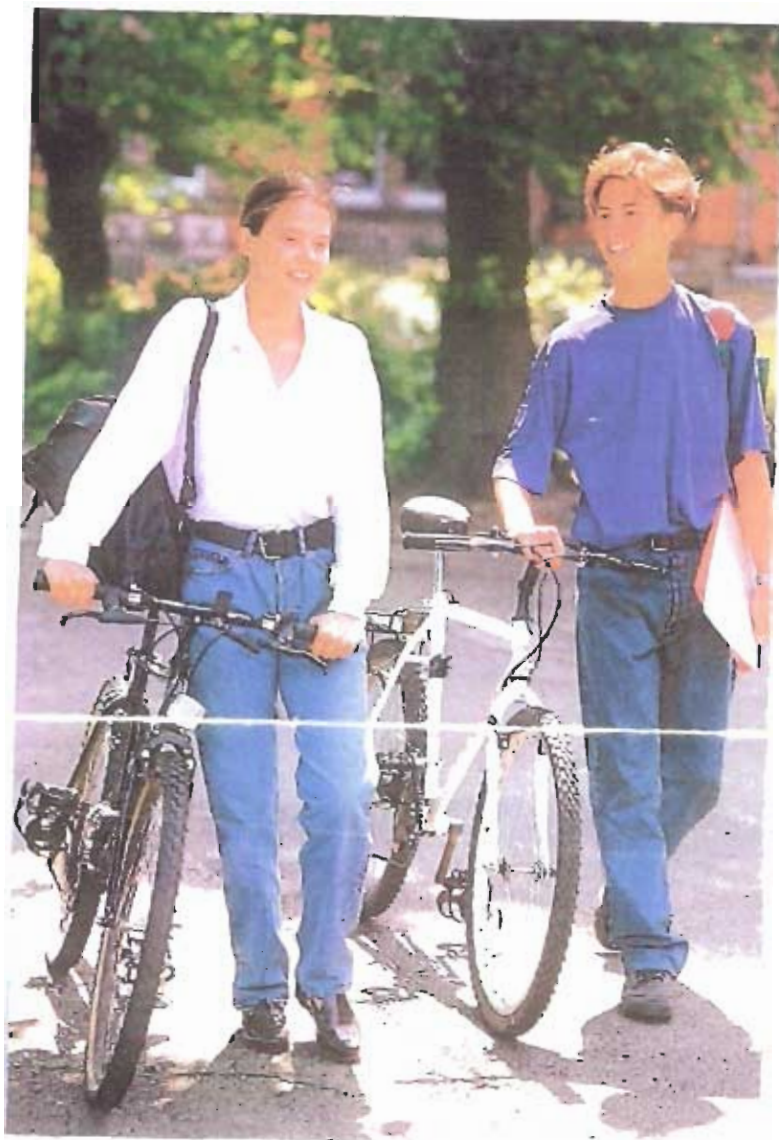


**ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«AIDS και Νοσηλευτική Παρέμβαση»



**Υπεύθυνος Καθηγητής:
Ιωάννης Δετοράκης**

**Σπουδάστρια:
Ζαφειρούλα Αντωνοπούλου**

Πάτρα 2000

Αφιερώνεται στους γονείς μου

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	5
Γενικό Μέρος	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι	7
1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	7
2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	10
3. ΟΡΙΣΜΟΣ AIDS - ΕΙΔΗ ΤΟΥ ΙΟΥ	14
4. ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ ΤΟΥ ΙΟΥ	15
5. ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΚΑΙ ΜΗ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΤΟΥ AIDS	16
5.1. Αιματογενώς	16
5.2. Σεξουαλική μετάδοση	17
5.3. Περιγεννητική και κάθετη μετάδοση	18
5.4. Άλλοι τρόποι μεταδόσεως	19
5.5. Τρόποι μη μετάδοσης του AIDS	20
6. ΠΟΙΕΣ ΟΙ ΟΜΑΔΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	20
6.1. Ομοφυλόφιλοι	21
6.2. Τοξικομανείς	23
6.3. Πολυμεταγχιζόμενοι	23
7. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ - ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	24
7.1. - Νόσος HIV συνδυαζόμενη με την ορρομετατροπή	24
7.2. Λεμφαδενοπάθεια	24
7.3. Απώλεια βάρους	25
7.4. Παθήσεις της στοματικής κοιλότητας	26
7.4.1. Μυκητίαση της στοματικής κοιλότητας στη νόσο HIV	26
7.4.2. - Τριχωτή λευκοπλακία σε ασθενείς με νόσο HIV	27
7.4.3. Ουλίτις σε ασθενείς με νόσο HIV	27
7.4.4. Αφρώδεις εξελκώσεις στη νόσο HIV	28
7.5. Δερματικές παθήσεις	28
7.5.1. Σμηματορροϊκή δερματίτις	28
7.5.2. Βλατιδοκνησώδης εξάνθημα (Θυλακίτις)	29
7.5.3. Ξηροδερμία	30
7.5.4. Έρπης ζωστήρ	31
7.5.5. Απλός έρπης	32
7.5.6. Περιπρωκτικά κονδυλώματα	33
7.5.7 Μολυσματική τέρμινθος	33
7.5.8. Λοιμώξεις από επιδερμόφυτα	34
7.6. ΩΡΛ προβλήματα	34
7.7. Σάρκωμα Kaposi	36
7.8. Παθήσεις των πνευμόνων	38
7.9. Παθήσεις του νευρικού συστήματος	40
7.10. Παθήσεις του γαστρεντερικού συστήματος	42
7.11. Λέμφωμα	45

8. ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΟΥ AIDS	46
8.1. Ποια είναι τα τεστ που κάνουμε για το AIDS	46
8.2. Τι σημαίνει όταν το τεστ αντισωμάτων του AIDS είναι θετικό;	47
8.3. Τι σημαίνει όταν το τεστ αντισωμάτων του AIDS είναι αρνητικό;	47
9. ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΔΙΑΦΩΤΙΣΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ	47
10. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	49
10.1. Κύκλος ζωής του ιού και ιικοί στόχοι	49
10.2. Αναστολείς της HIV πρωτεάσης	52
10.2.1. Σακινάβιρη (Invirase)	53
10.2.2. Ριτοναβίρη	54
10.2.3. Ιντιναβίρη (Crixivan)	56
11. Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΛΕΥΡΑ ΤΟΥ AIDS	57
Ειδικό Μέρος	65
ΚΕΦΑΛΑΙΟ II	66
1. ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΚΑΙ AIDS - ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΤΑ ΤΩΝ ΑΡΡΩΣΤΩΝ	66
2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ AIDS ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	68
2.1. Αλλοιώσεις στοματικού βλεννογόνου	68
2.2. Ναυτία - έμετος	69
2.3. Ανορεξία	70
2.4. Διάρροια	70
2.5. Δυσκοιλιότητα	71
2.6. Κόπωση	71
2.7. Πόνος	72
2.8. Καταστολή μυελού των οστών	73
2.9. Τοξικές επιδράσεις φαρμάκων σε όργανα	74
2.10. Έκφραση και επικοινωνία	75
2.11. Διατήρηση ψυχολογικής ισορροπίας	76
2.12. Θρησκευτική λατρεία	77
3. ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ AIDS ΕΚΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ	78
4. ΠΡΟΦΥΛΑΞΕΙΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΙ ΤΩΝ ΣΥΓΓΕΝΩΝ	81
4.1. Πλύσιμο χεριών	81
4.2. Πλύσιμο πιάτων	81
4.3. Προσωπικά αντικείμενα	82
4.4. Ακάθαρτος ματισμός	82
4.5. Πλύσιμο ρούχων στο πλυντήριο	82
4.6. Πλύσιμο ρούχων στο χέρι	83
4.7. Πλύσιμο και στεγνό καθάρισμα στο καθαριστήριο	83
4.8. Επιπλα, μηχανήματα, ιατρικές συσκευές.	83
4.9. Διασπορά σωματικών υγρών	83

4.10. Απομάκρυνση αιχμηρών αντικειμένων _____	84
4.11. Ποδιά _____	85
4.12. Μάσκα _____	85
4.13. Γάντια _____	85
5. ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ _	87
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ _____	89
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ AIDS _____	89
Περίπτωση ασθενούς με AIDS ο οποίος νοσηλεύτηκε στο περιφερειακό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών «Ριον» _____	89
Νοσηλευτική Φροντίδα ασθενούς με AIDS _____	90
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ _____	106
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ _____	108

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Και πριν καλά - βρεθεί τρόπος θεραπείας για τον καρκίνο εμφανίστηκε δειλά στην αρχή και απειλητικά μετά το σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας ή αλλιώς AIDS που πήρε διαστάσεις εθνικού προβλήματος υγείας. Το AIDS έχει τρομοκρατήσει ολόκληρη την ανθρωπότητα και όλα τα κράτη αρχίζουν να λαβαίνουν μέτρα προκειμένου να αντιμετωπίσουν την αρρώστια. Το AIDS είναι μια αρρώστια που μεταδίδεται κυρίως με τη σεξουαλική πράξη και δυστυχώς δεν εμφανίζει προειδοποιητικά συμπτώματα. Καμιά φορά υποστηρίζουν οι ειδικοί, η ασθένεια μπορεί να παρουσιαστεί σε 5 έως 7 χρόνια αφότου μολύνθηκε το άτομο. Αυτό φυσικά κάνει τους ανθρώπους να τρομάζουν και να ανησυχούν βαθιά για την τύχη του ανθρώπινου γένους. Αυτή η νόσος κάθε χρόνο αφαιρεί χιλιάδες ζωές εξαιτίας της άγνοιας και της κακής πληροφόρησης και θα περάσουν ακόμα πολλά χρόνια με πολλές απώλειες ανθρώπινων ζωών μέχρι να βρεθεί το φάρμακο που θα σώζει. Ο ιός μεταδίδεται με μεγάλη ταχύτητα και η ανακάλυψη κάποιου εμβολίου γίνεται ολοένα και πιο αναγκαία.

Ακόμα θα πρέπει να δοθούν πληροφορίες και στους νοσηλευτές ώστε να παρέχουν σωστή νοσηλευτική φροντίδα σε αυτούς ώστε να παρέχουν σωστή νοσηλευτική φροντίδα σε αυτούς τους ασθενείς για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και την ανακούφιση τους (σωματικά, ψυχολογικά, κοινωνικά).

Σκοπός της εργασίας μου είναι να παρουσιάσω την ασθένεια να αναφερθώ στους τρόπους πρόληψης καθώς και στην νοσηλευτική αντιμετώπιση των ασθενών που πάσχουν από AIDS.

Γενικό Μέρος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Το 1981 μια νέα θανατηφόρα ασθένεια αναγνωρίζεται και περιγράφεται σε προηγούμενως υγιείς ομοφυλόφιλους στις Η.Π.Α. Η αυξανόμενη επίπτωση δύο σπάνιων μέχρι τότε νόσων, της πνευμονίας από *Pneumocystis Karinii* (PCP) και του σαρκώματος Kaposi (K.S), σε νεαρούς ομοφυλόφιλους αποκάλυψε την ύπαρξη επιδημικών εστιών στους ομοφυλόφιλους της Νέας Υόρκης, του Αγίου Φρανσίσκου και του Λος Άντζελες.

Οι αναδρομικές μελέτες έδειξαν ότι η νόσος πρωτοεμφανίσθηκε το 1978 σε πέντε ομοφυλόφιλους της Νέας Υόρκης, ενώ το 1979 είχαν αναφερθεί επτά νέα κρούσματα στην ίδια πόλη.

Επειδή τα πρώτα θύματα της άγνωστης ασθένειας ήταν νεαρά ομοφυλόφιλα άτομα η ασθένεια ονομάσθηκε «gay syndrome» δηλ. νόσος των ομοφυλοφίλων. Λίγο αργότερα άρχισε να επικρατεί η ονομασία σύνδρομο GRID (Gay Related Immuno Deficiency) από τις παρατηρούμενες σοβαρές ανωμαλίες του ανοσολογικού μηχανισμού.

Με την πάροδο του χρόνου άρχισαν να αναφέρονται πολλά νέα κρούσματα σε τοξικομανείς, αιμορροφιλικούς και άτομα που κατάγονται από την Καραϊβική και Αφρική. Έτσι καθιερώθηκε η διεθνής ονομασία AIDS από τα αρχικά των αντιστοίχων αγγλικών λέξεων Acquired Immune Deficiency Syndrome.

Η ραγδαία αύξηση των κρουσμάτων στις ΗΠΑ και η εμφάνιση λίγο αργότερα των πρώτων περιστατικών στην Ευρώπη συνετέλεσε στην κινητοποίηση των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.

Άρχισαν να οργανώνονται συστήματα επαγρυπνήσεως, σε διάφορες χώρες. Εκδηλώθηκε έντονο ενδιαφέρον για συμμετοχή σε προτεινόμενα συνεργατικά προγράμματα, αφού το πρόβλημα συνεχώς μεγάλωνε και επεκτεινόταν. Σε εξειδικευμένα ερευνητικά κέντρα άρχισαν να εφαρμόζονται διαφορετικές μεθοδολογίες μελέτης. Στο Παρίσι, στην Ατλάντα των ΗΠΑ και στο Τόκιο οι ερευνητικές ομάδες μελετούν την σχέση ρετροϊών και AIDS, ενώ στο Μόναχο και στις Κάτω Χώρες πειραματίζονται σε ζώα προκαλώντας ανοσοκαταστολή.

Στις αρχές του 1983 η ερευνητική ομάδα του *Institute Pasteur Paris* με επικεφαλής τον καθηγητή *Luc Montagnier* επιτυγχάνει να απομονώσει από ομοφυλόφιλο άνδρα με λεμφαδενικό σύνδρομο τον ρετροϊό LAV (*Lymphadenopathy Associated Virus*).

Λίγο αργότερα στο *National Institute of Health* στις ΗΠΑ η ερευνητική ομάδα του καθηγητή *Robert Gallo* απομονώνει ένα μορφολογικά όμοιο ρετροϊό του HTLV -III (*Human T Lymphotropic Virus III*) από ασθενείς με AIDS.

Σήμερα ο ιός LAVIHTLV - III θεωρείται πλέον ο κύριος υπεύθυνος του AIDS χωρίς να αποκλείονται και άλλοι συνυπεύθυνοι παράγοντες για την τελική έκφραση του συνδρόμου. Πρόσφατα διεθνής επιτροπή ταξινομήσεως ιών υιοθέτησε την ονομασία HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) για τον ιό του AIDS. Έτσι καθιερώνεται η νέα ονομασία στην οποία συγχωνεύονται οι τρεις μέχρι σήμερα

επικρατούσες ονομασίες LAV (από τον L. Montagnier) HTLV - III (από τον R. Gallo) και ARV (από τον K. Levy).

Το πρώτο συνέδριο της Παγκοσμίου Οργανώσεως Υγείας για το AIDS έγινε στη Γενεύη το Νοέμβριο 1983. Το 1983 και 1984 διοργανώθηκαν συναντήσεις στην Ευρώπη και Αμερική. Μετά το 1^ο Διεθνές Συμπόσιο για το AIDS που έγινε στην Ατλάντα των Η.Π.Α. τον Απρίλιο 1985, συστήθηκαν από την Π.Ο.Υ. διάφορα συνεργαζόμενα Κέντρα Αναφοράς για το AIDS με σκοπό την παρακολούθηση της εξελίξεως του συνδρόμου διεθνώς και την ανάπτυξη μεθόδων ελέγχου. Η πρώτη συνάντηση των υπεύθυνων των κέντρων αναφοράς έγινε τον Σεπτέμβριο του 1985 και η δεύτερη τον Δεκέμβριο του 1985. Σ' αυτές αναγνωρίσθηκε ο πρωταρχικός ρόλος της Π.Ο.Υ. στην πρόληψη και έλεγχο του AIDS ειδικά στις αναπτυσσόμενες χώρες και καταρτίσθηκε πρόγραμμα συνεργασίας.

Συζητήσεις της Εκτελεστικής Επιτροπής της Π.Ο.Υ το 1985 και 1986 οδήγησαν στην έγκριση πρόσθετων χρηματικών ενισχύσεων για την έρευνα του AIDS.

Το 1985 το θέμα του AIDS συζητήθηκε και στις έξι Περιφερειακές Επιτροπές της Π.Ο.Υ. Εξετάσθηκαν τα μέτρα προλήψεως, επαγρυπνήσεως, συλλογής επιδημιολογικών δεδομένων, οι εργαστηριακές υποδομές των συνεργαζομένων κρατών και οι δυνατότητες και τα μέσα κλινική υποστηρίξεως των ασθενών με AIDS. Τον τελευταίο χρόνο οι περιφερειακές επιτροπές διοργάνωσαν συμπόσια εργασίας για το AIDS με σκοπό την ανταλλαγή εμπειριών και τον καλύτερο συντονισμό των κοινών προσπαθειών στην αντιμετώπιση

του προβλήματος. Η Περιφερειακή Επιτροπή Αφρικής διοργάνωσε συνέδριο στο Batlgui τον Οκτώβριο του 1985 με τη συμμετοχή εννέα κρατών της Κεντρικής Αφρικής. Στο συνέδριο αυτό επικροτήθηκε ο ενεργός ρόλος και η βοήθεια της Π.Ο.Υ. προς τα κράτη μέλη και προσδιορίσθηκαν οι τομείς συνεργασίας.

Καθολική - υπήρξε η συμμετοχή των Αφρικανικών χωρών στη διάσκεψη της Brazzaville το Μάρτιο του 1986. Όλες οι χώρες αποδέχθηκαν τις οδηγίες και το γενικό σχεδιασμό δράσης για την αντιμετώπιση του AIDS στην αφρικανική ήπειρο που συνέστησε η Π.Ο.Υ.

Σαν συμπέρασμα, η Π.Ο.Υ. θεωρεί ότι το AIDS αποτελεί ιδιαίτερης σημασίας κίνδυνο για τη δημόσια υγεία. Για το λόγο αυτό φρόντισε για τη στελέχωση με ανθρώπινο δυναμικό και την οικονομική ενίσχυση του προγράμματος για τον έλεγχο του AIDS. Για την διετία 1986 - 87 υπολογίζεται ότι 1.500.000 δολάρια θα διατεθούν στον αγώνα εναντίον του AIDS. Ειδικότερα αποφασίσθηκε η ενίσχυση των ακόλουθων δραστηριοτήτων.

2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Το τρίμηνο Οκτωβρίου - Δεκεμβρίου 1998, δηλώθηκαν 7 νέα κρούσματα με AIDS: 43 έφηβοι / ενήλικες και 4 παιδιά κάτω των 12, ετών. Στο σύνολο των 47 νεοδηλωθέντων κρουσμάτων, 17 διαγνώσθηκαν το τελευταίο τρίμηνο και 30 σε προηγούμενα τρίμηνα. Από τα 43 νέα κρούσματα των εφήβων / ενηλίκων, 38 (88,4%) είναι άνδρες και 5 (11,6%) γυναίκες.

Ο συνολικός αριθμός των κρουσμάτων AIDS που δηλώθηκαν στην Ελλάδα μέχρι τις 31 Δεκεμβρίου 1998 ανέρχεται σε 1882 άτομα, 30 παιδιά και 1852 έφηβους / ενήλικες. Από τα 30 παιδιά τα 18 (60 %) είναι αγόρια και τα 12 (40%) κορίτσια και από το 1852 έφηβους ενήλικες οι 1620 (87,5%) είναι άνδρες και οι 232 (12,5%) γυναίκες.

Στο σύνολο των 1882 κρουσμάτων έχουν δηλωθεί 1103 (58.6%) θάνατοι.

Η πλειονότητα (73.8%) των εφήβων / ενηλίκων κρουσμάτων με AIDS είναι ηλικίας 25 έως 50 ετών.

Η σημαντική μείωση της επίπτωσης του AIDS που παρατηρείται για πρώτη φορά στην χώρα μας το 1997 (29%) συνεχίζεται και το 1998 (-30%).

Όσον αφορά στις κυριότερες κατηγορίες μετάδοσης μείωση που παρατηρείται στους ομοφυλόφιλους / αμφιφυλόφιλους άνδρες το 1997 (-30%) συνεχίζεται και το 1998 (-38%). Στην ομάδα της ετεροφυλοφιλικής μετάδοσης η μείωση της επίπτωσης AIDS που παρατηρείται το 1997 (39%) ακολουθείται από επιπέδωσή της το 1998. Αυτό οφείλεται κυρίως στην αύξηση των ανδρών (23%) που μολύνθηκαν ετεροφυλοφιλικά και διαγνώσθηκαν το 1998.

Ο συνολικός αριθμός των παιδιατρικών κρουσμάτων που δηλώθηκαν το 1998 αυξήθηκε κατά (20%) σε σχέση με το 1997. Στην πραγματικότητα η αύξηση αυτή είναι πλασματική αφού 4 από τα 5 νεοδηλωθέντα κρούσματα παιδιών με AIDS αφορούν σε καθυστερημένες δηλώσεις, οι οποίες βρέθηκαν μέσα από την παρακολούθηση (follow up) των κρουσμάτων AIDS που γίνεται στη

χώρα μας σε τακτά χρονικά διαστήματα. Επιπλέον, τα 3 από τα 5 παιδιά μολύνθηκαν από τη μητέρα τους ενώ τα άλλα 2 είναι πολυμεταγγιζόμενα με παράγωγα αίματος τα οποία διαγνώσθηκαν το 1982 και 1483 αντίστοιχα.

Συνεκτιμώντας τα παραπάνω ο συνολικός αριθμός των δηλωμένων παιδιατρικών κρουσμάτων με AIDS στη χώρα μας παραμένει χαμηλός και η πλειοψηφία (60%) των παιδιών αυτών έχει μολυνθεί από τη μητέρα τους.

Ο συνολικός αριθμός των οροθετικών ασθενών συμπεριλαμβανομένων και των κρουσμάτων AIDS που έχουν λάβει δωρεάν αντί ετροϊκή αγωγή στη χώρα μας μέχρι τις 31.12.1999 ανέρχεται σε 2973 άτομα εκ των οποίων 2.487 (83.7%) άνδρες και 486 (16.3%) γυναίκες.

Τα συμπεράσματα που εξάγονται σχετικά με τα δεδομένα που παρουσιάζονται σε αυτό το δελτίο και ιδιαίτερα όσον αφορά στη σημαντική μείωση στην επίπτωση του AIDS που παρατηρείται το 1997 και 1998 πρέπει να διατυπώνονται με ιδιαίτερη προσοχή συνεκτιμώντας τα παρακάτω:

α. τα δηλούμενα περιστατικά αφορούν σε μολύνσεις που συνέβησαν αρκετά χρόνια πριν και

β. η χρήση των αποτελεσματικών αντιρετροϊκών θεραπειών επιβραδύνει την εξέλιξη σε AIDS και συνεπώς μειώνει τα δηλωθέντα κρούσματα.²

Πίνακας 1. Δηλωθέντα κρούσματα AIDS κατά έτος διάγνωσης και φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 31 Δεκεμβρίου 1998.

Έτος διάγνωσης	Ανδρες		Γυναίκες		Σύνολο	
	N	%	N	%		
1982	2	0,1	0	0,0	2	0,2
1983	5	0,3	0	0,0	5	0,51
1984	5	0,3	0	0,0	5	0,51
1985	16	1,0	0	0,0	16	1,61
1986	23	1,4	0	0,0	23	2,31
1987	55	3,4	6	2,5	61	6,10
1988	66	4,0	7	2,9	73	7,27
1989	91	5,6	15	6,1	106	10,50
1990	126	7,7	16	6,6	142	13,97
1991	162	9,9	21	8,6	183	17,86
1992	168	10,3	23	9,4	191	18,50
1993	148	9,0	21	8,6	169	16,28
1994	181	11,1	32	13,1	213	20,43
1995	186	11,4	25	10,2	211	20,18
1996	188	11,5	42	17,2	230	21,95
1997	136	8,3	23	9,4	159	15,14
1998	80	4,9	13	5,3	93	8,75
ΣΥΝΟΛΟ	1638	100	244	100	1882	

* ανά εκατομμύριο πληθυσμού

Πίνακας 2. Δηλωθέντα κρούσματα εφήβων / ενηλίκων με AIDS (ηλικίας > 13 ετών) κατά ηλικία κατά τη διάγνωση και φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 31 Δεκεμβρίου 1998.

Ομάδες ηλικιών	Άνδρες		Γυναίκες		Σύνολο	
	N	%	N	%	N	%
13-14 ετών	4	0,2	1	0,4	5	0,3
15-19 ετών	19	1,2	7	3,0	26	1,4
20-24 ετών	57	3,5	17	7,3	74	4,0
25-29 ετών	203	12,5	40	17,2	243	13,1
30-34 ετών	337	20,8	47	20,3	384	20,7
35-39 ετών	296	18,3	41	17,7	337	18,2
40-49 ετών	382	23,6	21	9,1	403	21,8
50-59 ετών	170	10,5	24	10,3	194	10,5
60+ ετών	123	7,6	28	12,1	151	8,2
Άγνωστη	29	1,8	6	2,6	235	1,9
Σύνολο	1620	100,0	232	100	1852	100

3. ΟΡΙΣΜΟΣ AIDS - ΕΙΔΗ ΤΟΥ ΙΟΥ

Το AIDS προέρχεται από τα αρχικά του αγγλικού επιστημονικού όρου «Acquired Immune Deficiency Syndrome» που στα ελληνικά σημαίνει σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας.

