut Hematologii i Transfuzjologii
Piśmiennictwo dostępne u autora*

kontra 

Redakcja
Maryla Rogalewicz
Katarzyna Gajewska
Wydawca:
Krajowe Centrum ds. AIDS

Adres redakcji:
ul. Samsonowska 1, 02-829 Warszawa
tel. (+22) 331 77 68, fax (+22) 331 77 76
e-mail: kontra@ids.gov.pl
www.aids.gov.pl

Exemplarz bezpłatny
Redakcja zastrzega sobie prawo
adjustacji i skracania artykułów.

aspekty

Dodatek do Biuletynu Krajowego Centrum ds. AIDS



Choroby przenoszone drogą płciową - kiła

Wstęp

Zachorowalność na choroby przenoszone drogą płciową w skali globalnej rozkłada się nierównomiernie. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) odnotowała w 2005 roku ponad 448 mln zachorowań na: kiłę, rzeżączkę, zakażenia chlamydialne i rzesistkowicę. Najwięcej zachorowań zaobserwowano w Afryce, Ameryce Łacińskiej, Azji Południowowschodniej, a ostatnio w krajach rozwijających się i Europie Wschodniej.

Światowa Organizacja Zdrowia podaje, że na kiłę na całym świecie zachorowało ponad 36 mln osób w wieku 15-49 lat. W krajach wysoko rozwiniętych współczynnik zapadalności na kiłę wynosił 5 nowych zachorowań na 100 000 mieszkańców.

Różnorodność chorób przenoszonych drogą płciową jak i liczba zachorowań w skali światowej stawia przed służbą zdrowia nowe wyzwania epidemiologiczne.

KIŁA (Lues)

Kiła jest chorobą o bogatej symptomatologii klinicznej. Wywołuje ją krętek błądy *Treponema pallidum subspecies pallidum*. Krętek błądy został odkryty w 1905 roku przez F.Schaudinna i E. Hoffmanna. Jest bakterią Gram ujemną kształtu spiralnego, długości 6-20µm. Bakteria wrażliwa jest na czynniki zewnętrzne: wysoką temperaturę, wysuszenie i powszechnie dostępne środki antyseptyczne. Żyje poza organizmem gospodarza kilka godzin. Krętek wykonuje trzy rodzaje ruchu: postępowy, obrotowy i wahadłowy. Wykonywane przez krętek ruchy nie zakłócają jego kształtu. Charakteryzuje się białym zabarwieniem. Białe zabarwienie i wykonywane przez krętek ruchy dobrze są

widoczne w mikroskopie z kondensorem do ciemnego pola widzenia.

Do zakażenia dochodzi najczęściej drogą kontaktów seksualnych, w tym oralnych i analnych. Od momentu проникnięcia krętka błędnego do nabłonka, rozpoczyna się jego miejscowa replikacja. Pojawia się owrzodzenie, tzw. objaw pierwotny. Krętki z miejsca zakażenia przedostają się do naczyń krwionośnych i chłonnych, a następnie z naczyń chłonnych do węzłów chłonnych. Krętki mogą być też przenoszone z matki na płód. Sporadycznie do zakażenia dochodzi inną drogą niż drogą kontaktów seksualnych np.: przez kontakt z materiałem zakażonym biologicznie czy transfuzje krwi.

Okres wylęgania choroby wynosi średnio ok. 3-4 tygodnie. Choroba może przebiegać w sposób utajony, podlegać samowyleczeniu lub postępować wywołując poważne zmiany narządowe. Zakaźność kiły jest ściśle związana z okresem choroby i jest największa w dwóch pierwszych latach zakażenia. Stopniowo wygasa w kolejnych latach.

Epidemiologia

Do zakażenia krętkiem błądym dochodzi przez uszkodzoną skórę, niezmienioną błonę śluzową, lub bezpośrednie przedostanie się krętka do krwioobiegu (matka-dziecko). Duża wrażliwość krętka na czynniki zewnętrzne (wysoka temperatura, wilgotność) powoduje, że do zakażenia dochodzi wyłącznie drogą kontaktów seksualnych. Zakaźność kiły zależy od okresu choroby, jest największa pomiędzy 9-16 tygodniem od zakażenia. Jest to okres największej bakteriemii (zakaźności) i może spowodować zakażenie u około 60% partnerów seksualnych.

Przebieg kiły

Kiła cechuje się wieloletnim przebiegiem z następującymi po sobie okresami objawowymi i bezobjawowymi. Ma bogatą symptomatologię kliniczną, może przebiegać łagodnie lub mieć nasilone objawy kliniczno-serologiczne.

