



Biuletyn Krajowego Centrum ds. AIDS

W numerze:

Światowy Dzień AIDS

Redakcja

Str. 1

Najciekawsze publikacje prasowe z ostatnich miesięcy

Małgorzata Olczyk

Str. 2

Śladami berlińskiego pacjenta

Anna Marzec-Bogusławska

Str. 3-4

Seks oralny - pozornie bezpieczny

Bartosz Szetela, Jacek Gąsiorowski,
Łukasz Łapiński

Str. 5-6

Stan zdrowia osób LGBT

Iwona Wawer

Str. 6-8

Aspekty

Zapobieganie HIV i Zakażeniom Przenoszonym Drogą Płciową

Piotr Wysocki

Telefon Zaufania HIV/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

Ósrodek Informacji o HIV/AIDS

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

Poradnia Internetowa HIV/AIDS

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

Światowy Dzień AIDS

W dniach 1–2 grudnia 2015 r. po raz dwudziesty drugi odbyła się w Warszawie Konferencja „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie”. Wzięły w niej udział osoby zainteresowane problematyką HIV/AIDS, praktycy i teoretycy, osoby żyjące z HIV, lekarze, przedstawiciele instytucji centralnych i samorządowych, reprezentanci organizacji pozarządowych, dziennikarze. W czasie Konferencji Krajowe Centrum ds. AIDS prowadziło stoisko z materiałami dotyczącymi HIV/AIDS, a organizacje pozarządowe prezentowały swoją działalność.

Organizatorzy konferencji jak zwykle zadbałi, aby w programie znalazło się miejsce na tematy nurtujące środowisko osób zajmujących się zawodowo i społecznie problemem oraz na spotkania z ciekawymi osobami. Honorowym gościem w tym roku była Ophelia Haanyama, Zambijka, która od ok. 30 lat żyje z wirusem HIV i aktywnie działa na rzecz takich osób żyjących z HIV tak, aby nikt nie był wyrzucany poza nawias społeczeństwa czy rodziny ze względu na status serologiczny.

W czasie Konferencji przedstawiciele 11 organizacji pozarządowych wspierających osoby żyjące z HIV podpisali manifest „Walczyliśmy razem z HIV”. Jest on kierowany m.in. do osób zakażonych, lekarzy i nauczycieli. Autorzy manifestu przypomnieli, że problem HIV/AIDS jest wciąż aktualny, nadal zakażają się i umierają kolejne osoby.

Nikt nie powinien myśleć, że problem go nie dotyczy. Narażeni są wszyscy. Dlatego wspólnie powinniśmy walczyć z HIV. Tylko razem możemy być skuteczni! - czytamy w dokumencie. Sygnatariuszami manifestu są m.in. Polska Fundacja Pomocy Humanitarnej „Res Humanae”, Społeczny Komitet ds. AIDS i Fundacja Edukacji Społecznej.

Bardzo dużym zainteresowaniem uczestników konferencji cieszyła się sesja przygotowana i poprowadzona przez młodzież. Uczniowie liceum zabrali głos na temat konieczności dokonania zmian w szkołach w zakresie szeroko pojętej profilaktyki. Zaprezentowali sondaż uliczny i wyniki ankiety internetowej, ukazujące braki wiedzy swoich rówieśników oraz swoje stanowisko dotyczące przedmiotu Wychowanie do życia w rodzinie. Dla uczniów pełen dostęp do wiedzy przygotowującej do dorosłego życia jest bardzo ważny. Chcieliby, aby zajęcia były też traktowane poważnie przez samą młodzież. Nie zabrakło głosu na temat tolerancji, której aspekty powinny być poruszane na zajęciach.

Jest już tradycją, że w czasie uroczystej sesji wieczornej osoby, organizacje i firmy, które w sposób szczególny wyróżniły się działaniami dla dobra osób zakażonych, bądź też wniosły istotny wkład w działania profilaktyczne w dziedzinie HIV/AIDS w Polsce, zostają wyróżnione „Czerwoną Kokardką”. Do grona laureatów dołączyli:

KATEGORIA	IMIĘ I NAZWISKO
Działania w środowisku medycznym	dr hab. n. med. Justyna Kowalska, Anna Brzozowiec
Działania w zakresie profilaktyki	Katarzyna Rżanek, Malwina Warszawska
Działania instytucji rządowych, samorządowych	Irena Wawreszuk
Działania organizacji pozarządowych	Maria Major, Magdalena Suchara
Działalność społeczna	Jolanta Parzuch-Świerczewska, Marianna Sieklucka
Działalność osób/ organizacji zagranicznych	Daniel Defert

Wszystkim laureatom serdecznie gratulujemy! **Redakcja**



Oddając do składu ostatnie w tym roku wydanie Kontry, nie wiedzieliśmy, że po raz ostatni zamieszczamy stały artykuł Małgosi Olczyk o najciekawszych publikacjach prasowych dotyczących HIV/AIDS i zakażeń przenoszonych drogą płciową. Małgosia odeszła od nas 11 grudnia 2015 r., pokonana przez długą chorobę, z którą dzielnie walczyła od 30 lat.

Wielu pracowników Krajowego Centrum ds. AIDS nie znało Małgosi osobiście, ale Ona znała cały Zespół bardzo dobrze. Współpracowała z nami od 10 lat, codziennie przysyłała nam wycinki prasowe, pomagała w redakcji tekstów. Mimo wielu trudności, które wiązały się z codziennym pokonywaniem choroby, sumiennie wykonywała swoje obowiązki. Dawała nam przykład, że nawet jeśli ciało jest słabe, to ducha nie da się złamać.

Małgosia była osobą bardzo skromną, życzliwą i nigdy nie skarżyła się na swój los. Cieszyła się każdym dniem. Przez lata sama wspierała osoby cierpiące, a dzisiaj nie poradziła sobie z własną chorobą.

Żegnaj Małgosiu, będzie nam Ciebie bardzo brakowało.

Najciekawsze publikacje prasowe z ostatnich miesięcy

Pierwsza taka kampania

Największym problemem osób żyjących z HIV nie jest w dzisiejszych czasach samo zakażenie, które można kontrolować lekami i z którym żyje się do późnej starości. Prawdziwym wyzwaniem, przed którym stają osoby zakażone, jest alienacja, której doświadczają, kiedy informują o chorobie. Deklarujemy, że akceptujemy osoby zakażone. Nasze zachowanie zmienia się jednak, gdy dowiadujemy się, że znajdują się one w naszym otoczeniu. W dużej mierze wynika to z niewiedzy, boimy się bowiem tego, czego nie rozumiemy.

Organizatorzy kampanii *HIVokryzja*. *Wyleczmy się*. chcą zmienić takie zachowania. Celem projektu jest wyleczenie ludzi z HIV. Kampania adresowana jest nie do osób zakażonych, ale przede wszystkim do zdrowych. Celem kampanii jest ich edukacja i uświadamienie, że największym problemem osób żyjących z HIV jest ostracyzm, z którym spotykają się na co dzień ze strony ludzi zdrowych. Myśląc o wirusie, wciąż mamy w głowie obraz osób homoseksualnych i używających narkotyków drogą dożylną, tymczasem choroba ta dotyka w dużej części osoby heteroseksualne. Kampania ma zmienić nastawienie ludzi, wyeliminować uprzedzenia, pokazać, że zakażeni mają prawo do normalnego życia. Kampania ma też na celu zwrócenie uwagi na to, by się badać w kierunku HIV, gdyż aż 50 proc. zakażonych wirusem nie jest tego świadomych.

Kampania *HIVokryzja*. Wyleczmy się. jest wyjątkowa, po raz pierwszy bowiem w akcji dotyczącej tematyki HIV w Polsce swoje twarze pokażą ludzie żyjący z tym wirusem.

(M. Baranowska-Szczepańska, Edukacja może oswoić strach i uprzedzenie, „Polska – Głos Wielkopolski (Magazyn Rodzinny)” z dnia 08.08.2015 r.)

Zaczynamy wygrywać z AIDS – najnowszy raport Światowej Organizacji Zdrowia

Z najnowszego raportu Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wynika, że HIV został zepchnięty do defensywy. W 2014 r. nowych zachorowań było 2 miliony, czyli o 35 proc. mniej niż w roku 2004 (kiedy było ich najwięcej w historii). Ubyło też zgonów związanych z AIDS – w zeszłym roku było ich 1,2 mln, czyli liczba ta spadła o 42 proc. od roku 2000, kiedy padł światowy rekord. Te liczby to efekt przemyślanej walki. Terapię antyretrowirusową przyjmuje dziś prawie 16 mln osób. Jeszcze 5 lat temu leczyło się 7 mln ludzi, a w roku 2005 tylko nieco ponad 2 mln.

