



Biuletyn Krajowego Centrum ds. AIDS

W numerze:

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

Irena Przepiórka, Joanna Gałąj,
Krzysztof Malawko, Joanna Kubicka

Str. 1-4

Dopalacze – zachowania ryzykowne

Artur Malczewski, Krajowe Biuro
ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Str. 4-6

HIV/AIDS wśród MSM

Dorota Rogowska-Szadkowska

Str. 6-7

Relacja z XXI Ogólnopolskiego Spotkania Osób Żyjących z HIV/AIDS oraz I Ogólnopolskiego Spotkania Osób HIV 50+

Str. 8

Aspekty

Nierzeźączkowe zakażenia przenoszone drogą płciową

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

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

Stowarzyszenie Wolontariuszy Wobec AIDS „Bądź z Nami”

Wyniki Zakażenie HIV, leczenie i opieka medyczna

W badanej w 2015 roku grupie kobiet zakażenie HIV rozpoznano w ciągu ostatnich 5 lat u 19% (24/128), 5-10 lat temu u 12% (15/128), 10-15 lat temu u 21% (27/128) i ponad 20 lat wcześniej u 20% (25/128) (jedenaście kobiet odmówiło odpowiedzi na to pytanie). Pacjentki zapytano pośrednio o prawdopodobne drogi zakażenia HIV, poprzez sformułowanie pytania z możliwością wyboru więcej niż jednej odpowiedzi o przyczyny wykonania testu na HIV.

Aż 72% kobiet zaznaczyło odpowiedź „trudno powiedzieć”, wraz z innymi odpowiedziami. Można zatem założyć, że ich świadomość drogi jaką doszło do zakażenia w momencie wykonywania testu była niewielka albo nie były przekonane co do swojej motywacji wykonania testu. Równocześnie 30% kobiet podało związek ze stosowaniem narkotyków dożylnie, a tylko 10% – z ryzykownymi zachowaniami seksualnymi. U siedmiu kobiet wykonano test w trakcie ciąży, natomiast niepokojące objawy zaznaczyło 26% pacjentek, zlecenie lekarza – 11%, pobyt w szpitalu – 16% (część tych odpowiedzi była podawana łącznie). Pięć badanych kobiet podała, że nie pytano ich o zgodę na wykonanie testu.

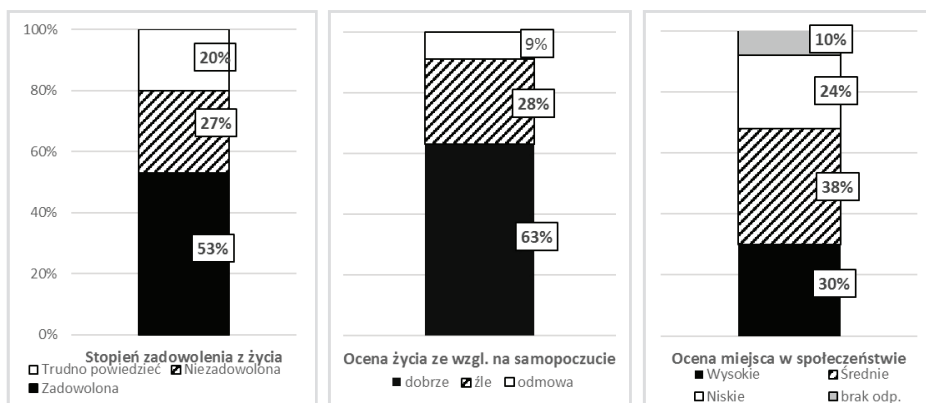
W badanej grupie tylko 9 kobiet nie otrzymywało nigdy leków ARV. Sto dziewiętnaście respondentek (92%) było leczonych antyretrowirusowo; 20% – poniżej 5 lat, 20% – 5-10 lat, 22% – 10-15 lat, 18% – ponad 15 lat, a 20% nie potrafiło podać okresu leczenia.

Wśród kobiet, które były leczone, 86/119 (72%) miało zmieniane leczenie ARV co najmniej raz; u 52 z nich (52/86-60%) była to decyzja lekarza, której przyczyn nie znały, a 30% wiązało zmianę ze złym tolerowaniem leczenia ARV. Pozostałe 8 kobiet podało brak dostępności leków lub inne przyczyny.

Swoją aktualny stan zdrowia większość kobiet określiła jako dość dobry lub bardzo dobry – odpowiednio 21% i 67%. Tylko 12 badanych określiło swój stan zdrowia jako raczej zły, a jedna odmówiła odpowiedzi. Respondentki te określały swoje samopoczucie w ostatnim roku jako „niezadowolona” lub „nie potrafię ocenić”.

Ważnym aspektem leczenia jest też jakość relacji lekarz-pacjent. Ocena komfortu życia ze względu na dostęp do lekarzy została przez 82% respondentek określona jako dobra, 62% pacjentek oceniło bardzo dobrze ośrodek dedykowany osobom zakażonym HIV, a 35% – dobrze. Tylko 4/128 pacjentek oceniło ośrodek jako raczej zły lub odmówiło odpowiedzi. Ocena zaufania do lekarzy placówek specjalistycznych dedykowanych osobom zakażonym HIV była wysoka – 78/128 (61%) respondentek zaznaczyło pełne zaufanie, a 17/128 (13%) duże. 3 pacjentki wyraziły całkowity lub znaczny brak zaufania, a 26/128 (20%) odmówiło odpowiedzi na to pytanie. Ponieważ wszystkie pacjentki zakażone HIV korzystają z placówek im dedykowanych, odmowa odpowiedzi może być równoznaczna z odpowiedzią negatywną.

Poziom zaufania do lekarzy innych placówek służby zdrowia, z których pacjentki korzystały w ciągu ostatniego roku, był niski.



Wykres 4. Ocena samopoczucia – 2015 r.

Oceny podało 79 pacjentek, pozostałe odmówiły odpowiedzi co może być równoznaczne z niekorzystaniem z takich placówek. Całkowity brak zaufania wyraziło 23/79 (29%) respondentek i brak zaufania 16/79 (20%). Tylko 17/79 pacjentek obdarzyło pełnym zaufaniem lekarzy tych placówek.

Emocjonalne czynniki jakości życia z HIV

Respondentkom trzykrotnie na różnych etapach wypełniania kwestionariusza zadano różnie sformułowane pytanie o ich samopoczucie:

- o stopień zadowolenia z życia w ostatnim roku,
- o ocenę życia z punktu widzenia swojego samopoczucia,
- o ocenę swojego miejsca w społeczeństwie.

53% (68/128) kobiet oceniło, że w ostatnim roku było zadowolonych z życia, 27% (35/128) odczuwało niezadowolone, a 20% (26/128) nie potrafiło udzielić jednoznacznej odpowiedzi (Wykres 4). Z kolei w odpowiedzi na pytanie o ocenę życia ze względu na samopoczucie 63% (81/128) oceniło je dobrze, a 28% (36/128) – źle. W tym drugim py-

taniu nie było możliwości wyboru pośredniej oceny, a porównanie odpowiedzi wskazuje, że kobiety niezdecydowane czy są zadowolone czy nie mimo wszystko oceniają swoje życie dobrze. Odpowiedzi niezadowolonych z życia kobiet były zbieżne ze złą oceną swojego życia. Równolegle 30% (38/128) kobiet oceniło swoje miejsce w społeczeństwie jako wysokie, 38% (49/128) – jako średnie i 24% (31/128) – jako niskie. Odpowiedzi kobiet oceniających swoje położenie jako niskie były zbieżne w większości przypadków z tymi, które odczuwały niezadowolenie z życia w ostatnim roku oraz oceniały źle swoje życie ze względu na samopoczucie.

Jednym z istotnych wskaźników poczucia bezpieczeństwa i dobrych relacji z bliskimi jest informowanie o fakcie zakażenia. Obecne badanie potwierdza niektóre zauważone w 2004 roku zjawiska. Głównym partnerem do rozmów jest matka, a następnie partner życiowy (Wykres 5). Zaufanie do innych członków rodziny jest znacznie mniejsze. Poziom zaufania do innych osób rośnie wraz z upływem czasu od zakażenia, a jednocześnie spada wraz z wiekiem.

Istotnym elementem dobrego i złego samopoczucia oraz miejsca w społeczeństwie jest ocena relacji z otoczeniem. W prezentowanym badaniu 70% (90/128) zakażo-

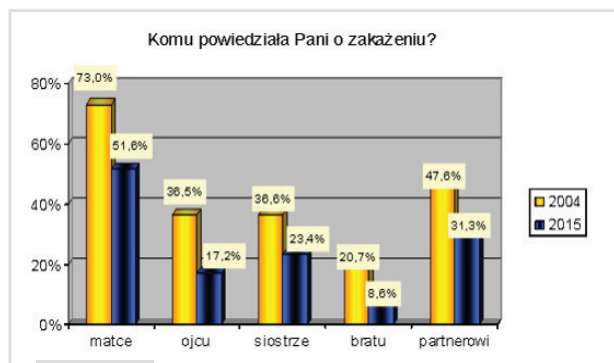
nych kobiet oceniło swoje samopoczucie ze względu na relacje z rodziną jako dobre, a 20% (26/128) – jako złe. 12 respondentek nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie.

Jeszcze lepiej respondentki oceniły swoje życie ze względu na relacje z innymi osobami – 76% (97/128) wypowiedzi pozytywnych i 14% (18/128) negatywnych, 12 respondentek nie udzieliło odpowiedzi.

