

Edyta Grąbczewska

Wybrane aspekty profilaktyki poekspozycyjnej zakażeń HIV (PEP)

Pierwszą próbę sformułowania zasad postępowania w wypadku ekspozycji zawodowej na zakażenie HIV podjęto w 1982 roku, opierając się na przesłankach wynikających z podobieństw HIV i HBV. W 1983 roku, zaledwie po 2 latach od rozpoznania pierwszych przypadków zachorowań na AIDS, rekomendacje zostały opublikowane. Dotyczyły one uniwersalnych zasad ochrony przed zakażeniem.

Zakażenia zawodowe HIV definiowane są obecnie jako:

- pewne – udokumentowana serokonwersja ma związek czasowy z wypadkiem w pracy,
- prawdopodobne – potencjalnie ryzykowny kontakt z materiałem zakaźnym podczas wykonywania pracy, bez udokumentowanej serokonwersji (brak testu w kierunku obecności przeciwciał anti-HIV w dniu ekspozycji).

Do końca 2002 roku zarejestrowano na świecie 106 pewnych i 238 prawdopodobnych zawodowych zakażeń HIV wśród pracowników służby zdrowia. Zdecydowana większość (94%) zgłoszonych zakażeń pochodzi z krajów mających dobrze rozwinięte systemy rejestracji. Około 69% pewnych i 39% prawdopodobnych zarejestrowanych zakażeń zawodowych dotyczyło pielęgniarek i pracowników laboratoriów. Lekarze i studenci medycyny (z wyjątkiem chirurgów) stanowili 13% przypadków pewnych i 12% prawdopodobnych. Ciekawe, że lekarze chirurdzy stanowili tylko 1% pewnych i 7% prawdopodobnych zakażeń zawodowych. Wśród techników stomatologicznych i stomatologów nie stwierdzono żadnego przypadku pewnego zakażenia zawodowego. W Polsce nie zarejestrowano dotąd zakażenia HIV u pracownika służby zdrowia, mającego związek z ekspozycją zawodową.

Ekspozycja zawodowa to narażenie pracownika na kontakt z materiałem biologicznym pochodzącym od pacjenta zakażonego HIV (krew i inne potencjalnie zakaźne płyny ustrojowe) w związku z wykonywaniem pracy zawodowej. Zakłucia, skaleczenia ostrymi narzędziami, igłami uży-

wanymi do iniekcji czy szycia ran zdarzają się często. *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) szacuje, iż co roku dochodzi w szpitalach amerykańskich do ponad 380 tys. zakłuć, w tym ponad połowa to zakłucia igłami zawierającymi światło. Ryzyko zakażenia HIV w wypadku zawodowej ekspozycji jest niewielkie, uwarunkowane wieloma czynnikami. Istotne wydają się informacje dotyczące sytuacji epidemiologicznej w danej populacji, rodzaju ekspozycji i czasu jej trwania oraz osoby będącej potencjalnym źródłem zakażenia.

Na podstawie prospektywnych badań oszacowano, iż średnie ryzyko zakażenia w wypadku zakłucia igłą zawierającą krew osoby HIV-seropozytywnej wynosi 0,3%, natomiast zanieczyszczenie błon śluzowych lub skóry krwią wiąże się z kilkunastokrotnie mniejszym ryzykiem infekcji, szacowanym na prawie 0,09%. W tym wypadku istotna jest objętość materiału zakaźnego, czas ekspozycji i wielkość ekspozowanej powierzchni.

W tabeli 1. przedstawiono średnie ryzyko transmisji zakażenia HIV, HBV i HCV po zakłuciu igłą zawierającą zakażoną krew.

Potencjalnym źródłem infekcji HIV, HBV czy HCV jest zainfekowany materiał biologiczny. Materiałem potencjalnie zakaźnym dla HIV jest: krew, nasienie, wydzielina pochwoowa, płyn mózgowo-rdzeniowy, płyn opłucnowy, osierdziowy, otrzewnowy, owodniowy, mleko kobiece itp. Zagrożenie stanowią nieutralowane tkanki i narządy pochodzące od człowieka żywego lub ze zwłok, komórki lub hodowle tkankowe zawierające HIV. Nie istnieje ryzyko infekcji w wypadku ekspozycji na mocz, ślinę, pot, kał, łzy – o ile nie są zanieczyszczone krwią.

