

ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

**“AIDS – ΜΗΝ ΑΦΗΝΕΙΣ ΤΗΝ ΑΓΝΟΙΑ ΝΑ ΣΕ
ΣΚΟΤΩΣΕΙ”**



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΚΟΥΣΤΑ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ
ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ ΓΙΑΝΝΗΣ



ΠΑΤΡΑ 2005

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	2
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο	5
1.1. Αμυντικό σύστημα και ανοσία.....	6
1.2. Είδη ανοσίας.....	8
1.3. Ανοσολογία του AIDS.....	9
1.4. Επιδημιολογία του AIDS: Βασικά στοιχεία	10
1.5. Αιτιολογία του AIDS	19
1.7. Πολλαπλασιασμός του HIV	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο.....	23
2.1. Καταγωγή του ιού HIV	24
2.2. Ορισμός της λοίμωξης	27
2.3(α). Τι σημαίνουν τα αρχικά AIDS.....	29
2.3(β). Τι προκαλεί την ασθένεια αυτή	29
2.3(γ). Καρκίνος πού σχετίζεται με τους ομοφυλόφιλους.....	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο.....	31
3.1(α). Διαγνωστικά test	32
3.1(β). Τι σημαίνει ότι το τεστ αντισωμάτων του AIDS είναι αρνητικό;	32
3.1(γ). Τι σημαίνει ότι το τεστ αντισωμάτων του AIDS είναι θετικό;.....	33
3.2. Διάγνωση του συνδρόμου	33
3.3(α). Εργαστηριακά ευρήματα	34
3.3(β). Πρόγνωση του συνδρόμου	35
3.4. Κλινική εικόνα του AIDS	36
3.5. Σημεία και συμπτώματα του AIDS	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο.....	43
4.1. Φυσική πορεία της λοίμωξης HIV	44
4.2. Ταξινόμηση της λοίμωξης HIV.....	45
4.3(α). Τρόποι μετάδοσης του AIDS.....	47

4.3(α). Τρόποι μη μετάδοσης του AIDS.....	49
4.3(γ). Πώς αποφεύγεται η μετάδοση.....	50
4.4(α). Πώς εμφανίζεται η νόσος	51
4.4(β). Οι δύο όψεις του ιού.....	52
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο	53
5.1(α). Φάρμακα κατά του HIV μέχρι τέλους '95	54
5.1(β). Φάρμακα κατά του HIV από τέλους '95 μέχρι σήμερα.....	54
5.1(γ). Φάρμακα που αναμένεται να κυκλοφορήσουν τα επόμενα 1-2 χρόνια	55
5.2(α). Θεραπευτικά σχήματα κατά του HIV	56
5.2(β). Κόστος αγωγής.....	57
5.3(α). Η χρήση των συνδυασμών στην αντι-HIV αγωγή.....	57
5.3(β). Πότε αρχίζουμε την αντιρετροϊκή θεραπεία	58
5.4. Κύηση και αντιρετροϊκή θεραπεία	59
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο	61
6.1(α). Οδηγίες για την πρόληψη διασποράς του AIDS στις μονάδες τεχνητού νεφρού.	62
6.1(β). Οδηγίες για το προσωπικό του νεκροτομείου	62
6.1(γ). Οδηγίες για την πρόληψη του AIDS κατά την οδοντιατρική πράξη	63
6.2. Αρχές προφύλαξης.....	63
6.3(α). Γενικές συστάσεις για το προσωπικό.....	66
6.3(β). Οδηγίες προς το προσωπικό εργαστηρίων	68
6.3(γ). Διδασκαλία αρρώστου με AIDS κατά την έξοδο	69
6.3(δ) Θάνατος αρρώστου στο σπίτι	69
6.3(ε). Γενικές οδηγίες για αρρώστους και φορείς του AIDS	70
6.4. Μετάδοση του HIV και προσωπικό Πρώτων Βοηθειών	71
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο	74
7.1. Ψυχολογικές αντιδράσεις ασθενών με AIDS.....	75
7.2. Οι συναισθηματικές επιπτώσεις του AIDS.....	77
7.3. Οι κοινωνικές επιπτώσεις του AIDS	79
7.4. Το AIDS και η γυναίκα.....	82

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8ο.....	88
8.1. Τα ηθικά διλήμματα του AIDS	89
8.2(α). Υπηρεσίες και προγράμματα για την αντιμετώπιση του AIDS	91
8.2(β). Παροχές στους φορείς/ασθενείς του AIDS	93
8.3. Ομόφωνη διακήρυξη για το AIDS στους χώρους εργασίας.....	94
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 ^ο	99
Εφαρμογή εξατομικευμένης φροντίδας σε ασθενή με AIDS	100
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	107
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	109
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	111



ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Κάθε φορά που η ανθρωπότητα καταφέρνει με κόπο να ανασάνει μέσα από τις στενές τρύπες του κλοιού που την περιβάλλει, κάθε φορά που κοντοφαινεται η λύση στο πρόβλημα της ασφυκτικής επιβίωσής της, κάθε φορά που φτάνει η στιγμή της δικαίωσης από μια νέα σωτήρια εφεύρεση, τότε είναι που εμφανίζεται ξαφνικά και αναπάντεχα, μια ανεξιχνίαστη απειλή που τείνει να τη συντρίψει. Είναι ακριβώς τότε που αρχίζουν να δημιουργούνται τα πρώτα ερωτηματικά για αν αιτία όλων αυτών είναι ο ίδιος ο άνθρωπος, που συχνά κόβει το ένα παιχνίδι και αναζητά άλλο με διαφορετικούς όρους και κανονισμούς. Παιχνίδι, που σχεδόν πάντα παίζεται ανάμεσα στα έθνη, ενόψη πολιτικοοικονομικών συμφερόντων. Και τότε η δήλωση για εξάπλωση της ανθρώπινης υπόστασης απομακρύνεται σαν όνειρο. Το χαμόγελο που δειλά διακρίνεται, παγώνει στα χείλη από τον τρόμο και την αγωνία. Δεκάδες χιλιάδες πειράματα με στόχο την ανεύρεση των αντιδότην, που θα σώσουν την ανθρωπότητα από τις αρρώστιες που την μαστίζουν και η επιστήμη «ξανά προς τη δόξα τραβά», αποτελώντας τη μοναδική ελπίδα των αρρώστων πια. Και να που πριν καλά-καλά βρεθεί τρόπος θεραπείας για τον καρκίνο, εμφανίζεται, δειλά στην αρχή απειλητικά μετά, το σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας ή αλλιώς AIDS που παίρνει διαστάσεις εθνικού προβλήματος υγείας. Στην Αμερική και στις βιομηχανικές χώρες της Ευρώπης, η εξάπλωση της επιδημίας, έχει ήδη αποτελέσει εθνικό πρόβλημα υγείας. Τα πρώτα κρούσματα AIDS, δημοσιεύτηκαν στις εφημερίδες τον Ιούνιο και Ιούλιο του 1981. Πολύ σύντομα, στα κρούσματα προστέθηκαν και ναρκομανείς με ενδοφλέβια λήψη του ναρκωτικού.

Στο μεταξύ η αρρώστια πήρε διαστάσεις επιδημίας που εξαπλώθηκε και στον Καναδά και στην Δυτική Ευρώπη.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Διάλεξα το θέμα αυτό γιατί το AIDS είναι μια καινούργια ασθένεια, η εξάπλωση της οποίας τα τελευταία χρόνια έχει πάρει τεράστιες διαστάσεις με μεγάλες κοινωνικο-οικονομικές επιπτώσεις. Μέχρι στιγμής η καλύτερη αντιμετώπισή του είναι η πρόληψη. Εμείς πιστεύουμε στην σπουδαιότητα του ρόλου που καλείται να παίξει το νοσηλευτικό προσωπικό μέσα στη γενική προσπάθεια της πολιτείας και της κοινωνίας, να σταματήσει η εξάπλωση της ασθένειας και να τεθούν υπό έλεγχο τα μέχρι τώρα κρούσματα.

Σκοπός τη εργασίας μου είναι να αναφερθώ στους τρόπους πρόληψης της ασθένειας, που μπορεί να «διδάξει» ο/η νοσηλευτής/-τρια στο κοινό, μέσα από ποιους φορείς μπορεί να το κάνει αυτό, καθώς και πώς κατά τη γνώμη μου θα μπορέσουν να βελτιωθούν οι φορείς αυτοί. Οι μισοί απ' όσους κινδύνευαν να πεθάνουν από AIDS στις αρχές του '90 (και ήταν αρκετοί αυτοί) δεν είχαν προσβληθεί από τον ιό.

Η υποχρέωσή μας είναι ξεκάθαρη: να προφυλάξουμε αυτούς τους ανθρώπους, ώστε να μην κολλήσουν την αρρώστια και να μην πεθάνουν από άγνοια.

Μέσα από την εργασία μου έχω σκοπό να δώσω πληροφορίες για το AIDS και για τους τρόπους προφύλαξης από αυτό. Η παρουσίαση της εικόνας αλλά και το σαφές κείμενο ελπίζω να διευκολύνουν τη σωστή ενημέρωση.

Πραγματικά, ο διπλός στόχος πληροφόρηση – προφύλαξη, παραμένει το μόνο που μπορούμε να κάνουμε περιμένοντας μία θεραπεία και ένα εμβόλιο που θα είναι το μόνο μας όπλο για να δώσουμε τη μάχη. Το AIDS είναι συνδεδεμένο με συγκεκριμένες εκδηλώσεις του ανθρώπου (ναρκωτικά, σεξουαλική ζωή). Αποφεύγοντας τα ναρκωτικά και προσέχοντας την σεξουαλική μας ζωή, μπορούμε να προφυλαχθούμε από το «κακό».

Οι συμβουλές που προτείνονται σ' αυτή την εργασία υπαγορεύτηκαν από ιατρικές επιταγές. Αφήνω στον καθένα την φροντίδα για την καθημερινή ζωή του,

ανάλογα με την ευαισθησία του, τις κοινωνικοπολιτικές και ηθικές πεποιθήσεις του.

Μπροστά στην πραγματική απειλή που αντιπροσωπεύει το AIDS για το μέλλον της νεότητας και για όλη την κοινωνία θέλω να υπογραμμίσω το γεγονός ότι το θέμα αυτό είναι πολύ σοβαρό για να γίνει ένα πεδίο αντιπαράθεσης απόψεων.

Το AIDS δεν είναι ένα ιδεολογικό πρόβλημα, είναι πρόβλημα δημόσιας υγείας.

Υπενθυμίζω ότι για την καταπολέμηση αυτής της φοβερής μάστιγας τα κυβερνητικά μέτρα και η μονομερής εξέταση των πραγμάτων δεν αντικαθιστούν με κανέναν τρόπο την προσωπική ευθύνη των πολιτών, που είναι τελικά ο μόνος αποτελεσματικός τρόπος που θα οδηγήσει την δημοκρατικής μας κοινωνία στην επιτυχία.

Πρέπει να αποφευχθεί η εξάπλωση του AIDS.

Η μόνη λύση που αποδείχθηκε και στο παρελθόν ως σωστή είναι να συμβιβαστούμε με ορισμένες αναπόφευκτες θυσίες και να δείξουμε γενναιότητα.



ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

1.1. Αμυντικό σύστημα και ανοσία

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

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

1. Η γενική (συγγενής) άμυνα κατευθύνεται ενάντια σε μικροοργανισμούς, ξένα κύτταρα και ξένες ουσίες.
2. Η ειδική (επίκτητη) άμυνα προέρχεται κάθε φορά από τον αγώνα μ' ένα νοσογόνο παράγοντα.

Τότε ο οργανισμός παίρνει ιδιαίτερα προστατευτικά μέτρα, ώστε να είναι προετοιμασμένος σε νέα είσοδο αυτού του μικροοργανισμού².

A. Γενική Άμυνα

Στο σύστημα της γενικής άμυνας ανήκουν:

- α) Δέρμα:** Το υγιές δέρμα δεν είναι διαβατό από βακτηρίδια. Αν όμως τραυματιστεί υπάρχει μεγάλος κίνδυνος λοίμωξης.
- β) Γαστρικό οξύ:** Καταστρέφει τα βακτηρίδια που εισέρχονται με την τροφή. Όταν παράγεται πολύ λίγο γαστρικό οξύ οι διαρροϊκές νόσοι είναι συχνές.
- γ) Βλέννα και κροσσοί στις αναπνευστικές οδούς:** Τα βακτηρίδια που μπαίνουν στο σώμα με τον αναπνεόμενο αέρα και τα μόρια της σκόνης επικολώνονται στη βλέννα. Κατόπιν αποβάλλονται με τις κινήσεις των κροσσών, το βήχα και το φτέρνισμα.

- δ) **Αμυντικές ουσίες:** Πολλά κύτταρα και εκκρίματα του σώματος περιέχουν το ένζυμο λυσοζύμη. Αυτό βλάπτει το τοίχωμα πολλών βακτηριδίων όπου κατόπιν καταστρέφεται.
- ε) **Αμυντικά κύτταρα:** Τα φαγοκύτταρα προσλαμβάνουν σωματίδια που δεν ανήκουν στο σώμα και τα καταστρέφουν με τα ένζυμά τους. Στα φαγοκύτταρα ανήκουν²:
1. **Μικροφάγα:** Είναι τα ουδετερόφιλα κοκκιοκύτταρα. Αυτά ελκόμενα με χημειοτακτισμό, φαγοκυτταρώνουν τους παθογόνους εισβολείς ή ξένα σώματα τα οποία διασπών σε κυστίδια με τη δράση ενζύμων που απελευθερώνονται από τα δυσσοσώματά τους. Έτσι παθαίνουν λιπώδη εκφύλιση και σχηματίζουν πύο, το οποίο με τη δράση ενζύμων που απελευθερώνονται φτάνουν στην επιφάνεια του σώματος. Τα μικροφάγα ζουν γύρω στις 10 ημέρες.
 2. **Μακροφάγα:** Είναι τα κύτταρα του δικτυοενδοθηλιακού και δικτυοϊστικοκυτταρικού συστήματος. Αυτά λειτουργούν και στο ειδικό αμυντικό σύστημα³.

B. Ειδική Άμυνα

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

1. Τα Τ-λεμφοκύτταρα.
 2. Τα Β-λεμφοκύτταρα και
 3. Τα μηδενικά κύτταρα.
1. **Τα Τ-λεμφοκύτταρα:** καταπολεμούν άμεσα μαζί με τα φαγοκύτταρα τα βακτηρίδια που μπαίνουν στο σώμα (κυτταρική ανοσία). Υπάρχουν πολλά είδη τ-λεμφοκυττάρων:
- α) **Τα κυτταροτοξικά Τ-κύτταρα** που σκοτώνουν άμεσα ξένα σώματα.

β) Τα βοηθητικά T-κύτταρα που ενεργοποιούν φαγοκύτταρα και υποστηρίζουν άλλα T- ή B-λεμφοκύτταρα στην αναγνώριση των αντιγόνων.

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

2. **Τα B-λεμφοκύτταρα:** μπορούν να μετατρέπονται σε 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 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 κακοήθη κύτταρα. Άλλα σκοτώνουν μόνο κύτταρα σημασμένα με συγκεκριμένα αντισώματα².

1.2. Είδη ανοσίας

A. Παθητική ανοσία

Είναι φυσική και επίκτητη.

α) **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.

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

1. Με αντισώματα από μίγμα ορών ενηλίκων που νόσησαν από διάφορα κατά καιρούς λοιμώδη νοσήματα.

2. Με αντισώματα από μίγμα ορών ενηλίκων που βρίσκονται σε ανάρρωση από συγκεκριμένο νόσημα και έχουν στον ορό του αίματός τους υψηλές συγκεντρώσεις των ειδικών αντισωμάτων.

B. Ενεργητική ανοσία

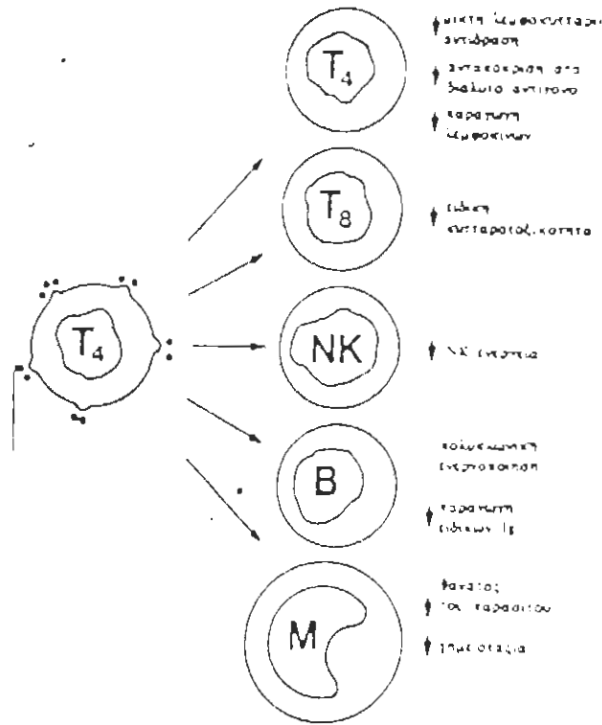
α) Η φυσική ενεργητική ανοσία: Είναι η ανοσία που αποκτά ο οργανισμός μετά από φυσική νόσηση ή κρυπομόλυνση ή αφανής λοίμωξη. Σημαίνει ότι μολύνθηκε χωρίς φανερή νόσηση, δηλαδή χωρίς συμπτώματα. Ωστόσο όμως δημιουργήθηκαν αντισώματα ενάντια στο λοιμογόνο παράγοντα και αυτό είναι το κέρδος της λοίμωξης.

β) Η τεχνητή ενεργητική ανοσία: Είναι αυτή που δημιουργείται από το αντίστοιχο εμβόλιο. Εμβόλιο είναι η εισαγωγή τεχνητά ενός λοιμογόνου παράγοντα κατάλληλα επεξεργασμένου να χάσει την παθογόνο του ιδιότητα, αλλά να διατηρήσει την αντιγονική ικανότητα παραγωγής αντισωμάτων⁴.

1.3. Ανοσολογία του AIDS

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

1. Ελάττωση του αριθμού των T-helper λεμφοκυττάρων (που οδηγεί συχνά σε ελάττωση της αναλογίας T-helper/T-suppressor και σε απόλυτη λεμφοπενία).
2. Υπεργαιμασφαιριναιμία (πολυκλωνική αύξηση των IgG).
3. Μειωμένη ανταπόκριση στην ανάκληση των αντιγόνων κατά τον δερματικό έλεγχο⁵.



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

1.4. Επιδημιολογία του AIDS: Βασικά στοιχεία

A. Εμφάνιση

Το AIDS πλήττει όλες τις περιοχές του κόσμου, αλλά απ' ότι διαφαίνεται από τον δηλωθέντα αριθμό κρουσμάτων με διαφορετική ένταση ανάλογα με την περιοχή. Η επίπτωση της νόσου για το 1987 ανέρχεται σε περίπου 9 κρούσματα στους 100.000 κατοίκους στις ΗΠΑ, 56/100.000 στην Αϊτή, 3,3/100.000 στη Γαλλία και 0,5/100.000 στην Ελλάδα (Πίνακας 1). Στην Αφρική και ιδιαίτερα στις χώρες της Κεντρικής και ΝΔ Αφρικής η ετήσια επίπτωση φαίνεται να ανέρχεται σε τουλάχιστον 100 κρούσματα/100.000 κατοίκων σημειώνοντας πάντως ότι για μεγάλο αριθμό κρουσμάτων δεν γίνεται ούτε σωστή διάγνωση ούτε δήλωση. Στις ασιατικές χώρες, καθώς και στις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης η επίπτωση της νόσου κυ-

μαίνεται τουναντίον σε μικρότερα επίπεδα, γύρω στο 50% της επίπτωσης στη χώρα μας (Πίνακας 1).

Πίνακας 1. Ετήσια επίπτωση των κρουσμάτων AIDS ανά 100.000 κατοίκους κατά φθίνουσα σειρά.

Γαλλική Γουιάνα	56,2
Μπαχάμες	33,9
Μπουρούντι	13,0
Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής	8,9
Αϊτή	5,0
Ζάμπια	4,0
Δομινικανή Δημοκρατία	3,9
Γαλλία	3,3
Ελβετία	2,4
Αυστραλία	2,1
Καναδάς	1,9
Δανία	1,8
Ιταλία	1,5
Ολλανδία	1,4
Τζαμάικα	1,4
Δυτική Γερμανία	1,4
Ονδούρα	1,2
Ηνωμένο Βασίλειο	1,1
Αυστρία	1,1
Νέα Ζηλανδία	0,9
Βραζιλία	0,9
Σουηδία	0,8
Νορβηγία	0,8
Βέλγιο	0,8
Μεξικό	0,6
Ελλάδα	0,5
Πορτογαλία	0,4
Ισραήλ	0,3
Χιλή	0,2
Νότια Αφρική	0,1
Αργεντινή	0,1
Γιουγκοσλαβία	0,0
Αιθιοπία	0,0

Το μεγαλύτερο μειονέκτημα της ετήσιας επίπτωσης της νόσου για το 1987 είναι ότι αντικατοπτρίζει (με μεγάλες βέβαια επιφυλάξεις) την επιδημιολογική κατάσταση της νόσου προ πολλών ετών εφόσον μεταξύ μόλυνση και νόσησης παρει-

βάλλεται η επώαση που είναι σχετικά μακράς διάρκειας και που μπορεί να ποικίλλει από άτομο σε άτομο (βλ. πιο κάτω). Η επίπτωση της νόσου δεν αντικατοπτρίζει καθόλου την επίπτωση των μολύνσεων του 1987 δηλαδή δεν μας πληροφορεί για το σημαντικότερο θέμα της επιδημιολογικής επαγρύπνησης.

