

*Τ. Ε. Ι Π Α Τ Ρ Α Σ*

*Σ. Ε. Υ. Π Ν Ο Σ Η Λ Ε Υ Τ Ι Κ Η*

ΘΕΜΑ: «*AIDS*»

**Ν Ο Σ Η Λ Ε Υ Τ Ι Κ Η Π Ρ Ο Σ Ε Γ Γ Ι Σ Η**



ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: κ. Μπατσολάκη  
ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: Χρανιώτη Θεοδώρα

ΠΑΤΡΑ 2006



# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ  
ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ - ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ AIDS

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

- 1.1 Ορισμός
- 1.2 Διαφορά οροθετικών και ατόμων που πάσχουν από Aids.
- 1.3 Ιστορική εξέλιξη
- 1.4 Μοριακή δομή του HIV-1
- 1.5 Φυσική πορεία της λοίμωξης

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

- 2.1 Επιδημιολογικά στοιχεία της HIV λοίμωξης
- 2.2 Παγκόσμια εξάπλωση της HIV-1
- 2.3 Πορεία του Aids στην Ελλάδα
- 2.4 Επιδημιολογικά στοιχεία στην Ελλάδα

## Κεφάλαιο 3

- 3.1 Κλινικές εκδηλώσεις
- 3.2 Νεοπλάσματα που απαντούν στους ασθενείς με Aids
- 3.3 Άλλα νεοπλάσματα

## Κεφάλαιο 4

- 4.1 Διάγνωση HIV λοίμωξης
- 4.2 Έλεγχος της πορείας της HIV λοίμωξης με δείκτες

## Κεφάλαιο 5

- 5.1 Θεραπεία
- 5.2 Φάρμακα

## Κεφάλαιο 6

- 6.1 Τρόποι μετάδοσης και πρόληψης
- 6.2 Προληπτικά μέτρα για το κοινό
- 6.3 Προληπτικά μέτρα για τους ομοφυλόφιλους
- 6.4 Μέτρα υγειονομικής προφύλαξης σε ασθενείς με HIV
- 6.5 Προφύλαξη για εργαζομένους σε τομείς υγείας
- 6.6 Πιθανοί τύποι Εμβολίων κατά του HIV
- 6.7 Αγωγή υγείας και πρόληψη του Aids στο Σχολείο.

## ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

- 7.1 Νοσοκομειακή Περίθαλψη
- 7.2 Νοσηλευτική περίθαλψη
- 7.3 Νοσηλευτική φροντίδα Οροθετικών Ασθενών
- 7.4 Νοσηλεία HIV (+) ασθενούς σε Νοσοκομείο
- 7.5 Οδηγίες καλής νοσηλευτικής φροντίδας
- 7.6 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με Aids
- 7.7 Ο ρόλος της Κοινωνικής Νοσηλεύτριας
- 7.8 Νοσηλεία Ασθενούς με Aids εκτός Νοσοκομείου
- 7.9 Εκπαίδευση - διδασκαλία ασθενούς Aids.

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

- 8.1 Ψυχοκοινωνικά προβλήματα των αρρώστων
- 8.2 Ψυχοκοινωνικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις  
Επίλογος

↓ Μαρτυρίες Ασθενών με Aids

- ∞ Κλινική περίπτωση 1
- ∞ Κλινική περίπτωση 2
- Βιβλιογραφία

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η πορεία του ανθρώπου στο χρόνο χαρακτηρίζεται από διαρκή αγώνα για επιβίωση. Ο κύριος κίνδυνος υπήρξε το εχθρικό περιβάλλον στο οποίο ζούσε. Αγωνίσθηκε για να δαμάσει τις αντίξοοes συνθήκες του περιβάλλοντος, δημιούργησε συνθήκες ασφαλούς διαβίωσης από τα στοιχεία της φύσης αλλά και από άλλα ζώα εξασφάλισε τη διατροφή του. Ίδρυσε τις πρώτες οργανωμένες κοινότητες.

Με αυτό τον τρόπο άρχισε με μεγαλύτερη ευχέρεια να αναπαράγεται και να αυξάνει το μέγεθος της πληθυσμιακής ομάδας. Νέοι εχθρικοί παράγοντες δημιουργήθηκαν. Οι επιδημίες από λοιμώδη νοσήματα τον αποδεκάτιζαν και περιόρισαν το μέγεθος του πληθυσμού. Αυτές οι τεράστιες επιδημίες αποτέλεσαν τον κυριότερο εχθρό του και ρύθμιζαν τους παράγοντες επιβίωσής του, αλλά και την έκβαση των διάφορων πολέμων και μεταναστευτικών ρευμάτων.

Δεν άργησε όμως να δαμάσει και αυτό τον εχθρό. Η βελτίωση των συνθηκών υγιεινής, οι επιστημονικές ανακαλύψεις της εποχής των κορυφαίων μικροβιολόγων [Koch Pasteur κ.τ.λ], η εφαρμογή των προληπτικών εμβολιασμών και η ανακάλυψη των αντιβιοτικών έδωσαν την εντύπωση ότι τα λοιμώδη νοσήματα έπαυσαν να αποτελούν κίνδυνο για την ανθρωπότητα.

Αντίθετα άρχισε να αναδύεται ο κίνδυνος νοσημάτων φθοράς. Ο άνθρωπος έστρεψε την προσοχή του και τις προσπάθειες του προς αυτά με τη βεβαιότητα ότι δεν θα έπρεπε να φοβηθεί ότι θα απειλούνταν εκ νέου από τα λοιμώδη νοσήματα.

Η εμφάνιση όμως της επιδημίας του AIDS ήρθε για να υπενθυμίσει στο σύγχρονο άνθρωπο ότι τα λοιμώδη νοσήματα δαμάστηκαν προσωρινά αλλά και ο κίνδυνος παραμονεύει και μάλιστα είναι πιο μεγάλος και η αντιμετώπισή του πολύ δύσκολη.

Το AIDS αποτελεί τη μεγάλη έκπληξη τους αιώνος μας. Οι επιστήμονες συνειδητοποίησαν την αδυναμία τους. Αργησαν να αφυπνιστούν και να ακινητοποιηθούν. Έτσι σήμερα η επιδημία έλαβε τεράστιες διαστάσεις και τότε μόνο προσέλκυσε το ενδιαφέρον της διεθνής κοινότητας <sup>1</sup>.

## ***ΕΙΣΑΓΩΓΗ***

Όσο και αν φαίνεται περίεργο το *AIDS* ήταν άγνωστο στον ιατρικό κόσμο των ανεπτυγμένων χωρών μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του '80. Το νέο αυτό κλινικό σύνδρομο άλλαξε τα τελευταία είκοσι χρόνια τη μοίρα και τη ζωή εκατομμυρίων ατόμων στον πλανήτη <sup>2</sup>.

Το *AIDS* είναι μια από τις σημαντικότερες λοιμώδης νόσους της εποχής μας και αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα δημόσιας υγείας που καλείται να αντιμετωπίσει η διεθνής κοινότητα. Τα κύρια χαρακτηριστικά του είναι ότι μεταδίδεται από άνθρωπο σε άνθρωπο και ότι δεν υπάρχει θεραπεία <sup>3</sup>.

Σήμερα ζούμε σ'έναν ιατρικά διαφορετικό κόσμο λόγο μιας και μοναδικής λοιμώδους νόσου. Ακριβώς όπως συνέβαινε στην Ευρώπη των μεσαιωνικών χρόνων, όπου μια και μόνο λοιμώδης πανδημία άλλαξε τη μοίρα των λαών του γνωστού τότε κόσμου.

Οι σημερινοί ενήλικες άνω των σαράντα ετών είναι η τελευταία γενιά ανθρώπων που είχαν την πρώτη σεξουαλική τους εμπειρία χωρίς τον φόβο του *AIDS*. Οι νέοι του '90 είναι η πρώτη γενιά που μεγάλωσε με το *AIDS*. Αλλά και οι επιστήμονες στη Δημόσια Υγεία και την κλινική ιατρική δεν σκέφτονται τα λοιμώδη νοσήματα με τον ίδιο τρόπο όπως πριν είκοσι χρόνια <sup>2</sup>.

Πέρα από τις ιατρικές του διαστάσεις το *AIDS* αποτελεί σημαντικό κοινωνικό και πολιτικό πρόβλημα. Με την εμφάνιση του δοκιμάζεται η ηθική υφή της κοινωνίας μας και δίνεται η ευκαιρία να επαναξετασθούν ηθικά και δεοντολογικά θέματα που αφορούν στην αντιμετώπιση ατόμων που έχουν προσβληθεί από μολυσματική ασθένεια <sup>3</sup>.

*ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ*

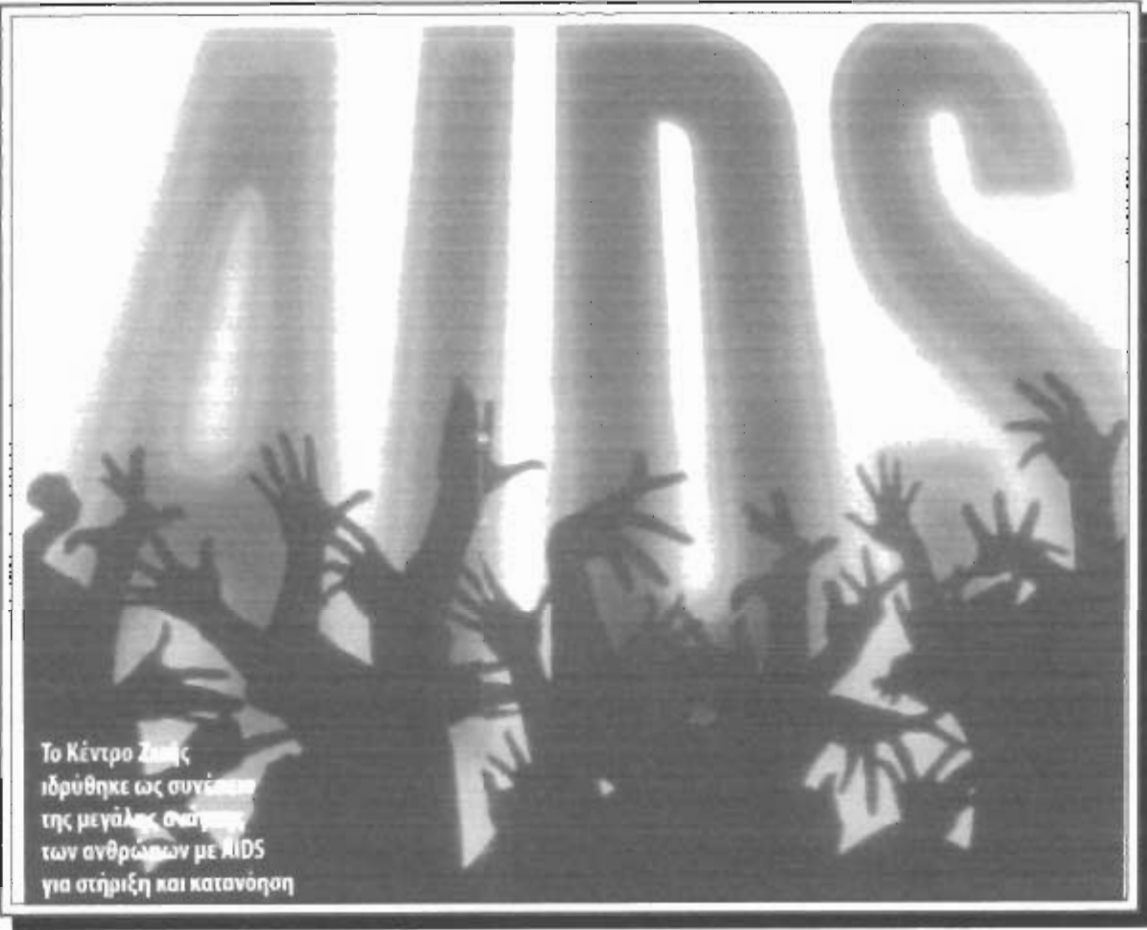


*ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ AIDS*

*Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο*

**1**





Το Κέντρο Ζωής  
ιδρύθηκε ως συνέπεια  
της μεγάλης θλίψης  
των ανθρώπων με AIDS  
για στήριξη και κατανόηση

## 1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ - AIDS

Ο HIV ανήκει σε μια ομάδα των γνωστών ως Ρετροϊών. Το όνομα Ρετροϊός δείχνει ότι αυτοί οι ιοί φέρουν το γενετικό του υλικό σε RNA και όχι σε DNA. Είναι γνωστό ότι ο HIV εκλεκτικά μολύνει Τ-λεμφοκύτταρα. Μέσω της χρησιμοποίησης ενός ενζύμου γνωστού ως αντίστροφη τρανσκριπτάση, ο HIV είναι ικανός να αναπρογραμματίσει τα γενετικά υλικά του μολυσμένου Τ-κυττάρου. Έτσι ο HIV μπορεί να χρησιμοποιήσει το Τ<sub>4</sub>-κύτταρο αντί του εαυτού του για να αναπαραχθεί. Συνεπώς οποτεδήποτε το μολυσμένο Τ<sub>4</sub> κύτταρο διεγείρεται από τους εισβάλλοντες οργανισμούς για αναπαραγωγή, όπου αντί για Τ<sub>4</sub>-λεμφοκύτταρο αναπαράγει HIV. Ο νεοπαραγόμενος ιός μπορεί τότε να μολύνει άλλα Τ<sub>4</sub> λεμφοκύτταρα.

Ο ρυθμός παραγωγής HIV πιστεύεται ότι εξαρτάται από την τρέχουσα κατάσταση υγείας του μολυσμένου ατόμου. Αν ο οργανισμός του ατόμου δεν αντιμετωπίζει άλλη λοίμωξη η αναπαραγωγή είναι γρήγορη. Αυτό μπορεί να εξηγήσει τη λανθάνουσα περίοδο που παρουσιάζουν ορισμένα άτομα μετά από μόλυνση με HIV. Υπολογίζεται ότι το 20-30% των μολυσμένων με HIV ατόμων θα αναπτύξουν AIDS μέσα σε πέντε χρόνια από την μόλυνση <sup>4</sup>.

## 1.2 ΔΙΑΦΟΡΑ ΟΡΟΘΕΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ AIDS.

Οροθετικοί χαρακτηρίζονται τα άτομα που έχουν μολυνθεί από τον ιό. Ο ιός κυκλοφορεί μέσα στο σώμα τους. Στα αρχικά στάδια αυτό δεν προκαλεί κάποια ιδιαίτερα προβλήματα και για αυτό δεν μπορούν να το αντιληφθούν. Είναι πολύ πιθανό να αισθάνονται πάρα πολύ καλά.

Άτομα που έχουν αναπτύξει AIDS: ο ιός HIV έχει καταστρέψει σε σημαντικό βαθμό το ανοσοποιητικό σύστημα και ο οργανισμός δεν

μπορεί να αμυνθεί αποτελεσματικά σε διάφορες λοιμώξεις ή άλλες ασθένειες, που συνήθως δεν προκαλούν ιδιαίτερα προβλήματα στους υπόλοιπους ανθρώπους.

### 1.3 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ

Στις δεκαετίες του 1960 και του 1970 είχαν αναφερθεί μεμονομένες περιπτώσεις ανεξήγητης ανοσοκαταστολής στις βιομηχανικές χώρες. Φαίνεται ότι το *AIDS* είχε «κτυπήσει» και πιο πριν στις δεκαετίες του '60 ή και του '50 ακόμα, κατά πάσα πιθανότητα σε χώρες της **Κεντρικής Αφρικής**. Στον άνθρωπο βρέθηκαν αντισώματα του AIDS σε δείγματα αίματος του 1959. Πιο συγκεκριμένα σύμφωνα με το ιατρικό περιοδικό **Lancet**, το σύνδρομο υπάρχει από το 1954 τουλάχιστον. Αυτό αποκαλύφθηκε από την επανεξέταση οργάνων ενός 25χρονού ναύτη, ο οποίος πέθανε το 1959 από μια μυστηριώδη ασθένεια.

Τα όργανα του ναύτη είχαν φυλαχτεί γιατί η ασθένεια που τον οδήγησε στο θάνατο ήταν άγνωστη. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των εξετάσεων, ο ναύτης έπασχε από *AIDS* και θα έπρεπε να είχε μολυνθεί τουλάχιστον πέντε χρόνια νωρίτερα, δηλαδή το 1954. Μετά το 1978 οι περιπτώσεις πλύθαιναν από **πνευμοκύστη καρίνιο** στο κέντρο ελέγχου λοιμώξεων των Η.Π.Α.

Τα πρώτα θύματα της άγνωστης μέχρι τότε ασθένειας ήταν πέντε νεαρά ομοφυλόφιλα άτομα από το *Los Angeles*, που προηγουμένως ήταν υγιή.

Η **πνευμοκύστη καρίνιο** είναι ένα μικρόβιο, που ενώ σε φυσιολογική άμυνα και ανοσία προκαλεί σοβαρές πνευμονίες συχνά θανατηφόρες. Σχεδόν ταυτόχρονα δημοσιεύτηκαν ανάλογα περιστατικά με κοινό χαρακτηριστικό τους την πτώση της ανοσίας του οργανισμού.

Ήταν φανερό ότι ένα μυστηριώδες σύνδρομο με κλινικές εκδηλώσεις που μέχρι τότε σπάνιζαν άρχισε να διαδίδεται επικίνδυνα μεταξύ των ομοφυλοφίλων. Το γεγονός αυτό βοήθησε στο να ονομαστεί η ασθένεια «*gay syndrome*», η νόσος των ομοφυλοφίλων και κατά συνέπεια να καταταγούν οι ομοφυλόφιλοι στην πρώτη ομάδα υψηλού κινδύνου.

Όπως προαναφέρθηκε το *AIDS* ξεκίνησε πιθανότατα από τις χώρες της **Κεντρικής Αφρικής**. Αυτό που δεν γνωρίζουμε είναι από που προήλθε ο ιός.

Απόρροια των αναδρομικών μελετών σχετικά με την προέλευση του ιού, είναι η πιθανότητα του επιστημονικού λάθους. Να δημιουργήθηκε δηλαδή και να δραπέτευσε ο ιός από κάποια εργαστήρια μελέτης του βιολογικού πολέμου. Πιο συγκεκριμένα από τα εργαστήρια του Αμερικανικού Ινστιτούτου Ερευνών Βιολογικού Πολέμου στο **Fort Detric** της πολιτείας του **Μέρυλαντ**. Αποδείχτηκε όμως, ότι αυτή η εκδοχή, η οποία παλαιότερα είχε βρει πρόσφορο έδαφος, εξυφάνθηκε για λόγους πολιτικής προπαγάνδας.

Μια δεύτερη εκδοχή είναι ότι ο ιός του *AIDS* δημιουργήθηκε φυσιολογικά. Μάλιστα, ενώ ο **HIV** είναι σχετικά νέος για τον άνθρωπο, οι χιμπατζήδες θεωρείται ότι μεταφέρουν τη δική τους ποικιλία ιού-του **siperv-** για εκατοντάδες ή χιλιάδες χρόνια χωρίς να νοσούν. Από τη στιγμή που οι χιμπατζήδες είναι γενετικά παρόμοιοι κατά 98% με τους ανθρώπους, λέμε ότι εφ'όσον βρεθεί για ποιο λόγο οι χιμπατζήδες αυτοί δεν εμφανίζουν την νόσο, μπορεί να βοηθήσει την εύρεση του εμβολίου.

Μια τρίτη εκδοχή που προέκυψε από μελέτες είναι ότι τα μέλη της φυλής **Ιντζουί** συνήθιζαν, για να αυξήσουν την σεξουαλική τους δραστηριότητα να εμβολιάζουν τους μηρούς, την ηβική χώρα και τη ράχη τους με αίμα αρσενικού πιθήκου οι άνδρες και θηλυκού οι γυναίκες. Έτσι

προέκυψε το συμπέρασμα ότι ο άνθρωπος μολύνθηκε από τα ίδια του τα χέρια.

Επίσης θεωρείται πολύ πιθανό ο ιός να μεταπήδησε στον άνθρωπο από τον «πράσινο πίθηκο» στα τέλη της δεκαετίας του 1940 ή στις αρχές του 1950, σαν αποτέλεσμα της ευρείας βρώσης τέτοιου κρέατος από τους ανθρώπους. Οι ερευνητές πιστεύουν ότι ο **HIV-1** μεταδόθηκε στον άνθρωπο όταν οι κυνηγοί εκτέθηκαν σε μολυσμένο αίμα.

Η ραγδαία αύξηση κρουσμάτων στις Η.Π.Α και η εμφάνιση λίγο αργότερα των πρώτων περιστατικών στην Ευρώπη συντέλεσαν στην κινητοποίηση των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και στην έναρξη της έντονης ερευνητικής προσπάθειας.

Έτσι στα τέλη του 1981 τα πρώτα στοιχεία για το *AIDS* γίνονται γνωστά.

Πρόκειται για μολυσματικό νόσημα που μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή και αιματογενώς. Αυτά βοηθούν στην ταυτοποίηση της ασθένειας.

Τον Μάιο του 1983 ο καθηγητής *Montagnier* και οι συνεργάτες του, στο Ινστιτούτο **Παστέρ**, ανακοίνωσαν την απομόνωση του ρετροϊού **LAV** σε ένα ομοφυλόφιλο ασθενή με Λεμφαδενοπάθεια στο **Παρίσι**.

Ένα χρόνο αργότερα, τον Μάιο του 1984 στις ΗΠΑ αυτή τη φορά, η ερευνητική ομάδα του *Robert Gallo* απομονώνει ένα μορφολογικά όμοιο ρετροϊό, τον **HTLV-III**, από ασθενείς με *AIDS*, επιβεβαιώνοντας έτσι τις εργασίες της προηγούμενης γαλλικής ομάδας.

Ο ιός **LAV-HTLV-III** θεωρείται πλέον ο κύριος υπεύθυνος του *AIDS* χωρίς να αποκλείονται και άλλοι συνυπεύθυνοι παράγοντες για την τελική έκφραση του συνδρόμου. Λίγο αργότερα, διεθνής επιτροπή ταξινομήσεως ιών, υιοθέτησε την ονομασία **HIV** για τον ιό του *AIDS*. Έτσι καθιερώθηκε η νέα ονομασία στην οποία συγχωνεύτηκαν οι τρεις μέχρι τότε επικρατούσες ονομασίες **LAV**, **HTLV-III** και **ARV**.

Τα επόμενα χρόνια ακολούθησαν και άλλες έρευνες σχετικά με την

απομόνωση του ιού και τη συμπεριφορά του, τους τρόπους μετάδοσης και πρόληψης, την πραγματοποίηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων για την ενημέρωση του κοινού και των γιατρών και τέλος στην προσπάθεια ανακάλυψης φαρμάκων για την αντιμετώπιση του ιού.

Πιο συγκεκριμένα, τον Μάιο του 1986 ανακαλύφθηκε ο ιός **HIV-2** στην **Αφρική**, από την ερευνητική ομάδα του **Luk Montagnier** στο Ινστιτούτο **Παστέρ** σε συνεργασία με ερευνητές και γιατρούς του νοσοκομείου **Claude Bernard** [Παρίσι] και του νοσοκομείου **Egas Moniz** [Λισσαβόνα]. Στο τέλος του 1986 έχουμε τα πρώτα αποτελέσματα που αποκαλύπτουν παράταση της επιβίωσης σε αρρώστους με **AIDS**, στους οποίους χορηγήθηκε το φάρμακο **AZT**.

Από το 1993 έως το 1996 γίνονται οι πρώτες δοκιμές εμβολίων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν στον άνθρωπο. Την ίδια περίοδο αποτελέσματα ασθενών επισημαίνουν ότι οι συγχρηγήσεις αντικών σκευασμάτων είναι αποτελεσματικότερες σε σύγκριση με τις μονοθεραπείες.

Σήμερα το 2005, το επίτευγμα της ιατρικής επιστήμης είναι η χορήγηση συνδιασμένων φαρμάκων, η λεγόμενη τριπλή θεραπεία, η οποία παρατείνει τη διάρκεια ζωής των οροθετικών και συγχρόνως προσφέρει ποιότητα ζωής. Παρά το γεγονός όμως ότι οι επιστήμονες έχουν ερευνήσει και πειραματιστεί πάνω στο **AIDS**, δεν έχουν καταφέρει να ανακαλύψουν φάρμακα για τη θεραπεία, ούτε προληπτικά εμβόλια για την προφύλαξη του πληθυσμού, με αποτέλεσμα ο ιός να εξακολουθεί να μεταδίδεται με πολύ γρήγορους ρυθμούς και να καταδικάζει σε θάνατο όσους πέφτουν στα δίκτυα του 2.

## 1.4 ΜΟΡΙΑΚΗ ΔΟΜΗ ΤΟΥ HIV-1

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο **HIV-1** ιός της επίκτητης ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου είναι το πλέον τυπικό μέλος της υποοικογένειας των βραδέων ιών [*lente virus*], της οικογένειας των ρετροϊών. Οι βραδείς ιοί είναι χαρακτηριστικό ότι προκαλούν λοιμώξεις του **ΚΝΣ**, έχουν μεγάλη υποκλινική πορεία και μικρή χημική ανοσία, συνδυασμένη με επιμένουσα ιαιμία [Πίνακας 1].

Οι πιο γνωστοί ρετροϊοί ανήκουν στην υποοικογένεια *Oncovirinae* [Ομάδα **RNA** ογκογόνων ιών]. Η υποοικογένεια *Oncovirinae* διαιρείται σε τρία γένη, *Oncovirus* τύπου Α, Β και C. Από την Διεθνή Επιτροπή Ταξινόμησης [ICTV], προτάθηκε η κατάργηση των τριών υποοικογενειών και η απευθείας διάκριση σε 7 προσωρινά γένη [Πίνακας 2].

Τη δεκαετία του 1980 ανακαλύφθηκε ο πρώτος ιός από μια ομάδα ρετροϊών, ο **HTLV-I**, που συνδέθηκε αιτιολογικά με λευχαιμία από T-κύτταρα. Ακολούθησε η απομόνωση ενός δεύτερου ιού, σε μία περίπτωση λευχαιμίας εκ τριχωτών κυττάρων και ονομάθηκε **HTLV-II**. Στη συνέχεια ο **HTLV-III** μετονομάστηκε και ταυτίστηκε με τον **HIV-1**, ενώ ο **HTLV-IV** θεωρείται όμοιος ή εξελικτική μορφή του **HIV-2**. Ο ιός **HTLV-V** απομονώθηκε από περίπτωση κακοήθους δερματικού λεμφώματος.

Εκτός από τους βραδείς ιούς [*lenteviruses*] του ανθρώπου, υπάρχει και ο *SIV* [*Simian Immunodeficiency virus*], των πιθήκων, όμοιος στη δομή, αλλά με σημαντικές γενετικές και λειτουργικές διαφορές [Πίνακας 3].

Ο ιός *SIVmac* έχει πολλές ομοιότητες με τους ιούς **HIV-1** και **HIV-2** και είναι παθογόνος για τον συγκεκριμένο πίθηκο, ενώ οι άλλοι ιοί δεν είναι. Επίσης περίεργο είναι ότι ο ιός δεν ανιχνεύεται στο άγριο περιβάλλον αλλά μόνο όταν ο πίθηκος είναι σε αιχμαλωσία.

<b>Πίνακας 1. Ταξινόμηση της οικογένειας των ρετροϊών</b>		
<b>Οικογένεια</b>	<b>Υποοικογένειες</b>	
Retroviridae	Oncovirinae	
	Spumavirinae	Συγκιτιακοί ιοί και ιοί που προκαλούν, σπογγοειδή εκφύλιση κυττάρων στα ζώα
	Lentivirinae {βραδείς ιοί}	Ιοί Visna/Maedi Ιοί προΐουσής πνευμονίας των προβάτων



<b>Πίνακας 2. Διάκριση 7 προσωρινών γενών ρετροϊών</b>
* Retrovirus B
* Retrovirus C
* Retrovirus των πτηνών {avian}
* Retrovirus D
* Spumavirus
* HTLV - BLV
* Lentivirus: Visna/Maedi, HIV-1, HIV-2



Πίνακας 3. Βραδείς ιοί των ανωτέρων θηλαστικών

Ιός	Ξενιστής	Φυσικό Περιβάλλον	Παθογόνος	Καταγωγή
HIV - 1	άνθρωπος	Όχι	Ναι	-
HIV - 2	άνθρωπος	Όχι	Ναι	-
SIV <sub>agm</sub>	Αφρικανικός πράσινος πίθηκος	Ναι	Όχι	Αφρική
SIV <sub>mac</sub>	Macaques	Όχι	Ναι	Ασία
SIV <sub>sm</sub>	Sooty Mangabeys	Ναι	Όχι	Αφρική
SIV <sub>mnd</sub>	Madrills	Ναι	Όχι	Αφρική
SIV <sub>epz</sub>	Χιμπατζής	Ναι;	Όχι;	Αφρική
SIV <sub>syk</sub>	Sykes monkeys	Ναι	Όχι	Αφρική

#### 1.4.1 ΔΟΜΗ ΤΟΥ ΓΩΝΙΔΙΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΒΙΡΙΟΥ ΤΟΥ HIV-1

Ο λόγος που διακρίνει τους βραδείς ιούς από τους άλλους ρετροϊούς, είναι η πολυπλοκότητα του γωνιδιώματός τους. Πολλοί ρετροϊοί ικανοί να πολλαπλασιασθούν έχουν μόνο τρία γονίδια, ***gag***, ***pol***, ***env***. Το γονίδιο ***gag*** κωδικοποιεί τις πρωτεΐνες του πυρήνα, το ***env*** τις γλυκοπρωτεΐνες του ελύτρου, ενώ το ***pol*** κωδικοποιεί την ανάστροφη μεταγραφάση.

Ο ιός **HIV 1** περιέχει έξι πλέον γονίδια [***vif***, ***vpr***, ***vpx***, ***tat***, ***rev***, ***nef***]. Στο ηλεκτρονικό μικροσκόπιο το βίριο του **HIV-1**, δηλαδή το πλήρες λοιμογόνο ιϊκό σωματίδιο, διακρίνεται σαν εικοσάεδρο, που στην επιφάνειά του φέρει 72 άκανθες. Αυτές αποτελούνται από δύο ιϊκές καλυπτικές πρωτεΐνες, την **gp120**, και την **gp41**. Η διλιπική μεμβράνη είναι διακοσμημένη με πρωτεΐνες του ξενιστή που περιλαμβάνουν τάξης I και II αντιγόνα ιστοσυμβατότητας, που αποκτά κατά την διαδικασία του ενοφθαλμισμού. Το κεντρικό πυρηνοειδές του ιού **HIV 1**, περιέχει τέσσερις πρωτεΐνες νουκλεοκαψιδίου, **p24**, **p17**, **p9**, **p7**, οι οποίες αποσυντίθενται από τις πρωτεάσες του ιού, με ένα πρόδρομο ***gag***

γονιδίου, το **53KD**.

Το φωσφορυλιωμένο πολυπεπίδιο **p24** σχηματίζει το αρχικό συνθετικό του εσωτερικού νουκλεοκαψιδίου, ενώ η πρωτεΐνη **p17** προσκολλάται στην εσωτερική επιφάνεια της διλιπιδικής μεμβράνης και πιθανόν σταθεροποιεί τα εσωτερικά και εξωτερικά στοιχεία του βίριου.

Η **p7** πρωτεΐνη συνδέεται ευθέως με το **RNA** του γενώματος, μέσω δακτυλιοειδούς σχηματισμού, δεσμού ψευδάργυρου, και μαζί με την **p9** σχηματίζουν τον νουκλεϊδικό πυρήνα.

Σημαντικό είναι ότι αυτός ο ρετροϊκός πυρήνας περιέχει δύο αντίγραφα μονής έλικας του **RNA**- γονιδιώματος του **HIV 1** τα οποία είναι συνδεδεμένα με διάφορα ιικά ένζυμα, περιλαμβανομένης και της ανάστροφης μεταγράψης.

