

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Τ.Ε.Ι: ΠΑΤΡΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

" AIDS "



ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

Ι. ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ.

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

Ε. ΤΣΟΥΒΑΛΑ

Α. ΨΑΡΡΟΥ

ΠΑΤΡΑ 1990

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	ε. 61α
----------------------	--------

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

- Αναπλιώτου-Βαγαίου Ειρ., <<AIDS και Κοινωνική Ευθύνη>>, Ιατρικό Βήμα, Περίοδος Β, Τεύχος Ι: 24-24 σελ., Δεκέμβριος 1988.
- Βεοβίτας, Αρσιουλής, Χριστόπουλος, Τσιγγούνης, <<AIDS και Κύπρη>>, Ιατρικά χρονικά, (MEDICAL ANNALS), τόμος 12ος, Τεύχος Ι: 17-22 σελ., Ιανουάριος 1989
- Γαγάνης Απ., <<AIDS 1988 που βρισκόμαστε σήμερα>> Δελτίο Ιατρικού Συλλόγου Πειραιά, Τεύχος 7: 18-19 σελ. Οκτώβριος-Δεκέμβριος 1988.
- Γραβάνης Αχ., <<Φαρμακοθεραπευτική του AIDS>>, Συνταγογραφώσα, Τόμος 5ος, Τεύχος 4ο: 108-111 σελ., Ιούλιος-Αύγουστος 1988.
- Γραμματικός Φ.-Παπαβασιλείου Π., <<Σύγχρονες διαγνωστικές μέθοδοι και προφυλακτικά μέτρα για το Σ.Ε.Α.Α.>>, MATERIA MEDICA GRECA, Τόμος 14ος: 538-543 σελ., Δεκέμβριος 1986
- Δετοράκης Ι., <<AIDS>>, Σημειώσεις Τμήματος Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι. Πάτρας, Πάτρα 1985.
- Καλωσατάς Π., Παπαευαγγέλου Γ., Ρουμελιώτου Α., <<AIDS και πεπτικό σύστημα>>, Προσκήνιο 10ου Πανελληνίου Συνεδρίου Γαστρεντερολογίας, Αθήνα 30 Νοεμβρίου 1989.
- Καλλίνικος Γ.-Παπαευαγγέλου Γ., <<Επιδημιολογία του Σ.Ε.Α.Α. και μέτρα πρόληψης>>, Ιατρική, Τόμος 50, Τεύχος 2ο: 119-130 σελ., Αύγουστος 1986.
- Καλογερόπουλος Ι.Γ., <<Φυσιολογία του ανθρώπου>> Ιατρικές Εκδόσεις Α.Ειώτη, Θεσσαλονίκη 1983.
- Κονδάνης Ζ., <<Τι νεώτερο στην επιδημιολογία του AIDS, Βασικά στοιχεία>>, Σημειώσεις Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Πάτρας, Πάτρα 1988.

- Κούγιας Γ.Κ., <<Ε.Ε.Α.Α.-AIDS και οδοντιατρική>>, Ιατρική Επιθεώρηση, Τόμος 21ος, Τεύχος 2-3:147-153 σελ., Μάρτιος-Ιούνιος 1987.
- Κουμάτος Γ., <<Νομικά προβλήματα>>, Σημειώσεις Νομικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθήνας, Αθήνα 1987.
- Λάσκας Γ., <<Οδοντιατρική και AIDS>>, Σημειώσεις οδοντιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθήνας, Αθήνα 1987.
- Μανδαλάκη Τ., <<Αιμοδοσία και AIDS, τρόποι πρόληψης και μέτρα ασφαλείας για τους μεταγγιζόμενους>>, Ιατρική Επιθεώρηση, τόμος 21ος, Τεύχος 2-3: 143-146 σελ., Μάρτιος-Ιούνιος 1987.
- Μανιάτης Α., <<Κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα σε ευκαιριακές λοιμώξεις στο σύνδρομο AIDS>>, Ιατρική, Τόμος 50, Τεύχος 3: 293-250 σελ., Σεπτέμβριος 1986.
- Ματσωνιώτης Ν., <<AIDS και ανθρώπινη συμπεριφορά>>, Το φάρμακο Σήμερα, Αρ. φύλλου 24ο, τεύχος 50: 1-8 σελ., Ιούνιος 1988
- Μπιτσαντοής Α.Κ., <<Κλινικές Εκδηλώσεις του AIDS>>, Ιατρική Επιθεώρηση, Τόμος 21, Τεύχος 2-3: 129-134 σελ. Μάρτιος-Ιούνιος 1987.
- Ντουράκης Θ., <<Νομική, Κοινωνική, Πολιτική διάσταση του AIDS>>, Σημειώσεις Νομικής Σχολής Αθήνας, Αθήνα 1988
- Ντρέϊγ Αλαίν Εμμανουήλ, <<Σώμα με Σώμα>>, Ενδόσεις Εξάντας 21ος Αιώνας, Αθήνα 1985
- Ουκονομίδου Ι., <<Ανοσολογία του AIDS>>, Σημειώσεις Ιατρικής Σχολής Αθήνας, Αθήνα 1988
- Παπαδάκη Α., -Παπαευαγγέλου Γ., <<Τι πρέπει να ξέρετε όταν ζείτε κοντά στο AIDS>>, Δελτίο Ιατρικού Συλλόγου Πελοποννήσου, τεύχος 6ο:33-48 σελ., Σεπτέμβριος 1988

- Παπαδάτος Κ., <<1ο Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS>>, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1989
- Παπαδάτος Κ., <<Το AIDS στα παιδιά>>, Σημειώσεις Ιατρικής Σχολής Αθήνας, Αθήνα 1988
- Πορτοκαλάκη Αφ., Περιοδικό Νοσηλευτική, τεύχος Ι:74-80, Ιανουάριος-Μάρτιος 1989
- Ραγιά Αφ., Περιοδικό Νοσηλευτική, Τεύχος 2ο: 115-124 σελ., Απρίλιος-Ιούνιος 1989
- Ρενιέρη-Αιβιεράτου Ν., <<Αιμοδοσία και AIDS>>, Σημειώσεις Ιατρικής Σχολής Αθήνας, Αθήνα 1989
- Ρουμελιώτου Α., <<Τι νεώτερο στην επιδημιολογία του AIDS>> Σημειώσεις Ιατρικής Σχολής Αθήνας, Αθήνα 1988
- Ρουμελιώτου Α., <<Εργαστηριακή διάγνωση της λοίμωξης από τον HIV>>, Ιατρική, τόμος 21, Τεύχος 2-3: 115-158 σελ. Μάιος-Ιούνιος 1987
- Στεφάνου Θ.-Παπαευαγγέλου Γ., <<Ο ρόλος του Δημοσίου φορέα στη μάχη κατά του AIDS>>, Σημειώσεις Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθήνας, Αθήνα 1988
- Στρατηγός Ι.Δ., <<AIDS και εκδηλώσεις από το δέρμα>>, Σημειώσεις Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθήνας, Αθήνα 1988
- <<Συστάσεις για την αντιμετώπιση του AIDS>>, Διεθνής Οργανισμός Υγείας (WORLD HEALTH ORGANIZATION), Αθήνα 1988
- Τασσόπουλος Κ., Καλαφατίς Π., Νικολαΐδης Π., Γιώτσης Ζ., Μελά Χ., Χατζηδάκης Α., <<Επιπολασμός αντισωμάτων έναντι του ιού της ανθρωπείου ανοσοανεπάρκειας σε Έλληνες ομοφυλόφιλους και τοξικομανείς>>, Ιατρική, Τόμος 55, Τεύχος Ι:143-150 σελ., Ιανουάριος 1989.

- Τσιτλιγής Χ., <<Χειρουργός και χειρουργική απέναντι στους
HBV-HIV αιματογενής μεταδιδόμενους ιούς>>, Ελληνική
Χειρουργική, τόμος 60, Τεύχος 5ο: 488-493 σελ., Οκτώ-
βριος 1988
- Τσουφάκης Γ., <<Ευκαιριακές λοιμώξεις στο Σ.Ε.Α.Α.>>, Ιατρική, Τόμος 60, Τεύχος 4: 143-145 σελ., Αύγουστος
1987
- Τσότσος Α., <<Ρετροϊοί>>, Ιατρική Επιθεώρηση, Τόμος 21,
Τεύχος 2-3: 101-111, Μάρτιος Ιούνιος 1987
- Χραπάλου-Ροβίθη Κ., <<Εκτίμηση Εφαρμογής από το Νοσηλευτικό
Προσωπικό Μέτρων Προφύλαξης από τον HIV>>, Ελληνική Ια-
τρική, Τόμος 54, Τεύχος 4: 254-258, Ιούλιος-Αύγουστος
1988.

AIDS

A worldwide effort will stop it.



WORLD HEALTH ORGANIZATION
SPECIAL PROGRAMME ON AIDS

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

-Εισαγωγή (ορισμός του AIDS) σελ. I

ΚΕΦΑΛΑΙΟ I - ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

-Ιστορική ανασκόπηση	" 1
-Επιδημιολογικά στοιχεία	" 4
-Φυσιολογία	" 10
-Τρόποι μετάδοσης του AIDS(πώς δεν μεταδίδεται)	" 21
-Κλινικές εκδηλώσεις(επάση-διάκριση του συνδρόμου- δερματικές εκδηλώσεις-ευκαιριακές λοιμώξεις)	" 36
-Διάγνωση του ιού HIV	" 63
-Θεραπευτική αντιμετώπιση του AIDS (προοπτικές εμβολίου)	" 68
-Κύηση και AIDS	" 74
-Οδοντιατρική και AIDS	" 78
-Αιμοδοσία και AIDS	" 83
-Παιδιά-έφηβοι και AIDS	" 87
-Νομοθεσία για το AIDS	" 92
-Νοσηλευτική φροντίδα φορέα-αρρώστου από AIDS	" 106

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II - ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

-Έρευνα-μεθοδολογία	" 132
-Αποτελέσματα έρευνα-πίνακες	" 140
-Σχολιασμός των αποτελεσμάτων της έρευνας	" 143
-Σκέψεις και προτάσεις	" 147
-Επίλογος	" 159

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΙΝΑΚΕΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ	(1)	ΣΕΛ.	4
ΠΙΝΑΚΑΣ	(2)	ΣΕΛ.	7
ΠΙΝΑΚΑΣ	(3)	ΣΕΛ.	8
ΠΙΝΑΚΑΣ	(4)	ΣΕΛ.	9
ΠΙΝΑΚΕΣ	(5) - (6)	ΣΕΛ.	140
ΠΙΝΑΚΑΣ	(7)	ΣΕΛ.	141

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το θέμα της πτυχιακής μας εργασίας "AIDS" ήταν από τη φύση του ιδιόμορφο και αυτό λόγω της κοινωνικότητας του θέματος.

Σαν αφορμή για την επιλογή του θέματος αυτού στάθηκαν τα εξής:

A) Το "AIDS" είναι μια καινούργια και τρομαχτική αρρώστια, που έχει πάρει επιδημικές διαστάσεις τα τελευταία χρόνια.

B) Εντοπίζεται κυρίως στους νέους ανθρώπους και έχει προκαλέσει πανικό και απελπισία.

Γ) Η κοινωνικότητα του θέματος.

Οι δυσκολίες που παρουσιάστηκαν κατά την ολοκλήρωση αυτής της εργασίας, έρχονται να αντισταθμίσουν τα ωφέλιμα στοιχεία που αντλήσαμε και που θα μας είναι απαραίτητα, σαν άτομα που θα εργαστούμε στο χώρο της υγείας, αλλά και για την προώθηση της Δημόσιας Υγείνης στο κοινωνικό σύνολο.

Σκοπός της εργασίας αυτής δεν είναι μόνο η εκπόνησή της, αλλά και η αφομοίωση χρήσιμων στοιχείων πάνω στην ασθένεια, με τα οποία ίσως μπορέσουμε να προστατεύσουμε τον εαυτό μας και τους άλλους από το AIDS.

Θα πρέπει να θυμόμαστε ότι η ανησυχία κινητοποιεί τις δυνάμεις μας, ενώ ο πανικός τις παραλύει.

Τελειώνοντας την εισαγωγή μας θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους αυτούς που μας βοήθησαν στην συγκέντρωση των στοιχείων, και ιδιαίτερα τον εισηγητή μας Ι. Δετοράκη για τη βοήθειά του.

ΟΡΙΣΜΟΣ

Το AIDS προέρχεται από τα αρχικά :
ACQUIRED IMMUNE DEFICIENCY SYNDROME, δηλαδή σύνδρομο επίκτητης ανοσοποιητικής ανεπάρκειας. Είναι δε μία νέα και θανατηφόρος νόσος που για πρώτη φορά αναγνωρίστηκε και περιγράφηκε το 1981 σε υγιείς ομοφυλόφιλους στις ΗΠΑ. Για αυτό αρχικά η ασθένεια αυτή ονομάστηκε "GAY SYNDROME", δηλαδή νόσος των ομοφυλοφύλων.

Με την πάροδο του χρόνου άρχισαν να αναφέρονται πολλά νέα κρούσματα σε τοξικομανείς, αιμορροφιλικούς και άτομα που κατάγονται από την Καραβαϊκή και την Αφρική.

Έτσι καθιερώθηκε η διεθνής ονομασία AIDS από τις παρατηρούμενες σοβαρές ανωμαλίες του ανοσολογικού μηχανισμού.

ΟΡΙΣΜΟΣ

Ο κλασικός ορισμός του AIDS περιλαμβάνει ασθενείς με βεβαία διάγνωση ευκαιριακής λοιμώξεως (η πνευμονία από Καρίνιο Πνευμονοκύστη είναι η πιο χαρακτηριστική) ή νεοπλάσματος (κυριότερο το Σάρκωμα Καροσί) που είναι αρκετά ενδεικτικό υπάρξεως κυτταρικής ανοσοανεπάρκειας, χωρίς όμως να προϋπάρχουν άλλα γνωστά αίτια ή παράγοντες που να ευθύνονται για την ανοσοανεπάρκεια .

Η ακριβής όμως διάγνωση των παραπάνω ενδείξεων ανοσοανεπάρκειας απαιτεί εργαστηριακές τεχνικές και υποδομή ανύπαρκτη στις περισσότερες περιοχές της γης. Γι' αυτό το Κέντρο Ελέγχου Λοιμωδών Νοσημάτων των ΗΠΑ τροποποίησε τον ορισμό του και δέχεται δήλωση κρουσμάτων που η διάγνωση της ευκαιριακής πάθησης βασίζεται μόνο σε κλινικά και όχι σε εργαστηριακά κριτήρια, εφόσον βέβαια ανιχνεύονται τα αντισώματα HIV. Στις ευκαιριακές αυτές παθήσεις υπάγονται:

- Η καντιτίαση του οισοφάγου.
- Η αμφιβληστροειδοπάθεια από κυτταρομεγαλοϊό με απώλεια οράσεως.
- Το Σάρκωμα Καροσί.
- Η λευφοκυτταρική διάμεση πνευμονία.
- Η γενικευμένη φυματίωση.
- Η πνευμονία από Καρίνιο Πνευμονοκύστη.
- Η εγκεφαλική τοξοπλάσμωση.

Ο ορισμός υιοθετήθηκε ήδη από την Π.Ο.Υ. που επίσης δέχεται και τον κλινικό ορισμό του AIDS που είναι εξαιρετικά χρήσιμος για τις αναπτυσσόμενες χώρες που στερούνται υποδομής για εργαστηριακή διάγνωση.

Σύμφωνα με τον κλινικό ορισμό πρέπει να υπάρχουν δύο από τις κύριες εκδηλώσεις (απώλεια σωματικού βάρους πάνω από 10%, χρόνια διάρροια που διαρκεί πάνω από ένα μήνα ή πυρετός που επιμένει πάνω από ένα μήνα) και μία από τις ακόλουθες δευτερεύουσες εκδηλώσεις:

Βήχας που επιμένει πάνω από ένα μήνα, γενικευμένη κνηδωτική δερματίτιδα, έρπητας ζωστήρας που υποτροπιάζει, στοματοφαρυγγική καντιτίαση, χρόνιος έρπητας που προοδευτικά επεκτείνεται, γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια. Δε θα πρέπει να υπάρχει άλλη γνωστή αιτία ανοσοκαταστολής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ I

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Επειδή πολλά έχουν γραφεί για την προέλευση του ιού του AIDS αξίζει τον κόπο να αναφέρουμε, ότι υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι ο ιός πρωτομόλυνε τον άνθρωπο στην Κεντρική Αφρική πριν πολλές δεκάδες χρόνια. Το παλιότερο δείγμα αίματος που ήταν φυλαγμένο σε ψυγείο για άλλους λόγους και στο οποίο αποδείχτηκε η παρουσία αντισωμάτων κατά του ιού του AIDS χρονολογείται από το 1959, δηλαδή 30 χρόνια. Και οι γηγενής γέροντες δεν ξενίζονται με τα συμπτώματα του AIDS. Θυμούνται από τα παιδικά τους χρόνια αρρώστους με παρόμοια συμπτώματα που οδηγούσαν σε μεγάλη απίσχναση και τελικά στον θάνατο.

Απισχναντική νόσος (SLIM DISEASE) μεταφράζεται σταθερά, η οποία ονομασία χρησιμοποιείται από τις πολλές τοπικές διαλέκτους για να υποδηλώνει την παλιά αρρώστια που με μεγάλη πιθανότητα δεν ήταν άλλη από το AIDS.

Πάντως η εξάπλωση του ιού από την Αφρική προς την Αϊτή-το πρώτο κρούσμα AIDS στο νησί της Αϊτής εξακριβώθηκε το 1979-προς τις ΗΠΑ και την Ευρώπη έγινε τη δεκαετία του 1970 κυρίως με τις σημαντικές μετακινήσεις πληθυσμού που ακολούθησαν την ανεξαρτησία πολλών αφρικανικών χωρών και λιγότερο με τον τουρισμό.

Σε πολύ μεγάλο ποσοστό αυτοί που έχουν ήδη πεθάνει, ή πάσχουν από AIDS σήμερα, μολύνθηκαν στη δεκαετία του 1970 ή τα πρώτα δύο χρόνια της δεκαετίας.

Από τη στιγμή λοιπόν που πρωτομολύνθηκε ο άνθρωπος με τον ιό του AIDS μέχρι και πριν 6-7 χρόνια η εξάπλωση του ήταν αναπόφευκτη. Πώς μπορούσε να προληφθεί αφού τίποτα ή σχεδόν τίποτα δεν ήταν γνωστό για τη νόσο αυτή ούτε για τον ιό που την προκαλεί;

Ο ιός του AIDS πέρασε στον άνθρωπο από τον πράσινο πίθηκο της Αφρικής για τον οποίο ο ιός δεν είναι παθογόνος. Ο τρόπος που μολύνθηκε ο άνθρωπος βασάνησε για χρόνια τους μελετητές της νόσου.

Μήπως ο άνθρωπος έφαγε τον πίθηκο;

Είναι απίθανο διότι δεν συνηθίζεται και διότι η μόλυνση από τη πεπτική οδό δεν έχει αποδειχθεί αλλά και διότι είναι εξίσου απίθανο να μην τον έψησε προηγουμένος, οπότε ο θερμοευαίσθητος ιός θα είχε καταστραφεί.

Μήπως ο πίθηκος δάγκωσε τον άνθρωπο;

Με το δάγκωμα μπορούσε να τον κολλήσει βέβαια αλλά AIDS όχι.

Μήπως μεταδόθηκε με τα κουνούπια ή άλλα έντομα;
Ο άνθρωπος μπορεί να πάθει από δείγματα εντόμων κίτρινο πυρετό, ελονοσία και άλλες αρρώστιες αλλά όχι AIDS.

Η πιθανότητα της αιματογενούς ή της σεξουαλικής μεταδόσεως δεν φαινόταν πιθανοφανής.

Ο ANICET UASHAMURA γεννήθηκε και μεγάλωσε στην περιοχή UIVU που βρίσκεται στις μεγάλες λίμνες της Κεντρικής Αφρικής στα σύνορα της RWANDA με το ZAIRE.

Στη συνέχεια σπούδασε στη Γαλλία ανθρωπολόγος και ξαναγύρισε στην πατρίδα του. Μελέτησε για αρκετά χρόνια τα ήθη των συμπατριωτών του, ιδιαίτερα τα σεξουαλικά και το 1973 δημοσίευσε στο Παρίσι ένα βιβλίο με γενικό τίτλο <<FAMILLE SEXUALITE ET CULTURE>> και υπότιτλο: δοκίμιο για τα σεξουαλικά ήθη των λαών των μεγάλων λιμνών της Αφρικής. Στη σελίδα 137 περιγράφει ότι οι άντρες και οι γυναίκες της φυλής αυτής των IDJWI που ζούν σε ένα νησί της λίμνης UIVU για να διεγερθούν και να αυξήσουν τη σεξουαλική τους ενεργητικότητα εμβολιάζουν αίμα πράσινου πιθήκου στους μηρούς, την ηβική χώρα και τη ράχη τους. Οι άντρες χρησιμοποιούν αίμα αρσενικού πιθήκου και οι γυναίκες θηλυκού.

Το βιβλίο του UASHAMURA ανακάλυψε ο Γάλλος ερευνητής MOIREAU που εργάζεται στη BRAZAVILLE της Δημοκρατίας του Κονγκό και η σχετική δημοσίευση έγινε στο ιατρικό περιοδικό LAUCET τον Ιούνιο του 1987.

Αιματογενής λοιπόν ήταν η μόλυνση του ανθρώπου. Μολύνθηκε μόνος του, με τα ίδια του τα χέρια. Επειδή τα πρώτα θύματα της ασθένειας ήταν νεαρά ομοφυλόφιλα άτομα, η ασθένεια ονομάσθηκε: <<GAY SYNDROME>> δηλαδή νόσος των ομοφυλοφίλων.

Η ραγδαία αύξηση των κρουσμάτων, συντέλεσε στην κινητοποίηση των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και στην έναρξη έντονης ερευνητικής προσπάθειας.

Στις αρχές του 1983 η ερευνητική ομάδα του INSTITUTE PASTEUR PARIS με επικεφαλής τον καθηγητή LUC MONTAGNIER επιτυγχάνει να απομονώσει από ομοφυλόφιλο άντρα με λεμφαδενικό σύνδρομο τον ρετροϊό LAV (LYMPHADENOPATHY ASSOCIATED VIRUS).

Λίγο αργότερα στο NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH στις ΗΠΑ, η ερευνητική ομάδα του καθηγητή ROBERT GALLO απομονώνει ένα μορφολογικά όμοιο ρετροϊό τον HTLV-III (HUMAN T LYMPHOTROPIC VIRUS III) από ασθενείς με AIDS.

Σήμερα ο ιός LAV/HTLV-III θεωρείται πλέον ο κύριος υπεύθυνος

νος του AIDS, χωρίς να αποκλείονται και άλλοι συνυπεύθυνοι παράγοντες για την τελική έκφραση του συνδρόμου.

Πρόσφατα διεθνής επιτροπή ταξινόμησης ιών υιοθέτησε την ονομασία HIV (HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS) για τον ιό του AIDS. Το 1986 απομονώθηκε νέος τύπος ιού σε ασθενείς με κλινική εικόνα AIDS χωρίς όμως αντισώματα προς τον HIV. Ο ιός αυτός ονομάστηκε αρχικά LAV2 από την ομάδα MONTAGNIER. Συγχρόνως η ομάδα του ESSEX απομόνωσε παρόμοιο ιό από ασυμπτωματικούς φορείς (ιερόδουλες) χωρών της Δυτικής Αφρικής. Ο ιός ονομάστηκε HTLV IV.

Φαίνεται ότι οι δύο ιοί είναι παρόμοιοι, συγγενεύουν περισσότερο προς τον ιό των πράσινων πιθήκων της Αφρικής και προτάθηκε να ονομασθούν HIV2.

Η τεχνολογική πρόοδος που σημειώθηκε τα τελευταία χρόνια μπορεί να συμβάλλει στην ανακάλυψη και νέων τύπων ιών του AIDS. Προς το παρόν όμως όλοι αυτοί οι τύποι έχουν παρόμοια επιδημιολογία και επομένως κοινούς τρόπους αντιμετώπισης.

Η εφαρμογή μεθόδων διάγνωσης της λοίμωξης αποκάλυψε τις τρομακτικές διαστάσεις του προβλήματος, και την παγκόσμια διασπορά του. Για αυτό σήμερα εκδηλώνεται διεθνές ενδιαφέρον για τη αντιμετώπισή του με επικεφαλής την Π.Ο.Υ., που καθιέρωσε στην πράξη το σύνθημα της:

<<Μόνο η παγκόσμια προσπάθεια θα αντιμετωπίσει το AIDS>>. Στην προσπάθειά της αυτή συμπαραστέκονται ο ΟΗΕ, ο Διεθνής Ερυθρός Σταυρός, το Συμβούλιο της Ευρώπης, οι Ευρωπαϊκές Κοινότητες και άλλες πολλές Διεθνής Οργανώσεις.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Με βάση τα στατιστικά στοιχεία και τις έρευνες από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ.) επιχειρείται μία αδρή θεώρηση της κατάστασης.

Μέχρι την πρώτη Ιουλίου 1988, είχαν αναφερθεί στην Οργάνωση 100.410 περιπτώσεις νόσου από 138 χώρες (45 της Αφρικής, 40 της Αμερικής, 28 της Ευρώπης και 25 της Ασίας και Ωκεανίας).

Μέχρι 28 Φεβρουαρίου 1989, 141.894 κρούσματα AIDS είχαν δηλωθεί σε όλο το κόσμο. Από αυτά 99.752 είχαν δηλωθεί στην Αμερική, 21.322 στην Αφρική, 19.752 στην Ευρώπη ενώ στην Ασία και την Ωκεανία ο αριθμός των δηλωθέντων κρουσμάτων AIDS ήταν σημαντικά μικρότερος.

Είναι πάντως γνωστό ότι δεν ανακοινώνονται όλες οι περιπτώσεις, όπως και ότι η νόσος αργεί να εκδηλωθεί. Έτσι η Π.Ο.Υ. έχοντας υπόψη της τα παραπάνω, υπολογίζει ότι το σύνολο των περιπτώσεων με νόσο, θα πρέπει να φθάνει σε παγκόσμια κλίμακα τις 250.000. Ακόμα παραπέρα η Οργάνωση θεωρεί ότι μέχρι τώρα πρέπει να έχουν προσβληθεί από τον ιό τα 5-10 εκατομμύρια άνθρωποι. Με βάση αυτούς τους υπολογισμούς, θα πρέπει να αναμένει κανείς άλλο 1.000.000 τουλάχιστον περιπτώσεις νόσου στα επόμενα 5 χρόνια. Τέλος για το έτος 2.000 ο Οργανισμός της Π.Ο.Υ. προβλέπει ότι οι μεν ασθενείς με AIDS θα ανέρχονται στα 6.000.000, οι δε φορείς στα 20.000.000.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Αναλογία κρουσμάτων AIDS ανά εκατομμύριο πληθυσμού (Δεκ. 88)

Χώρα	Αναλογία
Γαλλία	101,7
Δανία	70,2
Ισπανία	55,3
Ιταλία	52,4
Ολλανδία	47,5
Δ. Γερμανία	45,6
Βέλγιο	42,8
Μ. Βρετανία	34,9
Λουξεμβούργο	32,5
Ιρλανδία	21,1
Πορτογαλία	19,3
Ελλάδα	18,0

Αναλυτικότερα παραθέτουμε τα εξής:

ΑΜΕΡΙΚΗ

Τα περισσότερα κρούσματα αφορούν άτομα λευκής φυλής (60%). Έχουν αναφερθεί περιπτώσεις σε μαύρους (25%) και σε ανθρώπους ισπανικής καταγωγής (14%). Οι ηλικίες που προσβάλλονται περισσότερο διακυμαίνονται από 20 έως 44 ετών.

Ανεξάρτητα από ομάδα υψηλού κινδύνου, η πνευμονία από PNEUMOCYSTIS CARINI εξακολουθεί να είναι η πιο κοινή ευκαιριακή λοίμωξη στους ενήλικες (43%). Τελευταία παρατηρήθηκε αύξηση της συχνότητάς της. Τα περισσότερα κρούσματα με US και AIDS εμφανίζονται στη Νέα Υόρκη και Καλιφόρνια. Πιο συχνά παρατηρείται στη λευκή φυλή και στους ομοφυλόφιλους παρά στους τοξικομανείς (5%).

Η θνησιμότητα του US στο AIDS είναι 41%. Το 60% των ασθενών ζει για ένα χρόνο ενώ το 50% για 22 μήνες. Το προσδόκιμο επιβίωσης είναι 18 μήνες, ενώ μερικοί ασθενείς ζουν πάνω από 3-4 χρόνια.

ΕΥΡΩΠΗ

Το 91% των κρουσμάτων παρατηρήθηκε σε άντρες. Η πλειονότητα των κρουσμάτων παρατηρήθηκε στην ηλικία των 30-39 ετών.

Η αναλογία κατανομής των κρουσμάτων ανά ομάδα υψηλού κινδύνου είναι: 67% ομοφυλόφιλοι ή αμφιφυλόφιλοι άντρες, 10% τοξικομανείς ετεροφυλόφιλοι που δηλώθηκαν κυρίως από την Ιταλία, Ισπανία και Δυτική Γερμανία, 4% αιμορροφιλικοί, 2% μεταγγιζόμενοι και 7.5% δεν ανήκουν σε καμία ομάδα κινδύνου. Αναλογία A:Γ=2,6/1.

Η συμμετοχή των τοξικομανών στα κρούσματα AIDS παραμένει σταθερά στο 17% στις ΗΠΑ, ενώ αντίθετα έχει αυξηθεί στην Ευρώπη από 5% (Ιούνιος 1985) σε 11% (Ιούνιος 1986). Ειδικότερα, στην Ισπανία και στην Ιταλία η παρεντερική χρήση ναρκωτικών αποτελεί την συχνότερη αιτία για το AIDS (46-51%). Επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι η διασπορά του HIV-1 στους τοξικομανείς είναι ιδιαίτερα αυξημένη στην Ιταλία, στην Ισπανία, στο Τυρόλο της Αυστρίας και στο Εδουμβούργο. Αντίθετα στην Αγγλία παραμένει χαμηλή.

Η Π.Ο.Υ. με έκθεση της επισημαίνει ότι σημειώθηκε αύξηση κατά 80% μέσα σε ένα χρόνο, στην Ευρώπη. Ο αριθμός των περιπτώσεων της θανατηφόρου νόσου διπλασιάστηκε μεταξύ των τοξικομανών και των ομοφυλοφίλων.

Μεταξύ του Μαρτίου 1988 και του Μαρτίου του 1989 προστέ-

θηκαν 9.636 νέα κρούσματα <<AIDS>>, αυξάνοντας σε 21.857 τον συνολικό αριθμό περιπτώσεων που έχουν αναφερθεί στις χώρες της Ευρώπης.

ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΑΦΡΙΚΗ

Επιδημιολογικές μελέτες έδειξαν ότι οι ρετροϊοί ενδημούν σε αυτή την περιοχή. Αντισώματα προς τον HIV ανιχνεύθηκαν σε δείγμα ορού που είχε συλλεγεί το 1972 στην UGANDA.

Χαρακτηριστικά γνωρίσματα των κρουσμάτων AIDS είναι η διαφορετική αναλογία φύλου και η απουσία οποιουδήποτε γνωστού παράγοντα κινδύνου. Προσβάλλει σε μεγαλύτερο ποσοστό τις γυναίκες της Αφρικής (41%) σε σχέση με τις γυναίκες της Αμερικής. Η αναλογία του συνδρόμου είναι περίπου 1:1 με μέση ηλικία ανδρών 34 και γυναικών 29 ετών, από κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Στην Τροπική Αφρική ο επιπολασμός της νόσου, σε μερικές πόλεις, είναι ο ίδιος με αυτόν της Νέας Υόρκης και του Αγίου Φραγκίσκου. Πολύ λίγα όμως κρούσματα έχουν δηλωθεί.

ΕΛΛΑΔΑ

Η εμφάνιση και στη χώρα μας περιστατικών AIDS ακολούθησε τα πρότυπα άλλων χωρών της Δυτικής Ευρώπης. Το πρώτο κρούσμα σημειώθηκε το 1983 σε ομοφυλόφιλο αφρικανό, ενώ άλλα δύο σε Έλληνες κατοίκους Κεντρικής Αφρικής.

Η διασπορά του ιού στην ομάδα των τοξικομανών είναι πολύ μικρή σε σχέση με αντίστοιχες ομάδες στη Δ. Ευρώπη και στις Η.Π.Α.

Στους πολυμεταγγιζόμενους το πρόβλημα είναι συνάρτηση πολλών παραγόντων. Είναι δε σοβαρό όταν πρόκειται για εισαγόμενα εμπορικά σκευάσματα.

Από προβλέψεις του Κέντρου Αναφοράς AIDS ο αριθμός των κρουσμάτων θα φθάσει στη χώρα μας στο τέλος του 1989 τα 354 κρούσματα και όχι τα 582 που προβλέπει η Π.Ο.Υ., το δε 1990 ο αριθμός κρουσμάτων AIDS υπολογίζεται να φθάνει τα 737.

Υπολογίζεται ότι το 1991 το AIDS θα αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου για άντρες ηλικίας 20-60 ετών στις ανεπτυγμένες χώρες. Οι προβλέψεις επαληθεύονται με αρκετή ακρίβεια μέχρι σήμερα. Όλα όσα εκτέθηκαν σχετικά με την επιδημιολογία της νόσου, υποδεικνύουν την ανάγκη λήψεως συντονισμένων μέτρων για ανακάλυψη και εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων προφύλαξης και ταχυστά τη εξασφάλιση υποδομής για τη νοσηλεία των κρουσμάτων που νομο-

τελικά θα αυξάνονται με ταχύ ρυθμό για τουλάχιστον 5 ακόμα χρόνια.

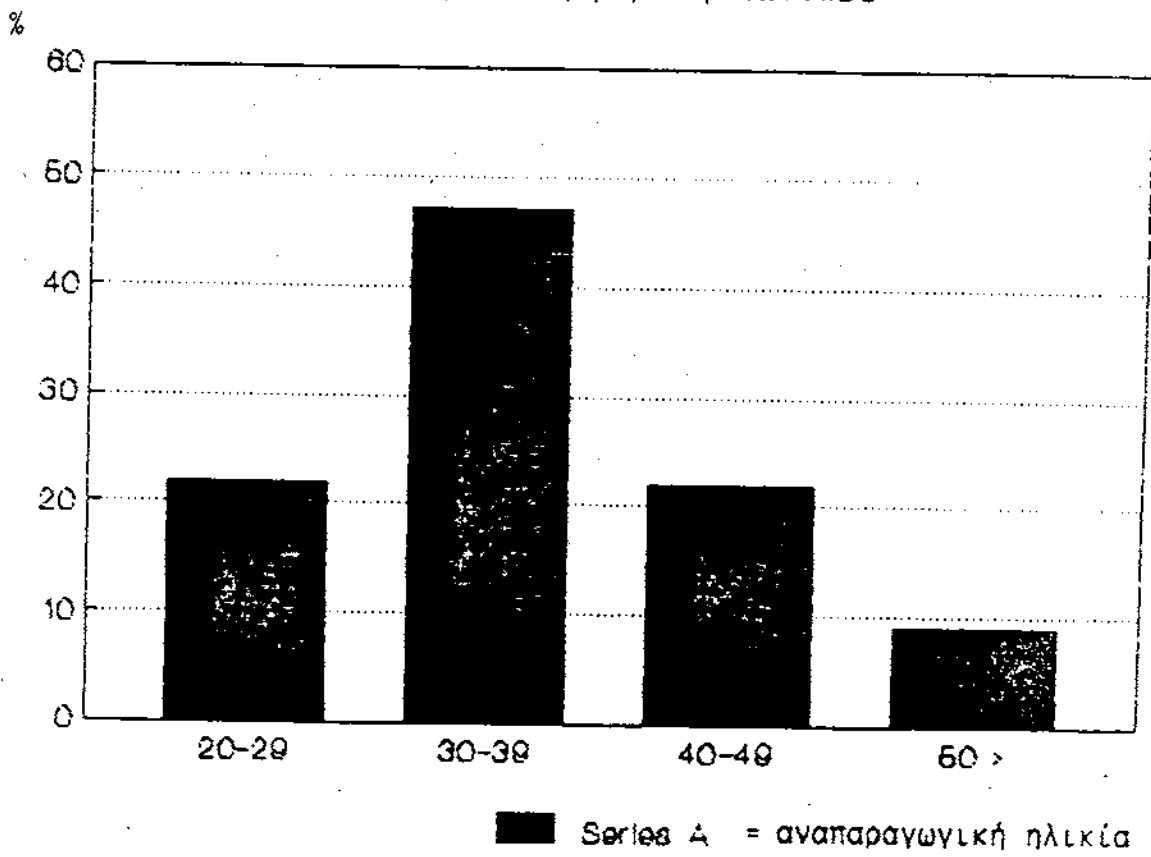
ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Αριθμός κρουσμάτων AIDS κατά ήπειρο από το 1987 μέχρι 28 φεβρ. 1989 και εκατοστιαία αύξηση

Ήπειρος	1987		1988		Αύξηση % '87-'88	Φεβ. '89	
	No	%	No	%		2/1989 No	Αύξηση % 12/88-2/89
Ευρώπη	10.177	12.5	16.883	12.7	65.9	19.196	13.7
Αμερική	60.409	74.2	93.723	70.5	55.1	99.752	6.4
Αφρική	9.788	12.0	20.905	15.7	113.6	21.322	2.0
Ασία	233	0.3	285	0.2	22.3	338	18.6
Ωκεανία	826	1.0	1.180	0.9	42.8	1.286	9.0
Σύνολο	81.433	100.0	132.976	100.0	63.3	141.894	6.7

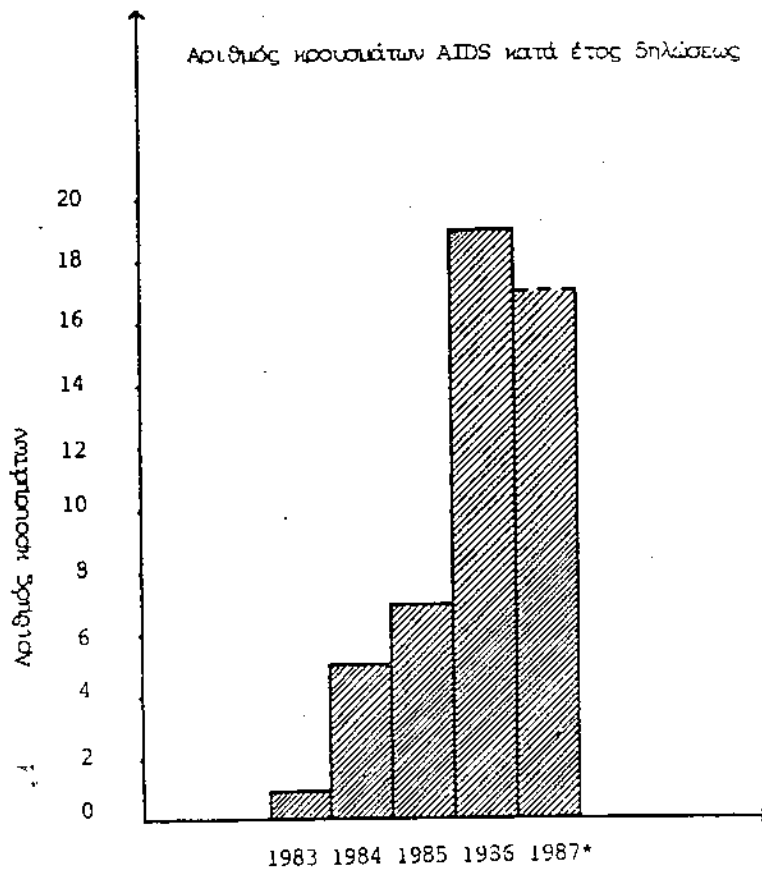
Ο Εμμανουήλ Ντρέϊγ στο βιβλίο του <<Σώμα με Σώμα>> αναφέρει σχετικά με την επιδημιολογία του AIDS τα εξής:

"Σίγουρα πρόκειται για τον Τρίτο Παγκόσμιο Πόλεμο. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Π.Ο.Υ., 165 χώρες έχουν μπει στο χορό του, στο χορό ενός πολέμου που δεν είχε επίσημη ύπαρξη ώσπου αποκαλύφθηκαν τα πρώτα θύματα. Ο ιός, σαν ένας καινούργιος, απειλητικός εχθρός προκαλεί μια αναδιάρθρωση στους χάρτες, μια ανασυγκρότηση των κανόνων υγιεινής και υγείας που ανατρέπει τη διεθνή κατάσταση. Το ανατολικό μας μέτωπο τούτη τη φορά, απομακρυσμένο μα ζωτικής σημασίας, βρίσκεται στο Ζαΐρ, στις Φιλιππίνες ή στη Βραζιλία, χώρες που αντιμετωπίζουν το κοινό εχθρό με περισσότερες ή λιγότερες αμυντικές δυνάμεις, ανάλογα με το βαθμό ανάπτυξης κι οργάνωσης τους. Ο Τύπος μας πληροφορεί ασταμάτητα για τις προελάσεις και τις υποχωρήσεις στα διάφορα μέτωπα. Βέβαια έχει την τάση, όπως πάντα να μεγαλοποιεί τις φρικαλεότητες που διαπράττει ο εχθρός υπονομεύοντας έτσι, σε ένα βαθμό το ηθικό μας ακόμα και αν με αυτό το τρόπο καταφέρνει να γαλανίζει τις δυνάμεις μας."

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.
Ηλικιακή Κατανομή Κρουσμάτων AIDS



Πίνακας 4. Αριθμός κρουσμάτων AIDS κατά έτος δηλώσεως



ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Το αίμα είναι ένας ειδικός υγρός ιστός που κυκλοφορεί μέσα στις κοιλότητες του καρδιαγγειακού συστήματος με τη βοήθεια της καρδιακής λειτουργίας και έχει σαν αποστολή να φέρει σε επικοινωνία το εξωτερικό περιβάλλον του οργανισμού με το διάμεσο υγρό, μεταξύ του οποίου και των κυττάρων γίνεται συνεχής ανταλλαγή ουσιών.

Η διατήρηση αυτής ακριβώς της σταθερότητας του διαμέσου υγρού, που αποτελεί βασική προϋπόθεση για την ομαλή λειτουργία των κυττάρων, επιτυγχάνεται με το αίμα και συγκεκριμένα με τις λειτουργίες που κάνει.

Μία από τις σημαντικότερες λειτουργίες του αίματος είναι και η ανοσία, η δυνατότητα δηλαδή που κάνει τον οργανισμό ικανό να αμύνεται σε βλαπτικούς παράγοντες, που μπορούν να προκαλέσουν βλάβες στους ιστούς ή στα όργανα του και πολλές φορές να θέσουν σε κίνδυνο ακόμα και τη ζωή του. Το αίμα αποτελείται από τα κυτταρικά στοιχεία, τα έμμορφα συστατικά όπως λέγονται και από το καθαρό υγρό στοιχείο, το πλάσμα. Τα κυτταρικά στοιχεία είναι τα ερυθρά αιμοσφαίρια, τα λευκά αιμοσφαίρια και τα αιμοπετάλια.

Ο οργανισμός του ανθρώπου στο περιβάλλον που ζει, είναι εκθειμένος σε ένα μεγάλο αριθμό βλαπτικών παραγόντων, όπως μικρόβια, ιοί, μύκητες, παράσιτα κτλ. Πολλοί από αυτούς τους παράγοντες βρίσκονται στο δέρμα, στο στόμα, στον κόλπο, στις αναπνευστικές οδούς και έχουν τη δυνατότητα να προκαλέσουν νοσηρές καταστάσεις αν εισχωρήσουν στους ιστούς.

Ευτυχώς όμως ο οργανισμός διαθέτει ένα ειδικό σύστημα που του επιτρέπει να αμύνεται στις διάφορες αυτές καταστάσεις. Το σύστημα αυτό αποτελείται από τα λευκά αιμοσφαίρια του αίματος, το δικτυοενδοθηλιακό σύστημα (ΔΕΣ) και το λεμφοειδή ιστό. Οι ιστοί αυτοί λειτουργούν διαμέσου δύο διαφορετικών οδών με σκοπό την πρόληψη ή την περιχαράκωση της νοσηρής κατάστασης:

- α) Με τη καταστροφή των εισβολέων με την ιδιότητα της φαγοκύτωσης που έχουν, και
- β) Με το σχηματισμό ειδικών ουσιών, των αντισωμάτων, εναντίων των βλαπτικών αυτών παραγόντων.

Τα λευκά αιμοσφαίρια αποτελούν τις κινητικές μονάδες του αμυντικού συστήματος του οργανισμού. Βρίσκονται στο περιφερικό αίμα σε ένα αριθμό 4.000-11.000/ΜΜ³ και δεν είναι όλα ίδια. Διακρίνονται σε κατηγορίες ανάλογα με το αν φέρουν κοκκία στο κυτταρόπλάσμα τους ή όχι, και ανάλογα με την αντίδραση των κοκκίων

στις διάφορες χρωστικές. Έτσι, στο περιφερικό αίμα διακρίνονται τα λευκά αιμοσφαίρια σε κοκκώδη ή κοκκιοκύτταρα, και αυτά σε ουδετερόφιλα, εωσινόφιλα και βασεόφιλα, και σε άκοκα, στα οποία κατατάσσονται τα λεμφοκύτταρα και τα μεγάλα μονοπύρρηνα ή μονοκύτταρα.

Οι παρακάτω κατηγορίες των λευκών αιμοσφαιρίων βρίσκονται σε μία φυσιολογική εκατοστιαία αναλογία στο περιφερικό αίμα, που καλείται λευκοκυτταρικός τύπος και φαίνεται στον παρακάτω πίνακα.

	<u>ΚΥΤΤΑΡΑ/ΜΜ³</u>		<u>ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ</u>		<u>ΛΕΥΚΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΣ</u>
	<u>ΜΕΣΗ</u>	<u>ΤΙΜΗ</u>	<u>ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗ</u>		<u>ΤΥΠΟΣ</u>
<u>ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ</u>					
<u>ΑΡΙΘΜΟΣ</u>					
<u>ΛΕΥΚΩΝ</u>	9.000		4.000-11.000		-
<u>ΟΥΔΕΤΕΡΟΦΙΛΑ</u>	5.400		3.000-6.000		50-70
<u>ΕΩΣΙΝΟΦΙΛΑ</u>	275		150 -300		I -4
<u>ΒΑΣΕΟΦΙΛΑ</u>	35		0 -100		0 -I
<u>ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΑ</u>	2.750		1.500-4.000		20-40
<u>ΜΟΝΟΚΥΤΤΑΡΑ</u>	540		300 -600		2 -8

Τα περισσότερα από τα λευκά αιμοσφαίρια παράγονται στον ερυθρό μυελό των οστών (τα κοκκώδη, τα μονοκύτταρα και λίγα λεμφοκύτταρα) και άλλα στο λεμφοειδή ιστό (τα λεμφοκύτταρα και τα πλασματοκύτταρα).

Τελικά στο περιφερικό αίμα βρίσκονται φυσιολογικά έξι διαφορετικοί τύποι λευκών αιμοσφαιρίων:

- Τα πολυμορφοπύρρηνα ουδετερόφιλα
- Τα << εωσινόφιλα
- Τα << βασεόφιλα
- Τα λεμφοκύτταρα
- Τα πλασμοκύτταρα
- Τα μονοπύρρηνα.

Τα περισσότερα από τα λεμφοκύτταρα παράγονται στους λεμφαδένες, στο σπλήνα και στο θύμο αδένια και λίγο στον ερυθρό μυελό των οστών. Μπαίνουν στην κυκλοφορία διαμέσου των λεμφαγγείων. Τα περισσότερα από τα λεμφαγγεία, σχεδόν το 80%, ζουν περίπου 100-200 ημέρες, ενώ τα υπόλοιπα 20% ζουν περίπου όσο και τα κοκκώδη λευκά αιμοσφαίρια.

Από όλα τα είδη των λεμφοκυττάρων τα ουδετερόφιλα είναι εκείνα που βρίσκονται σε μεγάλη ποσότητα στο αίμα. Τα μονοκύτταρα βρίσκονται σε πολύ μικρό αριθμό.

Οι κυριότερες ομάδες λεμφοκυττάρων που μας ενδιαφέρουν εδώ είναι τα λεμφοκύτταρα Β και τα λεμφοκύτταρα Τ.

Δύο είναι και οι ανοσολογικές αντιδράσεις που συνδέονται με αυτά, λεμφοκύτταρα Β-χυμική ανοσία (HUMORAL IMMUNITY) και λεμφοκύτταρα Τ-κυτταρική ανοσία (CELLULAR IMMUNITY).

Τα λεμφοκύτταρα Β παράγουν αντισώματα: πρωτεΐνες που ονομάζονται ανοσοσφαιρίνες. Αυτές οι ουσίες κυκλοφορούν στο αίμα, αναγνωρίζουν τις ξένες ουσίες και την εξωτερική επιφάνεια των κυττάρων και συνδέονται με αυτές.

Όταν ένα λεμφοκύτταρο αναγνωρίσει ένα αντιγόνο μετατρέπεται σε πλασμοκύτταρο, που στη συνέχεια πολλαπλασιάζεται για να δώσει περισσότερα πλασματοκύτταρα. Το πλασμοκύτταρο μπορεί στη συνέχεια να παράγει μία από τις πέντε κατηγορίες αντισωμάτων. Κάθε αντίσωμα είναι ειδικό για το αντιγόνο που πρέπει να αναγνωριστεί.

Τα λεμφοκύτταρα Τ είναι αποτελεσματικά εναντίον των βακτηρίων, των μυκήτων, των παρασίτων και των ιών που επιτίθενται μέσα στα κύτταρα του σώματος. Μερικά λεμφοκύτταρα Τ αναγνωρίζουν τα ξένα κύτταρα που οι επιφάνειές τους είναι σκεπασμένες με αντιγόνα, κολλάνε επάνω τους και τα καταστρέφουν. Άλλα παράγουν διαλυτικές πρωτεΐνες, τις λεμφοκίνες που διαμορφώνουν την δραστηριότητα των άλλων κυττάρων που παίρνουν μέρος στη άνοση αντίδραση. Μερικά λεμφοκύτταρα Τ μπορούν να σπάσουν άμεσα το κυτταρικό τοίχωμα των εισβολέων ενώ άλλα αρχίζουν ή διακόπτουν άλλες απαραίτητες αντιδράσεις στο σύστημα ανοσολογικής επαγρύπνησης όπως οι δραστηριότητες των λεμφοκυττάρων Β.

