



IFMSA-Poland

Międzynarodowe Stowarzyszenie
Studentów Medycyny



Zdrowie i Prawa Reprodukcyjne,
w tym HIV i AIDS

Sygn. 60/ZG/23

Stanowisko Oficjalne Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny IFMSA-Poland na temat prewencji HIV i innych infekcji przenoszonych drogą płciową

Przyjęte podczas 47. Zgromadzenia Delegatów IFMSA-Poland w Opolu w dniu 11 grudnia 2021 r.

Wstęp

Infekcje przenoszone drogą płciową (STIs) są wywoływane przez patogeny transmitowane na drodze kontaktów seksualnych. Według WHO każdego dnia na całym świecie zakaża się nimi ponad milion osób. Infekcje przenoszone drogą płciową występują najczęściej w grupie osób młodych. Niestety mimo powszechności problemu wciąż istnieje ogromna stygmatyzacja osób dotkniętych tymi schorzeniami, co sprawia, że nadal infekcje te są tematem tabu. Nielezione infekcje przenoszone drogą płciową mogą prowadzić do konsekwencji tak poważnych, jak niepłodność czy nowotwory. Najgroźniejszym patogenem przenoszonym drogą płciową od lat 80. XX wieku pozostaje ludzki wirus niedoboru odporności (HIV), który może wywołać zespół nabytego niedoboru odporności (AIDS). Niestety w społeczeństwie wciąż obecne są krzywdzące mity na ten temat, a osobom w każdym wieku brakuje odpowiedniej edukacji opartej na rzetelnej wiedzy medycznej. W literaturze znane są skuteczne metody pozwalające na profilaktykę infekcji przenoszonych drogą płciową, a w konsekwencji zapobieganie ich powikłaniom – lecz mimo to wciąż nie udaje się wyeliminować ich występowania. Zwiększenie dostępu do kompleksowej edukacji seksualnej i finansowania metod profilaktyki, a także uświadamianie społeczeństwa o możliwościach testowania i efektywnego leczenia pozwoliłoby na ograniczenie negatywnych skutków infekcji przenoszonych drogą płciową dla zdrowia publicznego.

Stanowisko IFMSA-Poland

My, członkowie_inie IFMSA-Poland, uważamy, że temat infekcji przenoszonych drogą płciową, ze szczególnym uwzględnieniem HIV, powinien przestać być tematem tabu, a osoby dotknięte tymi problemami nie mogą być stygmatyzowane i dyskryminowane. Uznajemy za niezbędne wprowadzenie tematyki zapobiegania infekcjom przenoszonym drogą płciową do systemu oświaty w duchu Kompleksowej Edukacji Seksualnej (CSE, *comprehensive sex education*). W związku z istniejącymi efektywnymi metodami zapobiegania tym infekcjom wierzymy, że szersze omawianie tego tematu w mediach i placówkach oświaty, prezentowanie rzetelnych informacji i edukowanie osób w każdym wieku w inkluzywny sposób są metodami na zwiększenie liczby wykonywanych przez obywateli_ki testów w kierunku HIV i innych STIs,



a dzięki temu na szybsze wdrażanie skutecznego leczenia i ograniczenie występowania groźnych powikłań. Wspieramy działalność wszystkich organizacji działających w tym obszarze na korzyść pacjentów. Jako przyszłe pracownicy zki systemu ochrony zdrowia dostrzegamy również w naszym kraju pola do zmiany na poziomie indywidualnym i systemowym, a także w trakcie samej naszej edukacji. Wierzymy, że proponowane przez nas działania przyniosą pozytywne skutki dla wszystkich osób w naszym kraju, a zwłaszcza dla osób młodych i osób dyskryminowanych jednocześnie z innych przyczyn.

My, IFMSA-Poland, wzywamy:

1) Władze państwowe Rzeczypospolitej Polskiej do:

- a) współpracy z organizacjami pozarządowymi celem stworzenia sprawnego systemu profilaktyki zakażeń HIV i innymi infekcjami przenoszonymi drogą płciową, zarówno pierwotnej m.in. w postaci szerokiego dostępu do profilaktyki przedekspozycyjnej (PrEP) i poekspozycyjnej (PEP), jak i wtórnej poprzez stworzenie wydolnego systemu testowania;
- b) wprowadzenia do podstawy programowej przedmiotu *Wychowanie do życia w rodzinie* treści dotyczących HIV i infekcji przenoszonych drogą płciową oraz ich prewencji zgodnych z najnowszą wiedzą naukową i *evidence-based medicine*;
- c) finansowania i organizacji kampanii społecznych poruszających tematykę trudności, z którymi borykają się osoby żyjące z HIV i przeciwdziałania ich stygmatyzowania;
- d) zaprzestania używania w dyskursie publicznym języka stygmatyzującego i krzywdzącego osoby należące do społeczności LGBTQ+.

2) Władze samorządowe do:

- a) wywierania wpływu na organizacje rządowe do wprowadzenia darmowej profilaktyki przedekspozycyjnej, również w postaci dostępu do badań przed przepisaniem leków i bezpłatnego poradnictwa w tym zakresie;
- b) wywierania wpływu na media lokalne do wprowadzenia programów związanych z tematyką HIV oraz STIs;
- c) rozwijania świadomości społecznej nt. epidemiologii i metod zapobiegania zakażeniom HIV oraz STIs poprzez promocję materiałów edukacyjnych i kampanie społeczne;
- d) prowadzenia działań mających na celu zapewnienie uczniom i studentom kompleksowej edukacji seksualnej zgodnej ze standardami WHO zapewniającej rzetelną wiedzę na tematy związane z HIV, jak i innymi STIs, z uwzględnieniem edukacji skierowanej do osób nieheteronormatywnych;
- e) do zaprzestania stygmatyzacji osób nieheteronormatywnych i powielania krzywdzących stereotypów w zakresie rozprzestrzeniania się STIs;
- f) zapewnienia wsparcia psychologicznego dla osób żyjących z HIV.

3) Ministerstwo Zdrowia i sektor ochrony zdrowia w zakresie instytucjonalnym (m.in. szpitale, przychodnie, kliniki),

- a) zwiększenia priorytetu finansowania profilaktyki zakażeń STI oraz HIV;



- b) zwiększenia liczby placówek, w których dostępne są bezpłatne badania profilaktyczne kierowane na zakażenia STI oraz HIV;
- c) popularyzacji wiedzy medycznej wśród społeczeństwa polskiego, jak i wśród pracowników państwowych;
- d) zwrócenia uwagi na potrzeby systemowe osób żyjących z HIV;
- e) działań na rzecz zwiększenia dostępności szczepień przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) poprzez ich stuprocentową refundację i włączenie do szczepień obowiązkowych.

4) personel medyczny, przedstawiciele_ki środowisk lekarskich, w tym lekarsko-dentystycznych, pielęgniarskich, położniczych, terapeutycznych, diagnostycznych i każdą inną osobę zatrudnioną w ochronie zdrowia do:

- a) stosowania poprawnego, inkluzywnego języka w rozmowie z pacjentami_kami i studentami_kami, a także w publicznej dyskusji o osobach żyjących z HIV;
- b) zachęcania wszystkich pacjentów_ek do regularnego wykonywania testów w kierunku infekcji przenoszonych drogą płciową jako elementu dbania o swoje zdrowie seksualne i reprodukcyjne;
- c) nieprzerwanego podnoszenia swoich kompetencji i poziomu wiedzy w zakresie epidemiologii, profilaktyki i metod leczenia infekcji przenoszonych drogą płciową;
- d) znajomości specyfiki terapii antyretrowirusowej, wymaganych badań kontrolnych i ewentualnych działań niepożądanych, aby móc jak najlepiej opiekować się pacjentami_kami przyjmującymi te leki;
- e) zachęcania pacjentów_ek do szczepień ochronnych przeciwko HPV, HBV i HAV i edukowania na ich temat.

5) media publiczne i prywatne do:

- a) przekazywania rzetelnych informacji dotyczących zakażenia HIV i innymi infekcjami przenoszonymi drogą płciową oraz AIDS;
- b) prezentowania obiektywnego obrazu osób żyjących z HIV, gdyż media mają ogromny wpływ na kształtowanie światopoglądu Polaków_ek;
- c) weryfikowania informacji na temat zakażenia HIV i AIDS oraz osób żyjących z HIV, podawanych do publicznej wiadomości przez polityków_czki oraz przez osoby publiczne;
- d) zwracania szczególnej uwagi na stosowane słownictwo, aby dawać dobry przykład i nie powielać krzywdzących stereotypów;
- e) nieudostępniania platformy osobom i organizacjom, które szerzą niezgodne z aktualną wiedzą medyczną informacje na temat zakażenia HIV i na temat AIDS.

6) szkoły, uniwersytety i inne placówki edukacyjne do:

- a) edukowania uczniów_ennic i studentów_ek w zakresie prewencji zakażenia HIV i innych infekcji przenoszonych drogą płciową, metod diagnostycznych oraz sposobów leczenia chorób przez nie wywoływanych zgodnie z najnowszą wiedzą medyczną;



- b) samokształcenia, regularnego poszerzania swojej wiedzy oraz podnoszenia kompetencji zawodowych z zakresu prewencji zakażenia HIV i innych infekcji przenoszonych drogą płciową zgodnie z literaturą medyczną opartą na faktach;
- c) zapewniania uczniom_ennicom możliwości wzięcia udziału w lekcjach z kompleksowej edukacji seksualnej, w tym z zakresu prewencji zakażenia HIV i innych infekcji przenoszonych drogą płciową;
- d) weryfikowania, czy zatrudnieni_one nauczyciele_ki w ramach zajęć z wychowania do życia w rodzinie realizują program zajęć, przekazują rzetelną wiedzę opartą na faktach naukowych;
- e) udzielania wsparcia i zapewnienia bezpiecznej przestrzeni osobom młodym, które są osobami żyjącymi z HIV, tak by nie czuły się wykluczone i stygmatyzowane oraz mogły z powodzeniem ukończyć edukację;
- f) wprowadzania do prowadzonych zajęć treści inkluzywnych, dotyczących również mniejszości seksualnych, tak, by żaden_na uczeń_nnica nie czuł_a się wykluczony_a;
- g) współpracy z ośrodkami medycznymi i organizacjami pozarządowymi zajmującymi się tematyką prewencji zakażenia HIV i innych infekcji przenoszonych drogą płciową w celu prowadzenia badań oraz rozpowszechniania ich wyników poprzez publikację prac naukowych, wykłady oraz inne działalności;
- h) prowadzenia i włączania się do edukacyjnych akcji społecznych mających na celu zwiększenie świadomości na temat zakażenia HIV i innych infekcji przenoszonych drogą płciową, metod diagnostycznych oraz leczenia chorób przez nie wywoływanych.

7) uczelnie medyczne do:

- a) weryfikowania publikowanych przed katedry materiałów, podręczników poruszających tematykę infekcji przenoszonych drogą płciową pod kątem poprawności stosowanych form, rzetelności podawanych informacji oraz stosowanego języka;
- b) wybierania jako zalecane do nauki podręczników, w których informacje dotyczące HIV i innych STIs są oparte na najnowszych danych i wiedzy, a także pisane są w sposób niestygmatyzujący oraz inkluzywny;
- c) organizowania i wspierania akcji mających na celu promowanie profilaktyki infekcji przenoszonych drogą płciową oraz walkę ze stygmatyzacją i stereotypami na ich temat;
- d) organizowanie szkoleń dla kadry uczelnianej i studentów_ek, aby posiadali oni szeroką wiedzę z zakresu HIV, AIDS i STIs;
- e) wspierania organizacji, które działają na rzecz osób żyjących z HIV oraz prewencji infekcji przenoszonych drogą płciową;
- f) zapewnienia odpowiedniej opieki szpitalnej oraz prywatności i szacunku pacjentom_kom żyjącym z HIV, pacjentom_kom z STIs w szpitalach uniwersyteckich.

8) organizacje pozarządowe do:

- a) prowadzenia Punktów Konsultacyjno-Diagnostycznych umożliwiających osobom zainteresowanym wykonanie bezpłatnych i anonimowych testów w kierunku HIV i innych STIs, a także działanie na rzecz zwiększenia dostępności tych placówek (np. poprzez wydłużanie godzin otwarcia w miarę możliwości);



- b) prowadzenia statystyk oraz publikacji ich wyników w zakresie liczby wykonywanych testów, danych demograficznych, a przede wszystkim ewidencjonowania prawdopodobnych sposobów zakażenia z zachowaniem zasad pełnej anonimowości osób testujących się;
- c) rozwijania świadomości społecznej nt. epidemiologii, dróg transmisji oraz sposobów zapobiegania infekcjom przenoszonych drogą płciową poprzez tworzenie i udostępnianie materiałów edukacyjnych oraz kampanie społeczne;
- d) przygotowywania rzetelnych materiałów edukacyjnych dla osób zakażonych HIV i innymi infekcjami przenoszonymi drogą płciową, zawierających aktualne dane naukowe oraz praktyczne wskazówki na temat zapobiegania i leczenia;
- e) podejmowania działań w zakresie wsparcia psychologicznego dla osób żyjących z HIV;
- f) wywierania wpływu na organizacje rządowe, aby ich działania legislacyjne i wypowiedzi publiczne w dziedzinie infekcji przenoszonych drogą płciową, zwłaszcza HIV, były zgodne z aktualną wiedzą naukową, inkluzywne i niestygmatyzujące;
- g) promowania finansowania z budżetu państwa profilaktyki przedekspozycyjnej wraz z wymaganymi badaniami i poradnictwem;
- h) zwiększania świadomości społecznej na temat bezpieczniejszego seksu poprzez zachęcanie do stosowania antykoncepcji mechanicznej i otwartych rozmów o testach w kierunku infekcji przenoszonych drogą płciową;
- i) kierowania swoich działań i kampanii nie tylko do populacji kluczowych, ale do ogółu społeczeństwa, włączając w to seniorów.

9) obywateli_ki oraz wszystkich mieszkańców_nki Polski do:

- a) regularnego wykonywania badań w kierunku HIV i innych infekcji przenoszonych drogą płciową;
- b) prowadzenia otwartych rozmów ze swoimi partnerami_kami seksualnymi na temat zapobiegania infekcjom przenoszonym drogą płciową, a także aktywnego stosowania metod zapobiegania przenoszeniu STIs i wykonywania testów w ich kierunku;
- c) niestygmatyzowania osób żyjących z HIV i AIDS poprzez stosowanie na co dzień inkluzywnego języka i poprawnych sformułowań;
- d) poszerzania swojej wiedzy na temat infekcji przenoszonych drogą płciową;
- e) podejmowania dostosowanych do ich wieku rozmów z młodymi osobami o bezpieczniejszych stosunkach seksualnych;
- f) podejmowania działań mających na celu wskazanie konieczności i potrzeby wprowadzenia do szkół kompleksowej edukacji seksualnej.

10) członków_inie IFMSA-Poland do:

- a) poszerzania i uaktualniania swojej wiedzy na temat HIV i innych infekcji przenoszonych drogą płciową;
- b) edukowania swojego otoczenia oraz młodzieży w ramach zajęć z edukacji rówieśniczej na temat HIV i innych infekcji przenoszonych drogą płciową, a także podejmowania innych działań rzeczniczych mających na celu zwiększenie dostępu do tej wiedzy;



- c) prowadzenia działań mających na celu zapobieganie wykluczeniu i stygmatyzacji pacjentów_ek zakażonych HIV oraz mających infekcję przenoszoną drogą płciową, również w trakcie zajęć klinicznych;
- d) wychodzenie z inicjatywą organizowania wydarzeń związanych z obchodami „Światowego Dnia AIDS” oraz innych tego typu akcji w celu uświadamiania członków_iń IFMSA-Poland i wszystkich mieszkańców_nek Polski na tematy związane z HIV i infekcjami przenoszonymi drogą płciową;
- e) wspierania działań organizacji działających na rzecz osób żyjących z HIV oraz prewencji infekcji przenoszonych drogą płciową;
- f) podejmowanie działań prowadzących do przygotowania przyszłego personelu medycznego do pracy bez uprzedzeń z pacjentami_kami zakażonych HIV i mających inne infekcje przenoszone drogą płciową.

Tło problemu:

GENERALNE INFORMACJE [1-19]

Infekcje przenoszone drogą płciową (ang. sexually transmitted infections, STIs) mogą być wywoływane przez różne patogeny:

- a) bakterie – np. krętki kiły, dwoinki rzeżączki, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma spp*;
- b) wirusy – np. wirus ludzkiego niedoboru odporności (HIV), wirus brodawczaka ludzkiego (HPV), wirus opryszczki ludzkiej (HSV-1 i HSV-2), wirusy zapalenia wątroby typu B (HBV) i C (HCV);
- c) pasożyty – np. rzęsistek pochwoy, świerzbowiec ludzki, wesz łonowa;
- d) grzyby – np. *Candida spp*.