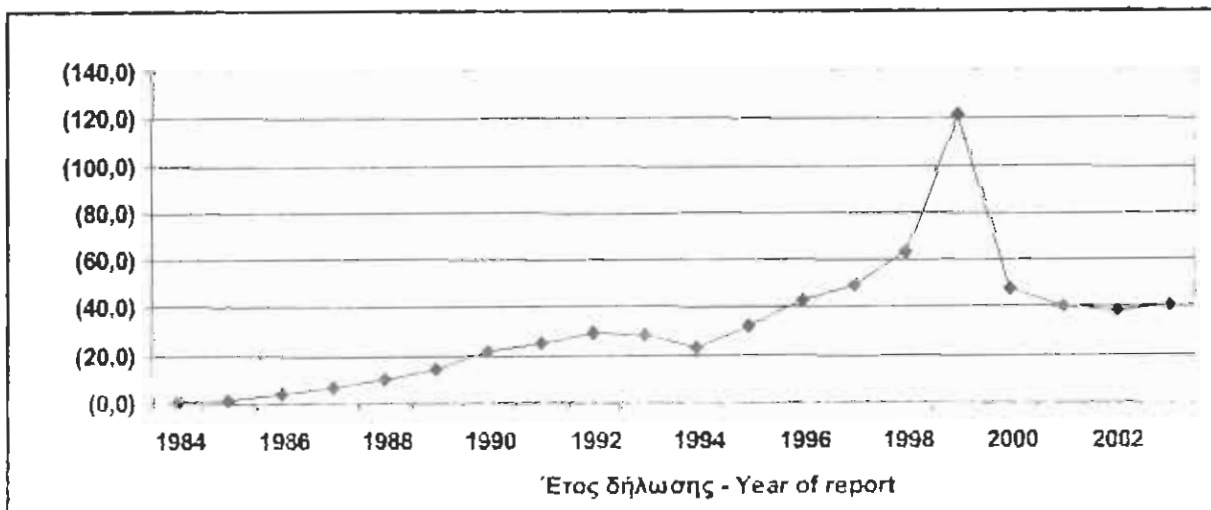
Ο Πίνακας 2 δείχνει τα χαρακτηριστικά των κρουσμάτων στη χώρα μας από το 1984 έως τον Νοέμβριο του 1988 (το 1983 δεν δηλώθηκε κανένα κρούσμα). Τα κυριότερα στοιχεία του πίνακα αυτού είναι: α) το 50% περίπου των κρουσμάτων αφορά ομοφυλόφιλους ή αμφιφυλόφιλους (είναι 80% περίπου στις ΗΠΑ και Δυτική Ευρώπη), β) το εύρος των πληττομένων ηλικιών είναι ιδιαίτερα μεγάλο (το 1/3 των κρουσμάτων αφορά άτομα άνω των 40 ετών), γ) η σχέση άνδρα-γυναίκα είναι 13:1, δηλαδή η ίδια περίπου με τη σχέση αυτή στις ΗΠΑ και Δυτική Ευρώπη και δ) ο μεγαλύτερος αριθμός κρουσμάτων φαίνεται ότι οφείλεται σε μολύνσεις που έγιναν εκτός Ελλάδας.

Σχημα 1

Figure 1

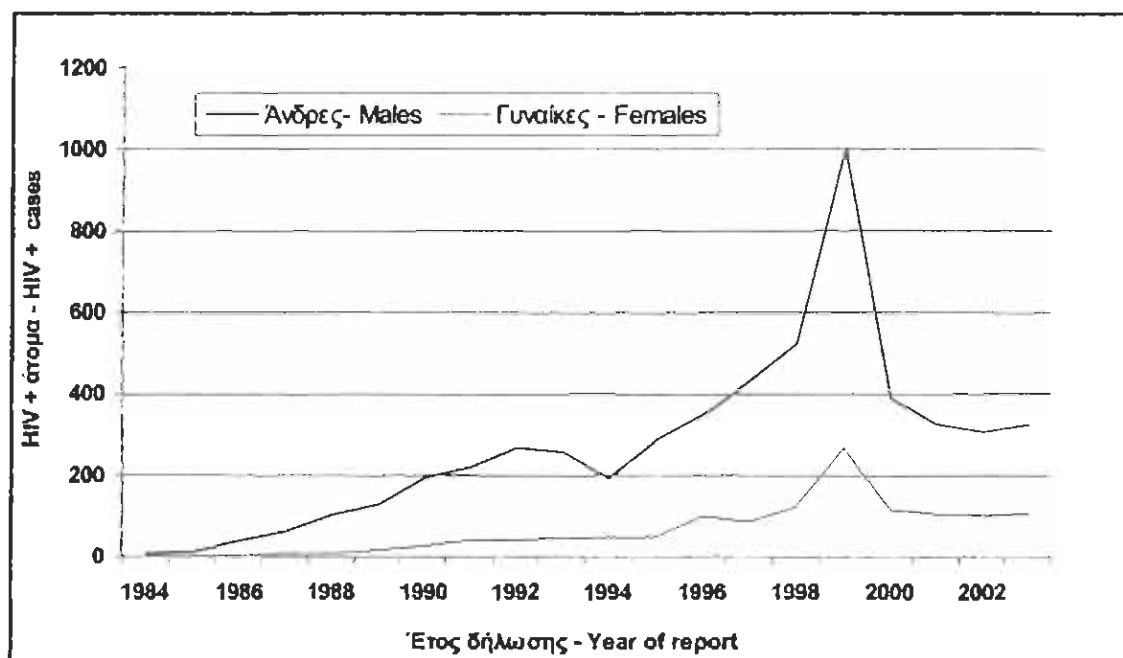
Αριθμός δηλωθέντων HIV οροθετικών ατόμων, συμπεριλαμβανομένων των περιπτώσεων AIDS, ανά εκατομμύριο πληθυσμού μέχρι τις 31/12/2003

HIV infections per million population in Greece by 31/12/2003



Ο επιπολασμός της οροθετικότητας (των φορέων) παρουσιάζει την ίδια περίπου γεωγραφική κατανομή όπως και η κατανομή των κρουσμάτων. Υπολογίζεται

Συνολικά δηλωθέντα HIV θετικά άτομα κατά έτος δήλωσης και φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 31/12/2003
 HIV infections by year of report and sex reported in Greece by 31/12/2003



Πίνακας 4

Table 4

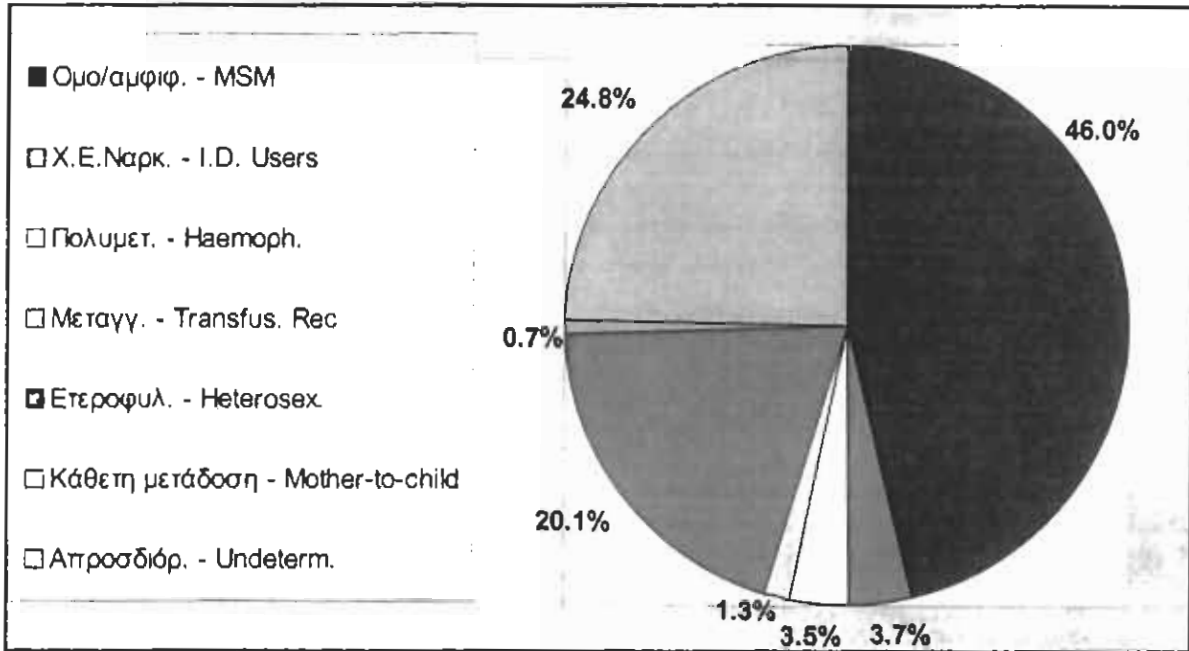
Συνολικά δηλωθέντα HIV θετικά άτομα κατά έτος δήλωσης και φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 31/12/2003
 HIV infections by year of report and gender reported in Greece by 31/12/2003

Έτος δήλωσης Year of report	Ανδρες - Males		Γυναίκες - Females		Σύνολο * Total *	Συχνότητα ** Rate **
	N	%	N	%		
1984	7	(0.1)	0	(0.0)	7	(0.7)
1985	10	(0.2)	1	(0.1)	11	(1.1)
1986	38	(0.7)	1	(0.1)	39	(3.9)
1987	58	(1.1)	8	(0.6)	66	(6.6)
1988	100	(1.9)	6	(0.5)	106	(10.6)
1989	125	(2.3)	16	(1.2)	141	(14.0)
1990	192	(3.6)	27	(2.1)	219	(21.6)
1991	219	(4.1)	42	(3.3)	261	(25.6)
1992	265	(4.9)	39	(3.0)	304	(29.5)
1993	255	(4.7)	45	(3.5)	300	(29.0)
1994	194	(3.6)	48	(3.7)	242	(23.2)
1995	284	(5.3)	48	(3.7)	332	(31.8)
1996	348	(6.5)	101	(7.9)	449	(42.9)
1997	429	(8.0)	86	(6.7)	515	(49.1)
1998	523	(9.7)	123	(9.6)	668	(63.6)
1999	1005	(18.7)	268	(20.9)	1279	(121.6)
2000	388	(7.2)	115	(9.0)	505	(47.8)
2001	321	(6.0)	104	(8.1)	428	(40.5)
2002	303	(5.6)	99	(7.7)	402	(37.9)
2003	323	(6.0)	104	(8.1)	431	(40.6)

Σχήμα 3

Figure 3

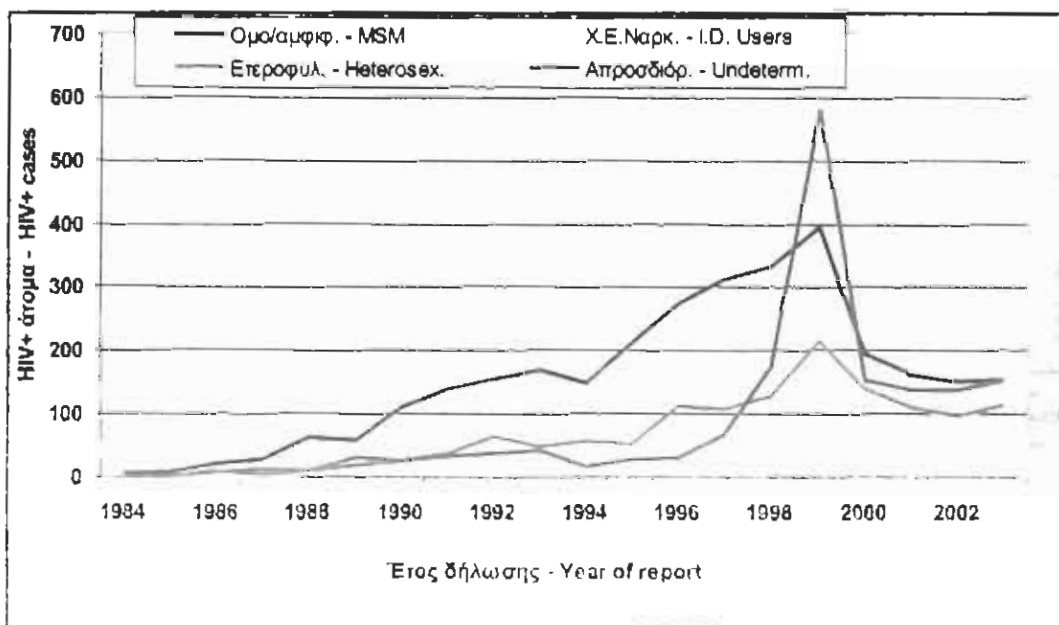
Συνολικά δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα κατά κατηγορία μετάδοσης στην Ελλάδα μέχρι τις 31/12/2003
 HIV infections by transmission group reported in Greece by 31/12/2003



Σχήμα 4

Figure 4

Συνολικά δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα κατά κατηγορία μετάδοσης στην Ελλάδα μέχρι τις 31/12/2003
 HIV infections by transmission group reported in Greece by 31/12/2003



Πίνακας 5

Table 5

Συνολικά δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα κατά κατηγορία μετάδοσης και φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 31/12/2003
 HIV infections by transmission group and gender reported in Greece by 31/12/2003

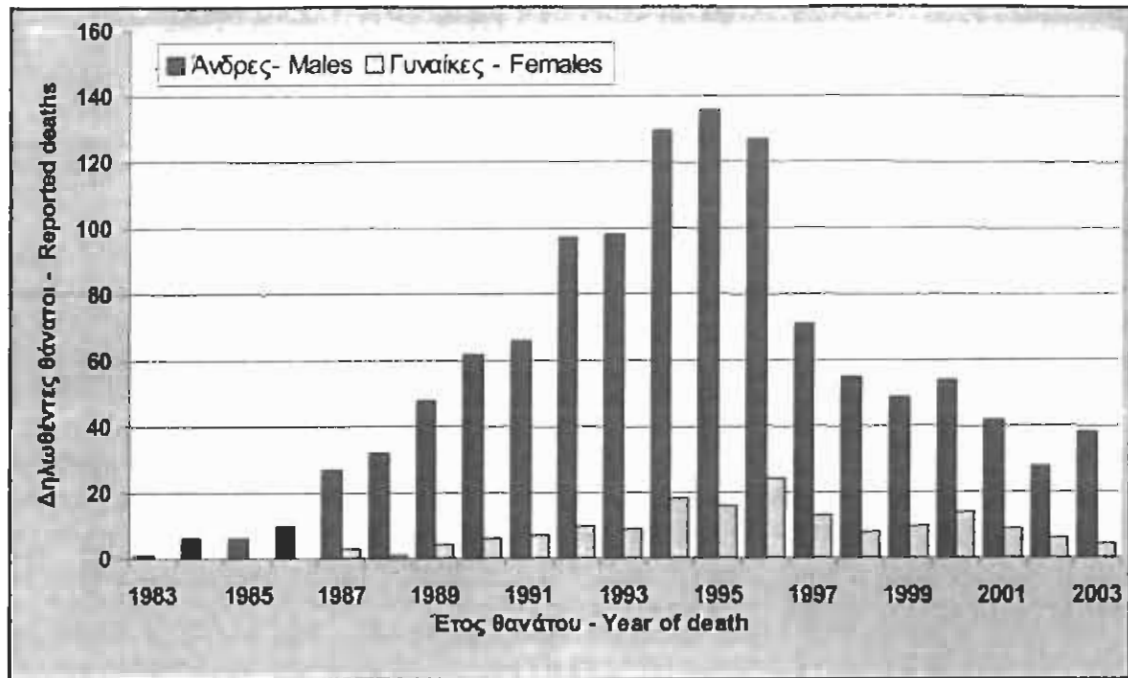
Κατηγορία μετάδοσης	Άνδρες - Males		Γυναίκες - Females		Σύνολο* - Total*		Transmission group
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Ομο/αμφιφυλόφιλοι άνδρες	3084	(57.2)	-	-	3084	(46.0)	Men who have sex with men (MSM)
Χρήστες Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών	192	(3.6)	56	(4.4)	249	(3.7)	Injecting Drug Users (IDUs)
Πολυμεταγγιζόμενοι με παράγωγα αίματος	219	(4.1)	14	(1.1)	233	(3.5)	Haemophiliacs/ Coagulation disorder
Μετογγιζόμενοι	49	(0.9)	36	(2.8)	85	(1.3)	Transfusion recipients
Ετεροφυλόφιλοι	516	(9.6)	826	(64.5)	1347	(20.1)	Heterosexuals
Καθετη μετάδοση	24	(0.4)	20	(1.6)	45	(0.7)	Mother to child
Ακαθόριστοι	1303	(24.2)	329	(25.7)	1662	(24.8)	Undetermined

* Περιλαμβάνει και τα περιστατικά των οποίων το φύλο είναι άγνωστο

* Including cases of unknown gender

Δηλωθέντες θάνατοι από AIDS κατά έτος θανάτου και φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 31/12/2003

Deaths among AIDS cases by year of death and gender reported in Greece by 31/12/2003



Πίνακας 20

Table 20

Δηλωθέντες θάνατοι από AIDS κατά έτος θανάτου και φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 31/12/2003

Deaths among AIDS cases by year of death and gender reported in Greece by 31/12/2003

Έτος θανάτου Year of death	Ανδρες - Males		Γυναίκες - Females		Σύνολο Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
1983	1	(0.1)	0	(0.0)	1	(0.1)
1984	6	(0.5)	0	(0.0)	6	(0.4)
1985	6	(0.5)	0	(0.0)	6	(0.4)
1986	10	(0.8)	0	(0.0)	10	(0.7)
1987	27	(2.2)	3	(1.8)	30	(2.2)
1988	32	(2.6)	1	(0.6)	33	(2.4)
1989	48	(4.0)	4	(2.4)	52	(3.8)
1990	62	(5.1)	6	(3.5)	68	(4.9)
1991	66	(5.4)	7	(4.1)	73	(5.3)
1992	97	(8.0)	10	(5.9)	107	(7.7)
1993	98	(8.1)	9	(5.3)	107	(7.7)
1994	130	(10.7)	18	(10.6)	148	(10.7)
1995	136	(11.2)	16	(9.4)	152	(11.0)
1996	127	(10.5)	24	(14.1)	151	(10.9)
1997	71	(5.9)	13	(7.6)	84	(6.1)
1998	55	(4.5)	8	(4.7)	63	(4.6)
1999	49	(4.0)	10	(5.9)	59	(4.3)
2000	54	(4.5)	14	(8.2)	68	(4.9)
2001	42	(3.5)	9	(5.3)	51	(3.7)
2002	28	(2.3)	6	(3.5)	34	(2.5)
2003	38	(3.1)	4	(2.4)	42	(3.0)
Άγνωστο / Unknown	30	(2.5)	8	(4.7)	38	(2.7)
Σύνολο - Total	1213	(100.0)	170	(100.0)	1383	(100.0)

ότι σε πολλές χώρες της Αφρικής (Κεντρική Αφρική, Ζαΐρ και Μαλάουϊ) 100/10.000 κατοίκους ηλικίας 17-40 ετών είναι οροθετικοί. Στον Αμερικάνικο Στρατό, δηλαδή κυρίως σε άτομα ηλικίας 19-25 ετών ο επιπολασμός ανέρχεται σε 15/10.000 εξετασθέντες. Ο επιπολασμός της οροθετικότητας στην Ελλάδα είναι άγνωστος. Παλαιότερες εκτιμήσεις (1986) που προέρχονται από τις συστηματικές εξετάσεις της Αιμοδοσίας, εκτιμούν τον επιπολασμό σε 2/10.000 αιμοδότες αλλά σημειώνεται ότι πρόκειται για άτομα μεγαλύτερου εύρους ηλικίας από τα ανωτέρω. Λόγω της διαφοράς ηλικίας αλλά και λόγω του γεγονότος ότι οι αιμοδότες δεν αποτελούν τυχαίο δείγμα του πληθυσμού, η σύγκριση με τα δεδομένα των άλλων χωρών δεν είναι δυνατή.

Η επίπτωση της μόλυνσης (δηλαδή ο αριθμός νέων μολύνσεων στη μονάδα χρόνου) είναι επίσης άγνωστη στην Ελλάδα. Με βάση τον επιπολασμό (2/10.000) και τη διάρκεια της μικροβιοφορίας (περίπου 5 έτη – βλ. πιο κάτω) μπορεί να υπολογισθεί ότι ο ετήσιος αριθμός νέων μολύνσεων μπορεί να είναι 0.4/10.000 κατοίκους ηλικίας 18-40 ετών. Η επίπτωση αυτή μπορεί βέβαια να είναι πολύ μεγαλύτερη σήμερα λόγω του επιδημικού χαρακτήρα του AIDS. Σημειώνουμε τελικά ότι μέσα στην ίδια χώρα υπάρχουν σημαντικές διαφορές από περιοχή σε περιοχή γιατί το AIDS πλήττει περισσότερο τις μεγάλες πόλεις.

Όσον αφορά το φύλο, στις ΗΠΑ και τη Δυτική Ευρώπη η σχέση νοσούντων ανδρών-γυναικών είναι περίπου 12-14:1. Στην Κεντρική Αφρική η σχέση είναι 1:1 και αυτό αποτελεί ένδειξη ότι στην περιοχή αυτή η μετάδοση της νόσου αφορά κυρίως τον ετεροφυλόφιλο πληθυσμό.

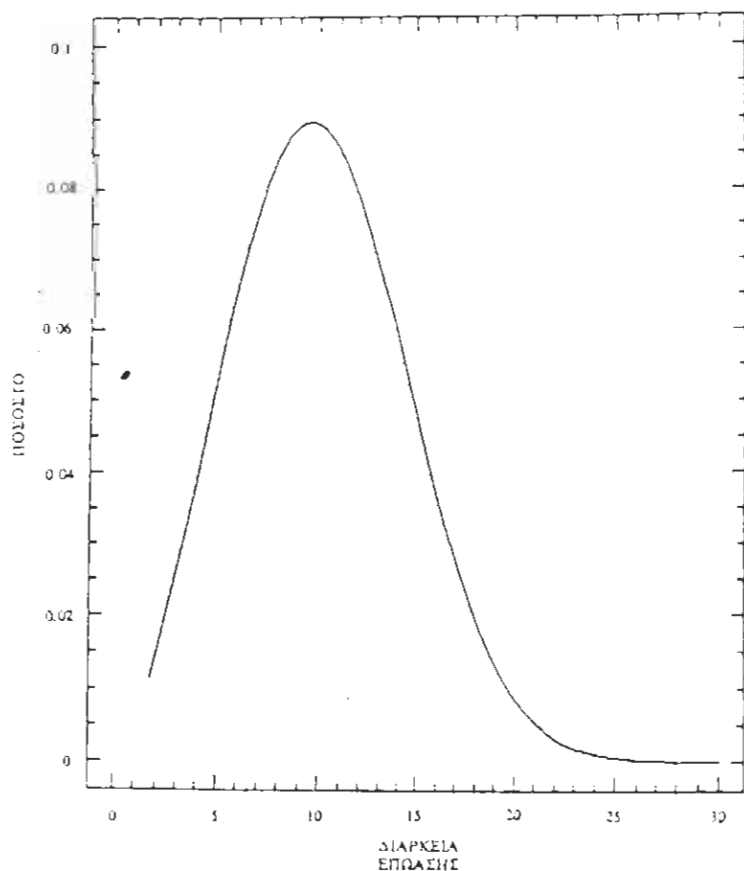
Οι ηλικίες που πλήττονται κυρίως είναι μεταξύ 18-40 ετών. Τα όρια είναι ευρύτερα στην Κεντρική Αφρική (και στην Ελλάδα) ιδιαίτερα προς τις μεγαλύτερες ηλικίες.

Ο επιπολασμός της οροθετικότητας και η επίπτωση της νόσου εμφανίζεται, κατά φθίνουσα σειρά τιμών, σε ειδικές ομάδες: ομοφυλόφιλοι, χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών, δότες προϊόντων αίματος, ιερόδουλες, αμφιφυλόφιλοι άνδρες

και ετεροφυλόφιλοι άνδρες ή γυναίκες. Η επιδημιολογική σημασία των αμφιφυλόφιλων ανδρών είναι ιδιαίτερα μεγάλη γιατί αποτελούν τον κρίκο μετάδοσης μεταξύ των ομοφυλόφιλων και του ετεροφυλόφιλου πληθυσμού²⁵.

B. Υποδόχο (reservoir)

Μόνον ο άνθρωπος (μικροβιοφορέας) είναι υποδόχο του HIV 1.



Εικόνα 2. Κατανομή κατά Weibull (Μέση Τιμή 11,5 έτη). Συντελεστής $B=2.571$.

