

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

**ΑΣ ΜΙΛΗΣΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΟ AIDS ΟΣΟ
ΕΙΝΑΙ ΝΩΡΙΣ...**



**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΠΑΝΟΥΤΣΟΠΟΥΛΟΥ ΙΩΑΝΝΑ
ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ**

ΠΑΤΡΑ 2003

Ας μιλήσουμε για το AIDS όσο είναι νωρίς

*Αφιερωμένη στους γονείς μου που με στήριξαν με σθένος και βρίσκονται πάντα
πλάι μου οποιαδήποτε στιγμή.*

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελ.
Εισαγωγή	5
Πρόλογος	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	
1.1 Ιστορική Αναδρομή	8
1.2 Προέλευση Ιού	10
1.3 Τι Σημαίνουν τα Αρχικά AIDS;	12
1.4 Ορισμός AIDS	12
1.5 Είδη Ιού	13
1.6 Αμυντικό Σύστημα και Ανοσία	13
1.7 Είδη Ανοσίας	16
1.8 Ανοσολογία του AIDS	17
1.9 Επιδημιολογικά Στοιχεία	18
1.10 Παγκόσμια Επιδημιολογικά Πρότυπα	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	
2.1 Τρόποι Μετάδοσης του HIV	26
2.2 Τρόποι που δεν μεταδίδεται ο ιός	32
2.3 Πιθανότητα μετάδοσης με το σάλιο	33
2.4 Λοιποί παράγοντες που σχετίζονται με τη μετάδοση	33
2.5 Ομάδες υψηλού κινδύνου	35
2.6 Πώς αποφεύγεται η μετάδοση;	36
2.7 Αιτιολογία του AIDS	37
2.8 Μορφολογία και δομή ρετροϊών	40
2.9 Μορφολογία του HIV	40
2.10 Πώς δρα ο ιός του AIDS;	41
2.11 Ποια μέρη του σώματος μολύνει ο ιός του AIDS;	41
2.12 Χρόνος επώασης	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο	
3.1 Συμπτώματα	43
3.2 Κλινικές εκδηλώσεις	45
3.3 Ταξινόμηση ασθενών από την Π.Ο.Υ.	46
3.4 Διαγνωστικά test	47
3.4.1 Αρνητικό test αντισωμάτων	48
3.4.2 Θετικό test αντισωμάτων	48
3.5 Πώς μπορούμε να εξακριβώσουμε αν ένα άτομο είναι φορέας του AIDS;	49
3.6 Εργαστηριακά ευρήματα	49
3.7 Πρόγνωση συνδρόμου	50
3.8 Τι μέτρα έχουν παρθεί για το AIDS στον Ελληνικό χώρο;	51
3.9 Τα κρούσματα στην Ελλάδα	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο	
4.1 Αντιμετώπιση της νόσου	53
4.2 Θεραπεία του AIDS	54
4.2.1 Φάρμακα κατά του HIV μέχρι το τέλος του 1995	55
4.2.2 Φάρμακα κατά του HIV από τέλος του 1995 μέχρι σήμερα	55
4.2.3 Φάρμακα που θα κυκλοφορήσουν τα επόμενα 1-2 χρόνια	56
4.2.4 Θεραπευτικά σχήματα κατά του HIV	57

4.3 Κόστος αγωγής – νοσηλείας	58
4.4 Το εμβόλιο – δυσκολίες	58
4.5 Προοπτικές εμβολίου	60
4.6 Ηθικά – νομικά - δεοντολογικά και κοινωνικά προβλήματα	61
4.7 Στάδια εξέλιξης του ιού στο ανθρώπινο σώμα	63
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο	
5.1 Οδηγίες για την πρόληψη διασποράς του AIDS στις μονάδες τεχνητού νεφρού	66
5.2 Οδηγίες προς το προσωπικό του νεκροτομείου	66
5.3 Οδηγίες για την πρόληψη του AIDS κατά την οδοντιατρική πράξη	67
5.4 Αρχές προφύλαξης	67
5.5 Γενικές συστάσεις για το προσωπικό	70
5.6 Οδηγίες προς το προσωπικό εργαστηρίων	71
5.7 Διδασκαλία αρρώστου με AIDS κατά την έξοδο	71
5.8 Θάνατος αρρώστου στο σπίτι	72
5.9 Γενικές οδηγίες για αρρώστους και φορείς του AIDS	73
5.10 Μετάδοση HIV και προσωπικό πρώτων βοηθειών	74
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο	
6.1 Ψυχολογικές αντιδράσεις ασθενών με AIDS	77
6.2 Οι συναισθηματικές επιπτώσεις του AIDS	79
6.3 Οι κοινωνικές επιπτώσεις του AIDS	81
6.4 Το AIDS και η γυναίκα	83
6.4.1 Θα πρέπει να ενδιαφέρει τη γυναίκα το AIDS και γιατί;	83
6.4.2 Ποια ομάδα γυναικών βρίσκεται σε υψηλό κίνδυνο μόλυνσης;	83
6.4.3 Πώς μπορούν οι γυναίκες να προφυλαχτούν από AIDS;	84
6.4.4 Μια γυναίκα βρίσκεται θετική στον ιό του AIDS. Πώς μπορεί να προστατεύσει τους γύρω της;	84
6.4.5 Μια γυναίκα που ζει σε οικογένεια όπου κάποιος μέλος της έχει AIDS, βρίσκεται σε κίνδυνο;	85
6.4.6 Ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών εργάζεται στις υπηρεσίες υγείας, σε εργαστήρια ή ασχολείται με τη φροντίδα αρρώστων με AIDS. Υπάρχει πιθανότητα να μολυνθούν;	86
6.4.7 Πρέπει οι γυναίκες να υποβάλλονται στην εξέταση του AIDS;	86
6.4.8 Μπορούν οι ομοφυλοφιλικές γυναίκες να κολλήσουν AIDS;	87
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο	
7.1. Ο δεκάλογος του φορέα του AIDS	88
7.2 Τα ηθικά διλήμματα του AIDS	90
7.3 Υπηρεσίες και προγράμματα για την αντιμετώπιση του AIDS	92
7.4 Παροχές στους φορείς / ασθενείς του AIDS	94
7.5 Ομόφωνη διακήρυξη για το AIDS στους χώρους εργασίας	94
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο	
8.1 Εφαρμογή εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας αρρώστου με AIDS	97
Επίλογος	102
Βιβλιογραφία	105

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το AIDS μπορεί να αποτελέσει ερέθισμα και αφετηρία για την ανάπτυξη της ατομικής ευθύνης για την υγεία, για υπεύθυνη συμπεριφορά, για ανεκτικότητα προς τα ανθρώπινα πάθη, για ενισχυμένη κοινωνική αλληλεγγύη.

Από ισχυρή ατομική πρόκληση μπορεί να μεταστοιχειωθεί σε παγκόσμια κοινωνική συνείδηση. Όπως όμως μπορεί να ενισχύσει τους πανανθρώπινους δεσμούς, έτσι και μπορεί να τους αποσαθρώσει.

Στην μακροχρόνια αυτή διαδικασία, για να νιώσει το ανθρώπινο γένος πιο υπερήφανο, δεν μπορώ να δω τίποτα καλύτερο από την αναζήτηση και τη διάδοση της γνώσεως, την καταπολέμηση των προκαταλήψεων και την υπεύθυνη συμπεριφορά.

Ο κοινός εχθρός μας είναι ο ιός του AIDS. Δεν είμαι ούτε εγώ ούτε οι συνάνθρωποί μου που ατύχησαν να είναι φορείς.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Σήμερα, στην εκπνοή του 20^{ου} αιώνα, ο κόσμος ζει με τον τρόμο και την ανασφάλεια σε όλο τους το μεγαλείο. Δεκαοχτώ χρόνια πριν, κανείς δεν υποπτευόταν πως κάποτε ο άνθρωπος θα υπέθαλπε στα σπλάχνα του τον ίδιο το θάνατο...

Στις αρχές της δεκαετίας του '80, η ανακάλυψη ενός θανατηφόρου ιού, έπεσε σαν «κεραυνός εν αιθρία», για να μετατρέψει αργά και σταθερά τον έρωτα σε αποστροφή, τη ζωή σε μαρτύριο, το όνειρο σε σκοτεινό εφιάλτη. Πριν λίγα χρόνια εξακριβώθηκαν οι τρόποι μετάδοσης του. Αρχικά τα θύματά του περιορίστηκαν στις λεγόμενες ομάδες υψηλού κινδύνου. Σήμερα η επιδημία δεν γνωρίζει σύνορα. Τα αφάνισε όλα, όπως αφάνισε το κουράγιο των θυμάτων της να παλέψουν και να ζήσουν.

Φυσικά η χώρα μας δεν αποτελεί εξαίρεση. Το πρόβλημα είναι υπαρκτό με διαστάσεις τουλάχιστον όχι τραγικές, μα αρκετά ανησυχητικές. Ο αριθμός των κρουσμάτων αυξάνει. Ο ιός χτυπά τον ανθρώπινο οργανισμό στο ευαίσθητό του σημείο, τη φυσική του ασπίδα. Τα αποτελέσματα είναι γνωστά: συντριβή και απελπισία του φορέα ή του πάσχοντα, κοινωνικός στιγματισμός του από το κοντινό και ευρύτερο περιβάλλον του, που αγγίζει τα όρια της υπερβολής.

Παρά την οργανωμένη εκστρατεία ενημέρωσης από τους επιστήμονες, ο κόσμος εξακολουθεί να αρνείται τα άτομα αυτά, με συνέπεια οι φορείς μεν να εκδιώκονται από τον περίγυρό τους, να αδυνατούν να βρουν εργασία και να ζουν διαρκώς με το φόβο πιθανής εκδήλωσης της ασθένειας τους, οι νοσούντες δε, απομονωμένοι πίσω από υγειονομικούς τοίχους, για την προστασία τους, όμως στην πραγματικότητα αιχμάλωτοι του ευάλωτου πλέον οργανισμού τους, περιμένουν τη στιγμή του θανάτου, πολεμώντας να ξεχάσουν.

Αλίμονο σ' αυτούς και σ' εμάς που ανεχόμαστε τόσες άλλες εστίες μόλυνσης, το νέφος και τα σκουπίδια, που παραμένουμε παθητικοί μοιρολάτρες, ηθικοί τιμωροί ατόμων που χτυπήθηκαν από την ασθένεια. Η

επιστήμη έδωσε το σύνθημα: «Προφύλαξη – πρόληψη. Η θεραπεία δεν υπάρχει ακόμα, αν και διαφαίνονται αισιόδοξα σημάδια στον ορίζοντα.

Εμείς οι νέοι πρέπει να ξέρουμε πού βαδίζουμε. Συνήθως οι νέοι είναι ευμετάβλητοι, παρορμητικοί, παράφοροι, γεμάτοι ζωτικότητα. Στο θέμα του AIDS δε χωρούν στωικότητες. Σήμερα ο έρωτας μπορεί να γίνει ο «απαγορευμένος καρπός» για τους επιπόλαιους. Εμείς κατευθύνουμε τη μοίρα μας. Η εξελικτική πορεία του ιού, προκαλεί φρίκη. Το AIDS εξελίχθηκε σε πληγή, καρκίνωμα της εποχής μας. Κανείς σήμερα δεν μπορεί να πει ότι «ουδέν οίδε» για το AIDS. Δεν δικαιολογείται η άγνοια. Γι' αυτό καταφάσκουμε στον έρωτα, μα αρνούμαστε την κατάχρηση και την λανθασμένη επιλογή. Δεν είναι αργά για να καταλάβουμε όλοι πως τα θύματα του AIDS δεν είναι «αποδιοπομπαίοι τράγοι». Στην εποχή του Χριστού, η λέπρα ήταν κατάρρα. Εκείνος όμως πλησίασε τους δέκα λεπρούς με αγάπη και τους θεράπευσε.

Εμείς, δεν είμαστε θεοί, μα οφείλουμε να δείξουμε έμπρακτη αγάπη στους λεπρούς του 20^{ου} αιώνα. Η τηλεόραση καθημερινά προτρέπει για κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση ατόμων με ειδικές ανάγκες, γιατί όχι και των θυμάτων του AIDS; Αφού γνωρίζουμε τους ελάχιστους, αποκλειστικούς τρόπους μετάδοσής του. Ας βγάλουμε τις παρωπίδες. Το AIDS μας αφορά όλους. Ας το πιστέψουμε όσο σκληρή κι αν είναι η πραγματικότητα. Έγινε πλέον κομμάτι της ζωής μας και θα είναι για αρκετό καιρό ακόμα.

Η εμπειρία μας διδάσκει πως τίποτα μέχρι τώρα δεν ανέστειλε την εξέλιξη του ανθρώπου, απλώς κάποτε την κατέστειλε προσωρινά. Η Χιροσίμα αναγεννήθηκε από τις στάχτες της. Ας προσέχουμε, λοιπόν, όσοι είμαστε ακόμα υγιείς και ασφαλείς. Ας θυμηθούμε κι ας πλησιάσουμε εκείνα τα ψυχικά ράκη που αναζητούσαν επίγειους παραδείσους και κατέληξαν στην κόλαση της αποστροφής.

Αν αγαπάς τον εαυτό σου μην ξεχνάς την προφύλαξη!

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Όσο κι αν φαίνεται περίεργο το AIDS ήταν άγνωστο στον ιατρικό κόσμο των ανεπτυγμένων χωρών μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του '80. το νέο όμως αυτό κλινικό σύνδρομο άλλαξε, τα τελευταία είκοσι χρόνια, τη μοίρα και τη ζωή εκατομμυρίων ατόμων στον πλανήτη.

Οι σημερινοί ενήλικες άνω των 40 ετών είναι η τελευταία γενεά ατόμων που είχαν την πρώτη τους σεξουαλική εμπειρία χωρίς το φόβο του AIDS. Οι νέοι του '90 είναι η πρώτη γενιά που μεγάλωσε με το AIDS. Αλλά και οι επιστήμονες στην Δημόσια Υγεία και την κλινική ιατρική δεν σκέφτονται τα λοιμώδη νοσήματα με τον ίδιο τρόπο όπως πριν από είκοσι χρόνια.

Παρ' όλα αυτά όσα συμβαίνουν δεν είναι τίποτ' άλλο παρά η αρχή της επιδημίας του ιού, ο οποίος όλες οι ενδείξεις δείχνουν ότι θα παραμείνει ενεργός για μακρύ χρονικό διάστημα ακόμα.

Παρά τις τεράστιες προόδους στη μελέτη του AIDS, εξακολουθεί να υπάρχει το ερώτημα «πώς» και «γιατί τώρα», έτσι ξαφνικά μας εμφανίστηκε το AIDS και όχι από νωρίτερα¹.

Η πιο παλιά τεκμηριωμένη περίπτωση AIDS έχει τοποθετηθεί στο 1959, αλλά δεν αποκλείεται να βρεθούν άλλες ακόμα παλιότερες. Δείγματα αίματος από έναν ασθενή που πέθανε στο Ζαΐρ, είχαν μείνει από τότε σε βαθιά ψύξη, και όταν εξετάστηκαν βρέθηκε ο ιός του AIDS. Φαίνεται ότι την ίδια εκείνη χρονιά ο ιός είχε προκαλέσει το θάνατο ενός εικοσιπεντάχρονου Άγγλου ναύτη, ο οποίος προφανώς είχε προσβληθεί αρκετά χρόνια νωρίτερα. Τα συμπτώματα του ναύτη είχαν κινήσει την περιέργεια των γιατρών, αλλά μόλις το 1986 επιβεβαιώθηκε, μετά από νέες εξετάσεις των ιστών που είχαν μείνει σε βαθιά ψύξη, όταν πέθανε από AIDS².

Έτσι λοιπόν το σύνδρομο της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας υπάρχει τουλάχιστον από το 1954, αφού με βάση τα αποτελέσματα των

εξετάσεων, ο ναύτης εκείνος έπασχε από AIDS και θα έπρεπε να είχε μολυνθεί τουλάχιστον 5 χρόνια νωρίτερα δηλαδή από το 1954.

Οι έρευνες του ανθρωπολόγου Ανισέτ Κασαμούρα (ο οποίος γεννήθηκε και μεγάλωσε στην περιοχή των μεγάλων λιμνών της Κεντρικής Αφρικής και ο οποίος μελέτησε τα σεξουαλικά ήθη των λαών της περιοχής) έδωσε μια απάντηση στο πρόβλημα της προελεύσεως του AIDS. Από τις μελέτες του που ολοκληρώθηκαν το 1973, προέκυψε ότι άντρες και γυναίκες της φυλής των Ιντζγούι, που ζουν σ' ένα νησί της λίμνης Κίνυ, συνήθιζαν για να αυξήσουν τη σεξουαλική τους δραστηριότητα, να «εμβολιάζουν» στους μηρούς, την ηβική χώρα και τη ράχη τους αίμα του πράσινου πιθήκου από τον οποίο σήμερα γίνεται γενικότερα πλέον αποδεκτό ότι μεταδόθηκε ο ιός στον άνθρωπο.

Ενδέχεται επίσης ο ιός να μπήκε στον άνθρωπο από τον πράσινο πίθηκο και με την κτηνοβασία. Στο Ζαΐρ, κάποιες φυλές τους τρώνε και ωμούς τους πράσινους αυτούς πιθήκους.

Ο ιός που θεωρείται πλέον προερχόμενος από τον πίθηκο, παρουσιάζει ομοιότητες με τον ιό που έχει σχέση με τη λευχαιμία του ανθρώπου, τον HTLV-I (=Human T-Leukemia Virus-I). Μπορεί λοιπόν να υπήρχε ανενεργής μέσα μας μέχρι που πήρε το γονίδιο που του έλειπε από τον άλλο ιό, με τον οποίο μολύνθηκε ο άνθρωπος, και ενεργοποιήθηκε κατ' αυτό τον τρόπο. Σήμερα πάντως θεωρείται «γέννημα-θρέμμα του ανθρώπου ύστερα από μετάλλαξη», σε αντίθεση με την θεωρία του επιστημονικού λάθους που πίστευαν μερικοί. Να ξέφυγε δηλαδή ή να δημιουργήθηκε και να δραπέτευσε ο ιός από κάποια εργαστήρια μελέτης του βιολογικού πολέμου. Και πιο συγκεκριμένα από τα εργαστήρια του Αμερικανικού Ινστιτούτου Ερευνών Βιολογικού Πολέμου, στο Φορτ Ντέτρικ της πολιτείας Μέριλαντ. Αυτή η θεωρία δεν ευσταθεί γιατί όπως αναφέραμε υπήρχαν ήδη τα κρούσματα AIDS από το 1959, ενώ η Βιοτεχνολογία του Βιολογικού πολέμου δεν είχε φτάσει, μέχρι τα μέσα τουλάχιστον της δεκαετίας του 1970, στο σημείο να μπορεί να κάνει ανάλογα πειράματα.

Ο ιός λοιπόν, σύμφωνα με την επικρατούσα άποψη, μεταφέρθηκε από την Κεντρική Αφρική σε άλλες χώρες, κυρίως λόγω του μεταναστευτικού κύματος της δεκαετίας του '60. πρώτες ομάδες κινδύνου αποτέλεσαν οι

ομοφυλόφιλοι και οι τοξικομανείς που μετέφεραν τον ιό σε όλη σχεδόν την ανθρωπότητα¹.

Γύρω στα 1980, οι γιατροί αντιλαμβάνονται ξαφνικά την ύπαρξη της αρρώστιας αυτής, που τους φαίνεται «καινούρια».

Ήδη από το τέλος του 1979, ο γιατρός Joel Weisman του Λος Άντζελες, γνωστός για την καλόβουλη στάση του απέναντι στους ομοφυλόφιλους, είχε παρατηρήσει ανάμεσα στους ασθενείς του, την αύξηση των περιπτώσεων του συνδρόμου της μονοπυρήνωσης, με εμπύρετες εξάρσεις, αδυνάτισμα και διόγκωση των λεμφαδένων. Αυτοί οι ασθενείς έπασχαν και από διάρροιες και στοματική και πρωκτική μυκητίαση. Κατά τα φαινόμενα η αιτία της κλινικής τους εικόνας έπρεπε να είναι μια ανεπάρκεια του ανοσοποιητικού τους συστήματος.

Σιγά – σιγά λοιπόν, ο ιός παρουσιάζεται στο προσκήνιο και ήδη μέχρι τον Νοέμβρη του 1981 υπήρχαν ήδη 159 περιπτώσεις επίσημα καταγεγραμμένες από τις υγειονομικές υπηρεσίες των Ηνωμένων Πολιτειών. Τέλος, ο καινούριος ιός βαπτίζεται το καλοκαίρι του 1982 ως AIDS από τα αρχικά της νόσου (Acquired Immunodeficiency Syndrome), (η επιλογή αυτού του ονόματος γίνεται σε ένα συνέδριο στην Αμερική), και γίνεται γνωστός πια με αυτό το όνομα σε όλο τον κόσμο³.

Από την ώρα που ανακαλύφθηκε και ονομάστηκε ο ιός αυτός έχει μελετηθεί περισσότερο από οποιονδήποτε άλλο ιό στην ιστορία της Ιατρικής².

1.2 ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ ΤΟΥ ΙΟΥ

Από τη στιγμή που άρχισαν να γίνονται επιστημονικές έρευνες πάνω στο όλο πρόβλημα του AIDS, ακούστηκαν πολλές απόψεις και διατυπώθηκαν πολλές θεωρίες, που καθεμιά διεκδικεί για τον εαυτό της το αλάθητο σε ό,τι αφορά την καταγωγή του ιού. Οι σημαντικότερες είναι:

A) Πράσινος πίθηκος

Η θεωρία ότι ο ιός προήλθε από τους πράσινους πιθήκους της Αφρικής και που προκάλεσε ποικίλες αντιδράσεις, εκφράστηκε από τον καθηγητή του Πανεπιστημίου του Χάρβαρντ, Μαξ Έσσεξ.

B) Από Ισημερινή Αφρική

Κατά τον Ρόμπερτ Γκάλα, καθηγητή του Ινστιτούτου Υγείας των ΗΠΑ, ο ρετροϊός LAV/HTLV-3 (το όνομα του ιού) που προσβάλλει τον οργανισμό μας, μπορεί να έχει έρθει από την Ισημερινή Αφρική, και ταξίδεψε μέσω του δουλεμπορίου στη Λατινική Αμερική, Καραϊβική...

Και αυτή η άποψη δέχτηκε επικρίσεις, σύμφωνα με τις οποίες είναι αδύνατο να προήλθε από την Αφρική. Γιατί αν το AIDS ξεκινούσε από την Αφρική θα είχε έρθει χρόνια πριν στην Ευρώπη και δεν θα συνέβαινε να προσβάλλει μόνο την Αμερική και μετά να έρθει στην Ευρώπη.

Γ) Προϊόν προετοιμασίας για τη διεξαγωγή βιολογικού πολέμου

Η θεωρία αυτή διατυπώθηκε από τον καθηγητή βιολογικού Ινστιτούτου της Ανατολικής Γερμανίας κ. Ζέγκαλ, ο οποίος αποδίδει την γένεση του ιού, σε έρευνες που έγιναν στο Φορτ Ντέτρικ του Μέρυλαντ, σε μια προσπάθεια να παραχθούν ιοί εν όψει διεξαγωγής βιολογικού πολέμου.

Κατά τον καθηγητή οι παραγόμενοι ιοί δοκιμάζονται πάνω σε βαρυποινίτες που δέχονται σαν αντάλλαγμα τη μείωση της φυλάκισής τους ή την αποφυλάκισή τους. Γι' αυτό κατά τον Ζέγκαλ, ο ιός κάνει την πρώτη του εμφάνιση σε ομοφυλόφιλους – φυλακισμένους ή παλιότερους τροφίμους των φυλακών.

Δ) Μετάλλαξη των ιών

Η τέταρτη θεωρία είναι αυτή που υποστηρίζει ο δικός μας καθηγητής Κος Γεώργιος Παπαευαγγέλου. Σύμφωνα με την άποψή του, ο ιός είναι δυνατό να προήλθε από μεταλλάξεις ιών. Αυτό μπορεί να συμβεί σε κάθε οργανισμό, αρκεί να βρεθεί σε κατάλληλες συνθήκες. Κατά τον Έλληνα καθηγητή, ο ιός ανήκει στην ίδια οικογένεια με την ηπατίτιδα. Η διαφορά του έγκειται στο ότι ο ένας είναι πιο σκληρός και μεταδίδεται εύκολα, ενώ ο άλλος σαν πιο ευαίσθητος μεταδίδεται πιο δύσκολα⁷.

1.3 ΤΙ ΣΗΜΑΙΝΟΥΝ ΤΑ ΑΡΧΙΚΑ AIDS

A	(Acquired=επίκτητη)	Οφειλόμενη σε ιό η νόσος, όχι κληρονομική
I D	(Immuno=ανοσολογική) (Deficiency=ανεπάρκεια)	Καταστροφή του μηχανισμού άμυνας του οργανισμού
S	(Syndrom=σύνδρομο)	Το σύνολο των συμπτωμάτων της νόσου

Επομένως το AIDS δεν είναι πια σύνδρομο, αλλά μια λοιμώδης νόσος από ρετροϊό⁵.

1.4 ΟΡΙΣΜΟΣ AIDS

Το AIDS είναι μία λοίμωξη από ιό (ρετροϊό) που μπορεί να οδηγήσει σε βαριά και επί του παρόντος μη αναστρέψιμη βλάβη του ανοσολογικού συστήματος αφήνοντας έτσι το θύμα του έρμαιο των λοιμώξεων και μερικών τύπων καρκίνου⁶.

Δεν είναι κληρονομική νόσος αλλά επίκτητη, γιατί ο άνθρωπος δε γεννιέται μ' αυτό αλλά το αποκτά από τη στιγμή που θα προσβληθεί από τον ιό του AIDS. Ο ιός αυτός εισέρχεται στα λεμφοκύτταρα του οργανισμού και τα καταστρέφει. Το κύτταρο δεν μπορεί ν' απαλλαχτεί από τον ιό, έτσι όταν ο άνθρωπος προσβληθεί από αυτόν παραμένει για όλη του τη ζωή φορέας του ιού. Ο φορέας μπορεί να είναι υγιής, χωρίς συμπτώματα. Υπολογίστηκε ότι μέσα σε πέντε χρόνια το 20% - 30% των φορέων αναπτύσσουν την ασθένεια AIDS. Αυτοί όλοι οι φορείς πεθαίνουν μετά από σύντομο χρονικό διάστημα. Οι

υπόλοιποι παραμένουν για χρόνια φορείς χωρίς συμπτώματα αλλά εξακολουθούν να μεταδίδουν τον ιό σε άλλους ανθρώπους.

Το AIDS, το ίδιο, δε σκοτώνει, αλλά άλλες ασθένειες σίγουρα θα σκοτώσουν. Και αυτές είναι οι ευκαιριακές λοιμώξεις που συνήθως παρουσιάζονται σε άτομα με πρόβλημα του ανοσοποιητικού τους συστήματος. Για παράδειγμα το σάρκωμα Kaposi, είναι ένας σπάνιος καρκίνος των αιμοφόρων αγγείων του δέρματος και δεν αναπτύσσεται σε άτομα με υγιή ανοσοποιητικό σύστημα. Ακόμα και κάτι πιο απλό, όπως στοματίτιδα, είναι κάτι συνηθισμένο για τους υγιείς οργανισμούς, αλλά πολύ σοβαρό για άτομα που έχουν προσβληθεί από AIDS¹.

1.5 ΕΙΔΗ ΙΟΥ

Το σύνδρομο της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας προκαλείται από τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας. Ο HIV αναφερόταν παλιότερα ως λεμφοτρόπος ιός τύπου III του ανθρωπίνου T-κύτταρου (Human T-cell Lymphotropic Virus type III, HTLV III) και ως ιός που σχετίζεται με λεμφαδενοπάθεια (Lymphadenopathy Associates Virus, LAV).

Υπάρχουν δύο τύποι του ιού: Ο HIV₁ και ο HIV₂. Ο κυρίαρχος όμως παγκόσμιος τύπος είναι ο HIV₁⁷.

1.6 ΑΜΥΝΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΑΙ ΑΝΟΣΙΑ

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

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

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

B) Η ειδική (επίκτητη) άμυνα προέρχεται κάθε φορά από τον αγώνα με ένα νοσογόνο παράγοντα.

Τότε ο οργανισμός παίρνει ιδιαίτερα προστατευτικά μέτρα, ώστε να είναι προετοιμασμένος σε νέα είσοδο αυτού του μικροοργανισμού⁸.

A. Γενική άμυνα

Στο σύστημα της γενικής άμυνας ανήκουν:

- 1) **Δέρμα:** Το υγιές δέρμα δεν είναι διαβατό από βακτήρια. Αν όμως τραυματιστεί υπάρχει μεγάλος κίνδυνος λοίμωξης.
- 2) **Γαστρικό οξύ:** καταστρέφει τα βακτηρίδια που εισέρχονται με την τροφή. Όταν παράγεται πολύ λίγο γαστρικό οξύ οι διαρροϊκές νόσοι είναι συχνές.
- 3) **Βλέννα και κροσσοί στις αναπνευστικές οδούς:** Τα βακτηρίδια που μπαίνουν στο σώμα με τον αναπνεόμενο αέρα και τα μόρια της σκόνης επικολλούνται στη βλέννα. Κατόπιν αποβάλλονται με τις κινήσεις των κροσσών, το βήχα και το φτέρνισμα.
- 4) **Αμυντικές ουσίες:** Πολλά κύτταρα και εκκρίματα του σώματος περιέχουν το ένζυμο λυσοζύμη. Αυτό βλάπτει το τοίχωμα πολλών βακτηριδίων όπου κατόπιν καταστρέφεται.
- 5) **Αμυντικά κύτταρα:** Τα φαγοκύτταρα προσλαμβάνουν σωματίδια που δεν ανήκουν στο σώμα και τα καταστρέφουν με τα ένζυμά τους⁸. Στα φαγοκύτταρα ανήκουν:
 - I) **Μικροφάγα:** Είναι τα ουδετερόφιλα κοκκιοκύτταρα. Αυτά ελκόμενα με χημειοτακτισμό, φαγοκυτταρώνουν τους παθογόνους εισβολείς ή ξένα σώματα τα οποία διασπούν σε κυστίδια με τη δράση ενζύμων που απελευθερώνονται από τα δυσσοσώματά τους. Έτσι παθαίνουν λιπώδη εκφύλιση και σχηματίζουν πύο, το οποίο με τη δράση ενζύμων που απελευθερώνονται φτάνουν στην επιφάνεια του σώματος. Τα μικροφάγα ζουν γύρω στις δέκα ημέρες.
 - II) **Μακροφάγα:** Είναι τα κύτταρα του δικτυοενδοθηλιακού και δικτυοϊστικοκυτταρικού συστήματος. Αυτά λειτουργούν και στο ειδικό αμυντικό σύστημα⁹.

