



نشریه شبکه تحقیقات اچ آی وی کشور

شماره هفتم آذر ۹۹

ویژه نامه روز جهانی ایدز (۲۰۲۰)





# فهرست

روز جهانی ایدز و تأثیر آن بر جوامع

۱

برخی اقدامات در کشورهایی که به اهداف  
۹۰-۹۰-۹۰ دست یافته‌اند

۲

تاریخچه اچ‌آی‌وی / ایدز در ایران

۳

سیر تحول درمان اچ‌آی‌وی

۴

دستان ایدز بردهان صدایی ماندگار

۵



بر رفتارهای مرتبط با ایدز شکست برنامه‌های مداخله‌ای را به دنبال دارد و زمانی که برنامه‌های آموزش، پیشگیری و درمان واقعیات مرتبط مانند فرهنگ، هنجارهای فرهنگی، بستر و زمینه، فقر، قدرت مبتنی بر جنسیت، سوء مصرف مواد، خانواده‌ها، عامه مردم، اخلاق و نظایر آن را مورد توجه قرار می‌دهند، از موفقیت بیشتری برخوردارند.

با در نظر گرفتن چنین واقعیاتی از سال ۱۹۸۸ اول دسامبر (۱۰ آذرماه) به عنوان روز جهانی ایدز در تقویم گنجانده و هر ساله سازمان‌های بهداشتی، مردم نهاد و تسهیل‌گران متناسب با آن اقدام و عمل آگاهی بخشی در خصوص ایدز را انجام می‌دهند. برای چنین روزی شعار خاصی نیز در نظر گرفته می‌شود، در ارتباط با شعار سال چنان که گفته شده است؛ هدف عمده از تعیین شعار سال این است که به عموم مردم یادآوری شود که اچ‌آی‌وی از بین نرفته است و هنوز کارهای زیادی است که باید انجام شود. شعار امسال روز جهانی ایدز «همبستگی جهانی، مسئولیت مشترک» می‌باشد.

در چند دهه گذشته همواره شعار سال بیانگر واقعیات‌ها و روشن‌گر برنامه‌ها و مسیر پیش‌رو بوده است. از این‌رو در وضعیت کنونی پاندمی کرونا ضرورت همبستگی جهانی بیشتر از همیشه یادآور می‌شود، زیرا روشن‌تر از همیشه می‌توان گفت؛ تهدیدات و راه‌حل‌های برون رفت از آن‌ها، جهانی و مشترک است. مسئولیت مشترک جهانی ما ایجاب می‌کند که در هر جغرافیایی از جهان تلاش‌های خود را برای قطع زنجیره اچ‌آی‌وی مضاعف نمائیم. از آنجایی که تفاوت‌هایی در سطوح توسعه، نظم، درآمد، خدمات و ... بین کشورها وجود دارد باید در عین داشتن فکر، همت و همبستگی جهانی، خدمات را به صورتی منعطف و محلی ارائه دهیم. جهانی بی‌اندیشیم و محلی اقدام کنیم. در وضعیت کنونی که دستیابی به آزمایش، دارو و پایبندی به درمان برای برخی کشورها، گروه‌ها و افراد که در مضیقه هستند دشوارتر شده است، عمده توجه سازمان‌های بهداشتی-درمانی و بیمارستانی و سایر گروه‌های ارائه دهنده خدمات و تسهیل‌گران، به پیشگیری و درمان کرونا معطوف شده است، از این‌رو شرط تداوم برنامه‌ها منعطف کردن آن‌ها و متناسب کردن آن‌ها با شرایط جدید است. در مقابل تهدیداتی که از ناحیه شیوع کرونا برای به حاشیه رفتن و نادیده گرفتن مساله بخرنج اچ‌آی‌وی وجود دارد همزمان فرصت‌های جدیدی نیز خلق شده است که می‌توانیم بر روی آن‌ها سرمایه‌گذاری و برنامه‌ریزی کنیم. به طور مثال در یک سال گذشته و با فراگیری جهانی کرونا، به شکل بی‌سابقه‌ای توجه سیاست‌ها و عامه به موضوعاتی اساسی مانند فرهنگ سلامت، پیشگیری، بیماری، ویروس، مبتلایان و ..... جلب شده است و از این‌رو راحت‌تر می‌توان آگاهی‌ها و نگرش‌ها را با اطلاعات مناسب جهت و ارتقاء داد. در همین مدت اشتراک‌گذاری اطلاعات بهداشتی-درمانی و راه‌های دست‌یابی به آن‌ها در فضاهای مجازی شخصی توسعه یافته است از این‌رو دسترسی به افراد راحت‌تر و شرایط تبادل اطلاعات مهیاتر است. با در نظر گرفتن مجموع شرایط کنونی می‌توان با حمایت حاکمیت، رسانه‌ها و سازمان‌های مردم نهاد به انتقال بسیج نیروهای مهار کرونا در خصوص مشکل دیرپا و سخت جان اچ‌آی‌وی/ایدز نیز مبادرت نمود.