Według danych WHO na świecie codziennie dochodzi do ponad miliona zakażeń drobnoustrojami powodującymi STIs. Epidemiologia bakteryjnych infekcji przenoszonych drogą płciową jest ściśle zależna od regionu. Na całym świecie najczęściej występują rzęsistkowica (szacowane 156 milionów przypadków rocznie), chlamydioza (128 milionów przypadków) i rzeżączka (87 milionów przypadków), w Europie zaś zgłaszane są głównie chlamydioza (406 tys. przypadków w 2018 r.), rzeżączka (100 tys. przypadków) i kiła (34 tys. przypadków). Natomiast w Polsce sytuacja wygląda inaczej – w tym samym roku 2018 najczęściej zgłaszaną infekcją przenoszoną drogą płciową była kiła (1198 przypadków; zaś 716 przypadków w 2020 r.), następna w kolejności była rzeżączka (246 przypadków w 2018 r. i 250 przypadków w 2020 r.), zaś dominujące w innych regionach choroby wywoływane przez Chlamydie zostały odnotowane w naszym kraju tylko 285 razy (jeszcze mniej, bo tylko 168 razy w roku 2020). W przypadku infekcji wirusowych zakażenie może przebiegać w formie latentnej, to znaczy, że raz nabytego wirusa nie da się wyeliminować z organizmu pacjenta_ki. Dotyczy to na przykład HSV mogącego wywołać opryszczkę genitalną, którym zakażonych jest około 500 milionów osób na świecie, HPV, które dotyczy 300 milionów osób z macicami, HIV, z którym żyje ponad 35 milionów osób i HBV, dotyczący w skali globalnej około 2 milionów ludzi. Według szacunków CDC z 2018 r. infekcje przenoszone drogą płciową generują dla amerykańskiego systemu ochrony zdrowia wydatki rządu 16 milionów dolarów rocznie.



Większość infekcji przenoszonych drogą płciową przebiega bezobjawowo lub skąpoobjawowo, dlatego mogą zostać niewykryte i nieznana może być dokładna skala tego zjawiska. Jeśli objawy już występują, częściej pojawiają się u osób z penisami niż u osób z macicami. Wiele infekcji przenoszonych drogą płciową daje podobne objawy: patologiczna wydzielina z pochwy (również ze zmianą zapachu), wydzielina z penisa, bóle w okolicy miednicy, objawy dysuryczne (np. pieczenie w trakcie oddawania moczu), świąd, zmiany skórne okolicy narządów płciowych. Mimo to, że względu na słabą dostępność i wysoką cenę testów wykrywających konkretne patogeny (z wyjątkiem testów w kierunku HIV i kiły) w większości przypadków stosuje się algorytmy diagnostyczne oparte wyłącznie na podstawie objawów (ang. syndromic approach). Dlatego też większość infekcji, która jak wspomniano, przebiega bezobjawowo, nie jest w ogóle diagnozowana i w konsekwencji rejestrowana.

Jednak nawet z pozoru błahe infekcje mogą prowadzić do poważnych konsekwencji. Niektóre infekcje przenoszone drogą płciową (np. HSV-2) mogą zwiększać ryzyko zakażenia HIV nawet trzykrotnie w porównaniu do sytuacji, gdy osoba nie jest nimi zakażona. W regionach Azji Południowo-Wschodniej, Afryki i Ameryki Łacińskiej, gdzie notuje się największy odsetek STIs, powikłania rzeżączki i chlamydiozy stanowią najczęstszą przyczynę niepłodności osób z macicami.

Odpowiadają również za wiele przypadków stanów zapalnych miednicy mniejszej, co może prowadzić do niedrożności jajowodów lub ciąży pozamacicznej. Podobnie u osób z penisami może dojść do niepłodności w wyniku zapalenia najądrza np. w przebiegu powikłanej rzeżączki. Inne patogeny przenoszone drogą płciową mogą prowadzić do jeszcze poważniejszych konsekwencji – wirus brodawczaka ludzkiego odpowiada za ok. 300 000 zgonów z powodu raka szyjki macicy każdego roku, a nieleczona kiła w stadium późnym może prowadzić do śmierci.

Część z wyżej wymienionych czynników infekcyjnych może przenosić się też na drodze innej niż w wyniku kontaktu seksualnego. Przykładowo HIV oraz wirusy zapalenia wątroby typu B i C mogą przenosić się przez krew, chociażby w sytuacji używania niesterylnych igieł czy zakłucia podczas ekspozycji zawodowej. Warto zaznaczyć, że ryzyko zakażenia podczas zakłucia jest znacząco wyższe w przypadku HBV (1-62%) i HCV (1,8%) niż w przypadku HIV (0,3%).

Drogą płciową mogą przenosić się również patogeny wywołujące schorzenia układu pokarmowego, takie jak wirusy zapalenia wątroby (np. HAV), pałeczki Salmonelli czy pierwotniak Giardia lamblia. Zdarza się to zwłaszcza w przypadku niezabezpieczonych kontaktów analnych lub analno-oralnych. Warto również wspomnieć, że skutkiem kontaktów seksualnych mogą być niektóre infekcje dróg moczowych. Niektóre z metod profilaktyki pierwotnej zakażeń układu moczowego bezpośrednio odnoszą się do seksualności – zaleca się m.in. mikcję po stosunku oraz stosunki z użyciem prezerwatywy. Należy również pamiętać, że w wielu infekcjach układu moczowego powinno się objąć leczeniem farmakologicznym również partner_kę seksualnego_ą pacjenta_ki.

Niektóre z infekcji przenoszonych drogą płciową (m.in. rzeżączka, chlamydioza, HBV, HIV, HSV, kiła) są transmitowane również wertykalnie. Oznacza to, że zakażona osoba ciężarna może przekazać drobnoustroje poprzez krążenie łożyskowe, podczas porodu lub w trakcie karmienia piersią. W skrajnych sytuacjach zakażenia wewnątrzmaciczne mogą prowadzić do wad wrodzonych lub poronienia. Przykładowo kiła wrodzona może być przyczyną nawet 200 tysięcy wewnątrzmacicznych i noworodkowych zgonów każdego roku.



Bardzo istotną infekcją przenoszoną drogą płciową jest zakażenie wirusem brodawczaka ludzkiego (ang. human papilloma virus, HPV). Problemy zdrowotne z nim związane dotyczą populacji całego świata. Istnieje ponad 100 typów tego wirusa, z czego co najmniej 14 jest bezpośrednio powiązanych z powstawaniem procesu nowotworowego, który jest najczęściej występującą chorobą związaną z zakażeniem HPV. Typ 16 oraz 18 powodują 70% nowotworów i stanów przednowotworowych szyjki macicy. W 2018 roku rak szyjki macicy był czwartym najczęstszym nowotworem wśród kobiet na świecie. Szacuje się, że zapadło na niego 570 tysięcy osób oraz spowodował 7,5% wszystkich zgonów z powodu nowotworów u kobiet. Pomimo częstego bezobjawowego przebiegu zakażenia HPV, istnieje ryzyko, że zakażenie przejdzie w fazę przewlekłą, co może prowadzić do rozwoju raka szyjki macicy. Potrafi to zająć od 15 do 20 lat.

Przed większością patogenów wywołujących STIs można uchronić się poprzez stosowanie prezerwatywy lub masek oralnych. Nie są prawdą np. powielane mity o rzekomych porach w lateksie, przez które miałyby bez trudu przenikać wirusy. W rzeczywistości prawidłowo użyta prezerwatywa zapewnia nawet 10 tys. razy lepszą ochronę przed zakażeniem HIV, tworząc mechaniczną barierę pomiędzy błonami śluzowymi i wydzielinami partnerów_ek seksualnych. Jest również bardzo skuteczna w zapobieganiu infekcjom bakteryjnym.

Niestety prezerwatywa nie chroni całkowicie przed infekcjami, które rozprzestrzeniają się już poprzez sam kontakt skórny – są to świerzby, wszawica łonowa oraz infekcja HPV. Dla tej ostatniej jednak w kontaktach różnopłciowych wciąż bardzo duże znaczenie ma izolowanie od siebie szyjki macicy i powierzchni penisa i przez to minimalizowanie ryzyka transmisji HPV podczas stosunku waginalnego.

Generalnie rzecz biorąc osoby z macicami są bardziej narażone na zakażenia infekcjami przenoszonymi drogą płciową, ponieważ powierzchnia błony śluzowej pochwy i szyjki macicy jest dużo większa niż powierzchnia błony śluzowej cewki moczowej u osób z penisami.

Ryzyko nabycia infekcji przenoszonych drogą płciową zwiększa się w przypadku odbywania stosunków seksualnych pod wpływem alkoholu lub substancji psychoaktywnych nie tylko ze względu na ryzyko stosowania niesterylnych igieł. Alkohol, metamfetamina, kokaina i inne substancje są związane z częstszym podejmowaniem ryzykownych zachowań seksualnych, a w konsekwencji mogą zwiększać prawdopodobieństwo zakażenia infekcjami przenoszonymi drogą płciową. Należy również pamiętać, że osoba pozostająca pod wpływem substancji zmieniających świadomość nie może wyrazić świadomej zgody, więc współżycie z taką osobą jest gwałtem. Dodatkowo stosowanie alkoholu i substancji psychoaktywnych przez osoby żyjące z HIV może pogorszyć wyniki leczenia poprzez uszkodzenie narządów i spadek adherencji do leczenia.

Z ośmiu najczęstszych infekcji przenoszonych drogą płciową połowa (chlamydioza, kiła, rzeżączka i rzeżączkowica) może być skutecznie wyleczona poprzez zastosowanie pojedynczej dawki antybiotyku. Niestety druga połowa (HBV, HPV, HSV i HIV) to infekcje niewyleczalne. Ich negatywne skutki można ograniczać poprzez różne formy leczenia, na przykład niezwykle skuteczną terapię antyretrowirusową w przypadku HIV. Pojawiają się jednak szczepy rzeżączki odporne na antybiotyki, a przez zmienność genetyczną HIV leczenie również może napotykać problemy. Mimo wszystko więc najlepszymi metodami na eliminację konsekwencji infekcji przenoszonych drogą płciową pozostają edukacja i profilaktyka.



WHO w swojej strategii związanej z STIs na lata 2016-2021 zakładała, że do 2020 roku osiągnięte zostaną cele takie jak np. 70% państw posiadających staranny system monitorowania liczby infekcji przenoszonych drogą płciową, 70% osób należących do populacji kluczowych mających dostęp do pełnej gamy opieki związanej z STIs, w tym dostęp do prezerwatyw czy 70% państw zawierających szczepienie przeciwko HPV w swoich narodowych programach szczepień. Niestety w naszym kraju takie cele są trudne do osiągnięcia w obliczu braku kompleksowej edukacji seksualnej i najgorszego dostępu do antykoncepcji w całej Europie. CDC uznało w 2019 roku Polskę za kraj nieposiadający żadnej strategii w dziedzinie prewencji i kontroli STIs.

UŻYWANIE ODPOWIEDNIEGO JĘZYKA [1-19]

Schorzenia wywoływane przez patogeny przenoszone drogą płciową mogą w związku z istniejącym społecznym tabu powodować poczucie zawstydzenia i skrępowania. Przez lata w społeczeństwie pojawiło się również wiele krzywdzących mitów na ich temat, jak choćby mylnych informacji wiążących je z wyłącznie konkretnymi grupami społecznymi. Dlatego też podczas dyskusji o schorzeniach wywołanych przez patogeny przenoszone drogą płciową niezwykle ważna jest postawa lekarza_rki oraz używanie odpowiedniego, prawidłowego i inkluzywnego języka.

Przede wszystkim należy zaznaczyć, że odpowiednim terminem są „infekcje przenoszone drogą płciową” (sexually transmitted infections, STIs), zamiast „chorób przenoszonych drogą płciową” (sexually transmitted diseases, STDs). Dzieje się tak dlatego, że, jak już wspomniano, w związku z częstym przebiegiem bezobjawowym duża część pacjentów_ek może mieć infekcję, nie mając żadnych objawów choroby.

Termin STIs jest więc bardziej poprawny, gdyż obejmuje szerszą grupę pacjentów_ek. Ze względu na negatywny wydźwięk w ogóle nie zaleca się już stosowania terminu „choroby weneryczne”.

Przez pejoratywne skojarzenia rezygnuje się również z terminu „nosiciel_ka HIV”. Nie chcąc odbierać osobom podmiotowości oraz aby zapobiec określaniu ich wyłącznie poprzez jedną z ich cech, lepiej jest stosować określenia takie jak „osoba żyjąca z HIV”, „osoba HIV+”, „osoba seropozytywna”.

Częstym błędem powielanym w tekstach, również naukowych, jest stosowanie sformułowań takich jak „wirus HIV” czy „wirus HPV”. Są one jednak nieprawidłowe, gdyż stanowią pleonazm – w rozwinięciu anglojęzycznych skrótowców HIV (human immunodeficiency virus) czy HPV (human papillomavirus) znajduje się już słowo „wirus”, dlatego nie należy go powtarzać również przed nimi.

Powinno się również unikać sformułowań takich jak „HIV/AIDS”, ponieważ mogą one mylić odbiorcę i sprawiać wrażenie, że są to hasła tożsame. HIV jest wirusem, który może, lecz nie musi, wywołać chorobę, jaką jest AIDS. Jednak większość ludzi z HIV nie ma AIDS i dzięki skutecznej terapii antyretrowirusowej może nigdy nie rozwinąć jego objawów. Nie należy również mówić „profilaktyka HIV/AIDS”, ponieważ środki prewencji znacząco się różnią. Zapobieganie rozprzestrzenianiu się HIV obejmuje m.in. stosowanie prezerwatyw czy sterylnych igieł, zaś profilaktyka AIDS (u osób zakażonych HIV) to właśnie regularne przyjmowanie leków antyretrowirusowych czy ewentualna profilaktyka przeciwgrzybicza i przeciw Pasożytnicza.



Języka inkluzywnego należy też używać podczas opisywania populacji kluczowych (nie „grup ryzyka”). Zamiast „ prostytutka” powinno się mówić „pracownik_czka seksualny_a” lub „osoba świadcząca usługi seksualne”, zamiast „homoseksualiści” stosuje się termin szerszy i niestygmatyzujący – „MSM” (ang. men having sex with men). Nie należy również używać słów „narkoman_ka”, gdyż bardziej odpowiednie jest określenie „osoba używająca substancji psychoaktywnych (dożylnie)”.

EPIDEMIOLOGIA ZAKAŻEŃ HIV [20-27]

W Polsce

W roku 2019 zostało zarejestrowanych 1615 nowo wykrytych zakażeń HIV, 100 zachorowań na AIDS oraz 18 zgonów powiązanych z AIDS. W kolejnym roku zarejestrowano jedynie 840 nowo wykrytych zakażeń HIV, 47 zachorowań na AIDS oraz 10 zgonów powiązanych z AIDS. Pandemia COVID-19 wpłynęła znacząco na diagnozowanie w kierunku HIV i na życie osób zakażonych. Tematyka SARS-CoV-2 zajęła również mocno przestrzeń medialną, nie pozostawiając wiele miejsca dla ewentualnych akcji profilaktycznych dotyczących innych czynników infekcyjnych, jak choćby HIV. W wyniku utrudnionego kontaktu ze specjalistami_kami wykonywano mniej badań, a co za tym idzie mniej osób poznało swój status serologiczny. Oprócz tego dla osób już zdiagnozowanych pojawiły się problemy związane z osłabionym dostępem do leczenia antyretrowirusowego, ryzyko większego narażenia na ciężki przebieg zakażenia SARS-CoV-2, a także dwukrotnie wyższe ryzyko zgonu.

W Polsce zanotowano spadek o 49,9% nowo wykrytych zakażeń HIV i spadek o 58% zdiagnozowanych przypadków AIDS w roku 2020 w stosunku do roku poprzedniego.

W Polsce większą grupę osób żyjących z HIV stanowią mężczyźni. Wśród wszystkich nowych diagnoz w 2019 roku znajdowało się 1366 mężczyzn, a jedynie 241 kobiet (dla 8 osób brak danych). Na AIDS zachorowało 81 mężczyzn ze wszystkich 100 osób zdiagnozowanych w tamtym roku. Analogicznie do roku 2019, w roku 2020, spośród 840 nowo wykrytych przypadków było 709 mężczyzn, a 125 kobiet (dla 6 osób brak danych). W 2020 roku zdiagnozowano AIDS u aż 40 mężczyzn z 47 osób zdiagnozowanych. Niższa liczba zdiagnozowanych kobiet w porównaniu do danych zagranicznych może wskazywać na niewystarczającą edukację na temat profilaktyki oraz rozpowszechniania testowania w kierunku HIV wśród osób z macicami w Polsce. Dochodzi również do wykrywania nowych zakażeń u dzieci. W roku 2019 postawiono 33 diagnozy o zakażeniu HIV u osób poniżej 19 lat, co stanowi 2% wszystkich nowo wykrytych zakażeń. W roku 2020 nowo wykrytych zakażeń w tej grupie wiekowej było 9, co stanowiło 1% wszystkich postawionych w tamtym roku diagnoz.

Badania wykrywające zakażenie ludzkim wirusem niedoboru odporności zaczęły się w Polsce w roku 1985 i od tamtego momentu do końca roku 2020 zdiagnozowano 26 383 Polaków_ek i osób przebywających na terenie Polski. Zespół nabytego niedoboru odporności zdiagnozowano u 3815 osób, a 1439 pacjentów zmarło. Najczęstszą grupą wyszczególnianą przy nowych zakażeniach byli mężczyźni uprawiający seks z mężczyznami (ang. men having sex with men, MSM), zarówno w roku 2019, jak i w roku 2020 (analogicznie było to 74% i 73% wśród zakażeń, w których podano prawdopodobną przyczynę). Niestety w ponad połowie zgłoszonych przypadków nie została podana informacja o prawdopodobnej drodze transmisji – było to aż 13 230 przypadków zakażenia wirusem. Uniemożliwia to odpowiednie monitorowanie kwestii HIV i AIDS w Polsce, a tym samym wdrożenie odpowiednio ukierunkowanej profilaktyki.



IFMSA-Poland

Międzynarodowe Stowarzyszenie
Studentów Medycyny



W latach 2010-2019 w Polsce utrzymywała się tendencja wzrostowa w liczbie nowo wykrytych zakażeń HIV z przerwą na rok 2018, kiedy nastąpił jednorazowy spadek. W latach 2012-2017 liczba wykonywanych testów utrzymywała się na stałym poziomie (między 29 333 a 34 704), natomiast w latach 2018 i 2019 zbadano analogicznie 37 666 i 42 154 osoby. W roku 2010 postawiono 1207 nowych diagnoz, a w roku 2019 zdiagnozowano 1615 osób, co stanowiło o 34% więcej niż na początku dekady.