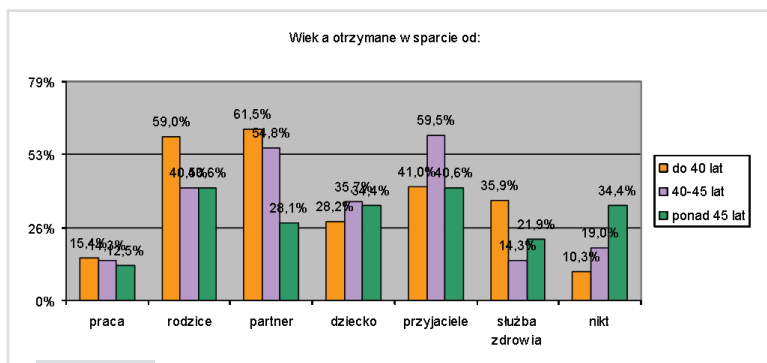
Miarą opisywanych powyżej relacji z otoczeniem jest również poczucie otrzymywania wsparcia psychicznego z jego strony. W odpowiedzi na pytanie wielokrotnego wyboru – od kogo otrzymała Pani wsparcie psychiczne – 20% (26/128) respondentek odpowiedziało, że w ogóle go nie otrzymała i ich odpowiedzi pokrywały się w większości ze złą oceną relacji rodzinnych, a także z innymi osobami lub brakiem odpowiedzi na te pytania. Co więcej osoby te w większości były niezadowolone z życia w ostatnim roku i źle oceniały swoje życie ze względu na samopoczucie.

Oparciem psychicznym dla badanych byli przede wszystkim członkowie rodziny. 49% (63/128) otrzymało takie wsparcie od partnerów życiowych, a 46% (59/128) – od rodziców lub rodzeństwa. Bardzo ważną rolę pełniły tu również dzieci, które były wsparciem dla co trzeciej respondentki (34,4%, 44/128). Warto zauważyć, że im wyższy wiek kobiet, tym mniej deklaracji wsparcia rodziców i rodzeństwa, a więcej – ze strony dzieci.

Poziom otrzymywanego wsparcia wyraźnie koresponduje z przynależnością do grupy wiekowej (Wykres 6). Im starszy wiek, tym mniejsze było otrzymywane wsparcie, a coraz częściej pojawiała się odpowiedź o jego braku. W mniejszym stopniu zjawisko to ujawnia się w odniesieniu do stażu życia z zakażeniem. Wynik ten zdaje się potwier-



Wykres 5.



Wykres 6.

dzać, że kobiety, których moment zakażenia przypadł 11 lat temu, rzadziej otrzymywały wsparcie niż ma to miejsce obecnie.

Kobiety żyjące z HIV nie korzystają z pomocy, której mogą udzielić organizacje społeczne. Grupa korzystających ze wsparcia psychologicznego stanowi niecałe 15% (19/128), podczas gdy w 2004 roku było to około 30% badanych. 16% (20/128) badanych korzystało z pomocy wolontariuszy, ale 25% (32/128) przyznaje, że chciałoby z niej skorzystać. 6,3% (8/128) skorzystało z pomocy rzeczowej organizacji pozarządowych, a 15% (19/128) – z pomocy finansowej. Jednocześnie 23% (29/128) korzystało z pomocy finansowej ośrodków pomocy społecznej.

Badanie wykazało, że 40% (51/128) badanych nie zna organizacji pozarządowych udzielających pomocy kobietom zakażonym (respondentki odpowiadające na pytania ankietkom). Znajomość organizacji pomocowych zdecydowanie rośnie wraz z poziomem wykształcenia i okresem od momentu rozpoznania zakażenia.

W porównaniu z 2004 rokiem niemal nie zmieniła się również grupa kobiet, którym choroba utrudnia spędzanie czasu wolnego w ulubiony sposób – obecnie jest to 24% (31/129) (21% w 2014 r.).

W badaniu z 2015 roku pojawiły się pytania dotyczące oceny swojej sytuacji z podziałem na kilka aspektów.

- Ocena ze względu na realizację marzeń: 47% (60/128) kobiet oceniło swoje życie jako dobre, 39% (51/128) jako złe.
- Ocena ze względu na satysfakcję z życia seksualnego: 50% (64/128) kobiet oceniło swoje życie jako dobre, 30% (38/128) jako złe.
- Ocena ze względu na wykształcenie: 70% (90/128) ocenia swoje życie dobrze.
- Ocena ze względu na macierzyństwo: 55 % (71/128) ocenia jako dobre, 14% (18/128) jako złe, 30% (38/128) odmawia odpowiedź (67,2 badanych posiada dzieci).

Podsumowanie

Jakość życia to kompleksowy sposób oceniania przez jednostkę swojego zdrowia fizycznego, stanu emocjonalnego, samo-

dzielności i stopnia niezależności od otoczenia, a także relacji ze środowiskiem oraz osobistych przekonań. Jakość życia zależna od stanu zdrowia (*Health Related Quality of Life*) jest wielowymiarowa i obejmuje prześtrzeń między człowiekiem, jego chorobą i środowiskiem (naturalnym i społecznym), w którym człowiek żyje.

Choroba i leczenie wywierają bezpośredni wpływ na stan fizyczny i psychiczny chorego, jak i pośredni – na jego sytuację społeczną (w rodzinie, grupie społecznej, środowisku pracy) oraz ekonomiczną (ograniczenie zarobków, koszty leków, itp.). Choroby postrzegane jako wyjątkowo groźne niosą ze sobą dodatkowe obciążenie, jakim jest izolowanie się samego chorego, jak i izolowanie przez otoczenie.

W omawianych badaniach zwraca uwagę powtarzające się zjawisko współwystępowania niskiej oceny położenia społecznego z niektórymi aspektami sytuacji życiowej. Można przypuszczać, że możemy mieć do czynienia z mechanizmem zwrotnego wzmacniania. Zakłócenie postrzegania siebie związane z wykryciem zakażenia, obiektywne czynniki takie jak stan zdrowia, odczuwanie społecznej presji, mogły mieć wpływ na relacje społeczne czy zawodowe. Z drugiej strony, zakłócenia w relacjach społecznych mogły znaleźć swoje odbicie w szansach zawodowych czy możliwościach kontaktu z grupami wsparcia.

Generalnie, w porównaniu z badaniem z 2003/4 r. nastąpiły zmiany w kierunku poprawy samooceny w poszczególnych aspektach życia. Zmiany dotyczą zarówno lepszego poczucia własnej wartości (miejsca w społeczeństwie), jak i sytuacji materialnej oraz stanu zdrowia.

Zmiana w samoocenach koresponduje ze zmianami w sytuacji obiektywnej kobiet. Osoby o wyższej samoocenie lepiej oceniają swoje osiągnięcia życiowe i vice versa, im większe osiągnięcia, tym lepsze oceny. Na poziom samopoczucia nie ma większego wpływu czas, jaki upłynął od zakażenia. Jedynie w grupie respondentek, które dowiedziały się stosunkowo niedawno o swoim zakażeniu, niektóre aspekty życia są oceniane gorzej niż u osób z dłuższym stażem. Można zaryzykować tezę, że samoocena własnej

sytuacji nieco poprawia się wraz z upływem czasu od rozpoznania zakażenia HIV.

Odnotowuje się też pozytywną tendencję w ocenie statusu społeczno-ekonomicznego respondentek. Zmiany miejsca pracy nie są wymuszone, większość kobiet jest zadowolona oraz wzrósł ich standard życia. Równocześnie wyraźnie zaznaczają się obszary problemowe. Nadal wiele kobiet pozostaje poza rynkiem pracy, podczas gdy bezrobocie, a w szczególności długotrwały brak zatrudnienia, uznawane jest za jeden z czynników izolacji społecznej i negatywnej oceny jakości życia. Brak zainteresowania poszukiwaniem pracy przez znaczny odsetek niepracujących kobiet może wynikać z faktu, że wśród respondentek znaczny odsetek stanowiły kobiety samotnie wychowujące dzieci, a jedną z determinant aktywności zawodowej jest właśnie posiadanie dzieci. Można przypuszczać, że sprzężenie różnych czynników: przewlekła choroba i samotne rodzicielstwo, miały wpływ na udzielane odpowiedzi. Większości kobiet nie udaje się oszczędzać; choć nawet te oceniają swoją sytuację ekonomiczną dość dobrze. Niepokojący jest również fakt, że po 30 latach trwania epidemii HIV i licznych kampanii edukacyjnych nadal zdarzają się przypadki, gdy ujawnienie zakażenia skutkuje koniecznością zmiany pracy.

Wsparcie psychiczne jest dla respondentek niezwykle ważne i ma bezpośredni związek z odczuwanym poziomem zadowolenia z życia. Osoby, które otrzymują szersze wsparcie ze strony otoczenia, są jednocześnie zdecydowanie bardziej zadowolone ze swojego życia oraz znacznie wyżej postrzegają swoje miejsce w społeczeństwie. Jest to zapewne relacja dwustronna – pozytywny stosunek do otoczenia sprzyja też pozytywnym reakcjom osób bliskich. Wynik ten należy podkreślić, bowiem wskazuje on, że właśnie społeczne relacje osoby zakażonej, stosunek otoczenia do niej są tymi czynnikami, które bardzo silnie wiążą się z jakością życia. Wydaje się, że mogą one być ważniejsze od takich czynników, jak położenie materialne czy stabilna sytuacja na rynku pracy.

Respondentki, szczególnie młodsze oraz z dłuższym okresem zakażenia HIV, są bardziej otwarte na informowanie o zakażeniu otoczenia. Obserwowane zjawisko

pozwala na sformułowanie przypuszczenia, że postawy wobec zakażeń w społeczeństwie ewoluują (choć wolno) w kierunku większej tolerancji.