با وجود پیشرفت‌های چشمگیر دو دهه اخیر در مهار شدت بیماری ایدز، وضعیت کنونی و چشم‌انداز پیش‌رو همچنان نگران‌کننده است. از یک‌سو همزمان با ارتقا آگاهی‌ها و تعدیل نگرش‌های منفی، تلاش‌های پژوهشی سیستم‌های دانشگاهی و بهداشتی-پزشکی امکان تغییر ایدز را از یک بیماری بی‌درمان و مرگ‌آفرین به یک بیماری مزمن قابل کنترل (تحت شرایط تشخیص به هنگام و پایبندی به درمان) به وجود آورده است، گرچه چنین دستاوردهایی از شدت انتشار ویروس و مرگ و میر ناشی از بیماری به میزان قابل توجهی کاسته است ولی از سوی دیگر و در بعد ناخوش مساله تفاوت‌های زیادی بین کشورها در این خصوص وجود دارد. آمار مبتلایان جدید و میزان مرگ و میر در کشورهای کم‌برخوردار، کماکان رو به فزونی است و نگرش‌های ناهمدلانه زیادی نسبت به افراد مبتلا نیز در مناطق بسیاری از جهان همچنان وجود دارد و موانع بسیار جدی برای مقابله و کنترل این عفونت ایجاد کرده است. بررسی تجربه کشورهای موفق در زمینه کنترل اچ‌آی‌وی نشان می‌دهد در چنین کشورهایی همزمان با پیشرفت‌های پزشکی، بعد اجتماعی و فرهنگی بیماری مورد توجه جدی قرار گرفته است، به گونه‌ای که در مقایسه تطبیقی کشورها با سیستم بهداشتی و اقتصادی مشابه، روشن می‌شود که تفاوت شگرفی بین کشورها- با پیشگامی جوامع دارای زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی روادارانه نسبت به بیمار- وجود دارد. بعد اجتماعی عفونت مذکور وابسته به انگ اجتماعی مرتبط با آن است. انگ اجتماعی (استیگما) به عنوان یک ویژگی منفی فروکاهنده ارزش و منزلت، فرد یا گروهی را از اکثریت جدا می‌کند و در نتیجه با این فرد یا گروه با بدگمانی یا دشمنی رفتار می‌شود. انگ مرتبط با اچ‌آی‌وی/ایدز برآمده از تفسیری است که قضاوت‌گران، ابتلای فرد را وابسته به بی‌مبالاتی و بی‌تعهدی به ارزش‌های فرهنگی و اجتماعی ربط می‌دهند. در چنین نگاهی به جای پذیرفتن نقش نیازمند همدلی و یآوری فرد مبتلا، او مورد اتهام، سرزنش، طرد و حتی مجازات قرار می‌گیرد. چنین رویکرد سطحی دردمندستیزی، قربانیان وضعیت‌های ناخواسته را مقصر ابتلایشان به حساب می‌آورد. نگرش بدبینانه و رفتارهای طرد کننده و تبعیض آمیز متعاقب آن باعث ترس افراد و مبتلایان از آزمایش و یا افشای وضعیت ابتلا می‌شود، موضوعی که افزایش زیر پوستی ابتلا را موجب شده و به مرور افراد بیشتری را درگیر خود می‌نماید. متأسفانه در کشور ما با وجود برخورداری و توانمندی مطلوب دارویی و درمانی سیستم بهداشتی در مواجهه با اچ‌آی‌وی/ایدز و تلاش‌های رسانه‌ها و سازمان‌های مردم نهاد برای انگ‌زدایی از آن، در سطوح متفاوت انگ اجتماعی پیرامون بیماری موانع زیادی برای کنترل آن ایجاد نموده است. بر این اساس در کنار تلاش و توجه نگاه پزشکی و بهداشتی به مساله، برای مهار اچ‌آی‌وی/ایدز ضرورتاً باید متناسب با بافت‌های ناهمگون فرهنگی از تبیین‌های و تخیل‌ها و راه‌کارهای جامعه‌شناختی برای مشارکت، اعتماد، همدلی، یاری‌گری و بسیج مردمان محلی برای تفوق و برون رفت از موانع فرهنگی ناهمسو و ناهمراه استفاده نمود. مرور تجارب موفق و ناموفق مواجهه با اچ‌آی‌وی/ایدز نشان می‌دهد؛ توجه صرف به عوامل فردی و نادیده گرفتن عوامل اجتماعی و فرهنگی، قانونی و سیاسی موثر

# برخی اقدامات در کشورهایی که به اهداف

## ۹۰-۹۰-۹۰ دست یافته‌اند.

فاطمه توکلی

مرکز تحقیقات مراقبت اچ‌آی‌وی و عفونت‌های آمیزشی، مرکز همکار سازمان جهانی بهداشت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان



۲ IAPAC رویکرد شهرهای سریع (Fast-Track Cities Approach) که یک مشارکت جهانی بین شهرها و شهرداری‌ها در سراسر جهان و چهار شریک اصلی انجمن بین‌المللی ارائه‌دهندگان مراقبت از ایدز (IAPAC)، برنامه مشترک سازمان ملل در زمینه HIV / AIDS (UNAIDS)، برنامه اسکان بشری سازمان ملل (UN-Habitat) و شهر پاریس است، ممکن است به ویژه موثر باشد، زیرا دولت‌های محلی درک درستی از موضوعات محلی دارند و می‌توانند گاهی بهتر از تلاش‌ها و اقدامات در سطح ملی، پاسخ‌گو باشند. به عنوان مثال، فیلیپین یکی از سریع‌ترین اپیدمی‌های اچ‌آی‌وی در جنوب شرقی آسیا را تجربه کرده است که بیشتر در مناطق شهری و جمعیت مردانی که با مردان دیگر رابطه جنسی دارند، متمرکز شده است. دولت محلی در شهر کزون فیلیپین میزان این مشکل که عمدتاً توسط دولت ملی نادیده گرفته شده بود، را تشخیص داد و اکنون خدمات اچ‌آی‌وی بدون انگ و تبعیض را به این افراد ارائه می‌دهد. تجربه به کار گرفته شده در این شهر، سایر شهرهای فیلیپین را ترغیب کرده است که از این الگو پیروی کنند. با این وجود، انگ و تبعیض نه تنها از طرف جمعیت عمومی، بلکه از طرف ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی-درمانی نیز وجود دارد. یک نظرسنجی در انگلستان نشان داد که حتی در میان شهرهایی که به اهداف ۹۰-۹۰-۹۰ دست یافته‌اند، هنوز هم انگ و تبعیض مرتبط با عفونت اچ‌آی‌وی از مشکلات اساسی است.