Είναι μια λοίμωξη από ιό που μπορεί να οδηγήσει σε βαριά και επί του παρόντος μη αναστρέψιμη βλάβη του ανοσολογικού συστήματος αφήνοντας έτσι το δύμα του έρμαιο των λοιμώξεων και μερικών τύπων καρκίνου.³

ΕΙΔΗ ΤΟΥ ΙΟΥ HIV

Υπάρχουν δύο τύποι ιού: Ο HIV, 1 και ο HIV2 ο κυρίαρχος παγκοσμίως τύπος είναι ο HIV1. ⁴

4. ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ ΤΟΥ ΙΟΥ

Στις δεκαετίες του 1960 και 1970 είχαν αναφερθεί μεμονωμένες περιπτώσεις ανεξήγητης ανοσοκαταστολής στις βιομηχανικές χώρες. Φαίνεται ότι το AIDS είχε «κτυπήσει» και πριν το 1981 στις δεκαετίες του '70 και του '60 ακόμα. Στον άνθρωπο βρέθηκαν αντισώματα του AIDS σε δείγματα αίματος του 1959. Πιο συγκεκριμένα σύμφωνα με το ιατρικό περιοδικό *Lancet* το σύνδρομο υπάρχει από το 1954 τουλάχιστον. Αυτό αποκαλύφθηκε από την επανεξέταση οργάνων ενός 25χρονου ναύτη, ο οποίος πέθανε το 1959 από μια «μυστηριώδη» ασθένεια. Τα όργανα του ναύτη είχαν φυλαχτεί γιατί η ασθένεια που τον οδήγησε στο θάνατο ήταν άγνωστη. Σήμερα με τα αποτελέσματα των εξετάσεων ο ναύτης εκείνος έπασχε από AIDS και θα έπρεπε να έχει μολυνθεί τουλάχιστον 5 χρόνια νωρίτερα, δηλ. το 1954. Μετά το 1978, οι σποραδικές περιπτώσεις πλήθυναν, μέχρι που τον Ιούνιο του 1981, μια σύντομη αναφορά από Αμερικανούς γιατρούς, περιέγραψε 5 περιπτώσεις πνευμονίας από το μικρόβιο *Pneumocystis Carinii* σε ομοφυλόφιλους του Los Angeles που προηγουμένως ήταν υγιείς. Η *Pneumocystis Carinii* είναι ένα μικρόβιο που ενώ σε άτομα με φυσιολογική άμυνα δεν μπορεί να προκαλέσει ασθένεια, σε άτομα με μειωμένη άμυνα και ανοσία προκαλεί σοβαρές πνευμονίες, συχνά

θανατηφόρες. Σχεδόν ταυτόχρονα, δημοσιεύτηκαν ανάλογα περιστατικά με κοινό χαρακτηριστικό τους την πτώση της ανοσίας του οργανισμού. Ήταν φανερό ότι ένα «μυστηριώδες σύνδρομο», με κλινικές εκδηλώσεις που μέχρι τότε σπάνιζαν, άρχισε να διαδίδεται επικίνδυνα μεταξύ των ομοφυλοφίλων. Τον Μάιο του 1983, πρώτος ο Γάλλος Montagnier και οι συνεργάτες του, ανακοίνωναν την απομόνωση του νέου ιού σε ένα ασθενή με λεμφαδενοπάθεια στο Παρίσι.

Σήμερα, υποθέτουμε ότι ο ιός μεταδόθηκε στους ανθρώπους από τον πράσινο πίθηκο της Αφρικής. Μεγάλη απήχηση μάλιστα, έχουν οι μελέτες του ανθρωπολόγου Ανισετ Κασαμούρα, που αφορούν τα σεξουαλικά ήθη των λαών της περιοχής των μεγάλων λιμνών της Κεντρ. Αφρικής. Οι μελέτες αυτές, αποκάλυψαν ότι άνδρες και γυναίκες μιας φυλής που ζουν σε ένα νησί της λίμνης Κίνι, συνήθιζαν να εμβολιάζονται με αίμα πράσινου πιθήκου προκειμένου να αυξήσουν τη σεξουαλική τους δραστηριότητα. Έχουμε έτσι μια καλή εξήγηση για το πώς εξαπλώθηκε ο ιός. ⁴

5. ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΚΑΙ ΜΗ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΤΟΥ AIDS

5.1. Αιματογενώς

Ο τρόπος, αυτός αφορά στους μεταγγιζόμενους και τοξικομανείς. Γνωστός είναι από παλιά ο κίνδυνος των μεταγγιζομένων από ιούς που μεταβιβάζονται με το αίμα ή διασπείρονται με τα παράγωγα αυτού. Η εμφάνιση του AIDS σε αιμορροφιλικούς εξαρτάται από πολλούς παράγοντες.

Έχει υπολογιστεί ότι η πιθανότητα λοιμώξεως από μετάγγιση είναι πάνω από 90%.

Οι τοξικομανείς που κάνουν χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών χρησιμοποιούν κοινές μολυσμένες βελόνες ή σύριγγες. Η μετάδοση του AIDS φαίνεται να οφείλεται στην μεταφορά μικρών ποσοτήτων αίματος κατά την κοινή χρήση των βελόνων.

5.2. Σεξουαλική μετάδοση

Ο ιός ανιχνεύθηκε στο σπέρμα και στο τραχηλικό έκκριμα φορέων. Ο ρόλος της γενετήσιας οδού στην μετάδοση του AIDS είναι σημαντικός. Οι ομοφυλόφιλοι αποτελούν την κυριότερη ομάδα που σταθερά αντιπροσωπεύει πάνω από 70% των κρουσμάτων κατά τα τελευταία τρία χρόνια. Η αυξημένη διασπορά συμβαδίζει με το μεγάλο αριθμό σεξουαλικών συντρόφων, με παθητικές σεξουαλικές επαφές και με ευκαιρίες τραυματισμού που βοηθούν στον ενοφθαλμισμό του ιού (fisting κλπ). Η συνεχής και επανειλημμένη έκθεση στον ιό και η συνύπαρξη άλλων παραγόντων βοηθούν στην εγκατάσταση της λοιμώξεως.

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

Αυτό δείχνει ότι η πιθανότητα μεταδόσεως της λοιμώξεως από την γυναίκα στον άντρα είναι πολύ μικρή.

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

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

Αντίθετα ο αριθμός των κρουσμάτων σε συζύγους πολυμεταγγιζομένων και αιμορροφιλικών παραμένει μικρός. Υπολογίζεται ότι η πιθανότητα μεταδόσεως σε ζευγάρι ομοφυλοφίλων ανέρχεται σε 50% περίπου, λοίμωξη σε συζύγους αιμορροφιλικών υπολογίζεται ότι ανέρχεται σε ποσοστό περίπου 10%.

5.3. Περιγεννητική και κάθετη μετάδοση

Η μετάδοση γίνεται από την μητέρα που έχει προσβληθεί, στο κύημα ή στο νεογνό κατά τον τοκετό ή λίγο μετά τη γέννηση. Έχουν δημοσιευθεί περιπτώσεις μόλυνσεως κατά την εγκυμοσύνη και τον τοκετό σε νεογνά που δεν είχαν καμιά επαφή μετά τη γέννηση με την μητέρα τους. Περιγράφεται και περίπτωση μόλυνσεως με καισαρική τομή.

Ο ιός έχει απομονωθεί στο μητρικό γάλα και έχει βεβαιωθεί περίπτωση μόλυνσεως νεογνού από θηλασμό.

Μέχρι στιγμής 289 παιδιατρικές περιπτώσεις AIDS έχουν αναφερθεί στην Αμερική και Ευρώπη. Στο 75% η μητέρα ανήκε στις ομάδες υψηλού κινδύνου.

Η κάθετη λοίμωξη νεογνών ή βρεφών δεν είναι αναπόφευκτη. Μητέρες που υφίστανται τεχνική γονιμοποίηση με μολυσμένο σπέρμα δεν είναι απαραίτητο να μετάδωσαν τον ιό στα παιδιά τους.

Σήμερα υπολογίζεται ότι η πιθανότητα προσβολής του νεογνού (κάθετη μετάδοση) από μητέρα φορέα, ανέρχεται σε 50% περίπου. Το ποσοστό των παιδιών που αναπτύσσουν AIDS μετά την προσβολή από τον ιό ανέρχεται σε 50%.

5.4. Άλλοι τρόποι μεταδόσεως

Έχει διαπιστωθεί ότι είναι δυνατή η μετάδοση με την είσοδο μικρής ποσότητας αίματος ή άλλων υγρών και εκκρινμάτων ασθενών με AIDS, από τις αμυχές του δέρματος

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

Μέχρι σήμερα έχει περιγραφεί μόνο μια περίπτωση νοσηλεύτριας που ανέπτυξε αντισώματα ύστερα από τρύπημα με βελόνη που

χρησιμοποιήθηκε σε ασθενή με AIDS. Στη βιβλιογραφία αναφέρονται δύο ακόμη πιθανές περιπτώσεις ασθενών.

Σήμερα διεθνώς καταβάλλεται ιδιαίτερη προσπάθεια διερευνήσεως των πηγών λοιμώξεως των περιπτώσεων AIDS, που δεν ανήκουν σε καμιά γνωστή ομάδα κινδύνου. Είναι παρήγορο ότι τουλάχιστον στις δυτικές χώρες ο αριθμός των κρουσμάτων αυτών δεν φαίνεται να αυξάνει σημαντικά. Σε διαφορετική περίπτωση θα αποτελούσε δυσοίωνο σημείο επεκτάσεως της επιδημίας στο γενικό πληθυσμό.⁴

5.5. Τρόποι μη μετάδοσης του AIDS

Είναι σκόπιμο εδώ να αναφερθούμε και σε κάποιες δραστηριότητες μη μεταδόσεως του ιού από τις οποίες όμως φοβούνται και ανησυχούν τους ανθρώπους. Δεν κινδυνεύει λοιπόν κάποιος να κολλήσει τον ιό με το αγκάλιασμα, το σφίξιμο του χεριού, το απλό φιλί, όταν κάποιος βήξει ή φταρνιστεί κοντά του. Χρησιμοποιεί ξένη τουαλέτα, ντους ή πετσέτες. Χρησιμοποιεί τα βιβλία ή τα μολύβια των άλλων. Κολυμπά σε πισίνες τρώει σε εστιατόρια, μεταχειρίζεται ξένα πιάτα ή ποτήρια τον τσιμπίζουν κουνούπια ή άλλα έντομα, πέσει ή κτυπήσει με ανοικτή πληγή, δίνει αίμα.¹

6. ΠΟΙΕΣ ΟΙ ΟΜΑΔΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Με βάση τους τρόπους διασποράς της νόσου, διαμορφώνονται οι ομάδες υψηλού κινδύνου. Οι ομοφυλόφιλοι-αμφιφυλόφιλοι, οι τοξικομανείς, οι πολυμεταγγιζόμενοι και οι κάτοικοι ορισμένων περιοχών που η νόσος ενδημεί, αποτελούν τις ομάδες όπου παρατηρείται υψηλός επιπολασμός της λοιμώξεως. Ακολουθούν οι

ερωτικοί σύντροφοι ασθενών με AIDS, τα παιδιά ασθενών με AIDS, οι ιερόδουλες και οι ερωτικοί τους σύντροφοι.

Οι ομοφυλόφιλοι αποτελούν την κυριότερη ομάδα που αντιπροσωπεύει το 70% περίπου των κρουσμάτων στις αναπτυγμένες περιοχές. Ακολουθούν οι τοξικομανείς όπου σε μερικές χώρες ξεπερνούν τους ομοφυλόφιλους (Ισπανία, Ιταλία). Μικρός παραμένει ο αριθμός των κρουσμάτων σε αιμορροφιλικούς και πολυμεταγγιζόμενους. Η χορήγηση δερμικά αδρανοποιηθέντων παραγόντων πήξεως και ο έλεγχος αντισωμάτων που εφαρμόζεται στις αιμοδοσίες, περιορίζουν τα κρούσματα.

Ένα ποσοστό εκτός των ομάδων κινδύνου αποδίδεται σε ετεροφυλική μετάδοση. Το ποσοστό αυτό παραμένει σταθερό τα τελευταία χρόνια στις αναπτυγμένες χώρες

6.1. Ομοφυλόφιλοι

Οι ομοφυλόφιλοι εξακολουθούν να αποτελούν την κατ' εξοχή ευάλωτη πληθυσμιακή ομάδα. Μέχρι τα μέσα του 1981 ήταν η μοναδική ομάδα προσβολής (1). Οι ηλικίες που προσβάλλονται εξακολουθούν να είναι από 20-50 ετών (μέση ηλικία των 35). Αναδρομικές και εργαστηριακές μελέτες έγιναν σε μια ομάδα 6.875 ομοφυλόφιλων που πήρε μέρος σε πρόγραμμα εμβολιασμού κατά της ηπατίτιδας Β το 1978.

Διαπιστώθηκε ότι 2,4% είχε εκδηλώσει AIDS μέχρι το τέλος του 1984. Η θνησιμότητα ανήλθε σε 600 ανά 100.000 δηλαδή ποσοτικά υψηλότερη από κάθε άλλη αιτία θανάτου για την ομάδα αυτή των ηλικιών. Ο επιπολασμός της λοιμώξεως το 1978 ήταν 2,7%, το 1979

12%, το 1980 24%, το 1981 35%, το 1982 46%, το 1983 57% και το 1984 68 %.

Πολλοί παράγοντες συμβάλλουν στην αυξημένη διασπορά αλλά και στο ρυθμό αυξήσεως. Διαπιστώθηκε μεγάλος αριθμός κρουσμάτων στις τοπικές εστίες της Νέας Υόρκης, Αγίου Φρανσίσκου και άλλων αμερικανικών πόλεων. Στις εστίες αυτές προσβάλλονται όσοι έχουν μεγάλο αριθμό σεξουαλικών συντρόφων, παθητικές σεξουαλικές επαφές και ευκαιρίες τραυματισμών ιδιαίτερα του βλεννογόνου του ορθού που είναι η πύλη εισόδου του ιού.

Η προσβολή καταλήγει σε μόνιμη ιοφορία που επαυξάνει τον ρυθμό επεκτάσεως της επιδημίας. Η συνεχής επανειλημμένη έκθεση στον ιό και η συνύπαρξη άλλων υποβοηθητικών παραγόντων, βοηθούν στην εγκατάσταση της λοιμώξεως.

Η μολυσματικότητα των φορέων δεν είναι μεγάλη. Το 50% των ερωτικών συντρόφων των φορέων δεν έχουν αντισώματα.

Ο χρόνος επώασεως της νόσου κυμαίνεται από έξι μήνες μέχρι και έξι χρόνια. Η πιθανότητα εκδηλώσεως της νόσου αυξάνει σε 20% εφ' όσον παρατηρείται και το σύνδρομο της λεμφαδενοπάθειας. Οι συνεχείς επαναλοιμώξεις με νέους αντιγονικά διάφορους τύπους του ιού (γενετικός πολυμορφισμός), οι δυσμενείς συνθήκες διαβιώσεως και άλλοι άγνωστοι παράγοντες του περιβάλλοντος συμβάλλουν στην εκδήλωση του συνδρόμου.

6.2. Τοξικομανείς

Η δεύτερη σε μέγεθος ομάδα υψηλού κινδύνου είναι οι τοξικομανείς. Αποτελεί το 17% των κρουσμάτων στις ΗΠΑ και το 8,5% της Ευρώπης. Χαρακτηριστικές είναι οι μεγάλες διαφορές στις διάφορες χώρες. Ήδη αναφέρθηκε ο μεγάλος επιπολασμός στην Ισπανία και Ιταλία. Περισσότερο περίεργη είναι η παρατηρηθείσα διαφορά μεταξύ δυτικής (Γλασκώβης) και ανατολικής (Εδιμβούργο) Σκωτίας. Η διερεύνηση των διαφορών αυτών μπορεί να βοηθήσει σημαντικά στη μείωση της διασποράς. Ευδύνεται κυρίως στην εξάπλωση του συνδρόμου με ετεροφυλική μετάδοση και στην εμφάνιση του συνδρόμου στα παιδιά.

Ο επιπολασμός της λοιμώξεως στις ΗΠΑ το 1981 ήταν 2,9%, το 1982 14,8%, το 1983 32,4% και το 1984 78,5%. Τα επιδημιολογικά στοιχεία για την ομάδα αυτή είναι ασαφή. Είναι δύσκολη η προσέγγιση της ομάδας αυτής. Είναι δύσκολο να προσδιορισθεί η ακριβής αιτία θανάτου των τοξικομανών. Πολλοί πεθαίνουν από υπερβολική χρήση ναρκωτικών πριν ακόμη εκδηλωθεί το AIDS.

Υπάρχουν έμμεσες ενδείξεις στην Αμερική ότι η υπεύθυνη διαφώτιση και η παρατηρούμενη αύξηση των πωλήσεων βελονών και συρίγγων θα ελαττώσουν την διασπορά του συνδρόμου.

6.3. Πολυμεταγγιζόμενοι

Τα χαρακτηριστικά της λοιμώξεως στην ομάδα αυτή αναφέρονται στο κεφάλαιο «Μετάγγιση και AIDS»¹

7. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ - ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

7.1. - Νόσος HIV συνδυαζόμενη με την ορρομετατροπή

Η ασθενής παρουσιάζει οξεία, εμπύρετη κατάσταση με «πονόλαιμο», επώδυνη λεμφαδενοπάθεια και κεφαλαλγία. Ενδέχεται επίσης να συνυπάρχουν κλινικά σημεία μηνιγγίτιδας ή εγκεφαλίτιδας. Η οσφυονωτιαία παρακέντηση είναι πιθανόν να δείξει αυξημένο αριθμό λεμφοκυττάρων στο ΕΝΥ, γεγονός που υποδηλώνει την παρουσία άσηπτης μηνιγγίτιδας. Συνήθως, ο ασθενής αναρρώνει αυτομάτως μέσα σε μια εβδομάδα. Δεν είναι γνωστό το ποσοστό των προσβεβλημένων από τον ιο HIV ατόμων που θα παρουσιάσουν νόσο συνδυαζόμενη, με την ορρομετατροπή ή «οξεία νόσο HIV». Επειδή την συναντούμε πολύ σπάνια, συμπεραίναμε ότι, στις περισσότερες περιπτώσεις, η νόσος αυτή είναι ασυμπτωματική ή τόσο ελαφράς μορφής, ώστε να νομίζει ο ασθενής ότι μάλλον πάσχει από απλό κρυολόγημα ή γρίπη και να μην επισκέπτεται το γιατρό.

7.2. Λεμφαδενοπάθεια

Μια γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια σε ομοφυλόφιλο ασθενή, που επιμένει για διάστημα μεγαλύτερο των τριών μηνών, είναι πολύ πιθανόν να οφείλεται στη νόσο HIV. Το εύρημα είναι τόσο συχνό, ώστε η βιοψία λεμφαδένος δεν περιλαμβάνεται πλέον στις εξετάσεις ρουτίνας για τους θετικούς για αντισώματα HIV ασθενείς.

Η βιοψία είναι απαραίτητη προκειμένου να αποκλειστεί το λέμφωμα και η φυματιώδης αδενίτις στις περιπτώσεις που ο ασθενής παρουσιάζει σοβαρά σωματικά συμπτώματα, όπως καχεξία, νυκτερινές εφιδρώσεις, είναι ορροαρνητικός ή έχει αδένες που είναι άτυποι κατά την

υπλάφηση. Συνήθως, στην λεμφαδενοπάθεια της νόσου HIV οι λεμφαδένες έχουν ελαστική υφή κατά την υπλάφηση και είναι κινητοί. Όταν οι αδένες μιας συγκεκριμένης περιοχής του σώματος είναι σκληροί ή καθηλωμένοι ή παρουσιάζουν απότομη διόγκωση, καλό είναι να γίνεται βιοψία.

Στην λεμφαδενοπάθεια που οφείλεται στη νόσο HIV, οι λεμφαδένες δεν είναι συνήθως επώδυνοι στην υπλάφηση. Αρκετά συχνά όμως, ορισμένοι ασθενείς παρουσιάζουν μεγάλη διόγκωση των λεμφαδένων που είναι επώδυνοι κατά την υπλάφηση, ενώ συγχρόνως παραπονούνται για αίσθημα κοπώσεως. Οι ασθενείς αναφέρουν συχνά ότι τα συμπτώματα αυτά παρουσιάζονται σε περιόδους stress ή μεγάλου φόρτου εργασίας.

Στο σύνδρομο αυτό του «αδενοειδούς πυρετού» είναι συχνό και μπορεί να παρουσιάσει υποτροπές. Η αιτιολογία του είναι άγνωστη, είναι όμως πιθανόν να οφείλεται σε εξάρσεις μιας συστηματικής λοιμώξεως από τον Μεγαλοκυτταρικό ιό (CMV). Συνήθως, η διόγκωση των λεμφαδένων και το αίσθημα κοπώσεως υποχωρούν με την ανάπαυση.

Η λεμφαδενοπάθεια της νόσου HIV συχνά υποχωρεί με την πάροδο του χρόνου και την επιδείνωση της νόσου.

7.3. Απώλεια βάρους

Η προοδευτική απώλεια βάρους αποτελεί εκδήλωση πλήρως αναπτυγμένης νόσου HIV (ασχέτως αν παρουσιάζεται σε ασθενείς με ARC ή με AIDS) και ενδέχεται να είναι ιδιαίτερα σοβαρής μορφής σε ορισμένους ασθενείς. Η αιτιολογία είναι άγνωστη, αλλά είναι πιθανόν

να έχει εν μέρει σχέση με τη δυσαπορρόφηση θρεπτικών ουσιών. Αποτελεί πολύ κακό προγνωστικό σημείο. Μετά την 1^η Σεπτεμβρίου 1987, η παρουσία ενός χρόνιου συνδρόμου απισχνάνσεως σε HIV θετικό ασθενή (απώλεια βάρους ίση ή μεγαλύτερη από το 10% του σωματικού βάρους) σε συνδυασμό με διάρροια ή πυρετό διάρκειας 1 μηνάς, καλύπτει τα κριτήρια του CDC για τη διάγνωση AIDS.

7.4. Παθήσεις της στοματικής κοιλότητας

7.4.1. Μυκητίαση της στοματικής κοιλότητας στη νόσο HIV

Η Μυκητίαση της στοματικής κοιλότητας έχει την μορφή λευκού επιχρίσματος της μαλθακής και της σκληρής υπερώας καθώς και των παρειικών επιφανειών. Ο υποκείμενος βλεννογόνος ενδέχεται να έχει φυσιολογικό χρώμα, δεν αποκλείεται όμως να είναι έντονα ερυθρό. Στην περίπτωση αυτή δεν αποκλείεται να υπάρχει δυσφορία στην στοματική κοιλότητα. Σε ορισμένα περιστατικά ο βλεννογόνος εμφανίζει εξέυδρη πάχυνση, χωρίς λευκές πλάκες, οπότε μπορεί να χαρακτηριστεί ως «ερυθηματώδης μονιλίαση». Εάν δεν υπάρχει γενικευμένη προσβολή του βλεννογόνου, οι λευκές πλάκες ανευρίσκονται συχνότερα πίσω από τον δεύτερο τραπεζίτη. Η θεραπεία της μυκητιάσεως της στοματικής κοιλότητας είναι εύκολη είτε με τη χρήση διαλυμάτων που απορροφώνται τοπικά (όπως παστίλιες μυστατινης, καραμέλες αμφοτερισίνης Β ή gel μικοναζόλης είτε σκευασμάτων που απορροφώνται συστηματικά, όπως χάπια κετοκοναζόλης. Σε περιπτώσεις εκτεταμένης μυκητιάσεως της στοματικής κοιλότητας ή μονολιάσεως του οισοφάγου, θα προτιμηθεί συνήθως η χορήγηση συστηματικής θεραπείας. Παρόλο που η

ηπατοτοξικότητα της κετοκοναζόλης είναι πάρα πολύ σπάνια, θα πρέπει να ελέγχεται τακτικά η ηπατική λειτουργία με τις κατάλληλες εργαστηριακές εξετάσεις. Πολλοί ασθενείς με ARC ή AIDS χρειάζονται συνεχή θεραπεία με κετοκοναζόλη για την πρόληψη δυσάρεστων υποτροπών μυκητιάσεως της στοματικής κοιλότητας και του οισοφάγου.

