

Znaczący wzrost dostępności leczenia antyretrowirusowego w 2006 roku.

Konieczne dalsze wysiłki, aby zapewnić powszechny dostęp do leczenia.

LONDYN, 17 kwietnia 2007. Stale wzrasta dostępność leczenia antyretrowirusowego dla osób zakażonych wirusem HIV w krajach o niskim i średnim dochodzie. W grudniu 2006 roku leczeniem tym objętych było 2 miliony osób – o 54% więcej niż w grudniu roku wcześniej. Dane te zostały opublikowane w raporcie pt. „Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector”, opublikowanym wspólnie przez WHO, UN AIDS i UNICEF.

W raporcie zostały wskazane kluczowe obszary, w których wzrost usług pozostaje na poziomie niewystarczającym, aby do roku 2010 osiągnąć globalny cel dotyczący „powszechnego dostępu do pełnej profilaktyki HIV/AIDS, leczenia, opieki i wsparcia osób zakażonych wirusem”. Przykładowo w krajach o niskim i średnim dochodzie, wśród kobiet ciężarnych zakażonych wirusem HIV tylko 11% otrzymuje leczenie antyretrowirusowe mogące uchronić ich dziecko przed zakażeniem. Globalnie, dostępność testów w kierunku HIV i poradnictwa pozostaje na bardzo niskim poziomie. Podobna sytuacja ma miejsce w przypadku profilaktyki i leczenia osób stosujących narkotyki w iniekcjach. Wśród wszystkich państw, które zobowiązały się do końca 2006 roku określić narodowe cele, zapewniające powszechny dostęp profilaktyki i leczenia HIV/AIDS tylko 90 przesłało konkretne informacje.

Zdaniem Margaret Chan, Dyrektora Generalnego WHO „Połączony wysiłek ofiarodawców, krajów dotkniętych HIV/AIDS, agencji ONZ oraz zarządzających zdrowiem publicznym zapewni postęp w dostępie profilaktyki i leczenia HIV/AIDS. Jesteśmy na początku drogi. Aby osiągnąć sukces potrzebne są ambitne programy na poziomie poszczególnych krajów, mobilizacja wszystkich państw i większa odpowiedzialność”.

Większa dostępność leczenia antyretrowirusowego

Według raportu, państwa we wszystkich regionach świata notują większą dostępność leczenia antyretrowirusowego. W grudniu 2006 roku ponad 1.3 miliona zakażonych osób mieszkających w regionie Afryki subsaharyjskiej objętych było leczeniem antyretrowirusowym. Stanowią oni 28% wszystkich osób wymagających leczenia w tym regionie (dla porównania w 2003 roku było to jedynie 2%). Dostępność w pozostałych regionach wahała się pomiędzy 6% w Ameryce Północnej i Bliskim Wschodzie, 15% w Europie Wschodniej i Azji Środkowej, a 72% w Ameryce Łacińskiej i regionie Karaibów. Pomimo pozytywnych trendów w tym zakresie nadal tylko 28% zakażonych osób (7.1 miliona) w krajach o niskim i średnim dochodzie ma dostęp do leczenia antyretrowirusowego.

Do końca grudnia 2006 roku fundusze pochodzące od rządu Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej (US President's Emergency Plan for AIDS Relief), Światowego Funduszu na Rzecz Zwalczenia AIDS, Gruźlicy i Malarii (Global Fund) zostały przeznaczone na leczenie 1 265 000 osób. Jednocześnie, w latach 2003-2006 nastąpił spadek cen leków

antyretrowirusowych pierwszego wyboru w krajach o niskim i średnim dochodzie. Spadek cen mieścił się w przedziale od 37% do 53%, z czego tylko w latach 2005-2006 od 10% do 20%.

Zdaniem Petera Piota, Dyrektora Zarządzającego UN AIDS „Wzrost dostępności leczenia antyretrowirusowego stanowi duży krok naprzód w realizacji narodowych programów w zakresie HIV/AIDS. Dane zawarte w raporcie wskazują jednak, że nadal pozostaje wiele do zrobienia, zwłaszcza w obszarze leczenia antyretrowirusowego kobiet w ciąży, które może zapobiec przeniesieniu wirusa z matki na dziecko. Dowiedziono, że ta metoda profilaktyki HIV pozostaje nadal jedną z najprostszych i najtańszych”.

