

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ  
ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ.Π.  
ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Θέμα:

«Άμεση αντιμετώπιση παιδιού με Aids»



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ : ΣΑΛΑΤΑ ΑΠΟΣΤΟΛΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ : ΖΑΦΕΙΡΙΑΔΟΥ ΜΑΡΙΑ



ΠΑΤΡΑ, 2000

ΑΡΙΘΜΟΣ  
ΕΙΣΑΓΟΓΗΣ

3080

**Στους γονείς μου.....**

**Πίνακας Περιεχομένων****Σελ.****Γενικό μέρος**

1. Εισαγωγή (προέλευση μικροβίων και τρόποι μετάδοσης στον άνθρωπο και προϋποθέσεις για την πρόκληση λοιμώξεων).

**Κεφάλαιο 1ο**

- 1.1. Αμυντικό σύστημα και ανοσία.
- 1.2. Είδη ανοσίας.
- 1.3. Ανοσολογία του Aids.
- 1.4. Επιδημιολογία του Aids και παιδιατρικού Aids.
- 1.5. Αιτιολογία του Aids.
- 1.6. Μορφολογία του Aids.
- 1.7. Πολλαπλασιασμός του HIV..

**Κεφάλαιο 2ο**

- 2.1. Η καταγωγή του ιού HIV.
- 2.2. (α) Ορισμός της λοίμωξης.  
(β) Τι σημαίνουν τα αρχικά του Aids;  
(γ) Τι προκαλεί η ασθένεια αυτή;  
(δ) Διαγνωστικά test.
- 2.3. Διαφορές παιδιατρικού Aids - Aids ενηλίκων.

**Κεφάλαιο 3ο**

- 3.1. Διάγνωση του συνδρόμου.
- 3.2. Εργαστηριακά ευρήματα.
- 3.3. Πρόγνωση του συνδρόμου.
- 3.4. Πρόληψη του συνδρόμου στους ενήλικες και στα παιδιά.

**Κεφάλαιο 4ο**

- 4.1. (α) Τρόποι μετάδοσης του Aids.  
(β) Τρόποι μετάδοσης του ιού κατά την παιδική ηλικία.  
(γ) Τρόποι μη μετάδοσης του Aids.

#### 4.2. Ομάδες υψηλού κινδύνου.

### Κεφάλαιο 5ο

- 5.1. (α) Η κατάταξη των προσβεβλημένων από τον HIV ιό.  
(β) Κατάταξη - ταξινόμηση παιδιατρικού Aids.
- 5.2. (α) Κλινική εικόνα του Aids..  
(β) Κλινική εμφάνιση και εξέλιξη της HIV λοίμωξης στα παιδιά.  
(γ) Κλινική αξιολόγηση παιδιών με HIV λοίμωξη με ευρήματα ταχέως εξελισσόμενης νόσου.  
(δ) Κλινική αξιολόγηση παιδιών με ενδιάμεση ή βραδεώς εξελισσόμενης νόσου.

### Κεφάλαιο 6ο

- 6.1. Θεραπεία.
- 6.2. Ανεπιθύμητες ενέργειες αντιρετροϊκών φαρμακων στην παιδιατρική.
- 6.3. Κύηση και αντιρετροϊκή θεραπεία.
- 6.4. Ανοσοθεραπεία και χορήγηση βιταμίνης A.
- 6.5. (α) Πρόληψη - Εμβόλια και τύποι εμβολίων (πίνακας)  
(πλεονεκτήματα - μειονεκτήματα).  
Ένας από τους τύπους εμβολίων.  
(β) Δυσκολίες για μελλοντική ανάπτυξη εμβολίου.  
(γ) Εμβολιασμοί σε παιδιά με HIV λοίμωξη και πρόγραμμα εμβολιασμού.

### Κεφάλαιο 7ο

- 7.1. (α) Προβλήματα θρέψης σε παιδιά με HIV λοίμωξη,  
καθυστέρηση στην ανάπτυξη.  
(β) Συχνές παθήσεις σε παιδιά με HIV λοίμωξη.
- 7.2. Η εμφάνιση του Aids στην εφηβεία.
- 7.3. Παιδιά με Aids και σχολείο.
- 7.4. Aids και εργασιακός χώρος.

## **Κεφάλαιο 8ο**

- 8.1. (α) Ψυχολογικά προβλήματα των ασθενών με Aids.  
(β) Προβλήματα στο γενικό πληθυσμό.
- 8.2. Κρίσεις αυτοκτονίας σε άτομα με HIV.
- 8.3. Οικογένεια και φίλοι.

## **Ειδικό μέρος**

### **Κεφάλαιο 9ο**

Εφαρμογή εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας σε παιδιά με Aids.

- 9.1. Νοσηλευτική διεργασία.
  - Κλινική περίπτωση Α.
  - Κλινική περίπτωση Β.

### **Συμπεράσματα - προτάσεις**

Προφυλάξεις για τους ίδιους τους ασθενείς με Aids.

## **Παράρτημα**

### **Βιβλιογραφία.**

## **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## Εισαγωγή

Από το πλήθος των μικροβίων που υπάρχουν στο περιβάλλον ελάχιστα μόνο μπορούν να θεωρηθούν σαν παθογόνα δηλαδή ικανά να προκαλέσουν λοίμωξη. Αυτό οφείλεται στ'ότι ένας μικροοργανισμός για να θεωρηθεί ως παθογόνος (για τον άνθρωπο, τα ζώα ή τα φυτά) θα πρέπει να έχει λοιμογόνο δύναμη. Ο βαθμός της λοιμογόνου δύναμης είναι διαφορετικός για διάφορα μικροβιακά στελέχη.

Τα διάφορα μικρόβια που μπορεί να προσβάλλουν τον άνθρωπο προέρχονται από:

1. Το περιβάλλον.
2. Τα ζώα.
3. Τον άνθρωπο.

Στο περιβάλλον τα μικρόβια βρίσκονται στον αέρα, το χώμα, το νερό και στα τρόφιμα. Συνήθως αυτά τα μικρόβια είναι σαπρόφυτα και δεν προκαλούν λοιμώξεις. Τα μικρόβια που προκαλούν λοιμώξεις ονομάζονται ευκαιριακά μικρόβια. Άλλη σημαντική πηγή μικροβίων είναι τα διάφορα ζώα που φέρουν πλήθος μικροβίων. Αυτά τα μικρόβια μπορούν να προκαλέσουν λοιμώξεις στον άνθρωπο όταν αυτός έρθει σ'επαφή με ζώα ή μεταφερθούν τα μικρόβια από το ζώο στον άνθρωπο με διάφορα έντομα.

Η κυριότερη όμως πηγή μικροβίων για τον άνθρωπο είναι ο ίδιος ο άνθρωπος που φυσιολογικά είναι αποικισμένος από μεγάλο αριθμό μικροβίων στελεχών. Τα μικρόβια της χλωρίδας διαδραματίζουν σπουδαίο προστατευτικό ρόλο στην άμυνα του ανθρώπου έναντι των παθογόνων μικροοργανισμών.

Όπως ήδη αναφέρθηκε ο άνθρωπος αποτελεί την μεγαλύτερη πηγή μικροβίων. Οι τρόποι που μεταδίδονται από άνθρωπο σε άνθρωπο είναι οι ακόλουθοι:



1. Σε μέρη όπου υπάρχει συνωστισμός η μετάδοση γίνεται με το βήχα ή το φτέρνισμα. Σε αυτές τις περιπτώσεις ο άνθρωπος αποβάλλει μικρόβια της χλωρίδας του ανώτερου αναπνευστικού. Τα μικρόβια παραμένουν αιωρούμενα στον αέρα ή μπορεί να αποικήσουν σε άλλο άτομο με την εισπνοή.

2. Άμεση επαφή μεταξύ ατόμων. Τυπικό παράδειγμα είναι τα αφροδίσια νοσήματα και το Aids.

3. Τα μικρόβια μπορεί να μεταδοθούν έμμεσα από άνθρωπο σε άνθρωπο. Τυπικά παραδείγματα είναι οι χρόνιοι φορείς που η εντερική τους χλωρίδα περιέχει τα μικρόβια σαλμονέλλα ή σιγκέλλα.

Τώρα οι προϋποθέσεις για να προκαλέσουν τα μικρόβια λοίμωξη είναι:

1. Να εισβάλλουν στον οργανισμό.
2. Να μπορούν να πολλαπλασιασθούν μέσα στον οργανισμό.
3. Να είναι ανθεκτικά στη δράση των αμυντικών δυνάμεων του οργανισμού ή να εμποδίζουν την ενεργοποίηση των αμυντικών δυνάμεων.
4. Να μπορούν να προκαλούν βλάβες στους ιστούς.

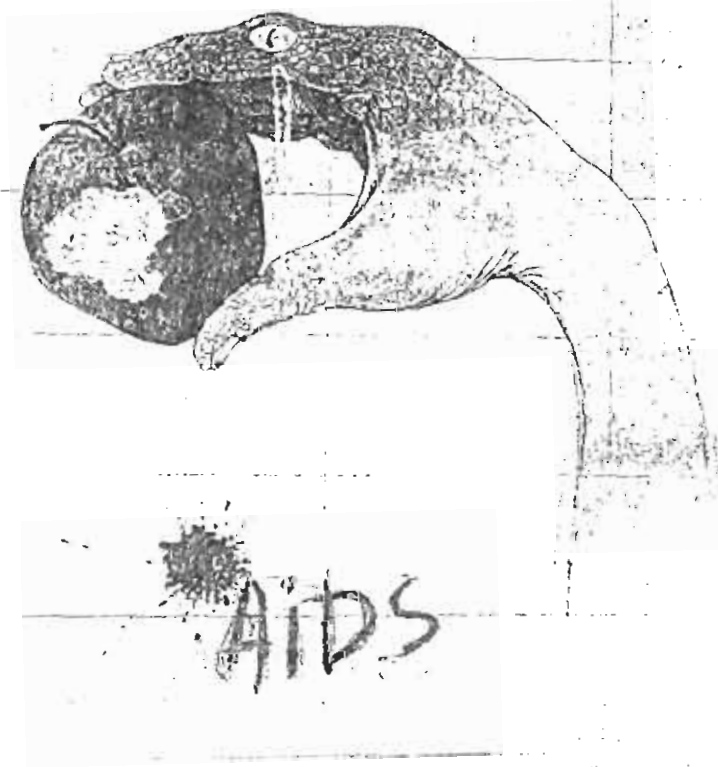
Ένα είδος προσβολής από μικρόβιο (ιό) είναι και το Aids. Η επίσημη χρήση αυτών των αρχικών άρχισε το καλοκαίρι του 1982.<sup>1</sup>

Ο υπεύθυνος ιός απομονώθηκε το 1983 αλλά ο αιτιολογικός του ρόλος αναγνωρίστηκε μόνο τον Απρίλιο του 1984.<sup>7</sup>

Στόχος μου με αυτή την εργασία είναι να γίνει ανάλυση του θέματος και ταυτόχρονα ενημέρωση.

Τέλος με αυτή την εργασία μου δίνεται η ευκαιρία να ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές της σχολής μου για τις γνώσεις που μου παρέιχαν καθώς και τους γονείς μου για την δυνατότητα που μου έδωσαν να φοιτήσω σε αυτή την σχολή.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο



*Ηλία Μακρή*

Του Ηλία Μακρή

### 1.1. Αμυντικό σύστημα και ανοσία.

Η ζωή είναι ένας συνεχής αγώνας για επιβίωση. Οι φυσικοί εχθροί όλων των ανωτέρω ζωντανών όντων είναι μικροοργανισμοί. Ιοί, βακτήρια, μύκητες, μονοκύτταρα και πολυκύτταρα παράσιτα προσπαθούν να εγκατασταθούν μέσα στο σώμα των ανωτέρω ζωντανών οργανισμών και να ζήσουν σε βάρος τους.

Η άμυνα του σώματος ενάντια σε νοσογόνους παράγοντες κατανέμεται σε δύο επίπεδα:

1. Η γενική (συγγενής) άμυνα κατευθύνεται ενάντια σε μικροοργανισμούς, ξένα κύτταρα και ξένες ουσίες.

2. Η ειδική (επίκτητη) άμυνα προέρχεται κάθε φορά από τον αγώνα μ' ένα νοσογόνο παράγοντα.

Τότε ο οργανισμός παίρνει ιδιαίτερα προστατευτικά μέτρα ώστε να είναι προετοιμασμένος σε νέα είσοδο αυτού του μικροοργανισμού.<sup>2</sup>

**A. Γενική Άμυνα:** Στο σύστημα της γενικής άμυνας ανήκουν:

**α) δέρμα:** Το υγιές δέρμα δεν είναι διαβατό από βακτηρίδια. Αν όμως τραυματιστεί υπάρχει μεγάλος κίνδυνος λοίμωξης.

**β) γαστρικό οξύ:** καταστρέφει τα βακτηρίδια που εισέρχονται με την τροφή. Όταν, παράγεται πολύ λίγο γαστρικό οξύ οι διαρροϊκές νόσοι είναι συχνές.

**γ) Βλέννα και κροσσοί στις αναπνευστικές οδούς:** Τα βακτηρίδια που μπαίνουν στο σώμα με τον αναπνεόμενο αέρα και τα μόρια της σκόνης επικολλώνται στη βλέννα. Κατόπιν αποβάλλονται με τις κινήσεις των κροσσών, το βήχα και το φτέρνισμα.

**δ) αμυντικές ουσίες:** Πολλά κύτταρα και εκκρίματα του σώματος περιέχουν το ένζυμο λυσοζύμη. Αυτό βλάπτει το τοίχωμα πολλών βακτηριδίων όπου κατόπιν καταστρέφεται.

**ε) αμυντικά κύτταρα:** Τα φαγοκύτταρα προσλαμβάνουν σωματίδια που δεν ανήκουν στο σώμα και τα καταστρέφουν με τα ένζυμά τους. Στα φαγοκύτταρα ανήκουν.<sup>2</sup>

**A) Μικροφάγα:** Είναι τα ουδετερόφιλα κοκκιοκύτταρα. Αυτά ελκόμενα με χημειοτακτισμό, φαγοκυτταρώνουν τους παθογόνους εισβολείς ή ξένα σώματα τα οποία διασπών σε κυστίδια με τη δράση ενζύμων που απελευθερώνονται από τα δυσσοσώματά τους. Έτσι παθαίνουν λιπώδη εκφύλιση και σχηματίζουν πύο το οποίο με τη δράση ενζύμων που απελευθερώνονται φτάνουν στην επιφάνεια του σώματος. Τα μικροφάγα ζουν γύρω στις 10 ημέρες.

**B. Μακροφάγα:** Είναι τα κύτταρα του δικτυοενδοθηλιακού και δικτυοϊστοκυτταρικού συστήματος. Αυτά λειτουργούν και στο ειδικό αμυντικό σύστημα.<sup>3</sup>

**B. Ειδική άμυνα:** Η ειδική άμυνα απευθύνεται κάθε φορά σ'έναν συγκεκριμένο αντίπαλο που την επιτελούν κυρίως τα λεμφοκύτταρα. Διακρίνονται 3 κύριες ομάδες:

1. Τα τ-λεμφοκύτταρα.
2. Β - λεμφοκύτταρα και
3. Μηδενικά κύτταρα.

**1. Τα Τ- λεμφοκύτταρα:** καταπολεμούν άμεσα μαζί με τα φαγοκύτταρα τα βακτηρίδια που μπαίνουν στο σώμα (κυτταρική ανοσία). Υπάρχουν πολλά είδη τ- λεμφοκυττάρων:

**α) Τα κυτταροτοξικά Τ-κύτταρα:** που σκοτώνουν άμεσα ξένα σώματα.

**β) Τα βοηθητικά Τ - κύτταρα:** που ενεργοποιούν φαγοκύτταρα και υποστηρίζουν άλλα Τ - ή Β- λεμφοκύτταρα στην αναγνώριση των αντιγόνων.

γ) Τα κατασταλτικά T- κύτταρα εμποδίζουν την προσβολή των ιστών του ίδιου του σώματος από τα λεμφοκύτταρα.

**2. Τα B- λεμφοκύτταρα:** μπορούν να μετατρέπονται σε πλασματοκύτταρα και να παράγουν αντισώματα (χημική ανοσία). Η λεγόμενη "ανοσία" βασίζεται στο σχηματισμό αντισωμάτων. Μετά την πρώτη επαφή με κάποιο νοσογόνο παράγοντα τα πλασματοκύτταρα αρχίζουν την παραγωγή "αντισωμάτων".

Χρειάζονται δέκα μέρες για να "εξοπλιστεί" το σώμα. Τότε γίνεται η μεγάλη επίθεση. Μετά την πάροδο της νόσου μερικά λεμφοκύτταρα διατηρούν την ικανότητα για την παραγωγή των συγκεκριμένων αντισωμάτων. Έτσι σε νέα επαφή ο νοσογόνος παράγοντας εξουδετερώνεται αμέσως από τα αντισώματα. Δεν έχουμε ξανά συμπτώματα της νόσου.

**3. Στα μηδενικά κύτταρα:** ανήκουν φονικά κύτταρα που σκοτώνουν αδιακρίτως κύτταρα προσβεβλημένα από ιούς και κακοήθη κύτταρα. Άλλα σκοτώνουν μόνο κύτταρα σημασμένα με συγκεκριμένα αντισώματα.<sup>2</sup>

## 1.2. Είδη ανοσίας.

**A. Παθητική ανοσία:** Είναι φυσική και επίκτητη.

**α) Φυσική παθητική ανοσία:** Είναι η διαπλακούντια μετάδοση έτοιμων αντισωμάτων δηλαδή από την μητέρα στο έμβρυο με αγωγή τον ομφάλιο λώρο. Η ανοσία αυτή δεν ξεπερνά τους 6 μήνες. Αντισώματα δίνει η μητέρα στο νεογνό και με το μητρικό θηλασμό τους πρώτους μήνες της ζωής.

**β) Η τεχνητή ή επίκτητη παθητική ανοσία:** γίνεται:

1. Με αντισώματα από μίγμα ορών ενηλίκων που νόσησαν από διάφορα κατά καιρούς λοιμώδη νοσήματα.
2. Με αντισώματα από μίγμα ορών ενηλίκων που βρίσκονται σε ανάρρωση από συγκεκριμένο νόσημα και έχουν στον ορό του αίματός τους υψηλές συγκεντρώσεις των ειδικών αντισωμάτων.

### **B. Ενεργητική ανοσία.**

**α) Η φυσική ενεργητική ανοσία:** Είναι η ανοσία που αποκτά ο οργανισμός μετά από φυσική νόσηση ή κρυπομόλυνση ή αφανής λοίμωξη. Σημαίνει ότι μολύνθηκε χωρίς φανερή νόσηση, δηλαδή χωρίς συμπτώματα. Ωστόσο όμως δημιουργήθηκαν αντισώματα ενάντια στο λοιμογόνο παράγοντα και αυτό είναι και το κέρδος της λοίμωξης.

**β) Η τεχνητή ενεργητική ανοσία:** Είναι αυτή που δημιουργείται από το αντίστοιχο εμβόλιο. Εμβόλιο είναι η εισαγωγή τεχνητά ενός λοιμογόνου παράγοντα κατάλληλα επεξεργασμένου να χάσει την παθογόνο του ιδιότητα αλλά να διατηρήσει την αντιγονική ικανότητα παραγωγή αντισωμάτων.<sup>4</sup>

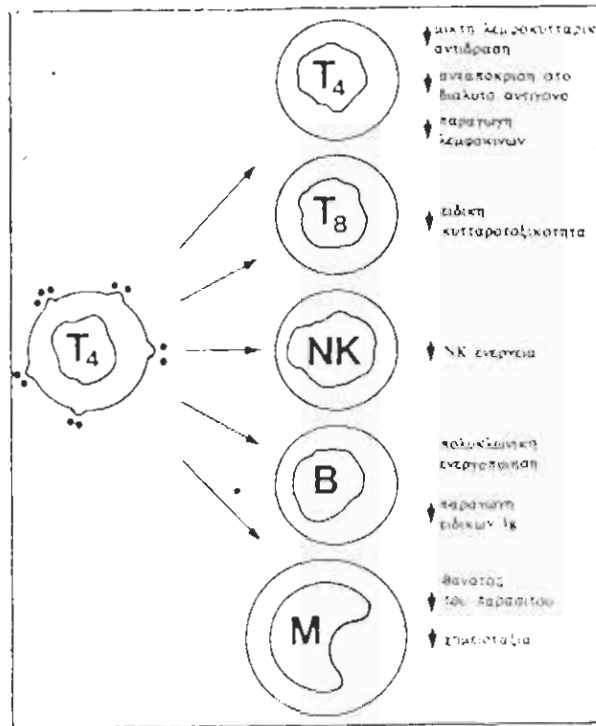
### **1.3. Ανοσολογία του Aids.**

Η ανοσολογική μελέτη ασθενών με Aids αποκάλυψε την ανεπάρκεια της κυτταρικής ανοσίας την οποία είχε υποδηλώσει ο τύπος των ευκαιριακών λοιμώξεων. Κατά τον έλεγχο της ανοσολογικής λειτουργίας βρέθηκαν να συνυπάρχουν σ'ένα ιδιότυπο συνδυασμό τρεις συγκεκριμένες και χαρακτηριστικές ανωμαλίες:

1. Ελάττωση του αριθμού των T-helper λεμφοκυττάρων (που οδηγεί συχνά σε ελάττωση της αναλογίας T-helper/T-suppresor και σε απόλυτη λεμφοπενία).

2. Υπεργαμμασφαιριναιμία (πολυκλωνική αύξηση των IgG).

### 3. Μειωμένη ανταπόκριση στην ανάκληση των αντιγόνων κατά τον δερματικό έλεγχο.<sup>5</sup>



Το T-helper λεμφοκύτταρο έχει περιγραφεί ως ο μάεστρος της ανοσολογικής ορχήστρας και ασφαλώς επηρεάζει τη λειτουργία πολλών άλλων κυττάρων του ανοσολογικού συστήματος συμπεριλαμβανομένων των B-λεμφοκυττάρων και των μακροφάγων, όπως φαίνεται στο σχήμα. Οι περισσότερες διαταραχές της ανοσολογικής λειτουργίας που έχουν περιγραφεί στο AIDS μπορούν να εξηγηθούν από την ελάττωση της δραστηριότητας των T-helper λεμφοκυττάρων.

#### 1.4. Επιδημιολογία του Aids και του παιδιατρικού Aids.

Ο HIV μεταδίδεται αποκλειστικά από άνθρωπο σε άνθρωπο. Μετά την μόλυνση ο ιός ή αντιγόνο του ανιχνεύεται για χρόνια και θεωρείται ο ξενιστής σε όλη την υπόλοιπη ζωή του. Η μετάδοση του ιού γίνεται:

- α) σεξουαλικά, β) με ενέσεις που γίνονται με μολυσμένες βελόνες,
- γ) με μετάγγιση μολυσμένου αίματος και δ) μέσω του πλακούντα.

Πολύ σπάνια αναφέρεται μετάδοση του HIV σε υγειονομικούς μετά από επαγγελματικό ατύχημα.<sup>6</sup>

Με την εξαιρετική τους προτίμηση για το μαύρο χιούμορ οι αμερικανοί επιδημιολόγοι ονόμασαν τις ομάδες που ήταν ιδιαίτερα εκτεθειμένες στο Aids "λέσχη των τεσσάρων H": homosexuals,

heroinomanes, haitiens και hemophiles (ομοφυλόφιλοι, ηρωιμανείς, αιτινοί και αιμορροφιλικοί). Ορισμένοι έβαλαν στην τέταρτη θέση τις "Hookers" (πόρνες). Για να καθυστερήσουν το κοινό δεν περιλάμβαναν δύο "αθώες" ομάδες: του μεταγγιζόμενους και τα νεογέννητα που μολύνονταν κατά την ενδομήτρια ζωή τους.<sup>7</sup>

Το παιδιατρικό Aids είναι φανερό ότι αυξάνει όσο ο αριθμός των οροθετικών γυναικών θα αυξάνει. Τα ποσοστά των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας που έχουν μολυνθεί κυμαίνονται από 0,15% στο σύνολο των γυναικών των Η.Π.Α. και 0,4% στην Αγγλία μέχρι 5-30% σε γυναίκες της Κεντρικής Αμερικής και της Αϊτής.<sup>8</sup>

Ο Π.Ο.Υ. αναφέρει ότι μέχρι το 1992 μολύνθηκαν σε όλο τον κόσμο 10.000.000 ενήλικες και 1.000.000 παιδιά. Εκτιμά ότι το έτος 2000 θα έχουν μολυνθεί 40.000.000 άνθρωποι και 10.000.000 παιδιά. Στην χώρα μας το παιδιατρικό Aids είναι περιορισμένο, έχουμε δηλαδή 900 περίπου πάσχοντες και 19 παιδιά που μολύνθηκαν σε ηλικία μικρότερη των 15 ετών.<sup>8</sup>

### **1.5. Αιτιολογία του Aids.**

Το σύνδρομο της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας οφείλεται σε λοιμογόνο παράγοντα και συγκεκριμένα ενοχοποιείται μία οικογένεια RNA ογκογενών ιών, οι ρετροϊοί που σχετίζονται με λευχαιμίες, λεμφώματα και σαρκώματα τόσο στον άνθρωπο όσο και στα ζώα.

Ερευνητές στο Ινστιτούτο Pasteur των Παρισίων απομόνωσαν το 1983 από ομοφυλόφιλο άνδρα με λεμφαδενοπάθεια ένα ρετροϊό διαφορετικό. Ο ιός αυτός ονομάστηκε LAV όπου και απομονώθηκε και από άλλους ασθενείς με το σύνδρομο Aids.