Eksperti WHO twierdzą, że kluczowe w walce z HIV jest, by wszyscy chorzy jak najszybciej rozpoczęli leczenie. W tej kwestii zapobiegania zakażeniom ważne jest, by skupić wysiłki na obszarach, na których wirus rozprzestrzenia się najszybciej. W raporcie zostało wymienionych 35 krajów, w których dochodzi do 90 proc.

zakażeń i w które pilnie wymagają podjęcia działań zapobiegawczych.

Dziś na świecie żyje ok. 37 mln osób zakażonych HIV. 25,8 mln z nich to mieszkańcy Afryki Subsaharyjskiej. W Polsce zgłoszono ponad 19 tys. zakażeń HIV.

(Łukasz Kaniewski, Zaczynamy wygrywać z AIDS, „Rzeczpospolita” z dnia 26.11.2015 r.)

Naukowcy z USA odkryli białko, które może pomóc w wyeliminowaniu HIV z rezerwuarów

Leczenie zakażenia HIV przy użyciu terapii skojarzonej musi trwać do końca życia pacjenta, w dużej mierze z powodu trwania wirusa w latentnych (uśpionych) rezerwuarach zakażonych komórek. Ich eliminacja mogłaby skrócić czas trwania leczenia i ułatwić odtworzenie zniszczonego przez wirus układu immunologicznego. Specjaliści z amerykańskich Instytutów Zdrowia opracowali białko immunomodulacyjne aktywujące ekspresję genów wirusa i kierujące limfocyty T do zniszczenia (lizy) wcześniej uśpionych zakażonych HIV komórek. To pierwsze wyniki przeprowadzonych badań, które mogą (ale nie muszą) zostać w przyszłości wykorzystane w leczeniu osób zakażonych HIV i chorych na AIDS.

(Pegu, A. et al. Activation and lysis of human CD4 cells latently infected with HIV-1. “Nat. Commun.” 6:8447 doi: 10.1038/ncomms9447. 2015)

Śladami Berlińskiego pacjenta

Jeszcze dziesięć lat temu wyleczenie z zakażenia HIV nie było uważane za scenariusz realistyczny. Co w przypadku HIV oznacza termin „wyleczenie”? Okazuje się, że naukowcy używają różnych definicji takiego stanu. Teoretycznie można mówić o zupełnej eradykacji, czyli pełnym usunięciu HIV z organizmu ludzkiego. Można też użyć określenia *wyleczenie funkcjonalne* opisującego sytuację, w której nawet po zaprzestaniu terapii ARV wirus pozostaje w stadium remisji; nie namnaża się w organizmie w stopniu wystarczającym do podtrzymania zdolności niszczenia układu odpornościowego i tym samym nie powoduje nawrotów choroby.



Timothy Ray Brown. Photo by Daniel Jack Lyons

Kiedy dochodzi do zakażenia, wirus atakuje limfocyty CD4 i replikuje (namnaża się) bardzo szybko tworząc miliony kopii. Następnie te nowopowstałe cząsteczki wirusa tworzą tzw. rezerwuary wnikając do węzłów limfatycznych oraz organów takich jak mózg, nerki, jelita. Wirus może w nich pozostawać długo w tzw. formie latentnej (uśpionej). Wystarczy jednak niewielki spadek odporności organizmu, by HIV pozostający w tych rezerwuarach powrócił do krwioobiegu i zaczął się namnażać.

Siedem lat temu pojawił się pierwszy i jak do tej pory jedyny przypadek wyleczenia z AIDS – Timothy Ray Brown znany jako *Berliński pacjent*. Trudno zdefiniować, o jakie wyleczenie chodzi w tej sytuacji. Wiadomo, że w jego or-

ganizmie wykrywana jest śladowa wirus, jednak jest to wirus niezdolny do replikacji, zatem niepowodujący negatywnych skutków zdrowotnych.

Warto więc na chwilę zatrzymać się nad historią Timothy’ego Raya Browna. Zakażenie wykryto u niego w 1995 r., przyjmował leki antyretrowirusowe (ARV) przez ponad 11 lat. Wiadomo, że w procesie leczenia białaczki, która zniszczyła jego własny szpik, otrzymał dwa przeszczepy komórek macierzystych szpiku od dawcy, który dodatkowo posiadał rzadką formę oporności genetycznej na HIV. Polegała ona na mutacji limfocytów powodującej brak receptorów powierzchniowych, używanych przez HIV w sytuacjach typowych w celu wniknięcia do organizmu. *Berliński pacjent* do tej pory pozostaje pod kontrolą

specjalistów i praktycznie od czasu przeszczepu szpiku nie bierze leków ARV.

Jego przypadek zainspirował naukowców do zastanowienia się nad możliwością powtórzenia tej niezwyklej sytuacji. Pomimo faktu, iż ta ratująca życie i bardzo droga terapia nie może być stosowana na szeroką skalę, klinicyści postanowili spróbować raz jeszcze. W 2012 r. ukazały się doniesienia o dwóch pacjentach z Bostonu zakażonych HIV i chorych na białaczkę, którzy również otrzymali przeszczep szpiku od odpowiedniego dawcy. Niestety, w odróżnieniu od przypadku Browna, dawca nie miał mutacji uodporniającej na wniknięcie HIV. Znalezienie dawcy charakteryzującego się jednocześnie zgodnością szpikową i taką mutacją anty-HIV graniczy bowiem z cudem.



Obaj mężczyźni kontynuowali leczenie ARV podczas całego procesu przeszczepu szpiku, co miało zapobiec zakażeniu przez HIV nowych komórek. Niestety w kilka miesięcy po zaprzestaniu terapii ARV, u obydwóch pacjentów zarejestrowano podwyższony poziom wirumii HIV we krwi. Eksperyment zakończył się niepowodzeniem.

Jednak próby pełnego wyleczenia z zakażenia HIV trwają nieprzerwanie. Od pewnego czasu eksperci prezentują



pogląd, iż leczenie ARV osoby zakażonej należy rozpoczynać bardzo wcześnie, w możliwie najkrótszym czasie od zakażenia. Ich zadaniem będzie to prowadzić do powstania pewnego rodzaju odporności na dalszy rozwój choroby.

W celu sprawdzenia tej hipotezy prowadzi się wiele badań. W jednym z nich, we Francji tzw. Kohorta Visconti, 14 osób rozpoczęło terapię ARV podczas ostrej choroby retrowirusowej, czyli w ciągu czterech pierwszych tygodni od zakażenia. Przyjmowali oni leki antyretrowirusowe przez 12 miesięcy. Zaskakującym okazał się fakt, że gdy po roku przerwali terapię, poziom wirerii w ich organizmie był niewykrywalny. Oznaczało to, że organizm nauczył się radzić sobie z zakażeniem. Średnio po siedmiu latach pacjenci ci mają ciągle niewykrywalny poziom wirerii, bez jakichkolwiek oznak progresji choroby. Naukowcy definiują ich stan jako wyleczenie funkcjonalne, jednak zwracają uwagę, że tylko organizm 10-15 proc. osób z bardzo wcześnie wykrytym i natychmiast leczonym zakażeniem ma takie niezwykle zdolności radzenia sobie z infekcją. Podobne zjawisko obserwuje się u bardzo niewielkiego odsetka osób na świecie, które charakteryzuje naturalna zdolność zwalczania wirusa.

Kolejna z bardziej nagłośnionych historii „wyleczenia” z HIV pojawiła się w marcu 2013 roku. Podobnie jak w *Kohorcie*

Visconti, kluczem było tu wczesne rozpoczęcie terapii. Dziecko pochodzące z wiejskich terenów Missisipi, urodzone przez matkę zakażoną HIV, która nie wiedziała o swoim zakażeniu (dlatego nie otrzymywała leków ARV w ciąży, co uchroniłoby dziecko przed zakażeniem) otrzymało terapię antyretrowirusową już po 31 godzinach od porodu. *Missisipi baby* przyjmowało leki przez ponad 18 miesięcy. Niestety później, z winy matki, zaprzestało terapii. Niewykrywalny poziom wirerii we krwi utrzymywał się jeszcze przez 27 miesięcy, jednak po tym czasie, w lipcu 2014 r., wirus powrócił, wirus znów rozpoczął

niszczenie układu odpornościowego. Entuzjazm klinicystów ponownie okazał się przedwczesny.

Kolejnym, mogłoby się wydawać obiecującym, przypadkiem była historia terapii HIV i białaczki 12-letniego chłopca z Minnesoty, który jednak zmarł, gdyż wytworzył przeciwciała przeciw przeszczepowi. Lekarze twierdzili jednak, iż badania postmortalne wykazały brak oznak czynnego zakażenia HIV w jego organizmie.

