



Biuletyn Krajowego Centrum ds. AIDS

W numerze:

Kampania „Mam czas rozmawiać”

Material prasowy KC ds AIDS **Str. 1-2**

Prawo do leczenia ARV w Polsce dla cudzoziemców państw trzecich (poza UE i EFTA)

Redakcja **Str. 3-4**

Pozytywnie w Lublinie

Piotr Strobel **Str. 5**

Relacja z XXIV Konferencji „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie”

Redakcja **Str. 6-8**

Doniesienia prasowe 2017

Redakcja **Str. 8-9**

Aspekty

Zakażenia przenoszone drogą płciową przebiegające z owrzeniem narządów płciowych

Łukasz Łapiński, Jacek Gąsiorowski, Bartosz Szetela / Ośrodek Profilaktyczno-Lecniczy Chorób Zakaźnych i Terapii Uzależnień, Wrocławskie Centrum Zdrowia SPZOZ

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

Kampania „Mam czas rozmawiać” (#mamczasrozmawiac)

Krajowe Centrum ds. AIDS w ramach realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS przygotowało i realizuje kampanię społeczną o charakterze edukacyjno-profilaktycznym pod hasłem: „Mam czas rozmawiać” (#mamczasrozmawiac). Jej idea jest zachęcenie wszystkich do podejmowania rozmów z bliskimi na tematy związane ze zdrowiem, w tym takie jak choroby przenoszone drogą płciową. Przekazując rzetelną wiedzę o profilaktyce, możemy uchronić ich przed zakażeniem lub zachęcić do zrobienia testu i – w razie potrzeby – podjęcia leczenia.

Grupą docelową są osoby w różnym wieku i ich rodziny. Rodzina ma ogromny wpływ na kształtowanie postaw prozdrowotnych. Zatem to właśnie w rodzinie powinna się rozpocząć edukacja w tym obszarze.

Celem kampanii jest przypomnienie po raz kolejny, że problem HIV/AIDS może dotyczyć każdego - bez względu na wiek, status społeczny, miejsce zamieszkania, przekonania, czy też płeć. Niestety świadomość tego problemu jest zbyt niska. Dlatego tak ważna jest rozmowa na te trudne tematy z osobami, które darzymy zaufaniem.

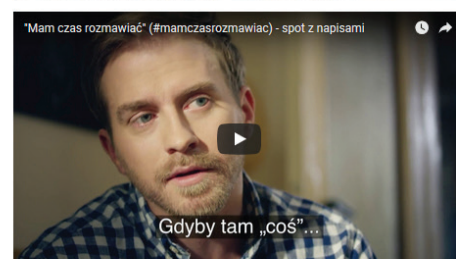
Inauguracja projektu nastąpiła w dniu 17 listopada 2017 roku - w pierwszym dniu Europejskiego Tygodnia Testowania w kierunku HIV, który w tym roku zaplanowany został na 17-24 listopada.

Dniem kulminacyjnym kampanii będzie 1 grudnia - Światowy Dzień AIDS.

W ramach strategii kampanijnej przygotowano następujące działania:

1. wyprodukowano spoty: telewizyjny i radiowy oraz przeprowadzono ich emisję;

Spot telewizyjny



Spot radiowy



- a) na nośnikach usytuowanych w środowiskach komunikacji miejskiej, w placówkach medycznych, na uczelniach wyższych w 15 województwach w Polsce oraz na peronach warszawskiego metra,
- b) na kanałach Telewizji Polskiej oraz grupy radiowej Agora S.A. (m.in. radio Złote Przeboje, radio TOK.FM, radio Pogoda)
- 2) wydrukowano broszurę edukacyjną „Minirozmówki rodzinne”;
- 3) opracowano projekt graficzny plakatu promującego testowanie w kierunku HIV;
- 4) przygotowano informacyjne bannery kampanijne;
- 5) uruchomiono stronę internetową kampanii: <http://mamczasrozmawiac.aids.gov.pl/>



- 6) przeprowadzono działania informacyjno-promocyjne w internecie, równoległe do działań medialnych w tradycyjnych mediach.

Strategia działań w nowych mediach zbudowana została wokół komunikacji w blogosferze i mediach społecznościowych oraz na portalach informacyjnych:

- a) **kluczowym działaniem było zaangażowanie grupy influencerów** (bloggerów, vlogerów i celebrytów) – osób wpływowych, którym udało się zbudować dużą społeczność wiernych odbiorców dla przekazywania treści.

Influencerzy wraz z zaproszonymi do udziału w kampanii bliskimi opowiedzieli krótko, co oznacza dla nich hasło #mamaczasrozmawiac:

- *Rafał Maślak* ze swoim ojcem,
 - Katarzyna Błędnowska z córką Pauliną – prowadzące kanał YouTube poświęcony relacjom matki i córki pt. „*OMatkoICórko*”;
 - Joanna Pachla (dziennikarka i filolog) - autorka bloga „*Wyrwane z kontekstu*” – najlepszy blog roku w 2015 r. w kat. „Publicystyka”;
 - Jan Favre – *Stayfly*, autor 4-krotnie wyróżniony jako jeden z najbardziej wpływowych blogerów w Polsce;
 - Dagmara Sobczak – prowadząca blog społeczno-socjologiczny „*Socjopatka*”;
 - Magdalena Antosiewicz znana jako *Thirty Fashion Blog* – autorytet dla młodych ludzi zarówno w obszarze stylu, jak i lifestyle.
- b) drugim działaniem był **zakup przestrzeni medialnej na emisję spotu kampanii w 3 kluczowych portalach informacyjnych**: WP.pl, Interia.pl, Gazeta.pl, w dniu 1 grudnia 2017 r.;
- c) kolejnym kanałem informacji o działaniach promocyjnych, który wyko-

rzystano do zamieszczenia informacji o kampanii wraz ze spotem tv lub banerem linkującym do strony kampanii, to **strony takich instytucji jak WSSE, Urzędy Marszałkowskie oraz Urzędy Wojewódzkie**;

- d) czwartym kierunkiem komunikacji została **aktywność organizacji pozarządowych i wykorzystanie ich stron internetowych lub stron na Facebooku** do popularyzacji informacji o kampanii.

„Jeśli o ryzyku zakażenia HIV zacznie się mówić również w domach, zrobimy wielki krok w kierunku powstrzymania epidemii w Polsce. Obchodzony 1 grudnia Światowy Dzień AIDS to dobra okazja do podjęcia tego tematu. Na rozmowę o zdrowiu z bliskimi zawsze powinniśmy mieć czas. Chcielibyśmy, aby każdy Polak utożsamiał się z hasłem #mamaczasrozmawiac - także w kontekście trudnych tematów zdrowotnych” – podkreśla Anna Marzec-Bogusławska, dyrektor Krajowego Centrum ds. AIDS.

Kampania będzie kontynuowana do końca roku 2018.

Krajowe Centrum ds. AIDS

Rafał Maślak
17 listopada o 00:59 · €

#mamaczasrozmawiac o wszystkim, z każdym, na każdy temat! Nie bójmy się mówić o HIV.
- Dlaczego taka akcja?
Dotyczy każdego z nas. Bez względu na płeć, wiek i orientację seksualną...
- Dlaczego razem z tatą wzięliśmy udział w kampanii organizowanej przez Krajowe Centrum ds. AIDS?
Mam to szczęście, że z moimi rodzicami mogę rozmawiać o wszystkim... Tata jest jedną z pierwszych osób, do których odzywam się z każdą wątpliwością, pytaniem... Podobnie jak On. Bez względu na temat rozmowy.
- Dlaczego promujemy robienie testów na HIV? W Polsce - mam wrażenie - to wciąż temat tabu. Wszyscy myślą, że dotyczy to tylko określonych grup społecznych. Tak nie jest! To dotyczy nas wszystkich! Przestańmy żyć stereotypami! Bądźmy świadomi bez względu na wiek!
Zrób test! Rozmawiaj o tym! Nie bój się! Bądź mądry i zdrowy!
www.mamaczasrozmawiac.aids.gov.pl fot. <https://www.facebook.com/agatasergephotography/>

#mamaczasrozmawiac

Lubię to! Komentarze

Tomek Kamil Lipiński, Ewa Rosa, Monika Abbasi i 536 innych osób lubią to.

