

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΙΟΣ ΚΑΙ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ  
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ  
ΜΠΑΤΣΟΛΑΚΗ ΜΑΡΙΑ

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ  
ΜΑΡΚΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

ΠΑΤΡΑ 2001



٤١ ١٤٤٢ ٤١٢٨٤٦٢١٢	3330
----------------------	------

*Αφιερώνεται,*

*στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και σ' όλους  
όσους αγωνίζονται για την περίθαλψη των ασθενών με  
AIDS και την προάσπιση των αρχών της ανθρώπινης  
αξιοπρέπειας.*

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b>	<b>1-2</b>
<b>ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ</b>	<b>3</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup> • Ιστορική αναδρομή</b>	<b>4-22</b>
1.1. Ορισμός του AIDS	
1.2. Ιστορία του AIDS	
1.3. Προέλευση του ιού	
1.4. Επιδημιολογικά στοιχεία	
1.5. Το πρώτο κρούσμα στην Ελλάδα	
1.6. Τρόποι μετάδοσης και ομάδες υψηλού κινδύνου	
1.6.1. Τρόποι μη μετάδοσης	
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup> • Ανοσολογία</b>	<b>23-28</b>
2.1. Τι συμβαίνει στο ανοσοποιητικό σύστημα	
2.2. Ανοσολογικός μηχανισμός	
2.3. Ανοσολογικές ανωμαλίες	
2.4. Πως ο HIV ενσωματώνεται στο γενετικό κώδικα των T <sub>4</sub> λεμφοκυττάρων.	
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup> • Αίτια – Συμπτώματα</b>	<b>29-49</b>
3.1. Αιτιολογία	
3.2. Πως μολύνει τον οργανισμό ο ιός του AIDS	
3.3. Χρόνος επώασης	
3.4. Συμπτώματα	
3.5. AIDS και Ελλάδα	
3.6. Νεφρική ανεπάρκεια - Αιμοκάθαρση στην HIV λοίμωξη	
3.7. Η επίκτητη ανοσολογική ανεπάρκεια στην παιδική ηλικία	
3.7.1. Υπηρεσίες και προγράμματα για την αντιμετώπιση του AIDS	
3.7.2. Παροχές στους φορείς / ασθενείς του AIDS.	
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup> • Εργαστηριακά</b>	<b>50-65</b>
4.1. Διάγνωση του ιού HIV	
4.2. Τεστ για AIDS	
4.2.1. Εργαστηριακά ευρήματα	
4.3. Ευκαιριακές λοιμώξεις που απαντώνται στο AIDS	
4.4. Προφυλακτικό εμβόλιο	
4.4.1. Κλινικές δοκιμές εμβολίου κατά του AIDS σε ανθρώπους	
4.4.2. Ηθικά, νομικά, δεοντολογικά και κοινωνικά προβλήματα	

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup> • Θεραπεία της νόσου**

66-74

- 5.1. Αντιμετώπιση της νόσου
- 5.2. Θεραπεία του AIDS : Συμπτωματική, Ειδική Ανοσοτροποποιητική, Ψυχολογική
- 5.3. Τελευταίες εξελίξεις στη φαρμακευτική αγωγή

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup> • Πρόληψη**

75-85

- 6.1. Πρόληπτικά μέτρα προς το κοινό
  - 6.1.1. Πρόληπτικά μέτρα προς τους ομοφυλόφιλους
  - 6.1.2. Πρόληπτικά μέτρα προς τους τοξικομανείς
- 6.2. Πρόληπτικά μέτρα κατά την αιμοδοσία
  - 6.2.1. Πρόληπτικά μέτρα προς το νοσηλευτικό προσωπικό
  - 6.2.2. Πρόληπτικά μέτρα προς το προσωπικό των εργαστηρίων
  - 6.2.3. Πρόληπτικά μέτρα προς το προσωπικό των οδοντιατρείων
  - 6.2.4. Πρόληπτικά μέτρα κατά την αιμοδιύλιση
  - 6.2.5. Αγωγή υγείας και πρόληψη του AIDS στα σχολεία
- 6.3. Απολύμανση, αποστείρωση
- 6.4. Οδηγίες προς τους ασθενείς με AIDS

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup> • Νοσηλευτική φροντίδα**

86-98

- 7.1. Οδηγίες καλής νοσηλευτικής φροντίδας
- 7.2. Νοσηλευτική αντιμετώπιση
  - 7.2.1. Ψυχοκοινωνικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις
- 7.3. Υποστηρικτική φροντίδα
  - 7.3.1. Παρηγορητική υποστήριξη
- 7.4. Ο ρόλος της κοινοτικής νοσηλεύτριας
- 7.5. Νοσηλεία αρρώστου με AIDS εκτός νοσοκομείου
- 7.6. Εκπαίδευση και διδασκαλία αρρώστου με AIDS

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup> • Ψυχολογικές επιπτώσεις του AIDS**

99-109

- 8.1. Ψυχολογικές επιπτώσεις σε φορείς, πάσχοντες και ομάδες υψηλού κινδύνου
  - 8.1.1. Ψυχολογικές επιπτώσεις στην οικογένεια
  - 8.1.2. Ψυχολογικές επιπτώσεις στο κοινωνικό σύνολο
  - 8.1.3. Ψυχολογικές επιπτώσεις σε νοσηλευτές και νοσηλευόμενους
  - 8.1.4. Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της HIV λοίμωξης σε συζευγμένες γυναίκες
  - 8.1.5. Ψυχολογικές επιπτώσεις της HIV λοίμωξης στην ερωτική, συναισθηματική και σεξουαλική ζωή των οροθετικών
- 8.2. Κρίσεις αυτοκτονίας σε άτομα με AIDS

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9° ♦ Εξατομικευμένη και ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας σε δύο ασθενείς που πάσχουν από AIDS</b>	<b>110-130</b>
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</b>	<b>131-132</b>
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b>	<b>133</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</b>	<b>134-144</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	<b>145-148</b>

*Στο εξάφυλλο φωτογραφία του Οικονομόπουλου από τις αποστολές των Γιατρών  
χωρίς Σύνορα στο Ζαΐρ, μια χώρα που μαστίζεται κυριολεκτικά από το AIDS*

*Ελπίδα είναι  
η αίσθηση που έχεις  
ότι  
αυτό νιώθεις να σε βαραίνει τώρα  
δεν θα κρατήσει για πάντα.<sup>1</sup>  
Jean Kerr*

*Το ανθρώπινο σώμα έλκεται  
προς την κατεύθυνση της ελπίδας.  
Γι' αυτό η ελπίδα του ασθενή  
είναι το μυστικό όπλο του γιατρού.  
Είναι τα κρυφά συστατικά κάθε συνταγής.<sup>1</sup>  
Norman Cousins*

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Όσο κι αν φαίνεται περίεργο το AIDS ήταν άγνωστο στον ιατρικό κόσμο των αναπτυγμένων χωρών μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του '80. Το νέο όμως αυτό κλινικό σύνδρομο άλλαξε, τα τελευταία 20 χρόνια, τη μοίρα και τη ζωή εκατομμυρίων ατόμων στον πλανήτη. Οι σημερινοί ενήλικες άνω των 40 ετών είναι η τελευταία γενιά ανθρώπων που είχαν την πρώτη σεξουαλική τους εμπειρία χωρίς το φόβο του AIDS. Οι νέοι του '90 είναι η πρώτη γενιά που μεγάλωσε με το φόβο του AIDS. Αλλά και οι επιστήμονες στη Δημόσια Υγεία και στην κλινική ιατρική δεν σκέφτονται τα λοιμώδη νοσήματα με τον ίδιο τρόπο όπως πριν 20 χρόνια.

Στη σκέψη δε όλων βρίσκεται το αμείλικτο ερώτημα ποιά θα είναι το «επόμενο AIDS» που θα πλήξει την ανθρωπότητα.

Η επιδημία του AIDS άρχισε στις αναπτυγμένες χώρες τον Ιούνιο του 1981. Κατά τη διάρκεια των ετών 1981-86 οι επιστήμονες έκαναν σημαντικές κλινικές παρατηρήσεις. Διαπιστώθηκε ότι οι θανατηφόρες ευκαιριακές λοιμώξεις και σπάνιες μορφές καρκίνου έπλητταν όχι μόνο ομοφυλόφιλους άνδρες, αλλά και χρήστες ενδοφλεβίως χορηγουμένων ναρκωτικών ουσιών και τους σεξουαλικούς συντρόφους αυτών. Ο ιός που προκαλεί το AIDS ανακαλύφθηκε το 1983, από ερευνητές του Ινστιτούτου Παστέρ και ονομάστηκε ιός της επίκτητου ανοσοκαταστολής.

Την επιδημία του AIDS μπορούμε να τη χωρίσουμε σε τρεις περιόδους.

- ◆ Στην 1<sup>η</sup> περίοδο που αρχίζει με την εμφάνιση της επιδημίας το 1983 και φτάνει μέχρι το 1991, διάστημα κατά το οποίο η επιδημία συνειδητοποιείται.
- ◆ Στη 2<sup>η</sup> περίοδο, από το 1992 μέχρι το 1996, όπου για μεν τις δυτικές χώρες η επιδημία βρίσκεται υπό σχετικό έλεγχο ενώ η νόσος καλπάζει στη Ν. Αφρική, Ν.Α. Ασία και την Κεντρική Αμερική.



◆ Στην 3<sup>η</sup> περίοδο, 1996-1999 η επιδημία ανακάμπτει στην αναπτυγμένο Βορά με την εισαγωγή στην κλινική πράξη ισχυρών συνδυασμών αντιρετροϊκών φαρμάκων, ενώ εξαπλώνεται στον υπό ανάπτυξη Νότο της Υψηλίου μέσω της ετεροφυλοφιλικής επαφής.<sup>2</sup>

## ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ

Ο 8χρονος Βασιλάκης και η 13χρονη Κατερίνα μπήκαν στο Νοσοκομείο Παίδων, με κοινό σύμπτωμα τον υψηλό πυρετό και τις συχνές μεταγγίσεις που κάνουν σε τακτικά χρονικά διαστήματα, προκειμένου να αντιμετωπίσουν την πάθηση τους.

Ο Βασιλάκης έπασχε από δρεπανοκυτταρική αναιμία και η Κατερίνα από μεσογειακή αναιμία. Παράλληλα, παρουσίαζε δύσπνοια, διογκωμένους αδένες και μυοκαρδίτιδα.

Για να διευκρινιστεί ποια ήταν τα αίτια που προκαλούσαν στα δύο παιδιά αυτά τα συμπτώματα - η Κατερίνα εμφάνιζε μόνο υψηλό πυρετό -, άρχισαν οι γενικές εξετάσεις. Πέρα από τα αποτελέσματα των άλλων εξετάσεων, ο ορολογικός έλεγχος για την ανίχνευση αντισωμάτων έναντι του ιού που ευθύνεται για το AIDS αποδείχθηκε και στα δύο παιδιά θετικός. Το αποτέλεσμα ήταν το ίδιο και στο δεύτερο επιβεβαιωτικό τεστ, το οποίο πραγματοποιήθηκε στο Κέντρο Ηπατίτιδας της Υγειονομικής Σχολής Αθηνών. Τα πορίσματα των εξετάσεων μελετήθηκαν από την ολομέλεια της επιτροπής για το AIDS, του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και ανακοινώθηκαν από τις εφημερίδες.

Τέλος, για την περίπτωση της Κατερίνας, στο ίδιο πόρισμα, αναφερόταν η διευκρίνιση ότι δεν υπάρχουν τα κλινικά συμπτώματα του AIDS. Όπως είναι γνωστό, ο Βασιλάκης πέθανε μετά από μερικές μέρες... Η Κατερίνα βγήκε από το Νοσοκομείο Παίδων, αλλά συνεχίζει να δίνει τη μάχη.<sup>3</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup> ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

### 1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ AIDS

Το AIDS προέρχεται από τα αρχικά του αγγλικού επιστημονικού όρου «Acquired Immune Deficiency Syndrome» ο οποίος στα ελληνικά αποδίδεται σαν «Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας» (Σ.Ε.Α.Α.), S.I.D.A. στα γαλλικά και C.P.H.Δ. στη ρωσική γλώσσα.<sup>4</sup>

Οφείλεται σε λοίμωξη από τον ρετροϊό HIV (Human Immunodeficiency Virus = Ιός της Ανθρώπινης Ανοσοανεπάρκειας) που οδηγεί σε βαριά βλάβη του ανοσολογικού συστήματος του ανθρώπινου οργανισμού. Ο ιός HIV μπορεί να προσβάλλει άνδρες και γυναίκες κάθε ηλικίας. Η βλάβη που επέρχεται στο ανοσολογικό σύστημα καθιστά τον ασθενή ευαίσθητο σε μια σειρά λοιμώξεων και νεοπλασιών.

Δεν υπάρχει έως σήμερα αποτελεσματικός τρόπος οριστικής θεραπείας για κάποιον που έχει προσβληθεί από τον ιό HIV. Επομένως, ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης του AIDS παραμένει η πρόληψη της μετάδοσής του ιού.<sup>1</sup>

Σε ορισμένες περιοχές του κόσμου όπως η Αφρική, η νόσος προσλαμβάνει πλέον τη μορφή πανδημίας.<sup>5</sup>

### 1.2. ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΟΥ AIDS

Η νόσος πρωτοεμφανίστηκε το 1978 σε 5 ομοφυλόφιλους της Νέας Υόρκης, ενώ την επόμενη χρονιά 7 νέα άτομα προσβλήθηκαν στην ίδια πόλη. Η άγνωστη για τον καιρό εκείνο ασθένεια, ονομάστηκε «νόσος των ομοφυλόφιλων», επειδή τα πρώτα θύματα ήταν νεαρά ομοφυλόφιλα άτομα.

Το 1981 το AIDS αναγνωρίστηκε και περιγράφηκε σαν μια νέα θανατηφόρα ασθένεια υπό μορφή επιδημικών εστιών, σε ομοφυλόφιλους της Νέας Υόρκης, του Λος Άντζελες και του Αγίου Φραγκίσκου των Η.Π.Α. Με την πάροδο, όμως του χρόνου, νέα κρούσματα της νόσου εμφανίστηκαν σε

αιμορροφιλικούς και σε άτομα καταγόμενα από την Αφρική και Καραϊβική, ιδιαίτερα την Αϊτή.<sup>6</sup>

Η ραγδαία αύξηση των κρουσμάτων στις Η.Π.Α. και η εμφάνιση λίγο αργότερα των πρώτων περιστατικών στην Ευρώπη, συντέλεσε στην κινητοποίηση των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας. Άρχισαν να οργανώνονται συστήματα επαγρύπνησης 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 Η.Π.Α. και στο Τόκιο οι ερευνητικές ομάδες μελετούν τη σχέση ρετροϊών και AIDS, ενώ στο Μόναχο και στις Κάτω Χώρες πειραματίζονται σε ζώα προκαλώντας ανοσοκαταστολή.<sup>7</sup>

Το 1983 η ερευνητική ομάδα του καθηγητή Luc Montagnier στο Ινστιτούτο Παστέρ του Παρισιού βρήκε σαν αιτιολογικό παράγοντα σε έναν ομοφυλόφιλο άνδρα με λεμφαδενικό σύνδρομο, τον ρετροϊό LAV, ενώ λίγο αργότερα, η ερευνητική ομάδα του καθηγητή Robert Gallo στο Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας των Η.Π.Α. βρήκε έναν παρόμοιο ρετροϊό, τον HTLV-III σε ασθενείς με AIDS. Έτσι, κύριος υπεύθυνος αιτιολογικός παράγοντας του AIDS θεωρήθηκε ο ιός LAV/HTLV-III, ο οποίος καθιερώθηκε με την ονομασία ιός HIV, ενώ κατά καιρούς ανακαλύπτονται και νέοι αιτιοπαθογενετικοί ιοί.

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ.) θεώρησε το AIDS ιδιαίτερα επικίνδυνη νόσο για τη δημόσια υγεία, γι' αυτό και έδωσε ιδιαίτερη βαρύτητα στην οικονομική ενίσχυση και στη σοβαρή στελέχωση με ανθρώπινο δυναμικό, του προγράμματος για την καταπολέμηση του AIDS.

Οι δραστηριότητες της Π.Ο.Υ. περιλαμβάνουν την ανταλλαγή πληροφοριών και συνεργασία με τα κράτη-μέλη για την ανάπτυξη εθνικών προγραμμάτων κατά του AIDS, την έκδοση οδηγιών για τη διάγνωση, τον έλεγχο και την πρόληψη του συνδρόμου, την ενεργοποίηση ερευνητικών προγραμμάτων για την ανακάλυψη ενός απλού και οικονομικού τεστ διάγνωσης, την παροχή συμβουλών για την ασφαλή χρησιμοποίηση αίματος, όπως και την

ερευνητική συνεργασία για την ανεύρεση του αποτελεσματικού φαρμάκου και του εμβολίου.

Παράλληλα, λόγω του διεθνούς ενδιαφέροντος της νόσου, παρόμοιες δραστηριότητες ανέπτυξαν κι άλλοι διεθνείς οργανισμοί, όπως ο Διεθνής Ερυθρός Σταυρός και η Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα.

Στη χώρα μας ιδρύθηκαν η Εθνική Επιτροπή για το AIDS και τα Κέντρα Αναφοράς AIDS, με αντικειμενικό σκοπό τη διάγνωση και την αντιμετώπιση της νόσου.<sup>6</sup>

Από το 1985 καθιερώθηκαν: ο υποχρεωτικός έλεγχος των αιμοδοτών, η χρησιμοποίηση ελεγμένου αίματος ή παραγώγων του, η εισαγωγή μόνο ασφαλών παραγώγων αίματος και ο αποκλεισμός των μολυσμένων δοτών σπέρματος και οργάνων προς μεταμόσχευση. Ιδρύθηκε ειδικό οδοντιατρικό ιατρείο προς εξυπηρέτηση των φορέων στο Λαϊκό Νοσοκομείο και έγινε η κατάλληλη οργάνωση των νοσοκομείων για τη νοσηλεία των ύποπτων περιστατικών.

Την ίδια χρονολογική περίοδο πραγματοποιήθηκε το 1<sup>ο</sup> Διεθνές Συμπόσιο για το AIDS στην Ατλάντα των Η.Π.Α.<sup>7</sup>

### 1.3. ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ ΤΟΥ ΙΟΥ

Για το πώς δημιουργήθηκε ο τόσο ύπουλος ιός του AIDS, που θεωρείται η πιο πολυσυστηματική και πολυσυμπτωματική νόσος κυριάρχησαν δύο απόψεις, που συγκρούονται ακόμα και σήμερα στον κόσμο της επιστήμης.

Στα πρώτα βήματα της εμφάνισης του τότε πρωτόγνωρου ιού, διατυπώθηκε η πρώτη άποψη ότι εμφανίστηκε από την κεντρική Αφρική το 1950. Αρχικά αναφέρθηκε ότι το AIDS προέρχεται από τον πράσινο πιθήκο φορέα του ιού. Πρώτα το AIDS δεν αποτελούσε απειλή για τη ζωή του ανθρώπου μέχρι τη στιγμή που ο ιός μεταδόθηκε στον άνθρωπο από ένα δάγκωμα ενός πράσινου πιθήκου. Έπειτα ο ιός του AIDS μεταφέρθηκε στην Αμερικανική ήπειρο μέσω του ανθρώπου. Κατόπιν ο ιός του AIDS άρχισε να παίρνει τεράστιες και τρομακτικές διαστάσεις, διότι μεταφέρθηκε σε όλον τον κόσμο. Όπου πλέον θεωρείται μία επικίνδυνη αρρώστια με τρομακτικά

αποτελέσματα.

Η δεύτερη άποψη που υπήρξε στα πλαίσια της ιατρικής επιστήμης, από αναδρομικές μελέτες, παρουσιάζουν ότι η νόσος πρωτοεμφανίστηκε το 1978 σε πέντε ομοφυλόφιλους της Νέας Υόρκης, ενώ το 1979 είχαν αναφερθεί επτά νέα κρούσματα στην ίδια πόλη.

Μετά την ανακάλυψη του υπεύθυνου ιού και την δυνατότητα διάγνωσης της λοίμωξης διαπιστώθηκε ότι η νόσος δεν προϋπήρχε στις Η.Π.Α. Έλεγχος αποθηκευμένων ορών από χώρες της Αφρικής έδειξε ότι ο πρώτος θετικός ορός συλλέχθηκε το 1959. Φαίνεται λοιπόν ότι πρόκειται για καινούργια αρρώστια που γεννήθηκε στην δεκαετία του 1950 κατά πάσα πιθανότητα σε χώρες της Κεντρικής Αφρικής. Ο νέος ιός δημιουργήθηκε κατά πάσα πιθανότητα από μετάλλαξη παρόμοιου αβλαβούς ιού που προϋπήρχε στον άνθρωπο ή σε πιθήκους.<sup>8</sup>

#### 1.4. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Το 1981 άρχισε να εμφανίζεται το φαινόμενο AIDS. Εκείνη την περίοδο, το Κέντρο για τον Έλεγχο Νοσημάτων (C.D.C.) των Η.Π.Α. αναγνώρισε ότι η πνευμονία από πνευμονοκύστη *Carinii* και ένα σπάνιο καρκίνωμα του δέρματος, το σάρκωμα Kaposi, σκότωναν ομοφυλόφιλους άνδρες με υψηλούς ρυθμούς στο Λος Άντζελες και στη Νέα Υόρκη. Ως το τέλος του 1987 αναφέρθηκαν στο C.D.C. πάνω από 27.000 περιπτώσεις, με πάνω από 15.000 θανάτους.<sup>9</sup>

Η.Π.Α.: Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής μέχρι τον Ιούλιο 1991 είχαν δηλωθεί 174.893 κρούσματα AIDS με μέση θνητότητα 55%. Το 73% των ασθενών αυτών αφορά ομοφυλόφιλους και αμφιφυλόφιλους άντρες. Το 17% των κρουσμάτων αποτελούν τοξικομανείς. Το 52% των γυναικών που πάσχουν από AIDS αφορά τοξικομανείς. Η ομάδα αυτή παρουσιάζει διεθνούς αύξηση. Ένα 20% επίσης των γυναικών αφορά ερωτικούς συντρόφους ασθενών ή φορέων. Το 1% των ασθενών αποτελούν οι αιμορροφιλικοί και το 2% άλλοι πολυμεταγγιζόμενοι. Προσβάλλονται περισσότερο άτομα ηλικίας 20 έως 50 ετών. Τα περισσότερα

κρούσματα κυμαίνονται μεταξύ 30 έως 39 ετών.<sup>7</sup>

ΕΥΡΩΠΗ: Στη δυτική Ευρώπη έχουν δηλωθεί 51.914 κρούσματα. Το 86% των κρουσμάτων αυτών αφορά Ευρωπαίους, το 3% κατοίκους της Καραϊβικής και το 7% Αφρικανούς από το Ζαΐρ και άλλες χώρες της Κεντρικής Αφρικής. Συνήθως προσβάλλονται άτομα ηλικίας 30 έως 39 ετών. Το 67% των κρουσμάτων εμφανίζουν ευκαιριακή λοίμωξη, ενώ το 18,4% σάρκωμα Kaposi. Το 12,2% των ασθενών εμφανίζουν συνδυασμό ευκαιριακής λοίμωξης και σάρκωμα Kaposi.<sup>7</sup>

ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΑΦΡΙΚΗ: Στην Αφρική ο αριθμός των περιπτώσεων που επίσημα δηλώθηκαν είναι 92.922. Η διασπορά του ιού είναι μεγάλη στο γενικό πληθυσμό και στις ιερόδουλες. Το 41% των κρουσμάτων είναι γυναίκες με μέση ηλικία 29 ετών. Η μέση ηλικία των ανδρών που προσβάλλονται είναι 34 ετών.<sup>7</sup>

ΕΛΛΑΔΑ: Η διασπορά του Συνδρόμου Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας ακολούθησε και στη χώρα μας τα διεθνή πρότυπα, αφού υπάρχουν άτομα που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου, καθώς και Έλληνες, που επισκέπτονται ενδημικές περιοχές.

Μέχρι το 1991 έχουν επίσημα δηλωθεί 457 κρούσματα. Άλλωστε είναι βέβαιο ότι θα υπάρξει επίπτωση της νόσου ακόμη και αν δεν προστεθούν νέες λοιμώξεις, λόγω των ήδη υπαρχουσών ασυμπτωματικών λοιμώξεων, οι οποίες σε ένα ποσοστό περίπου 10% ή και περισσότερο θα εξελιχθούν σε AIDS. Υπολογίζεται ότι ο αριθμός των ασυμπτωματικών λοιμώξεων προσεγγίζει τις 2.500 - 30.000. Στην Ελλάδα τα 409 κρούσματα που δηλώθηκαν είναι άνδρες. Τα 233 είναι ομοφυλόφιλοι ή αμφιφυλόφιλοι, τα 98 είναι ετεροφυλόφιλοι, τα 25 αιμορροφιλικοί και 16 είναι τοξικομανείς. Ευκαιριακές λοιμώξεις παρουσίασαν τα 317 από τα κρούσματα, 447 παρουσίασαν σάρκωμα Kaposi και ευκαιριακές λοιμώξεις. Τα περισσότερα κρούσματα σημειώθηκαν στην ηλικία των 40 έως 49 ετών.<sup>7</sup>

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.1

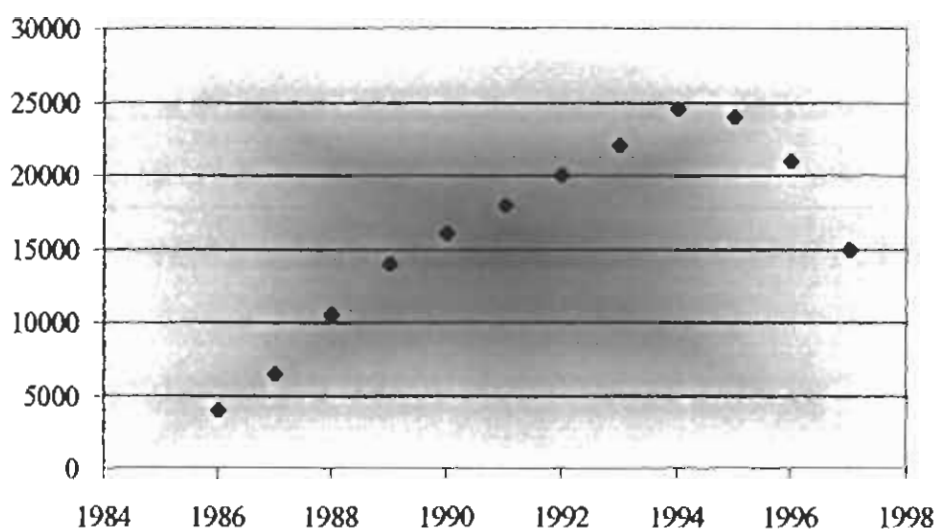
Δηλωθέντα κρούσματα σ' όλον τον κόσμο  
[Ιούλιος 1991]

Ήπειροι	Κρούσματα	Αριθμός χωρών
Αμερική	217.729	45
Αφρική	92.922	53
Ασία	1.088	37
Ευρώπη	51.914	30
Ωκεανία	2.803	17
<b>Σύνολο</b>	<b>366.455</b>	<b>182</b>

Η.Π.Α.: Το ποσοστό από το 1991 έως το 1996 μειώθηκε κατά 13%. Ο κύριος τρόπος εξακολουθεί να είναι η ομοφυλοφιλική μετάδοση και η μετάδοση μέσω χρήσεως ενδοφλέβιων ουσιών.<sup>2</sup>

ΕΥΡΩΠΗ: Οι νέες περιπτώσεις AIDS το 1995 ήταν 23.954, ενώ το 1997 μόνο 14.874, δηλαδή υπήρξε μείωση του ποσοστού κατά 30%. Αυτή η μείωση οφείλεται εν μέρει στα μέτρα προφύλαξης που έλαβε η κοινότητα των ομοφυλοφίλων. Δεν πρέπει να παραληφθεί και το γεγονός ότι οι νέες αντιρετροϊκές θεραπείες συνετέλεσαν στην αναβολή της ανάπτυξης πλήρους AIDS και επιμήκυναν τη ζωή των ανθρώπων που ζουν με HIV λοίμωξη.<sup>2</sup>



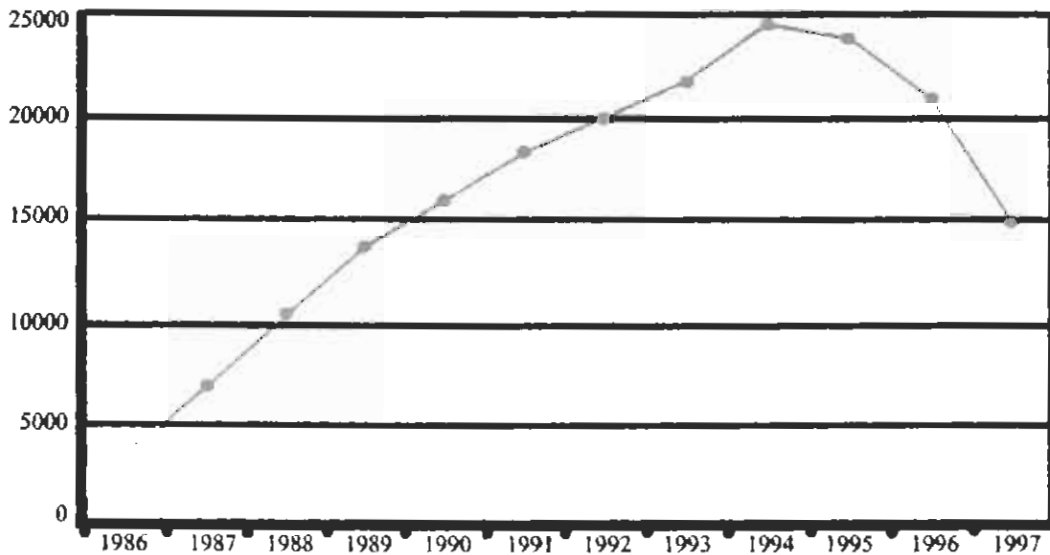


Σχ. 1.1: Αριθμός νέων περιστατικών AIDS, Δυτική Ευρώπη, 1996-1997.

Πηγή: Ευρωπαϊκό κέντρο για τον επιδημιολογικό έλεγχο του AIDS (CESES) Γαλλία.

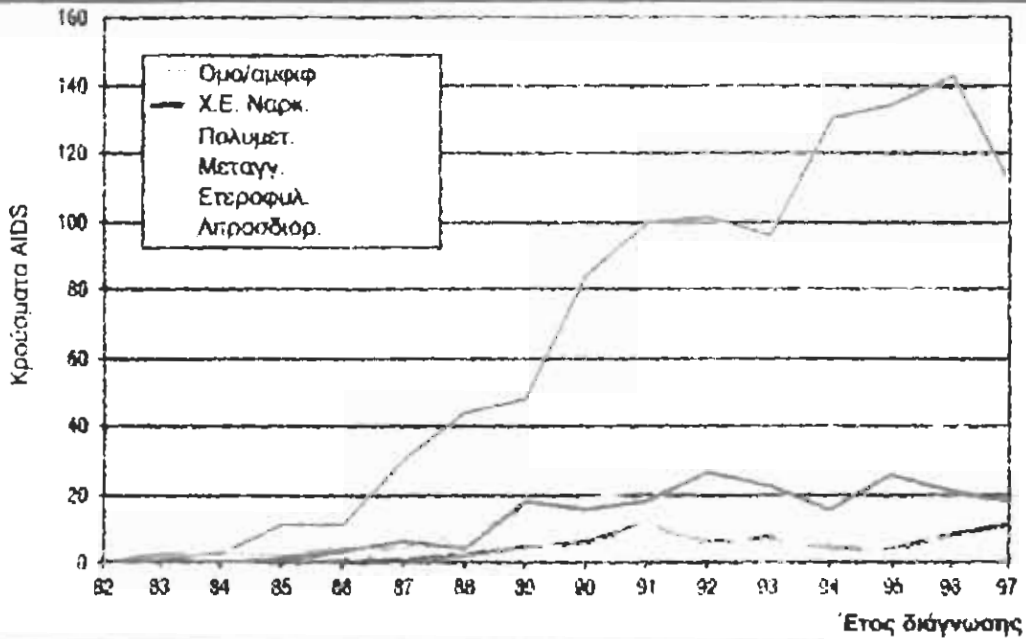
**ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΑΦΡΙΚΗ** Σύμφωνα με τις μελέτες, η Π.Ο.Υ. το 1996 αναφέρει 200.000 περιστατικά με HIV λοίμωξη. Μεταξύ του χρονικού διαστήματος 1991-96, το ποσοστό της λοίμωξης αυξήθηκε σε 46% ενώ το ποσοστό στις γυναίκες στο 20%.

**ΕΛΛΑΔΑ** Σύμφωνα με τα τελευταία στατιστικά στοιχεία που δημοσιεύτηκαν από το Κ.Ε.Ε.Λ. μέχρι τις 31 Μαρτίου 1998, ο συνολικός αριθμός κρουσμάτων AIDS, ανέρχεται σε 1766 άτομα, 25 παιδιά και 1741 έφηβοι και ενήλικες. Από τα 25 παιδιά τα 13 (56%) είναι αγόρια και 11 είναι κορίτσια (44%), ενώ από τους 1741 οι 1528 (87,8%) είναι άνδρες και οι 213 (12,2%) γυναίκες. Στο σύνολο των 1766 κρουσμάτων έχουν δηλωθεί 1028 (58,2%) θάνατοι. Ο αριθμός των κρουσμάτων AIDS (διορθωμένος για καθυστερήσεις στη δήλωση), παρουσιάζει μείωση το 1997 σε σχέση με το 1996 η οποία φτάνει το 24,4%.<sup>2</sup>



Σχ. 1.2: Δηλωθέντα κρούσματα AIDS ανά έτος διάγνωσης στην Ελλάδα μέχρι τις 31/3/98, συνεκτιμώντας τις καθυστερήσεις στη δήλωση. Με χρώμα σημαίνονται τα δηλωθέντα και με λευκό τα διορθωμένα.

Η ίδια πτωτική τάση παρατηρείται σε όλες τις κατηγορίες μετάδοσης. Πιο συγκεκριμένα, ο αριθμός κρουσμάτων AIDS το 1997, σε σχέση με το 1996, μειώθηκε κατά 23,8% στους αμφιφυλόφιλους – ομοφυλόφιλους άνδρες και κατά 34,9% στα άτομα που μολύνθηκαν με ετεροφυλοφιλική σεξουαλική επαφή.<sup>2</sup>



Σχ. 1.3: Δηλωθέντα κρούσματα εφήβων και ενηλίκων με AIDS ανά έτος διάγνωσης και κατά κατηγορία μετάδοσης μέχρι 31/3/1998.

Η Ελλάδα είναι η πύλη εισόδου για την Ευρώπη και την Ευρωπαϊκή Ένωση. Οι εκατοντάδες χιλιόμετρα ακτές καθώς και οι δύσβατες ηπειρωτικές διαβάσεις σε συνδυασμό με το σχετικά υψηλό βιοτικό επίπεδο, κάνουν τη χώρα μας ελκυστική σε χιλιάδες πρόσφυγες. Τα κύματα αυτά των μεταναστών και προσφύγων υπολογίζονται σε 1.000.000. Αυτός ο αριθμός αποτελεί μια πληθυσμιακή ομάδα αρκετά ευάλωτη στην έκθεση και μόλυνση από τον ιό HIV. Σε αυτό συντελεί σημαντικά η οικονομική ανέχεια που αναγκάζει αυτά τα άτομα, να προσπαθούν να επιβιώσουν με όλα τα μέσα.<sup>10</sup>

Στους έγκλειστους των φυλακών το πρόβλημα διασποράς του ιού είναι έντονο λόγω της ιδιομορφίας των συνθηκών κράτησης στην Ελλάδα. Σύμφωνα με ανακοίνωση του υπεύθυνου υπουργείου τον Αύγουστο του 1995 αναφέρεται ότι μέχρι τις 14 Ιουλίου του '95 είχαν εξετασθεί 1.183 κρατούμενοι και 182 σωφρονιστικοί υπάλληλοι του συγκροτήματος των φυλακών του Κορυδαλλού. Βρέθηκαν μεταξύ των κρατουμένων 9 οροθετικά άτομα. Στις φυλακές του Αγίου Στεφάνου στην Πάτρα, βρίσκονται άλλοι 12 φορείς.<sup>10</sup>

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.2

Ετήσια επίπτωση των κρουσμάτων AIDS  
ανά 100.000 κατοίκους κατά φθίνουσα σειρά  
[1987]

Γαλλική Γουιέννη	
Μπαχάμες	33,9
Μπουρουντί	
Η.Π.Α.	8,9
Α.Π.	
Ζάμπια	4,0
Καλιφόρνια	
Γαλλία	3,3
Γουαϊάνα	
Αυστραλία	2,1
Βραζιλία	
Δανία	1,8
Βελγιο	
Ολλανδία	1,4
Γουατεμάλα	
Δυτική Γερμανία	1,4
Καλιφόρνια	
Ηνωμένο Βασίλειο	1,1
Βραζιλία	
Νέα Ζηλανδία	0,9
Βραζιλία	
Σουηδία	0,8
Βραζιλία	
Βέλγιο	0,8
Βραζιλία	
Ελλάδα	0,5
Παριζιανία	
Ισραήλ	0,3
Χιλή	
Νότια Αφρική	0,1
Αγγλική	
Γιουγκοσλαβία	0,0
Λιβερία	

## 1.5. ΤΟ ΠΡΩΤΟ ΚΡΟΥΣΜΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Το πρώτο περιστατικό AIDS στην Ελλάδα, εκδηλώθηκε το 1983 και παρουσιάστηκε σε άνδρα 25 χρονών, από τη Ζάμπια, μαύρης φυλής, που είχε εγκατασταθεί στην Ελλάδα στις αρχές του ίδιου χρόνου και δούλευε σαν μηχανολόγος. Πρέπει να είχε προσβληθεί από τον ιό του AIDS πριν έρθει στην Ελλάδα, γιατί συνήθως ο χρόνος επώασης του ιού είναι άνω του έτους - κι αυτός δεν είχε συμπληρώσει χρόνο στην Ελλάδα.

Ο ίδιος είχε αρνηθεί ότι διατηρούσε ομοφυλοφιλικές σχέσεις και ανέφερε ότι είχε σεξουαλικές σχέσεις με πολύ μεγάλο αριθμό ετερόφυλων συντρόφων. Μετά το θάνατο του, όμως οι πληροφορίες ανέφεραν ότι ήταν αμφιφυλόφιλος. Νοσηλεύθηκε, ακριβώς ένα μήνα ακριβώς (25 Οκτωβρίου-25 Νοεμβρίου 1983, οπότε και πέθανε) στη Β' Παθολογική Κλινική του Σισμανόγλειου Νοσηλευτικού Ιδρύματος (Διευθυντής ο Επίκουρος καθηγητής κ. Ι. Κοσμίδης). Ήταν ισχνός, με μικρούς, ψηλαφητούς λεμφαδένες, στις μασχάλες και στις βουβωνικές χώρες. Το Μάιο του ίδιου έτους (1983) είχε προσβληθεί από σύφιλη, για την οποία θεραπεύτηκε (με πενικιλίνη) στο νοσοκομείο Συγγρού. Εκ τότε και μέχρι τα μέσα Ιουλίου ήταν καλά.<sup>11</sup>

## 1.6. ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΤΟΥ ΙΟΥ ΤΟΥ AIDS ΚΑΙ ΟΜΑΔΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Ποιοι είναι οι τρόποι μετάδοσης του ιού του AIDS:

Ένα είναι το σίγουρο: Για να δραστηριοποιηθεί και να αναπτυχθεί το Σύνδρομο πρέπει να φτάσει στο αίμα. Όταν μάλιστα, φτάσει απευθείας σ' αυτό, (δηλαδή, δια μέσου επαφής του αίματος του ατόμου που έχει τον ιό, με το αίμα του ατόμου στο οποίο «μεταφέρεται» ο ιός) η μετάδοση και η μόλυνση (δηλαδή η προσβολή) του δεύτερου ατόμου, είναι βέβαιη.

Εκείνο, που δεν είναι βέβαιο, είναι αν το άτομο που προσβλήθηκε, θα αναπτύξει το AIDS ή απλώς θα «φιλοξενήσει» τον ιό.<sup>8</sup>

Επιδημιολογικές μελέτες σε παγκόσμιο επίπεδο έδειξαν ότι τρεις είναι οι κύριοι τρόποι μετάδοσης του H.I.V.:

## A. Σεξουαλική μετάδοση

Μετάδοση του ιού, δια της σεξουαλικής οδού, γίνεται κυρίως:

- ⊕ Από άνδρα σε άνδρα, κατά την ομοφυλοφιλική σχέση και
- ⊕ Από άνδρα σε γυναίκα, κατά την ετεροφυλική σχέση.

Μετάδοση του ιού από γυναίκα σε γυναίκα (ομοφυλοφιλική σχέση) ή από γυναίκα σε άνδρα (ετεροφυλική σχέση) μπορεί να γίνει, μόνο όταν, κατά τις επαφές τους, υπάρχουν και στους δύο συντρόφους περιοχές που αιμορραγούν και οι περιοχές αυτές έρθουν σε επαφή.<sup>8</sup>

Ο ρόλος της σεξουαλικής επαφής στη μετάδοση του ιού του AIDS, που ανιχνεύθηκε στο σπέρμα και στο έκκριμα του τραχήλου της μήτρας, είναι σπουδαίος.

Τα τελευταία χρόνια οι ομοφυλόφιλοι αποτελούν σταθερά τη μεγάλη πλειοψηφία των κρουσμάτων στις αναπτυγμένες χώρες. Η πιθανότητα μετάδοσης σε ζεύγος ομοφυλόφιλων υπολογίζεται σε 50%.

Υπάρχει όμως ένα ποσοστό κρουσμάτων που δεν ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου και αποδίδεται στην ετεροφυλική μετάδοση. Το ποσοστό αυτό πάντως στις αναπτυγμένες χώρες τα τελευταία χρόνια παραμένει σταθερό και παρατηρείται κύρια στις γυναίκες.

Στην Καραϊβική και στην Κεντρική Αφρική, αντίθετα, η ετεροφυλική μετάδοση του ιού είναι συχνή. Τα περισσότερα κρούσματα αφορούν γυναίκες με πολλούς ερωτικούς συντρόφους.

Η αυξημένη διασπορά του ιού στους ομοφυλόφιλους φαίνεται ότι οφείλεται στο μεγάλο αριθμό σεξουαλικών συντρόφων, στις συχνές και χωρίς διάκριση πρωκτογεννητικές σεξουαλικές επαφές με πιθανότητα τραυματισμών, που συμβάλλουν στον ενοφθαλμισμό του ιού. Η επανειλημμένη έκθεση στον ιό, καθώς και η ταυτόχρονη παρουσία ορισμένων άλλων παραγόντων βοηθούν την εμφάνιση της νόσου. Τέτοιοι παράγοντες είναι οι προγενέστερες προσβολές από σύφιλη, γονοκοκκική ουρηθρίτιδα, κονδυλώματα, ηπατίτιδα, υποτροπιάζοντα έρπητα και ιδίως αμοιβάδωση, όπως και η συχνή χρήση εισπνεόμενων νιτροδών, που διεγείρουν έντονα τη σεξουαλική δραστηριότητα. Τα νιτρώδη φαίνεται να

δρουν και ανοσοκατασταλτικά, προκαλώντας τη συχνότερη εμφάνιση ευκαιριακών λοιμώξεων και σαρκώματος Καρσί στους ομοφυλόφιλους.<sup>6</sup>

## **B. Με το αίμα**

Ο τρόπος μετάδοσης του AIDS με το αίμα, αφορά τους μεταγγιζόμενους και τους τοξικομανείς. Από πολλά χρόνια είναι γνωστή η μόλυνση του αίματος με ιούς, που μεταδίδονται με το αίμα ή τα παράγωγα του αίματος. Τέτοιοι ιοί είναι, ο ιός της ηπατίτιδας Β και C, ο ιός του έρπητα και ο μεγαλοκυτταροϊός. Τα τελευταία χρόνια διαπιστώθηκε ότι μεταδίδεται και ο ιός του AIDS προκαλώντας διάφορες ανοσολογικές διαταραχές, που μπορούν να βοηθήσουν στην ανάπτυξη του συνδρόμου.

Η μετάγγιση αίματος ενοχοποιείται σαν πηγή μόλυνσης στο 2% των κρουσμάτων AIDS στην Ευρώπη και στην Αμερική, ιδιαίτερα δε αφορά στους αιμορροφιλικούς και στα πολυμεταγγιζόμενα παιδιά. Οι αιμορροφιλικοί εμφανίζουν τη μεγαλύτερη συχνότητα ανάπτυξης αντισωμάτων έναντι του ιού.

Οι τοξικομανείς, χρησιμοποιούν κοινές μολυσμένες σύριγγες ή βελόνες για την ενδοφλέβια λήψη των ναρκωτικών. Η μετάδοση του ιού πιθανόν οφείλεται στην παραμονή μικρών ποσοτήτων αίματος στις σύριγγες. Αφορά ένα μεγάλο ποσοστό κρουσμάτων, δηλαδή το 18% στις Η.Π.Α. και το 10% στην Ευρώπη. Πάντως η επιδημιολογική διερεύνηση της κατηγορίας αυτής είναι πολύ δύσκολη, διότι πολλοί πεθαίνουν από κατάχρηση ναρκωτικών, πριν εμφανίσουν το σύνδρομο AIDS.

Σε ορισμένες χώρες, όπως στην Ιταλία και στην Ισπανία, το ποσοστό του AIDS σε τοξικομανείς έχει ξεπεράσει το ποσοστό του συνδρόμου σε ομοφυλόφιλους.<sup>6</sup>

## **Γ. Με την περιγεννητική και κάθετη μετάδοση**

Η μετάδοση γίνεται στο κύημα ή στο νεογνό από τη μητέρα που έχει προσβληθεί κατά τη διάρκεια του τοκετού ή λίγο πριν από τη γέννηση, αντίστοιχα. Η συχνότητα προσβολής του νεογνού από φορέα μητέρα είναι 50%.

Από το ποσοστό αυτό τα νεογνά που θα αναπτύξουν σύνδρομο AIDS μετά την προσβολή τους από τον ιό του AIDS, υπολογίζεται ότι ανέρχονται στο 50% περίπου. Στο 75% των περιπτώσεων παιδιών με AIDS στην Ευρώπη και στην Αμερική, η μητέρα ανήκε σε ομάδα υψηλού κινδύνου.