Jak wspomniano, niezależnym czynnikiem ryzyka jest rodzaj ekspozycji (tabela 2.). Głębokie zakłucie wydrążoną igłą zawierającą widoczną krew, zwłaszcza po nakłuciu tętnicy lub żyły, jest obciążone wysokim ryzykiem transmisji zakażenia.

Tabela 1. Średnie ryzyko transmisji zakażenia HIV, HBV, HCV po parenteralnej ekspozycji zawodowej

Czynnik zakaźny		Średnie ryzyko
HIV		0,3%
HCV		1,8%
HBV	HBeAg(-)	serokonwersja 23-37%
	HBeAg(+)	serokonwersja 37-62%

Tabela 2. Ryzyko zakażenia HIV w zależności od rodzaju ekspozycji

Czynnik	Ryzyko zakażenia HIV (średnio 0,3%)
głębokie zakłucie igłą o szerokim świetle	16-krotnie większe
widoczna krew na kalejącym narzędziu	5-krotnie większe
pacjent w zaawansowanym stadium choroby (AIDS)	6-krotnie większe
profilaktyczne zastosowanie AZT (retrowir)	79-krotnie mniejsze

Stosowanie barier mechanicznych ograniczających kontakt pracownika służby zdrowia z zakaźnymi płynami ustrojowymi zmniejsza ryzyko zakażenia. Używanie rękawic lateksowych zmniejsza ilość krwi, która dostaje się do miejsca zranienia o 46–63%, w wypadku zakłucia igłą bez światła o 86%. Podobnie używanie okularów ochronnych stanowi barierę dla potencjalnie zakaźnych płynów.

Odrębnym problemem jest ryzyko transmisji zakażenia HIV z pracownika ochrony zdrowia na pacjenta. Nie uważa się, aby HIV-pozytywny lekarz stanowił istotne zagrożenie dla swych pacjentów. Ryzyko transmisji infekcji HIV z zakażonego chirurga na pacjenta waha się od 0,0024% do 0,00024%. Dla porównania szacunkowe ryzyko zakażenia pacjenta wirusem HBV przez zakażonego chirurga jest znacznie większe i wynosi od 0,24% do 0,024%.

W literaturze opublikowano dotąd trzy doniesienia na temat prawdopodobnej transmisji zakażenia HIV z lekarza na pacjenta. W 1990 roku na Florydzie rozpoznano zakażenie HIV u sześciu pacjentów leczonych przez HIV-pozytywnego lekarza stomatologa. W styczniu 1999 roku ukazało się doniesienie z Francji opisujące pierwszy przypadek zakażenia HIV pacjenta przez lekarza chirurga podczas zabiegu operacyjnego. W 2006 roku opublikowano doniesienie z Hiszpanii o zakażeniu HIV pacjentki podczas cięcia cesarskiego. Na podstawie analizy epidemiologicznej i badań genetycznych potwierdzono możliwość transmisji infekcji.

Mimo że ryzyko takich zakażeń jest bliskie zeru, Brytyjczycy zabraniają lekarzowi zakażonemu HIV wykonywania niektórych zabiegów.

Ogólne zasady ochrony przed zawodowym zakażeniem HIV

Bezpośrednio po potencjalnej ekspozycji na zakażenie podejmuje się czynności zmierzające do usunięcia materiału zakaźnego poprzez zastosowanie prostych metod.

Zaleca się:

- nie tamować krwawienia,
- miejsce zakłucia lub skaleczenia dokładnie umyć wodą z mydłem,
- splukać wodą krew rozprysniętą na skórze, na błonach śluzowych nosa, jamy ustnej,
- worek spojówkowy, do którego przedostała się krew, wyplukać wodą lub roztworem soli fizjologicznej.