Szeroka analiza danych dotyczących sytuacji zdrowotnej kobiet wskazuje na wysoką jakość i poziom zadowolenia ze specjalistycznej opieki w zakresie leczenia zakażenia, chociaż 40% kobiet musi dojeżdżać poza swoje miejsce zamieszkania. W badanej w 2015 roku grupie kobiet, 92% respondentek otrzymywało leki antyretrowirusowe (ARV). Jest to odsetek znacząco przekraczający szacunek dla populacji ogólnej zakażonych HIV, trudno jednak oceniać czy jest to związane z częstym utrzymywaniem leczenia u kobiet po ciąży (67% respondentek miało co najmniej 1 dziecko), czy po prostu kobiety leczone antyretrowirusowo mają częstsze kontakty ze środowiskiem osób zakażonych, częściej zgłaszają się do lekarzy zajmujących się leczeniem HIV/AIDS i w naturalny sposób miały większą szansę na stanie się respondentkami badania. Niemniej wyniki badania pozwalają na stwierdzenie, że sposób zorganizowania opieki nad osobami zakażonymi

HIV zaspokaja aktualne potrzeby pacjentów. W wynikach badania zwracają uwagę niejednoznaczne odpowiedzi wskazujące przyczyny wykonania testów na HIV przez pacjentki. Tylko 40% miało świadomość ryzykowanych zachowań, w tym ¾ to kobiety stosujące narkotyki dożylnie w przeszłości. U pozostałych dominującą przyczyną wykonania badań były objawy kliniczne lub choroba (zlecenie lekarza, pobyt w szpitalu). Aż 7 kobiet zostało zdiagnozowanych w czasie ciąży. Obserwacja ta potwierdza dane z raportu TNS OBOP wykonanego na zlecenie Krajowego Centrum ds. HIV/AIDS w 2012 roku, że osoby heteroseksualne nie mają poczucia, że powinny się testować, a ich kontakty seksualne mogą być traktowane jako zachowanie ryzykowne z punktu widzenia zakażenia HIV.

Wyniki badania ukazują dość pozytywny obraz sytuacji kobiet żyjących z HIV w Polsce. Szczególną uwagę zwraca jednak około 30% grupa respondentek, które swoje samopoczucie i funkcjonowanie w różnych aspektach życia oceniają źle. Biorąc pod uwagę małą reprezentację nieleczonych kobiet w badaniu w stosunku do populacji ogólnej, moż-

na przypuszczać, że grupa kobiet będących w gorszej sytuacji życiowej, niekorzystająca z systemu wsparcia i potrzebująca objęcia ich opieką, jest w rzeczywistości znacznie większa, nawet powyżej 40%. Jest to grupa o nadal niezdefiniowanych potrzebach, której powinny być dedykowane intensywne działania wspierające. Dlatego jednym z priorytetów Stowarzyszenia Bądź z Nami na kolejne lata (2018-20) jest realizacja kolejnego, szerszej zakrojonego badania, z większą, reprezentatywną grupą respondentek, które pozwoli bliżej określić bariery kobiet z trudnościami w funkcjonowaniu. Wyniki prezentowanego badania określają kierunek dalszych działań Stowarzyszenia Bądź z Nami w celu dalszej poprawy sytuacji kobiet zakażonych HIV oraz szerszego rozpropagowania działalności organizacji.

Autorzy:

**Irena Przepiórka¹, Joanna Gałaj¹,
Krzysztof Malawko¹, dr n.med Joanna
Kubicka^{1,2}**

Instytucja:

**¹Stowarzyszenie Wolontariuszy Wobec
AIDS**

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

Dopalacze – zachowania ryzykowne

Według najnowszego raportu Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) nowe substancje psychoaktywne (NSP/„dopalacze”) pozostają ogromnym wyzwaniem dla zdrowia publicznego w Europie. Należy do nich szeroka gama substancji syntetycznych, w tym kannabinoidów, katinonów, opioidów i benzodiazepin, które nie są objęte międzynarodowymi kontrolami substancji odurzających. W 2016 roku za pośrednictwem europejskiego systemu wczesnego ostrzegania wykryto po raz pierwszy 66 NPS — to więcej niż średnio jedna na tydzień. Warto podkreślić, że liczba ta wskazuje na spowolnienie tempa wprowadzania na rynek nowych substancji (w 2015 roku wykryto ich aż 98). Jednakże ogólna liczba dostępnych obecnie substancji utrzymuje się na wysokim poziomie. Do końca 2016 roku EMCDDA monitorowała ponad 620 nowych substancji psychoaktywnych (w porównaniu z około 350 w 2013 r.). Raport przedstawia informację, że w 2015 roku zgłoszono za pośrednictwem EWS niemal 80 tys. konfiskat NSP. Przedmiotem ponad 60% wszystkich

konfiskat nowych substancji w 2015 r. (ponad 47 tys.) były syntetyczne katinony i kannabinoidy. W lipcu 2016 roku MDMA-CHMICA stał się pierwszym syntetycznym kannabinoidem poddanym przez EMCDDA ocenie pod kątem ryzyka po tym, jak za pośrednictwem EWS zgłoszono szkodliwe skutki zażywania tej substancji (w tym około 30 zgonów). W lutym 2017 r. podjęto decyzję o wprowadzeniu ogólnoeuropejskich środków kontroli w stosunku do tej substancji.

Warto zwrócić uwagę na pojawienie się w Europie nowych opioidów. Silnie działające opioidy syntetyczne, wywołujące efekty podobne do efektów zażywania heroiny i morfiny, stają się coraz poważniejszym zagrożeniem dla zdrowia. Chociaż stanowią one niewielki udział w rynku, coraz częstsze są doniesienia o pojawianiu się tych substancji i ich szkodliwych skutkach, w tym przypadkach śmierci wskutek przedawkowania. Warto zwrócić uwagę, że dwadzieścia pięć nowych syntetycznych opioidów wykryto w Europie w latach 2009-2016 (18 z nich to fentanyl). Według raportu EMCDDA fentanyl to wyjątkowo

silne substancje (niektóre wielokrotnie silniejsze od heroiny) stanowiły przedmiot ponad 60% z wszystkich 600 konfiskat nowych opioidów syntetycznych zgłoszonych w 2015 r. Tylko w 2016 roku zgłoszono osiem nowych fentanyli. Substancje te są poważnym zagrożeniem, ponieważ mogą powodować zatrucia nie tylko użytkowników, ale i osób przypadkowo narażonych na ich działanie (np. poprzez kontakt ze skórą, wdychanie), na przykład pracowników pocztowych i celnych oraz personelu służb ratowniczych. Na początku 2017 r. EMCDDA przeprowadziła ocenę ryzyka dwóch fentanyli (akryloilofentanylu i furanylu-fentanylu) po tym, jak zgłoszono ponad 50 zgonów wywołanych zażywaniem tych substancji. Obecnie rozważa się wprowadzenie odpowiednich działań kontrolnych na poziomie europejskim. W odniesieniu do tych oraz innych nowych fentanyli, EMCDDA wydała także w 2016 r. pięć ostrzeżeń dotyczących zdrowia publicznego, skierowanych do swojej sieci działającej w całej Europie. Niniejszy artykuł ma na celu przedstawienie wyników ostatnich badań, które dotyczyły używania „dopalaczy”.

Badanie wśród użytkowników „dopalaczy”

W ramach międzynarodowego badania internetowego przebadano dość dużą grupę użytkowników „dopalaczy”, ponad 1300 osób z Polski¹. Badania ankietowe w internecie zostały przeprowadzone w drugiej połowie 2014 roku. Analiza objęła w sumie 2323 osoby, w tym 1355 z Polski, 536 z Francji, 266 z Holandii i 166 z Czech, które można zakwalifikować jako użytkowników „dopalaczy”. Największa grupa badana to osoby w wieku 15-24 (73%). W Polsce połowa badanych była w wieku 16-18 lat. Większość respondentów to byli mężczyźni (72%, w Polsce: 69%). Badani pytani byli o używanie substancji psychoaktywnych jak również o zachowania ryzykowne. Badanie realizowane było przez Uniwersytet SWPS w Polsce, a liderem projektu było francuskie centrum monitorujące (Reitox Focal Point – OFDT). Najwięcej respondentów z Polski przyjmowało „dopalacze” wspólnie ze znajomymi poza domem (35,4%). Dopalacze przyjmowano również ze znajomymi w domu (29,9%). Respondenci deklarowali przyjmowanie dopalaczy w klubie, barze lub na imprezie, w towarzystwie znajomych (11,7%). Badani deklarowali również używanie „dopalaczy” samotnie (10,7%). W Polsce najbardziej popularne były dwa sposoby przyjmowania „dopalaczy”. Palenie „dopalaczy” zadeklarowało 48,5% badanych. W ten sposób zażywane są przede wszystkim syntetyczne kannabinoidy jak np. Mocarz. Drugą równie popularną metodą przyjmowania „dopalaczy” jest wciąganie. W ten sposób zażywa się syntetyczne katynony, jak np. alfa PVP. W ankiecie I-TREND pytaliśmy się, czy osoby używające ostatni raz nowej substancji psychoaktywnej czuły się niedobrze w wyniku ich zażycia. 48% respondentów z Polski odpowiedziało twierdząco. Ponadto badani, którzy źle poczuili się w wyniku zażycia „dopalaczy”, zapytani byli, czy zgłosili się do szpitala. W Polsce było to 6% badanych, w Holandii – 5%, a we Francji i Czechach – po 4%. Odsetki zostały wyliczone wśród osób, które odpowiedziały, że poczuły się źle. Biorąc pod uwagę, jak dużą liczbę zatruć mieliśmy w Polsce w 2015 roku (ponad 7000), zaskakuje, że tak niewiele osób, które czuły się źle po zażyciu nowej substancji psychoaktywnej, szukała pomocy medycznej. Może to też

wynikać z sytuacji, że nie każdy przypadek wymagał hospitalizacji. Jednym z zagadnień poruszanych w badaniu była kwestia posiadania wystarczających informacji na temat używanego ostatni raz „dopalacza”. Największy odsetek respondentów przyznał się, że miał wystarczające informacje na temat sposobu przyjmowania „dopalaczy” (83%). Jednakże tylko 53% badanych miało informację, jaka jest bezpieczna dawka. Prawie połowa zatem nie wiedziała, ile należy przyjąć nowej substancji, aby można było być pewnym, iż się nie przedawkuje. Także 55% respondentów miało wystarczającą informację na temat ryzyka zdrowotnego związanego z zażywaniem przez nich nowej substancji.

