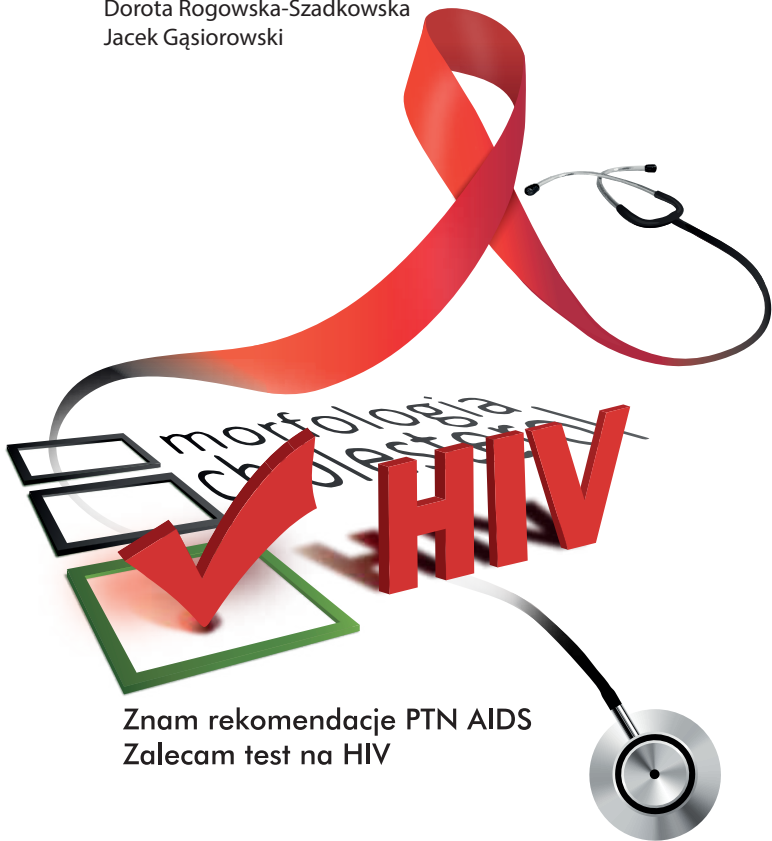


HIV/AIDS dla lekarzy rodzinnych

Dorota Rogowska-Szadkowska
Jacek Gąsiorowski



Znam rekomendacje PTN AIDS
Zalecam test na HIV

HIV/AIDS dla lekarzy rodzinnych

Dorota Rogowska-Szadkowska
Jacek Gąsiorowski

Krajowe Centrum
ds.



Agenda Ministra Zdrowia

Spis treści

Dlaczego informacje o HIV potrzebne są lekarzom rodzinnym?	3
Kto w Polsce jest zakażony HIV?.....	6
Konsekwencje zdrowotne nieleczonego zakażenia HIV	9
Pierwotna infekcja HIV	10
Na co zwracać uwagę w wynikach badań dodatkowych?	11
Co powinno zwrócić uwagę w badaniu przedmiotowym?.....	13
Przebieg zakażenia HIV w początkach epidemii i obecnie	28
Jakie badania należy wykonać, aby rozpoznać zakażenie HIV?.....	29
System opieki medycznej nad osobami zakażonymi HIV w Polsce	30
Znaczenie tajemnicy lekarskiej w przypadku zakażenia HIV	33
Czy HIV jest bardziej zakaźny niż inne drobnoustroje?	34
Klasyfikacja stadiów infekcji HIV	35
Kiedy lekarze powinni proponować test na HIV?	37
Piśmiennictwo	40

Dlaczego informacje o HIV potrzebne są lekarzom rodzinnym?

W krajach rozwiniętych, także w Polsce, większość osób, u których zakażenie HIV rozpoznano zbyt późno (w stadium AIDS) odwiedzała lekarzy w latach poprzedzających rozpoznanie, poszukując pomocy w dolegliwościach i objawach, które – oceniane retrospektywnie – w oczywisty sposób wiązały się z zakażeniem HIV.

To lekarze rodzinni mają największe szanse wczesnego rozpoznania zakażenia HIV u swoich pacjentów. Zwykle znają ich, wiedzą, na co chorowali (a przynajmniej mogą łatwo to sprawdzić) i wiedzą, co dolega im teraz. Lekarze rodzinni zbyt rzadko myślą o badaniu swoich pacjentów w kierunku HIV. Tymczasem większość pacjentów prowadzi bardziej lub mniej aktywne życie seksualne. Wśród tych kontaktów zapewne zdarzają się też kontakty ryzykowne. Wśród pacjentów lekarzy rodzinnych są też niewątpliwie osoby homoseksualne i zażywające substancje psychoaktywne lub eksperymentujące z narkotykami.

Problem z HIV polega na tym, że można z nim żyć wiele lat (średnio 10) nie mając o tym pojęcia. Im więcej czasu upływa od zakażenia do jego rozpoznania, tym większa liczba nowych zakażeń pochodzących od pacjenta i tym gorsze jego rokowanie.

A przecież zakażenie HIV przenosi się 3 drogami:

- 1) przez kontakty seksualne,
- 2) przez krew,
- 3) z zakażonej matki na dziecko.

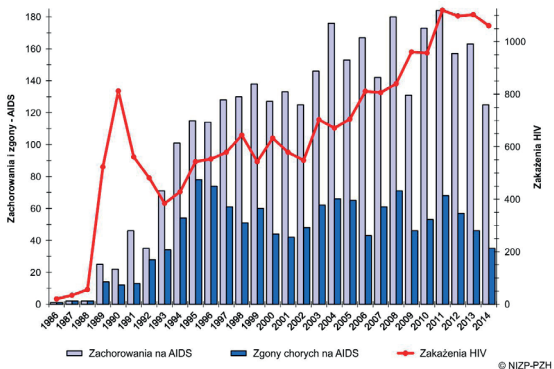
Obecnie HIV jest przenoszony najczęściej w kontaktach seksualnych, homo- i heteroseksualnych.

Przed HIV nie chroni:

- wiek – zakażenie może dotyczyć nastolatków, ale też osób po 50., a nawet po 60. roku życia i starszych.
- wykształcenie i wykonywany zawód – HIV w równej mierze dotyczy robotnika, menedżera, lekarza i nauczyciela.
- płeć – w kontaktach heteroseksualnych HIV przenosi się znacznie łatwiej z mężczyzny na kobietę, niż z kobiety na mężczyznę.

Tylko na początku epidemii uważano, że HIV dotyczy wyłącznie pewnych „grup ryzyka”. Jednak to nie przynależność do jakiejś grupy, a to, co się robi (podejmowanie „ryzykownych” zachowań) stwarza ryzyko zakażenia.

Badania w kierunku HIV w Polsce wykonuje się rzadziej niż w innych krajach Unii Europejskiej. Tymczasem liczba zakażeń HIV w Polsce rośnie (Rycina 1).



Rycina 1. Zakażenia HIV, zachorowania i zgony na AIDS w Polsce w latach 1986–2011
http://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/hiv_aids/Ryc_1.jpg

Poważnym problemem jest późna wykrywalność zakażeń HIV, często dopiero w stadium AIDS (Tabela 1). Mimo że od 1996 r. dysponujemy bardzo skutecznym leczeniem HIV, dzięki któremu życie osoby zakażonej może być niemal tak samo długie, a jej kondycja niemal tak samo dobra, jak osoby niezakażonej, to jednak liczba zachorowań na AIDS w Polsce wcale nie ulega zmniejszeniu.

Późne rozpoznanie zakażenia HIV zmniejsza szanse na skuteczne leczenie pacjenta, ale także zwiększa ryzyko zakażenia partnerek/partnerów seksualnych przez osobę nieświadomą swojego zakażenia.

Tabela 1. Późne rozpoznania zakażeń HIV w latach 1999–2013¹

Rok rozpoznania AIDS	Rozpoznanie równoczesne (zachorowanie w ciągu 3 miesięcy od rozpoznania zakażenia HIV)		Liczba przypadków AIDS ogółem
	liczba	%	
1999	43	31,4	137
2000	52	40,9	127
2001	61	45,9	133
2002	43	34,7	124
2003	66	45,8	144
2004	96	55,2	174
2005	83	54,9	151
2006	91	55,8	163
2007	71	51,1	139
2008	102	58,6	174
2009	76	60,8	125
2010	87	52,4	166
2011	108	60,3	179
2012	87	56,5	154
2013	92	56,4	163

Kto w Polsce jest zakażony HIV?

Zakażenie HIV najczęściej dotyczy osób w wieku 20–39 lat (w 2013 r. zakażenie rozpoznano w tej grupie wiekowej u 702 mężczyzn – 63,9% nowych infekcji i u 96 kobiet – 8,7% nowych zakażeń; dla 7 osób brak było informacji dotyczących płci – 0,6% nowych infekcji).

Zakażenie HIV może dotyczyć też **nastolatków**. W wielu krajach świata nie prowadzi się edukacji seksualnej młodzieży, poprzestając na nakazywanie im zachowania abstynencji seksualnej aż do małżeństwa, a później wzajemnej wierności. Ale na przykład w Holandii zarówno rodzice, jak i edukatorzy nie skupiają się na mówieniu młodym ludziom, by powstrzymywali się od aktywności seksualnej, ale na ich edukowaniu i wzmacnianiu w nich poczucia odpowiedzialności, kiedy staną się aktywni seksualnie. Takie podejście skuteczniej zmniejsza liczbę nieplanowanych ciąży wśród nastolatków, aborcji i chorób przenoszonych drogą płciową, w tym HIV². W Polsce zakażenie HIV nabywają dość często młodzi ludzie mieszkający wspólnie z rodzicami w małych miejscowościach, którzy ukończyli tylko szkoły podstawowe lub zawodowe³.

HIV dotyczy też osób w starszym wieku. W 2010 r. rozpoznano w Polsce 79 przypadków zakażeń HIV wśród osób mających ponad 50 lat, w tym u 56 mężczyzn i 23 kobiet. Zakażenia HIV rozpoznawano również u osób mających więcej niż 75 lat⁴.