7.4.2. - Τριχωτή λευκοπλακία σε ασθενείς με νόσο HIV

Οι φωτογραφίες παρουσιάζουν τέσσερα διαφορετικά περιστατικά τριχωτής λευκοπλακίας. Η πάθηση εμφανίζεται σαν λευκές, ραβδώσεις στις πλάγιες επιφάνειες της γλώσσας. Συνήθως είναι ασυμπτωματική, παρόλο που μερικοί ασθενείς ενδέχεται να παραπονεθούν σχετικά. Σπανιότατα είναι επώδυνη. Ο όρος τριχωτή (hairy) οφείλεται στην ιστοπαθολογική εμφάνιση των τριχωτών προσεκβολών του κερατινοποιημένου πλακώδους επιθηλίου. Το λευκό χρώμα οφείλεται στην κερατινοποίηση του πλακώδους επιθηλίου που δημιουργεί τη λευκή και υγρή μεμβράνη επάνω στη γλώσσα. Ο αιτιολογικός μηχανισμός φαίνεται να είναι η αναπαραγωγή του ιού Epstein-Bar στα επιπολής στρώματα του πλακώδους επιθηλίου της γλώσσας.

7.4.3. Ουλίτις σε ασθενείς με νόσο HIV

Η επώδυνη, υποτροπιάζουσα αιμορραγική ουλίτις με, διάβρωση των ούλων είναι συχνή στη νόσο HIV. Η συστηματική υγιεινή του στόματος και η αφαίρεση της πλάκας έχει πρωταρχική σημασία. Οι πλύσεις του στόματος με Betadine μπορούν να εφαρμοστούν τόσο σαν θεραπεία, όσο και προληπτικά. Συνήθως, οι εξάρσεις ανταποκρίνονται θετικά στην θεραπεία με πενικιλίνη και μετρονιδαζόλη.

7.4.4. Αφρώδεις εξελκώσεις στη νόσο HIV

Τα αφρώδη έλκη συναντώνται πιο συχνά στην μαλθακή υπερώα, και είναι ιδιαίτερα επώδυνα. Η τοπική επάλειψη με triamcinoione acetonide 0,1% ενδέχεται να έχει καλό αποτέλεσμα, αλλά η επάλειψη στο συγκεκριμένο σημείο παρουσιάζει δυσκολίες. Περιστατικά ιδιαίτερα ανθεκτικά που καθιστούν δύσκολη τη λήψη τροφής, ανταποκρίνονται στην θαλιδομίδη

7.5. Δερματικές παθήσεις

7.5.1. Σμηγματορροϊκή δερματίτις

Η προέλευση της σμηγματορροϊκής δερματίτιδας, του βλατιδοκνησμών εξανθήματος και της ξηροδερμίας είναι άγνωστη, αν και πιστεύεται ότι η υπέρμετρη ανάπτυξη ή η ευαισθησία στα Pityrospora μπορεί να παίζουν σημαντικό ρόλο στον αιτιολογικό μηχανισμό της σμηγματορροϊκής δερματίτιδας.

Όσον αφορά το βλατιδοκνησμών εξάνθημα, τα ιστολογικά ευρήματα υποδηλώνουν την αγγειακή προέλευση της παθήσεως, ενώ η ξηροδερμία οφείλεται ίσως στην δυσαπορρόφηση των λιπαρών οξέων.

Η μειωμένη κυτταρική ανοσία εξηγεί την εμφάνιση ιογενών και μυκητιασικών δερματικών εξανθημάτων. Πολλά ακόμη δερματικά εξανθήματα έχουν αναφερθεί ως εμφανιζόμενα συχνότερα στη νόσο HIV, όπως τα εξανθήματα που οφείλονται σε υπερευαισθησία σε φάρμακα, το μολυσματικό κηρίο και η γωρίαση. Άλλες, λιγότερο συχνές δερματοπάθειες αναφέρονται στο τέλος του κεφαλαίου. Η σμηγματορροϊκή δερματίτις προσβάλλει συχνότερα το

πρόσωπο. Αν και παρουσιάζεται αρκετά συχνά στον γενικό πληθυσμό, στη νόσο HIV είναι συνήθως σοβαρότερης μορφής και, τις περισσότερες φορές, ο συγκεκριμένος, ορροθετικός για HIV, ασθενής δεν είχε παρουσιάσει παρόμοιο πρόβλημα στο παρελθόν. Το κλασικό εξάνθημα του προσώπου προσβάλλει τις ρινοχειλικές πτυχές και θα πρέπει οπωσδήποτε να θεωρηθεί δετική ένδειξη προς την κατεύθυνση της διάγνωσης του AIDS σε ασθενή με λοίμωξη του αναπνευστικού, διάρροια ή πάθηση του κεντρικού νευρικού συστήματος. Σε ελαφρότερη μορφή προσβάλλει μόνο τα φρύδια ή την περιοχή του άνω χείλους. Το εξάνθημα ανταποκρίνεται καλά στην θεραπεία με αλοιφή υδροκορτιζόνης 1% σε συνδυασμό με κάποιο αντιμυκητιασικό, όπως η μικοναζόλη. Για τους ασθενείς που έχουν ευαισθησία στις αλοιφές αυτές, η αλοιφή κετοконаζόλης αποτελεί καλή εναλλακτική λύση. Το εξάνθημα στο πρόσωπο είναι συχνά πολύ ενοχλητικό για τον ασθενή.

Η σμηγματορροϊκή δερματίτις μπορεί κάλλιστα να επεκταθεί και στο υπόλοιπο σώμα, γεγονός που αποτελεί κακό προγνωστικό σημείο. Οι συχνότερα προσβαλλόμενες περιοχές είναι η άνω και έξω επιφάνεια του βραχίονα και η κεντρική περιοχή του θώρακα. Η προσεκτική επισκόπηση του εξανθήματος θα αποκαλύψει ότι πολλές περιοχές παρουσιάζουν θυλακιώδη επίταση.

7.5.2. Βλατιδοκνηστώδες εξάνθημα (Θυλακίτις)

Το βλατιδοκνηστώδες εξάνθημα ή κνηστώδης θυλακίτις είναι το συχνότερο και πιο ερεθιστικό από όλα τα δερματικά εξανθήματα της νόσου HIV. Οι αλλοιώσεις είναι μικρές, καθόλου εντυπωσιακές κλινικά και δεν περιβάλλονται από αξιοσημείωτο ερύθημα. Συνήθως είναι

κνησμώδεις και πολύ συχνά παρουσιάζουν εκδορές. Οι συχνότερα προσβαλλόμενες περιοχές είναι ο θώρακας, οι βραχίονες, οι πλάγιες επιφάνειες του τραχήλου και του προσώπου, το τριχωτό της κεφαλής, οι μασχάλες και οι μηροί. Ακόμη και στις περιπτώσεις που οι αλλοιώσεις είναι τόσο μικρές, ώστε να μην υποπέσουν καν στην αντίληψη του κλινικού γιατρού, τα δυσάρεστα για τον ασθενή συμπτώματα είναι ιδιαίτερα έντονα. Η καλλιέργεια είναι συνήθως αρνητική. Η ιστολογική εξέταση ενδέχεται να αποκαλύψει μια μορφή αγγειίτιδος. Η κατάσταση αυτή είναι δυστυχώς πολύ ανθεκτική στη θεραπεία. Οποσδήποτε όμως, μια ισχυρή, τοπική θεραπεία με κορτικοστεροειδή και αντιϊσταμινικά ενδέχεται να ανακουφίσει κάπως τον ασθενή. Στους περισσότερους ασθενείς η κατάσταση αυτή είναι διαλείπουσα. Φαίνεται ότι στην Αφρική, το εξάνθημα αυτό καλύπτει το 30% των συμπτωμάτων, με τα οποία παρουσιάζεται η νόσος HIV, γεγονός που μπορεί να οφείλεται στο ότι το μελανό δέρμα είναι περισσότερο κνησμώδες από το λευκό.

7.5.3. Ξηροδερμία

Ξηροδερμία παρουσιάζεται σε όλα σχεδόν τα περιστατικά προχωρημένης νόσου HIV. Μπορεί να συνδυάζεται με κνησμό. Η αιτιολογία είναι άγνωστη, ίσως όμως συνδέεται με δυσαπορρόφηση των λιπαρών οξέων, που οδηγεί στην εμφάνιση πρόωρης γήρανσης του δέρματος. Η συστηματική χρήση ειδικών λιπαρών ουσιών, μαλακτικού σαπουνιού και ενυδατικής κρέμας σε μεγάλες ποσότητες, προσφέρει σημαντική συμπτωματική ανακούφιση.

7.5.4. Έρπης ζωστήρ

Ο έρπης ζωστήρ αποτελεί πολύ συχνά, την πρώτη κλινική εκδήλωση της καταστολής της ανοσολογικής λειτουργίας σε άτομα που πάσχουν από τη νόσο HIV. Η εμφάνιση έρπητος ζωστήρας σε νέο άτομο που, ανήκει σε μια από τις ομάδες υψηλού κινδύνου, θα πρέπει να θεωρηθεί σημαντικό στοιχείο για μια πιθανή ύπαρξη της νόσου HIV, παρόλο που δεν μπορούμε να αποκλείσουμε το ενδεχόμενο να παρουσιαστεί έρπης ζωστήρ σε απόλυτα φυσιολογικά και υγιή, νεαρά άτομα. Ο έρπης ζωστήρ της νόσου HIV θα πρέπει να αντιμετωπιστεί θεραπευτικά με μεγάλες δόσεις ακυκλοβίρης (800 mg χ 5 ημερησίως για μια εβδομάδα), καθώς αυξάνονται πολύ οι πιθανότητες να παρουσιαστεί μνηιγγίτις από έρπητα ζωστήρα, στην περίπτωση που δεν χορηγηθεί η κατάλληλη θεραπεία. Η συμπτωματολογία του έρπητος ζωστήρας, είτε εφαρμοστεί θεραπεία είτε όχι δεν είναι ιδιαίτερα σοβαρή και υποχωρεί αφού ακολουθήσει την συνηθισμένη πορεία.

Η διασπορά είναι μάλλον σπάνια, αλλά οι αλλοιώσεις του έρπητος ενδέχεται να παρουσιαστούν ταυτόχρονα σε περισσότερα από ένα δερμοτόμια. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι στους HIV θετικούς ασθενείς που προσβάλλονται από ανεμοβλογιά, η πορεία της νόσου είναι συνήθως ήπια, αντίθετα από ό,τι θα περίμενε κανείς να συμβεί στην περίπτωση ατόμου με ανοσοανεπάρκεια. Παρ' όλα αυτά, σπανίως παρατηρούνται διάχυτες αλλοιώσεις ανεμοβλογιάς χωρίς έρπητα ζωστήρα σε ασθενείς που πάσχουν από σοβαρής μορφής AIDS.

7.5.5. Απλός έρπηης

Ο ιός του απλού έρπητος αποτελεί σημαντικό πρόβλημα για τη νόσο HIV. Όπως ο ιός HIV, έτσι και ο ιός του απλού έρπητος μεταδίδεται κατά τη σεξουαλική επαφή με αποτέλεσμα, οι περισσότεροι ασθενείς με λοίμωξη από τον ιό HIV να πάσχουν συγχρόνως από ερπητική λοίμωξη. Καθώς αυξάνει προοδευτικά η ανοσοανεπάρκεια, είναι λογικό οι ασθενείς να παρουσιάζουν συχνότερα σοβαρές προσβολές από έρπητα. Ασθενείς που για πρώτη φορά εμφανίζουν την κλινική συμπτωματολογία του έρπητος, ενδέχεται να ήταν φορείς του ιού για πολλά χρόνια. Στους ομοφυλόφιλους, η συχνότερη εντόπιση των αλλοιώσεων του έρπητος είναι η περιπρωκτική περιοχή, όπου η διάγνωση είναι συχνά δύσκολη, καθώς οι αλλοιώσεις είναι μικρές και άτυπες και συχνά μοιάζουν με μικρές περιπρωκτικές εκδορές. Το στοιχείο που θα οδηγήσει στην σωστή διάγνωση είναι η παρουσία πολύ ισχυρού πόνου. Οι αλλοιώσεις του δέρματος ενδέχεται να συνοδεύονται από ερπητική πρωκτίτιδα, που μπορεί όμως να είναι ανεξάρτητη και η οποία είναι επίσης ιδιαίτερα επώδυνη. Η θεραπεία συνίσταται στη χορήγηση ακυκλοβίρης (200 mg χ 5 ημερησίως για 5-7 μέρες) και θα πρέπει να εφαρμόζεται σε όλους τους θετικούς για HIV αντισώματα ομοφυλόφιλους άνδρες που αναφέρουν περιπρωκτικό άλγος. Σε ορισμένους απαιτείται συνεχής συντηρητική θεραπεία με ακυκλοβίρη (200mg χ 2 ημερησίως έως και συνεχής χορήγηση της πλήρους δόσεως), ώστε να απαλλαγούν οριστικά από τις αλλοιώσεις. Σε μερικούς ασθενείς με AIDS αντίθετα, η πορεία της ερπητικής λοίμωξης μπορεί να είναι πολύ ήπιας μορφής, παρόλη την ανοσοανεπάρκεια. Η παρουσία, για διάστημα μεγαλύτερο του ενός μηνός, μόνιμων

εξελκώσεων του δέρματος ή του βλεννογόνου που οφείλονται στον ιό του απλού έρπητος, επιτρέπει, σύμφωνα με τα κριτήρια του CDC, τη διάγνωση του AIDS.

7.5.6. Περιπρωκτικά κονδυλώματα

Τα κονδυλώματα είναι μια ακόμη συχνά μεταδιδόμενη με τη σεξουαλική επαφή πάθηση και, ειδικά στους ομοφυλόφιλους, τα περιπρωκτικά κονδυλώματα είναι συνηθισμένα. Φαίνεται ότι η νόσος HIV αυξάνει σε μικρό βαθμό την τάση αναπτύξεως κονδυλωμάτων στους ασθενείς αυτούς. Η θεραπεία των περιπρωκτικών κονδυλωμάτων είναι πάντα δύσκολη και, ειδικά στους θετικούς για HIV αντισώματα ασθενείς, ο κίνδυνος υποτροπής μετά την θεραπεία είναι μεγάλος.

7.5.7 Μολυσματική τέρμινθος

Οι ασθενείς με νόσο HIV είναι ιδιαίτερα ευπαθείς στην μολυσματική τέρμινθο - περισσότερο ακόμη από όσο είναι στα κονδυλώματα. Οι αλλοιώσεις που προκαλεί ενδέχεται να επεκταθούν σε ολόκληρο το πρόσωπο, ίσως λόγω του ξυρίσματος. Η κατάσταση αυτή, σπάνια εμφανίζεται σε άλλες νόσους και είναι τόσο χαρακτηριστική, ώστε θα μπορούσε να θεωρηθεί παθογνωμονική για τη νόσο HIV. Η διάχυτη μολυσματική τέρμινθος υποδηλώνει ανοσολογική ανεπάρκεια μεγάλου βαθμού και αποτελεί κακό προγνωστικό σημείο. Η θεραπευτική αντιμετώπιση των αλλοιώσεων είναι πολύ δύσκολη. Η κλασική θεραπεία συνίσταται στο τρύπημα των φυσαλίδων με αιχμηρό στυλεό που έχει προηγουμένως εμβαπτιστεί σε διάλυμα φαινόλης. Η μέθοδος αυτή είναι ιδιαίτερα επώδυνη όταν εφαρμόζεται στο πρόσωπο και μια εναλλακτική θεραπεία, που επιπλέον μειώνει τον κίνδυνο υποτροπής, συνίσταται

στην απόξεση και καυτηρίαση των φυσαλίδων με την βοήθεια τοπικής αναισθησίας ή και στην, χωρίς τη χρήση αναισθησίας, απλή επαφή της διαδερμίας επάνω στις φυσαλίδες.

Είναι τέλος δυνατόν να υποχωρήσουν οι αλλοιώσεις ύστερα από υύξη με υγρό άζωτο.

7.5.8. Λοιμώξεις από επιδερμόφυτα

Οι τριχοφυτίες των πελμάτων, του σώματος και των ονύχων είναι πολύ συχνές στους ασθενείς με νόσο HIV και ανταποκρίνονται στα κλασικά θεραπευτικά σχήματα. Παρόλη την ανοσοκαταστολή, η φλεγμονώδης αντίδραση εναντίον των διαφόρων μυκήτων είναι συχνά αρκετά εκσεσημασμένη. Ενδέχεται εντούτοις, σε ορισμένες περιπτώσεις να εμφανιστεί *tinge incognito*. Η τοπική εφαρμογή αντιμυκητιασικών έχει καλά αποτελέσματα. Για την θεραπεία της τριχοφυτίας των ονύχων απαιτείται η συστηματική χορήγηση αντιμυκητιασικών, π.χ. κετοконаζόλη 200mg χ 2 ημερησίως. (Η γκριζεοφουλβίνη αποτελεί εναλλακτική λύση, αλλά οι ασθενείς με νόσο HIV είναι συχνά αλλεργικοί στο φάρμακο αυτό).

Στη νόσο HIV παρουσιάζεται επίσης μυκητιασικό παράτριμμα και σε περιπτώσεις που παρατηρείται παράτριμμα στον γενικό πληθυσμό, θα πρέπει να ελέγχονται οι πάσχοντες τόσο για νόσο HIV όσο και για σακχαρώδη διαβήτη.

7.6. ΩΡΛ προβλήματα

Οι ασθενείς με νόσο HIV είναι πιο ευπαθείς σε ορισμένες λοιμώδεις και αλλεργικές ωτορινολαρυγγολογικές (ΩΡΛ) παθήσεις και είναι

μάλιστα πιθανόν να απευθυνθούν αρχικά στον ωτορινολαρυγγολόγο. Τα συχνότερα προβλήματα είναι:

1. καταρροή / οπισθορρινική καταρροή
2. ιγμορίτις
3. μέση ωτίτις
4. εκκριτική μέση ωτίτις
5. εξωτερική ωτίτις
6. νευροαισθητήριοις βαρηκοΐα

Το πιο συνηθισμένο πρόβλημα είναι η συνεχής οπισθορρινική καταρροή που ενδέχεται να οδηγήσει σε νυκτερινό βήχα. Ίσως να οφείλεται σε μια μορφή αλλεργικής ρινίτιδας και η χρήση κορτιζονούχων ρινικών σκευασμάτων προσφέρει συμπτωματική ανακούφιση. Ένα ενδιαφέρον στοιχείο είναι η κοκκιωματώδης εμφάνιση του ρινικού βλεννογόνου. Η ιγμορίτις και η μέση ωτίτις οφείλονται συνήθως σε λοίμωξη από αιμόφιλο. Ειδικά σε περιπτώσεις ιγμορίτιδος, ενδέχεται η κατάσταση του ασθενούς να είναι τόσο σοβαρή, με πυρετό και πόνο, ώστε να γίνεται εισαγωγή σε νοσοκομείο με υποψία μηνιγγίτιδας ή πυρετού αγνώστου αιτιολογίας.

Η εκκριτική μέση ωτίτις είναι πολύ συχνή στα προχωρημένα στάδια της νόσου HIV. Οι ασθενείς αναφέρουν «βούισμα στα αυτιά σαν να βρίσκονται σε αεροπλάνο» και ορισμένες φορές παρουσιάζουν βαρηκοΐα αγωγιμότητας καθώς και αδυναμία του προσώπου. Η εκκριτική μέση ωτίτις ενδέχεται να οδηγήσει σε απόφραξη της ευσταχιανής σάλπιγγας,

δημιουργία αρνητικής πίεσεως και συλλογή εκκρίσεων στο μέσον ους. Η αυξημένη συχνότητα κρουσμάτων εξωτερικής ωτίτιδας ενδέχεται να οφείλεται στην αυξημένη συχνότητα σμηγματορροϊκής δερματίτιδος. Σε ορισμένα περιστατικά παρουσιάζεται νευροαισθητήριοις βαρηκοΐα λόγω προσβολής του ακουστικού νεύρου, στα πλαίσια πιθανόν της HIV νευροπάθειας.

7.7. Σάρκωμα Kaposi

Το σάρκωμα Kaposi περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Ούγγρο δερματολόγο Moritz Kaposi το 1872. Ο Moritz Kaposi περιέγραψε σε ηλικιωμένους Ιταλούς και σε άνδρες Εβραϊκής καταγωγής από την Ανατολική Ευρώπη έναν βραδέως αναπτυσσόμενο, καλοήγη συνήθως όγκο που, τις περισσότερες φορές εμφανιζόταν στα κάτω άκρα. Αργότερα βρέθηκε ότι, τόσο η καλοήγη άσο και η πιο επιθετική μορφή του σαρκώματος Kaposi είναι πολύ διαδεδομένες στην Αφρική. Τα πρώτα περιστατικά σαρκώματος Kaposi σε σχέση με τη νόσο HIV περιγράφηκαν το 1981 στις ΗΠΑ, όπου 35% των κρουσμάτων του AIDS παρουσιάστηκαν με αυτόν τον μέχρι τότε, πολύ σπάνιο όγκο. Στους πάσχοντες από AIDS, η κατανομή των αλλοιώσεων του σαρκώματος Kaposi μπορεί να είναι η κλασσική, δηλαδή οι αλλοιώσεις να εμφανισθούν πρώτα στα κάτω άκρα, αλλά, συχνότερα είναι διάσπαρτες σε όλο το σώμα.

Το κύτταρο, από το οποίο προέρχεται ο όγκος, είναι ενδοθηλιακό και πιστεύεται ότι ο όγκος δεν παρουσιάζει μεταστάσεις, αλλά είναι πολυεστιακός. Εμφανίζεται συχνά σε ομοφυλόφιλους με AIDS, αλλά είναι σπάνιος σε άτομα που ανήκουν σε άλλες ομάδες υψηλού

κινδύνου. Ο λόγος είναι άγνωστος, είναι όμως πιθανόν ότι το σάρκωμα Karosi οφείλεται σ' έναν άγνωστο μέχρι σήμερα, «ευκαιριακό» ιό του σαρκώματος, που είναι ιδιαίτερα διαδεδομένος στην κοινότητα των ομοφυλοφίλων, αλλά σπανίως ανευρίσκεται σε άλλα άτομα. Είναι πιθανόν να μεταδίδεται μόνο με τη σεξουαλική επαφή και όχι με την ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών ουσιών. Το σάρκωμα Karosi ενδέχεται να εκδηλωθεί με ιδιαίτερα επιθετική μορφή στους ασθενείς με AIDS και ο θάνατος να επέλθει σαν συνέπεια της προσβολής των πνευμόνων. Είναι, όμως, πιθανότερο να πεθάνει ο ασθενής από μια ευκαιριακή λοίμωξη ή από εγκεφαλοπάθεια, παρά από τον ίδιο τον όγκο. Η διάχυτη προσβολή του εντερικού σωλήνα είναι πιθανή, ενώ η προσβολή του εγκεφάλου είναι εξαιρετικά σπάνια.

Εναλλακτικές λύσεις στην θεραπεία του σαρκώματος Karosi

Το σάρκωμα Karosi μπορεί να αντιμετωπισθεί τοπικά με την εξαίρεση του όγκου, ακτινοθεραπεία ή ενδοογκική θεραπεία και συστηματικά, είτε με την χορήγηση ιντερφερόνης άλφα είτε με χημειοθεραπεία. Η εκλογή του κατάλληλου θεραπευτικού σχήματος εξαρτάται από τις διαστάσεις και τον αριθμό των αλλοιώσεων, καθώς και από την εντόπισή τους.

Σκοπός της θεραπείας είναι συνήθως η πρόληψη και η βελτίωση στην εμφάνιση του ασθενούς καθώς και η απαλλαγή του από τοπικά ενοχλητικές ή επώδυνες αλλοιώσεις. Η γενική πρόγνωση της νόσου δεν επηρεάζεται από την θεραπεία, εκτός από ορισμένες περιπτώσεις επιθετικού σαρκώματος Karosi, με πιθανή προσβολή και των

πνευμόνων, οπότε, με την επίτευξη μιας μερικής, έστω, ίασεως, είναι δυνατόν να παραταθεί η επιβίωση.

Ο όγκος είναι πολύ ευαίσθητος στην χημειοθεραπεία και την ακτινοθεραπεία και η συστηματική χορήγηση μικρών δόσεων ενός από τα πιο γνωστά χημειοθεραπευτικά φάρμακα (όπως η βινκριαστίνη, η βινκριστίνη, η μπλεομυκίνη ή το VP 16) μάλλον δεν φαίνεται να επιδεινώνουν την προϋπάρχουσα ανοσοανεπάρκεια.

Αντίθετα, τα κλασικά χημειοθεραπευτικά σχήματα, κατά τα οποία χορηγούνται υψηλές δόσεις, προκαλούν ανοσοκαταστολή και ενδέχεται να επιδεινώσουν την πρόγνωση προκαλώντας την ταχύτερη ανάπτυξη σοβαρών ευκαιριακών λοιμώξεων. Παρ' όλο που η ιντερφερόνη άλφα δεν παρουσιάζει ανοσοκατασταλτική δράση, δεν είναι κατά κανόνα τόσο καλά ανεκτή όσο η χημειοθεραπεία, ενώ προκαλεί δυσάρεστες παρενέργειες, όπως πυρετό και συμπτώματα γρίπης. Επίσης είναι ένα ιδιαίτερα ακριβό φάρμακο.

