

Replikacja

Wnikanie wirusa do komórki i wytworzenie DNA przy udziale odwrotnej transkryptazy przygotowuje proces replikacji, czyli namnażania się wirusa. Najpierw powstaje tzw. prowirusowy DNA; jest to połączony (zintegrowany) materiał genetyczny wirusa i gospodarza. Zintegrowany wirus może pozostawać w stanie utajenia w poszczególnych komórkach organizmu. Po jakimś czasie w wyniku aktywacji wirusa dochodzi do wytworzenia kopii RNA na bazie wyżej opisanego prowirusowego DNA – jest to tzw. transkrypcja. Następnie na matrycy RNA powstają białka wirusa, które kumulują się wewnątrz błony komórkowej. Dołączony zostaje RNA zawierający kod genetyczny wirusa. Powstaje kulista struktura, która uwypukla błonę komórkową. Następnie działają proteazy, które zapoczątkowują rozpad długolłańcuchowych cząsteczek białkowych na enzymy i białka strukturalne wirusa. Nowa cząstka wirusa opuszcza komórkę na drodze „pączkowania”. Ten etap aktywizuje pozostałe układy enzymatyczne wirusa. Wirus dojrzewa i staje się zakaźny. Cały proces od wnikięcia wirusa do komórki do wytworzenia wirusów potomnych trwa kilka – kilkanaście godzin. Pamiętać należy również, że odbudowywanie materiału genetycznego wirusa jest związane z naturalnym funkcjonowaniem komórek – ich dzieleniem się. Jeśli komórka jest w stanie spoczynku, nie dzieli się, to wirus HIV będzie nieczynny, jednak przez cały czas będzie zachowywał swoje niszczące właściwości.

Odpowiedź serologiczna na zakażenie HIV

U większości osób po zakażeniu HIV rozwija się aktywna odpowiedź serologiczna. W przeciągu kilku – kilkunastu tygodni wykrywalne stają się przeciwciała przeciw składowym wirusa – białkom rdzenia i białkom otoczki. Ich obecność jest dowodem zakażenia. W miarę rozwoju infekcji ich poziom zmniejsza się, z wyjątkiem przeciwciał anty-gp41.

Patogeneza zakażenia HIV

Nawet w okresie zacinza klinicznego można stwierdzić duże ilości HIV w węzłach chłonnych zakażonych osób. Nie istnieje więc utajony okres zakażenia, ten stan dotyczyć może pojedynczych komórek. Ilość krążącego we krwi wirusa jest mniejsza niż w węzłach i odzwierciedla „wyciekanie” wirusa namnażanego w tej tkance.

Obrót wirusa we krwi jest bardzo szybki, codziennie powstaje ok. 10^{10} wirusów i tyle mniej więcej ginie. Obrót limfocytów CD4 jest nieco wolniejszy i wynosi 2×10^9 /dzień. U osoby zakażonej HIV 90 proc. krążącego wirusa to wirusy wyprodukowane w poprzednim tygodniu, a 40 proc. – poprzedniego dnia, co potwierdza hipotezę, że ustrój nie jest zupełnie bezbronny w walce z zakażeniem. Niestety, powstawanie nowych limfocytów CD4 jest wolniejsze niż przybywanie nowych cząstek wirusowych. Przy wystarczająco niskim poziomie CD4 rozwijają się zakażenia oportunistyczne, nowotwory i następuje śmierć.

Im więcej krążących we krwi wirusów, tym szybszy jest postęp choroby: osoby z liczbą kopii HIV ponad 100 000/ml po 6 miesiącach zakażenia rozwijają AIDS dziesięć razy częściej w ciągu następnych pięciu lat niż osobnicy z liczbą kopii HIV poniżej 100 000/ml.

W dodatku HIV bardzo szybko się zmienia. Dzieje się tak z powodu bardzo szybkiego namnażania się HIV w organizmie i częstym mutacjom wirusa. Chociaż większość mutacji jest niekorzystna dla odtwarzania się wirusa, to powstawanie nowych wariantów okazuje się być dla wirusa HIV adaptacyjnie korzystne.

Sposoby zakażenia wirusem HIV

Rezerwuarem wirusa HIV może być tylko człowiek, który – po zakażeniu się wirusem – do końca życia jest źródłem zakażenia dla innych ludzi.

Poza organizmem ludzkim wirus ulega szybkiemu zniszczeniu. Jest wrażliwy na podwyższoną temperaturę (przy 56°C ginie w ciągu 30 minut), w temperaturze pokojowej może przetrwać (w warunkach laboratoryjnych) od kilkunastu godzin do kilku dni. Wirus jest także wrażliwy na powszechnie używane środki dezynfekujące –

Charakterystyka wirusa HIV

Czynnikiem wywołującym AIDS jest wirus nazwany HIV (*Human Immunodeficiency Virus*, czyli ludzki wirus upośledzenia odporności). Za odkrywców wirusa uznano Francuza Luca Montagniera i Amerykanina Roberta Gallo, którym w latach 1983/84 udało się – niezależnie – wyizolować czynnik odpowiedzialny za uszkodzenie układu odporności człowieka. Otworzyło to nową erę w badaniach nad tą chorobą. Cytopatyczny² wirus nazwany przez Gallo HTLV-III (*Human T-Cell Lymphotropic Virus* – ludzki T-komórkowy wirus limfotropowy), a przez Montagniera LAV (*Lymphadenopathy-Associated Virus* – wirus towarzyszący limfadenopatii³) okazał się być wirusem należącym do rodziny retrowirusów, mającym powinowactwo do limfocytów T („grasiczozależnych”) człowieka. Nazwę HIV ustalono w 1986 roku. Nadano ją dwóm wirusom – wirus LAV/HTLV-III nazwano HIV-1, a jako HIV-2 określono opisany w roku 1985 inny wirus wywołujący niedobór odporności. Istnieją więc dwa wirusy odpowiedzialne za AIDS: HIV-1 i HIV-2. Ten drugi, występujący prawie wyłącznie na terenie Afryki, doprowadza do AIDS wolniej niż ten pierwszy.

Retrowirusy są wirusami posiadającymi materiał genetyczny zakodowany w postaci RNA⁴. W celu umożliwienia namnażania się (replikacji) w komórkach gospodarza muszą posiadać enzym przepisujący informację genetyczną z RNA na DNA⁵. Dokonuje się to przy udziale enzymu wirusa – odwrotnej transkryptazy (rewertazy).

Ze względu na swoje właściwości (atakowanie komórek układu immunologicznego i powodowanie ich śmierci, długi okres wylęgania) HIV-1 i HIV-2 zostały zaliczone do lentiwirusów (wirusów wywołujących powolnie przebiegające zakażenia). Zalicza się do nich wirus SIV (*Simian Immunodeficiency Virus* – małpiego niedoboru odporności), który u małp wywołuje objawy chorobowe przypominające AIDS u ludzi. Wirus HIV-2 jest bliżej spokrewniony genetycznie z SIV niż z HIV-1. Znane są także lentiwirusy patogenne dla innych zwierząt – np. bydłowy wirus niedoboru immunologicznego (BIV) czy koci wirus niedoboru immunologicznego (FIV). Dotychczas wyodrębniono 8 podtypów (genotypów) wirusa HIV-1. Oznaczono je kolejnymi literami alfabetu, od A do H. Różnią się one swoimi własnościami, np. genotyp E cechuje się znacznie większą zakaźnością drogą kontaktów seksualnych. Możliwym jest zakażenie kilkoma podtypami HIV-1.

Wirusy HIV są cząsteczkami kształtu owalnego, o średnicy ok. 100 nm, i posiadają otoczkę. Wewnątrz znajduje się rdzeń wirusa z dwiema niciami RNA. Otoczkę wirusa HIV zawiera białka powierzchniowe gp120 i gp41. Białka te odpowiadają za łączenie się wirusa z receptorami komórek gospodarza. Rdzeń wirusa zawiera podwójną nić genomowego RNA oraz związane z wirusem enzymy: proteazę, odwrotną transkryptazę, integrazę i rybonukleazę H. Są one niezbędne dla odbudowywania się wirusa w zakażonych komórkach.

Przyłączenie i wejście wirusa do komórki

Łączenie się z powierzchnią komórek

Przyłączenie HIV-1 do komórki wymaga połączenia błon wirusa i komórki gospodarza, który to proces zależy od zdolności otoczki wirusa do łączenia się ze specyficznymi receptorami powierzchniowymi komórek. Najczęściej jest to tzw. receptor CD4, który występuje na powierzchni limfocytów T i innych komórek. Chociaż CD4 jest najlepiej scharakteryzowanym receptorem dla HIV-1, istnieją inne sposoby łączenia się HIV z komórkami, co stwierdzono na przykład dla komórek nerwowych. W ostatnich latach udowodniono, że CD4 nie jest kluczowym białkiem odpowiedzialnym za przyłączanie się HIV do komórek. Do wnikięcia wirusa do komórek potrzebne są jeszcze tzw. koreceptory. Są to białka o nazwie CXCR4 (fuzyna) i CCR5. Obecność tych białek na komórkach jest uwarunkowana genetycznie. Jeżeli dany osobnik ma mało białka CCR5, to zakażenie u niego zwykle rozwija się wolniej. Tę właściwość próbuje się wykorzystać przy tworzeniu nowych leków przeciw HIV.

² Cytopatyczny – wywołujący śmierć komórek

³ Limfadenopatia – powiększenie węzłów chłonnych

⁴ RNA – kwas rybonukleinowy, przekazuje informację genetyczną uzyskaną z DNA

⁵ DNA – kwas deoksyrybonukleinowy, zasadniczy nośnik informacji genetycznej zawartej w komórkach

związki chloru (chloramina, podchloryn sodu lub bielinka), alkohol, formalinę. Również para wodna w autoklawie, suche, gorące powietrze i inne metody sterylizacji są wystarczające do zabicia wirusa.