Γ. Επώαση

Η επώαση, δηλαδή η χρονική διάρκεια μεταξύ μόλυνσης και εκδήλωσης των πρώτων συμπτωμάτων ή σημείων ποικίλλει ανάλογα με το είδος των πρώτων συμπτωμάτων ή σημείων. Π.χ. φαίνεται ότι η επώαση της γενικευμένης πολυαδενοπάθειας είναι σχετικά μικρή (1-2 έτη ή και λιγότερο). Τουναντίον η επώαση σοβαρών συμπτωμάτων και σημείων, των οποίων η αντιμετώπιση απαιτεί τη νοσηλεία του ασθενούς, είναι πολύ μεγαλύτερη και η διάμεσος τοποθετείται σε 6-7 έτη για πολλούς ερευνητές ή σε 5 έτη για άλλους επιδημιολόγους. Η επώαση ακολουθεί το νόμο του Weibull (Εικόνα 2). Υπάρχουν ενδείξεις ότι σε ορισμένες ομάδες του πληθυσμού (ομοφυλόφιλοι, ιερόδουλες) η επώαση είναι μικρότερη²⁵.

Δ. Οδοί μετάδοσης

Μόνο η μετάδοση δια σεξουαλικής επαφής, δια εισόδου προϊόντων αίματος και από μητέρα σε παιδί κατά την περιγεννητική περίοδο έχουν αποδειχθεί. Μολύνσεις από κόπρανα, ούρα, σάλιο, ιδρώτα, δάκρυα και νύγματα εντόμων δεν έχουν αποδειχθεί. Η σεξουαλική επαφή είναι η πιο συχνή οδός και ιδιαίτερα η παρά φύση πράξη, γιατί προκαλεί μεγάλες λύσεις των βλεννογόνων και γιατί ο βλεννογόνος του πρωκτού είναι πλούσιος σε λεμφοκύτταρα που είναι τα κύτταρα-στόχος του ιού. Για το λόγο αυτό η πιθανότητα μόλυνσης/σεξουαλική πράξη είναι μεγαλύτερη στους παθητικούς ομοφυλόφιλους από τους ενεργητικούς (σημειώνοντας βέβαια ότι η διάκριση αυτή είναι πρακτικά αδύνατη). Στις ετεροφυλοφιλικές σχέσεις η πιθανότητα μόλυνσης με κατεύθυνση άνδρα-γυναίκα είναι μεγαλύτερη από την πιθανότητα μόλυνσης με κατεύθυνση γυναίκα-άνδρα. Η πιθανότητα μόλυνσης/σεξουαλική πράξη είναι άγνωστη αλλά δεν πρέπει να είναι υψηλή γιατί παρατηρείται ότι το 50% των γυναικών που συζούν με οροθετικό άνδρα και που έχουν μαζί του «κανονικές» σεξουαλικές σχέσεις δεν μολύνονται από τον ιό. Για ποιο λόγο το άλλο 50% μολύνεται είναι άγνωστο (είδος σεξουαλικών πράξεων; ατομική ευαισθησία;)²⁵.

Ε. Περίοδος μεταδοτικότητας

Η μετάδοση είναι δυνατή όσο υπάρχει αντιγοναιμία που διαρκεί πολλά χρόνια μετά τη μόλυνση. Το 95% περίπου των θετικών για αντισώματα ατόμων έχουν επίσης αντιγοναιμία που μπορεί να διαπιστωθεί με καλλιέργεια του ιού. Από την άλλη μεριά 100% των ατόμων με αντιγοναιμία παρουσιάζουν επίσης ανιχνεύσιμα αντισώματα. Από πρακτικής πλευράς επομένως η περίοδος μεταδοτικότητας συμπίπτει με την περίοδο οροθετικότητας (επάωση+περίοδο νόσησης). Το μόνο πρόβλημα που δεν έχει διαλευκανθεί ακόμη είναι πόσες ημέρες μετά τη μόλυνση απαιτούνται για να καταστεί το άτομο μεταδοτικό. Είναι γνωστό ότι τα αντισώματα εμφανίζονται 4-6 εβδομάδες μετά τη μόλυνση, αλλά η εξέλιξη της αντιγοναιμίας και κυρίως το αναγκαίο επίπεδο για την μετάδοση δεν έχουν διαλευκανθεί ακόμη²⁵.

Στ. Ανθεκτικότητα και ευαισθησία

Δεν έχουν εξακριβωθεί παράγοντες ανθεκτικότητας στη μόλυνση. Όπως τονίστηκε πιο πάνω, μεγάλο ποσοστό συζύγων οροθετικών ανδρών παραμένουν οροαρνητικές επί μακρό χρονικό διάστημα, αλλά δεν είναι γνωστό εάν το φαινόμενο αυτό οφείλεται σε ιδιαίτερες συνθήκες μετάδοσης ή σε ανθεκτικότητα των ατόμων. Όσον αφορά τις διαταραχές του ανοσοποιητικού συστήματος και τη νόσηση υπάρχουν ενδείξεις ότι ενδογενείς παράγοντες (γενετικοί και φυλετικοί) μπορούν να επιμηκύνουν την επάωση δηλαδή να μειώσουν τις ανοσολογικές διαταραχές. Επίσης εξωγενείς παράγοντες όπως η κατάσταση διατροφής και θρέψης μπορούν να αυξήσουν την ανθεκτικότητα κατά της νόσησης. Τουναντίον άλλοι παράγοντες, όπως το σπέρμα, μπορεί να μειώσουν την ανθεκτικότητα αυτή. Το σύνολο των πιο πάνω παραγόντων μπορεί να μεταβάλλει την επιδημιολογική εικόνα των νοσούντων σε σχέση με εκείνη των μολυνθέντων και να κατευθύνει κάθε επιδημιολογική μελέτη που βασίζεται στην διερεύνηση των νοσήσεων σε σοβαρά σφάλματα²⁵.

Z. Πρόσφατες εξελίξεις της επιδημιολογίας της μόλυνσης με τον ιό HIV και του AIDS

Οι εξελίξεις είναι τόσο γρήγορες, ώστε σε κάθε γνώση είναι πεπαλαιωμένη μερικούς μήνες μετά. Η επιδημιολογική εικόνα μεταβάλλεται παράλληλα με τις μεταβολές στην ατομική συμπεριφορά και στους κοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη μετάδοση του ιού. Οι μεταβολές που αφορούν τις μολύνσεις είναι άγνωστες στη χώρα μας, αφού δεν έχουν γίνει οι σχετικές επιδημιολογικές έρευνες. Φαίνεται πάντως ότι η επίπτωση των νέων μολύνσεων στις ομάδες που καλούνται «υψηλού κινδύνου» (κυρίως οι ομοφυλόφιλοι και οι χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών) μειώνεται προοδευτικά και είχε αρχίσει άλλωστε να μειώνεται το 1986. Δεδομένου ότι τέτοια μείωση δεν φαίνεται να υπάρχει στα άτομα με κανονική σεξουαλική συμπεριφορά, τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά των κρουσμάτων τείνουν να μεταβληθούν με την αύξηση της επίπτωσής τους στα άτομα αυτά, σε σχέση με τις άλλες ομάδες του πληθυσμού, και, κατά συνέπεια, με τη μείωση της σχέσης άνδρες/γυναίκες που από 15:1 τείνει να μειωθεί κάπως στο επίπεδο του 11:1. Πάντως πρέπει να τονισθεί ότι οι μεταβολές στο προφίλ των κρουσμάτων εις βάρος των ετεροφυλοφίλων, δεν σημαίνει ότι αυξήθηκε (προ ετών βέβαια) η επίπτωση των μολύνσεων στα άτομα αυτά. Η μεταβολή φαίνεται αύξηση σε σχέση με τη μείωση των άλλων ομάδων, όπως π.χ. οι ομοφυλόφιλοι στους οποίους η επίπτωση των μολύνσεων μειώθηκε από 10% σε 2% ετησίως στις ΗΠΑ και αλλού.

Στην Ελλάδα, ο αριθμός κρουσμάτων στη μονάδα χρόνου (δηλαδή η επίπτωσή τους) αυξανόταν προ μερικών ετών εκθετικά, αλλά τα δυο τελευταία χρόνια η αύξηση είναι γραμμική και τείνει μάλιστα από μαθηματικής τουλάχιστον πλευράς, να πλησιάσει το άνω πεπλατυμένο τμήμα της κλασικής σιγμοειδούς καμπύλης. Ο χρόνος θα δείξει εάν αυτό θα ισχύσει και στην πραγματικότητα.

Άλλες πρόσφατες εξελίξεις στην επιδημιολογία της μόλυνσης έχουν ως εξής:

Επίπτωση της οροθετικότητας

- Μείωση στις ομάδες υψηλού κινδύνου. Π.χ. στους ομοφυλόφιλους στις ΗΠΑ από 10% σε 2% ετησίως.
- Μεγάλο πρόβλημα παραμένει η εκτίμηση της επίπτωσης των μολύνσεων στις ομάδες εκτός των κλασικών ομάδων υψηλού κινδύνου. Από τις τελευταίες δημοσιεύσεις φαίνεται ότι: α) η παρακολούθηση των αιμοδοτών τείνει να εγκαταλειφθεί, β) δοκιμάζεται η χρησιμοποίηση γενικών ιατρών σαν μονάδες «πρόσκοποι» sentinels, γ) συνεχίζεται η χρήση των μονάδων σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, δ) επεκτείνεται κυρίως η χρήση ανώνυμων εξετάσεων σε άτομα που υφίστανται άλλες εξετάσεις αίματος. Από έρευνες στον Καναδά φαίνεται ότι η μέθοδος έχει το μειονέκτημα ότι περιορίζεται στα άτομα που κάνουν χρήση των υπηρεσιών υγείας, δηλαδή κυρίως στις γυναίκες και τα άτομα μεγάλης ηλικίας που έχουν μικρότερες πιθανότητες να έχουν μολυνθεί²⁵.

Επώαση

Νεώτερα στοιχεία τείνουν να αποδείξουν ότι η επώαση κατανέμεται κατά Weibull με παράμετρο σχήματος 2,571 και παράμετρο θέσης στο 11 περίπου, εάν η μέση τιμή επώασης είναι 8 έτη. Επίσης νεότερα στοιχεία τείνουν να αποδείξουν ότι η επώαση μπορεί να είναι 11 έτη κατά μέσο όρο.

Αίτιο

Για την Ευρώπη και τις ΗΠΑ οι φόβοι για εξάπλωση του HIV 2 δεν επιβεβαιώθηκαν. Παραμένει ο HIV 1.

Οδός μετάδοσης

Παραμένουν οι κλασικοί και οι ίδιοι παράγοντες κινδύνου. Επιβεβαιώνεται η σημασία της ύπαρξης γεννητικών ελκών και των προτέρων αφροδισίων νοσημάτων συμπεριλαμβανομένου του Herpes Simplex 2. Μόλυνση με τον κυτταρομεγαλοϊό ή τον ιό Epstein-Barr δε φαίνεται να αποτελεί παράγοντα κινδύνου.

Προσπάθειες έγιναν για να εκτιμηθεί η σημασία των αρθροπόδων και αποδείχθηκε ότι στους κοριούς ο ιός παραμένει επί πολλές μέρες ενώ στα κουνούπια η επιβίωσή του δεν ξεπερνά τις 24-48 ώρες. Και στις δύο περιπτώσεις οι ποσότητες είναι μηδαμινές και δεν φαίνεται να έχουν υγειονομική σημασία.

Υποδόχο

Ουδέν το νεότερο. Η σημασία των αμφιφυλόφιλων και των χρηστών ενδοφλεβίων ναρκωτικών επιβεβαιώνεται από εργασίες στην Ευρώπη και στον Καναδά.

Μερικές μελέτες τείνουν να δείξουν ότι άτομα που γνωρίζουν ότι είναι οροθετικά μεταβάλλουν τη σεξουαλική τους συμπεριφορά προς πράξεις μικρότερου κινδύνου.

Ανθεκτικότητα και αντίσταση του δέκτη

Δεν έχει γίνει ακόμη γνωστό για ποιο λόγο σεξ, σύντροφοι οροθετικών μολύνονται γρήγορα, ενώ άλλοι δεν μολύνονται ούτε μετά από εκατοντάδες επαφές. Ατομα με θετική ELISA αλλά αρνητικό ή ακαθόριστο Western blot δε φαίνεται να μπορούν να μεταδώσουν τη νόσο²⁵.

1.5. Αιτιολογία του AIDS

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

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

Το 1984 ερευνητές των Εθνικών Ινστιτούτων Υγείας των ΗΠΑ απομόνωσαν από ασθενείς με AIDS έναν ρετροϊό της οικογένειας HTLV. Διαπιστώθηκε ότι ο ιός αυτός που ονομάστηκε HTLV III και είναι διαφορετικός από τον HTLV I και

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

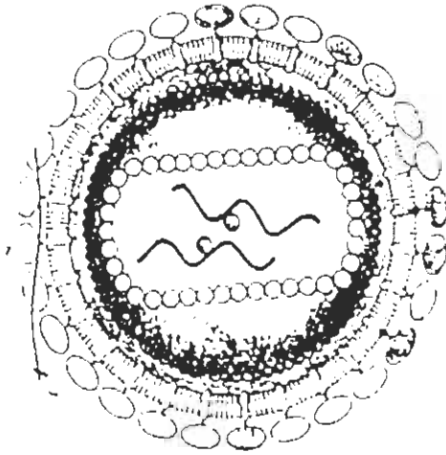
Όλες οι ενδείξεις σήμερα ενισχύουν την άποψη ότι ο ιός LAV που απομόνωσαν οι Γάλλοι είναι ο ίδιος με τον ιό HTLV III που απομόνωσαν οι Αμερικανοί. Πρόσφατα σε συγκέντρωση εμπειρογνομόνων προτάθηκε η αντικατάσταση της ονομασιολογίας LAV και HTLV III με την ονομασία HIV.

Μόλυνση από τον ιό προκαλεί ένα ευρύ φάσμα κλινικών εκδηλώσεων που περιλαμβάνει άτομα τελείως ασυμπτωματικά. Η μόλυνση με τον ιό ακολουθείται σε διάστημα 2-8 εβδομάδων από την παραγωγή αντισωμάτων που όμως δεν ανήκουν στην κατηγορία των εξουδετερωτικών. Τα αντισώματα αυτά συμβιούν με τον ιό χωρίς να τον καταστρέφουν. Η έλλειψη αυτή ανοσολογικής αντίδρασης του ξενιστού μαζί με τις αταθείς βιοχημικές ιδιότητες του ιού αποτελούν τις βασικές δυσκολίες των ερευνητών στην προσπάθειά τους να παρασκευάσουν αποτελεσματικό εμβόλιο της νόσου⁹.

1.6. Μορφολογία του AIDS

Ο πλήρης ιός έχει σχήμα σφαιρικό με διάμετρο 1.000 Å. Αποτελείται από έναν κεντρικό πυρήνα, που περιέχει το RNA του ιού σε διπλή αλυσίδα που καλύπτεται από πρωτεΐνη μοριακού βάρους 9.000 και 7.000 daltons και από το ένζυμο RT. Ο πυρήνας περιβάλλεται από πρωτεΐνη μοριακού βάρους 24.000 daltons. Στην περιφέρεια υπάρχει το περίβλημα του ιού που αποτελείται από διπλό στρώμα λιπιδίων και από γλυκοπρωτεΐνη που εμφανίζει κορνοτιδείς προσβολές. Η γλυκοπρωτεΐνη αυτή έχει μοριακό βάρος 160.000 daltons. Οι κορίνες είναι γλυκοπρωτεΐνες μορια-

κού βάρους 120.000 daltons και χρησιμεύουν για την προσκόλληση του ιού στους CD4 υποδοχείς.



Εικόνα 3.

Η γλυκοπρωτεΐνη αυτή καλύπτεται από ένα πολυσακχαριδικό νέφος το οποίο μειώνει την ανοσογονικότητά της. Το ενδομεμβρανώδες τμήμα της γλυκοπρωτεΐνης του περιβλήματος αποτελείται από γλυκοπρωτεΐνες μοριακού βάρους 41.000 daltons¹⁰.

1.7. Πολλαπλασιασμός του HIV

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

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

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

προϊόντος κατευθύνονται ένζυμα του κυττάρου στόχου που παράγουν RNA του HIV από το ενσωματωμένο DNA.

Αυτό χρησιμοποιείται είτε για το RNA του πλήρους ιού είτε μετατρέπεται σε mRNA που θα οδηγήσει τους μηχανισμούς για την παραγωγή των δομικών πρωτεϊνών και ενζύμων του ιού¹⁰.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

2.1. Καταγωγή του ιού HIV

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

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

Στην Αφρική παρουσιάζεται με την ίδια συχνότητα και στα δύο φύλα, ενώ στον Δυτικό Κόσμο η πλειοψηφία των περιστατικών αποτελείται από ομοφυλόφιλους άνδρες. Στις περιοχές όπου η εξάπλωση του ιού έγινε μέσω ατόμων που έκαναν ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών και που ήταν κατά πλειοψηφία ετεροφυλόφιλα η διάδοση του ιού σε γυναίκες και παιδιά υπήρξε πολύ πιο συχνή. Φαίνεται ότι αν μία έγκυος μολυνθεί από τον ιό HIV οι πιθανότητες να γεννηθεί παιδί με τη λοίμωξη είναι περίπου 50%. Ο μαζικός προγεννητικός έλεγχος των μολυσμένων από τον ιό HIV μητέρων ελπίζεται να μειώσει την συχνότητα του AIDS στην Παιδιατρική⁵.



Εικόνα 4. Παγκόσμιος χάρτης, όπου φαίνεται η πιθανή καταγωγή και η εξάπλωση του ιού HIV.

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

Ενδέχεται ο αφρικανικός πράσινος πίθηκος να έχει αναπτύξει φυσική ανοσία στον ιό. Τα τελευταία χρόνια η μετάδοση αυτού ή άλλου παρόμοιου ιού στον ανθρώπινο πληθυσμό αποτέλεσε την απαρχή της επιδημίας του AIDS. Ο τρόπος μετάδοσης με τον οποία έγινε η μετάδοση του ιού μεταξύ των διαφορετικών ειδών είναι άγνωστος. Μια πιθανή εξήγηση είναι η χρήση αίματος αφρικανικών πράσινων πιθήκων σε ιεροτελεστίες γονιμότητας⁵.

2.2. Ορισμός της λοίμωξης

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

Ο φορέας μπορεί να είναι υγιής χωρίς συμπτώματα. Υπολογίστηκε ότι μέσα σε πέντε χρόνια το 20%-30% των φορέων αναπτύσσουν την ασθένεια AIDS. Αυτοί όλοι πεθαίνουν μετά από σύντομο χρονικό διάστημα. Οι υπόλοιποι παραμένουν για χρόνια φορείς χωρίς συμπτώματα αλλά εξακολουθούν να μεταδίδουν τον ιό σε άλλους ανθρώπους¹².

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

Οι κυριότερες ασθένειες που ορίζουν ένα άτομο που πάσχει από AIDS είναι⁵:

1. Από πρωτόζωα:

- A) Πνευμονία από pneumocystis carinii.
- B) Τοξοπλάσμωση του εγκεφάλου.
- Γ) Κρυπτοσποριδίαση με διάρροια μεγαλύτερη του ενός μηνός.

2. Από μύκητες:

- A) Μονιλίαση οισοφάγου, τραχείας, βρόγχων ή πνευμόνων.
- B) Cryptococcus – μηνιγγίτις.

3. Από ιούς:

Α) Μεγαλοκυτταρικός ιός – αμφιβληστροειδίτιδα, πνευμονίτιδα, κολίτιδα, εγκεφαλίτιδα.

Β) Ιός του απλού έρπητα.

Γ) Προοδευτική πολυεστιακή λευκοεγκεφαλοπάθεια.

4. Από βακτηρίδια:

Α) *Mycobacterium avium intercellulare*.

Β) Π. Tuberculosis.

Γ) Υποτροπιάζουσα σηψαιμία από μη τυφοειδή σαλμονέλλα.

5. Όγκος:

Α) Σάρκωμα Kaposi.

Β) Πρωτοπαθές λέμφωμα του ΚΝΣ.

Γ) Non-Hodgkin λέμφωμα του τύπου των κυττάρων.

6. Άλλες περιπτώσεις:

Α) Εγκεφαλοπάθεια HIV.

Β) Σύνδρομο απίσχνασης HIV.

Γ) Διάμεσος λεμφοειδής πνευμονίτιδα.

Ο ιδανικός τρόπος για να διαγνωσθεί η ασθένεια βασίζεται στην απομόνωση του ιού από καλλιέργεια αίματος ή ιστών. Οι υπάρχουσες όμως τεχνικές ούτε τυποποιημένες είναι, ούτε και μπορούν εύκολα να χρησιμοποιηθούν. Έτσι η ανεύρεση των ειδικών αντισωμάτων στον ιό αποτελεί σήμερα τον καλύτερο δείκτη για διάγνωση της λοίμωξης.

Στα βρέφη όμως η μέθοδος αυτή έχει περιορισμένες εφαρμογές εφόσον η παθητική μεταφορά των αντισωμάτων από τη μητέρα στο παιδί περιορίζει τη διαγνωστική αξία της ανίχνευσής των. Είναι γνωστό ότι τα παθητικώς μεταφερόμενα αντισώματα της μητέρας μπορούν να διατηρηθούν στο αίμα του βρέφους για 12-15 μήνες. Γι' αυτό χρειάζονται 2 ορισμοί: ο ένας περιλαμβάνει τα κάτω των 15 μηνών βρέφη και ο άλλος νήπια και παιδιά μεγαλύτερα των 15 μηνών¹⁰.

2.3(α). Τι σημαίνουν τα αρχικά AIDS¹³

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

Επομένως το AIDS δεν είναι πια σύνδρομο, αλλά μια λοιμώδης νόσος από ρετροϊό⁷.