7.8. Παθήσεις των πνευμόνων

Το 60% περίπου από τα κρούσματα του AIDS παρουσιάζονται με πνευμονία που στο σύνολο σχεδόν των περιπτώσεων, οφείλεται στο πρωτόζωο *Pneumocystis carinii*. Ο «τυπικός» ασθενής παρουσιάζει επίμονο, μη παραγωγικό, ξερόβηχα που μπορεί να διαρκέσει μερικές εβδομάδες, είναι παροξυσμικός και μπορεί να προκαλέσει έμετο. Παρουσιάζει επίσης πυρετό και δύσπνοια ύστερα από κόπωση. Το πιο σημαντικό κλινικό σημείο είναι η ταχύπνοια σε κατάσταση ηρεμίας. Συνήθως δεν υπάρχουν άλλα κλινικά συμπτώματα από τον θώρακα. Η εξέταση αερίων αίματος ενδέχεται να δείξει υποξία και η ακτινογραφία

δώρακας αμφοτερόπλευρες διάμεσες πυκνώσεις. Είναι, όμως, πολύ πιθανόν, μια ή και όλες οι αναφερθείσες εξετάσεις να είναι απόλυτα φυσιολογικές. Συνήθως, για την επιβεβαίωση της διαγνώσεως απαιτείται βρογχοσκόπηση με πλύση των κυμελίδων ή διαβρογχική βιοψία, αν και, ορισμένες φορές, πτύελα που προέρχονται από εισπνοή υπέρτονου διαλύματος NaCl είναι πιθανόν να εμπεριέχουν πνευμονοκύστες.

Η έγκαιρη διάγνωση της πνευμονίας από *Pneumocystis carinii* (PCP) είναι ζωτικής σημασίας. Η έναρξη της νόσου είναι συνήθως ήπια και ο ασθενής μπορεί να φαίνεται και να αισθάνεται σχετικά υγιής. Η παρουσία ξηρού βήχα και, ιδιαίτερα, δύσπνοιας σε άτομο θετικό για HIV αντισώματα δεν θα πρέπει ποτέ να αγνοούνται, ακόμη και στην περίπτωση που η ακτινογραφία θώρακας και η εξέταση αερίων αίματος, είναι αρχικά φυσιολογικές.

Αν η έναρξη της θεραπείας γίνει πριν εμφανιστούν παθολογικά σημεία στην ακτινογραφία θώρακας, οι πιθανότητες επιβίωσης είναι μεγάλες (80%). Ενώ αν καθυστερήσει (πιθανόν επειδή ο ασθενής δεν θα εισαχθεί αμέσως στο νοσοκομείο λόγω λανθασμένης εκτιμήσεως των γιατρών) και ο ασθενής παρουσιάζει σοβαρή υπογία όταν αρχίσει τελικά η θεραπεία, το ποσοστό επιβιώσεως είναι πολύ χαμηλότερο (περίπου 50%).

Η θεραπεία εκλογής είναι η χορήγηση ενδοφλεβίως τριμοξαζόλης σε μεγάλες δόσεις. Άλλα θεραπευτικά σχήματα είναι η χορήγηση πενταμιδίνης, τριμεθοπρίμης / δαιυόνης, εφλορνιδίνης και τριμομεξάτης είτε ενδοφλεβίως είτε με εισπνοές. Η έναρξη της θεραπείας θα πρέπει να αποφασίζεται μόλις υπάρξει κλινικά υπογία πνεύμονας από

Pneumocystis Carinii και να μην καθυστερεί μέχρις ότου επιβεβαιωθεί η διάγνωση, γιατί διαφορετικά θα χαθεί πολύτιμος χρόνος. Παρόλο που η πνευμονία από *Pneumocystis carinii* (PCP) είναι κατά πολύ συχνότερη, στη νόσο HIV παρουσιάζονται και πολλές άλλες λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος, όπως η πνευμονίτις από τον Μεγαλοκυτταρικό ιό (CMV),

7.9. Παθήσεις του νευρικού συστήματος

Η νευρολογία του AIDS είναι πολύπλοκη. Ο ιός HIV είναι δυνατόν να προκαλέσει βλάβη στο ΚΝΣ (Κεντρικό Νευρικό Σύστημα), είτε άμεσα (HIV εγκεφαλοπάθεια) είτε έμμεσα από τις ευκαιριακές λοιμώξεις που παρουσιάζονται εξαιτίας της ανοσοκαταστολής.

1. (HIV εγκεφαλοπάθεια / μυελοπάθεια / αλλοιώσεις των περιφερικών νεύρων. Υποστηρίζεται ότι τα 2/3 περίπου των ασθενών με AIDS πάσχουν από HIV εγκεφαλοπάθεια. Η κατάσταση αυτή αποκαλείται «σύμπλεγμα άνοιας του AIDS» (AIDS dementia complex), αλλά ο όρος αυτός είναι κάπως παραπλανητικός, καθώς η άνοια είναι συνήθως πολύ ελαφράς μορφής.

Η απώλεια της μνήμης και η αλλαγή της προσωπικότητας είναι ασήμαντες και διαρκούν ελάχιστα, εκτός από τις περιπτώσεις ατόμων που βρίσκονται στα τελευταία στάδια της νόσου. Αν έχει προσβληθεί ο νωτιαίος μυελός, ενδέχεται να παρουσιαστεί αταξία, ακράτεια και παραπληγία, ενώ μια αρχικά χαλαρή παράλυση των κάτω άκρων μπορεί να εξελιχθεί σε σπαστική παράλυση. Είναι ακόμη δυνατόν να παρουσιαστούν διαταραχές του λόγου και αλλοιώσεις των περιφερικών νεύρων, και ιδιαίτερα πτώση του άκρου ποδός καθώς και επιληπτικές κρίσεις. Η HIV

εγκεφαλοπάθεια αποτελεί εκδήλωση των τελευταίων σταδίων της νόσου και συνήθως εμφανίζεται σε ασθενείς με AIDS, ύστερα από μια ή περισσότερες ευκαιριακές λοιμώξεις. Η διάγνωση της HIV εγκεφαλοπάθειας θα πρέπει να τίθεται μόνον εφόσον αποκλειστούν όλες οι άλλες δευτερογενείς παθήσεις του ΚΝΣ, όπως το εγκεφαλικό απόστημα και ο όγκος του εγκεφάλου, που επίσης ενδέχεται να προκαλέσουν απώλεια της μνήμης και διαταραχές της προσωπικότητας. Προκειμένου να αποκλειστούν οι περιπτώσεις αυτές, θα πρέπει να υποβάλλονται οι ασθενείς σε αξονική ή μαγνητική τομογραφία. Τέλος, υπάρχουν δύο ευκαιριακές λοιμώξεις από ιούς η προοδευτική πολυεστιακή λευκοεγκεφαλοπάθεια και η εγκεφαλίτις του Μεγαλοκυτταρικού ιού (CMV) - που επίσης παρουσιάζουν παρεμφερή συμπτώματα.

2 Εστιακές αλλοιώσεις, που συνήθως εμφανίζονται με εστιακή παράλυση ή σπασμούς, είναι πιθανότερο να οφείλονται σε εγκεφαλική τοξοπλάσμωση. Στα περισσότερα νοσηλευτικά κέντρα, κάθε εστιακή αλλοίωση στην αξονική τομογραφία ασθενούς θετικού για HIV αντισώματα αντιμετωπίζεται θεραπευτικά σαν εγκεφαλική τοξοπλάσμωση, ώστε να ελεγχθεί η τυχόν κλινική βελτίωση πριν αποφασιστεί βιοψία του εγκεφάλου. Η αμέσως επόμενη πιθανή αιτία για την ύπαρξη ενδοεγκεφαλικής μάζας στη νόσο HIV είναι το λέμφωμα του ΚΝΣ. Τέλος, άλλες, ακόμη σπανιότερες περιπτώσεις είναι το φυμάτωμα και το μυκητιασικό απόστημα.

3 Μηνιγγίτις. Η συχνότερη αιτία μηνιγγίτιδας σε ασθενείς με AIDS είναι ο *Cryptococcus* και η αμέσως επόμενη τα μυκοβακτηρίδια. Η εκδήλωση της νόσου ενδέχεται να είναι πολύ ήπια. Ο ασθενής

αναφέρει κεφαλαλγία και παρουσιάζει ελαφρά σύγχυση. Η κατάσταση αυτή μπορεί να διαρκέσει μερικές μέρες ή και εβδομάδες. Ενδέχεται να μη σημειωθεί φωτοφοβία ή δυσκαμψία του αυχένα και είναι πιθανόν η οσφουονωτιαία παρακέντηση να μην δείξει την παρουσία φλεγμονωδών κυττάρων. Θα πρέπει εντούτοις να χρησιμοποιούνται πάντοτε ειδικές χρώσεις για την ανίχνευση του *Cryptococcus* ή των μυκοβακτηριδίων που δεν αποκλείεται να υπάρχουν, παρά την απουσία φλεγμονώδους αντιδράσεως. Φαίνεται ότι η βακτηριακή μηνιγγίτις είναι μάλλον σπάνια στη νόσο HIV,

4 Αμφιβληστροειδίτις. Η αμφιβληστροειδίτις που οφείλεται στον Μεγαλοκυτταρικό ιό αποτελεί συχνή αιτία τυφλώσεως στη νόσο HIV. Ο ασθενής αναφέρει αρχικά θάμβος οράσεως, πόνο στο μάτι ή έλλειμμα του οπτικού πεδίου. Η βυθοσκοπική εικόνα είναι χαρακτηριστική. Η θεραπεία με κάποιο αντί-CMV φάρμακο, όπως η μανσικλοβίρη ή η φωσφονοφορμάτη πρέπει να αρχίσει επειγόντως, σε μια προσπάθεια να διατηρηθεί η όραση.

7.10. Παθήσεις του γαστρεντερικού συστήματος

Η νόσος HIV ενδέχεται να εμφανιστεί και στο γαστρεντερικό σύστημα ως διάρροια, οισοφαγίτις, προοδευτικός πρωκτικός έρπης ή σάρκωμα Kaposi του εντέρου.

Διάρροια

1 *Cryptosporidium*

Το *Cryptosporidium* είναι ένας πρωτοζωικός οργανισμός που δεν είχε θεωρηθεί παθογόνος για τον άνθρωπο, πριν ανακαλυφθεί ότι

προκαλεί νοσηρά φαινόμενα σε άτομα πάσχοντα από AIDS. Σήμερα, έχει αναγνωριστεί σαν μια συχνή αιτία της «διάρροιας των ταξιδιωτών», που συνίσταται σε μια νοσηρή κατάσταση που διαρκεί 1-2 εβδομάδες στους ξενιστές χωρίς ανοσοανεπάρκεια. Σε ασθενείς με AIDS ενδέχεται να προκαλέσει σοβαρή, χρονία, αιμόμη και θανατηφόρο διάρροια. Κατά την διερεύνηση περιστατικών διάρροιας σε ασθενείς θετικούς για HIV αντισώματα, είναι ιδιαίτερα σημαντικό να γίνεται ειδικός έλεγχος για την ύπαρξη του παράσιτου αυτού που γίνεται ορατό με την βοήθεια ειδικών χρώσεων, όπως οι όξινες χρωστικές. Η διάρροια που οφείλεται στο *Cryptosporidium* αντιμετωπίζεται θεραπευτικά με την χορήγηση ερυθρομυκίνης ή σπυρομυκίνης. Συχνά η ανταπόκριση είναι μόνο μερική και η πλήρης απαλλαγή του οργανισμού από το πρωτόζωο είναι μάλλον σπάνια. Η παρουσία *Cryptosporidium* για διάστημα μεγαλύτερο του μηνός καλύπτει τα κριτήρια του CDC για το AIDS.

2 Μεγαλοκυτταρικός ιός (CMV)

Ο ιός CMV προκαλεί χρονία διάρροια, που συνοδεύεται συχνά από κοιλιακό άλγος και σημεία περιτοναϊσμού. Η βιογία του ορδού ενδέχεται να αποκαλύψει την παρουσία παθογνομικών εγκλειστών σωματιδίων, συχνά όμως μπορεί να είναι αρνητική, οπότε απαιτείται η λήψη υψηλότερης βιογίας. Η διάρροια από CMV ενδέχεται να συνυπάρχει με οισοφαγίτιδα, αμφιβληστροειδίτιδα ή πνευμονία από CMV. Η θεραπεία με την χορήγηση γανσικλοβίρης ή φωσφονοφορμάτης μπορεί να αποδειχθεί ωφέλιμη, συνήθως όμως απαιτείται η χορήγηση θεραπείας συντηρήσεως. Η πρόγνωση είναι πολύ κακή.

3. Άτυπα μυκοβακτηρίδια

Τα άτυπα μυκοβακτηρίδια (και ειδικά το *Mycobacterium Avium intracellulare* (MAI)) είναι δυνατόν να προσβάλουν τον γαστρεντερικό σωλήνα μαζί, προκαλώντας ένα σύνδρομο παρόμοιο με το σύνδρομο Whipple. Το MAI καλλιεργείται ευκολότερα από τα κόπρανα ύστερα από χρώση με όξινες χρωστικές. Σε ασθενή με πυρετό αγνώστου αιτιολογίας, στον οποίο δεν βρέθηκαν MAI στα κόπρανα, είναι πιθανόν να χρειαστεί βιοψία ήπατος με χρώση για οξυάντοχους μικροοργανισμούς για την ανίχνευση του μυκοβακτηριδίου μέχρι να γίνει γνωστό το αποτέλεσμα της καλλιέργειας. Η διάχυτη παρουσία MAI ικανοποιεί τα κριτήρια του CDC για το AIDS.

4 Λαμβλίαση

Η λαμβλίαση αποτελεί συχνή αιτία διάρροιας σε HIV θετικούς ασθενείς. Συνήθως ανταποκρίνεται στην θεραπεία με μετρονιδαζόλη, είναι όμως πιθανόν η διάρκεια της θεραπείας να είναι μεγαλύτερη στους HIV θετικούς ασθενείς. Παρ' όλο που αποτελεί συχνό πρόβλημα, η λαμβλίαση δεν καλύπτει τα κριτήρια του CDC για το AIDS.

5 Σαλμονέλλα

Η *Salmonella typhimurium*, ένα παθογόνο ενδοκυττάριο βακτηρίδιο του εντέρου, αποτελεί μια ακόμη συχνή αιτία διάρροιας στους ασθενείς με νόσο HIV. Η υποτροπιάζουσα σηψαιμία από σαλμονέλλα ικανοποιεί τα κριτήρια του CDC για το AIDS.

6 Καμπυλοβακτηρίδιο (Campylobacter)

Το *Campylobacter* είναι ένας ακόμη μικροοργανισμός που προκαλεί συχνά διάρροια σε ασθενείς με ARC και AIDS. Ανταποκρίνεται στην θεραπεία με ερυθρομυκίνη. Οισοφαγίτις. Στους ασθενείς με AIDS, η συχνότερη αιτία οισοφαγίτιδος που καταλήγει σε δυσφαγία είναι η *Candida*. Η κατάσταση αυτή συνυπάρχει σχεδόν πάντοτε με μυκητίαση της στοματικής κοιλότητας και ανταποκρίνεται θετικά στην θεραπεία με κετοконаζόλη. Οισοφαγίτιδα είναι επίσης δυνατόν να προκαλέσουν ο ιός του απλού έρπητος και ο Μεγαλοκυτταρικός ιός. Στην οισοφαγίτιδα που οφείλεται στον ιό CMV, το κατώτερο τμήμα του οισοφάγου εμφανίζει συχνά επιμήκη έλκη που επιμένουν για μεγάλο διάστημα. Η θεραπεία με γανσικλοβίρη ή φωσφονοφορμάτη ενδέχεται να καταλήξει σε επούλωση.

7.11. Λέμφωμα

Το λέμφωμα του AIDS είναι συνήθως τύπου non - Hodgkin. Κατά κανόνα ανταποκρίνεται στην κλασική χημειοθεραπεία. Επειδή όμως, ο μυελός των οστών είναι ιδιαίτερα ευαίσθητος στα κυτταροτοξικά φάρμακα, ίσως χρειαστεί να ελαττωθεί η συνολική ποσότητα του χορηγούμενου φαρμάκου. Σε αντίθεση με όσους έχουν διάχυτο λέμφωμα, οι ασθενείς που παρουσιάζουν αλλοιώσεις που περιορίζονται σε μια ανατομική περιοχή, ανταποκρίνονται συνήθως καλά στην θεραπεία.

8. ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΟΥ AIDS

Η διάγνωση γίνεται με μια ειδική εξέταση αίματος που σχεδόν όλα τα νοσοκομεία έχουν την δυνατότητα να κάνουν. Επίσης μιας και τέτοια εξέταση γίνεται στο αίμα όλων των αιμοδοτών κάποιους είναι εδελοντής αιμοδότης θα ειδοποιηθεί αμέσως σε περίπτωση που βρεθεί θετικός για τη νόσο.

8.1. Ποια είναι τα τεστ που κάνουμε για το AIDS

Τα πιο συνήδη τεστ που βοηθούν στη διάγνωση του AIDS είναι τα εξής:

α. Ανίχνευση αντισωμάτων έναντι του ιού HIV με τη μέθοδο Elisa που είναι η πλέον ειδική, ευαίσθητη και εφαρμόσιμη στην καθημερινή πράξη. Εάν βρεθούν αντισώματα στο αίμα του δότη, αυτό δε σημαίνει απαραίτητα ότι το άτομο έχει AIDS ή θα αναπτύξει AIDS, ούτε πάλι σημαίνει ότι το άτομο απέκτησε ανοσία έναντι του ιού του AIDS (συνήθως τα αντισώματα προστατεύουν το άτομο από την αρρώστια, αλλά αυτό δεν συμβαίνει με τα αντισώματα του AIDS). Εάν βρεθούν αντισώματα στο αίμα του δότη αυτό απλά σημαίνει ότι κάποια στιγμή στο παρελθόν ο ιός μπήκε στο αίμα του και επομένως το άτομο αυτό μπορεί να θεωρηθεί μικροβιοφορέας της νόσου.

β. Η μέθοδος Western Blot είναι περισσότερο ειδική αλλά δεν προσφέρεται στην καθημερινή πράξη. Χρησιμοποιείται σαν επιβεβαιωτική μόνο της προηγούμενης μεθόδου γιατί προσδιορίζει την ύπαρξη του αντιγόνου αυτού καθ' εαυτού.

8.2. Τι σημαίνει όταν το τεστ αντισωμάτων του AIDS είναι θετικό;

Όταν το τεστ αντισωμάτων είναι θετικό σημαίνει ότι το άτομο έχει έλθει σε επαφή με τον ιό του AIDS, έχει μολυνθεί και έχει αντισώματα έναντι του ιού HIV. Άρα είναι φορέας του AIDS και υπάρχει πιθανότητα (υπολογίζεται 50% των ατόμων αυτών να έχουν αναπτύξει τη νόσο σε 10-11 χρόνια μετά τη μόλυσή τους). Τα άτομα που επιβεβαιώθηκαν ότι είναι θετικά στα αντισώματα έναντι του ιού του AIDS είναι μολυσματικά και μπορούν να μεταδώσουν τον ιό σε άλλα άτομα με τους τρόπους όπως σεξουαλική πράξη και σύριγγες κοινής χρήσης.

8.3. Τι σημαίνει όταν το τεστ αντισωμάτων του AIDS είναι αρνητικό;

Αρνητικό τεστ σημαίνει ότι δεν βρέθηκαν αντισώματα του ιού HIV στην εξέταση. Χωρίς αυτό βέβαια να προεξοφλεί ότι δεν έχει προσβληθεί από τον ιό HIV. Μπορεί το άτομο να έχει προσβληθεί πρόσφατα και ο οργανισμός του δεν έχει προλάβει να δημιουργήσει αντισώματα. Υπολογίζεται ότι ο χρόνος για την ανάπτυξη των αντισωμάτων για τους πιο πολλούς ανθρώπους είναι μεταξύ τριών εβδομάδων έως τρεις μήνες από την πιθανή ημερομηνία μόλυνσης. Το άτομο με αρνητικό τεστ θα πρέπει να αποφεύγει να έχει επικίνδυνη συμπεριφορά και εάν έχει σοβαρές υποψίες να επαναλάβει το τεστ μετά από 2 μήνες.⁶

9. ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΔΙΑΦΩΤΙΣΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

Η υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού περιλαμβάνει τα εξής γενικά μέτρα:

1. Πρέπει να αποφεύγεται η γενετήσια επαφή με πάσχοντες ή ύποπτους για AIDS. Τα άτομα που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου πρέπει να γνωρίζουν ότι οι πολλαπλοί ερωτικοί σύντροφοι αυξάνουν την πιθανότητα αναπτύξεως AIDS. Χρειάζεται ειδική ενημέρωση διαφώτιση.

2. Να αποκλείονται από την εθελοντική αιμοδοσία τα άτομα που είναι ύποπτα για AIDS ή που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου. Κάθε αιμοδότης ελέγχεται για αντισώματα προς τον HIV με ειδική ευαίσθητη μέθοδο.

3. Να ενισχυθεί η εθελοντική αιμοδοσία και να αποφεύγονται μεταγγίσεις αίματος, όπου δεν υπάρχει απόλυτη ένδειξη. Αντικατάσταση των εμπορικών σκευασμάτων παραγόντων πήξεως με κρυοκαθιζήματα που παρασκευάζονται από ένα και μόνο δότη.

4. Είναι απαραίτητη, η χρησιμοποίηση, παραγώγων αίματος που έχουν αδρανοποιηθεί προηγουμένως με θέρμανση. Έτσι, κρίνεται επιβεβλημένη η παστερίωση 10 ωρών σε 60° C των παραγόντων σε υγρή κατάσταση ή η θέρμανση στους 68° C για δυο εικοσιτετράωρα των λυοφιλοποιημένων παραγόντων.

5. Οι δότες σπέρματος ή άλλων οργάνων θα πρέπει να υποβάλλονται σε ειδικά εργαστηριακά έλεγχο. Επίσης, στα μεταμοσχευόμενα ανθρώπινα όργανα θα πρέπει να γίνεται ορολογικός έλεγχος, ειδικά όταν προέρχονται από νεκρούς δότες.¹

10. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η HIV πρωτεάση διαδραματίζει ένα πρωταγωνιστικό ρόλο στην εξέλιξη του HIV, διασπώντας τα πολυπεπτιδικά ιϊκά πρόδρομα gag και pol στις ιϊκές πρωτεΐνες και ένζυμα, από τα οποία θα προέλθουν πλήρεις νέοι ιοί. Ο λόγος αυτός ανέδειξε τους αναστολείς της HIV πρωτεάσης σαν τον παράγοντα εκείνο που θα παρεμποδίσει αποφασιστικά την ιϊκή εξέλιξη. Είναι αυτονόητα ότι μια πληθώρα ερευνητικών προγραμμάτων αναπτύχθηκαν και νέοι συνδυασμοί προέκυψαν, που τα αποτελέσματά τους κρίνονται απολύτως ικανοποιητικά. Οι αναστολείς της HIV πρωτεάσης άλλαξαν την πορεία της HIV νόσου έτσι ώστε σήμερα να προσδοκούμε πως σύντομα θα αντιμετωπίζουμε μια χρόνια νόσο στην οποία οι ασθενείς θα επιβιώνουν επί μακρόν.

10.1. Κύκλος ζωής του ιού και ιϊκοί στόχοι

Από τη φάση της προσκόλλησης μέχρι τη φάση εκβλάστησης του ιού (budding) σε νέους ιούς έχουν αναγνωριστεί ιϊκοί, στόχοι για αντιρετροϊκή θεραπεία. Έτσι για την προσκόλληση (1^{ος} στόχος) θεωρητικά διαλυτά CD4 μόρια θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν προς χημικό κορεσμό των ιϊκών μορίων της gP 120. Επίσης εναλλακτικά η χρήση μονοκλωνικών αντισωμάτων για παθητική ανοσία ή η χρήση εμβολίων για ενεργητική ανοσία, ίσως φανούν χρήσιμα μελλοντικά. Αυτές οι δυνατότητες μπορεί να είναι ελπιδοφόρες στην πρόληψη της προσκολλησεως του ιού στα CD4, πριν η λοίμωξη εγκαθιδρυθεί πλήρως και εξαπλωθεί. Στη φάση της ανάστροφης μεταγραφής (2^{ος} στόχος) του ιϊκού RNA σε προϊικό DNA, υπάρχουν αρκετά φάρμακα που

αναστέλλουν την εξέλιξη του ιού στην περιοχή αυτή, με ένα διπλό τρόπο.

Πρώτον, αντιδρώντας με τα φυσικά νουκλεοτίδια προσκολλώνται στην ενεργό περιοχή της ανάστροφης μεταγραφάσης και δεύτερον, όταν αυτά τα ανάλογα ή μη νουκλεοσίδια ενσωματωθούν στο DNA, ενεργούν ως φραγμός στη συνέχιση της DNA έλικας, δρώντας έτσι ως περαιωτές της DNA αλύσου. Είναι γνωστά τα νουκλεοσιδικά ανάλογα και ήδη μερικά από αυτά χρησιμοποιούνται πολλά χρόνια (AZT, DDI, DDC), ενώ άλλα έχουν αρχίσει να χορηγούνται (D4T, 3TC).