Έχουν επίσης αναφερθεί περιπτώσεις μόλυνσης του νεογνού από θηλασμό, δεδομένου ότι ο ιός έχει απομονωθεί στο μητρικό γάλα, γι' αυτό και απαγορεύεται ο θηλασμός σε αυτές τις περιπτώσεις.

Η ανεύρεση αντισωμάτων του ιού του AIDS στα νεογνά δε σημαίνει αποκλειστικά νόσηση από το σύνδρομο καθόσον τα αντισώματα αυτά σε ποσοστό μέχρι 45% ελαττώνονται μεταξύ 6ου και 8ου μήνα της ζωής του νεογνού, επειδή είναι αντισώματα της μητέρας, που μεταβιβάστηκαν στο παιδί με την κυκλοφορία του πλακούντα από τη μητέρα.<sup>6</sup>

#### Δ. Άλλοι τρόποι μετάδοσης

Σε πολύ σπάνιες περιπτώσεις διαπιστώθηκε μετάδοση του AIDS με την είσοδο στον οργανισμό αίματος, υγρών ή εκκρινμάτων πασχόντων από AIDS από αμυχές του δέρματος. Μικρό επίσης, είναι το ποσοστό του νοσηλευτικού προσωπικού, που ανέπτυξαν αντισώματα έναντι του ιού μετά από τυχαίο τρύπημα με βελόνα ή τυχαία επαφή με εκκρίματα ασθενών.

Πάντως, ιδιαίτερα στις αναπτυγμένες χώρες ο αριθμός των κρουσμάτων από τέτοιους τρόπους μετάδοσης δε φαίνεται να παρουσιάζει σημαντική, αύξηση.<sup>6</sup>

Αυτή (η μετάδοση) μπορεί να γίνει και μέσω κάποιας ελάχιστης αμυχής ή του παραμικρού τραύματος που μπορεί να υπάρχει. Παράλληλα, δεν είναι απαραίτητο, ούτε καν να υπάρχει αιμορραγία κατά τη στιγμή της επαφής. Ο ιός θα μεταδοθεί, έστω κι αν υπάρχει μόνο η παραμικρότερη αμυχή ή το ελαχιστότερο άνοιγμα (σχίσμα) στο δέρμα, ή στους βλεννογόνους των ατόμων, έστω κι αν εκείνη τη στιγμή δεν αιμορραγεί.

Με βάση αυτό το δεδομένο κάθε αμυχή σε οποιοδήποτε μέρος του σώματος μπορεί να αποτελέσει είσοδο του ιού. Και τέτοιες αμυχές η αιμορραγίες



μπορούν να υπάρξουν πολλές παντού και από οποιαδήποτε αιτία. Από ένα απλό γδάρσιμο, κάποια ελάχιστη γρατσουνιά, η κόψιμο στο πρόσωπο ή σε άλλα γυναικεία κυρίως σημεία, κατά το ξύρισμα, μέχρι αιμορραγία των ούλων π. χ. ή της μύτης κλπ. Όπως και κατά την έμμηνο ρύση (περίοδος) στις γυναίκες.<sup>8</sup>

### Συμπεριφορά υψηλού κινδύνου

Οι ομάδες των ανθρώπων που έχουν κίνδυνο να πάθουν AIDS μπορούν να διακριθούν πολύ καλά.

⊕ Ομοφυλόφιλοι άνδρες με περισσότερους από ένα ή πολλαπλούς σεξουαλικούς συντρόφους βρίσκονται σε κίνδυνο να προσβληθούν από τη νόσο από μολυσμένους συντρόφους, εάν έχουν πρωκτική συνουσία μαζί τους.

⊕ Ναρκομανείς με χρήση ενδοφλεβίων φαρμάκων εάν μοιράζονται τις ίδιες βελόνες ή άλλα αντικείμενα, μπορεί να μεταβιβάσουν τη νόσο ο ένας στον άλλο.

⊕ Η γυναίκα που είναι σεξουαλική σύντροφος με άνδρα που έχει τον ιό AIDS, η οποία μπορεί να πάθει λοίμωξη με συνουσία από τον πρωκτό ή από τον κόλπο.<sup>4</sup>

⊕ Αιμορροφιλικοί και άλλοι δέκτες αίματος ή προϊόντων του αίματος. Ο κίνδυνος για την ομάδα αυτή έχει μειωθεί με την εισαγωγή του ελέγχου του μεταγγιζόμενου αίματος και των παραγώγων του για τον ιό.<sup>5</sup>

⊕ Λρεσκόμενοι σε ευκαιριακές επαφές ετεροφιλόφυλοι άνδρες ή γυναίκες, ιδιαίτερα αυτή τη στιγμή στην Αφρική, στην περιοχή του Ισημερινού.

⊕ Τα παιδιά μολυσμένων μητέρων που μπορούν να μολυνθούν μέσα στη μήτρα ή την ώρα του τοκετού.<sup>4</sup>

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.3

Δηλωθέντα κρούσματα εφήβων/ενηλίκων με AIDS (ηλικίας  $\geq 13$  ετών) κατά κατηγορία μετάδοσης και φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 30/9/1997

Κατηγορία Μετάδοσης Transmission Group	Ανδρες Males		Γυναίκες Females		Σύνολο Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Ομο/αμφιφυλόφιλοι Homo/bisexual males	975	66,4	--	--	975	58,2
Χρήστες IV ναρκωτικών Injecting Drug Users (IDU)	47	3,2	17	8,3	64	3,8
Ομο/αμφιφυλόφιλοι Χρήστες IV ναρκωτικών Homo/bisexual males Injecting Drug Users (IDU)	9	0,6	--	--	9	0,5
Πολυμεταγγιζόμενοι με παράγωγα αίματος Hemophiliacs/Coagulation disorder	96	6,5	5	2,4	101	6,0
Μεταγγιζόμενοι Transfusion recipients	30	2,0	24	11,7	54	3,2
Ετεροφυλόφιλοι Heterosexual contact	128	8,7	137	66,5	265	15,8
Άλλη/Απροσδιόριστη Other / Undetermined	183	12,5	22	10,7	205	12,2
<b>Σύνολο - Total</b>	<b>1468</b>	<b>100</b>	<b>206</b>	<b>100</b>	<b>1674</b>	<b>100</b>

### 1.6.1. ΤΡΟΠΟΙ ΜΗ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΤΟΥ ΙΟΥ

Είναι απόλυτα ακίνδυνο να δουλεύεις με κάποιον που έχει διαγνωστεί με AIDS ή ότι είναι φορέας του ιού και δεν υπάρχει κανένας κίνδυνος διότι ο ιός δε μεταδίδεται με το σάλιο, τον ιδρώτα, τα δάκρυα, τα ούρα ή τα κόπρανα, παρόλο που έχει απομονωθεί σ' αυτά. Ο ιός είναι ευπαθής στις περιβαλλοντικές συνθήκες και γι' αυτό δεν μεταδίδεται από τη θάλασσα ή τα κολυμβητήρια, από του κοινόχρηστους χώρους, όπως τις τουαλέτες, ούτε από τα έντομα, το φαγητό και τη χειραψία ούτε και από τις επαφές στο κοινωνικό και εργασιακό περιβάλλον. Οι απόψεις για την ανθεκτικότητα του ιού στους περιβαλλοντικούς παράγοντες έχουν μεγάλο φάσμα, ίσως λόγω της διαφορετικής μεθοδολογίας που ακολουθείται. Σήμερα γνωρίζουμε ότι ο ιός αδρανοποιείται στους 56° C με υγρή θέρμανση για 30 λεπτά.<sup>6</sup>

Αυτό σημαίνει ότι είναι απόλυτα ασφαλές να μοιράζεσαι μαχαίρια, πιάτα, πιρούνια ή πετσέτες με την προϋπόθεση ότι τα πλένεις κατάλληλα. Επίσης η μετάδοση του ιού, κάνοντας τατουάζ ή τρυπώντας τα αυτιά, μπορεί να αποφευχθεί με το να επιλέξουμε έναν επαγγελματία, που να χρησιμοποιεί την κατάλληλη τεχνική με αποστειρωμένες συσκευές.

Ο ιός δεν μεταδίδεται, όπως αποδεικνύεται μέχρι σήμερα, από τους οδοντίατρους κατά τη διάρκεια των οδοντιατρικών επισκέψεων και πράξεων, επειδή λαμβάνονται όλα τα προβλεπόμενα μέτρα.<sup>4</sup>

Η σημασία στους τρόπους με τους οποίους δεν μεταδίδεται ο ιός είναι δικαιολογημένη διότι ο φόβος του AIDS στηρίζεται στην εξωπραγματική, την παράλογη και αδικαιολόγητη αντίληψη ότι ο ιός υπάρχει παντού και ότι μπορεί να κολλήσουμε ακόμη και αν σφίξουμε το χέρι του αρρώστου ή και του φορέα. Βέβαια υπάρχουν και άνθρωποι που φοβούνται να σφίξουν το χέρι φίλου τους ή και συγγενούς τους που πάσχει από καρκίνο. Είναι λυπηρό αλλά δεν παύει να είναι πραγματικό. Ο άνθρωπος πρέπει να χρησιμοποιεί τη λογική του. Να εξοικειώνεται με την πραγματικότητα και να σβήνει τους πρωτόγονους, τους ενστικτώδεις φόβους του. Αν δεν το κάνει προδίδει όχι μόνο τον ανθρωπισμό και την ανθρωπιά του αλλά χάνει και το δικαίωμα να θεωρείται άνθρωπος.<sup>12</sup>

ΤΟ ΑΙΔΣ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΖΩΗ

Αυτοί οι τρόποι δεν μεταδίδουν το ΑΙΔΣ



Χειραψία

Εναγκαλισμός

Fast-Food

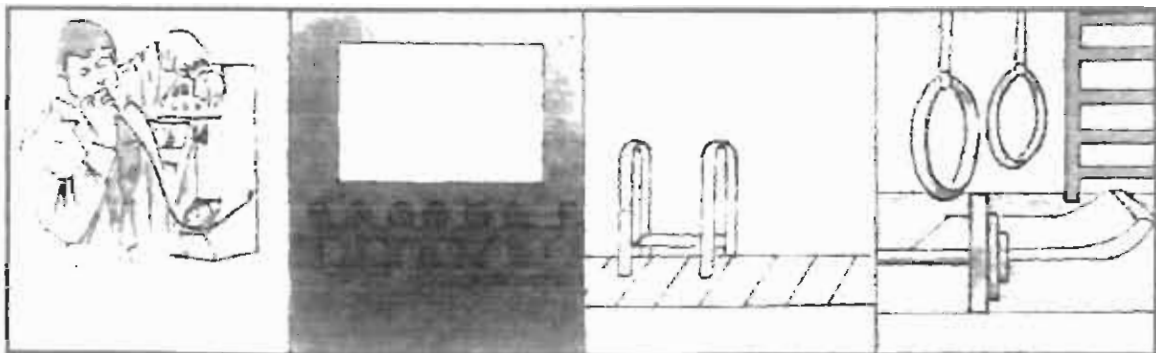
Καφετέριες-Μπαρ



Τουαλέτες

Ντους

Τρένα



Τηλέφωνα

Κινηματογράφος

Πισίνες

Γυμναστήρια



Εργασιακό  
περιβάλλον

Κοινωνικές  
συναναστροφές

Επισκέψεις  
ασθενών

Ιατρικές  
εξετάσεις



Σκεύη φαγητού

Σχολεία

Εστώρουχα



Πόμολα

Οι οροθετικοί μαθητές μπορούν να  
Συνεχίσουν τις σπουδές τους. Δεν μεταδίδουν  
τον ιό στους συμμαθητές τους.

Κανένας κίνδυνος κατά την αιμοδοσία  
Χρησιμοποιούνται μιας χρήσεως βελόνες και όργανα.

Δεν υπάρχει κίνδυνος από τις επαφές της καθημερινής ζωής.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup> ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΑ

### 2.1. ΤΙ ΣΥΜΒΑΙΝΕΙ ΣΤΟ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Οι μηχανισμοί του ανοσοποιητικού συστήματος είναι πολύπλοκοι. Μελετώντας τον ιό του AIDS, οι ερευνητές άρχισαν να κατανοούν περισσότερα γι' αυτό. Βασικά, το σώμα ενός ανθρώπου με AIDS χάνει την ικανότητα να μάχεται μια συγκεκριμένη μόλυνση, στην οποία το ανοσοποιητικό σύστημα ενός υγιούς ανθρώπου μπορεί να αντεπεξέλθει ικανοποιητικά. Για παράδειγμα τη πνευμονία ες αιτίας της *Pneumocystis Carinii*, μια κοινή και σοβαρή μόλυνση στα άτομα με AIDS, οφείλεται σ' ένα μονοκύτταρο οργανισμό που υπάρχει γύρω μας, στο περιβάλλον μας. Οι περισσότεροι από εμάς έχουμε ήδη εκτεθεί σ' αυτόν τον μικροοργανισμό πολλές φορές στη διάρκεια της ζωής μας. Το ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού μας τον αναγνωρίζει και τον καταπολεμά χωρίς να αρρωστήσουμε. Στα άτομα με AIDS, το ανοσοποιητικό σύστημα μπορεί να αναγνωρίζει το παράσιτο, αλλά η ανοσολογική απάντηση έχει υποστεί βλάβη, ο οργανισμός είναι ανίκανος να καταπολεμήσει τη μόλυνση και τελικά το άτομο αρρωσταίνει.

Οι κατηγορίες των ασθενειών που μολύνουν έναν άνθρωπο με ανοσολογικά προβλήματα αυτού του είδους ονομάζονται «ευκαιριακές μολύνσεις».<sup>13</sup>

### 2.2. ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΟΣ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ

Ο υγιής άνθρωπος έχει τη δυνατότητα να προστατεύεται από εξωτερικούς βλαβερούς μικροοργανισμούς με τη βοήθεια ενός πολύπλοκου αμυντικού μηχανισμού. Ο μηχανισμός αυτός μπορεί να λειτουργεί από τη γέννηση του ανθρώπου και να είναι ανεξάρτητος και ανεπηρέαστος από την παρουσία των βλαβερών μικροοργανισμών. Έτσι, ο αμυντικός μηχανισμός δεν εξαρτάται από την επαφή του με τους διάφορους βλαπτικούς παράγοντες. Είναι όμως δυνατόν,

επίσης, αυτός ο ίδιος ο μηχανισμός να προσαρμόζεται και να συνυπάρχει αρμονικά με τους παραπάνω βλαβερούς μικροοργανισμούς που ζουν στο περιβάλλον. Έτσι, οι οργανισμοί που έχουν «συνηθίσει» τη συνύπαρξη με τους βλαβερούς μικροοργανισμούς πολλές φορές αντιδρούν διαφορετικά απ' ό,τι αυτοί που δεν έχουν έρθει ποτέ σε επαφή μαζί τους.

Η άνοσος απάντηση είναι μια σειρά από πολύπλοκες λειτουργίες που προκύπτουν όταν μια ξένη ουσία-αντιγόνο έρθει σε επαφή με το ανοσολογικό σύστημα. Η απάντηση αυτή διακρίνεται ή περιλαμβάνει δύο σκέλη.

Πρώτον, τη χυμική ανοσία, δηλαδή την άμυνα με τα αντισώματα και δεύτερον την κυτταρική ανοσία, που περιλαμβάνει ειδικά ευαισθητοποιημένα λεμφοκύτταρα, καθώς και διάφορες αντιδράσεις ή λειτουργίες άμυνας προς τους εξωτερικούς, βλαβερούς παράγοντες (ιοί, μικροοργανισμοί, παράσιτα).

Ο βασικός τύπος κυττάρων που παίρνει μέρος στην άνοσο απάντηση (χυμική και κυτταρική ανοσία) είναι τα λεμφοκύτταρα, τα οποία διακρίνονται σε δύο κατηγορίες: τα Τ και Β.

Τα Τ λεμφοκύτταρα είναι υπεύθυνα για τις αντιδράσεις της κυτταρικής ανοσίας. Αντίθετα, τα Β είναι υπεύθυνα για τη χυμική ανοσία. Από τα Β, σταδιακά, σχηματίζονται τελικά τα αντισώματα (ανοσοσφαιρίνες). Και οι δύο κατηγορίες, Τ και Β, προέρχονται από έναν κοινό πρόγονο το κύτταρο του αίματος.

Τα αντιγόνα είναι ξένες ουσίες, που έχουν την ικανότητα να διεγείρουν το ανοσολογικό σύστημα του οργανισμού, ώστε να προκαλέσουν ανοσολογική αντίδραση. Η δραστηριοποίηση, ωρίμανση των Τ λεμφοκυττάρων γίνεται στο θύμο αδένα. Τα Τ λεμφοκύτταρα διακρίνονται σε διάφορους υποπληθυσμούς. Όπως  $T_4$ ,  $T_8$ ,  $T_3$ . Τα  $T_4$  ή αλλιώς τα βοηθητικά κύτταρα, αναγνωρίζουν το τμήμα του αντιγόνου που παίζει το ρόλο του φορέα κάποιου βλαβερού μικροοργανισμού. Τα Τ βοηθητικά κύτταρα ενεργοποιούνται αμέσως και συμβάλλουν στη διαφοροποίηση των Β κυττάρων. Οι υποπληθυσμοί των Τ κυττάρων έχουν την ικανότητα να καταστρέφουν τα ξένα κύτταρα που εισβάλλουν στον οργανισμό.

Τα Β κύτταρα, που είναι, όπως είπαμε πριν, υπεύθυνα για τη χυμική ανοσία, όταν μια ξένη ουσία ή αντιγόνο εισέλθει στον οργανισμό, μεταβάλλονται αυτόματα και διαιρούνται σε μικρότερα κύτταρα, τα κύτταρα μνήμης. Τα Τ και τα Β συνεργάζονται στενά στην άμυνα του οργανισμού. Τα Β κύτταρα, για να δράσουν πρέπει να αντιδράσουν με τα Τ κύτταρα, δηλαδή τα Τ κύτταρα έχουν ένα βοηθητικό ρόλο στο σχηματισμό των αντισωμάτων, ενώ ο ρόλος των Β κυττάρων είναι πρωταρχικός.

Στην περίπτωση του AIDS ο ιός αρχικά προσβάλλει ιδιαίτερα τα  $T_4$  λεμφοκύτταρα, τα οποία και καταστρέφει. Ο ιός πολλαπλασιάζεται κι αυτός και προσβάλλει ολοένα και περισσότερα Τ λεμφοκύτταρα, με αποτέλεσμα να καταστραφούν όλα τα  $T_4$  κύτταρα του οργανισμού. Μετά απ' αυτό το στάδιο, ο ασθενής με AIDS δεν έχει τη δυνατότητα να αναπαραγάγει άλλα  $T_4$  υγιή λεμφοκύτταρα και τελικά πεθαίνει.<sup>3</sup>

### 2.3. ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ

Το AIDS χαρακτηρίζεται ανοσολογικά από ανωμαλίες της κυτταρικής ανοσίας. Συγκεκριμένα, υπάρχει μεγάλη ελάττωση του αριθμού των  $T_4$  βοηθητικών κυττάρων. Η αναλογία του υποπληθυσμού των Τ βοηθητικών κυττάρων προς τον υποπληθυσμό των  $T_8$  λεμφοκυττάρων είναι μειωμένη.

Ο Τ κυτταρικός πληθυσμός του ανοσολογικού συστήματος θεωρείται ότι παίζει το σημαντικότερο ρόλο στην άμυνα του οργανισμού ενάντια στις ευκαιριακές λοιμώξεις που παρουσιάζονται στο AIDS. Παρ' όλα αυτά, σε μερικές περιπτώσεις, ιδιαίτερα στις λοιμώξεις από μικροοργανισμούς, υπάρχει ένας συνδυασμός ανεπάρκειας των Β και Τ λεμφοκυττάρων. Οι ανωμαλίες της Τ κυτταρικής ανοσίας αποδεικνύονται με τα δερματικά τεστ που γίνονται στα εργαστήρια. Παρατηρείται ότι οι άρρωστοι με AIDS δεν αντιδρούν, με κανέναν τρόπο, σ' αυτά τα τεστ. Αυτό σημαίνει ότι η άμυνα του οργανισμού έχει πέσει τόσο πολύ ώστε δεν μπορεί να αντιδράσει σε κανένα ερέθισμα.

Ένα άλλο χαρακτηριστικό γνώρισμα των ασθενών με AIDS είναι το γεγονός ότι ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων είναι πεσμένος. Η παρατήρηση



αυτή ισχύει μόνο στο 50% των αρρώστων με AIDS και σάρκωμα Kaposi. Το εύρημα αυτό συσχετίζεται με την παρατήρηση ότι οι ασθενείς με AIDS και σάρκωμα Kaposi δεν έχουν, ως επί το πλείστον, ευκαιριακές λοιμώξεις.

Στα τελευταία στάδια της αρρώστιας, εμφανίζονται σε μεγάλο βαθμό οι ανωμαλίες της κυτταρικής ανοσίας όσο και του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων. Δηλαδή, η αναλογία των T βοηθητικών προς τα T<sub>8</sub> είναι πολύ μικρότερη από τον αριθμό 1, ενώ φυσιολογικά είναι περίπου ίση με 2. Αυτό οφείλεται στο ότι ο ιός του AIDS έχει καταστρέψει σε μεγάλο βαθμό τον πληθυσμό των βοηθητικών κυττάρων.

Η χυμική ανοσία στην αρχή δεν είναι διαταραγμένη στους άρρωστους με AIDS. Ο αριθμός των B λεμφοκυττάρων είναι φυσιολογικός. Παρ' όλα αυτά, οι ασθενείς παρουσιάζουν εργαστηριακά, στην ανάλυση του αίματος, ανοσοσφαιρίνες σε υψηλά επίπεδα.

Οι ανωμαλίες που περιγράφηκαν πιο πάνω μπορούν να εμφανιστούν και σε άλλα άτομα που δεν πάσχουν από το Σύνδρομο. Μπορούμε να πούμε ότι άρρωστοι που χρησιμοποιούν ανοσοκατασταλτικά έχουν και αυτοί ανεπάρκεια της κυτταρικής τους ανοσίας.

Είναι γνωστό ότι άνθρωποι που έχουν προσβληθεί από ιούς, όπως ο κυτταρομεγαλοϊός (CMV), ο ιός της λοιμώδους μονοπυρήνωσης, της ηπατίτιδας και ακόμη και της γρίπης, παρουσιάζουν ανωμαλίες στη λειτουργία των T λεμφοκυττάρων.<sup>3</sup>

Οι ασθενείς που έχουν μολυνθεί από τον ιό HIV, αλλά δεν έχουν ακόμη αναπτύξει πλήρες AIDS, μπορεί να εμφανίζουν λεμφαδενοπάθεια, πυρετούς και νυκτερινές εφιδρώσεις.<sup>5</sup>

Οι έρευνες που έχουν γίνει στις ομάδες και στους πληθυσμούς υψηλού κινδύνου για AIDS, έχουν αποδείξει ότι τα άτομα αυτά παρουσιάζουν τις εξής ανωμαλίες:

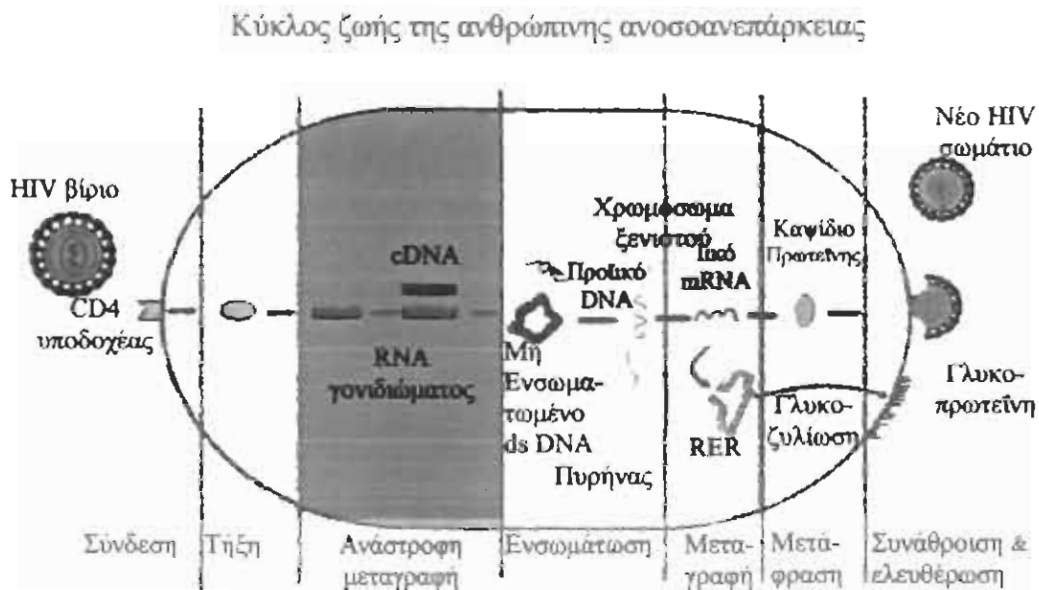
- ⊕ Αρνητικά δερματικά τεστ.
- ⊕ Πτώση των βοηθητικών λεμφοκυττάρων.
- ⊕ Αύξηση των T<sub>8</sub>

Η κυτταρική ανοσία σπάνια βελτιώνεται αυτόματα. Η πρόγνωση της αυτόματης ανοσολογικής ανάκαμψης -δηλαδή η επαναφορά στο φυσιολογικό επίπεδο- είναι πολύ περιορισμένη. Οι ανωμαλίες που παρατηρούνται στο ανοσολογικό σύστημα οφείλονται σε ιό και ιδιαίτερα στον ιό LAV, που δείχνει μια προτίμηση ειδικά προς τα T λεμφοκύτταρα και κυρίως στα T βοηθητικά κύτταρα.<sup>3</sup>

#### 2.4. ΠΩΣ Ο HIV ΕΝΣΩΜΑΤΩΝΕΤΑΙ ΣΤΟ ΓΕΝΕΤΙΚΟ ΚΩΔΙΚΑ ΤΟΥ T<sub>4</sub> ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΟΥ

Τα κύτταρα εκφράζουν τον κώδικα τους σε δύο γλώσσες: RNA και DNA. Ο κώδικας DNA μεταγράφεται φυσιολογικά στη γλώσσα RNA. Αντίθετα ο κώδικας RNA δεν μπορεί να μετατραπεί σε κώδικα DNA, παρά μόνο χάρη σε ένα ειδικό ένζυμο την Ανάστροφη Τρανσκριπτάση, που διαθέτει ο ιός του AIDS.

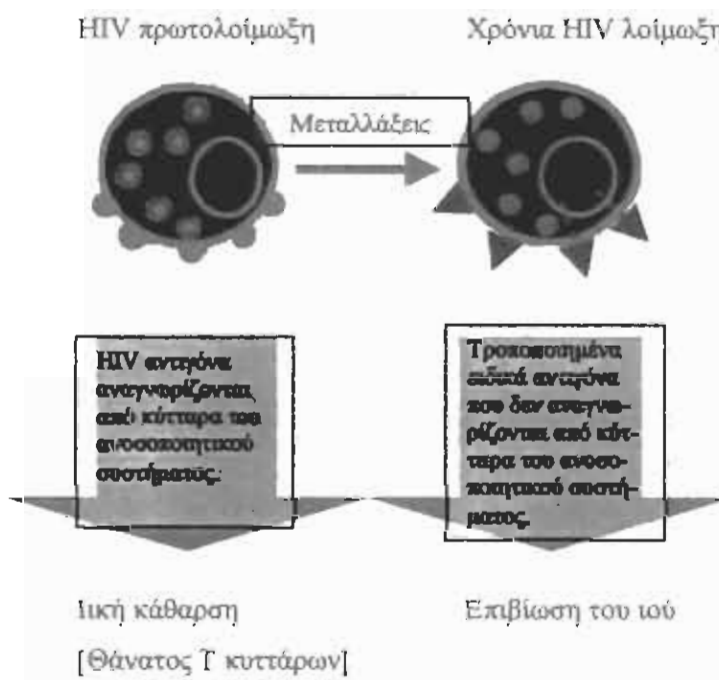
Για να μπορέσει να ζήσει σαν παράσιτο των T<sub>4</sub> λεμφοκυττάρων ο ιός του AIDS, πρέπει να ενσωματώσει το γενετικό του κώδικα, που αποτελείται από ένα RNA (ριβονουκλεϊκό οξύ) στο γενετικό του κώδικα των T<sub>4</sub> λεμφοκυττάρων, που αποτελείται από ένα διαφορετικό μόριο το DNA (δεσοξυριβονουκλεϊκό οξύ).



Σχ. 2.1: Εισβολή του ιού HIV-1 στο κύτταρο στόχο

Αυτά τα δύο προγράμματα, το RNA και το DNA δεν είναι συμβατά. Γι αυτό ο ιός πρέπει εκ των προτέρων να μετατρέψει το γενετικό του κώδικα (το RNA) σε κώδικα DNA κι αυτό το πετυχαίνει χάρη σε ένα ιδιαίτερο ένζυμο που διαθέτει, την Ανάστροφη Τρανσκριπτάση.

Αν πετύχει ο ιός του AIDS να εμφυτεύσει το γενετικό του κώδικα στο γενετικό κώδικα των T<sub>4</sub> λεμφοκυττάρων, θα μπορέσει να πολλαπλασιαστεί αναλίσκοντας αυτά τα λεμφοκύτταρα και καταστρέφοντας τα τελικά, απειλώντας έτσι το ανοσολογικό σύστημα.<sup>14</sup>



■ Αρχικός ιός HIV «αγρίου τύπου»

■ Μεταλλαγμένος HIV ιός

Σχ. 2.2: Διαφυγή ανοσοποιητικού συστήματος = επιβίωση HIV ιού.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### ΑΙΤΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

#### 3.1. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

**T**ο σύνδρομο της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας, οφείλεται σε λοιμογόνο παράγοντα τον ιό HIV, ενώ φαίνεται να συνεργούν και βοηθητικοί παράγοντες. Ιστορικά αναφέρουμε την αρχική υπόθεση ότι ο λοιμογόνος παράγοντας ήταν ο ιός της ηπατίτιδας Β, υπόθεση όμως, που γρήγορα εγκαταλείφθηκε. Το ίδιο έγινε με το μεγαλοκυτταρικό ιό και τον ιό Epstein-Barr δεδομένου ότι οι δύο αυτοί ιοί ανευρίσκονται και σε ασθενείς με μεταμόσχευση νεφρού ή σε καρκινοπαθείς που παίρνουν ανοσοκατασταλτικά. Έτσι η έρευνα στράφηκε στους ρετροϊούς, που είναι πολύ διαδεδομένοι στα ζώα.

Οι ρετροϊοί είναι RNA-ιοί μεγάλου μοριακού βάρους, με σφαιρικό σχήμα και αποτελούνται από περίβλημα και πυρηνοκαψίδιο. Το λιποπρωτεϊνικό περίβλημα περιέχει ιικά στοιχεία, που βοηθούν στην προσκόλληση στους υποδοχείς των κυττάρων, ενώ το πυρηνοκαψίδιο περιέχει τη νουκλεοπρωτεΐνη.

Οι ρετροϊοί έχουν την ικανότητα να αναπαράγονται με τη μεταφορά γενετικών πληροφοριών από το RNA στο DNA με τη μεσολάβηση ενός ενζύμου της ανάστροφης τρανσκριπτάσης. Με τον τρόπο αυτό ενσωματώνονται στο γενετικό υλικό του κυττάρου-στόχου και προκαλούν διάφορες νεοπλασματικές παθήσεις στα ζώα. Τελευταία διαπιστώθηκε ο αιτιολογικός ρόλος των ανθρώπινων ρετροϊών στην εμφάνιση νεοπλασματικών ασθενειών και του AIDS στον άνθρωπο.

Η ανακάλυψη του ιού του λεμφαδενικού συνδρόμου (LAV) και του όμοιου ιού HTLV-III, έλυσε το πρόβλημα της αιτιολογίας της νόσου μετά από πολλές προσπάθειες. Σήμερα είναι γνωστό ότι ο ιός LAV/HTLV-III δεν προϋπήρχε, αλλά είναι προϊόν μεταλλάξεων παρόμοιων ιών, χάρη στις οποίες ο ιός μπόρεσε να αντιμετωπίζει την άμυνα του οργανισμού, όπως περιγράφεται

παρακάτω.

Ένας παρόμοιος, δηλαδή ιός, ο ιός του πράσινου πιθήκου της Αφρικής (STLV-III) που αργότερα ονομάστηκε και LAV-2 απομονώθηκε σε ανθρωποειδή, χωρίς να προκαλεί νόσο. Με την πάροδο του χρόνου ο ιός STLV-III χάρη σε νέες μεταλλάξεις έγινε παθογόνος για τον άνθρωπο και ίσως προκάλεσε τοπικές μικροεπιδημίες, οι οποίες λόγω αποικιοκρατίας και δυσχερειών στις μετακινήσεις των ιθαγενών δεν επεκτάθηκαν. Η αναδρομική έρευνα όμως έδειξε ότι τα πρώτα κρούσματα της νόσου εμφανίσθηκαν στο διάστημα μεταξύ των τελευταίων 10-20 ετών. Η χρονική αυτή περίοδος, συμπίπτει με την ελεύθερη διακίνηση των πληθυσμών, με κοινωνικές και περιβαλλοντικές αλλαγές που βοήθησαν να επικρατήσει η μετάλλαξη του ιού. Ο ιός από την Κεντρική Αφρική μεταδόθηκε στην Ευρώπη και από το Ζαΐρ στον Αϊτινό στρατό, ο οποίος επιστρέφοντας στην Αϊτή διέσπειρε τον ιό στο γενικό πληθυσμό.

Από την Αϊτή ο ιός μετανάστευσε το τέλος της δεκαετίας του 1970 στους ομοφυλόφιλους των Η.Π.Α., όπου βρήκε εξαιρετικά πρόσφορο έδαφος για ανάπτυξη και από εκεί εξαπλώθηκε σε όλο τον κόσμο. Στην εξάπλωση βοήθησαν και οι διαφορές ιατρικές πράξεις, όπως οι εγχειρήσεις, λόγω των μεταγίσεων αίματος ή παραγώγων αίματος.

Στις Η.Π.Α. το 50% των πασχόντων από AIDS έχουν αντισώματα κατά του HTLV-III, ενώ στη Δυτική Αφρική έχουν όλοι οι πάσχοντες από AIDS.

Σήμερα είναι παραδεκτό ότι ο ιός LAV και ο ιός HTLV-III είναι πανομοιότυποι, ταξινομήθηκαν στην ομάδα των ανθρώπινων ρετροϊών και καθιερώθηκαν με την ονομασία ιός HIV (ιός ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας).

Είναι πλέον γνωστή λεπτομερώς η σύνθεση του γενετικού υλικού του ιού, ώστε να είναι δυνατή η μελέτη της μεταβλητότητας των στελεχών του ιού, που απομονώνονται ανά τον κόσμο.

Άλλοι ανθρώπινοι ρετροϊοί που έχουν ανακαλυφθεί μέχρι σήμερα, είναι ο ιός HTLV-I, που είναι ο πρώτος ρετροϊός που απομονώθηκε σε καλλιέργεια λεμφοκυττάρων πάσχοντος από T-κυτταρική λευχαιμία των ενηλίκων. Είναι

αρκετά σπάνιος στην Ευρώπη και στις Η.Π.Α. Μπορεί να προκαλέσει Τ-κυτταρική λευχαιμία ενηλίκων στην Ιαπωνία ή Τ-κυτταρικό λεμφοσάρκωμα και λευχαιμία στην Καραϊβική, όπως επίσης, χρόνιες μυελογενείς λευχαιμίες.

Επίσης, ο ανθρώπινος ρετροϊός HTLV-II απομονώθηκε για πρώτη φορά σε ασθενή με λευχαιμία τριχωτών κυττάρων, ενώ μαζί με τον HTLV-I φαίνεται να έχουν ομοιότητες στη δομή και στη μορφολογία με τον ιό της λευχαιμίας των βοοειδών. Αντισώματα έναντι του ιού HTLV-II έχουν βρεθεί σε ελάχιστους ασθενείς με AIDS.

Τέλος, ένας άλλος ανθρώπινος ρετροϊός, ο ιός HTLV-IV, που κυριαρχεί στη Δυτική Αφρική και μοιάζει περισσότερο με τον STLV-III παρά με τον HIV, έχει ονομασθεί HIV-2 και έχει απομονωθεί σε κατοίκους της Σενεγάλης, χωρίς να προκαλεί νόσο.

Ο ακριβής μηχανισμός με τον οποίο οι ρετροϊοί προκαλούν το AIDS δεν είναι πλήρως γνωστός. Έχει διαπιστωθεί επίσης γενετική προδιάθεση, δεδομένου ότι βρέθηκαν σε αυξημένο ποσοστό HLA-DR<sub>5</sub> αντισώματα. Οι ομοφυλόφιλοι δηλαδή με HLA-DR<sub>5</sub> αντισώματα εμφανίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης λεμφαδενοπάθειας ή σαρκώματος Karosi. Εκτός από τον ειδικό HLA-τύπο, οι νεαροί ομοφυλόφιλοι έχουν ελαττωματικό ανοσολογικό μηχανισμό, που τους καθιστά ευάλωτους της λοιμώξεως.

Σαν πιθανότεροι μηχανισμοί θεωρούνται η απευθείας παθογόνος δράση του ιού στα κύτταρα και η λειτουργική διαταραχή των T<sub>4</sub> - λεμφοκυττάρων λόγω ενσωμάτωσης του ιού στην κυτταροπλασματική μεμβράνη τους.

Τι είναι όμως αυτά τα Τ-λεμφοκύτταρα;

Όλοι οι τύποι των λεμφοκυττάρου προέρχονται από τα πολυδύναμα αρχέγονα κύτταρα, που διαφοροποιούνται σε προγονικά κύτταρα και μεταναστεύουν στο θύμο αδένα ή στο μυελό των οστών αντίστοιχα. Στη συνέχεια βγαίνουν από τα δύο αυτά πρωτογενή λεμφικά όργανα και πορεύονται προς τα δευτερογενή λεμφικά όργανα, που είναι ο σπλήνας και οι λεμφαδένες.

Σε περίπτωση εισόδου ενός αντιγόνου στον οργανισμό, το ανοσολογικό σύστημα απαντά με δύο διαφορετικούς τρόπους. Ο πρώτος χαρακτηρίζεται από

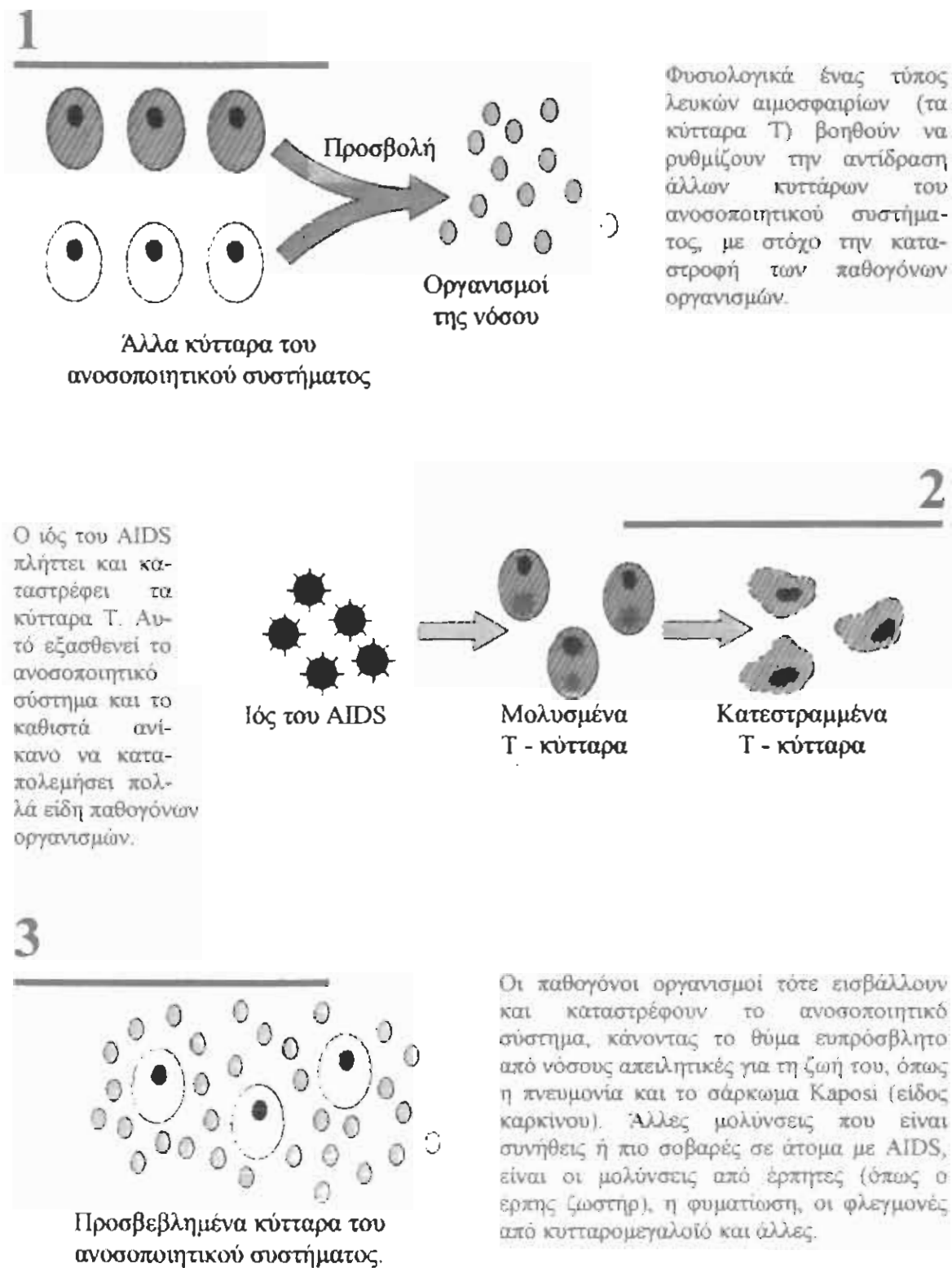
την παραγωγή ευαισθητοποιημένων λεμφοκυττάρων και λέγεται κυτταρική ανοσία, ενώ ο δεύτερος, δηλαδή η χυμική ανοσία χαρακτηρίζεται από την παραγωγή και απελευθέρωση ανοσοσφαιρινών στο αίμα.

Τα Τ-λεμφοκύτταρα ευθύνονται για τις αντιδράσεις κυτταρικής ανοσίας, που περιλαμβάνει μηχανισμούς απορρίψεως μοσχευμάτων, καταστροφή νεοπλασματικών κυττάρων, αντιδράσεις επιβραδυνόμενης υπερευαισθησίας ή κυτταροτοξικές, καθώς και αμυντικές λειτουργίες σε λοιμογόνους παράγοντες. Τα Β-λεμφοκύτταρα είναι υπεύθυνα για τη χυμική ανοσία. Για τη λειτουργία τους βέβαια, είναι αναγκαία και η συμβολή των Τ-λεμφοκυττάρων. Όταν μπαίνουν τα αντιγόνα στον οργανισμό, προσλαμβάνονται από τα μακροφάγα και δέχονται κατεργασία. Τα Β-λεμφοκύτταρα δραστηριοποιούνται από τα αντιγόνα και μετατρέπονται σε βλαστικά κύτταρα που διαιρούνται σε μικρότερα. Τελικά δημιουργούνται τα πλασματοκύτταρα, που παράγουν τις ανοσοσφαιρίνες, οι οποίες συνδέονται με το αντιγόνο.

Στο αρχικό στάδιο ίου AIDS, ο ιός HIV φαίνεται ότι ενσωματώνεται στο DNA λίγων Τ-λεμφοκυττάρων. Η προσβολή αυτή μπορεί να μείνει μόνο στους λεμφαδένες και να σχηματισθεί λεμφαδενικό σύνδρομο. Στο τελικό στάδιο όμως μπορεί να προσβληθεί ολόκληρο το Τ-κυτταρικό σύστημα και ο πάσχοντας να υποστεί τις συνέπειες της ανοσοκαταστολής.<sup>6</sup>

### 3.2. ΠΩΣ ΜΟΛΥΝΕΙ ΤΟΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ Ο ΙΟΣ ΤΟΥ AIDS

Ο ιός του AIDS εισέρχεται στην κυκλοφορία του αίματος και εξασθενεί το ανοσοποιητικό σύστημα. Αυτό οδηγεί στο AIDS. Άτομα που έχουν μολυνθεί από τον ιό του AIDS ενδέχεται να μην εμφανίζουν συμπτώματα ή ενδείξεις της νόσου επί αρκετά χρόνια. Τα άτομα αυτά έχουν στο αίμα τους αντισώματα κατά του ιού και ονομάζονται φορείς. Οι φορείς μπορούν να μεταδώσουν τον ιό. Έτσι για να προληφθεί η εξάπλωση της νόσου, ούτε οι ίδιοι, ούτε οι παρτενέρ τους δεν πρέπει να κάνουν έρωτα χωρίς μέτρα προστασίας.<sup>15</sup>



Σχ. 3.1.: Πως μολύνει τον οργανισμό ο ιός του AIDS.



### 3.3. ΧΡΟΝΟΣ ΕΠΩΑΣΗΣ

Η περίοδος ανάμεσα στη λοίμωξη και ανάπτυξη αντισωμάτων στον ιό του AIDS φυσιολογικά είναι σαράντα με πενήντα ημέρες. Μετά από την επιβεβαίωση της λοίμωξης με τον ιό μπορεί να μεσολαβήσει μεγάλο χρονικό διάστημα, που η αρρώστια παραμένει εντελώς λανθάνουσα. Στη διάρκεια αυτού του σταδίου το άτομο μπορεί να αισθάνεται εντελώς καλά, ενώ έχει τον ιό μέσα στο αίμα του και να προκαλεί λοιμώξεις στους άλλους. Αυτή η λανθάνουσα περίοδος μπορεί πραγματικά να κρατήσει για πολλά χρόνια. Η αιτία είναι αυτή η μακρά διάρκεια, όπου μπορεί να μην υπάρχουν σημεία ή συμπτώματα λοίμωξης, που κάνει το AIDS να προκαλεί τρομερό φόβο. Οι μολυσμένοι άνθρωποι μπορεί άθελά τους να μεταδώσουν την αρρώστια.<sup>4</sup>

### 3.4 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Τα συμπτώματα του AIDS είναι πολλαπλά και αφορούν σχεδόν κάθε μέρος του σώματος. Στη συνέχεια αναφέρονται αναλυτικά:

#### 1. Πνευμονικές εκδηλώσεις

Περιλαμβάνουν βράχυνση αναπνοής, δύσπνοια, βήχα, πόνο στο θώρακα, πυρετό διάρκειας εβδομάδων ή μηνών, που συνοδεύονται με μια ποικιλία ευκαιριακών λοιμώξεων. Η πιο κοινή λοίμωξη σε άτομα με AIDS είναι η πνευμονία από *Pneumocystis carinii*.