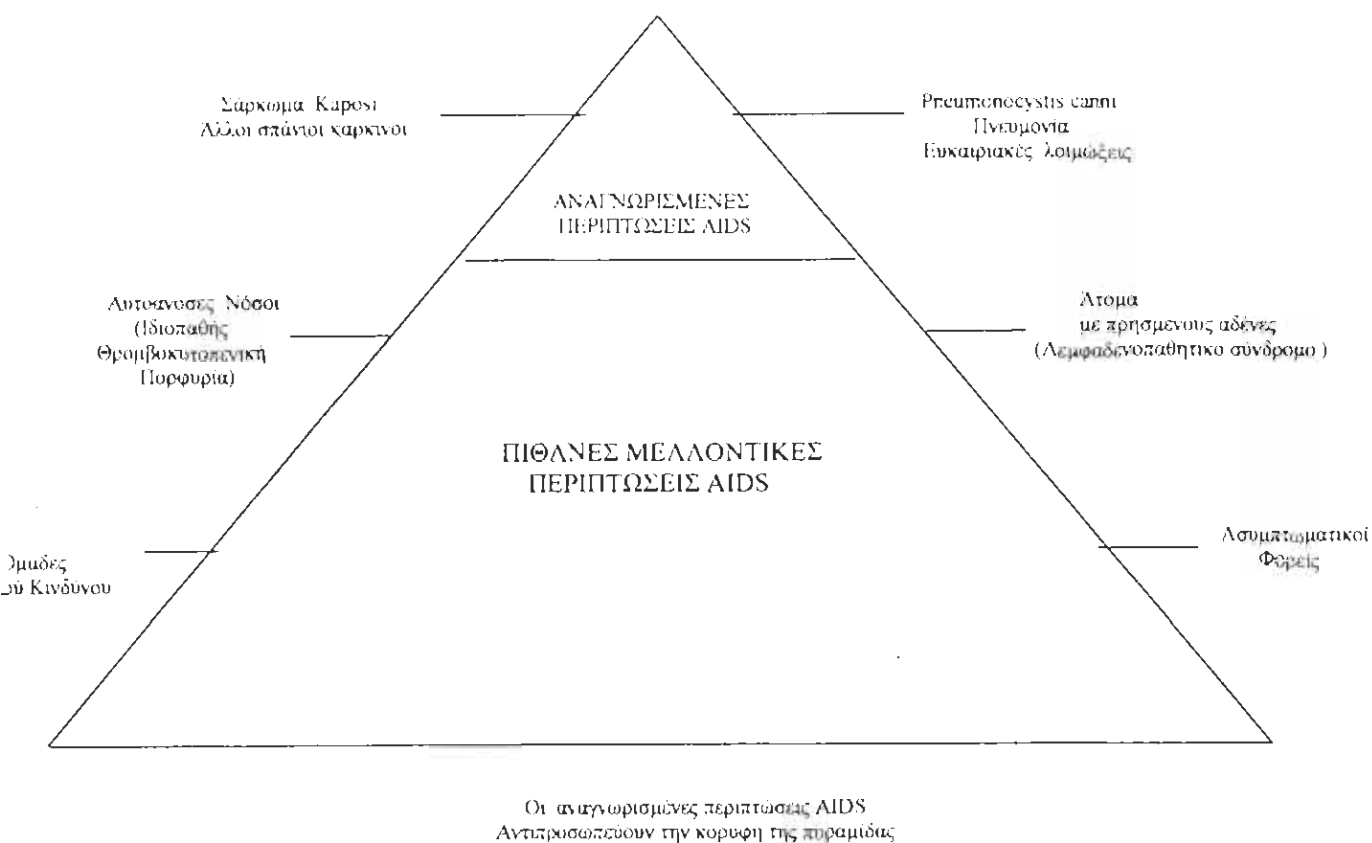
2.3(β). Τι προκαλεί την ασθένεια αυτή

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

Στην περίπτωση του AIDS είναι T4 βοηθητικά λεμφοκύτταρα. Ο ιός μπαίνει στο κύτταρο στόχος με την βοήθεια του ενζύμου Reverse transcriptase καταλαμβάνει τον γενετικό μηχανισμό του κυττάρου ή το υποχρεώνει να αναπαράγει αντίγραφο του εαυτού του καταστρέφοντάς το τελικά¹¹.

2.3(γ). Καρκίνος που σχετίζεται με τους ομοφυλόφιλους

Υπήρξε εποχή που το AIDS ονομαζόταν GRID ή Gay Related Immune Deficiency (Σχετιζόμενη με ομοφυλόφιλους ανοσολογική ανεπάρκεια). Αυτός ήταν ένας άτυχος όρος, που βασιζόταν σε μια ανεπαρκή κατανόηση της αρρώστιας – και



οφειλόταν ίσως στις προκαταλήψεις που υπάρχουν εναντίον των ομοφυλοφίλων. Δεν υπάρχει τίποτα στη φύση του ομοφυλοφίλου που να τον κάνει να παθαίνει AIDS. Δεν ξέρουμε π.χ. κανένα κληρονομικό παράγοντα, που να είναι κοινός στους ομοφυλόφιλους άνδρες και να τους προδιαθέτει στην προσβολή από το AIDS.

Επίσης υπήρξαν περιπτώσεις AIDS σε ετεροφυλόφιλους άνδρες, γυναίκες ή ακόμα και παιδιά. Μπορεί να υπάρχουν ορισμένα χαρακτηριστικά του τρόπου ζωής που να είναι κοινά στους ομοφυλόφιλους άνδρες – αλλά όχι αποκλειστικά σ' αυτούς – που μπορεί να αυξάνουν τον κίνδυνο προσβολής από AIDS¹.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

3.1(α). Διαγνωστικά test

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

- α) Ανίχνευση αντισωμάτων: έναντι του ιού HIV με τη μέθοδο Elisa που είναι η πιο ειδική, ευαίσθητη και εφαρμόσιμη στην καθημερινή πράξη. Αν βρεθούν αντισώματα στο αίμα δεν σημαίνει ότι το άτομο έχει ή θα αναπτύξει AIDS ούτε ότι το άτομο απέκτησε ανοσία έναντι του ιού, απλά σημαίνει ότι κάποια στιγμή στο παρελθόν ο ιός μπήκε στο αίμα και επομένως το άτομο αυτό μπορεί να θεωρηθεί μικροβιοφορέας της νόσου.
- β) Η μέθοδος Western Blot: είναι πιο πολύ ειδική αλλά δεν προσφέρεται στην καθημερινή πράξη. Χρησιμοποιείται ως επιβεβαιωτική της προηγούμενης μεθόδου γιατί προσδιορίζει την ύπαρξη του αντιγόνου αυτού καθ' εαυτού¹³.

3.1(β). Τι σημαίνει ότι το τεστ αντισωμάτων του AIDS είναι αρνητικό;

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 τριών εβδομάδων και τριών μηνών από την πιθανή ημερομηνία μόλυνσης. Το άτομο με αρνητικό τεστ θα πρέπει να αποφεύγει να έχει επικίνδυνη συμπεριφορά και εάν έχει σοβαρές υποψίες να επαναλάβει το τεστ μετά από 2 μήνες¹⁴.

3.1(γ). Τι σημαίνει ότι το τεστ αντισωμάτων του AIDS είναι θετικό;

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 τη 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 χρήσης¹¹.

3.2. Διάγνωση του συνδρόμου

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

Εκτός από τον έλεγχο των αντισωμάτων εξαιρετικά χρήσιμος είναι και ο προσδιορισμός των υποομάδων των λεμφοκυττάρων. Ο ιός είναι ως γνωστό «λεμφοτροπικός» για τα T-βοηθητικά λεμφοκύτταρα, εγκαθίσταται σε αυτά, πολλαπλασιάζεται και βαθμιαία τα καταστρέφει ενώ δεν θίγει τα T-κατασταλτικά λεμφοκύτταρα. Στις διαταραχές της κυτταρικής ανοσίας περιλαμβάνονται και δερματική αλλεργία, λεμφοπενία που είναι πιο συχνή σε ενήλικες από ότι στα παιδιά⁹.

Στα βρέφη κάτω των 15 μηνών η Western Blot της μητέρας θα πρέπει να συγκρίνεται με αυτήν του παιδιού. Έτσι θα μπορεί να διαπιστωθεί πρώιμα αν τα αντισώματα έχουν παθητικά περάσει προς την εμβρυϊκή πλευρά ή αντιπροσωπεύουν ενδογενή παραγωγή του βρέφους και επομένως πραγματική λοίμωξη⁹.

Η αλυσιδωτή αντίδραση της πολυμεράσης (PCR) είναι αξιόλογη μέθοδος που θα πρέπει να συνδυάζεται και με άλλες διαγνωστικές δοκιμασίες. Πρόσφατες μελέτες τονίζουν ότι η PCR είναι διαγνωστική για λοίμωξη σε ποσοστό 50% την πρώτη εβδομάδα της ζωής, 70% την 1η-3η εβδομάδα, 80% τον 1ο-2ο μήνα και 95% μετά τον 3ο μήνα ζωής του βρέφους⁹.

3.3(α). Εργαστηριακά ευρήματα

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

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

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

- Α)Αυξημένη επιδεκτικότητα του ξενιστή για ευκαιριακές λοιμώξεις καθώς και ανάπτυξη ασυνήθων νεοπλασμάτων.
- Β)Ελάττωση στην εκδήλωση της αντίδρασης υπερευαισθησίας επιβραδυνόμενου τύπου.
- Γ)Ελάττωση της ειδικής κυτταροτοξικής λεμφοκυτταρικής λειτουργίας απέναντι στο κυτταρομεγαλοίο και
- Δ)Ελάττωση της παραγωγής των λεμφοκινών που χρειάζονται απαραίτητα για να ενεργοποιήσουν και να γίνει ο κυτταρικός πολλαπλασιασμός έναντι του αντιγόνου¹³.

Κατά αυτόν τον τρόπο στο ΣΕΕΑ παρατηρούνται:

1. Αυξημένα επίπεδα ανοσοσφαιρίνης στον ορό, τα οποία σε περίπτωση νέων λοιμώξεων του ξενιστή δεν μπορούν να αυξηθούν περισσότερο.
2. Κυκλοφορία ανοσοσυμπλεγμάτων δια μέσου αντίδρασης ανοσοσφαιρίνης και αντιγονικών στοιχείων της επιφάνειας του ιού ή ανοσοσφαιρίνης και αντιγονικών στοιχείων του πυρηνοκαψιδίου του ιού.
3. Αδυναμία ενεργοποίησης και κατά συνέπεια πολλαπλασιασμού των Β κυττάρων στην «ειδοποίηση» του μιτογόνου παράγοντα Cowan-1 όχι μόνο στην εκφραζόμενη δράση αυτού δια μέσου των Τ-λεμφοκυττάρων αλλά και στην απ' ευθείας δράση στα Β-λεμφοκύτταρα¹³.

3.3(β). Πρόγνωση του συνδρόμου

Η πρόγνωση της νόσου είναι βαριά. Σε μία 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 Η.Π.Α. από τα μέσα του 1982 μέχρι το 1985 πέθαναν το 90% των προσβεβλημένων ενηλίκων και 65% των παιδιών. Οι αρχές Δημόσιας Υγείας των Η.Π.Α. έχουν καταγράψει 21.517 περιπτώσεις του συνδρόμου με 11.700 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 από ότι στην Αφρική. Παράγοντες όπως η διατροφή, η έκθεση σε άλλους λοιμογόνους παράγοντες και η δυνατότητα ειδικής θεραπευτικής παρέμβασης επηρεάζουν τον χρόνο επιβίωσης⁶.

3.4. Κλινική εικόνα του AIDS

Οι κλινικές εκδηλώσεις στο ΣΕΑΑ ποικίλλουν, εξαρτώμενες από τη φάση ή κατάσταση στην οποία βρίσκεται η εξελικτική πορεία της HIV λοίμωξης στο πά-

σχον άτομο. Κατά την έναρξη της προσβολής από τον HIV 30-35% των προσβεβλημένων εμφανίζουν το λεγόμενο «οξύ ΣΕΑΑ» που εκδηλώνεται με εικόνα ιογενούς συνδρόμου ή λοιμώδους μονοπυρήνωσης. Μετά την παρέλευση 10-15 ημερών τα συμπτώματα της ίωσης εξαφανίζονται και οι πάσχοντες χαρακτηρίζονται ως «ασυμπτωματικοί φορείς» της νόσου. Η κατάσταση του ασυμπτωματικού φορέα διαρκεί μήνες ή και χρόνια. Σαν μέση χρονική διάρκεια θεωρείται το διάστημα των 6 μηνών μέχρι 5 χρόνια.

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

Στην κλινική εικόνα επικρατούν οι διαταραχές μνήμης, η άνοια, οι διαταραχές προσωπικότητας, η σημειολογία εγκεφαλίτιδας, η μηνιγγίτιδα. Εδώ πρέπει να διαφοριστεί ότι η νευρολογική κατάσταση αποτελεί προϊόν δράσης του ιού HIV στο εγκεφαλικό κύτταρο ή είναι αποτέλεσμα ευκαιριακής λοίμωξης που προσβάλλει το ΚΝΣ. Ως προς την κατάσταση της νόσου ΣΕΑΑ μπορεί να λεχθεί ότι την κλινική εικόνα αποτελούν οι εκδηλώσεις που περιγράφηκαν στο ARC σε συνδυασμό με τα συμπτώματα της ευκαιριακής λοίμωξης ή συνύπαρξης ευκαιριακών λοιμώξεων ή σαρκώματος Kaposi¹³.

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

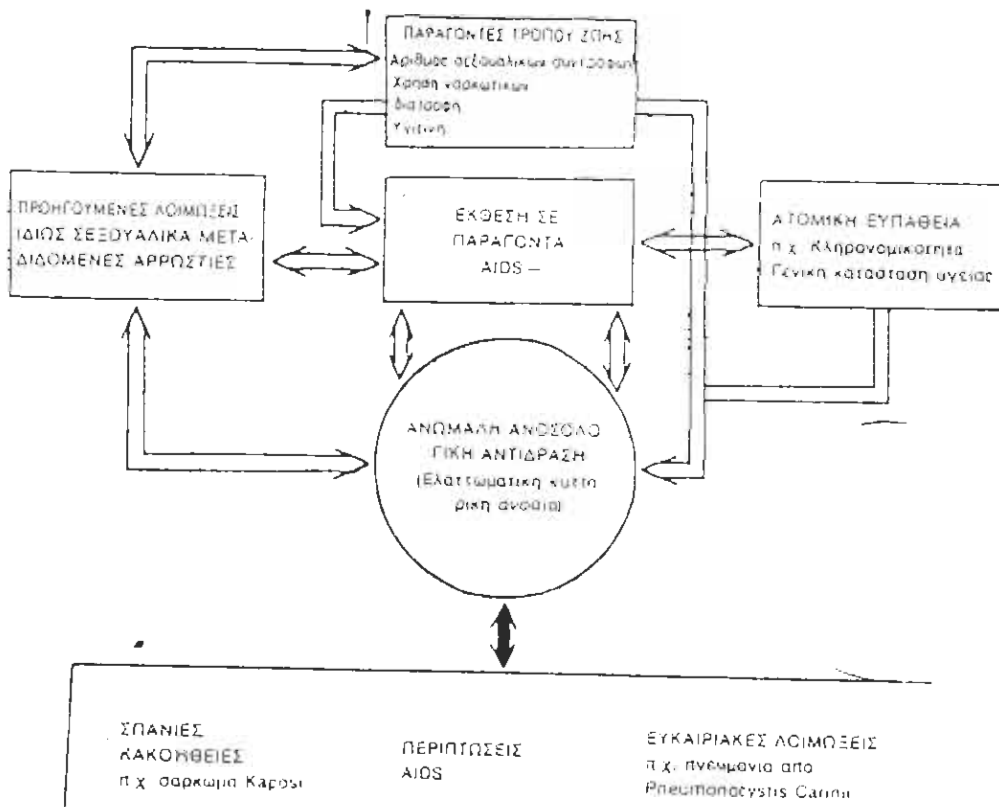
A. Κύρια συμπτώματα:

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

B. Δευτερεύοντα συμπτώματα:

1. Βήχας για περισσότερο από 1 μήνα.

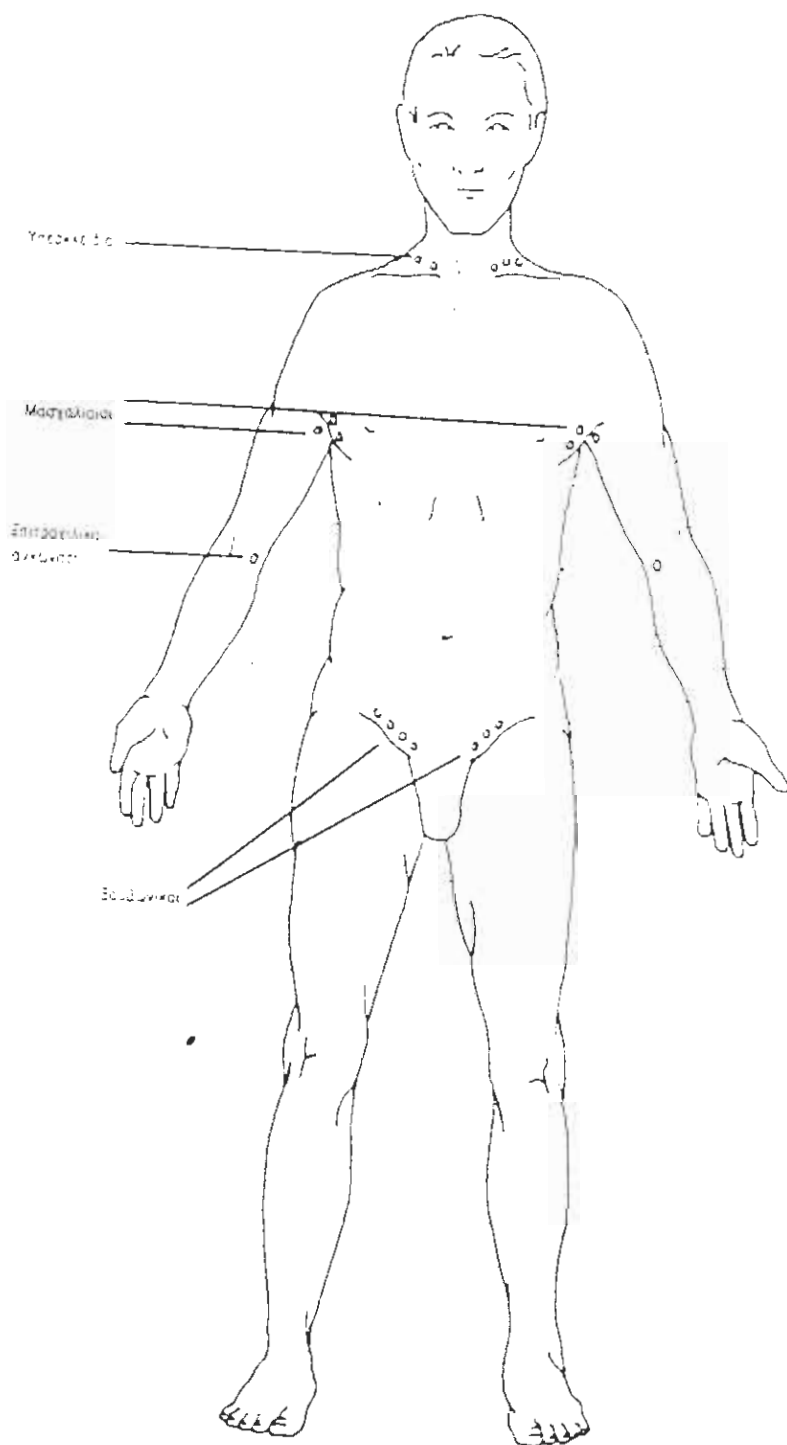
2. Γενικευμένη κνιδωτική δερματίτιδα.
3. Έρπητας ζωστήρ που υποτροπιάζει.
4. Στοματοφαρυγγική μυκητίαση.
5. Χρόνιος έρπητας που προοδευτικά επιτείνεται.
6. Γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια¹³.



Εικόνα 7. Θεωρία ανοσολογικής υπερφόρτισης

3.5. Σημεία και συμπτώματα του AIDS

Τα σημεία και συμπτώματα του AIDS σχετίζονται με τις αρρώστιες που αποτελούν το σύνδρομο του AIDS και τις μεταβολές που επέρχονται στο ανοσολογικό σύστημα όταν κάποιος προσβληθεί από την αρρώστια. Πρέπει να ξέρετε ότι οποιοδήποτε, ή ακόμα και πολλά, από αυτά τα συμπτώματα μπορεί να εμφανιστούν σε άλλες αρρώστιες – πολλές από τις οποίες αυτοπεριορίζονται ή είναι ασήμαντες. Αν πιστεύετε ότι έχετε ένα ή περισσότερα από αυτά τα σημεία δεν πρέπει να πανικοβληθείτε, αλλά να πάτε σε γιατρό.



Εικόνα 8. Οι λεμφαδένες

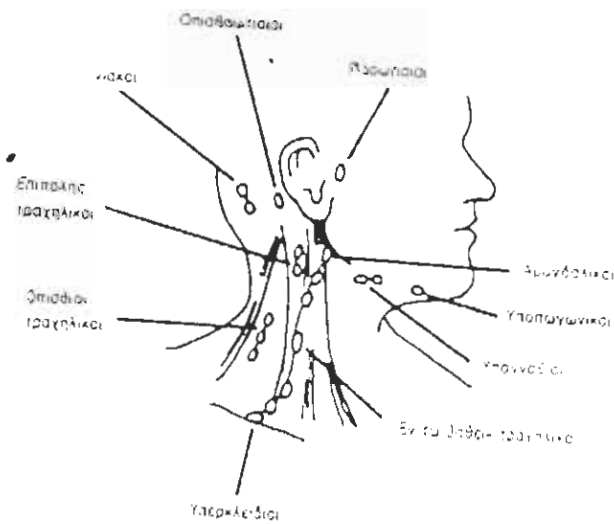
Πρησμένοι αδένες

Κάθε πρόκληση στο ανοσολογικό σύστημα μπορεί να προκαλέσει πρήξιμο των λεμφαδένων. Οι αδένες μπορεί να ψηλαφηθούν σε διάφορες θέσεις στο σώμα:

στο μπροστινό και πίσω μέρος του λαιμού, πίσω απ' τα αυτιά, πάνω απ' τις κλείδες, κάτω απ' τις μασχάλες, στους αγκώνες και στη βουβώνα.

Υπάρχουν πολλές παθήσεις που μπορεί να προκαλέσουν πρήξιμο στους λεμφαδένες. Το πρήξιμο μπορεί να είναι σύμπτωμα ενός προβλήματος κι όχι αρρώστια. Η διόγκωσή τους μπορεί να είναι μια θετική αντίδραση κι όχι παθολογική όταν περάσει η λοίμωξη, η διόγκωση μπορεί να παραμείνει.

Το AIDS είναι μια αρρώστια του ανοσολογικού συστήματος. Επομένως δεν είναι παράξενο ότι οι λεμφαδένες, που αποτελούν αναπόσπαστο μέρος αυτού του συστήματος, μπορεί να προσβληθούν κατά τη διάρκεια της αρρώστιας. Εξετάζετε τακτικά τους λεμφαδένες σας και αναφέρετε την παρουσία επίμονης διόγκωσης, που δεν σχετίζεται με κρυολόγημα ή κάποια άλλη ελαφριά αρρώστια, στον ιατρικό σας βοηθό¹.



Εικόνα 9. Πρόσωπο, κεφάλι και λαιμός

Απώλεια βάρους

Η απώλεια βάρους 5 κιλών ή περισσότερο (ή περισσότερο από 10% του βάρους του σώματος) που δεν σχετίζεται με αύξηση του επιπέδου άσκησης ή με μεί-

ωση της τροφής είναι πιθανό σημείο νόσου. Επίσης κάθε αλλαγή στο επίπεδο της όρεξης μπορεί να αποτελέσει πηγή ανησυχίας.

Το AIDS είναι μια εξαντλητική αρρώστια, στην οποία η απώλεια βάρους είναι συνηθισμένη. Αλλά πρέπει να έχετε υπόψη σας ότι και άλλες αρρώστιες μπορεί να ελαττώσουν την όρεξή σας ή να μεταβάλουν το ρυθμό του μεταβολισμού σας, πράγμα που επίσης μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια βάρους¹.

Κούραση και κακοδιαθεσία

Η μεγάλη κούραση για περισσότερο από μία εβδομάδα, παρά το γεγονός ότι ξεκουράζεσθε όσο συνήθως, μπορεί να είναι σημείο αρρώστιας. Η κακοδιαθεσία, που είναι ένα γενικό αίσθημα αδιαθεσίας, μπορεί επίσης να είναι γενικό σημείο σημαντικής σωματικής διαταραχής.