W Europie

W Europie HIV również stanowi znaczące wyzwanie dla zdrowia publicznego. Problemem tym dotknięte są 2 miliony osób, szczególnie na wschodnich terenach kontynentu. W Regionie Europejskim WHO (do którego zaliczają się także Izrael oraz państwa leżące na terenie byłego ZSRR) w roku 2019 zdiagnozowano 136 449 osób, co dawało średnią 15,6 na 100 000 tysięcy osób (dane z 47 krajów). Aż 79% z tych zakażeń pochodzi ze wschodniej części Regionu, z państw takich jak Federacja Rosyjska (54,9 na 100 tysięcy mieszkańców), Ukraina (39 na 100 tysięcy mieszkańców) i Białoruś (22,6 na 100 tysięcy mieszkańców).

W roku 2019 na terenie Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EEA) (oprócz Belgii, z której nie zgłoszono danych) wykryto 24 801 nowe zakażenia HIV, co daje średnią 5,4 na 100 tysięcy mieszkańców. W Polsce ten wskaźnik był niższy, wynosząc 4,25 na 100 tysięcy mieszkańców. Najwyższa średnia na terenie państw EU/EEA odnotowana była na Malcie (16,2), natomiast najniższa w Słowenii (1,6). Zarówno w Polsce, jak i na terenie całego Europejskiego Obszaru Gospodarczego częściej HIV zakażają się mężczyźni. Stosunek zakażeń mężczyzn do kobiet w EU wynosi 3,1:1.

W Polsce jest on jeszcze wyższy, bo na jedną zakażoną HIV kobietę przypada w naszym kraju ponad pięciu mężczyzn. Zostało wykrytych niewiele zakażeń u osób poniżej 15 roku życia, a średnia wynosi 0,2 na 100 tysięcy obywateli. Analogicznie do Polski europejskie dane również wskazują, że najczęstszą drogą transmisji jest stosunek seksualny pomiędzy mężczyznami, który odpowiada za 50,6% wszystkich przypadków, gdzie podana została najbardziej prawdopodobna przyczyna zakażenia.

W Regionie Europejskim WHO wirus najczęściej transmitowany jest drogą heteroseksualnych stosunków płciowych, która stanowi aż 50,2% prawdopodobnych przyczyn zakażeń. Tymczasem na terenie EU/EEA ta droga transmisji to jedynie 32,8% zakażeń. Natomiast najczęstsza droga transmisji zarówno na terenie Europejskiego Obszaru Gospodarczego, jak i Polski, czyli seks pomiędzy mężczyznami (38,7% wszystkich zakażeń w EU/EEA) na terenie całego Regionu Europejskiego WHO odpowiada za 20,7% wszystkich nowo zdiagnozowanych zakażeń HIV. Trzecią najczęściej wskazywaną przyczyną jest transmisja pomiędzy osobami, które wstrzykują substancje psychoaktywne dożylnie. W Regionie Europejskim WHO aż 13% osób z nowo wykrytym zakażeniem HIV zakażyło się tą drogą, natomiast na terenie EU/EEA było to jedynie 3,9% nowo zdiagnozowanych pacjentów.

Pomiędzy tymi europejskimi obszarami istnieją znaczne różnice w najczęstszej drodze transmisji, chociażby najczęstsza przyczyna z terenu Europejskiego Obszaru Gospodarczego (czyli stosunki w grupie MSM) występuje w całym Regionie Europejskim prawie 2 razy rzadziej. Dlatego w omawianiu danych epidemiologicznych na temat HIV i AIDS w Europie znaczące jest, który obszar europejski zostanie wybrany do analizy.



IFMSA-Poland

Międzynarodowe Stowarzyszenie
Studentów Medycyny



Zdrowie i Prawa Reprodukcyjne,
w tym HIV i AIDS

W przeciwieństwie do danych z Polski na terenie Europejskiego Obszaru Gospodarczego tendencja zakażeń w latach 2010-2019 jest spadkowa. Na początku tego okresu średnia wynosiła 6,6 na 100 tysięcy osób, a jedynie 5,4 w 2019 roku.

Na świecie

W roku 2020 na świecie z HIV żyło 37,7 miliona osób, z czego 1,5 miliona otrzymało diagnozę w tym roku (2021). Choroby powiązane z AIDS były przyczyną zgonu 680 tys. osób. Na szczęście z każdym rokiem coraz więcej osób ma dostęp do terapii antyretrowirusowej – w ubiegłym roku było to aż 27,5 miliona pacjentów. Jest to ogromny sukces, gdyż leczeniem przeciwko HIV 10 lat wcześniej objęte było jedynie 7,8 milionów osób żyjących z HIV.

W przeciwieństwie do danych epidemiologicznych z Polski i Europy, na świecie większą grupę wszystkich osób żyjących z HIV stanowią kobiety (aż 53%). W skali świata zakażenia HIV u dzieci stanowią większy problem niż na terenie Unii Europejskiej – aż 4,5% wszystkich osób z HIV to osoby poniżej 14 roku życia. Oznacza to, że na świecie żyje 1,7 miliona dzieci zakażonych HIV.

WIEDZA POLAKÓW NA TEMAT HIV I AIDS [28-31]

Według badań przeprowadzonych przez Niezależny Instytut Badań Rynkowych IPSOS dla Krajowego Centrum ds. AIDS 97% Polaków_ek słyszało o HIV i tyle samo o AIDS, jednak mimo to Polacy_ki nie testują się w kierunku HIV ani innych infekcji przenoszonych drogą płciową – jedynie 5% badanych kiedykolwiek wykonało test w kierunku HIV, a tylko 4% kiedykolwiek wykonało test w kierunku innych infekcji przenoszonych drogą płciową niż HIV. 80% respondentów_ek jest przekonanych, że ten problem ich nie dotyczy. Ogólna wiedza na temat testów w kierunku HIV jest stosunkowo niska. Polakom_kom brakuje m.in. rozeznania na temat miejsca zrobienia testu, kosztów oraz czasu, jaki musi minąć od ryzykownego zachowania, aby wykonać test w kierunku HIV.

Większość Polaków_ek uważa, że stosowanie prezerwatyw jest najlepszym sposobem zapobiegania infekcjom przenoszonym drogą płciową, jednak są one dla nich raczej środkiem antykoncepcyjnym niż metodą zapobiegania infekcjom. Mimo tej wiedzy 40% osób, które rozpoczęło życie seksualne, uprawiało seks niezabezpieczony prezerwatywą po spożyciu alkoholu, a co piąta osoba seks z osobą o nieznannej przeszłości seksualnej (także bez zabezpieczenia). W ciągu 12 miesięcy przed badaniem 52% Polaków_ek wcale nie stosowało prezerwatyw w czasie stosunków seksualnych. Dane z Punktów Konsultacyjno-Diagnostycznych (PKD) w Polsce z 2015 r. wskazują, że mniej niż 10% osób używa prezerwatyw w stosunkach oralnych.

Polaków_ki cechuje niska znajomość dróg zakażenia HIV. Identyfikują wprawdzie zachowania ryzykowne, które mogą prowadzić do zakażenia wśród kluczowych populacji np. wśród osób świadczących usługi seksualne lub osób stosujących substancje psychoaktywne podawane dożylnie, jednak nie są pewni, czy osoba ciężarna zakażona HIV, która się nie leczy, może przekazać wirusa przez krążenie łożyskowe lub podczas porodu albo czy osoba zakażona HIV karmiąc piersią zakazi dziecko. Poza tym jest wiele innych sytuacji, co do których wciąż sporo Polaków_ek ma wątpliwości m.in. czy można zakazić się HIV np. poprzez pocałunki z osobą zakażoną, ukąszenie komara, uprawianie seksu z prezerwatywą z osobą zakażoną HIV, korzystanie z publicznych kąpielisk czy picie z jednej butelki.



Jedynie co trzeci_a Polak_ka podejmuje z partnerem_ką rozmowę na temat przeszłości seksualnej. Polacy_ki rezygnują z takich rozmów ze względu na wysoki poziom zaufania do stałego_j partnera_ki – wierzą, że jeżeli partnerzy_ki ufają sobie nawzajem, to takie rozmowy nie są konieczne.

Według badania przeprowadzonego w 2017 roku w ciągu ostatnich 20 lat poziom wiedzy młodzieży o HIV i AIDS uległ zmniejszeniu. Uczniowie_ennice w mniejszym stopniu niż ich rówieśnicy w 1996 roku znają takie pojęcia jak HIV czy AIDS, są mniej świadomi tego, które zachowania i sytuacje należy traktować jako ryzykowne w kontekście zagrożenia zakażeniem HIV. Obniżenie się poziomu wiedzy związane jest przez Krajowe Centrum ds. AIDS z obniżeniem ucześnieństwa na zajęcia o tematyce HIV i AIDS i obniżeniem ich atrakcyjności.

W konsekwencji spadku poziomu edukacji z tematyki HIV dostrzegana jest potrzeba zmiany - Polacy_ki uważają, że kompleksowa edukacja seksualna powinna być powszechna od szkoły podstawowej, a zajęcia powinny być przeprowadzane przez specjalistę_kę - psychologa_żkę lub seksuologa_żkę. Około 80% Polaków_ek jest zdania, że lepiej aby dzieci otrzymywały rzetelną wiedzę na temat HIV i AIDS oraz innych infekcji przenoszonych drogą płciową w szkole niż wyszukiwały informacje samodzielnie. Edukację seksualną w szkole najbardziej popierają kobiety i osoby młode (18-35 lat).

PREWENCJA HIV A EDUKACJA SEKSUALNA [32-39]

Już Deklaracja Praw Seksualnych, której pierwsza wersja powstała ponad 20 lat temu, wskazuje edukację seksualną jako jedno z praw seksualnych. Powinna ona trwać w sposób ciągły i zaangażowane w nią winne być instytucje społeczne. Specjaliści_tki z Amerykańskiej Akademii Pediatrii wyróżnili_ły trzy typy edukacji seksualnej:

- typ A – *abstinence-only*, czyli ukierunkowany głównie na zachowanie abstynencji seksualnej;
- typ B – *biological*, czyli typ A wzbogacony o informacje z zakresu fizjologii i anatomii układów rozrodczych męskiego i żeńskiego;
- typ C – *comprehensive*, czyli kompleksowa, uwzględniająca wiedzę z zakresu nauk biologicznych, ale też o antykoncepcji czy psychologii.

Zgodnie z aktualnymi zaleceniami najsilniej rekomendowany jest typ C – kompleksowa edukacja seksualna, w której duchu powstały zalecenia WHO nt. edukacji seksualnej. Program nauczania przedmiotu wykładanego w polskich szkołach, wychowania do życia w rodzinie, spełnia jedynie kryteria typu A.

W przypadku kompleksowej edukacji seksualnej (CSE) wykazano jej korzystny wpływ na redukcję ryzyka zakażenia infekcjami przenoszonymi drogą płciową (STIs), w tym HIV. Przegląd systematyczny przygotowany na podstawie danych z USA wykazał spadek kontaktów seksualnych bez zabezpieczenia oraz ryzyka transmisji STIs w grupie, która odebrała CSE.

Mimo że ta publikacja nie dostarczyła jednoznacznych danych nt. zakażeń HIV, to badania prowadzone w innych krajach, m.in. w Estonii dowiodły korzystnego wpływu CSE również w obszarze ograniczania transmisji tego patogenu.

Według danych zbieranych przez estońską organizację rządową (*Terviseamet*) liczba nowych przypadków w grupie 15-24 spadła z 1134 do 107 przypadków w ciągu 8 lat (2001-2009). Warto odnotować, że w tym samym okresie liczba przypadków w grupie osób w wieku powyżej 24 lat (a więc uczestniczących już w zajęciach z zakresu edukacji seksualnej) pozostała na względnie stałym poziomie około 300 zakażeń.



Dla porównania, wzmiankowany przegląd dostarcza niejednoznacznych danych jeżeli chodzi o typ A edukacji seksualnej⁵. Inne badanie prowadzone wśród młodzieży pochodzenia afroamerykańskiego wprost unaocznia nieskuteczność edukacji *abstinence-only* i przewagę typów B oraz C, co wskazuje jeszcze silniej na potrzebę utworzenia programu nauczania CSE w Polsce. Alarmuje o tym również Stanowisko oficjalne IFMSA-Poland nt. Kompleksowej Edukacji Seksualnej.

STRATEGIA 90-90-90 [40-49]

Utworzony w 1994 r. przez ONZ Wspólny Program Narodów Zjednoczonych Zwalczenia HIV i AIDS (UNAIDS) postawił sobie za cel zakończenie epidemii AIDS do 2030 r. Zakończenie epidemii jest oparte na 3 filarach przedstawionych w zaprezentowanej w 2014 r. strategii Fast-track: w docelowej, idealnej sytuacji 95% zakażonych jest objętych skutecznym leczeniem antyretrowirusowym, liczba nowych zakażeń nie przekracza 200 000 rocznie i osoby zakażone nie spotykają się z dyskryminacją. By osiągnąć ten cel, UNAIDS wyznacza cele pośrednie ujęte w pięcioletnich strategiach. Jednym z nich była zaplanowana na lata 2015-2020 strategia 90-90-90. Miała ona 3 główne cele:

- 90% osób zakażonych zna swój status serologiczny;
- 90% osób wiedzących, że są zakażeni, przyjmuje leczenie antyretrowirusowe;
- 90% osób będących na terapii antyretrowirusowej osiąga supresję wirerii.

Osiągnięcie celu strategii 90-90-90 w założeniu przekłada się na supresję wirerii u 73% wszystkich zakażonych.

Opublikowany w 2017 r. raport „Ending AIDS: progress towards the 90-90-90 targets” wykazał, że przez pierwsze 3 lata od ogłoszenia strategii poczyniono duży progres. Jak piszą autorzy_ki we wstępie do wyżej wymienionego raportu „Ponad dwie trzecie wszystkich żyjących ludzi z HIV na całym świecie znało swój status HIV w 2016 roku. Wśród tych, którzy znali swój status serologiczny, 77% [57- >89%] miało dostęp do leczenia antyretrowirusowego i 82% [60->89%] osób leczonych miało supresję wirerii”. Stanowi to dużą poprawę w stosunku do 2013 r., kiedy swój status serologiczny znało około 70% zakażonych, a zaledwie 37% miało niewykrywalną wirerię. Ogłoszono też pierwszy sukces - w 2016 r. po raz pierwszy w historii ponad połowa osób zakażonych HIV miała dostęp do terapii antyretrowirusowej. Cel strategii 90-90-90, jakim jest supresja wirerii u 73% zakażonych, już w 2017 r. osiągnęło 7 państw: Botswana, Kambodża, Dania, Islandia, Singapur, Szwecja i Wielka Brytania.

Mimo optymistycznych prognoz wynikających z raportu z 2017 r. ostatecznie żadnego z celów 90-90-90 nie udało się osiągnąć na poziomie globalnym. W 2020 r.:

- 84% zakażonych znało swój status serologiczny;
- 73% zakażonych było objętych leczeniem antyretrowirusowym (jest to około 81% spośród osób znających status serologiczny);
- 66% zakażonych osiągnęło supresję wirerii (jest to około 76% spośród osób znających swój status serologiczny i 88% tych którzy dostają leczenie antyretrowirusowe).

Według raportu opublikowanego w 2021 r. największy sukces w walce z epidemią HIV osiągnęły Estonia (gdzie cel 90-90-90 został osiągnięty i zredukowano liczbę nowych zakażeń o 62%) oraz Zimbabwe



(gdzie nie osiągnięto w pełni celu strategii 90-90-90, aczkolwiek poczyniono największy postęp, dochodząc do supresji wirerii u osób zakażonych na poziomie 82%).

W najtrudniejszej sytuacji znajdują się kraje Azji i Oceanii, Afryki Północnej i Bliskiego Wschodu oraz Europy Wschodniej i Azji Środkowej. W Regionie Azji i Oceanii swój status serologiczny zna około 77% zakażonych. Australia wybija się znacznie ponad średnią będąc blisko wypełnienia celu strategii 90-90-90. W rejonie Afryki Północnej i Bliskiego Wschodu zanotowano wzrost zakażeń o 7% od 2010 roku, swój status serologiczny zna 62% zakażonych, największy progres poczyniono w kwestii zmniejszenia liczby zgonów z powodu AIDS, spadła ona o 17%. W Europie Wschodniej i Azji Środkowej od 2010 roku zanotowano wzrost zarówno zakażeń jak i zgonów w wyniku AIDS, w rejonie tym wiele działań mających na celu zmniejszenie liczby zakażeń jest prowadzona przez organizację pożytku publicznego, które są zależne od zewnętrznego finansowania oraz napotykają bariery administracyjne. Swój status serologiczny zna 73% zakażonych, a 50% ma niewykrywalną wirerię, warto jednak zaznaczyć, że dane procentowe nie obejmują największego w tym rejonie państwa jakim jest Rosja.

Europa Zachodnia i Centralna oraz Ameryka Północna jako jedyny region osiągnęły cel strategii 90-90-90. Na ich terenie 90% zakażonych zna swój status serologiczny, 84% zakażonych jest objętych leczeniem antyretrowirusowym (a więc 93% z osób, które wiedzą, że są zakażone) i 75% ma supresję wirerii (a więc 90% leczonych osób). Najlepsza sytuacja jest w Estonii, Danii, Holandii, Norwegii, Portugalii, Szwajcarii, Belgii, Austrii i Wielkiej Brytanii, kraje te mają najniższy odsetek nowych zakażeń.