Το 1984 ερευνητές των εθνικών Ινστιτούτων Υγείας των Η.Π.Α. απομόνωσαν από ασθενείς με Aids ένα ρετροϊό της οικογένειας HTLV. Διαπιστώθηκε ότι ο ιός αυτός που ονομάστηκε HTLV III και είναι

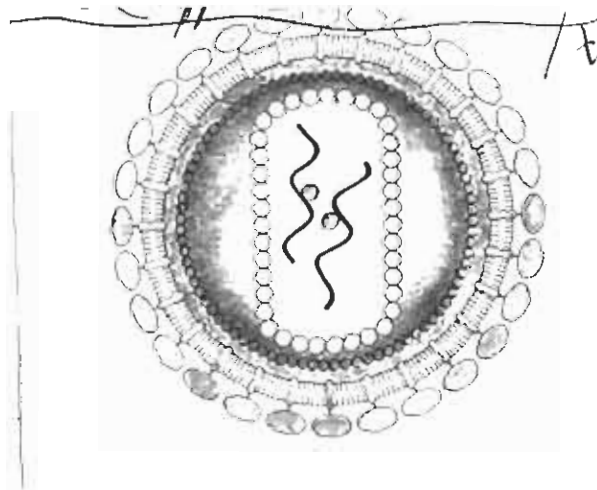


διαφορετικός από τον HTLV I και HTLV II προσβάλλει τα T- λεμφοκύτταρα που είναι υπεύθυνα για την κυτταρική ανοσία. Προσβάλλει εκλεκτικά τα λεμφοκύτταρα που ενισχύουν την ανοσολογική αντίδραση δηλαδή τα βοηθητικά T- λεμφοκύτταρα ενώ δεν θίγει τα κατασταλτικά T- λεμφοκύτταρα γεγονός που οδηγεί σε υπεροχή των τελευταίων απέναντι στα βοηθητικά T - λεμφοκύτταρα με συνέπεια να κλονίζεται το ανοσολογικό σύστημα του ασθενή.

Όλες οι ενδείξεις σήμερα ενισχύουν την άποψη ότι ο ιός LAV που απομόνωσαν οι Γάλλοι είναι ο ίδιος με τον ιό HTLV III που απομόνωσαν οι Αμερικανοί. Πρόσφατα σε συγκέντρωση εμπειρογνωμόνων προτάθηκε η αντικατάσταση της ονοματολογίας LAV και HTLV III με την ονομασία HIV.

Μόλυνση με τον ιό προκαλεί ένα ευρύ φάσμα κλινικών εκδηλώσεων που περιλαμβάνει άτομα τελείως ασυμπτωματικά. Η μόλυνση με τον ιό ακολουθείται σε διάστημα 2-8 εβδομάδων από την παραγωγή αντισωμάτων που όμως δεν ανήκουν στην κατηγορία των εξουδετερωτικών. Τα αντισώματα αυτά συμβιούν με τον ιό χωρίς να τον καταστρέφουν. Η έλλειψη αυτή ανοσολογικής αντίδρασης του ξενιστού μαζί με τις ασταθείς βιοχημικές ιδιότητες του ιού αποτελούν τις βασικές δυσκολίες ερευνητών στην προσπάθειά τους να παρασκευάσουν αποτελεσματικό εμβόλιο της νόσου.<sup>9</sup>

### 1.6. Μορφολογία του Aids.



Ο πλήρης ιός έχει σχήμα σφαιρικό με διάμετρο 1.000 Å. Αποτελείται από ένα κεντρικό πυρήνα που περιέχει το RNA του ιού σε διπλή αλυσίδα που καλύπτεται από πρωτεΐνη μοριακού βάρους 9.000 και 7.000 daltons και από το ένζυμο RT. Ο πυρήνας περιβάλλεται από πρωτεΐνη μοριακού βάρους 24.000 daltons. Στην περιφέρεια υπάρχει το περίβλημα του ιού που αποτελείται από διπλό στρώμα λιπιδίων και από γλυκοπρωτεΐνη που εμφανίζει κορυνοτιδείς προσβολές. Η γλυκοπρωτεΐνη αυτή έχει μοριακό βάρος 160.000 daltons. Οι κορίνες είναι γλυκοπρωτεΐνες μοριακού βάρους 120.000 daltons και χρησιμεύουν για την προσκόλληση του ιού στους CD4 υποδοχείς.

Η γλυκοπρωτεΐνη αυτή καλύπτεται από ένα πολυσακχαριδικό νέφος το οποίο μειώνει την ανοσογονικότητά της. Το ενδομεμβρανώδες τμήμα της γλυκοπρωτεΐνης του περιβλήματος αποτελείται από γλυκοπρωτεΐνες μοριακού βάρους 41.000 daltons.<sup>10</sup>

### **1.7. Πολλαπλασιασμός του HIV.**

Ο HIV προσκολλάται σε ειδικούς υποδοχείς CD4 που βρίσκονται στα λεμφοκύτταρα, τα μακροφάγα και τα κύτταρα του ΚΝΣ με την γλυκοπρωτεΐνη του περιβλήματος.

Μετά την είσοδο του ιού στο κύτταρο ενχύεται το γενετικό του υλικό από το οποίο μέσω της RT παράγεται απλή αλυσίδα DNA αντίγραφο του RNA του ιού το οποίο καταστρέφεται στη συνέχεια με μία ριβονουκλεάση. Η DNA - πολυμεράση διπλασιάζει το μονό DNA το οποίο μεταναστεύει στον πυρήνα του κυττάρου στόχου ή ενσωματώνεται στο DNA του.

Το ενσωματωμένο αυτό DNA αποτελεί το προϊόν. Παραγωγή πλήρων ιών σωματιδίων γίνεται σποραδικά και μόνο από μερικά από τα προβληθέντα κύτταρα. Αυτό επιτυγχάνεται όταν με εντολή από το ακραίο τμήμα του γενετικού υλικού του προϊόντος κατευθύνονται ένζυμα του

κυττάρου - στόχου που παράγουν RNA του HIV από το ενσωματωμένο DNA.

Αυτό χρησιμοποιείται είτε για το RNA του πλήρους ιού είτε μετατρέπεται σε mRNA που θα οδηγήσει τους μηχανισμούς για την παραγωγή των δομικών πρωτεϊνών και ενζύμων του ιού.<sup>10</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο



Του Βασίλη Μητρόπουλου

## 2.1. Η καταγωγή του ιού HIV.

Ο ιός HIV προήλθε κατά πάσα πιθανότητα από την Κεντρική Αφρική όπου ήδη από την δεκαετία του 1950 είχαν εντοπιστεί οροθετικά δείγματα ενώ στα δείγματα που είχαν διατηρηθεί στις Η.Π.Α. πριν από το 1970 δεν βρέθηκε κανένα θετικό δείγμα. Αν και φαίνεται ότι ο ιός HIV υπήρχε στην Αφρική για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα παρ'ότι στις Η.Π.Α. η ταχέως αυξανόμενη συχνότητα των περιστατικών στην Αφρική υποδηλώνει και εδώ την απαρχή μιάς νέας επιδημίας.

Ορισμένα περιστατικά είχαν παρουσιαστεί στην Αϊτή πριν από τις Η.Π.Α. γεγονός που μπορεί να εξηγηθεί από τη μετάβαση και παραμονή στην Κεντρική Αφρική στις δεκαετίες 1960 - 1970, εργατών - μεταναστών από την Αϊτή μερικοί από τους οποίους επανήλθαν στην πατρίδα τους. Κατά την δεκαετία του 1970 η Αϊτή υπήρξε δημοφιλής τόπος διακοπών για ομοφυλόφιλους άνδρες από τις Η.Π.Α. Φαίνεται ότι πολλοί από τους πρώτους ασθενείς στην Ευρώπη, την Ασία και την Αυστραλία μολύνθηκαν στις Η.Π.Α. Η νόσος HIV αποτελεί σήμερα παγκόσμια επιδημία.

Στην Αφρική παρουσιάζεται με την ίδια συχνότητα και στα δύο φύλα ενώ στον Δυτικό Κόσμο η πλειοψηφία των περιστατικών αποτελείται από ομοφυλόφιλους άνδρες. Στις περιοχές όπου η εξάπλωση του ιού έγινε μέσω ατόμων που έκαναν ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών και που ήταν κατά πλειοψηφία ετεροφυλόφιλα η διάδοση του ιού σε γυναίκες και παιδιά υπήρξε πολύ πιο συχνή. Φαίνεται ότι αν μία έγκυος μολυνθεί από τον ιό HIV οι πιθανότητες να γεννηθεί παιδί με τη λοίμωξη είναι περίπου 50%. Ο μαζικός προγεννητικός έλεγχος των μολυσμένων από τον ιό HIV μητέρων ελπίζεται να μειώσει την συχνότητα του Aids στην Παιδιατρική.<sup>5</sup>

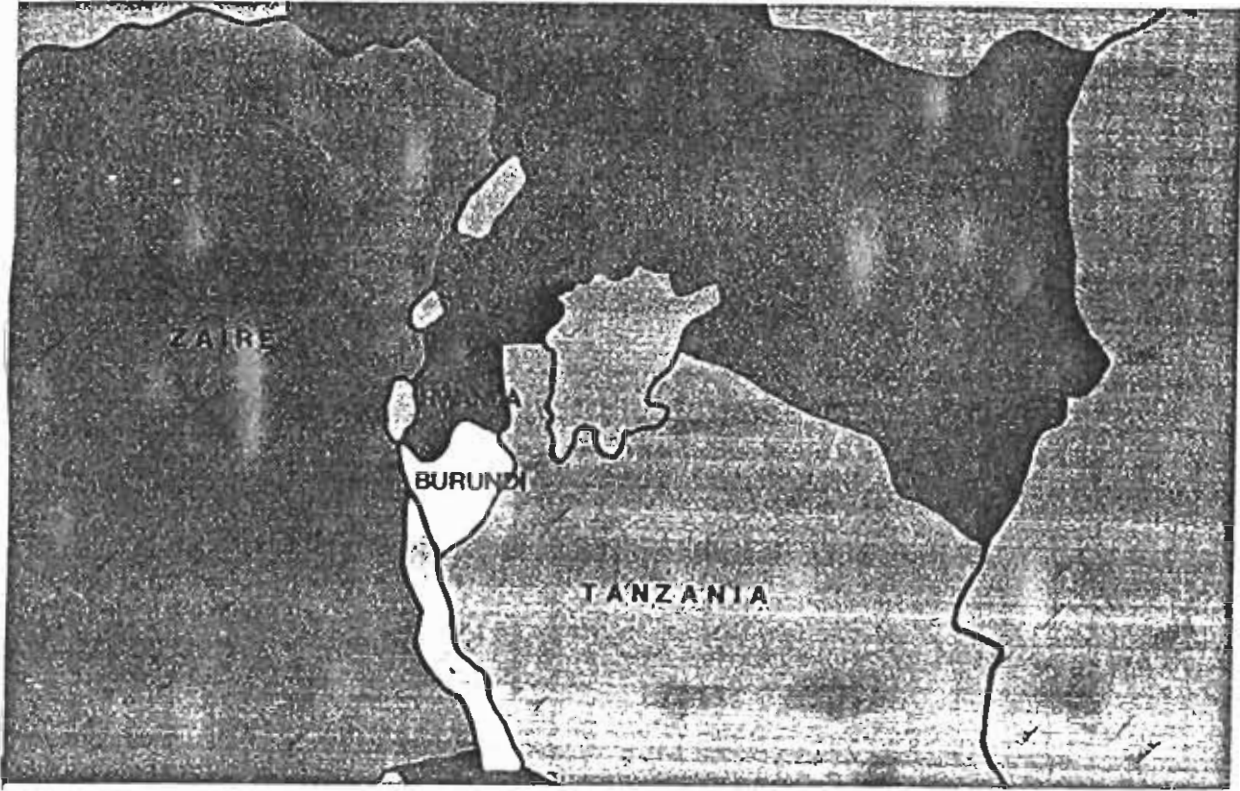


*Παγκόσμιος χάρτης, όπου φαίνεται η πιθανή καταγωγή και η εξάπλωση του ιού HIV.*

**Οι άγριοι αφρικανικοί πράσινοι πίθηκοι:** παρουσιάζουν ιδιαίτερα υψηλή συχνότητα 60% λοιμώξεως από έναν ιό ανοσοανεπάρκειας που έχει στενή συγγένεια με τον ιό HIV και ονομάζεται STLV III ή SIV. Ο ιός αυτός φαίνεται ότι δεν προκαλεί Aids στον πράσινο πίθηκο ενώ αν ενεθεί σε ασιατικούς πίθηκους Macaque προερχομένους από διαφορετική ήπειρο έχει ως συνέπεια την εμφάνιση Aids.

Ενδέχεται ο αφρικανικός πράσινος πίθηκος να έχει αναπτύξει φυσική ανοσία στον ιό. Τα τελευταία χρόνια η μετάδοση αυτού ή άλλου παρόμοιου ιού στον ανθρώπινο πληθυσμό αποτέλεσε την απαρχή της επιδημίας του Aids. Ο τρόπος μετάδοσης με τον οποίο έγινε η μετάδοση του ιού μεταξύ των διαφορετικών ειδών είναι άγνωστος.

Μία πιθανή εξήγηση είναι η χρήση αίματος αφρικανικών πράσινων πιθήκων σε ιεροτελεστίες γονιμότητας.<sup>5</sup>



## 2.2. (α) Ορισμός της λοίμωξης.

Είναι μεταδοτική ασθένεια που προκαλείται από έναν ιό (μικρόβιο) που όταν εισέλθει στα λεμφοκύτταρα του ανθρώπου τα καταστρέφει. Το κύτταρο δεν μπορεί ν'απαλλαχθεί από τον ιό έτσι όταν ο άνθρωπος προσβληθεί από αυτόν παραμένει για όλη του τη ζωή φορέας του ιού.

Ο φορέας μπορεί να είναι υγιής χωρίς συμπτώματα. Υπολογίστηκε ότι μέσα σε πέντε χρόνια το 20% - 30% των φορέων αναπτύσσουν την ασθένεια Aids. Αυτοί όλοι πεθαίνουν μετά από σύντομο χρονικό διάστημα. Οι υπόλοιποι παραμένουν για χρόνια φορείς χωρίς συμπτώματα αλλά εξακολουθούν να μεταδίδουν τον ιό σε άλλους ανθρώπους.<sup>12</sup>

Το Aids ορίζεται ως η παρουσία νόσου ενδεικτικής κάποιας ανεπάρκειας της κυτταρικής ανοσίας σε άτομο για το οποίο δεν υπάρχει άλλη γνωστή αιτία ανοσοανεπάρκειας εκτός από την παρουσία του ιού HIV. Οι ασθένειες αυτές θεωρούνται ενδεικτικές μιάς ανεπάρκειας της κυτταρικής ανοσίας, είναι καθορισμένες από το CDC. Η διάγνωση από τις ασθένειες αυτές μπορεί να είναι απλώς πιθανή ενώ για άλλες οφείλει να είναι οριστική. Κάποιες ασθένειες πρέπει να έχουν προκαλέσει νόσηση στον ασθενή για πιο πολύ από ένα μήνα. Για μερικές είναι απαραίτητο να έχει διαπιστωθεί η παρουσία λοίμωξης από τον ιό HIV ενώ για άλλες δεν είναι.

Οι κυριότερες ασθένειες που ορίζουν ένα άτομο που πάσχει από Aids είναι:<sup>5</sup>

### 1. Από πρωτόζωα:

- A) Πνευμονία από *pneumocystis carinii*.
- B) Τοξοπλάσμωση του εγκεφάλου.
- Γ) Κρυπτοσποριδίαση με διάρροια > ένα μήνα.

### 2. Από μύκητες:

- A) Μονιλίαση - οισοφάγου, τραχείας, βρόγχων ή πνευμόνων.
- B) *Cryptococcus* - μηνιγγίτης.



**3. Απίιους:**

A) Μεγαλοκυτταρικός ιός - αμφιβληστροειδίτιδα, πνευμονίτιδα, κολίτιδα, εγκεφαλίτιδα.

B) Ιός του απλού έρπητα.

Γ) Προοδευτική πολυεστιακή λευκοεγκεφαλοπάθεια.

**4. Από βακτηρίδια:**

A) *Mycobacterium avium intercellulare*.

B) Π. tuberculosis.

Γ) Υποτροπιάζουσα σηψαιμία από μη τυφοειδή σαλμονέλλα.

**5. Όγκος:**

A) Σάρκωμα Kaposi.

B) Πρωτοπαθές λέμφωμα του ΚΝΣ.

Γ) Non - Hodgkin λέμφωμα του τύπου των κυττάρων.

**6. Άλλες περιπτώσεις:**

A) Εγκεφαλοπάθεια HIV.

B) Σύνδρομο απίσχνασης HIV.

Γ) Διάμεσος λεμφοειδής πνευμονίτιδα.

Ο ιδανικός τρόπος για να διαγνωσθεί η ασθένεια 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 των. Είναι γνωστό ότι τα παθητικώς μεταφερόμενα αντισώματα της μητέρας μπορούν να διατηρηθούν στο αίμα του βρέφους για 12-15 μήνες. Γι'αυτό χρειάζονται 2 ορισμοί, ο ένας περιλαμβάνει τα κάτω των 15 μηνών βρέφη και ο άλλος νήπια και παιδιά μεγαλύτερα των 15 μηνών.<sup>10</sup>

**A) Βρέφη κάτω των 15 μηνών:**

Η λοίμωξη στα βρέφη αυτά που μολύνθηκαν στην περιγεννητική περίοδο ορίζεται ως εξής:

1. Την ανεύρεση του ιού στο αίμα ή στους ιστούς ή την ανεύρεση αντισωμάτων στο στόμα με θετικό το επιβεβαιωτικό test.
2. Την ανεύρεση παθολογικών ανοσολογικών tests ενδεικτικών της διαταραχής χημικής και κυτταρικής ανοσίας.
3. Μία ή πιο πολλές υπο-ομάδες των συμπτωμάτων της HIV λοίμωξης.
4. Σύμπτωμα σύμφωνα με τον Κέντρο Ελέγχου των Νόσων (CDC).

**ΠΙΝΑΚΑΣ I****Υπο - ομάδες συμπτωμάτων HIV λοίμωξη στα παιδιά.**

- A) Μη ειδικές εκδηλώσεις (πυρετός, λεμφαδένες διογκωμένοι, διαταραχές αύξησης, ηπατοσπληνομεγαλία).
- B) Προοδευτική Νευρολογική νόσος (ψυχοκινητική καθυστέρηση, διαταραχή ανάπτυξης εγκεφάλου, κινητικές διαταραχές).
- Γ) Ενδιάμεση λεμφοκυτταρική πνευμονία.
- Δ) Δευτεροπαθείς λοιμώξεις:
1. Δευτεροπαθείς λοιμώξεις ενηλίκων.
  2. Σοβαρές μικροβιακές λοιμώξεις τουλάχιστον 2 σε 2 χρόνια.
  3. Άλλες λοιμώξεις πέρα από 2 μήνες (μηκυτιασική, ερπητική στοματίτιδα).
  4. Δευτεροπαθή νεοπλασμάτα (μη-Hodigin λέμφωμα).<sup>10</sup>

**B) Παιδιά μεγαλύτερα των 15 μηνών:**

Η λοίμωξη στα παιδιά αυτά ορίζεται από 1 ή πιο πολλά ευρήματα που αναφέρονται στον πίνακα II.

**ΠΙΝΑΚΑΣ II**

1. Απομόνωση του ιού στο αίμα ή στους ιστούς.
2. Ανεύρεση αντισωμάτων με επιβεβαιωτικό test.<sup>10</sup>
3. Συμπτώματα HIV λοίμωξης στα παιδιά (πιν. I).

## 2.2. (β) Τι σημαίνουν τα αρχικά του Aids.

ΤΙ ΣΗΜΑΙΝΟΥΝ ΤΑ ΑΡΧΙΚΑ AIDS		
<b>A</b>	(Acquired = επίκτητη)	οφειλόμενη σε ιό νόσου, όχι κληρονομική
<b>I</b>	(Immuno = ανοσολογική)	καταστροφή του μηχανισμού άμυνας
<b>D</b>	(Deficiency = ανεπάρκεια)	του οργανισμού
<b>S</b>	(Syndrome = σύνδρομο)	το σύνολο των συμπτωμάτων της νόσου

Η επίσημη χρήση αυτών των αρχικών άρχισε το καλοκαίρι το 1982 και εξαπλώθηκε γρήγορα χάρη στις εκθέσεις των CDC. Επινοήθηκαν στην διάρκεια ενός συνεδρίου των CDC της Ατλάντα και μη προβλέποντας τη μελλοντική του σημασία, δεν φρόντισαν να καθορίσουν την ταυτότητα του δημιουργού της. Οι μάρτυρες ζουν ακόμη: μερικοί πιστεύουν ότι αυτή η ονομασία επινοήθηκε από τον Don Armstrong, επιδημιολόγο από την Νέα Υόρκη, ενώ άλλοι υποστηρίζουν ότι προτάθηκε από τον Bruce Voeller, βιοχημικό εκείνη την εποχή στο Ινστιτούτο Ροκφέλερ.

Το 1983 η έκφραση acquired immunodeficiency syndrome μπαίνει στο Cumulated Index Medicines. Τότε μόνο οι βιβλιογράφοι και οι ντοκουμενταλιστές καταγράφουν τη γέννηση μιάς νέας νοσολογικής οντότητας. Η υιοθέτηση του ονόματος είναι τώρα πιά οριστική. Οι όροι Aids και SIDA περιγράφουν ρητά ένα σύνδρομο δηλαδή ένα σύνολο συμπτωμάτων που αποτελούν μία κλινική αλλά όχι αιτιολογική ενότητα.

Η κατάσταση άλλαξε ριζικά όταν απέδειξαν ότι το Aids ως κλινική κατάσταση ήταν αποτέλεσμα της δράσης ενός ειδικού ιού. Σύμφωνα με τον καινούργιο ορισμό το Aids είναι μία παθολογική κατάσταση που οφείλεται σε λοίμωξη.

Επομένως το Aids δεν είναι πιά σύνδρομο αλλά μία λοιμώδης νόσος από ρετροϊό.<sup>7</sup>

## **2.2. (γ) Τι προκαλεί η ασθένεια αυτή;**

Η ασθένεια αυτή προκαλείται από τον HIV ο οποίος ανήκει στην οικογένεια των ρετροϊών. Οι ιοί αυτοί για τον πολλαπλασιασμό τους έχουν ανάγκη ενός ζωντανού κυττάρου.

Στην περίπτωση του Aids είναι T4 βοηθητικά λεμφοκύτταρα. Ο ιός μπαίνει στο κύτταρο στόχος με την βοήθεια του ενζύμου Reverse transcriptase καταλαμβάνει τον γενετικό μηχανισμό του κυττάρου ή το υποχρεώνει ν'αναπαράγει αντίγραφο του εαυτού του καταστρέφοντάς το τελικά.<sup>11</sup>

## **2.2. (δ) Διαγνωστικά test.**

Τα ποιά συνήθη test που βοηθούν στη διάγνωση του Aids είναι τα εξής:

- α) Ανίχνευση αντισωμάτων: Έναντι του ιού HIV με τη μέθοδο Elisa που είναι η πιο ειδική, ευαίσθητη και εφαρμόσιμη στην καθημερινή πράξη. Αν βρεθούν αντισώματα στο αίμα δεν σημαίνει ότι το άτομο έχει ή θα αναπτύξει Aids ούτε ότι το άτομο απέκτησε ανοσία έναντι του ιού, απλά σημαίνει ότι κάποια στιγμή στο παρελθόν ο ιός μπήκε στο αίμα και επομένως το άτομο αυτό μπορεί να θεωρηθεί μικροβιοφορέας της νόσου.
- β) Η μέθοδος Western Blot: είναι πιο πολλή ειδική αλλά δεν προσφέρεται στην καθημερινή πράξη. Χρησιμοποιείται ως επιβεβαιωτική της προηγούμενης μεθόδου γιατί προσδιορίζει την ύπαρξη του αντιγόνου αυτού καθ'εαυτού.<sup>13</sup>

Όταν το τεστ είναι θετικό σημαίνει ότι το άτομο έχει έρθει σε επαφή με τον ιό του Aids έχει μολυνθεί και έχει αντισώματα έναντι του ιού HIV,

άρα είναι φορέας του Aids και είναι μολυσματικός δηλαδή μπορεί να μεταδώσει τον ιό σε άλλα άτομα.<sup>11</sup>

### **2.3. Διαφορές παιδιατρικού Aids και Aids ενηλίκων.**

1. Το σάρκωμα καροσι σπάνιο στα παιδιά.
2. Υπεργαμμασφαιριναιμία είναι πιο έκδηλη στα παιδιά.
3. Περιφερική λεμφοπενία είναι λιγώτερο συχνή στα παιδιά.
4. Λεμφοκυτταρική ενδιάμεση πνευμονία συχνή σε παιδιά.
5. Βαρειές μικροβιακές λοιμώξεις συνήθεις στα παιδιά.
6. Η διαταραχή στη σχέση βοηθητικών προς κατασταλτικά λεμφοκύτταρα είναι πιο έκληδη σε ενήλικες.
7. Εικόνα λοιμώδους μονοπυρήνωσης είναι σπάνια στα παιδιά.
8. Έχουν περιγραφεί δυσμορφικά χαρακτηριστικά σε μερικά νεογέννητα.<sup>10</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο



Τοι Χαράλαμπου Αναστασόπουλου

### 3.1. Διάγνωση του συνδρόμου.

Η διάγνωση του συνδρόμου της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας απαιτεί λεπτομερειακή και επίμονη διερεύνηση του συμπλέγματος των συμπτωμάτων που εκδηλώνει ο ασθενής. Ο έλεγχος θα στηριχθεί στον έλεγχο της παρουσίας αντισωμάτων στον ορό κατά του ιού HIV που εφαρμόζεται ευρύτατα σε πολλά εργαστήρια και από όλα τα Κέντρα Αιμοδοσίας της χώρας. Αν και η ανοσοενζυμική μέθοδος θεωρείται ως η πιο ευαίσθητη εν τούτοις έχει μικρό ποσοστό ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων οπότε χρειάζεται επιβεβαίωση της διάγνωσης με την Western Blot που είναι ειδική και ανιχνεύει ειδικά πρωτεϊνικά συστατικά του ιού.