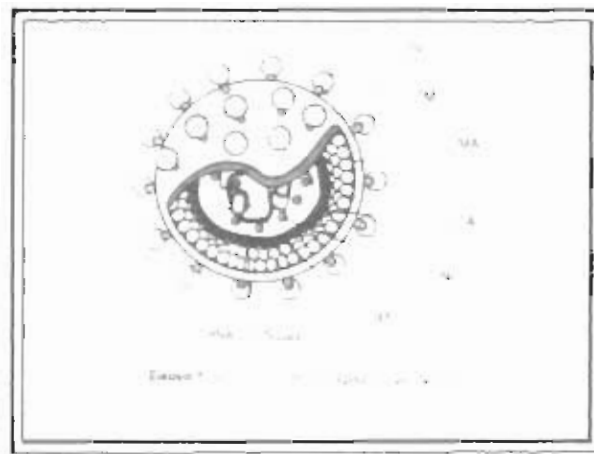
Ο ιός δηλαδή αποτελείται από μία εξωτερική διλιπιδική μεμβράνη, διακοσμημένη με κορνοειδείς προεκβολές, από γλυκοπρωτεΐνες επιφανείας [**Su gp 120**] ή διαμεμβρανικές [**Tm gp41**]. Ακριβώς από κάτω είναι το εξωτερικό έλυτρο [**MA**] και εν συνεχεία, το βίριο αποτελείται από την εσωτερική μεμβράνη [**CA**] και τις πρωτεΐνες του νουκλεοκαψιδίου [**NC**], περιβαλλόμενες από το μονής έλικας **RNA** του γονιδιώματος [*Εικόνα 1*].

Εκτός από το εξωτερικό έλυτρο [**MA**], την εσωτερική μεμβράνη [**CA**] και τις πρωτεΐνες του νουκλεοκαψιδίου [**NC**], που παράγονται από την **gag** περιοχή, το βίριο περιέχει γονίδια προερχόμενα από την **pol** περιοχή, συμπεριλαμβανομένων των ενζύμων της ανάστροφης μεταγραφάσης [**RT**], της ιντεγκράσης και των πρωτεασών.

Καθώς το βίριο διέρχεται από την κυτταρική μεμβράνη ενός κυττάρου, προσλαμβάνει πρωτεΐνες του ξενιστή στο περίβλημά του, πιθανόν σημαντικές στην αντιγονική απάντηση, έναντι του ιού. Ορισμένα προϊόντα γονιδίων, όπως *vpr* στην περίπτωση του **HIV-1**, και *Vpr*, *Vpx* όσο αφορά τον **HIV-2** είναι άγνωστης λειτουργικότητας και

θέσης όσο αφορά το βίριο.

Παρακάτω περιγράφονται οι θέσεις των δοκιμών και ρυθμιστικών γονιδίων καθώς και τα προϊόντα με τις λειτουργίες τους. Το γονιδίωμα αυτού του RNA ιού, αποτελείται από 9.200 ζεύγη βάσεων νουκλεοτιδίων. Το σύνολο του γενετικού υλικού του **HIV-1** περικλείεται εκατέρωθεν από τις δύο **LTR** [μακρές επαναληπτικές ακολουθίες νουκλεοτιδίων] ανά μία στο 5' και 3' άκρο και χρησιμεύει στην προώθηση και σύνδεση υπερενεργοποιημένων προϊόντων του ιού και του ξενιστού. Το στοιχείο **TAR** βρίσκεται στην *R* περιοχή και χρησιμεύει σαν υποδοχέας του γονιδίου **Tat**. Η **gag** περιοχή συνδέει το κεντρικό πυρηνοειδές και τις πρωτεΐνες του ελύτρου. Το **pol** γονίδιο κωδικοποιεί την ανάστροφη μεταγραφή, τις πρωτεάσες και την ιντεγκράση. Η περιοχή **env** είναι υπεύθυνη για τις καλυπτικές γλυκοπρωτεΐνες gp120, gp41, που μεσολαβούν για την σύνδεση και την τήξη της μεμβράνης **CD4**. Τα γονίδια *vif*, *vpr*, *vpr*, *ren* και *nef* έχουν σημαντικό ρόλο στην έκφραση, στην κυκλοφορία των προϊόντων των γονιδίων στα μολυσμένα κύτταρα, καθώς και με την λαιμογόνο ικανότητα του ιού. Το στοιχείο **RRE** [**Rev response element**], ανταποκρινόμενο στο γονίδιο *ren*, είναι το σημείο σύνδεσης των προϊόντων του και σπουδαίο για την μεταφορά μη ενσωματωμένου **mRNA**, από τον πυρήνα.



## 1.5 ΦΥΣΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ 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 οδηγεί σε ένα ευρύ φάσμα κλινικών εκδηλώσεων όπου στο ένα άκρο βρίσκονται μολυσμένα άτομα που έχουν αναπτύξει αντισώματα έναντι του ιού 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 την νόσο.

### ↓ ΣΤΑΔΙΟ 1

Η φάση αυτή, κατά την οποία ο ασθενής είτε είναι ασυμπτωματικός είτε παρουσιάζει επιμένουσα γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια [*persistent generalized lymphadenopathy PGL*], μπορεί να διαρκέσει από λίγους μήνες μέχρι αρκετά χρόνια. Η *PGL* χαρακτηρίζεται από διόγκωση λεμφαδένων [διαμέτρου άνω του 1 cm], σε δύο ή περισσότερες θέσεις εκτός των βουβωνικών, διαρκεί τουλάχιστον τρεις μήνες και δεν οφείλεται σε άλλη παρούσα νόσο που να προκαλεί λεμφαδενοπάθεια. Η *PGL* μπορεί να υποχωρήσει στην πορεία της νόσου.

### ↓ ΣΤΑΔΙΟ 2 {προϊμική νόσος}

Το στάδιο αυτό χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση τυπικών βλεννογονοδερματικών αλλοιώσεων, όπως η τριχωτή στοματική λευκοπλακία, ή λοιμώξεων, π.χ. από έρπητα ζωστήρα. «Συστηματικές»

εκδηλώσεις, όπως μέτρια απώλεια βάρους, κόπωση, ανορεξία και νυκτερινές εφιδρώσεις, είναι επίσης συνήθεις στο δεύτερο στάδιο. Συχνά, αυτά τα σημεία και συμπτώματα εμφανίζονται κατά διαστήματα. Αλληπάλληλες λοιμώξεις των ανώτερων αναπνευστικών οδών μπορεί επίσης να παρουσιασθούν σε αυτή τη φάση της νόσου.

Τα είδη των ευκαιριακών λοιμώξεων εξαρτώνται σημαντικά από την προηγούμενη και την τρέχουσα έκθεση του ατόμου σε μικροβιακούς παράγοντες. Αυτή είναι και η αιτία των διαφορών που παρατηρούνται ως προς τη συχνότητα ορισμένων ευκαιριακών λοιμώξεων μεταξύ Αφρικανών και Ευρωπαίων ασθενών, μολυσμένων με **HIV**.

### ↓ **ΣΤΑΔΙΟ 3** {ενδιάμεση νόσος}

Οι κλινικές εκδηλώσεις που χαρακτηρίζουν το τρίτο στάδιο μπορεί να εμφανιστούν λίγο καιρό μετά τα πρώιμα συμπτώματα, αλλά πριν από την πλήρη ανάπτυξη των σημείων του τελικού σταδίου της νόσου. Στο τρίτο στάδιο, οι τυπικές κλινικές καταστάσεις περιλαμβάνουν στοματική καντιντίαση, στοματική τριχωτή λευκοπλακία, πνευμονική φυματίωση, φυσαλλιδώδη ερπητική δερματίτιδα των γεννητικών οργάνων, ισοσπορίαση, βακτηριακές λοιμώξεις, όπως η κυψελιδική πνευμονία, όγκο [*σάρκωμα Kaposi*], που είναι πολύ χαρακτηριστικός στην **HIV** λοίμωξη και συστηματικά συμπτώματα, όπως επιμένοντα πυρετό, διάρροια και απώλεια βάρους μεγαλύτερη από 10% του βάρους του σώματος.

### ↓ **ΣΤΑΔΙΟ 4** {τελική νόσος}

Οι πιο συνηθισμένες από τις ευκαιριακές λοιμώξεις που παρουσιάζονται σε αυτό το στάδιο έχουν εξαιρετικά σοβαρή πορεία, που οφείλεται στην εκσημασμένη ανοσοκαταστολή του ξενιστή. Οι

συνηθισμένες λοιμώξεις μπορεί να οφείλονται σε πρωτόζωα [πνευμονία από *Pneumocystis carinii* τοξοπλάσμωση], μύκητες [σπλαχνική και οισοφαγική ή καντιντίαση, κρυπτοκόκκωση], βακτήρια [άτυπη λοίμωξη από μυκοβακτηρήρια, σηψαιμία από σαλμονέλλα] ή ιούς [λοίμωξη από κυτταρομεγαλοϊό, προϊούσα πολυεστιακή λευκοεγκεφαλίτιδα]. Στο τελικό στάδιο της νόσου, μπορεί επίσης να παρουσιασθούν ιδιαίτερα βαριές μορφές λεμφώματος και κακεξία 7.

*Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο*

**2**

## 2.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ HIV ΛΟΙΜΩΞΗΣ

Οι πρώτες περιπτώσεις του συνδρόμου της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας περιγράφηκαν [*AIDS*] σε ομοφυλόφιλους άνδρες στις ΗΠΑ το 1981. Ο αιτιολογικός παράγοντας του συνδρόμου, ο ιός **HIV-1** ταυτοποιήθηκε το 1983. Η εκτεταμένη εξάπλωση του ιού φαίνεται ότι άρχισε στα τέλη της δεκαετίας του 1970 ή νωρίς τη δεκαετία του 1980 στην **Αμερική, Αυστραλία και Δ.Ευρώπη** ενώ σήμερα έχει διαστάσεις επιδημίας σε ολόκληρο τον κόσμο.

Υπάρχουν δύο ορότυποι του ιού **HIV-1** και **HIV-2**. Όταν χρησιμοποιείται ο ορισμός **HIV** λοίμωξη εννοείται κυρίως ο ιός **HIV-1**. Ο ιός **HIV-2** βρέθηκε στη **Δυτική Αφρική** ιδίως στη **Γουινέα- Μπισάου** όπου μολύνθηκε το 10% του σεξουαλικά ενεργού πληθυσμού. Ο τρόπος μετάδοσης είναι ο ίδιος, όμως η διασπορά του ιού είναι αργή και η κάθετη μετάδοση από την μητέρα στο παιδί δεν είναι συνήθης. Το 1/3 και το 1/2 του πληθυσμού που έχει μολυνθεί από τον ιό του **HIV-2** έχει λοίμωξη και από τον ιό **HIV-1**.

## 2.2 ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΕΞΑΠΛΩΣΗ ΤΗΣ HIV-AIDS

Ο ιός της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας **HIV-1** συνεχίζει να εξαπλώνεται στον κόσμο, εισβάλλοντας σε κοινότητες που παλαιότερα δεν είχαν μεγάλο πρόβλημα από την επιδημία και δυναμώνει τον κλοιό του σε περιοχές όπου το **AIDS** είναι η πρώτη αιτία θανάτου μεταξύ των ενηλίκων.

Υπολογισμοί του ενωτικού προγράμματος των Ηνωμένων Εθνών για την λοίμωξη **HIV/AIDS** [UN - AIDS] και της παγκόσμιας οργάνωσης υγείας [WHO], δείχνουν ότι από την αρχή του 1988 πάνω από τριάντα εκατομμύρια άνθρωποι μολύνθηκαν από τον ιό του **HIV-1**, και ότι 11,7



εκατομμύρια άνθρωποι σε ολόκληρο τον κόσμο έχασαν τη ζωή τους από αυτήν την αιτία [Πίνακας 1].

Ο συνολικός αριθμός ορφανών από AIDS από την αρχή της επιδημίας αναφέρεται σε 8,2 εκατομμύρια.

Σαν ορφανά καθορίζονται τα παιδιά < 15 ετών που έχασαν και τους δύο γονείς από AIDS.

Αυτοί οι θάνατοι πιθανόν δεν θα είναι και οι τελευταίοι. Ο ιός εξακολουθεί να εξαπλώνεται προκαλώντας 16.000 νέες μολύνσεις την ημέρα. Κατά την διάρκεια μόνο του 1997, υπήρξαν 5,8 εκατομμύρια νέες μολύνσεις, γεγονός που κάνει πιο έντονη και επιτακτική την πρόληψη εξάπλωσης της επιδημίας.

Είναι πιθανόν τώρα που η επιδημία γίνεται περισσότερο ορατή να οικοδομηθούν αποτελεσματικότερα μέτρα πρόληψης. Σήμερα αν και ένας στους 100 ενήλικες, στην πιο ενεργό σεξουαλική ηλικία [15-49 ετών], ζουν με το AIDS, μόνο ένα μικρό ποσοστό γνωρίζει για την λοίμωξη. Αυτό γίνεται γιατί οι άνθρωποι είναι δυνατόν να ζουν για πολλά χρόνια με τον ιό HIV-1, πριν εκδηλώσουν την νόσο και έτσι ο ιός διασπείρεται για μεγάλη χρονική περίοδο. Το 1997, 2,3 εκατομμύρια άνθρωποι πέθαναν λόγω AIDS, ενώ περίπου άλλοι τόσοι ανέπτυξαν την νόσο. Ο ιός HIV-1 διπλασίασε το ποσοστό των θανάτων στους ενήλικες σε μερικές περιοχές, ενώ σε άλλες είναι η πρώτη αιτία θανάτου.

Ένα άλλο τεράστιο πρόβλημα είναι η εξάπλωση της λοίμωξης στα παιδιά. Το 1997 μολύνθηκαν περίπου 600.000 παιδιά από τις μητέρες τους, πριν από τον τοκετό, κατά την διάρκεια ή μέσω του θηλασμού. Ο αριθμός των παιδιών που έζησαν ή ζουν με τον ιό **HIV-1** από την αρχή της επιδημίας, στο τέλος του 1970, φθάνουν τα 3,8 εκατομμύρια εκ των οποίων 2,7 εκατομμύρια από αυτά έχουν πεθάνει. Σήμερα οι έρευνες που αφορούν από την μια μεριά την κατανόηση του τρόπου μετάδοσης και

από την άλλη την προληπτική φαρμακευτική αγωγή, υπόσχοντας μείωση του ποσοστού λοίμωξης στα παιδιά.

Η HIV- 1 λοίμωξη πλήττει κυρίως τον αναπτυσσόμενο κόσμο και ιδίως τις χώρες που δεν έχουν την δυνατότητα να φροντίσουν τους ανθρώπους που έχουν μολυνθεί. Πράγματι το 89% των ανθρώπων με HIV-1 λοίμωξη ζουν στην Αφρική νότια της Σαχάρας και στις αναπτυσσόμενες χώρες της Ασίας, όπου το συνολικό εισόδημα όλων αυτών των χωρών είναι μικρότερο από το 10% της παγκόσμιας παραγωγής.

Γεγονός είναι ότι αλλάζει το μοντέλο της διασποράς της νόσου. Ενώ σε μερικές χώρες τα ποσοστά της HIV-1 λοίμωξης παραμένουν σε χαμηλά επίπεδα για μερικά χρόνια, σε άλλες έχοντας τα ίδια επίπεδα επιπολασμού της νόσου παρατηρείται ταχεία διασπορά του ιού.

<b>Πίνακας 1. Παγκόσμια εκτίμηση της επιδημίας HIV-AIDS μέχρι το τέλος του 1997</b>	
<i>Καινούργιες λοιμώξεις με τον ιό HIV-1 το 1997</i>	
Σύνολο	5.8 εκατομμύρια
Ενήλικες	5.2 εκατομμύρια
Γυναίκες	2.1 εκατομμύρια
Παιδιά < 15 ετών	590.000
<i>Συνολικός αριθμός ατόμων με HIV-AIDS λοίμωξη</i>	
Σύνολο	30.6 εκατομμύρια
Ενήλικες	29.4 εκατομμύρια
Γυναίκες	12.2 εκατομμύρια
Παιδιά < 15 ετών	1.1 εκατομμύριο
<i>Θάνατοι από AIDS το 1997</i>	
Σύνολο	2.3 εκατομμύρια
Ενήλικες	1.8 εκατομμύρια
Γυναίκες	800.000
Παιδιά < 15 ετών	460.000
<i>Συνολικός αριθμός θανάτων AIDS από την αρχή της επιδημίας.</i>	
Σύνολο	11.7 εκατομμύρια
Ενήλικες	9.0 εκατομμύρια
Γυναίκες	3.9 εκατομμύρια
Παιδιά < 15 ετών	2.7 εκατομμύρια

Πίνακας 2. Τα κρούσματα του AIDS στην Ευρωπαϊκή Ένωση

ΧΩΡΕΣ	ΝΕΑ ΚΡΟΥΣΜΑΤΑ 1996	ΕΠΙΠΤΩΣΗ 1996	ΣΥΝΟΛΟ ΚΡΟΥΣΜΑΤΩΝ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
ΑΥΣΤΡΙΑ	109	13,6	1642	204,9
ΒΕΛΓΙΟ	129	12,7	2,231	219,9
ΓΑΛΛΙΑ	3.043	51,0	44,579	744,9
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	795	9,7	15.682	191,8
ΔΑΝΙΑ	146	28,1	1.994	384,3
ΕΛΛΑΔΑ	162	15,5	1.513	144,3
ΗΝ.ΒΑΣΙΛΕΙΟ	943	16,1	13.720	234,8
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	34	9,5	577	161,8
ΙΣΠΑΝΙΑ	4.156	104,7	43.218	1089,2
ΙΤΑΛΙΑ	4.151	72,5	37.170	650,0
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	12	29,3	117	285,4
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	287	18,4	4.288	274,8
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	503	51,2	3.782	385,2
ΣΟΥΗΔΙΑ	121	13,7	1.477	167,4
ΦΙΛΑΝΔΙΑ	21	4,1	251	48,9
Σύνολο Ευρωπαϊκού πληθυσμού	14.612	39,1	172.241	460,4

Σύνολο πληθυσμού 374,113.000 - Κρούσματα ανά 1.000.000 πληθυσμού [ΚΕΕΛ]

## 2.3 ΠΟΡΕΙΑ ΤΟΥ AIDS ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στην Ελλάδα από το 1983 κατανοήθηκε η σοβαρότητα της επιδημίας του AIDS, από ορισμένους ιατρικούς φορείς και έτσι με την βοήθεια της πολιτείας ελήφθησαν τα πρώτα αναγκαία υγειονομικά μέτρα.

Το 1983 ιδρύθηκε η Εθνική επιτροπή του AIDS που ήταν γνωμοδοτικό και συμβουλευτικό όργανο και διατηρήθηκε μέχρι τη σύσταση και λειτουργία του ΚΕΕΛ 1982.

Η καταγραφή των περιστατικών στην χώρα μας ξεκίνησε επίσημα το 1984. Πέντε όμως από τα πρώτα κρούσματα που δηλώθηκαν διαγνώστηκαν σε προηγούμενα έτη.

## 2.4 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ο συνολικός αριθμός κρουσμάτων AIDS που δηλώθηκαν μέχρι τις 31 Μαρτίου 1998, ανέρχεται σε 1766 άτομα, 25 παιδιά και 1741 έφηβοι και ενήλικες. Από τα 25 παιδιά, τα 14 [56,0%] είναι αγόρια και τα 11 είναι κορίτσια, [44,0%], ενώ από τους 1741 εφήβους και ενήλικες οι 1528 [87,8%] είναι άνδρες και οι 213 [12,2%] γυναίκες [πίνακας 3].

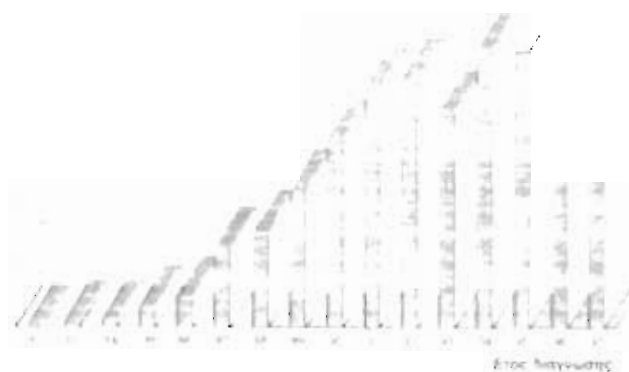
Πίνακας 3. Δηλωθέντα κρούσματα εφήβων /ενήλικων με AIDS (ηλικίας > 13 ετών) κατά κατηγορία μετάδοσης και φύλο στην Ελλάδα μέχρι 31/3/1998

Κατηγορία μετάδοσης	Άνδρες N (%)	Γυναίκες N (%)	Σύνολο N (%)
Όμο-εμφυλοφιλική ανάσχεση	1032 (67.5)		1032 (59.3)
Χρηστές ενδοφλέβιων ναρκωτικών	51 (3.3)	18 (8.5)	69 (4.0)
Όμο-εμφυλοφιλική ΧΕΝ	9 (0.6)		9 (0.5)
Πολυεμφυλοφιλική με πολλαπλά εταίρους	39 (2.5)	5 (2.3)	104 (6.0)
Μεταγγίζομενα	31 (2.0)	24 (11.3)	55 (3.2)
Επιδημιολογικά	134 (8.8)	144 (67.6)	278 (16)
Άλλη / Απροσδιόριστη	172 (11.3)	22 (10.3)	194 (11.1)
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>1528 (100.0)</b>	<b>213 (100.0)</b>	<b>1741 (100.0)</b>

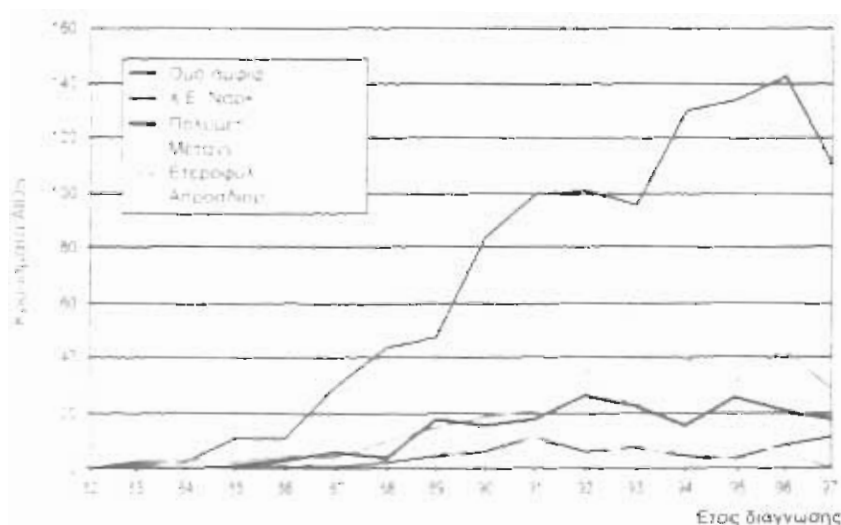
Στο σύνολο των 1766 κρουσμάτων έχουν δηλωθεί 1028 [58,2%] θάνατοι. Η πλειονότητα των εφήβων και ενηλίκων με AIDS είναι ηλικίας

25 έως 50 ετών. Ο αριθμός των κρουσμάτων AIDS παρουσιάζει μείωση το 1997 σε σχέση με το 1996, η οποία φτάνει το 24,4% [σχ. 1].

Η ίδια πτωτική τάση παρατηρείται σε όλες τις κατηγορίες μετάδοσης πιο συγκεκριμένα ο αριθμός των κρουσμάτων AIDS το 1997 σε σχέση με το 1996 μειώθηκε κατά 23,8% στους αμφιφιλόφιλους-ομοφυλόφιλους άνδρες και κατά 34,9% στα άτομα που μολύνθηκαν με ετεροφυλοφιλική σεξουαλική επαφή [σχ. 2].

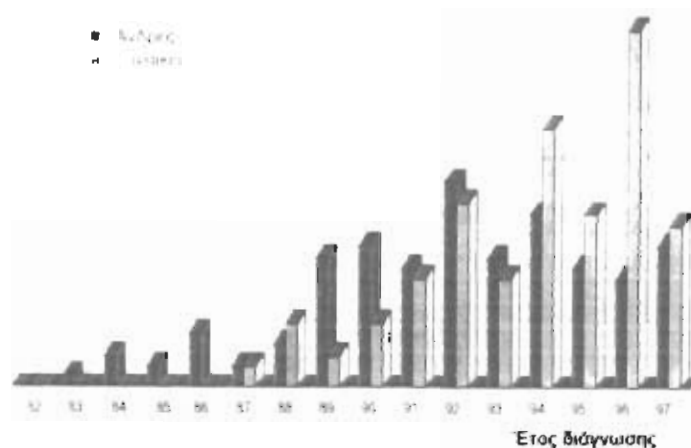


Σχ.1 Δηλωθέντα κρούσματα Aids ανά έτος διάγνωσης στην Ελλάδα μέχρι 31/3/1998 συνεκτιμώντας τις καθυστερήσεις στην δήλωση.



Σχ. 2. Δηλωθέντα κρούσματα εφήβων και ενηλίκων με Aids ανά έτος διάγνωσης και κατά κατηγορία μετάδοσης μέχρι 31/3/1998.

Ανάμεσα στα κρούσματα που μολύνθηκαν ετεροφυλοφιλικά η συχνότητα των κρουσμάτων με Aids παραμένει σταθερή στους άνδρες από το 1995, ενώ μειώνεται στις γυναίκες το 1997 σε σχέση με τα προηγούμενα έτη [σχ 3].



Σχ.3 Δηλωθέντα κρούσματα εφήβων και ενηλίκων με AIDS που μολύνθηκαν κατά το έτος διάγνωσης και φύλλο 31/3/1998

Τα καινούρια δημοσιευμένα στοιχεία είναι δυνατόν να τροποποιούνται λόγω νέων πληροφοριών που προκύπτουν πιθανόν να ανευρεθούν διπλές εγγραφές ή να γίνεται νέα ταξινόμηση σε κρούσματα που κατά την δήλωση τους δεν υπήρχαν αρκετές πληροφορίες και είχαν χαρακτηριστεί σαν «απροσδιόριστα».

Προσπάθεια συλλογής πληροφοριών για αυτή την κατηγορία μετάδοσης έγινε το 1996 και το αποτέλεσμα ήταν ότι περίπου 8% των «απροσδιόριστων» κρουσμάτων ταξινομήθηκαν από την αρχή με αποτέλεσμα το συνολικό ποσοστό να μειωθεί από 20,5% σε 11,2% [πίνακας 4].

Πίνακας 4: Δηλωθέντα κρούσματα παιδιών με AIDS (ηλικίας 0-14 ετών) κατά έτος διάγνωσης και φύλλο στην Ελλάδα μέχρι 31/3/1998			
Κατηγορία μετάδοσης	Αγόρια N (%)	Κορίτσια N (%)	Συνολο N (%)
Πατρική μετάδοση από πατέρα	4 (57,1)	3 (7,7)	7 (32,3%)
Μητρική μετάδοση από μητέρα	1 (14,3)	2 (5,2)	3 (13,1%)
Μητρική μετάδοση από μητέρα σε παιδί			
Επιπλοκή εμβρυϊκών μεταφορών			
Επιπλοκή τοκετού			
Κατανομή από υγιή υγιή μητέρα μεταδοτική			
Μητρική μετάδοση			
Μητρική μετάδοση			
Συνολο	14 (100,0)	11 (100,0)	25 (100,0)

*ЖЕФЛАЛЛО*

**3**

### 3.1 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Ας δούμε λοιπόν τις επιπλοκές που προκαλεί ο ιός **HIV** σε έναν ανθρώπινο οργανισμό. Πρέπει να τονίσουμε ότι από τη στιγμή που μετά την έκθεση στον ιό πραγματοποιηθεί η προσβολή από αυτόν, το άτομο που ασθενεί με AIDS παρουσιάζει επιπλοκές στα διάφορα συστήματα του οργανισμού οι οποίες εκδηλώνονται με συγκεκριμένα συμπτώματα.

#### ↓ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

- α) Σύγχυση και παραλήρημα
- β) Απώλεια μνήμης και άνοια
- γ) Μεταβολές στην συνείδηση
- δ) Κατεστραμένος συντονισμός, ισοροπία και κινητικότητα
- ε) Σπασμοί

Το νευρικό σύστημα αποτελεί συνήθη στόχο της προσβολής από τον ιό HIV. Ένα δέκα τοις εκατό [10%] των ασθενών εκδηλώνει νευρολογικές διαταραχές ως αρχικό κλινικό σύμπτωμα του AIDS. Περίπου σαράντα τοις εκατό [40%] των ατόμων με AIDS παρουσιάζουν τις νευρολογικές επιπλοκές που προκαλεί το AIDS, οι οποίες αποτελούν συχνή αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας. Το εβδομήντα με ογδόντα τοις εκατό [70-80%] των ενηλίκων ασθενών με AIDS εμφανίζουν νευροπαθολογικές μεταβολές στην αυτοψία.

#### ↓ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Υπολογίζεται ότι το ογδόντα τοις εκατό [80%] των ασθενών που έχουν προσβληθεί από HIV, βιώνουν τα δυσμενή αποτελέσματα του υποσιτισμού. Οι μηχανισμοί του υποσιτισμού που σχετίζεται με την προσβολή από HIV και που μοιάζει με την καρκινική καχεξία, είναι σύνθετοι στη φύση. Το σύνδρομο της συνεχούς απώλειας βάρους, η



ανορεξία, η σωματικές επιπλοκές, η ναυτία, οι εμμετοί και η διάρροια είναι σημαντικές διατροφικές μεταβολές που σχετίζονται με την κακή θρέψη 8.

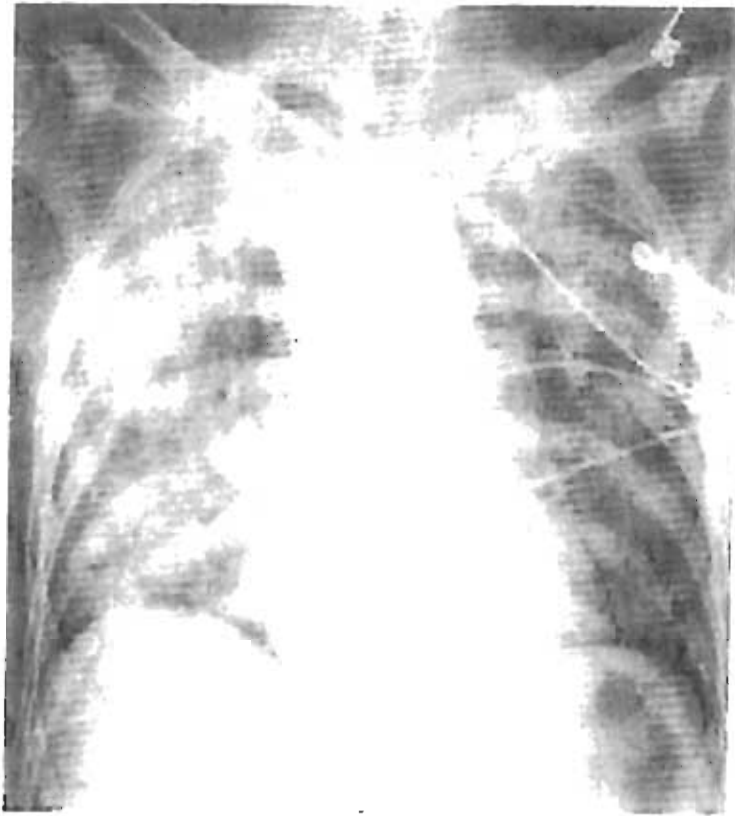
### ↓ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ

Παρουσιάζεται δύσπνοια, πόνος στο στήθος, υποξαιμία, ενώ στην ακτινογραφία αποκαλύπτονται διάμεσες διηθήσεις πνευμόνων. Υπεύθυνος μικροοργανισμός είναι η *Pneumogystis Carinii* με την μεγαλύτερη συχνότητα και ακολουθούν ο *CMV* και η *Legionella* 9.