B) Ειδική Άμυνα

Η ειδική άμυνα απευθύνεται κάθε φορά σε ένα συγκεκριμένο αντίπαλο που την επιτελούν κυρίως τα λεμφοκύτταρα. Διακρίνονται 3 κύριες ομάδες:

1. **Τα Τ-λεμφοκύτταρα:** Καταπολεμούν άμεσα μαζί με τα φαγοκύτταρα τα βακτηρίδια που μπαίνουν στο σώμα (κυτταρική ανοσία). Υπάρχουν είδη Τ-λεμφοκυττάρων:
 - I) **Τα κυτταροτοξικά Τ-κύτταρα** που σκοτώνουν άμεσα ξένα σώματα
 - II) **Τα βοηθητικά Τ-κύτταρα** που ενεργοποιούν φαγοκύτταρα και υποστηρίζουν άλλα Τ- ή Β-λεμφοκύτταρα στην αναγνώριση των αντιγόνων.
 - III) **Τα κατασταλτικά Τ-κύτταρα** εμποδίζουν την προσβολή των ιστών του ίδιου του σώματος απ' τα λεμφοκύτταρα.
2. **Τα Β-λεμφοκύτταρα:** Μπορούν να μετατρέπονται σε πλασμοκύτταρα και να παράγουν αντισώματα (χημική ανοσία). Η λεγόμενη «ανοσία» βασίζεται στο σχηματισμό αντισωμάτων. Μετά την πρώτη επαφή με κάποιο νοσογόνο παράγοντα τα πλασματοκύτταρα αρχίζουν την παραγωγή «αντισωμάτων». Χρειάζονται δέκα μέρες για να εξοπλιστεί το σώμα. Τότε γίνεται η μεγάλη επίθεση. Μετά την πάροδο της νόσου μερικά λεμφοκύτταρα διατηρούν την ικανότητα για την παραγωγή των συγκεκριμένων αντισωμάτων. Έτσι, σε νέα επαφή ο νοσογόνος παράγοντας να εξουδετερώνεται αμέσως από τα αντισώματα. Δεν έχουμε ξανά συμπτώματα της νόσου.
3. **Τα μηδενικά κύτταρα:** Ανήκουν φοντικά κύτταρα που σκοτώνουν αδιακρίτως κύτταρα προσβεβλημένα από ιούς και κακοήγη κύτταρα. Άλλα σκοτώνουν μόνο κύτταρα σημασμένα με συγκεκριμένα αντισώματα⁸.

1.7 ΕΙΔΗ ΑΝΟΣΙΑΣ

A. Παθητική ανοσία

Είναι φυσική και επίκτητη.

I) Φυσική παθητική ανοσία: Είναι η διαπλακούντια μετάδοση ετοιμών αντισωμάτων, δηλαδή από τη μητέρα στο έμβρυο με αγωγό τον ομφάλιο λώρο. Η ανοσία αυτή δεν ξεπερνά τους 6 μήνες. Αντισώματα δίνει η μητέρα στο νεογνό και με το μητρικό θηλασμό τους πρώτους μήνες της ζωής.

II) Η τεχνητή ή επίκτητη παθητική ανοσία: Γίνεται:

α) με αντισώματα από μείγμα ορών ενηλίκων που νόσησαν από διάφορα κατά καιρούς λοιμώδη νοσήματα.

β) με αντισώματα από μείγμα ορών ενηλίκων που βρίσκονται σε ανάρρωση από συγκεκριμένο νόσημα που έχουν στον ορό του αίματός τους υψηλές συγκεντρώσεις των ειδικών αντισωμάτων.

B. Ενεργητική ανοσία

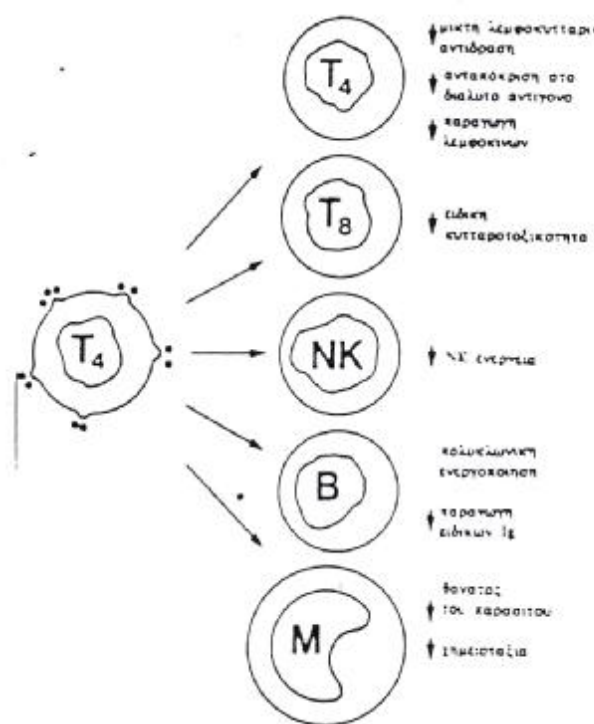
I) Η φυσική ενεργητική ανοσία: Είναι η ανοσία που αποκτά ο οργανισμός μετά από φυσική νόσηση ή κρυπομόλυνση ή αφανής λοίμωξη. Σημαίνει ότι μολύνθηκε χωρίς φανερή νόσηση, δηλαδή χωρίς συμπτώματα. Ωστόσο όμως δημιουργήθηκαν αντισώματα ενάντια στο λοιμογόνο παράγοντα και αυτό είναι το κέρδος της λοίμωξης.

II) Η τεχνητή ενεργητική ανοσία: Είναι αυτή που δημιουργείται από το αντίστοιχο εμβόλιο. Εμβόλιο είναι η εισαγωγή τεχνητά ενός λοιμογόνου παράγοντα κατάλληλα επεξεργασμένου να χάσει την παθογόνο του ιδιότητα, αλλά να διατηρήσει την αντιγονική ικανότητα παραγωγής αντισωμάτων¹⁰.

1.8 ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ AIDS

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

- I) Ελάττωση του αριθμού των T-helper λεμφοκυττάρων (που οδηγεί συχνά σε ελάττωση της ανοσολογίας T-helper/T-suppressor και σε απόλυτη λεμφοπενία).
- II) Υπεργαμμασφαιριναιμία (πολυκλωνική αύξηση των IgG).
- III) Μειωμένη ανταπόκριση στην ανάκληση των αντιγόνων κατά τον δερματικό έλεγχο¹¹.



Εικόνα 1. Το T-helper λεμφοκύτταρο έχει περιγραφεί ως ο μάεστρος της ανοσολογικής ορχήστρας και ασφαλώς επηρεάζει τη λειτουργία πολλών άλλων κυττάρων του ανοσολογικού συστήματος συμπεριλαμβανομένων των B-λεμφοκυττάρων και των μακροφάγων, όπως φαίνεται στο σχήμα. Οι περισσότερες διαταραχές της ανοσολογικής λειτουργίας που έχουν περιγραφεί στο AIDS μπορούν να εξηγηθούν από την ελάττωση της δραστηριότητας των T-helper λεμφοκυττάρων.

1.9 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

A) Γενικά στοιχεία

Από το 1981 που άρχισε να εμφανίζεται το φαινόμενο AIDS ολοένα και πληθαίνουν τα κρούσματα και οι θάνατοι από αυτή την ασθένεια. Ως το τέλος του 1987 δηλαδή μέσα σε 6 χρόνια αναφέρθηκαν πάνω από 27.000 περιπτώσεις, με πάνω από 15.000 θανάτους.

Σύμφωνα με εκτιμήσεις της Π.Ο.Υ., σήμερα οι φορείς του HIV ανέρχονται σε 36.000.000 περίπου και καθημερινά προσβάλλονται 13.000 άτομα σε όλο τον κόσμο. Από τις αρχές εξάλλου της δεκαετίας του 1980 έχουν πεθάνει από AIDS 21.000.000 άτομα¹².

Όλο και περισσότερες γυναίκες ηλικίας 15-19 χρονών μολύνονται από τον ιό σύμφωνα με τα στοιχεία έρευνας από το Centers For Disease Control and Prevention, όπως επίσης το ποσοστό των νεαρών γυναικών μεταξύ αυτών που έχουν μολυνθεί από τον ιό έχει αυξηθεί κατά 117%. Η πλειοψηφία των γυναικών αφορά μαύρες γυναίκες οι οποίες διατηρούν ετεροφυλικές σεξουαλικές σχέσεις¹³.

Σύμφωνα με άλλη έρευνα του Ο.Η.Ε., το 40% του συνόλου των φορέων του AIDS ζει στην Ασία, όπου η ασθένεια παίρνει τη μορφή επιδημίας. Ιερόδουλες στην Κίνα, την Ινδονησία και το Βιετνάμ πέφτουν θύματα της νόσου, η οποία κατ' επέκταση μεταδίδεται στους πελάτες τους και στις συζύγους ή τις συντρόφους αυτών¹⁴.

B) Στην Αμερική

Η κατάσταση στην Αμερική διαφαίνεται από τους παρακάτω χάρτες – πίνακες που δείχνουν τα επιδημιολογικά στοιχεία μέχρι τον Ιούνιο του 2000.

Figure 2. Female adult/adolescent annual AIDS rates per 100,000 population, for cases reported July 1999 through June 2000, United States



Γ) Στην Ελλάδα

Παρουσιάζονται τα κρούσματα του AIDS σε πίνακες, όπως εμφανίζονται στην τριμηνιαία έκδοση του Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ) του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας (11/6/2000).

Τα στοιχεία του AIDS παρουσιάζονται κατά έτος διάγνωσης της νόσου λόγω των καθυστερήσεων που παρατηρούνται στη δήλωση (χρόνος μεταξύ διάγνωσης και δήλωσης). Το ποσοστό πληρότητας των δεδομένων στην Ελλάδα είναι υψηλό και εκτιμάται ότι φτάνει το 90 με 80% λόγω της δωρεάν χορήγησης των αντιρετροϊκών φαρμάκων.

Η δήλωση των HIV οροθετικών ατόμων ξεκίνησε στην Ελλάδα το 1988. είναι ανώνυμη, απόρρητη και υποχρεωτική σύμφωνα με την Υπουργική απόφαση Β1/5295/7-8-1998. το νέο μέτρο για την επιδημιολογική παρακολούθηση της λοίμωξης HIV ξεκίνησε σε ευρωπαϊκό επίπεδο τον Ιανουάριο του 1999.

Οι περιπτώσεις HIV αξιολογούνται βάσει του διεθνή ορισμού για την HIV λοίμωξη που βασίζεται σε εργαστηριακά κριτήρια.

Στην Ελλάδα εξαιτίας της πρόσφατης υιοθέτησης του συστήματος έγινε προσπάθεια να συλλεχθούν αναδρομικά στοιχεία που αφορούν σε μολύνσεις HIV για την κατά το δυνατό καλύτερη προσέγγιση του συνολικού αριθμού των

HIV οροθετικών ατόμων στη χώρα μας. Η προσπάθεια αυτή ολοκληρώθηκε μέσα στα 1999 με τη συνεργασία των κέντρων αναφοράς AIDS και των μονάδων ειδικών λοιμώξεων της χώρας και τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στους επόμενους πίνακες.

Για την ταξινόμηση των περιπτώσεων που μολύνθηκαν ετεροφυλικά, χρησιμοποιείται ο ορισμός της ετεροφυλικής μετάδοσης που προτείνεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Τα HIV οροθετικά άτομα και τα κρούσματα AIDS (ηλικίας ≥ 13 ετών) που αναφέρουν περισσότερες από μία πιθανές πηγές μόλυνσης καταγράφονται στους πίνακες που ακολουθούν³⁹.

Πίνακας 1. Νεοδηλωθέντα κρούσματα εφήβων και ενηλίκων με AIDS (ηλικίας ≥ 13 ετών) κατά κατηγορία μετάδοσης και φύλο στην Ελλάδα κατά το εξάμηνο 1/1/2000 – 30/6/2000

Κατηγορία μετάδοσης	Άνδρες		Γυναίκες		Σύνολο	
	N	%	N	%	N	%
Ομο-/αμφιφυλόφιλοι Άνδρες	34	52,3	-	-	34	40,5
Χρήστες Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών	2	3,1	0	0,0	2	2,4
Πολυμεταγγιζόμενοι με Παράγωγα Αίματος	1	1,5	0	0,0	1	1,2
Μεταγγιζόμενοι	1	1,5	0	0,0	1	1,2
Ετεροφυλόφιλοι	11	16,9	10	52,6	21	25,0
Ακαθόριστοι	16	24,6	9	47,4	25	29,8
Σύνολο	65	100,0	18	100,0	84	100,0

Πίνακας 3. Δηλωθέντα κρούσματα παιδιών με AIDS (ηλικίας ≤ 12 ετών) κατά ηλικιακή ομάδα, κατά τη διάγνωση και φύλο στην Ελλάδα μέχρι της 30/6/2000

Ηλικιακή ομάδα	Αγόρια		Κορίτσια		Σύνολο	
	N	%	N	%	N	%
0-11 μηνών	2	10,5	1	7,7	3	9,4
1-4 ετών	8	42,1	9	69,2	17	53,1
5-9 ετών	1	5,3	3	23,1	4	12,5
10-12 ετών	8	42,1	0	0,0	8	25,0
Σύνολο	19	100,0	13	100,0	32	100,0

Πίνακας 2. Δηλωθέντα κρούσματα AIDS κατά έτος διάγνωσης και φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 30 Ιουνίου 2000

Έτος διάγνωσης	Ανδρες		Γυναίκες		Σύνολο	Συχνότητα
	N	%	N	%	N	%
1982	2	0,1	0	0,0	2	0,2
1983	5	0,3	0	0,0	5	0,51
1984	5	0,3	0	0,0	5	0,51
1985	14	0,8	0	0,0	14	1,61
1986	25	1,4	0	0,0	25	2,31
1987	57	3,1	6	2,1	63	6,1
1988	66	3,6	6	2,1	72	7,17
1989	93	5,1	14	4,8	107	10,5
1990	127	7,0	17	5,9	144	14,07
1991	162	8,9	22	7,6	184	17,95
1992	167	9,2	23	8,0	190	18,41
1993	149	8,2	22	7,6	171	16,28
1994	183	10,1	32	11,1	215	20,62
1995	187	10,3	28	9,7	215	20,37
1996	189	10,4	43	14,9	232	22,24
1997	145	8,0	25	8,7	170	15,91
1998	103	5,7	15	5,2	118	10,46
1999	96	5,3	25	8,7	121	9,31
-30/6/2000	43	2,4	11	3,8	54	
Σύνολο	1818	100	289	100	2107	

* ανά εκατομμύριο πληθυσμού.

Πίνακας 5. Δηλωθέντα κρούσματα εφήβων/ενηλίκων με AIDS (ηλικίας ≥ 13 ετών) κατά ηλικιακή ομάδα, κατά τη διάγνωση και φύλο στην Ελλάδα μέχρι της 30/6/1999

Ηλικιακή ομάδα	Ανδρες		Γυναίκες		Σύνολο	
	N	%	N	%	N	%
13-14 ετών	5	0,3	0	0	5	0,2
15-19 ετών	18	1	8	2,9	26	1,3
20-24 ετών	58	3,2	15	5,4	73	3,5
25-29 ετών	230	12,8	51	18,5	281	13,5
30-34 ετών	375	20,8	58	21	433	20,9
35-39 ετών	331	18,4	46	16,7	377	18,2
40-49 ετών	415	23,1	32	11,6	447	21,5
50-59 ετών	190	10,6	25	9,1	215	10,4
60 + ετών	150	8,3	33	12	183	8,8
Άγνωστη	27	1,5	8	2,9	35	1,7
Σύνολο	1799	100	279	100	2075	100

Πίνακας 4. Δηλωθέντα κρούσματα παιδιών με AIDS (ηλικίας ≤ 12 ετών) κατά κατηγορία μετάδοσης και φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 30/6/2000

Κατηγορία μετάδοσης	Άνδρες		Κορίτσια		Σύνολο	
	N	%	N	%	N	%
Πολυμεταγγιζόμενα	11	57,9	0	0,0	11	34,4
Μεταγγιζόμενα	0	0,0	2	15,4	2	6,3
Ακαθόριστα	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Από μητέρα στο παιδί						
Χρήστες Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Μεταγγιζόμενες	2	10,5	2	15,4	4	12,5
Ετεροφυλόφιλες	2	10,5	4	30,8	6	18,8
Καταγόμενες από χώρα με συχνή ετερόφυλ. Μετάδοση	1	5,3	1	7,7	2	6,3
Ακαθόριστες	3	15,8	4	30,8	7	21,9
Σύνολο	19	100	13	100	32	100

Πίνακας 6. Δηλωθέντα κρούσματα εφήβων και ενηλίκων με AIDS (ηλικίας ≥ 13 ετών) κατά κατηγορία μετάδοσης και φύλο στην Ελλάδα μέχρι 30/6/2000

Κατηγορία μετάδοσης	Άνδρες		Γυναίκες		Σύνολο	
	N	%	N	%	N	%
Ομο-/αμφιφυλόφιλοι Άνδρες	1211	67,3	-	-	1211	58,4
Χρήστες Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών	57	3,2	21	7,6	78	3,8
Πολυμεταγγιζόμενοι με Παράγωγα Αίματος	101	5,6	5	1,8	106	5,1
Μεταγγιζόμενοι	34	1,9	24	8,7	58	2,8
Ετεροφυλόφιλοι	167	9,3	193	69,9	360	17,3
Ακαθόριστοι	229	12,7	33	12	262	12,6
Σύνολο	1799	100	276	100	2075	100

Πίνακας 7. Δηλωθέντα κρούσματα εφήβων/ενηλίκων με AIDS (ηλικίας ≥ 13 ετών) κατά υπό κατηγορία ετεροφυλικής μετάδοσης και φύλο στην Ελλάδα μέχρι της 30/6/2000

Υποκατηγορία ετεροφυλικής μετάδοσης	Άνδρες		Γυναίκες		Σύνολο	
	N	%	N	%	N	%
Καταγωγή από χώρα με συχνή ετεροφυλική μετάδοση	125	74,9	38	19,7	163	45,3
Σ.Ε. με άτομο που κατάγεται από χώρα με συχνή ετεροφυλική μετάδοση	8	4,8	6	3,1	14	3,9
Σ.Ε. με χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών	12	7,2	15	7,8	27	7,5
Σ.Ε. με αμφιφυλόφιλο άνδρα (μόνο για γυναίκες)	-	-	24	12,4	24	6,7
Σ.Ε. με πολυμεταγγιζόμενο με παράγωγα αίματος	3	1,8	6	3,1	9	2,5
Σ.Ε. με άτομο που μολύνθηκε μετά από μετάγγιση	0	0	0	0	0	0
Σ.Ε. με HIV ακαθόριστης πηγής μόλυνσης	19	11,4	70	36,3	89	24,7
Σ.Ε. με πολλαπλούς συντρόφους μόνο για γυναίκες	-	-	34	17,6	34	9,4
Σύνολο	167	100	193	100	360	100

* Σ.Ε. σεξουαλική επαφή

1.10 ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΤΥΠΑ

Τα διαθέσιμα επιδημιολογικά στοιχεία για την κατανομή του AIDS σε όλο τον κόσμο υποδεικνύουν ορισμένα διακεκριμένα πρότυπα, καθένα από τα οποία χαρακτηρίζεται από το χρόνο που εμφανίστηκε το νόσημα και από τους προεξάρχοντες τρόπους μετάδοσης. Το επιδημιολογικό πρότυπο περιλαμβάνει τον τύπο πρόληψης και τις δραστηριότητες φροντίδας που απαιτούνται, καθώς και την προτεραιότητα που χρειάζεται να δοθεί σε διάφορες πλευρές αυτών των δραστηριοτήτων.

Πρότυπο I

Στις περιοχές του προτύπου I, οι περισσότερες περιπτώσεις HIV – λοίμωξης και AIDS αφορούν ομοφυλόφιλους ή αμφιφυλόφιλους άνδρες και χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών. Η εκτεταμένη μετάδοση του HIV φαίνεται ότι άρχισε στα τέλη της δεκαετίας του 1970. η ετεροφυλική μετάδοση αυξάνεται, αλλά σε αυτή οφείλεται μόνο ένα μικρό ποσοστό των περιπτώσεων. Μετάδοση μέσω του αίματος και των παραγώγων του έχει αναφερθεί, αλλά σήμερα ελέγχεται σε μεγάλο βαθμό με τον εκούσιο αποκλεισμό από την αιμοδοσία των ατόμων με συμπεριφορά υψηλού κινδύνου ή και με τον ομαδικό έλεγχο των αιμοδοτών για HIV στην καθημερινή πρακτική. Η αναλογία ανδρών προς γυναίκες στις περιπτώσεις AIDS κυμαίνεται από 10:1 έως 15:1. στο γενικό πληθυσμό, ο επιπολασμός του HIV είναι συνήθως αρκετά χαμηλότερα από 1%, αλλά μπορεί να υπερβαίνει το 50% σε ομάδες υψηλού κινδύνου. Το πρότυπο αυτό είναι τυπικό για τη Βόρεια Αμερική, τη Δυτική Ευρώπη, την Αυστραλία και τη Νέα Ζηλανδία.

Το επιδημιολογικό πρότυπο που αρχικά ταξινομήθηκε ως πρότυπο I σε πολλές χώρες συνεχίζει να διαμορφώνεται. Για παράδειγμα, σε πολλές λατινοαμερικανικές χώρες από τα μέσα της δεκαετίας του 1980 έχει παρατηρηθεί μετάδοση μεταξύ ετερόφυλων με πολλούς ερωτικούς συντρόφους, σε έκταση που να θεωρηθεί ο βασικός τρόπος μετάδοσης. Ως αποτέλεσμα αυτής της αλλαγής, η Λατινική Αμερική ταξινομήθηκε ως πρότυπο I/II.

Πρότυπο II

Το πρότυπο II είναι τυπικό για τις περισσότερες από τις περιοχές της Αφρικής νοτιότερα της Σαχάρας και για ορισμένα τμήματα της Καραϊβικής. Οι περισσότερες περιπτώσεις σε αυτές; Τις περιοχές οφείλονται σε σεξουαλική μετάδοση μεταξύ ετερόφυλων και η αναλογία ανδρών προς γυναίκες είναι περίπου 1:1 με αποτέλεσμα να είναι συνηθισμένη η μετάδοση από μολυσμένες γυναίκες στα έμβρυα ή στα βρέφη τους. Η εκτεταμένη μετάδοση φαίνεται ότι άρχισε στα μέσα ή στα τέλη της δεκαετίας του 1970 και, για ορισμένες χώρες, μπορεί η συνολική επίπτωση της οροθετικότητας στον πληθυσμό να υπερβαίνει σήμερα το 1%. Ακόμη, η μετάδοση γίνεται με μεταγγίσεις αίματος, χρήση βελονών και συριγγών που δεν είναι

αποστειρωμένες και με άλλες πρακτικές που διαπερνούν το δέρμα. Ωστόσο, ο βασικός τρόπος μετάδοσης παραμένει ο σεξουαλικός. Δεν έχει διαπιστωθεί αν συμβαίνει σε πολύ μικρό βαθμό μετάδοση από χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών ή από ομοφυλόφιλους άνδρες. Σε μερικές αστικές περιοχές, έχουν μολυνθεί περισσότερα από 25% των σεξουαλικώς ενεργών ατόμων.

Πρότυπο III

Στις περιοχές του προτύπου III, ο HIV εμφανίστηκε στις αρχές ή στα μέσα της δεκαετίας του 1980 και μέχρι το 1989 είχαν αναφερθεί μόνο μικροί αριθμοί περιπτώσεων AIDS. Σήμερα, αναφέρεται τόσο σε ομοφυλοφιλική όσο και σε ετεροφυλική μετάδοση. Οι περισσότερες πρώιμες περιπτώσεις οφείλονταν σε ταξίδια στις – ή σε επαφή με άτομα από – ενδημικές περιοχές ή προκλήθηκαν από εισαχθέντα παράγωγα αίματος σε μερικές περιοχές του προτύπου III η κατάσταση έχει αρχίσει να αλλάζει ταχύτητα. Στην Ταϊλάνδη, για παράδειγμα, υπάρχουν ενδείξεις για ταχεία εσωτερική διασπορά του HIV τα τελευταία δύο χρόνια που σχετίζεται με τη χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών. Το πρότυπο καλύπτει τη Β. Αφρική, την Α. Ευρώπη, την Α. Μεσόγειο, την Ασία και το μεγαλύτερο μέρος της περιοχής του Ειρηνικού¹⁶.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΤΟΥ ΙΟΥ HIV ΚΑΙ ΟΜΑΔΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Οι πιθανοί οδοί μετάδοσης του συνδρόμου της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας είχαν ήδη εντοπιστεί, πριν ακόμα καθοριστεί η αιτία της νόσου. Η ανακάλυψη το 1983 ότι ο ιός της ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου (Human Immunodeficiency Virus – HIV) είναι το αίτιο της νόσου, καθώς και η συγκέντρωση περαιτέρω επιδημιολογικών δεδομένων, εδραίωσε την αρχική αντίληψη ότι τρεις είναι οι κύριοι τρόποι μετάδοσης του ιού που συνδέονται με την παρουσία του ιού, κυρίως στο αίμα και τα προϊόντα αυτού, καθώς και στο σπέρμα. Οι τρόποι αναλύονται στη συνέχεια.

Σεξουαλική μετάδοση

Η σεξουαλική επαφή είναι η πιο σημαντική οδός μετάδοσης του ιού HIV. Αυτό μπορεί να γίνει από άνδρα σε άνδρα, από άνδρα σε γυναίκα και από γυναίκα σε άνδρα. Η πρωκτική σεξουαλική επαφή έχει τον πιο μεγάλο κίνδυνο, έτσι ώστε η ομοφυλόφιλοι άνδρες να αποτελούν το 70-75% των ασθενών του AIDS. Παρά ταύτα, πρόσφατες μελέτες από διάφορες χώρες έχουν αποδείξει ότι η ετερόφυλη σεξουαλική μετάδοση του ιού είναι δυνατή, μάλιστα δε ο τρόπος αυτός μετάδοσης κερδίζει σταθερά έδαφος.

Η ετερόφυλη μετάδοση αποτελεί τον επικρατούντα τρόπο κυρίως στην Αφρική αλλά και στην Καραϊβική και άλλες χώρες του Τρίτου Κόσμου. Στην Αφρική η σχέση με την οποία απαντά το AIDS μεταξύ ανδρών : γυναικών, είναι περίπου 1:1, σε αντίθεση με τις Η.Π.Α., όπου η σχέση αυτή είναι 13:1. Ενδιαφέροντα επιδημιολογικά στοιχεία που προέρχονται κυρίως από την Αφρική και συνδέονται με την πιθανότητα ετερόφυλης μετάδοσης του ιού είναι ότι τα άτομα αυτά είναι κατά κανόνα νεαρά. Οι γυναίκες είναι πιο νέες από τους άνδρες και συνήθως ανύπαντρες. Επιπλέον οι άντρες της ομάδας αυτής συνήθως έχουν νοσήσει και από άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, ενώ στην ομάδα των γυναικών οι περισσότερες είναι εκδιδόμενες. Ο κίνδυνος

εξάλλου μετάδοσης με ετερόφυλη σεξουαλική επαφή, είναι πιο μεγάλος, όσο πιο μεγάλος είναι ο αριθμός των ερωτικών συντρόφων. Παρά το γεγονός ότι η ετερόφυλη μετάδοση του ιού στις Η.Π.Α. δεν αντιπροσωπεύει σημαντικό ποσοστό η συχνότητα μετάδοσης με τον τρόπο αυτό συνεχώς αυξάνει. Έτσι, ενώ μέχρι το 1985, από τα στοιχεία του CDC, η ετερόφυλη σεξουαλική μετάδοση του AIDS αντιπροσωπεύει το 1,7% των ενηλίκων, το 1991 υποστηρίζεται ότι έφτασε το 5%.

Σημαντικές ερευνητικές μελέτες έχουν αποδείξει ότι η ετερόφυλη σεξουαλική μετάδοση από άνδρες πάσχοντες στις γυναίκες τους είναι υψηλή. Εξάλλου ο κίνδυνος μετάδοσης από γυναίκες σε άνδρες υπάρχει μετά από σεξουαλική επαφή, κυρίως με εκδιδόμενες γυναίκες. Ενδιαφέρον επίσης είναι το εύρημα ότι η ετερόφυλη μετάδοση του ιού στις γυναίκες είναι πολύ συχνή αφού το 30-50% περίπου των γυναικών με AIDS έχουν μολυνθεί με σεξουαλική επαφή από πάσχοντες άνδρες. Οι περισσότεροι από τους άνδρες αυτούς είναι αμφιφυλόφιλοι ή τοξικομανείς με ενδοφλέβια χρήση. Σε πρόσφατη μελέτη σχετική με το πρόβλημα μετάδοσης του ιού HIV με ετερόφυλη σεξουαλική επαφή οι Fischl και συν. (1987) εξέτασαν 45 (28 άνδρες και 17 γυναίκες) ενήλικα άτομα πάσχοντα από AIDS και τους ή τις συζύγους τους. Από τα 45 αντρώγυνα, 26 (58%) είχαν ορολογικά αναπτύξει αντισώματα εναντίον του ιού HIV. Από αυτούς 12 (71%) ήταν άνδρες, από τους 17 που εξετάστηκαν, και 14 (50%) γυναίκες, από τις 28. Από τους 12 οροθετικούς άνδρες, 9 ήταν οροθετικοί κατά την έναρξη της μελέτης, ενώ 3 έγιναν οροθετικοί μετά. Από τις 14 οροθετικές γυναίκες, 4 ήταν οροθετικές κατά την έναρξη της μελέτης και 10 έγιναν οροθετικές μετά. Σημαντική είναι η παρατήρηση ότι τα πιο πολλά από τα ζεύγη που μολύνθηκαν μετά την έναρξη της μελέτης δεν χρησιμοποιούσαν φραγμούς αντισύλληψης και είχαν στοματογεννητικές επαφές. Τα ευρήματα της μελέτης δείχνουν χωρίς αμφιβολία ότι ο κίνδυνος της μετάδοσης του ιού HIV ανάμεσα σε ζεύγη με ετερόφυλη σεξουαλική επαφή είναι υψηλός. Παρά ταύτα, το μέγεθος του κινδύνου μετάδοσης του AIDS με ετερόφυλη σεξουαλική επαφή, καθώς και οι μηχανισμοί που παίρνουν μέρος σ' αυτού του είδους τη μετάδοση δεν είναι πλήρως γνωστοί.