Przyjrzymy się powodom zażywania „dopalaczy”. Najbardziej popularne powody są najbardziej prozaiczne, czyli: zdarzyła się taka okazja (75%) oraz z ciekawości (74%). Kolejnymi powodami wymienionymi przez większość badanych było silne działanie (68%) oraz łatwość dostania „dopalacza” (68%). Najmniejszy odsetek respondentów wskazywał jako powód, że jest trudna do wykrycia w badaniach (35%) oraz że użycie nie jest zabronione i karane (43%).

Dopalacze w iniekcjach

Obraz skali używania „dopalaczy” uzupełniają badania wśród osób problemowo używających substancji psychoaktywnych. Co dwa lata realizowane są wywiady kwestionariuszowe wśród odbiorców programów igieł i strzykawek. Pomiary powtarzane są co dwa lata na przełomie listopada i grudnia i stanowią rodzaj spisu wszystkich klientów programów wymiany. W badaniu uczestniczą punkty wymiany igieł i strzykawek takie, jak dzienne świetlice dla czynnych użytkowników narkotyków, poradnie z wymianą oraz wymiana uliczna igieł i strzykawek. Zdecydowana większość badanych z 2016 roku (93%) była iniekcijnymi użytkownikami narkotyków. Wyniki badania pokazują na wzrost używania „dopalaczy”, a spadek popularności tradycyjnych narkotyków takich, jak np. heroina czy amfetamina.

Odbiorcy programów niskoprogowych pytani byli o używanie poszczególnych substancji psychoaktywnych w ciągu ostatnich 30 dni

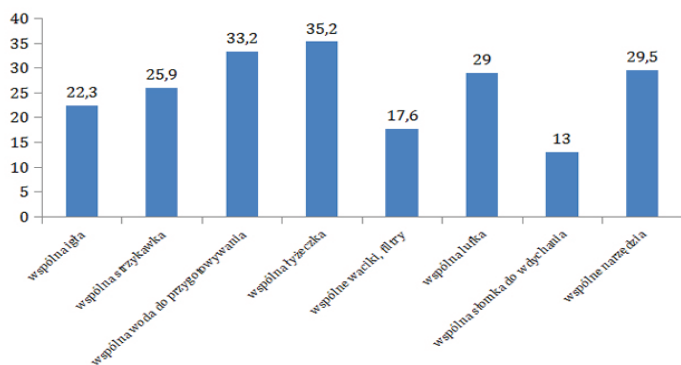
Tabela 1. Używanie substancji psychoaktywnych w ciągu ostatnich 30 dni przez klientów programów wymiany igieł i strzykawek (%) – 2008-2016 r.

Substancja	2008	2010	2012	2014	2016
Amfetamina	61	60	52	39	29
Alkohol	60	73	75	70	71
Polska heroina, „Kompot”	50	33	20	17	15
Heroina	44	45	30	27	27
Benzodiazepiny	40	48	60	50	52
Marihuana/haszysz	40	44	44	34	29
Metadon	30	36	45	57	47
Barbiturany	23	10	5	13	8
Kokaina/crack	8	5	6	9	8
Buprenorfina	5	4	2	4	6
Mefedron	0	10	12	36	24
Inne katynony	-	-	-	-	22

Źródło: Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii

przed badaniem. W Tabeli nr 1. zaprezentowano wyniki dotyczące używania legalnych i nielegalnych substancji od początku realizacji projektu, tj. 2008 roku. W trakcie wywiadów kwestionariuszowych zapytano respondentów o używanie różnego rodzaju opioidów. Najbardziej popularną substancją z tej grupy w 2014 roku był metadon, którego poziom używania wzrósł z 30% (2008 rok) do 57% (2014 rok). Najnowsze dane pokazują na spadek odsetka użytkowników metadonu do 47%. W tym samym czasie odnotowano zmniejszenie używania polskiej heroiny, tzw. kompotu z 50% (2008) do 15% (2016) oraz brązowej heroiny z 44% do 27%. Analizując dane dotyczące opioidów należy przypomnieć, że w 2010 roku na rynkach europejskich odnotowano spadek dostępności heroiny. W efekcie nastąpiła zmiana używanej substancji. W Budapeszcie, Bukareszcie, ale również w Warszawie użytkownicy heroiny zaczęli zastępować ją jednym z syntetycznych kantynonów (dopalaczy), przede wszystkim mefedronem. W 2010 roku do używania mefedronu przyznało się 10% badanych w 2010 roku i 12% – w 2012 roku. Kolejny pomiar odnotował trzykrotny wzrost używania mefedronu do 36% w 2014. W 2016 r. zadaliśmy pytanie o używanie innych katynonów: 24% badanych zadeklarowało używanie mefedronu, a innych katynonów 22%. Jakikolwiek syntetyczny katynon używało 40% respondentów. Warto odnotować, że

1. Artykuł na temat badania I-TREND: Artur Malczewski, Piotr Sałustowicz: I-Trend – badanie dotyczące nowych substancji psychoaktywnych — SIN 4/2015 (72) znajduje się na stronie: [http://www.praesterno.pl/download/files/Serwis%20Informacyjny%20Narkomania%202015-4%20\(72\).pdf](http://www.praesterno.pl/download/files/Serwis%20Informacyjny%20Narkomania%202015-4%20(72).pdf)



Wykres 1. Dzielnie się sprzętem osób zażywających narkotyki i dopalacze w iniekcjach (n=193) (%)

mefedron został zdelegalizowany w 2010 roku. Widać, że w ciągu ostatnich kilku lat odnotowano duży wzrost użytkowników tzw. „dopalaczy”: od co dziesiątego w 2010 do blisko połowy odbiorców programów wymiany igieł i strzykawek. Badani zostali zapytani o podejmowanie zachowań ryzykownych. Wykres 1 przedstawia dane dotyczące zachowań ryzykownych wśród osób używających narkotyki w iniekcjach w ciągu ostatniego miesiąca przed badaniem. Co czwarty (26%) z badanych uży-

wał wspólnej strzykawki, a ponad co piąty – igły (22%). Największe odsetki deklaruowały używanie wspólnej łyżeczki (33%).

Podsumowanie

Wyniki badań wskazują na wzrost używania „dopalaczy” wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków oraz spadek popularności „tradycyjnych” narkotyków. Ponadto internetowe badania wśród młodzieży odnotowują, że

użytkownicy „dopalaczy” mają niewielką wiedzę na temat substancji po które sięgają. Warto zatem zastanowić nad działaniami z zakresu informacji, edukacji jak również profilaktyki wskazującej i selektywnej oraz redukcji szkód, adresowanych do użytkowników „dopalaczy”. Skala używania „dopalaczy” nie jest duża, bo ostatnie badania z 2016 roku przeprowadzone na młodzieży odnotowują 3.5% badanych deklarujących używanie kiedykolwiek oraz 1% w ciągu ostatniego roku². Dlatego też działania powinny być adresowane do grup szczególnie zagrożonych „dopalaczami”. Warto zwrócić uwagę, że dane EMCDDA wskazują na pojawienie się wyjątkowo silnych substancji opioidów syntetycznych z grupy fentanyli w Europie, które są o wiele bardziej niebezpieczne niż heroina. Używanie tych nowych opioidów może w łatwy sposób prowadzić do przedawkowań i zgonów.

Artur Malczewski
Centrum Informacji o Narkotykach
i Narkomanii, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

2. Raport z badania dostępny jest na stronie CINN: http://www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res_id=1150305

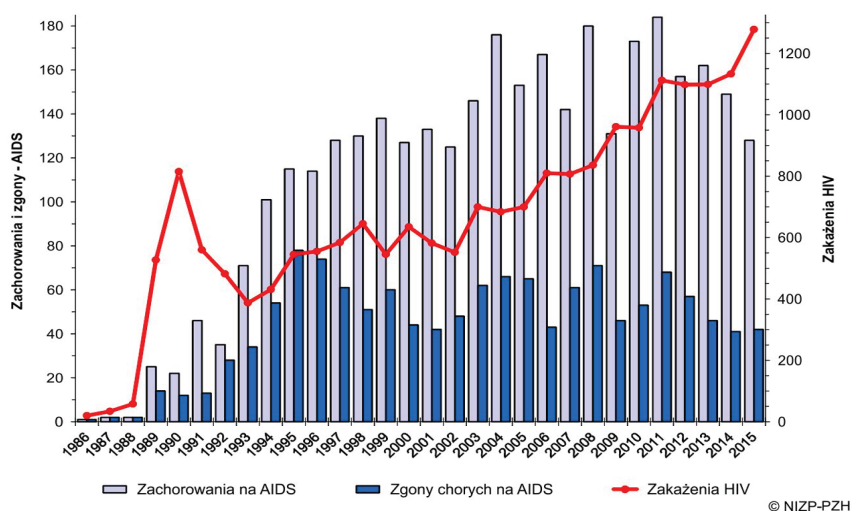
HIV/AIDS wśród MSM

Epidemia HIV/AIDS trwa w Polsce od ponad 30 lat. Pierwsze zakażenia HIV rozpoznano w 1985 roku: u 6 mężczyzn chorych na hemofilię, 4 mężczyzn homoseksualnych i 1 kobiety sprzedającej usługi seksualne¹. Trzy lata później stwierdzono zakażenie u osoby przyjmującej narkotyki w iniekcjach² i w przez wiele lat dominowała w naszym kraju ta droga zakażenia. Tyle tylko, że w ostatnich latach wiele się zmieniło.

W międzyczasie, w 1992 roku, wprowadzono termin MSM – ang. *men who have sex with men* – by umożliwić określanie wielu zachowań seksualnych między mężczyznami i uniknięcie charakteryzowania mężczyzn dokonujących takich zachowań poprzez orientację seksualną (homo-, bi-, heteroseksualną) lub identyfikację genderową (mężczyźni, kobiety, osoby trans płciowe, queer). Dlatego kategoria MSM obejmuje mężczyzn identyfikujących się jako: geje, mężczyzn identyfikujących się jako heteroseksualiści uprawiający seks z mężczyznami, mężczyzn biseksual-

nych, mężczyzn żonatych, mężczyzn sprzedających usługi seksualne, mogących mieć każdą z orientacji seksualnych, mężczyzn angażujących się w takie zachowania w środowiskach, w których są tylko mężczyźni, jak więzienia i wiele innych³.