W organizmie człowieka występowanie wirusa HIV stwierdza się we krwi, w nasieniu, wydzielinie z pochwy, mleku kobiecym, ślinie, łzach i innych płynach ustrojowych osób zakażonych. Aby jednak doszło do zakażenia, stężenie obecnych wirusów musi być odpowiednio duże. Dlatego też zakażenie udowodniono wyłącznie w przypadku kontaktu z krwią, spermą i wydzieliną pochwową. Zakażne są ponadto wszystkie te płyny ustrojowe człowieka, które zawierają krew. Udowodniono również zakaźność mleka kobiecego dla karmionych piersią dzieci – chodzi tu jednak o możliwość przeniesienia zakażenia przez drobne uszkodzenia śluzówki jamy ustnej dziecka, a nie o zakażenia drogą pokarmową.

Zakażenie może więc nastąpić jedynie w ściśle określonych wypadkach. Są to:

- kontakty seksualne (zwłaszcza analne);
- stosowanie niesterylnych igieł i strzykawek, wstrzyknięcie krwi osoby zakażonej HIV – dotyczy to głównie narkomanów; w tym wypadku chodzi jednak nie o uzależnienie, ale o wstrzykiwanie – można zarazić się wstrzykując brudną igłą na przykład sterydy anaboliczne (takie przypadki zakażeń opisano wśród młodych mężczyzn trenujących w siłowniach);
- przefaczenie zakażonej krwi lub stosowanie preparatów krwiopochodnych skażonych HIV – bardzo rzadkie (od 1987 roku wszyscy dawcy krwi i narządów w Polsce są badani w kierunku nosicielstwa), z szansą rzędu 1:1 mln przetoczeń – możliwość ta wynika ze zjawiska *okienka serologicznego*;
- przekazanie wirusa dziecku przez matkę-nosicielkę wirusa: przed urodzeniem (przez łożysko), w czasie porodu lub po urodzeniu (poprzez karmienie piersią). Od 1994 roku stosowana jest (również w Polsce) terapia lekiem przeciwwirusowym (zydowudyną) u ciężarnych zakażonych HIV matek, zmniejszająca ponad trzykrotnie ryzyko przeniesienia zakażenia z matki na dziecko;
- bardzo rzadkie przypadki zakażeń wśród pracowników medycznych, występujące najczęściej w wyniku ułknięcia sprzętem użytym u osoby zakażonej HIV lub w laboratorium – w przypadku skaleczenia i ekspozycji na krew zawierającą HIV.

Poza wymienionymi sytuacjami zakażenie jest niemożliwe.

Tak więc codzienny kontakt z osobą zakażoną wirusem – w domu, na ulicy – nie niesie ze sobą żadnego ryzyka. Nie można się zakazić przez podanie ręki, w czasie wspólnego posiłku (używania wspólnych naczyń i sztućców), przez korzystanie ze wspólnej toalety, wanny, w basenie kąpielowym. Do zakażenia nie dojdzie przy pobieraniu krwi, o ile używany sprzęt jest wysterylizowany lub jednorazowego użytku. Zakażenie nie może nastąpić również za pośrednictwem owadów (komarów, pcheł) ze względu na znikomą ilość krwi przenoszoną przez te zwierzęta oraz dlatego, że wirus HIV nie rozmnaża się w ich organizmach.

W pierwszych latach po pojawieniu się choroby, gdy stwierdzono, że w pewnych grupach społecznych istnieją szczególne warunki do szerzenia się zakażenia HIV, wprowadzono pojęcie *grup zwiększonego ryzyka*. Zaliczono do nich następujące kategorie osób: homoseksualistów i biseksualistów, narkomanów uzależnionych od preparatów przyjmowanych dożylnie, narkomanów będących jednocześnie homoseksualistami lub biseksualistami, prostytutki, osoby często zmieniające partnerów seksualnych. Wliczono tu również dwie grupy ludzi, których bezpośredni udział w szerzeniu zakażenia jest minimalny, tj. chorych na hemofilię (i ich partnerów seksualnych) i osoby zakażone poprzez transfuzje krwi, a także dzieci urodzone z matek z grup zwiększonego ryzyka. Pracownicy służby zdrowia (lekarze, pielęgniarki, salowe), pracownicy pralni, kuchni, a także personel laboratoryjny – pracujący z materiałem zakaźnym – zaliczeni zostali do grup niskiego ryzyka.

Od kilku lat zaprzestano używania określenia *grupy ryzyka* na rzecz terminu *ryzykowne zachowanie*, zwracając w ten sposób uwagę na znaczenie dróg-sposobów przenoszenia zakażenia, a nie na określone preferencje seksualne czy uzależnienie. Ryzykowne zachowania mogą dotyczyć nas wszystkich, a są one częstsze wśród określonych grup społeczeństwa, np. wśród osób zmieniających często partnerów seksualnych, osób wstrzykujących sobie niesterylnym sprzętem różne substancje (głównie dotyczy to narkomanów). Zakażenie

wirusem HIV związane jest z określonym rodzajem zachowań, a nie z przynależnością do specyficznej grupy.

Wykrywanie zakażenia HIV

Przełomowe znaczenie w badaniach nad HIV miało opracowanie w 1985 roku testu na wykrywanie przeciwciał przeciwko antygenom wirusa HIV (test ELISA i tzw. test potwierdzenia – Western blot). Umożliwiło to masowe badania krwiodawców i osób z grup zwiększonego ryzyka. Test ELISA jest bardzo czuły – wykrywa bardzo małą ilość przeciwciał anti-HIV. Ponieważ jednak zdarzają się wyniki fałszywie dodatnie, zawsze używa się testu Western blot do ich potwierdzenia. Należy jednak pamiętać, że istnieje okres serologicznie niemy (tzw. okienko serologiczne, cisza immunologiczna), trwający na ogół od 6 do 12 tygodni od momentu zakażenia. W okresie tym u osoby zakażonej HIV (i zakaźnej!) wynik testu na przeciwciała wypadnie negatywnie.

Zespół objawów zakażenia HIV

Od momentu zakażenia wirusem HIV do powstania pełnoobjawowego AIDS mija przeciętnie 10 – 12 lat. Historia naturalna rozwoju AIDS obejmuje następujące etapy:

1. przedostanie się wirusa HIV do krwiobiegu;
2. okres inkubacji (wylegania) – trwa 4 – 6 tygodni;
3. okres ostrych objawów zakażenia – dotyczy większości, nawet 80 proc. wszystkich zakażonych osób. W 2 – 4 tygodnie po zakażeniu występują objawy podobne do grypy (gorączka, ogólne rozbicie, bóle mięśni i stawów), z powiększeniem węzłów chłonnych, czasem wysypkami na skórze i ze zmianami na śluzówce jamy ustnej. Zaburzenia te mijają samoistnie. U osób, u których wystąpi ostra choroba retrowirusowa, zakażenie rozwija się szybciej. Niemniej powyższe objawy są niespecyficzne i rzadko są podstawą rozpoznania zakażenia;
4. okres utajenia (bezobjawowego lub skąpo objawowego nosicielstwa HIV), trwający od kilku miesięcy do kilku lat. W przypadku dzieci może być on nieco krótszy;
5. okres objawów klinicznych – najczęściej polegają one na uogólnionej limfadenopatii, tj. uogólnionym powiększeniu węzłów chłonnych, postępującym osłabieniu, nocnych potach. W okresie tym zdarzają się choroby, które mogą również występować u osób nie zakażonych HIV, jednak ich przebieg jest cięższy lub długotrwały (np. półpasiec uogólniony, grzybica jamy ustnej). Zaburzenia te nazywano dawniej zespołem związanym z AIDS (tzw. ARC – *AIDS-Related Complex* lub *pre-AIDS*);
6. pełno objawowy AIDS, do którego typowych objawów należą: infekcje oportunistyczne (np. pneumocystozowe zapalenie płuc, toksoplazmoza mózgu, grzybica przełyku) oraz nowotwory (np. mięsak Kaposiego, chłoniaki mózgu). Wielu chorych na AIDS cierpi także na różnorodne zaburzenia neurologiczne (apatie, zaniki pamięci i postępujące otępienie umysłowe), spowodowane niszczeniem przez HIV komórek mózgu.

Osoby zakażone HIV, nawet jeśli nie mają żadnych objawów chorobowych, mogą zakazić następne osoby. Zgodnie z aktualnymi danymi tylko niewielki odsetek osób zakażonych (2 – 5 proc.) być może nigdy nie rozwinie AIDS – są to osoby z tzw. nie postępującym zakażeniem HIV.

Terapia

Ostatnie lata przyniosły nie tylko negatywne informacje dotyczące epidemii HIV/AIDS. W USA i w zachodniej Europie odnotowano spadek liczby nowych zachorowań na AIDS. Jest to, jak się powszechnie uznaje, efekt skuteczności i dostępności leczenia antyretrowirusowego. Drugim (pośrednim) efektem skuteczności terapii jest coraz wcześniejsze wykrywanie zakażenia HIV, gdyż osoby zachowujące się ryzykownie, widząc możliwość leczenia się, częściej zgłaszają się do lekarzy po poradę. Daje im to szansę wcześniejszego leczenia i odsunięcia widma AIDS na wiele lat.