### ↓ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ

- α) Ουδετεροπενία
- β) Θρομβοκυτοπενία
- γ) Αναιμία

Ανάμεσα στις αιματολογικές μεταβολές που βιώνει ένας ασθενής που έχει προσβληθεί από HIV, αυτού καθ'αυτού, των ευκαιριακών λοιμώξεων και ασθενειών που σχετίζονται με την προσβολή από HIV ή της αγωγής για θεραπεία αυτών 8.



Πνευμονία από *PNEUMONOCYSTIS CARINII* είναι η πιο συχνή απειλητική για την ζωή ευκαιριακή λοίμωξη σε ασθενείς με AIDS και σε ασθενείς με ανοσοκαταστολή. Υπάρχει σημαντική θνητότητα σε ασθενείς με AIDS.

## ↓ ΔΕΡΜΑΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Με την λοίμωξη **HIV** και τις συνοδείες ευκαιρικές λοιμώξεις και κακοήθειες συνδέονται οι δερματικές εκδηλώσεις. Ευκαριακές λοιμώξεις, όπως έρπητας ζωστήρας και απλός έρπητας χαρακτηρίζονται από επώδυνες φυσαλίδες που προκαλούν ρήξη του δέρματος. Η μολυσματική *τέρμινθος* είναι ιογενής λοίμωξη που χαρακτηρίζεται από σχηματισμό παραμορφωτικών πλακών.

Η *σμιγματοραϊκή* δερματίτιδα συνδέεται με ένα σκληρό διάχυτο απολεπιζόμενο εξάνθημα που περιλαμβάνει το τριχωτό της κεφαλής και το πρόσωπο. Οι άρρωστοι με AIDS μπορεί επίσης να παρουσιάζουν γενικευμένη θυλακίτιδα, που χαρακτηρίζεται από ξηρό απολεπιδούμενο δέρμα ή έκτοπη δερματίτιδα όπως έκζεμα ή ψωρίαση .

## ↓ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ

Η ψυχολογική επίδραση στο άτομο που έχει προσβληθεί με **HIV** είναι τόσο διαβρωτική και διεισδυτική, όσο οι ψυχολογικές επιπτώσεις αυτής της χρόνιας και τελικής ασθένειας. Μετά τη διάγνωση του ιού το άτομο πρέπει να συμβιβαστεί όχι μόνο με την ασθένεια αυτή καθ'αυτή, αλλά και με το αυξημένο άγχος που απορρέει από την οικογένεια, τους φίλους και την κοινωνία. Οι ψυχοκοινωνικές αντιδράσεις που βιώνει ο ασθενής με **HIV**, περιλαμβάνουν φόβο, αγωνία, οδύνη, απώλεια, κατάθλιψη, μανία, ψύχωση καθώς και αυτοκτονία. Η αγωνία, η οδύνη και η κατάθλιψη, αποτελούν τις συχνότερες από τις αντιδράσεις αυτές.

## ↓ ΚΟΠΩΣΗ

Κόπωση είναι η έννοια της ασυνήθιστης και μη κανονικής ολικής κούρασης του σώματος ανεξαρτήτως κάποιας άσκησης, ή δραστηριότητας. Η ξεκούραση ή ένας καλός νυκτερινός ύπνος, δεν

αρκούν για να την αναστείλουν. Ορίζεται ως οξεία, όταν διαρκεί λιγότερο από ένα μήνα και ως χρόνια όταν διαρκεί ένα μήνα ή και παραπάνω.

### ↓ ΠΟΝΟΣ

Ο πόνος στα άτομα με ιό του HIV, συντελείται εντός του φάσματος της ασθένειας και ποικίλει ευρέως όσον αφορά στην εμφάνισή του, την αιτιολογία του και την επίδραση. Οι αναφορές σχετικά με την εδραίωση του πόνου στα άτομα με τον ιό HIV διαφέρουν ανάλογα με το στάδιο της ασθένειας, ενώ κλιμακώνονται από τα πρώιμα στάδια της μόλυνσης με HIV έως την νόσο του AIDS. Η λήψη μέτρων φροντίδας συμπεριλαμβανομένης της φροντίδας των ασθενών περιπατητικών εσωτερικών σε νοσοκομείο, ή παρηγορητικής φροντίδας, η προσέγγιση με μελέτη, συμπεριλαμβανομένης της συλλογής δομικών αλλά και πιθανών στοιχείων και των διαφορετικών μεθόδων της διαχείρισης του πόνου ».

## 3.2 ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΠΑΝΤΟΥΝ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ AIDS.

### ❖ Σάρκωμα Kaposi.

Περιγράφηκε αρχικά από τον *Kaposi* το 1972 σαν «sarcoma idiopathicum multiplex hemorrhagicum» που χαρακτηρίζεται από βραδεία προοδευτική εξέλιξη οζιδίων δέρματος ενδοθυλιακής προελεύσεως. Προσβάλλει ηλικιωμένα άτομα που κατάγονται κυρίως από μεσογειακές χώρες.

Μέχρι το τέλος της δεκαετίας του 1970 ήταν σπάνιο σε χώρες μη ενδημικές, όπως η **Αμερική**. Ελάχιστα δε περιστατικά είχαν αναφερθεί σε ασθενείς που είχαν υποστεί ανοσοκαταστολή. Εδώ όμως και αρκετά

χρόνια αυξάνεται συνεχώς η συχνότητα του K.S ιδίως στους ομοφυλόφιλους που προσβάλλονται από AIDS.

Στις μεσογειακές χώρες όπως και στην **Αφρική** το κλασσικό K.S έχει διαφορετική εικόνα από εκείνη του επιδημικού K.S [πίνακας 1].

Μέχρι στιγμής δεν έχει διευκρινιστεί πλήρως η αιτιολογική σχέση K.S και ασθενών με AIDS. Ο *Giraldo* και οι συνεργάτες του πιστεύουν ότι πολλοί παράγοντες συμβάλλουν στην εκδήλωση του K.S. Κεντρικό ρόλο όμως κατέχει πιθανόν ο κυταρομεγαλοϊός που σαν ογκογόνος ιός προκαλεί πιθανόν καρκινωμάτωση μετασχηματισμό των ενδοθηλιακών κυττάρων.

**Πίνακας 1**  
**Διαφορές κλασσικού- επιδημικού K.S.**

Μορφή K.S.	Φύλο	Γεωγραφική κατανομή	Δερματικές αλλοιώσεις	Λεμφαδενοπάθεια	Εξέλιξη	Γαστροεντερικές εντοπίσεις	Συνοδά Φαινόμενα
Κλασσικό K.S.	A και Γ 15:1	Μεσογειακές χώρες	Κάτω άκρα	Σπάνια εκτός των περιοχών που ενδημεί το Burkitt	Βραδεία	Σπάνιες	Όγκοι, ελκωτικές νεκρώσεις
Επιδημικό K.S.	A	Πόλεις ενδημικές για AIDS π.χ N.York	Κεφαλή, άνω άκρα, θώρακας	Πολύ συχνά	Ταχεία	Συχνές	Ευκαιριακές λοιμώξεις

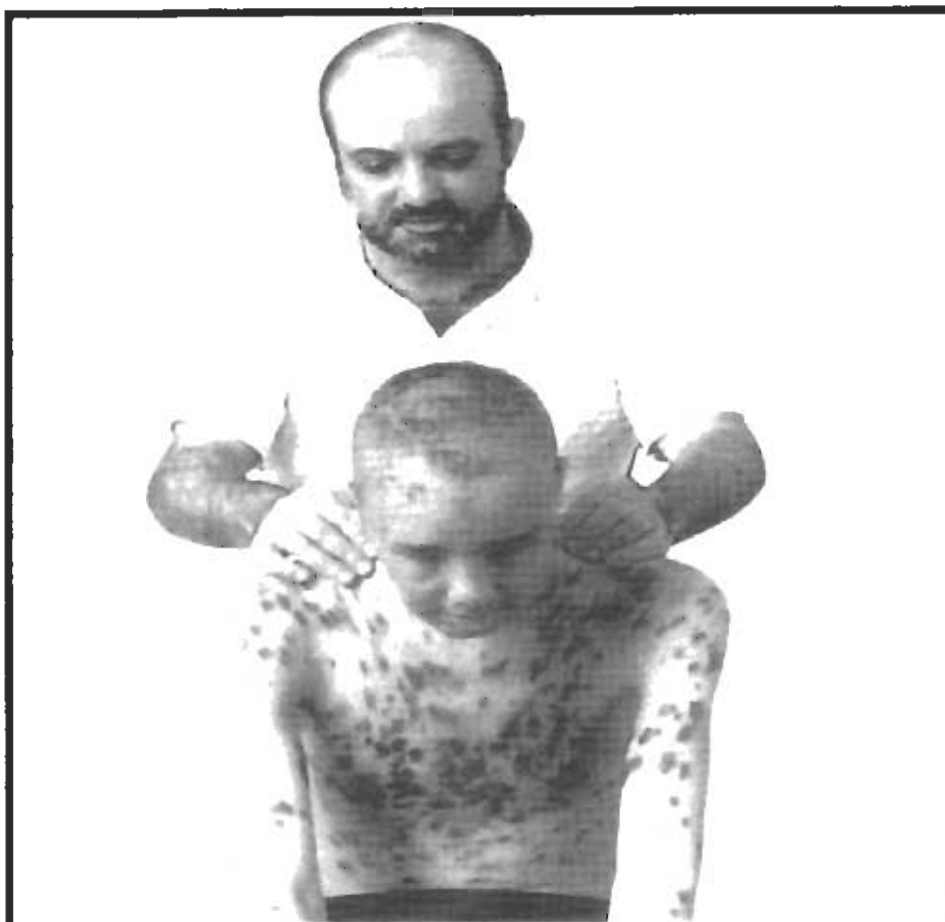
### 3.3 ΑΛΛΑ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ

Εκτός από το επιδημικό **K.S** έχουν περιγραφεί και λεμφώματα διαφόρων ιστολογικών τύπων, όπως λέμφωμα **Burkitt**, λεμφοβλαστικό Hodgkin και ανοσοβλαστικό που έχουν διαφορετικούς ιστολογικούς χαρακτήρες και προέρχονται από Β ή Τα- λεμφοκύτταρα. Η συνύπαρξη **K.S** και λεμφωμάτων είναι πολύ σπάνια.

Η υψηλή σχετικά συχνότητα λεμφώματος **Burkitt** έχει συνδεθεί με την παρουσία του ιού **Epstein-barr**.

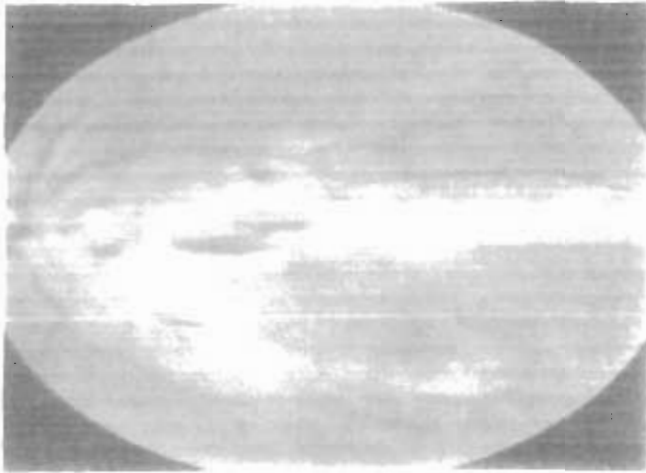
Επίσης έχουν αναφερθεί καρκινώματα εντερικού σωλήνα, ιδίως ορθού και περιπρωκτικής χώρας. Φαίνεται όμως ότι δεν σχετίζονται με το AIDS, παρά μόνο συναντώνται συχνότερα στους ομοφυλόφιλους άνδρες ».



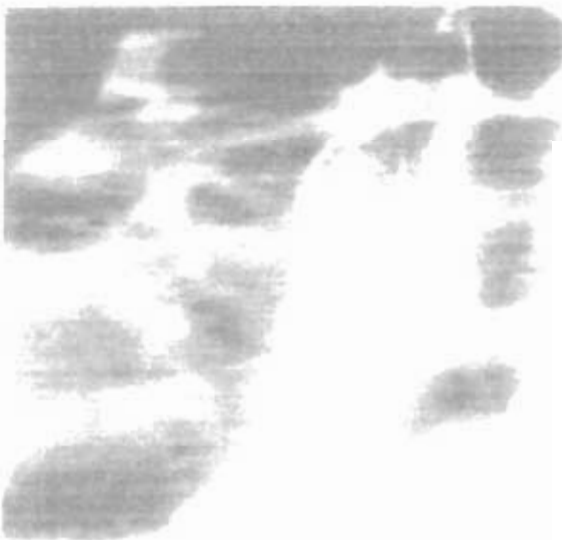


**Σάρκωμα kaposi:** Σε μερικές περιπτώσεις ο όγκος μπορεί να διηθεί εκτεταμένα και γρήγορα όπως φαίνεται στο χέρι του Αφρικανού ασθενούς στην εικόνα.



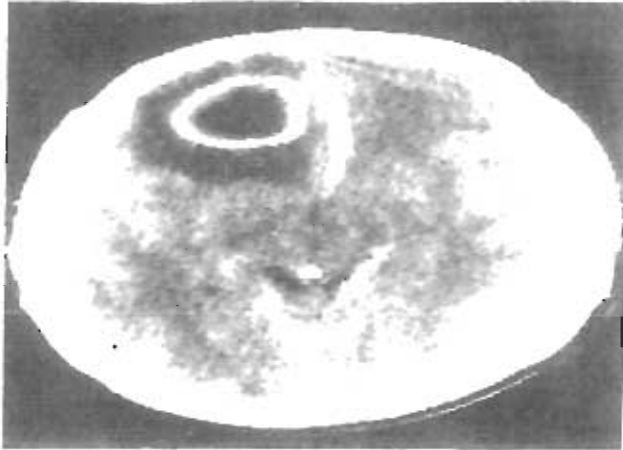


Αμφιβληστροειδίτιδα από μεγαλοκυτταροΐο σε ασθενή με AIDS. Η βαριά αυτή ευκαιριακή λοίμωξη μπορεί να προκαλέσει μη ανατρέψιμη τύφλωση (ο CMV προκαλεί αμφιβληστροειδική αγγειϊτιδα που οδηγεί στην δημιουργία εμφράκτων).



Καντινίαση οισοφάγου που φαίνεται ύστερα από κατάποση βαρίου. Σημειώστε την ποικιλόχρωμη εμφάνιση που είναι αποτέλεσμα πολλαπλών πλακών καντινίαςης (*Candida albicans*).





Απόστημα εγκεφάλου της αριστερής μετωπιαίας περιοχής από *Toxoplasma gondii*.



Ο έρπητας ζωστήρας είναι συχνά η πρώτη εκδήλωση της ανοσοκαταστολής σε ασθενείς με AIDS.

*Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο*

**4**

## 4.1 ΔΙΑΓΝΩΣΗ HIV ΛΟΙΜΩΞΗΣ

### ❖ Εργαστηριακά

Για την εν γένει βιολογική συμπεριφορά του AIDS διατίθεται ήδη μεγάλη σειρά ευαίσθητων και ειδικών μεθόδων, που όλο και πολλαπλασιάζονται.

Οι γνωστές μέθοδοι ταξινομούνται σε τέσσερις κατηγορίες:

- A) αναζήτησης αντισωμάτων
- B) ανίχνευσης αντιγόνου HIV
- Γ) πολλαπλασιασμού του ιού
- Δ) καλλιέργεια του ιού.

### ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΓΙΑ ΤΟ AIDS

<p><b>A. Αναζήτησης αντισωμάτων</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ανοσοενζυμική Elisa, w.Blot</li> <li>2. Συγκόλλησης σωματιδίων Latex</li> <li>3. Έμμεσου ανοσοφθορισμού</li> </ol>	<p><b>B. Ανίχνευσης αντιγόνου HIV</b> Ανοσοενζυμική [Sandwich]</p> <p>Γ. Πολλαπλασιασμού του ιού</p> <p>Δ. Καλλιέργειες ιού</p>
--	---

Για τη διάγνωση της HIV λοίμωξης, χρησιμοποιούνται δύο διαφορετικές μέθοδοι ανίχνευσης, η *Elisa* και η *Western Blot*. Η μέθοδος *Elisa*, χρησιμοποιείται ευρύτατα σε πρώτο βαθμό και ανιχνεύει αντισώματα έναντι των gp 41, p 17 και gp 120/160 του ιού. Η *Blot* είναι επιβεβαιωτική της *Elisa*. Πρόκειται για ηλεκτροφορητική τεχνική διαχωρισμού των διαφόρων αντιγόνων του HIV. Η παρουσία σωμάτων σε δύο τουλάχιστον πρωτεΐνες από διαφορετικά γονίδια είναι απαραίτητη για την επιβεβαίωση της διάγνωσης.

Επειδή τα αντισώματα στον **HIV** δεν ανιχνεύονται παρά τουλάχιστον ένα μήνα μετά την λοίμωξη, οι δύο αυτές μέθοδοι δεν είναι κατάλληλες για τη διάγνωση πολύ πρόσφατης λοίμωξης.

Συμπληρωματικώς, χρησιμοποιούνται και οι μέθοδοι της συγκόλλησης σωματιδίων *Latex*, του έμμεσου ανοσοφθορισμού και της ραδιοκαθίζησης.

Για τον καθορισμό της πρώιμης μόλυνσης, χρησιμοποιείται η ανοσοενζυμική μέθοδος με ανίχνευση του αντιγόνου [**Sandwich**].

Η μέθοδος του πολλαπλασιασμού του **DNA** του ιού [αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης] χρησιμοποιείται για τον έλεγχο της μόλυνσης στα νεογνά και η μέθοδος δια καλλιέργειας του ιού για ερευνητικούς σκοπούς.

Πιο εξελικτική βελτίωση μεθοδολογίας είναι δύσκολο να συλλάβει κανείς από εκείνη που σημειώθηκε για το AIDS. Προφανώς σε αυτή αντανακλάται το δικαιολογημένο, απaráμιλλο, ερευνητικό ενδιαφέρον του επιστημονικού κόσμου.

## 4.2 ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΗΣ ΠΟΡΕΙΑΣ ΤΗΣ HIV ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΜΕ ΔΕΙΚΤΕΣ.

Στην κλινική πράξη δύο κύριοι δείκτες χρησιμοποιούνται για την παρακολούθηση της προόδου της νόσου, την αξιολόγηση ανάγκης για θεραπεία και της ανταπόκρισης σε αυτή:

- α) ο αριθμός των CD4 λεμφοκυττάρων και
- β) το ιικό φορτίο [HIV RNA]

Τα CD4 λεμφοκύτταρα αποτελούν τον κύριο στόχο του HIV. Ο απόλυτος αριθμός τους καθώς και ο ρυθμός μείωσης τους έχουν προγνωστική αξία και χρησιμοποιούνται για τον καθορισμό της ανάγκης για αντιρετροϊκή θεραπεία και προφύλαξη έναντι ευκαιριακών λοιμώξεων. Το ιικό φορτίο αποτελεί τον καλύτερο δείκτη μακρόχρονης προόδου της νόσου και ανταπόκρισης στην αγωγή<sup>2</sup>.

### 4.2.1 ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΩΝ CD4 T-ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΩΝ

Ο αριθμός των DC4 κυττάρων είναι ο πιο γνωστός, ο πιο καλά μελετημένος και ο πιο εύκολα διαθέσιμος προγνωστικός δείκτης. Τα κύτταρα αυτά πλήττονται απ'ευθείας από τον ιό και η έλλειψή τους δημιουργεί σοβαρά προβλήματα στον οργανισμό. Σε υγιή άτομα υπάρχουν 400-1200 CD4 T- λεμφοκύτταρα ανά ml αίματος στους άνδρες και 500-1500 κύτταρα/ml στις γυναίκες. Ο HIV δεν είναι ο μόνος

παράγοντας που επηρεάζει τους αριθμούς τους. Οι γυναίκες έχουν σταθερά περισσότερα CD4 κύτταρα από τους άνδρες και ο αριθμός τους με τον έμμηνο κύκλο. Ακόμη ελαττώνεται με τη χρήση αντισυλληπτικών η θεραπεία με κορτιζόνη, ενώ μετριέται αυξημένος σε καπνιστές. Υπάρχει μια φυσιολογική διακύμανση στους αριθμούς των CD4 που ποικίλει από την εποχή, καθώς και από την ώρα της ημέρας. Πάντως ο αριθμός τους δεν επηρεάζεται από παράγοντες όπως η ηλικία, η φυλή, το στρες και η εγκυμοσύνη.

Αρχικά στην λοίμωξη με HIV ο αριθμός των CD4 κυττάρων πέφτει απότομα, αλλά σταθεροποιείται αργότερα στα 500-600/ml. Τόσο το μέγεθος της αρχικής πτώσεως, όσο και το επίπεδο σταθεροποίησης είναι προγνωστικοί παράγοντες για τον κίνδυνο εκδηλώσεως της νόσου.

Επιπλέον τα CD4 κύτταρα βοηθούν στην πρόγνωση για την εμφάνιση παθήσεων που σχετίζονται με το AIDS. Αυτό συμβαίνει γιατί η πρόοδος της νόσου επιφέρει ποσοτικές αλλά και ποιοτικές μεταβολές στα CD4 λεμφοκύτταρα και αλλοιώνει το προφίλ του ρεπερτορίου. Ελαττώνει δηλαδή τόσο τους αριθμούς των κυττάρων μνήμης κατά συγκεκριμένων εισβολέων, όσο και τους αριθμούς των «παρθένων» κυττάρων, που θα μπορούσαν να εξελιχθούν σε κύτταρα μνήμης.

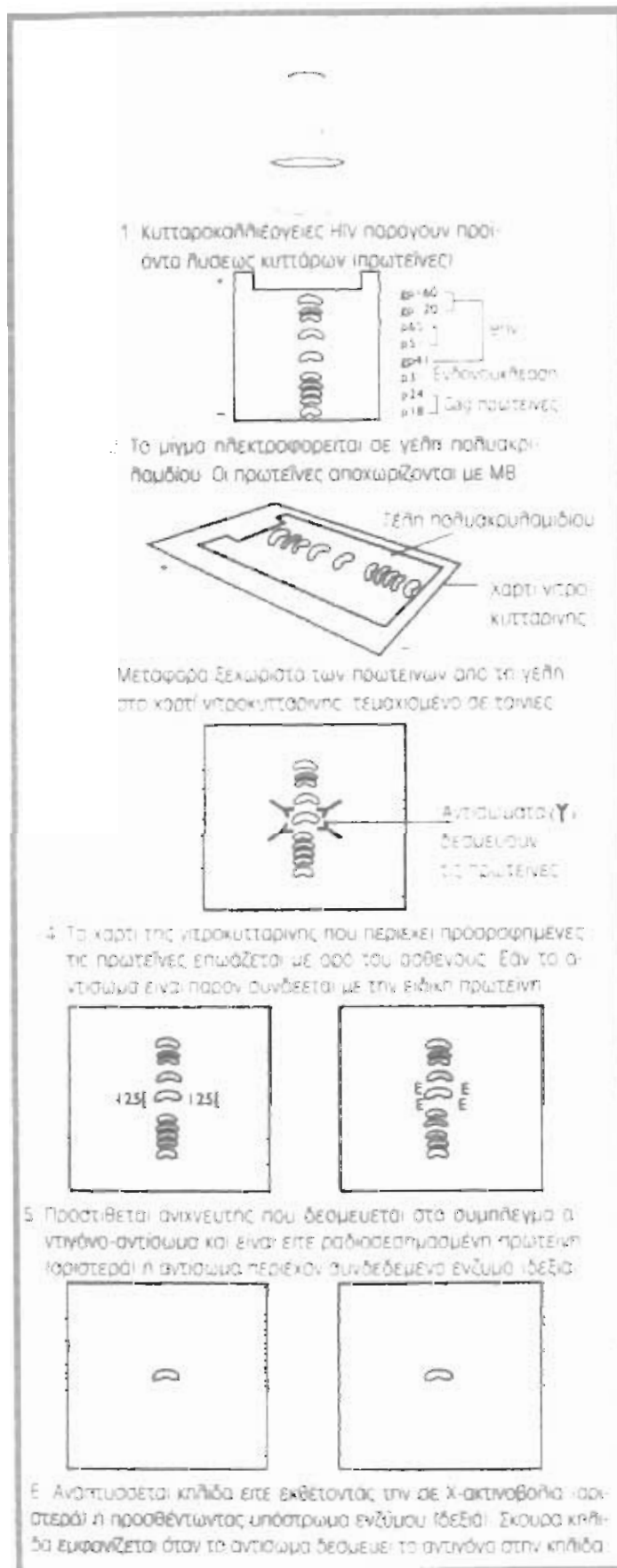
Η θεραπεία με αναστολείς της πρωτεάσης μπορεί να ανασυστήσει εν μέρη το ρεπερτόριο και να αυξήσει τα παρθένα κύτταρα, μόνον όμως αυτά που προυπήρχαν της θεραπείας.

Χαμηλοί αριθμοί CD4 κυττάρων είναι καθοριστικοί για την έναρξη χημειοπροφυλάξεως [προφυλακτική λήψη αντιβιοτικών κατά των λοιμώξεων που απειλούν τον οργανισμό].

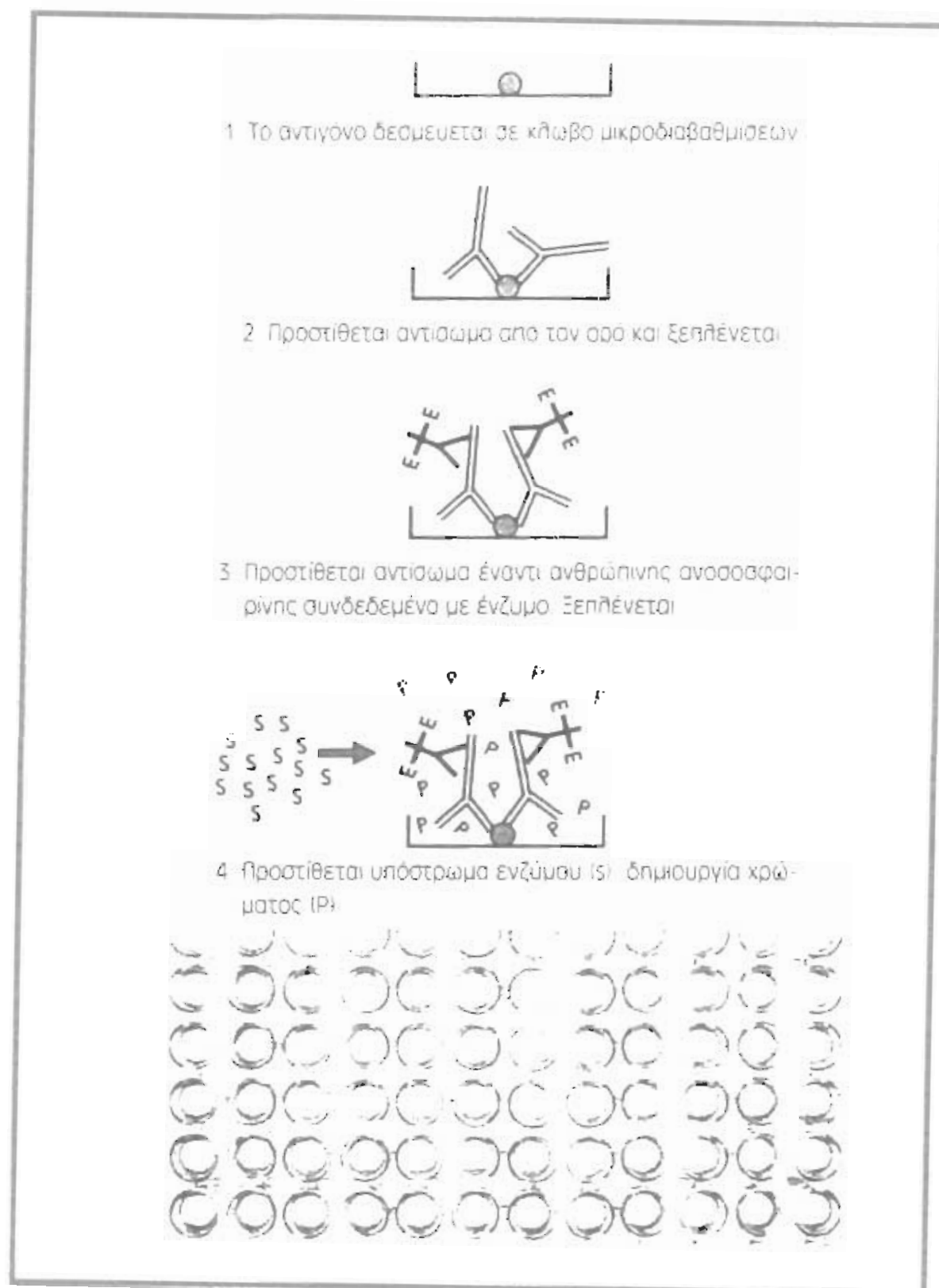
### 4.2.2 Ιικό Φορτίο - ιικό RNA

Η ποσοτική μέτρηση του ιικού **RNA** στο αίμα [στο πλάσμα του αίματος], έχει καθιερωθεί σαν η κατ'εξοχήν μέθοδος για τη σταδιοποίηση της νόσου και τον έλεγχο της απαντήσεως του οργανισμού στην αντι-ική αγωγή. Αυτό είναι απόλυτα λογικό καθόσον η ποσότητα του ιικού RNA που ανιχνεύεται βρίσκεται σε άμεση συνάρτηση με την δραστηριότητα και τον πολλαπλασιασμό του ιού.

Παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν το ιικό φορτίο είναι οι εμβολιασμοί και οι ευκαιριακές λοιμώξεις. Επειδή έχει παρατηρηθεί μια ημερήσια διακύμανση τιμών, καλό είναι η αιμοληψία να γίνεται την ίδια ώρα της ημέρας. Παρόμοιες μεταβολές εμφανίζονται στον έμμηνο κύκλο, όπως συμβαίνει και με τα CD4 κύτταρα. Τέλος «τεχνητοί παράγοντες που επηρεάζουν τις τιμές είναι οι συνθήκες συντηρήσεως του αίματος μέχρι τη στιγμή της μετρήσεως [χρόνος αναμονής, θερμοκρασία] καθώς και το ανθρώπινο λάθος.



Εικόνα 1. Η μέθοδος Western Blot.



Εικόνα 2. Το χρώμα που δημιουργείται είναι ανάλογο της μεθόδου Elisa για ανίχνευση του αντισώματος στον ορό.



*ЖЕФЛАЛЛО*

**5**



Υπάρχουν σήμερα  
αποτελεσματικά φάρμακα  
για το AIDS που προσφέρουν  
βοήθεια, αλλά δεν λύνουν  
οριστικά το πρόβλημα

## 5.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μια δεκαπενταετία σχεδόν εντατικής κλινικής παρακολούθησης και έρευνας έχει δείξει ότι η θεραπευτική προσέγγιση στο Aids για να είναι αποτελεσματική, οφείλει να είναι πολύπλευρη και διορατική και να περιλαμβάνει:

- ❖ θεραπεία έναντι του ίδιου του ιού με αντιρετροϊκή αγωγή [ειδική αγωγή.
- ❖ αντιμετώπιση καιροσκοπικών λοιμώξεων και νεοπλασμάτων [δηλαδή συμπτωματική θεραπεία] με αντιμικροβιακή και αντική αγωγή.
- ❖ προφυλακτική αγωγή
- ❖ υποστηρικτική αγωγή
- ❖ ανοσοθεραπεία<sub>2</sub>.

