

25.-27.listopadu 2007 se v bruselském hotelu Sheraton konala konference HIV in Europe 2007: Working together for optimal testing and earlier care, zaměřená na předcházení pozdním diagnózám HIV infekce. Hlavními pořadateli bylo WHO a AIDS Action Europe. Účastnilo se přibližně 200 delegátů, ČR zastupovali Marie Brůčková, Jaroslav Jedlička a Ivo Procházka, ze Slovenska přijeli Danica Staneková a Vlastimil Mayer.

Úvodní projev pronesl komisař EU pro oblast zdravotnictví Markos Kyprianou. Zdůraznil dostupnost zdravotních služeb v HIV prevenci, testování a léčbě, stejně jako roli občanské společnosti v boji proti AIDS. Epidemiologický přehled podala Hamersová z Evropského centra kontroly nemocí (ECDC). Nové země Evropské unie včetně ČR mají nižší průměrný věk při stanovení diagnózy, nemoc se více posouvá do mladších věkových skupin.

Prevalence HIV infekce v evropských gay komunitách se pohybuje mezi 5-15% (v ČR ji odhadujeme zatím na 1%, v Praze je to podobně jako v jiných velkých městech s rozvinutou komunitou více). V řadě zemí však dochází k nárůstu incidence, která dosahuje až 3% za rok. Nejvyšší výskyt HIV infekce v gay komunitách byl zaznamenán v Barceloně a jedné ukrajinské studii, kde byl pětinnový podíl HIV pozitivních. V ruské epidemii oficiální úřady tvrdí, že homosexuální přenos nehraje významnou roli, ale dle Roščupkina především proto, že nesledují kategorii homosexuálních přenosů a řadí je mezi heterosexuální.

Z celoevropského pohledu se odhaduje, že o své nákaze neví třetina lidí. V Lotyšsku to je 50%, tomuto číslu se blíží i Polsko. Obecně lze říci, že ve východní Evropě je podíl těch, kteří o své nákaze nevědí, více než dvojnásobný ve srovnání se západní Evropou. Na této skutečnosti se možná podílí i menší dostupnost léčby. Vysoký podíl injekčních uživatelů by sám o sobě souviset nemusel, protože ti patří v západní Evropě mezi velmi často testované. Rovněž v Estonsku bylo 90% uživatelů drog alespoň jednou testovaných. Přesto se ukázalo, že o své HIV infekci třetina nevěděla. Nejmenší podíl osob, které nevědí o své nákaze - jen 15-20% - se odhaduje v Dánsku. Experti ECDC se domnívají, že v ČR o své nákaze neví dalších 20-25%. Tedy celkový počet infikovaných by měl být kolem 1200-1300 (horní hranice odhadu je 2 500).

Důsledkem neznalosti svého stavu je i stanovení diagnózy HIV infekce až ve stádiu AIDS. K tomu dochází u pětiny nových infekcí. Další desetina je diagnostikována v pokročilém stádiu již s příznaky, ale zatím bez rozvinutého onemocnění AIDS. Některé země, například Francie a Slovensko, zaznamenaly pokles diagnóz HIV v pokročilém stádiu choroby. Z celoevropského pohledu se ale jedná spíše o vzestupný trend. Což byl hlavní důvod, proč bylo zvoleno toto téma konference. V roce 2009 by v zemích EU mohlo zemřít 10000 osob na pozdě rozpoznanou HIV infekci, včetně zemí východní Evropy by to mohlo být desetkrát více. Přes léčebný pokrok nedochází ke snížení mortality pozdě zachycených HIV infekcí.

Ve skupině homosexuálních přenosů existuje výrazný rozdíl v počtu pozdních diagnóz mezi západními, východními a středoevropskými zeměmi. V západní Evropě tvoří u skupiny mužů majících sex s muži jen 11%, ale ve střední Evropě je to 25% a ve východní 31%.

