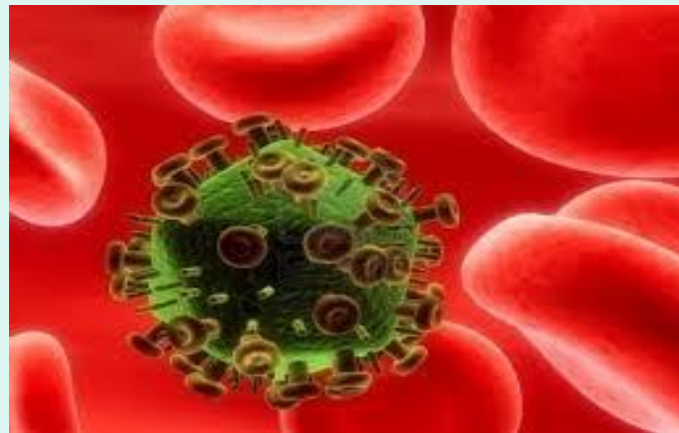


Epidemiologia i profilaktyka zakażeń HIV - wskazania do diagnostyki

Irena Przepiórka

Stowarzyszenie Wolontariuszy Wobec AIDS „Bądź z nami”



XXXV Sympozjum: „Szczepienia Ochronne”

Warszawa, 21 kwietnia 2017 r

Epidemiologia HIV/AIDS



Epidemiologia

EPIDEMIA AIDS NA ŚWIECIE 2015/2016

- **Od początku epidemii ok. 78 mln (71-87 mln) osób zostało zakażonych HIV.**
- **39 mln (35-43 mln) zmarło z powodu powikłań wywołanych przez AIDS**

Liczba osób żyjących z HIV	Ogółem Dorośli Kobiety Dzieci < 15 roku życia	36,7 mln [34,0 – 39,8 mln] 34,9 mln 17,8 mln 1,8 mln
Nowe zakażenia HIV w 2015r.	Ogółem Dorośli Dzieci < 15 roku życia	2,1 mln [1,8– 2,4 mln] 1,9 mln 150 000
Zgony z powodu AIDS w 2015r.	Ogółem Dorośli Dzieci < 15 roku życia	1,1 mln [940 000 – 1,2 mln] 1,0 mln 110 000
Liczba osób objętych terapią ARV	Ogółem	18,2 mln (czerwiec 2016)

HIV/AIDS w Europie

Łączna liczba przypadków diagnozy HIV w Europejskim Regionie WHO - 50 państw (od momentu wprowadzenia systemu nadzoru w 1980 r.) – 2 003 717

W tym 1 011 377 przypadków zdiagnozowanych w Rosji.

W 2015 r zdiagnozowano ponad 153 tys. nowych przypadków HIV co stanowi siedmioprocentowy (7%) wzrost w stosunku do poprzedniego roku

Według szacunków ECDC obecnie w Unii Europejskiej/Europejskim Obszarze Gospodarczym (UE/EOG) żyje 122 tys. osób zakażonych wirusem HIV, które o tym nie wiedzą.

Rozkład geograficzny nowych zakażeń:

- 27 022 nowe przypadki HIV zdiagnozowane w Europie Zachodniej (18%)
- 5297 nowych przypadków HIV stwierdzono w Europie Środkowej (3%).
- 121 088 nowych przypadków HIV zdiagnozowano w Europie Wschodniej (79%),

HIV/AIDS w Europie

Główne sposoby przenoszenia wirusa różnią się w zależności od rejonu geograficznego:

W zachodniej i środkowej części regionu stale rośnie liczba zakażeń HIV wśród mężczyzn utrzymujących stosunki seksualne z mężczyznami (MSM).

Na wschodzie nastąpił wzrost transmisji wirusa wśród osób heteroseksualnych.

Zakażenia powstałe w związku z przyjmowaniem narkotyków drogą dożylną nadal stanowią jedną trzecią wszystkich nowych przypadków odnotowanych w państwach wschodnioeuropejskich.

Podejmowane interwencje powinny być dostosowane do lokalnego kontekstu epidemii.