Υπάρχουν και μη νουκλεοσιδικά ανάλογα που δρουν άλλα αναστέλλοντας την ανάστροφη μεταγραφή (νεβιραπίνη, ντελαβιρδίνη) και άλλα (φωσκαρνέτη) που αναστέλλουν διάφορες DNA και RNA πολυμεράσες, περιλαμβανόμενης και της ανάστροφης μεταγραφάσης.

Τη φάση της ενσωμάτωσης (3^{ος} στόχος) αναστέλλουν οι αναστολείς της ιντεγκεράσης, εμποδίζοντας την αναγωγή του προϊκού DNA μέσα στο μενετικό υλικό του κυττάρου του ξενιστή. Θεωρητικά, διακόπτεται η μετάφραση των ιϊκών γονιδίων στις ιϊκές πρωτείνες. Τέτοιοι αναστολείς βρίσκονται ήδη σε εξέλιξη και αναμένονται τα πρώτα αποτελέσματα.

Ακολουθεί η φάση κωδικοποίησης από το tat γονίδιο (4^{ος} στόχος) μιας πρωτεΐνης που ρυθμίζει την αναπαραγωγή του HIV. Η ανάπτυξη αναστολέων της tat πρωτεΐνης βασίστηκε στο σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει η πρωτεΐνη αυτή στον ιϊκό πολλαπλασιασμό. Η φάση της μετάφρασης (5^{ος} στόχος) αποτελεί τον καλύτερο ιϊκό στόχο των anti-sense ολιγονουκλεοτιδίων. Αυτά Τα ολιγονουκλεοτίδια μπορούν να προσκολληθούν στα αντίστοιχα τμήματα του προϊκού DNA

σχηματίζοντας μια τριπλή έλικα, η οποία αδυνατεί να μεταγραφεί σε ιϊκό RNA. Ακόμη είναι δυνατόν τα ολιγονουκλεοτίδια να προσκολληθούν στον αγγελιαφόρο RNA, εμποδίζοντας με τον τρόπο αυτό τη μετάφρασή του στις ιϊκές πρωτεΐνες.

Οι αναστολείς της HIV πρωτεάσης ελέγχουν αρκετά αποτελεσματικά τη φάση επεξεργασίας (6^{ος} στόχος) των ιϊκών πρωτεϊνών και την παραγωγή ιϊκών σωματιδίων. Ακολουθεί η φάση της γλυκόλυσης των γλυκοπρωτεϊνών gP120 και gP41 (7^{ος} στόχος). Ο στόχος αυτός δεν φαίνεται να ελέγχεται αποτελεσματικά, αφού οι αναστολείς της γλυκόλυσης θεωρούνται ως λιγότερο ισχυροί.

Τέλος, τα τελικά στάδια του ιϊκού κύκλου αναπαραγωγής του HIV (σύνδεση και εκβλάστηση) σε νέους ιούς, αποτελούν το στόχο των ανοσορρυθμιστικών θεραπειών (ιντερλευκίνες, ιντερφερόνες, TNF).

Οι αναστολείς της HIV πρωτεάσης αποτελούν μια πρόσφατη καινοτομία καθώς και πολλά υποσχόμενη - από τις κλινικές δοκιμές αντιϊκή θεραπεία. Κατά το τελευταίο 18μηνο σημαντικές πρόοδοι έχουν σημειωθεί στον τομέα της θεραπευτικής προσέγγισης των HIV ασθενών. Αυτό συμβαίνει επειδή:

α. Υπάρχει πλέον καλύτερη κατανόηση του μηχανισμού αναπαραγωγής του HIV σε όλα τα στάδια της νόσου.

β. Υπάρχουν νέες μέθοδοι ακριβείς στον προσδιορισμό του ιϊκού φορτίου.

γ. Υπάρχουν νέα φάρμακα με καλή αντιρετροϊκή δράση

δ. Έχει γίνει πλέον καλά κατανοητό πως οι συνδυασμοί υπερτερούν σε αποτελεσματικότητα της μονοθεραπείας με AZT.

10.2. Αναστολείς της HIV πρωτεάσης

α. Η HIV πρωτεάση αποτελεί έναν ελκυστικό θεραπευτικό στόχο, γιατί είναι το κρίσιμο εκείνο σημείο στον κύκλο αναπαραγωγής του ιού που επιτρέπει τη σύνθεση (viral assembly) μολυσματικών άκων σωματιδίων (virions). Η HIV πρωτεάση διασπά τα πολυπεπτιδικά ιϊκά πρόδρομο gag και pol που μόλις μεταφράστηκαν σε λειτουργικά ένζυμα και πρωτεΐνες, από τα οποία θα δημιουργηθούν πλήρεις βιώσιμοι ιοί. Η προσθήκη ενός αναστολέα με υψηλή ελκτικότητα στη δραστική περιοχή του δραστικού μορίου, διακόπτει τη διάσπαση των πρωτεϊνικών αλύσων gag και pol δημιουργώντας ατελείς μη μολυσματικούς ιούς. Η HIV πρωτεάση είναι ένα μακρυμόριο που αποτελείται από δύο όμοια τυλιγμένες υπομονάδες με 99 αμινοξέα η καθεμία. Έχει μια δραστική υδρόφοβη περιοχή στο κέντρο, ενώ στα δύο άκρα των υπομονάδων ευρίσκονται οι υδρόφιλοι καταλύτες. Επίσης περιέχει 2 ακόμη ευείλικτα πτερύγια, ένα σε κάθε υπομονάδα. Το ένζυμο διασπά τον πεπτιδικό δεσμό μεταξύ των αμινοξέων (PHE) και (PRGJ) για να απελευθερώσει ενζυμιακές ιϊκές πρωτεΐνες. Ο τρόπος αυτός διάσπασης αποτελεί το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό των πρωτεασών.

Αυτό το χαρακτηριστικό καθιστά τη HIV πρωτεάση έναν ελκυστικό στόχο για την ανάπτυξη πολύ επιλεγμένων αντιρετροϊκών φαρμάκων.

Υψηλά επιλεκτικοί αναστολείς πρωτεάσης έχουν βασιστεί στον τρόπο διάσπασης του δεσμού (PHE) + (PRO), που είναι μοναδικός στη HIV πρωτεάση.

Η μοναδικότητα αυτή του HIV-1 πρωτεασικού υποστρώματος προσκόλλησης έδωσε τη δυνατότητα συνδέσεως εκλεκτικών αναστολέων πρωτεάσης, οι οποίοι παρεμβαίνουν σχηματίζοντας ένα μη υδρολύσιμο δεσμό μεταξύ φαινυλαλανίνης - προλίνης. Αποτελεσματικότεροι είναι οι αναστολείς εκείνοι που εφαρμόζουν καλύτερα στη δραστική περιοχή του ενζύμου και ενσωματώνονται με μεγαλύτερη ακρίβεια στα ευέλικτα περύγιό του.

Οι αναστολείς αυτοί περιέχουν αιθυλαμίνη ή υδροεουαιδυλένιο η ισομόρια μεθυλίνης, που σχηματίζουν δεσμούς που απομιμούνται το δεσμό PRO + PHE (προλίνης + φαινυλαλανίνης). Με τον τρόπο αυτό σχηματίζονται ποικιλίες πρωτεϊνών, που αδυνατούν να συνδέσουν βιώσιμους και κυρίως μολυσματικούς ιούς. Οι αναστολείς της HIV πρωτεάσης που βρίσκονται σε κλινικές δοκιμές σύμφωνα με το FDA. - USA.

10.2.1. Σακιναβίρη (Invirase)

Ο αναστολέας αυτός που μαζί με τους άλλους δύο, τη ριτοναβίρη και ιντιναβίρη έχει πάρει άδεια και ήδη χορηγείται από την 1^η Ιουλίου 1996, στους ενήλικες και μόνο σε θεραπείες με συνδυασμούς με ένα ή δύο νουκλεοσιδικά ανάλογα. Το FDA δεν έχει εγκρίνει το φάρμακο για μονοθεραπείες με πολλές κλινικές μελέτες επιβεβαιώθηκε η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια του φαρμάκου. Σε μια από αυτές, 1000 ασθενείς με μέση παρακολούθηση 73 εβδομάδων που πήραν DDC saquinavir, μειώθηκαν οι θάνατοι κατά 66% και κατά 50% μειώθηκε ο κίνδυνος επιδείνωσης της νόσου. Τα αποτελέσματα συγκρίθηκαν με μονοθεραπείες DDC ή saquinavir. Σημαντική μείωση

του ιϊκού φορτίου και θεαματική αύξησή των CD4 παρατηρήθηκε με τον τριπλό συνδυασμό AZT /DDC / saquinavir. Στη μονοθεραπεία τα αποτελέσματα ήταν μέτρια και μέσα σε λίγες εβδομάδες οι τιμές των CD4 και του ιϊκού φορτίου επανήλθαν στις αρχικές τιμές. Οι παρατηρήσεις αυτές συνηγορούν απόλυτα με τη γρήγορη ανάπτυξη ανοχής, γι' αυτό και όλοι οι πρωτεασικοί αναστολείς πρέπει να χορηγούνται σε διπλούς ή και τριπλούς συνδυασμούς.

Η σακιναβίρη χορηγείται στη δόση των 600 mg/3 φορές ημερησίως μετά τα γεύματα, επειδή έτσι αυξάνεται η απορροφητικότητα. Η απορρόφηση του φαρμάκου αποτελεί ένα μεγάλο μειονέκτημα, που σίγουρα θα βελτιωθεί με τη νέα βελτιωμένη μορφή του φαρμάκου που ετοιμάζεται.

Οι παρενέργειες είναι ήπιες που σπάνια αναγκάζουν σε διακοπή του φαρμάκου. Κυριότερες από αυτές είναι η διάρροια, ο γαστρικός φόρτος και η ναυτία.

Φωτοευαισθησία με ερύθημα που αναφέρθηκε, αντιμετωπίζεται με τη σύσταση αποφυγής έκθεσης στις υπεριώδεις ακτίνες.

10.2.2. Ριτοναβίρη

Αποτελεί ένα πολύ ισχυρό αναστολέα της HIV πρωτεάσης που αναχαιτίζει σημαντικά την επιδείνωση της νόσου και αυξάνει θεαματικά το χρόνο επιβίωσης των HIV αρρώστων. Θεαματική υπήρξε και η μείωση του ιϊκού φορτίου και η αύξηση των CD4 σε μια ευρεία πολυκεντρική μελέτη που συγκρίθηκε με placebo. Στην ίδια μελέτη οι θάνατοι στην ομάδα placebo ήταν 50% περισσότεροι, ενώ η συχνότητα

επιδείνωσης ήταν 60%ο υψηλότερη εκείνης της ομάδας των ασθενών με ritonavir.

Το πλέον αξιόλογο είναι το γεγονός ότι, τη μέγιστη αποτελεσματικότητα το φάρμακο την αποκτά, όταν χορηγηθεί σε συνδυασμό με νουκλεοσιδικά ανάλογα, που δεν είχαν προηγουμένως χορηγηθεί.

α. Σε μια μελέτη που πήραν μέρος 55 ασθενείς με μέσή τιμή αναφοράς CD4 104 έως 257 κύτταρα / mm³ και στους οποίους χορηγήθηκε η ριτοναβίρη στη δόση των 300 mg χ 4 ημερησίως, το ιϊκό φορτίο μειώθηκε κατά 1,7 logs.

Η ριτοναβίρη χορηγείται στη δόση των 600 mg δύο φορές ημερησίως κατά την ώρα των γευμάτων, αν και η απορρόφηση του φαρμάκου είναι ιδανική οπότε και αν χορηγηθεί.

β. Η ριτοναβίρη συγκεντρώνεται ταχύτατα στο πλάσμα και αποβάλλεται βραδέως γι' αυτό και χορηγείται ανά 12ώρο.

Οι συνηθέστερες παρενέργειες του φαρμάκου είναι διάρροια, ναυτία, έμετοι άλγος ή αιμωδίες του στόματος, αλλοίωσης της γεύσης, άλγη (ινω και κάτω άκρων, ανορεξία, αδυναμία, καταβολή, επιγαστραλγίες. Οι περισσότερες από τις πιο πάνω παρενέργειες υποχωρούν με την πάροδο του χρόνου. Όταν επιμένουν. Αξιολογούνται ανάλογα από το θεράποντα. Συνιστάται η κλιμακωτή αύξηση της δόσεως σε διάστημα 2 εβδομάδων. Με τον τρόπο αυτό μειώνονται σημαντικά η συχνότητα και η ένταση των παρενεργειών. Εργαστηριακά είναι δυνατόν να αυξηθούν η VGT, οι τρανσαμινάσες, τα μυϊκά ένζυμα (CPK, αλδολάση), τα τριγλυκερίδια και το ουρικό οξύ.

10.2.3. Ιντιναβίρη (Crixivan)

Είναι ένας αρκετά ισχυρός αναστολέας της HIV πρωτεάσης που ήδη χρησιμοποιείται. Μέχρι σήμερα, ένας αριθμός ασθενών, μεγαλύτερος από 2000, έχει συμμετάσχει στις διάφορες κλινικές μελέτες αποτελεσματικότητας και ασφάλειας του φαρμάκου. Το Crixivan αναστέλλοντας τη HIV πρωτεάση προκαλεί την παραγωγή μη μολυσματικών ιικών σωματιδίων. Όπως και οι άλλοι αναστολείς, εμποδίζει την εξάπλωση του ιού της σειράς των T- λεμφοειδών κυττάρων στα μονοκύτταρα του περιφερικού αίματος, καθώς επίσης και στα μονοκύτταρα μακροφάγα.

Αντιϊκή συνέργεια σε καλλιέργειες κυττάρων παρατηρήθηκε όταν η ιντιναβίρη χρησιμοποιήθηκε σε συνδυασμούς με ένα νουκλεοσιδικό ανάλογο (AZT, DDI, 3TC, DT, DDC) ή και περισσότερα του ενός νουκλεοσιδίου. Επίσης ικανοποιητικά ήταν και τα αποτελέσματα συνδυασμών που περιλαμβάνουν και μη νουκλεοσιδικά ανάλογα. Στη μελέτη 035, στην οποία συμπεριλήφθησαν 94 ασθενείς και συγκρίθηκαν τα αποτελέσματα της τριπλής (AZT + 3TC + Crixivan), της διπλής (AZT + 3TC) και της μονοθεραπείας με Crixivan, ο τριπλός συνδυασμός μείωσε το HIV RNA σε μη ανιχνεύσιμα επίπεδα στο 91% των ασθενών την 24^η εβδομάδα, ενώ τα CD4 ανέβηκαν κατά 85 κύτταρα / mm³ τη 12^η εβδομάδα και σε περισσότερα από 100 κύτταρα / mm³ την 24^η.

Στη μελέτη 021, που μετείχαν 70 ασθενείς, επιβεβαιώθηκε η ημερήσια δόση των 2,4 g (800 mg ανά 8ωρο), σαν η δοσολογία που παρέχει ένα υψηλό επίπεδο αποτελεσματικότητας του φαρμάκου.

11. Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΛΕΥΡΑ ΤΟΥ AIDS

Η πιο ενδιαφέρουσα και ταυτόχρονα η πιο ευαίσθητη, πλευρά του προβλήματος του AIDS είναι χωρίς αμφιβολία η ψυχολογική. Η ψυχολογική προσαρμογή σε κάθε βαριά νόσο εξαρτάται από παράγοντες που ξεκινούν από τρεις μεγάλες περιοχές. Αυτοί οι παράγοντες είναι:

1. Ιατρικοί (συμπτώματα, πορεία και επιπλοκές ειδικά από το ΚΝΣ)
2. Ψυχολογικοί (η προσωπικότητα, η διαπροσωπική υποστήριξη).
3. Κοινωνικομορφωτικοί (το κοινωνικό στίγμα που συνδέεται με τη νόσο και τις προσβαλλόμενες ομάδες).

Τι γίνεται όμως με τα ψυχικά προβλήματα και τις αντιδράσεις που από αυτή την πραγματική μάστιγα δημιουργούνται

1. σε άτομα που εμφάνισαν τη νόσο;
2. σε οροθετικούς;
3. στα επαγγέλματα υγείας;
4. στο γενικό πληθυσμό;

Οι ιατρικοί ή οι παράγοντες που συνδέονται με τη νόσο συνδέονται με τη μεταβαλλόμενη φυσική κατάσταση και τις ιατρικές καταστάσεις στις οποίες πρέπει να προσαρμοστεί ο άρρωστος. Οι συχνές επιπλοκές του ΚΝΣ είναι δυνατόν να χειροτερέψουν τη δυνατότητα του αρρώστου να προσαρμοστεί στο stress της νόσου. Η διάγνωση του AIDS είναι ένα καταστροφικό γεγονός γιατί είναι γνωστό ότι έχει μια κατιούσα πορεία, μια ειδική θεραπεία και μια πολύ φτωχή πρόγνωση.

Πολύ νωρίς στην πορεία της νόσου η κοινωνική υποστήριξη γίνεται κρίσιμη. Αδυναμία, συχνές λοιμώξεις, ανορεξία, πυρετός, μυαλγία, λεμφαδενοπάθεια και πόνος μπορούν να χειροτερέψουν σοβαρά την ικανότητα για εξωτερική και οικιακή εργασία. Οι συχνές λοιμώξεις που καταλήγουν σε μακρά νοσηλεία στο νοσοκομείο, οι επιπλοκές από το ΚΝΣ συμπεριλαμβανομένης και της αμνησίας, ανικανότητα συγκέντρωσης σκέψης, αδιαφορίας που πιθανόν να καταλήξουν σε άνοια, οδηγούν στο χάσιμο της εργασίας, της δύναμης τον κοινωνικού ρόλου, της πνευματικής οξύτητας και ανεξαρτησίας. Η αναγκαιότητα της φυσικής φροντίδας που δίνεται από άλλους στο σπίτι ή σε νοσοκομεία, μαζί με την αβεβαιότητα μπορούν να εξαφανίσουν το αίσθημα του αρρώστου για την αξία της προηγούμενης κοινωνικής και επαγγελματικής ζωής. Οι άρρωστοι που έχουν δει φίλους, μέσω των διαφόρων σταδίων, τελικά να πεθαίνουν είναι γι' αυτούς ιδιαίτερα φοβερά και οδυνηρά τα τελευταία στάδια της νόσου.

Η διάγνωση του AIDS αποτελεί και κοινωνικομορφωτικό ζήτημα. Το κοινωνικό στίγμα που συνδέεται με τη μετάδοση άλλαξε τη συμπεριφορά γενικά συμπεριλαμβανομένης της φυσικής και κοινωνικής επαφής. Παιδιά με AIDS απομακρύνθηκαν από τα σχολεία από φοβισμένους γονείς για την πρόληψη της μετάδοσης. Οικογένειες με άρρωστους με AIDS δύσκολα παραδέχθηκαν να υιοθετήσουν έναν άλλο τρόπο ζωής. Μεταξύ των ομοφυλόφιλων και αμοτερόφιλων η διάγνωση δημιούργησε μια κρίση γιατί έπρεπε να βρεθεί μια άλλη προσωπική σεξουαλική προτίμηση. Η μετάδοση του AIDS με τη σεξουαλική επαφή μέσω των κοινών γυναικών δημιούργησε μια άλλη σχέση με αυτή την ειδική ομάδα.

Τα στάδια από τα οποία θα περάσει ο άρρωστος μέχρι το μοιραίο τέλος και τα οποία μοιάζουν με αυτά των αρρώστων με καρκίνο ή άλλης παρόμοιας νόσου είναι:

1. Στάδιο αρχικής κρίσεως
2. Μεταβατικό στάδιο
3. Στάδιο παραδοχής

Στο στάδιο αρχικής κρίσεως οι μελέτες έδειξαν μια οξεία αντίδραση άρνησης που εναλλάσσεται με περιόδους έντονου άγχους. Η άρνηση μπορεί να οδηγήσει το άτομο σε αδιαφορία με κίνδυνο να αγνοήσει τις ιατρικές συμβουλές. Μια από τις επιπλοκές του AIDS είναι η αντίδραση για υποστηρικτική σχέση. Ο γιατρός πρέπει να εξακριβώσει εάν η οικογένεια γνωρίζει και δέχεται την ομοφυλοφιλία τον αρρώστου. Το AIDS επίσης δυνατόν να οδηγήσει στην αποκάλυψη προηγούμενης χρήσης ναρκωτικών που πιθανόν να χαλαρώσει την οικογενειακή υποστήριξη. Οι άρρωστοι στο στάδιο της κρίσεως τυπικά δυσκολεύονται να διατηρήσουν ένα επίπεδο ενημέρωσης και μπορεί να παραποιήσουν αυτά που θα ακούσουν για τη νόσο. Για μερικούς και περισσότερο για τους ομοφυλόφιλους η μεγαλύτερη απόφαση είναι με ποιον και πότε θα μοιραστούν τα νέα της διάγνωσης γιατί εάν οι φίλοι ή η οικογένεια δεν ήταν προηγούμενα ενήμεροι. Η εχεμύθεια είναι τώρα αδύνατη.

Την άρνηση διαδέχεται τώρα ο θυμός και τα καταθλιπτικά φαινόμενα. Η διάθεση του αρρώστου χαρακτηρίζεται από λύπη, ενοχή, χαμηλή αυτοεκτίμηση, ότι είναι αβοήθητος χωρίς ελπίδα διάσωσης και ανάξιος. Η ιδέα της αυτοκτονίας αυξάνεται και αν και είναι συχνότερη μεταξύ των αρρώστων με AIDS απ' ότι αυτών με καρκίνο οι απόπειρες

αυτοκτονίας δεν είναι συχνές. Αυτές είναι πιθανότερο να συμβούν σε άτομα με διαταραχές της προσωπικότητας ειδικά σε περιθωριακούς τύπους.

Το η μεταβατικό στάδιο αρχίζει όταν εναλλακτικά κύματα θυμού, ενοχής, οίκτου και του εαυτό τους και άγχους υπερισχύουν της άρνησης. Οι άρρωστοι πιθανόν να αναλογισθούν το μέλλον τους σε μια προσπάθεια να καταλάβουν τι θα γίνει με το AIDS. Η μεταβατική περίοδος είναι μια περίοδος δυσφορίας και σύγχυσης και οι κοινωνικές αντιδράσεις επηρεάζουν και επιδεινώνουν πολύ την κατάσταση.

Παρ' όλους τους κινδύνους ή εξαιτίας αυτών οι άρρωστοι είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοι στην ψυχολογική παρέμβαση. Αυτό το χρονικό διάστημα επίσης μπορεί ο άρρωστος να απομονωθεί, διαφαίνεται μια επικίνδυνη αντίδραση στην οποία αρνούνται να συζητήσουν τη νόσο και αποφεύγουν φίλους, οικογένεια και γιατρούς. Άλλοι αντικαθιστούν το θυμό με τη συνέχιση της προηγούμενης συμπεριφοράς π.χ. της σεξουαλικής, θέτουν σε κίνδυνο τον εαυτό τους και τους άλλους. Τα πρόσωπα στο μεταβατικό στάδιο χρειάζεται να υιοθετήσουν νέες αξίες, νέο αίσθημα αυτοεκτίμησης και νέα κοινωνία.

Στο στάδιο της παραδοχής οι άρρωστοι μαθαίνουν να δέχονται τα όρια που τους υποβάλλει το AIDS, αλλά συγχρόνως ανακαλύπτουν ότι μπορούν να οργανώσουν τη ζωή τους αντιδρώντας στη νόσο με ρεαλισμό παρά με συναίσθημα κάνοντας μια συνειδητή προσπάθεια να ζήσουν κάθε ένα ολοκληρωτικά, εξετάζουν τις πηγές του πόνου και της ευχαρίστησης, της τρυφερότητας και του ενδιαφέροντος για τους άλλους και μαθαίνουν να εκτιμούν την ποιότητα παρά την ποσότητα στη ζωή.

Μερικοί απ' αυτούς μπορούν ν' ασπαστούν πνευματικές ιδέες για άντληση ελπίδας και ανακούφισης. Αναπτύσσουν ένα αίσθημα αγωνιστικότητας και είναι εύκολο να έρθουν σε επαφή με άλλους αρρώστους προτάσσοντας τον εαυτό τους σαν μοντέλο. Είναι αξιοθαύμαστη η ικανότητα του ανθρώπινου πνεύματος σε αυτές τις περιόδους να συγκεντρώνει τόσες εσωτερικές δυνάμεις.

Η παραδοχή δεν είναι ένα σταθερό στάδιο. Οι άρρωστοι αντιμετωπίζουν το φόβο του θανάτου και της προθανάτιας περιόδου, το αίσθημα της ευπάθειας στις ευκαιριακές λοιμώξεις, τη συνεχή ελάττωση της αυτοεξυπηρέτησης, της προκατάληψης των άλλων, το χάσιμο των φίλων που πεθαίνουν από AIDS και τελικά την ανάγκη να ετοιμάσουν οι ίδιοι το δικό τους θάνατο.

