

## První pandemie moderní doby: 25 let HIV/AIDS

( The first postmodern pandemic: 25 years of HIV/AIDS )

### 2. část

L. O. Kallings (emeritní profesor klinické mikrobiologie, dříve generální sekretář  
International AIDS Society)

Journal of INTERNAL MEDICINE, Vol. 263, 2008, s. 218-243

Volně přeložil a zkrátil MUDr. Vladimír Plesník

#### Osnova 1. části (SMS60) :

Souhrn a úvod.....	1
Ověřování patogenity retrovirů .....	2
Objev původce AIDS .....	2
Klinický obraz AIDS .....	3
Terapie .....	5
Snahy o vývoj vakcíny.....	6
Mikrobicidy.....	8

#### Osnova 2. části (SMS61) :

Odkud se vzal HIV ? .....	1
Prvotní zprávy o AIDS .....	1
AIDS v Africe .....	2
AIDS na Západě .....	3
AIDS v jiných částech světa .....	4
Současná epidemiologická situace.....	5
Globální reakce na pandemii .....	6
Socioekonom. a demograf. dopady.....	8
Popírání, desinformace, omyly .....	9
Proč nejsme schopni kontrolovat .....	10

## Epidemiologie

### *Odkud se vzal HIV ?*

Přirozenými hostiteli lentivirů, kteří infikují také člověka, jsou ostatní primáti. Virus šimpanzů má značku SIVcpx a je blízké příbuzný HIV-1, původci pandemie mezi lidmi. SIVcpx byl hlavně nalézán u šimpanzů v oblasti západní rovníkové Afriky (Gabun a Kamerun) a nevede k jejich onemocnění. Opičí virus (SIMsm) je blízké příbuzný HIV-2, vyskytuje se hlavně na západu Afriky, nepřenáší se tak snadno jako HIV-1 a vyvolává AIDS u lidí jen po velmi dlouhé inkubaci. Díky velmi důmyslné genetické analýze je možné zpětně vystopovat vznik HIV-1 asi v roce 1930, kdy došlo k přenosu viru-společného předka ze šimpanze na člověka. Je pravděpodobné, že druhová bariéra byla překročena několikrát a zdá se, že k tomu dochází častěji u HIV-2 než u HIV-1.

Jsou tři velké skupiny HIV-1, které lze členit na subtypy a fenotypy. Co do virulence a dalších biologických vlastností se nezdají být odlišné. Následkem sklonu k proměnlivosti se HIV-1 stále vyvíjí za tvorby rekombinantních subtypů. Subtypy lze užít jako markery při sledování cesty přenosu viru, např. z Ruska, nebo z Thajska. Pravděpodobnost, že místem původu HIV-1 je Gabun a Kamerun, podporuje nález mimořádně širokého spektra virů HIV, včetně všech hlavních subtypů a fenotypů. Je možné, že k přenosu původního viru (předka) došlo v této oblasti Afriky při lovu opic a porážce úlovků a že taková možnost ještě stále trvá. Je také možné, že šimpanzi dříve sami získali SIVcpx při lovu a požívání nižších opic.

AIDS tedy připomíná zoonózu podobnou jiným závažným infekcím, jako je mor, chřipka, nebo vzteklna. Protože výskyt a šíření AIDS není závislé na trvalém styku lidí se zvířaty však nejde o pravou zoonózu. S ohledem na ohrožení šimpanzů vymíráním se přesun viru na nového hostitele- člověka jeví jako velice úspěšná strategie přežití HIV.

### *Prvotní zprávy o AIDS*

Retrospektivní pátrání odhalilo, že ojedinělé případy AIDS se prvně objevily v padesátých letech 20. století. Jeden z prvních případů byl popsán u anglického námořníka z Manchesteru, který zemřel roku 1959 ve věku 26 let. Měl chronický zánět dásní, extrémní úbytek tělesné

hmotnosti, přetrvávající kašel, dušnost a progresivně se zvětšující vředy v nosohltanu a anální oblasti. Při pitvě byla prokázána pneumonie vyvolaná *Pneumocystis carinii*, v tkáních byl cytomegalovirus a v anální oblasti také herpetický virus. V devadesátých letech se pokusili o amplifikaci sekvencí HIV-1 z uchovaných vzorků tkání zemřelého pomocí PCR, výsledky však byly zpochybněny. Další dobře známý případ je „norský námořník“, který zemřel v roce 1976 na pneumonii, demenci a těžké nervové symptomy. Jeho žena zemřela o 8 měsíců dříve při podobném klinickém obrazu nemoci. Dítě těchto rodičů, které se narodilo v roce 1967, onemocnělo kandidovou septikémií a zemřelo 1976 na generalizaci varicely. Pozdější vyšetření skladovaných vzorků krve všech tří zemřelých prokázalo u všech HIV-pozitivitu. K pravděpodobnému přenosu infekce z matky na dítě, tedy k nákaze, nejspíše došlo před rokem 1967. Dobře dokumentovaný je také případ dánské lékařky Grethe Rask, která pracovala řadu let jako chirurg v jedné zapadlé vesnici na severu Zaire a která zemřela roku 1977 v Dánsku s typickými klinickými příznaky AIDS. Pitvou byla u ní prokázána těžká pneumocystová pneumonie.

V knize *History of AIDS* popsal roku 1989 Mirku Grmek maligní typ Kaposiho sarkomu v kombinaci s meningitidou a pneumonií. Tato kombinace postihla počátkem 60. let minulého století sezónní pracovníky, přecházející za prací mezi Centrální a Jižní Afrikou. Takové onemocnění je velmi podezřelé z AIDS. Skladované vzorky krve ukázaly, že HIV byl v Kongu již roku 1959, ale zatím infekce nebyly časté. Také vzorky z roku 1976 svědčily o malé četnosti nákazy HIV v této části Centrální Afriky. Ve skutečnosti byl HIV úspěšně izolován ze vzorku krve, který byl odebrán roku 1959 od jednoho muže z Leopoldville (Kinshasa). Pomocí moderních molekulárně biologických metod byl virus roku 1998 analyzován a ukázalo se, že patří k dnes nejčastějšímu subtypu HIV-1. Jeho genetická struktura odpovídá předpokládanému trvalému vývoji HIV-1 od roku 1930 do dneška.

### *AIDS v Africe*

Tvrdí se, že z předpokládaného místa vzniku v Západní rovníkové Africe se HIV dostal podél vodních toků a obchodních cest na území dalších afrických států. Od roku 1983 se rychle šířil po obou stranách hranice mezi Ugandou a Tanzánií. S přihlédnutím k průměrné inkubaci jedenácti let od nákazy do objevení se AIDS lze předpokládat, že k velkému šíření HIV ve východní Africe docházelo v 70. letech 20. století. To odpovídá době, v níž právě zde bylo centrum válečných bojů, stejně jako intenzivního obchodování a pašování zbraní a zboží.

Výskyt AIDS v Kongu nikdy nedosáhl tak extrémně vysokých hodnot jako na východě a jihu Afriky. V některých západoafrických státech, např. na Pobřeží slonoviny, vznikly epidemie, ale v Nigérii se HIV nešířil tak rychle, jak se čekalo. Nízká prevalence HIV byla i v arabských severoafrických státech. Angolu chránila po mnoho let občanská válka. Podobně za apartheidu byla Jihoafrická republika izolovaná od značného šíření HIV v sousedních státech jako je Zambie a Zimbabwe, je však pravděpodobné, že mezi migrujícími černochy, pracujícími v jihoafrických dolech, byla frekvence infekce HIV vyšší. Po pádu apartheidu a otevření hranic roku 1994, došlo spolu s lidmi vracejícími se z exilu, většinou infikovanými HIV, k velkému, ale nenápadnému šíření infekce heterosexuální cestou.