Εκτός από τον έλεγχο των αντισωμάτων εξαιρετικά χρήσιμος είναι και ο προσδιορισμός των υπό ομάδων των λεμφοκυττάρων. Ο ιός είναι ως γνωστό "λεμφοτροπικός" για τα T-βοηθητικά λεμφοκύτταρα, εκαθίσταται σε αυτά, πολλαπλασιάζεται και βαθμιαία τα καταστρέφει ενώ δεν θίγει τα T-κατασταλτικά λεμφοκύτταρα. Στις διαταραχές της κυτταρικής ανοσίας περιλαμβάνονται και δερματική αλλεργία λεμφοπενία που είναι πιο συχνή σε ενήλικες από ότι στα παιδιά.<sup>9</sup>

Στα βρέφη κάτω των 15 μηνών η Western Blot της μητέρας θα πρέπει να συγκρίνεται με αυτήν του παιδιού. Έτσι θα μπορεί να διαπιστωθεί πρώιμα αν τα αντισώματα έχουν παθητικά περάσει προς την εμβρυϊκή πλευρά ή αντιπροσωπεύουν ενδογενή παραγωγή του βρέφους και επομένως πραγματική λοίμωξη.<sup>9</sup>

Η αλυσιδωτή αντίδραση της πολυμεράσης (PCR) είναι ιδιαίτερα αξιόλογη μέθοδος που θα πρέπει να συνδυάζεται και με άλλες διαγνωστικές δοκιμασίες. Πρόσφατες μελέτες τονίζουν ότι η PCR είναι διαγνωστική για λοίμωξη σε ποσοστό 50% την πρώτη βδομάδα της ζωής, 70% την 1η-3η βδομάδα, 80% τον 1ο - 2ο μήνα και 95% μετά τον 3ο μήνα ζωής του βρέφους.<sup>9</sup>

### 3.2. Εργαστηριακά ευρήματα.

Βασικές διαταραχές στην αιματολογική εικόνα του πάσχοντα είναι η αναιμία, λευκοπενία και θρομβοπενία ή και λεμφοπενία. Οι διαταραχές αυτές οφείλονται σε κατασταλτική δράση του ιού HIV πάνω στο Μυελό των Οστών ή την προσβολή του λεμφικού συστήματος.

Η βλάβη μηχανισμού της κυτταρικής μη ειδικής ανοσίας - δηλαδή των Τ - κυττάρων με εκλεκτικότητα τα βοηθητικά Τ4 κύτταρα που ελαττώνονται ή εξαφανίζονται με την εξέλιξη του συνδρόμου - αποτελεί την συνέχεια της προσβολής του ξενιστή από τον ιό HIV.

Εκτός από τις ποσοτικές αυτές διαταραχές αναφέρονται και λειτουργικές, ποιοτικές μεταβολές των προσβεβλημένων τ - λεμφοκύτταρα με τ'ακόλουθα συμπτώματα:

- A) Αυξημένη επιδεκτικότητα του ξενιστή για ευκαιριακές λοιμώξεις καθώς και ανάπτυξη ασυνήθων νεοπλασμάτων.
- B) Ελάττωση στην εκδήλωση της αντίδρασης υπερευαισθησίας επιβραδυνόμενου τύπου.
- Γ) Ελάττωση της ειδικής κυτταροτοξικής λεμφοκυτταρικής λειτουργίας απέναντι στο κυτταρομεγαλοίο και
- Δ) Ελάττωση της παραγωγής των λεμφοκινών που χρειάζονται απαραίτητα για να ενεργοποιήσουν και να γίνει ο κυτταρικός πολλαπλασιασμός έναντι του αντιγόνου.<sup>13</sup>

Κατά αυτό τον τρόπο στο ΣΕΑΑ παρατηρείται:

1. Αυξημένα επίπεδα ανοσοσφαιρίνης στον ορό, τα οποία σε περίπτωση νέων λοιμώξεων του ξενιστή δεν μπορούν ν'αυξηθούν περισσότερο.

2. Κυκλοφορία ανοσοσυμπλεγμάτων διά μέσου αντίδρασης ανοσοσφαιρίνης και αντιγονικών στοιχείων της επιφάνειας του ιού ή ανοσοσφαιρίνης και αντιγονικών στοιχείων του πυρηνοκαψιδίου του ιού.



3. Αδυναμία ενεργοποίησης και κατά συνέπεια πολλαπλασιασμού των Β κυττάρων στην "ειδοποίηση" του μιτογόνου παράγοντα Cowan-1 όχι μόνο στην εκφραζόμενη δράση αυτού διά μέσου των Τ-λεμφοκυττάρων αλλά και στην απ'ευθείας δράση στα Β-λεμφοκύτταρα.<sup>13</sup>

### **3.3. Πρόγνωση του συνδρόμου.**

Η πρόγνωση της νόσου είναι βαριά. Σε μία αδημοσίευτη μελέτη τονίστηκε ότι από τη στιγμή που θ'αρχίσει ο ασθενής να προσβάλλεται από ευκαιριακές λοιμώξεις ο θάνατος επέρχεται κατά μέσο όρο 7 μήνες αργότερα. Στις ΗΠΑ από το μέσο 1982 μέχρι το 1985 πέθαναν το 90% των προσβεβλημένων ενηλίκων και 65% των παιδιών. Οι Αρχές Δημόσιας Υγείας των ΗΠΑ έχουν καταγράψει 21,517 περιπτώσεις του συνδρόμου με 9, 11.700 θανάτους μέχρι τον Ιούνιο του 1986.

Στα παιδιά η πρόγνωση είναι ακόμα βαρύτερη και ο μέσος χρόνος επιβίωσης μετά την διάγνωση της νόσου είναι 12 μήνες. Στην Ευρώπη και τις ΗΠΑ η πρόγνωση του παιδικού Aids είναι πολύ καλύτερη απ'ότι στην Αφρική. Παράγοντες όπως η διατροφή, η έκθεση σε άλλους λοιμογόνους παράγοντες και η δυνατότητα ειδικής θεραπευτικής παρέμβασης επηρεάζουν τον χρόνο επιβίωσης.<sup>6</sup>

### **3.4. Πρόληψη του συνδρόμου στους ενήλικες και στα παιδιά.**

Η πρόληψη είναι δύσκολη και απαιτούνται μακροχρόνιες προσπάθειες για να οδηγηθούμε σε ικανοποιητικά αποτελέσματα. Μπορεί να γίνει με 4 βασικές μεθοδεύσεις που περιλαμβάνουν:

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

Οι πρώτες δύο βρίσκονται σε εξέλιξη και θα ενσωματωθούν στις μελλοντικές στρατηγικές αντιμετώπισης ενώ οι προσπάθειές μας θα πρέπει να επικεντρώνονται στις δύο επόμενες μεθοδεύσεις.

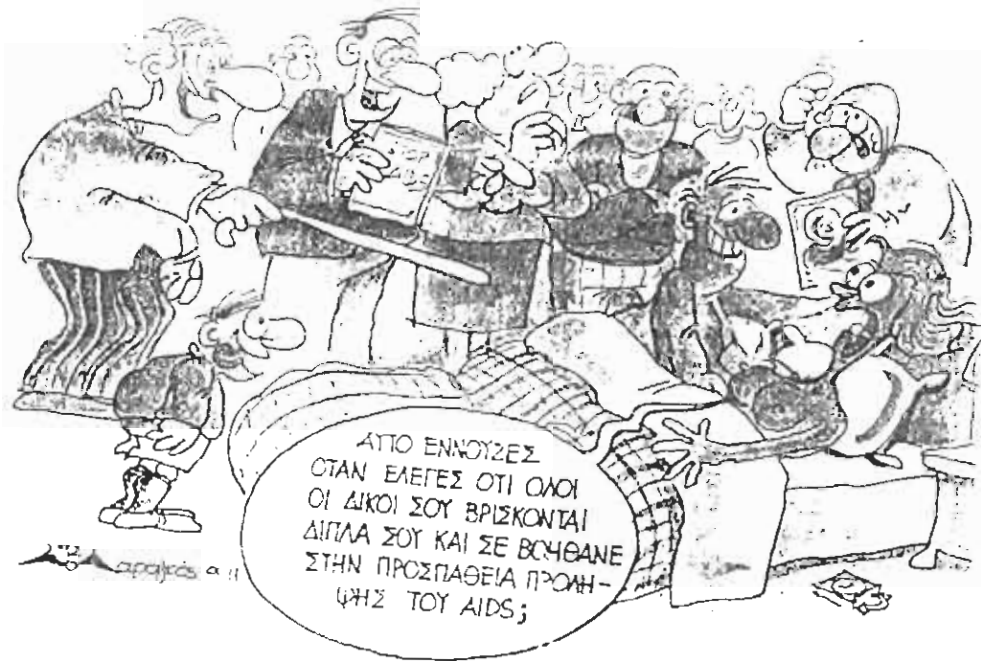
Η τροποποίηση του περιβάλλοντος είναι περιορισμένης σχετικά σημασίας αφού με τον έλεγχο των αιμοδοτών και της επεξεργασίας του παράγοντος VIII έχουμε εξαλείψει τον κίνδυνο μετάδοσης δια του αίματος. Ο κίνδυνος για τους εργαζόμενους στους χώρους του Νοσοκομείου που αφορά τον τραυματισμό με μολυσμένη βελόνη και με επαφή με το αίμα του πάσχοντα έχει επισημανθεί και οι εργαζόμενοι λαμβάνουν μέτρα. Έτσι το περιβάλλον δεν αποτελεί παρά ένα απειροελάχιστο κίνδυνο για τους εργαζόμενους στα Νοσοκομεία και οι ενδεχόμενες ευρύτερες τροποποιήσεις του έχουν περιορισμένη πρακτική σημασία.<sup>10</sup>

Άρα ο πιο σημαντικός μηχανισμός πρόληψης περιορίζεται στις προσπάθειες που πρέπει να γίνουν για τροποποίηση συμπεριφοράς όλων των ηλικιών και κυρίως μέσα από τα ευρύτερα εκπαιδευτικά προγράμματα.

Χρειάζεται πανεθνική κινητοποίηση των μέσων μαζικής ενημέρωσης με στόχο την σωστή πληροφόρηση του κόσμου των ενηλίκων, την εκπαίδευση των εφήβων, την ενημέρωση για ασφαλείς σεξουαλικές πρακτικές, την εμπορική προώθηση των προφυλακτικών και την ενημέρωση για τις συνέπειες από τη χρήση των ναρκωτικών.

Η πρόληψη του παιδιατρικού Aids είναι δύσκολη απαιτούνται μακροχρόνιες προσπάθειες για να οδηγηθούμε σε ικανοποιητικά αποτελέσματα.<sup>10</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο



Γιάννης Παναγιώτης Μαραγκός

#### 4.1.(α) Τρόποι μετάδοσης του Aids.

Οι τρόποι μετάδοσης της HIV λοίμωξης είναι όμοιοι στις αναπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες.

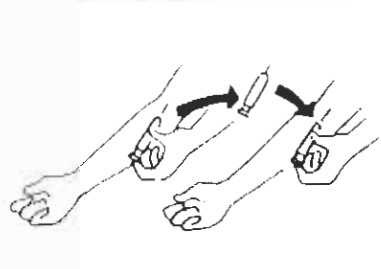
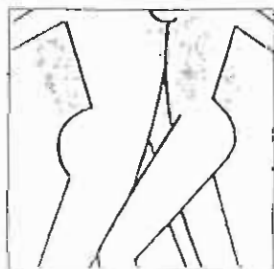
Την εξάπλωση της λοίμωξης επηρεάζουν, δημογραφικοί, κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες καθώς και η σεξουαλική συμπεριφορά των ατόμων. Σε ολόκληρο τον κόσμο τέσσερεις είναι οι τρόποι μετάδοσης.

1. σεξουαλική επαφή
2. έκθεση σε αίμα και τα παράγωγά του.
3. μέσω χρήσης ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών
4. κάθετη μετάδοση από την μητέρα στο παιδί.

Η Π.Ο.Υ. με βάση συγκεντρωτικά παγκόσμια δεδομένα από το 1983 - 1995 εκτιμά ότι για το μεγαλύτερο ποσοστό κρουσμάτων Aids, όσον αφορά τον τρόπο μετάδοσης ευθύνεται η σεξουαλική μετάδοση.<sup>14</sup>

## ΤΟ AIDS ΜΕΤΑΔΙΔΕΤΑΙ

<b>1</b>	Με την σεξουαλική επαφή.
<b>2</b>	Με τη μετάγγιση μολυσμένου αίματος ή μολυσμένων παραγώγων αίματος.
<b>3</b>	Με μολυσμένες σύριγγες συνήθως από άτομα που κάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών.
<b>4</b>	Από μολυσμένη μητέρα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης στο έμβρυο.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 1**

<b>Τρόποι Μετάδοσης</b>	<b>Ποσοστό συγκεντρωτικού αριθμού κρουσμάτων Aids</b>
Ετερόφυλοφιλική επαφή	70 - 80%
Ομο/Αμφιφυλοφιλική επαφή	5-10%
Χρήση ενδοφλεβίων ναρκωτικών	5-10%
Κάθετη (μητέρα στο παιδί) μετάδοση	5-10%
Μεταγγίσεις και Μεταμοσχεύσεις	3-5%
Ατυχήματα σε Τομείς Υγείας	<0,0001%

**1. Σεξουαλική μετάδοση.**

Είναι ο σπουδαιότερος τρόπος μετάδοσης της HIV λοίμωξης. Η γεωγραφική κατανομή της μετάδοσης με ετεροφυλοφιλική ή ομοφυλοφιλική επαφή ποικίλλει. Στην Αφρική, στην Ν. Αμερική ή στην Καραϊβική η νόσος μεταδίδεται κυρίως με ετεροφυλοφιλική σεξουαλική μετάδοση. Αντιθέτως στην Β. Αμερική και στην Ευρώπη οφείλεται κυρίως σε ομοφυλοφιλική. Στην σεξουαλική μετάδοση σημαντικό ρόλο κατέχει η ποσότητα του ιού στο αίμα, στο σπέρμα ή στις κολπικές εκκρίσεις.

Η ύπαρξη εμμήνου ρύσεως, σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων, ή ελκών των γεννητικών οργάνων κατά την σεξουαλική επαφή, αυξάνει τον κίνδυνο μετάδοσης της νόσου. Ο κίνδυνος σεξουαλικής μετάδοσης μπορεί ν'αποφευχθεί αποφεύγοντας την επαφή με οροθετικά άτομα. Επειδή όμως δεν είναι δυνατόν να γνωρίζει την σεξουαλική ταυτότητα του συντρόφου του όλοι θα πρέπει να είναι ενημερωμένοι για τους τρόπους μετάδοσης ή πρόληψης της νόσου.<sup>14</sup>

### **ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΠΑΦΗ ΚΑΙ HIV ΜΟΛΥΝΣΗ**

- Κύριος τρόπος μετάδοσης της HIV/AIDS λοίμωξης.
- Μικρότερος κίνδυνος μετάδοσης με τον στοματικό έρωτα.
- Εξελκώσεις γεννητικών οργάνων και σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, αυξάνουν τον κίνδυνο μετάδοσης.
- Μειωμένος κίνδυνος μετάδοσης του ιού HIV-1, με την σεξουαλική επαφή επιτυγχάνεται, με την επιλογή του σεξουαλικού συντρόφου και την χρήση προφυλακτικού.

#### **2. Μετάδοση με αίμα, παράγωγα του αίματος.**

Οι δέκτες μη ελεγμένου αίματος ή παραγώγων του έχουν μεγάλο κίνδυνο HIV λοίμωξης. Ο ιός μεταδίδεται με πλήρες αίμα, κυτταρικά στοιχεία του αίματος, πλάσμα και αιμοπετάλια. Η πιθανότητα να μολυνθεί ένα άτομο από μία ή μοναδική μετάγγιση οροθετικού δότη είναι 100%. Παράγωγα του αίματος προετοιμάζονται με τέτοιους τρόπους ώστε ν'αδρανοποιείται ο ιός.

Πριν από το 1985 δεν γινόταν έλεγχος των δοτών για τον ιό HIV. Από τότε επιβλήθηκε ο έλεγχος και ο κίνδυνος μειώθηκε σημαντικά. Δεν θα υπήρχε και αυτός ο μικρός κίνδυνος μετάδοσης του ιού αν δεν υπήρχε η περίοδος του παραθύρου, όπου πρόσφατα μολυσμένοι δότες δεν έχουν αναπτύξει ανιχνεύσιμα αντισώματα.<sup>14</sup>

#### **3. Μετάδοση από χρήση ενδοφλέβιων ουσιών.**

Στους χρήστες ενδοφλεβίων τοξικών ουσιών ο κίνδυνος επαφής με μολυσμένο αίμα εντοπίζεται στην χρήση κοινής σύριγγας και βελόνας με άλλους χρήστες. Κάθε λύση της συνεχείας του δέρματος από χρησιμοποιημένη βελόνα, ενδοφλέβια, ενδομυϊκή, υποδόρια ή ενδοδερμική χορήγηση ναρκωτικών θεωρείται επικίνδυνη.

Το ποσοστό της HIV λοίμωξης στους χρήστες ναρκωτικών ουσιών διαφέρει σε κάθε γεωγραφική περιοχή. Αύξηση του αριθμού των

κρουσμάτων παρατηρείται στα χαμηλά κοινωνικά και οικονομικά στρώματα στους αστέγους και στις εθνικές μειονότητες με κακές συνθήκες διάσωσης.

Στόχος της εκπαίδευσης και της ενημέρωσης των χρηστών αποτελεί η διακοπή της χρήσης των ναρκωτικών μέσα από την συνειδητοποίηση των κινδύνων που κάτι τέτοιο συνεπάγεται. Για τους χρήστες που δεν μπορούν να διακόψουν λόγω εθισμού συνιστάται εκπαίδευση για ασηψία της τεχνικής που χρησιμοποιούν και χρήση αποστειρωμένων βελονών και συριγγών.<sup>14</sup>

#### **4. Περιγεννητική κάθετη μετάδοση - εισαγωγή.**

Κάθετη μετάδοση του ιού HIV από οροθετική μητέρα στο παιδί της μπορεί να συμβεί κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, της γέννας ή την περίοδο του θηλασμού. Το γεγονός της ενδομήτριας λοίμωξης του εμβρύου επιβεβαιώνεται από την ανίχνευση του ιού σε ιστοκαλλιέργειες εμβρύου έως 8 βδομάδες κύησης. Επιπροσθέτως 30-50% των παιδιών που μολύνθηκαν ή κατά την γέννησή τους ήταν οροθετικά με PCR ή κυτταροκαλλιέργεια του ιού πιθανά αντανακλούν την μετάδοση του ιού κατά την πρώιμη ή μέση περίοδο της κύησης.

Αντίθετα αρνητική PCR ή αρνητικές κυτταροκαλλιέργειες του ιού κατά την γέννηση παιδιών που μετέπειτα έγιναν οροθετικά αντανακλούν λοίμωξη στο τέλος της κύησης ή κατά την γέννα. Η καισαρική τομή σε σύγκριση με την γέννα έχει μικρότερο ποσοστό στον ιό. Ο κίνδυνος μόλυνσης εξαρτάται από το αν η μητέρα βρίσκεται σε πρώιμο ή προχωρημένο στάδιο.

Στους παράγοντες κινδύνου μετάδοσης του ιού από τη μητέρα στο έμβρυο συμπεριλαμβάνονται και οι παράγοντες που αφορούν τον πλακούντα. Ο ιός απομονώθηκε και στο μητρικό γάλα ενώ αναφορές ότι

μητέρες μολύναν τα παιδιά τους μετά τη γέννησή τους εστίασε τον κίνδυνο κάθετης μετάδοσης μέσω του θηλασμού.<sup>14</sup>

#### **4.1. (β) Τρόπου μετάδοσης του ιού κατά την παιδική ηλικία.**

**I. Κάθετη Μετάδοση:** Μετάδοση του ιού HIV από την μητέρα στο παιδί μπορεί να γίνει σε όλη την διάρκεια της κύησης και κατά τον τοκετό. Αρχίζει από την 8η βδομάδα της κύησης ενώ από την 12η βδομάδα ο ιός έχει βρεθεί και καλλιεργηθεί στους εμβρυϊκούς ιστούς εγκεφάλου θύμου αδένα, ήπατος, σπληνός και πνεύμονα.

Η μετάδοση του ιού HIV κατά τον τοκετό σχετίζεται συνήθως με την έκθεση του νεογνού στα σωματικά υγρά της μητέρας ιδίως το αίμα και στις κολπικές εκκρίσεις.<sup>14</sup>

**II. Μόλυνση κατά τον θηλασμό:** Η επιτυχής εφαρμογή του ελέγχου για τον ιό όλων των εγκύων στο δυτικό κόσμο έχει μειώσει και την πιθανότητα θηλασμού νεογνών από HIV οροθετικές μητέρες. Αντίθετα η μόλυνση του νεογνού από θηλασμό αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα στις αναπτυσσόμενες χώρες όπου ο επιπλέον κίνδυνος λοίμωξης με τον HIV και λόγω του θηλασμού φτάνει το 28%. Μητέρες που καθίστανται οροθετικές ύστερα από τον τοκετό και ενώ θηλάζουν έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο μετάδοσης του ιού σε σύγκριση με γυναίκες που ήταν από πριν οροθετικές. Ο υψηλότερος αυτός κίνδυνος οφείλεται στην παρουσία πολύ υψηλού ιικού φορτίου με ταυτόχρονη απουσία του κυτταρικού και χημικού τύπου ανοσολογικών μηχανισμών καταστολής.<sup>14</sup>

Η επικινδυνότητα μετάδοσης του ιού με τον θηλασμό πρέπει πάντα να συνεκτιμάται με τον κίνδυνο να πεθάνει το νεογνό από εντερικές λοιμώξεις οι οποίες προκαλούνται από γάλα σκόνη.<sup>14</sup>



**III. Ιατρογενής μετάδοση:** Αποτελεί εν ενεργεία πρόβλημα σε αναπτυσσόμενες χώρες γιατί σε μερικά ιδρύματα δεν ελέγχεται για το HIV ιό το αίμα που δίνεται σε μεταγγίσεις. Επιπλέον επαναχρησιμοποιούνται μολυσμένες σύριγγες και βελόνες χωρίς προηγούμενη αποστείρωση. Νοσοκομειακή μετάδοση του ιού HIV σε νεογνά και βρέφη έχει περιγραφεί σε επιδημική μορφή στην Ρωσία και στη Ρουμανία.<sup>14</sup>

**IV. Μετάδοση με παράγωγα αίματος:** Κατά τη δεκαετία του '80 πιο πολλά από 50 παιδιά μολύνθηκαν στην Ελλάδα με τον ιό HIV από μολυσμένο αίμα που χρησιμοποιήθηκε σε παιδιά με μεσογειακή αναιμία από παράγωγα αίματος που δόθηκαν σε αιμορροφιλικά παιδιά.<sup>14</sup>

**V. Σεξουαλική μετάδοση:** Η σεξουαλική κακοποίηση και η παιδική πορνεία αποτελούν αιτίες για μετάδοση του ιού με την σεξουαλική επαφή. Μελέτες δείχνουν ότι το 14,6% των οροθετικών παιδιών στις ΗΠΑ είχαν κακοποιηθεί σεξουαλικά ενώ από άλλη μελέτη προέκυψε ότι μολύνθηκαν 3 από τα 15 παιδιά που είχαν κακοποιηθεί από HIV οροθετικούς ενήλικες.<sup>14</sup>

#### **ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΑΠΟ ΤΗ ΜΗΤΕΡΑ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ**

- Ποσοστό 13% έως 40%.
- Αυξημένος κίνδυνος μετάδοσης λόγω ενδομήτριας λοίμωξης, τοκετού, μητρικού γάλακτος.
- Υψηλό ιικό φορτίο της μητέρας, πρόωρο ελλιποβαρές νεογνό καθώς και εργώδης τοκετός συνδέονται με μεγαλύτερο κίνδυνο μετάδοσης.
- Ο κίνδυνος μετάδοσης από την μητέρα στο παιδί μειώνεται με την λήψη ζιδοβουδίνης, (προ και κατά την διάρκεια του τοκετού, στην μητέρα, και 6 μήνες μετά και στο παιδί), με την καισαρική και την αποχή από το μητρικό θηλασμό.

## ΤΟ AIDS ΔΕΝ ΜΕΤΑΔΙΔΕΤΑΙ



1

Όταν αγκαλιάζεις κάποιον.

2

Όταν δίνεις ένα απλό φιλί.

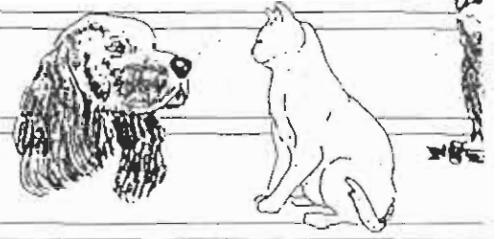


3

Όταν σε τσιμπήσει κουνούπι ή άλλο έντομο.