Η θεραπεία της HIV λοίμωξης παρουσιάζει πολλές δυσκολίες επειδή είναι μία νόσος χρόνια, εξελικτική, ο HIV δρά σε πολλαπλούς κυτταρικούς στόχους, οι αλληλεπιδράσεις του ιού και ξενιστή αλλάζουν διαχρονικά, συνυπάρχουν ταυτοχρόνως πολλαπλές παθολογικές εξετάσεις, ιδίως στα όψιμα στάδια της νόσου, ενώ ελλείπουν γενικώς διαθέσιμοι και αξιόπιστοι δείκτες αποτελεσματικότητας της θεραπείας.

### 5.1.1 ΕΙΔΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΝΑΝΤΙΟΝ ΤΟΥ HIV

Στην αρχή της επιδημίας δεν υπήρχαν καθόλου φάρμακα για την καταπολέμηση της υποκείμενης ανοσοανεπάρκειας και λίγες θεραπείες υπήρχαν για τις συνεπαγόμενες ευκαιριακές λοιμώξεις. Τα τελευταία χρόνια έχει συντελεστεί μεγάλη πρόοδος στον τομέα αυτό.

Τα πρώτα φάρμακα που χρησιμοποιήθηκαν για τη θεραπεία της HIV λοίμωξης ήταν νουκλεοσιδικοί αναστολείς της αντίστροφης

μεταγραφάσης [NRTIs]. Ακολούθησαν οι κατηγορίες των αντιπρωτεάσεων [PIs] και μη νουκλεοσιδικών αναστολέων της αντίστροφης μεταγραφάσης [NRTIs]. Προκειμένου να μην αναπτυχθεί ανοχή στη δράση των παραπάνω φαρμάκων, αυτά χρησιμοποιούνται πάντα σε τουλάχιστον τριπλούς συνδυασμούς, με στόχο την αποτελεσματική καταστολή του πολλαπλασιασμού του ιού [υψηλής αποτελεσματικότητας αντιετροϊκή αγωγή] ή [H.A.A.R.T]. Χάρη στην αντιετροϊκή αγωγή έχει μειωθεί σημαντικά η θνητότητα από το Aids τα τελευταία χρόνια. Όμως η H.A.A.R.T δεν εκριζώνει τον ιό ο οποίος παραμένει ανιχνεύσιμος στο περιφερικό αίμα και παραμένει κρυμμένος σε θέσεις όπως η λεμφαδένας, ο εγκέφαλος, οι όρχεις, ο αμφιβληστροειδής.

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες της αντιετροϊκής αγωγής μπορεί να είναι σοβαρές. Κάποιοι NRTIs μπορούν να μειώσουν τα λευκά ή ερυθρά αιμοσφαίρια, άλλοι να προκαλέσουν παγκρεατίτιδα ή περιφερική νευροπάθεια. Οι αντιπρωτεάσεις συνήθως προκαλούν γαστρεντερικές διαταραχές, ενώ τα NNRTIs εξανθήματα, ηπατικές βλάβες, διαταραχές του ύπνου. Η χρήση κάποιων NRTIs καθώς και αντιπρωτεάσεων έχει συσχετισθεί με την εμφάνιση του συνδρόμου της λιποδυστροφίας, που χαρακτηρίζεται από ανακατανομή λίπους και εμφάνιση υπερλιπιδαιμίας και διαταραχής στην ανοχή της γλυκόζης.

Οι στόχοι της αγωγής είναι η μείωση του ιικού πολλαπλασιασμού, η βελτίωση του ανοσολογικού συστήματος, η διατήρηση της ποιότητας ζωής, η ελαχιστοποίηση των ανεπιθύμητων ενεργειών.

Αντιετροϊκή αγωγή γενικά χορηγείται επί συμπτωματική HIV λοιμώξεως, ανεξαρτήτως αριθμού CD4 και ιικού φορτίου. Επί ασυμπτωματικής λοίμωξης συνήθως χορηγείται αγωγή, όταν ο αριθμός των CD4 λεμφοκυττάρων κυμαίνεται μεταξύ 200 και 350/mm<sup>3</sup>, ιδιαίτερα όταν το ιικό φορτίο ξεπερνά τα 20.000 copies/ml. Στην περίπτωση που τα

CD4 είναι 200-350 και το ιικό φορτίο <20.000 copies/ml, πολλοί ειδικοί καθυστερούν την έναρξη αγωγής ενώ καθιστούν συχνότερη την κλινικόεργαστηριακή παρακολούθηση των ασθενών. Όταν ο αριθμός των CD4 ξεπερνά 350 cells/mm, αγωγή χορηγείται επί υψηλού ιικού φορτίου [>55.000 c/ml, bDNA ή RT-PCR].

### 5.1.2 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία ορισμένων ευκαιρικών λοιμώξεων όπως: πνευμονία από *P.Carinii*, κρυπτοκοκκική μηνιγγίτιδα, οισοφαγίτιδα από *Candida* και λοίμωξη δέρματος ή βλεννογόνων από ιό απλού έρπητα, είναι αποτελεσματική. Εν τούτοις παρουσιάζονται υποτροπές που μερικές φορές αποβαίνουν θανατηφόρες. Ορισμένες λοιμώξεις όπως: διάχυτη λοίμωξη *M.avium intracellular*, κυταρομεγαλοϊό ή κρυπτοσπορίδιο, δεν απαντούν στη σχετική θεραπευτική αγωγή.

### 5.1.3 ΑΝΟΣΟΤΡΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η επαναδραστηριοποίηση του ανοσολογικού συστήματος μπορεί να γίνει με αντικατάσταση κυτταρικών στοιχείων ή παρέμβαση στο σύστημα διαφοροποίησης, πολλαπλασιασμού και ενεργοποίησης Τ-λεμφοκυττάρων με σκοπό την ενίσχυση του ανοσολογικού συστήματος.

Έχουν γίνει προσπάθειες μεταγίσεως λεμφοκυττάρων από ιστοσυμβατούς αδελφούς ή μονοωγενή δίδυμο αδελφό σε ασθενή με Aids, όπως και μεταμοσχεύσεις μυελού. Η μεταμότευση θύμου αδένος χρησιμοποιήθηκε για την αύξηση των λεμφοκυττάρων. Οι προσπάθειες αυτές τελικά δεν επέφεραν πάντοτε κλινική βελτίωση της νόσου.

Η ενίσχυση της ανοσίας επιδιώκεται με δύο κυρίως παράγοντες την **ιντερφερόνη** και την **ιντερλευκίνη - 2 [IL-2]**.

**Η ιντερφερόνη έχει τρεις βασικές ιδιότητες:**

- Αντική δράση
- Ογκοανασταλτική δράση [εμποδίζει τον πολλαπλασιασμό των καρκινικών κυττάρων]
- Διεγερτική δράση στα Τ-κυτταροτοξικά κύτταρα

**Η ιντερλευκίνη 2 είναι λεμφοκίνη που παρεμβαίνει:**

- Στην έναρξη του πολλαπλασιασμού των Τ-λεμφοκυττάρων
- Στην ωρίμανση και διαφοροποίησή τους.

Σε εργαστηριακές μελέτες βρήκαν ότι τα λεμφοκύτταρα των ασθενών με Aids έχουν μειωμένη ικανότητα να παράγουν IL-2 και γ-ιντερφερόνη. Η χορήγηση ιντερφερόνης σε ασθενείς με Aids έχει σκοπό αφ'ενός να αναστείλει την προσβολή των λεμφοκυττάρων από ιούς, αφ'ετέρου να διευκολύνει την κυτταροτοξική λεμφοκυτταρική λειτουργία. Η IL-2 διεγείρει την παραγωγή γ-ιντερφερόνης και διευκολύνει τον πολλαπλασιασμό και τη διαφοροποίηση των Τ-λεμφοκυττάρων.

Η κοινή γ-σφαιρίνη έχει χορηγηθεί ενδοφλεβίως με κάποια μικρή αποτελεσματικότητα σε βρέφη και παιδιά με Aids. Από τις θυμικές ορμόνες έχει δοκιμασθεί η θυμοσίνη - 5 που ενισχύει την παραγωγή IL-2 χωρίς σταθερό αποτέλεσμα.

Άλλα ανοσοενισχυτικά που χρησιμοποιούνται σε ασθενείς με Aids είναι: θειούχες ουσίες, πούρινες, γλυκάνες, και επαγωγείς ιντερφερόνης.

## 5.2 ΦΑΡΜΑΚΑ

Ο ιός HIV για να πολλαπλασιαστεί εισέρχεται εντός του λεμφοκυττάρου CD4 + T του ανθρώπου και χρησιμοποιεί τον γενετικό κώδικα. Τα αντιρετροϊκά φάρμακα ανακόπτουν σε διάφορα στάδια τον μηχανισμό πολλαπλασιασμού του ιού μέσα στα T-λεμφοκύτταρα.

### 5.2.1 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΑΝΤΙ-ΗΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Τα διαθέσιμα φάρμακα για την λοίμωξη από HIV ανήκουν σε δύο μεγάλες ομάδες:

- ♦ **τους αναστολείς ανάστροφης μεταγραφάσης του HIV και**
- ♦ **τους αναστολείς πρωτεάσης του HIV.**

Οι αναστολείς της ανάστροφης μεταγραφάσης χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες:

- τους νουκλεοσιδικούς αναστολείς της ανάστροφης μεταγραφάσης [νουκλεσιδικά ανάλογα, NRTI]
- τους μη νουκλεοσιδικούς αναστολείς [NNRTI] και
- τους νουκλεοτιδικούς αναστολείς της ανάστροφης μεταγραφάσης.

### 5.2.2 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΝΤΙΡΕΤΡΟΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

Τα προβλήματα της τρέχουσας αντιρετροϊκής αγωγής είναι:

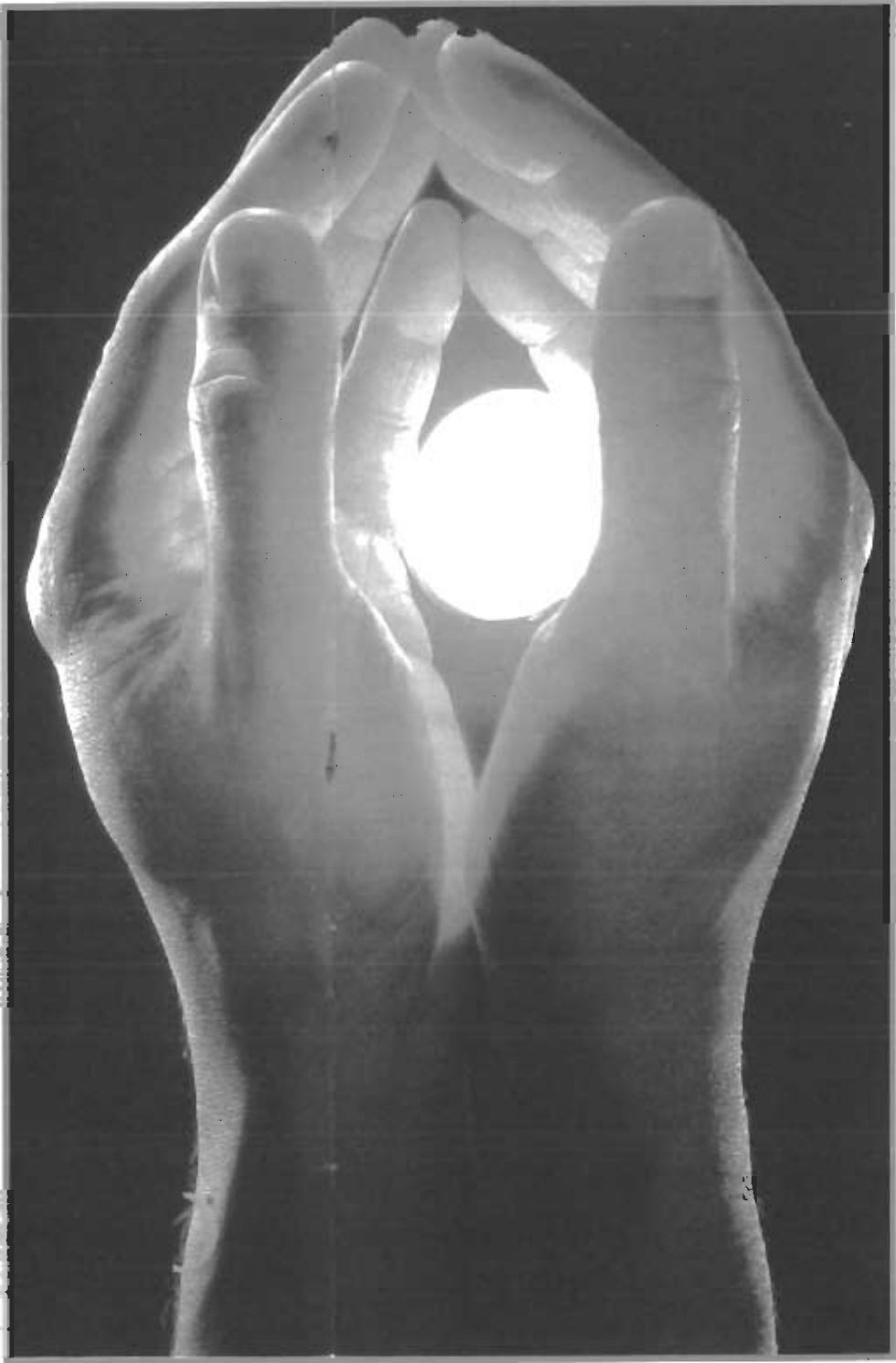
1. Η παροδική κλινική ωφέλεια
2. Η ατελής καταστολή του HIV
3. Η προσβολή ενός μόνο στόχου στον κύκλο ζωής του HIV
4. Η ανάπτυξη αντοχής
5. Η τοξικότητα
6. Το κόστος

Μια προσπάθεια υπερκορεσμού αυτών των προβλημάτων είναι η ανάπτυξη νέων ουσιών που μόνες τους ή σε συνδυασμό να δρουν έναντι του HIV. Οι συνδυασμοί ιδιαίτερα πρέπει να δουν σε περισσότερα από ένα σημεία στον κύκλο ζωής του HIV. Έχουν υπάρξει ενθαρρυντικά αποτελέσματα από μία τέτοια προσέγγιση που θα συζητηθούν περαιτέρω. Ένα φάρμακο για να χαρακτηριστεί ως αντιρετροϊκό είναι απαραίτητο να δρα ανασταλτικά σε κάποιο σημείο του ιικού κύκλου κατά τη διάρκεια του πολλαπλασιασμού του ιού <sup>13</sup>.



*ЖЕФЛАЛЛО*

**6**



## 6.1 ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η μετάδοση λοιπόν του ιού HIV διακρίνεται σε:

- ↓ Σεξουαλική
- ↓ Παρεντερική
- ↓ Περιγεννητική

### ↓ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΜΕΤΑΔΟΣΗ

Η μετάδοση με τη σεξουαλική επαφή είναι ο πιο συχνός τρόπος μετάδοσης του HIV. Ο ιός μπορεί να μεταδοθεί από ένα μολυσμένο άτομο στον/στην ερωτικό του/της σύντροφο [από άνδρα σε άνδρα, από γυναίκα σε άνδρα και από άνδρα σε γυναίκα]. Μετάδοση του HIV, μπορεί επίσης να συμβεί και από γυναίκα σε γυναίκα.

Για την αποφυγή της μόλυνσης δια της σεξουαλικής οδού, τα άτομα πρέπει να ακολουθούν πολύ ειδικούς κανόνες. Πρώτα πρέπει να αναφερθεί ότι τα άτομα που απέχουν από σεξουαλικές δραστηριότητες και τα άτομα που δεν είναι μολυσμένα και έχουν σεξουαλική επαφή μόνο με έναν πιστό μη μολυσμένο ερωτικό σύντροφο, δεν διατρέχουν κίνδυνο να μολυνθούν σεξουαλικώς με HIV.

Τα άλλα άτομα πρέπει να:

- να μειώσουν τον αριθμό των ερωτικών τους συντρόφων[όσο περισσότεροι ερωτικοί σύντροφοι, τόσο μεγαλύτερος ο κίνδυνος].
- να αποφεύγουν τις σεξουαλικές επαφές με άτομα που έχουν πολλούς ερωτικούς συντρόφους [ιερόδουλες].
- να αποφεύγουν την διεισδυτική σεξουαλική επαφή [κολπική, στοματική, πρωκτική].
- να χρησιμοποιούν πάντοτε προφυλακτικό από την αρχή έως το τέλος.

### ↓ ΠΑΡΕΝΤΕΡΙΚΗ ΜΕΤΑΔΟΣΗ

Η παρεντερική μετάδοση του HIV γίνεται με την μετάγγιση αίματος ή παράγωγων του ή με τη χρησιμοποίηση μολυσμένων βελονών, σύριγγών, ή άλλων εργαλείων που τρυπούν το δέρμα. Ο κίνδυνος μόλυνσης με HIV συσχετίζεται με την ποσότητα του ενοφθαλμιζόμενου υλικού: οι δείκτες μιας και μόνο μονάδας αίματος μολυσμένου με HIV έχουν την δυνητικά πιθανότητα 100% να μολυνθούν με τον ιό.

Η μετάδοση του HIV με μετάγγιση αίματος είναι μεγάλο πρόβλημα στις χώρες που δεν έχει θεσπιστεί, η εξέταση των αντισωμάτων έναντι του HIV στους αιμοδότες σε εθνικό επίπεδο. Η μετάδοση επίσης, με μολυσμένες βελόνες και σύριγγες είναι μεγάλο πρόβλημα μεταξύ των χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών που δεν χρησιμοποιούν αποστειρωμένες βελόνες και σύριγγες.

Η πρόληψη όσον αφορά στην παρεντερική μετάδοση του ιού συνιστάται σε αυστηρούς ελέγχους του μεταγγιζόμενου αίματος, σε ειδικές προφυλάξεις σχετικά με το αίμα, τις ενέσεις και τις άλλες πράξεις που συμπεριλαμβάνουν τρύπημα του δέρματος, καθώς και στην αποτελεσματικής χρήση της αποστείρωσης και της απολύμανσης.

### ↓ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΜΕΤΑΔΟΣΗ

Η περιγεννητική μετάδοση μπορεί να συμβεί πριν, κατά τη διάρκεια ή για μικρό χρονικό διάστημα μετά τον τοκετό. Ο κίνδυνος του HIV από μολυσμένη μητέρα στο παιδί της είναι περίπου 50%. Έχουν αναφερθεί νεογνά που μολύνθηκαν κατά την καισαρική τομή. Μετάδοση μετά την νεογνική περίοδο [πιθανόν με το μητρικό θηλασμό], έχει περιγραφεί σε βρέφη από μητέρες που μολύνθηκαν με HIV μετά τον τοκετό.

Κατά πόσο ο θηλασμός είναι μια σημαντική πηγή μετάδοσης του HIV δεν είναι γνωστό. Πιθανότατα ο ρόλος του είναι μικρός. Εν πάσει

περιπτώσει, τα πλεονεκτήματα του θηλασμού επικαλύπτουν γενικά τον κίνδυνο της μόλυνσης.

Τα ανοσολογικά και ψυχοκοινωνικά ωφέλη του παιδιού από το θηλασμό, καθώς και η ωφέλεια του αναφορικά με τη διατροφή και την ανάπτυξη, είναι αναγνωρισμένα σε εθνικές και διεθνείς πολιτικές για θέματα μητρικής και παιδικής υγείας. Το μητρικό γάλα βοηθάει επίσης, στη πρόληψη παρεπιπτόντων μεταδοτικών νοσημάτων που μπορούν να επιταχύνουν την ανάπτυξη της συσχετιζόμενης με τον HIV, νόσου, σε ήδη μολυσμένα άτομα.

Γενικά η συμβουλευτική για πρόληψη κατά της περιγεννητικής μετάδοσης, πρέπει να συμπεριλαμβάνει πληροφορίες για γυναίκες που είναι οροθετικές ή έχουν και οροθετικούς συντρόφους.

Οι ομάδες γυναικών, στις οποίες πρέπει να προσφέρονται συμβουλευτικές υπηρεσίες, ιδιαίτερα πριν την εγκυμοσύνη είναι οι ακόλουθες:

- ❖ *γυναίκες που είναι οροθετικές για HIV*
- ❖ *χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών*
- ❖ *γυναίκες με πολλούς ερωτικούς συντρόφους*
- ❖ *γυναίκες των οποίων οι σύζυγοι ή οι ερωτικοί σύντροφοι έχουν ή είχαν πολλαπλές σεξουαλικές σχέσεις*
- ❖ *σύντροφοι αμφιφυλόφιλων και χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών*
- ❖ *γυναίκες που είναι γνωστό ότι έχουν οροθετικούς συντρόφους<sup>14</sup>.*

### 6.1.2 Ο HIV ΔΕΝ ΜΕΤΑΔΙΔΕΤΑΙ

- ☞ Από κοινωνικές επαφές, όπως χειραψία, αγκάλιασμα, ή φιλή στο μάγουλο.
- ☞ Στον χώρο δουλειάς ή σε οποιοδήποτε άλλο χώρο στον οποίο συναθροίζονται άνθρωποι, όπως θέατρα, στάδια, σχολεία, γραφεία κ.τ.λ
- ☞ Από τη θάλασσα ή την πισίνα
- ☞ Από τον ιδρώτα και το σάλιο
- ☞ Από τα ρούχα, σκεπάσματα, τηλέφωνα
- ☞ Από τις τουαλέτες
- ☞ Από τα κουνούπια ή άλλα έντομα <sup>15</sup>.

### 6.1.3 ΟΜΑΔΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Επίσημα επιδημιολογικά στοιχεία αναφέρουν ότι το 95-98% των περιπτώσεων με AIDS ανήκουν στις ακόλουθες ομάδες, οι οποίες καλούνται χαρακτηριστικά «ομάδες υψηλού κινδύνου».

1. Ομοφυλόφιλοι άντρες ή και αυτοί που έχουν αμφιφυλοφιλικές σχέσεις.
2. Τοξικομανείς
3. Τοξικομανείς και ταυτόχρονα ομοφυλόφιλοι άνδρες
4. Πολυμεταγγιζόμενα πριν από το 1984 άτομα [2%].
5. Αιμοφιλικό και γενικώς άτομα με προβλήματα πήξεως που μεταγγίστηκαν με προϊόντα μολυσμένου αίματος [1%].
6. Άνδρες και γυναίκες που έχουν σεξουαλικές σχέσεις με φορείς Aids ή πάσχοντες ή και με άτομα που προέρχονται από περιοχές που ενδημεί η νόσος, όπως η κεντρική και ανατολική Αφρική και

όπου οι ετερόφυλες σχέσεις αποτελούν τον κύριο τρόπο μετάδοσης του ιού.

7. Νεογνά που προέρχονται από μητέρες μολυσμένες με τον ιό [1%]
8. Ιερόδουλες και άτομα με επικίνδυνες σεξουαλικές συμπεριφορές [σεξουαλικές επαφές χωρίς προφυλάξεις, συχνή αλλαγή ερωτικών συντρόφων κλπ] <sup>11</sup>.

## 6.2 ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΓΙΑ ΤΟ ΚΟΙΝΟ

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

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

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

Μεγάλο όμως κίνδυνο διατρέχουν και όσοι έχουν σεξουαλικές επαφές με πολλαπλούς ερωτικούς συντρόφους, όσοι έχουν συχνές επαφές με ιερόδουλες, που δεν υπόκεινται σε τακτικό υγειονομικό έλεγχο και όσοι έρχονται σε επαφή με τυχαίους ερωτικούς συντρόφους. Η πολυδιαφημιζόμενη σωτήρια σανίδα της χρήσης του προφυλακτικού περιορίζει σημαντικά με τη μετάδοση του ιού Aids αλλά δεν την αποκλείει <sup>16</sup>.

## 6.3 ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΟΜΟΦΥΛΟΦΙΛΟΥΣ

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

- ❖ Διατήρηση της υγείας τους σε καλά επίπεδα και αποφυγή παραγόντων που ελαττώνουν την αντίσταση του οργανισμού. Σε αυτά συμβάλλουν η πλήρης και επαρκής θερμιδικά διατροφή, η αποφυγή κόπωσης και κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών, καθώς και ο περιοδικός εργαστηριακός έλεγχος για ηπατίτιδα και αφροδοσιακά νοσήματα.
- ❖ Αποφυγή σεξουαλικής επαφής με άγνωστα άτομα και μάλιστα, όταν έχουν προσβληθεί από τον ιό. Χρήσιμη είναι η ειλικρινής ανταλλαγή πληροφοριών και αν είναι δυνατή, η εξέταση για τυχόν ύπαρξη αντισώματος έναντι του ιού.
- ❖ Περιορισμός του αριθμού των σεξουαλικών συντρόφων, ώστε να είναι μειωμένη η πιθανότητα επαφής με το φορέα.
- ❖ Χρησιμοποίηση προφυλακτικών, ώστε να αποφεύγεται η είσοδος μολυσμένου σπέρματος μέσω πεπτικού σωλήνα στην κυκλοφορία του αίματος. Επίσης αποφυγή εισόδου στον πρωκτό αντικειμένων ή δακτύλων που μπορούν να προκαλέσουν τραυματισμούς του βλεννογόνου απ' όπου μπορεί να εισέλθει ο ιός στην κυκλοφορία του αίματος.
- ❖ Αποφυγή χρησιμοποίησης κοινών ερωτικών αντικειμένων χωρίς να έχουν απολυμανθεί.
- ❖ Αποφυγή της άμεσης επαφής με το σπέρμα του ερωτικού συντρόφου, γιατί από τραυματισμούς στο βλεννογόνο του στόματος μπορεί ο ιός να μπει στην κυκλοφορία του αίματος <sup>16</sup>.



## 6.4 ΜΕΤΡΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ HIV / AIDS

Η ποιότητα και η διάρκεια επιβίωσης των HIV (+) ασθενών έχει σημαντικά μεταβληθεί από την περίοδο εμφάνισης της HIV λοίμωξης στις αρχές της δεκαετίας του 1980. Τούτο οφείλεται στην ανακάλυψη και χρήση των αντιρετροϊκών φαρμάκων. Δεν μπορεί όμως να αμφισβητηθεί και ο σημαντικός ρόλος που έχει παίζει ο καλύτερος προγραμματισμός προφύλαξης των HIV (+) ασθενών από τις διάφορες ευκαιριακές λοιμώξεις.

Οι ευκαιριακές ή καιροσκοπικές λοιμώξεις οφείλονται σε μεγάλη ποικιλία μικροοργανισμών. Συνήθως εμφανίζονται σε ασθενείς με CD4 + T λεμφοκύτταρα  $< 200/\text{mm}^3$ .

Η ανάπτυξη ευκαιριακής λοίμωξης εξαρτάται από τον βαθμό ανοσοκαταστολής αλλά και την έκθεση του ασθενή σε συγκεκριμένο παθογόνο. Οι περισσότερες συσχετιζόμενες με τον HIV ευκαιριακές λοιμώξεις οφείλονται σε επαναδραστηριοποίηση παλαιότερης λοίμωξης και ποικίλουν ανάλογα με την γεωγραφική τους κατανομή. Η ιστοπλάσμωση π.χ είναι πολύ συχνή αιτία πνευμονικών διηθήσεων στην κοιλάδα του ποταμού **Ohio** στις ΗΠΑ, ενώ η λειψμανίαση είναι η πιο συχνή αιτία πυρετού και ηπατοσπληνομεγαλίας στην **Βραζιλία**. Η φυματίωση συνοδεύει την HIV λοίμωξη στην **Αφρική** και **Αιτή**.

Στα μέτρα προφύλαξης έναντι ευκαιριακών λοιμώξεων συμπεριλαμβάνονται:

- α) Εκπαίδευση του ασθενή ώστε να λαμβάνει μέτρα υγιεινής διαβίωσης και να μην έρχεται σε επαφή με διάφορους μικροοργανισμούς.
- β) Κατάλληλοι εμβολιασμοί το συντομότερο μετά τη διάγνωση της HIV λοίμωξης ανάλογα με τον τρόπο διαβίωσης και την χώρα.
- γ) Απαραίτητοι εμβολιασμοί και ειδική χημειοπροφύλαξη πριν από

ταξίδια σύμφωνα με τις υποδείξεις της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας [WHO].

- δ) Χημειοπροφύλαξη πρωτογενής και δευτερογενής έναντι συγκεκριμένων συχνών λοιμώξεων.

### 1. Αποφυγή έκθεσης σε παθογόνα

Η πρόληψη των καιροσκοπικών λοιμώξεων θα πρέπει οπωσδήποτε να συμπεριλαμβάνει την εκπαίδευση του HIV (+) ασθενούς ώστε να αποφεύγει την έκθεσή του σε παθογόνα αίτια.

#### A. Περιβαλλοντική και εργασιακή έκθεση

##### ↳ Επαφή με ζώα.

Συνιστάται η αποφυγή οικοσίων ζώων.

Οι ασθενείς που έχουν δικά τους οικοσίτα ζώα θα πρέπει να εκπαιδευθούν ώστε να αποφεύγουν την επαφή μαζί τους, ιδιαίτερα όταν τα ζώα τους έχουν διάρροια ή όταν είναι μικρότερα από έξι μηνών γιατί υπάρχει αυξημένος κίνδυνος μετάδοσης κρυπτοσποριδίου, σαλμονέλας και καμπυλοβακτηριδίου. Το καλό πλύσιμο των χεριών μετά από κάθε χάνι και η αποφυγή της επαφής με το πρόσωπο του ζώου, φαίνεται πως αποτελεί προφυλακτικό μέτρο για τους ασθενείς που έχουν μεγάλο ψυχολογικό πρόβλημα να αποχωρισθούν τα ζώα τους.

Οι γάτες αυξάνουν τον κίνδυνο της μόλυνσης από τοξόπλασμα καθώς και μπαρτονέλλα λόγω των αμυχών που μπορούν να προξενήσουν στον ασθενή. Θα πρέπει τα δοχεία τους να πλένονται καλά και καθημερινά, όχι από τον ασθενή. Αν γίνεται από τον ασθενή πρέπει να ακολουθεί καλό πλύσιμο των χεριών. Μειώνεται ο κίνδυνος της τοξοπλάσμωσης, όταν οι γάτες παραμένουν στο σπίτι και δεν βγαίνουν έξω για κυνήγι τρωκτικών [ποντικού] ή ωμού κρέατος.

Τα υδρόβια ζώα, τα ερπετά και τα πουλιά αυξάνουν τον κίνδυνο λοίμωξης από σαλμονέλλα, μυκοβακτηρίδιο *marginum*, κρυπτόκοκο και ιστόπλασμα. Η χρήση γαντιών κατά το πλύσιμο των ενυδρείων φαίνεται να μειώνει τον κίνδυνο λοίμωξης από άτυπα μυκοβακτηρίδια.

Η εργασία σε χώρους με ζώα, όπως αγροκτήματα, σφαγεία, εκδορεία, καταστήματα ζώων, εμπεριέχει τον κίνδυνο λοίμωξης με κρυπτοσπορίδιο, τοξόπλασμα, σαλμονέλλα, ή λοιμώξεων από Μπαρτονέλλα.

## 2. Περιβάλλον και εργασία

Το καλό πλύσιμο των χεριών μετά από ασχολίες στον κήπο ή κάθε επαφή με το χώμα επιβάλλεται διότι μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο της κρυπτοσποριδίασης ή τοξοπλάσμωσης.

Σε περιοχές όπου ενδημούν η ιστοπλάσμωση, η κοκκιδοϊδομύκωση και η κρυπτοκόκωση, θα πρέπει να αποφεύγονται οι εργασίες σε ορνιθώνες, ή κηπουρική και η εξερεύνηση των σπηλαίων.

Η εργασία ή οι κοινωνικές δραστηριότητες σε χώρους όπως Νοσοκομεία, φυλακές ή άλλο περιβάλλον όπου νοσηλεύονται ασθενείς με πνευμονική φυματίωση, θα πρέπει να αποφεύγονται γιατί ο κίνδυνος της λοίμωξης με μυκοβακτηρίδιο φυματίωσης είναι μεγάλος.