Περισσότερο ευαίσθητοι είναι οι μολυσμένοι υγιείς δηλαδή οι φορείς. Ο τρόπος που τους ανακοινώνεται το γεγονός έχει μεγάλη ψυχολογική σημασία. Οι φορείς υποφέρουν σε μεγαλύτερο βαθμό από ψυχολογικό άγχος από αυτούς που ήδη εμφάνισαν τη νόσο λόγω του διαφορούμενου της κατάστασής τους.

Με τα παραπάνω αναφερθήκαμε σε γενικές γραμμές στις αντιδράσεις των αρρώστων. Τι συμβαίνει όμως με το ευρύ κοινό;

Η αρχική πληροφόρηση της μεταδοτικής νόσου σκόρπισε άγχος στο γενικό πληθυσμό. Στις περισσότερες περιπτώσεις αυτό το άγχος υπήρξε σε ήπια μορφή και δεν παρεμπόδισε την καθημερινή ζωή.

Όμως υπήρξαν ειδικές ομάδες που ήταν και είναι ιδιαίτερα ευπαθείς σε αυτό το άγχος. Σε αυτές συμπεριλαμβάνονται:

1. Άτομα με υψηλό κίνδυνο που φοβούνται το AIDS και στη συνέχεια την αποκάλυψη ότι ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου. Αυτή η ομάδα χρειάζεται ενημέρωση και κατανόηση από μέρους των παραγόντων υγείας των ψυχολογικών εμποδίων που ανταγωνίζονται την ικανότητά τους να συμβιβαστούν με τη νόσο.

2. Άτομα που δεν είναι σε υψηλό κίνδυνο, αλλά από φόβο αναπτύσσουν υποχονδριακά συμπτώματα. Η ομάδα αυτή χρειάζεται ψυχοθεραπευτική παρέμβαση για τη διαπίστωση κάποιων ψυχιατρικών ανωμαλιών.

Γενικά μπορούμε να πούμε ότι ο άρρωστος αισθάνεται έντονο άγχος, μπορεί να αρνείται και να μην παραδέχεται τη διάγνωσή του, να επιμένει π.χ. ότι έχει πνευμονία.

Επιπλέον πολλοί άρρωστοι και οι οικογένειές τους υποφέρουν από την απόρριψη του περιβάλλοντος. Μερικοί απολύθηκαν από την εργασία τους, διώχθηκαν από το σπίτι που νοίκιαζαν, δεν έγιναν δεκτοί να φάνε σε εστιατόρια αν είχαν εμφανή εξωτερικά σημεία του AIDS. Τα παιδιά τους δεν γίνονται δεκτά να φοιτήσουν στο σχολείο και οι συγγενείς τους αρνούνται να τους επισκεφθούν.

Αν ο άρρωστος με AIDS είναι παιδί η οικογένεια αντιμετωπίζει την κοινωνική απομόνωση, μειονεκτικότητα, αισθήματα ενοχής. Τα αδέρφια φοβούνται μήπως αρρωστήσουν και αυτά ή ζηλεύουν όταν η προσοχή και η φροντίδα των γονέων και των άλλων συγκεντρώνεται στο άρρωστο παιδί. Η υπερπροστασία των γονέων περιορίζει τις δραστηριότητες και τις σχέσεις του παιδιού με συνομήλικούς φίλους. Ο παιδικός σταθμός και το σχολείο αποκλείουν τη φοίτηση του παιδιού

είτε διότι το απαιτούν οι γονείς των άλλων παιδιών είτε γιατί το άρρωστο παιδί δεν τηρεί τους κανόνες της προσωπικής υγιεινής ή και επειδή κινδυνεύει να κολλήσει μεταδοτικές αρρώστιες που ενδημούν στο σχολείο. Το, παιδί φθάνει στο σημείο να αισθάνεται αδύνατο, αβοήθητο, εξαρτημένο και φοβισμένο. Μ' αυτό, το ψυχικό κλίμα πως θα αναπτυχθεί;

Παρακάτω παραθέτουμε αυτούσια τα λόγια ενός φορέα AIDS μέσα από τα οποία αποπνέει όλο το δράμα του ανθρώπου που γνωρίζει ότι φυλάει -αλίμονο- μέσα του τον ιό του AIDS.

Όσο κι αν σκέφτομαι, δεν μπορώ να ξεπεράσω την ανθρωπίνη φύση μου, το φόβο, τη Γεσθημανή, το «απελθέτω απ' εμού το ποτήριον τούτο». Από τότε που το ξέρω όλα άλλαξαν. Νιώθω σαν ένα φάντασμα. Μα το χειρότερο οι ελάχιστοι που το ξέρουν με βλέπουν και μου συμπεριφέρονται σαν να είμαι φάντασμα. Νιώθω ότι δεν πατάω στη γη, αλλά στην άβυσσο. Άλλαξε ακόμα και η αίσθηση του πώς ανάβω το φως της λάμπας, του πώς κρατάω τον καφέ. Παλεύει μέσα μου η λογική της αλήθειας με το τόσο αναγκαίο στον άνθρωπο ζωτικό ψεύδος. Είμαι υγιέστατος και περιμένω ξέρω πώς σε δύο - τρία χρόνια κάτι μπορεί να μου συμβεί. Είναι ένα είδος συμπύκνωσης της ζωής τούτο το συναίσθημα. Περισσότερο από όλα και από το θάνατο τον ίδιο εκείνο που με «σκοτώνει» είναι η ανάγκη αποχής από την ερωτική ζωή. Το τίμημα τούτης της αρρώστιας; η δολοφονία του έρωτα, είναι βαρύτατο. Είναι σαν να είσαι τυφλός. Νιώθω σα σίδερο που πότε το βάζουν στη φωτιά και πότε στον πάγο. Θα ζήσω, θα πεθάνω, θα βρεθεί το φάρμακο; Από το ζεστό στο κρύο κάθε δέκα λεπτά. ⁸



Ειδικό Μέρος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

1. ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΚΑΙ AIDS - ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΤΑ ΤΩΝ ΑΡΡΩΣΤΩΝ

Θεωρούμε απαραίτητο ότι πρέπει να ορισθεί η σωστή φιλοσοφία της νοσηλείας του αρρώστου με AIDS στο νοσοκομείο, η οποία επιβάλλει και καθορίζει τις αρμόζουσες ενέργειες και συμπεριφορά του συνόλου του προσωπικού προς τον άρρωστο, την οικογένεια και τους επισκέπτες του.

Η διοίκηση του νοσοκομείου, αλλά και η νοσηλευτική διοίκηση πρέπει να συντάζει και να ανακοινώνει ευρέως τη φιλοσοφία αυτή, γιατί με αυτή θα ταυτίζεται ο άρρωστος, οι νοσηλευτές και το λοιπό προσωπικό.

Μια τέτοια, φιλοσοφία πρέπει να περιλαμβάνει τα δικαιώματα του κάθε αρρώστου. Περιγράφονται και εγγυούνται για όλους τους αρρώστους τα εξής .

1. Δικαιώματα νοσηλείας καλής ποιότητας, με ανθρώπινη αξιοπρέπεια χωρίς διάκριση για ηλικία, εθνικότητα, φύλο ή σεξουαλικό προσανατολισμό, θρησκεία ή είδος αρρώστιας.

2. Δικαίωμα επείγουσας θεραπείας όταν χρειάζεται (παθολογική ή χειρουργική).

3. Δικαίωμα νοσηλείας με πραγματικό ενδιαφέρον, σεβασμό και αξιοπρέπεια, απ' όλο το προσωπικό ανεξάρτητα από τη σωματική ή ψυχική κατάσταση.

4. Το δικαίωμα να γνωρίζει το όνομα, τον τίτλο και τη θέση, που έχει ο καθένας του προσωπικού στην φροντίδα του.

5. Το δικαίωμα να πληροφορείται για την παρούσα κατάσταση της υγείας του, σε γλώσσα που μπορεί να καταλάβει.

6. Το δικαίωμα να δώσει ή να αρνηθεί συγκατάθεση μετά από εξήγηση στην θεραπεία του.

7. Το δικαίωμα εχεμύθειας, συμβατή με την ιατρονοσηλευτική του φροντίδα.

8. Δικαίωμα εμπιστευτικότητας.

9. Δικαίωμα έγκαιρης ενημέρωσης για τον προγραμματισμό εξόδου του από το νοσοκομείο.

10. Δικαίωμα άρνησης συμμετοχής σε έρευνα

11. Δικαίωμα να ζητήσει συμβούλιο, φροντίδα ή θεραπεία, από άλλο γιατρό που θεωρεί καταλληλότερο, απ' αυτόν στον οποίο έχει τεθεί υπηρεσιακά.

12. Δικαίωμα σαν πολίτης και άρρωστος, ελεύθερος από πίεση, επέμβαση, παρότρυνση, διάκριση ή αντίκτυπο να εκφράσει παράπονα και να συστήσει αλλαγές σε κανονισμούς και υπηρεσίες.

Αυτό σημαίνει ότι ο άρρωστος θα μπορεί να επικοινωνήσει αν το ζητήσει, με διευθυντικά στελέχη του νοσοκομείου.⁹

2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ AIDS ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Οι ασθενείς με HIV λοίμωξη παρουσιάζουν ποικιλία νοσηλευτικά προβλήματα τα οποία προέρχονται από την ίδια τη νόσο (AIDS), από τα χορηγούμενα αντιρετροϊκά φάρμακα καθώς και από τη θεραπευτική αντιμετώπιση των νεοπλασιών με χημειοθεραπεία και ακτινοβολία.

Η νοσηλευτική παρέμβαση στοχεύει κυρίως τον έλεγχο των προβλημάτων καθώς και στην παροχή ψυχοκοινωνικής υποστήριξης του ασθενούς. Αν και στις περισσότερες περιπτώσεις είναι δύσκολο να προσδιοριστεί το αίτιο κάθε προβλήματος εντούτοις επιβάλλεται άμεσα τη αντιμετώπισή του. Επίσης ο νοσηλευτής πρέπει να έχει υπόψη του ότι οι ανεπιθύμητες ενέργειες της χημειοθεραπείας και της ακτινοθεραπείας δεν διαφέρουν από αυτές που εκδηλώνονται σε αρνητικούς HIV ασθενείς με νεοπλασίες, διαφέρει όμως η ταχύτητα και η ένταση εμφάνισής τους καθώς και η ανταπόκριση στη θεραπεία. Η γνώση των διαφορών αυτών μπορεί να βοηθήσει στην παροχή καλύτερης νοσηλευτικής φροντίδας. Τα συχνότερα προβλήματα που πρέπει ο νοσηλευτής να αντιμετωπίσει είναι:

2.1. Αλλοιώσεις στοματικού βλεννογόνου

Αποτελούν βασική εκδήλωση του ασθενή με HIV λοίμωξη και μια από τις συχνότερες παρενέργειες της χημειοθεραπείας. Εκδηλώνονται με υποτροπιάζουσες άφθες, οξεία ελκωτική και νεκρωτική ουλίτιδα, ερπητική στοματίτιδα (από ιό έρπητα τύπου I και II), στοματικό ζωστήρα και καντιντίαση.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις:

- Σχολαστικός έλεγχος της στοματικής κοιλότητας πριν από την έναρξη και κατά τη διάρκεια οποιασδήποτε θεραπείας.
- Ενθάρρυνση των ασθενών ώστε να αναφέρουν κάθε πόνο, δυσκαταποσία, δυσφαγία ή δυσκολία ακόμη και στην κατάποση σάλιου.
- Καθημερινή υγιεινή φροντίδα του στόματος, με χρησιμοποίηση NaCl_2 , NaHCO_3 καθώς και ήπιων αντισηπτικών διαλυμάτων στόματος, όπως η γλυκονική χλωρεξιδίνη.
- Επιθετική από του στόματος αιτιολογική θεραπεία.

2.2. Ναυτία - έμετος

Οι πλέον επικίνδυνες ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπευτικής αντιμετώπισης του AIDS ιδιαίτερα της χημειοθεραπείας, είναι η ναυτία και ο έμετος εξαιτίας του ότι δύσκολα ελέγχονται και επιπλέον προκαλούν σοβαρές διαταραχές στην ισορροπία ύδατος και ηλεκτρολυτών

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις:

- Προσδιορισμός του αιτίου, του τύπου του εμέτου και της σχέσης του, με κάποιο εκλυτικό παράγοντα.
- Γνώση των φαρμακευτικών σκευασμάτων που έχουν σαν ανεπιθύμητη ενέργεια τον έμετο.

- Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων πριν από την έναρξη χημειοθεραπείας (ανταγωνιστές της σεροτονίνης, αγχολυτικά, αντιϊσταμινικά και φαινοθειαζίνες.

2.3. Ανορεξία

Η ανορεξία οφείλεται στη νόσο ή στη θεραπευτική αντιμετώπιση και συχνά συνοδεύεται από ναυτία και έμετο.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- Εκτίμηση της κατάστασης της δρέψεως.
- Εντοπισμός του αιτίου.
- Δίαιτα πλούσια σε πρωτεΐνες και θερμίδες.
- Ενθάρρυνση του ασθενούς να λαμβάνει την τροφή που του προσφέρεται.
- Ενθάρρυνση του οικογενειακού περιβάλλοντος να του φέρνει τροφές που του αρέσουν, από το σπίτι.
- Ενημέρωση για πηγές της κοινότητας, στις οποίες μπορεί να βρει τροφή (στην περίπτωση που η μειωμένη δρέψη οφείλεται σε έλλειψη στέγης ή έλλειψη χρημάτων)

2.4. Διάρροια

Οφείλεται στην ίδια τη νόσο, στη θεραπευτική αντιμετώπιση η αποτελεί σημείο εμφάνισης μιας νέας ευκαιριακής λοιμώξεως.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις:

- Προσδιορισμός του αιτίου με άμεσα παρασκευάσματα και καλλιέργειες.
- Χορήγηση αντιδιαρροϊκών σκευασμάτων.
- Αναγνώριση σημείων και συμπτωμάτων αφυδατώσεως και αντιμετώπιση.
- Ενθάρρυνση του ασθενούς να αναφέρει αύξηση της θερμοκρασίας που υπερβαίνει τους 38° C.

2.5. Δυσκοιλιότητα

Λιγότερο συχνό σύμπτωμα από τη διάρροια. Συνήθως οφείλεται στη χορήγηση φαρμάκων (αλκαλαειδή της *vinca rosea* και ναρκωτικών).

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις:

- Διατροφή πλούσια σε φυτικές ίνες.
- Ικανοποιητική πρόσληψη υγρών.
- Χορήγηση καθαρτικών (εφόσον τα ανωτέρω μέτρα αποτύχουν).

2.6. Κόπωση

Η αιτιολογία της είναι άγνωστη. Ενδεχομένως όμως να οφείλεται στην εφαρμοζόμενη θεραπεία, σε συνυπάρχουσα κακοήθεια, σε αναστρέψιμες αιτίες όπως υδατοηλεκτρολυτικές διαταραχές, αναιμία, κακή διατροφή και άλλα.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις:

- Αιτιολογική αντιμετώπιση.
- Διδασκαλία του ασθενούς ώστε να αναθέτει μέρος των δραστηριοτήτων του σε άλλους και να προγραμματίζει διαστήματα ανάπαυσης κατά τη διάρκεια της ημέρας.

2.7. Πόνος

Έχει αποδειχθεί με έρευνες ότι 52% - 92% των ασθενών με HIV λοίμωξη παρουσιάζουν κάποιου βαθμού πόνο. Ο πόνος μπορεί να αποτελεί σύμπτωμα της λοίμωξης, σύμπτωμα συνυπάρχουσας κακοήθειας ή να είναι επακόλουθο στέρσης ναρκωτικών ουσιών (λόγω της φύσεως της ασθένειας αρκετοί ασθενείς με AIDS μπορεί να είναι ναρκομανείς). Είναι καθαρό υποκειμενικό σύμπτωμα και δεχόμαστε αυτό που αναφέρει ο ασθενής παρότι υπάρχουν όργανα μέτρησης και υπολογισμού του πόνου.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις:

- Η εμπειρία στον πόνο είναι μοναδική για αυτό και ο άρρωστος με αυτό το σύμπτωμα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως μοναδική βιοψυχοκοινωνική οντότητα.
- Κάθε ασθενής έχει το δικαίωμα να είναι ελεύθερος πόνου και προς αυτή την κατεύθυνση πρέπει να στοχεύει η νοσηλευτική φροντίδα η οποία και εξατομικεύεται.
- Πριν από την εφαρμογή οποιουδήποτε νοσηλευτικού μέτρου για την αντιμετώπιση του πόνου απαιτείται πλήρης και ακριβής εκτίμηση, στην οποία να περιλαμβάνεται η βαρύτητα, η διάρκεια και ο χαρακτήρας του. Κατά την εκτίμηση πρέπει να διερευνάται η

περίπτωση για προηγηθείσες θεραπείες ή η χρήση ναρκωτικών ουσιών και η χρήση εναλλακτικών μεθόδων αντιμετώπισής του. Η γνώση των στερηπτικών συμπτωμάτων σε ειδικές ομάδες ασθενών θα διαφοροποιήσει την αντιμετώπιση.

- Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται στην περίπτωση που ο ασθενής έχει απεξαρτηθεί (και φοβάται υποτροπή με τη λήψη φαρμάκων) ή είναι εξαρτημένος (και χρειάζεται μεγαλύτερες δόσεις για τον έλεγχο του πόνου).
- Ο πόνος που προέρχεται από χειρουργικές επεμβάσεις ή θεραπευτικές παρεμβάσεις δεν θα πρέπει να παραγνωρίζεται και να ελέγχεται προληπτικά.
- Η αντιμετώπιση του πόνου γίνεται με χορήγηση φαρμακευτικών σκευασμάτων καθώς και με εφαρμογή απλών νοσηλευτικών μέτρων.

2.8. Καταστολή μυελού των οστών

Συμβαίνει όχι μόνο εξαιτίας της χρήσεως χημειοθεραπευτικών ουσιών αλλά και εξαιτίας του ιού, της συνυπάρχουσας κακοήθειας και των ευκαιριακών λοιμώξεων.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις:

- Κάθε φάρμακο που προκαλεί τοξικότητα στο μυελό των οστών, αν είναι δυνατό, να διακόπτεται και να αντικαθίσταται με άλλο λιγότερο τοξικό. Τα φάρμακα που ενοχοποιούνται περισσότερο είναι η trimethoprim - methoxazole.
- Να γίνεται συχνός έλεγχος για μυελοτοξικότητα, ιδιαίτερα εάν είναι αδύνατη η διακοπή φαρμάκου.

- Να λαμβάνονται προφυλακτικά μέτρα για τη μείωση των λοιμώξεων.

2.9. Τοξικές επιδράσεις φαρμάκων σε όργανα

Προέρχονται κυρίως από τα χρησιμοποιούμενα χημειοθεραπευτικά σκευάσματα και λιγότερο από τη δράση του ιού. Τα όργανα που προσβάλλονται συνήδως είναι η καρδιά, οι πνεύμονες. Το ΚΝΣ και οι νεφροί.

Καρδιά

Τα φάρμακα που έχουν τοξική επίδραση είναι η κυκλοφωσφamide και η δοξομουβικίνη. Η τοξικότητα στην καρδιά εκδηλώνεται με περικαρδίτιδα, πνευμονική υπέρταση, βαλβιδοπάθειες, αρρυθμίες, πνευμονική εμβολή.

Πνεύμονες

Η εμφάνιση αναπνευστικών προβλημάτων κατά τη διάρκεια χημειοθεραπείας θα πρέπει να μας οδηγήσει στον αποκλεισμό λοιμώξεων ή νεοπλασμάτων και στην ενοχοποίηση των φαρμάκων. Η bleomycin και το busulfan προκαλούν τοξικότητα και παρενέργειες στους πνεύμονες.

ΚΝΣ

Η εμφάνιση νευρολογικών επιπλοκών είναι αποτέλεσμα

- Κακοήδους νεοπλασίας (πρωτοπαθές λέμφωμα ΚΝΣ)
- Ευκαιριακής λοίμωξης (τοξοπλάσωση, κρυπτοκοκκική μηνιγγίτιδα, προϊούσα πολυεστιακή εγκεφαλοπάθεια)

- Μεταβολικών τοξικών ή άλλων επιπλοκών συστηματικών νόσων (σηπτικό shock, εγκεφαλικό επεισόδιο).
- Ψυχιατρικών διαταραχών (κατάθλιψη, άγχος)
- Αυτοάνοσων διαταραχών.
- Φαρμάκων (χημειοθεραπευτικά, αλκαλοειδή της vinca rosea).

Νεφροί

Η νεφροτοξικότητα εκδηλώνεται με διαταραχές ύδατος, ηλεκτρολυτών ή οξεοβασικής ισορροπίας.

Εμφανίζεται σε πολύ μεγάλο ποσοστό ασθενών. Οφείλεται στον ίδιο το HIV ή στην εφαρμοζόμενη θεραπευτική αγωγή.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις:

- Η λήψη ενός πλήρους νοσηλευτικού ιστορικού και η συσχέτιση των συμπτωμάτων με την εφαρμοζόμενη θεραπεία θα μας οδηγήσει στην καλύτερη νοσηλευτική φροντίδα.¹⁰

2.10. Έκφραση και επικοινωνία

Τα προβλήματα εδώ, είναι η περιορισμένη αντίληψη, ο αποπροσανατολισμός και η απομόνωση, που πηγάζουν από νευρολογική προσβολή από τον ιό ή άλλες ευκαιριακές λοιμώξεις, αλλά και από τον φόβο της οικογένειας και των φίλων για τη νόσο, όπως και του προσωπικού του νοσοκομείου και την υπεραπομόνωση.

Η νοσηλευτική στοχεύει στην ελαχιστοποίηση των νευρολογικών συμπτωμάτων και της δυσλειτουργίας και την πρόληψη των

αποτελεσμάτων της διαγραφής και της εγκατάληψης του αρρώστου, λόγω της απομόνωσης.

Εκτιμάται η κατάσταση και ο προσανατολισμός του αρρώστου και ερευνάται ποιους επισκέπτες επιθυμεί. Η στάση του προσωπικού προς τους επισκέπτες πρέπει να είναι με σεβασμό και τέτοια που να τους ενθαρρύνει και να τους παροτρύνει να τον συντροφεύουν. Συχνά βέβαια το θέμα είναι λεπτό γιατί δεν πρέπει να παραβιάζεται η εχεμύθεια προς τον άρρωστο, χωρίς την συγκατάθεσή του.

Αν ο άρρωστος είναι εγκαταλειμένος (αλλά και αν δεν είναι) το νοσηλευτικό προσωπικό, πρέπει να του διαθέτει ώρα για συζήτηση, να ακούσει τα προβλήματα του και να δώσει ηθική υποστήριξη. Η αυστηρή υπεραπομόνωση αποξενώνει τον άρρωστο από την ανθρωπινή υποστήριξη και πρέπει να αποφεύγεται. Στα πρώτα στάδια της νόσου που ο άρρωστος είναι σε καλή κατάσταση, γνωρίζει και συνεργάζεται στις προφυλάξεις που πρέπει να παίρνει, μπορεί να κυκλοφορεί και να επικοινωνεί με τους άλλους αρρώστους.

Στους συγχητικούς αρρώστους, η συμπεριφορά του προσωπικού, πρέπει να είναι μαλακή, καθησυχαστική, χωρίς να τους συμπεριφέρεται σαν παιδιά. Η χρήση του ονόματός τους βέβαια καμιά φορά

2.11. Διατήρηση ψυχολογικής ισορροπίας

Η ανησυχία από το άγχος της αρρώστιας, το φόβο και την απώλεια εχεμύθειας, είναι άλλο ένα μεγάλο πρόβλημα για τον άρρωστο. Επίσης πρόβλημα είναι η ανικανότητα αντιμετώπισης της νόσου αντικοινωνικά αισθήματα, ενοχή και στίγμα, αντίληψη ότι αποτελεί δημόσιο κίνδυνο, απελπισία, θρήνος για απώλεια προσωπικών σχέσεων κλπ.