Stay Fly
21 listopada o 11:25 · €

Mam to niewątpliwie szczęście, że w moim domu nigdy nie było tematów tabu. O wszystkim zawsze mogłem porozmawiać z mamą, a w zasadzie to ona rozmawiała ze mną. Również o tym, czym jest HIV i co robić, żeby się nim nie zakazić.

<http://stayfly.pl/.../zrobilem-sobie-test-na-hiv-jak-to-wygl.../>

#mamaczasrozmawiac

Zrobiłem sobie test na HIV. Jak to wygląda i dlaczego warto?

Dopóki się nie przebadasz, nigdy nie możesz być pewien, czy nie jesteś zakażony. Dlatego ja zrobiłem swój test na HIV. Jak to wygląda w praktyce?

STAYFLY.PL

Lubię to! Komentarze Udostępnij

Agata Łukaszewska, Joanna Kubielska, Anna Klimczak i 112 innych osób lubią to.

Prawo do leczenia ARV w Polsce dla cudzoziemców państw trzecich (poza UE i EFTA), w tym Ukrainy

– uprawnienia, warunki, dokumenty potwierdzające

W myśl art. 41 ust. 3 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, realizacja zadań z zakresu leczenia antyretrowirusowego, w celu zapewnienia równego dostępu wszystkim zakażonym HIV i chorym na AIDS do zgodnych z wytycznymi organizacji międzynarodowych metod profilaktyki AIDS, diagnostyki i leczenia antyretrowirusowego, jest prowadzona na podstawie programu polityki zdrowotnej ustalonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Program Polityki Zdrowotnej Ministerstwa Zdrowia pt.: *Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2017 – 2021*, stanowi, że „programem polityki zdrowotnej leczenia antyretrowirusowego objęte będą wszystkie osoby zakażone HIV i chore na AIDS, których możliwość objęcia programem nie pozostaje w sprzeczności z aktual-

nie obowiązującymi przepisami prawa, tj. z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.), w tym również kobiety w ciąży zakażone HIV oraz noworodki urodzone z matek zakażonych HIV, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie standardami (*Rekomendacje Zespołu Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie zapobiegania perinatalnej transmisji HIV z dnia 24.10.2008 r. oraz Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS z czerwca 2016 r.*.” Każdy ubiegający się o leczenie ARV, zarówno obywatel polski jak i cudzoziemiec, będzie podlegał tym samym zasadom kwalifikacji, szczegółowo opisanym w ww. Programie. Wszyscy muszą spełniać identyczne kryteria medyczne oraz nie podlegać kryteriom wykluczenia lub nie wprowadzania do terapii ARV (osoby, które nie gwarantują ścisłej współpracy, nie rokuje kontynuacji leczenia z przyczyn psychospołecznych). Zarówno decyzję o rozpoczęciu leczenia

antyretrowirusowego jak i o wykluczeniu lub nie wprowadzaniu do terapii podejmie lekarz prowadzący danego pacjenta.

Co do zasady, cudzoziemcy podlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu w Polsce są traktowani, pod względem dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i finansowania tych świadczeń, tak samo jak ubezpieczeni obywatele RP. Z kolei, osoby nie objęte ubezpieczeniem zdrowotnym w Polsce mogą korzystać ze świadczeń zdrowotnych odpłatnie. W przypadku okazania odpowiedniej polisy ubezpieczenia medycznego (np. polisy wymaganej w celu uzyskania wizy wjazdowej Schengen), placówka medyczna może jednak rozliczyć koszty udzielonych świadczeń bezpośrednio z towarzystwem ubezpieczeniowym, jeżeli polisa przewiduje taką możliwość.

Poniżej schemat przedstawiający grupy osób, informacje o przysługującym leczeniu ARV oraz niezbędnych dokumentach potwierdzających to prawo.

	Grupy osób	Leczenie ARV	Rodzaj dokumentu potwierdzającego	Termin ważności dokumentu
Obywatele państw trzecich (nie UE, EFTA) przebywający w RP legalnie	Cudzoziemcy, którzy złożyli w RP wniosek o udzielenie ochrony międzynarodowej	Tak	Tymczasowe zaświadczenie tożsamości cudzoziemca, wydawane na czas postępowania o udzielenie ochrony międzynarodowej	Określony w dokumencie
Obywatele państw trzecich (nie UE, EFTA) przebywający w RP legalnie i posiadający w RP miejsce zamieszkania	Osoby, które uzyskały w RP status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy oraz członkowie ich rodzin, spełniające kryterium dochodowe z art. 8 ustawy o pomocy społecznej	Tak	Decyzja potwierdzająca prawo do świadczeń zdrowotnych, wydana przez wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej dla miejsca zamieszkania danej osoby	90 dni
	Dzieci do 18. roku życia, które uzyskały w RP status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy (bez kryterium dochodowego)	Tak	Nie jest konieczna decyzja wójta ale niezbędne są dokumenty potwierdzające status i wiek danej osoby – karta pobytu, genewski dokument podróży	Określony w dokumencie
	Osoby, które są w okresie ciąży, porodu lub połogu, które uzyskały w RP status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy (bez kryterium dochodowego)	Tak	Nie jest konieczna decyzja wójta ale niezbędne są dokumenty potwierdzające status danej osoby – karta pobytu genewski dokument podróży	Określony w dokumencie
Obywatele państw trzecich (nie UE, EFTA) przebywający w RP legalnie jeżeli podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego lub ubezpieczają się dobrowolnie	Osoby, które przebywają na terytorium RP na podstawie wizy w celu wykonywania pracy, zezwolenia na pobyt czasowy, zezwolenia na pobyt stały, zezwolenia na pobyt rezydenta długoterminowego UE, zgody na pobyt ze względów humanitarnych, zgody na pobyt tolerowany, oraz członkowie rodzin ww. osób, jeżeli nie są osobami podlegającymi obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego	Tak	Dokument potwierdzający objęcie obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym lub umowa dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego z kopią formularza ZUS ZZA i dowodem opłacenia składki za miesiąc przed udzieleniem świadczenia opieki zdrowotnej	30 dni
	Osoby, które uzyskały w RP status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą albo korzystają z ochrony czasowej na jej terytorium, oraz członkowie rodzin ww. osób, jeżeli nie są osobami podlegającymi obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego	Tak	Dokument potwierdzający objęcie obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym lub umowa dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego z kopią formularza ZUS ZZA i dowodem opłacenia składki za ostatni miesiąc poprzedzający udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej	30 dni