Polska

Od wdrożenia badań w roku 1985 do 31 grudnia 2016 r. stwierdzono:

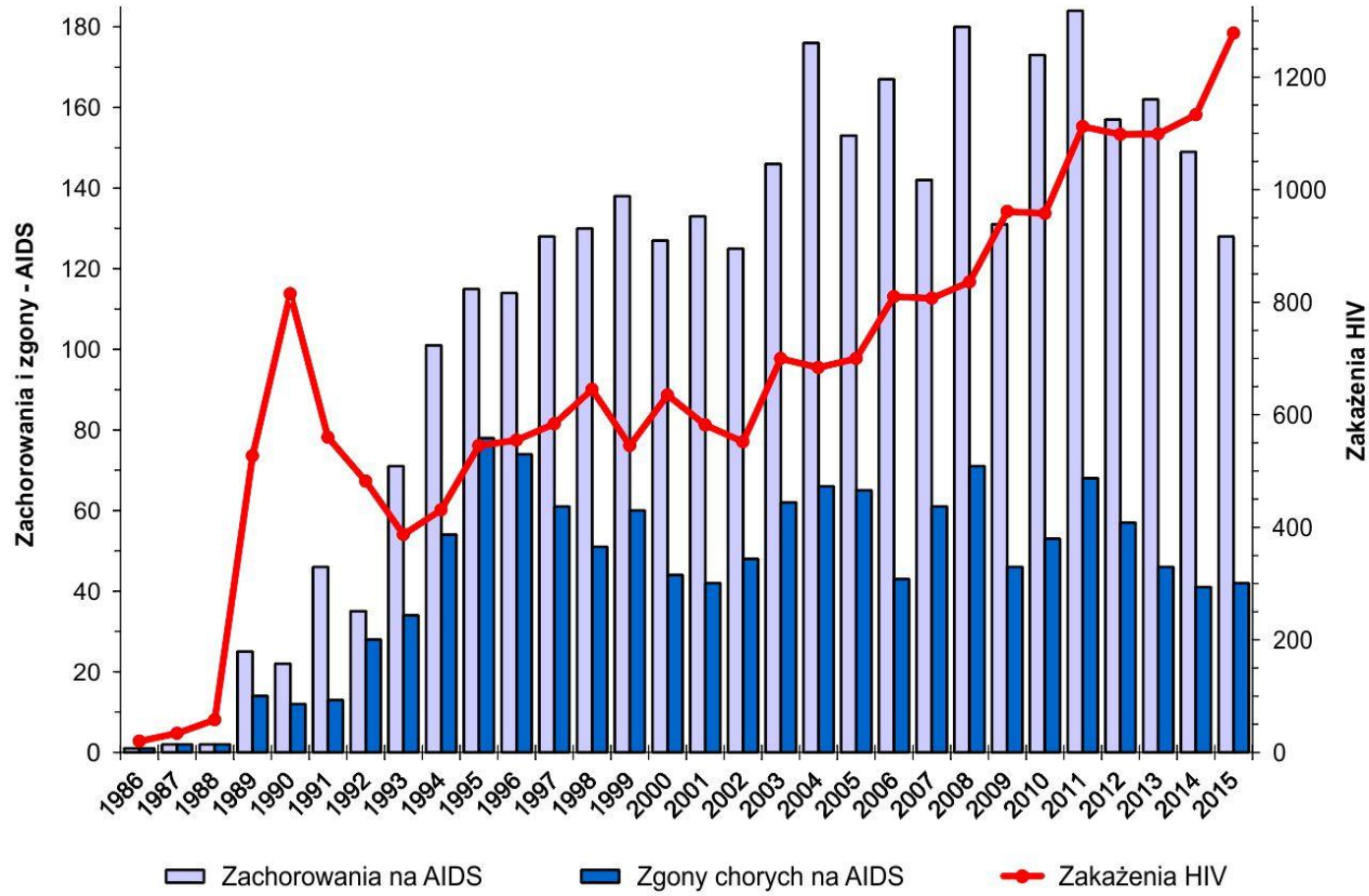
- 21 148 zakażonych ogółem
- 3 441 zachorowań na AIDS
- 1 360 chorych zmarło

Obecnie leczeniem ARV objętych jest 9 632 pacjentów (luty 2017)

4030 – liczba osób leczonych ARV w Polsce w sierpniu 2009r

Opracowano na podstawie danych NIZ-PZH www.pzh.gov.pl
oraz danych Stowarzyszenia „Bądź z Nami”

Zakażenia HIV, zachorowania na AIDS i zgony chorych na AIDS w latach 1986-2015



Polska

Co roku jest wykrywanych ok.1200 nowych zakażeń.