Až do osmdesátých let, než vešla ve známost epidemie AIDS v Africe, se svět nijak zvlášť nevzrušoval. Experti pochybovali, že by se AIDS mohl jinde přenášet heterosexuálně tak často, jak tomu bylo v Africe. A když bylo jasné, že v Africe je velká epidemie AIDS, řada západních odborníků usoudila, že jde o jiný typ AIDS, který označili jako „africký AIDS“.

Na jih od Sahary žijí dnes v Africe více jak dvě třetiny ze všech HIV infikovaných lidí na celém světě. Je to asi 22,5 ze 33,2 milionu. Zdá se, že epidemie vyvrcholila ve Východní Africe koncem devadesátých let 20. století a je dnes stabilizovaná na nižší hladině prevalence kolem 7 % (ve srovnání se světem je to však stále vysoký podíl). Ve Svazijsku je infikováno 26 % dospělé populace ve věkové skupině 15-45 let, v Botswaně 25 %, v Zimbabwe 18 %,

v Jihoafrické republice, Zambii a Mozambiku 16 %. Podíl HIV infikovaných mezi těhotnými ženami je ještě vyšší, v Botswaně 32 % a v Jižní Africe 29 %.

### *AIDS na Západě*

V listopadu 1980 pozoroval Dr. Gottlieb z Kalifornské university v Los Angeles pacienta s těžkou kvasinkovou infekcí v ústech, což bylo u jinak zdánlivě zdravého, 30letého muže neobvyklé. Po několika dnech začal pacient kašlat a měl velké potíže s dechem. Ukázalo se, že má pneumocystovou pneumonii, zpravidla nalézanou jen u pacientů s těžkým imunodeficitem. V krevní obraze byl nedostatek T-pomocných bílých krvinek. Během několika dalších měsíců navštívili Dr. Gottlieba další čtyři pacienti. I s tím prvním pacientem byli všichni mladí, dříve zdraví homosexuálové. O svém pozorování referoval 5.6.1981 v týdenních zprávách CDC. O měsíc později byla publikovaná další zpráva o 26 mužích s Kaposiho sarkomem, z nichž někteří také měli pneumocystovou pneumonii, toxoplazmosu a závažné mykotické, či herpetické infekce. Tyto dvě zprávy signalizující nástup epidemie AIDS vyvolaly ve federálním Centru prevence a kontroly nemocí (CDC) horečnou aktivitu a šokovaly komunitu gayů.

Pro vznik epidemie je nezbytné nahromadění kritického počtu osob vnímavých k infekci původcem nákazy a jeho dostatečně velké množství ( infekční dávka). V 70. letech vznikla v souvislosti se sexuální revolucí-beztrestností homosexuality, zvláštní subkultura, zejména v San Francisku, Los Angeles a New Yorku, charakterizovaná neomezeným sexuálním chováním na plovárnách a v gay-klubech. To bylo ideální prostředí pro šíření HIV, vyznačující se velkým počtem partnerů a riskantními sexuálními praktikami. Nebýt toho bylo by těžké pochopit jak mohlo dojít k epidemii v USA, když se HIV tak snadno nepřenáší. Široké kontakty homosexuálů vedly k zavlečení HIV do jejich lokálních komunit po celém světě, zatím co přenos na jiné společenské skupiny se nezdál být častější. Bylo dobré, že AIDS se nejprve objevil v Kalifornii, kde byly potřebné lékařské a vědecké kapacity ke studii epidemie, a že se AIDS rychle stal široce známou nemocí. Nevýhodou však bylo, že AIDS byl spojován především s homosexuálními muži a „dekadentním západěckým stylem života“.

Velmi se diskutovalo o tom, jak došlo počátkem 80. let 20. století k přenosu HIV z Afriky a k jeho explozivnímu šíření mezi homosexuály a injekčními toxikomany v Severní Americe. Podle jedné teorie lidé z francouzsky hovořících karibských států přivlekli HIV když byli v 60. letech vysláni do Konga, aby tam po odcházejících Belgičanech nahradili vedoucí úředníky a specialisty. Když se pak vrátili do Karibiku mohli přenést HIV na severoamerické gaye, jezdící sem na dovolenou. Jiní však tvrdí, že to bylo naopak, Hait'ané byli nakaženi Severoameričany. Ti se mohli stejně dobře nakazit přímo v Africe. Diskuse dostala rasistický podtext, chyběly odborně doložené poznatky o tom, jak začalo šíření HIV do celého světa. Teprve nová zjištění odhalují geografické a časové souvislosti šíření subtypu B HIV-1 z Afriky, k čemuž bylo využito vyšetření archivovaných vzorků tkání od prvních známých pacientů s AIDS v Haiti.

Na Západě nedošlo k přenosu HIV na běžnou populaci a HIV se šířil ve skupinách osob s rizikovým chováním. Omezení takového chování gayů vedlo na nějakou dobu k poklesu výskytu infekce, ale objevily se explozivní epidemie mezi injekčními toxikomany i v nově postižených zemích (Španělsko, Portugalsko, Itálie). Situace v Austrálii a na Novém Zélandu se vyvíjela stejně jako v Západní Evropě. Postupně ochabl zájem politiků, médií i lidí o AIDS, neboť se zdálo, že v této části světa nehrozí vznik rozsáhlé epidemie.

Počet osob žijících s infekcí HIV v západní a střední Evropě i v Severní Americe činil v roce 2007 asi 2,1 milionu. Celkem 32.000 zemřelých na AIDS a 78.000 nově infikovaných se zdál nevýznamný ve srovnání s počty z jiných oblastí. Je však stále znepokojivý s ohledem na to, že i po více než 20 letech intenzivní zdravotní výchovy a po 10 letech vysoce účinné antiretrovirové terapie počet nových infekcí i úmrtí narůstá. I na Západě je velký rozdíl mezi

prevalencí HIV mezi kontinenty a jednotlivými regiony. Na příklad v USA je ve srovnání s Kanadou odhadovaná prevalence HIV u dospělých dvakrát vyšší (0,6 % proti 0,3 %). USA a Španělsko mají stejnou prevalenci HIV, kdežto v Anglii a Švédsku je jen třetinová (tj. 0,2 %). Ve srovnání s jinými státy je to stále ještě nízká prevalence. Rostoucí podíl nově získaných infekcí HIV je dán častějším heterosexuálním přenosem, byť muži mající sex s muži a injekční toxikomani stále představují většinu nově infikovaných. Zdá se, že bisexualita je u mužů mnohem závažnější příčinou přenosu infekce na ženy, než se dříve soudilo. Muž zpravidla tají před ženou styky s partnerem.

V západní Evropě souvisí stoupající počet infekcí HIV s příchodem a stěhováním osob ze zemí s vysokou prevalencí HIV, zvláště ze Subsaharské Afriky. Tyto osoby se podílí 75 % na nových, heterosexuálně získaných infekcích HIV. Pokračuje však i narůstání počtu infikovaných mužů, majících sex s jinými muži a zvyšuje se počet injekčních toxikomanů. Mezi mladšími infikovanými osobami přibývá těch, kteří se mylně domnívají, že již je možné vyléčení infekce HIV.