Τόσο η κούραση όσο και η κακοδιαθεσία είναι εξαιρετικά υποκειμενικά συμπτώματα. Η υπερκόπωση, η στενοχώρια και οι αλλαγές στο διαιτολόγιο μπορεί να προκαλέσουν αυτά τα αισθήματα. Αν και αυτά τα σημεία δεν είναι ειδικά για το AIDS, μπορεί να είναι συμπτώματα πιθανόν βαριάς αρρώστιας.

Πυρετοί και ιδρώτες

Ο πυρετός, ο ιδρώτας ή τα ρίγη που δεν σχετίζονται με οξεία αρρώστια (π.χ. κρυολόγημα ή γρίπη) μπορεί να είναι σημαντικό σημείο αρρώστιας. Η αυξημένη θερμοκρασία είναι η φυσιολογική ανοσολογική απάντηση του οργανισμού σε πρόκληση από διάφορες πηγές όπως τα βακτηρίδια, οι ιοί και τα αλλεργιογόνα.

Για να επιβεβαιώσετε μια αυξημένη θερμοκρασία, πρέπει να την πάρετε με θερμομέτρο. Κάντε το τακτικά και την ίδια ώρα κάθε μέρα.

Τα ρίγη μπορεί να είναι σημείο πυρετού. Η τρεμούλα είναι η αντίδραση του σώματός σας στην αύξηση της θερμοκρασίας. Όταν έχετε ρίγη, μετρήστε τη θερμοκρασία σας. Κρατάτε ημερολόγιο αυτού του συμπτώματος, όπως κάνετε για τη θερμοκρασία του σώματός σας.

Οι πιο συνηθισμένες εκδηλώσεις του AIDS είναι οι λοιμώξεις και οι όγκοι. Και οι δύο καταστάσεις μπορεί να προκαλέσουν πυρετό, ιδρώτες (ιδίως τη νύχτα) και ρίγη. Προσέχετε μήπως παρατηρήσετε αυτά τα σημεία. Αν έχετε επίμονο πυρετό, που δεν μπορεί να εξηγηθεί από μια πάθηση που οφείλεται σε ιό, πηγαίνετε σε γιατρό.

Ανώμαλη αιμορραγία

Το AIDS, όπως και άλλες σοβαρές αρρώστιες, μπορεί να δημιουργήσει στο σώμα μια τάση να αιμορραγεί ευκολότερα. Τα κοψίματα σταματάνε να αιμορραγούν αργότερα από το συνηθισμένο· μικρές και μεγάλες μελανιές μπορεί να αναπτυχθούν μετά από υπερβολικά μικρούς τραυματισμούς.

Η σχέση της αιμορραγίας με το AIDS δεν έχει κατανοηθεί εντελώς. Φαίνεται ότι σε ορισμένες περιπτώσεις AIDS μπορεί να υπάρχει μια ανωμαλία στα αιμοπετάλια, κύτταρα του αίματος που είναι απαραίτητα για την πήξη. Όπως και στις άλλες εκδηλώσεις του AIDS, το βασικό πρόβλημα φαίνεται να βρίσκεται στο ανοσολογικό σύστημα του οργανισμού. Τα αιμοπετάλια σκεπάζονται από ανοσολογικές ουσίες (σφαιρίνες), που τα κάνουν να απομακρύνονται από την κυκλοφορία γρηγορότερα από το κανονικό. Αναφέρετε κάθε αιμορραγική διάθεση, ασυνήθιστη μελανιά ή πόνο και πρήξιμο στις αρθρώσεις σας στον ιατρικό σας βοηθό¹.

Δερματικό εξάνθημα

Το σάρκωμα του Kaposi εκδηλώνεται συνήθως με μεταβολές στο φυσιολογικό χρώμα και την υφή του δέρματος. Συχνά το χρώμα είναι πορφυρό, αν και μπορεί να είναι μεταβλητό.

Κάθε αλλαγή στο χρώμα και την υφή του δέρματος πρέπει να εξετάζεται από γιατρό. Στις περισσότερες περιπτώσεις αυτές οι μεταβολές δεν είναι ενδεικτικές AIDS, αλλά μπορεί να οφείλονται σε άλλες λιγότερο σοβαρές παθήσεις, που χρειάζονται θεραπεία.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

4.1. Φυσική πορεία της λοίμωξης HIV

Η φυσική πορεία της λοίμωξης HIV αποτέλεσε αντικείμενο εντατικής μελέτης από το 1981 και μέχρι σήμερα, πολλά σχήματα σταδιοποίησης έχουν προταθεί.

Η λοίμωξη με τον HIV (Human Immunodeficiency Virus) οδηγεί σε ένα ευρύ φάσμα κλινικών εκδηλώσεων όπου στο ένα άκρο βρίσκονται μολυσμένα άτομα, που έχουν αναπτύξει αντισώματα έναντι του HIV, χωρίς όμως κλινικές εκδηλώσεις, και στο άλλο άκρο ασθενείς με πλήρες AIDS που αναπτύσσουν πληθώρα ευκαιριακών λοιμώξεων και νεοπλασιών. Μεταξύ των άκρων του φάσματος τοποθετούνται ποικίλες κλινικές εκδηλώσεις και εργαστηριακές διαταραχές που συνοδεύουν τη νόσο.

Για 3 εβδομάδες έως και 10 μήνες από τη μόλυνση με τον HIV δεν καταγράφονται κλινικά ή εργαστηριακά ευρήματα μέχρι να εμφανισθούν στον ορό των ασθενών αντισώματα. Σε ένα ποσοστό 20-30% η ορομετατροπή συνοδεύεται από σημεία και συμπτώματα παρόμοια με εκείνα της λοιμώδους μονοκυρήνωσης, που διαρκεί 2-3 περίπου εβδομάδες και υποχωρεί. Ακολουθεί μια ασυμπτωματική περίοδος 6-12 μηνών ή και περισσότερο και στη συνέχεια εμφανίζεται επίμονη γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια. Για 3-6 χρόνια ή και περισσότερα δεν παρατηρούνται σημαντικά σημεία και συμπτώματα. Στη συνέχεια ο αριθμός των CD4 T-λεμφοκυττάρων μειώνεται, αρχίζουν να εμφανίζονται ορισμένα συμπτώματα όπως πυρετός, διάρροιες, νυκτερινοί ιδρώτες, απώλεια βάρους, καταβολή δυνάμεων, υποτροπιάζουσες ιογενείς λοιμώξεις και μυκητιάσεις.

Το στάδιο αυτό διαρκεί συνήθως 1-3 χρόνια ή και περισσότερα και στη συνέχεια ακολουθεί το πλήρες AIDS. Στη φάση αυτή υπάρχει πλήρης έκπτωση της κυτταρικής ανοσίας με αποτέλεσμα την εμφάνιση σοβαρών ευκαιριακών λοιμώξεων, νεοπλασιών και σωρεία άλλων κλινικών και εργαστηριακών διαταραχών που οδηγούν γρήγορα στο θάνατο. Το ποσοστό των ασθενών με λοίμωξη HIV που θα ανα-

πτύξει τελικά AIDS υπερβαίνει το 90%. Ο χρόνος όμως κατάληξης ποικίλλει τόσο στις διάφορες πληθυσμιακές ομάδες όσο και μεταξύ ασθενών της ίδιας ομάδας.

Είναι χαρακτηριστικό ότι σε όλο το φάσμα της κλινικής πορείας της λοίμωξης HIV οι ασθενείς εμφανίζουν εκδηλώσεις από το δέρμα και το βλεννογόνο του στόματος που η γνώση τους είναι καθοριστική τόσο από διαγνωστικής σκοπιάς όσο και από πλευράς κλινικών δεικτών της πορείας της νόσου²⁴.

4.2. Ταξινόμηση της λοίμωξης HIV

Από τις πολλές ταξινομήσεις της HIV λοίμωξης ευρεία εφαρμογή είχε εκείνη που προτάθηκε από το Center for Disease Control (CDC) των Η.Π.Α. το 1986 και παρατίθεται στον Πίνακα 3.

Το 1993 το CDC πρότεινε νέο τροποποιημένο σύστημα ταξινόμησης της λοίμωξης HIV σε αντικατάσταση εκείνης του 1986. Οι βασικές διαφορές της νέας ταξινόμησης είναι:

- α) περιλαμβάνει για πρώτη φορά στη σταδιοποίηση τόσο κλινικά όσο και εργαστηριακά κριτήρια και συγκεκριμένα τον αριθμό των CD4 θετικών T-λεμφοκυττάρων,
- β) διευρύνθηκε ο ορισμός του AIDS όπου, εκτός από τα κλινικά κριτήρια που υπήρχαν, προσετέθη και ο αριθμός των CD4 λεμφοκυττάρων. Έτσι ανεξάρτητα από τα κλινικά ευρήματα, όταν ο αριθμός των CD4 θετικών T-λεμφοκυττάρων είναι κάτω από $200/\text{mm}^3$ ο ασθενής ταξινομείται στο στάδιο του AIDS, και
- γ) στην ομάδα των νόσων που χαρακτηρίζουν το AIDS προσετέθησαν 3 ακόμη: η φυματίωση των πνευμόνων, η υποτροπιάζουσα πνευμονία και το διηθητικό καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας.

Η νέα ταξινόμηση φιλοδοξεί να προσφέρει το πλαίσιο που χρειάζεται για μια ορθότερη κλινική αξιολόγηση των εκδηλώσεων της νόσου και επιπλέον να χρησι-

μοποιηθεί ως δείκτης στις θεραπευτικές παρεμβάσεις στους ασθενείς με λοίμωξη HIV και AIDS

Πίνακας 3. Ταξινόμηση της λοίμωξης HIV σύμφωνα με το CDC (1986).

Ομάδα I.	Οξεία λοίμωξη
Ομάδα II.	Ασυμπτωματική λοίμωξη*
Ομάδα III.	Επίμονη γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια*
Ομάδα IV.	Άλλες νόσοι που εκδηλώνονται επί AIDS
	<i>Υποομάδα A.</i> Γενικές εκδηλώσεις
	<i>Υποομάδα B.</i> Νευρολογικές εκδηλώσεις
	<i>Υποομάδα C.</i> Δευτερεύουσες λοιμώξεις
	<i>Κατηγορία C-1.</i> Δευτερεύουσες λοιμώξεις που υπάρχουν στα κριτήρια ορισμού του AIDS από το CDC
	<i>Κατηγορία C-2.</i> Άλλες ειδικές δευτερεύουσες λοιμώξεις
	<i>Υποομάδα D.</i> Νεοπλάσματα που εμφανίζονται δευτεροπαθώς Και πληρούν τα κριτήρια ορισμού του AIDS από το CDC
	<i>Υποομάδα E.</i> Λοιπές καταστάσεις ως αποτέλεσμα της λοίμωξης HIV

*Ανάλογα με τις εργαστηριακές μεταβολές το στάδιο αυτό υποταξινόμείται σε υποστάδια

Στον Πίνακα 4 παρατίθεται η αναθεωρημένη ταξινόμηση του 1993²⁴

Πίνακας 4. Αναθεωρημένη ταξινόμηση της HIV λοίμωξης και διεύρυνση του ορισμού του AIDS* για εφήβους και ενήλικους (1993).

Κατηγορίες ανάλογα με τον αριθμό των CD4 ⁺ T-λεμφοκυττάρων	Κλινικές κατηγορίες		
	A Ασυμπτωματικοί, οξεία HIV λοίμωξη ή ΕΓΛ**	B Συμπτωματικοί όχι Α και Γ	Γ Νόσοι που χαρακτηρίζουν το AIDS
≥ 500/mm ³	A1	B1	Γ1
200-499/mm ³	A2	B2	Γ2
<200/mm ³	A3	B3	Γ3

* Στο στάδιο AIDS ταξινομούνται οι ασθενείς με νόσους που χαρακτηρίζουν το AIDS και ασθενείς με CD4⁺ <200/mm³.

** Επίμονη γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια.

4.3.(α). Τρόποι μετάδοσης του AIDS

ΤΟ AIDS ΜΕΤΑΔΙΔΕΤΑΙ¹³

- ✓ Με την σεξουαλική επαφή.
- ✓ Με τη μετάγγιση μολυσμένου αίματος ή μολυσμένων παραγώγων αίματος.
- ✓ Με μολυσμένες σύριγγες, συνήθως από άτομα που κάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών.
- ✓ Από μολυσμένη μητέρα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης στο έμβryo

Πώς μπορείς να μολυνθείς

Ο ιός HIV μεταδίδεται μόνο με το αίμα, το σπέρμα, τα υγρά του κόλλου και από τη μολυσμένη μητέρα στο νεογνό της.

α) Μετάδοση με αίμα. Ο ιός μπορεί να μεταδοθεί αν αίμα μολυσμένου ανθρώπου (σε αρκετή ποσότητα) μπει στην κυκλοφορία του αίματος άλλου ανθρώπου (για παράδειγμα όταν ο χρήστης ναρκωτικών ουσιών χρησιμοποιεί τη σύριγγα που χρησιμοποίησε άλλος οροθετικός χρήστης).

β) Μετάδοση με σεξουαλική επαφή. Ο ιός μπορεί να μεταδοθεί κατά τη σεξουαλική επαφή (πρωκτική, κολπική ή και στοματογεννητική) τόσο μεταξύ ατόμων αντίθετου φύλου, δηλαδή από άντρα σε γυναίκα και αντίστροφα (ετεροφυλική μετάδοση), όσο και από άντρα σε άντρα (ομοφυλική μετάδοση). Η πιθανότητα μετάδοσης είναι μεγαλύτερη όταν υπάρχουν σεξουαλικές σχέσεις:

- με άτομα υψηλού κινδύνου (π.χ. τοξικομανείς),
- με άγνωστους ευκαιριακούς συντρόφους.

γ) Μετάδοση από τη μολυσμένη μητέρα στο νεογνό. Ο ιός μπορεί να μεταδοθεί από την οροθετική μητέρα στο νεογέννητο με αποτέλεσμα ακόμη και νεογέννητα να νοσούν με AIDS¹⁵.

4.3(α). Τρόποι μετάδοσης του AIDS

ΤΟ AIDS ΔΕΝ ΜΕΤΑΔΙΔΕΤΑΙ¹³

- ✓ Όταν αγκαλιάζεις κάποιον.
- ✓ Όταν δίνεις ένα απλό φιλί.
- ✓ Όταν τσιμπήσει κουνούπι ή άλλο έντομο.
- ✓ Από κατοικίδια ζώα.
- ✓ Όταν δίνεις αίμα.
- ✓ Όταν δίνεις αίμα.
- ✓ Όταν χρησιμοποιείς κοινά πιάτα, ποτήρια κλπ.
- ✓ Όταν κάποιος κοντά σου βήξει ή φταρνιστεί.

Πώς δεν μεταδίδεται η λοίμωξη

Ο HIV δεν μεταδίδεται με την καθημερινή συναναστροφή ούτε με τα βιολογικά υγρά σάλιο, δάκρυα, ούρα κ.ά. Γι' αυτό το λόγο δεν υπάρχει κανένας κίνδυνος μόλυνσης κατά την κοινή οικογενειακή, σχολική, εργασιακή ή αθλητική συμβίωση με φορείς ή ασθενείς με AIDS, ούτε κατά τη χρήση κοινών οικιακών σκευών, όπως χαρτοπετσέτες, πιάτα, ποτήρια ούτε από τις τουαλέτες κλπ. Ο ιός δεν μεταδίδεται με τα τσιμπήματα εντόμων.

Τα εμβόλια, οι παράγοντες πήξεως και οι ανοσοσφαιρίνες (έτοιμα αντισώματα) εν μεταδίδουν τη λοίμωξη. Και βεβαίως δεν υπάρχει κανένας κίνδυνος για τους αιμοδότες¹⁵.

3(γ). Πώς αποφεύγεται η μετάδοση

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

1) 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 αρχίσεις τις σεξουαλικές σχέσεις. Στην αντίθετη περίπτωση είναι καλό ΝΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΕΙΣ ΤΟΝ ΑΡΙΘΜΟ ΤΩΝ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΝ ΣΥΝΤΡΟΦΩΝ ΣΟΥ ΚΑΙ ΝΑ ΑΠΟΦΥΓΕΙΣ ΤΙΣ ΕΥΚΑΙΡΙΑΚΕΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ. Αν δεν γνωρίζεις καλά τον ερωτικό σύντροφο 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 έως το τέλος της σεξουαλικής πράξης.

2) Μέτρα υγιεινής προστασίας:

Οι συνήθεις κανόνες υγιεινής αρκούν για να προλάβουν τη μόλυνση κατά τη συμβίωση με φορείς του HIV. Δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται αιχμηρά αντικείμενα (ξυραφάκια, βελόνες, ψαλίδια, οδοντόβουρτσες). Ο ιός καταστρέφεται εύκολα με θέρμανση πάνω από 60⁰, 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 χρησιμοποιείτε ΠΟΤΕ μεταχειρισμένες σύριγγες και βελόνες¹⁵.

4.4(α). Πώς εμφανίζεται η νόσος

Το AIDS είναι το αποτέλεσμα της προσβολής του οργανισμού από έναν ιό που έχει το διεθνές όνομα HIV. Όπως δείχνουν οι στατιστικές, οι περισσότεροι από εκείνους που έχουν προσβληθεί από τον ιό εξακολουθούν να παρουσιάζουν καλή υγεία, ενώ το σχετικό τεστ, που αποβαίνει θετικό, είναι η μόνη απόδειξη της προσβολής. Το ένα τέταρτο των φορέων AIDS παρουσιάζει κάποιες ενοχλήσεις, οι οποίες όμως είναι εντελώς κοινές και δεν μπορούν εύκολα να αποδοθούν στη νόσο. Μόνο ένα μικρό ποσοστό, από όσους έχουν προσβληθεί, καταλήγει στη νόσο του AIDS, στην καταστροφή, δηλαδή, του αμυντικού συστήματος του οργανισμού.

Κατά την είσοδο του ιού στο σώμα, ο οργανισμός αμύνεται, παράγοντας αντισώματα για την εξουδετέρωση του «εισβολέα». Είναι το στάδιο της Πρωτολοίμωξης. Η εμφάνιση των αντισωμάτων μέσα στο αίμα δεν είναι άμεση. Η καθυστέρηση ποικίλλει από έξι εβδομάδες μέχρι έξι μήνες.

«Κατά το στάδιο αυτό, όπου ένα άτομο είναι φορέας του ιού, αλλά δεν παρουσιάζει εμφανή συμπτώματα, δεν έχουμε μεθόδους θεραπείας. Ενημερώνουμε τους παθόντες ότι στο εξής μπορούν να μεταδώσουν τον ιό, ότι πρέπει να προσέξουν να μην ξαναμολυνθούν και τους ζητούμε να μας ενημερώνουν για κάθε εμφάνιση συμπτωμάτων» εξηγεί η Δρ. Κριστίν Μοπερόν του νοσοκομείου Κλωντ Μπερνάρ.

Ο δεύτερος τύπος προσβολής από τον ιό HIV είναι η λοίμωξη. Εκδηλώνεται με πολλά συμπτώματα: πυρετός, διάρροιες, ερεθισμός των γαγγλίων, απώλεια βάρους κλπ., τα οποία όμως είναι κοινά σ' ένα μεγάλο πλήθος ασθενειών. Στο σημείο αυτό βρίσκεται και η δυσκολία για τη διάγνωση της ασθένειας στα αρχικά της στάδια. Τα διαρροϊκά συμπτώματα π.χ. είναι όμοια με αυτά που θα παρουσιάσει ένα άτομο αν καταναλώσει ελαφρά αλλοιωμένη τροφή. Μοναδικό χαρακτηριστικό της λοίμωξης από τον ιό HIV: τα συμπτώματα επεκτείνονται χωρίς να υπάρχει καμία αι-

τιολογία.

Το AIDS μπορεί να εκδηλωθεί έξι μήνες έως οκτώ χρόνια μετά την πρωτολοίμωξη. Το αμυντικό σύστημα του οργανισμού έχει πλέον καταστραφεί και ο φορέας μετατρέπεται σε θύμα της οποιασδήποτε απλής νόσου, στην οποία ο οργανισμός που θα αντιδρούσε θαυμάσια κάτω από κανονικές συνθήκες. Επομένως, η οποιαδήποτε μικροπροσβολή του οργανισμού έστω και από απλή γρίπη, θα μπορούσε να ενεργοποιήσει τη νόσο, με καταστρεπτικά αποτελέσματα⁷.

4.4(β). Οι δύο όψεις του ιού

Ο ιός του AIDS είναι ένα μικρόβιο ιδιαίτερα επικίνδυνο, και εξαιτίας της εντελώς ιδιόζουσας φύσης του και εξαιτίας του στόχου που εκλέγει για τη δράση του: τα λεμφοκύτταρα.

Ο σκοπός του. Ο ιός προσβάλλει ορισμένους τύπους λευκών αιμοσφαιρίων, οι οποίοι είναι ειδικά επιφορτισμένοι με την άμυνα του οργανισμού. Υπάρχουν τρεις οικογένειες λευκών αιμοσφαιρίων: τα φαγοκύτταρα, τα λεμφοκύτταρα Β και τα λεμφοκύτταρα Τ. Αυτά αποτελούν το αμυντικό σύστημα του οργανισμού δίνοντας τη μάχη με κάθε «εισβολέα»: ιούς, μικρόβια, παράσιτα, βακτήρια, αλλά και μεταμοσχευμένα όργανα, προσπαθώντας να αποβάλλουν κάθετι ξένο προς τον οργανισμό.

Τα λεμφοκύτταρα Τ υποδιαιρούνται σε πολλά είδη. Ένα από αυτά είναι τα λεμφοκύτταρα Τ4, που είναι ο στόχος του ιού. Για την κατανόηση του τρόπου δράσης και την τελική νίκη του ιού, οι ερευνητές καλλιεργούν λεμφοκύτταρα Τ, τα προσβάλλουν με τον ιό και παρατηρούν, ερευνούν, μετρούν.

Η φύση του. Οι γενετικοί χαρακτήρες του ιού (δηλαδή οι οδηγίες για τη δράση και το σκοπό του) είναι αποταμιευμένοι στα ινώδη μόρια του RNA (και όχι του DNA, όπως συμβαίνει στα κύτταρα). Το RNA εισάγεται στο εσωτερικό του λευκού αιμοσφαιρίου με μια εντελώς ειδική στρατηγική. Αυτό που κάνει τον ιό ιδιαίτερα επικίνδυνο είναι ο «πειρατικός» τρόπος δράσης του: αλλάζει τους γενετικούς χαρακτήρες του κυττάρου.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

5.1(α). Φάρμακα κατά του HIV μέχρι τέλους '95

1. ΝΟΥΚΛΕΟΤΙΔΙΚΑ ΑΝΑΛΟΓΑ - ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΑΝΑΣΤΡΟΦΗΣ ΜΕΤΑΓΡΑΦΑΣΗΣ (Reverse Transcriptase Inhibitors)

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

Τα φάρμακα αυτά δρουν ως ιοστατικά, ανταγωνιζόμενα τη δράση του ενζύμου «ανάστροφη μεταγραφή» (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 /μL¹⁷.

