

GODINA VIII  
BROJ 2  
ISSN 1332 – 7445  
2007.

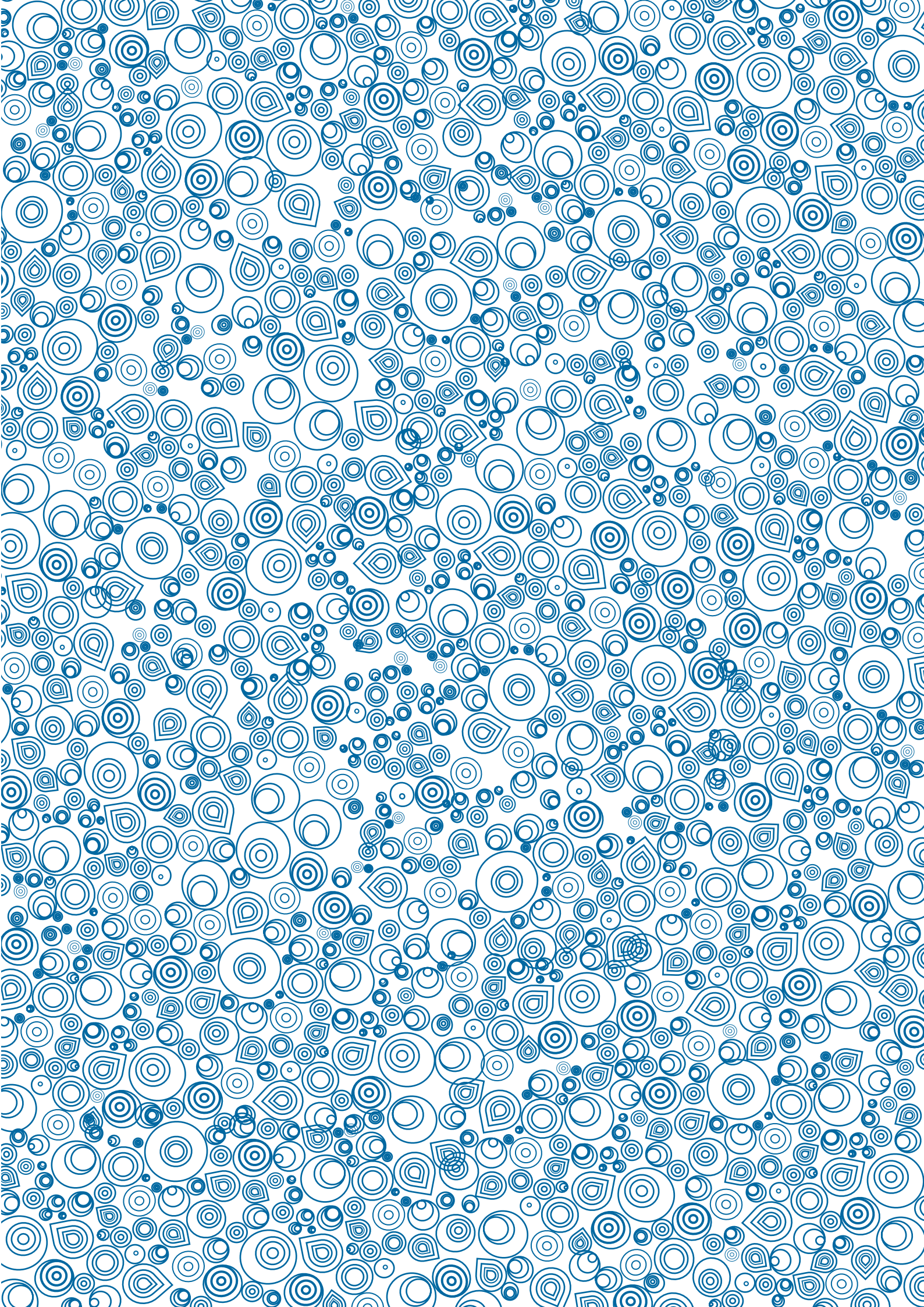
# HIV/AIDS info

za zdravstvene djelatnike

HRVATSKA UDRUGA  
ZA OBOLJELE OD HIV-a

HUHIV





## Mjere zaštite u kući

Pranje ruku je najvažnija mjera zaštite od svih infekcija. Ruke treba prati najmanje 10 sekundi u toploj tekućoj vodi i sapunu te pritom trljati šake. Ako u kući negujete bolesnika zaraženog HIV-om, trebate imati lateks rukavice, zaštitne naočale, maske i pregaču. Rukavice treba nositi kad planiramo doticaj s bilo kojom tjelesnom tekućinom (krv, urin, gnoj, stolica, slina, bilo kakav iscjedak) te svaki put kad se daje injekcija ili uzima krv. Zaštitu za oči i maske treba nositi kad god postoji mogućnost raspršivanja krvi, zakrvavljenih i drugih tekućina u usta, nos ili oči. Zaštitnu pregaču i odjeću treba nositi kada se očekuje raspršivanje krvi ili drugih zakrvavljenih tjelesnih tekućina.

Koristite u kući dobar dezinficijens (npr. 4-postotnu varikinu razrijeđenu u omjeru 1:10) za čišćenje podova, zahoda, kupaonice, kade, tuša, sudopera i predmeta koji su očito zagađeni. Spužve i krpe za pranje podova ne smiju se ispirati u sudoperima ili tamo gdje se pripravlja hrana. Prljavu vodu treba izljevati u zahodsku školjku, a ne u sudoper. Sobe trebaju biti dobro prozračene. Ako imate kućnog ljubimca (psa, mačku...), o njemu treba brinuti osoba koja nije zaražena HIV-om. U slučaju da se pod ili neka druga površina umrlja krvlju ili drugom zakrvavljenom tjelesnom tekućinom, prvo treba počistiti onečišćenje (najbolje upijajućim papirnatim ubrusima), potom tu površinu oprati toplom vodom i dezinficirati varikinom (4-postotna varikina razrijeđena u omjeru 1:10). Ako se čisti rukama, obvezno se moraju nositi rukavice. Uprljane spužve ili krpe mogu se nakon ispiranja dezinficirati tako da ih se na 5 minuta uroni u 0,4-postotnu otopinu natrijeva hipoklorita (4-postotna varikina razrijeđena u omjeru 1:10).

Predmeti za osobnu higijenu (četkice za zube, žileti, aparat za brijanje, grickalice za nokte, škare, ručnici itd.) moraju biti odvojeni i ne smiju ih koristiti drugi ukućani. Treba redovito održavati osobnu higijenu, što uključuje redovito kupanje, pranje ruku nakon korištenja zahoda i pranje ruku prije jela. Tekuće otpatke je najbolje izliti u zahodsku školjku. Krute ot-

patke koji su krvavi prvo treba odložiti u jednu nepropusnu vreću, a nju potom staviti u vreću za smeće. Ako se u kući bolesniku daju injekcije, iglu i špricu treba nakon uporabe staviti u jednu neprobojnu posudu (npr. u staklenu posudu široka grla) koju valja dobro zatvoriti. Nikad ne vraćajte poklopac na iglu.

Krvlju ili drugim sekretima umrljano rublje treba što prije oprati. Kad se dira takvo rublje, moraju se nositi rukavice. Ono se pere na 71°C najmanje 25 minuta, a može se, ako to tkanina dopušta, vodi u perilici dodati mala šalica varikine. Ako strojno pranje nije moguće, tada umrljano rublje treba uroniti 15-20 minuta u hladnu vodu koja sadrži 4-postotnu varikinu razrijeđenu u omjeru 1:10. Ako nije moguće strojno sušenje rublja, tada ga je najbolje sušiti na suncu.

U kućanstvu će namještaj biti zajednički za zaražene i nezaražene osobe. Posebne mjere zaštite nisu potrebne, osim u slučaju onečišćenja krvlju i drugim tjelesnim tekućinama kad ga je potrebno očistiti i dezinficirati 4-postotnom varikinom razrijeđenom u omjeru 1:10. U slučaju da se tjelesna temperatura mjeri pod pazuhom, toplomjer treba prije i poslije uporabe oprati hladnom vodom i sapunicom. Može se i dezinficirati (prebrisati 70-postotnim alkoholom). U slučaju da neki medicinski predmeti (npr. stetoskop ili manšeta tlakomjera) dođu u kontakt s krvlju i drugim tjelesnim tekućinama, treba ih očistiti i dezinficirati.

Neobično je važno provoditi uobičajene higijenske mjere u kuhinji. Ruke treba oprati prije dodirivanja hrane. Dok se hrana kuha, kuša se svaki put novom i čistom žlicom, koju operite odmah nakon kušanja. Kuhinju treba redovito čistiti dezinficijensom tako da nema ostataka hrane na podu i drugim površinama. Redovito treba čistiti i hladnjak (vodom i sapunicom). Ako postoji mogućnost, posuđe se može prati u perilici za suđe. Ako se pere ručno, treba ga prati u toploj vodi i deterdžentu. Voda treba biti tako topla da zahtijeva primjenu rukavica. Posuđe treba sušiti na zraku (ne brisati ga). Ako se postupa kako je gore navedeno, nije potrebno posebno posuđe za seropozitivne osobe.

Spužve koje se koriste za čišćenje u kuhinji ne koriste se za

čišćenje u kupaonici i zahodu niti se koriste za čišćenje mrlja od krvi i drugih tjelesnih tekućina. Spužve kojima se pere zahod, kupaonica ili mrlje treba povremeno dezinficirati i češće mijenjati.

Kad kupujete hranu, obratite pozornost na rok uporabe. Nemojte kupovati ni jesti jaja oštećene ljuske. Kad pripremate hranu na dasci za meso, nemojte na njoj pripravljeti povrće i voće (vrijedi i obrnuto, nakon povrća ne pripremate na njoj meso).

## Što je potrebno osobama zaraženim HIV-om?

Dodirivanje, grljenje i drugi prijateljski fizički kontakti su posve bezopasni. Ne postoji rizik širenja infekcije zajedničkim životom u jednom kućanstvu.

Kako uobičajeni kontakti ne prenose HIV, nema razloga izbjegavati zaražene i oboljele od AIDS-a.

Posve su neprihvatljive mjere diskriminacije kao izolacija, gubitak posla, izbacivanje iz stana. Takve reakcije dovode do bezrazložnog straha koji se može suzbiti adekvatnom informacijom i, još učinkovitije, vlastitim primjerom osobnog kontakta s oboljelima i zaraženima. Takvi kontakti su od životnog značenja za oboljele.

Osobe koje nose HIV i susreću ljudsku toplinu, razumijevanje i suosjećanje i koji osjećaju da nisu diskriminirani u kući i na poslu nemaju razloga povući se u anonimnost i izolaciju. Anonimnost i izolacija pak onemogućavaju promjenu spolnog ponašanja i na taj se način povećava rizik od širenja infekcije.

Međutim, glasovi o izolaciji zaraženih se stalno čuju.

Diskriminacijske mjere kao obvezatna testiranja, različita obilježavanja oboljelih i zaraženih ne pridonose prevenciji HIV-infekcije. Dapače suprotno, mogu utjecati na daljnje širenje epidemije. Diskriminacijske mjere potiču sumnjičavost među zaraženima, sprječavaju širenje informacije među njima i stvaraju lažnu sigurnost o nepotrebnosti zaštite kod nezaraženih.

## Preporuke za prehranu asimptomatskih osoba serološki pozitivnih na HIV

- ⋮ Izbjegavajte sirovu proteinsku hranu: jaja, svježe meso i ribe. Dobro skuhaite meso i jaja.
- ⋮ Ne upotrebljavajte jaja napuknute ljuske.
- ⋮ Otapajte smrznuto meso u hladnjaku ili u mikrovalnoj pećnici, a ne na sobnoj temperaturi.
- ⋮ Dobro operite voće i povrće prije konzumiranja.



☺ Upotrebljavajte samo pasterizirano mlijeko.

☺ Kuhanu hranu održavajte vrućom (kuhati na 75 do 100°C, održavati na 60 do 75°C).

☺ Hladnu hranu održavajte hladnom (temperatura u hladnjaku 2 do 4°C, temperatura u ledenici -20 do -30°C).

☺ Ne dopustite da hrana dulje od dva sata stoji na temperaturi od 8 do 60°C.

☺ Lako kvarljivu hranu odložite u hladnjak odmah nakon kupnje. Pohranite već otvorenu hranu u kutije koje ne propuštaju zrak ili u nepropusne folije. Ne pretrpavajte hladnjak hranom.

☺ Nemojte jesti pokvarenu hranu.

☺ Ne konzumirajte hranu kojoj je istekao rok uporabe.

☺ Prije pripreme jela uvijek dobro operite ruke.

☺ Koristite različite podloge (daske za rezanje) pri pripremi svježih i kuhane hrane.

☺ HIV-infekcija ne širi se ni hranom ni vodom. U bolnicama, jednokratni pribor za jelo, jednokratne zdjele i poslužavnici nisu potrebni za bolesnike zaražene HIV-om. Uporaba običnih zdjela pospješuje kontrolu hrane i čini hranu atraktivnijom. Rutinski higijenski standardi za pripremu i skladištenje hrane trebali bi se primijeniti i pri serviranju, čišćenju i pranju

**Preporuke  
za prehranu asimptomatskih osoba serološki pozitivnih na HIV sa simptomima zaraze**

### **Gubitak teka (anoreksija) može nastati kao posljedica depresije, nuspojava lijekova, povišene temperature i dr. Neke praktične preporuke bolesniku za prehranu pri gubitku teka:**

☺ više puta na dan jedite manje obroke - pokušajte jesti pazeći na satnicu

☺ uključite visokokalorične slastice ili tvornički pripremljene nadomjestke (tekuće ili krute)

☺ jedite svoja omiljena jela

☺ konzumirajte visokohranjiva jela i pića umjesto da se pretrpavate niskokaloričnom hranom

☺ uzimajte tekućinu pola sata prije jela umjesto tijekom jela

☺ pripremajte jelo unaprijed, tako da ga možete razdijeliti na manje obroke i zamrznuti prije nego je spremno za jelo

☺ pazite da pri ruci uvijek imate djelomice pripremljena (smrznuta ili konzervirana) jela

☺ učinite hranu dopadljivom i primamljivom

☺ običavajte jesti s prijateljima ili u ugodnom obiteljskom okruženju

☺ uključite prijatelje i rodbinu u pripremanje hrane, jer ugodna atmosfera može biti poticajna za vaš tek.

### **Kad promjene u usnoj šupljini (ranice, lezije) i jednjaku (kandidijaza, herpes simpleks, leukoplakija i Kaposijev sarkom) počnu praviti poteškoće pri žvakanju i gutanju hrane, sljedeće bi preporuke mogle biti korisne:**

☺ jedite mekanu nenadražujuću hranu, kao što su jaja, guste juhe, sladoled,

puding, mesni namazi, pržena riba, meki sirevi, kuhano voće, okruglice

☺ izbjegavajte tvrdu, suhu, hrskavu i žilavu hranu

☺ izbjegavajte nadraživanje oštećene sluznice: ne jedite začinjena ili kisela jela i kiselo povrće, ne pijte voćne sokove

☺ ako imate oštećenu sluznicu, izbjegavajte vruća i jako hladna jela, najprimjerija su jela sobne temperature

☺ tekućinu pijte slamčicom da biste izbjegli nadraživanje oštećene sluznice ili bol

☺ pijte tvornički pripremljene i smiješane napitke

☺ održavajte higijenu zuba i usne šupljine

☺ ispirite usta lokalnim anestetikom

☺ ako su vam usta suha, jedite tvrdi bomboni ili žvakaću gumu koji potiču lučenje sline

☺ namočite suhu hranu u tekućinu (kava, čaj ili mlijeko).

### **Lijekovi i promjene u usnoj šupljini mogu uzrokovati poremećaj osjeta okusa. Sljedeće upute mogu pomoći u svladavanju tih poteškoća:**

☺ pokušajte promijeniti prehranu

☺ kušajte različite začine i mirišljive dodatke jelima kako biste im poboljšali okus

☺ promijenite količinu soli i šećera pri pripremanju jela

☺ dodajte pivo ili vino juhama da im poboljšate okus

☺ pojačajte okus ljutom hranom (ako nije kontraindicirano)

⚡ pronadite nove izvore proteina kao što su jaja, piletina, riba, ako teletina i drugo meso više nema dobar okus.

**Kod pneumonije uzrokovane gljivom *Pneumocystis jiroveci*, respiratorni simptomi kao što su kratki dah i sl. mogu izazvati slabost te postoji potreba za korištenjem maske s kisikom u prekidima pri jelu. Bolesnik s otežanim disanjem ima možda strah od jedenja i disanja, a sljedeće preporuke mogu mu pomoći:**

⚡ jesti češće i manje obroke

⚡ uvijek imati pri ruci hladne visokokalorične napitke

⚡ piti visokokalorične proteinske koktele kao što su mliječni napitci, jesti sladoled i sendviče.

.....

**Ako bolesnik češće povraća, može uzeti lijekove protiv povraćanja ili primijeniti sljedeće savjete:**

⚡ jesti veće obroke kad se osjeća dobro, promijeniti raspored obroka ako se povraćanje pojavljuje u isto doba dana

⚡ ne jesti omiljena jela u vrijeme povraćanja da se ne bi pojavilo gađenje prema tim jelima

⚡ jesti slaniju hranu

⚡ izbjegavati vrlo slatku hranu

⚡ izbjegavati masnu hranu

⚡ pokušati jesti hladna jela i piti hladna pića; manje aromatična jela i pića bolje se podnose

⚡ jesti češće i manje obroke

⚡ ne boraviti u kuhinji tijekom pripremanja jela ako mirisi nadražuju na povraćanje

⚡ jesti suhu hranu, npr. krekere ili prepečenac, posebice ako se povraćanje javlja ujutro (osim ako su prisutna oštećenja sluznice usne šupljine ili jednjaka ili je dotok sline oslabljen)

⚡ jesti mekanu, blagu hranu kao što su riža, meko kuhana

⚡ jaja, jabučni sok, kreme, žličnjaci od snijega (šnenokle)

⚡ dobro rasporediti uzimanje hrane i lijekova da bi se unaprijed izbjeglo povraćanje

⚡ uzimati lijekove protiv povraćanja prije jela

⚡ umjesto tekućina i soli uzimati govedu juhu, gazirana pića, npr. Coca-Colu

⚡ piti tekućinu na slamčicu između jela, bolje nego za vrijeme jela

⚡ dobro sažvakati hranu i jesti polagano

⚡ odmarati se nakon jela, ali izbjegavati ležanje odmah nakon jela.

.....

**Proljev je česta pojava u bolesnika zaraženih HIV-om i može biti otporan na terapiju (posebno u slučajevima infekcije citomegalovirusima, atipičnim mikobakterijama, *Cryptosporidium spp.* i *Isosporom belli*), a tad treba:**

⚡ uzimati češće manje obroke sobne temperature

⚡ nadoknaditi tekućinu i elektrolite vodom, mesnim juhama, voćnim sokovima, želeima, tvornički proizvedenim pićima za nadoknadu elektrolita i kalija, te bananama, mesom, krumpirima, sokom od breskve i marelice; pripaziti na znakove dehidracije

⚡ primjenjivati dijetu s malim

količinama laktoze: jogurt i sir jesti u malim količinama

⚡ izbjegavati kofein, npr. kavu, čaj, čokoladu i neka gazirana pića

⚡ ograničiti jedenje mekinja, mahunarki i sjemenki, uzimati hranu koja je dobar izvor pektina, zobenu kašu, kuhani sušeni grašak, jabuke, kruške, krumpire i ostalo voće i povrće

⚡ ako bolesnik pati od grčeva i plinova u crijevima, izbjegavati gazirana pića, grah, grašak, kelj, kupus, cvjetaču, mahune, jako začinjenu hranu, previše slatkisha i sorbitolom zaslađene žvakače gume.

.....