### *AIDS v jiných částech světa*

V Asii se začal HIV šířit koncem osmdesátých let 20. století, především mezi injekčními toxikomany ve Zlatém trojúhelníku, produkční oblasti opia. Od nich byl pak přenesen na heterosexuální populaci, v Thajsku zvláště početnými prostitutkami a hrozivě se šířil mezi vojáky. To vyvolalo důrazná a úspěšná opatření thajské vlády, hlavně pověstný příkaz „100% používání kondomů“. HIV se postupně šířil dále Indií a Čínou, zpravidla prostřednictvím injekčních toxikomanů, heterosexuálně pak sexuálními pracovníky a řidiči kamionů.

Šíření v Asii stále největší měrou souvisí s injekční aplikací drog. Druhou vlnu epidemie tvoří heterosexuální přenos HIV z infikovaných toxikomanů na jejich partnerky, které jsou často nuceny poskytovat placené sexuální služby. Prostituce se stále výrazně podílí na heterosexuálním přenosu HIV. Tato situace je v Thajsku, Indii, Vietnamu, Číně a v bývalém Sovětském svazu. HIV se rozšířil po euroasijském kontinentu.

V bývalém Sovětském svazu a v okolních komunistických státech nebyl AIDS považován za velký problém, protože přenos infekce souvisel s kapitalistickým životním stylem a počáteční laboratorní vyšetřování zjistilo jen málo pozitivních případů. Avšak otevření hranic a přechod na tržní hospodářství umožnil rychlejší růst infekce HIV ve světě. Rusko a Ukrajina vykazují většinu nových případů infekce, jejíž prevalence u dospělé populace v Rusku je 1,1 % a na Ukrajině 1,5 %. Rozdíl mezi Ukrajinou a jejím nejbližším sousedem, Polskem, je ohromující: Ukrajina má 15 x vyšší prevalenci HIV než Polsko.

Specifickým rysem epidemie HIV ve východní Evropě je, že osoby ohrožené infekcí HIV s injekční aplikací drog a rizikovým sexuálním chováním jsou velmi mladé. To má za následek velmi rychlý rozvoj epidemie s mnohem větší pravděpodobností zavléčení do běžné populace, než je šíření na Západě, kde epidemie vznikají hlavně v uzavřených skupinách toxikomanů. V Rusku je také velmi vysoká prevalence jiných sexuálně přenosných infekcí, což zvyšuje riziko přenosu HIV. Navíc má Rusko největší počet osob závislých na opiu, cca 1 milion, z části i následkem nešťastné války v Afganistanu. Jednou z příčin šíření AIDS je také příprava tzv. „kompotu“ povařením máku a číření vzniklé kalné tekutiny před její injekcí přidávkem lidské krve.

Odhaduje se, že v Číně žije asi 650.000 lidí s HIV, což je méně než v Rusku, ač Číňanů je desetkrát více. Čína také zavedla přísná opatření odpovídající postupu, který doporučila Organizace spojených národů ke kontrole epidemie.

Indie má asi 2,5 milionu osob žijících s HIV. I když je to jeden z největších počtů na světě, je to méně než 0,4 % dospělé populace. Podobně jako v Rusku a v Číně žije většina infikovaných osob v nevelkých oblastech. Vyšší koncentrace infikovaných je hlášena v místech s rozvinutým průmyslem a v severovýchodní části Indie, hraničící se Zlatým

trojúhelníkem, kde injekční aplikace drog je hlavním rizikovým faktorem. Většina nákaz se přenáší heterosexuálním stykem, podíl infikovaných žen stále narůstá. V roce 2005 byl asi 40 procent.

V Thajsku je vyšší prevalence infekce HIV než v Indii a Číně, tj. 1,4 %. Mezi novými případy infekce je 43 % žen. Většinou jde o ženy z domácnosti, které nejspíše nakazili jejich manželé po té, co sami se infikovali při mimomanželském sexu, nebo injekční aplikací drog.

V Karibiku vznikla epidemie AIDS stejně těžká jako v Subsaharské Africe, nejhůře postiženým státem je Haiti. Incidence HIV však začala kolem roku 1990 klesat. Většinu osob žijících s HIV lze najít na Haiti a v Dominikánské republice, odhad prevalence mezi dospělou populací je 2,2 %, resp. 1,1 %. Kuba má nejnižší prevalenci v celé Karibské oblasti a nižší než USA.

S počátku byly obavy, že epidemie AIDS v Latinské Americe bude velká a že nejvíce bude postižena Brazílie. Avšak Brazílie se stala modelem úspěšné kontroly šíření HIV. Překvapila svět otevřeným jednáním a využíváním celého spektra preventivních opatření: sexuální výchovou na školách, používáním kondomů, snížením úrazovosti, vyšetřováním HIV u těhotných žen a prevencí přenosu HIV na dítě. Prevalence infikovaných dospělých osob je stále udržovaná na 0,5 %, což je menší hodnota než v bohaté USA. Brazílie také poskytuje osobám s počátečním stádiem nákazy HIV bezplatnou antiretrovirovou terapii.

### *Současná epidemiologická situace*

Dříve byla odhady prevalence často založeny na tzv. sentinelové surveillance mezi gravidními ženami v těhotenských poradnách. Jejich vyšetřování bylo systematicky prováděno standardními metodami, které byly vypracovány a SZO doporučeny ve Světovém programu AIDS v 80. letech minulého století. Současné studie, organizované v celé populaci, soustavně vykazují nižší podíl pozitivních než mezi gravidními ženami (až o 80 %). Řada odhadů prevalence byla proto revidována a snížena v dokumentu UNAIDS 2007 Epidemic Update. Extrémním příkladem je Indie, u níž dřívější odhad 5,7 milionu osob žijících s HIV byl po nákladné studii, zahrnující 120 000 domácností, snížen na 2,5 milionu. Odhady se obvykle uvádí s údaji o hranicích spolehlivosti, mezi kterými „ podle nejlépe dosažitelných dat“ skutečná hodnota leží.

Dosud asi 25 milionů osob zemřelo na AIDS a dalších 33 milionů je infikováno HIV. Ženy tvoří téměř polovinu žijících infikovaných osob. V subsaharské Africe je to asi 60 %. Mezi mládeží může být prevalence infekce až 25 x vyšší u děvčat, než u chlapců. V roce 2007 bylo nově infikováno odhadem 2,5 milionu osob a 2,1 milionu zemřelo.

V muslimských zemích je prevalence HIV mnohem nižší, příkladem jsou státy v severní Africe, na Středním Východu a části Indie. Může to souviset s obřízkou mužů a s přísným dohledem společnosti na sexualitu žen.

Hlavní překážkou prevence dalšího šíření HIV je skutečnost, že mnoho lidí netuší, že jsou nakaženi. Ti jsou zdrojem nákazy pro většinu, ne-li všechny nově infikované. V USA 25 % osob infikovaných HIV o své naze neví. V Evropě je tento podíl až 33 % a počet nově diagnostikovaných případů infekce HIV se proti roku 1998 zdvojnásobil.

Je řada dohadů proč jsou případy infekce HIV v Africe častější než jinde a proč jsou tak velké rozdíly prevalence HIV mezi africkými státy. V různých studiích bylo zjištěno, že chybějící obřízka mužů a prevalence HSV-2 jsou nejvýznamnější faktory spojené s rozdílnou prevalencí HIV. V některých afrických státech se vysoká prevalence HIV dá vysvětlit také větším počtem sexuálních partnerek (mnohoženstvím).

