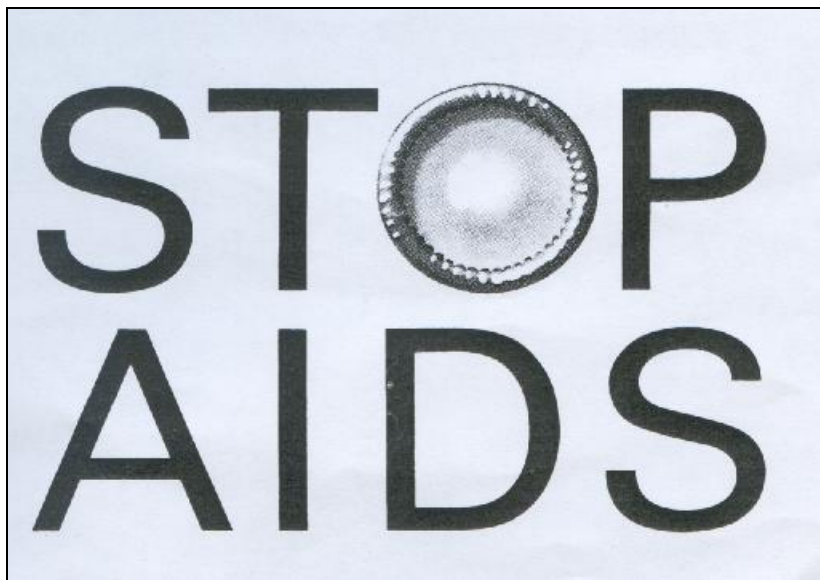




ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΗΙΥ»**



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:
ΕΛΕΝΗ ΣΠΥΡΟΠΟΥΛΟΥ
ΝΙΚΟΛΕΤΑ ΑΝΤΩΝΙΟΥ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:
ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ

ΠΑΤΡΑ, 2006

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστούμε για τη συνεργασία και την πολύτιμη βοήθεια τον κύριο Νικόλαο Μπαραμπάτη καθώς επίσης και την καθηγήτριά μας Παρασκευή Γεωργούση.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελίδα
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	vi
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	vii
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο</u>	
1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ	1
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο</u>	
2.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	3
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο</u>	
3.1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	5
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο</u>	
4.1. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ	12
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο</u>	
5.1. ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ – ΑΝΟΣΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ	13
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο</u>	
6.1. ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ	20
6.1.1. ΑΙΜΑΤΟΓΕΝΗΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗ	23
6.1.2. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΜΕΤΑΔΟΣΗ	23
6.1.3. ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΚΑΙ ΚΑΘΕΤΗ ΜΕΤΑΔΟΣΗ	24

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

7.1.	ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ HIV	25
7.1.1.	ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ HIV	25
7.1.2.	ΝΟΣΟΣ HIV ΣΥΝΔΥΑΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΟΡΡΟΜΕΤΑΤΡΟΠΗ	27
7.1.3.	ΛΕΜΦΑΔΕΝΟΠΑΘΕΙΑ	27
7.1.4.	ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ	31
7.1.5.	ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ	32
1.	ΜΥΚΗΤΙΑΣΗ ΤΗΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗ ΝΟΣΟ HIV	33
2.	ΤΡΙΧΩΤΗ ΛΕΥΚΟΠΛΑΚΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΟΣΟ HIV	36
7.1.6.	ΔΕΡΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ	38
7.1.7.	ΩΡΛ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	40
7.1.8.	ΣΑΡΚΩΜΑ ΚΑΡΟΣΙ	43
7.1.9.	ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ	45
7.1.10.	ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	50
7.1.11.	ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	52
7.1.12.	ΛΕΜΦΩΜΑ	55
7.1.13.	ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	57
7.1.15.	ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	65

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

8.1.	ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ HIV	77
8.1.1.	ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΜΟΛΥΝΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟΝ HIV ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΤΗΣ	77
1.	ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	77
2.	ΑΝΤΙ-ΡΕΤΡΟ-ΙΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	79
3.	ΑΝΑΛΟΓΑ ΤΩΝ ΝΟΥΚΛΕΟΣΙΔΙΩΝ	80
8.1.2.	RX ΘΕΡΑΠΕΙΑ	96
8.2.	ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ ΕΝΑΝΤΙΟΝ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΩΝ ΜΟΛΥΝΣΕΩΝ	100
8.3.	ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ Η-Β	104

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

9.1. ΠΡΟΛΗΨΗ	108
9.1.1. ΕΠΑΓΡΥΠΝΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ	108
9.1.2. ΕΛΕΓΧΟΣ ΦΟΡΕΩΝ	109
9.1.3. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ	110
9.2. ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ ΕΜΒΟΛΙΟ	117
9.2.1. ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΕΜΒΟΛΙΟΥ	118
9.2.2. ΗΘΙΚΑ, ΝΟΜΙΚΑ, ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	119
9.2.3. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	122

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ HIV	123
--------------------------------------	-----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ HIV	124
10.1. ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ HIV	124
10.2. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ HIV ΚΑΙ ΕΜΠΥΡΕΤΟ	125
10.3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ HIV ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΑΠΟ ΕΥΚΑΙΡΙΑΚΑ ΜΙΚΡΟΒΙΑ (CARINII, TBC)	125
10.4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ HIV ΚΑΙ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΑ ΕΝΟΧΛΗΜΑΤΑ	126
10.5. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ HIV ΚΑΙ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	127
10.6. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ HIV	128

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11°

ΙΣΤΟΡΙΚΑ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	129
ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1ο	129
ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2ο	138
ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 3ο	146
ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 4ο	150

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12°

12.1. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ AIDS	155
12.1.1. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΡΡΩΣΤΩΝ	155
12.1.2. ΑΡΧΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ HIV	158
12.1.3. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ AIDS	164
12.1.4. AIDS ΚΑΙ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ. ΠΕΝΤΕ ΧΡΟΝΙΑ ΜΕΤΑ	173
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	183
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	184
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	185

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το τέλος του 20^{ου} αιώνα σημαδεύτηκε εκτός των άλλων από την εμφάνιση της πλέον θανατηφόρου, μεταδοτικής νόσου στην παγκόσμια χρονική κλίμακα της ανθρωπότητας το AIDS. Πρόκειται για μια νόσο με πολυδιάστατες επιπτώσεις τόσο στην Επιστημονική ιατρική εμπάθυνση των πραγμάτων όσο και στις κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις που προκαλεί. Είναι εμφανές πλέον παγκοσμίως ότι η νόσος αυτή λόγω της εύκολης μολυσματικότητας, έχει πάρει μορφή επιδημική, προκαλώντας μια ραγδαία αύξηση στους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας, οι οποίες με τη σειρά τους προκαλούν μια αύξηση σημαντική και αναπηρίας κοινωνικού χαρακτήρα.

Μεγάλο μέρος του πληθυσμού που έχει προσβληθεί από τη νόσο αυτή δεν μπορεί να συμμετάσχει σε καθημερινές κοινωνικές δραστηριότητες, γεγονός που αντανακλά επιπλέον σε παγκόσμιο επίπεδο συνολική οικονομική επιβάρυνση.

Σήμερα με την είσοδο του 20^{ου} αιώνα παρά τις ραγδαίες εξελίξεις της ιατρικής επιστήμης, η νόσος δεν έχει καταφέρει να ελεγχθεί μέσα σε ανεκτά πλαίσια επιπολασμού μιας συνήθους θεραπεύσιμης μολυσματικής ασθένειας. Συνεχίζει να παραμένει στις υψηλές θέσεις της πυραμίδας θανάτου του ανθρώπου και τα μόνα βήματα που έχουν γίνει ως προς την προσπάθεια περιορισμού της, έχουν να κάνουν με μέτρα πρόληψης και ενημέρωσης σε σχέση με τρόπους που εμποδίζουν την μετάδοσή του.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η συνολική μας φοιτητική κυρίως εμπειρία στο χώρο της Υγείας, μάς έφερε συχνά σε επαφή με ασθενείς που νοσούσαν από HIV, κυρίως νεαρούς σε ηλικία. Άνθρωποι νέοι, στην ακμή της ζωής τους νοσούσαν από μία ασθένεια, η οποία κάτω από ορισμένες ιατροκοινωνικές συνθήκες θα μπορούσε να έχει προληφθεί.

Παρόλη την επαγγελματική μας υπευθυνότητα και ψυχραιμία το δράμα των ανθρώπων αυτών μάς συγκίνησε και διέγειρε το ελατήριο της Νοσηλευτικής μας παιδείας, ώστε να αρχίσει να προβληματίζεται στα γιατί και τα πώς αυτοί οι άνθρωποι δεν θα είχαν νοσήσει.

Με την παρούσα πτυχιακή εργασία προσπαθήσαμε, όχι βέβαια να λύσουμε το πρόβλημα, αφού δε μάς το επιτρέπει η εμπειρία μας, αλλά να τελματώσουμε τους προβληματισμούς μας, να δώσουμε απαντήσεις στις απορίες μας και να τοποθετήσουμε και εμείς ένα μικρό τούβλο στο θεραπευτικό οικοδόμημα των ασθενών που πάσχουν από AIDS...



ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ

Το σύνδρομο επίκτητης ανοσοανεπάρκειας αρχικά ορίστηκε για λόγους επιδημιολογικής εποπτείας από τα Κέντρα Ελέγχου Νόσων (Centers for Disease Control – CDC) σαν η παρουσία μιας αξιόπιστα διαγνωσμένης "ευκαιριακής" νόσου, που είναι τουλάχιστον κατά ένα μέρος ενδεικτική μιας υποκείμενης ανεπάρκειας της κυτταρικής ανοσίας επί απουσίας γνωστών αιτίων υποκείμενης ανοσοανεπάρκειας, όπως η ιατρογενής ανοσοκαταστολή ή κακοήθη νεοπλασμάτα.

Μετά τη διαπίστωση, το 1984, ότι ο ιός της ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου [Human Immunodeficiency Virus (HIV)] είναι ο αιτιολογικός παράγοντας του AIDS διάφορες αξιόπιστες δοκιμασίες αναπτύχθηκαν για την ανίχνευση τόσο των αντισωμάτων έναντι του HIV, όσο και για τον ίδιο τον ιό.

Από τότε ο ορισμός του AIDS έχει υποστεί ορισμένες αναθεωρήσεις, ως προς τα κριτήρια διάγνωσης και αποκλεισμού. Παρά την πολυπλοκότητα αυτή, ο απλός, κοινός παρονομαστής του AIDS είναι η λοίμωξη με HIV και η επακόλουθη ανάπτυξη επίμονων γενικών συμπτωμάτων και/ή των σχετιζόμενων με το AIDS νόσων, όπως δευτεροπαθείς λοιμώξεις, νεοπλασμάτα και νόσος του νευρικού συστήματος, όπως θα δούμε στη συνέχεια.

Είναι ορθότερο να σκεπτόμαστε ένα φάσμα συσχετιζόμενων με τον HIV νόσων μάλλον, παρά την παρουσία ή την απουσία AIDS σύμφωνα με τον ακριβή ορισμό. Αυτή η άποψη έχει ενισχυθεί από προοπτικές μελέτες της φυσικής ιστορίας ατόμων που έχουν προσβληθεί από HIV.

Στις μελέτες αυτές ο κίνδυνος για ανάπτυξη μιας τυπικής ευκαιριακής λοίμωξης (πνευμονία από *Pneumocystis carinii*) που συσχετίζεται με AIDS μέσα σ' ένα χρόνο ήταν 15% σε άτομα με λιγότερα από $0,200 \times 10^9$ CD₄ f λεμφοκύτταρα ανά λίτρο (200 κύτταρα ανά μικρολίτρο) όταν απουσίαζαν

προηγούμενα συμπτώματα λοίμωξης με HIV και μέχρι 47% σε άτομα με δύο ή περισσότερα συμπτώματα λοίμωξης από HIV. Έτσι, ο κίνδυνος σοβαρών συνεπειών λοίμωξης από HIV, ιδιαίτερα σε σχέση με τις ευκαιριακές λοιμώξεις, είναι δυνατό να προβλεφθεί με βάση το βαθμό της ανοσοκαταστολής, όπως αυτή προσδιορίζεται από τον αριθμό των CD₄+T λεμφοκυττάρων στο αίμα.

Εφόσον, όταν δεν εφαρμόζεται θεραπεία, όπως θα δούμε πιο κάτω, τα περισσότερα άτομα που έχουν προσβληθεί από HIV εμφανίζουν προοδευτική ελάττωση των CD₄+T λεμφοκυττάρων στο αίμα, η λοίμωξη από τον ίδιο τον HIV εμφανίζεται σαν μέρος του φάσματος των νόσων που συσχετίζονται με τον HIV¹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

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

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

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

Με την πάροδο του χρόνου άρχισαν να αναφέρονται πολλά νέα κρούσματα σε τοξικομανείς, αιμορροφιλικούς και άτομα που κατάγονται από την Καραϊβική και Αφρική. Έτσι καθιερώθηκε η διεθνής ονομασία AIDS από τα αρχικά των αντίστοιχων αγγλικών λέξεων Acquired Immune Deficiency Syndrome. Η ραγδαία αύξηση των κρουσμάτων στις Η.Π.Α. και η εμφάνιση λίγο αργότερα των πρώτων περιστατικών στην Ευρώπη συνετέλεσε στην κινητοποίηση των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και στην έναρξη έντονης ερευνητικής προσπάθειας.

Στις αρχές του 1983 η ερευνητική ομάδα του Institut Pasteur Paris με επικεφαλής τον καθηγητή Luc Montagnier επιτυγχάνει να απομονώσει από

ομοφυλόφιλο άνδρα με λεμφαδενικό σύνδρομο τον ρετροϊό LAV (Lymphadenopathy Associated Virus). Λίγο αργότερα στο National Institute of Health στις Η.Π.Α. η ερευνητική ομάδα του καθηγητή Robert Gallo απομονώνει ένα μορφολογικά όμοιο ρετροϊκό τον HTLV-III (Human T Lymphotropic Virus III) από ασθενείς με AIDS.

Σήμερα 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. Πρόσφατα διεθνής επιτροπή ταξινομήσεως ιών υιοθέτησε την ονομασία HIV (Human Immunodeficiency Virus) για τον ιό του AIDS. Έτσι καθιερώνεται η νέα ονομασία στην οποία συγχωνεύονται οι τρεις μέχρι σήμερα επικρατούσες ονομασίες LAV (από τον L. Montagnier), HTLV-III (από τον R. Gallo) και ARV (από τον K. Levy).

Το 1986 απομονώθηκε νέος τύπος ιού σε ασθενείς με κλινική εικόνα AIDS χωρίς όμως αντισώματα προς τον HIV (anti-HIV). Ο ιός αυτός ονομάστηκε αρχικά LAV₂ από την ομάδα Montagnier. Συγχρόνως η ομάδα του Essex απομόνωσε παρόμοιο ιό από ασυμπτωματικούς φορείς (ιερόδουλες) χωρών της Δυτικής Αφρικής. Ο ιός αυτός ονομάστηκε HTLV IV. Φαίνεται ότι οι δύο ιοί είναι παρόμοιοι, συγγενεύουν περισσότερο προς τον ιό των πρασίνων πιθήκων της Αφρικής (STLV-III) και προτάθηκε να ονομασθούν HIV₂. Η τεχνολογική πρόοδος που σημειώθηκε τα τελευταία χρόνια μπορεί να συμβάλλει στην ανακάλυψη και νέων τύπων ιών του AIDS. Προς το παρόν όμως όλοι αυτοί οι τύποι έχουν παρόμοια επιδημιολογία και επομένως κοινούς τρόπους αντιμετώπισης.

Η εφαρμογή μεθόδων διαγνώσεως της λοιμώξεως αποκάλυψε τις τρομακτικές διαστάσεις του προβλήματος και την παγκόσμια διασπορά του. Γι' αυτό σήμερα εκδηλώνεται διεθνές ενδιαφέρον για την αντιμετώπισή του με επικεφαλής την Π.Ο.Υ., που καθιέρωσε στην πράξη το σύνθημα της «Μόνο η παγκόσμια προσπάθεια θα αντιμετωπίσει το AIDS». Στην προσπάθειά της αυτή συμπαραστέκονται ο Ο.Η.Ε., ο Διεθνής Ερυθρός Σταυρός, το Συμβούλιο της Ευρώπης, οι Ευρωπαϊκές Κοινότητες και άλλες πολλές Διεθνείς Οργανώσεις².

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Το AIDS αναγνωρίστηκε ως νέα ανοσολογική οντότητα το 1981. Αναδρομικά διαπιστώθηκε ότι παρόμοια κρούσματα συνέβησαν κατά την δεκαετία του 1970. Από το 1982 άρχισε να συνειδητοποιείται ο κίνδυνος ευρύτερης διασποράς. Το CDC κινητοποιήθηκε όταν δημιουργήθηκαν υπόνοιες ότι βρισκόμαστε προ νέου λοιμώδους νοσήματος που άρχισε να εξαπλώνεται και σε άλλους πληθυσμούς, σε διάφορες περιοχές των Η.Π.Α.

Τότε δημιουργήθηκε ομάδα κρούσεως που καθόρισε τα διαγνωστικά κριτήρια του AIDS την μεθοδολογία αναφοράς, συγκεντρώσεως στοιχείων, επαγρυπνήσεως και ερεύνες. Σε ελάχιστο χρόνο διαπιστώθηκε ότι η επιδημία επεκτεινόταν σε όλη τη χώρα και σε όλες σχεδόν τις πληθυσμιακές ομάδες. Σύντομα κρούσματα δηλώνονταν σε διάφορες Ευρωπαϊκές χώρες και διαπιστώνονταν η έκταση της επιδημίας στην Κεντρική Αφρική.

Ο πίνακας 3.1. δείχνει το ρυθμό επεκτάσεως στις Η.Π.Α.

Οι πίνακες 3.2. και 3.3. δείχνουν τον αριθμό και ρυθμό επεκτάσεως του AIDS στις χώρες της Ευρωπαϊκής Κοινότητας³.

Πίνακας 3.1. Εξέλιξη της επιδημίας AIDS στις Η.Π.Α.

Συσσωρευτικός αριθμός	Χρονολογία	Χρόνος διπλασιασμού (μήνες)
129	Σεπτέμβριος 1981	-
257	Φεβρουάριος 1982	5
514	Ιούλιος 1982	5
1029	Ιανουάριος 1983	6
2057	Αύγουστος 1983	7
4115	Απρίλιος 1984	8
8229	Φεβρουάριος 1985	10
16458	Ιανουάριος 1986	11
21915	Ιούνιος 1986	12
41200	Ιούνιος 1986	12
49622	Δεκέμβριος 1987	12

Πίνακας 3.2. Αριθμός κρουσμάτων και νοσηρότητα (ανά 1 εκατομμύριο) του AIDS στις χώρες της Ευρωπαϊκής Κοινότητας (31/12/1987)

Χώρες (ανά εκατομ.)	Σεπτ. 87	Δεκ. 87	Νοσηρότητα
Allemagne R.F.	1400	1669	27,4
Belgique	277	297	30,0
Danemark	202	228	44,7
Espagne	624	781	20,3
France	2523	3073	55,9
Grece	78	88	8,7
Irlande	25	35	9,7
Italie	1104	1411	24,6
Luxembourg	8	9	22,5
Pays Bas	370	420	29,0
Portugal	81	90	8,7
Royaume Uni	1067	1227	21,8
Σύνολο	7759	9328	

Πίνακας 3.3. Πορεία της επιδημίας του Aids στις χώρες της Ευρωπαϊκής Κοινότητας (31/12/1987)

Χρόνος Διαγνώσεις	Αριθμός περιπτώσεων	Αριθμός θανάτων	Θνητότητα(%)	
Προ του 1981		17	12	70,6
1981	Ιαν.-Ιουν.	8	3	37,5
1981	Ιουλ.-Δεκ.	15	11	73,3
1982	Ιαν.-Ιουν.	31	26	83,9
1982	Ιουλ.-Δεκ.	43	36	83,7
1983	Ιαν.-Ιουν.	97	72	74,2
1983	Ιουλ.-Δεκ.	135	102	75,6
1984	Ιαν.-Ιουν.	214	166	77,6
1984	Ιουλ.-Δεκ.	373	285	76,4
1985	Ιαν.-Ιουν.	594	412	69,4
1985	Ιουλ.-Δεκ.	884	543	61,4
1986	Ιαν.-Ιουν.	1241	688	55,4
1986	Ιουλ.-Δεκ.	1605	675	42,1
1987	Ιαν.-Ιουν.	2097	593	28,3
1987	Ιουλ.-Δεκ.	1383	201	14,5
Άγνωστος		71	47	66,2
Σύνολο		8808	3872	44,0

Παρόμοιος ρυθμός παρουσιάζεται σε κάθε χώρα στην οποία εισάγεται η λοίμωξη. Ο συνολικός αριθμός δηλωθέντων μέχρι σήμερα (31/12/87) στην Π.Ο.Υ. κρουσμάτων ανέρχονται σε 75.392. Η Π.Ο.Υ. πιστεύει ότι ο πραγματικός αριθμός τους είναι πάνω από 150.000, αφού ακόμη και στις ανεπτυγμένες χώρες δεν δηλώνονται πάνω από 10% των κρουσμάτων. Ο αριθμός των χωρών που δηλώνουν κρούσματα αυξάνει καθημερινά.