**Infekcije i vrućica također mogu dovesti do povećane potrebe za proteinima i energentima.**

**Održavajući bolesnika dobro hidriranog i nudeći mu visokokaloričnu i visoko proteinsku hranu i pića, može se uvelike pomoći. Smanjenje bubrežne funkcije i rada jetre može zahtijevati nadomjestak proteina i natrija. Neurološke manifestacije kod bolesnika s AIDS-om mogu proizlaziti iz samog procesa bolesti ili kao učinak pothranjenosti; potrebno je:**

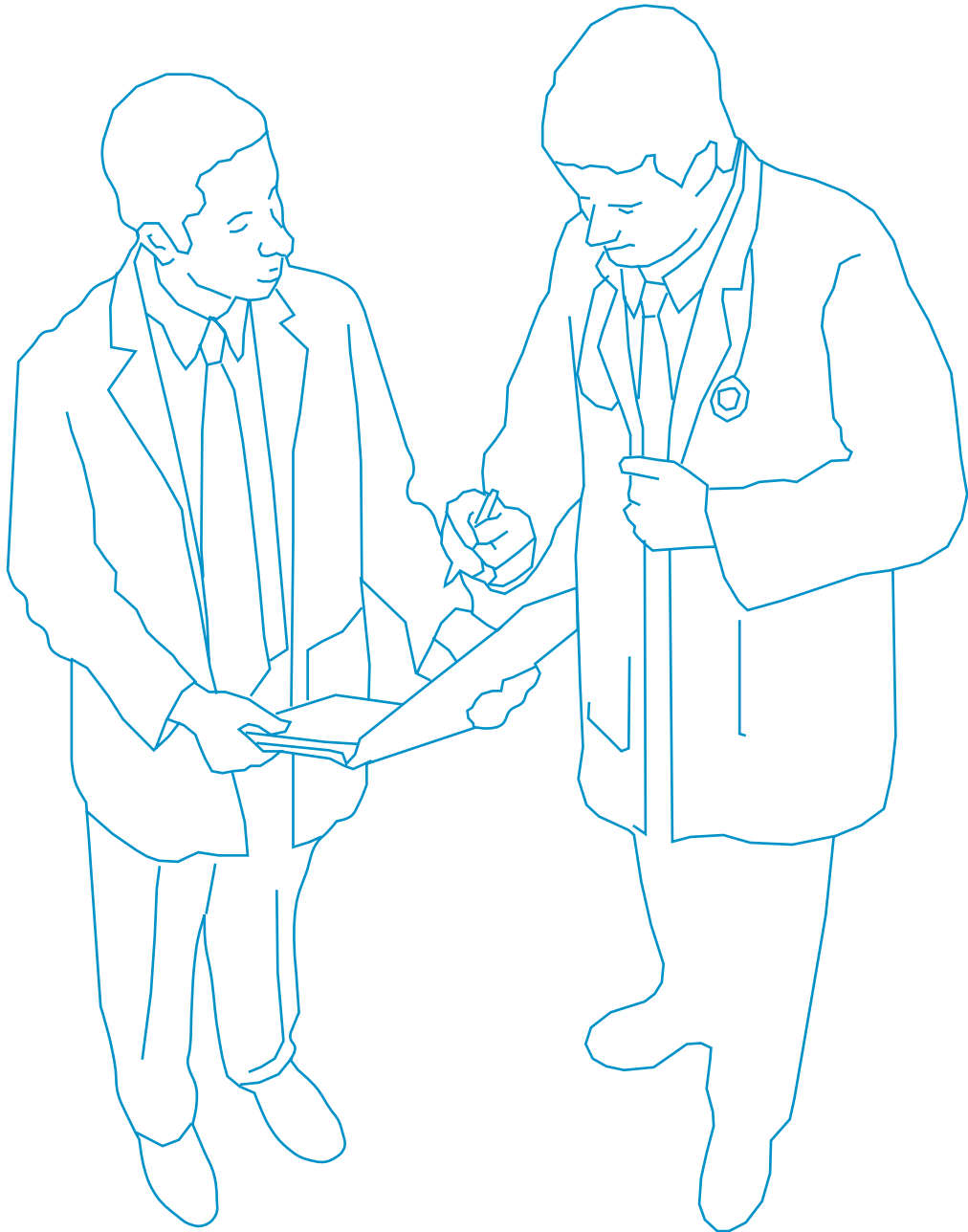
⚡ pomagati bolesniku pri jelu

⚡ ako je otežano gutanje, govor ili fizikalna terapija pomoći će pri otklanjanju te poteškoće

⚡ radna terapija i uporaba posebno napravljenih pomagala mogu olakšati motornu funkciju.

Preuzeto iz knjižice:

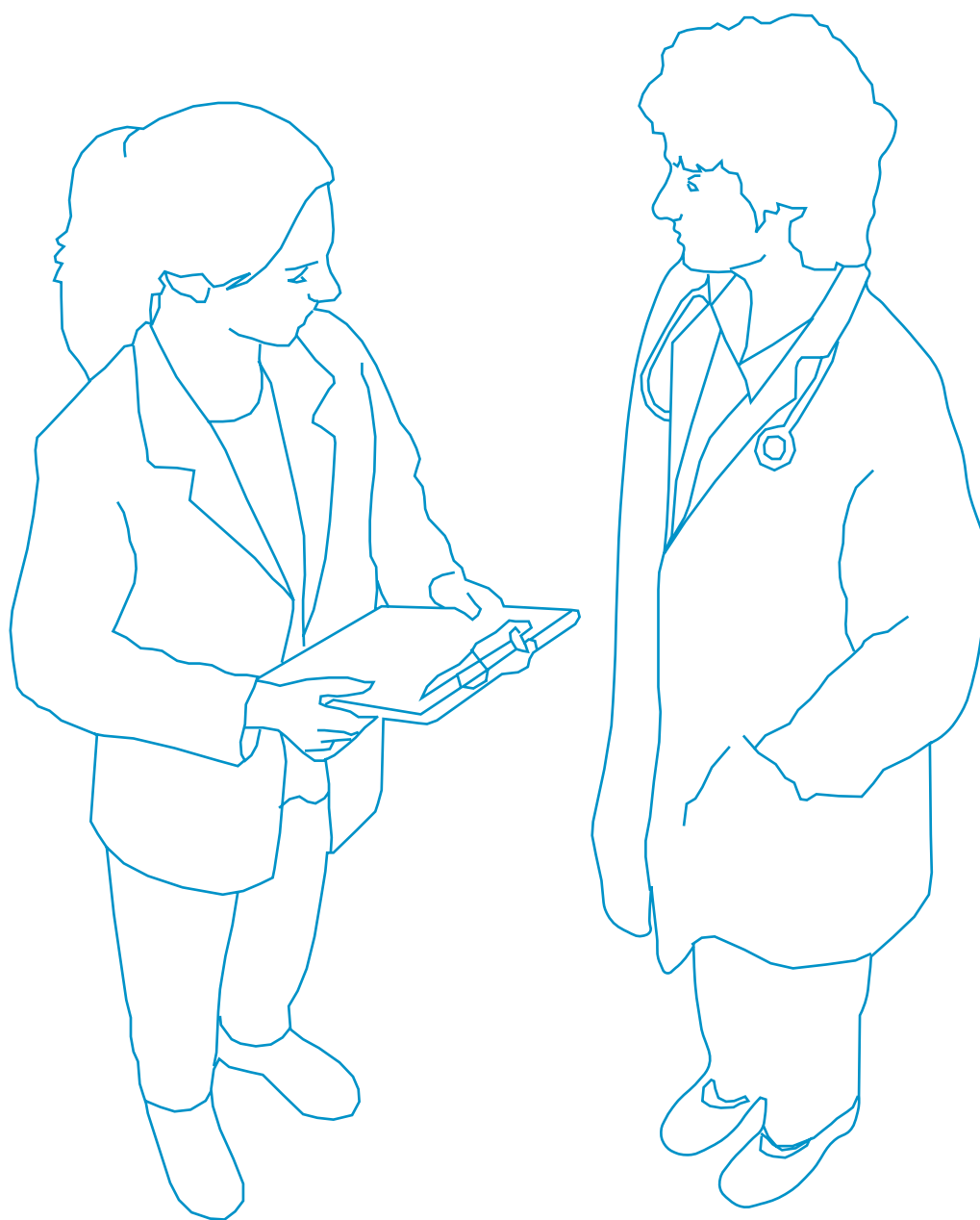
„HIV – živjeti s virusom humane imunodeficijencije“



## HIV-infekcija i zdravstveni djelatnici

Zdravstveni djelatnici i HIV mogu se naći u različitim oblicima "suživota". HIV kao virus, ali i bolest koju on uzrokuje, može biti predmet profesionalnog interesa i istraživanja brojnih zdravstvenih djelatnika. Neki zdravstveni djelatnici – liječnici, medicinske sestre i tehničari, laboratorijski djelatnici, stomatolozi i mnogi drugi – neposredno sudjeluju u skrbi osoba zaraženih HIV-om. Pojedinci se mogu naći i u intimnijem odnosu s osobama zaraženim HIV-om: oni mogu biti članovi njihovih obitelji, susjedi, prijatelji, kolege s posla. Poseban je problem profesionalna izloženost zdravstvenih





djelatnika HIV-u jer su neki djelatnici zbog prirode svoga posla češće izloženi krvi i drugim tjelesnim tekućinama te tkivima koje mogu sadržavati krv, pa tako i HIV, ali i brojne druge uzročnike bolesti koji se prenose krvlju. Na koncu, iako mali broj, u svijetu postoje i zdravstveni djelatnici koji su sami zaraženi HIV-om. Već iz samog uvoda vidljivo je da bi se na temu povezanosti HIV-a i zdravstvenih djelatnika moglo mnogo toga napisati. Ipak, u ovom broju osvrnut ćemo se samo na problem profesionalne izloženosti zdravstvenih djelatnika HIV-u i mogućnostima njene prevencije.

### **Profesionalna ekspozicija zdravstvenih djelatnika HIV-u**

Pod pojmom profesionalne ekspozicije podrazumijevamo kontakt zdravstvenog djelatnika s materijalom koji nosi rizik stjecanja neke infekcije, a koji se dogodi tijekom obavljanja radnih aktivnosti, bilo u neposrednom radu s bolesnikom bilo u kontaktu s njegovim tjelesnim tekućinama i tkivima. Dakle, iako se zdravstveni djelatnik može zaraziti HIV-om i na druge načine, poglavito spolnim putem, ovdje se ponajprije

misli na kontakte do kojih dolazi za vrijeme obavljanja profesionalnih aktivnosti.

Kad govorimo o načinima na koji se zdravstveni djelatnik može zaraziti HIV-om, treba reći da HIV spada u skupinu mikroorganizama koji se prenose krvlju. Međutim, ne samo kontakt s krvi nego i s drugim potencijalno infektivnim tjelesnim tekućinama koje mogu sadržavati krv (npr. zakrvavljena mokraća ili iskašljaj), kao i s drugim tjelesnim tekućinama i tkivima u kojima se također može naći HIV (npr. cerebrospinalna, sinovijska, pleuralna, peritonealna, perikardna i amnijska tekućina, te sperma i vaginalni sekret) može rezultirati prijenosom HIV-infekcije na eksponiranog zdravstvenog djelatnika. Stolica, sekret nosa, slina, iskašljaj, znoj, suze, mokraća i povraćeni sadržaj ne smatraju se potencijalno infektivnim pa nije opisan slučaj prijenosa HIV-infekcije putem ovih sekreta i ekskreta. Treba ovome još dodati da se HIV može prenijeti i ugrizom, pri čemu se zbog kontakta i miješanja krvi mogu zaraziti obje osobe: i ugrizena osoba i ona koja je zadala ugriz.

Najčešće su incidentne situacije koje nose rizik prijenosa HIV-a, ali i drugih uzročnika koji se prenose krvlju, ozljede preko kože – perkutane ozljede – npr. ubodi na iglu (ubodni incidenti) i posjekotine različitim oštrim predmetima (skalpelima, iglama i drugim oštrim predmetima od stakla ili metala). Manje su rizični mukokutani incidenti – što podrazumijeva izloženost sluznica i ozlijeđenih dijelova kože.

Svaki kontakt s kontaminiranom krvi ne uzrokuje neminovno i infekciju eksponiranog zdravstvenog djelatnika. Rizik prijenosa HIV-infekcije nakon profesionalne ekspozicije krvi ovisi o: a) prevalenciji HIV-infekcije u općoj populaciji, odnosno udjelu zaraženih osoba među bolesnicima, b) učestalosti ekspozicijskih incidenata, c) riziku koji nosi pojedini oblik ekspozicije (vidi Tablicu 1 i 2), d) učinkovitosti postekspozicijskog postupka.

Prevalencija HIV-infekcije u općoj populaciji različita je u pojedinim dijelovima svijeta. Hrvatska s godišnjom stopom od <10 novootkrivenih slučajeva na milijun stanovnika spada u zemlje s niskom incidencijom HIV-infekcije, iako se posljednjih godina bilježi blagi porast broja novootkrivenih slučajeva godišnje. Većina zaraženih osoba spada u jednu od skupina rizičnog ponašanja (osobe homo/biseksualne orijentacije, promiskuitetni heteroseksualci, intravenski ovisnici, partneri

osoba zaraženih HIV-om i drugi), zbog čega su zdravstveni djelatnici koji češće dolaze u kontakt s takvim bolesnicima više izloženi riziku zaraze HIV-om ukoliko se ne pridržavaju standardnih mjera zaštite.

Studije o seroprevalenciji infekcija koje se prenose krvlju (HBV, HCV i HIV) među bolesnicima pokazale su da postoje odjeli na kojima je rizik infekcije nakon profesionalne ekspozicije veći. Visokorizični odjeli za ekspozicijske incidente, ali i kontakt sa zaraženim osobama, su: odjeli za hitnu službu, operacijske dvorane, jedinice intenzivnog liječenja, jedinice za hemodijalizu, klinički laboratoriji i drugi. Od osoblja, pod najvećim su rizikom medicinske sestre, kirurzi, stomatolozi, patolozi, laboratorijski tehničari te općenito osoblje odjela za hitan prijam bolesnika, kirurško osoblje i osoblje jedinica intenzivnog liječenja. Međutim, bolesnici zaraženi HIV-om (ili nekom drugom infekcijom koja se prenosi krvlju) zbrinjavaju se i na drugim bolničkim odjelima. Zdravstveni djelatnici trebaju biti svjesni rizika infekcije i u kontaktu s bolesnicima bez vidljivih simptoma bolesti.

Što je zdravstveni djelatnik savjesniji i pažljiviji tijekom obavljanja svojih svakodnevnih radnih aktivnosti, manja je vjerojatnost da će doći do ekspozicijskog incidenta. Ipak, ubodni incidenti, kao i drugi oblici ekspozicije, svakodnevno se događaju u našim zdravstvenim ustanovama, ali mi nismo svjesni njihovog rizika jer se oni uglavnom ne prijavljuju. Prema procjeni Svjetske zdravstvene organizacije, u Hrvatskoj se godišnje dogodi oko 30 000 ubodnih incidenata, od čega se njih čak 95 odnosi na ekspoziciju krvi HIV-pozitivne osobe (iako u većini slučajeva zdravstveni djelatnik u tom trenutku toga nije niti svjestan). U Europi je nakon profesionalne ekspozicije HIV-om zaraženo oko 50 zdravstvenih djelatnika, premda je prema nekim pretpostavkama ta brojka čak i peterostruko veća!

## **Sprječavanje profesionalne ekspozicije HIV-u**

Iz svega navedenog možemo zaključiti da rizik stjecanja infekcije HIV-om nakon ekspozicijskog incidenta u zdravstvenih djelatnika nije zanemariv, stoga je potrebno aktivno poduzeti preventivne mjere za sprječavanje profesionalnog prijenosa HIV-a u zdravstvenim ustanovama. To podrazumijeva nespecifične mjere kojima se sprječava sama ekspozicija krvi i izloženost bilo kojoj infekciji (standardne mjere zaštite)

te mjere specifične profilakse koje su usmjerene samo na sprječavanje HIV-infekcije.

## **Nespecifična predekspozicijska profilaksa - standardne mjere zaštite**

Najsigurniji način sprječavanja profesionalne infekcije zdravstvenog djelatnika bilo kojom infekcijom koja se prenosi krvlju, pa tako i HIV-om, je sprječavanje samog izlaganja krvi. Pojam standardne mjere zaštite uveden je u cilju sprječavanja kontakta s krvi i drugim tjelesnim tekućinama i tkivima bolesnika kako bi se spriječila mogućnost prijenosa infekcije sa zaraženog bolesnika na nezaraženog zdravstvenog djelatnika. Standardne mjere zaštite pretpostavljaju da je svaki bolesnik potencijalni nositelj patogena koji se prenose krvlju (uključujući HIV, HBV i HCV) pa se stoga svaki bolesnik mora smatrati potencijalno zaraznim. Stoga se zdravstveni djelatnici moraju pridržavati standardnih mjera zaštite na svim radnim mjestima i u svim situacijama ako postoji i najmanja mogućnost izlaganja krvi. To se ponajprije odnosi na kontakt s krvi, ali i kontakt s drugim tjelesnim tekućinama i tkivima koje mogu sadržavati patogene koji se prenose krvlju. Standardne mjere zaštite ne odnose se na kontakt s tjelesnim tekućinama i ekskretima u kojima se patogeni koji se prenose krvlju ne nalaze, barem ne u onoliko mjeri da bi došlo do prijenosa infekcije, a to su: stolica, sekret nosa, sputum, znoj, suze, urin, povraćeni sadržaj i slina (osim u stomatološkim zahvatima, gdje se pretpostavlja da je slina kontaminirana krvlju).

Sprječavanje izlaganja krvi i drugim potencijalno kontaminiranim tjelesnim tekućinama i tkivima postiže se primjenom barijera koje štite zdravstvenog djelatnika od kontakta s krvlju, kao i različitim tehničkim pomagalima i primjenom sigurni(ji)h postupaka pri radu. Tu ubrajamo:

**A. Pribor za osobnu zaštitu** – rukavice, naočale, maske, pregače, ogrtače, kaljače, čizme, navlake za obuću i drugo. Cilj je primjene ovih sredstava spriječiti da krv i druge tjelesne tekućine dospiju do kože, sluznica i osobne odjeće.

**B. Zaštitni postupci** - pranje ruku, ispravno odlaganje upotrijebljenih igala i oštih predmeta, ispravno oduzimanje bioloških uzoraka, primjeren transport bioloških uzoraka. Cilj je primjene i usvajanja ovih postupaka da se samom

promjenom ponašanja na radnom mjestu i usvajanjem sigurnijih postupaka i procedura smanji mogućnost kontakta s krvi.

**C. Tehnička sredstva za zaštitu** - čvrsti nepropusni kontejneri za otpad, laserski skalpeli, igle sa zaštitnim mehanizmima (poput npr. Punctur-Guarda®), čijom primjenom nastojimo ukloniti odnosno smanjiti štetnost pribora i alata koji se koristi na radnom mjestu. Prema jednoj studiji provedenoj u zdravstvenim ustanovama u Sjedinjenim Američkim Državama, samo je primjena setova za vađenje krvi tipa Punctur-Guarda® smanjila broj ubodnih incidenata u zdravstvenih djelatnika za 76%. To govori u prilog tomu da se, osim inzistiranja na tome da se ZD pridržavaju standardnih mjera zaštite, mora na svakom radnom mjestu omogućiti dostupnost pribora i sredstava za koje je dokazano da pružaju veću sigurnost i zaštitu na radu.

## **Specifična postekspozicijska profilaksa (PEP)**

Iako se predekspozicijska profilaksa pokazala uspješnom u smanjivanju profesionalne ekspozicije i infekcije zdravstvenih djelatnika, ekspozicijski incidenti i dalje se događaju te nije u cijelosti uklonjen rizik profesionalne infekcije. Istodobno taj rizik može s vremenom rasti zbog porasta incidencije ovih infekcija među pučanstvom, pa je potrebno razvijati i postupke za postekspozicijsku skrb nakon profesionalne ekspozicije. Postupak zbrinjavanja profesionalne ekspozicije krvi i infekcijama koje se prenose krvlju u zdravstvenih djelatnika može se stupnjevito podijeliti u nekoliko koraka (vidi Tablicu 3).