Jak pokazuje Rycina 1, w Polsce liczba zakażeń HIV systematycznie wzrasta. Warto też zauważyć, że mimo wprowadzenia, także w Polsce, pod koniec lat 90. skojarzonej terapii antyretrowirusowej, liczba zachorowań na AIDS obniżyła się w niewielkim stopniu.



Rycina 1. Rozpoznane w Polsce zakażenia HIV, zachorowania i zgony na AIDS w latach 1986 – 2015 [http://www.old.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/hiv_aids/index.htm (dostęp: 20.09.2017)].

1. Rosinska M. Current trends in HIV/AIDS epidemiology in Poland, 1999 -2005. *Euro Surveill* 2006;11:94-7.

2. Szata W. AIDS i zakażenie HIV – 1988 rok. *Przegl Epidemiol* 1990;44:130-3.

3. Beyrer C, Baral SD, van Griensven F, et al. Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. *Lancet* 2012; 380: 367–77.

Tabela 1. Rozpoznania zakażeń HIV i liczby MSM poddających się testom w latach 2005 – 2014 [na podstawie publikacji danych epidemiologicznych w Przeglądzie Epidemiologicznym w latach 2003 – 2016].

Rok	Liczba MSM wykonujących testy na HIV	Liczba stwierdzonych zakażeń HIV	Liczba przypadków AIDS
2005	636	39	14
2006	311	31	15
2007	385	22	16
2008	419	49	24
2009	608	63	19
2010	349	153	29
2011	669	300	44
2012	379	340	25
2013	326	269	46
2014	456	275	38
RAZEM	4538	1541	270

Z danych publikowanych przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny w czasopiśmie Przegląd Epidemiologiczny wynika, że w 2009 roku liczba nowo rozpoznanych zakażeń HIV wśród MSM zaczęła przewyższać liczbę osób zakażonych w następstwie przyjmowania narkotyków w iniekcjach. W 2010 roku, mimo że poddało się testom prawie o połowę mniej MSM niż rok wcześniej, liczba rozpoznanych zakażeń wzrosła z 63 w roku poprzednim do 153 – o 90 przypadków. W reakcji na tę zmianę prowadzono kampanię profilaktyczną pod hasłem „Prezerwatywa przedłuża przyjemność”. Mimo to w 2011 roku stwierdzono ponownie wzrost, prawie o 100%. Ilustruje te dane Tabela nr 1, jednak nie są to pełne dane. Od lat ponad połowa zgłoszeń, a w niektórych latach jeszcze więcej, nie zawiera informacji o prawdopodobnej drodze zakażenia.

W latach 2005 – 2014 rosła też liczba rozpoznanych przypadków AIDS wśród MSM.

Tabela 2. Liczba nowych rozpoznań HIV, AIDS i gonów wśród MSM w pierwszej połowie 2017 roku (www.oldpage.epimeld/hiv_aids.index.hrm (dostęp: 20.09.2017)).

Miesiąc 2017 roku	Liczba rozpoznanych zakażeń HIV wśród MSM	Liczba przypadków AIDS wśród MSM	Liczba zgonów na AIDS wśród MSM
I	45	2	
II	33	0	1
III	17	1	
IV	26	3	1
V	51	2	
VI	14	0	
RAZEM	186	8	2

Wśród 38 zachorowań w 2014 roku 2 dotyczyły mężczyzn mających mniej niż 20 lat.

W pierwszym półroczu 2017 roku liczba zakażeń HIV wśród MSM w dalszym ciągu przewyższała znacząco liczbę zakażeń wśród pozostałych osób takich, jak przyjmujący narkotyki w iniekcjach czy osoby zakażone w następstwie kontaktów heteroseksualnych. Dane te przedstawiono w Tabeli 2.

Epidemię AIDS spostrzeżono w 1981 roku w USA wśród homoseksualnych mężczyzn⁴ (wcześniejsze zachorowania na AIDS w Afryce nie od razu zostały zauważone)⁵. W jej początkach dokonywano prób organizowania się środowisk homoseksualnych mężczyzn, kierowano do nich profilaktykę, w której podkreślano znaczenie zmniejszania liczby partnerów seksualnych, odpowiedzialności za siebie i partnerów, używania prezerwatyw. Ale to tylko na krótko zmniejszyło częstość nowych zakażeń w tej grupie. W ostatnich latach wzrost nowych zakażeń wśród MSM obserwowany jest niemal we wszystkich krajach rozwiniętych, mimo kampanii profilaktycznych kierowanych do mężczyzn. Tak dzieje się także w Polsce.

Dokonywane próby wyjaśnienia przyczyn tej sytuacji nie dają jednoznacznej odpowiedzi. W Polsce entuzjastyczne głosy dotyczą profilaktyki przedekspozycyjnej (przyjmowania leków antyretrowirusowych w celu zapobieżenia infekcji, określanych anglojęzycznym skrótem PrEP), która stanie się znacznie tańsza dzięki pojawieniu się leków generycznych (odtwórczych). Jednak leki przyjmowane długo mogą powodować po dłuższym czasie działania niepożądane inne niż obserwowane u osób zakażonych. Leki antyretrowirusowe chronią też tylko przed HIV, a chorób przenoszonych przez kontakty seksualne jest znacznie więcej. Przed laty w środowisku warszawskich MSM dość często zdarzały się wszy łonowe. W ostatnim roku pojawiają się ogniska zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu A, także wśród MSM, coraz częściej rozpoznawana jest kiła i inne choroby przenoszone drogą płciową.

W tej sytuacji może warto jednak powrócić do prób ograniczania epidemii wśród MSM z początków epidemii, do przypominania, że:

- nie wszyscy partnerzy seksualni powiedzą o swoim zakażeniu HIV, bo albo sami o nim nie wiedzą, albo nie potrafią tego powiedzieć ze strachu przed odrzuceniem,
- prezerwatywy znacząco zmniejszają ryzyko zakażenia HIV, ale także innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową, w dodatku nie powodują działań niepożądanych,
- seks jest wspaniałą, ale nie zawsze bezpieczną.

Może dzięki temu do poradni internetowej Krajowego Centrum przychodzić będzie mniej listów od mężczyzn, zwykle bardzo młodych, niemających podstawowych informacji o seksualności człowieka, a przerażonych, że kontakt z nowo poznanym partnerem mógł doprowadzić do zakażenia HIV.

Dorota Rogowska-Szadkowska,
Zakład Medycyny Rodzinnej Uniwersyte-
tu Medycznego w Białymstoku

4. CDC. Pneumocystis pneumonia – Los Angeles. *Morb Mortal Wkly Rep* 1981;30:250-2.

5. Sharp PM, Hahn BH. Prehistory of HIV-1. *Nature* 2008;455:605-6.

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”

Relacja z XXI Ogólnopolskiego Spotkania Osób Żyjących z HIV/AIDS oraz I Ogólnopolskiego Spotkania Osób HIV 50+

W dniach 3-7 września br. pod Kościerzyną, na Kaszubach, odbyło się XXI Ogólnopolskie Spotkanie Osób Żyjących z HIV/AIDS, zorganizowane jak co roku przez stowarzyszenie Ogólnopolska Sieć Osób Żyjących z HIV/AIDS „SIEĆ PLUS”.

Chęć udziału w spotkaniu zadeklarowało znacznie więcej osób, niż zostało przewidzianych miejsc (85). W tym roku jednak spotkanie zaplanowane zostało dla bardzo ograniczonej liczby uczestników, którzy do tej pory nie brali udziału w Ogólnopolskich Spotkaniach lub niedawno dowiedzieli się o swoim statusie serologicznym. Równolegle odbyło się I Ogólnopolskie Spotkanie Osób HIV 50+ dla 60 uczestników powyżej 50. roku życia. Jest to stale rosnąca grupa osób żyjących z HIV, która często boryka się ze szczególnymi problemami zdrowotnymi i społecznymi. Dla Sieci Plus jak zawsze bardzo ważne było to, aby uczestnicy wywodzili się ze wszystkich grup środowiskowych i orientacji seksualnych. W obu spotkaniach w sumie udział wzięło 85 osób, z czego 80% stanowiły osoby, które w spotkaniu uczestniczyły po raz pierwszy; niestety pomimo rozesłania wielu zaproszeń zaledwie kilka osób było świeżo zdiagnozowanych. Wiek uczestników to od 25 do 76, przyjechali reprezentanci większości województw.

Pierwszego dnia miało miejsce spotkanie integracyjne, polegające na rundzie pytań do uczestników o ich sytuację życiową, cele, zainteresowania itp.

Pięciodniowe spotkanie miało między innymi na celu zwiększenie wiedzy o zakażeniu, terapiach lekowych oraz integrację środowiska osób seropozytywnych. Przed dwa dni (4-5 września) odbywały się wykłady prowadzone przez lekarzy specjalistów. Wykłady medyczne przeplatane były informacjami o sprawach społecznych, zdrowym odżywianiu, zdrowiu seksualnym, psychicznych i prawach pacjenta. Na zajęciach dla uczestników 50+ poruszono takie kwestie, jak: choroby kości, nadciśnienie, koinfekcje czy szczególne zalecenia dla osób starszych w kontekście HIV. Ważne były również spotkania indywidualne osób nowych z tymi, które już nauczyły się żyć z wirusem. Niewielka grupa miała też możliwość popracować z psychoterapeutą. Kierownictwo ośrodka zadbało, by goście dobrze się czuli, a posiłki były bardzo obfite i smaczne. Podczas pożegnania zaproszono nas do ponownego przyjazdu w przyszłym roku.