Brak jest danych na temat korzystnego wpływu środków antyseptycznych, nie są one jednak przeciwwskazane. Dalsze postępowanie polega na ocenie, czy istnieje ryzyko zakażenia. Należy brać pod uwagę również możliwość infekcji innymi wirusami przenoszonymi przez krew, przede wszystkim wirusem B i C zapalenia wątroby. Konsultacji specjalistycznych udzielają ośrodki zajmujące się rozpoznawaniem i leczeniem zakażeń HIV. Po wykonaniu wstępnych zabiegów o zdarzeniu należy poinformować służby BHP.

Zasady oceny ryzyka poekspozycyjnego

Jednym z najważniejszych problemów związanych z podejmowaniem decyzji o rozpoczęciu stosowania leków antyretrowirusowych w postępowaniu poekspozycyjnym jest ocena ryzyka zakażenia. Należy rozważyć okoliczności zdarzenia, rodzaj ekspozycji i potencjalne źródło zakażenia.

Pacjent z ostrą chorobą retrowirusową lub z rozpoznanym AIDS (sytuacje kliniczne związane z wysokim stężeniem wirerii HIV) stanowi realne źródło zakażenia. W wypadku gdy znajduje się on w bezobjawowej fazie zakażenia HIV z niskim poziomem wirerii HIV (<1500 kopii/ml) lub jest skutecznie leczony ARW, ryzyko transmisji zakażenia jest znacznie mniejsze. Gdy nieznanym jest status serologiczny potencjalnego źródła zakażenia, należy wykonać pacjentowi szybki test przesiewowy w kierunku zakażenia HIV. Pozwala to na uzyskanie wyniku w ciągu 20–30 minut. Ujemny wynik badania decyduje o braku wskazań do zastosowania profilaktyki. Wdrożenie profilaktyki musi nastąpić w jak najkrótszym czasie. Nie jest błędem podanie np. 200–300 mg AZT do czasu ustalenia dalszych procedur.

Badania osoby będącej potencjalnym źródłem zakażenia

U osoby będącej potencjalnym źródłem zakażenia o nieznanym statusie serologicznym należy wykonać badania: HBsAg, anty-HCV, anty-HIV.

W przypadku osoby zakażonej HIV istotne są informacje dotyczące przebiegu choroby i leczenia antyretrowirusowego, ostatnie wyniki badań wirerii HIV i limfocytów CD4, a także – jeżeli są dostępne – wyniki badania lekooporności.

Problem narastającej oporności szczepów wirusa HIV na powszechnie stosowane leki może być przyczyną zarówno nieskuteczności terapii, jak i niepowodzenia profilaktyki po ekspozycji. Lekooporność szczepów wirusa HIV jest prawdopodobna, gdy u pacjenta stwierdza się klinicznie progresję choroby, obecność wirerii HIV oraz spadek limfocytów CD4 mimo leczenia. Podejmując decyzję dotyczącą schematu terapeutycznego w profilaktyce poekspozycyjnej, należy korzystać z wyniku badania lekooporności wirusa.

Badania osoby ekspozowanej

Przed podjęciem decyzji o postępowaniu poekspozycyjnym należy pobrać krew w celu wykonania badań HBsAg, anty-HCV, anty-HIV. Badania te w uzasadnionych wypadkach powtarza się po 6 tygodniach, następnie po 3 i 6 miesiącach. Ze względu na doniesienia o zjawisku przedłużonej serokonwersji u osób jednocześnie zakażonych HCV zaleca się u nich powtórzenie oznaczenia anty-HIV po roku.

Przed wdrożeniem chemioprophylaktyki przeprowadza się następujące badania: morfologia krwi, badania biochemiczne wątroby, poziom kreatyniny i mocznika oraz inne, wynikające ze stanu zdrowia osoby poszkodowanej. W czasie stosowania leków ARW należy je powtórzyć po 2 tygodniach oraz po zakończeniu profilaktyki.

Osoba po prawdopodobnej ekspozycji na zakażenie HIV powinna być poinformowana o zachowaniu środków ostrożności związanych z możliwością przeniesienia zakażenia na inne osoby. W zakresie życia seksualnego zaleca się abstynencję lub stosowanie prezerwatyw w okresie 12 tygodni po ekspozycji. W tym czasie nie można być dawcą krwi, narządów, tkanek lub nasienia (według niektórych zaleceń przez rok). Matki karmiące powinny w tym czasie zaprzestać karmienia piersią, także ze względu na toksyczne działanie leków antyretrowirusowych.