5.1(β). Φάρμακα κατά του HIV από τέλους '95 μέχρι σήμερα

1. ΝΟΥΚΛΕΟΤΙΔΙΚΑ ΑΝΑΛΟΓΑ - ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΑΝΑΣΤΡΟΦΗΣ ΜΕΤΑΓΡΑΦΑΣΗΣ (Reverse Transcriptase Inhibitors)

- (α) 3TC (Lamivudine, 3-thia-cytidine, TM tabs 3TC ή Epivir της Glaxo - Wellcome)
- (β) D4T (Stavudine, TM tabs Zerit της Bristol - Myers - Squibb)

2. ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΠΡΩΤΕΑΣΩΝ ΤΟΥ HIV (Protease Inhibitors)

- (α) Saquinavir (TM caps Invirase της Hoffman La Roche)
- (β) 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 τον Σεπτέμβριο του 1996. Χρησιμοποιούνται μόνο σε συνδυασμούς με αναστολείς της ανάστροφης μεταγραφάσης¹⁷.

5.1(γ). Φάρμακα που αναμένονται να κυκλοφορήσουν τα επόμενα 1 - 2 χρόνια

1. ΝΟΥΚΛΕΟΤΙΔΙΚΑ ΑΝΑΛΟΓΑ - ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΑΝΑΣΤΡΟΦΗΣ ΜΕΤΑΓΡΑΦΑΣΗΣ (Reverse Transcriptase Inhibitors)

(α) 1952 XW (Wellcome)

2. ΜΗ ΝΟΥΚΛΕΟΤΙΔΙΚΟΙ ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΑΝΑΣΤΡΟΦΗΣ ΜΕΤΑΓΡΑΦΑΣΗΣ (Non – nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors, NNRTI)

(α) Nevirapine (Viramune)

(β) Loviride

(γ) Delavirdine

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

3. ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΠΡΩΤΕΑΣΩΝ (Protease Inhibitors)

(α) Nelfinavir (Agouron)

(β) VX-478 (Vertex της Glaxo-Wellcome)¹⁷.

Συνοπτικά, τα εν χρήσει αυτή τη στιγμή φάρμακα, είναι :

A. ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΑΝΑΣΤΡΟΦΗΣ ΜΕΤΑΓΡΑΦΑΣΗΣ (Reverse Transcriptase Inhibitors)

1. AZT (™ Retrovir)

2. DDI (™ Videx)

3. DDC (™ Hivid)

4. 3TC (™ 3TC, Epivir)

5. D4T (™ Zerit)

B. ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΠΡΩΤΕΑΣΩΝ (Protease Inhibitors)

1. SAQUINAVIR (™ InVirase)
2. INDINAVIR (™ Crixivan)
3. RITONAVIR (™ Norvir)¹⁷.

5.2(α). Θεραπευτικά σχήματα κατά του HIV

Ήδη από τον Οκτώβριο του 1995 καθιερώθηκε επίσημα και γενικεύθηκε η χρήση των συνδυασμών, ενώ οι μονοθεραπείες θεωρούνται πλέον αναχρονιστικές (Συνέδριο της European AIDS Clinical Society, EACS, Κοπεγχάγη, Οκτ. 95).

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 δύο αναστολείς ανάστροφης μεταγραφάσης (πχ. AZT + 3TC) και έναν αναστολέα πρωτεάσης (Saquinavir, Indinavir, Ritonavir).

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

- α) Έχουν πλήρες AIDS (σύμφωνα με τον ορισμό CDC & WHO)
- β) Έχουν CD4 < 200/μL
- γ) Έχουν ιικό φορτίο > 30.000 copies/ml

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

Οι νεώτερες απόψεις, έτσι όπως εκφράστηκαν και στα συνέδρια του Vancouver και του Birmingham (Ιούνιος και Νοέμβριος 96), συνηγορούν υπέρ της έναρξης της αγωγής σε προϋμότερα στάδια, ίσως και αμέσως μετά τη διάγνωση της οροθετικότητας. Συνηγορούν επίσης υπέρ της εξ' αρχής χορήγησης - τουλάχιστον - 3

φαρμάκων.

Οι απόψεις αυτές πιθανώς δεν θα αργήσουν πολύ να καθιερωθούν ή τουλάχιστον κάποιες πλευρές τους¹⁷.

5.2(β). Κόστος αγωγής

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

Συγκεκριμένα και για τα Ελληνικά πάντα δεδομένα:

Κόστος αγωγής με διπλό σχήμα : ~ 1.400.000 δρχ/έτος/ασθενή.

Κόστος αγωγής με τριπλό σχήμα : ~ 2.500.000 - 2.900.000 δρχ/έτος/ασθενή¹⁷.

5.3(α). Η χρήση των συνδυασμών στην αντι-HIV αγωγή

Η εισαγωγή και η καθιέρωση της χρήσης συνδυασμών στην αντιρετροϊκή θεραπεία ήταν εξέλιξη που υπαγορεύθηκε από την ανάγκη αντιμετώπισης των ανθεκτικών στελεχών του HIV, που γρήγορα και εύκολα παράγονται με τη μονοθεραπεία.

Ήδη από τα πρώτα χρόνια χρήσης του AZT επισημάνθηκε το φαινόμενο αυτό. Με την συσσώρευση της εμπειρίας, η ανάπτυξη ανθεκτικών στελεχών επιβεβαιώθηκε και αναλύθηκε περαιτέρω. Ως απάντηση στις μεγάλες αριθμού μεταλλάξεις του HIV που οδηγούν σε ανθεκτικά στελέχη, προτάθηκε η εντονότερη και ισχυρότερη αναστολή του με θεραπείες συνδυασμών, οι οποίες θεωρούνται πιά ως η θεραπεία του μέλλοντος.

Οι μεγάλες κλινικές δοκιμές (ACTG 175, Delta trial, NUCA 3001 A & B, NUCA 3002 A & B, CAESAR κλπ) επιβεβαίωσαν και στην πράξη την υπεροχή των συνδυασμών. Η ίδια επιβεβαίωση υπήρξε και στους εργαστηριακούς δείκτες εξέλιξης της HIV λοίωξης, όπως στο ιικό φορτίο όπου αποδείχτηκε ότι, επί παραδείγματι, ο συνδυασμός AZT/DDI μειώνει τον δείκτη αυτόν σημαντικά περισσότερο απ' ό,τι το AZT μόνο του στην οξεία λοίμωξη.

Ειδικότερα για το σχετικά νεώτερο από τα νουκλεοτίδια 3TC, απεδείχθη ότι σε συνδυασμό με το AZT όχι μόνο μειώνει σημαντικά τον σχετικό κίνδυνο εξέλιξης της νόσου, αλλά υπερέχει των DDI & DDC, τόσο σε ασθενείς με προηγούμενη εμπειρία αντιρετροϊκών, όσο και σε "naive" ασθενείς.

Ακόμα περισσότερο ενθαρρυντικά ήταν τα αποτελέσματα των trials και οι πρώτες κλινικές εμπειρίες από την χρήση των τριπλών συνδυασμών που αναφέρθηκαν πιο πάνω.

Ασθενείς σε προηγούμενη θεραπεία με AZT για περισσότερο από 6 μήνες, έλαβαν AZT / 3TC / Indinavir και ύστερα από 24 εβδομάδες, παρουσίασαν μείωση του ιϊκού φορτίου κατά 2,0 logs (ήτοι, κατά 99% πτώση της συγκέντρωσης HIV-RNA στο πλάσμα).

Ασθενείς "naive" (χωρίς προηγούμενη αγωγή) που έλαβαν το τριπλό αυτό σχήμα, παρουσίασαν αντίστοιχη μείωση κατά 3,0 logs (ήτοι, πτώση της συγκέντρωσης HIV-RNA κατά 99,9%).

Οι δυνατότητες και των τριών αναστολέων πρωτεάσης σε συνδυασμούς με νουκλεοτίδια φαίνεται ότι είναι ανάλογα ισχυρές. Τις δυνατότητες αυτές για ουσιαστική μείωση στους δείκτες εξέλιξης της νόσου και βελτίωσης της κλινικής πορείας επισημαίνουν σημαντικοί ερευνητές και, κάποιοι απ' αυτούς, αρχίζουν με δικαιολογημένη αισιοδοξία να θέτουν πλέον το ζήτημα της "εκρίζωσης" (eradication) του HIV.

Απομένει βεβαίως να απαντηθεί στην πράξη το μεγάλο ερώτημα του χρόνου έναρξης της αγωγής. Πότε δηλαδή πρέπει να ξεκινά η θεραπευτική αγωγή και με πόσα (τρία ή περισσότερα) φάρμακα¹⁷.

5.3(β). Πότε αρχίζουμε την αντιρετροϊκή θεραπεία

Το θέμα του χρόνου έναρξης της αντιρετροϊκής θεραπείας παραμένει εν μέρει ασαφές και συχνά αντικείμενο διαφωνιών. Οι νεότερες ανακαλύψεις στον τομέα της παθογένειας της HIV λοίμωξης κατέστησαν σαφές ότι η έναρξη της αντιρετροϊκής θεραπείας πρέπει να γίνεται πριν επισυμβεί μη αναστρέψιμη σοβαρή βλάβη του ανοσολογικού συστήματος και πριν αυξηθεί πολύ ο ρυθμός πολλαπλασια-

σιμού του ιού με τις συνεπακόλουθες μεταλλάξεις και την εμφάνιση αντοχής στα φάρμακα, πριν ακόμη αυτά χορηγηθούν. Η απόφαση για την έναρξη της αγωγής πρέπει να εξατομικεύεται και να λαμβάνει υπόψη την κλινική κατάσταση του ασθενούς, το βαθμό της ανοσολογικής του ανεπάρκειας (αριθμό CD4 T-λεμφοκυττάρων), τον κίνδυνο επιδείνωσης της HIV λοίμωξης (HIV-RNA, επίπεδο ιϊκού φορτίου), την επιθυμία και την πιθανή συμμόρφωση του ασθενούς. Γενικά, έναρξη της αγωγής ενδείκνυται: α) στους συμπτωματικούς ασθενείς και β) στους ασυμπτωματικούς ασθενείς με αριθμό CD4 < 500 (ή < 350) κύτταρα/mm³ είτε με επίπεδα ιϊκού φορτίου > 5.000-10.000 c/ml. Ορισμένοι ειδικοί προτείνουν τη χορήγηση αγωγής όταν το ιϊκό φορτίο είναι ανιχνεύσιμο. Γενικά, υπάρχει μια τάση πρωϊμότερης χορήγησης των φαρμάκων, πρέπει όμως κανένας να υπολογίζει και τα δυνητικά οφέλη ή τους κινδύνους αυτής της προσέγγισης¹⁸.

5.4. Κύηση και αντιρετροϊκή θεραπεία

Η κύηση και ο τοκετός οροθετικών γυναικών είναι σημαντικό ιατρικό αλλά και κοινωνικό πρόβλημα. Η σύγχρονη αντιρετροϊκή αγωγή μπορεί να μειώσει σημαντικά τον κίνδυνο γέννησης μολυσμένων παιδιών υπό την προϋπόθεση της έγκαιρης διάγνωσης της οροθετικότητας της μέλλουσας μητέρας και της ορθής θεραπευτικής αντιμετώπισης¹⁶.

Παρουσιάζονται 20 περιπτώσεις HIV(+) γυναικών που τεκνοποίησαν κατά το χρονικό διάστημα 1994-1999. Σε 7.120 χορηγήθηκε IV AZT κατά τη διάρκεια του τοκετού 0,3 από τις 7 ασθενείς είχαν γνώση της οροθετικότητας και συνέλαβαν με δική τους απόφαση. Οι ασθενείς αυτές έλαβαν αντιρετροϊκή αγωγή και κατά τη διάρκεια της κύησης από τη 14η εβδομάδα της. Σε όλες τις περιπτώσεις γεννήθηκαν υγιή παιδιά χωρίς να σημειωθούν μέχρι τώρα ανεπιθύμητες ενέργειες σε αυτά. Στις υπόλοιπες 13 η διάγνωση της HIV λοίμωξης έγινε μετά τον τοκετό και σε 3 από αυτές η διάγνωση έγινε πρώτα στο νεογνό. Από τις ασθενείς αυτές γεννήθηκαν 8 παιδιά υγιή και 6 μολυσμένα, αφού η μία γέννησε μολυσμένα δίδυμα.

Η διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων είναι στατιστικά οριακά μόνο σημαντική και προφανώς οφείλεται στο μικρό μέγεθος του δείγματος. Είναι όμως βιολογικά

σημαντικότερη λόγω της μηδενικής συχνότητας που παρατηρήθηκε στις γυναίκες που έλαβαν αγωγή¹⁶.

Στο δείγμα που παρουσιάζεται, ιδιαίτερα σημαντικό είναι το στοιχείο της όψιμης διάγνωσης της οροθετικότητας των εγκύων. Ουσιαστικά, με την εξαίρεση των ασθενών που γνώριζαν την κατάστασή τους πριν την κύηση σε όλες τις περιπτώσεις η διάγνωση έγινε με σημαντική ως ανεπανόρθωτη καθυστέρηση. Επισημαίνεται η αναγκαιότητα ένταξης της εξέτασης για αντι-HIV αντισώματα στον παρακλινικό έλεγχο ρουτίνας που δίνεται από το γυναικολόγο σε κάθε υποψήφια μητέρα αμέσως με τη διάγνωση της κύησης¹⁶.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο

6.1(α). Οδηγίες για την πρόληψη διασποράς του AIDS στις μονάδες τεχνητού νεφρού.

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 επιφανειακά αντιγόνα των λεμφοκυττάρων υπάρχει μικρή πιθανότητα το αποτέλεσμα να είναι θετικό.

Παρόλα 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 αδιεπέραστους σάκους.

Όσον αφορά το μηχάνημα αιμοδοσίας τα μέτρα απολύμανσης που λαμβάνονται (υποχλωριώδες νάτριο ή φορμαλδεϋδη) είναι αρκετά για την καταστροφή του HIV¹².

6.1(β). Οδηγίες προς το προσωπικό του νεκροτομείου

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, μιάσκα, 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 εργαστήρια¹².

6.1(γ). Οδηγίες για την πρόληψη του AIDS κατά την οδοντιατρική πράξη

Οι οδοντίατροι είναι εκτεθειμένοι και αυτοί στον ιό, γι' αυτό πρέπει να γίνεται χρήση γαντιών, μάσκας, γυαλιών και ιατρικής μπλούζας. Θα πρέπει να χρησιμοποιούνται μιας χρήσης καλύματα για τις επιφάνειες που έρχονται σε επαφή με τα εργαλεία και τον ασθενή. Χρήση ελαστικού απομονωτήρα και ισχυρή αναρρόφηση 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 πίνουν τον εξοπλισμό του ιατρείου τους μέχρι να θεραπευθούν οι βλάβες. Εννοείται ότι πρέπει απαραίτητα να φορούν γάντια¹².

6.2. Αρχές προφύλαξης

(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 τσιμπιμάτων με αιχμηρά αντικείμενα, βελόνες, μολυσμένα εργαλεία με αίμα ή εκκρίματα. Σε τραυματισμό, πίεση

του σημείου να αιμορραγήσει, πλύσιμο με άφθονο νερό, στέγνωμα και καθάρισμα 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 ξανατοποθέτηση 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 χρωστικά 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 κύημα¹⁹.

(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 οποιεσδήποτε 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 νοσηλειών, φροντίδας και εφαρμογή προφυλακτικών μέτρων, όπως περιγράφονται στη νοσηλεία αρρώστου στο νοσοκομείο.
- Καθαρισμός των χώρων με το 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 απορριμάτων

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

Στερεά απορρίματα, όπως γάζες, βαμβάκι, χαρτοβάμβακο κλπ. καλά ασφαλισμένα σε πλαστικό σάκο και απόρριψη στο απορριματοφόρο 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 οξείδιο του αιθυλενίου ή με χημικούς κλιβάνους. Για απολύμανση εργαλείων, που δεν αποστειρώνονται λόγω κατασκευής τους σε υψηλές θερμοκρασίες μπορεί να χρη-

σιμοποιηθούν διάφορα απολυμαντικά διαλύματα. Καλή απολύμανση γίνεται με βρασμό επί 10' τουλάχιστον¹⁹.

6.3(α). Γενικές συστάσεις για το προσωπικό

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 υφαντικό κάθε φορά που θα λερωθεί. Αν είναι πλαστική μπορεί να απολυμένεται 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 καινούργια 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 πάντα να ελέγχονται αν είναι ακέραια.

β) Γάντια κουζίνας. Αυτά καλό είναι να χρησιμοποιούνται όταν γίνεται καθαριότητα χώρου και επιφανειών, όταν ετοιμάζονται τα ρούχα για πλύσιμο κλπ. Αυτά είναι περισσότερο ανθεκτικά και οικονομικότερα.

γ) Γάντια πλαστικά μιας χρήσης. Τα γάντια αυτής της ποιότητας δεν εφαρμόζονται στα χέρια, για αυτό μπορεί να χρησιμοποιούνται σε ορισμένες διαδικασίες της περιποίησης του αρρώστου που κρίνεται ότι δεν θα εμποδίζουν²⁶.

Επίσης κατά τη νοσηλεία ασθενή με AIDS πρέπει να ληφθούν υπόψη και οι παρακάτω συστάσεις:

- α) Τα χέρια πρέπει να πλένονται μετά από κάθε επαφή με τον άρρωστο, τα σωματικά υγρά και τα μολυσμένα αντικείμενα.
- β) Πριν από την περιποίηση άλλου αρρώστου, ακόμα και αν η νοσηλεύτρια φορούσε γάντια.
- γ) Πριν το φαγητό.
- δ) Πριν μπει σε δωμάτιο άλλου αρρώστου.
- ε) Όταν υπάρχουν κοψίματα ή εκδορές στα χέρια πρέπει να χρησιμοποιούνται ελαστικά γάντια.
- στ) Για την πλύση χεριών προτιμάται η χρήση υγρού σαπουνιού. Στο σαπούνι πλάκα μπορεί να μένουν σταγόνες σωματικού υγρού του αρρώστου (αίμα κλπ.). Καλύτερο είναι το υγρό αντισηπτικό σαπούνι με βάση τη χλωρεξιδίνη π.χ. Canascrub, Ampitasol, Incosept κλπ. Αν ο άρρωστος έχει σοβαρή μόλυνση, χρησιμοποιείται αντισηπτικό σαπούνι ιωδιούχο.

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

- Να βοηθήσει και να σφίξει το σημείο του τραυματισμού να αιμορραγήσει προς τα έξω.
- Να πλύνει το τραύμα με πολύ νερό χωρίς να το πειράξει, να το στεγνώσει με καθαρή χαρτοπετσέτα και να το πλύνει με οινόπνευμα.

- Πρέπει οπωσδήποτε να ενημερωθεί ο γιατρός που παρακολουθεί τον άρρωστο για περαιτέρω οδηγίες²⁶.

6.3(β). Οδηγίες προς το προσωπικό εργαστηρίων

1. Απαραίτητη είναι η χρήση γαντιών και ιατρικών μπλουζών κατά την εργασία με αίμα, εκκρίματα και απεκρίματα 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 μπορούν 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 αυτούς²¹.

6.3(γ). Διδασκαλία αρρώστου με AIDS κατά την έξοδο

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 την 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. οδοντογιατρό, 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 να απολυμαίνει τυχόν διασπορά από τα πιθανά μολυσματικά υγρά του, από τυχόν κοψίματα και άλλες πληγές.
- Πρέπει να συντονιστεί η εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση.

6.3(δ) Θάνατος αρρώστου στο σπίτι

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

- Πρέπει να αποφεύγεται η μεγάλη επαφή με το σώμα του νεκρού κατά το δυνατόν.
- Ο υπεύθυνος γιατρός πρέπει να ενημερώσει το Γραφείο Κηδειών για την αρρώστια του νεκρού.

- Το Γραφείο Κηδειών θα ετοιμάσει, περιποιηθεί και τακτοποιήσει το νεκρό σύμφωνα με τις οδηγίες του Υπουργείου Υγείας (όσον αφορά ενδυμασία, φέρετρο κλπ.)
- Οι συγγενείς και οι φίλοι πρέπει να χαιρετήσουν το νεκρό στο σπίτι πριν φύγει, χωρίς επαφή με το σώμα του.
- Τέλος, δεν επιτρέπεται να ανοιχθεί το φέρετρο στο νεκροφυλάκειο ή αλλού²⁶.

6.3(ε). Γενικές οδηγίες για αρρώστους και φορείς 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 άλλα 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.
- Μη δίνετε αίμα, πλάσμα, σπέρμα, γάλα, όργανα του σώματος ή άλλους ιστούς¹⁹.

6.4. Μετάδοση του HIV και προσωπικό Πρώτων Βοηθειών

Σε σχέση με την 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.

(α) Ανάνηψη στόμα με στόμα

Σε ασθενή που είναι αναίσθητος και χωρίς φυσική αναπνοή (π.χ. εξαιτίας καρδιακής προσβολής, ηλεκτροπληξίας ή κτυπήματος στο κεφάλι), είναι πιθανόν 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 χρήση 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 στόμα²⁷.

(β) 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 τη 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 ύφασμ. Αν το άτομο είναι αναίσθητο ή δεν συνεργάζεται ή αν το τραύμα είναι υπερβολικά μεγάλο ή έχει γίνει σε τέτοιο σημείο του σώματος που το άτομο δεν το φθάνει, 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. Παρόλα 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 έλθουν 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 Βοηθειών.

(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 πίνονται 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 70⁰C – 160⁰F), με απορρυπαντικό κατάλληλο για χαμηλή θερμοκρασία πλύσιματος.

(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 ανοικτή πληγή ή τραύμα που έχουν, είναι καλυμμένα, ώστε να μην εκτεθούν στο αίμα, όταν θα παρέχουν τις Πρώτες Βοηθειες²⁷.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο

7.1. Ψυχολογικές αντιδράσεις ασθενών με AIDS

Το AIDS είναι μια αρρώστια που αποτελεί καταστροφική 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 νευροτρόπος 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, ευερεθιστότητα, 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. Εντούτοις έχουν αναφερθεί και άλλες μαρτυρίες για ασθενείς που αναγεννήθηκαν πνευματικά και ψυχικά και ένοιωσαν έτοιμοι να διδάξουν οι ίδιοι στην κοινωνία πώς προλαμβάνεται αποτελεσματικά το AIDS.

Σοβαρό ψυχοκοινωνικό πρόβλημα είναι για τους περισσότερους άρρωστους 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 αναξιότητας 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, εντούτοις 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 εμφανίζονται²².

7.2. Οι συναισθηματικές επιπτώσεις του AIDS

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

Πάνω απ' όλα εκείνο που είναι ανησυχητικό είναι η αβεβαιότητα που δημιουργεί μια 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 παραλύουμε όταν σκεφτόμαστε ότι υπάρχει μια αρρώστια, που ξεφεύγει από τις ικανότητες των γιατρών. Από αυτή την άποψη το AIDS είναι ένας αναχρονισμός, μια επιστροφή σε μια παλαιότερη 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 εφαρμοσθεί στο AIDS.