Leczenie osób zakażonych HIV ma kilka podstawowych celów:

- Zapobieganie zakażeniom oportunistycznym.
Polega na stosowaniu leków zabezpieczających przed rozwojem niektórych groźnych infekcji, np. pneumocystodozy, toksoplazmozy, gruźlicy. O momencie rozpoczęcia takiego leczenia decyduje lekarz, jest ono prowadzone zwykle przez długi okres, czasem – przez całe życie.
- Leczenie zakażeń oportunistycznych i chorób nowotworowych.
Większość chorób znamionujących AIDS można dość skutecznie leczyć. Wymaga to jednak zwykle kosztownego leczenia szpitalnego. Ponieważ choroby często się powtarzają, pacjenci są wielokrotnie hospitalizowani. Po pewnym czasie, gdy układ odporności zakażonej osoby jest wyczerpany, leczenie tych chorób staje się nieskuteczne.
- Niszczenie wirusa HIV.
Aktualnie dostępnych jest szereg leków (kilkanaście), które niszczą wirusa na różnych etapach jego namnażania się w organizmie. Nazwano je lekami antyretrowirusowymi. Pierwszy z wprowadzonych do leczenia zakażenia HIV środków to azydotymidyna (w 1987 roku), w następnych latach wprowadzono inne leki z grupy tzw. nukleozydowych inhibitorów odwrotnej transkryptazy – ddC, ddI, stawudynę, lamiwudynę, a także z grupy nienukleozydowych inhibitorów odwrotnej transkryptazy: newirapinę, delawirydynę. Początkowo nie uzyskiwano korzystnych efektów leczenia, zastanawiano się, czy w ogóle jest ono skuteczne. Przełom nastąpił po stwierdzeniu konieczności łączenia w terapii leków ze sobą oraz po wprowadzeniu nowych leków – z grupy inhibitorów proteazy (saquinawir, ritonawir, indinawir), kiedy okazało się, że można spowodować bardzo znaczne zmniejszenie ilości krążącego we krwi wirusa, aż do poziomu niewykrywalności dostępnymi metodami laboratoryjnymi. U wielu osób spowalnia to postęp choroby, wzrasta u nich liczba limfocytów T. Jednak osoby takie nadal są zakażone – poprzez kontakty seksualne czy krew.

Badania teoretyczne wskazywały jeszcze w 1995 roku, że kilkuletnia kuracja może doprowadzić do zupełnego wyeliminowania wirusa z ustroju. Wyniki ostatnich badań mówią, że cel ten nie jest realistyczny. Sugeruje się, że do całkowitego usunięcia wirusa konieczne byłoby stosowanie terapii antyretrowirusowej przez kilkadziesiąt lat (20 – 30 lat). Dlatego aktualne podejście do problemu leczenia zakażenia HIV polega na maksymalnie długim okresie tłumienia namnażania się wirusa przy pomocy leków antyretrowirusowych, co zabezpiecza pacjentów przed rozwojem zakażeń oportunistycznych, nowotworów i następstw niekorzystnego oddziaływania samego wirusa na organizm. Zadanie to jest trudne w realizacji, gdyż większość stosowanych leków wywołuje liczne objawy uboczne. Problemem jest przewlekła, wieloletnia kontynuacja leczenia. Konieczne jest przyjmowanie leków z kilku grup, jeden, dwa lub trzy razy dziennie, niektóre przyjmowane są na czczo, inne po posiłkach, czasem pacjenci zmuszeni są do wypijania dużych ilości płynów dla zabezpieczenia funkcji nerek. Pacjenci żyją ze świadomością, że opuszczanie dawek leków jest równoznaczne z nieskutecznością terapii. Dlatego zmierza się do maksymalnego uproszczenia terapii, aby docelowo pacjenci mogli przyjmować na przykład po jednej tabletkę leku z każdej z kilku grup. Leczenie zakażenia HIV zaczyna coraz bardziej przypominać leczenie innych chorób przewlekłych.

Najnowsze zalecenia mówią, że wszystkie osoby mające objawy zakażenia HIV powinny być leczone – optymalnie – trzema lekami antyretrowirusowymi. Istnieją kontrowersje co do rozpoczynania leczenia u osób bezobjawowych. Zgodnie z najnowszymi danymi, u osób z bardzo dużą ilością wirusa we krwi i spadającą liczbą komórek odpornościowych wskazane jest stosowanie takiego leczenia. Trzeba podkreślić, że leczenie antyretrowirusowe, choć bardzo drogie, jest tańsze od leczenia objawów AIDS.

Droga do zupełnego wykorzenienia wirusa z organizmu jest jeszcze daleka, choć nadal trwają prace nad znalezieniem skutecznej metody. Sugeruje się, że ważnym składnikiem takiej metody może być leczenie zmierzające do odtworzenia zniszczonego przez HIV układu immunologicznego ustroju.

Krótką historia...

Małgorzata Czerniawska-Ankiersztejn
dyrektor Krajowego Centrum ds. AIDS, Warszawie

Świadomość istnienia epidemii HIV na świecie pojawiła się w społeczeństwie polskim w pierwszej połowie lat 80. za sprawą działalności środków masowego przekazu, które koncentrowały swoją uwagę głównie na rozwoju zakażeń HIV w Stanach Zjednoczonych. Podkreślano wówczas, że nowa choroba może przybrać na tym kontynencie postać epidemii i zwracano uwagę, że rozwój zakażeń przebiega głównie wśród osób o orientacji homoseksualnej.

Świadomość rozwoju epidemii HIV w Polsce pojawiła się w społeczeństwie polskim dopiero na przełomie lat 1989/90.

Pierwszy przypadek zakażenia HIV w Polsce odnotowano w 1985 roku (od tego roku rozpoczęto badania diagnostyczne w kierunku zakażeń HIV).

Pierwszy przypadek AIDS zdiagnozowano w 1986 roku.

Pierwsza zorganizowana kampania informacyjna na skalę ogólnopolską została przeprowadzona przez mass media w 1989 roku. Kampania była skierowana do osób dorosłych, a do konieczności jej zorganizowania przyczyniły się bezpośrednio nasilające się protesty i brak zgody społecznej na obecność w najbliższym sąsiedztwie osób, które ujawniły fakt zakażenia. Istotnym powodem były również żądania izolacji osób zakażonych.

Polska nie dysponowała odrębnymi regulacjami prawnymi o mocy ustawy, które zostałyby opracowane w związku z AIDS. Zgłaszanie i rejestrowanie zachorowań na AIDS jest warunkowane istniejącymi aktami prawnymi, szczególnie ustawą o chorobach zakaźnych z dnia 13 listopada 1963 roku – nakładającą ogólny obowiązek zgłaszania chorób zakaźnych do Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie. Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 21 października 1986 roku wpisano AIDS na listę chorób zakaźnych i od tego momentu, zgodnie ze wzmiankowaną wyżej ustawą, istnieje obowiązek zgłoszenia przez lekarza każdego zdiagnozowanego przypadku AIDS do Wydziału Epidemiologii Państwowego Zakładu Higieny. Wspomniana ustawa o chorobach zakaźnych nakłada obowiązek leczenia chorób zakaźnych (w tym również AIDS) i precyzuje, że leczenie to jest bezpłatne dla pacjenta.

Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z 30 sierpnia 1991 roku w artykule 19, ustępie 2 określa prawo pacjenta do wyrażania zgody na określone świadczenia zdrowotne, którym zgodnie z artykułem 3.7 tej ustawy jest wykonanie testu na obecność przeciwciał anti-HIV. Oznacza to, że nie można wykonać testów HIV bez zgody pacjenta, z wyjątkiem dawców krwi, tkanek i organów.

Ogólnie trzeba stwierdzić, że współczesne prawo polskie poza wskazanymi przypadkami krwiodawstwa i transplantologii oraz przypadkami prowadzenia postępowania karnego i nakazu sądowego nie przewiduje możliwości prowadzenia badań diagnostycznych w kierunku HIV/AIDS przy braku zgody, a tym bardziej wbrew zgodzie osoby, która miałaby być tym badaniom poddana.

W ścisłym związku z problematyką diagnostyki i rozpoznawania HIV/AIDS pozostaje problem zakresu zachowania tajemnicy lekarskiej i służbowej.

Ustawa o zawodzie lekarza (artykuł 14, pozycja 1), Ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej oraz istniejący Kodeks etyki lekarskiej (artykuł 23) i Kodeks etyki zawodu pielęgniarki i położnej – nakładają na ich adresatów bezwzględny obowiązek zachowania tajemnicy.

Wszystkie wyżej omówione zagadnienia są również zapisane w przyjętym przez rząd Krajowym Programie Zapobiegania Zakażeniom HIV i Opieki nad Osobami Chorymi na AIDS.

Pierwsza istotna dla działań związanych z AIDS organizacja pozarządowa została zarejestrowana 1989 roku. Jest to Stowarzyszenie Solidarni wobec AIDS – Plus. W składzie członków założycieli tej organizacji znalazły się osoby publiczne o uznanym autorytecie (m.in. profesorowie medycyny, humaniści, prawnicy i działacze społeczni), które w tamtych latach zdecydowanie i publicznie przeciwstawiły się narastającej fali nietolerancji i ostrych protestów społecznych wobec osób zakażonych HIV. Bezpośrednim powodem założenia tej organizacji była konieczność integralnych oddziaływań wobec negatywnych reakcji społecznych, ochrona dóbr osobistych osób, które ujawniły fakt zakażenia i spotkały się z represją społeczną oraz konieczność powszechnej edukacji w zakresie HIV/AIDS.

Dostęp pacjentów zakażonych HIV/AIDS do specjalistycznego leczenia pojawił się w 1990 roku. Była to jednak tzw. monoterapia dostępnym lekiem AZT-retrowir.