Τα HIV (+) οροθετικά άτομα που εργάζονται σε παιδικούς σταθμούς, βρεφοκομεία, νηπιαγωγεία, έχουν αυξημένο κίνδυνο μόλυνσης από κυτταρομεγαλοϊό (CMV), κρυπτοσπορίδιο, λαμβίαση και ηπατίτιδα Α. Τα ανωτέρω αποτελούν πρόβλημα και για τους οροθετικούς γονείς των παιδιών που φιλοξενούνται σε παιδικούς σταθμούς. Θα πρέπει να εκπαιδεύονται έτσι ώστε να αποφεύγουν την έκθεση στην σίελο ή στα άλλα εκκρίματα των παιδιών τους.

## B. Διατροφική Έκθεση

Τα ωμά ή μισοβρασμένα αυγά που μπορεί να χρησιμοποιούνται σε διάφορες σαλτσες, ωμά ή μισοβρασμένα πουλερικά, κρέατα ή θαλασσινά, καθώς και μη παστεριωμένα γαλακτοκομικά προϊόντα, περιέχουν διάφορους εντεροπαθογόνους μικροοργανισμούς όπως σαλμονέλλα, ή λιστέρια κλπ. και πρέπει να αποφεύγονται.

Δεν συνιστάται σε HIV (+) ασθενείς η κατανάλωση όλων των μαλακών τυριών για τους ίδιους λόγους.

Οι ασθενείς απαγορεύεται να πίνουν νερό κατευθείαν από ποτάμια ή λίμνες λόγω του κινδύνου λοίμωξης με κρυπτοσπορίδιο ή λάμβλια. Σε περίπτωση ανάγκης χρειάζεται τουλάχιστον ένα λεπτού βρασμός του νερού ή απολύμανση με χημικές μεθόδους. Συνιστάται ιδιαίτερη προσοχή κατά την κολύμβηση των ασθενών με HIV σε λίμνες ή ποταμούς.

## Γ. Σεξουαλική έκθεση.

Οι ασθενείς θα πρέπει να χρησιμοποιούν πάντα προφυλακτικό κατά τη σεξουαλική επαφή όχι μόνο για την αποφυγή μετάδοσης του HIV, αλλά και για να μειώσουν τον κίνδυνο επαφής με κυτταρομεγαλοϊό, τον απλό έρπητα, τους ιούς Παπιλόμα, καθώς και από άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Με τη χρήση του προφυλακτικού μειώνεται επίσης ο κίνδυνος μετάδοσης, και του HPV-8, που σχετίζεται με το σάρκωμα Kaposi.

Η στοματοπρωκτική επαφή αυξάνει τον κίνδυνο εντερικών λοιμώξεων όπως λαμβλίαςης, σαλμονέλλωσης, ηπατίτιδας Α και Β, σιγγέλωσης, αμοιβάδωσης, γερσινίωσης και κρυπτοσποριδίασης.

Σε ασθενείς με  $CD4 +$  κύτταρα  $< 100/mm^3$  εύκολα μπορούν να μεταδοθούν λοιμώξεις που μεταφέρονται με την σίελο κατά την ανταλλαγή ασπασμών, ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται σε ζεύγη

οροθετικών ασθενών που ο ένας σύντροφος νοσεί από φυματίωση ή άλλη λοίμωξη του αναπνευστικού ή φέρει επιχείλιο έρπητα ή ακόμα και CMV λοίμωξη 2.

## 6.5 ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ ΓΙΑ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥΣ ΣΕ ΤΟΜΕΙΣ ΥΓΕΙΑΣ

### ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΦΥΛΑΞΕΩΝ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΕΠΙΘΕΤΙΚΩΝ ΧΕΙΡΙΣΜΩΝ.

Ο οδηγός καθολικής προφύλαξης εφαρμόζεται σε όλα τα σωματικά υγρά στα οποία είναι εμφανής η παρουσία αίματος, καθώς επίσης και στο σπέρμα, στις κολπικές εκκρίσεις, εγκεφαλονωτιαίο υγρό, αρθρικό υγρό, πλευριτικό υγρό, περιτοναϊκό υγρό, περικαρδιακό και αμνιακό υγρό.

Σπέρμα και κολπικές εκκρίσεις συνδέονται άμεσα με την μετάδοση του ιού. Ο κίνδυνος μετάδοσης στις άλλες περιπτώσεις είναι άγνωστος. Ο ιός απομονώθηκε και από τον ΕΝΥ, το αρθρικό υγρό, το σάλιο και το αμνιακό υγρό. Τα άλλα υγρά δεν έχουν συμμετοχή στη μετάδοση του ιού HIV-1, θεωρητικά όμως είναι δυνατή η μετάδοση.

Το CDC [Κέντρο Ελέγχου Λοιμώξεων των ΗΠΑ] καθορίζει σαν επιθετικό χειρισμό τις εξής ιατρικές πράξεις.

- Χειρουργική διείσδυση σε ιστούς, κοιλότητες ή όργανα καθώς και διόρθωση τραυματικών κακώσεων σε χειρουργική ή γυναικολογική αίθουσα ή σε χώρο επειγόντων περιστατικών και εξωτερικών παθολογικών ή οδοντιατρικών ιατρείων.
- Καρδιακός καθετηριασμός και αγγειογραφίες
- Τοκετός, καισαρική τομή ή άλλη αιματηρή γυναικολογική επέμβαση.

- Χειρισμός, καθαρισμός στόματος ή ιστών, περιλαμβανομένων των δοντιών κατά τη διάρκεια του οποίου είναι δυνατή η αιμορραγία.

Η εφαρμογή του Οδηγού Καθολικής Προφύλαξης που αφορά το αίμα και τα σωματικά υγρά μαζί με τις ακόλουθες συστάσεις, είναι η ελάχιστη προφύλαξη που λαμβάνεται για όλους τους επιθετικούς χειρισμούς [πίνακας 1].

- Όλοι οι εργαζόμενοι σε τομείς υγείας που λαμβάνουν μέρος σε επιθετικούς χειρισμούς, πρέπει να χρησιμοποιούν ειδικές προφυλάξεις για πρόληψη της επαφής του δέρματος ή των βλεννογόνων με αίμα ή υγρά ασθενών. Γάντια και χειρουργικές μάσκες είναι απαραίτητα για όλες τις χειρουργικές πράξεις. Μερικοί συνιστούν διπλά γάντια, για μείωση του ποσοστού επαφής με αίμα, κυρίως στο χειρουργικό τομέα. Προστατευτικά γυαλιά ή ασπίδες προσώπου, επιβάλλονται στις διαδικασίες που προβλέπεται εκτίναξη σταγονιδίων, υγρών, ή οστικών τεμαχίων. Το προσωπικό πρέπει να εφοδιάζεται με ποδιές ή φόρμες από ανθεκτικό υλικό, κατά τη διάρκεια των επιθετικών χειρισμών. Στις περιπτώσεις τραύματος ή σε διαδικασίες που προβλέπεται μεγάλος βαθμός επιμόλυνσης της φόρμας, συνιστάται ενίσχυση με πλαστική ουρολογική ποδιά, αδιάβροχες μπότες ως το γόνατο ή κάλυψη των παπουτσιών, καθώς και περιχειρίδες που αλλάζονται κατά την περίπτωση επιμόλυνσης με αίμα. Όλοι οι εργαζόμενοι που συμμετέχουν σε τοκετό ή καισαρική τομή πρέπει να φορούν γάντια και ποδιές όταν κρατούν τον πλακούντα ή το νεογνό έως ότου το δέρμα του νεογνού καθαρίσει από το αίμα και το αμνιακό υγρό καθώς και κατά τη διαδικασία της αποκοπής του ομφάλιου λώρου.

- Εάν το γάντι σκιστεί ή τρυπηθεί από βελόνα ή οτιδήποτε άλλο συμβεί, θα πρέπει αμέσως να αλλάχθει. Επίσης η βελόνα ή το όργανο πρέπει να απομακρυνθεί από το αποστειρωμένο πεδίο. Όλα τα τρυπήματα από βελόνα αναφέρονται στην επιτροπή λοιμώξεων.
- Εργαζόμενοι σε τομείς υγείας που πάσχουν από δερματίτιδα ή άλλες βλάβες σε εκτεθειμένα σημεία του σώματος, πρέπει να απέχουν από την φροντίδα των ασθενών και την διαχείριση υλικού ή συσκευών που χρησιμοποιούνται σε επιθετικούς χειρισμούς.
- Όργανα και άλλο επαναχρησιμοποιούμενο υλικό που είναι αναγκαίο σε επιθετικούς χειρισμούς, πρέπει να απολυμαίνεται και να αποστειρώνεται σύμφωνα με την καθιερωμένη τακτική.
- Εξοπλισμός και μηχανήματα που εισέρχονται στο αγγειακό σύστημα του ασθενούς ή σε άλλα στείρα διαμερίσματα πρέπει να αποστειρώνονται πριν χρησιμοποιηθούν σε κάθε ασθενή.
- Εξοπλισμός και μηχανήματα που είναι σε επαφή με υγιή βλεννογόνο και δεν εισχωρούν στο σώμα του ασθενούς, πρέπει να αποστειρώνονται εάν είναι δυνατόν ή να υποβάλλονται σε υψηλού βαθμού απολύμανση πριν χρησιμοποιηθούν σε κάθε ασθενή.
- Εξοπλισμός ή μηχανήματα που δεν είναι σε επαφή ή απλώς αγγίζουν το δέρμα του ασθενούς, καθαρίζονται απλά με απορρυπαντικό σύμφωνα με τις οδηγίες του κατασκευαστή.
- Η συμμόρφωση με τον οδηγό και τις συστάσεις της καθολικής προφύλαξης, όσο αφορά την απολύμανση και αποστείρωση των ιατρικών μηχανημάτων θα πρέπει να ελέγχεται αυστηρά, σε όλους

τους τομείς της υγείας. Επίσης όλοι οι εργαζόμενοι, πρέπει να παρακολουθούν σεμινάρια που αφορούν τον έλεγχο των λοιμώξεων και την ασφάλειά τους 2.

Πίνακας 1. Οδηγός καθολικής προφύλαξης.

Ιατρική/ Νοσηλευτική πράξη	Μέτρα προφύλαξης
Χειρισμός αίματος/ βιολογικών υγρών ή συσκευών μολυσμένων με αίμα ή βιολογικά υγρά.	Φοράτε γάντια που αφαιρούνται αμέσως μετά πλένετε τα χέρια σας.
Πιθανότητα εμφάνισης ρούχων ή μανικιών	Φοράτε πλαστικές ποδιές ή μπλούζες μιας χρήσεως, ανθεκτικές στα βιολογικά υγρά.
Πιθανότητα εκτίναξης σωματικών υγρών ή σταγονιδίων αίματος στο πρόσωπο	Φοράτε μάσκα με προστατευτικό για τα μάτια
Σε άμεση επαφή με δερματική βλάβη, εξάνθημα ή βλεννογόνο.	Φοράτε γάντια που αφαιρούνται στο τέλος. Πλύσιμο χεριών
Φλεβοκέντηση, εισαγωγή IV καθετήρα.	Φοράτε γάντια ποτέ μην ξαναβάζετε το κάλυμμα της σύριγγας. Πετάτε όλα τα αιχμηρά αντικείμενα σε ειδικό κουτί με σκληρά τοιχώματα που έχει και ειδική συσκευή να κόβει αυτόματα την βελόνα από την σύριγγα.
Αέρια αίματος, αρτηριακος καθετηριασμός	Φοράτε γάντια, μάσκα και ειδικά γυαλιά με πλαινή προστασία.
Θεραπεία με αερολύματα	Δωμάτια με αρνητική πίεση και εξωτερικό αερισμό. Προσωπικό με ειδική απορροφητική μάσκα.
Μόλυνση από βιολογικό υλικό ασθενούς HIV +, επαναχρησιμοποιούμενης συσκευής.	Σχολαστικός καθαρισμός και αποστείρωση.



## 6.5.1 ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ

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

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

- ❖ Υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού και των δοτών αίματος. Ενίσχυση της εθελοντικής αιμοδοσίας με χρηματικό αντάλλαγμα.
- ❖ Χρησιμοποίηση του αίματος εγχώριας προέλευσης, αφού γίνει κατάλληλη διαφώτιση, ώστε να υπάρχει επάρκεια αίματος και να αποφεύγεται η εισαγωγή του από ξένες χώρες και ιδίως από χώρες όπου ενδημεί το σύνδρομο της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας.
- ❖ Τήρηση εμπιστευτικών αρχείων αιμοδοτών στα κέντρα αιμοδοσίας.
- ❖ Αποκλεισμός από την αιμοδοσία ατόμων που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου, ο οποίος πρέπει να βασίζεται στον ιατρικό ιστορικό, στην κλινική εξέταση και κυρίως στην εργαστηριακή ανίχνευση αντισωμάτων έναντι του ιού.
- ❖ Βελτίωση των συνθηκών λήψης, συλλογής και ελέγχου πλάσματος στις τράπεζες αίματος, όπου πρέπει να διατηρούνται δείγματα αίματος χρήσιμα για αναδρομικές έρευνες.
- ❖ Πραγματοποίηση μεταγγίσεων όταν υπάρχει απόλυτη ιατρική ένδειξη<sup>16</sup>

## 6.5.2 ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΣ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ AIDS.

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

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

9. Σε περίπτωση που χρειαστεί σε ασθενή με Aids ανάνηψη στόμα με στόμα και υπάρχει αιμορραγία, το προσωπικό θα πρέπει να χρησιμοποιήσει καθαρό ύφασμα ή μαντήλι για να απομακρύνει το αίμα από το στόμα του πάσχοντος. Επίσης, επιστόμια ασκοί ανάνηψης ή άλλα αναπνευστικά μηχανήματα πρέπει να χρησιμοποιούνται μόνο από εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό<sup>17</sup>.

### **6.5.3 ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΣ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ**

- ❖ Απαραίτητη είναι η χρήση γαντιών και ιατρικών μπλουζών κατά την εργασία με αίμα, εκκρίματα και απεκρίματα ασθενών με Aids. Επίσης αναγκαία και η χρησιμοποίηση ειδικών χώρων για την εργαστηριακή διερεύνηση των υπόπτων για Aids ασθενών. Οι βιολογικοί θάλαμοι ασφαλείας, που χρησιμοποιούνται για διάφορους ιούς, μυκοβακτηρίδια και πρωτόζωα είναι κατάλληλοι για τον σκοπό αυτό.
- ❖ Μεγάλη προσοχή πρέπει να δίδεται για την αποφυγή τυχαίου εμβολιασμού με τα παραπάνω υλικά. Ο καλύτερος τρόπος αποφυγής είναι η χρησιμοποίηση πλαστικών αντικειμένων μιας χρήσης και όχι γυάλινων υλικών, που μπορούν να δημιουργήσουν τραυματισμούς.
- ❖ Συνιστάται η χρήση σιφωνίων μηχανικής απορρόφησης.
- ❖ Οι επιφάνειες και τα αντικείμενα, που τυχόν μολύνονται, πρέπει να απολυμαίνονται με υποχλωριώδες νάτριο. Όλα τα μολυσμένα αντικείμενα, που χρησιμοποιούνται στο εργαστήριο, πρέπει να

αποστειρώνονται σε αυτόκαυστο ή ξηρό κλίβανο, ανάλογα με τη φύση των υλικών πριν την απόρριψη ή επαναχρησιμοποίησή τους.

- ❖ Το προσωπικό πρέπει να αλλάζει τα προστατευτικά ενδύματα μετά το πέρας της εργασίας. Εννοείται ότι απαγορεύεται το προσωπικό να τρώει, να πίνει και να καπνίζει κατά τη διάρκεια εργασίας στους χώρους αυτούς<sup>18</sup>.

#### 6.5.4 ΦΛΕΒΟΚΕΝΤΙΣΗ

Αποτελεί το συνηθέστερο τρόπο μόλυνσης ύστερα από ατύχημα σε εργαζόμενο στον τομέα Υγείας. Η πιθανότητα μόλυνσης των χεριών με παθογόνα προερχόμενα από το αίμα κατά την διάρκεια φλεβοκέντησης εξαρτάται από αρκετούς παράγοντες.

1. Την επιδεξιότητα και την τεχνική του εργαζομένου στον συγκεκριμένο τομέα υγείας.
2. Την συχνότητα με την οποία ο εργαζόμενος εφαρμόζει την διαδικασία [ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος για έκθεση στο αίμα, όσο συχνότερα ο εργαζόμενος εφαρμόζει την τακτική].
3. Εάν η διαδικασία είναι πράξη ρουτίνας ή επείγουσα [ η πιθανότητα έκθεσης είναι μεγαλύτερη σε επείγουσα κατάσταση].
4. Ο λοιμογόνος παράγοντας του ασθενούς.

Κοινά αίτια για τυχαία παρεντερική έκθεση περιλαμβάνουν: επανατοποθέτηση βελόνας στη θήκη της, αλλαγή ενδοφλέβιων καθετήρων, σωληνάρια κενού για αιμοληψίες και επαναχρησιμοποιούμενες σύριγγες. Η πιθανότητα μόλυνσης με τον ιό HIV-1, μετά από διαδερμική έκθεση, εξαρτάται από το στέλεχος του ιού, το ικό φορτίο, τη διάρκεια της έκθεσης και την παρουσία δερματικών βλαβών στα χέρια του εργαζόμενου. Μελέτες δείχνουν ότι το ποσοστό

μολυνσης μετά από έκθεση στον ιό, με τρύπημα βελόνης, είναι 0,3-0,4% μικρό, όχι όμως αμελητέο.

Η συμμόρφωση με τις οδηγίες καθολικής προφύλαξης πρέπει να είναι αυστηρή. Όλα τα αίματα θεωρούνται δυνητικά, ότι είναι μολυσμένα με παθογόνα μικρόβια και ως εκ τούτου, προφυλάξεις λαμβάνονται τόσο στην μεταφορά όσο και στον χειρισμό αιχμηρών οργάνων. Τα γάντια μειώνουν τον κίνδυνο επιμόλυνσης με αίμα κατά τη διάρκεια της φλεβοκέντησης. Αν και τα γάντια δεν προφυλλάσσουν από του τρύπημα με βελόνα, έχει αναφερθεί ότι μειώνεται η ποσότητα αίματος καθώς η βελόνα τρυπάει το γάντι και εισχωρεί στο δέρμα.

## 6.6 ΠΙΘΑΝΟΙ ΤΥΠΟΙ ΕΜΒΟΛΙΩΝ ΚΑΤΑ ΤΟΥ HIV.

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

*Εμβόλιο από πλήρη αδρανοποιημένο ιό* έχει ήδη χρησιμοποιηθεί κατά του HIV. Ένα τέτοιο εμβόλιο έχει το μειονέκτημα ότι δεν ενεργοποιεί την κυτταρική ανοσία, δεν μπορεί να παραχθεί σε μεγάλη ποσότητα με ασφάλεια και υπάρχουν πάντα φόβοι για πιθανή ανεπαρκή αδρανοποίησή του. Εμβόλιο από αδρανοποιημένο ιό (SIV) έχει ήδη δοκιμασθεί σε πιθήκους. Τα πειραματώζωα ανέπτυξαν σχετικά υψηλό τίτλο αντισωμάτων, που τα προστατεύσε από τον εμβολιασμό με ζωντανό ομόλογο ιό. Η προστασί όμως ήταν παροδική, γιατί μετά από οκτώ μήνες περίπου, ο τίτλος των αντισωμάτων μειώθηκε σημαντικά και

ορισμένοι από τους πηθικούς ανέπτυξαν λοίμωξη, όταν επαναεμβολιάστηκαν με ζωντανό ιό.

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

Αντίθετα με την άποψη αυτή, υποστηρίζεται ότι υψηλοί τίτλοι υποδηλώνουν αμυντικό σύστημα υψηλής ικανότητας και ότι η μείωση των gag αντισωμάτων που παρατηρείται σε ασθενής με Aids είναι το αποτέλεσμα της μειωμένης ανοσοαπάντησης και όχι το αίτιο που οδηγεί σε νόσο. Επομένως, υποστηρίζεται ότι ένα εμβόλιο που θα προκαλεί παραγωγή gag αντισωμάτων, δεν θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για θεραπευτική παρέμβαση σε ήδη προσβληθέντες.

Στις γλυκοπρωτεΐνες env έχουν αναγνωρισθεί επίτοποι που είναι υπεύθυνοι για την παραγωγή εξουδετερωτικών αντισωμάτων. Επομένως θα πρέπει να συμπεριληφθούν για την παραγωγή εμβολίου.

**Εμβόλια από καθαρμένα πεπτίδια.** Έχει ήδη χρησιμοποιηθεί η V3 αγκύλη της gp 120 που βρίσκεται στην τρίτη υπερμεταβλητή περιοχή, καθώς και άλλοι επίτοποι, π.χ στην gp 41 που είναι εξαιρετικά σταθερός, όπως και επίτοποι που είναι στόχοι κυτταροτοξικών αντισωμάτων και αντισωμάτων που είναι υπεύθυνα για την εξαρτώμενη από αντισώματα κυτταρική ανοσία.

**Εμβόλιο από ανασυνδυασμένους φορείς του HIV.** Έχει χρησιμοποιηθεί ιός της δαμαλίτιδας, στην οποία έχουν ενσωματωθεί γόνιοι του HIV.

Τέλος τα αντιιδιοτυπικά αντισώματα προς τους CD4 υποδοχείς [μιμούνται τους CD4 υποδοχείς], που προκαλούν παραγωγή αντισωμάτων δεσμεύουν και αποτρέπουν την σύνδεση του HIV με τα κύτταρα. Θεωρείται πιθανόν ότι συμβάλλουν στην αποτροπή της σύνδεσης του HIV με κύτταρα μέσω των CD4 υποδοχέων. Η δυνατότητα όμως προσβολής των κυττάρων στόχων με άλλους μηχανισμούς, όπως σύντηξη της μεμβράνης του κυττάρου με το ενδομεμβρανώδες τμήμα (gp41) της γλυκοπρωτεΐνης του περιβλήματος ή προσβολή των μακροφάγων μέσω συμπλεγμάτων ιού- αντισωμάτων με τη βοήθεια των Fc και C3 υποδοχέων μειώνει την αρχική αισιοδοξία της οριστικής λύσης του προβλήματος με εμβόλιο που θα μιμείται τους CD4 υποδοχείς.

#### ✦ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΕΣ ΕΜΒΟΛΙΟΥ ΚΑΤΑ ΤΟΥ AIDS ΣΕ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ.

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

Η πρώτη κλινική δοκιμή σε ανθρώπους έγινε το 1986 από τον Zagari, που χρησιμοποίησε για ανοσοποίηση λεμφοκύτταρα ασθενών, τα οποία μολύνθηκαν με ιό δαμαλίτιδας, στον οποίο είχε ενσωματωθεί

γενετικό υλικό του HIV, με αποτέλεσμα να εκφράζεται γόνος ενν. Η έρευνα έδειξε ότι το εμβόλιο ήτνα καλώς ανεκτό από τους εμβολιασθέντες, ότι αναπτύχθηκε χαμηλός τίτλος εξουδετερωτικών αντισωμάτων και ότι ενεργοποιήθηκε η κυτταρική ανοσία. Πρόσφατα, έγινε επανεμβολιασμός, με αποτέλεσμα αναμνηστική απάντηση στην κυτταρική και την χημική ανοσία.

Ένα εμβόλιο με σημαντική εμπειρία από την δοκιμή του σε περισσότερους από 100 εθελοντές είναι το εμβόλιο που χρησιμοποιεί γενετικά ανασυνδυασμένες γλυκοπρωτεΐνες gp 160. Δύο κλινικές μελέτες έδειξαν ότι το εμβόλιο προκαλεί ελάχιστες και αποδεκτές ανεπιθύμητες ενέργειες, σε δόσεις που κυμαίνονται από 10-320 mg. Μελέτες που προσδιόρισαν την ανοσογονικότητα του εμβολίου, έδειξαν ότι σημαντικά υψηλό ποσοστό των εμβολιασθέντων με τρεις δόσεις εμβολίου (0, 1 και έξι μήνες) υπέστη ορομετατροπή.

Δύο άλλες κλινικές δοκιμές με τη χρησιμοποίηση εμβολίου με ιό δαμαλίτιδας που περιέχει το γόνο ενν (HIV AC-LE) του HIV έδειξαν ότι τα άτομα χωρίς προϋπάρχουσα ανοσία στον ιό της δαμαλίτιδας ανέπτυξαν ισχυρή απάντηση κατά του HIV, σε αντίθεση με άτομα με προϋπάρχουσα ανοσία κατά του ιού της δαμαλίτιδας, τα οποία ανέπτυξαν χαμηλή και παροδική ανοσοαπάντηση.

Πρόσφατα στο Λονδίνο, εθελοντές εμβολιάστηκαν με συνθετική p17 πρωτεΐνη του πυρήνα HIV (HGP-30). Εφαρμογή του εμβολίου αυτού έδειξε την ανάπτυξη χημικής ανοσοαπάντησης, που προκαλούσε εξουδετέρωση του HIV in vitro.

Κλινικές δοκιμές έχουν γίνει και σε ασθενείς με Aids ή φορείς του HIV, με σκοπό την κινητοποίηση της άμυνας του οργανισμού για την καταστολή της αναπαραγωγής του ιού, η οποία θα οδηγήσει στην επιβράνδυση της εξέλιξης της ιοφορίας σε νόσο ή της νόσου προς τον θάνατο.



Χρησιμοποιήθηκαν νεκρός ιός από τον οποίο αφαιρέθηκε το περίβλημα, ή λεμφοκύτταρα ασθενών που μολύνθηκαν με ιό δαμαλίτιδας, στον οποίο είχε ενσωματωθεί γενετικό υλικό του HIV, με αποτέλεσμα να εκφράζονται γόνιοι, env, gag και pol. Ο εμβολιασμός ασθενών με Aids ή ARC είχε ως αποτέλεσμα κλινική εργαστηριακή και βιολογική βελτίωση.

Οι κλινικές μελέτες στη φάση δύο απαιτούν μεγαλύτερο αριθμό εθελοντών και θα πρέπει να σχεδιάζονται έτσι, ώστε να καθορίσουν την άριστη δόση εμβολίου και να αποτελέσουν τη βάση για να καθοριστεί πόσα και ποια εμβόλια θα προχωρήσουν στη φάση τρία, που θα δείξει την αποτελεσματικότητα της ανάπτυξης της ανοσίας σε έκθεση στον HIV.

Μέχρι τότε η μοναδική ασφαλής μέθοδος προς την κατεύθυνση της πρόληψης είναι η ενημέρωση. Συστηματικές προσπάθειες πρέπει να αναληφθούν για την ενημέρωση όλων των ανθρώπων και ιδίως των νέων. Η κατεύθυνση της πρόληψης πρέπει πρωταρχικά να αφορά στη μείωση της σεξουαλικής μετάδοσης του HIV και στην αποφυγή μετάδοσης με την ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών. Κανένας δεν πρέπει «να πεθάνει από άγνοια», κανένας δεν πρέπει να πει «ποτέ δεν πίστευα ότι θα μπορούσα να είχα Aids». Η συνεχής ενημέρωση αποτελεί υποχρέωση της πολιτείας, η συνειδητοποίηση του κινδύνου και η λήψη μέτρων προστασίας, ατομική ευθύνη κάθε ανθρώπου <sup>19</sup>.

## 6.7 ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ AIDS ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ.

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

1. Να γίνει σαφές ότι η πρόληψη που στηρίζεται στην εκπαίδευση είναι μια διαρκής και προοδευτική διαδικασία που περιλαμβάνει όλα τα άτομα που έρχονται σε επαφή με νέους. Η σωστή πρόληψη χρειάζεται στήριξη από την εκπαιδευτική πολιτική στην καθημερινή ζωή του σχολείου και επιταχύνεται μέσω οργανωμένων και συστηματικών πρωτοβουλιών.
2. Να εξασφαλισθεί ότι οι πρωταγωνιστές των προγραμμάτων, θα είναι οι μαθητές, οι γονείς, οι καθηγητές καθώς και οι άλλοι παράγοντες της σχολικής κοινότητας.
3. Να ενισχυθούν οι προσπάθειες για την καταπολέμηση της παραγωγής διανομής και χρήσης ναρκωτικών ουσιών.
4. Να εξασφαλισθεί ότι η πρόληψη του HIV/AIDS θα εισαχθεί στο γενικότερο πλαίσιο της αγωγής υγείας και ότι οι στρατηγικές της ενσωμάτωσης στην εκπαίδευση θα είναι συγκεκριμένες.
5. Να αυξηθούν οι προσπάθειες και ο έλεγχος για την εξάλειψη της προκατάληψης προς τους οροθετικούς μαθητές, από τα

μέλη των οικογενειών τους, τους καθηγητές ή το λοιπό προσωπικό του σχολείου.

6. Να δοθεί επαρκής χρόνος για σεξουαλική αγωγή [με επαρκώς εκπαιδευμένους καθηγητές, κατάλληλο περιεχόμενο για τις αντίστοιχες ηλικίες, τον προσανατολισμό και την πολιτιστική παιδεία των μαθητών, χωρίς να εξαιρεθεί η ακριβής πληροφόρηση για την χρήση προφυλακτικών].
7. Να λάβουν σοβαρά υπόψη τη δυνατότητα της εκπαίδευσης μαθητών από μαθητές [peer education], εφόσον οι ίδιοι μαθητές, σε συνεργασία με τους καθηγητές γίνονται αρχηγοί και δημιουργοί μιας κοινής φιλοσοφίας πρόληψης.
8. Να εξασφαλισθεί ότι η συμμετοχή της οικογένειας, ο συγκεκριμένος τρόπος ζωής, η κοινότητα καθώς και η χρήση των κοινωνικών υπηρεσιών εμπλέκονται στις δραστηριότητες πρόληψης.
9. Να εξασφαλισθεί η χρήση των κατάλληλων μεθοδολογιών για την αξιολόγηση των προγραμμάτων πρόληψης.
10. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή καλείται να δώσει αυξημένη προσοχή στα παιδιά και στους νέους στο νέο πρόγραμμα «Η Ευρώπη κατά του Aids 1995-2000»<sup>19</sup>.

**ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ**



**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ**

**ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ**

*ЖЕФЛАЛЛО*

**7**



## 7.1 ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Τα βασικά σημεία της νοσοκομειακής περίθαλψης ατόμων που προσβλήθηκαν από τον ιό της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας HIV αφορούν:

- α. Στη διαφορική διάγνωση της λοίμωξης από άλλες παρόμοιες κλινικές εκδηλώσεις.
- β. Στην αξιολόγηση της κλινικής κατάστασης των πασχόντων.
- γ. Στις θεραπευτικές επιλογές αντιμετώπισης, τόσο της HIV λοίμωξης όσο και των εκδηλώσεων του Aids.
- δ. Στην ψυχολογική κατάσταση των ασθενών και των νοσηλευόντων.

Στην πρώτη περίπτωση τονίζουμε την ύπαρξη των διαγνωστικών παγίδων που έχουν ως αποτέλεσμα τη μη έγκαιρη διάγνωση της HIV λοίμωξης.

Η κλινική αξιολόγηση περιλαμβάνει την εξακρίβωση βαρύτητας της ανοσολογικής βλάβης και τον καθορισμό της μορφής της νόσου και του κλινικού σταδίου. Αυτά θα καθορίσουν και την πολιτική αντιμετώπισης της κατάστασης, ιδιαίτερα την αντι-HIV θεραπεία, που πρέπει, όπως φαίνεται σήμερα, να αρχίζει πιο νωρίς από ότι, πιστευόταν παλαιότερα.