Polska nie udostępniła danych na temat strategii 90-90-90, a w ciągu ostatnich lat odsetek nowo zakażonych wzrósł. Z danych PZH wynika, że mamy w Polsce 25 058 osób z potwierdzonym zakażeniem HIV i szacuje się, że jest to około 70-80% zakażonych. Leczenie antyretrowirusowe przyjmuje 13 605 osób, co daje 54% spośród znających swój status serologiczny. Polska na tle reszty Krajów Europy Środkowej i Zachodniej wypada nie najlepiej, mimo że dostępne są darmowe testy, a leczenie antyretrowirusowe dla osób zakażonych jest w pełni refundowane przez NFZ. Prawdopodobną przyczyną jest brak edukacji – w innych krajach Europy Zachodniej i Środkowej młodzież jest zapoznawana z problematyką zakażenia HIV podczas zajęć z edukacji seksualnej, której w Polsce jak wskazują badania nie ma.

Krajowe Centrum ds. AIDS (będące agendą Ministerstwa Zdrowia) przeprowadza kampanie edukacyjne raz do roku i niestety nie jest im poświęcane w mediach wystarczająco dużo czasu antenowego, by odbiły się w społeczeństwie szerokim echem. Do populacji kluczowych, obciążonych stygmatyzacją, docierają zarówno ze wsparciem jak i edukacją głównie organizacje pozarządowe takie jak np. Fundacja Edukacji Społecznej, Projekt Test, Podwale Siedem, Pozytywni w Tęczy.

ZAPOBIEGANIE HIV I STIs [50-56]

Obecnie prezerwatywy są jedyną mechaniczną ochroną przed ewentualnym zakażeniem HIV oraz innymi infekcjami przenoszonymi drogą płciową. Muszą być one dobrej jakości, czyli nieuszkodzone, wcześniej odpowiednio przechowywane (m.in. nieeksponowane na działanie promieni słonecznych), na opakowaniu powinny zawierać atest wraz z terminem ważności, a przede wszystkim powinny być we właściwy sposób używane. Osoby, które nawiązują nowe relacje, powinny wykonać wraz z partnerem_ką test na HIV.



IFMSA-Poland

Międzynarodowe Stowarzyszenie
Studentów Medycyny



Jest to bowiem jedyna możliwość sprawdzenia, czy dana osoba żyje z wirusem. Trzeba mieć na uwadze, że test odzwierciedla sytuację sprzed kilku tygodni, zatem do czasu zakończenia okienka serologicznego konieczne jest używanie prezerwatyw.

Do innych metod pozwalających w znaczący sposób zmniejszyć ryzyko zakażenia HIV oraz innych STIs należą:

- niepodejmowanie niezabezpieczonych kontaktów seksualnych z osobą, która nie wykonywała testu na HIV;
- prawidłowe używanie prezerwatywy, także przy stosunkach oralnych i analnych,;
- badanie się przed przystąpieniem do stosunku seksualnego (w tym seksu oralnego);
- wykonywanie tatuaży i piercingu w specjalistycznych gabinetach, w których przestrzegane są sterylne warunki;
- używanie jednorazowych, sterylnych igieł i strzykawek.

Ponadto rekomendacje Zespołu Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego wskazują, iż głównym sposobem profilaktyki zakażeń wertykalnych jest wykonywanie testów na HIV przez wszystkie osoby w ciąży dwukrotnie – do 10 tygodnia ciąży oraz w trzecim trymestrze ciąży.

W związku z tym, że niektórymi patogenami wywołującymi infekcje przenoszone drogą płciową jak HIV czy wirusy zapalenia wątroby typu B i C można zakażać się również przez kontakt z krwią, istnieją konkretne procedury postępowania stworzone m.in. przez placówki ochrony zdrowia. W przypadku wystąpienia kontaktu z materiałem zakaźnym osoba narażona na zakażenie powinna jak najszybciej zgłosić się do szpitala zakaźnego i po ocenie ryzyka przez lekarza_kę chorób zakaźnych w ciągu najbliższych 72 godzin rozpocząć leczenie poekspozycyjne, które w przypadku ryzyka zakażenia HIV może obejmować 28-dniową terapię lekami antyretrowirusowymi, a przy podejrzeniu transmisji HBV – szczepienie lub podawanie immunoglobulin. Po ewentualnym zakłuciu należy przemyć skałeczone miejsce dużą ilością wody z mydłem bez tamowania czy wyciskania krwi. Ponadto nie należy stosować środków odkażających na bazie alkoholu, gdyż mogą dodatkowo podrażniać skórę lub śluzówkę, a przez to zwiększyć ryzyko wniknięcia patogenów.

KAMPANIE EDUKACYJNE [50-56]

Od początku swojego istnienia Krajowe Centrum ds. AIDS tworzyło akcje profilaktyczne, jednak możliwości finansowe wówczas były niewielkie. Wykorzystywane były głównie na druk ulotek o HIV i AIDS, kalendarzy czy plakatów. W 1998 roku zwiększone zostały środki finansowe na wydawanie materiałów reklamowych w postaci: koszulek, plakatów, długopisów, kubków itp. Przez taką formę promocji docierano wówczas do różnych społeczności. Organizowano coroczne obchody Światowego Dnia AIDS 1 grudnia.

Mimo, że na świecie pierwszy kongres medyczny dotyczący HIV został zorganizowany już w 1985 r. w Atlancie, w Polsce taka konferencja odbyła się dopiero w 1994 r. pod nazwą „Człowiek żyjący z HIV w Rodzinie i w Społeczeństwie”. Jej tematyka związana była głównie z profilaktyką, leczeniem i diagnostyką. Dopiero od 2000 r. zaczęto wykorzystywać techniki medialne. W tym samym roku Krajowe Centrum ds. AIDS we współpracy z Polską Fundacją Pomocy Humanitarnej „Res Humanae” oraz Programem Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju (UNDP) w ramach Punktów Konsultacyjno-Diagnostycznych rozpropagowali



IFMSA-Poland

Międzynarodowe Stowarzyszenie
Studentów Medycyny



akcję testowania w kierunku HIV „Nie żyj w niepewności! Wykonaj Test na HIV!”. Mimo, iż od tamtego czasu zwiększyła się liczba prowadzonych kampanii, a w inicjatywy angażują się osoby publiczne, to wciąż w świadomości społecznej obecne są mity niezgodne z obowiązującą wiedzą medyczną, jak np. rzekoma możliwość zakażenia HIV przez pocałunek czy ukąszenie komara. Występowanie takich przekonań 40 lat po pierwszych zarejestrowanych przypadkach wystąpienia HIV świadczy o nadal istniejącej ogromnej luce edukacyjnej i wciąż aktualnej potrzebie adresowania kampanii do szerokiego grona społecznego, poruszających nawet najbardziej prozaiczne tematy związane z codziennym życiem z HIV.

Należy zwrócić uwagę, iż w latach 90. ubiegłego wieku w prowadzone akcje profilaktyczne w szkołach zaangażowane były wojewódzkie inspektoraty sanitarne. Obecnie brakuje zajęć poświęconych tematyce HIV i AIDS. Zalecane są prelekcje i docieranie do młodzieży z informacjami w sposób interaktywny. Ważne jest także ukazanie aktualności tematu i tego, że może on dotyczyć każdego, a nie tylko wybranych osób. Można do tego celu wykorzystać stacje telewizyjne, w których byłyby emitowane programy skupiające się na tematyce HIV i AIDS.

Ukazanie osoby żyjącej z HIV oraz jej historii pozwoliłoby widzom utożsamić się z nią. Przez wiele osób wykonanie testu na HIV może być postrzegane jako temat wstydlivy, dlatego też jego włączenie do pakietu badań profilaktycznych czy kontrolnych (np. podczas badań okresowych medycyny pracy) pozwoliłoby zwiększyć nie tylko wykrywalność zakażeń ale także odsetek osób badanych. Instalowanie automatów vendingowych w miejscach publicznych tj. akademiki, dyskoteki, toalety, kluby itp., w których znajdowałyby się prezerwatywy stanowiłoby możliwość skorzystania z zabezpieczenia nie tylko przed niechcianą ciążą, ale także infekcjami przenoszonymi drogą płciową. Informacje trafiające do odbiorców_zyń powinny być konkretne i praktyczne, uwzględniające wskazówki postępowania, ale również dostępne dla każdej grupy społecznej.

SZCZEPIENIA [57-63]

Świetnym sposobem na zapobieganie niektórym infekcjom przenoszonym drogą płciową o skuteczności udowodnionej licznymi badaniami są szczepienia. Wśród patogenów wywołujących STIs, przeciwko którym istnieją szczepionki, wyróżniamy HPV, HBV i HAV.

Przeciwko HPV istnieją szczepionki 2-, 4- i 9-waletne. Wszystkie mają najlepsze działanie, jeśli zostaną podane przed ekspozycją na HPV. Wiekiem rekomendowanym do szczepienia przez WHO jest pomiędzy 9. a 14. rokiem życia, zanim większość nastolatków_ek rozpocznie współżycie seksualne. Państwowy Zakład Higieny zaleca przyjęcie szczepionki szerszej grupie niż WHO – także osobom od 14. aż do 45. roku życia, które mogą odnieść korzyść ze szczepienia. Również szczepienie chłopców przynosi korzyści – zapobiega przewlekłym zakażeniom HPV i nowotworom wywoływanym przez HPV u mężczyzn (np. rak odbytu) oraz przeciwdziała dalszej transmisji wirusa przez osoby z penisami. Do roku 2019 roku 30 z 31 krajów członkowskich Europejskiego Obszaru Gospodarczego włączyło szczepienie przeciw HPV w obowiązkowy program szczepień, z czego 11 z tych krajów objęło nim również chłopców.

Jednym krajem, w którym nie ma obowiązku szczepień przeciw HPV jest Polska. Ze względu na wysokie koszty produktu leczniczego oraz brak kampanii promującej szczepienia szacuje się, że jedynie 7,5-10% polskich nastolatków_ek jest zaszczepionych przeciwko HPV. W niektórych krajach Europy zaszczepionych jest nawet ponad 70% społeczeństwa (Finlandia, Węgry, Islandia, Malta, Norwegia, Portugalia, Hiszpania, Szwecja, Wielka Brytania).



Istnieje nadzieja, że sytuacja wyszczepialności przeciwko HPV w Polsce ulegnie w najbliższym czasie poprawie w związku z włączeniem 2-walentnej szczepionki przeciwko HPV do listy leków refundowanych od 1 listopada 2021 roku. Refundacja na poziomie 50% obejmuje nie tylko grupę wiekową 9-14 lat, ale również osoby powyżej 15 roku życia. Nie będzie także zależna od płci pacjenta_ki. Organizacje pozarządowe podkreślają, że jest to świetna decyzja dla zdrowia publicznego – Australia, która wprowadziła szczepienia przeciwko HPV w 2007 roku, jest na dobrej drodze do niemal całkowitego wyeliminowania raka szyjki macicy w najbliższych latach. Następnym krokiem, który mogłyby podjąć polskie władze, mogłaby być stuprocentowa refundacja, jeszcze bardziej zwiększająca dostępność, a także wpisanie tego szczepienia do grupy szczepień obowiązkowych.

Inną szczepionką, która chroni przed infekcjami przenoszonymi drogą płciową jest szczepienie przeciwko wirusowi zapalenia wątroby typu B (HBV). Była to pierwsza wyprodukowana szczepionka chroniąca przed chorobą nowotworową, ponieważ przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B może prowadzić do rozwoju raka wątrobowokomórkowego (HCC). Od 1996 roku szczepione są wszystkie polskie noworodki. Szczepienia zalecane są również dla osób pracujących w ochronie zdrowia, pacjentów_ek przed zabiegami operacyjnymi, a także, co szczególnie ważne w kontekście możliwości transmisji HBV drogą płciową – grupie MSM. Istnieją również łączone szczepionki przeciwko HBV i HAV (czyli wirusom zapalenia wątroby typu B i A). HAV nie wywołuje wprawdzie nowotworów wątroby ani przewlekłego zapalenia wątroby, może natomiast prowadzić do żółtaczk i wymagać hospitalizacji pacjenta_ki. Wirus ten może przenosić się drogą kontaktów analnych lub analno-oralnych, dlatego też te szczepienia również są zalecane szczególnie mężczyznom uprawiającym seks z mężczyznami.

Od wielu lat trwają prace nad szczepionką przeciw HIV. 19 września 2021 roku rozpoczęło się badanie randomizowane I fazy, które potrwa do 1 kwietnia 2023r. Działanie szczepionki opiera się na technologii mRNA i jest częściowo wynikiem pandemii SARS-CoV-2 oraz ogromnego rozwoju szczepionek mRNA. Jej funkcją jest stymulacja odpowiedzi immunologicznej. Mimo, że wirus ludzkiego niedoboru odporności towarzyszy człowiekowi od kilkudziesięciu lat, stworzenie skutecznej szczepionki wciąż stanowi duże wyzwanie. Wynika to z faktu, że HIV jest bardzo różnorodny genetycznie, szybko mutuje oraz jest zdolny do ukrywania się przed układem odpornościowym czy lekami, które powinny go zneutralizować. Nowe prowadzone badania kliniczne dają nadzieję dla całego społeczeństwa na możliwość ograniczenia transmisji HIV, która stanowi istotne zagrożenie dla zdrowia publicznego od lat 80. ubiegłego wieku.

PrEP [64-68]

PrEP z języka angielskiego oznacza *pre-exposure prophylaxis*, czyli profilaktykę przedekspozycyjną – jest to przyjmowanie leków antyretrowirusowych przez osoby niezakażone HIV w celu zmniejszenia ryzyka zakażenia. Według wytycznych PTN AIDS 2021 PrEP zaleca się przyjmować następującym osobom:

- mającym kontakty seksualne bez prezerwatywy z osobą potencjalnie zakażoną tj. osobą, która nie zna swojego statusu serologicznego lub osobą HIV (+) z wykrywalną wiremią;
- stosującym w ciągu ostatniego roku PEP (profilaktykę poekspozycyjną) po kontakcie seksualnym;
- u których w ciągu ostatniego roku wykryto infekcje przenoszone drogą płciową;
- mającym kontakty seksualne pod wpływem substancji psychoaktywnych;



- używającym dożylnych substancji psychoaktywnych;
- świadczącym usługi seksualne.

Podczas stosowania PrEPu w dalszym ciągu zaleca się stosowanie prezerwatyw ze względu na możliwość zakażenia innymi STIs.

Istnieją dwie metody przyjmowania PrEPu: ciągła i doraźna, przy czym doraźna nie jest w Polsce zarejestrowana w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Podczas przyjmowania PrEPu w sposób ciągły ochronę dla receptywnych kontaktów analnych osiąga się po 7 dniach, a dla receptywnych kontaktów dopochwowych i dożylnego przyjmowania substancji psychoaktywnych po 20 dniach. Testy na obecność zakażenia HIV należy wykonać przed rozpoczęciem stosowania PrEP, a następnie powtarzać co 3 miesiące w trakcie stosowania oraz po zakończeniu stosowania. Ponadto zaleca się regularne badania pod kątem innych STI oraz kontrolę eGFR ze względu na ryzyko wystąpienia niewydolności nerek jako możliwego działania niepożądanego.

PrEP w przeciwieństwie do leczenia antyretrowirusowego nie jest w Polsce refundowany. Brak refundacji nie dotyczy tylko samego leku, ale również badań kontrolnych. Obecnie koszt opakowania leku na 30 dni waha się między 130 a 170 zł, a prywatne jednostki (zarówno przychodnie jak i same laboratoria) oferują pakiety badań za około 200zł oraz dodatkowo koszt prywatnej wizyty u lekarza. Oznacza to, że obecnie maksymalna kwota, jaką w ciągu miesiąca wyda się na PrEP, to około 450zł w miesiącu gdy należy się przebadać i około 150 zł w pozostałe. Biorąc pod uwagę najniższą krajową pensję netto na poziomie ok. 2100 zł, koszt 450 zł może być dla wielu osób zbyt wysoki. Nieco lepiej wypada wydatek 150 zł na samo leczenie – przy czym wciąż jest to aż 7% minimalnego miesięcznego wynagrodzenia. Aktualna sytuacja pod kątem finansowym jest lepsza niż jeszcze kilka lat temu. Obecnie dostępne na rynku leki kosztujące 130-170zł to leki generyczne, powstałe po wygaśnięciu w 2016r. patentu na lek oryginalny, którego cena wynosiła około 1800zł i bez refundacji mało kto był w stanie sobie na niego pozwolić.

PEP – postępowanie poekspozycyjne [69-74]

Postępowanie poekspozycyjne (ang. *post-exposure prophylaxis*, PEP) to szereg działań, które mają na celu zminimalizowanie ryzyka zakażenia HIV oraz monitorowanie w kierunku jego wczesnego rozpoznania. Zgodnie z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS czas rozpoczęcia profilaktyki powinien zamknąć się w granicach 48 godzin, zaś w przypadku ekspozycji wysokiego ryzyka czas ten może przedłużyć się do 72 godzin.

Ograniczenie czasowe zalecane przez Centers for Disease Control and Prevention (agencję działającą w Stanach Zjednoczonych) wynosi 72 godziny niezależnie od ryzyka, co stanowi różnicę z rekomendacjami polskimi. Czas leczenia dla wszystkich pacjentów_ek, niezależnie od źródła ewentualnego zakażenia wynosi 28 dni i najważniejsze jest regularne przyjmowanie preparatów. Badania naukowe wskazują, że regularne przyjmowanie PEP jest bardzo skuteczne – z 46 pacjentów_ek przyjmujących PEP w sposób wskazany przez producenta żaden z nich nie wykazał dodatniego statusu zakażenia. Autorzy tego badania proponowali każdemu pacjentowi_ce przyjmowanie PrEP po zastosowanym leczeniu i 30 z nich wyraziło zgodę.