Kiłę dzieli się na wczesną i późną.

- kiła wczesna trwa do 2 lat od zakażenia
- kiła późna rozpoznawana jest powyżej 2 lat od momentu zakażenia.

Kiła wczesna obejmuje dwa okresy: kiłę I i II okresu oraz kiłę wczesną utajoną.

Kiła wczesna I okresu dzieli się na dwa podokresy: kiłę surowiczoujemną i surowiczododatnią.

Kiła wczesna I okresu

Trwa od 3-6 tygodni po zakażeniu. W miejscu проникnięcia krętków błędnych powstaje owrzodzenie pierwotne, **tak zwany objaw pierwotny**.

Wielkość owrzodzenia i czas powstania zależy od ilości i zjadliwości krętków. Zmiany są pojedyncze o średnicy kilku-nastu milimetrów, okrągłe lub owalne niebolesne, bez cech zapalnych, o gładkiej lśniącej powierzchni, twardej chrząstkowatej podstawie, ustępuje samoistnie bez pozostawienia blizny. Najczęstsza lokalizacja: narządy płciowe u mężczyzn: napletek, okolica wędzidełka, zewnętrzna powierzchnia żołądździ, u kobiet: wargi sromowe, łechtaczka, szyjka macicy, sporadycznie okolica pochwy. Przy kontaktach orogenitalnych śluzówki jamy ustnej: język, migdałki, wewnętrzna powierzchnia ust. Przy kontaktach analnych: okolica odbytu. Owrzodzenie ustępuje samoistnie

po 2-6 tyg. z delikatną zanikową blizną trudno dostrzegalną.

Nietypowe objawy pierwotne są mnogie, często zlokalizowane w fałdach udowo-pachwinowych, w okolicy spojenia łonowego. Przypominają nadkażenia bakteryjne z martwicą i wydzieliną ropną.

Węzły chłonne są: twarde, sprężyste, nie łączą się w pakiety, są przesuwalne względem niezmięnionej skóry, niebolesne, nie ulegają rozpadowi, ustępuje po 2-6 tygodniach bez pozostawienia blizny.

Kiła II okresu wczesna

Charakteryzuje się największą bakterie-
mią, trwa od 9 do 16 tygodni od zakażenia. W kile II okresu pojawiają się dwa rodzaje osutek: **osutka plamista wczesna** i **osutka nawrotowa**.

Osutka wczesna pojawia się po ustąpieniu objawu pierwotnego. Jest obfita, rozmieszczona symetrycznie na bocznych partiach tułowia, kończynach górnych, często twarzy. Jest to wysypka jednopostaciowa, plamista, blado-różowa o gładkiej powierzchni, trwa krótko (kilka dni do kilku tygodni). Ustępuje bez pozostawienia śladów.

Osutka nawrotowa jest wyrazem wysokiej bakteriemii, występuje pomiędzy 9-16 tyg. choroby. Jest mniej obfita, ułożona niesymetrycznie, wielopostaciowa: plamki, grudki, krostki, złuszczenie powierzchniowe wykwitów. Osutka nawrotowa często zlokalizowana jest na wewnętrznej powierzchni dłoni i stóp. Trwa długo (do kilkunastu tyg.) może ustępować z pozostawieniem delikatnych blizn. Jak sama nazwa wskazuje, często ma charakter nawrotowy. Tej osutce towarzyszy uogólnione powiększenie węzłów chłonnych.



Osutka plamista. Kiła I okresu

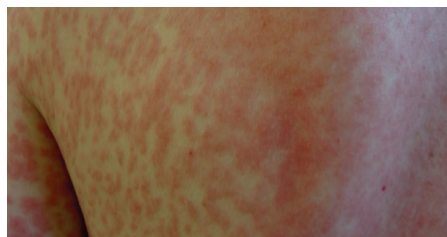


Osutka plamista. Kiła I okresu

Bielactwo kilowe jest objawem kiły nawrotowej II okresu. Pojawia się zwykle po 6 miesiącach od zakażenia. Występuje głównie u kobiet. Może towarzyszyć bezobjawowej kile układu nerwowego. Wykwity to drobne odbarwione plamy układające się siateczkowato na bocznych powierzchniach szyi i karku. Mogą utrzymywać się przez wiele miesięcy.