#### 2. Γαστρεντερικές εκδηλώσεις

Περιλαμβάνουν ανορεξία, απώλεια σωματικού βάρους, καταβολή δυνάμεων, γενική κακουχία, ναυτία, εμέτους, στοματική και οισοφαγική καντιντίαση και χρόνια διάρροια. Η διάρροια αποτελεί πρόβλημα για το 50 % - 90% όλων των αρρώστων με AIDS.

#### 3. Νευρολογικές εκδηλώσεις

Ένα 50% - 60% αρρώστων με AIDS βιώνει κάποιο είδος νευρολογικής

συμμετοχής κατά τη διάρκεια της πορείας λοίμωξης με HIV. Οι εκδηλώσεις περιλαμβάνουν, τόσο τη κεντρική και περιφερική, όσο και την αυτόνομη λειτουργία. Χαρακτηρίζεται από συμπτώματα, όπως πυρετός, πονοκέφαλος, κακουχία, δυσκαμψία αυχένα, ναυτία, εμέτους, μεταβολές στη διανοητική κατάσταση, σπασμούς, τρόμο, ψευδαισθήσεις, αύξηση των αντανεκλαστικών, τύφλωση, πάρεση, απώλειες και θάνατο.

#### 4. Δερματικές εκδηλώσεις

Περιλαμβάνουν ευκαιριακές λοιμώξεις, όπως έρπητας ζωστήρας και απλός έρπητας, χαρακτηρίζονται από επώδυνες φυσαλίδες, που προκαλούν ρήξη του δέρματος. Επίσης εμφανίζει σημηματορροϊκή δερματίτιδα, που συνδέεται με ένα σκληρό απολεπιζόμενο εξάνθημα, που περιλαμβάνει το τριχωτό της κεφαλής και το πρόσωπο. Παρουσιάζουν γενικευμένη θυλακίτιδα, η οποία χαρακτηρίζεται από ξηρό απολεπιδούμενο δέρμα ή έκζεμα και ψωρίαση.

#### 5. Κακοήθειες

Τα άτομα με AIDS έχουν υψηλότερη από τη συνηθισμένη επίπτωση καρκίνου. Το σάρκωμα Kaposi (K.S.) είναι η πιο συχνή κακοήθεια, που συμβαίνει στη λοίμωξη HIV. Επίσης εμφανίζεται Non-Hodgkin λέμφωμα (σπανία αλλά εκδηλώνεται πολύ έντονα και πρόσβαλλει το δέρμα, τους λεμφαδένες με οίδημα αυτών και τον πεπτικό σωλήνα).

#### 6. Εκδηλώσεις που αφορούν το γυναικείο γεννητικό όργανο

Επίμονη υποτροπιάζουσα κολπική καντιντίαση, αλλοίωση η οποία μπορεί να είναι μεγάλη, βαθιά και επώδυνη καθώς επίσης και καρκίνος του τραχήλου της μήτρας.<sup>9</sup>

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1

Εμφάνιση συνήθων κλινικών σημείων και συμπτωμάτων σε ασθενείς με πρωτολοίμωξη από ιό HIV-I

Κλινικό σημείο ή σύμπτωμα	Συχνότητα (%) σε συμπτωματικούς ασθενείς	Μέση διάρκεια εκδήλωσης σε ημέρες
Πυρετός	77	16,9
Νωθρότητα -λήθαργος	65	23,7
Εξάνθημα	56,4	15
Μυαλγίες	54,6	17,7
Κεφαλαλγία	50,9	25,8
Φαρυγγίτιδα-Κυνάγχη	44	12,2
Διόγκωση τραχηλικών λεμφα-δένων	39	15,1
Αρθραλγίες	30,7	22,6
Εξελκώσεις στοματικής κοι- λότητας	28,9	13,4
Πόνος κατά την κατάποση	28	16,3
Διόγκωση μασχालαίων λεμ- φαδένων	24,3	16,4
Απώλεια βάρους	23,9	29
Ναυτία	23,9	17,8
Διάρροια	22,9	12,5
Νυχτερινές εφιδρώσεις	22	14,8
Βήχας	22	18,4
Ανορεξία	21,1	14,6
Διόγκωση βουβωνικών λεμ- φαδένων	20,2	8,5
Κοιλιακό άλγος	19,3	15,1
Στοματική μυκητίαση	17	10,4
Εμετοί	12,4	9,8
Φωτοφοβία	11,9	11,2
Οφθαλμοδυνία	11,5	13,2
Έλκη γεννητικών οργάνων	5-7	10-15
Κατάθλιψη	5-7	10-15
Ζάλη	5-7	10-15

### 3.5. ΑΙΔΣ ΚΑΙ ΕΛΛΑΔΑ

Στην Ελλάδα αναπτύσσεται έντονη δραστηριότητα, τόσο προς την ερευνητική πλευρά, όσο και προς την κατεύθυνση του ελέγχου ατόμων που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου, για να προσβληθούν - και να μεταδώσουν - τον ιό.

Έτσι:

◆ Συνεστήθη ειδική επιτροπή για το AIDS, της οποίας προεδρεύει ο καθηγητής της Υγειονομικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών κ. Γ. Παπαευαγγέλου.

◆ Πέρα από τις δικές της έρευνες, η Επιτροπή αυτή, συνεργάζεται με το Ινστιτούτο Παστέρ του Παρισιού, το οποίο έχει καθοριστεί από τον Π.Ο. Υ. (Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας) σαν Κέντρο Αναφοράς, για όλη την Ευρώπη. Ο σκοπός της συνεργασίας, είναι να κατορθωθεί να απομονωθεί ο ιός και στην Ελλάδα, ώστε να μελετηθεί η συμπεριφορά του στους Έλληνες ασθενείς (γιατί, όπως είπαμε σε προηγούμενο κεφάλαιο, ο ιός εμφανίζεται με διαφορετική μορφή και διαφορετική συμπεριφορά, στις διαφορετικές χώρες). Η συνεργασία υλοποιείται με την ανταλλαγή ορών αίματος που περιέχουν τον ιό και την ανταλλαγή επιστημονικού προσωπικού ανάμεσα στο Κέντρο (Γαλλία) και στο Τμήμα (Ελλάδα). Ήδη βρίσκονται στην Γαλλία 2 Έλληνες ερευνητές, οι οποίοι εκπαιδεύονται και συνεργάζονται με το επιστημονικό προσωπικό του Ινστιτούτου Παστέρ. Στην Ελλάδα δε, ήρθε 2 φορές ο καθηγητής Σερμάν.

«Ο ιός μεταλλάσσεται πολύ γρήγορα και παίρνει διαφορετικές μορφές, στις διαφορετικές χώρες που εμφανίζεται. Έτσι ο σκοπός της συνεργασίας με τα τμήματα στις διάφορες χώρες είναι η άμεση ενημέρωση μας, επί των αλλαγών αυτών, όπως συμβαίνει στις διάφορες χώρες για την ταχύτερη δυνατό διαπίστωση της ύπαρξης του κοινού στοιχείου, που θα μας οδηγήσει στην Παρασκευή εμβολίου κατ' αυτού», είπε ο Δρ. Σερμάν.

◆ Γίνονται ανιχνεύσεις αντισωμάτων σε άτομα υψηλού κινδύνου, όπως οι ομοφυλόφιλοι και οι τοξικομανείς. Βρέθηκε δε ότι από τους ομοφυλόφιλους

που εξετάστηκαν, το 12,8% είναι άτομα οροθετικά (δηλαδή έχουν τον ιό). Στα άτομα αυτά δεν έχει εκδηλωθεί ακόμη το AIDS, αλλά είναι βέβαιο, ότι στο 20% περίπου, θα εμφανιστεί, σε μερικούς μήνες ή λίγα χρόνια. Επίσης, είναι βέβαιο, ότι όλα τα άτομα αυτά, μπορούν να μεταδώσουν τον ιό στο περιβάλλον τους - κυρίως στους ερωτικούς συντρόφους τους.<sup>11</sup>

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3.2**

Αριθμός κρουσμάτων AIDS κατά κατηγορία ομάδων υψηλού κινδύνου στην Ελλάδα - [Ιούλιος 1991]

Ομάδες κινδύνου	Άντρες	Γυναίκες
Ομο ή αμφιφυλόφιλοι	233	-
Τοξικομανείς (IV)	12	4
Αιμορροφιλικοί	35	-
Μεταγγισθέντες	17	11
Ομοφυλόφιλοι και τοξικομανείς	2	1
Εκτός ομάδων κινδύνου (ετεροφυλόφιλοι)	77	21
<b>Σύνολο</b>	<b>404</b>	<b>41</b>

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3.3**

Δηλωθέντα κρούσματα εφήβων/ενηλίκων με AIDS (ηλικίας > 13 ετών) κατά κατηγορία μετάδοσης και φύλο στην Ελλάδα μέχρι 31/3/1998

Κατηγορία μετάδοσης	Άνδρες		Γυναίκες		Σύνολο	
	N	%	N	%	N	%
Ομο/αμφιφυλόφιλοι	1032	67,5	--	--	1032	59,3
Χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών	51	3,3	18	8,5	69	4
Ομο/αμφιφυλόφιλοι-Χ.Ε.Ν	9	0,6	--	--	9	0,5
Πολυμεταγγιζόμενοι με παράγωγα αίματος	99	6,5	5	23	104	6,0
Μεταγγιζόμενοι	31	2,0	24	11,3	55	3,2
Ετεροφυλόφιλοι	134	8,8	144	67,6	278	16
Άλλη/Απροσδιόριστη	172	11,3	22	10,3	194	11,1
<b>Σύνολο</b>	<b>1528</b>	<b>100</b>	<b>213</b>	<b>100</b>	<b>1741</b>	<b>100</b>

### 3.6. ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ-ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΣΤΗΝ HIV ΛΟΙΜΩΞΗ

Πολλοί οροθετικοί ασθενείς εμφανίζουν, έστω παροδικά, διαταραχές στη νεφρική λειτουργία κατά την κλινική πορεία της H.I.V λοίμωξης. Κλινικά εμφανής νεφρική νόσος παρατηρείται στο 10-30% των ασθενών με AIDS. Στοιχεία προερχόμενα από το CDC δείχνουν ότι το 1994 το 1,5% των αιμοκαθαρόμενων ασθενών στις Η.Π.Α. ήταν H.I.V (+), με την υποσημείωση ότι μόνο στο 28% των κέντρων αιμοκάθαρσης η αναζήτηση αντισωμάτων για HIV ήταν στις εξετάσεις ρουτίνας. Από στοιχεία 6 μονάδων τεχνητού νεφρού της Αττικής που φροντίζουν σύνολο 745 νεφροπαθών, που θεραπεύονται με αιμοκάθαρση και κάνουν σποραδικές μεταγγίσεις με συμπυκνωμένα ερυθρά, βρέθηκε ένα μόνο άτομο με αντισώματα έναντι του ιού.

Ενδιαφέρον κλινικό εύρημα είναι η απουσία αρτηριακής υπέρτασης τόσο κατά τη διάρκεια του πρώιμου όσο και του όψιμου σταδίου της νόσου, παρά τη σοβαρή νεφρική ανεπάρκεια.

Η αιτιολογία της H.I.V.AN. είναι άγνωστη, παρ' όλα αυτά έχουν διατυπωθεί και υποστηριχθεί διάφορες υποθέσεις.

Με τα σημερινά δεδομένα δεν υπάρχει αποτελεσματική θεραπεία για τη H.I.V.AN. Καμία από τις θεραπευτικές παρεμβάσεις που εφαρμόζονται σήμερα δεν έχει αποδείξει ότι μπορεί ουσιαστικά να σταματήσει ή να αναστρέψει την κλινική πορεία της H.I.V.AN.

Δεδομένης της έλλειψης αποτελεσματικής θεραπείας και της προϊούσης φυσικής πορείας της H.I.V.AN., η πλειονότητα των ασθενών αναπτύσσει νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου που απαιτεί αιμοκάθαρση ή μεταμόσχευση. Μεταμόσχευση νεφρών πρακτικά δε γίνεται σε ασθενείς με γνωστή H.I.V.AN., αρκετά όμως κέντρα παρέχουν τη δυνατότητα αιμοκάθαρσης ή περιτοναϊκής κάθαρσης.

Αρκετές αναφορές έδειξαν ότι η επιβίωση των ασθενών με AIDS που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση ήταν εξαιρετικά μικρή και για το λόγο αυτό θα έπρεπε να συνιστάται μόνο σε άτομα χωρίς προχωρημένη H.I.V. λοίμωξη. Πιο πρόσφατες μελέτες όμως, δείχνουν ότι ασθενείς με νεφρική νόσο τελικού

σταδίου που υποβάλλονται σε κάθαρση ζουν περίπου τόσο όσο και οι ασθενείς με φυσιολογική νεφρική λειτουργία που βρίσκονται στο ίδιο στάδιο όσον αφορά στην Η.Ι.Υ. λοίμωξη.

Τόσο η αιμοκάθαρση όσο και η περιτοναϊκή κάθαρση έχουν δοκιμασθεί για την αντιμετώπιση ατόμων με Η.Ι.Υ. και νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου. Όσον αφορά στην περιτοναϊκή κάθαρση υπάρχουν αναφορές για αυξημένο κίνδυνο μικροβιακής περιτονίτιδας.<sup>2</sup>

Οι Favero από το κέντρο ελέγχου των νοσημάτων στις Η.Π.Α. υποστηρίζουν ότι η μεταδοτικότητα του ιού Η.Ι.Υ. είναι πολύ μικρότερη εκείνης του ιού της ηπατίτιδας Β. προκειμένου να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος μετάδοσης του Η.Ι.Υ. στις μονάδες τεχνητού νεφρού συνέστησαν τη λήψη των ίδιων προφυλακτικών μέτρων με εκείνα που εφαρμόζονται για την πρόληψη της ηπατίτιδας Β.

Το κέντρο για τον έλεγχο των νοσημάτων των Η.Π.Α. συνιστά τη λήψη των παρακάτω μέτρων στις μονάδες που αντιμετωπίζουν ασθενείς με Η.Ι.Υ.

◆ Οι αρχές ελέγχου του περιβάλλοντος και η απολύμανση και αποστείρωση των μηχανημάτων είναι όμοια με εκείνα που ισχύουν για τον έλεγχο και την παρακολούθηση των ασθενών με ηπατίτιδα Β που υποβάλλονται σε Χ.Α. Η απολύμανση των μηχανημάτων έχει ως στόχο τον έλεγχο της μόλυνσης και γίνεται με τη χρήση 500-700ppm υδροχλωρικού νατρίου για 30-40' ή με φορμαλδεϋδη 1,5-2% στη διάρκεια της νύχτας.

◆ Οι ασθενείς με Η.Ι.Υ. που υποβάλλονται σε Χ.Α. δεν χρειάζεται να απομονώνονται από τους άλλους ασθενείς. Το φίλτρο μετά τη χρήση απορρίπτεται.<sup>16</sup>

### 3.7. Η ΕΠΙΚΤΗΤΗ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Το 1979 νοσηλεύθηκε στις Η.Π.Α. ένα παιδί 8 ετών με υποτροπιάζουσες λοιμώξεις ενδεικτικές διαταραχής του ανοσολογικού συστήματος. Οι λοιμώξεις συνοδεύονταν από διόγκωση των λεμφαδένων και διόγκωση των παρωτιδικών

αδένων. Η μητέρα του παιδιού παρουσίαζε διόγκωση λεμφαδένων, συνεχή πυρετό και υποτροπιάζουσα διάρροια.

Η περίπτωση προκάλεσε ενδιαφέρον είχε όμως μείνει αδιάγνωστη.

Όταν το 1981 άρχισαν να παρουσιάζονται αλληπάλληλες περιπτώσεις της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας επί ενηλίκων ήταν φανερό ότι η μητέρα αυτή και το παιδί της έπασχαν από την ίδια αρρώστια.

Από τότε η έκταση του προβλήματος στην παιδική ηλικία πήρε τέτοιες διαστάσεις που δικαιολογημένα προκαλεί σήμερα βαθιές ανησυχίες σε αυτούς που αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα Δημόσιας Υγείας.

Ορισμός της λοίμωξης στην παιδική ηλικία

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

Είναι γνωστό ότι τα παθητικώς μεταφερόμενα αντισώματα της μητέρας μπορούν να διατηρηθούν στο αίμα του βρέφους σίγουρα επί 12 και πιθανώς επί 15 μήνες. Γι' αυτό χρειάζονται 2 ορισμοί για την ύπαρξη λοίμωξης στα παιδιά. Ο ένας περιλαμβάνει τα κάτω των 15 μηνών βρέφη και ο άλλος νήπια και παιδιά μεγαλύτερα των 15 μηνών.

Βρέφη κάτω των 15 μηνών

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

1. Την ανεύρεση του ιού στο αίμα ή στους ιστούς ή την ανεύρεση αντισωμάτων στο αίμα με θετικό το επιβεβαιωτικό τεστ (W. Blot).



2. Την ανεύρεση παθολογικών ανοσολογικών τεστ.
3. Μία ή περισσότερες υπο-ομάδες των συμπτωμάτων της Η.Ι.Υ. λοίμωξης (π.χ. μη ειδικές εκδηλώσεις – πυρετός, διόγκωση λεμφαδένων, διαταραχές αύξησης-, προοδευτική νευρολογική νόσος – ψυχοκινητική καθυστέρηση, κινητικές διαταραχές.)
4. Συμπτώματα που αναφέρονται στον ορισμό του ΑΙΔΣ όπως αυτά έχουν διατυπωθεί από το Κέντρο Ελέγχου των Νόσων.

#### Παιδιά μεγαλύτερα των 15 μηνών

Η λοίμωξη στα παιδιά αυτά ορίζεται από ένα ή περισσότερα ευρήματα όπως:

- Απομόνωση του ιού στο αίμα ή στους ιστούς
- Ανεύρεση αντισωμάτων με επιβεβαιωτικό τεστ (W.B.)
- Συμπτώματα Η.Ι.Υ. λοίμωξης στα παιδιά.<sup>17</sup>

#### Η φυσική εξέλιξη της λοίμωξης στα παιδιά

Οι κλινικές εκδηλώσεις της Η.Ι.Υ. λοίμωξης στα παιδιά ταξινομούνται σε 4 κατηγορίες:

1. Κατηγορία Ν, όπου δεν υπάρχουν σημεία και συμπτώματα της νόσου,
2. Κατηγορία Α, όπου παρατηρούνται ήπια συμπτώματα και σημεία,
3. Κατηγορία Β, όπου παρατηρούνται διαμέσου βαρύτητας κλινικά συμπτώματα και σημεία της νόσου και
4. Κατηγορία C, όπου εμφανίζονται βαριάς μορφής κλινικά σημεία.

Οι κλινικές εκδηλώσεις κατά κατηγορία είναι:

Κατηγορία Ν – Χωρίς κλινικά σημεία/συμπτώματα

Περιλαμβάνει τα Η.Ι.Υ.(+) παιδιά που δεν έχουν καθόλου κλινικά σημεία ή συμπτώματα προερχόμενα από τη λοίμωξη Η.Ι.Υ. ή μόνο ένα από τα κλινικά σημεία που αναφέρονται παρακάτω στην κατηγορία Α.

Κατηγορία Α – Ήλια κλινικά σημεία/συμπτώματα

Περιλαμβάνονται παιδιά που έχουν 2 ή περισσότερα από τα κατωτέρω κλινικά σημεία αλλά κανένα από τα σημεία που αναφέρονται στις κατηγορίες Β και C:

- Λεμφαδενοπάθεια,
- Παρωτίτιδα,
- Υποτροπιάζουσα ή εμμένουσα λοίμωξη ανωτέρου αναπνευστικού

Κατηγορία Β – Μέτριας βαρύτητας κλινικά σημεία/συμπτώματα

Περιλαμβάνει παιδιά που παρουσιάζουν άλλα σημεία εκτός από αυτά που αναφέρονται για τις κατηγορίες Α και C και προέρχονται από την Η.Ι.Υ. λοίμωξη. Παραδείγματα κλινικών συμπτωμάτων που αναφέρονται στην κατηγορία Β.

- Αναιμία ●Ουδετεροπενία ●Θρομβοπενία ●Βακτηριακή μηνιγγίτιδα
- Πνευμονία ●Στοματοφαρυγγική μυκητίαση διάρκειας μεγαλύτερης των 2 μηνών για παιδί ηλικίας μεγαλύτερης των 6 μηνών ●Μυοκαρδιοπάθεια
- Υποτροπιάζουσα ή χρόνια διάρροια ●Ηπατίτιδα Στοματίτιδα από απλό έρπητα (MSV) ●Βρογχίτιδα ●Πνευμονίτιδα από MSV ●Νεφροπάθεια κ.ά.

Κατηγορία C – Βαριά κλινικά σημεία/συμπτώματα

Στην κατηγορία αυτή υπάγονται όλα τα παιδιά που παρουσιάζουν κλινικές καταστάσεις που προσδιορίζουν το σύνδρομο AIDS, δηλαδή:

- Σοβαρή βακτηριακή λοίμωξη υποτροπιάζουσα ή με πολλαπλές εστίες (σηψαιμία, πνευμονία, μηνιγγίτιδα, αρθρίτιδα, απόστημα εντός της στοματικής κοιλότητας) ●Μυκητίαση οισοφάγου ή πνεύμονος ●Κρυπτοσποριδίαση
- Σάρκωμα Kaposi ●Λεμφοβλαστικό λέμφωμα Burkitt ●Φυματίωση από μυκοβακτηρίδιο tuberculosis ●Πνευμονία από πνευμονοκύστη Carinii
- Σύνδρομο απίσχνασης (επιμένουσα απώλεια βάρους).<sup>2</sup>

Διαφορές AIDS ενηλίκων και παιδιών

1. Το σάρκωμα Kaposi είναι σπάνιο στα παιδιά
2. Υπεργαμσφαιριναιμία είναι πιο έκδηλη στα παιδιά

3. Περιφερική λεμφοπενία είναι λιγότερο συχνή στα παιδιά
4. Λεμφοκυτταρική ενδιάμεση πνευμονία είναι πολύ συχνή στα παιδιά
5. Βαριές μικροβιακές λοιμώξεις είναι συνήθεις στα παιδιά
6. Προοδευτική νευρολογική διαταραχή είναι πιο έκδηλη στα παιδιά
7. Η διαταραχή στη σχέση βοηθητικών προς κατασταλτικά λεμφοκύτταρα είναι πιο έκδηλη επί ενηλίκων
8. Εικόνα λοιμώδους μονοπυρήνωσης είναι σπάνια στα παιδιά
9. Έχουν περιγραφεί δυσμορφικά χαρακτηριστικά σε μερικά νεογέννητα.<sup>17</sup>

### Θεραπεία

Για όλα τα H.I.V.(+) παιδιά με κλινικά συμπτώματα λοιμώξεως, ασχέτων κατηγορίας κατά CDC ή ανοσολογικής ανεπάρκειας, συνιστάται η αντιρετροϊκή θεραπεία.

Σε παιδιά κάτω των 12 μηνών η αντιρετροϊκή αγωγή πρέπει να αρχίζει μόλις τεκμηριωθεί η διάγνωση.

Για παιδιά H.I.V.(+) μεγαλύτερα του 1 έτους υπάρχουν 2 θεραπευτικές προσεγγίσεις.

Η πρώτη προτείνει την άμεση έναρξη αντιρετροϊκής θεραπείας, ασχέτως ηλικίας και κλινικών συμπτωμάτων με το σκεπτικό της παρέμβασης πριν την ανοσολογική καταστροφή.

Η δεύτερη προσέγγιση αφορά ασυμπτωματικά παιδιά μεγαλύτερα του 1 έτους, με φυσιολογικό ανοσολογικό σύστημα. Σ' αυτά μπορεί να ανασταλεί η έναρξη της θεραπείας εάν υφίστανται δυσμενείς συνθήκες θεραπείας όπως η μη συμμόρφωση των γονέων και η τοξικότητα των φαρμάκων. Απαιτείται όμως τακτική παρακολούθηση του ασθενούς ώστε να αρχίσει θεραπεία όταν παρατηρηθεί.

- Εμφάνιση κλινικών συμπτωμάτων
- Ταχεία πτώση του απόλυτου αριθμού ή της επί τοις εκατό (%) αναλογία των CD<sub>4</sub>-κυττάρων κ.ά.

Μερικά αντιρετροϊκά φάρμακα που χρησιμοποιούνται στην παιδιατρική

είναι **●**η ζιδοβουδίνη (2DV ή AZT), **●**ζαλοσιταβίνη ή διδανοσίνη (ddC ή ddl), **●**η σταβουδίνη (D4T) κ.ά.<sup>2</sup>

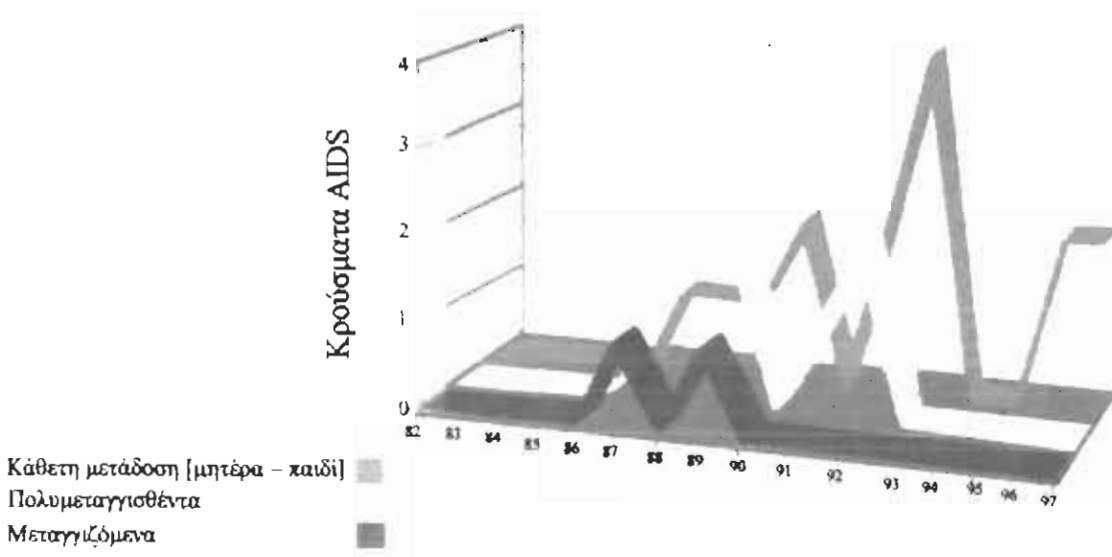
#### Εργαστηριακά ευρήματα σε βρέφη και παιδιά

Συνήθως διαπιστώνονται **◆**υπεργαμασφαιριναιμία **◆**θρομβοπενία **◆**λεμφοπενία και **◆**ελάττωση των T<sub>4</sub> λεμφοκυττάρων **◆**μη ανίχνευση αντισωμάτων μετά από εμβολιασμό **◆**αύξηση υπατικών ενζύμων **◆**αύξηση αμυλάσης **◆**παθολογική α/α θώρακος **◆**εγκεφαλική ατροφία σε αξονική/μαγνητική τομογραφία.

Η διάγνωση γίνεται μέσω της μέτρησης αντισωμάτων με τη μέθοδο ELISA και Western Blot.<sup>18</sup>

#### Πρόγνωση

Η πρόγνωση των παιδιών με λοίμωξη από Η.Ι.Υ. ποικίλλει και κυμαίνεται από ταχεία έλευση του θανάτου, έως επιβίωση για αρκετά χρόνια μετά από τη διάγνωση.<sup>18</sup>



Σχ. 3.2: Δηλωθέντα κρούσματα παιδιών με AIDS κατά έτος διάγνωσης και κατηγορία μετάδοσης μέχρι 30/3/1998.

### 3.7.1. Υπηρεσίες και προγράμματα για την αντιμετώπιση του AIDS

Με πρωτοβουλία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, έχει συσταθεί το Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ.). Το Κ.Ε.Ε.Λ. είναι οργανισμός Ιδιωτικού δικαίου με μόνο μέτοχο το Κράτος και υπάγεται στην αρμοδιότητα του Υπουργείου Υγείας. Ιδρύθηκε το 1992 (Ν.2071/92) με σκοπό την αντιμετώπιση, την παρακολούθηση, το συντονισμό και την υποβοήθηση των ενεργειών για την πρόληψη της εξάπλωσης ειδικών μεταδοτικών νοσημάτων και την θεραπευτική αντιμετώπιση τους, (AIDS, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και ιογενείς ηπατίτιδες).

Το Κ.Ε.Ε.Λ. λειτουργεί πάνω σε τρεις βασικούς άξονες:

1. Πρόληψη - μέσω γενικής ενημέρωσης σε πανεθνικό επίπεδο.
2. Περιθαλψη - κατάλληλη και άμεση, ιατρονοσηλευτική περιθαλψη, η οποία επιτυγχάνεται μέσω των προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.
3. Καταγραφή - ανάλυση και επίλυση των ποικίλων ιατροκοινωνικών, νομικών και ηθικοδεοντολογικών προβλημάτων, τα οποία απορρέουν από τη φύση των νοσημάτων αυτών.

Το Κ.Ε.Ε.Λ. είναι το όργανο σχεδιασμού και διαμόρφωσης εθνικής πολιτικής και συντονισμού υπηρεσιών για το AIDS στην Ελλάδα.

Προκειμένου να ζητήσουν βοήθεια όλοι όσοι υποψιάζονται ή γνωρίζουν ότι είναι φορείς ή ασθενείς του AIDS, υπάρχει τηλεφωνική γραμμή. Οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να πάρουν πληροφορίες για το AIDS ή και ψυχολογική υποστήριξη, αν πρόκειται για φορείς ή ασθενείς του AIDS. Η τηλεφωνική αυτή γραμμή λειτουργεί στην Ελλάδα από το 1992 και είναι στελεχωμένη με επιστήμονες εκπαιδευμένους σε θέματα πληροφόρησης, πρόληψης, συμβουλευτικής και ψυχολογικής υποστήριξης. Λειτουργεί από 07:00-23:00, εκτός Σαββάτου και αργιών.

Μια άλλη υπηρεσία για τη βοήθεια στους ασθενείς του AIDS είναι ο Συμβουλευτικός Σταθμός, που έχει στόχο την κάλυψη των αναγκών ψυχοκοινωνικής υποστήριξης των φορέων και των ασθενών του AIDS και των

οικογενειών τους. Ο Σταθμός αποσκοπεί επίσης στην πρόληψη του AIDS μέσα από προγράμματα ενημέρωσης, τα οποία απευθύνονται στο γενικό πληθυσμό, σχετικά με τους τρόπους μετάδοσης του ιού. Η τηλεφωνική Γραμμή και ο Συμβουλευτικός Σταθμός λειτουργούν στο Νοσοκομείο Α. Συγγρός από το 1992.

Από το 1993 λειτουργεί ένας ξενώνας στον Πειραιά, όπου φιλοξενούνται άτομα, τα οποία έχουν προσβληθεί από AIDS. Τους παρέχεται στέγη, τροφή, ψυχαγωγία, συμβουλευτικές και κοινωνικές υπηρεσίες. Έχει δυνατότητα φιλοξενίας 20 ατόμων κατανεμημένη σε δίκλινα δωμάτια. Στον ξενώνα, η διεπιστημονική ομάδα αποτελείται από έναν βιολόγο γιατρό, έναν ψυχολόγο κι έναν κοινωνικό λειτουργό για να αντιμετωπίζονται σφαιρικά τα πολύπλευρα προβλήματα των φιλοξενουμένων. Στον ξενώνα φιλοξενούνται λιγότερα από δέκα άτομα.

Το Κ.Ε.Ε.Α. , στο πλαίσιο της υποστήριξης των μητέρων και βρεφών, που πάσχουν από AIDS, έχει ξεκινήσει από το 1995 ένα πρόγραμμα αναδοχής. Έχει ήδη γίνει η πρώτη τοποθέτηση παιδιού φορέα του HIV σε ανάδοχη οικογένεια.

Σε διάφορα νοσοκομεία της χώρας λειτουργούν Κέντρα Αναφοράς και Κέντρα Ελέγχου AIDS. Τα κέντρα αναφοράς AIDS αποτελούν τμήματα των νοσοκομείων (ή των Πανεπιστημίων) όπου: 1) γίνονται δωρεάν στους προσερχόμενους οι εξετάσεις για HIV, 2) παρέχεται ενημέρωση και συμβουλευτική καθοδήγηση των φορέων, 3) γίνεται ιολογική και ανοσολογική έρευνα, 4) συμβάλλουν στον έλεγχο ποιότητας των κέντρων ελέγχου AIDS καθώς και άλλων διαγνωστικών εργαστηρίων και 5) υπάρχει σύνδεση με τα αντίστοιχα Κέντρα αναφοράς της Π.Ο.Υ. και άλλων διεθνών οργανισμών. Τα Κέντρα Ελέγχου AIDS αποτελούν τμήματα των νοσοκομείων (ή των Πανεπιστημίων), όπου γίνονται δωρεάν στους προσερχόμενους οι εξετάσεις για τον ιό HIV. Παρέχεται ενημέρωση και συμβουλευτική καθοδήγηση των φορέων του HIV.

Κύρια οργανωτική αρχή λειτουργίας θεωρείται ότι:

- ⊕ Τα Κέντρα Ελέγχου AIDS, εκτός από τον βασικό έλεγχο διαλογής (screening) για αντισώματα HIV, έχουν τη δυνατότητα για δραστηριότητες

πρωτογενούς φροντίδας.

⊕ Τα Κέντρα Αναφοράς ασχολούνται, σχεδόν αποκλειστικά, με εργαστηριακές δραστηριότητες, που συμβάλλουν στην υποστήριξη των Κέντρων Ελέγχου και των κλινικών ιατρών, οι οποίοι παρακολουθούν φορείς/ασθενείς του AIDS.<sup>19</sup>

### 3.7.2. ΠΑΡΟΧΕΣ ΣΤΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ/ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΟΥ AIDS

Στους φορείς/ασθενείς του AIDS χορηγείται από την Κοινωνική Πρόνοια επίδομα της τάξης των 60.000 δρχ. μηνιαίως.

Το επίδομα δίδεται γιατί οι HIV+ και οι ασθενείς του AIDS θεωρούνται άτομα με ειδικές ανάγκες.

Οι προϋποθέσεις για την παροχή του επιδόματος είναι:

- 1) Πιστοποιητικό οροθετικότητας από Δημόσιο Νοσοκομείο.
- 2) Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.
- 3) Επιπλέον, στους φορείς/ασθενείς του AIDS παρέχεται δωρεάν ιατρονοσηλευτική περίθαλψη και διανέμονται δωρεάν όλα τα αντιρετροϊκά φάρμακα

Σύμφωνα με Υπουργική Εγκύκλιο, όλα τα νοσοκομεία είναι υποχρεωμένα να νοσηλεύουν ασθενείς του AIDS.

Στον τομέα της πρόληψης, την ευθύνη έχει αναλάβει η επιτροπή ενημέρωσης του γενικού πληθυσμού.

Η επιτροπή έχει αναλάβει τις εξής δραστηριότητες:

- A. Σεμινάρια-ομιλίες σχετικά με το AIDS σε στελέχη υγείας και πρόνοιας, σε χώρους εργασίας, σε λύκεια και γυμνάσια της Αττικής και στην αστυνομία.
- B. Διανομή εντύπου υλικού σε αεροδρόμια, ξενοδοχεία, σταθμούς του Ο.Σ.Ε., διόδια και αυτοκινητοδρόμους.
- Γ. Προβολή μηνυμάτων και ραδιοφωνικές εκπομπές απ' όλους τους τηλεοπτικούς σταθμούς της χώρας.
- Δ. Διανομή ενημερωτικού video για το AIDS σε 2.000 περίπου σχολεία της χώρας.

Εκτός από τις Κρατικές Υπηρεσίες, λειτουργούν και παρέχουν υπηρεσίες προς τους ασθενείς του AIDS εθελοντικές μη κυβερνητικές οργανώσεις.

Τα σωματεία αυτά προσφέρουν οικονομική βοήθεια και κοινωνική υποστήριξη στους ασθενείς/φορείς του AIDS, ενώ παράλληλα προσπαθούν να ευαισθητοποιήσουν και να ενημερώσουν την Ελληνική Κοινωνία για τις πραγματικές διαστάσεις της αρρώστιας και την ανάγκη πρόληψής της.

Στην Αθήνα λειτουργούν πέντε σύλλογοι. Ο πιο γνωστός είναι ο Πανελλήνιος Σύλλογος Υποστήριξης Φορέων του ιού του AIDS «ΕΛΠΙΔΑ».

Στη Θεσσαλονίκη έχει ιδρυθεί η Εταιρεία Συλλογικής Υποστήριξης κατά του AIDS.<sup>19</sup>



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup> ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ

### 4.1. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΙΟΥ HIV

Για να πούμε ότι υπάρχει AIDS (διάγνωση) είναι απαραίτητο:

- Να υπάρχουν στον άρρωστο ευκαιριακές λοιμώξεις ή νεοπλάσματα, που οφείλονται σε κακή (ανεπαρκή) λειτουργία του ανοσολογικού συστήματος του οργανισμού (ανοσολογική ανεπάρκεια ή ανοσανεπάρκεια).
- Σε περίπτωση που βρεθούν αντισώματα στον εξεταζόμενο ορό, να γίνει επιβεβαίωση του θετικού αποτελέσματος και επανάληψη της εξέτασης και με Western -blot που είναι περισσότερο ειδική μέθοδος γιατί ανιχνεύει αντισώματα προς ειδικά χαρακτηριστικά πρωτεϊνικά συστατικά του ιού.

Τα άτομα, στα οποία η εξέταση (ανίχνευση για την ύπαρξη ιού στον ορό του αίματος τους αποβαίνει θετική, λέγονται «οροθετικά».

Αρνητικό αποτέλεσμα δεν αποκλείει την πιθανότητα έκθεσης σε μόλυνση με τον LAV/HTLV-III. Αυτό όμως είναι σπάνιο και συμβαίνει μόνο στα αρχικά στάδια νέας λοίμωξης και για μικρό χρονικό διάστημα μέχρι να αναπτυχθούν αντισώματα.

Ψευδώς θετικά αποτελέσματα είναι επόμενο να συμβούν. Ο αριθμός τους εξαρτάται από την ειδικότητα της δοκιμασίας και από τον επιπολασμό της λοίμωξης στον πληθυσμό, που θα ελεγχθεί. Όσο η συχνότητα αντισωμάτων σε φυσιολογικό πληθυσμό είναι υψηλή, τόσο η συχνότητα ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων είναι μικρή

Παρ' όλο που η πρόγνωση για ένα ασυμπτωματικό άτομο δεν μπορεί να καθοριστεί από ένα θετικό αποτέλεσμα, ο κίνδυνος ανάπτυξης AIDS είναι οπωσδήποτε μεγαλύτερος από εκείνο με αρνητικό αποτέλεσμα. Επίσης ο κίνδυνος μετάδοσης της μόλυνσης είναι μεγάλος.<sup>11</sup>

## 4.2. ΤΕΣΤ ΓΙΑ ΤΟ ΑΙΔΣ

Η εξέταση αντισωμάτων για το ΑΙΔΣ είναι μια ανέξοδη ανιχνευτική δοκιμασία, που χρησιμοποιείται για να εξακριβωθεί εάν ένας δοτής αίματος για μεταγγίσεις είναι φορέας του ιού του ΑΙΔΣ ή όχι. Η δοκιμασία δείχνει με ακρίβεια, εάν ένα δείγμα έχει μολυνθεί με τον ιό του ΑΙΔΣ. Είναι ένας πρακτικός τρόπος να γίνει ένα «κοσκίνισμα» των ατόμων, που είναι δότες αίματος. Με τη μαζική εφαρμογή του σε όλες τις τράπεζες αίματος, τα αποθέματα αίματος έχουν γίνει απολύτως ασφαλή. Φαίνεται ότι μελλοντικά πολύ λίγες περιπτώσεις ΑΙΔΣ θα συμβούν λόγω των μεταγγίσεων.<sup>13</sup>

Αυτή η ανάλυση χρησιμοποιείται επίσης  $\Phi$  στο σπέρμα και στην τεχνητή γονιμοποίηση, (για να προφυλαχθεί η νέα γενιά)  $\Phi$  για επιδημιολογικούς λόγους (ανώνυμα)  $\Phi$  στους δωρητές οργάνων  $\Phi$  για συνεργασία με ασφαλιστικές εταιρείες (είναι θέμα συμβολαίου)  $\Phi$  στις εγκύους, που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου και  $\Phi$  σε περιπτώσεις τραυματισμού ή άλλου είδους επαφής με μολυσμένα υλικά.<sup>20</sup>

Ορισμένα άτομα κάνουν το τεστ αντισώματος, για να μάθουν, εάν έχουν ή όχι μολυνθεί από τον ιό ΑΙΔΣ. Εάν το αντίσωμα απουσιάζει, το τεστ είναι αρνητικό, που σημαίνει ότι ένα από τα παρακάτω αληθεύει:

- ◆ Το άτομο δεν έχει μολυνθεί από τον ιό
- ◆ Το άτομο έχει έρθει σε επαφή με τον ιό του ΑΙΔΣ αλλά δεν έχει μολυνθεί και συνεπώς δεν παράγει αντισώματα (εν τούτοις επανειλημμένη έκθεση στον ιό του ΑΙΔΣ αυξάνει την πιθανότητα μόλυνσης).
- ◆ Το άτομο έχει μολυνθεί από τον ιό αλλά δεν έχουν παραχθεί ακόμα αντισώματα. Η έρευνα έχει δείξει ότι τα περισσότερα άτομα αρχίζουν την παραγωγή αντισωμάτων μέσα σε δύο έως οκτώ εβδομάδες από τη μόλυνση. Μερικά άτομα δεν θα αρχίσουν να παράγουν αντισώματα πριν από έξι μήνες ή και περισσότερο, ενώ ένας μικρός αριθμός ατόμων δεν θα παραγάγει ποτέ αντισώματα. Εάν το τεστ δείξει ότι το αντίσωμα είναι παρόν το τεστ είναι θετικό και ίσως αληθεύει ένα από τα παρακάτω:

1. Το άτομο έχει μολυνθεί από τον ιό του ΑΙΔΣ. Ένα άτομο με θετικό τεστ

μπορεί να θεωρηθεί ότι μπορεί να μεταδώσει τον ιό κάτω από ορισμένες συνθήκες, ενώ το ίδιο το άτομο με θετικό τεστ μπορεί να εκδηλώσει ή όχι την πλήρη νόσο. Τα άτομα με θετικό τεστ αντισώματος για το AIDS πιθανώς να παρουσιάζουν ψευδώς θετικό αποτέλεσμα. Τα ψευδώς θετικά τεστ είναι περισσότερο κοινά στους πληθυσμούς χαμηλού κινδύνου.

2. Αρκετά άτομα παρεξηγούν το τεστ αντισώματος και πιστεύουν ότι είναι ένα «τεστ για AIDS». Το τεστ όμως δεν δίνει πληροφορίες κατά πόσον ένα άτομο έχει ή δεν έχει AIDS ή ARC. Δείχνει μόνον αν ένα άτομο έχει εκτεθεί στον ιό του AIDS και μπορεί να μολύνει άλλα άτομα.<sup>13</sup>

#### 4.2.1. Εργαστηριακά ευρήματα

Συνήθως διαπιστώνονται  $\Phi$  υπεργαμασφαιριναιμία  $\Phi$  θρομβοπενία  $\Phi$  λεμφοπενία και  $\Phi$  ελάττωση των T λεμφοκυττάρων. Η διάγνωση γενικά τίθεται μέσω της μέτρησης αντισωμάτων με τις μεθόδους ELISA και WESTERN BLOT.

Η μέθοδος ELISA, αποτελεί τη βασική εξέταση όλων των υπόπτων ως φορέων ή νοσούντων από Σ.Ε.Α.Α. Είναι εύκολη και μη δαπανηρή, πολύ ευαίσθητη, αφού με αυτήν αναγνωρίζονται όλα σχεδόν τα πραγματικά οροθετικά άτομα. Δεν είναι όμως ειδική επειδή σε μικρό ποσοστό παράγει ψευδώς θετικές αντιδράσεις.

Η μέθοδος Western Blot είναι η πιο ασφαλής διαγνωστική μέθοδος, δύσκολη και δαπανηρή, δεν διατίθεται εύκολα, είναι δυσχερής στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων και απαιτεί εξειδικευμένο προσωπικό. Επίσης είναι ειδική επειδή σπανιότατα παράγει ψευδώς θετικές αντιδράσεις.<sup>21</sup>

Άλλες διαγνωστικές μέθοδοι περιλαμβάνουν καλλιέργεια ιού, ανίχνευση αντιγόνου και ανίχνευση πυρηνικών οξέων. Η διάγνωση είναι δύσκολο να τεθεί τους πρώτους 15 μήνες της ζωής, εξαιτίας της παρουσίας των μητρικών αντισωμάτων στον ορό του βρέφους, τα οποία εισήλθαν στην κυκλοφορία με παθητικό τρόπο.<sup>18</sup>

### 4.3. ΕΥΚΑΙΡΙΑΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΠΟΥ ΑΠΑΝΤΩΝΤΑΙ ΣΤΟ AIDS

Οι ασθενείς με AIDS δεν πεθαίνουν από το AIDS!

Πεθαίνουν από πολλές άλλες αιτίες, η εμφάνιση των οποίων ευνοείται από την κατάσταση (ανοσολογική ανεπάρκεια, συνεπεία της πλήρους καταστροφής των Τ-λεμφοκυττάρων) που δημιουργεί το AIDS στον οργανισμό τους. Η κατάσταση αυτή, επειδή στερεί από τον οργανισμό την ανοσοποιητική ικανότητα και ισχύ καθιστά τους ασθενείς με AIDS ευπρόσβλητους από «ευκαιριακές λοιμώξεις», οι οποίες τελικά προκαλούν και τον θάνατο τους.