Wczesne badania prowadzone w USA przez Kinseya oraz Mastersa i Johnson sugerowały, że kobiety mające 50 lat i więcej wykazują zarówno mniejsze zainteresowanie seksem, jak i mniejszą aktywność. Ale pod koniec lat 90. zauważono, że wśród 60-latków 71% mężczyzn i 51% kobiet uprawia seks, wśród 70-latków – 57% mężczyzn i 30% kobiet, zaś wśród

80-latków – 25% mężczyzn i 20% kobiet. We wszystkich grupach wiekowych badani podkreślali osiągnięcie satysfakcji ze swojego życia seksualnego⁵.

W jednym z niewielu badań poświęconych seksualności osób po 80. roku życia wykazano, że 30% kobiet angażuje się w kontakty seksualne, mimo że tylko 14% z nich pozostaje w związku małżeńskim. Częstość kontaktów seksualnych wśród mężczyzn była znacznie większa⁶. W innych badaniach prowadzonych wśród amerykańskich emerytów 67% mężczyzn i 57% kobiet stwierdzało, że satysfakcjonujący seks jest ważny dla jakości ich życia. Większość mężczyzn i kobiet mających partnerów seksualnych przyznawała, że są najlepszymi przyjaciółmi, w dodatku postrzegającymi siebie wzajemnie jako osoby atrakcyjne fizycznie⁷.

W wielu społeczeństwach pokutują stereotypy mówiące, że starsi ludzie są nieatrakcyjni fizycznie i nie są zainteresowani seksem. Takie przekonania wpływają na sposób myślenia zarówno młodych ludzi, jak i starszych, ale wpływają też na sposób postrzegania osób starszych przez lekarzy i innych pracowników opieki medycznej. Pojawiło się nawet pojęcie *Geriatric Sexuality Breakdown Syndrome* (zespół geriatrycznego załamania seksualności), w którym ludzie starsi internalizują negatywne uprzedzenia, z którymi się spotykają, a w następstwie postrzegają sami siebie jako nieseksualnych⁷.

Jednakże w wiek podeszły wchodzi pokolenie ludzi urodzonych po II wojnie światowej – zdaniem ekspertów, dla aktywności seksualnej w wieku późniejszym, największe znaczenie ma okres, w którym ludzie dorastali (lata 60. i 70. były czasem dużych zmian norm społecznych). Niezależnie od wieku wyrażanie seksualności jest naturalną i normalną częścią życia i starzenia się⁷.

Lekarze często zakładają, że:

- osoby starsze nie angażują się w kontakty seksualne,
- wszyscy nadużywający narkotyków, zwłaszcza w iniekcjach, są młodzi, bo nie żyją tak długo, by się zestarzeć,
- wszyscy geje to młodzi ludzie,
- wszyscy ludzie pozostający w formalnych lub nieformalnych, długo trwających związkach są heteroseksualni i monogamiczni.

Lekarze, zwłaszcza młodzi, patrzą na starszych pacjentów jak na własne matki, ojców, babcie, dziadków. Często trudno jest im myśleć o nich jak o osobach angażujących się w kontakty seksualne lub używających nielegalnych substancji psychoaktywnych, co sprawia, że nie rozmawiają z nimi o tych kwestiach.

W dodatku HIV i AIDS nie są rozpoznawane, gdyż niektóre z objawów, np. zmęczenie, utrata apetytu, spadek masy ciała, powiększenie węzłów chłonnych, pogorszenie pamięci, trudności z koncentracją itp., przypominają dolegliwości występujące często u starszych osób⁸.

Kobiety będące w okresie menopauzy rzadziej używają prezerwatyw lub nie używają ich wcale w kontaktach seksualnych (nie obawiają się już nieplanowanej ciąży), nie potrafią rozmawiać ze swoimi partnerami o ich użyciu, nie mają też zwykle poczucia zagrożenia HIV^{9, 10}.

Lekarze nie poruszają kwestii dotyczących seksualności kobiet, mimo tego, że 57% kobiet utrzymuje kontakty seksualne po ukończeniu 60. roku życia¹¹. Sami pacjenci też nie mówią o swoich zachowaniach, które wydają im się nieakceptowne przez często znacznie młodszych od nich lekarzy.

Ale rozpoznanie zakażenia HIV nawet u starszej osoby,

mającej w dodatku wiele innych schorzeń (jak między innymi nadciśnienie, hiperlipidemia, zakażenie HCV, choroby nerek, cukrzyca, choroby nowotworowe, choroby serca i naczyń) daje szansę na skuteczne leczenie antyretrowirusowe. Badania amerykańskich lekarzy wykazały, że mimo wielu chorób towarzyszących, odpowiedź wirusologiczna i immunologiczna starszych pacjentów na leczenie antyretrowirusowe była znakomita¹². Obserwacje te potwierdzają także wyniki innych badań, w których podkreśla się, że starsi pacjenci częściej niż ludzie młodzi stosują się do zaleceń terapeutycznych^{13, 14}.

Konsekwencje zdrowotne nieleczzonego zakażenia HIV

Nieleczone (czasem przez wiele lat) zakażenie HIV zwykle powoduje:

- infekcje oportunistyczne, czyli zakażenia wirusowe, bakteryjne, grzybicze, które dla osób z wydolnym układem immunologicznym rzadko bywają chorobotwórcze, u osób z upośledzoną przez HIV odpornością wywołują poważne, czasem zagrażające życiu, choroby;
- nowotwory, takie jak chłoniak, mięsak Kaposiego i rak szyjki macicy, które występują u osób zakażonych HIV częściej i w innych przedziałach wiekowych niż w populacji ogólnej;
- sam HIV może też prowadzić do pojawienia się objawów infekcji pierwotnej (ostra choroba retrowirusowa → dalej), a w zaawansowanym stadium może prowadzić do wyniszczenia, problemów neurologicznych i innych schorzeń.

Pierwotna infekcja HIV

Objawy pierwotnej infekcji HIV występują krótko po zakażeniu, u większości pacjentów zwykle po 2–6 tygodniach. Często są łagodne lub mało swoiste, dlatego łatwo je przeoczyć. Objawy te, niezależnie od ich nasilenia i liczby, ustępują nie powodując żadnych konsekwencji, bez względu na to, czy jakieś leczenie zostanie podjęte. Po ustąpieniu objawów infekcji pierwotnej rozpoczyna się okres bezobjawowego zakażenia, które trwa średnio 8–10 lat.

Objawy pierwotnej infekcji HIV – pacjent może mieć jeden lub więcej poniższych objawów:

- gorączka,
- pleśniawki w jamie ustnej, bóle gardła, zapalenie gardła,
- poczucie choroby,
- bóle mięśni i stawów,
- powiększenie węzłów chłonnych.

Przy podejrzeniu mononukleozy zakaźnej warto rozważyć zrobienie testu na HIV.

Objawem bardziej swoistym dla infekcji pierwotnej jest wysypka: czerwonawa, nieswędząca, odro- lub różyczkopodobna, czasem plamisto-grudkowa, obejmująca początkowo tułów, później kończyny, także dłonie i stopy, może pojawić się również na twarzy; jej rozległość jest zmienna, od kilku wykwitów – łatwych do przeoczenia zarówno przez pacjenta, jak i lekarza – do mnogich zmian skórnych; bywa też uogólniona, co prowadzić może do błędów diagnostycznych.

Pojawiać mogą się także:

- chudnięcie (utrata wagi nawet do 10 kg w krótkim czasie),
- dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego

(nudności, wymioty, biegunka, ból przy połykaniu, spowodowany owrzodzeniami lub kandydozą przełyku),

- nocne poty,
- hipotonia ortostatyczna

oraz objawy ze strony ośrodkowego układu nerwowego:

- aseptyczne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych (objawiające się zwykle gorączką, bólami głowy, światłowstrętem i sztywnością karku),
- neuropatie obwodowe,
- porażenia nerwu twarzowego,
- zespół Guillain-Barré.

Natomiast infekcje oportunistyczne, jak np. zapalenie płuc wywołane *Pneumocystis jiroveci* (dawnej *P. carinii*), towarzyszą zwykle bardziej zaawansowanemu zakażeniu HIV.

Na co zwracać uwagę w wynikach badań dodatkowych?

Zakażenie HIV charakteryzuje, jak już wspomniano, trwający wiele lat (średnio 8–10) okres klinicznie bezobjawowy.

W tym czasie mogą się jednak pojawiać nieprawidłowości w wynikach podstawowych badań laboratoryjnych.

U osób zakażonych HIV częściej niż w populacji ogólnej występuje NIEDOKRWISTOŚĆ – definiowana jako stężenie hemoglobiny < 13,8 g/dl u mężczyzn i < 11,7 g/dl u kobiet – częściej przy niskiej liczbie komórek CD4 i wysokim poziomie wirerii.

Pacjenci, u których spadek stężenia hemoglobiny jest

stopniowy, mogą nie mieć objawów, nawet przy bardzo niskich jej stężeniach¹⁵.

Szybsze obniżenie się stężenia hemoglobiny powoduje dolegliwości, z których najczęstsze to:

- osłabienie,
- kołatanie serca,
- duszność wysiłkowa,
- zawroty głowy,
- złe samopoczucie.

W bezobjawowym stadium zakażenia HIV występuje też częściej niż w populacji ogólnej **małopłytkowość** – trombocytopenia – dotycząca 30–60% pacjentów.

Może pojawiać się wcześniej w przebiegu zakażenia i być jedynym objawem związanym z HIV. U większości pacjentów nawet bardzo niska liczba płytek krwi – poniżej 50 000, czy nawet 20 000 – nie powoduje objawów klinicznych. Tylko u części zakażonych pojawiają się:

- krwawienia z dziąseł, odbytu, nosa,
- wybroczyny na skórze i/lub podniebieniu,
- sińce.

Anemia i/lub trombocytopenia, których przyczyn nie udaje się ustalić, powinna skłonić lekarza do zaproponowania pacjentce/pacjentowi wykonania testu na HIV.

Wbrew dość rozpowszechnionym poglądom, liczba krwinek białych obniża się bardzo późno, zwykle już w zaawansowanym stadium zakażenia, nie jest więc użyteczną wskazówką diagnostyczną.

Co powinno zwrócić uwagę w badaniu przedmiotowym?

Objawy kliniczne związane z przewlekłym zakażeniem HIV są niekiedy bardzo subtelne, mogą ustępować same i pacjent znowu czuje się dobrze, zanim nie pojawi się kolejny problem. Subtelne objawy mogą niekiedy maskować poważne, zagrażające życiu choroby.

