

## Dane epidemiologiczne w Polsce

na podstawie informacji z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny (obecnie Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Instytut Badawczy)

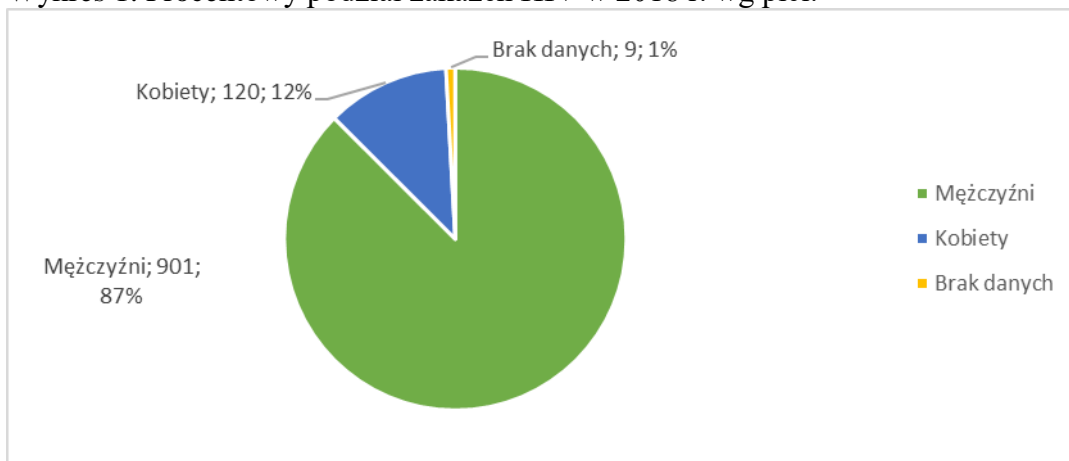
### Dane za 2018 r.

Przedstawione poniżej dane dotyczą przypadków rozpoznanych w 2018 r. i należy traktować je jako wstępne:

- 1) 1 030 – liczba nowych zakażeń HIV, w tym liczba: mężczyzn – 901, kobiet – 120, brak danych – 9.
- 2) 93 – liczba zachorowań na AIDS, w tym liczba: mężczyzn – 72, kobiet – 21.
- 3) 21 – liczba zgonów osób chorych na AIDS, w tym liczba: mężczyzn – 14, kobiet – 7.

Z uwagi na opóźnienia w zgłaszalności należy przyjąć, że ostateczne dane będą od 10% do 25% wyższe.

Wykres 1. Procentowy podział zakażeń HIV w 2018 r. wg płci.

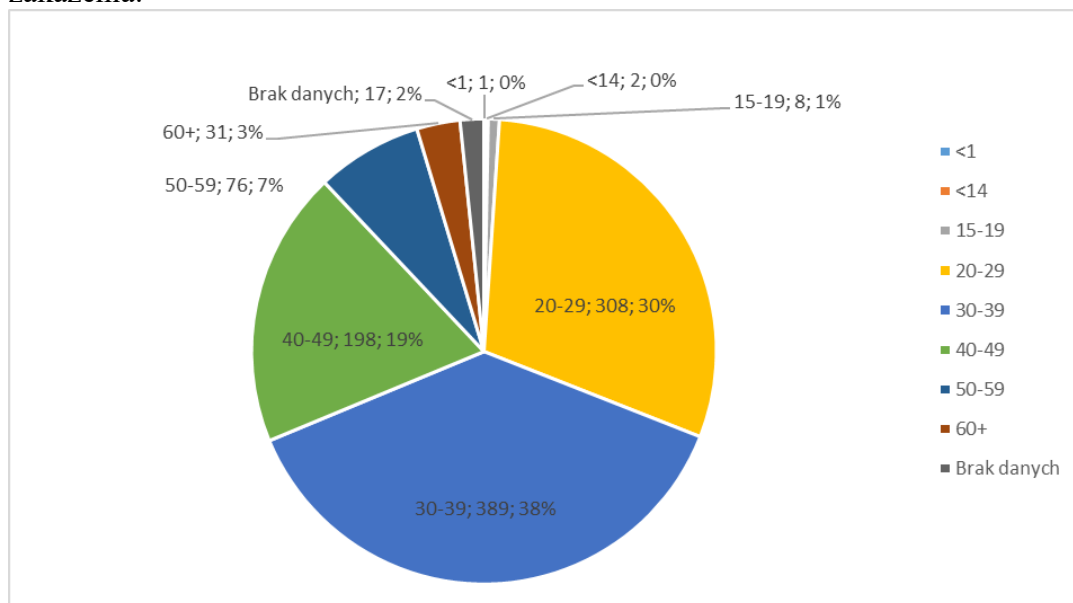


Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS na podstawie danych NIZP-PZH

W 2018 r., podobnie jak w latach poprzednich, wśród osób nowo zakażonych zdecydowanie dominują mężczyźni (87%), natomiast udział kobiet jest zdecydowanie mniejszy i wyniósł 12%.