Zasady chemioprophylaktyki poekspozycyjnej

Profilaktykę poekspozycyjną należy rozpocząć tak szybko, jak jest to możliwe. Najkorzystniej jest przyjąć leki w ciągu 1–2 godzin po ekspozycji, ale przed upływem 72 godzin. Autorzy niemieccy zalecają, aby została

ona rozpoczęta nie później niż 24 godziny od ekspozycji. W wypadku wątpliwości lepiej jest rozpocząć przyjmowanie zydowudyny i lamiwudyny (lub innych dwóch leków z tej grupy), a w razie wykluczenia wskazań przerwać terapię.

Czas chemioprophylaktyki powinien wynosić 28 dni. Zasadą jest stosowanie dwóch leków, a w przypadkach wysokiego zagrożenia trzech leków ARW. Osoba wymagająca profilaktycznego zastosowania leków powinna podpisać zgodę na takie leczenie po uprzednim poinformowaniu przez lekarza o korzyściach i możliwych skutkach ubocznych takiego postępowania. W tabeli 3. i 4. przedstawiono rekomendacje CDC.

Należy także rozważyć wskazania do profilaktyki związanej z narażeniem na zakażenie HBV. U osób nieszczepionych możliwe jest zastosowanie profilaktyki czynnej (szczepionka) i biernej (immunoglobulina). Immunoglobulinę anti-HBs należy podać w ciągu 24 godzin od ekspozycji.

Tabela 3. Zalecenia dotyczące profilaktyki po ekspozycji przezskórnej (przerwanie ciągłości tkanek)

Źródło zakażenia					
Rodzaj ekspozycji	HIV(+) Grupa I*	HIV(+) Grupa II**	Status serologiczny nieznan***	Źródło nieznan****	HIV(-)
niewielkie powierzchowne skaleczenie narzędziem lub zakłucie igłą bez światła	PEP 2-lekowa (podstawowa)	PEP ≥3-lekowa (rozszerzona)	bez PEP, ale wskazane rozważenie PEP 2-lekowej, gdy stwierdza się czynniki ryzyka	bez PEP, ale wskazane rozważenie PEP 2-lekowej, gdy istnieje prawdopodobieństwo zakażenia HIV	bez PEP
głębokie zakłucie, widoczna krew na narzędziu, igła po wkłuciu dożylnym lub dotętnicznym	PEP 3-lekowa (rozszerzona)	PEP ≥3-lekowa (rozszerzona)	bez PEP, ale wskazane rozważenie PEP 2-lekowej, gdy stwierdza się czynniki ryzyka	bez PEP, ale wskazane rozważenie PEP 2-lekowej, gdy istnieje prawdopodobieństwo zakażenia HIV	bez PEP

* HIV(+), grupa I - bezobjawowa infekcja HIV lub znany niski poziom wirerii HIV (<1500 kopii/ml).

** HIV(+), grupa II - ostra choroba retrowirusowa, AIDS, wysoki poziom wirerii HIV.

*** Niemożliwe wykonanie badań w kierunku zakażenia HIV.

**** Np. zakłucie igłą z pojemnika na odpady medyczne.

Tabela 4. Zalecenia dotyczące profilaktyki po ekspozycji na błony śluzowe i na skórę zmienioną chorobowo (zapalenie skóry, wcześniejsze zadrapania lub zranienia)

Źródło zakażenia					
Rodzaj ekspozycji	HIV(+) Grupa I*	HIV(+) Grupa II**	Status serologiczny nieznan***	Źródło nieznan****	HIV(-)
mała objętość krwi	PEP 2-lekowa (podstawowa)	PEP 2-lekowa (podstawowa)	bez PEP	bez PEP	bez PEP
duża objętość krwi	PEP 2-lekowa (podstawowa)	PEP ≥3-lekowa (rozszerzona)	bez PEP, ale wskazane rozważenie PEP 2-lekowej, gdy stwierdza się czynniki ryzyka	bez PEP, ale wskazane rozważenie PEP 2-lekowej, gdy prawdopodobna jest ekspozycja na krew osoby zakażonej HIV	bez PEP

* HIV(+), grupa I - bezobjawowa infekcja HIV lub znany niski poziom wirerii HIV (<1500 kopii/ml).