W miarę rozwoju wiedzy medycznej i dostępności innych leków antyretrowirusowych stopniowo zaczęto je stosować u polskich pacjentów. Dostęp do tych leków był jednak ograniczony głównie ze względów finansowych.

Zdecydowany rozwój leczenia retrowirusowego nastąpił w roku 1996, zaś przełom dostępności do leków – w 1998 roku, kiedy to zdecydowano o centralnym zakupie leków retrowirusowych przez MZIOS. Aktualnie leczonych retrowirusowo wszystkimi możliwymi kombinacjami jest ponad 1000 osób.

W ramach działań zmierzających do zmniejszenia społecznych szkód związanych z zażywaniem narkotyków dożylnych wprowadzono już w roku 1991 wymianę igieł i strzykawek. Były to działania podejmowane przez organizację pozarządową Monar i miały wówczas charakter działań nieoficjalnych, na niewielką skalę i raczej nie były aprobowane społecznie. W owym czasie program wymiany igieł i strzykawek nie był oficjalnie uznany w programie polityki państwa w zakresie przeciwdziałania narkomanii.

Dopiero od 1996 roku programy wymiany igieł i strzykawek zostały wprowadzone w oficjalne dokumenty aprobowane przez środowiska rządowe, powoli zyskały również aprobatę społeczną i zostały mocno rozpowszechnione. W 1997 roku wprowadzono w Polsce możliwość leczenia substytucyjnego metadonem. Obecnie istnieje osiem takich programów, leczeniem objętych jest około 700 osób.

W świadomości społecznej widoczna jest zdecydowana zmiana w postrzeganiu choroby i osób chorych, zmierzająca w kierunku uznania AIDS za jedną z wielu chorób zakaźnych. Badania socjologiczne wykazują, że społeczeństwo niechętnie nadaje AIDS znamiona priorytetu. Dla sektora zdrowia AIDS w znacznym stopniu stanowi priorytet, zarówno w sferze profilaktyki, jak i leczenia. Priorytet ten wynika w obszarze profilaktyki z powodu aktualnych tendencji, wykazujących wzrost ilości nowych zakażeń i ich odniesienia do ludzi bardzo młodych, a w obszarze leczenia z bardzo wysokich kosztów kuracji antyretrowirusowych, których ponoszenie przez indywidualnego pacjenta jest praktycznie niemożliwe.

Przykładami potwierdzającymi priorytet AIDS w stosunku do innych chorób są między innymi:

- utworzenie w ramach budżetu państwa celowego funduszu przeznaczanego na zapobieganie AIDS;
- opracowanie ogólnopolskiej strategii leczenia antyretrowirusowego i wydzielenie w budżecie Ministra Zdrowia specjalnych funduszy przeznaczonych na centralny zakup leków antyretrowirusowych;
- realizacja strategicznego rządowego programu przeciwdziałania AIDS i opieki nad chorymi na AIDS.

Polityka ogólna w sprawach HIV/AIDS

Najważniejsze cele polityki państwa w zakresie HIV/AIDS wytycza przyjęty przez rząd i Sejm RP Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS.

Najważniejsze cele programu to:

- Usprawnienie istniejącego systemu zapobiegania zakażeniom HIV.
- Edukacja społeczeństwa, kształtowanie właściwych postaw na podstawie współczesnej wiedzy oraz praw człowieka.
- Zapewnienie zintegrowanej opieki nad ludźmi żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS.

Parlament RP uchwalił rezolucję, w wyniku której zobowiązał rząd do opracowania Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS i składania corocznych sprawozdań. W ramach działania parlamentu organizowane są posiedzenia sejmowej Komisji Zdrowia oraz Podkomisji ds. Zdrowia Publicznego, w ramach których omawiane są najbardziej aktualne problemy wynikające z realizacji Krajowego Programu.

Na szczeblu rządowym wiodącą rolę w kreowaniu polityki w zakresie HIV/AIDS pełni Minister Zdrowia, działający przy pomocy swego Pełnomocnika ds. HIV/AIDS. Został powołany Komitet ds. AIDS, usytuowany przy Głównym Inspektorze Sanitarnym Kraju.

Polityka państwa w zakresie HIV/AIDS jest stabilna, niezależna od zachodzących zmian układu politycznego i zmian rządu. Powodem tej stabilności jest fakt realizacji stałej polityki wynikającej z założeń Krajowego Programu Zapobiegania HIV – pierwszy był opracowany na lata 1996-99, obecny na lata 1999-2003.

Dokumentem strategicznym o randze krajowej, określającym politykę państwa polskiego w zakresie HIV/AIDS jest *Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Opieki nad Osobami Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS na lata 1999-2003*. Dokument ten jest opracowany na mocy rezolucji parlamentu, który wezwał rząd do opracowania i realizacji programu. Program zostaje zatwierdzony przez Radę Ministrów.

Za inicjowanie i kreowanie polityki krajowej odpowiedzialny jest Minister Zdrowia. Ten organ przy współpracy Narodowego Komitetu ds. AIDS oraz organizacji pozarządowych określa ogólne ramy polityki krajowej w zakresie HIV/AIDS i przygotowuje pierwszą, roboczą wersję dokumentu jakim jest *Krajowy Program*. Następnie robocza wersja dokumentu podlega uzgodnieniom pomiędzy wszystkimi ministerstwami, które w jakikolwiek sposób realizują zadania zapobiegania AIDS. Zebrane uwagi ponownie analizują Narodowy Komitet ds. AIDS i organizacje pozarządowe i przedstawiają Ministrowi Zdrowia uzgodnioną koncepcję programu. Następnie ten dokument, określający politykę państwa w zakresie HIV/AIDS, jest zatwierdzany przez Radę Ministrów i Premiera Rządu RP. Duży wpływ na ostateczny kształt polityki państwa mają środowiska organizacji pozarządowych, w tym szczególnie takie, które skupiają osoby żyjące z HIV. W trakcie przygotowywania polityki państwa, zarówno obecnie, jak i w ubiegłych latach, korzystano z zaleceń organizacji międzynarodowych (tj. WHO, aktualnie UNAIDS, EU).

Korzystano również z doświadczeń innych krajów. Polska w dużej mierze wykorzystuje doświadczenia niemieckie i włoskie.

Od początku pojawienia się epidemii HIV w Polsce można obserwować stopniowy rozwój polityki państwa w tym zakresie. W ciągu ostatnich trzech lat jest on bardzo dynamiczny. Świadczą o tym:

- utworzenie organizacyjnych struktur rządowych zajmujących się problematyką HIV/AIDS (są to następujące agendy rządowe: Krajowe Biuro Koordynacyjne ds. Zapobiegania AIDS, Centrum Diagnostyki i Terapii AIDS, Biuro ds. Narkomanii, Biuro ds. Zwalczania Przystępczości Narkotycznej przy Komendzie Głównej Policji);
- ustanowienie Pełnomocnika Ministra Zdrowia ds. AIDS i Narkomanii;
- zwiększenie środków finansowych na prewencję HIV/AIDS oraz leczenie chorych na AIDS;
- zdecydowane wsparcie istniejących organizacji pozarządowych działających w tym zakresie.

W pierwszych latach epidemii polityka państwa była ukierunkowana przede wszystkim na przekazanie podstawowych informacji o HIV/AIDS. Od kilku lat obejmuje ona szeroką edukację społeczną, ukierunkowaną nie tylko na posiadanie wiedzy o AIDS, ale przede wszystkim na zmianę postaw wobec osób żyjących z HIV i promowanie postaw społecznych, które sprzyjają eliminowaniu z życia człowieka sytuacji ryzykownych, mogących spowodować zakażenie HIV.

Bardzo ważne jest uwzględnienie w tych programach aspektów promocji zdrowia i prewencji chorób przenoszonych drogą płciową (STD). Istotne znaczenie ma w ogólnej polityce promowanie odpowiedzialnego wychowania seksualnego.

Działania prewencyjne HIV/AIDS, szczególnie skierowane do młodzieży, nie są ograniczane tylko do tematów związanych z HIV/AIDS, podejmuje się również problemy związane z chorobami zakaźnymi oraz chorobami przenoszonymi drogą płciową.

W ostatnich dwóch latach w szeroko rozumianym zdrowiu publicznym odkryciem stała się możliwość realizowania promocji zdrowia.

Struktura instytucjonalna w realizacji polityki

Strukturę odpowiedzialności za realizację polityki państwa w zakresie HIV/AIDS wytycza Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS:

- Na szczeblu krajowym koordynatorem polityki państwa w zakresie HIV/AIDS jest Minister Zdrowia i Opieki Społecznej. Minister Zdrowia działa przy pomocy swojego Pełnomocnika ds. AIDS i Narkomanii. Współrealizatorami krajowej polityki zawartej w tym programie są:
 - Ministerstwo Edukacji Narodowej,
 - Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji,
 - Ministerstwo Obrony Narodowej,
 - Ministerstwo Sprawiedliwości,
 - Ministerstwo Pracy i Polityki Socjalnej,
 - Ministerstwo Transportu i Gospodarki Morskiej.
- Na szczeblu regionalnym realizacją polityki państwa zajmują się powołani do tego celu koordynatorzy wojewódzcy. Administracyjnie usytuowani są przy urzędzie wojewody, a merytoryczny nadzór pełni Minister Zdrowia. Rola koordynatorów polega na inicjowaniu działań wynikających z Krajowego Programu, wzmacnianiu działań organizacji pozarządowych działających na ich terenie w zakresie HIV/AIDS oraz działaniach kontrolnych, szczególnie wobec tych instytucji, które realizują zadania zlecone przez administrację rządową i uzyskują na ten cel fundusze z budżetu Ministra Zdrowia.