Badanie jamy ustnej

- **Kandydoza jamy ustnej**

Jest jedną z najczęstszych infekcji oportunistycznych występujących u osób zakażonych HIV, dotycząca obecnie przede wszystkim osób nieleczonych lekami antyretrowirusowymi lub nieświadomych swojego zakażenia.

Drożdżaki z rodzaju *Candida* są składnikiem naturalnej flory bakteryjnej jamy ustnej człowieka i znajdują się u 20 do 50% osób dorosłych. Postępujące osłabienie układu immunologicznego związane z zakażeniem HIV predysponuje do kolonizacji jamy ustnej przez te drożdżaki, co wykazano już na początku epidemii AIDS¹⁶. Częstość pojawiania się kandydozy jamy ustnej rośnie wraz z obniżaniem się liczby komórek CD4¹⁷. Występuje zwykle, gdy ich liczba jest niższa od 200/ μ l¹⁸.

Rozpoznanie kandydozy jamy ustnej u wcześniej bezobjawowego pacjenta zakażonego HIV wskazuje na wzrost replikacji wirusa i postęp zakażenia¹⁹, niezależnie od liczby komórek CD4²⁰.

Postacie kliniczne kandydozy jamy ustnej^{21, 22}:

- rzekomobłoniasta – występująca najczęściej – białawe, wypukłe zmiany (pleśniawki) na błonie

śluzowej podniebienia, policzków, dziąseł i na powierzchni grzbietowej języka, mające wielkość od 1 do 2 mm, występujące pojedynczo lub zlewające się, obejmujące duże obszary błony śluzowej jamy ustnej; zmiany zwykle są niebolesne, dają się łatwo usuwać, a po usunięciu odsłania się zaczerwieniona, bolesna, krwawiąca powierzchnia; mogą im jednak także towarzyszyć nadżerki błony śluzowej i owrzodzenia;

- rumieniowa – niedające się usunąć małe, czerwone plamki na podniebieniu miękkim i twardym, błonie śluzowej policzków i na grzbietowej powierzchni języka, które łatwo mogą zostać przeoczone, gdy jama ustna oglądana jest przy niedostatecznym oświetleniu;
- hyperplastyczna (rozrostowa) – występująca zwykle na błonie śluzowej policzków w postaci bolesnych, palących, rozlanych, białawych zmian, trudno oddzielających się od podłoża;
- zapalenie kącików ust objawiające się bolesnym zaczerwienieniem i pęknięciami, może występować po jednej stronie lub obu stronach ust i towarzyszyć zmianom wewnątrz jamy ustnej.

Rozpoznanie kandydozy jamy ustnej jest rozpoznaniem klinicznym opartym na charakterystycznym wyglądzie zmian. Nawracająca lub źle reagująca na leczenie kandydoza jamy ustnej należy do kategorii B klasyfikacji stadiów klinicznych infekcji HIV, w ostatniej jej modyfikacji z roku 1992²³.

- ***Owrzodzenia jamy ustnej***

W typowej postaci afty są niewielkie, zwykle mają średnicę mniejszą od 5 mm, pojawiają się pojedynczo lub po kilka i ustępują bez zabiżnień. Zazwyczaj są okrągłe, białawe,

otoczone rumieniową obwódką. Występują na ruchomych, niezrogowaciałych częściach błony śluzowej jamy ustnej (na wewnętrznej stronie warg, policzków, na śluzówce pokrywającej wyrostki zębodołowe, języku, podniebieniu miękkim, na dnie jamy ustnej). Są bardzo bolesne. Bóle ustępują zwykle po 4–5 dniach, a owrzodzenia po 10–14 dniach.

U osób zakażonych HIV nie występują częściej, ale jeśli liczba komórek CD4 jest niższa od 200/ μ l istnieje tendencja do występowania nawracających, mnogich, wolno gojących się lub utrzymujących długo, bolesnych owrzodzeń. Ich pojawienie się poprzedzone jest zwykle o 24–48 godzin uczuciem kłucia lub pieczenia. Może pojawić się ciężka dysfagia.

Leczenie antyretrowirusowe łagodzi te zmiany lub prowadzi do ich ustąpienia.

- ***Leukoplakia włochata***

Leukoplakia włochata występuje u około 25% osób zakażonych HIV, zwykle mających już znacznie obniżoną liczbę komórek CD4 ($< 200/\text{mm}^3$).

Są to szarawo-białawe, lekko wyniosłe fałdy na bocznych powierzchniach języka (najczęściej obustronne). Ich powierzchnia jest pomarszczona, włochata, zmian nie można oddzielić od podłoża, są zwykle bezobjawowe, choć niekiedy pacjenci szukają pomocy z powodu niewielkiego bólu, nieprzyjemnego odczuwania, zaburzeń odczuwania smaku lub nieakceptowanego wyglądu.

Za ich przyczynę uważa się reaktywację zakażenia wirusem Epsteina-Barr (EBV). Mogą samoistnie ustępować, ale mogą też nawracać. Zwykle ustępują pod wpływem leczenia antyretrowirusowego.

Powiększenie węzłów chłonnych szyi

Utrzymujące się powiększenie węzłów chłonnych szyi u osoby zakażonej HIV może być spowodowane:

- samym wirusem HIV,
- infekcjami oportunistycznymi (gruźlica),
- nowotworami (chłoniaki).

W początkach epidemii HIV/AIDS uważano, że utrzymujące się dłużej niż miesiąc powiększenie węzłów chłonnych w dwóch różnych regionach ciała (poza okolicami pachwinowymi), jest złym wskaźnikiem rokowniczym.

Obecnie wiadomo już, że limfadenopatia związana z HIV występuje w przebiegu zakażenia i nie świadczy o rokowaniu dla dalszego przebiegu infekcji.

Natomiast powiększenie węzłów spowodowane infekcjami oportunistycznymi i/lub nowotworami wymaga rozpoznania i właściwego leczenia.

Badanie skóry

- ***Łojotokowe zapalenie skóry (dermatitis seborrheica)***

W populacji ogólnej dotyczy około 2–5% osób, natomiast u osób zakażonych HIV występuje – według różnych szacunków – u 21 do 83% pacjentów. Najczęściej i najintensywniej występuje u osób z osłabioną odpornością, mających mniej niż 200/ μ l limfocytów CD4. Trudno poddaje się leczeniu, ale rozpoczęcie leczenia antyretrowirusowego łagodzi lub eliminuje zmiany na skórze.

Zmiany występują przede wszystkim na obszarach skóry zawierających dużo gruczołów łojowych, przede wszystkim na owłosionej skórze głowy, na twarzy, niekiedy w okolicy mostka i międzyłopatkowej. U osób zakażonych HIV suche

lub tłuste złuszczenie się owłosionej skóry głowy jest mocniej nasilone, żółto-czerwone łuszczące się grudki występują też wzdłuż linii włosów, za uszami, w przewodach słuchowych zewnętrznych, w obrębie brwi, na grzbiecie nosa, w fałdach nosowo-gardłowych. Może występować zapalenie brzegów powiek z nawarstwieniami suchych, żółtych strupów i podrażnienie spojówek. Może przybrać niekiedy ciężką postać i być tak rozległe, że klinicznie może przypominać łuszczycę i być z nią mylone. Łojotokowe zapalenie skóry nie powoduje wypadania włosów.

- **Łuszczycyca (*psoriasis*)**

Częstość występowania łuszczycy u osób zakażonych HIV jest podobna do częstości jej występowania w populacji ogólnej i wynosi około 1–2%.

Może wystąpić w każdym okresie zakażenia HIV, ale wraz z postępowaniem upośledzenia odporności zmiany mogą być bardziej rozległe i bardziej odporne na leczenie. U części pacjentów może być pierwszym objawem zakażenia HIV. Zmiany częściej występują na twarzy, skórze głowy, narządach płciowych, dłoniach i stopach, a rzadziej pojawiają się – jak w typowych przypadkach – w okolicach łokci i kolan. Często są także zmiany dotyczące paznokci.

Łuszczycowe zapalenie stawów, występujące u 1% seronegatywnych chorych z łuszczycą, pojawia się u około 10% osób zakażonych HIV.

Łuszczycyca u zakażonych HIV pacjentów częściej jest oporna na leczenie.

Rozpoznanie stawiane jest zwykle na podstawie obrazu klinicznego. Włączenie leczenia antyretrowirusowego prowadzi zwykle do złagodzenia lub ustąpienia zmian.

- **Wysypki polekowe**

Już w początkach epidemii HIV/AIDS zaobserwowano, że wysypki polekowe częściej występują u osób zakażonych HIV niż w populacji ogólnej. Najczęściej występowały u pacjentów przyjmujących trimetoprim-sulfametoksazol, sulfadiazynę, amoksycylinę, klindamycynę, leki przeciwgruźlicze.

Różowe do jaskrawoczerwonych plamki i grudki pojawiają się zwykle na tułowie, kończynach, niekiedy na twarzy i błonach śluzowych. Zwykle pojawiają się po 8–12 dniach od rozpoczęcia terapii i osiągają szczyt intensywności 1–2 dni później. Na ogół zmiany ustępują w ciągu 3–5 dni. Jednak czasem, mimo kontynuacji leczenia, mogą utrzymywać się znacznie dłużej, a niekiedy ich nasilenie może skłaniać do odstawienia leku. Ponowne włączenie leku powinno być starannie monitorowane ze względu na możliwość wystąpienia reakcji anafilaktycznej.