Το AIDS μπορεί να είναι ένας λόγος για να είμαστε προσεκτικοί σχετικά με ορισμένες συνήθειές 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 αινίγματος του έχει την προτεραιότητα ανάμεσα στα προβλήματα υγείας. Το AIDS είναι συνήθως θανατηφόρο. Ελάχιστα άτομα έχουν επιζήσει πάνω από δυο 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 όπως και η κατάθλιψη μπορεί να έχουν σοβαρές συνέπειες για την υγεία 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 μια 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 εμφανίζονται 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 αδύνατον 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 ποικι-

λία 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 ξαναζωντανεύσει 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 το θυμό μας όχι στον άρρωστο αλλά στην αρρώστια. Το AIDS είναι ο εχθρός και όχι τα θύματά του ή ο 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 κείνους που έχουν βρεθεί κοντά στην αρρώστια, να νιώσουν θυμό, άρνηση, κατάθλιψη, ενοχή και ντροπή. Επομένως πρέπει να φροντίσουμε προσεκτικά για τις ψυχολογικές ανάγκες²¹.

7.3. Οι κοινωνικές επιπτώσεις του AIDS

Τις δυο τελευταίες δεκαετίες τα σεξουαλικά ήθη έχουν υποστεί μεγάλη μεταμόρφωση. Έχουμε περάσει από μια κοινωνία όπου η ετεροφυλοφιλική 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 πολλοί 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 τη 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 ανταπεξέλθει σ' αυτήν την καινούργια αρρώστια, χωρίς να παραιτηθεί από δύσκολα κερδισμένες ελευθερίες.

Η κοινότητα των ομοφυλοφίλων μπορεί να βοηθήσει στη διάδοση των πληροφοριών που θα περιορίσουν στο ελάχιστο την εξάπλωση του AIDS. Αυτή μπορεί να είναι μια θετική πλευρά των κοινωνικών συνεπειών του AIDS. Τελικά κάθε άτομο πρέπει να είναι υπεύθυνο για τη σεξουαλικότητά 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 αυ-

ξημένος 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 ήδη θύματα προκατάληψης. Δείχνοντας κατανόηση σ' 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. Άλλοι θεωρούν τη μονογαμία ή την έλλειψή της καθαρά θέμα προσωπικής επιλογής. Στο παρελθόν οι αρρώστιες που μεταδίδονταν με τη σεξουαλική επαφή, και ιδιαίτερα η σύφιλη, είχαν φοβερές 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 ανταμοιβές²⁰.

7.4. Το AIDS και η γυναίκα

(α) Θα πρέπει να ενδιαφέρει τη γυναίκα το AIDS και γιατί;

Όπως έχω αναφέρει και 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 μετά το θηλασμό του βρέφους.

Είναι πλέον φανερό ότι και οι γυναίκες μπορούν να είναι φορείς της νόσου αυτής, επομένως πρέπει να λάβουν τα μέτρα τους έτσι ώστε να προφυλαχθούν από τη νόσο και κυρίως να μη συμβάλλουν στη μετάδοση του AIDS¹¹.

(β) Ποια ομάδα γυναικών βρίσκεται σε υψηλό κίνδυνο μόλυνσης;

Ο ιός του AIDS μεταδίδεται με 4 τρόπους:

1. Από τη σεξουαλική επαφή με μολυσμένο άτομο, χωρίς χρήση προφυλακτικού.
2. Κοινή χρήση μολυσμένων βελονών ή συρίγγων.
3. Μετάγγιση μολυσμένου αίματος ή παραγώγων αίματος.
4. Από μολυσμένη μητέρα στο παιδί της προ του τοκετού, κατά τον τοκετό ή μετά την διάρκεια του θηλασμού.

Μερικές γυναίκες εκτίθενται σε μεγαλύτερο κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό του AIDS και θα πρέπει να παίρνουν πρόσθετα προληπτικά μέτρα. Αυτές είναι:

- Γυναίκες που έχουν σύζυγο ή φίλο που έχει μολυνθεί από τον ιό του AIDS.
- Ιερόδουλες (κοινές γυναίκες), γυναίκες που έχουν σχέση με αμφισεξουαλικούς άνδρες.
- Γυναίκες που κάνουν κοινή χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών.
- Γυναίκες που έχουν σεξουαλικές σχέσεις με άτομα που είναι ναρκομανείς.

- Γυναίκες που έχουν μείνει έγκυες με μολυσμένο σπέρμα από εξωσωματική γονιμοποίηση (σήμερα όλοι οι δότες σπέρματος ελέγχονται και ο κίνδυνος αυτός έχει εκλείψει)¹¹.

(γ) Πώς μπορούν οι γυναίκες να προφυλαχθούν από το AIDS;

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

1. Να αποφεύγουν τις σχέσεις με αμφισεξουαλικούς άνδρες.
2. Να αποφεύγουν να κάνουν κοινή χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών.
3. Να αποφεύγουν άτομα τα οποία έχουν πολυγαμικές σχέσεις.
4. Να αποφεύγουν άτομα τα οποία δεν γνωρίζουν την κατάσταση της υγείας τους και το παρελθόν τους.
5. Να μην έχουν εφήμερες σχέσεις χωρίς οι σύντροφοί τους να κάνουν χρήση προφυλακτικού.

(δ) Υπάρχει κίνδυνος μόλυνσης με την εξωσωματική γονιμοποίηση;

Εάν κάποια γυναίκα αποφασίσει να κάνει εξωσωματική γονιμοποίηση από άγνωστο δότη, σωστό θα είναι να απαιτήσει από τον ιατρό της να εξετάσει το αίμα του δότη για αντισώματα έναντι του ιού του AIDS.

(ε) Μια γυναίκα βρίσκεται θετική στον ιό του AIDS, πώς μπορεί να προστατέψει τους γύρω 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:

1. Να ενημερώσει τον ερωτικό της σύντροφο.
2. Να επιμείνει στο σύντροφό της να έχουν ερωτικές σχέσεις μόνο με χρήση προφυλακτικού.
3. Να μην έχει σεξουαλικές σχέσεις κατά τη διάρκεια της περιόδου της.
4. Να διπλώνει προσεκτικά το ταμπόν και τις σερβιέτες της και να τις πετάει στα σκουπίδια (καλύτερα να τα καίει).

5. Να μη χρησιμοποιεί από κοινού ξυριστικές μηχανές, οδοντόβουρτσες και άλλα είδη που μπορεί να έχουν μολυνθεί από τα υγρά του σώματός της.
6. Δε νοείται οι γυναίκες αυτές να μείνουν έγκυες.
7. Ο ιός του AIDS έχει ανιχνευθεί στο μητρικό γάλα. Για το λόγο αυτό θα ήταν σωστό να συμβουλευθεί τον ιατρό της εάν θα ήταν σωστό να θηλάσει το μωρό της.
8. Να ενημερώνει το νοσηλευτικό ιατρικό προσωπικό (νοσηλεύτριες, ιατρούς για την κατάσταση της υγείας της, όταν πρόκειται να νοσηλευθεί. Δυστυχώς αυτό δε γίνεται στην Ελλάδα λόγω της προκατάληψης στο AIDS και για το λόγο αυτό οι νοσηλευτές και οι ιατροί πρέπει να παίρνουν προστατευτικά μέτρα για κάθε πελάτη σαν να είναι φορέας.

(στ) Μια γυναίκα που ζει σε οικογένεια όπου κάποιο μέλος της έχει AIDS, βρίσκεται σε κίνδυνο;

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

Εκτεταμένες έρευνες σε άτομα που ζουν καθημερινά με ασθενείς αυτής 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 τη 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 (κάνει ενέσεις, νοσηλεύει ασθενείς στην οικογένεια), τότε υπάρχει κίνδυνος μόλυνσης. Για να αποφευχθεί η μόλυνση κατά τη νοσηλεία συνιστάται να χρησιμοποιεί πλαστικά γάντια μιας χρήσης.

Εάν το άτομο με το οποίο ζει είναι ο ερωτικός της σύντροφος, τότε ο κίνδυνος είναι μεγάλος. Θα τη συμβουλεύαμε να αποφύγει την εγκυμοσύνη και ο σύντροφός

της θα πρέπει να χρησιμοποιεί πάντοτε προφυλακτικό κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής πράξης.

(ζ) Ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών εργάζεται στις Υπηρεσίες Υγείας, σε Εργαστήρια ή ασχολείται με τη φροντίδα αρρώστων με AIDS. Υπάρχει πιθανότητα να μολυνθούν;

Θα πρέπει να γίνει κατανοητό ότι μόνο το προσωπικό υγείας και εργαστηρίων που ασχολείται με τα υγρά του σώματος όπως αίμα, σπέρμα, τραχηλικό έκκριμα, ούρα, κόπρανα, σάλιο ασθενών που έχουν προσβληθεί από τον ιό του AIDS βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο προσβολής. Συνεπώς είναι προς όφελός τους και υποχρέωσή τους να λαμβάνουν τα απαραίτητα προληπτικά μέτρα προφύλαξης για τα οποία μπορούν να πληροφορηθούν και να ενημερωθούν σωστά από τα Κέντρα Ελέγχου και Αναφοράς του AIDS.

Θα πρέπει να σημειωθεί πως αρκετά άτομα που εργάζονται σε νοσοκομεία έρχονται σε επαφή καθημερινά με μολυσμένα άτομα ή ακόμη έχουν τρυπηθεί με βελόνες αλλά κανείς δεν έχει μολυνθεί με τέτοιου είδους ατυχήματα.

(η) Πρέπει οι γυναίκες να υποβάλλονται στην εξέταση του AIDS;

Το αν οι γυναίκες θα πρέπει να υποβάλλονται στην εξέταση του AIDS για να διαπιστώσουν αν έχουν μολυνθεί από το ιό εξαρτάται από τον τρόπο ζωής τους. Εάν μια γυναίκα είναι μονογαμική χωρίς να έχει εξωσυζυγικές σχέσεις αυτή και ο σύντροφός της δεν διατρέχουν κανέναν κίνδυνο προσβολής. Μια επιπόλαια σεξουαλική πράξη όμως μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τη ζωής της, γιατί κινδυνεύει να μολυνθεί. Επομένως σε μια 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 επισκεφθεί ένα από τα πολλά Κέντρα Ελέγχου και Αναφοράς του AIDS, όπου εκεί η εξέταση γίνεται δωρεάν και υπάρχει ειδικευμένο προσωπικό να της λύσει οποιαδήποτε απορία έχει για το AIDS.

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

- α. 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.
- β. Οι γυναίκες μολύνονται πιο εύκολα σε σχέση με τους άνδρες κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής πράξης.
- γ. Τέλος, ένα μεγάλο ποσοστό του γυναικείου πληθυσμού ασχολείται με επαγγέλματα τα οποία έχουν αυξημένο κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό του AIDS (νοσοκόμες, μικροβιολόγοι, καθαρίστριες κ.ά.)

(θ) Μπορούν οι ομοφυλόφιλες γυναίκες να κολλήσουν AIDS;

Δεν υπάρχουν στοιχεία που να αποδεικνύουν ότι ο ιός του AIDS μπορεί να μεταδοθεί από μια μολυσμένη γυναίκα (οροθετική) 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 1986 στο περιοδικό *Annals of International Medicine*. Η περίπτωση αναφέρθηκε από ιατρό που η πελάτης του υποστήριζε ότι μολύνθηκε από τη φίλη-σύντροφό της.

Η περίπτωση αυτή απορρίφθηκε από το Κέντρο Ελέγχου Λοιμωδών Νόσων της Ατλάντας που αποφάνθηκε ότι η γυναίκα θα έπρεπε να είχε μολυνθεί παλαιότερα με την επαφή της από φίλο της.

AIDS

Some Facts

- Every minute of the day, everyday of the year, two women become infected by HIV and every two minutes a woman dies of AIDS (WHO 1994).

Κάθε λεπτό της ημέρας, κάθε μέρα του έτους, δύο γυναίκες μολύνονται από HIV και κάθε δύο λεπτά μια γυναίκα πεθαίνει από AIDS (WHO 1994).

- Transmission of HIV from male to female is as much as two to 10 times more likely than female to male (WHO 1994).

Η μετάδοση του HIV από άνδρα σε γυναίκα είναι περισσότερο από δύο με δέκα φορές πιο πιθανή απ' ό τι η μετάδοση από γυναίκα σε άνδρα (WHO 1994).

ICN Women's Health: Nurses Pave the Way
(International Nurse's Day 1995)



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8ο

8.1. Τα ηθικά διλήμματα 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:

α) Η τήρηση του απορρήτου.

Ο άρρωστος έχει το δικαίωμα να τηρηθεί μυστική η διάγνωση και μάλιστα στις περιπτώσεις με AIDS οι άρρωστοι εκλιπαρούν να μην λεχθεί τίποτε στην οικογένειά τους, επειδή η αρρώστια συνδέεται με το κοινωνικό στίγμα. Εξάλλου με την ανακοίνωση, θα έρθουν αναγκαστικά στο φώς στοιχεία της προηγούμενης συμπεριφοράς του ατόμου, που μπορεί να δημιουργήσουν ρήγμα στις σχέσεις της 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 284 του Ποινικού Κώδικα ορίζει ότι τιμωρείται αυτός που παραβιάζει τα μέτρα, τα οποία έχουν θεσπιστεί από το νόμο ή από την αρμόδια αρχή, για την αποτροπή της εισβολής ή διάδοσης μεταδοτικής νόσου. Αν με την παράβαση αυτή μεταδόθηκε η αρρώστια σε άνθρωπο «επιβάλλεται κάθειρξη» μέχρι 10 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 μας.

β) Το πρόβλημα της ευθανασίας.

Η περιφρόνηση της κοινωνίας κι η δική μας φοβία και καχυποψία κάνει τους αρρώστους με AIDS να βλέπουν το θάνατο σαν τη μόνη λύση. Αν και το θέμα ευθανασία θα συζητηθεί διεξοδικά σ' όλες τις μορφές του, πρέπει να γνωρίζουμε ότι σ' όλες τις περιπτώσεις «σκοπός μας είναι να μεταγγίζουμε τη ζωή κι όχι να σκορπίζουμε το θάνατο».

γ) 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 κύησης; Αν και η απάντηση θα πρέπει να είναι κι εδώ αρνητική, γιατί όπως αποδείχτηκε είναι φόνος κι ένας φόνος δεν μπορεί ποτέ να είναι καλός, ας προσθέσουμε και τούτο: το παιδί που θα γεννηθεί δεν είναι απαραίτητο να πάσχει. Μπορεί απλά να είναι φορέας, πράγμα που σημαίνει ότι μπορεί να μη νοσήσει ποτέ, κι αν εκπαιδευτεί σωστά να μη μεταδώσει τη νόσο σε κανένα.

Ίσως όμως το ερώτημα που απασχολεί όλους μας εντονότερα δεν είναι παρά το τρίτο. Άραγε κινδυνεύουμε νοσηλεύοντας ασθενείς με AIDS; Ο ιός του AIDS μεταδίδεται με συγκεκριμένους τρόπους: αιματογενώς, με τη σεξουαλική επαφή και από τη μητέρα στο παιδί. Θα πρέπει λοιπόν με κανέναν τρόπο 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 (κι όχι τα σωληνάκια στο τσεπάκι της στολής όπως τα θερμομέτρα), 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 και τα ακόλουθα:

- Δεν κινδυνεύουμε περισσότερο απ' όσο κινδύνευαν οι νοσηλευτές των περιεργασμένων εποχών από τη φυματίωση ή την ελονοσία.
- 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 κι η πάλη τους κάθε στιγμή με τη ζωή και το

θάνατο, δεν είναι ξεπερασμένη φιλολογία, αλλά ένα διαρκές παρόν που καλούμεθα να το συνεχίσουμε αγωνιστικά κι όχι να το σβήσουμε με την παθητικότητα μας.

- Σε τελική ανάλυση όλοι ενδιαφερόμαστε για τη δική μας προφύλαξη κι αφήνουμε τον άρρωστο μόνο του να ψάχνει να βρει παράθυρο να πέσει.

Πέρα από τους προβληματισμούς και πέρα από τα προβλήματα το AIDS είναι μια παγκόσμια αρρώστια που επιφέρει μια παγκόσμια ευθύνη. Είναι αρρώστια φοβερή, μα πιο φοβερή είναι η άγνοια και η προκατάληψη που τη συνοδεύει. Το AIDS είναι μια αρρώστια. Μα πίσω από κάθε αρρώστια υπάρχει πάντα μια ελπίδα. Τι κι αν δε βρέθηκε ακόμα το φάρμακο; Ελπίδα μπορούμε να γίνουμε εμείς οι νοσηλευτές.

8.2(α). Υπηρεσίες και προγράμματα για την αντιμετώπιση του AIDS

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

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

- α) Πρόληψη – μέσω γενικής ενημέρωσης σε πανεθνικό επίπεδο.
- β) Περίθαλψη – κατάλληλη και άμεση, ιατρονοσηλευτική περίθαλψη η οποία επιτυγχάνεται μέσω των προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.

γ) Καταγραφή-ανάλυση και επίλυση των ποικίλων ιατροκοινωνικών, νομικών και ηθικοδεοντολογικών προβλημάτων τα οποία απορρέουν από την φύση των νοσημάτων αυτών.

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

Προκειμένου να ζητήσουν βοήθεια όλοι όσοι υποψιάζονται ή γνωρίζουν ότι είναι φορείς ή ασθενείς του AIDS, υπάρχει τηλεφωνική γραμμή. Οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να πάρουν πληροφορίες για το AIDS, ή και ψυχολογική υποστήριξη, αν πρόκειται για φορείς ή ασθενείς του AIDS. Η τηλεφωνική αυτή γραμμή λειτουργεί στην Ελλάδα από το 1992, και είναι στελεχωμένη με επιστήμονες εκπαιδευμένους σε θέματα πληροφόρησης, πρόληψης, συμβουλευτικής και ψυχολογικής υποστήριξης. Λειτουργεί από 07.00-23.00, εκτός Σαββάτου και αργιών.

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

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

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

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

Ως κύρια οργανωτική αρχή λειτουργίας θεωρείται ότι:

- Τα Κέντρα Ελέγχου AIDS, εκτός από τον βασικό έλεγχο διαλογής (screening) για αντισώματα HIV, έχουν την δυνατότητα για δραστηριότητες πρωτογενούς φροντίδας.
- Τα Κέντρα Αναφοράς ασχολούνται, σχεδόν αποκλειστικά, με εργαστηριακές δραστηριότητες που συμβάλλουν στην υποστήριξη των Κέντρων Ελέγχου και των κλινικών ιατρών οι οποίοι παρακολουθούν φορείς/ασθενείς του AIDS⁸.

8.2(β). Παροχές στους φορείς/ασθενείς του AIDS

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

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

Οι προϋποθέσεις για την παροχή του επιδόματος είναι:

- 1) Πιστοποιητικό οροθετικότητας από Δημόσιο Νοσοκομείο.
- 2) Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης⁸.

8.3. Ομόφωνη διακήρυξη για το AIDS στους χώρους εργασίας

Γενική Διακήρυξη

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

Οι προσπάθειες για εθνική και διεθνή πρόληψη του AIDS απαίτησαν τη συμμετοχή μεγάλου εύρους κοινωνικών και υγειονομικών υπηρεσιών. Στην περίπτωση αυτή, σε αρκετές χώρες, η πρόληψη HIV/AIDS και η προσπάθεια ελέγχου των προβλημάτων αποκάλυψαν την ύπαρξη αδυναμιών, ανισοτήτων και ανισορροπιών που υπάρχουν στα κοινωνικά συστήματα και τα συστήματα υγείας. Επομένως, η αντιμετώπιση του AIDS παρέχει την ευκαιρία για επανεξέταση και αξιολόγηση των υπάρχοντων συστημάτων και των σχέσεών τους.

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 HIV και του AIDS σε σχέση με τους χώρους εργασίας θα ενδυναμώσουν την προσπάθεια για αποτελεσματική αντιμετώπιση του HIV και του AIDS σε τοπικά, εθνικά και διεθνή επίπεδα.

Επιπλέον, η ανησυχία για τη διασπορά του HIV δίνει μια ευκαιρία για να ξαναεξετασθεί το εργασιακό περιβάλλον. Αυτό παρέχει την ευκαιρία στους εργαζόμενους, στους εργοδότες και στις οργανώσεις τους και, όπου αρμόζει, σε κυβερνητικές υπηρεσίες και σε άλλους οργανισμούς να δημιουργήσουν κατάλληλη ατμόσφαιρα για φροντίδα και προαγωγή της υγείας όλων των εργαζομένων. Αυτό έχει σαν συνέπεια την εμφάνιση μεγάλου εύρους προβλημάτων και ανησυχιών, συμπεριλαμβανομένης της προσωπικής συμπεριφοράς και ζητημάτων συλλογικής ευθύνης. Παρέχει ευκαιρία για επανεξέταση των εργασιακών σχέσεων με τέτοιο τρόπο, ώστε να προάγει τα ανθρώπινα δικαιώματα και την αξιοπρέπεια, για να αποφεύγε-

ται η κοινωνική διάκριση και ο στιγματισμός, αλλά και για να βελτιώνει τις εργασιακές μεθόδους και τακτικές.

Η λοίμωξη από τον HIV και το AIDS είναι παγκόσμια προβλήματα. Σε κάθε χρονική περίοδο, η πλειονότητα των ατόμων που έχουν μολυνθεί από τον ιό, είναι υγιή αλλά με την πάροδο του χρόνου είναι δυνατόν να αναπτύξουν AIDS ή άλλες νόσους σχετιζόμενες με το AIDS ή ακόμη μπορεί να παραμείνουν υγιή. 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 εργασίας²⁶.

Αρχές πολιτικής

Η προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας των ατόμων που έχουν μολυνθεί από τον HIV, συμπεριλαμβανομένων και αυτών με AIDS, είναι βασικά στοιχεία για την πρόληψη και τον έλεγχο της λοίμωξης. Εργαζόμενοι με λοίμωξη από τον HIV που είναι υγιείς, πρέπει να αντιμετωπισθούν θεραπευτικά με τον ίδιο τρόπο, όπως κάθε άλλος εργαζόμενος. Εργαζόμενοι με εκδήλωση νόσου από τον HIV, συμπεριλαμβανομένου και του AIDS, πρέπει να αντιμετωπίζονται θεραπευτικά, όπως κάθε άλλος εργαζόμενος που νοσεί.

Τα περισσότερα άτομα με λοίμωξη από τον HIV θέλουν να συνεχίσουν την εργασιακή τους απασχόληση, αφού αυτό επιδρά θετικά στην ψυχοσωματική τους ισορροπία. Πρέπει, επίσης, να τους δίνεται η δυνατότητα να συνεισφέρουν τη δημιουργικότητά τους και την παραγωγικότητά τους στο επαγγελματικό τους περιβάλλον.

Ενα ψήφισμα που υιοθετήθηκε από την 41η Γενική Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας (WHA41.24 «Αποφυγή του στιγματισμού των ατόμων που έχουν υποστεί λοίμωξη από τον HIV και των ατόμων με AIDS»), συνιστά στα κράτη-μέλη:

1. Να ενθαρρύνουν το πνεύμα κατανόησης και συμπάθειας για τα άτομα που έχουν υποστεί λοίμωξη από τον HIV/AIDS...