Πίνακας 3.4. Αναφερθείσες περιπτώσεις AIDS στην Π.Ο.Υ. μέχρι τις 3 Ιουνίου 1987

Χώρες	Αριθ.	Χώρες	Αριθμός
Algeria	5	Cuba	27
Angola	6	Cyprus	3
Antigua and Barbuda	3	Czechoslovakia	7
Argentina	120	Denmark	228
Australia	681	Dominican Republic	352
Austria	120	Eastern Mediterranean Region	36
Bahamas	163	Ecuador	52
Barbados	52	El Salvador	16
Belgium	280	Finland	22
Belize	4	France	2523
Benin	75	Cambodia	14
Bermuda	75	German Democratic Republic	4
Bolivia	4	Germany, Federal Republic of	1.669
Botswana	13	China	145
Brazil	2.325	Greece	78
Bulgaria	3	Grenada	7
Burundi	569	Guatemala	30
Cameroon	25	Haiti	912
Canada	1.435	Honduras	51
Cape Verde	4	Hong Kong	6
Cayman Islands	2	Hungary	6
Central African Republic	254	Iceland	4
Chad	1	India	9
Chile	56	Indonesia	1
China	2	Ireland	25
China (Province of Taiwan)	1	Israel	43
Colombia	153	Italy	1.104
Congo	250	Jamaica	30
Costa Rica	39	Japan	59

Cote d Ivoire	250	Kenya	964
Lesotho	2	Singapore	3
Liberia	2	South Africa	98
Luxembourg	8	Spain	624
Malawi	13	Sri Lanka	2
MaJaysia	1	Suriname	6
Maldives	-	Swaziland	7
Malta	7	Sweden	156
Mexico	713	Switzerland	299
Mozambique	4	Thailand	12
Netherlands	370	Thinidad and Tobago	206
New Zealand	62	Tunisia	11
Norway	64	Turkey	21
Panama	22	Turcs and Caicos Islands	4
Paraguay	14	Uganda	2.369
Peru	44	USSR	4
Philippines	10	United Kingdom	1227
Poland	3	United Republic of Tanzania	1.608
Portugal	81	United States of America	51.361
RepubJic ol Korea	1	Uruguay	14
Romania	2	Venezuela	101
Rwanda	705	Yugoslavia	21
Saint Christopher and Nevis	1	Zambia	536
Sainl Lucia	6	Zimbabwe	380
Saint Vincenl and the Greanadines	7		

Προς το παρόν 132 χώρες έχουν αναφέρει ένα ή περισσότερα κρούσματα (Πίνακας 3.4.). Κρούσματα ασφαλώς υπάρχουν και σε μεγαλύτερο αριθμό και σε πολλές άλλες χώρες που αποφεύγουν τη δήλωση για να μην έχουν επιπτώσεις στο εμπόριο και στον τουρισμό τους. Η Π.Ο.Υ. πιστεύει ότι βρισκόμαστε προ πανδημίας. Ο ιός ξαπλώθηκε σε κάθε χώρα της γης. Φορείς πρέπει να υπάρχουν ακόμη και στις χώρες που δεν εκδηλώθηκε ακόμη κρούσμα AIDS, αφού σήμερα γνωρίζουμε ότι πρέπει να περάσουν 4-5 χρόνια από τη στιγμή της λοιμώξεως μέχρι να εκδηλωθεί η νόσος.

Συγκεκριμένα σήμερα γνωρίζουμε από αναδρομικές έρευνες ότι το 45% περίπου της ομάδας των ομοφυλοφίλων του San Francisco είχε ήδη μολυνθεί όταν διαγνώσθηκε το πρώτο κρούσμα νόσου.

Υπολογίστηκε ότι 50-100 φορείς αντιστοιχούν σε κάθε κρούσμα. Άρα πιστεύεται ότι στις Η.Π.Α. υπάρχουν 1,5-2 εκατομμύρια φορείς και σ' όλο τον κόσμο περίπου 10 εκατομμύρια. Εφ' όσον AIDS εκδηλώνεται σε 20% περίπου των φορέων μέσα σε 4-5 χρόνια, υπολογίζεται ότι ο συνολικός αριθμός των κρουσμάτων θα ανέλθει στις Η.Π.Α. σε 270.000 το 1991, από τα οποία 74.000 θα πρωτοεμφανιστούν κατά το 1991. Παρόμοιες προβολές για την Ευρώπη προβλέπουν 31.600 κρούσματα μέχρι το τέλος του 1988. Ο συνολικός αριθμός των κρουσμάτων θα πρέπει να ανέλθει σε 2-3 εκατομμύρια στην αρχή της δεκαετίας του 1990.

Υπολογίζεται ότι το 1991 το AIDS θα αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου για άνδρες ηλικίας 20-60 ετών στις ανεπτυγμένες χώρες. Οι προβλέψεις επαληθεύθηκαν με αρκετή ακρίβεια μέχρι σήμερα.

Όσα εκτέθηκαν για την προβλεπόμενη εξέλιξη της επιδημίας δεν επιτρέπουν αισιοδοξία και εφησυχασμό, αλλά αντίθετα υποδεικνύουν την ανάγκη λήψεως συντονισμένων μέτρων για ανακάλυψη και εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων προφύλαξης και ταχυστάτη εξασφάλιση υποδομής για τη νοσηλεία των κρουσμάτων που νομοτελειακά θα αυξάνονται με ταχύ ρυθμό για τουλάχιστον 5 ακόμη χρόνια³.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Το AIDS προκαλείται από τον HIV, ένα ρετροϊό του ανθρώπου, της ομάδας των φακοϊών. Οι τέσσερις γνωστοί ρετροϊοί του ανθρώπου ανήκουν σε δύο ξεχωριστές ομάδες, τους T λεμφοτρόπους (ή λευχαιμίας) ρετροϊούς του ανθρώπου, HTLV-I και HTLV-II και τους ιούς της ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου, HIV-1 και HIV-2.

Οι πρώτοι είναι μετατρεπτικοί ιοί και οι τελευταίοι είναι κυτταροπαθογόνοι ιοί. Η συνηθέστερη αιτία του AIDS ανά τον κόσμο είναι ο HIV-1, Ο HIV-2 έχει περίπου 40% ομόλογη αλληλουχία με τον HIV-1 και συσχετίζεται περισσότερο με μια ομάδα ιών ανοσοανεπάρκειας του πιθήκου (murine Immunodeficiency Viruses-SIV). Έχει ανιχνευθεί κυρίως σε χώρες της Δυτικής Αφρικής, είναι πολύ λιγότερο συχνός και φαίνεται πως είναι λιγότερο παθογόνος από τον HIV-1.

Ο HIV έχει τα συνήθη γονίδια των ρετροϊών (erg, gag και pol) και έξι επιπλέον γονίδια που έχουν σχέση με τον αναδιπλασιασμό και άλλες βιολογικές δραστηριότητες των ιών. Διάφορα στελέχη του HIV-1 εμφανίζουν ετερογένεια, ιδιαίτερα στην περιοχή του γονιδίου του αρμόδιου για το περίβλημα¹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5.1. ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ – ΑΝΟΣΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Το σημαντικότερο χαρακτηριστικό του AIDS είναι μια έντονη ανοσοκαταστολή, κυρίως της κυτταρικής ανοσίας, που οδηγεί σε ποικιλία ευκαιριακών νόσων και ιδιαίτερα σε ορισμένες λοιμώξεις και νεοπλασματα. Άλλα χαρακτηριστικά του AIDS, όπως το σάρκωμα Καρosi και ανωμαλίες του νευρικού συστήματος δεν είναι δυνατό να ερμηνευθούν άμεσα από την ανοσοκατασταλτική επίδραση του HIV, δεδομένου ότι οι επιπλοκές αυτές μπορεί να εκδηλώνονται πριν αναπτυχθεί σοβαρή ανοσοανεπάρκεια.

Η κύρια αιτία της ανοσοανεπάρκειας στο AIDS είναι η ποσοτική και ποιοτική ανεπάρκεια του υποπληθυσμού των T4 λεμφοκυττάρων. Ο υποπληθυσμός των λεμφοκυττάρων αυτών καθορίζεται φαινοτυπικά από την παρουσία του CD4 μορίου επιφάνειας, που είναι ο κυτταρικός υποδοχέας για τον HIV. Μολονότι τα T4 λεμφοκύτταρα αποτελούν την κύρια ομάδα που μολύνεται από τον HIV, σχεδόν κάθε ανθρώπινο κύτταρο, που στην επιφάνεια του εκφράζει το CD4 μόριο, είναι ικανό να συνδεθεί και να προσβληθεί από HIV. Ιδιαίτερη σημασία παρουσιάζουν κύτταρα της σειράς μονοπύρηνων-μακροφάγων.

Ο HIV συνδέεται ειδικά και με μεγάλη συγγένεια δια μέσου μιας αλληλουχίας αμινοξέων στο εξωτερικό περίβλημα του ιού (gp 120), σε ένα τμήμα της VI περιοχής του CD4 μορίου, που βρίσκεται κοντά στη N αμινοτελική ομάδα του. Μετά την προσκόλληση, ο ιός ενσωματώνεται στη μεμβράνη του κυττάρου στόχου και εισέρχεται μέσα στο κύτταρο. Κατόπιν χρησιμοποιεί το ένζυμο ανάστροφη μεταγραφάση για να μεταγράψει το RNA της γενώμης του σε DNA, που ενσωματώνεται στο κυτταρικό DNA, όπου εξακολουθεί να υπάρχει κατά τη διάρκεια της ζωής του κυττάρου σαν "προϊός" ("provirus").

Ο προϊός μπορεί να παραμείνει σε λανθάνουσα κατάσταση ή να ενεργοποιηθεί και να μεταγράψει mRNA και RNA της γενώμης του, οδηγώντας σε σύνθεση πρωτεΐνης, συγκέντρωση, σχηματισμό νέου ιού και εκβλάστηση του ιού από την επιφάνεια του κυττάρου.

Μολονότι ο ακριβής μηχανισμός με τον οποίο ο ιός προκαλεί τον θάνατο του κυττάρου δεν έχει τεκμηριωθεί, φαίνεται πως ο κύριος μηχανισμός είναι η μαζική εκβλάστηση ιών από την κυτταρική επιφάνεια, που οδηγεί σε διάρρηξη της κυτταρικής μεμβράνης και έχει σαν αποτέλεσμα τη διατάραξη της ωσμωτικής ισορροπίας. Άλλοι μηχανισμοί που μπορεί να συμβάλλουν στην ελάττωση των T4 λεμφοκυττάρων είναι:

- α) μόλυνση προδρόμων T4 λεμφοκυττάρων που οδηγεί τελικά σε ελάττωση των T4 λεμφοκυττάρων από φθορά,
- β) εκλεκτική ελάττωση των CD4 + λεμφοειδών ή μη λεμφοειδών κυττάρων που βοηθούν τα T4 λεμφοκύτταρα, όπως με το να τους προμηθεύουν μια απαραίτητη κυτταροκίνη,
- γ) σχηματισμός συγκυττίων μεταξύ μη μολυσμένων και μολυσμένων κυττάρων που εκφράζουν πρωτεΐνες του ιϊκού περιβλήματος στην επιφάνειά τους, οδηγώντας τα μη μολυσμένα κύτταρα σε θάνατο τύπου "αθώου γείτονα" εξαιτίας σύντηξης με τα μολυσμένα κύτταρα,
- δ) αυτοάνοσα φαινόμενα κατά τα οποία ειδικές για τον ιό κυτταρικές ή χημικές άνοσες απαντήσεις εξουδετερώνουν προσβλημένα κύτταρα που εκφράζουν ιϊκές πρωτεΐνες στην επιφάνειά τους ή μη προσβλημένα κύτταρα που έχουν προσκολληθεί ή εκφράσει ιϊκές πρωτεΐνες στην επιφάνειά τους και
- ε) έκκριση ουσιών τοξικών για τα T4 λεμφοκύτταρα από κύτταρα που έχουν μολυνθεί από τον HIV.

Λειτουργικές διαταραχές σε T4 λεμφοκύτταρα που δεν έχουν προσβληθεί έχουν σαφώς διαπιστωθεί σε άτομα που έχουν προσβληθεί από τον HIV. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για την υποομάδα των T4 λεμφοκυττάρων που αντιδρούν με το αντιγόνο και που είναι μειονεκτικά ενωρίς κατά την πορεία της λοίμωξης με HIV. Ο ακριβής μηχανισμός αυτής της διαταραχής δεν έχει διευκρινισθεί. Εντούτοις, μπορεί να συσχετίζεται με ποικίλους παράγοντες, όπως η εκλεκτική μόλυνση της υποομάδας των T4 λεμφοκυττάρων μνήμης,

που οδηγεί σε πρώιμη εξαφάνισή τους και έχει σαν αποτέλεσμα μειονεκτικές απαντήσεις σε δεύτερη επαφή με τα αντιγόνα από τα υπόλοιπα κύτταρα.

Επιπλέον, οι πρωτεΐνες του HIV μπορούν να επεμβαίνουν *in vitro* στην αλληλεπίδραση μεταξύ του CD4 μορίου και του φυσικού του συνδέσμου, του τάξης II μορίου του μείζονος συστήματος ιστοσυμβατότητας (MHC), που παίζει κύριο ρόλο στις αλληλεπιδράσεις μονοπύρηνου-T4 λεμφοκυττάρου, απαραίτητες για ειδικές ανοσολογικές απαντήσεις σε διαλυτό αντιγόνο. Επιπλέον, αντισώματα με στόχο την πρωτεΐνη του περιβλήματος του HIV μπορεί να έχουν διασταυρούμενη αντίδραση με τάξης II μόρια του μείζονος συστήματος ιστοσυμβατότητας (MHC) και να επεμβαίνουν στην ανοσολογική λειτουργία.

Μετά την αρχική μόλυνση με HIV, εμφανίζεται γενικά μια απότομη, ελαφρά ως μέτρια ελάττωση σε T4 λεμφοκύτταρα του αίματος, τα επίπεδα των οποίων παραμένουν συνήθως σταθερά για χρόνια. Αυτό το επακόλουθο μπορεί να απεικονίζει τον περιορισμό του ιού από ανοσολογικές απαντήσεις. Μετά από περιόδους που μπορεί να ποικίλλουν, τα T4 λεμφοκύτταρα συνήθως μειώνονται σε αριθμό ύπουλα και προοδευτικά, γεγονός που αποκαλύπτει μια βαθμιαία διαφυγή του ιού από αυτό τον ανοσολογικό περιορισμό.

Εντούτοις, σε μερικά άτομα η πορεία της λοίμωξης μπορεί να χαρακτηρίζεται από αιφνίδιες και μεγάλες μειώσεις του αριθμού των T4 λεμφοκυττάρων. Όταν ο αριθμός των T4 λεμφοκυττάρων ελαττωθεί στα $0,200 \times 10^9$ ανά λίτρο (200 κύτταρα ανά μικρολίτρο) ή χαμηλότερα, οι πιθανότητες για ανάπτυξη ευκαιριακής λοίμωξης, όπως η πνευμονία από *Pneumocystis carinii* είναι μεγάλες και το επίπεδο αυτό των 14 λεμφοκυττάρων είναι προγνωστικό για σοβαρή κλινική επιπλοκή.

Στις αρχικές φάσεις της λοίμωξης από HIV, η υποομάδα των κατασταλτικών-κυτταροτοξικών T λεμφοκυττάρων, που φαινοτυπικά καθορίζεται από το CD8 επιφανειακό μόριο, μερικές φορές αρχικά αυξάνει. Η υποομάδα των T8 λεμφοκυττάρων πιστεύεται ότι είναι υπεύθυνη για τον περιορισμό της μόλυνσης από HIV στα T4 λεμφοκύτταρα. Καθώς η λοίμωξη προχωρεί, ο αριθμός των T8 λεμφοκυττάρων μπορεί να είναι φυσιολογικός ή σε πολλές περιπτώσεις, ελαττωμένος αργότερα στην πορεία της λοίμωξης.

Αν και μόνο 1 στα 10.000 ως 1 στα 1000 T4 λεμφοκύτταρα του περιφερικού αίματος των ασθενών με AIDS εκφράζουν ενεργά τον ιό σε οποιαδήποτε δεδομένη στιγμή (ο αριθμός αυτός είναι μικρότερος κατά την διάρκεια της ασυμπτωματικής φάσης), ο αριθμός των λεμφοκυττάρων που φιλοξενούν τον λανθάνοντα προϊό HIV είναι του μεγέθους 1 στα 100 ή 1 στα 10. Το ιϊκό φορτίο των υπαρχόντων T4 λεμφοκυττάρων αυξάνει καθώς ο αριθμός των T4 λεμφοκυττάρων ελαττώνεται και η νόσος εξελίσσεται.

Οι παράγοντες που προκαλούν τη μεταβολή της λανθάνουσας λοίμωξης σε ενεργά πολλαπλασιαζόμενο ιό είναι δυνητικά σημαντικοί στην παθογένεια της νόσου από HIV. Μιτογόνα, αντιγόνα και λοιμογόνα ετερόλογα ιϊκά γονίδια έχει διαπιστωθεί ότι προκαλούν έκφραση του ιού *in vitro*. Επιπλέον, κυτταροκίνες, όπως ο παράγοντας νέκρωσης όγκων άλφα (TNF- α), η IL-6 και ο παράγοντας που διεγείρει το σχηματισμό αποικιών κοκκιοκυττάρων-μακροφάγων (GM-CSF) μπορούν επίσης να προκαλέσουν την έκφραση του ιού στα μολυσμένα κύτταρα.

Επειδή ο TNF- α εκκρίνεται σαν απάντηση σε μια σειρά λοιμώξεων, πολλές από τις οποίες εμφανίζονται σαν ευκαιριακές λοιμώξεις σε άτομα που έχουν μολυνθεί από HIV, μπορεί να εμφανισθεί ένας κύκλος προοδευτικής επαγωγής του HIV από μολυσμένα κύτταρα σε λανθάνουσα κατάσταση καθώς η νόσος εξελίσσεται και ακολουθούν περισσότερες δευτεροπαθείς λοιμώξεις. Έτσι, ορισμένες κυτταροκίνες που έχουν σχέση με τη ρύθμιση της φυσιολογικής ανοσολογικής απάντησης μπορεί να χρησιμεύουν σαν βοηθητικοί παράγοντες στην *in vitro* επαγωγή της έκφρασης του ιού σε κύτταρα ήδη μολυσμένα με HIV.

Η σχέση μεταξύ της μείωσης των T4 λεμφοκυττάρων και της σοβαρής ανοσοκαταστολής είναι σαφής. Επειδή ο υποπληθυσμός των T4 λεμφοκυττάρων είναι υπεύθυνος για την επαγωγή ή και τη ρύθμιση πρακτικά ολόκληρου του ανοσολογικού συστήματος, το εκλεκτικό έλλειμμα αυτού του υποπληθυσμού έχει σαν αποτέλεσμα τη συνολική διαταραχή όλων των μερών της ανοσολογικής λειτουργίας, τα οποία εξαρτώνται, τουλάχιστον κατά ένα μέρος, από τα επαγωγικά σήματα που παρέχονται από τα T4 λεμφοκύτταρα. Μεταξύ αυτών είναι η μειονεκτική λειτουργία των κυττάρων φυσικών φονέων, των κυτταροτοξικών T λεμφοκυττάρων ειδικών για ιούς,

των Β λεμφοκυττάρων και μονοπυρήνων. Μερικές από αυτές τις διαταραχές μπορεί να διορθωθούν *in vitro* με επαγωγικά σήματα με τη μορφή λεμφοκυτταροκινών που προέρχονται από τα Τ4 λεμφοκύτταρα.