«Ευκαιριακές» λέγονται οι λοιμώξεις, που δημιουργούν διάφοροι μικροοργανισμοί (ιοί, μικρόβια, μύκητες κ.λ.π. ) σε άτομα μειωμένης ανοσοποιητικής ικανότητας. Οι λοιμώξεις αυτές δεν αναπτύσσονται στα φυσιολογικά άτομα, γιατί η όραση των μικροοργανισμών που τις προκαλούν, καταπολεμάται και εξουδετερώνεται από το υγιές ανοσοποιητικό τους σύστημα.

Οι ευκαιριακές λοιμώξεις λοιπόν - και λέγονται έτσι γιατί βρίσκουν την ευκαιρία να εκδηλωθούν, όταν το ανοσοποιητικό σύστημα νοσεί- προκαλούν συχνά παθολογικές αλλοιώσεις (βλάβες, ασθένειες) σε βασικά όργανα και συστήματα οργανισμού. Ο θάνατος δε, επέρχεται σαν αποτέλεσμα, ακριβώς αυτών των αλλοιώσεων:

Συνηθέστερα οι ασθενείς με AIDS πεθαίνουν από νοσήματα (λοιμώξεις) που εμφανίζονται κυρίως:

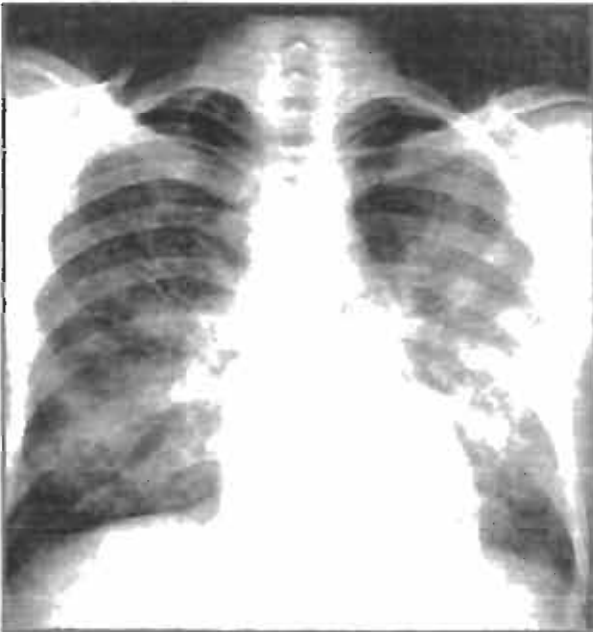
- ◆ Στους πνεύμονες
- ◆ Στο γαστρεντερικό σύστημα
- ◆ Στο δέρμα
- ◆ Στον εγκέφαλο
- ◆ Στο στόμα και
- ◆ Στους λεμφαδένες

Στα όργανα αυτά δημιουργούνται λοιμώξεις από τη δράση μικροοργανισμών (μικρόβια, μύκητες), που σαπροφυτούν στον οργανισμό αλλά δραστηριοποιούνται μετά την εγκατάσταση του AIDS, επωφελούμενοι ακριβώς από την ανοσολογική ανεπάρκεια, που αυτό(το AIDS) επιφέρει.<sup>8</sup>

Οι λοιμώξεις αυτές είναι:

Πρωτοζωικές και παρασιτικές, που προκαλούν

⊕ Πνευμονία από *Pneumocystis Carinii*. Είναι η πιο συχνή ευκαιριακή λοίμωξη και μαζί με το σάρκωμα Karosi είναι τα πιο ασφαλή κριτήρια ευκαιριακών νόσων, που είναι διαγνωστικά πλήρους AIDS. Ασθενείς με AIDS, που εμφανίζουν πνευμονία από *Pneumocystis Carinii* έχουν κακή πρόγνωση, αφού η λοίμωξη ευθύνεται για το 50%-60% των θανάτων. Το ποσοστό αυξάνει σε 65%-70%, εάν συνυπάρχουν ταυτόχρονα πνευμονία με *Pneumocystis Carinii* και σάρκωμα Karosi. Η *Pneumocystis Carinii* είναι ένα παράσιτο που σαπροφυτεί στο αναπνευστικό σύστημα, χωρίς να προκαλεί συμπτώματα. Το παράσιτο ενεργοποιείται και γίνεται παθογόνο για τον άνθρωπο, όταν υπάρχει έντονη καταστολή της κυτταρικής ή και της χυμικής ανοσίας.



Εικ. 4.1: Ακτινογραφία θώρακος στην οποία αναδεικνύεται πνευμονία οφειλόμενη σε *Pneumocystis Carinii* και ασπεργίλωση.

Η πνευμονία από το παράσιτο ήταν συχνή παλαιότερα σε καρκινοπαθείς σε προχωρημένο στάδιο, σε πάσχοντες από τη νόσο του Hodgkin, μη- Hodgkin λεμφώματα, λευχαιμίες, γενετικά πρωτοπαθή σύνδρομα ανοσοανεπάρκειας, σε ασθενείς που παίρνουν ισχυρά ανοσοκατασταλτικά φάρμακα για μεγάλο χρονικό διάστημα(π.χ. αυτοάνοσα νοσήματα, μεταμόσχευση οργάνων κ.ά.) και γενικά σε έδαφος έντονης ανοσοκαταστολής. Με την εμφάνιση του AIDS

η *Pneumocystis Carinii* απέκτησε τεραστία επικαιρότητα. Κλινικά η πνευμονία αρχίζει με πυρετό, ανορεξία, συνεχή βήχα και δύσπνοια. Προοδευτικά τα αναπνευστικά προβλήματα γίνονται σοβαρά και τελικά οδηγούν σε κυάνωση με ασφυκτικά φαινόμενα και θάνατο. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με τη μικροβιολογική και ιστοπαθολογική ανεύρεση του παράσιτου στις εκκρίσεις και στους ιστούς. Η ακτινογραφία θώρακος εξάλλου, όπως και ο ορολογικός έλεγχος, συμπληρώνουν τον εργαστηριακό έλεγχο. Θεραπεία εκλογής είναι η χορήγηση τριμεθοπρίμης - σουλφαμεθοξαζόλης ή πενταμιδίνης.

**Εικ. 4.2:** Ακτινογραφία θώρακος στην οποία αναδεικνύεται πνευμονία οφειλόμενη σε *Pneumocystis Carinii*. Δεξιά το ξένο σώμα ανήκει σε κάποια ιατρική συσκευή που φέρει ο ασθενής.



✦ **Τοξοπλάσμωση.** Οφείλεται στο *Toxoplasma gondii* που μεταδίδεται στον άνθρωπο με τρόφιμα, κυρίως κρέας ή από τα κόπρανα γάτας. Το πρωτόζωο εγκαθίσταται στους ιστούς και πολλαπλασιάζεται φτιάχνοντας ψευδοκύστες. Κλινικά η τοξοπλάσμωση ταξινομείται σε 4 ποικιλίες τη συγγενή, την επίκτητη, την οφθαλμική και τη διάσπαρτη, που εκδηλώνεται πάνω σε έδαφος ανοσοκαταστολής. Η επίκτητη μορφή είναι συχνά ασυμπτωματική ή εκδηλώνεται με πυρετό, καταβολή δυνάμεων, λεμφαδενοπάθεια, σπληνομεγαλία και κηλιβοβλατιδώδες εξάνθημα, πολυαδενικό σύνδρομο, που θυμίζει λοιμώδη μονοπυρήνωση και αυτοϊάται. Σε περιπτώσεις όμως έντονης κυτταρικής ανοσοκαταστολής, όπως συμβαίνει στο AIDS, η νόσος

παίρνει μεγάλες διαστάσεις.

Κύριο χαρακτηριστικό τότε είναι η προβολή κυρίως του κεντρικού νευρικού συστήματος, των οφθαλμών, που μαζί με τη γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια, τις μυαλγίες, την καταβολή των δυνάμεων, τον πυρετό κ.ά., αποτελούν τα κλινικά σημεία και συμπτώματα της λοίμωξης. Η διάγνωση τεκμηριώνεται κυρίως με την ανεύρεση του πρωτόζωου σε ιστολογικές τομές και την αύξηση του τίτλου των αντισωμάτων του παράσιτου στο αίμα. Θεραπευτικά η σουλφαδιαζίνη και η πυριμεθαμίνη είναι τα φάρμακα εκλογής.

⊕ Κρυπτοσποριδίωση. Το *Cryptosporidium* είναι πρωτόζωο, που παρασιτεί στο επιθήλιο του γαστρεντερικού συστήματος. Προσβολή του γαστρεντερικού συστήματος με διάφορα στελέχη *Cryptosporidium* είναι μια από τις πιο συχνές ευκαιριακές λοιμώξεις σε πάσχοντες από AIDS. Κλινικά η λοίμωξη εκδηλώνεται με επίμονες υδαρείς διαρροϊκές κενώσεις και χολοκυστίτιδα, που οδηγούν σε σύνδρομο δυσαπορρόφησης, αφυδάτωση και καχεξία. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με παρασιτολογική εξέταση των κοπράνων, θεραπευτικά χορηγούνται γλινταμυκίνη, σπιραμυκίνη, φουραζολιδόνη και άλλα χημειοθεραπευτικά με αμφίβολη απάντηση.<sup>22</sup>

## 2. Μυκητιάσεις που προκαλούν:

⊕ Μονιλίαση. Η μονιλίαση οφείλεται στο μύκητα *Candida albicans*. Πρόκειται για ευκαιριακό μύκητα, που η ανάπτυξη του ευνοείται σε ορισμένες καταστάσεις, όπως μακροχρόνια λήψη ορισμένων φαρμάκων, (κορτικοστεροειδή, ανοσοκατασταλτικά, αντιβιοτικά ευρέως φάσματος, αντισυλληπτικά κ.ά.), νόσων αίματος (αναιμία, λευχαιμία, λεμφώματα), καρκινώματα, μη ελεγχόμενος σακχαρώδης διαβήτης, πρωτοπαθή σύνδρομο ανοσοανεπάρκειες κ.α. Κλινικές εκδηλώσεις μονιλίασης απαντούν στο στόμα, στον οισοφάγο και στο λοιπό γαστρεντερικό σύστημα, στα γεννητικά όργανα, στο δέρμα, στο αναπνευστικό σύστημα κ.ά. Η μονιλίαση είναι η πιο συχνή και πρώιμη ευκαιριακή λοίμωξη που απαντά στο AIDS. Η μονιλίαση, μάλιστα, του οισοφάγου είναι ένα από τα σταθερά διαγνωστικά κριτήρια του AIDS. Εξαιρετική συχνή (60%-90%) είναι εξάλλου η μονιλίαση στο στόμα

σε άτομα με ARC και AIDS, χωρίς εν τούτοις να ταξινομείται στα κύρια διαγνωστικά κριτήρια του AIDS. Επί πλέον, μονιλίαση εμφανίζεται στους βρόγχους και πνεύμονες, στο λεπτό και παχύ έντερο, στον πρωκτό, ενώ μερικές φορές δημιουργεί αποστήματα στον εγκέφαλο και στο ήπαρ.

Η διάγνωση τεκμηριώνεται με μικροβιολογική εξέταση, καλλιέργεια, ιστοπαθολογική εξέταση και χρώση PAS και με οισοφαγοσκόπηση, προκειμένου για μονιλίαση του οισοφάγου. Θεραπεία είναι η τοπική χρήση νυστατίνης ή μυκοναζόλης και εκεί όπου ενδείκνυται, συστηματική χορήγηση κετοκοναζόλης ή αμφοξερικίνης-B.

⊕ Κρυπτοκοκκίωση. Η νόσος οφείλεται στον *Cryptococcus neoformans*, που βρίσκεται σε υψηλές συγκεντρώσεις στα περιττώματα των περιστερών. Η ευκαιριακή αυτή λοίμωξη είναι αρκετά συχνή σε πάσχοντες με AIDS, που ευνοείται από την κυτταρική ανοσοανεπάρκεια. Στις περιπτώσεις αυτές η νόσος, μετά τους πνεύμονες, που είναι η κύρια εντόπιση, γενικεύεται και προσβάλλει κυρίως το κεντρικό νευρικό σύστημα, με αποτέλεσμα χρόνια μηνιγγίτιδα και πολυεστιακή εγκεφαλοπάθεια. Επί πλέον, μπορεί να προσβληθούν λεμφαδένες, δέρμα, νεφροί, μυελός των οστών, οστά, αρθρώσεις και άλλα όργανα. Πρόσφατα έχουν περιγραφεί βλάβες και στο βλεννογόνο του στόματος σε πάσχοντες από AIDS.

Η διάγνωση τεκμηριώνεται με μικροβιολογική εξέταση, καλλιέργεια, ιστοπαθολογική εξέταση και ανοσολογικές τεχνικές. Η θεραπεία είναι δύσκολη και στηρίζεται στη χορήγηση αμφοτερικίνης-B ή φλουκοαζόλης.

### 3. Ιογενείς λοιμώξεις:

⊕ Κυτταρομεγαλοϊός. Ο κυτταρομεγαλοϊός είναι DNA ιός, που ταξινομείται στην ομάδα των ερπητοϊών. Λοιμώξεις με τον κυτταρομεγαλοϊό είναι πολύ συχνές σε ασθενείς με AIDS. Ο ιός βρίσκεται σε μεγάλη συχνότητα σε ομοφυλόφιλους και αμφιφυλόφιλους, καθώς και στις λοιπές ομάδες υψηλού κινδύνου του AIDS. Στις ομάδες αυτές ο ιός έχει απομονωθεί στα: σάλιο, δάκρυα, αίμα, λεμφοκύτταρα, σπέρμα, ούρα, μητρικό γάλα, κόπρανα και πολλά όργανα (πνεύμονες, ήπαρ). Λόγω της ανοσοανεπάρκειας που



συνοδεύει την λοίμωξη HIV, η λοίμωξη με τον κυτταρομεγαλοϊό εκδηλώνεται με διάσπαρτες συστηματικές εκδηλώσεις από τους πνεύμονες, τα επινεφρίδια, το γαστρεντερικό σύστημα, το ήπαρ και το σπλήνα, τους οφθαλμούς, τους σιαλογόνους αδένες, το αίμα και το κεντρικό νευρικό σύστημα. Εργαστηριακές εξετάσεις που βοηθάνε στη διάγνωση είναι η απομόνωση του ιού, η ιστοπαθολογική εξέταση προσβλημένων ιστών που αποκαλύπτει ενδοκυτταρικά έγκλειστα του ιού. Η ορολογική ανίχνευση αντισωμάτων εναντίον του ιού δεν είναι αξιόπιστος διαγνωστικός δείκτης, θεραπεία αποτελεσματική δεν υπάρχει. Περιορισμένα αποτελέσματα έχει η χορήγηση της 9-12 υδροξυλ-1-εθοξυμεθυλοουανίνης.

⊕ Ιός του Απλού Έρπητα. Παρατηρείται αυξημένη εμφάνιση ερπητικών λοιμώξεων σε ασθενείς με AIDS, ARC ακόμα και υγιείς οροθετικούς. Και οι δύο τύποι (I και II) απλού έρπητα ευθύνονται για τις βλάβες. Χαρακτηριστικό της ερπητικής λοίμωξης σε πάσχοντες από AIDS είναι οι συχνές υπότροπες η τάση για γενίκευση, οι βαθιές και επίμονες βλάβες. Ο βλεννογόνος του στόματος προσβάλλεται συχνά από τον τύπο I του ιού και οι κλινικές εκδηλώσεις περιγράφονται με λεπτομέρεια στο κεφάλαιο των στοματικών εκδηλώσεων του AIDS. Επί πλέον, επίμονες ερπητικές βλάβες παρατηρούνται συχνά στην περιπρωκτική περιοχή, τη γεννητική και περιγεννητική χώρα, στο δέρμα των δακτύλων και σε άλλες θέσεις. Πιο σπάνια είναι η προσβολή του ρινικού βλεννογόνου, του οισοφάγου, της τραχείας και των βρόγχων. Επί πλέον, προσβολή του νωτιαίου μυελού και του εγκεφάλου μπορεί να συμβεί πάνω σε έδαφος έντονης κυτταρικής ανοσοανεπάρκειας.

Η διάγνωση στηρίζεται ως επί το πλείστον στους κλινικούς χαρακτήρες και σπάνια χρειάζεται εργαστηριακή επιβεβαίωση. Κυτταρολογική εξέταση επιχρίσματος από τις βλάβες ή ακόμη και ιστοπαθολογική εξέταση βοηθούν στη διάγνωση αμφίβολων περιπτώσεων. Η απομόνωση εξάλλου του ιού είναι διαγνωστικός δείκτης, θεραπευτικά η χορήγηση acyclovir τοπικά, από το στόμα ή και ενδοφλέβια, ανάλογα με τη θέση προσβολής και τη βαρύτητα

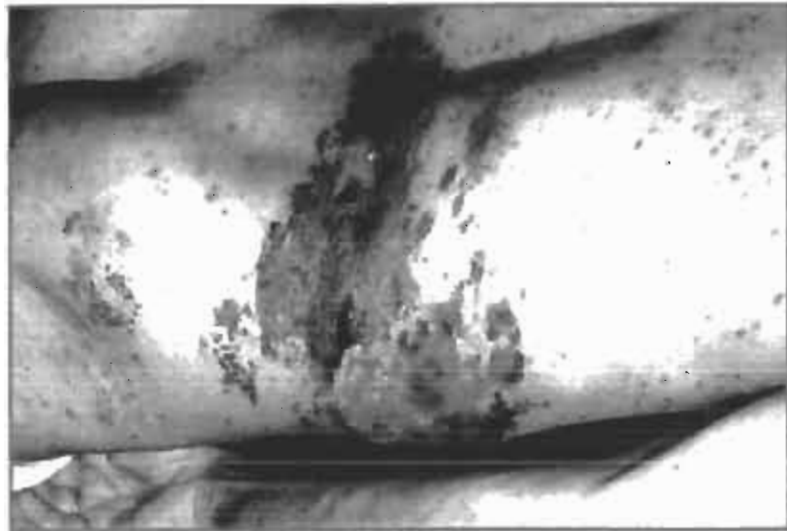
της νόσου, είναι η σωστή κίνηση.



Εικ. 4.3: Έρπης απλός. Πρωτομόλυνση. Βαριά κλινική εικόνα.

⊕ **Ιός Ανεμευλογιάς - Ζωστήρα.** Ο ιός ανεμευλογιάς - ζωστήρα προκαλεί στους ενήλικες έρπητα ζωστήρα. Η νόσος έχει καταγραφεί σε αρκετές περιπτώσεις λοίμωξης HIV, είτε στο προ- AIDS στάδιο είτε στο πλήρες AIDS. Ο έρπης ζωστήρ δεν ανήκει στις κύριες ευκαιριακές λοιμώξεις σύμφωνα με τα κριτήρια ορισμού του AIDS. Η νόσος είναι συνήθως εντοπισμένη σε ορισμένα νευροτόμια, ενώ μπορεί να γενικευθεί.

Εικ. 4.4: Έρπης ζωστήρας. Βαρύς νεκρωτικός διάσπαρτος συνδυαζόμενος με βαριά ανοσοκαταστολή.



⊕ **Μυκοβακτηρίδιο Avium-Intracellulare.** Λοιμώξεις με το μυκοβακτηρίδιο Avium-Intracellulare παρουσιάζονται σε αυξημένη συχνότητα σε πάσχοντες από AIDS, ενώ είναι εξαιρετικά σπάνιες σε άτομα που έχουν άλλης μορφής ανοσολογικές ανεπάρκειες. Λόγω της μεγάλης ανοσοκαταστολής, η λοίμωξη

που θεωρείται και άτυπη μορφή φυματίωσης, είναι συνήθους γενικευμένη, αφού προσβάλλονται οι πνεύμονες, το γαστρεντερικό σύστημα, οι λεμφαδένες, ο μυελός των οστών, το δέρμα, οι βλεννογόνοι και στα τελικά στάδια, λόγω βακτηραιμίας, μπορεί να προσβληθεί κάθε σπλάγχο. Η διάγνωση της λοίμωξης τεκμηριώνεται με καλλιέργεια, ιστοπαθολογική και ανοσολογική εξέταση. Η θεραπεία συνίσταται στη χορήγηση αντιφυματικών φαρμάκων με περιορισμένη όμως επιτυχία.

Φ Μυκοβακτηρίδιο Φυματίωσης. Λοίμωξη με το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης απαντά αρκετά συχνά σε πάσχοντες από AIDS, ειδικά σε εκείνους που προέρχονται από περιοχές, όπου ενδημεί η φυματίωση (π.χ. κεντρική Αφρική). Λόγω της μεγάλης ανοσοκαταστολής, η φυματίωση είναι γενικευμένη με προσβολή των πνευμόνων, των λεμφαδένων, του γαστρεντερικού συστήματος, του κεντρικού νευρικού συστήματος, του μυελού των οστών και άλλων οργάνων. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με μικροβιολογική και ιστοπαθολογική εξέταση, καθώς και καλλιέργεια, θεραπευτικά χορηγούνται αντιφυματικά φάρμακα.<sup>22</sup>

#### 4. Νεοπλάσματα:

Το πιο συχνό νεόπλασμα είναι:

Φ Σάρκωμα Kaposi. Το σάρκωμα Kaposi ήταν ένα σχετικά σπάνιο νεόπλασμα με καλή σχετική βιολογική συμπεριφορά, που ενδημούσε σε ορισμένες γεωγρα-φικές περιοχές του πλανήτη μας. Με την εμφάνιση του AIDS ένας νέος επιθετικός τύπος σαρκώματος Kaposi εμφανίστηκε, κυρίως σε ομοφυλόφιλους άνδρες αλλά και σπανιότερα στις άλλες ομάδες υψηλού κινδύνου. Σήμερα διακρίνουμε 3 ποικιλίες σαρκώματος Kaposi, το κλασικό, το ενδημικό (Αφρικάνικο) και το επιδημικό (AIDS - Kaposi).

Το AIDS - Kaposi μαζί με την πνευμονία από *Pneumocystis Carinii* αποτελούν τα πιο σταθερά κριτήρια ευκαιριακών νόσων, που είναι διαγνωστικά του AIDS. Σε αναλογία 30%-40% οι πάσχοντες από AIDS παρουσιάζουν σάρκωμα Kaposi και από αυτούς 50%-70% έχουν εκδηλώσεις και στο βλεννογόνο του στόματος Η θνησιμότητα των πασχόντων με AIDS,

που εμφανίζουν σάρκωμα Karosi είναι περίπου 30%-40%.



Εικ. 4.5: AIDS-Karosi. Πολλές βλάβες στο δέρμα του προσώπου σε ομοφυλόφιλο άνδρα ηλικίας 39 ετών με AIDS.

Εάν επί πλέον του σαρκώματος Karosi εκδηλωθεί και πνευμονία από *Pneumocystis Carinii* η πρόγνωση είναι χειρότερη, αφού και τα δύο μαζί ευθύνονται για το 65%-70% των θανάτων. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με την ιστοπαθολογική εξέταση των βλαβών. Θεραπευτικά χορηγούνται α-Ιντερφερόνη και συνδυασμός κυτταροστατικών φαρμάκων (π.χ. μπλεομυκίνη, βινπλαστίνη, ακτινομυκίνη-D κλπ) με περιορισμένη επιτυχία, αφού ο θάνατος επέρχεται κυρίως από ευκαιριακές λοιμώξεις.<sup>22</sup>

Εικ. 4.6: Σάρκωμα Karosi στα ούλα της κάτω γνάθου ομοφυλόφιλου ασθενούς ηλικίας 42 ετών. Παρατηρούνται δύο μεγάλοι εξωφυτικοί όγκοι με βαθύ κόκκινο χρώμα.



⊕ Άλλες ευκαιριακές λοιμώξεις (με ανίχνευση και αντι HIV):

Προκαλεί: διάχυτη ιστοπλάσμωση, βρογχική ή πνευμονική καντιντίαση, ισοσπορίωση, χρόνια λεμφοειδή διάμεση πνευμονία (σε παιδιά κάτω των 13

χρόνων), λέμφωμα, λέμφωμα non-Hodgkins, λέμφωμα Burkitt, λέμφωμα ή σάρκωμα ανοσοβλαστικό Β ή αγνώστου φαινοτύπου.<sup>23</sup>

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 4.1

Η κατανομή των δηλωθέντων κρουσμάτων του συνδρόμου κατά κατηγορία δηλούμενης νόσου τον Δεκέμβριο του 1993

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΝΟΣΟΥ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΡΟΥΣΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Ευκαιριακές Λοιμώξεις	585	65,7
Σάρκωμα Karosi	108	12,1
Ευκ. Λοιμώξεις & Σ. Karosi	17	1,9
Λέμφωμα HIV	25	2,8
Εγκεφαλοπάθεια	58	6,5
Σύνδρομο Απίσχυσης	97	10,9
Λεμφώδης ενδιάμεσος πνευμονία	1	0,1
<b>Σύνολο</b>	<b>891</b>	<b>100,0</b>

#### 4.4. ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ ΕΜΒΟΛΙΟ

Μέχρι σήμερα δεν έχει παρασκευαστεί επιτυχές εμβόλιο για ρετροϊό, γεγονός που κάνει τη παρασκευή του εμβολίου για το AIDS μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις για την ιατρική επιστήμη.

Στις ιογενείς λοιμώξεις η παρασκευή προφυλακτικού εμβολίου επιτυγχάνεται 7 με 10 περίπου χρόνια μετά την απομόνωση του υπεύθυνου ιού. Ήταν φυσικό κατά συνέπεια να αναπτρωθούν οι ελπίδες για αποτελεσματική προφύλαξη όταν απομονώθηκε ο ιός HIV. Δυστυχώς, γρήγορα έγινε αντιληπτό ότι βασικές αρχές που εφαρμόζονται στην ανάπτυξη των εμβολίων δεν ισχύουν για τον ιό HIV. Εμφανίστηκαν βασικές δυσκολίες και εμπόδια που θα πρέπει να υπερπηδηθούν. Οι κυριότερες αφορούν τη γενετική αστάθεια του ιού, την ανάγκη ανάπτυξης και κυτταρικής ανοσίας, την εξασφάλιση κατάλληλων πειραματόζων και τις δυσχέρειες δοκιμών σε ανθρώπους.<sup>24</sup>

Πιθανοί τύποι εμβολίων κατά του HIV

Για την αντιμετώπιση πολλών ιογενών λοιμώξεων έχουν χρησιμοποιηθεί ζώντα εξασθενημένα στελέχη, τα οποία προκαλούν πλήρους φάσματος ανοσιακή απάντηση. Τέτοιο εμβόλιο κατά του HIV δεν είναι δυνατόν να γίνει αποδεκτό, γιατί υπάρχει α) η πιθανότητα να μεταλλαχθεί σε λοιμογόνο ιό και β) να ενσωματωθεί στο γενετικό υλικό του κυττάρου και τότε ο κίνδυνος μεταλλαγής θα υπάρχει εφόρου ζωής.

Εμβόλιο από πλήρη αδρανοποιημένο ιό έχει ήδη χρησιμοποιηθεί κατά του HIV. Ένα τέτοιο εμβόλιο έχει το μειονέκτημα ότι δεν ενεργοποιεί την κυτταρική ανοσία, δεν μπορεί να παραχθεί σε μεγάλη ποσότητα με ασφάλεια και υπάρχουν πάντα φόβοι για πιθανή ανεπαρκή αδρανοποίηση του. Εμβόλιο από αδρανοποιημένο ιό (SIV) έχει ήδη δοκιμασθεί σε πιθήκους. Τα πειραματόζωα ανέπτυξαν αρχικά υψηλό τίτλο αντισωμάτων, που τα προστατεύει από εμβολιασμό με ζωντανό ομόλογο ιό. Η προστασία όμως ήταν παροδική, γιατί μετά από 8 περίπου μήνες ο τίτλος των αντισωμάτων μειώθηκε σημαντικά και ορισμένοι από τους πιθήκους ανέπτυξαν λοίμωξη όταν επανεμβολιάστηκαν με ζωντανό ιό.

Εμβόλιο από τμήματα του HIV που παρασκευάστηκαν με γενετικό ανασυνδυασμό. Χρησιμοποιήθηκαν οι πρωτεΐνες του πυρήνα (gag) και του περιβλήματος (env). Οι gag πρωτεΐνες είναι στόχοι της κυτταρικής ανοσοαπάντησης. Έχουν ήδη αναγνωρισθεί επίτοποι, που αναγνωρίζονται από τα κυτταροτοξικά λεμφοκύτταρα, όπως επίσης και άλλοι που αναγνωρίζονται από τα βοηθητικά λεμφοκύτταρα. Υψηλοί τίτλοι αντισωμάτων προς τις gag πρωτεΐνες έχει αναφερθεί ότι σχετίζονται με καθυστέρηση εκδήλωσης AIDS και επομένως θα είναι δυνατόν υψηλός τίτλος gag αντισωμάτων να προστατεύσει τους προσβληθέντες από την ανάπτυξη και εκδήλωση AIDS.

Αντίθετα με την άποψη αυτή, υποστηρίζεται ότι υψηλοί τίτλοι υποδηλώνουν αμυντικό σύστημα υψηλής ικανότητας και ότι η μείωση των gag αντισωμάτων που παρατηρείται σε ασθενείς με AIDS είναι το αποτέλεσμα της μειωμένης ανοσοαπάντησης και όχι το αίτιο που οδηγεί σε νόσο. Επομένως,

υποστηρίζεται ότι ένα εμβόλιο που θα προκαλεί παραγωγή gag αντισωμάτων δεν θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για θεραπευτική παρέμβαση σε ήδη προσβληθέντες.

Στις γλυκοπρωτεΐνες ενν, έχουν αναγνωρισθεί επίτοποι που είναι υπεύθυνοι για την παραγωγή εξουδετερωτικών αντισωμάτων, επομένως θα πρέπει να συμπεριληφθούν για την παραγωγή εμβολίου.<sup>24</sup>

#### 4.4.1. Κλινικές δοκιμές εμβολίου κατά του AIDS σε ανθρώπους.

Υπάρχουν σήμερα σε εξέλιξη 9 κλινικές δοκιμές σε φάση I για τη μελέτη θεμάτων, που σχετίζονται με την ασφάλεια και την ανοσογονικότητα του εμβολίου κατά του AIDS. Επειδή έχει γίνει η σκέψη ότι πιθανόν οι πρωτεΐνες του HIV μπορούν να παράγουν αυτοαντισώματα, που έχουν τη δυνατότητα να αναχαιτίζουν τις ανοσιακές λειτουργίες του οργανισμού και επειδή μη εξουδετερωτικά αντισώματα κατά του HIV (υποβοηθούν) τη HIV-λοίμωξη in vitro, οι κλινικές δοκιμές του εμβολίου στη φάση I είναι εξαιρετικά λεπτομερείς και σχολαστικές.<sup>24</sup>

Η πρώτη κλινική δοκιμή σε ανθρώπους έγινε το 1987 από τους Zagury, που χρησιμοποίησαν για ανοσοποίηση λεμφοκύτταρα ασθενών, τα οποία μολύνθηκαν με ιό δαμαλίτιδας, στον οποίο είχε ενσωματωθεί υλικό του HIV, με αποτέλεσμα να εκφράζεται γόνος ENV. Βρέθηκε ότι αναπτύχθηκαν εξουδετερωτικά αντισώματα σε 12 υγιείς εθελοντές, μεταξύ των οποίων και ο Zagury. Λεμφοκύτταρα που είχαν προσβληθεί από αυτόν τον σύνθετο ιό, επαναχρησιμοποιήθηκαν μετά από αδρανοποίηση στους εθελοντές για να προκαλέσουν ανοσολογική απόκριση. Μέχρι στιγμής όμως δεν έχει χορηγηθεί ο ίδιος ο ιός HIV σ' αυτούς, για να διαπιστωθεί η αποτελεσματικότητα του εμβολίου. Επίσης σε 10 ασθενείς με AIDS στο Ζαΐρ επαναχορηγήθηκαν λεμφοκύτταρα που είχαν προσβληθεί από τον ιό HIV, με σκοπό να διεγείρουν την κυτταρική τους ανοσία. Μέχρι στιγμής δεν αναφέρθηκαν παρενέργειες, ούτε όμως ευεργετικά αποτελέσματα.

Η εξουδετέρωση του ιού θα είναι πιο αποτελεσματική, όταν αναπτυχθούν

αντισώματα που θα παρεμποδίσουν την προσκόλλησή του στους ειδικούς κυτταρικούς υποδοχείς. Όλα τα στελέχη που απομονώθηκαν μέχρι σήμερα (HIV1, HIV2, SIV) προσκολλώνται στους υποδοχείς CD4. Μονοκλωνικά αντισώματα προς τους υποδοχείς CD4 και ειδικότερα τα μονοκλωνικά αντισώματα Leί3a χρησιμοποιήθηκαν ως εμβόλιο για παραγωγή των αντίστοιχων ιδιοτυπικών αντισωμάτων. Τα αντισώματα αυτά βρέθηκε να συνδέονται με τον ιό στο ίδιο ακριβώς σημείο με το οποίο ο ιός προσκολλάται στον κυτταρικό υποδοχέα. Πρόσφατα πειράματα απέδειξαν ότι τα αντισώματα αυτά εξουδετερώνουν πλήρως τον ιό, τουλάχιστον in vitro.<sup>22</sup>

#### 4.4.2. Ηθικά - Νομικά - Δεοντολογικά και Κοινωνικά Προβλήματα

Η ανάπτυξη του εμβολίου θα πρέπει να λάβει υπόψη τις ηθικές, νομικές και κοινωνικές ιδιομορφίες του AIDS. Τα πειράματα θα πρέπει να γίνουν αρχικά σε πειραματόζωα. Οι εθελοντές θα πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένοι, όσον αφορά τους πιθανούς κινδύνους που θα αντιμετωπίσουν. Η πολιτεία οφείλει να δώσει κίνητρα και παροχές, ενώ η δωρεάν ιατρική περίθαλψη και η τήρηση της απόλυτης εχεμύθειας είναι επιβεβλημένες. Υπάρχουν επιφυλάξεις και δισταγμοί για την τήρηση των απαραίτητων μέτρων κατά τη διάρκεια των δοκιμών. Η παρεχόμενη πλημμελής περίθαλψη και ο πειστικός χαρακτήρας της νόσου δεν παρέχουν αρκετό χρόνο για τη σωστή ολοκλήρωση των προκαταρκτικών πειραμάτων. Κατά τη διάρκεια των πειραμάτων, όχι μόνο θα πρέπει να παρέχεται υψηλού βαθμού ιατρική περίθαλψη, αλλά και να τηρούνται οι προϋποθέσεις, ώστε να εξάγονται έγκυρα επιστημονικά συμπεράσματα.<sup>22</sup>



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup> ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

### 5.1. Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

#### ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΩΡΑ ΟΡΙΣΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ AIDS

Ωστόσο, έγινε σημαντική πρόοδος σε σχέση με τις αρχές της δεκαετίας του 1980 και έχουμε πλέον τη δυνατότητα να επιμηκύνουμε τη διάρκεια ζωής και να παράσχουμε ανακούφιση στους ασθενείς.

Όταν εμφανίσθηκε η επιδημία του AIDS, οι ιατροί φάνηκαν ανήμποροι να την αντιμετωπίσουν. Η ανακάλυψη του ιού έδωσε τη δυνατότητα να δοκιμασθούν, με βάσιμες ελπίδες, τα λίγα γνωστά αντιρετροϊκά μόρια για τα οποία υπήρχε ήδη κάποια κλινική εμπειρία. Πράγματι, κατά τη δεκαετία του 1970, ορισμένα από αυτά είχαν χρησιμοποιηθεί, ανεπιτυχώς, για τη θεραπεία λευχαιμιών, επειδή πιστεύαμε ότι μερικές από αυτές οφείλονται σε λοιμώξεις από ρετροϊούς. Ήδη, το 1984, δοκιμάσαμε την αποτελεσματικότητά τους σε ασθενείς προσβεβλημένους από AIDS. Την εποχή εκείνη ο Jean-Claude Chermann ερευνούσε ένα ανόργανο μόριο, το HPA23 και είχε αποδείξει ότι είναι δραστικό κατά της ανάστροφης μεταγραφάσης. Είχαμε επίσης κάποια κλινική εμπειρία με το μόριο αυτό, για την αντιμετώπιση της νόσου των Creutzfeld-Jacob. Πρόκειται για μια εκφυλιστική πάθηση που οφείλεται σε προϊόντα. Το HPA23 χορηγήθηκε σε ασθενείς με AIDS, ιδίως σε νεαρούς αιμορροφιλικούς. Δυστυχώς, το μόριο αυτό, όπως και πολλά άλλα στη συνέχεια δεν απέδωσε in vivo τη δεδομένη αντιρετροϊκή δράση που έχει in vitro.

Οι μεγάλες φαρμακοβιομηχανίες έχουν παραγάγει χιλιάδες μόρια, τα οποία έχουν την ικανότητα να αναστέλλουν την παραγωγή ιών και τα τεστ ταχείας ανίχνευσης μας επέτρεψαν να εκτιμήσουμε σε χρόνο ρεκόρ την ικανότητα αυτή κατά του HIV. Ο Hiogoaki Mitsuyaya και οι συνεργάτες του στο NIH, αλλά και ερευνητές της Wellcome, ανακάλυψαν ότι ένα προϊόν των εργαστηρίων Burroughs Wellcome, με την κωδική ονομασία BW 509, εμφανίζει

αξιοσημείωτη αντιϊκή δράση νίτρο. Επρόκειτο για ένα ανάλογο νουκλεοζιδίου, γνωστό με τη χημική του ονομασία AZT, το οποίο είχε παρασκευασθεί το 1964 με χημική σύνθεση. Οι αντικαρκινικές του ιδιότητες αποδείχθηκαν πενιχρές, βρέθηκε δε ότι το μόριο είναι τοξικό για τα πειραματόζωα. Παρέμεινε έκτοτε στα ράφια, όπως και πολλά άλλα μόρια, ως την ημέρα που το εργαστήριο αποφάσισε να ελέγξει τη δράση του κατά HIV. Είναι αξιοσημείωτο ότι η AZT πέρασε πολύ γρήγορα από τα εργαστήρια στις πρώτες θεραπευτικές δοκιμές. Ωστόσο, ο αρχικός ενθουσιασμός των κλινικών ιατρών έμελλε να μετριασθεί με την πάροδο των ετών και θα δούμε αργότερα γιατί. Εν συνεχεία, τέθηκαν σε δοκιμή διάφορα συνθετικά ανάλογα νουκλεοσιδίων. Ορισμένα από αυτά χρησιμοποιούνται σήμερα, όπως οι ddI, ddC, 3TC και D4T είτε αφού πήραν επίσημη αδεία κυκλοφορίας από εθνικούς οργανισμούς ελέγχου φαρμάκων είτε στο πλαίσιο θεραπευτικών δοκιμών.

Υπήρξαν και άλλες προσεγγίσεις: δέσμευση του κυτταρικού υποδοχέα του ιού (διαλυτός υποδοχέας CD4) και παραδόξως η χρήση μορίων, όπως είναι η κυκλοσπορίνη, τα οποία έχουν ανοσοκατασταλτική δράση έπειτα από μερικές ημέρες θεραπείας και δυστυχώς λίγες ημέρες πριν από τον θάνατο των ασθενών. Η κατακραυγή που ακολούθησε από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης κάλυψε την ιδιαίτερη σημασία που έχει η θεραπευτική αντιμετώπιση της αυτοανοσίας και η ενεργοποίηση του ανοσοποιητικού συστήματος κατά τη διάρκεια της νόσου. Ο κατάλογος αυτών των προσεγγίσεων και των διαφόρων μορίων δεν είναι πλήρης παρά το γεγονός ότι δεν σημειώνονται θαύματα, οι ελπίδες είναι αρκετές. Ωστόσο, χρειάζεται να πραγματοποιηθούν κλινικές δοκιμές για να αποδειχθεί η αποτελεσματικότητα ενός μορίου. Όσο ασθενέστερη είναι η δράση ενός φαρμάκου και όσο δυσκολότερο είναι να μελετηθεί, τόσο αυστηρότερες είναι οι δοκιμές αυτές και τόσο μεγαλύτερα χρονικά περιθώρια απαιτούν.

Αρχίσαμε σιγά σιγά να κερδίζουμε μήνες ζωής για τους ασθενείς, κυρίως χάρη στο έργο των ιατρών, στις καθημερινές παρατηρήσεις τους, στη συνεργασία τους με τους ερευνητές και τους πάσχοντες, καθώς επίσης και χάρη στη διεθνή συνεργασία, σε επίπεδο κλινικών δοκιμών, θα κατορθώσουμε να

ελέγξουμε την ασθένεια μόνον όταν αποκτήσουμε ικανοποιητικές γνώσεις για τους μηχανισμούς της. Σήμερα ορισμένα φάρμακα επιτρέπουν να καθυστερήσουμε τον αναδιπλασιασμό του ιού. Εκείνο όμως το οποίο κυρίως παρατηρείται είναι καλύτερη πρόληψη και βελτίωση της θεραπείας των ευκαιριακών λοιμώξεων.

Προσανατολιζόμαστε προς μια σφαιρική αντιμετώπιση της νόσου, στην οποία λαμβάνονται υπόψη ο ιός, οι ευκαιριακές λοιμώξεις, οι επικουρικοί παράγοντες και η κατάσταση του ανοσοποιητικού συστήματος. Η κλινική έρευνα προσπαθεί διεθνώς να αναπτύξει διάφορες δοκιμαστικές θεραπείες, να εκτιμήσει τους βέλτιστους συνδυασμούς φαρμάκων και να καθορίσει την καλύτερη χρονική στιγμή για τη χορήγησή τους. Θα υπενθυμίσουμε στη συνέχεια τις θεραπείες που εφαρμόζονται ευρέως. Όλοι οι ασθενείς θα έπρεπε να μπορούν να έχουν πρόσβαση σε αυτές, τόσο στις αναπτυσσόμενες χώρες όσο και στις δικές μας κοινωνίες.<sup>25</sup>

## 5.2. Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ AIDS

Η θεραπευτική αγωγή διακρίνεται σε  $\Phi$  αντιμικροβιακή  $\Phi$  συμπτωματική θεραπεία των ευκαιριακών λοιμώξεων  $\Phi$  σε ειδική θεραπεία έναντι του ίδιου του ιού  $\Phi$  σε ανοσοτροποποιητική θεραπεία και σε ψυχολογική υποστήριξη.

### A. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ορισμένες ευκαιριακές λοιμώξεις, όπως η πνευμονία από πνευμοκύστη *Cariinii*, η οισοφαγίτιδα από κάντιντα και η λοίμωξη από απλό έρπητα, ανταποκρίνονται, συνήθως στη θεραπεία, χωρίς όμως να αποκλείονται υποτροπές σε μερικές μάλιστα περιπτώσεις θανατηφόρες. Άλλες όμως διάχυτες ευκαιριακές λοιμώξεις, όπως από μυκοβακτηρίδιο *avium intracellulare*, ο μεγαλοκυτταροϊός *Erstein-Barr* και το κρυπτοσπορίδιο, δεν ανταποκρίνονται στα ποικίλα θεραπευτικά σχήματα, που έχουν δοκιμασθεί.

Στην πνευμονία από πνευμοκύστη *Cariinii*, η θεραπεία εκλογής είναι ενδοφλέβια ή από το στόμα χορήγηση τριμεθοπρίμης και σουλφαμεθοξαζόλης. Σε περιπτώσεις αλλεργίας ή αποτυχίας του σχήματος αυτού χρησιμοποιείται

ενδομυϊκά πενταμιδίνη, που όμως είναι πολύ τοξική και προκαλεί συχνά νεφροπάθεια και λευκοπενία. Οι υποτροπές είναι συχνές και η θνησιμότητα από τη λοίμωξη φθάνει το 30%.

Στην οισοφαγίτιδα από κάντιντα χορηγούνται ενδοφλέβια αμφοτερικίνη-B ή από το στόμα κετοконаζόλη, για 15 περίπου ημέρες.

Σε λοίμωξη του δέρματος και των βλεννογόνων από τον ιό του έρπητα, η χορήγηση Zovirax (acyclovir) για 10 ημέρες τουλάχιστον, έχει μεν θεαματικά αποτελέσματα, αλλά δεν αποκλείονται και οι υποτροπές.

Στην τοξοπλάσμωση δίνονται σουλφαδιαζίνη και πυριμεθαμίνη για χρονικό διάστημα 2-3 μηνών με το φόβο εμφάνισης λευκοπενίας.

Η κρυπτοκοκκική λοίμωξη είναι πολύ δύσκολο να θεραπευθεί και συνήθως υποτροπιάζει μετά τη θεραπεία. Αντιμετωπίζεται με αμφοτερικίνη-B ή φλουконаζόλη για μεγάλο χρονικό διάστημα.<sup>6</sup>

## B. ΕΙΔΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΙΟΥ

Με βάση το γεγονός ότι ο ιός προσβάλλει εκλεκτικά τα T<sub>4</sub> λεμφοκύτταρα, οι προσπάθειες των ερευνητών αποβλέπουν στη δέσμευση του υποδοχέα του ιού στην επιφάνεια των T<sub>4</sub> λεμφοκυττάρων από ειδικά μονοκλωνικά αντισώματα, με σκοπό να εμποδιστεί η είσοδος του ιού στο κύτταρο και ο πολλαπλασιασμός του.

Το πρώτο φάρμακο που δοκιμάστηκε με επιτυχία και δρα αναστέλλοντας την ανάστροφη τρανσκριπτάση του ιού είναι η αλιδοθυμιδίνη (AZT).<sup>1</sup>

Πιο συγκεκριμένα:

Η AZT ανακαλύφθηκε από επιστήμονες στα εργαστήρια της φαρμακευτικής εταιρίας Burroughs Wellcome και δοκιμάστηκε σε 145 ασθενείς με AIDS. Σε άλλους 137 ασθενείς δόθηκε πλασίμπο (placibo), ένα ακίνδυνο αλλά αδρανές υποκατάστατο. Από τις δύο ομάδες αυτή με την AZT έδειξε σημάδια βελτίωσης, ενώ η άλλη σημάδια επιδείνωσης. Σε έξι μήνες, 16 από αυτούς που έπαιρναν πλασίμπο πέθαναν, ενώ με την AZT μόνο ένας. Μετά από αυτό, οι αμερικανικές ιατρικές αρχές σταμάτησαν το Σεπτέμβρη του 1986 τις δοκιμές με πλασίμπο και χορήγησαν και στις δύο ομάδες AZT.