- **Zakażenie wirusem brodawczaka ludzkiego (human papilloma virus – HPV)**

Zakażenie HPV jest przyczyną brodawek w obrębie narządów płciowych i odbytu lub kłykcin kończystych. Do zakażenia dochodzi drogą kontaktów waginalnych i analnych. Identyczne zmiany, konsekwencje zakażenia drogą kontaktów genitalno-oralnych, mogą pojawiać się na błonie śluzowej jamy ustnej i na wargach. Obraz kliniczny zależy od typu wirusa, umiejscowienia, czasu trwania zmian oraz stanu odporności chorego. Kłykciny prącia występują głównie w okolicach narażonych na mikrourazy (brzeg żołądździ, okolice wędzidełka, wewnętrzna blaszka napletka), rzadziej w obrębie cewki moczowej, na skórze worka mosznowego oraz w pachwinach. U kobiet mogą zajmować wargi sromowe, krocze, błonę śluzową pochwy,

cewkę moczową oraz szyjkę macicy. Wykwity są pojedyncze lub mnogie, miękkie, białawe, białoszare lub różowe, wydłużone, nitkowate lub uszypułowane. Nieleczone mogą powiększać się i tworzyć rozległe, kalafiorowate wykwity, tworzące przetoki z treścią ropną. U kobiet mogą maskować wejście do pochwy. Stwierdzenie brodawek lub kłykcin u mężczyzny w okolicy odbytu nie przesądza o orientacji seksualnej – występują one zarówno u mężczyzn homo-, jak i heteroseksualnych. Rozpoznanie u pacjenta brodawek płciowych lub kłykcin kończystych powinno skłonić lekarza do zaproponowania pacjentowi badania w kierunku HIV – podobnie jak rozpoznanie każdej innej choroby przenoszonej drogą płciową.

- **Zakażenia wirusem opryszczki zwykłej (*Herpes simplex*)**

Zakażenia wirusami *Herpes simplex* są częstym problemem osób zakażonych HIV.

HSV-1 przenosi się w bezpośrednich kontaktach błon śluzowych, przez pocałunki i w typowych przypadkach powoduje pojawienie się swędzących pęcherzyków na wargach, języku, dziąsłach lub błonie śluzowej policzków.

HSV-2 przenosi się w kontaktach seksualnych i objawia się pęcherzykowatymi zmianami narządów płciowych i/lub okolic odbytu.

Zmiany powodowane przez wirusy *Herpes* mają tendencję do rozprzestrzeniania się wraz z nasileniem się upośledzenia odporności powodowanego przez HIV. U osób z niską liczbą komórek CD4 (zwykle < 100/μl) utrzymują się przewlekłe. Utrzymywanie się takich zmian przez ponad 4 tygodnie jest chorobą wskaźnikową AIDS.

W ciężkich przypadkach zakażenie może dotyczyć innych narządów, przede wszystkim przełyku (owrzodzenia),

ośrodkowego układu nerwowego (zapalenie mózgu), oczu (zapalenie rogówki, spojówek, błony naczyniowej oka) i układu oddechowego (śródmiażdżowe zapalenie płuc, zapalenie oskrzeli).

Typowymi objawami są świąd i pieczenie pęcherzyków. Zmiany w ustach mogą utrudniać jedzenie. W przypadkach zmian dotyczących narządów płciowych i/lub odbytu bardzo bolesne może stać się oddawanie moczu i stolca.

Objawy kliniczne rozsiania zakażenia zależą od narządu, który został zajęty.

Rozpoznanie zakażenia wirusami *Herpes* zwykle odbywa się na podstawie obrazu klinicznego.

Rozpoznanie zmian narządowych wymaga zwykle badań histologicznych. Szczególnie trudne jest rozpoznanie zapalenia mózgu, gdyż badanie płynu mózgowo-rdzeniowego często nie jest pomocne.

Badanie serologiczne użyteczne jest tylko wówczas, kiedy wynik jest ujemny, co czyni nieprawdopodobnym zakażenie HSV.

- ***Półpasiec (Herpes zoster)***

Półpasiec jest reaktywacją wcześniejszego zakażenia ospą wietrzną, co powoduje przetrwanie wirusa do końca życia w zwojach rdzeniowych.

Epizody półpaśca występują także u osób zakażonych HIV ze względnie zachowaną odpornością, ale również bywają obserwowane w czasie rekonstrukcji immunologicznej (u osób z zaawansowanym upośledzeniem odporności, u których rozpoczęto leczenie antyretrowirusowe). Wraz z zaawansowaniem immunosupresji pojawia się tendencja do uogólniania się zmian. Poza zajęciem jednego lub więcej dermatomów mogą pojawiać się zmiany dotyczące oka

(zakażenie gałęzi ocznej nerwu trójdzielnego – *herpes zoster ophthalmicus* – z zajęciem rogówki) lub ucha (*herpes zoster oticus*). Niebezpieczne jest zajęcie siatkówki prowadzące do martwiczego jej zapalenia.

Powikłaniami neurologicznymi może być zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, rdzenia lub zajęcie innych nerwów czaszkowych.

Objawami prodromalnymi są często bóle głowy, złe samopoczucie, światłowstręt. Gorączka zdarza się rzadko. Dotknięte obszary są początkowo nadwrażliwe, po czym – w ciągu kilku godzin lub dni – pojawia się świąd i/lub ból. Ból może poprzedzić o kilka dni wystąpienie zmian.

Zmiany występują zwykle segmentalnie (zawsze po jednej stronie), zaczerwienienie z pęcherzykowatymi zmianami obejmuje jeden lub więcej dermatomów. U osób zakażonych HIV mogą się także pojawiać na kończynach. Przekształcają się w owrzodzenia, często krwotoczne, po czym stopniowo przysychają.

Zajęcie wielu dermatomów pozostawia zwykle zespół bólowy, trudno poddający się leczeniu, mogący utrzymywać się przez ponad miesiąc.

Rozpoznanie następuje zwykle na podstawie obrazu klinicznego⁷.

Półpasiec obejmujący więcej niż 1 dermatom, dwa epizody w ciągu 12 miesięcy, jest chorobą należącą do stadium klinicznego B zakażenia HIV (stadium objawowego zakażenia), (→ klasyfikacja stadiów zakażenia HIV).

Choroby układu oddechowego

- **Zapalenie płuc wywołane przez *Pneumocystis jiroveci* (dawniej *P. carinii*)**

Pneumocystis jiroveci (wcześniej *P. carinii*) należy do grzybów²⁴ rzadko wywołujących zachorowania u osób z wydolnym układem immunologicznym. Zapalenie płuc wywoływane tym drobnoustrojem jest ciągle jedną z najczęstszych infekcji oportunistycznych u pacjentów zakażonych HIV.

Większość pacjentów, u których rozpoznano pneumocystowe zapalenie płuc, nie zna swojego statusu serologicznego. Jest to choroba zagrażająca życiu, która powinna być leczona przez specjalistę zajmującego się pacjentami zakażonymi HIV. Często wymaga wspomagania oddechu, a śmiertelność z nią związana jest wciąż duża. W początkach epidemii AIDS, pacjenci po pierwszym epizodzie choroby przeżywali średnio 10 miesięcy, większość umierała w ciągu 2 lat²⁵. Nieleczone pneumocystowe zapalenie płuc jest śmiertelne w prawie 100% przypadków²⁶. Nawroty zapalenia płuc wywołanego *P. jiroveci*, częste na początku epidemii, obecnie stały się rzadsze dzięki skojarzonej terapii antyretrowirusowej i stosowaniu profilaktyki pierwotnej.

Większość przypadków zapaleń płuc wywołanych przez *P. jiroveci* dotyczy osób, których liczba komórek CD4 jest niższa od 200/μl, ale zdarzają się także przy liczbie komórek $\geq 200/\mu\text{l}$. Gorączka o niewyjaśnionej etiologii powyżej 38,5°C, utrzymująca się przez ponad 2 tygodnie, i kandydoza jamy ustnej stanowią również czynniki ryzyka dla wystąpienia pneumocystowego zapalenia

płuc²⁷. W doniesieniach z początków epidemii HIV/AIDS podkreślano, że gorączka, brak łaknienia i chudnięcie mogą poprzedzać o 3 do 19 miesięcy objawy dotyczące układu oddechowego²⁸.

Przebieg pneumocystowego zapalenia płuc u pacjentów zakażonych HIV zwykle różni się od przebiegu choroby u osób seronegatywnych. U pacjentów onkologicznych poddawanych chemioterapii przebiega zwykle jako szybko postępująca choroba z ciężką hipoksją i dusznością rozwijającą się w ciągu 5–10 dni od pojawienia się pierwszych objawów²⁹.

U osób zakażonych HIV zapalenie płuc wywołane przez *P. jiroveci* rozwija się zwykle podstępnie, wolno, z nieswoistymi objawami, takimi jak: niewielka gorączka, umiarkowany suchy kaszel, uczucie dyskomfortu lub ból w klatce piersiowej, duszność podczas wysiłków, stopniowo nasilająca się do spoczynkowej, poczucie zmęczenia, spadek wagi ciała. Objawy te utrzymują się przez kilka tygodni, a nawet miesięcy, przed znacznym nasileniem się objawów dotyczących układu oddechowego^{30, 31}.

Pneumocystowe zapalenie płuc u pacjentów zakażonych HIV może przebiegać także w sposób „klasyczny” – z wysoką gorączką, przyspieszeniem oddechu, szybko postępującą dusznością, sinicą ust i intensywnym, suchym kaszlem.

Często mijają tygodnie lub nawet miesiące zanim postawione zostanie rozpoznanie zapalenia płuc wywołanego przez *P. jiroveci*. Jednak dekompensacja – jak we wszystkich śródmiąższowych zapaleniach płuc – może nastąpić szybciej, niż się spodziewano. Nierzadko po tygodniach antybiotykoterapii przepisywanej przez lekarza rodzinnego (szerokowachlarzowe antybiotyki nie pomagają!), pacjent

nagle zaczyna wymagać wspomagania oddechu. Znaczna duszność wysiłkowa lub duszność spoczynkowa wymaga natychmiastowego skierowania pacjenta do szpitala³²!

Rozpoznanie pneumocystowego zapalenia płuc jest trudne. Klasyczne objawy, to:

1. suchy kaszel,
2. stany podgorączkowe,
3. postępująca duszność lub zmniejszenie tolerancji wysiłku fizycznego *„zauważyłam/zauważyłem to po raz pierwszy, kiedy biegłam/biegłem do autobusu, ale teraz odczuwam duszność nawet wtedy, kiedy siedzę”*⁷.

W przypadkach łagodnych badanie płuc w spoczynku zwykle nie wykazuje zmian. Często stwierdzane są pleśniawki w jamie ustnej. Po wysiłku może być obserwowane przyspieszenie oddechu i akcji serca, słyszalne stać się mogą rozsiane trzeszczenia.