Τα Β λεμφοκύτταρα των ασθενών με AIDS ενεργοποιούνται πολυκλωνικά, με αποτέλεσμα υπεργαμμασφαιριναιμία και ανοσο-συμπλέγματα του αίματος. Οι συνέπειες της διαταραγμένης λειτουργίας των Β κυττάρων είναι περισσότερο εμφανείς σε παιδιά με AIDS, όπου είναι αυξημένες οι μικροβιακές λοιμώξεις από μικροοργανισμούς που για την προστασία από αυτές απαιτείται η ύπαρξη αμέραις χημικής ανοσολογικής απάντησης.

Πιστεύεται ότι η μη ειδική πολυκλωνική ενεργοποίηση των Β κυττάρων μειώνει την ικανότητα για μια επαρκή *de novo* χημική ανοσολογική απάντηση. Ο μηχανισμός της πολυκλωνικής υπερενεργοποίησης των Β λεμφοκυττάρων στα άτομα που έχουν προσβληθεί από HIV δεν είναι γνωστός, αλλά μπορεί να συσχετίζεται με την ενεργοποίηση του ιού Epstein-Barr (EBV), εφόσον απουσιάζουν οι φυσιολογικές ρυθμιστικές επιδράσεις των Τ λεμφοκυττάρων, με την παραγωγή παραγόντων που προέρχονται από τα Τ κύτταρα και τα μονοπύρηνα, που μπορούν να δραστηριοποιήσουν τα Β λεμφοκύτταρα ή με την πιθανή άμεση ενεργοποίηση των Β λεμφοκυττάρων από τον ίδιο τον HIV. Δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι ο HIV μπορεί να μολύνει τα Β κύτταρα *in vivo*.

Ο αριθμός των μονοπύρηνων που κυκλοφορούν στο αίμα είναι φυσιολογικός στα άτομα που έχουν μολυνθεί από HIV, αλλά έχει αναφερθεί ότι εμφανίζουν ορισμένες λειτουργικές διαταραχές, όπως μειωμένη χημειοταξία και έκκριση της ιντερλευκίνης 1, μείωση ορισμένων κυτταροτοξικών λειτουργιών, καθώς και μειωμένη ικανότητα στην παρουσίαση του αντιγόνου στα Τ λεμφοκύτταρα. Η μόλυνση των μονοπύρηνων που κυκλοφορούν δεν είναι δυνατό να εξηγήσει αυτές τις λειτουργικές διαταραχές, αφού μόλυνση των κυκλοφορούντων μονοπύρηνων συμβαίνει σπάνια *in vivo* και σε πολύ μικρή συχνότητα, ενώ μόλυνση των μακροφάγων των ιστών και των κυττάρων της σειράς των μακροφάγων στον εγκέφαλο και σε άλλα όργανα διαπιστώνεται συχνά.

Οι διαταραχές των κυκλοφορούντων μονοπύρηνων που έχουν αναφερθεί είναι πιθανό να συσχετίζονται, κατά ένα μέρος, με την ενεργοποίηση αυτών των κυττάρων ή νίνο από κυτταροκίνες. Μόλυνση με HIV προδρόμων κυττάρων των μονοπύρηνων στο μυελό των οστών μπορεί να είναι υπεύθυνη άμεσα ή έμμεσα για ορισμένες αιματολογικές νόσους που παρατηρούνται σε άτομα που έχουν μολυνθεί με HIV. Με δεδομένο το γεγονός ότι ο HIV μπορεί να παραμένει στα μακροφάγα, χωρίς να έχει κυτταροπαθογόνο επίδραση, είναι πιθανό τα μακροφάγα να χρησιμεύσουν σαν δεξαμενή για τον HIV και να συμβάλλουν στην διασπορά του ιού στο σώμα. Ο HIV έχει βρεθεί στον εγκέφαλο ατόμων που έχουν μολυνθεί και παρουσιάζουν νευροψυχιατρικές ανωμαλίες. Επιπλέον, ο ιός μπορεί να απομονωθεί από το εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ENY) σε μια μεγάλη αναλογία ατόμων που έχουν μολυνθεί χωρίς να έχουν νευροψυχιατρικές εκδηλώσεις. Τα εγκεφαλικά κύτταρα, που κυρίως μολύνονται με HIV, είναι της γενεαλογίας των μονοπύρηνων μακροφάγων, όπως τα μικρογλοιακά κύτταρα.

Δεν υπάρχουν πειστικά στοιχεία ότι οι νευράδες μπορούν να μολυνθούν με HIV. Μολονότι οι μηχανισμοί της βλάβης του νευρικού ιστού από τον HIV είναι άγνωστοι, πιστεύεται ότι η απελευθέρωση τοξικών κυτταροκινών από την κυτταρική σειρά μονοπύρηνων-μακροφάγων που έχουν μολυνθεί από τον HIV πιθανόν να παίζει κάποιο ρόλο. Επιπλέον, προϊόντα του HIV μπορεί να επηρεάζουν τη λειτουργία των νευράδων.

Τα άτομα που έχουν μολυνθεί από HIV εμφανίζουν αυξημένη επίπτωση νεοπλασμάτων, όπως είναι το σάρκωμα Kaposi, το λέμφωμα από B λεμφοκύτταρα, η νόσος του Hodgkin και ορισμένοι καρκίνοι. Τα αίτια αυτής της προδιάθεσης δεν είναι γνωστά και η ανοσοκαταστολή δεν φαίνεται να είναι ο μόνος παράγοντας που ενέχεται. Για παράδειγμα, ο EBV έχει ενοχοποιηθεί σε ορισμένα λεμφώματα από B λεμφοκύτταρα, που εμφανίζονται με τη λοίμωξη από HIV. Ο HIV δεν φαίνεται να προκαλεί αυτούς του όγκους άμεσα, αφού οι ιικές αλληλουχίες δεν έχουν βρεθεί στο ONA κυττάρων των όγκων.

Αντίθετα, ο HIV μπορεί να συμβάλλει στην ανάπτυξη σαρκώματος Kaposi, προκαλώντας την έκκριση ενός αυξητικού παράγοντα από μολυσμένα CD4 (+) λεμφοκύτταρα, που με τη σειρά του διεγείρει τα

ενδοθηλιακά κύτταρα να εκκρίνουν διάφορες κυτταροκίνες, που προκαλούν τον πολλαπλασιασμό των χαρακτηριστικών, μικτού τύπου, κυττάρων του σαρκώματος Kaposi.

Η παθογένεια του υπερκαταβολικού συνδρόμου καχεξίας που παρατηρείται σε πολλά άτομα που έχουν μολυνθεί με HIV, είναι ασαφής, αλλά μπορεί να οφείλεται, κατά ένα μέρος, σε αυξημένα επίπεδα ορισμένων κυτταροκινών, όπως ο TNF-α, που ονομάζεται επίσης καχετίνη και έχει αποδειχθεί ότι προκαλεί καχεξία σε πειραματόζωα.

Μια ποικιλία δυνητικών συμπαραγόντων μπορεί να παίζουν ρόλο στη μετάδοση και στην επιδεκτικότητα για μόλυνση από HIV, καθώς και στην ανάπτυξη νόσου στα άτομα που μολύνθηκαν. Για παράδειγμα, υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ εξελκώσεων των γεννητικών οργάνων και της επιδεκτικότητας για μόλυνση με HIV με σεξουαλική επαφή. Επιπλέον, οι κυτταροκίνες, όπως ο TNF-α, μπορεί να αποτελούν σημαντικούς συμπαραγόντες στην επαγωγή της έκφρασης του ιού σε ήδη μολυσμένα κύτταρα. Περαιτέρω, η ταυτόχρονη λοίμωξη με HTLV-I ή ανθρώπινο ερπητοϊό 6 ενισχύει την έκφραση του HIV *in vitro*. Ο ακριβής ρόλος του ανοσολογικού συστήματος στην πρόληψη ή την καθυστέρηση της εκδήλωσης της νόσου, σε άτομα που μολύνθηκαν με HIV, είναι ασαφής. Τα άτομα αυτά παράγουν αντισώματα εναντίον ενός αριθμού ιικών πρωτεϊνών και εξουδετερωτικά αντισώματα μπορεί να βρεθούν στα περισσότερα από τα μολυσμένα άτομα. Εντούτοις, μελέτες για τη σχέση μεταξύ της παρουσίας και του επιπέδου των εξουδετερωτικών αντισωμάτων και της κλινικής έκβασης έχουν δώσει αντικρουόμενα αποτελέσματα. Επίσης, τα ειδικά για τον HIV, περιοριζόμενα από το MHC (MHC-restricted) κυτταροτοξικά T λεμφοκύτταρα έχουν βρεθεί σε μολυσμένα με HIV άτομα, αλλά η σχέση τους με την προστασία από τη νόσο δεν είναι επίσης σαφής. Άλλοι ανοσολογικοί μηχανισμοί, όπως η εξαρτώμενη από αντίσωμα κυτταροτοξικότητα και δραστηριότητα των κυττάρων φυσικών φονέων εναντίον του ιού έχουν βρεθεί *in vitro*, αλλά ο ρόλος τους στην προστασία, εάν υπάρχει κάποιος, παραμένει προς διευκρίνιση¹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

6.1. ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ

Ο HIV βρίσκεται κυρίως στα λεμφοκύτταρα και σε πολύ μικρότερη ποσότητα στον ορό του αίματος, στο σπέρμα και στις τραχηλικές εκκρίσεις. Στο αίμα βρίσκεται σε πυκνότητα πάνω από ένα εκατομμύριο φορές μικρότερη από ότι ο ιός της ηπατίτιδας Β.

Ο HIV μπορεί να καλλιεργηθεί και από άλλες εκκρίσεις του ανθρώπου (σάλιο, δάκρυα κ.λπ.), αλλά η ποσότητά του είναι τόσο μικρή που καθιστά αδύνατη τη μετάδοσή του σε άλλους ανθρώπους που ζουν μαζί με τους φορείς στο ίδιο σπίτι ή έχουν απλή κοινωνική ή εργασιακή σχέση. Σ' αυτό συμβάλλει και η κατά πολύ μεγαλύτερη ευπάθεια του HIV στο εξωτερικό περιβάλλον. Έτσι καίτοι είναι δυνατή η επιβίωση ελάχιστων ιϊκών σωματίων στο εξωτερικό περιβάλλον για λίγες μέρες, δεν είναι δυνατή η έμμεση μετάδοση από επαφή με μολυσμένα αντικείμενα.

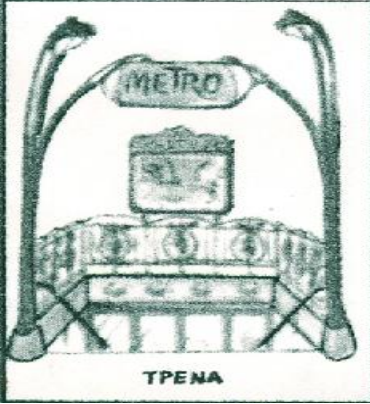
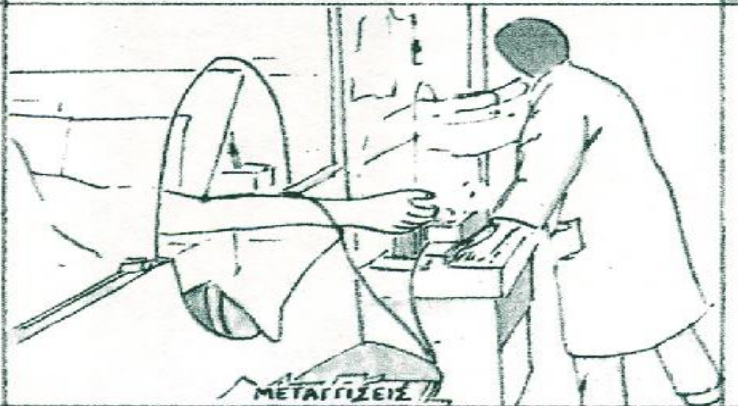
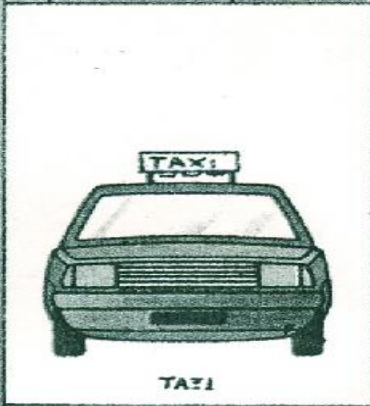
Ο HIV αδρανοποιείται ταχύτατα σε υγρή θέρμανση στους 56^ο C και με αποστείρωση. Όλα τα κοινά χημικά απολυμαντικά αδρανοποιούν ταχύτατα τον HIV. Ιδιαίτερη χρησιμότητα έχει το οινόπνευμα πυκνότητας 70% και η κοινή χλωρίνη σε πρόσφατο διάλυμα 1/10. Τα κοινά πλυντήρια σκευών φαγητού και ρουχισμού αδρανοποιούν τον HIV.

Με βάση τα παραπάνω δεδομένα γίνεται αντιληπτό ότι ο HIV δεν μεταδίδεται με απλή επαφή, ούτε με τα κουνούπια. Χρειάζεται πραγματικός «εμβολιασμός» μεγάλης ποσότητας ιού άμεσα από τον φορέα στον ευπαθή άνθρωπο, όπως γίνεται στα σεξουαλικά και στο αιματογενώς μεταδιδόμενα νοσήματα.

Γι' αυτό το AIDS μεταδίδεται μόνο με τους ακόλουθους τρεις τρόπους:



ΑΥΤΟΙ ΟΙ ΤΡΟΠΟΙ ΔΕΝ ΜΕΤΑΔΙΔΟΥΝ ΤΟ AIDS



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

6.1.1.ΑΙΜΑΤΟΓΕΝΗΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗ

Με μετάγγιση αίματος ή με τη χρήση μολυσμένων με αίμα φορέων ιατρικών ή άλλων εργαλείων που χρησιμοποιούνται σε αιματηρές επεμβάσεις. Αυτό εξηγεί την υψηλή συχνότητα φορέων σε πολυμεταγγιζόμενα άτομα και αιμορροφιλικούς. Σήμερα ο τρόπος αυτός είναι πρακτικώς ανύπαρκτος, αφού κάθε αιμοδότης ελέγχεται, χρησιμοποιούνται εργαλεία μιας χρήσεως και όλα τα υπόλοιπα εργαλεία αποστειρώνονται. Είναι όμως πολύ συχνός στους τοξικομανείς που μοιράζονται τις σύριγγες και τις βελόνες για να ενέσουν ενδοφλέβια το ναρκωτικό τους.

Σε ορισμένες περιοχές των Η.Π.Α. έχει προσβληθεί μέχρι το 90% των τοξικομανών (Νέα Υόρκη). Αλλά και της γειτονικής μας μεσογειακής χώρας (Ισπανία-Ιταλία). Οι τοξικομανείς έχουν προσβληθεί σε ποσοστό πάνω από 50%. Στην Ελλάδα λιγότεροι από 5% των τοξικομανών έχουν προς το παρόν μολυνθεί. Τίποτε όμως δεν αποκλείει την επέκταση της επιδημίας στην δύσκολα προσεγγίσιμη αυτή πληθυσμιακή ομάδα.

6.1.2.ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΜΕΤΑΔΟΣΗ

Η πιθανότητα μεταδόσεως είναι μικρότερη από 1%. Αρκεί όμως και μία σεξουαλική επαφή. Η πιθανότητα είναι σχετικά μεγαλύτερη σε ομοφυλοφιλική επαφή που είναι περισσότερο τραυματική και το επιθήλιο του εντέρου επιτρέπει ευχερέστερη διέλευση του HIV προς τα συσσωρευμένα στην περιοχή αυτή λεμφοκύτταρα. Γι' αυτό οι ομοφυλόφιλοι, αλλά και οι ιερόδουλες και άτομα με μεγάλη εναλλαγή ερωτικών συντρόφων ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου.

Σήμερα οι ομοφυλόφιλοι ορισμένων μεγαλουπόλεων των αναπτυσσόμενων χωρών έχουν προσβληθεί σε ποσοστό 15-70%, ενώ οι ιερόδουλες της Κεντρικής Αφρικής σε ποσοστό μέχρι 80%. Στην Ελλάδα 15% περίπου των ομοφυλοφίλων και 3,2% των ιεροδούλων βρέθηκαν φορείς του HIV.

6.1.3. ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΚΑΙ ΚΑΘΕΤΗ ΜΕΤΑΔΟΣΗ

Το έμβρυο προσβάλλεται σε συχνότητα 50%, όταν η μητέρα είναι φορέας. Ο HIV μπορεί να μεταδοθεί και με το θηλασμό. Το νεογνό όμως δεν προσβάλλεται όταν η μητέρα μολυνθεί μετά τον τοκετό. Ο τρόπος αυτός διασποράς έχει ιδιαίτερη σημασία κυρίως για τις τοξικομανείς ή τις γυναίκες που ο ερωτικός τους σύντροφος είναι τοξικομανής. Σε ορισμένες περιοχές της Κεντρικής Αφρικής 10% περίπου των γυναικών της αναπαραγωγικής ηλικίας είναι φορείς του ιού. Αυτό σημαίνει ότι 5% περίπου των νεογέννητων των περιοχών αυτών προσβάλλεται από τον HIV³.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

7.1. ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ HIV

7.1.1. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ HIV

Η νόσος HIV μπορεί να εμφανιστεί σαν μια νόσος συνδυαζομένη με την ορρομετατροπή, μέσα σε διάστημα μερικών εβδομάδων από τη λοίμωξη. Στους περισσότερους ασθενείς η ορρομετατρεπτική νόσος είναι ασυμπτωματική και οι πρώτες κλινικές εκδηλώσεις της νόσου HIV ενδέχεται να παρουσιαστούν αρκετά χρόνια αργότερα.

Τα σωματικά συμπτώματα, όπως το αίσθημα κοπώσεως και οι νυκτερινές εφιδρώσεις, καθώς και ορισμένα, μικρής σημασίας ιατρικά προβλήματα, όπως ο έρπης και η μυκητίαση της στοματικής κοιλότητας, προηγούνται συνήθως της εμφανίσεως σοβαρών ευκαιριακών λοιμώξεων ή όγκων. Στο στάδιο αυτό, ο ασθενής δεν ικανοποιεί τα κριτήρια του CDC για τον ορισμό του AIDS, αλλά κατατάσσεται στους πάσχοντες από ARC, δηλαδή το σύμπλεγμα το σχετιζόμενο με το AIDS.

Η πλήρης ανάπτυξη του συνδρόμου του AIDS στους ασθενείς με ARC ενδέχεται να καθυστερήσει για μερικούς μήνες ή και χρόνια, και εμφανίζεται συχνότερα ως διάμεσος πνευμονία (η πνευμονία από *Pneumocystis carinii* αποτελεί την πρώτη κλινική εκδήλωση του AIDS στο 65% περίπου των ασθενών), σάρκωμα Καρosi, πρωτοπαθή ή δευτεροπαθή νόσο του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ), δυσφαγία, διάρροια, λέμφωμα ή υπερπυρεξία εξαιτίας μιας διάχυτης ευκαιριακής λοιμώξεως, όπως το *Mycobacterium Avium Intracellulare* (MAI).

Μερικές φορές όμως, το AIDS μπορεί να παρουσιαστεί *de novo*, σε προηγουμένως κλινικά υγιές, αλλά θετικό για αντισώματα HIV άτομο. Αυτό παρατηρείται συνήθως, όταν πρώτη εκδήλωση του AIDS είναι το σάρκωμα

Kaposi, παρόλο που δεν αποκλείεται να εκδηλωθεί ξαφνικά πνευμονία από *Pneumocystis* σε φαινομενικά απόλυτα υγιή άτομα.