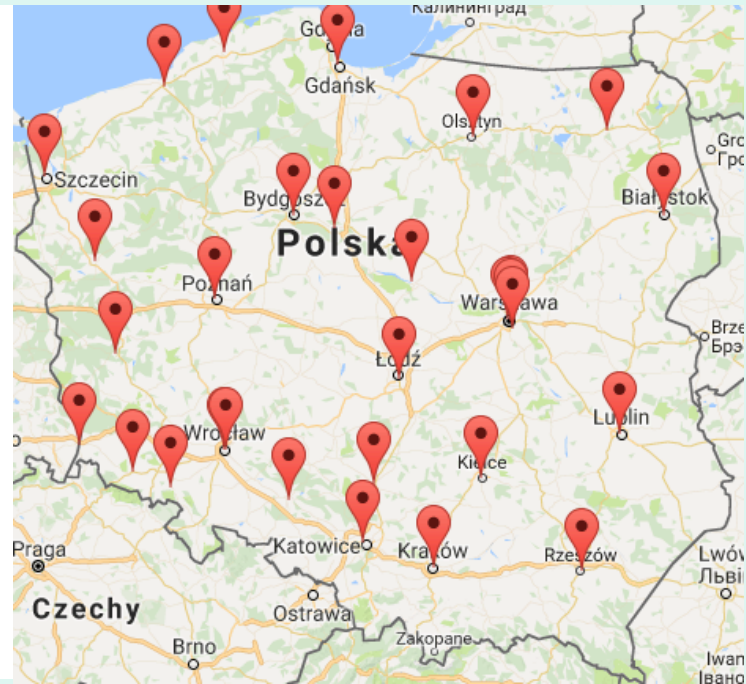
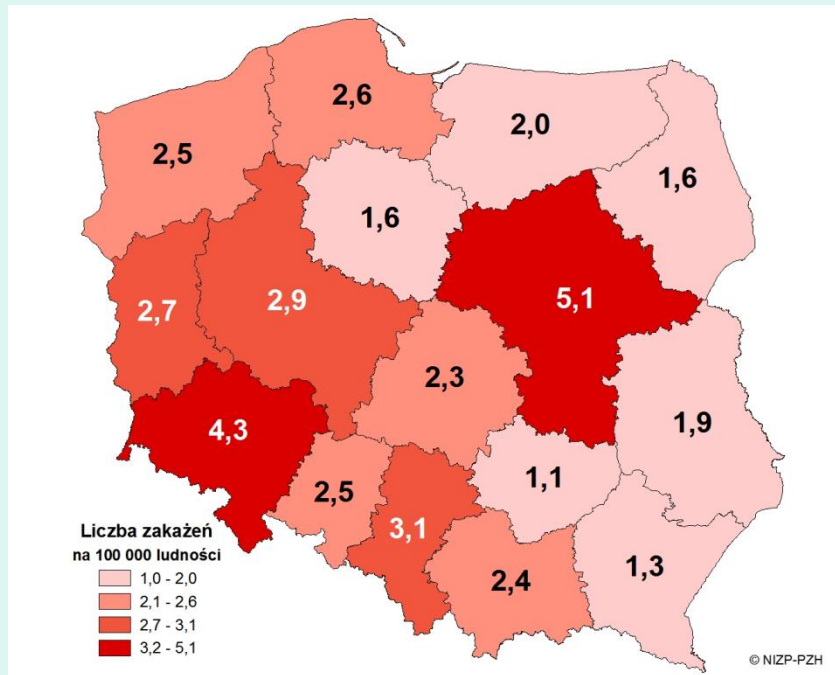
1278 zakażeń zarejestrowano w 2016 r.

Problemem jest brak podawania prawdopodobnej drogi zakażenia i późne rozpoznawanie zakażenia

W przypadku 66,9% zarejestrowanych w 2015 r nowo wykrytych zakażeń HIV nie podano prawdopodobnej drogi zakażenia.

W grudniu 2016 r zgłoszono 9 przypadków zachorowań na AIDS. Spośród tych chorych, 6 osób nie było leczonych antyretrowirusowo.