Το AZT έχει την κοινόχρηστη ονομασία ζιδοβουδίνη. Παρόλο που το

φάρμακο δεν είναι θεραπευτικό, μπορεί να παρέμβει στον πολλαπλασιασμό των ιών και να επιβραδύνει την εξέλιξη της νόσου, αυξάνοντας το χρόνο επιβίωσης. Το AZT χρησιμοποιείται προς το παρόν σε ασθενείς στους οποίους έχει αποδειχθεί η ύπαρξη HIV αντισωμάτων. Έχει επίσης αναφερθεί βελτίωση, τόσο στην ανοσολογική κατάσταση, όσο και στην επιβίωση.

- Τρόπος δράσης: Το AZT πρέπει να μετατραπεί στο αντίστοιχο νουκλεοσίδιο, για να ασκήσει την αντιϊκή του δραστηριότητα. Η θυμιδενική κινάση των θηλαστικών μεταβολίζει το AZT σε ποικίλα φωσφορολιωμένα προϊόντα. Το τρισφωφορικό AZT ενσωματώνεται τότε στην αναπτυσσόμενη αλυσίδα του ιϊκού DNA με την αντίστροφη τρανσκριπτάση. Επειδή το AZT δεν διαθέτει υδροξύλιο στη θέση 3' δεν μπορεί να σχηματιστεί άλλος 5'-3' φωσφοδιεστερικός δεσμός. Έτσι η σύνθεση της αλυσίδας του DNA τερματίζεται και δεν συμβαίνει αναδιπλασιασμός του ιού. Η σχετική έλλειψη διακριτικής ικανότητας της ιϊκής αντίστροφης τρανσκριπτάσης πιστεύεται ότι ευνοεί την εισαγωγή του AZT στη διεργασία, που καταλύεται από τον ιό. Η κυτταρική DNA πολυμεράση είναι πιο εκλεκτική. Επιπρόσθετα, η φνσφορυλίωση του δεοξυθυμιδυλικού οξέος (DTMP) στο αντίστοιχο διφωσφορικό αναστέλλεται από τη μονοφωσφορική αζιδοθυμιδίνη (AZT-MP).

- Αντοχή: Η αποτελεσματικότητα μειώνεται με το χρόνο, αλλά ο μηχανισμός είναι άγνωστος.

- Αντιϊκό φάσμα: Προς το παρόν η μονή κλινική χρήση του AZT είναι στη θεραπεία ασθενών που προσβλήθηκαν από HIV.

- Φαρμακοκινητική: Το φάρμακο απορροφάται καλά μετά τη χορήγηση από το στόμα. Η διείσδυση από τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό είναι εξαιρετική. Το φάρμακο έχει χρόνο ημιζωής 1 ώρα και το περισσότερο απ' αυτό απεκκρίνεται σαν γλυκουρονίδιο.

- Ανεπιθύμητες ενέργειες: Παρά τη φαινομενική του εξειδίκευση το AZT είναι τοξικό για το μυελό των οστών. Για παράδειγμα, σε ασθενείς που παίρνουν μεγάλες δόσεις, εμφανίζονται αναιμία και λευκοπενία.

Πονοκέφαλοι είναι επίσης συνηθισμένοι. Έχουν επίσης αναφερθεί επιληπτικές κρίσεις σε ασθενείς με προχωρημένη νόσο.

◆ Ευκαιριακές λοιμώξεις: Η μόλυνση με ιό HIV οδηγεί στη καταστροφή των T<sub>4</sub> λεμφοκυττάρων, κύτταρα τα οποία είναι ζωτικής σημασίας για τα κυτταρικά ανοσολογικά συστήματα. Έτσι σε ασθενείς με AIDS εμφανίζονται με αυξημένη συχνότητα πολλές λοιμώξεις, οι οποίες φυσιολογικά καταστέλλονται με κυτταρικού ανοσολογικού μηχανισμούς. Οι ευκαιριακές λοιμώξεις είναι οι κύριες αιτίες, που απειλούν τη ζωή σ' αυτή την ομάδα των ασθενών.<sup>27</sup>

Άλλα φάρμακα που επίσης αναστέλλουν την ανάστροφη τρανσκριπτάση του ιού και χρησιμοποιούνται σήμερα είναι:

- ◆ Στην κατηγορία των νουκλεοσιδικών αναλόγων τα abacavir, didanosine (DDI), lamivudine (3TC), Stavudine (dnT) και zalcitabine (ddC).
- ◆ Στην κατηγορία των μη νουκλεοσιδικών αναλόγων η efavirenz (EFV) και η nevirapine (NVP).

Η κατηγορία όμως φαρμάκων που εισήχθη σε ευρεία κλινική χρήση μετά το 1996 και πραγματικά άλλαξε την πρόγνωση των ασθενών αυτών είναι οι αναστολείς πρωτεάσης. Από την ομάδα αυτή χρησιμοποιούνται σήμερα στην κλινική πράξη η indinavir (IDV) η nelfinavir (NFV), η ritonavir (RTV) και η saquinavir (SQV).

Όλα τα παραπάνω φάρμακα χορηγούνται σήμερα σε συνδυασμό που συμπεριλαμβάνει τουλάχιστον 3 από αυτά.

Το αποτέλεσμα της σύγχρονης αντιρετροϊκής θεραπείας μπορεί να συνοψιστεί ως εξής:

- ⊕ Καταφέρνουμε να μειώσουμε τον ιό στο αίμα των ασθενών σε μη ανιχνεύσιμα επίπεδα.
- ⊕ Συνεπεία του προηγούμενου, ο αριθμός των T<sub>4</sub> λεμφοκυττάρων του ασθενούς συντηρείται σε σταθερά επίπεδα ή ακόμη και ανεβαίνει.<sup>30</sup>

Τα προβλήματα που υπάρχουν είναι:

- ⊕ Ο μεγάλος αριθμός των χαπιών που πρέπει να παίρνει ένας οροθετικός

καθημερινά, κάνει την συμμόρφωση στην αγωγή πολύ δύσκολη, με αποτέλεσμα τη συχνή ανάπτυξη αντοχής του ιού στα φάρμακα αυτά.

⊕ Οι παρενέργειες των αντιρετροϊκών φαρμάκων είναι συχνά σημαντικές.<sup>5</sup>

### Γ. ΑΝΟΣΟΤΡΟΠΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Αποβλέπει στην ενίσχυση και στην ενεργοποίηση του ανοσολογικού συστήματος, η οποία μπορεί να επιτευχθεί με την αντικατάσταση κυτταρικών στοιχείων ή με την παρεμβολή στον πολλαπλασιασμό και την ενεργοποίηση των Τ-λεμφοκυττάρων.

Για το σκοπό αυτό έχουν γίνει προσπάθειες μεταμόσχευσης μυελού των οστών, μετεμφύτευσης θύμου αδένος και μετάγγισης λεμφοκυττάρων σε ασθενείς πάσχοντες από AIDS χωρίς να ακολουθεί πάντοτε κλινική βελτίωση της ασθένειας.

Έχουν δοκιμασθεί, επίσης, με πενιχρά αποτελέσματα η γ-σφαιρίνη, η θυμοσίνη-5, οι γλυκάνες, οι επαγωγείς ιντερφερόνης και οι πουρίνες.

Θετικά αποτελέσματα στην ενίσχυση της ανοσίας παρατηρήθηκαν μόνο με τη χορήγηση της γ-ιντερφερόνης και της ιντερλευκίνης-2, οι οποίες έχει βρεθεί ότι παράγονται σε ελαττωμένα ποσά από τα λεμφοκύτταρα πασχόντων από AIDS. Η γ-ιντερφερόνη εμποδίζει την προσβολή των λεμφοκυττάρων από ιούς και διευκολύνει την κυτταροξική λειτουργία των κυττάρων. Η ιντερλευκίνη-2 διεγείρει την παραγωγή της ιντερφερόνης και παρεμβαίνει στον πολλαπλασιασμό και στη διαφοροποίηση των λεμφοκυττάρων.

Τέλος, εδώ θα πρέπει να αναφερθούν και τα εμβόλια κατά του ιού HIV του AIDS, για τα οποία εκφράζεται συγκρατημένη αισιοδοξία. Πειράματα με εμβόλια έχουν ήδη αρχίσει σε χιμπατζήδες με ποικιλία τεχνικό'ν μεθόδων, όπως της μεθόδου του γενετικού επανασυνδυασμού, της μεθόδου της σύνθεσης γλυκοπρωτεϊνικού καλύμματος και της μεθόδου της εισόδου στους ενδιάμεσους φορείς του ιού της δαμαλίτιδας. Επίσης, προγραμματίζονται και κλινικές δοκιμές σε ανθρώπους.<sup>16</sup>

### Δ. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

Για τον άρρωστο, το να δεχτεί την είδηση ότι πάσχει από AIDS αποτελεί

ένα φοβερό σοκ, το οποίο πρόκειται να αλλάξει ριζικά την ύπαρξη του.

- ◆ Οι θεραπείες είναι επίπονες και μακρές.
- ◆ Η διακοπή της επαγγελματικής του δραστηριότητας μπορεί να δημιουργήσει οικονομικές δυσχέρειες.
- ◆ Συχνά προσβάλλεται το νευρικό σύστημα των αρρώστων και σε προχωρημένο στάδιο της αρρώστιας γίνονται ανίκανοι να εκπληρώσουν τις καθημερινές τους ανάγκες. Έχουν ανάγκη από βοηθό για να τους μαγειρεύει, να τους ψωνίζει, να τους ντύνει, να τους περιποιείται. Όλα αυτά συμβάλλουν στην κοινωνική απομόνωση τους υπό συνθήκες τέτοιες, που τους καθιστούν όλο και περισσότερο άτομα εξαρτώμενα από τους άλλους. Αυτό γίνεται ακόμη πιο επίπονο, δεδομένου ότι οι ανήκοντες στις ομάδες υψηλού κινδύνου (ομοφυλόφιλοι, τοξικομανείς) έχουν ήδη κατά κανόνα διακόψει τους οικογενειακούς τους δεσμούς, λόγω του τρόπου ζωής τους.

Οι ασθενείς αυτοί έχουν τη μεγαλύτερη ανάγκη για ηθική και φυσική υποστήριξη από το γιατρό τους, την οικογένεια τους και το περιβάλλον τους, που πρέπει να είναι πληροφορημένο, ότι η αρρώστια δεν είναι κολλητική σε ό,τι αφορά τις επαφές της καθημερινής ζωής. Δεν υπάρχει, συνεπώς, λόγος να αποφεύγονται αυτοί οι άρρωστοι. Η οργάνωση βοήθειας γίνεται από εξειδικευμένες υπηρεσίες μέσα στα νοσοκομεία, καθώς και από τις πολυάριθμες φιλανθρωπικές ενώσεις, που πραγματοποιούν στον τομέα αυτό ένα αξιόλογο έργο.<sup>14</sup>

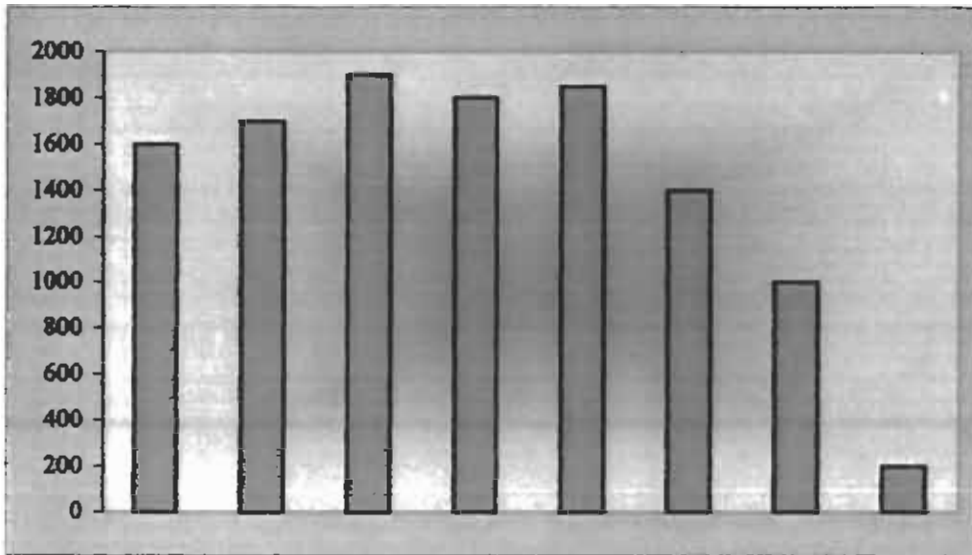
### 5.3. ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Στην κλινική πράξη το 1996 η χορήγηση τριπλής αντιρετροϊκής θεραπείας (HAART) προκαλεί θεαματική μείωση της επίπτωσης των ευκαιριακών λοιμώξεων. Το φαινόμενο επιβεβαιώθηκε από πολλούς μελετητές σε διάφορα μέρη του κόσμου. Σε διακριτική ευρωπαϊκή μελέτη οι ευκαιριακές λοιμώξεις από 22/100 ασθενείς το 1991, μειώθηκαν σε 5/100 τα έτη 1997-1998.

Από τη μελέτη αυτή φαίνεται στον Πίνακα 5.1 η σχετική συχνότητα των ευκαιριακών λοιμώξεων από το 1992 μέχρι το 1998 και η πτώση της σχετικής



συχνότητας από 10 το 1992 σε 0,14 τα έτη 1997-1998. Η δε ολική επίπτωση των ευκαιριακών λοιμώξεων έπεσε κατά 86% από το 1992.<sup>2</sup>



Σχ. 5.1: Θεαματική μείωση των θανάτων από AIDS στην περιοχή του San Francisco μεταξύ των ετών 1990-1997.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>  
ΠΡΟΛΗΨΗ

**Μ**ε την απουσία αποτελεσματικής θεραπείας και εμβολίου, η πρόληψη παραμένει το μόνο όπλο κατά της μετάδοσης του AIDS. Πρόκειται, στην πραγματικότητα, για μια αρρώστια που συνδέεται με τη συμπεριφορά (σεξουαλική ζωή, ναρκωτικά). Κατά συνέπεια, μόνο μια αλλαγή της συμπεριφοράς μπορεί να μας προστατέψει και να περιορίσει το κακό, εν αναμονή της ανακάλυψης της αποτελεσματικής θεραπείας και παρασκευής εμβολίου.

*Αντιμετωπίζοντας το AIDS, η υγεία σας εξαρτάται πολύ από σας τους ίδιους...*

Αναστατωμένες από τη γρήγορη εξάπλωση του AIDS, οι κυβερνήσεις όλου του κόσμου έχουν ξεκινήσει μεγάλες ενημερωτικές εκστρατείες. Η βρετανική κυβέρνηση ξόδεψε είκοσι εκατομμύρια λίρες για μια εκστρατεία που περιλάμβανε αφίσες, διαφημίσεις σε εφημερίδες και περιοδικά και ένα φυλλάδιο για κάθε νοικοκυριό της χώρας. Η εκστρατεία έχει στόχο να εξηγήσει τι

συμβαίνει με το AIDS και να παροτρύνει σε ασφαλέστερες σεξουαλικές δραστηριότητες, όπως η χρήση προφυλακτικών, για να μειωθεί η εξάπλωση τους.

Η εκστρατεία αυτή βλέπει το AIDS σαν ζήτημα υγείας παρά ηθικής, από την άποψη ότι δεν είναι δουλειά της κυβέρνησης να επιβάλλει ηθικούς κανόνες. Αρκεί, όμως να αναφέρουμε απλώς τα γεγονότα.

Η κυβέρνηση προτίθεται επίσης να διανέμει δωρεάν σύριγγες στους ναρκομανείς. Μερικοί υποστηρίζουν ότι πρέπει να δίνονται και δωρεάν προφυλακτικά στις ομάδες υψηλού κινδύνου.<sup>26</sup>

Επομένως η σωστή ενημέρωση του κοινού και η σχολαστική τήρηση των προληπτικών μέτρων που συνιστώνται, συντελούν στην αποφυγή του πανικού και στο περιορισμό του μεγάλου προβλήματος δημόσιας υγείας.<sup>6</sup>

## 6.1. ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΓΙΑ ΤΟ ΚΟΙΝΟ

Ο γενικός πληθυσμός πρέπει βασικά να γνωρίζει ότι η μετάδοση του ιού δεν γίνεται εύκολα. Ο ιός δε μεταδίδεται στο περιβάλλον των φορέων ή των πασχόντων από AIDS. Θα πρέπει όμως να αποφεύγονται οπωσδήποτε η χρήση κοινής ξυριστικής μηχανής, οδοντόβουρτσας, ή άλλων προσωπικών αντικειμένων των ασθενών, καθώς και η επαφή με εκκρίματα ή υγρά των ασθενών με AIDS.

Το μεγαλύτερο κίνδυνο από το AIDS διατρέχουν οι ομάδες υψηλού κινδύνου, δηλαδή οι ομοφυλόφιλοι, οι αμφιφυλόφιλοι και οι τοξικομανείς, που κάνουν χρήση ναρκωτικών με σύριγγες.

Οι πολυμεταγγιζόμενοι δε διατρέχουν πλέον κίνδυνο, διότι με τα μέτρα που έλαβε η Πολιτεία, γίνεται επισταμένος έλεγχος στο αίμα και τα παράγωγά του, που πρόκειται να χορηγηθούν σε ασθενείς, οι οποίοι πάσχουν από νοσήματα του αίματος, όπως μεσογειακή αναιμία, κλπ.

Μεγάλο όμως κίνδυνο διατρέχουν και όσοι έχουν σεξουαλικές επαφές με πολλαπλούς ερωτικούς συντρόφους, όσοι έχουν συχνές επαφές με ιερόδουλες, που δεν υπόκεινται σε τακτικό υγειονομικό έλεγχο και όσοι έρχονται σε επαφή με τυχαίους ερωτικούς συντρόφους. Η πολυδιαφημιζόμενη σωτήρια σανίδα της

χρήσης του προφυλακτικού περιορίζει σημαντικά μεν τη μετάδοση ίου AIDS, αλλά δεν την αποκλείει.<sup>6</sup>

#### 6.1.1. «Προληπτικά μέτρα για τους ομοφυλόφιλους»

Οι ομοφυλόφιλοι πρέπει να εφαρμόζουν τα παρακάτω μέτρα, για να έχουν λιγότερες πιθανότητες να προσβληθούν από τον ιό.

⊕ Διατήρηση της υγείας τους σε καλά επίπεδα και αποφυγή παραγόντων που ελαττώνουν την αντίσταση του οργανισμού. Σ' αυτά συμβάλουν η πλήρης και επαρκής θερμιδικά διατροφή, η αποφυγή κόπωσης και κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών και ναρκωτικών, καθώς και ο περιοδικός εργαστηριακός έλεγχος για ηπατίτιδα και αφροδίσια νοσήματα.

⊕ Αποφυγή σεξουαλικής επαφής με άγνωστα άτομα και μάλιστα, όταν έχουν προσβληθεί από τον ιό. Χρήσιμη είναι η ειλικρινής ανταλλαγή πληροφοριών και αν είναι δυνατή, η εξέταση για τυχόν ύπαρξη αντισώματος έναντι του ιού.

⊕ Περιορισμός του αριθμού των σεξουαλικών συντρόφων, ώστε να είναι μειωμένη η πιθανότητα επαφής με το φορέα.

⊕ Χρησιμοποίηση προφυλακτικών, ώστε να αποφεύγεται η είσοδος μολυσμένου σπέρματος μέσω του πεπτικού σωλήνα στην κυκλοφορία του αίματος. Επίσης, αποφυγή εισόδου στον πρωκτό αντικειμένων ή δακτύλων, που μπορούν να προκαλέσουν τραυματισμούς του βλεννογόνου απ' όπου μπορεί να εισέλθει ο ιός στην κυκλοφορία του αίματος.

⊕ Αποφυγή χρησιμοποίησης κοινών ερωτικών αντικειμένων χωρίς να έχουν απολυμανθεί.

⊕ Αποφυγή της άμεσης επαφής με το σπέρμα του ερωτικού συντρόφου, γιατί από τραυματισμούς στο βλεννογόνο του στόματος μπορεί ο ιός να μπει στην κυκλοφορία του αίματος.<sup>6</sup>

#### 6.1.2. Προληπτικά μέτρα για τους τοξικομανείς

Οι τοξικομανείς πρέπει να εφαρμόζουν τα παρακάτω προληπτικά μέτρα, για να έχουν λιγότερες πιθανότητες να προσβληθούν από τον ιό.

⊕ Διατήρηση της υγείας σε καλά επίπεδα και αποφυγή παραγόντων που

ελαττώνουν την άμυνα του οργανισμού, όπως κακή διατροφή, κόπωση, αύπνια και κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών.

⊕ Διακοπή της ενδοφλέβιας λήψης ναρκωτικών, όπως και προσπάθεια για πραγματοποίηση αποτοξίνωσης.

⊕ Σε περίπτωση που δεν πραγματοποιηθεί διακοπή της χρήσης ναρκωτικών, πρέπει απαραίτητα να αποφεύγεται η κοινή χρήση βελονών, συριγγών και σκευών παρασκευής των ναρκωτικών. Είναι αναγκαία η χρησιμοποίηση βελονών και συριγγών ατομικής χρήσης αποκλειστικά, οι οποίες πρέπει να καταστρέφονται μετά από τη χρήση τους.

⊕ Χρήση ατομικών οδοντόβουρτσων και ξυριστικών λεπίδων.

⊕ Αποφυγή σεξουαλικών επαφών με φορείς και πάσχοντες από AIDS, όπως και με άτομα των ομάδων υψηλού κινδύνου.

⊕ Σε περίπτωση επαφών με άτομα των παραπάνω κατηγοριών συνιστάται η χρήση προφυλακτικών και η αποφυγή της άμεσης επαφής με τα εκκρίματα αυτών.<sup>6</sup>

## 6.2. ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ

Η αιμοδοσία είναι μια απλή, ανώδυνη, ακίνδυνη και χρησιμότερη πράξη, η οποία σώζει ανθρώπινες ζωές. Ιδιαίτερα στη χώρα μας με το πρόβλημα της μεσογειακής αναιμίας αποκτά ακόμη μεγαλύτερη σπουδαιότητα.

Επειδή ο ιός του AIDS μπορεί να μεταδοθεί με τις μεταγγίσεις αίματος, πρέπει να τηρούνται τα παρακάτω διεθνώς παραδεκτά προληπτικά μέτρα για την αποφυγή της πιθανότητας αυτής.

⊕ Υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού και των δοτών αίματος. Ενίσχυση της εθελοντικής αιμοδοσίας και απαγόρευση της αιμοδοσίας με χρηματικό αντάλλαγμα.

⊕ Χρησιμοποίηση αίματος εγχώριας προέλευσης, αφού γίνει κατάλληλη διαφώτιση, ώστε να υπάρχει επάρκεια αίματος και να αποφεύγεται η εισαγωγή του από ξένες χώρες και ιδίως από χώρες, όπου ενδημεί το σύνδρομο της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας.

⊕ Τήρηση εμπιστευτικών αρχείων αιμοδοτών στα κέντρα αιμοδοσίας.

⊕ Αποκλεισμός από την αιμοδοσία ατόμων, που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου, ο οποίος πρέπει να βασίζεται στο ιστορικό, στην κλινική εξέταση και κυρίως στην εργαστηριακή ανίχνευση αντισωμάτων έναντι του ιού.

⊕ Βελτίωση των συνθηκών λήψης, συλλογής και ελέγχου του πλάσματος στις τράπεζες αίματος, όπου πρέπει να διατηρούνται δείγματα αίματος χρήσιμα για αναδρομικές έρευνες.

⊕ Πραγματοποίηση μεταγγίσεων, όταν υπάρχει απόλυτη ιατρική ένδειξη.<sup>6</sup>

### 6.2.1. Προληπτικά, μέτρα προς το νοσηλευτικό προσωπικό ασθενών με AIDS

Για τη νοσηλεία των ασθενών με AIDS είναι αναγκαία η λήψη των παρακάτω αυστηρών μέτρων, που είναι ταυτόσημα με όσα εφαρμόζονται για την πρόληψη της μετάδοσης της ηπατίτιδας Β.

1. Απομόνωση των ασθενών από άλλους ασθενείς με λοιμώδη νοσήματα.
2. Νοσηλεία των ασθενών από προσωπικό, που φέρει ιατρικές μπλούζες και γάντια. Το προσωπικό πρέπει να καθαρίζει σχολαστικά τα χέρια του πριν και μετά τη χρήση γαντιών μετά από άμεση επαφή με τους ασθενείς, διότι μπορεί να υπήρχε άνοιγμα στο γάντι και να μολυνθεί.
3. Προειδοποιητική επισήμανση με ετικέτες στα φιαλίδια που περιέχουν αίμα ή άλλα εκκρίματα των ασθενών.
4. Απολύμανση διαφόρων αντικειμένων, όπως τα ιατρικά όργανα, που ενδεχομένως έχουν μολυνθεί, καθώς και κλινοσκεπασμάτων ή επιφανειών, με τις οποίες έρχονται οι ασθενείς σε επαφή.
5. Τοποθέτηση μολυσμένων αντικειμένων από εκκρίματα ασθενών σε ειδικά δοχεία και αποστείρωση αυτών.
6. Αποφυγή τραυματισμών με αιχμηρά εργαλεία μολυσμένα από αίμα και εκκρίματα ασθενών με AIDS.
7. Το νοσηλευτικό προσωπικό επιβάλλεται να υποστηρίζει ψυχολογικά και να συμπαραστέκεται στους ασθενείς με AIDS, οι οποίοι διακατέχονται από αίσθημα απομόνωσης.

8. Οι έγκυες, τα άτομα με καταστολή του ανοσοβιολογικού τους συστήματος ή που πάσχουν από έκζεμα δεν νοσηλεύουν τους αρρώστους αυτούς.<sup>6</sup>
9. Σε περίπτωση, που χρειαστεί σε ασθενή με AIDS ανάνηψη στόμα με στόμα και υπάρχει αιμορραγία, το προσωπικό θα πρέπει να χρησιμοποιήσει καθαρό ύφασμα ή μαντήλι, για να απομακρύνει το αίμα από το στόμα του πάσχοντος. Επίσης επιστόμια, ασκοί ανάνηψης ή άλλα αναπνευστικά μηχανήματα, πρέπει να χρησιμοποιούνται μόνο από εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό.<sup>28</sup>

### 6.2.2. Προληπτικά μέτρα προς το προσωπικό εργαστηρίων

⊕ Απαραίτητη είναι η χρήση γαντιών και ιατρικών μπλουζών κατά την εργασία με αίμα, εκκρίματα και απεκκρίματα ασθενών με AIDS. Επίσης, αναγκαία είναι η χρησιμοποίηση ειδικών χώρων για την εργαστηριακή διερεύνηση των υπόπτων για AIDS ασθενών. Οι βιολογικοί θάλαμοι ασφαλείας, που χρησιμοποιούνται για διάφορους ιούς, μυκοβακτηρίδια και πρωτόζωα είναι κατάλληλοι για τον σκοπό αυτό.

⊕ Μεγάλη προσοχή πρέπει να δίδεται για την αποφυγή τυχαίου εμβολιασμού με τα παραπάνω υλικά. Ο καλύτερος τρόπος αποφυγής είναι η χρησιμοποίηση πλαστικών αντικειμένων μιας χρήσης και όχι γυάλινων υλικών, που μπορούν να δημιουργήσουν τραυματισμούς.

⊕ Συνιστάται η χρήση σιφωνίων μηχανικής απορρόφησης.

⊕ Οι επιφάνειες και τα αντικείμενα, που τυχόν μολύνονται, πρέπει να απολυμαίνονται με υποχλωριώδες νάτριο. Όλα τα μολυσμένα αντικείμενα, που χρησιμοποιούνται στο εργαστήριο πρέπει να αποστειρώνονται σε αυτόκαυστο ή ξηρό κλίβανο, ανάλογα με τη φύση των υλικών, πριν την απόρριψη ή επαναχρησιμοποίηση τους.

⊕ Το προσωπικό θα πρέπει να αλλάζει τα προστατευτικά ενδύματα μετά το πέρας της εργασίας. Εννοείται ότι απαγορεύεται το προσωπικό να τρώει, να πίνει και να καπνίζει κατά την εργασία του στους χώρους αυτούς.<sup>11</sup>

## ΠΙΝΑΚΑΣ 6.1

Κατανομή κατά κατηγορία εργαζομένων σε τομείς υγείας  
που εκτέθηκαν στον ιό HIV

Κατηγορία προσωπικού	Αριθμός ατόμων	Ποσοστό %
Ιατροί	27	48,2
Νοσηλεύτες	18	32,1
Τεχνολόγοι	08	14,3
Άλλοι	03	05,4
<b>Σύνολο</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>

### 6.2.3. Προληπτικά μέτρα προς το προσωπικό των οδοντιατρείων

Οι οδοντίατροι και το βοηθητικό τους προσωπικό κατά την οδοντιατρική πράξη είναι εκτεθειμένοι σε διάφορους μικροοργανισμούς, οι οποίοι ανιχνεύονται στο αίμα και στο σάλιο. Τέτοιοι είναι ο ιός της ηπατίτιδας Β (HBV) και ο ιός της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV), που έχουν την ίδια επιδημιολογία και τους ίδιους τρόπους μετάδοσης. Ο κίνδυνος μετάδοσης του HIV στο οδοντιατρείο είναι πολύ μικρότερος από του HBV και έτσι τα προληπτικά μέτρα για τον HIV καλύπτονται υπεραρκετά από τα μέτρα προφύλαξης για την ηπατίτιδα Β.

Το στόμα αποτελεί πεδίο ύπαρξης σταθερών εκδηλώσεων της νόσου, δηλαδή ευκαιριακών λοιμώξεων και νεοπλασμάτων, ιδίως σε φορείς των ομάδων υψηλού κινδύνου και σε ασθενείς με AIDS.<sup>6</sup>

### 6.2.4. Προληπτικά μέτρα κατά την αιμοδιύλιση φορέων ή ασθενών με HIV

Σήμερα δεν κρίνεται απαραίτητη η απομόνωση των φορέων από τους άλλους αιμοδιυλιζόμενους. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να τηρούνται οι προϋποθέσεις που αφορούν στην πρόληψη των λοιμωδών νοσημάτων. Επίσης θα πρέπει:

- ⊕ Να απορρίπτονται μετά τη χρήση τους οι αιμοδιυλιστήρες και οι αγωγοί αίματος.
- ⊕ Να εφαρμόζεται η στρατηγική απολύμανσης των διαύλων των υγρών



κάθαρσης (1,5%-2% φορμαλεδεύδης για μια νύχτα ή υποχλωριώδες νάτριο 500-750ppm για 30-40').

⊕ Να τηρούνται τα γενικά μέτρα πρόληψης.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 6.2

Τόπος έκθεσης στον ιό HIV των εργαζομένων σε τομείς υγείας

Τόπος	Αριθμός ατόμων	Ποσοστό %
Θάλαμος νοσηλείας	24	42,8
Χειρουργείο	09	16,1
Εργαστήριο	06	10,7
Εξωτερικά Ιατρεία	07	12,5
Ενδοσκοπικό Τμήμα	02	03,6
Μαιευτήριο	04	07,1
Μ.Ε.Θ.	01	01,8
Άλλο	03	05,4
<b>Σύνολο</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>

#### 6.2.5. Αγωγή υγείας και πρόληψη του AIDS στο σχολείο.

Στα πλαίσια του προγράμματος «Αγωγή Υγείας στους Νέους» που είναι μέρος του γενικότερου προγράμματος «Η Ευρώπη κατά του AIDS» πραγματοποιήθηκε στη Ρώμη Ευρωπαϊκό Σεμινάριο για την Αγωγή Υγείας και την πρόληψη του AIDS στο σχολείο. Στο τέλος των εργασιών του σεμιναρίου οι σύνεδροι διατύπωσαν αίτημα προς τις κυβερνήσεις και τους εκπαιδευτικούς οργανισμούς των κρατών μελών και ζήτησαν τη δέσμευσή τους για την πραγματοποίηση των ακόλουθων 10 σημείων.

1. Να γίνει σαφές ότι η πρόληψη που στηρίζεται στην εκπαίδευση είναι μια διαρκής και προοδευτική διαδικασία που περιλαμβάνει όλα τα άτομα που έρχονται σε επαφή με τους νέους. Η σωστή πρόληψη χρειάζεται στήριξη από την εκπαιδευτική πολιτική στην καθημερινή ζωή του σχολείου και επιταχύνεται μέσω οργανωμένων και συστηματικών πρωτοβουλιών.

2. Να εξασφαλισθεί ότι οι πρωταγωνιστές των προγραμμάτων, θα είναι οι μαθητές, οι γονείς, οι καθηγητές καθώς και οι άλλοι παράγοντες της σχολικής κοινότητας,
3. Να ενισχυθούν οι προσπάθειες για την καταπολέμηση της παραγωγής, διανομής και χρήσης ναρκωτικών ουσιών.
4. Να εξασφαλισθεί το ότι η πρόληψη του HIV/ AIDS θα εισαχθεί στο γενικότερο πλαίσιο αγωγής υγείας και ότι οι στρατηγικές της ενσωμάτωσης στην εκπαίδευση θα είναι συγκεκριμένες,
5. Να αυξηθούν οι προσπάθειες και ο έλεγχος για την εξάλειψη της προκατάληψης προς τους οροθετικούς μαθητές, από τα μέλη των οικογενειών τους, τους καθηγητές ή το λοιπό προσωπικό του σχολείου.
6. Να δοθεί επαρκής χρόνος για σεξουαλική αγωγή (με επαρκώς εκπαιδευμένους καθηγητές, με κατάλληλο περιεχόμενο για τις αντίστοιχες ηλικίες, τον προσανατολισμό και την πολιτιστική παιδεία των μαθητών, χωρίς να εξαιρεθεί η ακριβής πληροφόρηση για την χρήση προφυλακτικών)
7. Να λάβουν σοβαρά υπόψη τη δυνατότητα της εκπαίδευσης μαθητών από μαθητές (peer education), εφόσον οι ίδιοι οι μαθητές, σε συνεργασία με τους καθηγητές, γίνονται αρχηγοί και δημιουργοί μιας κοινής φιλοσοφίας πρόληψης.
8. Να εξασφαλισθεί ότι η συμμετοχή της οικογένειας, ο συγκεκριμένος τρόπος ζωής, η κοινότητα καθώς και η χρήση των κοινωνικών υπηρεσιών εμπλέκονται στις δραστηριότητες πρόληψης.
9. Να εξασφαλισθεί η χρήση των κατάλληλων μεθοδολογιών για την αξιολόγηση των προγραμμάτων πρόληψης.
10. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή καλείται να δώσει αυξημένη προσοχή στα παιδιά και στους νέους στο νέο πρόγραμμα «Η Ευρώπη κατά του AIDS 1995-2000».<sup>30</sup>

### 6.3. ΑΠΟΛΥΜΑΝΣΗ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗ

Το νοσηλευτικό και εργαστηριακό προσωπικό που ασχολείται με τη νοσηλεία ασθενών που πάσχουν από AIDS θα πρέπει να παίρνει ειδικά μέτρα προστασίας. Για την απολύμανση εργαλείων που δεν αποστειρώνονται με τη συνήθη μέθοδο λόγω ευαισθησίας στις υψηλές θερμοκρασίες μπορεί να χρησιμοποιηθεί διάλυμα:

- αιθυλικής αλκοόλης 70%
- γλουταραλδεύδης 1%
- β-προπιολακτόνης 0,25%
- NaOH πυκνότητας 40mmol/l.<sup>29</sup>

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 6.3

Τρόπος έκθεσης των εργαζομένων σε τομείς υγείας  
στον ιό HIV

Τρόπος έκθεσης	Αριθμός ατόμων	Ποσοστό %
Τρύπημα με βελόνη	30	53,6
Ενδοδερμικά	10	18,8
Έκθεση βλεννογόνου	02	03,6
Επαφή με λύση της συνέχειας του δέρματος	14	25,0
<b>Σύνολο</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>

### 6.4 ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ AIDS

Οι ασθενείς με AIDS, πρέπει να εφαρμόζουν τις οδηγίες και υποδείξεις του θεράποντα ιατρού. Εκτός από οδηγίες ατομικής υγιεινής πρέπει να προφυλάξουν το άμεσο περιβάλλον τους, εμφανίζοντας υψηλό αίσθημα ευθύνης και σοβαρότητας. Δηλαδή, πρέπει να συστηματοποιηθεί κατά τέτοιο τρόπο η ζωή τους, που να εξασφαλισθούν οι οικείοι τους και κυρίως οι ερωτικοί τους σύντροφοι.

Η ενημέρωση του γιατρού ή του οδοντίατρου τους είναι απαραίτητη,

ώστε να λάβουν κι αυτοί τα ειδικά μέτρα προστασίας, που γνωρίζουν και να αποφευχθεί τυχόν ιατρογενής διασπορά της νόσου. Τα μέτρα αυτά είναι όμοια με όσα εφαρμόζονται για την ηπατίτιδα Β που πρέπει να σημειωθεί ότι έχει πολλαπλάσια μεταδοτικότητα.

Οι ασθενείς δεν πρέπει να εκθέτουν άλλα άτομα στα εκκρίματα του σώματος τους, ούτε να χρησιμοποιούν κοινά προσωπικά αντικείμενα. Επίσης, πρέπει να είναι ενήμεροι για τον τρόπο του ατομικού τους καθαρισμού και της απολύμανσης των ρούχων, κλινοστρωμάτων και των προσωπικών τους ειδών.<sup>6</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup> ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

### 7.1 ΟΔΗΓΙΕΣ ΚΑΛΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Η καλή νοσηλευτική άσκηση αναφέρεται στην εξασφάλιση φροντίδας για τα μολυσμένα άτομα και στην υποστήριξη για τις οικογένειες και τους φίλους τους. Η εφαρμογή τους πρέπει να ενδυναμώνεται και να προωθείται ανάλογα με τις ανάγκες μέσω μιας αποτελεσματικής καθοδήγησης.

Οι ασθενείς, που έχουν μολυνθεί με HIV, παρουσιάζουν στο νοσηλευτικό προσωπικό μια μεγάλη σειρά προκλήσεων σε όλα τα στάδια της νόσου. Επειδή το AIDS είναι ένα ευρέως γνωστό νόσημα, για το οποίο δεν υπάρχει θεραπεία, η διάγνωση HIV -λοίμωξης έχει συχνά καταστροφική επίδραση στα άτομα, στην οικογένειά τους και στους φίλους τους και συχνά φορτίζει και τους νοσηλευτές με μεγάλο συναισθηματικό άγχος. Το AIDS μπορεί να δημιουργήσει κοινωνική περιθωριοποίηση και απομόνωση, λόγω του φόβου της μετάδοσης και του στίγματος, που συχνά συνοδεύουν τη νόσο. Οι νοσηλευτές είναι σε θέση να προσφέρουν φροντίδα που να δείχνει σεβασμό στην αξιοπρέπεια του ατόμου και να γίνουν παράδειγμα σωστής μη επιτιμητικής στάσης για τους άλλους επαγγελματίες υγείας. Η κοινή διακήρυξη του Π.Ο.Υ. αναφέρει για τους νοσηλευτές ότι: «Η ευθύνη των νοσηλευτών ανάγεται στους ανθρώπους, που χρειάζονται νοσηλευτική φροντίδα» και ότι «με την προσφορά φροντίδας ο νοσηλευτής βοηθάει στην ανάπτυξη περιβάλλοντος, που σέβεται τις αξίες, τα ήθη και τις πνευματικές πεποιθήσεις του κάθε ατόμου». <sup>31</sup>

### 7.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

1. Διατήρηση ακεραιότητας δέρματος και βλεννογόνων

⊕ Τακτική εκτίμηση του δέρματος και του στοματικού βλεννογόνου για αλλαγές στην όψη, για την εντόπιση αλλοιώσεων και την αξιολόγηση του μεγέθους τους και για σημεία λοίμωξης.

⊕ Βοήθεια σε ακίνητους ασθενείς ώστε να αλλάζουν θέση κάθε 2 ώρες.

Χρήση αεροστρώματος για την πρόληψη ρήξης του δέρματος. Τεντωμένα λευχίματα, αποφυγή σφικτών ρούχων.

⊕ Εφαρμογή σε αλλοιωμένες δερματικές επιφάνειες λοσιόν, αλοιφών και επιδέσμων, σύμφωνα με ιατρική οδηγία.

## 2. Αντιμετώπιση μολύνσεων - λοιμώξεων

⊕ Εφαρμόζεται η θεραπεία, που έχει περιγραφεί για τις διάφορες μολύνσεις-λοιμώξεις. Μερικές λοιμώξεις δεν αντιμετωπίζονται με τα γνωστά μέχρι σήμερα φάρμακα.

⊕ Έστω και αν ο ασθενής δεν παρουσιάζει σημεία λοίμωξης, παρακολουθείται για υποτροπή, μετά τη διακοπή της θεραπείας.

⊕ Διερευνάται ο ασθενής για συμπτώματα άλλου ιάσιμου νοσήματος, που μπορεί να συνυπάρχει και σε τέτοια περίπτωση αντιμετωπίζεται ανάλογα.

## 3. Διδασκαλία αρρώστου για τους τρόπους πρόληψης λοίμωξης

⊕ Καθαρισμός κουζίνας και μπάνιου με απολυμαντικά.

⊕ Τέλειος καθαρισμός χεριών μετά από έκθεση σε σωματικά υγρά.

⊕ Αποφυγή έκθεσης σε σωματικά υγρά άλλων ή χρήση κοινών σκευών φαγητού.

⊕ Γύρισμα, βήξιμο και βαθιές αναπνοές, ειδικά όταν μειώνεται η δραστηριότητα.

⊕ Διατήρηση καθαρής της περιπρωκτικής περιοχής.<sup>32</sup>

## 4. Αντιμετώπιση διάρροιας

⊕ Περιορισμός στοματικής πρόσληψης, αν ενδείκνυται και προτείνεται από το γιατρό για ανάπαυση του εντέρου σε περιόδους οξείας φλεγμονής που συνδέονται με βαριές εντερικές λοιμώξεις.

⊕ Με την πρόοδο της διαιτητικής πρόσληψης, αποφυγή ερεθιστικών τροφών και λήψη μικρών και συχνών γευμάτων.

⊕ Αποθάρρυνση καπνίσματος, γιατί η νικοτίνη ενεργεί ως διεγερτικό του εντέρου.

⊕ Πρόσληψη 2.500 ml υγρών, εκτός αν αντενδείκνυται.

5. Βελτίωση θρεπτικής κατάστασης

⊕ Εκτίμηση αρρώστου για σημεία πλημμελούς θρέψης ανάλογα με: ♦το ύψος ♦το βάρος ♦την ηλικία ♦τα επίπεδα πρωτεΐνης, ορού και τρανσφερίνης, αιμοσφαιρίνης, αιματοκρίτη ♦την απώλεια δερματικής αντιδραστικότητας και ♦λοιπών ανθρωπομετρικών μετρήσεων.

⊕ Λήψη διαιτητικού ιστορικού, συμπεριλαμβανομένων των διαιτητικών προτιμήσεων και της ανοχής στις τροφές.

⊕ Εκτίμηση παραγόντων, που παρεμποδίζουν τη στοματική πρόσληψη.

⊕ Συνεργασία με διαιτολόγο, ώστε να προσδιοριστούν οι θρεπτικές ανάγκες του αρρώστου.

⊕ Μείωση των παραγόντων που περιορίζουν τη στοματική πρόσληψη, όπως:

- ◆ Ενθάρρυνση του ασθενούς να ξεκουράζεται πριν από τα γεύματα
- ◆ Σχεδιασμός γευμάτων, ώστε να μη λαμβάνονται αμέσως μετά από οδυνηρές ή δυσάρεστες διαδικασίες.
- ◆ Ενθάρρυνση αρρώστου να παίρνει τα γεύματα με επισκέπτες ή άλλους στο σπίτι, αν είναι δυνατό.
- ◆ Συνολικά 6 μικρά γεύματα την ημέρα.
- ◆ Χρήση παρεντερικής θρέψης ή τεχνητής διατροφής με ιατρική οδηγία
- ◆ Συνεργασία με κοινωνικό λειτουργό για να βρεθούν μέσα για την παροχή οικονομικής βοήθειας, αν ο ασθενής δεν έχει την οικονομική δυνατότητα να αγοράσει τρόφιμα.<sup>9</sup>

6. Αποκατάσταση και διατήρηση υδατοηλεκτρολυτικής ισορροπίας

⊕ Παρακολούθηση, σε συνεχή βάση, του ισοζυγίου υγρών και των ηλεκτρολυτών: ελαστικότητα δέρματος, καθημερινή μέτρηση προσλαμβανόμενων - αποβαλλόμενων υγρών και ειδικού βάρους ούρων, συχνή μέτρηση συστολικής αρτηριακής πίεσης και σφυγμούς σε σχέση με τη θέση του αρρώστου.

⊕ Παρακολούθηση για σημεία και συμπτώματα διαταραχής ηλεκτρολυτών, όπως μυϊκές κράμπες, αδυναμία, άρρυθμος σφυγμός, μειωμένη διανοητική

κατάσταση, ναυτία και εμετοί, που αναγράφονται και αναφέρονται στο γιατρό.<sup>9</sup>

7. Υποβοηθείται ο ασθενής, που κάνει:

⊕ Θεραπεία για καρκίνο και non Hodgkin λέμφωμα

⊕ Θεραπεία για σάρκωμα Kaposi και non Hodgkin λέμφωμα.

⊕ Ακτινοθεραπεία (όταν υπάρχει περιορισμένη έκταση της νόσου).

⊕ Χημειοθεραπεία (στην βραδεία εξέλιξη της νόσου χρησιμοποιείται ένα χημειοθεραπευτικό φάρμακο, ενώ στην ταχεία εξέλιξη χρησιμοποιείται συνδυασμός φαρμάκων).

⊕ Συμπτωματική θεραπεία (στην περίπτωση άλλων κακοηθών όγκων).<sup>32</sup>

8. Βελτίωση ανοχής δραστηριότητας

⊕ Εκτίμηση ανοχής δραστηριότητας του ασθενούς με παρακολούθηση της ικανότητάς του να σηκώνεται από το κρεβάτι και να εκτελεί τις καθημερινές δραστηριότητες.