Proč je tak velký rozdíl mezi epidemiemi HIV v Ugandě a v Jihoafrické republice ? Jedna z příčin je v čase. Když se HIV skrytě šířil během 70. a počátkem 80. let v Ugandě, nebyl AIDS ještě popsán a jeho původce nebyl znám. Zdá se, že ugandský prezident Museveni se o pár let později dověděl od Fidela Castra, že ugandští vojáci, kteří v rámci vojenského výcviku

byli posíláni na Kubu, jsou nakaženi HIV. Když bylo zřejmé toto ohrožení armády Musevedi zahájil otevřenou kampaň, v níž lidu vysvětlil jak se HIV šíří i nešíří a umožnil svobodně hovořit o AIDS. Po čase klesla vysoká incidence infekce HIV mezi těhotnými ženami ze zhruba 30 % na 6 %. Musevedi obdržel za tento úspěch mezinárodní uznání.

V Jihoafrické republice se HIV začal explozivně šířit až v polovině 90. let, když už epidemie AIDS v Africe byla obecně známa. Bohužel, ani prezident Mandela, ani prezident Mbeki, nenařídili žádná protipatření a o epidemii se nemluvilo až do roku 2000. Pak, těsně před Mezinárodní konferencí o AIDS v Durbanu, Mbeki veřejně prohlásil, že AIDS se ve státě vyskytuje často a že to není infekce, ale bída následkem předchozí vlády kolonialistů. Ministr zdravotnictví stále popíral HIV jako původce epidemie a odmítal podávání antiretrovirotik v rámci prevence přenosu HIV z matky na dítě. Teprve v poslední době byla vláda Jihoafrické republiky, s ohledem na nejvyšší výskyt HIV/AIDS ve světě, přinucena místními nevládními organizacemi a celosvětovým míněním přistoupit k racionálním opatřením.

#### Přehled epidemiologické situace podle regionů v prosinci 2007

Region	Živí s HIV	Nově infikovaní HIV v r. 2007	Zemřeli na AIDS v r. 2007
Sev. Amerika	1,3 mil (0,48-1,9 mil)	46000 (38000-68000)	21000 (18000-31000)
Karibik	0,23 mil(0,21-0,27 mil)	17000 (15000-23000)	11000 (9800-18000)
Latinská Amerika	1,6 mil (1,4-1,9 mil)	100000 (47000-220000)	58000 (49000-91000)
Záp.+Střed.Evropa	760000 (0,6-1,1 mil)	31000 (19000-86000)	12000 (<15000)
Stř.Východ+Sev.Afr	380000 (0,27-0,5 mil)	35000 (16000-65000)	25000 (20000-34000)
Subsahar. Afrika	20,5 mil(20,9-24,3mil)	1,7 mil (1,4-2,4 mil)	1,6 mil (1,5-2,0 mil)
Vých.Evr.+stř.Asie	1,6 mil (1,2-2,1 mil)	150000 (70000-290000)	55000 (42000-88000)
Východ. Asie	0,8 mil (0,62-0,96 mil)	92000 (21000-220000)	32000 (28000-49000)
Již.+jv Asie	4 mil (3,3-5,1 mil)	0,34 mil(0,18-0,74 mil)	0,27 mil (0,23-0,38 mil)
Oceánie	75000 (53000-12000)	14000 (11000-26000)	1200 (<500-2700)
Celkem	32,2 mil (30,6-36,1 mil)	2,5 mil (1,8-4,1 mil)	2,1 mil (1,9-2,4 mil) <sup>&amp;</sup>

<sup>&</sup> = z toho 360000 (350000-540000) dětí mladších 15let

## Sociální a politická hlediska

### *Globální reakce na pandemii HIV*

Na Západě jako první odpověděly na výskyt AIDS Úřady ochrany veřejného zdraví a to jak na místní, tak národní úrovni. Velmi brzy reagovaly také organizace gayů (homosexuálů). Ty zpočátku odmítaly zaváděná opatření jako další útok na sexuální svobodu gayů. Později však organizovaly svépomocné akce a aktivně usilovaly o větší podporu od úřadů a politiků. V USA se na opatřeních podílelo Federální centrum pro prevenci a kontrolu nemocí již počátkem 80. let minulého století.

V Africe nejprve úřady popíraly zprávy o výskytu AIDS a prohlašovaly, že jde o rasistické obviňování a ohrožení turistického průmyslu. SZO se snažila postupně přesvědčit většinu vlád o závažnosti situace. Stále však trvá problém jak vyvážit a rozdělit pozornost i zdroje na HIV/AIDS a na další závažné zdravotnické problémy, jako je tuberkulóza, malárie a jiné tropické nemoci. Ještě v roce 1984 veřejně prohlásil sám generální ředitel SZO, že AIDS je „Sanfranciská pohádka“ nemající pro Afriku žádný význam a proto by nemělo dojít ke změně přístupu k malárii a jiným závažným nemocím. Další informace o rychlém šíření AIDS v Centrální a Východní Africe jej však přesvědčily o nezbytnosti zavádět opatření přímo proti AIDS, který se stal hrozbou pro rozvojové země. Roku 1985 svolala SZO prvou konferenci o AIDS v Africe. Na tomto setkání v Bangui, Jihoafrické republice, byla určena klinická kritéria diagnózy AIDS. To mělo zásadní význam pro odhad skutečné velikosti epidemie, zvláště

s ohledem na politickou choulostivost tématu a na odpor afrických států. Nějaké rozsáhlejší testování infekce HIV nebylo v té době reálnou možností.

V roce 1986 zahájila SZO zvláštní program o AIDS, později nazvaný „Globální program proti AIDS“ (GPA) a vypracovala celosvětovou strategii boje s AIDS, která byla 1987 přijata generálním shromážděním Spojených národů. Pro nejvyšší představitele Spojených národů (UN) byla diskuse o jediné nemoci raritou a svědčila o mimořádném politickém významu AIDS. Zdroje a prostředky na Globální program proti AIDS rychle narůstaly, byly financovány také z mimorozpočtových zdrojů a z darů některých států, což byl další pozoruhodný jev. Vznikly ale i spory o kompetence mezi SZO a jinými specializovanými agenturami UN, např. velkým Vývojovým programem (*Development Program – UNDP*), programem péče o rodinu (*Family Program – UNFPA*) a UNICEF.

S počátku si některé agentury nepřály spojení s AIDS a s tím související špatné pověsti homosexuality, prostituce a užívání drog. Například agentura péče o rodinu měla ve světě značné potíže při prosazování zásad kontroly růstu populace a sexuální výchovy, neboť narážela na tvrzení a tradice staromilců, nehledě už na věřící katolíky a muslimy, stejně jako na konzervativní úřady. Používání kondomů proti početí získalo další hanlivý odsudek daný homosexualitou a prostitutí. UNICEF měl s AIDS také velké potíže až do té doby, než se ukázalo jak velkým problémem chudých států je přenos HIV z matky na dítě, AIDS u dětí a heterosexuální přenos HIV na mladá děvčata.