Οι «ελάσσονες» εκδηλώσεις της νόσου HIV, όπως η εύκολη κόπωση, η λεμφαδενοπάθεια, οι νυκτερινές εφιδρώσεις, η απώλεια βάρους, η χρόνια διάρροια, η μυκητίαση της στοματικής κοιλότητας, οι δερματοπάθειες, τα ΩΡΛ προβλήματα και η θρομβοκυτταροπενία, παρόλο που σπάνιος είναι καταστάσεις απειλητικές για τη ζωή του ασθενούς, ώστε να επιβάλλεται η εισαγωγή του σε νοσοκομείο, έχουν πολύ μεγάλη, τόσο διαγνωστική όσο και θεραπευτική σημασία. Η αναγνώριση των προβλημάτων αυτών, που ενδέχεται να είναι πάντα εύκολη, επιτρέπει την έγκαιρη διάγνωση της νόσου HIV και η θεραπευτική τους αντιμετώπιση προσφέρει στον ασθενή σημαντική συμπτωματική ανακούφιση.

Τα ελάσσονα αυτά προβλήματα είναι επίσης σημαντικά για την εκτίμηση της εξελίξεως της νόσου. Αν ένα, μέχρι πρότινος υγιές, θετικό για αντισώματα HIV, άτομο παρουσιάσει αρχικά ένα, και πιθανόν αργότερα, περισσότερα σωματικά συμπτώματα, είναι φανερό ότι η νόσος HIV επιδεινώνεται. Η διαπίστωση της εξελίξεως αυτής θα πρέπει να οδηγήσει τον θεράποντα γιατρό στην έναρξη της κατάλληλης θεραπείας σε χρόνο που οι πιθανότητες να ωφεληθεί ο ασθενής είναι πολύ περισσότερες.

Στο κεφάλαιο αυτό, οι κλινικές εκδηλώσεις της νόσου HIV παρουσιάζονται σε δώδεκα χωριστά μέρη που αντιστοιχούν στα διάφορα συστήματα του ανθρωπίνου σώματος. Δεν προβλέψαμε χωριστά τμήματα για το ARC και το AIDS, καθώς οι όροι αυτοί αποτελούν αυθαίρετες υποδιαιρέσεις μιας ενιαίας, νοσογόνου διαδικασίας.

Παραδείγματος χάριν, οι ασθενείς με νόσο HIV προσβάλλονται πολύ ευκολότερα από διάφορες μορφές λοιμώδους διάρροιας, μερικές από τις οποίες ικανοποιούν τα κριτήρια του CDC για το AIDS, ενώ άλλες όχι. Εδώ έχουν περιληφθεί όλες οι μορφές κάτω από τον γενικό τίτλο «Παθήσεις του γαστρεντερικού συστήματος». Γενικά, όταν μια ασθένεια ικανοποιεί τα κριτήρια του CDC για το AIDS, αυτό αναφέρεται στο κείμενο. Εάν όμως, υπάρχει κάποια αμφιβολία, η παραπομπή στο Παράρτημα Α θα διευκρινίσει, αν η συγκεκριμένη ασθένεια καθορίζει ή όχι τον ασθενή πάσχοντα από AIDS⁴.

7.1.2.ΝΟΣΟΣ HIV ΣΥΝΔΥΑΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΟΡΡΟΜΕΤΑΤΡΟΠΗ

Ο ασθενής παρουσιάζει οξεία, εμπύρετη κατάσταση με «πονόλαιμο», επώδυνη λεμφαδενοπάθεια και κεφαλαλγία. Ενδέχεται επίσης να συνυπάρχουν κλινικά σημεία μηνιγγίτιδας ή εγκεφαλίτιδας. Η οσφυονωτιαία παρακέντηση είναι πιθανόν να δείξει αυξημένο αριθμό λεμφοκυττάρων στο ΕΝΥ, γεγονός που υποδηλώνει την παρουσία άσηπτης μηνιγγίτιδας. Συνήθως, ο ασθενής αναρρώνει αυτομάτως μέσα σε μια εβδομάδα.

Δεν είναι γνωστό το ποσοστό των προσβεβλημένων από τον ιό HIV ατόμων που θα παρουσιάσουν νόσο συνδυαζόμενη με την ορρομετατροπή ή «οξεία νόσο HIV».

Επειδή την συναντούμε πολύ σπάνια, συμπεραίνουμε ότι, στις περισσότερες περιπτώσεις, η νόσος αυτή είναι ασυμπτωματική ή τόσο ελαφριάς μορφής, ώστε να νομίζει ο ασθενής ότι μάλλον πάσχει από απλό κρυολόγημα ή γρίπη και να μην επισκέπτεται το γιατρό.

7.1.3.ΛΕΜΦΑΔΕΝΟΠΑΘΕΙΑ

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

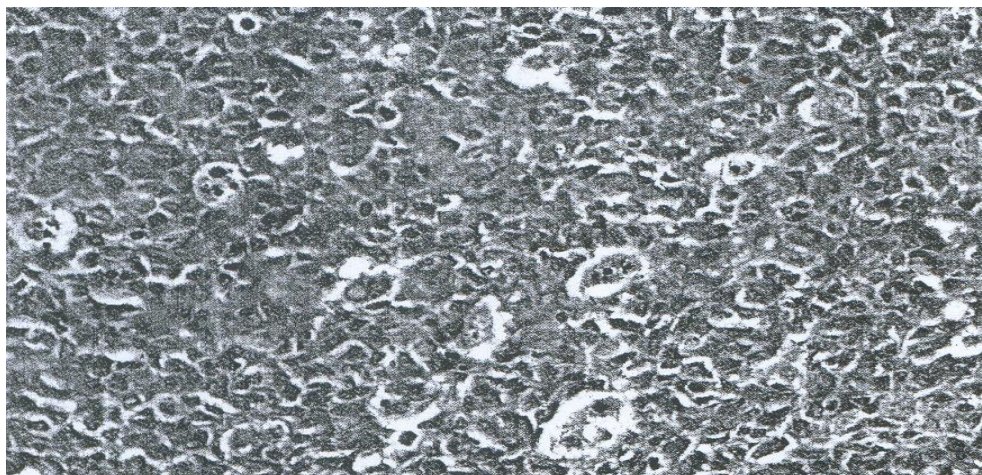
Η βιοψία είναι απαραίτητη προκειμένου να αποκλειστεί το λέμφωμα και η φυματιώδης αδενίτις στις περιπτώσεις που ο ασθενής παρουσιάζει σοβαρά σωματικά συμπτώματα, όπως καχεξία, νυκτερινές εφιδρώσεις, είναι ορροαρνητικός ή έχει αδένες που είναι άτυποι κατά την ψηλάφηση. Συνήθως, στην λεμφαδενοπάθεια της νόσου HIV οι λεμφαδένες έχουν ελαστική υφή κατά την ψηλάφηση και είναι κινητοί. Όταν οι αδένες μιας συγκεκριμένης περιοχής του σώματος είναι σκληροί ή καθηλωμένοι ή παρουσιάζουν απότομη διόγκωση, καλό είναι να γίνεται βιοψία.



Εικόνα 7.1. Επισκοπικά διακρινόμενος λεμφαδένας στον τράχηλο ασθενούς με επιμένουσα, διάχυτη λεμφαδενοπάθεια. Είναι ενδιαφέρον ότι ο ασθενής αυτός είχε HIV οροαρνητική, επιμένουσα, γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια (PGL) για 3 χρόνια πριν από την ορομετατροπή. Ύστερα από 8 χρόνια με PGL εξακολουθεί να είναι καλά εκτός από την πρόσφατη εμφάνιση σμηγματορροϊκής δερματίτιδας

Στην λεμφαδενοπάθεια που οφείλεται στη νόσο HIV, οι λεμφαδένες δεν είναι συνήθως επώδυνοι στην ψηλάφηση. Αρκετά συχνά όμως, ορισμένοι ασθενείς παρουσιάζουν μεγάλη διόγκωση των λεμφαδένων που είναι επώδυνοι κατά την ψηλάφηση, ενώ συγχρόνως παραπονούνται για αίσθημα κοπώσεως.

Οι ασθενείς αναφέρουν συχνά ότι τα συμπτώματα αυτά παρουσιάζονται σε περιόδους stress ή μεγάλου φόρτου εργασίας.

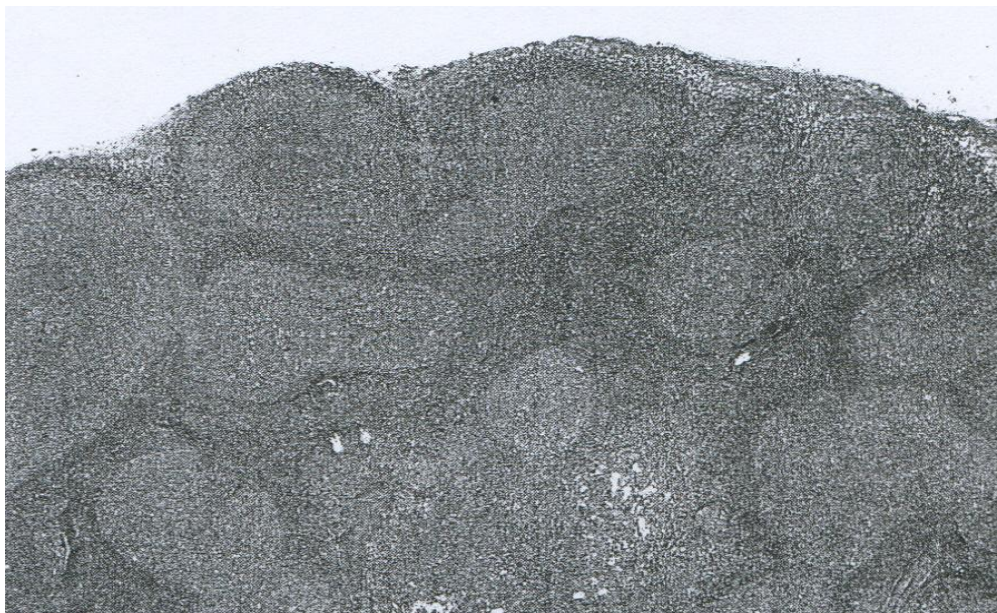


Εικόνα 7.2. Ο αντιδραστικός πυρήνας του λεμφαδένος σε μεγαλύτερη μεγέθυνση. Προσέξτε τα μικρά και μεγάλα λεμφοειδή κύτταρα με τους ανωμάλου σχήματος πυρήνες (κεντροκύτταρα) καθώς και τους βλάστες (H & E X 100).

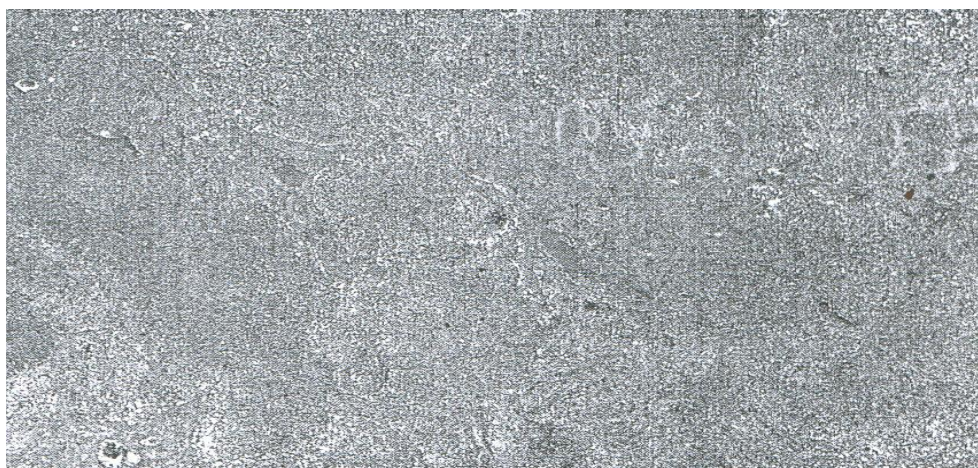
Το σύνδρομο αυτό του «αδενοειδούς πυρετού» είναι συχνό και μπορεί να παρουσιάσει υποτροπές. Η αιτιολογία του είναι άγνωστη, είναι όμως πιθανόν να οφείλεται σε εξάρσεις μιας συστηματικής λοιμώξεως από τον Μεγαλοκυτταρικό ιό (CMV).

Συνήθως, η διόγκωση των λεμφαδένων και το αίσθημα κοπώσεως υποχωρούν με την ανάπαυση.

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



Εικόνα 7.3. Τμήμα λεμφαδένος, όπου διακρίνεται μεγάλου βαθμού θυλακιώδης υπερπλασία, τυπικό εύρημα της PGL, αλλά συγχρόνως και μη ειδικό εύρημα σε πολλές αντιδραστικές λεμφαδενοπάθειες από ιούς (H & E X 10)



Εικόνα 7.4. Τμήμα λεμφαδένος όπου διακρίνεται η ελάττωση των θυλακίων (H & E X 10). Η ελάττωση των θυλακίων θεωρείται κακό προγνωστικό σημείο και είναι συχνό εύρημα στους λεμφαδένες ασθενών με AIDS. Όταν εμφανίζεται σε ασθενείς με PGL, υπάρχει συχνά ταχεία εξέλιξη σε σύνδρομο AIDS

7.1.4. ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ

Η προοδευτική απώλεια βάρους αποτελεί εκδήλωση πλήρως αναπτυγμένης νόσου HIV (ασχέτως αν παρουσιάζεται σε ασθενείς με ARC ή με AIDS) και ενδέχεται να είναι ιδιαίτερα σοβαρής μορφής σε ορισμένους ασθενείς. Η αιτιολογία είναι άγνωστη, αλλά είναι πιθανόν να έχει εν μέρει σχέση με τη δυσαπορρόφηση θρεπτικών ουσιών. Αποτελεί πολύ κακό προγνωστικό σημείο.

Μετά την 1^η Σεπτεμβρίου 1987, η παρουσία ενός χρόνιου συνδρόμου απισχνάνσεως σε HIV θετικό ασθενή (απώλεια βάρους ίση ή μεγαλύτερη από το 10% του σωματικού βάρους) σε συνδυασμό με διάρροια ή πυρετό διάρκειας 1 μηνός, καλύπτει τα κριτήρια του CDC για τη διάγνωση AIDS.



Εικόνα 7.5. Σημαντικού βαθμού απίσχναση σε ασθενή με AIDS

7.1.5. ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ

Οι παθήσεις της στοματικής κοιλότητας είναι πάρα πολύ συχνές στα προχωρημένα στάδια της νόσου HIV (ARC και AIDS). Η μυκητίαση της στοματικής κοιλότητας και η τριχωτή λευκοπλακία αποτελούν σημαντικές κλινικές εκδηλώσεις για τη διάγνωση της νόσου HIV και υποδηλώνουν ότι η νόσος έχει προχωρήσει στο στάδιο, κατά το οποίο είναι σχεδόν βέβαιο ότι ο ασθενής, αν δεν πάσχει ήδη από AIDS, θα το αναπτύξει μέσα στα επόμενα δύο χρόνια.

Το 60-80% των ασθενών με νόσο HIV που παρουσιάζουν μυκητίαση της στοματικής κοιλότητας ή τριχωτή λευκοπλακία, αναπτύσσουν σύνδρομο του AIDS μέσα σε δύο χρόνια.

Και οι δύο αυτές κλινικές εκδηλώσεις είναι μάλλον ειδικά σημεία της νόσου HIV: η μυκητίαση της στοματικής κοιλότητας είναι εξαιρετικά σπάνια σε νέα, μη διαβητικά άτομα χωρίς τεχνητές οδοντοστοιχίες, ενώ η τριχωτή λευκοπλακία δεν έχει περιγραφεί σε άλλες ασθένειες, εκτός από την νόσο HIV.

Το σάρκωμα Kaposi εμφανίζεται πρώτα στην σκληρά υπερώα. Η ουλίτιδα αποτελεί εξαιρετικά συχνό πρόβλημα στη νόσο HIV και μπορεί να προκαλέσει σημαντικό βαθμού διάβρωση. Ενώ όμως αποτελεί σημαντικό νοσηλευτικό πρόβλημα, είναι λιγότερο χρήσιμη διαγνωστικά, καθώς είναι διαδεδομένη σε ευρύτατα στρώματα του πληθυσμού.

Οι αφθώδεις εξελκώσεις είναι λιγότερο συχνές, αλλά μπορεί να προκαλέσουν σημαντική νοσηρότητα, με μεγάλα, επώδυνα έλκη της μαλθακής υπερώας και να επιμένουν για αρκετούς μήνες.

Τα περιοδοντικά αποστήματα και τα κονδυλώματα της στοματικής κοιλότητας εμφανίζονται οπωσδήποτε συχνότερα στους ασθενείς με λοίμωξη HIV, από ότι στο γενικό πληθυσμό.

Πίνακας 7.1. Παθήσεις της στοματικής κοιλότητας στη νόσο Η/Υ

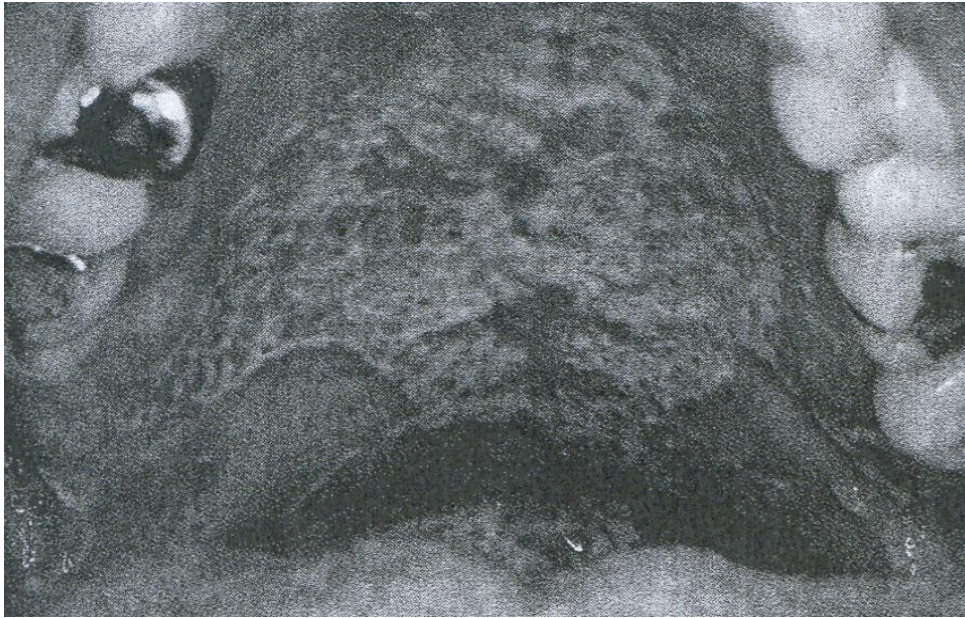
- Μυκητίαση
- Τριχωτή λευκοπλακία
- Σάρκωμα Kaposi
 - Ουλίτιδα
- Αφθώδεις εξελκώσεις
- Περιοδοντικά αποστήματα
- Κονδυλώματα της στοματικής κοιλότητας

1. ΜΥΚΗΤΙΑΣΗ ΤΗΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗ ΝΟΣΟ HIV

Η μυκητίαση της στοματικής κοιλότητας έχει την μορφή λευκού επιχρίσματος της μαλακής και της σκληρής υπερώας καθώς και των παρειικών επιφανειών. Ο υποκείμενος βλεννογόνος ενδέχεται να έχει φυσιολογικό χρώμα, δεν αποκλείεται όμως να είναι έντονα ερυθρός. Στην περίπτωση αυτή δεν αποκλείεται να υπάρχει δυσφορία στην στοματική κοιλότητα.

Σε ορισμένα περιστατικά ο βλεννογόνος εμφανίζει εξέρυθρη πάχυνση, χωρίς λευκές πλάκες, οπότε μπορεί να χαρακτηριστεί ως «ερυθηματώδης μονιλίαση».