Osutka plamisto-grudkowo-krwotoczna. Kiła II okresu



Osutka plamista, zlewająca się. Kiła II okresu



Osutka plamisto-grudkowa na dłoniach i tułowiu. Kiła II okresu



Osutka plamisto-złuszcząca na podszwach. Kiła II okresu

Łysienie kilowe pojawia się wcześniej, w 3-4 miesiącu po zakażeniu. Początkowo dochodzi do przerzedzenia i ścieczenia włosów na szczycie głowy. Łysienie ogniskowe jest charakterystyczne dla kiły nawrotowej i polega na ogniskowym przerzedzeniu włosów w okolicach skroniowych i potylicznej. Ogniska pozbawione włosów mają wymiary od kilku milimetrów do kilku centymetrów. Często dochodzi do utraty włosów w innych okolicach ciała: brwi, rzęsy, okolice pachowe i łonowe. Łysieniu w kile często towarzyszy bielactwo kilowe. Włosy odrastają po zastosowanym leczeniu przeciwkłótnym.

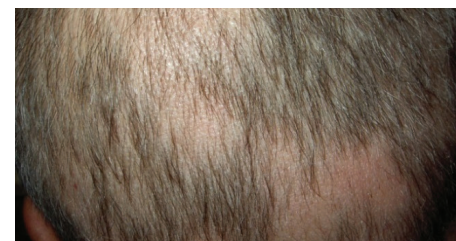
Zmiany narządowe:

- **Śródmiąższowe zapalenie wątroby** charakteryzujące się wzrostem fosfatazy zasadowej i aminotransferazy alaninowej.

- **Nefropatia kilowa** przebiegająca z przejściowym białkomoczem



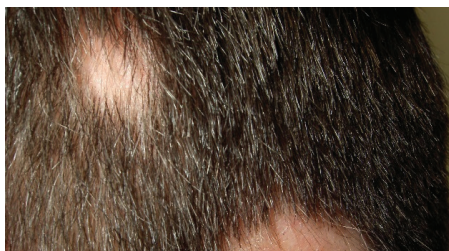
Łysienie kilowe – ogniskowe



Łysienie kilowe – wieloogniskowe



Łysienie kiłowe wieloogniskowe – znaczna utrata włosów



Duże ogniska łysienia kiłowego

Zmiany stawowe w postaci bólów i wysięku. Niekiedy może wystąpić kiła **narządów wzroku** w postaci zapalenia twardówki, tętnicówki, siatkówki lub zapalenia nerwu wzrokowego.

Układ nerwowy może ulegać zakażeniu przez krętki bardzo wcześnie nawet w kile I okresu. W kile II okresu mogą być zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym (pleocytoza, białko, dodatnie odczyny serologiczne: VDRL, FTA-ABS, TPHA). Kiła układu nerwowego może przebiegać z odczynem oponowym i dawać nasilone objawy zapalenia opon.

Kiła wczesna utajona

Trwa od 2 lat od zakażenia. Jest to zakażenie krętkiem bladym, w którym nie obserwuje się objawów skórnych, śluzówkowych, narządowych. Jedynym objawem choroby są dodatnie wyniki odczynów serologicznych (VDRL, FTA-ABS, TPHA). Ten rodzaj kiły cechuje się znaczną zakaźnością.

Kiła późna

Kiła bezobjawowa późna > 2 lat

Obejmuje okres bezobjawowy trwający dłużej niż 2 lata. **Jedynym objawem są dodatnie odczyny serologiczne.** W miarę upływu lat zakaźność choroby wygasa.

Określenie kiła utajona późna odnosi się do pacjentów nieleczonych, pacjentów leczonych niedostatecznie, przerywających leczenie i opornych na leczenie

Kiła objawowa późna > 2 lat

Pojawia się po kilku lub kilkunastu latach od zakażenia. Obecnie występuje bardzo rzadko. Dotyczy osób które nie były wcześniej leczone, albo były leczone niedostatecznie. Zmiany w kile późnej rozwijają się powoli i mogą występować w każdym narządzie i przebiegać w postaci:

Kiły kilakowej: guzy, twarde nacieki, owrzodzenia, mogą zajmować skórę, miejsca gdzie skóra przylega do kości)

Kiły sercowo-naczyniowej: tętniak tętnicy głównej, zmiany na zastawkach półksiężycowatych aorty)

Kiły narządów wewnętrznych: wątroba, płuca, kości, zwłaszcza kości długich, płaskich jak mostek, czaszka

Kiły układu nerwowego: W okresie uogólnionego zakażenia krętki blade często dostają się do opon mózgowych, powodując zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym (OUN) jest to możliwe już w kile I i II okresu. Dalszy przebieg zakażenia OUN u chorych nie leczonych lub niedostatecznie leczonych, może polegać na:

- samoistnym wygaśnięciu procesu chorobowego,
- rozwoju bezobjawowego zapalenia opon mózgowych
- objawowego ostrego zapalenia opon

Ze względu na różnorodność objawów klinicznych klasyfikacja kiły układu nerwowego jest złożona. Wyróżniono obecnie kilka postaci kiły ośrodkowego układu nerwowego (OUN):

- **bezobjawowa układu nerwowego** (wczesna i późna)
- **oponowa** (ostre kiłowe zapalenie opon)
- **oponowo - naczyniowa** (mózgu i rdzenia)
- **miąższowa** (porażenie postępujące i wiad rdzenia)
- **kilakowa** (mózgu i rdzenia)

W praktyce najczęściej mamy do czynienia z kiłą bezobjawową układu nerwowego, oponową i oponowo-naczyniową.

- **Kiła bezobjawowa układu nerwowego** – rozpoznanie opiera się na dodatnich wynikach odczynów serologicznych (VDRL, FTA) z krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego. W badaniu ogólnym płynu

można stwierdzić niewielką pleocytozę do 100 limfocytów w mm³, podwyższone stężenie białka.

- **Kiła oponowa** – pierwszym uchwytym objawem są bóle głowy, sztywność karku, stany podgorączkowe, czasami nudności i wymioty. Mogą wystąpić również napady padaczkowe lub porażenia nerwów czaszkowych. Rozpoznanie kiły oponowej stawia się na podstawie dodatniej serologii, zmianach w PMR: pleocytoza, podwyższone stężenie białka, obniżenie glukozy.

- **Kiła oponowo-naczyniowa** – może obejmować wszystkie struktury mózgu, istotnym objawem jest przewlekły stan zapalny opon a głównym objawem klinicznym mogą być porażenia, niedowłady połowicze, napady padaczkowe, afazja. Za rozpoznaniem kiły oponowo - naczyniowej przemawiają zmiany naczyniowe mózgu występujące u młodych ludzi, jak również zmiany w PMR. Zmiany patologiczne w tomografii i rezonansie magnetycznym.

Rozpoznanie kiły

Rozpoznajemy wykonując szereg badań diagnostycznych.

Badania bezpośrednie:

Badanie **mikroskopowe** w ciemnym polu widzenia wykrywając krętki blade jako czynnik etiologiczny choroby.

Badanie **histopatologiczne** za pomocą impregnacji srebrem metodą immunofluorescencyjną.

Badania pośrednie

Są w praktyce podstawą diagnostyki kiły. Wykrywają przeciwciała tworzące się w odpowiedzi na zakażenie krętkiem bladym. Odczyny serologiczne wykonuje się z krwi lub z płynu mózgowo-rdzeniowego. Znamy dwa rodzaje odczynów serologicznych:

- klasyczne niekrętkowe
- odczyny krętkowe.

Odczyny klasyczne charakteryzują się znaczną czułością, łatwością i szybkością wykonania. Mają głównie zastosowanie w badaniach przesiewowych w dużych grupach ludzi, w których chcemy wykryć

Odczyny niekrętkowe	Czas pojawiania się odczynów serologicznych
VDRL Veneral Disease Research Laboratory	5-6 tyg.
RPR Rapid Plasma Reagin	5-6 tyg.
Odczyny krętkowe	Czas pojawiania się odczynów serologicznych
FTA odczyn immunofluorescencji krętków	po 3 tyg.
FTA-ABS modyfikacja absorbcyjna	3-4 tyg.
TPHA odczyn biernej hemaglutynacji krętków	po 2-3 tyg.

przypadki podejrzane o zakażenie kiłowe. **Odczyn krętkowy** służy głównie do diagnostyki kiły lub do weryfikacji wyników odczynów niekrętkowych.

Bardzo ważna w diagnostyce kiły jest wiedza, w jakim czasie po niezabezpieczonym kontakcie seksualnym pojawiają się dodatnie odczyny serologiczne.

Znajomość odczynów serologicznych służy do rozpoznania, kontroli po leczeniu i weryfikacji.

Leczenie kiły

We wszystkich postaciach kiły najskuteczniejszym antybiotykiem jest Penicylina.

Stosuje się różne postacie Penicyliny: Penicylina Krystaliczna, Prokainowa, Debecylina. **W przypadku uczulenia na Penicylinę** stosuje się inne antybiotyki: Tetracyklinę, Doxycyklinę lub Ceftriakson.

UWAGA !