Osoby, wśród których rozpoznano zakażenie HIV w 2018 r., to przede wszystkim osoby bardzo młode i młode (w przedziale wieku 20–29 oraz 30–39). Osoby, u których stwierdzono zakażenie HIV w przedziale wieku 20–29 lat stanowiły około 30% (308 przypadków zakażenia HIV), a osoby w wieku 30–39 lat stanowiły około 38% (389 przypadków). Udział osób w wieku 40–49 to 19% (198 osób).

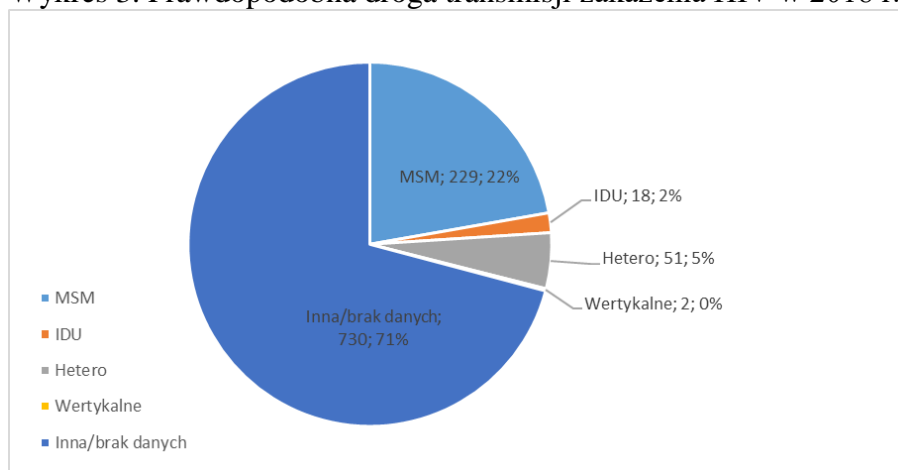
Wykres 2. Podział zakażeń HIV w 2018 r. wg wieku badanych w momencie rozpoznania zakażenia.



Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS na podstawie danych NIZP-PZ

Z otrzymanych z NIZP-PZH danych wynika, że w 229 przypadkach prawdopodobną drogą transmisji HIV były kontakty seksualne między mężczyznami (MSM), co stanowiło 22% wszystkich zgłoszonych przypadków. W 51 przypadkach zakażenia HIV (stanowiących około 5% zakażeń) jako prawdopodobną drogę zakażenia wskazano ryzykowne kontakty heteroseksualne, natomiast w 18 przypadkach – stosowanie środków odurzających w iniekcjach (IDU); było to 2%. Brak danych w zakresie prawdopodobnej drogi zakażenia dotyczy 730 przypadków (71% zgłoszeń).

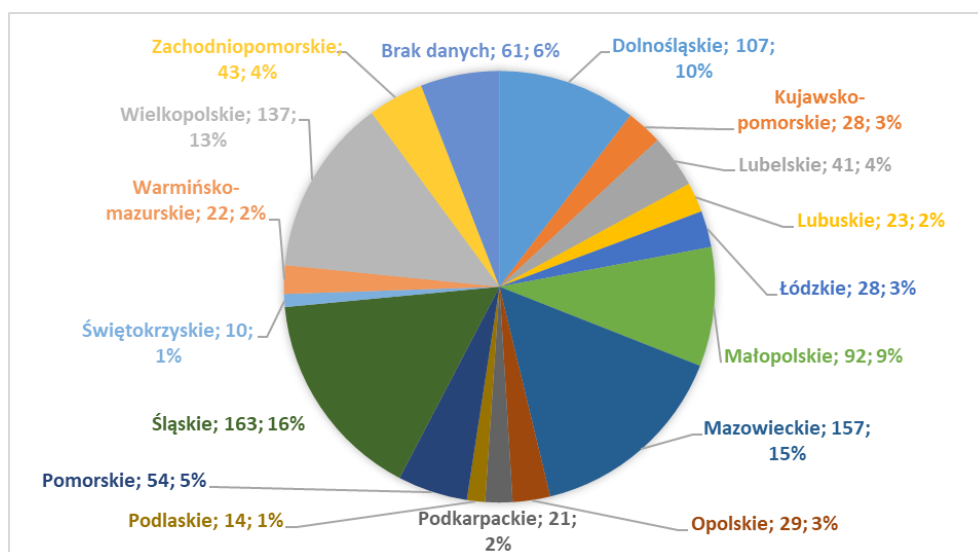
Wykres 3. Prawdopodobna droga transmisji zakażenia HIV w 2018 r.



Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS na podstawie danych NIZP-PZH

W 2018 r. odnotowano najwięcej nowych zakażeń HIV w województwie śląskim – 163 zgłoszenia (ok. 16%), w województwie mazowieckim (157 przypadków), co stanowiło około 15% wszystkich zgłoszonych zakażeń, w województwie wielkopolskim – 137 zgłoszeń (13%) oraz województwie dolnośląskim (107 przypadków), gdzie udział wykrytych nowych zakażeń wynosił około 10%.

Wykres 4. Liczba przypadków HIV w 2018 r. w poszczególnych województwach.



Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS na podstawie danych NIZP-PZH

Rejestracja przypadków zakażenia wirusem HIV odbywa się według daty wpłynięcia zgłoszenia. Wszystkie zgłoszenia poddawane są następnie procedurze weryfikacji i ustaleniu spełnienia kryteriów definicji stosowanej do celów nadzoru epidemiologicznego. Pełna analiza sytuacji epidemiologicznej jest możliwa dopiero po uwzględnieniu zgłoszeń, które dotyczą przypadków rozpoznanych w danym roku, a zgłoszonych z opóźnieniem (czasem kilkuletnim).

Monitorowanie sytuacji epidemiologicznej opiera się obecnie na zbieraniu danych dotyczących nowo rozpoznanych zakażeń HIV. Z uwagi na długotrwały bezobjawowy przebieg zakażenia tym wirusem, liczba nowo wykrytych zakażeń zależy w dużej mierze od liczby wykonywanych badań w kierunku HIV. W sytuacji zwiększenia liczby badań uzyskamy trend wzrostowy liczby nowo wykrytych zakażeń. Z kolei przy niskiej liczbie badań będziemy obserwować małą liczbę zakażeń, co nie musi wcale świadczyć o dobrej sytuacji epidemiologicznej.

Zgodnie z wytycznymi WHO[1], ukierunkowana prewencja zakażeń HIV wymaga bardziej szczegółowego systemu monitorowania. We wspomnianym dokumencie dla krajów o skoncentrowanej epidemii (takich jak Polska) zaleca się następujący zestaw działań w zakresie monitorowania sytuacji epidemiologicznej:

Identyfikacja populacji kluczowych (o zwiększonym ryzyku zakażenia) i oszacowanie ich wielkości na poziomie krajowym i regionalnym (co 2–3 lata).

Badania w populacjach kluczowych – ankieta dotycząca zachowań ryzykownych i badanie w kierunku HIV (co 2 lata w obszarach priorytetowych, co 3–5 lat w obszarach mniej priorytetowych).

Nadzór sentinel (monitorowanie częstości zakażeń i częstości zachowań ryzykownych).

Zgłaszanie nowo wykrytych zakażeń HIV z wyodrębnieniem tzw. późnych rozpoznań.

Zgłaszanie przypadków innych chorób przenoszonych drogą płciową.

Nadzór sentinelowy (częstość zakażeń HIV i kiły) wśród kobiet w ciąży lub funkcjonujący bieżący monitoring programu badań w ciąży.

W chwili obecnej wdrażana jest zgłaszalność zakażeń i zachorowań (z zastrzeżeniami, o których poniżej) oraz nadzór sentinelowy, jak w punkcie 3, przez monitorowanie populacji korzystającej z sieci punktów konsultacyjno-diagnostycznych (PKD) koordynowanych przez Krajowe Centrum ds. AIDS.