Εάν δεν υπάρχει γενικευμένη προσβολή του βλεννογόνου, οι λευκές πλάκες ανευρίσκονται συχνότερα πίσω από τον δεύτερο τραπεζίτη. Η θεραπεία της μυκητιάσεως της στοματικής κοιλότητας είναι εύκολη είτε με τη χρήση διαλυμάτων που απορροφώνται τοπικά (όπως παστίλιες μυστατίνης, καραμέλες αμφοτερισίνης Β ή gel μικοναζόλης είτε σκευασμάτων που απορροφώνται συστηματικά, όπως χάπια κετοконаζόλης.



Εικόνα 7.6. Μυκητίαση της στοματικής κοιλότητας σε ασθενή με AIDS με φυσιολογικό υποκείμενο στοματικό βλεννογόνο

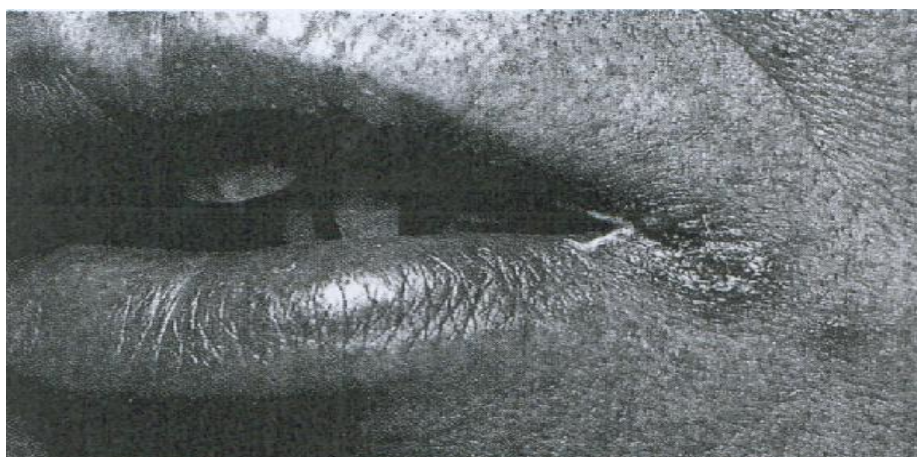


Εικόνα 7.7. Πρώιμη μυκητίαση της στοματικής κοιλότητας σε ασθενή με ARC



Εικόνα 7.8. Μυκητίαση της στοματικής κοιλότητας σε ασθενή με AIDS

Σε περιπτώσεις εκτεταμένης μυκητιάσεως της στοματικής κοιλότητας ή μονολιάσεως του οισοφάγου, θα προτιμηθεί συνήθως η χορήγηση συστηματικής θεραπείας. Παρόλο που η ηπατοτοξικότητα της κετοконаζόλης είναι πάρα πολύ σπάνια, θα πρέπει να ελέγχεται τακτικά η ηπατική λειτουργία με τις κατάλληλες εργαστηριακές εξετάσεις. Πολλοί ασθενείς με ARC ή AIDS χρειάζονται συνεχή θεραπεία με κετοконаζόλη για την πρόληψη δυσάρεστων υποτροπών μυκητιάσεως της στοματικής κοιλότητας και του οισοφάγου.



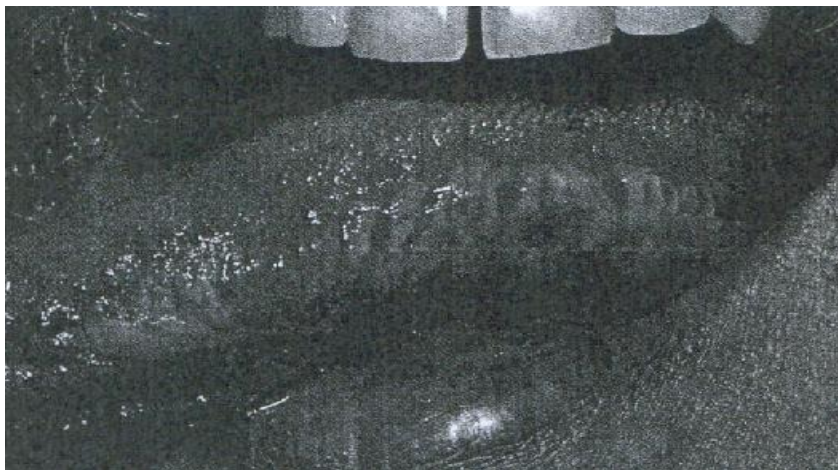
Εικόνα 7.9. Γωνιώδης στοματίτις σε ασθενή με AIDS. Πολύ συχνά τα επώδυνα αυτά «σκασίματα» στις γωνίες του στόματος συνδέονται με την ύπαρξη μυκητιάσεως της στοματικής κοιλότητας. Ανταποκρίνεται καλά στην τακτική επάλειψη με κρέμα υδροκορτιζόνης 1% σε συνδυασμό με ένα αντιμυκητιασικό όπως η μυκοναζόλη. Η μυκητίαση της στοματικής κοιλότητας θα πρέπει επίσης να θεραπευθεί

2. ΤΡΙΧΩΤΗ ΛΕΥΚΟΠΛΑΚΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΟΣΟ HIV

Οι φωτογραφίες παρουσιάζουν τέσσερα διαφορετικά περιστατικά τριχωτής λευκοπλακίας. Η πάθηση εμφανίζεται σαν λευκές ραβδώσεις στις πλάγιες επιφάνειες της γλώσσας.

Συνήθως είναι ασυμπτωματική, παρόλο που μερικοί ασθενείς ενδέχεται να παραπονεθούν σχετικά. Σπανιότατα είναι επώδυνη. Ο όρος τριχωτή (hairy) οφείλεται στην ιστοπαθολογική εμφάνιση των τριχωτών προσεκβολών του κερατινοποιημένου πλακώδους επιθηλίου.

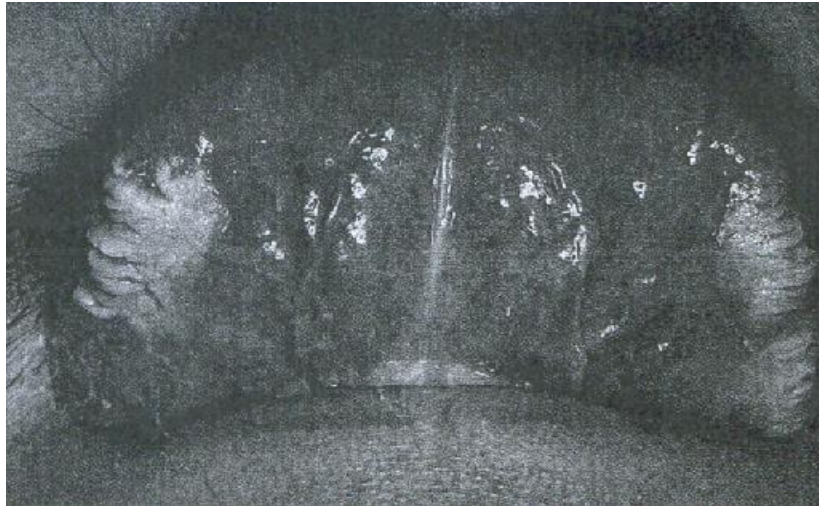
Το λευκό χρώμα οφείλεται στην κερατινοποίηση του πλακώδους επιθηλίου που δημιουργεί τη λευκή και υγρή μεμβράνη επάνω στη γλώσσα. Ο αιτιολογικός μηχανισμός φαίνεται να είναι η αναπαραγωγή του ιού Epstein-Bar στα επιπολής στρώματα του πλακώδους επιθηλίου της γλώσσας.



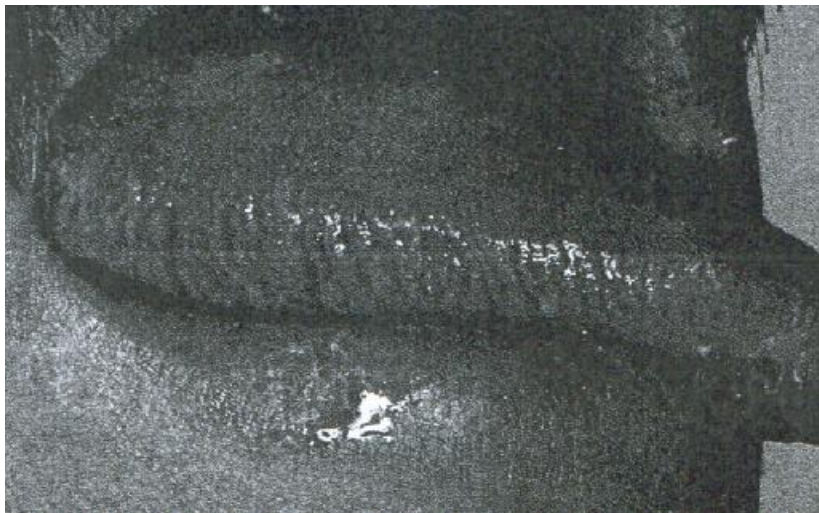
A



B



Γ



Δ

Εικόνα 7.10 Α.Β.Γ.Δ. Τριχωτή λευκοπλακιά σε ασθενείς με ARC και AIDS.
Σημειώστε την χαρακτηριστική ραβδωτή εμφάνιση.

7.1.6. ΔΕΡΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Συχνά, η πρώτη κλινική εκδήλωση της νόσου HIV είναι ένα δερματικό εξάνθημα. Τα συνηθέστερα δερματικά εξανθήματα της νόσου HIV είναι τα ακόλουθα:

1. Σμηγματορροϊκή δερματίτις
 2. Βλατιδοκνησμώνδες εξάνθημα/θυλακίτις
 3. Ξηροδερμία
 4. Έρπης ζωστήρ
 5. Απλός ή επιχείλιος έρπης
 6. Μολυσματική τέρμινθος
 7. Τριχοφυτίες (μυκητιασικά εξανθήματα του δέρματος και των ονύχων)
- } Ιογενή
} δερματικά
} εξανθήματα

1. ΣΜΗΓΜΑΤΟΡΡΟΪΚΗ ΔΕΡΜΑΤΙΤΙΣ

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

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

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

Η σμηγματορροϊκή δερματίτις προσβάλλει συχνότερα το πρόσωπο. Αν και παρουσιάζεται αρκετά συχνά στον γενικό πληθυσμό, στη νόσο HIV είναι συνήθως σοβαρότερης μορφής και, τις περισσότερες φορές, ο συγκεκριμένος, ορροθετικός για HIV, ασθενής δεν είχε παρουσιάσει παρόμοιο πρόβλημα στο παρελθόν.

Το κλασικό εξάνθημα του προσώπου προσβάλλει τις ρινοχειλικές πτυχές και θα πρέπει οπωσδήποτε να θεωρηθεί θετική ένδειξη προς την κατεύθυνση της διάγνωσης του AIDS σε ασθενή με λοίμωξη του αναπνευστικού, διάρροια ή πάθηση του κεντρικού νευρικού συστήματος.

Σε ελαφρότερη μορφή προσβάλλει μόνο τα φρύδια ή την περιοχή του άνω χείλους.

Το εξάνθημα ανταποκρίνεται καλά στην θεραπεία με αλοιφή υδροκορτιζόνης 1% σε συνδυασμό με κάποιο αντιμυκητιασικό, όπως η μικοναζόλη. Για τους ασθενείς που έχουν ευαισθησία στις αλοιφές αυτές, η αλοιφή κετοконаζόλης αποτελεί καλή εναλλακτική λύση. Το εξάνθημα στο πρόσωπο είναι συχνά πολύ ενοχλητικό για τον ασθενή.

Η σμηγματορροϊκή δερματίτις μπορεί κάλλιστα να επεκταθεί και στο υπόλοιπο σώμα, γεγονός που αποτελεί κακό προγνωστικό σημείο. Οι συχνότερα προσβαλλόμενες περιοχές είναι η άνω και έξω επιφάνεια του βραχίονα και η κεντρική περιοχή του θώρακα.

Η προσεκτική επισκόπηση του εξανθήματος θα αποκαλύψει ότι πολλές περιοχές παρουσιάζουν θυλακιώδη επίταση⁴.



A



B

Εικόνα 7.11.A,B. Σμηγματορροϊκή δερματίτις στο πρόσωπο ασθενούς με ARC⁴

7.1.7.ΩΡΛ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Οι ασθενείς με νόσο HIV είναι πιο ευπαθείς σε ορισμένες λοιμώδεις και αλλεργικές ωτορινολαρυγγολογικές (ΩΡΛ) παθήσεις και είναι μάλιστα πιθανόν να απευθυνθούν αρχικά στον ωτορινολαρυγγολόγο.

Τα συχνότερα προβλήματα είναι:

1. καταρροή/ οπισθορρινική καταρροή
2. ιγμορίτις
3. μέση ωτίτις
4. εκκριτική μέση ωτίτις
5. εξωτερική ωτίτις
6. νευροαισθητήριοις βαρηκοΐα⁴

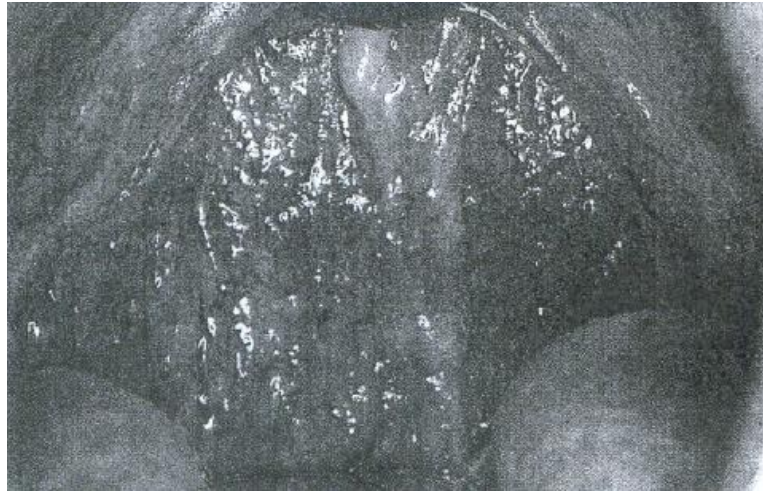
Το πιο συνηθισμένο πρόβλημα είναι η συνεχής οπισθορρινική καταρροή που ενδέχεται να οδηγήσει σε νυχτερινό βήχα. Ίσως να οφείλεται σε μια μορφή αλλεργικής ρινίτιδος και η χρήση κορτιζονούχων ρινικών σκευασμάτων προσφέρει συμπτωματική ανακούφιση.

Ένα ενδιαφέρον στοιχείο είναι η κοκκιωματώδης εμφάνιση του ρινικού βλεννογόνου. Η ιγμορίτις και η μέση ωτίτις οφείλονται συνήθως σε λοίμωξη από αιμόφιλο. Ειδικά σε περιπτώσεις ιγμορίτιδος, ενδέχεται η κατάσταση του ασθενούς να είναι τόσο σοβαρή, με πυρετό και πόνο, ώστε να γίνεται εισαγωγή σε νοσοκομείο με υποψία μηνιγγίτιδος ή πυρετού αγνώστου αιτιολογίας.

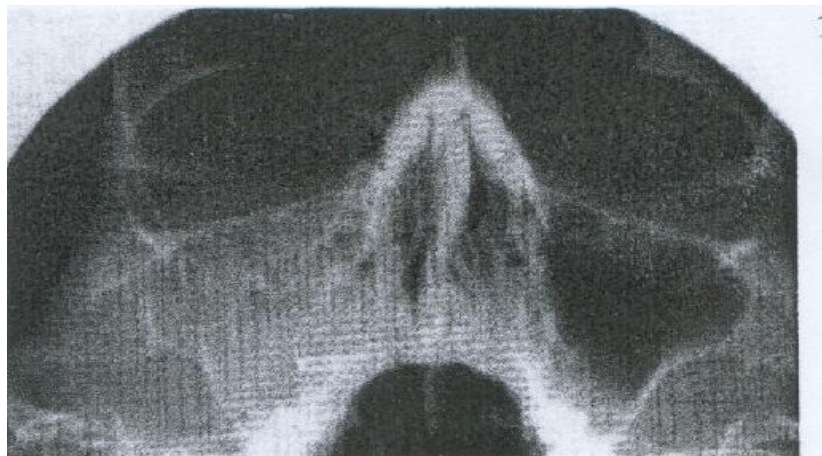
Η εκκριτική μέση ωτίτις είναι πολύ συχνή στα προχωρημένα στάδια της νόσου HIV. Οι ασθενείς αναφέρουν «βούισμα στα αυτιά σαν να βρίσκονται σε αεροπλάνο» και ορισμένες φορές παρουσιάζουν βαρηκοΐα αγωγιμότητας καθώς και αδυνάτισμα του προσώπου.

Η εκκριτική μέση ωτίτις ενδέχεται να οδηγήσει σε απόφραξη της ευσταχιανής σάλπιγγος, δημιουργία αρνητικής πίεσεως και συλλογή εκκρίσεων στο μέσον ους. Η αυξημένη συχνότητα κρουσμάτων εξωτερικής ωτίτιδος ενδέχεται να οφείλεται στην αυξημένη συχνότητα σμηγματοροϊκής δερματίτιδος.

Σε ορισμένα περιστατικά παρουσιάζεται νευροαισθητήριοις βαρηκοΐα λόγω προσβολής του ακουστικού νεύρου, στα πλαίσια πιθανόν της HIV νευροπάθειας.



Εικόνα 7.12. Ορρώδες έκκριμα από οπισθορρινική καταρροή στο οπίσθιο τοίχωμα του φάρυγγα σε ασθενή με AIDS



Εικόνα 7.13. Θολερότητα των άνω γναθιαίων κόλπων σε ασθενή με ιγμορίτιδα που είχε αρχικά εισαχθεί στο νοσοκομείο για διερεύνηση πυρετού αγνώστου αιτιολογίας⁴

7.1.8. ΣΑΡΚΩΜΑ ΚΑΡΟΣΙ

Το σάρκωμα Karosi περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Ούγγρο δερματολόγο Moritz Karosi το 1872. Ο Moritz Karosi περιέγραψε σε ηλικιωμένους Ιταλούς και σε άνδρες εβραϊκής καταγωγής από την Ανατολική Ευρώπη έναν βραδέως αναπτυσσόμενο, καλοήγη συνήθως όγκο που, τις περισσότερες φορές εμφανιζόταν στα κάτω άκρα. Αργότερα βρέθηκε ότι, τόσο η καλοήγη όσο και η πιο επιθετική μορφή του σαρκώματος Karosi είναι πολύ διαδεδομένες στην Αφρική.

Τα πρώτα περιστατικά σαρκώματος Karosi σε σχέση με τη νόσο HIV περιγράφηκαν το 1981 στις Η.Π.Α., όπου 35.070 των κρουσμάτων του AIDS παρουσιάστηκαν με αυτόν τον μέχρι τότε, πολύ σπάνιο όγκο. Στους πάσχοντες από AIDS, η κατανομή των αλλοιώσεων του σαρκώματος Karosi μπορεί να είναι η κλασσική, δηλαδή οι αλλοιώσεις να εμφανισθούν πρώτα στα κάτω άκρα, αλλά, συχνότερα είναι διάσπαρτες σε όλο το σώμα.

Το κύτταρο, από το οποίο προέρχεται ο όγκος, είναι ενδοθηλιακό και πιστεύεται ότι ο όγκος δεν παρουσιάζει μεταστάσεις, αλλά είναι πολυεστιακός. Εμφανίζεται συχνά σε ομοφυλόφιλους με AIDS, αλλά είναι σπάνιος σε άτομα που ανήκουν σε άλλες ομάδες υψηλού κινδύνου. Ο λόγος είναι άγνωστος, είναι όμως πιθανόν ότι το σάρκωμα Karosi οφείλεται σ' έναν άγνωστο μέχρι σήμερα, «ευκαιριακό» ιό του σαρκώματος, που είναι ιδιαίτερα διαδεδομένος στην κοινότητα των ομοφυλοφίλων, αλλά σπανίως ανευρίσκεται σε άλλα άτομα.

Είναι πιθανόν να μεταδίδεται μόνο με τη σεξουαλική επαφή και όχι με την ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών ουσιών.

Το σάρκωμα Karosi ενδέχεται να εκδηλωθεί με ιδιαίτερα επιθετική μορφή στους ασθενείς με AIDS και ο θάνατος να επέλθει σαν συνέπεια της προσβολής των πνευμόνων. Είναι, όμως, πιθανότερο να πεθάνει ο ασθενής από μια ευκαιριακή λοίμωξη ή από εγκεφαλοπάθεια, παρά από τον ίδιο τον όγκο.