S nárůstem finančních zdrojů od států-donorů narůstalo také soupeření agentur UN o tyto prostředky, což vedlo i k marnotratné duplikaci akcí. GPA programy zahájené ministerstvy zdravotnictví rozvojových zemích často řídily národní komise pro AIDS. Činnost národních AIDS programů vycházela ze strategie GPA a doporučených postupů. GPA zčásti financoval granty pro rozvojové země, další část financí měly krýt dary bohatších států. Jen výjimečně užily rozvojové země k boji s AIDS prostředky z vlastních národních rozpočtů. Z toho je patrné, že AIDS nepovažovaly za významný problém pro stát. Řada politiků pokládala obyvatelstvo za zdroj svého blahobytu, ne za objekt, o který má pečovat.

UNAIDS není finanční agenturou. Naopak, chudší státy jsou podporovány jinými agenturami UN, nebo přímo průmyslově vyspělými státy, Evropskou unií a nyní i soukromými dárci, jako je Fond Billa a Melindy Gatesových. Evropské státy přispívají třemi způsoby: agenturám UN, Evropské unii a dvojstranně.

Významnou světovou událostí byla v roce 2001 Speciální konference o AIDS v rámci generálního shromáždění Spojených národů (UNGASS 2001). Na ní všech 189 přítomných států světa si slavnostně slíbilo, že dosáhne naplánovaných cílů. Mezi nimi bylo do roku 2010 snížit prevalenci HIV u osob ve věku 15-24 let celkově o 25 %, zajistit, že aspoň 95 % osob v tomtéž věku bude mít možnost získat informace jak snížit nebezpečí nakazit se HIV a lepší dostupností antiretrovirové terapie snížit podíl kojenců infikovaných HIV na polovinu. Dalším předsevzetím bylo do roku 2015 zastavit šíření HIV/AIDS a začít s poklesem výskytu infekce.

V roce 2007 se uskutečnilo vrcholné zasedání Generálního shromáždění a projednávalo pokroky, které byly dosaženy po pěti letech od UNGASS 2001. Změny k lepšímu byly patrné v politických postojích, ve stanovení národních priorit, v odhadech potřebných zdrojů, v širší terapii a intenzivnější prevenci. Byly však zjevné i některé velké neúspěchy. Především v chudších zemích nanejvýš 8 % HIV-pozitivních dětí bylo léčeno antiretrovirovými léky. Podíl těhotných žen, kterým se dostávalo pomoci v prevenci přenosu HIV na děti, stoupl z 9 % v roce 2001 na pouhých 11 % v roce 2006. To dokazuje šokující netečnost politiků těchto států k problematice HIV/AIDS.

Od roku 2001 existuje nový zdroj financování- Světový fond pro AIDS, tuberkulózu a malárii (Global Fund – GF). Není součástí aktivity Spojených národů, což je důležité si uvědomit, když členské státy UN požadují o finance GF „na něž přece mají svaté právo“, bez

ohledu na to, jak jsou tyto peníze využívány, nebo zda se neztrácí následkem korupce a nekalých praktik. GP byl založen bývalým generálním sekretářem Spojených národů, Kofi Annanem, a je financován veřejnými i soukromými sponzory. K nim patří vlády, obchodníci a soukromníci-filantropové. Do září 2007 rozdělil GP 4,3 miliardy USD, což z něj učinilo významného „hráče“. V některých státech je jediným větším dárce, např. v Ukrajině a v řadě jiných států východní Evropy a střední Asie. Jsou-li však státy závislé na jediném zdroji financí, který je navíc závislý na příspěvcích různých států v dalších letech, je to problém. Organizace osob žijících s HIV se obávají, že pokud GP nebude poskytovat další pomoc ztratí přístup k antiretrovirotikům.

Bude-li pokračovat současný trend výskytu infekce, bude přes velký nárůst financí na boj s HIV/AIDS v posledních 10 letech ( v roce 2007 to bylo 10 miliard USD) stále růst disproporce mezi dostupnými zdroji a potřebnými prostředky. Jsou dva plány jak tuto potíž odstranit. Prvý vyžaduje urgentní rozšíření aktivit proti HIV/AIDS ve všech státech a v souladu s celosvětově schváleným postupem umožnění přístupu k prevenci a terapii všem lidem do roku 2010. Druhý plán předpokládá odlišnou rychlost zvyšování aktivit podle možnosti jednotlivých států, ale v zásadě tak, aby univerzální přístup k prevenci a terapii HIV/AIDS byl zajištěn do roku 2015. Předpokládané náklady jsou mimořádně vysoké. U prvního plánu stoupnou do roku 2010 na 42 miliard USD a do roku 2015 na 54 miliard USD. U druhého plánu stoupnou do roku 2010 na 28 miliard USD a do roku 2015 na 50 miliard USD. Velká část těchto financí však půjde na zlepšení národního systému zdravotní péče. Pokud se tyto prostředky nenajdou dnes, bude jich v budoucnosti třeba ještě více.

Významný podíl na boji s AIDS se přičítá státům G8. Bohužel, dohody a sliby učiněné na setkání G8 jsou nezávazné. Tato politická rétorika nemá větší význam.

Poměrně nový trend světové reakce na HIV/AIDS představuje projev částečné sociální odpovědnosti obchodních společností. Jde o Světový svaz obchodníků (*Global Business Coalition*) a další, např. mnohonárodní farmaceutické společnosti, svazy plynárenských, ropných a důlních organizací, kterých z části také týká pandemie AIDS. Pro společnosti je výhodné angažovat se v prevenci, terapii a v péči o své zaměstnance. V řadě států, v nichž chybí státem řízené zdravotní a pojišťovací systémy, přebírají společnosti odpovědnost za péči o zaměstnance a jejich rodinné příslušníky.

### *Socioekonomické a demografické dopady pandemie AIDS*

Jsou dány tím, že HIV jako sexuálně přenosná infekce postihuje lidi v jejich nejproduktivnějším věku, mladé a silné osoby, živitele rodin, opory společnosti, nevelkou vrstvu vzdělaných a zkušených lidí v rozvojových zemích. Jde o učitele, lékaře, ošetrovatelky, inženýry, úředníky, soudce, velkoobchodníky, slavné herce a zkušené pracovníky. Zvláště postihuje ženy, starající se o zajištění úrody na políčkách, pečující o děti a opatrující nemocné členy rodiny. Hlavní úlohou rodičů je naučit děti zvládat základní životní potřeby: jak přežít, obdělávat půdu, starat se o dobytek, konat všechny domácí práce, jak obchodovat, číst, počítat a psát, udržovat společenské kontakty atd. Když rodiče zemřou na AIDS řada dětí zcela osiří a nenaučí se pro život nezbytné chování. Situace se v dalších generacích dětí stále zhoršuje.

Školní výuka má rozhodující význam pro další vývoj společnosti, je však ohrožena vysokou úmrtností učitelů. V řadě afrických států ročně umírá na AIDS tolik učitelů, že je nemožné vyškolit aspoň stejný počet nových. Totéž se týká zdravotnického personálu, jehož úbytek se mimo úmrtí na AIDS navíc stupňuje odchodem řady zdravotníků do Západních zemí, kde mají lepší životní i pracovní podmínky a mnohem vyšší platy. Bohaté státy jsou kritizovány za plnění chudých zemí, které investovaly do vyššího vzdělání svých odborníků a mnohem naléhavěji je potřebují ke zmírnění akutní krize způsobené HIV/AIDS.