Postekspozicijska profilaksa (PEP) podrazumijeva mjere kojima se smanjuje mogućnost akviriranja neke infekcije u zdravstvenog djelatnika nakon što je on već bio izložen kontaminiranoj krvi. Profesionalna ekspozicija treba se tretirati kao hitno medicinsko stanje kako bi se osigurao pravodobni i pravovaljani postekspozicijski postupak. Sveukupni postekspozicijski postupak i njegova učinkovitost ovise o potvrđivanju odnosno isključivanju infekcije u izvornog bolesnika zbog čega je važno čim prije provesti kliničku i epidemiološku evaluaciju te serološko testiranje i izvornog bolesnika i eksponiranog zdravstvenog djelatnika. Poželjno je da se nalazi seroloških testova dobiju isti dan kako bi se smanjila neizvjesnost i stres za zdravstvenog djelatnika, ali

i izbjegla nepotrebna primjena PEP-a u osoba koje su bile izložene krvi negativnog (nezaraženog) bolesnika. Testiranje treba biti dobrovoljno, uz prethodni informirani pristanak. Ako je izvorni bolesnik nepoznat, nedostupan ili pak odbija testiranje, daljnji postupak temelji se na pažljivoj procjeni rizika. Danas se za PEP nakon profesionalne ekspozicije HIV-u (HIV PEP) preporučuje primjena antiretrovirusnih lijekova (ARL) koji se i inače koriste u liječenju HIV-infekcije. Američke preporuke za većinu slučajeva (uglavnom ekspozicije niskog rizika) predviđaju primjenu dva ARL-a (tzv. temeljni režim), dok se u rijetkim slučajevima (ekspozicije visokog rizika) preporučuje primjena tri ARL-a (tzv. prošireni režim). Europske preporuke za većinu situacija predviđaju primjenu tri ARL-a. Najčešće se preporučuje kombinacija dva analoga nukleozida, ev. uz dodatak jednog inhibitora proteaze. Kad se zna ili sumnja da je virus kojim je zaražen izvorni bolesnik rezistentan na jedan ili više gore navedenih ARL-a, preporučuje se izbor lijekova na koje virus nije rezistentan. Svrha je primjene ARL-a u postekspozicijskom postupku da u ranom stadiju HIV-infekcije, tzv. razdoblju "prozora", spriječe utemeljenje HIV-infekcije odnosno izazovu njezinu eliminaciju prije razvoja ireverzibilne sistemske infekcije i serokonverzije. Samo primjena zidovudina rano nakon profesionalne ekspozicije smanjuje rizik HIV-infekcije za > 80% što je, u odsutnosti drugih, osobito prospektivnih studija, dovoljan razlog za primjenu ARL-a u postekspozicijskoj profilaksi. Odgođena primjena ARL-a nakon ekspozicijskog incidenta jedan je od čimbenika koji smanjuju učinkovitost HIV PEP-a. Kad postoje indikacije za njenu primjenu, PEP se mora započeti provoditi čim prije, najbolje unutar 48 sati od ekspozicije, a svakako ne nakon što prođe više od 72 sata. Stoga se uvode brzi testovi za dokaz protutijela na HIV (brzi anti-HIV-testovi) kojima se čak u roku od jednog sata može utvrditi HIV-serostatus izvornog bolesnika i eksponiranog ZD-a, i na temelju toga donijeti odluka o započinanju HIV PEP-a.

Otkad su se pojavili podaci o učinkovitosti PEP-a, udio ZD-a koji nakon ekspozicije uzima HIV PEP se udvostručio. Neopravdana primjena HIV PEP-a povećava troškove, a ujedno dovodi do nepotrebnog izlaganja ZD-a antiretrovirusnim lijekovima koji mogu uzrokovati i ozbiljne nuspojave. Stoga je danas najveći izazov izbjeći prekomjernu primjenu HIV PEP-a, ponajprije nakon ekspozicija koje nose mali ili nikakav rizik HIV-infekcije.

## Zaključak

Zahvaljujući dosadašnjim preventivnim mjerama koje se u Hrvatskoj provode od prije pojave prvih osoba zaraženih HIV-om, stopa prevalencije HIV-infekcije u Hrvatskoj ostala je niska. Vjerojatno iz tog razloga dogodio se mali broj ekspozicijskih incidenata u zdravstvenih djelatnika koji su uključivali krv osobe zaražene HIV-om, pa do sada nije zabilježen niti jedan slučaj profesionalne infekcije HIV-om u nekog zdravstvenog djelatnika u Hrvatskoj. Međutim, treba naglasiti kako će broj zaraženih osoba iz dana u dan biti sve veći, a o osobama zaraženim HIV-om skrbit će sve veći broj zdravstvenih djelatnika. Svi oni neće u svakoj situaciji znati serološki status osobe o kojoj skrbe, pa je stoga važno inzistirati na kontinuiranoj edukaciji zdravstvenih djelatnika o provođenju standardnih mjera zaštite. Osim toga, treba inzistirati na njihovom pridržavanju, a u slučaju kad se dogodi ekspozicijski incident, treba provesti adekvatan postekspozicijski postupak u cilju sprječavanja HIV-infekcije u eksponiranog zdravstvenog djelatnika.

**TABLICA 1: Procjena rizika infekcije zdravstvenog djelatnika nakon profesionalne ekspozicije patogenima koji se prenose krvlju, s obzirom na oblik ekspozicije** (prerađeno prema Gerberding JL. Management of occupational exposures to blood-borne viruses. N Engl J Med 1995.)

		VRSTA INCIDENTA rizik prijenosa	
VIRUS	PERKUTANI	MUKOKUTANI	UGRIZ
HBV	2 - 40 %	moгу' (ve'i nego za HCV i HIV)	moгу'
HCV	3 - 10 %	vjerojatan	nije dokazan
HIV	0,2 - 0,5 %	moгу' (procjenjuje se na 0,1%)	vjerojatan

\*HBV = virus hepatitisa B; HCV = virus hepatitisa C; HIV = virus humane imunodeficijencije.

**TABLICA 2: Čimbenici rizika koje treba razmotriti prilikom procjene rizika profesionalne ekspozicije zdravstvenog djelatnika** (prerađeno prema CDC. Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the Manage-

ment of Occupational Exposures to HBV, HCV, and HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. MMWR 2001)

#### VRSTA EKSPOZICIJE

- ✺ perkutana ozljeda
- ✺ ekspozicija sluznice
- ✺ ekspozicija neozlijeđene kože
- ✺ ugrizi koji uključuju krv

#### VRSTA I KOLIČINA TEKUĆINE/TKIVA

- ✺ krv
- ✺ ostale tekućine koje sadrže krv
- ✺ potencijalno zaražene tekućine i tkiva (sjemena, vaginalna, cerebrospinalna, sinovijska, pleuralna, peritonealna, perikardijalna i amnijska tekućina)
- ✺ izravni dodir s koncentratom virusa

#### SEROSTATUS IZVORNOG BOLESNIKA

- ✺ prisutnost HBsAg
- ✺ prisutnost protutijela na HCV
- ✺ prisutnost protutijela na HIV

#### PRIJEMLJIVOST EKSPONIRANE OSOBE

- ✺ podatak o HBV cijepljenju i titru zaštitnih protutijela
- ✺ imunološki status za HBV, HCV i HIV

\* HBsAg = površinski antigen hepatitisa B virusa; HBV = virus hepatitisa B; HCV = virus hepatitisa C; HIV = virus humane imunodeficijencije.

### **TABLICA 3: Postupnik za zbrinjavanje ekspozicijskih incidenata u zdravstvenih djelatnika nakon profesionalne izloženosti krvi i patogenima koji se prenose krvlju**

#### KORAK 1:

##### Primarna profilaksa

- ✺ nespecifična profilaksa (prevencija ekspozicije)
- ✺ cijepljenje protiv HBV

#### KORAK 2:

##### Dekontaminacija mjesta ekspozicije

- ✺ mjesto ozljede oprati vodom i sapunom
- ✺ sluznice isprati čistom vodom
- ✺ oči isprati čistom vodom ili sterilnom otopinom za ispiranje

#### KORAK 3:

#### Evaluacija ekspozicije

- ✺ pozvati liniju samopomoći ("needlestick hotline") ili posjetiti savjetovanište
- ✺ procjena ekspozicijskog rizika
- ✺ evaluacija ekspozicijskog incidenta: vrsta ekspozicije, vrsta i količina krvi
- ✺ evaluacija izvornog bolesnika: određivanje infektivnog statusa: HBsAg, anti-HCV, anti-HIV
- ✺ evaluacija eksponiranog zdravstvenog djelatnika: podatak o HBV-cijepljenju i odgovoru na cijepljenje; HBV, HCV i HIV serostatus
- ✺ savjetovanje

#### KORAK 4:

##### Brza trijaža i započinjanje PEP-a

- ✺ postekspozicijski postupak za HBV
- ✺ imunoprofilaksa (ako je indicirana)
- ✺ postekspozicijski postupak za HCV
- ✺ serološko praćenje
- ✺ postekspozicijski postupak za HIV
- ✺ kemoprofilaksa (HIV PEP)

#### KORAK 5:

##### Prijava ekspozicijskog incidenta

- ✺ vrijeme ekspozicije
- ✺ detalji o okolnostima ekspozicije
- ✺ podaci o načinu ekspozicije
- ✺ podaci o izvoru ekspozicije
- ✺ podaci o eksponiranoj osobi
- ✺ podaci o savjetovanju, postekspozicijskom postupku i praćenju

#### KORAK 6:

##### Kliničko praćenje

- ✺ sljedeći susret istog ili idućeg radnog dana
- ✺ evidentiranje i testiranje u diskreciji
- ✺ savjetovanje
- ✺ preventivna edukacija
- ✺ po potrebi serološko praćenje tijekom 6-12 mjeseci

Legenda: HBV = virus hepatitisa B; HCV = virus hepatitisa C; HIV = virus humane imunodeficijencije; HBsAg = površinski antigen HBV; anti-HCV = protutijela na HCV; anti-HIV = protutijela na HIV; PEP = postekspozicijska profilaksa.

# Uloga liječnika obiteljske medicine u „Hrvatskom modelu“ liječenja ovisnosti o drogama

Svjetska zdravstvena organizacija definira ovisnost kao: "Kronični recidivirajući poremećaj sa biološkom i genetskom osnovom, a ne nedostatak želje za apstinencijom". (1) To je danas općenito prihvaćeno, ali samo kad je u pitanju ovisnost o tradicionalnim drogama (alkohol, duhan), dok se na ovisnost o ilegalnim drogama najčešće gleda kao na kriminalno ponašanje. Zbog toga se je godinama problem ovisnosti o drogama prvenstveno pokušavao riješiti represijom. Međutim, zbog neuspjeha represivnog pristupa, a osobito zbog širenja AIDS-a i hepatitisa, u posljednjih 20-tak godina raste svijest o važnosti liječenja ovisnika.

Temelj medicinskog liječenja ovisnosti (« Medically Assisted Treatment») je uporaba lijekova, prvenstveno opijatskih agonista. Zbog zaposjedanja receptora na koje bi se vezale droge, oni su terapijski antagonisti (iako farmakodinamski agonisti), a zbog svog agonističkog efekta sredstvo koje može privući veliki broj ovisnika i zadržati ih u liječenju.

Opijatski agonisti se koriste ili kao pomoć u prestanku konzumiranja droga - detoksifikacija ili kao trajno, ponekad i doživotno davanje - održavanje. Mnogi, nerijetko i liječnici ne razumiju i ne prihvaćaju ideju terapije održavanja, a upravo je održavanje najčešći oblik uporabe opijatskih agonista. Evropski centar za ovisnosti o drogama, EMCDDA, 2001. govori o „ključnoj ulozi opijatskih agonista“ u liječenju ovisnosti i konstatira da supstitucijska terapija predstavlja najčešće korištenu terapijsku opciju u EU, tada oko 300 000, 2005. već 530 000 osoba (2,3).

## Liječenje ovisnosti u RH

Epidemija ovisnosti o drogama, posebno heroinske ovisnosti, koja se je 80 i 90- tih godina širila Evropom nije, a uostalom nije ni mogla, zaobići Hrvatsku. Međutim, u Hrvatskoj se je dogodio neuobičajen odgovor na problem ovisnosti. Većina zemalja niti ulaganjem značajnih sredstava ne uspijeva omogućiti tretman najvećem broju ovisnika. U SAD je svega 20% heroinskih ovisnika u tretmanu, a u EU 16-18% (14,15). U Hrvatskoj nisu prošle ni tri-četiri godine od trenutka dijagnosticiranja ozbiljne epidemije do implementacije modela i uključivanja u tretman više od tisuću heroinskih ovisnika (11). Teško je utvrditi sve razloge za tako uspješan „hrvatski odgovor“, ali su dva sigurno značajna. Prvo je tradicija psihijatrije, osobito socijalne psihijatrije. Još od 1971., u KB „Sestara Milosrdnica“ djeluje specijalizirani odjel za ovisnosti, prvi u ovom dijelu Evrope, koji je vodio i još uvijek vodi prof. Sakoman, koji je educirao i pružao podršku svima koji su se bavili liječenjem ovisnosti, ne samo u Hrvatskoj već i susjednim zemljama. Istovremeno, Hrvatska je imala i snažnu tradiciju obiteljske i socijalne medicine. Prožimanjem tih dvaju pristupa: socijalne psihijatrije i obiteljske medicine sa socijalnom osjetljivošću, stvoren je hrvatski pristup liječenju ovisnosti koji se temelji na ključnoj ulozi obiteljskih liječnika u bliskoj suradnji sa psihijatrima. U Hrvatskoj je tako uspostavljen model kakvog preporučuje SZO i UNAIDS u dokumentu iz 2004.: "Liječenje velikog broja heroinskih ovisnika zahtjeva model koji će biti integriran u postojeći sustav primarne zdravstvene i socijalne zaštite". (4)

## Liječenje ovisnosti u općoj medicini ima sljedeće prednosti:

- ⋮ Omogućava najveću moguću dostupnost liječenja.
- ⋮ Holistički pristup - ovisnosti se liječi zajedno sa ostalim bolestima, koje su često ozbiljniji problem od sama ovisnost: zarazne bolesti, psihijatrijski komorbiditet
- ⋮ Degetoizacija, čime se izbjegava koncentracije pacijenata i stvaranje narkoscene, koja pogoduje konzumiranju ilegalnih droga
- ⋮ Destigmatizira se ovisnike time što koriste zdravstvenu skrb zajedno sa ostalim pacijentima.

„Hrvatski model“  
prepoznat je u svijetu,  
te se daje kao primjer  
dobro ustrojenog i efikasnog  
modela liječenja  
heroinske ovisnosti



### Najniži troškovi liječenja

Ono što hrvatski model čini jedinstvenim u svijetu je to što se liječenje provodi isključivo kod liječnika opće medicine koji surađuju sa stručnjacima za ovisnosti („shared care“).

Time je osigurana izvanredna dostupnost liječenja uz osiguranje stručne kvalitete:

❖ Procjenjuje se da od 2400 ordinacija obiteljske medicine njih više od 1200 ima u skrbi barem jednog ovisnika o drogama.( 5 )

❖ Osiguranje stručne kvalitete omogućuju regionalni Centri za izvanbolničko liječenje ovisnosti koji su specijalističko-konzilijarni centri za liječnike opće medicine koji imaju ovisnike u tretmanu.

Kao što je rečeno, terapija opijatskim agonistima je temelj svakog sustava koji želi osigurati javnozdravstveno relevantnu skrb o ovisnicima. U ordinacijama OM u Hrvatskoj liječnici i sestre provode: propisivanje metadona ili buprenorfina, nadzor uzimanja lijeka, priprema “take homes”, doza za uzimanje kod kuće. Metadon se primjenjuje od 1991. i Hrvatska je bila jedna od prvih zemalja u Evropi u

kojoj se je on koristio u izvanbolničkom liječenju .

Od 2004, je registriran i buprenorfin. Karakteristike buprenorfina, osobito njegov siguran profil, čine ga idealnim opijatskim agonistom za primjenu u OM i on se sve više propisuje. Pojava buprenorfina privukla je u liječenje dio pacijenata koji se godinama nisu javljali jer im je bio neprihvatljiv protokol davanja metadona. No, da bi se neki model proglasio uspješnim treba vidjeti i rezultate.

Iako nedostaju istraživanja koja bi dala evaluaciju stanja, podaci koje imamo omogućuju procjenu glavnih pokazatelja: Obuhvat liječenjem. Procjenjuje se da je više od 50% ovisnika u Hrvatskoj uključeno u liječenje. U mjestima gdje je sustav osobito dobro organiziran vjerojatno i više od 70%. ( 8 ) Zadržavanje u tretmanu («retention rate»), - jedan od najvažnijih pokazatelja uspješnosti sustava, je preko 80% ( 8 ). Stopa smrtnost ovisnika i smrtnost od predoziranja značajno niža od evropskog i svjetskog prosjeka ( 4,7 ).

Stopa AIDS i HIVa kod ovisnika je među najnižim na svijetu ( 0,7 % u 2005.) ( 7 ) Postotak HBV i HCV pozitivnih je u evropskom prosjeku i prati pad koji se bilježi u zemljama EU (3,7). Zbog svega toga je „Hrvatski model“ prepoznat u svijetu, te se u stručnim krugovima, skupovima i literaturi daje kao primjer dobro ustrojenog i efikasnog modela liječenja heroinske ovisnosti. (12,13 )

### HIV i AIDS kod ovisnika

Kao što je rečeno, postotak HIV pozitivnosti i AIDS- a kod ovisnika u Hrvatskoj su među najnižima u Evropi i svijetu i ne pokazuje znakove porasta. To je zanimljivo sa obzirom da je postotak HCV pozitivnih sličan kao u većini zemalja zapadne Evrope( 60-70% i.v. ovisnika ), kao i na to da i do 70%i.v. ovisnika dijeli pribor ( 7 ). Liječenje ovisnosti, osobito uporaba opijatskih agonista smatra se jednim od najznačajnijih preventivnih mjera u sprečavanju širenja HIV infekcije. S obzirom na izvanrednu dostupnost liječenja u ambulantama opće medicine možemo smatrati da je to utjecalo na nisku prevalenciju HIV infekcije u Hrvatskoj. Osim toga, već navedenim prednostima: destigmatizacijom, decentralizacijom i degetoizacijom, liječenje u OM pomaže održavanju socijalnog kontakta što je indirektan protektivni faktori i za širenje infekcija.

## Problemi u provođenju liječenja ovisnosti u RH

Naravno i tako dobro zamišljen model ima nedostataka i problema. Neki su intrinzični nedostaci, cijena koju treba platiti ako se želi imati ranije navedene prednosti:

- ⋮ otežano osiguranje kvalitete zbog uključenosti velikog broja liječnika i sestara
- ⋮ veća mogućnost zlouporabe lijekova nego u strogo centraliziranom sustavu
- ⋮ nezadovoljstvo dijela pacijenata takvim modelom, jer bi neki radije problem ovisnosti sakrili od svog liječnika.

Najveći dio problema je rezultat je nedovoljnog ulaganja i brige državnih institucija:

Dio liječnika OM se ne pridržava predviđene procedure, izdaju tablete u originalnom pakovanju i na duži rok nego što je preporučeno, ne šalju pacijente na kontrolu u Centre. S obzirom da se vrlo rijetko ili nikad ne provodi kontrola propisivanja i izdavanja opijata od strane nadležnih tijela, takva pojava ne treba čuditi.

## Nedostatna edukacija

Edukacija liječnika OM i sestara i svih drugih koji sudjeluju u liječenju ovisnika je nedostatna i ne provodi se sustavno.

Problem pronalaska liječnika za provođenje terapije.

U gradovima sa velikim brojem ovisnika problem je pronaći liječnika OM koji bi primio ovisnika, ako on/ona nije od ranije njegov pacijent, a nije razrađen model koji bi riješio taj problem. Neplaćanje rada sa ovisnicima. Liječnicima OM rad sa ovisnicima nije posebno plaćen iako se radi o posebno zahtjevnom poslu. Nagrađivanje liječnika može ublažiti problem pronalaska liječnika, poboljšati komunikaciju Centara i OM, te unaprijediti prijavljivanje i kvalitetu podataka. Iskustvo Istarske županije, koja već četvrtu godinu nagrađuje liječnike koji provode metadonski program, pokazuje da se mogu ostvariti sva navedena očekivanja.

## Zaključak

Po svojim karakteristikama i specifičnostima može se reći da postoji «Hrvatski model» liječenja ovisnosti o drogama. Ključ modela je kooperacija između Centara za

izvanbolničko liječenje i liječnika obiteljske medicine, koja osigurava izvanrednu dostupnost liječenja uz osiguranje kvalitete. Najveći dio skrbi o ukupnom zdravlju ovisnika, uključivši i terapiju opijatskim agonistima, provode timovi obiteljske medicine. Od 2400 liječnika OM, njih više od polovice ima barem jednog ovisnika u skrbi, što je jedinstveni slučaj u svijetu. Iako bez dovoljne podrške državnih institucija, zahvaljujući stručnosti i entuzijazmu liječnika, sestara i drugih stručnjaka, rad sa ovisnicima u Hrvatskoj je još uvijek na visokom profesionalnom nivou, što potvrđuju i svi pokazatelji.