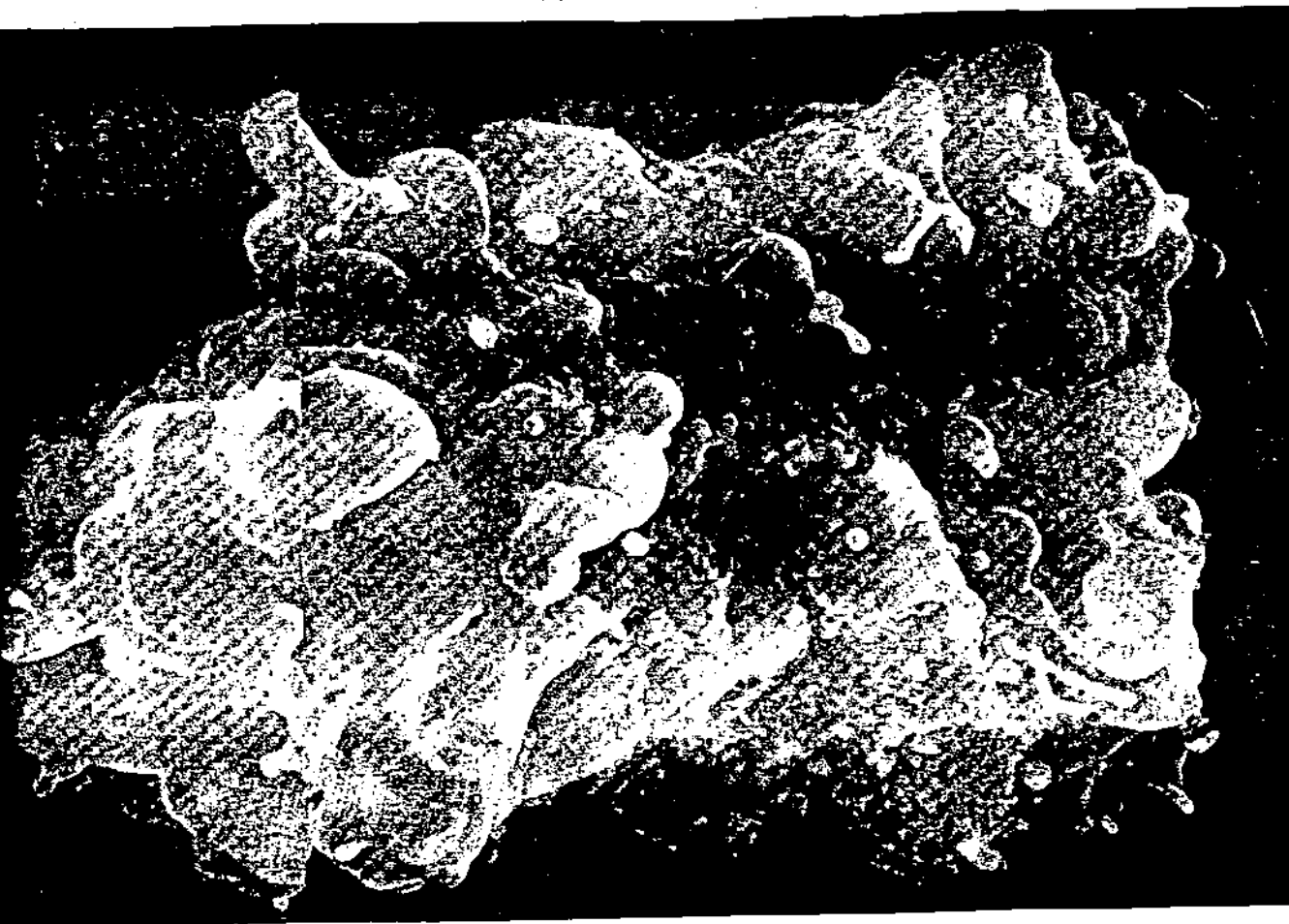
Τα λεμφοκύτταρα Τ διαιρούνται παραπέρα σε πολλές σημαντικές κατηγορίες, οι δύο που μας ενδιαφέρουν περισσότερο σε σχέση με το AIDS είναι τα Βοηθητικά (παράγωγα) κύτταρα T_4 και τα Κατασταλτικά (φονικά) κύτταρα T_8 .

Τα T_4 λεμφοκύτταρα, όπως όλοι ξέρουμε, είναι τα πιο σημαν-

τικά κύτταρα στο ανθρώπινο ανοσοποιητικό σύστημα. Παραστατικά θα λέγαμε ότι κάνουν την δουλειά ενός μαέστρου ορχήστρας δίνοντας εντολές σε όλα τα εξειδικευμένα κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος τι να κάνουν.

Προφανώς το σώμα χρειάζεται ένα κρίσιμο αριθμό και μία ισορροπία αυτών των δύο τύπων για να διατηρήσει φυσιολογική λειτουργία. Συνήθως έχουμε περισσότερα βοηθητικά, παρά κατασταλτικά κύτταρα στο αίμα μας. Αναλογία 2:1 για τους περισσότερους ανθρώπους. Στο AIDS η φυσιολογική αναλογία αναστρέφεται έτσι ώστε ο αριθμός των κατασταλτικών κυττάρων είναι μεγαλύτερος από εκείνον των βοηθητικών. Η επίδραση αυτή της αναστροφής βρίσκεται σήμερα υπό ενεργητική επιστημονική έρευνα.

Όπως είναι γνωστό το AIDS προσβάλλει τον ανοσοποιητικό σύστημα του ατόμου. Η νόσος προκαλείται από τον ρετροϊό HIV (HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS) ο οποίος προσβάλλει τα λεμφοκύτταρα T.



Η εικόνα δείχνει ένα T-κυτταρο του ανθρώπινου σώματος, τη στιγμή που δέχεται την επίθεση των ιών του Εϊτζ

Ο ιός αυτός διακρίνεται σήμερα σε HIV₁ και HIV₂. Ο HIV δημιουργήθηκε από μεταλλάξεις παρόμοιων ρετροϊών ζώων, αποτελεί δε παγκόσμιο πρόβλημα απειλώντας όλες τις χώρες και όλες τις πληθυσμιακές ομάδες, μη περιοριζόμενος στις ομάδες υψηλού κινδύνου.

Αν θέλαμε να περιγράψουμε λίγο τον ρετροϊό HIV θα λέγαμε ότι :

- έχει σχήμα σφαιρικό (διάμετρος 100nm)
- έχει περίβλημα πρωτεΐνης, ένα φάκελο που περικλείει τη γενετική ύλη του ιού, σε αυτή την περίπτωση το ριβονουκλεϊκό οξύ RNA.
- έχει πυρηνοκαψίδιο.

Ο ρετροϊός HIV είναι RNA και έχει μεγάλο Μοριακό Βάρος (MB). Έχει την ικανότητα να αναπαράγεται με τη μεταφορά γενετικών πληροφοριών από το RNA στο DNA με τη μεσολάβηση της αντίστροφης τρανσκριπτάσης.

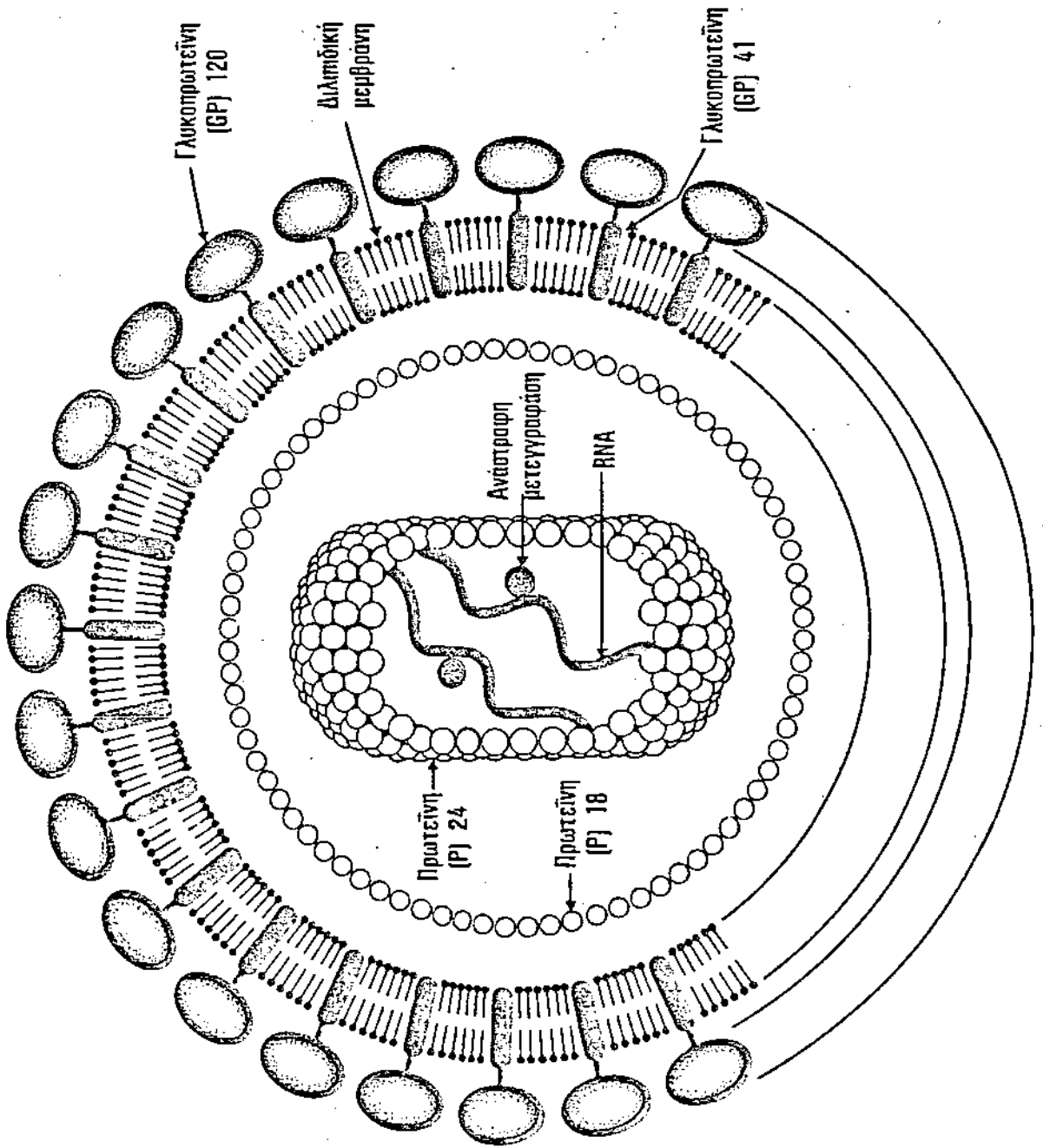
Επίσης οι ρετροϊοί διακρίνονται σε:

- ONCOVIRUS: προκαλούν λευχαιμίες σε ζώα και ανθρώπους.
- LENTEVIRUS: προκαλούν ασθένεια με βραδεία εξέλιξη, όπως το AIDS.
- SPUMAVIRUS: δεν έχει διευκρινιστεί ακόμα η παθογόνος δράση του σε ζώα και ανθρώπους.

Βασική διαφορά μεταξύ ONCOVIRUS και LENTEVIRUS είναι το ότι οι μεν πρώτοι αθανατοποιούν τα T₄ και T₈ λεμφοκύτταρα προκαλώντας μία λευχαιμία, οι δε διάφοροι (τύπου HIV) θανατώνουν τα λεμφοκύτταρα προκαλώντας μια ανοσοεπάρκεια.

Ο τρόπος μετάδοσης του ιού της ηπατίτιδας Β (HBV) είναι ο ίδιος με τον τρόπο μετάδοσης του ιού του AIDS (HIV) κατά συνέπεια και τα μέτρα προστασίας που παίρνονται για τον ιό (HBV) αποτελούν πρότυπο και για την προφύλαξη από τον ιό της ανασο-ανεπάρκειας (HIV).

Όμως ο ιός (HIV) διαφέρει από τον ιό (HBV) στην αντοχή, δείχνοντας μεγάλη εύπαθεια στο εξωτερικό περιβάλλον, χαμηλή θερμο-



Εικόνα 1. Το μικρό σωματίδιο του ιού του AIDS (HIV) είναι σφαιροειδές, με διάμετρο 80 - 100 νανόμετρα. Περιβάλλεται από έλυτρο ή μεμβράνη που αποτελείται από δύο στιβάδες λιπιδίων (διλιπιδική μεμβράνη) που σχετίζονται (προέρ-

κρασία και υγρασία βοηθούν την επιβίωση του HIV για αυτό και για χρονικό διάστημα 15 ημερών μπορεί να ζήσει και να καλλιεργηθεί. Σε θερμοκρασία 36° - 37° C και υγρό περιβάλλον δωματίου επιβιώνει 10 ημέρες. Σε ξηρό περιβάλλον και σε θερμοκρασία 56° C ο ιός αδρανοποιείται. Στοιχεία χρήσιμα για την ανθεκτικότητα και διατήρηση του HIV είναι τα παρακάτω με την προϋπόθεση παρουσίας πλάσματος.

<u>ΣΕ ΥΓΡΗ ΘΕΡΜΑΝΣΗ:</u>	54°-56° C	για	3 ώρες
<u>ΣΕ ΞΗΡΗ ΕΠΙΦΑΝΕΙΑ:</u>	23°-27° C	για	3 ημέρες
<u>ΣΕ ΥΓΡΗ ΕΠΙΦΑΝΕΙΑ:</u>	23°-27° C	για	15 ημέρες
<u>ΣΕ ΥΓΡΗ ΕΠΙΦΑΝΕΙΑ:</u>	36°-37° C	για	10 ημέρες

Ο ιός εισέρχεται στον ανθρώπινο οργανισμό είτε ελεύθερος είτε εγκατεστημένος σε βοηθητικά λεμφοκύτταρα του δότη. Εισχωρεί με τρόπο στη μεμβράνη του κυττάρου όπου η πρωτεΐνη που καλύπτει τον ιό ανοίγει και εκκρίνει το RNA. Το RNA εμφανίζεται να περιέχει πληροφορίες για επτά γονίδια που γενικά ευθύνονται είτε για την δημιουργία νέων ιών, είτε για τον καθορισμό της ταχύτητας με την οποία δημιουργούνται αυτοί οι νέοι ιοί.

Ένα από αυτά τα γονίδια του HIV που ονομάζονται ENV (από τα τρία πρώτα γράμματα "ENVELOPE" που στα αγγλικά σημαίνει φάκελος) αναφέρεται στο περίβλημα της πρωτεΐνης. Από την στιγμή που ο ιός αγκιστρώνεται στο κύτταρο T₄ και εκκριθεί το RNA ενεργοποιείται ένα δεύτερο γονίδιο του ιού που ονομάζεται POL (POLYMERASE). Το γονίδιο POL αναφέρεται στο ένζυμο ανάστροφη τρανσκριπτάση. Η ανάστροφη τρανσκριπτάση χρησιμοποιεί το RNA του ιού σαν πρώτη ύλη για να κατασκευάσει μολυσμένο DNA (δεοξυνουκλεϊνικό οξύ), που με τη σειρά του αναμειγνύεται με το DNA του κυττάρου

που το φιλοξενεί. Κάθε φορά που το κύτταρο διαιρείται στα δύο (έτσι πολλαπλασιάζονται τα κύτταρα) αναπαράγει τα γονίδια του παράσιτου HIV, δηλαδή του ιού του AIDS.



Έξοδος του HIV από το λεμφοκύτταρο

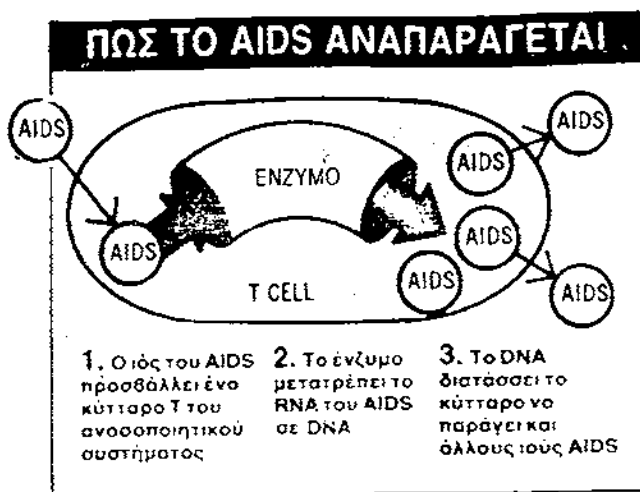
Οι νέοι ιοί βλαστάνουν στην επιφάνεια του κυττάρου και στη συνέχεια στο αίμα που ρέει, για να βρουν νέα κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος. Κατά την διαδικασία αυτή το κύτταρο T_4 που φιλοξενεί τον ιό, πεθαίνει. Από την στιγμή αυτή ένα τρίτο γονίδιο του ιού, το TAT (TRANS - ACTIVATOR) ελέγχει τον ρυθμό με τον οποίο το μολυσμένο κύτταρο κατασκευάζει νέους ιούς.

Αντισώματα εμφανίζονται αρκετές εβδομάδες αργότερα. Σε σπάνιες περιπτώσεις, η εμφάνισή τους μπορεί να καθυστερήσει ακόμα

και για περισσότερο από ένα χρόνο. Το κακό είναι ότι το μολυσμένο άτομο μεταδίδει τον ιό ακόμα και πριν εμφανίσει αντισώματα.

Τον πρώτο καιρό μετά την μόλυνση ο ιός μοιάζει να εφησυχάζει μέσα στα κύτταρα που έχει μολύνει. Μόλις όμως αυτά αρχίζουν να πολλαπλασιάζονται, τότε αρχίζει και αυτός να πολλαπλασιάζεται με τόσο ταχύ ρυθμό που προκαλεί κυριολεκτικά την "ΕΚΡΗΞΗ" τους. Επακολουθεί ιαιμία, δηλαδή ελεύθερη διασπορά του ιού και μόλυνση νέων βοηθητικών λεμφοκυττάρων καθώς και αναζωπύρωση της μεταβιβάσεως του ιού από κύταρο σε κύταρο. Έτσι λοιπόν, κάθε αιτία που προκαλεί πολλαπλασιασμό των βοηθητικών λεμφοκυττάρων και των μακροφάγων του ανθρώπου που είναι φορέας του AIDS, όπως π.χ. μια απλή γρίπη, προκαλεί παραλλήλως και πολλαπλασιασμό του ιού που οδηγεί με τη σειρά του σε μόλυνση νέων κυττάρων. Μετά από κάθε τέτοιο πολλαπλασιασμό, ο αριθμός των βοηθητικών λεμφοκυττάρων που δεν έχουν ακόμα μολυνθεί ελαττώνεται. Η ελάττωση αυτή κάποτε φθάνει σε κρίσιμο σημείο ώστε να ανεπαρκεί όλο το ανοσοποιητικό σύστημα, και να μην μπορεί πλέον να ανταπεξέλθει στις διάφορες λοιμώξεις. Ο μέχρι τότε ασυμπτωματικός φορέας αρχίζει να εμφανίζει τα κλινικά συμπτώματα που χαρακτηρίζουν την Επίκτητη Ανοσοανεπάρκεια ή AIDS.

Σύμφωνα με τα παραπάνω λοιπόν το AIDS είναι κυρίως διαταραχή της κυτταρικής ανασίας. Το αποτέλεσμα αυτής της ανωμαλίας είναι ότι το σώμα γίνεται ευάλωτο σε διάφορες ιογενείς, βακτηριακές και παρασιτικές αρρώστιες, πολλές από τις οποίες δεν εμφανίζονται σε άτομα με φυσιολογική ανοσολογική λειτουργία.



Θα πρέπει επίσης να διασαφηνήσουμε δύο λέξεις οι οποίες έχουν συνδεθεί πολύ στενά με το AIDS και η έννοια της καθεμίας δεν έχει γίνει κατανοητή από τον περισσότερο κόσμο. Θα κάνουμε λοιπόν ένα διαχωρισμό μεταξύ του ΦΟΡΕΑ του ιού του AIDS και του ΠΑΣΧΟΝΤΑ από τον ιό του AIDS.

Το κύτταρο δεν μπορεί να απαλλαχθεί από τον ιό, έτσι όταν ο άνθρωπος προσβληθεί από αυτόν, παραμένει για όλη του τη ζωή φορέας του ιού.

Ο φορέας μπορεί να παραμένει υγιής, χωρίς να παρουσιάζει κανένα απολύτως σύμπτωμα. Από όσα γνωρίζουμε μέχρι σήμερα, μερικοί μόνο φορείς αρχίζουν να εμφανίζουν συμπτώματα της αρρώστιας, ύστερα από μερικά χρόνια.

Υπολογίστηκε ότι μέσα σε πέντε χρόνια, το 20-30% των φορέων αναπτύσσουν την αρρώστεια του AIDS. Αυτοί όλοι πέθαναν ύστερα από σύντομο χρονικό διάστημα. Οι υπόλοιποι παραμένουν επί χρόνια φορείς χωρίς συμπτώματα, αλλά εξακολουθούν να μεταδίδουν τη νόσο,

τον ιό σε άλλους ανθρώπους, για όλη την μετέπειτα ζωή τους.

Παράγοντες που μετατρέπουν τον φορέα AIDS σε άρρωστο είναι:

- 1) η ηλικία
- 2) η γενετική προδιάθεση
- 3) η κακή διατροφή
- 4) η ύπαρξη άλλων ασθενειών

Αυτό το συμπέρασμα έβγαλαν ο MAN και άλλοι ερευνητές με τη μελέτη κοινών χαρακτηριστικών στη γενετική δομή των κυττάρων φορέων που ανέπτυξαν την ασθένεια.

Ο GEAN CLAUDE CHERMANN περιγράφει τον ασυμπτωματικό φορέα AIDS ως άτομο που μολύνθηκε από τον ιό HIV και απέκτησε αντισώματα αντι-HIV, είναι δηλαδή οροθετικός. Ένα ποσοστό που κυμαίνεται στο 35% των φορέων έχουν τον ιό μέσα στα T_4 λεμφοκύτταρα και είναι βέβαιο ότι θα εξελιχθούν σε αρρώστους AIDS, ενώ το υπόλοιπο ποσοστό έχουν τον ιό στα μακροφάγα κύτταρα και είναι δυνατόν να παρουσιάσουν παθολογικές εκδηλώσεις που συνοδεύουν τη μόλυνση με HIV, να εξελιχθούν δε πάλι σε αρρώστους AIDS εάν ο ιός περάσει και εγκατασταθεί από τα μακροφάγα μονοκύτταρα στα T_4 λεμφοκύτταρα.

ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΤΟΥ ΙΟΥ

Το καυτό ερώτημα που βασανίζει όλους με το νεοφανές λοιμώδες νόσημα, του οποίου ο λοιμογόνος παράγοντας ονομάστηκε HIV, είναι ο τρόπος μετάδοσης του ιού.

Πώς λοιπόν μπορεί να μεταδοθεί ο ιός του AIDS από έναν φορέα ή πάσχοντα από αυτή την ασθένεια σε ένα υγιή άτομο;

Ο ιός HIV μεταδίδεται σύμφωνα με την άποψη του Γ.ΚΑΛΛΙΝΙΚΟΥ και του Γ.ΠΑΠΑΕΥΑΓΓΕΛΟΥ:

Α) Αιματογενώς: τα λεμφοκύτταρα είναι κύρια κύτταρα που φιλοξενούν τον ιό, ενώ η πυκνότητα του στον ορό του αίματος είναι πολύ μικρότερη. Η μετάγγιση αίματος και η χρήση μολυσμένων εργαλείων από αίμα ασθενών ή φορέων με AIDS, αποτελεί βασική πηγή των υγείων ατόμων.

Αυτό εξηγεί και την μεγάλη συχνότητα μόλυνσης σε πολυμεταγγιζόμενα άτομα και στους τοξικομανείς που χρησιμοποιούν την ίδια βελόνα και σύριγγα για να ενέσουν ενδοφλέβια το ναρκωτικό τους.

Στην τελευταία αυτή περίπτωση οι πιθανότητες μόλυνσης εξαρτώνται:

- από τον αριθμό τρυπημάτων από την ίδια βελόνα.
- από το χρονικό διάστημα που χρησιμοποιείται η βελόνα.
- από το πόσοι τοξικομανείς χρησιμοποίησαν την ίδια βελόνα.

Η μετάγγιση αίματος από φορέα ενέχει κίνδυνο μέχρι 100% για να μολυνθεί ο υγιής.

Παράγοντες του αίματος που μεταδίδουν την μόλυνση HIV είναι: το ολικό αίμα, τα κύτταρα του αίματος, το πλάσμα και οι συμπηκνωμένοι παράγοντες πήξης III και IX. Μόλυνση δεν προκαλείται από άλλα προϊόντα αίματος, όπως είναι: οι πρωτεΐνες του πλάσματος, οι ανοσοσφαιρίνες, το εμβόλιο της ηπατίτιδας κ.λ.π.

Ο τρόπος αυτός λοιπόν αφορά τους μεταγγιζόμενους και τους τοξικομανείς.

Στη χώρα μας σήμερα αποκλείονται ως αιμοδότες και οι τοξικομανείς. Πέραν αυτού το αίμα κάθε αιμοδότη ελέγχεται με μία πολύ ευαίσθητη ανοσοενζυμική μέθοδο η οποία ανιχνεύει τα αντισώματα και έτσι πρακτικώς αποκλείεται να διαφύγει φορέας του ιού. Η μόνη περίπτωση να διαφύγει είναι αν η μόλυνση είναι πρόσφατη και δεν έχουν ακόμα αναπτυχθεί αντισώματα. Υπολογίζεται βασίμως ότι σήμερα στη χώρα μας η πιθανότητα μόλυνσης με τον ιό (HIV) του AIDS από μετάγγιση αίματος είναι ασφαλώς μικρότερη από

1:100.000

Ο έλεγχος των αιμοδοτών στη χώρα μας άρχισε το Σεπτέμβριο του 1985. Μέχρι τότε όμως, είχαν μολυνθεί με τον ιό του AIDS πολλές δεκάδες παιδιά και ενήλικοι. Οι παράγοντες πήξεως του αίματος οι οποίοι χορηγούνται τακτικά σε όσους πάσχουν από αιμοφιλία, έχουν γίνει τα τελευταία χρόνια ακίνδυνοι. Το ποσοστό όμως των αιμοφιλικών που είναι φορείς του ιού από παλιότερη μόλυνση κυμαίνεται διεθνώς μεταξύ 70 - 80%. Στη χώρα μας αναφέρεται χαμηλότερο ποσοστό. Πάντως οι αιμοφιλικοί φορείς του ιού φαίνεται να νοσοούν και να μολύνουν τους ερωτικούς τους συντρόφους σε μικρότερο ποσοστό. Σε χώρες του Τρίτου Κόσμου που δεν χρησιμοποιούνται σύριγγες μίας χρήσης, που δεν αποστειρώνονται αυτές που χρησιμοποιούνται και που δεν ελέγχονται επαρκώς οι αιμοδότες, η μετάδοση του ιού του AIDS με το αίμα είναι σημαντική.

Ευτυχώς στη χώρα μας φαίνεται ότι τοξικομανείς είναι φορείς του ιού σε πολύ μικρό ποσοστό, παρά το αναμφισβήτητο γεγονός ότι μοιράζονται μεταξύ τους σύριγγες και βελόνες, όπως αποδεικνύεται από το εξαιρετικά υψηλό ποσοστό, περίπου 75% της μόλυνσής τους με τον ιό της ηπατίτιδας Β που μεταδίδεται αιματογενώς. Οι τοξικομανείς για να βεβαιωθούν ότι η βελόνα βρίσκεται μέσα στη φλέβα αναρροφούν μικρή ποσότητα αίματος στη σύριγγα και ύστερα ενίουν όλο το περιεχόμενο της στη φλέβα τους.

Οι ερωτικές σύντροφοι των τοξικομανών φορέων του ιού όταν δεν είναι οι ίδιες τοξικομανείς μολύνονται από την σεξουαλική οδό. Η πορνεία για να βρεθούν τα χρήματα, για την αγορά ναρκωτικών, είναι συχνή.

Η δωρεάν χορήγηση συρίγγων μίας χρήσης, όπου εφαρμόστηκε, μικρά μόνο αποτελέσματα απέδωσε. Η χρήση της ίδιας σύριγγας από πολλούς, φαίνεται ότι ενέχει στοιχεία τελετουργικού χαρακτήρα, συντροφικότητας και αλληλεγγύης. Για αυτό η προσπάθεια ενημέρωσης των τοξικομανών πρέπει να γίνει κυρίως σε προσωπικό επίπεδο από άτομα που γνωρίζουν από πρώτο χέρι την ψυχολογία και τις συναισθηματικές τους ανάγκες.

Β) Σεξουαλική μετάδοση: ο ιός ανιχνεύτηκε στο σπέρμα και στο τραχηλικό έκκριμα φορέων. Ο ρόλος της γενετήσιας οδού στη μετάδοση του AIDS είναι σημαντικός. Οι ομοφυλόφιλοι αποτελούν την κυριότερη ομάδα που σταθερά αντιπροσωπεύει πάνω από 70% των κρουσμάτων κατά τα τελευταία χρόνια.

Συγκεκριμένα η αυξημένη διασπορά συμβαδίζει με το μεγάλο αριθμό σεξουαλικών συντρόφων, με παθητικές σεξουαλικές επαφές και με ευκαιρίες τραυματισμού που βοηθούν στον ενοφθαλισμό του ιού. Η συνεχής και επανειλημμένη έκθεση στον ιό και η συνύπαρξη άλλων παραγόντων βοηθούν στην εγκατάσταση της λοιμώξεως.

Μεταξύ των κρουσμάτων υπάρχει ένα ποσοστό που δεν υπάγεται σε καμία από τις γνωστές ομάδες κινδύνου. Τμήμα αυτού αποδίδεται ετεροφυλική μετάδοση. Η μελέτη των περιπτώσεων αυτών έδειξε ότι δεν συμβάλλει ποσοτικά στην εξάπλωση της επιδημίας στις αναπτυγμένες χώρες, αφού το ποσοστό των κρουσμάτων αυτών παραμένει σταθερό κατά τα τελευταία χρόνια. Στις Η.Π.Α. μόνο 182 περιπτώσεις AIDS έχουν μέχρι σήμερα αποδοθεί σε ετεροφυλική μετάδοση. Η συντριπτική πλειοψηφία αυτών αφορά γυναίκες. Αυτό δείχνει ότι

η πιθανότητα μετάδοσης της λοίμωξης από γυναίκα στον άντρα είναι πολύ μικρή.

Αντίθετα, η ετεροφυλική διασπορά του ιού είναι αρκετά διαδεδομένη στην Κεντρική Αφρική και Καραϊβική. Η αναλογία του συνδρόμου είναι 1,2:1 (PIOT ET AL 1984). Κρούσματα έχουν αναφερθεί σε ιερόδουλες (VAN DE PERRE ET AL 1984) και σε γυναίκες με κύριο χαρακτηριστικό την σεξουαλική ελευθεριότητα με πολλούς ερωτικούς συντρόφους (PIOT ET AL 1984).

Οι τοξικομανείς μπορούν να συμβάλλουν σημαντικά στην ετεροφυλική διασπορά του ιού. Σε γειτονικές μας περιοχές (Ιταλία, Ισπανία) άρχισαν να καταλαμβάνουν την πρώτη θέση ξεπερνώντας τους ομοφυλόφιλους. Είναι υπεύθυνοι στην εξάπλωση του συνδρόμου με ετεροφυλική μετάδοση και στην εμφάνιση στα παιδιά.

Στοιχεία από τα Κέντρα Ελέγχου Λοιμωδών Νόσων των Η.Π.Α (CENTERS FOR DISEASE CONTROL) και το Κέντρο AIDS της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας στο Παρίσι (WORLD HEALTH ORGANIZATION COLLABORATING CENTR OF AIDS) αποκαλύπτουν ότι η πλειοψηφία (69-73%) των κρουσμάτων του AIDS είναι ομοφυλόφιλοι.

Αντίθετα, ο αριθμός των κρουσμάτων σε συζύγους πολυμεταγυιζόμενων και αιμορροφιλικών παραμένει μικρός. Η χορήγηση αδρανοποιηθέντων παραγόντων πίξης και ο έλεγχος των αντισωμάτων περιορίζουν τα κρούσματα.

F) Με περιγεννητική και κάθετη μετάδοση: η μετάδοση γίνεται από τη μητέρα που έχει προσβληθεί, στο κύημα ή στο νεογνό κατά τον τοκετό ή λίγο μετά τη γέννηση. Έχουν δημοσιευθεί περιπτώσεις μόλυνσης κατά την εγκυμοσύνη και τον τοκετό (LAPPOINT ET AL 1985) σε νεογνά που δεν είχαν καμία επαφή μετά τη γέννηση με τη μητέρα τους. Περιγράφεται και περίπτωση μόλυνσης με καισαρική τομή (COWAN ET AL 1984).

Αρχές Αυγούστου 1989 η εφημερίδα τα Νέα αναφέρει άρθρο με γενοκό τίτλο:

"ΓΕΝΝΗΘΗΚΑΝ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΤΑΡΑ"

και συνεχίζει: <<Το AIDS ξαναχτύπησε στη χώρα μας-τώρα από την κοιλιά δύο μητέρων, ένα κοριτσάκι κι ένα αγοράκι γεννήθηκαν με την κατάρρα της εποχής.

Το δύστυχο κοριτσάκι ήρθε στον κόσμο πριν από δύο περίπου εβδομάδες, στο Μαιευτήριο "Μητέρα". Η μητέρα είναι Φιλλανδέζα, ζει και εργάζεται στην Ελλάδα από χρόνια και είναι φορέας του AIDS όπως και ο άντρας της.

Το αγοράκι γεννήθηκε στο Μαιευτήριο "Αλεξάνδρα". Άλλη πληροφορία δεν κατορθώσαμε να πάρουμε για το δεύτερο θύμα του AIDS>>.

Ο καθηγητής της υγειονομικής Σχολής Αθηνών κ. Παπαευαγγέλου σχολιάζοντας το γεγονός είπε:

<<Τα μωρά που γεννιούνται από μητέρες φορείς AIDS δεν είναι φορείς αλλά έχουν αντισώματα - σε 15 ημέρες θα φανεί αν είναι φορέας ή τα αντισώματα ήταν της μητέρας του και μεταφέρθηκαν από το πλακούντα. Η πιθανότητα να νοσήσει το βρέφος είναι 25%. Αυτό εξαρτάται και από το αν ο ιός στη μητέρα-φορέα βρίσκεται σε ενεργό πολλαπλασιασμό ή όχι.>>

Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχει αρκετά μεγάλος αριθμός περιπτώσεων ενδομήτριας μετάδοσης του ιού (MENER-BAUTISTA ET AL 1986, JVVAVIS 1985, CHIODO 1986). Η μετάδοσ αυτή είναι επίσης τεκμηριω-

μένα από την 15η εβδομάδα της κύησης (SPECHTER 1986), με την ύπαρξη του ιού τόσο στο αμνιακό υγρό όσο και σε μεγαλύτερες ποσότητες στους ιστούς του εμβρύου της αποβολής (LE POINTE 1985). Ένα νέο σύνδρομο με δυσμορφίες του εμβρύου περιγράφονται σε παιδιά με συμπτωματική μόλυνση από HIV (MARION ET AL 1986).

Το ποσοστό της ενδομήτριας μετάδοσης από οροθετικές γυναίκες που δεν έχουν εκδηλώσει νόσο δεν είναι ακριβώς γνωστό. Υπολογίζεται γύρω στα 30-40% (HENRION, 1987). Άλλοι ερευνητές ανεβάζουν το ποσοστό κάθετης μετάδοσης από 90% (LUCI ET AL 1985).

Επίσης υπάρχουν δύο τρόποι περί γεννητικής μετάδοσης:

- 1) κατά τον τοκετό, από την επαφή του νεογνού με το αίμα και τα υγρά της μητέρας
- 2) η δεύτερη οδός περί γεννητικής μετάδοσης είναι ο θηλασμός.

Αναφέρονται στη βιβλιογραφία περιπτώσεις γυναίκας που υπέστη μετάγγιση αίματος μετά τον τοκετό από αιμοδότη που αργότερα εμφάνισε AIDS. Η μητέρα και το παιδί 17 μήνες μετά τον τοκετό ήταν οροθετικοί με πιθανότερο μέσο μετάδοσης στο παιδί το γάλα (ZIEGLER ET AL, 1985).

Ο ιός έχει απομονωθεί στο μητρικό γάλα (THIRY ET AL 1985) και έχει βεβαιωθεί περίπτωση μόλυνσης νεογνού από θηλασμό (ZIEGLER ET AL, 1985). Μέχρι στιγμής 289 παιδιατρικές περιπτώσεις AIDS έχουν αναφερθεί στην Ευρώπη και Αμερική. Στο 75% η μητέρα άνηκε στις ομάδες υψηλού κινδύνου.

Τα μέχρι σήμερα δεδομένα δεν δείχνουν ότι η καισαρική τομή πλεονεκτεί σαν τρόπος διεξαγωγής του τοκετού της φυσιολογικής οδού όσον αφορά την μετάδοση του ιού στα νεογνά. Επιπλέον η καισαρική τομή ενπεριέχει κι κινδύνους που μπορεί να μεγιστοποιηθούν από την μειωμένη ανοσολογική απαντικότητα της οροθετικής επιτόκου. Εάν όμως επιλεγεί η καισαρική τομή για διεξαγω-

γή του τοκετού, θα πρέπει να καλυφθεί η γυναίκα με αντιβιοτικό, πρόσφατο αίμα και λευκώματα, ώστε να αντιμετωπιστούν οι αυξημένοι εγχειρητικοί κίνδυνοι.

Η κάθετη λοίμωξη νεογνών ή βρεφών δεν είναι αναπόφευκτη. Μητέρες που υφίστανται τεχνητή γονιμοποίηση με μολυσμένο σπέρμα δεν είναι απαραίτητο να μετάδωσαν τον ιό στα παιδιά τους (STEWART ET AL 1985). Σήμερα υπολογίζεται ότι η πιθανότητα προσβολής του νεογνού από μητέρα φορέα ανέρχεται στα 60% περίπου.

Δ) Άλλοι τρόποι μετάδοσης: έχει διαπιστωθεί ότι η μετάδοση από την είσοδο μικρής ποσότητας αίματος ή άλλων υγρών και εκκρίματων ασθενών με AIDS από τις αμυχές του δέρματος (GRINT AND MC EVOY 1985).

Είναι πολύ μικρό το ποσοστό του νοσηλευτικού προσωπικού που έχει μολυνθεί από τυχαίο εμβολιασμό αίματος ή εκκρίματων ασθενών με AIDS. Σε δείγμα 666 ορών νοσηλευτικού προσωπικού που είχε τυχαία τρυπηθεί ή εκτεθεί στα εκκρίματα ασθενών, οι 26 βρέθηκαν να είναι οροθετικοί (GERBERDING ET AL 1985). Οι 23 όμως ανήκαν σε ομάδα υψηλού κινδύνου.

Μέχρι το 1986 έχει περιγραφεί μόνο μία περίπτωση νοσηλείας που ανέπτυξε αντισώματα ύστερα από τρύπημα με βελόνα που χρησιμοποιήθηκε σε ασθενή με AIDS (ANONYMOUS 1984). Στη βιβλιογραφία αναφέρονται δύο ακόμα πιθανές περιπτώσεις νοσηλείας ασθενών (WEISS ET AL 1985).

Συμπερασματικά μπορούμε να οριοθετήσουμε σε τυχαία σειρά τα άτομα υψηλού κινδύνου ως εξής:

- Ομοφυλόφιλοι, Αμφυφιλόφιλοι
- Τοξικομανείς
- Πολυμεταγγιζόμενοι
- Κάτοικοι περιοχών που ενδημεί η νόσος
- Ερωτικοί σύντροφοι φορέων ή ασθενών με AIDS

- Παιδιά φορέων ή ασθενών με AIDS
- Ιερόδουλες και ερωτικοί τους σύντροφοι.

Μεγάλο ενδιαφέρον παρουσιάζει η αναφορά ενός ελληνικού περιοδικού στις ενέργειες που γίνονται για την περισυλλογή μολυσμένων συρίγγων. Συγκεκριμένα αναφέρει:



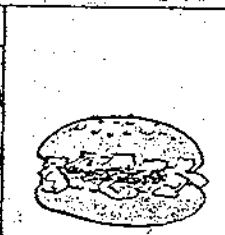




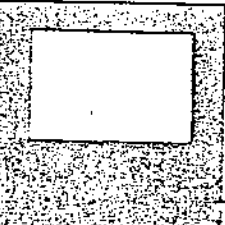
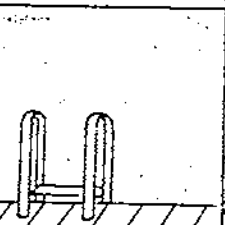
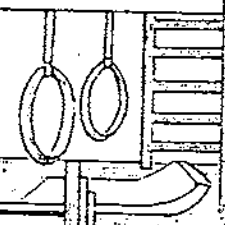




"Η Ρώμη η αιώνια πόλη δεν είναι αυτή που ήταν άλλοτε. Τώρα, όλοι οι δρόμοι που οδηγούν σε αυτή, είναι γεμάτοι μεταχειρισμένες σύριγγες. Γύρω στις 100.000 σύριγγες περισυλλέγονται κάθε χρόνο. Από σχολεία, πάρκα, εγκατελειμένα σπίτια και, γενικά παντού όπου συχνάζει νεολαία. Όταν ο κίνδυνος του AIDS έγινε απειλητικός και ορατός, οι αρχές της Ρώμης συγκεκριμένα τον Σεπτέμβριο '88, δημιούργησαν μία ειδική ομάδα, επιφορτισμένη με τη περισυλλογή των των βρώμικων συρίγγων.

Ο φόβος, ότι οι πιο νέοι από τους ναρκομανείς, αγνοούν τον κίνδυνο της μόλυνσης και χρησιμοποιούν σύριγγες μεταχειρισμένες έκανε αυτή την ομάδα αναγκαία και τη δράση της επείγουσα. Τον περασμένο χρόνο, όλη η Ιταλία σοκαρισμένη μιλούσε για την περίπτωση μίας μικρούλας στη Γένοβα, που πάτησε τυχαία μία βελόνα και μολύβηκε από AIDS. Η μικρή πέθανε μετά λίγο διάστημα.

Παρόμοιες ομάδες συγκρότησαν και άλλες πόλεις, όπως η Γένοβα, το Τορίνο και το Μιλάνο, καθώς το AIDS εξαπλώνεται ταχύτατα και οι σύριγγες είναι από τα κυριότερα μέσα εξάπλωσης. Οι ομάδες στη Ρώμη διαθέτουν 4 φορητά γαζόνια, το καθένα με δύο άντρες και γουόκι τόκι. Οι εργάτες φοράνε ειδικά γάντια, που τους προφυλάσσουν από την επαφή τους με τις σύριγγες, ενώ τα παπούτσια τους είναι ενισχυμένα με μέταλλο. Πιάνουν τις βρώμικες σύριγγες με μακριά ραβδιά, ειδικά κατασκευασμένα από μία βρετανική εταιρία. Αν προφυλάσσονται τόσο πολύ είναι γιατί ο ιός του AIDS έχει διαπιστωθεί από τους επιστήμονες ότι παραμένει ΕΠΤΑ μέρες ενεργός έξω

από το ανθρώπινο σώμα.

ΤΟ AIDS ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΖΩΗ

 <p>ΧΕΙΡΑΦΙΕΣ</p>	 <p>ΕΝΑΓΓΑΛΙΣΜΟΙ</p>	 <p>FAST-FOOD</p>	 <p>ΚΑΦΕΤΕΡΙΕΣ-ΜΠΑΦ</p>
 <p>ΤΟΥΑΛΕΤΕΣ</p>	<p>ΟΙ ΤΡΟΠΟΙ ΑΥΤΟΙ ΔΕΝ ΜΕΤΑΔΙΔΟΥΝ ΤΟ AIDS</p>		 <p>ΙΟΥΣΤΡΑ</p>
 <p>ΤΗΛΕΦΩΝΑ</p>	 <p>ΚΙΝΗΜΑΤΟΓΡΑΦΟΙ</p>	 <p>ΑΚΟΥΡΘΗΤΗΣ ΔΕΣΑΜΕΝΕΣ</p>	 <p>ΓΥΜΝΑΣΤΗΡΙΑ</p>
 <p>ΕΡΓΑΤΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ</p>	 <p>ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΥΝΑΝΑΣΤΡΟΦΕΣ</p>	 <p>ΕΠΙΛΕΨΕΙΣ ΑΙΘΕΣΩΝ</p>	 <p>ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ</p>

Ο ιός του AIDS(HIV) δεν μεταδίδεται με το σάλιο και με τα δάκρυα επειδή περιέχεται σε ελάχιστες πυκνότητες όπως επίσης δε μεταδίδεται με τον αέρα, με την απλή επαφή και με τακουνούπια ή τις ιπτάμενες σύριγγες όπως αλλοιώς λέγονται.

Σήμερα καταβάλεται ιδιαίτερη προσπάθεια διερεύνησης των πηγών λοιμώξεως των περιπτώσεων AIDS που δεν ανήκουν σε καμία γνωστή ομάδα κινδύνου. Είναι παρήγορο ότι τουλάχιστον στις δυτικές χώρες ο αριθμός των κρουσμάτων αυτών δεν φαίνεται να αυξάνει σημαντικά. Σε διαφορετική περίπτωση θα αποτελούσε δυσοίωνα σημείο επεκτάσεως της επιδημίας στο γενικό πληθυσμό.

Οι τρόποι μετάδοσης του ιού του AIDS είναι οι παραπάνω και είναι ίδιοι παντού. Παρ' όλα αυτά όμως η επιδημιολογική έκφραση του AIDS σε ένα τόπο έχει θα έλεγε κανείς ένα εντελώς ιδιαίτερο χαρακτήρα, αποτέλεσμα ποικιλίας συνδιασμών παραγόντων, όπως κοινωνικές πρακτικές, συμπεριφορά, χρόνος έναρξης της προσβολής του συγκεκριμένου πληθυσμού από τον ιό κ.λ.π. Στηριγμένοι λοιπόν στις διαθέσιμες πληροφορίες για τους επικρατούντες τρόπους μετάδοσης του ιού στις διάφορες χώρες, η Π.Ο.Υ. έχει χωρίσει την υδρόγειο σε 3 αδρές αλλά αρκετά σαφείς ζώνες.

ΖΩΝΗ 1: περιλαμβάνει την Β.ΑΜΕΡΙΚΗ, Δ.ΕΥΡΩΠΗ, ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ, ΝΕΑ ΖΗΛΑΝΔΙΑ και πολλές αστικές περιοχές της ΛΑΤΙΝΙΚΗΣ ΑΜΕΡΙΚΗΣ.

Στη ζώνη αυτή η σεξουαλική μετάδοση του ιού έχει να κάνει κυρίως με τους ομοφυλόφιλους και αμφιφυλόφιλους άνδρες. Σε μερικές περιοχές το ποσοστό των ομοφυλόφιλων ανδρών που έχουν μολυνθεί υπερβαίνει το 50%. Μετάδοση μέσα από ετεροφυλικές σχέσεις υφίστανται και φαίνεται να αυξάνει με αργούς πάντως ρυθμούς. Ως προς την μετάδοση με το αίμα, αυτή κυρίως παρατηρείται στους τοξικομανείς εκείνους οι οποίοι χρησιμοποιούν ναρκωτικά από την ενδοφλέβια οδό, ενώ η προσβολή των παιδιών είναι λιγότερο

συχνή, αφού στην ζώνη 1 έχουν μολυνθεί μέχρι τώρα σχετικά λίγες γυναίκες.

ΖΩΝΗ 2: περιλαμβάνει την ΑΦΡΙΚΗ κάτω από την ΣΑΧΑΡΑ και στην ΛΑΤΙΝΙΚΗ ΑΜΕΡΙΚΗ, ιδιαίτερα την ΚΑΡΑΪΒΙΚΗ. Εδώ η σεξουαλική μετάδοση της νόσου γίνεται κυρίως με τις ετεροφιλικές σχέσεις, σε μερικές δε μεγάλες αστικές περιοχές μέχρι και το 25% των σεξουαλικά δραστήριων ενηλίκων καθώς και πλειονότητα των κοινών γυναικών, είναι μολυσμένοι. Υπάρχει ακόμα ικανός αριθμός κρουσμάτων από μεταγγίσεις, όπου τα αίματα ελέγχονται ανεπαρκώς καθώς και από την χρήση μη αποστειρωμένων συρίγγων ή άλλων αιχμηρών μέσων μεταξύ των τοξικομανών. Ως προς την περινεογνική μετάδοση, αυτή πράγματι αποτελεί πολύ σημαντικό πρόβλημα, αφού σε μερικές πόλεις είναι μολυσμένο από τον ιό τουλάχιστον το 5-15% των εγκύων. Ο αριθμός είναι εντυπωσιακός και τείνει να εξουδετερώσει ότι κέρδη είχαμε στα παιδιά της ζώνης 2 από την εφαρμογή μαζικών προγραμμάτων τόσα χρόνια, όπως το Εκτεταμένο Πρόγραμμα ή το Πρόγραμμα για τον Έλεγχο των Διαρροϊκών Νοσημάτων.

ΖΩΝΗ 3: υπάγονται η Β.ΑΦΡΙΚΗ, ΜΕΣΗ ΑΝΑΤΟΛΗ, Α.ΕΥΡΩΠΗ, ΑΣΙΑ και ΕΙΡΗΝΙΚΟΣ, περιοχές στις οποίες δεν φαίνεται να υπήρχε πρόβλημα AIDS μέχρι την αρχή προς τα μέσα της δεκαετίας του '80. Οι περιπτώσεις νόσου στην ζώνη 3, καλύπτουν μέχρι πρόσφατα μόνο το 1% του συνόλου των αναφερομένων στην Π.Ο.Υ. και τα πρώτα περιστατικά προήλθαν ή από επαφή με μολυσμένα άτομα των ζωνών 1 και 2 ή από μετάγγιση θετικού αίματος (εισαγομένου). Ο ιός δεν έχει ακόμα εξαπλωθεί στο γενικό πληθυσμό των χωρών της ζώνης 3, όπου η οροθετικότητα των αιμοδοτών ποικίλει από 0-2 στους 100.000. Η μετάδοση πάντως της νόσου και σ' αυτές της περιοχές δείχνει να αυξάνεται συνεχώς, ιδιαίτερα μεταξύ των κοινών γυναικών και των χρηστών ναρκωτικών από την ενδοφλέβια οδό.

Από τα υπάρχοντα δεδομένα, η χώρα μας φαίνεται ν'ανήκει ως προς τον αριθμό των κρουσμάτων στην ζώνη 3, με επικρατούντες τρόπους μετάδοσης μάλλον εκείνους της ζώνης 1. Έτσι σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΘΝΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ AIDS, μέχρι τον μήνα Αύγουστο του 1988 είχαμε 141 περιπτώσεις νόσου, εκ των οποίων οι 130 αφορούσαν άνδρες (92%) και 11 γυναίκες (8%) με πρώτους τους ομο- και αμφιφυλόφιλους άνδρες (71 περιστατικά), ακολουθούμενους από άτομα με ετεροφυλοφιλικές σχέσεις (28) και τους μεταγγιζόμενους γενικά (28), ενώ 4 κρούσματα είχαν σημειωθεί σε παιδιά κάτω των 12 ετών.

Το ερώτημα κλειδί είναι βέβαια που πάμε;

Η Π.Ο.Υ. παρατηρεί τελευταία μια μείωση του αριθμού των μολύνσεων μεταξύ των ομοφυλόφιλων, αλλά και μία βραδεία εξάπλωση του ιού μεταξύ των ετεροφυλόφιλων της ζώνης 1. Τούτο την οδήγησε αρχικά στο συμπέρασμα ότι η πανδημία του AIDS έχει ήδη κορυφωθεί. Όλες όμως οι μελέτες σε τοξικομανείς, ομοφυλόφιλους και κοινές γυναίκες έδειξαν ότι εκεί όπου ενδημεί ο ιός, μπορεί σε κάθε στιγμή να σημειωθούν αναπάντεχα εκρηκτικές επιδημικές εξάρσεις, όπως π.χ συνέβει στο ΜΠΑΝΓΚΟΚ, που η οροθετικότητα των ναρκομανών <<πήδηξε>> ξαφνικά από το 1% το 1987 στο 16% στις αρχές του '88. Και αντίθετα σε μερικές περιοχές των Η.Π.Α., παρά το συχνό μοίρασμα των συριγγών μεταξύ των ναρκομανών, η ανίχνευση του ιού παραμένει ακόμα σχετικά σπάνια. Αυτό βέβαια αποτελεί την εξαίρεση, γιατί αν δεν αλλάξουν ριζικά οι σχετικές συνήθειες των τοξικομανών, οι δραματικές επιδημιολογικές καμπύλες του τύπου της Ν.ΥΟΡΚΗΣ, του ΕΔΙΜΒΟΥΡΓΟΥ και του ΜΙΛΑΝΟΥ, θ'απειλούν κάθε κοινότητα με ανάλογους πληθυσμούς. Το πρόβλημα έχει συνεπώς τεράστιες, ποικίλες και απρόβλεπτες ενδεχομένως διαστάσεις, αφού η νόσος έχει εισβάλλει σε κάθε σχεδόν γωνία της γής και εξακολουθεί να εξελίσσεται, να δείχνει το πρόσωπό της. Στην

ΑΦΡΙΚΗ π.χ. και σε ορισμένα τμήματα της ΚΑΡΑΙΒΙΚΗΣ η ετεροφυλοφιλική μετάδοση του ιού εξαπλώνεται γρήγορα. Κύρια θύματα της λοίμωξης στα μεγάλα αστικά κέντρα των Η.Π.Α., είναι τα μαύρα και ισπανόφωνα νεαρά άτομα των φτωχών οικογενειών. Αποτελούν τον κύριο στόχο της νόσου. Και επειδή μετριούνται σε εκατοντάδες εκείνοι των οποίων οι συνήθειες προδιαθέτουν στη μόλυνση, το γεγονός σε συνδιασμό με την μακροβιότητα του ιού, εγγυάται σχεδόν την προοδευτική διάβρωση κάθε ουσιαστικά, πληθυσμού. Μόνο αν μεταβληθούν ολοκληρωτικά γνωστές έξεις και πρακτικές, μπορούμε να ελπίζουμε βάσιμα σε αποτελεσματική διέξοδο από ένα πρόβλημα με τόσες κοινωνικές παραμέτρους επιστημονικές, οικονομικές, εκπαιδευτικές, πολιτικές. Τουλάχιστον υπό τις σημερινές συνθήκες.