V nejvíce postižených státech došlo také k dramatickému poklesu očekávané doby života. Např. v Botswaně se délka života od padesátých let 20. století až do výskytu AIDS stále



prodlužovala. Pak spadla ze 65 na 35 let.. Strom života v těchto státech dnes vypadá zcela jinak. Už nemá pyramidální tvar, ale má ještě stále širokou základnu v dětském věku. Následuje velký úbytek osob ve věku 20-49 let, při čemž vrchol, představující starou populaci, je prakticky bez změny. Očekávaná doba dožití ve vybraných afrických státech s vysokou prevalencí HIV činila pro období 2000-2005 v Zimbabwe 46 let, v Jihoafrické republice 43 let a v Botswaně jen 36 let. Ve státech s nižší prevalencí HIV byla pro Senegal 55 let, pro Madagaskar 53 let a pro Mali 52 let.

Ekonomika se hroutí na všech sociálních úrovních. V rodinách následkem nemoci a následné ztráty finančního příjmu, nákladů na léčbu i na velmi nákladné tradiční pohřební zvyky. Státní ekonomický rozpočet má velké potíže pro ztrátu mladých i zkušených pracovníků v zemědělství, důlním, ropném a jiném průmyslu, stejně jako pro menší ochotu zahraničí k investicím v zemi. Rozpočet trpí též snížením daňového výnosu.

Následkem ztráty obou rodičů se děti stávají sirotky. Širší africké rodiny jsou do jisté míry schopny vyrovnat se se ztrátou samotných rodičů, ale když zemře také většina, či všechny tety a strýčkové, je situace pro rodinu neřešitelná. Péče o mnoho dětí je na bedrech prarodičů, jimž už často síly chybí. Když už se déle nemohou starat o rodinu přebírají péči o mladší děti starší sourozenci a bratřanci, nebo se děti musejí starat na ulici samy o sebe. Nemají jídlo, úkryt, školní výchovu, ani ochranu před zneužitím a stávají se dalšími oběťmi infekce HIV. Podle odhadu UNAIDS je nyní v samotné subsaharské Africe 11,4 milionu AIDS-sirotků a jejich počet do roku 2010 asi vzroste na 25 milionů. Všichni tito sirotci tvoří tikající sociální bombu, která ještě přispěje k dalšímu rozvrácení situace v zemích nejvíce postižených HIV/AIDS, případně ohrozí samotnou existenci státu.

## **Popírání, desinformace a omyly**

Vynořilo se neobvykle velké množství různých teorií o vzniku AIDS. Již kolem roku 1983 profesor Jacob Segal, z komunisty ovládané východní části Berlína, přišel s obskurní teorií, že HIV byl uměle zkonstruován kombinací příbuzných virů ovcí a krav. Tato teorie byla údajně naplánována KGB jako záměrná desinformace během studené války. Tvrdila, že HIV vyprodukovala CIA a úmyslně jej rozšířila v Africe. Taková teorie mohla vyhovovat lidem, kteří si libují v různých spiknutích. Ve skutečnosti není žádné genetické podobnosti HIV s retroviry uvedených zvířat a navíc HIV existoval již ve 30. letech minulého století. Ani současná věda by nedokázala sestrotit tak komplikovaný virus. Ale představa, že HIV je dílo lidí stále přežívá. Např. nositel Nobelovy ceny míru za rok 2004, Wangari Maathai z Keně řekl, že HIV je biologická zbraň vyrobená nějakým ďábelským Západákem za účelem kontroly růstu africké populace. V souvislosti s oslavami 33 let nezávislosti Mozambiku odpověděl arcibiskup Francisco Chimoio na dotazy BBC ( 27.9.2007), že je přesvědčen o úmyslné kontaminaci některých kondomů evropských výrobců virem HIV. Prohlásil také, že některá antivirotika jsou infikována „ve snaze rychle skoncovat s Afričany“.

Další omyl, že HIV byl zavlečen do Afriky z Evropy uveřejnil britský novinář r. 1999 ve své knize *The River* ( Proud). Tvrdí, že došlo k rozšíření HIV během studie s orální poliovakcínou, která byla roku 1958 kontaminovaná v Kongu SIV šimpanzů. To je v rozporu se skutečností, neboť očkování se týkalo dětí mezi nimiž žádný případ AIDS nebyl hlášen, s tím, že HIV/SIV se nepřenáší orální cestou i s tím, že ve uchované šarži vakcíny nebyl prokázán žádný retrovirus. Nehledě už na to, že šimpanzi se nevyužívají k přípravě vakcíny.

O největší škody se však zasloužil renomovaný vědec, molekulární biolog Peter Duesberg, profesor Stanfordovy univerzity v Kalifornii a člen Americké národní akademie věd. Duesberg prohlásil, že AIDS není infekcí a zcela jistě jeho původcem není HIV, nýbrž že AIDS je vyvolán životním stylem a predisponujícími okolnostmi. Řekl, že velká část těžkých symptomů AIDS je nežádoucími reakcemi na antiretrovirové léky. Naneštěstí zaujalo toto

popírání skutečnosti prezidenta Jihoafrické republiky Thabo Mbeki-ho, který na jeho základě zabránil racionálním opatřením při epidemii HIV/AIDS v Jihoafrické republice. Tento stát má nyní největší epidemii ve světě, s více než 5 miliony lidí infikovaných HIV a s tisíci zemřelých každý den. Na velké Mezinárodní konferenci o AIDS roku 2000 v Durbanu pět tisíc vědců z celého světa uveřejnilo prohlášení odsuzující tyto zločinné teorie, které byly označeny jako genocida. Ve světě je však nemálo následovníků se stejnými názory, napojených na ústředí v Kalifornii.

## **Diskuze**

### *Proč nejsme schopni pandemii kontrolovat ?*

Na jedné straně je možno celosvětové rozšíření HIV považovat za pandemii, na druhé však můžeme hovořit o řadě samostatných epidemií. To platí především pro situace, kdy se v určité oblasti šíří separátní subtyp HIV. Např. subtyp C se v Jihoafrické republice rozšířil po pádu apartheidu v roce 1994, nebo o šíření subtypu E v Thajsku. Dokonce i světové rozšíření subtypu B mezi homosexuály lze považovat za zvláštní epidemii. Je také těžké srovnávat rychlé šíření akutní infekce jako je chřipka s šířením infekce HIV, přetrvávající několik desetiletí. Proč jsme tedy nezastavili stále rostoucí výskyt HIV ve světě ?

Vysvětlení je možné hledat ve vlastnostech samotného viru i jeho hostitele. Nejvýznamnější vlastností viru je přenos při pohlavním styku a jeho schopnost přenosu z matky na dítě při porodu a kojení. Lidem vlastní je rozmnožovací pud a nenasytná sexualita, která převyšuje i altruistické chování. K přerušení řetězce dalších HIV-nakažených osob by stačilo, aby ti, kteří o své nákaze vědí, se zdrželi sexu, nebo při něm užívali kondom. Bylo by to nesobecké chování, ale jako takové se stává čirou utopií. Zdá se také, že snahy o omezování až segregaci osob a skupin s neobvyklým chováním, vedoucí ke diskriminaci a stigmatizaci osob s HIV/AIDS, vyvolávají u nich, stejně jako u homosexuálů a etnických menšin, reakci vzdoru. Dominance mužů je hlavní potíží kontroly přenosu HIV. Ženy často pro kulturní a ekonomickou závislost na muži nemají možnost chránit se před infekcí. Příjemné zážitky spojené s drogovým opojením, zejména při injekční aplikaci drogy, podporují přenos infekce. Prvou reakcí každého člověka na krizi je odmítání většího nebezpečí. U AIDS je tento problém vystupňován trvalým znevažováním rizika některými politiky. To způsobilo v mnoha částech světa zpoždění potřebných opatření proti HIV/AIDS, např. v USA, dřívější SSSR, Indii nebo v Jihoafrické republice. Konečně člověk vždy neuvažuje racionálně, emoce mnohdy převládnu nad znalostmi. Informování veřejnosti je proto sice důležité, ale má na změnu rizikového chování jen malý vliv. Pro všechny výše zmíněné faktory je povaha lidí největší překážkou ovlivnění epidemií HIV