Philips na to navázal údajem, že čtvrtina úmrtí na AIDS dnes v Evropě souvisí s pozdním diagnostikováním HIV infekce. V západní Evropě, kde je vyšší dostupnost léčby, to je 77%. K selhání zvolené kombinace protivirových léků dochází do šesti let u 38% pacientů a je pak nutná změna terapie. Dále si všiml metodických problémů při odhadech HIV prevalence v jednotlivých skupinách. Uvedl, že včasná diagnóza a zlepšení dostupnosti léčby ve východní Evropě by zachránilo 80 000 životů ročně. Kdyby všichni nakažení znali svou diagnózu, bylo by to významné i z pohledu prevence a znamenalo by to snížení nových případů o třetinu. U lidí, kteří o své nákaze nevědí, je riziko přenosu 3,5 krát vyšší než u těch, kdo o své nákaze vědí (to souvisí nejen s psychologickými faktory – častější bezpečnější sex, ale i se snížením virové nálože).

Gatell upozornil, že nejčastěji je léčba zahajována až při počtu CD4+ buněk 200/ml, což je pozdě. Právě pozdní diagnóza se na tom výrazně podílí. Chybí kvalifikované analýzy, proč léčba byla nasazena pozdě. Domnívá se, že většinou to nesouviselo s lékařskými důvody či opomenutím. Pozdní diagnózy jsou častější u migrantů, starších osob, heterosexuálů, mužů a v zemích s nízkým výskytem HIV. Také je tomu častěji tam, kde HIV infekce představuje větší společenské stigma, kde jsou bariéry v dostupnosti zdravotní péče a testování. Není zcela přesně definován termín pozdní diagnózy. Ve studiích jsou tak označováni lidé, u nichž byla diagnóza AIDS stanovena od jednoho až do dvanácti měsíců po zjištění HIV infekce. Odhady v podílech pozdních diagnóz se poněkud lišily, protože nejvíce jich má být v Itálii (53%), Švýcarsku (50%), Estonsku (40%), nejméně v Polsku (9%), v ČR pak 12-15%. Pokud by však Polsko mělo nízký počet pozdních diagnóz, tak by zřejmě byl nižší i podíl osob, které o své diagnóze nevědí, což je v rozporu s Hamersovou.

Řada zemí včetně Německa, ČR a Slovenska nabízí HIV testování migrantům, v Rusku, Bělorusku a Moldávii je pro ně povinné. Velkým problémem jsou jazykové a transkulturní bariéry. Migranté také častěji nevědí o dostupnosti protiviřové léčby.

Hovořilo se také o tom, jaké jsou nejčastější překážky v přístupu k HIV testování. Je jim nízké vnímání rizika v zemích s nízkou prevalencí, malá povědomost, kde se lze nechat testovat, celospolečenská stigmatizace HIV a nedostatečná anonymita či alespoň dodržování lékařského tajemství. Lékaři se málo ptají na rizikovost chování a i když je zjistí, tak jen zřídka svým pacientům HIV testování nabízejí. V některých zemích, například Rusku, dominuje rutinní HIV testování bez poradenství a bez ohledu na odhad rizika. Prý proto, aby měly úřady přehled, jak se HIV infekce šíří či nešíří. Zejména ohrožení toxikomané se však většinou ke zdravotní péči vůbec nedostanou a bylo jich testováno jen o málo více (14%) než je průměr v populaci. Dedes hovořil o nižší kvalitě pretestového a potestového poradenství, když mnoho osob, kteří sérokonvertovali, bylo v minulosti testováno jako HIV negativní.

De Wit se zabýval psychologickými faktory, které jsou překážkou pro vyhledání HIV testu. Roli hraje především nízké vzdělání, velmi nízký i velmi vysoký věk, vnímání rizikového chování a popření. Také je důležité vlastní vnímání HIV jako stigmatu, obava ze ztráty partnera, obtížné zvládání pocitů viny. Faktory osobní, psychologické jsou pak důležitější než faktory sociální. Poněkud překvapivě dostupnost léčby není dle něho důležitým faktorem. Nepotvrdilo se jednoznačně, že by se častěji nechávali testovat lidé s více rizikovým chováním (šest studií to potvrdilo, sedm nikoliv).