Στη συνέχεια θα αναστρέψουμε το ερώτημα σχετικά με την μετάδοση του ιού και θα αναφέρουμε την άποψη του Ακαδημαϊκού Ν. Μαιτσανιώτη. Το ερώτημα λοιπόν που θέτουμε τώρα είναι:

"Πώς ΔΕΝ μεταδίδεται ο ιός του AIDS;"

<<Τα κλινικά συμπτώματα του AIDS δεν οφείλονται στον ιό του AIDS αυτόν καθ'αυτόν αλλά σε μικροβιακές ή άλλες λοιμώξεις καθώς επίσης και στην ανάπτυξη κακοηθών νοσημάτων που έχουν σαν αιτία την αννεπάρκεια του ανοσοποιητικού συστήματος, για την οποία βεβαίως υπεύθυνος είναι ο ιός του AIDS. Οι μόνες εκδηλώσεις της νόσου που οφείλονται ευθέως και αποκλειστικώς στον ιό του AIDS είναι η λεμφαδενοπάθεια, κυρίως όμως οι παθολογικές εκδηλώσεις από τον εγκέφαλο οι οποίες μπορούν να καταλήξουν σε βαριά διανοητική έκπτωση.

Ο ιός του AIDS έχει απομονωθεί εκτός από τα κύτταρα, στα οποία ανέφερα ότι κατ'εξοχήν πολλαπλασιάζεται και σε όλα σχεδόν τα υγρά του ανθρώπινου οργανισμού. Στο αίμα, τον ορό του αίματος, το σπέρμα, τα κολπικά υγρά, το σάλιο, τα βρογχικά εκκρίματα, τα δάκρυα, το μητρικό γάλα, τα ούρα και το εγκέφαλονωτιαίο υγρό.

Με βεβαιότητα που προσεγγίζει το 100% ο ιός μεταδίδεται

μόνο με :

ΣΠΕΡΜΑ-ΤΟ ΑΙΜΑ-ΚΑΙ ΙΣΩΣ ΜΕ ΤΑ ΚΟΛΠΙΚΑ ΥΓΡΑ

Δεν μεταδίδεται με κανένα άλλο υγρό στο οποίο έχει διαπιστωθεί η παρουσία του.

Οι λόγοι που δεν μεταδίδεται είναι πολλοί και επιστημονικά απολύτως τεκμηριωμένοι. Στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι παρακολουθήθηκαν πολλές εκατοντάδες μέλη οικογενειών αρρώστων που έπασχαν από AIDS. Υπολογίστηκε ότι όταν έγινε η διάγνωση του AIDS, οι ασθενείς ήσαν προηγουμένως φορείς, άρα μετέδιδαν τον ιό για τρία περίπου χρόνια. Όπως είναι εύκολα αντιληπτό στο διάστημα αυτό δεν λαμβάνονταν κανένα προφυλαχτικό μέτρο και τα μέλη της οικογένειας ζούσαν όπως όλοι μας.

Δεν αποδείχτηκε ούτε μία περίπτωση μετάδοσης της νόσου έξω από τους ερωτικούς συντρόφους των αρρώστων και ενός βρέφους που μολύνθηκε από τη μητέρα του στο διάστημα της κυοφορίας του.

Σε μία άλλη μελέτη διαπιστώθηκε ότι δεν μολύνθηκε ούτε ένα από τα 86 μέλη των 24 οικογενειών που είχαν παιδιά που έπασχαν από AIDS. Και τούτο παρά τις πολλές περιπτώσεις που αδέλφια, ένα από τα οποία είχε AIDS, αλληλοδαγκώθηκαν. Ακόμα πιο εντυπωσιακή είναι η περίπτωση ενός αρρώστου με AIDS που δάγκωσε 30 συνολικά νοσηλευτικά στελέχη χωρίς να μολύνει κανένα.

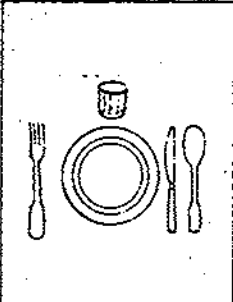

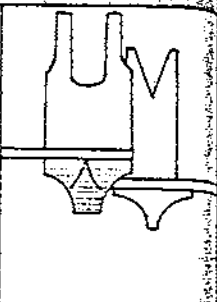
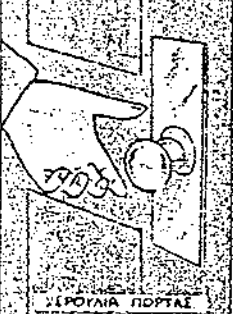
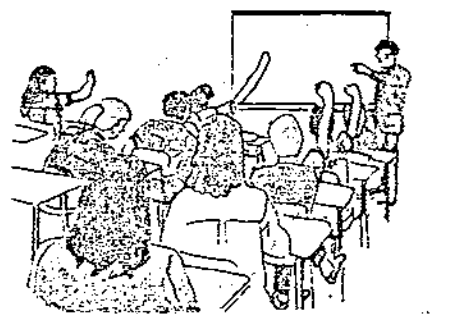
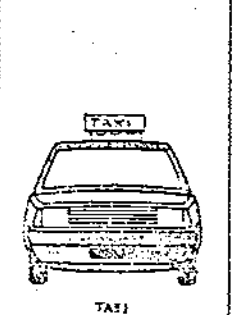

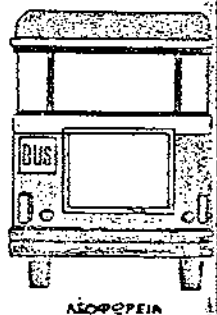
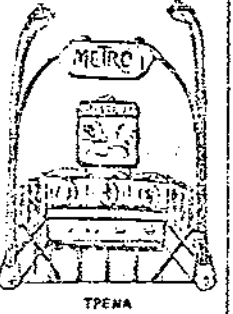
Το AIDS δεν είναι επικίνδυνο ούτε για τους εργαζόμενους στα νοσοκομεία. Η μεταδοτικότητα του είναι πολλές φορές μικρότερη από τη μεταδοτικότητα της Ηπατίτιδας Β. Γι' αυτό και στην άσκηση της ιατρικής, σε όλες τις πτυχές της, όταν παίρνονται—όπως επιβάλλεται να παίρνονται—τα μέτρα για την προστασία του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού από την Ηπατίτιδα Β η προστασία από τον ιό του AIDS είναι απόλυτα εξασφαλισμένη.

Τέλος το AIDS δεν μεταδίδεται με τα δείγματα των εντόμων. Στην Αφρική, που αφθονούν και τα έντομα και το AIDS, δεν έχει αποδειχθεί ούτε μία περίπτωση AIDS σε παιδί που δεν κόλλησε.

την αρρώστια στην κοιλιά της μάνας του. Αντιθέτως, νοσήματα που μεταδίδονται με τα έντομα όπως η ελονοσία και το ΚΑΛΑ-ΑΖΑΡ-η λειψμανίαση-μαστίζουν την παιδική ηλικία στην Αφρική.

Η επιμονή μου στους τρόπους με τους οποίους δεν μεταδίδεται ο ιός είναι δικαιολογημένη διότι ο φόβος του AIDS στηρίζεται ακριβώς στην εξωπραγματική αντίληψη ότι υπάρχει παντού κι'ότι μπορεί να κολλήσουμε ακόμα και αν σφίξουμε το χέρι του αρρώστου ή και του φορέα. Κι'όμως αυτό το σφύξιμο του χεριού το απολύτως ακίνδυνο είναι για τον άρρωστο με AIDS η καλύτερη μετάγγιση ανθρωπιάς, ελπίδας και συμπαράστασης.>>

ΑΥΤΟΙ ΟΙ ΤΡΟΠΟΙ ΔΕΝ ΜΕΤΑΔΙΔΟΥΝ ΤΟ AIDS

 <p>ΣΚΕΤΗ ΦΑΓΗΤΩΝ</p>	 <p>ΣΧΟΛΕΙΑ</p>	 <p>ΕΣΤΡΟΥΛΑ</p>
 <p>ΧΕΙΡΩΝ ΜΕΤΕ ΤΗΝ ΕΙΣΟΔΟΥΣ ΤΗΝ ΠΟΡΤΑ</p>	 <p>Οι ορθopedικοί μαθητές μπορούν να συνεχίσουν τις σπουδές τους. Δεν μεταδίδουν τον ιό στις συμμαθήτες τους.</p>	
 <p>ΤΑΞΙ</p>	 <p>ΜΕΤΑΓΓΙΣΕΙΣ</p>	 <p>ΛΙΣΤΡΕΙΑ</p>
 <p>ΤΡΕΝΑ</p>	<p>Κανένας κίνδυνος κατά την αποδοσία. Χρησιμοποιούνται μιας χρήσεως βελόνες και όργανα.</p>	<p>Δεν υπάρχει κίνδυνος από τις επαφές της καθημερινής ζωής</p>

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΤΟΥ AIDS

Το σύνδρομο της επίκτητης ανοσοανεπάρκειας (AIDS) έχει αναγνωρισθεί σαν μία σοβαρή κατάσταση δυσλειτουργίας του ανοσοποιητικού συστήματος, που προκαλείται από ρετροϊό, τον ιό της ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου, όπως ονομάζεται σήμερα (HIV).

Οι κλινικές εκδηλώσεις της νόσου είναι είτε το απ'ευθείας αποτέλεσμα της μόλυνσης από τον ιό, είτε είναι αποτέλεσμα δευτερογενών καταστάσεων, που δημιουργούνται λόγω της ανοσολογικής δυσλειτουργίας που προκαλεί ο ιός.

Η επώαση, δηλαδή, η χρονική διάρκεια μεταξύ μόλυνσης και εκδήλωσης των πρώτων συμπτωμάτων ή σημείων ποικίλλει ανάλογα με το είδος των πρώτων συμπτωμάτων ή σημείων.

Π.χ. φαίνεται ότι η επώαση της γενικευμένης πολυαδενοπάθειας είναι σχετικά μικρή (1-2 έτη ή και λιγότερο). Τουναντίον η επώαση σοβαρών συμπτωμάτων και σημείων, των οποίων η αντιμετώπιση απαιτεί την νοσηλεία του ασθενούς, είναι πολύ μεγαλύτερη και η διάμεσος τοποθετείται σε 6-7 έτη για πολλούς ερευνητές ή σε 5 έτη για άλλους επιδημιολόγους. Υπάρχουν ενδείξεις ότι σε ορισμένες ομάδες του πληθυσμού (ομοφυλόφιλοι, ιερόδουλες) η επώαση είναι μικρότερη.

Το φάσμα των κλινικών εκδηλώσεων μπορεί να περιλαμβάνει καταστάσεις χωρίς καμία εκδήλωση (φορείς του ιού), μη ειδικά συμπτώματα και σημεία της νόσου, αυτοάνοσες και νευρολογικές διαταραχές, ποικιλία ευκαιριακών λοιμώξεων και διαφόρους τύπους κακοήθων νεοπλασιών. Η κατανόηση της φυσικής νόσου με βάση τουλάχιστον ό,τι είναι γνωστό ως τώρα, θα επιτρέψει τον ορθό διαγνωστικό προσανατολισμό και την λογική αξιολόγηση των διαφόρων παθολογικών εκδηλώσεων.

Για την επίτευξη του σκοπού αυτού διακρίνουμε τα εξής στάδια:

A) ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ (ΦΟΡΕΙΣ)

Το στάδιο αυτό αρχίζει μετά την μόλυνση με τον ιό. Τελικά, θα καταλήξει σε πλήρες σύνδρομο μετά από μήνες ή από χρόνια (από 2 έως 6 χρόνια). Κατά την διάρκεια του ασυμπτωματικού σταδίου δεν υπάρχουν κλινικές εκδηλώσεις. Ωστόσο, ο φορέας είναι δυνητικά μεταδοτικός. Η θετικοποίηση του αίματος γίνεται σε δύο εβδομάδες περίπου από την μόλυνση.

B) ΟΞΕΙΑ ΜΟΛΥΝΣΗ ΣΥΝΟΔΕΥΟΜΕΝΗ ΑΠΟ ΑΤΥΠΟ ΕΞΑΝΘΗΜΑ

Το στάδιο αυτό χρονολογικά συμπίπτει με την πρώτη ασυμπτωματική φάση και με την αρχική μόλυνση. Μόνη διαφορά είναι ότι υπάρχουν εκδηλώσεις ιδιαίτερα από το δέρμα. Πρόκειται, δηλαδή για άμεση, οξεία και επιθετική εισβολή της νόσου με πρόγνωση αστάθμητη. Ο άρρωστος είναι οροαρνητικός για μικρό χρονικό διάστημα, ενώ υπάρχει ήδη το εξάνθημα.

Γ) ΕΠΙΜΟΝΗ ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΗ ΛΕΜΦΑΔΕΝΟΠΑΘΕΙΑ

Χαρακτηρίζεται από την παρουσία λεμφαδένων. Οι λεμφαδενίτιδα διαρκεί περίπου 3 μήνες. Είναι ανατάξιμη συνδρομή.

Δ) ΠΡΟΔΡΟΜΟ AIDS-ARC

Πρόκειται για προχωρημένη και μη ανατάξιμη βλάβη. Χαρακτηρίζεται από πολυαδενίτιδα, απώλεια βάρους, πυρετό, χρόνια διάρροια, πολλαπλά εξανθήματα από το δέρμα και τους βλεννογόνους. Σε διάστημα λίγων μηνών (4-6) οι άρρωστοι αυτοί θα αναπτύξουν πλήρες σύνδρομο.

E) ΠΛΗΡΕΣ ΣΥΝΔΡΟΜΟ - FULL-BLOWN SYNDROME

Συυπάρχουν όλες οι παραπάνω εκδηλώσεις μαζί με πνευμονία CARINII ή σάρκωμα KAPOSI. Τέλος, παρατηρείται γενικά μία μεγάλη

ποικιλία δερματικών εκδηλώσεων.

Για να διευκολυνθεί η διάγνωση, η πρόγνωση και η λήψη αποφάσεως για έναρξη αντιιοικής αγωγής το WALTER REED καθιέρωσε σχέδιο σταθεροποίησης της λοίμωξης.

Σύμφωνα με αυτό κατά τα πρώτα τρία στάδια της λοίμωξης ο αριθμός των T_4 λεμφοκυττάρων υπερβαίνει τα 400 χωρίς κλινικές εκδηλώσεις. Κατά τα επόμενα τρία στάδια τα T_4 λεμφοκύτταρα πέφτουν κάτω των 400 και συνυπάρχει λεμφαδενοπάθεια.

Το τελικό στάδιο χαρακτηρίζεται ως AIDS ME ΣΑΦΕΙΣ ΕΥΚΑΙΡΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΗΣ

Παρόμοια σταδιοποίηση προτείνει και το CDC του Η.Π.Α..

Όταν ο ασθενής εισέλθει στο τελικό στάδιο η πορεία προς τον θάνατο είναι βεβαία με συνεχείς λοιμώξεις, πυρετούς, απίσχναση και αδυναμία που καταβάλλει τον ασθενή τρομακτικά. Θα πρέπει να τονιστεί ότι κανένα από τα συμπτώματα και τις καταστάσεις αυτής δεν είναι χαρακτηριστικό αποκλειστικά του AIDS. Η πορεία διαρκεί συνήθως 1 μέχρι 2 χρόνια από την στιγμή της διάγνωσης.

Η Π.Ο.Υ. καθιέρωσε και διακρίνει τα συμπτώματα στους ενήλικες σε: ΚΥΡΙΑ - ΔΕΥΤΕΡΕΥΟΝΤΑ.

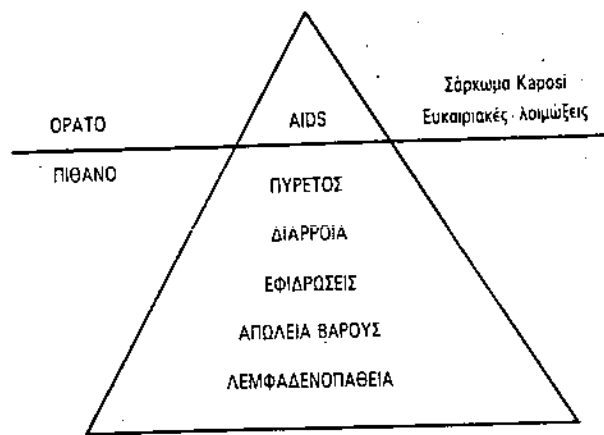
ΚΥΡΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

- 1) Απώλεια $\geq 10\%$ του σωματικού βάρους
- 2) χρόνια διάρροια διάρκειας άνω του μηνός
- 3) πυρετός που επιμένει πάνω από ένα μήνα

ΔΕΥΤΕΡΕΥΟΝΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

- 1) Βήχας που επιμένει πάνω από ένα μήνα
- 2) γενικευμένη κνηδωτική δερματίτιδα
- 3) έρπητας ζωστήρας που υποτροπιάζει
- 4) στοματοφαρυγγική καντιντίαση
- 5) χρόνιος έρπητας προοδευτικά επεκτεινόμενος
- 6) γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια

Είναι κλασσική η απεικόνιση του AIDS, με τη μορφή ενός παγόβουνου που η κορυφή του αντιπροσωπεύει το ορατό AIDS με το σάρκωμα Καρσί και τις ευκαιριακές λοιμώξεις και το κάτω από την επιφάνεια της θάλασσας μεγάλο τμήμα του που αντιστοιχεί στο πρόδρομο σύνδρομο (εικ. 1) (CDC 1982α, Weller 1984).

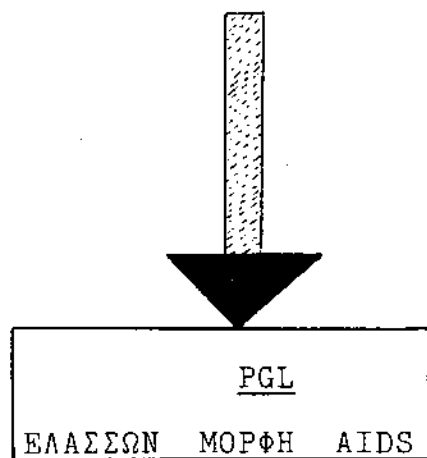


ΕΙΚΟΝΑ 1. Το φαινόμενο του «παγόβουνου».

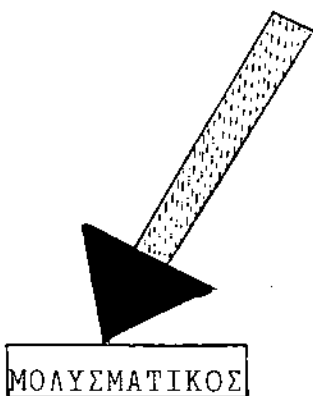
Είναι κλασσική η απεικόνιση του AIDS με τη μορφή ενός παγόβουνου που η κορυφή του αντιπροσωπεύει το ορατό AIDS με το σάρκωμα ΚΑΡΣΙ και τις ευκαιριακές λοιμώξεις και το κάτω από την επιφάνεια της θάλασσας μεγάλο τμήμα του που αντιστοιχεί στο πρόδρομο σύνδρομο.

A I D S

ΔΕΡΜΑΤΟΠΑΘΕΙΑ-ΚΑΡΟΣΙ-ΕΡΠΗΣ ΖΩΣΤΗΡΑΣ-ΕΠΙΧΕΙΛΙΟΣ-ΚΑΝΤΙΤΙΑΣΗ-ΑΔΥ-
ΝΑΜΙΑ-ΜΕΙΩΣΗ ΒΑΡΟΥΣ ΠΑΝΩ ΑΠΟ 10%-ΔΙΑΡΡΟΙΑ-ΠΥΡΕΤΟ.



ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΟΥ AIDS-ΔΙΑΡΚΕΙ ΠΕΡΙΠΟΥ 4 ΜΗΝΕΣ
ΕΜΦΑΝΙΖΕΤΑΙ ΜΕΤΑ ΑΠΟ 4-5 ΧΡΟΝΙΑ
ΟΙΔΗΜΑ ΛΕΜΦΑΔΕΝΩΝ (1CM) ΜΟΝΟΠΛΕΥΡΟ Η ΑΜΦΙΠΛΕΥΡΟ



ΑΔΥΝΑΜΙΑ- ΚΟΠΩΣΗ-ΠΥΡΕΤΟ
ΛΕΜΦΑΔΕΝΟΠΑΘΕΙΑ ΓΙΑ
2-12 ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑ
ΕΞΑΦΑΝΙΖΕΤΑΙ



(ΜΕ ΤΑ ΣΗΜΕΡΙΝΑ ΔΕΔΟ-
ΜΕΝΑ)



Ο Εμμανοήλ Ντρέϊγ ζει με το AIDS. Στο ημερολόγιό του εκφράζει τις σκέψεις του για το AIDS ενώ παράλληλα απολογείται παραστατικά τον τρόπο με τον οποίο μπορεί να πρωτοεμφανιστεί το AIDS.

<<Η αρρώστια δεν προβλέπει, παρά μονάχα όταν ξαναβλέπει κανείς αργότερα τη σειρά των γεγονότων που οδήγησαν σε αυτή. Ξεκινάει με απλές αψιμαχίες στα συνοριακά φυλάκια, κάποια άσχημη γρίπη ή μία βρογχίτιδα που κράτησε πολύ, ενώ εγώ ανύποπτος για το τι μου επιφυλάσσει η μοίρα, εξακολουθώ να ζω κανονικά, αφιερώνοντας όλες μου τις δυνάμεις στα έργα του καιρού της ειρήνης: διακοπές, σωματικές ασκήσεις, περιστασιακές σχέσεις σαν τους αξιωματικούς της φρουράς που κυνηγάνε τον ποδογυρο, περιμένοντας τους βαρβάρους. Δεν πήγαινε το μυαλό μου, πως πίσω από τα ασήμαντα εκείνα συνοριακά επεισόδια, πίσω από τα αντιβιοτικά που δεν φέρουν αποτέλεσμα, από τα δέκατα που δεν λένε να πέσουν, κρύβεται μία ψυχρή υπολογισμένη επίθεση. Σαν την κυβέρνηση του Λαϊκού Μετώπου κι εγώ, απολάμβανα τις χαρές της ειρήνης, μέχρι που έφθασε το τελεσίγραφο, μέχρι που τα λεμφοκύτταρα T_8 μαζεύτηκαν στην πρώτη γραμμή των συνόρων, ενώ οι τρελές μου κοινωνικές δαπάνες μείωσαν στο ελάχιστο τα T_4 , τα ανοσοποιητικά κύτταρα της δικής μου γραμμής Μαζινό. Στην περίπτωση που μάλιστα, η γραμμή Μαζινό έκρυβε πίσω της και τη σιγουριά πως οι Αμερικάνοι ήταν πιο ευαίσθητοι κι ευπρόσβλητοι από μένα το Γάλλο των αποικιών, ο οποίος είχα περάσει πολύ χειρότερες-έτσι νόμιζα-τροπικές επιδημίες. Ο θώρακας αυτός της ανοσίας πίστευα πως ήταν ολωσδιόλου ικανός να με προστατεύσει από τα βέλη του AIDS. Έτσι κι η Γαλλία του '39-40 επαναπαύονταν στις δάφνες της του '14-'18. Μετά όμως από τις πρώτες ανταλλαγές πυρών, αστράφτει η αλήθεια: διαπιστώνει ο κόσμος πως ο Χίτλερ έχει στήσει μία τεράστια πολεμική μηχανή: έρχεται ο πανικός.>>

ΔΕΡΜΑΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΗΣ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ
ΑΝΟΣΟΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΑΥΤΩΝ

Πέρα από τó βασικότρόπο μεταδόσεως του νοσήματος, γεγονός που εντάσσει τó AIDS στην ενότιητα των σεξουαλικώ μεταδιδόμενων νοσημάτων και ως εκ τούτου υπόκειται στους νόμους των επιδημιολογικών και ιατροκοινωνικών φαινομένων των νοσημάτων αυτών, το νόσημα αυτό συνοδεύεται από μια μεγάλη ποικιλία εκδηλώσεων από το δέρμα και τους βλεννογόνους.

Οι εκδηλώσεις αυτές είναι ποικιλλόμορφες, πρώιμες και ταξινομούνται σε 3 ομάδες:

- α. Αταξινόμητες ποικίλλες εκδηλώσεις.
- β. Μολυσματικές ποικίλλες εκδηλώσεις.
- γ. Νεοπλασματικές ποικίλλες εκδηλώσεις.

Η αναγνώρισή τους στην κλινική πράξη, είναι αφάνταστα χρησιμη για ένα σωστό διαγνωστικό προσανατολισμό.

Όχι σπάνια, εξάλλου, η αξιολόγησή τους έχει μεγάλη προγνωστική αξία. Η σποθδαιότερη εκδήλωση του AIDS στο δέρμα είναι το σάρκωμα KAPOSI. Άλλες εκδηλώσεις είναι οι επίμονοι επιθετικοί έρπητες, μολύνσεις δέρματος με ιούς όπως είναι η μολυσματική τέρμινθος ή άτυπα ιλαρσειδή εξανθήματα (πρόσωπο, κορμός, άκρα).

Τέλος, η μυκητίαση της γλώσσας ή του στόματος από τον μύκητα CANDIDA είναι συχνή συνοδός εκδήλωση.

ΣΑΡΚΩΜΑ KAPOSI: το σάρκωμα του KAPOSI είναι η πλέον συνήθης και η πλέον αντιπροσωπευτική βλάβη από το δέρμα. Άλλωστε, εξαιτίας της ασυνήθιστης αύξησης των περιπτώσεων σαρκώματος KAPOSI, το 1978, στις Η.Π.Α., όπου τα ποσοστά της νόσου ήταν μέχρι τότε ασήμαντα και ιδιαίτερα τις επιπτώσεις του στους ομοφυλόφιλους, άρχισε η αναγνώριση του AIDS.

Τι είναι όμως το ακροσάρκωμα KAPOSI που περιγράφηκε το 1872 από το Βιεννέζικο γιατρό M.KAPOSI.

Πρόκειται για μία πολυεστιακή νεοπλασία του αγγειακού ιστού, που αφορά στο δέρμα και στα διάφορα όργανα ιδιαίτερα στα σπλάχνα (ήπαρ, έντερο). Η ιστογένεση του νεοπλάσματος είναι ασαφής, αν και υποστηρίζεται ότι εκπορεύεται από το ενδοθήλιο και τα περιθυλακικά κύτταρα των μικρών αγγείων, ίσως και των λεμφαγγείων.

Από κλινικής πλευράς εμφανίζεται υπό μορφή πλακών, οζιδίων ή μεγάλων βλατίδων ερυθρόφαιης ή ερυθροκύανης χροιάς. Άλλοτε εμφανίζεται με μορφή μεγάλης εκτάσεως διηθημένων πλακών με σύγχρονη διήθηση της υποκείμενης περιτονίας και των οστών και άλλοτε τέλος, ως γενικευμένη μορφή, με εντοπισμό στους πνεύμονες, ήπαρ, οστά κ.λ.π.

Οι βλάβες αρχίζουν και καθ'υπεροχή εντοπίζονται στα κάτω άκρα, τα περύγια των ώτων και το πέος.

Οι δερματικές εκδηλώσεις στους αρρώστους με σύνδρομο επίκτητης ανοσοανεπάρκειας διαφέρουν σημαντικά από το κλασικό ΚΑΡΟΣΙ, γενικά είναι μικρότερες, μαλακές και διάσπαρτες, αρχίζοντας από τον κορμό (όχι από τα άκρα) και εντοπιζόμενες κατά προτίμηση στις πτυχώσεις του κορμού. Η νόσος συνοδεύεται από λεμφοοίδημα και συνοδεύεται ή συνυπάρχει με άλλες παθήσεις, ιδιαίτερα με κακοήθεις αιματογενής νόσους.

Πρέπει ωστόσο να υπογραμμιστεί με ιδιαίτερη έμφαση ότι, από αιτιοπαθολογικής πλευράς και φυσικής εξαλίξεως της νόσου καμία απολύτως σχέση δεν υπάρχει με το κλασικό σάρκωμα ΚΑΡΟΣΙ που ενδημεί στην Ελλάδα και το ΚΑΡΟΣΙ του AIDS που λεχει διεθνή γεωγραφική κατανομή. Άλλο το ένα και άλλο το άλλο. Ο τύπος του πολυεστιακού διάσπερτου και επιτεθικής μορφής σαρκώματος ΚΑΡΟΣΙ, που συνυπάρχει στο σύνδρομο της επίκτητης ανοσοανεπάρκειας, εμφανίζεται αιφνιδίως και ιδιαίτερα στους ομοφυλόφιλους. Είναι προφανές ότι η ανάπτυξη του σαρκώματος ΚΑΡΟΣΙ ευνοείται με συνθήκες έκπτωσης της κυτταρικής ανοσίας και φυσικά πρόκειται για ένα επιφαινόμενο του AIDS.

Η νοσολογική αυτή νεοπλασία φύσεως αγγειωμάτωση με το γενικό τίτλο σάρκωμα ΚΑΡΟΣΙ, ταξινομείται με βάση επιδημιολογικά στοιχεία, κλινικές παρατηρήσεις και συμπεράσματα από την εξέλιξη της νόσου, σε τέσσερις ειδικές υπο-ομάδες (τύπους) που είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους.

Το καθοριστικό περίγραμμα των τύπων αυτών οι οποίοι διαφέρουν μεταξύ τους, τουλάχιστον από πλευράς αιτιολογίας, έχει ως εξής:

ΤΥΠΟΣ Ι:

Κλασικό ή μεσογειακό σάρκωμα ΚΑΡΟΣΙ ή σποραδικό. Περιγράφηκε το 1872 από τον Μ. ΚΑΡΟΣΙ. Ενδημεί στην Κ. Ευρώπη, Ισραήλ, Ιταλία, Ελλάδα, Γαλλία, Σαρδηνία, κ. τ. λ. Αρχίζει να εμφανίζεται από τα κάτω άκρα και είναι συνηθισμένο σε ηλικιωμένους άρρενες. Η εξέλιξη της νόσου είναι βραδεία (3-15 χρόνια). Προσβάλλει τα σπλάχνα, ιδιαίτερα το έντερο, το ήπαρ και τα οστά. Πρόκειται για ένα είδος διάσπαρτης νεοπλασματικής αγγειωματώσεως. Συνήθως συνοδεύεται από κακοήθεις νόσους του αιμοποιητικού ιστού ή ακόμα και από άλλης προέλευσης καρκινώματα.

Είναι νόσος άγνωστης αιτιολογίας και δεν ανευρίσκεται ο ιός HIV.

ΤΥΠΟΣ ΙΙ:

Ενδημικό ΚΑΡΟΣΙ ή αφρικανικού τύπου. Περιγράφηκε το 1961. Ενδημεί στην Κ. Αφρική (στις χώρες του Ισημερινού). Οι βλάβες του εντοπίζονται στον κορμό και τα άκρα. Συνυπάρχει λεμφαδενίτιδα. Καμιά φορά η λεμφαδενίτιδα είναι το κυρίαρχο, ίσως και το μοναδικό σύμπτωμα. Προσβάλλει άτομα νέας ηλικίας (κάτω των 40 ετών) πολλές φορές και παιδιά. Στα παιδιά η πρόγνωση είναι κακή. Η συμβολή του HIV στη νόσο δεν έχει αποσαφηνιστεί, χωρίς όμως να αποκλείεται εντελώς.

ΤΥΠΟΣ ΙΙΙ:

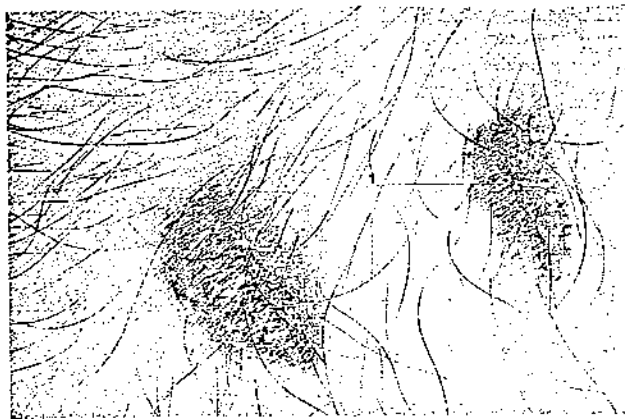
Σάρκωμα του ΚΑΡΟΣΙ συνοδευόμενο με συνθήκες ανοσοκαταστολής. Περιγράφηκε το 1970 σε ασθενείς με μεταμόσχευση νεφρού, ερυθματώδη λύκο, σε ασθενείς που βρίσκονται σε φαρμακευτική ανοσοκαταστολή.

Η συχνότητα εμφάνισης εκδηλώσεων στους ασθενείς είναι ασυγκρίτως μεγαλύτερη, σε σύγκριση με αντίστοιχες ομάδες υγιών. Ο HIV δεν ανευρίσκεται.

ΤΥΠΟΣ ΙV:

AIDS - ΚΑΡΟΣΙ ή επιδημικό ΚΑΡΟΣΙ. Περιγράφηκε το 1982 και συνιστά μέρος του συνδρόμου της επίκτητης ανοσοανεπάρκειας. Εμφανίζεται σε ποσοστό 35-37% σε ασθενείς με AIDS και αν συνυπάρχει πνευμονία από PNEUMOCYSTIS CARINII η πρόγνωση είναι κακή. Οι όζοι, όγκοι, πλάκες ή οζίδια είναι διασπαρμένα στον κορμό και στα άκρα. Εντοπίζονται περισσότερο στις πτυχώσεις του σώματος και εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα στους άνδρες (μέσος όρος ηλικίας 39 ετών). Η πρόγνωση είναι βαρύτερη και η εξέλιξη της νόσου είναι ταχεία.

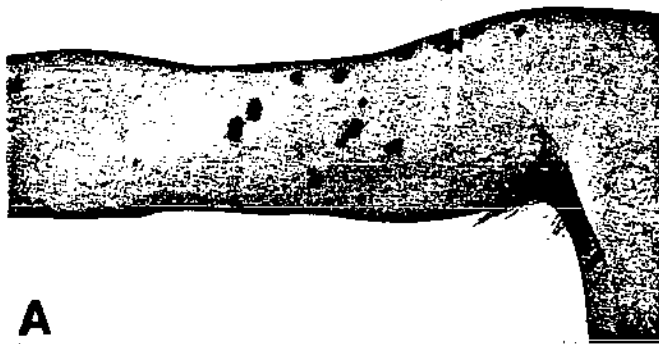
Συνυπάρχουν πάρα πολλές ευκαιριακές λοιμώξεις, για αυτό πάσχουν σχεδόν όλα τα όργανα και συστήματα. Οφείλεται αποκλειστικά και μόνο στον ιό HIV.



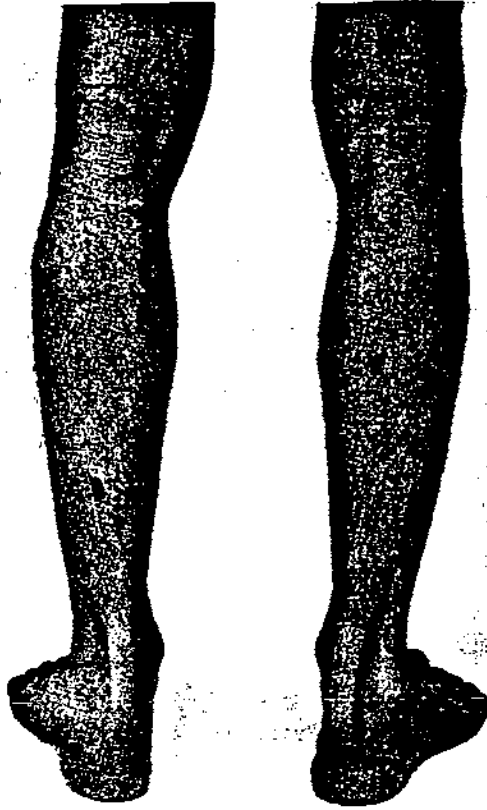
Εικόνα 2: Χαρακτηριστικές βλάβες σαρκώματος AIDS-Kaposi.



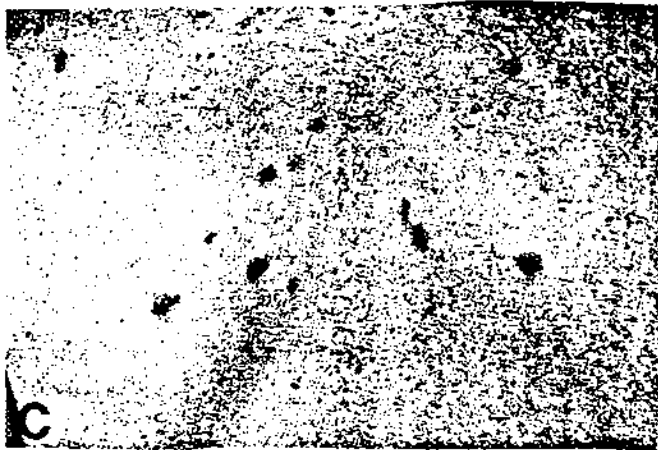
Εικόνα 1: Χαρακτηριστικές βλάβες Kaposi διάσπαρτες στα κάτω άκρα σε ασθενή με AIDS.



A



D



C

ΕΥΚΑΙΡΙΑΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

Οι ευκαιριακές λοιμώξεις στο σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας προκαλούν τις κύριες κλινικές εκδηλώσεις του συνδρόμου, εμφανίζονται όταν οι άρρωστοι παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη ανοσοκαταστολή, παίζουν καθοριστικό ρόλο στην περαιτέρω επιβίωση των αρρώστων και αποτελούν την κύρια αιτία θανάτου.

Οι ευκαιριακές λοιμώξεις στους αρρώστους με AIDS προκαλούνται από μικροοργανισμούς που προσβάλλουν άτομα με βλάβη της κυτταρικής ανοσίας. Χαρακτηριστική είναι η παρατήρηση ότι οι αιτιολογικοί παράγοντες των ευκαιριακών λοιμώξεων στο AIDS είναι περίπου καθορισμένοι. Ορισμένοι απαντώνται και σε αρρώστους με άλλα ανοσολογικά ελλείματα, ορισμένοι όμως σχεδόν ποτέ, όπως το MYCOBACTERIUM AVIUM-INTRACELLULARE, ο περιπρωκτικός απλός έρπητας, η εγκεφαλική τοξοπλάσμωση και η επίμονη κρυπτοσποριδίαση.

Αντίθετα, άλλοι μικροοργανισμοί συχνά αιτία ευκαιριακών λοιμώξεων άλλων αρρώστων με ανοσοκαταστολή, πολύ σπάνια απαντώνται στους αρρώστους με AIDS.

Το ορατό σύνδρομο μπορεί να εμφανιστεί με ποικιλία κλινικών εκδηλώσεων που εξαρτώνται από το είδος και την εντόπιση των εισβολέων μικροοργανισμών και τη συνύπαρξη ή μη του σαρκώματος ΚΑΡΟΣΙ. Ο πυρετός μπορεί να εμφανιστεί πριν ακόμα εκδηλωθούν οι ευκαιριακές λοιμώξεις ή οι όγκοι, αλλά και μετά την εμφάνιση αυτών. Συχνά συνοδεύεται με κακουχία και απώλεια βάρους η οποία μπορεί να φθάσει στα 20-30% του σωματικού βάρους. Οι άρρωστοι με AIDS πολύ συχνά παρουσιάζουν προβλήματα από το αναπνευστικό σύστημα, συνηθέστερα των οποίων είναι η δυσχέρεια στην αναπνοή, η ταχύπνια και η προοδευτική υποξαιμία. Η εμφάνιση τους μπορεί να είναι ταχεία, μέσα σε λίγες ημέρες, ή βραδεία σε εβδομάδες ή μήνες. Είναι χαρακτηριστικό ότι παρά την παρουσία κλινικών ευρημάτων, η ακτινογραφία θώρακα είναι φυσιολογική για αρκετό χρονικό διάστημα. Τελικά ανα-

πτύσσεται πνευμονία, συνηθέστερα με την μορφή των διαχύτων αμφοτερόπλευρων διηθήσεων.

Συχνό επίσης πρόβλημα των αρρώστων με AIDS είναι οι άφθονες υδαρείς κενώσεις που δυνατόν να συνοδεύονται από μέτριου βαθμού ναυτία. Κύριο παθογόνο αίτιο είναι το κρυπτοσπορίδιο, ένα παράσιτο που προκαλεί διάρροιες στα ζώα. Στους ομοφυλόφιλους, όμως, λόγω του τρόπου ζωής τους θα πρέπει να αναζητούνται και συχνά απομονώνονται και άλλοι εντεροπαθογόνοι μικροοργανισμοί, όπως GIARDIA, IAMBILIA, ENTAMOEBΑ HISTOLYTIKA, SHIGELLAE και SALMONELLAE.

Δυνατόν όμως οι επίμονες αυτές διάρροιες να επιμένουν, να καταβάλουν τον άρρωστο και να παραμένουν αδιάγνωστες παρά τις επανειλημμένες μικροβιολογικές εξετάσεις των κοπράνων, τους ακτινολογικούς και ενδοσκοπικούς ελέγχους.

Οι νευρολογικές επιπλοκές μπορούν να επηρεάσουν τη ζωή των αρρώστων με AIDS. Έχουν περιγραφεί βραδέως εξελισσόμενη εγκεφαλοπάθεια, μηνιγγίτιδα κ.τ.λ. καθώς επίσης και από τον οφθαλμό, όπως αμφιβληστροειδίτιδα. Η αιτιολογία των συνδρόμων από το ΚΝΣ είναι ιογενής, οφειλόμενη σε άλλους μικροοργανισμούς, και άγνωστη.

Από θεραπευτικής πλευράς οι λοιμώξεις από τους ευκαιριακά παθογόνους μικροοργανισμούς διακρίνονται σε :

ΔΥΝΗΤΙΚΑ ΘΕΡΑΠΕΥΣΙΜΕΣ: πνευμονία από PNEUMOCYSTIS CARINII, TOXOPLASMA GONDII, CANDIDA SP: CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS, HERPES SIMPLEX, HERPES ZOSTER.

ΔΥΣΘΕΡΑΠΕΥΤΕΣ: M. AVIUM-INTRACELLULARE, EBSTEIN-BARR VIRUS και

ΑΘΕΡΑΠΕΥΤΕΣ: CYTOMEGALOVIRUS, CRYPTOSPORIDIUM.

Συχνά λόγω των υποτροπών, τα θεραπευτικά σχήματα πρέπει να παρατείνονται για μικρό χρονικό διάστημα, περισσότερο από ό,τι των αντίστοιχων λοιμώξεων σε άτομα με άλλα ανοσολογικά ελλείματα.

PNEUMOCYSTIS CARINII

Η PNEUMOCYSTIS CARINII (PC) είναι το συχνότερο αίτιο ευκαιριακών λοιμώξεων σε ασθενείς με AIDS. Ιδιαίτερα στο μη νεοπλαστικό AIDS ξεπερνά το 50% των αιτίων των ευκαιριακών λοιμώξεων. Η PNEUMOCYSTIS CARINII βρίσκεται παντού στη φύση και στους πνεύμονες πολλών ζώων (ποντίκια, πίθηκοι, άλογα, σκύλοι).

Η μόλυνση του ανθρώπου γίνεται πιθανώς από την αναπνευστική οδό. Στους αρρώστους με AIDS η P. CARINII προκαλεί πνευμονία με χαρακτηριστική βραδεία εισβολή που διαρκεί εβδομάδες ή μήνες.

Η φυσική εξέταση στα αρχικά στάδια και η ακτινογραφία θώρακα δεν αποκαλύπτει τίποτε, παρά τη δύσπνοια, την ταχύπνοια και το μη παραγωγικό βήχα του αρρώστου. Στη συνέχεια αναπτύσσεται πνευμονία διαμέσου τύπου, αμφοτερόπλευρη, με προοδευτική κυψελιδική συμμετοχή. Αυτή είναι η τυπική ακτινολογική εικόνα, χωρίς να αποκλείονται και οι άτυπες εικόνες όπως ο σχηματισμός πυκνώσεων λοβώδους τύπου, παραγωγή πλευριτικού υγρού και ο σχηματισμός κοιλοτήτων.

Η κλασική μορφή παρασίτου που αναγνωρίζεται στα εκκρίματα και στους ιστούς, είναι η κυστική. Η κύστη έχει παχέα τοιχώματα, διάμετρο 4-6μ και μπορεί να περιέχει μέχρι 8 ωοειδή ή ενδοκυστικά πρωμάτια ή σποροζωίτες.

Η πιο κατάλληλη χρώση είναι η λίγο χρονοβόρα COMORI'S METHENAMINE SILVER NITRATE, η οποία χρωματίζει το τοίχωμα της κύστης καφέ ή μαύρο και αφήνει ορατούς τους σποροζωίτες. Η GIEMSA χρώση αν και ταχύτερη από την προηγούμενη, μειονεκτεί, γιατί χρωματίζεται ταυτόχρονα το κυψελιδικό περιεχόμενο και άλλα κύτταρα όπως π.χ. ερυθρά, κυτταρικά υπολείμματα, καθώς και ζυμομύκητες που έχουν το ίδιο μέγεθος με την P. CARINII. Επιπλέον, οι κύστες δεν έχουν πάντα στρογγυλό σχήμα και μπορεί να έχουν ωοειδές ή δισκοειδές ή ημισελήνοειδές σχήμα, λόγω συμπίεσης των τοιχωμάτων τους. Άλλες χρώσεις που μπορούν να χρησιμοποιηθούν, αλλά υστερούν των προηγούμενων είναι το κυανό της τολουιδίνης, η χρώση GRAM-WEIGERT και η τρο-

ποποιημένη GROCOTT.

Ο μόνος τρόπος για να τεθεί η διάγνωση της πνευμοκύστης είναι η ανεύρεση της P.CARINII στις βρογχικές εκκρίσεις ή τον πνευμονικό ιστό. Τα πτύελα είναι τα πλέον ακατάλληλα για τη διάγνωση, η διατραχειακή λήψη έχει πιθανότητες θετικότητας γύρω στα 13%. Υψηλότερα ποσοστά δίνουν η διαβρογχική λήψη υλικού με εκπλύσεις, και βιοψία. Την υψηλότερη διαγνωστική επιτυχία έχει η ανοσκή βιοψία του πνεύμονα.

Το ποιά μέθοδος θα χρησιμοποιηθεί, θα το καθορίσει η βαρύτητα της κατάστασης του αρρώστου, η παρουσία αιμορραγικής διαθέσεως ή αναπνευστικών προβλημάτων.

Η έγκαιρη θεραπεία της P.CARINII πνευμονίας, δηλαδή πριν αναπτυχθεί βαριά αναπνευστική δυσλειτουργία, μειώνει πιθανώς την αυξημένη θνητότητα της επιπλοκής αυτής.

Η θεραπεία εκλογής της πνευμονίας από P.CARINII, στους αρρώστους με AIDS είναι η κοτριμοξαζόλη σε τέσσερις δόσεις από του στόματος ή ενδοφλεβίως σε 250 ML DEXTROSE 5% ή η ισοθειονική πενταμιδίνη 4MG/KG, αφ'άπαξ, ενδομυϊκός ή ενδοφλεβίως σε 250ML DEXTROSE 5%.

Η μέχρι σήμερα προτίμηση της τριμεθοπρίμης-σουλφαμεθοξαζόλης για αρχική θεραπεία στηρίχθηκε στην εντύπωση ότι είναι λιγότερο τοξική από την πενταμιδίνη. Με την εισαγωγή όμως των ενδοφλεβίων σκευασμάτων και της βραδείας εγχύσεως (90 MIN) της πενταμιδίνης, φαίνεται ότι η αρχική αυτή αντίληψη πρέπει να αναθεωρηθεί. Ως την διάρκεια της θεραπείας, ο ελάχιστος χρόνος χορήγησης των δύο ανωτέρω φαρμάκων δε θα πρέπει να είναι λιγότερος των τριών εβδομάδων.

Αναδρομικές μελέτες, μάλιστα, υποστηρίζουν ότι ο χρόνος αυτός πρέπει να είναι ακόμα μεγαλύτερος.

Εάν μετά από 5-10 ημέρες χορηγήσεως της τριμεθοπρίμης-σουλφαμεθοξαζόλης δεν παρατηρηθεί κλινική βελτίωση, τότε μπορεί να υποκατασταθεί από την πενταμιδίνη ή η τελευταία να χορηγηθεί σε συνδυασμό.

Η δαψόνη και η διφθοριομεθυλορνιθίνη είναι φάρμακα που δοκιμάστηκαν με κάποια επιτυχία σε πειραματόζωα, αλλά η θεραπευτική εμπειρία σε αρρώστους με συνδρομο επίκτητης ανοσοανεπάρκειας είναι πολύ περιορισμένη. Μπορούν ίσως να χορηγηθούν μόνο σε αρρώστους όπου τα προηγούμενα χημειοθεραπευτικά έχουν αποτύχει κι η κλινική τους εικόνα είναι απελπίστικη.



Εικόνα 1. *Pneumocystis carinii*. Χρώση με *Gomori methenamine silver nitrate*.

TOXOPLASMA GONDII

Το TOXOPLASMA GONDII είναι ένα ενδοκυτταρικό παράσιτο που μεταδίδεται στον άνθρωπο με τις τροφές που μολύνονται από κόπρανα γάτας που περιέχουν ωκύστες, με τροφές που παρασκευάζονται από ιστούς ζώων που περιέχουν κύστες και άμεση μετάδοση, όπως με μετάγγιση αίματος ή μεταμοσχεύσεις οργάνων. Η ηλικία συχνότερης μόλυνσης θεωρείται η των πρώτων 15 χρόνων, ιδιαίτερα στις αγροτικές περιοχές και ανέρχεται σε 60% ανά έτος.

Η επικράτηση της νόσου στους Αμερικάνους ενήλικες υπολογίζεται 20-70%. Στην Ελλάδα η επικράτηση της νόσου κυμαίνεται περίπου στο 22%.

Προκαλεί νόσο στον άνθρωπο η οποία διακρίνεται σε συγγενή, που προκαλείται από μετάδοση από την έγκυο γυναίκα στο έμβρυο και επίκτητη. Η επίκτητη στα ανοσολογικά υγιή άτομα εμφανίζεται σαν εμπύρετο πολυαδενικό σύνδρομο μικρής διάρκειας.

Η τελική ιστολογική κατάληξη μίας λοίμωξης από τους τροφοζώιτες του τοξοπλάσματος είναι ο σχηματισμός κύστεων που περιβάλλονται από νεκρωτικές περιοχές με έντονη κυτταρική διήθηση. Ο δε περιορισμός της λοίμωξης επιτυγχάνεται από την ανάπτυξη κυτταρικής ανοσίας, αν και ο σχηματισμός των κύστεων του παρασίτου επιτρέπει την παρατεταμένη βιωσιμότητα του μικροοργανισμού.