**پیام کلیدی:** اگرچه شهرها می‌توانند با چالش‌های مشابهی روبرو شوند، اما یک راه حل برای همه شهرها مناسب نیست. رویکردهای نوآورانه و مشارکت همگانی کلید موفقیت در کلیه مراقبت‌ها است. با این حال، دستیابی به اهداف ۹۰-۹۰-۹۰ که باید درمان در حداقل ۷۳ درصد از افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی منجر به سرکوب بار ویروسی شود، در همه کشورها تا انتهای سال ۲۰۲۰ امکان‌پذیر نخواهد بود. همچنین اپیدمی بیماری COVID-19 می‌تواند بر بار ویروسی در خون تأثیر بگذارد. نتایج مدل‌سازی اولیه نشان می‌دهد که یک اختلال شدید در درمان اچ‌آی‌وی می‌تواند منجر به افزایش موارد مرگ مرتبط با ایدز در جنوب صحرای آفریقا شود. برخی از کشورها گزارش کرده‌اند که مراقبت‌های پزشکی در برخی از مناطق تا ۲۰ درصد کاهش یافته است و چندین گزارش در مورد افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی وجود دارد که در شرایط قرنطینه، داروی ضد رتروویروسی کافی برای بیش از ۶۰ روز را ندارند و همچنین گزارش‌هایی از افرادی که درمان اچ‌آی‌وی خود را رها کرده‌اند، وجود دارد. با این وجود، داده‌های ماهانه از ماه ژانویه تا ماه ژوئن سال ۲۰۲۰ که توسط کشورها به UNAIDS گزارش شده‌اند، کاهش قابل توجهی در تعداد افرادی که در این مدت شش ماهه تحت درمان هستند، را نشان نداده است.

1 IAPAC: International Association of Physicians for AIDS Care

### منابع:

<https://www.unaids.org/en/90-90-90>

[https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018\(19\)30299-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018(19)30299-1/fulltext)

در سطح جهانی، در مسیر رسیدن به اهداف ۹۰-۹۰-۹۰ پیشرفت‌هایی صورت گرفته است. در پایان سال ۲۰۱۹، ۸۱ درصد از افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی، از وضعیت ابتلای خویش به اچ‌آی‌وی آگاهی داشتند و از افرادی که وضعیت خود را می‌دانستند، بیش از دو سوم (۶۷ درصد) تحت درمان ضد رتروویروسی قرار داشتند، که این برابر با تخمین ۲۵/۴ میلیون نفر از ۳۸ میلیون نفر مبتلا به اچ‌آی‌وی است؛ این تعداد از سال ۲۰۱۰ بیش از سه برابر شده است.

افزایش تعداد افرادی که وضعیت خود را می‌دانند و تحت درمان هستند، در این واقعیت منعکس می‌شود که سطح سرکوب بار ویروسی در تمام افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی بین سال‌های ۲۰۱۵ تا ۲۰۱۹، شاهد افزایش ۱۸ درصدی بوده است. تقریباً ۵۹ درصد از افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی، در سراسر جهان بار ویروسی را سرکوب کرده‌اند.

### در ادامه به اقدامات صورت گرفته چند کشور می‌پردازیم:

• کشورهای بوتسوانا، اسواتینی، نامیبیا در آفریقای جنوبی، کامبوج در آسیا، دانمارک و هلند در اروپا از جمله کشورهایی هستند که به اهداف ۹۰-۹۰-۹۰ دست یافته‌اند.



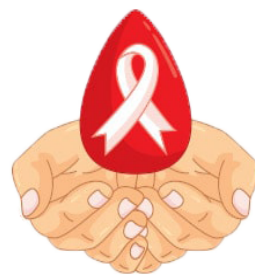
نتایج سال ۲۰۱۸، نشان می‌دهد که ۷۷ درصد از کل بزرگسالان مبتلا به اچ‌آی‌وی در نامیبیا از نظر ویروسی سرکوب شده‌اند. طبق گزارش UNAIDS مهمترین دلیل دستیابی نامیبیا به این اهداف، تلاش‌های هماهنگ این کشور برای دستیابی افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی، به آزمایش و درمان اچ‌آی‌وی بوده است. UNAIDS به حمایت از نامیبیا برای دستیابی همه افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی به آزمایش و درمان و تقویت تلاش‌های پیشگیری از اچ‌آی‌وی در نامیبیا برای کاهش بیشتر عفونت‌های جدید اچ‌آی‌وی ادامه خواهد داد.



شهر لندن پایتخت انگلیس در اروپا، اولین شهری بود که اهداف ۹۰-۹۰-۹۰ را نیز پشت سر گذاشت، و آخرین آمار آن در این شهر، ۹۵-۹۵-۹۷ است. از جمله مهمترین دلایل دستیابی لندن به این اهداف، تلاش همگانی همه ذی‌نفعان در جهت رسیدن به این اهداف می‌باشد. رویکرد چند جانبه این شهر، که شامل مراقبت مولکولی اچ‌آی‌وی، بازاریابی اجتماعی برای PrEP و برنامه‌های مقابله با انگ و تبعیض با هدف همجنس‌گرایان، دوجنس‌گرایان و ترانجسیتی‌ها است، نیز موثر واقع شده است.