W badaniu radiologicznym klatki piersiowej może nie być zmian, zwłaszcza w początkowym stadium choroby. W obserwacjach z początków lat 90., radiolodzy nieświadomi statusu serologicznego chorych, nie wykrywali zmian radiologicznych u 39% pacjentów³³, tak więc brak zmian radiologicznych u pacjenta zakażonego HIV, wykazującego deficyt immunologiczny, nie wyklucza rozpoznania pneumocystowego zapalenia płuc. W przypadkach typowych, występują rozlane lub śródmiąższowe nacieki, obustronne, symetrycznie rozszerzające się od wnek w kształcie motyla, zdarzają się także zmiany guzkowate, cysty, zmiany niesymetryczne i zmiany dotyczące górnych płatów płuc³⁴.

W tomografii komputerowej może być widoczny charakterystyczny obraz tak zwanej matowej szyby.

Jeśli jednak w badaniach diagnostycznych nie widać zmian, co się zdarza, niezbędne jest szybkie rozpoczęcie terapii, zwłaszcza jeśli występuje wymieniona wyżej triada objawów. Pomocną wskazówką byłoby potwierdzenie zakażenia HIV i znacznego upośledzenia odporności.

Prawie zawsze występuje częściowa niewydolność oddechowa, która powinna zostać potwierdzona gazometrią.

Często podwyższone jest stężenie dehydrogenazy mleczanowej, która w pewnym stopniu może być używana jako wskaźnik przebiegu choroby – wysokie stężenie LDH jest niekorzystnym wskaźnikiem rokowniczym. Natomiast stężenie CRP jest zwykle w granicach normy, pod warunkiem, że nie występują dodatkowe infekcje⁷.

Odma opłucnowa jest typowym powikłaniem nieleczonego zapalenia płuc wywołanego przez *P. jiroveci*.

- **Bakteryjne zapalenia płuc**

Bakteryjne zapalenie płuc może być pierwszą manifestacją zakażenia HIV. AIDS definiują dwa epizody zapaleń płuc o potwierdzonej etiologii bakteryjnej, które wystąpiły w czasie 12 miesięcy.

Etiologia nie różni się istotnie od zapaleń płuc występujących w populacji ogólnej. Najczęściej rozpoznawane są zakażenia *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Klebsiella pneumoniae*, nieco rzadziej *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*. Bakteryjne zapalenia płuc występują 25-krotnie częściej, niż w populacji ogólnej, ale atypowe zapalenia płuc wywoływane przez *Legionella pneumophila*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia spp.* u osób zakażonych HIV występują rzadziej.

Choroby przewodu pokarmowego

- ***Kandydoza przełyku***

Kandydoza przełyku często występuje razem z kandydozą jamy ustnej, ale nie jest to bezwzględna regułą.

Pacjenci zwykle skarżą się na bolesne połykanie – początkowo połykanie pokarmów stałych sprawia ból, później także płynów. Często też mówią, że mają wrażenie, iż połykany pokarm zatrzymuje się w środku przełyku.

Rozpoznanie stawiane jest początkowo na podstawie obrazu klinicznego. Terapia empiryczna flukonazolem zmniejsza szybko dolegliwości, redukuje też koszty leczenia. Gastroskopia wskazana jest wówczas, kiedy dolegliwości nie ustępują po włączonym leczeniu⁷.

Kandydoza przełyku jest chorobą wskaźnikową AIDS.

Nowotwory często towarzyszące HIV

- ***Mięsak Kaposiego***

Mięsak Kaposiego jest pierwszym nowotworem opisywanym u pacjentów z AIDS. W początkach epidemii HIV/AIDS był jedną z najczęściej występujących chorób wskaźnikowych AIDS. Obecnie częstość występowania tej choroby znacznie się zmniejszyła. Występuje niemal wyłącznie w populacji mężczyzn uprawiających seks z mężczyznami, niezwykle rzadko u zakażonych HIV kobiet, dzieci, chorych na hemofilię.

Mięsak Kaposiego u osób zakażonych HIV może pojawić się na każdym obszarze skóry, ale także na błonach śluzowych jamy ustnej, oka, narządów płciowych. W przypadkach typowych pojawia się najpierw kilka niepowodujących dolegliwości plamek lub guzków w kolorze

purpurowym (czasem przypominającym siniec). Mogą pozostawać w postaci niezmienionej przez miesiące lub lata, mogą też powiększać się gwałtownie w ciągu tygodni i ulegać rozsianiu. Szybki wzrost może spowodować ból, wokół zmiany może pojawić się żółtawozielona obwódka, będąca następstwem krwawienia. W późniejszym okresie pojawia się centralna martwica i owrzodzenia, a zmiany mogą łatwo krwawić.

Mięsak Kaposiego na błonach śluzowych jamy ustnej najczęściej pojawia się na podniebieniu twardym.

Może dotyczyć też narządów wewnętrznych, występować w przewodzie pokarmowym lub układzie oddechowym.

W przypadku zmian występujących na skórze, rozpoznanie stawiane jest zwykle na podstawie obrazu klinicznego. Niekiedy niezbędne jest badanie histologiczne.

- ***Chłoniaki nieziarnicze***

Większość chłoniaków należy do nowotworów o dużej złośliwości, wywodzących się z komórek B.

Najczęstszym objawem jest powiększenie obwodowych węzłów chłonnych, które są twarde, nieprzesuwalne wobec podłoża, niebolesne. W większości przypadków rozpoznanie chłoniaka następuje późno, w stadium III lub IV skali Ann Arbor, występują też objawy, takie jak gorączka, nocne poty i/lub spadek wagi ciała. Stan kliniczny pacjenta ulega szybkiemu pogorszeniu.

Częste są także zmiany występujące poza węzłami chłonnymi. Mogą być znajdowane niemal w każdej części organizmu – w oczodołach, jądrach, sercu, piersiach, pęcherzu moczowym, nerkach, mięśniach lub kościach. Szczególnie często zajęty jest przewód pokarmowy, wątroba i szpik, wtórne zmiany mogą wystąpić w ośrodkowym układzie nerwowym.

Jeśli wystąpią zmiany poza węzłami chłonnyymi, wówczas dolegliwości zależą od ich lokalizacji: bóle brzucha pojawiają się w przypadku hepatosplenomegalii, krwotoki lub niedrożność w przypadku zajęcia przewodu pokarmowego, etc.

Szybkie rozpoznanie jest niezbędne dla skutecznej terapii.

- **Pierwotny chłoniak mózgu**

Pierwotny chłoniak mózgu występuje zwykle późno w przebiegu zakażenia HIV.

Objawy powodowane przez guz zależą od jego lokalizacji. Pierwszym objawem mogą być napady padaczkowe. Często występują też zmiany osobowości, bóle głowy, neurologiczne objawy ogniskowe. Gorączki zwykle nie ma. A ponieważ pacjenci mają zwykle bardzo upośledzoną odporność, objawy wyniszczenia i inne objawy towarzyszące zaawansowanej infekcji HIV mogą maskować rzeczywisty problem.

Rozpoznanie, którego dokonuje się na podstawie biopsji mózgu, polega przede wszystkim na stwierdzeniu obecności patologicznej masy w tomografii komputerowej lub rezonansie magnetycznym.

Przebieg zakażenia HIV w początkach epidemii i obecnie

Na początku epidemii zakażenie HIV było wyrokiem śmierci. Poprawa rozpoznawania i leczenia najczęstszych zakażeń oportunistycznych, wprowadzenie profilaktyki pierwotnej wielu infekcji, a później stosowanie jednego lub dwóch leków antyretrowirusowych, tylko w niewielkim stopniu poprawiały rokowania osób zakażonych HIV.

Przełomem stało się wprowadzenie do powszechnego stosowania nowej grupy leków silnie hamujących replikację wirusa (inhibitorów proteazy HIV) i stosowanie skojarzonej terapii antyretrowirusowej – przynajmniej trzy leki jednocześnie, hamujące na różnych etapach cykl namnażania wirusa HIV.

Od 1996 r., kiedy ten sposób leczenia stał się powszechny w krajach rozwiniętych, leczone lekami antyretrowirusowymi zakażenie HIV, stało się zakażeniem przewlekłym, dającym osobom zakażonym szansę na długie życie³⁵.

Jedyną szansą na poprawę jakości życia i jego znaczące wydłużenie jest rozpoznanie zakażenia HIV.

Jakie badania należy wykonać, aby rozpoznać zakażenie HIV?

Wykonanie badania w kierunku HIV jest procedurą bardzo łatwą i tanią, biorąc pod uwagę korzyści, jakie niesie za sobą wykrycie zakażenia – zarówno w wymiarze indywidualnym (dla pacjenta), jak i w wymiarze społecznym. Tylko osoba, która wie o swoim zakażeniu, może skorzystać z osiągnięć medycyny w zakresie leczenia. Rozpoznanie i leczenie zakażenia HIV ma również ogromne znaczenie epidemiologiczne. Ludzie skutecznie leczeni oprócz tego, że są zdrowsi, są także mniej zakaźni!

Pacjent musi wyrazić świadomą zgodę na test, powinien wiedzieć, dlaczego lekarz proponuje takie badanie.

W Polsce wykonywane są zwykle dwa rodzaje testów: testy III generacji, wykrywające obecność przeciwciał anti-HIV oraz testy IV generacji, wykrywające zarówno przeciwciała, jak i jeden z antygenów wirusa – antygen p24.

Wynik ujemny testu przesiewowego, niezależnie od

metody, którą był wykonywany, jest prawdziwy, jeśli minęły 3 miesiące od momentu, w którym doszło do zakażenia (okienko serologiczne).

Wynik dodatni testu przesiewowego wymaga ZAWSZE potwierdzenia testem Western blot. Dopiero dodatni wynik tego testu upoważnia do rozpoznania zakażenia HIV.

Wynik niejednoznaczny na którymkolwiek etapie (testy przesiewowe lub potwierdzenia) wymaga powtórzenia całej procedury badania od początku (czyli od testu przesiewowego).