Η βλάβη της κυτταρικής ανοσίας στους ασθενείς με AIDS έχει σαν συνέπεια την επέκταση και όχι τον περιορισμό των νεκρωτικών βλαβών, και φυσικά τη διατήρηση ή την αναζωπύρωση παλαιάς λοίμωξης. Θεωρείται ότι η νόσος στους ασθενείς με AIDS δεν είναι πρωτοπαθής, αλλά προκύπτει από την επανεργοποίηση του υπάρχοντος στους ιστούς πρωτόζωου. Η παρατήρηση αυτή στηρίζεται σε ορολογικά δεδομένα. Τα βιοψικά υλικά αποκαλύπτουν κοκκιώματα με εκτεταμένες νεκρώσεις που περιβάλλονται από λεπτές συνήθεις κάψες με μικρή φλεγμονώδη αντίδραση και περιέχουν κύστεις και ελεύθερους τροφοζώιτες του παρασίτου.

Η πιο σοβαρή επιπλοκή της τοξοπλάσμωσης στους ασθενείς με AIDS είναι η βλάβη του Κ.Ν.Σ. Το τοξόπλασμα είναι το συχνότερο αίτιο κλινικών εκδηλώσεων από το Κ.Ν.Σ. σε αυτούς τους αρρώστους.

Οι άρρωστοι παρουσιάζουν συνήθως κλινική σημειολογία εστιακής βλάβης, αρκετά συχνά μεταβολή του επιπέδου συνείδησης και σε ποσοστό 15% περίπου σπασμούς. Είναι ενδιαφέρον ότι συχνά προηγείται ένα πρόδρομο στάδιο που χαρακτηρίζεται από λήθαργο και σύγχυση διάρκειας αρκετών ημερών και εβδομάδων. Η διάγνωση τίθεται με τη βιοψία του εγκεφάλου.

Πρέπει, βέβαια, να προηγείται μία υπολογιστική τομογραφία (CT) η οποία πρώτον θα αποκαλύψει μία ή περισσότερες βλάβες και δεύτερον τη θέση αυτών.

Δεδομένης της βαριάς κατάστασης των αρρώστων αυτών, την πιθανότητα συνύπαρξης και άλλων μικροοργανισμών στις παθολογικές εστίες ή της απρόσιτης χειρουργικά εντόπισης των βλαβών, η βιοψία του εγκεφάλου θα πρέπει να γίνεται σε επιλεγμένα περιστατικά.

Ο συνδυασμός πυριμεθαμίνης και σουλφαδιαζίνης, αποτελεί το θεραπευτικό σχήμα εκλογής. Η διάρκεια μίας τυπικής θεραπείας τοξοπλάσμωσης σε ανοσολογικά σε υγιή άτομα είναι 4-6 εβδομάδες. Στους ασθενείς με AIDS πιστεύεται ότι πρέπει να φθάνει τις 12 ή 4-6 εβδομάδες, αφού υποχωρήσουν τα κλινικά ευρήματα της νόσου. Οι υποτροπές παρά τη γρήγορη θεραπευτική αντιμετώπιση υπολογίζονται στο 30% περίπου.

CRYPTOSPORIDIUM

Το κρυπτοσπορίδιο ανήκει στα πρωτόζωα και είναι το μόνο γένος της οικογένειας CRYPTOSPORIDIIDAE.

Ενοχοποιείται για τις παρατεινόμενες διάρροιες σε άτομα με ανοσοκαταστολή και αποτελεί το 4^ο ή 5^ο συχνότερο αίτιο διάρροιας στον Τρίτο Κόσμο. Η κύρια πηγή μόλυνσης για τον άνθρωπο είναι κυρίως τα οικιακά ζώα.

Σε ανοσολογικά υγιή άτομα προκαλεί διαρροϊκό σύνδρομο μικρής συνήθως διάρκειας, λιγότερο από ένα μήνα. Αντίθετα στους αρρώστους με Σ.Ε.Α.Α το διαρροϊκό σύνδρομο έχει μακρά πορεία, ποικίλη βαρύτητα και δυνατόν να διαρκέσει μέχρι το θάνατο του αρρώστου. Συχνά οι κενώσεις είναι άφθονες, υδαρείς και συνοδεύονται από ναυτία, κοιλιακούς πόνους, εμέτους και χαμηλό πυρετό. Ο αριθμός τους μπορεί να περάσει τις 10 ημερεσίως, με αποτέλεσμα την μεγάλη απώλεια υγρών και ηλεκτρολυτών. Η διάγνωση της κρυπτοσποριδιάσεως τίθεται με την ανεύρεση του παρασίτου στο έντερο. Η ιστολογική εξέταση βιοψικού υλικού του εντέρου δυνατόν να αποβεί αρνητική, γι' αυτό η παρασιτολογική εξέταση των κοπράνων είναι η μέθοδος εκλογής γιατί:

α) δεν είναι μέθοδος παρεμβατική

β) δίνει την δυνατότητα να εξεταστούν πολλαπλά δείγματα, δεδομένου ότι η αποβολή του παρασίτου στα κόπρανα δεν είναι συνεχής.

Η εξέταση των κοπράνων περιλαμβάνει

α) προκαταρκτική μικροσκόπηση άμεσων νωπών παρασκευασμάτων χρωματισμένων με ιώδιο

β) εμπλουτισμό με την τροποποιημένη μέθοδο κατά SHEATHER

γ) χρώση ξηρών παρασκευασμάτων με την τροποποιημένη ZIEHL-NEELSEN.

Από τα φάρμακα που έχουν δοκιμαστεί μέχρι σήμερα η σπιραμυκίνη φαίνεται ότι δίνει τα καλύτερα αποτελέσματα και τις λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες. Χορηγείται από του στόματος σε δό-

ση 1 GR, τρείς ή τέσσερις φορές την ημέρα. Οι υποτροπές είναι συχνές κατά την διακοπή του φαρμάκου, καθώς επίσης και η παραμονή του κρυπτοσποριδίου στα κόπρανα παρά την ύφεση των κλινικών ενοχλημάτων.



Εικόνα 2. *Cryptosporidium*. Χρώση με την τροποποιημένη Ziehl-Neelsen.

CANDIDA

Στοματίτιδα και οισοφαγίτιδα από CANDIDA είναι συχνές στους ασθενείς με AIDS.

Η εμφάνιση στοματίτιδας ή οισοφαγίτιδας από CANDIDA σε άτομα που δεν πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη, κακοήθη αιματολογικά νοσήματα ή άλλες καταστάσεις ανοσοανεπάρκειας και που δεν έχουν κάνει χρήση αντιβιοτικών ή κορτικοστεροειδών θεωρούνται ισχυρά προειδοποιητικοί παράγοντες μελλοντικής ανάπτυξης AIDS.

Η οισοφαγίτιδα είναι δυνατό να παραμείνει ασυμπτωματική, συνήθως όμως οι ασθενείς παραπονούνται για δυσφαγία, πόνο κατά την κατάποση και οπισθοστερνικό καύσο. Διάτρηση και αιμορραγία είναι σπάνιες επιπλοκές. Περιπτώσεις πρωκτίτιδας σποραδικά μόνο έχουν περιγραφεί σε ασθενείς με AIDS και εκδηλώνονται με πόνο, κνησμό και πυώδη έκκριση.

Αν και η CANDIDA ALBICANS είναι το συχνότερο είδος που απομονώνεται, νόσος είναι δυνατόν να προκληθεί και από άλλα σπανιότερα είδη. Η εργαστηριακή διάγνωση της στοματικής καντιντίασης τίθεται με την ανεύρεση του μύκητα στα άμεσα παρασκευάσματα και την απομόνωση του στις καλλιέργειες. Η διάγνωση της οισοφαγίτιδας βασίζεται στην παρουσία διαβρώσεων του βλεννογόνου με ενδοσκόπηση κατά κύριο λόγο και ακτινογραφία και επιβεβαιώνεται με την ανεύρεση διεισδυτικής CANDIDA σε βιοψικό υλικό.

Η στοματίτιδα αντιμετωπίζεται με τοπική εφαρμογή διαλύματος κάθε 4 ώρες. Η οισοφαγίτιδα μπορεί να ανταποκριθεί στα προηγούμενα αντιμυκητιασικά, επί αποτυχίας όμως αυτών μπορεί να χορηγηθεί αμφοτερικίνη Β σε χαμηλές δόσεις και μετά την κλινική βελτίωση να συνεχιστεί από του στόματος με ένα από τα προηγούμενα φάρμακα.

CRYPTOCOCCUS

Ο CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS είναι μύκητας που σαπροφυτεί παντού στο περιβάλλον και ιδιαίτερα στα κόπρανα των περιστεριών, τα οποία αποτελούν φιλόξενο για αυτό περιβάλλον, πιθανώς λόγω της υψηλής περιεκτικότητας τους σε κρεατινίνη, όπου και παραμένει ζωντανός μέχρι και δύο χρόνια. Ο άνθρωπος μολύνεται κυρίως με την εισπνοή μολυσμένων σωματιδίων αέρα και πολύ σπάνια με άμεσο εμβολιασμό του δέρματος. Παρόλο που η κύρια πύλη εισόδου στον άνθρωπο είναι τα αναπνευστικά η συνηθέστερη εντόπιση των βλαβών είναι το Κ.Ν.Σ.

Στους αρρώστους με Σ.Ε.Α.Α. είναι το δεύτερο μη ιογενές αίτιο προσβολής του Κ.Ν.Σ. Προκαλεί μηνιγγίτιδα με υποξεία εισβολή σπανιότερα εμφανίζονται σημεία ενδοκρανιακής πίεσεως. Η κλινική εικόνα της μηνιγγίτιδας είναι παρόμοια με αυτήν στους ανοσολογικά υγιείς αρρώστους χαρακτηριζόμενη από κεφαλαλγία, σύγχυση ή σπασμούς. Συχνά όμως είναι άτυπη, πιθανώς λόγω της ελάχιστης φλεγμονώδους αντιδράσεως με μόνη κλινική εκδήλωση την επίμονη κεφαλαλγία.

Η διάγνωση τίθεται με την απομόνωση του κρυπτόκοκκου στις καλλιέργειες του Ε.Ν.Υ., την ανεύρεση του στα άμεσα παρασκευάσματα με σινική μελάνη. Δυνατόν όμως να απομονωθεί και στις αιμοκαλλιέργειες. Η θεραπεία της κρυπτοκοκκικής μηνιγγίτιδας στηρίζεται συνήθως στη χορήγηση αμφοτερικίνης Β και 5-φλουοροκυτοσίνης, ο συνδιασμός των οποίων θεωρείται συνεργητικός. Η λοίμωξη είναι πολύ δύσκολο να εκριζωθεί, οι υποτροπές είναι συχνές, ο δε κρυπτόκοκκος δυνατόν να παραμείνει στις βλάβες παρά την απουσία κλινικών ευρημάτων. Για την πρόληψη των υποτροπών θεωρείται σκόπιμη η επ'αόριστον χορήγησης αμφοτερικίνης μια ή δύο φορές την εβδομάδα.

MYCOBACTERIUM AVIUM-INTRACELLULARE

Το M.AVIUM-INTRACELLULARE είναι σαπρόφυτο του περιβάλλοντος (έδαφος, νερό) σπάνια δε προκαλούσε νόσο στα ανοσολογικά επαρκή άτομα, μέχρι της εμφάνισης του Συνδρόμου Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας.

Παρόλο που η παθογόνος του δράση είναι πολύ μικρή, ακόμα κι σε άτομα με άλλα ανοσολογικά ελλείματα, εν τούτοις, η υψηλή απομόνωση στους αρρώστους με AIDS είναι γεγονός που επιβεβαιώνει την ασυνήθιστη ανοσολογική διαταραχή του συνδρόμου.

Σήμερα είναι παραδεκτό ότι η λοίμωξη από το μυκοβακτηρίδιο αυτό είναι η συχνότερη συστηματική λοίμωξη στους αρρώστους με AIDS.

Στο NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH των Η.Π.Α. η συχνότητα απομονώσεως του σε μη πνευμονικές εστίες από αρρώστους με S.E.A.A. είναι 30%. Οι λοιμώξεις από άλλα άτυπα μυκοβακτηρίδια είναι σπάνιες.

Στο Πανεπιστήμιο του LOS ANGELES (UCLA) από 104 στελέχη μυκοβακτηριδίων που απομονώθηκε από αρρώστους με AIDS τα 89% ήταν M.AVIUM-INTRACELLULARE.

Τα μυκοβακτηρίδια AVIUM και INTRACELLULARE ανήκουν στην κατηγορία ευκαιριακών παθογόνων. Παλαιότερα ήταν γνωστά σαν βάκिलοι του BATTEY, λόγω όμως αρκετών κοινών ιδιοτήτων, ιδιαίτερα μορφολογικών και βιοχημικών, μελετώνται μαζί με τον ενιαίο όρο MYCOBACTERIUM AVIUM-INTRACELLULARE. Η συνήθης εντόπιση της νόσου από το M.AVIUM-INTRACELLULARE είναι οι πνεύμονες, δυνατόν όμως να προσβληθεί κάθε όργανο.

Ενώ στους αρρώστους με άλλα ανοσολογικά ελλείματα η συστηματική νόσος είναι σπάνια, στους αρρώστους με AIDS είναι ο κανόνας και μάλιστα στα τελευταία στάδια προσβάλλονται αιματογενώς τα παρεγχυματικά όργανα, όπως δείχνουν οι θετικές καλλιέργειες και βιοψίες των νεκροτομικών υλικών. Παρά την ύπαρξη κλινικών

συμπτωμάτων και φαινομένων δυσλειτουργίας των διαφόρων οργάνων η αξιολόγηση της απομόνωσης του μυκοβακτηρίου είναι δύσκολη για δύο λόγους: α) η ιστική φλεγμονώδης βλάβη είναι μικρή με αποτέλεσμα του ατελή σχηματισμού ή απουσία κοκκιωμάτων και β) συχνά συνυπάρχουν και άλλοι παθογόνοι μικροοργανισμοί που συμμετέχουν στη λοίμωξη. Η κλινική εικόνα της συστηματικής νόσου από το *M. AVIUM-INTRACELLULARE* στους αρρώστους με AIDS δεν είναι ειδική. Η πιο τυπική ένδειξη είναι η εμφάνιση υψηλού πυρετού συνοδευόμενου από νυκτερινές ιδρώτες σε ένα έδαφος προοδευτικής αδυναμίας, εξαντλήσεως, κακουχίας, διαρροϊκών και γενικά κλινικής επιδεινώσεως χωρίς να αποκλείονται και οι άτυπες εικόνες με σχετικά ασυμπτωματικούς αρρώστους.

Η προσβολή του γαστρεντερικού συνοδεύεται από ευρύ φάσμα εκδηλώσεων, από ήπιο κοιλιακό πόνο μέχρι επίμονη διάρροια, έντονο πόνο και φαινόμενα δυσαπορροφήσεως.

Η εργαστηριακή διάγνωση τίθεται με την απομόνωση του μυκοβακτηρίου στις καλλιέργειες των διαφόρων παθολογικών ή βιοψικών υλικών (πτύελα, κόπρανα, αίμα, μυελός των οστών, ήπαρ, έντερο, σπλήνας)

Η αναζήτηση των μυκοβακτηριδίων στα κόπρανα είναι επιβεβλημένη γιατί:

- α) έχει παρατηρηθεί μεγάλος αριθμός μυκοβακτηριδίων στο κατώτερο γαστρεντερικό καθώς και εκτεταμένες βλάβες στο τοίχωμα του παχέως εντέρου, γι' αυτό το λόγο ο γαστρεντερικός σωλήνας θεωρείται τελευταία σπουδαία πύλη εισόδου για συστηματικές επιπλοκές, ενώ η μετάδοση δια της αναπνευστικής οδού είναι απίθανη και
- β) δυνατόν η αποκάλυψη του μυκοβακτηριδίου στα διαρροϊκά κόπρανα και η έγκαιρη θεραπεία να προλάβει συστηματική διασπορά.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της συστηματικής νόσου είναι πολύ δύσκολη. Το μυκοβακτηρίδιο είναι ανθεκτικό στα κλασικά αντιφυματικά φάρμακα.

Τα θεραπευτικά σχήματά που έχουν χρησιμοποιηθεί μέχρι τώ-

ρα περιλαμβάνουν τέσσερα ή περισσότερα σκευάσματα όπως ισονιαζίνη, ριφαμπικίνη, στρεπτομυκίνη, αθαμπουτόλη, κυκλοσερίνη και εθιοναμίδη, με βάση τα τρία τελευταία.

CYTOMEGALOVIRUS

Ο κυτταρομεγαλοϊός είναι μέλος της οικογένειας των ιών του έρπητα. Είναι πολύ διαδεδομένος στο γενικό πληθυσμό. Στους ομοφυλόφιλους άνδρες ανιχνεύονται αντισώματα στο 90% ενώ το σύνολο σχεδόν των αρρώστων με AIDS είναι οροθετικοί.

Ο τρόπος μετάδοσης του ιού στις ομάδες <<κυσήλου κινδύνου>> φαίνεται ότι έχει σχέση με τη στενή επαφή, ιδιαίτερα τη σεξουαλική δραστηριότητα και τη μετάγγιση αίματος.

Ο ιός έχει απομονωθεί από το σπέρμα, σίελο, ούρα, λεμφοκύτταρα και άλλες εκκρίσεις. Οι κλινικές εκδηλώσεις που προκαλεί η λοίμωξη από τον κυτταρομεγαλοϊό στους αρρώστους με AIDS οφείλονται στην επαναδραστηριοποίηση του ιού. Είναι συνύθως συστηματικές και συνίστανται σε πυρετό, διάχυτη διάμεση πνευμονία, αμφιβληστροειδίτιδα, ηπατίτιδα, εξελκώσεις στο γαστρεντερικό κ.ά.

Δεδομένου ότι ο ιός κυκλοφορεί συχνά στο αίμα ακόμα και επί απουσίας κλινικών ευρημάτων, η απομόνωση του δεν είναι αποδεικτική νόσου αν δεν συνοδεύεται από ιστολογικά ευρήματα ιστικής προσβολής. Η διάγνωση λοιπόν τίθεται με την ανεύρεση των χαρακτηριστικών ιστολογικών βλαβών σε συνδυασμό με την απομόνωση του ιού, σε βιοψικά παρασκευάσματα.

Αποτελεσματική θεραπεία δεν υπάρχει. Έχουν δοκιμαστεί το ACYCLOVIR, η VIDARABINE και η α-ιντερφερόνη χωρίς καλά αποτελέσματα. Τέλος, δοκιμάζεται ένα νέο παράγωγο του ACYCLOVIR η GANCICLOVIR, η οποία δίνει κάποιες υποσχέσεις.

HERPES SIMPLEX

Οι ιοί του απλού έρπητα (HSV I και HSV II) προκαλούν στα ανοσολογικά υγιή άτομα τοπικές συνήθως λοιμώξεις, με μία μέση διάρκεια επούλωσης των βλαβών περίπου 7 ημέρες.

Στους ασθενείς δραστηριοποιείται συχνότερα ο HSV II. Όλοι σχεδόν οι άρρωστοι έχουν στο παρελθόν ιστορικό με πρωτοπαθής λοίμωξη και είναι ασυνήθως επιρρεπές για υποτροπές σε σύγκριση με υγιείς ή άτομα με άλλα ανοσολογικά ελλείματα. Οι βλάβες είναι συνήθως επιμένουσες εκτεταμένες εξελκώσεις (≥ 10 CM διαμέτρου) της γεννητικής και περιπρωκτικής περιοχής. Σπανιότερα προκαλείται οισοφαγίτιδα και τραχειοβρογχίτιδα. Η ερπητική πρωκτίτιδα είναι πολύ συχνή στους ομοφυλόφιλους και συνοδεύεται από έντονο πόνο στην ορθοπρωκτική περιοχή, δυσουρία και παραισθήσεις ή πόνο στην περιοχή του ιερού οστού.

Η θεραπεία με ACYCLOVIR δίνει ικανοποιητικά αποτελέσματα· επηρεάζει σημαντικά τη διάρκεια του πόνου και την επίσπευση σχηματισμού εσχαρών και επούλωσης. Επίσης εξαφανίζει τον ιό από τις βλάβες, γεγονός που αναστέλλει την ανάπτυξη δευτεροπαθών μικροβιακών λοιμώξεων, γιατί η προσπάθεια του ιού στις βλάβες αυξάνει την προσκολλητικότητα των δυνητικά παθογόνων μικροβίων.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ HIV ΥΠΕΥΘΥΝΟΓΙΑ ΤΟ Σ.Ε.Α.Α.

Η εργαστηριακή διάγνωση των ατόμων που έχουν προσβληθεί από τον ρετροϊό HIV γίνεται με την απομόνωση ή του ίδιου του ιού ή με την ανίχνευση ειδικών αντι-HIV αντισωμάτων.

Η καλλιέργεια του ιού για απομόνωση του γίνεται:

- Α) για την εντόπιση φορέων οι οποίοι δεν εμφάνισαν αντισώματα
- Β) για την παρακολούθηση της πορείας της θεραπευτικής αγωγής
- Γ) για εντοπισμό και παρακολούθηση της εξέλιξης της λοίμωξης.
- Δ) για συγκριτική μελέτη του ιού και της παθογόνου δράσης του.

Η απομόνωση του ιού στον ανθρώπινο οργανισμό γίνεται από τα λεμφοκύτταρα του περιφερικού αίματος, το Κ.Ν.Σ., τον μυελό των οστών, το σάλιο, τα δάκρυα, τον ιδρώτα, το σπέρμα, το κοιλιακό υγρό, το Ε.Ν.Υ., το μητρικό γάλα, το δέρμα, τους βλεννογόνους και τους πνεύμονες.

Η ανίχνευση αντισωμάτων έναντι του HIV γίνεται με ορολογικές μεθόδους. Παρακάτω περιγράφονται σε αδρές γραμμές οι επί μέρους εργαστηριακές εξετάσεις που αφορούν τη διάγνωση του συνδρόμου του AIDS (JANDA, 1985).

Α) Η ΑΝΟΣΟΕΝΖΥΜΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ (ENZYMELIKED IMMUNOSORBENT ASSAY-ELISA)

Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται σήμερα ευρέως, αφού διάφοροι εμπορικοί οίκοι παρέχουν έτοιμα τυποποιημένα αντιδραστήρια. Η μέθοδος με αυτό τον τρόπο είναι εύκολη χωρίς απαίτηση ειδικών γνώσεων ή πολύπλοκων μηχανημάτων. Η Π.Ο.Υ., όπως και διάφορες εταιρίες που παρασκευάζουν τα αντιδραστήρια αυτά, συνιστούν να εφαρμόζονται οι εξετάσεις μόνο σε υποψήφιους δότες αίματος και όχι στο γενικό πληθυσμό. Η ευαισθησία αυτής της μεθόδου στη διάγνωση των θετικών περιπτώσεων φθάνει τα 98.3%, ενώ η ειδικότητα της στη διαπίστωση των αρνητικών περιπτώσεων τα 99.8% (BARETT 1985).

B) ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΕΜΜΕΣΟΥ ΑΝΟΣΟΦΘΟΡΙΣΜΟΥ (INDIRECT IMMUNOFLUORESCENCE ASSAY-IFA)

Η μέθοδος αυτή για αντιγόνο χρησιμοποιεί T_4 λεμφοκύτταρα που έχουν προσβληθεί από τον ιό.

Γ) ΡΑΔΙΟΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ (RADIOIMMUNO ASSAY -RIA)

Κατά τη δοκιμασία αυτή χρησιμοποιούνται αντισώματα ανθρώπου κατά του ιού HTLV III/LAV σημασμένα με ραδιενεργό ιώδιο.

Δ) ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΡΑΔΙΟΑΝΟΣΟΙΖΗΜΑΤΙΚΗΣ (RANTIO IMMUNOPRECIPITIN ASSAY)

Ε) ΗΛΕΚΤΡΟΦΟΡΙΣΗ WESTERN BLOT ή SDS-PAGE (SODIUM DODECYL SULFATE POLYACRYLAMIDE GEL ELECTROPHORESIS)

Η τεχνική αυτή είναι η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη επιβεβαιωτική μέθοδος από τα κέντρα αναφοράς ή τα διά ερευνητικά κέντρα. Για τη μέθοδο αυτή χρειάζεται αντιγόνο σε μεγάλη ποσότητα που προέρχεται από την καλλιέργεια T_4 λεμφοκυτταρικών σειρών προσβληθέντων από τον ιό. Με τη μέθοδο αυτή ανιχνεύονται τα ειδικά αντισώματα προς τον ιό LAV/HTLV-III αλλά καθορίζεται και το είδος των αντισωμάτων που αναπτύσσονται προς τα ειδικά αντιγόνα του ιού.

ΣΤ) Η ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΗΣ ΕΝΔΟΓΕΝΟΥΣ ΙΝΤΕΡΑΕΥΚΙΝΗΣ-2

Πρόκειται για διαγνωστική εργαστηριακή μέθοδο που είναι δυνατό να αξιολογήσει ποσοτικά την ανοσολογική ανεπάρκεια του οργανισμού, αλλά και να υποδείξει κατά πόσον η θεραπευτική αγωγή που ακολουθείται σε συγκεκριμένες περιπτώσεις είναι ή όχι αποδοτική στο AIDS (ZAGURY και συν. 1985).

Ζ) ΚΑΡΠΑΣ TEST (ΕΞΕΤΑΣΗ ΜΕ ΤΑ ΚΥΤΤΑΡΑ ΚΑΡΠΑΣ -KARPAS AIDS TEST)

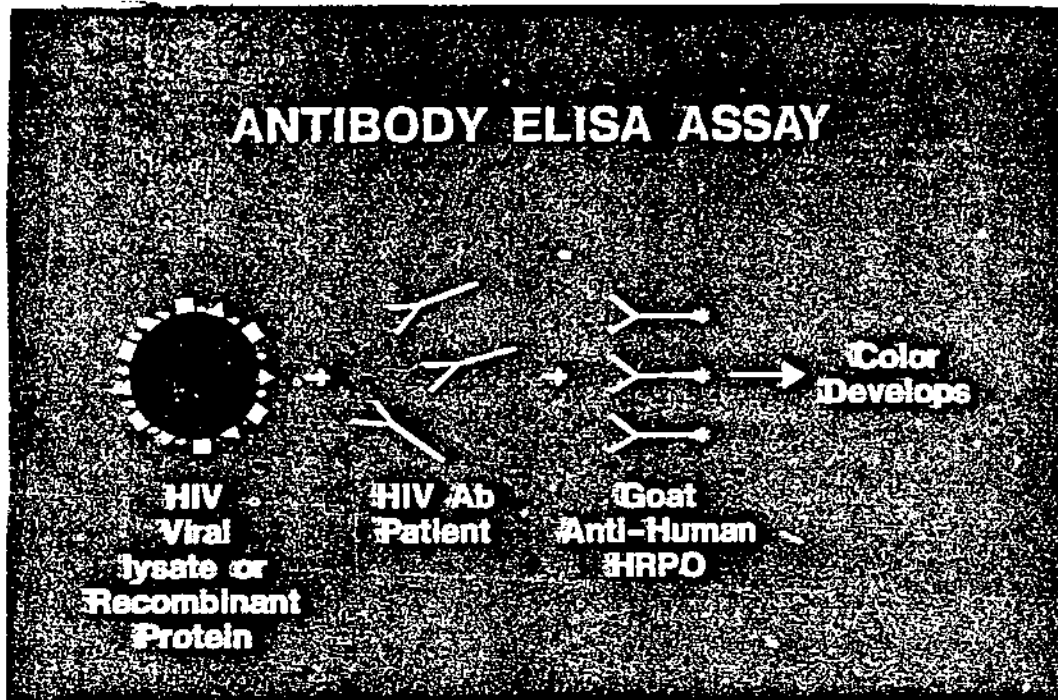
Η εξέταση αυτή αφορά την ανίχνευση στον ορό ή το πλάσμα υπόπτων ατόμων, αντισώματα κατά του ιού HTLV III/LAV. Η εξέταση αυτή θεωρείται από τους ανακοινώσαντες πιο ακριβής σε σχέση με την εξέταση της ELISA. Τα αντιγόνα ανιχνεύονται συνήθως λίγες ημέρες μετά την προσβολή και πριν ανιχνευτούν τα αντισώματα. Η διαγνωστική της σημασία περιορίζεται στη διάγνωση της λοίμωξης στα αρχικά στάδια μόνο αφού μετά την ανάπτυξη αντισωμάτων δεν ανιχνεύονται τα AG.

Στα τελικά στάδια της λοίμωξης τα AG επανεμφανίζονται.

Θ) Η ΑΠΟΜΟΝΩΣΗ ΤΟΥ ΙΟΥ HTLV III/LAV (JAUDA 1985)

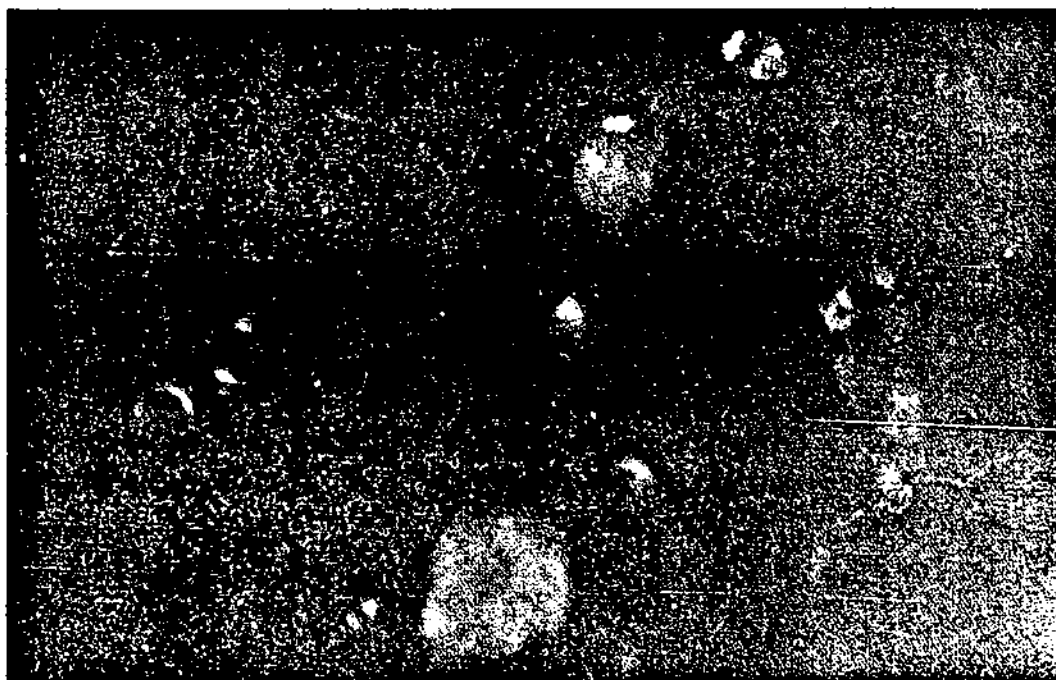
Η εργαστηριακή διάγνωση των μολυνθέντων από HIV ακολουθεί την εξής χρονική σειρά. Μερικές ημέρες μετά την μόλυνση υπάρχει η δυνατότητα να απομονωθεί ο ιός από καλλιέργεια λεμφοκυττάρων, ενώ μετά 15-90 ημέρες μετά την μόλυνση ανιχνεύονται τα αντι-HIV αντισώματα στον ορό του αίματος, ενώ τα συμπτώματα της ανοσοανεπάρκειας πιθανά να εμφανιστούν και μετά από χρονικό διάστημα 8 ετών.

Διαφορές που υπάρχουν στη δομή των HIV₁ και HIV₂ μπορούν να φανούν τόσο στη μέθοδο RIPA όσο και τον ανοσοφθορισμό, οπότε μπαίνει και η διαφορική διάγνωση.

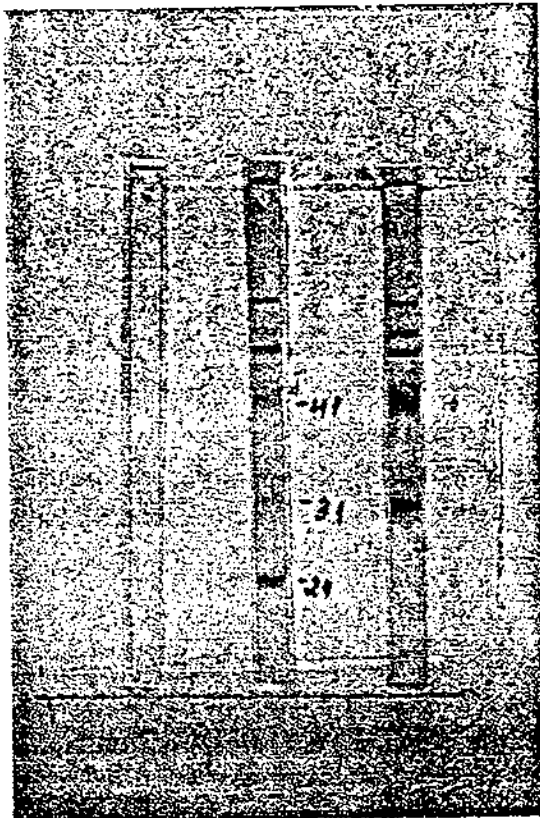
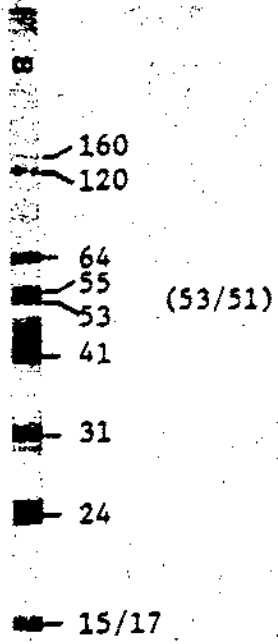


Ανίχνευση αντισωμάτων προς τον HIV με την ανοσοενζυμική μέθοδο ELISA

T



Ανίχνευση αντισωμάτων προς τον HIV με την μέθοδο ανοσοφθορισμού



Ανίχνευση αντισωμάτων προς τον HIV με την μέθοδο Western Blot.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ AIDS

Μέχρι προ ολίγου καιρού η θεραπεία του AIDS περιορίζονταν στην συμπτωματική αντιμετώπιση των ευκαιριακών λοιμώξεων και των νεοπλασιών στα τελικά στάδια της λοίμωξης.

Η ανακάλυψη της ειδικής αντιϊκής δράσεως της αζιτοθυμιδίνης (AZT) αναπτέρωσε τις ελπίδες για αιτιολογική θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου.

Η τρομακτική πίεση από την συσσώρευση μεγάλου αριθμού ασθενών, που απελπισμένα ζητούν θεραπευτική παρέμβαση, οδηγεί στην επιτάχυνση και ενίοτε παράβαση των θεσπισμένων οδηγιών που διέπουν τις κλινικές δοκιμές και τη συνολική διαδικασία ελεύθερης κυκλοφορίας νέων φαρμάκων.

Για τον σκοπό αυτό συστάθηκε ειδική ομάδα και πρόγραμμα αξιολόγησης των θεραπευτικών δοκιμών (ATEU) στις Η.Π.Α. Κύριο μέλημα της ομάδας είναι η παρακολούθηση των δοκιμασιών νέων φαρμάκων, νέων θεραπευτικών σχημάτων, κυκλοφορούντων ήδη φαρμάκων με διάφορο μηχανισμό δράσης. Ήδη η ομάδα παρακολουθεί 2500 ασθενείς που βρίσκονται σε διάφορα θεραπευτικά σχήματα.

Η αναφορά μας σε όλα τα φάρμακα είναι αδύνατη, αφού σήμερα μιλούμε για το <<φάρμακο του μήνα>> που τις περισσότερες φορές αποδεικνύεται αναποτελεσματικό.

Τα πιο γνωστά φάρμακα, μέχρι σήμερα, είναι η ΣΟΥΡΑΜΙΝΗ, το HPA-23, η ΡΙΜΠΑΒΙΡΙΝΗ, η AZT, η DDC και το FOSHARNAT. Το μέχρι σήμερα φάρμακο με τσουιώδη αντι-HIV δράση και με ανεκτές παρενέργειες είναι η Αζιτοθυμιδίνη (AZT).

Σε αρχική πρώτη φάση διερευνήθηκαν οι τοξολογικές και φαρμακολογικές ιδιότητες του AZT σε 33 εθελοντές, 22 με AIDS και 11 με ARC. Το αποτέλεσμα ήταν ενθαρρυντικό και βοήθησε στη διαπίστωση της φαρμακοδυναμικής και των κυριότερων τοξικών παρενεργειών του AZT και στον καθορισμό των βασικών θεραπευτικών σχημάτων.

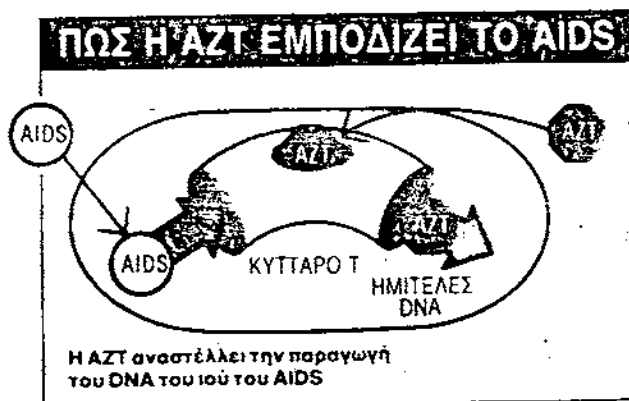
Το AZT χορηγείται σε δόση 250MG/4ωρο από το στόμα ή ενδοφλεβίως σε διάλυμα 2-4MG/ML σε διάστημα πάνω από μία ώρα. Ιδιαίτερη σημασία έχει η τοξική επίδραση του AZT στο μυελό των οστών. Απαιτείται προσεκτική παρακολούθηση της ανοσοσφαιρίνης και του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων.

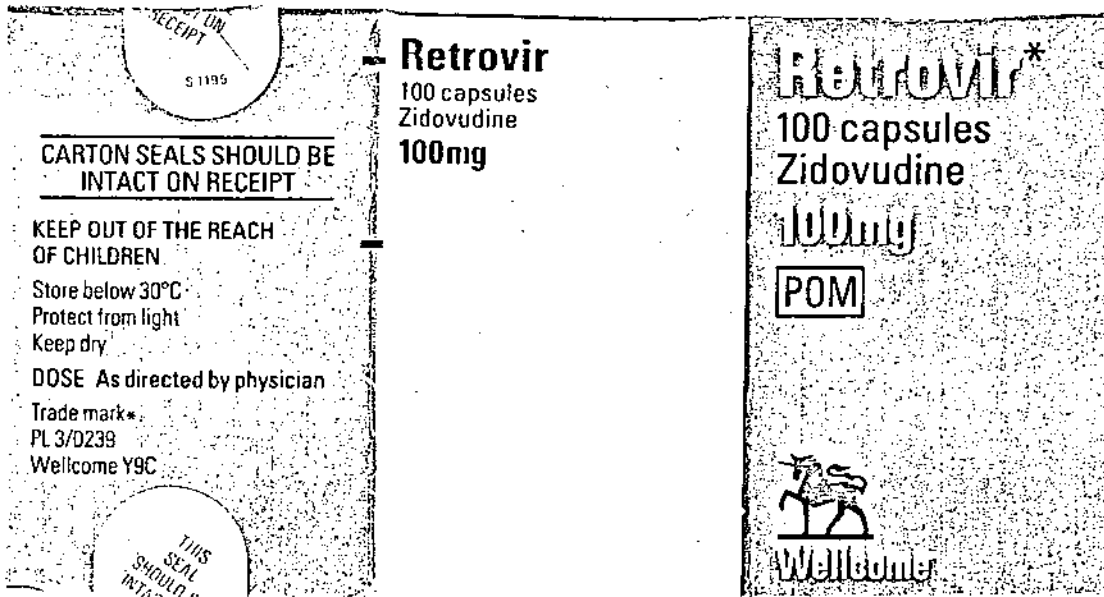
Το AZT βελτιώνει την αυτοεξυπηρέτηση, τη γενική κατάσταση, αυξάνει το σωματικό βάρος, η επίπτωση ευκαιριακών λοιμώξεων, σαρκόματος KAPOSI ή άλλων νεοπλασιών είναι μικρή. Ο αριθμός των T_4 λεμφοκυττάρων διατηρείται ή αυξάνεται και υπάρχουν ενδείξεις μείωσης του ενεργού πολλαπλασιασμού του HIV.

Σημαντικές είναι όμως και οι παρενέργειες, ιδιαίτερα οι αιματολογικές, που συχνά υποχρεώνουν μείωση της δόσης ή διακοπή της παραπέρα χορήγησης του φαρμάκου. Οι παρενέργειες είναι πιο έντονες όταν οι ασθενείς αρχίζουν τη θεραπεία με αριθμό T_4 λεμφοκυττάρων κάτω από 100.

Οι υπόλοιπες παρενέργειες είναι λιγότερο θεραπευτικές και δεν απαιτούν διακοπή της θεραπείας. Συχνότερα παρουσιάζονται ναυτία, εξάνθημα, αϋπνίες, παραπθήσεις, πονοκέφαλοι, μυαλγίες και γενικότερα σύνδρομο γρίπης. Τα διαθέσιμα μέχρι σήμερα στοιχεία εξακολουθούν να είναι ενθαρρυντικά και επιβεβαιώνουν τα αρχικά συμπεράσματα σύμφωνα με τα οποία:

- 1) Το AZT δεν θεραπεύει το AIDS, δεν εξαλείφει τον ιό, αλλά απλώς αναστέλλει τον πολλαπλασιασμό του.





- 2) Επιμηκύνει σημαντικά την επιβίωση του πάσχοντα, βελτιώνει την κλινική και υποκειμενική κατάσταση, μειώνει την πιθανότητα εμφάνισης ευκαιριακών λοιμώξεων ή νεοπλασιών και επιβραδύνει την εξέλιξη της λοίμωξης προς το AIDS.
- 3) Η χορήγηση του AZT πρέπει να είναι μακροχρόνια, αλλά παραμένει άγνωστο το κατάλληλο θεραπευτικό σχήμα, το τελικό θεραπευτικό αποτέλεσμα, αλλά και η πιθανή απώτερη τοξικολογική του δράση.

Η απουσία οποιασδήποτε άλλης ειδικής θεραπευτικής αγωγής, η καθολική ταχεία κατάληξη των ασθενών και η ασφυκτική πίεση του αυξανόμενου αριθμού κρουσμάτων ώθησαν στην έγκριση κυκλοφορίας του φαρμάκου διεθνώς κατά παράβαση της καθιερωμένης διαδικασίας κρίσης. Συνεπώς δεν υπάρχουν ακόμα σήμερα ολοκληρωμένες μελέτες για την πιθανότητα καρκινογένεσης ή τερατογένεσης και αναμένονται παραπέρα έρευνες για πληρέστερο καθορισμό του θεραπευτικού σχήματος επί διαφόρων πληθυσμιακών ομάδων και καταστάσεων.

Το AZT σήμερα, κυκλοφορεί σε αρκετές χώρες της Δ.Ευρώπης, στις Η.Π.Α. Μελετάται η αποτελεσματικότητά του σε 4.000 ασυμπτωματικούς φορείς του HIV καθώς και για πρόληψη της λοίμωξης μετά έκθεση στον HIV π.χ ύστερα από τραυματισμό κατά τη νοσηλεία του ασθενούς. Δοκιμαστικά, επίσης, χρησιμοποιείται σε συνδιασμό με το αντιερπητικό φάρμακο ACYCLOVIR.

Στην Ελλάδα το φάρμακο εγκρίθηκε από τον ΕΟΦ με ασυνήθιστα, ταχύτατη διαδικασία. Θα χορηγείται μόνο σε νοσοκομεία για ασθενείς με AIDS, ύστερα από γνωμάτευση της Εθνικής Επιτροπής AIDS και με την προϋπόθεση αναφοράς στην επιτροπή ανεπιθύμητων ενεργειών του ΕΟΦ .

Η Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA) των Η.Π.Α. ανακοίνωσε ότι θα επιτρέψει τη διανομή ενός, πολλά υποσχόμενου, φαρμάκου που εμποδίζει τον ιό του AIDS να πολλαπλασιαστεί -ενώ οι δοκιμές, που διενεργούνται για να διαπιστωθεί η αποτελεσματικότητά του, δεν έχουν ολοκληρωθεί.

Το φάρμακο DIDEOXYNOSINE (DDI) θα χορηγηθεί σε 2.600 ασθενείς με AIDS, στα πλαίσια πειραματικών κλινικών δοκιμών. Επίσης θα παρέχεται δωρεάν στους χιλιάδες ασθενείς που δεν μπορούν να αντέξουν το AZT, το μόνο φάρμακο που έχει εγκρίνει η FDA κατά του AIDS.

Εώς τώρα, στα πρώτα τέστ που έγιναν με τη συμμετοχή λίγων ασθενών, το DDI φαίνεται ότι είναι αποτελεσματικό όσο το AZT-με λιγότερες όμως παρενέργειες. Οι παρενέργειες εμφανίζονται, όταν ο ασθενής διακόπτει τη χρήση του φαρμάκου.

Ενδεχομένως, λένε οι ειδικοί, το φάρμακο έχει και άλλες παρενέργειες. Αλλά το πόσο ισχυρό θα αποδειχθεί το DDI κατά του AIDS, θα προσδιοριστεί με το πέρας της νέας, ευρείας κλίμακας, έρευνας.

Οι αρμόδιοι του Υπουργείου Υγείας των Η.Π.Α. προειδοποιούν τους ασθενείς με AIDS, ότι το DDI δεν είναι πανάκεια κατά της νόσου. <<Δεν γνωρίζουμε αν το DDI είναι το ίδιο, καλύτερο ή χειρότερο από

(71)β

το AZT και θα ήταν ανόητο να πιστέψουν οι άνθρωποι ότι ξέρουμε την απάντηση πριν ολοκληρωθούν οι έρευνες>>, λέει ο δρ. Σάμιουέλ Μπροντερ, διευθυντής του Εθνικού Ινστιτούτου Καρκίνου, που συμμετείχε στην ανάπτυξη του DDI.

ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΚΑΛΥΨΗ ΤΟΥΕΜΒΟΛΙΟΥ ΓΙΑ ΤΟ AIDS

Βασικό στοιχείο στην αντιμετώπιση του AIDS θα αποτελέσει η παρασκευή ενός αποτελεσματικού εμβολίου.

Οι ολοκληρωμένες γνώσεις που θα αποκτήσουμε για τον τρόπο δημιουργίας των εξουδετερωτικών αντισωμάτων, που θα εμποδίζουν την προσβολή των κυττάρων, αποτελεί βασική προϋπόθεση.

Προβληματισμός υπάρχει για το αν αυτή η ουσία βρίσκεται στο περίβλημα του ιού, χωρίς να αποκλείεται να είναι και στον πυρήνα του. Η δυσκολία βρίσκεται στο ότι ο ιός μεταλλάσσεται συνεχώς και υπάρχει η άποψη ότι η μετάλλαξη δεν αφορά ολόκληρο τον ιό, αλλά ότι υπάρχει ένα σταθερό σημείο, που αν βρεθεί θα μας δώσει τη δυνατότητα παρασκευής του δραστικού εμβολίου.

Το πείραμα του Γάλλου ερευνητή Ντανιέλ Ζαγκουρί να εμβολιάσει τον εαυτό του με πειραματικό εμβόλιο κατά του AIDS, αν και αποτελεί θετικό στοιχείο, δυστυχώς δεν έδωσε την επαναστατική ανακάλυψη που περιμένουμε. Απλά έδειξε ότι ο ανθρώπινος οργανισμός αντιστέκεται σε δύο τύπους του ιού του AIDS, ενώ υπολογίζεται ότι οι τύποι έχουν φθάσει τους 100.

Το Ινστιτούτο Παστέρ της Γαλλίας έχει ξεκινήσει από καιρό το πρόγραμμα παρασκευής του εμβολίου κατά του AIDS, χωρίς να υστερούν και οι Αμερικάνοι.

Τα τελευταία μηνύματα από την Γαλλία μας δίνουν περιθώρια για συγκρατημένη αισιοδοξία. Οι ιολόγοι του Ινστιτούτου Παστέρ αναγγέλουν ότι θα αρχίσει η δοκιμή του εμβολίου σε εθελοντές. Η σύνθεση του εμβολίου παραμένει μυστική και οι Γάλλοι θέλουν πάλι να ξεπεράσουν τους Αμερικάνους, που το 1983 αμφισβήτησαν τη πρωτιά τους στην ανακάλυψη του ιού.

Βασική προϋπόθεση επιτυχίας του εμβολίου αποτελεί η αντοχή του από τον ανθρώπινο οργανισμό και δημιουργία αντισωμάτων. Υπάρχουν πάντοτε οι πιθανότητες αντίδρασης (αλλεργίας) από τον ορ-

γανισμό, που όμως εύκολα αντιμετωπίζεται. Ο πιο μεγάλος κίνδυνος είναι η σύνθεση του εμβολίου να είναι τέτοια που αντί να στραφεί κατά του ιού να στραφεί κατά του ίδιου του ατόμου, με αποτέλεσμα την κατάρρευση όλου του αμυντικού συστήματος.

Πάντως όλη η διαδικασία της δοκιμής (εμβολιασμός κλινικές παρατηρήσεις, διορθώσεις, καθορισμός ανώτατης δόσης) δεν προβλέπεται να τελειώσει πριν περίπου 4-5 χρόνια. Αν όλα πάνε καλά, τότε το εμβόλιο θα κυκλοφορήσει ελεύθερα.

Το εμβόλιο πρέπει να δοκιμαστεί σε ανθρώπους, γιατί τα ζώα καθιστά μεν φορείς χωρίς όμως να αρρωσταίνουν. Όλοι περιμένουμε το διπλό θαύμα, εμβόλιο για τους υγιείς, φάρμακο για τους μολυσμένους.

Το AIDS είναι μια απειλή για όλα τα Έθνη, που ταυτόχρονα κτίζει γέφυρες ανάμεσα σε όλα τα Έθνη. Γέφυρες επικοινωνίας και ανταλλαγής εμπειριών. Το να πεθάνει κανείς είναι ίσως αναπόφευκτό αυτή τη στιγμή. <<Να πεθάνει από άγνοια είναι απαράδεκτο>>.

Η σεξουαλική απελευθέρωση μετατρέπεται σε αποχαλίνωση. Αρκετοί κοινωνιολόγοι λένε: <<το SEX είναι περισσότερο από όσο δικαιολογούν οι συναισθηματικές και σεξουαλικές ανάγκες του ανθρώπου-κατάντησε καταναλωτικό αγαθό.>>

ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ AIDS

Μέχρι σήμερα το σύνδρομο της επίκτητης ανοσοανεπάρκειας (AIDS) αφορούσε ομάδες υψηλού κινδύνου. Επιδημιολογικά δεδομένα δείχνουν ότι όλο και περισσότεροι ετερόφιλοι και μάλιστα της αναπαραγωγικής ηλικίας καθίστανται φορείς της νόσου.

Επειδή ο κίνδυνος μετάδοσης της νόσου στο έμβρυο και στο νεογνό είναι υψηλός συνιστάται έλεγχος στις εξής ομάδες πληθυσμού;

- 1)σε γυναίκες με κλινική συμπτωματολογία που πιθανόν να σχετίζεται με HTLV-III/LAV μόλυνση.
- 2)σε χρήστες ναρκωτικών.
- 3)σε γυναίκες που γεννήθηκαν και μεγάλωσαν σε περιοχή που θεωρείται υψηλού κινδύνου για ετερόφυλη μετάδοση.
- 4)σε γυναίκες που εκδίδονται.
- 5)σε γυναίκες που έρχονται σε σεξουαλική επαφή με άντρες αμφίφυλους ή αιμορροφιλικούς ή με εκδηλώσεις ύποπτες για HTLV-III/LAV νόσηση ή όπου η ετερόφυλη μετάδοση είναι συχνή (CIZARY-VIGNERON ET AL 1987).