Także kolejne trzy przypadki – dwóch mężczyzn z Australii, którzy cały czas po przeszczepie biorą jednak leki ARV, żeby nie powtórzyć losów pacjentów z Bostonu, kobiety z Argentyny, która mimo przerwania terapii w 2007 r. ma wciąż niewykrywalny poziom wirerii, wreszcie najnowszy przypadek 18-latkę z Francji, która pomimo ekspozycji na HIV podczas porodu (przyjmowała leki ARV tylko przez pięć lat) od 12 lat ma niewykrywalny poziom HIV we krwi – niewątpliwie przybliżają naukowców i lekarzy do rzeczywistego wyleczenia czyli eradykacji wirusa z organizmu. Tymczasem jedynym potwierdzonym i uznanym przypadkiem wyleczenia z HIV pozostaje *Berliński pacjent*.

Anna Marzec-Bogusławska
-epidemiolog, Dyrektor Krajowego
Centrum ds. AIDS



Timothy Ray Brown. Photo by Daniel Jack Lyons

Seks oralny – pozornie bezpieczny?

W ciągu ostatnich 20-30 lat kontakty oralne zyskały na popularności na świecie i w Polsce. Niektórzy badacze uważają wręcz, że jest to najczęstszy rodzaj kontaktów seksualnych. Dla wielu jest to również jeden z pierwszych rodzajów współżycia seksualnego. Mimo to, dużo osób nie uznaje kontaktów oralnych za kontakty seksualne!

Dysponujemy ponadto danymi, które sugerują, że wrastająca częstość kontaktów oralnych prowadzi do wzrostu liczby zakażeń HPV (ludzki wirus brodawczaka), a w efekcie do wzrostu liczby nowotworów jamy ustnej i gardła. Choć wykazano skuteczność szczepień przeciw HPV w zapobieganiu rakowi szyjki macicy u kobiet, brak jest jednoznacznych danych w zakresie stopnia zabezpieczenia przed wystąpieniem nowotworów nosogardzieli.

Poważniejszym z epidemiologicznego punktu widzenia i bardziej nagłym problemem jest obecnie wzrastająca w większości krajów uprzemysłowionych, w tym w Polsce, liczba nowych zakażeń HIV. Większość z nich dotyczy MSM (mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami), przekraczając w USA i Europie Zachodniej próg 60 proc. Dla Polski dane są niepełne, jednak wyniki z punktów konsultacyjno-diagnostycznych wskazują, że ponad 50-60 proc. nowych zakażeń HIV rozpoznawanych jest wśród MSM. Są to najczęściej tzw. świeże zakażenia, potwierdzając tym samym zwiększoną zapadalność w tej grupie. W odróżnieniu od MSM, wśród osób mających kontakty heteroseksualne zakażenia HIV wciąż rozpoznawane są późno, niejednokrotnie już w stadium AIDS.

Dane Centres for Disease Control and Prevention (CDC) z USA (Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób) wskazują, że podczas niezabezpieczonych prezerwatywą kontaktów oralnych z osobą zakażoną HIV ryzyko transmisji HIV jest bliskie zeru i wynosi między 0,0068 proc. a 0,04 proc. Może zatem powstać wrażenie, że kontakty tego rodzaju nie są de facto obarczone ryzykiem zakaże-



nia HIV. Między innymi z tego powodu powszechnym zjawiskiem w Polsce jest nieużywanie prezerwatyw podczas kontaktów oralnych. Dane z punktów konsultacyjno-diagnostycznych (PKD) w Polsce wskazują, że mniej niż 10 proc. osób używa prezerwatyw w tego rodzaju sytuacjach. Jednocześnie coraz częściej w praktyce klinicznej spotykamy się z sytuacjami sugerującymi zakażenia HIV wśród MSM wyłącznie w związku z kontaktami oralnymi. Dlatego postanowiliśmy szczegółowo przeanalizować ryzyko związane z kontaktami oralnymi, a także ocenić czynniki mające istotny wpływ na jego zwiększenie.

Ryzyko transmisji

Na wstępie należy podkreślić, że podawane przez CDC wartości ryzyka są ryzykiem populacyjnym określonym szacunkowo na podstawie retrospektywnych analiz wywiadów przeprowadzonych wśród osób podejmujących konkretne zachowania seksualne i u których doszło do zakażenia. W większości obserwacje te obejmowały tzw. pary plus/minus, czyli pary, w których jedna osoba jest zakażona HIV, a druga nie jest zakażona. Pary takie były obserwowane przez określony czas i oceniano, uwzględniając częstość stosowania prezerwatyw, ryzyko transmisji podczas danego rodzaju współżycia. Tak uzyskane wyniki są obciążone dużym marginesem błędów z uwagi na wielość czynników, które mogą rzutować na prawdopodobieństwo zakażenia. Należy zatem

pamiętać, że określonego procentowego ryzyka transmisji HIV dla populacji nie wolno przenosić na indywidualne ryzyko podczas pojedynczego kontaktu oralnego. Pamiętać należy również o dodatkowych czynnikach wpływających na to ryzyko.

Czynniki modyfikujące ryzyko transmisji

1. Ryzyko zakażenia HIV podczas kontaktu oralnego z osobą zakażoną HIV dotyczy wyłącznie osoby mającej kontakt ze śluzem pochwowym, nasieniem lub preejakulatem. Osoba pieszczona oralnie nie jest narażona na zakażenie HIV, chyba że w ślinie partnera pojawi się widoczna „gołym” okiem krew. Przytaczane wyżej wartości ryzyka stanowią średnią populacyjną określoną w opisanych wcześniej badaniach i przy założeniu braku uszkodzeń błon śluzowych jamy ustnej. Wyższa wiramia u nieleczzonego partnera zakażonego HIV i wytrysk w ustach istotnie zwiększają ryzyko zakażenia. Należy dążyć zatem do jak najszybszego rozpoczęcia leczenia partnera zakażonego HIV i unikać kontaktu z nasieniem. Jeśli jednak dojdzie do wytrysku w jamie ustnej, należy ją jak najszybciej przepłukać wodą.
2. Obecność uszkodzeń błon śluzowych w obrębie jamy ustnej (m.in. przygryzienia policzków, zranienia dziąseł, języka lub warg) może nawet 10-krotnie zwiększać ryzyko zakażenia. Stąd

w ramach redukcji szkód zaleca się, aby nie szczotkować i nie nitkować zębów na 3 godziny przez planowanym kontaktem oralnym, a także wystrzegać się spożywania pokarmów, które mogą uszkodzić błony śluzowe.

3. Innym czynnikiem zwiększającym nawet 8-krotnie ryzyko transmisji HIV są zakażenia przenoszone drogą płciową takie jak kiła lub opryszczka (przebiegają z powstaniem owrzodzeń), rzeżączka i chlamydia (zwykle nie dochodzi do powstania owrzodzeń, jednak w obrębie błon śluzowych dochodzi do rozwoju stanu zapalnego), a także kłykciny płciowe wywołane przez HPV (podczas kontaktu oralnego może dochodzić do ich naderwania i krwawienia). Z danych zebranych w PKD przy ulicy Wszystkich Świętych 2 we Wrocławiu wynika, że prevalencja kiły waha się od 5 do 8 proc., głównie wśród MSM! Nieco mniejsze wartości liczbowe obserwowane są dla rzeżączki i chlamydiozy, w tych przypadkach notujemy jednak okresowe masowe zachorowania wśród MSM (niezakażonych, jak i zakażonych HIV). Wiele z tych osób odmawia wykonania badań

i zgłoszenia się do lekarza z powodu przymusu zgłoszenia zakażenia z pełnymi danymi osobowymi. Przymus taki nie występuje m.in. we Francji czy Wielkiej Brytanii, gdzie mimo to wiedza na temat zakażeń przenoszonych drogą płciową jest dużo większa niż w Polsce. W Polsce jedynie zakażenie HIV może być zgłoszone z zachowaniem anonimowości i mimo to nasza wiedza na jego temat jest wielokrotnie szersza niż w przypadku pozostałych zakażeń przenoszonych drogą płciową. W efekcie powyższego, jak i utrudnionego dostępu do profesjonalnej opieki specjalistycznej, obserwujemy znaczący wzrost zapadalności na zakażenia przenoszone drogą płciową.

4. Do uszkodzeń błon śluzowych jamy ustnej może dochodzić również w związku z obecnością kolczyków na narządach płciowych. Coraz powszechniejsze stają się również używanie narkotyków klubowych takich jak amfetamina, metamfetamina, mefedron czy ekstazy, pod których wpływem kontakty seksualne, w tym oralne, mogą trwać dużo dłużej i być bardzo urazowe.

Wnioski

Z przytoczonych powodów należy podczas kontaktów oralnych zachować szczególną ostrożność, a także poszerzyć przekaz edukacyjny o wymienione wyżej dodatkowe czynniki, które mogą istotnie zwiększać ryzyko zakażenia HIV. Ich negatywny wpływ nie ogranicza się wyłącznie do kontaktów oralnych, ale obejmuje również kontakty waginalne i analne, jeśli nie jest używana prezerwatywa.