W poszczególnych regionach koordynatorzy ds. AIDS opracowują wojewódzkie programy zapobiegania AIDS, których ogólne zadanie określa Krajowy Program. Uwzględniając specyfikę środowiska lokalnego, wojewódzcy koordynatorzy są zobowiązani do włączenia w realizację wojewódzkiego programu wszystkich organizacji pozarządowych działających na ich terenie w sprawie zapobiegania HIV/AIDS. Organizacje pozarządowe są zobowiązane przedłożyć wojewódzkiemu koordynatorowi proponowany program działań.

Rys epidemiologiczny HIV/AIDS w województwie śląskim na tle Polski i świata

Mariola Rejda

Śląskie Centrum Zdrowia Publicznego w Katowicach

Najważniejsze fakty z historii badań nad AIDS/HIV

Zakażenia wirusem HIV i ich efekty w postaci choroby AIDS stały się w ostatnich latach problemem nie tylko społeczności regionalnych, ale problemem globalnym. Pierwsze poznane przypadki (nieznanej choroby) zapalenia płuc wywołanego przez *Pneumocystis carinii* wraz z towarzyszącą kandydozą stwierdzono u pięciu homoseksualistów w Los Angeles w 1981 r. U trzech z nich wykryto również zaburzenia odporności komórkowej. W tym samym roku rozpoznano także przypadki mięsaka Kasposiego u homoseksualistów w Nowym Jorku. Nie znano jednak przyczyn tych chorób. Dopiero w 1982 r. na podstawie badań klinicznych opisano zasadnicze cechy kliniczne choroby, którą nazwano AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome* – zespół nabytego upośledzenia odporności). Chorobę tę stwierdzono nie tylko u homoseksualistów, ale także u chorych na hemofilię przyjmujących krew i preparaty krwiopochodne. Pierwszą i pełną definicję zespołu AIDS podało CDC w formie raportów opublikowanych przez oficjalny biuletyn epidemiologiczny CDC.

Dopiero w 1983 r. udało się wyizolować retrowirusa z limfocytów chorego. Tego wiekopomnego odkrycia dokonał zespół Luca Montagniera z Instytutu Pasteura w Paryżu. Wirus ten otrzymał nazwę LAV. Rok później badacze z USA wyizolowali od chorych na ADIS wirusa, który pod względem głównych cech biologicznych był identyczny z wirusem LAV. Uczeni amerykańscy nazwali swojego wirusa ARV (*AIDS-Related Virus*). Rok później wirus ten otrzymał nazwę HIV (*Human Immunodeficiency Virus* – ludzki wirus nabytego upośledzenia odporności). Ustalono, że wirus ten należy do grupy retrowirusów, rodziny lentiwirusów. W 1985 dokonano następnego odkrycia jakim były: opracowanie w USA testu umożliwiającego stwierdzenie przeciwciał przeciwko omawianemu wirusowi oraz wyizolowanie drugiego rodzaju wirusa – HIV-2, który strukturą i mechanizmem infekcji jest podobny do HIV-1 – przez zespół badaczy z Francji. Wirus ten odznacza się mniejszą zjadliwością niż HIV-1 i nie rozprzestrzenił się jeszcze poza terenem Afryki.

Jak wynika z badań, istnieje wielkie prawdopodobieństwo, że wirus HIV-1 pochodzi od wirusa SIV wyizolowanego z populacji małp afrykańskich. Wirus ten mógł ulec mutacji i przedostać się do populacji ludzkiej zamieszkującej te tereny. Dalsza analiza wirusa potwierdza, że wirus HIV pojawił się o wiele wcześniej, ponieważ poprzez analizę krwi ustalono, że wirus ten znajdował się już w latach 50. – 60. wśród mieszkańców Afryki. Następnie wskutek migracji ludzkiej przedostał się w latach 70. na teren Europy i Stanów Zjednoczonych. Należy jednak mieć na względzie, iż rozwój choroby trwa co najmniej kilka lat – może to tłumaczyć przypadki wykrycia choroby dopiero w latach 80.

Główne cechy retrowirusów, a tym samym również HIV, to przede wszystkim:

- obecność RNA jako materiału genetycznego, podczas gdy w normalnych komórkach jest to DNA;
- tropizm jedynie do niektórych rodzajów limfocytów ludzkich lub szympanich.

Wniknięcie wirusa do organizmu ludzkiego wywołuje spadek odporności komórkowej przez niszczenie limfocytów T-pomocniczych i T-supresorowych, które na swej powierzchni mają białko CD4. Poprzez powinowactwo do białka CD4 wirus może atakować także makrofagi, komórki nabłonkowe Langerhansa, komórki nabłonkowe mózgu, komórki dendryczne oraz inne, które posiadają na swej powierzchni białko CD4.

Wirus HIV znajduje się we krwi, surowicy, spermie, wydzielinie pochwowej, łzach, moczu oraz płynach oskrzelowo-pęcherzykowych. Dotychczas udowodniono, że istnieje możliwość przenoszenia wirusa jedynie poprzez krew lub jej produkty oraz spermę i wydzielinę pochwową. Brak danych na potwierdzenie faktu przenoszenia wirusa wraz z pokarmem zainfekowanej kobiety. Formalnie wykluczono możliwości przenoszenia wirusa przez owady, np. komary.

Do objawów klinicznych związanych z tym wirusem należą:

- zakażenia bezobjawowe – określają stan zdrowego nosiciela, u którego nie stwierdzono objawów klinicznych choroby AIDS. W około 10 proc. przypadków objawy choroby mogą pojawić się po 2 – 6 tygodniach od zakażenia. Należy pamiętać, że pomimo braku objawów AIDS, każdy nosiciel może rozprzestrzeniać wirusa HIV na drodze kontaktów seksualnych lub przez mieszanie krwi;
- zespół powiększenia węzłów chłonnych (LAS) – adenopatie obwodowe;
- objawy utajone AIDS – astenia, gorączka, spadek masy ciała, anoreksja, nocne poty;
- kompleks związany z AIDS (ARC) – kompleks ten cechuje się infekcjami oportunistycznymi związanymi z upośledzeniem układu immunologicznego;
- czysta postać choroby AIDS – jest to stadium końcowe, na tym etapie pacjenci mogą ulegać wtórnym procesom nowotworowym.

Rys epidemiologiczny HIV/AIDS

Zagłębiając się w temat możliwości zakażenia wirusem HIV, możemy wyodrębnić różne typy epidemiologiczne:

- TYP I – dotyczy mężczyzn, homoseksualistów, biseksualistów oraz narkomanów stosujących narkotyki dożylnie. Zakażenie w tym wypadku następuje poprzez krew oraz drogą kontaktów seksualnych. Stosunek zarażonych mężczyzn do kobiet wynosi 10(15):1. Typ ten jest charakterystyczny dla krajów uprzemysłowionych jak: USA, kraje Europy Zachodniej, Nowa Zelandia, część Ameryki Łacińskiej.
- TYP II – dotyczy heteroseksualistów. Stosunek przypadków zachorowań wśród mężczyzn i kobiet wynosi 1:1. Bardzo powszechne jest przenoszenie wirusa drogą okołoporodową na dzieci. Typ ten jest charakterystyczny dla Afryki i niektórych państw Archipelagu Karaibskiego. Występuje głównie na tych terenach, w grupach kulturowo zamkniętych.
- TYP III – pojawił się na początku lat 80. Przenoszenie wirusa w tym przypadku następuje drogą płciową, w wyniku kontaktów hetero- oraz homoseksualnych. Przypadki te odnoszą się do osób podróżujących, które miały kontakt z zakażonymi. Typ ten występuje w Afryce Północnej, Europie Wschodniej, wschodniej części basenu Morza Śródziemnego i Azji.

Od czasu pojawienia się wirusa HIV nie obserwujemy spadku ilości chorych na AIDS – wirus ten szerzy się na świecie, stając się jedną z ważniejszych przyczyn zgonów w populacji dorosłych zarówno w krajach rozwiniętych, jak również tych o niskim statusie gospodarczym.

Rozkład geograficzny nowych zakażeń wirusem HIV przedstawia się tak, że nadal poważna część zakażeń występuje na terenie subsaharyjskim, gwałtowny jest wzrost zachorowań w Azji Południowo-Wschodniej. Największa liczba osób zakażonych wirusem – ponad 4 mln – żyje na terenie RPA. Codziennie dochodzi tam do ponad 1700 nowych zakażeń¹. Obserwując sytuację epidemiologiczną w poszczególnych regionach, można wyróżnić pewien trend jakim jest spadek liczby zachorowań w krajach uprzemysłowionych oraz jej wzrost w krajach rozwijających się. Według oszacowań UNAIDS (Program Narodów Zjednoczonych ds. AIDS) i WHO w 1998 r. na świecie było 33,4 mln osób zakażonych wirusem HIV, chorych na AIDS było w tym 29,9 mln, a zmarło 13,9 mln osób.

Dane epidemiologiczne są ważne dla problemu AIDS z tego względu, że ukazują wielkość problemu nie tylko na poziomie globalnym, ale także mniejszym, jak kraj czy region. Liczbę zgłoszonych zachorowań na AIDS w 1996 r. przedstawiono w tabeli nr 1. Należy zauważyć, że obserwuje się tendencję do szybkiego wzrostu liczby osób zarażonych wirusem HIV, czyli w konsekwencji chorych na AIDS, żyjących w Azji Południowo-Wschodniej.

