

Antiretroviral hivbehandling i Poipet

Røyking er en årsak til sosial ulikhet i dødelighet

Det er store forskjeller i dødelighet mellom sosiale klasser, noe som i stor grad skyldes at røyking er vanligst blant dem med lav utdanning og lav inntekt. Dette viser en analyse av data fra Storbritannia, USA, Canada og Polen. Studien er nylig publisert i *The Lancet* (1).

I hvert av disse landene var dødeligheten i 1996 omtrent dobbelt så høy hos voksne menn i de laveste sosiale lag som hos menn i de øvre sosiale lag. Om lag to tredeler av denne forskjellen skyldtes død av sykdom forårsaket av røyking. Død relatert til røyking sto for nesten halvparten av dødeligheten i de laveste sosiale lag.

Studien tyder på at utbredt røykeavvenning blant menn med lav utdanning og lav inntekt kan føre til en halvering av den absolutte klassebestemte forskjellen i dødelighet.

Petter Gjersvik

petter.gjersvik@legeforeningen.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Jha P, Peto R, Zatonski W et al. Social inequalities in male mortality, and in male mortality from smoking: indirect estimation from national death rates in England and Wales, Poland, and North America. *Lancet* 2006; 368: 367–70.

HAART-behandling kan gi svært gode resultater, også i utviklingsland. Det viser erfaringer Leger Uten Grenser har gjort i Kambodsja. Gratis behandling og standardiserte behandlingsprogrammer er viktige faktorer for å lykkes. Bedre tilgang til annenlinjemedikamenter, bedre diagnostikk og behandling av koinfeksjon med tuberkulose og en drastisk bedring i tilbudet til hivpositive barn må prioriteres.

Selv om antiretroviral behandling (høyaktiv antiretroviral terapi, HAART) har gjort hiv til en kronisk sykdomstilstand i Vesten, har flertallet av verdens hivpasienter ikke tilgang til denne livsforlengende behandlingen. Problemstillingen ble omtalt i Tidsskriftet for noen år siden (1, 2), men mye er skjedd siden da. Nylig publiserte studier tyder på at antiretroviral behandling kan være svært effektivt også i utviklingsland, men det gjenstår mye når det gjelder global tilgang til slik behandling. Spesielt er hivpositive barn en neglisjert gruppe.

Jeg jobber for tiden med HAART-behandling i byen Poipet, Kambodsja, i regi av Leger Uten Grenser. Poipet ligger på grensen til Thailand, i Banteay Mencheay-provinsen. Hivforekomsten hos gravide i Kambodsja var 2,2 % i 2003, den høyeste i Asia (3). Tilsvarende tall for Banteay Mencheay var 4,4 %, altså det dobbelte av landet for øvrig (3). Det finnes ingen offisielle tall for Poipet, men det er flere risikofaktorer til stede som taler for at forekomsten er relativt høy. Befolkningen er fattig og svært mobil, og et stort kasinoområde på grensen til Thailand bidrar til en blomstrende sexindustri.

HAART-behandling i utviklingsland

Leger Uten Grenser gir per i dag HAART-behandling til rundt 60 000 pasienter – dette er kun 1 % av de seks millioner som har behov det. Leger Uten Grenser følger derfor en ny strategi, såkalt desentralisering, der målet er å bygge opp prosjekter, lære opp lokale leger og helsearbeidere og etter hvert overlate oppfølgingen til det offentlige helsevesen og lokale frivillige organisasjoner. Poipet er eksempel på et slikt desentraliseringsprosjekt.

Det har inntil nylig vært få større studier fra utviklingsland med gode effektmål, som viral suppressjon og overlevelsesdata. En metaanalyse basert på ti studier med til sammen 2 464 HAART-behandlede pa-



sienter fra ulike utviklingsland, hovedsakelig fra Afrika, er nylig publisert (4). Andelen pasienter uten detekterbar virusmengde (effektmaßet) var 57–70 % etter 6–18 måneders oppfølgingstid. Behandlingsprogrammer med rutinemessig bruk av ikke-nukleosid-reverstranskriptasehemmere (NNRTI) hadde en suksessrate på 76–79 %. Dette er på linje med tall fra studier gjennomført i industrialiserte land (5), med det forbehold at ulike deteksjonsgrenser for viral suppressjon ble benyttet. De som fikk gratis HAART-behandling, hadde 30 % større sjanse enn de som måtte betale behandlingen selv for å ha ikke-målbar virusmengde (4). Kun fem av de ti studiene hadde overlevelsesdata, og aidsfri overlevelse i disse studiene varierte fra 82 % til 89 % etter 6–24 måneders oppfølgingstid.

Resultatene fra prosjektene til Leger Uten Grenser i ulike land er gjennomgående gode (Calmy og medarbeidere, XV International AIDS Conference, Bangkok 2004). I vårt største prosjekt i Kambodsja, i Siem Reap, er overlevelsestallene henholdsvis 89 % (n = 888) og 85 % (n = 374) etter 12 og 24 måneders oppfølgingstid. Da er pasienter som man ikke har kunnet