Η χρήση της αζιδοθυμιδίνης καθώς και η αντιλοιμώδης θεραπευτική ή προφυλακτική χορήγηση φαρμάκων, όπως η κοτριμοξαζόλη, η ακυκλοβίρη, η γκανσικλοβίρη, κ.α, έχουν βελτιώσει τόσο το χρόνο επιβίωσης όσο και την ποιότητα ζωής των αρρώστων. Επίσης, εκτός από τη χημειοθεραπεία για την αντιμετώπιση των ευκαριακών λεμφωμάτων και του σαρκώματος Kaposi, η χρήση βιολογικών μετατροπέων, όπως η α-ιντερφερόνη, σε άτομα με ανοσολογικά «αποθέματα», έχει ουσιαστική συμβολή στη θεραπεία του σαρκώματος αυτού και ίσως και της ίδιας της HIV λοίμωξης. Τέλος,

σημασία για την επιτυχή νοσοκομειακή περίθαλψη έχει όχι μόνον η ενίσχυση της ψυχολογικής κατάστασης του αρρώστου, αλλά και η διατήρηση του ενδιαφέροντος του νοσηλευτικού και του ιατρικού προσωπικού, που κινδυνεύει συνεχώς να μειώνεται με το χρόνο, λόγω της κόπωσης που επιφέρει η ψυχοφθόρα, χρονοβόρα και κοπιαστική νοσοκομειακή περίθαλψη ανίατων ασθενών.

## 7.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Η παρούσα εισήγηση περιλαμβάνει την στρατηγική της νοσηλευτικής διοικήσεως για την ολιστική περίθαλψη και τη δυνατή κάλυψη των αναγκών υγείας των ασθενών με Aids-HIV, διαγνωσμένων ή μη, καθώς και την αντιμετώπιση των προβλημάτων που δημιουργούνται στο προσωπικό από τη νοσηλεία αυτών των ασθενών. Η στρατηγική αναφέρεται:

- A. Στην κατάλληλη οργάνωση και λειτουργία των νοσηλευτικών υπηρεσιών.
- B. Στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και ενημέρωση του προσωπικού.
- Γ. Στη θέση διεθνών νοσηλευτικών οργανισμών για την περίθαλψη ασθενών με Aids HIV.

### A. **Κατάλληλη οργάνωση και λειτουργία των νοσηλευτικών υπηρεσιών**

Σκοπός των συστημάτων υγείας είναι η πλήρης κάλυψη των αναγκών υγείας των πολιτών, υπαρκτών ή δυνητικών, αλλά και με ωφελιμότητα και αποτελεσματικότητα κόστους.

Για την περίθαλψη ατόμων/ασθενών με Aids-HIV, το θεωρητικό πλαίσιο του ανθρωποκεντρικού ανοικτού συστήματος υγείας, όπως προτείνεται από την καθηγήτρια νοσηλευτικής του Wayne State



University του Μίτσιγκαν, Leininger, η οποία διακρίνεται για τις εθνολογικές μελέτες του φαινομένου της «φροντίδας» σε πολλά κράτη, νομίζουμε ότι ανταποκρίνεται πλήρως. Οι ασθενείς με Aids-HIV, χρειάζονται προληπτικές και θεραπευτικές υπηρεσίες, νοσηλεία στο σπίτι και συνεχιζόμενη φροντίδα, αλλά και την υποστήριξη της οικογένειας για τη σωστή αντιμετώπιση των αναγκών τους.

Πιστεύουμε ότι η νοσηλευτική πρέπει να συμμετέχει σε όλα τα επίπεδα διοικήσεως υπηρεσιών υγείας, όπως προτείνεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, Ευρωπαϊκή περιοχή, διότι σε συνεργασία με την ιατρική και άλλους κλάδους συμβάλλει ουσιαστικά στην αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών.

Το νοσοκομείο ιδιαίτερα με το νόμο 1397/83, αποτελεί τη βασικότερη μονάδα του συστήματος υγείας της χώρας, στο οποίο οι προληπτικές και οι θεραπευτικές υπηρεσίες εννοποιούνται. Οι προληπτικές υπηρεσίες περιλαμβάνουν τα κέντρα υγείας, τα εξωτερικά ιατρεία, τα διαγνωστικά εργαστήρια και την κατ'οίκον παρακολούθηση, έναν τομέα που δεν έχει αναπτυχθεί ακόμη, αλλά είναι απαραίτητος για την περίθαλψη των ασθενών με Aids. Η επιτυχία της ενοποιήσεως των θεραπευτικών και των προληπτικών υπηρεσιών εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως η ενημέρωση του κοινού για συνεργασία, η οικονομική κάλυψη των ασφαλιστικών ταμείων, η αλλαγή νοοτροπίας της διοικήσεως και του προσωπικού.

Οι γενικοί σκοποί του νοσοκομείου περιλαμβάνουν τη φροντίδα του ασθενούς, τη διδασκαλία, την έρευνα και τη δημόσια υγιεινή. Ειδικότερα σκοπός του νοσοκομείου είναι:

- ❖ Η παροχή πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας, μέσα στα πλαίσια και την έκταση της γεωγραφικής του περιφέρειας, ισότιμα για κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική

κατάσταση και σύμφωνα με τους κανόνες του Εθνικού συστήματος Υγείας.

- ❖ Η ανάπτυξη και η προαγωγή της βιο-κοινωνικής έρευνας.
- ❖ Η εφαρμογή προγραμμάτων ειδίκευσης, συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και επιμόρφωσης όλων των επαγγελματιών υγείας.

Οι σκοποί της νοσηλευτικής υπηρεσίας είναι:

- ❖ Η παροχή πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας νοσηλευτικής φροντίδας, ανώτερης ποιότητας στα άτομα που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο, σε αυτά που προσέρχονται στα εξωτερικά ιατρεία και τα κέντρα υγείας, καθώς και σε εκείνα που δέχονται τη φροντίδα υγείας στο σπίτι, σύμφωνα με τις αρχές, τη μεθοδολογία και την τεχνική της νοσηλευτικής επιστήμης.
- ❖ Η εξασφάλιση ετοιμότητας σε όλους τους νοσηλευτικούς τομείς του νοσοκομείου, για την κάλυψη των επιγόντων περιστατικών και την αντιμετώπιση ενδεχομένων μαζικών καταστροφών.
- ❖ Η επαρκής στελέχωση των νοσηλευτικών τομέων με ανάλογο σε αριθμό και παραδεκτή σύνθεση νοσηλευτικό προσωπικό [δύο νοσηλευτές προς ένα βοηθό νοσοκόμο] για την κάλυψη των νοσηλευτικών αναγκών των ασθενών σε 24ωρη βάση.
- ❖ Η άσκηση αποτελεσματικής διοικήσεως νοσηλευτικών τομέων, καθώς και ο προγραμματισμός και ο έλεγχος των παρεχόμενων υπηρεσιών, σύμφωνα με τα τεθέντα κριτήρια ποιότητας και ασφάλειας.
- ❖ Η υποστήριξη εκπαιδευτικών νοσηλευτικών προγραμμάτων για την απόκτηση εμπειριών φοιτητών, σπουδαστών και μαθητών της νοσηλευτικής, καθώς και η κατάρτιση και η εφαρμογή προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης για το νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό, εκτός του ιατρικού.

### 7.2.1 ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΡΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και η διαρκής ενημέρωση του προσωπικού σε θέματα Aids, που αποτελεί αρμοδιότητα της νοσηλευτικής διοικήσεως, είναι απαραίτητη.

Η πρόοδος και η εξέλιξη του θέματος Aids είναι ταχύτατη και ίσως δεν μπορούμε να την παρακολουθήσουμε. Όμως υπάρχει και η παραπληροφόρηση, που πολλές φορές δημιουργεί σύγχυση, ιδιαίτερα μεταξύ ασθενών, συγγενών και λιγότερο εκπαιδευμένου προσωπικού. Η επίσημη ενημέρωση αποτελεί ουσιαστική συμβολή στην υπεύθυνη παραπληροφόρηση του προσωπικού υγείας.

Αντικείμενα συνεχιζόμενης εκπαιδεύσεως του προσωπικού αποτελούν μέθοδοι νοσηλείας, μέτρα προφύλαξης, φαρμακευτικής αγωγής, αντιμετώπισης ατυχήματος [τρύπημα βελόνας, επαφή με υγρά ασθενούς], καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση και κυρίως θέματα εχεμύθειας, ηθικής και δεοντολογίας.

Με σχόλιο με τον τίτλο «το προσωπικό δεν λαμβάνει τα προληπτικά μέτρα για το Aids», το αμερικάνικο περιοδικό της Ενώσεως Νοσηλευτών χειρουργείου αναφέρεται σε έρευνα που δημοσιεύθηκε στο περιοδικό της Αμερικανικής Ιατρικής Συνεργασίας [28 Ιουλίου 1989] για το παραπάνω θέμα ως εξής:

*Το προσωπικό του τμήματος επειγόντων του νοσοκομείου Johns Hopkins στη Βαλτιμόρη, δεν λαμβάνει τα απαραίτητα μέτρα προφύλαξης, παρά τον αυξανόμενο αριθμό ασθενών ατόμων με HIV που προσέρχονται ως επείγοντα περιστατικά. Γενικά, βρέθηκε ότι οι εργαζόμενοι στο τμήμα επειγόντων τηρούσαν τα καθιερωμένα μέτρα σε ποσοστό 44% για όλες τις παρεμβάσεις τους. Αλλά σε περιπτώσεις ασθενών με αιμορραγία ή τήρηση των μέτρων έπεφτε σε ποσοστό 19,5%. Οι κυριότερες δικαιολογίες ήταν*

*ότι δεν υπήρχε χρόνος να φορέσουν μπλούζες, γυαλιά κ.α, προκειμένου να προσφέρουν άμεση βοήθεια στους ασθενείς αυτούς.*

Στην ίδια μελέτη, βρέθηκε ότι ο δείκτης συχνότητας λοιμώξεως HIV μεταξύ των ασθενών αυξήθηκε σε 6% το 1998 από 5,2% το 1987.

Από τους 2.544 ασθενείς που εξετάστηκαν για αντισώματα HIV το 1988 βρέθηκαν 152 θετικοί. Η συχνότητα 6% στους ασθενείς που ζήτησαν επείγουσα φροντίδα στο αναφερόμενο νοσοκομείο, είναι πολύ υψηλότερη από τη συχνότητα λοιμώξεως HIV στο γενικό πληθυσμό που βρέθηκε 0,14% στον αντίστοιχο χρόνο [1988].

Η χρήση τμημάτων επειγόντων και ατυχημάτων από ασθενείς με Aids φαίνεται ότι αυξάνεται μελλοντικά. Υπολογίζεται ότι στα προσεχή 3-4 χρόνια ο αριθμός διαγνωσμένων ασθενών θα αυξηθεί 4-5 φορές περισσότερο από τους σημερινούς γνωστούς ασθενείς και φορείς.

Τα αναφερόμενα στοιχεία καθιστούν τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση του προσωπικού ακόμη πιο αναγκαία.

## **7.2.2 ΔΙΕΘΝΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΓΙΑ ΤΟ AIDS.**

1. Το διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών [international Council of Nurses - ICN] που περιλαμβάνει 102 εθνικούς συνδέσμους νοσηλευτών μεταξύ των οποίων και τον Εθνικό Σύνδεσμο Νοσηλευτριών- Νοσηλευτών Ελλάδος - ΕΣΔΝΕ- σε στενή συνεργασία με το ΠΟΥ κινητοποιήθηκε αμέσως με την εμφάνιση της επιδημίας του Aids, αποστέλλοντας πληροφορίες και οδηγίες σε όλα τα κράτη-μέλη του για την έγκαιρη ενημέρωση των νοσηλευτών.

Στις 7 Απριλίου 1987, το ΔΣΝ και το ΠΟΥ δημοσίευσαν κοινή διακήρυξη για το Aids, η οποία προσδιορίζει τα δικαιώματα και τις

ευθύνες των νοσηλευτών όλου του κόσμου που φροντίζουν άτομα/ασθενείς μολυσθέντες με τον ιό της ανοσολογικής ανεπάρκειας. Οι νοσηλευτές καλούνται να εξασφαλίζουν την εχεμύθεια και την εμπιστοσύνη των ασθενών και να βοηθούν τις οικογένειες και τους φίλους τους, να αντιμετωπίζουν τα σύνθετα προβλήματα που σχετίζονται με τη μόλυνση του ιού. Επιπλέον, το ΔΣΝ αναλαμβάνει την ευθύνη της έγκαιρης ενημέρωσής για όλες τις πλευρές υγείας των νοσηλευτών που φροντίζουν άτομα/ασθενείς μολυσθέντες με HIV. Διακηρύττει πλήρη συνεργασία με τον ΠΟΥ στις προσπάθειες του εκ μέρους του κοινού, των μολυσθέντων με HIV και εκείνων που τους φροντίζουν.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες αναπτύχθηκαν από τον ΠΟΥ και το ΔΣΝ. Περιλαμβάνουν βασικές πληροφορίες σχετικές με τη νοσηλευτική φροντίδα ατόμων/ασθενών μολυσθέντων με HIV. Οι οδηγίες πρέπει να υιοθετούνται και να προσαρμόζονται στις τοπικές συνθήκες, παραδόσεις, πεποιθήσεις και αξίες των πολιτών. Κύριος σκοπός τους είναι η εκπαίδευση νοσηλευτών και μέσω αυτών η εκπαίδευση ατόμων, οικογενειών και κοινοτήτων για τις διάφορες διαστάσεις της πρόληψης και του ελέγχου της επιδημίας του HIV, την πρόληψη της μεταδόσεως της λοιμώξεως κατά τη φροντίδα υγείας/νοσηλείας, καθώς και την εξασφάλιση αποτελεσματικής ολιστικής νοσηλευτικής φροντίδας σε μολυσθέντα άτομα με HIV σε όλες τις φάσεις της ασθένειας.

Ειδικότερα οι κατευθυντήριες οδηγίες αναφέρονται:

- ❖ στους τρόπους μεταδόσεως του HIV και στα μέτρα για την πρόληψη της μεταδόσεως του ιού στους χώρους νοσηλείας.
- ❖ στις βασικές αρχές νοσηλευτικής φροντίδας των μολυσθέντων με HIV ατόμων, των ασθενών με σύνδρομο ανοσολογικής ανεπάρκειας [aids], των οικογενειών, των φίλων τους και της κοινότητας.
- ❖ στην αγωγή υγείας σχετικά με τη μόλυνση και τη νόσο και

- ❖ στις ειδικές δεξιότητες συμβουλευτικής για τη βοήθεια των μολυνθέντων και των ασθενών να αντιμετωπίζουν την ασθένεια στις διάφορες φάσεις της.

Οι πληροφορίες για το Aids και οι επιπτώσεις του στη νοσηλευτική φροντίδα πρέπει να ενσωματώνονται στα βασικά εκπαιδευτικά προγράμματα και στα προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης όλου του νοσηλευτικού προσωπικού. Παρόμοια προγράμματα πρέπει να αντανakλούν την εθνική πολιτική και τις στρατηγικές που μπορούν να προσαρμόζονται ανάλογα.

2. Το περιοδικό Διεθνής Νοσηλευτική Επιθεώρηση, στο τεύχος Ιανουαρίου/Φεβρουαρίου 1990, δημοσίευσε την είδηση ότι Παγκόσμιο Πρόγραμμα Aids του ΠΟΥ χρηματοδότησε ερευνητικό πρόγραμμα του Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών διάρκειας 30 μηνών με στόχο την κινητοποίηση των εθνικών συνδέσμων νοσηλευτών, οκτώ αφρικανικών χωρών για την πρόληψη της διασποράς του HIV, τη βελτίωση της φροντίδας των ασθενών με Aids και την υποστήριξη των οικογενειών τους. Αναμένεται ότι το πρόγραμμα θα συμβάλλει στη σωστή εκπαίδευση μεγάλου αριθμού νοσηλευτών, ώστε να καθοδηγούν και να βοηθούν άλλους εργάτες υγείας και το κοινό για την πρόληψη διασποράς του HIV, την αντιμετώπιση προβλημάτων υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τη επιδημία και τη κατάλληλη φροντίδα των ασθενών με Aids στα πλαίσια των υπάρχουσών πηγών και πόρων. Ελπίζουμε ότι το ερευνητικό αυτό πρόγραμμα θα συμβάλλει στην ανάπτυξη νέας νοσηλευτικής γνώσεως, που θα χρησιμοποιηθεί διεθνώς.
3. Έκθεση Ομάδας Εργασίας του ΠΟΥ περιοχής Ευρώπης, με θέμα *Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με Aids και των οικογενειών τους*, [Kiel 3-6 Μαΐου 1989], κατέληξε στα ακόλουθα συμπεράσματα και προτάσεις:

- ❖ Συμπεραίνουν ότι σε κάθε χώρα της περιοχής υπάρχει δίκαιο σύστημα ή επίπεδο νοσηλευτικής φροντίδας για όλα τα άτομα στην Ευρώπη που έχουν μολυνθεί με τον ιό της ανοσολογικής ανεπάρκειας [HIV].
  - ❖ Αναθέτουν σε υποομάδα τη διερεύνηση συστημάτων ή νοσηλευτικών παρεμβάσεων που αναπτύχθηκαν σε εθνικό και διεθνές επίπεδο με σκοπό την αναγνώριση περιοχών φροντίδας που χρειάζονται ενίσχυση.
  - ❖ Αποφασίζουν το γύρισμα βιντεοταινίας με θέμα το ρόλο της νοσηλευτικής σε θέματα Aids για την ευρωπαϊκή περιοχή, η οποία περιλαμβάνει τη διερεύνηση:
    - Σύγχρονων ερευνητικών μελετών μέσω της Ομάδας Νοσηλευτών Ερευνητών Ευρώπης.
    - Πρότυπων εκπαιδευτικών προγραμμάτων αναγκαίων για την Ευρώπη.
    - Αναγκών για συνεχιζόμενη εκπαίδευση σε χώρες πιλότους.
4. Αναλαμβάνουν τις ακόλουθες ενέργειες:
- Συνεργασία με ομάδες ερευνητών για τον καθορισμό περιοχών προτεραιότητας έρευνας.
  - Καταγραφή σύγχρονων ερευνητικών νοσηλευτικών μελετών για το Aids.
  - Καθορισμού υπάρχουσας εμπειρίας νοσηλευτικών παρεμβάσεων που χρησιμοποιούνται στη φροντίδα ασθενών με Aids.
  - Ανάπτυξη μηχανισμών για τη διευκόλυνση της ανταλλαγής γνώσεων μεταξύ νοσηλευτών της Ευρώπης.

- Διερεύνηση του ρόλου, της ευθύνης και της εκτάσεως της συμμετοχής νοσηλευτών στην παροχή δωρεάν θεραπευτικών φροντίδων σε αρρώστους με Aids.
- Συνεργασία για τη συλλογή και τη διάδοση πληροφοριών σχετικών με τις συνήθειες ή τις εφαρμογές σε όλη την Ευρώπη, συμπεριλαμβανομένων θρησκευτικής και πνευματικής φροντίδας, ανθρωπίνων δικαιωμάτων, νομικών προβλημάτων, ελέγχου λοιμώξεων και μεταθανάτιων διαδικασιών.<sup>21</sup>

### **7.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΟΡΟΘΕΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

Η νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών με Aids βασίζεται στη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας, δηλ. στην αξιολόγηση των αναγκών, τον προγραμματισμό της νοσηλευτικής φροντίδας, την εφαρμογή του προγράμματος με τις κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την κάλυψη των αναγκών και την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της φροντίδας. Η νοσηλευτική αποσκοπεί στην ολιστική νοσηλευτική φροντίδα-συντηρητική, προεγχειρητική, διεγχειρητική, και μετεγχειρητική-εξατομικευμένη για κάθε ασθενή.

#### **7.3.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΣΕ ΟΡΟΘΕΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ**

- Δραματική και αδιακαίολογητη απώλεια σωματικού βάρους, επίμονος πυρετός, ταχυκαρδία, βήχας, νυκτερινοί ιδρώτες, κεφαλαλγίες, χρόνια διάρροια, γενικευμένη δερματίτιδα, εξανθήματα, διόγκωση λεμφαδένων, ανορεξία, αίσθημα κοπώσεως.
- Σημεία φλεγμονής οπουδήποτε στο σώμα



- Προηγούμενες οξείες ή χρόνιες λοιμώξεις
- Εμβολιασμοί και τυχόν αντιδράσεις
- Μεταγγίσεις και ειδικές θεραπείες π.χ ακτινοβολίες
- Επαγγελματική έκθεση σε χημικές ουσίες
- Λήψη ναρκωτικών με ενέσεις
- Ανησυχία, σύγχυση, νευρολογικές διαταραχές
- ψυχολογική κατάσταση, π.χ μελαγχολία και τάση αυτοκτονίας
- Τρόπος ζωής και κοινωνικών σχέσεων του ασθενούς κ.α.

### 7.3.2 ΣΤΟΧΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

- Προστασία του ασθενούς από νέες λοιμώξεις και επιπλοκές
- Πρόληψη μεταδόσεως τυχόν υπάρχουσας λοιμώξεως και του Aids σε άλλα άτομα ή στο προσωπικό νοσηλείας
- Συστηματική παρακολούθηση της καταστάσεως και της πορείας του με λήψη ζωτικών σημείων κ.α
- Ενίσχυση της άμυνάς του με κατάλληλη διατροφή και ενυδάτωση
- Ανακούφιση του πόνου και των άλλων συστημάτων με εφαρμογή θεραπευτικών και νοσηλευτικών μέτρων και εκπλήρωση των ατομικών του αναγκών.
- Διάλογος και συνεργασία μαζί του.
- Ψυχολογική υποστήριξη και ενίσχυση του ασθενούς και της οικογένειάς του και βοήθεια στη λύση προβλημάτων που δημιουργεί η ασθένεια.
- Διδασκαλία αυτοπροστασίας, αυτοφροντίδας και προστασίας του περιβάλλοντος.
- Ενθάρρυνση και καθοδήγηση να αναλάβει ο ίδιος ο ασθενής την ευθύνη και τη φροντίδα της υγείας του.

### 7.3.3 ΚΡΗΤΗΡΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

- Ο ασθενής δεν παρουσίασε άλλη φλεγμονή ή αν παρουσίασε αντιμετωπίστηκε έγκαιρα
- Οι συγγενείς του και το προσωπικό-δεν μολύνθηκαν από την υπάρχουσα φλεγμονή
- Ο ασθενής δείχνει θετική-επιθυμητή αλλαγή συμπεριφοράς, ικανότητα λήψεως αποφάσεων για την υγεία του και λιγότερη μελαγχολία.
- Ακολουθεί υγιεινό τρόπο ζωής, εφαρμόζει τις αναγκαίες προφυλάξεις, τηρεί το πρόγραμμα της θεραπείας του.
- Υπερνικά τα αισθήματα φόβου και αβεβαιότητας και έχει αισιόδοξες προοπτικές για τη ζωή
- Προστατεύει υπεύθυνα και ενεργητικά την όλη υγεία του <sup>22</sup>.

### 7.4 ΝΟΣΗΛΕΙΑ HIV (+) ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Η ανάγκη για νοσηλεία των οροθετικών HIV ασθενών έκανε πολλούς γιατρούς και νοσηλευτές να ευαισθητοποιηθούν και να επιστρατευτούν παγκοσμίως στην αντιμετώπιση της νόσου και των επιπλοκών της.

Έτσι δημιουργήθηκαν οι Μονάδες Ειδικών Λοιμώξεων με νοσηλευτές που προσφέρουν εξειδικευμένα και εξατομικευμένα νοσηλευτική φροντίδα στους οροθετικούς ασθενείς. Γνωρίζοντας την παθοφυσιολογία της νόσου και τις μεθόδους της σύγχρονης Νοσηλευτικής Επιστήμης, έχουν σαν σκοπό να προσφέρουν την όσο το

δυνατόν καλύτερη φροντίδα σε όλους αδιακρίτως τους ασθενείς ανεξάρτητα από την μόρφωση, το κοινωνικό επίπεδο, την ψυχολογική και φυσική τους κατάσταση.

Στη χώρα μας έχουν ιδρυθεί και λειτουργούν δεκαέξι Μονάδες Ειδικών λοιμώξεων με σκοπό:

- Τη σωστή εξυπηρέτηση και νοσηλεία των ασθενών με HIV λοίμωξη.
- Την έρευνα και καταγραφή των κρουσμάτων.
- Την παροχή των φαρμάκων και τον έλεγχο των ασθενών.
- Την προστασία των οροθετικών ασθενών.

Αυτοτελείς όμως μονάδες, θεσμοθετημένες από το 1992 είναι δύο: η Μονάδα Λοιμώξεων του Γ.Ν.Α «Γ.Γεννηματάς» και του «Ευαγγελισμού». Στα υπόλοιπα νοσηλευτικά ιδρύματα έχει οριστεί συγκεκριμένος αριθμός κλινών ώστε να καλύπτονται οι ανάγκες νοσηλείας των ασθενών. Οι κλίνες αυτές βρίσκονται μέσα στα Παθολογικά Τμήματα.

Φαίνεται λοιπόν, ότι στην πλειοψηφία τους οι οροθετικοί ασθενείς νοσηλεύονται σε μη οργανωμένες ομάδες, χωρίς αυτό να δημιουργεί προβλήματα κατά την παροχή της ενδεδειγμένης για αυτούς νοσηλευτικής φροντίδας. Και πολύ συχνά παρατηρείται να νοσηλεύονται ασθενείς σε οποιοδήποτε τμήμα του νοσοκομείου, για κάποιο άλλο πρόβλημα υγείας, όπως αναιμία, πνευμονία, εγκεφαλικό επεισόδιο και με τις εξετάσεις που γίνονται για να εντοπιστεί το αίτιο και να αντιμετωπιστεί κατάλληλα, διαγνώσκεται για πρώτη φορά η HIV λοίμωξη. Με τις δύο αυτές παρατηρήσεις γίνεται φανερό ότι οι νοσηλευτές μπορούν και νοσηλεύουν ασθενείς με HIV λοίμωξη σε κάθε νοσηλευτικό τμήμα των νοσοκομείων.

Η προφύλαξη του νοσηλευτικού προσωπικού, ο ασφαλής χειρισμός του μολυσματικού υλικού, η αποφυγή διασποράς του ιού και η

σωστή νοσηλευτική αντιμετώπιση είναι αυτά που θα πρέπει να τηρούνται συνεχώς. Να τηρούνται πάντοτε σε όλους τους ασθενείς που εισάγονται στο νοσοκομείο από το χώρο του Τ.Ε.Π έως το τμήμα στο οποίο ανήκουν.

Με τον τρόπο αυτό μπορούμε και νοσηλεύουμε τους οροθετικούς ασθενείς χωρίς πανικό και χωρίς να ακολουθούμε την από «απόσταση» παρακολούθηση και αντιμετώπιση. Η γνώση των τρόπων μετάδοσης του ιού της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας, αποτελεί το «όπλο» που θα μας βοηθήσει κατά την εκτέλεση των καθηκόντων μας.

Οι νοσηλευτές που παρέχουν φροντίδα στους ασθενείς με HIV λοίμωξη πρέπει να αποδέχονται, τον τρόπο ζωής τους, τις προτιμήσεις τους, ή την οικονομική τους κατάσταση. Θα πρέπει να καταναλώνουν αρκετό χρόνο τόσο κατά τη διάρκεια που παρέχουν τη νοσηλευτική φροντίδα, αλλά και για αν ακούν τα προβλήματα που δημιουργούνται από την ίδια την νόσο και από την προσπάθειά τους να προσαρμοστούν στο νέο τρόπο ζωής που πρέπει να ακολουθήσουν.

Η προσέγγιση του ασθενή γίνεται με ευγένεια, ανθρωπιά και αγάπη χωρίς να θίγονται οι ιδιαιτερότητές του, με αποτέλεσμα να δημιουργείται ένα κλίμα αμοιβαίου σεβασμού και εμπιστοσύνης. Όλα αυτά γίνονται με τέτοιο τρόπο, έτσι ώστε ο κάθε νοσηλευτής να προφυλλάσει τον εαυτό του και τους συναδέλφους του από ατυχήματα και ταυτόχρονα να παρέχει υψηλής ποιότητας φροντίδα στον ασθενή.

Ο κάθε ασθενής αντιμετωπίζεται σαν ξεχωριστή οντότητα με διαφορετική κάθε φορά ψυχοκοινωνική προσωπικότητα. Ακόμα και ο ίδιος ο ιός επηρεάζει διαφορετικά τον κάθε ασθενή είτε σε βιολογικό, είτε σε ψυχολογικό επίπεδο.

Δεν υπάρχει συγκεκριμένο μοντέλο νοσηλευτικής φροντίδας για τους οροθετικούς ασθενείς. Επηρεάζεται όμως από τον αριθμό των ασθενών που νοσηλεύονται σε ένα τμήμα, από τον τύπο του

νοσηλευτικού τμήματος, από το αν υπάρχει εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό, την απαραίτητη υλικοτεχνική υποδομή, αλλά κυρίως από τα συμπτώματα που κάθε φορά αναφέρει ή εκδηλώνει ο ασθενής. Οι ασθενείς με HIV λοίμωξη μπορούν να νοσηλεύονται στον ίδιο θάλαμο με άλλους άσθενείς εφόσον τηρούνται οι απαραίτητοι κανόνες υγιεινής και καθαριότητας και δεν έχουν ενεργό πνευμονική φυματίωση, λευκοπενία, σοβαρή διάρροια, αιμμοραγία, καταστάσεις οι οποίες απαιτούν απομόνωση και ειδική αντιμετώπιση. Όταν υπάρχουν ψυχολογικοί και κοινωνικοί λόγοι και ασθενείς στο τελικό στάδιο, καλό θα είναι να νοσηλεύονται σε μοναχικό δωμάτιο.

Κατά τη νοσηλευτική αντιμετώπιση των οροθετικών ασθενών είναι σημαντική η συνεχής ψυχολογική υποστήριξη τόσο των ίδιων όσο και των οικείων τους. Η ανάγκη για ψυχική ισορροπία είναι επιβεβλημένη. Ο φόβος και το άγχος από τη γνωστοποίηση της νόσου, η απώλεια κοινωνικής στήριξης, η απομόνωση εντός και εκτός του νοσοκομείου, η ενοχή, το στίγμα του Aids, ο φόβος της μετάδοσης της νόσου, η θλίψη από την απώλεια προσωπικών σχέσεων, αυτοσεβασμού, φυσικής ευεξίας, σεξουαλικότητας, αποδοτικής ζωής είναι παράγοντες που διαταράσσουν την ψυχολογία των ασθενών. Συνήθως είναι νέοι άνδρες και γυναίκες που η οικογένεια τους έχει απορρίψει εξαιτίας της ιδιαιτερότητας της νόσου, ή και οι ίδιοι έχουν κόψει τους δεσμούς με την οικογένειά τους, και που στην καλύτερη περίοδο της ζωής τους βρίσκονται αντιμέτωποι με το θάνατο και πρέπει να πειθαρχήσουν σε ένα καινούργιο τρόπο ζωής, που απαιτεί συνεχή και συχνή ιατρική παρακολούθηση, συχνή εισαγωγή στο νοσοκομείο [για ΧΜΘ], συνεχή λήψη μεγάλου αριθμού, αποχή από σεξουαλική δραστηριότητα, αποφυγή εγκυμοσύνης και απαγόρευση θηλασμού.

Καθώς τα χρόνια περνούν και έχοντας την βοήθεια όλα αυτά τα φάρμακα που συνεχώς φτιάχνονται και καινούργια, η νόσος άλλαξε

πρόσωπο έγινε χρόνια και οι ασθενείς βλέπουν το θάνατο να φεύγει μπροστά από τα μάτια τους, να απομακρύνεται. Έτσι κάνουν όνειρα για τη ζωή, θέλουν να έχουν σχέσεις, να κάνουν παιδιά και γενικώς να συμμετέχουν σε κάθε κοινωνική δραστηριότητα. Είναι σημαντικό να προσπαθούμε να διευκολύνουμε τους ασθενείς να εκφράζουν τα αισθήματά τους, τις επιθυμίες τους, τις ανησυχίες και τους φόβους τους, χωρίς απαραίτητα να συμβουλευόμαστε αλλά παίζοντας το ρόλο ενός καλού ακροατή προσπαθούμε να μειώσουμε τους παράγοντες που διαταρράσσουν την ψυχική ισοροπία, υποστηρίζοντας τους και διευκολύνοντας την επαφή με κατάλληλα πρόσωπα για προσφορά βοήθειας.