W związku ze wzrastającą zapadalnością na inne niż HIV zakażenia przenoszone drogą płciową zalecamy również, aby poszerzyć ofertę diagnostyczną w PKD i w gabinetach lekarskich o te zakażenia, a przynajmniej zachęcać klientów i pacjentów do wykonania dodatkowych badań w poradniach specjalistycznych. Zalecenie to jest zgodne z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia i ECDC (Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób).

*Bartosz Szetela, Jacek Gąsiorowski,
Łukasz Łapiński*

Stan zdrowia oraz dobrostan osób LGBT mieszkających w Danii w porównaniu do populacji ogólnej tego kraju

Sytuacja epidemiologiczna HIV/AIDS w Danii jest stabilna, a stan ten utrzymuje się od wielu lat. Dane naukowe nie pokazują drastycznego wzrostu nowych przypadków zakażeń w populacji MSM tak, jak to ma miejsce w innych krajach europejskich. Prevalencja HIV wśród członków populacji szczególnie narażonych na ryzyko zakażenia szacowana jest na 5%.

W 2014 roku w Danii zgłoszono 249 nowych przypadków HIV (u 192 mężczyzn i 57 kobiet).

- U 50 z tych osób zakażenie zdiagnozowano **poza granicami kraju**. W tej grupie odnotowano 2 przypadki zakażeń drogą wertykalną, 18 drogą kontaktów homoseksualnych, 24 heteroseksualnych oraz 2 drogą iniekcji środków odurzających (droga zakażeń pozostałych

Tabela 1. Liczba osób HIV+ zdiagnozowanych po raz pierwszy na terenie Danii wg. wieku oraz płci. Sierpień 1990 – 2014. (Płeć dwóch osób pozostaje nieznana).

Table 1. Number of notified persons who tested HIV-positive for the first time in Denmark, by age and sex, August 1990-2014

Age	2014		Total, August 1990-2014			
	Men	Women	Men	Women	Total*	%
0-4	1	1	40	31	71	1
5-14			9	33	42	1
15-19	3	1	41	38	79	1
20-24	18	5	300	237	537	8
25-29	30	8	683	441	1,125	16
30-39	52	26	1,707	688	2,396	35
40-49	48	12	1,258	229	1,487	22
50+	40	4	871	130	1,001	15
Unknown			93	35	128	2
Total	192	57	5,002	1,862	6,866	100

*The sex of two persons is unknown

Źródło: Statens Serum Institut

przypadków pozostanie nieznana).

- Wśród **turystów** odwiedzających Danię wykryto 7 przypadków zakażeń HIV.
- W grupie pozostałych **192** osób zdiagnozowanych już **na terenie kraju a nie będących turystami** było 153 mężczyzn i 39 kobiet, w tym 118 Duńczyków (61%) i 74 imigrantów (39%), którzy przybyli z Afryki Subsaharyjskiej (32 osoby) oraz Europy Wschodniej (12 osób). W momencie wykrycia zakażenia HIV wśród tych 192 osób 24 już miało objawy AIDS.

Dania to kraj szczycący się długą tradycją poszanowania i promowania praw człowieka, w szczególności w odniesieniu do osób wywodzących się ze środowiska LGBT (lesbijki, geje, osoby biseksualne oraz transpłciowe). Tam, po raz pierwszy na świecie, w 1948 roku powołano do życia Krajowy Związek Gejów i Lesbijek, w 1989 zalegalizowano związki partnerskie, a w 2012 roku małżeństwa jedнопłciowe, którym dano możliwość adopcji i wychowywania dzieci. W 2004 roku całkowicie zakazano dyskryminacji na tle orientacji seksualnej włączając odpowiednie akty prawne do systemu duńskiej legislacji. Kopenhaga opisywana jest jako jedno z najbardziej przyjaznych miast na świecie dla osób LGBT. Słynie także z dorocznego wydarzenia pn. *Extravagant Pride Parade*, które świętuje cała społeczność stolicy i określane jest mianem festiwalu praw człowieka, oraz festiwalu filmowego MIX Copenhagen. Przez cały rok na terenie kraju jest organizowanych wiele innych aktywności na rzecz osób LGBT, otwarte są bary i miejsca spotkań, prężnie działa szereg organizacji pozarządowych.

W trosce o naukowe potwierdzenie poziomu życia osób LGBT mieszkających w Danii 16 października 2015 roku opublikowano raport zawierający wyniki dużego badania przeprowadzonego na zlecenie Miasta Kopenhaga przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego przy Uniwersytecie Południowej Danii. Raport porównuje

deklarowaną jakość życia osób heteroseksualnych i osób LGBT. Populację ogólną (uwzględniającą osoby heteroseksualne i osoby LGBT) przebadano w 2013 r. zadając pytania dotyczące m.in. seksualności. W 2015 r. dodatkowo przebadano osoby transpłciowe uzupełniając ankietę 11 dodatkowymi pytaniami, dotyczącymi specyficznych tematów odnoszących się do sytuacji osób transpłciowych. Ogółem, w badaniu wzięło udział 8 500 Duńczyków, w tym 416 respondentów ze środowiska LBG oraz 171 osób trans.

Przy pomocy obu ankiet usiłowano znaleźć odpowiedzi na następujące pytania:

- Jak kształtuje się stan zdrowia fizycznego, psychicznego oraz seksualnego osób LGBT w porównaniu do stanu zdrowia osób wywodzących się z populacji ogólnej?
- Jak wygląda poziom zachowań destrukcyjnych podejmowanych przez osoby LGBT w porównaniu do osób wywodzących się z populacji ogólnej?
- Jak przedstawiają się relacje społeczne osób LGBT w porównaniu do wywodzących się z populacji ogólnej?
- Jakiego rodzaju doświadczenia mają osoby transpłciowe jeżeli chodzi o proces zmiany płci?

Opublikowane wyniki badania jednoznacznie pokazują, że stan zdrowia oraz dobrostan osób LGBT mieszkających w Danii kształtuje się na niższym poziomie niż populacji ogólnej tego kraju. Różnica ta uzewnętrznia się w zwiększonej zapadalności lesbijek, gejów, osoby biseksualnych oraz transpłciowych na choroby chroniczne, choroby o podłożu seksualnym. Życie w ciągłym napięciu psychicznym co skutkuje nadmiernym spożyciem alkoholu, papierosów oraz środków odurzających i... ponoszeniem kolejnych konsekwencji zdrowotnych. Osoby LGBT częściej niż osoby heteroseksualne podejmują także próby samobójcze.

Liczby

- 34 proc. lesbijek i 40 proc. kobiet biseksualnych spożyło w przeciągu ostatniego miesiąca w czasie jednej okazji więcej niż pięć porcji alkoholu (dla porównania uczyniło tak 26 proc. kobiet heteroseksualnych),
- 39 proc. mężczyzn biseksualnych spożyło w przeciągu ostatniego miesiąca w czasie jednej okazji więcej niż pięć porcji alkoholu (dla porównania uczyniło tak 31 proc. mężczyzn heteroseksualnych),
- 16 proc. gejów przekroczyło zalecenie zdrowotne mówiące o niespożywaniu więcej niż 21 porcji alkoholu na tydzień (dla porównania uczyniło tak 9 proc. mężczyzn heteroseksualnych),
- Duża część populacji osób transpłciowych wykazuje wysoki poziom zestresowania, osoby LGBT są bardziej zestresowane od osób heteroseksualnych,
- 36 proc. gejów i 36 proc. mężczyzn biseksualnych jest zestresowanych w porównaniu do 29 proc. mężczyzn heteroseksualnych określających siebie jako żyjących w napięciu,
- 49 proc. biseksualnych kobiet jest zestresowanych w porównaniu do 28 proc. kobiet heteroseksualnych określających siebie jako żyjące w napięciu,
- W porównaniu do osób heteroseksualnych osoby LGBT palą więcej,
- 26 proc. gejów pali codziennie (dla porównania czyni tak 16 proc. osób heteroseksualnych),
- 21 proc. kobiet biseksualnych pali codziennie (dla porównania czyni tak 16 proc. osób heteroseksualnych),
- Osoby biseksualne oraz homoseksualne trzy razy częściej niż osoby heteroseksualne próbują popełnić samobójstwo,
- Ponad jedna z trzech kobiet o orientacji bi lub homoseksualnej doświadczyła przemocy na tle seksualnym, jedna na pięć rozważała podjęcie próby samobójczej.

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”

Osoby transpłciowe

Wszystkie osoby transgender, które wzięły udział w ankiecie zostały do niej zwerbowane zgodnie z metodą tzw. doboru wygodnego (*convenience sample*) za pośrednictwem organizacji i stowarzyszeń je zrzeszających. Dlatego też nie można wykonać dokładnych porównań statystycznych tej części raportu w odniesieniu do populacji ogólnej, a same wyniki badania tej grupy respondentów należy traktować z pewną rezerwą.