## Literatura:

1. WHO, Neuroscience of psychoactive substance use and dependence ISBN,92-4-159124-2
2. EMCDDA, Drugs in focus, ISSN 1681-5157, 2001, HYPERLINK "<http://www.emcdda.org>" [www.emcdda.org](http://www.emcdda.org)
3. 2005 Annual report on the state of the drugs problem in Europe, EMCDDA, Lisabon, 2006
4. WHO/UNODC/UNAIDS Position paper, Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention, ISBN 9241591153
5. Ivančić A., Tiljak H., Heroin addict as any other chronic patient, 6th EUROPAD conference, Paris, 2004
6. Fiellin D. et al, Methadone Maintenance in Primary Care, JAMA, Oct. 10, 2001
7. Izvješće o osobama liječenim zbog zlouporabe opojnih droga u RH u 2005. HZZJZ, Zagreb
8. Izvješće o stanju ovisnost u Istarskoj županiji u 2005.
9. Hrvatski zdravstveno statistički ljetopis za 2000-2002., HZZJZ, Zagreb
10. Sakoman S., Društvo bez droge, Institut «Ivo Pilar» 2002.
11. Ivančić A., Methadone treatment in Croatia, Heroin Addiction and Related Clinical Problems, Vol.4. N.3 Dec.2002.
12. Johnson J., Chemical and Engineering News 2002.
13. Ulmer A., Primary care physician and addiction treatment in Germany, Decentralisation and take-home policy, Heroin Addiction and Related Clinical Problems, Dec.2005
14. Vom Tabu zur Normalität" - Gerlach and Stoeber, based on „Drug Treatment Overviews“ (EMCDDA 2005:
15. Office of National Drug Control Policy :Policy Paper- Opiate Agonist Treatment, Washington DC, March 1999.



# Haiti je ishodište HIV-a podtipa B

Prema istraživanju virusa, prikazanom na 14. konferenciji o retrovirusima i oportunističkim infekcijama u Los Angelesu, Haiti je mjesto s najstarijom epidemijom HIV-a izvan Afrike i početak je lanca HIV-a zabilježenog u Sjevernoj Americi i Europi.

Međunarodni tim stručnjaka utvrdio je da je prevladavajući tip HIV-a na Haitiju, SAD-u i Europi - HIV-1 grupa M, podtip B - prešao iz Afrike na Haiti oko 1966. godine. HIV se proširio Haitijem prije nego što je migrirao s Haitija u SAD, a nakon toga i u ostatak svijeta između 1969. i 1972. godine. Istraživanje također sugerira da je HIV-1 grupe M nastao relativno nedavno, vjerojatno ne prije ranih godina 20. stoljeća.

Točne okolnosti pojave lanca HIV-a u SAD-u i Europi dugo su bile predmet rasprava. Istraživači iz SAD-a, Danske i Velike Britanije sastavili su kompletne HIV-1 env sekvence gena od uzoraka dobivenih od pet haićanskih pacijenata s AIDS-om između 1982. i 1983. koji su nedugo prije toga migrirali u SAD. Da bi provjerili hipotezu o podrijetlu podtipa B, proveli su filogenetsku analizu pet uzoraka dobivenih od spomenutih pacijenata i 117 uzoraka od pacijenata iz 19 različitih zemalja. Mogućnost da je podtip B ipak američkog, odnosno ne-haićanskog podrijetla odbačena je u korist haićanskog podrijetla.

Teorija je potvrđena analizom gag sekvence uzoraka virusa. Prema analizama istraživača, HIV-1 došao je iz Afrike na Haiti sredinom 60-ih godina prošlog stoljeća, u vrijeme kad se veliki broj Haićina vraćao s rada u Kongu.

Između 1969. i 1972. godine jedna zasebna migracija odnijela je podtip B izvan Haitija. Istraživači su tu migraciju nazvali pandemic clade, koja predstavlja «ključnu prekretnicu u pandemiji AIDS-a». HIV je prenesen u SAD iz jednog izvora početkom 1970-ih godina, što odgovara daljnjoj epidemiologiji HIV-a u SAD-u.

Prvi slučajevi AIDS-a zabilježeni su približno 10 godina poslije, odnosno 10 godina nakon što je HIV prenesen s Haitija, što odgovara intervalu od infekcije HIV-om pa do progresije u AIDS i smrt. Zanimljivo je da je i samo jedan haićanski izvor bio dovoljan i za epidemiju podtipa B na Trinidadu i Tobagu.

Haiti je dugo bio spominjan kao izvor pandemije AIDS-a. Često se s omalovažavanjem govorilo da AIDS pogađa 3 H - Haićane, homoseksualce i hemofiličare. Istraživači su zaključili da su rijetke, zasebne infekcije bile najbitnija točka masovnih izbijanja HIV-a. Također vjeruju da njihovi rezultati pokazuju da se predak M-grupe HIV-a nije pojavio prije ranih godina 20. stoljeća, vjerojatno oko 1930. godine.

Delegat Haitija koji je sudjelovao na konferenciji oštro je reagirao na prezentaciju dr. Worobeyja naglašavajući rezultate ranijih istraživanja koja nisu našla dokaze o HIV-infekciji u uzorcima pohranjenim u njegovoj zemlji. Dr. Worobey je odgovorio da namjera nije bila proglasiti niti jednu državu ili osobu krivcem za epidemiju HIV-a, ali je i ponovno naglasio da je filogenetička analiza jasno pokazala Haiti kao izvor epidemije podtipom B.

#### Reference:

Worobey Michael i sur.: [Exodus and genesis: the emergence of HIV-1 group M subtype B.](#)

[14. konferencija o retrovirusima i oportunističkim infekcijama, Los Angeles, 2007.](#)

# Dijafragma i lubrikanti ne pružaju ženama efikasnu zaštitu od HIV-a

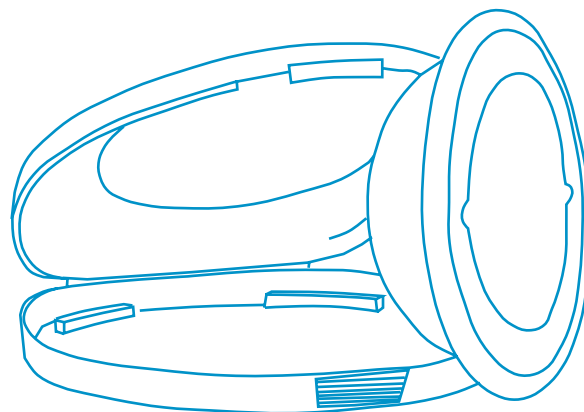
Lateks dijafragma i lubrikanti ne pružaju dodatnu zaštitu od HIV-infekcije kada se koriste zajedno s muškim prezervativima – rezultat je istraživanja na slučajno odabranom uzorku MIRA-e (Methods for Improving Reproductive Health in Africa) objavljenog u Early Online Publication izdanju medicinskog časopisa „The Lancet“. Istraživanje su u Južnoafričkoj Republici i Zimbabveu provodili UCSF-a, Women`s Global Health Imperative, Ibis Reproductive Health, University of Zimbabwe, Medical Research Council of South Africa te Perinatal HIV Research Unit of South Africa uz potporu fondacije Bill & Melinda Gates. Trajalo je od kolovoza 2003. do prosinca 2006. godine, a njime se željela ispitati efikasnost dijafragme i lubrikanata u prevenciji HIV-a u žena. U istraživanju je sudjelovalo približno 5000 spolno aktivnih, HIV-negativnih žena u dobi od 18 do 49 godina.

Iako istraživači pišu da su rezultati njihove studije „razočaravajući“, ustanovili su da, iako su žene u interventnoj skupini prijavile značajno niži stupanj korištenja prezervativa (54%) u odnosu na kontrolnu skupinu (85%), nisu imale povećani rizik od HIV-infekcije.

## Klinički kontekst

Južna Afrika smatra se epicentrom pandemije HIV/AIDS-a. Procijenjeno je da je više od 20% spolno aktivne populacije u Zimbabveu i Južnoafričkoj Republici HIV-pozitivno. Žene u tim zemljama su u dvostruko većem riziku od infekcije

**Lateks dijafragma i lubrikanti ne pružaju dodatnu zaštitu od HIV-infekcije kada se koriste zajedno s muškim prezervativima – rezultat je istraživanja**



HIV-om zbog sociokulturalnih ograničenja i razlike u moći između žena i muškaraca, uslijed čega nisu u mogućnosti pregovarati o upotrebi prezervativa. Stoga su jeftine preventivne metode koje će žene moći kontrolirati hitno potrebne. Budući da su farmaceutske intervencije još godinama daleko, međunarodni tim istraživača kreirao je veliko istraživanje na slučajno odabranom uzorku kako bi ispitali pruža li dijafragma ikakvu zaštitu od HIV-infekcije. Rezultati prijašnjih istraživanja pokazuju da dijafragma, koja se diljem svijeta koristi kao kontracepcijsko sredstvo, može smanjiti incidenciju bakterijskih spolnoprenosivih bolesti kao što su klamidija i gonoreja (koje povećavaju rizik od zaraze HIV-om). Smatra se da dijafragma i na druge načine može štiti od HIV-infekcije. Prekrivanjem cerviksa dijafragma štiti stanice posebno osjetljive na HIV od ekspozicije sjemenoj tekućini.

## Dizajn istraživanja

Kao što je već spomenuto, u istraživanju je sudjelovalo približno 5000 spolno aktivnih žena iz Durbanu, Johannesburga i Hararea. Nakon skrininga (kriteriji za uključivanje bili su sljedeći: žene u dobi od 18 do 49 godina, spolno aktivne - u prosjeku četiri ili više snošaja mjesečno, HIV-negativne, negativne ili liječene od Chlamydia Trachomatis i Neisseria Gonorrhoea te da imaju zdrav cerviks) randomizirane su u dvije grupe - interventnu i kontrolnu. Interventnoj grupi su, osim prezervativa, podijeljene dijafragme od lateksa i lubrikanti na bazi vode, dok je kontrolna grupa dobila samo prezervative. Obje grupe primile su opsežan preventivni HIV-paket koji se sastojao od prezervativa, predtestnog i posttestnog savjetovanja o HIV-u te intenzivnog savjetovanja o smanjenju rizika i spolnoprenosivim bolestima, testiranja i liječenja izlječivih spolnoprenosivih bolesti. Tijekom savjetovanja naglašena je uloga prezervativa kod prevencije HIV-a (prezervativi su istaknuti kao jedina poznata metoda HIV-prevencije). Tijekom trogodišnjeg istraživanja žene su kvartalno testirane na HIV i ostale spolnoprenosive bolesti te ispitivane o njihovom stupnju korištenja dijafragmi i/ili prezervativa.

## Rezultati

Za vrijeme trajanja studije ukupno je 309 žena serokonvertiralo na HIV (stope incidencije bila je 4% na 100 osoba godišnje). Stope incidencije bile su gotovo identične u obje grupe - u interventnoj grupi iznosila je 4,1%, a u kontrolnoj 3,9%. Istraživači su stoga zaključili da dijafragma i lubrikanti ne pružaju dodatnu zaštitu od HIV-infekcije kada su osigurani pored prezervativa te opsežnog preventivnog HIV-paketa.

## Zaključak

Iako su stope incidencije gotovo iste u obje grupe, žene iz interventne grupe reportirale su značajnije nižu upotrebu prezervativa (54%) u odnosu na kontrolnu grupu (85%) ( $p < 0.0001$ ). Istraživači pišu da rjeđa uporaba prezervativa u interventnoj od kontrolne grupe nije rezultirala povećanjem rizika od HIV-a, sugerirajući da je korištenje dijafragme moglo kompenzirati tu razliku u uporabi prezervativa.

S obzirom na to da je broj žena koje su koristile dijafragme, ali ne i prezervative mali, nisu mogli donijeti zaključak da dijafragma pruža određenu zaštitu od HIV-a.

S obzirom na to da nisu utvrđene protektivne beneficije dijafragme i lubrikanata, ženama koje ne mogu uvjeriti svoje partnere da koriste prezervativ i dalje su i te kako potrebne metode zaštite koje kontroliraju one same.

### Reference:

Carter, M.: [Diaphragms and lubricant are not effective HIV prevention for woman, major trial shows; Aidsmap](#)  
Berclay, L.: [Diaphragm, Lubricant Gel May Not Prevent HIV in Women; Medscape](#)

# „TORCH“ pretrage – novi parametri na Elecsys imunokemijskim analizatorima

## Uvod

U listopadu prošle godine, popis pretraga na Elecsys sustavima proširen je za 4 nova parametra, čime se zašlo u područje „TORCH“ pretraga (TORCH je kratica od Toxoplasmosis, Rubella, Cytomegaly i Herpes). Iskustvo sa visoko kvalitetnim analizama na Cobas Core sustavu korišteno je pri razvoju pretraga na Elecsys sustavu. Međutim, veliki izazov za tehnologe koji su razvijali ove metode bio je 1. korak ECL (elektrokemiluminiscencija) tehnologije. Problem je riješen upotrebom posebno prilagođenih čestica što je čak dovelo do poboljšanja novih analiza u usporedbi s onima koje se koriste na Cobas Core sustavima. Zbog toga Elecsys „TORCH“ analize u potpunosti predstavljaju tehnološki naj-suvremenije pretrage.

## Elecsys Toxo IgG

### Dijagnostička primjena:

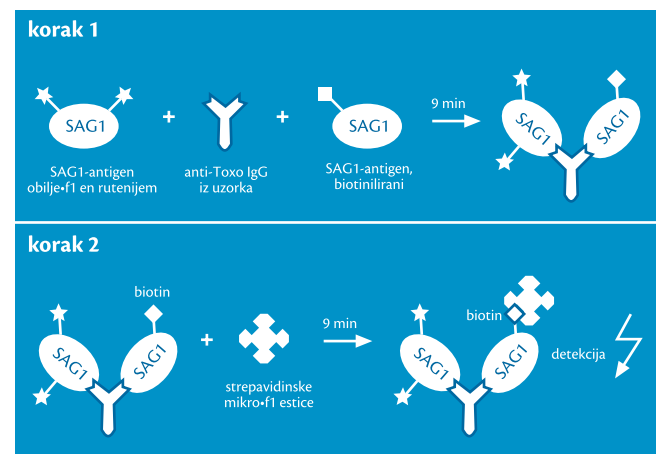
u procjeni serološkog statusa kod infekcije Toxoplasmom gondii kao pomoć pri utvrđivanju akutne infekcije Toxoplasmom u dijagnozi akutne infekcije stečene tijekom trudnoće koja se potvrđuje serokonverzijom ili značajnim porastom u titru protutijela (IgG i/ili IgM) u seriji uzoraka

### Princip analize (slika 1):

Elecsys Toxo IgG je kvantitativna sendvič analiza u jednom koraku (DAGS = Double Antigen Sandwich Assay) zas-

novana na rekombinantnom površinskom antigenu SAG1 (također poznat i kao p30). Rekombinantni SAG1 koji se koristi u Elecsys Toxo IgG reagensu dobiven je ekspresijom tog gena u E. coli, te njegovim pročišćavanjem i ponovnim zamatanjem. Tim postupkom dobiva se prirodno smotani (pogledajte sliku 2), topivi i imunološki potpuno aktivni protein SAG1. On ima točno definiranu strukturu koja sprečava vezanje IgM protutijela. Tako se vežu samo IgG (te IgA i IgE) protutijela.

slika 1



### Tumačenje rezultata:

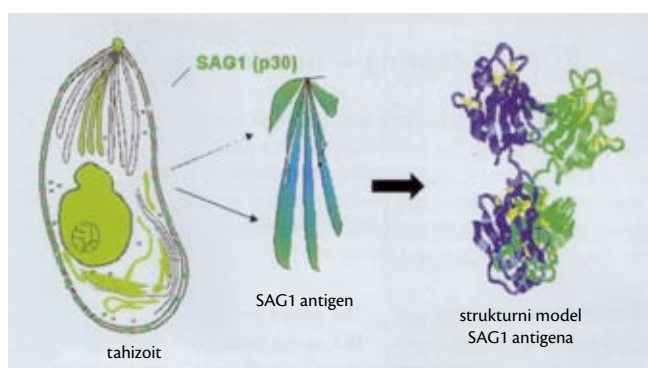
Nereaktivni:	< 1 IU/ml
Prijelazni (granični)	≥ 1 - 3 IU/ml
Reaktivni:	≥ 3 IU/ml

U slučaju prijelaznih (graničnih) rezultata potrebno je ponoviti određivanje. Ako uzorak i dalje pokazuje prijelazni rezultat, ispitivanje treba ponoviti nakon dva tjedna. Otkrivanje prisutnosti IgG protutijela specifičnih na Toxoplasmu u pojedinačnom uzorku može ukazati na prethodnu izloženost T. gondii, ali nije dovoljno za razlikovanje između akutne ili prikrivene (prošle) infekcije (bez obzira na vrijednost titra IgG protutijela). Prijelazni (granični) ili slabo pozitivni rezultati na Elecsys Toxo IgG mogu biti indicacija za ranu akutnu infekciju (čak i u odsutnosti Toxo IgM protutijela).

## Dinamički mjerni raspon do 650 IU/ml.

Vrijednosti IgG-a dobivene Elecsys Toxo IgG reagensom, iz uzoraka s latentnom infekcijom, najčešće su značajno više od onih koje se dobivaju pomoću reagensa Cobas Core Toxo IgG EIA II (a i u usporedbi s drugim Toxo IgG reagensima), što dovodi od pojave većine pozitivnih uzoraka u kliničkoj rutini. Dinamički mjerni raspon te odlična preciznost duž cijelog mjernog raspona (< 10%) omogućuju bolje razlikovanje između pozitivnih i negativnih rezultata upotrebom Elecsys analiza. Međutim, unatoč postojanju međunarodnog referentnog materijala, izračunate vrijednosti za Toxo IgG mogu značajno odstupati zbog razlika u principima određivanja i reagensima. Zbog toga vrijednosti dobivene različitim reagensima ne mogu biti korištene usporedno, npr. za praćenje mogućeg porasta titra unutar serije uzoraka.

slika 2



Posebno prilagođeni rekombinantni SAG1 antigen na Toxoplazmu

## Elecsys Toxo IgM

### Dijagnostička primjena:

Određivanje Toxo IgM protutijela općenito ukazuje na akutnu nedavnu ili ponovo aktiviranu infekciju Toxoplasmom.

### Princip analize (slika 3):

Elecsys Toxo IgM pretraga je  $\mu$ -capture analiza u jednom koraku koja se bazira na rekombinantnom SAG1 (također znan i kao p30) površinskom antigenu. Antigen ima polimernu strukturu koja dopušta vezanje IgM protutijela.

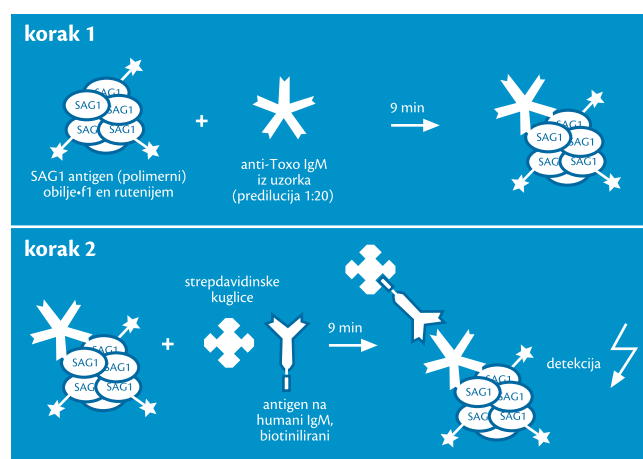
Toxo IgG iz uzorka veže se na neobilježeni monomerni

SAG1 antigen (on se nalazi u R1 komponenti e-pakiranja; taj dodatni element nije prikazan na slici 3).