Z hlediska dostupnosti protiviřové léčby jsou znevýhodněni zejména ilegální migranti a uživatelé drog. Jen osm evropských zemí uvádí, že přístup k léčbě je univerzální. Polští nevládní aktivisté uvedli, že dostupnost léčby pro toxikomany je sice formálně zaručena, ale fakticky závisí především na ochotě lékaře jim ji (spolu se substituční terapií) poskytnout. Wilsing uvedl, že téměř čtvrtina uživatelů drog se setkala s negativním přístupem lékaře. Protiviřová léčba je jim později nasazována a bývá méně účinná (mimo jiné to souvisí s častou koinfekcí s hepatitis C). Ve zdravotnických službách existují značné regionální rozdíly (například Roščupkin uvedl, že dostupnost lékařské péče pro ruské venkovské obyvatele je obecně většinou nulová, nejvýše mají k dispozici porodní asistentku a felčara, svoboda jejich pohybu je omezená).

Podíl HIV pozitivních osob, kteří samovolně přeruší léčbu a ztratí kontakt s lékařem, je 5-15%. Také byla zmíněna problematika self-stigmatizace, tedy ztotožnění se s negativními postoji společnosti k HIV pozitivním, která vede ztotožnění k dalším zdravotním škodám včetně přerušování léčby a nedostatečné compliance. Stukyite uvedla, že ve východní Evropě je dostupnost léčby ovlivňována špatným managementem (v některém období chybí dodávka jednoho či více léků) a korupcí (je k dispozici jen dražší kombinace a nikoli základní). Hovořila o pozitivním příkladu z Arménie, kde existuje mobilní jednotka, tvořená infekcionista a praktikem, která navštívuje a dováží léky HIV pozitivním žijícím mimo Jerevan.

Zástupce evropské organizace HIV pozitivních Arvidsen zdůraznil úlohu politiků v boji s odstraňováním stigmatu a v dekriminálnízaci šíření HIV. Kriminální procesy mívají značnou publicitu a přispívají k prohloubení negativních postojů společnosti. HIV pozitivní zatím stále jen někde hrají významnější roli při tvorbě národních programů, prevenci a léčbě. Karpf zdůraznil aktivní úlohu HIV pozitivních v procesu terapie, poskytují svému terapeutovi důležitý feedback, informují ho o svých potřebách. Také pro správnou compliance je partnerský vztah důležitý. Je třeba zvažovat terminologii, protože HIV pozitivní není vždy jen pacientem nebo klientem.

K právním důsledkům HIV infekce se vyslovil Weait. Zdůraznil, že úmyslné šíření je kriminálním činem, a je třeba ho trestat stejně jako každé jiné úmyslné ublížení na zdraví. Ale řada právních systémů stíhá i neúmyslné šíření, kde není přesně jasné, kdy již je naplněna skutková podstata. Extenzivní výklad práva by mohl vést k nejistotě nejen stávající HIV pozitivní, ale i osoby ohrožené. Mohl by zpochybňovat účinnost preventivních opatření (například pokud by byl stíhán HIV pozitivní, přestože použil kondom). Odmítnutí HIV testu by mohlo vést k předpokladu, že HIV pozitivní je, a to včetně právních důsledků, pokud by měl nechráněný sex. Na základě příslušnosti k ohrožené skupině by mohl být stíhán člověk, který se choval rizikově atd. „I kdyby nějaké dobro kriminalizace HIV přenosu přinesla, cena bude příliš vysoká.“ Zdravotníci by neměli v těchto případech hrát roli soudce. Další stigma a právní důsledky přináší omezení cestování, které některé země (USA, Rusko) pro HIV pozitivní prosazují. I to může být jeden z důvodů, proč se bránit testování. HIV infekce může znamenat ohrožení i v profesní oblasti. Zatímco v USA je 5% nezaměstnaných, ve skupině HIV pozitivních dosahuje počet lidí bez práce 62%. V Belgii se 70% občanů domnívá, že pokud zaměstnavatel zjistí, že jeho pracovník je HIV pozitivní, tak má právo ho propustit. Gazzard řekl, že stigma se neodbourá tím, že budeme říkat, že HIV infekce je nemoc jako každá jiná. Je také třeba myslet na stigmatizaci HIV pozitivních nejen celospolečensky, ale i v rámci komunity (u nás to platí například pro gay komunitu).