Πολλές μελέτες έχουν επιχειρήσει να καταγράψουν επιμέρους παραμέτρους που συνδέονται και με τον κίνδυνο μετάδοσης του ιού με την

σεξουαλική οδό. Εάν ο κίνδυνος μετάδοσης αυξάνει όπως σε άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, ανάλογα με τον αριθμό των σεξουαλικών επαφών με άτομο που πάσχει, δεν είναι πλήρως γνωστό.

Σε ομοφυλόφιλους άνδρες ο κίνδυνος μόλυνσης είναι πιο μεγάλος, εάν υπάρχει μεγάλη εναλλαγή ερωτικών συντρόφων και αν υπάρχουν πρωκτικές σεξουαλικές επαφές. Επιπλέον ο αριθμός των ερωτικών συντρόφων φαίνεται να σχετίζεται με τον κίνδυνο μόλυνσης και σε ετερόφυλες σεξουαλικές σχέσεις. Δεν έχει όμως αποδειχθεί συσχέτιση μεταξύ του κινδύνου μόλυνσης και του αριθμού των σεξουαλικών επαφών με το ίδιο άτομο, ούτε με τη χρονική διάρκεια των σχέσεων αυτών. Η στοματογεννητική επαφή φαίνεται ότι αποτελεί δευτερεύουσα οδό μόλυνσης αφού σε λίγες μόνο περιπτώσεις έχει ενοχοποιηθεί. Σε πειραματικό εξάλλου επίπεδο ο ιός μεταδίδεται όταν τοποθετηθεί στον βλεννογόνο του κόλπου, ενώ δε συμβαίνει το ίδιο και με το βλεννογόνο του στόματος.

Η αδυναμία συσχέτισης του κινδύνου μετάδοσης του ιού HIV με εξωγενείς παραμέτρους που σχετίζονται με τον τρόπο των σεξουαλικών επαφών, ενισχύει την άποψη ότι επιπλέον παράγοντες που σχετίζονται με τον ξενιστή, καθώς και τον ιό, παίζουν σημαντικό ρόλο στην πιθανότητα μόλυνσης από άνδρα σε γυναίκα είναι πιο μεγάλος απ' ότι γυναίκα σε άνδρα (εκτός από Αφρική). Ένας παράγων που συνδέεται με τη διαφορά αυτή είναι η παρουσία του ιού στο σπέρμα, ενώ η μετάδοση του ιού από κολπικά υγρά δεν έχει τεκμηριωθεί παρά το γεγονός ότι ο ιός έχει απομονωθεί σ' αυτά. Επιπλέον παράγοντες που συνδέονται με επιδημιολογικά δεδομένα ευθύνονται ενδεχόμενα με τον μικρό επί του παρόντος κίνδυνο μετάδοσης του ιού HIV από γυναίκες σε άνδρες με σεξουαλική επαφή. Σημαντικό στοιχείο εξάλλου είναι ότι η συχνότητα ετερόφυλης σεξουαλικής μετάδοσης είναι πιο συχνή ανάμεσα σε τοξικομανείς με ενδοφλέβια χρήση.

Αιματογενής μετάδοση

Η αιματογενής μετάδοση του ιού αποτελεί τη δεύτερη σε συχνότητα πηγή μόλυνσης. Κίνδυνο αιματογενούς μετάδοσης έχουν άτομα που έκαναν μετάγγιση με αίμα και προϊόντα του αίματος, τοξικομανείς με ενδοφλέβια χρήση και τέλος υγειονομικό προσωπικό που είχε παρεντερική έκθεση στον ιό κατόπιν ατυχήματος.

Μετάγγιση αίματος και προϊόντων αυτού

Ο τρόπος αυτός μετάδοσης του ιού HIV είναι ίσως ο πιο άδικος, αφού γίνεται με την μετάγγιση αίματος ή και προϊόντων αίματος σε άτομα που δεν είχαν ενεργητική συμμετοχή στη μόλυνση. Τον πιο μεγάλο κίνδυνο διατρέχουν πολυμεταγγιζόμενα άτομα και αιμοφιλικοί, και πιο σπάνια, άτομα που έκαναν περιστασιακά μετάγγιση. Στις Η.Π.Α. η οδός αυτή αντιπροσωπεύει το 2% περίπου των ενηλίκων και το 12% των παιδιών με AIDS. Δεν είναι γνωστά τα ελάχιστα ποσά του ιού HIV που είναι απαραίτητα για να αναπτυχθεί η λοίμωξη. Παρ' όλα αυτά ορισμένες πληροφορίες σχετικές με τον κίνδυνο μόλυνσης με μετάγγιση μολυσμένου αίματος είναι χρήσιμες. Πολύ αξιόλογα σχετικά με το πρόβλημα είναι τα ευρήματα πρόσφατης μελέτης των Ward και συν. (1987) που παρακολούθησαν και μελέτησαν 59 άτομα που έλαβαν αίμα από 31 αιμοδότες οι οποίοι αποδείχτηκε ότι είχαν AIDS ή αντισώματα εναντίον του ιού HIV. Από τους 59 αιμολήπτες, οι 39 (66%) ήταν θετικοί για HIV αντισώματα.

Σημαντική ήταν η παρατήρηση ότι ο κίνδυνος ανάπτυξης λοίμωξης ήταν πιο μεγάλος, εάν η αιμοληψία έγινε κοντά στη φάση ανάπτυξης των συμπτωμάτων του AIDS στους αιμοδότες. Όλοι οι μεταγγιζόμενοι ανέπτυξαν λοίμωξη μέσα σε 23 μήνες από την ανάπτυξη του AIDS στους αιμοδότες. Οι Large και συν. (1986) εξάλλου περιέγραψαν 9 παιδιά που μολύνθηκαν με τον ιό HIV από μια μόνο μετάγγιση μολυσμένου αίματος από ένα αιμοδότη. Είναι γενικά παραδεκτό ότι, εφόσον μεταγγιστεί ενδοφλέβια σημαντική ποσότητα μολυσμένου αίματος, η λοίμωξη με τον ιό HIV είναι αναπόφευκτη. Ο μέσος χρόνος επώασης της νόσου αρχικά υπολογίστηκε σε 27,5 μήνες. Μετέπειτα όμως μελέτες, με πιο ακριβείς μεθόδους υπολογισμού, έδειξαν ότι είναι πιο μακρύν και ανέρχεται σε 54 μήνες. Το αίμα είναι το πιο σημαντικό βιολογικό υγρό του ανθρώπινου σώματος που μολύνεται με τον ιό HIV. Οι παράγοντες του αίματος που μεταδίδουν τη λοίμωξη είναι το ολικό αίμα, κύτταρα του αίματος, πλάσμα και οι συμπυκνωμένοι παράγοντες της πήξεως VIII και IX. Αντίθετα η λοίμωξη δεν μεταδίδεται με άλλα προϊόντα που προέρχονται από το αίμα όπως οι ανοσοσφαιρίνες, οι πρωτεΐνες του πλάσματος, τα λευκώματα, το εμβόλιο ηπατίτιδας Β κ.ά.

Το πρόβλημα της μετάδοσης του ιού HIV με μετάγγιση αίματος και των προϊόντων αυτού μπορεί να αποτελέσει πρότυπο της μόλυνσης, εάν ληφθούν

ορισμένα μέτρα. Τα μέτρα αυτά λαμβάνονται ήδη από το 1985 στις περισσότερες χώρες, συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας, και έχουν περιορίσει σε πολύ χαμηλά επίπεδα τον κίνδυνο, είναι δε κυρίως: α. ο υποχρεωτικός έλεγχος του αίματος και πλάσματος για αντισώματα εναντίον του ιού HIV όλων των αιμοδοτών, β. ο αποκλεισμός και από την αιμοδοσία ατόμων που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου του AIDS και γ. η αδρανοποίηση του ιού HIV με θερμότητα σε προϊόντα του αίματος που χρησιμοποιούνται σαν παράγοντα πήξης. Παρ' όλα αυτά ένας μικρός κίνδυνος, που κυμαίνεται μεταξύ 1:100.000 έως 1:1.000.000 εξακολουθεί να υπάρχει και οφείλεται σε ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα στην ανίχνευση HIV αντισωμάτων στο αίμα με τη μέθοδο ELISA. Ο μικρός αυτός κίνδυνος έχει εντοπιστεί στην πράξη με τη μετάδοση λοίμωξης HIV με μετάγγιση οροαρνητικού αίματος.

Τοξικομανείς με ενδοφλέβια χρήση

Η ενδοφλέβια λήψη ναρκωτικών ουσιών φαίνεται ότι αποτελεί τη δεύτερη σε συχνότητα οδό μετάβασης του ιού HIV, αφού αντιπροσωπεύει στις Η.Π.Α. περίπου το 17% και στην Ευρώπη το 8% όλων των περιπτώσεων του AIDS. Εν τούτοις υπάρχουν διαφορές στα ποσοστά μεταξύ διαφόρων χωρών, καθώς και μεταξύ πόλεων της ίδιας χώρας που συνδέονται άμεσα με τις συνήθειες παρεντερικής χρήσης των ναρκωτικών και άλλα επιδημιολογικά δεδομένα (π.χ. ομαδική διαβίωση, σεξουαλικές συνήθειες κ.ά.). Η αιτία μετάδοσης είναι η κοινή χρήση μολυσμένων με αίμα και μη αποστειρωμένων βελονών και σύριγγων. Σ' αυτές τις περιπτώσεις ο ιός με φέρεται με το μολυσμένο αίμα που παρέμεινε στο νέο θύμα που ξαναχρησιμοποιεί τα ίδια εργαλεία. Τα άτομα της ομάδας αυτής χρησιμοποιούν την ίδια βελόνα και σύριγγα μέχρι καταστροφής. Μελέτες έδειξαν ότι η συνήθεια αυτή απαντά τόσο σε ομοφυλόφιλους τοξικομανείς, όσο και σε ετερόφυλους. Ο κίνδυνος μόλυνσης με ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών εξαρτάται: α. από τον αριθμό των τρυπημάτων με τη βελόνα, β. τον αριθμό των ημερών που χρησιμοποιείται η μη αποστειρωμένη βελόνα και σύριγγα, γ. από τον αριθμό των τοξικομανών που έχουν χρησιμοποιήσει την ίδια βελόνα και σύριγγα. Αντίθετα δεν φαίνεται να παίζει ρόλο ο τύπος του ναρκωτικού, καθώς και η διάρκεια που χρησιμοποιείται αυτό.

Παρά το γεγονός ότι δεν έχει ακριβώς καθοριστεί το ποσό του μολυσμένου αίματος στη σύριγγα και τη βελόνα, φαίνεται ότι αρκούν μικρές ποσότητες ανάλογες με εκείνες που είναι επικίνδυνες για μετάδοση του ιού με τρύπημα βελόνας κατόπιν ατυχήματος. Πρέπει να τονιστεί ότι οι τοξικομανείς με ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών αποτελούν τον πιο μεγάλο κίνδυνο για ετερόφυλη διασπορά του ιού HIV, τόσο στην Ευρώπη, όσο και στις Η.Π.Α., γιατί περίπου το 90% αυτών είναι σεξουαλικά ετεροφυλόφιλοι. Από το ποσοστό αυτό, το 30% είναι γυναίκες στην αναπαραγωγική περίοδο, ώστε να αποτελούν την κύρια πηγή μετάδοσης στα παιδιά. Ένας επιπλέον κίνδυνος είναι ότι το 30-50% των γυναικών αυτών παράλληλα εκδίδεται και αποτελεί πηγή μόλυνσης ετεροφυλόφιλων ανδρών.

Η μετάδοση του ιού HIV με ενδοφλέβια χορήγηση ναρκωτικών μπορεί να επηρεαστεί θετικά και να μειωθεί ο κίνδυνος διασποράς της νόσου. Οι παράμετροι που συνδέονται με το πρόβλημα είναι η σωστή ενημέρωση των τοξικομανών σχετικά με τον τρόπο μετάδοσης του ιού, η διάθεση μιας χρήσης αποστειρωμένων βελονών και συριγγών, η αποτοξίνωση των τοξικομανών σε ειδικά κέντρα κ.ά.

Μετάδοση από μητέρα σε παιδί

Ο τρόπος αυτός μετάδοσης (κάθετος και περιγεννητικός) του ιού HIV αφορά μολυσμένες γυναίκες και τα παιδιά τους. Ο κίνδυνος είναι μεγάλος αφού οι πιο πολλές περιπτώσεις του ιού εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της κύησης ή αμέσως μετά. Περίπου 40-50% των παιδιών που γεννιούνται από μητέρες μολυσμένες με τον ιό HIV είναι επίσης μολυσμένα από τον ίδιο ιό. Στο 50% των περιπτώσεων, η διάγνωση της λοίμωξης γίνεται πριν από ένα έτος. Τα περισσότερα από τα παιδιά αυτά (περίπου 60%) θα αναπτύξουν τελικά πλήρες AIDS και θα πεθάνουν.

Η μετάδοση του ιού HIV από μολυσμένες μητέρες στους απογόνους τους μπορεί να γίνει με τους πιο κάτω τρόπους: α. στο κύημα στη μήτρα μέσω της πλακούντιας κυκλοφορίας, β. στο βρέφος κατά τη διάρκεια του τοκετού με εμβολιασμό μολυσμένου αίματος και άλλων μολυσμένων βιολογικών υγρών και γ. στο βρέφος μετά τη γέννηση μέσω μολυσμένου μητρικού γάλακτος. Η οδός μόλυνσης μπορεί να είναι μία ή περισσότερες, χωρίς επί του παρόντος να είναι γνωστό ποια οδός έχει τον μεγαλύτερο κίνδυνο μετάδοσης.

Ερευνητικά δεδομένα και κλινικές παρατηρήσεις έχουν αποδείξει τη δυνατότητα μόλυνσης του κυήματος κατά τη διάρκεια της ενδομήτριας ζωής, αφού ο ιός έχει απομονωθεί στο αίμα του ομφαλίου λώρου και έχει καταγραφεί περίπτωση μολυσμένου βρέφους που γεννήθηκε με καισαρική τομή. Ένα επιπλέον δεδομένο που συνηγορεί ότι η ενδομήτρια μόλυνση είναι υπαρκτή είναι η καταγραφή κраниοπροσωπικών δυσπλασιών σε 20 μολυσμένα με τον ιό HIV νεογνά. Από τους Marion και συν. (1986), που σημαίνει ότι η μόλυνση έγινε μεταξύ 12^{ης} – 16^{ης} της εμβρυϊκής εβδομάδας. Τέλος έχει ανακοινωθεί περίπτωση νεογνού που μολύνθηκε από το μητρικό γάλα, αφού η μητέρα του δεν ήταν μολυσμένη κατά την περίοδο της κύησης, αλλά μολύνθηκε από μετάγγιση αίματος που έγινε αμέσως μετά τον τοκετό. Η μεγάλη πλειοψηφία των παιδιών με AIDS (περίπου 80%) έχουν γονείς που πάσχουν από AIDS ή ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου της νόσου. Στις πιο πολλές περιπτώσεις οι μητέρες κάνουν ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών ή είναι εκδιδόμενες ή είναι σύζυγοι αμφιφυλόφιλων, αιμοφιλικών και τοξικομανών ανδρών⁴.

2.2 ΤΡΟΠΟΙ ΠΟΥ ΔΕΝ ΜΕΤΑΔΙΔΕΤΑΙ

Ο φόβος και ο πανικός που συνοδεύει την εμφάνιση του AIDS δημιούργησε, όπως είναι φυσικό, υπερβολές και ακρότητες που σχετίζονται με την πιθανότητα μόλυνσης με τον ιό HIV. Παρά το γεγονός ότι ο ιός HIV 'έχει ανιχνευθεί σε πολλά βιολογικά υγρά του ανθρωπίνου σώματος, όπως αίμα, σπέρμα, ορός, κολπικές εκκρίσεις, μητρικό γάλα, σάλιο, δάκρυα, ούρα, πλευριτικό και κυψελιδικό υγρό, εγκεφαλονωτιαίο υγρό, δεν έχει αποδειχθεί ότι μπορεί μέσω αυτών να μεταδοθεί. Συσσωρευμένα επιδημιολογικά δεδομένα έχουν αποδείξει ότι μόνο το αίμα και το σπέρμα ευθύνονται άμεσα για τη μετάδοση της νόσου. Επιπλέον υπάρχουν ενδείξεις ότι είναι πιθανή η μετάδοση του ιού με τις κολπικές εκκρίσεις και το μητρικό γάλα. Το πρόβλημα που υπάρχει με το σάλιο αναπτύσσεται αμέσως πιο αναλυτικά. Ο ιός HIV δε μεταδίδεται με συνηθισμένες κοινωνικές επαφές όπως χειραψία, αθώα κοινωνικά φιλιά, εναγκαλισμούς, κλάψιμο, βήχας, φτέρνισμα κ.ά. Επιπλέον δε μεταδίδεται η νόσος από τηλεφωνικές συσκευές, πόμολα, τουαλέτες, πισίνες,

θάλασσα, κοινόχρηστα σκεύη (π.χ. πιάτα, ποτήρια, πιρούνια, κουτάλια κ.ά.), τρόφιμα, έπιπλα και άλλα αντικείμενα. Το πρόβλημα της πιθανής μετάδοσης του ιού HIV σε ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό, καθώς και σε μέλη οικογενειών πασχόντων από AIDS, αναλύεται στη συνέχεια. Τέλος δεν υπάρχουν τεκμηριωμένες ενδείξεις ότι ο ιός μεταδίδεται με δήξη εντόμων, παρά το γεγονός ότι το θέμα έχει συζητηθεί στον τύπο (εφημερίδες και περιοδικά)⁴.

2.3 ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΜΕ ΤΟ ΣΑΛΙΟ

Η ανεύρεση του ιού HIV σε διάφορα βιολογικά υγρά του ανθρώπινου οργανισμού δε σημαίνει απαραίτητα ότι μπορεί να μεταδώσουν και τη λοίμωξη. Η ανίχνευση του ιού HIV στο ολικό σάλιο έγινε εν τούτοις αφορμή μεγάλης ανησυχίας στην κοινή γνώμη και τους οδοντίατρους, σε ολόκληρο τον κόσμο. Μέχρι σήμερα δεν έχει αποδειχτεί ότι ο ιός HIV, σε αντίθεση με τον κυτταρομεγαλοϊό, μπορεί να περάσει ενεργητικά μέσω των κυττάρων του αδενικού επιθηλίου, αφού δεν έχει απομονωθεί σε αμιγή παρωδική έκκριση. Η παρουσία του ιού HIV στο ολικό σάλιο μπορεί να οφείλεται στην παρουσία ολικού αίματος και ορού λόγω λύσης της συνέχειας του επιθηλίου, ή να προέρχεται από το ουλικό υγρό. Επιπλέον βρογχικές εκκρίσεις ή επιθηλιακά κύτταρα και άλλα στοιχεία που υπάρχουν στο ολικό σάλιο μπορεί να ευθύνονται για την παρουσία του ιού⁴.

2.4 ΛΟΙΠΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΜΕΤΑΔΟΣΗ

Εκτός από τις κύριες οδούς μόλυνσης που αναπτύχθηκαν προηγούμενα και άλλοι παράγοντες ενδεχόμενα επηρεάζουν τη μετάδοση του ιού HIV. Η άποψη ότι ασυμπτωματικοί φορείς είναι πιο μολυσματικοί, γιατί έχουν περισσότερα T4-λεμφοκύτταρα στόχους, δεν φαίνεται να ευσταθεί σήμερα.

Πράγματι, πρόσφατες ενδείξεις δείχνουν ότι η μολυσματικότητα ενός πάσχοντος από λοίμωξη HIV αυξάνει με την εξέλιξη της νόσου. Τούτο

οφείλεται στο γεγονός ότι ο ιός HIV προσβάλλει, εκτός από τα λεμφοκύτταρα T4 και τα μακροφάγα, και άλλες συγγενείς κυτταρικές σειρές που αποτελούν έτσι δεξαμενές πολλαπλασιασμού του ιού (πίνακας 8).

Πίνακας 8. Τροπισμός του ιού HIV στον ανθρώπινο οργανισμό

Κατανομή του ιού	Κύτταρα που προσβάλλει
Περιφερικό αίμα	CD4+T4 λεμφοκύτταρα
	CD4 + μονοκύτταρα
	CD4 + Β-λεμφοκύτταρα
	Εκτός κυττάρων σωματίδια στον ορό
Άλλα βιολογικά υγρά	
Σπέρμα	Λεμφοκύτταρα εκτός κυττάρων
Κολπικά υγρά	Λεμφοκύτταρα εκτός κυττάρων
Σάλιο	Λεμφοκύτταρα εκτός κυττάρων
Δάκρυα	εκτός κυττάρων
Μητρικό γάλα	Λεμφοκύτταρα
Εγκεφαλονωτιαίο υγρό	Λεμφοκύτταρα
Δέρμα	Κύτταρα Langerhans
Βλεννογόνο στομάτος	Κύτταρα Langerhans
Πνεύμονες	Μακροφάγα κυψελίδων
Κ.Ν.Σ.	Μικρογλοία, αστροκύτταρα

Γενετικοί παράγοντες επίσης φαίνεται να παίζουν, όπως και σε άλλες λοιμώξεις και στη λοίμωξη HIV σημαντικό ρόλο. Υπάρχουν ενδείξεις ότι άτομα που έχουν φαινότυπο Gc1f είναι πιο ευάλωτα στη λοίμωξη με τον ιό HIV και η νόσος εξελίσσεται πιο γρήγορα, σε αντίθεση με άτομα που έχουν φαινότυπο Gc2. εφόσον τα ευρήματα αυτά επιβεβαιωθούν και με άλλες μελέτες στο μέλλον, ίσως δώσουν ερμηνεία στις διαφορές που υπάρχουν στις διαφορές της νόσου, τόσο σε φυλετικό επίπεδο, όσο και σε διάφορες πληθυσμιακές ομάδες. Σημαντικό ρόλο εξάλλου παίζει η ευαισθησία του ξενιστή στη λοίμωξη που σχετίζεται με τη λειτουργία του ανοσολογικού συστήματος. Άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με τη μεταδοτικότητα του ιού είναι η ποσότητα αυτού που εισέρχεται στον οργανισμό, η ζωτικότητα του ιού, η οδός εισόδου, η είσοδος περισσότερων στελεχών, η συνύπαρξη άλλων λοιμώξεων κ.ά⁴.

2.5 ΟΜΑΔΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Τα άτομα που κινδυνεύουν περισσότερο να μολυνθούν με τον ιό HIV και να νοσήσουν χαρακτηρίζονται σαν ομάδες υψηλού κινδύνου του AIDS. Η διαμόρφωση των ομάδων αυτών αντανακλά ευθέως στους τρόπους μετάδοσης του ιού HIV, όπως αυτές αναπτύχθηκαν προηγούμενα. Στους ενήλικες οι ομοφυλόφιλοι και αμφιφυλόφιλοι άνδρες αποτελούν την κύρια ομάδα νόσησης, τόσο στις ΗΠΑ, όσο και στην Ευρώπη, αφού αντιπροσωπεύουν περίπου το 70% των ασθενών. Ακολουθούν, σε μικρότερη αναλογία, οι τοξικομανείς με ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών ουσιών, οι αιμορροφιλικοί, τα πολυμεταγγιζόμενα άτομα, οι ετεροφυλόφιλοι σύντροφοι των προηγούμενων ομάδων και τέλος, άτομα που δεν μπορεί να προσδιοριστεί η οδός μόλυνσης και δεν ανήκουν στις προηγούμενες ομάδες⁴⁰.

Οικογενειακό περιβάλλον πασχόντων

Η πιθανότητα διασποράς του ιού HIV με κοινωνικές επαφές δημιουργεί τεράστια κοινωνικά, επαγγελματικά, νομικά και ηθικά προβλήματα. Εάν πραγματικά υπάρχει κίνδυνος μετάδοσης του ιού άλλος, εκτός της σεξουαλικής επαφής και της παρεντερικής έκθεσης με μολυσμένο αίμα και τα προϊόντα του, τότε τα μέλη οικογενειών των πασχόντων από AIDS διατρέχουν τον πιο μεγάλο κίνδυνο, λόγω του παρατεταμένου, στενού και καθημερινού συγχρωτισμού. Σαν μέλη οικογενειών θεωρούνται άτομα τα οποία ζουν στο ίδιο περιβάλλον με ασθενείς, τουλάχιστον για 3 μήνες από τη μολυσματική φάση της λοίμωξης και χωρίς να έχουν σεξουαλικές επαφές μεταξύ τους. Μέχρι το τέλος του 1987 είχαν γίνει 9 αξιολογές μελέτες που είχαν σαν αντικείμενο τον κίνδυνο τυχαίας μόλυνσης του οικογενειακού περιβάλλοντος ασθενών με λοίμωξη HIV. Συνολικά εξετάστηκαν 627 άτομα που ανήκαν στο στενό οικογενειακό περιβάλλον 281 πασχόντων από AIDS. Κανένα από τα άτομα αυτά δεν είχε αναπτύξει σώματα εναντίον του HIV παρά το γεγονός ότι ο χρόνος συγχρωτισμού έφτανε μέχρι και 48 μήνες. Οι ασθενείς με AIDS ανήκαν σε όλες τις ομάδες κινδύνου της νόσου, ήταν δηλαδή ομοφυλόφιλοι και αμφιφυλόφιλοι άνδρες, τοξικομανείς με ενδοφλέβια χρήση, αιμοφιλικά άτομα κ.ά. Η μεγάλη πλειοψηφία των ατόμων που εξετάστηκαν, έκανε κοινή χρήση

αντικειμένων και χώρων με τους ασθενείς (κρεβάτι, κλινοσκεπάσματα, τουαλέτες, μαγειρικά σκεύη, λερωμένα αντικείμενα με σάλιο ή και άλλα βιολογικά υγρά, οδοντόβουρτσες, πετσέτες κ.ά.). Τα ρούχα και των δύο ομάδων πλένονταν μαζί. Επιπλέον πολλά άτομα είχαν εναγκαλισμούς με πάσχοντες, έδιναν κι έπαιρναν φιλιά στα μάγουλα και τα χείλη και μερικά είχαν δαγκωθεί από αυτούς. Εντυπωσιακά είναι εξάλλου τα στοιχεία CDC των ΗΠΑ όπου μέχρι τον Φεβρουάριο του 1987, στις 30000 περιπτώσεις ασθενών με AIDS δεν περιλαμβανόταν καμία περίπτωση μέλους οικογένειας πάσχοντος από AIDS, εκτός αν είχαν σεξουαλικές επαφές ή ήταν παιδιά μολυσμένων μητέρων. Παρά λοιπόν τη στενή και συχνή επαφή, ο κίνδυνος μετάδοσης του ιού HIV στο οικογενειακό περιβάλλον των πασχόντων από AIDS είναι μηδενικός. Τα υπάρχοντα ευρήματα είναι ομόφωνα και αξιόπιστα, ώστε να αποτελέσουν κριτήριο για να αποβάλλει το κοινωνικό σύνολο τη φοβία και τον πανικό τυχαίας μόλυνσης με συνηθισμένες κοινωνικές σχέσεις.

Συμπερασματικά τα επιδημιολογικά δεδομένα που σχετίζονται με τον κίνδυνο τυχαίας μόλυνσης του ιατρικοί και παραϊατρικού προσωπικού, οδοντιάτρων και μελών οικογενειών πασχόντων από AIDS που έρχονται σε επαφή με τους ασθενείς, δείχνουν ότι ο κίνδυνος αυτός είναι ελάχιστος ή δεν υπάρχει καθόλου⁴¹.

2.4 ΠΩΣ ΑΠΟΦΕΥΓΕΤΑΙ Η ΜΕΤΑΔΟΣΗ

Μερικές απλές προφυλάξεις ελαττώνουν ή ακόμη εξαφανίζουν τον κίνδυνο της μετάδοσης.

α) Προφύλαξη από σεξουαλικές σχέσεις

Μια σταθερή σχέση με αποκλειστικά έναν ερωτικό σύντροφο, που δεν έχει μολυνθεί από τον HIV, αποκλείει κάθε πιθανότητα μόλυνσης. ΓΝΩΡΙΣΕ ΚΑΛΑ ΤΟΝ ΕΡΩΤΙΚΟ ΣΥΝΤΡΟΦΟ ΣΟΥ ΠΡΙΝ ΑΡΧΙΣΕΙΣ ΤΙΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ. Στην αντίθετη περίπτωση είναι καλό ΝΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΕΙΣ ΤΟΝ ΑΡΙΘΜΟ ΤΩΝ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΝ ΣΥΝΤΡΟΦΩΝ ΣΟΥ ΚΑΙ ΝΑ ΑΠΟΦΕΥΓΕΙΣ ΤΙΣ ΕΥΚΑΙΡΙΑΚΕΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ. Αν δεν γνωρίζεις καλά τον ερωτικό σύντροφό σου πρέπει να χρησιμοποιείς πάντοτε προφυλακτικό. Το

προφυλακτικό είναι αποτελεσματικό όταν είναι ακέραιο και χρησιμοποιείται σωστά.

- Φθείρεται με την πάροδο του χρόνου, τη θερμότητα και το φως.
- Προτίμησε προφυλακτικά με ημερομηνία λήξεως από φαρμακείο ή από κατάστημα εμπιστοσύνης.
- Μην το χρησιμοποιείς με βαζελινούχα ή ελαιώδη λιπαντικά από βαμβάκι.
- Σχίζεται εύκολα με το νύχι.
- Να το χρησιμοποιείς από την αρχή μέχρι το τέλος κάθε σεξουαλικής πράξης.

B) Μέτρα υγιεινής προστασίας

Οι συνήθεις κανόνες υγιεινής αρκούν για να προλάβουν την μόλυνση κατά τη συμβίωση με φορείς του HIV. Ο ιός καταστρέφεται εύκολα με θέρμανση πάνω από 60°, καθώς και από κοινά απολυμαντικά χώρου, όπως η χλωρίνη. Συνεπώς τα εσώρουχα, σεντόνια κλπ. του φορέα πρέπει να πλένονται σε κοινό πλυντήριο.

Μην κάνετε χρήση ναρκωτικών, αλλά αν κάνετε μην χρησιμοποιείται ΠΟΤΕ μεταχειρισμένες σύριγγες και βελόνες.

2.7 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ AIDS

Το σύνδρομο της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας, οφείλεται σε λοιμογόνο παράγοντα, τον ιό HIV, ενώ φαίνεται να συνεργούν και υποβοηθητικοί 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 τον 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 πυρυνοκαψίδιο. Το λιποπρωτεϊνικό περίβλημα περιέχει ιϊκά στοιχεία, που βοηθούν στην προσκόλληση στους υποδοχείς των κυττάρων, ενώ το πυρυνοκαψίδιο 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 έτσι 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 ομοίου 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-II απομονώθηκε σε ανθρωποειδή, χωρίς να προκαλέσει 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 εμφανίστηκαν 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 στο τέλος της δεκαετίας του 1970 στους ομοφυλόφιλους των ΗΠΑ, όπου βρήκε εξαιρετικά πρόσφορο έδαφος για ανάπτυξη και από εκεί εξαπλώθηκε σε όλο τον κόσμο. Στην εξάπλωση

βοήθησαν και οι διάφορες ιατρικές πράξεις, όπως οι εγχειρήσεις, λόγω των μεταγγίσεων αίματος ή παραγώγων αίματος.