Η διάχυτη προσβολή του εντερικού σωλήνα είναι πιθανή, ενώ η προσβολή του εγκεφάλου είναι εξαιρετικά σπάνια.



Εικόνα 7.14. Moritz Kaposi



Εικόνα 7.15. Κλασική μορφή σαρκώματος Kaposi σε ηλικιωμένο άνδρα εβραϊκής καταγωγής

7.1.9. ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ

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

Η εξέταση αερίων αίματος ενδέχεται να δείξει υποξία και η ακτινογραφία θώρακος αμφοτερόπλευρες διάμεσες πυκνώσεις. Είναι, όμως, πολύ πιθανόν, μια ή και όλες οι αναφερθείσες εξετάσεις να είναι απόλυτα φυσιολογικές. Συνήθως, για την επιβεβαίωση της διαγνώσεως απαιτείται βρογχοσκόπηση με πλύση των κυψελίδων ή διαβρογχική βιοψία, αν και, ορισμένες φορές, πτύελα που προέρχονται από εισπνοή υπέρτονου διαλύματος NaCl είναι πιθανόν να εμπεριέχουν πνευμονοκύστεις.

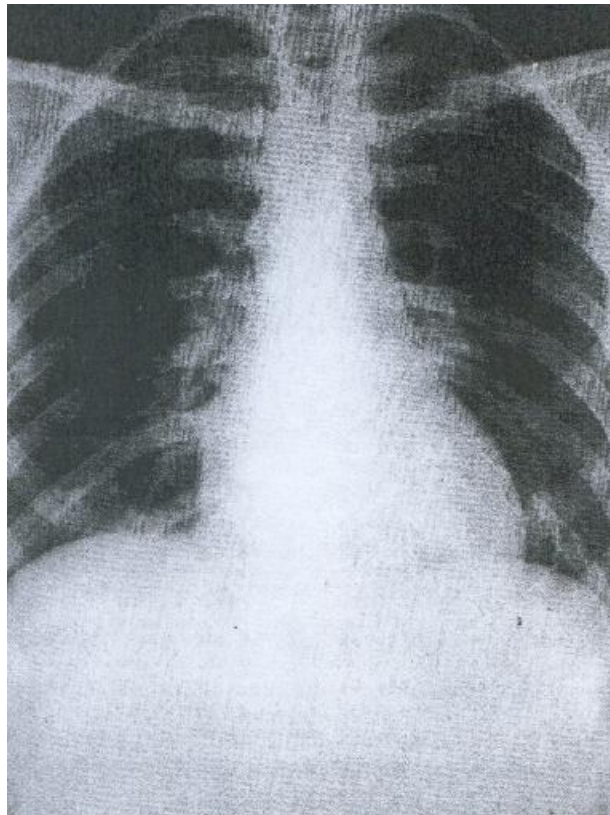
Η έγκαιρη διάγνωση της πνευμονίας από *Pneumocystis carinii* (PCP) είναι ζωτικής σημασίας. Η έναρξη της νόσου είναι συνήθως ήπια και ο ασθενής μπορεί να φαίνεται και να αισθάνεται σχετικά υγιής. Η παρουσία ξηρού βήχα και, ιδιαίτερα, δύσπνοιας σε άτομο θετικό για HIV αντισώματα δεν θα πρέπει ποτέ να αγνοούνται,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

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

Η θεραπεία εκλογής είναι η χορήγηση ενδοφλεβίως co-τριμοξαζόλης σε μεγάλες δόσεις. Άλλα θεραπευτικά σχήματα είναι η χορήγηση

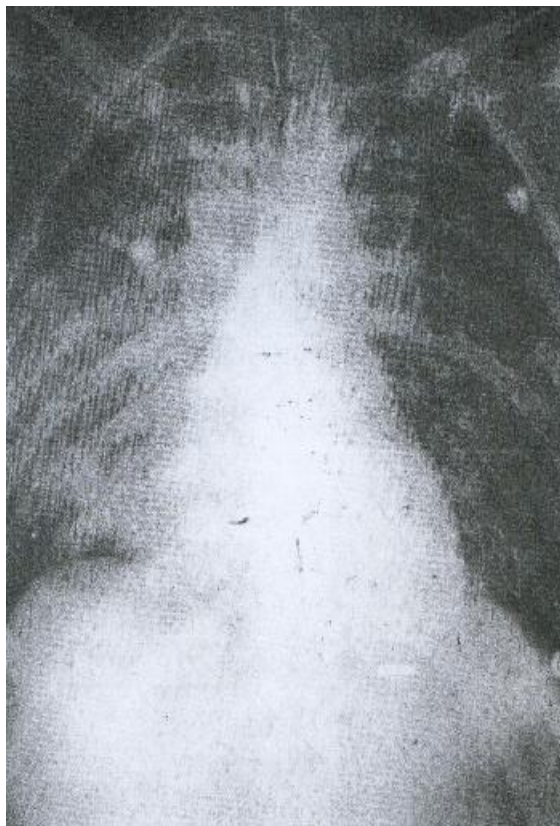
πενταμιδίνης, τριμεθοπρίμης/δαψόνης, εφλορνιθίνης και τριμομεξάτης είτε ενδοφλεβίως είτε με εισπνοές.

Η έναρξη της θεραπείας θα πρέπει να αποφασίζεται μόλις υπάρξει κλινικά υποψία πνευμονίας από *Pneumocystis carinii* και να μην καθυστερεί μέχρις ότου επιβεβαιωθεί η διάγνωση, γιατί διαφορετικά θα χαθεί πολύτιμος χρόνος.



Εικόνα 7.16. Αρχική εμφάνιση πνευμονίας από *Pneumocystis carinii* (PCP).

Παρόλο που η ακτινογραφία θώρακος δεν παρουσιάζει παρά μικρές μόνο σκιάσεις, ο ασθενής, κατά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο, παρουσίαζε έντονη υποξία, ενώ η διαβρογχική βιοψία αποκάλυψε την παρουσία *Pneumocystis carinii*



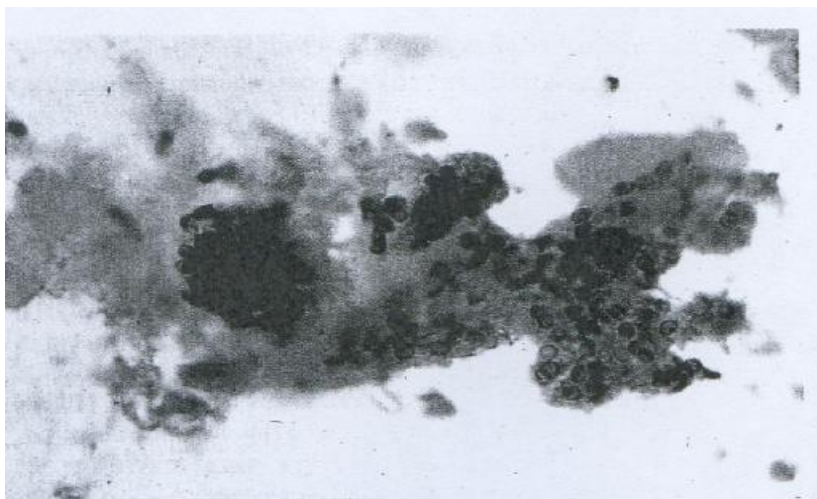
Εικόνα 7.17. Ο ίδιος ασθενής τέσσερις μέρες αργότερα. Η επιδείνωση είναι ραγδαία. ο ασθενής απεβίωσε παρά την χορήγηση μεγάλων δόσεων co-τριμοξαζόλης ενδοφλεβίως που αποτελεί και την θεραπεία εκλογής

Παρόλο που η πνευμονία από *Pneumocystis carinii* (PCP) είναι κατά πολύ συχνότερη, στη νόσο HIV παρουσιάζονται και πολλές άλλες λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος, όπως η πνευμονίτις από τον Μεγαλοκυτταρικό ιό (CMV), η φυματίωση και η λοβώδης πνευμονιοκοκκική πνευμονία. Συχνές είναι επίσης και οι μικτές λοιμώξεις.

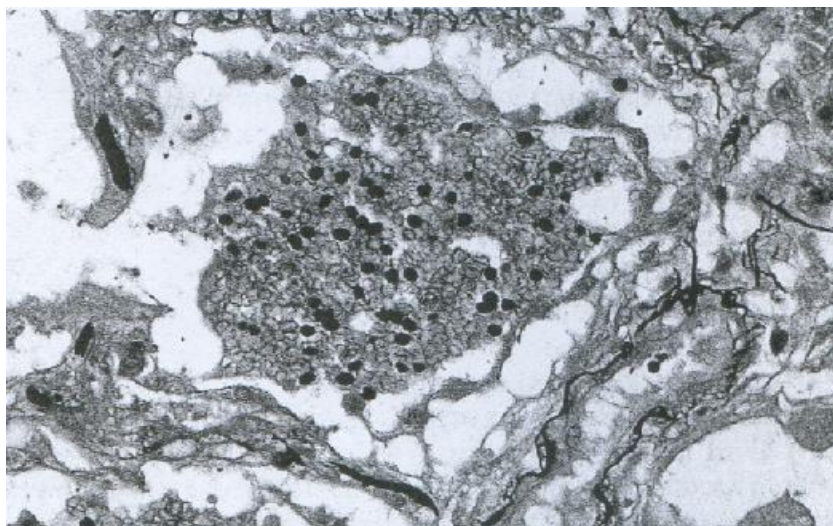
Όλοι οι ασθενείς που είχαν προσβληθεί στο παρελθόν από PCP και όσοι ενδεχομένως έχουν χαμηλό αριθμό CD4 θετικών λεμφοκυττάρων (λιγότερα από $200/\text{mm}^3$), θα πρέπει να ακολουθούν συνεχή προληπτική αγωγή εναντίον της PCP.

Η πιο αποτελεσματική προληπτική αγωγή είναι η συνεχής χορήγηση μικρών δόσεων co-τριμοξαζόλης.

Στις περιπτώσεις που η αγωγή αυτή δεν είναι ανεκτή από τον ασθενή, μπορεί να χορηγηθεί, με καλά αποτελέσματα, σουλφοναμίδη/ διαμινοπυριμιδίνη μία φορά την εβδομάδα ή πενταμιδίνη με εισπνοές μία φορά το δεκαπενθήμερο.



Εικόνα 7.18. Κυτταρολογικό παρασκεύασμα πολυάριθμων *Pneumocystis carinii* από υλικό βρογχικών πλύσεων (άργυρος - μεθENAμίνη - Grocott X160)



Εικόνα 7.19. *Pneumocystis carinii*. Διαβρογχική βιοψία πνεύμονος. Η χρώση έγινε με την μέθοδο Grocott για να φανούν οι *Pneumocystis carinii* μέσα στο ενδοκυψελιδικό εξίδρωμα (Grocott X100)



Εικόνα 7.20. Ενάνθημα που προκάλεσε η co-τριμοξαζόλη σε ασθενή με πνευμονία από *Pneumocystis carinii*. Η υπερευαισθησία στην co-τριμοξαζόλη παρατηρείται πολύ συχνά σε ασθενείς με AIDS και παρουσιάζεται στο 50%-60% των περιπτώσεων. Επίσης συχνή είναι και η παρουσία πυρετικής κίνησης. Αν η αντίδραση είναι ήπια, η χορήγηση co-τριμοξαζόλης μπορεί να συνεχιστεί με την παράλληλη κάλυψη του ασθενούς με κάποιο αντιϊσταμινικό, όπως η τερφεναδίνη. Αν όμως η αντίδραση είναι σοβαρή, καλό θα είναι να χορηγηθεί μια εναλλακτική θεραπεία, όπως η πενταμιδίνη

7.1.10. ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

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

1. HIV εγκεφαλοπάθεια/μυελοπάθεια/αλλοιώσεις των περιφερικών νεύρων. Υποστηρίζεται ότι τα 2/3 περίπου των ασθενών με AIDS πάσχουν από HIV εγκεφαλοπάθεια. Η κατάσταση αυτή αποκαλείται «σύμπλεγμα άνοιας του AIDS» (AIDS dementia complex), αλλά ο όρος αυτός είναι κάπως παραπλανητικός, καθώς η άνοια είναι συνήθως πολύ ελαφράς μορφής. Η απώλεια της μνήμης και η αλλαγή της προσωπικότητας είναι ασήμαντες και διαρκούν ελάχιστα, εκτός από τις περιπτώσεις ατόμων που βρίσκονται στα τελευταία στάδια της νόσου. Αν έχει προσβληθεί ο νωτιαίος μυελός, ενδέχεται να παρουσιαστεί αταξία, ακράτεια και παραπληγία, ενώ μια αρχικά χαλαρή παράλυση των κάτω άκρων μπορεί να εξελιχθεί σε σπαστική παράλυση. Είναι ακόμη δυνατόν να παρουσιαστούν διαταραχές του λόγου και αλλοιώσεις των περιφερικών νεύρων, και ιδιαίτερα πτώση του άκρου ποδός καθώς και επιληπτικές κρίσεις.

Η HIV εγκεφαλοπάθεια αποτελεί εκδήλωση των τελευταίων σταδίων της νόσου και συνήθως εμφανίζεται σε ασθενείς με AIDS, ύστερα από μια ή περισσότερες ευκαιριακές λοιμώξεις. Η διάγνωση της HIV εγκεφαλοπάθειας θα πρέπει να τίθεται μόνον εφόσον αποκλειστούν όλες οι άλλες δευτερογενείς παθήσεις του ΚΝΣ, όπως το εγκεφαλικό απόστημα και ο όγκος του εγκεφάλου, που επίσης ενδέχεται να προκαλέσουν απώλεια της μνήμης και διαταραχές της προσωπικότητας. Προκειμένου να αποκλειστούν οι περιπτώσεις αυτές, θα πρέπει να υποβάλλονται οι ασθενείς σε αξονική ή μαγνητική τομογραφία.

Τέλος, υπάρχουν δύο ευκαιριακές λοιμώξεις από ιούς:

- η προοδευτική πολυεστιακή λευκοεγκεφαλοπάθεια και
- η εγκεφαλίτις του Μεγαλοκυτταρικού ιού (CMV)

που επίσης παρουσιάζουν παρεμφερή συμπτώματα.

- 2. Εστιακές αλλοιώσεις,** που συνήθως εμφανίζονται με εστιακή παράλυση ή σπασμούς, είναι πιθανότερο να οφείλονται σε εγκεφαλική τοξοπλάσμωση. Στα περισσότερα νοσηλευτικά κέντρα, κάθε εστιακή αλλοίωση στην αξονική τομογραφία ασθενούς θετικού για HIV αντισώματα αντιμετωπίζεται θεραπευτικά σαν εγκεφαλική τοξοπλάσμωση, ώστε να ελεγχθεί η τυχόν κλινική βελτίωση πριν αποφασιστεί βιοψία του εγκεφάλου. Η αμέσως επόμενη πιθανή αιτία για την ύπαρξη ενδοεγκεφαλικής μάζας στη νόσο HIV είναι το λέμφωμα του ΚΝΣ. Τέλος, άλλες, ακόμη σπανιότερες περιπτώσεις είναι το φυμάτωμα και το μυκητιασικό απόστημα.
- 3. Μηνιγγίτις.** Η συχνότερη αιτία μηνιγγίτιδος σε ασθενείς με AIDS είναι ο *Cryptococcus* και η αμέσως επόμενη τα μυκοβακτηρίδια. Η εκδήλωση της νόσου ενδέχεται να είναι πολύ ήπια. Ο ασθενής αναφέρει κεφαλαλγία και παρουσιάζει ελαφρά σύγχυση. Η κατάσταση αυτή μπορεί να διαρκέσει μερικές μέρες ή και εβδομάδες. Ενδέχεται να μη σημειωθεί φωτοφοβία ή δυσκαμψία του αυχένα και είναι πιθανόν η οσφυονωτιαία παρακέντηση να μην δείξει την παρουσία φλεγμονωδών κυττάρων. Θα πρέπει εντούτοις να χρησιμοποιούνται πάντοτε ειδικές χρώσεις για την ανίχνευση του *Cryptococcus* ή των μυκοβακτηριδίων που δεν αποκλείεται να υπάρχουν, παρά την απουσία φλεγμονώδους αντιδράσεως. Φαίνεται ότι η βακτηριακή μηνιγγίτις είναι μάλλον σπάνια στη νόσο HIV.
- 4. Αμφιβληστροειδίτις.** Η αμφιβληστροειδίτις που οφείλεται στον Μεγαλοκυτταρικό ιό αποτελεί συχνή αιτία τυφλώσεως στη νόσο HIV. Ο ασθενής αναφέρει αρχικά θάμβος οράσεως, πόνο στο μάτι ή έλλειμμα του οπτικού πεδίου. Η βυθοσκοπική εικόνα είναι χαρακτηριστική. Η θεραπεία με κάποιο αντι-CMV φάρμακο, όπως η γανσικλοβίρη ή η φωσφονοφορμάτη πρέπει να αρχίσει επείγοντως, σε μια προσπάθεια να διατηρηθεί η όραση⁴.

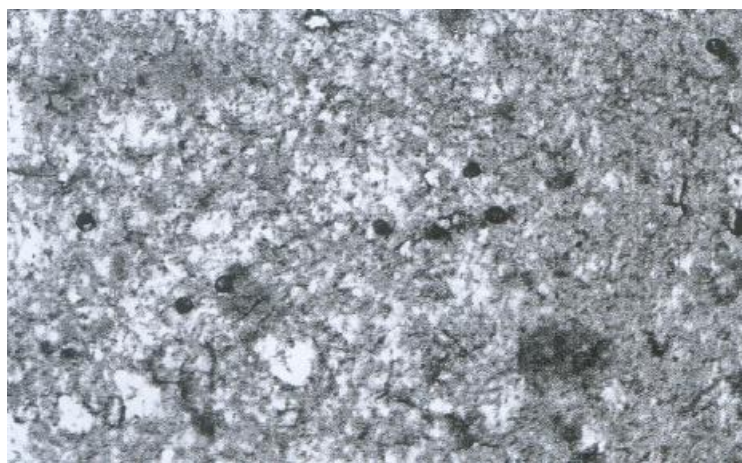
7.1.11. ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

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

A. ΔΙΑΡΡΟΙΑ

1. Cryptosporidium

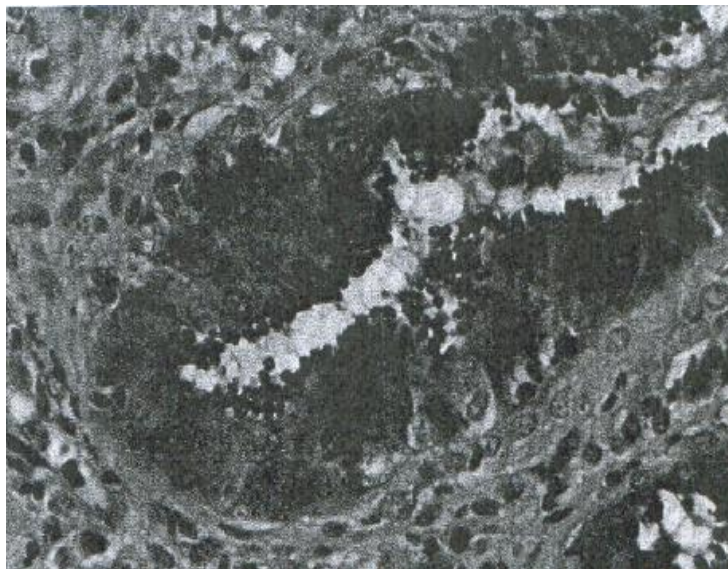
Το Cryptosporidium είναι ένας πρωτοζωικός οργανισμός που δεν είχε θεωρηθεί παθογόνος για τον άνθρωπο, πριν ανακαλυφθεί ότι προκαλεί νοσηρά φαινόμενα σε άτομα πάσχοντας από AIDS. Σήμερα, έχει αναγνωριστεί σαν μια συχνή αιτία της «διάρροιας των ταξιδιωτών», που συνίσταται σε μια νοσηρή κατάσταση που διαρκεί 1-2 εβδομάδες στους ξενιστές χωρίς ανοσοανεπάρκεια. Σε ασθενείς με AIDS ενδέχεται να προκαλέσει σοβαρή, χρόνια, ακόμη και θανατηφόρο διάρροια.