Dla wielu uczestników była to pierwsza możliwość otwartego mówienia o swoim zakażeniu. Nawiązały się nowe przyjaźnie i znajomości. Spotkanie było okazją do podzielenia się życiowymi doświadczeniami, troskami i radościami oraz dało możliwość uczestniczenia w ciekawych warsztatach i wykładach.

W dniu 6 września odbyło się nadzwyczajne zebranie Sieci Plus, wprowadzające pewne zmiany organizacyjne oraz w ramach którego przeprowadzone zostały wybory nowego pięcioosobowego zarządu, uwzględniającego równowagę płci (3 mężczyźni i 2 kobiety) oraz udział różnych części kraju.

W trakcie spotkania 6 września odbyło się spotkanie wysokiego szczebla na prośbę zaprzyjaźnionej organizacji ECUO w języku rosyjskim i angielskim w sprawie wypracowania strategii programowania terapii ARV (z wyłączeniem efawirenzu) w 15 krajach Europy Wschodniej i Azji Centralnej, w którym uczestniczyły takie organizacje, jak: EATG, UNICEF, UNAIDS, GNP+, Bądź z Nami, odbyła się też telekonferencja z Dyrektorem WHO oraz ze Światowym Funduszem na rzecz walki z AIDS, Gruźlicą i Malarią.

Polskie spotkania osób żyjących z HIV/AIDS stały się znane w wielu krajach Europy Środkowej i Wschodniej. Stanowią przykład pozytywnej prewencji. Wiemy, że w niektórych krajach nasi zagraniczni koledzy noszą się z zamiarem zorganizowania podobnych spotkań.

Do zobaczenia za rok.

Redakcja



kontra 

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

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

Egzemplarz bezpłatny
Redakcja zastrzega sobie prawo
adjustacji i skracania artykułów.

aspekty

Dodatek do Biuletynu Krajowego Centrum ds. AIDS



Nierzeżączkowe zakażenia przenoszone drogą płciową

Przyczyną około 25% zakażeń dróg moczowo-płciowych jest dwoinka rzeżączki (*Neisseria gonorrhoeae*), natomiast pozostałe 75% stanowią nierzeżączkowe zakażenia (NGU, *nongonococcal urethritis*). Patogeny wywołujące NGU oraz częstość ich występowania w zakażeniu cewki moczowej przedstawiono w Tabeli 1. Ze względu na duże różnice w ich występowaniu w poszczególnych regionach świata, różne sposoby diagnostyki, zróżnicowane przebadane populacje, podane częstości mają dużą rozpiętość (na dzień dzisiejszy brak dokładniejszych danych).

Tabela 1. Patogeny wywołujące NGU oraz częstość ich występowania w zakażeniu cewki moczowej.

Patogen	Częstość występowania
<i>Chlamydia trachomatis</i>	11-50%
<i>Mycoplasma genitalium</i>	6-50%
<i>Ureaplasma urealyticum</i>	5-26%
<i>Trichomonas vaginalis</i> (rzęsistek pochwowy)	1-20%
HSV	2-3%
Adenowirusy	2-4%

Rodzaj zakażenia i jego przebieg w przypadku zakażenia *Chlamydia trachomatis* zależy od serotypu. Serotypy D-K wywołują NGU, A-C jaglicę oczu, a L1, L2 i L3 – ziarnicę weneryczną pachwin (*lymphogranuloma venerum*, LGV).

W niniejszym artykule zostaną omówione tylko NGU o podłożu bakteryjnym. Zakażenia wywołane pierwotniakami (rzęsistek pochwowy), wirusami (HSV, adenowirusy, EBV) i grzybami (*Candida spp.*) przebiegają odmiennie, a co za tym idzie, diagnostyka – w tym różnicowa – jest odmienna. Np. w ziarnicy wenerycznej pachwin, zakażeniu HSV, adenowirusami pojawiające się owrzodzenie musi być różnicowane z objawem pierwotnym w przebiegu kiły.

Drogi zakażenia

Do zakażenia patogenami wywołującymi NGU u osób dorosłych dochodzi praktycznie wyłącznie drogą kontaktów seksualnych. Ryzyko zaka-

żenia zależy od płci i jest większe u kobiet niż u mężczyzn. W grupie MSM często stwierdza się jednocześnie zakażenie cewki moczowej, gardła i (lub) odbytu.

Zakażenie *Chlamydia trachomatis* podczas oralnych kontaktów seksualnych jest minimalne (w przeciwieństwie do rzeżączki i kiły), natomiast główną drogą przenoszenia ziarnicy wenerycznej pachwin są praktyki analne, np. fisting, fingering, dzielenie się zabawkami erotycznymi.

Epidemiologia

W 2014 roku rozpoznano 396 128 zakażeń *Chlamydia trachomatis* (dane pochodzą z 26 krajów, w których zakażenia są raportowane), z czego aż 60% stwierdzono w Wielkiej Brytanii, a 23% – w Danii, Norwegii i Szwecji. W przeliczeniu na liczbę mieszkańców częstość występowania wynosiła 187 przypadków na 100 000 osób. Tak różne wartości w poszczególnych krajach wynikają z odmiennych systemów wykonania badań przesiewowych (u osób aktywnych seksualnie vs. pacjentów z objawami), stosowanych metod diagnostycznych (badania molekularne vs. tradycyjne posiewy mikrobiologiczne/badania serologiczne), ich raportowania (badania anonimowe vs. po podaniu danych osobowych), diagnostyki (placówki państwowe vs. prywatne praktyki), a nie z różnej częstości zakażeń w poszczególnych krajach (w krajach o wysokiej prevalencji odsetek osób zakażonych jest 5 000 razy wyższy niż na obszarach o niskiej prevalencji!).

Duża liczba rozpoznawanych przypadków zakażenia *Chlamydia trachomatis* w Wielkiej Brytanii wynika z powszechnego anonimowego badania wszystkich osób aktywnych seksualnie.

Zakażenie *Chlamydia trachomatis* jest najczęściej rozpoznawane u kobiet, następnie heteroseksualnych mężczyzn, a najmniej przypadków jest notowanych w populacji MSM (mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami).

Tabela 2. Liczba i częstość zakażeń *Chlamydia trachomatis* w wybranych krajach UE/EEA w 2014 roku (więcej informacji w European Centre for Disease Prevention and Control, 2016)

Kraj	Częstość				
	2010	2011	2012	2013	2014
Dania	505	478,7	472,8	494,1	548,8
Estonia	129,7	133,5	122,5	119,7	112,9
Finlandia	239,7	254,2	245,3	243,5	243
Islandia	691,7	656,6	600,2	677	529,1
Irlandia	118,7	140,2	134,9	137	142,9
Norwegia	463,7	457,9	431	440,5	485,7
Polska	1,4	0,8	0,8	1,1	0,7
Słowacja	3,5	5,7	14	17	19
Szwecja	395,4	395,7	398,3	365,3	374,6
Wielka Brytania	349,5	344,1	376	373	367,6
cała UE/EEA	178,9	178,3	184,8	184,5	187,2

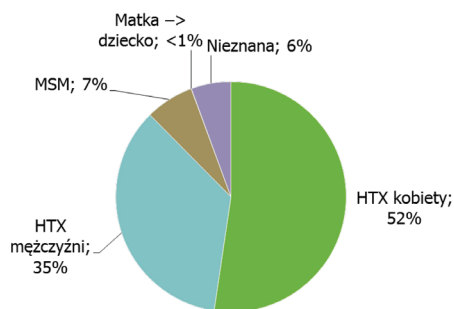
W nielicznych państwach (np. Węgry, Polska, Malta, Słowenia, Litwa) sytuacja epidemiologiczna jest odwrotna (więcej u mężczyzn).

Chlamydia trachomatis i *rzęsistek pochwo- wy* są jedynymi patogenami przenoszonymi drogą płciową częściej występującymi u kobiet niż mężczyzn (poza mikroorganizmami/ chorobami występującymi tylko u jednej z płci, np. bakteryjne zapalenie pochwy, grzybica u mężczyzn!).

Ponadto zakażenie *Chlamydia trachomatis* najczęściej (39%) występuje w grupie 20-24 lat, a następnie – 15-19 lat. Jest to o tyle niepokojące, że dominują zakażenia wśród osób heteroseksualnych, a nieleczone zakażenie u kobiet może prowadzić do niepłodności (więcej informacji w części omawiającej objawy). Drogi przenoszenia zakażenia *Chlamydia trachomatis* w 2014 roku w UE/EEA przedstawiono na Rycinie 1.

Również różne systemy i zasady diagnostyki wpływają na znaczne rozbieżności w częstości występowania pozostałych STI odpowiedzial-

1. Obecnie grzybicę u kobiet nie uważa się za chorobę przenoszoną drogą płciową; różnica w klasyfikacji wynika z budowy anatomicznej – u kobiet anatomia narządów płciowych sprzyja zakażeniom grzybiczym (np. po antybiotykoterapii).



Rycina 1. Drogi przenoszenia zakażenia *Ch. trachomatis* w 2014 roku w UE/EEA

nych za NGU. Wiele krajów (np. Polska) nie posiada żadnych danych. Dotyczy to chociażby ziarnicy wenerycznej pachwin oraz coraz groźniejszego patogenu jakim jest *Mycoplasma genitalium* (w UE brakuje również systemu monitorującego częstość jej oporności na makrolidy).

Dostępne nieliczne dane wskazują że *Mycoplasma genitalium* występuje najczęściej u mężczyzn między 25-34 r. ż. i kobiet w wieku od 35 do 44 lat oraz częściej u heteroseksualnych niż homoseksualnych mężczyzn (szczyt zakażeń przypada średnio o 5 lat później niż dla *Chlamydia trachomatis*² – ale wcześniej niż w przypadku ziarnicy wenerycznej pachwin).

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 populacji MSM, z czego aż 87% w grupie osób zakażonych HIV, aż 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%.

W Polsce, przeciwnie niż w całej UE, zapadalność na *Chlamydia trachomatis* w 2015 roku zmniejszyła się w porównaniu do lat 2005-2009 (w 2015 roku odsetek nowych zakażeń wynosił 0,95 na 100 000 mieszkańców, a wartość mediany odsetka dla lat 2005-2009 – 1,82).