¹ Dane Światowej Organizacji Zdrowia z XIII Międzynarodowej Konferencji ds. AIDS w Durbanie (kurier elektroniczny)

Tab. 1. Zachorowania na AIDS do połowy 1996 r.²

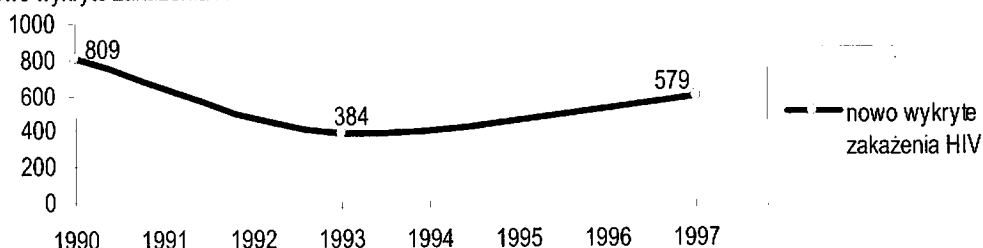
Kontynent	Afryka	Ameryka Pn. i Pd.	Azja	Europa	Oceania
Liczba zachorowań	499 037	690 042	29 707	1 077 579	7285

Sytuacja epidemiologiczna w województwie śląskim na tle kraju i świata

W Polsce, podobnie jak w innych krajach Europy Środkowej, sytuacja jest stabilna. Do 1999 roku odnotowano ogółem w naszym kraju 5620 zakażeń HIV i 737 przypadków zachorowań na AIDS, z których 415 zakończyło się śmiercią chorych. Jednak rzeczywistą liczbę osób zakażonych wirusem HIV szacuje się na około 12 000.³

Sytuację zakażeń HIV w Polsce na przestrzeni ostatniego dziesięciolecia przedstawia rysunek nr 1.

Rys. 1. Nowo wykryte zakażenia HIV na terenie Polski w latach 1990-1997.



Po spadku zakażeń na terenie Polski w 1993 r. obserwujemy ponowny ich wzrost⁴. Większość osób zakażonych wirusem HIV w naszym kraju to osoby stosujące dożylny środki odurzające. Zróżnicowanie dróg zakażeń wirusem HIV wśród obywateli polskich w latach 1990-1997 przedstawia tabela nr 2.

Tab. 2. Badania prowadzone w kierunku zakażenia HIV w latach 1990-1997 z rozbiciem na różne drogi zakażenia⁵.

Grupy osób badanych	liczba	%
Homo- i biseksualiści	242	5.6
Używający dożylnych środków odurzających	2826	65.3
Osoby trudniące się prostytutką	9	0.2
Biorcy krwi	7	0.2
Chorzy na hemofilię	1	0
Dawcy krwi, nasienia, tkanek i narządów	163	3.8
Inni	1079	24.9
Ogółem	4327	100

W epidemiologii zakażeń HIV na terenie Polski można wyodrębnić następujące okresy:

okres I – nowo wykryte zakażenia u homoseksualistów, biseksualistów i chorych na hemofilię;

okres II – przedostanie się wirusa do grupy osób stosujących dożylny środki odurzające.

Pomimo małej liczby osób chorych na AIDS w naszym kraju w stosunku do świata, można obserwować tendencję wzrostową liczby chorych również w Polsce. Porównanie zachorowań na AIDS w skali świata i Polski przedstawia tabela nr 3. Wynika z tego, że problem chorych na AIDS na terenie Polski zaistniał dopiero w latach 1986-1987.

² Dane Światowej Organizacji Zdrowia

³ Dane wg Państwowego Zakładu Higieny

⁴ Dane wg Państwowego Zakładu Higieny

⁵ Dane wg Państwowego Zakładu Higieny

Tab. 3. Przyrost zarejestrowanych zachorowań na AIDS na świecie i w Polsce od 1981 do połowy 1996 r.⁶

Rok	1981	1983	1985	1987	1989	1993	1996
Świat	436	3589	14,650	51,487	87,861	100,407	1,644,183
Polska	0	0	0	2	22	173	499

W latach 1985-1998 prawie 31 proc. osób zakażonych wirusem HIV oraz chorych na AIDS mieszkało w trzech województwach: stołecznym warszawskim, katowickim i gdańskim, pozostałe 69 proc. osób zakażonych było rozmieszczone w pozostałych województwach.

Sytuacja w 1999 r. dotycząca zapadalności na AIDS jest przedstawiona w tabeli nr 4. Województwo śląskie plasuje się niestety na drugim miejscu pod względem zachorowań na AIDS w 1999 r. Natomiast podział liczby zachorowań według wieku, płci oraz grup przenoszenia przedstawiają tabele nr 5 i 6. Jak widać, rozmieszczenie terytorialne osób zakażonych wirusem HIV jest podobne jak w latach poprzednich, natomiast podział na grupy wiekowe plasuje grupy od 20 – 40 roku życia na pierwszym miejscu pod względem liczby zakażonych. Może to być spowodowane większą aktywnością seksualną oraz dużym odsetkiem narkomanów w tych grupach wiekowych.

Tab. 4. Liczba zachorowań na AIDS w Polsce w latach 1997-99 oraz w 1999 r. według województw⁷.

Województwo	Liczba zachorowań	Zapadalność [na 100 tys. osób]	Hospitalizacja	
			Liczba osób	%
Polska 1997	116	0,3	116	100
Polska 1998	117	0,3	116	99,1
Polska 1999	108	0,28	105	97,2
rok 1999				
dolnośląskie	27	0,91	27	100
kujawsko-pomorskie	6	0,29	6	100
lubelskie	2	0,09	2	100
lubuskie	4	0,39	4	100
łódzkie	2	0,08	2	100
małopolskie	1	0,03	1	100
mazowieckie	8	0,16	8	100
opolskie	3	0,28	3	100
podkarpackie	–	–	X	X
podlaskie	1	0,08	1	100
pomorskie	14	0,64	14	100
śląskie	25	0,51	22	88
świętokrzyskie	3	0,23	3	100
warmińsko-mazurskie	2	0,14	2	100
wielkopolskie	4	0,12	4	100
zachodniopomorskie	6	0,35	6	100

⁶ Dane wg Światowej Organizacji Zdrowia

⁷ Dane Zakładu Epidemiologii Państwowego Zakładu Higieny

Tab. 5. Liczba zachorowań na AIDS według wieku i płci w Polsce⁸.

AIDS – ZESPÓŁ NABYTEGO UPOŚLEDZENIA ODPORNOŚCI (B20-B22)

Grupy wieku	Płeć					
	Mężczyźni		Kobiety		Ogółem	
	1998	1999	1998	1999	1998	1999
0-19 lat	2	4	1	1	3	5
20-29 lat	27	27	11	9	38	36
30-39 lat	44	28	7	8	51	36
40-49 lat	12	21	3	1	15	22
50-59 lat	5	6	2	–	7	6
60+ lat	–	3	–	–	–	3
Ogółem	90	89	24	19	114	108

Tab. 6. Liczba zachorowań na AIDS według grupy przenoszenia zakażenia w Polsce⁸.

Grupy wieku	Grupa przenoszenia zakażenia									
	H/Bi		ND		Hetero		Inni		Ogółem	
	1998	1999	1998	1999	1998	1999	1998	1999	1998	1999
0-19 lat	1	–	–	1	–	–	2 ^a	3 ^a	3	5
20-29 lat	2	4	24	28	12	1	–	3 ^b	38	36
30-39 lat	11	3	33	26	6	6	1 ^b	1 ^b	51	36
40-49 lat	3	10	4	8	5	3	3 ^b	1 ^b	15	22
50-59 lat	3	4	–	–	3	1	1 ^b	1 ^b	7	6
60+ lat	–	2	–	–	–	1	–	–	–	3
Ogółem	20	23	61	63	26	12	7	10	114	108

H/Bi – homo- i biseksualiści; ND – stosujący środki odurzające we wstrzyknięciach; Hetero – zakażeni drogą ryzykownych kontaktów heteroseksualnych; ^a – dzieci matek zakażonych HIV; ^b – chorzy bez informacji o drodze zakażenia HIV

Tab. 7. Zakażenia HIV w Polsce w latach 1998-1999⁹, badania w kierunku przeciwciał anti-HIV.

Grupa badanych	Liczba badań ogółem ^a		W tym serologicznie dodatnich			
			Liczba osób		Częstość ^b	
	1998	1999	1998	1999	1998	1999
Homo- i biseksualiści	570	396	36	39	6,3	9,8
Stosujący środki odurzające we wstrzyknięciach	5656	3848	354 ^c	264	6,3	6,9
Osoby trudniące się prostytutką	526	440	2	1	0,4	0,2
Biorcy krwi, nasienia, tkanek i narządów	33 570	16 282	–	–	–	–
Chorzy na hemofilię	126	86	–	–	–	–
Osoby z ww. grup razem	40 448	21 052	392	304	1	1,4
Dawcy krwi	1 029 532	961 959	18 ^c	26 ^c	0,002	0,003
Inni/brak danych	123 127	93 857	229	198 ^c	–	–
Obywatele polscy ogółem	1 193 107	1 076 868	638	527	0,05	0,05
Obcokrajowcy	616	383	34	10	5,5	2,6

^a – bez MSW i PKP; ^b – liczba osób serologicznie dodatnich na 100 wykonanych badań; ^c – jeden kandydat na krwiodawcę zakaził się drogą ryzykownych zachowań heteroseksualnych, o pozostałych brak danych dotyczących dróg zakażenia

⁸ Dane Zakładu Epidemiologii Państwowego Zakładu Higieny

⁹ Dane Zakładu Epidemiologii Państwowego Zakładu Higieny

Tabele 8 i 9 przedstawiają dane dotyczące zgonów chorych na AIDS w Polsce.

Tab. 8. Zgony chorych na AIDS według województw w latach 1998-1999 w Polsce¹⁰.