Obywatele państw trzecich (nie UE, EFTA) przebywający w RP legalnie jeżeli ubezpieczają się dobrowolnie	Studenci i doktoranci studiujący w RP, oraz absolwenci, którzy odbywają w RP obowiązkowy staż	Tak	Umowa dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego z kopią formularza ZUS ZZA i dowodem opłacenia składki za miesiąc przed udzieleniem świadczenia opieki zdrowotnej	30 dni
	Członkowie zakonów oraz alumni wyższych seminariów duchownych i teologicznych, postulanci, nowicjusze i junioryści zakonów i ich odpowiednicy	Tak	Umowa dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego z kopią formularza ZUS ZZA i dowodem opłacenia składki za miesiąc przed udzieleniem świadczenia opieki zdrowotnej	30 dni
	Odbywający staż adaptacyjny	Tak	Umowa dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego z kopią formularza ZUS ZZA i dowodem opłacenia składki za miesiąc przed udzieleniem świadczenia opieki zdrowotnej	30 dni
	Odbywający kursy języka polskiego oraz kursy przygotowawcze do podjęcia nauki w języku polskim	Tak	Umowa dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego z kopią formularza ZUS ZZA i dowodem opłacenia składki za miesiąc przed udzieleniem świadczenia opieki zdrowotnej	30 dni
Podlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego – obywatele RP, UE, EFTA oraz obywatele państw trzecich (nie UE, EFTA) przebywający w RP legalnie jeżeli podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego	Uczniowie i studenci	Tak	Ważna legitymacja szkolna (studencka) z kopią formularza ZUS ZZA lub innym dokumentem, z którego wynika zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego przez uczelnię (szkołę);	Termin ważności dokumentu
	Osoby, które ukończyły szkołę ponadgimnazjalną	Tak	Legitymacja szkolna z kopią formularza ZUS ZZA lub innym dokumentem, z którego wynika zgłoszenie danej osoby do ubezpieczenia zdrowotnego przez szkołę;	6 miesięcy od zakończenia nauki albo skreślenia z listy uczniów
	Osoby, które ukończyły szkołę wyższą, absolwenci studiów doktoranckich	Tak	Legitymacja studencka z kopią formularza ZUS ZZA lub innym dokumentem, z którego wynika zgłoszenie danej osoby do ubezpieczenia zdrowotnego przez uczelnię	4 miesiące od ukończenia studiów, studiów doktoranckich, skreślenia z listy studentów lub doktorantów
Podlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego – obywatele RP, UE, EFTA oraz obywatele państw trzecich (nie UE, EFTA) przebywający na terytorium RP legalnie jeżeli podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego	Pracownicy – zatrudnieni na podstawie umowy o pracę	Tak	(1) Legitymacja ubezpieczeniowa z aktualnym poświadczeniem uprawnień (2) Druk ZUS RMUA (3) Inny dokument (np. tzw. pasek wynagrodzeń) potwierdzający odprowadzenie składki na ubezpieczenie zdrowotne (4) Zaświadczenie wystawione przez pracodawcę, potwierdzające posiadanie ubezpieczenia zdrowotnego	30 dni
	Zleceniobiorcy – pracujący na podstawie umowy zlecenia	Tak	(1) Formularz ZUS RMUA (2) Inny dokument zawierający potwierdzenie odprowadzenia za zleceniobiorcę składki na ubezpieczenie zdrowotne (3) Zaświadczenie wystawione przez zleceniodawcę, potwierdzające posiadanie ubezpieczenia zdrowotnego przez zleceniobiorcę (4) Poświadczenie uprawnień w legitymacji ubezpieczeniowej	30 dni
	Prowadzący pozarolniczą działalność gospodarczą oraz inne osoby samodzielnie odprowadzające składkę na ubezpieczenie zdrowotne (np. twórcy, artyści)	Tak	Dowód wpłaty składki na ubezpieczenie zdrowotne wraz z kopią formularza ZUS ZUA lub ZUS ZZA	30 dni
	Bezrobotni zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego przez urząd pracy	Tak	Zaświadczenie wydane przez urząd pracy potwierdzające fakt posiadania ubezpieczenia zdrowotnego przez danego bezrobotnego	Określony w zaświadczeniu
Dobrowolnie się ubezpieczający	Osoby objęte dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym	Tak	Umowa dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego wraz z kopią formularza ZUS ZZA i dowodem opłacenia składki za miesiąc przed udzieleniem świadczenia opieki zdrowotnej	30 dni

Powyższe zestawienie jest mocno uproszczonym schematem. W przypadku jakichkolwiek wątpliwości czy dana osoba ma prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, rekomendowany jest kontakt z właściwym oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia w celu potwierdzenia tego prawa, ewentualnie z Urzędem ds. Cudzoziemców.

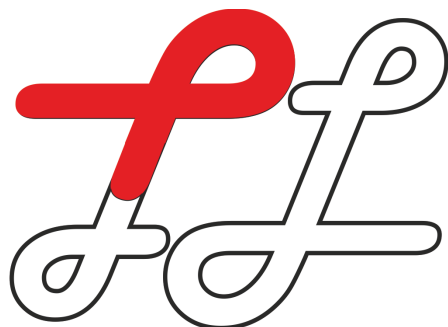
Stan prawny: 25 listopada 2017 r.

Redakcja

Materiały źródłowe:

1. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U.2016.1866 j.t. ze zm.), art. 41 ust. 3.
2. Program Polityki Zdrowotnej Ministerstwa Zdrowia pt.: Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2017 – 2021, str. 5, 49-50.
3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2016.1793 j.t. ze zm.), art. 2 ust. 1 i 2, art. 50. ust. 1 pkt. 1, art. 54 ust. 1 i 7-8, art. 67 ust. 4, art. 67 ust. 5-7.
4. Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U.2016.1836 j.t. ze zm.), art. 55, art. 55a ust. 1, art. 70 ust.1, art. 73 ust. 1 i 2, art. 74. ust. 1.
5. Ustawa z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach (Dz.U.2016.1990 j.t. ze zm.), art. 25 ust. 1.
6. <http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/powszechno-ubezpieczenie-zdrowotne/finansowanie-leczenia-cudzoziemcow-w-polsce/>

Pozytywnie w Lublinie



stowarzyszenie
pozytywny lublin

Od czego się zaczęło? Od mojego spotkania z Anią w lubelskiej poradni, późnym latem 2014 roku. Szukałem grupy wsparcia dla osób seropozytywnych. Trafiłem do lubelskiej Poradni Diagnostyczno-Leczniczej.

Ania pracuje w poradni od jej początków. Zrezygnowała z pracy w Klinice Okulistyki, w której pracowała wiele lat. Jako jedyna pielęgniarka odpowiedziała pozytywnie na propozycję podjęcia pracy w nowo powstającej placówce leczenia HIV. Zawsze uśmiechnięta, pozytywnie nastawiona do świata i ludzi. Dobra dusza poradni. Wchodzę tuż przed zamknięciem. Ania krząta się porządkując papiery i miejsce pracy przed wyjściem. Mówię: - Szukam grupy wsparcia dla osób zakażonych.

A ona:

- No kilka razy zorganizowaliśmy spotkania pacjentów, ale jakoś to upadło.

- No to coś trzeba z tym zrobić – odpowiadam – trzeba by założyć stowarzyszenie.

I zaczęliśmy rozmawiać. O poradni, o ludziach, o życiu, o tym co można by zrobić.

Ja miałem już trochę doświadczenia w pracy dla innych stowarzyszeń. Kiedyś już robiłem rozpoznanie co i jak zrobić, żeby założyć stowarzyszenie. Ania w związku ze swoją pracą miała wiele kontaktów z potencjalnymi członkami stowarzyszenia, osobami związanymi z działaniami na rzecz osób żyjących z HIV i zakażonymi.

No i się zaczęło. Zebranie 15 wymaganych przepisami osób, tworzenie statutu, szukanie miejsca gdzie można by się spotkać.