## Reaktivnost Elecsys Toxo IgM-a na perzistirajući IgM

Pri stvaranju Elecsys Toxo IgM reagensa, glavni izazov bio je postići nisku reaktivnost na perzistirajući IgM. Rezultati vanjskih studija pokazali su da je u panelu od 35 uzoraka koji su sadržavali perzistirajuća IgM protutijela (> 3 mjeseca nakon infekcije), za koje je utvrđeno da su pozitivni drugim Toxo IgM analizama, samo za 25 uzoraka utvrđeno da su pozitivni pri određivanju Elecsys Toxo IgM reagensom, dok je za 25 uzoraka utvrđeno da su pozitivni pri određivanju Cobas Core Toxo IgM reagensom.

slika 3



### Tumačenje rezultata:

Nereaktivni:	< 0,8 COI
Prijelazni (granični):	0,8 – 1 COI
Reaktivni:	> 1 COI

(COI: cut-off indeks)

U slučaju graničnih rezultata potrebno je ponoviti određivanje. Ako je rezultat i dalje graničan, određivanje treba ponoviti nakon 2 tjedna. Vrijednost titra protutijela u uzorku ukazuje na infekciju s *T. gondii*, ali ne i na to koliko je vremena prošlo od infekcije.

### Sažetak:

Dvije analize za određivanje toksoplazmoze pokazuju visoku osjetljivost i visoku kliničku specifičnost što ih čini pouzdanima za određivanje akutne toksoplazmoze.

# Elecsys Rubella IgG

## Dijagnostička primjena:

pomoć pri utvrđivanju imunološkog statusa na Rubella virus, pomoć pri određivanju akutne infekcije virusom Rubelle.

## Princip analize (slika 4):

Elecsys Rubella IgG pretraga je sendvič pretraga u jednom koraku koja se zasniva na sendvič principu koji istovremeno koristi dvije metode:

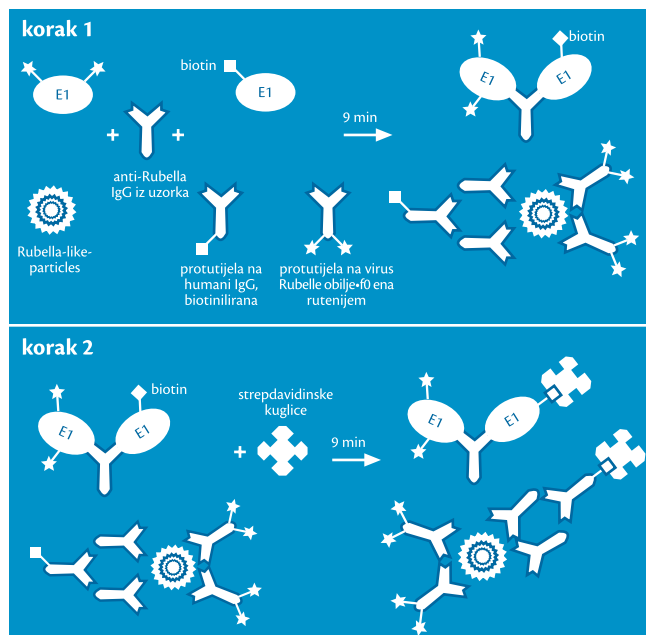
DAGS = Double Antigen Assay (analiza dvostrukog antigena) koja koristi rekombinantni E1 antigen,

Capture-analiza koja se zasniva na „Rubella-like-particles“ (česticama sličnim Rubella virusu).

Te čestice sastoje se od Rubella E1, E2 i antigena jezgre. One u „capture“ obliku omogućuju rano prepoznavanje IgG protutijela nakon serokonverzije. „Rubella-like-particles“ su rekombinantne čestice, dobivene ekspresijom u stanicama sisavaca. Te čestice nisu infektivne (vidi sliku 3).

Cut-off indeks od 10 IU/ml koristi se prema NCCLS smjernicama. Dijagnoza akutne infekcije postavlja se nakon značajnog porasta IgG titra mjerenjem u seriji uzoraka, ali u kombinaciji sa specifičnim određivanjem IgM protutijela.

slika 4



#### Tumačenje rezultata:

Nereaktivni:	< 10 IU/ml
Reaktivni:	≥ 10 IU/ml

## Elecsys Rubella IgM

### Dijagnostička primjena:

pomoć pri postavljanju dijagnoze akutne infekcije Rubellom.

### Princip analize (slika 5):

Elecsys Rubella IgM pretraga se također zasniva na gore spomenutim „Rubella-like-particles“ i koristi  $\mu$ -capture princip analize (vidi sliku 4).

#### Tumačenje rezultata:

Nereaktivni:	< 0,8 COI
Prijelazni (granični):	0,8 – 1 COI
Reaktivni:	> 1 COI

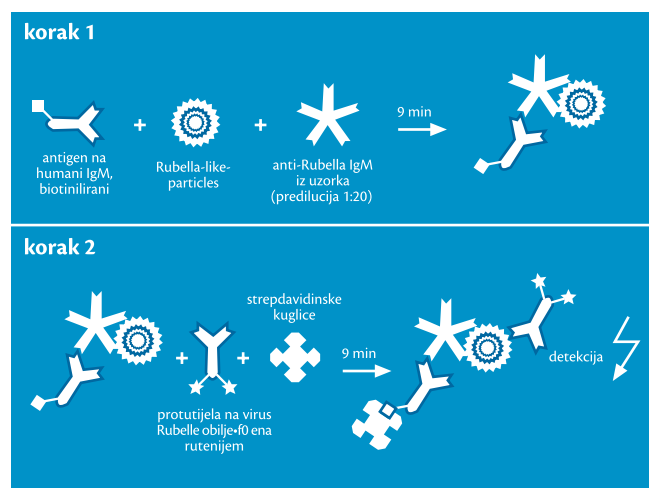
(COI: cut-off indeks)

U slučaju graničnih rezultata potrebno je ponoviti određivanje. Ako je rezultat i dalje graničan, određivanje treba ponoviti nakon tjedan dana. Vrijednost titra protutijela u pojedinačnom uzorku ne ukazuje na apsolutnu vrijednost IgM protutijela prisutnu u uzorku.

## Cijepljenje protiv virusa Rubelle

231 uzorak od 61 osobe cijepljene protiv virusa Rubelle ispitan je pomoću reagensa Elecsys IgG i Elecsys IgM u usporedbi s Cobas Core Rubella IgG i IgM reagensima. Srednji interval do prvog pozitivnog uzorka bio je 14,1 dan s Elecsys IgG i 19,7 dana s Cobas Core Rubella IgG reagensom. Rubella IgM protutijela nakon cijepljenja određivana Elecsys Rubella IgM reagensom, otkrivena su za 60 – 90 dana kasnije nego kod spontane infekcije.

#### slika 5



## Osjetljivost u ranoj i kasnoj akutnoj fazi infekcije:

### Rana akutna faza infekcije Rubella virusom (< 30 dana)

Od 109 uzoraka iz rane akutne faze infekcije (< 30 dana nakon pojave simptoma), koji su ispitivani na dva mjesta, za 87 je utvrđeno da su pozitivni na Elecsys Rubella IgM reagens, 4 uzorka su bila granična (reaktivna), a 18 ih je bilo negativno. Utvrđena je osjetljivost od 96% (COI ≥ 0,8) za Elecsys Rubella IgM reagens što je usporedivo s Rubella IgM reagensima drugih proizvođača.

### Kasna akutna faza infekcije Rubella virusom (> 30 dana)

Od 17 uzoraka iz kasne akutne faze (> 30 dana nakon pojave simptoma), za 6 je utvrđeno da su pozitivni na Elecsys Rubella IgM reagens, 1 uzorak je bio graničan (reaktivan), a 10 ih je bilo negativno.

Utvrđena je osjetljivost od 43% (COI ≥ 0,8) za Elecsys Rubella IgM reagens što je značajno niže od osjetljivosti reagensa drugih proizvođača i to jedna od ključnih značajki ovog novog reagensa.

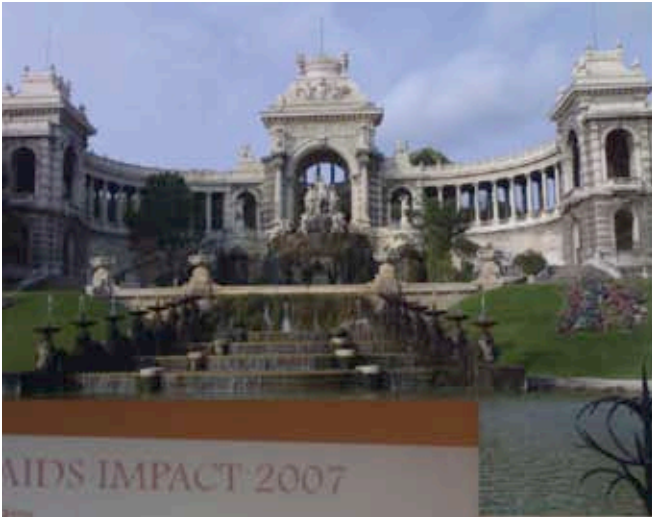
## Križna reaktivnost

Elecsys Rubella IgM reagens ima izvrsnu specifičnost od 97,2% u uzorcima s potencijalnom križnom reaktivnošću.

## Sažetak

Dvije analize za utvrđivanje infekcije Rubella virusom pokazuju osjetljivost i visoku kliničku specifičnost u kombinaciji s izvrsnom preciznošću kroz cijeli mjerni raspon. Kvantitativna korelacija Elecsys Rubella IgG reagens s reagensima drugih proizvođača leži u rasponu od 97 – 100%. Dodatno, Elecsys Rubella IgM ima nižu osjetljivost na perzistirajuća IgM protutijela nego većina komercijalno raspoloživih analiza.

No, pojava perzistirajućih IgM protutijela nije tako učestala kao pri infekciji Toxoplazmom. Različita osjetljivost za ranu i kasnu akutnu fazu infekcije doprinosi boljem praćenju infekcija Rubella virusom.



AIDS IMPACT 2007  
Conférence internationale  
sur les aspects psychologiques et sociaux de l'infection à VIH





# 8. Konferencija o biopsihosocijalnim aspektima HIV-bolesti AIDS IMPACT 2007 (Marseille, Francuska)

## „Ako ne sada, kada?“

Od 1. do 4. srpnja 2007. godine u Marseilleu (Francuska) održana je 8. međunarodna konferencija o biopsihosocijalnim aspektima HIV-bolesti (AIDS IMPACT 2007). AIDS IMPACT konferencija je najznačajniji i najvažniji međunarodni događaj specijalno posvećen humanističkim, ekonomskim i sociološkim znanostima na području HIV-epidemije. Organizator ove konferencije je AIDS IMPACT humanitarna zaklada, INSERM (nacionalni institut za zdravlje i medicinska istraživanja-istraživačka jedinica 379) i Institut za federativna istraživanja SHESS-AM (IFR 134 - "Human, Economic & Social Sciences applied to Health in Aix-Marseille). Posljednja konferencija koja se održala 2005. godine u Cape Townu (Južna Afrika) okupila je više od 700 sudionika iz cijeloga svijeta, a ova je okupila više od 1000 sudionika, od čega je bilo više od 400 predavača. Također, bila je to jedinstvena prilika da se da više prostora istraživanjima u društvenim znanostima koje se bave epidemijom HIV-a u zemljama u razvoju. Prva konferencija AIDS IMPACT organizirana je 1991. godine u Amsterdamu (Nizozemska) i od tada se održava svake druge godine. Fokus AIDS IMPACT 2007 konferencije

je stvoriti mrežu bioloških, psiholoških i socijalni aspekata HIV-a nudeći platformu gdje istraživači, praktičari i sami korisnici mogu razgovarati i debatirati. Održano je više od 600 prezentacija u obliku predavanja, radionica i postera s prikazom novih znanstvenih spoznaja i rasprave o biopsihosocijalnim pitanjima te naučenih lekcija s terena kako unaprijediti odgovor na HIV-epidemiju. Sudionici skupa bili su stručnjaci različitih profila zanimanja - od sociologa, antropologa, psihologa, ekonomista, epidemiologa, HIV-specijalista pa do članova zajednice, aktivista, HIV-organizacija.

Teme o kojima se govorilo na konferenciji su vezne uz HIV u sljedećim područjima:

- ✦ pristup liječenju za ljude koji žive s HIV-om od univerzalnog do tradicionalnog i alternativnog pristupa te različiti pristupi i modeli skrbi
- ✦ HIV/AIDS prevencija i istraživanja iste u kontekstu evolucije HIV-prevencije u klinikama za STD; percepcija i upravljanje rizikom i sigurnošću, mediji i internet, naučene lekcije za strategije u sutrašnjici, savjetovanje i terapija
- ✦ utjecaj HIV-a na različita područja ekonomije
- ✦ nuspojave HIV/AIDS terapije te posvećenost terapiji u biopsihosocijalnom kontekstu
- ✦ spol i HIV/AIDS
- ✦ mentalno zdravlje i HIV/AIDS
- ✦ učinak HIV-a na starenje i životno mijenjanje
- ✦ učinak HIV-a na djecu, siročad, životna očekivanja te kvalitetu života i dobrobit
- ✦ socijalna epidemiologija
- ✦ etika i zakonodavstvo
- ✦ vulnerabilne skupine, HIV i stigma
- ✦ parovi i HIV/AIDS
- ✦ religija i tradicionalna praksa
- ✦ istraživanje mogućnosti za razgovor i prakticanja odgovornosti u kontekstu HIV-a
- ✦ droge, alkohol i drugi napitci
- ✦ metodologija, etički i društveni izazovi u društvenim istraživanjima vezanim uz HIV.

Na otvaranju konferencije sudjelovali su predstavnici državne i lokalne vlasti te predstavnici akademske zajednice i predsjednici vodećih francuskih nevladinih organizacija na području HIV-a (SIDACTION i AIDES).

Znanstvena plenarna predavanja otvorila je dr. Olive Shisana (predsjednica socijalnog aspekta HIV/AIDS-a i zdravlja u vijeću za humanistička znanstvena istraživanja Južnoafričke Republike) s predavanjem kako Afrika može kontrolirati HIV/AIDS ako se oslanja na pristupe koji su temeljeni na dokazima. Naglasila je važnost znanstvenika u doprinosu kontrole AIDS-a u Africi preko implementacije znanstveno dokazanih ključnih strategija HIV-prevencije i terapije. Ukazala je na činjenicu da su istraživanja utvrdila kako su indikatori uspješnih preventivnih programa: znanje, kako se HIV prenosi te korištenje kondoma kod zadnjeg spolnog odnosa sa slučajnim partnerom. Također se osvrnula na utvrđene najdjelotvornije strategije prevencije HIV-a:

- bihevioralne intervencije (prema CDC, 2007.), prevencija novih spolnopenosivih infekcija

- povećano prakticiranje sigurnijih seksualnih strategija.

Naglasila je kako je važno da intervencije budu usmjerene na ciljane skupine kao što su muškarci koji imaju seksualne odnose s muškarcima, muškarci koji imaju seksualne odnose sa ženama, mladi te osobe koje žive s HIV-om. Upozorila je istraživače da ne smiju propustiti informirati javnost i vlasti o svojim istraživanjima. U istoj sekciji istraživač javnog zdravstva Bruno Spire iz Francuske govorio je o potrebi za dijalogom između istraživača i zajednice. Naglasio je da se treba voditi pristupom zajednice koja glasi „treba raditi zajedno s ljudima, a ne za ljude“. Također je naglasio da intervencije trebaju ciljati na motivacijske i bihevioralne dimenzije pacijenta te da treba zaustaviti fokusiranje na „opskrbu znanjem“. U svom predavanju želio je istaknuti da su novija istraživanja pokazala kako je stigma i diskriminacija vezana uz HIV i dalje jaka te negativno utječe na seksualnu prevenciju. Na kraju je zaključio - da bi došlo do napretka, društvo se mora promijeniti u smislu prekidanja kruga šutnje (otkrivanje HIV-serostatusa) te počinjanja slušanja priča HIV-oboljelih. „AIDS je onaj koji se mora isključiti, a ne osobe koje žive s HIV-om“ - misao je vodilja ovog predavača.

Već prvi dan u plenarnim predavanjima jedan od predavača dr. Michael Carter otkrio je kroz predavanje svoj HIV-status

i to u terminima psiholoških implikacija koje HIV-bolest ima na oboljele osobe. Pričao je o svom životu s HIV-om od same dijagnoze i poremećaja, prilagodbe koja je uslijedila, do depresije od koje pati 80% osoba oboljelih od HIV-a u nekom razdoblju svog života s HIV-om. Kao psihološki aspekt uzimanja antiretrovirusne terapije naveo je prilagodbu na promijenjenu realnost. Za kvalitetu života navodi da je najvažnije da osoba ima stabilnost, zdravu vezu i zaposlenje. Ono što najviše narušava tu istu kvalitetu života, što je dr. Carter potkrijepio osobnim iskustvom, ali i znanstvenim dokazima, je nezaposlenost, seksualna disfunkcija koja je prisutna kod gotovo 70% muškaraca, te stigma definirana kao osuđivanje i moraliziranje od strane drugih osoba koja je česta čak i od strane pripadnika MSM-zajednice kojoj on i sam pripada. Na kraju je skrenuo pozornost na preventivne intervencije koje moraju biti usmjerene na unapređivanje bihevioralnih vještina kako bi motiviralo pojedince da prakticiraju sigurniji seks. Bilo je to ujedno jedno od najupečatljivijih predavanja ove konferencije. K tome još i zanimljivije, jer je ta osoba ugledni psihijatar koji se bavi i uredništvom literature za NAM (AIDS tretman update, Velika Britanija).

„Open your ears“ (otvorite svoje uši), rekao je jedan od predavača. Time je mislio kako je došlo vrijeme da cjelokupna zajednica bude pripremljena i spremna slušati ono što im osobe koje žive s HIV-om žele reći, a one imaju nezamjenjivo iskustvo života s tom bolešću. Danas u Supsaharskoj Africi ima gotovo 12 milijuna djece siročadi koja su na izravan ili neizravan način pogođeni pandemijom HIV-a. Mnogi od njih sami žive s HIV-om, a često su sami pokopali jednog, ako ne i oba roditelja koji su preminuli zbog posljedica AIDS-a. To je nova generacija ljudi koja treba našu pomoć i podršku. Afrika još uvijek ne dobiva dovoljno pomoći kada je u pitanju prevencija i liječenje HIV-a. Danas samo 20% osoba koje žive s HIV-om, a koji su u potrebi, dobiva antiretrovirusnu terapiju. U Africi je već nekoliko godina aktualno pitanje mogu li žene zaražene HIV-om dobiti svoju djecu. Zbog kulturoloških i lokalnih običaja žena koja ne doji svoje dijete smatra se izopačenicom, onom koja je donijela u kuću nesreću, onom koja je bolesna. Naravno, ženama koje su zaražene HIV-om ne preporučuje se dojenje svoje djece, no drugi faktori danas polako daju naslutiti da bi se to moglo promijeniti. Nažalost, kao i mnoge druge stvari u Africi, i ova je povezana sa siromaštvom. Znamo da postoji formula

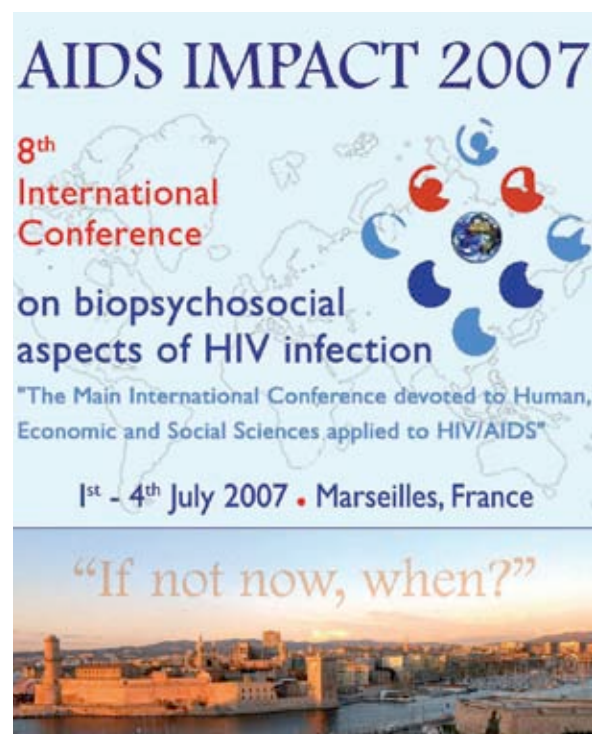
za dojenje (formula feeding) koja je sigurna za dojenčad i nema opasnosti za eventualnu zarazu HIV-om. No veću opasnost za dojenčad danas u Africi donosi ta formula nego dojenje majčinog mlijeka. Formula se miješa s vodom koja je vrlo često u tim krajevima prljava i puna parazita i bakterija. Time se izravno ugrožava zdravlje dojenčadi koja vrlo često dobivaju proljeve kojih se ne mogu riješiti, a nerijetko se događa da dojenčad umre zbog toga. Mnoge se žene pitaju što će im ta formula kada ugrožava njihovu djecu, tako da mnoge od njih radije doje svoju djecu. I neke nove smjernice Svjetske zdravstvene organizacije idu k tome da se prvih šest mjeseci može dojiti ako nema sigurne alternative. Ali tada se samo doji, ne smije se miješati formula i dojenje. Danas npr. u Keniji 96% djece u dobi od 10 do 11 mjeseci se još uvijek doji. Važno je da žena odluči hoće li izabrati dojenje ili formulu mlijeka. I u tom segmentu je važno savjetovanje, koje bi u svakom pogledu trebalo raditi tijekom trudnoće, kada se žena upoznaje s preventivnim mjerama sprečavanja zaraze s majke na dijete.