Obecnie w Polsce zgłaszana zapadalność na choroby przenoszone drogą płciową jest mniejsza od średniej dla UE. Nie wynika to z mniejszej liczby zakażeń – powodem jest:

- mała dostępność do wysokospecjalistycznej diagnostyki laboratoryjnej (nadal zbyt często są wykonywane

badania serologiczne zamiast badań metodami biologii molekularnej) wadliwy system raportowania (badań nie można wykonać anonimowo

- zniechęca to osobę z objawami do wizyty u lekarza i wykonania badania z obawy przed ujawnieniem zakażenia np. jej bliskim).

Powyższe przyczyny skłaniać mogą wiele osób do samoleczenia lub wizyt prywatnych (podczas których często nie są zbierane najważniejsze dane epidemiologiczne).

Przebieg kliniczny

W przeważającej większości przypadków NGU jest zakażeniem miejscowym ograniczającym się do cewki moczowej, szyjki macicy, odbytu i gardła oraz spojówek (częstość zależy od rodzaju patogenu). **U 10-30% mężczyzn oraz ponad 50% kobiet zakażenie *Chlamydia trachomatis* może przebiegać bezobjawowo.** Odsetki te są jeszcze większe w przypadku chociażby *Mycoplasma genitalium*.

NGU cewki moczowej u mężczyzn

U mężczyzn okres wylegania choroby wynosi zwykle od 1 do 3 tygodni. Pierwszym objawem może być uczucie pieczenia (czasami opisywane jako swędzenie lub mrowienie) w ujściu cewki moczowej nasilające się podczas oddawania moczu. Wkrótce pojawia się skąpa wydzielina z cewki moczowej, najczęściej śluzowa, rzadziej surowiczowo-śluzowa lub śluzowo-ropna. Często występuje ona tylko po dłuższym nieoddawaniu moczu i/lub kilkukrotnym uciśnięciu cewki moczowej/członka.

Objawy nieleczonego zakażenia stopniowo mijają, jednak osoba taka nadal jest zakażona. Ponadto u 15-25% pacjentów obserwuje się nawracające NGU³. Pomimo leczenia objawy nie ustępują (zawsze należy wziąć pod uwagę ponowne zakażenie). Najczęściej izolowanym patogenem w nawracającym NGU jest *Mycoplasma genitalium* (20-40%), następnie *Chlamydia trachomatis* (10-20% mężczyzn leczonych 1,0 gramem azytromycyny), *Trichomonas vaginalis* (występuje endemicznie u do 10%).

Po ustąpieniu objawów większość mężczyzn, którzy nie otrzymali skutecznej antybiotykoterapii, nadal jest zakażona patogenami wywołującymi NGU. Brak lecze-

nia może prowadzić do zajęcia tylnej części cewki moczowej, gruczołu krokowego, najądrzy, ale również **osoba taka może zakażać kolejnych partnerów/ kolejne partnerki seksualne, jeśli nie stosuje prezerwatywy podczas wszystkich rodzajów kontaktów seksualnych.**

NGU narządów płciowych u kobiet

U kobiet okres wylegania również wynosi najczęściej od 1 do 4 tygodni. Ze względu na niewielką ilość wydzieliny często nie obserwuje się upławów. Pieczenie i ból podczas oddawania moczu, zwiększone parcie na mocz oraz potrzeba częstszego jego oddawania wynikają z wtórnego zajęcia cewki oraz pęcherza moczowego i pojawiają się dopiero po pewnym czasie. Ponadto obserwuje się krwawienia między menstruacjami lub po dopochwowym kontakcie seksualnym. Jednak jeszcze raz należy podkreślić, że u kobiet w ponad 50% NGU przebiega bezobjawowo. Bez specjalistycznych badań nie ma możliwości jego wykrycia.

NGU odbytu

Nierzeżączkowe zakażenie odbytu najczęściej przebiega bezobjawowo (szacuje się, że odsetek ten jest jeszcze większy niż NGU żeńskich narządów płciowych). W przypadku ich wystąpienia nasilenie objawów jest różne. Najczęściej występuje: niewielkie swędzenie, ból lub pieczenie w okolicach odbytu, uczucie parcia na stolec, zaparcia lub biegunka, krwawienia, obecność skąpej, śluzowej lub śluzowo-ropnej wydzieliny. Może również rozwijać się zapalenie odbytnicy, jelita grubego, a nawet jelita cienkiego.

W przebiegu LGV po 3-30 dniach od zakażenia rozwija się owrzodzenie w odbytnicy, które najczęściej po około 10 dniach samoistnie znika. W II fazie (2-6 tygodni od zakażenia) pojawiają się uczucie parcia z zaparciami lub bez, jednostronnie powiększone bolesne węzły chłonne oraz objawy ogólnoustrojowe (gorączka, ból brzucha). Ostatecznie może dochodzić do nieodwracalnego włóknienia, słońowacizny i szczeliny odbytu.

NGU gardła

Do zakażenia patogenami wywołującymi nierzeżączkowe zakażenie gardła najczęściej dochodzi w wyniku kontaktów oralnych,

2. Szczyt zachorowań *Chlamydia trachomatis* dla kobiet to 16-19 lat, a mężczyzn – 20-24 lat.

3. Nawracające NGU – nawrót objawów w ciągu 30-90 dni od zakończenia leczenia ostrego NGU

przy czym fellatio jest znacznie częściej jego przyczyną niż cunnilingus. Ryzyko zakażenia tą drogą jest zdecydowanie mniejsze od rzeżączki lub kiły.

W 99% przypadków nierzęączkowe zapalenie gardła przebiega bezobjawowo. U osób chorujących objawowo objawy nie różnią się od zapalenia gardła o innej etiologii.

Powikłanie nieleczzonego NGU

Powikłaniem nieleczzonego NGU u kobiet może być zapalenie narządów miednicy mniejszej (*pelvic inflammatory disease*, PID). Większość PID ma przebieg bezobjawowy (60%) lub łagodny (cięższe lub dłużej trwające miesiączki, krwawienie podczas kontaktu seksualnego i/lub po nim, krwawienie między kolejnymi okresami, wydzielina z pochwy, dysuria). Mogą one przejść w postać ciężką (4% wszystkich PID) z nudnościami i wymiotami, gorączką powyżej 38°C, podwyższonym CRP, ropniem jajowodów i jajników oraz zapaleniem otrzewnej. Ponieważ główną grupą, u której występuje zakażenie (również bezobjawowe) *Chlamydia trachomatis*, są kobiety poniżej 25 r. ż., na dzień dzisiejszy uznaje się PID za jedną z ważniejszych przyczyn bezpłodności. Stan zapalny i jego konsekwencje mogą prowadzić do niedrożności jajowodów. Odsetek kobiet, u których dochodzi do bezpłodności, zależy od liczby epizodów PID (8-10% – jeden, 20% – dwa, powyżej 40% – trzy i więcej), ich nasilenia (łagodny – 0,6%, ciężki – 21,4%) i czasu od wystąpienia PID do rozpoczęcia leczenia (0% jeśli leczenie zostanie rozpoczęte w ciągu dwóch pierwszych dni, 17,8% – przy leczeniu rozpoczętym trzeciego lub w kolejnych dniach). Dlatego też tak ważna jest diagnostyka przesiewowa młodych kobiet. Ponadto PID zwiększa 6-10 razy ryzyko rozwoju ciąży ektopowej.

U mężczyzn może dochodzić do zapalenia gruczołu krokowego i najądrzy, również prowadzących do bezpłodności.

Kolejnym powikłaniem rozwijającym się u obu płci jest zapalenie tkanki okołowątrowej (zespół Fitz, Huga i Curtisa) oraz SARA (*sexually acquired reactive arthritis*), przebiegający z następującymi objawami: bóle stawów (artralgia), zapalenie stawów

nadgarstkowych, śródrečno-paliczkowych, skokowych oraz kolanowych.

Diagnostyka

Obecnie preferowaną metodą diagnostyki nierzęączkowego zakażenia, niezależnie od jego lokalizacji i rodzaju patogenu⁵, jest badanie metodą NAAT (*Nucleic Acid Amplification Tests*), czyli badanie molekularne (genetyczne).

W przypadku ostrego zakażenia cewki moczowej u mężczyzn, wysoką i wystarczającą czułość oraz specyficzność ma bezpośrednie badanie mikroskopowe wydzieliny barwionej błękitem metylenowym lub metodą Grama. U kobiet natomiast badanie mikroskopowe może zostać wykonane z wydzieliny pobranej z cewki moczowej oraz szyjki macicy (preparat wykonany z wymazu z pochwy nie nadaje się do badania mikroskopowego z powodu licznej flory fizjologicznej).

NGU można rozpoznać po minimum 2 tygodniach od sytuacji ryzykownej, jeśli w pięciu przypadkach i niesąsiadujących ze sobą polach w obrazie mikroskopowym przy powiększeniu 1 000 razy w imersji stwierdza się 5 lub więcej wielojądrowych leukocytów⁶ (*polymorphonuclear leukocytes*, PMNL) i nie występują Gram (-) dwinki (wartością graniczną PMNL dla osadu z pierwszej porannej próbki moczu jest 10). Wartość 5 i więcej jest nadal dyskutowana, według CDC wystarczą 2, ale część autorów uważa, że do rozpoznania NGU powinno występować minimum 10 PMNL w pięciu polach. Nie ulega wątpliwości, że wraz ze wzrostem liczby PMNL zwiększa się czułość metody. Dla *Chlamydia trachomatis* przy wartości ≥ 5 PMNL wynosi ona niespełna 23-26%, ale gdy przyjmie się ≥ 10 PMNL – jest to już 93%. Ponadto większość badań potwierdza, że najmniej PMNL występuje w przypadku zakażenia *Chlamydia trachomatis* (około 5-10), następnie – *Mycoplasma genitalium* (powyżej 10, ale mniej niż 30), a najwięcej (powyżej 30 PMNL) – przy zakażeniu *Neisseria gonorrhoeae*. Jednak metoda ta nie nadaje się do diagnostyki nierzęączkowych zakażeń w innym miejscu. W tych przypadkach jedyną rekomendowaną metodą jest NAAT.