** HIV(+), grupa II - ostra choroba retrowirusowa, AIDS, wysoki poziom wirerii HIV.

*** Niemożliwe wykonanie badań w kierunku zakażenia HIV.

**** Np. rozprysnięcie się krwi nieprawidłowo przechowywanej.

W sytuacjach szczególnych zaleca się podjęcie działań profilaktycznych po uprzednim oznaczeniu poziomu przeciwciał anti-HBs w surowicy krwi.

Leki stosowane w profilaktyce poekspozycyjnej

Obecnie jest dostępnych (zarejestrowanych w Polsce) ponad 20 leków stosowanych w leczeniu osób zakażonych HIV. Należą one do czterech grup: nukleozydowe inhibitory odwrotnej transkryptazy (NRTI), nienukleozydowe inhibitory odwrotnej transkryptazy (NNRTI), inhibitory proteazy (PI) i inhibitory fuzji (FI).

Wybierając leki antyretrowirusowe do profilaktyki poekspozycyjnej, należy pamiętać o ich potencjalnych działaniach niepożądanych, uwzględnić interakcje z lekami przyjmowanymi przez pracownika służby zdrowia oraz ewentualną lekooporność wirusa.

Podstawowe i rozszerzone schematy leków stosowane w profilaktyce poekspozycyjnej

Schematy podstawowe

Podstawowy schemat zawiera dwa nukleozydowe inhibitory odwrotnej transkryptazy.

Zydowudyna + Lamiwudyna; dostępny w formie złożonej Combivir

Zydowudyna (AZT, ZDV, Retrovir) 200 mg co 8 godzin lub 300 mg co 12 godzin.

Lamiwudyna (3TC, Epivir) 150 mg co 12 godzin lub 300 mg raz dziennie.

Combivir (preparat złożony – 300 mg AZT + 150 mg 3TC) 1 tabletka dwa razy dziennie co 12 godzin.

Zydowudyna + Emtrycytabina

Zydowudyna (AZT, ZDV, Retrovir) 200 mg co 8 godzin lub 300 mg co 12 godzin.

Emtrycytabina (FTC, Emtriva) 200 mg raz dziennie.

Tenofowir DF + Lamiwudyna

Lamiwudyna (3TC, Epivir) 150 mg co 12 godzin lub 300 mg raz dziennie.

Tenofowir DF (TDF, Viread) 300 mg raz dziennie z posiłkiem.

Tenofowir DF + Lamiwudyna

Tenofowir DF (TDF, Viread) 300 mg raz dziennie z posiłkiem.

Emtrycytabina (FTC, Emtriva) 200 mg raz dziennie.

Alternatywne schematy podstawowe

Lamiwudyna + Stawudyna

Lamiwudyna (3TC, Epivir) 150 mg co 12 godzin lub 300 mg raz dziennie.

Stawudyna (d4T, Zerit) 40 mg co 12 godzin dla mc. >60 kg lub 30 mg co 12 godzin dla mc. <60 kg.

Emtrycytabina + Stawudyna

Emtrycytabina (FTC, Emtriva) 200 mg raz dziennie.

Stawudyna (d4T, Zerit) 40 mg co 12 godzin dla mc. >60 kg lub 30 mg co 12 godzin dla mc. <60 kg.

Lamiwudyna + Didanozyna

Lamiwudyna (3TC, Epivir) 150 mg co 12 godzin lub 300 mg raz dziennie.
Didanozyna (ddI, Videx) 200 mg co 12 godzin lub 400 mg raz dziennie godzinę przed posiłkiem lub 2 godziny po posiłku.

Emtrycytabina + Didanozyna

Emtrycytabina (FTC, Emtriva) 200 mg raz dziennie.
Didanozyna (ddI, Videx) 200 mg co 12 godzin lub 400 mg raz dziennie godzinę przed posiłkiem lub 2 godziny po posiłku.