We wczesnym okresie, tzw. pierwotnego zakażenia HIV, wyniki testów serologicznych przesiewowych i potwierdzających obecność przeciwciał anti-HIV są ujemne lub niejednoznaczne (serokonwersja dopiero się dokonuje), dlatego do ustalenia rozpoznania konieczne jest wykonanie specjalistycznego testu, który wykrywa materiał genetyczny HIV (HIV RNA) w surowicy, a gdy nie można wykonać badania wirerii (brak stosownego laboratorium) – może wykryć antygen p24. Ujemny wynik badania na obecność p24 nie wyklucza jednak ostrej fazy zakażenia HIV, choć u większości chorych z objawami utrzymującymi się powyżej tygodnia jest on obecny.

System opieki medycznej nad osobami zakażonymi HIV w Polsce

Leczeniem zakażenia HIV w Polsce zajmują się zwykle lekarze chorób zakaźnych specjalizujący się w kwestiach związanych z HIV/AIDS. Dzięki temu polscy pacjenci leczeni są zgodnie ze standardami obowiązującymi w krajach rozwiniętych.

W tabeli 2. zamieszczono listę ośrodków zajmujących się leczeniem osób z HIV/AIDS.

Tabela 2. Ośrodki zajmujące się terapią osób zakażonych HIV w Polsce

Lp.	Nazwa placówki Adres	Szpital, na bazie których działają ośrodki	Uwagi
1.	Poradnia Profilaktyczno- Lecznicza ul. Wolska 37, 01-201 Warszawa	Wojewódzki Szpital Zakaźny ul. Wolska 37, 01-201 Warszawa	
	Klinika Hepatologii i Nabytych Niedoborów Immunologicznych WUM ul. Wolska 37, 01-201 Warszawa	Wojewódzki Szpital Zakaźny ul. Wolska 37, 01-201 Warszawa	
	Klinika Chorób Zakaźnych Wieku Dziecięcego WUM ul. Wolska 37, 01-201 Warszawa	Wojewódzki Szpital Zakaźny ul. Wolska 37, 01-201 Warszawa	
2.	Klinika Chorób Zakaźnych i Hepatologii UM ul. Żurawia 14, 15-540 Białystok	Uniwersytecki Szpital Kliniczny ul. M. C. Skłodowskiej 24a 15-276 Białystok	
3.	Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych i Hepatologii CM im. Ludwika Rydygiera ul. Św. Floriana 12 85-030 Bydgoszcz	Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny im. T. Browicza, ul. Św. Floriana 12 85-030 Bydgoszcz	
4.	Poradnia Diagnostyki i Terapii AIDS ul. Zjednoczenia 10 41-500 Chorzów	Szpital Specjalistyczny ul. Zjednoczenia 10 41-500 Chorzów	
5.	Klinika Chorób Zakaźnych GUM ul. Smoluchowskiego 18 80-214 Gdańsk	Pomorskie Centrum Chorób Zakaźnych i Gruźlicy ul. Smoluchowskiego 18 80-214 Gdańsk	
6.	Oddział Kliniczny Klinik Gastroenterologii i Hepatologii oraz Chorób Zakaźnych, ul. Śniadeckich 5, 31-531 Kraków	Szpital Uniwersytecki w Krakowie ul. Kopernika 36 31-501 Kraków	
7.	Klinika Chorób Zakaźnych UM ul. Staszica 16, 20-081 Lublin	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie ul. Staszica 16, 20-081 Lublin	

Lp.	Nazwa placówki Adres	Szpital, na bazie których działają ośrodki	Uwagi
8.	Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych i Hepatologii UM ul. Kniaziewiczza 1/5, 91-347 Łódź	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Wł. Biegańskiego ul. Kniaziewiczza 1/5, 91-347 Łódź	
9.	Oddział Chorób Zakaźnych ul. Wł. Jagiełły 1, 14-100 Ostróda	Powiatowy Zespół Opieki Zdrowotnej w Ostródzie SA ul. Wł. Jagiełły 1, 14-100 Ostróda	
10.	Klinika Chorób Zakaźnych UM im. Karola Marcinkowskiego ul. Szwajcarska 3, 61-285 Poznań	Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. J. Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Lecznicznym SPZOZ ul. Szwajcarska 3, 61-285 Poznań	
11.	Klinika Chorób Zakaźnych i Neurologii Dziecięcej UM im. Karola Marcinkowskiego ul. Szpitalna 27 /33, 65-572 Poznań	Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera UM im. Karola Marcinkowskiego ul. Szpitalna 27 /33, 65-572 Poznań	
12.	Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych PUM ul. Arkońska 4, 71-455 Szczecin	Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony, ul. Arkońska 4, 71-455 Szczecin	
13.	Poradnia Profilaktyczno – Lecznicza ul. Wszystkich Świętych 2, 50-136 Wrocław	Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ ul. Podróżnicza 26/28, 53-208 Wrocław	
	Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby i Nabytych Niedoborów Odpornościowych UM ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław	
	Katedra i Klinika Pediatrii i Chorób Infekcyjnych UM ul. Chałubińskiego 2-2a, 50-368 Wrocław	Szpital Kliniczny nr 1 ul. Marii Curie-Skłodowskiej 58, 50-369 Wrocław	
14.	Oddział Zakaźny ul. Zyty 26, 65-046 Zielona Góra	Szpital Wojewódzki SPZOZ im. Karola Marcinkowskiego ul. Zyty 26, 65-046 Zielona Góra	

Lp.	Nazwa placówki Adres	Szpital, na bazie których działają ośrodki	Uwagi
15.	Klinika Chorób Zakaźnych UM ul. Kośnego 53, 45-372 Opole	Szpital Wojewódzki ul. Kośnego 53, 45-372 Opole	
16.	Oddział Chorób Zakaźnych Dziecięcych ul. Biernackiego 9, 20-089 Lublin	Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Jana Bożego ul. Biernackiego 9, 20-089 Lublin	Tylko ekspozycje + kobiety ciążarne
17.	Oddział Obserwacyjno-Zakaźny ul. Krasieńskiego 4/4a, 87-100 Toruń	Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera ul. Św. Józefa 53-59, 87-100 Toruń	Tylko ekspozycje
18.	Oddział Chorób Zakaźnych ul. Paderewskiego 5, 37-100 Łańcut	Centrum Medyczne Sp. z o.o. ul. Paderewskiego 5, 37-100 Łańcut	Tylko ekspozycje
19.	Klinika Położnictwa i Ginekologii ul. Kasprzaka 17a, 01-211 Warszawa	Instytut Matki i Dziecka ul. Kasprzaka 17a, 01-211 Warszawa	Tylko kobiety ciążarne
20.	Uniwersyteckie Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka WUM Sp. z o.o. Plac Starynkiewicza 1/3 02-015 Warszawa	Uniwersyteckie Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka WUM Sp. z o.o. Plac Starynkiewicza 1/3 02-015 Warszawa	Tylko kobiety ciążarne

Znaczenie tajemnicy lekarskiej w przypadku zakażenia HIV

System opieki zdrowotnej ma dla osób żyjących z HIV w Polsce podstawową zaletę: pacjenci leczeni są przez specjalistów, którzy ciągle aktualizują wiedzę dotyczącą terapii infekcji oportunistycznych i terapii antyretrowirusowych.

Ale dla niektórych pacjentów problemem jest to, że muszą pokonywać czasem wiele kilometrów, by odbyć wizytę u lekarza, wykonać badania kontrolne, odebrać leki... Część osób musi brać urlop w pracy, dla niektórych kobiet kłopotem jest znalezienie opieki nad dziećmi.

W sytuacjach, w których schorzenie nie ma związku z HIV (np. złamanie ręki, przeziębienie) pacjenci chcieliby skorzystać z pomocy lekarzy rodzinnych, ortopedów czy lekarzy innych specjalności. Ale wówczas pojawiają się obawy, jak lekarz zareaguje na wiadomość, że pacjent jest zakażony HIV. Wprawdzie sami pacjenci wiedzą, że nie mają obowiązku mówienia o zakażeniu, ale w przytłaczającej większości przypadków chcieliby móc o tym powiedzieć, z poczucia lojalności, uczciwości.

Ludzie żyjący z HIV boją się także, szczególnie w małych miejscowościach, w których wszyscy się znają, że informacja o ich zakażeniu wydostanie się z placówki medycznej.

Nie ma chyba innych chorób, które byłyby tak źle odbierane nie tylko przez pracowników ochrony zdrowia, lecz także większość społeczeństwa. Upowszechnienie informacji o zakażeniu może mieć fatalne konsekwencje – pacjenci mogą stracić pracę, mieszkanie, znajomych. Doświadczenia osób żyjących z HIV nie są zbyt pozytywne. Niezakażone dzieci kobiet zakażonych HIV bywają wyrzucane z przedszkoli i szkół. Bywa też tak, że lekarze specjaliści odmawiają udzielenia pomocy medycznej^{36,37}.

Dlatego tak ważne jest zachowanie tajemnicy lekarskiej w przypadku zakażenia HIV.

Czy HIV jest bardziej zakaźny niż inne drobnoustroje?

HIV jest wirusem szybko ginącym poza organizmem człowieka.

Zakażenie HCV przenosi się przez krew prawie 10 razy łatwiej niż HIV, HBV – 100 razy łatwiej.

Zakaźna jest przede wszystkim krew osoby zakażonej, w której najwięcej wirusa znajduje się w początkach zakażenia HIV, kiedy jeszcze testy poszukujące przeciwciał anty-HIV są

ujemne, a także w późnym stadium zakażenia – AIDS.

Przyjmowane regularnie leki antyretrowirusowe zmniejszają ilość wirusa we krwi osób zakażonych, w większości przypadków do bardzo małych wartości. Dzięki temu jej zakaźność znacząco się obniża.

Klasyfikacja stadiów infekcji HIV³⁸

Definicja kliniczna AIDS w Polsce (i w Europie) obejmuje stadia C1, C2 i C3^{39, 40}.

W Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej AIDS rozpoznaje się także u osób znajdujących się w stadiach A3, B3 (niezależnie od stanu klinicznego) oraz C3.

Kryteria laboratoryjne (komórki CD4+)	Kryteria kliniczne		
	A bezbobjawowa, ostra (pierwotna) infekcja HIV lub PGL*	B choroby, stany nienależące do A lub C	C choroby wskaźnikowe (definiujące) AIDS (u osoby z potwierdzonym zakażeniem HIV)
1. > 500/μl (> 29%)	A1	B1	C1
2. 200-499/μl (14-28%)	A2	B2	C2
3. < 200/μl (< 14%)	A3	B3	C3

* PGL- *presistent generalised lymphadenopathy* - *przetwiała uogólniona limfadenopatia*.