Jednakże, uzyskane dane wykazały, że osoby transpłciowe mieszkające w Danii określiły stan swojego zdrowia jak będący na najniższym poziomie ze wszystkich analizowanych grup. Tylko 71 proc. z nich określiło go jako dobry. Dla porównania aż 90 proc. osób poniżej 60 roku życia wywodzących się z populacji ogólnej zaznaczyło taką odpowiedź. Prawie połowa wszystkich badanych osób transpłciowych (46 proc.) jest zdania, że cierpi z powodu złego stanu zdrowia psychicznego, w tym twierdzi tak 57 proc. osób młodych od 15 do 34 roku życia. 67 proc. wszystkich transpłciowych respondentów mówi, że żyje w ciągłym napięciu emocjonalnym; czuje się tak aż 76 proc. osób młodych poniżej 35 roku życia. Wyniki badań pokazują też, że 21 proc. uczestników badania przejawia tendencję do niezdrowego stylu odżywiania się, 9 proc. do otyłości, a 21 proc. nie podejmuje żadnych form aktywnego wypoczynku.

W równie niepokojący sposób układają się w relacje społeczne osób z tej grupy. 27 proc. rzadko lub nigdy nie utrzymuje kontaktów z członkami swojej rodziny, co stanowi najwyższy współczynnik ze wszystkich badanych grup. 19 proc. respondentów transpłciowych czuje się osamotnionych i wyizolowanych ze swego otoczenia, 12 proc. tych osób nie widzi możliwości otrzymania pomocy od kogośkolwiek w przypadku wystąpienia u nich choroby, a 14 proc. nie ma komu zwierzać się z przeżywanych problemów.

Osoby trans, które wzięły udział w badaniu są także najmniej zadowolone ze

swojego życia seksualnego w porównaniu z członkami innych badanych populacji. 28 proc. z nich cierpi z powodu obniżonego libido. Dużym wyzwaniem staje się też znalezienie partnera życiowego.

Wyniki jakościowej części badania pokazują, że respondenci transpłciowi muszą się konfrontować z normami społecznymi opartymi na binarnym pojmowaniu kwestii płci. Innymi słowy, z normami opartymi na przekonaniu, że dana osoba może określać siebie wyłącznie jako kobieta lub jako mężczyzna. Wszechobecne binarne pojmowanie kwestii płci, jak również powszechne postrzeganie, jako nierozrwalnego, związku pomiędzy płcią, własną identyfikacją seksualną oraz odgrywanymi rolami społecznymi przyczyniają się do występowania stygmatyzacji oraz dyskryminacji osób trans na różnych płaszczyznach społecznych - od prawodawstwa do codziennych kontaktów międzyludzkich. Respondenci przyznają, że brak wystarczającej wiedzy, akceptacji oraz przejawów uznania dla osób trans wśród otoczenia przyczynia się do wzrostu poziomu lęku wśród nich samych, skoncentrowanego wokół ryzyka zostania wykrytym i poddanym represjom społecznym. Z tych powodów większość osób trans, która wzięła udział w badaniu, cierpiała z powodu następujących problemów psychicznych: obniżonej samooceny, depresji, ciągłego uczucia niepokoju, myśli samobójczych aż do prób samouniعةstwienia się.

Tak smutne wyniki badania przeprowadzonego w liberalnej Danii, niekwestionowanego lidera w promowaniu i przestrzeganiu praw człowieka, mogą być zaskakujące. A to nie koniec, bo według innego raportu wykonanego na zlecenie Ministerstwa ds. Dzieci, Edukacji i Równości Płci okazuje się, że w jeszcze mniej komfortowym położeniu znajdują się lesbijki, geje, osoby biseksualne oraz transpłciowe mieszkające w Danii, a wywodzące się ze środowisk imigranckich. Nie dość, że doświadczają one aktów dyskryminacji ze względu na swą orientację seksualną, to są stygmatyzowane z powodu koloru skóry czy wyznawanej

religii oraz nie otrzymują dostatecznego wsparcia emocjonalnego w swoim środowisku rodzinnym. To tłumaczy dlaczego w ostatnim roku jedna na trzy z takich osób rozważała podjęcie próby samobójczej (w porównaniu do jednej na pięć osób LGBT o rdzennie duńskim pochodzeniu). Jedna na siedem osób LGBT, której rodzice nie są rodowitymi Duńczykami przyznaje, że doświadczyła z ich strony przemocy ze względu na swoją orientację seksualną. Dla porównania, tylko jedna osoba na sto o czysto duńskim pochodzeniu napotkała w swojej najbliższej rodzinie na podobny problem.

Pozarządowa organizacja *Sabaah* została założona w Danii w 2006 roku po to aby zrzeszać lesbijki, gejów, osoby biseksualne i transpłciowe ze środowisk imigranckich i odpowiadać na szczególnego rodzaju potrzeby tych osób. Organizacja szacuje, że zaledwie kilkoro na 700 jej członków odważyło się na ujawnienie przed bliskimi krewnymi prawdziwej orientacji seksualnej, a pozostali są zmuszeni prowadzić podwójne życie. Dlatego też Fahad Saeed, szef *Sabaah*, gej i muzułmanin, nie jest zdziwiony wynikami obu raportów. Jako przyczynę obecnego, niezadowolającego stanu rzeczy podaje obowiązywanie w rodzinach imigrantów surowych zasad religijnych i honorowych oraz presję ze strony starszych na to by drugie pokolenie żyło według konserwatywnych wytycznych obowiązujących w kraju pochodzenia. Z uwagi na fakt, że większość osób, które zrzesza *Sabaah* pragnie dochować wierności wyniesionym z domu tradycyjnym wartościom oraz wyznawać swoją religię, muszą one podjąć się rozstrzygnięcia następującego problemu: jak kwestie te pogodzić z własną seksualnością? Dlatego też celem działalności podejmowanej przez *Sabaah* jest praca na rzecz uzyskania takiego poziomu akceptacji społecznej wobec lesbijek, gejów, osób biseksualnych i transpłciowych z rodzin imigranckich, jaką obecnie w swoim środowisku mogą względnie cieszyć się osoby LGBT o rdzennie duńskim pochodzeniu.

Iwona Wawer

kontra 

Redakcja
Redaktor naczelna – Anna Kaczmarek
Zastępca redaktor naczelnej – Maryla Rogalewicz
Wydawca:
Krajowe Centrum ds. AIDS

Adres redakcji:
ul. Samsonowska 1, 02-829 Warszawa
tel. (+22) 331 77 82, fax (+22) 331 77 76
e-mail: kontra@ids.gov.pl
www.aids.gov.pl

Egzemplarz bezpłatny
Redakcja zastrzega sobie prawo
adjustacji i skracania artykułów.

aspekty

Dodatek do Biuletynu Krajowego Centrum ds. AIDS

kontra

Zapobieganie HIV i Zakażeniom Przenoszonym Drogą Płciową w populacji mężczyzn mających seks z mężczyznami

Niniejszy artykuł nawiązuje do wytycznych Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) nt. zapobiegania HIV i zakażeniom przenoszonym drogą płciową (ZPDP) w populacji mężczyzn mających seks z mężczyznami (MSM) *HIV and STI prevention among men who have sex with men*. Informacje zgromadzone na podstawie systematycznego przeglądu ponad 120 publikacji naukowych, wspartego konsultacjami europejskich ekspertów zdrowia publicznego, klinicystów oraz specjalistów zajmujących się zapobieganiem HIV i ZPDP. Wytyczne opracowali eksperci z Instytutu Karolinska, Stigma Research z Londyńskiej Szkoły Higieny i Medycyny Tropikalnej, Uniwersytetu w Gironie oraz Szwedzkiej Agencji Zdrowia Publicznego przy współudziale środowiska naukowego oraz organizacji pozarządowych, zajmujących się problematyką zdrowia populacji gejų i lesbijek, osób transgender i biseksualnych oraz populacji queer.

Artykuł nt. zapobiegania HIV i ZPDP w populacji MSM, został podzielony na dwie części. Pierwsza część obejmuje zagadnienia takie jak: sytuacja epidemiologiczna (państwa Unii Europejskiej

i Europejskiego Obszaru Gospodarczego), czynniki wpływające na zdrowie seksualne MSM w państwach UE/EOG, kluczowe elementy programów przeciwdziałania HIV i ZPDP adresowanych do MSM, w tym: szczepienia, zapewnienie prezerwatyw i lubrykantów. W kolejnej części artykułu, która zostanie opublikowana w 2016 r., omówione zostaną zagadnienia związane z testowaniem w kierunku HIV, leczeniem, świadczeniami medycznymi, doradztwem, opieką i promocją zdrowia wśród MSM.