Metodologia zbierania informacji na temat nowo wykrywanych zakażeń HIV i zachorowań na AIDS polega na rutynowym i biernym nadzorze epidemiologicznym. Oznacza to, że przypadki HIV/AIDS rozpoznane przez lekarza oraz zakażenia HIV rozpoznane w laboratorium wykonującym testy potwierdzenia (Western blot lub PCR) są zgłaszane do inspekcji sanitarnej (zgodnie z dotychczasową praktyką z reguły na poziom Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej - WSSE). W WSSE prowadzony jest rejestr, który umożliwia wykluczenie powtórnych zgłoszeń tej samej osoby. WSSE powinna również zadbać o uzupełnienie – na podstawie rozmowy z lekarzem prowadzącym/zlecającym badanie lub z inną osobą wyznaczoną w danej placówce medycznej – brakujących w zgłoszeniu danych. Następnie informacja (w formie papierowej) przesyłana jest do Zakładu Epidemiologii NIZP-PZH, gdzie prowadzony jest centralny rejestr, i gdzie prowadzona jest ponownie procedura wykluczenia powtórnych zgłoszeń na podstawie identyfikatora obejmującego inicjały, datę urodzenia i płeć.

Zarówno procedura wykluczania powtórnych zgłoszeń, jak i możliwość uzupełnienia istotnych, z punktu widzenia oceny sytuacji, danych epidemiologicznych – w tym domniemanej drogi transmisji – jest ograniczona przez uregulowania prawne. Ze względu na ochronę pacjentów ustawodawstwo dopuszcza możliwość zgłoszeń anonimowych, bez identyfikatora. W tej sytuacji nie ma możliwości uzupełnienia braków danych w zgłoszeniu.

**Link do:** [http://wwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/hiv\\_aids/index.htm](http://wwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/hiv_aids/index.htm)

## Dane z Punktów Konsultacyjno-Diagnostycznych

Krajowe Centrum ds. AIDS w swoich działaniach opiera się również na danych epidemiologicznych dotyczących HIV/AIDS otrzymywanych z punktów konsultacyjno – diagnostycznych (Centrum finansuje działalność PKD wykonujących anonimowo i bezpłatnie badania w kierunku HIV, połączone z poradnictwem okołotestowym).

Co roku przeprowadzana jest analiza statystyczna ankiet wypełnianych w punktach konsultacyjno– diagnostycznych, zarówno przez doradców, jak i klientów.

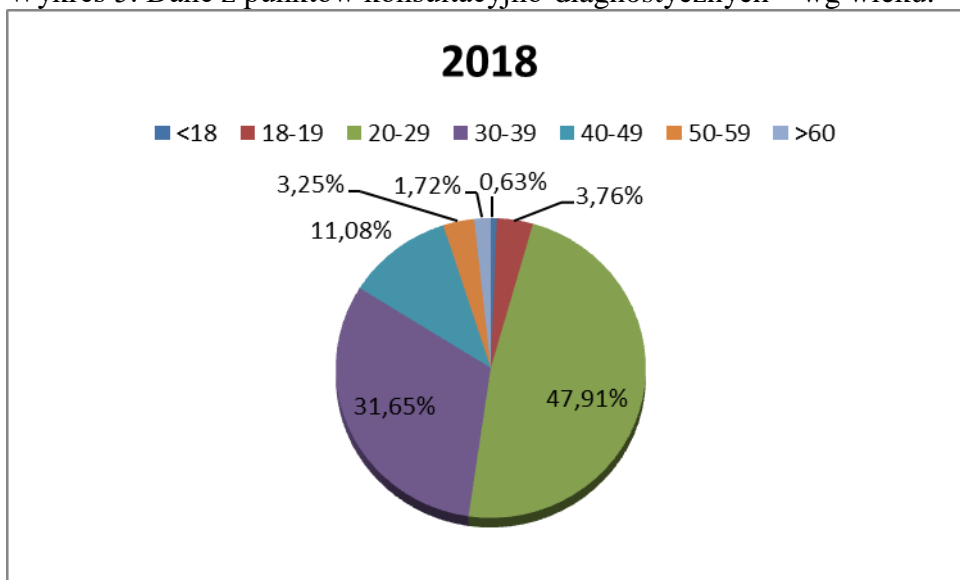
Tabela 1. Liczba klientów punktów konsultacyjno-diagnostycznych w roku 2018.

Liczba klientów	Liczba testów przesiewowych dodatnich	Liczba testów szybkich dodatnich	Liczba testów przesiewowych ujemnych	Liczba testów szybkich ujemnych	Liczba testów szybkich wątpliwych	Liczba porad bez testu	Ciąża jako powód wykonania testu	Wb potwierdzone	Wb niepotwierdzone	Wb wątpliwe
37 666	525	86	27 823	9324	9	332	997	405	86	26

Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

W 2018 roku punkty konsultacyjno-diagnostyczne w Polsce przyjęły 37 666 klientów (w tym 332 osoby nie zostały skierowane na test, otrzymały jedynie informację i poradę). Wykonano testy przesiewowe u 37 334 osób. Punkty w Warszawie, Jeleniej Górze, Rzeszowie, Olsztynie, Opolu, Płocku, Wrocławiu, Bydgoszczy i Toruniu wykonywały także szybkie testy przesiewowe, których wynik znany był już po 30 minutach od momentu badania. Łącznie w 2018 roku wykonano 9 419 takich testów.