### اهداف ۹۰-۹۰-۹۰

- ۹۰ درصد از افراد مبتلا از وضعیت خود آگاه باشند
- ۹۰ درصد از افراد تشخیص داده شده تحت درمان قرار گیرند
- ۹۰ درصد از افراد تحت درمان سرکوب بار ویروسی صورت گرفته باشد





# تاریخچه اچ‌آی‌وی / ایدز در ایران

سهیل مهباندوست

مرکز تحقیقات مراقبت اچ‌آی‌وی و عفونت‌های آمیزشی، مرکز همکار سازمان جهانی بهداشت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان



۳

محوریت عملکرد این کلینیک‌ها، مشاوره و درمان اچ‌آی‌وی/ ایدز، مشاوره و درمان اعتیاد و مشاوره و درمان بیماری‌های آمیزشی بود. از جمله خدمات این مراکز عبارت بود از: توزیع رایگان سرنگ و سرسوزن استریل، درمان اعتیاد با استفاده از متادون، مشاوره و ارائه رایگان درمان‌های ضدترتروویروسی. هم‌اکنون این کلینیک‌ها به نام مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری شناخته می‌شوند و طیف وسیعی از خدمات را ارائه می‌دهند. به‌طوریکه امروزه دامنه فعالیت این مراکز گسترش یافته و به کلیه گروه‌های در معرض خطر این عفونت خدمات مناسب ارائه داده می‌شود.

هرچند که تا سالیان متمادی مصرف‌کنندگان تزریقی مواد به عنوان اصلی‌ترین گروه در معرض خطر ابتلا به اچ‌آی‌وی در ایران شناخته می‌شدند و اصلی‌ترین سهم را در میان مبتلایان به این عفونت داشتند؛ اما در طول زمان با انجام مداخلات مختلفی همچون آموزش، انجام آزمایش به شکل رایگان و محرمانه، ارائه خدمات درمانی رایگان به افراد مبتلا و همچنین تغییرات ایجاد شده در جامعه و وارد شدن گروه‌های جدید، این تعادل بهم خورد و میزان مبتلایان در میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد کاهش قابل توجهی داشت. به موازات این کاهش، کشور شاهد روند افزایشی ابتلا به اچ‌آی‌وی در بین سایر گروه‌های در معرض خطر بود که از جمله آن‌ها می‌توان به زنان تن‌فروش اشاره کرد. افزایش انتقال ویروس از طریق تماس جنسی، نشان‌گر تغییر روند انتقال در ایران بود و این هشدار را به همراه داشت که موج بعدی از طریق تماس جنسی محافظت نشده خواهد بود. در همین راستا مراکز مشاوره ویژه زنان آسیب‌پذیر افتتاح شد که اقدام به ارائه خدمات به زنان آسیب‌پذیر در جامعه (از جمله: همسران زندانیان، همسران مصرف‌کنندگان مواد مخدر، زنان مصرف‌کننده مواد مخدر و زنان دارای شرکای جنسی متعدد) نمودند. به طور کلی می‌توان گفت که از زمان تشخیص نخستین مورد عفونت اچ‌آی‌وی در کشور تا به امروز شاهد تغییرات فراوان بوده‌ایم و مردم و مسئولین با چالش‌های بسیاری مواجه بوده‌اند. برخی از این چالش‌ها مثل انتقال از طریق فراوارده‌های خونی با موفقیت پشت سر گذاشته شده، به‌طوریکه امروزه این راه انتقال دیگر تهدیدی برای جامعه ایرانی به حساب نمی‌آید. با این وجود، چالش‌های دیگری همچون انگ و تبعیض نسبت به افراد مبتلا همچنان به قوت خود باقی مانده و چالش‌های جدیدی نیز همچون افزایش روابط جنسی خارج از چارچوب خانواده به وجود آمده است.

## منابع:

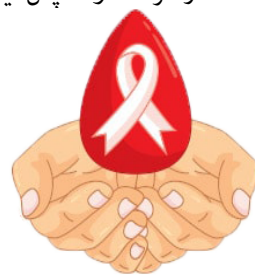
- <https://www.yjc.ir/fa/news/5713077/%D8%A7%D-B%8C%D8%AF%D8%B2-%DA%A9%DB%8C-%D9%88-%DA%86%DA%AF%D9%88%D9%86%D9%87-%D9%88%D8%A7%D8%B1%D8%AF-%D8%A7%D-B%8C%D8%B1%D8%A7%D9%86-%D8%B4%D8%AF>
- <https://kithiv.ir/history-aids-iran>
- <https://www.yjc.ir/fa/news/5854441/%D8%A2%D-B%8C%D8%A7-%D9%85%D-B%8C-%D8%AF%D8%A7%D9%86%D-B%8C%D8%AF-%DA%A9%D9%84%DB%8C%D9%86%DB%8C%DA%A9-%D9%85%D8%AB%D9%84%D8%AB%DB%8C-%DA%86%DB%8C%D8%B3%D8%AA>

در دهه ۸۰ میلادی، پزشکان آمریکایی با بیماری نوپدید در میان مردان همجنس‌گرا مواجه شدند که عامل آن ناشناخته بود. مدتی بعد این بیماری، ایدز (سندروم نقص ایمنی اکتسابی) نام گرفت و چندی بعد عامل این بیماری یعنی ویروس اچ‌آی‌وی شناخته شد. طی چندین سال، افراد مختلفی در سراسر دنیا از راه‌های متفاوتی همچون تزریق مشترک با سرنگ/سرسوزن آلوده، تماس جنسی محافظت نشده، فراورده‌های خونی آلوده و انتقال از مادر مبتلا به فرزند به این عفونت مبتلا شدند. اگرچه راه انتقال غالب در کشورهای مختلف تحت تاثیر عوامل مختلفی مانند فرهنگ غالب بر جامعه و قوانین حاکم بر آن متفاوت است، ولی به طور کلی گروه‌های در معرض خطر در همه جوامع یکسان و مشابه هستند. هرچند که اولویت این گروه‌ها در هر کشور و جامعه‌ای متناسب با سهم راه انتقال در آن کشور متفاوت است. به تبع همین تفاوت، هر کشوری سیاست‌های خاص خود را برای مقابله با این عفونت تعیین می‌کند. ایران، به عنوان یکی از کشورهایی که اپیدمی اچ‌آی‌وی در آن از نوع متمرکز می‌باشد نیز طی این مدت با مشکلات گوناگونی روبه‌رو بوده است.