Sytuacja epidemiologiczna – państwa UE i EOG

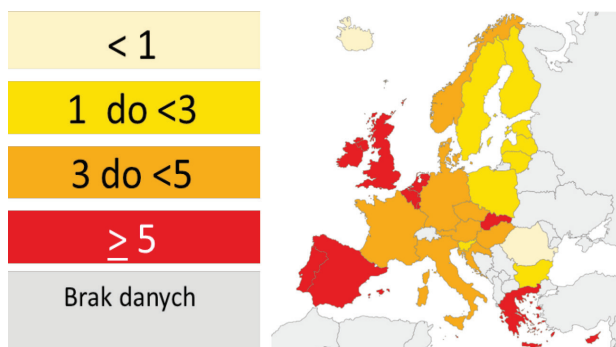
Mężczyźni mający seks z mężczyznami (MSM) są populacją, w której odnotowuje się nieproporcjonalnie wysoką liczbę zakażeń HIV, a także rzeżączką, kiłą, Chłamydią, WZW B i C. W 2013 roku w państwach Unii Europejskiej (UE) oraz Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG), odnotowano łącznie 29 157 nowych zakażeń HIV, wśród których najczęstszą drogą zakażenia (42 proc.) były kontakty seksualne między mężczyznami. W latach 2004-2013, w populacji MSM odnotowano 33 proc. wzrost

liczby zakażeń HIV, któremu towarzyszy przyrastająca liczba MSM (HIV+). W roku 2012 prevalencja HIV w tej populacji wyniosła ≈5 proc.. W tym samym roku odnotowano wzrost ogólnej liczby nowych zakażeń kiłą, z tego 48 proc. w populacji MSM, oraz rzeżączką (MSM-38 proc.). Większość państw UE/EOG, raportuje spadek zapadalności na WZW B, co jest w głównej mierze zasługą skutecznie działających programów szczepień. Szacunki dotyczące prevalencji WZW B w populacji MSM w Europie wahają się pomiędzy 1-10 proc. Około 12 proc. przypadków ostrego wirusowego zapalenia wątroby typu B (gdzie znana jest droga zakażenia) przypada na kontakty seksualne pomiędzy mężczyznami. Na przestrzeni ostatnich lat, w kilku państwach odnotowano także epidemię WZW A oraz wzrost zapadalności na WZW C wśród MSM HIV(+).

Czynniki wpływające na zdrowie seksualne MSM w państwach UE/EOG

Obserwowana, wyższa niż w grupie osób heteroseksualnych, zapadalność na HIV w populacji MSM, spowodowana jest (przy zachowaniu tych samych warunków dla

Rysunek 1. Zakażenia HIV w wyniku kontaktów seksualnych pomiędzy mężczyznami, 2013, UE/EOG na 100 tys. mężczyzn.



Dane: HIV/AIDS Surveillance in Europe, 2013. WHO, ECDC (2014)

Tabela 1. Dane za rok 2013 dla Państw Unii Europejskiej oraz Europejskiego Obszaru Gospodarczego, ECDC.

Odsetek zakażeń HIV w populacji MSM zdiagnozowanych późno	37%
Odsetek MSM, którzy wykonali test w kierunku HIV w ciągu ostatniego roku	<50%
Nowe zakażenia HIV w populacji MSM, jako procent wszystkich nowych zakażeń	42%
Liczba wszystkich nowych zakażeń HIV w populacji MSM	12228

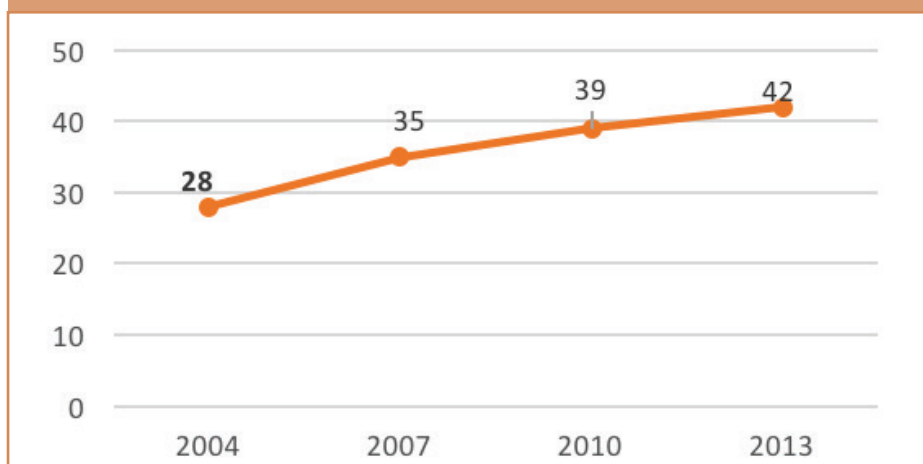
obu grup) wyższym stopniem przenikalności wirusa podczas stosunków analnych. Szacuje się, że przenikalność ta wynosi około 1.4 proc. w przypadku jednorazowego, receptywnego seksu analnego bez zabezpieczenia, czyli 14-krotnie więcej niż przy niezabezpieczonym prezerwatywą seksie waginalnym. Rośnie odsetek MSM intensywnie zwiększających grupę swoich partnerów seksualnych lub posiadających kilku partnerów na raz. Rozprzestrzenianiu się wirusa sprzyja także rozbudowana sieć kontaktów seksualnych^{1,2,3,4}. Spośród 174 209 mężczyzn, biorących udział w badaniu *The European MSM Internet Survey (EMIS)*, 30 proc. zadeklarowało odbycie na przestrzeni ostatnich 12 miesięcy co najmniej jednego stosunku analnego bez zabezpieczenia z partnerem o nieznanym statusie serologicznym lub o odmiennym statusie serologicznym⁵. Równocześnie, ponad 13 proc. badanych wskazało, że przyczyną braku zabezpieczenia (stosunek analny na przestrzeni ostatnich 12 miesięcy) była niedostępność prezerwatyw⁶. W wielu państwach UE/EOG dostępność oraz liczba wykonywanych przez MSM testów w kierunku HIV są na niskim poziomie. Na przestrzeni ostatnich 12 miesięcy, test w kierunku HIV wykonało i poznało swój status serologiczny, w zależności od państwa, od 20 do 47 proc. mężczyzn^{7,8}. Większość zakażeń była przenoszona przez mężczyzn nieświadomych swojego zakażenia⁹. Wyniki badania EMIS wskazują także, że występujące w społeczeństwie zjawie-

sko stygmatyzowania osób homoseksualnych jest jedną z przyczyn wzrostu liczby ryzykownych zachowań seksualnych oraz niskiej liczby wykonywanych testów w kierunku HIV i ZPDP¹⁰. Niski odsetek wykonywanych testów w kierunku HIV opóźnia z kolei moment rozpoznania statusu serologicznego i wczesne włączenie osoby zakażonej do leczenia ARV. Z wyników badania EMIS dowiadujemy się również, że wśród MSM, którzy deklarowali odbycie stosunku analnego bez zabezpieczenia w okresie ostatnich 12 miesięcy, większość nie wykonała w tym samym okresie żadnego testu w kierunku HIV. Według danych za 2013 rok, ponad 35 proc. nowych zakażeń HIV w populacji MSM była diagnozowana zbyt późno ($CD4 < 350$ kom/mm³), a około 20 proc. zakażeń było diagnozowanych w fazie głębokiego deficytu immunologicznego ($CD4 < 200$ kom/mm³). Prawie dwie piąte badanych (38 proc.) nie wiedziało, czy testowanie w kierunku ZPDP jest bezpłatne w ich kraju. W zależności od państwa, wykonanie testu w kierunku ZPDP deklarowało od 20 proc. do 52 proc. badanych. Spośród osób, które wykonały test, tylko niewielki odsetek zadeklarował dodatkowe badanie kontrolne penisa i odbytu (18 proc.) lub wykonanie wymazu z odbytu (16 proc.)^{11,12}. Pomimo, że w większości państw UE/EOG, rekomenduje się mężczyznom MSM szczepienie przeciw WZW B, 40 proc. badanych zgłosiło potrzebę wykonania takiego szczepienia (w niektórych państwach proporcje te były wyższe)¹³. Większość państw UE/EOG

deklaruje, że prowadzi politykę i działania dotyczące zapobiegania HIV w populacji MSM m.in. poprzez promowanie testowania w kierunku HIV, stosowanie prezerwatyw oraz rozpowszechnianie informacji na temat tego, jak zmniejszyć ryzyko zakażenia HIV. Ważne miejsce w polityce prozdrowotnej państw zajmuje profilaktyka i leczenie ZPDP wśród MSM, a także kwestie związane z redukcją stygmatyzacji. Niestety, deklaracje i aspiracje polityczne nie zawsze idą w parze z rzeczywistością. W niektórych państwach, planowanie i realizację programów utrudnia lokalne prawo lub brak zapisów o zakazie dyskryminacji kogokolwiek, w tym przedstawicieli społeczności MSM. Pomimo, że większość państw UE/EOG deklaruje włączenie populacji MSM do swoich programów walki z HIV/AIDS, to zarówno dostęp jak też poziom usług kierowanych do tej populacji (szczególnie HIV+) pozostaje na niezadawalającym poziomie. Poprawy wymagają praktycznie wszystkie obszary takie jak profilaktyka (w tym: testy w kierunku HIV i ZPDP), edukacja nt. zdrowia seksualnego i leczenie. Jeszcze większym wyzwaniem pozostaje zjawisko stygmatyzacji i dyskryminacji osób z populacji MSM (w wielu częściach Europy, mężczyźni homoseksualni nie ujawniają lub boją się ujawnić swoją orientację seksualną). W badaniu przeprowadzonym przez Agencję Praw Podstawowych Unii Europejskiej, 38 proc. mężczyzn (gejów) przyznało, że lekarze prowadzący nie byli lub nie są świadomi ich orientacji seksualnej¹⁴.