Wdrożenie PEP powinno odbyć się, jeżeli w ostatnim czasie doszło do ekspozycji na HIV:

- podczas seksu (brak prezerwatywy lub w przypadku jej pęknięcia);
- poprzez używanie wspólnych igieł, strzykawek lub innego sprzętu do wstrzykiwania;
- poprzez gwałt, wykorzystanie seksualne.

Autorzy rekomendacji zalecają stosowanie 3 leków antyretrowirusowych bez względu na to, czy materiałem zakaźnym było kilka kropel materiału biologicznego czy jego duża objętość w przypadku pacjenta_ki HIV(+). Jeżeli status nie jest znany, to profilaktyka powinna zostać wdrożona wyłącznie w przypadku wysokiego ryzyka zakażenia HIV. Ponadto taka sama profilaktyka powinna zostać zastosowana po współżyciu analnym lub waginalnym bez prezerwatywy (lub z jej uszkodzeniem), nawet jeżeli nie znamy statusu naszego partnera_ki. Dokładne wskazania i kwalifikacja pacjentów do profilaktyki poekspozycyjnej są zawarte w Rekomendacjach Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS. Co jest szczególnie istotne, każdy_a pacjent_ka, u którego_j z powodu ekspozycji seksualnych wdrażany jest PEP i mają wskazania kwalifikujące do PrEP powinni_e rozpocząć leczenie PrEP niezwłocznie po i zakończeniu PEP.

Po przyjęciu PEP konieczne jest również wykonanie testu IV generacji w 2. i 4. miesiącu od ekspozycji, a w przypadku wykluczenia HIV podczas pierwszej wizyty nie ma konieczności i nie jest zalecane dalsze monitorowanie w kierunku tego zakażenia.

Problemem, który jest znaczący w stosowaniu PEP jest konieczność jego podania w ściśle określonych ramach czasowych i ograniczenia w dostępności do tych preparatów. Terrence Higgins Trust, największa organizacja charytatywna działająca w tematyce HIV na terenie Wielkiej Brytanii, zwraca uwagę na brak możliwości wypisania leków przez lekarzy_ki rodzinnych_e i zaleca próby uzyskania recepty „w klinikach zdrowia seksualnego lub HIV” (ang. sexual health or HIV clinic), które w Polsce w ogóle nie funkcjonują w takiej samej formie. Na terenie naszego kraju istnieje 20 miejsc, do których dostępne są całodobowe numery telefonu w celu uzyskania pomocy w sytuacjach nagłych – tzn. po ekspozycji pozazawodowej na HIV. Są to w większości numery telefonów do Izb Przyjęć bądź Oddziałów lub Szpitali Zakaźnych, stąd pozostaje pytanie czy zarówno przed, jak i aktualnie, w pandemii COVID-19 ich wydolność utrzymuje się na wystarczającym poziomie. Niestety dostępność takich danych jest znikoma.

Systemy testowania pod kątem zakażenia HIV w Polsce i innych krajach europejskich [75-89]

W Polsce test na HIV można wykonać bezpłatnie, anonimowo i bez skierowania tylko w Punktach Konsultacyjno-Diagnostycznych (PKD). Aktualnie (stan na 30.10.2021) funkcjonuje ich 28, z czego większość w miastach wojewódzkich. Prowadzone są przez fundacje, stowarzyszenia i inne organizacje pozarządowe non-profit. Istnieje również inicjatywa „Projekt TEST”, która umożliwia wykonanie badania samodzielnie w domu. Niestety, statystyki wskazują, że w Polsce wykonuje się tylko 11 testów na 1000 mieszkańców, co jest wynikiem znacznie niższym niż w innych krajach UE i byłego ZSRR. Brakuje jednak danych na temat tego, jak dużo testów wykonuje się w ramach PKD i programów profilaktycznych, toteż do tego wskaźnika należy podchodzić z ograniczonym zaufaniem.



Dodatkową barierą jest fakt, że lekarz_rka POZ nie może wystawić skierowania na takie badanie, a nieznaną jest (z powodu braku stosownych badań) poziom społecznej świadomości na temat możliwości wykonania badania w Punkcie Konsultacyjno-Diagnostycznym. Pewnych wskazówek na ten temat dostarcza badanie z 2019 roku, w którym niemal połowa respondentów_tek nie wiedziała, czy w ich okolicy jest laboratorium, w którym możliwe jest przeprowadzenie testu na HIV. Wskazuje się również na lekceważenie zagrożenia jakim jest zakażenie HIV.

Badanie na HIV jest badaniem wskazywanym przez Polskie Towarzystwo Ginekologiczne jako obowiązkowe dla wszystkich osób w ciąży. Niestety, brakuje dokładnych danych jak duża część osób w ciąży wykonuje testy zgodnie z zaleceniami, czyli w pierwszym (do 10. hbd) i trzecim (33-37. hbd) trymestrze ciąży.

Warto jednak zauważyć, że mimo nienajlepszej praktyki testowania na HIV w Polsce pozostaje to problemem również innych państw naszego regionu. Wobec istniejących skutecznych terapii antyretrowirusowych pozwalających – przy wczesnym wykryciu zakażenia – na osiągnięcie niewykrywalnej wirēmii i długie, zdrowe życie ECDC i WHO wezwały do usprawnienia systemów testowania w Europie. Eksperci_tki wśród barier w testowaniu wymieniają oprócz zaniedbań systemowych oraz czynników zależnych od pacjenta_tki również brak umiejętności komunikacji w zakresie zdrowia seksualnego i wiedzy o HIV. Systemy testowania w Europie znacznie różnią się między państwami; w części z nich dostępne są w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Niemniej brakuje skutecznych programów przesiewowego testowania pod kątem zakażenia HIV.

Problemem pozostaje również testowanie osób niepełnoletnich. Grupa wiekowa 15-19 lat jest w kontekście epidemiologii zakażeń grupą bardzo istotną – bo jedyną, w której liczba zakażeń HIV rośnie w ujęciu ogólnoswiatowym. Już w 2006 roku w rekomendacjach CDC znalazło się zalecenie, by od nastolatków_ek w wieku powyżej 12. roku życia nie była wymagana zgoda rodzica na test . Zalecenie to przełożyło się na praktykę w niektórych stanach USA, m. in. Kalifornii. Jednakże w znaczącej większości krajów Europy Wschodniej nie ma dostępu do testów dla osób niepełnoletnich bez zgody rodzica. W Polsce z anonimowego testu w PKD mogą skorzystać jedynie osoby powyżej 18. roku życia, co znacznie ogranicza możliwości badań w najmłodszej grupie wiekowej.

LECZENIE ZAKAŻENIA HIV [90-97]

W przypadku nieleczzonego zakażenia HIV objawy dzielimy na 3 kategorie kliniczne w zależności od fazy zakażenia:

- okres początkowy – kategoria A, pierwotne zakażenie retrowirusowe, przebiegające podczas pierwszych 6 miesięcy po nabyciu infekcji, może przebiegać bezobjawowo lub pod postacią ostrej choroby retrowirusowej pojawiającej się po 3-6 tygodniach, obejmuje najczęściej objawy grypopodobne lub mononukleozopodobne;
- okres utajenia – trwający od 1,5 roku do 15 lat i przebiegający bez objawów;
- okres objawowy – kategoria kliniczna B, w której pojawiają się zakażenia oportunistyczne (np. półpasiec obejmujący ponad 1 dermatom, leukoplakia włochata, przetrwała i oporna na leczenie kandydoza błon śluzowych, rak szyjki macicy in situ i inne);
- okres pełnoobjawowego AIDS – kategoria kliniczna C, gdy liczba limfocytów T CD4+ spada poniżej 200/μl i pojawiają się choroby wskaźnikowe (np. mięsak Kaposiego, kryptokokoza pozapłucna, zapalenie siatkówki o etiologii CMV, zapalenie płuc o etiologii Pneumocystis jirovecii), na tym etapie może wystąpić śmierć.



Obecnie nie ma sposobu umożliwiającego eradykację zakażenia HIV, natomiast istnieje terapia antyretrowirusowa (ARV), której celem jest długofalowe zahamowanie replikacji wirusa. Sytuacja pacjentów różni się od tej z lat 80., bowiem jakość ich życia uległa znaczącej poprawie. Regularnie i poprawnie przyjmowane leki antyretrowirusowe pozwalają zatrzymać zakażenie na wczesnych etapach i przez lata chronić przed rozwinieniem się jakichkolwiek objawów.

Raz rozpoczęte leczenie musi być jednak kontynuowane przez całe życie, dlatego podstawą skuteczności jest regularnie przyjmowanie leków oraz przestrzeganie reżimów terapeutycznych. Polega ono na przyjmowaniu trzech leków jednocześnie w ramach skojarzonej terapii antyretrowirusowej. Konieczność łączenia różnych substancji leczniczych wynika z dużej zmienności genetycznej wirusa. Terapia umożliwia wzmocnienie układu odpornościowego oraz odzyskanie zdolności do zwalczania infekcji. Liczne badania wykazują, iż podczas stosowania ART nie dochodzi do transmisji HIV, gdy wiramia jest niewykrywalna, czyli gdy we krwi krążącej znajduje się mniej niż 50 kopii RNA HIV/ml (tzw. zasada U=U: Undetectable=Untransmittable).

W ostatnich badaniach wykazano, iż stosowanie terapii polegającej na stosowaniu dwóch preparatów jest równie skuteczne jak schematy trójlekowe. Ponadto skojarzenie dwóch leków obniża ryzyko wystąpienia działań niepożądanych.

Zarówno w Polsce jak i innych państwach Unii Europejskiej leczenie antyretrowirusowe jest refundowane. W naszym kraju leki te wydawane są bezpłatnie w Poradniach Nabytych Niedoborów Immunologicznych. Działania te mają na celu zwiększenie dostępności oraz umożliwienie korzystania z leczenia nawet osobom niezamożnym. Ponadto dochodzi do poprawy adherencji i w konsekwencji zmniejszenia ryzyka rozwinienia AIDS i zakażenia innych osób.

Leczenie powinno być prowadzone zgodnie z aktualizowanymi co roku rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS (PTN AIDS), a decyzja o rozpoczęciu leczenia jest podejmowana przez lekarza prowadzącego w oparciu o stan kliniczny pacjenta i choroby towarzyszące.

Aby terapia była prowadzona w sposób właściwy, każdy pacjent ma wykonywane badania ilościowego oznaczania poziomu wiramii, liczby limfocytów T CD4, CD8 oraz jednorazowo HLA B*5701. Do leczenia ARV jest włączany każdy pacjent żyjący z wirusem HIV, niezależnie od liczby limfocytów CD4 oraz poziomu wiramii HIV we krwi obwodowej.

Najczęściej stosowana jest terapia cART (ang. combined antiretroviral therapy), która łączy leki przeciwwirusowe z różnych grup farmakologicznych (co najmniej dwa):

- nukleozydowe inhibitory odwrotnej transkryptazy (NRTI);
- nienukleozydowe inhibitory odwrotnej transkryptazy (NNRTI);
- inhibitory proteazy (PI);
- inhibitory integrazy (InSTI);
- inhibitory wejścia (inaczej inhibitory fuzji, FI).

Schemat leczenia powinien być dobierany indywidualnie m.in. ze względu na interakcje leków antyretrowirusowych z innymi lekami. Terapia dzieci żyjących z HIV jest bardziej ograniczona ze względu na brak rejestracji niektórych leków.



Leczenie powinno być wprowadzone jak najszybciej, ponieważ chroni m.in przed uszkodzeniami nerek, mięśnia sercowego w przebiegu infekcji czy hamuje stan zapalny. Obecnie terapia cART ukierunkowuje się na schematy polegające na przyjmowaniu jednej tabletki, żeby poprawić przestrzeganie zaleceń przez pacjentów_ek. Dla wielu pacjentów_ek jest ważne, aby leczenie było dyskretne, gdyż mogą przyjmować jedną tabletkę zamiast kilku(nastu) jak bywało w przeszłości. Warty uwagi jest fakt, iż osoby przyjmujące ARV mogą prowadzić całkowicie normalne życie.

Regularnie leczenie antyretrowirusowe zapobiega występowaniu chorób wskaźnikowych AIDS czy nowotworów, a na przestrzeni lat długość życia pacjentów_ek uległa wydłużeniu. Jednak jak każda terapia, również leczenie antyretrowirusowe wiąże się z pewnymi działaniami niepożądanymi, do których należą: zwiększone ryzyko niepożądanych zdarzeń sercowo-naczyniowych, lipodystrofia, polineuropatie o różnym stopniu nasilenia czy hepatotoksyczność. Z tego powodu wciąż najlepszym zapobieganiem AIDS jest zapobieganie HIV poprzez prezerwatywy czy PrEP i PEP.

SPOŁECZNOŚĆ LGBTQIAP+ [98-111]

Historia globalnej epidemii HIV nierozłącznie wiąże się z historią społeczności LGBTQIAP+. Pierwszy raport sugerujący wystąpienie nowego zespołu chorobowego opublikowano w 1981 r. w „Tygodniowym raporcie o zachorowaniach i śmiertelności”, MMWR (Morbidity and Mortality Weekly Report). Zostały w nim opisane przypadki wystąpienia zapalenia płuc wywołanego przez *Pneumocystis carinii* (obecnie *Pneumocystis jirovecii*) oraz mięsaka Kaposiego. Na te rzadkie choroby zapadali dotąd zdrowi, młodzi mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami. W kolejnych, początkowych latach rozwoju epidemii większość zachorowań w USA dotyczyła głównie populacji MSM. Doprowadziło to nie tylko do śmierci wielu młodych osób, ale też do wytworzenia mylnej konotacji między orientacją seksualną a HIV, która pozostała w społeczeństwie do tej pory. Według raportu z 2014 r. przygotowanego dla Krajowego Centrum ds. AIDS aż 95% respondentów_ek uważa, że osoby homoseksualne są grupą, która powinna wykonywać testy w kierunku HIV. Tylko 53% ankietowanych jest zdania, że testować powinien się każdy.

W dzisiejszych czasach, mimo rosnącej świadomości, społeczność LGBTQIAP+ dalej zmagają się z infekcjami przenoszonymi drogą płciową. Obserwowany od 2011 wzrost liczby zakażeń HIV w Polsce dotyczy głównie mężczyzn w wieku 25-44 lat, szczególnie MSM.

Wynika to nie tylko z występowania nowych zakażeń, ale również z częstszego wykonywania testów przez populację MSM. W Polsce sytuacja osób LGBTQIAP+ pogarsza się na przestrzeni ostatnich lat. W rankingu ILGA-Europe ukazującym poziom równouprawnienia w Europie po raz drugi nasze państwo zajęło ostatnie miejsce wśród krajów Unii Europejskiej. Na pozycję Polski w rankingu wpłynęły między innymi tzw. „uchwały anti-LGBT” oraz homofobiczne i transfobiczne wypowiedzi polityków_czek. Działania te prowadzą do szerzenia się nienawiści w stosunku do społeczności LGBTQIAP+. Dyskryminacja spotykana jest również wśród pracowników_czek ochrony zdrowia. Według Kampanii Przeciw Homofobii aż 23 proc. osób nieheteronormatywnych doświadcza nietolerancji w szpitalach i przychodniach. Pacjenci_tki LGBTQIAP+ zgłaszali_ły zachowania takie jak: obraźliwe komentarze, doradzanie „leczenia homoseksualizmu”, uzależnienie podjęcia leczenia od wykonania testu na obecność HIV, informowanie osób trzecich o orientacji chorego_jej a nawet odmowa wykonania badań i molestowanie seksualne. Problemem jest także brak przygotowania i przeszkolenia pracowników_czek ochrony zdrowia pod względem potrzeb osób nieheteronormatywnych. Przekonania panujące w środowisku medycznym, takie jak założenie,



że kobiety utrzymujące stosunki seksualne z kobietami nie mogą zakazić się infekcjami przenoszonymi drogą płciową lub odmówienie transpłciowemu mężczyźnie wizyty u ginekologa_żki prowadzą do zaniedbań medycznych. Wiele osób LGBTQIAP+, nie chcąc narażać się na dyskryminację i nietolerancję, nie wyjawia lekarzowi_ce prawdy o swojej orientacji oraz nie porusza tematu bezpiecznych stosunków seksualnych i infekcji przenoszonych drogą płciową. Część pacjentów_tek LGBTQIAP+ unika wizyt w gabinetach lekarskich, ryzykując swoim zdrowiem i życiem.

Młodzież LGBTQIAP+, tak jak ich rówieśnicy_żki potrzebuje rzetelnej i kompleksowej edukacji seksualnej, jednak w Polsce jej nie otrzymuje. W *Podstawie programowej przedmiotu Wychowanie do życia w rodzinie*

dla szkół podstawowych temat orientacji seksualnej i tożsamości płciowej nie został poruszony. W komentarzu do *Podstawy* opublikowanym przez Ministerstwo Edukacji Narodowej i Ośrodek Rozwoju Edukacji widnieje zapis sugerujący, że te tematy „warto na zajęciach WDŻ wziąć pod uwagę”. W rezultacie kwestie zdrowia reprodukcyjnego osób LGBTQIAP+ nie są omawiane podczas zajęć w szkole. Brak edukacji seksualnej skierowanej do osób nieheteronormatywnych prowadzi do zwiększonej liczby ryzykownych zachowań seksualnych w porównaniu do heteroseksualnych rówieśników_czek. Jednocześnie badania pokazują, że wśród młodzieży LGBTQIAP+ otrzymującej odpowiednią i dostosowaną edukację seksualną zaobserwowano niższy odsetek takich zachowań.