Εάν όλες οι εγκυμονούσες θα πρέπει να εξετάζονται προληπτικά είναι ένα ερώτημα που η απάντηση του εξαρτάται από τα επιδημιολογικά δεδομένα (HECHT, 1987). Στη χώρα μας δεν υπάρχουν τεκμηριωμένα δεδομένα όσον αφορά τις οροθετικές εγκυμονούσες, αλλά φαίνεται ότι υπάρχει μικρής κλίμακας πρόβλημα. Αντιθέτως μεγάλο είναι το πρόβλημα στην Ν.Υόρκη των Η.Π.Α., όπου επιδημιολογικά δεδομένα πείθουν για έλεγχο σε όλες τις κυοφορούσες καθ'όσον η νόσηση είναι υψηλή και σε άτομα εκτός ομάδων υψηλού κινδύνου. (MINKOFF 1987, DICKMAN, 1987).

Λόγω όμως της παρατηρούμενης αύξησης των κρουσμάτων στη χώρα μας, ακόμη και σε γυναίκες που δεν ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου, νομίζομαι ότι ο έλεγχος των εγκύων πρέπει να γίνεται τουλάχιστον μία φορά και ειδικότερα στο Α' τρίμηνο της

κύησης.

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΣΤΟ Σ.Ε.Α.Α.

Είναι γνωστό ότι η κύηση συνοδεύεται από ανοσοκαταβολή. Ως εκ τούτου παρατηρείται ότι η κύηση επιταχύνει τη νόσο καθώς το κλάσμα T HELPERS (βοηθητικά) προς T-SUPPRESSORS (κατασταλτικά) μειώνεται κατά την εγκυμοσύνη. Τούτο αποτελεί ένδειξη για διακοπή εγκυμοσύνης έγκαιρα με σκοπό την προστασία της μητέρας. Χρέος μας είναι να πληροφορίσουμε σωστά την εγκυμονούσα πάσχουσα ώστε να λάβει η ίδια την απόφαση.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.

Από τους ελέγχους στα κέντρα αιμοδοσίας στη χώρα μας η συχνότητα είναι 1-4 οροθετικά άτομα στα 10.000 αντίστοιχα είναι 1:10.000 γυναίκες δότριες αίματος. Το ποσοστό αυξάνει πολύ για τις ομάδες υψηλού κινδύνου π.χ. 74% για αιμορροφιλικούς .

Στη χώρα μας σαν μέθοδος μαζικού ελέγχου του πληθυσμού χρησιμοποιείται η ανοσοενζυμική τεχνική (ENZYM LINKED IMMUNO SORBENT ASSAY - ELISA). Η επιβεβαίωση των θετικών αποτελεσμάτων γίνεται με τη μέθοδο WESTERN-BLOT που παρουσιάζει μεγαλύτερη ειδικότητα. Η απομόνωση και καλλιέργεια του ιού είναι μεν εγκυρότερη διαγνωστικά αλλά εφαρμόζεται σε λίγα μόνο μεγάλα εργαστηριακά κέντρα ανά την υφήλιο.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΟΡΟΘΕΤΙΚΩΝ ΕΓΚΥΩΝ.

Στην αντιμετώπιση της οροθετικής εγκυμοσύνης κυριαρχεί το δόγμα της εχεμύθειας. Είναι τόσο ουσιαστικό αυτό το σημείο ώστε αν δεν μπορεί η νοσηλευτική μονάδα που ανήκετε να εξασφαλίσει την εχεμύθεια, συνιστάται στην έγκυο να μεταβεί στο πλησιέστερο κατάλληλο κέντρο.

Με την εντόπιση της οροθετικής εγκύου πρέπει να γίνει έλεγχος στο σύζυγό της και εάν είναι θετικός να δοθούν συμβουλές πώς να αποφύγει τη μόλυνση. Η ενημέρωση γίνεται και στους δύο συζύγους με σκοπό να τροποποιήσουν τις σεξουαλικές τους επιθυ-

μίες με άλλες ασφαλέστερες. (MMWR, 1985). Οι οροθετικές εγκυμοσύνες χρειάζονται στενότερη και λεπτομερέστερη παρακολούθηση. Πρέπει να υπάρχει εγρήγορση του μαιευτήρα για πρώιμα σημεία ή συμπτώματα της νόσου καθώς και για προφύλαξη από ευκαιριακές λοιμώξεις π.χ. ουροκαλλιέργειες για θεραπεία ασυμπτωματικής βακτηρουρίας ανά τρίμηνο.

Θα συστήσουμε στη γυναίκα να αποφασίσει τεχνητή έκτρωση στο πρώτο και δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης αφού ενημερωθεί για τα ποσοστά κάθετης μετάδοσης του ιού. Πρέπει να εκθέσουμε τον κίνδυνο για την ίδια τη μητέρα καθώς και την κακή πρόγνωση για το νεογνό, καθόσον η διαπλακούντια μετάδοση είναι πολύ πιθανή. Μετά τη διακοπή της κύησης αναγκαία είναι μία αποτελεσματική μέθοδος αντισύλληψης.

~~Για την αντιμετώπιση της επιτόκου που είναι γνωστή η οροθετικότητα της συνιστώνται όσον αφορά τον μαιευτήρα και το λοιπό προσωπικό μέτρα προφύλαξης σε αιματηρές επεμβάσεις ασθενών με AIDS (PRATT, 1986). Κατά τον τοκετό συνιστάται να αποφεύγεται η λήψη αίματος από το κρανίο του εμβρύου, η αποφυγή ενδομητρικών καθετήρων ή ηλεκτροδίων στην κεφαλή του εμβρύου για παρακολούθηση ηλεκτρονική για να μειωθεί ο κίνδυνος της λοίμωξης στο νεογνό. Η εν γένει αντιμετώπιση πρέπει να γίνεται με προσοχή ώστε να μειωθούν οι πιθανότητες μόλυνσης του νεογνού, π.χ. να αποφύγουμε την αναρρόφηση βλέννας μετά του τοκετού για το ενδεχόμενο τραυματισμού του νεογνού. Αντίστοιχα το προσωπικό που θα έλθει σε επαφή με το πιθανώς μολυσμένο νεογνό, πρέπει να λάβει τα αντίστοιχα προφυλακτικά μέτρα.~~

Μετά τον τοκετό συνιστάται απογαλακτισμός της μητέρας και διατροφή του νεογνού με τεχνητό γάλα καθότι είναι πιθανή η δια του γάλατος μόλυνση του νεογνού, το οποίο δεν είχε μολυνθεί ενδομητρίως ή κατά τον τοκετό (MMWR 1985, THIRY ET AL 1985, LANDESMAN ET AL 1987). Όσον αφορά τους εμβολιασμούς συνιστάται το νεογνό να μην δεχθεί εμβολιασμούς από ζωντανούς ιούς (PECKHAM, 1987).

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΟΡΟΑΡΝΗΤΙΚΩΝ ΕΓΚΥΩΝ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ Η ΣΥΖΥΓΩΝΟΡΟΘΕΤΙΚΩΝ ΑΝΤΡΩΝ

Θα ενημερωθούν για τον κίνδυνο μόλυνσης και θα συστηθούν προληπτικά μέτρα για τη μετάδοση του ιού. Είναι λογικό να δοθεί η συμβουλή να αποφύγουν την εγκυμοσύνη μέχρις ότου απομακρυνθούν από την ομάδα υψηλού κινδύνου. (αν είναι εφικτό). Ως γνωστό το μέσο αντισύλληψης θα συστηθεί το ανδρικό προφυλακτικό που καλύπτει καλά ένα τμήμα των πιθανοτήτων μετάδοσης. Θα συστήσουμε να αποφεύγουν την αιμοδοσία ή την παραχώρηση οργάνων του σώματος τους και έντονη θα είναι η προσπάθεια διακοπής της τυχόν ενδοφλέβιας χρήσης ναρκωτικών.

Εδώ πρέπει να αναφέρουμε ότι αρνητική εξέταση για μόλυνση από τον ιό της Ε.Α.Α. δεν καλύπτει πλήρως καθ'όσον είναι δυνατόν η νόσος να επώαζει. Είναι γνωστό ότι η επώαση του ιού μπορεί να διαρκέσει μέχρι 4 μήνες. Έτσι καθίστανται αναγκαίο σε γυναίκες υψηλού κινδύνου να γίνεται επανέλεγχος της οροαντίδρασης πλησίον του προβλεπόμενου τοκετού. Έτσι που να ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα από τυχόν ορομεταστροφή για τη μητέρα, το νεογνό και το νοσηλευτικό προσωπικό (PRATT 1986). Εάν η γυναίκα είναι οροαρνητική πια, δεν νομίζουμε ότι υπάρχει πρακτικά κίνδυνος και επιτρέπεται ο θηλασμός.

Συμπερασματικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι η αντιμετώπιση ενδονοσοκομιακά των οροθετικών γυναικών θα πρέπει να γίνεται υπό εχεμύθεια και με το πρωτόκολλο που ισχύει για κάθε ασθένεια με HTLV III/LAV μόλυνση.

Από το 1984 που αναφέρθηκε το πρώτο κρούσμα σε μαιευτική κλινική στην Ευρώπη μέχρι σήμερα, το πρόβλημα τόσο στη χώρα μας όσο και την Ευρώπη αφορά γυναίκες υψηλού κινδύνου. Αλλά πιστεύουμε ότι μέτρα πρόληψης πρέπει να ληφθούν έγκαιρα ώστε να μην φθάσει το πρόβλημα της οροθετικής εγκύου να απασχολεί την καθημερινή μαιευτική πράξη.

ΟΔΟΝΤΙΑΤΙΚΗ ΚΑΙ AIDS

Σε ελάχιστο χρονικό διάστημα το AIDS από επιστημονικό περιεργο που αφορούσε μόνο πληθυσμιακές ομάδες σε λίγες περιοχές της γής,εξελίχθηκε σε σοβαρό πρόβλημα δημοσίας υγείας που αφορά κάθε πληθυσμιακή ομάδα,σε παγκόσμια κλίμακα.

Πολλά είναι σήμερα γνωστά από την κλινική εικόνα για το Σύνδρομο της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας.

Από τη σημειολογία του,όπως συμβαίνει και σε άλλες συστηματικές νόσους,δε λείπουν εκδηλώσεις και από τη στοματική κοιλότητα,όπως στοματίτιδες,νεοπλασίες,λεμφαδενοπάθεια,ξηροστομία κ.ά.

Ο οδοντίατρος θα κληθεί να προσφέρει τις υπηρεσίες του και σε άτομα που,πιθανόν,να είναι φορείς ή να έχουν ήδη εκδηλώσει το σύνδρομο.

Κατά συνέπεια,μια σειρά μέτρων προστασίας,τόσο του οδοντίατρου όσο και των συνεργατών του,είναι τελείως απαραίτητη,και όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν οι LUBICH και SCHAEFFER,οι οδοντίατροι δεν πρέπει να αποφεύγουν να θεραπεύουν ασθενείς από τις ομάδες υψηλού κινδύνου με βάση το φόβο πιθανής μετάδοσης του AIDS επαγγελματικά.

Από της ειδικότητες της οδοντριάτρικής,η γναθοπροσωπική χειρουργική και η παροδοντολογία είναι αυτές που εκθέτουν σε αυξημένο κίνδυνο τον οδοντίατρο,επειδή η άμεση επαφή με το αίμα του ασθενούς είναι πιθανότερη.

Με δεδομένη την υψηλή θνησιμότητα του AIDS και τη μη ύπαρξη αποτελεσματικής θεραπείας,προς το παρόν,η ανάγκη λήξεως μέτρων προστασίας είναι το μέσο άμυνας που συνιστάται από υπεύθυνους οργανισμούς ή ερευνητές(COUNCIL ON DENTAL THERAPEUTICS).

Αντικειμενικός σκοπός των μέτρων προστασίας είναι η διάσπαση του φαύλου κύκλου της αλληλομολύνσεως:οδοντίατρος-ασθενής-βοηθός-εργαστήριο.Για την επίτευξη του σκοπού αυτού τα παρακάτω

μέτρα θεωρούνται, κατά περίπτωση, απαραίτητα:

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΣ ΚΑΙ ΒΟΗΘΟΣ

Χρήση γαντιών, μάσκας, προστατευτικών γυαλιών και ιατρικής μπλούζας. Είναι βέβαια γνωστό, ότι οι πιο πολλοί οδοντίατροι απόκτησαν την κλινική τους εμπειρία χωρίς να φορούν προστατευτικά γυαλιά, μάσκα ή γάντια. Έμαθαν δηλαδή να εργάζονται με <<γυμνά χέρια>> και συνεπώς θα απαιτηθεί μία περίοδος προσαρμογής, κατά την οποία θα αναπτήξουν ξανά την αίσθηση της αφής τους φορώντας γάντια. Η περίοδος αυτή ίσως κρατήσει μία ή δύο εβδομάδες.

Η χρήση του ελαστικού απομονωτήρα και της ισχυρής αναρρόφησης, στις περιπτώσεις που χρησιμοποιείται η συσκευή υπερήχων ή οδοντογλύφανο υψηλών ταχυτήτων, συμβάλλουν ώστε να αποφεύγεται η δημιουργία αεροσταγονιδίων αίματος και σάλιου.

Κατά τον καθαρισμό των εργαλείων, θα πρέπει να χρησιμοποιούνται χοντρά λαστιχένια γάντια.

Οι βελόνες μίας χρήσης δε θα πρέπει να λυγίζονται, να σπάζονται ή να ξανασκεπάζονται με το πλαστικό προστατευτικό τους κάλυμμα αλλά, όπως και τα άλλα αιχμηρά μίας χρήσης εργαλεία, να τοποθετούνται σε δοχείο με σκληρά αδιάτρητα τοιχώματα και να απορρίπτονται μαζί.

Τα αποτυπώματα, για κατασκευή προσθετικών εργασιών, θα πρέπει μόλις ληφθούν να ξεπλένονται με τρεχούμενο νερό, ώστε να απομακρύνονται το αίμα και το σάλιο, να απολυμαίνονται και να τοποθετούνται μέσα σε πλαστικό σάκο πριν σταλούν στο εργαστήριο.

Το απολυμαντικό, που θα χρησιμοποιηθεί, θα πρέπει να μην προκαλεί μεταβολή των διαστάσεων του αποτυπώματος, ώστε να μην επηρεάζει η ακρίβεια της τελικής εργασίας. Για αποτυπώματα που έχουν ληφθεί με πάστα εξειδίου του ψευδαργύρου και ευγενόλη ή ελαστικομερή αποτυπωματικά υλικά η γλουταραλδεΐδη είναι ασφαλές απολυμαντικό, εφ' όσον χρησιμοποιηθεί σύμφωνα με τις οδηγίες του

κατασκευαστού.

ΟΔΟΝΤΟΤΕΧΝΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ

Επειδή το προσωπικό του εργαστηρίου έρχεται έμμεσα, με τα αποτυπώματα ή τα εκμαγεία, σε επαφή με τον ασθενή, είναι φρόνιμο να παίρνει και αυτό μέτρα προστασίας.

Στα μέτρα αυτά, εκτός από τη χρήση προστατευτικών γυαλιών, μάσκας και μπλούζας, σινιστώνται και τα παρακάτω:

α) καθαρισμός του πάγκου παραλαβής των αποτυπομάτων καθημερινά με διάλυμα υποχλωριώδες νατρίου σε νερό.

β) εφ' όσον το υπεύθυνο για την παραλαβή των αποτυπομάτων άτομο, δεν είναι απόλυτα βέβαιο ότι έχει προηγηθεί απολύμανση των αποτυπομάτων ή των εκμαγείων στο ιατρείο, θα πρέπει να φορά γάντια.

Στη συνέχεια, θα πρέπει να φροντίζει ώστε τα αποτυπώματα ή τα εκμαγεία να απολυμανθούν, με τους τρόπους που έχουν αναφερθεί παραπάνω για το ιατρείο.

ΕΡΓΑΛΕΙΑ

Όλα τα εργαλεία, που δεν είναι μίας χρήσης, θα πρέπει να αποστειρώνονται ή να απολυμαίνονται ανάλογα με τη χρήση τους και το υλικό από το οποίο είναι κατασκευασμένα.

Η αποστείρωση επιτυγχάνεται με θέρμανση ή με χημικά μέσα. Μέθοδοι αποστείρωσης με θέρμανση κατά σειρά προτιμήσεως και αξιοπιστίας είναι Ο ΚΛΙΒΑΝΟΣ ΞΗΡΑΣ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗΣ ΚΑΙ Ο ΒΡΑΣΜΟΣ. Στα χημικά μέσα περιλαμβάνονται Η ΑΤΜΟΣΦΑΙΡΑ ΟΞΕΙΔΙΟΥ ΤΟΥ ΑΙΘΥΛΕΝΙΟΥ, ΟΙ ΑΛΔΕΥΔΕΣ ΚΑΙ ΤΟ ΥΠΟΧΛΩΡΙΩΔΕΣ ΝΑΤΡΙΟ.

Από τα χημικά μέσα, μόνο η ατμόσφαιρα του οξειδίου του αιθυλενίου είναι ικανή να προσφέρει αποστείρωση χωρίς να βλάψει τα αντικείμενα με τα οποία έρχεται σε επαφή.

Τα άλλα χημικά μέσα, αλκοόλες, αλδεύδες και το υποχλωριώδες νάτριο για να δράσουν σαν αποστειρωτικά θα πρέπει να επιδράσουν

για μεγάλο χρονικό διάστημα, που είτε δεν είναι πάντοτε διαθέσι-
μο είτε είναι καταστροφικό για ορισμένα από τα αντικείμενα που
τα εκθέτουν σε αυτά. Έτσι η χρήση τους περιορίζεται μόνο σαν
απολυμαντικών μέσων, είτε για χρήση στο ιατρείο είτε για χρήση
στο εργαστήριο.

Συμπερασματικά, από όλα όσα έχουν εκτεθεί, γίνεται φανερό ό-
τι οι οδοντίατροι, λόγω της έκθεσης τους στο αίμα και στο σάλιο,
κατά την διάρκεια της εργασίας τους, είναι περισσότερο εκτεθειμέ-
νοι στον κίνδυνο μόλυνσης από το μέσο άνθρωπο και συνεπώς η συ-
νεχής επαγρύπνηση, έστω και κατά την εξέταση ασυμπτωματικών ασθε-
νών, καθώς και η λήψη σχολαστικών μέτρων αποστείρωσης και απολύ-
μανσης είναι πρωταρχικής σημασίας.

Ελληνική εφημερίδα, σε σχέση με την κατάσταση που επικρατεί
σε σχέση με το AIDS, αναφέρει:

ΕΙΔΙΚΑ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΑ

ΓΙΑ ΟΣΟΥΣ ΕΧΟΥΝ AIDS. ΝΕΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΜΑΘΗΤΕΣ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ.

Οι φορείς και οι ασθενείς με AIDS αλλά και τα άτομα με ει-
δικές ανάγκες θα έχουν σύντομα τα δικά τους οδοντιατρεία, όπου θα
γίνονται δεκτοί χωρίς προβλήματα... Αυτό είναι ένα από τα μέτρα
που αποφασίστηκαν στη συνδιάσκεψη των προέδρων των ιατρικών και
οδοντιατρικών συλλόγων της χώρας, η οποία πραγματοποιείθηκε με
πρωτοβουλία του υπουργού Υγείας και Πρόνοιας...

Στη διάρκεια της τελευταίας μέρας της συνδιάσκεψης τονίστη-
κε η ιδιαίτερη ανάγκη να εφαρμοστεί στη χώρα μας συστηματική
προληπτική ιατρική και οδοντιατρική μέριμνα.

Ειδικότερα για τους μαθητές ανακοινώθηκε ότι ανάμεσα στα
μέτρα που θα ληφθούν είναι: Διανομή ενημερωτικού υλικού στα scho-
λεία-Ενημερωτικά προγράμματα σε συνεργασία με την ΕΡΤ για θέμα-
τα υγείας-Οι οδοντίατροι προσφέρθηκαν να κάνουν δωρεάν εξετά-

σεις για πρόληψη στα παιδιά -θα οργανωθούν ειδικά οδοντιατρία για τους φορείς του AIDS-θα συγκροτηθούν ειδικές κινητές οδοντιατρικές μονάδες για την κάλυψη αναγκών σε περιοχές της χώρας που λόγω της γεωγραφικής ιδιομορφίας τους δεν έχουν επαρκή περίθαλψη....

ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ ΚΑΙ AIDS

Η μετάδοση της νόσου με τη μετάγγιση αίματος και η πρόληψη της αποτελεί ένα από τα σοβαρότερα και άμεσα προβλήματα της αιμοδοσίας. Η μετά μετάγγιση ηπατίτιδα, παρά την πάροδο που σημειώθηκε με την απόρριψη των αιμοδοτών φορέων του αντιγόνου ηπατίτιδας Β, παραμένει ένας μόνιμος κίνδυνος για τους μεταγγιζόμενους.

Από το 1981 ένα νέο πρόβλημα προστέθηκε, αυτή τη φορά μια πραγματική απειλή, το Σύνδρομο Επίκτητης Ανόσολογικής Ανεπάρκειας (AIDS).

Δεδομένου ότι οι δύο ομάδες κινδύνου, ομοφυλόφιλοι και τοξικομανείς, είναι εκείνες που εμφανίζουν συχνότερα τον ιό ηπατίτιδας, που μεταδίδεται με τη μετάγγιση, πιθανολογήθηκε από την αρχή ότι και το AIDS μπορεί να μεταδοθεί με τον ίδιο τρόπο.

Πράγματι, από το 1982 η υπόθεση αυτή επιβεβαιώνεται με τις πρώτες παρατηρήσεις νόσου AIDS σε μεταγγισθέντες με αίμα ή παράγωγα πλάσματος. Ο ιός του AIDS μπορεί να βρίσκεται στο πλάσμα κ' στα κύτταρα του αίματος των ατόμων. Η μετάγγιση αίματος αυτών των ατόμων μεταδίδει τον ιό στο δέκτη. Ο κίνδυνος μόλυνσης του δέκτη είναι συνάρτηση αφ' ενός του γενικού επιπολασμού των αιμοδοτών με μολυσμένα άτομα και αφ' ετέρου του αριθμού των δοτών με το αίμα των οποίων μεταγγίσθηκε ο δέκτης. Οι τρόποι προφύλαξης πρέπει επομένως να κατευθύνονται και προς τους δύο αυτούς παράγοντες. Βάση της πρόληψης αποτελεί η σωστή επιλογή των αιμοδοτών.

ΕΠΙΛΟΓΗ ΑΙΜΟΔΟΤΩΝ

A) Από το 1983 η Π.Ο.Υ. (WHO), το Συμβούλιο της Ευρώπης, η Διεθνής Εταιρεία Μεταγγίσεων (ISBT) και η LIGUA των Οργανώσεων του Ερυθρού Σταυρού συνιστούν ξανά και με μεγαλύτερη έμφαση την ανάγκη χρησιμοποίησης μόνο εθελοντών, μη αμειβόμενων αιμοδοτών.

Αιμοδότες, που ανήκουν στις ομάδες κινδύνου, κυρίως ομοφυλόφιλοι, τοξικομανείς, ερωτικοί σύντροφοι αυτών των ατόμων, άτομα προερχόμενα από χώρες που ενδημεί η νόσος (Αϊτή, Αφρική κ.τ.λ) αποκλείονται.

Σωστή λήψη του ιστορικού πριν την αιμοληψία και στη διάρκεια της εξέτασης του αιμοδότη, μπορεί να βοηθήσει στον αποκλεισμό ατόμων που παρουσιάζουν αυξημένη πιθανότητα λοίμωξης.

Εξάλλου με διάφορα μέσα πληροφόρησης (μέσα μαζικής ενημέρωσης, σύλλογοι αιμοδοτών, ειδικά έντυπα για τους αιμοδότες) οι υπηρεσίες αιμοδοσίας συνιστούν στους εθελοντές αιμοδότες να αποφεύγουν να προσφέρουν αίμα αν ανήκουν σε ομάδα κινδύνου. Γενικά όμως αυτός ο τρόπος <<αυτοαποκλεισμού>> δεν αποδείχθηκε αποτελεσματικός. Επομένως, ο αποκλεισμός των επικίνδυνων αιμοδοτών πρέπει να γίνεται τη στιγμή της προσφοράς αίματος από το ειδικευμένο προσωπικό των υπηρεσιών αιμοδοσίας.

B) Η ανακάλυψη του ιού LAV/HTLV III και η εφαρμογή τεχνητής ανίχνευσης των αντισωμάτων κατά του ιού, έδωσε στην αιμοδοσία το πολύτιμο μέσο συστηματικού ελέγχου της τυχόν μόλυνσης σε κάθε αιμοληψία.

Το 1985 οι διεθνείς οργανώσεις, που αναφέρθηκαν πιο πάνω, συνιστούν επιτακτικά τη συστηματική ανίχνευση αντισωμάτων HIV σε κάθε λαμβανόμενη μονάδα αίματος.

Στην Ελλάδα, το Υπουργείο Υγείας-Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Δ/νση Αιμοδοσίας και Δ/νση Δημόσιας Υγιεινής) με υπουργικές εγκυκλίους επέβαλε:

1) Από τον Ιούλιο 1983 τη σχολαστική επιλογή των αιμοδοτών σε σχέση με το AIDS και το διακριτικό αποκλεισμό των ατόμων, που ανήκουν σε ομάδες κινδύνου.

2) Από το Σεπτέμβριο 1985 το συστηματικό έλεγχο για αντισώματα HIV σε όλες τις μονάδες αίματος.

Οι κατ'επανάληψη (τουλάχιστον 2 φορές) θετικές μονάδες αίματος απορρίπτονται. Ο οροθετικός δότης ενημερώνεται από τον υπεύθυνο γιατρό της αιμοδοσίας μετά την επιβεβαίωση του αποτελέσματος.

Απαιτείται όμως να εξασφαλίζεται το ιατρικό απόρρητο και η πλήρης εμπιστευτικότητα.

ΠΑΡΑΓΩΓΑ ΑΙΜΑΤΟΣ

Ποιά είναι τα παράγωγα αίματος που μπορούν να μεταδώσουν τον ιό HIV;

ΝΑΙ: Ολικό αίμα, συμπυκνωμένα ερυθρά, λευκά, αιμοπετάλια, πρόσφατα κατεψυγμένο πλάσμα, ξηρό πλάσμα.

Παράγωγα πλάσματος: Ινωδογόνο.

ΟΧΙ: Αλβουμίνη, ανοσοσφαιρίνες. Η παρασκευή της αλβουμίνης περιλαμβάνει ένα στάδιο θέρμανσης στους 60° C επί 10 ώρες, που αδρανοποιεί τον ιό.

Η μετάδοση του ιού HIV με τα συμπυκνωμένα σκευάσματα παραγόντων πήξης σε μεγάλο αριθμό ασθενών με συγγενή αιμοραγική διάθεση είναι γεγονός. Αυτά τα σκευάσματα προέρχονται από χιλιάδες αιμοδότες.

Η παρουσία έστω και ενός φορέα του ιού μολύνει όλη την παρτίδα και κατά συνέπεια όλους τους αρρώστους, που θα μεταγγιστούν με ένα φιαλίδιο, που προέρχεται από την παρτίδα αυτή.

Για την αποφυγή μετάδοσης του HIV σε αυτή την κατηγορία αρρώστων, εκτός από τα μέτρα επιλογής των αιμοδοτών, εφαρμόστηκαν μέθοδοι αδρανοποίησης ή εξουδετέρωσης του ιού, που πιθανόν να περιέχει στα συμπυκνωμένα σκευάσματα παραγόντων πήξης.

Τέλος, η μετάγγιση αίματος και παραγώγων παραμένουν απαραίτητα και αναντικατάστατα όπλα για πολλές παθολογικές και χειρουργικές καταστάσεις που τις περισσότερες φορές απειλούν τη ζωή του ατόμου.

Όμως πρέπει να αποφεύγεται κάθε αίτηση μετάγγισης αίματος ή παραγώγων αν δεν είναι απόλυτα αναγκαία και επιστημονικά τεκμηριωμένα.

ΠΑΙΔΙΑ ΕΦΗΒΟΙ ΚΑΙ AIDS

Το πρώτο ενδημικό κύμα της Ε.Α.Α. παρουσιάζεται το 1981 μεταξύ ομοφυλόφιλων αντρών. Τότε περίπου, εμφανίζονται και τα πρώτα κρούσματα σε παιδιά που γρήγορα πολλαπλασιάζονται, κυρίως σε χώρες της Κ.Αφρικής, στην Αϊτή και σε μερικές βορειο-αμερικανικές και ευρωπαϊκές χώρες.

ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Ο ιδανικός τρόπος για να διαγνωστεί η αρρώστια βασίζεται στην απομόνωση του ιού από καλλιέργεια αίματος ή ιστών. Οι υπάρχουσες όμως, τεχνικές ούτε τυποποιημένες είναι, ούτε και μπορούν εύκολα να χρησιμοποιηθούν. Έτσι, η ανεύρεση των ειδικών αντισωμάτων στον ιό αποτελεί σήμερα τον καλύτερο δείκτη για διάγνωση της λοίμωξης. Στα βρέφη, όμως, η μέθοδος αυτή έχει περιορισμένες εφαρμογές εφόσον η παθητική μεταφορά των αντισωμάτων από τη μητέρα στο παιδί περιορίζει τη διαγνωστική αξία της ανίχνευσής τους.

Είναι γνωστό, ότι τα παθητικά μεταφερόμενα αντισώματα της μητέρας με AIDS μπορούν να διατηρηθούν στο αίμα του βρέφους σίγουρα επί 12 και πιθανώς επί 15 μήνες. Γι' αυτό χρειάζονται 2 ορισμοί για την ύπαρξη της λοίμωξης στα παιδιά.

Έτσι, σύμφωνα με την Π.Ο.Υ., ο ένας περιλαμβάνει τα κάτω των 15 μηνών βρέφη και ο άλλος νήπια και παιδιά μεγαλύτερα των 15 μηνών. Η λοίμωξη σε νήπια και βρέφη κάτω των 15 μηνών καθορίζεται από τις εξής προϋποθέσεις:

ΟΡΙΣΜΟΣ ΣΤΑ ΚΑΤΩ ΤΩΝ 15 ΜΗΝΩΝ:

- 1) Απομόνωση του ιού από το αίμα ή τους ιστούς.
- 2) Ανεύρεση αντισωμάτων στο αίμα με θετικό το επιβεβαιωτικό TEST WESTERN BLOT.
- 3) Στοιχεία διαταραχής της χυμικής και κυτταρικής ανοσίας.
- 4) Μία ή περισσότερες κατηγορίες εκδηλώσεων της ομάδας P-2 στην κατάληξη λοιμώξεως με τον ιό.
- 5) Δύο κύρια και δύο δευτερεύοντα συμπτώματα, όπως αναφέρονται στον κλινικό ορισμό του AIDS από την Π.Ο.Υ.

ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ AIDS ΑΠΟ ΤΗΝ Π.Ο.Υ.

1) Κύριες εκδηλώσεις:

- α) απώλεια ή παθολογικά βραδεία αύξηση βάρους.
- β) χρόνια διάρροια που διαρκεί πάνω από μήνα.
- γ) πυρετός που επιμένει πάνω από μήνα.

2) Δευτερεύουσες εκδηλώσεις:

- α) γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια.
- β) στοματοφαρυγγική καντιντίαση.
- γ) υποτροπιάζουσες κοινές λοιμώξεις.
- δ) βήχας που επιμένει.
- ε) γενικευμένη δερματίτιδα.
- ζ) μητέρα οροθετική.

ΟΡΙΣΜΟΣ ΣΤΑ ΝΗΠΙΑ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΑ ΑΜΩ ΤΩΝ 15 ΜΗΝΩΝ:

- 1) Απομόνωση του ιού από το αίμα ή τους ιστούς.
- 2) Ανεύρεση αντισωμάτων στο αίμα με θετικό το επιβεβαιωτικό TEST WESTERN BLOT.

3) Δύο κύρια και δύο δευτερεύοντα συμπτώματα που αναφέρονται στον ορισμό του AIDS από την Π.Ο.Υ.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Ο αριθμός των περιπτώσεων σε παιδιά και εφήβους δεν είναι σήμερα γνωστός, όμως, κάποιες εκτιμήσεις (Ιανουάριος 1989) υπολογίζουν τα κρούσματα περίπου σε 2.500 σε όλο τον κόσμο (το 55-60% στις ΗΠΑ) εξαιρουμένης της Αφρικής, όπου εκτιμήσεις δεν μπορούν να γίνουν.

Υπολογίζεται ότι το 1992, μόνο στις ΗΠΑ θα υπάρχουν 20.000 παιδιά κάτω των 13 ετών με το πλήρες ανεπτυγμένο AIDS.

ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ HIV ΛΟΙΜΩΣΗΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Η ασυμπτωματική φάση στα μεγαλύτερα παιδιά είναι μεγαλύτερης διάρκειας από τα βρέφη που λίγες εβδομάδες ή μήνες μετά τη λοίμωξη παρουσιάζουν διαταραχές στην ανάπτυξή τους και καθυστέρηση στη ψυχοκινητική τους εξέλιξη. Συχνά παρουσιάζεται βαρεία εγκεφαλοπάθεια, κινητικές διαταραχές και επιληπτικές κρίσεις.

Στη φάση αυτή τα T_4 λεμφοκύτταρα είναι φυσιολογικά. Στη γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια το παιδί είναι σε καλή γενική κατάσταση και παρατηρείται μία μικρή μόνο μείωση των βοηθητικών λεμφοκυττάρων T_4 .

Στο ARC όμως (AIDS RELATED COMPLEX-σύμπλεγμα σχετιζόμενο με το AIDS) παρουσιάζονται δύο τουλάχιστον κλινικά συμπτώματα από τα παρακάτω, χωρίς όμως να έχουν αρχίσει ακόμα οι ευκαιριακές λοιμώξεις.

- πυρετός διαλείπων ή συνεχής.
- απώλεια βάρους.
- διόγκωση λεμφαδένων.
- διάρροια συνεχής ή διαλείπουσα.
- καταβολή δυνάμεων.

-νυκτερινοί ιδρώτες διάρκειας άνω των τριών μηνών.

Το τελικό στάδιο στην εξέλιξη της λοίμωξης είναι το AIDS, όπου το παιδί εκτός από τα αρχικά συμπτώματα από το ΚΝΣ παρουσιάζει μεγάλη ποικιλία εκδηλώσεων από το γαστρεντερικό (επίμονη διάρροια με έντονο μετεωρισμό και χαρακτηριστική ανορεξία), το καρδιαγγειακό, ενώ οι κακοήθεις νεοπλασματικές επεξεργασίες που στους ενήλικες, είναι σπάνιες στα παιδιά.

ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ

Η πρόληψη είναι δύσκολη και απαιτούνται μακροχρόνιες προσπάθειες για να οδηγηθούμε σε ικανοποιητικά αποτελέσματα. Μπορεί να γίνει με τέσσερις μεθοδεύσεις που περιλαμβάνουν:

- 1) Την ανοσοπροφύλαξη (εμβόλιο)
- 2) Την χημειοπροφύλαξη (φάρμακα)
- 3) Την τροποποίηση του περιβάλλοντος και
- 4) Την τροποποίηση της συμπεριφοράς.

Οι μεθοδεύσεις αυτές αφορούν όχι μόνο τα παιδιά, αλλά και τους ενήλικες.

ΣΧΟΛΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΚΑΙ AIDS

Μετάδοση της νόσου στο σχολικό περιβάλλον από πάσχον παιδί σε υγιές δεν έχει μέχρι σήμερα ανακοινωθεί. Όμως, οροθετικά συμπτωματικά παιδιά ή παιδιά με ARC ή AIDS πρέπει να προστατεύονται αυτά τα ίδια από πιθανές μικροβιακές ή άλλες λοιμώξεις που μπορούν να μεταδοθούν στη διάρκεια της σχολικής παρακολούθησης.

Συνιστώνται όμως τα εξής:

- 1) Παιδιά και έφηβοι με HIV λοίμωξη μπορούν χωρίς περιορισμούς να παρακολουθούν τα σχολικά τους μαθήματα.
- 2) Μαθητές που επιδεικνύουν επιθετική συμπεριφορά και δαγκώνουν συμμαθητές τους ή παιδιά που έχουν δερματικές επιφάνειες που αιμοραγούν και δεν μπορούν να καλυφθούν, θα πρέπει να απομακρυνθούν

από το περιβάλλον, μέχρις ότου μάθουμε περισσότερα για τη μετάδοση του ιού. Εναλλακτικά εκπαιδευτικά προγράμματα θα πρέπει να εφαρμοστούν στα παιδιά αυτά.

3) Ελάχιστοι από το προσωπικό του σχολείου θα πρέπει να είναι ενήμεροι για τα προβλήματα του παιδιού. Προέχει η τήρηση του απορρήτου και ο σεβασμός του δικαιώματος της ιδιωτικής ζωής του παιδιού από κάθε μέλος του προσωπικού του σχολείου.

4) Δεν συνιστάται περιοδικός έλεγχος της κατάστασης του παιδιού από τους υπεύθυνους του σχολείου. Ο οικογενειακός γιατρός είναι αυτός που θα πρέπει να εκτιμά τους κινδύνους για το πάσχον παιδί, που σίγουρα υπάρχουν σε ένα ελεύθερο σχολικό περιβάλλον.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η αζιθοθυμιδίνη (AZT) είναι το φάρμακο εκλογής που προκαλεί κλινική και ανοσολογική βελτίωση στα πάσχοντα παιδιά.

Πρόσφατη εμπειρία με 21 πάσχοντα παιδιά στα οποία χορηγήθηκε το AZT έδειξε σημαντική βελτίωση όχι μόνο στη γενική τους κατάσταση, αλλά και στην ψυχοκινητική τους εξέλιξη.

ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΓΙΑ ΤΟ AIDS

Το θέμα, σχετικά με τη νομοθεσία, είναι βέβαια ποιά μέτρα πρέπει να ληφθούν σχετικά με το AIDS.

Είναι δύσκολο να συνδυαστεί το σωστό, το δίκαιο, το ηθικό και η αποτελεσματικότητα ενός μέτρου.

Η αναμονή και η αναβολή λήψεως δραστικών μέτρων σε μία επιδημία είναι ολέθρια και καταστροφική. Ο γιατρός θα πρέπει να εκτιμήσει κατά πόσο απειλείται το κοινωνικό σύνολο.

Κατά την ελληνική νομοθεσία, οι γιατροί είναι, με βάση ειδικούς νόμους, υποχρεωμένοι να δηλώνουν στις αρχές τις πλέον συνηθισμένες μολυσματικές νόσους κατά θεμιτή παραβίαση του ιατρικού απορήτου, που αποτελεί σε όλες τις συνθήκες και περιστάσεις απαράβατη υποχρέωση του γιατρού απέναντι στον ασθενή του.

Οι όροι και οι προϋποθέσεις της δήλωσης αυτής στις αρχές αποτελούν το αντικείμενο που ίσως θα πρέπει η πολιτεία, με τη διοικητική ή και τη νομοθετική διαδικασία, να ρυθμίσει τα ειδικότερα θέματα, τα οποία αποτελούν τα μεγαλύτερα ηθικά ειδικά προβλήματα.

Επίσης, ο ποινικός μας κώδικας προβλέπει ποινές για τη παράβαση των διαταγμένων μέτρων, που αφορούν την αποτροπή της εισβολής ή τη διάδοση μεταδοτικής νόσου.

Στο άρθρο 284 του Ποινικού Κώδικα ορίζεται ότι τιμωρείται αυτός που παραβιάζει τα μέτρα τα οποία τάσσονται από το νόμο ή από την αρμόδια αρχή για την αποτροπή της εισβολής ή διάδοσης μεταδοτικής νόσου.

Αν ως συνέπεια της παράβασης αυτής, μεταδόθηκε η νόσος σε άνθρωπο, επιβάλλεται κάθειρξη μέχρι δώδεκα έτη.

Αν όμως η πράξη τελέσθηκε από αμέλεια, επιβάλλεται φυλάκιση μέχρι ένα έτος.

Το κακό που προκαλείται με τη μετάδοση του ιού του AIDS δεν ισοφαρίζεται βέβαια με την καταδίκη του υπεύθυνου στα έξοδα νοσηλείας, ούτε λύνει κανένα πρόβλημα η φυλάκιση ανθρώπου που φαίνεται

έτσι και αλλιώς καταδικασμένος σε θάνατο.

Οι ευθύνες μπορούν να λειτουργήσουν έξω από το χώρο των νομικών κυρώσεων ως συναίσθημα ευθύνης. Αυτές όμως είναι θέμα διαπαιδαγώγησης.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί το AIDS αποτελεί ένα νέο εχθρό εναντίον στην ανθρώπινη φύση. Ο ρόλος του δημοσίου φορέα στη μάχη κατά του AIDS είναι πολύ σημαντική. Όταν η Δ/νση Δημοσίας Υγιεινής, στα πλαίσια της επαγρύπνησης για τα λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα διαπίστωσε ότι το AIDS άρχισε να αποτελεί ένα σοβαρό πρόβλημα, προχώρησε σταδιακά και συστηματικά στη δημιουργία της κατάλληλης υποδομής. Πρωταρχικοί στόχοι της υπήρξαν:

Α) ΟΡΘΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ: η ενημέρωση αυτή άρχισε τον Φεβρουάριο του 1983 με ενημέρωση των υγειονομικών μας υπηρεσιών. Ακολούθησε η έκδοση εγκυκλίου προς όλα τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα της χώρας και εκδόθηκαν το 1985, 1986, 1987 φυλλάδια με οδηγίες προς το ιατρικό, οδοντιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και των κατ'οίκον νοσηλεία.

Η ενημέρωση του κοινού άρχισε με την έκδοση εγκυκλίου του Ιουνίου 1985 και συνεχίστηκε με την έκδοση φυλλαδίου, ένα εκ των οποίων το 1987 μοιράστηκε σε όλα τα νοικοκυριά με τους λογαριασμούς ΔΕΗ. Συγχρόνως άρχισε και η ενημέρωση των ομάδων υψηλού κινδύνου. Για την ενημέρωση χρησιμοποιούνται τα ακόλουθα μέσα:

-Ενημερωτικά SLIDES-και φυλλάδια- Εκτός από αυτά που απευθύνονται στο γενικό κοινό, εκδίδονται ειδικά φυλλάδια για τους στρατιώτες, ταξιδιώτες, ναυτικούς, τοξικομανείς, καθηγητές, μέσης εκπαίδευσης, υγειονομικούς και για όσους φροντίζουν ασθενείς στο σπίτι.

Παρακάτω εκθέτουμε ορισμένα φυλλάδια που εκδόθηκαν από το Υπουργείο Υγείας.

AIDS

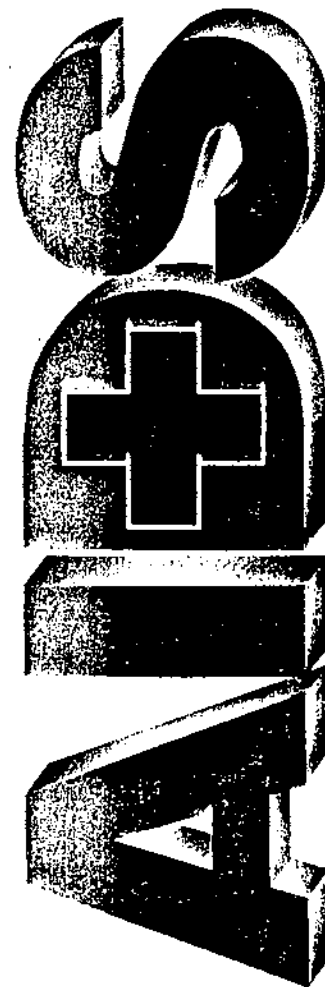


Για σένα
που νομίζεις ότι
δεν σε αφορά.



ΔΗΜΟΣ ΑΘΗΝΑΙΩΝ
Επιτροπή Υγείας

Τι πρέπει να ξέρετε
όταν "ζείτε"
κοντά στο AIDS



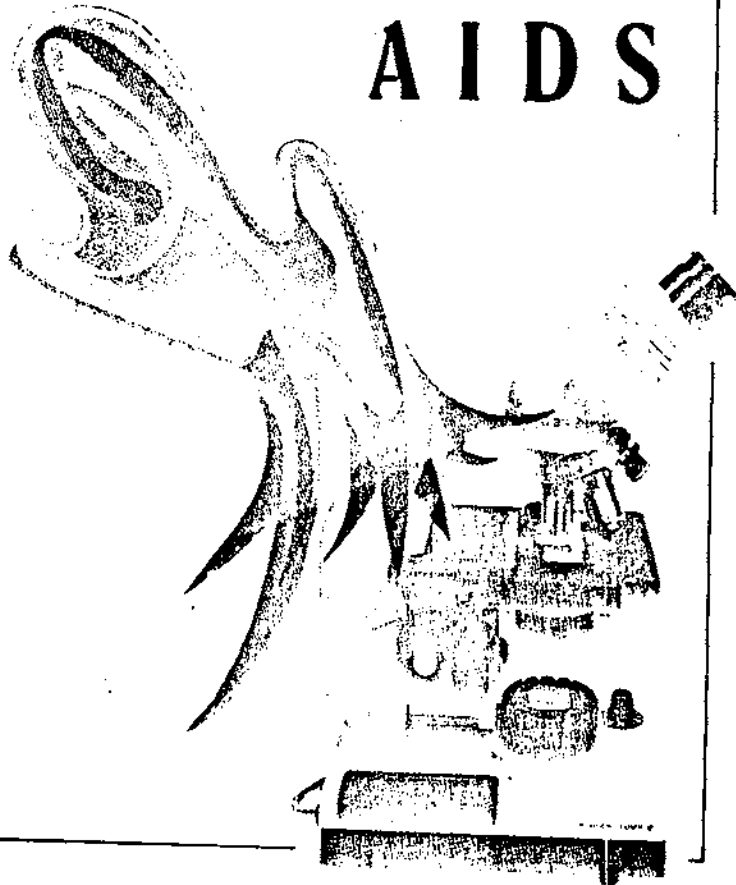
ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

ΣΤΑΥΡΟΥ Α. ΚΟΤΤΑΡΙΔΗ

Η
ΑΠΕΙΛΗ
ΤΟΥ
A I D S



Οδηγίες προς νοσηλευτικό
και εργαστηριακό προσωπικό
για το σύνδρομο
επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας
(AIDS)



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

ΑΘΗΝΑ 1985

Διατίθεται δωρεάν

AIDS

**ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΣ
ΤΟΥΣ ΟΜΟΦΥΛΟΦΙΛΟΥΣ**



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

ΑΘΗΝΑ 1987

Διατίθεται δωρεάν

AIDS

**ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΟΔΗΓΙΕΣ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ
ΤΗΣ ΔΙΑΣΠΟΡΑΣ ΤΟΥ ΙΟΥ ΤΗΣ
ΑΝΟΣΟΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ
ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ
ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ**



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

ΑΘΗΝΑ 1987

Διατίθεται δωρεάν



ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΣ ΡΕΥΜΑΤΟΣ

ΠΛΗΡΩΜΕΝΟ ΤΕΛΟΣ

PORT PAYE

Αθήνας Κ.Δ.

Αρ. Αδ. 19

ΕΛΛΑΣ-HELLAS



μάθε για το AIDS
ο κίνδυνος μεγαλώνει
ΠΡΟΦΥΛΑΞΟΥ

<<Το ενδιαφέρον των προγραμμάτων της Γραμματείας της Νέας Γενιάς έχει περάσει, εδώ και καιρό, η αντινετώπιση της εξάπλωσης του φοβερού ιού, ιδιαίτερα στο χώρο της νεολαίας.

Φορέας έντονα ευαίσθητος στα προβλήματα των νέων, η Γραμματεία συμμετείχε από πολύ νωρίς, σε συνεργασία με άλλες κρατικές υπηρεσίες στον αγώνα εναντίον του AIDS. Μάλιστα, δίχως προκαταλήψεις και ταμπού, οι επιστήμονές της προχώρησαν στον τομέα της ενημέρωσης, δίνοντας ιδιαίτερη βαρύτητα στη διαμόρφωση της σωστής κοινωνικής συμπεριφοράς προς τους φορείς του AIDS.

Στην Αθήνα και την επαρχία θα λειτουργούν Κέντρα Κοινωνικής Στήριξης ασθενών-φορέων του AIDS, όπου θα εργάζονται επιστημονικό προσωπικό και δικηγόροι, οι οποίοι θα ενημερώνουν τους φορείς και τους ασθενείς για τα δικαιώματά τους>>

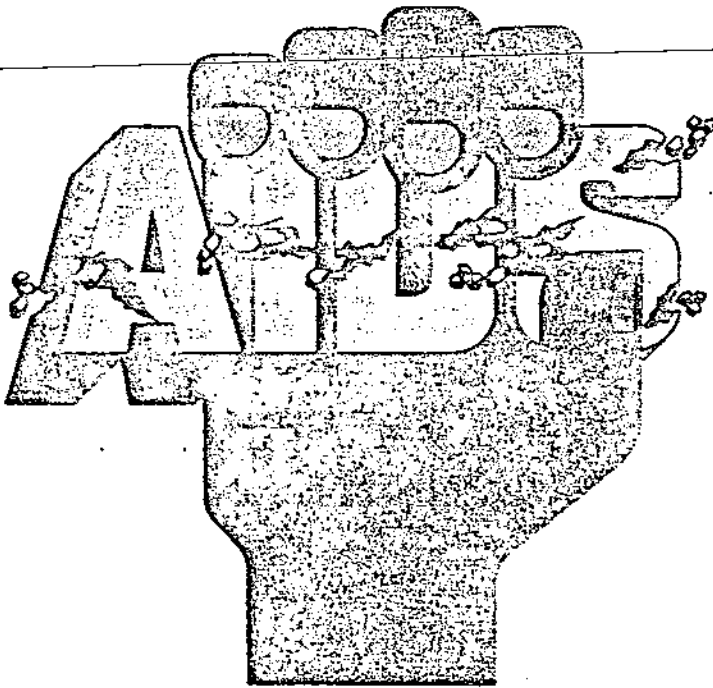
Τα παραπάνω αναφέρονται σε σχετική ανακοίνωση της Γραμματείας Νέας Γενιάς για το AIDS.

-Μέσα μαζικής ενημέρωσης και POSTERS. Η συμβολή τους στη μετάδοση μηνυμάτων είναι καθοριστική. SPOTS, VIDEO και ζωντανά προγράμματα από την τηλεόραση και το ραδιόφωνο συνβάλλουν ουσιαστικά στη διαμόρφωση σωστής ατομικής συμπεριφοράς. Ειδικές καταχωρήσεις στον τύπο και επικολλήσεις POSTERS στους κατάλληλους χώρους υποβοηθούν στην υγειονομική διαφώτιση.

ΕΛΛΗΝΙΚΟΣ ΕΡΥΘΡΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ

ΛΥΚΑΒΗΤΤΟΥ 1 - ΤΗΛ. 3642383

**ΕΤΟΝ ΑΓΩΝΑ ΚΑΤΑ
ΤΟΥ ΕΙΤΖ**



- ⊙ ΝΑΙ ΣΤΗ ΣΩΣΤΗ ΔΙΑΦΩΤΙΣΗ
- ⊙ ΝΑΙ ΣΤΗ ΣΩΣΤΗ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ
- ⊙ ΟΧΙ ΣΤΟΝ ΠΑΝΙΚΟ



USE CONDOMS
FOR SAFER SEX

IT'S NOT 100% SAFE BUT IT'S SAFER TO USE
A CONDOM EVERY TIME YOU HAVE SEX.



ANY SEXUAL PARTNER COULD BE AN AIDS CARRIER



FREE CONFIDENTIAL AIDS COUNSELLING SERVICE 3-7802211

(ANONYMITY WILL BE PRESERVED)

**μεινε πιστος,
ειναι ρομαντικο**



(και πιο ασφαλεις)

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ
ΤΟΥ AIDS**

**Μακέτα της Ισμήνης Ταλιαδούρου για το
διαγωνισμό αφίσας κατά του AIDS**



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ AIDS

**Μακέτα του Κώστα Παπατσόγλου για
το διαγωνισμό αφίσας κατά του AIDS
(3ο βραβείο)**

-Οργάνωση σεμιναρίων - διαλέξεων. Κάθε προσπάθεια τροποποίησης κοινωνικής και ατομικής συμπεριφοράς θα πρέπει να στηρίζεται στην εκπαίδευση στελεχών και οδηγών ομάδων που θα αναλάβουν την προώθηση των βασικών στόχων της εκστρατείας.