## سوالی که در اینجا مطرح می‌شود این است که ویروس اچ‌آی‌وی از چه راهی وارد ایران شد و چگونه در جامعه شیوع پیدا کرد؟

در سال ۱۳۶۵، نخستین فرد مبتلا به اچ‌آی‌وی در ایران شناسایی شد. او کودکی پنج ساله بود که به واسطه ابتلا به بیماری هموفیلی، فراورده‌های خونی دریافت می‌کرد و از همین طریق به این عفونت مبتلا شده بود. این کودک در اردیبهشت سال ۱۳۶۶ زندگی را بدرود گفت. پس از آن با بررسی تمامی بیماران هموفیلی که فاکتورهای خونی دریافت می‌کردند و تعداد آن‌ها به حدود ۲۰۰۰ نفر می‌رسید مشخص شد که حدود ۱۵ درصد آن‌ها به عفونت اچ‌آی‌وی مبتلا شده‌اند.

موج دوم این عفونت، در دهه ۷۰ و زمانی رخ داد که قوه قضائیه زندان آب‌حیات واقع در استان کرمان را برای جمع‌آوری زندانیان شرور اختصاص داد. در سال ۱۳۷۴ یکی از زندانیان این زندان که دچار نارسایی کلیه بود مورد آزمایش قرار گرفت و نتیجه آزمایش اچ‌آی‌وی وی مثبت شد. گروه هدف در موج دوم اپیدمی اچ‌آی‌وی در ایران زندانیانی بودند که تزریق مشترک داشتند و از همین طریق به این عفونت مبتلا می‌شدند. به منظور مقابله با این موج که بسیاری را آلوده کرده بود، کلینیک‌های مثلثی در زندان کرمانشاه آغاز به کار کردند و سپس این طرح در سایر زندان‌های کشور نیز اجرا شد.





۴

در سال ۲۰۰۱، راهنماهای بخش بهداشت و خدمات انسانی شروع درمان در بیماران بدون علامت را فقط با  $CD4 > 200 \text{ mm}^3$  و بار ویروسی بیش از ۱۰۰ هزار کپی در هر میلی‌لیتر را توصیه کردند. نیاز گسترده به استراتژی جدید برای درمان منجر به ایجاد کارآزمایی بالینی بزرگی تحت عنوان SMART (استراتژی برای مدیریت درمان ضد رتروویروسی) شد. نتایج این مطالعه نشان داد که افرادی که در دسته بدون درمان قرار داشتند در مقایسه با افرادی که مداوم از داروهای ضد ویروسی استفاده کرده بودند به صورت کاملاً آشکاری بیشتر به ایدز و مرگ‌ومیر غیر از ایدز سوق داده شده بودند و در نهایت استراتژی «DRUG HOLIDAY» به عنوان رویکردی برای حل مشکل سمیت و خستگی ناشی از مصرف داروها انتخاب شد.

در سال ۲۰۰۳ گروه مهارکننده‌های ورود (entry inhibitors) که گاهاً مهارکننده‌های ترکیب ویروس با سلول (fusion inhibitors) هم خوانده می‌شوند به داروهای ضد رتروویروسی اضافه شدند. پس از آن در سال ۲۰۰۸ گروه جدیدی از داروهای ضد رتروویروسی به نام مهارکننده‌های اینتگرز با داروی «رالتهگراویر» عرضه شدند. اخیراً موفقیت‌های بیشتری در درمان جمعیت‌های تحت درمان دیده شده است که مربوط به نسل دوم مهارکننده‌های غیرنوکلئوزیدی ترنس‌کریپتاز، مهارکننده‌های پروتئاز طولانی اثر با سمیت کمتر و نیز ریتوناویر مقاوم نسبت به گرما می‌باشد.

در حال حاضر علی‌رغم تغییرات زیاد راهنماهای سازمان جهانی بهداشت هم چنان NRTI‌ها به‌عنوان یکی از انتخاب‌های رژیم آغازین به شمار می‌آیند. هم‌چنین با افزایش مطالعات انجام شده بر روی داروی دولوتگراویر این دارو نیز در راهنماهای اخیر به عنوان انتخابی خوب برای اضافه شدن به درمان ترکیبی در گروه‌های بالغ ذکر شده است. با اطلاعات کنونی هنوز نمی‌توان راجع به مصرف یا عدم مصرف این دارو در بارداری نظر قاطعانه‌ای داد.

بعد از اینکه اولین فرد مبتلا به اچ‌آی‌وی در سال ۱۹۸۱ توسط مرکز کنترل بیماری‌ها شناسایی شد، با گذشت کمتر از سی سال از عمر درمان‌های ضد رتروویروسی تا کنون بیش از ۲۵ داروی مختلف تولید شده است. در سال ۱۹۸۷ اولین داروی ضد رتروویروسی، «زیدوودین» از دسته مهارکننده‌های نوکلئوزیدی ترنس‌کریپتاز معکوس تولید شد و شواهدی مبنی بر بهبود علائم بالینی و کاهش مرگ را نشان داد. شاید بتوان این دارو را نخستین و مهمترین گام در درمان اچ‌آی‌وی دانست. از چالش‌های استفاده از داروهای این دسته می‌توان بار بالای قرص (pill burden)، دوزبندی دشوار برای استفاده فرد، محدودیت درمان به علت سمیت و سرکوب ناکافی ویروس اشاره کرد. به‌علاوه تک‌درمانی (monotherapy) متوالی و سرکوب ناکافی ویروس منجر به بروز جهش‌های مقاومت در ویروس و هم‌چنین عواقبی در درمان طولانی مدت شد.