W 2006 roku liczba dzieci otrzymujących leczenie antyretrowirusowe wzrosła o 50%. Jest to jednak wzrost z bardzo niskiej podstawy. W grudniu 2006 roku jedynie 115 500 dzieci (15%) spośród 780 000 wymagających leczenia antyretrowirusowego miało do niego dostęp.

Według Dr Kevina De Cocka, dyrektora odpowiedzialnego za sprawy HIV/AIDS w Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) „Określenie pilnych priorytetów, zwiększa dostępność leczenia antyretrowirusowego dzieci. Ma to miejsce w przypadku dzieci żyjących w regionie Afryki subsaharyjskiej oraz osób stosujących narkotyki drogą iniekcji. Zwiększenie dostępności testów i poradnictwa w zakresie HIV stanowi punkt wyjścia dla osiągnięcia w 2010 roku globalnego celu dotyczącego „powszechnego dostępu do pełnej profilaktyki HIV/AIDS, leczenia, opieki i wsparcia osób zakażonych wirusem”.

„Problem HIV/AIDS wśród dzieci często pozostaje niezauważony, gdy myślimy o pandemii AIDS. Zbyt wiele z nich umiera w wyniku braku dostępu do leczenia antyretrowirusowego i profilaktyki” powiedziała Ann M. Veneman, Dyrektor Zarządzający UNICEF.

W 2005 roku UNICEF, UN AIDS i inni partnerzy zainicjowali kampanię „Razem na Rzecz Dzieci, Razem Przeciw AIDS” [Unite for Children Unite against AIDS]. Kampania ta objęła cztery obszary:

1. Ochronę dziecka przed zakażeniem wirusem HIV przez matkę w okresie ciąży.
2. Leczenie dzieci chorych na AIDS.
3. Programy edukacyjne nakierowane na profilaktykę.
4. Wsparcie sierot i dzieci szczególnie narażonych na zakażenie HIV.

Wyzwania i rekomendacje

Wśród rekomendacji zawartych w raporcie WHO, UN AIDS i UNICEF znalazły się m.in.:

- **Przyspieszenie i rozwój działań na rzecz profilaktyki, diagnostyki i leczenia dzieci zakażonych HIV.**

Poza koniecznością zwiększenia dostępności leczenia, problemem pozostaje brak postępów w dziedzinie profilaktyki i diagnostyki HIV u dzieci. Poprawy wymaga skuteczne dotarcie i właściwa ocena potrzeb dzieci wymagających profilaktyki i leczenia. Rozwiązaniu tego problemu ma służyć lepsza diagnostyka oraz szybsze prace nad produkcją leków zawierających dawki odpowiednie dla dzieci.

- **Wdrożenie strategii zwiększających wiedzę na temat statusu serologicznego.**

Sondaże przeprowadzone w 12 krajach Afryki subsaharyjskiej najbardziej dotkniętych problemem HIV/AIDS wskazują, że wśród mężczyzn i kobiet, którzy poddali się testom w kierunku HIV i otrzymali wynik, mediana wynosi - 12% dla mężczyzn i 10% dla kobiet. Poza poradnictwem i testami opartymi na zasadzie dobrowolności (VCT), które pozwalają poznać swój status serologiczny, szczególnego znaczenia nabiera poradnictwo i testy inicjowane przez organizacje rządowe i pozarządowe (PITC). Stanowią one istotne uzupełnienie strategii zwiększenia dostępności profilaktyki, leczenia i opieki nad zakażonymi HIV. Poprawie powinny także ulec warunki, w których odbywa się poradnictwo i testowanie w kierunku HIV m.in. po to, aby uniknąć obawy osób przed stygmatyzacją, negatywnymi reakcjami i wykluczeniem.

- **Przyspieszenie działań zmniejszających ryzyko przeniesienia wirusa HIV z matki na dziecko w okresie ciąży (PMTCT).**

Ponad 100 krajów o niskim i średnim dochodzie wprowadziło u siebie programy PMTCT. Spośród nich, tylko 7 udało się dotrzeć w 2005 roku do 40% i więcej ciężarnych kobiet zakażonych HIV. W Afryce subsaharyjskiej, w której żyje 85% wszystkich ciężarnych kobiet zakażonych HIV, liczba kobiet objętych programem waha się od 1% do 54%. Działania zmniejszające ryzyko przeniesienia wirusa HIV z matki na dziecko w okresie ciąży są niewystarczające i znacząco odbiegają od celu ONZ. Zakłada on do roku 2010, redukcję zakażeń dzieci przez ich matki o 50%.