Στις ΗΠΑ το 50% των πασχόντων από AIDS έχουν αντισώματα κατά του STLV – 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 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 ανακαλυφτεί μέχρι σήμερα, είναι ο ιός HTLV – I, που είναι ο πρώτος ρετροϊός που απομονώθηκε σε καλλιέργεια λεμφοκυττάρων πάσχοντος από Τα-κυτταρική λευχαιμία των ενηλίκων. Είναι αρκετά σπάνιο στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ. Μπορεί να προκαλέσει T- Κυτταρική λευχαιμία ενηλίκων στην Ιαπωνία ή T-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 HTLV-III παρά με τον HIV, έχει ονομαστεί HIV 2 και έχει απομονωθεί σε κατοίκους της Σενεγάλης, χωρίς να προκαλέσει 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 – DR5 αντισώματα. Οι ομοφυλόφιλοι δηλαδή με HLA – DR5 αντισώματα εμφανίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης λεμφαδενοπάθειας ή σαρκώματος Kaposi. Εκτός από τον ειδικό HLA – τύπο, οι νεαροί ομοφυλόφιλοι έχουν ελαττωματικό ανοσολογικό μηχανισμό, που τους καθιστά ευάλωτους στις λοιμώξεις¹⁹.

2.8 ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΔΟΜΗ ΤΩΝ ΡΕΤΡΟΪΩΝ

Οι ρετροϊοί έχουν σχήμα σφαιρικό και διάμετρο 100nm. Αποτελούνται από περίβλημα και πυρυνοκαψίδιο. Το περίβλημα αποτελείται από διλιπιδικό στρώμα, διαμέσω του οποίου προβάλλουν γλυκοπρωτεΐνες σε σχηματισμούς κορυφών. Στο λιποπρωτεϊνικό αυτό περίβλημα υπάρχουν διάφοροι επίτοποι, δια των οποίων ο ιός προσκολλάται στους ειδικούς υποδοχείς (CD4) των Τ-λεμφοκυττάρων.

Η εξωτερική αυτή επιφάνεια περιβάλλει το πυρυνοκαψίδιο, διαμέτρου περίπου 70nm. Το πυρυνοκαψίδιο έχει σχήμα εικοσάεδρου και περικλείει τη νουκλεοπρωτεΐνη. Το νουκλεϊνικό οξύ της νουκλεοπρωτεΐνης αποτελείται από δύο όμοιες αλυσίδες ριβονουκλεϊνικού οξέος που συγκρατούνται μεταξύ τους στο 5 άκρο με δεσμό H₂. Το νουκλεοκαψίδιο περιέχει επίσης τις δόκιμες πρωτεΐνες του ιού και την ανάστροφη μεταγραφάση¹⁹.

2.9 ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ HIV

Ο πλήρης ιός έχει σχήμα σφαιρικό με διάμετρο 1000 Å. Αποτελείται από ένα κεντρικό πυρήνα που περιέχει το RNA του ιού σε διπλή αλυσίδα που καλύπτεται από πρωτεΐνη μοριακού βάρους 9000 και 7000 daltons και από το ένζυμο RT. Ο πυρήνας περιβάλλεται από πρωτεΐνη μοριακού βάρους 24000 daltons. Στην περιφέρεια υπάρχει το περίβλημα του ιού που αποτελείται από διπλό στρώμα λιπιδίων και από γλυκοπρωτεΐνη που εμφανίζει κορυνοειδείς προσβολές. Η γλυκοπρωτεΐνη αυτή έχει μοριακό βάρος 160000 daltons. Οι κορώνες είναι γλυκοπρωτεΐνες μοριακού βάρους 120000 daltons και χρησιμεύουν για την προσκόλληση του ιού στους CD4 υποδοχείς.

Η γλυκοπρωτεΐνη αυτή καλύπτεται από ένα πολυσακχαριδικό νέφος το οποίο μειώνει την ανοσογονικότητά της. Το ενδομεμβρανώδες τμήμα της γλυκοπρωτεΐνης του περιβλήματος αποτελείται από γλυκοπρωτεΐνες μοριακού βάρους 41000 daltons¹⁹.

2.10 ΠΩΣ ΔΡΑ Ο ΙΟΣ ΤΟΥ AIDS

Ο ιός του AIDS αποτελείται από ένα νημάτιο γενετικού υλικού που είναι γνωστό σαν RNA και περιβάλλεται από λεπτό κάλυμμα πρωτεΐνης. Μπορεί να μολύνει μερικά από τα κύτταρα του σώματος και κατ' αρχήν τα λεμφοκύτταρα (λευκά αιμοσφαίρια) μέσα στο αίμα, εισάγοντας το γενετικό του υλικό μέσα στα χρωμοσώματα (στο γενετικό υλικό των κυττάρων που έχει προσβάλλει). Στη συνέχεια παράγεται περισσότερος ιός, διασκορπίζεται από την επιφάνεια του κυττάρου μέσα στο αίμα και προσβάλλει άλλα κύτταρα.

Από τη στιγμή που ένα κύτταρο μολύνεται από τον ιό του AIDS καταστρέφεται προοδευτικά χάνοντας όλες τις δυνατότητές του να λειτουργήσει ανοσολογικά³⁴.

2.11 ΠΟΙΑ ΜΕΡΗ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ ΜΟΛΥΝΕΙ Ο ΙΟΣ ΤΟΥ AIDS

Ο ιός του AIDS, HTLV – III, πρωταρχικά μολύνει τα λεμφοκύτταρα (τα λευκά αιμοσφαίρια του αίματος) και ιδιαίτερα έναν υποπληθυσμό των λεμφοκυττάρων τα Τ-βοηθητικά λεμφοκύτταρα.

Αυτά είναι κύτταρα πολύ κριτικά για τον συντονισμό του ανοσολογικού συστήματος.

Εκτός από τα Τ-λεμφοκύτταρα ο ιός του AIDS μπορεί να βρεθεί και ελεύθερος μέσα στο αίμα. Είναι επίσης πάρα πολύ πιθανό ότι τα εγκεφαλικά κύτταρα μπορούν να μολυνθούν από τον ιό του AIDS. Η έρευνα δεν έχει δείξει ακόμα εάν και άλλα κύτταρα του σώματος μολύνονται αλλά ο ιός έχει απομονωθεί από υγρά του σώματος όπως είναι το σάλιο, το σπέρμα, το μητρικό γάλα και τα δάκρυα⁴².

2.12 ΧΡΟΝΟΣ ΕΠΩΑΣΗΣ

Η περίοδος ανάμεσα στη λοίμωξη και στην ανάπτυξη αντισωμάτων στον ιό του AIDS φυσιολογικά είναι 40-50 μέρες. 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 αρρώστια⁴².

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Δεν είναι όλοι οι φορείς του AIDS που εκδηλώνουν την πλήρη εικόνα της ασθένειας. Μερικοί είναι φορείς επί μήνες ή χρόνια χωρίς να εκδηλώνουν όλα τα συμπτώματα.

Το AIDS είναι σύνδρομο που σημαίνει ότι είναι μια μορφή ασθένειας με διάφορα συμπτώματα.

Στα πρώτα στάδια μερικοί παρουσιάζουν μόνιμο πρήξιμο των λεμφαδένων στο λαιμό, στις μασχάλες και στο βουβώνα. Συχνά αισθάνονται κουρασμένοι, αλλά κατά τα άλλα είναι φυσιολογικοί. Άλλοι παρουσιάζουν συμπτώματα υπερβολικής εξάντλησης, διάρροιας, απώλειας βάρους, καθώς και πυρετούς και στοματίτιδα – μια μυκητοειδή μόλυνση του στόματος.

Περίπου 15-20% αυτών των δύο ομάδων φορέων εμφανίζουν όλα τα συμπτώματα του AIDS μετά από τρία χρόνια. Η συχνότερη ευκαιριακή λοίμωξη είναι μια ασυνήθιστη μορφή πνευμονίας, που εμφανίζεται σε παραπάνω από μισούς ασθενείς με AIDS.

Αυξημένη δύσπνοια, επίμονος ξερόβηχας και πυρετός είναι όλα τα σημάδια αυτής της πνευμονίας PCP, που υποχωρούν αν η κατάσταση διαγνωστεί στα πρώτα στάδια.

Πολλοί ασθενείς με AIDS παρουσιάζουν έναν όγκο που λέγεται σάρκωμα Καπόζι. Συνήθως εμφανίζεται με ροζ ή μοβ κηλίδες στο δέρμα, αλλά μπορεί επίσης να προσβάλλει και τα εσωτερικά όργανα. Αυτό το σύμπτωμα είναι συνηθέστερο στους ομοφυλόφιλους ασθενείς με AIDS για λόγους που δεν ξέρουμε ακόμα. Μερικοί ασθενείς υποφέρουν επίσης από εγκεφαλική βλάβη. Τα συμπτώματα είναι απώλεια μνήμης, δυσκολία ομιλίας και απώλεια ελέγχου ορισμένων μερών του σώματος.

Αντίθετα με άλλες ασθένειες που συνδέονται με το AIDS, αυτή προκαλείται από τον ιό HIV²⁰.

Παρακάτω τα συμπτώματα περιγράφονται πιο αναλυτικά:

α) Πονοκέφαλος, πυρετός και μυϊκή αδυναμία μπορεί να προέρχονται από βλάβες του εγκεφαλικού ιστού. Αυτές μπορούν επίσης να προσβάλλουν την όραση του ασθενή, μερικές φορές πολύ σοβαρά.

β) Οι ασθενείς συχνά αισθάνονται εξάντληση και σηκώνονται με δυσκολία από το κρεβάτι.

γ) Νυχτερινές επιδρώσεις και πυρετοί διακόπτουν τον ύπνο. Αλλά και η αγωνία για το AIDS μπορεί να προκαλέσει τα ίδια συμπτώματα.

δ) Το AIDS προκαλεί γρήγορη απώλεια βάρους, συχνά 5 ή παραπάνω κιλά ακόμα σε λιγότερο από δύο μήνες. Όσο η κατάσταση επιδεινώνεται ο ασθενής χάνει κι άλλο βάρος, ώσπου εξαντλείται εντελώς.

ε) Συνηθισμένο σύμπτωμα επίσης είναι μικρές φουσκάλες (σαν αυτές του έρπητα ζωστήρα) στην πλάτη, στο λαιμό και στο πρόσωπο. Είναι πολύ επώδυνες και επίμονες αν δεν θεραπευθούν.

στ) Κηλίδες στο δέρμα, συνήθως μοβ, είναι συμπτώματα του σαρκώματος Καπόζι, που εμφανίζεται σε μερικά θύματα του AIDS. Είναι αντιαισθητικά, αλλά ανώδυνα.

ζ) Ο ιός μπορεί να προσβάλλει τον εγκέφαλο. Στους ενήλικες προκαλεί άνοια (την απώλεια μνήμης και ελέγχου που συνίσταται συνήθως σε υπερήλικες) και στα παιδιά αναστέλλει την ανάπτυξη του εγκεφάλου.

η) Επίσης προκαλεί στοματίτιδα: ένα πηχτό επίχρισμα που καλύπτει το στόμα και τη γλώσσα, και εμποδίζει τη μάσηση και την κατάποση. Μπορεί να απλωθεί ως τον οισοφάγο.

θ) Οι περισσότεροι ασθενείς με AIDS υποφέρουν από μια αρρώστια των πνευμόνων, την πνευμονοκυστική πνευμονία, PCP. Προκαλεί πυρετό, ξερό βήχα και δύσπνοια.

ι) Η επίμονη διάρροια, διαρκεί εβδομάδες, είναι ένα κοινό σύμπτωμα. Δεν πρόκειται για μια σύντομη κατάσταση, αλλά για μακρόχρονης διάρκειας κατάσταση, που εμποδίζει την καλή πέψη των τροφών. Οφείλεται σε εντερικά πρωτόζωα και σχιζομύκητες.

ια) Ανώδυνα, σκληρά εξογκώματα σχηματίζονται στους αδένες, στο λαιμό, στις μασχάλες ή στο βουβώνα. Αποτελούν τα πρώτα σημάδια του AIDS. Κάτι τέτοιο προκαλείται κι από άλλες αιτίες²⁰.

Τα κλινικά σημεία, συμπτώματα που έχουμε είναι τα εξής:

1. Λεμφαδενοπάθεια πάνω από δύο μη βουβωνικές εστίες
2. Πυρετός πάνω από 38° C, διαλείπων ή συνεχής
3. Ανεξήγητη επίμονη διάρροια
4. Ανεξήγητη κόπωση / κακουχία, απώλεια βάρους
5. Ανεξήγητοι νυκτερινοί ιδρώτες²¹

ιβ) Βασικά η κλινική εικόνα του προAIDS χαρακτηρίζεται από ελαφρές μορφές των ευκαιριακών λοιμώξεων. Οι ευκαιριακές λοιμώξεις που προκαλούνται από τον ιό HIV, δεν είναι ούτε ειδικές ούτε χαρακτηριστικές εκδηλώσεις του AIDS. Για το λόγο αυτό χρειάζεται προσοχή ώστε να αποφευχθεί η λανθασμένη αιτιολογική συσχέτισή τους με το AIDS¹⁹.

3.2. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Οι κλινικές εκδηλώσεις του AIDS είναι πολλαπλές και αφορούν σχεδόν κάθε όργανο του σώματος. Οι παθολογικές εκδηλώσεις που συνδέονται με HIV και AIDS προέρχονται από λοιμώξεις, κακοήθειες και/ή από άμεση επίδραση του HIV στους σωματικούς ιστούς². Έτσι έχουμε:

A. Ευκαιριακές λοιμώξεις από παράσιτα όπως:

- Την πνευμοκύστη Carinii
- Το τοξόπλασμα gondii
- Το κρυπτοσπορίδιο (Κρυπτοσποριδίαση)
- Την ιστολυτική αμοιβάδα (αμοιβάδωση)
- Τη λεισμάνια (λεισμανίαση)

B. Ευκαιριακές λοιμώξεις από ιούς όπως:

- Τον μεγαλοκυτταρικό ιό
- Τον ιό των θηλωμάτων
- Τον ιό της μολυσματικής τέρμινθου

Γ. Ευκαιριακές λοιμώξεις από μύκητες όπως:

- Τον μύκητα κάντιντα
- Τον μύκητα κρυπτόκοκκο neoformans (κρυπτοκοκκίαση)
- Τον μύκητα τριχόφυτο (τριχοφυτία)

Δ. Ευκαιριακές λοιμώξεις από μικρόβια όπως:

- Από το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης
- Από το μυκοβακτηρίδιο Avium intracellulare (στους λεμφαδένες και το μυελό των οστών)
- Από διάφορα μικρόβια¹⁹

3.3. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ Π.Ο.Υ.

Με βάση επιδημιολογικά χαρακτηριστικά η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας το 1984 ταξινόμησε τους ασθενείς με AIDS που πάσχουν από ευκαιριακές λοιμώξεις, σε 4 ομάδες:

1. Ασθενείς με πνευμονικές εκδηλώσεις

Με πιο κοινή λοίμωξη την πνευμονία Pneumokystis carinii, που έχει θνησιμότητα περίπου 60%.

Οι ασθενείς αυτοί εμφανίζουν δύσπνοια, θωρακικό πόνο, υποξαιμία και ακτινολογικά διάχυτες πνευμονικές διηθήσεις.

2. Ασθενείς με πυρετό αγνώστου αιτιολογίας

Ο πυρετός μπορεί να εμφανιστεί πριν από τις ευκαιριακές λοιμώξεις, ή και μετά την ανάπτυξη σαρκώματος Καπόζι. Ο πυρετός μπορεί να είναι συνεχής και να συνοδεύεται από απώλεια βάρους, αδιαθεσία και από ανεξήγητη καταβολή δυνάμεων. Η απώλεια βάρους είναι σταδιακή και φτάνει το 30%.

3. Ασθενείς με εκδηλώσεις από το γαστρεντερικό

Οι γαστρεντερικές εκδηλώσεις του AIDS περιλαμβάνουν ανορεξία, ναυτία, εμετούς, στοματική και οισοφαγική κατντίαση και χρόνια διάρροια. Η διάρροια αποτελεί πρόβλημα για το 50-90% όλων των αρρώστων με AIDS. Τα γαστρεντερικά συμπτώματα μπορεί να

οφείλονται στην άμεση δράση στο καλυπτικό εντερικό επιθήλιο του ίδιου του HIV, ή ακόμα του τοιχωματικού κρυπτοσποριδίου, της σαλμονέλας και του μεγαλοκυτταροϊού.

3. Ασθενείς με νευρολογικές εκδηλώσεις

Ένα 50-60% ασθενών με AIDS βιώνει κάποιο είδος νευρολογικής συμμετοχής κατά τη διάρκεια της πορείας λοίμωξης με HIV. Άλλα 20-30% έχουν νευρολογική εμπλοκή χωρίς εμφανή σημεία και συμπτώματα. Οι νευρολογικές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν τόσο την κεντρική και περιφερική όσο και την αυτόνομη λειτουργία. Έτσι έχουμε κρυπτοκοκκική μηνιγγίτιδα, εγκεφαλοπάθεια HIV, αγγειακές επιπλοκές όπως εγκεφαλικές αιμορραγίες καθώς και αγγειακές μυελοπάθειες και περιφερική νευροπάθεια.

Επιπλέον τα άτομα με AIDS έχουν ψηλότερη απ' την συνηθισμένη επίπτωση καρκίνου. Αυτό οφείλεται είτε στην καρκινογόνο δράση του ιού, είτε στην υποκειμενική ανοσιακή ανεπάρκεια, που επιτρέπει καρκινογόνους παράγοντες, όπως ιούς, να μετατρέπουν ευπαθή κύτταρα σε κακοήγη. Το σάρκωμα Καπόζι συμπεριλαμβάνεται στην ταξινόμηση για κακοήθειες που σχετίζονται με το AIDS²¹.

3.4 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ TEST

Τα πιο συνήθη test που βοηθούν στη διάγνωση του AIDS είναι τα εξής:

A. Ανίχνευση αντισωμάτων:

Έναντι του ιού HIV με τη μέθοδο ELISA που είναι η πιο ειδική, ευαίσθητη και εφαρμόσιμη στην καθημερινή πράξη. Αν βρεθούν αντισώματα στο αίμα δε σημαίνει ότι το άτομο έχει ή θα αναπτύξει AIDS ούτε ότι το άτομο απέκτησε ανοσία έναντι του ιού, απλά σημαίνει ότι κάποια στιγμή στο παρελθόν ο ιός μπήκε στο αίμα και επομένως το άτομο αυτό μπορεί να θεωρηθεί μικροβιοφορέας της νόσου.

B. Η μέθοδος Western Blot:

Είναι πιο πολύ ειδική αλλά δεν προσφέρεται στην καθημερινή πράξη. Χρησιμοποιείται ως επιβεβαιωτική της προηγούμενης μεθόδου γιατί προσδιορίζει την ύπαρξη του αντιγόνου αυτού καθ' εαυτού¹⁷.

3.4.1. ΑΡΝΗΤΙΚΟ TEST ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ

Αρνητικό τεστ σημαίνει ότι δεν βρέθηκαν αντισώματα του ιού HIV στην εξέταση. Χωρίς βέβαια αυτό να προεξοφλεί ότι δεν έχει προσβληθεί από τον ιό HIV. Μπορεί το άτομο να έχει προσβληθεί πρόσφατα και ο οργανισμός του δεν έχει προλάβει να δημιουργήσει αντισώματα. Υπολογίζεται ότι ο χρόνος για την ανάπτυξη των αντισωμάτων για τους πιο πολλούς ανθρώπους είναι μεταξύ 3 εβδομάδων και 3 μηνών από την πιθανή ημερομηνία μόλυνσης. Το άτομο με αρνητικό τεστ θα πρέπει να αποφεύγει να έχει επικίνδυνη συμπεριφορά και αν έχει σοβαρές υποψίες να επαναλάβει το τεστ μετά από 2 μήνες²³.

3.4.2. ΘΕΤΙΚΟ TEST ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ

Όταν το τεστ αντισωμάτων είναι θετικό σημαίνει ότι το άτομο έχει έρθει σε επαφή με τον ιό του AIDS, έχει μολυνθεί και έχει αντισώματα έναντι του ιού HIV. Άρα είναι φορέας του AIDS και υπάρχει πιθανότητα (υπολογίζεται ότι 50% των ατόμων αυτών θα έχουν αναπτύξει τη νόσο σε 10-11 χρόνια μετά την μόλυνσή τους). Τα άτομα που επιβεβαιώθηκαν ότι είναι θετικά στα αντισώματα έναντι του ιού του AIDS είναι μολυσματικά και μπορούν να μεταδώσουν τον ιό σε άλλα άτομα με τους τρόπους όπως σεξουαλική πράξη και σύριγγες κοινής χρήσης²³.

3.5 ΠΩΣ ΜΠΟΡΟΥΜΕ ΝΑ ΕΞΑΚΡΙΒΩΣΟΥΜΕ ΑΝ ΕΝΑ ΑΤΟΜΟ ΕΙΝΑΙ ΦΟΡΕΑΣ ΤΟΥ AIDS;

Υπάρχει κατ' αρχήν ένα πολύ εύκολο τεστ αίματος, που εφαρμόζεται σε όλα τα κέντρα αιμοδοσίας και τα νοσοκομεία της χώρας. Συνίσταται στην ανίχνευση της παρουσίας αντισωμάτων στον ιό. Αν τα αποτελέσματα που θα πάρουμε είναι θετικά, προχωρούμε για να είμαστε σίγουροι για την ορθότητα του αποτελέσματος, σε μια ειδικότερη εξέταση, που αυτή τη στιγμή γίνεται μόνο σε έξι κέντρα στην Ελλάδα⁴³.

3.6. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

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

Η βλάβη του μηχανισμού της κυτταρικής μη ειδικής ανοσίας – δηλαδή των T-κυττάρων με εκλεκτικότητα τα βοηθητικά T4 κύτταρα που ελαττώνονται ή εξαφανίζονται με την εξέλιξη του συνδρόμου – αποτελεί την συνέχεια της προσβολής του ξενιστή από τον ιό HIV.

Εκτός από τις ποσοτικές αυτές διαταραχές αναφέρονται και λειτουργικές, ποιοτικές μεταβολές των προσβεβλημένων T-λεμφοκυττάρων με τα ακόλουθα συμπτώματα:

A) Αυξημένη επιδεκτικότητα του ξενιστή για ευκαιριακές λοιμώξεις καθώς και ανάπτυξη ασυνήθων νεοπλασμάτων.

B) Ελάττωση στην εκδήλωση της αντίδρασης υπερευαισθησίας επιβραδυνόμενου τύπου.

Γ) Ελάττωση της ειδικής κυτταροτοξικής λεμφοκυτταρικής λειτουργίας απέναντι στον κυτταρομεγαλοϊό και

Δ) Ελάττωση της παραγωγής των λεμφοκινών που χρειάζονται απαραίτητα για να ενεργοποιήσουν και να γίνει ο κυτταρικός πολλαπλασιασμός έναντι του αντιγόνου.

Κατ' αυτό τον τρόπο στο ΣΕΕΑ παρατηρούνται:

1. Αυξημένα επίπεδα ανοσοσφαιρίνης στον ορό, τα οποία σε περίπτωση νέων λοιμώξεων του ξενιστή δεν μπορούν ν' αυξηθούν περισσότερο.
2. κυκλοφορία ανοσοσυμπλεγμάτων διαμέσου αντίδρασης ανοσοσφαιρίνης και αντιγονικών στοιχείων της επιφάνειας του ιού ή ανοσοσφαιρίνης και αντιγονικών στοιχείων του πυρνοκαψιδίου του ιού.
3. αδυναμία ενεργοποίησης και κατά συνέπεια πολλαπλασιασμού των Β-κυττάρων στην «ειδοποίηση» του μιτογόνου παράγοντα Cowan – 1 όχι μόνο στην εκφραζόμενη δράση αυτού διαμέσου των Τ-λεμφοκυττάρων αλλά και στην απευθείας δράση στα Β-λεμφοκύτταρα¹⁷.

3.7 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ

Η πρόγνωση της νόσου είναι βαριά. Σε μια αδημοσίευτη μελέτη τονίστηκε ότι από τη στιγμή που θα αρχίσει ο ασθενής να προσβάλλεται από ευκαιριακές λοιμώξεις ο θάνατος επέρχεται κατά μέσο όρο 7 μήνες αργότερα. Στις ΗΠΑ από τα μέσα του 1982 μέχρι το 1985 πέθαναν το 90% των προσβεβλημένων ενηλίκων και 65% των παιδιών. Οι αρχές Δημόσιας Υγείας των ΗΠΑ έχουν καταγράψει 21517 περιπτώσεις του συνδρόμου με 11700 θανάτους μέχρι τον Ιούνιο του 1986.

Στα παιδιά η πρόγνωση είναι ακόμα βαρύτερη και ο μέσος χρόνος επιβίωσης μετά τη διάγνωση της νόσου είναι 12 μήνες. Στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ η πρόγνωση του παιδικού AIDS είναι πολύ καλύτερη απ' ό,τι στην Αφρική. Παράγοντες όπως η διατροφή, η έκθεση σε άλλους λοιμογόνους παράγοντες και η δυνατότητα ειδικής θεραπευτικής παρέμβασης επηρεάζουν το χρόνο επιβίωσης²⁴.

3.8. ΤΙ ΜΕΤΡΑ ΕΧΟΥΝ ΠΑΡΘΕΙ ΓΙΑ ΤΟ AIDS ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΧΩΡΟ

1. Η δήλωση της νόσου είναι υποχρεωτική.
2. Ο έλεγχος του αίματος σ' αυτόν που πρόκειται να κάνει μετάγγιση είναι υποχρεωτικός (αξίζει να σημειωθεί ότι η χώρα μας, ανήκει στις πέντε χώρες της Ευρώπης, που άρχισαν πρώτες τον αιματολογικό έλεγχο όλων των αιμοδοτών).
3. Έλεγχος του εισαγόμενου από την Ελβετίας αίματος
4. Υποχρεωτικός ο έλεγχος των παραγώγων του αίματος.
5. Υποχρεωτική εξέταση των δοτών σπέρματος, οργάνων και ιστών.
6. Συστηματικός έλεγχος από τα Εθνικά μας Κέντρα Αναφοράς AIDS, για τον εντοπισμό των φορέων και των ατόμων που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου προσβολής από τη νόσο.
7. Έκδοση ενημερωτικών φυλλαδίων και αποστολή τους στις κατά τόπους νομαρχίες, που με τη σειρά τους θα τα προωθήσουν στα Κέντρα Υγείας ή Υγειονομικούς Σταθμούς.
8. Συνεχής συνεργασία με τα Περιφερειακά Κέντρα Ελέγχου της Π.Ο.Υ.
9. Οργάνωση σεμιναρίων για την εκπαίδευση και μετεκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού.
10. Εντατικοποίηση των προγραμμάτων ενημέρωσης, κυρίως των νέων μονάδων ελέγχου μέσα στο 1987.
11. Σύσταση και οργάνωση νέων μονάδων ελέγχου μέσα στο 1987.
12. Διαρκής και αδιάλειπτη επαγρύπνηση και παρακολούθηση των διεθνών εξελίξεων στους τομείς θεραπείας και πρόληψης της νόσου, με σκοπό την άμεση εφαρμογή των νέων δεδομένων και στον ελληνικό χώρο¹⁹.

3.9. ΤΑ ΚΡΟΥΣΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Ενώ σ' ολόκληρο τον κόσμο οι πάσχοντες και οι φορείς του AIDS ανέρχονται σε εκατομμύρια, στην Ελλάδα η καινούρια μάλιστα ευτυχώς δεν έχει πάρει μεγάλες διαστάσεις, εξαιτίας των κοινωνικών συνθηκών, που δεν ευνοούν την εξάπλωση του ιού.

Ωστόσο ο εντοπισμός κρουσμάτων στη χώρα μας, προκάλεσε την επαγρύπνηση των αρμοδίων, με αποτέλεσμα να ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα.

Παγκόσμια οι προσβεβλημένοι από AIDS υπολογίζονται από 30.000-100.000 σύμφωνα με τα στοιχεία που ανακοινώθηκαν στο 2^ο Διεθνές Συνέδριο για το AIDS.

Την ίδια ώρα ο αριθμός των φορέων που δεν έχουν εκδηλώσει συμπτώματα, ανέρχεται σε 5-10.000.000 άτομα σε όλο τον κόσμο. Η ασθένεια έχει προσλάβει διαστάσεις επιδημίας με την παρουσία περιπτώσεων σε 77 χώρες.

Στη χώρα μας η παρουσία του AIDS είναι πράγματι μικρή. Από τις 25 Οκτωβρίου του 1983 που διαγνώστηκε το πρώτο κρούσμα μέχρι τις 31/12/1986, σημειώθηκαν συνολικά 35 κρούσματα, ενώ υπάρχουν ενδείξεις ότι ο αριθμός αυτός ανέβηκε πολύ ψηλότερα κατά το 1987. από τα άτομα αυτά τα 20 υπέκυψαν σε διάφορα νοσοκομεία της χώρας, με την πιο τραγική περίπτωση του 8 χρόνου Βασιλάκη που προσβλήθηκε από μετάγγιση αίματος, στην οποία υποβλήθηκε λόγω της μεσογειακής αναιμίας από την οποία έπασχε. Από τα 35 άτομα φορείς του AIDS ή που πάσχουν από αυτό, μόνο 2 – 20χρονη κοπέλα που εμφανίστηκε στην εκπομπή <<Κυριακάτικα>> και η 13χρονη Αγγελική Πουλή που έπασχε από μεσογειακή αναιμία- είναι γυναίκες. Οι υπόλοιποι είναι άνδρες, κυρίως ομοφυλόφιλοι ή ετερόφυλοι ναρκομανείς ή πολυμεταγγιζόμενοι.

Αντίθετα ο αριθμός των φορέων, όπως προκύπτει από τον έλεγχο που έγινε όχι μόνο σε αιμοδότες, αλλά και σε άτομα υψηλού κινδύνου (ομοφυλόφιλοι, τοξικομανείς, πολυμεταγγιζόμενοι) πρέπει να φτάνει περίπου στις 5.000 άτομα⁴⁴.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η αντιμετώπιση της επιδημίας από τα αρχαία χρόνια γινόταν με την αντίστοιχη για την εκάστοτε αποχή ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.

Τα πρώτα χρόνια εμφάνισης της νόσου ο ασθενής ήταν υποχρεωμένος να μένει αποξενωμένος, απομονωμένος από το γύρω περιβάλλον.