Należy również pamiętać, że nie należy wykonywać testów serologicznych w diagnostyce zakażenia *Chlamydia trachomatis*. Poza trudnościami z interpretacją często niejednoznacz-

nych wyników, ich czułość wynosi 53-76% (dla NAAT to 90-97%).

W diagnostyce zakażenia *Mycoplasma genitalium* poza NAAT stwierdzającym obecność patogenów, zawsze należy wykonać badanie molekularne oceniające występowanie mutacji warunkującej lekooporność na makrolidy.

Niezależnie od zastosowanej metody, wynik badania zależy w dużej mierze od sposobu i dokładności pobrania materiału. Zarówno u kobiet, jak i mężczyzn materiał pobiera się po upływie co najmniej 2-4 godzin od ostatniego oddania moczu (w przypadku występowania objawów i uzyskania wyniku ujemnego zaleca się powtórzenie badania rano przed pierwszym oddaniem moczu). Wymaz z cewki moczowej należy pobrać po kilkakrotnym jej uściśnięciu od tyłu do przodu w celu uzyskania jak największej ilości wydzieliny. Pobiera się go za pomocą cienkiej jałowej wymazówki lub ezy bakteriologicznej (należy ją wprowadzić na głębokość 2-3 cm).

Należy również pamiętać, że w celu przeprowadzenia prawidłowej i pełnej diagnostyki NGU niezbędne jest zebranie dokładnego wywiadu z pacjentem – jeśli osoba odbywała kontakty analne receptywne (pasywne) należy bezwzględnie pobrać wymaz z odbytu, a w przypadku oralnych receptywnych powinno się rozważyć przeprowadzenie diagnostyki z gardła.

Leczenie

Omawiane leczenie dotyczy tylko i wyłącznie niepowikłanych nierzęączkowych zakażeń. We wszystkich pozostałych przypadkach może się ono różnić od poniższych schematów.

Zalecany schemat leczenia NGU: doksy-cyklina co 12 godzin 100 mg przez 7 dni⁶ (w przypadku zakażeń bakteryjnych)

Zgodnie z amerykańskimi rekomendacjami, drugim dopuszczalnym schematem jest jednorazowe podanie 1,0 g azytromycyny. Jednak obserwacje w Europie potwierdzają, że zwiększa to prawdopodobieństwo rozwoju lekooporności *Mycoplasma genitalium*.

Obecnie coraz częściej uważa się, że pierwszą bakterią lekooporną na wszystkie dostępne antybiotyki będzie *Mycoplasma genitalium*, a nie jak do tej pory sądzono *Neisseria gonorrhoeae*. Aby uniknąć tego należy powszechnie

4. Jedynym wyjątkiem jest grzybica; jako że grzyby mogą występować w układzie moczowo-płciowym i nie wywoływać objawów badanie metodą NAAT jest zbyt czułe.
5. Z kolei stwierdzenie leukocytów jednojądrzastych może świadczyć o zakażeniu wirusowym.

6. W przypadku zakażeń bakteryjnych; zawsze należy brać pod uwagę możliwość zakażenia pierwotniakami, grzybami lub wirusami – w leczeniu należy podać inne chemioterapeutyki

wykonywać badania NAAT w kierunku *Mycoplasma genitalium* oraz oznaczać jej lekooporność na makrolidy.

Skuteczność doksycykliny w leczeniu *Mycoplasma genitalium* wynosi około 30%, jednak wszystkie badania wskazują, że po jej podaniu znacznie zmniejsza się liczba bakterii, które stają się bardziej wrażliwe na podaną azytromycynę lub moksyflokscynę. Dzięki temu oba antybiotyki są skuteczniejsze i zmniejsza się liczba szczepów lekoopornych⁷.

Ponadto w nierzeżączkowym zakażeniu odbytu skuteczność jednorazowego podania 1,0 g azytromycyny jest mniejsza niż po podaniu doksycykliny co 12 godzin 100 mg przez 7 dni (84% vs. 100%)

Pozostałe schematy terapeutyczne zależą od rodzaju patogenu:

1. *Mycoplasma genitalium*

a) azytromycyna – pierwszego dnia 500 mg, następnie przez kolejne 4 dni po 250 mg
b) w przypadku lekooporności na makrolidy zaleca się podanie moksyflokscyny w dawce 400 mg przez 7-10 dni⁸

2. *Chlamydia trachomatis* serotypy L1-L3 (LGV) – doksycyklina co 12 godzin 100 mg przez 21 dni

UWAGA!

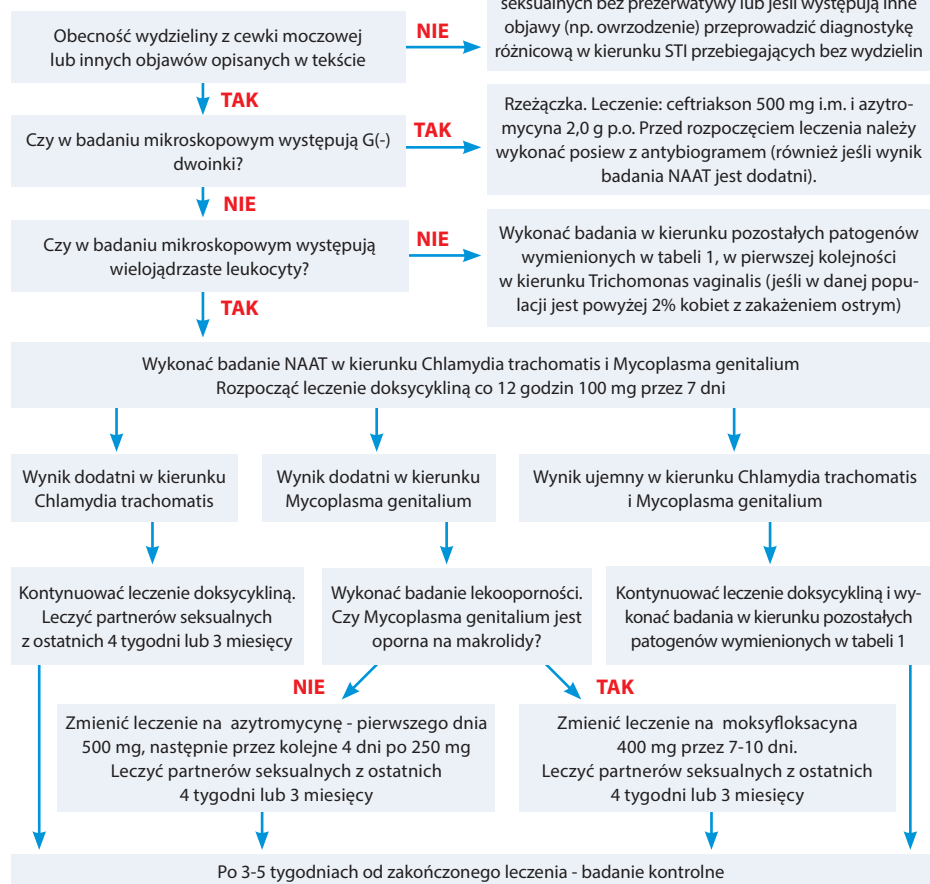
Mycoplasma hominis i *Ureaplasma parvum* nie są patogenami. Mogą występować w układzie moczowo-płciowym jako flora fizjologiczna. Ich stwierdzenie nie upoważnia do rozpoczęcia leczenia.

Leczenie zakażenia *Ureaplasma urealyticum* jest zalecane tylko i wyłącznie po wykluczeniu obecności innych patogenów wymienionych w Tabeli 1 oraz jeśli występują objawy. **Bezobjawowe zakażenie *Ureaplasma urealyticum* jest przeciwwskazaniem do antybiotykoterapii.**

Po 3-5 tygodniach od zakońzonego leczenia ZAWSZE należy wykonać badanie kontrolne. Ponadto u każdego chorego na nierzeżączkowe zakażenie należy dwukrotnie wykonać badanie serologiczne w kierunku kiły – w dniu zgłoszenia się na badanie oraz 12 tygodni od ostatniego ryzykownego kontaktu seksualnego.

Bardzo ważne jest również równoczasowe leczenie pacjenta oraz jego partnerów seksualnych, z którymi miał kontakty seksualne bez prezerwatywy. Jeśli nierzeżączkowe zakażenie rozpoznano w ostrej fazie – partnerów z ostatnich 4 tygodni, przy bezobjawowym lub nawracającym – z ostatnich 3 miesięcy przed wystąpieniem objawów. Niezależnie od wyniku badania partnerzy powinni BEZWZGLĘDNIÉ otrzymać antybiotykoterapię. Zaniedbanie tego może doprowadzić do powtórzonego zakażenia.

Na Rycinie 2. przedstawiono podsumowanie diagnostyki i leczenia NGU.



Rycina 2. Diagnostyka i leczenia NGU (na schemacie wymieniono antybiotyki I wyboru) – opracowanie własne na podstawie rekomendacji International Union

Lukasz 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 „Podwałe Siedem”
Piśmiennictwo dostępne u autorów artykułu

7. Potwierdzają to również obserwacje w krajach, które stosowały różne schemat: we Francji i Szwecji (leczenie NGU rozpoczyna się od doksycykliny) odsetek szczepów *Mycoplasma genitalium* opornych na makrolidy wynosi poniżej 20%, natomiast w Niemczech i Norwegii (leczenie NGU rozpoczyna się od azytromycyny) odsetek ten jest powyżej 50%!
8. Przy nawracającym NGU należy podać razem z metronidazolem w dawce 400 mg co 12 godzin przez 5 dni

kontra 

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

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

Exemplarz bezpłatny
 Redakcja zastrzega sobie prawo
 adjustments i skracania artykułów.