Schematy rozszerzone

Zalecany rozszerzony schemat profilaktyki zawiera: dwa nukleozydowe inhibitory odwrotnej transkryptazy i jeden inhibitor proteazy.

Lopinawir/Ritonawir

Lopinawir/ritonawir (LPV/RTV, Kaletra) kapsułki 400/100 mg; 3 kapsułki co 12 godzin z posiłkiem.

Alternatywne schematy rozszerzone

Indynawir/Ritonawir

Indynawir (IDV, Crixivan).
Ritonawir (RTV, Norvir).
IDV 800 mg + RTV 100 mg co 12 godzin niezależnie od posiłku.
IDV 800 mg co 8 godzin godzinę przed posiłkiem lub 2 godziny po posiłku.

Atazanawir + Ritonawir

Atazanawir (ATV, Reyataz) 400 mg raz dziennie lub 300 mg raz dziennie z 100 mg ritonawiru z posiłkiem (w kombinacji z tenfowirem konieczne 300 mg raz dziennie z 100 mg ritonawiru).
Ritonawir (RTV, Norvir).

Fosamprenawir + Ritonawir

Fosamprenawir (FOSAPV, Lexiva) 1400 mg co 12 godzin bez ritonawiru lub 1400 mg raz dziennie z 200 mg ritonawiru lub 700 mg z 100 mg ritonawiru co 12 godzin.
Ritonawir (RTV, Norvir).

Sakwinawir + Ritonawir

Sakinawir (SQV, Invirase) 1000 mg z 100 mg ritonawiru co 12 godzin 2 godziny po posiłku.

Ritonawir (RTV, Norvir).

Nelfinawir

Nelfinawir (NFV, Viracept) 1250 mg co 12 godzin z posiłkiem.

Efawirenz

Efawirenz (EFV, Sustiva) 600 mg raz dziennie, wieczorem; przeciwwskazany w ciąży.

Leki niezalecane w profilaktyce poekspozycyjnej

Newirapina (NVP, Viramune).

Abakawir (ABC, Ziagen).

Leki antyretrowirusowe, które mogą być przyjmowane w profilaktyce poekspozycyjnej po konsultacji specjalistycznej

Enfuwirtyd (T20, Fuzeon) 90 mg co 12 godzin *s.c.*

Działania niepożądane leków i brak współpracy z pacjentem stanowią przeszkodę w uzyskaniu skuteczności chemioprophylaktyki. Wśród osób otrzymujących PEP 17–47% przerywa terapię z powodu nietolerancji leków. Do najczęstszych objawów niepożądanych należą: nudności, złe samopoczucie i zmęczenie. Większość z nich ustępuje po przerwaniu leczenia. Opisano również wystąpienie poważnych działań niepożądanych: kamicy nerkową, zapalenie wątroby, hyperglikemie, pancytopenie oraz ostre objawy nadwrażliwości.

Rekomendacje międzynarodowe zwracają uwagę na ograniczenia w stosowaniu niektórych leków antyretrowirusowych u kobiet ciężarnych. Nie jest rekomendowany efawirenz ze względu na możliwy efekt teratogeny oraz indynawir mogący wywołać wystąpienie kamicy nerkowej u ciężarnej, a także hyperbilirubinemii u noworodka.

Pozazawodowa profilaktyka poekspozycyjna (nPEP)

Ekspozycja pozazawodowa to kontakt z materiałem zakaźnym (krew, nasienie, wydzielina z pochwy i inne płyny fizjologiczne zanieczyszczone krwią) mogący prowadzić do zakażenia HIV, niezwiązany z pracą zawodową.

Rodzaj ekspozycji pozazawodowej:

- incydentalna (kontakt seksualny z osobą zakażoną, przypadkowe zakłucie igłą, jednorazowe użycie środków psychoaktywnych przyjmowanych drogą dożylną),
- kryminalna (gwałt, pedofilia, umyślne zakłucie igłą).

Nie jest zalecane stosowanie profilaktyki nPEP u osób wykazujących ryzykowne zachowania (promiskuityzm, narkomania).