⊕ Χρήση μέσων, όπως χαλάρωση για μείωση άγχους, που συνεισφέρουν στην αντιμετώπιση αίσθησης αδυναμίας και κόπωσης.

⊕ Βοήθεια στο σχεδιασμό της καθημερινής ρουτίνας, που διατηρεί ισορροπία ανάμεσα σε δραστηριότητα και ανάπαυση.<sup>9</sup>

9. Αύξηση γνώσης, που αφορά πρόληψη μετάδοσης της νόσου

⊕ Διδασκαλία ασθενούς, οικογένειας και φίλων για τις οδούς μετάδοσης του HIV.

⊕ Διδασκαλία ασθενούς, οικογένειας και φίλων για τα μέσα πρόληψης μετάδοσης του HIV.

⊕ Προτροπή για την αποφυγή σεξουαλικής επαφής με πολλαπλούς συντρόφους.

⊕ Συμβουλές για τη χρησιμοποίηση προφυλάξεων όταν δεν είναι απολύτως βέβαιο ότι ο ερωτικός σύντροφος δεν έχει εκτεθεί στον HIV μέσω χρήσης ενδοφλεβίου φαρμάκου, σεξουαλικής επαφής ή αίματος και προϊόντων του.

⊕ Συμβουλές για τη χρήση προφυλακτικών κατά τη συνουσία.

⊕ Γυναίκες που εκτέθηκαν σε AIDS μέσω σεξουαλικών πρακτικών ή ενδοφλέβιων φαρμάκων, πρέπει να συμβουλευονται το γιατρό πριν από



εγκυμοσύνη.<sup>9</sup>

10. Μείωση αισθήματος κοινωνικής απομόνωσης

⊕ Παρακολούθηση για συμπεριφορές ενδεικτικές κοινωνικής απομόνωσης όπως μειωμένες αλληλεπιδράσεις με το προσωπικό ή την οικογένεια και τους φίλους, εχθρότητα, μη συμμόρφωση, κακή διάθεση και έκφραση με λόγια αισθημάτων απόρριψης ή απομόνωσης.

⊕ Ακριβής πληροφόρηση για τους τρόπους μετάδοσης του HIV, για τη διόρθωση παρεξηγήσεων και την απαλλαγή από το άγχος.

⊕ Τα άτομα, που χρησιμοποιούν ναρκωτικά και οι ομοφυλόφιλοι φοβούνται τις υγειονομικές υπηρεσίες. Αυτό οφείλεται στον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζονται από το προσωπικό, το οποίο δεν έχει αποδεχτεί το κοινωνικό αυτό πρόβλημα και έτσι δεν συμβάλλει στην αντιμετώπισή του.<sup>9</sup>

⊕ Βοήθεια στον ασθενή ώστε να αναγνωρίσει και να διερευνήσει πόρους (οικογένεια, φίλοι) που θα τον υποστηρίξουν και θα τον βοηθήσουν θετικά να αντιμετωπίσει την κατάστασή του.

⊕ Αφιέρωση χρόνου από το νοσηλευτή, εκτός εκείνου για τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις, για παραμονή με τον άρρωστο, ώστε να έχει ευκαιρία για κοινωνική επαφή.

⊕ Ενθάρρυνση του ασθενούς να συμμετέχει σε ποικίλες δραστηριότητες, όπως μελέτη, παρακολούθηση TV ή χειροτεχνία.

⊕ Είστε έτοιμοι για προσφορά συναισθηματικής και ηθικής βοήθειας.

11. Ενημέρωση της οικογένειας του ασθενούς για τη νόσο και τους τρόπους μετάδοσής της, εκτίμηση των συναισθημάτων τους, καθώς και οδηγίες για την καθημερινή περιποίηση του ασθενούς, όπως: Τα προσωπικά τους αντικείμενα π.χ. οδοντόβουρτσες, ξυραφάκια, σφουγγάρια κ. ά. φυλάσσονται χωριστά από τα άλλα αντικείμενα της οικογένειας, τα ρούχα του κρεβατιού τους και οι πετσέτες τους θεωρούνται μολυσμένα, όταν υπάρχουν κηλίδες από τα υγρά τους και πλένονται στο πλυντήριο σε νερό θερμοκρασίας 90°C τοποθετώντας ένα φλιτζάνι αδιάλυτη χλωρίνη.<sup>22</sup>

Τέλος όταν συμβεί θάνατος αρρώστου στο σπίτι τα μέλη της οικογένειάς

του πρέπει να έχουν υπόψη τα εξής:

- ⊕ Να αποφεύγεται η μεγάλη επαφή με το σώμα του νεκρού κατά το δυνατό.
- ⊕ Να ενημερώσουν αμέσως το γιατρό για το θάνατο του, όπως και εκείνος με τη σειρά του θα ενημερώσει το γραφείο κηδειών για την ασθένεια του νεκρού.
- ⊕ Το γραφείο κηδειών θα ετοιμάσει, θα περιποιηθεί και θα τακτοποιήσει το νεκρό σύμφωνα με τις οδηγίες του Υπουργείου Υγείας. (όσον αφορά στην ενδυμασία, στο φέρετρο κλπ)
- ⊕ Οι συγγενείς και οι φίλοι πρέπει να χαιρετίσουν το νεκρό στο σπίτι πριν φύγει χωρίς επαφή με το σώμα του.
- ⊕ Δεν επιτρέπεται να ανοιχθεί το φέρετρο στο νεκροφυλάκειο ή αλλού.<sup>32</sup>

### 7.2.1. Ψυχοκοινωνικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Η ψυχοκοινωνική νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς με AIDS είναι πολυδιάστατη. Επιδιώκεται με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας. Δηλαδή:<sup>35</sup>

- ⊕ Αξιολογούνται τα προβλήματα, οι αντιδράσεις, οι ανάγκες και τα θετικά στοιχεία του ασθενούς.<sup>3</sup>
- ⊕ Διατυπώνονται σχετικοί νοσηλευτικοί σκοποί, προγραμματίζεται και εφαρμόζεται ψυχοκοινωνική νοσηλευτική φροντίδα, βάσει των ευρημάτων της αξιολόγησης. Οι κυριότερες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις είναι:

1. Ολιστική φροντίδα με άνευ όρων αποδοχή του αρρώστου.<sup>33</sup> Νοσηλεύει τον άρρωστο όπως και όποιος είναι, με ολιστική προσέγγιση σε κάθε περίπτωση αλλά και στο τελικό στάδιο της ζωής του για να τον βοηθήσει να ζήσει έστω μια ακόμη ημέρα με ψυχική ευεξία, με αίσθημα προσωπικής αξίας, με αξιοπρέπεια, και με προσανατολισμό της ελπίδας του στο σήμερα, στο άμεσο αύριο και στην αιωνιότητα! Ευνόητο είναι ότι ο νοσηλευτής που φροντίζει τον άρρωστο με AIDS εφαρμόζει όλα τα γνωστά προφυλακτικά μέτρα ώστε να μη μολυνθεί ο ίδιος και σε καμιά περίπτωση δεν εγκαταλείπει το νοσηλευτικό του καθήκον».<sup>35</sup>

2. Ανοικτός νοσηλευτικός διάλογος.<sup>33</sup> Αναπτύσσει και διατηρεί ανοικτό υποστηρικτικό νοσηλευτικό διάλογο. Διαθέτει χρόνο για ακρόαση των συναισθημάτων, των φόβων και των προβλημάτων του αρρώστου.<sup>34</sup>

3. Παρουσία με ενδιαφέρον και κατανόηση.<sup>33</sup>
4. Υποστήριξη των θετικών στοιχείων. Επιδιοκιμάζει ο νοσηλευτής τις θετικές ψυχικές δυνάμεις και υγιείς συμπεριφορές του αρρώστου, π.χ. την υπομονή, την προσαρμοστικότητα στις νοσηλευτικές και θεραπευτικές οδηγίες, την αυτοκατανόηση, την αυτοέκφραση, την προστασία των άλλων από τη μετάδοση της λοίμωξης, τη δημιουργική απασχόληση κ.ά. και τονίζει τις λειτουργίες που σταθεροποιήθηκαν ή βελτιώθηκαν.<sup>34</sup>
5. Προστασία των δικαιωμάτων του αρρώστου
6. Διδασκαλία αυτοφροντίδας και ψυχικής υγείας. Εκπαιδεύει τον άρρωστο πώς να αναγνωρίζει τα συμπτώματα και τους περιορισμούς της αρρώστιας, πώς να προσαρμόζεται στο παρόν και στις μεταβολές της κατάστασής του, πώς να εκτονώνει την έντασή του και να διατηρεί την ψυχική του υγεία. Πώς να δημιουργεί υποστηρικτικά συστήματα για τον εαυτό του, συζητώντας με την οικογένειά του και τους φίλους του.<sup>34</sup>
7. Σύνδεση με υποστηρικτικά συστήματα. Κατευθύνει τον άρρωστο προς ειδικές υποστηρικτικές υπηρεσίες όπως είναι ο κοινωνικός λειτουργός, ο ψυχολόγος, ο ψυχίατρος, η εκκλησία, ο κλινικός σύμβουλος κ.ά. Ο νοσηλευτής πρέπει να ενημερώνεται συνεχώς τι είδους υποστηρικτικά συστήματα αναπτύσσονται σε διάφορα μέρη, ώστε να μπορεί κι αυτός να δημιουργεί ανάλογα, στα πλαίσια της νοσηλευτικής του εργασίας. Π.χ. έχει δοκιμασθεί με αρκετή επιτυχία το σύστημα ενός εθελοντή συνοδού που επισκέπτεται συχνά τον εγκαταλελειμμένο άρρωστο, του κάνει συντροφιά και τον βοηθά στη λύση των προβλημάτων του. Άλλο σύστημα είναι η υποστήριξη από το τηλέφωνο που λειτουργεί ολόκληρο το 24ωρο και έχει τον τίτλο : «Αυτιά για την ακρόαση παραπόνων». Άλλη υπηρεσία είναι : «Ο φάρος του Λονδίνου», μια θεραπευτική ομάδα με εθελοντές στη διάθεση των ασθενών.<sup>34</sup>

Τώρα, παρουσιάζεται η μοναδική ευκαιρία να δείξουμε τι αξίζει η νοσηλευτική. Τώρα, που η θεραπεία δεν βρέθηκε ακόμη και υπάρχει μόνο φροντίδα. Νοσηλευτική σημαίνει φροντίδα. Φροντίδα υψηλού επιπέδου, φροντίδα αμερόληπτη σε κάθε άρρωστο, ανεξαρτήτως φύλου, θρησκείας,

καταγωγής, τρόπου ζωής και αρρώστιας. Ο άρρωστος ως άνθρωπος έχει ατίμητη αξία, ασύγκριτος ανώτερη από τη συμπεριφορά του ή την αρρώστια του.<sup>33</sup>

### 7.3. ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Τα άτομα που είναι εξασθενημένα εξαιτίας χρόνιας νόσου, που συνδέεται με λοίμωξη HIV, έχουν ανάγκη πολλών ειδών υποστηρικτικής φροντίδας, που είναι:

- ◆ Αναλγητικά χορηγούμενα σε τακτικά διαστήματα μέσα στο 24ωρο, για πόνο.
- ◆ Οξυγονοθεραπεία, εξάσκηση χαλάρωσης και τεχνικών διατήρησης ενέργειας ή και χρήση μηχανικού αερισμού σε σοβαρή αναπνευστική δυσλειτουργία, για υποστήριξη της ζωής.
- ◆ Χαλάρωση και ευχάριστες εικόνες για μείωση πόνου και άγχους.
- ◆ Σχολαστική φροντίδα δέρματος.<sup>9</sup>

#### 7.3.1. Η παρηγορητική περίθαλψη

Η περίθαλψη κατά τα τελευταία στάδια της ζωής βρίσκεται στα όρια μεταξύ της νοσηλείας σε νοσοκομειακό περιβάλλον και κατ' οίκον. Πρέπει να μπορεί ο καθένας να επιλέξει πού επιθυμεί να πεθάνει. Η παρηγορητική περίθαλψη είναι ίσως ιδανικό να γίνεται στην κατοικία του ασθενούς, ωστόσο, τις περισσότερες φορές, η απομόνωση από την οικογένεια και τους φίλους δεν επιτρέπει την επιστροφή στο σπίτι. Το νοσηλευτικό βάρος της περίθαλψης δυσχεραίνει το τέλος της ζωής εκτός νοσοκομείου. Όταν η νόσος δεν θεραπεύεται πλέον, η περίθαλψη γίνεται ενεργητική σε όλα τα στάδια: σκοπός είναι να βελτιώσουμε την ποιότητα της ζωής ως τον θάνατο, χωρίς να τον προκαλέσουμε ή να τον επισπεύσουμε, αλλά και να αναλάβουμε τον ασθενή εξ ολοκλήρου, όσον αφορά το σώμα του και τον φυσικό, ψυχολογικό και ψυχικό του πόνο. Όπου κι αν γίνεται η περίθαλψη, απαιτεί πολύπλευρη συνδρομή ιατρών, ψυχολόγων, νοσηλευτών εν γένει, αλλά και συγγενών και φίλων.

Οι πρώτες νοσοκομειακές μονάδες παρηγορητικής περίθαλψης δημιουργήθηκαν στα τέλη της δεκαετίας του 1960 στη Μεγάλη Βρετανία. Περιλαμβάνουν αρκετές συμπληρωματικές κλίνες σε έναν μοναδικό χώρο, όπου

βρίσκεται η κλίνη του ασθενούς. Τα κέντρα αυτά αναπτύχθηκαν πολύ στις Η.Π.Α. και στον Καναδά και σχετικώς λιγότερο στην Ευρώπη. Στη Γαλλία, δημιουργήθηκαν ορισμένα κέντρα κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1980. Μπροστά στη βαθμιαία αύξηση της ζήτησης, ορισμένα νοσοκομεία εγκατέστησαν κινητές μονάδες αυτού του τύπου, οι οποίες μετακινούνται από κλινική σε κλινική ανάλογα με τις ανάγκες των ασθενών ή των συνοδών τους. Σήμερα υπάρχει ανάγκη να διδαχθεί το προσωπικό τρόπους οι οποίοι να εξασφαλίζουν καλύτερο τέλος για τους ασθενείς, ιδίως σε νοσοκομεία που συνηθίζουν να αναλαμβάνουν βαριά παθολογικά περιστατικά.

Η ανθρώπινη παρουσία και η επικοινωνία είναι αδύνατον να διαχωριστεί από την παρηγορητική περίθαλψη. Πρέπει να γνωρίζουμε πως να εκτιμήσουμε τις διάφορες φάσεις του τέλους της ζωής και τις αντίστοιχες προσεγγίσεις, που επιτρέπουν να τις ανακουφίσουμε. Πρέπει επίσης να γνωρίζουμε ότι η επανάληψη του φαινομένου του θανάτου αποτελεί σημαντικό αγχογόνο παράγοντα για όσους συμμετέχουν στις μονάδες αυτές.

Έχουμε υποχρέωση να αντιμετωπίσουμε κατά κύριο λόγο τα συμπτώματα. Παρατηρείται σημαντική απόσταση μεταξύ του τρόπου, με τον οποίον οι ασθενείς αισθάνονται τα συμπτώματα τους και του τρόπου με τον οποίον τα ερμηνεύουν οι ιατροί. Υπάρχει όμως ανακούφιση για όλα τα συμπτώματα και κυρίως για τον φυσικό πόνο. Σήμερα διαθέτουμε πλήρη και αποτελεσματική θεραπευτική πανοπλία. Η κλιμάκωση των θεραπευτικών αναγκών δεν πρέπει να αποτελεί πρόφαση για να μην ανακουφίσουμε τον πόνο. Είναι γνωστό ότι η μορφίνη απαλύνει τόσο τον οξύ, όσο και το χρόνιο πόνο, ανακουφίζοντας παράλληλα και τις αναπνευστικές δυσκολίες: οι ειδικοί συνιστούν τη χρήση της από τα πρώιμα κιόλας στάδια. Υπάρχουν όμως και άλλα, πολύ αποτελεσματικά φάρμακα, τα οποία ενδείκνυνται κατά την περίοδο αυτή. Η παρηγορητική περίθαλψη δεν σημαίνει υποχρεωτικά χρήση μορφίνης, σε καμία περίπτωση. Τέλος, πρέπει να λάβουμε υπόψη μας και να αντιμετωπίσουμε και όλα τα άλλα συμπτώματα: κούραση, άγχος, θλίψη και αϋπνίες.<sup>25</sup>

#### 7.4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ

Ο ρόλος είναι πολυδύναμος και καθοριστικός μέσα στο τροποποιημένο σύστημα νοσηλείας, στο οποίο έχει συσταλεί ο ρόλος του γιατρού, δεδομένου ότι έχουν περιοριστεί τα περιθώρια για ουσιαστικές θεραπευτικές παρεμβάσεις.

Υπάρχει διεθνής εμπειρία για την παροχή υψηλού επιπέδου προσφοράς υπηρεσιών από την κοινοτική νοσηλεύτρια. Απαιτείται υψηλό επίπεδο κατάρτισης, κλινική επιστημονική εμπειρία, οργανωτικές, ηγετικές, διαπροσωπικές και διδακτικές ικανότητες που να ανατροφοδοτούνται συνεχώς προκειμένου να ανταποκριθεί στο πολυδιάστατο ρόλο της που είναι:

1. Να ελέγχει κατά πόσο τηρούνται τα θεσπισμένα κριτήρια για τη νοσηλεία του αρρώστου στο σπίτι και,
2. Να παρέχει νοσηλεία.

Στόχος της, στην αντιμετώπιση των αναγκών του αρρώστου είναι η ταυτόχρονη ενεργοποίηση του ίδιου και του περιβάλλοντός του κατά τρόπο ώστε να μην περιορίζονται οι προσπάθειές του για αυτοφροντίδα. Ενημερώνει τους οικείους για τα πιθανά συμπτώματα που μπορεί να παρουσιασθούν ιδιαίτερα από το πεπτικό σύστημα, το ουροποιητικό, το αναπνευστικό, το δέρμα, το νευρικό σύστημα και δίνει έμφαση στον κίνδυνο των λοιμώξεων.

Νοσηλεύοντας τον άρρωστο διδάσκει τους οικείους τα μέτρα προφύλαξης όταν φροντίζουν τον άρρωστο τους. Προκειμένου για ασθενή με AIDS ισχύουν τα ίδια μέτρα όπως όταν φροντίζεται ο άρρωστος στο νοσοκομείο σχετικά με το πότε χρειάζεται ποδιά, μάσκα και γάντια, για το πλύσιμο του ιματισμού στο πλυντήριο ή στο χέρι, το πλύσιμο των πιάτων, τη χρησιμοποίηση κοινού μπάνιου και τουαλέτας. Δίνει στην οικογένεια το ενημερωτικό φυλλάδιο που κυκλοφορεί και αναφέρει τις πρακτικές οδηγίες με λεπτομέρεια. Εξασφαλίζει προτεραιότητες προκειμένου να μειώσει την ταλαιπωρία του αρρώστου π.χ. ρυθμίζει επείγουσες ιατρικές ή εργαστηριακές εξετάσεις, προετοιμάζει τον άρρωστο για εισαγωγή σε κλινική ημέρας για να υποβληθεί σε έλεγχο.

Σημαντικός είναι ο ρόλος της όταν συμβεί ο θάνατος στο σπίτι. Σε αντίθεση με τον αρχικό σκοπό της νοσηλείας στο σπίτι, που είναι η διατήρηση

και παράταση της ζωής, έρχεται ο θάνατος. Οι αντιδράσεις του αρρώστου ποικίλλουν από αγωνία και κατάθλιψη μέχρι συμφιλίωση και αποδοχή της ιδέας του θανάτου. Βέβαια όταν ο άρρωστος αντιμετωπίζει το θάνατο στο σπίτι πλαισιωμένος από την παρουσία των δικών του, η αντιμετώπιση του θανάτου είναι λιγότερο οδυνηρή.

Με την εφαρμογή του θεσμού είναι ευκολονόητα τα οφέλη:

- ◆ Ο άρρωστος παραμένει στο γνώριμο περιβάλλον του με όλα τα πλεονεκτήματα νοσηλείας αρρώστου στο οικογενειακό περιβάλλον και ανεξάρτητος από τις ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις.
- ◆ Δίνει την ευκαιρία στην κοινότητα να εκφράσει τα αισθήματα της.
- ◆ Μειώνει το κόστος νοσηλείας του αρρώστου.
- ◆ Απελευθερώνονται κρεβάτια για τα επείγοντα περιστατικά.
- ◆ Αναπτύσσει και βελτιώνει ποιοτικά τη νοσηλεία.

Μέσα από το άρθρο 15 του Νόμου 1397 προβλέπεται να λειτουργήσει ο θεσμός μέσα από τα Κέντρα Υγείας. Βεβαίως χρειαζόμαστε ανθρώπινο δυναμικό, αλλά και νέο πνεύμα δουλειάς. Ο νόμος το προβλέπει. Κέντρα Υγείας υπάρχουν, σε μας μένει να πάρουμε τη δύναμη της Νοσηλευτικής στα χέρια μας και να τη βγάλουμε κι έξω από το γνωστό και εύκολο για όλους χώρο του νοσοκομείου και να σταθούμε στο πλευρό της ελληνικής οικογένειας που δεν θα αρνηθεί να φροντίσει και τον άρρωστο με AIDS, όπως δεν αρνήθηκε τη φροντίδα του αρρώστου με καρκίνο, φυματίωση ή άλλο χρόνιο νόσημα.<sup>35</sup>

## 7.5. ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ AIDS ΕΚΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

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

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

1. Ιατρική συγκατάθεση
2. Οργανωμένη υπηρεσία για φροντίδα στο σπίτι («οίκοι Νοσηλεία»)

3. Η οικονομική κατάσταση της οικογένειας.
4. Δυνατότητα παραχώρησης μοναχικού δωματίου.
5. Η προσαρμογή της οικογενείας στο νέο πρόγραμμα ζωής.
6. Οι ψυχολογικές επιπτώσεις αρρώστου - οικογένειας.

Με κάθε λεπτομέρεια, εφόσον αποφασισθεί νοσηλεία στο σπίτι, πρέπει να δίνονται πρακτικές οδηγίες που αφορούν:

- ◆ Στην ατομική υγιεινή (σχολαστικός καθορισμός χεριών πριν και μετά τα γεύματα, καθαρισμός στοματικής κοιλότητας κλπ).
- ◆ Στα προσωπικά αντικείμενα του αρρώστου (π.χ. οδοντόβουρτσες, ξυριστικές λεπίδες κλπ) που είναι αυτονόητο ότι δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται από άλλους.
- ◆ Στα είδη εστίασεως που πρέπει να πλένονται κατά το συνήθη τρόπο και στη συνέχεια πρέπει να παραμένουν σε διάλυμα χλωρίνης 10% για 15 λεπτά τουλάχιστον.
- ◆ Στον ακάθαρτο ιματισμό που πρέπει να πλένεται στο πλυντήριο στους 90°C ή στο χέρι, υπό την προϋπόθεση ότι θα χρησιμοποιούνται γάντια οικιακής χρήσης για την αποφυγή μόλυνσης μέσω αμυχών του δέρματος. Δίνονται συμβουλές στους οικείους να αποφεύγουν τα καθαριστήρια.
- ◆ Στα έπιπλα για τα οποία δεν χρειάζεται ειδική φροντίδα ενώ για τα ιατρικά μηχανήματα ή συσκευές ισχύουν ό,τι για το Νοσοκομείο.
- ◆ Τα αιχμηρά αντικείμενα συλλέγονται με προσοχή προς αποφυγή ατυχημάτων και καίγονται με τα υπόλοιπα απορρίμματα, εφ' όσον είναι δυνατό (μονοκατοικίες, επαρχιακές πόλεις κλπ.). Στις μεγάλες πόλεις τα μολυσμένα απορρίμματα, καλά κλεισμένα πρέπει να παραδίδονται στο αυτοκίνητο συλλογής απορριμμάτων την τελευταία στιγμή.
- ◆ Στην πρόληψη διασποράς βιολογικών υγρών και στην καθαριότητα του χώρου ισχύει ό,τι και στο Νοσοκομείο.

Με τον τρόπο αυτό και τη σωστή πληροφόρηση ελπίζεται ότι μπορεί να επιτευχθεί σωστή φροντίδα αρρώστων στο οικείο περιβάλλον τους, με τη σχετική ασφάλεια υγείας, έτσι ώστε και τα νοσοκομεία να αποσυμφορηθούν



αλλά και ο άρρωστος να έχει πραγματικά ανθρώπινη και αξιοπρεπή μεταχείριση ως το τέλος.<sup>36</sup>

### 7.5.1. Εκπαίδευση – διδασκαλία ασθενούς AIDS

Βασική διάσταση της νοσηλευτικής φροντίδας αποτελεί και η διδασκαλία του αρρώστου με AIDS: πώς να προστατεύει τον εαυτό του για να μην μολύνεται από τους άλλους και πώς να προσέχει να μην μεταδίδει την αρρώστια του στους άλλους. Η πληροφόρηση πρέπει να εκτείνεται και στους συγγενείς και σε όλες τις κοινωνικές ομάδες με τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, ειδικά προγράμματα και διδασκαλία στα σχολεία.

Ιδιαίτερα η διδασκαλία ατόμου με αντισώματα προς τον ιό HIV ή με τη νόσο του AIDS περιλαμβάνει τα εξής:

- ◆ Να παρακολουθείται από γιατρό έστω κι αν είναι ασυμπτωματικός.
- ◆ Να αναφέρει έγκαιρα τυχόν σημεία του AIDS δηλαδή πυρετό, απώλεια βάρους διόγκωση λεμφαδένων στο λαιμό και στις μασχάλες και επίμονο βήχα ή διάρροια.
- ◆ Να μην έχει κοινές με άλλους ξυριστικές λεπίδες και οδοντόβουρτσες.
- ◆ Να μην προσφέρει ποτέ αίμα σαν αιμοδότης ή όργανα του για μεταμόσχευση.
- ◆ Να μην χρησιμοποιεί κοινές σύριγγες και βελόνες.
- ◆ Να ενημερώνει το γενικό του γιατρό και τον οδοντίατρο του για την κατάσταση του ώστε να παίρνουν τις απαραίτητες προφυλάξεις.<sup>35</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup>

### ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΙΔΣ

**Η** γνώση ότι κάποιος έχει μολυνθεί από τον ιό HIV, ότι είναι δηλαδή φορέας του ιού (HIV Positive), προκαλεί τεράστια ψυχολογική αναστάτωση. Αυτή η κατάσταση επιδεινώνεται από τη γνώση, ότι οι περισσότεροι φορείς του ιού θα αναπτύξουν αργότερα τα προχωρημένα στάδια του AIDS, για τα οποία δεν υπάρχει θεραπεία, έτσι που μέσα σε 10 με 15 χρόνια τους περιμένει ο θάνατος. Η αποδοκιμαστική συμπεριφορά της κοινωνίας απέναντι στα άτομα φορείς και η μεροληψία ενάντια σ' εκείνους, που τολμούν να το φανερώσουν, επιτείνει αυτή τη συναισθηματική διαταραχή. Η μεγαλύτερη ψυχολογική αναστάτωση προέρχεται από τη γνώση του ότι θα μολυνθεί πιθανότατα και ο ερωτικός σύντροφος, άντρας ή γυναίκα. Η συναισθηματική διαταραχή μπορεί να είναι τόσο σοβαρή, που να οδηγεί το άτομο σε σκέψεις αυτοκτονίας, ενώ μερικοί την επιχειρούν κιόλας.

Οι άνθρωποι που έχουν μολυνθεί από τον ιό χρειάζονται συμβουλευτική υποστήριξη, καθώς και τη δυνατότητα να συζητούν με μη εμπαθή και κριτικά άτομα, όταν τα προβλήματα τους οξύνονται. Έπειτα από έρευνα υπάρχουν αποδείξεις, πως η γνώση του ότι κάποιος είναι φορέας του ιού είναι το ίδιο καταστροφική για το συναισθηματικό του κόσμο, όσο και η γνώση του ότι κάποιος πάσχει από AIDS.<sup>37</sup>

Επομένως ψυχολογικές επιπτώσεις παρατηρούνται σε τρεις κυρίως κατηγορίες πληθυσμού:

- ⊕ Στους φορείς, στους πάσχοντες και στους ανήκοντες στις ομάδες υψηλού κινδύνου.
- ⊕ Στην οικογένεια και
- ⊕ Στο κοινωνικό σύνολο γενικότερα.<sup>6</sup>

## 8.1. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΕ ΦΟΡΕΙΣ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΟΜΑΔΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Στο αρχικό στάδιο παρατηρούνται συμπτώματα ανησυχίας και άγχους για κάθε νέο σύμπτωμα. Η αβεβαιότητα για την πορεία της νόσου και τη θεραπεία επιδεινώνουν την κατάσταση τους. Οι συναισθηματικές τους αντιδράσεις συνίστανται σε ♦έντονο σοκ ♦απόρριψη-αποξένωση ♦μόνωση-αυτούποτίμηση ♦απώλεια δυνάμεων, ρόλων, αυτονομίας ♦φόβους, ενοχές, ιδέες αυτοκτονίας ♦απελπισία, άγχος, κατάθλιψη ♦αμείλικτα ερωτήματα: γιατί ο πόνος, η αρρώστια, ο θάνατος; ♦υπαρξιακή αγωνία.<sup>34</sup>

Οι ασθενείς χρειάζονται κοινωνική, οικονομική, θεραπευτική και κύρια ηθική υποστήριξη, η οποία γίνεται πιο δύσκολη, επειδή οι ασθενείς αυτοί, συνήθως ανήκουν σε περιθωριακές ομάδες.

Μετά τις πρώτες αυτές αντιδράσεις ακολουθεί ένα μεταβατικό στάδιο, όπου οι ασθενείς εμφανίζουν σύγχυση, κατάπτωση, διάσπαση της προσωπικότητας και συμπτώματα απομόνωσης, ενοχής και απελπισίας. Αισθάνονται έντονα την περιθωριοποίηση ακόμη και από την οικογένειά τους. Άλλοι παρουσιάζουν τάσεις αυτοκαταστροφής, ενώ άλλοι με επιθετική διάθεση επαναδραστηριοποιούνται με μεγαλύτερο ζήλο. Οι εκδηλώσεις άγχους είναι δυνατό να πάρουν τη μορφή πανικού, ενώ οι ασθενείς αντιμετωπίζουν με καχυποψία τους πάντες γύρω τους.<sup>6</sup>

Ο άρρωστος παθαίνει ψυχικό σοκ και δοκιμάζει έντονο φόβο. Βλέπει τη διάγνωση ότι έχει AIDS σαν προάγγελο του θανάτου του. Αισθάνεται έντονο άγχος που επηρεάζει αρνητικά την απόδοση και τη συνέπεια στις υποχρεώσεις του. Μπορεί να αρνείται και να μην παραδέχεται τη διάγνωση του, να επιμένει π.χ. ότι έχει πνευμονία. Αισθάνεται ενοχή για τον τρόπο της ζωής του και για την πιθανότητα να έχει μολύνει τη σύζυγο του και άγνωστο αριθμό φίλων ή τοξικομανών συντρόφων του. Επίσης μπορεί να αισθάνεται ότι είναι βάρος συναισθηματικό και οικονομικό στην οικογένεια του, αν αυτή συνεχίζει να τον υποστηρίζει και να τον περιποιείται. Ακόμη αισθάνεται ντροπή για τη σωματική και νοητική του κατάρρευση, που ο ίδιος προκάλεσε με τη ριψοκίνδυνη

συμπεριφορά του και γι' αυτό μπορεί να αποσύρεται από κοινωνικές επαφές και δραστηριότητες. Αυτή η απόσυρση πιθανόν να είναι τρόπος αυτοπροστασίας από τον φόβο της απόρριψης εκ μέρους του περιβάλλοντος ή μπορεί να είναι σύμπτωμα μελαγχολίας συνοδευόμενο και από ανορεξία, σωματική εξάντληση και περιορισμό επικοινωνίας με το περιβάλλον. Μερικοί άρρωστοι καταφεύγουν στα ναρκωτικά και το αλκοόλ. Συνήθης είναι και η τάση αυτοκτονίας, και ορισμένοι έχουν αυτοκτονήσει.

Εξ άλλου η διάγνωση μπορεί να υποχρεώσει τον άρρωστο να ομολογήσει ότι ήταν ομοφυλόφιλος στην οικογένεια του, η οποία το ακούει με φόβο, θυμό ή και απέχθεια. Και το κοινωνικό σύνολο τον αποστρέφεται και τον εξοστρακίζει γι' αυτό. Την ίδια απόρριψη δοκιμάζει και το άτομο που απέκτησε τον ιό HIV από ενδοφλέβια λήψη ναρκωτικών με μολυσμένες βελόνες. Είναι ανεκτότερο να χαρακτηριστεί ως δυσμεταχειρίσιτος και ανοικονόμητος ένας άρρωστος παρά να νοσηλευθεί ως άρρωστος με διπλή διάγνωση: AIDS και φαρμακευτική εξάρτηση.<sup>34</sup>

Ο άρρωστος έχει το αίσθημα της απώλειας των δυνάμεών του, της σωματικής του ακεραιότητας, του ελέγχου του εαυτού και της αρρώστιας του, της αυτονομίας του, αλλά και της ίδιας της ζωής του. Ο άρρωστος με AIDS απειλείται και από τη χαλάρωση ή και την απώλεια των στενών προσωπικών του σχέσεων, λόγω του υψηλού κινδύνου μετάδοσης της λοίμωξης στην ή στον σύζυγο, αλλά και λόγω αδυναμίας των δικών του να ανταποκριθούν στις ψυχολογικές, σωματικές και οικονομικές απαιτήσεις της αρρώστιας του.

Οι ασθενείς χρειάζονται νέο περιβάλλον και νέες αξίες, ώστε να προσεγγίσουν από άλλη σκοπιά το πρόβλημα τους.

Το τελικό στάδιο χαρακτηρίζεται από την παραδοχή της νόσου και την αντιμετώπισή της με ρεαλισμό και θάρρος. Δίνουν μεγάλο βάρος στην ποιότητα της ζωής και έχουν αισθήματα στοργής και αλτρουισμού. Είναι συνεργάσιμοι με τους γιατρούς και το κοινωνικό σύνολο, ενώ με την πάροδο του χρόνου αρχίζουν να εξοικειώνονται με την ιδέα του θανάτου.

Πολλές φορές τα άτομα των ομάδων υψηλού κινδύνου, χωρίς να νοσούν ή

να είναι φορείς, διακατέχονται από φόβο, άγχος, ανησυχία και γενικά τα συμπτώματα του αρχικού σταδίου, που περιγράφηκαν παραπάνω. Η κατάσταση αυτή, που είναι γνωστή και σαν φοβία του AIDS, εμφανίσθηκε αρχικά το 1983 σε ομάδες ομοφυλόφιλων, ενώ τώρα είναι αρκετά συχνή σε υγιείς και αναμένεται να αυξηθεί ακόμη περισσότερο. Εκδηλώνεται με επίμονες και συχνές ιατρικές εξετάσεις για την εξακρίβωση τυχόν μόλυνσης, μετά από την εμφάνιση κάποιου από γενικά συμπτώματα ή ακόμη και χωρίς ιδιαίτερο λόγο. Παρατηρείται συχνότερα σε φοβικά άτομα, ενώ σε άτομα με υποχονδριακά ενοχλήματα μπορεί να έχει απρόβλεπτες συνέπειες. Η αντιμετώπιση της φοβίας του AIDS περιλαμβάνει σωστή πληροφόρηση, διαβεβαίωση του ατόμου ότι δεν πάσχει και θεραπεία τυχόν ψυχιατρικής-πάθησης.<sup>6</sup>

### 8.1.1. Ψυχολογικές επιπτώσεις στην οικογένεια

Για πολλά άτομα με HIV-λοίμωξη, περιλαμβανομένων των πασχόντων από νοσήματα, που σχετίζονται με τον HIV, η οικογένεια αποτελεί τη βασική πηγή φροντίδας και υποστήριξης. Η μορφή της φροντίδας, που χρειάζεται θα εξαρτηθεί από το στάδιο της λοίμωξης, όσο η κατάσταση του ασθενούς θα χειροτερεύει, τόσο οι απαιτήσεις από την οικογένεια θα αυξάνονται. Ο χρόνος και η προσπάθεια, που χρειάζονται, καθώς και η συναισθηματική εμπλοκή, θα αυξηθούν και η οικογένεια θα αποσυρθεί από άλλες δραστηριότητες και ευθύνες.

Ταυτοχρόνως, η οικογένεια μπορεί να βασανίζεται από τους ίδιους φόβους (π.χ. του εξοστρακισμού και της αλληλοκατηγορίας) με το μολυσμένο άτομο. Η συμβουλευτική καθοδήγηση των μελών της οικογένειας μπορεί να είναι όλο και πιο αναγκαία, καθώς θα εξελίσσεται η λοίμωξη, καθορίζοντας τις ανάγκες της οικογένειας, τόσο σαν σύνολο, όσο και ατομικά των μελών της. Αυτό γίνεται συνεχώς σημαντικότερο σε καταστάσεις, στις οποίες το AIDS έχει δημιουργήσει φόβο και απόρριψη.<sup>38</sup>

Είναι πιθανή και η διάσπαση μέσα στην οικογένεια. Ένα ή δύο μέλη συνεχίζουν να ενδιαφέρονται, να αγαπούν και να περιποιούνται το αγαπημένο τους πρόσωπο που έχει AIDS, ενώ τα υπόλοιπα μέλη το εγκαταλείπουν ίσως για να αποφύγουν το κοινωνικό στίγμα. Με άλλα λόγια, οι αντιδράσεις των

συγγενών μπορούν να κινούνται ανάμεσα σε δύο πόλους: ο ένας είναι η υπερπροστασία και ο άλλος η απόρριψη, η απομόνωση και η αποξένωση του.

Είναι ευνόητο το γιατί η απόφαση του αρρώστου, να το πει ή να μη το πει ότι έχει AIDS, τότε και σε ποιους, δεν είναι εύκολη υπόθεση. Βιώνεται σαν δίλημμα. Αν πάλι δεν το πει πουθενά, είναι σαν να κλείνεται και ζει μέσα σε ένα «συρτάρι»! Θα τα βγάλει πέρα μόνος του; Ένας άρρωστος μόλις υποπτεύθηκε ότι είχε AIDS, άρχισε να παρακαλεί τη νοσηλεύτρια να μη το πει πουθενά, ούτε στη σύζυγο του. Κάποιος άλλος όταν έμαθε τη διάγνωση, δηλαδή ότι έχει AIDS, έκανε ένα πλήθος τηλεφωνημάτων σε φίλους και συναδέλφους για να βεβαιωθεί ότι θα έχει την αποδοχή και την υποστήριξη τους. Πράγματι, διάφοροι ασθενείς αντιδρούν προς την ίδια νόσο με διάφορο τρόπο και δεν πρέπει να περιμένει κανείς ομοιότητα αντιδράσεων μεταξύ των αρρώστων.<sup>34</sup>

Επίσης είναι πιθανόν η οικογένεια να χρειάζεται υλικοτεχνική υποστήριξη. Μπορεί να χρειαστεί να εφοδιασθεί με φάρμακα και απολυμαντικά και να ενημερωθεί για την πηγή της λοίμωξης και την πιθανή θεραπεία. Τακτικές επισκέψεις από εργαζόμενους σε υπηρεσίες υγείας, καθώς και από το σύμβουλο, ίσως να είναι σημαντική μορφή υποστήριξης. Οι οικονομικές ανάγκες της οικογένειας πρέπει επίσης να εξετασθούν και επιπλέον ο ρόλος της κοινότητας και των εθνικών συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης πρέπει να διερευνηθεί.<sup>43</sup>

Αν ο άρρωστος με AIDS είναι παιδί, η οικογένεια αντιμετωπίζει την κοινωνική απομόνωση και αισθάνεται μειονεκτικότητα, ενοχή και γονεϊκή ανεπάρκεια, ιδιαίτερα μάλιστα η μητέρα. Τα αδέλφια φοβούνται μήπως αρρωστήσουν κι αυτά ή και 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 συνομήλικους φίλους. Ο παιδικός σταθμός και το σχολείο αποκλείουν τη φοίτηση του παιδιού, είτε επειδή το απαιτούν οι γονείς των άλλων παιδιών, είτε επειδή 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 πώς να αναπτυχθεί; Το ζήτημα είναι πώς μπορεί η νοσηλευτική να συμβάλλει στην ψυχική αναστήλωση και στην κοινωνική αποδοχή των αρρώστων αυτών;<sup>38</sup>

Ακόμη πιο σημαντικό είναι να εκλαμβάνεται η οικογένεια ως ευρύτερη έννοια και να περιλαμβάνει, τόσο οικογένειες επιλογής, όσο και την τυπική οικογένεια από γέννηση ή γάμο. Μερικοί άνθρωποι καλύπτονται από άλλων μορφών οικογένειες, που τους παρέχουν συναισθηματική και πρακτική υποστήριξη, που συνήθως συνδέεται με πιο συμβατικές μορφές της οικογένειας.<sup>38</sup>

### 8.1.2. Ψυχολογικές επιπτώσεις στο κοινωνικό σύνολο

Η εμφάνιση της επιδημίας έθεσε σε δοκιμασία τους κοινωνικούς θεσμούς και τη συνεργασία των κρατών. Πολλά κράτη αρνούνται να δώσουν πλήρη στοιχεία για τα κρούσματα της νόσου, ενώ άλλα υποχρεώνουν τους μετανάστες ή ακόμη και τους τουρίστες σε εξετάσεις.

Ένα άλλο επακόλουθο ήταν η αλλαγή του τρόπου σκέψης, δράσης και αντίδρασης των κοινωνικών ομάδων. Έτσι, πάσχοντες ή φορείς υποχρεώθηκαν να εγκαταλείψουν το σχολείο ή την εργασία τους και απομονώθηκαν από τους οικείους ή τους ερωτικούς συντρόφους τους, με αποτέλεσμα ο ασθενής να χάνει την ανεξαρτησία και αυτονομία του, δύσκολα μπορεί να δικαιολογήσει το δικαίωμά του στο σεβασμό, των άλλων και τη θέση του στην κοινωνία. Ακόμη, νοσηλευτικό προσωπικό, αστυνομικοί και δεσμοφύλακες αρνήθηκαν να τους εξυπηρετήσουν.

Η ενημέρωση του υγειονομικού προσωπικού και γενικότερα του κοινωνικού συνόλου από υπεύθυνα πρόσωπα έχει συμβάλλει στην κατανόηση των πραγματικών διαστάσεων του προβλήματος και στην αντικειμενικότερη προσέγγιση του. Η διασπορά ανακριβών πληροφοριών και η λανθασμένη πληροφόρηση δημιουργεί άγχος και φαντασιώσεις, που καταλήγουν σε άδικη συμπεριφορά και νοσηρές καταστάσεις.

Σήμερα το σπουδαιότερο όπλο που διαθέτουμε, πέρα από τις ανεξάντλητες προσπάθειες των ερευνητών για την ανακάλυψη της θεραπείας και

του εμβολίου του AIDS, είναι η σωστή υγειονομική διαφώτιση του λαού. Αυτή στοχεύει, πρώτα στην αποφυγή σεξουαλικής επαφής με ύποπτους ή με πάσχοντες από AIDS, όπως και στην αποφυγή πολλαπλών ερωτικών συντρόφων, καθόσον έτσι αυξάνεται η πιθανότητα μετάδοσης του AIDS, δεύτερο στον ειδικό εργαστηριακό έλεγχο αυτών, που πρόκειται να γίνου δωρητές σπέρματος ή άλλων οργάνων και τρίτο στον αποκλεισμό από την εθελοντική αιμοδοσία ατόμων, που πάσχουν ή είναι ύποπτα για AIDS ή ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου.<sup>6</sup>

### 8.1.3. Ψυχολογικές επιπτώσεις σε Νοσηλευτές και Νοσηλευόμενους

Είναι δεδομένο ότι το Νοσηλευτικό προσωπικό καλείται, μαζί με το Ιατρικό και την Κοινωνική Υπηρεσία του Νοσοκομείου, να καλύψει διαταραχές και ανάγκες των νοσηλευομένων, όχι μόνο στο βιολογικό επίπεδο αλλά ταυτόχρονα και στο ψυχοκοινωνικό.

Ανάγκες οι οποίες αποβλέπουν, άμεσα ή έμμεσα, στη θεραπεία της διαταραχής της υγείας του ασθενούς.

Έτσι θα πρέπει να είναι όλο τουλάχιστον το προσωπικό υγείας ενημερωμένο επαρκώς για τα βασικά μέτρα προστασίας του κατά την άσκηση των καθηκόντων του κοντά σε αυτούς τους ασθενείς, παράλληλα με τις υποχρεώσεις που έχει προς ένα τέτοιο ασθενή.

Με αυτά τα δεδομένα δε θα πρέπει να έχει ο νοσηλευτής και οποιοσδήποτε άλλος από τα επαγγέλματα υγείας, τον παραμικρό φόβο ότι, νοσηλεύοντας έναν τέτοιο ασθενή, μπορεί εύκολα να μεταδοθεί και σε αυτόν η νόσος. Εάν είναι σίγουρος και φοβάται μετάδοση δεν έχει παρά να απευθυνθεί σε έναν ειδικό για να διευκρινίσει την απορία του.

Το να μην έχει, κάποιος μια συγκεκριμένη και λογική απορία και να εκδηλώνει φόβο και αποστροφή σε έναν ασθενή με AIDS είναι, όπως είναι ευνόητο, απαράδεκτο από κάθε πλευρά και θα πρέπει να ενταχθεί μια τέτοια περίπτωση στην κατηγορία εκείνη των ψυχικών διαταραχών που λέγονται νευρώσεις.

Ο νοσηλευτής ο οποίος τυχαίνει να έχει, χωρίς να το έχει



συνειδητοποιήσει, μια νεύρωση σε κάποιο βαθμό, είτε πρόκειται για νοσοφοβία είτε, για οποιαδήποτε άλλη φοβία, όταν καλείται να προσφέρει τις υπηρεσίες του σε έναν ασθενή, θα τον βοηθήσει σίγουρα πολύ λιγότερο από όσο χρειάζεται. Ή, διαφορετικά, μαζί με την απαιτούμενη βοήθεια που θα του προσφέρει, θα του κάνει σε έναν βαθμό κακό.