Η νοσηλεύτρια /της, σκοπεύει να βοηθήσει τον άρρωστο να εξωτερικεύσει τα αισθήματά του να εξουδετερώσει μερικούς από τους παράγοντες που προκαλούν την ψυχική δυσλειτουργία ώστε να διευκολύνει τον άρρωστο να κάνει επαφές με την οικογένεια και το κατάλληλο προσωπικό υποστήριξης. Γι' αυτό εκτιμάται το επίπεδο της ανησυχίας του, η ικανότητά του να αντεπεξέλθει και οι ενδείξεις μελαγχολίας. Οι άρρωστοι συνήθως υποπίπτουν άτακτα ακόμη και μέσα στην ίδια μέρα, από το ένα επίπεδο ανησυχίας στο άλλο, δηλ. από την ελαφρά, στη μέτρια, στη σοβαρή ανησυχία μέχρι και την κατάσταση πανικού. Οι παρεμβάσεις που μπορούμε να κάνουμε είναι η συζήτηση, βοήθεια στην αντιμετώπιση των ψυχικών προβλημάτων, ενθάρρυνση της κοινωνικότητας και δράσης τους. Ο ψυχίατρος ή η νοσηλεύτρια / της της ψυχιατρικής μπορεί να βοηθήσει στο στάδιο της σοβαρής ανησυχίας. Οι άρρωστοι συχνά πέφτουν σε μελαγχολία, έχουν ιδέες αυτομορφής και έμμονη ιδέα ότι τιμωρούνται για λάθη και σεξουαλική συμπεριφορά, τόσο που εκφράζουν ιδέες αυτοκτονίας. Ευτυχώς συχνά η διανοητική καθυστέρηση, που παρουσιάζεται στα προχωρημένα στάδια από βλάβες στον εγκέφαλο, αναχαιτίζει τη διάθεση αυτοκτονίας. Οι περισσότεροι χρειάζονται αντικαταθλιπτικά φάρμακα και ψυχοθεραπεία. Το οικογενειακό περιβάλλον και πιθανές κοινωνικές ομάδες υποστήριξης, παίζουν σπουδαίο ρόλο στην ανάγκη αυτή.

2.12. Θρησκευτική Λατρεία

Η θρησκευτική στέρωση είναι ένα άλλο πρόβλημα, λόγω της απομόνωσης στο νοσοκομείο και αισθήματος ενοχής. Νοσηλεύτρια /τής, εκτιμά το βαθμό θρησκευτικότητας του αρρώστου και κάνει πρόταση

επαφής του με ιερά του νοσοκομείου, που σε πολλούς αρρώστους δίνει μεγάλη παρηγοριά. Αν δε το θέλουν δεν πρέπει να πιέζονται πολύ, για να αποφύγουμε μεγαλύτερες ψυχικές επιπλοκές.^{11,12}

3. ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ AIDS ΕΚΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Έχει αποδειχθεί ότι άρρωστοι με AIDS μπορεί σε ορισμένα στάδια της νόσου να νοσηλεύονται με ασφάλεια και σε άλλα ιδρύματα όπως αναρρωτήρια, κρατικά ή ιδιωτικά αλλά ακόμη και στο σπίτι αρκεί να τηρηθούν τα προφυλακτικά μέτρα.

Μελέτες του εξωτερικού έδειξαν, πως άτομα της οικογένειας των αρρώστων και των φορέων, που δεν έχουν σεξουαλική επαφή μαζί τους και τηρούν βασικές προφυλάξεις δεν κινδυνεύουν να μολυνθούν.

Τα προφυλακτικά μέτρα και οι διαδικασίες τους, που παίρνονται στο σπίτι, διαφέρουν και είναι πολύ απλούστερα απ' αυτά που παίρνονται για τους αρρώστους με AIDS στο νοσοκομείο. Αυτό οφείλεται στο ότι το προσωπικό του νοσοκομείου, εκτός από τον άρρωστο του AIDS φροντίζει και άλλους αρρώστους, που πολλοί είναι εξασθενημένοι και επιρρεπείς στις μολύνσεις. Για το λόγο αυτό πρέπει να φροντίζουν σχολαστικά, να μη μεταφέρουν τον ιό και άλλα μικρόβια .

- α) των άλλων αρρώστων, στον άρρωστο του AIDS, και
- β) τα δικά τους στους άλλους εξασθενημένους αρρώστους.

Το προσωπικό και τα άτομα της οικογένειας που φροντίζουν τον άρρωστο, πρέπει να παίρνουν υπόψη τους τα πιθανά συμπτώματα που μπορεί να παρουσιαστούν έτσι ώστε.

1. να τα παρατηρήσουν για να αναφέρουν στο γιατρό του
2. να είναι σε θέση να βοηθήσουν τον ίδιο τον άρρωστο
3. να πάρουν τα ανάλογα στην περίπτωση προφυλακτικά μέτρα.

Τα συμπτώματα αυτά σχετίζονται με τα διάφορα συστήματα του οργανισμού, που μπορεί να προσβληθούν από κάποια λοίμωξη. Τα κυριότερα συμπτώματα μπορεί να είναι από

α. Το εντερικό σύστημα

Αυτά κυρίως είναι διάρροια και μεγάλη καταβολή. Αυτό πρέπει να αναφερθεί στο γιατρό για να χορηγήσει ανάλογα φάρμακα. Τα αποτελέσματα των φαρμάκων πρέπει να αναφέρονται στο γιατρό. Τα προφυλακτικά μέτρα κατά την επαφή με τις κενώσεις πρέπει να παίρνονται με δεξιότητα και οι ειδικές οδηγίες του γιατρού για χορήγηση υγρών κλπ. πρέπει να τηρούνται.

β. Το ουροποιητικό σύστημα

Η λοίμωξή του συνήθως παρουσιάζει συχνουρία με πόνο ή τσούξιμο, με υψηλό πυρετό με ρίγος ή αλλοίωση στο χρώμα και την ποσότητα των ούρων. Όταν κάποια από αυτά παρατηρηθούν πρέπει να αναφερθεί, οι οδηγίες του γιατρού πρέπει να ακολουθηθούν και τα προφυλακτικά μέτρα ενδείνονται κατά την επαφή με τα ούρα ή το βρεγμένο ιματισμό απ' αυτά.

γ. Το αναπνευστικό σύστημα

Η μόλυνση σ' αυτό παρουσιάζεται με βήχα, πτύελο, πυρετό που καταλήγει συχνά σε πνευμονία, η οποία προκαλεί μεγάλη καταβολή του

αρρώστου, γι' αυτό πρέπει να αναφέρονται αμέσως στο γιατρό, που θα δώσει τις οδηγίες πως να ανακουφιστεί ο άρρωστος. Τα προφυλακτικά εδώ παίρνονται κατά την επαφή με τα πύελα και την αναπνοή του αρρώστου την ώρα της περιποίησής του, όπως θα συμβουλευτεί ο γιατρός.

δ. Το δέρμα του αρρώστου

Χρειάζεται φροντίδα αν ο άρρωστος προσβληθεί από σάρκωμα CAPOSI, έρπητα, εξάνθημα, ή δερματικό ερεθισμό στο περίνεο από τις διάρροιες. Γι' αυτό πρέπει να εξετάζεται καθημερινά, από αυτούς που τον περιποιούνται έτσι ώστε κάθε τι που παρουσιάζεται στο δέρμα να αναφέρεται στο γιατρό που θα δώσει οδηγίες. Τα προφυλακτικά μέτρα αφορούν την επαφή με τις γάζες, τα βαμβάκια αν υπάρχουν πληγές, όπως και τη σωστή φροντίδα των ρούχων του αρρώστου που θεωρούνται μολυσμένα.

ε. Το κεντρικό νευρικό σύστημα

Όταν προσβληθεί μπορεί να παρουσιάσει αλλαγές στην όραση του αρρώστου, διανοητική σύγχυση όπως και ψυχικές διαταραχές και απώλεια μνήμης. Επηρεάζει επίσης το μυϊκό σύστημα γι' αυτό μπορεί να παρατηρηθεί διαταραχή στην κινητικότητα του αρρώστου δηλ. αδυναμία βαδίσματος και κινήσεων από νευρολογική βλάβη.

Τα άτομα που φροντίζουν τον άρρωστο πρέπει με τις οδηγίες του γιατρού ν' αναπτύξουν δεξιότητες πως να βοηθήσουν και να αντιμετωπίσουν τον άρρωστο, στη σύγχυσή του και στη διευκόλυνση κινήσεων. Ιδιαίτερα προφυλακτικά μέτρα δεν χρειάζονται για το

νευρικό, σύστημα, γι αυτό τηρούνται μόνο τα γενικά μέτρα της επαφής με τα σωματικά υγρά. ¹³

4. ΠΡΟΦΥΛΑΞΕΙΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΙ ΤΩΝ ΣΥΓΓΕΝΩΝ

4.1. Πλύσιμο χεριών

Τα άτομα που φροντίζουν τον άρρωστο (αλλά και ο ίδιος), πρέπει να πλένουν τα χέρια τους με άφθονο νερό. Τα χέρια πρέπει να πλένονται ακόμη και όταν χρησιμοποιούνται γάντια, αφού τα βγάλετε, για το λόγο ότι μπορεί το γάντι να είχε τρύπα που δεν φαίνεται και τα χέρια σας να έχουν μολυνθεί.

- Προτιμάτε τη χρήση υγρού σαπουνιού. Στο σαπούνι πλάκα μπορεί να μένουν σταγόνες σωματικού υγρού του αρρώστου (αίμα κλπ).

Καλύτερα είναι το υγρό αντισηπτικό σαπούνι με βάση χλωρεξιδίνη, π.χ. CANA SftUB, AMPITASOL, INCOSEPT κ.α. Αν ο άρρωστος έχει σοβαρή μόλυνση, χρησιμοποιείτε αντισηπτικό σαπούνι ιωδιούχο.

4.2. Πλύσιμο πιάτων

Τα πιάτα και τα σερβίτσια του αρρώστου πρέπει να πλένονται καλά με το κοινό απορρυπαντικό πιάτων που χρησιμοποιείται στο σπίτι σε ζεστό νερό και να ξεπλένονται πολύ καλά. Αν χρησιμοποιείται πλυντήριο, πρέπει να βεβαιωθείτε ότι το μηχάνημα κάνει ολόκληρο τον κύκλο του πλυσίματος και ότι χρησιμοποιείται ζεστό νερό.

4.3. Προσωπικά αντικείμενα

Βεβαιωθείτε ότι τα προσωπικά αντικείμενα του αρρώστου π.χ. σφουγγάρια ή τρίφτες πλυσίματος, σαπούνια κλπ. φυλάσσονται χωριστά από των άλλων μελή της οικογένειας. Το θερμόμετρό

4.4. Ακάθαρτος ιματισμός

Τα ρούχα του κρεβατιού, αλλά και η ενδυμασία και οι πετσέτες του αρρώστου, θεωρούνται μολυσμένα γιατί μπορεί να έχουν κηλίδες από τα υγρά του. Γι' αυτό πριν βγάλετε τα γάντια, μετά την περιποίησή του βάλτε προσεκτικά τα ρούχα σε μια μεγάλη μαξιλαροθήκη την οποία μετά βάλτε την σε μεγάλη πλαστική σακούλα σκουπιδιών. Φυλάτε τα ρούχα αυτά χωριστά από τα άλλα ρούχα του σπιτιού.

4.5. Πλύσιμο ρούχων στο πλυντήριο

Αδειάστε τα ρούχα στο πλυντήριο πολύ προσεκτικά, χωρίς να τα πιάνετε πολύ κατά το δυνατόν, χρησιμοποιώντας πλαστικά γάντια μιας χρήσεως, ή γάντια κουζίνας. Πετάξτε την πλαστική σακούλα μέσα στα μολυσμένα σκουπίδια. Τα ρούχα που δεν ξεβάφουν πλένονται στο πλυντήριο σε θερμοκρασία 90°C και προσθέτουμε 1 φλυτζάνι χλωρίνη επί πλέον από το σαπούνι. Τα ρούχα που ξεβάφουν πλένονται στους 80° C στο πλυντήριο και προσθέτουμε 1 φλυτζάνι αδιάλυτου απολυμαντικού με βάση τη φαινόλη π.χ. PINOCIDE, VETOL, 6II με σαντοφέν και άλλα ξεπλύνετε τα ρούχα χωρίς να χρησιμοποιήσετε καθόλου κρύο νερό.

4.6. Πλύσιμο ρούχων στο χέρι

Χρησιμοποιείτε 2 κουταλιές σούπας αδιάλυτη χλωρίνη, για ρούχα που δεν ξεβάφουν. Για τα υπόλοιπα ρούχα που ξεβάφουν βάλτε αντί για χλωρίνη στην ίδια αναλογία διάλυσης ένα από τα παραπάνω απολυμαντικά με βάση φαινόλη. Ξεπλύνετε τα ρούχα και στις δύο περιπτώσεις.

4.7. Πλύσιμο και στεγνό καθάρισμα στο καθαριστήριο

Αν θα στείλετε τα ρούχα για πλύσιμο στο καθαριστήριο και είναι λερωμένα με κηλίδα αίματος, κένωση ή άλλα υγρά, πρέπει να πλύνετε πρώτα τις κηλίδες στο χέρι χρησιμοποιώντας διάλυμα χλωρίνης 1:10 ή διάλυμα φαινόλης 4:10 δηλαδή 40γραμ. ή 22 κουταλιές της σούπας φαινόλη σε 1 κιλό νερό. Μετά στέλνετε τα ρούχα στο καθαριστήριο.

4.8. Έπιπλα, μηχανήματα, ιατρικές συσκευές.

Αν τα έπιπλα, τα σφυγομανόμετρα ή όποια άλλη επιφάνεια λερωθούν με υγρά ή αίμα του αρρώστου πρέπει να καθαριστούν με διάλυμα χλωρίνης 1:10. Το ίδιο ισχύει και για τα πατώματα. Αν ο άρρωστος έχει βαριά λοίμωξη εντερικού ή αναπνευστικού συστήματος κλπ. συμβουλευτείτε τον υπεύθυνο γιατρό για να χρησιμοποιήσετε άλλο απολυμαντικό.

4.9. Διασπορά σωματικών υγρών

Οι διασπορές όπως είναι, των εμμέτων, κένωσης, μολυσμένων ουσιών κλπ πρέπει να καθαρίζονται αμέσως με τον εξής τρόπο:

- Ρίξτε προσεκτικά στον εμμετό ή ότι άλλη διασπορά, διάλυμα χλωρίνης 1:10 σε ζεστό νερό και σκεπάστε το με χαρτοβάμβακα ή άλλο υλικό απορροφητικό.
- Αφήστε το έτσι μισή ώρα και κατόπιν με γάντια μιας χρήσεως και ποδιά αφαιρέστε τα χαρτοβάμβακα και σκουπίστε την επιφάνεια με άλλα στεγνά.
- Όταν τα χαρτιά είναι λίγα πετάζτε τα στην τουαλέτα. Όταν είναι πολλά, πρέπει να πεταχτούν μέσα στο σάκο μολυσμένων σκουπιδιών, μαζί με τα πλαστικά γάντια.

4.10. Απομάκρυνση αιχμηρών αντικειμένων

Τέτοια αντικείμενα είναι συνήθως βελόνες και σύριγγες ενέσεων, ζυραφάκια κλπ. Επειδή το σπουδαιότερο προφυλακτικό μέτρο για τη μετάδοση του AIDS στον υγιή είναι η αποφυγή τρυπήματος των υγιών από μολυσμένα με αίμα αιχμηρά αντικείμενα του αρρώστου, έχει μεγάλη σημασία να τηρούνται οι παρακάτω οδηγίες για την απομάκρυνσή τους. Η αυστηρή τήρηση αυτού του μέτρου επιβάλλεται για να προφυλαχθούν τα άτομα που φροντίζουν τον άρρωστο, η οικογένεια, αλλά και ακόμα παραπέρα οι άνθρωποι που τελικά παίρνουν τα σκουπίδια.

Ο σωστός τρόπος μεταχείρισης και απομάκρυνσης συρίγγων και βελόνων είναι οι εξής .

Οι βελόνες και σύριγγες που χρησιμοποιούνται στον άρρωστο πρέπει να είναι μιας χρήσης.

Μετά την ένεση, δεν πρέπει να βάζετε πάλι τη βελόνα μέσα στη δέη της γιατί μπορεί να τρυπηθείτε στην προσπάθειά σας.

4.11. Ποδιά

Φορέστε υφασμάτινη ή πλαστική ποδιά όταν πρόκειται να κάνετε κάποια από τις προηγούμενες περιποιήσεις στον άρρωστο. Αν η ποδιά είναι από ύφασμα, πρέπει να πλένεται μαβί με το μολυσμένο ιματισμό, κάθε φορά που θα λερωθεί. Αν είναι πλαστική, μπορεί να απολυμαίνεται σε λεκάνη με φρέσκο διάλυμα χλωρίνης 1:10 επί 30 λεπτά ή αν ο άρρωστος έχει σοβαρή λοίμωξη σε διάλυμα 2-4% ενός από τα απολυμαντικά φαινόλης που αναφέρουμε και για τα γάντια.

4.12. Μάσκα

Τη μάσκα πρέπει να τη φοράτε μόνο αν ο άρρωστος έχει λοίμωξη του αναπνευστικού και βήχει, όπως βρογχίτιδα ή πνευμονία, την ώρα που τον περιποιείστε.

Η ποιότητα της μάσκας πρέπει να είναι χάρτινη, ανθεκτική όπως η μάσκα του χειρουργείου που σκεπάζει καλά τη μύτη και το στόμα και όχι οι λεπτές χάρτινες μάσκες που κυκλοφορούν. Να φοράτε καινούργια μάσκα κάθε μέρα. Προσέχετε μην αγγίζετε τη μάσκα σας με βρώμικα χέρια. Στο τέλος της ημέρας πετάξτε τη μάσκα σας με τα μολυσμένα σκουπίδια.

4.13. Γάντια

Τα γάντια που μπορείτε να χρησιμοποιήσετε για την περίπτωση του αρρώστου είναι:

α) Γάντια ελαστικά χειρουργείου

Τα γάντια αυτά τα χρειάζεστε όταν πρόκειται να κάνετε λεπτή εργασία στον άρρωστο, όπως περιποίηση τραύματος δηλ. αλλαγή γαζών (οπότε πρέπει να είναι αποστειρωμένα) αλλά και σε περιποίηση στόματος, αιμοληγία, αλλαγή σεντονιών του κατάκοιτου αρρώστου κλπ.

Τα γάντια αυτά μπορείτε μετά τη χρήση να τα απολυμάνετε σε διάλυμα χλωρίνης 1:10 ή και σε διάλυμα απορρυπαντικού 2 με βάση τη φαινόλη.

Αφήστε τα γάντια βουτηγμένα στο διάλυμα μια 30 λεπτά ξεπλύντε τα με καθαρό νερό και κρεμάστε τα να στεγνώσουν και από τις δύο επιφάνειες αφού τα γυρίσετε μέσα έξω.

ΠΡΟΣΟΧΗ. Τα χέρια σας πρέπει να πλένονται και να σκουπίζονται καλά πριν φορέσετε και αφού βγάλετε τα γάντια, γιατί αν το γάντι σας έχει τρυπηθεί, τα χέρια σας θα είναι ακάθαρτα.

β) Γάντια κουζίνας

Αυτά καλό είναι να τα χρησιμοποιούμε όταν κάνετε καθαριότητα χώρου και επιφανειών, όταν ετοιμάζετε πλύσιμο ρούχων στο πλυντήριο και σε παρόμοιες άλλες εργασίες.

Είναι περισσότερο ανθεκτικά και οπωσδήποτε οικονομικότερα. Απολυμαίνετε όπως και τα γάντια χειρουργείου.

γ) Γάντια, διαφανή πλαστικά μιας χρήσης

Τα γάντια αυτά είναι προτιμότερο να χρησιμοποιούνται σε περίπτωση που έρχεστε σε επαφή με τα σωματικά υγρά, όπως εμετό, κένωση,

διάρροια κλπ. Τα γάντια αυτά πρέπει να τα χρησιμοποιείτε για μια μόνο χρήση.^{14,5}

5. ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Το Occupational Safety and Health Administration των ΗΠΑ. δημοσίευσε μέρος των νέων STANDARDS για την προφύλαξη από αιματογενείς νόσους, όπως η HIV λοίμωξη, περιγραφή περιπτώσεων τέτοιων λοιμώξεων σε νοσηλευτές φλεβοκεντητές, γιατρούς και γενικά σε επαγγελματίες που έρχονται σε επαφή με το αίμα του ανθρώπου. Μέχρι το 1992 η υπηρεσία αυτή έχει ασχοληθεί με 65 περιπτώσεις επαγγελματικής λοίμωξης από τον HIV.

Οι περιγραφές είναι εντυπωσιακές, οι περισσότεροι είναι εργαζόμενοι στην αιμοδοσία, ακολουθούν οι νοσηλευτές, λιγότεροι οι εργαστηριακοί βοηθοί και ακόμη λιγότεροι οι γιατροί. Σχεδόν όλες τις περιπτώσεις, η μόλυνση έγινε από ατυχείς περιπτώσεις και μη τήρηση των βασικών κανόνων για την προφύλαξη από τσιμπήματα από βελόνες ενέσεων ή αιμοληγιών και τη μη εφαρμογή μέσων ? Μερικές από τις περιπτώσεις είναι οι εξής:

- Νοσηλεύτρια που έκανε αιμοληγία από τη φλέβα από άτομο HIV θετικό, πιτσιλήθηκε με το αίμα του αρρώστου στο πρόσωπο. Φορούσε μάσκα και γυαλιά. Είχε ακμή στο πρόσωπο και θεωρήθηκε σαν η πύλη εισόδου του ιού.
- Νοσηλεύτρια, ειδική στην τεχνολογία μηχανήματος αιμοκάθαρσης, προφυλαγμένη με γάντια, πασαλήφθηκε με αίμα ασθενούς με AIDS στον πήχυ και το βραχίονά της. Δεν είχε βλάβη στις περιοχές αυτές

αλλά είχε δερματίτιδα στο αυτί. Φαίνεται ότι έπιασε το αυτί της με το χέρι της .

- Άλλη μια περίπτωση νοσηλεύτριας που τσίμπησε το δάχτυλό όταν έβαζε το κάλυμα της βελόνας με την οποία έκανε την αιμοληγία.
- Παρασκευαστής εργαστηρίου μολύνθηκε, όταν έσπασε στο χέρι του φιαλίδιο με αίμα πάσχοντος από AIDS.

Αυτά είναι μερικά από τα 65 άτομα που μολύνθηκαν και έγιναν φορείς του HIV. που επίσημα απασχόλησαν την Διοίκηση Υγείας της επαγγελματικής ασφάλειας των ΗΠΑ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ AIDS

Περίπτωση ασθενούς με AIDS ο οποίος νοσηλεύτηκε στο περιφερειακό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών «Ριον»

Στις 25-5-00 και ώρα 11.30 στην παθολογική κλινική του νοσοκομείου εισήχθει ασθενής 27 χρόνων - σερβιτόρος σε νυκτερινό μπαρ ο οποίος εισήχθει με διάγνωση «οξεία πνευμονία» ο ασθενής παρουσίαζε κατά την εισαγωγή πυρετό 39° C με ρίγος, βήχα έντονο, δύσπνοια, και πλευροδυνία. Επίσης έντονη κόπωση και καταστολή των δυνάμεων. Στη λήψη του ιστορικού έγινε γνωστό ότι ο ασθενής ήταν ομοφυλόφιλος.

Η πληροφορία αυτή σε συνδυασμό με το γεγονός ότι ο ασθενής παρουσίαζε εδώ και ένα χρόνο απώλεια βάρους - διάρροιες και κατά διαστήματα πυρετό - οδήγησε τους γιατρούς στην υποψία για AIDS.

Πραγματικά έγιναν μαζί με τον υπόλοιπο εργαστηριακό έλεγχο και οι εξετάσεις για AIDS οι οποίες τελικά υπήρξαν θετικές.

Το πρώτο βήμα που έγινε στο νοσοκομείο ήταν να μεταφερθεί ο ασθενής από τον θάλαμο με τρία κρεβάτια όπου αρχικά είχε εισαχθεί σε μοναχικό θάλαμο. Αυτό κρίθηκε αναγκαίο για δύο βασικούς λόγους. Πρώτον για τυχόν αποφυγή μεταδόσεως της νόσου στους υπόλοιπους ασθενείς του θαλάμου και δεύτερον για τον ίδιο τον ασθενή του οποίου η φυσική αντίσταση του οργανισμού του ήταν ελαττωμένη και ο

κίνδυνος για κάποια λοίμωξη ήταν αρκετά μεγάλος. Οι λόγοι αυτοί οδηγήθηκαν στον ασθενή και ιδιαίτερα ο δεύτερος κατά τέτοιο τρόπο έτσι ώστε να δημιουργηθεί όσο το δυνατόν λιγότερη ψυχική φόρτιση στον ασθενή.

Ενημερώθηκε ο ασθενής για την κατάστασή του και όπως ήταν φυσικό στην αρχή αντέδρασε αρνητικά και η ψυχολογική του κατάσταση θα μπορούσε να χαρακτηριστεί δραματική. Χάρης όμως στην σωστή φροντίδα και ανθρωπιά που του έδειξε το προσωπικό, κατορθώθηκε να δημιουργηθεί ένα θετικό κλίμα εμπιστοσύνης και ο ασθενής δέχτηκε πλέον να υποβληθεί στην σωστή νοσηλευτική φροντίδα για την καταπολέμηση των συμπτωμάτων της νόσου.

Νοσηλευτική Φροντίδα ασθενούς με AIDS

Η νοσηλευτική φροντίδα είναι συντηρητική και αποσκοπεί όχι στην ίδια την αποκατάσταση της υγείας του ασθενούς, από τη νόσο, αλλά στην αντιμετώπιση και ανακούφιση του αρρώστου από τα συμπτώματα, στην αύξηση της φυσικής αντιστάσεως του οργανισμού και στην αποφυγή τυχόν λοιμώξεων οι οποίες θα έχουν σαν αποτέλεσμα την δημιουργία σοβαρών και δυσμενών επιπλοκών.