4

Από κατοικίδια ζώα.



5

Όταν δίνεις αίμα.

6

Όταν χρησιμοποιείς κοινά πιάτα, ποτήρια κ.λπ.



7

Όταν κάποιος κοντά σου βήξει ή φταρνιστεί.

### 4.1. (γ) Τρόποι μη μετάδοσης του Aids.

Όταν έγινε η διάγνωση της ασθένειας υπολογίστηκε ότι οι ασθενείς είχαν μολυνθεί πριν από 3 ως και 8 χρόνια. Όλα αυτά τα χρόνια δεν γνώριζαν ότι ήταν φορείς δηλ. ότι μετέδιδαν τον ιό. Όπως ήταν επόμενο δεν έπαιρναν κανένα προφυλακτικό μέτρο. Ζούσαν με τις οικογένειές τους, μοιράζονταν τα πάντα, κρεβάτια, τουαλέτες, το μπάνιο, πετσέτες, πιάτα, πηρούνια, κουτάλια, μαχαιρία, το ίδιο το φαγητό. Τα ρούχα τους πλένονταν σε κοινό πλυντήριο. Και όπως γίνεται σε κάθε οικογένεια οι γονείς φιλούσαν τα παιδιά τους και τα παιδιά τους γονείς τους.<sup>15</sup>

Έξω από τον ανθρώπινο οργανισμό δηλαδή στο περιβάλλον ο ιός του Aids ζει ελάχιστες μόνο ώρες. Και φυσικά ούτε πετάει, ούτε περπατάει. Η αποστείρωση ιατρικών εργαλείων, μολυσμένων επιφανειών κ.λ.π. Είναι ιδιαίτερα εύκολη. Ο ιός καταστρέφεται στην θερμοκρασία των 70<sup>ο</sup> κελσίου μέσα σε 25 λεπτά της ώρας. Ακόμη γρηγορότερα σε βραστό νερό. Διάλυμα κοινής χλωρίνης 1:10, είναι φτηνό, μη τοξικό απολύτως αποτελεσματικό μέσο αποστείρωσης.<sup>15</sup>

Τέλος το Aids δεν μεταδίδεται με τα τσιμπήματα εντόμων. Στην Αφρική που τα κουνούπια είναι πολλά και οι φορείς ξεπερνούν το 5% του πληθυσμού δεν έχει κολλήσει ούτε ένας. Βέβαια υπάρχουν και οι άνθρωποι που φοβούνται να σφίξουν το χέρι ασθενούς ή φορέα. Ο άνθρωπος πρέπει να χρησιμοποιεί τη λογική του. Να εξοικειώνεται με την πραγματικότητα και να σβήνει τους πρωτόγονους και ενστικτώδους φόβους του. Αν δεν το κάνει προδίδει όχι μόνο τον ανθρωπισμό του και την ανθρωπιά του αλλά χάνει και το δικαίωμα να θεωρείται άνθρωπος.<sup>15</sup>

## **4.2. Ομάδες υψηλού κινδύνου.**

Σύμφωνα με τις οδηγίες του που θα πρέπει εφ'όσον ερωτηθούν να υποβάλλονται σε έλεγχο για HIV λοίμωξη οι κάτωθι:

### **1. Άτομα που ανήκουν σε κατηγορίες υψηλού κινδύνου.**

- α) Σεξουαλικοί σύντροφοι οροθετικών ατόμων.
- β) Ομοφυλόφιλοι και αμφιφυλόφιλοι άνδρες.
- γ) Αιμορροφιλικοί.
- δ) Χρήστες ενδοφλέβιων ουσιών.
- ε) Σεξουαλικοί σύντροφοι ατόμων που ανήκουν στις προηγούμενες ομάδες.
- στ) Εκδιδόμενα άτομα.

### **2. Άτομα που εμφανίζουν κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα συμβατά με HIV/Aids λοίμωξη.**

- α) Οξύ ρετροϊκό σύνδρομο πρωτολοίμωξης.
- β) Κλινικές καταστάσεις που συνιστούν την κατηγορία Β της HIV λοίμωξης.
- γ) Ευκαιριακές λοιμώξεις ή νεοπλάσματα που προσδιορίζουν το Aids.

### **3. Άτομα που υποβλήθηκαν σε μετάγγιση αίματος κατά 1978 - 1985 και άτομα που υποβλήθηκαν σε μεταμόσχευση οργάνου κατά την ίδια περίοδο.**

### **4. Άτομα που νοσούν ή ενόσησαν από άλλο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα.<sup>14</sup>**

### **5. Γυναίκες σε αναπαραγωγική ηλικία και ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου ή προέρχονται από περιοχές με υψηλό επίπολασμό της HIV/Aids λοίμωξης π.χ., Ασία, Αφρική, Αϊτή κ.λ.π.**

**6. Όλες οι έγκυες γυναίκες.**

**7. Αιμοδότες ή δωρητές ιστών ή οργάνων.**

**8. Άτομα με ενεργό φυματίωση.**

**9. Ιατρονοσηλευτικό προσωπικό το οποίο ασχολείται:**

α) Με τη λήψη και παρασκευή αίματος και παραγώγων του.

β) Με τη διαχείριση ιστών ή οργάνων προς μεταμόσχευση.

**10. Γυναίκες που έχουν υποβληθεί στο παρελθόν τεχνητή γονιμοποίηση.**

**11. Γονείς οροθετικών παιδιών.**

**12. Άτομα στην λεκάνη της Μεσογείου με σπλαγχνική λεισμανιάση.**

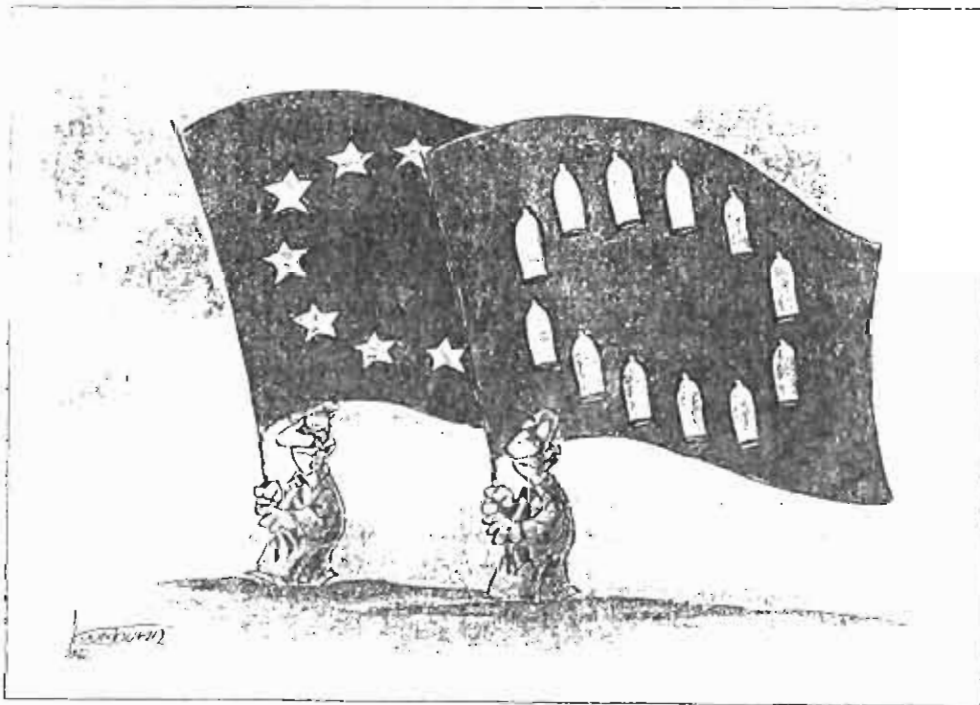
**13. Υποτροπιάζουσα φλεγμονώδης νόσος της πυέλου μη σχετιζόμενη με χειρουργικές επεμβάσεις.**

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. για να γίνει εργαστηριακός έλεγχος αναζήτησης της HIV - λοίμωξης θα πρέπει να τηρούνται οι κάτωθι προϋποθέσεις:

A) Είναι νομικά απαραίτητη η ενημέρωση και η συγκατάθεση του προς εξέταση ατόμου.

B) Είναι απαραίτητη η τήρηση του ιατρικού απορρήτου περί του αποτελέσματος. Αρχικά ενημερώνεται ο ενδιαφερόμενος και εφόσον το επιθυμεί όποιος άλλος υποδειχθεί από αυτόν.<sup>14</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο



Του Μιχάλη Κουντούρη

### 5.1. (α) Κατάταξη των προσβεβλημένων από τον HIV ιό.

Το νέο σύστημα κατατάσει τους προσβεβλημένους από τον ιό HIV σε 3 κλινικές καταγορίες: A,B και C κάθε μία από τις οποίες υποδιαιρείται σε 3 ανολογικές κατηγορίες βάσει του αριθμού των CD4 θετικών T-λεμφοκυττάρων: A1, A2, A3 κ.λ.π.

Οι κλινικές κατηγορίες είναι απλές και αμοιβαία αποκλειστικές καθόσον η μετάβαση από την A στην B και από την B στην Γ αποκλείει την επιστροφή.

Για τον καθορισμό της ανοσολογικής κατηγορίας υπολογίζεται η χαμηλότερη ακριβής τιμή CFDD4 θετικών T- λεμφοκυττάρων που μετρήθηκε ποτέ. Μεταγενέστερη αύξηση των CD4 δεν σημαίνει επιστροφή σε προηγούμενο στάδιο.<sup>9</sup>

Έτσι, στην **κλινική κατηγορία A**: υπάγονται άτομα που είναι εντελώς ασυμπτωματικά είτε έχουν οξεία νόσο ή επιμένουσα γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια.

Στην **κατηγορία B**: υπάγονται ασθενείς που έχουν συμπτώματα περισσότερα από εκείνα της A όχι όμως ακόμη κάποια από τις κλινικές καταστάσεις που χαρακτηρίζουν το πλήρες Aids.

Στην **κατηγορία C**: υπάγονται άτομα που έχουν τουλάχιστον άπαξ παρουσιάσει μία από τις κλινικές καταστάσεις που χαρακτηρίζουν το πλήρες Aids.<sup>9</sup>

### 5.1. (β) Η κατάταξη - ταξινόμηση του παιδικού Aids.

#### **1. Κατηγορία N. (ασυμπτωματική).**

Παιδιά που δεν έχουν κλινικές εκδηλώσεις λοίμωξης από HIV ή έχουν μόνο μία απ'όσες περιλαμβάνονται στην κατηγορία A.

#### **2. Κατηγορία A. (ήπιες κλινικές εκδηλώσεις).**

Παιδιά που έχουν δύο ή περισσότερες κλινικές εκδηλώσεις που είναι:

- A. Λεμφαδενοπάθεια.
- B. Ηπατομεγαλία.
- Γ. Σπληνομεγαλία.
- Δ. Παρωτίτιδα.
- E. Υποτροπιάζουσες ή επίμονες λοιμώξεις του ρινοφάρυγγα, των παραρρινίων κόλπων και του μέσου ωτός.

### **3. Κατηγορία Β. (μέτριας βαρύτητας κλινικές εκδηλώσεις).**

Παιδιά με κλινικές εκδηλώσεις λοίμωξης από HIV που δεν περιλαμβάνονται στις κατηγορίες A και C είναι:

- A. Αναιμία  $\geq 30$  μέρες.
- B. Μικροβιακή μηνιγγίτιδα, σηψαιμία, πνευμονία.
- Γ. Στοματοφαρυγγική καντιντίαση  $> 2$  μέρες.
- Δ. Μυοκαρδιοπάθεια.
- E. Υποτροπιάζουσα ή χρόνια διάρροια.
- Z. Ηπατίτιδα.
- H. Βρογχίτιδα, πνευμονίτιδα, οισοφαγίτιδα.<sup>9</sup>
- Θ. Λειομυοσάρκωμα.
- I. Νεφροπάθεια.
- K. Υοκαρδιώση.
- Λ. Λεμφική διάμεση πνευμονίτιδα.

### **4. Κατηγορία C. (βαριές κλινικές εκδηλώσεις).**

Παιδιά με οποιαδήποτε από τις ακόλουθες κλινικές εκδηλώσεις:

- A. Δύο ή πιο πολλές μικροβιακές λοιμώξεις.
- B. Οισοφαγική ή πνευμονική καντιντίαση.
- Γ. Συστηματική κοκκιοδιοειδομύκωση.
- Δ. Εξωπνευμονική κρυπτοκόκκωση.
- E. Διάρροια  $> 1$  μήνα.
- Z. Εγκεφαλοπάθεια  $> 2$  μήνες.

- Η. Σάρκωμα Καρσι.
- Θ. Συστηματική ιστοπλάσμωση.
- Ι. Εξωπνευμονική φυματίωση.
- Κ. Πνευμονική φυματίωση.
- Λ. Τοξοπλάσμική εγκεφαλίτιδα.
- Μ. Σύνδρομο απισχνασης > 1 μήνα.<sup>9</sup>

### **5.2. (α) Κλινική εικόνα του Aids.**

Οι κλινικές εκδηλώσεις στο ΣΕΑΑ ποικίλλουν, εξαρτώμενες από τη φάση ή κατάσταση στην οποία βρίσκεται η εξελικτική πορεία της HIV λοίμωξης στο πάσχον άτομο. Κατά την έναρξη της προσβολής από τον HIV 30-35% των προσβεβλημένων εμφανίζουν το λεγόμενον "οξύ ΣΕΑΑ" που εκδηλώνεται με εικόνα ιογενούς συνδρόμου ή λοιμώδους μονοπυρήνωσης. Μετά την παρέλευση 10-15 ημερών τα συμπτώματα της ίωσης εξαφανίζονται και οι πάσχοντες χαρακτηρίζονται ως "ασυμπτωματικοί φορείς" της νόσου. Η κατάσταση του ασυμπτωματικού φορέα διαρκεί μήνες ή και χρόνια. Σαν μέση χρονική διάρκεια θεωρείται το διάστημα των 6 μηνών μέχρι 5 χρόνια.

Όταν η HIV λοίμωξη εξελιχθεί στην κατάσταση PGL στην κλινική εικόνα κυριαρχεί το λεμφαδενικό σύνδρομο χωρίς άλλο σύμπτωμα. Στην κατάσταση ARC την εικόνα συνθέτουν η λεμφαδενοπάθεια, η απώλεια βάρους  $\geq 10\%$  του βάρους του σώματος, πυρετός, οι διάρροιες, τα κοιλιακά άλγη, η κόπωση, η κακουχία και οι νυκτερινοί ιδρώτες.

Στην κλινική εικόνα επικρατούν οι διαταραχές μνήμης, η άνοια, οι διαταραχές προσωπικότητας, η σημειολογία εγκεφαλίτιδας, η μηνυγγίτιδα. Εδώ πρέπει να διαφοριστεί ότι η νευρολογική κατάσταση αποτελεί προϊόν δράσης του ιού HIV στον εγκεφαλικό κύτταρο ή είναι αποτέλεσμα ευκαιριακής λοίμωξης που προσβάλλει το ΚΝΣ. Ως προς την κατάσταση της νόσου ΣΕΑΑ μπορεί να λεχθεί ότι την κλινική εικόνα αποτελούν οι



εκδηλώσεις που περιγράφηκαν στο ARC σε συνδυασμό με τα συμπτώματα της ευκαιριακής λοίμωξης ή συνύπαρξης ευκαιριακών λοιμώξεων ή σαρκώματος καρσι.<sup>13</sup>

**Ενήλικες:** Παρουσία 2 τουλάχιστον κυρίων ή 1 δευτερεύοντος συμπτώματος όταν δεν συνυπάρχει γνωστή αιτία ανοσοκαταστολής.

**A. Κύρια συμπτώματα.**

1. Απώλεια σωματικού βάρους.
2. Χρόνια διάρροια διάρκειας πάνω από 1 μήνα.
3. Πυρετός > από 1 μήνα.

**B. Δευτερεύοντα συμπτώματα.**

1. Βήχας > από 1 μήνα.
2. Γενικευμένη κνιδωτική δερματίτιδα.
3. Έρπητας ζωστήρ που υποτροπιάζει.
4. Στοματοφαρυγγική μυκητίαση.
5. Χρόνιος έρπητας που προοδευτικά επιτείνεται.
6. Γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια.<sup>13</sup>

**5.2. (β) Κλινική εμφάνιση και εξέλιξη της HIV λοίμωξης στα παιδιά.**

Υπάρχουν 3 τύποι κλινικής εμφάνισης και εξέλιξης της HIV λοίμωξης στα παιδιά.

**1ος τύπος:** είναι η πρώιμη κλινική εμφάνιση. Περιλαμβάνει το 1/3 των παιδιών που μολύνθηκαν με κάθετη μετάδοση και εμφανίζεται με πρώιμη έναρξη ταχεία επί τα χείρω εξέλιξη και κακή πρόγνωση. Τα βρέφη αυτής της ομάδας αναπτύσσουν γρήγορα βαρείς ευκαιριακές λοιμώξεις (πιο συχνά πνευμονία από πνευμονοκύστη *carinii*) μαζί με εγκεφαλοπάθεια ιδίως μέσα στα δύο πρώτα χρόνια της ζωής τους. Η διάγνωση τίθεται από την βαρεία κλινική εικόνα και τις ευκαιριακές λοιμώξεις. Στην ομάδα αυτή συνιστάται έγκαιρη έναρξη προφυλακτικής

χημειοθεραπείας για πνευμονοκύστη *carinii*. Χωρίς αντιρετροϊκή αγωγή η τριετής επιβίωση υπολογίζεται στο 48%.<sup>14</sup>

**2ος τύπος:** Είναι η ενδιάμεση κλινική εμφάνιση που προκαλεί συμπτώματα σε μεγαλύτερη ηλικία και είναι καλύτερης πρόγνωσης. Η διάγνωση τίθεται μετά το πρώτο έτος της ζωής και έχει πιο ήπια κλινική πορεία. Η μέση λανθάνουσα περίοδος της υποκλινικής νόσου είναι 6 χρόνια με κύριες εκδηλώσεις τη λεμφοειδή διάμεσο πνευμονίτιδα, τη γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια και την παρωτίτιδα.<sup>14</sup>

**3ος τύπος:** Είναι η όψιμη κλινική εμφάνιση. Δεν είναι ασυνήθεις η διάγνωση να τίθεται κατά την προσχολική ηλικία ή σπάνια σε ηλικία 10 ή 11 ετών. Τα παιδιά εμφανίζουν ήπια κλινική εικόνα και παρουσιάζουν συμπτώματα ανάλογα προς αυτά των ενηλίκων.

Και στους 3 κλινικούς τύπους κυριαρχούν ως απώτερες εκδηλώσεις οι υποτροπιάζουσες βακτηριακές λοιμώξεις με νεφρική και καρδιακή συμμετοχή. Η χρονική διαφορά στην κλινική εμφάνιση της νόσου οφείλεται στο χρόνο της κάθετης λοίμωξης. Παιδιά με πρώιμη ταχεία και βαρεία κλινική εξέλιξη αντιπροσωπεύουν συνήθως τα νεογνά που μολύνθηκαν νωρίς κατά την κύηση.<sup>14</sup>

## **5.2. (γ) Κλινική αξιολόγηση παιδιών με HIV λοίμωξη με ευρήματα ταχέως εξελισσόμενης νόσου.**

**Από το ιστορικό αναφέρονται τα ακόλουθα κλινικά συμβάντα:**

1. Προϊούσα αναπνευστική δυσχέρεια κατά τους πρώτους 6 μήνες της ζωής.
2. Πνευμονία από πνευμονοκύστη *carinii*.
3. Καθυστέρηση στην ανάπτυξη.
4. Χρόνια διάρροια.
5. Υποτροπιάζουσες βακτηριακές λοιμώξεις.
6. Υποτροπιάζουσες μυκητιασικές κολπίτιδες στα μεγαλύτερα κορίτσια.

7. Εξάνθημα.
8. Μυοκαρδιοπάθεια HIV.
9. HIV νεφροπάθεια.
10. Ρινική επίσταξη, εύκολα αιματώματα.
11. Υποτροπιάζουσα στοματική μυκητίαση.
12. Υποτροπιάζουσα ερπητική λοίμωξη.
13. Αμφιβληστροειδοπάθεια.
14. Δερματική μυκητίαση.
15. Γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια.
16. Ηπατομεγαλία με ή χωρίς σπληνομεγαλία.
17. Αύξηση μεγέθους των παρωτίδων.
18. Αύξηση μεγέθους των αμυγδαλών.
19. Μυκητίαση στόματος.
20. Εξανθήματα.
21. Χρόνια αναπνευστική ανεπάρκεια.
22. Διάμεσος λεμφοειδούς πνευμονίτιδα.
23. Πληκτροδακτυλία.

#### **Εργαστηριακά ευρήματα.**

1. Αναιμία.
2. Θρομβοπενία.
3. Υπεργαμασφαιριναιμία.
4. Υπογαμασφαιριναιμία.
5. Αύξηση ηπατικών ενζύμων.
6. Αύξηση Αμυλάσης.
7. Αύξηση επιπέδων γαλακτικής διυδρογενάσης.
8. Παθολογική ακτινογραφία θώρακος.
9. Θετική καλλιέργεια ούρων για κυτταρομεγαλοϊό.<sup>14</sup>

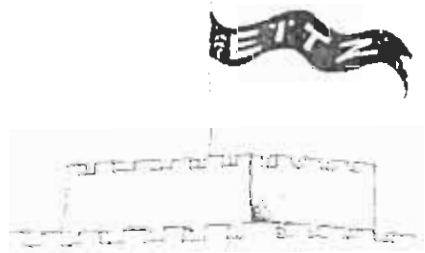
## 5.2. (δ) Κλινική αξιολόγηση παιδιών με ενδιάμεση ή βραδέως εξελισσόμενη νόσο.

Παιδιά που εμφανίζουν ενδιάμεση ή βραδέως εξελισσόμενη HIV νόσο μπορεί να έχουν συχνά αρνητικό κλινικό ιστορικό ή ενίοτε μία ελαφρά αυξημένη επίπτωση βακτηριακών λοιμώξεων.

Η φυσική εξέταση του παιδιού μπορεί να είναι φυσιολογική εκτός ενίοτε από εμφάνιση λεμφαδενοπάθειας. Άλλα κλινικά ευρήματα που μπορούν να παρατηρηθούν με πολύ βραδέως εξελισσόμενη νόσο είναι η ηπατοσπληνομεγαλία, η αύξηση του μεγέθους της παρωτίδος ή των αμυγδαλών, αιμορραγική διάθεση, λεμφοειδή πνευμονίτιδα και χαρακτηριστική HIV δερματίτιδα.

Στην προχωρημένη HIV νόσο συχνή είναι η εμφάνιση πυρετού αγνώστου αιτιολογίας. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων δεν τεκμηριώθηκε ο αιτιολογικός παράγοντας.<sup>14</sup>

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο



Λοι ΚΥΡ



### **6.1. Θεραπεία.**

Αν και μερικά θεραπευτικά σχήματα που έχουν μέχρι σήμερα δοκιμαστεί οδήγησαν σε παροδική βελτίωση και παράταση της ζωής εν τούτοις μέχρι τώρα δεν υπάρχει ειδική θεραπεία. Ο ασθενής με Aids πρέπει να θεραπεύεται σήμερα για τη συγκεκριμένη ευκαιριακή λοίμωξη ή την κακοήθεια από την οποία πάσχει. Συγχρόνως δοκιμάζονται διάφορα θεραπευτικά σχήματα που έχουν σαν στόχο την αδρανοποίηση του ιού και την ενίσχυση και υποστήριξη του ανοσοποιητικού συστήματος.

Οι προσπάθειες για αποκατάσταση και ενίσχυση του ανοσολογικού συστήματος γίνονται πρώτον με μεταμόσχευση ανοσοϊκανών κυττάρων ή και μυελού καθώς και με μεταγγίσεις λεμφοκυττάρων που προκαλούν μόνο παροδική βελτίωση και δεύτερον με υποστηρικτικά και ενισχυτικά του ανοσολογικού συστήματος φάρμακα όπως η ιντερφερόνη, οι θυμικές ορμόνες, η ιντερλευκίνη - 2 η πλειάδα άλλων συνθετικών χημικών ουσιών. Από μερικούς συνίσταται η χορήγηση μεγάλων δόσεων γ-σφαιρίνης IV για κάθε 2 βδομάδες.

Η έρευνα για την παρασκευή εμβολίου αν και χρησιμοποιεί τις πιο εξελιγμένες τεχνικές της βιοτεχνολογίας ωστόσο συναντά δυσκολίες λόγω των ασταθών βιομηχανικών ιδιοτήτων και της μεγάλης ποικιλίας της μοριακής σύνθεσης των διαφόρων στελεχών του ιού. Οι δαπάνες της νοσηλείας των πασχόντων από Aids ξεπερνά στις ΗΠΑ τις δαπάνες νοσηλείας για όλα τα λοιμώδη νοσήματα μαζί. Οι ασθενείς χρειάζονται αντιμετώπιση σε μονάδες εντατικής παρακολούθησης ή σε ειδικά εξοπλισμένα Νοσοκομεία.