Ja rozmawiam z różnymi ludźmi na temat pomysłu założenia stowarzyszenia: terapeutami, lekarzami specjalistami terapii uzależnień. Rozmawiamy z dr. Bielcem, lekarzem z poradni, który wspiera nasz pomysł. Ania rozmawia z pacjentami. Jako jedyna pielęgniarka w poradni ma z nimi częsty kontakt. Pacjentów też na razie nie jest wielu więc zna wszystkich jak dobra matka.

I tak krok po kroku zebraliśmy grupę osób, które stały się członkami założycielami. Dzięki kontaktom Ani, lubelski oddział Monaru udostępnił nam swoją salę na spotkania. Odbyło się kilka. Spotkanie w dniu 3 listopada 2014 r. było zebraniem założycielskim.

Proces rejestracji w KRS trochę potrwał i po dwóch poprawkach statutu 29.01.2015 r. Stowarzyszenie Pozytywny Lublin zostało zarejestrowane. Konto w banku, numer REGON, zgłoszenie do Urzędu Skarbowego i JESTEŚMY.

Wartość dodana całego przedsięwzięcia to spotkanie grupy ludzi, którzy zaczęli rozmawiać o HIV, AIDS, życiu z wirusem, profilaktyce, wsparciu, co kogo boli, jak sobie radzi, czego potrzebuje. Każdy na swój sposób wychodził z cienia.

Dużo entuzjazmu, wiele oczekiwań i próby ustalenia co mamy robić. Kolejne spotkania odbywają się w jednym z lubelskich pubów, w którym są zamknięte VIP room'y ;-). Możemy więc swobodnie rozmawiać no i zostaliśmy VIP-ami. Atmosfera spotkań jest na wół towarzyska – ważna dla nawiązujących się relacji ale nie sprzyjająca efektywnej pracy. Masa pomysłów i oczekiwań bez realnego przełożenia na realizację. Wiele ważnych spraw rozmywa się wśród żartów i pogaduszek (potrzebnych dla odreagowania okresu izolacji w chorobie). A jednak pomimo braku doświadczenia zapał przynosi efekty. Kilkoro z nas jedzie na szkolenie dla party i street workerów. Poznajemy Ireń, Renatę, Joannę z Bądź z Nami. Dwie osoby biorą udział w szkoleniu dla prelegentów w Konstancinie. Poznajemy kolejnych ludzi: Magdę, Anię, dziewczyny z Lambdy, ze

Stowarzyszenia Agape (prowadzą PKD w Lublinie). Rozmawiamy, staramy się dowiedzieć co i jak robią inni z większym doświadczeniem. Grupa czterech osób jedzie do Warszawy, żeby spotkać się z Wojtkiem z Sieci Plus. Nasza rozmowa owocuje uczestnictwem kilku osób z Lublina w spotkaniach w Szarlocie. Kolejne kontakty, kolejni ludzie, kolejne doświadczenia i spora dawka wiedzy na temat HIV. Organizujemy spotkanie otwarte z Robertem (Pozytywni w Tęczy) spotyka się z nami w Lublinie. Kolejna dawka wiedzy w dobrym tonie i fajnej atmosferze. Miejsce udostępnia przyjazna Kawiarnia Kawka. Kolejne spotkanie z Robertem (Sieć Plus, Bądź z Nami) z telefonu zaufania. Udział w dwóch konferencjach. Ludzie, wiedza, rozmowy, doświadczenia, przeżycia. W końcu propozycja dołączenia do Koalicji 1 Grudnia. Kolejne spotkania, rozmowy, działania.

Wychodzimy też na zewnątrz. Porozumienie z Lubelskim Centrum Aktywności Obywatelskiej daje nam nieodpłatny dostęp do pomieszczeń na zebrania, spotkania, szkolenia. Organizujemy stoisko w ramach akcji lubelskiego Urzędu Miejskiego „Jesień z profilaktyką”. Rozdajemy sporo ulotek, broszur przywiezionych z Krajowego Centrum ds. AIDS. Organizujemy niewielkie obchody 1 grudnia. Pokaz dwóch filmów nt. HIV/AIDS udostępnionych przez portal outfilm.pl. Pokaz odbywa się w lubelskim klubie Wyrko, który okazał się bardziej otwarty i przyjazny niż Centrum Kultury w Lublinie. Wiele ulotek, broszur i „materiałów profilaktycznych” trafiło do rąk zainteresowanych.

Dzięki ofiarności Oli oferujemy profesjonalne wsparcie psychologiczne osobom zakażonym, które takiej pomocy poszukują.

Mimo tych drobnych sukcesów trudne początki trwają. Istniejemy jako stowarzyszenie już trzeci rok. Jedni członkowie odchodzą (wyjeżdżają do innych miast, odchodzą w swoje prywatne życie, niektórzy są rozczarowani bo pomyliło im się stowarzyszenie z klubem towarzyskim) inni dochodzą (zainteresowani działaniem na rzecz osób zakażonych, zakażeni szukający

kontaktów, pomocy i wsparcia). Nadal nie działa nasza strona internetowa ale działa strona na facebooku. Stowarzyszenie działa bez publicznego wsparcia finansowego. I wobec ostatnich „utrudnień” chyba tak pozostanie na jakiś czas. Działamy więc głównie w oparciu o pracę społeczną członków czyli mówiąc zwyczajnie w ramach naszych prywatnych sił, czasu i możliwości finansowych.

Ważne że jesteśmy. Powoli się rozwijamy na miarę naszych zdolności i potrzeb. Gdy ktoś zakażony potrzebuje pomocy jesteśmy

gotowi pomóc lub znaleźć potrzebną mu pomoc. Stopniowo też rozwijamy działalność profilaktyczną, często w indywidualnych rozmowach staramy się zmieniać świadomość na temat HIV/AIDS i innych chorób przenoszonych drogą płciową. Wiedza czyni wolnym, daje możliwość wyboru. Pozbawianie ludzi wiedzy, tej podstawowej, rzetelnej i aktualnej pozbawia ich możliwości dokonywania świadomego wyboru. Ostatnie nasze doświadczenia z działań edukacyjno-profilaktycznych wśród kadry pedagogicznej wskazuje, że poziom tej wiedzy jest przerażająco nieaktualny, nacechowany

stereotypami i uprzedzeniami. Oczywiście dotyczy to nie tylko tego środowiska. Dużo więc pracy przed nami a problemów wokół HIV/AIDS jest więcej niż nam się pierwotnie wydawało. A jak wskazują statystyki, osób żyjących z HIV niestety przybywa więc pracy długo jeszcze nam nie zabraknie. Na szczęście są ludzie i środowiska, które doceniają taką pracę. Ania, dobra dusza naszego Stowarzyszenia, została w 2016 roku uhonorowana odznaką Czerwonej Kokardki za swoją wieloletnią działalność.

Piotr Strobel

Stowarzyszenie Pozytywny Lublin

Relacja z XXIV Konferencji „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie”

Z okazji Światowego Dnia AIDS w dniach 4-5 grudnia po raz dwudziesty czwarty odbyła się konferencja pod hasłem „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie”. Dwudniowa konferencja, przygotowana przez Polską Fundację Pomocy Humanitarnej „Res Humanae” jest od lat największym forum dyskusyjnym poświęconym zagadnieniom HIV i AIDS w naszym kraju. W obradach wzięło udział prawie 400 osób. Były wśród nich zarówno osoby żyjące z HIV, jak również ci, którzy na ich rzecz pracują: lekarze, przedstawiciele instytucji centralnych, terenowych, władz samorządowych i organizacji poza-

rządowych, przedstawiciele świata nauki, artyści, dziennikarze i wiele innych osób, zainteresowanych tą problematyką. Liczną grupę stanowili nauczyciele i pedagodzy szkół warszawskich. Honorowy patronat nad tegorocznym spotkaniem objął Pan Minister Adam Lipiński, Pełnomocnik Rządu ds. Równego Traktowania.