- **Wzrost dostępności profilaktyki i leczenia wśród populacji podwyższonego ryzyka takich jak: osoby stosujące narkotyki drogą iniekcji (IDU) oraz mężczyźni mający seks z mężczyznami (MSM).**

Stosowanie narkotyków drogą iniekcji jest w niektórych regionach główną drogą zakażenia wirusem HIV. Problem ten dotyczy w coraz większym stopniu również Afryki. Zapobieganiu zakażeniom w grupach IDU i MSM powinny służyć: właściwa profilaktyka, leczenie i opieka. W krajach uprzemysłowionych należy zwiększyć działania zapobiegające nawrotowi zakażeń wirusem HIV i innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową w grupie MSM. Ponadto, w krajach o niskim i średnim dochodzie należy określić potrzeby grupy MSM w zakresie profilaktyki.

- **Inwestycje w profilaktykę u osób zakażonych HIV i chorych na AIDS.**

Osoby żyjące z HIV mogą stać się najlepszymi orędownikami profilaktyki HIV. Współpraca z nimi może pomóc w pracy punktów konsultacyjno-diagnostycznych. Sektor zdrowia powinien zapewnić ludziom zakażonym HIV i chorym na AIDS takie warunki, które zapewnią im możliwie najlepszy stan zdrowia, uchronią je przed zakażeniami oportunistycznymi i przenoszonymi drogą płciową, zmniejszą szkody spowodowane zażywaniem narkotyków drogą iniekcji, uchronią przed przenoszeniem wirusa HIV na inne osoby.

- **Wzrost dostępności profilaktyki, diagnostyki i leczenia gruźlicy dla osób zakażonych wirusem HIV i chorych na AIDS.**

Większości zakażeń gruźlicą można zapobiec i daje się je leczyć. Mimo to, każdego roku u prawie 1 miliona osób żyjących z HIV rozwinie się gruźlica. W konsekwencji doprowadzi to do śmierci 25% tych osób – śmierci, której dałoby się zapobiec. Wieloletnie niedoinwestowanie i brak woli politycznej dla zwalczania gruźlicy spowodowało, że w wielu państwach o wysokiej prevalencji HIV notuje się dużą liczbę nowo wykrytych przypadków gruźlicy u osób zakażonych HIV i chorych na AIDS. W coraz większym stopniu występuje także zjawisko uodpornienia na działanie leków przeciwgruźliczych. Pojawienie się gruźlicy (XDR-TB) odpornej w dużym stopniu na działanie leków powinno spowodować wdrożenie strategii nakierowanych na poprawę koordynacji i kontroli działań, a także zwiększenie dostępności profilaktyki i leczenia.

- **Rozpoznanie możliwości obrzezania u mężczyzn jako dodatkowej metody ochrony przed wirusem HIV.**

Najnowsze badania wskazują na znaczne zmniejszenie ryzyka zakażenia HIV u heteroseksualnych mężczyzn, którzy poddali się obrzezaniu. Praktyka ta może mieć duży wpływ na zdrowie publiczne w krajach o wysokiej prevalencji HIV, w których główną drogą przenoszenia wirusa są stosunki heteroseksualne i gdzie występuje mała liczba obrzezanych mężczyzn. Kraje te powinny w trybie pilnym rozważyć możliwość zwiększenia u siebie dostępności bezpiecznych metod obrzezania. Sprawami kluczowymi przy wdrażaniu tej praktyki powinny pozostać: wysoka jakość i bezpieczeństwo świadczonych usług, uwzględnianie różnic kulturowych, przestrzeganie praw człowieka – w tym posiadanie zgody na wykonanie zabiegu, anonimowość i brak przymusu.

- **Sformułowanie obaw dotyczących zapewnienia długoterminowego finansowania.**

Obawa, co do zapewnienia długofalowego finansowania pochodzącego z różnych źródeł powoduje, że w wielu krajach dalszy wzrost dostępności do leczenia HIV/AIDS może być zagrożony. Wraz z zachęcającym spadkiem cen na leki pierwszego wyboru w większości krajów o niskim i średnim dochodzie, stale wzrasta popyt na leki drugiego wyboru. Dopóki nie nastąpi znaczący spadek cen również w tej grupie, ograniczenia budżetowe mogą pozostawiać programy leczenia pod znakiem zapytania.

Na podstawie informacji WHO, UN AIDS, UNICEF