Πολύ αργότερα η κοινωνία άρχισε να αντιμετωπίζει τους νοσούντες και να ψάχνει να βρεί τρόπους για τυχόν θεραπεία. Έτσι, φτάνουμε στο παρόν που το άτομο – ασθενής αντιμετωπίζεται σαν μέλος της κοινωνίας και παρακολουθείται στενά από ιατρούς και νοσηλευτές.

Ιδιαίτερα στα πρώτα στάδια της νόσου, που το άτομο-φορέας είναι κλινικά υγιές, είναι απαραίτητη η ψυχολογική υποστήριξη από ειδικούς.

Αργότερα όμως απαιτείται και η εξωνοσοκομειακή φροντίδα για το λόγο ότι τα άτομα αυτά είναι πιο προσφιλή σε ασθένειες. Σε προχωρημένο στάδιο, βέβαια πια, το άτομο- πάσχον είναι αναγκασμένο να εισάγεται στο νοσοκομείο, ώστε να παρακολουθείται στενά από ιατρούς σε ειδικές μονάδες λοιμώξεων. Σ' αυτούς τους ασθενείς απαιτείται η συνεχής εφ' όρου ζωής χορήγηση αντιβιοτικών φαρμάκων για την πρόληψη ευκαιριακών λοιμώξεων. Έτσι σήμερα η αντιμετώπιση πρόληψη ευκαιριακών λοιμώξεων, η θεραπεία των νεοπλασιών και η φαρμακευτική αγωγή εναντίον του ιού αποτελούν τα τρία βασικά στάδια αντιμετώπισης της νόσου.

Όταν οι ασθενείς με AIDS πρόκειται να ταξιδέψουν σε μία άλλη χώρα δίνεται ιδιαίτερη προσοχή. Και αυτό γιατί είναι πιο εκτεθειμένη σε ευκαιριακές λοιμώξεις. Έτσι γίνεται ο ανάλογος εμβολιασμός σε σχέση με τον προορισμό του ταξιδιού τους.

Πέρα από τη φαρμακευτική αγωγή που δίνεται στους ασθενείς που πάσχουν από τη HIV λοίμωξη, παρέχονται και εναλλακτικές θεραπείες όπως η χρήση βοτάνων, ψυχοθεραπεία.

Αυτή η ψυχολογική προσέγγιση του ασθενούς από τους ειδικούς, η συμπαράσταση των συγγενών του, οδηγούν στις πιο απίθανες θεραπευτικές παρεμβάσεις.

Ο Ελληνικός και Παγκόσμιος κόσμος της Ιατρικής είναι ενάντια στην εφαρμογή ευθανασίας στους ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της νόσου⁴⁵.

4.2. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ AIDS

Δεν υπάρχει μέχρι στιγμής αποτελεσματική θεραπεία. Στην καλύτερη περίπτωση – όπως συμβαίνει με το A.Z.T – μπορεί να αναβληθεί για κάποιο χρονικό διάστημα το μοιραίο.

Πάντως ως τώρα κανένας ασθενής δεν γλίτωσε από τον θάνατο. Υπάρχει ελπίδα ότι θα παραχθεί ένα εμβόλιο κατά των μικροβίων, αλλά όλοι οι ειδικοί συμφωνούν ότι αυτό δεν μπορεί να αναμένεται σύντομα. Αλλά και τότε θα πρέπει να δούμε κατά πόσο θα αποδειχθεί αποτελεσματικό το εμβόλιο μπροστά στις απότομες αλλαγές που στο μεταξύ θα έχουν προκύψει μέσα στον οργανισμό.

Το κακό όμως είναι, ότι αν τελικά βρεθεί το εμβόλιο στα επόμενα έτη, δεν θα μπορέσει να βοηθήσει και να αποσπάσει από τις αρπαγές του θανάτου, αυτούς που έχουν ήδη μολυνθεί ή που θα μολυνθούν.

Και αυτοί κατά τις εκτιμήσεις των ειδικών θα είναι λιγότεροι από μερικά εκατομμύρια (2.500.000 στην Αμερική και 800.000 στη Δ. Ευρώπη, 25.600.000 φορείς σύνολο. «Μπροστά σ' αυτούς τους αριθμούς, ωχριά η βόμβα της Χιροσίμα», λέει χαρακτηριστικά ο καθηγητής Ζέγκαλ)¹⁹.

4.2.1. ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΤΑ ΤΟΥ HIV ΜΕΧΡΙ ΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΟΥ '95

ΝΟΥΚΛΕΟΤΙΔΙΚΑ ΑΝΑΛΟΓΑ – ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΑΝΑΣΤΡΟΦΗΣ
ΜΕΤΑΓΡΑΦΑΣΗΣ (Reverse Transcriptase Inhibitors)

- I) AZT (Zidovudine, 2,3 – azido – thymidine, TM caps Retrovir της Glaxo – Wellcome)
- II) DDI (Didanosine, dideoxy – inosine, TM tabs Videx της Bristol – Myers – Squibb)
- III) DDC (Zalcitabine, dideoxy – cytidine, TM tabs Hivid της Hoffman La Roche)

Τα φάρμακα αυτά δρουν ως ιοστατικά, ανταγωνιζόμενα τη δράση του ενζύμου «ανάστροφη μεταγραφάση» (reverse transcriptase) του HIV. Σε μονοθεραπείες (όπως συνήθως χρησιμοποιούνταν μέχρι τα τέλη του 1995) προκαλούσαν ανάπτυξη ανθεκτικών στελεχών του HIV, συχνότερα μετά τους 6 πρώτους μήνες της θεραπείας. Η χορήγησή τους γινόταν σε ασθενείς με πλήρες AIDS (Full Blown Syndrome) ή σε ασυμπτωματικούς με επίπεδα CD4 λεμφοκυττάρων κατώτερα των 500 /μL²⁵.

4.2.2. ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΤΑ ΤΟΥ HIV ΑΠΟ ΤΟ ΤΕΛΟΣ '95 ΜΕΧΡΙ ΣΗΜΕΡΑ

I) ΝΟΥΚΛΕΟΤΙΔΙΚΑ ΑΝΑΛΟΓΑ – ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΑΝΑΣΤΡΟΦΗΣ
ΜΕΤΑΓΡΑΦΑΣΗΣ (Reverse Transcriptase Inhibitors)

A) 3TC (Lamivudine, 3 – thia – cytidine, TM tabs 3TC ή Eпивir της Glaxo – Wellcome)

B) D4T (Stavidine, TM, tabs Zerit της Bristol – Myers – Squibb)

II) ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΠΡΟΤΑΣΕΩΝ ΤΟΥ HIV (Protease Inhibitors)

A) Saquinavir (TM caps Invirase της Hoffman La Roche)

B) Indinavir (TM caps Crixivan της Merck)

Γ) Ritonavir (TM caps Norvir της Abbot)

Τα φάρμακα αυτής της ομάδας δρουν αναστέλλοντας πρωτεάσες του HIV. Πήραν έγκριση από την Ευρωπαϊκή Ένωση το Σεπτέμβριο του '96. χρησιμοποιούνται μόνο σε συνδυασμούς με αναστολείς της ανάστροφης μεταγραφάσης²⁵.

4.2.3. ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΘΑ ΚΥΚΛΟΦΟΡΗΣΟΥΝ ΤΑ ΕΠΟΜΕΝΑ

1 – 2 ΧΡΟΝΙΑ

I) ΝΟΥΚΛΕΟΤΙΔΙΚΑ ΑΝΑΛΟΓΑ – ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΑΝΑΣΤΡΟΦΗΣ ΜΕΤΑΓΡΑΦΑΣΗΣ (Reverse Transcriptase Inhibitors)

A) 1952 XW (Wellcome)

II) ΜΗ ΝΟΥΚΛΕΟΤΙΔΙΚΟΙ ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΑΝΑΣΤΡΟΦΗΣ ΜΕΤΑΓΡΑΦΑΣΗΣ (Non – nucleocide Reverse Transcriptase Inhibitors, NNRTI)

A) Nevirapine (Viramune)

B) Loviride

Γ) Delavirdine

Επίσης ισοστατικά, δρουν μέσω αναστολής της ανάστροφης μεταγραφάσης του HIV. Στις κλινικές δοκιμές ως μονοθεραπεία έδειξαν ταχύτατη ανάπτυξη ανθεκτικών στελεχών από την 8^η εβδομάδα. Η χρήση τους όμως σε συνδυασμό με άλλους αναστολείς φαίνεται εξαιρετικά ελπιδοφόρα.

III) ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΠΡΩΤΕΑΣΩΝ (Protease Inhibitors)

A) Nelfinavir (Agouron)

B) VX – 478 (Vetrex της Glaxo Wellcome)¹⁷.

Συνοπτικά, τα εν χρήσει αυτή τη στιγμή φάρμακα είναι:

1. ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΑΝΑΣΤΡΟΦΗΣ ΜΕΤΑΓΡΑΦΑΣΗΣ (Reverse Transcriptase Inhibitors)

α. AZT (TM Retrovir)

β. DDI (TM Videx)

γ. DDC (TM Hivid)

δ. 3TC (TM 3TC, Efavir)

ε. D4T (TM Zerit)

2. ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΠΡΩΤΕΑΣΩΝ (Protease Inhibitors)

α. SAQUINAVIR (TM Invirase)

β. INDINAVIR (TM Crixivan)

γ. RITONAVIR (TM Norvir)²⁵.

4.2.4. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΣΧΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΟΥ HIV

Ήδη από τον Οκτώβριο του 1995 καθιερώθηκε επίσημα και γενικεύθηκε η χρήση των συνδυασμών, ενώ η μονοθεραπείες θεωρούνται πλέον αναχρονιστικές (Συνέδριο της European AIDS Clinical Society, EACS, Κοπενχάγη. Οκτ. 1995).

Σήμερα, χορηγούνται στους ασθενείς διπλά ή τριπλά σχήματα.

Τα διπλά σχήματα περιλαμβάνουν συνήθως:

AZT+3TC (Θεωρείται το καλύτερο από τα διπλά σχήματα)

AZT+DDI

AZT+DDC

Σε περίπτωση δυσανεξίας του ασθενούς στο AZT, αυτό αντικαθίσταται με D4T.

Τα τριπλά σχήματα περιλαμβάνουν συνήθως 2 αναστολείς ανάστροφης μεταγραφάσης (π.χ. AZT+3TC) και ένα αναστολέα πρωτεάσης (Saquinavir, Idinavir, Ritonavir)

Σύμφωνα με τα ισχύοντα στην Ελλάδα, η θεραπευτική αγωγή με τριπλό συνδυασμό, χορηγείται σε ασθενής που:

A) έχουν πλήρες AIDS (σύμφωνα με τον ορισμό CDC & WHO)

B) έχουν CD4 < 200/μL

Γ) έχουν ιϊκό φορτίο > 30.000 copies/ml

(τα 3 αυτά κριτήρια είναι ανεξάρτητα μεταξύ τους: αρκεί και μόνο ένα από αυτά).

Οι νεότερες απόψεις, έτσι όπως εκφράστηκαν και στα συνέδρια του Vancouver και του Birmingham (Ιούνιος και Νοέμβριος 1996), συνηγορούν υπέρ της έναρξης της αγωγής σε πρωιμότερα στάδια, ίσως και αμέσως μετά τη διάγνωση της οροθετικότητας. Συνηγορούν επίσης υπέρ της εξαρχής χορήγησης – τουλάχιστον- 3 φαρμάκων. Οι απόψεις αυτές πιθανόν δεν θα αργήσουν πολύ να καθιερωθούν ή τουλάχιστον κάποιες πλευρές τους²⁵.

4.3 ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ – ΑΓΩΓΗΣ

Το κόστος αγωγής της αντί – HIV αγωγής είναι υψηλό. Παραμένει όμως σημαντικά χαμηλότερο με αυτό της αντιμετώπισης άλλων σοβαρών νοσημάτων ή αυτό ορισμένων ιατρικών πράξεων (μεταμοσχεύσεις, by pass κλπ.).

Συγκεκριμένα για τα Ελληνικά δεδομένα το κόστος αγωγής με διπλό σχήμα κυμαίνεται γύρω στις 4.000 € ανά έτος, ενώ το κόστος αγωγής με τριπλό σχήμα κυμαίνεται περίπου 7.000 € με 8.500 € ανά έτος για κάθε ασθενή.

Βασικά όμως το κόστος περίθαλψης ασθενών με AIDS είναι υψηλό με τάση αύξηση. Επίσης ποικίλει ανάλογα με το στάδιο που βρίσκεται ο άρρωστος και μάλιστα τον κύριο όγκο του κόστους αυτού αποτελούν οι δαπάνες για φάρμακα.

Από την ψυχρή άποψη των αριθμών μια μεγάλη άνοδος του κόστους των εξόδων για φάρμακα είναι πιθανόν αν και απευκταίο, να επηρεάσει την έως τώρα ισχύουσα επιλογή της Πολιτείας για δωρεάν χορήγηση των φαρμάκων σε ασθενής με AIDS²⁷.

4.4 ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ – ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ

Η λέξη «εμβόλιο» είναι μια λέξη μαγική επειδή παραπέμπει στη νίκη κατά των μεγάλων λοιμωδών νοσημάτων. Η ερώτηση που έχει τεθεί χιλιάδες φορές είναι: «πότε θεωρείτε ότι θα διαθέτουμε εμβόλιο κατά του AIDS»; Σήμερα ουδείς μπορεί να απαντήσει στην ερώτηση αυτή, διότι, παρά τις εντατικές έρευνες που γίνονται στον τομέα, οι δυσκολίες όσον αφορά τον HIV είναι μεγάλες. Ωστόσο οι επιστήμονες δεν αποθαρρύνονται και οι έρευνες συνεχίζονται προς κάθε κατεύθυνση. Ήδη δοκιμάζονται διάφορα εμβόλια. Έπειτα από πολλά χρόνια δισταγμών και αβεβαιότητας, μπορούμε λογικά να θεωρούμε ότι η ελπίδα αναγεννάται.

Τα εμβόλια παρέχουν προληπτική προστασία κατά της προσβολής από λοιμώδη νοσήματα. Το εμβόλιο υπενθυμίζει στο ανοσοποιητικό σύστημα τα ίχνη ενός λοιμώδους παράγοντος με τη μορφή αντισωμάτων ή κυττάρων –

φονέων: έτσι, εάν το μικρόβιο επανεμφανιστεί, το ανοσοποιητικό σύστημα πυροδοτεί αμέσως την προστατευτική αντίδραση.

Το εμβόλιο έναντι του ιού πρέπει να έχει τις ακόλουθες ιδιότητες; Για να θεωρηθεί επιτυχές:

- I) Να χορηγείται εύκολα.
- II) Να παραμένει αναλλοίωτο κατά την αποθήκευσή του και να μεταφέρεται εύκολα
- III) Να προφυλάσσει ύστερα από έκθεση στον ιό μέσω του βλεννογόνου και παρεντερικής οδού.
- IV) Να προκαλεί ικανοποιητική αντίδραση και σταθερά ανοσολογική απάντηση.
- V) Να είναι ασφαλές και καλά ανεκτό από το άτομο.
- VI) Να προφυλάσσει από λοίμωξη από τον ιό HIV και όχι μόνο από την εμφάνιση κλινικών εκδηλώσεων.

Για να επιτευχθεί η κατασκευή του ιδανικού εμβολίου όπως προδιαγράφεται πιο πάνω απαιτείται να βρεθούν σημαντικά χρηματικά ποσά.

Πάντως υπάρχουν θεμελιακά προβλήματα που πρέπει να λυθούν ώστε να τελειοποιηθεί ένα εμβόλιο κατά του HIV. Το κυριότερο πρόβλημα είναι το γεγονός ότι οι ρετροϊοί προωθούν τα γονίδιά τους μέσα στα χρωμοσώματα των κυττάρων τα οποία μολύνουν. Τα γονίδια αυτά μπορούν τότε είτε να λειτουργήσουν είτε όχι. Αν τα γονίδια εκφραστούν, το κύτταρο παράγει σωματίδια του ιού, αν όχι το κύτταρο παραμένει φυσιολογικό και δεν αναγνωρίζεται από το ανοσοποιητικό σύστημα.

Το δεύτερο πρόβλημα είναι το γεγονός ότι ο HIV μεταβάλλεται συνεχώς, και η μεταβλητότητά του αφορά ιδίως την επιφανειακή του πρωτεΐνη, αυτή που χρησιμοποιεί ο ιός για να προσδεθεί στα κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος. Πάνω στην πρωτεΐνη αυτή υπάρχουν 5 υπερμεταβλητές περιοχές: η ακολουθία των αμινοξέων τους μεταβάλλεται από τον έναν ασθενή στον άλλον, αλλά και στον ίδιο ασθενή κατά τη διάρκεια της νόσου. Έτσι σήμερα έχουν καταμετρηθεί περίπου 1000 διαφορετικά στελέχη του ιού, που κατατάσσονται σε 8 ή 9 μεγάλες οικογένειες. Μήπως άραγε αυτό σημαίνει ότι χρειαζόμαστε 9 εμβόλια; Και τι θα γίνει εάν οι 9 οικογένειες γίνουν τελικά 20;

Η Τρίτη δυσκολία έγκειται στο γεγονός ότι το εμβόλιο πρέπει να προστατεύει από τη μετάδοση δια της σεξουαλικής οδού, η οποία αποτελεί και τον σημαντικότερο τρόπο μεταδόσεως του ιού. Η τοπική ουρογεννητική ανοσία δεν είναι ακόμα γνωστή με λεπτομέρειες και έχουμε ελάχιστη εμπειρία από εμβόλια που προκαλούν τέτοιου είδους ανοσολογική απόκριση.

Τέλος δεν διαθέτουμε πολλά πειραματικά πρότυπα, τα οποία να επιτρέπουν τη μελέτη της νόσου σε πειραματόζωα. Μόνον ο χιμπατζής είναι ευαίσθητος στον HIV – 1, και ακόμη και αυτός αναπτύσσει οροθετικότητα χωρίς να εκδηλώνει ασθένεια, επομένως αποτελεί ατελές πρότυπο²⁸.

4.5. ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΕΜΒΟΛΙΟΥ

Μέχρι σήμερα αναπτύχθηκαν και δοκιμάστηκαν τα ακόλουθα είδη εμβολίων:

Αδρανοποιημένος πλήρης ιός: Δοκιμάστηκε σε πιθήκους. Παρά την ανάπτυξη αντισωμάτων μόνο δύο από έξι εμβολιασθέντες πιθήκους προφυλάχτηκαν.

Κεκαθαρμένα πεπτίδια που παράγονται με γενετικό ανασυνδυασμό ή και συνθετικά. Παρά την ανάπτυξη εξουδετερικών αντισωμάτων, δεν φαίνονται να παράγουν αρραγή ανοσία.

Συνθετικά πεπτίδια προς τις περιοχές του gp 120 προς τις οποίες δρουν εξουδετερικά αντισώματα παρεμποδίζοντας την πρόσφυση του ιού στον CD4 υποδοχέα των λεμφοκυττάρων.

Ανασυνδυασμένοι φορείς του HIV ή τμημάτων μόνο αυτού. Χρησιμοποιήθηκε κυρίως ο ιός της δαμαλίτιδας στον οποίον ενσωματώθηκαν οι γόνιμοι για όλα ή για μερικά πεπτίδια του ιού.

Αντι-ιδιοτυπικά εμβόλια: Επιχειρείται η παραγωγή αντι-ιδιοτυπικών αντισωμάτων προς τα αντισώματα ολόκληρου τμήματος του CD4. Τα αντιιδιοτυπικά αυτά αντισώματα μπορούν να χρησιμοποιηθούν σαν εμβόλιο

που δημιουργεί αντισώματα που θα αποκλείσουν την πρόσφυση του ιού στο λεμφοκύτταρο.

Ζωντανός εξασθενημένος HIV: Επιχειρείται η αφαίρεση ή προσθήκη γόνων που θα εξασφαλίζουν τον περιορισμένο πολλαπλασιασμό του HIV χωρίς ανάπτυξη παθολογικών συμπτωμάτων. Πρόσφατα άρχισαν πειράματα σε ανθρώπους εθελοντές με σημαντική επιτυχία. Θα πρέπει όμως να περάσουν αρκετά χρόνια μέχρι να αποδειχθεί η αποτελεσματικότητα του εμβολίου με κλινικές δοκιμές και να εξασφαλιστεί η μαζική του παραγωγή.

Πάντως υπάρχει αισιοδοξία ότι σε ένα χρόνο θα είναι έτοιμοι οι επιστήμονες να δοκιμάσουν στον άνθρωπο, εμβόλιο κατά του AIDS, ενώ σε μια δεκαετία θα διατίθεται προληπτικό φάρμακο κατά της ασθένειας. Την ελπίδα αυτή εξέφρασαν οι ειδικοί στο 6^ο Διεθνές Συνέδριο για το AIDS στη Μελβούρνη. Ο καθηγητής Κούπερ του Πανεπιστημίου της Νέας Νότιας Ουαλίας, εξέφρασε την πεποίθηση ότι το εμβόλιο που κατασκευάστηκε θα έχει επιτυχία σε πρώτο στάδιο τουλάχιστον κατά 50%

Από τα παραπάνω γίνεται φανερό ότι η ανάπτυξη και μαζική διάθεση προφυλακτικού εμβολίου θα καθυστερήσει για αρκετά χρόνια. Γι' αυτό η προσπάθεια για προληπτική αντιμετώπιση της επιδημίας πρέπει να επικεντρωθεί στην ενημέρωση του πληθυσμού για αλλαγή σεξουαλικής συμπεριφοράς²⁹.

4.6. ΗΘΙΚΑ – ΝΟΜΙΚΑ- ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Η ανάπτυξη του εμβολίου θα πρέπει να λάβει υπόψη της ηθικές, νομικές και κοινωνικές ιδιομορφίες του AIDS. Τα πειράματα θα πρέπει να γίνουν αρχικά με πρωτόζωα. 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 πιεστικός χαρακτήρας της νόσου παρέχουν αρκετό χρόνο για την σωστή

ολοκλήρωση των προκαταρκτικών πειραμάτων. Κατά τη διάρκεια των πειραμάτων όχι μόνο πρέπει να παρέχεται υψηλού βαθμού ιατρική περίθαλψη, αλλά και να τηρούνται οι προϋποθέσεις, ώστε να εξάγονται έγκυρα επιστημονικά συμπεράσματα. Οι προϋποθέσεις από ηθικής, νομικής και δεοντολογικής άποψης για την εξασφάλιση ενός ασφαλούς και αποτελεσματικού εμβολίου, όπως την καθόρισε ο Π.Ο.Υ., είναι οι ακόλουθες:

Πλήρης σχεδιασμός των κλινικών πειραμάτων. Το εμβόλιο θα πρέπει να ελεγχθεί in nitro ως προς τη χημική του σύνθεση, την καθαρότητά του και τη σταθερότητά του. Η ανοσοποιητική του δύναμη και η απουσία οποιασδήποτε τοξικότητας πρέπει να αποδεικνύεται με τη χρησιμοποίηση προτύπων πειραματόζων. Στις επόμενες φάσεις θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί μικρός αριθμός υγιών ενηλίκων εθελοντών (10-20 άτομα). Στο τέλος, θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί, μεγαλύτερος αριθμός εθελοντών (100-200 άτομα), ώστε να αποκτηθεί εμπειρία ως προς την ανοσογονικότητα και αποτελεσματικότητα του εμβολίου. Θα προσδιοριστεί επίσης το μέγεθος της δόσης ως και το σχήμα των εμβολιασμών.

Ακριβείς εκτιμήσεις εργαστηριακών και κλινικών αποτελεσμάτων. Η ανοσογονικότητα του εμβολίου θα συνεκτιμηθεί με τα κλινικά και εργαστηριακά δεδομένα (φυσική εξέταση, αιματολογικός – βιοχημικός έλεγχος).

Επιλογή των κατάλληλων πληθυσμιακών ομάδων για εμβολιασμό. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι οι συμμετέχοντες να είναι υγιείς και να μην έχουν προσβληθεί από τον ιό. Οι συμμετέχοντες αρχικά, πρέπει να ανήκουν σε ομάδες χαμηλού κινδύνου, ώστε τα αποτελέσματα της ανοσοποιητικής ικανότητας του εμβολίου να μην συγχέονται με φυσική λοίμωξη, που πιθανόν να έχει συμβεί κατά την περίοδο του εμβολιασμού. Σε δεύτερη φάση, οι συμμετέχοντες πρέπει να ανήκουν σε ομάδες υψηλού και χαμηλού κινδύνου. Τα άτομα που ανήκουν στις ομάδες χαμηλού κινδύνου θα προσδιορίσουν την ανοσοποιητική ικανότητα του εμβολίου, ενώ για τα άτομα υψηλού κινδύνου η χρησιμοποίησή τους είναι μια προκαταρκτική δοκιμή για την τρίτη φάση που χρησιμοποιούνται αποκλειστικά άτομα υψηλού κινδύνου (νεαρά ενήλικα

άτομα με σεξουαλική δραστηριότητα, πολυμεταγχιζόμενα παιδιά και νεογνά που κινδυνεύουν από κάθετη μετάδοση), για εξακρίβωση της αποτελεσματικότητας του εμβολίου.

Δοκιμασία του εμβολίου σε διαφορετικές περιοχές και πληθυσμιακές ομάδες. Οι υποψήφιοι πρέπει να προέρχονται από διάφορες χώρες και να ανήκουν σε διάφορες πληθυσμιακές ομάδες.

Χρησιμοποίηση κατάλληλου ερευνητικού προσωπικού. Η τήρηση της εχεμύθειας ως προς την κατάσταση της υγείας ή της κοινωνικής συμπεριφοράς των εθελοντών είναι επιβεβλημένη. Επιπλέον πρέπει να ληφθεί πρόνοια για τις κοινωνικές επιπτώσεις που θα έχει το γεγονός της αποκάλυψης, κατά την διάρκεια των πειραμάτων, ότι ένα άτομο ανήκει στις ομάδες υψηλού κινδύνου ή πάσχει από AIDS. Είναι εξάλλου πιθανό κάποιο άτομο να καταστεί φορέας κατά τη διάρκεια των δοκιμών. Το προσωπικό πρέπει να ενημερώσει τους εθελοντές και να έχει πάρει μέτρα για την δωρεάν παροχή οποιασδήποτε ιατρικής υπηρεσίας στο μέλλον.

Συμπερασματικά, έστω κι αν κάποιο δραστικό εμβόλιο παραχθεί, δεοντολογικοί λόγοι θα εμποδίσουν τη σύντομη δοκιμή κι εφαρμογή του. Γι' αυτό δεν θα πρέπει να αναμένεται η εφαρμογή εμβολίου, πριν περάσουν 5-7 χρόνια. Η Πολιτεία θα πρέπει να παρέχει νομική κάλυψη και οικονομική ενίσχυση, ώστε να υποστηριχτεί η έρευνα και η παραγωγή⁴.

4.7. ΣΤΑΔΙΑ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΟΥ ΙΟΥ ΣΤΟ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΣΩΜΑ

Στο πρώτο στάδιο ο ιός HIV, μεταδίδεται από το ένα άτομο στο άλλο με τη σεξουαλική επαφή, τις κοινές σύριγγες, ή χρησιμοποιώντας μολυσμένα παράγωγα αίματος. Επίσης η έγκυος μητέρα μπορεί να μεταδώσει τον ιό στο βρέφος. Ο ιός «ταξιδεύει» διαμέσου της κυκλοφορίας του αίματος σε όλα τα σημεία του σώματος.

Το ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού, «πολεμάει» τους ιούς με τρεις τρόπους: με αντισώματα, με τα μακροφάγα κύτταρα που «τρώνε» όλους τους ξένους εισβολείς και τα φυσικά κυτταροκαταστροφικά λεμφοκύτταρα (Natural Killers) τα οποία καταστρέφουν τα κύτταρα που είναι μολυσμένα από

τον ιό. Σ' αυτό το σημείο οι επιστήμονες προσπαθούν να σταματήσουν τον ιό βοηθώντας το ανοσοποιητικό σύστημα στον «πρώιμο» αγώνα του εναντίον του ιού κατασκευάζοντας ένα εμβόλιο.

Το άτομο θα εμβολιάζεται με μια μορφή εξασθενημένου ιού HIV, ο οποίος δεν θα προκαλεί ασθένεια αλλά θα διεγείρει το ανοσοποιητικό σύστημα, το οποίο θα παράγει αντισώματα τα οποία θα καταπολεμούν τον ιό σ' αυτό το στάδιο. Αργότερα αν το άτομο μολυνθεί από τον ιό θα υπάρχουν τα αντισώματα που θα καταστρέψουν τον ιό.

Αλλά υπάρχουν κάποια μεγάλα μειονεκτήματα:

Όπως το εμβόλιο να είναι τέτοιο ώστε να προφυλάσσει και όχι να μολύνει με τον ιό τους εμβολιασθέντες.

Ο ιός HIV συνεχώς μεταλλάσσεται, έτσι το εμβόλιο δεν θα είναι αποτελεσματικό σε όλες τις μεταλλάξεις του ιού.

Αν και έστω ένας ιός HIV ξεφύγει από τα αντισώματα και «κρυφτεί» μέσα σε ένα κύτταρο τότε θα αναπαραγάγει εκατοντάδες φορές τον εαυτό του.

Το σημείο αυτό αποτελεί ένα καλό σημείο αντιμετώπισης του ιού, αλλά χρειάζεται ακόμα πολλή δουλειά από τους επιστήμονες.

Ο ιός του AIDS επιτίθεται στα T-λεμφοκύτταρα αποδεκατίζοντας την άμυνα του οργανισμού.

Η «επίθεση» γίνεται ως εξής: ο ιός HIV έχει στην επιφάνεια του ειδικό σχήμα το οποίο ταιριάζει απόλυτα με το σχήμα του λεμφοκυττάρου. Το σχήμα αυτό είναι η πρωτεΐνη CD4. Έτσι ο ιός μπορεί τώρα να εισέλθει μέσα στο κύτταρο.

Στο σημείο αυτό οι επιστήμονες σκέφτονται ν' αντιμετωπίσουν την ασθένεια ως εξής:

Εμποδίζοντας την προσκόλληση του ιού στην πρωτεΐνη του λεμφοκυττάρου CD4. Αυτό θα γίνει χορηγώντας στον οργανισμό «δολώματα» CD4 έτσι ώστε ο ιός να προσκολληθεί σ' αυτά αντί για τα λεμφοκύτταρα. Το πρόβλημα όμως εδώ είναι ότι το δόλωμα CD4 δεν μπορεί να παραμείνει στην κυκλοφορία του αίματος για μεγάλο χρονικό διάστημα, και δεν προσκολλάται καλά στον ιό.