Στην θεραπεία των παιδιών με Aids το δυσκολότερο που έχει ν'αντιμετωπίσει ο παιδίατρος είναι η απόγνωση της οικογένειας. Κι αυτή η απόγνωση αντιμετωπίζεται μόνο με κατανόηση, αγάπη και συνεχή ψυχική υποστήριξη.<sup>9</sup>

Μέχρι πρόσφατα (1992) η Zidionudine ήταν το μόνο αντιρετροϊκό φάρμακο που έχει ευρύτατα μελετηθεί για τη θεραπεία του Παιδιατρικού Aids. Είναι δύσκολο να επιλεγεί ο χρόνος έναρξης χορήγησης του φαρμάκου σε μικρά παιδιά. Οι παρενέργειες του φαρμάκου είναι λίγες, περιορίζονται σε μυελοτοξικότητα. Αν η τελευταία είναι έντονη συνιστάται η χορήγηση του ddi.<sup>13</sup>

Μόνο με υπεύθυνη καθοδήγηση η διαφώτιση θα μειωθεί η άγνοια και ο πανικός που είναι σίγουρα πιο διαδεδομένος από την ίδια την ασθένεια.<sup>9</sup>

## 6.2. Τοξικότητα ανεπιθύμητες ενέργειες και αλληλεπίδραση αντιρετροϊκών φαρμάκων στην παιδιατρική.

### Πίνακας.

<b>Ανεπιθύμητες ενέργειες αντιρετροϊκών φαρμάκων στην παιδιατρική.</b>	
<p><b>Ζιδοβουδίνη (ZDV)</b>  <b>Τοξικότητα:</b> αναιμία, ουδετεροπενία, κεφαλαλγία.            Ενίστε: μυοπάθεια, μυοσίτιδα, ηπατίτιδα.  <b>Αλληλεπίδραση:</b> γκανσικλοβίρη ιντερφερόνη, τριμεθοπρίμη σουλφαμεθοξαζόλη, ακυκλοβίρη, προβενεσίδη, ατοβακόνη, μεθαδόνη σιμεθιδίνη, φλουκοναζόλη, ριφαμπικίνη, ριφαμπουτίνη, κλαριθρομικίνη, ριβαβιρίνη, φαινιντοΐνη, d4T.  <b>Διδανοσίνη (ddt)</b>  <b>Τοξικότητα:</b> γαστρεντερικές διαταραχές.            Ενίστε: περιφερική νευροπάθεια ηλεκτρολυτικές διαταραχές, υπερουριχαιμία.            Σπάνια: παγκρεατίτιδα, ηπατίτιδα, αποχρωματισμός αμφιβληστροειδούς.  <b>Αλληλεπίδραση:</b> μείωση απορρόφησης με φαγητό.            Ιμιδαζόλες, τετρακυκλίνη, κιπροφλοξασίνη, δελαβιρδίνη, γκανσικλοβίρη.</p>	<p><b>Νεβιραπίνη (NVP)</b>  <b>Τοξικότητα:</b> εξάνθημα, καταστολή κεφαλαλγία, γαστρεντερικές διαταραχές.            Σπάνια: ηπατίτιδα.  <b>Αλληλεπίδραση:</b> ριφαμπικίνη, ριφαμπουτίνη, αντισυλληπτικά από το στόμα, ηρεμιστικά υπνωτικά, αντιπηκτικά από το στόμα, δαχτυλίτιδα, φαιναντοΐνη, θεοφιλίνη.            Μείωση επιπέδων αναστολέων πρωτεάσης (PI) στο αίμα.  <b>Νελφίναβιρη (NFV)</b>  <b>Τοξικότητα:</b> Διάρροια, κοιλιακό άλγος, κάματος, εξάνθημα.            Σπάνια: υπερσακχαραιμία, διαβήτης.  <b>Αλληλεπίδραση:</b> αντισταμινικά, σισαπρίδη, αλκαλοειδή εργοταμίνης, υπνωτικά ηρεμιστικά, ριφαμπικίνη, ριφαμπουτίνη, από του στόματος αντισυλληπτικά, δελαβιρδίνη, άλλοι αναστολείς πρωτεάσης (PI).  <b>Ριτοναβίρη (RIT)</b>  <b>Τοξικότητα:</b> Συχνές γαστρεντερικές διαταραχές, ζωστηροειδείς παραισθησίες.</p>

<p><b>Λαμβουδίνη (3TC)</b>  <b>Τοξικότητα:</b> κεφαλαλγία, κάματος, γαστρεντερικές διαταραχές, εξάνθημα.  Ενίοτε: παγκρεατίτιδα, ουδετεροπενία, ηπατίτιδα.  <b>Σταβουδίνη (d4T)</b>  <b>Τοξικότητα:</b> κεφαλαλγία, γαστρεντερικές διαταραχές, εξάνθημα.  Ενίοτε: περιφερική νευροπάθεια, παγκρεατίτιδα, ηπατίτιδα.  <b>Αλληλεπίδραση:</b> ZDV  <b>Ζαλοσιταβίνη (ddC)</b>  <b>Τοξικότητα:</b> κεφαλαλγία, κάματος. Σπάνια: περιφερική νευροπάθεια, παγκρεατίτιδα, ηπατίτιδα, εξάνθημα, στοματικά έλκη, αναιμία ουδετεροπενία.  <b>Αλληλεπίδραση:</b> σιμετιδίνη, αμφοτερικίνη, φωσκαρνάτη, αμινογλυκοσίδες, αντιόξινα, πενταμιδίνη, ddl (διδανοσίνη).</p>	<p>Σπάνια: αυτόματες επιστάξεις σε αιμοροφιλικούς, παγκρεατίτιδα, αύξηση τριγλυκεριδίων, χοληστερόλης, υπεργλυκαιμία διαβήτης.  <b>Αλληλεπίδραση:</b> ιδέ νελφίναβιρη.  <b>Σακουίναβιρη (SQV)</b>  <b>Τοξικότητα:</b> γαστρεντερικές διαταραχές.  Σπάνια: αυτόματες επιστάξεις σε αιμοφιλικούς, υπεργλυκαιμία, διαβήτης.  <b>Αλληλεπίδραση:</b> ιδέ νελφίναβιρη.  <b>Ινδιναβιρη (IND)</b>  <b>Τοξικότητα:</b> γαστρεντερικές διαταραχές, κεφαλαλγία, ασυμπτωματική υπερχολερυθριναιμία.  Ενίοτε: αυτόματες επιστάξεις σε αιμοροφιλικούς, υπεργλυκαιμία, διαβήτης, νεφρολιθίαση.  <b>Αλληλεπίδραση:</b> ιδέ νελφίναβιρη. Γεύματα (λήψη με άδειο στομάχι). Ενυδάτωση για κίνδυνο νεφρολιθίασης.<sup>14</sup></p>
---	--

Σήμερα οι κλινικές μελέτες στα παιδιά δεν έχουν ομάδα ελέγχου και όλες οι ομάδες παίρνουν την ενδεδειγμένη για το παιδί αντιρετροϊκή θεραπεία.<sup>12</sup>

### 6.3. Κύηση και αντιρετροϊκή θεραπεία.

Η κύηση και ο τοκετός οροθετικών γυναικών είναι σημαντικό ιατρικό αλλά και κοινωνικό πρόβλημα. Η σύγχρονη αντιρετροϊκή αγωγή μπορεί να μειώσει σημαντικά τον κίνδυνο γέννησης μολυσμένων παιδιών υπό την προϋπόθεση της έγκαιρης διάγνωσης της οροθετικότητας της μέλλουσας μητέρας και της ορθής θεραπευτικής αντιμετώπισης.<sup>16</sup>

Παρουσιάζονται 20 περιπτώσεις HIV (+) γυναικών που τεκνοποίησαν κατά το χρονικό διάστημα 1994 - 1999. Σε 7.120 χορηγήθηκε IV AZT κατά την διάρκεια του τοκετού 0,3 από τις 7 ασθενείς είχαν γνώση της οροθετικότητας και συνέλαβαν με δική τους απόφαση. Οι



ασθενείς αυτές έλαβαν αντιρετροϊκή αγωγή και κατά τη διάρκεια της κύησης από τη 14η βδομάδα της. Σε όλες τις περιπτώσεις γεννήθηκαν υγιή παιδιά χωρίς να σημειωθούν μέχρι τώρα ανεπιθύμητες ενέργειες σε αυτά. Στις υπόλοιπες 13 η διάγνωση της HIV λοίμωξης έγινε μετά τον τοκετό και σε 3 από αυτές η διάγνωση έγινε πρώτα στο νεογνό. Από τις ασθενείς αυτές γεννήθηκαν 8 παιδιά υγιή και 6 μολυσμένα αφού η μία γέννησε μολυσμένα δίδυμα.

Η διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων είναι στατιστικά οριακά μόνο σημαντική και προφανώς οφείλεται στο μικρό μέγεθος του δείγματος. Είναι όμως βιολογικά σημαντικότερη λόγω της μηδενικής συχνότητας που παρατηρήθηκε στις γυναίκες που έλαβαν αγωγή.<sup>16</sup>

Στο δείγμα που παρουσιάζεται ιδιαίτερα σημαντικό είναι το στοιχείο της όψιμης διάγνωσης της οροθετικότητας των εγκύων. Ουσιαστικά, με την εξαίρεση των ασθενών που γνώριζαν την κατάστασή τους πριν την κύηση σε όλες τις περιπτώσεις η διάγνωση έγινε με σημαντική ως ανεπανόρθωτη καθυστέρηση. Επισημαίνεται η αναγκαιότητα ένταξης της εξέτασης για αντι-HIV αντισώματα στον παρακλινικό έλεγχο ρουτίνας που δίνεται από το γυναικολόγο σε κάθε υποψήφια μητέρα αμέσως με τη διάγνωση της κύησης.<sup>16</sup>

#### **6.4. Ανοσοθεραπεία και χορήγηση βιταμίνης Α.**

Κλινικές μελέτες αξιολόγησαν τη δυνατότητα μείωσης της συχνότητας κάθετης μετάδοσης με τη χρήση ανοσοσφαιρίνης G με μη ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Άλλη μελέτη αξιολόγησε τη δυνατότητα διέγερσης του ανοσοποιητικού της HIV + εγκύου με ενεργητικούς εμβολιασμούς με το σκεπτικό ότι θα μπορούσαν να βοηθήσουν την μητέρα καθ'όλη τη διάρκεια της κύησης. Απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή η χρήση εμβολιασμών γιατί προκαλούν αύξηση του ιικού HIV RNA φορτίου στα πλάσματα της εγκύου.<sup>14</sup>

Μελέτες στο Μαλάουι και την Κένυα έδειξαν ότι εξεσημασμένη αβιταμίνωση Α προκαλεί αύξηση της συχνότητας κάθετης μετάδοσης λόγω αυξημένου ιικού HIV φορτίου στο γάλα. Υπάρχουν ήδη μελέτες σε εξέλιξη για τη χορήγηση σε υψηλές δόσεις βιταμίνης Α καθ'όλη τη διάρκεια κύησης του τοκετού.<sup>14</sup>

#### **6.5. (α) Πρόληψη - Εμβόλια και τύποι εμβολίων (πίνακας) (πλεονεκτήματα - μειονεκτήματα).**

Είναι απαραίτητη και επείγουσα ανάπτυξη ενός ασφαλούς προληπτικού εμβολίου. Παρά την δεκαετή έρευνα για την ανακάλυψη ιδανικού εμβολίου βρισκόμαστε ακόμα σε πρόδρομα σημεία ερευνητικής μελέτης.

Το εμβόλιο έναντι του ιού HIV πρέπει να έχει τις ακόλουθες ιδιότητες για να θεωρηθεί επιτυχές:

- A. Να χορηγείται εύκολα.
- B. Να παραμένει αναλλοίωτο κατά την αποθήκευσή του και να μεταφέρεται εύκολα.
- Γ. Να προφυλάσσει ύστερα από έκθεση στον ιό HIV μέσω του βλεννογόνου και παρεντερικής οδού.
- Δ. Να προκαλεί ικανοποιητική αντίδραση και σταθερά ανοσολογική απάντηση.
- Ε. Να είναι ασφαλές και καλό ανεκτό από το άτομο.
- Ζ. Να προφυλάσσει από λοίμωξη από ιό HIV και όχι μόνο από την εμφάνιση κλινικών εκδηλώσεων.

Για να επιτευχθεί η κατασκευή του ιδανικού εμβολίου όπως προδιαγράφεται πιο πάνω απαιτείται να βρεθούν σημαντικά χρηματικά ποσά. Στον δυτικό κόσμο έμφαση έχει δοθεί στην έρευνα των αντιρετροϊκών φαρμάκων για την καταπολέμηση της νόσου σε αυτούς που έχουν ήδη προσβληθεί και όχι στην έρευνα για πρόσληψη της επιδημίας

μέσω εμβολίου που είναι εξίσου απαραίτητη για τις αναπτυσσόμενες και ανεπτυγμένες χώρες.

Οι πιθανοί μηχανισμοί μέσω των οποίων πρέπει να δράσει ένα προληπτικό εμβόλιο κατά του ιού HIV, είναι δύσκολο να κατανοηθούν ακόμα και σήμερα. Ένας δεύτερος στόχος στην έρευνα του εμβολίου έναντι του HIV είναι η παρασκευή εμβολίου που όταν χορηγηθεί σε ασθενείς με ασθενείς με HIV λοίμωξη να διεγείρει το ανοσοποιητικό σύστημα και να βελτιώνει την κλινική πορεία της νόσου. Εώς σήμερα όλες οι κλινικές, μελέτες έχουν δώσει αρνητικά αποτελέσματα αλλά νέες μελέτες βρίσκονται εν εξελίξει. Ομάδα ερευνητών από την Αυστραλία χρησιμοποιεί σε ασθενείς με HIV λοίμωξη ιικού τύπου σωματίδια που προσομοιάζουν με την p24 gag πρωτεΐνη.<sup>14</sup>

### ΠΙΝΑΚΑΣ

<u>Είδος εμβολίων</u>	<u>Πλεονεκτήματα</u>	<u>Μειονεκτήματα</u>
1. Ζωντανός εξασθενημένος πλήρης ιός.	Η καλύτερη προστατευτική ανοσία επιτυχή πειράματα σε πιθήκους.	Σημαντικός κίνδυνος πρόκλησης HIV νόσου από μετάλλαξη ζωντανού ιού. Ανασφαλές.
2. Εμβόλιο Siv Dnef.	Παρατεταμένη ισχυρή προστασία για HIV λοίμωξη.	Ταχεία ανάπτυξη ανοχής.
3. Εμβόλια υποομάδων ιικού περιβλήματος gp120	Ασφαλές. Συνδυάζεται με εμβόλιο ξενιστών κλινικά πιο μελετημένο και εξελιγμένο εμβόλιο.	Χαμηλή απάντηση για εξουδετερωτικά αντισώματα. Ειδική απάντηση για ορισμένα στελέχη.
4. Ιός ξενιστής HIV DNA. Σε συνδυασμό με εμβόλιο υποομάδας περιβλήματος canarypox/HIV envelope.	Ασφαλές	Χαμηλή απάντηση εξουδετερωτικών αντισωμάτων. Ειδική απάντηση για ορισμένο HIV στέλεχος. <sup>14</sup>
5. DNA εμβόλιο.	Καλή απάντηση για διέγερση κυτταρικών T-λεμφοκυττάρων. Ενίσχυση ανοσολογικής αντίδρασης τύπου Th-1 (πρωτολοίμωξη). Ασφαλές. <sup>14</sup>	

### **6.5. (α) Ένας από τους τύπους εμβολίων.**

Ορισμένοι ερευνητές έδειξαν ότι εμβολιασμός σε πίθηκο *macaque* με ζώντα φυσικά εξασθενημένα στελέχη του ιού SIV προφυλάσσει από την εκδήλωση νόσου Aids σε ενήλικες και νεογνά πιθήκων όταν έρθουν σε επαφή με άγριο ιό SIV αλλά δεν προφυλάσσει από την μόλυνση. Οι μελέτες από προηγούμενα εμβόλια ήταν αποθαρρυντικές γιατί δεν παρείχαν προστατευτική ανοσία.

Σήμερα πιστεύεται ότι εμβόλια από ζώντα εξασθενημένο ιό είναι η πιο αποτελεσματική μορφή εμβολίου. Ο πρώτος λόγος είναι ότι ο ιός είναι μεν εξασθενημένος αλλά παραμένει ανέπαφος και διατηρεί την ικανότητα πολλαπλασιασμού. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό για την αποτελεσματική παρουσίαση των αντιγόνων του ιού στο ανοσολογικό σύστημα και τη συνδυασμένη απάντηση των B και των CD<sub>8</sub> + T κυττάρων.<sup>14</sup>

Ο δεύτερος λόγος είναι ότι οι εξασθενημένοι ιοί διατηρούν την ικανότητα να εισέρχονται εντός του πυρήνος των κυττάρων και να παρέχουν ιικά νουκλεϊκά οξέα απαραίτητα για την διέγερση των CD<sub>8</sub> + T κυττάρων. Το κυριότερο επομένως πλεονέκτημα των εμβολίων με ζώντες εξασθενημένους πλήρεις ιούς είναι η αποτελεσματική παρουσίαση των αντιγόνων στο ανοσοποιητικό σύστημα και η διέγερση των T - κυττάρων.

Ο μεγαλύτερος κίνδυνος από τη χρήση εμβολίων από ζώντα εξασθενημένο ιό είναι η πιθανή εκδήλωση λοίμωξης ή ακόμα και νόσου Aids από το εμβόλιο, χωρίς να έλθει ποτέ σε επαφή ο εμβολιαζόμενος με τον άγριο τύπο του HIV-1<sup>14</sup>.

### **6.5. (β) Δυσκολίες για μελλοντική ανάπτυξη εμβολίου.**

Ο ιός HIV-1 εμφανίζει ασυνήθη εμπόδια για το σχεδιασμό ενός ικανοποιητικού εμβολίου.

A. Αρχικά καταστρέφει τα CD<sub>9</sub> + 4 κύτταρα που προσφέρουν κρίσιμες βοηθητικές λειτουργίες για την πρωτογενή αντισωματική απάντηση, την CTL απάντηση καθώς και την ανάπτυξη της ανοσολογικής μνήμης.

B. Ο ιός HIV επιπλέον μπορεί να αναπαράγεται συνεχώς και με υψηλές ταχύτητες με την χρήση σαν καταλυτών των λεμφοξιδιακών δενδρικών κυττάρων και των δενδριτικών κυττάρων του λεμφικού ιστού. Η βασική λειτουργία των FDC και DC υπό φυσιολογικές συνθήκες είναι να αποτελούν τους βασικούς βοηθητικούς παράγοντες που παρουσιάζουν τα ιικά αντιγόνα στα B και T κύτταρα.

Στη λοίμωξη όμως από τον HIV-1 συμβαίνει το παράδοξο τα FDC και DC να χρησιμεύουν ως δεξαμενές που παρέχουν λοιμογόνους ιούς και μολύνουν τα T κύτταρα. Έτσι δεν μπορεί να λειτουργήσει ο μηχανισμός ενός εμβολιασμού όπως γίνεται με πετυχημένα εμβόλια άλλων ιών διότι μολύνεται από τον ιό και εξασθενεί το ίδιο ακριβώς το σύστημα ανοσολογικής απάντησης.

Γ. Ο ιός HIV έχει μία πληθώρα μηχανισμών με τους οποίους μπορεί να ξεγελάσει την άμυνα του ξενιστού. Ένας από αυτούς είναι η μεγάλη ταχύτητα των μεταλλάξεων, που είναι αναπόφευκτο όπλο των ρετροϊκών λόγω της ικανότητάς τους για μεγάλες ταχύτητες πολλαπλασιασμού.

Δ. Τα εξουδετερωτικά αντισώματα έναντι του HIV-1 μυστηριωδώς δεν επάγονται αν η μη εξουδετερωτική αντισωματική απάντηση είναι έντονος. Πιθανώς αυτό εξηγείται από το ότι ειδικά HIV-1 βοηθητικά κύτταρα συνήθως φονεύονται κατά την οξεία πρωτολοίμωξη.

E. Τα ειδικά CTL διεγείρονται αλλά ο ιός έχει πολλούς μηχανισμούς διαφυγής όπως να μεταλλάσσει κρίσιμα πεπτιδία που είναι οι στόχοι των CTL ή να δημιουργεί ανταγωνιστές των

### **6.5. (γ) Πρόγραμμα εμβολιασμών παιδιών με HIV λοίμωξη.**

A. Κλασσικός εμβολιασμός έναντι της ηπατίτιδας B, DTP, DTaP και Hib.

B. Το MMR δεν πρέπει να χορηγείται στην ανοσολογική κατηγορία 3 κατά CDC λόγω κινδύνου διασποράς των ζώντων εξασθενημένων ιών του εμβολίου.

Γ. Συνιστώνται οι κάτωθι τροποποιήσεις εμβολιασμών:

Το αδρανοποιημένο εμβόλιο έναντι πολυμυελίτιδος (IPV) πρέπει να χορηγηθεί σε αντικατάσταση του εμβολίου από το στόμα κατά της πολυμυελίτιδας (OPV) τόσο στα HIV θετικά παιδιά όσο και σε αυτούς που ζουν στο ίδιο σπίτι. Ιοί του εμβολίου από το στόμα απεκκρίνονται με τα κόπρανα για μεγάλη χρονική περίοδο και έχει φόβο τα ανοσοκατασταλμένα άτομα να προσβληθούν από πολυμυελίτιδα με αίτιο τους ζώντες ιούς του εμβολίου.

Δ. Συνιστώνται οι κάτωθι εμβολιασμοί: Το πνευμονοκοκκικό εμβόλιο συνιστάται για τη χορήγηση στα παιδιά ηλικίας μεγαλύτερης των 2 ετών. Ακόμη συνιστάται ο ετήσιος εμβολιασμός κατά του ιού της γρίππης ινφλουένζας για τα παιδιά άνω των 6 μηνών καθώς και για τ'άτομα που μένουν μαζί.<sup>14</sup>

E. Προφύλαξη κατά της φυματίωσης.

Συνιστάται ετήσιος έλεγχος όλων των HIV + παιδιών για φυματίωση καθώς και των μελών της οικογένειάς τους με δερματικές φυματινοαντιδράσεις. Η δερμοαντίδραση PPD συνιστάται να γίνεται πάντα με ταυτόχρονο έλεγχο και για άλλα αντιγόνα για αξιολόγηση αλλεργίας. Η χρήση του DCG σε ασυμπτωματικά HIV (+) νεογνά δεν έχει συνδεθεί με αυξημένο κίνδυνο διασπάρτου λοίμωξης από άτυπα μικροβακτηρίδια. Λόγω όμως του πιθανού κινδύνου δεν πρέπει να χορηγείται σε HIV (+) συμπτωματικά παιδιά ή σε παιδιά με μέτρια ή βαρεία ανοσοκαταστολή.

ΣΤ. Εάν HIV + παιδιά εκτεθούν σε ανεμοβλογιά συνιστάται η Μ χορήγηση υπερανόσου σφαιρίνης έναντι του ιού ανεμοβλογιάς έρπητα ζωστήρα εντός 72 ωρών από την έκθεση.<sup>14</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο



*Του Αντώνη Καλαμάρα*



### 7.1. (α) Προβλήματα θρέψης σε παιδιά με HIV λοίμωξη, καθυστέρηση στην ανάπτυξη.

Η καθυστέρηση στην ανάπτυξη και θρέψη των παιδιών με HIV λοίμωξη οφείλεται:

1. Στη μείωση πρόσληψης τροφής λόγω αλλοιώσεων του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας, του οισοφάγου και του γαστρεντερικού σωλήνα, που προκαλούν ναυτία, ανορεξία, πόνο και απώλεια όρεξης.

2. Στις νευρολογικές επιπλοκές που προκαλούν διαταραχές στους μηχανισμούς κατάποσης της τροφής.

3. Στην ανεπαρκή απορρόφηση της τροφής λόγω HIV εντεροπάθειας ή άλλων ευκαιριακών λοιμώξεων που εντοπίζονται στο γαστρεντερικό σωλήνα.

4. Στην αύξηση των απαιτήσεων του μεταβολισμού του παιδιού λόγω των χρόνιων φλεγμονωδών νοσημάτων που συνοδεύουν την HIV λοίμωξη.

5. Στη μείωση της πρόσληψης τροφής λόγω τοξικότητας και ανεπιθύμητων ενεργειών από διάφορα φάρμακα που παίρνει το παιδί για την αντιμετώπιση του Aids, των ευκαιριακών λοιμώξεων και των συνοδών καταστάσεων.

6. Πολλά παιδιά με HIV λοίμωξη ζουν σε επίπεδο φτώχειας και βρίσκονται εκ των προτέρων σε οριακό σημείο διατροφής. Αναφέρεται ανεπάρκεια πρόσληψης για το σελήνιο, σίδηρο, ψευδάργυρο, βιταμίνες Β<sub>6</sub>, Α και Ε που εκδηλώνονται με νευρολογικά και καρδιολογικά παθολογικά κλινικά σημεία και συμβάλλουν στην εμφάνιση εξανθημάτων, αναιμίας, θρομβοπενίας και λευκοπενίας.<sup>14</sup>

### 7.1. (β) Συχνές παθήσεις σε παιδιά με HIV λοίμωξη.

1. Πνευμονία από πνευμονοκύστη *carinii*: προκαλεί διάμεση πνευμονίτιδα σε βρέφη και παιδιά των οποίων η αμυντική ικανότητα είναι ελαττωμένη. Έχει αποδειχθεί το μεγαλύτερο πρόβλημα των ασθενών με Aids. Δεν έχει ταξινομηθεί αν και πιστεύεται ότι είναι μύκτηας ή έχει σχέση με ζυμομύκητες ή σποροζώο.