Na podstawie badań doświadczalnych oraz obserwacji klinicznych udowodniono skuteczność pozazawodowej profilaktyki poekspozycyjnej. Podobnie jak w wypadku ekspozycji zawodowej decydujące znaczenie ma czas włączenia leków oraz rodzaj i dawki leków. Wydaje się, że profilaktyka poekspozycyjna w wypadku narażenia na pozazawodowe zakażenie HIV może okazać się mniej skuteczna ze względu na wysokie ryzyko oraz często zbyt późne zgłoszenie się osoby ekspozowanej do lekarza.

Ocena ryzyka związanego z ekspozycją

W ocenie ryzyka zakażenia HIV po ekspozycji pozazawodowej należy rozważyć:

- jej rodzaj i okoliczności,
- dodatkowe czynniki mogące mieć wpływ na szacowane ryzyko (zastosowanie prezerwatywy, rodzaj kontaktu seksualnego, współistnienie schorzeń przenoszonych drogą płciową, owrzodzenia narządów płciowych, liczba osób używających sprzętu do iniekcji, rodzaj narzędzia w przypadku zranienia, zakłucia),
- czas, jaki upłynął od ekspozycji,
- status serologiczny osoby będącej źródłem zakażenia,
- rodzaj i częstość ryzykownych zachowań u osoby będącej źródłem zakażenia.

U osoby będącej potencjalnym źródłem zakażenia i osoby ekspozowanej należy wykonać badania zgodnie z zaleceniami jak w wypadku ekspozycji zawodowej. Rozważyć należy dodatkowo wskazania do profilaktyki przeciw tęzczowi (skaleczenie narzędziem lub zakłucie igłą) oraz badania w kierunku schorzeń przenoszonych drogą płciową (kiła, rzeżączka, chlamydia). U kobiet zalecane jest badanie ginekologiczne, jeżeli ekspozycja była związana z ryzykiem ciąży, u każdej w wieku rozrodczym przed rozpoczęciem profilaktyki wskazane jest wykonanie testu ciążyowego.

Zgodnie z rekomendacjami europejskimi zaleca się zastosowanie pro-

filaktyki złożonej z trzech leków z dwóch różnych grup. Stosuje się dwa NRTI i jeden PI lub efawirenz. Wybór schematu powinien uwzględniać jak najmniejsze ryzyko wystąpienia działań niepożądanych oraz łatwy sposób przyjmowania leków.

Zalecane schematy 2NRTI + IP

Zidowudyna + Lamiwudyna, dostępny w formie złożonej Combivir

Zydowudyna (AZT, ZDV, Retrovir) 200 mg co 8 godzin lub 300 mg co 12 godzin.

Lamiwudyna (3TC, Epivir) 150 mg co 12 godzin lub 300 mg raz dziennie.

Combivir (preparat złożony – 300 mg AZT + 150 mg 3TC) 1 tabletką dwa razy dziennie co 12 godzin.

Lamiwudyna + Stawudyna

Lamiwudyna (3TC, Epivir) 150 mg co 12 godzin lub 300 mg raz dziennie.

Stawudyna (d4T, Zerit) 40 mg co 12 godzin dla mc. >60 kg lub 30 mg co 12 godzin dla mc. <60 kg.

Indynawir/Ritonawir

Indynawir (IDV, Crixivan).

Ritonawir (RTV, Norvir).

IDV 800 mg + RTV 100 mg co 12 godzin niezależnie od posiłku.

IDV 800 mg co 8 godzin godzinę przed posiłkiem lub 2 godziny po posiłku.

Lopinawir/Ritonawir

Lopinawir/ritonawir (LPV/RTV, Kaletra) kapsułki 400/100 mg; 3 kapsułki co 12 godzin z posiłkiem.

Nelfinawir

Nelfinawir (NFV, Viracept) 1250 mg co 12 godzin z posiłkiem.

Jeżeli pacjent będący potencjalnym źródłem zakażenia jest skutecznie leczony ARW, w profilaktyce poekspozycyjnej może być zastosowany ten sam schemat lekowy. W przypadku nieskuteczności terapii ARW wybór schematu wymaga szczególnego rozważenia.