Στο επόμενο στάδιο οι γενετικές πληροφορίες του ιού, το RNA αντιγράφεται σε μια μορφή ολίδια με τη γενετική πληροφορία του κυττάρου,

το DNA. Ο ιός τώρα με τη μορφή του DNA «κρύβεται» στον πυρήνα του κυττάρου προφυλαγμένος από το ανοσοποιητικό σύστημα.

Αυτό είναι από τα καλύτερα σημεία όπου μπορεί να καταπολεμηθεί ο ιός, και μάλιστα υπάρχουν φάρμακα που επεμβαίνουν σε αυτό ακριβώς το σημείο. Τα φάρμακα μοιάζουν με τα δομικά στοιχεία του DNA. Αλλά είναι λανθασμένα δομικά στοιχεία έτσι ώστε όταν χρησιμοποιηθούν από τον ιό η δόμηση σταματά. Έτσι ο ιός δεν μπορεί να μετατρέψει το RNA του σε DNA με αποτέλεσμα να μην μπορεί να κρυφτεί στο λεμφοκύτταρο ούτε να μπορεί να αναπαραχθεί. Το σημαντικό όμως μειονέκτημα είναι το γεγονός ότι ο ιός συνεχώς μεταλλάσσεται έτσι ώστε να μην «ξεγελιέται» πλέον από τα λάθος δομικά στοιχεία. Επίσης ένα άλλο μειονέκτημα είναι ότι τα φάρμακα αυτά μπορεί να καταστρέψουν κύτταρα τα οποία δεν έχουν προσβληθεί από τον ιό.

Στο επόμενο στάδιο ο ιός βγαίνει από την κρυψώνα του και ξεκινά να αναπαραγάγεται. Το DNA μεταγράφεται σε RNA έτσι ώστε να παραχθούν πρωτεΐνες για τους νέους ιούς.

Οι πρωτεΐνες κόβονται σε μικρά κομμάτια και πακετάρονται μαζί με το RNA. Σ' αυτό το σημείο οι επιστήμονες σκέφτονται τη δημιουργία ενός φαρμάκου που θα σταματά την παραγωγή πρωτεΐνης, κόβοντας έτσι τον κύκλο ζωής του ιού. Όμως αυτό δεν αποτελεί θεραπεία ακόμα, παρά μόνο, θα μειώσει την αναπαραγωγή του ιού.

Οι νέοι ιοί βγαίνουν από το κύτταρο και ο καθένας από αυτούς πηγαίνει και μολύνει και άλλα κύτταρα, αδυνατίζοντας το ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού.

Τέλος αφού ο ιός καταστρέψει πολλά από τα λεμφοκύτταρα, ο οργανισμός είναι εξασθετισμένος και ο άνθρωπος μπορεί να νοσήσει με απλές και ευκαιριακές λοιμώξεις, εκδηλώνοντας το σύνδρομο AIDS και οδηγώντας τον σταδιακά στο θάνατο³⁰.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5.1. ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΔΙΑΣΠΟΡΑΣ ΤΟΥ AIDS ΣΤΙΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ

Οι αιμοδιύλιζόμενοι (νεφροπαθείς) θα πρέπει να ελέγχονται περιοδικά για αντισώματα προς τον ιό παρά το γεγονός ότι λόγω της ανάπτυξης σ' αυτούς τους ασθενείς μη ειδικών αντισωμάτων προς περιφερειακά αντιγόνα των λεμφοκυττάρων υπάρχει μικρή πιθανότητα το αποτέλεσμα να είναι θετικό.

Παρ' όλα αυτά θα πρέπει να τηρούνται τα παρακάτω:

- α) Τα φίλτρα και οι αγωγοί να είναι μιας χρήσεως.
- β) Όλα τα αντικείμενα (βελόνα, αγωγοί κλπ) θα πρέπει να τοποθετούνται σε σκληρούς αδιαπέραστους σάκους.

Όσον αφορά το μηχάνημα αιμοδοσίας τα μέτρα απολύμανσης που λαμβάνονται (υποχλωριώδες νάτριο ή φορμαλδεΐδη) είναι αρκετά για την καταστροφή του HIV.

5.2. ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΟΥ ΝΕΚΡΟΤΟΜΕΙΟΥ

Όταν υπάρχει υπόνοια AIDS και η νεκροτομή είναι επιβεβλημένη, θα πρέπει:

- Να δηλωθεί και να γίνει αναγνώριση ότι το πτώμα ανήκει σε ασθενή με AIDS.
- Το προσωπικό κατά τη νεκροτομή να φέρει διπλά γάντια, μάσκα, γυαλιά, ιατρικές μπλούζες και αδιάβροχα παπούτσια και ποδιές.
- Για τα όργανα και τις επιφάνειες που μολύνονται κατά τη νεκροτομική εξέταση να καταβάλλεται η αντίστοιχη μέριμνα που εφαρμόζεται στα εργαστήρια³¹.

5.3. ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ AIDS ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

Οι οδοντίατροι είναι εκτεθειμένοι και αυτοί στον ιό, γι' αυτό θα πρέπει να γίνεται: χρήση γαντιών, μάσκας, γυαλιών και ιατρικής μπλούζας. Θα πρέπει να χρησιμοποιούνται μιας χρήσης καλύμματα για τις επιφάνειες που έρχονται σε επαφή με τα εργαλεία και τον ασθενή. Χρήση ελαστικού απομονωτήρα και ισχυρή αναρρόφηση ιδίως όταν χρησιμοποιούμε τις συσκευές υπερήχων και τις χειρολαβές υψηλών ταχυτήτων. Οι οδοντίατροι που είναι φορείς του HIV και πάσχουν από εξιδρωματική δερματίτιδα με εκτεταμένες αλλοιώσεις στα χέρια τους θα πρέπει να απέχουν εξ ' ολοκλήρου από την εργασία τους και να μην πιάνουν τον εξοπλισμό του ιατρείου τους μέχρι να θεραπευτούν οι βλάβες. Εννοείται ότι πρέπει απαραίτητα να φορούν γάντια³¹.

5.4 ΑΡΧΕΣ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ

α) Κατά τη νοσηλεία αρρώστου στο νοσοκομείο

Δωμάτιο μοναχικό. Ιδιαίτερα σε αρρώστους με ευκαιριακές λοιμώξεις, βήχα, διάρροια, αιμορραγία ή με κίνδυνο αιμορραγίας, εντερικές λοιμώξεις, ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα, καθώς και στο τελικό στάδιο της νόσου. Προστατεύεται ο άρρωστος από ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις και το προσωπικό και οι άλλοι άρρωστοι από μόλυνση του HIV.

Γάντια, μπλούζα, μάσκα. Απαραίτητη η χρήση τους σε όλες τις νοσηλείες και αναγκαία η απόρριψη μετά τη χρήση τους. Σε αναπνευστική λοίμωξη με βήχα ή αναρρόφηση εκκρίσεων, χρήση προστατευτικών γυαλιών.

Χέρια. Καλό πλύσιμο και ξέπλυμα με άφθονο νερό πριν και μετά τη χρήση γαντιών, διότι μπορεί να υπήρχε τρύπα στο γάντι και να μολυνθήκατε.

Τραυματισμοί. Αποφυγή τραυματισμών και τσιμπημάτων με αιχμηρά αντικείμενα, βελόνες, μολυσμένα εργαλεία με αίμα ή εκκρίματα. Σε τραυματισμό, πίεση του σημείου να αιμορραγήσει, πλύσιμο με άφθονο νερό, στέγνωμα και καθαρίσμα με οινόπνευμα, αφήνοντας να στεγνώσει. Το ίδιο

ισχύει και για κηλίδες αίματος ή εκκρίσεων στο δέρμα ή τα μάτια, με τη διαφορά ότι αντί για οινόπνευμα χρησιμοποιείται φυσιολογικός ορός.

Βελόνες, σύριγγες, εργαλεία. Υλικό μιας χρήσης απορρίπτεται σε αδιάτρητο κάδο στο θάλαμο του αρρώστου. Σπάσιμο, λύγισμα ή ανατοποθέτηση του καλύμματος της βελόνας αποφεύγεται για το φόβο τρυπήματος. Τοποθέτηση των εργαλείων σε πλαστικό σάκο και αποστολή για αποστείρωση.

Ιματισμός. Τοποθέτηση σε διαλυόμενο σάκο, μέσα σε κόκκινο πλαστικό και αποστολή σε χωριστό για την περίπτωση πλυντήριο. Αποστολή δειγμάτων αίματος, ούρων κλπ. Τοποθέτησή τους σε πλαστικά φιαλίδια με σκέπασμα και σε πλαστική σακούλα. Χωριστά τα χρεωστικά σημειώματα για την αποφυγή επίδρασης μολυσματικού υλικού σ' αυτά και διασποράς του ιού. Ενημέρωση του εργαστηρίου και σε υποψία λοίμωξης.

Απολύμανση επιφανειών, αντικειμένων, μηχανημάτων κ.ά. που ήλθαν σε επαφή με αίμα ή σωματικά υγρά. Απολύμανση με πρόσφατο διάλυμα χλωρίνης 1:10.

Εγκυμοσύνη. Λήψη προφυλακτικών μέτρων για την πρόληψη μόλυνσης για να μην μεταδοθεί και στο κύημα³².

β) Κατά τη νοσηλεία του αρρώστου στο σπίτι

Έχει αποδειχθεί ότι άρρωστοι με AIDS μπορεί σε ορισμένα στάδια της νόσου να νοσηλεύονται με ασφάλεια εκτός νοσοκομείου σε αναρρωτήρια κρατικά ή ιδιωτικά, αλλά και στο σπίτι τους ακόμα με την προϋπόθεση να τηρούνται τα ενδεικνυόμενα προφυλακτικά μέτρα.

Ο άρρωστος που νοσηλεύεται στη θαλπωρή του σπιτιού του περνάει την αρρώστια και τις δυσκολίες ανάμεσα στα προσφιλή πρόσωπα, αισθάνεται ασφαλής, ενισχύεται ψυχολογικά και αντιμετωπίζει ευκολότερα τα προβλήματά του. Γι' αυτό οι οικογένειες πρέπει να ενθαρρύνονται να τους νοσηλεύουν στο σπίτι με στοργή και κατανόηση, όπως τον ψυχοπαθή ή καρκινοπαθή άρρωστο. Στις περιπτώσεις αυτές συνιστούνται τα παρακάτω:

- Τήρηση του απορρήτου. Πληροφορίες δίνονται μόνο όπου είναι απαραίτητο.
- Αποδοχή και ψυχολογική ενίσχυση του αρρώστου στις οποιοσδήποτε αντιδράσεις του

- Βοήθεια του αρρώστου να καταλάβει ότι έχει υποχρέωση να προφυλάξει τον εαυτό του, την οικογένειά του και το περιβάλλον του γενικότερα.
- Ενημέρωση αρρώστου – οικογένειας για τα προβλήματα της νόσου, επίδειξη τεχνικής νοσηλείων, φροντίδας και εφαρμογή προφυλακτικών μέτρων, όπως περιγράφονται στη νοσηλεία αρρώστου στο νοσοκομείο.
- Καθαρισμός των χώρων με τον συνήθη τρόπο. Δεν χρειάζονται απολυμαντικά για το μπάνιο και την τουαλέτα, εκτός αν υπάρχει λύση συνέχειας δέρματος. Τότε χρησιμοποιείστε διάλυμα χλωρίνης 1:10. Για την καθαριότητα επιβάλλεται υλικό μιας χρήσης, το οποίο απορρίπτεται στα μολυσμένα σκουπίδια.

Απομάκρυνση μολυσμένων απορριμμάτων

Απεκκρίματα, όπως ούρα, κόπρανα, έμετοι απορρίπτονται στην τουαλέτα. Ο άρρωστος διατηρεί ατομικό δοχείο.

Στερεά απορρίμματα, όπως γάζες, βαμβάκι, χαρτοβάμβακο κλπ. καλά ασφαλισμένα σε πλαστικό σάκο και απόρριψη στο απορριμματοφόρο του Δήμου. Προσοχή να μην εκτεθούν για πολλές ώρες στο πεζοδρόμιο και ανοιχτούν από ζώα, διότι υπάρχει κίνδυνος διασποράς του ιού. Άλλος τρόπος είναι το κάψιμο.

Αποστείρωση – απολύμανση αντικειμένων

Για την αποστείρωση χρησιμοποιούνται κλίβανοι ξηρής θερμότητας ή με οξειδίο του αιθυλενίου ή με χημικούς κλιβάνους. Για απολύμανση εργαλείων, που δεν αποστειρώνονται λόγω κατασκευής τους σε υψηλές θερμοκρασίες μπορεί να χρησιμοποιηθούν διάφορα απολυμαντικά διαλύματα. Καλή απολύμανση γίνεται με βρασμό επί 10 λεπτά τουλάχιστον.

5.5 ΓΕΝΙΚΕΣ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Γενικός κανόνας, όπως έχουμε ήδη αναφέρει, είναι η αποφυγή της επαφής με το αίμα ή τα υγρά του αρρώστου, όπως τα ούρα, έμετοι, κόπρανα, πτύελα, σπέρμα, υγρά του κόλπου, γάζες τραυμάτων.

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

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

Μάσκα. Η μάσκα πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο αν ο άρρωστος έχει λοίμωξη του αναπνευστικού και βήχει, όπως βρογχίτιδα ή πνευμονία, την ώρα που τον περιποιούμαστε. Η ποιότητα της μάσκας πρέπει να είναι χάρτινη, ανθεκτική όπως η μάσκα του χειρουργείου που σκεπάζει καλά τη μύτη και το στόμα.

Πρέπει να φοράτε καινούρια μάσκα κάθε μέρα στο τέλος της οποίας να πετάτε αυτή στα μολυσμένα σκουπίδια.

Γάντια. Τα γάντια που χρησιμοποιούνται για την περιποίηση του αρρώστου αυτού μπορεί να είναι:

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

Τα γάντια πρέπει να είναι ακέραια.

5.6. ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ

1. 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.
2. Μεγάλη προσοχή πρέπει να δίνεται για την αποφυγή τυχαίου εμβολιασμού με τα παραπάνω υλικά. Ο καλύτερος τρόπος αποφυγής είναι η χρησιμοποίηση πλαστικών αντικειμένων μιας χρήσεως και όχι γυάλινων υλικών που μπορεί να δημιουργήσουν τραυματισμούς.
3. Συνιστάται η χρήση σιφωνίων μηχανικής απορρόφησης.
4. 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 αυτόκαυστα ή ξηρό κλίβανο, ανάλογα με τη φύση των υλικών, πριν απόρριψη ή επαναχρησιμοποίησή τους.
5. 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 διάρκεια της εργασίας του στους χώρους αυτούς.

5.7. ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ AIDS ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ

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

- Εξηγηθούν τα προφυλακτικά μέτρα και η ανάγκη συνεργασίας
- Τονιστεί η ανάγκη πλύσης των χεριών όπως έκανε και κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του.
- Τονιστεί η σημασία προσωπικής υγιεινής για να μη γίνει πηγή μόλυνσης στους άλλους.

- Τονιστεί η σημασία προφυλάξεων που ελαττώνουν τη διασπορά της λοίμωξης όπως:
 - Ενημερώνει το προσωπικό υγείας πως είναι μολυσμένος π.χ οδοντιατρικό, χειρουργούς κλπ.
 - Μη γίνει αιμοδότης.
 - Αποφύγει εγκυμοσύνη.
 - Μη μολύνει άλλους με σεξουαλική επαφή.
 - Μη μοιράζεται βελόνες ενέσεων, ξυριστικές μηχανές ή άλλα εργαλεία με άλλους.
 - Καθαρίζει καλά και απολυμαίνει τυχόν διασπορά από τα πιθανά μολυσματικά υγρά του, από τυχόν κοψίματα και άλλες πληγές.
 - Πρέπει να συντονιστεί η εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση.

5.8. ΘΑΝΑΤΟΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

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

- Πρέπει να αποφεύγεται η μεγάλη επαφή με το σώμα του νεκρού κατά το δυνατόν.
- Ο υπεύθυνος γιατρός πρέπει να ενημερώσει το Γραφείο Κηδειών για την αρρώστια του νεκρού.
- Το Γραφείο Κηδειών θα ετοιμάσει, περιποιηθεί και τακτοποιήσει τον νεκρό, σύμφωνα με τις οδηγίες του Υπουργείου Υγείας (όσον αφορά ενδυμασία, φέρετρο κλπ.)
- Οι συγγενείς και οι φίλοι πρέπει να χαιρετήσουν τον νεκρό στο σπίτι πριν φύγει, χωρίς επαφή με το σώμα του.

Τέλος, δεν επιτρέπεται να ανοιχθεί το φέρετρο στο νεκροφυλάκειο ή αλλού³³.

5.9. ΓΕΝΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥΣ ΚΑΙ ΦΟΡΕΙΣ ΤΟΥ AIDS

- Μην εκτίθεστε σε αρρώστους που έχουν κάποια λοίμωξη.
- Μην παίρνετε φάρμακα χωρίς ιατρική οδηγία καθώς και οινόπνευματώδη ποτά.
- Ακολουθείστε τους βασικούς κανόνες υγιεινής διατροφής και διαβίωσης χωρίς υπερβολές και άσκοπη ταλαιπωρία του οργανισμού σας.
- Αποφεύγετε τους τραυματισμούς και τις επιμολύνσεις. Μην παραμελείτε την ατομική υγιεινή, ιδιαίτερα το πλύσιμο των χεριών μετά την τουαλέτα ή την επαφή με τα υγρά του σώματός σας.
- Έχετε πάντοτε ατομικά είδη, όπως οδοντόβουρτσα, ψαλίδι νυχιών, ξυριστική μηχανή, καλλυντικά κ.ά. Είδη εστίασης μπορεί να είναι κοινά αλλά να πλένονται πολύ καλά με ζεστή σαπουνάδα πριν χρησιμοποιηθούν από άλλον.
- Αποφεύγετε τις σεξουαλικές επαφές, διότι είναι ο κύριος τρόπος μετάδοσης. Προσέχετε να μην έρχονται σε επαφή αλλά άτομα με τα εκκρίματά σας (σάλιο, ιδρώτα, εμέτους, ούρα, κόπρανα, σπέρμα) για τυχόν ύπαρξη στοιχείων αίματος σ' αυτά.
- Απορρίπτετε με ασφαλή τρόπο χρησιμοποιημένο υλικό, όπως σερβιέτες υγείας ή ταμπόν οι γυναίκες φορείς.
- Ενημερώστε τον οδοντίατρο ή άλλο γιατρό, όπως εργαστηριακό ή υγειονομικό προσωπικό σχετικά με το θέμα σας.
- Μην δίνετε αίμα, πλάσμα, σπέρμα, γάλα, όργανα του σώματος ή άλλους ιστούς³².

5.10. ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΤΟΥ HIV ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΠΡΩΤΩΝ ΒΟΗΘΕΙΩΝ

Σε σχέση με τη μετάδοση του HIV, οι κυριότεροι λόγοι ανησυχίας κατά την παροχή Πρώτων Βοηθειών είναι η ανάνηψη στόμα με στόμα και η αντιμετώπιση των αιμορραγιών, δύο περιπτώσεις όπου μπορεί να συμβεί επαφή με υγρά του σώματος άλλου ατόμου.

A) Ανάνηψη στόμα με στόμα

Σε ασθενή που είναι αναίσθητος και χωρίς φυσικά αναπνοή (π.χ. εξαιτίας καρδιακής προσβολής, ηλεκτροπληξίας ή χτυπήματος στο κεφάλι), είναι πιθανό να απαιτηθεί ανάνηψη στόμα με στόμα. Η ανάνηψη πρέπει να αρχίσει αμέσως. Είναι πράξη διάσωσης της ζωής και δεν πρέπει να καθυστερεί εξαιτίας του φόβου προσβολής από τον HIV ή από άλλη λοίμωξη.

Μετάδοση του HIV δεν έχει αναφερθεί ως τώρα από ανάνηψη στόμα με στόμα. Παρότι ο HIV έχει ανιχνευθεί στο σάλιο, η παρουσία του είναι σε εξαιρετικά μικρή ποσότητα και καμία περίπτωση μετάδοσης του ιού δεν έχει αναφερθεί, κατά την οποία να αποδεικνύεται ότι η μετάδοση έχει συμβεί με το σάλιο.

Αν και δεν έχει τεκμηριωθεί ποτέ, θεωρητικά υπάρχει κίνδυνος δυνητικής μετάδοσης του HIV, αν το άτομο που χρειάζεται ανάνηψη, αιμορραγεί από το στόμα. Το προσωπικό των πρώτων βοηθειών θα μπορούσε, στην περίπτωση αυτή, να χρησιμοποιήσει καθαρό ύφασμα ή μαντήλι, όταν υπάρχει, για να απομακρύνει το αίμα από το στόμα του πάσχοντος. Επιστόμια, ασκοί ανάνηψης ή άλλα αναπνευστικά μηχανήματα πρέπει να χρησιμοποιούνται από άτομα που έχουν ειδικά εκπαιδευτεί στη φύση τους. Η χρήση τους από το γενικό προσωπικό πρώτων βοηθειών δεν συστήνεται, επειδή ο λαθεμένος χειρισμός τους πιθανόν να δημιουργήσει μεγαλύτερες βλάβες και αιμορραγία. Η απουσία τέτοιου εξοπλισμού δεν θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί σαν λόγος άρνησης της ανάνηψης στόμα με στόμα³⁵.

B) Αιμορραγία

Εργαζόμενοι που αιμορραγούν, πρέπει να τυγχάνουν άμεσης περίθαλψης. Το προσωπικό των πρώτων βοηθειών δεν πρέπει να διστάσει να τους βοηθήσει, αφού μερικά τραύματα μπορεί να απειλήσουν την ζωή των αιμορραγούντων (όπως π.χ. αιμορραγούσα αρτηρία).

Όταν είναι εφικτό, το προσωπικό πρώτων βοηθειών πρέπει να καθοδηγήσει το άτομο που αιμορραγεί, να πιέσει, το ίδιο, με δύναμη το τραύμα του χρησιμοποιώντας ένα χονδρό ύφασμα. Αν το άτομο είναι αναισθητο ή δεν συνεργάζεται ή αν το τραύμα είναι υπερβολικά μεγάλο ή έχει γίνει σε τέτοιο σημείο του σώματος που το άτομο δεν το φτάνει, το προσωπικό των πρώτων βοηθειών θα πρέπει να πιέσει στο σημείο του τραύματος με ένα καθαρό ύφασμα ή άλλο υλικό, αποφεύγοντας την απευθείας επαφή με το αίμα. Αν υπάρχουν διαθέσιμα γάντια, πρέπει να χρησιμοποιούνται. Αν δεν υπάρχουν, ένα άλλο υλικό, όπως ύφασμα ή ρούχα, θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για να εμποδίσει την επαφή του δέρματος με το αίμα. Παρ' όλα αυτά, αν η αιμορραγία απειλεί πραγματικά τη ζωή του ατόμου, η απουσία γαντιών δεν πρέπει να αποτελέσει λόγο άρνησης παροχής πρώτων βοηθειών. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να ληφθεί, για να εμποδιστεί η απευθείας επαφή του αίματος του τραυματία με μη ανέπαφο δέρμα ή με τους βλεννογόνους των ατόμων που χορηγούν τις πρώτες βοήθειες. Αν τα χέρια των ατόμων που χορηγούν τις πρώτες βοήθειες έρθουν σε επαφή με αίμα, πρέπει να προσέξουν να μην το φέρουν σε επαφή με τα μάτια ή το στόμα τους.

Τα χέρια πρέπει να πλυθούν με σαπούνι και νερό όσο το δυνατόν γρηγορότερα μετά την παροχή των πρώτων βοηθειών³⁵.

Γ) Καθαρισμός χυμένου αίματος

Το χυμένο αίμα πρέπει να απορροφηθεί με απορροφητικό υλικό, όπως ύφασμα, ένα κουρέλι, χαρτί τουαλέτας ή πριονίδι, προσέχοντας να αποφευχθεί η απευθείας επαφή με το δέρμα. Το διαποτισμένο με αίμα υλικό πρέπει να απορριφθεί προσεκτικά σε πλαστικό σάκο και να καεί σε αποτεφρωτικό κλίβανο ή να θαφτεί. Η περιοχή που μολύνθηκε με το χυμένο

αίμα, πρέπει να πλυθεί με κάποιο απολυμαντικό (κατά περίπτωση με υποχλωριώδες νάτριο – λευκαντικό οικιακής χρήσης – διαλυμένο σε νερό σε αναλογία 1:10, ώστε να δώσει 0,1-0,5% ελεύθερο χλώριο), για να καθαριστεί το υπόλοιπο αίμα. Αν υπάρχουν διαθέσιμα γάντια οικιακής χρήσης, είναι προτιμότερο να χρησιμοποιούνται για τον καθαρισμό του υπόλοιπου αίματος. Αν δεν υπάρχουν, τότε θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί μεγάλη ποσότητα χαρτιού τουαλέτας, ώστε να αποφευχθεί η απευθείας επαφή του δέρματος με το μολυσμένο αίμα. Τα χέρια πρέπει να πλένονται πάντα με σαπούνι και νερό μετά τον καθαρισμό του αίματος ή άλλων υγρών του σώματος.

Ρούχα αλλά και υφάσματα που είναι εμφανώς μολυσμένα με αίμα, δεν πρέπει να πιάνονται με γυμνά χέρια. Αν υπάρχουν διαθέσιμα γάντια οικιακής χρήσης, πρέπει να χρησιμοποιούνται και τα ρούχα και τα υφάσματα πρέπει να μαζεύονται και στη συνέχεια να τοποθετούνται και να μεταφέρονται σε αδιάτρητους σάκους. Τα ρούχα αυτά πρέπει να πλυθούν με απορρυπαντικό και ζεστό νερό (τουλάχιστον στους 70° C – 160° F), με απορρυπαντικό κατάλληλο για χαμηλή θερμοκρασία πλυσίματος.

Δ) Πρόσθετα μέτρα

Το προσωπικό των πρώτων βοηθειών πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικό όσον αφορά σπασμένα γυαλιά ή άλλα αιχμηρά αντικείμενα που πιθανόν βρίσκονται στο χώρο του ατυχήματος. Θα πρέπει να βεβαιωθούν ότι κάθε ανοιχτή πληγή ή τραύμα που έχουν, είναι καλυμμένα, ώστε να μην εκτεθούν στο αίμα, όταν θα παρέχουν τις πρώτες βοήθειες³⁵.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

6.1. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ AIDS

Το AIDS είναι μια αρρώστια που αποτελεί καταστροφικά απειλή σε όλες τις διαστάσεις της ανθρώπινης ζωής: σωματική, ψυχολογική, πνευματική, κοινωνική και οικονομική. Η απειλή αυτή μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα συμπτώματα ψυχικής διαταραχής. Επιπλέον ο ιός είναι νευρότροπος και μπορεί να εισβάλλει στο νευρικό σύστημα, οπότε μπορούν να συμβούν νευρολογικές διαταραχές, ακόμη και οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο με ποικίλα συμπτώματα π.χ. νοητική έκπτωση ανοϊκού τύπου, διαταραχές συμπεριφοράς, ψυχοκινητική επιβράδυνση κ.ά.

Συνήθως η αρχική αντίδραση στη διάγνωση AIDS είναι δυσπιστία, επιφυλακτικότητα και άρνηση που ακολουθούνται από συναισθήματα οργής, ευερεθιστότητας, έντονο άγχος και τέλος καταθλιπτικά συμπτώματα και συναισθήματα επικείμενου θανάτου. Οι συναισθηματικές αντιδράσεις που έχουν περιγραφεί από την Kubler – Ross σε θνήσκοντα άτομα – σοκ, φόβος, άρνηση, θυμός, ενοχή, λύπη, αποδοχή, παραίτηση – παρατηρούνται και στους πάσχοντες από AIDS και μάλιστα σε μεγαλύτερη ένταση και πιο χαρακτηριστική μορφή.

Οι ασθενείς με AIDS αντιμετωπίζουν σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Οι πιο πολλοί απορρίπτονται όχι μόνο από την κοινωνία αλλά και από τους δικούς τους ανθρώπους, έτσι έρχεται η απόσυρση, η απώλεια ενδιαφερόντων, η μειωμένη αυτοεκτίμηση, η απάθεια και η απραξία. Όλα αυτά τα καταθλιπτικά σημεία μπορούν να οδηγήσουν τον ασθενή και σε αυτοκαταστροφικές πράξεις. Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις ασθενών που εκφράζουν ανοιχτά την οργή και την επιθετικότητά τους κατά της κοινωνίας, του ιατρικού προσωπικού, της οικογένειας ή και των σεξουαλικών τους συντρόφων. Εν τούτοις έχουν αναφερθεί και άλλες μαρτυρίες για ασθενείς που αναγεννήθηκαν πνευματικά και ψυχικά και ένιωσαν έτοιμοι να διδάξουν οι ίδιοι στην κοινωνία πώς προλαμβάνεται αποτελεσματικά το AIDS.

Σοβαρό ψυχοκοινωνικό πρόβλημα είναι για τους περισσότερους αρρώστους η απώλεια της εργασίας τους, που συμβαίνει είτε λόγω του στίγματος είτε αναγκαστικά λόγω της πορείας της νόσου και των θεραπευτικών αναγκών. Έτσι τα κοινωνικοοικονομικά προβλήματα που καλείται να αντιμετωπίσει ο άρρωστος είναι τεράστια και συνοδεύουν τις καθημερινές υπαρξιακές του αγωνίες. Πάντως είναι χαρακτηριστικό ότι οι άρρωστοι ομολογούν ότι ο θάνατος δεν είναι ο μεγαλύτερος πόνος γι' αυτούς. Το τραγικότερο είναι ότι η αγωνία τους συνοδεύεται από τον κοινωνικό φόβο της αυστηρής κριτικής, του εξοστρακισμού, της εγκατάλειψης και της αποξένωσης.

Οι ειδικοί παράγοντες που σχετίζονται με τις πολλαπλές διαστάσεις (τις ιατρικές, τις κοινωνικές, τις πολιτισμικές, τις πολιτικές) που έχει το AIDS και επηρεάζουν επιβαρυντικά τις ψυχοκοινωνικές παραμέτρους της χρόνιας αυτής νόσου αφορούν κυρίως τα εξής:

- Το διαχωρισμό που έγινε για τους πάσχοντες σε «στιγματισμένες μειονότητες» και σε «αθώα θύματα». Έτσι οι πάσχοντες που φέρουν ευθύνη για τη μόλυνσή τους έχουν φοβερές ενοχές και αισθήματα αναξιοότητας υπό την πίεση και αυτού του διαχωρισμού που τους στιγματίζει κοινωνικά.
- Η ταχεία και συνεχιζόμενη αύξηση των περιστατικών που καταγράφονται παγκοσμίως σε συνδυασμό με την έλλειψη αποτελεσματικής θεραπείας και τις μικρές ελπίδες για ανακάλυψη κατάλληλου εμβολίου.
- Ο πανικός που συχνά καταλαμβάνει το γενικό πληθυσμό για τη νόσο που παρά την ενημέρωση για τους τρόπους μετάδοσης, εν τούτοις η κοινωνία τη θεωρεί «σύγχρονη πανούκλα».
- Τα αμφιθυμικά συναισθήματα του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Συχνά το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό είναι απρόθυμο να προσφέρει βοήθεια στους ασθενείς με AIDS, λόγω προκατάληψης, εξαιτίας του κοινωνικού στιγματισμού και από φόβο πιθανής μόλυνσης. Η στελέχωση των μονάδων που νοσηλεύουν ασθενείς με AIDS είναι συνήθως πολύ προβληματική.