Obrady rozpoczęła sesja plenarna. Wykład inauguracyjny wygłosił Krzysztof Czyżewski, dyrektor Ośrodka Pogranicze Sztuk, Kultur, Narodów w Sejnach. Uczestnicy wysłuchali Budowniczego Tkanki Łącznej, która ożywia, wzmacnia,

uodparnia na niesprawiedliwość, pozwala zmierzyć się z uprzedzeniami, zabiłżnia rany. Krzysztofowi Czyżewskiemu udało się połączyć skomplikowaną przeszłość z budowaniem teraźniejszości i fundamentów przyszłości. W tych działaniach jest bliski misji uczestników konferencji, którzy prawie ćwierć wieków temu, w początkach epidemii HIV w Polsce, również zmagali się ze strachem przed Nieznany, Obcym, Innym. Obecnie stoją przed wyzwaniem doskonalenia profilaktyki, opieki nad osobami żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS, walką z ciągłe obecnymi uprzedzeniami.





W czasie sesji plenarnej, moderowanej przez Annę Marzec-Bogusławską, dyrektor Krajowego Centrum ds. AIDS i Wojciecha J. Tomczyńskiego, przewodniczącego Stowarzyszenia „Sieć Plus”, dyskutowano o miejscu pacjenta z HIV/AIDS w systemie publicznej ochrony zdrowia, na podstawie Mapy Potrzeb Zdrowotnych tworzonej ze środków Unii Europejskiej. Obecnie badane jest, jak wykorzystywane są zasoby, które już mamy. Mówiono również o potrzebach społecznych osób żyjących z HIV.

Kolejna sesja poświęcona była ewaluacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS i określenia jego mocnych i słabych stron. W spotkaniu tym uczestniczyli przedstawiciele zespołów do spraw realizacji Krajowego Programu, które powstały we wszystkich województwach w Polsce.

Następnie odbyły się dwie równoległe sesje: pierwsza prezentowała potencjał organizacji pozarządowych z całej Polski i trudności, z jakimi spotykają się w codziennej pracy.

Druga sesja, w 5. rocznicę śmierci prof. Tomasza Niemca, poświęcona była zdrowiu kobiet w kontekście HIV/AIDS. Zaproszeni goście – współpracownicy i przyjaciele – wspominali ogromny

wkład Pana Profesora w ograniczanie transmisji wertykalnej HIV, tworzenie standardów postępowania podczas ciąży i porodu, a także opiekę nad kobietami żyjącymi z HIV i będącymi w ciąży.

Tradycyjnie odbyła się również ceremonia odznaczania „Czerwoną Kokardką” – symbolicznym wyróżnieniem osób i instytucji szczególnie zaangażowanych w przeciwdziałanie epidemii HIV/AIDS.



W gronie tegorocznych odznaczonych znalazło się 10 laureatów.

KATEGORIA	Imię i nazwisko
Działania w środowisku medycznym	Prof. dr hab. n.med. Alicja Wiercińska-Drapała
	Dr hab. n. med. Małgorzata Ingot
	Anna Zaczyk
Działania w zakresie profilaktyki	Dr n. społ. Maria Brodzikowska
	Magdalena Stachel
	Agata Kwiatkowska
Działania instytucji rządowych	Mariola Cieśla Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki
	Paweł Kalinowski Zjednoczenie „Pozytywni w Tęczy”
Działania organizacji pozarządowych	Mirosława Kowalczyk-Kuczevska Stowarzyszenie „Solidarni PLUS” w Wandzinie
	Środowisko dziennikarskie

Pełna lista laureatów znajduje się pod adresem: http://www.aids.gov.pl/czerwona_kokardka/

Druga uroczystość związana była z wręczeniem nagród przez Kapitułę konkursu „Pozytywnie Otwarci” za najciekawsze programy w obszarze edukacji i aktywizacji, profilaktyki, diagnostyki i monitoringu HIV.

Wszystkim laureatom serdecznie gratulujemy!

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 przestać pełną informację na wyżej podany adres o temacie „PROŚBA O ZAMIESZCZENIE INFORMACJI W e-Kontrze”



Atrakcją artystyczną wieczoru była sztuka Mirosława Wierzbowskiego o przewrotnym tytule „Szczęściara” w wykonaniu aktorów Teatru przy Fabryczce: Ewy Lipowskiej, Karoliny Lewandowskiej i Adama Zakrzewskiego, w reżyserii Moniki Kisły. Sztuka powstała na zorganizowany przed laty przez Krajowe Centrum ds. AIDS konkurs dramaturgiczny. Pomimo późnej pory spektakl został żywiłowo przyjęty przez publiczność.

Kolejny dzień konferencji wypełnił szereg spotkań o bardzo zróżnicowanej tematyce. Łącznie obradowało 7 zespołów problemowych:

- „Jak to się stało, że się udało. Najlepszy. Gdy słabość staje się siłą”
- „Oni nie zmądrzeją, ja zgłupieję...” sesja o profilaktyce moderowana

przez Wiesława Sokoluka (Polskie Towarzystwo Seksuologiczne) i Tomasza Wojtasika (Regionalny Ośrodek Metodyczno-Edukacyjny Metis)

- „Test i co dalej” – sesja moderowana przez Magdalenę Ankiersztejn-



-Bartczak (Fundacja Edukacji Społecznej)

- „Seks pod wpływem” sesja prowadzona przez Agatę Kwiatkowską (Fundacja Edukacji Społecznej)
- „Nowe substancje psychoaktywne” – polityka i praktyka prowadzona przez prof. Krzysztofa Krajewskiego (Uniwersytet Jagielloński)
- „Zaczynamy opowiadać” – przygotowanie do 25. jubileuszowej konferencji w 2018 roku – prowadzone przez Romana Jarzynę.

Konferencja odbyła się dzięki wsparciu finansowemu Krajowego Centrum ds. AIDS, Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego, Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz partnerów prywatnych.

Redakcja

Doniesienia prasowe 2017

Pompa lekowa ARV?

Fundacja Billa i Melindy Gatesów przeznaczyła 140 mln dolarów na program zbudowania implantu, który umieszczać się będzie w ciele osoby zagrożonej zakażeniem się HIV. Jego zadaniem będzie regularne, automatyczne podawanie środków farmaceutycznych zapobiegających zakażeniu – czyli będzie działał na podobnej zasadzie, co pompa insuliniowa.

CHIP, 01/02/2017 – „Bill Gates sponsoruje implant, który zapobiega HIV”

Superprzeciwciało w walce z HIV

W mediach pojawiły się informacje na temat najnowszych prób zwalczania zakażenia HIV w ludzkim organizmie. W ślad za czasopismem Science podają, że naukowcy stworzyli przeciwciało, „które unieszkodliwia 99 proc. szczepów wirusa HIV. Na razie u małp, ale badacze przewidują, że w podobny sposób przeciwciało zadziała u ludzi”. W oparciu o dostępną wiedzę na temat tych nielicznych seropozytywnych pacjentów w naturalny sposób odpornych na działanie HIV, stworzono „superprzeciwciało”, które na trzy różne sposoby dez-

aktywuje wirusa. Badania z udziałem ludzi rozpoczną się w przyszłym roku.