<<Με αφορμή την ημέρα πάλης κατά του AIDS πραγματοποιήθηκαν στην Αθήνα και την επαρχία μια σειρά από εκδηλώσεις τις οποίες διοργάνωσαν μαζικοί φορείς και συμμετείχαν πανεπιστημιακοί επιστήμονες, νέοι και νέες, οι οποίοι αντάλλαξαν απόψεις για την έγκαιρη πρόληψη και την αντιμετώπιση του φαινομένου.

Η εκδήλωση αυτή διοργανώθηκε από την Εταιρεία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS και ο Φιλολογικός Σύλλογος Παρνασός...>>

-Έρευνα. Η διεθνής ερευνητική προσπάθεια δεν έχει προηγούμενο. Μέσα σε δύο χρόνια ανακαλύφθηκε ο υπεύθυνος αιτιολογικός παράγοντας. ~~Ακολούθησε η εφαρμογή διαγνωστικών μεθόδων στην καθημερινή πράξη.~~ Διερευνήθηκε με κάθε λεπτομέρεια η μοριακή βιολογία του HIV. Άρχισε η παραγωγή ειδικών αντιϊκών φαρμάκων. Ήδη δοκιμάστηκαν τα πρώτα προφυλακτικά εμβόλια. Η συνέχιση της έρευνας είναι βέβαιο ότι θα πετύχει τη θεραπευτική και προληπτική αντιμετώπιση του AIDS κατά τα προσεχή χρόνια.

Ειδικές διατάξεις έχουν θεσπισθεί σύμφωνα με τις διακηρύξεις διεθνών οργανισμών. Η τήρηση τους με ακρίβεια έχει ιδιαίτερη σημασία για οποιαδήποτε ερευνητική δραστηριότητα στο AIDS, αφού κάθε παράλειψη από το δόλο, αμέλεια, ή απροσεξία μπορεί να δημιουργήσει τρομερά προβλήματα και βλάβες στον ασθενή.

Β) ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΟΔΟΜΗΣ: σήμερα λειτουργούν στη χώρα μας έξη Εθνικά Κέντρα Αναφοράς εκ των οποίων :

-Θερ/ριο Ευαγγελισμός

-Στην Υγειονομική Σχολή Αθηνών

-Μικροβιολογικό Εργαστήριο Παν/μίου Θεσ/νίκης

-Εργαστήριο Παν/μίου Ιωαννίνων

- << Υγιεινής Πατρών

-Αιματολογικό τμήμα του Βενιζέλειου Νοσοκομείου.

Ο έλεγχος για παρουσία αντισωμάτων HIV με τη μέθοδο ELISA γίνεται από:

-Το Μικροβιολογικό Εργαστήριο του Παν/μίου της Αθήνας.

-Το Εργαστήριο Ελέγχου Μεταδιδόμενων Νοσημάτων του Νοσοκομείου Α.Συγγρός.

-Το Ελληνικό Ινστιτούτο PASTEUR.

-Από ορισμένα Μικροβιολογικά Εργαστήρια Νοσοκομείων και όλες τις Αιμοδοσίες της χώρας σε επίπεδο ρουτίνας.

Γ) ΔΙΑΘΕΣΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΠΟΡΩΝ:

-Νοσηλεία ασθενών. Ιούνιος 1983 με Υπουργική απόφαση επιβάλλεται η νοσηλεία πασχόντων από AIDS στους θαλάμους μόνωσης των Γενικών Νοσοκομείων.

Αύγουστος 1985 με τηλετυπική-Υπουργική διαταγή η ανάπτυξη μονωμένου δωματίου με ιδιαίτερο λουτρό και αποχωρητήριο σε όλα τα Κρατικά Γενικά Νοσοκομεία της χώρας για νοσηλεία ασθενών με AIDS.

Ιανουάριος 1988 ανάπτυξη σε όλα τα Νομαρχιακά Γενικά Νοσοκομεία δύο μεμονομένων δωματίων με ιδιαίτερο λουτρό αποχωρητήριο για νοσηλεία ασθενών με AIDS και τέσσερα στα Περιφερειακά Γενικά Νοσοκομεία.

Σύγχρονος ανάπτυξη εξωτερικών ιατρείων και οδοντιατρείων για πάσχοντες και φορείς στα Περιφερειακά Γενικά Νοσοκομεία της χώρας η οποία πραγματοποιείται σταδιακά στα πλαίσια βραχυπρόθεσμων αναπτυξιακού προγράμματος έτους 1988.

-Παρακολούθηση και παροχή υπηρεσιών. Από όλα τα Εθνικά Κέντρα Αναφοράς.

-Από το Ειδικό Κέντρο Ελέγχου Λοιμωδών Νοσημάτων της Υγειονομικής Σχολής.

-Από το Κέντρο Ελέγχου Σεξουαλικά μεταδιδόμενων Νοσημάτων του Νοσοκομείου Α.Συγγρού.

-Από το κέντρο Ελέγχου AIDS τού Μικροβιολογικού Εργαστηρίου του

Παν/μίου της Αθήνας.

-Από τα Κέντρα Παρακολούθησης πολυμεταγγιζόμενων με παράγωγα αίματος και αίμα.

-Τις αιμοδοσίες της χώρας.

-Τα υπό ανάπτυξη εξωτερικά ιατρεία-μονάδες των νοσοκομείων.

-Κοινωνική και ψυχολογική υποστήριξη ασθενών και οικογενειακού περιβάλλοντος.

-Από το ειδικό Κέντρο Ελέγχου Λοιμωδών Νόσων της Υγειονομικής Σχολής Αθηνών.

-Το κέντρο Ελέγχου Σεξουαλικά μεταδιδόμενων Νοσημάτων του Νοσοκομείου Α.Συγγρού.

-Τα υπό ανάπτυξη εξωτερικά ιατρεία-μονάδες των νοσοκομείων.

Ενδεικτικά αναφέρουμε μία προσπάθεια που έγινε πρόσφατα για την συμπαράσταση των φορέων και πασχόντων από AIDS.

Σε διάφορες χώρες του κόσμου δημιουργήθηκαν Οργανισμοί Υπηρεσιών AIDS (ASOS), για να καλύψουν την ανάγκη για φροντίδα των αρρώστων και για ενθάρρυνση αυτών που έχουν διάθεση να προσφέρουν βοήθεια. Σε ορισμένες περιπτώσεις προηγήθηκαν σε δράση των κυβερνητικών προγραμμάτων.

-Εκπαίδευση και μετεκπαίδευση προσωπικού.

Δ) ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ : Διενεργείται στα πλαίσια προσφοράς υπηρεσιών από τα Εθνικά Κέντρα Αναφοράς.

Ε) ΛΟΙΠΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΕΛΕΓΧΟΥ :

-Υποχρεωτικός έλεγχος γυναικών εκδιδόμενων με αμοιβή και υποχρέωση απαχώρησης από το επάγγελμα αν εβρεθούν φορείς.

-Έλεγχος ερωτικών συντρόφων πασχόντων-φορέων μετά από ενημέρωσή τους.

-Εθελοντικός έλεγχος εγκύων μετά από ενημέρωσή τους.

-Εθελοντικός έλεγχος κάθε ατόμου που το επιθυμεί.

-Εθελοντικός έλεγχος ναυτικών.

Παρά την προσπάθεια αυτή από την πλευρά του δημοσίου φορέα η κατάσταση δεν εξελίχθηκε καθόλου ευνοϊκή. Παρακάτω παραθέτουμε μία έρευνα η οποία δείχνει ότι ο κόσμος δεν έχει ευαισθητοποιηθεί ικανοποιητικά.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε το Μάιο του 1989 από την Α΄ Παιδιατρική Κλινική και το Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας του Παν/μίου Αθηνών με χρηματοδότηση του Π.Ο.Υ.

Το ερωτηματολόγιο συντάχθηκε από τους Ν.Ματσανιώτη και Δ.Τραχόπουλο. Δόθηκε σε τυχαία επιλεγμένο δείγμα 1100 ατόμων ηλικίας 18-55 ετών. Από αυτό το 70% ήταν άνδρες και το 30% γυναίκες όλων των κοινωνικοοικονομικών τάξεων στις εξής περιοχές:

- Αθήνα 400
- Θεσσαλονίκη 180
- Αστικές περιοχές 200
- Ημιαστικές και Αγροτικές 32

Η έρευνα είχε σα στόχο την αποτύπωση της γνώσης και της συμπεριφοράς του ελληνικού πληθυσμού σε θέματα που αφορούν την πρόληψη του AIDS.

Αυτό που φάνηκε από την έρευνα και που θα πρέπει να προβληματίσει πολύ τους αρμόδιους για την εκπόνηση προγραμμάτων κατά του AIDS στη χώρα μας είναι ότι ενώ:

- Όλοι σχεδόν φοβούνται το AIDS.
- Οι μισοί μόνο έχουν πλήρη ενημέρωση και ανάμεσά τους σημαντικό μέρος ατόμων, που ανήκουν στις ηλικίες με ενεργό σεξουαλική δραστηριότητα που, βέβαια, διατρέχουν και τον μεγαλύτερο κίνδυνο.
- Ακόμα λιγότεροι είναι αυτοί-κυρίως νέοι-που έχουν αλλάξει την ερωτική τους συμπεριφορά ακόμα και αν γνωρίζουν ότι θα έπρεπε να το κάνουν.
- Λιγότεροι ανησυχία έδειχναν οι γυναίκες και ιδιαίτερα της ηλικίας 45-55 ετών (74,1%) και ακόμα λιγότερο οι παντρεμέ-

νες (65,8%). Ας σημειωθεί ότι οι ειδικοί έχουν επισημάνει ότι οι γυναίκες μοιάζουν στην πραγματικότητα να μην έχουν συνειδητοποιήσει τον κίνδυνο που τις απειλεί.

Η παραπάνω έρευνα θα πρέπει να προβληματίσει κάθε άτομο και ιδιαίτερα εκείνους οι οποίοι έχουν αναλάβει να ενημερώσουν το κοινό σχετικά μ' αυτό τον νέο εχθρό που κτυπά αλύπητα την ανθρωπότητα.

ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ AIDS Η

ΦΟΡΕΑ ΤΟΥ AIDS

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η νοσηλεία του αρρώστου που πάσχει από το σύνδρομο της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας αποτελεί σήμερα πρόκληση για βελτίωση της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας, όχι μόνο λόγω της βαρύτητας της νόσου, αλλά και γιατί η νόσος συνδέεται με την απομόνωση και την κοινωνική απόρριψη.

Η αναγκαία ανάπτυξη νέων τρόπων προσέγγισης και ικανοποίησης των βιοψυχο-κοινωνικών αναγκών του αρρώστου με AIDS είναι επιτακτική, αφού το νόσημα είναι νέο, μεταδοτικό, αθεράπευτο προς το παρόν, με ταχυτάτη επέκταση, θανατηφόρο εξέλιξη και με τεράστιες κοινωνικοοικονομικές και ψυχολογικές επιπτώσεις.

Η Νοσηλευτική, που ανήκει στα ανθρωπιστικά επαγγέλματα, δίνει τη μάχη στην πρώτη γραμμή, συμμετέχει στους κοινωνικούς προβληματισμούς, προσπαθώντας έτσι να αντιρροπίσει τις απρόσωπες τάσεις της εποχής μας, επιταχύνοντας τα βήματά της σε μία προσωπική και ανθρωπιστική συνάντηση με τον άρρωστο.

Ο ΑΡΡΩΣΤΟΣ ΜΕ AIDS ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Συνήθως οι ασθενείς που εισάγονται στο Νοσοκομείο περνούν πρώτα από τα Εξωτερικά Ιατρεία.

Η αξιολόγηση και προετοιμασία του αρρώστου κατά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο πρέπει να περιλαμβάνει: τη διανοητική και ψυχική του κατάσταση.

Η διανοητική και ψυχική κατάσταση του αρρώστου διαχωρίζεται σε τρεις κατηγορίες:

- 1) Άρρωστος καλά προσανατολιζόμενος χωρίς τραύματα ή πληγές και ικανός να καταλάβει και να εφαρμόσει καλή ατομική υγιεινή.
- 2) Άρρωστος καλά προσανατολιζόμενος με τραύμα ή πληγές και ικανός να καταλάβει και να εφαρμόσει ατομική υγιεινή.
- 3) Άρρωστος αποπροσανατόλιστος ή απροσάρμοστος ή κατάκοιτος (με ή χωρίς πληγές ή τραύματα).

Η νοσηλεία του αρρώστου, στηρίζεται στην ολιστική θεώρηση των βιολογικών, ψυχικών, πνευματικών και κοινωνικών αναγκών του αρρώστου.

ΦΑΣΜΑ ΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ

Οι άρρωστοι που νοσούν από AIDS εμφανίζουν ένα μεγάλο φάσμα βιολογικών αναγκών. Οι κυρίαρχες ανάγκες τους είναι:

- 1) Ανάγκη διατηρήσεως ελεύθερης της αναπνευστικής οδού.
- 2) Ανάγκη σωστής διατροφής.
- 3) Ανάγκη επαρκούς λήψεως υγρών.
- 4) Ανάγκη αποβολής απεκκριμάτων.
- 5) Ανάγκη ατομικής καθαριότητας.
- 6) Ανάγκη παρακολούθησης της θερμοκρασίας του σώματος.
- 7) Ανάγκη κίνησης και μετακίνησης.
- 8) Ανάγκη ασφαλούς περιβάλλοντος.
- 9) Ανάγκη επαρκούς αναπαύσεως και ύπνου.

ΨΥΧΙΚΕΣ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ:

- 1) Ανάγκη επικοινωνίας.
- 2) Ανάγκες διατηρήσεως της ψυχικής ισορροπίας.
- 3) Ανάγκες εργασίας και ψυχαγωγίας.
- 4) Ανάγκες εκπαιδευτικές.
- 5) Ανάγκες λατρείας της δικής του πίστης.
- 6) Ανάγκες που σχετίζονται με την τελική φάση της ζωής του καθώς και τις μεταφυσικές του αναζητήσεις.

ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Το πρόβλημα που προοδευτικά οι άρρωστοι μας παρουσιάζουν είναι: βήχας, απόχρεμψη, κυάνωση, δυσφαγία, υποσιτισμός, απώλεια βάρους, έμετοι, διάρροια, ολιγουρία, ακράτεια ούρων, κοπράνων, αφυδάτωση, πυρετός και νυκτερινές εφιδρώσεις, έλκη, πόνος, νοσοκομειακές λοιμώξεις, ατυχήματα, μειωμένος προσανατολισμός, ανικανότητα αυτοφροντίδας...

Οι νοσηλευτικές μας παρεμβάσεις καλύπτουν τα προαναφερθέντα προβλήματα ως εξής:

- Χορηγείται οξυγόνο (O_2) με παράλληλο έλεγχο αερίων αίματος.
- Γίνονται συχνές αναρροφήσεις εκκρίσεων όταν υπάρχει ανάγκη. Επειδή ένας παροξυντικός βήχας μπορεί να απελευθερώσει μολυσμένα σταγονίδια κατά τη διάρκεια της αναρροφήσεως, πρέπει ο νοσηλεύων να νοσηλευτεί με γάντια μίας χρήσης, πλαστική ποδιά, μάσκα ενισχυμένου φίλτραρίσματος και ειδική προστασία για τα μάτια.
- Καθημερινά ζυγίζουμε τον άρρωστο. Χορηγούμε τροφές πλούσιες και περιεκτικές, εξασφαλίζοντας συγχρόνως θρεπτικό και θερμιδικό ισοζύγιο. Η χορήγηση τροφής γίνεται από το στόμα ή από το μόνιμο ρινογαστρικό σωλήνα. Τα γεύματα μπορεί να είναι συχνά και μικρά ανάλογα με την αντοχή του αρρώστου. Όταν ο άρρωστος έχει τάση για έμετο χορηγούμε αντιεμετικά μια ώρα προ του γεύματος.
- Φροντίζουμε για την ενδοφλέβια ενυδάτωση, ενθαρρύνουμε τη λήψη υγρών από το στόμα και καταγράφουμε τα προσλαμβανόμενα και αποβαλ-

λόμενα υγρά.

- Οι άρρωστοι νοσηλεύονται σε μονόκλινο δωμάτιο με ατομική τουαλέτα για να διευκολύνεται ο έλεγχος των μολύνσεων.
- Ιδιαίτερη μέριμνα λαμβάνεται για την υγιεινή απόρριψη των απεκκριμάτων και τη συγκέντρωση του ιματισμού που θεωρείται μολυσμένος.
- Εκτιμάται το επίπεδο της ανεξαρτησίας του αρρώστου και ενθαρρύνεται όσο είναι δυνατόν για αυτοφροντίδα.
- Εάν παρατηρήσουμε ότι ο άρρωστος ξυπνά πολύ πρωί, πράγμα που μπορεί να οφείλεται σε κλινική κατάθλιψη, σημειώνεται και αναφέρεται, γιατί ενδεχομένως να χρειαστεί ειδική θεραπεία.
- Οι κατακεκλειμένοι πρέπει να υπόκεινται σε παθητικές και ενεργητικές κινήσεις των άκρων και συχνή αλλαγή θέσης.
- ~~Προστατεύουμε τον ασθενή μας από νέες μολύνσεις, μειώνοντας την έκθεσή του σε επιπρόσθετο κίνδυνο ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων.~~
- Εκτιμούμε την φυσική του κατάσταση (π.χ. αν βλέπει, αν υπάρχει ιστορικό σπασμών ή εμπειρία πτώσεων) και τη δυνατότητα για επικοινωνία και συνεργασία.

Προκειμένου να εξασφαλίσουμε τον ασθενή από τις πτώσεις, αφαιρούμε τα εμπόδια, καρέκλες και άλλα αντικείμενα από το δρόμο του, αποκαθιστούμε μια πιθανή φθορά του δαπέδου...

Τέλος, αν ο άρρωστος μας βρίσκεται σε κατάσταση συγχύσεως ή υπό την επιρροή ηρεμιστικών φαρμάκων τον τοποθετούμε σε χαμηλό κρεβάτι με προφυλακτήρες.

Σε ερευνητική εργασία που έγινε από συνάδελφο σχετικά με τις <<πτώσεις των ασθενών>> αναφέρεται ότι τους επτά ασθενείς με AIDS που νοσηλεύτηκαν σε κεντρικό νοσοκομείο της Αθήνας, οι τέσσερις, δηλαδή ποσοστό πάνω από το 50%, έπεσαν, επιβαρυνόμενοι με όλα τα επακόλουθα μίας πτώσης.

ΓΕΝΙΚΕΣ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Γενικός κανόνας όπως έχουμε ήδη αναφέρει, πρέπει να αποφεύγουν την επαφή με το αίμα ή τα υγρά του αρρώστου, όπως τα ούρα, έμειτοι, κόπρανα, πτύελα, σπέρμα, υγρά του κόλπου, γάζες τραυμάτων.

Όταν και όποτε όμως είναι απαραίτητο να γίνει περιποίηση στόματος του αρρώστου που έχει λερωθεί στο κρεβάτι ή αλλαγή λερωμένων σεντονιών πρέπει να χρησιμοποιούνται τα εξής προφυλακτικά μέτρα:

-ΠΟΔΙΑ: Να χρησιμοποιείται υφασμάτινη ή πλαστική ποδιά όταν πρόκειται να γίνει κάποια από τις προηγούμενες περιποιήσεις του αρρώστου. Αν η ποδιά είναι υφασμάτινη, πρέπει να πλένεται μαζί με το μολυσμένο ιματισμό κάθε φορά που θα λερωθεί. Αν είναι πλαστική μπορεί να απολυμένεται σε λεκάνη με διάλυμα χλωρίνης.

-ΜΑΣΚΑ: Η μάσκα πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο αν ο άρρωστος έχει λοίμωξη του αναπνευστικού και βήχει, όπως βρογχίτιδα ή πνευμονία την ώρα που τον περιποιούμαστε.

Η ποιότητα της μάσκας πρέπει να είναι χάρτινη, ανθεκτική όπως η μάσκα του χειρουργείου που σκεπάζει καλά την μύτη και το στόμα.

Πρέπει να φοράτε καινούργια μάσκα κάθε μέρα και στο τέλος της ημέρας να πετάτε αυτή στα μολυσμένα σκουπίδια.

-ΓΑΝΤΙΑ: Τα γάντια που χρησιμοποιούνται για την περιποίηση του αρρώστου αυτού μπορεί να είναι:

α) Ελαστικά γάντια χειρουργείου: αυτά τα γάντια χρησιμοποιούνται όταν πρόκειται να κάνει κανείς κάποια λεπτή εργασία όπως περιποίηση τραύματος, δηλαδή αλλαγή γαζών (οπότε πρέπει και να είναι αποστειρωμένα) αλλά και σε περιποίηση στόματος, αιμοληψία, αλλαγή σεντονιών κ. λ. π.

Τα γάντια πρέπει πάντα να ελέγχονται αν είναι ακέραια.

β) Γάντια κουζίνας: αυτά καλό είναι να χρησιμοποιούνται όταν γίνεται καθαριότητα χώρου και επιφανειών, όταν ετοιμάζονται τα ρούχα

για πλύσιμο κ.τ.λ. Αυτά είναι περισσότερο ανθεκτικά και οικονομικότερα.

γ) Γάντια πλαστικά μίας χρήσης: τα γάντια αυτής της ποιότητας δεν εφαρμόζουν στα χέρια, για αυτό μπορεί να χρησιμοποιούνται σε ορισμένες διαδικασίες της περιποίησης του αρρώστου που κρίνεται ότι δεν θα εμποδίζουν.

-ΕΠΙΣΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ AIDS ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΛΗΘΟΥΝ ΥΠΟΨΗ ΚΑΙ ΟΙ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ:

α) Τα χέρια πρέπει να πλένονται μετά από κάθε επαφή με τον άρρωστο, τα σωματικά υγρά και τα μολυσμένα αντικείμενα.

β) Πριν από την περιποίηση άλλου αρρώστου, ακόμα και αν η νοσηλεύτρια φορούσε γάντια.

γ) Πριν το φαγητό.

δ) ~~Πριν μπει σε δωμάτιο άλλου αρρώστου.~~

ε) Όταν υπάρχουν κοψίματα ή εκδορές στα χέρια πρέπει να χρησιμοποιούνται ελαστικά γάντια.

στ) Για την πλύση χεριών προτιμάται η χρήση υγρού σαπουνιού. Στο σαπούνι πλάκα μπορεί να μένουν σταγόνες σωματικού υγρού του αρρώστου (αίμα κ.τ.λ.) Καλύτερο είναι το υγρό αντισηπτικό σαπούνι με βάση τη χλωρεξιδίνη π.χ. CANASCUB, AMPITASOL, INCOSEPT κ.τ.λ. Αν ο άρρωστος έχει σοβαρή μόλυνση, χρησιμοποιείτε αντισηπτικό σαπούνι ιωδιούχο.

Σε περίπτωση που θα συμβεί να κοπεί ή τρυπηθεί κανείς με μολυσμένη βελόνα, ξυραφάκι ή ότι άλλο πρέπει να ενεργήσει ως εξής:

- Να βοηθήσει και να σφίξει το σημείο του τραυματισμού να αιμορραγήσει προς τα έξω.

- Να πλύνει το τραύμα με πολύ νερό χωρίς να το πειράξει, να το στεγνώσει με καθαρή χαρτοπετσέτα και να το πλύνει με οινόπνευμα.

- Πρέπει οπωσδήποτε να ενημερωθεί ο γιατρός που παρακολουθεί τον άρρωστο για περαιτέρω οδηγίες.

Αν πέσουν κηλίδες αίματος, ή άλλο υγρό του αρρώστου στο δέρμα

πρέπει μετά να πλυθεί με σαπούνι και άφθονο νερό, να σκουπιστεί με καθαρή χαρτοπετσέτα και να πλυθεί με οινόπνευμα.

Αν πεταχθούν σταγόνες αίματος στα μάτια ή στο στόμα, πρέπει να πλυθούν με καθαρά χέρια και με αρκετή ποσότητα νερού ή φυσιολογικό ορό.

Αν συμβεί δάγκωμα από συγχυσμένο άρρωστο δεν πρέπει να ανησυχεί κανείς γιατί δεν έχει αναφερθεί μόλυνση από αυτό.

Τα πύελα αντιμετωπίζονται όπως οι κηλίδες αίματος στο δέρμα

ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

ΜΕ AIDS

Στις τεχνικές για την αντιμετώπιση του αρρώστου με AIDS από το προσωπικό του νοσοκομείου συμπεριλαμβάνονται:

- α) ~~Η μεταχείριση του αρρώστου (νοσηλευτικές προφυλάξεις)~~
- β) Μεταχείριση βασικών εφοδίων υλικού και μηχανημάτων.
- γ) Εκτέλεση διαγνωστικών ή θεραπευτικών επεμβατικών πράξεων.
- δ) Συλλογή και μεταφορά εργαστηριακών δειγμάτων.
- ε) Μεταφορά του μολυσμένου αρρώστου σε άλλους χώρους του νοσοκομείου.
- στ) Μεταχείριση σωματικών εκκρίσεων και μολυσμένων εργαλείων.
- η) Μεταχείριση ιματισμού.
- θ) Δίσκοι φαγητού.

Αναλυτικά οι τεχνικές αυτές εκτελούνται ως εξής:

Α) ΜΕΤΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΦΥΛΑΞΕΙΣ)

- Τα μέλη της ομάδας φροντίδας πρέπει να είναι ενημερωμένα για τις εξελίξεις της κατάστασής του.
- Πρέπει να γίνεται συνεχής επανεκτίμηση της διανοητικής και φυσικής κατάστασης του αρρώστου και αναπροσαρμογή των προφυλάξεων σύμφωνα με τον παρακάτω πίνακα.

-Οι παρατηρήσεις στις αλλαγές του αρρώστου πρέπει να καταγράφονται από τις νοσηλεύτριες -τες στο φύλλο νοσηλείας γιατί μπορεί να χρειάζονται πρόσθετα μέτρα όπως έμετοι, αλλαγή από φυσιολογική ούρηση σε ακράτεια, που χρειάζεται επί πλέον προφυλάξεις από τα ούρα κ.λ.π.

ΠΙΝΑΚΑΣ (CDC)

ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΓΙΑ ΤΟ AIDS

<u>Κατάσταση Αρρώστου</u>	<u>Προφυλάξεις</u>	<u>Μονό Δωμάτιο</u>	<u>Μάσκα</u>	<u>Γάντια</u>	<u>Ρόμπα</u>	<u>Ποδονέφια Σκούφια</u>
α) Καλά προσανατολισμένος χωρίς πληγές και τραύματα.	Για αιματηρές μόνο πράξεις.	+	E	E	E	-
β) Καλά προσανατολισμένος με τραύμα ή πληγές.	Περιορισμοί τραύματος	+	E	+	+	-
γ) Μη συνεργάσιμος αποπροσανατόλιστος ή ανίκανος να φροντιστεί.	Εκτεταμένες προφυλάξεις	+	E	+	+	-
δ) Για όλους τους αρρώστους της α,β,γ, για ειδικές διαδικασίες	Περιορισμός	+	E	E	E	E

+ : απαραίτητο

E : Με επιλογή κατά περίπτωση αν χρειαστεί.

- : Δε χρειάζεται.

Β) ΜΕΤΑΧΕΙΡΗΣΗ ΒΑΣΙΚΩΝ ΕΦΟΔΙΩΝ -ΥΛΙΚΟΥ ΚΑΙ ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΩΝ

Βασικές οδηγίες:

- Να κρατούνται τα ίδια εφόδια(θερμόμετρο-σφυγμομανόμετρο-στατό ορρού κ.λ.π.)μέσα στο δωμάτιο για όλη τη διάρκεια της παραμονής του αρρώστου.
- Τα αναλώσιμα εφόδια που μένουν στο δωμάτιο πρέπει να περιορίζονται μόνο στην ημερήσια αναγκαία ποσότητα.
- Κάθε όργανο ή μηχανήμα που βγαίνει από το δωμάτιο πρέπει να απολυμανθεί και να καθαριστεί.
- Ατομικά αντικείμενα όπως ξυριστικές μηχανές, οδοντόβουρτσες κ.τ.λ. δεν πρέπει να μοιράζονται με άλλους.
- Στρώματα και μαξιλάρια να είναι ντυμένα με αδιάβροχο.

Γ) ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ Η ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΩΝ ΠΡΑΞΕΩΝ

Το "CENTER OF DISEASE CONTROL" των Η.Π.Α.(Αύγουστος /87) στις πρόσφατες συστάσεις του για τις προφυλάξεις από το AIDS θεωρείται ότι για τη περίπτωση αυτή επεμβατικές πράξεις είναι οι εξής:

- Η χειρουργική είσοδος στους ιστούς, τις κοιλότητες του σώματος ή οργάνων, ή συρραφή τραυματισμών στο χειρουργείο, στις αίθουσες τοκετών, στα επείγοντα εξωτερικά ιατρεία.
- Ο καθετηριασμός καρδιάς και οι αγγειογραφίες.
- Οι τοκετοί και κάθε άλλη μαιευτική διαδικασία κατά την οποία μπορεί να συμβεί αιμορραγία κ.ά.
- Ο χειρισμός, τομή ή αφαίρεση οποιουδήποτε στοματικού ή περι-στοματικού ιστού συμπεριλαμβανόμενης και της διόρθωσης δοντιών, κατά τις οποίες συμβαίνει ή μπορεί να συμβεί αιμορραγία.

Κατά τις πράξεις αυτές πρέπει να τηρούνται οι καθολικές (UNIVERSAL)προφυλάξεις αίματος και σωματικών υγρών πάντοτε από όλο το προσωπικό, για όλους τους αρρώστους που είναι οι εξής:

-Όλο το προσωπικό που συμμετέχει σ'αυτές τις επεμβατικές πράξεις πρέπει κατά ρουτίνα να χρησιμοποιεί τις προφυλάξεις φραγμού για πρόληψη δερματικής ή βλεννογόνιου επαφής με το αίμα και τα άλλα υγρά όλων των ασθενών.

-Το προσωπικό που απασχολείται με τοκετούς ή καισαρικές τομές, πρέπει να φορά γάντια και ρόμπα όταν χειρίζεται το πλακούντα ή το νεογνό μέχρις ότου πλυθεί από αίμα και αμνιοτικό υγρό, όπως και να φορά γάντια όταν περιποιείται αργότερα τον ουφαλό.

Δ) ΣΥΛΛΟΓΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ

ΟΔΗΓΙΕΣ:

-Για τον συλλέκτη:

Πρέπει να βεβαιωθούμε ότι το δοχείο του δείγματος (σωληνάριο, τριβλίο κ.λ.π.) είναι καλά κλεισμένο σφικτά με πώμα πριν το βάλουμε σε πλαστικό σάκκο για να ελαττωθεί ο κίνδυνος τυχόν διαρροής.

Αν η εξωτερική επιφάνεια του δοχείου έχει λερωθεί από το περιεχόμενο πρέπει να καθαριστεί με φαινολικό απολυμαντικό για να προλάβουμε την μόλυνση του προσωπικού του εργαστηρίου.

Το δοχείο θα πρέπει να φέρει ετικέτα με το όνομα του αρρώστου και επιπλέον ετικέτα μόλυνσης.

Το καθαρό σφραγισμένο δοχείο τοποθετείται σε αδιάβροχο σάκκο που κλείνει σαν φερμουάρ.

Ο σάκκος μαρκάρεται με το δείγμα και το παραπεμπτικό με το όνομα του αρρώστου και την ετικέτα μόλυνσης.

-Για τον μεταφορέα:

Το δείγμα πρέπει να κρατάται πάντα ορθό για να αποφευχθεί η διαρροή. Πρέπει να πλένονται τα χέρια μετά την παράδοση του δείγματος στο εργαστήριο. Η μεταφορά πρέπει να γίνεται το ταχύτερο μετά τη συλλογή του δείγματος.

Όταν συμβεί διαρροή:

- 1) Πριν φύγει το δείγμα από το νοσηλευτικό τμήμα, τότε δεν πρέπει να σταλεί πριν καθαριστεί, μπει σε νέο σάκκο ή πεταχθεί και ληφθεί άλλο καθαρό δείγμα από τον άρρωστο.
- 2) Αν η διαρροή γίνει κατά την μεταφορά και είναι έξω από το πώμα του σωληναρίου μέσα είτε έξω από τον αδιάβροχο σάκκο δε πρέπει να σταλεί στο εργαστήριο, αλλά:
 - 1) Επιστρέφεται το δείγμα στο τμήμα, ενημερώνεται ο αποστολέας του για να παρθεί απόφαση αν το δείγμα θα σταλλεί σε καθαρό σάκκο, ή αν θα πρέπει να παρθεί νέο δείγμα από τον άρρωστο.
 - 2) Τα δείγματα των μολυσμένων αρρώστων μεταφέρονται ξεχωριστά από τα δείγματα των άλλων και παραδίδονται στο αρμόδιο εργαστήριο ή γιατρό.

Ε) ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΣΕ ΑΛΛΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Ο μολυσμένος άρρωστος πρέπει να μεταφέρεται για εξετάσεις κ.τ.λ. εκτός του δωματίου του μόνο όταν είναι ενταλώς απαραίτητο.

Στις περιπτώσεις αυτές αν είναι:

- α) Περιπατητικός: δεν χρειάζονται προφυλάξεις.
- β) Αν ο άρρωστος έχει τραύματα ανοικτά τότε:

- πρέπει να σκεπάζονται τα τραύματα με στεγνή γάζα ή απορροφητικό υλικό.
- πρέπει να σκεπάζεται ο άρρωστος με καθαρό σεντόνι.
- ο μεταφορέας χρειάζεται ρόμπα και γάντια.
- αν' ο άρρωστος με AIDS είναι σε εντατική θεραπεία που χρειάζεται αναρρόφηση και αναπνευστήρα τότε μεταφέρεται με αεραγωγό και AMBU και πρέπει να βεβαιωθεί ότι στο χώρο του προορισμού υπάρχουν τα μέσα να δωθεί σωστή φροντίδα.

Τονίζεται ότι για τον συνεργάσιμο άρρωστο χωρίς πληγές κτ. αιματηρές πράξεις δε χρειάζονται προφυλάξεις μεταφοράς.

ΣΤ) ΜΕΤΑΧΕΪΡΗΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΡΡΙΨΗ ΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΕΚΚΡΙΣΕΩΝ-ΜΟΛΥΣΜΕΝΩΝΕΡΓΑΛΕΙΩΝ-ΑΙΧΜΗΡΩΝ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΩΝ

Η μεγαλύτερη προσοχή πρέπει να δίνεται όταν γίνεται επαφή κυρίως με αίμα. Για τα λοιπά υγρά του σώματος (πλευριτικό, περιτοναϊκό), εκκρίσεις και απεκκρίσεις, οι προφυλάξεις εξαρτώνται από την κατάσταση του ασθενή.

-Διασπορά μολυσμένων υγρών σε επιφάνειες

Το νοσηλευτικό προσωπικό και το τμήμα καθαριότητας πρέπει να συνεργασθούν και να συντονισθούν στις περιπτώσεις που από ατυχήματα πέσουν σωματικά υγρά ή εκκρίσεις στο δάπεδο ή σε άλλες επιφάνειες.

Η αντιμετώπιση αυτών των συμβάντων περιλαμβάνει απολύμανση ή αποστείρωση σκευών και εργαλείων και απολύμανση επιφανειών που πρέπει να καθαριστούν αμέσως.

Οδηγίες:

Αρχικά πρέπει να αναρροφηθούν οι κηλίδες αίματος ή υγρού που έπεσαν σε έπιπλο ή μηχανήματα με κάποιο αναρροφητικό υλικό π.χ. (χαρτοβάμβακο). Μετά καθαρίζεται η επιφάνεια με πανί βρεγμένο με απολυμαντικό αλδεΰσης ή φαινόλης. Η διάλυση πρέπει να μείνει περίπου 20' λεπτά και στη συνέχεια ξεπλένεται. Το πανί πρέπει να πεταχθεί στα μολυσμένα σκουπίδια.

Αν τα υγρά πέσουν στο δάπεδο πρέπει να απορροφηθεί με απορροφητικό υλικό και να απολυμανθεί.

Επισημαίνεται ότι η χρήση πλαστικών σφουγγαριών για οποιαδήποτε χρήση, αποφεύγεται αυστηρά σ' όλο το περιβάλλον του νοσοκομείου. Η υγρασία μέσα στο σφουγγάρι επωάζει τα μικρόβια.

-Εκκρίσεις και απεκκρίσεις

Ούρα-κόπρανα: Όταν χρησιμοποιηθεί δοχείο στον άρρωστο, σκεπάζεται το υλικό της κένωσης ή τα ούρα του δοχείου ή του σάκκου με αρκετή ποσότητα διάλυσης φορμόλης 5% για 10' λεπτά και μετά

ρίχνεται στη λεκάνη της τουαλέτας μαζί με τη φαινολικό απολυμαντικό.

-Βελόνες και αιχμηρά εργαλεία: για να αποφευχθούν ατυχήματα "τρύπημα με τη βελόνα" δεν πρέπει να ξανασκεπάζεται ποτέ η βελόνα με τη πλαστική θήκη της πριν πεταχθεί.

Οι βελόνες και τα αιχμηρά αντικείμενα πετάγονται κατ'ευθείαν σε στέρεο ευρύστομο πλαστικό δοχείο, τοποθετημένο σε εύκολη θέση στο δωμάτιο. Το δοχείο πρέπει να έχει ετικέτα μόλυνσης και βιδωτό πώμα που κλείνεται πριν πεταχθεί στα σκουπίδια. Το δοχείο απομακρύνεται όταν είναι γεμάτο κατά τα 2/3 και όχι εντελώς, για να αποφευχθούν ατυχήματα τρυπήματος.

Οι πλαστικές σύριγγες αν δεν μπορούν να καούν, καλό είναι μετά τη χρήση τους να απορροφάται απολυμαντικό (αλδεΐδη ή φαινόλη) και όπως είναι ρίπτεται σε πλαστικό δοχείο με βιδωτό πώμα που στέλνεται στα σκουπίδια.

-Εργαλεία: μετά τη χρήση όλα τα εργαλεία πρέπει να απολυμαίνονται με χημική διάλυση αλδεΐδης, φαινόλης ή χλωρίνης. Μετά τα εργαλεία πολλαπλής χρήσης ξεπλένονται και στέλνονται στην αποστείρωση. Αν υπάρχουν μίας χρήσης μπορούν να μπουν στο σάκκο με τα άλλα σκουπίδια αφού βεβαιωθούμε ότι δεν φέρουν βελόνες ή είναι αιχμηρά.

Η) ΙΜΑΤΙΣΜΟΣ

Όλος ο ιματισμός θεωρείται μολυσμένος. Τοποθετείται σε σάκκο που βρίσκεται και παραμένει στο δωμάτιο. Ο σάκκος αυτός πρέπει πριν μεταφερθεί έξω στη πόρτα του δωματίου, να τοποθετηθεί δεμένος σε δεύτερο σάκκο καθαρό που θα είναι σεσημασμένος. ΜΟΛΥΣΜΕΝΟΣ και μετά μπορεί να φύγει με το καρότσι του ακάθαρτου ιματισμού στο πλυντήριο μαζί με τους άλλους σάκκους.

Θ) ΔΙΣΚΟ ΦΑΓΗΤΟΥ

Μόνο οι άρρωστοι που έχουν πληγές στο στόμα, ή αυτοί που δεν εφαρμόζουν υγιεινούς τρόπους την ώρα του φαγητού, σερβί-

ρονται σε πιάτα και ποτήρια μίας χρήσης που πετιούνται στα σκουπίδια του δωματίου. Οι λοιποί μπορούν να χρησιμοποιούν κανονικά σερβίτσια που πλένονται με κανονικό τρόπο ή που μετά το πλύσιμο τοποθετούνται για 10' λεπτά σε διάλυση χλωρίνης.

Τα υπολείματα φαγητού από τα πιάτα μίας χρήσης όταν είναι ρευστά ή πολτώδη να ρίχνονται στην τουαλέτα. Τα στερεά στα σκουπίδια του δωματίου.

ΝΕΚΡΟΣ ΑΡΡΩΣΤΟΣ ΜΕ AIDS

Το σώμα και ο φάκελος του αρρώστου πρέπει όταν ετοιμασθούν να μαρκαρισθούν με κάρτα "Μολυσμένο-AIDS ή σηπτικό".

Οδηγίες:

- Αφαιρούνται με γάντια κεθετήρες και σωλήνες από το νεκρό και πετούνται στο σάκκο μολυσμένων σκουπιδιών, με την ανάλογη για το καθένα προηγούμενη φροντίδα, δηλαδή οι φιάλες και τα υγρά από σάκκους αδειάζονται στη τουαλέτα κ.τ.λ.
- Επιδένονται πιεστικά τα σημεία των βελονών ή τραυμάτων στο σώμα και γίνεται η ανάλογη περιποίηση αυτού.
- Το φορείο μεταφοράς νεκρού για το νεκροφυλάκιο ετοιμάζεται ως εξής:
Ένα άτομο με καθαρή προστατευτική ενδυμασία στρώνει με καθαρό σεντόνι το φορείο. Στη συνέχεια ανοίγει επάνω στο σεντόνι το καθαρό πλαστικό περιτύλιγμα "σάκκο νεκρού" έτοιμο ανοικτό για να δεχθεί το σώμα κατόπιν αφού δεθούν τα χέρια και περιποιηθεί το πρόσωπο, τυλιχθεί με σεντόνι-σάβανο, μεταφέρεται ο νεκρός στο φορείο.

Η εξωτερική επιφάνεια του σάκκου πρέπει να παραμείνει καθαρή. Γι' αυτό στο σημείο αυτό ένα άτομο της ομάδας αλλάζει ρόμπα και γάντια και με προσεκτικές κινήσεις κλείνει και διπλώνει το πλαστικό σάκκο. Το μήκος του σάκκου που περισεύει διπλώνεται επάνω από τα άκρα πόδια προς τα γόνατα και δένεται εξω-

τερικά με επίδεσμο, στον οποίο στερεώνεται και η κάρτα μόλυνσης.

Ο τυλιγμένος με αυτό τον τρόπο νεκρός δε θεωρείται πλέον μολυσμένος για τους επόμενους χειρισμούς και μεταφορές ώσπου να τοποθετηθεί στο κατάλληλο φέρετρο, το οποίο δεν επιτρέπεται να ανοιχθεί πουθενά πλέον.

Οι συγγενής ή φίλοι πρέπει να χαιρετήσουν το νεκρό στο δωμάτιο πριν ετοιμασθεί. Η Αδελφή πρέπει να είναι παρούσα για να αποτρέψει μεγάλη επαφή των συγγενών με τα σωματικά υγρά.

ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ AIDS ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ

Η ενημέρωση του αρρώστου είναι απαραίτητη για αποφυγή της μετάδοσης. Γι' αυτό πριν φύγει πρέπει να:

- Εξηγηθούν τα προφυλακτικά μέτρα και την ανάγκη συνεργασίας.
- Πρέπει να τονιστεί η ανάγκη πλύσης των χεριών όπως έκανε και κατά την διάρκεια της νοσηλείας του.
- Πρέπει να τονιστεί η σημασία προσωπικής υγιεινής για να μη γίνει πηγή μόλυνσης στους άλλους.
- Πρέπει να τονιστεί η σημασία προφυλάξεων που ελαττώνουν τη διασπορά της λοίμωξης όπως:
 - Να ενημερώνει το προσωπικό υγείας που είναι μολυσμένος π.χ. οδοντογιατρός, χειρουργούς κ.λ.π.
 - Να μη γίνει αιμοδότης.
 - Να αποφύγει εγκυμοσύνη.
 - Να μη μολύνει άλλους με σεξουαλική επαφή.
 - Να μη μοιράζεται βελόνες ενέσεων, ξυριστικές μηχανές ή άλλα εργαλεία με άλλους.
 - Να καθαρίζει καλά και να απολυμαίνει τη τυχόν διασπορά από τα πιθανά μολυσματικά υγρά του, από τυχόν ροψίματα και άλλες πληγές.
- Πρέπει να συντονιστεί η εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΝΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗ ΣΦΑΙΡΑ ΤΩΝ ΨΥΧΟΠΝΕΥΜΑΤΙΚΩΝΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ

Ιδιαίτερα φορτισμένη είναι η σφαίρα των ψυχικών, πνευματικών και κοινωνικών αναγκών των αρρώστων που πάσχουν από τη νεοφανή νόσο του AIDS.

Οικονομικά προβλήματα, υποβάθμιση της αυτοεκτίμησης, αποθάρρυνση, θλίψη, οικογενειακή και κοινωνική απόρριψη και απομόνωση, μοναξιά, άγχος, ανησυχία, θρησκευτική στέρηση, φόβοι του επερχόμενου θανάτου και άλλα έντονα υποκειμενικά βιώματα που καλύπτει ο άρρωστος με τη σιωπή του.

Τα προβλήματα μεγιστοποιούνται εξ αιτίας του στιγματισμένου αντίκτυπου που δημιουργεί η φύση της νόσου στο στενότερο και ευρύτερο περιβάλλον του αρρώστου.

Όλες οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις πρέπει να διαπνέονται από συστηματική ψυχολογική υποστήριξη των αρρώστων μας που πάσχουν από AIDS. Ο θεραπευτικός διάλογος αποτελεί προϋπόθεση για αποδοχή και αυτοέκφραση. Ο καλός ακροατής είναι ο καλύτερος γιατρός για τον πάσχοντα κατά τη σκέψη και το συναίσθημα.

Σε τέτοιο κλίμα πρέπει να συζητούνται οι φόβοι και οι αγωνίες του αρρώστου, τονίζοντας τις λογικές αντιμετώπισεις των αιτιών που προκαλούν το STRESS.

Ενθαρρύνουμε τον ασθενή να συμμετέχει σε ευκαιριακές ψυχαγωγίες, εκπαίδευσης, μέσα στους περιορισμούς βέβαια που του θέτει η νόσος. Εάν το επιθυμεί ο άρρωστος διευκολύνουμε τους επισκέπτες δίνοντας οδηγίες για τα προφυλακτικά μέτρα που πρέπει να λάβουν. Για τους ασθενείς που έχουν εγκαταληφθεί από φίλους και συναδέλφους πρέπει να αναζητήσουμε εθελοντές που θα τους ονομάσουμε "Ομάδες Στήριξης".

Εδώ αξίζει να ανφερθεί η μεγαλύτερη εθελοντική οργάνωση συμπαράστασης για ασθενείς που πάσχουν από AIDS, η <<TERRECE HIGGIWS TRUST>> στο Λονδίνο, η οποία δέχεται τηλεφωνικές κλή-

σεις όλη την εβδομάδα και διαθέτει περισσότερες ώρες τα Σαββατοκύριακα για επισκέψεις.

Η απομόνωση του αρρώστου και οι ενοχές του μπορεί να φέρουν θρησκευτική στέρηση. Παρεμβαίνουμε όταν το ζητήσει ο άρρωστος δίνοντας του ευκαιρία να εκπληρώσει τα θρησκευτικά του καθήκοντα. Σε αντίθεση με τον αρχικό σκοπό του Νοσοκομείου, που είναι η <<διατήρηση της ζωής>>, έρχεται ο θάνατος. Είναι σπάνιο ένας σοβαρά ασθενής από AIDS να μη ξέρει ότι θα πεθάνει.

Ανάμεσα στα επαγγέλματα υγείας ο γιατρός και η νοσηλεύτρια ζουν πιο κοντά τις ψυχολογικές αντιδράσεις του αρρώστου που πεθαίνει και όταν η ιατρική παρέμβαση σταματάει, η Νοσηλευτική συνεχίζει να προσφέρει φυσική άνεση, κατανόηση, συμπαράσταση μέχρις ότου οι ψυχολογικοί μηχανισμοί που κινητοποιεί ο άρρωστος καταλήξουν στο επιθυμητό αποτέλεσμα της αποκατάστασης, της παραδοχής ή της ολοκλήρωσης της εμπειρίας όπως περιγράφεται η τελική φάση του θανάτου από τους ENGLE, KUBLET, ROSS, CULLO ET AL αντίστοιχα.

Βέβαια για να μπορεί η νοσηλευτική προσέγγιση να αντιληφθεί και αξιολογήσει όλα τα μηνύματα που εκπέμπονται από τις διάφορες φάσεις που διέρχεται ο άρρωστος, θα πρέπει να υπάρχει ποσοτική και ποιοτική επάρκεια του νοσηλευτικού προσωπικού, εκπαίδευση και άλλες προϋποθέσεις που θα εξασφαλίσουν την υποδομή.

- Ο ΑΡΡΩΣΤΟΣ ΜΕ AIDS ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Συχνά η είσοδος του αρρώστου στο Νοσοκομείο κατά την αρχή της νόσου, δίνει την ευκαιρία στον άρρωστο να μάθει τα σχετικά με τη νόσο, να ελεγχθεί η τυχόν ευαισθησία σε κάποια φάρμακα και να προσαρμοστεί σε πειθαρχημένη θεραπεία. Αυτή η εισαγωγή αποτελεί μία καλή προετοιμασία για την ακόλουθη νοσηλεία του αρρώστου στο σπίτι.

Αναμφισβήτητα είναι γνωστό ότι το καλύτερο περιβάλλον για όλες τις ηλικίες είναι αυτό της οικογένειας. Σε μια αρμονική οικογένεια όλα τα μέλη συμπεριφέρονται φυσικά και ελεύθερα μεταξύ τους απολαμβάνοντας το καθένα χωριστά το σεβασμό και την αγάπη όλων των άλλων.

Μία οικογένεια με τέτοια υποδομή που νοσηλεύει άρρωστο με φυματίωση, με καρκίνο, με ψυχικό νόσημα και άλλα χρόνια νοσήματα, γιατί σήμερα θα πει όχι στον άρρωστο της που πάσχει από AIDS; Γιατί θα του στερήσει το δικαίωμα να ζήσει μέσα στην οικογενειακή του θαλπωρή το υπόλοιπο της ζωής του;

Είναι δυνατόν η ελληνική οικογένεια να κλείσει την πόρτα της, για να ανοίξουν νέοι ξενώνες ή νέα άσυλα, όπου οι φιλοξενούμενοι τους θα πεθαίνουν από μαρασμό και εγκατάλειψη;

Είναι πολλά τα ερωτηματικά και ίσως αναπάντητα.

Παράγοντες που ρυθμίζουν κατά πόσο ο ασθενής μπορεί να νοσηλευτεί στο σπίτι ή όχι είναι:

- 1) Ιατρική συγκατάθεση.
- 2) Οργανωμένη υπηρεσία για φροντίδα στο σπίτι.
- 3) Η οικονομική κατάσταση της οικογένειας.
- 4) Η δυνατότητα παραχώρησης μοναχικού δωματίου, που πιστεύουμε ότι παρέχει ευνοϊκές συνθήκες ανάπαυσης αλλά και πρόληψης διασποράς της νόσου.
- 5) Η προσαρμογή της οικογένειας στο νέο πρόγραμμα ζωής.

6) Οι ψυχολογικές επιπτώσεις αρρώστου-οικογένειας, και άλλοι παράγοντες.

Μία καλά οργανωμένη υπηρεσία <<οίκει νοσηλείας>> που θα συνδέει τον άρρωστο στο σπίτι με το Νοσοκομείο, θα μπορεί να ελαχιστοποιήσει κάποιους παράγοντες, ώστε ο άρρωστος να νοσηλεύεται στο φυσικό του περιβάλλον.

Η κοινοτική νοσηλεύτρια καλείται να νοσηλεύσει τον άρρωστο και να κινητοποιήσει τα μέλη της οικογένειας για περαιτέρω συνεργασία. Ενημερώνει τους οικείους για τα πιθανά συμπτώματα που μπορεί να παρουσιαστούν και δίνει έμφαση στον κίνδυνο των λοιμώξεων.

Με κάθε λεπτομέρεια πρέπει να δίνει πρακτικές οδηγίες: για το συχνό πλύσιμο των χεριών, τη φύλαξη και καθαριότητα των προσωπικών αντικειμένων του αρρώστου, το πλύσιμο των πιάτων, τη συγκέντρωση

των ρούχων του όπως και το πλύσιμο τους στο χέρι ή στο πλυντήριο, την καθαριότητα την καθημερινή, την ιδιαίτερη επιμέλεια των σωματικών υγρών, την απομάκρυνση αιχμηρών αντικειμένων ώστε να προληφθεί ενδεχόμενος τραυματισμός, τη συγκέντρωση και απομάκρυνση των απορριμάτων.