Velkou diskusí byla konfrontace amerického (zavedení rutinního testování v nemocnicích, zejména na „emergency unit“ – ARO a JIP) a evropského přístupu k HIV testování. Evropané zdůrazňovali, že efektivní je tento přístup pouze při vyšší HIV prevalenci (nad 1%), zdůrazňovali rizika chybějícího poradenství s nesprávnými interpretacemi výsledků. European AIDS Clinical Society doporučuje rutinní testování v těch skupinách populace, kde výskyt HIV infekce překročil 1%. Lundgren uvedl, že v Evropě je poměrně vysoká protestovanost na HIV. Pokud ji potřebujeme zvýšit, tak se to týká hlavně určitých, ohroženějších skupin populace. To se podařilo například v Holandsku, kde podíl HIV testovaných mužů majících sex s muži v posledních dvanácti měsících stoupl z 41% v roce 2000 na 54% v roce 2005 (v ČR je to 33%). Více než desetina celkové populace byla testována v Rusku a Francii. V ČR bylo testováno 5-10% populace, ale například na Ukrajině jen 1-5%. Bylo zpochybněno, zda plošné testování znamená lepší dostupnost zdravotní péče a léčby, o změně chování nemluvě. Rizikové chování především koreluje s psychologickými problémy. Rutinní testování by také mohlo vést ke snížení zájmu ohrožených skupin o dobrovolné testování. V USA doporučují ke screeningu použití rychlého testu, který je ale méně citlivý. V případě reaktivního nálezu vyžaduje další test ke confirmaci, což vyvolá úzkostnou reakci. Některé více ohrožené sociálně slabší skupiny (bezdomovci, migranti) využívají zdravotní péči méně a šance jejich včasného zachycení se příliš nezvyšují. Američané oponovali vysoké nákladnosti, že plošné HIV testování je cenově o něco méně nákladné než mamografické vyšetřování prsů u žen v pátém deceniu. Naopak dojde ke snížení vysokých nákladů na léčbu rozvinutého AIDS. Očekávají snížení stigmatizace etnických minorit, jejichž příslušníci byli dříve testováni častěji. Shiripinda zdůraznila, že podpora HIV testování by neměla vést u útlumu primární prevence, která je důležitější.

Gazzard pak řekl, že v první řadě by v Evropě měli být testováni muži mající sex s muži, injekční uživatelé drog, lidé s podezřením na oportunní infekce a s ústní mykózou. Na druhém místě pak pacienti s tuberkulózou, pásovým oparem, lymfadenopatií, ostatními sexuálně přenosnými chorobami, infekční žloutenkou typu B a C. Konečně v poslední skupině by byly osoby s problémovým abuzem alkoholu, neurologičtí a dermatologičtí pacienti. Pokud se v Británii k lékaři dostavil člověk s akutní HIV infekcí, tak ta byla správně rozpoznána u poloviny z nich. Méně často na ni mysleli praktičtí lékaři.

Dostupné testování na HIV infekci by se mělo stát jedním z pilířů AIDS politik spolu s důrazem na prevenci, přístupem k protivirové léčbě a dodržování lidských práv.

MUDr. Ivo Procházka, CSc.
předseda České společnosti AIDS pomoc
Sexuologický ústav 1.LF UK a VFN Praha