Εικόνα 7.21. Cryptosporidium στα κόπρανα ασθενούς με διάρροια (Ziehl-Neelsen X 160)

Κατά την διερεύνηση περιστατικών διάρροιας σε ασθενείς θετικούς για HIV αντισώματα, είναι ιδιαίτερα σημαντικό να γίνεται ειδικός έλεγχος για την

ύπαρξη του παράσιτου αυτού που γίνεται ορατό με την βοήθεια ειδικών χρώσεων, όπως οι όξινες χρωστικές. Η διάρροια που οφείλεται στο *Cryptosporidium* αντιμετωπίζεται θεραπευτικά με την χορήγηση ερυθρομυκίνης ή σπυρομυκίνης.



Εικόνα 7.22. Χρώση με περιοδικό οξύ Shiff βιοψίας του ορθού (X 100). Διακρίνεται κρύπτη που καλύπτεται εσωτερικά με πολυάριθμα *Cryptosporidia* που χρώννυνται σκούρα πορφυρά

Συχνά η ανταπόκριση είναι μόνο μερική και η πλήρης απαλλαγή του οργανισμού από το πρωτόζωο είναι μάλλον σπάνια. Η παρουσία *Cryptosporidium* για διάστημα μεγαλύτερο του μηνός καλύπτει τα κριτήρια του CDC για το AIDS.

2. Μεγαλοκυτταρικός ιός (CMV)

Ο ιός CMV προκαλεί χρόνια διάρροια, που συνοδεύεται συχνά από κοιλιακό άλγος και σημεία περιτοναϊσμού. Η βιοψία του ορθού ενδέχεται να αποκαλύψει την παρουσία παθογνομικών εγκλειστών σωματιδίων, συχνά όμως μπορεί να είναι αρνητική, οπότε απαιτείται η λήψη υψηλότερης βιοψίας.

Η διάρροια από CMV ενδέχεται να συνυπάρχει με οισοφαγίτιδα, αμφιβληστροειδίτιδα ή πνευμονία από CMV. Η θεραπεία με την χορήγηση γανσικλοβίρης ή φωσφονοφορμάτης μπορεί να αποδειχθεί ωφέλιμη, συνήθως όμως απαιτείται η χορήγηση θεραπείας συντηρήσεως. Η πρόγνωση είναι πολύ κακή.

3. Άτυπα μυκοβακτηρίδια

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

4. Λαμβλίαση

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

5. Σαλμονέλα

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

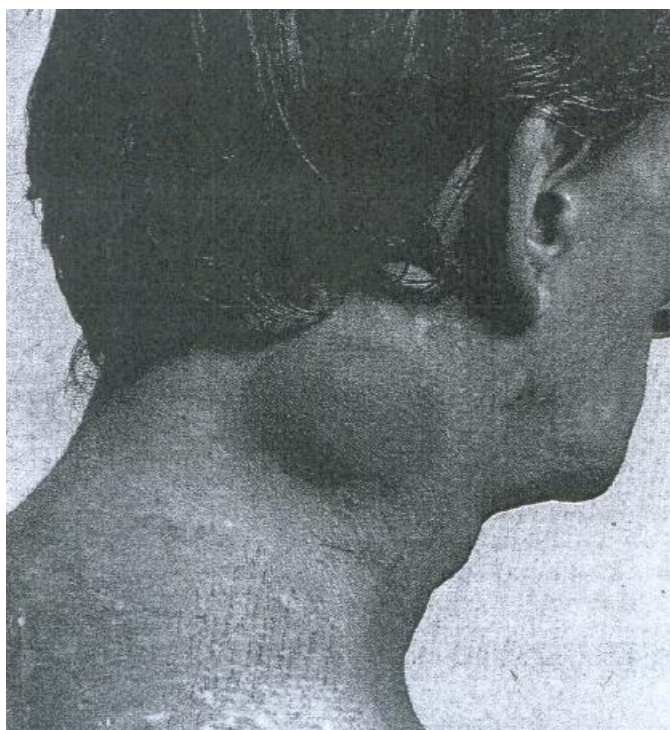
6. Καμπυλοβακτηρίδιο (Campylobacter)

Το Campylobacter είναι ένας ακόμη μικροοργανισμός που προκαλεί συχνά διάρροια σε ασθενείς με ARC και AIDS.

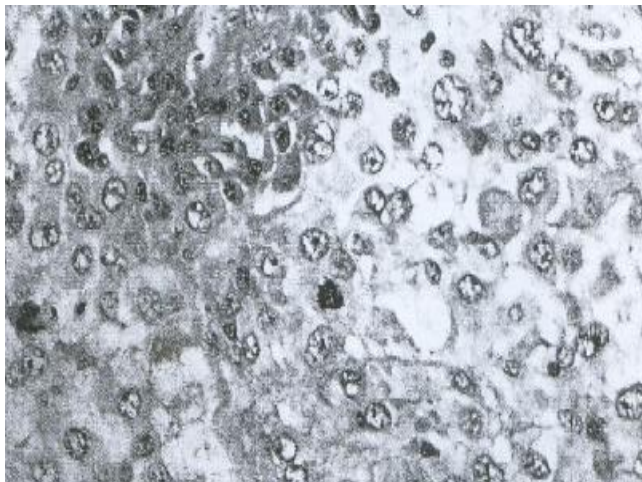
Ανταποκρίνεται στην θεραπεία με ερυθρομυκίνη⁴.

7.1.12. ΛΕΜΦΩΜΑ

Το λέμφωμα του AIDS είναι συνήθως τύπου non-Hodgkin. Κατά κανόνα ανταποκρίνεται στην κλασική χημειοθεραπεία. Επειδή, όμως, ο μυελός των οστών είναι ιδιαίτερα ευαίσθητος στα κυτταροτοξικά φάρμακα, ίσως χρειαστεί να ελαττωθεί η συνολική ποσότητα του χορηγουμένου φαρμάκου. Σε αντίθεση με όσους έχουν διάχυτο λέμφωμα, οι ασθενείς που παρουσιάζουν αλλοιώσεις που περιορίζονται σε μια ανατομική περιοχή, ανταποκρίνονται συνήθως καλά στην θεραπεία⁴.



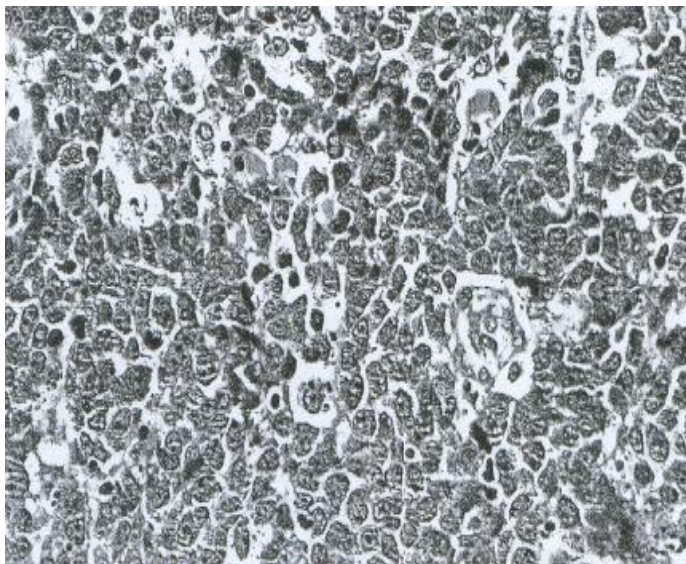
Εικόνα 7.23. Διογκωμένος δευτεροπαθώς λόγω λεμφώματος λεμφαδένας της οπίσθιας τραχηλικής χώρας σε ασθενή με AIDS



Εικόνα 7.24. Βιοψία λεμφαδένας από τον ασθενή της προηγούμενης εικόνας, με ιστοκυτταρικό non-Hodgkin λέμφωμα υψηλής διαφοροποίησης



Εικόνα 7. 25. Διογκωμένος λεμφαδένας της πρόσθιας τραχηλικής χώρας σε ασθενή με λέμφωμα



Εικόνα 7.26. Βιοψία λεμφαδένος από τον ασθενή της προηγούμενης εικόνας με χαμηλής διαφοροποίησης, διάχυτο, non-Hodgkin κακόηθες λέμφωμα του τύπου των μικρών και μετρίου μεγέθους κυττάρων⁴

7.1.13. ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Οι πρώτες παρατηρήσεις που αφορούν στην αναγνώριση του AIDS έγιναν στο χώρο της δερματολογίας. Ήταν η αιφνίδια εμφανισθείσα εξαιρετικά υψηλή επίπτωση του σαρκώματος Kaposi σε πληθυσμό ομοφυλοφίλων στην Αμερική. Πέραν αυτού, όμως, η νόσος προσεγγίζεται ακόμη και σήμερα από δύο σημεία σε ό,τι αφορά στη δερματολογία-αφροδισιολογία. Αυτά είναι:

1. Η σεξουαλική μετάδοση, δηλαδή η αφροδισιολογική φύση της νόσου και ο επιδημιολογικός χαρακτήρας της, που προσομοιάζουν με εκείνων των παραδοσιακών σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.
2. Η ανοσιακή φύση της νόσου και η παθητική και ενεργητική συμμετοχή του δέρματος στη λειτουργία του πάσχοντος αυτού συστήματος.

Η παρουσίαση χωρίζεται σε δυο ενότητες:

Η πρώτη ενότητα αναφέρεται στην παρουσίαση βασικών κλινικών σημείων, τα οποία συνυπάρχουν και -ως ένα βαθμό- κυριαρχούν στη διαμόρφωση της κλινικής εικόνας κατά τη φυσική πορεία της νόσου. Η κλινική καταγραφή και η αναγνώρισή τους είναι απαραίτητες προϋποθέσεις.

Η δεύτερη ενότητα αναφέρεται σε εξαιρετικά σύγχρονες παρατηρήσεις, αναφορικά με την εισβολή της μόλυνσεως, το «αίνιγμα» της συνυπαρχούσης συφιλίδος και τη μελέτη των μηχανισμών που συμβάλλουν στην κατάργηση της ανοσιακής εποπτείας σε ό,τι αφορά στο δέρμα. Υπενθυμίζεται ότι το δέρμα σε ένα άτομο 75 kg ζυγίζει 4-5 kg ή 5-8% του σωματικού βάρους και με το υπόδερμα 20-24 kg.

A' ενότητα

Σε ό,τι αφορά στην πρώτη ενότητα, θεωρείται ως βασική αρχή η σταδιοποίηση Walter-Reed και, μεταφέροντάς την σε πρακτικο-κλινικό επίπεδο, θα μπορούσε να διατυπωθεί απλουστευτικά η φυσική πορεία της νόσου με το παρακάτω σχήμα:

AIDS. Φυσική πορεία της νόσου HIV-λοίμωξη (Σταδιοποίηση)

**Iα Ασυμπτωματικό στάδιο
(Φορείς)**

**Iβ. Οξεία κλινική εισβολή
(α. Mononucleosis-like syndrome)**

- II. Σύνδρομο επιμένουσας γενικευμένης λεμφαδενοπάθειας
(Persistent Generalized Lymphadenopathy, PGL)
(ανατάξιμη συνδρομή)**
- III. Πρόδρομο AIDS (AIDS-related complex, ARC)**
- IV. AIDS - πλήρες σύνδρομο (full blown syndrome)**
- V. Βρεφικό AIDS (αποτελεί κλινική οντότητα με ιδιαίτερα και σαφή κλινικά και εργαστηριακά κριτήρια)**

Δεδομένου ότι η επίκτητη ανοσοανεπάρκεια είναι πολυσυστηματική νόσος, κάθε είδους κλινική εκδήλωση σε ό,τι αφορά στο δέρμα είναι αμφιλεγόμενη εξ ορισμού.

Πράγματι, οι δερματικές εκδηλώσεις είναι:

- Ποικιλόμορφες
- Αστάθμητες και
- Πρώιμες

Οι κυριότερες δερματικές εκδηλώσεις, καλά γνωστές άλλωστε, ταξινομούνται ως εξής:

1. Κλινικές εκδηλώσεις μικροβιακής παρασιτικής, μυκητιασικής και ιογενούς αιτιολογίας:

- P** Δευτερογενείς βαριάς εξελίξεως μικροβιακές επιμολύνσεις
- P** Ερυσίπελας, δοθιήνωση κ.λπ.
- P** Σύφιλη
- P** Καντινιώσεις
- P** Δερματομυκητιάσεις από δερματόφυτα
- P** Εξανθήματα ένεκα ασπεργιλλώσεως
- P** Εξανθήματα ένεκα λειψμανιάσεως
- P** Έρπης απλός
- P** Έρπης ζωστήρας
- P** Εξανθήματα άτυπα από κυτταρομεγαλοϊό
- P** Τέρμινθος μολυσματική
- P** Οξυτενή κονδυλώματα

2. Κλινικές εκδηλώσεις νεοπλασματικής φύσεως:

- P** Λέμφωμα Hodgkin
- P** Σάρκωμα Kaposi

3. Κλινικές εκδηλώσεις μη ειδικές:

- P** Άτυπα μη ταξινομούμενα εξανθήματα
- P** Φαρμακευτικά εξανθήματα
- P** Τριχωτή γλώσσα
- P** Σύνδρομο λοιμώδους μονοπυρηνώσεως

B' ενότητα

Στη δεύτερη ενότητα, η οποία εκφράζει τις πιο σύγχρονες απόψεις ή αλλαγές αντιλήψεων στο προαναφερθέν αντικείμενο, τρία είναι τα εντυπωσιακώς προβαλλόμενα στοιχεία:

- Ενδελεχής μελέτη του συνδρόμου που εμφανίζεται με τη μορφή της λοιμώδους μονοπυρηνώσεως.
- Διαφοροποίηση των απόψεων σε ό,τι αφορά στη συφιλιδική λοίμωξη επί ανοσοκατασταλμένων ατόμων.
- Μελέτη της βιολογικής συμπεριφοράς των κυττάρων Langerhans σε ό,τι αφορά στις δερματικές εκδηλώσεις επί AIDS.

ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΠΟΥ ΠΡΟΣΟΜΟΙΑΖΕΙ ΜΕ ΛΟΙΜΩΔΗ ΜΟΝΟΠΥΡΗΝΩΣΗ (MONONUCLEOSIS - LIKE SYNDROME)

Ενώ σε άλλα στάδια της νόσου οι δερματικές εκδηλώσεις συνιστούν «συνοδευτικά» συμπτώματα, τα οποία ερμηνεύονται με όσα είναι καλώς γνωστά για την έκπτωση της κυτταρικής ανοσίας, στο προαναφερθέν σύνδρομο, οι άτυπες εκδηλώσεις από το δέρμα συνιστούν βασικό και πρωταρχικής σημασίας κλινικό σημείο. Με άλλα λόγια, είναι η ίδια η νόσος.

Πρόκειται για εκδήλωση, η οποία περιγράφηκε το 1985 και χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση εξανθήματος συνοδευόμενου από μεγάλη ποικιλία κλινικών φαινομένων. Εμφανίζεται από 3 έως 14 ημέρες από την ημέρα της μόλυνσεως και πολύ πριν θετικοποιηθεί ο ορός.

Το εξάνθημα είναι ερυθματώδες, διάχυτο ή κηλιδώδες τύπου ροδάνθης ή κηλιδοβλατιδώδες ή, τέλος, έχει τη μορφή κνιδώσεως και συνοδεύεται από απολέπιση παλαμών-πελμάτων και έλκη της υπερώας και των ούλων ενίοτε. Παρατηρείται, επίσης, σπληνομεγαλία, ελαφρού βαθμού ηπατίτιδα, μυαλγίες και διόγκωση των λεμφαδένων, ευθύς εξαρχής, οι οποίες κατά τη βιοψία εμφανίζουν χαρακτηριστική ιστολογική εικόνα.

Ο κυτταρομεγαλοϊός (CMV) και ο ιός Epstein-Barr (EBV) δεν έχουν ανιχνευθεί ως τώρα στις περιπτώσεις αυτές. Μετά από μερικές εβδομάδες, τα παθολογικά φαινόμενα εξαφανίζονται και ο ασθενής μεταπίπτει στην ασυμπτωματική φάση της νόσου.

Αναφέρονται ωστόσο περιπτώσεις καλπάζουσας επιδεινώσεως με εξέλιξη σε βαριά εγκεφαλοπάθεια και φυσικά στο θάνατο (Πίνακας 7.2.).

Πίνακας 7.2. Πρώιμη HIV-λοίμωξη. Κλινικές εκδηλώσεις (Mononucleosis-like syndrome)⁴

Γενικά φαινόμενα	Δερματικές εκδηλώσεις
Πυρετός Φαρυγγίτιδα Λεμφαδενίτιδα Αρθραλγία/Μυαλγία Πονοκέφαλος/Κακουχία Ανορεξία/Ναυτία/Εμετός Οπισθοκογχικό άλγος Νευρολογικές εκδηλώσεις Μηνιγγίτιδα/Εγκεφαλίτιδα/ /Περιφερική νευρίτιδα Ριζίτιδα/Μείωση της ανιλήψεως/ Guillain –Barre σύνδρομο	Ερυθματο-κηλιδο-βλατιδώδες εξάνθημα Εξάνθημα τύπου ροδάνθης Κνίδωση (πλάκες μεγάλες διάχυτες) Απολέπιση παλαμών-πελμάτων Αλωπεκία διάχυτη Έλκη υπερώας, ούλων

ΣΥΦΙΛΗ (ΕΝΑ ΑΙΝΙΓΜΑ)

Το θέμα δεν αφορά τόσο πολύ στη σύγχρονη μετάδοση των δύο νοσημάτων όσο στη δυσεξήγητη βιολογική συμπεριφορά της συφιλίδος σε ασθενείς με HIV-λοίμωξη.

Παρατήρηση I

Υποτροπή συφιλίδος παλαιάς -από ετών- υπό την κλινική μορφή της πρώιμης κακοήθους συφιλίδος σε άτομα που είχαν υποβληθεί σε δόκιμη (άψογη) θεραπευτική αγωγή. Η ίαση της συφιλίδος εθεωρείτο «δεδομένη» με τις μέχρι σήμερα αντιλήψεις, εφαρμόζοντας το καθιερωμένο δόκιμο σχήμα.

Παρατήρηση II

Επί ταυτοχρόνου μόλυνσεως με σπειροχαίτη και HIV, η φυσική πορεία της συφιλίδος αλλάζει. Η απόσταση μεταξύ πρώιμης και όψιμης συφιλίδος σμικρύνεται και οι σοβαρές εκδηλώσεις της όψιμης εμφανίζονται χρονολογικά ενωρίς. Βαρύνουσα σημασία έχει η εμφάνιση νευρολογικών εκδηλώσεων πρώιμως και η αδυναμία ικανοποιητικού θεραπευτικού αποτελέσματος.

Παρατήρηση III

Συνηθέστερη εμφάνιση ψευδοθετικών μη-ειδικών οροαντιδράσεων. Το φαινόμενο ίσως να οφείλεται στην ενεργοποίηση πολυκλωνικών B λεμφοκυττάρων από τη HIV-λοίμωξη.

Από τα προαναφερόμενα, είναι προφανές ότι επί πιθανής ταυτοχρόνου μόλυνσεως με *Treponema Pallidum* και HIV, πέραν του ορολογικού ελέγχου, η ιστολογική διερεύνηση από τις ύποπτες βλάβες ενέχει διαγνωστική σπουδαιότητα και ότι η θεραπευτική αγωγή θα πρέπει να τροποποιηθεί.

Η οριστική απόφαση για το είδος της θεραπευτικής αγωγής πρέπει να βασίζεται στη συνεκτίμηση των διαδοχικών ορολογικών εξετάσεων αίματος και Ε.Υ.

ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΒΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΤΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ LANGERHANS ΣΕ Ο,ΤΙ ΑΦΟΡΑ ΣΤΙΣ ΔΕΡΜΑΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΤΟΥ AIDS

Οι εκδηλώσεις πολλών λοιμωδών ή νεοπλασματικών εκδηλώσεων του δέρματος και των βλεννογόνων κατά τη HIV-λοίμωξη υποδηλώνουν τη σημασία του συστήματος ανοσιακής εποπτείας και εξασφαλίζουν την έγκαιρη αναγνώριση και προστασία από τους «εισβολείς» μικρο-οργανισμούς και νεοπλασματικά κύτταρα (με ειδικά για καρκίνο νεο-αντιγόνα επιφανείας).