Η νοσηλευτική παρέμβαση συνίσταται στο να απομακρυνθούν οι αγχογόνοι παράγοντες, να αξιολογηθούν τα προβλήματα και οι αντιδράσεις κατά το δυνατό και να γίνει προσπάθεια προσέγγισης του ασθενή. Η παρέμβαση ψυχολόγου ή ψυχιάτρου με ή χωρίς αγχολυτικά βοηθάει σημαντικά και είναι περιπτώσεις που η παρακολούθηση πρέπει να συνεχιστεί και εκτός νοσοκομείου και πολλές φορές πρέπει να επεκταθεί και στην οικογένεια <sup>23</sup>.

## **7.5 ΟΔΗΓΙΕΣ ΚΑΛΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ**

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

Οι ασθενείς που έχουν μολυνθεί με HIV, παρουσιάζουν στο νοσηλευτικό προσωπικό μια μεγάλη σειρά προκλήσεων σε όλα τα στάδια της νόσου. Επειδή το Aids είναι ευρέως γνωστό νόσημα, για το οποίο

δεν υπάρχει θεραπεία, η διάγνωση HIV-λοίμωξης έχει συχνά καταστροφική επίδραση στα άτομα, στην οικογένειά τους και στους φίλους τους και συχνά φορτίζει και τους νοσηλευτές με μεγάλο συναισθηματικό άγχος. Το Aids μπορεί να δημιουργήσει κοινωνική περιθωριοποίηση και απομόνωση, λόγω του φόβου της μετάδοσης και του στίγματος που συχνά συνοδεύουν την νόσο. Οι νοσηλευτές είναι σε θέση να προσφέρουν φροντίδα που να δείχνει σεβασμό στην αξιοπρέπεια του ατόμου και να γίνουν παράδειγμα σωστής μη επιτιμητικής στάσης για τους άλλους επαγγελματίες υγείας. Η κοινή διακήρυξη του ΠΟΥ αναφέρει για τους νοσηλευτές ότι: *«Η Ευθύνη των νοσηλευτών ανάγεται στους ανθρώπους, που χρειάζονται νοσηλευτική φροντίδα»* και ότι *«με την προσφορά φροντίδας ο νοσηλευτής βοηθάει στην ανάπτυξη του περιβάλλοντος, που σέβεται τις αξίες, τα ήθη και τις πνευματικές πεποιθήσεις του κάθε ατόμου»*<sup>24</sup>.

## 7.6 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ AIDS

Η αντιμετώπιση αρρώστων με Aids απαιτεί εξειδικευμένη φροντίδα, η οποία βασίζεται σε γνώσεις της παθοφυσιολογίας της νόσου, στις μεθόδους της σύγχρονης νοσηλευτικής τέχνης και επιστήμης και αποσκοπεί στην παροχή υψηλής απόδοσης νοσηλευτικής φροντίδας σε όλους αδιακρίτως τους αρρώστους.

Περιλαμβάνει την εκτίμηση της κατάστασης και το σχεδιασμό της νοσηλευτικής παρέμβασης αφού ληφθούν υπόψη τα παρόντα αλλά και τα πιθανά μελλοντικά προβλήματα που εμφανίζονται κατά την εξέλιξη της νόσου. Άλλες παράμετροι, όπως η μόρφωση, το κοινωνικό επίπεδο, η φυσική και ψυχολογική κατάσταση του συγκεκριμένου αρρώστου, που μπορεί να επηρεάσουν το αποτέλεσμα της νοσηλευτικής φροντίδας και της εν γένει εξέλιξη της νόσου, θα πρέπει επίσης να λαμβάνονται υπόψη.

Ο σχεδιασμός και ο τελικός στόχος της νοσηλευτικής φροντίδας θα πρέπει να είναι «η βοήθεια στο άτομο, υγιές ή πάσχον, ώστε να έχει δραστηριότητες που συμβάλλουν στη διατήρηση ή την αποκατάσταση της υγείας ή και του ειρηνικού θανάτου. Τις δραστηριότητες αυτές θα τις εκτελούσε χωρίς νοσηλευτική βοήθεια αν διέθετε την απαιτούμενη δύναμη, θέληση ή γνώση. Για την επίτευξη αυτού του στόχου απαιτείται βοήθεια τέτοια, ώστε το άτομο να αποκτήσει ανεξαρτησία όσο το δυνατόν ταχύτερα.

Οι πάσχοντες από Aids έχουν ανάγκες που είτε εκφράζονται από τους ίδιους, είτε άλλοι [νοσηλευτές εν προκειμένω], θα πρέπει να διαπιστώσουν.

#### ☛ ΑΝΑΓΚΕΣ ΑΡΡΩΣΤΩΝ

1. Ικανοποιητική αναπνοή
2. Επαρκής ενυδάτωση
3. Ικανοποιητική διατροφή
4. Σωστή διούρηση-εκκένωση
5. Ατομική υγιεινή και ένδυση
6. Εκφραση και επικοινωνία
7. Εργασία και διασκέδαση
8. Ικανοποιητικός ύπνος
9. Έλεγχος θερμοκρασίας
10. Κινητοποίηση
11. Ασφαλές περιβάλλον κατά το τελικό στάδιο
12. Ψυχική ισορροπία
13. Έκφραση θρησκευτικών αναγκών
14. Σεξουαλική δραστηριότητα

Η διαπίστωση και η καταγραφή των αναγκών αυτών θα δώσει τη δυνατότητα για την επίλυσή τους ειδικότερα για τα επιμέρους



προβλήματα. Η νοσηλευτική φροντίδα θα πρέπει να έχει τους παρακάτω στόχους:

- ☞ Αναπνευστικό
- ☞ Προβλήματα Αίτια
- ☞ Δύσπνοια πνευμονία
- ☞ Βήχας Σάρκωμα Kaposi
- ☞ Ταχύπνοια Αναιμία
- ☞ Κυάνωση

#### Αντικειμενικοί στόχοι:

- ☞ Κατά το δυνατόν καλλύτερη αναπνευστική λειτουργία
- ☞ Καταπράυνση βήχα
- ☞ Καλή οξυγόνωση

Απαραίτητο να εκτιμώνται η διανοητική κατάσταση του ασθενούς, να ελέγχονται τα ζωτικά του σημεία, να μετρώνται τα αέρια αίματος και η παραγωγή πτυέλων.

Η θέση του αρρώστου θα πρέπει να είναι αυτή που διευκολύνει κατά το δυνατόν την αναπνοή. Η χορήγηση  $O_2$  θα καθορίζεται από την κατάσταση και τις απαιτήσεις. Αναγκαίο επίσης είναι να γίνεται αναπνευστική γυμναστική και διδασκαλία του αρρώστου ώστε να βήχει και να αναπνέει σωστά. Όταν υπάρχει σοβαρό αναπνευστικό πρόβλημα απαιτείται αναρρόφηση πτυέλων αφού ληφθούν όλα τα προστατευτικά μέτρα [γάντια, μάσκα κλπ].

Επί χορηγήσεω  $O_2$  η ξηρότητα των βλεννογόνων είναι συχνή και απαιτεί πλήση του στόματος με νερό ή αρωματισμένο διάλυμα ανά ώρα. Εάν χρησιμοποιείται ρινικός καθετήρας πρέπει ο βλεννογόνος να προστατεύεται με ειδικές αλλοιφές.

Η επανεκτίμηση του αρρώστου θα πρέπει να γίνεται συχνά τόσο για τον έλεγχο της απόδοσης της νοσηλευτικής φροντίδας όσο και για τον έλεγχο πιθανών νέων λοιμώξεων του αναπνευστικού.

## ☞ Ενυδάτωση

- |  |  |
|--|--|
| 1. Προβλήματα  | Αίτια  |
| 2. Αφυδάτωση   | Ανεπαρκής πρόληψη υγρών<br>(δυσφαγία, κώμα, λήθαργος)<br>Απώλεια υγρών<br>(διάρροια, ναυτία, εμετοί,<br>υπέρπνοια, πυρετός). |
| 3. Ηλεκτρολυτικές διαταραχές (διάρροια, ναυτία, εμετοί). |  |

## ☞ Αντικειμενικοί στόχοι:

1. Διόρθωση αφυδάτωσης και ηλεκτρολυτικών διαταραχών
2. Διατήρηση ενυδάτωσης και ηλεκτρολυτικής ομοιόστασης.

Καθημερινό ζύγισμα του αρρώστου και ακριβής καταγραφή προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών είναι απαραίτητη. Χορηγούνται υγρά σε συχνά διαστήματα από το στόμα, ιδίως όταν ο άρρωστος πυρέσσει, ενώ σε ειδικές περιπτώσεις απαιτείται και η ενδοφλέβια χορήγησή τους. Παράλληλα πρέπει να γίνεται συχνή μέτρηση των ηλεκτρολυτών και προσθήκη τους στα υγρά ανάλογα με το έλλειμα. Επί υποκαλιαιμίας είναι φρόνιμο να γίνεται παρακολούθηση του καρδιακού ρυθμού με μόνιτορ.

## ☞ Διατροφή

- |                                    |  |
|------------------------------------|--|
| Προβλήματα                         | Αίτια  |
| 1. Απώλεια βάρους                  | Καταβολισμός σχετιζόμενος  |
| 2. Περαιτέρω σοβαρή απώλεια βάρους | Αυξημένος καταβολισμός βάρους<br>πυρετός, ναυτία, εμμετοί, έκδηλη<br>ανορεξία,δυσφαγία, δυσαπορρόφηση<br>σάρκωμα Karosi στο γαστρεντερικό. |

### ☞ Αντικειμενικοί στόχοι:

1. Σωστή διατροφή
2. Πρόληψη περαιτέρω απώλειας βάρους
3. Προσπάθεια αύξησης βάρους.

Θα πρέπει να λαμβάνεται διαιτητικό ιστορικό, συμπεριλαμβανομένων συμπαθειών και αντιπαθειών και ανοχής τροφών.

Εκτιμάται ο άρρωστος για σημεία πλημμελούς θρέψης μέσω των ακόλουθων: ύψους, βάρους, ηλικίας, επιπέδων πρωτεΐνης ορού και τρανσφερίνης αιμοσφαιρίνης, αιματοκρίτη, απώλειας δερματικής αντιδραστικότητας και αθροιστικών μετρήσεων.

Γίνεται εκτίμηση των παραγόντων που παρεμποδίζουν την στοματική πρόληψη. Θα πρέπει ο άρρωστος να συνεργάζεται με διαιτολόγο για να προσδιορίζονται οι θρεπτικές ανάγκες του.

Ο άρρωστος θα πρέπει να διδάσκεται τρόπους συμπλήρωσης θρεπτικής αξίας των γευμάτων: να καταναλώνει τροφή πλούσιες σε πρωτεΐνη [κρέας, ψάρι, όσπρια, προϊόντα γάλακτος] και υδατάνθρακες [αμυλώδη, φρούτα, γλυκά].

Κατόπιν ιατρικής οδηγίας θα πρέπει να χρησιμοποιείται τεχνητή διατροφή ή παρεντερική θρέψη. Συνεργασία με κοινωνικό λειτουργό για να βρεθούν μέσα για παροχή οικονομικής βοήθειας, αν ο άρρωστος δεν έχει την οικονομική δυνατότητα να αγοράσει τρόφιμα .

### ☞ Διούρηση - Κενώσεις

Προβλήματα	Αίτια
1. Διάρροια	Ευκαριακές λοιμώξεις Σάρκωμα Kaposi στο γαστρεντερικό
2. Ολιγουρία	Αφυδάτωση
3. Ακράτεια	Σύγχυση, τελικά στάδια νόσου.

### ☞ Αντικειμενικοί στόχοι

1. Έλεγχος - περιορισμός συνεπειών διάρροιας ή ακράτειας
2. Έλεγχος λοιμώξεων γαστρεντερικού
3. Διόρθωση διαταραχών ύδατος.

Επιβάλλεται μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών και της συχνότητας των κενώσεων. Επί συχνών διαρροϊκών κενώσεων καλό είναι να διατίθεται μοναχικό δωμάτιο με ιδιαίτερη τουαλέτα. Αν ο άρρωστος δεν είναι περιπατητικός απαιτείται η χρήση ειδικής πάνας. Επί ακράτειας ούρων ενδεχομένως η χρήση εξωτερικών καθετήρων βοηθά στον περιορισμό του προβλήματος. Εάν η διάρροια είναι έντονη υπάρχει κίνδυνος αφυδάτωσης του αρρώστου, επομένως είναι αναγκαία η συχνή παρακολούθηση των χορηγούμενων υγρών και ενδεχομένως τροποποίηση του διαιτολογίου.

Η φροντίδα του δέρματος είναι βασικό στοιχείο σωστής νοσηλευτικής φροντίδας για τα προβλήματα της διάρροιας και της ακράτειας. Πρέπει να παραμένει καθαρό και στεγνό και να ελέγχεται συχνά για κατακλύσεις σύμφωνα με την κλίμακα Νόρτον.

### ☞ Έλεγχος θερμοκρασίας σώματος

#### Προβλήματα

1. Πυρετός - Νυκτερινοί ιδρώτες

#### Αίτια

Ευκαιριακές λοιμώξεις

### ☞ Αντικειμενικοί στόχοι

1. Φυσιολογική θερμοκρασία
2. Άνεση αρρώστου.

Τακτική και συχνή παρακολούθηση της θερμοκρασίας και των ζωτικών σημείων είναι απαραίτητη για την παρακολούθηση της εξέλιξης του αρρώστου αλλά και για το ενδεχόμενο νέων λοιμώξεων. Απαιτείται καλή ενυδάτωση και διατροφή, επειδή παρατεταμένη πυρεξία προκαλεί αυξημένες διεργασίες.

### ☞ Ατομική υγιεινή ένδυση

#### Προβλήματα

1. Κακή στοματική υγιεινή
2. Ανεπαρκής υγιεινή σώματος

#### Αίτια

- Αφυδάτωση
- Λοιμώξεις
- Λήθαργος
- Σύγχυση
- Ακράτεια
- Ακινησία

### ☞ Αντικειμενικοί στόχοι

1. Διατήρηση καλή στοματικής υγιεινής
2. Εξασφάλιση ακαιρεότητας και καθαριότητας δέρματος
3. Προστατευτικοί φραγμοί «άτομο-περιβάλλον».

Η καθημερινή σχολαστική φροντίδα του στόματος είναι απαραίτητη κυρίως μετά από κάθε γεύμα. Επί ξηροστομίας ή δυσσομίας μπορεί να χρησιμοποιηθούν διαλύματα πλύσεως του στόματος. Επί μυκητιάσεως θα πρέπει να εφαρμοστεί η κατάλληλη αγωγή.

Καθημερινό λουτρό καθαριότητας είναι απαραίτητο ιδίως επί πυρετού και εντόνων νυκτερινών επιδρώσεων. Εάν ο άρρωστος είναι κατακεκλιμένος ή έχει κατακλίσεις απαιτείται ειδική φροντίδα με αντιβακτηριακά σκευάσματα για πρόληψη δευτερογενών λοιμώξεων.

### Εργασία - Διασκέδαση

#### Προβλήματα

1. Οικονομική δυσχέρια
2. Πνευματικές-Διανοητικές διαταραχές

#### Αίτια

- Απώλεια εργασίας
- Πλήξη, συμμετοχή Κ.Ν.Σ
- Αίσθημα μοναξιάς

### Αντικειμενικοί στόχοι

1. Αξιολόγηση λειτουργικής ικανότητας [Karnofsky]
2. Εξασφάλιση πρόσβασης σε οικονομικές πηγές

### 3. Ελαχιστοποίηση συνεπειών μοναξιάς, πλήξης κλπ.

Η επίδραση της απουσίας από την εργασία θα πρέπει να εκτιμάται και να διερευνάται η πιθανή αισθητική ανεπάρκεια, η φυσική ανικανότης του αρρώστου σαν αίτιο ή αποτέλεσμα της απομάκρυνσης από την εργασία. Το οικονομικό πρόβλημα είναι πολύ πιθανόν να αποτελεί ένα σοβαρό παράγοντα που δεν θα πρέπει να αγνοείται. Θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι συνήθειες, τα ενδιαφέροντα και τα χόμπυ του αρρώστου καθώς και οι σχέσεις του με το οικογενειακό, φιλικό ή άλλο περιβάλλον. Οι επισκέψεις επιτρέπονται και ενθαρρύνονται και ίσως ένα ελαστικό ωράριο αποδειχθεί χρήσιμο ενώ πρέπει να ενθαρρύνεται να ασχολείται με τα χόμπυ του.

#### Ανάπαυση - Ύπνος

##### Προβλήματα

##### Αίτια

#### 1. Αϋπνία

Πόνος, άγχος, ανησυχία

#### Αντικειμενικοί στόχοι.

1. Εξασφάλιση περιόδων συνεχούς ύπνου
2. Καταβάλλεται προσπάθεια να ακολουθηθεί το ωράριο και οι συνήθειες του αρρώστου στην ανάπαυση και τον ύπνο.

Εφόσον υπάρχει ανάγκη ενδείκνυται η χορήγηση ηρεμιστικών ή ήπιων υπνωτικών.

#### ♣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

##### Προβλήματα

##### Αίτια

- |  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| 1. Ανάγκη για τροποποίηση σεξουαλικής δραστηριότητας | Προσβολή από το Aids<br>Λοιμώξεις |
| 2. Απώλεια Λίμπιντο                                  | Εξέλιξη της νόσου                 |
| 3. Εγκατάσταση μη ασφαλών                            | Ενοχή                             |

σεξουαλικών δραστηριοτήτων

Εσωστρέφεια

Ανθρωποφοβία

4. Θλίψη λόγω απώλειας

Αλλαγή στην εμφάνιση

σεξουαλικότητας

Απώλεια ερωτικού συντρόφου

Αντικειμενικοί στόχοι.

1. Βοήθεια στην αλλαγή σεξουαλικής έκφρασης

2. Πληροφόρηση για ασφαλή σεξουαλική δραστηριότητα.

Θα πρέπει να διατυπωθεί η διάθεση και η συμπεριφορά του αρρώστου όσον αφορά την σεξουαλική του δραστηριότητα, αλλά και οι γνώσεις του σχετικά με ασφαλείς σεξουαλικές δραστηριότητες.

Πολλοί άρρωστοι αισθάνονται ένοχοι για την προηγούμενη σεξουαλική τους ζωή, αντιδρώντας με ποικίλους τρόπους από την κατάχρηση φαρμάκων και οινόπνεύματος μέχρι την πλήρη διακοπή οποιαδήποτε σχέσεως, χωρίς να παραβλέπεται και η πιθανότητα να αναπτυχθεί η διάθεση εκ μέρους του αρρώστου να μολύνει και άλλους. Στη τελευταία περίπτωση η κατάλληλη προσέγγιση είναι απαραίτητη, όπως επίσης απαραίτητη πολύ συχνά είναι και η παρέμβαση ψυχολόγου. Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις οι άρρωστοι είναι πρόθυμοι να τροποποιήσουν την σεξουαλική τους συμπεριφορά. Αυτό θα είναι ευκολότερο αν η προσπάθεια εκ μέρους του νοσηλευτού είναι συνεπής, πειστική και εφ'όσον προηγηθεί κατάλληλη προσέγγιση του αρρώστου, ώστε να αποκτήσει εμπιστοσύνη.

Έτσι είναι βέβαιο ότι η σεξουαλική δραστηριότητα του αρρώστου δεν απαγορεύεται αλλά γίνεται ασφαλής τόσο για τον ίδιο όσο και για τους άλλους.

♣ Τελικό στάδιο

Προβλήματα

Αίτια

1. Φόβος, άγχος, μοναξιά

Αναμενόμενος θάνατος

2. Φυσικά προβλήματα λόγω

τρόπος θανάτου, απώλεια

θανάτου από Aids.

- |  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| 3. Ανικανότητας προσαρμογής στον επικείμενο θάνατο | Παθοφυσιολογία της νόσου<br>Φόβος |
|--|-----------------------------------|

#### ☞ Αντικειμενικοί στόχοι

1. Μείωση, έλεγχος φυσικών προβλημάτων που συνοδεύουν τον θάνατο από Aids.
2. Ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου ανάλογα με την ψυχολογική του κατάσταση.

Το τελικό στάδιο της νόσου συνοδεύεται με προβλήματα και συμπτώματα όπως πόνος, βήχας, δύσπνοια, πυρετός, δυσφαγία, ναυτία, εμμετοί, κατακλύσεις, σύγχυση κλπ.

Καθήκον του νοσηλευτού είναι εκτός της αντιμετώπισης των πιο πάνω, να διαπιστώσει με όσο το δυνατόν διακριτικό τρόπο τις γνώσεις του αρρώστου για την αναπόφευκτη κατάληξη της νόσου του, τις αντιδράσεις του και την ψυχολογική του κατάσταση. Εάν η κατάσταση του αρρώστου το επιτρέπει μπορεί να συζητηθούν, πάντοτε με διακριτικό τρόπο, ορισμένες τελικές επιθυμίες του όπως π.χ ποιοι επιθυμεί να ειδοποιηθούν όταν επέλθη το μοιραίο, αν έχει διαθήκη κλπ. Στην τελευταία περίπτωση ο νοσηλευτής θα πρέπει να απέχει από κάθε είδους ανάμειξη.

Είναι φυσικό ο άρρωστος να είναι έντονα φορτισμένος ψυχολογικά και αυτό αποτελεί ένα άλλο πεδίο δράσης για το νοσηλευτή, που θα πρέπει με κάθε τρόπο να βοηθήσει και στηρίξει ψυχολογικά τον άρρωστο μέχρι την τελευταία στιγμή, διευκολύνοντας παράλληλα την έκφραση των θρησκευτικών επιθυμιών του όπως τούτο ζητάται.

«Στην μεταβαλλόμενη και αναπτυσσόμενη ατμόσφαιρα φροντίδας αρρώστων με Aids, έχουμε ακόμη πολλά να μάθουμε. Είναι μια συνεχώς εξελισσόμενη διαδικασία. Καθώς η επιδημία εξαπλούται...πρέπει να



ενεργοποιηθούμε και να σχεδιάζουμε χωρίς να περιμένουμε να αντιδράσουμε, συχνά ανεπαρκώς, σε κατάσταση ανάγκης .

## **7.7 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ**

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

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

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

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

Νοσηλεύοντας τον άρρωστο διδάσκει τους οικείους τα μέτρα προφύλαξης όταν φροντίζουν τον άρρωστο τους. Προκειμένου για ασθενή με Aids ισχύουν τα ίδια μέτρα όπως όταν φροντίζει ο άρρωστος στο νοσοκομείο σχετικά με το πότε χρειάζεται ποδιά, μάσκα, γάντια, για

το πλύσιμο του ιματισμού στο πλυντήριο ή στο χέρι, το πλύσιμο των πιάτων, τη χρησιμοποίηση κοινού μπάνιου και τουαλέτας. Δίνει στην οικογένεια το ενημερωτικό φυλλάδιο που κυκλοφορεί και αναφέρει τις πρακτικές οδηγίες με λεπτομέρεια. Εξασφαλίζει προτεραιότητες προκειμένου να μειώσει την ταλαιπωρία του αρρώστου π.χ ρυθμίζει επείγουσες ιατρικές ή εργαστηριακές εξετάσεις, προετοιμάζει τον άρρωστο για εισαγωγή σε κλινική ημέρας για να υποβληθεί σε έλεγχο.

Σημαντικός είναι ο ρόλος της όταν συμβεί ο θάνατος στο σπίτι. Σε αντίθεση με τον αρχικό σκοπό της νοσηλείας στο σπίτι, που είναι η διατήρηση και παράταση ζωής, έρχεται ο θάνατος. Οι αντιδράσεις του αρρώστου ποικίλουν από αγωνία και κατάθλιψη μέχρι συμφιλίωση και αποδοχή της ιδέας του θανάτου. Βέβαια όταν ο άρρωστος αντιμετωπίζει το θάνατο στο σπίτι πλαισιωμένος από την παρουσία των δικών του, η αντιμετώπιση του θανάτου είναι λιγότερο οδυνηρή.

Με την εφαρμογή του θεσμού είναι ευκολονόητα τα οφέλη:

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

Μέσα από το άρθρο 15 του Νόμου 1397 προβλέπεται να λειτουργήσει ο θεσμός μέσα από τα κέντρα Υγείας. Βεβαίως χρειαζόμαστε ανθρώπινο δυναμικό, αλλά και νέο πνεύμα δουλειάς. Ο νόμος. Κέντρα Υγείας υπάρχουν, σε μας μένει να πάρουμε τη δύναμη της Νοσηλευτικής στα χέρια μας και να τη βγάλουμε κι έξω από το γνωστό και εύκολο για όλους χώρο του νοσοκομείου και να σταθούμε στο πλευρό της ελληνικής οικογένειας που δεν θα αρνηθεί να φροντίσει και

τον άρρωστο με Aids, όπως δεν αρνήθηκε τη φροντίδα του αρρώστου με καρκίνο, φυματίωση ή άλλο χρόνια νόσημα <sup>25</sup>.

## 7.8 ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ AIDS ΕΚΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

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

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

1. Ιατρική συγκατάθεση
2. Οργανωμένη υπηρεσία για φροντίδα στο σπίτι («οίκοι Νοσηλεία»)
3. Η οικονομική κατάσταση της οικογένειας
4. Δυνατότητα παραχώρησης μοναχικού δωματίου
5. Η προσαρμογή της οικογένειας στο νέο πρόγραμμα ζωής.
6. Οι ψυχολογικές επιπτώσεις αρρώστου - οικογένειας.

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

- ❖ Στην ατομική υγιεινή [σχολαστικός καθαρισμός χεριών πριν και μετά τα γεύματα, καθαρισμός στοματικής κοιλότητας κλπ].
- ❖ Στα προσωπικά αντικείμενα του αρρώστου [π.χ οδοντόβουρτσες, ξυριστικές λεπίδες κλπ] που είναι αυτονόητο ότι δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται από άλλους.
- ❖ Στα είδη εστίασεως που πρέπει να πλένονται κατά το συνήθη τρόπο και στη συνέχεια να παραμένουν σε διάλυμα χλωρίνης 10% για δεκαπέντε λεπτά τουλάχιστον.
- ❖ Στον ακάθαρτο ιματισμό που πρέπει να πλένεται στο πλυντήριο στους 90 βαθμούς κελσίου ή στο χέρι, υπό την προϋπόθεση ότι θα

χρησιμοποιούνται γάντια οικιακής χρήσης για την αποφυγή μόλυνσης μέσω αμυχών του δέρματος. Δίνονται συμβουλές στους οικείους να αποφεύγουν τα καθαριστήρια.

- ❖ Στα έπιπλα για τα οποία δεν χρειάζεται ειδική φροντίδα ενώ για τα ιατρικά μηχανήματα ή συσκευές ισχύουν ότι για το Νοσοκομείο.
- ❖ Τα αιχμηρά αντικείμενα συλλέγονται με προσοχή προς αποφυγή ατυχημάτων και καίγονται με τα υπόλοιπα απορρίματα, εφόσον είναι δυνατό [μονοκατοικίες, επαρχιακές πόλεις κλπ]. Στις μεγάλες πόλεις τα μολυσμένα απορρίματα, καλά κλεισμένα πρέπει να παραδίδονται στο αυτοκίνητο συλλογής απορριμάτων την τελευταία στιγμή.
- ❖ Στην πρόληψη διασποράς βιολογικών υγρών και στην καθαριότητα του χώρου, ισχύει ότι και στο Νοσοκομείο.

Με τον τρόπο αυτό και τη σωστή πληροφόρηση ελπίζεται ότι μπορεί να επιτευχθεί σωστή φροντίδα αρρώστων στο οικείο περιβάλλον τους, με τη σχετική ασφάλεια υγείας, έτσι ώστε και τα νοσοκομεία να αποσυμφορηθούν αλλά και ο άρρωστος να έχει πραγματικά ανθρώπινη και αξιοπρεπή μεταχείριση ως το τέλος <sup>26</sup>.

## **7.9 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ - ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ AIDS.**

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

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

- ✚ Να παρακολουθείται από γιατρό κι αν είναι συμπτωματικός.
- ✚ Να αναφέρει έγκαιρα τυχόν σημεία Aids δηλαδή πυρετό, απώλεια βάρους, διόγκωση λεμφαδένων στο λαιμό και στις μασχάλες, επίμονο βήχα ή διάρροια.
- ✚ Να μην έχει κοινές με άλλους ξυριστικές λεπίδες και οδοντόβουρτσες.
- ✚ Να μην προσφέρει ποτέ αίμα σαν αιμοδότης ή όργανά του για μεταμόσχευση.
- ✚ Να μην χρησιμοποιεί κοινές σύριγγες και βελόνες.
- ✚ Να ενημερώνει το γενικό του γιατρό και τον οδοντίατρο του για την κατάστασή του, ώστε να παίρνουν τις απαραίτητες προφυλάξεις. 25

*ЖЕФЛАЛЛО*

**8**

## 8.1 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΡΡΩΣΤΩΝ

Τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα των αρρώστων με Aids απορρέουν από την αδυναμία αντιμετώπισης του άγχους, που σχετίζεται με τη διάγνωση, την πρόγνωση, τη θεραπεία, το πιθανό οικογενειακό και κοινωνικό σκάνδαλο και τα ανεπαρκή υποστηρικτικά συστήματα. Τα συνηθέστερα προβλήματα που παρουσιάζει ο άρρωστος είναι:

- απόρριψη, αποξένωση
- μόνωση, αυτο-υποτίμηση
- απώλεια δυνάμεων, ρόλων, αυτονομίας
- φόβοι, ενοχές, ιδέες αυτοκτονίας
- απελπισία, άγχος, κατάθλιψη
- αμείλικτα ερωτήματα: γιατί ο πόνος, η αρρώστια, ο θάνατος;
- υπαρξιακή αγωνία

Ο άρρωστος παθαίνει ψυχικό σοκ και δοκιμάζει έντονο φόβο. Βλέπει τη διάγνωση ότι έχει Aids, τον προάγγελο του θανάτου του. Αισθάνεται έντονο άγχος που επηρεάζει αρνητικά την απόδοση και τη συνέπεια στις υποχρεώσεις του. Μπορεί να αρνείται, να μην παραδέχεται τη διάγνωση, να επιμένει π.χ ότι έχει πνευμονία. Αισθάνεται ενοχή για τον τρόπο ζωής του και για την πιθανότητα να έχει μολύνει τη σύζυγό του και άγνωστο αριθμό φίλων ή τοξικομανών συντρόφων του. Επίσης, μπορεί να αισθάνεται ότι είναι βάρος συναισθηματικό και οικονομικό στην οικογένειά του, αν αυτή συνεχίζει να τον υποστηρίζει και να τον περιποιείται. Ακόμη, αισθάνεται ντροπή για τη σωματική και νοητική του κατάρρευση, που ο ίδιος προκάλεσε με τη ριψοκίνδυνη συμπεριφορά του, και για αυτό μπορεί να αποσυρθεί από κοινωνικές επαφές και δραστηριότητες. Αυτή η απόσυρση πιθανόν να είναι τρόπος αυτοπροστασίας από το φόβο της απόρριψης εκ μέρους του περιβάλλοντος ή

μπορεί να είναι σύμπτωμα μελαγχολίας, συνοδευόμενο και από ανορεξία, σωματική εξάντληση και περιορισμό επικοινωνίας με το περιβάλλον. Μερικοί άρρωστοι καταφεύγουν στα ναρκωτικά και στο οινόπνευμα. Συνήθης είναι και η τάση αυτοκτονίας και ορισμένοι έχουν αυτοκτονήσει.