Bilo je mnogo zanimljivih predavanja i predavača na ovoj konferenciji i gotovo je nemoguće prenijeti sve dojmove u jednom članku. Za kraj još bismo htjeli skrenuti pozornost na fenomen SEROSORTING koji se često spominjao u istraživanjima vezanim uz prevenciju. Serosorting se odnosi na limitiranje prakticiranja nezaštićenih seksualnih odnosa s partnerima istog HIV-seorstatusa. Dakle, serosorting se smatra kao jedna od preventivnih mjera koje se prakticiraju u današnje vrijeme i kod osoba koje su HIV negativne kao i kod osoba koje su HIV-pozitivne. Istraživanjima je dokazano da su osobe koje prakticiraju serosorting pod povećanim rizikom od infekcije, jer ne percipiraju da su pod rizikom. Često osobe serosorting smatraju kao zamjenu za kondom, što nije, a to je jako važno naglasiti u preventivnim intervencijama. Osim serosortinga, pokazano je da istraživanja vezana uz HIV- cjepivo te dokazi vezani uz obrezivanje koje smanjuje vjerojatnost zaraze HIV-om, u općoj populaciji dovodi do potpuno suprotne pojave: povećanja rizičnog ponašanja.

Konferencija je u cijelosti postigla svoj cilj te je poslužila kao platforma za sudionike da čuju i raspravljaju o novim saznanjima vezano uz društvene aspekte HIV-a te da se međusobno umreže i podijele svoja iskustva.

Epidemija galopira mnogo brže nego što mi dajemo odgovor. Jak odgovor zajednice na epidemiju ostaje bitan i neophodan, ali zajednica ne može potpuno sama pobijediti epidemiju. Borba protiv HIV-a može uspjeti samo ako, ali samo ako su svi mobilizirani: znanstvenici, političari, aktivisti, osobe koje žive s HIV-om, obični građani. Isto tako, prevencija HIV-a može dati bolje rezultate ako će znanstvenici na psihosocijalnom polju raditi zajedno sa zdravstvenim radnicima i pripadnicima zajednice.

**Ako ne sada,  
kada?**



# Novo promišljanje testiranja na HIV

## Dan testiranja na HIV

Nacionalni dan testiranja obilježava se u SAD-u 27. lipnja, a Hrvatska pokušava slijediti pozitivne primjere promocije testiranja na HIV poput ovoga i uvesti dan testiranja na HIV. Centers for Disease Control (CDC) preporučio je u rujnu 2006. godine uvođenje opt-out testiranja na HIV kao dio rutinskog testiranja u zdravstvenim ustanovama za sve osobe u dobi od 13 do 64 godine. Ovakav način testiranja pokušat će ukloniti neke barijere koje su bile uočene kod drugih načina testiranja, i time povećati broj testiranja. CDC je preporučio da osobna procjena rizika, predtestno savjetovanje i informirani pristanak za testiranje na HIV više ne budu dio testiranja na HIV. Posttestno savjetovanje bit će ponuđeno samo onima koji su u velikom riziku od zaraze HIV-om, i to samo onda ako ne predstavlja barijeru za rutinsko testiranje.

## Preporuke za uvođenje rutinskog testiranja

Nove preporuke u SAD-u su da se svaka osoba u dobi od 13 do 64 godine treba testirati na HIV barem jedanput, a ona rizičnog ponašanja trebala bi se testirati barem jedanput godišnje.

Ovakva promjena u stavu vezanom za testiranje bila je predmet rasprava nekoliko godina. Veliki broj liječnika, udruga i javno-zdravstvenih stručnjaka podupire ovu ideju i smatra da je to način smanjenja broja (pre)kasno dijagnosticiranih, odnosno onih kod kojih je smanjena efikasnost terapije.

„Kad žena obavlja svoj godišnji ginekološki pregled, gineko-

log ne mora savjetovati osobu niti tražiti pristanak na testove koje obavlja. To se smatra standardom liječenja. Pacijenti očekuju od liječnika da mu pruži svu moguću liječničku skrb, napravi testove i dijagnosticira, kao i omogući potrebnu terapiju. Ono što vam nije dijagnosticirano, može vam štetiti. Zato se nadamo da će test na HIV postati dio standardnog liječenja“, rekla je Arlene Bardeguez, ravnateljica HIV-službe pri New Jersey Medical School.

## SHAPE \\* MERGEFORMAT

CDC preporučuje da se pacijenta informira da će test na HIV biti obavljen i da mu se pruže osnovne informacije o HIV-u, što znači HIV-negativan i HIV-pozitivan rezultat, kao i prilika da postavi pitanja. CDC nastavlja poticati prevenciju kroz savjetovanja za sve osobe koje imaju neko rizično ponašanje, koje su potražile savjete vezane uz spolnu zdravstvenu zaštitu i planiranje obitelji.

## Kritike rutinskom testiranju

Ono što bi se moglo najviše kritizirati u novom pristupu je izostanak savjetovanja prilikom testiranja. CDC objašnjava razloge isključivanja savjetovanja nedostatkom vremena da se savjetovanje obavi za sve osobe koje će novim biti obuhvaćene testiranjem na HIV. Drugo, u CDC-u smatraju da se mnogi liječnici ne osjećaju ugodno u započinjanju razgovora o spolnom ponašanju pacijenta. Ovo potonje objašnjenje ne bi nikako smjelo biti prepreka pružanju savjetovanja i ne može se smatrati profesionalnim odnosom prema pacijentu.

Zbog nedostatka vremena za savjetovanje svih osoba koje se testiraju na HIV, CDC preporučuje da se savjetuju samo oni pod povećanim rizikom od zaraze HIV-om: osobe koje imaju nezaštićeni spolni odnos, osobe čiji partneri imaju nezaštićeni spolni odnos s drugim osobama, osobe koje in-

travenski koriste droge i njihovi partneri, seksualni radnici/ce, partneri HIV-pozitivnih osoba.

Neka istraživanja u SAD-u su pokazala da je rutinsko testiranje znatno skuplje nego pristupi testiranju koji se usmjeravaju na određenu visoko rizičnu populaciju. Dobre strane rutinskog testiranja (opt-out) su povećanje broja testiranja, no neki se pitaju je li to najbolji način za identificiranje nedijagnosticiranih HIV-pozitivnih osoba.

U južnoj Africi nedavno je pokrenuta inicijativa da se umjesto opt-out testiranja uvede obvezatno testiranje za sve građane kako bi se postigao veći pristup javnim servisima zdravstvenoj zaštiti. Inicijativa zvuči možda radikalno, no vjeruje se da će se na taj način razbiti krug poricanja koji je dominirajući stav o HIV-u u zemlji, ali spriječiti stotine tisuća smrti. Imajući na umu broj zaraženih HIV-om u toj zemlji i to da se pravodobnim testiranjem, odnosno pravodobnom dijagnozom, može puno više postići u liječenju HIV-pozitivnih osoba, ovakav pristup i ne zvuči više toliko radikalno.

Druge zemlje, bez obzira na razmjer epidemije, promišljaju o najboljem načinu na koji se testiranje treba obavljati. Istraživanje provedeno u Zimbabveu pokazalo je da dobrovoljno testiranje i savjetovanje nema efekta na HIV-incidenciju, i zapravo vodi do još većeg rizičnog ponašanja onih koji su se testirali i negativni su.

## Zašto preporuke za rutinsko testiranje?

Postoje dokazi da spoznaja o vlastitom HIV-statusu smanjuje rizična ponašanja. Prevalencija nezaštićenog analnog ili vaginalnog spolnog odnosa s neinficiranim partnerom je 68% niža za HIV-pozitivne osobe koje znaju svoj HIV-status nego za one HIV-pozitivne koji svoj status ne znaju.

## Pitanje povjerljivosti podataka i diskriminacije

Kako sada sve ustanove koje obavljaju testiranja u SAD-u prikupljaju imena onih koji su testirani pozitivno na HIV, nameće se pitanje povjerljivosti podataka. Diskriminacija HIV-pozitivnih i dalje je vrlo raširena. Ljudi i dalje gube poslove, medicinsku i stomatološku skrb, odbačeni su od za-

jednice u kojoj žive, a sve zbog svog HIV-statusa. Ako je preporuka da se testiraju sve osobe u dobi od 13 do 64 godina, onda se mora poraditi i na sustavima prikupljanja imena i drugih povjerljivih podataka, smatraju čelni ljudi u SAD-u.

## Zaključak

Opet se vraćamo na stare preporuke, a te su da svi zdravstveni djelatnici trebaju informirati pacijenta o tome gdje može obaviti anonimno testiranje i savjetovanje na HIV.

### Reference:

K. Alcorn: CDC recommends routine HIV testing in medical setting for US; Aidsmap

Centers for Disease Control and Prevention. Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents and pregnant women in health-care settings. MMWR 55 (RR-14): 1-18, 2006.

## Postoji nekoliko pristupa u HIV-testiranju.

Dobrovoljno (opt-in) testiranje: osoba sama eksplicitno traži testiranje na HIV i dobrovoljno pristaje na njega. Prije samog testiranja najčešće se obavlja i savjetovanje i informiranje o HIV-u, značenju HIV- rezultata i HIV+ rezultata. Također, postoji i savjetovanje nakon testiranja, prilikom dolaska po rezultate.

Rutinsko (opt-out) testiranje: osobu se informira da je testiranje na HIV dio rutinskog testiranja. Ukoliko se osoba ne želi testirati na HIV, potrebno je da eksplicitno odbije testiranje i taj test neće biti napravljen.

Obavezno testiranje: osoba je dužna testirati se. Ovakva vrsta testiranja obavlja se rijetko i samo u iznimnim slučajevima, ako je propisano, npr. za neka zanimanja.

## Rizična ponašanja

- ⋮ spolni odnosi bez kondoma
- ⋮ uporaba tuđih, rabljenih igala i šprica

U sljedećim situacijama može se preporučiti testiranje:

⋮ ako ste imali veći broj spolnih partnera, spolni odnos sa stranim državljanima, prostitutkama ili partnerom kojeg niste dobro poznavali, a sve bez korištenja prezervativa

⋮ ako ste intravenski, intamuskularno ili potkožno primijeli već rabljene igle i šprice

⋮ ako ste primili transfuziju krvi u stranoj državi prije 1985. godine

⋮ ako ste imali spolni odnos koji se može ocijeniti kao rizičan u pogledu HIV-infekcije prije više od 12 tjedana

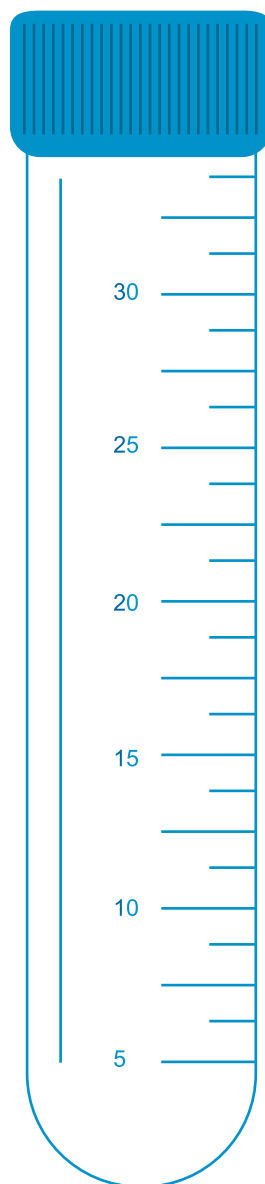
⋮ ako ste imali spolni odnos bez zaštite s osobom koja ima prije navedene rizične čimbenike

⋮ ako imate novog partnera i ako ste oboje bili vjerni jedno drugome i štitili ste se više od 12 tjedana, a planirate dalje spolni odnos bez zaštite

⋮ ako ste imali u životu neku spolno prenosivu bolest (sifilis, gonoreju itd.)

⋮ ako pripadate rizičnim skupinama, a imate jednu od sljedećih bolesti ili simptoma: novootkrivena tuberkuloza, učestale, uporne gljivične infekcije rodnice koje ne prolaze na uobičajeno liječenje, herpes zoster koji se ponavlja, smanjenje broja trombocita, pojava psorijaze u slučaju da nema nasljedne sklonosti, teška upala pluća u mlade osobe (15 - 45 godine) i upalni proces u zdjelici.

**Hrvatska pokušava  
uvesti dan  
testiranja na HIV**



# HIV Europe Meeting

Pod pokroviteljstvom švicarske organizacije Swiss Aids Hilfe od 4. do 6. svibnja 2007. održan je u švicarskom gradu Zurichu drugi europski sastanak organizacija koje se bave područjem HIV/AIDS-a u Europi.

Na sastanku su, kao i dosad, sudjelovale organizacije iz cijele Europe: Grčka, Velika Britanija, Švedska, Albanija, Norveška, Danska, Švicarska, Poljska, Italija, Portugal, Ukrajina, te po prvi put Litva.

Na početku sastanka raspravljalo se o problemima koje neke zemlje imaju na području suzbijanja HIV/AIDS-a, o velikoj stigmi, diskriminaciji te nedovoljnoj brizi vlada pojedinih zemalja oko same problematike HIV-a. Kao što znamo da ni u Hrvatskoj nije ništa bolje, možemo zaključiti da i nismo tako daleko od Europe koliko mislimo da jesmo, barem ne na području suzbijanja HIV/AIDS-a. Navest ću samo neke probleme u pojedinim dijelovima Europe: npr. Grčka ima problema, kao i Velika Britanija, s vladajućom strankom i nepostojanjem posebnih fondova pri državnim institucijama iz kojih bi se financirale pojedine udruge koje se bave HIV/AIDS-om. Još veći problem ima Albanija jer njihovoj Vladi HIV nije prioritet, a veliki je porast broja oboljelih među mlađom populacijom i djecom.

Manjak sredstava od planiranih dobili su Norveška, Švicarska i Italija, koja je po prvi put organizirala kongres na nacionalnoj razini za sve HIV + osobe. Nadalje, u Danskoj je istraživanje lokalnih udruga o prevenciji HIV-a pokazalo da je jedan od najboljih načina provođenja prevencije onaj putem weba. Veliku pomoć oboljeli u toj državi dobivaju preko protestantske crkve koja naveliko skrbi za oboljele od HIV-a. Nekako najveći problemi u cijeloj Europi su na samom istoku. Primjerice, u Poljskoj udruge imaju kako problema sa samom Vladom, tako i s ostalim oporbenim političarima i njihovim strankama, crkvom koja je iznimno jaka, te novinarima. U Ukrajini se za vrijeme posljednje političke krize u zemlji došlo do podataka da se u toj najvećoj europskoj zemlji dnevno zarazi čak 39 ljudi, a umre njih osam od po-

sljedica AIDS-a. Ukupno je u toj zemlji registrirano 14 000 ljudi. Uz Švedsku, najbolji primjer u Europi zasad predstavlja Portugal koji je nakon pregovora s Vladom počeo uvoditi tzv. GIPU, odnosno veću uključenost samih oboljelih u rad državnih i lokalnih institucija na području suzbijanja HIV/AIDS-a. Kao nova članica, Litva još uvijek nema mogućnosti besplatnog i anonimnog testiranja te ne provodi prevenciju protiv TBC-a niti bilo kojih spolno prenosivih bolesti.

Nadalje, svaka zemlja još uvijek ima velike probleme na područjima stigme, diskriminacije te povrede ljudskih prava. Zaključeno je da do sljedećeg sastanka svaka zemlja mora dobro proučiti prijedlog nacrtu Svjetske zdravstvene organizacije (WHO - World Health Organization) te rezoluciju Vijeća Europe 1536. Jedina stvar koja je pozitivna i koja bi se u svakoj zemlji trebala početi provoditi je Bremenska deklaracija, koja je dobra podloga za suradnju s vladama i lokalnom zajednicom. Kao punopravni članovi HIVEUROPE i jedina udruge koja se bavi cjelokupnim područjem suzbijanja HIV-a u Hrvatskoj, imamo nekoliko zamjerki našoj Vladi: da nitko iz Vlade niti iz resornog ministarstva nije bio u mogućnosti pozvati predstavnike bilo koje udruge iz Hrvatske te predložiti suradnju i zajednički odlazak na potpisivanje same Deklaracije, kako je svaka zemlja u Europi i napravila sramotno je da Vlada nije uplatila svoj dio novčanih sredstava u fondove Europske unije kako bi udruge koje se bave problematikom HIV-a u Hrvatskoj mogle biti dostojanstveni partner EU-a u prikupljanju sredstava za rad na tom području.

Naime, mišljenja smo da je kvalitetna suradnja između Vlade i civilnog sektora dobra podloga za uspješniji razvoj naše zemlje prema svim sektorima, ne samo HIV/AIDS-a, a također smo mišljenja da ne zaostajemo toliko za Europskom unijom, čijom članicom toliko želimo postati.



# Samit mladih Jugoistočne Europe o prevenciji HIV/AIDS-a “Zajedno možemo donijeti promjene” Novi Sad, Srbija 8. – 12. srpnja 2007.

U Novom Sadu (Republika Srbija) od 8. do 12. srpnja održan je III. samit mladih Jugoistočne Europe o prevenciji HIV/AIDS-a pod nazivom «Zajedno možemo donijeti promjene». Organizator je kao i prijašnjih godina bila Omladina JAZAS-a Novi Sad.

Samit je imao tri radne skupine s unaprijed određenim temama:

- ⋮ Retrospektiva programa u regiji od 2005.
- ⋮ Struktura i financiranje organizacija koje rade na prevenciji HIV/AIDS-a
- ⋮ Prava ljudi koji žive s HIV/AIDS-om (PLWHA).

HUHIV je imao svoje predstavnike u dvije navedene skupine – Maju Krošl u skupini o retrospektivi programa te Ivu Krošl u skupini o ljudskim pravima. U radnoj skupini Retrospektiva programa od 2005. predstavljao se rad organizacija sudionica na prevenciji HIV/AIDS-s na regionalnoj i nacionalnoj razini. Također su predstavljeni i projekti koje pojedine udruge provode, njihova iskustva te daljnji planovi.

U radnoj skupini Prava ljudi koji žive s HIV/AIDS-om (PLWHA) kroz edukativan i zanimljiv način prikazani su stavovi i pre-

drasude o HIV-inficiranim osobama iz pojedinih zemalja. Zanimljivo je bilo čuti slučajeve povrede osnovnih ljudskih prava i različitih oblika diskriminacija HIV-inficiranih osoba koji su prisutni u svim zemljama regije. Dogovorene su i inicijalne aktivnosti za buduću regionalnu suradnju poput razmjene volontera za vrijeme pojedinih akcija.

Ovim putem željeli bismo se zahvaliti i organizatorima Omladini JAZAS Novi Sad na pruženoj mogućnosti sudjelovanja na samitu.





# Povlačenje lijeka Viracept Kronologija događaja

Prvu informaciju o povlačenju lijeka Viracept objavila je 6. lipnja 2007. Europska agencija za lijekove (EMA – European Medicines Agency) sa sjedištem u Londonu:

## Objava za medije: Europska agencija za lijekove objavljuje povlačenje Viracepta

Doc. Ref. EMA/251283/2007

Farmaceutska kuća Roch upoznala je Europsku agenciju za lijekove navečer 5. lipnja 2007. s kontaminacijom sa štetnom tvari koja utječe na proizvodnju Viracepta (nelfinavir), anti-retrovirusnog lijeka koji se koristi pri liječenju HIV-1 infekcije kod odraslih, adolescenata i djece starije od tri godine. Kao posljedica, proizvod je povučen s tržišta Europske unije s trenutnim učinkom.