در اواسط دهه ۹۰ میلادی بود که رژیم درمانی ضد رتروویروسی با تاثیر بالا شامل دو مهارکننده نوکلئوزیدی ترنس‌کریپتاز و یک مهارکننده پروتئاز یا یک مهارکننده غیرنوکلئوزیدی ترنس‌کریپتاز مطرح شد. از آنجایی که این رژیم درمانی به خوبی قابلیت سرکوب بار ویروسی را به میزان کمتر از ۴۰۰ نسخه RNA در میلی‌لیتر داشت، استفاده گسترده از آن منجر به کاهش چشم‌گیر مرگ‌ومیر در کشورهای توسعه یافته شد. به‌طوریکه، استراتژی استفاده از دو مهارکننده نوکلئوزیدی ترنس‌کریپتاز به علاوه عامل تاثیرگذار سوم هم‌چنان پایه و اساس اصول درمان امروزی است و امروزه به‌عنوان درمان ترکیبی ضد رتروویروسی از آن یاد می‌شود. با این وجود این رژیم درمانی نیز با چالش‌هایی روبرو بود. بار بالای قرص‌های مصرفی، دوزبندی سخت برای فرد مبتلا، رژیم غذایی سخت‌گیرانه، محدودیت به علت سمیت رژیم درمانی و نیز تداخلات دارویی بسیار بالای آن‌ها مهمترین چالش‌هایی بودند که محققان با آن‌ها دست و پنجه نرم می‌کردند.

در سال ۱۹۹۸، خوش‌بینی وسیعی نسبت به درمان جدید با شعار «درمان سخت‌گیرانه، درمان زودهنگام» به وجود آمد. از طرفی استفاده از مهارکننده‌های پروتئاز با ویژگی‌های فارماکوکینتیکی نامطلوب شامل فراهمی زیستی پایین از راه مصرف خوراکی، نیمه‌عمر کوتاه، تغییرات مهم در درون و بین افراد مبتلا (significant inter- and intra-patient variability)، ریسک مقاومت، تداخلات بالقوه، سمیت، مشکلات نگهداری و عدم پایداری محدود شد. مهارکننده‌های غیرنوکلئوزیدی نیز فوایدی نظیر نیمه‌عمر طولانی داشتند اما هم‌چنان معایبی نظیر سمیت، تداخلات دارویی، و پتانسیل بالقوه برای ایجاد مقاومت نسبت به کل دسته دارویی وجود داشتند.

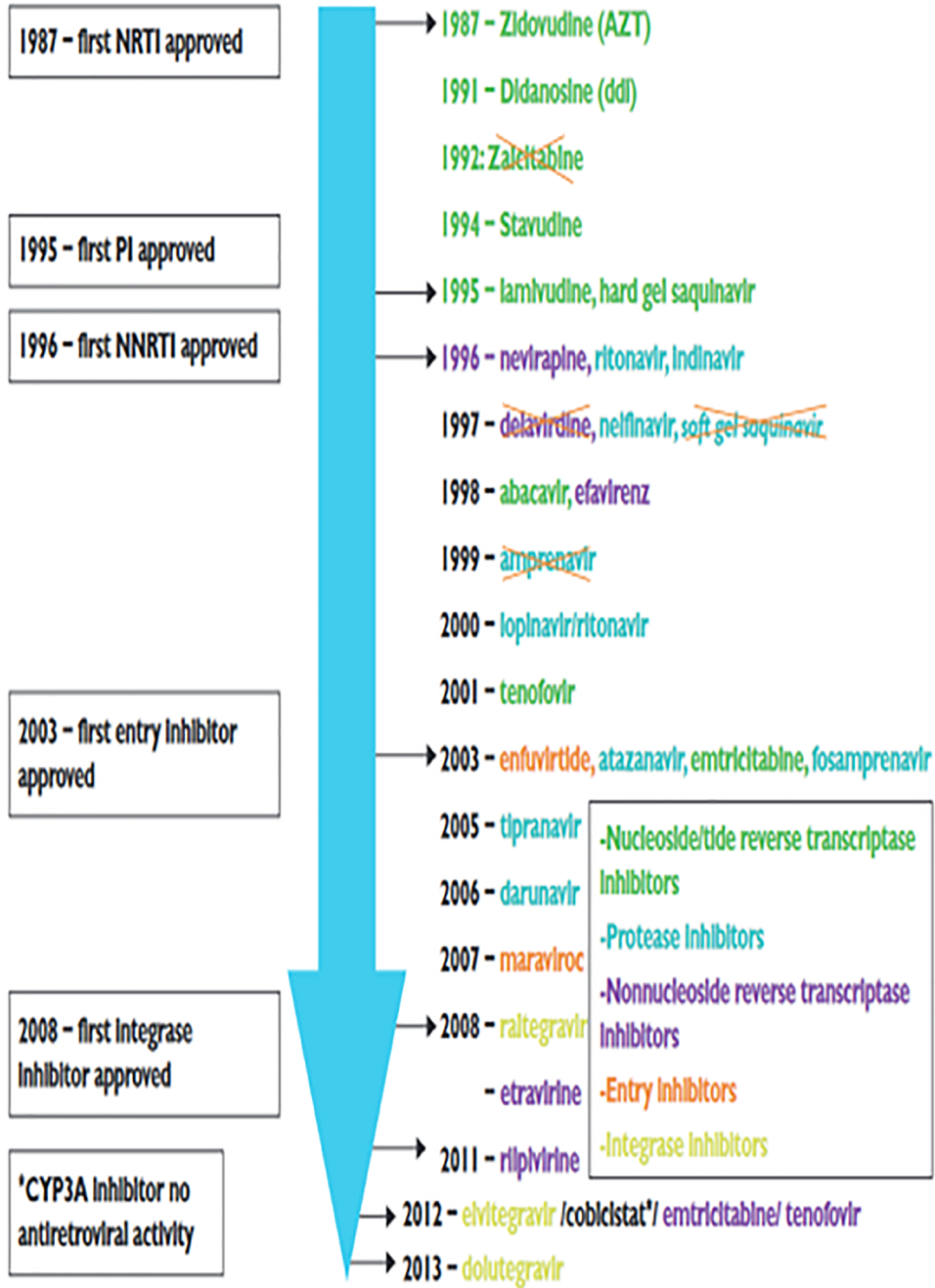
توانایی تشخیص غلظت‌های بالای بار ویروسی در خون (کمتر از ۴۰ و یا پنجاه نسخه از RNA) سبب شد که سرکوب ناکافی ویروس مورد توجه قرار بگیرد؛ خصوصاً در بیماران با سابقه درمان که چندین جهش در مقابل مهارکننده‌های نوکلئوزیدی در آن‌ها ایجاد شده بود. بار بالای قرص و ضرورت درمان طولانی مدت و گاهاً سمیت غیرقابل بازگشت (به‌عنوان مثال لیپودستروفی ناشی از زیدوودین که آنالوگ تیمیدن است) باعث ایجاد خستگی نسبت به درمان و عقب‌گرد در تصمیم به شروع زودهنگام درمان شد.