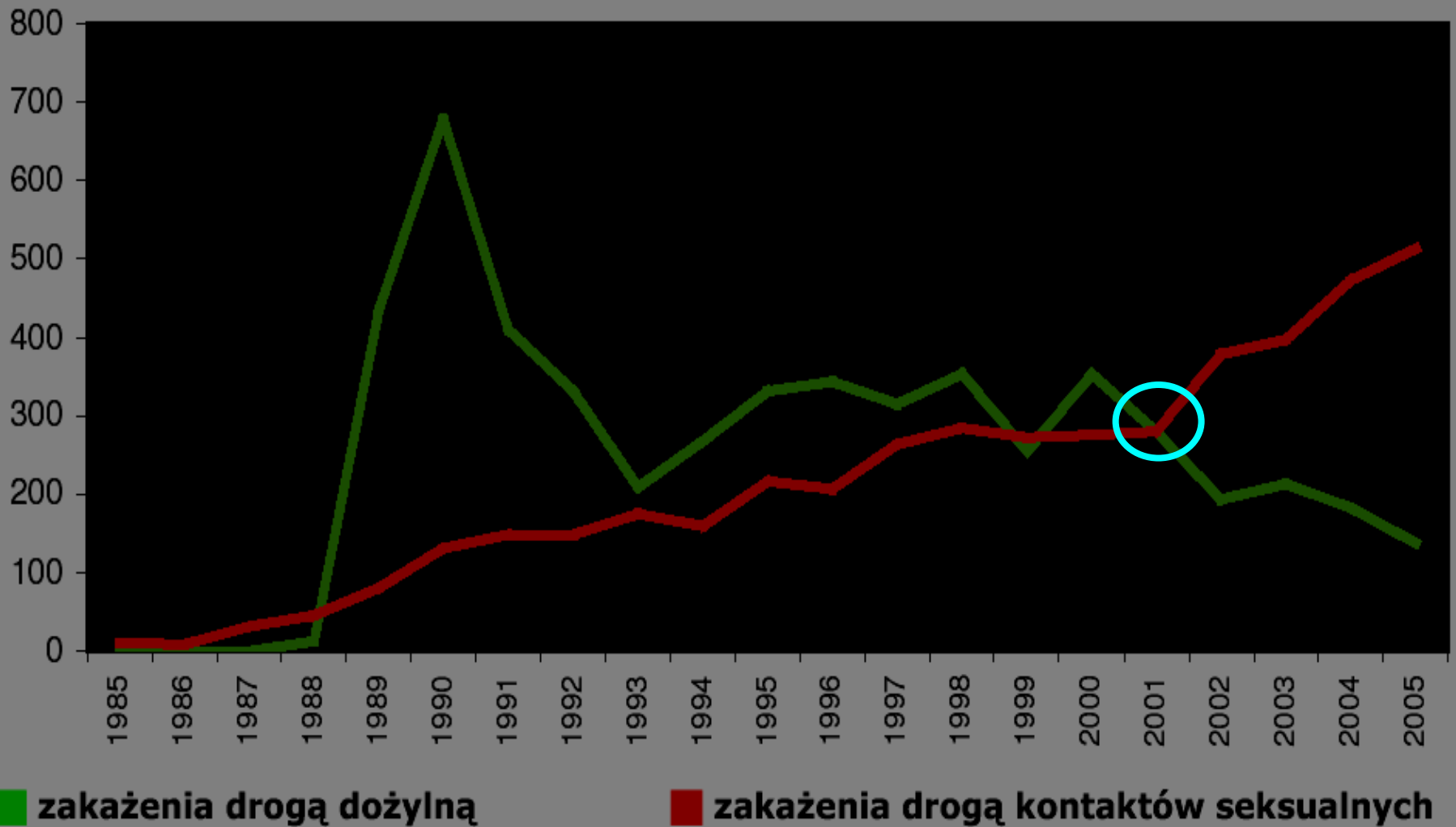
Średnia roczna liczba nowo wykrywanych zakażeń HIV w latach 2011-2015, według województw oraz rozmieszczenie PKD



Drogi zakażenia-nowe zakażenia

- Najczęstszą drogą przenoszenia HIV – są kontakty seksualne
- Wg danych PZH wzrasta liczba osób zakażonych droga MSM
 - 23% nowo rozpoznanych zakażeń w 2015 r
 - 78% zakażeń o znanej drodze zakażenia.
 - W przypadku 58,3% diagnoz u mężczyzn brak informacji o drodze zakażenia)
- Zakażenia nabyte droga kontaktów heteroseksualnych – mniej niż 10% (7% w 2015r)
- Zakażenia nabyte poprzez iniekcyjne stosowanie narkotyków– mniej niż 5% (4% w 2015r)
- Brak określonej drogi – ponad 50% (66,9% w 2015 r)