Roche je identificirao prisutnost neočekivanog zagađivača etil mezilata (također poznatog kao etilni ester metan-sulfonske kiseline) u nekim kutijama Viracepta. Etilni mezilat je poznata genotoksična supstanca (štetna za DNA). Stupanj rizika za bolesnike uzrokovan tom kontaminacijom teško je izmjeriti i trenutno je pod evaluacijom. Kako je kontaminacija možda ugrozila sve doze i oblike Viracepta, kompanija je pokrenula potpuno povlačenje medicinskog proizvoda. Sva pakiranja Viracepta trenutno dostupna na tržištu, uključujući i ona koji bolesnici možda imaju kod kuće, moraju biti vraćena u ljekarne.

Bolesnici koji primaju Viracept zbog toga odmah moraju kontaktirati svog liječnika jer će morati napraviti promjenu na drugi odgovarajući medicinski proizvod za svoje stanje. Promjena s Viracepta na drugi medicinski proizvod najvjerojatnije će se temeljiti na individualnim patterns rezistencije, i može varirati od bolesnika do bolesnika.

## Bilješke:

Opoziv se odnosi na 27 zemalja članica Europske unije, Islanda, Lihtenštajna i Norveške. Viracept je dostupan u obliku oralnog praška od 50 mg/g, tablete od 250 mg te u obliku filmom obloženih tableta od 250 mg. Nositelj tržišne licence je Roche Registration Limited.

Više informacija može se naći na: European Public Assessment Report za Viracept:

[www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/viracept/viracept.htm](http://www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/viracept/viracept.htm). Pripremljen je dokument s pitanjima i odgovorima. Ova objava za medije, zajedno s informacijama o radu EMA, može se naći na EMA-inoj mrežnoj stranici: [www.emea.europa.eu](http://www.emea.europa.eu).

Prvu informaciju u Hrvatskoj objavila je Agencija za lijekove i medicinske proizvode 8. lipnja 2007. na svojoj mrežnoj stranici [www.almp.hr](http://www.almp.hr).

## Povlačenje lijeka Viracept, proizvođača F. Hoffmann-La Roche Ltd., Basel, Švicarska

Nositelj odobrenja za stavljanje u promet lijeka Viracept za Republiku Hrvatsku, Roche d.o.o., obavijestio je Agenciju za lijekove i medicinske proizvode 8. lipnja 2007. godine o povlačenju iz prometa navedenog lijeka koji se koristi za liječenje pacijenata zaraženih HIV-om. Razlog povlačenja je povećana razina onečišćenja kemijskom supstancijom (etilni ester metan-sulfonske kiseline) koja može biti genotoksična (oštećuje DNA) te je uočena u pojedinim serijama lijeka. Onečišćenje je otkriveno uslijed prijave na neobičan miris filmom obloženih tableta.

Prema navodu tvrtke Roche d.o.o., sve serije lijeka Viracept povučene su iz preventivnih razloga s europskog tržišta i još nekih regija u svijetu, osim u Americi, Kanadi i Japanu, gdje ne postoji sumnja u onečišćenje. U Hrvatskoj dosad nije bilo prijave o neugodnom mirisu lijeka koje bi upućivale na potencijalno onečišćenje. Europska agencija za lijekove u svom priopćenju navodi da bi pacijenti trebali prestati s primjenom lijeka Viracept te ga u dogovoru s liječnikom zamijeniti s nekim drugim lijekom ovisno o svom zdravstvenom stanju.

Odmah taj dan je reagirao i Roche Hrvatska s ovim priopćenjem:

## *Objava za medije*



Zagreb, 8. lipnja 2007. godine

### **Roche povlači lijek Viracept iz prometa**

F. Hoffmann-La Roche, sa sjedištem u Baselu, odlučio je u dogovoru i suradnji s europskim javnozdravstvenim vlastima (EMA i Swissmedic), povući s europskog tržišta svu količinu Viracepta, lijeka za liječenje oboljelih od HIV-a.

Roche je, naime, primio nekoliko prijava o neobičnom mirisu filmom obloženih tableta. Detaljnom analizom uzoraka lijeka koji je imao neobičan miris utvrđeno je onečišćenje kemijskom tvari (etilni ester metan-sulfonske kiseline) iznad dozvoljene razine. U tijeku je ispitivanje uzroka onečišćenja i do okončanja postupka, Roche je u interesu zaštite bolesnika odlučio povući sve serije navedenog proizvoda u Europi i još nekim regijama u svijetu, osim u Americi, Kanadi i Japanu gdje ne postoji sumnja u onečišćenje.

U Hrvatskoj do sada nije bilo prijava o neugodnom mirisu lijeka koje bi upućivale na potencijalno onečišćenje. Viracept je u Hrvatskoj dostupan u tabletama, a filmom obložene tablete nisu niti dostupne na našem tržištu.

No, u skladu s odlukom središnjice, Roche Hrvatska je odmah pokrenuo postupak povlačenja lijeka iz prometa, te o tome obavijestio nadležno tijelo, Agenciju za lijekove i medicinske proizvode.

U Hrvatskoj se ovim lijekom liječi mala grupa bolesnika, manje od trideset.

Viracept (nelfinavir) je inhibitor protease i Roche ga proizvodi od 1998. godine.

Za više informacija, molim obratite se:

Silva Stazić

Direktorica Odnosa s javnošću

Roche Hrvatska

099 218 14 51 ili [silva.stazic@roche.com](mailto:silva.stazic@roche.com)

Dana 7. lipnja 2007. EATG (European AIDS Treatment Group) dobio je prvu službenu informaciju o povlačenju lijeka od predstavnika Rochea - Maltea Schutza (HIV medical director) i Janet Kettels (International Communications Manager, HIV and Hepatitis).

## Informacija za predstavnike HIV-zajednice u Europi

Basel, 7. lipnja 2007.

Viracept formulacije: opoziv

### Sažetak

Roche je primio šest prijava o čudnom ili „lošem mirisu“ filmom obloženog Viracepta od 250 mg. Tijekom ispitivanja izvora tog mirisa, otkrili smo da bi mogao biti pogođen veći broj bočica lijeka. Zbog zabrinutosti za dobro bolesnika, odlučili smo opozvati sve bočice Viracepta koje je proizvedio Roche. Važno je napomenuti da se opoziv odnosi na dio koji je proizveden od Rochea, a ne odnosi se na identični proizvod koji distribuira Pfizer u SAD-u, Kanadi i Japanu; stoga se opoziv ne odnosi na te zemlje. Ovaj opoziv je prvog stupnja i koordiniran je uz pomoć Europske agencije za lijekove (EMA), SwissMedic i ostalih zdravstvenih autoriteta.

## Informacije o opozivu

Opoziv svih formulacija Viracepta učinjen je zbog prisutnosti etilnog ester metana sulfonske kiseline u aktivnom sastojku. Učinak ovog sastojka u ljudima nije do sada istraživana; međutim, istraživanja na životinjama pokazala su da je etilni ester metan mutagen. Ipak, naša procjena rizika pokazuje kako je potencijalna izloženost za bolesnika mala. U interesu bolesnika odlučili smo opozvati sve formulacije Viracepta koje su možda bile izložene.

## Informacije za bolesnike koji uzimaju

### Viracept

Bolesnici bi trebali prekinuti uzimati Viracept pod vodstvom svoga liječnika koji može ponuditi alternativne opcije liječenja. Informacije su proslijeđene zdravstvenim djelatnicima o alternativnim opcijama liječenja za bolesnike koji uzimaju Viracept. Molimo, donesite bilo koju bočicu Viracepta u bolničku ljekarnu ili svome liječniku koji Vas liječi HIV. Bilo kakva nuspojava (neželjena posljedica) treba se priopćiti Rocheu preko Vašeg liječnika.

## Informacije proslijeđene liječnicima

Bolesnici trebaju prijeći s Viracepta na alternativnu terapiju koja može biti drugi inhibitor proteaze. Terapijske opcije trebale bi biti individualizirane, tabela s alternativnim inhibitorima proteaze za bolesnike koji prestaju uzimati Viracept može pružiti određene smjernice. Bolesnici koji su možda uzeli zagađeni Viracept i osjetili bilo kakvu nuspojavu (neželjenu posljedicu) trebaju biti prijavljeni uspostavljenom sustavu za nadzor sigurnosti lijeka u Rocheu. Dodatne smjernice za terapiju stoje na raspolaganju liječnicima u pronalaženju kombinacija koje će pomoći kako bi bolesnici imali nemjerljivu količinu virusa u krvi.

One uključuju:

Hammer S, et al. Treatment for adult HIV infection: 2006 recommendations of the International AIDS Society – USA panel. JAMA, 2006;296:827-843 The Panel on Clinical Practices for Treatment of HIV Infection convened by the Department of Health and Human Services (DHHS). Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents. May 4, 2006 <http://AIDSinfo.nih.gov>, <http://AIDSinfo.nih.gov> (accessed August 10 2006) Recommandations du groupe d'experts sous la direction du Professeur Patrick Yeni réalisé avec le soutien du Ministère de la Santé et des Solidarités. Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. 2006: 46 British HIV Association (BHIVA) guidelines for the treatment of HIV-infected adults with antiretroviral therapy. British HIV Association HIV Medicine (2006) 7, 494.

Žalimo zbog problema koje je uzrokovao ovaj opoziv. Želimo potvrditi da Roche radi na najvišem stupnju kako bi omogućio valjanu pošiljku Viracepta.

Dva tjedna kasnije Europska agencija za lijekove (EMA) oglašuje se novim informacijama:

London, 21. lipnja 2007.

Doc. Ref. EMA/275367/2007

## Izjava za javnost

Europska agencija za lijekove slaže se s akcijskim planom opoziva Viracepta i preporučuje suspenziju tržišnog odobrenja. Europska agencija za lijekove (EMA) suglasila se

danas s akcijskim planom za praćenjem bolesnika koji su bili izloženi kontaminiranim Viraceptom (nelfinavir). Viracept, od Roche Registration Limiteda, je antiretrovirusni lijek koji se koristi za liječenje HIV-1 infekcije kod odraslih, adolescenata i djece starije od tri godine. Lijek je opozvan s europskog tržišta početkom lipnja 2007. zbog toga što su pri proizvodnom procesu neke kutije kontaminirane s etilnim ester metanom, poznatim genotoksičnim sastojkom (štetan za DNK). Sastanak stručnjaka iz toksikologije u EMEA-u 13. lipnja 2007. donio je zaključak da trenutno nema dovoljno podataka kojima bi se utvrdilo koja je doza etilnog ester metana toksična za ljude. CHMP (Committee for Medicinal Products for Human Use) zbog toga zahtijeva od farmaceutske kompanije da napravi studije na životinjama kako bi se mogli puno preciznije izračunati toksični stupnjevi etilnog ester metana. Preliminarni rezultati tih studija trebali bi biti dostupni do kraja ove godine.

Dok se čekaju ti rezultati, EMEA traži od farmaceutske kompanije da identificira grupe bolesnika koji su bili izloženi kontaminiranim tabletama Viracepta kako bi se uspostavilo prikladno praćenje i nadzor. Trenutno stajalište CHMP-a je da se prate bolesnici izloženi visokim stupnjevima kontaminacije u kutijama Viracepta koje su puštene u uporabu od ožujka 2007., sve trudne žene koje su ikada bile izložene Viraceptu i sva djeca koja su ikada bila izložena Viraceptu, uključujući i onu djecu izloženu u uterusu. Situacija će se revidirati kada podaci budu dostupni.

Zbog toga je Europska agencija za lijekove danas predložila Europskoj komisiji da se suspendira tržišno odobrenje za Viracept, jer postoji zabrinutost da se kvaliteta, a samim time i sigurnost Viracepta, u ovom trenutku ne može osigurati. Kao posljedica suspenzije, Viracept će biti nedostupan za bolesnike dok ne budu implementirane korektivne mjere kojima bi se riješili problemi u proizvodnji, a koje je identificirao CHMP. Nove informacije bit će objavljene čim budu dostupne.

### **Bilješke**

CHMP je revidirao tržišno odobrenje za Viracept na zahtjev Europske komisije pod člankom 20 odredbe No 726/2004. Ova vrsta procedure pokreće se u slučajevima kada postoji zabrinutost za javno zdravlje zbog lijeka koji je odobren centralizirano. Opoziv je iniciran 6. lipnja 2007. godine. Odnosi se na 27 zemalja Europske unije, Island, Lihtenštajn i Norvešku.

## **Pitanja i odgovori vezani uz opoziv Viracepta**



Isti dan EMEA izdaje i dokument vezan uz pitanja o Viraceptu!

London, 21. lipnja 2007.

Doc. Ref. EMEA/276379/2007

Europska agencija za lijekove (EMA) i Europska komisija poduzeli su nove korake vezano uz opoziv Viracepta tvrtke Roche zbog kontaminacije štetnim sastojkom. Bolesnici koji su uzimali taj lijek bit će pobliže praćeni dok se ne prikupi više informacija o štetnom potencijalu kontaminacije. EMA je predložila Europskoj komisiji da se tržišno odobrenje suspendira.

### **Što je Viracept?**

Viracept je antivirusni lijek koji se koristi zajedno s ostalim antivirusnim lijekovima za liječenje odraslih, adolescenata i djece starije od tri godine zaraženih virusom humane imunodeficijencije (HIV-1), virusom koji uzrokuje sindrom stečenog nedostatka imunosti (AIDS). Viracept sadržava nelfinavir mezilat.

### **Što se dogodilo s Viraceptom?**

Posljednji proizvodi nelfinavir mezilata kontaminirani su s velikom količinom etil mezilata, poznatog genotoksičnog sastojka (štetnog za DNK, genetski materijal u stanicama). Lijek je povučen i sve kutije su vraćene proizvođaču.

### **Koji je stupanj rizika za bolesnike?**

Genotoksični sastojak kao što je etilni mezilat može povećati rizik za razvoj raka. Trenutno je teško napraviti procjenu rizika za bolesnike jer nema dovoljno podataka kojima bi se utvrdilo koje su

doze etil mezilata toksične za ljude.

## Koje su posljedice za bolesnike?

Bolesnici koji su uzimali Viracept u dogovoru s liječnikom trebaju se „prebaciti“ na drugi antiretrovirusni lijek za HIV.

Bolesnici koji su uzimali Viracept možda su bili izloženi etilnom mezilatu, a EMEA je zahtijevala od kompanije da uspostave procedure za njihovo praćenje. Poblježe će se pratiti svi oni bolesnici koji su bili izloženi lijeku s višim stupnjem kontaminacije, ali isto tako i žene koje su uzimale lijek tijekom trudnoće i djeca koja su uzimala Viracept bilo kada u životu ili su bili izloženi lijeku u utrobi.

## Kako će bolesnici znati ako su bili izloženi?

Stupanj izloženosti etilnom mezilatu ovisi o stupnju kontaminacije u Viraceptu koji su uzeli. Kada se pogleda kontaminacija, kompanija je već otkrila da je najveći stupanj kontaminacije pronađen u Viraceptu koji je bio pušten na tržište od ožujka 2007. godine. No, pregledom prijašnjih kutija pronašli su određenu kontaminaciju, ali s manjim stupnjem, što znači da se to događalo i u prošlosti. U ovom trenutku kompanija aktivno pokušava identificirati koje su kutije pogođene, kako bi se u svakoj zemlji bolesnici koji su uzeli potencijalno kontaminirani Viracept mogli pronaći, identificirati i pratiti.

## Što se sada događa?

CHMP je predložio da se tržišno odobrenje za Viracept povuče jer postoji zabrinutost da se kvaliteta, a samim time i sigurnost Viracepta, u ovom trenutku ne može osigurati. Mišljenje CHMP-a proslijeđeno je Europskoj komisiji kako bi se izdala ta odluka.

## Što će se dogoditi u sljedećih nekoliko mjeseci?

Grupa stručnjaka sastala se u EMEA-i 13. lipnja 2007. kako bi proučila dostupne informacije o toksičnosti etil mezilata. Zatražili su od kompanije specifične studije na životinjama s etil mezilatom kako bi se detaljnije identificirao koji je stupanj izloženosti štetan. Protokole za te studije, koji opisuju na koji će način biti izvedene, provjeravat će CHMP prije nego studije počnu kako bi se osigurala adekvatnost za njihov smisao. Preliminarni rezultati bit će dostupni do kraja godine. EMEA također radi s Rocheom kako bi se napravio potpuni menadžment rizika, dio postupaka kojima bi se osiguralo da se rizik povezan s kontaminiranim Viraceptom primjereno bilježi. Osim praćenja bolesnika koji su bili izloženi kontaminiranom Viraceptu, upotrijebit će se i druge mjere, kao

što je bliže praćenje popratnih pojava (nuspojave) prijavljenih kod bolesnika koji su uzimali Viracept.

## Koje se mjere poduzimaju kako bi se spriječili slični problemi u budućnosti?

Postrojenje u Švicarskoj gdje se dogodila kontaminacija je pod inspekcijom. Izvještaj inspektora upozorava na dijelove zbog kojih su zabrinuti, a kompanija je pripremila akcijski plan kako bi se razlozi zbog kojih je došlo do kontaminacije sanirali i spriječili u budućnosti. CHMP je predložio korektivne mjere koje mora pokrenuti Roche.

## Hoće li akcija u Europi imati utjecaj na zemlje izvan EU?

Opoziv tržišnog odobrenja za Viracept imat će utjecaj u opskrbi tim lijekom u zemljama izvan EU, ondje gdje je EU autorizacija Viracepta prihvaćena. U slučaju zabrinutosti, bolesnici i zdravstveni djelatnici izvan EU mogu kontaktirati Svjetsku zdravstvenu organizaciju (WHO). Tržište Kanade, Japana i Sjedinjenih Američkih Država nije ugroženo jer koriste drugi izvor nelfinavir mezilata. EMEA će upotpuniti ovaj dokument čim budu dostupne nove informacije.

!!! Bude li EMEA objavila nove informacije, svakako ćemo ih objaviti u sljedećem broju biltena. Ova situacija stavlja pred nas mnoga pitanja, a odgovore bi svakako trebale dati agencije za lijekove, farmaceutska kompanija Roche i inspekcije kojih bi, prema svemu sudeći, trebalo biti mnogo više. Postavlja se pitanje kvalitete lijekova koje je odobrila EMEA, na čemu se ta odobrenja temelje: samo podacima kompanije, rutinskim kontrolama? Kao što je poznato, adherencija (privrženost) terapiji je ključna za sve bolesnike koji boluju od HIV-a. Privrženost terapiji je povezana s mnogim faktorima - jedan od njih je povjerenje koje bolesnici imaju prema sigurnosti lijeka koji im je prepisan. Ova kriza generira nedostatkom povjerenja i diskreditira kvalitetu lijekova za HIV-bolest. Ovakva kriza se svakako ne bi smjela dogoditi još jednom. EMEA bi trebala organizirati konzultacije o dobroj proizvođačkoj praksi (good manufacturing practices) i inspekcijama za sve medicinske proizvode, kao što postoje konzultacije o dobroj kliničkoj praksi (good clinical practices). Treba utvrditi odgovornost svakog subjekta zbog kojeg je došlo do kontaminacije. Ne možemo dopustiti ni prihvatiti da bilo koji bolesnik, živio on na sjeveru ili jugu, istoku ili zapadu, pati zbog posljedica ove krize. Da li se moglo učiniti više, pokazat će vrijeme!

## Durex Info love book party na Zrću

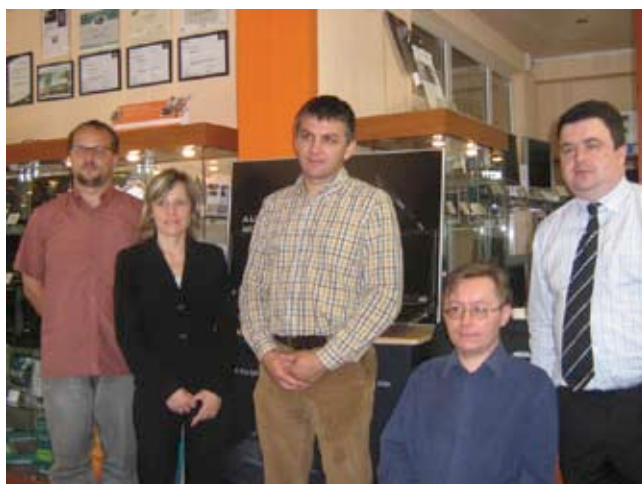
Datumi: 29. 07., 05. 08., 12. 08., 19. 08. 2007.