Συγκεκριμένα: η νοσηλευτική αντιμετώπιση με βάση την κλινική συμπτωματολογία ήταν η ακόλουθη:

<p>Αξιολόγηση αναγκών προβλημάτων και συμπτωμάτων του αρρώστου</p> <p>Νυχτερινές εφιδρώσεις</p>	<p>Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Παραμονή του αρρώστου στεγνού ▪ Διατήρηση της άνεσής του 	<p>Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Παρατήρηση και καταγραφή των νυχτερινών εφιδρώσεων ▪ Φροντίδα για την πρόληψη κρυολογήματος ▪ Δημιουργία κατάλληλου δροσερού περιβάλλοντος ▪ Αλλαγή κλινοσκεπασμάτων και ρούχων ώστε να διατηρείται στεγνός ▪ Ακριβής μέτρηση των προσλαμβανόμενων υγρών ▪ Ανακούφιση από το αίσθημα δίψας με τη διατήρηση ισοζυγίου 	<p>Εφαρμογή προγραμματισμού</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ανοίχθηκαν τα παράδρα για το σωστό αερισμό του χώρου ▪ Αλλάχθηκαν τα κλινοσκεπάσματα και ο ρουχισμός. ▪ Μετρήθηκαν τα ούρα (1500 cc) και καταγράφηκαν τα υγρά που πήρε ο ασθενής ▪ Ο άρρωστος ενημερώθηκε για την αναγκαιότητα της καθαριότητάς του 	<p>Εκτίμηση αποτελεσμάτων</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Αντιμετώπισαμε σημαντικά το πρόβλημα των εφιδρώσεων ▪ Ο άρρωστος ένωσε πολύ καλύτερα

AIDS και Νοσηλευτική Παρέμβαση

Αξιολόγηση αναγκών προβλημάτων και συμπτωμάτων του αρρώστου	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Διάρροιες	<ul style="list-style-type: none"> • Φροντίδα του ασθενούς για να μην δημιουργηθούν περαιτέρω προβλήματα • Αντιμετώπιση της διάρροιας 	<p>υγρών και το πλύσιμο του στόματος με δροσερό νερό</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Καθαριότητα δέρματος για την απομάκρυνση κάκοσμων και τοξικών ουσιών <ul style="list-style-type: none"> • Καταγραφή των κενώσεων • Στερεά τροφή σε μικρά και συχνά γεύματα • Καθαριότητα δέρματος για την πρόληψη δερματίτιδας και κατακλίσεων 	<ul style="list-style-type: none"> • Καταγράφθηκαν 3 υδραρείς κενώσεις. Λήψη σκληρής τροφής • Ο άρρωστος κάνει λουτρό καθαριότητας μόνος του 	<ul style="list-style-type: none"> • Αντιμετωπίστηκε η διάρροια (έγινε παρασιτολογική εξέταση κοπράνων)
Πυρετός. Από 37,5° C - 39°	<ul style="list-style-type: none"> • Μείωση του πυρετού 	<ul style="list-style-type: none"> • Διατήρηση του 	<ul style="list-style-type: none"> • Παραμονή κοντά στον 	<ul style="list-style-type: none"> • Μείωση του

AIDS και Νοσηλευτική Παρέμβαση

Αξιολόγηση αναγκών προβλημάτων και συμπτωμάτων του αρρώστου	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
C	και φροντίδα του αρρώστου κατά τη διάρκεια του	<p>σώματος δροσερού με γυχρές περιτυλίξεις, λουτρό με δροσερό νερό στο οποίο διαλύεται αλάτι</p> <ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση άφδονων και δροσερών υγρών. Η ενυδάτωση μειώνει τη θερμοκρασία του σώματος με την αύξηση της διουρήσεως. Παράλληλα προλαμβάνεται η αφυδάτωση που προκαλεί ο πυρετός. Ο άρρωστος προστατεύεται με : • Την αλλαγή του ιδρωμένου ιματισμού, 	<p>άρρωστο και τοποθέτηση κομπρέσων</p> <ul style="list-style-type: none"> • Αντίδραση (άρνηση) του αρρώστου για την χορήγηση αντιπυρετικού. Δόθηκε Deron. • Αλλάχτηκε ο ιματισμός και ρουχισμός του αρρώστου • Ανοίχτηκαν τα παράθυρα για λίγη ώρα • Καταγράφηκαν τα υγρά που πήρε (3 ποτήρια νερό και 1 ποτήρι πορτοκαλάδα) • Παρακολουθείται η 	<p>πυρετού στους 37°C</p> <ul style="list-style-type: none"> • Κατάσταση του αρρώστου ικανοποιητική

AIDS και Νοσηλευτική Παρέμβαση

Αξιολόγηση αναγκών προβλημάτων και συμπτωμάτων του αρρώστου	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
		<p>ρουχισμού</p> <ul style="list-style-type: none"> • Την προφύλαξη του αρρώστου από τα ρεύματα αέρα • Την σταδιακή μείωση της θερμοκρασίας. Η εφαρμογή υχθρού μέσου, η θερμοκρασία του οποίου είναι πολύ πιο χαμηλή από αυτή του σώματος, μπορεί να προκαλέσει στον άρρωστο γύξη • Χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων μετά από οδηγίες γιατρού. Στη συνέχεια 	θερμοκρασία κάθε 3 ώρες	

Αξιολόγηση αναγκών προβλημάτων και συμπτωμάτων του αρρώστου	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Καταβολή δυνάμεων, ανορεξία, απώλεια βάρους	<ul style="list-style-type: none"> • Ανακούφιση από την κακουχία • Σωματική τόνωση • Αύξηση της διάθεσης για φαγητό 	<p>παρακολουθείται ο άρρωστος για εφίδρωση, εκτιμάται η διαφοροποίηση της θερμοκρασίας, αξιολογείται η απώλεια υγρών και ηλεκτρολυτών</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ενίσχυση του διαιτολογίου του αρρώστου με λευκώματα • Μείωση των φυσικών δραστηριοτήτων του αρρώστου • Χορήγηση υγρών με ζάχαρη για την κάλυψη δερμικών αναγκών και 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση αυγού, γαριού, γάλακτος • Παραμονή του αρρώστου στο κρεβάτι • Δόθηκε πορτοκαλάδα (3 φορές την ημέρα) με ζάχαρη για την κάλυψη δερμικών αναγκών • Ο άρρωστος έφαγε 	<ul style="list-style-type: none"> • Μείωση της ανορεξίας και ταυτόχρονα και της απώλειας βάρους • Συνέχιση της καταβολής δυνάμεων

AIDS και Νοσηλευτική Παρέμβαση

Αξιολόγηση αναγκών προβλημάτων και συμπτωμάτων του αρρώστου	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
	<p>πρόληψη του μεταβολισμού των λιπών. Για την αύξηση της διαδέσεως του αρρώστου για φαγητό:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Χορηγείται τροφή της προτιμήσεως του • Προσφέρεται σε περιποιημένο δίσκο καλά σερβιρισμένη τροφή για να είναι ελκυστική • Εξασφαλίζεται ποικιλία στο διαιτολόγιο του αρρώστου • Διατηρείται η στοματική κοιλότητα 	<p>κανονική ποσότητα φαγητού</p> <ul style="list-style-type: none"> • Συζήτηση με τον άρρωστο για το δέμα της διατροφής του • Πλύθηκε το στόμα του αρρώστου από τον ίδιο με οδοντόκρεμα • Καταγράφηκαν τα γεύματα του αρρώστου (3) 		

AIDS και Νοσηλευτική Παρέμβαση

Αξιολόγηση αναγκών προβλημάτων και συμπτωμάτων του αρρώστου	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Κεφαλαλγία και σύγχυση	<ul style="list-style-type: none"> Αντιμετώπιση της κεφαλαλγίας και της σύγχυσης 	<p>καθαρή</p> <ul style="list-style-type: none"> Ενημερώνεται το δελτίο νοσηλείας του αρρώστου, καταγράφεται η ποσότητα της τροφής, οι παρατηρήσεις και νοσηλευτικές οδηγίες 	<ul style="list-style-type: none"> Απομακρύνθηκαν οι επισκέπτες Κλείστηκαν τα πατζούρια για να μειωθεί το φως Δόθηκε Medamol για την αντιμετώπιση της κεφαλαλγίας 	<ul style="list-style-type: none"> Η απώλεια προσανατολισμού δεν συνέβηκε ξανά Η κεφαλαλγία υποχώρησε

AIDS και Νοσηλευτική Παρέμβαση

Αξιολόγηση αναγκών προβλημάτων και συμπτωμάτων του αρρώστου	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
		<p>μετά από εντολή γιατρού</p> <ul style="list-style-type: none"> • Για τη βοήθεια κατά τη διάρκεια απώλειας προσανατολισμού γίνονται προσπάθειες για τη μείωση του πυρετού που έχει • Προσανατολίζεται στο χώρο και στο χρόνο • Προστατεύεται από πτώση 	<ul style="list-style-type: none"> • Τοποθετήθηκαν κομπρέσες • Προστασία του αρρώστου με κάγκελα 	
Ερυθρότητα, οίδημα των ούλων, κακοσμία και αιμορραγία στοματικής κοιλότητας	<ul style="list-style-type: none"> • Αντιμετώπιση συμπτωμάτων 	<ul style="list-style-type: none"> • Πλύσιμο της στοματικής κοιλότητας με αντισηπτικό διάλυμα και port-cotton κάθε τρεις ώρες 	<ul style="list-style-type: none"> • Έγινε το πλύσιμο της στοματικής κοιλότητας από τη νοσηλεύτρια με αντισηπτικό Hexalen • Έγινε διδασκαλία της 	<ul style="list-style-type: none"> • Δεν παρατηρήθηκε υποχώρηση των συμπτωμάτων (μετά από μικροβιολογική,

AIDS και Νοσηλευτική Παρέμβαση

Αξιολόγηση αναγκών προβλημάτων και συμπτωμάτων του αρρώστου	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελεσμάτων	
Αρθροαλγίες	<ul style="list-style-type: none"> • Ανακούφιση από τον πόνο 	<ul style="list-style-type: none"> • Φροντίδα στόματος με ελαφρές κινήσεις • Αποφυγή λήγεως ερεθιστικών τροφών 	<ul style="list-style-type: none"> • Μείωση του βάρους κλινοσκεπασμάτων • Κατάλληλα δέση στο κρεβάτι • Ακινητοποίηση των αρθρώσεων • Αλλαγή της θέσης του αρρώστου • Χορήγηση παυσίπωνων 	<ul style="list-style-type: none"> • Κάλυψη του αρρώστου μόνο με ένα σεντόνι • Ανάρροπη δέση (τοποθέτηση μαξιλαριών κάτω από τα πόδια) καθώς και συχνή εναλλαγή δέσεων προσαρμοσμένα στην ανάγκη του αρρώστου • Δόθηκε Lanarid για την 	<p>ιστοπαθολογική εξέταση και καλλιέργεια διαγνώστηκε μονιλίαση)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Περιορίστηκε ο πόνος • Ο άρρωστος ήταν αρκετά ήρεμος

Αξιολόγηση αναγκών προβλημάτων και συμπτωμάτων του αρρώστου	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Απλός έρπης και σάρκωμα Kaposi	<ul style="list-style-type: none"> • Προφύλαξη από τις λοιμώξεις 	<p>φαρμάκων</p> <ul style="list-style-type: none"> • Παραμονή κοντά στον άρρωστο και συζήτηση μαζί του 	<p>αντιμετώπιση του πόνου</p> <ul style="list-style-type: none"> • Συζήτηση νοσηλεύτριας και αρρώστου 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Λουτρό καθαριότητας • Διατήρηση κλινοσκεπασμάτων καθαρών • Χρησιμοποίηση καθαρών αντικειμένων κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του • Λήψη όλων των προφυλακτικών μέτρων για την ίδια και τον άρρωστο 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο άρρωστος έκανε λουτρό καθαριότητας μόνος του • Αλλάχτηκε ο ιματισμός <p>Εφαρμόστηκε:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Πλύσιμο χεριών πριν και μετά τη νοσηλεία • Χρησιμοποιήθηκαν επίσης γάντια, μάσκα, ποδιά • Η νοσηλεία του 	<ul style="list-style-type: none"> • Δεν εμφανίζεται ύφεση στις λοιμώξεις που παρουσίασε. 	

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

AIDS και Νοσηλευτική Παρέμβαση

Αξιολόγηση αναγκών προβλημάτων και συμπτωμάτων του αρρώστου	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Αναπνευστική δυσχέρεια (δύσπνοια, κυάνωση,	<ul style="list-style-type: none"> Αντιμετώπιση της 	<ul style="list-style-type: none"> Προσπάθεια για μείωση των φορέων μικροβίων (επισκέπτες ή άλλα άτομα που μπορεί να έχουν μικρόβια) Νοσηλεία του αρρώστου σε μοναχικό δωμάτιο. Η νοσηλεία του είναι: Acyclovir για τον έρπητα και για το σάρκωμα Kaposi το κυταροστατικό Bleomycin. Επίσης παίρνει το αντιικό AZT. 	<p>αρρώστου έγινε από την ίδια νοσηλεύτρια για αποφυγή τυχόν μικροβιοφορέων</p>	<ul style="list-style-type: none"> Αντιμετωπίστηκε
Αναπνευστική δυσχέρεια (δύσπνοια, κυάνωση,	<ul style="list-style-type: none"> Αντιμετώπιση της 	<ul style="list-style-type: none"> Τοποθέτηση του 	<ul style="list-style-type: none"> Τοποθετήθηκε ο 	<ul style="list-style-type: none"> Αντιμετωπίστηκε

AIDS και Νοσηλευτική Παρέμβαση

Αξιολόγηση αναγκών προβλημάτων και συμπτωμάτων του αρρώστου (ταχυπαλμία)	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
	<p>αναπνευστικής δυσχέρειας</p>	<p>ασθενούς σε ανάρρωση δέση για διευκόλυνση της αναπνοής</p> <ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση O₂ • Αποφυγή δύσπεπτης τροφής • Λήψη ζωτικών σημείων 	<p>ασθενής σε ανάρρωση δέση</p> <ul style="list-style-type: none"> • Του χορηγήθηκε O₂ • Έγινε λήψη ζωτικών σημείων 	<p>η δύσπνοια και η κυάνωση</p>
<p>Κατάθλιψη, άγχος, φόβος για την γνωστοποίηση και την εξέλιξη της πάθησής του, απώλεια αυτοσεβασμού. Μην αποδοχή της νόσου</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ψυχική τόνωση και ενδάρθρωση • Αποδοχή της νόσου ώστε 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενδάρθρωση του ασθενούς να εκφράσει τα συναισθήματά του, τις επιθυμίες του, τους φόβους του μέσα σε μια ζεστή και συμπαθητική ατμόσφαιρα, δείχνοντας ειλικρινές ενδιαφέρον 	<ul style="list-style-type: none"> • Έγιναν συζητήσεις με τον ασθενή και δόθηκαν εξηγήσεις για τις διάφορες εξετάσεις στις οποίες υποβαλλόταν • Ενδάρθρωση για μελλοντική θεραπεία της νόσου και ανακάλυψη του 	<ul style="list-style-type: none"> • Αποδοχή της νόσου σε λιγότερο χρονικό διάστημα από ότι αναμενόταν.

AIDS και Νοσηλευτική Παρέμβαση

Αξιολόγηση αναγκών προβλημάτων και συμπτωμάτων του αρρώστου	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
		<ul style="list-style-type: none"> • Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς • Διευκόλυνση επαφής με κατάλληλα πρόσωπα που θα μπορούσαν να τον βοηθήσουν 	εμβολίου <ul style="list-style-type: none"> • Επιστημονική κατάρτιση του ασθενούς 	

Ο ασθενής παρέμεινε 1 ½ μήνα στο νοσοκομείο όπου με την κατάλληλη φροντίδα και τις κατάλληλες νοσηλευτικές διαδικασίες η κλινική του εικόνα βελτιώθηκε.

Αξίζει να σημειωθεί ότι καθόλη τη διάρκεια της παραμονής του αρρώστου στο νοσοκομείο κανείς από το οικογενειακό του περιβάλλον δεν εμφανίστηκε. Όπως μας είπε ο ασθενής ζει μόνος του, δεν έχει αδέρφια και οι γονείς του έχουν χωρίσει εδώ και πολλά χρόνια και δεν ενδιαφέρονται για αυτόν. Με την έξοδό του από το νοσοκομείο το νοσηλευτικό προσωπικό σε συνεργασία με την κοινωνική υπηρεσία του ιδρύματος φρόντισε να ενημερώσει τον ασθενή για το ποια μέτρα πρέπει να πάρει στις καθημερινές του συνδιαλλαγές και στον τρόπο ζωής του.

Συγκεκριμένα: εξηγήθηκε στον ασθενή ότι πρωταρχικό του μέλημα θα πρέπει να ήταν η καθημερινή του προφύλαξη από παράγοντες τέτοιους που θα είχαν σαν αποτέλεσμα την μείωση της φυσικής του αντιστάσεως κυρίως επίδραση γύχους - σωστή διατροφή - αποφυγή καταχρήσεων) ποτά κάπνισμα - ξενύχτι) - ανάπαυση και ξεκούραση.

Του δόθηκαν οδηγίες ότι θα πρέπει να είναι πλέον ιδιαίτερα προσεκτικός στην ερωτική του ζωή και σε περίπτωση που θα αποφάσιζε να έχει κάποια ερωτική σχέση θα έπρεπε να ενημερώσει τον ερωτικό του σύντροφο και να χρησιμοποιήσει οπωσδήποτε προφυλακτικό.

Στον οικείο του χώρο καλό θα ήταν να έχει τα δικά του προσωπικά αντικείμενα (οδοντόβουρτσα - ξυριστική μηχανή). Να τηρεί σωστή ατομική καθαριότητα. Εάν δεν υπάρχει δυνατότητα χρησιμοποίησεως

οικιακών αντικειμένων μιας χρήσης τότε να γίνεται επιμελημένη απολύμανση αυτών των αντικειμένων.

Επίσης εξηγήθηκε στον ασθενή ότι θα έπρεπε ανά τακτά χρονικά διαστήματα να του γίνεται ένας γενικός ιατρικός έλεγχος για να εξακριβωθεί η πορεία της κατάστασής του και σε περίπτωση κάποιας διαταραχής θα πρέπει να επισκεφτεί κατευθείαν τον ιατρό. Μετά από αυτή την ενημέρωση ο ασθενής εξήλθε από το νοσοκομείο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Στην περίπτωση του AIDS ο σοβαρός εχθρός δεν είναι μόνο ο ιός, αλλά εξίσου σοβαροί είναι οι παράγοντες της άγνοιας και του φόβου του κόσμου επί του υγειονομικού προσωπικού
- Στο νοσοκομείο πρέπει να οργανωθεί συντονισμός της νοσηλείας του αρρώστου από ομάδα που περιλαμβάνει εκτός από τα μέλη της επιτροπής λοιμώξεων διαιτολόγο, ψυχολόγο και κοινωνικό λειτουργό.
- Η διοίκηση του νοσοκομείου από την άλλη μεριά πρέπει να ορίσει τη φιλοσοφία της φροντίδας του αρρώστου. Σύμφωνα με τη φιλοσοφία αυτή πρέπει να ταυτιστεί- το προσωπικό, ο άρρωστος και η οικογένεια
- Το προσωπικό πρέπει να πληροφορηθεί με εκπαιδευτικά προγράμματα για τα αίτια, τον τρόπο μετάδοσης, τα προφυλακτικά μέτρα που πρέπει να παίρνονται κατά την νοσηλεία.
- Πρέπει οπωσδήποτε να λαμβάνονται τα απαραίτητα προληπτικά μέτρα, χωρίς όμως να περιπέσουν σε κατάσταση συλλογικής υστερίας, ούτε να καταφεύγουμε στην εφαρμογή ακραίων μέτρων που δεν μπορούν παρά να απελπίσουν τους αρρώστους και να τους ωθήσουν στην αντεκδίκηση και τη μυστικότητα
- Τέλος τα άτομα που έχουν προσβληθεί από τον ιό πρέπει με την συμπεριφορά τους να αποφεύγουν να μολύνουν τους άλλους, αλλά και οι υπόλοιποι πρέπει να παίρνουν τα μέτρα που θα εμποδίσουν την μόλυνση της, γιατί ο πραγματικός κίνδυνος

προέρχεται κυρίως από τα μολυσμένα άτομα που κανένας δεν τα υπομιάζεται και που τα ίδια στην πλειονότητα τους αγνοούν την κατάστασή τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ΠΑΠΑΕΥΑΓΓΕΛΟΥ Γ. - ΚΑΛΛΙΝΙΚΟΣ Γ.: «AIDS - Διεθνή Επιστημονικά Δεδομένα - Ελληνική Εμπειρία», Ιατρικές Εκδόσεις «Λίτσας», Αθήνα 1986
2. ΕΛΕΝΗ Ε.: «Δηλωθέντα κρούσματα μέχρι 31.12.98», Περιοδικό: «Επιδ. Επιτροπή του AIDS στην Ελλάδα», Τεύχος 9, Τριμηνιαία έκδοση του κέντρου ελέγχου ειδικών λοιμώξεων, Δεκέμβριος 1998
3. Dr. JONATHAN WEBER & ANABEL FERRIMAN σε μετάφραση Δρος Θεμιστοκλή Καλμάντη: «Το Aids αφορά και σένα» Εκδοτική Παραγωγή: «Επτάλοφος Α.Β.Ε.Ε., Αθήνα».
4. ΒΕΡΡΟΣ Κ - ΠΑΠΑΡΙΖΟΣ Β.: «AIDS IN GREECE», σελ. 2-5 <http://www.iatriki.gr/sites/dermal/aids>, Αθήνα 1997
5. CNARLES F. FRATHINE, SIMON E. BROWN: «Έγχρωμος χάρτης για το AIDS» Έκδοση 24, Εκδόσεις: «Ελευθερουδάκης», Αθήνα 1988.
6. ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ - ΚΟΥΤΣΟΥΜΠΑ: «AIDS απαντήσεις στις ερωτήσεις που δεν βρήκατε την ευκαιρία να ρωτήσετε», Έκδοση 2η, Εκδόσεις «Τεχνογραφική Πατρών», Πάτρα Σεπτέμβριος 1993
7. ΣΤΕΡΓΙΟΥ Γ.Δ.: «Στρατηγική Σύγχρονης Αντιρετροϊκής Αγωγής κατά στάδιο», Περιοδικό: «Ελληνικά αρχεία AIDS», τόμος 5ος, τεύχος 1^ο, Ιανουάριος - Μάρτιος 1997.
8. ΡΑΓΙΑ Α.: «Ψυχοκοινωνική νοσηλευτική φροντίδα αρρώστων με AIDS», Νοσηλευτική τόμος 29 τεύχος 134, Ιατρικές εκδόσεις: «Βήτα», Αθήνα, Οκτώβριος - Δεκέμβριος 1990

9. ΑΡΜΕΝΙΟΥ Μ. - ΚΑΖΩΠΟΔΗ Α.: «AIDS» πτυχιακή εργασία, Πάτρα
10. ΠΑΠΑΝΟΥΔΑΚΗ ΜΠΡΟΚΑΛΑΚΗ - ΜΠΡΟΚΑΛΑΚΗ Ε.Ζ. «Κακοήθειες νεοπλασίες και AIDS ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ», Περιοδικό «Ελληνικά αρχαία AIDS», τόμος 6^{ος} τεύχος 2^ο, Απρίλιος - Ιούνιος 1998.
11. ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΥΓΕΙΑΣ - ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ AIDS: «Νοσηλευτική φροντίδα ατόμων με λοίμωξη από τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV) Οδηγίες, Εκδόσεις «Βήτα», Αθήνα 1991.
12. ENGRAM BARBARA, Επιμέλεια Καραχάλιος Γεώργιος: «Νοσηλευτική φροντίδα στην παθολογία και χειρουργική», Εκδόσεις: «ΕΛΛΗΝ», Αθήνα 1997.
13. ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ-Α - ΚΩΣΝΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ.: «Νοσηλευτική Παθολογική Χειρουργική», Μέρος 2^ο, τόμος 2^{ος}, έκδοση 10η, εκδόσεις «Ταβίδα», Αθήνα 1988
14. ΡΟΥΜΕΛΙΩΤΟΥ Α.: «Οδηγίες για την προφύλαξη του νοσηλευτικού και εργαστηριακού προσωπικού κατά την νοσηλεία ασθενών με AIDS», Εφαρμοσμένη Κλινική μικροβιολογία και εργαστηριακή διάγνωση, τόμος 2^{ος} τεύχος 3^ο.
15. Κυριαζή Α. - Μητρόπουλου Ν.: «Αναφορά και έρευνα στην παρέμβαση και πρόληψη νοσηλευτικών ατυχημάτων κατά τη διάρκεια νοσηλείας με AIDS», Πτυχιακή εργασία Πάτρα 1996