Główne drogi zakażenia HIV w Polsce w latach 1985 - 2005



Promocja
programów
redukcji szkód

Spadek częstości
stosowania prezerwatyw

Nowe zakażenia

- 58,6% nowych zakażeń dotyczy osób w wieku 25–48 lat
- 22,7% nowych zakażeń dotyczy osób w wieku 40 lat

W grupie wiekowej 40+ 38% nowych zakażeń następuje w wyniku kontaktów heteroseksualnych

- 14% zakażeń dotyczy najmłodszej badanej grupy wiekowej – 18–21 lat
- Co roku rozpoznawanych jest ok. 200 zakażeń kobiet. Według szacunków WHO w Polsce żyje 8200 (6200-11000) kobiet zakażonych HIV

Wśród MSM ze świeżo rozpoznanym zakażeniem przeważają osoby z wysoką liczbą limfocytów T CD4 (niedawne zakażenie)

Wśród osób zakażonych przez kontakty heteroseksualne i podczas używania narkotyków częsta jest wysoka immunosupresja (zaawansowane zakażenie)

Polskie problemy

- Najwyższy w UE odsetek osób nieświadomych zakażenia (ponad 60%)
- Brak rzetelnej informacji o drogach zakażenia u osób zdiagnozowanych
- Wśród osób ze świeżo rozpoznanym zakażeniem często rozpoznawane jest zaawansowane zakażenie
- Polscy lekarze 6-12 krotnie rzadziej niż w innych krajach UE zlecają testy
- Do PKD zgłaszają się głównie osoby młode (20-29), a najwyższa wykrywalność jest u osób w wieku 25-48 lat.
- Świadoma rezygnacja ze stosowania prezerwatywy
- Nie odnoszenie ryzyka zakażenia do swojej sytuacji

Polskie problemy

- IDU – politoksykomania, używanie dopalaczy o niezbadanej toksyczności, koinfekcje i problemy zdrowotne związane ze stylem życia, zaburzenia psychiczne.
- MSM- koinfekcje, STI, chemseks, zmiany partnerów, problemy psychiczne (depresje, zaburzenia lękowe)
- Odrębną grupę stanowią kobiety – partnerki mężczyzn MSM
- Pacjenci 50+
- szybsza progresja zakażenia
- zwiększona zapadalność na choroby wynikające z procesu starzenia (np. choroby układu sercowo-naczyniowego, nadciśnienie, cukrzyca, osteoporoza, itp.)
- brak podstawowej wiedzy,
- brak świadomości czynników ryzyka,
- niechronione heteroseksualne lub homoseksualne współżycie.

DIAGNOSTYKA ZAKAŻENIA HIV

Wczesne zdiagnozowanie i wdrożenie leczenia we właściwym momencie umożliwiają życie w zdrowiu bez AIDS

Źródłem nowych zakażeń HIV są przede wszystkim osoby nieświadome swego zakażenia

25% osób nieświadomych swego zakażenia stanowi źródło około 75% nowych zakażeń (Marks, AIDS 2006)

Szacunkowy % osób zakażonych HIV, które NIE WIEDZĄ o swym zakażeniu

Łącznie UE	30 %
Szwecja	12 – 20 %
Dania	15 – 20 %
Czechy	20 – 25 %
Słowacja	20 – 30 %
Włochy	25 %
Niemcy	25 – 30 %
Francja	30 %
Wielka Brytania	30 %
Holandia	40 %
Łotwa	50 %
Polska	>50 %

Liczba testów anty-HIV na 1000 osób, rok 2008

Kraj	testy/1000 osób
• Austria	90
• Francja	78
• Belgia	58
• Estonia	55
• Cypr	53
• Ukraina	50
• Litwa	48
• Słowacja	30
• Czechy	33
• Luksemburg	28
• Chorwacja, Węgry	8
• Czarnogóra, Serbia	6
• Polska	5 (1/10)
• Gruzja	4

Ogólne zasady diagnostyki zakażenia HIV

- Wykonanie badania zaleca się:
 - osobom, które miały w przeszłości zachowania ryzykowne
 - osobom, u których rozpoznano choroby przenoszone przez kontakty seksualne
 - osobom, u których występują objawy typowe dla niedoboru odporności, lub choroby definiujące AIDS
 - osobom, u których rozpoznano infekcję wirusową przenoszoną tą samą drogą co HIV (HBV, HCV, CMV)
 - osobom, które uległy zawodowej lub pozazawodowej ekspozycji
 - kobietom w ciąży
 - dawcom krwi, tkanek, narządów (badanie jest obowiązkowe, ale dobrowolne)

Zgłoszenie się na test anty HIV, powinno być okazją do zalecenia wykonania innych badań w kierunku chorób przenoszonych drogą krwi lub kontaktów seksualnych.