## I "Mikronis" pomaže

Notebook centar „Mikronis“ uz podršku „Lenova“ donirao je Hrvatskoj udruzi za oboljele od HIV-a potpuno opremljeno prijenosno računalo i LCD projektor koji su joj bili prijeko potrebni za provođenje programa edukacije opće populacije, posebice mladih, te za terenski rad i praćenje epidemiološke slike HIV/AIDS-a - kako u Hrvatskoj, tako i na regionalnoj i na međunarodnoj razini, koja je u stalnom porastu. Ova donacija samo je nastavak programa kojim tvrtke „Mikronis“ i „Lenovo“ pomažu socijalno ugroženima skupinama hrvatskog društva.

Još jednom se zahvaljujemo na iskazanoj donaciji Notebook centru „Mikronis“ i tvrtki „Lenovo“.



## Pips Chips & Videoclips u suradnji s Durexom i HUHIV-om

## Ljetni Anti-AIDS Tour

Na samom početku ljetne turističke sezone Hrvatska udruga za oboljele od HIV-a organizirala je uz pomoć Ministarstva zdravstva, Durexa te posjećenih gradova 1. ljetni anti-aids tour.

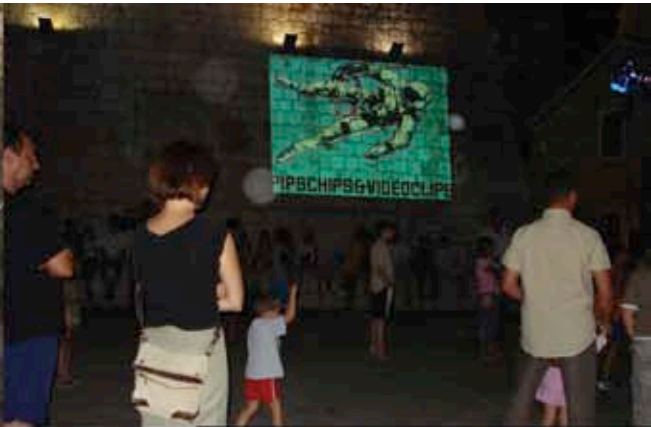
Tour je ove godine obuhvatio šest gradova na našoj obali: Rab - 22.6, Pulu - 25.6, Rijeku - 29.6, Hvar - 5.7, Korčulu - 6.7. te Komižu - 7.7. Cilj toura bio je osvijestiti ljude, a ponajprije mlađu populaciju, o problemu spolnoprenosivih bolesti te ih potaknuti na odgovornije ponašanje i razmišljanje o svojem zdravlju te o zdravlju drugih ljudi, ali i o mogućnostima i važnosti testiranja.

U svih šest posjećenih gradova organiziran je koncert popularne grupe Pips Chips & Videoclips, koja je uz već poznate stare hitove izvela i neke pjesme koje će se tek naći na novom albumu. Prije i poslije koncerta održane su videoprojekcije kratkih edukativnih filmova na temu HIV-a i AIDS-a te je podijeljeno 50 000 različitih edukativnih brošura i 20 000 Durex kondoma. Mnogi su imali i dodatna pitanja kojima su se obraćali članovima HUHIV-a, koji su im nastojali što bolje objasniti sve što ih je zanimalo.

Moramo reći da je ekipa HUHIV-a u svim gradovima bila srdačno dočeka te da su mnogi podržali ovu akciju te shvatili njenu važnost. Već nakon ovog prvog toura mnogi su gradovi izrazili želju za suradnjom i sudjelovanjem sljedećeg ljeta. Ove su godine Rab, Pula, Rijeka, Hvar, Korčula i Komiža uživali u koncertu, a do sljedeće godine akcija će se proširiti i na ostale dijelove obale.

Hvala svima koji su nas na bilo koji način podržali!





**HIV SE NE PRENOSI**  
 Uzimanjem Prorije kipu je pripremljena oboje zaražena HIV-om



**Nezabljivi seksualni odnosi**  
 Je sveži osvaj pri kopanju sa kondomom uspijeva na kortali ti ne re kortali ispravna.





# UNZINE - online mjesečni časopis za izražavanje man- jinskog mišljenja [www.unzine.org](http://www.unzine.org)

UnZine je mjesečni online časopis u pdf. formatu namijenjen civilnom društvu s predznakom urbane kulture.

Namjera mu je osigurati prostor za teme obično zane-marene od mainstream medija: unapređenje i zaštitu ljud-skih prava, poticanje razvoja demokracije, promjena u društvu, uključivanje svih obespravljenih i marginaliziranih grupa u društvo.

Hrvatska medijska scena je na početku 21. stoljeća sve zav-tvorenija za teme kojima su se u devetdesetima bavile ne samo publikacije tzv. alternativne kulture, nego i mediji srednje struje. Danas je većina hrvatskih tiskanih medija u vlasništvu međunarodnih izdavačkih korporacija i funk-cionira na profitnom principu. Općenito govoreći, može se reći da trenutačno, osim jednostavnih mailing lista, postoji značajan nedostatak medija koji bi podupirao interakciju, suradnju i razmjenu mišljenja.

Projekt je zaživio u svibnju ove godine, kako na internetu tako i u javnom prostoru putem kampanje koja se sastoji od tiskanih naljepnica s internetskom adresom "Unzine", koje se lijepu na postojeće plakate na javnim oglasnim površinama. U slobodnom prostoru ostavljenom na njima, prolaznici i prolaznice mogu upisivati svoje primjedbe.

Svakog mjeseca Unzine ugošćava razne inozemne i domaće umjetnike/ice i dizajnere/ice koji svojim radom progovaraju



Udruga HUHIV iz mjeseca u mjesec participira u radu te objavljuje članke o svojim aktivnostima, ali i drugim temama u časopisu.

Dogodine, u znak obilježavanja prve godišnjice postojanja Unzine-a, organizirat će se izložba cjelokupnog projekta.

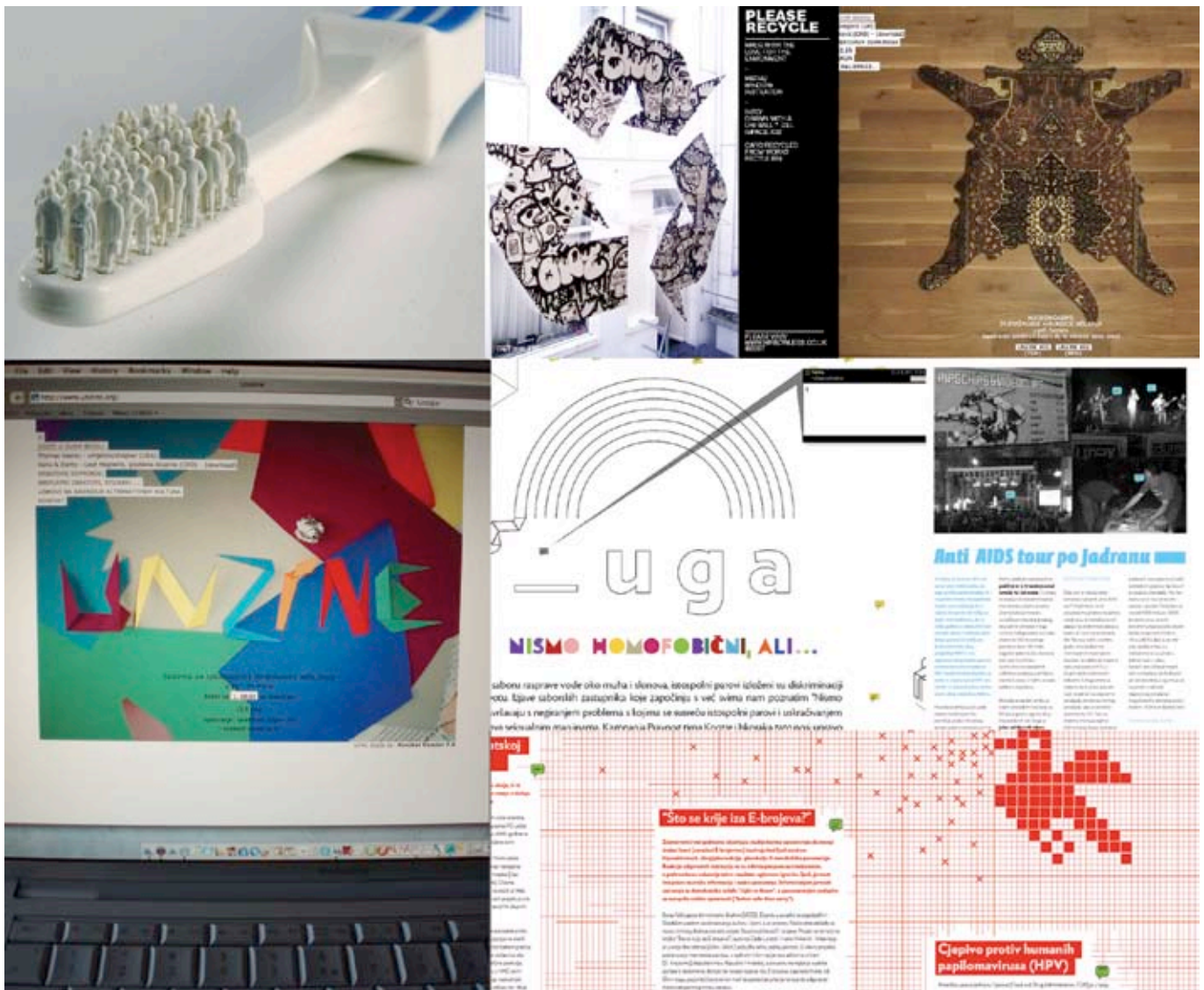
Također, kao idući korak, planira se da Unzine započne s izlaženjem i u tiskanom obliku kako bi se postiglo veći domet među onima koji ne koriste internet ili nemaju pris-tup tom mediju.

UnZine je 2006. osvojio nagradu za grafički dizajn od Hrvatskog dizajnerskog društva. Dizajnerski i konceptu-alno ga je osmislila Rafaela Dražić, koja trenutno radi kao asistentica na Odsjeku za dizajn vizualnih komunikacija na Umjetničkoj akademiji u Splitu, nakon povratka iz Londona gdje je radila u studiju jednog od najpoznatijih i najafirmi-ranijih dizajnera današnjice - Jonathana Barnbrooka koji je poznat po političkim i aktivističkim plakatima, dizajnu mag-azina Adbusters, knjiga Noama Chomskog te CD ovitcima Davida Bowiea.

Dražić već niz godina kontinuirano surađuje s udrugom HUHIV, radeći na raznim projektima poput oglasa na zagrebačkom tramvaju, raznih edukacijskih letaka, brošura te biltena.



Kampanja na samoljepljivim naljepnicama u koje prolaznice i prolaznici mogu upisivati svoje primjedbe i komentare



Isječci iz raznih brojeva Unzinea

## Što je AIDS i otkuda se pojavio?

AIDS je engleska kratica za Acquired Immunodeficiency Syndrome, što znači sindrom stečenoga nedostatka imuniteta (otpornosti). SIDA je francuska kratica koja u prijevodu znači isto. U tom izričaju sindrom znači da postoji skup određenih znakova bolesti, stečeno znači da je to stanje koje se dobiva tijekom života, za razliku od prirođenih stanja, a imunodeficijencija (nedostatak otpornost) ukazuje na pojavu oštećenja obrambenih snaga, imunološkog sustava. AIDS je prema tome stanje u kojem je došlo do takvog slabljenja imuniteta da se javljaju određene bolesti koje inače u imunološki zdravih ljudi ne vidamo.

Suvremena povijest AIDS-a počinje objavljivanjem rada o učestalom pojavljivanju neobičnih infekcija u homoseksualaca u SAD 1981. Postoje mnoge teorije o podrijetlu AIDS-a, no niti jedna do sada nije znanstveno potvrđena. Moguće je da je HIV prisutan u svijetu već desetljećima ili čak stoljećima u obliku u kojem ne uzrokuje nikakvu bolest, te da se nedavno promijenio u uzročnika bolesti.

Pitanje porijekla HIV-a od znanstvenog je interesa. No, važnije od toga su sljedeće činjenice:

HIV bolest će biti dio naše svagdašnjice sljedećih desetljeća čak i u slučaju brzoga pronalaska lijeka ili cjepiva; danas postoji mogućnost da se osobnim, socijalnim, nacionalnim i međunarodnim mjerama spriječi širenje HIV-a.

## Osnovne činjenice o HIV bolesti

HIV-bolest je kronični progresivni proces koji počinje ulaskom virusa humane imunodeficijencije (HIV) u krvotok, te tijekom vremena dolazi do postupnog uništavanja imunološkoga sustava. AIDS/SIDA se javlja u uznapredovaloj i završnoj fazi HIV-bolesti. AIDS je uzrokovan HIV-om. HIV-bolest je zarazna bolest. HIV-bolest je neizlječiva bolest, djelotvornoga cjepiva zasad nema. Od časa zaraze HIV-om do nastupa AIDS-a prođe u prosjeku 10 godina. Osoba zaražena HIV-om obično se ne osjeća bolesnom i godinama nema simptome. Osobe zaražene HIV-om mogu, ne znajući da su zaražene, širiti infekciju.

## Kako se HIV prenosi?

Tri su glavna puta prenošenja infekcije: spolni, preko krvi i u tijeku trudnoće i porođaja s majke na dijete. HIV se nalazi u krvi, spermi i vaginalnom sekretu zaražene osobe u količini dovoljnoj da zarazi druge osobe. Ako tijekom spolnog odnosa dođe do kontakta sluznice (npr. sluznice rodnice, penisa, rektuma ili sluznice usne šupljine) s krvi, spermom i cervikalnim i vaginalnim sekretom zaražene osobe, moguć je prijenos HIV-a. Infekcija se na taj način može prenijeti s muškarca na ženu i sa žene na muškarca kao i između muškaraca u homoseksualnom odnosu.

Drugi važan put prijenosa je preko krvi. Najčešće se radi o intraven-skim ovisnicima koji upotrebljavaju zajednički pribor (igle i šprice) za ubrizgavanje droge. Mogućnost zaraze putem transfuzije krvi i krvnih derivata je danas u zemljama gdje se rutinski testiraju davatelji krvi i plazme gotovo eliminirana. Moguć je prijenos HIV-a i presađivanjem organa i umjetnom oplodnjom, no testiranjem davatelja organa i sperme taj rizik praktično više ne postoji. Ako zdravstveni radnici nepažljivo rukuju iglama pa se ubodu na iglu koja je prethodno rabljena u zaraženih bolesnika, može također doći do zaraze HIV-om. Treći put prenošenja je u tijeku trudnoće, kada se sa zaražene majke infekcija prenosi na dijete. Smatra se da do prijenosa infekcije najčešće dolazi pri kraju trudnoće i u tijeku porođaja, no opisane su i infekcije preko majčinoga mlijeka.

## Kojim se putem HIV ne prenosi?

- ⚡ HIV se ne prenosi rukovanjem, grljenjem i drugim uobičajenim međuljudskim kontaktima.
- ⚡ Ne prenosi se kontaktom s predmetima kao što su javne telefonske govornice, novac, ručke u vlaku, tramvaju ili autobusu.
- ⚡ Ne prenosi se korištenjem javnih zahoda, bazena, ili sauna.
- ⚡ Ne prenosi se preko posuda za jelo, čaša, ručnika, posteljine.
- ⚡ Ne prenosi se šmrcajem, kašljanjem i kihanjem.
- ⚡ Ne prenosi se uobičajenim pregledom kod liječnika niti uobičajenim pregledom i popravkom zubi kod stomatologa.
- ⚡ Ne prenosi se putem domaćih životinja (preko psa, mačke).
- ⚡ Ne prenosi se ubodom insekta.
- ⚡ Ne prenosi se davanjem krvi.
- ⚡ Ne prenosi se tijekom uobičajene njege oboljelog od AIDS-a.

izdavač	Hrvatska udruga za oboljele od HIV-a, HUHIV Medveščak 9, 10000 Zagreb T. 01/ 4666655, 4669042, F. 01/ 4666655 E. huhiv@zg.t-com.hr, webmaster@huhiv.hr www.huhiv.hr
broj žiro-računa kod PBZ-a	2340009 - 1100195705
naklada	10000 primjeraka (bilten izlazi četiri puta godišnje)
glavni urednik	Tomislav Vurušić
uredništvo	Kristina Duvančić, dipl. soc. rad Sanja Belak Kovačević, prof. psiholog Vlatka Matković, prof. defektolog
stručni suradnici	Josip Begovac, prof. dr. sc. Snježana Židovec Lepej, dr. sc. Šime Zekan, dr. med. Tihana Kniewald, dr. med. Vlasta Hiršl Hećej, mr. sc. dr Nada radin, dr. med. Rok Čivljak, dr. med. Ivica Pavić, doc. dr. Tomislav Maretić, prim. dr. Duška Grgić, dr. med. Dragutin Ptiček, dr. med. Maja Harambašić, dr. sc. Siniša Zovko, dr. med. Iva Jovović, dipl. soc. rad. Dejan Travica Mario Puljiz Nevenka Mardešić, dr. sc. Davorka Lukas, dr. med. Miroslav Lisić, dr. med. Branko Kolarić, dr. med. Vlaho Brailo, dr. stom. Kornelija Gedike, vms. Tomislav Beganović Slavko Sakoman, prof. dr. sc. Aleksandar Štulhofer, prof. dr. Mario Poljak, prof. dr. sc. Natalija Domljanović, dipl. ing. med. biokem. Ivana Crnčić Ante Ivančić, dr. med.
lektor	Jasmina Sočo (lektorirani članci su na str.: 4, 10, 21, 23, 33, 37, 41, 42, 44, 50)
dizajn	Rafaela Dražić
tisak	Kerschoffset, Zagreb

**Tisak biltena sponzorira Ministarstvo  
zdravstva i socijalne skrbi**

## Popis centara za HIV savjetovanje i testiranje

### ZAGREB

Referentni centar za HIV/AIDS pri Klinici za infektivne bolesti "Dr. Fran Mihaljević", Mirogojska 8.  
Paviljon br. 6 u prizemlju,  
nasuprot biokemijskog laboratorija.  
Testiranje se obavlja svaki radni dan od 15.30 do 19.00 sati,  
te svake prve subote u mjesecu od 10.00 do 13.00 sati.  
Info HIV telefon Referentnog centra za AIDS je  
01/ 467 82 43 (od 9-18 sati).

Hrvatski zavod za javno zdravstvo  
Rockefellerova 7, Zagreb  
Služba za epidemiologiju zaraznih bolesti  
Savjetovalište utorkom i četvrtkom od 16 do 19 sati,  
svake druge subote (parni datumi) od 10 do 12 sati  
u Rockefellerovoj 12.  
Tel.: 01 4863 237  
Informacije pon-pet na tel.: 01 4683 004, 01 4683 005

### RIJEKA

Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko-goranske  
županije, Epidemiološki odjel  
Krešimirova 52a, Rijeka  
Radno vrijeme: srijeda od 12 do 17 sati, a ponedjeljak  
i četvrtak od 12 do 15 sati  
Tel.:051 358-798, 098 369 844

### SPLIT

Zavod za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije  
Vukovarska 46, Split  
Ambulanta za AIDS, Služba za epidemiologiju  
Radno vrijeme: pon-pet od 8 do 15 sati, tel: 021 401 114

I u udruzi HELP, Mihovilova širina 1, Split  
Radno vrijeme: pon i čet od 15 do 17 sati, tel: 021 346-664

### OSIJEK

Zavod za javno zdravstvo Osiječko-baranjske županije  
Franje Krežme 1, Osijek  
Radno vrijeme: pon od 7 do 16 sati, ut-čet od 7 do 15 sati  
Tel.: 031 225 711 i 031 225 717

### DUBROVNIK / KORČULA

Zavod za javno zdravstvo Dubrovačko-neretvanske  
županije  
Branitelja Dubrovnika 41, Dubrovnik  
Radno vrijeme: pon i sri od 16 do 18 sati, tel.: 020 341 082,  
020 341 000

Plokata bb, Korčula  
Radno vrijeme: uto od 11 do 13 sati, Tel 020 715 021

### ZADAR

Zavod za javno zdravstvo Zadarske županije  
Kolovare 2, Zadar  
Radno vrijeme: pon-pet od 9 do 11 sati, pon  
i sri od 16 do 18 sati  
Tel.: 023 318 152