Dalším důvodem malého úspěchu omezování dalšího šíření HIV může být etnocentrické pojetí strategie boje s AIDS ve světě. Prvá opatření ke kontrole epidemie vycházela z poznatků a zkušeností Západní vědy, zejména z dramatického výskytu AIDS mezi americkými homosexuály. Ohledům na osobní svobodu občana byla dána přednost před ochranou celé společnosti. Např. pracovníci Úřadu ochrany veřejného zdraví neměli právo nařídit vyšetření na HIV, vést dokumentaci o infikovaných osobách, nebo o jejich partnerech. Místo této činnosti jsou pořizovány sumární přehledy o případech AIDS, které zachycují nákazovou situaci před zhruba 10 lety, což je zcela nesmyslné. Opatření směřovaná na jedince se nemohou uplatnit v různých kulturních prostředích.

Špatná nařízení poškodila v průběhu epidemií AIDS mnoho lidí jak v Africe, tak ve východní Evropě a Asii. Řada politických vůdců se nestará o blaho národa, ale upevňuje svou vlastní důležitost a privátní prospěch, jak dokládá situace v Zimbabwe a v Severní Koreji. Podle současných zvyklostí ve světě jak Spojené národy, tak jednotlivé země, poskytují vládám pomoc a finanční příspěvky, ty se však často „ztratí“. Takže finance na preventivní opatření proti přenosu HIV a finance na léky, byť jsou k dispozici, se k nemocným a k

infikovaným nedostanou. Neochota politiků a chybějící kvalitní infrastruktura brání plánovanému využití poskytnutých prostředků.

### *Co by se mělo stát ?*

Dobré úmysly a snaha epidemii nezastaví. Změnu mohou způsobit pouze komplexní, znalostmi a zkušenostmi podložená opatření. Nemálo úspěšných projektů nebylo realizováno, ani na národní úrovni plně financováno. Je naprosto nezbytné zvýšit úsilí o získání státní podpory, jinak můžeme sice vyhrát nějakou bitku, ale válku prohrajeme.

Stejně jako rozsáhlé šíření HIV podmiňují různé okolnosti, tak i opatření proti němu musí být mnohostranná. Není žádné „jednoduché řešení“. Poskytování informací o HIV je jednou možností, ale neznamená, že automaticky vede ke změně životního stylu a zpravidla efekt je minimální. Proto opatření směřující ke změně chování nesmí být založena pouze na rozumových důvodech, na metodách užívaných v reklamě, v politice nebo v náboženské výchově. Odložení počátku pohlavního života na pozdější dobu, omezení počtu sexuálních partnerů a používání kondomů jsou skutečně ověřená preventivní opatření. Význam obřízky mužů pro snížení přenosu HIV na ženy je třeba ještě dále studovat. Je třeba podporovat metody snižující přenos HIV z matky na dítě při porodu a kojení, které nevedou ke vzniku rezistence na podávané léky a nemají nežádoucí vedlejší účinky. Je třeba ještě více umožnit testování na HIV spolu s příslušným poradenstvím. Mimo využití mikrobicidů a vakcíny je těžké představit si nějaké nové, revoluční, preventivní opatření, které by bylo široce použitelné. Výroba lepších mikrobicidů a vakcíny může znamenat velký pokrok, ale nemusí představovat konečné řešení problému HIV/AIDS

Široká dostupnost terapie antiretrovirotiky sice prodlouží život a zmírní utrpení, ale nepovede k ukončení epidemie. V současnosti je antiretrovirotiky léčeno asi 2,5 milionu lidí, kteří žijí v chudých státech. Ale na každou osobu, která začala užívat tyto léky v roce 2006, připadá šest nově infikovaných osob. Tak se stále víc a více vzdalujeme možnosti léčby všech potřebných a vidíme naprostou nutnost lepší prevence. Léčené osoby žijí déle, dosud nikdy nebylo tolik HIV infikovaných jako nyní.

Nejdůležitější jsou opatření v socioekonomické oblasti. Podporou emancipace žen a zvýšením životní úrovně celé populace můžeme dosáhnout poměrně nízké ( 0,1-0,2 %) prevalence nákazy HIV u dospělých na severozápadě Evropy, v Austrálii a na Novém Zélandu. Udržet tuto nízkou prevalenci delší dobu však může být těžké. Bude to vyžadovat mnoho úsilí a s ohledem na chudobu, malou podporu politiků a na neustálou tendenci diskriminovat a stigmatizovat infikované osoby, téměř nemožné. Naštěstí tyto záporné stránky chování lidí vyrovnává opačné chování jiných v podobě soucitu a sociální soudržnosti.

### *Vyhlídky na vyléčení*

Úspěšná terapie antiretrovirotiky ještě neznamená, že dojde k vyléčení. Jakmile je příjem léků přerušen obnoví se tvorba nových virových částic a nemoc pokračuje dále. Věda dosáhla velkého pokroku v boji s AIDS ale dnes se zdá, že jsme už vyčerpali všechny možnosti. Jistě je ještě možné vylepšovat léky, aby vyvolávaly méně nežádoucích reakcí, aby jejich užívání bylo jednodušší, nevedlo tak často ke vzniku rezistence na lék, je možné najít nové způsoby jak omezovat replikaci viru, je však těžké si představit, jak by bylo možné vědecky fundovaně pomýšlet na vyléčení. Pro začlenění viru do DNA hostitele bylo by nutné najít způsob, jak odstranit latentně usídlený provirus z DNA infikovaných buněk, nebo aspoň jak najít a zničit infikované buňky.

Jakmile se nakazíme je podle dnešních poznatků nemožné virus z těla vymýtit. Klidová forma HIV přežívá v déle žijících bílých krvinkách a nachází dobrý úkryt na místech, kam

léky špatně pronikají, např. v některých buňkách mozku. Navíc mutace viru navozuje vznik rezistence na podávané léky a dosud se nepodařilo objevit přípravu účinné vakcíny.

Důvěra v moderní medicínu je však tak velká, že lidé si nechtějí ani připustit, že by se nemuselo podařit připravit vakcínu. Výsledkem toho je, že není věnován dostatek pozornosti sociálním a ekonomickým problémům, ani potlačování diskriminace, což vše jsou klíčové podmínky úspěšné reakce na epidemii.

### *Vyhlídka do budoucna*

Je možné, že lidstvo se nikdy nezbaví HIV/AIDS. Šíření HIV po zeměkouli stále probíhá, nejspíše pro jeho vlastnosti, které zčásti ovlivňují i některé okolnosti. K nim např. patří méně vhodné podmínky pro přenos viru v běžné populaci průmyslově vyspělých států. Ale i v těchto státech existují určité populační skupiny, mající častější možnosti přenosu HIV, např. injekční toxikomani, nebo „druhořadí občané“, jako jsou minority Afroameričanů, nebo domorodců.