Ας δούμε όμως καλύτερα το κακό αυτό που μπορούμε να προκαλέσουμε εν αγνοία μας βεβαία, σε έναν ασθενή που καλούμαστε να τον βοηθήσουμε στο πρόβλημα υγείας που έχει. Όχι μόνο στον ασθενή ή φορέα AIDS που μας ενδιαφέρει εδώ αλλά γενικότερα, κάτω από την επίδραση της αόρατης για μας φοβίας και κάποιας ψυχικής ατέλειας και ευαισθησίας που μπορεί να έχουμε σε μεγάλο ή μικρό βαθμό. Σε μια τέτοια λοιπόν περίπτωση (που δεν είναι καθόλου δύσκολο ή απίθανο να βρισκόμαστε) έχουμε επιγραμματικά τις εξής άμεσα ή έμμεσα επιζήμιες για τον ασθενή επιπτώσεις:

- ◆ Ο νοσηλευτής που βρίσκεται κοντά σε έναν ασθενή ή φορέα AIDS (και ο οποίος, αν σημειωθεί, μπορεί ταυτόχρονα να πάσχει και από κάποια άλλη χρόνια αρρώστια, π.χ. των νεφρών, κλπ.), βρίσκεται ο ίδιος σε μια κατάσταση μεγάλου ή μικρού στρεσαρίσματος με όλα τα επακόλουθα που συνεπάγεται αυτό. Συνέπεια αυτού θα είναι, όπως είναι φυσικό, να μην είναι όσο χρειάζεται αποτελεσματικός και ακριβής στην παροχή των υπηρεσιών που πρέπει να παράσχει στον ασθενή του, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι στερείται των απαιτούμενων γνώσεων και πείρας.

- ◆ Ο νοσηλευτής που διακατέχεται γενικά και σε ένα βαθμό, από μια τέτοια ψυχική ευαισθησία, καλούμενος να προσφέρει άμεσα τις υπηρεσίες του σε έναν τέτοιο ασθενή, του μεταδίδει, χωρίς να το καταλαβαίνει ούτε ο ίδιος ούτε και ο ασθενής τη φοβία του.

Αυτό πρέπει να γνωρίζουμε ότι έχει πολύ σοβαρά επακόλουθα στην-πορεία γενικά της κατάστασης της υγείας του ασθενούς, τα κυριότερα από τα

οποία είναι: ♦Αναπτύσσεται σε αυτόν ένα αίσθημα ανασφάλειας και αβεβαιότητας για τη θεραπεία του ♦Αισθάνεται ότι η αρρώστια του είναι πολύ πιο σοβαρή και δυσεπίλυτη από ό,τι φανταζόταν ♦Το ηθικό του και η πίστη του ότι μπορεί να γίνει καλά πέφτει απότομα. Αυτό και μόνο, αποτελεί την κατάσταση-κλειδί στην αρνητική εξέλιξη της πορείας της αρρώστιας του ασθενούς ♦Σαν συνέχεια δε της προηγούμενης -κατάστασης, ο άρρωστος πέφτει σε μια κατάσταση έντονου αρνητισμού, νοιώθει δηλαδή ένα αίσθημα απόρριψης και ταυτόχρονα καταδίκης του από τους άλλους και, γενικότερα, από την κοινωνία.

Μετά από όλα αυτά τα γενικά, θα πρέπει να καταλάβουμε καλά όλοι οι εργαζόμενοι, στα επαγγέλματα υγείας, και, πολύ περισσότερο το νοσηλευτικό προσωπικό, αφού αυτό βρίσκεται την περισσότερη ώρα κοντά στον άρρωστο, ότι σε μας είναι απαγορευμένη αυστηρά η πολυτέλεια του να διατηρούμε κάποια φοβία στη δουλειά μας.<sup>39</sup>

#### **8.1.4. Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της HIV λοίμωξης σε συζευγμένες γυναίκες**

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μιας μελέτης που ανακοινώθηκε πρόσφατα, διαπιστώθηκε ότι τα συναισθήματα που διακατέχουν μια γυναίκα κατά την αρχική ανακοίνωση όσον αφορά στην μόλυνσή της από τον HIV είναι ♦η έκπληξη ♦ο φόβος ♦ο θυμός ♦η απελπισία ♦η απορία ♦η αίσθηση της αδικίας και άλλα. Οι ερωτικές σχέσεις μεταξύ συζύγων φθίνουν, ιδιαίτερα εκ μέρους των μεγαλύτερων σε ηλικία γυναικών. Οι νεότερες σε ηλικία γυναίκες επιθυμούν να αποκτήσουν παιδιά. Όσες εργάζονται πριν τη λοίμωξη συνεχίζουν να εργάζονται και οι νεότερες σε ηλικία γυναίκες συνεχίζουν να κάνουν σχέδια για τη ζωή τους. Οι φίλιες από ορισμένες διακόπτονται ενώ όλες τυγχάνουν συναισθηματικής στήριξης από κάποιο οικείο πρόσωπο. Οι μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες δε βρίσκουν νόημα στη ζωή τους και ορισμένες λαμβάνουν ελάσσονα ηρεμιστικά φάρμακα. Τέλος δεν αισιοδοξούν όλες οι γυναίκες ως προς την εύρεση ριζικής θεραπείας κατά του HIV.<sup>40</sup>

### 8.1.5. Ψυχολογικές επιπτώσεις της HIV λοίμωξης και οι συνέπειές τους στη συναισθηματική, ερωτική και σεξουαλική ζωή των οροθετικών

Κατά την περίοδο 1998-99 στο Συμβουλευτικό Σταθμό για το AIDS ο οποίος στεγάζεται στο Νοσοκομείο «Α. Συγγρός» και στη Μονάδα Ε. Λοιμώξεων του Νοσοκομείου «Ο Ευαγγελισμός», έγινε μια έρευνα σχετικά με τις ψυχολογικές επιπτώσεις του HIV στη συναισθηματική, ερωτική και σεξουαλική ζωή των οροθετικών, τα αποτελέσματα της οποίας είναι ότι μετά την πρώτη περίοδο κρίσης η καταθλιπτική εικόνα υποχωρεί και επιτρέπει την επανάκαμψη των εναρμονίσεων της ζωής. Παρατηρείται επαναδιαπραγματέυση της ερωτικής ζωής στην πλειοψηφία των ασθενών, με σημαντικό σημείο προβληματισμού την επιθυμία εκμυστήρευσης ή την ενδεχόμενη απόκρυψη της οροθετικότητας σε νέους ερωτικούς συντρόφους. Κύριος λόγος απόκρυψης θεωρείται ο φόβος απόρριψης που μπορεί να είναι έντονος στα οροθετικά άτομα.<sup>41</sup>

### 8.2. Κρίσεις αυτοκτονίας σε άτομα με AIDS

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

- ◆ Πολλαπλές απώλειες σχετικές με το AIDS (π.χ θάνατοι φίλων).
- ◆ Φιλική ανάμειξη μ' ένα άλλο άτομο που πέθανε από AIDS
- ◆ Υπαρξιακή κρίση και επανεμφάνιση και φάσεις υποτροπιασμού της ασθένειας
- ◆ Υψηλά επίπεδα ανησυχίας σε ασθενείς με AIDS στο αρχικό στάδιο που σχετίζονται με αβεβαιότητα ασθένειας, φυσικά συμπτώματα και κοινωνικές απώλειες.

- ◆ Πρόσφατη γνωστοποίηση θετικότητας του HIV αντισώματος.
- ◆ Κοινωνικά τραύματα και απώλειες σχετικές με τον φόβο του AIDS.
- ◆ Για τους ομοφυλοφίλους που παραμένουν σε θάλαμο ή για μία ισχυρή εμπειρία κοινωνικής εχθρότητας.
- ◆ Μία διαταραγμένη σεξουαλική ταυτότητα κυρίως στους εφήβους.
- ◆ Ένα ακατάλληλο κοινωνικό και οικονομικό σύστημα υποστήριξης.
- ◆ Η παρουσία μιας πρόωρης οργανικής πνευματικής δυσλειτουργίας.<sup>42</sup>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9<sup>ο</sup>

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΑΙ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ  
ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ  
ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΕ ΔΥΟ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ Ν.Σ.
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ 15/03/1953 (48 ΕΤΩΝ)
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ 28/03/2001
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΛΗΨΕΩΣ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ 24/04/2001
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΞΟΔΟΥ 11/05/2001
ΚΑΤΑΓΩΓΗ ΑΘΗΝΑ - ΧΑΪΔΑΡΙ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΜΗΧΑΝΟΕΥΛΟΥΡΓΟΣ
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΓΓΑΜΟΣ - ΠΑΤΕΡΑΣ 2 ΠΑΙΔΙΩΝ Η ΣΥΖΥΓΟΣ HIV (-)
ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ Σ.Ε.Α.Α. - ΕΜΠΥΡΕΤΟ- ΚΟΙΛΙΑΚΑ ΑΛΓΗ - ΔΙΑΡΡΟΙΕΣ (ΑΠΟ 4ΗΜΕΡΟΥ)
ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΜΗΤΕΡΑ ΚΑΙ ΤΕΚΝΑ ΥΓΙΗ ΠΑΤΕΡΑΣ ΑΠΕΒΙΩΣΕ 70 ΕΤΩΝ ΑΠΟ ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ
ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ <u>ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΖΩΗΣ</u> : ΔΕΝ ΚΑΝΕΙ ΧΡΗΣΗ ΤΟΞΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΠΟΤΗΣ ΕΩΣ ΚΑΙ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ. ΚΑΠΝΙΖΕΙ ΠΑΝΩ ΑΠΟ ΔΥΟ ΠΑΚΕΤΑ ΤΣΙΓΑΡΑ ΗΜΕΡΗΣΙΩΣ. ΕΧΕΙ ΚΑΝΕΙ ΤΑΞΙΔΙΑ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ (ΓΕΡΜΑΝΙΑ- ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ 1 ΕΤΟΣ) ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ. ΣΕ ΗΛΙΚΙΑ 25 ΕΤΩΝ ΠΑΝΤΡΕΥΤΗΚΕ ΚΑΙ ΑΠΕΚΤΗΣΕ 2 ΠΑΙΔΙΑ. ΕΧΕΙ ΔΥΟ ΑΓΟΡΙΑ 22 ΚΑΙ 19 ΕΤΩΝ. ΔΕΝ ΑΝΑΦΕΡΕΙ ΚΑΝΕΝΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΟ ΝΟΣΗΜΑ. Ο ΙΔΙΟΣ ΑΝΑΦΕΡΕΙ ΟΤΙ ΜΕ ΤΗ ΣΥΖΥΓΟ ΤΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ. ΑΝΑΦΕΡΕΙ ΧΡΟΝΙΑ ΙΓΜΟΡΙΤΙΔΑ, ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑ ΤΟ 1990, ΜΥΚΗΤΙΑΣΗ ΣΤΟΜΑΤΟΣ (3-4 ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ ΑΠΟ ΤΟ 1991), ΕΡΠΗΣ ΖΩΣΤΗΡ 1991. ΤΟ ΚΑΛΟΚΑΙΡΙ ΤΟΥ 2000 ΔΙΕΓΝΩΣΘΗ HIV (+)

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΑΝΑΦΕΡΕΙ ΟΤΙ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΓΝΩΡΙΖΕΙ Η ΣΥΖΥΓΟΣ ΤΟΥ ΚΑΙ Η ΜΗΤΕΡΑ ΤΟΥ. Ο ΙΔΙΟΣ ΔΥΣΚΟΛΕΥΕΤΑΙ ΝΑ ΑΝΑΦΕΡΕΙ ΠΩΣ ΤΟΥ ΜΕΤΑΔΟΘΗΚΕ Ο ΙΟΣ.

ΠΑΡΟΥΣΑ ΝΟΣΟΣ Ο Ν.Σ. ΕΙΣΗΧΘΗ ΣΤΙΣ 28/03/01 ΜΕ ΚΟΙΛΙΑΚΟ ΑΛΓΟΣ, ΔΙΑΡΡΟΪΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ (ΜΙΑ ΜΕΓΑΛΗ ΥΔΑΡΗΣ ΚΕΝΩΣΗ ΗΜΕΡΗΣΙΩΣ), ΠΥΡΕΤΟ ΕΩΣ 38° C (ΑΠΟ 4ΗΜΕΡΟΥ). Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΕΙΝΑΙ ΓΝΩΣΤΟΣ ΗΙV (+) ΑΠΟ ΤΟΝ 6° ΜΗΝΑ ΤΟΥ 2000, ΟΠΟΤΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΕ ΕΠΙ 1 ΜΗΝΑ ΣΤΗ Γ.Π. ΤΟΥ Π.Γ.Ν.Ν. Η ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ΕΙΝΑΙ ΣΤΑΔΙΟΥ CDC, C ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΕΩΣ: ΑΤΥΠΗ ΜΥΚΟΒΑΚΤΗΡΙΩΣΗ=C, CD Τ-ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ=67μl=3 ΕΚΤΟΤΕ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΕΙΤΑΙ ΣΤΟ Ε.Ι. ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΤΟΥ Π.Γ.Ν.Ν. ΕΩΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΟΥ. ΕΙΝΑΙ ΣΕ ΑΝΤΙΡΕΤΡΟΪΚΗ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ΑΖΤ, 3ΤC ΚΑΙ ΙΝΔΙΒΑΝΙΡ ΚΑΙ ΣΕ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ ΓΙΑ ΑΤΥΠΗ ΜΥΚΟΒΑΚΤΗΡΙΩΣΗ ΜΕ ΚΛΑΡΙΘΡΟΜΥΚΙΝΗ. ΟΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΕΛΗΦΘΗΣΑΝ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΔΙΟ ΚΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΑΤΡΙΚΟ ΤΟΥ ΦΑΚΕΛΟ.

ΠΟΡΕΙΑ ΝΟΣΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΕΩΣ ΚΑΙ ΣΗΜΕΡΑ 24/04/2001 ΕΣΤΑΛΗΣΑΝ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΕΣ ΑΙΜΑΤΟΣ, ΟΥΡΩΝ ΚΑΙ ΚΟΠΡΑΝΩΝ, ΕΛΗΦΘΗ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ. ΑΡΧΙΣΕ ΑΓΩΓΗ ΜΕ CΙΡΟΦΛΟΧΑCΙΝ ΚΑΙ ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΑ. ΕΓΙΝΕ CΤ ΚΟΙΛΙΑC ΟΠΟΥ ΑΝΑΔΕΙΧΘΗΚΕ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗC ΕΝΔΟΚΟΙΛΙΑΚΗ ΜΑΖΑ. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΤΗΚΕ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΛΑΠΑΡΟΤΟΜΙΑ. Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΕΤΑΙ ΣΕ ΑΠΟΜΟΝΩΜΕΝΟ ΘΑΛΑΜΟ. ΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ (ΓΑΝΤΙΑ ΜΙΑC ΧΡΗΣΕΩC, ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΟΔΟ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΑΠΟΡΡΙΠΤΟΝΤΑΙ ΣΕ ΚΑΔΟ ΑΠΟΡΡΙΜΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΕΤΑΙ ΜΕCΑ ΣΤΟ ΘΑΛΑΜΟ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ). ΕΙΝΑΙ ΣΕ ΔΙΑΙΤΑ, ΥΠΕΡΛΕΥΚΩΜΑΤΟΥΧΟ ΧΑΜΗΛΟΥ ΥΠΟΛΕΙΜΜΑΤΟC ΚΑΙ ΣΕ 3ΩΡΗ ΛΗΨΗ ΘΕΡΜΟΚΡΑCΙΑC.

ΜΙΑ ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΟΥ Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΕΧΕΙ ΩC ΕΞΗΣ: ΕΙΝΑΙ ΑΠΥΡΕΤΟC, ΔΕΝ ΕΧΕΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΕ ΤΗ ΛΗΨΗ ΤΡΟΦΗC ΚΑΙ ΣΙΤΙΖΕΤΑΙ ΚΑΝΟΝΙΚΑ.

01/05/01: ΔΙΑΚΟΠΗ ΑΝΤΙΡΕΤΡΟΪΚΗC ΑΓΩΓΗC. ΠΡΟΕΤΟΙΜΑCΙΑ ΓΙΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΛΑΠΑΡΟΤΟΜΙΑ. Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΕΜΕΙΝΕ ΝΗCΤΙC, ΕΓΙΝΕ ΥΠΟΚΛΥCΜΟC. ΣΥΝΕΝΝΟΗCΗ ΜΕ ΤΟΝ ΑΝΑΙCΘΗCΙΟΛΟΓΟ.

02/05/01: ΕΓΙΝΕ ΤΟ ΠΡΩΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΛΑΠΑΡΟΤΟΜΙΑ. ΔΙΑΠΙΣΤΩΘΗΚΕ ΚΟΚΚΙΩΜΑΤΩΣΗ ΤΟΥ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΟΥ. ΕΛΗΦΘΗΣΑΝ ΒΙΟΨΙΕΣ. Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΑΝΕΝΗΨΕ ΚΑΝΟΝΙΚΑ. ΦΕΡΕΙ LEVIN, ΟΥΡΟΚΑΘΕΤΗΡΑ ΚΑΙ ΕΙΝΑΙ ΣΕ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ROMIDON ΚΑΙ Τ.Θ. ΔΕΝ ΕΙΧΕ ΚΕΝΩΣΗ.

08/05/01: ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ. ΑΡΧΙΣΕ ΑΝΤΙ Τῆ ΑΓΩΓΗ.

ΑΝΑΓΚΕΣ/ΠΡΟΒΛ. ΝΟΣΗΛ. ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Υψηλή πυρετική κίνηση και ρίγος (38-39° C) που οφείλεται στη φυματίωση.	Πτώση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα  Μείωση των δυσμενών επιπτώσεων που προκαλεί ο πυρετός	Χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων. Ενίσχυση του οργανισμού με καλή διατροφή Καταγραφή της θερμοκρασίας του σώματος σε προγραμματισμένα χρονικά διαστήματα Ανακούφιση του Ν. από το ρίγος Ακριβής μέτρηση και καταγραφή προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών. Προστασία του Ν. από κρυολόγημα.	Χορήγηση Iamp Arofel I.M. επί πυρετού κατόπιν εντολής ιατρού. Χορήγηση υπερλευκωματιούχου διαίτας. Τρίωρη λήψη θερμοκρασίας. Τοποθέτηση θερμοφόρας στα κάτω άκρα, προσθήκη ματισμού (κουβέρτας) με ελαφριά ενδυμασία του Ν. Χορήγηση ζεστών ροφημάτων. Διενεργήθηκε δροσερό λουτρό σε θερμοκρασία πιο χαμηλή από αυτή του σώματος κατά 1° C. Μέτρηση ανά εξάωρο των προς-λαμβινομένων και αποβαλλομένων υγρών. Διατήρηση της σωστής θερμοκρασίας μέσα στο θάλαμο, αποφυγή έκθεσης του Ν. σε ρεύματα αέρα. Συχνή αλλαγή λευχεμάτων και ρουχισμού. Ενθάρρυνση του Ν. να λαμβάνει άφθονη ποσότητα υγρών. Συστηματική περυσίωση της	Η υψηλή πυρετική κίνηση ετέθη υπό έλεγχο (36,8° C)  Η λειτουργικότητα του Ν. εντάσσεται σε ικανοποιητικά επίπεδα.

Ωφέλιμος κοινότοπος



ΑΝΑΓΚΕΣ/ΠΡΟΒΛ. ΝΟΣΗΛ. ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Κοιλιακά άλγη πιθανώς οφειλόμενα σε γαστρεντερΐτιδα	Ανακούφιση του Ν. από τον πόνο.  Εξασφάλιση της άνεσης του Ν.  Προαγωγή της αυτονομίας του.  Οι παραπάνω σκοποί πραγμα- τοποιούνται επί καθημερινής βάσεως.	Χορήγηση παυσίτωνων φαρμάκων κατόπιν ιατρικής οδηγίας.  Τοποθέτηση του Ν. σε θέση Ημι- fowler.  Παρότρυνση του Ν. στην εκτέλεση των βιολογικών του αναγκών.  Συνεννόηση με τους θεράποντες ιατρούς για εκτέλεση των απαραίτητων εργαστηριακών εξετάσεων	Επί πόνου έγινε μία 1amp Aprotel I.M.  Τοποθετήσαμε το Ν. σε θέση ημι-fowler, 2 φορές την ημέρα επί 1 ώρα, με ανυψωμένο το κεφάλι και ελαφρά κάμψη των γονάτων με σκοπό την πρόκληση χάλασης των κοιλιακών μυών.  Βοηθήσαμε το Ν. να σηκωθεί από το κρεβάτι του και να κάνει μικρούς περιπάτους 3 φορές την ημέρα, διάρκειας 15 λεπτών.  Στάλθηκαν καλλιέργειες αίματος, ούρων και κοπράνων. Ελήφθη εργαστηριακός έλεγχος και εκτελέστηκε CT κοιλίας.	Ο Ν. παρουσίασε ύφεση του κοιλια- κού άλγους.  Τα αποτελέσματα των εργαστηρια- κών εξετάσεων και της CT κοιλίας έδειξαν την ύπαρξη φλεγμονώ- δους ενδοκοιλια- κής μάζας. Η αξιο- λόγηση των εργα- στηριακών εξετά- σεων έδειξε φυμα- τώδη περιτο- νίτιδα.

ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΡΟΒΛ. ΝΟΣΗΛ. ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Έμετος που οφείλεται σε γαστρική υπερφόρτωση	Ανακούφιση του Ν. από τους εμέτους.	Χορήγηση αντιεμεπικών φαρμάκων Περιποίηση της στοματικής κοιλότητας.	Συστηματική χορήγηση IV μετοκλοπαμίδης 3 φορές την ημέρα. Καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας μετά από κάθε έμετο. Καταγράφηκε έμετος 2 φορές την ημέρα. Μέτρηση ανά 6ωρο των προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών. Κατανομή των 3 ημερησίων γευμάτων σε 6.	Ο έμετος ετέθη υπό έλεγχο. Ο Ν. δεν ξαναεμφάνισε έμετο.
		Καταγραφή της σύστασης, της όψης και του αριθμού των εμεσμάτων. Συστηματική παρακολούθηση και καταγραφή προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών.	Αλλαγή της ποσότητας και του ωραρίου του διαιτολογίου.	

ΑΝΑΓΚΕΣ/ΠΡΟΒΛ. ΝΟΣΗΛ. ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΛΕΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Διαρροϊκό σύνδρομο (μία μεγάλη υδαρής κένωση ημερήσια) που οφείλεται στη διήθηση του λεπτού εντέρου από μάζα φυματιώδους νεοπλασματικής αιτιολογίας</p>	<p>Αντιμετώπιση του συμπτώματος</p> <p>Πρόληψη αφυδάτωσης</p> <p>Προαγωγή επαρκούς θρέψης</p> <p>Τοπική καθαριότητα δέρματος.</p>	<p>Δίαιτα υπεργλυκοματούχος, χαμηλού υπολλείμματος</p> <p>Λεπτομερής παρακολούθηση και καταγραφή της σύστασης, του χρόμα-τος, της όψης των κοπράνων καθώς και του αριθμού των κενώσεων.</p> <p>Χορήγηση IV υγρών.</p> <p>Επιμελής φροντίδα του δέρματος για την πρόληψη της δερματίτιδας.</p> <p>Καταγραφή προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.</p>	<p>Αφαιρέθηκαν από τη δίαιτα τα χορταρικά, τα όσπρια και το γάλα.</p> <p>Κατά τις πρωινές ώρες καταγράφηκε μία μεγάλη υδαρής κένωση χωρίς προσμίξεις.</p> <p>Ετέθησαν 2lt R/L ημερήσια.</p> <p>Του συστήσαμε να περιποιείται το σώμα του μια φορά την ημέρα και απαραίτητα μετά από κάθε κένωσή του.</p>	<p>O N. μετά την εφαρμογή της διαίτας σταδιακά εμφανίζει μία πολύωδη κένωση την ημέρα.</p> <p>Η αφυδάτωση προλήφθηκε λόγω της συστηματικής παρακολούθησης των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών του N.</p> <p>Η εφαρμογή προληπτικών μέτρων (καθαριότητα) παρεμπόδισε την εμφάνιση ερυθρότητας και δερματίτιδας.</p>

ΑΝΑΓΚΕΣ/ΠΡΟΒΛ. ΝΟΣΗΛ. ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Απώλεια βάρους -από 80 σε 60 κιλά μέσα σε ένα μήνα. Άρα σύνδρομο απίσχυσης που οφείλεται στη λοιμώξη που έχει.</p>	<p>Διατήρηση σταθερού και αν είναι δυνατόν αύξηση του σωματικού βάρους.</p>	<p>Δίαιτα υπερλευκωματούχος υψηλής θερμιδικής αξίας. Συστηματική παρακο- λούθηση και καταγρα- φή του σωματικού βάρους του Ν. Ενίσχυση του οργανι- σμού με βιταμίνες. Περιορισμός των φυσικών δραστηριο- τήτων για τη μείωση των καύσεων του οργανισμού. Παρακολούθηση του Ν. για τυχόν διαταραχή του ισοζυγίου ηλεκτρολυτών και υγρών. Συνεχής παρακολούθηση της θερμοκρασίας του και του αριθμού των κενώσεών του.</p>	<p>Χορηγήθηκε κρέας, αυγό και γάλα -προσφέρθηκε σε περι- ποιημένο δίσκο για να είναι πιο ελκυστικό το γεύμα. Έλεγχος του σωματικού βάρους του Ν. κάθε πρωί στις 8:00. Χορηγήθηκε μέσα στον ορό του Ν. 1 amp Ενατοπ ημερήσια. Παρότρυνση του Ν. στη λήψη Βασλικού πολτού, 1 φορά την ημέρα. Σύσταση στο Ν. να παραμένει στο κρεβάτι του. Μέτρηση ανά δωρο των προσ- λαμβανομένων και αποβαλ- λομένων υγρών. Τρίωρη θερμομέτρηση. Δόθηκε χυμός πορτοκάλι, 3 φορές την ημέρα για την κάλυψη των θερμιδικών αναγκών.</p>	<p>Ο Ν. διατήρησε σταθερό σωματικό βάρους μέχρι την έξοδό του. Δόθηκαν οδηγίες να συνεχίσει τη δίαιτα στο σπίτι του και η κατάσταση της θρέψης θα επανεκτιμηθεί στο Γιατρείο Λοιμώξεων.</p>

ΑΝΑΓΚΕΣ/ΠΡΟΒΛ. ΝΟΣΗΛ. ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Μυκητίαση στόματος και οισοφάγου που οφείλεται σε Candida.	Αντιμετώπιση της λοιμώξης.  Ανακούφιση του Ν. Από τον πόνο.	Χορήγηση αντιμυκητιασικών φαρμάκων.  Συχνή και σχολαστική φροντίδα της στοματικής κουλότητας και αποφυγή δυσσοσμίας.  Χορήγηση πλήρους μη ερεθιστικής δίαιτας και υγρών.	Χορήγηση gel κετοконаζόλης (3 φορές την ημέρας post-os)  IV χορήγηση φλουκοναζόλης 1 φορά την ημέρα και 3 εβδομάδες.  Περιποίηση της στοματικής κουλότητας, με διάλυμα σόδας, 3 φορές την ημέρα (χρησιμοποιώντας post- cotton) και κάνοντας πλύσεις με Hexalen.  Χορήγηση χλιαρής σούπας και αποφυγή υγρών.	Ο Ν. είναι ασυμπτωματικός και συνεχίζει την αγωγή του κανονικά.

ΑΝΑΓΚΕΣ/ΠΡΟΒΛ. ΝΟΣΗΛ. ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Άγχος, ενοχές και ανησυχία που οφείλονται στην τυχόν μετάδοση της νόσου.</p>	<p>Μείωση των συναισθημάτων του. Περιορισμός εξάπλωσης της νόσου.</p>	<p>Ενθάρρυνση του Ν. να εκφράσει τα αισθήματά του και τους φόβους του σχετικά με την ασθένεια του. Ενημέρωση και διδασκαλία του Ν. στο τι πρέπει να αποφεύγει ώστε να προστατεύσει τους οικείους του.</p>	<p>Μετά από συχνές συζητήσεις με το Ν. του εμφυσήσαμε την πεποίθηση ότι τα συναισθήματα ενοχής και οι υπερβολικές ανησυχίες στερούνται βάσεων. Ο Ν. ενημερώθηκε ότι πρέπει να έχει προσωπικά αντικείμενα (όπως π.χ. οδοντόβουρτσα και ξυριστική μηχανή). Απαγορεύεται να δώσει αίμα, να προσφέρει τα σωματικά του όργανα για μεταμόσχευση. Ο Ν. ενημερώθηκε ότι πρέπει να σκέφτεται με λογική και υπευθυνότητα.</p>	<p>Μείωση των συναισθημάτων ενοχής. Ο Ν. μετά την ενημέρωσή του για τους τρόπους μετάδοσης της νόσου έχει αποκτήσει άμυνες και διαχειρίζεται το πρόβλημα με συνέπεια και υπευθυνότητα.</p>

ΑΝΑΓΚΕΣ/ΠΡΟΒΛ. ΝΟΣΗΛ. ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Φόβος απομόνωση, κατάθλιψη που οφείλεται στο φόβο του επικείμενου θανάτου.</p>	<p>Μείωση των αρνητικών συναισθημάτων του.</p>	<p>Διάθεση αρκετής ώρας από το χρόνο μας ώστε να νιώσει το αίσθημα της ασφάλειας και να μας εμπιστευτεί. Ενθάρρυνση του Ν. να εκφράσει τα αισθήματά του. Ενημέρωση του Ν. για τις τελευταίες εξελίξεις στη φαρμακευτική αγωγή και τις επιπτώσεις της. Προγραμματισμός τακτικής επικοινωνίας με την αρμόδια κοινωνική υπηρεσία (κλινική ψυχολόγο, κοινωνική λειτουργό). Σύσταση δραστηριοτήτων που τον ευχαριστούν και του αρέσουν.</p>	<p>Διατέθηκε 1 ώρα την ημέρα στο Ν. για συζήτηση και δημιουργήθηκε ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης προς τη νοσηλεύτρια.  Ο Ν. έκφρασε τους φόβους του για το άγνωστο μέλλον και για το θάνατο.  Η χορήγηση τριπλής αντιρετροϊκής αγωγής (HAART) προκαλεί μείωση των ευκαριακών λοιμώξεων με αποτέλεσμα την επιμήκυνση της διάρκειας ζωής.  Έγινε επαφή με την κοινωνική υπηρεσία και καθορίστηκαν συνεδρίες 2 φορές την εβδομάδα.  Καθημερινή ενασχόληση με ανθοκομικού τύπου δραστηριότητες και επισκέψεις σε εκθέσεις λουλουδιών.</p>	<p>Το θετικό επικοινωνιακό κλίμα που δημιουργήθηκε συντέλεσε στο να μειωθεί το έντονο αίσθημα της κατάθλιψης, να βελτιθούν οι διαπροσωπικές του σχέσεις και να εκτελεί σε ικανοποιητικό επίπεδο τις καθημερινές του δραστηριότητες.  Η ενασχόλησή του με δραστηριότητες που τον ευχαριστούν του μείωσαν το περιβαλλοντικό άγχος.</p>

ΑΙΟΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΜΑ. ΙΩ.
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ 03/01/1970 (31 ΕΤΩΝ)
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ 05/05/2001
ΚΑΤΑΓΩΓΗ ΑΘΗΝΑ – ΝΙΚΑΙΑ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΑΡΧΗΣ
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΓΑΜΟΣ-ΖΕΙ ΜΟΝΟΣ ΤΟΥ, ΕΧΕΙ ΜΙΑ ΠΑΝΤΡΕΜΕΝΗ ΑΔΕΛΦΗ. ΟΙ ΓΟΝΕΙΣ ΤΟΥ ΖΟΥΝ.
ΑΓΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΤΙΔΑ (ΥΨΗΛΟΣ ΠΥΡΕΤΟΣ – ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ ΑΠΟ 2ΗΜΕΡΟΥ
ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ <u>ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΖΩΗΣ</u> : ΔΕΝ ΚΑΝΕΙ ΧΡΗΣΗ ΤΟΞΙΚΩΝ ΚΑΠΝΙΖΕΙ ΕΝΑΜΙΣΙ ΠΑΚΕΤΟ ΤΣΙΓΑΡΑ ΗΜΕΡΗΣΙΩΣ. ΔΕΝ ΑΝΑΦΕΡΕΙ ΚΑΝΕΝΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΟ ΝΟΣΗΜΑ. ΑΝΑΦΕΡΕΙ ΚΑΠΟΙΕΣ ΟΜΟΦΥΛΟΦΙΛΙΚΕΣ ΕΠΑΦΕΣ ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ. ΔΕΝ ΕΧΕΙ ΜΟΝΙΜΟ ΕΡΩΤΙΚΟ ΣΥΝΤΡΟΦΟ.
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ Ο Ι. ΖΗΤΗΣΕ ΝΑ ΕΝΗΜΕΡΩΘΕΙ ΜΟΝΟ Η ΑΔΕΛΦΗ ΤΟΥ ΑΛΛΑ ΟΧΙ ΟΙ ΓΟΝΕΙΣ ΤΟΥ.
ΠΑΡΟΥΣΑ ΝΟΣΟΣ Ο Ι.Μ. ΕΙΣΗΧΘΗ ΣΤΙΣ 05/05/01 ΣΤΗ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ. ΤΑ ΚΥΡΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΠΟΥ ΕΜΦΑΝΙΣΕ ΗΤΑΝ ΥΨΗΛΟΣ ΠΥΡΕΤΟΣ ΚΑΙ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ ΑΠΟ 2ΗΜΕΡΟΥ. ΣΠΑΣΜΟΙ (ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΟΙ) ΚΑΙ ΠΑΡΟΔΙΚΗ ΑΙΩΛΕΙΑ ΣΥΝΕΙΔΗΣΕΩΣ ΜΙΑ ΩΡΑ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΟΥ. ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ ΤΟΥ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΜΦΑΝΙΣΕ ΕΝΤΟΝΗ ΒΥΘΙΟΤΗΤΑ, ΥΨΗΛΟ ΠΥΡΕΤΟ ΚΑΙ ΔΥΣΚΑΜΨΙΑ ΑΥΧΕΝΟΣ. ΕΓΙΝΕ ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΠΟΥ ΗΤΑΝ ΑΡΝΗΤΙΚΗ ΚΑΙ ΟΣΦΥΟΝΩΤΙΑΙΑ ΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗ. Η ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΝΩΤΙΑΙΟΥ ΥΓΡΟΥ ΕΔΕΙΞΕ ΕΙΚΟΝΑ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑΣ (ΑΥΞΗΜΕΝΑ ΚΥΤΤΑΡΑ ΚΑΙ ΛΕΥΚΩΜΑ). Ο ΤΥΠΟΣ ΤΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΝΩΤΙΑΙΟΥ ΗΤΑΝ ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΣ. Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΑΡΧΙΣΕ ΑΜΕΣΩΣ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΤΑΦΕΡΘΗΚΕ ΣΕ ΑΠΟΜΟΝΩΜΕΝΟ ΘΑΛΑΜΟ. ΟΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΕΛΗΦΘΗΣΑΝ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΔΙΟ ΚΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΑΤΡΙΚΟ ΤΟΥ ΦΑΚΕΛΟ.



ΠΟΡΕΙΑ ΝΟΣΟΥ ΣΤΙΣ 06/05/01 ΕΚΛΗΘΗ Η ΟΜΑΔΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΝΑ ΕΞΕΤΑΣΕΙ ΤΟΝ Ι.Μ. ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΔΙΑΠΙΣΤΩΘΗΚΕ ΤΡΙΧΩΤΗ ΛΕΥΚΟΠΛΑΚΙΑ ΓΛΩΣΣΑΣ (ΜΙΑ ΑΠΟ ΤΙΣ ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΠΟΥ ΕΜΦΑΝΙΖΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ARC ΚΑΙ ΣΤΟ AIDS) ΣΥΝΕΣΤΗΘΗ ΕΛΕΓΧΟΣ ΓΙΑ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΟΥ HIV. Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΕΧΕΙ ΥΨΗΛΟ ΠΥΡΕΤΟ ΚΑΙ ΒΥΘΙΟΤΗΤΑ. ΦΕΡΕΙ ΟΥΡΟΚΑΘΕΤΗΡΑ ΚΑΙ ΦΛΕΒΟΚΑΘΕΤΗΡΑ. ΕΙΝΑΙ ΣΕ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΥΓΡΩΝ ΚΑΙ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΩΝ.

08/05/2001: Η ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΤΗΣ ELISA ΕΙΝΑΙ ΘΕΤΙΚΗ. ΑΡΑ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΕΙΝΑΙ ΟΡΟΘΕΤΙΚΟΣ (HIV +). ΕΣΤΑΛΗ ΝΕΟ ΔΕΙΓΜΑ ΑΙΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ (2<sup>ο</sup> ΔΕΙΓΜΑ ΓΙΑ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΗ ΜΕ ELISA ΚΑΙ ΔΕΙΓΜΑ ΓΙΑ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΗ ΜΕ WESTERN BLOTT). ΕΠΕΙΔΗ Η ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ ΑΦΟΡΑ HIV (+) ΑΣΘΕΝΗ ΜΠΟΡΕΙ ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΝΑ ΟΦΕΙΛΕΤΑΙ ΣΕ ΚΡΥΠΤΟΚΟΚΚΟ. ΕΣΤΑΛΗ ΔΕΙΓΜΑ ΑΙΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ENY ΓΙΑ ΑΝΤΙΓΟΝΟ ΚΡΥΠΤΟΚΟΚΚΟ. ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗ ΑΓΩΓΗ ΠΡΟΣΤΕΘΗΚΕ ΑΜΦΟΤΕΡΙΚΙΝΗ Β ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ.

09/05/2001: ΕΣΤΑΛΗ ΑΙΜΑ ΓΙΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΡΙΘΜΟΥ ΤΩΝ Τ<sup>4</sup> ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΩΝ ΚΑΙ ΓΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗ ΠΚΟΥ ΦΟΡΤΙΟΥ HIV ΣΤΟ ΑΙΜΑ. Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΕΜΦΑΝΙΖΕΙ ΘΡΟΜΒΟΒΛΕΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΗΜΕΙΟ ΠΟΥ ΕΧΕΙ ΤΟ ΦΛΕΒΟΚΑΘΕΤΗΡΑ ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΑΜΦΟΤΕΡΙΚΙΝΗ.

10/05/2001: Ο Ι.Μ. ΕΜΦΑΝΙΖΕΙ ΥΦΕΣΗ ΤΟΥ ΠΥΡΕΤΟΥ ΚΑΙ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΤΟΥ. ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΟΜΩΣ ΣΕ ΘΕΣΗ ΝΑ ΕΝΗΜΕΡΩΘΕΙ ΑΚΟΜΗ.

12/05/2001: ΑΠΥΡΕΤΟΣ. ΣΥΝΕΧΗΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗ W. BLOTT(+) ELISA (2<sup>ο</sup> ΔΕΙΓΜΑ).

15/05/2001: Ο Ι.Μ. ΕΝΗΜΕΡΩΘΗΚΕ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ HIV (+). ΖΗΤΗΣΕ ΝΑ ΕΝΗΜΕΡΩΘΕΙ Η ΑΔΕΛΦΗ ΤΟΥ ΑΛΛΑ ΟΧΙ ΟΙ ΓΟΝΕΙΣ ΤΟΥ. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΓΙΑ ΚΡΥΠΤΟΚΟΚΚΟ ΣΕ ΑΙΜΑ ENY ΘΕΤΙΚΟ. ΑΡΑ ΕΠΡΟΚΕΙΤΟ ΓΙΑ ΚΡΥΠΤΟΚΟΚΚΙΚΗ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ (ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ AIDS ΣΕ HIV (+) ΑΤΟΜΟ). ΑΡΑ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΕΧΕΙ ΠΛΗΡΕΣ AIDS. ΣΥΝΕΧΙΖΕΙ ΤΗΝ ΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΜΕ ΑΜΦΕΤΕΡΙΚΙΝΗ ΚΑΙ ΕΙΝΑΙ ΣΕ ΚΑΛΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (ΑΠΥΡΕΤΟΣ, ΜΕ ΚΑΛΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ).

18/05/2001: Ο ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΩΝ Τ4 ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΩΝ ΧΑΜΗΛΟΣ (104/ $\mu$ l). ΠΙΚΟ ΦΟΡΤΙΟ ΥΨΗΛΟ (50.000 ΑΝΤΙΓΡΑΦΑ /ml). ΤΟ ΚΡΟΥΣΜΑ ΑΙΔΣ ΔΗΛΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΓΙΑΤΡΟ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΤΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΣΤΟ ΚΕΕΛ ΓΙΝΕΤΑΙ ΑΙΤΗΣΗ ΕΝΑΡΞΗΣ ΑΝΤΙΡΕΤΡΟΪΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ.

ΑΝΑΓΚΕΣ/ΠΡΟΒΛ. ΝΟΣΗΛ. ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΛΕΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Υψηλή πυρετική κίνηση (39-40οC) που οφείλεται σε μηνιγγίτιδα	Πτώση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα.  Ανακούφιση του Ι. από τον πυρετό και των επιμέρους επιπτώσεων του.	Χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων. Συστηματική παρακολούθηση του Ι. για εμφάνιση εφιδρώσεων και αποφυγή από κρυολόγημα. Καταγραφή της θερμοκρασίας του σώματος σε προγραμματισμένα χρονικά διαστήματα. Ακριβής μέτρηση και αναγραφή των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών. Χορήγηση στον Ι. πολλών υγρών και βιταμινών για την ενίσχυση του οργανισμού του. Διατήρηση της στοματικής κοιλότητας καθαρής.	Χορήγηση 1 amp. Aprotel Ι. Μ. κατόπιν ιατρικής οδηγίας. Ανά 3 ώρες παρακολούθηση του Ι. για εμφάνιση εφιδρώσεων. Αποφυγή έκθεσης του Ι. σε ρεύματα αέρα. Συχνή αλλαγή λευχειμάτων και διατήρηση του Ι. στεγνού. Τρίωρη λήψη της θερμοκρασίας. Μέτρηση ανά εξάωρο των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών. Παρότρυνση του Ι. για τη λήψη άφθονων υγρών και βιταμίνης C (Cal-C-Vita) Περιποίηση της στοματικής κοιλότητας 3 φορές την ημέρα με διάλυμα σόδας και Hexalen.	Πτώση της υψηλής πυρετικής κίνησης σε φυσιολογικά επίπεδα (36-37οC).  Ανακούφιση του Ι. από τον πυρετό.

ΑΝΑΓΚΕΣ/ΠΡΟΒΛ. ΝΟΣΗΛ. ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Κεφαλαλγία που οφείλεται στη μηνιγγίτιδα	Ανακούφιση του Ι. από τον πόνο.	Περιορισμός των θορύβων από το περιβάλλον.  Περιορισμός του έντονου φωτός.	Κλείσιμο των παραθύρων και της πόρτας του θαλάμου, ώστε να περιοριστεί ο θόρυβος.  Απομάκρυνση των συνοδών του Ι.	Η κεφαλαλγία σταδιακά υποχώρησε και ο Ι. ηρέμησε.
		Χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων με ιατρική οδηγία.	Κλείσιμο των εξώφυλλων για να μειωθεί το φως μέσα στο θάλαμο.  Τοποθέτηση κρύας κομπρέσας στο κεφάλι του Ι. δύο φορές την ημέρα.	

ΑΝΑΓΚΕΣ/ΠΡΟΒΛ. ΝΟΣΗΛ. ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Θρομβοφλεβίτιδα που οφείλεται στην αμφοτερικίνη.	Αντιμετώπιση της θρομβοφλεβίτιδας	Τοποθέτηση τοπικού επιθέματος.	Εφαρμογή κομπρέσας με αλουμινόνερο, 3 φορές την ημέρα.	Σύμφωνα με τον προγραμματισμό της νοσηλευτικής φροντίδας η θρομβοφλεβίτιδα αντιμετωπίστηκε και εξαλείφθηκε ο κίνδυνος εμβολής.
Μείωση των ανεπιθύμητων επιπτώσεων της θρομβοφλεβίτιδας που μπορεί να οδηγήσει σε εμβολή.	Μείωση των ανεπιθύμητων επιπτώσεων της θρομβοφλεβίτιδας που μπορεί να οδηγήσει σε εμβολή.	Εναλλαγή του σημείου φλεβοκέντησης και συστηματική παρακολούθηση.	Επάλειψη του σημείου, 3 φορές την ημέρα με αλοιφή Lasonil. Επιλογή μεγαλύτερης φλέβας στο άλλο χέρι και συχνή παρακολούθηση.	Ανακουφίστηκε ο Ι. από τον πόνο.
Ανακούφιση του Ι. από τον πόνο.	Ανακούφιση του Ι. από τον πόνο.	Ακινητοποίηση και ανύψωση του άνω άκρου του Ι.	Αραιώση του φαρμάκου. Τοποθέτηση του χεριού του Ι. πάνω σε ένα μαξιλάρι και παραμονή του εκεί για όλη τη μέρα.	Ανακουφίστηκε ο Ι. από τον πόνο.

ΑΝΑΓΚΕΣ/ΠΡΟΒΛ. ΝΟΣΗΛ. ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΕΚΘΕΤΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Τριχωτή λευκοπλακία γλώσσας που οφείλεται στην HIV λοιμωξη.	Αντιμετώπιση φλεγμονής της στοματικής κοιλότητας.  Ανακούφιση του Ι. από τον πόνο.	Χορήγηση αντιφλεγμονωδών φαρμάκων.  Συχνή και σχολαστική φροντίδα της στοματικής κοιλότητας και αποφυγή δυσσομίας.	Χορηγήθηκε ασυκλοβίρη, 1 φορά την ημέρα για 2-3 εβδομάδες.  Περιοποίηση της στοματικής κοιλότητας με διάλυμα σόδας, 3 φορές την ημέρα με rofl- cotton (απαλές κινήσεις) και κάνοντας πλύσεις με Hexalen και κατόπιν γλυκερίνη στα χείλη.  Χορήγηση μαλακής χλιαρής τροφής όπως σούπα με κοτόπουλο.	Παρά την εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας το σύμπτωμα της τριχωτής λευκοπλακίας παραμένει.