Diagnostyka

- Dodatni (reaktywny) wynik badania przesiewowego nie zawsze świadczy o zakażeniu HIV.
- Do czynników mogących negatywnie wpływać na wynik testu (zwiększać ryzyko wystąpienia wyników fałszywych) należą m.in.:
 - zakażenia (Toksoplasma gondii, CMV, EBV, HAV, HCV, HBV, HSV, Treponema pallidum),
 - obecność autoprzeciwciał (anty-Gag, przeciwjądrowe, czynnik reumatoidalny, pojawiających się w przebiegu choroby nowotworowej),
 - szczepienia w ciągu 1 miesiąca przed badaniem,
 - ciąża,
 - przetoczenia krwi i immunoglobulin,
 - stan po przeszczepie.

Diagnostyka – koinfekcje

Diagnostyka w kierunku **HCV**, **HBV**, **HAV** i **HPV** jest zalecana u każdego pacjenta z rozpoznaniem zakażeniem HIV.

- W przypadku braku rozpoznanego zakażenia **HAV** zalecane jest szczepienie ochronne i ocena skuteczności. Zalecane w szczególności: osoby z chorobami wątroby, MSM, IDU, podróżujący do krajów o średniej i dużej endemiczności WZW A.
- W przypadku braku rozpoznanego zakażenia **HBV** zalecane jest szczepienie ochronne i ocena skuteczności. U osób nieodpowiadających na szczepienie Należy powtórzyć cykl szczepień i ponownie ocenić miano anty-HBs. Może być wskazany ponowny cykl szczepień po wzroście liczby limfocytów CD4 + > 200 kom/ μ l.
- W przypadku braku rozpoznanego zakażenia **HCV** zalecane jest kontrolne badanie raz w roku.
- Ze względu na większe ryzyko wystąpienia raka odbytu w grupie MSM HIV(+) zaleca się szczepienie przeciw **HPV** do ukończenia 26 roku życia.
- Szczepienie przeciwko **HPV** przeprowadza się u dziewcząt i u chłopców zakażonych po 9 r.ż

Ogólne zasady prowadzenia szczepień u osób HIV(+)

Ograniczenia:

- gorsza odpowiedź na szczepienia,
- szybsze zanikanie przeciwciał poszczepiennych,
- konieczność odraczania części szczepień do czasu uzyskania stabilnej poprawy immunologicznej

Nie wolno podawać szczepionek żywych u osób, u których liczba limfocytów CD4 jest <200 kom/ μ l (nie dotyczy szczepienia przeciw pneumokokom oraz grypie)

Leczenie ARV



Leczenie ARV osób HIV(+)

Niemożliwe jest usunięcie (eradykacja) wirusa HIV z organizmu przy użyciu aktualnie dostępnych leków antyretrowirusowych (ARV).

Dlatego głównymi celami rozpoczęcia terapii antyretrowirusowej jest:

- zmniejszenie zachorowań związanych z HIV, a także wydłużenie i poprawa jakości życia,
- zachowanie lub odtworzenie funkcji układu immunologicznego,
- maksymalne i trwałe obniżenie poziomu wirerii'
- zapobieganie przenoszeniu zakażenia HIV (okołoporodowym, ale także w następstwie kontaktów seksualnych).

W leczeniu stosowanych jest wiele różnych schematów i modeli, często wykorzystujących dwa lub trzy leki ARV należące do grup substancji o różnym sposobie działania.

Leczenie ARV osób HIV(+)

Szybkie rozpoczęcie leczenia ARV wykorzystujące nowoczesne preparaty gwarantuje praktycznie całkowite zahamowanie namnażania HIV oraz obniżenie wirerii HIV w surowicy krwi do praktycznie niewykrywalnego poziomu.