Czas i dawka leków zależy od okresu kiły, zajęcia narządów wewnętrznych i zajęcia ośrodkowego układu nerwowego.

Kiedy możemy podejrzewać zakażenie krętkiem błędym (kiłą)?

- gdy mamy kontakty przygodne niezabezpieczone: oralne, urogenitalne, analno-oralne.
- w 3-4 tyg. po kontakcie na narządach płciowych i śluzówkach jamy ustnej pojawia się niebolesne owrzodzenia.
- jeżeli w pobliżu owrzodzenia są powiększone okoliczne węzły chłonne.

- pojawia się wysypka plamista, plamisto-grudkowa na tułowie, twarzy, kończynach, wysypce nie towarzyszy świąd.
- jeśli pojawia się wysypka plamisto-grudkowa lub grudkowo-żłuszcząca na podeszwach i wewnętrznej powierzchni dłoni.
- jeżeli zauważymy ogniska wyłysienia, na głowie, brodzie a w wywiadzie były niezabezpieczone kontakty seksualne.
- jeżeli pojawiły się bóle głowy, sztywność karku, pogorszenie wzroku (w wywiadzie kontakty przygodne).

Kiedy myślimy o kile II okresu?

- Dodatkowo miana odczynów serologicznych : VDRL, FTA-ABS i FTA
- W wywiadzie kontakty seksualne niezabezpieczone.
- Osutka plamista lub plamisto-grudkowa na dłoniach i podeszwach.
- Osutka plamisto-żłuszcząca na tułowie, kończynach czasami twarzy.
- Obie osutki bez towarzyszącego świądu (do różnicowania z wysypkami alergicznymi które zawsze przebiegają ze świądem).
- Czasami powiększone okoliczne węzły chłonne.
- Ogniska wyłysienia na głowie lub innych okolicach jak: broda, brwi, pachy.

Kiedy myślimy o kile z zajęciem narządów wewnętrznych?

- Przy zajęciu ośrodkowego układu nerwowego (OUN) mogą występować: zawroty i nawracające bóle głowy.
- Układu kostnego (zmiany wysiękowe, osteoporoza, bóle stawów).
- Narządu wzroku (zapalenie tęczówki, siatkówki lub nerwu wzrokowego).

- Przy zajęciu wątroby (zmiany kliniczne przypominają wirusowe zapalenie wątroby mogą być podwyższone transaminazy, fosfataza zasadowa).

Postępowanie

- U osób, u których rozpoznano kiłę, zaleca się badanie w kierunku zakażenia wirusem HIV.
- Chorych na kiłę należy poinformować o konieczności objęcia leczeniem profilaktycznym ich partnerów seksualnych - prawdopodobieństwo zakażenia partnerów seksualnych kiłą wczesną jest duże i wynosi około 60%.
- Należy również pamiętać o profilaktycznym leczeniu kobiet w ciąży (które wcześniej chorowały na kiłę i nie zakończyły kontroli serologicznej).
- Pamiętać o kontroli odczynów serologicznych po leczeniu kiły wczesnej (w 1, 2, 3, 6 i 12 mies.).

Wszystkie przypadki podejrzane o kiłę należy kierować do gabinetów dermatologiczno-wenerologicznych.

Kiła a HIV

Każdy chory na kiłę powinien być zbadany w kierunku HIV, a zakażony HIV badany w kierunku zakażenia krętkiem błędym. Ko-infekcja kiły i zakażenia wirusem HIV może zmieniać naturalny przebieg obu infekcji, np:

- Kiła II okresu może występować z kiłą I okresu;
- Kiła II okresu z zajęciem OUN, nerwów czaszkowych, narządu wzroku;
- W kile II okresu odczyny serologiczne mogą być bardzo wysokie lub ujemne.

Zauważono u chorych na kiłę zakażonych HIV zwiększone ryzyko wczesnego rozwoju zmian neurologicznych, okulistycznych, wolniejszy spadek mian odczynów serologicznych: VDRL, FTA po leczeniu kiły.

Ewa Firląg-Burkacka
Kierownik Poradni Profilaktyczno-Lecniczej Wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego w Warszawie

kontra 

Redakcja
Maryla Rogalewicz
Katarzyna Gajewska
Wydawca:
Krajowe Centrum ds. AIDS

Adres redakcji:
ul. Samsonowska 1, 02-829 Warszawa
tel. (+22) 331 77 68, fax (+22) 331 77 76
e-mail: kontra@ aids.gov.pl
www.aids.gov.pl

Egzemplarz bezpłatny
Redakcja zastrzega sobie prawo
adjustacji i skracania artykułów.