Οι ασθενείς με AIDS απαιτούν ειδική ψυχοκοινωνική στήριξη λόγω της ιδιαιτερότητας της νόσου. Απαιτείται προσέγγιση από εξειδικευμένο

προσωπικό, αλλά συγχρόνως χρειάζεται και αλλαγή της στάσης του κοινωνικού συνόλου απέναντι στη νόσο επειδή η υπάρχουσα αποτελεί την πηγή των σπουδαιότερων προβλημάτων που εμφανίζονται.

6.2 ΟΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ AIDS

Για τα άτομα που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να προσβληθούν από AIDS και για εκείνους από εμάς που έχουν επίγνωση της πιθανότητας εξάπλωσής τους σε ολόκληρο τον κόσμο το πρόβλημα του AIDS είναι «τρομακτικό».

Πάνω από όλα εκείνο που είναι ανησυχητικό είναι η αβεβαιότητα που δημιουργεί και καινούργια και άγνωστη αρρώστια, που όχι μόνο δεν έχουμε ανακαλύψει την αιτία της, αλλά δεν έχουμε καμιά σίγουρη θεραπεία για την καταπολέμησή της.

Το AIDS δημιουργεί ένα τρομακτικό σύννεφο αβεβαιότητας τόσο για τους απλούς ανθρώπους όσο και για τους επιστήμονες. Έχει γίνει ένα από τα μεγαλύτερα μυστήρια της σύγχρονης Ιατρικής.

Έχουμε συνηθίσει τις γρήγορες ιατρικές προόδους και παραλούμε όταν σκεπτόμαστε ότι υπάρχει μια αρρώστια, που ξεφεύγει από τις ικανότητες των ιατρών. Από αυτήν την άποψη το AIDS είναι ένας αναχρονισμός, μια επιστροφή σε μια παλιότερη εποχή όπου η αιτία που προκαλούσε τις περισσότερες αρρώστιες ήταν σκοτεινή. Όμως το AIDS δεν είναι η μόνη αρρώστια που προκαλεί αβεβαιότητα. Δεν υπάρχουν αξιόπιστες θεραπείες για την προχωρημένη καρδιοπάθεια, τους ρευματισμούς και πολλές μορφές καρκίνου. Πολλές θεραπείες απλώς ανακουφίζουν χωρίς να θεραπεύουν. Επίσης η ζωή είναι γεμάτη αβεβαιότητα. Κανένας δεν είναι σίγουρος πως θα είναι υγιής ή ευτυχισμένος αύριο. Αυτό είναι ένα μάθημα που μπορεί να εφαρμοστεί στο AIDS.

Το AIDS μπορεί να είναι ένας λόγος για να είμαστε προσεκτικοί σχετικά με ορισμένες συνήθειες μας αλλά δεν είναι λόγος για να σταματήσουμε να ζούμε.

Πρέπει επίσης να θυμόμαστε ότι η επιστημονική ικανότητα δουλεύει πάνω στο AIDS, η λύση του ανιγήματός του έχει την προτεραιότητα ανάμεσα

στα προβλήματα της υγείας. Το AIDS είναι συνήθως θανατηφόρο. Ελάχιστα άτομα έχουν επιζήσει πάνω από δύο χρόνια μετά τη διάγνωση.

Επειδή το AIDS συνήθως χτυπάει νέους ανθρώπους, φαίνεται ακόμα πιο τραγικό. Είναι φυσικό να φοβόμαστε την αρρώστια και το θάνατο. Κανένας δεν το αισθάνεται εντονότερα από εκείνον που είναι άρρωστος, αλλά και τα αγαπημένα του πρόσωπα μπορεί να έχουν παρόμοια αισθήματα. Ο φόβος όμως και η κατάθλιψη μπορεί να έχουν σοβαρές συνέπειες για την υγείας μας. Χάνουμε τον ύπνο μας, μπορεί να δυσκολευόμαστε να φάμε και μπορεί να χάσουμε βάρος. Μπορεί να ανέβει η πίεσή μας και να εξαντλήσουμε τα αποθέματα ενέργειας που έχουμε. Το στρες μπορεί να ασκήσει κατασταλτική επίδραση στο ανοσολογικό σύστημα.

Το γεγονός ότι το AIDS χτύπησε τους ομοφυλόφιλους, τους ναρκομανείς και τις πόρνες, έχουν αυξήσει την πιθανότητα, να δημιουργήσει αυτή η αρρώστια έντονα συναισθήματα ενοχής. Η κοινωνία δεν εγκρίνει αυτούς τους τρόπους ζωής και είναι εξαιρετικά δύσκολο να αποφύγουμε την εξωτερίκευση των αξιών που μας περιβάλλουν. Επίσης υπάρχει μία τάση να κατηγορούμε τα θύματα για την αρρώστια τους. Το κάνουμε με τους καπνιστές που παθαίνουν καρδιακές προσβολές κλπ.

Δεν είναι παράξενο το γεγονός, ότι η ενοχή και η ντροπή εμφανίζεται αναπόφευκτα στα άτομα που έχουν AIDS. Δεν υπάρχει επιστημονικός έλεγχος για να πιστεύουμε πως κάποιος προκάλεσε μόνος του την αρρώστια του.

Ανεξάρτητα από τον τρόπο ζωής και τις προηγούμενες σεξουαλικές δραστηριότητες, είναι δυνατόν να είναι υπεύθυνος για μια αρρώστια, που μπορεί να την κόλλησε όταν ακόμη ήταν άγνωστη στους γιατρούς. Επίσης δεν είναι γνωστό γιατί μερικά άτομα παθαίνουν AIDS ενώ άλλα όχι. Στην ιατρική υπάρχει μεγάλη ποικιλία στην έκφραση της αρρώστιας και συμμετέχουν ένα πλήθος ατομικοί και κοινωνικοί παράγοντες. Με λίγα λόγια το AIDS δεν θεωρείται σαν τιμωρία για ορισμένες σεξουαλικές δραστηριότητες και τρόπους ζωής.

Μερικοί άρρωστοι ντρέπονται, όταν οι συγγενείς τους και οι φίλοι τους επισκέπτονται στο νοσοκομείο. Το AIDS μπορεί να ξανά ζωντανέψει οικογενειακές συγκρούσεις που αφορούν τον τρόπο ζωής που υπήρχαν από χρόνια. Αλλά για τα περισσότερα άτομα η στενή επαφή με την οικογένεια

είναι σημαντική βοήθεια στην αρρώστια. Αν η ενοχή και η ντροπή εμποδίζουν αυτήν την υποστήριξη πρέπει να στρατολογείται η βοήθεια συμβούλων που θα ενώσουν την οικογένεια. Είναι καλύτερα να κατευθύνουμε τον θυμό μακριά από τον άρρωστο αλλά στην αρρώστια. Το AIDS είναι ο εχθρός και όχι τα θύματά του ή τρόπος ζωής που έχουν υιοθετήσει.

Τα αγαπημένα πρόσωπα του αρρώστου με AIDS έχουν την ίδια ανάγκη υποστήριξης, συμβουλών και βοήθειας από την κοινότητα. Είναι συνηθισμένο για εκείνους που έχουν βρεθεί κοντά στην αρρώστια, να νοιώσουν θυμό, άρνηση, κατάθλιψη, ενοχή και ντροπή. Επομένως πρέπει να φροντίσουμε προσωπικά για τις ψυχολογικές ανάγκες³⁴.

6.3 ΟΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ AIDS

Τις δυο τελευταίες δεκαετίες τα σεξουαλικά ήθη έχουν υποστεί μεγάλη μεταμόρφωση. Έχουμε περάσει από μια κοινωνία όπου οι ετεροφυλοφιλικό πυρηνική οικογένεια αποτελούσε τον κανόνα σε μια πιο ποικίλη έκφραση της ανθρώπινης σεξουαλικότητας.

Στο ίδιο διάστημα υπήρξε μια συγκεντρωμένη προσπάθεια προς την απελευθέρωση των ομοφυλοφίλων. Ομάδες τέτοιων ατόμων έχουν καταφέρει να κάνουν τους ομοφυλόφιλους να αισθάνονται άνετα σχετικά με τις σεξουαλικές τους προτιμήσεις. Δεν είναι όμως παράξενο ότι πολύ ομοφυλόφιλοι φοβούνται ότι το φάσμα του AIDS μπορεί να προκαλέσει καινούργια εχθρότητα. Η επίρριψη ευθυνών στο θύμα για την αρρώστια συμβαίνει και σε κοινωνικό επίπεδο και σε ατομικό. Μερικές φορές παίρνουμε τις ιατρικές μαρτυρίες και προσπαθούμε να τις μετατρέψουμε σε λανθασμένες κοινωνικές γενικεύσεις. Ασφαλώς αυτό είναι σχετικό με την εκτίμησή μας σχετικά με τις αρρώστιες που μεταδίδονται με την σεξουαλική επαφή. Ο φόβος για τα αφροδίσια νοσήματα γενικά και ιδιαίτερα για τον έρπη είναι ένα φανερό παράδειγμα.

Υπάρχει μια τάση να θεωρούμε αυτές τις αρρώστιες μάλλον σαν σημάδια ντροπής παρά σαν αρρώστιες.

Το AIDS δεν πρέπει να θεωρείται δικαιολογία για να αποφύγουμε καινούργιες σχέσεις.

Υπάρχουν τρόποι με τους οποίους η κοινότητα μπορεί να αντεπεξέλθει σε αυτή την καινούργια αρρώστια, χωρίς να παραιτηθεί από δύσκολα κερδισμένες ελευθερίες.

Η κοινότητα των ομοφυλοφίλων μπορεί να βοηθήσει στην διάδοση των πληροφοριών που θα περιορίσουν στο ελάχιστο την εξάπλωση τους AIDS. Αυτή μπορεί να είναι μια θετική πλευρά των κοινωνικών συνεπειών του AIDS. Τελικά κάθε άτομο πρέπει να είναι υπεύθυνο για την σεξουαλικότητα του και για την υγεία εκείνων με τους οποίους έχει στενές επαφές. Η ιδέα ότι το ομοφυλοφιλικό σεξ είναι αμαρτωλό είναι βαθιά ριζωμένη στις κοινωνικές και θρησκευτικές μας παραδόσεις. Στην κοινωνία πρέπει να απορρίψουμε την ιδέα της ντροπής, στην προσπάθειά μας να καταλάβουμε την αρρώστια.

Ο τρόπος μετάδοσης μιας αρρώστιας είναι ένα ιατρικό και κοινωνικό γεγονός, όχι μια δικαιολογία για κριτική.

Δεν κατηγορούμε τους ανθρώπους που παθαίνουν ελονοσία γιατί τους δάγκωσε κουνούπι.

Ούτε τιμωρούμε τις κοινότητες στις οποίες εμφανίζεται μια επιδημική αρρώστια. Έτσι δεν μπορούμε να αποδώσουμε ντροπή σε κοινότητες όπου υπάρχει αυξημένος κίνδυνος προσβολής από AIDS. Πρόκειται για μια επιδημιολογική παρατήρηση και όχι για ένα λόγο κοινωνικού στιγματισμού.

Η γενική κοινότητα πρέπει να δείχνει μεγαλύτερη συμπάθεια γιατί οι ομοφυλόφιλοι και τα άλλα άτομα που διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο είναι είδη θύματα προκατάληψης. Δείχνοντας κατανόηση σε αυτές τις ομάδες μπορεί να τις κάνουμε να ζητάνε πιο άνετα βοήθεια από τους γιατρούς.

Έχουν γίνει αρκετές συζητήσεις μεταξύ των ομοφυλοφίλων για την πολιτική σημασία της μονογαμίας. Μερικά άτομα βλέπουν τις σεξουαλικά αποκλειστικές σχέσεις σαν μια προσβολή ενάντια στην αδελφοσύνη της ομοφυλοφιλίας. Άλλη θεωρούν την μονογαμία ή την έλλειψή της καθαρά θέμα προσωπικής επιλογής. Στο παρελθόν οι αρρώστιες που μεταδίδονταν με την σεξουαλική επαφή και ιδιαίτερα η σύφιλη, είχαν τρομερές ιατρικές συνέπειες.

Το AIDS έχει ξαναφέρει το θέμα της μονογαμίας στην επικαιρότητα. Οι ιατρικές ενδείξεις δείχνουν ότι πιθανώς οι πολλοί σεξουαλικοί σύντροφοι αποτελούν παράγοντα κινδύνου για την απόκτηση AIDS. Αν αυτό είναι αλήθεια, είναι άραγε λόγος το AIDS για να είμαστε μονογαμικοί;

Το AIDS δεν σημαίνει ότι οι άνθρωποι πρέπει αναγκαστικά να είναι μονογαμικοί, αλλά σημαίνει ότι η σεξουαλική δραστηριότητα συνεπάγεται ορισμένους κινδύνους. Σαν ώριμοι άνθρωποι μπορούμε να λάβουμε υπόψη τους διάφορους κινδύνους και να τους σταθμίσουμε με τις πιθανές ανταμοιβές³⁷.

6.4. ΤΟ AIDS ΚΑΙ Η ΓΥΝΑΙΚΑ

6.4.1. ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΕΙ ΤΗ ΓΥΝΑΙΚΑ ΤΟ AIDS ΚΑΙ ΓΙΑΤΙ;

Όπως έχω αναφέρει προηγουμένως το AIDS μεταδίδεται κυρίως με τη σεξουαλική πράξη. Επομένως και οι γυναίκες μπορεί να μολυνθούν και να μεταδώσουν τον ιό του AIDS.

Επιδημιολογικά έχει αποδειχθεί πως οι γυναίκες μπορούν να μεταδώσουν τον ιό του AIDS στο σύντροφό τους, καθώς και στο έμβρυο και μετά τον τοκετό (σε ποσοστό 50%), όπως επίσης και κατά το θηλασμό του βρέφους.

Είναι πλέον φανερό ότι και οι γυναίκες μπορεί να είναι φορείς της νόσου, επομένως πρέπει να λάβουν τα μέτρα έτσι ώστε να προφυλαχθούν και κυρίως να μην συμβάλλουν στη μετάδοση του AIDS²³.

6.4.2. ΠΟΙΑ ΟΜΑΔΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΒΡΙΣΚΕΤΑΙ ΣΕ ΥΨΗΛΟ ΚΙΝΔΥΝΟ ΜΟΛΥΝΣΗΣ;

Ο ιός του AIDS μεταδίδεται με τέσσερις τρόπους:

- I) Από τη σεξουαλική επαφή με μολυσμένο άτομο, χωρίς χρήση προφυλακτικού.
- II) Κοινή χρήση μολυσμένων βελονών ή συρίγγων
- III) Μετάγγιση μολυσμένου αίματος ή παραγώγων του.
- IV) Από μολυσμένη μητέρα στο παιδί της προ του τοκετού, κατά τον τοκετό ή κατά τη διάρκεια του θηλασμού.

Μερικές γυναίκες εκτίθενται σε μεγάλο κίνδυνο απ' τον ιό του AIDS και θα πρέπει να παίρνουν πρόσθετα προληπτικά μέτρα. Αυτές είναι:

- I) Γυναίκες που έχουν σύζυγο ή φίλο που έχει μολυνθεί από τον ιό του AIDS
- II) Ιερόδουλες, γυναίκες που έχουν σχέση με αμφισεξουαλικούς άνδρες.
- III) Γυναίκες που κάνουν κοινή χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών.
- IV) Γυναίκες που έχουν σεξουαλικές σχέσεις με άτομα που είναι ναρκομανείς.
- V) Γυναίκες που έχουν μείνει έγκυες με μολυσμένο σπέρμα από εξωσωματική γονιμοποίηση (σήμερα όλοι οι δότες σπέρματος ελέγχονται και ο κίνδυνος αυτός έχει εκλείψει)²³.

6.4.3. ΠΩΣ ΜΠΟΡΟΥΝ ΟΙ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΝΑ ΠΡΟΦΥΛΑΧΤΟΥΝ ΑΠΟ ΤΟ AIDS;

Τα πιο ασφαλή μέτρα εναντίον του AIDS για τις γυναίκες είναι:

- I) Να αποφεύγουν τις σχέσεις με αμφισεξουαλικούς άντρες.
- II) Να αποφεύγουν να κάνουν κοινή χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών.
- III) Να αποφεύγουν άτομα τα οποία έχουν πολυγαμικές σχέσεις.
- IV) Να αποφεύγουν άτομα τα οποία δεν γνωρίζουν την κατάσταση της υγείας τους και το παρελθόν τους.
- V) Να μην έχουν εφήμερες σχέσεις χωρίς οι σύντροφοί τους να κάνουν χρήση προφυλακτικού.

6.4.4. ΜΙΑ ΓΥΝΑΙΚΑ ΒΡΙΣΚΕΤΑΙ ΘΕΤΙΚΗ ΣΤΟΝ ΙΟ ΤΟΥ AIDS. ΠΩΣ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΣΕΙ ΤΟΥΣ ΓΥΡΩ ΤΗΣ;

Όπως έχουμε ήδη αναφέρει, εάν μια γυναίκα έχει βρεθεί ότι είναι φορέας του AIDS ενδέχεται να μεταδώσει τη νόσο και σε άλλους. Επομένως είναι απαραίτητο:

- I) Να ενημερώσει τον ερωτικό της σύντροφο.
- II) Να επιμένει στον σύντροφό της να έχουν ερωτικές σχέσεις μόνο με χρήση προφυλακτικού.
- III) Να μην έχουν σεξουαλικές σχέσεις κατά τη διάρκεια της περιόδου της.

- IV) Να διπλώνει προσεκτικά το ταμπόν και τις σερβιέτες της και να τις πετάει στα σκουπίδια.
- V) Να μην χρησιμοποιούν από κοινού ξυριστικές μηχανές, οδοντόβουρτσες και άλλα είδη που μπορεί να έχουν μολυνθεί από τα υγρά του σώματός της.
- VI) Δε νοείται οι γυναίκες αυτές να μείνουν έγκυες.
- VII) Ο ιός του AIDS έχει ανιχνευθεί στο μητρικό γάλα. Για το λόγο αυτό θα ήταν σωστό να συμβουλευθεί τον γιατρό της εάν θα ήταν σωστό να θηλάσει το μωρό της.
- VIII) Να ενημερώσει το νοσηλευτικό προσωπικό για την κατάσταση της υγείας της όταν πρόκειται να νοσηλευθεί²³.

6.4.5. ΜΙΑ ΓΥΝΑΙΚΑ ΠΟΥ ΖΕΙ ΣΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΟΠΟΥ ΚΑΠΟΙΟ ΜΕΛΟΣ ΤΗΣ ΕΧΕΙ AIDS, ΒΡΙΣΚΕΤΑΙ ΣΕ ΚΙΝΔΥΝΟ;

Εξαρτάται από τη σχέση εάν πρόκειται για φιλική, αδελφική ή πατρική δεν υπάρχει κανένα πρόβλημα.

Εκτεταμένες έρευνες σε άτομα που ζουν καθημερινά με ασθενείς της νόσου έδειξαν ότι κανένας δεν έχει προσβληθεί από τον ιό του AIDS. Οι έρευνες αυτές έδειξαν επίσης ότι οι γονείς δεν έχουν μεταδώσει τη νόσο στα παιδιά τους (μιλάμε για την περίπτωση που οι γονείς μολύνθηκαν μετά την γέννηση των παιδιών τους) ή το παιδί γεννήθηκε χωρίς να έχει μολυνθεί και δεν έχει γίνει θηλασμός.

Ακόμη αδέρφια μεταξύ τους δεν έχουν κίνδυνο προσβολής.

Τέλος, στην περίπτωση που η συγκεκριμένη γυναίκα εκτελεί και χρέη νοσηλεύτριας, τότε υπάρχει κίνδυνος μόλυνσης. Για να αποφευχθεί η μόλυνση κατά τη νοσηλεία συνίσταται να χρησιμοποιεί πλαστικά γάντια μιας χρήσης. Εάν το άτομο με το οποίο ζει είναι ο ερωτικός της σύντροφος, τότε ο κίνδυνος είναι μεγάλος. Πρέπει να αποφεύγει την εγκυμοσύνη και ο σύντροφός της θα πρέπει να χρησιμοποιεί προφυλακτικό κατά τη σεξουαλική πράξη²³.

6.4.6. ΕΝΑ ΜΕΓΑΛΟ ΠΟΣΟΣΤΟ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΕΡΓΑΖΕΤΑΙ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΣΕ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ Ή ΑΣΧΟΛΕΙΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΜΕ AIDS. ΥΠΑΡΧΕΙ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΝΑ ΜΟΛΥΝΘΟΥΝ;

Θα πρέπει να γίνει κατανοητό ότι μόνο το προσωπικό υγείας και εργαστηρίων που ασχολείται με τα υγρά του σώματος ασθενών που έχουν προσβληθεί από τον ιό του AIDS βρίσκεται σε υψηλό κίνδυνο προσβολής. Συνεπώς είναι προς όφελός τους και υποχρέωσή του σαν λαμβάνουν τα προληπτικά μέτρα προφύλαξης για τα οποία μπορούν να πληροφορηθούν από τα Κέντρα Ελέγχου και Αναφοράς του AIDS.

Θα πρέπει να σημειωθεί πως αρκετά άτομα που αργάζονται σε νοσοκομεία έρχονται σε επαφή καθημερινά με μολυσμένα άτομα ή ακόμα έχουν τρυπηθεί με βελόνες αλλά κανείς δεν έχει μολυνθεί²³.

6.4.7. ΠΡΕΠΕΙ ΟΙ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΝΑ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ AIDS;

Το αν οι γυναίκες θα πρέπει να υποβάλλονται στην εξέταση του AIDS για να διαπιστώσουν αν έχουν μολυνθεί από τον ιό εξαρτάται από τον τρόπο ζωής τους. Εάν μια γυναίκα είναι μονογαμική χωρίς να έχει εξωσυζυγικές σχέσεις αυτή και ο σύντροφός της δεν διατρέχουν κανένα κίνδυνο προσβολής. Μια επιπόλαιη σεξουαλική πράξη όμως μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τη ζωή της, γιατί κινδυνεύει να μολυνθεί. Επομένως σε τέτοια περίπτωση φρόνιμο θα ήταν να κάνει μια εξέταση για AIDS.

Εάν κάποια γυναίκα θέλει να γίνει δωρητής αίματος για να πιστοποιήσει αν είναι φορέας, καλά θα κάνει να επισκεφτεί τα Κέντρα Έλεγχου και Αναφοράς του AIDS, όπου εκεί η εξέταση γίνεται δωρεάν.

Ο λόγος ύπαρξης αυτού του κεφαλαίου δεν είναι να διαχωρίσει τα δύο φύλα δίνοντας βαρύτητα στη γυναίκα, αλλά εξυπηρετεί τους εξής λόγους:

1. Μια γυναίκα κατά τη διάρκεια της τεκνοποίησης μπορεί να μεταφέρει στο παιδί της τον ιό σε ποσοστό 50 % κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού ή του θηλασμού.

2. Οι γυναίκες μολύνονται πιο εύκολα σε σχέση με τους άνδρες κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής πράξης.
3. Τέλος, ένα μεγάλο ποσοστό του γυναικείου πληθυσμού ασχολείται με επαγγέλματα τα οποία έχουν αυξημένο κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό του AIDS²³.

6.4.8. ΜΠΟΡΟΥΝ ΟΙ ΟΜΟΦΥΛΟΦΙΛΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΝΑ ΚΟΛΛΗΣΟΥΝ AIDS;

Δεν υπάρχουν στοιχεία που να αποδεικνύουν ότι ο ιός του AIDS μπορεί να μεταδοθεί από μια μολυσμένη γυναίκα σε άλλη με τη σεξουαλική επαφή. Θα πρέπει όμως να αποφεύγεται η σεξουαλική επαφή με τη γυναίκα που έχει περίοδο και είναι μολυσμένη με τον ιό του AIDS.

Έχει αναφερθεί μια μόνο περίπτωση το Δεκέμβριο του '86 στο περιοδικό *Annals of International Medicine*. Η περίπτωση αναφέρθηκε από ιατρό που η πελάτης του υποστήριζε ότι μολύνθηκε από τη φίλη σύντροφό της.

Τελικά το Κέντρο Ελέγχου Λοιμωδών Νόσων της Ατλάντα αποφάνθηκε ότι η γυναίκα θα έπρεπε να είχε μολυνθεί παλιότερα από την επαφή της με το φίλο της²³.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

7.1. Ο ΔΕΚΑΛΟΓΟΣ ΤΟΥ ΦΟΡΕΑ ΤΟΥ AIDS

Δικαιώματα και Υποχρεώσεις

1. Εγώ, ως φορέας του ιού του AIDS, αλλά και ως φορέας αυξημένης ευθύνης απέναντι στον εαυτό μου και την κοινωνία, πιστεύω πως είναι κοινωνικά χρήσιμο να γνωρίζω και να υπερασπίζομαι τα δικαιώματά μου, όπως είναι κοινωνικά επιβεβλημένο να αναγνωρίζω και να εκπληρώνω τις υποχρεώσεις μου.
2. Έχω το βασικό δικαίωμα στη ζωή. Διεκδικώ από την Πολιτεία να εξασφαλίσει τους βασικούς όρους της υγειονομικής φροντίδας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης που χρειάζομαι σήμερα – και ίσως περισσότερο αύριο, αν και όταν αρρωστήσω – για να αξιοποιήσω τις αναπτυσσόμενες δυνατότητες της επιστήμης για αποτελεσματικό έλεγχο της αρρώστιας. Έχω όμως και την υποχρέωση να φροντίζω ο/η ίδιος/α την υγεία μου. Δε δικαιούμαι να επιβαρύνω το κοινωνικό σύνολο και να απαιτώ από τους άλλους να κάνουν για μένα αυτό που μπορώ, αλλά δεν προσπαθώ να κάνω εγώ για τον εαυτό μου.
3. Έχω, όπως κάθε πολίτης που σέβεται τους νόμους, που δεν προκαλεί ούτε βλάπτει τους άλλους, το δικαίωμα στο σεβασμό της προσωπικότητάς μου και στο απαραβίαστο της προσωπικής μου ζωής. Δεν αποδέχομαι τον υποχρεωτικό διαγνωστικό έλεγχο ούτε παρέχω πληροφορίες σ' οποιαδήποτε αρχή για την προσωπική μου ζωή, αν δεν διασφαλίζονται η ανωνυμία και η αυστηρή τήρηση του απορρήτου. Ως συνειδητό μέλος της κοινωνίας και ως ευαίσθητος φορέας ευθύνης απέναντι στην/στον ερωτικό μου σύντροφο, στην οικογένειά μου, σε εκείνους που φροντίζουν την υγεία μου και γενικά στον συνάνθρωπό μου, προσφέρω ο/η ίδιος/α με τη θέλησή μου, όποιες και όσες πληροφορίες είναι χρήσιμες για την προφύλαξη των άλλων και την προαγωγή της Δημόσιας Υγείας στη χώρα μου.
4. Έχω το δικαίωμα της ίσης με τους άλλους και χωρίς διάκρισης μεταχείρισής μου από το Νόμο και την κοινωνία στις σπουδές, στην

εργασία, στην εκλογή κατοικίας, στον γάμο, στην κοινωνική ασφάλιση, στην κοινωνική συναναστροφή και στην ψυχαγωγία. Αρνούμαι ν' αποδεχτώ οποιοδήποτε περιορισμό αυτών των δικαιωμάτων. Υποχρεούμαι όμως και εγώ με το προσωπικό μου παράδειγμα και με την ενεργό συμμετοχή μου σε συλλογικές προσπάθειες να συμβάλλω όχι μόνο στην επιβολή τους, αλλά και στη συνειδητή κοινωνική τους αποδοχή.

5. Έχω το δικαίωμα να απαιτώ από τους αρμόδιους φορείς της Πολιτείας συνεχή, συστηματική και έγκυρη ενημέρωση της κοινής γνώμης (του πληθυσμού) στο πολύπτυχο πρόβλημα του AIDS που να αποκαλύπτει όχι μόνο τις ιατρικές του διαστάσεις, αλλά και τις ψυχοκοινωνικές του αφετηρίες και επιπτώσεις. Ως φορέας του ιού, έχω την υποχρέωση να συμβάλλω προσωπικά και μέσα από τις κοινωνικές ομάδες που ανήκω στην αποδοτικότητα των ενημερωτικών προσπαθειών.
6. Έχω το δικαίωμα να απαιτώ περίθαλψη και υγειονομική φροντίδα χωρίς διάκριση από τους άλλους συνασθενείς μου και δεν αποδέχομαι – αν δεν συντρέχουν ειδικοί λόγοι – την απομόνωση ή την κοινωνική περιχαράκωση. Με τη στάση και τη συμπεριφορά μου, δείχνω εγώ ο/η ίδιος/α το επιστημονικά αβάσιμο και το ηθικά παραδεκτό αυτών των πράξεων.
7. Έχω το δικαίωμα να αρνούμαι τη συμμετοχή μου σε έρευνες που με εκθέτουν κοινωνικά και δε διασφαλίζουν όσα εγώ κρίνω απαραίτητα για το σεβασμό της ατομικής μου ελευθερίας και αξιοπρέπειας. Δεν προσφεύγω και αντιμάχομαι τις επιστημονικά αστήριχτες και μη νόμιμα εγκεκριμένες θεραπείες που ευνοούν την εκμετάλλευση και συχνά αποβαίνουν βλαπτικές για την υγεία μου.
8. Έχω το δικαίωμα να απαιτώ την πλήρη κάλυψη και τις χωρίς αποκλίσεις εφαρμογή των μέτρων της Πολιτείας για την καταπολέμηση του AIDS που προβλέπουν τη ΔΩΡΕΑΝ παροχή υπηρεσιών σε ολόκληρο το φάσμα των αναγκών μου, διαγνωστικών, θεραπευτικών, νοσηλευτικών, ψυχολογικών και κοινωνικών. Παράλληλα υποχρεούμαι, προκειμένου τα προνόμια που μου παρέχονται να είναι αποτελεσματικά και ωφέλιμα για την κοινωνία, να καταγγέλλω δημόσια με υπευθυνότητα και παρρησία κάθε κρούσμα πλημμελούς εφαρμογής, χαλκίδευσης ή εκτροπής των μέτρων αυτών προς ιδιοτελείς κατευθύνσεις.