*Newsweek, 02/10/2017
– „HIV wreszcie pokonany?”*

Wzrost liczby zakażeń przenoszonych drogą płciową

W ostatnich tygodniach coraz częściej pojawiają się w mediach informacje o dużym wzroście liczby zakażeń przenoszonych drogą płciową. Wzrost ten wynika m.in. z lekceważenia choroby, wstydu i niewiedzy. Część chorych zamiast odwiedzić lekarza, próbuje leczyć się na

własną rękę. Potwierdzają to dane Państwowego Zakładu Higieny, który każdego roku publikuje raport przedstawiający częstotliwość występowania chorób wenerycznych w Polsce. Według ostatnich analiz, w ubiegłym roku zdiagnozowano 390 przypadków rzeżączki, 232 przypadki chorób wywołanych przez chlamydię, 1495 zakażeń HIV i aż 1593 przypadki kiły, która – w porównaniu do roku 2015, gdzie rozpoznano ją u 255 osób mniej – staje się dla lekarzy realnym wyzwaniem.

Szczególnie, że coraz częściej mają do czynienia z kiłą wrodzoną – diagnozowaną u noworodków, zakażonych podczas porodu siłami natury przez matkę, która w ciąży nie wykonała badania w kierunku kiły.

Według danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) na całym świecie rocznie wykrywa się 900 tysięcy przypadków kiły wśród kobiet w ciąży, z czego 350 tysięcy przypadków kończy się komplikacjami okołoporodowymi lub martwymi urodzeniami.

Według ekspertów, za taki stan rzeczy odpowiedzialny jest przede wszystkim brak odpowiedniej profilaktyki u pacjentów. Wciąż powszechne jest nie stosowanie mechanicznych metod antykoncepcji (prezerwatywa). Osobom aktywnym seksualnie w pierwszej kolejności zależy na zabezpieczeniu się przed ciążą – nie biorą pod uwagę, że antykoncepcja hormonalna nie chroni w żaden sposób przed chorobami wenerycznymi.

*www.kobieta.onet.pl, 03/02/2017
„Choroby weneryczne – powrót do przeszłości?”*

BHP a wirusowe zapalenie wątroby u dentysty

Bardzo ciekawe spostrzeżenia na temat niezachowania środków ochrony: „Z obserwacji własnych autorów wynika, że obszarami, które mogą nieść zwiększone ryzyko transmisji zakażeń, nie tylko tych przenoszonych drogą krwi, są:

- niewłaściwe użytkowanie materiałów

jednorazowego użytku,

- niewłaściwe zastosowanie jednorazowych rękawiczek higienicznie czystych (winny one być stosowane do wykonania jednej procedury u jednego pacjenta i zmieniane, gdy istnieje konieczność wykonania innych czynności lub wyjścia z gabinetu. Nągminnie spotykane jest wykonywanie przez asystentki stomatologiczne rejestracji pacjenta, przygotowania instrumentarium, asystowania do zabiegu, przygotowania wypełnienia – w tych samych rękawiczkach!),
- przetrzymywanie sprzętu, nadmiernej ilości materiału chłonnego (np. wałki z ligniny), rękawiczek jednorazowych w otwartym opakowaniu bezpośrednio na stoliku asystorze,
- praca przy otwartych szufladach asystora,
- przetrzymywanie wiertel w szklanych otwartych pojemnikach na asystorze,
- brak stosowania do zabiegów chirurgicznych rękawic jałowych,
- brak dezynfekcji fotela dentystycznego, uchwytów lampy, stolika asystora, końcówek unitu (kątnic, prostnic, końcówki ssaka),
- brak dezynfekcji uzupełnień i wycisków protetycznych,
- brak czyszczenia i dezynfekcji bloku spluwaczki.”

W 2015 roku doszło do 11 zakażeń HBV i 34 – HCV w trakcie wykonywania pracy.

Twój Przegląd Stomatologiczny, 31/05/2017 – Renata Cieślak-Tarkota, Urszula Mendera-Bożek „Zapobieganie zakażeniom WZW w gabinecie stomatologicznym”

HIV pokonany?

Echem w mediach odbiła się wiadomość o południowoafrykańskim dziecku, które uległo zakażeniu przy urodzeniu i pomimo przerwania terapii ARV – zwalczyło wirusa. Dziecko ma 10 lat, a szczegółowe badania potwierdziły, że jest całko-

wicie zdrowe. Eksperci, dla których ta sytuacja jest nadal bardzo zagadkowa, zalecają jednak ostrożność. Według słów Lindy-Gail Bekker, przewodniczącej International AIDS Society w trakcie odbywającej się w lipcu światowej konferencji w Paryżu, „ten przypadek wywołał więcej pytań niż dał odpowiedzi”.

www.edziecko.pl, 25/07/2017 – „Dziecko, które zakażyło się HIV w trakcie porodu, jest zdrowe. To nie pierwszy tego typu przypadek”

Nowe antybiotyki przeciw rzeżączce

Odkryto nową rodzinę antybiotyków, które mogą być pomocne w walce z oporną na antybiotyki rzeżączką. Tak naprawdę naukowcy znają je od 2010 roku, jednak wcześniej nie wykazano ich skuteczności w walce z rzeżączką. Pierwsze wyniki badań są obiecujące: nowy antybiotyk z powodzeniem poradził sobie z bakteriami w 146 z 149 antybiotykoopornych szczepów rzeżączki. Następnym krokiem jest określenie, jaki wpływ ma ten lek na żywe zwierzęta i ludzi.

interia.pl, 12/08/2017 – „Odkryto antybiotyk, który poradzi sobie z rzeżączką”

Szwecja: wyrok w sprawie mężczyzny oskarżonego o narażenie na zakażenie HIV innej osoby

W Szwecji zakończył się proces z zakażeniem HIV w tle. Mężczyzna żyjący z HIV uprawiał seks bez ochrony z inną mężczyzną, oskarżono go o narażenie na zakażenie innej osoby, pomimo że przyjmował leki ARV. Zarówno sąd rejonowy w Uppsali, jak i sąd apelacyjny uniewinniły pozwanego. Sądy uznały bowiem, że ryzyko zakażenia przy stosowaniu terapii antyretrowirusowej jest znikome. 49-latek miał poniżej 20 kopii wirusa na 1 ml krwi, co wskazywało na to, że jest właściwie leczony.

Rzeczpospolita, 13/06/2017 – „Wirus HIV na wakandzie: jest duże ryzyko zakażenia”, aut. Anna Nowacka-Isaksson

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@aims.gov.pl
www.aims.gov.pl

Egzemplarz bezpłatny
Redakcja zastrzega sobie prawo
adjustacji i skracania artykułów.

aspekty

Zakażenia przenoszone drogą płciową przebiegające z owrzodzeniem narządów płciowych

Każdego roku na świecie rozpoznaje się owrzodzenia narządów płciowych (*genital ulcer*, GU) u ponad 20 milionów ludzi. Najwięcej przypadków jest odnotowywanych w Afryce Subsaharyjskiej oraz w Azji Wschodniej. Najczęstszą przyczyną owrzodzeń są patogeny przenoszone drogą płciową (około 70% przypadków), jednak w diagnostyce również należy wziąć pod uwagę inne przyczyny. Czynniki wpływające na częstość występowania GU przedstawiono w Tabeli 1, natomiast w Tabeli 2 możliwe przyczyny owrzodzeń narządów płciowych.