ΑΝΔΙΚΕΣ/ΠΡΟΒΛ ΝΟΣΗΛ. ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Μυαλγίες και αρθραλγίες που οφείλονται στην πρωτολοίμωξη του HIV.	Ανακούφιση του Ι. από τον πόνο.	Μείωση του βάρους των κλινοσκεπασμάτων.	Κάλυψη του Ι. μόνο με σεντόνι.	Η συμπτωματική φαρμακευτική αγωγή και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις προκαλούν ύφεση της συμπτωματολογίας.
Τοποθέτηση του Ι. σε κατάλληλη θέση στο κρεβάτι.	Τοποθέτηση του Ι. σε κατάλληλη θέση στο κρεβάτι.	Τοποθέτηση του Ι. σε ανάρροπη θέση (τοποθετώντας κάτω από τα πόδια του μαξιλάρια) καθώς και συχνή εναλλαγή θέσεων.	Τοποθέτηση κρύας κομπρέσας στα πόδια του Ι., μία φορά την ημέρα.	Χορηγήθηκε επί πόνου 1 amp. Zideton 1.M.
Τοποθέτηση στο σημείο που πονά θερμών ή κρύων κομπρέσων.	Χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων με οδηγία ιατρού.			

ΑΝΑΓΚΕΣ/ΠΡΟΒΛ. ΝΟΣΗΛ. ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Μυκητίαση στόματος και οισοφάγου που οφείλεται σε Candida.	Αντιμετώπιση της λοίμωξης.  Ανακούφιση του π. από τον πόνο.	Χορήγηση αντιμυκητιασικών φαρμάκων.  Συχνή και σχολαστική φροντίδα της στοματικής κοιλότητας και αποφυγή δυσσομίας.	Χορήγηση gel κετοконаζόλης (Daktarin), 3 φορές την ημέρα.  IV χορήγηση φλουκοναζόλης.  Περιποίηση στοματικής κοιλότητας με διάλυμα σόδας, 3 φορές την ημέρα και χρησιμοποίηση αποσμητικών ουσιών.  Χορήγηση υδαρούς διαίτας (φιδές).	Ο π. είναι ασυμπτωματικός και συνεχίζει την αγωγή του κανονικά.



ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΡΩΒΛ. ΝΟΣΗΛ. ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Φόβος και άγχος που οφείλονται στο στιγματισμό και συναισθήματα ντροπής για την ασθένεια του.</p>	<p>Μείωση των συναισθημάτων ντροπής. Συμμετοχή της οικογένειας του Ι. στη φροντίδα του.</p>	<p>Θεραπευτική Νοσηλευτική επικοινωνία με τον Ι. και πρόωθηση του μηνύματος πως δεν υπάρχει λόγος να αισθάνεται άσχημα για την ασθένεια του. Παραπομπή του σε υποστηρικτικές ομάδες ασθενών με AIDS ή σε ανάλογες δομές υπηρεσιών υγείας στην κοινότητα. Εκτίμηση και καλλιέργεια της ετοιμότητας και θέλησης της οικογένειας του Ι. να συμμετάσχει στη φροντίδα του, έπειτα από σχετική ενημέρωση της για το πρόβλημα που αντιμετωπίζει ο Ι.</p>	<p>Αποδεχθήκαμε τον Ι. και την ασθένεια του χωρίς κριτική και εμπλοκές σε σχόλια για την κατάσταση του. Τον παραπέμφαμε σε συμβουλευτικούς σταθμούς ασθενών με AIDS. Πληροφορήσαμε την οικογένεια του Ι. με ειλικρίνεια για τη φύση και τη βαρύτητα της ασθένειας. Τους συστήσαμε χειρισμούς και δεξιότητες στη συνδιαλλαγή τους με τον Ι.</p>	<p>Ο Ι. επιδιώκει συνομιλία με το νοσηλευτικό προσωπικό. Η επαφή με άλλους ασθενείς με AIDS τον βοηθά να μην αισθάνεται συναισθήματα μόνωσης και ντροπής. Η υποστήριξη που λαμβάνει από την οικογένεια του σταδιακά τον ωθεί σε θετική αντιμετώπιση της ασθένειας του.</p>

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Οι ασθενείς που έχουν προσβληθεί από το AIDS και οι «άλλοι» βρίσκονται πάνω στο ίδιο καράβι. Είτε το θέλουν είτε όχι είναι δεμένοι μεταξύ τους, για το καλύτερο ή για το χειρότερο. Μόνο η υπευθυνότητα και των δύο μερών μπορούν να αποτρέψουν τυχόν απαράδεκτους τρόπους συμπεριφοράς.

Μόνο η τύχη θέλησε ώστε οι ομάδες υψηλού κινδύνου (ομοφυλόφιλοι και τοξικομανείς ιδιαίτερα) να γίνουν η αρχική εστία της θανατηφόρας αυτής αρρώστιας του AIDS.

Αν και ο τρόπος ζωής δεν ευθύνεται για την ύπαρξη του ιού του AIDS, εντούτοις ευνοεί ιδιαίτερα τη διάδοσή του. Για το λόγο αυτό δεν μπορεί κανένας να αγνοήσει την πραγματικότητα και να ζητήσει καταφύγιο πίσω από την «προσωπική ελευθερία» του. Πρέπει να μάθουμε να οργανώσουμε πάλι τον τρόπο της ζωής μας σε νέες βάσεις, ακόμα κι αν αυτό απαιτήσει ορισμένες θυσίες. Πρέπει να παραδεχθούμε ότι πολλοί άνθρωποι, ιδιαίτερα μεταξύ των ομοφυλοφίλων, έχουν δείξει πραγματικό αίσθημα ευθύνης.

Εξάλλου, ο πληθυσμός στο σύνολο του πρέπει να συνειδητοποιήσει ότι είναι στενά δεμένος με τους πάσχοντες και με τις ομάδες υψηλού κινδύνου γενικότερα.

Απλουστευτικές λύσεις, όπως «το να μπουν σε καραντίνα» τα μολυσμένα άτομα θα ήταν άχρηστες και αναποτελεσματικές, γιατί είναι αδύνατο να διαπιστωθούν όλες οι περιπτώσεις και τα άτομα που είναι πιο φανερά άρρωστα δεν είναι αυτά που είναι τα πιο επικίνδυνα να μεταδώσουν τη νόσο.

Πρέπει οπωσδήποτε να ληφθούν τα απαραίτητα προληπτικά μέτρα, χωρίς όμως να περιπέσουμε σε κατάσταση συλλογικής υστερίας, ούτε να καταφύγουμε στην εφαρμογή ακραίων μέτρων, που δεν μπορούν παρά να απελπίσουν τους αρρώστους και να τους ωθήσουν στην αντεκδίκηση και στη μυστικότητα.

Η καταφυγή των πασχόντων στη μυστικότητα θα είχε σαν αποτέλεσμα την παρεμπόδιση κάθε ελέγχου της επιδημιολογικής κατάστασης της αρρώστιας

και θα ευνοούσε την επέκτασή της, δηλαδή αυτό που ακριβώς θέλουμε να αποφύγουμε.

Ο πιο μεγάλος κίνδυνος της διαμάχης γύρω από το AIDS είναι η πολιτικοποίησή της. Δεν πρόκειται για ένα ιδεολογικό πρόβλημα, είναι ένα πρόβλημα δημόσιας υγείας. Γι' αυτό πρέπει να παραμείνει στα χέρια των επιστημόνων.

Όπως έχουν σήμερα τα πράγματα, το AIDS δεν μεταδίδεται παρά με τις σεξουαλικές σχέσεις και με το αίμα. Πρόκειται για μια αρρώστια που συνδέεται με τους τρόπους συμπεριφοράς και μόνο μια αλλαγή αυτών ακριβώς των τρόπων μπορεί να μας προστατέψει. Τα άτομα που έχουν προσβληθεί από τον ιό πρέπει με τη συμπεριφορά τους να αποφεύγουν να μολύνουν τους άλλους, κυρίων όμως οι «άλλοι» πρέπει να παίρνουν τα μέτρα που θα εμποδίσουν τη μόλυνση τους, γιατί ο πραγματικός κίνδυνος προέρχεται κυρίως από τα μολυσμένα άτομα που κανένας δεν τα υποψιάζεται και που τα ίδια, στην πλειονότητά τους, αγνοούν την κατάσταση τους.<sup>22</sup>

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το AIDS οφείλεται σε λοίμωξη από τον ρετροϊό HIV που οδηγεί σε βαριά βλάβη του ανοσοποιητικού συστήματος του ανθρώπινου οργανισμού, ο οποίος ανακαλύφθηκε τη δεκαετία του 1980 και συνεχίζει να αυξάνεται παγκοσμίως και μετά την είσοδο μας στον 21ο αιώνα. Μέχρι το τέλος του 1997 είχαν δηλωθεί πάνω από 29 εκατομμύρια ενήλικες ότι ζουν με HIV/AIDS.

Η κλινική διαδρομή του AIDS διέρχεται 3 στάδια. Το πρώτο χαρακτηρίζεται από την έλλειψη κλινικών σημείων, το δεύτερο περιλαμβάνει μια ομάδα συμπτωμάτων που διαρκούν από μερικές εβδομάδες μέχρι και μερικούς μήνες ενώ στο τρίτο στάδιο μπορεί να τεθεί η ειδική διάγνωση του ιού, ο οποίος εκδηλώνεται με ευκαιριακές λοιμώξεις.

Το AIDS προσβάλλει κυρίως άτομα που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου. Παρά τις εύστοχες θεραπευτικές παρεμβάσεις και τα πολυάριθμα αντιρετροϊκά φάρμακα ο ιός HIV διαφυλάσσει ερμητικά αρκετά από τα μυστικά του όσον αφορά την παθοφυσιολογική και ανοσολογική του δράση στον ανθρώπινο οργανισμό. Σημαντική εξέλιξη είχε η χορήγηση τριπλής αντιρετροϊκής αγωγής (HAART) το 1996 όπου προκάλεσε δραματική μείωση των επιπτώσεων των ευκαιριακών λοιμώξεων.

Οι πρωταρχικοί στόχοι του έργου των Νοσηλευτών είναι η παροχή ολοκληρωμένης εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας, η αντιμετώπιση και η μείωση -αν είναι δυνατόν- όλων των συμπτωμάτων που εμφανίζονται λόγω της νόσου, η προαγωγή της ψυχικής υγείας και εκπαίδευσης των ασθενών και η δημιουργία ενός περιβάλλοντος εμπιστοσύνης και ασφάλειας.

Τώρα είναι η μοναδική ευκαιρία να αποδείξουμε τι αξίζει η **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ**.

Τώρα που η θεραπεία δεν βρέθηκε ακόμη και η μόνη που υπάρχει είναι η **ΦΡΟΝΤΙΔΑ!**

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

## 1Η ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ - ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΗΜΕΡΑ ΤΟΥ ΑΙΔΣ

**Η** παγκόσμια Ημέρα του AIDS ενώνει κάθε χρόνο τις προσπάθειες όλου του κόσμου για την καταπολέμηση της νόσου. Μας δίνει την ευκαιρία να μιλήσουμε για το AIDS, να ασχοληθούμε με τους φορείς, ή τους πάσχοντες, να ενημερωθούμε σωστά και υπεύθυνα, ώστε να συμμετάσχουμε ενεργά στην Παγκόσμια προσπάθεια για την αντιμετώπιση του.

Η Παγκόσμια Ημέρα για το AIDS θα πρέπει να εγκαινιάσει νέους δρόμους επικοινωνίας μεταξύ των υπεύθυνων φορέων για την καταπολέμηση τους, να ενισχύσει την ανταλλαγή πληροφοριών και εμπειριών και να εμπνεύσει ένα πνεύμα Κοινωνικής ανοχής απέναντι στη νόσο.

Η Παγκόσμια ημέρα του AIDS είναι η μόνη ημέρα του χρόνου που συντονίζεται η Παγκόσμια Προσπάθεια για την καταπολέμηση του. Φέρνει στην επιφάνεια όλες τις δραστηριότητες για την πρόληψη και καταπολέμηση της νόσου και ανοίγει νέες προοπτικές επικοινωνίας πάνω στο θέμα αυτό.

Η χώρα μας, συμμετέχοντας στην παγκόσμια εκστρατεία εναντίον του AIDS, διοργάνωσε πολλές εκδηλώσεις για να ενημερωθεί ο κόσμος καλύτερα γύρω από το μεγάλο αυτό θέμα.

Είναι αξιόπαινη η προσπάθεια του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και όλων εκείνων που έχουν επιφορτισθεί με την αντιμετώπιση του προβλήματος αυτού. Δεν ξέρουμε όμως αν αυτή η ενημέρωση είναι πραγματική ενημέρωση ή περισσότερο συσκότιση του λαού.<sup>43</sup>

### ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΠΟΛΙΤΩΝ ΜΕ ΑΙΔΣ

**Ο** Εθνικός Οργανισμός AIDS της Βρετανίας έχει συντάξει μια διακήρυξη των δικαιωμάτων των ατόμων, τα οποία έχουν προσβληθεί από τον ιό του AIDS, η οποία έχει ήδη εγκριθεί από το Υπουργείο Υγείας. Η διακήρυξη αυτή διαλαμβάνει τα ακόλουθα δικαιώματα:

- ⊕ Δικαίωμα στην προσωπική ελευθερία και την ασφάλεια.
- ⊕ Το δικαίωμα της ιδιωτικής ζωής.

- ⊕ Δικαίωμα ελευθερίας κινήσεως.
- ⊕ Δικαίωμα στην εργασία.
- ⊕ Δικαίωμα στην κατοικία, τροφή, ασφάλιση και ιατρική βοήθεια.
- ⊕ Δικαίωμα αποφυγής απάνθρωπης ή εξευτελιστικής μεταχείρισης και δικαίωμα προστασίας από διακρίσεις.
- ⊕ Δικαίωμα να συνάπτει γάμο και να δημιουργεί οικογένεια.
- ⊕ Δικαίωμα στη μόρφωση.

Παρέχει, δηλαδή, ο πίνακας αυτός στους φορείς και στους πάσχοντες από AIDS τα δικαιώματα, που έχουν και όλοι οι Βρετανοί πολίτες. Και όλων αυτών γίνεται εκτεταμένη ανάλυση στη Διακήρυξη αυτή των Δικαιωμάτων.

Η Ελληνική Εθνική Επιτροπή AIDS (Πρόεδρος ο καθηγητής Ν. Ματσανιώτης) συνέταξε και αυτή ανάλογο ΔΕΚΑΛΟΓΟ, στον οποίο, επιπλέον των δικαιωμάτων, αναφέρονται και οι υποχρεώσεις ενός φορέα του AIDS. Πράγμα, βεβαίως, πολύ ορθό και γεγονός, πράγματι, πολύ θετικό (30 11.91).<sup>44</sup>

## AIDS ΚΑΙ ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΛΛΩΝ

Ασφαλώς, δεν πρέπει να θίγονται τα ατομικά δικαιώματα και οι ελευθερίες του ατόμου, είτε πρόκειται για φορέα είτε για άρρωστο. Άτομο όμως, με δικαιώματα κι αυτό, αποτελεί και ο άλλος, ο μη φορέας του ιού. Κι αυτού τα δικαιώματα είναι κατοχυρωμένα από το Σύνταγμα και η Πολιτεία οφείλει να λαμβάνει τα δέοντα μέτρα για την προάσπιση του.

Ασφαλώς οι ρατσιστικές διακρίσεις δεν προσφέρουν τη λύση. Ούτε η απομάκρυνση των πασχόντων από AIDS, με μεθόδους ανάλογες των κουδουνιών στα πόδια ή τον τράχηλο των λεπρών, σ' άλλες εποχές.

Η διαφύλαξη του ιατρικού απορρήτου είναι σήμερα περισσότερο αναγκαία ιδιαιτέρως σε ό,τι αφορά στο AIDS. Ούτε διαφωνεί κανείς με την άποψη ότι «είναι απαράδεκτο επιστημονικά και ηθικά να απομακρύνονται από το οικογενειακό και εργασιακό περιβάλλον οι φορείς». Όλα αυτά, βεβαίως, θα πρέπει να γίνονται υπό προϋποθέσεις και με προφυλάξεις.

Όμως δεν πρέπει να αγνοηθεί ότι ορισμένες ομάδες ατόμων παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο, τόσο στο να νοσήσουν περισσότεροι από αυτούς από το σύνδρομο η έστω να γίνουν μόνον φορείς, όσο και στο να μεταδώσουν ευχερέστερα τον ιό και σε άλλους. Επίσης, ότι πολλά από τα άτομα αυτά δεν έχουν το ανάλογο αίσθημα ευθύνης έναντι της κοινωνίας και των συνανθρώπων τους, ούτε και την ανάλογη διάθεση να ακούσουν και να θελήσουν να εφαρμόσουν τις απαραίτητες οδηγίες, ώστε να καθίστανται ακίνδυνοι για τον διπλανό συνάνθρωπο τους. Οπότε η λήψη μέτρων, προς περιστολή της επικινδυνότητας τους, δεν θα έπρεπε να παραμεληθεί.

Δικαιώματα έχουν και οι μη φορείς ενώ «η σωτηρία του συνόλου αποτελεί υπέρτατο νόμο», προ του οποίου και η συνταγματική τάξη κάμπτεται. Και, τα κάποια περιοριστικά μέτρα, στα όρια της λογικής και των επιστημονικών δεδομένων και ο κάποιος περιορισμός των δικαιωμάτων του ατόμου που πάσχει, με σκοπό την προστασία των δικαιωμάτων των συνανθρώπων του, που δεν είναι φορείς, λογικό είναι να αναγνωρίζονται ως υποχρέωση της πολιτείας προς κατοχύρωση τους. Και γι' αυτό, οι οποιεσδήποτε διακηρύξεις υπέρ των μεν, πρέπει να πιάνουν το σφυγμό και των άλλων οποίοι ανησυχούν, όταν όχι ένας αλλά χιλιάδες φορείς κυκλοφορούν ανάμεσα τους, χωρίς ούτε εκείνοι, ούτε αυτοί να το ξέρουν.

Υπάρχει ακόμη η ανάγκη να προστατευθεί ο υγιής και από τον φορέα εκείνον, ο οποίος καταλαμβάνεται από την αρρωστημένη διάθεση να μεταδώσει σε όσους γίνεται περισσότερους την αρρώστια, σαν από εκδίκηση εναντίον της κοινωνίας, για να γίνουν και άλλοι, όσο το δυνατόν περισσότεροι, άρρωστοι σαν κι αυτόν. Και αν αυτοί έχουν κάποιο ακαταλόγιστο ψυχιατρικής φύσεως, τι θα μπορούσε να πει κανείς για τους «κρυφούς» αμφιφυλόφιλους, που είναι φορείς και καταντούν να είναι από όλους οι πιο επικίνδυνοι. Αρκετά από αυτά διαλαμβάνονται στον Δεκάλογο της Ελληνικής Εθνικής Επιτροπής AIDS.

Βεβαίως η υπόδειξη «να μάθουμε να ζούμε με τους φορείς από τους οποίους δεν κινδυνεύουμε με τη συνήθη κοινωνική επαφή», είναι αξιοπρόσεκτη και καθησυχαστική. Όμως δεν είναι καθόλου βέβαιο ότι και οι φορείς θα μάθουν



ή θα θελήσουν να συμπεριφέρονται όπως πρέπει προς τους μη φορείς. Και ειδικά όταν η σχετική πείρα είναι πικρή και δεν επιτρέπει εφησυχασμούς.

Υπάρχει επομένως θέμα κατοχύρωσης των δικαιωμάτων και των υγιών και, ασφαλώς, δεν είναι αδικαιολόγητη η επιθυμία τους να αποστασιοποιηθούν από τον ενδεχόμενο κίνδυνο, όταν μάλιστα η διαφώτιση και η ενημέρωση γίνεται σε «ώτα μη ακούντων», αφού οι φορείς είτε δεν θέλουν, είτε δεν μπορούν να ακούσουν, είτε τελείως απερίσκεπτα και ανέμελα παραδίδονται στις τέτοιες απολαύσεις της ζωής, χωρίς να υπολογίζουν ούτε το δικό τους αύριο ούτε τη δυστυχία που θα μεταδώσουν στον άλλο.<sup>44</sup>



ΖΗΤΗΣΕ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ  
ΑΠΟ ΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΑΙΔΣ

## 1. ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΙΔΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

- ◆ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ «Α. ΣΥΓΓΡΟΣ» - Πανεπιστημιακή κλινική αφροδισίων και δερματικών νόσων Δραγούμη 5 Τ.Κ. 11621 - Αθήνα - Τηλ. (01)7210839, 7294241
- ◆ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ» Α. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ Υψηλάντου 45-47 Τ.Κ. 10676, ΑΘΗΝΑ Τηλ. (01)7218832
- ◆ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ «ΛΑΪΚΟ» Α. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ Αγ. Θωμά 17 Τ.Κ. 11527, Γουδί Τηλ. (01)7771138
- ◆ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑ» Α. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ Τ.Κ. 15669, Χολαργός Τηλ. (01)7766688
- ◆ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ Β. Σοφίας Τ.Κ. 11528 Τηλ. (01)7798284
- ◆ Γ' ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΚΑ ΑΘΗΝΩΝ Β. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ Αγ. Κων/νου 8 Τ.Κ. 10421, Μελίτσια Τηλ. (01)8042474
- ◆ ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΔΥΤ. ΑΤΤΙΚΗΣ Β. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ Δωδεκανήσου 1 Τ.Κ. 12351 Αγ. Βαρβάρα Τηλ. (01) 5446769
- ◆ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ «ΑΓ. ΣΟΦΙΑ» Α' ΠΑΝ. ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ Τ.Κ. 11627, Γουδί Τηλ. (01)7791464
- ◆ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ - ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ - Μεσογείων 122, Αθήνα - Τηλ. (01)7787100 - Και όλα τα Πνευμονολογικά τμήματα
- ◆ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΠΑΝ. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ Στ. Κυριακίδη Ι. Τ.Κ. 54636 Τηλ. (031) 9931111
- ◆ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» Β' ΠΡΟΠ. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ Κων/πόλεως 49, Τ.Κ. 54642 Τηλ. (031)837920
- ◆ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ «Γ. ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ» Α. Μακρυγιάννη, Τ.Κ. 450001 Τηλ. (0651)26529
- ◆ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ ΠΑΝ. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ Δήμητρας 19, Τ.Κ. 68100 Τηλ. (0551)25274-25275

## 2. ΚΕΝΤΡΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΑΙΔΣ

- ◆ ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΕΙΔΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ (Κ.Ε.Ε.Λ.) Μακεδονίας 6-8, Τ.Κ. 10433, Αθήνα Τηλ. (01)8225466-8315868
- ◆ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΑΙΔΣ ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΑΣ Εργαστήριο Μικροβιολογίας Αριστοτελείου Παν/μίου Θεσσαλονίκης Περιφερειακό Γεν. Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Τ.Κ. 54006 Τηλ. (031)991347-992718
- ◆ ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΑΙΔΣ ΒΟΡΕΙΟΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ Τομέας Παθολογίας- Ιατρική Σχολή Παν. Ιωαννίνων, Τ.Κ. 45100 Τηλ. (0651)92728 Για εξέταση: Παλαιό «Χατζηκώστα», Τηλ. (0651) 26529
- ◆ ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΑΙΔΣ ΝΟΤΙΟΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
- ◆ Εργαστήριο Υγιεινής- Ιατρικό Τμήμα Σχολής Επιστημών Υγείας, Παν/μιο Πατρών - Τ. Κ. 26110 Ρίο Πάτρας, Τ.θ. 1045 - Τηλ. (061)277924
- ◆ ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΑΙΔΣ ΝΟΤΙΟΥ ΕΛΛΑΔΑΣ - Υγειονομική Σχολή Αθηνών - Λ. Αλεξάνδρας 196, Τ.Κ. Π521, Αθήνα - Τηλ. (01) 6444906-6447941
- ◆ ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΑΙΔΣ ΚΡΗΤΗΣ - Περιφερειακό Γεν. Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης «Βενιζέλειο και Πανάκειο», Τ.Κ. 71021 Ηράκλειο Κρήτη Τηλ. (081)237502
- ◆ ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΚΥΤΤΑΡΙΚΗΣ ΑΝΟΣΙΑΣ - Ανοσολογικό Τμήμα - Περιφερειακό Γεν. Νοσοκομείο Αθηνών «Ευαγγελισμός», Τ.Κ. 10676, Αθήνα Τηλ. (01)72200001-7211022
- ◆ ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ & ΑΙΔΣ Νοσοκομείο «Α. Συγγρός», Τ.Κ. 11621, Αθήνα Τηλ. (01)7239611-7210839
- ◆ ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΡΕΤΡΟΪΩΝ Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας Παν/μίου Αθηνών Μ. Ασίας 75, Τ.Κ. 11527, Γουδί Τηλ. (01)7719725-7771165
- ◆ ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΑΙΔΣ ΙΚΑ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ Ανατολικής Θράκη 58, Τ.Κ. 68100, Αλεξανδρούπολη - Τηλεφωνική γραμμή και συμβουλευτικός σταθμός για θέματα ΑΙΔΣ Τηλ. (0551) 20403-26810

### 3. ΜΗ ΚΥΒΕΡΝΗΤΙΚΕΣ ΟΡΓΑΝΩΣΕΙΣ

ACT-UP Πάλαιολόγου 49, Αθήνα Τηλ. (01)5224031

ΣΥΛΛΟΓΟΣ «ΕΛΠΙΔΑ» - Νάκου 4, Αθήνα - Τηλ. (01)8218109, FAX: 8814375

ΚΕΝΤΡΟ ΖΩΗΣ - Αντιμαχου 7, Ιλίσια - Τηλ. (01) 7233848, FAX: 724025

AIDS – ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗ - Τηλ. 6518224

Ε.Σ.Υ. ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΑΙΔΣ - Τ.Θ. 10814, Τ.Κ. 54110, Θεσ/νίκη - FAX: 031-818250

### 4. ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

ΞΕΝΩΝΑΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ Βασιλικών 7, Καμίνια, Τ.Κ. 18540, Πειραιάς Τηλ. (01)4111401

ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΗ ΚΑΙ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΟΣ ΣΤΑΘΜΟΣ ΓΙΑ ΘΕΜΑΤΑ ΑΙΔΣ - Τηλ. (01)7222222

Κ.Ε.Ε.Λ.: ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ - Πατησίων 358 - Τηλ. (01)2111120-1

### 5. ΟΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΑΙΔΣ ΣΤΟ INTERNET

AEGIS (AIDS EDUCATIONAL GLOBAL INFORMATION SYSTEM)

<http://www.AEGIS.com>

DOCTORS GUIDE

<http://www.pslgroup.com/AIDS.HTM>

THE BODY

<http://www.thebody.com>

INTERNATIONAL ASSOCIATION OF PHYSICIANS IN AIDS CARE

<http://www.iapac.org>

## SAFE GAME

Εκπαιδευτικό παιχνίδι με θέμα το AIDS. Σκοπός του παιχνιδιού είναι η εκπαίδευση μέσα από το παιχνίδι σε θέματα που αφορούν στη μετάδοση αλλά και στην προφύλαξη από τον HIV.

Το safe game σχεδιάστηκε για οποιανδήποτε μπορεί να χρησιμοποιήσει Η/Υ, ανεξαρτήτως ηλικίας. Μπορεί να αποτελέσει ένα μοναδικό εργαλείο ενημέρωσης και εκπαίδευσης σε ατομικό επίπεδο αλλά και μετά σε μια σχολική τάξη έτσι ώστε να ενθαρρύνει την έναρξη ανοιχτής συζήτησης με θέμα τον HIV και τη σεξουαλικότητα.

Το safe game μοιάζει με επιτραπέζιο παιχνίδι το οποίο παίζεται από έναν αριθμό παικτών, το πλήθος και η ταυτότητα των οποίων επιλέγονται από το χρήστη. Περιλαμβάνει την απάντηση σε κάποιες ερωτήσεις καθώς και την αποφυγή ή την επιδίωξη κάποιων συμπεριφορών από τους χρήστες / παίκτες. Η σωστή απάντηση στις ερωτήσεις καθώς και η ασφαλής σεξουαλική συμπεριφορά επιβραβεύεται από το πρόγραμμα ενώ η μη ασφαλής συμπεριφορά και η άγνοια ή η έλλειψη ενημέρωσης αποθαρρύνονται.

Το safe game μπορεί να παιχτεί χωρίς τη βοήθεια κάποιου ειδικού καθώς οι απαντήσεις στις ερωτήσεις συνοδεύουν το παιχνίδι τόσο με τη μορφή βοήθειας μέσα από το παιχνίδι όσο και στο εγχειρίδιο χρήσης του παιχνιδιού.

Σημαντικό είναι ότι το παιχνίδι συμβάλει στην προσπάθεια αποφυγής εκφοβισμού ή προσβολής των παικτών.<sup>45</sup>

## ΕΚΚΛΗΣΙΑ ΚΑΙ ΑΙΔΣ

**Είναι το AIDS τιμωρία Θεού;**

Κάθε δοκιμασία, που μας βρίσκει είναι μια επίσκεψη Θεού. Και η αρρώστια είναι δοκιμασία. Την στέλνει ή την επιτρέπει ο Θεός, γιατί εξυπηρετεί κάποιο σχέδιο και αποβλέπει στην ψυχική μας σωτηρία. Ο Απόστολος Παύλος μας πληροφορεί ότι όσο ο εξωτερικός άνθρωπος φθείρεται, τόσο ο εσωτερικός αναγεννάται. Ο πόνος έχει λυτρωτικό περιεχόμενο και σώζει πολλούς. Η δοκιμασία οδηγεί τον άνθρωπο συνήθως στη μετάνοια και στην αποκατάσταση καλών σχέσεων με το Θεό. Είναι ανώφελο, ξεκινώντας από το AIDS να μιλάμε για τιμωρία του Θεού, όταν είναι ήδη γνωστό ότι μολύνονται ακόμη και τα μωρά, που δεν φταίνε σε τίποτε.

Βέβαια η αμαρτία γεννά θάνατο και η παρακοή στο Θείο θέλημα οδηγεί στην τιμωρία. Όμως, έστω κι αν έτσι δούμε το AIDS δεν είναι σωστό να περιορισθούμε στην επίκριση των θυμάτων. Ανάμεσα σ' αυτά μπορεί κάποτε να βρεθούμε κι εμείς. Μας ταιριάζει καλύτερα, από τη θέση του εισαγγελέα, η ταπείνωση και η εκζήτηση του Θείου ελέους και της θείας ευσπλαχνίας. Γι' αυτούς που έχουν προσβληθεί και για μας...

Από αυτό απορρέει και η ανάλογη συμπεριφορά μας απέναντι των «φορέων». Περιστατικά που δημοσίευσαν οι εφημερίδες, σύμφωνα με τα οποία γιατροί και νοσοκόμοι αρνήθηκαν να νοσηλεύσουν ασθενείς με AIDS ή τους έδιωξαν ή τους έβαλαν σε καραντίνα ή τους αποφεύγουν, δεν μας τιμούν. Τα περιστατικά αυτά προδίδουν έλλειψη αγάπης, αυτοθυσίας, προσφοράς. Προδίδουν ατομισμό και εγωπάθεια. Οι άνθρωποι που πάσχουν από AIDS δεν είναι καταραμένοι. Έχουν ανάγκη της αγάπης μας. Και εμείς τους την οφείλουμε οσονδήποτε αματωλούς και αν τους θεωρούμε.

*Άλλωστε «ο αναμάρτητος πρώτος το λίθον βαλέτω...».*<sup>46</sup>

### ΜΕΡΙΚΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ

Όποιος διαπιστώσει ότι είναι «φορέας» συνήθως καταλαμβάνεται από πανικό, απομονώνεται, άγχεται και περιθωριοποιείται. Από την άλλη μεριά

δυνατόν να το «πάρει ανέμελα» και να αδιαφορήσει πλήρως. Και οι δύο αυτές ακραίες στάσεις είναι το ίδιο απαράδεκτες και επικίνδυνες. Οι «φορείς» έχουν ανάγκη από στήριξη, συμβουλές και βοήθεια. Και κυρίως χρειάζονται ενημέρωση και δύναμη για να ξεπεράσουν την ιδέα ότι όλα γι' αυτούς είναι χαμένα.

Τι θα είχαμε, λοιπόν, να πούμε, σαν Εκκλησία, προς αυτούς;

- ◆ Μη χάνετε την ελπίδα σας και μη απογοητεύεστε. Οι επιστημονικές πρόοδοι αλματωδώς προχωρούν. Πάνω απ' όλα βρίσκεται η αγάπη του Θεού. Αν νομίζετε ότι έχετε αμαρτήσει μη διστάσετε να μετανοήσετε και να βρείτε τη γαλήνη σας κοντά στον Πνευματικό σας. Η ψυχική ειρήνη προέχει αυτή την ώρα.

- ◆ Φροντίστε να μάθετε περισσότερα καταφεύγοντας στο γιατρό σας ή σε κάποιο ανεγνωρισμένο και επίσημο ιατρικό κέντρο. Επωφεληθείτε των μέχρι στιγμής επιστημονικών κατακτήσεων. Ίσως και το φυλλάδιο αυτό να μπορέσει να σας πληροφορήσει σωστά και να σας κατευθύνει ορθά.

- ◆ Το να ζεις σαν «φορέας» του ιού δεν είναι ούτε εύκολο, ούτε ακίνδυνο. Ούτε για σένα, ούτε για τους άλλους. Όλα απειλούνται στη δική σου ζωή, πρώτα πρώτα: η σεξουαλικότητα, η οικογενειακή ζωή, η εργασία, η ψυχαγωγία, η οικονομική σου κατάσταση, η κοινωνική σου επιφάνεια κλπ. Μη μένεις λοιπόν, απομονωμένος, μην υποκύπτεις στην καταπίεση, μη χάνεις τους φίλους σου. Πάρε μέρος σε συλλογικές εκδηλώσεις μαζί με άλλους. Αυτό θα σε ωφελήσει.

- ◆ Φροντίστε με σχολαστικότητα και υπευθυνότητα να μη μεταδώσετε το μικρόβιο σε άλλους. Ούτε εσείς να ξαναμολυνθείτε, πράγμα που θα είναι επιβαρυντικό. Σταματήστε επομένως αμέσως την ανεξέλεγκτη σεξουαλική σας δραστηριότητα, αποφασίστε να μη ξαναπάρτε ναρκωτικό, προσέχετε στις επαφές σας. Οι άλλοι δεν φταίνε σε τίποτε που εσείς μολυνθήκατε. Ούτε αξίζουν να μολυνθούν από εσάς Πολύ περισσότερο αν είναι δικά σας πρόσωπα...<sup>46</sup>

ΕΙΣΑΙ ΟΡΘΕΤΙΚΟΣ;



ΜΗ ΝΟΙΩΘΕΙΣ ΑΠΟΜΟΝΩΜΕΝΟΣ!  
ΜΑΘΕ ΝΑ ΠΡΟΦΥΛΑΞΕΣΑΙ  
ΚΑΙ ΝΑ ΠΡΟΦΥΛΑΞΕΙΣ ΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ!



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Harold H. Mc Williams P.: "Θεραπεύοντας την κατάθλιψη", μετ. Λ. Αποστόλου, επιμέλεια Ι. Νέστορας, εκδ. Θυμάρι, Αθήνα 1996, σ. 61,117
2. Σαρόγλου Γ. - Λιονή Α.: "AIDS/HIV. Προσέγγιση και Θεραπεία", 1η έκδοση, εκδ. Π.Χ. Πασχαλίδη, Αθήνα 1999, σ. 9-10, 40-41, 43-44, 47-48, 542-543, 546-547.
3. Αλιμπουτάκη Τ.: " AIDS η ελληνική πραγματικότητα", εκδ. Νέα Σύνορα Α. Α. Λιβάνη, Αθήνα 1985, σ. 37, 79-84.
4. Weber J. – Ferrninal A.: "Το AIDS αφορά και σένα" μετ.-επιμ. Δρ. Θ. Καλμάντης, εκδ. Επτάλοφος ΑΒΕΕ, Αθήνα 1988, σ. 9, 31, 41-42.
5. Κ.Ε.Ε.Λ.: "Κατευθυντήριες οδηγίες για αντιρετροϊκή αγωγή", επιμ.-εκδ. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα 2000.
6. Κουσκούκης Κ.: " AIDS, τι πρέπει να γνωρίζετε", εκδ. Σμυρνιωτάκης, Αθήνα 1988, σ. 142, 25-31, 74-83, 88-90.
7. Grupo Edicional Fabbri S.P.A.: "Επιστήμη", μετ.-επιμ. Κ. Κουμουνδουρέας, 5ος τόμος, εκδ. Κουμουνδουρέα, Αθήνα 1993, σ. 984, 986-987.
8. Internet: <http://www.υγεία.gr>
9. Σαχίνη Καρδάση Α. - Πάνου Μ.: "Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική", 3ος τόμος, Β' έκδοση, εκδ. Βήτα, Αθήνα 1997, σ.135,146,148-152.
10. Μαλισιόβας Ν.: "Κρατούμενοι, φυλετικές, εθνικές μειονότητες" από τα Ελληνικά αρχεία AIDS, Αθήνα 1996, σ. 49-50.
11. Αποστολίδης Α. Κ.: "Όλη η αλήθεια για το AIDS ", εκδ. Καραμπελόπουλος, Αθήνα 1994, σ. 27, 87-88, 102.
12. Ματσανιώτης Ν.: "Εμείς και το παιδί μας", 8η έκδοση, εκδ. Χριστάκη, Αθήνα 1995, σ. 338-339.
13. Γκούβρα Μ. - Πετρίδου Ε.: "Ρωτώ και μαθαίνω για το AIDS, εκδ. Σισμανόγλειο νοσοκομείο, Αθήνα 1992, σ. 18-19.
14. Montagnier L.: " AIDS, τα δεδομένα η ελπίδα", μετ. Μ. Παπαγιάννη, επιμ. Ελληνικό Ινστιτούτο Παστέρ, εκδ. Ινστιτούτο Παστέρ, Αθήνα 1987, σ. 9-10, 35.
15. Clayman C.B.: "Οικογενειακή ιατρική βιβλιοθήκη, η υγεία των γυναικών", μετ-επιμ. ομάδα Ελλήνων γιατρών, εκδ. Μανιατέας, Αθήνα 1993, σ. 93,
16. Παπαευαγγέλου Γ.: "Προφυλακτικά μέτρα κατά την αιμοκάθαρση", από τα

πρακτικά του Γ' Επιμορφωτικού Σεμιναρίου "Ειδικά προβλήματα της αιμοκάθαρσης", εκδ. Θάνου Α. - Αγραφιώτης θ., Αθήνα 1991, σ. 64.

17. Παπαδάτος Κ.: "Ίός της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας", εκδ. Υποεπιτροπή εκπαίδευσης της Εθνικής Επιτροπής AIDS, Εθνική Φαρμακοβιομηχανία Α.Ε., Αθήνα 1989, σ. 45-47, 52.

18. Silver, Kempe, Bruyn, Fulgintis: "Συνοπτική Παιδιατρική", μετ. Βουδούρη Ε.Α., επιμ. Μυρκοκεφαλάκη, 16η έκδοση, εκδ. Γρ. Παρισιάνος, Αθήνα 1994, σ. 531-32.

19. Σταθοπούλου-Πέτρου Α.: "Κοινωνική Πρόνοια, μια γενική θεώρηση", 2η έκδοση, εκδόσεις Σ.Α. Ταβίδα, Αθήνα 1997, σ. 245-247.

20. Γολεμάτης Β.Χ.: "Χειρουργική Παθολογική", Τόμος Α', εκδ. Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 1990, σ. 275.

21. Μερτζάνος Ε. - Παραράς Μ.: " Σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας", έκδοση Εθνική Φαρμακοβιομηχανία Α.Ε., Αθήνα 1988, σ. 35.

22. Λάσκαρης Γ.Α. - Παπαευαγγέλου Γ.Ι.: " AIDS και οδοντιατρική", εκδ. Ζήτα, Αθήνα 1988, σ. 94, 96-102, 217-218, 224-229.

23. Γκούμας - Κωτσιόπουλος Ο.Ε.: "Υγεία - Οι μεγάλες παθήσεις της εποχής μας", Τόμος 5ος, εκδ. Δομίνη, Ελλάδα 1989, σ. 960.

24. Ρουμελιώτου Α.: "Πιθανοί τύποι εμβολίου κατά του HIV, από τα πρακτικά του 3ου Πανελληνίου Συνεδρίου AIDS: Εμπειρία και δραστηριότητες στην Ελλάδα, τι νεότερο στο AIDS, αμφιλεγόμενες απόψεις και προβληματισμοί, εκδ. Βήτα, Αθήνα 1991, σ. 117-119.

25. Montagnier L.: "Ίοί και άνθρωποι", μετ.-επιμ. Χ. Καλζάρη, 8η έκδοση, εκδ. Κάτοπτρο, Αθήνα 1995, σ. 174,176,185-187.

26. Hawkes N.: "Θέματα AIDS ", μετ.-επιμ. Α. Πολύχρονη, εκδ. Κέδρος, σ. 22-24.

27. Harvey R. – Champe P.: "Φαρμακολογία", μετ. Βαλκανιώτη Ε. -Γκούρνα Χ. κ.ά., επιμέλεια Παπαδόπουλος Σ.-Παπαδόπουλος Γ., εκδ. Γρ. Παρισιάνος, Αθήνα 1995, σ. 334-335.

28. Γερμένης Τ.: "Μαθήματα πρώτων βοηθειών για επαγγέλματα υγείας", 3η έκδοση, εκδ. Βήτα, Αθήνα 1994, σ. 221.

29. Καλλίνικος Γ.: "Ίός της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας", εκδ. Υποεπιτροπή εκπαίδευσης της Εθνικής Επιτροπής AIDS", Εθνική Φαρμακοβιομηχανία Α.Ε., Αθήνα 1989, σ. 112.

30. Κουρέα Κρεμαστινού Τ. -Μεράκου Κ.: "Επιθεώρηση Υγείας", Σεμινάριο Αγωγής Υγείας και Πρόληψης του Ηϊν στο σχολείο, 5ος τόμος, τεύχος 6, εκδ. Στάθη Χ., Νοέμβριος-Δεκέμβριος 1994, σ. 33,44.
31. Γκουρνέλης Θ. Κ.: "Υγιεινή", Εκδ. Φαιστός, Θεσσαλονίκη 1992, σ. 113-114.
32. Μαλγαρινού Μ.Α. - Κωνσταντινίδου Σ.Φ.: "Παθολογική χειρουργική", τόμος Β', 18η έκδοση, εκδ. Σ.Α. Ταβίδα, Αθήνα 1997, σ. 245-247.
33. Ραγιά Α.: "Ψυχοκοινωνικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις", από τα πρακτικά του 3ου Πανελληνίου Συνεδρίου AIDS: Εμπειρία και δραστηριότητες στην Ελλάδα, τι νεότερο στο AIDS, αμφιλεγόμενες απόψεις και προβληματισμοί, εκδ. Βήτα, Αθήνα 1991, σ. 35.
34. Ραγιά Α.: "Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας – Ψυχιατρική Νοσηλευτική", 2η έκδοση, εκδ. Βήτα, Αθήνα 1999, σ. 180-183.
35. Ραγιά Α.: "Ψυχοκοινωνική νοσηλευτική φροντίδα αρρώστων με AIDS ", Νοσηλ. τόμος 29, εκδ. Βήτα, Αθήνα 1990, σ. 288-294
36. Κουκιού Κ.: "Νοσηλεία αρρώστου με AIDS εκτός νοσοκομείου", από τα πρακτικά του Γ' Επιμορφωτικού Σεμιναρίου: "Ειδικά προβλήματα της αιμοκάθαρσης", εκδ. Θάνου Α.- Αγραφιώτης Θ., Αθήνα 1991, σ. 76-77.
37. Lewellyn J.D.: "Σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες", μετ-επιμ. Μ. Καββαδία, εκδ. Λύχνος, Αθήνα 1992, σ. 141.
38. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας: "Συμβουλευτική για την HIV λοίμωξη και νόσο", μετ. Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS, εταιρία Βήτα, εκδ. Βήτα, Αθήνα 1991, σ. 39-40
39. Ρίζος Γ.: "Ψυχολογικές επιπτώσεις σε Νοσηλευτές και Νοσηλευόμενους", από τα πρακτικά του Γ' Επιμορφωτικού Σεμιναρίου Ειδικά προβλήματα αιμοκάθαρσης, εκδ. Θάνου Α. -Αγραφιώτης Θ., Αθήνα 1991, σ. 79-82
40. Πιτσούνης Ν. - Γιαννακόπουλος Δ.: "Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της HIV λοίμωξης σε συζευγμένες γυναίκες σε μονάδες λοιμώξεων", από τα πρακτικά του 12ου Πανελληνίου Συνεδρίου AIDS, Αθήνα 2000, σ. 46.
41. Σαρόγλου Γ. - Μαυροειδή Ν.: "Ψυχολογικές επιπτώσεις της HIV λοίμωξης και οι συνέπειες τους στη συναισθηματική, ερωτική και σεξουαλική ζωή των οροθετικών", από τα πρακτικά του 12ου Πανελληνίου Συνεδρίου AIDS, Αθήνα 2000, σ. 48.
42. Benjamin S.S: "Comprehensive text book of Physiatry /V "volyme 2, Forth edition, USA 1989.
43. Βλάχος Ι.Σ. (Αρχιμ.): " AIDS ένας τρόπος ζωής", 1η έκδοση, εκδ. ΟΨΙΣ, Αθήνα

1994, σ. 66.

44. Αβραμίδης Α.Β.: "ΑΙΔΣ με απλά λόγια", 1η έκδοση, εκδ. Ακρίτας, Αθήνα 1992, σ. 135-140.

45. Αδαμίδης Π. - Γιατζόγλου Ν.: "Safe game: Εκπαιδευτικό παιχνίδι με θέμα το ΑΙΔΣ", από τα πρακτικά του 12ου Πανελληνίου Συνεδρίου ΑΙΔΣ, Αθήνα 2000, σ. 52.

46. Μητροπολίτης Δημητριάδος Χριστόδουλος: "ΑΙΔΣ, η απειλή υπάρχει, εσύ τι θα κάνεις;", 1η έκδοση, εκδ. Συμβουλευτικός σταθμός προβλημάτων εφηβείας Ι. Μητροπόλεως Δημητριάδος, Αθήνα 1992, σ. 34-35.