Je pravděpodobné, že mimořádně vysoká prevalence infekce HIV (30-40 %) u občanů produkčního věku v některých jihoafrických státech časem klesne. Je to již dnes patrné ve východní Africe, kde prevalence zůstává na hodnotách 5-10 % déle jak 20 let. Počáteční vysoká prevalence může být dána kombinací několika faktorů, jako je přítomnost mnoha čerstvě HIV infikovaných osob s vysokou hladinou viru a s tomu odpovídající vysokou nakažlivostí, dále velký počet současných sexuálních partnerů mezi muži a ženami. Může však dojít k tak velké frekvenci přenosu HIV v běžné populaci i mimo subsaharskou Afriku? Nikdo nezaručí že ne, ale až dosud jsou v jiných částech světa infikovány HIV především osoby s rizikovým chováním, jako jsou injekční toxikomani a homosexuálové. Pokud se však HIV v populaci dostatečně rozšíří, bude obtížné jeho další přenos kontrolovat, o čemž svědčí současná situace v Thajsku, kde dochází k přenosu infekce mezi manžely.

Slibné politické heslo „Umožníme nové generaci život bez AIDS“ je bohužel nerealistické. HIV nevymizí, protože se už stačil uchytit ve všech státech světa. Vhodnějším sloganem je proto „Musíme se naučit žít s HIV/AIDS“. Veřejnost má rozhodující úlohu při upozorňování na nebezpečí a na potřebu rázných změn, např. na radikální změnu postavení žen a odstranění ekonomických a právních překážek emancipace. Dobrým příkladem jsou úspěchy ochránců přírody, dané upozorňováním na nebezpečí plynoucí z oteplování naší planety. Trvalo třicet let, než se jim podařilo o nebezpečí přesvědčit mocné tohoto světa, ale konečně dosáhli svého cíle. Svět si ale nemůže dovolit čekat dalších třicet let na uznání hrozící AIDS katastrofy. Z nich už dvacet pět let je promrháno.

### **Milníky historie HIV/AIDS**

- 1981** – první zprávy o výskytu AIDS
- 1983/84** – identifikace HIV
- 1985** - komerční výroba testů na HIV
- 1986** - SZO oznámila začátek boje s AIDS na celém světě
- 1987** - generální shromáždění Spojených národů jedná o AIDS
- 1987** - zahájení terapie AZT
- 1988** - rozšíření AIDS v Asii
- 1994** - rozšíření AIDS v jižní Africe
- 1996** - zahájení účinné antiretrovirové terapie
- 1998** - rozšíření AIDS ve východní Evropě
- 2001** - mimořádné generální shromáždění SN o HIV/AIDS
- 2001** - ustavení světového Fondu AIDS

45 citací, kopie u překladatele

### **Poznámky překladatele:**

Evropanům se jistě může zdát vyznění posledního odstavce příliš „feministické“. Autor má však po svá tvrzení jak zkušenosti, tak potřebný nadhled nad situací v celém světě. Prvé zprávy o HIV/AIDS se v SM objevovaly roku o roku 1979, ovšem pod tehdy užívanými názvy, např. HTLV, slim disease aj. To je dnes také už historie. Od ledna 1996 bylo do dneška o HIV/AIDS referováno v 50 číslech SM, SMD a nyní SMS.

Nikdy jsem se netajil názorem, že direktivně povolená, tzv. prevence AIDS se musí minout účinkem, neboť jí chybí reálný pohled na to, že jde o infekci a že tomuto faktu musí odpovídat i protiepidemická opatření. Souhlasím s autorem, že „ohledům na osobní svobodu občana byla dána přednost před ochranou celé společnosti“. V osmdesátých letech jsme v republice postupovali podle metodického pokynu, který epidemiologům ukládal vyhledávat osoby podezřelé z nákazy HIV i jejich sexuální partnery, umožňoval nařídit potřebná vyšetření a izolaci, nebo nařídit protiepidemická opatření v zařízeních, v nichž byla suspektní osoba vyšetřována, nebo léčena. Postupy byly v souladu s prací u jiných závažných nálezů, umožňovala je mimo jiné síť OHES, počet zkušených epidemiologů i kvalitní laboratorní a nemocniční zázemí, což byla ve světě výjimka. Bohužel naši tehdejší představitelé, podlehli zahraničnímu nátlaku a představám o tom, že rozhodujícím preventivním opatřením je zdravotní výchova, která změní rizikový životní styl i chování celé populace. Náš metodický pokyn byl „upraven“, epidemiologům bylo zakázáno postupovat podle zásad práce v ohnisku nákazy a dovoleno jen registrovat hlášené případy HIV/AIDS. Také u nás „místo (protiepidemické práce) jsou pořizovány sumární přehledy o případech AIDS, které zachycují nálezovou situaci před zhruba 10 lety“. Na rozdíl od autora si nemyslím, že „je to zcela nesmyslné“, ale tím se šíření HIV nezastaví, ba ani neovlivní.

Postupně se u nás zvyšoval počet kvalitních laboratoří, schopných seriosně vyšetřovat osoby podezřelé z nákazy HIV. Týkalo se to jak transfusní, tak hygienické služby, ve vrcholové kvalitě toto vyšetření zajišťuje NRL pro AIDS. Odštěpení laboratoří od KHS a OHS a jejich převedení do Zdravotních ústavů, či jejich privatizaci, uvítali různí manažeři i někteří laboratorní pracovníci (především z finančních-výdělečných důvodů), pro protiepidemickou práci jde však o nešťastný počín.

Nikoli „Hlavní překážkou prevence“, ale dnes Hlavním důvodem „dalšího šíření HIV je skutečnost, že mnoho lidí netuší, že jsou nakaženi. Ti jsou zdrojem nákazy pro většinu, ne-li všechny nově infikované“. Když srovnám dnešní možnost nechat si odebrat krev na vyšetření infekce HIV se stavem před několika lety, připadá mi situace tristní. Nejenže odběrových středisek ubylo a bezplatné vyšetření prakticky úplně zmizelo, ale pomínu-li možnost porady na infekčních odděleních, která stejně nejsou právě „po ruce“, nemá vyděšený zájemce o radu a anonymní odběr krve téměř jinou možnost, než vysedět nějakou tu hodinku v čekárně lékaře kde jej nikdo nezná a doufat, že když zaplatí nebude mu odmítnut odběr pod falešným jménem. Jinou možností, prý stále častěji využívanou, je vyšetření a odběr na transfusních stanicích, neboť potenciální dárce krve to má zadarmo. Vzhledem ke známému „oknu“ mezi nálezou a možností jejího laboratorního průkazu je takový postup nebezpečný jak pro „dárce“, přesvědčeného o své negativitě, tak pro společnost. Bezplatné anonymní vyšetření bylo nadužíváno až zneužíváno. Přesto není nutné být velkým počtářem či ekonomem k tomu, aby ze srovnání nákladů na činnost terénních Středisek AIDS a bezplatného vyšetření HIV, s náklady na doživotní léčbu, různá vyšetření a hospitalizaci HIV infikovaných osob vyplynulo, co je pro společnost výhodnější. Jak velice se liší náš současný stav od autorova doporučení „Je třeba ještě více umožnit testování na HIV spolu s příslušným poradenstvím“.

Mám-li být upřímný, nelíbí se mi současný stav oboru epidemiologie, na škodu je formální, byrokratický přístup k práci epidemiologa, úbytek lékařů v oboru a jejich „vedení“ rychlokvaškami manažerů s několikahodinovými kursy, stejně jako postupná likvidace pracovišť HS. Vae victis, vae victoribus !