Εξάλλου, η διάγνωση μπορεί να υποχρεώσει τον άρρωστο να ομολογήσει ότι ήταν ομοφυλόφιλος στην οικογένειά του, η οποία το ακούει με φόβο, θυμό, και απέχθεια. Και το κοινωνικό σύνολο τον αποστρέφεται και τον εξοστρακίζει για αυτό. Από την ίδια απόρριψη υποφέρει και το άτομο που μολύνθηκε με τον ιο HIV από ενδοφλέβια λήψη ναρκωτικών με μολυσμένες βελόνες.

Ο άρρωστος έχει το αίσθημα της απώλειας των δυνάμεών του, της σωματικής του ακαιρεότητας, του ελέγχου του εαυτού του και της αρρώστιας του, της αυτονομίας του, αλλά και της ίδιας του της ζωής του. Ο άρρωστος με Aids απειλείται και από τη χαλάρωση ή την απώλεια των στενών προσωπικών του σχέσεων, λόγω του υψηλού κινδύνου μετάδοσης της λοίμωξης, στην ή στο σύζυγο, αλλά και λόγω αδυναμίας των δικών του να ανταποκριθούν στις ψυχικές, σωματικές και οικονομικές απαιτήσεις της αρρώστιας του. Είναι πιθανή και η διάσπαση μέσα στην οικογένεια. Ένα ή δύο μέλη συνεχίζουν να ενδιαφέρονται, να αγαπούν και να περιποιούνται το αγαπημένο τους πρόσωπο που έχει Aids, ενώ τα υπόλοιπα μέλη τον εγκαταλείπουν, ίσως για να εκφράσουν την απόρριψη του τρόπου ζωής του ή για να αποφύγουν το κοινωνικό στίγμα. Με άλλα λόγια, οι αντιδράσεις των συγγενών μπορεί να κινούνται ανάμεσα σε δύο πόλους: ο ένας είναι η υπερπροστασία και ο άλλος η απόρριψη, η απομόνωση και η αποξένωσή του πάσχοντος.

Είναι ευνόητο γιατί η απόφαση του αρρώστου να πει ή να μην πει ότι έχει Aids τότε και σε ποιους, δεν είναι εύκολη υπόθεση. Αν το πει, μπορεί να έχει απρόβλεπτες συνέπειες. Αν πάλι δεν το πει πουθενά, είναι



σαν να κλείνεται και να ζει μέσα σε ένα «συρτάρι». Θα τα βγάλει πέρα μόνος του; Ένας άρρωστος μόλις υποπτεύθηκε ότι είχε Aids, άρχισε να παρακαλεί τη νοσηλεύτρια να μην το πει σε κανένα, ούτε στη σύζυγό του. Κάποιος άλλος όταν έμαθε ότι είχε Aids, έκανε πλήθος τηλεφωνημάτων σε φίλους και συναδέλφους για να βεβαιωθεί ότι θα έχει την αποδοχή και την υποστήριξή τους. Πράγματι διάφοροι άρρωστοι αντιδρούν στην ίδια αρρώστια με διαφορετικό τρόπο και δεν πρέπει να περιμένει κανείς ομοιότητα αντιδράσεων μεταξύ των αρρώστων.

Σοβαρό κοινωνικό πρόβλημα είναι και η απώλεια εργασίας. Μερικοί άρρωστοι απολύθηκαν από την εργασία τους. Αλλά και αν δεν συμβεί αυτό, σε κάποιο σημείο της πορείας της νόσου - αρκετά νωρίς- πρέπει να παραιτηθούν. Αυτό το αίσθημα της αχρηστίας, της απραξίας και της αναγκαστικής εξόδου στο περιθώριο μειώνει σημαντικά την αυτοεκτίμηση και το ηθικό του αρρώστου. Η εργασία γενικώς υποστηρίζει το αίσθημα της αυτό-αξίας. Χωρίς εργασία, ο ενήλικος χάνει την ανεξαρτησία του και την αυτονομία του, δύσκολα μπορεί να δικαιολογήσει το δικαίωμά του στο σεβασμό των άλλων και τη θέση του στην κοινωνία.

Το Aids όμως, εκτός των όσων αναφέρθηκαν, προκαλεί στον άρρωστο υπαρξιακή αγωνία. Αμείλικτα ερωτήματα τον κατακλύζουν: Γιατί ο πόνος; Γιατί η αρρώστια; Γιατί ο θάνατος; Παλεύει ο άρρωστος να βρει το νόημα της ζωής και το νόημα του θανάτου. Μπορεί να βγει κανένα καλό από αυτήν την αρρώστια; Και, όπως όλοι οι άνθρωποι και αυτός διακατέχεται από τον ίδιο πόθο: να ζήσει με αξιοπρέπεια και ακεραιότητα και να πεθάνει με ειρήνη και αρμονία εντός του και με αυτούς που αγαπά. Εντούτοις πολλοί άρρωστοι με Aids ομολογούν ότι ο θάνατος δεν είναι ο μεγαλύτερος πόνος για αυτούς. Το τραγικότερο είναι ότι η αγωνία του θανάτου συνοδεύεται και από τον κοινωνικό φόβο της

αυστηρής κριτικής, του εξοστρακισμού, της εγκατάλειψης και της αποξένωσης.

Υπάρχουν βέβαια και άλλες μαρτυρίες. Μέσα στα άδυτα της ψυχής ορισμένων αρρώστων πολλές φορές διαδραματίζεται μια τεκτονική αναμόχλευση και μεταστοιχείωση και γίνονται τέτοιοι αξιολογικοί μετασχηματισμοί, ώστε να βγαίνουν αναγεννημένοι πνευματικώς με ψυχικό σθένος, έτοιμοι να διδάξουν οι ίδιοι στην κοινωνία πως προσλαμβάνεται αποτελεσματικά το Aids. Οι νοσηλεύτριες και οι νοσηλευτές συχνά γίνονται σιωπηλοί παραστάτες και μάρτυρες τέτοιων ψυχικών αναγεννήσεων στους αρρώστους, και στη χώρα μας και στο εξωτερικό.

Αν ο άρρωστος με το Aids είναι παιδί, η οικογένεια αντιμετωπίζει την κοινωνική απομόνωση και αισθάνεται μειονεκτικότητα, ενοχή και γονική ανεπάρκεια, ιδιαίτερα η μητέρα. Το παιδί φθάνει στο σημείο να αισθάνεται αδύνατο, αβοήθητο εξαρτημένο και φοβισμένο. Με αυτό το ψυχικό κλίμα, πως να αναπτυχθεί;

Το ζήτημα είναι πως μπορεί η νοσηλευτική να συμβάλλει στην ψυχική αναστήλωση και στην κοινωνική αποδοχή των αρρώστων αυτών;

## **8.2 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ**

Η ψυχοκοινωνική νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου με Aids είναι πολυδιάστατη. Επιδιώκεται με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας. Δηλαδή:

- Αξιολογούνται τα προβλήματα, οι αντιδράσεις, οι ανάγκες και τα θετικά στοιχεία του αρρώστου.
- Διατυπώνονται σχετικοί νοσηλευτικοί σκοποί, προγραμματίζεται και εφαρμόζεται ψυχοκοινωνική νοσηλευτική

φροντίδα, βάσει ευρημάτων της αξιολόγησης. Οι κυριότερες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις είναι:

- ❖ Ολιστική φροντίδα με άνευ όρων αποδοχή του αρρώστου
  - ❖ Ανοικτός νοσηλευτικός διάλογος
  - ❖ Ψυχοθεραπευτική ακρόαση
  - ❖ Παρουσία με ενδιαφέρον και κατανόηση
  - ❖ Υποστήριξη των θετικών στοιχείων
  - ❖ Προστασία των δικαιωμάτων του αρρώστου
  - ❖ Διδασκαλία αυτοφροντίδας και ψυχικής υγείας
  - ❖ Σύνδεση με υποστηρικτικά συστήματα
- Ακολουθούν μελέτη και έρευνα σχετικώς με τις κλινικές νοσηλευτικές εφαρμογές για την αναπροσαρμογή, την τελειοποίηση και τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητά τους. Οι άρρωστοι με Aids αγωνιούν και περιμένουν ελπιδοφόρα ευρήματα, όχι μόνον από τις ιατρικές αλλά και από τις νοσηλευτικές έρευνες.

Τώρα παρουσιάζεται η μοναδική ευκαιρία να δείξουμε τι αξίζει η νοσηλευτική. Τώρα που η θεραπεία δεν βρέθηκε ακόμη και υπάρχει μόνο φροντίδα. Νοσηλευτική σημαίνει φροντίδα. Φροντίδα υψηλού επιπέδου, φροντίδα αμερόληπτη σε κάθε άρρωστο, ανεξαρτήτως φύλλου, θρησκείας, καταγωγής, τρόπου ζωής και αρρώστιας. Ο άρρωστος ως άνθρωπος έχει ατίμητη αξία, ασυγκρίτως ανώτερη από τη συμπεριφορά του ή την αρρώστια του.

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η ανθρωπότητα στην μακροχρόνια ιστορία της αντιμετώπισε καταστροφικές επιδημικές ασθένειες. Ήρθαν και κάποτε πέρασαν. Και τότε υπήρχε φόβος, πανικός, και εκδηλώσεις υστερίας. Δεν πρέπει να μείνουμε άπραγοι. Αλλωστε, ούτε τότε έμειναν. Η διαφορά είναι ότι ουδέποτε τα ηθικά δεοντολογικά προβλήματα ήταν τόσο μεγάλα και περίπλοκα, όπως είναι τώρα με το Aids.

Η μοιρολατρική κατάθεση των όπλων μέσα από την απόδειξη «*Να μάθουμε να ζούμε με το Aids όπως και με τόσα άλλα*», να παραμεριστεί και να αντικατασταθεί από τον θετικό αγώνα για την αντιμετώπιση αυτής της παγκόσμιας απειλής εναντίον του ανθρώπινου γένους. Διότι το Aids «*σημάδεψε την ζωή όλων μας*».

Ευελπιστούμε να έρθει κάποτε η ώρα που θα επιτρέψει στην ανθρωπότητα να πει «*Μπόρα ήταν και πέρασε*» ή «*Είχα και εγώ κάποτε Aids*». Μέχρι τότε όμως οφείλουμε να παλεύουμε.

Η επιστήμη εργάζεται όσο καμιά άλλη φορά σκληρά. Ουδέποτε αφιερώθηκαν τόσοι πολλοί πόροι ή δούλεψαν τόσοι επιστήμονες για μια και μόνο ασθένεια, για να επιτευχθεί η τόσο ποθητή μετάλλαξη του ιού, η οποία θα τον καταστήσει ακίνδυνο πλέον για τον άνθρωπο. Αυτή όμως η δυνατότητα πρέπει να συνοδεύεται από μια απαραίτητη προϋπόθεση: *να γινόμαστε εμείς άνθρωποι ολοένα και πιο «άξιοι» για μια τέτοια «βούληση»*

**ΜΑΡΤΥΡΙΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ AIDS****ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Α  
ΓΕΝΙΚΟ ΚΡΑΤΙΚΟ ΝΙΚΑΙΑΣ**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:	Α.Κ
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:	15/03/1953 [52 ΕΤΩΝ]
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ:	28/11/2005
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΞΟΔΟΥ:	27/12/2005
ΚΑΤΑΓΩΓΗ:	ΑΘΗΝΑ - ΝΙΚΑΙΑ
ΕΙΔΗΓΕΙΑ:	ΕΡΓΟΛΑΒΟΣ ΟΙΚΟΔΟΜΩΝ
ΟΙΚ.ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:	ΕΓΓΑΜΟΣ. Η Σύζυγος HIV(-)
ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ:	Σ.Ε.Α.Α - ΕΜΠΥΡΕΤΟ- ΚΟΙΛΙΑΚΑ ΑΛΓΗ- ΔΙΑΡΡΟΙΕΣ ΑΠΟ 4ΗΜΕΡΟΥ
ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:	ΜΗΤΕΡΑ ΚΑΙ ΤΕΚΝΑ ΥΓΙΗΣ ΠΑΤΕΡΑΣ ΑΠΕΒΙΩΣΕ 85 ΕΤΩΝ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΣΤΟ ΠΑΓΚΡΕΑΣ

**ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ- ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΖΩΗΣ**

Χρήση αλκοόλ, καπνίζει, δεν κάνει χρήση τοξικών ουσιών. Χρονία ιγμορίτιδα, μυκτιάση στόματος [3-4] επεισόδια από το 1995. Ερπης ζωστήρ 1996. Διάγνωση HIV [+]. Ο ασθενής είναι γνωστός HIV (+) από το 2001 οπότε και νοσηλεύτηκε ένα μήνα στην Α' Παθολογική του γενικού Κρατικού Νίκαιας. Είναι σε αντιρετροϊκή αγωγή με AZT, 3TC και INDIVANIR. Έγινε CT κοιλίας όπου αναδείχθηκε φλεγμονώδης ενδοκοιλιακή μάζα. Προγραμματίστηκε ερευνητική Λαπαροτομία.

ΑΝΑΓΚΕΣ/ΠΡΟΒΛ. ΝΟΣΗΛ.ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜ/ΣΜΟΣ ΝΟΣ.ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ.ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Υψηλή πυρετική κίνηση και ρίγος [38-39 <sup>0</sup> C] που οφείλεται στην φυματίωση.	<p>Πτώση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα</p> <p>Μείωση των δυσμενών επιπτώσεων που προκαλεί ο πυρετός</p>	<p>Χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων.</p> <p>Ενίσχυση του οργανισμού με καλή διατροφή</p> <p>Καταγραφή της θερμοκρασίας του σώματος σε προγραμματισμένα χρονικά διαστήματα</p> <p>Ανακούφιση του Α. από το ρίγος</p> <p>Ακριβής μέτρηση και καταγραφή προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.</p> <p>Προστασία του Α από κρυολόγημα</p>	<p>Χορήγηση Iamp Aprotel I.M επί πυρετού κατόπιν εντολής ιατρού</p> <p>Χορήγηση υπερλευκωματού χου διαίτας</p> <p>Τρίωρη λήψη θερμοκρασίας</p> <p>Τοποθέτηση θερμοφόρας στα κάτω άκρα</p> <p>προσθήκη υγρισμού [κουβέρτας] με ελαφριά ενδυμασία του Α</p> <p>Χορήγηση ζεστών ροφημάτων</p> <p>Διενεργήθηκε δροσερό λουτρό σε θερμοκρασία πιο χαμηλή από αυτή του σώματος κατά 1<sup>0</sup> C.</p> <p>Μέτρηση ανά εξάωρο των προς-λαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.</p> <p>Διατήρηση της σωστής θερμοκρασίας μέσα στο θάλαμο, αποφυγή έκθεσης του Α. σε ρεύματα αέρα</p> <p>Συχνή αλλαγή λευχειμάτων και ρουχισμού.</p> <p>Ενθάρρυνση του Α. να λαμβάνει άφθονη ποσότητα υγρών</p> <p>Συστηματική περιποίηση της στοματικής κοιλότητας</p>	<p>Η υψηλή πυρετική κίνηση ετέθη υπό έλεγχο (36,8<sup>0</sup> C)</p> <p>Η λειτουργικότητα του Α.εντάσσεται σε ικανοποιητικά επίπεδα.</p>

ΑΝΑΓΚΕΣ/ΠΡΟΒΛ. ΝΟΣΗΛ.ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜ/ΣΜΟΣ ΝΟΣ.ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ.ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Κοιλιακά άλγη πιθανώς οφειλόμενα σε γαστρεντερίτιδα	<p>Ανακούφιση του Α από τον πόνο.</p> <p>Εξασφάλιση της άνεσης του Α.</p> <p>Προαγωγή της αυτονομίας του.</p> <p>Οι παραπάνω σκοποί πραγματοποιούνται επί καθημερινής βάσεως</p>	<p>Χορήγηση παυσίπονων φαρμάκων κατόπιν ιατρικής οδηγίας</p> <p>Τοποθέτηση του Α. σε θέση Ημι-Flower.</p> <p>Παρότρυνση του Α. στην εκτέλεση των βιολογικών του αναγκών</p> <p>Συνενόηση με τους θεράποντες ιατρούς για εκτέλεση των απαραίτητων εργαστηριακών εξετάσεων</p>	<p>Επί πόνου έγινε μία lamp Apotel I.M</p> <p>Τοποθετήσαμε τον Α σε θέση ημι-flower, 2 φορές την μέρα, επί 1 ώρα με ανυψωμένο το κεφάλι και ελαφρά κάμψη των γονάτων με σκοπό την πρόκληση χάλασης των κοιλιακών μυών.</p> <p>Βοηθήσαμε τον Α, να σηκωθεί από το κρεβάτι του και να κάνει μικρούς περιπάτους 3 φορές τη μέρα διάρκειας 15 λεπτών</p> <p>Στάλθηκαν καλλιέργειες αίματος, ούρων και κοπράνων. Ελήφθη εργαστηριακός έλεγχος και εκτελέστηκε CT κοιλιάς.</p>	<p>Ο Α. παρουσίασε ύφεση του κοιλιακού άλγους.</p> <p>Τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων και της CT κοιλιάς έδειξαν την ύπαρξη φλεγμονώδους ενδοκοιλιακής μάζας.</p> <p>Η αξιολόγηση των εργαστηριακών εξετάσεων έδειξε φυματιώδη περιτονίτιδα.</p>

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



**ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Β**  
**ΓΕΝΙΚΟ ΚΡΑΤΙΚΟ ΝΙΚΑΙΑΣ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ**

[3ος όροφος]

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:	Β.Κ
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:	05/02/1965 [40 ετών]
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ:	06/12/2005
ΚΑΤΑΓΩΓΗ:	ΑΘΗΝΑ - ΚΕΡΑΤΣΙΝΙ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:	ΕΜΠΟΡΟΣ
ΟΙΚ.ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:	ΑΓΑΜΟΣ
ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ:	ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ - ΥΨΗΛΟΣ ΠΥΡΕΤΟΣ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ ΑΠΟ 2ΗΜΕΡΟΥ

**ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ- ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΖΩΗΣ**

Δεν κάνει χρήση τοξικών ουσιών, δεν καπνίζει. Έχει ομοφυλοφιλικές επαφές. Πολλά ταξίδια στο εξωτερικό. Έγινε οσφυονωτιαία παρακέντηση, εξέταση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού, έδειξε εικόνα μηνιγγίτιδα. Χορήγηση αντιβιοτικών και ενδοφλέβιων υγρών. Στις 7/12/2005 εκλήθει η ομάδα λοιμώξεων. Διαπιστώθηκε τριχωτή λευκοπλακία γλώσσας. Συνεστήθει έλεγχος για αντισώματα κατά του HIV 9/12/05. Η απάντηση της Elisa είναι θετική. Στην αντιμικροβιακή αγωγή προστέθηκε αμφοτερικόνη Β ενδοφλέβια.

Εστάλη νέο δείγμα αίματος στην Αιμοδοσία. Εστάλη δείγμα αίματος και ENY για αντιγόνο κρυπτόκοκο.

Τα αποτελέσματα έδειξαν κρυπτοκοκκική μηνιγγίτιδα [νοσολογική εκδήλωση του Aids σε HIV (+)]. Ο ασθενής έχει πλήρη Aids.

ΑΝΑΓΚΕΣ/ΠΡΟΒΛ. ΝΟΣΗΛ.ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜ/ΣΜΟΣ ΝΟΣ.ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ.ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Υψηλή πυρετική κίνηση (39-40°C) που οφείλεται σε μηνιγγίτιδα	<p>Πτώση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα.</p> <p>Ανακούφιση του Β από τον πυρετό και των επιμέρους επιπτώσεών του.</p>	<p>Χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων.</p> <p>Συστηματική παρακολούθηση του Β για εμφάνιση εφιδρώσεων και αποφυγή από κρυολόγημα.</p> <p>Καταγραφή της θερμοκρασίας του σώματος σε προγραμματισμένα χρονικά διαστήματα</p> <p>Ακριβής μέτρηση και αναγραφή των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.</p> <p>Χορήγηση στον Β πολλών υγρών και βιταμινών για την ενίσχυση του οργανισμού του.</p> <p>Διατήρηση της στοματικής κοιλότητας καθαρής.</p>	<p>Χορήγηση 1 amp. Aroiel I.M κατόπιν ιατρικής οδηγίας.</p> <p>Ανά 3 ώρες παρακολούθηση του Β για την εμφάνιση εφιδρώσεων.</p> <p>Αποφυγή έκθεσης του Β σε ρεύματα αέρα.</p> <p>Συχνή αλλαγή λουχειμάτων και διατήρηση του Β στεγνού.</p> <p>Τρίωρη λήψη της θερμοκρασίας.</p> <p>Μέτρηση ανά εξάωρο των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.</p> <p>Παρότρυνση του Β για την λήψη άφθονων υγρών και βιταμίνης C (Cal-C-Vita).</p> <p>Περιποίηση της στοματικής κοιλότητας 3 φορές την μέρα με διάλυμα σόδας και Hexalen.</p>	<p>Πτώση της υψηλής πυρετικής κίνησης σε φυσιολογικά επίπεδα (36-37°C).</p> <p>Ανακούφιση του Β από τον πυρετό.</p>

ΑΝΑΓΚΕΣ/ΠΡΟΒΛ. ΝΟΣΗΛ.ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜ/ΣΜΟΣ ΝΟΣ.ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ.ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Κεφαλαλγία που οφείλεται σε μηνιγγίτιδα	Ανακούφιση του Β από τον πόνο	<p>Περιορισμός θορύβων από το περιβάλλον.</p> <p>Περιορισμός του έντονου φωτός.</p> <p>Χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων με ιατρική οδηγία.</p>	<p>Κλείσιμο των παραθύρων και της πόρτας του θαλάμου, ώστε να περιοριστεί ο θόρυβος.</p> <p>Απομάκρυνση των συνοδών του Β.</p> <p>Κλείσιμο των εξωφύλλων για να μειωθεί το φως μέσα στο θάλαμο.</p> <p>Τοποθέτηση κρύας κομπρέσας στο κεφάλι του Β 2 φορές τη μέρα.</p>	Η κεφαλαλγία σταδιακά υποχώρησε και ο Β ηρέμησε.

ΑΝΑΓΚΕΣ/ΠΡΟΒΛ. ΝΟΣΗΛ.ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜ/ΣΜΟΣ ΝΟΣ.ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ.ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Τριχωτή λευκοπλακία γλώσσας που οφείλεται στην HIV λοίμωξη	Αντιμετώπιση φλεγμονής της στοματικής κοιλότητας.  Ανακούφιση του Β από τον πόνο.	Χορήγηση αντιφλεγμονωδών φαρμάκων.  Συζυγή και σχολαστική φροντίδα της στοματικής κοιλότητας και αποφυγή δυσσομίας.  Αποφυγή λήψεως ερεθιστικών τροφών και υγρών.	Χορηγήθηκε ασυκλοβίρη, 1 φορά την ημέρα για 2-3 εβδομάδες.  Περιποίηση της στοματικής κοιλότητας με διάλυμα σόδας, 3 φορές την μέρα με ροτεκτόν (απαλές) κινήσεις και κάνοντας πλύσεις με Hexalen και κατόπιν γλυκερίνη στα χείλη.  Χορήγηση μαλακής χλιαρής τροφής όπως σούπα με κοτόπουλο.	Παρά την εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας το σύμπτωμα της τριχωτής λευκοπλακίας παραμένει.

ΑΝΑΓΚΕΣ/ΠΡΟΒΛ. ΝΟΣΗΛ.ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜ/ΣΜΟΣ ΝΟΣ.ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ.ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Μυκτίαση στόματος και οισοφάγου που οφείλεται σε Candida	Αντιμετώπιση της λοίμωξης.  Ανακούφιση του Β από τον πόνο.	Χορήγηση αντιμυκητιακών φαρμάκων  Συχνή και σχολαστική φροντίδα της στοματικής κοιλότητας και αποφυγή δυσσομίας.  Χορήγηση πλήρους μη ερεθιστικής διαίτας και υγρών.	Χορήγηση τζελ κετοконаζόλης (Dactarin), 3 φορές τη μέρα.  IV χορήγηση φλουконаζόλης.  Περιποίηση στοματικής κοιλότητας με διάλυμα σόδας, 3 φορές την ημέρα και χρησιμοποίηση αποσμητικών ουσιών.  Χορήγηση υδαρούς διαίτας (φιδές)	Ο Β είναι ασυμπτωματικός και συνεχίζει την αγωγή του κανονικά.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ΠΑΠΑΔΑΤΟΣ Κ.- ΚΟΣΜΙΔΗΣ Ι «Σύνδρομο επίκτητης ανοσοανεπάρκειας» εκδόσεις «Ζήτα» 1994
2. ΣΑΡΟΓΛΟΥ Γ. [AIDS] HIV «Κλινική προσέγγιση και θεραπεία» ιατρικές εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης 1999
3. ΚΑΛΛΙΝΙΚΟΣ ΓΙΩΡΓΟΣ «Το δικό σου Βιβλίο» Συμβουλευτικός οδηγός για φορείς και ασθενείς με Aids. Ελληνική έκδοση 1995
4. ΚΑΡΔΑΣΗ-ΣΑΧΙΝΗ ANNA. Παθολογική και χειρουργική, νοσηλευτικές διαδικασίες 3<sup>ο</sup> τόμος Β'έκδοση, εκδόσεις «Βήττα» 2000.
5. WWW.IATRONET.GR
6. ΣΤΡΑΤΗΓΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ, ΛΑΣΚΑΡΗΣ ΓΙΩΡΓΟΣ. «Εγχρωμός άτλας εκδηλώσεις στο στόμα και στο δέρμα διάγνωση-θεραπεία ιατρικές εκδόσεις «ΖΗΤΑ» 1994.
7. ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΥΓΕΙΑΣ. Εθνικό κέντρο αναφοράς Aids συμβουλευτική για την HIV λοίμωξη και τη νόσο ιατρικές εκδόσεις «Βήτα» Αθήνα 1991.
8. MARY PORKA RN, FAAN HIV NURSING AND SYPTOM MANAGEMENT 1989
9. ΠΑΠΑΕΥΑΓΓΕΛΟΥ Γ. ΚΑΛΛΙΝΙΚΟΣ.Γ «Aids» Ιατρικές εκδόσεις ΛΙΤΣΑ Αθήνα 1995
10. ΜΕΡΙΚΑΣ Γ. «Σύγχρονα βασικά δεδομένα για το Aids 2» πανελλήνιο συνέδριο Aids ΒΗΤΑ MEDICAL ARTS, Θεσσαλονίκη 1990.
11. ΜΠΟΜΠΟΛΗ Μ. «HIV Λοίμωξη» Ελληνικά αρχεία Aids τόμος 11 τεύχος 4 Οκτώβριος-Δεκέμβριος 2003
12. WWW.HIV.GR
13. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Α.Ι. «Νεότερα αντιρετροϊκά φάρμακα» ΕΛΛΗΝΙΚΑ αρχεία Aids τόμος 3 - Τεύχος 1, Ιανουάριος Μάρτιος 1995.

14. ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΥΓΕΙΑΣ Εθνικό κέντρο αναφοράς Aids πρόληψη της σεξουαλικής μετάδοσης του ιού της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας ΒΗΤΑ, ιατρικές εκδόσεις Αθήνα 1991.
15. ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΦΥΛΛΑΔΙΟ «Όσα πρέπει να γνωρίζεται για το Aids» Εκδόσεις Κ.Ε.Ε.Λ
16. ΚΟΥΣΚΟΥΔΗΣ Κ. «Aids, τι πρέπει να γνωρίζετε» Εκδ. Σμυρνιωτάκης, Αθήνα 1988.
17. ΓΕΡΜΕΝΗΣ Τ. «Μαθήματα πρώτων βοηθειών για επαγγέλματα Υγείας» Τρίτη έκδοση, Εκδόσεις Βήτα Αθήνα 1994.
18. ΑΠΟΣΤΟΛΙΔΗΣ Α.Κ «Όλη η αλήθεια για το Aids», εκδόσεις Καραμπελόπουλος, Αθήνα 1994
19. ΤΡΙΤΟ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ AIDS. «Η σωστή ενημέρωση είναι ζωή. Μάθε για το Aids». Θεσσαλονίκη 1990
20. ΚΟΥΡΕΑ ΚΡΕΜΑΣΤΙΝΟΥ Τ.- ΜΕΡΑΚΟΥ Κ. «Επιθεώρηση Υγείας». Σεμινάριο Αγωγής Υγείας και Πρόληψης του HIV στο σχολείο, πέμπτος τόμος, τεύχος 6, εκδ. Στάθη Χ. Νοέμβριος- Δεκέμβριος 1994.
21. ΔΕΥΤΕΡΟ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ AIDS. «Η σωστή ενημέρωση είναι ζωή, μάθε για το Aids» Θεσσαλονίκη 1990.
22. ΠΑΠΑΕΥΑΓΓΕΛΟΥ Ε. ΚΟΥΡΚΟΥΖΕΛΟΥ «Υποχρεώσεις Νοσηλείας Ασθενών με Aids». Τρίτο Πανελλήνιο Συνέδριο Aids, Αθήνα 1991.
23. ΜΑΤΣΟΥ Ζ. «Νοσηλεία HIV (+) Ασθενούς σε Παθολογικό τμήμα». Ελληνικά αρχεία Aids, τόμος 12, Τεύχος 1. Ιανουάριος - Μάρτιος 2004, σελ 40-44
24. ΓΚΟΡΝΕΛΗΣ Θ.Κ «Υγιεινή», εκδόσεις Φαιστός, Θεσσαλονίκη 1992, σελ. 113-114.
25. ΡΑΓΙΑ Α. «Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας-Ψυχιατρική Νοσηλευτική». Δεύτερη έκδοση, εκδ. Βήτα Αθήνα 1999 σελ. 180-183

26. ΚΟΥΚΙΟΥ Κ. «Νοσηλεία Αρρώστου με Aids εκτός Νοσοκομείου». Από τα πρακτικά του Γ' Επιμορφωτικού Σεμιναρίου, «Ειδικά Προβλήματα της αιμοκάθαρσης» Εκδόσεις Θάνου Α - Αγραφιώτης θ. Αθήνα 1991, σελ 676-677.
27. B.B.C Com.





## ΑΠΟΔΕΙΞΗ

Έβγαλα αυτή τη φωτογραφία έξω από το σπίτι του μου στην ΚΙΜΠΕΡΑ. Εκεί υπήρχαν αρκετά απόβλητα και σκουπίδια και προσπαθούσαμε να τα καθαρίσουμε

Έβγαλα αυτή τη φωτογραφία για να αποδείξω ότι είμαι δυνατός και μπορώ να δουλέψω. Είμαι δραστήριος τώρα. Χρειάζομαι κάποιον να με βοηθήσει.

Είχα συνηθίσει να πιστεύω ότι δεν θα μπορέσω ξανά να δουλέψω.

Το σώμα μου ήταν τόσο αδύναμο και αδύνατο και ήμουν πολύ κουρασμένος. Δεν μπορούσα να κάνω πολλά πράγματα αλλά τώρα μπορώ να κάνω το οτιδήποτε.



## ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΑ

Βρήκα έναν άλλο άνθρωπο σαν και εμένα.Είχαμε σχηματίσει μια ομάδα υποστήριξης.Μιλούσαμε συνεχώς.Δίναμε κουράγιο ο ένας στον άλλον.

Ήμουν πιο γενναίος.Οι άνθρωποι πρέπει να καταλάβουν ότι ο ιός HIV δεν είναι ο ορισμός του θανάτου.

Γνώρισα μια κυρία η οποία ήταν θετική στον ιό HIV και αποφασίσαμε να μείνουμε μαζί.Όταν συναντιόμασταν λέγαμε <<Τα φτερά των πουλιών πάνε πάντα μαζί>>.

Θέλαμε να αγοράσουμε λίγη γη και να χτίσουμε σπίτι.Επειδή ήμαστε θετικοί στον ιό δεν σημαίνει ότι δεν μπορούμε να έχουμε σχέση.Ήμαστε φυσιολογικοί άνθρωποι!