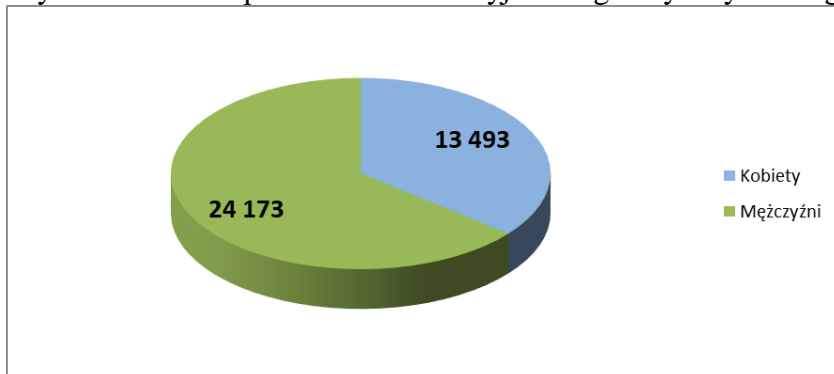
Wykres 5. Dane z punktów konsultacyjno-diagnostycznych – wg wieku.



Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

W PKD, testy w kierunku HIV zdecydowanie częściej wykonują osoby w przedziale wiekowym 20-29 lat (47,91%), następnie w przedziale 30-39 lat (31,65%), i częściej klientami są mężczyźni (64% mężczyźni, 36% kobiety).

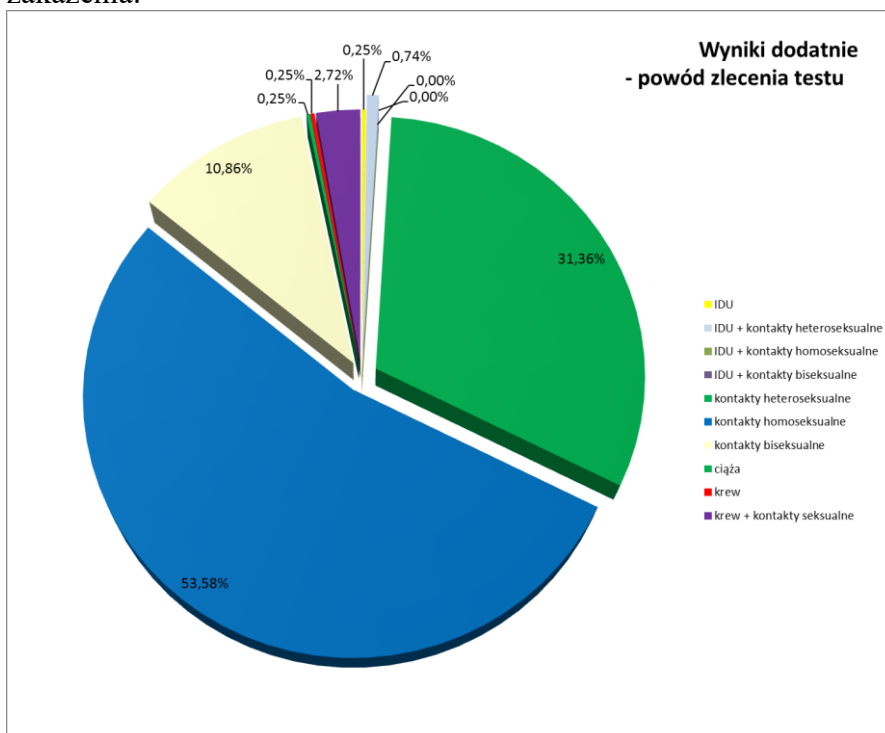
Wykres 6. Dane z punktów konsultacyjno-diagnostycznych – wg płci.



Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

W 2018 r. najczęściej zakażenia HIV wykrywano wśród osób podejmujących ryzykowne kontakty seksualne, w tym homoseksualne (53,58%), heteroseksualne (31,36%) oraz kontakty biseksualne (10,86%).

Wykres 7. Dane z punktów konsultacyjno-diagnostycznych – wg prawdopodobnych dróg zakażenia.



Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

[1] Guidelines for second generation HIV surveillance: an update: Know your epidemic, WHO Genewa 2013