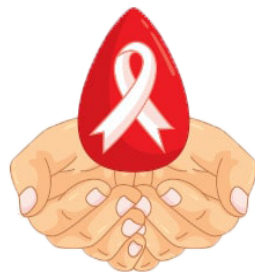


## روند تکامل داروهای ضد رتروویروسی



### منابع:

1. Tseng A, Seet J, Phillips EJ. The evolution of three decades of antiretroviral therapy: challenges, triumphs and the promise of the future. Br J Clin Pharmacol. 2015;79(2):182-94.
2. Organization WH. Updated recommendations on first-line and second-line antiretroviral regimens and post-exposure prophylaxis and recommendations on early infant diagnosis of HIV: interim guidelines: supplement to the 2016 consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. World Health Organization; 2018.



# دستان ایدز بر دهان صدایی ماندگار

سهیل مهباندوست

مرکز تحقیقات مراقبت اچ‌آی‌وی و عفونت‌های آمیزشی، مرکز همکار سازمان جهانی بهداشت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان



۶

فرخ بولسارا که به نام فردی مرکوری شناخته می‌شود در ۵ آوریل ۱۹۴۶ در جزیره زنجبار واقع در شرق آفریقا به دنیا آمد. پدر و مادر او از پارسیان هندوستان و پیرو دین زرتشت بودند. خانواده بولسارا پس از مدتی به هندوستان بازگشتند و به همین دلیل او بخش بیشتر کودکی خود را در هندوستان سپری کرد. فردی مرکوری در سن هفت سالگی آغاز به یادگیری پیانو کرد و به واسطه علاقه و استعدادش به سرعت در زمینه موسیقی پیشرفت کرد. پس از مهاجرت خانواده او به بریتانیا، فردی مرکوری با راجر تیلور و بریانی می آشنا شد و این آشنایی در آوریل ۱۹۷۰ منجر به تشکیل گروه کوئین گردید که فردی مرکوری نقش خواننده اصلی را در این گروه به عهده داشت. انتخاب نام کوئین برای گروه موسیقی در آن زمان با چالش‌هایی همراه بود و فردی مرکوری در این رابطه عنوان کرد که: «من از جنبه‌های همجنس‌گرایانه این نام مطلع هستم اما عنوان کرد که: «من از جنبه‌های همجنس‌گرایانه این نام مطلع هستم اما این فقط یکی از جنبه‌های این اسم است». سه سال بعد گروه کوئین نخستین آلبوم رسمی خود را منتشر کرد؛ اما در سال ۱۹۷۵ و پس از انتشار تک آهنگ بوهمیان راپسودی بود که این گروه بر سر زبان‌ها افتاد و این آهنگ موفق شد به مدت ۹ هفته در صدر لیست فروش موسیقی در بریتانیا باقی بماند که در آن زمان یک رکورد قابل توجه به حساب می‌آمد. این تنها رکورد شگنی این گروه نبود و در کنسرتی که در سال ۱۹۷۶ در هاید پارک لندن برگزار کردند، توانستند رکورد تعداد تماشاگران را نیز از آن خود کنند. تک آهنگ‌های گروه کوئین موفق شد تا ۵ سال متوالی لیست آهنگ‌های برتر سال بریتانیا و آمریکا را از آن خود کند. فردی مرکوری به واسطه صدای توانمند خود و اجراهای جذاب روی صحنه توانست شهرت این گروه را در مدت زمان کوتاهی چند برابر کند و به همین واسطه نام این گروه از بریتانیا فراتر رفت و خیلی زود آهنگ‌های این گروه در اروپا، آسیا و آمریکا شنیده شد. در سال ۱۹۷۹ آهنگ جنون‌های کوچکی به نام عشق توانست عنوان پرفروش‌ترین آهنگ سال در ایالات متحده آمریکا را کسب کند.





## حواشی زندگی شخصی

فردی مرکوری از جنبه‌های بسیاری مورد توجه رسانه‌ها و مردم بود، توانایی بالای او در خوانندگی، اجراهای متفاوت روی صحنه که در زمان خود منحصر به فرد بودند و حتی زندگی پرتجمل او؛ اما یکی از مهمترین جنبه‌های شخصیتی او که در آن زمان حاشیه‌های زیادی به همراه داشت، دوجنسگرایی مرکوری بود.