Tabela 1. Czynniki wpływające na częstość występowania owrzodzeń narządów płciowych

Państwo zamieszkania pacjenta oraz jego pochodzenie (większe ryzyko u osób pochodzących z krajów rozwijających się, emigrantów i mniejszości etnicznych np. Afryki, Azji, Ameryki Łacińskiej)

Płeć pacjenta (większe ryzyko u kobiet oraz osób trans)

Wiek pacjenta (większe ryzyko u dzieci oraz młodzieży)

Historia życia seksualnego (większe ryzyko u kobiet świadczących usługi seksualne zwłaszcza uprawiające seks po kokainie oraz u ich partnerów/partnerek)

Praktykowane techniki seksualne/rodzaje kontaktów seksualnych (większe ryzyko w populacji MSM)

Brak obrzezania u mężczyzn

Czas trwania choroby

Przebieg choroby – czy jest to pierwsze zakażenie, czy też występowały nawroty

Tabela 2. Etiologia owrzodzeń narządów płciowych

Zakażenia przenoszone drogą płciową	
Patogen	Choroba wywołana przez dany patogen
Krętek błady	Kiła I rzędu
Chlamydia trachomatis serotypy L1, L2, L3	Ziarnica weneryczna pachwin (lymphogranuloma venerum, LGV)
Haemophilus ducreyi	Wrzód miękki
Klebsiella granulomatis	Ziarniak pachwinowy (donowanoza)
Wirus opryszczki typu 1 i 2 (herpes simplex virus types 1/2, HSV)	
Adenowirusy	
Wirus Epsteina-Barr (Ebstein-Barr virus, EBV)	
Zakażenia nieprzenoszone drogą płciową: wtórne zakażenia bakteryjne, choroba Lipschutz	
Owrzodzenia nieprzenoszone drogą płciową: aftoza, choroba Behceta, piodermia zgorzeliwna, niepożądane działania leków, choroby autoimmunologiczne	
Nowotwory: rak kolczystokomórkowy, rak podstawnokomórkowy, rak z komórek Merkla, pozasutkowa postać choroby Pageta	

Wystąpienie owrzodzeń zwiększa ryzyko zakażenia HIV oraz HCV. Pojawiające się ubytki błony śluzowej stanowią wrota wniknięcia powyższych wirusów do organizmu, jednak zarówno HSV, jak i kiła wpływają na przebieg zakażenia HIV. Zależność między HSV a HIV przedstawiono w Tabeli 3, natomiast między kiłą a HIV w Tabeli 4.

Tabela 3. Zależność między HIV a HSV

STD	Opryszczka płciowa
Wpływ HSV na ryzyko zakażenia HIV i jego przebieg	2-7 x ↑ ryzyka zakażenia HIV ↑ ryzyko zakażenia HIV również u osób w bezobjawowej fazie zakażenia HSV
Wpływ HIV na ryzyko zakażenia HSV i jego przebieg	Zależność odwrotnie proporcjonalna między HSV wirusią a ilością limfocytów CD4 U osób HIV (+) cięższy i dłuższy przebieg opryszczki; czasami konieczne podanie większych dawek leków i powtórzenie leczenia

Częstość występowania HSV w USA: ↑11%, ↑23%; Afryka Subsaharyjska ↑do 82%; koinfekcja z HIV: 60%

Tabela 4. Zależność między HIV a kiłą

STD	Kiła
Wpływ kiły na ryzyko zakażenia HIV i jego przebieg	3-5 x ↑ ryzyka zakażenia HIV w przypadku kiły I rzędu ↑ ryzyko zakażenia HIV również u osób w bezobjawowej fazie zakażenia kiłą (↑ liczby komórek CCR5 w narządach płciowych) Mniejsza liczba limfocytów CD4 u pacjentów zakażonych kiłą (po leczeniu kiły znamienne zmniejszenie wirerii oraz CD4)
Wpływ HIV na ryzyko zakażenia kiłą i jej przebieg	Szybszy rozwój zmian w OUN Zakażenie HIV – czynnik wyzników fałszywie dodatnich VDRL/RPR

Częstość występowania: w populacji ogólnej 2,4, w grupie HIV (+) 186 przypadków na 100 000 osób; koinfekcja kiły z HIV: 12,5%; koinfekcja HIV z kiłą: 16%

W niniejszym artykule zostaną omówione tylko owrzodzenia narządów płciowych przenoszone drogą płciową występujące w Europie. Przypadki zakażenia *Haemophilus ducreyi* i *Klebsiella granulomatis* są odnotowywane jedynie w krajach tropikalnych.

HSV

Zakażenia wywołane przez wirusa opryszczki (HSV-2, rzadziej HSV-1) są przenoszone na drodze kontaktowej. Ze względu na dużą odporność HSV na czynniki zewnętrzne do zakażenia nim dochodzi zdecydowanie łatwiej niż HIV, zwłaszcza że za aż 70% zakażeń odpowiadają pacjenci w fazie bezobjawowej. Ponadto łatwiej wirus przenosi się z mężczyzną na kobiety.

Szczególnie niebezpieczne zakażenia są w okresie ciąży. Największe ryzyko przeniesienia wirusa na dziecko występuje, jeśli do zakażenia dojdzie w okolicach porodu. Dlatego też badanie serologiczne powinno zostać wykonane u każdej ciężarnej, a w przypadku braku zakażenia (brak przeciwciał anti-HSV1/2 w klasie IgM i IgG) należy wykonać badanie u obecnego partnera seksualnego ciężarnej.

Najczęściej mają one charakter latentny. U około 1:50 zakażonych HSV-2 obecne są objawy, tj. bolesne owrzodzenie zlokalizowane na skórze lub błonach śluzowych okolicy narządów płciowych. Bezobjawowy przebieg zakażenia charakteryzując się stałym lub okresowym namnażaniem wirusa, co warunkuje zakażność mimo braku zmian klinicznych.

Szacuje się, że zakażenie HSV-2 dotyczy 21% populacji kobiet i 11% populacji mężczyzn. W przypadku jednego partnera seksualnego częstość zakażenia HSV-2 wynosi 4%, w przypadku 10 partnerów i więcej – wzrasta do 27%. Obecność owrzodzenia w okolicy narządów płciowych istotnie zwiększa ryzyko transmisji HIV na drodze kontaktów seksualnych:

przebyta lub aktywna opryszczka narządów płciowych ponad dwukrotnie, a pierwotne objawowe zakażenie HSV-2 ponad siedmiokrotnie. W parach o odmiennym statusie serologicznym HIV obserwowano większe ryzyko transmisji HIV – niezależnie od wirerii HIV – drogą kontaktów seksualnych w przypadku potwierdzonego zakażenia HSV-2 u jednego z partnerów.

Diagnostyka zakażenia HSV opiera się na ocenie klinicznej zmian, niekiedy wymaga potwierdzenia badaniami serologicznymi lub molekularnymi. Badania serologiczne powinny być wykorzystywane w celu wykluczenia pierwotnego zakażenia, zwłaszcza u kobiet ciężarnych. Jedną z metod jest również ocena preparatu mikroskopowego z owrzodzenia, w którym stwierdza się obecność komórek Tzancka.

Leczenie: acyklowir, famcyklowir i walacyklowir stosowane w terapii ogólnoustrojowej w ostrym zakażeniu lub w terapii supresyjnej przez co najmniej rok. Powinno zostać one wdrożone w nawracającej opryszczce. W jego doborze bierze się pod uwagę częstość nawrotów opryszczki, np. walacyklowir powinien być stosowany w dawce dziennej 500 mg, jeśli u pacjenta występuje do 10 epizodów rocznie, natomiast powyżej 10 jest wskazaniem do zwiększenia dawki walacyklowiru do 1000 mg dziennie

Od 1982 roku odnotowuje się oporność HSV na acyklowir, zwłaszcza HSV-2, u osób zakażonych HIV wcześniej leczonych acyklowirem, famcyklowirem lub walacyklowirem.