2. Να προστατεύσουν τα ανθρώπινα δικαιώματα και την αξιοπρέπεια των μολυσμένων από τον HIV ατόμων και των ατόμων με AIDS... και να αποφύγουν διακρίσεις και στιγματισμό των ατόμων αυτών κατά την παροχή παντός είδους υπηρεσιών, στην εργασία ή στα ταξίδια.
3. Να εξασφαλίσουν την εμπιστευτικότητα του ελέγχου του HIV και να προάγουν την παροχή εμπιστευτικών συμβουλών και άλλων υποστηρικτικών υπηρεσιών σε μολυσμένα από τον HIV άτομα και σε άτομα με AIDS.

Η στάση που έχει υιοθετηθεί για τα μολυσμένα άτομα με HIV/AIDS στους εργασιακούς χώρους, πρέπει να λάβει υπόψη της το υπάρχον κοινωνικό και νομικό πλαίσιο, καθώς και την εθνική πολιτική υγείας και τη στρατηγική για το AIDS σε παγκόσμιο επίπεδο²⁶.

Ανάπτυξη και εφαρμογή πολιτικής

Συνεπής πολιτική και διαδικασίες πρέπει να αναπτυχθούν σε εθνικά επίπεδα μέσα από διαβουλεύσεις που θα γίνουν μεταξύ εργαζομένων, εργοδοτών και των οργανώσεών τους και, όπου θεωρείται απαραίτητο, και των κυβερνητικών αρχών και άλλων οργανώσεων. Συστήνεται ότι τέτοια πολιτική πρέπει να αναπτυχθεί και να εφαρμοστεί πριν ανακύψουν ερωτήματα και προβλήματα όσον αφορά την αντιμετώπιση του AIDS στους εργασιακούς χώρους.

Η ανάπτυξη της πολιτικής και η εφαρμογή της αποτελεί μια δυναμική διαδικασία και όχι ένα στατικό γεγονός. Έτσι, η πολιτική για την αντιμετώπιση του HIV/AIDS εστιάζεται στα ακόλουθα:

- α. Επικοινωνία με όλους τους παράγοντες, τους οποίους αφορά το πρόβλημα.
- β. Συνεχής ανασκόπηση υπό το φως των επιδημιολογικών και άλλων επιστημονικών δεδομένων.
- γ. Παρακολούθηση για την επιτυχή εφαρμογή τους.
- δ. Εκτίμηση της αποτελεσματικότητάς τους.

Στοιχεία πολιτικής

Πρόσωπα που ζητούν εργασιακή απασχόληση

Προ-εργασιακός έλεγχος για HIV/AIDS ως μέσον εκτίμησης της καταλληλότητας ενός ατόμου για εργασία δεν θεωρείται απαραίτητος ή υποχρεωτικός. Έλεγχος αυτού του είδους περιλαμβάνει άμεσες μεθόδους (έλεγχος για αντι-HIV), έμμεσες μεθόδους (εκτίμηση πιθανής επικίνδυνης συμπεριφοράς) και ερωτήσεις αν έχουν ήδη κάνει έλεγχο για HIV. Ακόμα προ-εργασιακός έλεγχος για HIV/AIDS, για ασφαλιστικούς ή άλλους λόγους, δημιουργεί σοβαρές ανησυχίες για διακρίσεις, αλλά είναι ένα θέμα που αξίζει παραπέρα αυστηρότερη διερεύνηση²⁶.

Πρόσωπα σε εργασιακή απασχόληση

1. **Έλεγχος HIV/AIDS.** Έλεγχος για HIV/AIDS, άμεσος, έμμεσος ή ερωτήσεις για έλεγχο που έχουν ήδη κάνει, δεν πρέπει να ζητείται.
2. **Εμπιστευτικότητα.** Πρέπει να εφαρμοστεί η εμπιστευτικότητα που αφορά τις ιατρικές πληροφορίες, συμπεριλαμβανομένου του HIV/AIDS.
3. **Ενημέρωση του εργοδότη.** Δεν υποχρεούται ο εργαζόμενος να ενημερώσει τον εργοδότη για την κατάστασή του σχετικά με τη λοίμωξη από τον HIV ή το AIDS.
4. **Προστασία του εργαζομένου.** Άτομα στους εργασιακούς χώρους που έχουν προσβληθεί ή έχει γίνει αντιληπτό ότι έχουν προσβληθεί από HIV/AIDS, πρέπει να προστατευθούν από το στιγματισμό και την κοινωνική διάκριση από συναδέλφους, ομάδες, εργοδότες ή πελάτες. Η ενημέρωση και η εκπαίδευση είναι ουσιαστικοί παράγοντες για τη διατήρηση κλίματος αμοιβαίας κατανόησης, αναγκαίας για την εξασφάλιση της προστασίας τους.
5. **Πρόσβαση των εργαζομένων στις υπηρεσίες.** Οι εργαζόμενοι και οι οικογένειές τους πρέπει να έχουν πρόσβαση σε ενημερωτικά και εκπαιδευτικά προγράμματα πάνω στον HIV/AIDS, καθώς και στην παροχή σχετικών

συμβουλών και σε κατάλληλα κέντρα αναφοράς, όταν ανακύπτει σχετικό πρόβλημα.

6. **Οφέλη.** Εργαζόμενοι προσβληθέντες από HIV δεν πρέπει να υφίστανται κοινωνικές διακρίσεις αλλά να απολαμβάνουν τα συνήθη οφέλη της κοινωνικής ασφάλειας και τα σχετικά επαγγελματικά τους οφέλη.
7. **Λογικές αλλαγές στις συνθήκες εργασίας.** Η λοίμωξη από τον HIV αυτή καθαυτή δεν σχετίζεται με περιορισμούς που αφορούν τη μείωση της ικανότητάς τους για εργασία. Αν η ικανότητα για εργασία μειώνεται εξαιτίας της λοίμωξης από τον HIV, τότε πρέπει να γίνουν οι κατάλληλες αλλαγές στις συνθήκες εργασίας.
8. **Συνέχιση της εργασιακής απασχόλησης.** Η λοίμωξη από τον HIV δεν είναι αιτιολογία για διακοπή της απασχόλησης του εργαζομένου. Όπως συμβαίνει σε όλες τις νόσους, έτσι και στις νόσους που σχετίζονται με τη λοίμωξη από τον HIV, ο εργαζόμενος μπορεί να εργασθεί για όσο διάστημα είναι ιατρικά υγιής για την κατάλληλη εργασία.
9. **Πρώτες βοήθειες.** Σε κάθε περίπτωση που απαιτείται παροχή Πρώτων Βοηθειών στους εργασιακούς χώρους, οι προφυλάξεις που θα λαμβάνονται πρέπει να μειώνουν τον κίνδυνο έκθεσης σε αιματογενείς λοιμώξεις, συμπεριλαμβανομένης και της ηπατίτιδας Β. Αυτές οι προφυλάξεις είναι εξίσου αποτελεσματικές για τη μετάδοση του HIV²⁶.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο



ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ: Μ.Γ.

ΗΛΙΚΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ : 38 ετών

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ : Οδηγός ταξί

ΝΟΣΟΣ : AIDS

ΚΥΡΙΟ ΕΝΟΧΛΗΜΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ:Ανορεξία, απώλεια βάρους από τριμήνου

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ: 4 Ιουλίου 2001

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

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

Οι πληροφορίες για την έναρξη του εμπύρετου ή την εξακρίβωση της αναιμίας είναι ασαφείς, λόγω της ιδιαίτερης ψυχικής-διανοητικής κατάστασης του ασθενούς και του γεγονότος ότι ο ασθενής επ' αρκετό χρονικό διάστημα ζούσε στην Αμερική (Ν. Υόρκη, οδηγός ταξί), οπότε πολύ λίγες πληροφορίες δίνουν οι συγγενείς του (ο ασθενής επέστρεψε σ' αυτήν την κατάσταση από Αμερική προ τριμήνου).

Ο ασθενής αναφέρει δερματικά έλκη, κνησμώδη, πυορραγούντα από διατίας, εντοπιζόμενα στο θώρακα, κοιλιά, άκρα και στο κάτω μέρος της πλάτης. Επισκέφτηκε, τότε το γιατρό και του έδωσε κορτιζόνη με συνέπεια να υποχωρήσει το εξάνθημα, αφήνοντας ορατό υπόλειμμα (υπέρχρωση – αποχρωματισμός του δέρματος) και να ρίξει και τον πυρετό που έφτανε μέχρι τους 39⁰C.

Αναφέρει πρόβλημα με τον θυρεοειδή του και πήρε τετρακυκλίνη, χωρίς να μας δίνει άλλες πληροφορίες (θυρεοειδίτις, διάρκεια Tx, δόσεις).

Το τελευταίο τρίμηνο παρουσίασε απώλεια βάρους 15 kgr, ανορεξία, αδυναμία και πυρετό χωρίς ρίγος που φτάνει μέχρι τους 38,5⁰C. Επίσης παραπονείται για διάχυτα οστικά άλγη και αρθραλγίες στο διάστημα αυτό.

Οι δικοί του αναφέρουν πως παρουσιάζει διαταραχές συγκέντρωσης, μνήμης, προσοχής.

Η μητέρα του ζήτησε να γίνει εξέταση του γιου της για πιθανό AIDS καθ' ότι η φίλη του προ ετώ έκανε αιμοκάθαρση (τεχνητός νεφρός) λόγω νεφροπάθειας. Η ίδια όμως η φίλη του η οποία έχει επιστρέψει προ έτους στην Ελλάδα (Ελληνίδα) για μεταμόσχευση νεφρού, δηλώνει κατηγορηματικά ότι έχει κάνει εξέταση για AIDS και ήταν αρνητική.

Ο ασθενής δε δίνει πληροφορίες για την εργασία του, τις συνήθειές του και την προσωπική του ζωή (τοξικές ουσίες; ομοφυλοφιλία;)

Το εμπύρετο, η αναιμία, η απώλεια βάρους, η νευρολογική σημειολογία και η ψυχιατρική εξέταση, οι δερματικές βλάβες του ασθενή, το ιστορικό διαβίωσής του στην Αμερική, η σχέση του με άτομο αιμοκαθαρτόμενο και η επιμονή της μητέρας του να κάνει εξέταση για AIDS (γνωρίζουν κάτι και το αποκρύπτουν;) μας έβαλαν υπόνοια ότι ο ασθενής είναι λίαν πιθανόν να πάσχει από AIDS.

Εν' τω μεταξύ, αλληπάλληλες αιματολογικές εξετάσεις αποκάλυπταν συνεχή μείωση του αριθμού των λεμφοκυττάρων (λεμφοπενία).

Όταν ο απόλυτος αριθμός των λεμφοκυττάρων κατέβηκε στο 252 δημιουργήθηκε η υποψία ότι υπήρχε aids η κατάσταση διερευνήθηκε προς αυτή την κατεύθυνση με τις ακόλουθες εξετάσεις:

1. Προσδιορισμός υποπληθυσμών λεμφοκυττάρων: διαπιστώθηκαν $T_4=0$ $T_3=64$, $T_4=62$.
2. Ηλεκτροφόρηση λευκωμάτων : $A\beta$ 38,3 α_1 10,1, α_2 ,15,6, β 17,9 γ 18,2.
3. Ανοσηλεκτροφόρηση λευκωμάτων: φυσιολογική.
4. Ποσοτικός προσδιορισμός ανοσοσφαιρινών: IgG 850. Ig A 290. Ig M95.
5. Προσδιορισμός αντισωμάτων. Διαπιστώθηκαν: α) Αντισώματα κατά του μεγαλοκυτταροϊού θετικά: I:640 β) Αντισώματα κατά του ιού Epstein Barr θετικά: I:1280

ΠΗΓΗ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ: Ο ίδιος και οι συγγενείς του

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Προφυλάξεις για τους ίδιους τους ασθενείς

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

1. Τήρηση των κανόνων Υγιεινής.
2. Καλή διατροφή και αυστηρή διαίτα σε περίπτωση εμφάνισης διαρροϊκού συνδρόμου.
3. Λήψη φαρμάκων μόνο κατόπιν οδηγίας του θεράποντα γιατρού.
4. Αποφυγή έντονης ψυχικής ή σωματικής κόπωσης.
5. Προφύλαξη, κατά το δυνατόν, από τις λοιμώξεις.
6. Αποφυγή ερωτικής πράξης ή χρησιμοποίηση προφυλακτικού κατ' αυτήν.
7. Αποφυγή ανταλλαγής υγρών του σώματος (εκκριμάτων) κατά τη συνουσία ή μετά από αυτήν.
8. Αποφυγή εναλλαγής ερωτικών συντρόφων.
9. Αποκλειστική χρησιμοποίηση των ατομικών ειδών (κλινοσκεπάσματα, ενδύματα, πετσέτες, ξυριστικές μηχανές, οδοντόβουρτσες κλπ.), από τα οποία μπορεί να μολυνθεί το οικείο περιβάλλον.
10. Λήψη αυστηρών μέτρων για αποφυγή εγκυμοσύνης. Σε περίπτωση τεκνοποίησης να αποφεύγεται ο θηλασμός.
11. Χρησιμοποίηση συρίγγων μιας χρήσης (προκειμένου για τοξικομανείς).
12. Να αποφεύγονται τα τατουάζ και τα σκουλαρίκια διατρύπησης, πολύ δε περισσότερο να αποφεύγεται ο δανεισμός τους.
13. Να ενημερώνουν τα άτομα, με τα οποία είχαν σεξουαλική επαφή στο παρελθόν ή άτομα με τα οποία έκαναν κοινή χρήση ναρκωτικών, ώστε αυτά να εξετάζονται.

14. Οι πάσχοντες οφείλουν να απολυμαίνουν τα αντικείμενα, τα οποία μολύνθηκαν από το αίμα τους.
15. Απομόνωση των νοσηλευόμενων ασθενών με ΣΕΛΑ από άλλους ασθενείς που πάσχουν από λοιμώδη νοσήματα.
16. Οι ασθενείς που πάσχουν από ΣΕΛΑ οφείλουν να ενημερώνουν για την πάθησή τους το γιατρό ή οδοντογιατρό που επισκέπτονται.
17. Επίσης να έχουν συχνή επικοινωνία – για λήψη οδηγιών ή εξέταση ή νοσηλεία – με την «ειδική ομάδα» νοσοκομειακών γιατρών, η οποία έχει επιφορτιστεί με το έργο της αντιμετώπισης των προβλημάτων των ασθενών με Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Μια νέα αγωνία, πιο ζοφερή και τρομακτική από πολλές άλλες, διασταυρώθηκε με την καθημερινή μας ζωή. Μπήκε στις πιο βασικές μας συνήθειες, αναστάτωσε τα συναισθήματα και τη λογική του καθενός μας, μας βρήκε απροετοίμαστους, αποπροσανατόλιστους και φοβισμένους. Σπάσαμε τα μούτρα μας πάνω σε ένα τοίχο από ερωτηματικά.

AIDS: Πώς; Πότε; Γιατί; Θέλουμε να κλείσουμε τα μάτια και να βουλώσουμε τα αυτιά μπροστά σ' αυτά τα ανησυχητικά αρχικά, σ' αυτή τη λέξη που έγινε συνώνυμο του θανάτου.

Μερικοί λένε: Δε με αφορά, εγώ είμαι «φυσιολογικός». Άλλοι μιλούν για το θέμα αυτό με θεαματική έμφαση, ίσως και με πρόθεση να το κάνουν εμπορεύσιμο αντικείμενο. Άλλοι πάλι δίνουν στο AIDS το βιβλικό τίτλο του «αγγέλου εξολοθρευτή» που κατέβηκε στη γη για να φέρει την κάθαρση από την τρυφελότητα και την διαφθορά.

Όλες αυτές οι στάσεις φορτισμένες με εγωϊσμό, προκατάληψη, ομαδικές φοβίες, κοντεύουν να γίνουν πιο επικίνδυνες και από το ίδιο το σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας.

Εμείς, αντίθετα, πιστεύουμε ότι πρέπει να γίνει, χωρίς κινδυνολογίες και αναβολές, μια καμπάνια σοβαρής και αποτελεσματικής πληροφόρησης. Πρέπει να αντιμετωπίσουμε μια νέα αρρώστια και το ισχυρό όπλο που διαθέτουμε αυτή τη στιγμή είναι η πληροφόρηση. Πραγματικά πρόκειται για δύσκολο έργο και ακόμα πιο βαρύ το κάνουν οι αργοπορίες και οι ελλείψεις του υγειονομικού μας συστήματος. Δραματικές είναι σ' αυτόν τον τομέα οι αποδείξεις της αναποτελεσματικότητας, της ανεπάρκειας και των παραλείψεων, που εκδηλώνονται ακριβώς από εκείνους που έχουν την θεσμική εξουσία να προασπίζονται τη δημόσια υγεία.

Αλλά μια αρρώστια δεν είναι παράπτωμα. Και ένας άρρωστος δεν πρέπει να στήνεται στο εδώλιο του κατηγορουμένου ως παραβάτης της ηθικής μας.

Αντίθετα, είναι ένα άτομο που έχει ανάγκη προσοχής, φροντίδας, σεβασμού και αγάπης. Η πρόκληση του AIDS μας εγκαλεί όλους σε δίκη και προεκτείνεται πέρα από τα εξειδικευμένα όρια της ιατρικής. Ας μην κλείνουμε τα μάτια, ας μη βουλώνουμε τα αυτιά. Ας μιλήσουμε σοβαρά και ας μιλήσουμε παντού. Ας πούμε στον κόσμο: δεν μπορούμε να νικήσουμε το AIDS περιορίζοντας την ελευθερία των ατόμων, αλλά μαθαίνοντας στον καθένα να χειρίζεται την ελευθερία του με πλήρη συναίσθηση των πράξεών του, με το καθήκον του σεβασμού και της υπευθυνότητας απέναντι στους άλλους. Δεν μπορούμε να νικήσουμε το AIDS ενοχοποιώντας τη σεξουαλικότητα, αλλά διδάσκοντας μια σεξουαλικότητα ελεύθερη, συνειδητή, ανθρώπινη. Δεν μπορούμε να νικήσουμε το AIDS κλείνοντας τα θύματά του σε κελιά απομόνωσης, σε σύγχρονες όσο και άχρηστες «Σπιναλόγκες» από φόβο για μια απίθανη μόλυνση. Το αντίθετο, χρειάζεται μια νέα κουλτούρα αλληλεγγύης απέναντι σε εκείνους που υποφέρουν.

Η πείρα δείχνει ότι η γνώση είναι το πρώτο βήμα της πρόληψης, ενώ η άγνοια, η αναβολή και ο φόβος είναι οι πιο δυνατοί σύμμαχοι του ιού.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. K. Mayer, M.D.-Hank Pizer, *Aids*, μτφρ. Ελένη Ταμβάκη, εκδ. Φλώρος, Αθήνα 1987.
2. H. Rippeit, *Ανατομική*, κείμενο και Άτλαντας, μτφρ. Μ. Δ. Νιφόρος, επιμέλεια Ν. Παπαδόπουλος, Επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος, Αθήνα 1993.
3. W. Kahle, H. Leonardt, W. Platzer, *Εγχειρίδιο ανατομικής του ανθρώπου με έγχρωμο άτλαντα*, τόμος 3ος, μετάφραση-επιμέλεια: Ν. Παπαδόπουλος, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1985.
4. Α. Τσιλιγκίρογλου-Φαχαντίδου, *Υγιεινή*, University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1991.
5. C. F. Farthing, S. E. Brawn, *Έγχρωμος Άτλας για το AIDS και τη νόσο HIV*, έκδοση 2η, μετάφραση-επιμέλεια: Θ. Γ. Ευστρατιάδης, εκδ. Ελευθερουδάκης Α.Ε., Αθήνα 1988.
6. Ν. Σ. Μαρσανιώτης, Θ.Ε. Καρπάθιος, *Παιδιατρική*, τόμος 1ος, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1995.
7. *Η Ιστορία του AIDS*, εκδ. Χατζηνικολή, Αθήνα 1989.
8. Π. Σταθόπουλος, *Κοινωνική Πρόνοια. Μια γενική θεώρηση*, εκδ. Έλλην, 1995.
9. Παπαδάτος, Μετεκπαιδευτικό σεμινάριο παιδιατρικής 1985. Λοιμώξεις στην παιδική ηλικία, επιμέλεια έκδοσης: Ι. Μαθιουδάκης, Κ. Σινανιώτης, Ιατρικές εκδόσεις Ζήτα.
10. Α. Ρουμελιώτης, *AIDS. Ιός της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας*, Υποεπιτροπή εκπαίδευσης της Εθνικής Επιτροπής AIDS, Αθήνα 1989.
11. Ι. Δεττοράκης, Δ. Κουτσούμπα, *AIDS*, 2η έκδοση, εκδ. Τεχνογραφική, Πάτρα 1993.
12. Κ. Ε. Παπαδάκη, *Τι πρέπει να γνωρίζετε όταν ζείτε κοντά στο AIDS*, έκδοση Εθνικής Φαρμακοβιομηχανίας Α.Ε., Αθήνα 1988.

13. Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων - Κ.Ε.Ε.Λ., *AIDS. Ώρα για δράση στους χώρους εργασίας.*
14. Ι. Δεττοράκης, Δ. Κουτσούμπα, *Απαντήσεις στις ερωτήσεις που δεν βρήκατε ευκαιρία να ρωτήσετε.*
15. Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων - Κ.Ε.Ε.Λ., *AIDS. Μάθε και προφυλάξου*, Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα 1993.
16. Μπότση Χ., *Κύηση και Αντιρετροϊκή Θεραπεία στην HIV Λοίμωξη*, 11ο Πανελλήνιο Συνέδριο, Ιατρικές εκδόσεις Αντιφίλου, Αθήνα 1999.
17. <http://users.otenet.gr/~cverros/drugaids.htm>.
18. <http://www.mednet.gr/greek/soc/aids/ea531g.htm>.
19. Ε. Κ. Αθανάτου, *Παθολογική και Χειρουργική Κλινική Νοσηλευτική*, Αθήνα 1995.
20. Μ. D. Grmek, *Η ιστορία του AIDS. Αρχή και προέλευση μιας σύγχρονης πανδημίας*, μτφρ. Ελένη Ταμβάκη, εκδ. Χατζηνικολή.
21. Α. Αποστολίδης, *Όλη η αλήθεια για το AIDS*, εκδ. Καραμπερόπουλος Α.Ε.
22. <http://hitbox.com/>
23. Α. Χ. Γιαννοπούλου, *Διλήμματα και προβληματισμοί στη Σύγχρονη Νοσηλευτική*, εκδ. «Η Ταβιθά», Αθήνα 1955.
24. Ι. Δ. Στρατηγός, Γ. Χ. Λάσκαρης, *Έγχρωμος Άτλας AIDS. Εκδηλώσεις στο δέρμα και στο στόμα*, Ιατρικές εκδόσεις Ζήτα, 1996.
25. Ξ. Κονδάκης, *Στοιχεία Υγιεινής και Επιδημιολογίας*, Πάτρα 1992.
26. Ε. Μερτζάνος, Μ. Παραράς, *Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας*, εκδ. Εθνική Φαρμακοβιομηχανία Α.Ε. Αθήνα 1988.
27. Α. Γερμένης, *Μαθήματα Πρώτων Βοηθειών για επαγγέλματα υγείας*, εκδ. Βήτα, Αθήνα 1994.