9. Έχω το ηθικό δικαίωμα να επικαλούμαι τη συμπαράσταση των συνανθρώπων μου στον αγώνα μου για αξιοπρεπή διαβίωση με περισσότερη κατανόηση και χωρίς κοινωνικές διακρίσεις σε βάρος μου.
10. Ο κοινός εχθρός μας είναι ο ιός του AIDS. Δεν είμαι ούτε εγώ, ούτε οι συνάνθρωποί μου που ατυχήσαμε να είμαστε φορείς.

7.2. ΤΑ ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΤΟΥ AIDS

Δεν θα ήταν αλήθεια να πούμε ότι το AIDS δημιούργησε νέα ηθικά διλήμματα . απλά έκανε πιο έντονα αυτά που ήδη υπήρχαν.

Συγκεκριμένα τα διλήμματα που σχετίζονται με το AIDS είναι:

1. Η τήρηση του απορρήτου.

Ο άρρωστος έχει το δικαίωμα να τηρηθεί μυστική η διάγνωση και μάλιστα στις περιπτώσεις με AIDS οι άρρωστοι εκλιπαρούν να μη λεχθεί τίποτα στην οικογένεια τους, επειδή η αρρώστια συνδέεται με το κοινωνικό στίγμα. Εξάλλου με την ανακοίνωση, θα έρθουν αναγκαστικά στο φως στοιχεία της προηγούμενης συμπεριφοράς του ατόμου που μπορεί να δημιουργήσουν ρήγμα στις σχέσεις οικογένειας με τον άρρωστο. Δεν έχουν όμως δικαίωμα και οι συγγενείς να γνωρίζουν από τι αρρώστια πάσχει ο άνθρωπός τους, ώστε όχι μόνο να του προσφέρουν σωστή βοήθεια, αλλά και να λάβουν τα κατάλληλα μέτρα για τη δική τους προστασία;

Το άρθρο του 284 του Ποινικού Κώδικα ορίζει ότι τιμωρείται αυτός που παραβιάζει τα μέτρα, τα οποία έχουν θεσπιστεί από τον Νόμο για την αποτροπή της εισβολής ή διάδοσης μεταδοτικής νόσου. Αν με την παράβαση αυτή μεταδόθηκε η αρρώστια σε άνθρωπο «επιβάλλεται κάθειρξη» μέχρι δέκα χρόνια.

Το πρόβλημα φαίνεται ότι όσο προχωρούμε γίνεται σοβαρότερο. Παρά τη σοβαρότητά του μπορεί να λυθεί αν αντικαταστήσουμε τη λέξη απόρρητο με τη λέξη υποστήριξη. Υποστήριξη και προς τον άρρωστο και προς την οικογένεια. Το απόρρητο συνδέεται βέβαια και με διλήμματα της έρευνας, αυτά όμως ξεφεύγουν από το αντικείμενο της μελέτης μας³⁸.

2. Το πρόβλημα της ευθανασίας

Η περιφρόνηση της κοινωνίας και η δική μας φοβία και καχυποψία κάνει τους αρρώστους με AIDS να βλέπουν το θάνατο σαν τη μόνη λύση. Πρέπει να γνωρίζουμε ότι σε όλες τις περιπτώσεις «σκοπός μας είναι να μεταγγίζουμε τη ζωή και όχι να σκορπίζουμε το θάνατο»³⁸.

3. Το πρόβλημα των αμβλώσεων φαίνεται ότι συνδέεται με το AIDS

Αν ανακαλυφθεί ότι η μητέρα που κυοφορεί είναι φορέας ή πάσχει από AIDS, πρέπει να γίνει διακοπή κυήσεως; Αν και η απάντηση θα πρέπει να είναι αρνητική, γιατί όπως αποδείχτηκε είναι φόνος, ας προσθέσουμε και τούτο: το παιδί που θα γεννηθεί δεν είναι απαραίτητο να πάσχει. Μπορεί απλά να είναι φορέας.

4. Κινδυνεύουμε νοσηλεύοντας ασθενείς με AIDS;

Ο ιός του AIDS μεταδίδεται με συγκεκριμένους τρόπους: αιματογενώς, με σεξουαλική επαφή και από τη μητέρα στο παιδί. Θα πρέπει λοιπόν να μην έρθουμε σε επαφή με το αίμα του αρρώστου. Γάντια για τη λήψη αίματος, πλαστική ποδιά αν έχει εκκρίσεις, μάσκα αν έχει βήχα, πλύσιμο χεριών με αντισηπτικό, τοποθέτηση των εργαστηριακών δειγμάτων σε σφραγισμένο μέρος, καθώς και η ύπαρξη κατάλληλης ένδειξης στο υλικό, είναι μερικές πρακτικές οδηγίες που αισθητά μειώνουν τον κίνδυνο. Πρόβλημα δημιουργείται στην περίπτωση τραυματισμού. Τότε απαιτείται απολύμανση και αναφορά στη διεύθυνση. Και τελικά να σημειώσουμε τα ακόλουθα:

I) Δεν κινδυνεύουμε περισσότερο απ' όσο κινδύνευαν οι νοσηλευτές των περασμένων εποχών από την φυματίωση ή την ελονοσία.

II) Η ιστορία της νοσηλευτικής βασίστηκε στο πνεύμα του ηρωισμού και της θυσίας, που οι πρωτεργάτες του έργου μας έδειξαν. Οι προσωπικοί τους αγώνες ενάντια στην αρρώστια και η πάλη τους κάθε στιγμή με τη ζωή και το θάνατο, δεν είναι ξεπερασμένη φιλολογία, αλλά ένα διαρκές παρόν που καλούμαστε να το συνεχίσουμε αγωνιστικά και όχι να το σβήσουμε με την παθητικότητά μας.

III) Σε τελική ανάλυση όλοι ενδιαφερόμαστε για την δική μας προφύλαξη και αφήνουμε τον άρρωστο μόνο να ψάχνει παράθυρο να πέσει³⁸.

7.3. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ AIDS

Με πρωτοβουλία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας έχει συσταθεί το Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων. Το Κ.Ε.Ε.Λ. είναι οργανισμός ιδιωτικού δικαίου με μόνο μέτοχο το Κράτος και υπάγεται στο Υπουργείο Υγείας. Ιδρύθηκε το 1992, με σκοπό την αντιμετώπιση, την παρακολούθηση, τον συντονισμό και την υποβοήθηση των ενεργειών για την πρόληψη της εξάπλωσης ειδικών μεταδοτικών νοσημάτων και την θεραπευτική αντιμετώπισή τους.

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

1. Πρόληψη – μέσω γενικής ενημέρωσης σε πανεθνικό επίπεδο.
2. Περίθαλψη – κατάλληλη και άμεση, ιατρονοσηλευτική περίθαλψη.
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. Η τηλεφωνική αυτή γραμμή υπάρχει στην Ελλάδα από το 1992 και είναι στελεχωμένη με επιστήμονες εκπαιδευμένους σε θέματα πληροφόρησης, πρόληψης, συμβουλευτικής και ψυχολογικής υποστήριξης.

Μια άλλη υπηρεσία για τη βοήθεια στους ασθενείς του AIDS είναι ο Συμβουλευτικός Σταθμός, που έχει στόχο την κάλυψη αναγκών ψυχοκοινωνικής υποστήριξης των φορέων και των ασθενών του AIDS και των οικογενειών τους. Ο Σταθμός αποσκοπεί επίσης στην πρόληψη μέσα από προγράμματα ενημέρωσης, που απευθύνονται στο γενικό πληθυσμό σχετικά με τους τρόπους μετάδοσης του ιού. Λειτουργεί στο νοσοκομείο Α. Συγγρός από το 1992.

Από το 1993 λειτουργεί ένας ξενώνας στον Πειραιά όπου φιλοξενούνται άτομα που έχουν προσβληθεί από AIDS. Τους παρέχεται στέγη, τροφή, ψυχαγωγία, συμβουλευτικές και κοινωνικές υπηρεσίες. Έχει δυνατότητα φιλοξενίας 20 ατόμων σε δίκλινα δωμάτια. Στον ξενώνα, η διεπιστημονική

ομάδα αποτελείται από έναν βιολόγο γιατρό, έναν ψυχολόγο και έναν κοινωνικό λειτουργό για να αντιμετωπίζονται σφαιρικά τα πολύπλευρα προβλήματα των φιλοξενουμένων.

Στο πλαίσιο της υποστήριξης των μητέρων και βρεφών που πάσχουν από AIDS, το Κ.Ε.Ε.Λ. έχει ξεκινήσει ένα πρόγραμμα αναδοχής από το 1995.

Σε διάφορα νοσοκομεία της χώρας λειτουργούν Κέντρα Αναφοράς και Κέντρα Ελέγχου AIDS.

Τα Κέντρα Αναφοράς 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.
5. Υπάρχει σύνδεση με τα αντίστοιχα Κέντρα Αναφοράς της Π.Ο.Υ. και άλλων Διεθνών Οργανισμών.

Τα Κέντρα Ελέγχου AIDS αποτελούν τμήματα νοσοκομείων ή Πανεπιστημίων όπου γίνονται δωρεάν στους προσερχόμενους δωρεάν οι εξετάσεις για τον ιό, καθώς και ενημέρωση και συμβουλευτική καθοδήγηση των φορέων του AIDS.

Ως κύρια οργανωτική αρχή λειτουργίας θεωρείται ότι:

1. Τα Κέντρα Ελέγχου AIDS εκτός από τον βασικό έλεγχο διαλογής για αντισώματα HIV, έχουν τη δυνατότητα για δραστηριότητες πρωτογενούς φροντίδας.
2. Τα Κέντρα Αναφοράς ασχολούνται με εργαστηριακές δραστηριότητες που συμβάλλουν στην υποστήριξη των Κέντρων Ελέγχου και των κλινικών ιατρών οι οποίοι παρακολουθούν φορείς / ασθενείς του AIDS³⁸.

7.4. ΠΑΡΟΧΕΣ ΣΤΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ / ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ AIDS

Στους φορείς/ασθενείς χορηγείται από την Κοινωνική Πρόνοια επίδομα της τάξεως 176€. Το επίδομα δίδεται γιατί οι φορείς/ασθενείς θεωρούνται άτομα με ειδικές ανάγκες.

Οι προϋποθέσεις για την παροχή επιδόματος είναι:

1. Πιστοποιητικό οροθετικότητας από Δημόσιο Νοσοκομείο.
2. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης³⁸.

7.5. ΟΜΟΦΩΝΗ ΔΙΑΚΗΡΥΞΗ ΓΙΑ ΤΟ AIDS ΣΤΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Γενική διακήρυξη

Η λοίμωξη από τον ιό είναι επείγον πρόβλημα παγκόσμιας διασποράς με ευρείες κοινωνικές, πολιτισμικές, οικονομικές, πολιτικές, ηθικές και νομικές διαστάσεις και επιπτώσεις.

Σήμερα υπάρχουν στον κόσμο $2,3 \times 10^9$ οικονομικώς ενεργά άτομα. Οι χώροι εργασίας διαδραματίζουν παντού κεντρικό ρόλο στη ζωή των ατόμων. Η μελέτη του ιού σε σχέση με τους χώρους εργασίας θα ενδυναμώσουν την προσπάθεια για αποτελεσματική αντιμετώπιση του ιού σε τοπικά, εθνικά και διεθνή επίπεδα.

Η ανησυχία για τη διασπορά του HIV δίνει την ευκαιρία για να επανεξεταστεί το εργασιακό περιβάλλον. Αυτό παρέχει την ευκαιρία στους εργαζόμενους, στους εργοδότες και στις οργανώσεις τους και σε κυβερνητικές υπηρεσίες και σε άλλους οργανισμούς να δημιουργήσουν κατάλληλη ατμόσφαιρα για φροντίδα και προαγωγή της υγείας όλων των εργαζομένων. Επανεξέταση για την αποφυγή της κοινωνικής διάκρισης και του στιγματισμού.

Υπολογίζεται ότι το 90% περίπου από τα 5-10 εκατομμύρια των ατόμων που έχουν υποστεί λοίμωξη από τον HIV σε όλο τον κόσμο, ανήκουν στην ομάδα των οικονομικώς παραγωγικών ατόμων. Είναι φυσικό λοιπόν, να υπάρχουν ερωτήματα για τις επιπτώσεις του HIV και του AIDS στους χώρους εργασίας³³.

Αρχές πολιτικής

Η προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας των ατόμων που έχουν μολυνθεί από τον ιό είναι βασικά στοιχεία για την πρόληψη και τον έλεγχο της λοίμωξης. Εργαζόμενοι με λοίμωξη από τον HIV, συμπεριλαμβανομένου και του AIDS πρέπει να αντιμετωπίζονται θεραπευτικά όπως κάθε εργαζόμενος που νοσεί. Πρέπει επίσης να τους δίνεται η δυνατότητα να συνεισφέρουν τη δημιουργικότητά τους και την παραγωγικότητά τους στο εργασιακό περιβάλλον.

Ένα ψήφισμα που υιοθετήθηκε από την 41^η Γενική Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας συνιστά στα κράτη – μέλη:

1. Να ενθαρρύνουν το πνεύμα κατανόησης και συμπάθειας για τα άτομα που έχουν υποστεί λοιμώξεις από τον HIV / AIDS.
2. Να προστατεύσουν τα ανθρώπινα δικαιώματα και την αξιοπρέπεια των μολυσμένων ατόμων από τον ιό και των ατόμων με AIDS και να αποφεύγουν διακρίσεις και στιγματισμό κατά την παροχή παντός είδους υπηρεσιών, στην εργασία ή στα ταξίδια³³.

Ανάπτυξη και εφαρμογή πολιτικής

Συνεπής πολιτική και διαδικασίες πρέπει ν' αναπτυχθούν σε εθνικά επίπεδα μέσα από διαβουλεύσεις που θα γίνουν μεταξύ εργαζομένων, εργοδοτών και των οργανώσεών τους και των κυβερνητικών αρχών και άλλων οργανώσεων.

Η ανάπτυξη της πολιτικής και η εφαρμογή της για την αντιμετώπιση του HIV / AIDS εστιάζεται στα ακόλουθα:

1. Επικοινωνία με όλους τους παράγοντες, τους οποίους αφορά το πρόβλημα.
2. Συνεχής ανασκόπηση υπό το φως των επιδημιολογικών και άλλων επιστημονικών δεδομένων.
3. Παρακολούθηση για την επιτυχή εφαρμογή τους.
4. Εκτίμηση της αποτελεσματικότητάς τους³³.

Πρόσωπα σε εργασιακή απασχόληση

1. Έλεγχος του HIV / AIDS
2. Εμπιστευτικότητα
3. Ενημέρωση του εργοδότη
4. Προστασία του εργαζομένου
5. Πρόσβαση των εργαζομένων στις υπηρεσίες
6. Συνέχιση της εργασιακής απασχόλησης
7. Λογικές αλλαγές στις συνθήκες εργασίας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

8.1 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ AIDS

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ: Μ.Γ.

ΗΛΙΚΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ: 38 ετών

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: ιδιωτικός Υπάλληλος

ΝΟΣΟΣ: AIDS

ΚΥΡΙΟ ΕΝΟΧΛΗΜΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ: Ανορεξία, απώλεια βάρους από τρίμηνου

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ: 4/4/2003

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Πρόκειται για ασθενή 38 ετών εμπύρετο, αναιμία από ετών, απώλεια βάρους, διαταραχή ψυχισμού και μνήμης, συγκέντρωσης, προσανατολισμού, τρέμουλο χεριών και αστάθεια βάδισης.

Ο ασθενής αναφέρει δερματικά έλκη, κνησμώδη και πυορραγούντα από διαιτίας, εντοπισμένα στο θώρακα, στην κοιλιά, στα άκρα και στο κάτω μέρος της πλάτης. Μετά από επίσκεψη στο γιατρό πήρε κορτιζόνη με συνέπεια να υποχωρήσει το εξάνθημα αφήνοντας ορατό υπόλειμμα και να ρίξει τον πυρετό που έφτανε μέχρι τους 39° C. Ανέφερε πρόβλημα με τον θυρεοειδή αδένα και του χορηγήθηκε τετρακυκλίνη.

Το τελευταίο τρίμηνο παρουσίασε απώλεια βάρους 15 Kgr, ανορεξία, αδυναμία και πυρετό χωρίς ρίγος που φτάνει έως τους 38,5° C. Επίσης, παραπονείται για διάφορα οστικά άλγη και αρθραλγίες στο διάστημα αυτό.

Μετά από αναφορά της μητέρας του ασθενούς ότι η φίλη του έκανε αιμοκάθαρση, υποψιαστήκαμε ότι ο ασθενής πιθανόν να πάσχει από AIDS. Όταν δε ο απόλυτος αριθμός των λεμφοκυττάρων κατέβηκε στο 252/ml αίματος, έγιναν λεπτομερέστερες εξετάσεις.

ΠΗΓΗ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ: Ο ασθενής και οι συγγενείς του.

Ανάγκες – Πρόβλημα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός	Πρόγραμμα νοσ/κής φροντίδας	Εφαρμογή νοσ/κής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>Πυρετός 39° C</p>	<p>1. Πτώση της θερμοκρασίας σε φυσιολογικά επίπεδα</p> <p>2. Ανακούφιση του ασθενούς από τον πυρετό</p>	<p>1. Αύξηση της ενδοφλέβιας χορήγησης υγρών</p> <p>2. Διατήρηση σωστής θερμοκρασίας περιβάλλοντος.</p> <p>3. Διατήρηση θερμοκρασίας σώματος σε φυσιολογικό επίπεδο με φαρμακευτικά σκευάσματα.</p>	<p>1. Αύξηση της ενδοφλέβιας χορήγησης υγρών έγινε για την πρόληψη αφυδάτωσης</p> <p>2. Μείωση της θερμοκρασίας του περιβάλλοντος, ελαφρά κλινοσκεπάσματα, αποφυγή θερμών ενδυμάτων</p> <p>3. Χορήγηση Apotel I.V. κατόπιν ιατρικής εντολής</p>	<p>1. Σημαντική πτώση της θερμοκρασίας (37° C)</p> <p>2. Συνεχής παρακολούθηση</p>

Ανάγκες – Πρόβλημα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός	Πρόγραμμα νοσ/κής φροντίδας	Εφαρμογή νοσ/κής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
Απώλεια βάρους	Επαναφορά του βάρους σε φυσιολογικά επίπεδα	1. Έναρξη παρεντερικής διατροφής 2. Συχνό ζύγισμα	1. Ο ασθενής σιτίζεται με παρεντερική διατροφή 2. Γίνεται συχνό ζύγισμα προ και μετά της τροφής	Με την παρεντερική χορήγηση έχουμε άνοδο του βάρους

Ανάγκες – Πρόβλημα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός	Πρόγραμμα νοσ/κής φροντίδας	Εφαρμογή νοσ/κής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
Ανησυχία και αϋπνία	Μείωση της ανησυχίας και ήρεμος ύπνος	1. Χλιαρό μπάνιο 2. Διατήρηση σωστής θερμοκρασίας και υγρασίας δωματίου 3. Αποφυγή θορύβων και έντονου φωτισμού	1. Έγινε χλιαρό μπάνιο για μυϊκή χαλάρωση 2. Ρυθμίστηκε η θερμοκρασία δωματίου από 20 σε 22° C 3. Χαμήλωσαν τα έντονα φώτα του θαλάμου	Ο ασθενής ηρέμησε και κοιμήθηκε

Ανάγκες – Πρόβλημα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός	Πρόγραμμα νοσ/κής φροντίδας	Εφαρμογή νοσ/κής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
Διάρροια	1.Μείωση των κενώσεων 2. Ανακούφιση του ασθενούς από τις διάρροιες	1. Μείωση των κενώσεων με θεραπευτικά σκευάσματα κατόπιν ιατρικής εντολής 2. Μείωση των κενώσεων με την πρόσληψη κατάλληλης διατροφής	1. Χορηγήθηκε μία tamb. λοπεραμίδη για μείωση της γαστρεντερικής κινητικότητας 2. Ο ασθενής αποφεύγει να τρώει τροφές που παράγουν αέρια, πλούσια σε λίπος και σε ίνες	Έχει λιγότερες κενώσεις και καλύτερα σχηματισμένα κόπρανα

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

A

Τα παιδιά και οι νέοι σήμερα έχουν πολλά να πουν, να εκμυστηρευτούν, να φωνάξουν.

K

Α Κ Ο Υ τις ανησυχίες τους, τον προβληματισμό τους, τις δυσκολίες και τις πιέσεις που αντιμετωπίζουν καθημερινά.

O

Α Κ Ο Υ τις απόψεις τους, τα συναισθήματά τους, τους φόβους τους για τις σχέσεις, για τη ζωή, για τον έρωτα, για το AIDS.

Y

Α Κ Ο Υ προσεκτικά και συζήτησε μαζί τους.

Α Κ Ο Υ ! Δύο δεκαετίες έχουν περάσει από την ανακάλυψη του ιού του AIDS. Κι όμως, οι νέοι εξακολουθούν να αγνοούν ότι το AIDS δεν κάνει διακρίσεις. Ότι ο κίνδυνος μόλυνσης είναι υπαρκτός και κοινός σε άντρες και γυναίκες, ότι και οι δύο οφείλουν να απαιτούν ασφαλή ερωτική επαφή. Το οφείλουν πρώτα απ' όλα στον ίδιο τους τον εαυτό!

M

Η άγνοια σκοτώνει, γι' αυτό **Μ Α Θ Ε**, συζητώντας, επικοινωνώντας από σήμερα, από τώρα.

Πρέπει να **Μ Α Θ Ο Υ Μ Ε** ο ένας από τον άλλο, το παιδί από το παιδί, τον ενήλικο, τον νέο, ο ενήλικος από τον ενήλικο, το παιδί, το νέο, οι υγιείς από τους οροθετικούς.

Μ Α Θ Ε για το σεβασμό, τη συμμετοχή, την υποστήριξη και την προφύλαξη από τον ιό του AIDS.

A

Μ Α Θ Ε για τον κοινωνικό στιγματισμό της ασθένειας και των φορέων και σταμάτησέ τον.

Μ Α Θ Ε ποιες είναι οι προφυλάξεις που πρέπει να παίρνουμε όλοι και κυρίως τα παιδιά και οι νέοι, κατά του AIDS.

O

Μ Α Θ Ε ότι η σεξουαλικότητα δεν επιβεβαιώνεται από τον αριθμό των ερωτικών συντρόφων, αλλά από την υπεύθυνη συμπεριφορά.

Μ Α Θ Ε να συζητάς για τη σχέση σου με το σύντροφό σου.

Μ Α Θ Ε να απαιτείς και πετυχαίνεις ασφαλές σεξ, με όλες τις απαραίτητες προφυλάξεις.

E

Μ Α Θ Ε για το test ανίχνευσης του AIDS και κάντο με την παραμικρή αμφιβολία. Είναι καλύτερα να ξέρεις από το να αγνοείς. Ρώτα τους ιδικούς και μάθε, αντί να προσπαθείς να μαντέψεις, αντί να εύχεσαι και φοβάσαι.

Μ Α Θ Ε για το AIDS από τους ίδιους τους φορείς, για να προστατευθείς και για να τους συμπαρασταθείς.

Ζ **Η Σ Ε** από σήμερα κιόλας, σ' έναν κόσμο με λιγότερα κρούσματα του AIDS, σ' έναν κόσμο που δεν ντρέπεται και δεν φοβάται την αρρώστια, που γνωρίζει να προφυλάσσεται σωστά και συμπεριφέρεται ανθρωπίνα στα παιδιά, στους νέους και σε όλους όσους έχουν μολυνθεί από τον ιό.

Η **Ζ Η Σ Ε** καλύτερα γνωρίζοντας τους κινδύνους και παίρνοντας τις απαραίτητες προφυλάξεις και όχι το ρίσκο.

Σ **Ζ Η Σ Ε** χωρίς προκαταλήψεις και φοβίες σ' έναν κόσμο που δεν διστάζει να μιλήσει ανοιχτά, να ρωτήσει, να ζητήσει ασφάλεια, βοήθεια, συμπαράσταση. Αυτός ο καινούριος κόσμος μπορεί να αγκαλιάσει πια τους ανθρώπους. Νέους στην πλειοψηφία τους, που είναι φορείς και ασθενείς του AIDS. Γιατί ο ρατσισμός δεν ωφελεί και δεν προστατεύει κανέναν. Μόνο με τη στενή συνεργασία όλων μπορούμε να περιορίσουμε την εξάπλωση αυτής της επιδημίας.

Ε

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αβραμίδης Α., «AIDS με απλά λόγια», Εκδόσεις Ακρίτας, Αθήνα 1992.
2. *Experiment – Γαϊόραμα*, Έτος 2, Τεύχος 6.
3. Mikro D. Grmek, «*Ιστορία του AIDS*», 1992.
4. Hawkes, Nigel, «AIDS». Μετάφραση Α. Πολυχρόνη, Εκδόσεις Κέδρος, Αθήνα 1998.
5. «*Η ιστορία του AIDS*». Εκδόσεις Χατζηνικολή, Αθήνα 1989.
6. Dr. Jonathan, W. & Ferriman A., σε μετάφραση Δρος Θεμιστοκλή Καλμαντή. «*Το AIDS αφορά κι εσένα*», Εκδοτική Παραγωγή Επτάλοφος Α.Β.Ε.Ε, Αθήνα.
7. Βέρρος – Παπαρίζος, «*AIDS in Greece*», Αθήνα, 1997.
8. Rippert H., «*Ανατομική κείμενο και άτλαντας*», μτφρ. Μ.Δ. Νικηφόρος, Επιμέλεια Ν. Παπαδόπουλος, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος, Αθήνα, 1993.
9. Kahle W., Leonard H., Platzner W., «*Εγχειρίδιο Ανατομικής του Ανθρώπου με έγχρωμο άτλαντα*», Τόμος 3^{ος}, μετάφραση – επιμέλεια: Ν. Παπαδόπουλος, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1985.
10. Α. Τσιλικίρογλου – Φαχαντίδου, «*Υγιεινή*», University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1991.
11. Farthing, C.F., Brawn S.E., «*Έγχρωμος Άτλαντας για το AIDS και τη νόσο HIV*». Έκδοση Β', Μετάφραση – Επιμέλεια Θ.Γ. Ευστρατιάδης, Εκδόσεις Ελευθερουδάκης Α.Ε., Αθήνα 1988.
12. <http://www.care.gr/mag/topic/id?=3507>
13. <http://www.care.gr/mag/topic/?id=2899>
14. <http://www.care.gr/mag/topic/?id=3693>
15. Επιδημιολογική επιτήρηση του HIV/AIDS στην Ελλάδα, τεύχος 12, Δεκέμβριος 2000.
16. Liewellyn – Jones Derec: «*Σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες*», Εκδόσεις Λύχνος, Αθήνα 1992.

17. Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων – Κ.Ε.Ε.Λ.
«AIDS. Ώρα για δράση στους χώρους εργασίας».
18. <http://www.elpida.gr/rights.htm>
19. Κουσκούνης Κ., «AIDS τι πρέπει να γνωρίζετε», Εκδόσεις Σμυρνιωτάκη, Αθήνα 1988.
20. Βασίλειος Γολεμάτης, «Χειρουργική Παθολογία», Τόμος 1^{ος}, Έκδοση 1^η, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 1990.
21. Άννα Σαχίνη Καρδάση – Μαρία Πάνου, «Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική», Τόμος 3^{ος}, Έκδοση Β΄, Εκδόσεις Βήτα.
22. <http://www.aids-messages.gr/pages/live.html>.
23. Ι. Δεπτοράκης, Δ. Κουτσούμπα, «AIDS» Έκδοση 2^η, Εκδόσεις Τεχνογραφική, Πάτρα 1993.
24. Ν.Σ. Μασσαντώνης, Θ.Ε. Καρπάθιος, «Παιδιατρική», Τόμος 1^{ος}, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1995.
25. <http://users.otenet.gr/~cverros/drugaid.htm>.
26. <http://www.geocities.com/cverros.geo/drugaid.htm>
27. <http://www.geocities.com/cverros.geo/kostos.htm>
28. Γκουρνέλης Θωμάς, «Υγιεινή», Εκδόσεις Φαιστός, Θεσ/νίκη 1992.
29. Παπαευαγγέλου Γεώργιος, Καλλίνικος Γεώργιος, «AIDS», Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
30. <http://www.msichicago.org/exhibit/aids/aidsc1.html>
31. Παπαδάκη Κ.Ε., «Τι πρέπει να γνωρίζετε για να ζείτε κοντά στο AIDS». Έκδοση Εθνικής Φαρμακοβιομηχανίας Α.Ε., Αθήνα 1988.
32. Αθανάτου Ε.Κ., «Παθολογική και Χειρουργική Κλινική Νοσηλευτική», Αθήνα 1995.
33. Μερτζάνος Ε., Παραράς Μ., «Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας» Εκδ. Εθνική Φαρμακοβιομηχανίας Α.Ε., Αθήνα 1988.
34. Αποστολίδης Α., «Όλη η Αλήθεια για το.....AIDS», Εκδόσεις Καραμπερόπουλος Α.Ε.
35. Γερμένης Α., «Μαθήματα Πρώτων Βοηθειών για επαγγέλματα υγείας», Εκδ. Βήτα, Αθήνα 1994.
36. <http://hitbox.com>
37. Grmek M.D., «Η ιστορία του AIDS. Αρχή και προέλευση μιας σύγχρονης πανδημίας», Μτφρ. Ταμβάκη Ελένη, Εκδόσεις Χατζηνικολή

38. Σταθόπουλος «Κοινωνική Πρόνοια. Μια γενική θεώρηση», Εκδ. Έλλην 1995
39. *Hellenic Archives of AIDS*, Vol. 9, Number 1, January – March 2001
40. Πανελλήνιος Σύλλογος Πρόληψης και Συμπαράστασης Φορέων του AIDS “Εθελοντής”, «AIDS», Αθήνα 1996
41. Badusin D., «Εισαγωγή Αγωγής Υγείας», Μπφρ – Επιμέλεια Μαργαριτίδου Β., Λειβαδίτη Β., Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Γουδί 1996.
42. Γκούβας Χαράλαμπος, «AIDS Ερωτήματα και Αλήθειες», Εκδόσεις Ωκαιανίδα, Οκτώβριος 1985.
43. Δετοράκης Ι., «Βλεννόροια – Σύφιλη – AIDS», Εκδόσεις STUDENTS EDITION Βούλγαρης, Πάτρα 1987.
44. Κέντρο Ζωής, «*Posit Hiv*», Τεύχος 12, Εκδόσεις Κέντρο Ζωής, Αθήνα 1998.
45. Λάσκαρης Γ., Παπαευαγγέλου Γ., «AIDS και Οδοντιατρική», Ζήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα 1988.