Οι ακτινογραφίες του θώρακα απεικονίζουν διάμεση πνευμονίτιδα και τα φυσικά σημεία όπως ταχύπνοια, δύσπνοια, βήχας και πυρετό. Υπάρχει χαρακτηριστική υποξαιμία. Η διάγνωση τίθεται με τη βιοψία του πνεύμονα. Η κοτριμοξαζόλη είναι το φάρμακο εκλογής που χορηγείται IV ή από το στόμα.

Η χρήση ισεθιονικής πενταμιδίνης σε IV ή IM χρήση αποτελεί επίσης αποτελεσματική θεραπεία. Γενικά μέτρα είναι η χορήγηση οξυγόνου.<sup>17</sup>

2. Τοξοπλάσωση σε ανοσοκατεσταλμένο ξενιστή.

Σε αυτήν την περίπτωση μπορεί να εκδηλωθεί ως συστηματική νόσος κυρίως σε ασθενείς που λαμβάνουν ανοσοκατασταλτικά φάρμακα. Η εγκεφαλίτιδα και τα εντοπισμένα εγκεφαλικά αποστήματα όπως η πνευμονίτιδα και μυοκαρδίτιδα μπορούν να παρατηρηθούν ακόμη. Πρόκειται για το τοξόπλασμα *gondii* ένα υποχρεωτικό ενδοκυττάριο παράσιτο που βρίσκεται σε πολλά ζώα και πτηνά.<sup>17</sup>

3. Κρυπτοσποριδίαση: Το κρυπτοσπορίδιο αποτελεί αίτιο χρόνιας υδαρούς διάρροιας σε παιδιά με HIV λοίμωξη. Αυτή είναι δύσκολο να εκριζωθεί.

Η κλινική αντιμετώπιση περιλαμβάνει αντικατάσταση ύδατος και ηλεκτρολυτών, διαιτητική ενίσχυση και χρήση αντιδιαρροϊκών παραγόντων.

Η χρήση παραμομφκίνης έχει βρεθεί ότι είναι αποτελεσματική. Η χορήγηση του φαρμάκου είναι υποδόρια ή IV στις ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνεται η παγκρεατίτιδα.<sup>14</sup>

#### 4. Λεμφοειδής διάμεσος πνευμονίτιδα.

Χαρακτηρίζεται από διάσπαρτη διήθηση από λεμφοκύτταρα του διάμεσου ιστού του πνεύμονα που επηρεάζει την ανταλλαγή των αερίων. Αποτελούσε το 25% των συνδρόμων που παλαιότερα κατέτασσαν το HIV + παιδί στο σύνδρομο Aids.

Παρουσιάζει αυξημένη επίπτωση σε παιδιά που έχουν μολυνθεί κατά την περιγεννητική περίοδο.

Συσχετίζεται με την αρχική έκθεση στον ιό Epstein - Barr. Μπορεί για πολλά χρόνια τα παιδιά να μείνουν ασυμπτωματικά παρά την εκσεσημασμένη προσβολή των πνευμόνων. Σε άλλα παιδιά εμφανίζονται δευτερογενείς μικροβιακές λοιμώξεις που απαιτούν επιθετική φαρμακευτική αγωγή για ν' αποφευχθεί μόνιμη βλάβη του πνευμονικού παρεγχύματος. Άλλα παιδιά εκδηλώνουν βρογχεκτασίες που μπορεί να εξελιχθούν σε χρόνια αναπνευστική ανεπάρκεια. Η φυσιοθεραπεία και η χρόνια χορήγηση αντιβιοτικών έχει βρεθεί ότι μπορεί να βοηθήσει. Τα κορτικοειδή χρησιμοποιούνται σ' ένα μικρό αριθμό παιδιών που αναπτύσσουν υποξαιμία ως επιπλοκή της λεμφοειδούς διαμέσου πνευμονίτιδας.<sup>14</sup>

### **7.2. Η εμφάνιση του Aids κατά την εφηβεία.**

Η εφηβεία είναι η περίοδος της ζωής κατά την οποία ο άνθρωπος συνεχίζει ν' αναπτύσσεται αλλά ήδη έλκεται από την αναζήτηση, την ηδονή του κινδύνου, τον σεξουαλικό πειραματισμό ενώ αισθάνεται άτρωτος. Τα πιο πάνω καθιστούν την εφηβεία ως την πιο υψηλού κινδύνου περίοδο της ανθρώπινης ζωής για μόλυνση από τον ιο HIV.

Κοινωνιολογικές μελέτες έδειξαν ότι προδιαθεσικοί παράγοντες για μόλυνση από τον ιό HIV στους εφήβους είναι:

1. Η διακοπή από τις σπουδές στο γυμνάσιο ή στο λύκειο.
2. Να υπάγεται ο έφηβος σε προβληματικές φυλετικές ομάδες ή σε χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου εθνικές μειονότητες.
3. Η ανάγκη της συχνότητας των αφροδίσιων νοσημάτων, κυρίως στις δυτικές χώρες κατά την εφηβεία.
4. Η αύξηση του αριθμού αγάμων εγκύων εφήβων γυναικών κυρίως στις Η.Π.Α.

Στους εφήβους ο κύριος τρόπος μετάδοσης του ιού είναι η σεξουαλική επαφή κάθε είδους. Το 42% των νοσούντων εφήβων οφείλεται σε μετάδοση του ιού με ομοφυλοφιλική επαφή, το 33% των εφήβων γυναικών με ετεροσεξουαλική επαφή. Η χρήση IV ναρκωτικών και ο συνδυασμός πορνείας και ναρκωτικών καλύπτουν το υπόλοιπο ποσοστό στον τρόπο μετάδοσης σε εφήβους και των δύο φυλών.<sup>14</sup>

### **7.3. Παιδιά με Aids και σχολείο.**

Δεν είναι απαραίτητο το προσωπικό του σχολείου να ενημερωθεί ποιός έχει ή δεν έχει Aids. Οποσδήποτε τα παιδιά αυτά θα πρέπει να συνεχίσουν να πηγαίνουν στο σχολείο. Με τις μέχρι τώρα ενδείξεις δεν υπάρχει κανένας κίνδυνος μετάδοσης του ιού από τα μολυσμένα παιδιά σε άλλους συμμαθητές τους είτε κάθονται μαζί είτε παίζουν, είτε έχουν φιλικές σχέσεις.

Αν ωστόσο το παιδί είναι πολύ άρρωστο θα ήταν μαρτυρικό να συνεχίσει τις σπουδές του στο σχολείο. Τα μέτρα που θα πρέπει να παρθούν για το παιδί που έχει Aids είναι:

1. Να μην επωνομάζεται "το παιδί με το Aids".
2. Να γίνει ενημέρωση του παιδιού να παίζει με παιχνίδια που πιθανόν θα προκαλέσουν αιμορραγία.

3. Να γίνει ενημέρωση των δασκάλων για τα μέτρα προφύλαξης και τους τρόπους αντιμετώπισης του παιδιού αν αιμορραγίσει.<sup>11</sup>

#### 7.4. Aids και εργασιακός χώρος.

Το άτομο που έχει μολυνθεί από τον ιό του Aids δεν προκαλεί κίνδυνο υγείας για τους συνεργάτες του και δεν υπάρχει ιατρική αιτία ώστε ο εργοδότης ν'απολύσει αυτόν. Αν ένα άτομο απολυθεί επειδή έχει Aids αυτό αντιτίθεται στους εργασιακούς νόμους και ο εργοδότης του διώκεται ποινικά. Ο ιός δεν μεταδίδεται αν ο φορέας του Aids χρησιμοποιεί τα ίδια αντικείμενα στη δουλειά με τους συνεργάτες του.<sup>11</sup>

## ΤΟ AIDS ΔΕΝ ΜΕΤΑΔΙΔΕΤΑΙ: ΧΩΡΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

**1** ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ( γραφομηχανή, υπολογιστής κ.λπ.)

**2** ΤΗΛΕΦΩΝΟ

**3** ΕΡΓΑΛΕΙΑ

**4** ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΕΣ ΜΑΣΚΕΣ

**5** ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ ΣΕ ΣΤΕΝΗ ΕΠΑΦΗ

**6** ΦΟΡΕΑΣ ή ΑΣΘΕΝΗΣ ΣΤΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ **ΔΕΝ** ΜΕΤΑΔΙΔΕΙ ΤΟΝ ΙΟ ΕΑΝ **ΔΕΝ** ΑΙΜΟΡΡΑΓΕΙ.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8ο



Του ΑΡΚΑ

### 8.1. (α) Ψυχολογικά προβλήματα των ασθενών με Aids.

Οι ψυχικές διαταραχές που εμφανίζονται στους ασθενείς με ΣΕΑΑ απορρέουν:

- A. Από την συνειδητοποίηση της τραγικότητας της πάθησής τους.
- B. Τις νευρολογικές διαταραχές του ΚΝΣ που προκαλεί η πάθηση.
- Γ. Την αρνητική στάση του κοινωνικού συνόλου απέναντι σε αυτούς. Οι 4 αλληλοδιαδοχικές φάσεις είναι:

1. η αρχική φάση
2. η μεταβατική κατάσταση
3. η κατάσταση ανεπάρκειας ή αποδοχής
4. η προπαρασκευή για το θάνατο.<sup>8</sup>

#### **1. Η αρχική φάση.**

Από μελέτες έχει επισημανθεί ότι η κατάσταση κρίσης που αρχίζει με τη διαπίστωση της πάθησης έχει κύριο χαρακτηριστικό την "ψυχική άρνηση" που εναλλάσσεται σε περιόδους έντασης και άγχους". Όταν η άρνηση εκδηλώνεται με ήπιο ή μέτριο χαρακτήρα έντασης ο ασθενής υπακούει τις ιατρικές εντολές που του δίνονται και αυτό αποτελεί ελπιδοφόρο μήνυμα για το ξεπέρασμα της κρίσης στην πορεία. Όταν η άρνηση γίνεται έντονη ο ασθενής υιοθετεί θέσεις αδιαφορίας ή απάθειας, δεν εκτελεί τις ιατρικές οδηγίες και κινδυνεύει να οδηγηθεί στα επικίνδυνα μονοπάτια της περιθωριοποίησης.<sup>8</sup>

Μία από τις πιο σημαντικές αντιδράσεις είναι η ενδοψυχική σύγκρουση που γεννιέται από την αρνητική στάση του οικογενειακού περιβάλλοντος του πάχοντα προς αυτόν, όταν τα μέλη της οικογένειας αιφνιδιάζονται από την αποκάλυψη της ομοφυλοφιλίας που έχει και μέχρι τότε ήταν άγνωστη. Το "στίγμα" που συνδέεται άρρηκτα με το ΣΕΑΑ συνοδεύει τους πάσχοντες είτε είναι άνδρες είτε είναι γυναίκες ή ακόμη και

παιδιά. Σε αυτό το στάδιο εκδηλώνουν "εσωστρέφεια" με αποτέλεσμα η λήψη ιστορικού από αυτούς να παρουσιάζει δυσκολίες.<sup>8</sup>

## **2. Μεταβατική κατάσταση.**

Αρχίζει όταν η ψυχική άρνηση δίνει τη θέση στην έντονη αυτοκριτική που γίνεται με εκρήξεις θυμού αλλά και οίκτου προς τον εαυτό του. Το άγχος που κυριαρχεί ενισχύεται από την αδυναμία αποδοχής της θανατηγόρας νόσου. Ο ασθενής βασανίζεται από ερωτήματα του τύπου "γιατί να μου συμβεί αυτό". Στη φάση αυτή η ένταση του ψυχισμού, η σύγχυση, η έντονη ευερεθιστότητα και οι ενοχές φαίνεται να επικρατούν.<sup>8</sup> Αλλαγές στην συμπεριφορά, αναζήτηση εκ νέου της ταυτότητας, αναθεώρηση αξιών, διάθεση για αποξένωση από το οικογενειακό και κοινωνικό περίγυρο. Όλα αυτά αποτελούν εκλυτικούς παράγοντες που τονίζουν εντονότερα την τάση για αυτοκαταστροφή. Στη φάση αυτή πολλοί είναι οι ασθενείς που μόνοι ή συνοδευόμενοι καταφεύγουν σε γιατρούς αισθανόμενοι έντονα την ανάγκη για λήψη ιατρικών οδηγιών. Ο ασθενής εμφανίζεται εξαιρετικά ευαίσθητος στην προσέγγιση του προς τους άλλους ή τυχόν απωθήσεις από τον κοινωνικό περίγυρο τον πληγώνουν ανεξίτηλα και τον οδηγούν όχι σε επιθετικές ενέργειες αλλά σε μελαγχολία και κατάθλιψη.<sup>8</sup>

## **3. Κατάσταση ανεπάρκειας και αποδοχής.**

Στην κατάσταση αυτή χαρακτηρίζεται εκείνη η φάση κατά την οποία ο ασθενής έχει πιά πεισθεί πως δεν υπάρχουν γι' αυτόν άλλα περιθώρια για ενδοψυχικές συγκρούσεις. Γνωρίζει ότι η ευερεθιστότητα, η άρνηση, ο οίκτος του εαυτού του και η κατάθλιψη δεν οδηγούν στην έξοδο του από το τέλμα. Γι' αυτό και αναγκάζεται να αποδεχτεί την πάθησή του. Κύριο μέλημα λοιπόν είναι η αναπτέρωση του ηθικού και η ψυχραιμη τακτική με τα χρώματα, του αλτρουισμού και της φιλοσοφημένης διάθεσης.



Ωστόσο η αποδοχή θεωρείται κατάσταση ανεπάρκειας επειδή προσκρούει στο γεγονός ότι οι πάσχοντες έχουν υποστεί απώλεια της υγείας, ελάττωση των ενεργειακών δυναμικών, απώλεια ενδεχόμενα της εργασίας ή μείωση των οικονομικών πόρων και κατά συνέπεια έχουν δεχτεί ισχυρό πλήγμα στην ανεξαρτησία τους. Η τοποθέτησή τους σε περιβάλλον που ανακλά φιλική διάθεση, εμπνέει εμπιστοσύνη και εξασφαλίζει τον οικονομικό παράγοντα, προκαλεί ανακούφιση, εξουδετερώνει τις αρνητικές ψυχικές παρορμήσεις και αναδύει νέα διάθεση για ζωή έστω και με την πάθηση.<sup>8</sup>

#### **4. Προετοιμασία για τον θάνατο.**

Η κατάσταση αρχίζει πρακτικά από τη στιγμή που διαπιστώνεται στον πάσχοντα η παρουσία ευκαιριακής λοίμωξης γιατί γνωρίζει ότι οι ευκαιριακές λοιμώξεις υποδηλώνουν το πλήρες ΣΕΑΑ και σημαίνουν την τελική "ευθεία" προς το θάνατο.

Πολλοί είναι εκείνοι που αρχίζουν να σκέπτονται σοβαρά ότι η αυτοκτονία είναι η πλέον καλύτερη λύση. Στην περίοδο αυτή οι πάσχοντες κυριαρχούνται από την εικόνα του επερχόμενου θανάτου και κύριο μέλημα αποτελεί η προετοιμασία για το αναπόφευκτο.

Τέλος, Οι ασθενείς κατατρέχονται από τα βασανιστικά ερωτήματα πως, που και πότε θα πεθάνουν ενώ δεν λείπουν οι απαιτήσεις για ικανοποίηση επιθυμιών που πολλές φορές είναι υπερβολικές.

Απευθυνόμενοι σε αυτούς που ασχολούνται με την νοσηλεία των ασθενών με ΣΕΑΑ τονίζουμε ότι είναι ανάγκη να δίνουν μεγάλη σημασία στην ψυχολογική υποστήριξη των πασχόντων.<sup>8</sup>

#### **8.1. (β) Προβλήματα στον γενικό πληθυσμό.**

Στα πρώτα χρόνια της επιδημίας του Aids ο κόσμος είχε την τάση ν'αντιμετωπίζει την ασθένεια ως απειλή μόνο των μελών συγκεκριμένων

ομάδων. Αργότερα η προσοχή που έδωσαν τα ΜΜΕ και η εξέλιξη του Aids στους αιμορροφιλικούς και στους αποδέκτες μετάγγισης αίματος, αύξησε την δημόσια γνώση ότι το Aids μπορεί να επηρεάσει τον γενικό πληθυσμό. Παράλογοι φόβοι για την μετάδοση του ιού εκφράζονταν σε λογομαχίες σχετικά με το αν θα επιτρεπόταν στα παιδιά με Aids να παρακολουθήσουν το σχολείο, φόβοι γεννήθηκαν σχετικά με την δωρεά αίματος ακόμη και για την κοινή επαφή μ'ένα ασθενή του Aids.

Πολλοί ψυχολογικοί, κοινωνικοί καθώς και ιατρικοί παράγοντες οδήγησαν στην δημόσια ανησυχία και τον φόβο. Η κοινωνική ανησυχία προκλήθηκε από την αρχή της θανατηφόρας ασθένειας που διαδέχθηκε τον καινούργιο μεταδοτικό ιό, την αναγνώριση του Aids στους ομοφυλόφιλους και στους χρήστες ναρκωτικών και στην ιδέα ότι η ασθένεια συνδέθηκε με κοινωνική απόρριψη και τις ηθικές και θρησκευτικές κρίσεις που έγιναν για μέλη των υψηλών ομάδων κινδύνου.

Η δημόσια εκπαίδευση σχετικά με την έλλειψη κινδύνου μόλυνσης HIV με την καθημερινή επαφή έχει βοηθήσει να νικηθεί ο φόβος. Η τεκμηρίωση της ετεροσεξουαλικής μετάδοσης έχει εξασθενήσει την σχέση του Aids με συγκεκριμένες ομάδες.<sup>18</sup>

## **8.2. Κρίσεις αυτοκτονίας σε άτομα με Aids.**

Η εμφάνιση των κρίσεων αυτοκτονίας σε άτομα με HIV φαίνεται να είναι υψηλότερο από την εμφάνιση στα άτομα με καρκίνο. Η συχνότητα σοβαρών κρίσεων αυτοκτονίας στους ασθενείς με Aids δεν είναι γνωστή αλλά ενδείξεις για υψηλά επίπεδα ψυχολογικής κατάθλιψης σε αυτόν τον πληθυσμό και το γεγονός ότι υπόκεινται πολλά ιατρικά και ψυχολογικά άγχη υποδεικνύει ότι το ποσοστό των σοβαρών κρίσεων αυτοκτονίας μπορεί να είναι αρκετά υψηλό σε αυτούς. Υπάρχουν κάποιοι παράγοντες καθώς και κάποια κριτήρια που οδηγούν στην αυτοκτονία:

1. Πολλαπλές απώλειες σχετικές με το Aids (π.χ. θάνατοι φίλων).

2. Φιλική ανάμειξη μ' ένα άλλο άτομο που πέθανε από Aids.
3. Υπαρξιακή κρίση και επανεμφάνιση και φάσεις υποτροπιασμού της ασθένειας.
4. Υψηλά επίπεδα ανησυχίας σε ασθενείς με Aids στο αρχικό στάδιο που σχετίζονται με αβεβαιότητα ασθένειας, φυσικά συμπτώματα και κοινωνικές απώλειες.
5. Πρόσφατη γνωστοποίηση θετικότητας του HIV αντισώματος.
6. Κοινωνικά τραύματα και απώλειες σχετικές με τον φόβο του Aids.
7. Για τους ομοφυλοφίλους που παραμένουν σε θάλαμο ή για μία ισχυρή εμπειρία κοινωνικής εχθρότητας.
8. Μία διαταραγμένη σεξουαλική ταυτότητα κυρίως στου εφήβους.
9. Ένα ακατάλληλο κοινωνικό και οικονομικό σύστημα υποστήριξης.
10. Η παρουσία μιάς πρόωρης οργανικής πνευματικής δυσλειτουργίας.<sup>18</sup>

### **8.3. Οικογένεια και φίλοι.**

Οι ασθενείς παιδιατρικού Aids και οι οικογένειές τους έχουν πολλά ψυχολογικά προβλήματα.

Η πυρηνική οικογένεια σε αυτόν τον πληθυσμό μπορεί να μην υπάρχει ή να έχει τεμαχιστεί αν η μητέρα είναι άρρωστη ή ανίκανη να φροντίσει τον ασθενή, το παιδί συχνά αναπτύσσει σοβαρά νευροψυχιατρικά προβλήματα και προβλήματα υιοθέτησης. Ωστόσο ο αριθμός των παιδιατρικών ασθενών με Aids είναι ακόμη μικρός, το να αντιμετωπιστούν οι ανάγκες αυτών και των οικογενειών τους είναι μία πρόκληση.

Οι γονείς παιδιών με Aids ή αιμορροφιλικών παιδιών που τους δόθηκε ο παράγοντας VIII και οι ενήλικοι ομοφυλόφυλοι είναι ευπαθείς σε συναισθήματα ενοχής ότι η ασθένεια αυτή μπορεί να είναι δικό τους

λάθος. Αυτοί οι γονείς κατακλύζονται από τις φυσικές και συναισθηματικές ανάγκες του ασθενούς.

Ομάδες υποστήριξης για τα μέλη οικογενειών των ασθενών με Aids, βοήθεια για σπιτική φροντίδα των ασθενών και οι ομάδες απωλειών είναι σημαντικές υπηρεσίες, που ενισχύονται από οργανισμούς εξυπηρέτησης για το Aids ή για ιδιωτικούς επαγγελματίες που ασχολούνται με την υγεία.<sup>18</sup>

**ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## **Εφαρμογή εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας σε παιδιά με Aids**

### **9.1. Νοσηλευτική διεργασία**

Η νοσηλευτική διεργασία είναι η εφαρμογή επιστημονικής μεθόδου αξιολόγησης των αναγκών και προβλημάτων του ασθενή, η εφαρμογή συστηματικού προγραμματισμού και διεκπεραίωσης της νοσηλευτικής φροντίδας, η μελέτη των αποτελεσμάτων της φροντίδας αυτής.

Σκοπός της νοσηλευτικής διεργασίας είναι η διατήρηση της υγείας, η πρόληψη της ασθένειας, η ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα του ασθενή, η προώθηση της ανάρρωσης, η αποκατάσταση της υγείας και προαγωγή αυτής.

Το σύστημα είναι ανοιχτό και ελαστικό. Επιτρέπει τη συνεχή είσοδο και ενσωμάτωση νέων πληροφοριών καθώς και συνεχή αναθεώρηση και αναπροσαρμογή της νοσηλείας του ασθενή. Είναι μέθοδος εξατομικευμένης φροντίδας που επιτρέπει τη μεγαλύτερη κατανόηση των προβλημάτων του ασθενή καθώς και την επιστημονική τεκμηρίωση τόσο των νοσηλευτικών ενεργειών όσο και των αποτελεσμάτων αυτών.

Ειδικό Μέρος  
Περιστατικό Α΄

Νοσηλευτικό ιστορικό ασθενούς

Νοσοκομείο : Αγία Σοφία Παιδων Αθήνας

Κλινική : ΜΑΚΚΑ

Νοσηλευτικό τμήμα : 1<sup>ος</sup> όροφος

Θάλαμος : 102

Όνοματεπώνυμο ασθενούς : Κ.Δ.

Όνομα πατρός : Αγνωστο

Όνομα μητρός : Χ.

Ημερομηνία εισόδου : 27/9/99

Ημερομηνία εξόδου : 11/12/99

Φύλο : θήλυ

Ηλικία : 6 μηνών

Βάρος : 2.770 kg.

Προηγούμενη εισαγωγή : Υπάρχει ιστορικό παροξυσμικής υπερκοιλιακής ταχυκαρδίας.

Παρούσα εισαγωγή : Θήλυ βρέφος 6 μηνών με ιστορικό παροξυσμικής υπερκοιλιακής ταχυκαρδίας εισάγεται στην κλινική γιατί από 24ωρο παρουσιάζει υψηλό πυρετό (39,5 C) από το ορθό και πέφτει εύκολα με το αντιπυρετικό. Ηταν ζωηρή, ευδιάθετη, έτρωγε καλά. Η μητέρα αναφέρει ότι το βρέφος τις τελευταίες μέρες έχει βήχα, βράσιμο, ρινική συμφόρηση και πταρμό.

Ατομικό ιστορικό : Κύηση φυσιολογική - τελειόμηνη. Τοκετός φυσιολογικός.

Σε ηλικία 4-5 ημερών παρουσίασε ταχυκαρδία και νοσηλεύθηκε στην κλινική Αγλαΐα Κυριακού.

Διάγνωση : Παροξυσμική Υπερκοιλιακή Ταχυκαρδία. Πήρε συστηματικά διγοξίνη.

Διατροφή : Γάλα μητρικό.

Υπνος : Κοιμάται κανονικά.

Οικογενειακή κοινωνική κατάσταση : Παιδί εκτός γάμου μένει με τη μητέρα του σ'ένα φιλικό ζευγάρι. Η μητέρα του κατάγεται από τη Λάρισα. Είναι παιδί χωρισμένων γονιών γι'αυτό και έζησε σε ίδρυμα μέχρι τα 18. Αρχισε νωρίς να έχει σεξουαλικές σχέσεις.

Λήψη ζωτικών σημείων : Θερμοκρασία : 39,5 C.

ΑΠ = 105/57 mmHg

σφύξεις : 165 min

Αναπνοές : 60/1 min

Δέρμα : Κατάσταση φυσιολογική.

Κεφάλι : Πρόσθια πηγή εισέχουσα μη σφύζουσα.

Μάτια : Κ.Φ.

Μύτη : Ρινική συμφόρηση.

Αυτιά : Κφ.

Λεμφαδένες : (-)

Αναπνευστικό : πολλοί παχείς υγροί αμφω, περισσότεροι δεξιά.