Działanie antywirusowe w kierunku HSV posiada również tenofovir, lek powszechnie stosowany u osób zakażonych HIV. W badaniu CAPRISA przeprowadzonym w populacji heteroseksualnych kobiet (miało ono na celu ocenę skuteczności tenofoviru podanego miejscowo w postaci żelu w zapobieganiu przeniesieniu zakażenia HIV) za-

ważono zmniejszenie ryzyka zakażenia HSV o 51% (w przypadku HIV jedynie 37-45%). Natomiast tenofovir podany doustnie chroni minimalnie lub nie chroni w ogóle przed zakażeniem się HSV (potwierdziło to również badanie IPREX oceniające skuteczność profilaktyki predekspozycyjnej w populacji MSM).

Adenowirusy

Adenowirusy cechuje bardzo duża zakaźność, a główną drogą przenoszenia serotypu 19 i 37 są receptywne kontakty oralne (wykazują duże powinowactwo do spojówek i nabłonka układu moczowo-płciowego). Obserwuje się sezonowość zakażeń – szczyt zachorowań przypada na okres jesienno-zimowy.

Do głównych objawów należą: znaczne problemy z oddawaniem moczu, zapalenie cewki moczowej przebiegające ze śluzową wydzieliną, zapalenie spojówek i afty w jamie ustnej. Ponadto występuje owrzodzenie narządów płciowych, zapalenie szyjki macicy oraz pochwy i sromu.

Zakażenie nie wymaga leczenia, gdyż wirus zostaje samoistnie usunięty z organizmu po około 1 tygodniu od zakażenia.

Diagnostyka zakażenia adenowirusami jest przeprowadzana metodami biologii molekularnej (NAATs).

LGV

Zakażenie to pierwotnie występowało endemicznie na terenie Afryki Równikowej, Indii, Azji Południowo-Wschodniej oraz Ameryki Łacińskiej i Południowej. Natomiast od 2003 roku są notowane kolejne zakażenia w Europie. W 2014 roku stwierdzono 1 416 przypadków ziarnicy wenerycznej pachwin (jednak dane pochodzą jedynie z 21 krajów UE/EEA), z czego 53% przypadków rozpoznano w Wielkiej Brytanii, 20% w Francji i 16% w Holandii. Prawie wszystkie zakażenia (99,7%) stwierdzono w popu-

lacji MSM, z czego aż 87% w grupie osób zakażonych HIV, 34% w grupie wiekowej 35-44 lat, 33% – powyżej 45 lat, a 29% między 25-34 rokiem życia. Niepokojący jest dynamiczny wzrost zachorowań – w 2014 w porównaniu do 2013 roku liczba nowych zakażeń zwiększyła się o 23%.

Obecnie główną drogą przenoszenia zoonoz wenerologicznej pachwin są kontakty seksualne oraz inne praktyki analne, np. fisting, fingering, dzielenie się zabawkami erotycznymi.

W przebiegu LGV po 3-30 dniach od zakażenia rozwija się owrzodzenie w postaci grudki w miejscu wnikięcia bakterii, które najczęściej po około 10 dniach samoistnie zanika. Lokalizacja owrzodzenia w odbycie powoduje wystąpienie zaparcia lub biegunki, bólu w okolicy kroczka i brzucha oraz śluzowo-ropnej wydzieliny. Ze względu na częsty przebieg asymptomatyczny jedynie około 20% pacjentów zauważa owrzodzenie. W II fazie (2-6 tygodni od zakażenia) pojawiają się jednostronnie powiększone bolesne węzły chłonne oraz objawy ogólnoustrojowe (złe samopoczucie, gorączka, ból stawów, mięśni i brzucha). W przypadku zakażenia zlokalizowanego w odbytnicy może występować uczucie parcia na kał z zaparciami lub bez. Ostatecznie może dochodzić do nieodwracalnego włóknienia, słoniowacizny i szczeliny odbytu.

Obecnie zaleca się wykonanie badania molekularnego w tym kierunku u każdego mężczyzny z owrzodzeniem (zwłaszcza odbytu/odbytnicy) i/lub każdego, który w ciągu ostatnich 6 miesięcy miał pasywne kontakty analne.

Leczenie zakażenia *Chlamydia trachomatis* serotypami L1-L3 polega na podawaniu doksycykliny co 12 godzin 100 mg przez 21 dni.

Kiła pierwotna

Po średnio 21 dniach od wnikięcia krętka bladego do organizmu pojawia się wrzód pierwotny (obwałowane, krągłe i bezbolesne owrzodzenie o twardym dnie). W obrębie ust może ono przybierać postać łuszczonego się i nawarstwiającego się nabłonka. Zwykle po 1-2 tygodniach zanika on samoistnie bez leczenia. Jego wystąpieniu może towarzyszyć powiększenie okolicznych węzłów chłonnych. Wydzielina z dna owrzodzenia zawiera dużą liczbę krętków i jest bardzo zakaźna.

Podstawową metodą w diagnostyce kiły jest badanie serologiczne z krwi. Interpretując wynik badania serologicznego należy pamiętać, że odczyny krętkowe szybciej stają się reaktywne od niekrętkowych. W momencie wystąpienia owrzodzenia pierwotnego TPHA może (ale nie musi) być reaktywny, VDRL ujemny, a rzadko wykonywane w Polsce FTA-ABS w klasie IgM reaktywne. Jednak interpretując wyniki badań zawsze należy pamiętać o możliwych przyczynach fałszywie reaktywnych odczynów niekrętkowych i krętkowych (Tabela 5).

Często jednak w okresie występowania owrzodzenia pierwotnego wyniki badań serologicznych są fałszywie ujemne, tzn. w organizmie nie doszło do wytworzenia przeciwciał. Dlatego też zaleca się pobranie wymazu z owrzodzenia i wykonanie badań molekularnych lub ocenę preparatu mikroskopowego. Obecność krętków w preparacie oglądanym w ciemnym polu widzenia świadczy o owrzodzeniu pierwotnym w przebiegu zakażenia krętkiem bladym. Czułość tej metody wynosi 80% (minimalnie stężenie bakterii musi wynosić 10^5 krętków białych w 1 ml), jednak cechuje się ona wysoką specyficznością rzędu 90-100%. Jej wadą jest konieczność posiadania specjalistycznego

Tabela 5. Możliwe przyczyny fałszywie reaktywnych odczynów niekrętkowych i krętkowych

Odczyny niekrętkowe	Odczyny krętkowe
<ul style="list-style-type: none"> • Borelioza • Chłoniaki • Choroby autoimmunologiczne • Choroby zakaźne (np. malaria) • Ciąża • Marskość wątroby • Nadużywanie środków psychoaktywnych • Szczepienia • Zakażenie krętkiem innym niż krętek białdy • Zespół antyfosfolipidowy 	<ul style="list-style-type: none"> • Borelioza • Choroby autoimmunologiczne • Hipergammaglobulinemia • Zakażenie HIV • Zakażenie krętkiem innym niż krętek białdy

wyposażenia, a personel je wykonujący musi posiadać bardzo duże doświadczenie. Ponadto ze względu na to, że w pobranym materiale wykrywa się ruch bakterii, preparat musi zostać natychmiast obejrany pod mikroskopem.

Więcej na temat kiły w *Aspektach Kontry nr 2(72)/2017*.

**Łukasz Łapiński, Jacek Gąsiorowski,
Bartosz Szetela**
**Ośrodek Profilaktyczno-Lecniczy
Chorób Zakaźnych i Terapii Uzależnień,
Wrocławskie Centrum Zdrowia SPZOZ
Uniwersytet Medyczny
im. Piastów Śląskich, Wrocław
Stowarzyszenie na Rzecz Osób Wykluczonych i Zagrożonych Wykluczeniem Społecznym „Podwale Siedem”**

Piśmiennictwo dostępne u autorów artykułu.

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.