Brak kompleksowej edukacji seksualnej obejmującej tematyką społeczność LGBTQIAP+ prowadzi do nieznamośności konsekwencji (zarówno w postaci ciąży jak i ryzyka zakażenia STI) jakie niesie ze sobą stosunek seksualny bez zabezpieczenia. Młodzież nieheteronormatywna nie jest również świadoma znaczenia stosowania środków ochronnych takich jak prezerwatywy lub chusteczki oralne. Skutkiem tego jest zwiększenie wśród tych osób zachowań seksualnych niosących potencjalnie niebezpieczeństwo zakażenia się STI. Dodatkowo nieprzygotowani_e, a w wielu przypadkach nietolerancyjn_ei pracownicy_żki ochrony zdrowia zrażają do siebie osoby LGBTQIAP+, przez co osoby te rzadziej rozmawiają z lekarzami_kami o swoich problemach. Te czynniki razem przyczyniają się do rozprzestrzeniania się infekcji przenoszonych drogą płciową wśród społeczności LGBTQIAP+.

STI, HIV I OPIEKA POŁOŻNICZA [112-118]

Infekcje przenoszone drogą płciową mogą dotykać osoby w ciąży, a przez to stanowić poważne zagrożenia dla płodu oraz wywoływać zakażenia okołoporodowe noworodków. Istotna jest diagnostyka osób w ciąży. Część badań osób ciężarnych w kierunku STIs może być wykonanych za darmo, jeżeli osoba w ciąży zapisze się do lekarza_rki, który_a ma podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia:

- do 10 tyg. ciąży – VDRL (kiła), HIV, HCV, badanie cytologiczne (HPV);
- 33-37 tyg. ciąży – HBV (antygen HBS), HIV (anty-HIV/p24), VDRL, HCV oraz posiew z pochwy w kierunku paciorkowców beta-hemolizujących (GBS).

W tych badaniach nie są jednak uwzględnione wszystkie czynniki, które mogą zostać przekazane noworodkowi podczas porodu i w okresie okołoporodowym. Należą do nich m.in.:

- *Chlamydia trachomatis* – może przyczynić się do wystąpienia powikłań w ciąży np. przedwczesnego pęknięcia pęcherza płodowego, porodu przedwczesnego lub hypotrofii płodu. Istnieje również ryzyko transmisji bakterii na noworodka, które w przypadku zakażeń szyjki macicy i porodu drogą pochwową



może sięgać nawet 80%. U zakażonych noworodków obserwuje się zapalenia gałek ocznych, spojówek i płuc oraz niską masę urodzeniową;

- *Neisseria gonorrhoeae* – zakażenie u noworodków najczęściej objawia się zapaleniem spojówek, które może doprowadzić do utraty wzroku. Po porodzie wykonywany jest zabieg Credego, polegający na podaniu noworodkowi 1% lub 2% roztworu azotanu srebra dospojówkowo (obecnie zamiennie stosowane są także antybiotyki – erytromycyna lub tetracyklina) w celu profilaktyki rzeżączkowego zapalenia spojówek; jest to obowiązkowy zabieg okołoporodowy;
- *Herpes simplex virus* – w przypadku występowania u osoby ciężarnej opryszczki narządów płciowych istnieje ryzyko transmisji wirusa wewnątrzmacicznie, podczas porodu lub w okresie poporodowym. Zakażenie do 20. tygodnia ciąży może wywołać poronienie, zapalenie tęczówki, małopłowie, małococze i jaskrę. Zakażenia noworodków mogą przybierać różne postaci:
 - skórno-śluzówkowa – zajęte skóra, błony śluzowe, narządu wzroku;
 - uogólniona – zakażenia układu oddechowego, uszkodzenie wątroby i nadnerczy, zespół wykrzepiania wewnątrznaczyniowego, śmiertelność 30% (leczona infekcja) lub 90% (infekcja nieleczona);
 - zakażenie OUN – 70% przypadków prowadzi do uszkodzeń neurologicznych np. zwapnienia śródczaszkowe, zaburzenia świadomości, zapalenie mózdzku, rozmiękanie mózgu;
 - *Ureaplasma urealyticum* – infekcja tą bakterią może powodować samoistne poronienia i przedwczesne porody.

Aby wykonać testy w kierunku tych patogenów osoby w ciąży muszą zapłacić. Przykładowe koszty w laboratorium wynoszą za pakiet *Chlamydia*, *Ureaplasma*, *Mycoplasma* – 360 zł, *Neisseria gonorrhoeae* – 190 zł. Nie są to bardzo wysokie ceny, jednak dla wielu osób jednorazowo jest to duży wydatek, co sprawi, że zrezygnują z dodatkowej diagnostyki. Jest to pewnego rodzaju dyskryminacja finansowa, która może prowadzić do wystąpienia groźnych powikłań u noworodków będących dziećmi osób mniej zamożnych.

Dane dotyczące zakażeń okołoporodowych lub wrodzonych w ostatnich latach nie opisują wielu przypadków, ale nie zmienia to faktu, że szczegółowa diagnostyka w trakcie ciąży powinna być priorytetem. W 2018 roku rozpoznano 12 przypadków kiły wrodzonej, a w 2019 roku 14. W latach 2015-2020 rozpoznano 6 przypadków zakażenia HIV wśród niemowląt, w tym jedno śmiertelne. Zakażeń tych, a także ich powikłań, można by uniknąć poprzez rzetelne testowanie wszystkich osób ciężarnych oraz zwiększanie społecznej świadomości w tym temacie.

SENIORZY [119-123]

Seniorzy to grupa, która nie rezygnuje z aktywności seksualnej. Badania przeprowadzone w USA pokazały, że wśród osób w wieku 60+ aż 73,8% mężczyzn i 55,8% kobiet pozostających w związku małżeńskim było aktywnych seksualnie, natomiast pośród osób nie pozostających w związku małżeńskim – 31,1% mężczyzn i 5,3% kobiet. W Polsce wśród osób w wieku 50+ ponad 50% mężczyzn i 26% kobiet pozostaje aktywna w tej sferze. Część z tych osób wchodzi w nowe związki i relacje seksualne.



Jednocześnie jest to grupa, w której świadomość ryzyka zakażenia HIV (oraz innymi STI) jest najniższa. Dla wielu osób temat zarówno aktywności seksualnej, jak i zakażeń przenoszonych drogą płciową stanowi temat tabu. HIV jest postrzegany jako problem dotyczący wyłącznie konkretne grupy społeczne (głównie MSM i osoby zażywające substancje psychoaktywne dożylnie). Brak świadomości ryzyka oznacza również brak wiedzy na temat dostępnych zabezpieczeń i badań w kierunku STI. Seniorzy rzadziej korzystają z prezerwatyw – wynika to m.in. z obaw mężczyzn przed problemem z osiągnięciem erekcji podczas ich używania oraz z przekonania kobiet po menopauzie o braku konieczności stosowania antykoncepcji. Zmiany hormonalne zachodzące podczas menopauzy mogą prowadzić do problemów z nawilżeniem pochwy. Te z kolei zwiększają ryzyko urazów mechanicznych podczas stosunku (uszkodzeń błony śluzowej), co potencjalnie może prowadzić do wyższego ryzyka zakażenia m.in. HIV. Osoby dojrzałe rzadziej niż inne grupy wiekowe wykonują testy na HIV. Według badań w USA tylko 13% ludzi w wieku 50-54 lata kiedykolwiek poddało się takiemu testowi. W Polsce wśród osób badanych w ramach raportu dla Krajowego Centrum ds. AIDS testu w kierunku zakażenia HIV nie wykonał nikt należący do tej grupy wiekowej.

Pracownicy_zki ochrony zdrowia również rzadziej postrzegają pacjentów w grupie wiekowej 50+ jako potencjalnie zagrożonych zakażeniem HIV lub inną infekcją przenoszoną drogą płciową. Lekarze_ki nie biorą pod uwagę możliwości rozwinięcia się AIDS, nawet gdy u chorego_j wystąpiły tzw. choroby wskaźnikowe. Dodatkowo pierwsze objawy zakażenia, takie jak zmęczenie czy brak apetytu są brane za wynikające z procesu starzenia się. Medycy_zki mają również problem z zasugerowaniem pacjentowi_ce badania w kierunku HIV z obawy przed negatywnym odbiorem tej sugestii ze strony chorej osoby. Z tego samego powodu sam temat bezpieczniejszego seksu nie jest w gabinecie lekarskim poruszany.

Wszystkie wyżej opisane czynniki prowadzą do późnego rozpoznania zakażenia HIV wśród osób po 50. roku życia. Nie można również zapominać, że u osób starszych rozwój zakażenia może postępować szybciej niż u młodych, co wynika ze starzejącego się układu immunologicznego. Leczenie antyretrowirusowe jest trudniejsze w tej grupie osób, z powodu skutków ubocznych lub interakcji z innymi lekami przyjmowanymi przez pacjentów_ki. Nie oznacza to jednak, że jest nieskuteczne. Starsi chorzy też odpowiadają na terapię antyretrowirusową, a jej cel zostaje osiągnięty.

Wymaga to jednak wdrożenia leczenia odpowiednio wcześniej – do czego potrzebne jest wczesna diagnoza zakażenia. Kampanie dotyczące profilaktyki zakażeń HIV i innych infekcji przenoszonych drogą płciową powinny uwzględniać również osoby starsze. Odpowiednio przygotowane materiały pozwolą zapoznać seniorów_ki z tym tematem, pozbyć się tabu i stereotypów. Pracownicy_zki ochrony zdrowia, po odpowiednim przygotowaniu, mogliby_łyby również z większym komfortem rozmawiać z pacjentami_kami powyżej 50. roku życia i poruszać zagadnienia bezpieczniejszej aktywności seksualnej i znaczenia badań w kierunku HIV i innych STI.

INFEKCJE PRZENOSZONE DROGĄ PŁCIOWĄ W OBREBIE JAMY USTNEJ [124-126]

Wedle Raportu Krajowego Centrum ds. AIDS podczas gdy 91% badanych odbyło kiedykolwiek stosunek dopochwowy, seks oralny uprawiało 50% ankietowanych. Powyższe dane jasno wskazują na popularność wykorzystania tej metody podczas czynności seksualnych. Seks oralny może być drogą transmisji infekcji przenoszonych drogą płciową. Do zakażenia dochodzi głównie w wyniku kontaktu błony śluzowej jamy ustnej i/lub gardła z błoną śluzową i/lub płynami ciała drugiej osoby. Obecność owrzodzeń, ran czy krwawień w jamie ustnej zwiększa ryzyko infekcji. Co więcej, infekcje mogą być także przenoszone z ust osoby zakażonej



na narządy płciowe czy odbyt partnera_ki. Do najczęstszych infekcji przenoszonych drogą płciową w obrębie jamy ustnej zaliczamy opryszczkę, zakażenie chlamydią, dwoinką rzeżączki i krętkami kiły.

Najefektywniejszym sposobem, aby zapobiec zakażeniu drobnoustrojami przenoszonymi drogą płciową w obrębie jamy ustnej jest bezpieczny seks, w tym również oralny. Fundamentalna jest także dbałość o higienę jamy ustnej, gdyż umożliwia ona zapobiegnięcie rozwinięcia się w niej jakiegokolwiek infekcji. Zabezpieczenie przed transmisją infekcji przenoszonych drogą płciową podczas seksu oralnego jest bardzo proste i możliwe do wprowadzenia w każdej formie kontaktu oralnego poprzez używanie prezerwatyw lub chusteczek oralnych. W wyniku używania tych przedmiotów, niezależnie czy seks oralny wykonywany jest na penisie, waginie czy odbycie, to nadal przy prawidłowym użytkowaniu tych nieprzepuszczalnych barier błona śluzowa jamy ustnej i część ciała partnera będą oddzielone. Pozwoli to uniknąć narażenia błon śluzowych na kontakt z wydzielinami i śluzówkami drugiej osoby. Należy pamiętać, iż podczas zmiany ze stosunku dopochwowego lub doodbytniczego konieczna jest wymiana prezerwatywy na nową nieużywaną przed rozpoczęciem seksu oralnego, w celu zapobiegnięcia zakażenia.

Do najczęstszych powikłań zakażenia jamy ustnej i gardła infekcjami przenoszonymi drogą płciową w obrębie jamy ustnej i gardła należą: opryszczka, rzeżączkowe zapalenie gardła, chlamydiowe zapalenia gardła, wystąpienie brodawek i/lub kłykcin kończystych, wrzodu pierwotnego związanego z kiłą, pojawienie się pęcherzyków, nadżerek, owrzodzeń, zmian rumieniowych, grudkowych, białych nalotów lub powiększonych migdałków podniebiennych. Podczas pierwotnej infekcji HIV stwierdza się zapalenie gardła u 50-70% badanych, a owrzodzenia jamy ustnej u 10-20%, co wskazuje na wagę dokładnego badania przedmiotowego jamy ustnej. Brodawki i kłykciny związane z zakażeniem HPV w obrębie jamy ustnej występują rzadko, dotykają one najczęściej języka, jamy gardła oraz krtani. W związku z niskim stanem wyszczepienia społeczeństwa w Polsce przeciwko HPV ryzyko tej infekcji jest wyższe niż w krajach z wysoką wyszczepialnością. Wiąże się to też bezpośrednio z częstszym występowaniem nowotworów wywołanych HPV, w tym raka ustnej części gardła. Dane epidemiologiczne wskazują, że zachorowalność na raki HPV-zależne w ostatnich latach systematycznie wzrasta.

Zalecane w literaturze sposoby na zminimalizowanie ryzyka zakażenia w obrębie jamy ustnej obejmują:

- stosowanie prezerwatyw lub chusteczek oralnych;
- dbanie o higienę jamy ustnej i okolic intymnych;
- niepraktykowanie seksu oralnego podczas występowania ran w jamie ustnej i okolicach przyzębia, zapalenia gardła czy innych aktywnych infekcji;
- nie uprawianie seksu z osobą, u której zauważyliśmy widoczne owrzodzenie lub guzek na genitaliach, okolicy odbytu czy ust;
- unikanie ejakulacji w ustach osoby, z którą odbywamy stosunek oralny;
- niemycie zębów i nieużywanie nici dentystycznej i płynów do higieny jamy ustnej na bazie alkoholu tuż przed seksem oralnym ani tuż po nim.



HIV i STIs w podręcznikach [127-132]

Aby móc skutecznie promować profilaktykę oraz leczyć istniejące infekcje przenoszone drogą płciową, lekarze_ki muszą posiadać odpowiednią wiedzę zgodną z medycyną opartą na dowodach. Niestety, programy nauczania na kierunku lekarskim często nie poświęcają wiele czasu na edukację przyszłych pracowników_czek medycznych w tym temacie, a zalecana literatura nie spełnia wymogów dotyczących aktualności i inkluzywności.

Podręcznik „Choroby skóry i choroby przenoszone drogą płciową” autorstwa Stefanii Jabłońskiej z 2010 roku pomimo wydania ponad 10 lat temu nadal jest używany jako podstawowy podręcznik do nauki dermatologii na większości uczelni medycznych w Polsce. W samym tytule pozycji oraz podczas poruszania tematu HIV i STI pojawia się określenie „choroby przenoszone drogą płciową” (zamiast bardziej właściwego „infekcje”), a także niepoprawne sformułowanie „HIV/AIDS”. Przy omawianiu zakażeń HIV można znaleźć zapis „Częściej to zakażenie występuje u osób wykazujących dużą aktywność seksualną (prostytutki, homoseksualiści)”, a przy omawianiu STIs „Młodzież do okresu pokwitania jest wolna od *Ureaplasma*, mogą one pojawiać się wraz z rozpoczęciem życia płciowego, możliwość ta wzrasta z promiskuityzmem badanych”. Widać tutaj jawną stygmatyzację wybranych grup osób, szczególnie że w pierwszym przypadku umieszczenie tego nawiasu było zupełnie zbędne. Określenia takie jak „homoseksualista”, „ prostytutka” i „promiskuityzm” same w sobie mają pejoratywny wydźwięk i wzmacniają negatywny stosunek do STI, który sprawia, że pacjenci_tki wstydzą się zgłaszać z ich powodu do gabinetu.

Podręcznik do mikrobiologii Patricka R. Murray’a jest najczęściej zalecaną pozycją do nauki tego przedmiotu na uczelniach medycznych. W rozdziale poświęconym HIV również tutaj pojawiają się nieprawidłowe zapisy – „wirus HIV”, „HIV/AIDS”. W grupie ryzyka zakażenia umieszczeni zostali „narkomani” oraz „ prostytutki” oraz osoby aktywne seksualnie posiadające wielu partnerów. W podpunkcie o drogach transmisji początkowo pominięta została informacja, że mleko jest płynem zakaźnym, brakuje także informacji o tym, że nawet jedna kropla krwi widoczna w wymiocinach czy kale może czynić je materiałem zakaźnym. W części o leczeniu i profilaktyce niewspomniany jest ani PrEP ani to, że osiągnięcie niewykrywalnej wirerii sprawia, że dana osoba nie stanowi źródła zakażenia. Nie wspomniano również w ogóle o skuteczności prezerwatyw jako metody profilaktyki.

Przy omawianiu zakażeń HBV w grupach o podwyższonym ryzyku ponownie pojawili się „narkomani”, a w rozdziale o kile pojawiło się zdanie „kontrola zakażeń kiłą oraz innymi chorobami wenerycznymi jest utrudniona ze względu na wzrost prostytucji w środowiskach narkomanów oraz na związane z wysokim ryzykiem zakażenia praktyki seksualne mężczyzn homoseksualistów”.

Ponownie stosowany język jest nie tylko niepoprawny i nieodpowiedni, ale też stygmatyzujący i utwierdzający fałszywe stereotypy. Zdecydowanie brakuje też istotnych dla przyszłych lekarzy_rek informacji o nowoczesnych metodach profilaktyki i leczenia.