Κυκλοφορικό : Τόνοι ευκρινείς

φύσημα : (-)

Κ.Σ. : 165 min

ΑΠ : 105/57 mmHg

Κοιλία : μαλακή συμπίεση

Ήπαρ : ψηλαφητό 3 cm

Σπλήνα : ψηλαφητό μαλακή 3,5 cm

Εργαστηριακές εξετάσεις :

Λευκά : 10.390

Αλκαλική φωσφατάση : 133

Hb : 9,5

χολερυθρίνη ολική : 0,70



ΤΚΦ : 84

χολερυθρίνη άμεση : 0,15

pH : 5,0

Ουρία : 23

Κρεατινίνη : 0,60

Κάλιο : 4,8

Νάτριο : 143

Χλώριο : 105

φώσφορος : 6,0

Ασβέστιο : 10,0

Αλβουμίνη : 4,9

SGPT : 97

SGOT : 66

γGT : 68

Ανάγκες - Πρόβλημα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμ. νοσηλ. φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλ. φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
Πυρετός 40° C	<p>Πτώση της θερμοκρασίας σε φυσιολογικό επίπεδο.</p> <p>Ανακούφιση του βρέφους από τον πυρετό.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Αύξηση της IV χορήγησης υγρών. NIS=500cc 1 + 4 = 300 cc 1 + 3 = 400 cc</li> <li>2. Διατήρηση σωστής θερμοκρασίας περιβάλλοντος.</li> <li>3. Διατήρηση θερμοκρασίας σώματος σε φυσιολογικό επίπεδο με φαρμακευτικών σκευασμάτων, κατόπιν ιατρικής εντολής.</li> <li>4. Χλιαρό μπάνιο, συχνή θερμομέτρηση και ενημέρωση θερμομετρικού διαγράμματος.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Η αύξηση της IV χορήγησης υγρών έγινε για την πρόληψη αφυδάτωσης.</li> <li>2. Μείωση της θερμοκρασίας του περιβάλλοντος, ελαφρά κλινοσκεπάσματα, αποφυγή θερμών και σφικτών ενδυμάτων.</li> <li>3. Χορήγηση Deron Sup. επί πυρετού κατόπιν ιατρικής εντολής.</li> <li>4. Εφαρμογή χλιαρού μπάνιου για μείωση της θερμοκρασίας σώματος. Λήψη θερμοκρασίας ανά 30'. Μετά τη χορήγηση του αντιπυρετικού και χλιαρού μπάνιου κατάγραφή στο διάγραμμα.</li> </ol>	<p>Σημαντική πτώση της θερμοκρασίας 37,5° C. Συνεχή παρακολούθηση Ζ.Σ.</p>

Ανάγκες - Πρόβλημα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμ. νοσηλ. φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλ. φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσματος
<p>Διαρροϊκό σύνδρομο</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Αντιμετώπιση της διάρροιας.</li> <li>- Ανακούφιση του παιδιού από το δυσάρεστο φαινόμενο.</li> <li>- Διατήρηση ισοζυγίου υγρών.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Εφαρμογή κατάλληλου διατολογίου.</li> <li>2. Συχνό ζύγισμα.</li> <li>3. 24h μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών του παιδιού.</li> </ol> <p>Ενημέρωση λογοδοσίας.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Χορήγηση υγρών διαλυμάτων =&gt; <ul style="list-style-type: none"> <li>1 + 4 = 400 cc</li> <li>1 + 3 = 500 cc</li> </ul> </li> <li>5. Κατόπιν ιατρικής εντολής απομόνωση.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Διακοπή του γάλακτος, αντικατάσταση με τσάι.</li> <li>2. Το βάρος του βρέφους είναι 2.800 Kg. ενώ κατά την εισαγωγή το βάρος του ήταν 2.880 kg.</li> <li>3. Εγινε μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών. Τα αποβαλλόμενα υγρά ήταν 400 cc και 5 διαρροϊκές κενώσεις.</li> <li>4. Χορηγήθηκαν υγρά <ul style="list-style-type: none"> <li>1 + 4 = 400 cc X 1</li> <li>1 + 3 = 500 cc X 1</li> </ul> </li> <li>5. Χρησιμοποιούνται γάντια και άσηπτη τεχνική για κάθε νοσ/κή παρέμβαση.</li> </ol>	<p>Εκτίμηση αποτελεσματος</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Απώλεια βάρους.</li> <li>- Το ισοζύγιο βρέθηκε αρνητικό. Ειδοποιήθηκε γιατρός για περαιτέρω έλεγχο της νεφρικής λειτουργίας του παιδιού.</li> <li>- Τα λευχέιμματα τοποθετούνται σε σάκκους και τηρούνται αρχές της απομόνωσης.</li> </ul>

Ανάγκες - Πρόβλημα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμ. νοσηλ. φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλ. φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
Μυκητίαση στοματίτιδας	- Αντιμετώπιση του προβλήματος της στοματικής κοιλότητας	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Πλύση στόματος με αντισηπτικό διάλυμα μετά από κάθε γεύμα.</li> <li>2. Επάλειψη των χειλέων με γλυκερίνη.</li> <li>3. Λήψη για επιχρίσματος από την στοματική κοιλότητα για καλλιέργεια.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Γίνονται πλύσεις μετά από κάθε γεύμα με Hexalene ή σοδόνερο.</li> <li>2. Γίνεται επάλειψη χειλέων με γλυκερίνη.</li> <li>3. Από την καλλιέργεια βρέθηκε μυκητίαση. Κατόπιν εντολή γιατρού χορηγήθηκαν mycostatin drops 5 X 3 και Dactarim rug. Επάλειψη μετά από την περιποίηση της στοματικής κοιλότητας.</li> </ol>	<p>Εκτίμηση αποτελέσματος</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Υποχώρησε η κακοσμία</li> <li>- Με την φαρμακευτική αγωγή είχαμε θεραπεία της στοματίτιδας και της μυκητίασης.</li> </ul>

Ανάγκες - Πρόβλημα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμ. νοσηλ. φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλ. φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
Ανισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών που οφείλεται στην διάρροια	Ρύθμιση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.	<ol style="list-style-type: none"> <li>Ακριβής μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων Dextrose 5% =&gt; 500 cc NIS = 200 cc 1 + 4 = 300 cc</li> <li>Λήψη Ζ.Σ.</li> <li>Ελεγχος του βάρους.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Εγινε η μέτρηση των υγρών : Αποβαλλόμενα : 800 cc X 1 Dextrose 5% = 500 cc NIS = 200 cc X 1 1 + 4 = 300 cc X 1</li> <li>Θερμοκρασία : 40o C Ah = 105/57 mmHg σφύξεις : 165/min Αναπνοές : 60/min</li> <li>Το βάρος παραμένει σταθερό. Διαπιστώθηκε ότι δεν λαμβάνει την απαιτούμενη τροφή από το στόμα. Κατόπιν ιατρικής εντολή χορηγήθηκε τροφή παρεντερικώς.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Το ισοζύγιο σταθεροποιήθηκε.</li> <li>Παρακολουθούνται τα Ζ.Σ., ανά 3ώρο και ιδιαίτερα η θερμοκρασία.</li> <li>Με τη χορήγηση της παρεντερικής το βάρος διατηρήθηκε σταθερό.</li> </ul>

**Ειδικό Μέρος**  
**Περιστατικό Β'**

**Νοσηλευτικό ιστορικό ασθενούς**

Νοσοκομείο : Αγία Σοφία Παιδων Αθήνας

Κλινική : Α' Παιδιατρική Κλινική

Νοσηλευτικό τμήμα : 2<sup>ος</sup> όροφος

Θάλαμος : 204

Όνομα πατρός : Χ.

Όνομα μητρός : Π.

Ημερομηνία εισόδου : 25/1/2000

Ημερομηνία εξόδου : 4/3/2000

Φύλο : άρρεν

Ηλικία : 2 μηνών

Όνοματεπώνυμο ασθενούς : αβάπτιστο

Προηγούμενη εισαγωγή : Καμία

Παρούσα εισαγωγή : βρέφος ηλικίας 55 ημερών εισήχθη στην Α' Παιδιατρική Κλινική λόγω υψηλού πυρετού από πενθημέρου.

Ατομικό ιστορικό : Το νεογνό γεννήθηκε με φυσιολογικό τοκετό μετά από ομαλή τελειόμηνη κύηση με βάρος : 3.200 g., μήκος σώματος : 50 cm και περίμετρο κεφαλής : 35 cm.

Κατά την περιγεννητική περίοδο του χορηγήθηκε αντισηπαιμική αγωγή λόγω κεχρωσμένου αμνιακού υγρού, ενώ έκλαψε αμέσως και δεν εμφάνισε ίκτερο. Θήλαζε και συμπλήρωνε τη διατροφή του με τροποποιημένο γάλα. Η γενική κατάσταση του βρέφους ήταν καλή.

Οικογενειακή κοινωνική κατάσταση : Είναι παιδί από δεύτερο γάμο της μητέρας. Η ετεροθαλής αδελφή του ηλικίας 18 ετών ήταν υγιής. Ο πρώτος σύζυγος της μητέρας ήταν πολυμεταγγιζόμενο άτομο.

Λήψη ζωτικών σημείων : Θερμοκρασία : 40 C.

ΑΠ = 100/60 mmHg

σφύξεις : 160 min

Αναπνοές : 60/1 min

Εργαστηριακές εξετάσεις :

Γενική αίματος : Hb : 8,4 g/dl

Ht : 24%

Λευκά : 11.330/mm<sup>3</sup>

Αιμοπετάλια : 213.000/mm<sup>3</sup>

T.K.E. : 92 mm (1 ώρα)

Ακτινογραφία θώρακος : Ανομοιογενής σκίαση δεξιά παρικαρδιακά

ENY : 15 κύτταρα

Λεύκωμα : 57 mg/dl

σάκχαρο : 42 mg/dl

SGOT : 110 U/L

SGPT : 60 U/L

γGT : 170 U/L

IgG : 17,30 mg/dl

Καλλιέργεια ούρων : στείρα

Καλλιέργεια αίματος : στείρα

Δείκτες ηπατίτιδας B = (-)

Υπερηχογράφημα : διαπιστώθηκε αύξηση των ορίων ήπατος και σπλήνας με ομοιογενή σύσταση. Των νεφρών και του εγκεφάλου φυσιολογικά.

Εγινε ανίχνευση αντι-HIV όπου βρέθηκαν θετικά. Σ'αυτή οδήγησε η ανίχνευση αυξημένων τιμών ανοσοσφαιρινών ορού, η ηπατοσπληνική διόγκωση και η ύπαρξη πυρετού. Επιβεβαιώθηκε η λοίμωξη του παιδιού με την αντίδραση της αλυσιδωτής πολυμεράσης (PCR). Από τον έλεγχο των γονέων ο πατέρας ήταν (HIV) (-) ενώ η μητέρα HIV (+).

Ανάγκες - Πρόβλημα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμ. νοσηλ. φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλ. φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
Απώλεια βάρους	Επαναφορά του βάρους σε φυσιολογικά επίπεδα	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Εναρξη κατόπιν ιατρικής εντολής παρεντερικής διατροφής.</li> <li>2. Συχνό ζύγισμα.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Το βρέφος σιτίζεται με παρεντερική σίτιση. Λαμβάνονται όλα τα μέτρα της παρεντερικής σίτισης.</li> <li>2. Γίνεται συχνά ζύγισμα προ και μετά της τροφοψ.</li> </ol>	<p>Με την παρεντερική χορήγηση έχουμε άνοδο του βάρους.</p> <p>Αρχικό βάρος : 3.200 kg κατά την γέννηση. Μετά την πάροδο 2 μηνών απώλεια 1 kg, όπου ανιχνεύθηκε ο ιός. Γι'αυτό εφαρμόστηκαν τα ανωτέρω.</p>



Ανάγκες - Πρόβλημα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμ. νοσηλ. φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλ. φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
Ανησυχία και Αϋπνία	Μείωση της ανησυχίας και ήρεμος ύπνος	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Χλιαρό μπάνιο</li> <li>2. Διατήρηση σιωστής θερμοκρασίας και υγρασίας δωματίου.</li> <li>3. Αποφυγή θορύβων και έντονου φωτισμού.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Έγινε το χλιαρό μπάνιο για μισή ώρα.</li> <li>2. Ρυθμίστηκε η θερμοκρασία στους 22° C τοποθετώντας θερμομέτρο τοίχου.</li> <li>3. Χαμήλωσαν τα έντονα φώτα του θαλάμου.</li> </ol>	Το βρέφος ηρέμησε και κοιμήθηκε.

Ανάγκες - Πρόβλημα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμ. νοσηλ. φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλ. φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
Ναυτία και έμετος	Ανακούφιση του παιδιού από τον έμετο. Αντιμετώπιση	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων.</li> <li>2. Πρόληψη ηλεκτρολυτικών διαταραχών εξαιτίας των συνεχών εμέτων.</li> <li>3. Περιποίηση στοματικής κοιλότητας.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Χορηγείται NIS = 300 cc X 1 με 1 amp rimpregan κατόπιν ιατρικής εντολής.</li> <li>2. Εξασφάλιση επαρκούς ενυδάτωσης με IV. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Χορήγηση υγρών <math>\chi \downarrow \chi \downarrow</math></li> <li>- Χορήγηση KCl, NaCl</li> </ul> </li> <li>3. Μετά από κάθε εμετό για αποφυγή κακοσμίας του στόματος και εξασφάλιση άνεσης γίνεται περιποίηση στοματικής κοιλότητας.</li> </ol>	<p>Το βρέφος ανακουφίστηκε από τον έμετο. Διατήρηση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών. Οι έμετοι εξαλείφθηκαν.</p>

Ανάγκες - Πρόβλημα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμ. νοσηλ. φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλ. φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
Πυρετός 39° C	<p>Πτώση της θερμοκρασίας σε φυσιολογικό επίπεδο.</p> <p>Ανακούφιση του βρέφους από τον πυρετό.</p>	<p>1. Αύξηση της IV χορήγησης υγρών. NIS=500cc 1 + 4 = 300 cc 1 + 3 = 400 cc</p> <p>2. Διατήρηση σωστής θερμοκρασίας περιβάλλοντος.</p> <p>3. Διατήρηση θερμοκρασίας σώματος σε φυσιολογικό επίπεδο με φαρμακευτικών σκευασμάτων, κατόπιν ιατρικής εντολής.</p> <p>4. Χλιαρό μπάνιο, συχνή θερμομέτρηση και ενήμερωση θερμομετρικού διαγράμματος.</p>	<p>1. Η αύξηση της IV χορήγησης υγρών έγινε για την πρόληψη αφυδάτωσης.</p> <p>2. Μείωση της θερμοκρασίας του περιβάλλοντος, ελαφρά κλινοσκεπάσματα, αποφυγή θερμών και σφικτών ενδυμάτων.</p> <p>3. Χορήγηση Deron Sup. επί πυρετού κατόπιν ιατρικής εντολής.</p> <p>4. Εφαρμογή χλιαρού μπάνιου για μείωση της θερμοκρασίας σώματος.</p> <p>Λήψη θερμοκρασίας ανά 30'. Μετά τη χορήγηση του αντιπυρετικού και χλιαρού μπάνιου καταγραφή στο διάγραμμα.</p>	<p>Σημαντική πτώση της θερμοκρασίας 37° C.</p> <p>Συνεχή παρακολούθηση Ζ.Σ.</p>

## **Συμπεράσματα - Προτάσεις**

### **Προφυλάξεις για τους ίδιους τους ασθενείς.**

Με το σκεπτικό ότι οι πάσχοντες από ΣΕΑΑ είναι μολυσματικοί για το περιβάλλον αλλά ταυτόχρονα και μειωμένης φυσικής αντίστασης για τους ίδιους, προτείνονται:

1. Τήρηση των κανόνων Υγιεινής.
2. Καλή διατροφή και αυστηρή δίαιτα σε περίπτωση εμφάνισης διαρροϊκού συνδρόμου.
3. Λήψη φαρμάκων μόνο κατόπιν οδηγίας του θεράποντα γιατρού.
4. Αποφυγή έντονης ψυχικής ή σωματικής κόπωσης.
5. Προφύλαξη, κατά το δυνατόν, από τις λοιμώξεις.
6. Αποφυγή ερωτικής πράξης ή χρησιμοποίηση προφυλακτικού κατ'αυτήν.
7. Αποφυγή ανταλλαγής υγρών του σώματος (εκκριμάτων) κατά την συνουσία ή μετά από αυτήν.
8. Αποφυγή εναλλαγής ερωτικών συντρόφων.
9. Αποκλειστική χρησιμοποίηση των ατομικών ειδών (κλινოსκεπάσματα, ενδύματα, πετσέτες, ξυριστικές μηχανές, οδοντόβουρτσες κ.λ.π.), από τα οποία μπορεί να μολυνθεί το οικείο περιβάλλον.
10. Λήψη αυστηρών μέτρων για αποφυγή εγκυμοσύνης. Σε περίπτωση τεκνοποίησης να αποφεύγεται ο θηλασμός.
11. Χρησιμοποίηση συρίγγων μίας χρήσης (προκειμένου για τοξικομανείς).
12. Να αποφεύγονται τα τατουάζ και τα σκουλαρίκια διατρύπησης, πολύ δε περισσότερο να αποφεύγεται ο δανεισμός τους.

13. Να ενημερώνουν τα άτομα, με τα οποία είχαν σεξουαλική επαφή στο παρελθόν ή άτομα με τα οποία έκαναν κοινή χρήση ναρκωτικών, ώστε αυτά να εξετάζονται.

14. Οι πάσχοντες οφείλουν να απολυμαίνουν τα αντικείμενα, τα οποία μολύνθηκαν με το αίμα τους.

15. Απομόνωση των νοσηλευομένων ασθενών με ΣΕΑΑ από άλλους ασθενείς που πάσχουν από λοιμώδη νοσήματα.

Σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας.

16. Οι ασθενείς που πάσχουν από ΣΕΑΑ οφείλουν να ενημερώνουν για την πάθησή τους το γιατρό ή οδοντογιατρό που επισκέπτονται.

17. Επίσης να έχουν συχνή επικοινωνία - για λήψη οδηγιών ή εξέταση ή νοσηλεία - με την "ειδική ομάδα" Νοσ/μειακών γιατρών, οι οποία έχει επιφορτιστεί με το έργο της αντιμετώπισης των προβλημάτων των ασθενών με Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας.<sup>14</sup>

## Παράρτημα

### Μαρτυρίες.

#### Η οροθετικότητα του Γιάννη.

A. Συνάντησα τον Γιάννη σε μία καφετέρια στο Κολωνάκι. Ένας άνδρας 40 χρόνων με ωραίο παρουσιαστικό και μία μόνιμη θλίψη στα μάτια του. Πουθενά δεν υπήρχαν τα σημάδια του φοβερού ιού, τουλάχιστον εξωτερικά. Όμως το σώμα του κουβαλούσε εκείνο τον ιό, που του είχε στερήσει πολλές χαρές και όνειρα. Που τον τρόμαζε. "Τέσσερις βραδιές νεανικού έρωτα ήταν αρκετές για να μολυνθώ, από αυτό που λέγεται Aids. Ήταν Νοέμβρης του 1993.

Τον Αύγουστο του 1994 ανακάλυψα την οροθετικότητά μου μετά από κάποια σημάδια που έδινε το σώμα. Όταν μου το ανακοίνωσε ο γιατρός ήθελα να αυτοκτονήσω, όχι μόνο για μένα, αλλά γιατί φοβήθηκα ότι είχα μολύνει και τη σύντροφό μου που βρισκόταν στο πλάι μου από το 1985. Ευτυχώς δεν είναι οροθετική" κούνησε το κεφάλι και συνέχισε: "Ναι, πήγα με μία άλλη γυναίκα, χωρίς προφυλακτικό. Το πάθος και τα νιάτα με είχαν τυφλώσει. Η ζωή μου μετά την ανακάλυψη της ύπαρξης του ιού άλλαξε ριζικά. Ο πόνος μεγάλος, η ψυχολογία μου μηδέν και ακόμη και σήμερα η ζωή μου κάποιες στιγμές είναι μηδέν". Δάκρυσε και συνέχισε: "Απορώ, τι είναι αυτό που με κρατάει στη ζωή. Ίσως η αγάπη για την κοπέλα μου, ίσως η πίστη μου στο Θεό. Η Μαρία, παρ'όλη την απιστία και τη μόλυνσή μου, με αντιμετωπίζει με αγάπη και με στηρίζει από την πρώτη στιγμή που το έμαθε. Μου την έστειλε ο Θεός". Φτιάχνει αμήχανα τα μακριά του μαλλιά και προσθέτει: "Τίποτα, όμως, δεν είναι το ίδιο, δεν μπορείς να χαρείς τον έρωτα, όπως πριν".

Η οικογένειά του τον κρατά σε απόσταση και έχει λίγους φίλους. Τα οικονομικά προβλήματα είναι τεράστια, γιατί δήλωσε την οροθετικότητά του στη δουλειά του και απολύθηκε. Τώρα ψάχνει να βρει μία νέα δουλειά, αλλά τα πράγματα είναι πολύ δύσκολα.

Πιστεύει ότι θα βρεθεί σύντομα το εμβόλιο και τότε θα ξαναγεννηθεί.

B. Η Αλεξάνδρα, μία γυναίκα 26 χρόνων, φορέας του ιού του Aids, πίστεψε στο μύθο αυτό και μετά από έξι χρόνια, μας εκμυστηρεύεται: "Τον Σταύρο, το γνώριζα από τριών χρόνων. Είμαστε γείτονες. Νόμιζα ότι τον ήξερα πολύ καλά. Περνάγαμε ώρες μαζί. Μετά το λύκειο γίναμε ζευγάρι. Ήταν υπέροχος, τρυφερός. Όταν κάναμε έρωτα για πρώτη φορά, κανένας μας δεν σκέφθηκε το προφυλακτικό. Θεώρησα δεδομένο, ότι ήταν υγιής, όπως ήμουν και εγώ.

Κι όμως! Έκανα λάθος..... ήταν φορέας του Aids. Όταν το ανακάλυψα, ήταν αργά. Μου είχε μεταδώσει τον ιό. Ήμουν ανήμπορη. Έφυγα από το σπίτι μου, από φόβο να μην γίνει γνωστό. Πήγα στη Θεσσαλονίκη. Προσπάθησα να κάνω ένα καινούργιο ξεκίνημα, αφού πρώτα επιχείρησα να δώσω τέλος στη ζωή μου. Δεν τα κατάφερα όμως. Η θέληση για ζωή, ήταν πολύ πιο δυνατή.

Ήταν δύσκολο να προσαρμοστώ στα νέα δεδομένα. Η ζωή μου είχε αλλάξει ριζικά. Έπρεπε να βρω δουλειά, για να μην αναγκαστώ να γυρίσω στην οικογένειά μου. Τότε, γνώρισα ένα νεαρό άνδρα. Τον αγάπησα και με αγάπησε, αφού πρώτα του αποκάλυψα ότι ήμουν φορέας. Το δέχθηκε και έμεινε μαζί μου. Μάλιστα, επέμεινε στην απόφασή του να παντρευτούμε. Τώρα είμαστε αρραβωνιασμένοι και πολύ ευτυχισμένοι. Κάνουμε σχέδια για το μέλλον.

Ξαναζώ από την αρχή, μακριά από τον Σταύρο και την οικογένειά μου. Την οροθετικότητά μου, την έχω αποκαλύψει μόνο στη μητέρα μου. Φοβήθηκε, πόνεσε, έκλαψε αλλά βρήκε τη δύναμη να σταθεί δίπλα μου και να με υποστηρίξει. Ξέρω ότι είναι ευτυχισμένη, όσο μπορεί να είναι, για μένα τώρα. Γνωρίζω από την εμπειρία μου, ότι είναι πολύ δύσκολο, να δεχτείς ή έστω και να υποψιαστείς, ότι το άτομο που γνωρίζεις χρόνια, ίσως να είναι φορέας. Μπορείς, όμως, εύκολα, να προφυλαχτείς. Κανέναν δεν ξέρεις. Ξέρεις όμως τον κίνδυνο του Aids και ξέρεις ότι την επόμενη φορά μπορεί να είσαι εσύ το υποψήφιο θύμα του....".

### **Aids και εγκυμοσύνη.**

#### **Τμήμα Ειδικών Λοιμώξεων**

#### **"ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ".**

Συναντάς δύο κατηγορίες ανθρώπων, και οι δύο ντυμένοι στα λευκά. Στην πρώτη κατηγορία αντικρίζεις "βουλιαγμένα" βλέμματα, είναι οι παραστάτες της σημαίας του Aids, φορείς και ασθενείς. Στη δεύτερη κατηγορία αντικρίζεις τα "φλογισμένα" βλέμματα της προσπάθειας των γιατρών - μαχητών.

"Ο γιατρός γίνεται ένα πολύ προσωπικό πλάσμα γι'αυτούς τους ανθρώπους. Μαζί συζητάνε τα πάντα" μας εξηγεί η κ. Χρυσούλα Μπότση, γιατρός - πνευμονολόγος του νοσοκομείου Συγγρός, προσπαθώντας να μας μυήσει στον κόσμο του Aids.