1. Baggaley RF, White RG, Boily MC. HIV transmission risk through anal intercourse: systematic review, meta-analysis and implications for HIV prevention. *International journal of epidemiology*. 39(4):1048-63. PubMed PMID: 20406794. Epub 2010/04/22. eng.
2. Beyrer C, Baral SD, van Griensven F, Goodreau SM, Chariyalertsak S, Wirtz AL, et al. Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. *Lancet*. 2012 Jul 28;380(9839):367-77. PubMed PMID: 22819660. Pubmed Central PMCID: 3805037.
3. Grulich AE, Zablotska I. Commentary: probability of HIV transmission through anal intercourse. *International journal of epidemiology*. 2010 Aug;39(4):1064-5. PubMed PMID: 20511336.
4. Amirkhanian YA. Social Networks, Sexual Networks and HIV Risk in Men Who Have Sex with Men. *Current HIV/AIDS Reports*. 2014;11(1):81-92.
5. Marcus U, Schmidt AJ, Berg R, Breveglieri M, Fernández-Dávila P, Ferrer L, et al. Differences in association between HIV testing and risk taking among men having sex with men (MSM) across Europe -. Results of the European MSM Internet Survey (EMIS): 19th International AIDS Conference: Abstract no. TUPE492.
6. The EMIS Network. EMIS 2010: The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey: Findings from 38 countries. Stockholm: 2013.
7. Tamże.
8. Phillips AN, Cambiano V, Nakagawa F, Brown AE, Lampe F, Rodger A, et al. Increased HIV Incidence in Men Who Have Sex with Men Despite High Levels of ART-Induced Viral Suppression: Analysis of an Extensively Documented Epidemic. *PLoS one*. 2013;8(2):e55312. PubMed PMID: 23457467. Epub 2013/03/05. eng.
9. Brown AE, Gill ON, Delpech VC. HIV treatment as prevention among men who have sex with men in the UK: is transmission controlled by universal access to HIV treatment and care? *HIV medicine*. 2013 Oct;14(9):563-70. PubMed PMID: 23890150.
10. Ross MW, Berg RC, Schmidt AJ, Hospers HJ, Breveglieri M, Furegato M, et al. Internalised homonegativity predicts HIV-associated risk behavior in European men who have sex with men in a 38-country cross-sectional study: some public health implications of homophobia. *BMJ Open*. 2013;3(2). PubMed PMID: 23386580. Epub 2013/02/07. eng.
11. The EMIS Network. EMIS 2010: The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey: Findings from 38 countries. Stockholm: 2013.
12. Schmidt AJ, Hickson F, Weatherburn P, Marcus U, Network E. Comparison of the performance of STI screening services for gay and bisexual men across 40 European cities: results from the European MSM Internet Survey. *Sex Transm Infect*. 2013 Nov;89(7):575-82. PubMed PMID: 23744961. Epub 2013 Jun 6.
13. The EMIS Network. EMIS 2010: The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey: Findings from 38 countries. Stockholm: 2013.
14. European Union lesbian, gay, bisexual and transgender survey: Survey data explorer [Internet]. European Union Agency for Fundamental Rights (FRA). 2013. Available from: <http://fra.europa.eu/DVS/DVT/lgbt.php>.

Wykres 1. Odsetek (proc.) MSM wśród wszystkich osób HIV(+) w latach 2004-2013.



Wytyczne ECDC

Dane epidemiologiczne, przegląd polityki europejskiej, a także dane na temat programów przeciwdziałania HIV i ZPDP w państwach UE/EOG, wskazują na konieczność budowania wiedzy i poprawy jakości usług zdrowotnych adresowanych do populacji MSM. Zmniejszeniu obciążenia HIV i ZPDP oraz poprawie jakości życia seksualnego MSM mają służyć m.in. zogniskowane działania obejmujące profilaktykę, opiekę i leczenie. Nowe wytyczne ECDC stanowią europejskie uzupełnienie globalnych wytycznych WHO dotyczących zapobiegania i leczenia HIV i innych ZPDP w populacji MSM i transgender oraz wytycznych WHO dotyczących zapobiegania, diagnostyki i leczenia HIV w populacjach kluczowych^{15,16}.

Kluczowe elementy programów przeciwdziałania HIV i ZPDP adresowanych do populacji MSM

Przegląd literatury fachowej, dane naukowe oraz opinie ekspertów poddają pod rozważenie siedem obszarów, które powinno się uwzględnić w krajowych i regionalnych programach zdrowia publicznego, adresowanych do populacji MSM. Mają one za zadanie służyć poprawie profilaktyki oraz redukcji liczby nowych zakażeń HIV

i ZPDP, a także pomagać osobom z populacji MSM HIV(+). Wśród rekomendowanych obszarów znalazły się:

1. Szczepienia, w tym: propagowanie i wykonywanie szczepień na WZW A i B oraz rozważenie szczepień przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV).
2. Zapewnienie prezerwatyw i lubrykantów, w tym ich promocja.
3. Testy w kierunku HIV i zakażeń przenoszonych drogą płciową. Zapewnienie dobrowolnych i anonimowych testów oraz poradnictwa, w tym: rutynowe oferowanie wykonania testu w klinikach/szpitalach, działania prowadzone w terenie (*outreach*) i na poziomie społeczności lokalnych (*community based*), badania przesiewowe, w tym: badania kontrolne penisa i odbytu, diagnostyka (wymaz z cewki moczowej, gardła i odbytu, badanie krwi) oraz na zasadzie dobrowolności: wykonanie badań partnerów seksualnych, co zwiększy zasięg wczesnego wykrywania HIV, ZPDP i zapewni szybkie włączenie zakażonego do leczenia.
4. Zapewnienie na czas leczenia ARV, WZW B i C, w oparciu o indywidualne potrzeby pacjenta oraz krajowe i międzynarodowe wytyczne w tym zakresie. W przypadku pozostałych ZPDP zapewnienie kuracji antybiotykowej.
5. Zapewnienie rzetelnej, łatwo dostępnej i zogniskowanej na społeczność MSM

informacji nt. skutecznych metod profilaktyki HIV i ZPDP, umożliwiającej ocenę własnego ryzyka, związanego z określonym zachowaniem seksualnym oraz zachęcającej do poznania własnego statusu serologicznego. Działania te mogą być realizowane podczas wizyt w jednostkach ochrony zdrowia (u specjalistów znających specyfikę MSM) oraz w ramach samej społeczności.

6. Świadczenia medyczne adresowane do populacji MSM, obejmujące szeroki program zdrowia seksualnego, w tym: promocję zdrowia, doradztwo, wsparcie, profilaktykę, odpowiednią diagnostykę i leczenie. Opracowanie oraz wdrażanie programu powinno odbywać się z merytorycznym udziałem przedstawicieli populacji. W jednostkach ochrony zdrowia zajmujących się zdrowiem seksualnym powinna istnieć możliwość przeszkolenia personelu w zakresie usług medycznych zogniskowanych na populację MSM.
7. Opieka nad populacją MSM HIV+ poprzez zapewnienie leczenia ARV i szczepień wszystkim mężczyznom na podstawie aktualnych zaleceń i badań klinicznych, prowadzenie regularnych badań przesiewowych (w tym: kiła, rzeżączka, test w kierunku WZW C i ziarnicy wenerycznej pachwin (LGV), gdy u pacjenta zdiagnozowano Chłamydię), zapewnienie leczenia ZPDP, w tym: WZW B i C, a także poradnictwa i wsparcia indywidualnego.