نخستین شریک زندگی فردی مرکوری ماری اوستین نام داشت. رابطه این دو، تا سال ۱۹۷۶ تا زمانی که فردی در رابطه با گرایش جنسی خود با ماری اوستین صحبت کرد، ادامه داشت. پس از آن ماری اوستین فردی مرکوری را ترک کرد، اما رابطه دوستی بین آن‌ها تا پایان عمر برقرار ماند و حتی فردی مرکوری در وصیت‌نامه خود خانه‌اش را به ماری اوستین بخشید. شریک دیگر مرکوری در سال‌های پایانی عمرش جیم هوتون بود که در زمان بیماری در کنار او ماند و از او پرستاری کرد.

در سال ۱۹۸۷ بود که فردی مرکوری از ابتلای خود به اچ‌آی‌وی مطلع شد، اما این موضوع را پنهان و حتی انکار کرد؛ هرچند که دوستان نزدیک او از این موضوع آگاه بودند. سرانجام در ۲۲ نوامبر ۱۹۹۱ او تصمیم گرفت که بیماری خود را فاش کند. وی دلیل پنهان کردن ابتلای خود را حفظ حریم خصوصی اطرافیانش عنوان کرد. کمی بیش از یک روز از این خبر نگذشته بود که فردی مرکوری در صبح صبح ۲۴ نوامبر ۱۹۹۱ در سن ۴۵ سالگی در خانه‌اش به علت برونکوپنومونی حاصل از ایدز درگذشت.

پس از مرگ فردی مرکوری، گروه کوئین در ۲۰ آوریل ۱۹۹۲ کنسرتی برای بزرگداشت یاد و خاطره خواننده فقید خود برگزار کردند. این کنسرت نیز در ورزشگاه ومبلی برگزار شد و ۷۲ هزار تماشاگر در آن حضور یافتند و در ۷۶ کشور مختلف دنیا به صورت زنده پخش شد. تمامی عواید حاصل از این کنسرت صرف تحقیق برای بیماری ایدز شد و پس از آن اعضای گروه کوئین بنیاد خیریه «اعتماد ققنوس مرکوری» را تاسیس کردند که تاکنون نیز مشغول به کار است.



## کنسرت کمک به زندگی (Live Aid)

در ۱۳ ژوئیه ۱۹۸۵ ابرکنسرت کمک به زندگی به‌طور همزمان در ورزشگاه ومبلی لندن در انگلستان و ورزشگاه جان‌اف‌کندی در آمریکا و برخی کشورهای دیگر جهان به‌منظور کمک به قحطی‌زدگان آفریقا برگزار شد در این کنسرت که ۱۶ ساعت به طول انجامید و بیش از ۷۵ قطعه توسط معروف‌ترین خوانندگان اجرا شد و تا کنون در نوع خود بی‌همتا مانده است. گروه کوئین هم در این اقدام بشردوستانه مشارکت داشت و در مقابل هزاران تماشاگر به اجرای موسیقی پرداخت. هر چند بسیاری از خوانندگان پرتعداد در این کنسرت اجرا داشتند، اما اجرای گروه کوئین به‌قدری مخاطبان را محصور کرد که عمدتاً این کنسرت را با اجرای این گروه به‌خاطر می‌آوردند. در حدود ۱/۹ میلیارد نفر در بیش از ۱۵۰ کشور جهان اجرای گروه کوئین را به‌طور زنده از تلویزیون تماشا کردند. این عمل بشردوستانه در نهایت منجر به جمع‌آوری بیش از ۱۲۷ میلیون دلار شد که همه عواید آن صرف مقابله با قحطی گردید.

### منابع:

<http://www.freddiemercury.com/en/biography>  
<https://www.biography.com/musician/freddie-mercury>  
<https://emosbat.com/biography-of-queen>  
<https://www.history.com/this-day-in-history/live-aid-concert/>





# شناسنامه نشریه و اعضای تحریریه

دانشگاه علوم پزشکی کرمان  
زمینه انتشار: علمی و اجتماعی

صاحب امتیاز: مرکز تحقیقات مراقبت اچ آی وی و عفونت های  
آمیزشی، مرکز همکار سازمان جهانی بهداشت، پژوهشکده  
آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

مدیر مسئول: دکتر حمید شریفی

سر دبیر: دکتر حمیدرضا توحیدی نیک

مدیر داخلی و مسئول هماهنگی: سهیل مهماندوست

اعضای هیئت تحریریه (به ترتیب حروف الفبا):

(۱) دکتر پروین افسر کازرونی

(۲) دکتر سمانه اکبرپور

(۳) زهرا بیات

(۴) دکتر حمیدرضا توحیدی نیک

(۵) فاطمه توکلی

(۶) دکتر علی اکبر حقدوست

(۷) مهرداد خضری

(۸) راضیه خواجه کاظمی

(۹) دکتر فرداد درودی

(۱۰) علی احمد رفیعی راد

(۱۱) نوشین زارعی

(۱۲) دکتر امید زمانی

(۱۳) دکتر سید احمد سید علی نقی

در فضای مجازی نیز همراه

شما هستیم

Instagram: shataak.hiv

(۱۴) دکتر آرمینا شاه اسماعیلی

(۱۵) دکتر حمید شریفی

(۱۶) دکتر نیما قلعه خانی

(۱۷) دکتر کتایون طایری

(۱۸) دکتر سنا عیب پوش

(۱۹) دکتر کیانوش کمالی

(۲۰) دکتر محمد مهدی گویا

(۲۱) دکتر کامبیز محضری

(۲۱) دکتر قباد مرادی

(۲۳) دکتر مهدی مرادی

(۲۴) غزال موسویان

(۲۵) فاطمه مهربانی

(۲۶) سهیل مهماندوست