Επίσης θα αναφερθούμε σε προφυλακτικά μέτρα για την προστασία των συγγενών και την τυπική διαδικασία όταν συμβεί ο θάνατος του αρρώστου στο σπίτι. Η κοινοτική νοσηλεύτρια όταν απευθύνεται στον φορέα του AIDS πρέπει να τονίσει ιδιαίτερα την επιμελημένη φροντίδα που πρέπει να δώσει σε ενδεχόμενο τραυματισμό του, την ατομική του υγιεινή με είδη αποκλειστικώς και όχι κοινής χρήσης, τις δυνατότητες προσαρμογής σε νέους τρόπους ζωής.

Τελειώνοντας θα θέλαμε να αναφερθούμε στο θέμα της απομόνωσης. Πολλοί πιστεύουν ότι τα άτομα που έχουν μολυνθεί όταν εντοπίζονται πρέπει να απομονώνονται. Έτσι ότι ο έλεγχος της διασποράς του ιού είναι πιο εύκολος και αποτελεσματικότερος.

Το πιο πιθανό είναι ότι οι απόπειρες απομόνωσης οδηγούν στην

απόκρυψη της αρρώστιας με φυσική συνέπεια την πιο εύκολη εξάπλωση της. Δημιουργούνται έτσι κοινωνικά προβλήματα και απρόβλεπτες καταστάσεις με αποτελέσματα αντίθετα των αναμενόμενων.

Δεν νικάμε το AIDS περιορίζοντας τα θύματά του σε κελιά απομόνωσης.

Η γνώση είναι το πρώτο βήμα πρόληψης, ενώ η άγνοια, ο φόβος και η αναβολή της διαφώτισης είναι οι πιο δυνατοί σύμμαχοι του ιού. Ενωμένοι λοιπόν όλοι στο πλευρό του αρρώστου για να κερδίσουμε τη μάχη κατά της αρρώστιας.

ΘΑΝΑΤΟΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Όταν συμβεί θάνατος αρρώστου με AIDS στο σπίτι, η οικογένεια πρέπει να έχει υπόψη της τα εξής:

Πρέπει να αποφεύγεται η μεγάλη επαφή με το σώμα του νεκρού κατά το δυνατόν.

Ο υπεύθυνος γιατρός πρέπει να ενημερώσει το Γραφείο Κηδειών για την αρρώστια του νεκρού.

Τα Γραφεία Κηδειών θα ετοιμάσει, θα περιποιηθεί και θα τακτοποιήσει το νεκρό σύμφωνα με τις οδηγίες του Υπουργείου Υγείας (όσον αφορά ενδυμασία, φέρετρο κ.λ.π.).

Οι συγγενείς και οι φίλοι πρέπει να χαιρετήσουν το νεκρό στο σπίτι πριν φύγει, χωρίς επαφή με το σώμα του.

Τέλος δεν επιτρέπεται να ανοιχθεί το φέρετρο στο νεκροφυλάκειο ή αλλού.

Ο ΑΡΡΩΣΤΟΣ ΜΕ AIDS ΣΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

Η επαναφορά του αρρώστου στην εργασία γίνεται μόνο με την άδεια του υπεύθυνου γιατρού που βεβαιώνει ότι δεν υπάρχει κίνδυνος για τον ίδιο και για τους συνεργάτες του.

Οι άρρωστοι όταν μετά από κάποια λοίμωξη, αποκατασταθεί η υγεία τους θεωρούνται πάλι σαν φορείς και μπορούν να επανέλθουν στην εργασία τους.

Η αρρώστια δεν μεταδίδεται με το σάλιο, τον ιδρώτα ή τα δάκρυα, ούτε με τα κουνούπια, άλλα έντομα ή κατοικίδια ζώα.

Όπως έχει αναφερθεί ο ιός του AIDS μεταδίδεται κυρίως από την σεξουαλική επαφή και μετάγγιση γι' αυτό η κοινωνική επαφή με τους φορείς δεν είναι επικίνδυνη, αφού έχουν αναφερθεί μελέτες που δείχνουν ότι και τα μέλη ακόμα της οικογένειας τους δεν μολύνονται.

Τα σταγονίδια από βήχα ή φτάρνισμα, το κοινωνικό φιλί, η κοινή χρήση πλυντηρίου, σερβιτσιών ή ποτηριών και άλλων μη αιχμηρών αντικειμένων, αλλά και η τουαλέτα δεν μεταδίδουν την αρρώστια.

Επομένως δεν υπάρχει κίνδυνος από τα άτομα που βρίσκονται στο κοινωνικό, εργασιακό, σχολικό ή οικογενειακό περιβάλλον, αν δεν υπάρχει σεξουαλική επαφή και κοινή χρήση αιχμηρών εργαλείων που μπορεί να έχουν αίμα και δεν αποστειρώνονται. Οι φορείς με την ίδια λογική δεν αποκλείονται από κοινωνικές λέσχες, δημόσιους χώρους αναψυχής και χώρους φαγητού και ποτού, όπως και δημόσιες βιβλιοθήκες, συναθροίσεις, σχολείο, εκκλησιασμό και άλλες εκδηλώσεις, αφού στο επίπεδο αυτό δεν θεωρούνται επικίνδυνοι για εξάπλωση της αρρώστιας.

Οι συνεργάτες στο χώρο εργασίας, πρέπει να είναι σωστά πληροφορημένοι για την αρρώστια για να μην ανησυχούν ότι διατρέχουν κίνδυνο και να δημιουργούνται προστριβές.

ΕΝΑΣ ΦΟΡΕΑΣ ΤΟΥ AIDS

"Δεν κρατάω μίσος για τον άνθρωπο που με κόλλησε. Δεν πρόκειται ποτέ να απειλήσω την υγεία του ανθρώπου που με διαλέγει για ταίρι του. Ξέρω ότι μπορεί να υπάρξουν κάποιои που, θέλοντας να εκδικηθούν, δεν παίρνουν προφυλάξεις, δεν μιλάνε. Δεν ανήκω σ' αυτή την κατηγορία. Δεν μπορώ να ζήσω με την ενοχή του ανθρώπου που σκοτώνει την ζωή."

Τα λόγια αυτά που κρύβουν τόση ανθρωπιά, καλοσύνη και συνάμα τόση πίκρα, ανήκουν σ' ένα νέο παιδί, γεμάτο ζωντάνια και αγάπη για τη ζωή, που όμως η απειλή του AIDS σημάδεψε τη δική του ζωή.

Στην προσπάθειά μας να παρουσιάσουμε όσο το δυνατόν πιο ολοκληρωμένη την εργασία μας, πετύχαμε να έρθουμε σε επικοινωνία μαζί του. Φυσικά τόσο τα στοιχεία του συνομιλητή μας, όσο και το όνομα του θα παραμείνουν άγνωστα.

Τελειώνοντας θα θέλαμε να τον ευχαριστήσουμε και να του ευχηθούμε καλή τύχη.

"Μη γράψετε πως με λένε που μένω, που εργάζομαι. Αν το μάθουν, καταλαβαίνεται τι με περιμένει. Το έχω καταλάβει και εγώ, από διάφορες συζητήσεις που γίνονται μπροστά μου, χωρίς να γνωρίζουν οι άλλοι ότι μιλούν με φορέα. Το έχω καταλάβει, κυρίως από αυτούς που, για να αποδείξουν ότι είναι απελευθερωμένοι και άτομα χωρίς προκαταλήψεις, επιστρατεύουν τη λύπη και τη συμπόνια τους. Από αυτούς που νομίζουν ότι το AIDS είναι υπόθεση κάποιων ειδικών ομάδων και όχι και δικό τους πρόβλημα.

ΕΡ: ΠΟΤΕ ΚΑΙ ΠΩΣ ΜΑΘΑΤΕ ΟΤΙ ΕΙΣΘΕ ΦΟΡΕΑΣ;

ΑΠ: <<Εντελώς τυχαία. Ανήκα και εγώ στη κατηγορία των ατόμων, που υπολογίζουν ότι ποτέ δεν μπορεί να τους τύχει κάτι τέτοιο. Ότι το AIDS είναι κάτι που μπορεί να προσβάλει τους άλλους, αλλά όχι εμένα. Όσπου πήγα να δώσω αίμα για κάποιο συγγενή.

Λίγο καιρό αργότερα με κάλεσαν στο σταθμό: "Πρέπει να κάνετε αναλύσεις αίματος, υπάρχει ένα πρόβλημα". Και πάλι το μυαλό μου δεν πήγε στο χειρότερο. Από το διάλογο όμως με τους γιατρούς, που πάσχιζαν σιγά-σιγά, να με ενημερώσουν, κατάλαβα. Έφυγα τρέχοντας. Το μυαλό μου βούηζε. Έβλεπα τους άλλους στους δρόμους και νόμιζα ότι το ήξεραν. Μετά από μερικές ώρες, πήγα σπίτι μου. Κλειδώθηκα στο δωμάτιο μου. Άρχισα να κλαίω και να πίνω. Οι γονείς μου προσπάθησαν να επικοινωνήσουν μαζί μου: <<Τι έχεις; Γιατί δεν έρχεσαι να φάμε;>>. Τους ζήτησα να μην με ενοχλήσουν. Όλη νύχτα, δεν κοιμήθηκα. Τι εφιαλτικές εικόνες είδα; Τι σκέψεις και παράπονα; Κοιμήθηκα το πρωί, εξαντλημένος, με ένα τεράστιο <<ΓΙΑΤΙ>> για συντροφιά. Στην ίδια κατάσταση έζησα πολλές μέρες. Ούτε που τολμούσα να πω το πρόβλημα σε κανένα. Σκεπτόμουν πρώτα από όλα, τι θα έλεγαν. Πως θα με αντιμετώπιζαν. Το δράμα ήταν με τους γονείς μου. Δεν μπορούσαν να εξηγήσουν την αλλαγή της συμπεριφοράς μου. Είχαν τρελαθεί. Τελικά, μετά από πολλή σκέψη, αποφάσισα να συμβουλευθώ έναν ιερωμένο. Όταν του ρώτησα, <<τι να κάνω;>> είπε:

"Να συζητήσεις με τους γονείς σου." Δεν ξέρω τι με έσπρωξε να πάω στον παπά.

Όμως, αν και διέκρινα στη συμπεριφορά του ένα συναίσθημα, κάτι μεταξύ φόβου και αποδοκιμασίας, βρήκα τη συμβουλή σωστή. Αποφάσισα να κουβεντιάσω με τους γονείς μου. Η συζήτηση εκείνη ήταν φοβερή δοκιμασία. Και για μένα και για εκείνους. Όλα τα συναισθήματα που έχει γνωρίσει ο άνθρωπος, χόρευαν στη μικρή κάμαρα: μίσος, αγάπη, φόβος, ελπίδα, αποδοκιμασία, κατανόηση.

Το μόνο που θυμάμαι, ήταν ότι κάποια στιγμή βρεθήκαμε αγκαλιασμένοι να κλαίμε.

Και οι γονείς μου ήταν και είναι η μεγαλύτερη πηγή αισιοδοξίας, που γνώρισα. Και λυπάμαι ακόμα πιο πολύ όταν μαθαίνω ότι κάποιοι άλλοι συνάθρωποί μου που έχουν το ίδιο πρόβλημα με μένα, αντιμετωπίζονται σκληρά από τους πιο στενούς συγγενείς τους.

Σκέπτομαι, στις περιπτώσεις αυτές, ότι το AIDS βρίσκει τον καλύτερο του σύμμαχο. Για να μην πολυλογώ, μετά την εξομολόγηση στους γονείς μου, το επόμενο βήμα ήταν ο γιατρός.

ΕΡ: Ο ΓΙΑΤΡΟΣ ΠΩΣ ΣΑΣ ΑΤΙΜΕΤΩΠΙΣΕ;

ΑΠ: <<Τον γιατρό τον φοβόμουν πιο πολύ από όλους. Και κυρίως φοβόμουν, αν θα μου έλεγε όλη την αλήθεια. Άρχισα ξανά εξετάσεις συστηματικά. Όταν έφθασε η ώρα της αλήθειας, έτρεμα. Μου είπε ότι ήμουν φορέας, αλλά δεν είχα εκδηλώσει την ασθένεια. Και πήρα κουράγιο, όταν με διαβεβαίωσε, ότι από το σύνολο των φορέων νοσεί περίπου το 1/3.

Αρκεί να ακολουθώ κάποιες οδηγίες, να έπαιρνα τις απαραίτητες προφυλάξεις, για να μπορώ να ελπίζω ότι θα ήμουν από εκείνους που δεν θα νοσήσουν.>>

ΕΡ: ΜΕΤΑ ΤΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΣΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΓΙΑΤΡΟ ΠΩΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΑΤΕ ΤΗΝ

ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΟΤΗΤΑ;

ΑΠ: <<Κοιτάξετε. Από το φόβο δεν γλιτώνεις. Το μυαλό σου, όλο στο κακό πάει. Είναι μαρτύριο. Όμως οι γονείς μου και ο γιατρός, ναι, με βοήθησαν. Ξανάρχισα να πηγαίνω στη δουλειά. Στην αρχή, όπως καταλαβαίνεται, δεν πήγαινα καθόλου. Ξανάρχισα να φροντίζω τον εαυτό μου. Κάποιες στιγμές μάλιστα, που ο φόβος έχει εξαντλήσει την επρροή του, μοιραία ελπίζεις. Κάποιο φάρμακο, λες, θα βρεθεί γρήγορα. Δεν μπορεί η ανθρωπότητα και η ζωή να υποκύψουν στο AIDS. Άρχισα δειλά, να βγαίνω τα βράδυα. Να πηγαίνω κινηματογράφο, θέατρο, σε μπαράκια. Να κοιτάζω τους ανθρώπους στα μάτια, χωρίς πια να σκέπτομαι αν θα ξέρουν για μένα. Μα όλα αυτά, δεν κρατούν πολύ. Γρήγορα ξαναγυρνάς στις ίδιες σκέψεις, στους ίδιους φόβους.>>

ΕΡ: ΚΑΙ Η ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ;

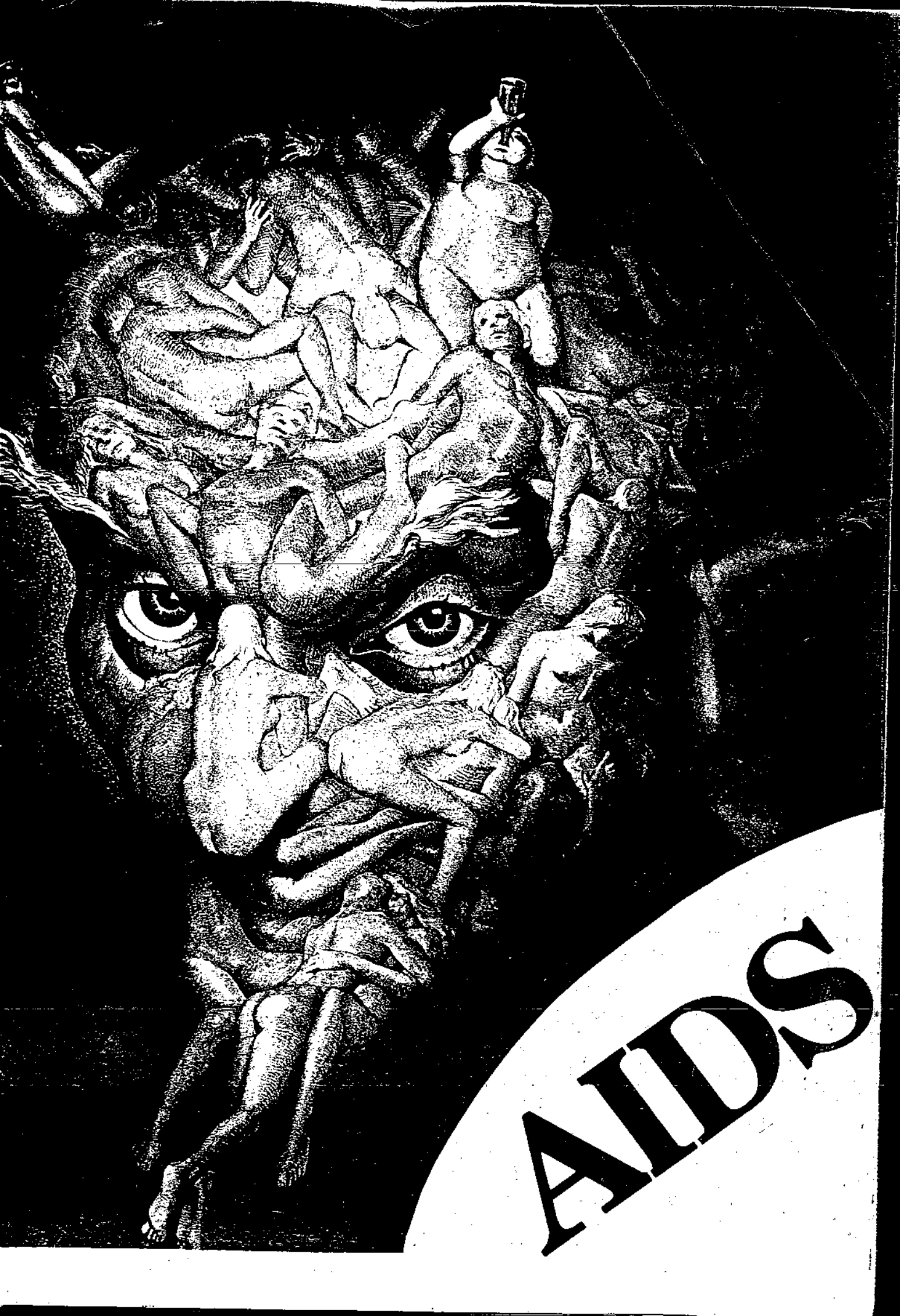
ΑΠ: <<Στην περίπτωση μου ευτυχώς το γνωρίζουν λίγοι. Οι γονείς μου και κάποιοι φίλοι που εμπιστεύομαι. Αν κρίνω όμως, από την εικόνα που καθημερινά βλέπω τριγύρω μου, αναζητώ φοβισμένους ένα μέρος για να κρυφτώ.

Μπορεί να φταίω και εγώ, γιατί ξέρω ότι είμαι φορέας. Αλλά νιώθω στα βλέμματα των άλλων το μίσος. Τη διάθεση για εκδίκηση. Το κορμί και τη ψυχή μου τα μαστιγώνουν η άορατη βία, που η κοινωνία εξακοντίζει στα άγνωστα θύματα της ασθένειας.>>

ΕΡ: ΕΙΧΑΤΕ ΕΡΩΤΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΑΦΟΥ ΜΑΘΑΤΕ ΟΤΙ ΕΙΣΘΕ ΦΟΡΕΑΣ;

ΑΠ: << Η ερωτική επιθυμία και η ανάγκη για αγάπη, για αυτήν που προσφέρεις και αυτή που σου προσφέρουν είναι πιο ισχυρά, κάποια στιγμή, από το φόβο. Αλλά, όπως σας είπα και στην αρχή, ένα καινούριο μαρτύριο έρχεται να προστεθεί. Και μάλιστα, όταν νιώθεις να σε πλημμυρίζει ο έρωτας. Αλλά, σας παρακαλώ, ως μη μιλήσουμε για αυτό. Το μόνο που θέλω να σας πω είναι τούτο: Δεν κρατάω μίσος για τον άνθρωπο που με κόλλησε. Δεν πρόκειται, ποτέ να απειλήσω την υγεία του ανθρώπου που με διαλέγει για ταίρι του. Ξέρω ότι μπορεί να υπάρξουν κάποιοι, που θέλοντας να εκδικηθούν, δεν παίρνουν προφυλάξεις, δεν μιλάνε. Δεν ανήκω σ' αυτή την κατηγορία. Δεν μπορώ να ζήσω με την ενοχή του ανθρώπου που σκοτώνει τη ζωή.

Δεν ξέρω αν ζήσω ή αν έχω πεθάνει ώσπου να βρεθεί το εμβόλιο. Και αν βρεθεί... Ξέρω όμως ότι ο έρωτας είναι η δύναμη και η πηγή της ζωής. Και είμαι βέβαιος ότι ανοίγοντας τις πόρτες του έρωτα, θα αγαπήσουν οι άνθρωποι πιο πολύ τη ζωή.>>



AIDS

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στην εποχή μας η έρευνα παρουσιάζει αλματώδη ανάπτυξη σαν διεργασία λύσης προβλημάτων, σαν συστηματική μελέτη για αύξηση των επιστημονικών γνώσεων και σαν μέσο προαγωγής των υπευθύνων υπηρεσιών προς την κοινωνία.

Και στη Νοσηλευτική η έρευνα τείνει να συμπεριληφθεί στις ευθύνες των νοσηλευτριών και νοσηλευτών. Γιατί η νοσηλευτική έρευνα ασχολείται με:

- Τη συστηματική μελέτη και αξιολόγηση νοσηλευτικών προβλημάτων και φαινομένων.
- Τη δοκιμή νέων μεθόδων.
- Τη μελέτη των αποτελεσμάτων των διαφόρων νοσηλευτικών παρεμβάσεων στη φροντίδα του αρρώστου.
- Την εκτίμηση και βελτίωση της ποιότητας των νοσηλευτικών υπηρεσιών που παρέχονται στη κοινωνία.
- Την επισήμανση, επεξεργασία και χρησιμοποίηση νέων επιστημονικών γνώσεων στη Νοσηλευτική.
- Την ανεύρεση πιο αποτελεσματικών διδακτικών μεθόδων για την εκμάθηση της Νοσηλευτικής κ.ά.

Βέβαια, την πρώτη θέση στους στόχους της νοσηλευτικής έρευνας πρέπει να έχει η βελτίωση και τελειοποίηση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου. Η επιστημονική και ακαδημαϊκή ασχολία με τη νοσηλευτική έρευνα δεν πρέπει να απομακρύνει τη νοσηλεύτρια-τη από τον άρρωστο, αλλά να μεγιστοποιεί την ενεργητική προσωπική παρουσία τους στο πλευρό του αρρώστου, να διατηρεί την προσωπική φροντίδα του αρρώστου και κατά το δυνατόν να την τελειοποιεί.

Είναι καιρός πλέον και στην πατρίδα μας η νοσηλευτική επιστήμη και τέχνη, οι νοσηλευτικές ενδείξεις, αποφάσεις και εφαρμογές, τα κριτήρια και τα πρότυπα της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου, η εκπαίδευση μας και οι νοσηλευτικές μας υπήρε-

ρεσίες να στηρίζονται στην έρευνα, να τεκμηριώνονται με την έρευνα, να τροποποιούνται και να προάγονται με την έρευνα.

Σπούδαία πρόοδος η έρευνα. Έχει όμως και προβλήματα και κινδύνους. Στην επιδίωξη της επιστημονικής επέκτασης και ανόδου είναι δυνατόν οι ερευνητές να παραβλέψουν και να αγνοήσουν, ασυνείδητα ή συνειδητά, τα δικαιώματα του μελετώμενου ανθρώπου ως βιοψυχοκοινωνικής οντότητας. Ή μπορεί να υπάρχουν επιστήμονες, που διαφέρουν στις απόψεις και τις ερμηνείες που δίνουν στα δικαιώματα του ανθρώπου. Υπάρχει ο κίνδυνος να παίρνει δευτερεύουσα θέση ο σεβασμός των ανθρώπινων υπάρξεων μπροστά στους σκοπούς της επιστημονικής έρευνας. Αυτός ο κίνδυνος παραμονεύει και στη νοσηλευτική έρευνα.

Κάθε έρευνα—και η νοσηλευτική έρευνα—που μελετά τον άνθρωπο, πρέπει να βαδίζει κάτω από το φως ηθικών αρχών και αξιωμάτων. Οι ηθικές αυτές αρχές αποβλέπουν στο σεβασμό της ελευθερίας και των δικαιωμάτων του ανθρώπου, στην προστασία της υγείας και της ζωής αλλά και της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, της αξιοπρέπειας και της υπόληψης των ατόμων της μελέτης.

Πραγματικά, οι ερευνητές νοσηλευτές—τρεις πρέπει να γνωρίζουν τις βασικές αρχές δεοντολογίας της νοσηλευτικής έρευνας, να τις παραδέχονται, να τις πιστεύουν, να τις ακολουθούν σαν φωτεινά ορόσημα και να εμπνέονται από αυτές. Επί πλέον να αγρυπνούν, να έχουν την τόλμη και τον ηρωισμό να διακόψουν την έρευνα τους ή τη συνεργασία τους σε έρευνα άλλων, όταν διαβλέψουν και μικρή έστω πιθανότητα κινδύνου βλαπτικής επίδρασης στα άτομα μελέτης.

Αναφέρονται και ορισμένες αντιπροσωπευτικές δεοντολογικές αρχές:

- Εξασφάλιση πληροφορημένης συγκατάθεσης του ατόμου για τη μελέτη.
- Τήρηση ανωνυμίας και εχεμύθειας σε περίπτωση χειρισμού εμπιστευτικών πληροφοριών.
- Προστασία του ατόμου από κάθε σωματική ή ψυχική καταπόνηση και βλάβη, αναπηρία ή και θάνατο.

-Σεβασμός των ανθρώπινων δικαιωμάτων, των μελετούμενων παιδιών, ηλικιωμένων, αναπήρων, ψυχικά άρρωστων, κρίσιμα πασχόντων, φυλακισμένων, νοητικά καθυστερημένων.

-Η ερευνήτρια νοσηλεύτρια-της πρέπει να διαθέτουν ακέραιο ήθος και σθένος, για να διακόψουν την έρευνα σε οποιοδήποτε σημείο, όταν υπάρχουν υπόνοιες ή ενδείξεις ότι η συνέχιση της, πιθανόν να καταλήξει σε βλάβη, αναπηρία ή θάνατο του ατόμου που μελετάται.

-Κατά την πορεία της έρευνας, το άτομο που μελετάται πρέπει να είναι ελεύθερο να διακόψει τη συμμετοχή του, αν αισθάνεται εξαντλημένα τα όρια της σωματικής και ψυχικής του αντοχής.

Η νοσηλεύτρια-της που νοσηλεύουν αρρώστους που χρησιμοποιούνται στην έρευνα πρέπει:

-Να πληροφορούνται τους πιθανόν κινδύνους και τους τρόπους αναγνώρισης και αντίρροπησης βλαπτικών επιδράσεων, και

-Να έχουν την ψυχική ελευθερία και τον ηρωισμό για να αναφέρουν στην αρμόδια υπηρεσία τυχόν παραβιάσεις των δικαιωμάτων των αρρώστων της έρευνας.

Σε αυτό σημείο είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι οι ερευνητές δεν <<γεννιούνται>>, γίνονται. Δηλαδή εκπαιδεύονται, καταρτίζονται, προπονιούνται και αποκτούν ειδικές γνώσεις, δεξιότητες και ηθικές, δεοντολογικές αρχές κατάλληλες για την εκπόνηση έρευνας.

Οι ηθικές δεοντολογικές αρχές της έρευνας που μελετά ανθρώπους διατυπώνονται σε ειδικούς κώδικες όπως ο Κώδικας Δεοντολογίας της Νυρεμβέργης(1948) η διακήρυξη του Ελσίνκι(1964) του Τόκιο (1975) τους οποίους έχει αποδεχθεί επίσημα το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών(INC) και η ομάδα Ερευνητριών Νοσηλευτριών Ευρώπης.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τη σύσταση της εργασίας αυτής, είναι η έρευνα-Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ.

Η νοσηλευτική έρευνα, όπως και κάθε έρευνα που μελετά τον άνθρωπο, πρέπει να βαδίζει κάτω από το φως των ηθικών αρχών και αξιωμάτων.

Έμπρακτη απόδειξη, για όλα αυτά το έμβλημα της ομάδας των Ερευνητριών Νοσηλευτριών Ευρώπης (WENR) που ιδρύθηκε το 1978, με τη διακήρυξη:

"THEIR CARE IS OUR CONCERN"

"Η ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥΣ ΜΕΡΙΜΝΑ ΜΑΣ"

Οι ερευνητές νοσηλευτές-τριες πρέπει να γνωρίζουν τις βασικές αρχές δεοντολογίας της δεοντολογίας της νοσηλευτικής έρευνας.

Οι δυσκολίες και τα εμπόδια που παρουσιάστηκαν κατά τη διεξαγωγή της έρευνας μας αυτής, ήταν πολλά και οι αιτίες αυτών ποικίλες. Ένα θέμα τόσο λεπτό, δεν αφήνει περιθώρια για τέλεια προσέγγιση του προβλήματος και δυσκολεύει τη διεξαγωγή συμπερασμάτων.

Παρ'ότι τονίστηκε πως η έρευνα είναι ανώνυμη, υπήρξαν φόβοι μήπως με τα στοιχεία που έδωσαν αναγνωρισθεί η ταυτότητα τους. Επίσης υπήρξαν δυσκολίες σχετικά με το αν θα δημοσιευτεί η έρευνα σε κάποιο έντυπο, πράγμα ανεπιθύμητο για τα περισσότερα άτομα από αυτά.

Φυσικά, μετά από συνεχείς διαβεβαιώσεις οι προσπάθειες μας καρποφόρησαν, εκπληρώνοντας έτσι την αποστολή μας, την ολοκλήρωση της Νοσηλευτικής μας έρευνας.

Για ένα χρόνο περίπου επισκεπτόμασταν σταδιακά το Κέντρο Αναφοράς AIDS Νοτιοδυτικής Ελλάδας, το οποίο είναι υπό την εποπτεία του Εργαστηρίου Υγιεινής του Πανεπιστημίου Πατρών, και προσπαθήσαμε με διακριτικό τρόπο να προχωρήσουμε την έρευνά μας. Σε αυτή την έρευνα, συνέβαλε σημαντικά ο κύριος Ι. Δετοράκης, χωρίς την βοή-

θεια και τις συμβουλές του οποίου θα ήταν δύσκολο να φέρουμε σε πέρας αυτήν.

Κατά το έτος 1989 πέρασαν από το Κέντρο Αναφοράς AIDS Νοτιοδυτικής Ελλάδας περίπου 902 άτομα, τα οποία επιθυμούσαν να κάνουν τέστ για την ανεύρεση αντισωμάτων AIDS. Αυτά τα άτομα αποτέλεσαν τα δείγματα τα οποία συμπεριελήφθησαν στην έρευνα μας. Αυτό που πρέπει να διευκρινησθεί είναι ότι στην έρευνα έλαβαν μέρος και άντρες και γυναίκες. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι ήταν ευχής έργο το ότι ο αριθμός των ανδρών και των γυναικών ήταν περίπου ίσος.

Επίσης τα άτομα που πήραν μέρος στην έρευνα άνηκαν κυρίως στο σεξουαλικά ενεργό πληθυσμό.

Τέλος θεωρούμαι αναγκαίο να εκθέσουμε τον τρόπο με τον οποίο προσπαθήσαμε να πλησιάσουμε κάθε άτομο και να το πείσουμε να πάρει μέρος στην έρευνά μας.

Το πρώτο βήμα που κάναμε ήταν μία συμβουλευτική συζήτηση με τους επισκέπτες του Κέντρου Αναφοράς AIDS. Η συζήτηση αυτή κρίθηκε σημαντική για τους εξής λόγους:

- α) γιατί ο ιός HIV στον οποίο οφείλεται το AIDS είναι μολυσματικός
- β) γιατί το AIDS είναι θανατηφόρος ασθένεια
- γ) γιατί δεν υπάρχει θεραπεία για το AIDS
- δ) γιατί μεγαλύτερο κίνδυνο διατρέχουν τα νεαρά άτομα με ενεργό σεξουαλική δραστηριότητα.

Μέσα από αυτές τις συζητήσεις διακρίναμε ότι κυριαρχεί κάποιος φόβος ο οποίος προέρχεται από ατελείς γνώσεις γύρω από το θέμα του AIDS. Ειδικότερα ορισμένα από αυτά τα άτομα ένοιωθαν ενοχές και φόβο λόγω των σχέσεων που είχαν κατά το παρελθόν. Μα ο φόβος τους γινόταν εντονότερος καθώς περίμεναν το αποτέλεσμα του τέστ. Συμπεραίνουμε λοιπόν από τα παραπάνω ότι εκείνο το οποίο είναι απαραίτητο για την αποτροπή αυτού του φόβου είναι η σωστή ενημέρωση.

Πέρα από την συμβουλευτική πλευρά της συζήτησης προσπαθήσα-

με να παρουσιάσουμε και τα πλεονεκτήματα-μειονεκτήματα του τέστ αυτού. Επίσης εκείνο που προσέχαμε σε κάθε συζήτηση ήταν να λύσουμε την τυχόν απορία των ατόμων "γιατί για το τέστ του AIDS ζητάται η συγκατάθεση του ενδιαφερομένου ενώ για τα άλλα τέστ δεν είναι αναγκαίο;"

Διευκρινίζαμε λοιπόν ότι το AIDS δεν αποτελεί μία απλή ασθένεια. Αντιθέτως το διακρίνουν ορισμένες ιδιαιτερότητες, όπως για παράδειγμα, ο τρόπος της μετάδοσής του (σεξουαλικά, περιγεννητικά κ.ά.) Με αυτό το τρόπο λοιπόν μας δινόταν η ευκαιρία να αναπτύξουμε ορισμένα πράγματα γύρω από την νέα αυτή ασθένεια, το AIDS. Έτσι συντελούσαμε στην διαφώτιση του ατόμου, ενώ επιπρόσθετα δίναμε οδηγίες και πληροφορίες ανάλογα με το κάθε άτομο.

Ο σκοπός της συζήτησης αυτής ήταν:

- A) Η αναγνώριση και η αποσαφήνιση των ανησυχιών κάθε ατόμου.
- B) Ο έλεγχος της γνώσης και της αντίληψης για τον ιό (HIV).
- Γ) Διευκρίνιση της σημασίας του τέστ για την ανεύρεση αντισωμάτων για AIDS (πλεονεκτήματα - μειονεκτήματα).
- Δ) Ενημέρωση για τον τρόπο μετάδοσης του ιού και τέλος
- Ε) Ο τρόπος αποτροπής μετάδοσης του συνδρόμου.

Η παραπάνω συζήτηση αποτελούσε μία εισαγωγή, ή ένα προ-τέστ. Αφού γινόταν λοιπόν η σχετική ενημέρωση, ζητούσαμε από τον καθένα να συμπληρώσει ένα από τα ερωτηματολόγια μας. Διευκρινίζοταν βέβαια από την αρχή ότι η έρευνα θα ήταν εντελώς ανώνυμη. Τονίζαμε επίσης ότι η έρευνα δεν θα δημοσιεύοταν, αλλά θα παραθέτονταν σε σχετική εργασία μας για το AIDS, προκειμένου να πάρουμε το πτυχίο μας από τα Τ.Ε.Ι.

Βέβαια παρά τις δικές μας διαβεβαιώσεις τα άτομα αυτά παρουσίαζαν δυσπιστία. Ενώ πολλά από αυτά προφασίζοταν διάφορες δικαιολογίες προκειμένου να αποφύγουν την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Τελικά όμως με τις δικές μας οδηγίες και διαβεβαιώσεις αποφά-

σιζαν να λάβουν μέρος σε μια έρευνα γύρω από ένα τόσο σοβαρό θέμα

Το ερωτηματολόγιό, μας αποτελούνταν από δύο σκέλη ερωτήσεων. Το πρώτο σκέλος περιελάμβανε ερωτήσεις όπως αποσαφήνιση του φύλου (♂, ♀) και της ηλικίας. Το δεύτερο σκέλος, το οποίο είναι και το πιο σημαντικό, περιελάμβανε αρκετές ερωτήσεις οι οποίες αποσαφίνιζαν περιεκτικά τους λόγους οι οποίοι οδήγησαν κάθε ένα άτομο από αυτά να έρθει στο Κέντρο Αναφοράς του AIDS και να υποβληθεί στο αντίστοιχο τεστ. Σε αυτό το σκέλος των ερωτήσεων η απάντηση είναι μονολεκτική, ένα ΝΑΙ στην αντίστοιχη ερώτηση.

Ο αριθμός των ερωτηματολογίων, ο οποίος έχει ήδη αναφερθεί, ανέρχεται στα 902.

Παρακάτω παραθέτουμε ένα δείγμα ερωτηματολογίου, καθώς και τους πίνακες που μας έδωσε ο ηλεκτρονικός υπολογιστής. Οι πίνακες περιλαμβάνουν τα ποσοστά που προέκυψαν από την έρευνά μας, σχετικά με τους λόγους οι οποίοι οδηγούν ένα άτομο να υποβληθεί στο τεστ για το AIDS, τη συμπεριφορά των ατόμων απέναντι στη νέα ασθένεια, καθώς επίσης και τον αριθμό των οροθετικών.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

Αύξων αριθμός:.....

Φύλο:.....Ηλικία:.....

Γιατί θέλετε να εξετασθείτε για AIDS;

1.Ομοφυλοφιλικές σεξουαλικές επαφές:.....

2.Συχνή εναλλαγή σεξουαλικών συντρόφων:.....

3.Ενέσεις ναρκωτικών:.....

4.Μετάγγιση αίματος:.....

5.Επικίνδυνες σεξουαλικές επαφές του ιδίου με:

.....

6.Επικίνδυνες σεξουαλικές επαφές του σεξουαλικού του συν-
τρόφου με:.....

.....

7.Για έλεγχο:.....

8.Για άλλους λόγους:.....

A)Για άδεια παραμονής:.....

B)Για αναχώρηση για το εξωτερικό:.....

Γ)Κίνδυνος εργασίας:.....

Δ)Κλινικά συμπτώματα:.....

Ε)Φόβος:.....

ΣΤ)Βιασμός:.....

9.Για άλλους λόγους:.....

ΠΙΝΑΚΕΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝΕΡΕΥΝΑΣ

	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΠΙ ΤΗΣ %
	902	100%
ΑΝΤΡΕΣ	487	54%
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	415	46%

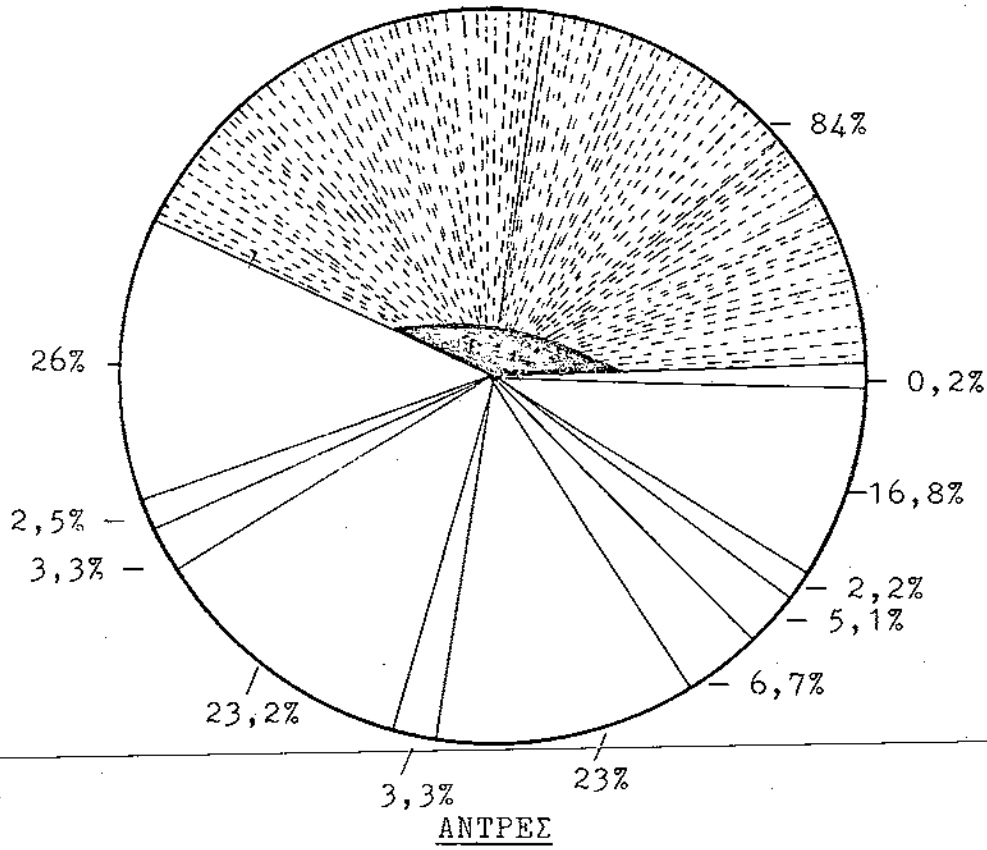
Πίνακας (5)

ΟΡΟΘΕΤΙΚΟΙ	ΑΝΤΡΕΣ	ΟΡΟΘΕΤΙΚΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
	11		3
	2,25%		0,73%

Πίνακας (6)

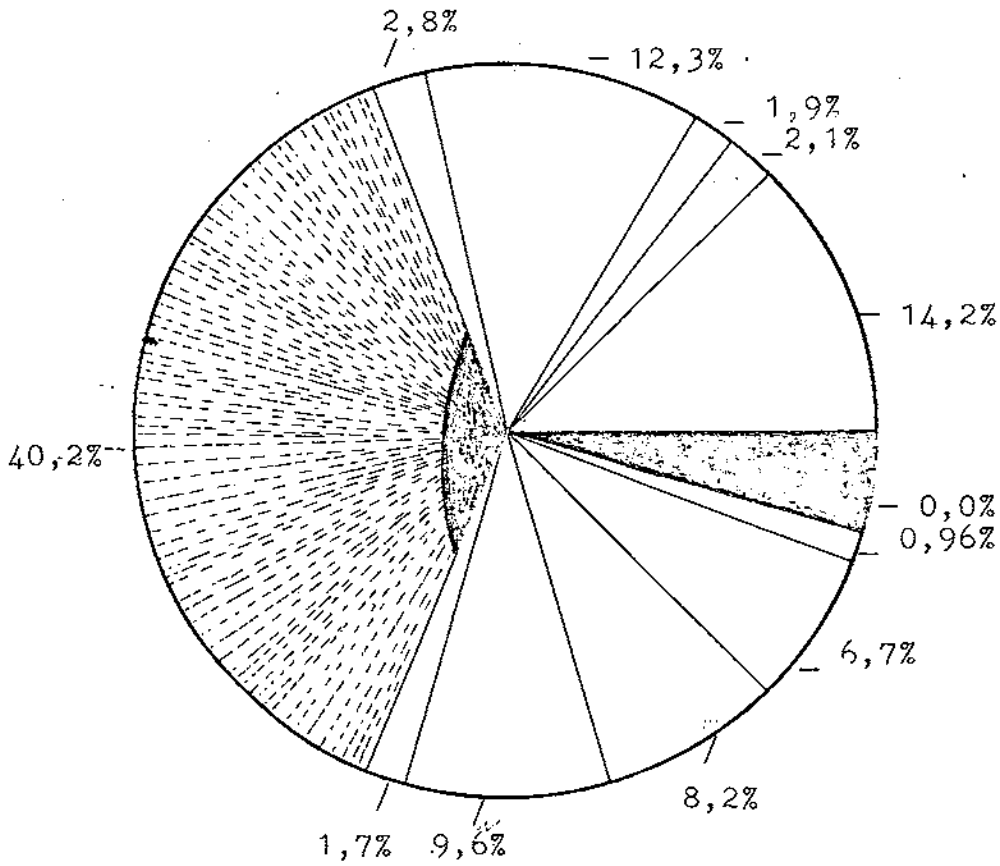
ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΡΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
	487	54%	415	46%
-Ομοφυλοφιλικές σχέσεις	41	84%	0	0,0%
-Συχνές σεξουαλικές σχέσεις	127	26%	59	14,2%
-Χρήση ναρκωτικών	12	2,5%	9	2,1%
-Μετάγγιση αίματος	16	3,3%	8	1,9%
-RESK SEX	113	23,2%	51	12,3%
-Σύντροφος με συχνές σεξουαλικές σχέσεις	16	3,3%	16	3,8%
-Για έλεγχο	112	23%	170	40,9%
-Άδεια παραμονής	33	6,7%	40	9,6%
-Αναχώρηση για το εξωτερικό	25	5,1%	7	1,7%
-Κίνδυνος εργασίας	11	2,2%	34	8,2%
-Κλινικά συμπτώματα	82	16,8%	28	6,7%
-Φόβος	-	-	-	-
-Βιασμός	1	0,2%	4	0,96%

Πίνακας (7)



Εκατοστιαία Απεικόνιση των προηγούμενων πινάκων.

ΓΥΝΑΙΚΕΣ



ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ρίχνοντας μία ματιά στους παραπάνω πίνακες διακρίνουμε ορισμένα ενδιαφέροντα στοιχεία.

Καταρχήν αυτό το οποίο διακρίνουμε είναι ότι στους άνδρες ο λόγος ο οποίος τους οδηγεί στην εξέταση για AIDS, είναι κατά μεγαλύτερο ποσοστό (26%) οι συχνές σεξουαλικές σχέσεις. Αυτό το ποσοστό θα μπορούσε να προβληματίσει κάθε άτομο καθώς επίσης και να το οδηγήσει σε ορισμένα δυσάρεστα συμπεράσματα. Ο άνθρωπος στη σύγχρονη εποχή έχει υποβαθμίσει την έννοια του έρωτα. Έχει συνδέσει τον έρωτα με την σεξουαλική πράξη. Το συναίσθημα είναι εκείνο το οποίο λείπει από τις ανθρώπινες σχέσεις και αφαιρεί από τον άνθρωπο την αίσθηση της ευτυχίας. Ο έρωτας αποτελεί ακόμα μία αξία η οποία καταπατήθηκε στην εποχή μας. Ο άνθρωπος έχει αλλοτριωθεί από τις υλικές αξίες και έχει αντικαταστήσει τα πάντα στη ζωή του με το χρήμα.

Σε αντίθεση με τους άντρες, οι γυναίκες σε ποσοστό (40,9%) κάνουν το τεστ για AIDS απλά και μόνο για έλεγχο. Το παραπάνω ποσοστό μας επιτρέπει τουλάχιστον να εκφράσουμε κάποια αισιοδοξία, ότι έχει συνειδητοποιηθεί από ένα μέρος του κόσμου η ανάγκη για έλεγχο. Με το τεστ θα μπορέσει κάθε άτομο να προφυλλάξει τον εαυτό του, τον σύντροφό του και όλο το λοιπό περιβάλλον.

Δεύτερος σε ποσοστό λόγος, (23,2%), ο οποίος οδήγησε τους άντρες να κάνουν το σχετικό τεστ ήταν το RESK SEX, η επικίνδυνη δηλαδή σεξουαλική επαφή με γυναίκες οι οποίες θεωρούνται ύποπτες για AIDS.

Στις γυναίκες τώρα ο δεύτερος λόγος (14,2%) ήταν οι συχνές σεξουαλικές σχέσεις. Όπως έχουμε ήδη αναφέρει οι αξίες στην εποχή μας, μεταξύ των οποίων είναι και ο έρωτας, έχουν καταπατηθεί και από τα δύο φύλα ανεξαιρέτως.

Τρίτος λόγος, ο οποίος επηρέασε τους άντρες στην απόφασή

τους για να κάνουν το τέστ, ήταν για απλό έλεγχο (23%), ενώ στις γυναίκες (12,3%) ήταν το RESK SEX, δηλαδή σεξουαλικές σχέσεις με άτομα που ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου.

Στη συνέχεια, ο τέταρτος λόγος με ποσοστό (16,8%) στους άντρες ήταν η εμφάνιση κλινικών συμπτωμάτων, τα οποία ομοίαζαν με τα συμπτώματα του AIDS (καταβολή, πυρετός, διάρροια κ.τ.λ.)

Στις γυναίκες ο τέταρτος κατά σειρά λόγος (9,6%) που έκαναν το τέστ ήταν για να προσκομήσουν την άδεια παραμονής σε άλλη χώρα

Στη συνέχεια ο πέμπτος λόγος ο οποίος οδήγησε τους άντρες να ελεγχθούν για αντισώματα AIDS ήταν οι ομοφυλοφιλικές σχέσεις τις οποίες είχαν. Πιστεύουμε ότι θα ήταν πολύ σημαντικό όλα τα άτομα τα οποία ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου, όπως είναι οι ομοφυλόφιλοι, να κάνουν το τέστ για την ανίχνευση αντισωμάτων. Γιατί δεν θα πρέπει να ξεχνά κανείς ότι το AIDS μεταδίδεται κυρίως με τη σεξουαλική επαφή. Η πιθανότητα μετάδοσης του AIDS με την φυσιολογική σεξουαλική επαφή έχει αποδειχθεί ότι είναι μικρότερη απ' ό,τι με την ομοφυλοφιλική επαφή.

Στις γυναίκες τώρα, ο πέμπτος λόγος που τις επηρέασε ήταν ο κίνδυνος εργασίας. Έχει τονιστεί επανηλημένως ότι όποιοι εργάζονται σε νοσοκομεία ή γενικά η εργασία τους είναι τέτοια η οποία να ευνοεί την μετάδοση της νόσου, θα πρέπει να υποβάλλονται περιοδικά σε έλεγχο αλλά και να ενημερώνονται σχετικά ώστε να μπορούν να προστατευθούν.

Ο έκτος λόγος στους άντρες (6,7%) που τους οδήγησε στο Κέντρο Αναφοράς του AIDS ήταν η άδεια παραμονής. Ενώ στις γυναίκες ήταν η ανησυχία από την εμφάνιση κλινικών συμπτωμάτων (6,7%).

Ο έβδομος λόγος για τους άντρες ήταν η προσκόμηση του αποτελέσματος του τέστ για την αναχώρηση για το εξωτερικό. Αυτό αποτελεί ένα μέτρο το οποίο πάρθηκε από την κάθε χώρα στην προσπάθειά της να συμβάλει στην πρόληψη για την μετάδοση του AIDS.

Στις γυναίκες ο έβδομος λόγος έχει σχέση με την ανησυχία για τους συντρόφους τους οι οποίοι είχαν συχνές σεξουαλικές σχέσεις.

Ο όγδοος λόγος ο οποίος οδήγησε τους άνδρες να υποβληθούν στη εξέταση για AIDS ήταν η μετάγγιση αίματος (3,3%), καθώς επίσης και η σχέση με σύντροφους με συχνές σεξουαλικές σχέσεις.

Βέβαια από το 1983 και μετά το αίμα και τα συστατικά του το οποίο προορίζονταν για μετάγγιση υποβάλλονταν σε έλεγχο. Αυτό υπήρξε ένα σημαντικό μέτρο το οποίο συνέβαλε σημαντικά στην μείωση του κινδύνου μετάδοσης του AIDS.

Ενώ στις γυναίκες ο όγδοος λόγος ήταν η χρήση ναρκωτικών (2,1%). Τα άτομα τα οποία κάνουν χρήση ναρκωτικών θα πρέπει να ενημερωθούν σχετικά με τους τρόπους μετάδοσης της νόσου.

Στους άνδρες η χρήση ναρκωτικών είναι ένατος λόγος που τους οδήγησε να κάνουν το τεστ για το AIDS (2,5%), και στις γυναίκες (1,9%) ο ένατος λόγος ήταν για την μετάγγιση αίματος.

Ο δέκατος λόγος για τους άνδρες ήταν η επικινδυνότητα του επαγγέλματός τους ενώ για τις γυναίκες ήταν η έγκριση αναχώρησης για το εξωτερικό.