Korzyści z leczenia ARV:

- redukcja ryzyka transmisji zakażenia nawet o 97%, co pozwala na zahamowanie rozprzestrzeniania choroby.
- zmniejszenie ryzyka powikłań wiążących się z głębokim niedoborem odporności (AIDS) oraz ciężkich chorób współistniejących niezwiązanych z AIDS – w tym nowotworów, chorób sercowo-naczyniowych i chorób nerek.
- zmniejszenie zapadalności na gruźlicę, która u osób zakażonych HIV i chorych na AIDS występuje jako zakażenie oportunistyczne.
- zmniejszenie r częstości występowania powikłań związanych z zaawansowaną infekcją HIV, wynikających z bezpośredniego oddziaływaniem HIV na narządy wewnętrzne, a także pośredniego wpływu stanu zapalnego związanego z HIV .

Według danych Krajowego Centrum ds. AIDS 02 lutego 2017 r leczeniem antyretrowirusowym (ARV) było objętych 9 632 pacjentów (w tym 113 dzieci- 31 lipca 2016 r)

Profilaktyka poekspozycyjna (PEP)



- Zasady profilaktyki poekspozycyjnej w sytuacji narażenia zawodowego tj. ekspozycji parenteralnej (zakłucia igłą, skaleczenia lancetem itp..), na błony śluzowe, na skórę nieuszkodzoną
- Zasady profilaktyki poekspozycyjnej w sytuacji narażenia pozazawodowego tj. na skutek kontaktów seksualnych, gwałtu, wspólnego używania igieł i strzykawek, „braterstwa krwi”, innych...

Wskazania do stosowania PEP- bezpłatnego

- Pracownicy służby zdrowia
- Ofiary przypadkowych zakłuć, skaleczeń itp. niosących ryzyko zakażenia HIV
- Ofiary gwałtów
- Osoby pozostające w związkach z partnerami seropozytywnymi, u których mimo przestrzegania zasad „bezpiecznego seksu” doszło do narażenia na zakażenie HIV *
- Osoby, które po raz pierwszy skorzystały z pożyczonej strzykawki, aby wstrzyknąć sobie dożylnie środek odurzający*

* *Nie stosowane w Polsce*

Profilaktyka poekspozycyjna

- Jest skuteczna!
- Najskuteczniejsza 1-2 h po ekspozycji
- Skuteczna do 48-72 h
- Czas rozpoczęcia profilaktyki – do 48 godzin, jedynie w przypadkach ekspozycji wysokiego ryzyka – do 72 godzin.
- PEP = stosowanie ARV przez 28 dni

Profilaktyka poekspozycyjna

- Profilaktyka zakażenia HBV
- Czas rozpoczęcia profilaktyki:
 - szczepienie – do 7 dni (w przypadku zastosowania profilaktyki czynno-biernej – jednocześnie z immunoglobuliną)
 - immunoglobulina – do 48 godzin; w przypadku partnerów osób z ostrym WZW B – do 14 dni;

Profilaktyka przedekspozycyjna (PrEP)



(PrEP)

- PrEP polega na podawaniu wybranych leków antyretrowirusowych przed ekspozycją na zakażenie; ma to blokować replikację wirusa po jego wnikięciu do komórek docelowych
- obecnie trwają badania w różnych grupach docelowych (prostytutki, narkomanii)
- nierozstrzygnięta pozostaje kwestia ciągłości PrEP (czy muszą być przyjmowane stale czy doraźnie)
- ciągle przyjmowanie PrEP może:
- powodować występowanie niepożądanych działań stosowanych leków
- nieznaną pozostaje ich wpływ na płodność i płód
- niekorzystny wpływ na zakażenie HBV

Główne, aktualne problemy związane z epidemią HIV/AIDS w Polsce

- Brak odniesienia ryzyka zakażenia HIV do własnej osoby
- Zbyt niski poziom testowania
- Zbyt późna wykrywalność zakażenia HIV
- Wzrost liczby zakażeń w populacji kobiet
- Lekooporność
- Niewystarczające włączanie się w działania profilaktyczne innych, poza Ministerstwem Zdrowia, resortów (pomimo Rozporządzenia Rady Ministrów*)
- Konieczność stałego zwiększania nakładów na leczenie ARV
- Bardzo ograniczone środki finansowe na profilaktykę HIV/AIDS, co skutkuje m.in. zbyt małą liczbą punktów testowania (pkd) oraz ograniczeniami w dotowaniu programów organizacji pozarządowych

* „Rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie „*Krajowego Programu Zwalczenia AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV*” z 13.09.2005. Dz. U. Nr 189, poz. 1590

Dziękuję za uwagę!