Kategoria kliniczna A	Kategoria kliniczna B	Kategoria kliniczna C
<ul style="list-style-type: none"> bezbobjawowe zakażenie HIV przetwiała uogólniona limfadenopatia ostra (pierwotna) infekcja HIV (ostra choroba retrowirusowa) z towarzyszącymi objawami lub ostra infekcja HIV w wywiadzie 	<ul style="list-style-type: none"> objawy ogólne, jeśli nie mogą zostać przypisane żadnej określonej chorobie i utrzymują się przynajmniej przez miesiąc, jak gorączka > 38,5°C lub biegunka utrzymująca się ≥1 miesiąc choroby zapalne miednicy, szczególnie gdy powikłane są ropniami jajników lub jajowodów 	<ul style="list-style-type: none"> bakteryjne, powtarzające się zapalenia płuc (2 lub więcej epizodów w czasie 12 miesięcy)* chłoniak immunoblastyczny lub Burkitta chłoniak mózgu encefalopatia związana z zakażeniem HIV histoplazmoza (pozapłucna lub rozsiana)

	<ul style="list-style-type: none"> • <i>angiomatosis bacillaris</i> • kandydoza jamy ustnej lub pochwy (przewlekłe nawracająca lub źle reagująca na leczenie) • dysplazja, rak szyjki macicy (in situ) • infekcja <i>Herpes zoster</i> (> 1 dermatom, > 2 epizody) • idiopatyczna czerwienica małopłytkowa • listerioza • leukoplakia włochata jamy ustnej • neuropatie obwodowe • inne choroby, które nie definiują AIDS, przypisywane infekcji HIV i wskazujące na znaczne upośledzenie odporności komórkowej 	<ul style="list-style-type: none"> • inwazyjny rak szyjki macicy* • isosporiaza (biegunka utrzymująca się ≥ 1 miesiąc) • kandydoza oskrzeli, tchawicy lub płuc • kandydoza przełyku • kokcydiodomykoza (pozapłcna lub rozsiana) • kryptosporydioza (biegunka utrzymująca się ≥ 1 miesiąc) • mięsak Kaposiego • nawracająca posocznica salmonellozowa • postępująca wieloogniskowa leukoencefalopatia • toksoplazmoza mózgu • zakażenie <i>Herpes simplex</i>: przewlekłe owrzodzenia (utrzymujące się ≥ 1 miesiąc), zapalenia oskrzeli, płuc, przełyku • zakażenie innymi gatunkami lub niezidentyfikowanymi dotąd mykobakteriami • zakażenie <i>M. tbc</i> - płuc* lub pozapłucne • zakażenie wirusem cytomegalii: zapalenie siatkówki z utratą widzenia lub inne lokalizacje (poza wątrobą, śledzioną, węzłami chłonnyymi) • zapalenie płuc spowodowane <i>P. jiroveci</i> (dawniej <i>P. carinii</i>) • zespół wyniszczenia spowodowany HIV
--	--	--

*jednostki dodane do klasyfikacji w roku 1992.

Klasyfikacja stadiów zakażenia HIV została opracowana w celu nadzoru epidemiologicznego. Nigdy nie była użyteczna w prognozowaniu przebiegu zakażenia HIV.

Nie jest tym bardziej stosowana w prognozowaniu przebiegu zakażenia od czasu wprowadzenia do powszechnego stosowania skojarzonej terapii antyretrowirusowej.

Oczywistym jest, że im wcześniej zostanie rozpoznane zakażenie (optymalnie w stadium A1), tym większe są szanse na skuteczne leczenie.

Kiedy lekarze powinni proponować test na HIV?

Test na HIV należy rozważyć **w przypadku każdej choroby przebiegającej nietypowo, niepoddającej się leczeniu lub nawracającej**, a także⁴¹:

Choroby wewnętrzne	Choroby zakaźne	Dermatologia
<ul style="list-style-type: none">• gorączka o niejasnej etiologii• utrata masy ciała o niejasnej etiologii• obniżenie stężenia hemoglobiny o niejasnej etiologii• trombocytopenia i/lub leukopenia o niejasnej etiologii• drożdżycza przełyku i żołądka• przewlekła biegunka• zapalenie jelit o niejasnej etiologii	<ul style="list-style-type: none">• półpasiec zajmujący > 2 dermatomy/nawracający• gorączka o niejasnej etiologii• zaburzenia hematologiczne• drożdżycza układu oddechowego, pokarmowego• zespół mononukleozopodobny*• przewlekła biegunka• nawracające zapalenie płuc• toksoplazmoza OUN• kryptokokowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	<ul style="list-style-type: none">• zakażenia przenoszone drogą płciową• łojotokowe zapalenie skóry• nawracająca drożdżycza jamy ustnej• półpasiec• mięsak Kaposiego• nowotwory skóry

<ul style="list-style-type: none"> • nawracające bakteryjne zapalenie płuc • śródmiąższowe zapalenie płuc • limfadenopatie • zespół wyniszczenia niejasnego pochodzenia 	<ul style="list-style-type: none"> • aseptyczne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych • gruźlica, inne mykobakteriozy • wirusowe zapalenia wątroby: HCV, HBV, HAV • inne choroby z listy chorób wskaźnikowych AIDS 	
Endokrynologia	Ginekologia	Laryngologia
<ul style="list-style-type: none"> • zaburzenia endokrynologiczne o niejasnej etiologii 	<ul style="list-style-type: none"> • ciąża – kobieta i jej partner – w razie braku badania test należy zaoferować po porodzie, a jeśli kobieta nie wyrazi zgody, należy zaproponować badanie noworodka • nawracająca drożdżycy pochwy • zakażenia przenoszone drogą płciową • inwazyjny i nieinwazyjny rak szyjki macicy • dysplazja szyjki macicy > 2 stopnia, • zakażenie HPV 	<ul style="list-style-type: none"> • zapalenie ślinianek o niejasnej etiologii • nowotwory okolicy głowy i szyi • grzybica jamy ustnej, przełyku lub krtani • limfadenopatia niejasnego pochodzenia
Nefrologia/urologia	Neurologia	Okulistyka
<ul style="list-style-type: none"> • nefropatie kłębuszkowe • choroby przenoszone drogą płciową • brodawczak pęcherza moczowego • nasieniak (seminoma) 	<ul style="list-style-type: none"> • pojedyncze ropnie mózgu • toksoplazmoza mózgu • encefalopatia o niejasnej etiologii • PML • kryptokokowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych • postępujące otępienie 	<ul style="list-style-type: none"> • zapalenie błony naczyniowej i siatkówki (CMV, HSV, toksoplazmozowa, inne) • retinopatie niejasnego pochodzenia

	<ul style="list-style-type: none"> • polineuropatia • chłoniak pierwotny mózgu • zespół Guillain-Barre • poprzeczne zapalenie rdzenia kręgowego • aseptyczne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych* 	<ul style="list-style-type: none"> • półpasiec nawracający
Onkologia/hematologia	Pediatria/neonatologia	Pulmonologia
<ul style="list-style-type: none"> • chłoniaki nieziarnicze • rak/dysplazja nabłonkowa odbytu/szyjki macicy • rak płuc • nasieniak (seminoma) • ziarnica złośliwa • choroba Castelmanna • limfopatie niejasnego pochodzenia • małopłytkowość, neutropenia, limfopenia 	<ul style="list-style-type: none"> • wszystkie noworodki urodzone przez kobiety, które nie poddały się badaniu przed ciążą lub podczas jej trwania • zapalenie ślinianek niejasnego pochodzenia • ciężkie zakażenia bakteryjne • nawracająca kandydoza jamy ustnej • zapalenie płuc wywołane <i>Pneumocystis jirovecii</i> (dawniej <i>P. carinii</i>) • gruźlica • zakażenie cytomegalowirusowe • śródmiąższowe zapalenie płuc • nawracające bakteryjne zapalenie płuc • encefalopatia niejasnego pochodzenia • upośledzenie rozwoju psycho-ruchowego • limfadenopatie niejasnego pochodzenia • małopłytkowość • zapalenie siatkówki o etiologii zakaźnej 	<ul style="list-style-type: none"> • mykobakteriozy płucne lub rozsiane • nawracające bakteryjne zapalenia płuc • śródmiąższowe zapalenie płuc • zapalenia płuc o niejasnej etiologii • drożdżycza tchawicy i/lub oskrzeli • aspergiloza

	Stomatologia	
	<ul style="list-style-type: none"> • nawracająca drożdżycza jamy ustnej i przełyku • zmiany dysplastyczne błony śluzowej jamy ustnej • zakażenie HPV • nawracające, opryszczkowe zapalenie jamy ustnej • zakażenia przenoszone drogą płciową • chłoniak Burkitta • mięsak Kaposiego • leukoplakia włochata 	

* Może występować w przebiegu pierwotnej infekcji HIV, kiedy testy poszukujące przeciwciał anti-HIV są jeszcze ujemne. Ujemny wynik testu nie wyklucza zakażenia, należy powtórzyć badanie po 3 miesiącach.

Badanie w kierunku zakażenia HIV może odbyć się **tylko po wyrażeniu przez pacjenta świadomej zgody**, po rozmowie przeprowadzonej przed testem, w której należy wyjaśnić przyczyny badania (dlaczego podejrzewa się zakażenie HIV), wyjaśnić pacjentowi korzyści z rozpoznania zakażenia, możliwości terapii, etc.

Piśmiennictwo:

¹ Niedźwiecka-Stadnik M, Pielacha M, Rosińska M. Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS w Polsce w 2013 roku. Przegl. Epidemiol. 2015; 69:267-72.

² Schalet A. Must we fear adolescent sexuality? Med Gen Med 2004;6(4):44. www.medscape.com/viewarticle/494933.

³ Rogowska-Szadkowska D, Chlabicz S. Where and how do Polish patients contract HIV? Przegl Epidemiol 2011;65:509-13.

⁴ Bąkowska E, Cielniak I, Świącki P, et al. HIV infection in ageing population. Case report of three patients over 74 years. HIV AIDS Rev 2008; 7(4):21-25.