Ludzki wirus niedoboru odporności jest również jednym z tematów poruszanych w podręczniku do immunologii autorstwa Abula K. Abbasa. Tu także w treści rozdziału pojawiły się „wirus HIV”



oraz „HIV/AIDS”. Przy omawianiu drogi transmisji wirusa wymienione zostało używanie zakażonych igieł przez „narkomanów”, nie wspomniano również o karmieniu piersią jako drodze zakażenia.

W podręczniku Patologia Robbinsa w grupie ryzyka zakażeń HIV wymienieni zostali m.in. mężczyźni homo- i biseksualni oraz „narkomani biorący narkotyki dożyłne”. Zaznaczona w tekście zmiana, jaką jest zwiększający się udział zakażeń wśród osób heteroseksualnych jest według autorów „związana z dramatycznym wzrostem zakażeń HIV u kobiet, partnerek mężczyzn będących narkomanami dożyłnymi”. Na koniec podpunktu o leczeniu można przeczytać „Jednak mimo dużego postępu dla pacjentów z AIDS rokowanie nadal pozostaje ponure”, co nie jest zgodne z obecnymi doniesieniami o wysokiej skuteczności terapii antyretrowirusowej. Ponownie widać wyraźnie negatywny stosunek do mężczyzn uprawiających seks z mężczyznami oraz powielanie sformułowania „narkomani” i przerzucanie na ich grupę odpowiedzialności za zwiększony udział osób heteroseksualnych wśród populacji osób żyjących z HIV.

W kursie przygotowującym do Lekarskiego Egzaminu Krajowego „Więcej niż LEK” z 2021 w rozdziale z ginekologii poruszającym infekcje przenoszone drogą płciową można wysłuchać nagrania „Wyobrażenie o zapaleniach w obrębie żeńskich narządów płciowych”, które ma wprowadzić odbiorcę czynię w podejmowany temat. Przedstawiona jest w nim historia kobiety pochodzenia azjatyckiego (później określonej jako gejsza), która przychodzi do gabinetu ginekologicznego z powodu STI. Cała historia jest przepełniona rażąco seksistowskimi i rasistowskimi określeniami np. „moje bonsai tam, na dole zamienia się w piekące wasabi”. „zrosty i ropnie zrobią z przydatków twojej japońskiej pacjentki Hiroszimę”, a na koniec historii, gdy pacjentka jest informowana, że powinien zbadać się także jej partner ona odpowiada „Doktor san, ale jak ja ich wszystkich znajdę?”. Drugie wyobrażenie w tym temacie kontynuuje tę historię, opisując ponowne przyście gejszy do ginekologa. Rozpoczyna się od przypomnienia o wyleczeniu ze „wstydlivej choroby”. Mówi o tym, że w domu gejsz „każda coś złapała”, i dużą część wyobrażenia zajmuje historia o życiu seksualnym gejsz.

Obie te historie utrzymane są w bardzo stygmatyzującym oraz prześmiewczym tonie, implikując dużą liczbę partnerów seksualnych u pacjentki i jej współpracownic, ukazując infekcje przenoszone drogą płciową jako coś wstydlivego, i w konsekwencji cały temat został obrócony w niesmaczny i obraźliwy żart. Ponadto w tych wyobrażeniach oraz na prezentacjach z tematu pojawiają się nieprawidłowe określenia takie jak „choroby przenoszone drogą płciową” oraz „wirus HPV”. W innym kursie – „Lepolek” z 2021 r. w artykułach o AIDS kilkakrotnie pojawia się sformułowanie „wirus HIV”, a pod zakładką „ryzykowne kontakty seksualne” wymienione są „kontakty seksualne pomiędzy mężczyznami”.

Podsumowując, główny problem pojawiający się w materiałach edukacyjnych skierowanych do studentów_ek kierunków medycznych to stygmatyzacja oraz utrwalanie przekonania, że zakażenia HIV i STI związane są praktycznie wyłącznie z osobami queerowymi i osobami przyjmującymi dożyłnie substancje psychoaktywne. Może to negatywnie wpłynąć na przyszłą pracę osób korzystających z tych źródeł edukacyjnych, ponieważ lekarze_rki z takimi przekonaniem będą bardziej skłonni_e do przyjęcia oceniającej i nieprofesjonalnej postawy wobec potencjalnych pacjentów_ek z infekcją przenoszoną drogą płciową lub żyjących z HIV. Drugim problemem jest używanie niepoprawnych sformułowań, które nie powinny pojawiać się w profesjonalnych podręcznikach medycznych, aby nie były powielane przez przyszłych_e pracowników_czki ochrony zdrowia.



Warto zaznaczyć, że istnieją podręczniki i książki medyczne, w których stosowany język jest prawidłowy i profesjonalny, jednak nie można zlekceważyć tych pozycji, które zawierają błędy oraz powielają krzywdzące stereotypy i mity związane z infekcjami przenoszonymi drogą płciową, a wciąż są preferowane i zalecane jako literatura obowiązkowa dla studentów_ek kierunków medycznych.

Autorzy_ki:

Joanna Barwińska, Michał Błaszczuk, Paulina Czyżewska, Katarzyna Krupa, Aleksandra Maciejczyk, Ewa Majcherek, Agnieszka Mariowska, Karolina Mikołaj, Zuzanna Pawlus, Ewa Szplit, Janusz Świeczkowski-Feiz, Marta Wilczek, Klaudia Żak.

Piśmiennictwo:

1. Boroń-Kaczmarek A., Wiercińska-Drapała A., Choroby zakaźne i pasożytnicze. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2017, ISBN 978-83-200-5455-2.
2. Sexually Transmitted Infections: Evidence Brief. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-RHR-19.22> [dostęp: 15.11.2021].
3. World Health Organization, Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. Geneva, WHO; 2021 <https://www.who.int/publications/i/item/9789240024168>.
4. Annual Epidemiological Reports (AERs). European Centre for Disease Prevention and Control, <https://www.ecdc.europa.eu/en/surgical-site-infections/surveillance-and-disease-data/all-annual-epidemiological-reports> [dostęp 15.11.2021].
5. NIZP-PZH, Biuletyny, meldunki, informacje epidemiologiczne. http://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/index_p.html. [dostęp 15.11.2021 r.].
6. Weldemhret, Letebrhan. „Epidemiology and Challenges of HBV/HIV Co-Infection Amongst HIV-Infected Patients in Endemic Areas: Review”. HIV/AIDS - Research and Palliative Care, t. Volume 13, maj 2021, s. 485–90. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.2147/HIV.S273649>.
7. CDC. „STI Prevalence, Incidence, and Cost Estimates Infographic”. Centers for Disease Control and Prevention, <https://www.cdc.gov/std/statistics/prevalence-2020-at-a-glance.htm>. [dostęp 15.11.2021].
8. Postępowanie po ekspozycji na zakażenie wirusowe przenoszone drogą krwi. <http://www.mp.pl/social/chapter/B16.II.18.9>. [dostęp 16.11.2021].
9. „Sexually Transmitted Enteric Infections - Infectious Diseases”. MSD Manual Professional Edition, <https://www.msmanuals.com/professional/infectious-diseases/sexually-transmitted-diseases-stds/sexually-transmitted-enteric-infections>. [dostęp 16.11.2021].
10. Human Papillomavirus (HPV) and Cervical Cancer. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer). [dostęp: 19.10.2021].
11. Planned Parenthood Factsheet – The Truth About Condoms, 2011 https://www.plannedparenthood.org/files/9313/9611/6384/truth_about_condoms.pdf [dostęp 16.11.2021].
12. HIV and Substance Use | HIV Transmission | HIV Basics | HIV/AIDS | CDC. 21 kwiecień 2021, <https://www.cdc.gov/hiv/basics/hiv-transmission/substance-use.html>. [dostęp 16.11.2021].



13. U.S. Department of Health & Human Services „Alcohol and Drug Use”. <https://www.hiv.gov/hiv-basics/staying-in-hiv-care/other-related-health-issues/alcohol-and-drug-use>. [dostęp 16.11.2021].
14. Global Health Sector Strategy on Sexually Transmitted Infections, 2016-2021. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-RHR-16.09>.
15. Stanowisko oficjalne IFMSA-Poland nt. Kompleksowej Edukacji Seksualnej, http://ifmsa.pl/news/86/stanowisko-oficjalne-ifmsa-poland-nt_kompleksowej [dostęp 16.11.2021].
16. European Contraception Policy Atlas 2020. <https://www.epfweb.org/node/669> [dostęp 16.11.2021].
17. European Centre for Disease Prevention and Control. Developing a national strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections. Stockholm: ECDC; 2019. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/strategies-to-control-STIs.pdf> [dostęp 16.11.2021].
18. Barwińska J, Mikołaj K, Język inkluzywny w mówieniu o HIV, 2020. <https://bit.ly/3otbc1b> [dostęp 16.11.2021].
19. UNAIDS Terminology Guidelines, 2015. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_terminology_guidelines_en.pdf [dostęp 16.11.2021].
20. Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS w Polsce. http://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/hiv_aids/index.htm. [dostęp: 21.10.2021].
21. Sprawozdanie z Harmonogramu realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS na lata 2017 – 2021 za 2019 r. – Krajowe Centrum ds. AIDS. https://aids.gov.pl/krajowy_program/spr2018-2/. [dostęp: 01.11.2021].
22. Sprawozdanie z Harmonogramu realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS na lata 2017 – 2021 za 2020 r. – Krajowe Centrum ds. AIDS. https://aids.gov.pl/krajowy_program/spr2018-2-2/. [dostęp: 01.11.2021].
23. Global HIV & AIDS Statistics – Fact Sheet. <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>. [dostęp: 22.10.2021].
24. Sprawozdanie z Harmonogramu Realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS za lata 2012 – 2016. – Krajowe Centrum ds. AIDS. https://aids.gov.pl/krajowy_program/sprawozdanie-z-harmonogramu-realizacji-krajowego-programu-zapobiegania-zakazeniom-hiv-i-zwalczania-aids-za-lata-2012-2016/. [dostęp: 07.11.2021]
25. Sprawozdanie z Harmonogramu realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS na lata 2017 – 2021 za 2018 r. – Krajowe Centrum ds. AIDS. https://aids.gov.pl/krajowy_program/spr2018/. [dostęp: 07.11.2021]
26. Sprawozdanie z Harmonogramu realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS na lata 2017 – 2021 za 2017 r. – Krajowe Centrum ds. AIDS. https://aids.gov.pl/krajowy_program/817-4/. [dostęp: 07.11.2021]
27. „HIV/AIDS Surveillance in Europe 2020 (2019 Data)”. European Centre for Disease Prevention and Control, 26 listopad 2020, <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hivaids-surveillance-europe-2020-2019-data>.
28. Raport 1: diagnoza stanu wiedzy Polaków na temat HIV/AIDS i zakażeń przenoszonych drogą płciową (ZPDP) oraz zachowania seksualne – 2015 r. – Krajowe Centrum ds. AIDS. https://aids.gov.pl/badania_spoleczne/805/ (dostęp 16.10.2021)



29. Seks oralny – pozornie bezpieczny. <http://www.mp.pl/social/article/145764> (dostęp 16.10.2021)
30. Ocena efektywności działań edukacyjnych z zakresu HIV/AIDS wśród młodzieży – 2017 r. – Krajowe Centrum ds. AIDS. https://aids.gov.pl/badania_spoleczne/805-2-2-2-2/ (dostęp 16.10.2021)
31. Raport 2: diagnoza dotycząca potrzeb edukacyjnych w zakresie HIV/AIDS oraz zakażeń przenoszonych drogą płciową (ZPDP) – 2015 r. – Krajowe Centrum ds. AIDS. https://aids.gov.pl/badania_spoleczne/806/ (dostęp 16.10.2021)
32. Declaration of Sexual Rights | World Association for Sexual Health (WAS). <https://worldsexualhealth.net/resources/declaration-of-sexual-rights/>. Udostępniono 17 listopad 2021
33. Lepiej nie mówić. O edukacji seksualnej w Polsce - Przegląd Pedagogiczny - Issue 2 (2013) - CEJSH - Yadda. <http://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.desklight-920a206b-5f33-495b-a4f9-e72e6920e0b3>. Udostępniono 17 listopad 2021.
34. Comprehensive Sexuality Education. <https://www.acog.org/en/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2016/11/comprehensive-sexuality-education>. Udostępniono 17 listopad 2021.
35. Winkelmann, Christine. Standards for Sexuality Education in Europe: A Framework for Policy Makers, Educational and Health Authorities and Specialists. BZgA, 2010.
36. Chin, Helen B., i in. „The Effectiveness of Group-Based Comprehensive Risk-Reduction and Abstinence Education Interventions to Prevent or Reduce the Risk of Adolescent Pregnancy, Human Immunodeficiency Virus, and Sexually Transmitted Infections”. American Journal of Preventive Medicine, t. 42, nr 3, marzec 2012, s. 272–294. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2011.11.006>.
37. Haldre, Kai, i in. „Youth sexual health improvement in Estonia, 1990–2009: The role of sexuality education and youth-friendly services”. The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, t. 17, nr 5, październik 2012, s. 351–62. Taylor and Francis+NEJM, <https://doi.org/10.3109/13625187.2012.696751>.
38. Breunig, Michelle. „Abstinence-Only Sex Education Fails African American Youth”. Journal of Christian Nursing, t. 34, nr 3, lipiec 2017, s. E41–48. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1097/CNJ.0000000000000409>.
39. Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny IFMSA-Poland. http://www.ifmsa.pl/news/86/stanowisko-oficjalne-ifmsa-poland-nt_-kompleksowej. Udostępniono 17 listopad 2021.
40. *Confronting inequalities Lessons for pandemic responses from 40 years of AIDS*. UNAIDS, 2021, https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021-global-aids-update_en.pdf?fbclid=IwAR1N2UL7uOZGZ_hcZv7wzgfVIgvpwepNBIm4IA-8KtDXWM31fwEajStmkiE.
41. *90-90-90 An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic*. UNAIDS, 2014, https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en.pdf.
42. Fast-track. Ending the AIDS epidemic by 2030. UNAIDS, 2014, https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.unaids.org%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fmedia_asse2FFastTrack_slides_en.ppt&wdOrigin=BROWSELINK.
43. Ending AIDS. Progress towards the 90-90-90 targets. UNAIDS, 2017, https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Global_AIDS_update_2017_en.pdf
44. Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS w Polsce. http://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/hiv_aids/index.htm. Dostęp 7 listopad 2021.
45. Marsh, Kimberly, i in. „Global, Regional and Country-Level 90–90–90 Estimates for 2018: Assessing Progress towards the 2020 Target”. AIDS, t. 33, nr Supplement 3, grudzień 2019. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000002355>



46. Koniec HIV. Czy to możliwe? <http://www.mp.pl/social/article/199664>. Dostęp 7 listopad 2021
47. Grupa Edukatorów Seksualnych "Ponton", "Jak naprawdę wygląda edukacja seksualna w Polsce?", Czerwiec 2009
48. Laws and Policies Analytics | Australia. <https://lawsandpolicies.unaids.org/country?id=AUS>. Udostępniono 17 listopad 2021
49. Dane epidemiologiczne – Polska i Świat – Krajowe Centrum ds. AIDS. https://aids.gov.pl/hiv_aids/450-2-2/. Udostępniono 19 listopad 2021.
50. HIV/AIDS. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids> (10.2021)
51. Rekomendacje Zespołu Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie zapobiegania perinatalnej transmisji HIV z dnia 24.10.2008 r. (10.2021)
52. Małgorzata Sobolewska- Pilarczyk, Paweł Rajewski, Piotr Rajewski, Natalia Hinz- -Brylew Profilaktyka po ekspozycji zawodowej na materiał biologiczny – HIV, HBV, HCV – w praktyce klinicznej. Forum Medycyny Rodzinnej 2016, tom 10, nr 5, 111–282.
53. Postępowanie po ekspozycji na zakażenie wirusowe przenoszone drogą krwi. <http://www.mp.pl/social/chapter/B16.II.18.9>. (10.2021)
54. Historia naszych kampanii – Krajowe Centrum ds AIDS. <https://aids.gov.pl/historia-naszyc-kampanii/>. (10.2021)
55. Ocena działań edukacyjnych z zakresu HIV/AIDS wśród młodzieży. Raport końcowy. Warszawa. Czerwiec 2017. (15.11.2021)
56. M. Stec. Raport z badania jakościowego. Postawy i potrzeby informacyjno-edukacyjne osób w wieku 18-65 lat mieszkańców wsi i małych miast w kontekście zakażeń przenoszonych drogą płciową, w tym HIV/AIDS. Warszawa 2015. (10.2021)
57. Szczepienia.Info, <https://szczepienia.pzh.gov.pl/szczepionki/> [dostęp 19.11.2021]
58. *Human Papillomavirus (HPV) and Cervical Cancer*. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer). [dostęp: 19.10.2021]
59. European Centre for Disease Prevention and Control. *Guidance on HPV Vaccination in EU Countries: Focus on Boys, People Living with HIV and 9 Valent HPV Vaccine Introduction*. Publications Office, 2020. DOI.org (CSL JSON), <https://data.europa.eu/doi/10.2900/71487>. [dostęp: 20.10.2021]
60. *Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 21 października 2021 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 listopada 2021 r. - Ministerstwo Zdrowia - Portal Gov.pl*. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/obwieszczenie-ministra-zdrowia-z-dnia-21-pazdziernika-2021-r-w-sprawie-wykazu-refundowanych-lekow-srodkow-spozywczych-specjalnego-przeznaczenia-zywieniowego-oraz-wyrobow-medycznych-na-1-listopada-2021-r>. [dostęp 19.11.2021]
61. « Od 1 listopada Polska refunduje szczepionki na HPV. Wskazane dla dzieci od 9 r.ż. » www.rynekzdrowia.pl, <https://www.rynekzdrowia.pl/Farmacja/Od-1-listopada-Polska-refunduje-szczepionki-na-HPV-Wskazane-dla-dzieci-od-9-r-z,226401,6.html>. [dostęp 19.11.2021]
62. „Experimental MRNA HIV Vaccine Set To Start Human Trials Next Month”. *IFLScience*, <https://www.iflscience.com/health-and-medicine/experimental-mrna-hiv-vaccine-set-to-start-human-trials-next-month/>. dostęp, (10.2021)
63. „Why Is It So Hard to Make an HIV Vaccine?” *Verywell Health*, <https://www.verywellhealth.com/hiv-vaccine-development-4057071>. dostęp (30.10.2021)