Wyszczególnienie	Liczba zgonów	Umieralność na 100 tys.
rok 1998		
Ogółem	46*	0,119
Miasto	41	0,171
Wieś	5	0,034
rok 1999		
Ogółem	58**	0,150
Miasto	56	0,234
	2	0,014
Województwa:		
dolnośląskie	17	0,571
kujawsko-pomorskie	2	0,095
lubelskie	2	0,089
lubuskie	4	0,391
łódzkie	–	–
małopolskie	–	–
mazowieckie	6	0,118
opolskie	1	0,092
podkarpackie	–	–
podlaskie	2	0,164
pomorskie	8	0,366
śląskie	10	0,205
świętokrzyskie	1	0,076
warmińsko-mazurskie	2	0,137
wielkopolskie	4	0,119
zachodniopomorskie	–	–

* 4 zgony – brak danych o środowisku

** 1 zgon – brak danych o środowisku

Tab. 9. Zgony chorych na AIDS według wieku i płci w latach 1998-1999¹¹.

Grupy wieku	Liczba zgonów					
	Mężczyźni		Kobiety		Ogółem	
	1998	1999	1998	1999	1998	1999
0-19 lat	–	2	–	–	–	2
20-24 lat	1	4	–	1	1	5
25-29 lat	7	11	4	2	11	13
30-34 lat	10	8	3	2	13	10
35-39 lat	7	7	1	–	8	7
40-44 lat	5	13	1	3	6	16
45-49 lat	6	2	–	–	6	2
50-54 lat	2	2	2	–	4	2
55-59 lat	1	–	–	–	1	–
60 i więcej lat	–	2	–	–	–	2
Ogółem	39	51	11	8	50	59

¹⁰ Dane Zakładu Epidemiologii Państwowego Zakładu Higieny

¹¹ Dane Zakładu Epidemiologii Państwowego Zakładu Higieny

Chociaż w ostatnich latach liczba zachorowań na AIDS, jak również nowych przypadków zakażenia wirusem HIV, wykazuje nieznaczne wahania, to możliwy jest niekorzystny rozwój sytuacji epidemiologicznej, która zależy przede wszystkim od:

- dostępności i jakości opieki medyczno-socjalnej,
- od częstości ryzykownych zachowań w populacji,
- od efektywnych działań profilaktyczno-edukacyjnych.

Należy podkreślić, że w obecnej sytuacji, przy braku szczepionki i skutecznych metod leczenia, jedyną skuteczną metodą w walce z AIDS jest zapobieganie nowym zakażeniom HIV. Działania profilaktyczne i edukacyjne należy wprowadzić w celu zwiększenia stopnia świadomości społeczeństwa. Główny nacisk należy skierować na rozpowszechnianie materiałów informacyjnych na temat sposobów zarażenia się wirusem. Ważne jest również uświadomienie społeczeństwu, że osoby chore na AIDS są nadal ludźmi i mogą w społeczeństwie normalnie funkcjonować.

Wychowanie seksualne w Polsce

prof. Andrzej Jaczewski

Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania, Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego

Różne są tendencje, różne są poglądy, często ścierające się, często nawet wykluczające się wzajemnie, niemniej dialog jest potrzebny. My byliśmy tymi, którzy próbowali ten dialog prowadzić. Komisja, która zajmowała się wychowaniem seksualnym za poprzedniej ekipy MEN-u, składała się w połowie z tzw. liberałów (to jesteśmy my), a w połowie z osób związanych z Kościołem katolickim. Niestety te osoby w ogromnej większości nie brały udziału w pracach komisji, choć były zapraszane, były członkami komisji, mogły.

Kiedy w Polsce zaczęła się taka – powiedziałbym – wojna religijna, zorganizowaliśmy spotkanie, w którym uczestniczył dr Zbigniew Izdebski, prof. Rzepka, dr Teresa Król i ks. prof. Skrzydleski oraz ks. Augustyn i zastanawialiśmy się, co zrobić, aby w Polsce nie było rzeczywistej wojny religijnej na tematy seksu, ponieważ ta wojna nikomu do niczego nie jest potrzebna. Niestety skutków tych naszych usiłowań nie było żadnych. Kiedy nastąpiła zmiana, zostaliśmy wyrzuceni ze wszystkich komisji, grup eksperckich itd. i zapanowała tam jedność. Myślę, że to nie jest najlepiej. Będą niedługo wybory. Wszystko wskazuje na to, że znów wszystko się zmieni. Ucierpią na tym przede wszystkim nasi wychowankowie, a w ogóle – całe społeczeństwo.

Dokładnie 30 lat temu, dokładnie w tej sali odbyło się posiedzenie. Prof. Rzepka z Katowic organizował raz w roku ogólnopolskie spotkania i wtedy spotkanie to było poświęcone wychowaniu seksualnemu. Udział w nim brała Szwedka ze Światowego Stowarzyszenia na rzecz Planowania Rodziny; wygłosiła referat. To była wielka bojowniczką o wychowanie seksualne w szwedzkich szkołach.

Kiedy skończyła swoje wystąpienie ta Szwedka, jedna uczona dama wystąpiła oburzona, że ona tak zachwala ten szwedzki model! Mówiła, że w wyniku tej działalności wzrosła gwałtownie ilość nieślubnych dzieci w Szwecji i podała jakieś liczby – rzeczywiście były one dość szokujące, wzrost był bardzo duży. A prelegentka to wyjaśniła: Otóż w Szwecji jest przepis, który powiada, że matka dziecka nieślubnego otrzymuje wysoki zasiłek socjalny, który ma zapewnić jej i dziecku dobry byt ekonomiczny. Burmistrz miasta jest zobowiązany pełnić funkcję takiego „ojca rodziny” i to on jest zainteresowany tym, żeby dziecko miało prawdziwego ojca. Robi więc wszystko co można, aby nakłonić prawdziwego ojca do zamieszkania z rodziną. Krótko mówiąc, są to rodziny, które mieszkają razem, a tylko jednej rzeczy nie mają – ślubu. Dlaczego? Bo jeżeli wezmą ślub, to od pierwszego nie dostaną więcej pieniędzy. I to jest ten wzrost nieślubnych dzieci.

Gdy Zbigniew Izdebski podaje swoje liczby, to za nimi wszystkimi kryją się jakieś sytuacje. I te sytuacje trzeba zawsze dostrzegać. Trzeba patrzeć nie tylko na gołe liczby, lecz zastanawiać się, co się pod nimi kryje, jaka jest przyczyna.

Polska była jednym z wiodących krajów w zakresie wychowania seksualnego w Europie. I mówię to z całą dumą, ponieważ mam nieskromne przeświadczenie, że się do tego przyłożyłem. Natomiast teraz powoli stajemy się skansenem Europy i myślę, że niedługo będą do nas przyjeżdżali popatrzeć, jak tutaj wygląda. W czasie tych 40 lat, kiedy ja się tą problematyką zajmowałem, zmieniło się bardzo, bardzo dużo. Na przykład w roku 1957 pojawiły się pierwsze polskie badania dotyczące zachowań seksualnych. Były one wstrząsające. Okazało się, że około połowy kobiet żyjących w małżeństwie, bo tylko takie były badane, w ogóle nie znało

uczucia orgazmu, nie wiedziały, co to jest i nigdy orgazmu nie przeżywały. I teraz proszę sobie wyobrazić pożycie rodzinne kobiety, która nie doznaje satysfakcji seksualnej, a która jest przymuszana przez swojego męża do świadczenia usług seksualnych. Pracowałem wtedy jako młody lekarz w poradni rodzinnej i częste były wizyty kobiet, które chciały ode mnie środki nasenne: „*Ja to będę mieszała mojemu chłopu do zupy na kolację, żeby on spał i żeby się ode mnie odczepił, bo przecież ja mam tego zupełnie powyżej dziurek od nosa. Ja nie chcę tego cholernego seksu. Ja nie chcę mieć z tym nic do czynienia. Rozumiem, że wyszłam za mąż i miałam taki obowiązek, ale ileż można, ile lat można się męczyć?*”. Na pytania o satysfakcję seksualną z obrzydzeniem odpowiadała, że jakąż to można mieć satysfakcję – obrzydlistwo i koniec. Były to niesłychanie biedne pacjentki.

W 40 lat potem zostało przeprowadzone w sposób identyczny, w tych samych szpitalach położniczych, na takich samych próbkach, taką samą metodą i takimi samymi ankietaми badanie (jako doktorat Adama Grockiego). Liczba kobiet nie doznających satysfakcji stanowiła około 2 proc., czyli krótko mówiąc – problem zniknął. I to jest szalone osiągnięcie tych lat.

Życie w tamtych czasach było paskudne, a życie seksualne jest rzeczywiście najważniejszym wyznacznikiem ludzkiego szczęścia. Można być szczęśliwym, będąc biednym, mając liczne kłopoty, jeżeli ma się dobrze ułożone życie seksualne. Często przychodzą do seksuologa pacjenci, którzy wyglądają jak samo szczęście. Bogaty, piękny, no wszystko, co najlepsze. Tymczasem on jest bliski zamachu samobójczego. Dlaczego? Bo mu się fatalnie układa życie seksualne. I teraz powstaje pytanie, dlaczego mu się tak fatalnie układa. Dochodzimy do kolejnego problemu, który chciałbym poruszyć. Mianowicie twierdzę, że każdy człowiek musi mieć pewien zasób wiedzy z seksuologii. I my o to właśnie walczymy i póki sił o to walczyć będziemy. To nie są rzeczy obojętne, czy ludzie wiedzą, czy ludzie nie wiedzą.