⁵ Dunn ME, Culter N. Sexual issues in older adults. AIDS Patient Care STD 2000;14: 67-69.

⁶ Bretschneider JG, McCoy NL. Sexual interest and behavior in health 80 do 102 year

olds. *Arch Sex Behav* 1988;17:109-120.

⁷ Nichols JG, Speer DC, Watson BJ, et al. Older adults sexuality and HIV. W: *Aging with HIV. Psychological, social and health issues.* Elsevier Science (USA), 2002: pp: 247-64.

⁸ Grossman AH. At risk, infected, and invisible: older gay men and HIV/AIDS. *J Assoc Nurses AIDS Care* 1995;6:13-9.

⁹ Schable B, Chy S, Diaz T. Characteristics of women 50 years and older with heterosexually acquired HIV. *Am J Public Health* 1996;86:1616-8.

¹⁰ Neundorfer MM, Harris PB, Britton PJ, Lynch DA. HIV-risk factors for midlife and older women. *Gerontologist* 2005;45:617-25.

¹¹ Tessler Lindau S, Leitsch SA, Lundberg KL, Jerome J. Older women's attitudes, behavior, and communication about sex and HIV: a community based study. *J Women's Health* 2006;15:747-53.

¹² Manrique L, Aziz M, Adeyemi OM. Successful immunologic and virologic outcomes in elderly HIV-infected patients. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2010;54:332-34.

¹³ Tumbarello M, Rabagliati R, de Gaetano Donati K, et al. Older HIV-positive patients in the era of highly active antiretroviral therapy: changing a scenario. *AIDS* 2003;17:128-31.

¹⁴ Perez J, Moore R. Greater effect of highly active antiretroviral therapy on survival in people aged > or = 50 years compared with younger people in an urban observational cohort. *Clin Infect Dis* 2003;36:212-8.

¹⁵ Doweiko JP. Hematologic manifestations of HIV infection. W: *AIDS and other manifestations of HIV infections.* Red. Wormser GP. Fourth edition. Elsevier (USA), 2004.

¹⁶ Klein RS, Harris CA, Small CB, Moll B, Lesser M, Friedland GH. Oral candidiasis in high-risk patients as the initial manifestation of the acquired immunodeficiency syndrome. *N Engl J Med* 1984;311:354-8.

¹⁷ Candidiasis or hairy leukoplakia among homosexual and bisexual men enrolled in three prospective cohorts. *AIDS* 1994;8:73-79.

¹⁸ Wilcox CM. Esophageal disease in the acquired immunodeficiency syndrome: etiology, diagnosis, and management. *Am J Med* 1992;92:412-21.

¹⁹ Powderly WG, Gallant JE, Ghannoum MA, Mayer KH, Manarro EE, Perfect JR. Oropharyngeal candidiasis in patients with HIV: suggested guidelines for therapy. *AIDS Res Hum Retroviruses* 1999;15:1619-23.

²⁰ Patton LL, McKaig RG, Eron JJ Jr, Lawrence HP, Strauss RP. Oral hairy leukoplakia and oral candidiasis as predictors of HIV viral load. *AIDS* 1999;13:2174-6.

²¹ Weinert M, Grimem RM, Lynch DP. Oral manifestations of HIV infection. *Ann Intern Med* 1996;125:485-96.

²² Greenspan D, Greenspan JS. HIV-related oral disease. *Lancet* 1996;348:729-33.

²³ Centers for Disease Control and Prevention. 1993 revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. *MMWR* 1992;41:1-19.

²⁴ Eman JC, Kovacs JA, Masur H i wsp. Ribosomal RNA sequence show *Pneumocystis carinii* to be a member of the fungi. *Nature* 1988;334: 519-22.

- ²⁵ Bacchetti P, Osmond D, Chaisson RE i wsp. Survival patterns of the first 500 patients with AIDS in San Francisco. *J Infect Dis* 1988; 157:1044-47.
- ²⁶ Despommier DD, Gwadz RW, Hotez PJ. *Pneumocystis carinii* (Delanoe and Delanoe 1912). W: *Parasitic diseases*. Springer Verlag, New York, 1994.
- ²⁷ Simonds RJ, Hughes WT, Feinberg JM, Navin TR. Preventing *Pneumocystis carinii* pneumonia in persons infected with human immunodeficiency virus. *Clin Infect Dis* 1995;21(Suppl 1):S44-8.
- ²⁸ Masur H, Michelis MA, Greene JB i wsp. An outbreak of community-acquired *Pneumocystis carinii* pneumonia. Initial manifestation of cellular immune dysfunction. *N Engl J Med* 1981;305:1431-8.
- ²⁹ Davey RT Jr, Masur H. Recent advances in the diagnosis, treatment, and prevention of *Pneumocystis carinii* pneumonia. *Antimicrob Agents Chemother*. 1990;34:499-504.
- ³⁰ Glatt AE, Chirgwin K, Landesman SH. Treatment of infections associated with human immunodeficiency virus. *N Engl J Med* 1988;318: 1439-48.
- ³¹ Hopewell PC. *Pneumocystis carinii* pneumonia: current concepts. W: Sande MA, Volberding PA. *The medical management of AIDS*. W.B. Saunders Company, 1992. ³¹
- ³² Hoffman C. *Opportunistic infections (OIs)*. W: *HIV Medicine 2005*, red. Hoffmann C, Rockstroh JK, Kamps BS. Steinhäuser Verlag, 2005.
- ³³ Opravil M, Marcinek B, Fuchs WA i wsp. Shortcomings of chest radiography in detecting *Pneumocystis carinii* pneumonia. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1994;7:39-45.
- ³⁴ Selwyn PA, Pomerantz AS, Durante A i wsp. Clinical predictors of *Pneumocystis carinii* pneumonia, bacterial pneumonia and tuberculosis in HIV-infected patients. *AIDS* 1998;12:885-93.
- ³⁵ Rogowska-Szadkowska D, Chlabicz S. Następstwa zakażenia ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV). *Pol Merk Lek* 2009;26:223-6.
- ³⁶ Jabłonowska E, Małolepsza E. Stopień akceptacji pacjentów HIV+ przez pracowników służby zdrowie w regionie łódzkim w ocenie samych zakażonych. *Wiad. Lek.* 2007;60:497-501.
- ³⁷ Rogowska-Szadkowska D, Ołtarzewska AM, Sawicka-Powierza J, Chlabicz S. Medical Care of HIV-infected individuals in Poland: impact of stigmatization by health care workers. *AIDS Care STDS* 2008;22:81-4.
- ³⁸ Centers for Disease Control and Prevention. 1993 revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. *MMWR* 1992;41:1-19.
- ³⁹ Ancelle-Park R. Expanded European AIDS case definition. *Lancet* 1993;341:441.
- ⁴⁰ European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. 1993 revision of the European AIDS surveillance case definition. *AIDS Surveillance in Europe. Quarterly Report 1993*. www.eurohiv.org/report-37/aids-euro-definition-eng.pdf.
- ⁴¹ Łapiński Ł, Szetela B, Ankiersztejn-Bartczak M. *Zasady testowania w kierunku HIV – zalecenia*. W: *Zasady opieki nad osobami zakażonymi HIV. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS, 2014. PTN AIDS, Warszawa, 2014. Coroczne aktualizacje zaleceń udostępniane są na stronie Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS: <http://www.ptnaids.pl>, w zakładce: „Rekomendacje”.*

Notatki

A series of 30 horizontal dotted lines for taking notes.

Krajowe Centrum ds. AIDS wyraża zgodę na wykorzystywanie niniejszej publikacji w granicach określonych przepisami prawa autorskiego, to jest przez przytoczenie treści w niej zawartych w niezmienionej postaci, podanie autora i tytułu publikacji wraz z wyraźnym oznaczeniem Krajowego Centrum ds. AIDS jako „źródła” i odesłaniem do portalu www.aids.gov.pl, gdzie można znaleźć ww. publikację.

W razie cytowania treści publikacji prosimy o zamieszczenie następującego zapisu: Wydawcą jest Krajowe Centrum ds. AIDS, agenda Ministra Zdrowia, www.aids.gov.pl.

Teksty:

Dorota Rogowska-Szadkowska

Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Jacek Gąsiorowski

Poradnia Profilaktyczno-Lecznicza Wrocławskiego Centrum Zdrowia, Katedra Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby i Nabytych Niedoborów Odpornościowych Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Redakcja językowa: Iwona Gąsior, Anna Kaczmarek

Opracowanie graficzne i skład: Dorota Petryk-Niezbalska

„(...) uważam broszury: HIV/AIDS dla lekarzy rodzinnych, HIV/AIDS dla pielęgniarek i położnych, HIV/AIDS dla ginekologów oraz ulotkę HIV/AIDS dla lekarzy rodzinnych za bardzo cenne pozycje, które poleciłabym wielu specjalistom, nie tylko bezpośrednim adresatom tych opracowań”.

*Brygida Knysz, dr hab. n. med. prof. nadzw.
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych,
Chorób Wątroby i Nabytych Niedoborów Odpornościowych*

„Analizując szereg problemów związanych z zakażeniem HIV można wyróżnić te szczególnie ważne (...): wczesne rozpoznanie infekcji, skierowanie osoby zakażonej do specjalistycznego ośrodka medycznego oraz dochowanie tajemnicy lekarskiej/pielęgniarskiej. Tutaj, najważniejszą rolę odgrywają lekarze pierwszego kontaktu, lekarze ginekolodzy oraz pielęgniarki i położne. (...) Te bardzo potrzebne poradniki powinny znaleźć się w bibliotece każdego pracownika medycznego”.

*Anna Boroń-Kaczmarek, prof. dr hab. n. med.
Śląski Uniwersytet Medyczny
Katedra i Oddział Kliniczny Chorób Zakaźnych w Bytomiu*



Agenda Ministra Zdrowia

ISBN: 978-83-87068-47-9
Warszawa 2015

**Egzemplarz bezpłatny sfinansowany przez
Krajowe Centrum ds. AIDS ze środków Ministerstwa Zdrowia**

www.aids.gov.pl

Portal edukacyjny Krajowego Centrum ds. AIDS

www.hiv-aids.edu.pl

Telefon Zaufania HIV/AIDS 22 692 82 26 lub 801 888 448*

*połączenie płatne tylko za pierwszą minutę