64. Zasady opieki nad osobami zakażonymi HIV. PTN AIDS, 2021, http://www.ptnaids.pl/images/pliki/wytyczne_AIDS_2021.pdf.
65. „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2017 – 2021”. Ministerstwo Zdrowia. 2021. <https://www.gov.pl/attachment/7256617b-fc65-4e6e-98cb-4b66422002d7>
66. Charakterystyki Produktów Leczniczych zawierających połączenie emtrycytabiny i tenofowiru. <https://rejestrmedyczne.ezdrowie.gov.pl/rpl/search> Dostęp 6 listopad 2021.
67. Czym jest PrEP? • profilaktyka przedekspozycyjna • HIV • Specjalista Chorób Zakaźnych lek. Rafał Szymański • VeritaMed Warszawa • Centrum. <https://veritamed.com/aktualnosc/1093/Czym-jest-PrEP->. Dostęp 18 listopad 2021.
68. ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 15 września 2020 r. w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę oraz wysokości minimalnej stawki godzinowej w 2021 r. 16 wrzesień 2020, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20200001596/O/D20201596.pdf>.
69. „PEP - Postępowanie poekspozycyjne i PrEP - postępowanie poekspozycyjne” <https://hivinfo.pl/index.php/2017/04/17/pep-postepowanie-poekspozycyjne-i-prep/> [dostęp: 18 listopad 2021]
70. *Wytyczne PTN AIDS 2021.* http://www.ptnaids.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=179%3A-wytyczne-ptn-aids-2021&catid=14%3A-rekomendacje&Itemid=24&lang=pl. [dostęp: 18 listopad 2021]
71. „About PEP”, Center for Diseases and Prevention, <https://www.cdc.gov/hiv/basics/pep/about-pep.html> [dostęp: 18 listopad 2021]
72. O'Byrne, Orser, Vandyk. “Immediate PrEP after PEP: Results from an Observational Nurse-Led PEP2PrEP Study” J Int Assoc Provid AIDS Care Jan-Dec 2020;19:2325958220939763. doi: 10.1177/2325958220939763.
73. PEP (post-exposure prophylaxis for HIV)” Terrence Higgins Trust Źródło: <https://www.tht.org.uk/hiv-and-sexual-health/pep-post-exposure-prophylaxis-hiv> [dostęp: 18 listopad 2021]
74. Całodobowe telefony do szpitali i klinik, w których można uzyskać pomoc w sytuacjach nagłych – po ekspozycji pozazawodowej na HIV, źródło: https://aids.gov.pl/co_robic/687/, [dostęp: 18 listopad 2021]
75. PKD – informacja – Krajowe Centrum ds AIDS. <https://aids.gov.pl/pkd/>. Udostępniono 17 listopad 2021.
76. Projekt Test - Każdy się testuje na HIV. <http://www.projekttest.pl/>. Udostępniono 17 listopad 2021.
77. HIV/AIDS Surveillance in Europe 2020 (2019 Data)”. European Centre for Disease Prevention and Control, 26 listopad 2020, <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hivaids-surveillance-europe-2020-2019-data>
78. HIV/AIDS dla lekarzy rodzinnych – Krajowe Centrum ds AIDS. <https://aids.gov.pl/publikacje/210/>. Udostępniono 17 listopad 2021.
79. Badania laboratoryjne i obrazowe u lekarza POZ - NFZ ŁÓDŹ. <https://www.nfz-lodz.pl/dlapacjentow/jak-sie-lieczyc/u-lekarza-w-szpitalu/1459-wiadczenia-medycznej-diag-laboratoryjnej-lub-obrazowej-w-poz>. Udostępniono 17 listopad 2021.
80. Ocena stanu wiedzy młodych ludzi na temat HIV/AIDS - Alergia Astma Immunologia - przegląd kliniczny - Volume 24, Issue 1 (2019) - PSJD - Yadda. <http://psjd.icm.edu.pl/psjd/element/bwmeta1.element.psjd-a1392976-c9e9-4807-8af6-4f0514e20ea6>. Udostępniono 17 listopad 2021.
81. Dylak, Iwona, i Bogusława Serzysko. „Ocena wiedzy i zachowań społecznych powiatu bełchatowskiego na temat HIV i AIDS”. Innowacje w Pielęgniarstwie, t. 3, nr 2, lipiec 2018. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.21784/IwP.2018.008>.



82. Wytyczne PTN AIDS 2021. http://www.ptnaids.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=179%3A-wytyczne-ptn-aids-2021&catid=14%3Arekomenadacje&Itemid=24&lang=pl. Udostępniono 17 listopad 2021.
83. „ECDC and WHO Call for Improved HIV Testing in Europe”. European Centre for Disease Prevention and Control, 26 listopad 2020, <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/ecdc-and-who-call-improved-hiv-testing-europe>.
84. Deblonde, J., i in. „Barriers to HIV Testing in Europe: A Systematic Review”. The European Journal of Public Health, t. 20, nr 4, sierpień 2010, s. 422–32. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckp231>.
85. HERMETIC Study Group, i in. „HIV Testing within General Practices in Europe: A Mixed-Methods Systematic Review”. BMC Public Health, t. 18, nr 1, grudzień 2018, s. 1191. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6107-0>.
86. Mounier-Jack, S., i in. „HIV Testing Strategies across European Countries”. HIV Medicine, t. 9, nr s2, lipiec 2008, s. 13–19. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1111/j.1468-1293.2008.00585.x>.
87. Contraception for Adolescents and Youth. <https://www.unfpa.org/resources/contraception-adolescents-and-youth>. Udostępniono 17 listopad 2021.
88. Revised Recommendations for HIV Testing of Adults, Adolescents, and Pregnant Women in Health-Care Settings. <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5514a1.htm>. Udostępniono 17 listopad 2021.
89. Parental Consent Is Required in the Majority of Countries Worldwide. https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2019/april/20190415_gow_parental-consent. Udostępniono 17 listopad 2021.
90. Boroń-Kaczmarek A., Wiercińska-Drapała A., Choroby zakaźne i pasożytnicze. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2017, ISBN 978-83-200-5455-2
91. Słonka J, Siewaszewicz E, Hildebrandt I. Znaczenie i ocena jakości życia osób żyjących z HIV (HRQoL), zależnej od zdrowia. Zakazenia XXI wieku 2019;2(1):21–27 doi 10.31350/zakazenia/2019/1/Z2019003
92. „CONSENSUS STATEMENT | United States | Prevention Access Campaign”. Prevention, <https://www.preventionaccess.org/consensus>.
93. Vernazza P et al. HIV-positive individuals not suffering from any other STD and adhering to an effective antiretroviral treatment do not transmit HIV sexually. (Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle). Bulletin des médecins suisses 89 (5), 30 January 2008. Included with English translation. https://i-base.info/qa/wp-content/uploads/2008/02/Swiss-Commission-statement_May-2008_translation-EN.pdf
94. Quinn, Thomas C., i in. „Viral Load and Heterosexual Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1”. New England Journal of Medicine, t. 342, nr 13, marzec 2000, s. 921–29. Taylor and Francis+NEJM, <https://doi.org/10.1056/NEJM200003303421303>.
95. Gagliardini R i in. Uproszczenie do leczenia atazanawirem/rytonawirem + lamiwudyną w porównaniu z utrzymaniem atazanawiru/rytonawiru + 2 NRTI u pacjentów zakażonych wirusem HIV ze supresją wirusologiczną: dane z 96-tygodniowego badania ATLAS-M . International Congress on Drug Therapy in HIV Infection (HIV Glasgow), Glasgow, streszczenie 0121, 2016.
96. Ministerstwo Zdrowia, Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2017-2021, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/leczenie-antyretrowirusowe-osob-zyjacych-z-wirusem-hiv-w-polsce> (dostęp: 10.11.2021r.).



97. Parczewski M. i in. Zasady opieki nad osobami zakażonymi HIV. Zalecenia PTN AIDS 2021.. http://www.ptnaids.pl/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=14&Itemid=24&lang=pl
98. Maciejewska, Katarzyna, i Miłosz Parczewski. „Complications of antiretroviral treatment in clinical practice”. *Postępy Nauk Medycznych*, maj 2014. www.czytelniamedyczna.pl, <http://www.czytelniamedyczna.pl/4822,praktyczne-aspekty-powiklan-terapii-antyretrowirusowej.html>.
99. „HIV/AIDS – początki epidemii”. *Farmakoekonomika*, 1 grudzień 2020, <http://www.farmakoekonomika.com.pl/hiv-aids-poczatki-epidemii/>. (dostęp 24.10.21)
100. Gottlieb, Michael S. „Pneumocystis Pneumonia—Los Angeles”. *American Journal of Public Health*, t. 96, nr 6, czerwiec 2006, s. 980–81.
101. „Kaposi’s Sarcoma and Pneumocystis Pneumonia Among Homosexual Men – New York City and California”. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, t. 30, nr 25, 1981, s. 305–08.
102. „Polskie prawo najbardziej homo- i transfobiczne w UE – jesteśmy ostatni w Unii w rankingu ILGA-Europe”. *Kampania Przeciw Homofobii*, 17 maj 2021, <https://kph.org.pl/ranking-ilga-europe-2021/>. (dostęp 24.10.21)
103. „Osoby LGBT boją się przyznać lekarzowi do orientacji seksualnej, nawet jeśli mogłoby to pomóc w leczeniu”. *Wyborcza.pl*, 24 kwiecień 2017 <https://wyborcza.pl/TylkoZdrowie/7,137474,21660060,osoby-lgbt-boja-sie-przyznac-lekarzowi-do-orientacji.html?disableRedirects=true>. (dostęp 24.10.2021)
104. „Poznaj swoje prawa pacjenta LGBTI”. *Kampania Przeciw Homofobii*, 18 kwiecień 2017, <https://kph.org.pl/prawapacjenta/>. (dostęp 25.10.2021)
105. Kowalczyk Robert, i in. *Zdrowie LGBT Przewodnik dla kadry medycznej. Kampania Przeciw Homofobii*, 2016.
106. Dynarski, Wiktor. *Transpłciowość a opieka zdrowotna w Polsce. Raport z badań (red.)*. www.academia.edu, https://www.academia.edu/12020724/Transp%C5%82ciowo%C5%9B%C4%87_a_opieka_zdrowotna_w_Polsce_Raport_z_bada%C5%84_red_. (dostęp 8.11.2021)
107. *Podstawa programowa – Wychowanie do życia w rodzinie – Szkoła podstawowa IV-VIII*. <https://podstawaprogramowa.pl/Szkola-podstawowa-IV-VIII/Wychowanie-do-zycia-w-rodzinie>. (dostęp 24.10.2021)
108. <https://www.ore.edu.pl/wp-content/uploads/2017/05/wychowanie-do-zycia-w-rodzinie.-pp-z-komentarzem.-szkola-podstawowa-1.pdf> (dostęp 24.10.2021)
109. Blake, S. M., i in. „Preventing sexual risk behaviors among gay, lesbian, and bisexual adolescents: the benefits of gay-sensitive HIV instruction in schools.” *American Journal of Public Health*, t. 91, nr 6, czerwiec 2001, s. 940–46.
110. Johns, M., i in. „Transgender Identity and Experiences of Violence Victimization, Substance Use, Suicide Risk, and Sexual Risk Behaviors Among High School Students – 19 States and Large Urban School Districts, 2017”. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 2019. *Semantic Scholar*, <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6803a3>.
111. *Raport 1: diagnoza stanu wiedzy Polaków na temat HIV/AIDS i zakażeń przenoszonych drogą płciową (ZPDP) oraz zachowania seksualne – 2015 r. – Krajowe Centrum ds AIDS*. https://aids.gov.pl/badania_spoleczne/805/. (dostęp 8.11.2021)
112. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20180001756> . Udostępniono 9 listopad 2021.



113. Patrick R. Murray, Ken S. Rosenthal, Michael A. Pfaller. *Mikrobiologia*. Wyd. 8. Wrocław: Edra Urban & Partner; 2018; s: 263-272, 366-379, 397-407, 483-506
114. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny Zakład Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru, Główny Inspektorat Sanitarny Departament Przeciwdemiczny i Ochrony Sanitarnej Granic; *Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2019 roku*; Warszawa 2020; http://wwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2019/Ch_2019.pdf . Udostępniono 9 listopada 2021.
115. *Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS w Polsce*. http://wwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/hiv_aids/index.htm . Udostępniono 9 listopada 2021.
116. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące postępowania w przypadku zakażenia wirusem HSV w położnictwie; *Ginekolog Pol.* 2015, 86, 715-717; https://journals.viamedica.pl/ginekologia_polska/article/download/45680/32471.
117. Testy patogenów dla kobiet planujących i będących w ciąży. <https://www.genesis.pl/oferta/testy-patogenow-dla-kobiet-planujacych-i-bedacych-w-ciazy/> . Udostępniono 9 listopada 2021.
118. Charakterystyka Produktu Leczniczego “CUSI ERYTHROMYCIN 0,5%, 5 mg/g, maść do oczu” <https://rejestrmedyczne.ezdrowie.gov.pl/rpl/search/public> [dostęp 17.11.2021]
119. Magdalena Stec. Postawy i potrzeby informacyjno-edukacyjne osób w wieku 50+ w kontekście zakażeń przenoszonych drogą płciową, w tym HIV/AIDS. Raport z realizacji badania jakościowego. 2015
120. Podgórska, Joanna. *Coraz więcej seniorów zakażonych wirusem HIV*. 20181109T172100 100n.e., <https://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/spoleczenstwo/1584353,1,coraz-wiecej-seniorow-zakazonych-wirusem-hiv.read>. (dostęp 27.10.2021)
121. Gawrych, Magdalena. „O zdrowiu seksualnym w okresie późnej dorosłości słów kilka”. *Psychogeriatrya Polska*, t. 11, nr 4, 2014. [ppm.umed.wroc.pl](https://ppm.umed.wroc.pl/info/article/UMWceca933516564664a0bc84c3d07af8fe/), <https://ppm.umed.wroc.pl/info/article/UMWceca933516564664a0bc84c3d07af8fe/>. (dostęp 8.11.2021)
122. Czepiel J. i in., Zakażenie wirusem HIV w grupie osób po 60. roku życia. *Gerontologia Polska*. tom 21, nr 1, 11–17 <https://gerontologia.org.pl/wp-content/uploads/2016/05/2013-01-3.pdf>
123. Rogowska-Szadkowska D., *Wiek powyżej 50 lat a zakażenie HIV*. <https://www.seniorzy.pl/zdrowie/1274-wiek-powyzej-50-lat-a-zakazenie-hiv>. (dostęp 27.10.2021)
124. Kawecki, Andrzej. „HPV-related oropharyngeal cancer treatment review with special reference to less aggressive therapy”. *Nowotwory. Journal of Oncology*, t. 66, nr 1, 2016, s. 70–74. [journals.viamedica.pl](https://doi.org/10.5603/NJO.2016.0010), <https://doi.org/10.5603/NJO.2016.0010>.
125. *STD Risk and Oral Sex | STD | CDC*. 5 sierpień 2020, <https://www.cdc.gov/std/healthcomm/stdfact-stdriskandoralsex.htm>.
126. DIAGNOZA STANU WIEDZY POLAKÓW NA TEMAT HIV/AIDS I ZAKAŻEŃ PRZENOSZONYCH DROGĄ PŁCIOWĄ (ZPDP) ORAZ ZACHOWANIA SEKSUALNE - 2015 R *Raport 1: diagnoza stanu wiedzy Polaków na temat HIV/AIDS i zakażeń przenoszonych drogą płciową (ZPDP) oraz zachowania seksualne* . 1, Krajowe Centrum ds. AIDS, 2014, https://aids.gov.pl/badania_spoleczne/805/.
127. Patrick R. Murray, Ken S. Rosenthal, Michael A. Pfaller. *Mikrobiologia*. Wyd. 8. Wrocław: Edra Urban & Partner; 2018; s: 365-371, 603-612
128. Stefania Jabłońska, Sławomir Majewski; *Choroby skóry i choroby przenoszone drogą płciową*. Wyd 1 - 5 dodruk. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2010, s: 457-508
129. Abul K. Abbas, Andrew H. Lichtman, Shiv Pillai. *Immunologia*; Wyd. 1. Wrocław: Edra Urban & Partner; 2015; s: 254-260



IFMSA-Poland

Międzynarodowe Stowarzyszenie
Studentów Medycyny



130. Vinay Kumar, Ramzi S. Cotran, Stanley L. Robbins. Robbins Patologia; Wyd. I polskie. Wrocław: Edra Urban & Partner; s: 351-373

131. LEPoLEK – Medyczna platforma edukacyjna dla studentów, stażystów, rezydentów i specjalistów, Artykuł dotyczący AIDS, Wydawnictwo Lepobooks

132. „Więcej niż LEK” – Medyczny Portal Edukacyjny, Kurs do LEK – prezentacja ginekologia 1, zapalenia w obrębie żeńskich narządów płciowych, bethink sp. z o.o.