A każdy ma prawo do tej wiedzy. Poziom wiedzy się rzeczywiście bardzo podniósł. Pracowałem w poradni 40 lat temu – i rozmowy z pacjentami były straszne, oni nie potrafili się wypowiedzieć. W pewnym momencie ja mówiłem: „*Panie, mów pan tak jak pod budką z piwem*”. No i była rozmowa dwóch uliczników, dlatego że oni nie potrafili w ogóle mówić o swoich problemach. W tej chwili poziom wiedzy jest nieporównanie większy, młodzi ludzie wiedzą dużo więcej.

Zastanawialiśmy się skąd. Wiadomo, że rodziny tego nie uczą, to jest zresztą osobny problem, a faktem jest, że nie robią tego również seksuolodzy. Byłem na zjeździe seksuologów, gdzie było pewnie z 300 osób i z ciekawości zapytałem, kto z obecnych rozmawiał ze swoimi dziećmi na tematy seksu. Zaczęli się chichotać i podniosły się pojedyncze ręce. Jeżeli seksuolodzy nie rozmawiają na temat seksu ze swoimi dziećmi, to nie możemy oczekiwać, że będą rozmawiać tramwajarze, kolejarze i taksówkarze. Jest jakaś głęboka przyczyna, dla której rodzice tego nie robią.

Dalej, szkoła tego nie uczy z paru powodów. Mam swoje smutne refleksje, po tych wielu latach wydaje mi się, że szansa na to jest niewielka. Tak z ręką na sercu – jaki procent nauczycieli jest akceptowany przez uczniów? Przecież znaczna część jest przez uczniów po prostu nie akceptowana, nie lubiana, żeby nie powiedzieć, że znienawidzona. I teraz proszę sobie wyobrazić, że taka osoba, nie akceptowana, nie lubiana itd. przychodzi i będzie mówić o seksie. To jest nie do zrobienia.

Kiedyś postulowałem, by tą problematyką zajmowali się nauczyciele wychowania fizycznego, ponieważ są lubiani, wszystkim stawiają piątki, ale też to oni mają bliski kontakt z ciałem i tym samym naturalne warunki do podejmowania takich tematów. Mają też trochę wiedzy o człowieku. Na przykład, kiedy nauczycielka przyjdzie na lekcję, a tu dwie dziewczynki mówią, że nie będą dzisiaj ćwiczyły, bo mają miesiączkę, to nauczycielka może podjąć decyzję: „*Wiecie co, dziewczyny, to dzisiaj wszystkie nie będziemy ćwiczyć. Siadajcie, pogadamy sobie o higienie miesiączkowania*”. Byłoby to coś naturalnego. Tylko w naszym kraju seksuologii nikt nie zna, bo się jej nie uczy.

Zrobiłem drobną analizę: otóż seksuologii nie uczy się na żadnych studiach. Lekarze nie uczą się seksuologii, część tylko przeszła podyplomowe przeszkolenie u Imielińskiego. Był to jedyny zakład, który kształcił lekarzy, łącznie może kilkuset. Psycholodzy na swoich studiach nie mają seksuologii. Kiedy organizowałem studium

podyplomowe w Warszawie, zwróciłem się do wydziału psychologii z prośbą o wskazanie mi samodzielnego uczonego, który będzie u nas prowadził działalność psychologii seksu. I okazało się, że nie ma takiego, nie ma w ogóle zajęć na ten temat. Psycholodzy uczą się psychologii do pasa. Niektórzy wiedzą, że w Warszawie dr Czernikiewicz ma takie zajęcia. Tak, ale jest to 15 godzin w formie fakultatywnej, co znaczy, że jak ktoś bardzo chce, to może do niego przyjść i te 15 godzin odbyć. Przynajmniej dowie się czego nie wie.

A skąd są na przykład biegli sądowi? Jeżeli nie mają przygotowania fachowego, to na jakiej podstawie wygłaszają opinie? A to oni właściwie decydują o wyroku.

W Polsce są dwie uczelnie, w których się tej seksuologii trochę uczy: na Wydziale Pedagogicznym Uniwersytetu Warszawskiego, co przez długie lata było traktowane jako swego rodzaju hobby pana Jaczewskiego, i w Wyższej Szkole Pedagogicznej w Zielonej Górze, gdzie pracuje dr Izdebski.

Uważam, że zmiana nazwy przedmiotu i postawienie nacisku na problem wychowania prorodzinnego są wytrychem. Jest to zabieg, który zmierza do tego, aby wykluczyć wiedzę seksuologiczną. Bo przecież nie można już powiedzieć, że nie ma żadnych zajęć. Ale są! – tylko że o rodzinie. A życie seksualne, strasznie mi przykro, nie ogranicza się do rodziny, nie ogranicza się do małżeństwa. Nie mam nic przeciwko wychowaniu prorodzinnemu. Nie mam nic przeciwko temu, żeby mówić dzieciom o pięknie miłości, chociaż ja umiałbym mówić o pięknie miłości może z 5 minut. Myślę, że Szymborska czy Miłosz mogliby mówić więcej, natomiast nie sądzę, aby potrafił to przeciętny nauczyciel. A jeżeli będzie mówił więcej, to nie sądzę, aby uczniowie chcieli go słuchać. A młodym ludziom potrzebna jest wiedza seksuologiczna. Oni nie mają być seksuologami, tak samo jak seksuologami nie mają być nauczyciele. Ale chodzi o to, żeby nie kłamać, nie opowiadać bzdur.

Któregoś pięknego dnia dowiedziałem się, że w prezerwatywach są dziury. A dziury te widział pod mikroskopem dr Roland. I są one tak duże, że plemniki chodzą tam i z powrotem; natomiast wirus jest czterdzieści razy mniejszy i ma jeszcze większą możliwość przechodzenia, czyli krótko mówiąc prezerwatywy nie chronią przed AIDS. Trochę mnie to zdziwiło, bo ja zawsze wiedziałem, że wirus od plemnika jest parę tysięcy razy mniejszy. Po czym próbowałem ustalić, kim jest pan Roland. Niestety nie sposób było go odszukać. Ale ponieważ gdziekolwiek się poszło, wszędzie się słyszało, że prezerwatywy nie chronią przed AIDS, bo mają dziury, które były widziane przez pana Rolanda, to zwróciliśmy się o przeprowadzenie badań przez Polską Akademię Nauk. Okazało się, że rzeczywiście, jeżeli się kupi prezerwatywy pochodzące z Hongkongu, a nie firmowe, to one mają dziury jak krater i ich przepuszczalność jest duża. Natomiast nie dotyczyło to prezerwatyw produkowanych przez Unimil.

Problem prezerwatyw to dwa zagadnienia. Jedno to zagadnienie fizjologiczno-seksuologiczno-polożniczo-ginekologiczne. A drugie to kwestia etyki i podstaw filozoficznych. I jedno nie ma nic wspólnego z drugim. Każda religia ma prawo stawiać swoim wyznawcom wymagania. Te wymagania wcale nie muszą mieć podstaw naukowych. Jeżeli się mówi, że w piątek nie należy jeść mięsa, to nie dlatego, że ono w piątek wywołuje niestrawność – po prostu tego się żąda. Jeżeli Żydzi obrzezują chłopczków, to nie dlatego, jak próbowano zresztą w pewnym momencie tłumaczyć, że mniej będzie nowotworów dróg rodnych u kobiet. Rzeczywiście, jest mniej, ale w tym celu wystarczy się myć. Każda religia, każdy system filozoficzny ma prawo stawiać wymagania. Można mówić, że ktoś nie zgadza się na stosowanie prezerwatyw ze względów ideologicznych. Ale nie można mówić, że one mają dziury! Jestem ciekaw, czy ci wszyscy, którzy walczą z prezerwatywami w dobie AIDS, mają poczucie odpowiedzialności za tych wszystkich, którzy się zakazili, ponieważ nie używali prezerwatyw. Czy można sobie iść wieczorem do łóżka spać spokojnie i nie mieć poczucia winy, jeśli ktoś zaraził się AIDS na skutek kontrpropagandy?

Najgorsze, że nie wyciągamy wniosków z doświadczeń. Chwilami żenuje mnie, gdy słucham teraz o czym się mówi, ponieważ mówi się o rzeczach, które zostały rozstrzygnięte 40 lat temu.

Trzeba aby na poszczególne tematy wypowiadali się ludzie, którzy się na tym znają. Na temat antykoncepcji, jeśli to tylko możliwe, powinni mówić ginekolodzy. Na temat chorób zakaźnych powinni mówić zakaźnicy.

Ja nie jestem zakaźnikiem i moja znajomość problematyki HIV/AIDS nie jest jakaś wielka. Niedobrze jest zabierać głos na tematy, w których człowiek nie jest fachowcem. A już szczególnie, jeżeli ma się tytuł naukowy. Choć i ja napisałem książkę *Erotyzm dzieci i młodzieży*. Ale to było 30 lat temu i ja to wszystko już dawno odszczekałem.

Nastał nam swego czasu nowy minister edukacji. W pierwszym oświadczeniu pan minister mówił, że edukacji seksualnej w polskiej szkole nie będzie. Pan minister jeszcze nie wiedział o tym, że ustawy sejmowej nie może zmienić, nawet jeżeli ma bardzo dokładne poglądy i inspirację niesłychanie wzniosłą. Ale obiecywał jeszcze mnóstwo różnych innych rzeczy.

Jedyna rzecz której dotrzymał, to właśnie to, że edukacji seksualnej w Polsce nadal nie ma! 30 lat temu o tym mówiliśmy i po 30 latach wróciliśmy do tego samego miejsca.

Artykuł ten jest zapisem wykładu nagranych podczas konferencji.