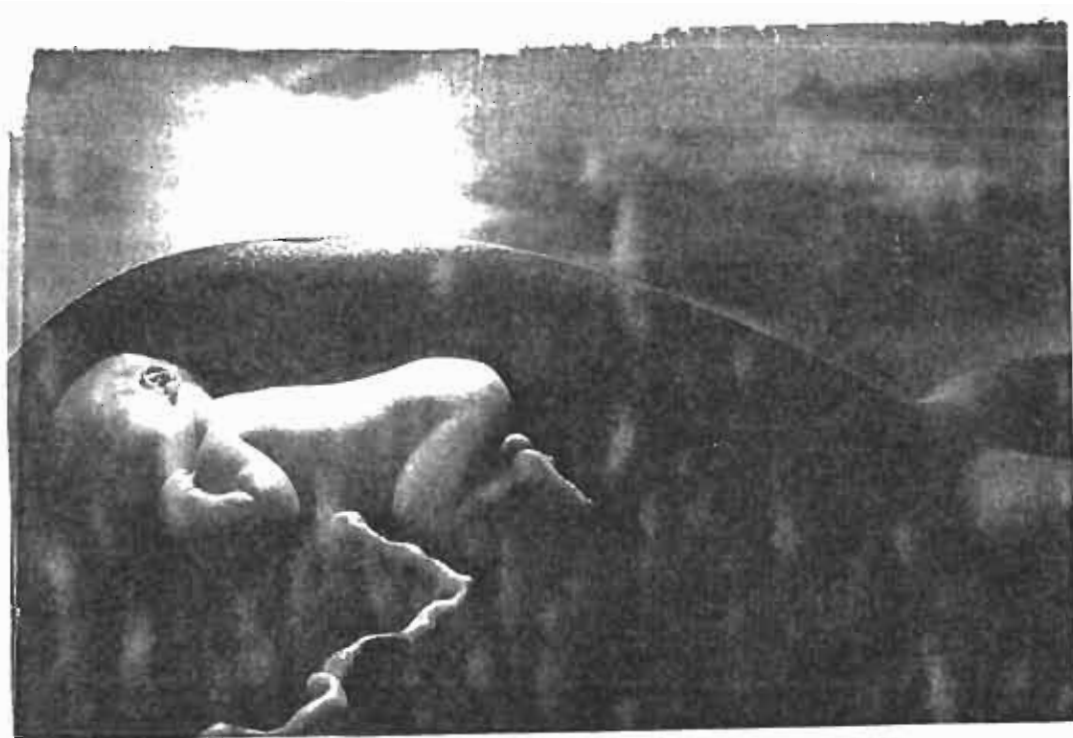
"Η σχέση μου με το Aids είναι ερωτική. Είναι ίσως υπερβολή αυτό που λέω. Αν δεν αγαπάς αυτό που κάνεις, αν δεν δίνεις κομμάτι του εαυτού σου, δεν πρόκειται να το κάνεις καλά. Ακόμα και τον τοκετό μου, που είναι εξαιρετικά προσωπική στιγμή για μία γυναίκα τον μοιράστηκα με τους ασθενείς μου. Και την εγκυμοσύνη μου την



έβγαλα όλη εδώ μέσα με απίστευτη εκδήλωση αγάπης από μέρους αυτών των ανθρώπων" περίπου 98% με την ανάλογη θεραπεία. Για το 2% ευθύνονται: η μητέρα που βρίσκεται σε προχωρημένο νόσο, το υψηλό ιικό της φορτίο (δηλαδή, η μεγάλη ποσότητα του ιού που κυκλοφορεί στο αίμα της), η γέννηση ενός πρόωρου μωρού και άλλοι ενοχοποιητικοί παράγοντες.

Το HIV test, πρέπει να συνοδεύει τον προγεννητικό έλεγχο, με επιλογή της εγκύου. Η πρόληψη είναι σημαντική για όλους. Ένα παιδί με Aids είναι μεγάλη ευθύνη. Μία μητέρα δικαιούται να ξέρει αν είναι οροθετική και αν θέλει να κρατήσει το παιδί της. Οι περισσότερες θέλουν να ζήσουν τη μητρότητα από τη στιγμή που πρόκειται για το πρώτο τους μωρό. Άλλες που έχουν ήδη παιδί μπορεί και να προβούν σε έκτρωση.

Οι γυναίκες που ανακλύπτουν την οροθετικότητά τους σε προχωρημένη εγκυμοσύνη, αναρωτιούνται αν θα μπορούσαν να κάνουν κάτι για το παιδί τους και δεν το έκαναν. Έστω και αν ο γυναικολόγος ρισκάρει τη δική του ασφάλεια, μην κάνοντας το HIV test σε μία έγκυο, δεν έχει κανένα δικαίωμα να ρισκάρει τη ζωή ενός μωρού" τονίζει η γιατρός.



"Η οροθετικότητα σε προχωρημένη εγκυμοσύνη εκδηλώνεται είτε από κάποια λοίμωξη που κινητοποιεί το γυναικολόγο ή όταν η έγκυος δεν παίρνει βάρος. Μία οροθετική έγκυος μητέρα αρχίζει αντιρετροϊκή θεραπεία μετά την 13η εβδομάδα της κύησης λόγω της οργανογένεσης, ώστε να αποφευχθεί η τερατογένεση.

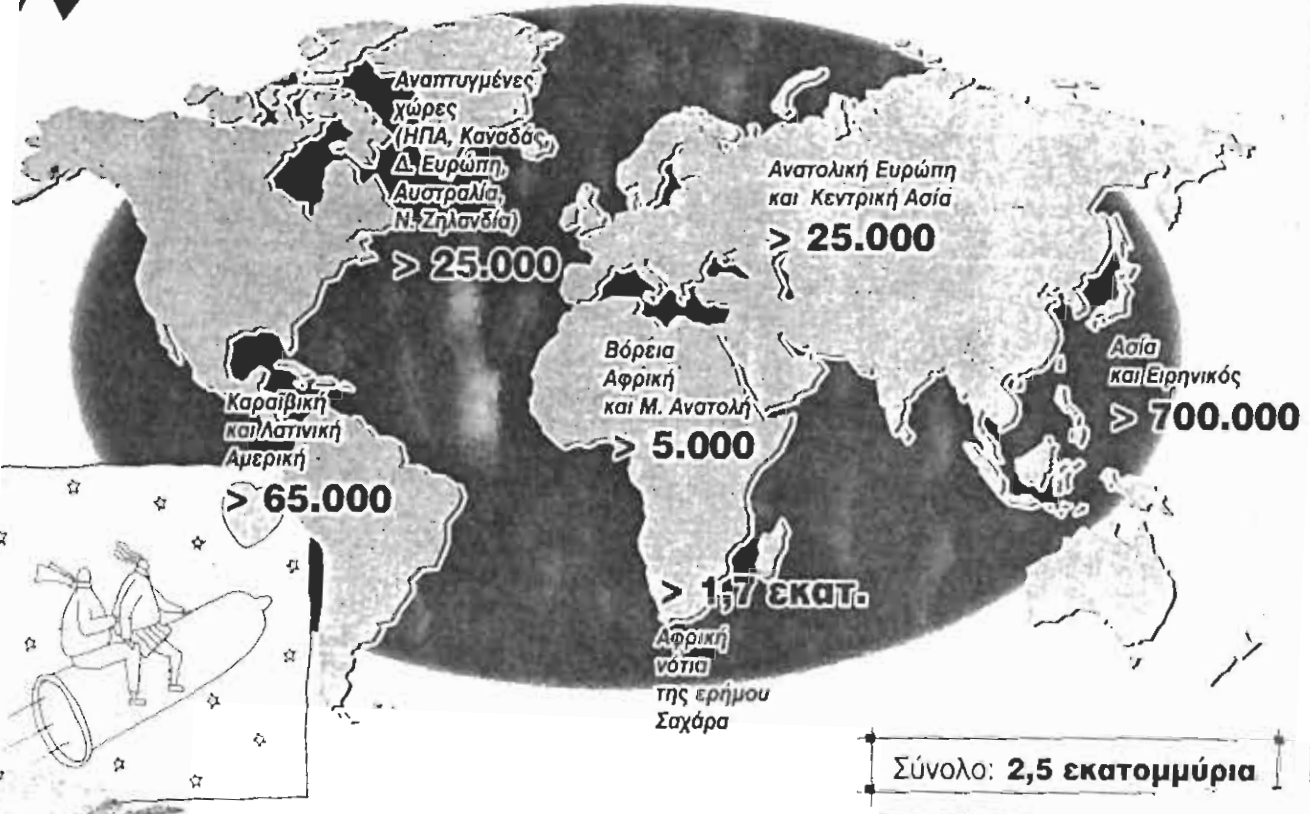
Κατά τη διάρκεια του τοκετού χορηγείται η φαρμακευτική αγωγή ενδοφλεβίως και γίνεται καισαρική τομή (έτσι αποφεύγεται η περιγεννητική μετάδοση). Κατόπιν δίνεται στο μωρό AZT στις έξι πρώτες εβδομάδες της ζωής του. Αν η μητέρα δεν θηλάσει εκμηδενίζονται οι πιθανότητες μόλυνσής του.

Με την εξέταση PCR που γίνεται στο νεογέννητο μπορούμε να ξέρουμε από το 2ο ή 3ο μήνα αν είναι θετικό στον ιό. Παλαιότερα, περιμέναμε να περάσουν τα αντισώματα του ιού της μητέρας στο παιδί ως τον 18ο μήνα για να διαπιστωθεί αν είναι υγιές".

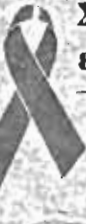
Μετά το καλοκαίρι στο τμήμα Ειδικών Λοιμώξεων του νοσοκομείου "Ανδρέας Συγγρός", ανακοινώνονται περίπου τρεις νέοι φορείς την εβδομάδα.



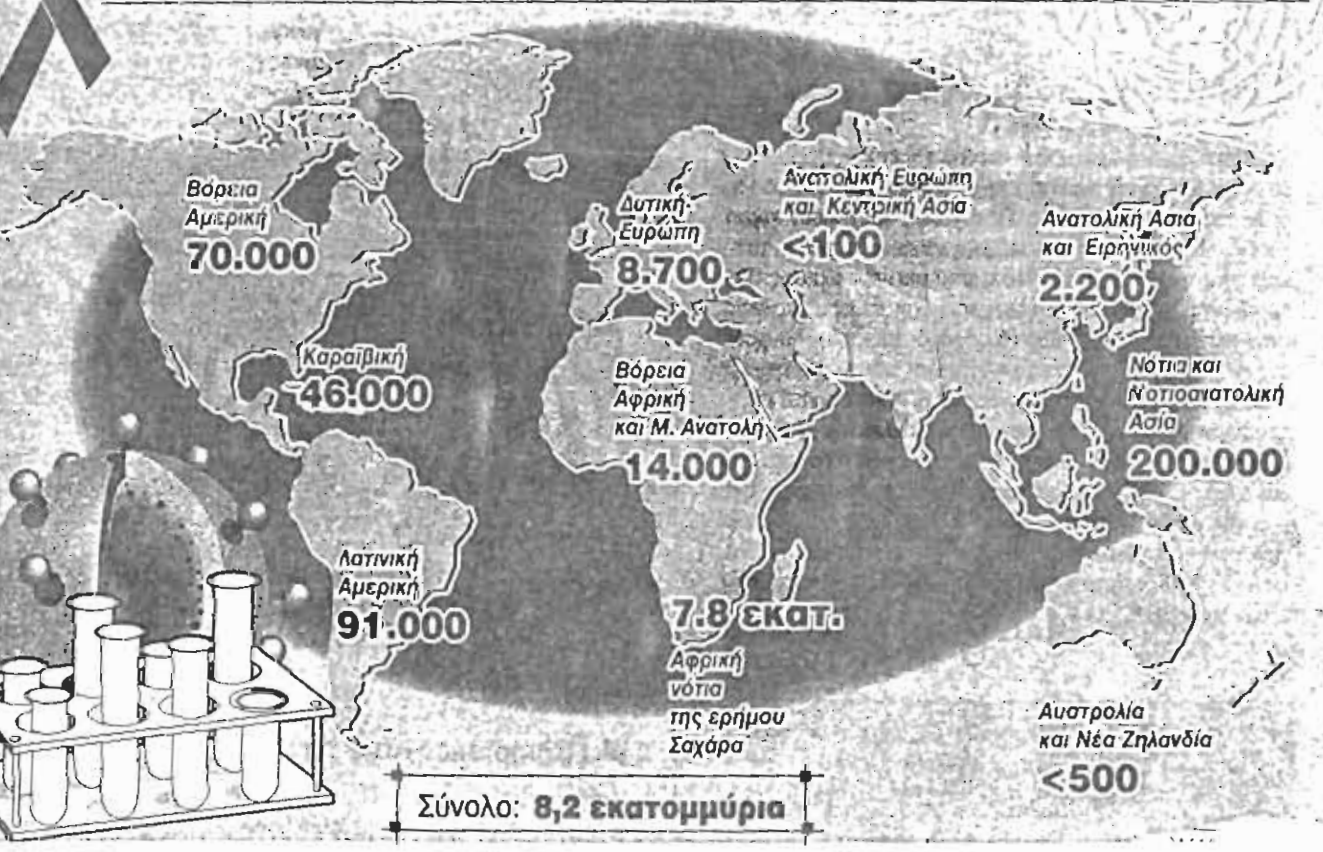
**Αριθμός νέων ανθρώπων που μόλις μολύνθηκαν με τον ιό HIV κατά το 1998**



2/1/1



**Συνολικός (αθροιστικός) αριθμός παιδιών που υπολογίζεται ότι ορφάνεψαν εξαιτίας του AIDS στα 14 χρόνια ή μικρότερα ακόμη, μέσα στο 1997**



Δηλωθέντα κρούσματα AIDS κατά έτος διάγνωσης και φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 30 Ιουνίου 1999.

ΕΤΟΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
1982	2	0	2
1983	5	0	5
1984	5	0	5
1985	16	0	16
1986	23	0	16
1987	55	6	61
1988	66	7	73
1989	91	15	106
1990	126	16	142
1991	162	22	184
1992	168	23	191
1993	148	21	169
1994	182	32	214
1995	187	25	212
1996	189	42	231
1997	141	26	167
1998	95	14	109
-30.6.1999	46	8	54
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>1.707</b>	<b>257</b>	<b>1.963</b>

Παρατηρούμε ότι τα πρώτα κρούσματα AIDS σε γυναίκες εμφανίστηκαν το 1987, ενώ τα συνολικά κρούσματα σε άνδρες και γυναίκες ακολούθησαν μια - σχεδόν κάθε χρονιά - αυξητική πορεία έως το 1996.

Τις επόμενες χρονιές είχαμε μείωση των κρουσμάτων, χωρίς να έχουμε τα πλήρη στοιχεία για το 1999. Τα ποσοστά κρουσμάτων AIDS ανάμεσα στους άνδρες παραμένουν πολύ μεγαλύτερα από ό,τι ανάμεσα στις γυναίκες.

Δηλωθέντα κρούσματα παιδιών με AIDS (ηλικίας έως 12 ετών) κατά κατηγορία μετάδοσης και φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 30 Ιουνίου 1999.

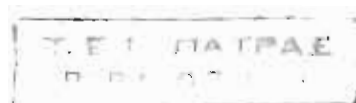
<b>ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ</b>	<b>ΑΓΟΡΙΑ</b>	<b>ΚΟΡΙΤΣΙΑ</b>	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>
Πολυμεταγγιζόμενα παιδιά	10	0	10
Μεταγγιζόμενα παιδιά	0	2	2
Ακαθόριστα	0	0	0
Από μητέρα σε παιδί			
Χρήστριες ενδοφλεβίων ναρκωτικών	0	0	0
Μεταγγιζόμενες	1	1	2
Ετεροφυλόφιλες	2	4	6
Από συχνή ετεροφυλόφιλη μετάδοση	2	2	4
Ακαθόριστες	3	4	7
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>18</b>	<b>13</b>	<b>31</b>

Παρατηρούμε ότι τα περισσότερα κρούσματα με AIDS ανάμεσα στα παιδιά εμφανίζονται σε πολυμεταγγιζόμενα αγόρια, όπως και σε παιδιά (αγόρια και κορίτσια) από ετεροφυλόφιλες μητέρες ή μητέρες ακαθόριστων χαρακτηριστικών.

Νεοδηλωθέντα κρούσματα εφήβων / ενηλίκων με AIDS (ηλικίας άνω των 13 ετών) κατά κατηγορία μετάδοσης στην Ελλάδα κατά το εξάμηνο 1/1/1999 έως 30/6/1999.

<b>ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ</b>	<b>ΑΝΔΡΕΣ</b>	<b>ΓΥΝΑΙΚΕΣ</b>	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>
Ομο/αμφιφυλόφιλοι άνδρες	31	-	31
Χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών	2	2	4
Ομο/αμφιφυλόφιλοι Χ.Ε. ναρκωτικών	0	-	0
Πολυμεταγγιζόμενοι με παράγωγα αίματος	1	0	1
Μεταγγιζόμενοι	0	0	0
Ετεροφυλόφιλοι	13	11	24
Ακαθόριστοι	21	0	21
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>68</b>	<b>3</b>	<b>81</b>

Παρατηρούμε ότι από τα νεοδηλωθέντα κρούσματα με AIDS το πρώτο εξάμηνο του 1999 το μεγαλύτερο ποσοστό είναι ομοφυλόφιλοι ή αμφιφυλόφιλοι άνδρες, ακολουθεί μια ομάδα ανδρών με ακαθόριστα χαρακτηριστικά και τρόπο μετάδοσης και έπονται ετεροφυλόφιλοι άνδρες και ετεροφυλόφιλες γυναίκες. Είναι φανερό ότι η σεξουαλική πράξη αποτελεί τον κύριο τρόπο μετάδοσης του AIDS πλέον και στα ετεροφυλόφιλα ζευγάρια. Μικρό είναι το ποσοστό των κρουσμάτων ανάμεσα στους χρήστες ναρκωτικών και τους πολυμεταγγιζόμενους.



Δηλωθέντες θάνατοι από AIDS κατά έτος θανάτου και φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 30 Ιουνίου 1999.

<b>ΕΤΟΣ ΘΑΝΑΤΟΥ</b>	<b>ΑΝΔΡΕΣ</b>	<b>ΓΥΝΑΙΚΕΣ</b>	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>
1983	1	0	1
1984	5	0	5
1985	6	0	6
1986	10	0	10
1987	28	3	31
1988	33	1	34
1989	47	4	51
1990	62	7	69
1991	65	7	72
1992	92	10	102
1993	97	9	106
1994	129	17	146
1995	137	16	153
1996	126	26	152
1997	71	12	83
1998	48	8	56
-30/6/1999	28	2	23
Άγνωστο	28	6	34
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>1.006</b>	<b>128</b>	<b>1.134</b>

Παρατηρούμε ότι οι θάνατοι από AIDS στη χώρα μας είχαν μια αυξητική πορεία σε άνδρες και γυναίκες, από το 1983 έως το 1995, η οποία ήταν και η χρονιά με τους περισσότερους θανάτους. Από το 1996 έχουμε μείωση των θανάτων από AIDS, χωρίς να έχουμε τα πλήρη στοιχεία θανάτων για το 1999.

Δηλωθέντα κρούσματα εφήβων / ενηλίκων με AIDS (ηλικίας άνω των 13 ετών) κατά ηλικία κατά τη διάγνωση και φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 30 Ιουνίου 1999.

<b>ΟΜΑΔΕΣ ΗΛΙΚΙΩΝ</b>	<b>ΑΝΔΡΕΣ</b>	<b>ΓΥΝΑΙΚΕΣ</b>	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>
13-14 ετών	4	1	5
15-19	19	7	26
20-24	57	17	74
25-29	210	41	251
30-34	351	52	403
35-39	306	41	347
40-49	403	25	428
50-59	179	24	203
60+	131	6	161
Άγνωστη	29	6	35
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>1.689</b>	<b>244</b>	<b>1.933</b>

Τα πιο πολλά κρούσματα AIDS εκδηλώνονται στους άνδρες ηλικίας από 40 έως 49 ετών και στις γυναίκες από 30 έως 34 ετών, ενώ αρκετά είναι και τα κρούσματα στους ηλικιωμένους άνδρες άνω των 60 ετών.



## ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΣ

### Εγκράτεια στη συμπεριφορά μας.

Σε τρόπο ζωής που να δίνει έμφαση στην πρόληψη, όσον αφορά την προσβολή από τον ιό HIV, προτρέπει τους πιστούς ο προκαθήμενος της Ελλαδικής Εκκλησίας, Αρχιεπίσκοπος Χριστόδουλος, σε μήνυμά του με αφορμή την Παγκόσμια Ημέρα κατά του AIDS. «Η βίωση της αλήθειας του Κυρίου μας Ιησού Χριστού - αναφέρει ο Μακαριώτατος - και η αγιότητα στη ζωή, με κύριο στοιχείο την εγκράτεια στην όλη συμπεριφορά μας, αποτελούν το χρυσό κανόνα για μια πορεία μέσα στον κόσμο γεμάτη υγεία και χαρά». Για να προλάβει εκείνους που θα ειρωνευτούν μια τέτοια θεώρηση, ο Αρχιεπίσκοπος σπεύδει να διαβεβαιώσει ότι «οι προτάσεις των άθεων και των ορθολογιστών ακούγονται κενές. Σήμερα όλο και πληθύνονται οι άνθρωποι εκείνοι που πιστεύουν ότι η οικογένεια και η θείκη πορεία στη ζωή είναι παράγοντες ψυχικής ισορροπίας, και προσέρχονται στην Εκκλησία». Βεβαίως ο Αρχιεπίσκοπος Χριστόδουλος προειδοποιεί ότι η πορεία που προτείνει η Εκκλησία δεν είναι εύκολη : «Στενή είναι η πύλη και ανηφορικός ο δρόμος της ηθικής και έντιμης ζωής. Ο πόλεμος κατά των παθών μας, κατά της εκκοσμικευμένης ζωής γενικότερα, είναι δύσκολος, τραχύς και επώδυνος. Όμως είναι ο μοναδικός που οδηγεί στην υγεία και τη σωτηρία μας».



**Βιβλιογραφία**

- 1) **Χαράλαμπος Μ. Μουτσόπουλος - Δημήτρης Σ. Εμμανουήλ**, Βασικές αρχές παθοφυσιολογίας, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 1991.
- 2) **Herbert Lippert**, Ανατομική, κείμενο και άτλαντας, Μετάφραση : Ν. Δ. Νηφόρος, Επιμέλεια : Ν. Παπαδόπουλος, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρ. Παρισιανός, Αθήνα, 1993.
- 3) **W. Kahle - H. Leonhardt - W. Platzner**, Εγχείριο Ανατομικής του ανθρώπου με έγχρωμο άτλαντα, τόμος 3, Μετάφραση - επιμέλεια : Ν. Παπαδόπουλος, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1985.
- 4) **Άννα Τσιλιγκίρογλου - Φαχαντίδου**, Υγιεινή, University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 1991.
- 5) **Charles F. Farthing - Simon E. Brown**, Έγχρωμος Άτλας για το AIDS και τη νόσο HIV, Δεύτερη έκδοση, Μετάφραση - Επιμέλεια : Θεόδωρος Γ. Ευστρατιάδης, Εκδόσεις : Γ. Κ. Ελευθερωδάκης Α.Ε., Αθήνα, 1988.
- 6) **Ν. Σ. Ματσανιώτης, Θ. Ε. Καρπάθιος**, Παιδιατρική τόμος 1ος, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 1995.
- 7) **Η ιστορία του AIDS**, Εκδόσεις Χατζηνικολή, Αθήνα, 1989.
- 8) **Κ. Παπαδάτος, Ι. Κοσμίδης**, Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας, Ιατρικές εκδόσεις Ζήτα, Αθήνα, 1994.
- 9) **Κ. Παπαδάτος**, Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο Παιδιατρικής 1985, Λοιμώξεις στην Παιδική ηλικία, Επιμέλεια έκδοσης Ι. Μαθιουδάκης, Κ. Σινανιώτης, Ιατρικές Εκδόσεις Ζήτα.
- 10) **Α. Ρουμελιώτου**, Aids Ιός της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας, Υποεπιτροπή εκπαίδευσης της Εθνικής Επιτροπής Aids, Αθήνα, 1989.
- 11) **Δετοράκης Ιωάννης, Κουτσούμπα Δήμητρα**, Aids, 2η έκδοση, Εκδόσεις Tegnografiki Πατρών, Πάτρα, 1993.

- 12) **Κ. Ε. Παπαδάκη, Γ. Παπαευαγγέλου**, Τί πρέπει να γνωρίζετε όταν ζείτε κοντά στο Aids, Έκδοση από την Εθνική Φαρμακοβιομηχανία α.ε., Αθήνα, 1988.
- 13) **Ευριπίδης Μερτζάνος - Μάριος Παραράς**, Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας, Εκδόσεις Εθνική Φαρμακοβιομηχανία Α.Ε., Αθήνα, 1988.
- 14) **Γ. Σαρόγλου, Α. Λιονή, Π. Ποταμούση**, Aids / HIV Κλινική Προσέγγιση και Θεραπεία, Ιατρικές εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 1999.
- 15) **Ν. Ματσανιώτης**, Εμείς και το παιδί μας, 7η Έκδοση, Εκδόσεις Χριστάκη.
- 16) **Χ. Μπότση**, Κύηση και Αντιρετροϊκή θεραπεία στην HIV Λοίμωξη, 11ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ιατρικές Εκδόσεις Αντιφίλου, Αθήνα, 1999.
- 17) **Silver Kempe, Bryn and Fulginiri's**, Συνοπτική Παιδιατρική, 16η έκδοση, Μετάφραση Ε.Π. Βουδούρης, Επιμέλεια : Ν. Μαυριοκεφαλιτάκης, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανός, Αθήνα, 1994.
- 18) **Benjamin S. Sadock**, Comprehensive text book of Phychiatry/V, volume 2, Firth edition, Editors : Williams and Wilkins, USA, 1989.