Szczepienia

Wirusowe zapalenie wątroby typu A i B

Według danych ECDC do dużej liczby zakażeń WZW A w populacji MSM dochodzi w wyniku seksu oralno-analnego oraz kontaktów seksualnych w saunach^{17,18}. Aby zwiększyć odporność, dorosłym mężczyznom zaleca się szczepienia przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu A i B. Szczepienia te wykazały swoją skuteczność i są bezpieczne. Informacje nt. możliwości

15. World Health Organization. Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men and transgender people: recommendations for a public health approach Geneva: World Health Organization, 2011.
16. World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: 2014.
17. Bordin L, Rozera G, Scognamiglio P, Minosse C, Loffredo M, Antinori A, et al. Monophyletic outbreak of Hepatitis A involving HIV-infected men who have sex with men, Rome, Italy 2008-2009. Journal of clinical virology : the official publication of the Pan American Society for Clinical Virology. 2012 May;54(1):26-9. PubMed PMID: 22341552.
18. Tortajada C, de Olalla PG, Diez E, Pinto RM, Bosch A, Perez U, et al. Hepatitis A among men who have sex with men in Barcelona, 1989-2010: insufficient control and need for new approaches. BMC infectious diseases. 2012;12:11. PubMed PMID: 22264382. Pubmed Central PMCID: 3282664.

wykonania szczepienia na WZW A i B powinny być zawarte w programie promocji zdrowia adresowanego do populacji MSM. Według danych *The European Men-Who-Have-Sex-With-Men* (MSM) Internet Survey, 40 proc. przedstawicieli tej populacji w Europie wymaga szczepienia na WZW B (w wielu przypadkach bez względu na wiek).

Wirus brodawczaka ludzkiego u dorosłych mężczyzn (HPV)

Europejska polityka dotycząca szczepień przeciwko HPV, różni się w zależności od państwa. Począwszy od tych, w których programem szczepień objęte są wszystkie dzieci, poprzez państwa oferujące szczepienia tylko dla dziewcząt, po te państwa, w których brak jest polityki szczepień w ogóle¹⁹. Wirusy HPV 16 i 18, powodują 80 proc. nowotworów odbytu i 66 proc. neoplazji wewnątrznałonkowej odbytu (AIN)²⁰. Ze względu na wysoką prevalencję nowotworu odbytu spowodowanego wirusem brodawczaka ludzkiego wśród MSM, promocja szczepień przeciwko HPV w tej populacji może być ważnym elementem profilaktyki, szczególnie rekomendowanym w przypadku mężczyzn zakażonych HIV (rekomendacja The European AIDS Clinical Society)²¹. Wytyczne ECDC wskazują państwom UE rozważenie kwestii szczepień przeciwko HPV mając na uwadze rekomendacje krajowe w tym zakresie oraz lokalne uwarunkowania.

Osoby zakażone HIV

Zgodnie z rekomendacją The European AIDS Clinical Society, osoby zakażone

HIV powinny szczepić się przeciwko grypie sezonowej (co roku), *Streptococcus pneumoniae* (dwoinka zapalenia płuc) oraz wirusowi *Varicella Zoster* (wirus ospy wietrznej i półpaśca)²². Nie wolno podawać szczepionek żywych osobom, u których liczba limfocytów CD4 jest mniejsza niż 200 kom/mm³. W przypadku niektórych szczepionek, szczepienie należy odroczyć do czasu osiągnięcia liczby limfocytów CD4 większej niż 200 kom/mm³.

Prezerwatywy i lubrykanty

Stosowanie prezerwatywy podczas stosunku analnego z partnerem o nieznanym statusie serologicznym jest podstawowym elementem profilaktyki HIV i zakażeń przenoszonych drogą płciową. Prezerwatywa chroni przed kontaktem nasienia z błoną śluzową odbytu, jak również przed kontaktem płynu z odbytnicy z błoną śluzową penisa, a zatem chroni też przed zakażeniem HIV. Mimo stosowania prezerwatywy może jednak dojść do zakażenia, jeśli nie zostanie zachowana ostrożność i dojdzie do kontaktu z nasieniem, pre ejakulatem lub krwią partnera.

Ważną rolę podczas stosunku analnego odgrywa stosowanie (wraz z prezerwatywą) właściwych lubrykantów (na bazie wody lub silikonowych), które ułatwiają wprowadzenie penisa, a także chronią przed mikroranami wewnątrz odbytu podczas jego penetracji. Lubrykanty istotnie zmniejszają też ryzyko pęknięcia prezerwatywy podczas stosunku²³. Wyniki badania wskazują, że w przypadku lubrykantów na bazie olej-

ków, może występować ryzyko pęknięcia prezerwatywy lateksowej podczas stosunku analnego i w związku z tym nie zaleca się ich stosowania podczas tego typu stosunków^{24,25}. Informacje nt. używania prezerwatywy wraz z odpowiednim rodzajem lubrykanta powinny znaleźć się w programach promujących stosowanie prezerwatyw wśród MSM²⁶. Istotną rolę w profilaktyce HIV i ZPDP odgrywa łatwy dostęp do prezerwatyw. Działania prowadzone przez członków społeczności MSM potwierdzają potrzebę zapewnienia darmowych prezerwatyw w miejscach uczęszczanych przez MSM (np. sauny, centra opieki medycznej zajmujące się MSM). Możliwość taka powinna być uzupełnieniem dla odpłatnej dystrybucji prowadzonej on-line lub przez tradycyjne sklepy²⁷. Od początku epidemii HIV, przedstawiciele społeczeństwa obywatelskiego oraz organizacje gejowskie, odegrały ważną rolę w promowaniu stosowania prezerwatyw. Działania mające na celu zapewnienie prezerwatyw i lubrykantów (w tym: zaopatrzenie i dystrybucja), powinny odbywać się przy udziale i zgodnie z potrzebami społeczności MSM.

Pełna wersja wytycznych Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) *HIV and STI prevention among men who have sex with men*, znajduje się pod adresem: http://ecdc.europa.eu/en/publications/_layouts/forms/Publication_DispForm.aspx?List=4f55ad51-4aed-4d32-b960-af70113dbb90&ID=1319

Piotr Wysocki

19. European Centre for Disease Prevention and Control. ECDC Vaccine Scheduler Stockholm: ECDC; 2015 [cited 2015 25 March 2015]. Available from: <http://vaccine-schedule.ecdc.europa.eu/Pages/Scheduler.aspx>.
20. De Vuyst H, Clifford GM, Nascimento MC, Madeleine MM, Franceschi S. Prevalence and type distribution of human papillomavirus in carcinoma and intraepithelial neoplasia of the vulva, vagina and anus: a meta-analysis. *Int J Cancer*. 2009;124(7):1626-36. PubMed PMID: 19115209. Epub 2008/12/31. eng.
21. Parisi SG, Cruciani M, Scagliante R, Boldrin C, Andreis S, Dal Bello F, et al. Anal and oral human papillomavirus (HPV) infection in HIV-infected subjects in northern Italy: a longitudinal cohort study among men who have sex with men. *BMC infectious diseases*. 2011;11:150. PubMed PMID: 21612634. Epub 2011/05/27. eng.
22. European AIDS Clinical Society. EACS Guidelines, Version 7.1. 2014.
23. Stone E, Heagerty P, Vittinghoff E, Douglas JM, Jr., Koblin BA, Mayer KH, et al. Correlates of condom failure in a sexually active cohort of men who have sex with men. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol*. 1999;20(5):495-501. PubMed PMID: 10225233. Epub 1999/05/04. eng.
24. Voeller B, Coulson AH, Bernstein GS, Nakamura RM. Mineral oil lubricants cause rapid deterioration of latex condoms. *Contraception*. 1989;39(1):95-102. PubMed PMID: 2535978. Epub 1989/01/01. eng.
25. White N, Taylor K, Lyszowski A, Tullett J, Morris C. Dangers of lubricants used with condoms. *Nature*. 1988;335(6185):19. PubMed PMID: 3412452. Epub 1988/09/01. eng.
26. The EMIS Network. EMIS 2010: The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey: Findings from 38 countries. Stockholm: 2013.
27. Beyrer C, Wirtz AL, Walker D, Johns B, Sifakis F, Baral S. The global HIV epidemics among Men Who Have Sex With Men. The World Bank, D.C.: 2011. Available at: <http://siteresources.worldbank.org/INTHIVAIDS/Resources/375798-1103037153392/MSMReport.pdf>.

kontra 

Redakcja
Redaktor naczelna – Anna Kaczmarek
Zastępca redaktor naczelnej – Maryla Rogalewicz
Wydawca:
Krajowe Centrum ds. AIDS

Adres redakcji:
ul. Samsonowska 1, 02-829 Warszawa
tel. (+22) 331 77 82, fax (+22) 331 77 76
e-mail: kontra@aims.gov.pl
www.aims.gov.pl

Egzemplarz bezpłatny
Redakcja zastrzega sobie prawo
adjustacji i skracania artykułów.