Τέλος ο ενδέκατος λόγος ο οποίος επηρέασε και τους άντρες και τις γυναίκες για να υποβληθούν στο τεστ για το AIDS ήταν ο βιασμός. Αυτό το οποίο είναι αξιοσημείωτο σε αυτή την έρευνα είναι ότι στην σύγχρονη εποχή μας εξακολουθούν να κακοποιούνται άνθρωποι. Από τις απαντήσεις των ερωτηματολογίων προέκυψε ότι το ποσοστό κακοποίησης των ανδρών είναι περίπου 0,2%, ενώ στις γυναίκες ανέρχεται στο 0,96%

Ακόμα θα πρέπει σε αυτό το σημείο να αναφέρουμε ότι στην έρευνα μας δεν προέκυψε κάποιο συγκεκριμένο ποσοστό στην δωδέκατη ερώτηση η οποία προέβλεπε το φόβο σαν αιτία η οποία θα επηρέαζε ένα άτομο να υποβληθεί στην εξέταση για AIDS. Ο λόγος

ήταν ότι σε όλα σχεδόν τα ερωτηματολόγια διακρίναμε το αίσθημα φόβου. Άλλοι το ανέφεραν άμεσα και άλλοι έμμεσα. Όλες οι παραπάνω απαντήσεις οι οποίες δόθηκαν περιλαμβάνουν και το φόβο. Θα μπορούσαμε λοιπόν να πούμε ότι το ποσοστό σε αυτή την ερώτηση πλησιάζει το 100%. Ο φόβος αυτός προέρχεται από ελλιπή ενημέρωση και κακή πληροφόρηση του κοινού. Είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι ο φόβος δεν έλλειπε σε άτομα τα οποία ασχολούνταν με επαγγέλματα υγείας όπως για παράδειγμα, ιατροί, οδοντίατροι, νοσηλεύτριες-τριες κ.τ.λ.

Τελειώνοντας τον σχολιασμό αυτής της έρευνας θα πρέπει να προσθέσουμε ένα ακόμα σημαντικό αποτέλεσμα. Από τα 902 άτομα τα οποία υποβλήθηκαν σε αιματολογικό έλεγχο για AIDS στο Κέντρο Αναφοράς του AIDS Νοτιοδυτικής Ελλάδας, βρέθηκαν (11) άνδρες οροθετικοί και (3) γυναίκες. Βλέπουμε λοιπόν ότι το AIDS εξακολουθεί να κτυπά και να αποκτά συνεχώς καινούρια θύματα.

Κάθε έρευνα η οποία έχει για θέμα της ένα τόσο λεπτό ζήτημα είναι φυσικό, να αντιμετωπίσει αρκετές δυσκολίες. Σε αυτό το σημείο θεωρούμε αναγκαίο να εκφράσουμε κάποιες αμφιβολίες σχετικά με την απόλυτη ειλικρίνεια των ατόμων που έλαβαν μέρος στην έρευνα. Ο φόβος, η συναισθηματική φόρτιση και η ανησυχία εκείνης της στιγμής, ίσως να αποτέλεσαν ανασταλτικό παράγοντα ώστε το κάθε άτομο να απαντήσει με ειλικρίνεια και σίγουρα. Θα υπάρχουν αρκετά ταμπού γύρω από τις σχέσεις των ανθρώπων τα οποία επηρέασαν την συμπεριφορά τους.

ΣΚΕΨΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Σύμφωνα με τα παραπάνω οι στόχοι που θα πρέπει να τεθούν είναι καταρχήν, ορθή-πολύπλευρη ενημέρωση του κοινού. Σε αυτό το σημείο ας επικαλεστούμε το γνωστό γνωμικό ότι:

"η πρόληψη είναι η καλύτερη θεραπεία"

Η ενημέρωση δεν θα πρέπει να κάνει διάκριση ηλικίας, φύλου κ.τ.λ. Θα πρέπει να αναφέρεται γενικά σ' όλους τους ανθρώπους γιατί όπως είναι γνωστό το Σ.Ε.Α.Α (AIDS) δεν κάνει διακρίσεις, μπορεί να προσβάλει τον καθένα. Βέβαια χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή στην προβολή αυτού του θέματος. Δεν θα πρέπει σε καμία περίπτωση να οδηγήσει στον πανικό, στον φόβο, στην αποστροφή για τον έρωτα, και στην αποστροφή για τον συνάνθρωπο. Ο κυριότερος εχθρός είναι ο πανικός, ο οποίος εμποδίζει τον καθένα να δει το θέμα αντικειμενικά, να βγάλει τα συμπεράσματα του και να πάρει κάποιες αποφάσεις. Ούτε βέβαια ο φόβος και η αποστροφή για τον συνάνθρωπο είναι λύση. Ο άνθρωπος δεν μπορεί να ζήσει μόνος. Αυτό το επιβεβαιώνει και ο Αριστοτέλης λέγοντας ότι:

"Όποιος ζει μόνος είναι ή
θεός ή αγρίμι"

Η ενημέρωση θα πρέπει να αρχίσει από την μικρή ηλικία. Οι φορείς οι οποίοι θα πρέπει να αναλάβουν την ευθύνη αυτή είναι αρχικά οι γονείς και στη συνέχεια οι δάσκαλοι και καθηγητές μέσα από το σχολείο. Είναι γνωστό ότι η ηλικία αυτή είναι η πιο ευαίσθητη και η πιο εύπλαστη. Γι' αυτόν ακριβώς το λόγο, η ενημέρωση θα πρέπει να γίνεται με ιδιαίτερη προσοχή, έτσι ώστε ούτε να γελοιοποιεί τον έρωτα αλλά ούτε και να προκαλεί φόβο και αποστροφή προς αυτόν. Η εφηβική ηλικία αποτελεί σταθμό στη ζωή κάθε ατόμου. Είναι το μετέχμειο από την παιδική ηλικία στην ενήλικιση. Είναι η περίοδος που το παιδί παίρνει κάποιες αποφάσεις οι οποίες μπορεί να μην είναι ιδιαίτερα υπεύθυνες και σωστές.

Οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί θα πρέπει να γίνουν καθοδηγητές των παιδιών. Πρέπει να τονιστεί όμως ακόμα μία φορά να αποφευχθεί η πρόκληση ψυχολογικών προβλημάτων με την έναρξη της σεξουαλικής ζωής των εφήβων.

Σύμφωνα με τα σημερινά δεδομένα η ύπαρξη κοινωνικού λειτουργού σε κάθε σχολείο, είναι αναγκαία. Και ο κοινωνικός λειτουργός σε συνεργασία με τους εκπαιδευτικούς και τους γονείς μπορεί να συμβάλλει σημαντικά στην ενημέρωση των παιδιών και των γονιών. Το πιο σημαντικό είναι όμως να προφυλάξει τα παιδιά από την χρήση ναρκωτικών. Η άγνοια είναι και η επιπολαιότητα είναι ο κυριότερος εχθρός αυτής της ηλικίας. Καλό θα ήταν βέβαια να ενημερώνονται και γύρω από τις ομοφυλοφιλικές σχέσεις.

Όμως η ενημέρωση θα πρέπει να στραφεί ιδιαίτερα προς στον σεξουαλικά ενεργό πληθυσμό (20-40 ετών) χωρίς βέβαια να αποκλείει όλους τους υπόλοιπους. Και σ' αυτή την ηλικία η ορθή ενημέρωση είναι αναγκαία. Το κοινό θα πρέπει να ενημερωθεί για τη φύση της νόσου, τους τρόπους μετάδοσης, τα μέσα προφύλαξης και τις κοινωνικές διαστάσεις του προβλήματος.

Ο καθένας θα πρέπει να αναλάβει τις ευθύνες του. Θα πρέπει να συνειδητοποιήσει ότι αποτελεί ένα κομμάτι της κοινωνικής ομάδας που ανήκει, το οποίο είναι μεν αυτόνομο αλλά φέρει ορισμένες υποχρεώσεις απέναντι στους συνανθρώπους του. Μία από αυτές τις υποχρεώσεις είναι να κάνει αιματολογικό έλεγχο για αντισώματα του ιού HIV του AIDS. Θα πρέπει τώρα πια, που το AIDS έχει πάρει τέτοιες διαστάσεις, το κάθε άτομο να υποβάλλεται εθελοντικά σ' αυτή την εξέταση έτσι ώστε και τον εαυτό του να ξέρει να προφυλάξει αλλά και τους συνανθρώπους του.

Γίνεται φανερό από τα παραπάνω ότι θα πρέπει να αλλάξει η σεξουαλική συμπεριφορά του ατόμου, πράγμα το οποίο δεν είναι ιδιαίτερα εύκολο.

Μετά δύο δεκαετίες σεξουαλικής απελευθέρωσης η εισβολή του AIDS αναστατώνει τον Χάρτη Δικαιωμάτων του Έρωτα. Όμως οι αισθήσεις μπορούν, κατά την ψυχαναλύτρια Τζούλια Κρίστεβα, να πάρουν τη ρεβάνς.

"Ο ιός μπορεί να προσβάλλει κυρίως τους τοξικομανείς, τους ομοφυλόφιλους, αλλά προκαλεί αναστάτωση σε όλους. Η <<ερωτική ελευθερία>> που αναπτύχθηκε τη δεκαετία του '60 και ενισχύθηκε από το χάπι, αρχίζει να υποχωρεί μπροστά στην ευθύνη και την αναγκαστική εγκράτεια-στοιχεία που υποδηλώνουν τον πανικό που επικρατεί πλέον μπροστά στο παλιό σαιξπηρικό ζευγάρι: το σέξ και το θάνατο... Πέρα από όλα αυτά, ο κόσμος επιστρέφει στη μονογαμία και την πίστη, αφού ο κίνδυνος μετάδοσης, ακόμα και στα παιδιά, είναι υπαρκτός. Η πιθανή όμως μονοτονία, που συνεπάγεται η εγκράτεια, θα βρεί άλλα διεγερτικά, αφού με το πέρασμα του χρόνου επέρχεται αδιαφορία για τις σεξουαλικές ανάγκες.

Ο καινούριος τρόπος ζωής, ο μετρημένος και σοβαρός, οδηγεί πολλούς στη σκληρή μοναξιά, στην τρομακτική απομόνωση. Θα μπορούσαν όμως τα νέα ήθη να αποτελέσουν μία συμβολική αντίδραση των ανθρώπων στον θάνατο που τους απειλεί. Είναι πραγματικά η μάχη ανάμεσα στη ζωή και το θάνατο, το παρόν και το μέλλον. Γεγονός όμως είναι ότι πολλοί ίσως προτιμήσουν τελικά τη στιγμιαία <<ζωντανή>> απόλαυση, αντί του ασφαλούς έρωτα. Και θα είναι η δική τους απάντηση στη σύγχρονη καταπίεση, που προσπαθεί να πνίξει."

Χρειάζεται λοιπόν, σωστή δουλειά, επικέντρωση της προσοχής αλλά και επιμονή και υπομονή. Φυσικά απαραίτητη είναι η οργάνωση κατάλληλης εργαστηριακής υποδομής και η εφαρμογή μέτρων ελέγχου της νόσου στα πλαίσια ανθρώπινων δικαιωμάτων.

Ο Δρ. Τζών Μάρτιν, επικεφαλής της ιατρικής ομάδας του Πανεπιστημίου της Κολούμπια, πραγματοποιεί μία έρευνα, μεταξύ ομοφυ-

λόφιλων και αμφιλόφιλων της Νέας Υόρκης απέδειξε ότι η μείωση των σεξουαλικών συντρόφων και η μονογαμία δεν περιορίζει σημαντικά τον κίνδυνο της προσβολής από τον ιό του AIDS. Μόνο η διακοπή της πρωκτικής επαφής μειώνει σε μεγάλο βαθμό τις πιθανότητες να προσβληθεί κανείς από την θανατηφόρο Ασθένεια. Το πόρισμα της μελέτης αυτής αποτελεί μία ακόμα απόδειξη ότι η συγκεκριμένη αλλαγή στη σεξουαλική συμπεριφορά έχει αποτελέσματα στον περιορισμό της επιδημίας του AIDS.

(Η έρευνα έγινε από τον ίδιο τον Τζών Μάρτιν, ο οποίος μελέτησε την σεξουαλική συμπεριφορά 357 ομοφυλόφιλων-αμφιφυλόφιλων Νεοϋορκέζων για μία περίοδο δύο χρόνων και τα κρούσματα του AIDS που σημειώθηκαν μεταξύ τους σ' αυτό το χρονικό διάστημα).

Ένας ακόμα θεσμός ο οποίος μπορεί να συμβάλλει σημαντικά στην μείωση της μετάδοσης του AIDS είναι η ύπαρξη Κέντρων Οικογενειακού Προγραμματισμού σε κάθε μέρος της χώρας. Υπεύθυνα και εκπαιδευμένα άτομα θα πρέπει να αναλάβουν να ενημερώσουν το κάθε άτομο που θα επωκευθεί το Κέντρο για κάποιο πρόβλημα.

Επίσης η ευθύνη ενημερωτικής εκστρατείας πέφτει και στην τοπική αυτοδιοίκηση, στην κοινότητα κάθε περιοχής. Ενημερωτικές συγκεντρώσεις, διαλέξεις, συζητήσεις κάθε επιπέδου θα πρέπει να οργανώνονται συχνά ώστε το κοινό να ευαισθητοποιηθεί σχετικά με την σοβαρότητα της ασθένειας (AIDS).

Ακόμα σημαντική θέση σ' αυτή την εκστρατεία θα πρέπει να κατέχει και η κάθε νοσηλεύτρια-της, επισκέπτρια υγείας. Όπως είναι γνωστό, καθήκον κάθε νοσηλεύτριας είναι και η πρόληψη. Θα πρέπει με διακριτικό τρόπο να πλησιάζει κάθε άτομο και να το ενημερώνει σχετικά. Η νοσηλεύτρια-της θα πρέπει να αναλάβει να ενημερώσει επίσης και το βοηθητικό προσωπικό του νοσοκομείου (καθαρίστριες, βοηθούς θαλάμου, τραυματιοφορείς, τραπεζοκόμους, κ.τ.λ.) ώστε να προφυλαχθεί ανάλογα, αλλά και να αποφύγει την διασπορά του ιού (HIV).

Η ενημέρωση θα πρέπει να εξειδικευθεί για κάθε ειδική ομάδα "υψηλού κινδύνου". Σε αυτές περιλαμβάνονται οι ομοφυλόφιλοι, οι τοξικομανείς, όσα άτομα εξασκούν με οποιοδήποτε τρόπο πορνεία και οι ερωτικοί τους σύντροφοι. Ειδική ενημέρωση χρειάζονται οι ναυτικοί και οι ταξιδιώτες σε ενδημικές χώρες, καθώς και οι κάτοικοι των τουριστικών περιοχών.

Τέλος ειδική προσπάθεια πρέπει να καταβληθεί για σωστή εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού της χώρας, για την απρόσκοπτη νοσηλεία των ασθενών αλλά και την από αυτούς τεκμηριωμένη υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού.

Η εκστρατεία πρέπει να οργανωθεί σε διάφορα επίπεδα με διάφορα μέσα (αφίσες, μέσω του τύπου, των μέσων μαζικής ενημέρωσης γενικά κ.τ.λ.) και να επαναλαμβάνεται με εναλασσόμενα μηνύματα για να διατηρεί και να προωθεί την τροποποίηση επικίνδυνης ή λανθασμένης συμπεριφοράς. Η εντατική ενημέρωση είναι αυτή που θα πετύχει την επιθυμητή αλλαγή συμπεριφοράς και θα επιβραδύνει τον ρυθμό εξάπλωσης της νόσου μέχρι να ανακαλυφθεί το αποτελεσματικό εμβόλιο.

Πέρα τώρα από την ενημέρωση θα πρέπει να υπάρχει επαγρύπνιση των Υπηρεσιών Δημοσίας Υγείας για την παρακολούθηση της επιδημίας. Κάθε χώρα θα πρέπει με αυτό τον τρόπο να βοηθά το έργο της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας για την παρακολούθηση της εξέλιξης της νόσου.

Επίσης θα πρέπει να επιβληθεί υποχρεωτικός έλεγχος των αιμοδοτών ώστε να αποκλειστεί η μετάδοση με μετάγγιση αίματος ή παράγωγων του. Παρόμοιοι έλεγχοι πρέπει να γίνονται για την μεταμόσχευση ιστών ή οργάνων και για τις τράπεζες σπέρματος.

Τέλος υποχρεωτικός έλεγχος πρέπει να επιβληθεί στις ιερόδουλες και στους αλλοδαπούς καλλιτέχνες που εργάζονται σε κάθε χώρα.

Πρέπει να προσθέσουμε ακόμα ότι η συμπεριφορά των ανθρώπων απέναντι στους φορείς του AIDS δεν θα πρέπει να είναι διαφορετική. Θα πρέπει να αποφευχθεί ο κοινωνικός στιγματισμός αυτών και θα πρέπει να γίνουν αποδεκτοί οι φορείς στο χώρο της δουλειάς, του σχολείου, στο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον. Φθάνει βέβαια, να υπάρχει υπευθυνότητα και από μέρους τους ώστε να ενημερώνουν τον γιατρό, τον ερωτικό τους σύντροφο, κ.τ.λ για να προφυλαχθεί. Θα αναφέρουμε ενδεικτικά ένα περιστατικό το οποίο συνέβει πρόσφατα στη χώρα μας, και δημοσιεύθηκε σε εφημερίδες.

"Στενός κοινωνικός περίγυρος του χωριού Οιχαλία, τους είχε <<οιωπηλά>>εξοστρακίσει. Όταν τον έβλεπαν να πλησιάζει έφευγαν όλοι οι κοντοχωριανοί από το καφενείο του χωριού. Ήταν απόβλητος... Εκείνη πήγαινε στο μπακάλικο να αγοράσει γάλα για το μωρό της και το μαγαζάκι άδειαζε από πελάτες... Όλοι τους έδειχναν με το δάκτυλο και άλλαζαν μονοπάτι, όταν το ζευγάρι κατηφόριζε. Η <<καλημέρα>> ήταν μακρυνή και βιαστική. Μ' αυτή άνοιγε κι έκλεινε η κουβέντα...

Εκείνος 32 χρονών. Εκείνη 26. Το βρέφος τους 15 μηνών... Και οι τρεις <<σημαδεμένοι>> από το φοβερό ιό: μια οικογένεια, όλοι φορείς του AIDS...

Ο μοναδικός άνθρωπος που βοήθησε ήταν ο παπάς του χωριού, ο οποίος ζήτησε από τους συγχωριανούς του να πλησιάσουν το νεαρό ζευγάρι.

Ο Πάνος έκλεισε τον κύκλο του. Σαββάτο βράδυ σε ένα μικρό ξενοδοχείο της Ομόνοιας βρέθηκε με τη σύριγγα καρφωμένη στο μπράτσο του. Η ηρωίνη τον οδήγησε στο ύστατο μονοπάτι. Σ' ένα δωμάτιο του ξενοδοχείου η Ιζαμπέλ και το αβάπτιστο αγοράκι τους μάταια τον περίμεναν να επιστρέψει...

Η είδηση πέρασε στα <<ψιλά>> των κυριακάτικων εφημερίδων

και μιλούσε για <<νεαρό τοξικομανή, που πέθανε από ηρωίνη και ήταν στιγματισμένος από το AIDS>>. Πίσω όμως από το θάνατο του 32χρονου κρύβεται ένα κοινωνικό δράμα, που ίσως έσπρωξε τον Πάνο να διαλέξει ώστε η τελευταία δόση να είναι και θανατηφόρα.

Το πτώμα παραλήφθηκε από τον πατέρα. Η Ιζαμπέλ και το 15μηνό αγοράκι της βρέθηκε σε μία νέα τραγωδία: <<Δεν έχεις θέση στο χωριό μας>> της είπαν. Τώρα φιλοξενείται σε ένα φιλικό σπίτι. Ο Πάνος και η Ιζαμπέλ δεν χτυπήθηκαν μόνο από τον ιό του AIDS. Η κοινωνία μας, θύμα και αυτή της άγνοιας, τους έριξε στον Καϊάδα..."

Κάθε οροθετικό άτομο πρέπει να προσαρμοστεί σε νέες συνθήκες και συνθήκες διαβίωσης για να αποτρέψει την εξέλιξη σε νόσο, αλλά και για να προστατεύσει το οικογενειακό-κοινωνικό περιβάλλον. Έχει επομένως ορισμένα αναφαίρετα δικαιώματα και συγκεκριμένες υποχρεώσεις.

Ορισμένα από τα δικαιώματα των οροθετικών είναι ότι μπορούν να εξασκούν ανεμπόδιστα κάθε επάγγελμα. Μπορούν να ταξιδεύουν και να διασκεδάζουν. Δεν θα πρέπει να αποκλειστούν από το κοινωνικό περιβάλλον. Επίσης μπορούν να απολαμβάνουν ιατρική-οδοντιατρική περίθαλψη με τη διαφορά ότι πρέπει να ενημερώνουν τον γιατρό.

Βέβαια η ύπαρξη δικαιωμάτων συνεπάγεται και την ύπαρξη ορισμένων υποχρεώσεων. Εδώ θα πρέπει να τονίσουμε ότι η εκπλήρωση αυτών των υποχρεώσεων δεν είναι δυνατόν να επιβληθεί με νομικές κηρώσεις. Η εκπλήρωση τους έγκειται αποκλειστικά και μόνο στην συνείδηση του κάθε ατόμου, είναι οι λεγόμενοι ηθικοί νόμοι.

Ορισμένες από τις υποχρεώσεις του οροθετικού ατόμου είναι: Καταρχήν να συμβουλευθεί ειδικούς για τους τρόπους ασφαλέστερης σεξουαλικής επαφής. Επίσης υποχρεούνται να πληροφορούν τους ερωτικούς τους συντρόφους. Η χρήση ασφαλέστερων μεθόδων σεξουα-

λικής επαφής είναι ενεργητική και για τον οροθετικό, αφού τον προφυλάσσει από άλλες σεξουαλικές αρρώστιες και από λοίμωξη από άλλο στέλεχος ιού που μπορεί να επιταχύνουν και να αυξήσουν την πιθανότητα μεταπτώσεως σε νόσο.

Άλλες υποχρεώσεις του οροθετικού είναι ότι δεν πρέπει να τεκνοποιούν, να κάνουν χρήση ναρκωτικών, να γίνουν αιμοδότες, δωρητές ιστών και οργάνων κ.τ.λ.

Λόγω της σοβαρότητας της νόσου και επειδή το κάθε άτομο αντιδρά διαφορετικά ανάλογα με την ιδιοσυγκρασία του θα πρέπει να υπάρχει ένας χώρος ο οποίος να προσφέρει σε φορείς και αρρώστους από AIDS ψυχολογική υποστήριξη. Αυτό το έργο μπορεί να το αναλάβει κάθε νοσοκομείο δια μέσω του κοινωνικού λειτουργού του.

Επίσης θα πρέπει να υπάρχουν ορισμένα κέντρα στα οποία θα μπορεί το κάθε οροθετικό άτομο να απευθύνεται άφοβα για κάθε απορία του. Θα πρέπει να υπάρχει πλήρη ενημέρωση σχετικά με την λειτουργία αυτών των κέντρων.

Γίνεται φανερό λοιπόν η αναγκαιότητα της ενημέρωσης σε αυτή την ομάδα ανθρώπων. Πιστεύουμε ότι μπορεί να φέρει εκπληκτικά αποτελέσματα καθώς επίσης και να αποτρέψει λανθασμένες κινήσεις. Ας ελπίσουμε ότι με αυτό τον τρόπο δεν θα ακούμε πια ειδήσεις όπως "αυτοκτόνησε ασθενής με AIDS" κ.τ.λ.

Σχετικά τώρα με την νοσηλεία ασθενών με AIDS θα πρέπει να παίρνονται από όλους τα κατάλληλα προφυλακτικά μέτρα. Δεν δικαιολογείται ο φόβος, ο πανικός και η άρνηση. Κάθε συνειδητοποιημένο άτομο θα πρέπει να αναλαμβάνει τις ευθύνες του και να μην εγκαταλείπει τις αρχές του επαγγέλματος του. Η ευθύνη βαραίνει κυρίως την νοσηλεύτρια-τη και τον γιατρό. Θα πρέπει να παρέχεται πλήρη περίθαλψη χωρίς διακρίσεις. Όμως σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει να φθάνουμε στην υπερβολή. Κατά τη νοσηλεία ασ-

θενών με AIDS πρέπει να παίρνονται τα αναγκαία μέτρα αλλά όχι να φθάνουμε και στα άκρα. Χαρακτηριστικά αναφέρουμε μία πρόταση από τη συνέντευξη ενός φορέα του AIDS, 23 ετών, που νοσηλεύόταν στο νοσοκομείο <<Σωτηρία>>. "Έμπαιναν στο δωμάτιο ντυμένοι διαστημάνθρωποι-μάσκες, γάντια, δεν έβλεπα καθόλου το πρόσωπό τους. Καμιά φορά έβγαινα στο διάδρομο για να δω έναν άνθρωπο, μα με έδειωναν αμέσως...."

Από τα παραπάνω γίνεται φανερό ότι το πρόβλημα που αντιμετωπίζει η ανθρωπότητα σήμερα σχετικά με το AIDS είναι ιδιαίτερα σοβαρό, μα και ιδιαίτερα λεπτό. Χρειάζεται προσεκτική αντιμετώπιση καθώς επίσης και προσεκτική μεταχείριση ώστε να μην ξεπερνά ορισμένα όρια.

Από τη στιγμή που μεσολαβεί ο ανθρώπινος παράγοντας πρέπει να αναμένονται και τα ψυχολογικά προβλήματα. Όλοι οι ασθενείς του Συνδρόμου έχουν ανάγκη από λίγη ανθρωπιά και συμπόνια. Χρειάζονται αρκετή βοήθεια και ψυχολογική υποστήριξη για να μπορέσουν να σταθούν. Αυτό που τους ενοχλεί περισσότερο είναι ο αποκλεισμός από το κοινωνικό σύνολο. Σε πολλές περιπτώσεις οι πάσχοντες από Σ.Ε.Α.Α. εξορίζονται ακόμα και από το ίδιο τους το οικογενειακό περιβάλλον. Για μία ακόμα φορά η ύπαρξη της ενημέρωσης θεωρείται αναγκαία. Από τη στιγμή που το νοσηλευτικό - ιατρικό προσωπικό έχει ενημερωθεί δεν θα αρνηθεί σε καμιά περίπτωση την νοσηλεία αυτών των ασθενών και επιπλέον θα φερθεί με ανθρωπιά και αξιοπρέπεια. Κάτι ανάλογο θα συμβεί και με το οικογενειακό περιβάλλον.

Αυτό που θέλουμε να ελπίζουμε είναι ότι σύντομα οι άνθρωποι θα αντιληφθούν την σοβαρότητα της νόσου καθώς επίσης και το κίνδυνο που απειλεί τον καθένα. Μ' αυτό τον τρόπο θα συμβάλουν σίγουρα στον περιορισμό της μετάδοσης της νόσου. Το AIDS, μα και κάθε άλλη ασθένεια, φέρνει ένα μήνυμα το οποίο οι άνθρωποι στην εποχή μας το έχουν ξεχάσει ενταλώς. Το μήνυμα αυτό είναι, ότι η

μοίρα των ανθρώπων, ανεξάρτητα από φυλή, χρώμα, εθνικότητα, είναι κοινή. Αυτό το μήνυμα θα πρέπει να αντηχήσει στα αυτιά όλων, γιατί μόνο τότε θα αναθεωρήσουν τις απόψεις τους σχετικά με τις υλικές αξίες της ζωής και τις φθηνές απολαύσεις.

"Ο άνθρωπος πληρώνει την ασέβειά του" αναφέρει ο κοινωνιολόγος Ζαν Μπωντριγιάρ, και συνεχίζει:

«Κουδέν κακόν αμιγές καλού» λέει το αρχαίο γυναικό και δυστυχώς επαληθεύεται με τραγικό τρόπο στις μέρες μας. Ο άνθρωπος εμύχθησε πολύ για να βελτιώσει τις συνθήκες διαβίωσης του. Δούλεψε σκληρά για να φτιάξει ένα κόσμο υπέροχο, ακατανίκητο, μοναδικό. Αδιαφόρησε όμως για τη φύση. Αδιαφόρησε για τη φθορά που προκαλούσε τόσο στο περιβάλλον, όσο και στην ίδια την ψυχή του. Ξεπέρασε κατά πολύ το μέτρο και έφθασε στην ύβρη. Η ιστορία για πολλοστή φορά επαναλαμβάνεται: ο άνθρωπος δεν σεβάστηκε τίποτα προκειμένου να επιτύχει το σκοπό του. Και τώρα πληρώνει την ασέβεια του.

Διότι τι άλλο μπορεί να είναι, σ' αυτόν τον τόσο προηγμένο τεχνολογικά κόσμο, η εμφάνιση ιών και μυστηριωδών ανιάτων ασθενειών; Αντικείμενα και άνθρωποι καταστρέφονται από τα μικρόβια, που δημιουργούνται από το τίποτα και σκορπούν τον πανικό στο άγγιγμα τους. Ιοί "τρελαίνουν" τους ηλεκτρονικούς υπολογιστές, και ιοί οδηγούν τους ανθρώπους στο θάνατο. Ο καρκίνος συνδέεται με την έννοια «ανίατη ασθένεια» και το AIDS συνεχώς εξελίσσεται και αλλάζει πρόσωπο και μορφές.

Το κοινωνικό σύστημα θα μπορούσε να είναι δίκαιο και ιδανικό για όλους. Αντί αυτού, απομόνωσε ομάδες ανθρώπων και τώρα πληρώνει με αίμα τα σφάλματα του παρελθόντος.

Η ιατρική έφθασε στο σημείο να υπερηφανεύεται για τις συνθήκες τέλει ασηψίας που δημιουργήσε. Μόνο που τώρα σηκώνει τα χέρια ψηλά και, αρχίζοντας από το μηδέν, προσπαθεί να βρει μία λύση στο αίνιγμα AIDS.

Τα ναρκωτικά οδηγούν τους νέους-κυρίως-ανθρώπους σε τεχνητούς παραδείσους.Μα είναι πλέον τόσο απάνθρωπη και φριχτή η κοινωνία μας,ώστε να χρειαζόμαστε φαντασιώσεις για να επιβιώσουμε;Ποιά προβλήματα και απαγοιτεύσεις είναι πιο δυνατά από το φόβο του θανάτου;Σ'ένα χώρο υπερπροστατευόμενο,το σώμα είναι απροστάτευτο.Οι ιοί είναι ανθεκτικοί.Παλαιότερα υπήρχαν μικρόβια,μα μπορούσαν να καταπολεμηθούν.Τώρα τι υπάρχει;

Ένας κόσμος απαλλαγμένος από παλιές μολύνσεις,ένας κόσμος θεωρητικός ιδανικός και κλινικά ηλεγμένος,ένας κόσμος με αθεράπευτες όμως παθήσεις,που γεννήθηκαν από την ίδια του την απολύμανση.

Η κλασική ιατρική δεν μπορεί να πολεμήσει την καινούρια πάθηση του σώματος.Όπως απέτυχε-κατά μεγάλο μέρος-να επιδράσει στο γενετικό κώδικα για να θεραπεύσει τον καρκίνο,έτσι και τώρα δεν μπορεί να βοηθήσει το ανοσοποιητικό σύστημα να διατηρήσει την ακεραιότητα του.Ακολουθεί το δρόμο του κοινωνικού συστήματος,που δεν μπόρεσε να αφομοιώσει όλα τα μέλη του και τώρα τα <<καμαρώνει>>τρομοκράτες,τοξικομανείς,επαναστάτες....με αιτία και συγκεκριμένα αιτήματα και ανάγκες.

Ο άνθρωπος οδηγεί τον άνθρωπο στην καταστροφή και ο άνθρωπος θα τον σώσει.Η ηθική φθορά και η μέθη της εξουσίας,της δύναμης,του πλούτου,από τη γένεση του κόσμου μόνο προβλήματα δημιουργούν.Ίσως πρέπει επιτέλους να συνέλθει και να βρει τον εαυτό του.Αλλιώς κινδυνεύει να χάσει την ιδιοπροσωπία του.Κινδυνεύει να αφανιστεί.>>

Το AIDS αποτελεί μία επιδημία η οποία απειλεί με τον αφανισμό του ανθρώπινου είδους.Είναι λοιπόν επιτακτική η ανάγκη δημιουργίας μίας παγκόσμιας εκστρατείας καταπολέμησης της νόσου.Ας ελπίσουμε ότι ο ήχος του "κώδωνα του κινδύνου" θα αντήχησει σ'όλα τα κράτη και θα αποτελέσει μία αφετηρία Παγκόσμιας

Συνεργασίας.

<<Ο άνθρωπος οδηγεί τον άνθρωπο
στην καταστροφή
και ο άνθρωπος θα τον σώσει.>>

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Το AIDS μπορεί να αποτελέσει ερέθισμα και αφετηρία για την ανάπτυξη της ατομικής ευθύνης για την υγεία, για υπεύθυνη συμπεριφορά, για ανεκτικότητα προς τα ανθρώπινα πάθη, για ενισχυμένη κοινωνική αλληλεγγύη. Από ισχυρή ατομική πρόκληση μπορεί να μεταστοιχειωθεί σε παγκόσμια κοινωνική συνείδηση.

Όπως όμως μπορεί να ενισχύσει τους πανανθρώπινους δεσμούς έτσι και μπορεί να τους αποσαθρώσει. Στη μακροχρόνια αυτή διαδικασία για να νιώσει το ανθρώπινο γένος πιο υπερήφανο δεν υπάρχει τίποτα καλύτερο από την αναζήτηση και τη διάδοση της γνώσης, την καταπολέμηση των προκαταλήψεων και την υπεύθυνη συμπεριφορά.

~~Μόνο έτσι το μήνυμα υγείας γίνεται ύμνος για τη ζωή. Γράφει ο ποιητής <<στην κοιλάδα με τους ροδώνες>>.~~

Πάντοτε αγαπούσα

-με πάθος-

κάθε εκδήλωση της ζωής

όμως δεν μ'ένοιαζε

ο θάνατος.

Τώρα που μ'άφησες να ξαποσταίνω

πλάϊ στο λαμπρό φως

των ωραίων ματιών σου

τώρα αγαπώ ακόμα περισσότερο τη ζωή

και δεν θα 'θελα

να πεθάνω πια

ποτέ.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

- Αναπλιώτου-Βαγιάου ΕΙΩ., <<AIDS και Κοινωνική Ευθύνη>>, Ιστορικό Βήμα, Περίοδος Β, Τεύχος Ι: 24-24 σελ., Δεκέμβριος 1988.
- Βεοβίτας, Αρικούλης, Χριστόπουλος, Τσιγγούνης, <<AIDS και Κύπρος>>, Ιατρικά χρονικά, (MEDICAL ANNALS), τόμος 12ος, Τεύχος Ι: 17-22 σελ., Ιανουάριος 1989
- Γαγάνης Απ., <<AIDS 1988 που βρισκόμαστε σήμερα>> Δελτίο Ιατρικού Συλλόγου Πελοποννήσου, Τεύχος 7: 18-19 σελ. Οκτώβριος-Δεκέμβριος 1988.
- Γραβάνης Αχ., <<Φαρμακοθεραπευτική του AIDS>>, Συνταγογραφία, Τόμος 5ος, Τεύχος 4ο: 108-111 σελ., ~~Ιούλιος-Αύγουστος~~ 1988.
- Γραμματινός Φ.-Παπαβασιλείου Π., <<Σύγχρονες διαγνωστικές μέθοδοι και προφυλακτικά μέτρα για το Σ.Ε.Α.Α.>>, MATERIA MEDICA GRECA, Τόμος 14ος: 538-543 σελ., Δεκέμβριος 1986
- Δετοράκης Ι., <<AIDS>>, Σημειώσεις Τμήματος Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι. Πάτρας, Πάτρα 1985.
- Καλαφιάς Π., Παπαευαγγέλου Γ., Ρουμελιώτου Α., <<AIDS και πεπτικό σύστημα>>, Πρακτικά 10ου Πανελληνίου Συνεδρίου Γαστρεντερολογίας, Αθήνα 30 Νοεμβρίου 1989.
- Καλλίνικος Γ.-Παπαευαγγέλου Γ., <<Επιδημιολογία του Σ.Ε.Α.Α. και μέτρα πρόληψης>>, Ιατρική, Τόμος 50, Τεύχος 2ο: 119-130 σελ., Αύγουστος 1986.
- Καλογερόπουλος Ι.Γ., <<Φυσιολογία του ανθρώπου>> Ιατρικές Εκδόσεις Α.Σιώτη, Θεσσαλονίκη 1983.
- Κονδάνης Ζ., <<Τι νεώτερο στην επιδημιολογία του AIDS, βασικά στοιχεία>>, Σημειώσεις Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Πάτρας, Πάτρα 1988.

- Κούγλας Γ.Κ., <<Σ.Ε.Α.Α.-AIDS και οδοντιατρική>>, Ιατρική Επιθεώρηση, Τόμος 21ος, Τεύχος 2-3:147-153 σελ., Μάρτιος-Ιούνιος 1987.
- Κουμάτος Γ., <<Νομικά προβλήματα>>, Σημειώσεις Νομικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθήνας, Αθήνα 1987.
- Λάσκαρης Γ., <<Οδοντιατρική και AIDS>>, Σημειώσεις οδοντιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθήνας, Αθήνα 1987.
- Μανδαλάκη Τ., <<Αιμοδοσία και AIDS, τρόποι πρόληψης και μέτρα ασφαλείας για τους μεταγγιζόμενους>>, Ιατρική Επιθεώρηση, τόμος 21ος, Τεύχος 2-3: 143-146 σελ., Μάρτιος-Ιούνιος 1987.
-
- Μανιάτης Α., <<Κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα σε ευκαιριακές λοιμώξεις στο σύνδρομο AIDS>>, Ιατρική, Τόμος 50, Τεύχος 3: 293-250 σελ., Σεπτέμβριος 1986.
- Ματσανιώτης Ν., <<AIDS και ανθρώπινη συμπεριφορά>>, Το φάρμακο Σήμερα, Αριθ. φύλλου 24ο, τεύχος 50: 1-8 σελ., Ιούνιος 1988
- Μπιτσακτσής Α.Κ., <<Κλινικές Ειδηλώσεις του AIDS>>, Ιατρική Επιθεώρηση, Τόμος 21, Τεύχος 2-3: 129-134 σελ. Μάρτιος-Ιούνιος 1987.
- Ντουράκης Θ., <<Νομική, Κοινωνική, Πολιτική διάσταση του AIDS>>, Σημειώσεις Νομικής Σχολής Αθήνας, Αθήνα 1988
- Ντροέϊγ Αλαίν Εμμανουήλ, <<Σώμα με Σώμα>>, Ειδήσεις Εξάντας 21ος Αιώνας, Αθήνα 1985
- Ουκονομίδου Ι., <<Ανοσολογία του AIDS>>, Σημειώσεις Ιατρικής Σχολής Αθήνας, Αθήνα 1988
- Παπσδάκη Α., -Παπαευσγγέλου Γ., <<Τι πρέπει να ξέρετε όταν ζείτε κοντά στο AIDS>>, Δελτίο Ιατρικού Συλλόγου Πειραιά, τεύχος 6ο:33-48 σελ., Σεπτέμβριος 1988

- Παπαδάτος Κ., <<1ο Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS>>, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1989
- Παπαδάτος Κ., <<Το AIDS στα παιδιά>>, Σημειώσεις Ιατρικής Σχολής Αθήνας, Αθήνα 1988.
- Πορτοκαλάκη Αφ., Περιοδικό Νοσηλευτική, τεύχος Ι:74-80, Ιανουάριος-Μάρτιος 1989
- Ραγιά Αφ., Περιοδικό Νοσηλευτική, Τεύχος 2ο: 115-124 σελ., Απρίλιος-Ιούνιος 1989
- Ρενιέρη-Λιβιεράτου Ν., <<Αιμοδοσία και AIDS>>, Σημειώσεις Ιατρικής Σχολής Αθήνας, Αθήνα 1989
- Ρουμελιώτου Α., <<Τι νεώτερο στην επιδημιολογία του AIDS>> Σημειώσεις Ιατρικής Σχολής Αθήνας, Αθήνα 1988.
- Ρουμελιώτου Α., <<Εργαστηριακή διάγνωση της λοίμωξης από τον HIV>>, Ιατρική, τόμος 21, Τεύχος 2-3: 115-158 σελ. Μάιος-Ιούνιος 1987
- Στεφάνου Θ.-Παπαευαγγέλου Γ., <<Ο ρόλος του Δημοσίου φορέα στη μάχη κατά του AIDS>>, Σημειώσεις Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθήνας, Αθήνα 1988.
- Στρατηγός Ι.Δ., <<AIDS και εκδηλώσεις από το δέρμα>>, Σημειώσεις Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθήνας, Αθήνα 1988
- <<Συστάσεις για την αντιμετώπιση του AIDS>>, Διεθνής Οργανισμός Υγείας (WORLD HEALTH ORGANIZATION), Αθήνα 1988
- Τασσόπουλος Κ., Καλαφατάς Π., Νικολαϊδάκης Π., Γιώτσας Ζ., Μελά Χ., Χατζηδάκης Α., <<Επιπολασμός αντισωμάτων έναντι του ιού της ανθρωπείου ανοσοανεπάρκειας σε Έλληνες ομοφυλόφιλους και τοξικομανείς>>, Ιατρική, Τόμος 55, Τεύχος Ι:143-150 σελ., Ιανουάριος 1989.

- Τσιτσιλής Χ., <<Χειρουργός και χειρουργική απέναντι στους HBV+HIV αιματογενής μεταδιδόμενους ιούς>>, Ελληνική Χειρουργική, τόμος 60, Τεύχος 5ο: 488-493 σελ., Οκτώβριος 1988
- Τσουφάκης Γ., <<Ευκαιριακές λοιμώξεις στο Σ.Ε.Α.Α.>>, Ιατρική, Τόμος 60, Τεύχος 4: 143-145 σελ., Αύγουστος 1987
- Τσόντος Α., <<Ρετροϊός>>, Ιατρική Επιθεώρηση, Τόμος 21, Τεύχος 2-3: 101-111, Μάρτιος Ιούνιος 1987
- Χραπάλου-Ροβίθη Κ., <<Εκτίμηση Εφαρμογής από το Νοσηλευτικό Προσωπικό Μέτρων Προφύλαξης από τον HIV>>, Ελληνική Ιατρική, Τόμος 54, Τεύχος 4:254-258, Ιούλιος-Αύγουστος 1988.

"Τελειώνοντας την εργασία μας αυτή θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά όλα τα άτομα και τους φορείς οι οποίοι μας βοήθησαν στην εκπόνησή της. Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον κύριο Ι. Δετοράκη και όλα τα άτομα του Κέντρου Αναφοράς του AIDS, Νοτιοδυτικής Ελλάδας για την σημαντική τους βοήθεια. Επίσης ευχαριστούμε το Τζάνειο Νοσοκομείο και το Γενικό Νοσοκομείο Δυτικής Αττικής για τις χρήσιμες πληροφορίες που μας προσέφεραν. Ακόμα εκφράζουμε τις ευχαριστίες μας στα γραφεία τύπου καθώς επίσης και στα άτομα τα οποία φρόντισαν για την δακτυλογράφηση και την τελειοποίηση της πτυχιακής μας."

ΔΙΑΦΑΝΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟ AIDS

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΔΙΑΦΑΝΕΙΩΝ

- Τι είναι το AIDS
 - Τρόποι μετάδοσης του AIDS
 - Πώς δεν μεταδίδεται το AIDS
 - Ζώνες μετάδοσης του AIDS
 - Δερματικές εκδηλώσεις του AIDS
 - Ο άρρωστος με AIDS στο νοσοκομείο
 - Γενικές συστάσεις για το προσωπικό
 - Διδασκαλία αρρώστου με AIDS κατά την έξοδο από το νοσοκομείο
 - Ο άρρωστος με AIDS στο σπίτι
-

Τι είναι το AIDS;

Είναι γριμώδης ασθένεια που οφείλεται σε ιό (ετροϊό), ο οποίος όταν εισέρχεται στον οργανισμό προκαλεί καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος.

Το AIDS προέρχεται από τα αρχικά:
ACQUIRED IMMUNE DEFICIENCY SYNDROME.

Κλινικός ορισμός (η.ο.γ)

Σύμφωνα με τον κλινικό ορισμό πρέπει να υπάρχουν δύο από τις ακόλουθες ευδηλώσεις (απόλυτα βέβαιες ή πάνω από 10%, χρόνια διάρροια που διαρκεί περισσότερο από ένα μήνα ή πυρετός που επμένει πάνω από ένα μήνα) ή μια από τις ακόλουθες ευδηλώσεις:

Βήχας (που επμένει πάνω από ένα μήνα), γενικευμένη υπερωματώδης δερματίτιδα, έρπητας ζωστήρας που επμένει περισσότερο από ένα μήνα, στοματοφαρυγγική καντιντίαση, χρόνια έρπητιδα που προσβλητικά επεκτείνεται, γενικευμένη ηπαδοπάθεια.

Τρόποι μετάδοσης του Ιού.

Ο ιός HIV μεταδίδεται:

Α) Αιματογενώς (μετάγγιση αίματος, χρήση κορυμμένων εργαλείων από αίμα ασθενών ή φορέων με AIDS).

Β) Σεξουαλική μετάδοση (σπέρμα, εραπτηγικό έμφροιο φορέων).

Γ) Προγεννητική ή υάδεια μετάδοση
Η μετάδοση γίνεται από τη μητέρα που έχει προ-αρθεί στο αίμα ή στο νεογνό κατά τον τοκετό.

Το AIDS ΔΕΝ ΜΕΤΑΔΙΔΕΤΑΙ ΜΕ:

- 1) Χειραγίες-εναρμαρισμοί-κοινωνικό φιλί.
 - 2) Μέσα μεταφοράς (τρένα, γεφορεία κ.α.).
 - 3) Καφετέριες-εστιατόρια-μπαρ-κινηματογράφος.
 - 4) Γυμναστήρια-κοινωνητικές δεξαμενές.
 - 5) Ιατρικές εξετάσεις-εγκυμύσεις αδενών.
-
- στ) Εργασιακό περιβάλλον-επισημεία.

Άτομα υψηλού κινδύνου

- Ομοφυλόφιλοι, αμφυφιλόφιλοι.
- Τοξικομανείς.
- Πορνομεταξιζόμενοι.
- Καίτοιχοι περιοχών που ενδημεί η νόσος.
- Ερωτικοί σύντροφοι φορέων ή αδενών με AIDS.
- Παιδιά φορέων ή αδενών με AIDS.
- Ιερόδουλές & ερωτικοί τους σύντροφοι.

Ζώνες

Η Π.Ο.Υ. στηριγμένη στις διαδέξιμες ηγεμονίες
α τους επικρατούντες τρόπους μετάδοσης του ιού
στις διάφορες πώρες, έπει πωρίσει την υδρόμω
ε 3 ζώνες:

Α) Ζώνη 1: Περιλαμβάνει Β.ΑΜΕΡΙΚΗ, Δ.ΕΥΡΩΠΗ, ΑΥΣΤΡΑ-
ΛΙΑ, ΝΕΑ ΖΗΛΑΝΔΙΑ & αβτικές περιοχές της ΛΑΤΙΝΙ-
ΚΗΣ ΑΜΕΡΙΚΗΣ.

Σεξουαλική μετάδοση ιού → ομοφυλόφιλοι, αμφιφυλό-
φιλοι άνδρες.

Β) Ζώνη 2: Περιλαμβάνει ΑΦΡΙΚΗ κάτω από τη ΣΑΧΑ-
ΡΑ & τη ΛΑΤΙΝΙΚΗ ΑΜΕΡΙΚΗ, ιδιαίτερα την ΚΑΡΑΪΒΙΚΗ.
Εφουαλική μετάδοση → ετεροφυλικές σχέσεις, μεταγγίσεις

Γ) Ζώνη 3: Περιλαμβάνει Β.ΑΦΡΙΚΗ, ΜΕΣΗ ΑΝΑΤΟΛΗ,
ΕΥΡΩΠΗ, ΑΣΙΑ & ΕΙΡΗΝΙΚΟΣ.

Μετάδοση → μεταγγίση βετικού αίματος (εισαγομένου),
αιμές γυναίκες, χρήση υαρωτικών από την ευ-
φρέβια οδό.

Δερματικές ευδηλώσεις

- 1) Σάρωμα Καρσι.
- 2) Ερίθροει ερυσθηώδη έρρητες.
- 3) Μορσελατώδη τέρμαδος.
- 4) Μυκητίαση της γλώσσας ή του στόματος (μύκητας CANDIDA).

Ευκαιριακές λοιμώξεις

- 1) PNEUMOCYSTIS CARINII
- 2) TOXOPLASMA GONDII
- 3) CRYPTOSPORIDIUM
- 4) CANDIDA
- 5) CRYPTOCOCCUS
- 6) MYCOBACTERIUM AVIUM-INTRACELLULARE
- 7) CYTOMEGALOVIRUS
- 8) HERPES SIMPLEX.

Φαρμακευτική αντιμετώπιση AIDS

Το μέγιστο επίμερα φάρμακο με συσώδη αντι- HIV δράση ε' με ανεκτές παρενέργειες είναι η Ζιδοβουφιδίνη (AZT).

Ο ασθενής με AIDS στο νοσοκομείο

Η διαγνωστική & γυμναστική κατάσταση του ασθενούς διακρίνεται σε τρεις κατηγορίες:

- 1) Ασθενής κατά προανατοχούμενος, χωρίς τραύματα ή ηγυγές & ικανός να καταλάβει να εφαρμόσει καλή ατομική υγιεινή.
- 2) Ασθενής κατά προανατοχούμενος με τραύματα ή ηγυγές & ικανός να καταλάβει & να εφαρμόσει ατομική υγιεινή.
- 3) Ασθενής απροανατοχούμετος ή απροσάρμοστος ή κατάκοιτος (με ή χωρίς ηγυγές).

Η νοσηρία του ασθενούς ετηριζεται στις:

- 1) Βιολογικές ανάγκες.
- 2) Ψυχικές ανάγκες.
- 3) Πνευματικές ανάγκες
- 4) Κοινωνικές ανάγκες.

Γενικές συστάσεις για το προσώπιο.

Πρέπει να αποφεύγεται η επαφή με το αίμα
τα υγρά του αρρώστου (ούρα, έμετος, ηύα, αίες τραυμάτων, υγρά κόρηου κ.α).

Πρέπει να χρησιμοποιούνται: γοδιά, μάσκα, γάντια

Πρέπει τα χέρια να πλένονται με αντισηπτικό
αλκοόλ με βάση τη κρυοφιδίνη (INCOSAPT,
AMPITASOL κ.α).

Πρέπει να ησως σε περίπτωση που κοηεί ή τρα
πιδεί με κορυμμένο εργαλείο (υμετέρ, δεχόνα)
να ευεργίσει αμέσως.

Πρέπει να έδε όργανο, εργαλείο ή κοπάλυμα
ου έπει έρθε σε επαφή με τον άρρωστο,
να καθαριστεί σ' υ' απολυμανθεί.

Διαβουαγία αρρώστων με AIDS
κατά των έμφύλων

- Πριν φύγει ο ασθενής από το νοσοκομείο πρέπει να:
- Εμφανιστούν τα προφυλακτικά μέτρα ε' την α-
ίτην δυσεμφραξία.
 - Πρέπει να τονιστεί η ευκασία προσωπικής
υγιεινής για να μη γίνει πηγή μόλυνσης
στους άλλους.
 - Να μη γίνει αφοδότης.
 - Να αποφεύγει εμυκρόσμη.
 - Να μη κορύβει άλλους με σεξουαλική επαφή.
 - Να μη κοιμάγεται βερόνες ενέσεων, φυ-
στικές μπικανές κ.α.
 - Πρέπει να συντονιστεί η εξυνοσοκομειακή
παρακορύβηση.

Ο άρρωστος με AIDS στο σπίτι.

Παράγοντες που ρυθμίζουν κατά πόσο ο ασθενής πρέπει να νοσηρευτεί στο σπίτι ή όχι είναι:

- 1) Ιατρική ευματάδεση.
- 2) Οργανωμένη υπηρεσία για φροντίδα στο σπίτι.
- 3) Η οικονομική κατάσταση της οικογένειας.
- 4) Η δυνατότητα παρακώρρησης μονακικού δωματίου.
- 5) Η προσαρμογή της οικογένειας στο νέο πρόγραμμα ζωής.
- 6) Οι υποστηρίξιμες επιπτώσεις αρρώστου-οικογένειας.