Το σύστημα αυτό, ειδικά στο δερματικό ιστό, είναι ιδιαίτερος αναπτυγμένο και αποτελείται από το λεμφοειδές δίκτυο, το οποίο είναι συνδεδεμένο με το δέρμα («Salt»-Skin Associated Lymphoid Tissues) και το ανοσιακό σύστημα του δέρματος («Sis»-Skin Immune System) (Πίν. 7.3.).

Πίνακας 7.3. Σύστημα ανοσιακής προστασίας⁴

§	Κύτταρα Langerhans - Δυνητική ικανότητα εκφράσεως αντιγόνων
§	Πληθυσμοί επιδερμικών κυττάρων, T-λεμφοκύτταρα
§	Κερατινοκύτταρα - Απελευθέρωση ανοσορρυθμιστικών κυτοκινών
§	Περιφερικοί λεμφαδένες

Τα κύτταρα Langerhans της επιδερμίδας παραλαμβάνουν τα αντιγόνα (μικροβιακά ή καρκινικά) και, ταξιδεύοντας μέσω των δερματικών λεμφικών αγγείων, φθάνουν στους περιφερικούς λεμφαδένες. Κατά την πορεία τους, συμβαίνουν ορισμένες μορφολογικές και λειτουργικές αλλαγές. Στους λεμφαδένες, τα T-λεμφοκύτταρα αναγνωρίζουν τα αντιγόνα και ευαισθητοποιούνται απέναντί τους και εν συνεχεία επιστρέφουν στο δέρμα, προκειμένου να εξουδετερώσουν τους εισβολείς.

Με μικροσκοπικές κυρίως μελέτες, έχει αποδειχθεί καταστροφή ή ελάττωση του αριθμού των κυττάρων Langerhans σε ασθενείς με ARC ή AIDS, η οποία συνοπτικώς παρουσιάζεται στον Πίνακα 7.4.

Τα κύτταρα Langerhans καθώς και οι ινοβλάστες είναι κύτταρα εξαιρετικά ευαίσθητα έναντι της HIV-λοιμώξεως (Πίν. 7.5.).

Πίνακας 7.4. Κύτταρα Langerhans σε HIV-λοίμωξη⁴

<ul style="list-style-type: none"> • Καταστροφή - ελάττωση αριθμού κυττάρων Langerhans σε ασθενείς με ARC και AIDS • Πύκνωση κυτοπλάσματος και πυρηνικής χρωματίνης • Οίδημα κυτοπλασματικών οργανιδίων • Δημιουργία κενοτοπίων - κυτόλυση • Αναγνώριση σωματιδίων HIV στον εξωκυττάριο χώρο και ενδοπλασματικώς σε κενοτόπια των Langerhans • Θέσεις αναπαραγωγής του ιού
--

Πίνακας 7.5.Κύτταρα με ιδιαίτερη ευαισθησία έναντι του HIV

Αιμοποιητικό	ΚΝΣ	Δέρμα	Άλλα όργανα
T -λεμφοκύτταρα	Αστροκύτταρα	Κύτταρα	Επιθήλιο
B-λεμφοκύτταρα	Ολιγοδενδριτικά	Langerhans	εντέρου
Μακροφάγα	κύτταρα	Ινοβλάστες	Επιθήλιο
Προμυελοκύτταρα	Τριχοειδικό		νεφρού
	ενδοθήλιο		
	Μακροφάγα		

Είναι προφανές ότι η προσβολή των κυττάρων Langerhans επηρεάζει ανεπανόρθωτα το σύστημα της ανοσιακής προστασίας του δέρματος, διότι:

1. Μειώνεται η δυνατότητα παρουσιάσεως του αντιγόνου στα εξουδετερωτικά κύτταρα του ανοσιακού συστήματος.
2. Εξετάζεται η πιθανότητα μεταβιβάσεως του ιού, από τα κύτταρα Langerhans στα βοηθητικά T-λεμφοκύτταρα και, κατά συνέπεια, στην εξάπλωση της λοίμωξης στα CD4 T-λεμφοκύτταρα.

Ορισμένες δυσπλαστικές ή υπερπλαστικές αλλοιώσεις που επισυμβαίνουν σε ασθενείς με AIDS (σμηγματορροϊκή δερματίτιδα, ψωρίαση) δεν φαίνεται να σχετίζονται με το βαθμό της ανοσοκαταστολής ή με τη HIV-λοίμωξη άμεσα, αλλά με την απελευθέρωση ορισμένων αγγειογενών παραγόντων, ευρισκομένων υπό γενετικό έλεγχο (tat-3, tat RNA) του γενετικού υλικού του ιού⁴.

Κλείνοντας, πρέπει να υπογραμμίσουμε τη σημασία του γεγονότος ότι, πέρα από την κλινική καταγραφή των μορφολογικών αλλοιώσεων του δέρματος επί HIV-λοιμώξεως, ουσιαστική ερμηνεία των φαινομένων θα γίνει μόνο με τη μελέτη των βιολογικών λειτουργιών, των επιμέρους στοιχείων του δέρματος⁵.

7.1.15. ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Τα πιο σημαντικά ευρήματα που προέκυψαν στο χώρο της στοματολογίας, και της οδοντιατρικής γενικότερα, σχετικά με τη HIV-λοίμωξη τον τελευταίο χρόνο αφορούν:

1. Την πρόταση στοματολόγων από 11 χώρες, που συγκεντρώθηκαν στο τέλος Αυγούστου 1990 στο Άμστερνταμ της Ολλανδίας υπό την αιγίδα του WHO, καθόρισαν νέα διαγνωστικά κριτήρια και, κυρίως, ταξινόμησαν τις βλάβες του στόματος που απαντώνται σε ασθενείς με HIV-λοίμωξη. Η ομάδα ομόφωνα κατέληξε στην ταξινόμηση και ομαδοποίηση των στοματικών εκδηλώσεων σε βλάβες υψηλής (Πίν. 7.6.), μέσης (Πίν. 7.7.) και χαμηλής (Πίν. 7.8.) υποψίας της HIV-λοίμωξης.

Πίνακας 7.6. Ταξινόμηση βλαβών από τη HIV-λοίμωξη στο στόμα

<p>Βλάβες υψηλής υποψίας</p> <p>Καντιντίαση</p> <ul style="list-style-type: none">• ψευδομεμβρανώδης - ερυθματώδης• υπερπλαστική• συγγειλίτιδα <p>Τριχωτή λευκοπλακία</p> <p>Ελκονεκρωτική</p> <p>HIV-ουλίτιδα</p> <p>HIV-περιοδοντίτιδα</p> <p>Σάρκωμα Kaposi</p> <p>Μη Hodgkin λέμφωμα</p>

Πίνακας 7.7. Ταξινόμηση βλαβών από HIV-λοίμωξη στο στόμα

<p>Βλάβες μέσης υποψίας</p> <p>Άτυπες ελκώσεις</p> <p>Ιδιοπαθής θρομβοπενική πορφύρα</p> <p>Διαταραχές σιελογόνων αδένων</p> <ul style="list-style-type: none">• Ξηροστομία• Διόγκωση αδένων <p>Ιογενείς λοιμώξεις</p> <ul style="list-style-type: none">• Απλός έρπητας• Έρπητας ζωστήρας• Κυτταρομεγαλοϊός• Ιός human papilloma (κοινή μυρμηκία, οξυτενή κονδυλώματα, ωτιακή επιθηλιακή υπερπλασία)
--

Πίνακας 7.8. Ταξινόμηση βλαβών από HIV-λοίμωξη στο στόμα

Βλάβες χαμηλής υποψίας

Βακτηριακές λοιμώξεις (εκτός ουλίτιδας και περιοδοντίτιδας)

Νόσος cat-scratch

Φαρμακευτικές αντιδράσεις

Δραστηριοποίηση περιακρορριζικής περιοδοντίτιδας

Συστηματικές μυκητιάσεις

Μελάγχρωση

Νευρολογικές διαταραχές (νευραλγία τριδύμου, πάρεση προσωπικού)

Οστεομυελίτιδα

Κολπίτιδα

Κυτταρίτιδα

Ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα

Τοξική επιδερμидική νεκρόλυση

2. Ένα άλλο στοιχείο, σε κλινικό επίπεδο, αποτελεί η επανεκτίμηση της συχνότητας, με την οποία εμφανίζονται οι βλάβες του στόματος σε διάφορες χώρες του κόσμου και η ανάγκη θέσπισης ενιαίων διαγνωστικών κριτηρίων. Στον πίνακα 7.9., βρίσκονται συγκεντρωμένα στοιχεία από διάφορες μελέτες, σχετικά με τη συχνότητα των βλαβών υψηλής υποψίας σε άτομα με HIV-λοίμωξη.

3. Από στοιχεία που προέκυψαν, αμφισβητήθηκε η παθογνωμονική διαγνωστική σημασία της τριχωτής λευκοπλακίας αποκλειστικά σε άτομα με HIV-λοίμωξη, αφού η ίδια βλάβη καταγράφηκε πολύ πρόσφατα και σε άτομα που βρίσκονται σε έντονη φαρμακευτική ανοσοκαταστολή, κυρίως με κυκλοσπορίνη-αζαθειοπρίνη και πρεδνιζόνη, λόγω μεταμόσχευσης οργάνων. Στον πίνακα 7.10., βρίσκονται συγκεντρωμένα τα ευρήματα, σε διάφορες μελέτες,

τριχωτής λευκοπλακίας σε άτομα χωρίς HIV-λοίμωξη, που βρίσκονταν σε έντονη ανοσοκαταστολή λόγω μεταμόσχευσης οργάνων. Επιπλέον, έγινε επανεκτίμηση της προγνωστικής σημασίας της τριχωτής λευκοπλακίας σχετικά με τον κίνδυνο εξέλιξης της νόσου των ασθενών με τη βλάβη σε πλήρες AIDS. Στον πίνακα 7.11. φαίνεται ο κίνδυνος εξέλιξης των ασθενών με τριχωτή λευκοπλακία σε AIDS, ανάλογα με το χρόνο.

4. Σε επιδημιολογικό επίπεδο, σημαντικό γεγονός αποτέλεσε η καταγραφή μετάδοσης του HIV, στις Η.Π.Α., στο χώρο του οδοντιατρείου από πάσχοντα με AIDS οδοντίατρο σε πέντε ασθενείς του, κατά τη διάρκεια οδοντιατρικών επεμβάσεων. Τα πιο σημαντικά στοιχεία που αφορούν το νέο αυτό δεδομένο ακολουθούν⁶.

Πίνακας 7.9. Αναφερόμενη σε διάφορες μελέτες συχνότητα στοματικών βλαβών υψηλής υποψίας, οφειλόμενων σε HIV-λοίμωξη

Συγγραφείς	Αριθμ. Ασθενών	Καντιν- τίαση	Τριχωτή λευκο- πλακία	Ελκονε- κρωτική ουλίτιδα	Περιοδον- τίτιδα	Σάρκωμα Kaposi	Λέμφωμα
Silverman et al, Η.Π.Α.	375	66	28	-	17	14,1	0,8
Phelan et al, Η.Π.Α.	103	88	5	-	-	4,0	-
Reichart et al, Γερμανία	110	34,5	17,3	5,5	10,9	14,5	-
Melnick et al, Η.Π.Α.	141	12,1	12,8	4,3	5	1,4	-
Schulten et al, Ολλανδία	75	52	16	5,3	16	4	-
Barone et al, Ιταλία	217	31,3	18,5	-	-	2,7	-
Ramirez et al, Μεξικό	125	51,2	43,2	-	-	3,2	-
Tukutuku et al	83	94	14	16	17	12	-
Laskaris et al, Ελλάς	160	60,5	23,7	10,6	19,4	11,9	1,9 ⁵

Πίνακας 7.10. Τριχωτή λευκοπλακία γλώσσας σε ασθενείς με ανοσοκαταστολή λόγω μεταμόσχευσης οργάνων

Συγγραφείς	Φύλο	Ηλικία	Μεταμό- Σχευση	Φάρμακα	HIV	EBV	Ιστολογική εξέταση
Epstein et al (1988)	A	23	Μυελός	Κυκλοσπορίνη, πρεδνιζόνη, κυκλοφωσφαμίδη	-	Δεν έγινε	+
Epstein et al (1988)	A	20	Μυελός	Κυκλοσπορίνη, πρεδνιζόνη	-	Δεν έγινε	+
Itin et al (1988)	Θ	58	Νεφρός	Κυκλοσπορίνη, στεροειδή	-	+	+
Birek et al (1989)	Θ	25	Μυελός	Κυκλοσπορίνη, πρεδνιζόνη, αζαθειοπρίνη	-	+	+
Greenspan et al (1989)	A	32	Νεφρός	Κυκλοσπορίνη, πρεδνιζόνη	-	+	+
Schmidt-Westhausen et al (1990)	A	56	Καρδιά	Κυκλοσπορίνη, πρεδνιζόνη	-	+	+
Syrjanen et al (1990)	A	32	Μυελός	-	-	+	+
Reggiani και Pauluzzi	Θ	46	Ήπαρ	Κυκλοσπορίνη, πρεδνιζόνη, αζαθειοπρίνη	-	Δεν έγινε	Δεν έγινε
Λάσκαρης και Αγρογιάννης (1990)	Θ	28	Νεφρός	Κυκλοσπορίνη, πρεδνιζόνη, αζαθειοπρίνη	+	Δεν έγινε	+

Πίνακας 7.11. Προγνωστική σημασία της τριχωτής λευκοπλακίας*

Αριθμός ασθενών	Χρόνος παρακολούθησης (μήνες)	AIDS (%)
37	33	8 (21,6)
143	36	43 (30,0)
199	48	114 (57,3)

(*) *Greenspan and Greenspan, Oral Surg 1989.*

Πίνακας 7.12. Ασθενείς με HIV-λοίμωξη που πιθανώς μολύνθηκαν κατά τη διάρκεια οδοντιατρικών εργασιών από πάσχοντα από AIDS οδοντίατρο* (MMWR 1991)

Ασθε- νείς	Φύλο	Συμπε- ριφορά υψηλού κινδύνου	Κλινικό στάδιο	Οδοντια- τρικές επι- σκέψεις	Κοινός στέλεχος HIV
A	Θ	Όχι	AIDS	6	Ναι
B	Θ	Όχι	Ασυμπτωματική T4:200 - 500/mm ³	21	Ναι
Γ	A	Αβέβαια	Ασυμπτωματικός T4:<200/mm ³	14	Ναι
Δ	A	Ναι	AIDS	19	Όχι
E	Θ	Ο κλινικός & εργαστηριακός έλεγχος δεν ολοκλη- ρώθηκε.			

(+) Συνολικά, εξετάσθηκαν για HIV-αντισώματα 732 ασθενείς του οδοντιάτρου.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ

Μετά την πρώτη περίπτωση, στην οποία όλα τα επιδημιολογικά και εργαστηριακά δεδομένα συνηγορούσαν ότι η ασθενής μολύνθηκε (**ασθενής Α**) από τον πάσχοντα από AIDS οδοντίατρο κατά τη διάρκεια 2 εξαγωγών, ο οδοντίατρος έγραψε μια επιστολή, με την οποία καλούσε 591 ασθενείς του να υποβληθούν σε ορολογικό έλεγχο για HIV-αντισώματα.

Από τον έλεγχο, προέκυψε ότι 2 ακόμη ασθενείς (Β και Γ) ήταν οροθετικοί. Επιπλέον, ένας ακόμη (ασθενής Δ), που ήταν μολυσμένος με τον HIV και βρισκόταν ήδη στον κατάλογο των HIV-θετικών ασθενών του κέντρου αναφοράς, ήταν ασθενής του ίδιου οδοντίατρο. Τέλος, μια ακόμη ασθενής (ασθενής Ε) ήλθε σε επαφή με το CDC και δήλωσε ότι ήταν HIV-οροθετική και ασθενής του συγκεκριμένου οδοντίατρο.

Αν και ο ακριβής αριθμός των ασθενών του συγκεκριμένου οδοντίατρο δεν κατέστη δυνατόν να προσδιορισθεί ακριβώς, 1.100 επιπλέον ασθενείς του εκλήθησαν από το κέντρο ελέγχου της Φλώριδας να ελεγχθούν για HIV-αντισώματα. Από αυτούς, δέχθηκαν και εξετάστηκαν ορολογικώς 141 και όλοι ήταν οροαρνητικοί.

Σύντομα επιδημιολογικά στοιχεία για τους 4 μολυσμένους ασθενείς ακολουθούν, ενώ στον Πίνακα 7.12. βρίσκονται συγκεντρωμένα κλινικά και εργαστηριακά δεδομένα και των πέντε ασθενών, που ενδεχομένως μολύνθηκαν από τον οδοντίατρο.

Ασθενής Β. Πρόκειται για ηλικιωμένη γυναίκα, για την οποία δεν προέκυψε, καθ' οιονδήποτε τρόπο, κατά την επισταμένη επιδημιολογική έρευνα, συμπεριφορά υψηλού κινδύνου για έκθεση στον ιό HIV. Οι ορολογικές της εξετάσεις για σύφιλη και ηπατίτιδα Β ήταν αρνητικές. Ο σύζυγος της ασθενούς, με τον οποίο ήταν παντρεμένη πάνω από 25 χρόνια, εξετάστηκε για HIV-αντισώματα και ήταν αρνητικός.

Ασθενής Γ. Πρόκειται για παντρεμένο νεαρό άνδρα, για τον οποίο δεν προέκυψε συμπεριφορά υψηλού κινδύνου για HIV-λοίμωξη, είχε όμως πολλές ετεροφυλοφιλικές σχέσεις. Οι ορολογικές εξετάσεις για σύφιλη και ηπατίτιδα Β ήταν αρνητικές. Η γυναίκα του ασθενούς και άλλες ερωτικές σύντροφοί του εξετάστηκαν και βρέθηκαν αρνητικές για HIV αντισώματα.

Ασθενής Δ. Πρόκειται για άνδρα που έπασχε ήδη από πλήρες AIDS, αλλά ανήκε στην κατηγορία των ασθενών με συμπεριφορά υψηλού κινδύνου για HIV-λοίμωξη έτσι, ώστε η πιθανότητα μόλυνσης στο χώρο του οδοντιατρείου να είναι εξαιρετικά μικρή.

Ασθενής Ε. Πρόκειται για γυναίκα, για την οποία ο επιδημιολογικός και εργαστηριακός έλεγχος δεν έχει ολοκληρωθεί.

Και οι 5 ασθενείς αρνήθηκαν ότι είχαν σεξουαλική επαφή με τον πάσχοντα από AIDS οδοντίατρο ή μεταξύ τους. Άλλα στοιχεία που προέκυψαν από τον επιδημιολογικό έλεγχο είναι ότι τα τελευταία 5 χρόνια (1984 -1989) οι ασθενείς Α, Β, Γ είχαν κάνει επανειλημμένες επισκέψεις στον οδοντίατρο για διάφορες οδοντιατρικές εργασίες (η ασθενής Α για εξαγωγές δοντιών, αισθητικές αποκαταστάσεις και καθαρισμό δοντιών, η ασθενής Β για εξαγωγές δοντιών, περιοδοντική θεραπεία και προσθετικές εργασίες, ο ασθενής Γ για εξαγωγές δοντιών, περιοδοντική θεραπεία, εμφράξεις και διδασκαλία στοματικής υγιεινής).

Σημαντικό στοιχείο είναι ότι 2 φορές οι μολυσμένοι ασθενείς είχαν ταυτόχρονα συνάντηση με τον οδοντίατρο την ίδια ημέρα. Η ασθενής Β για οδοντόπονο και η ασθενής που είχε υποστεί 2 εξαγωγές επισκέφθηκαν την ίδια ημέρα τον οδοντίατρο. Οι ασθενείς Β και Γ είχαν προσέλθει την ίδια ημέρα για καθαρισμό δοντιών.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Ελήφθη αίμα και έγινε προσπάθεια καθορισμού του στελέχους του HIV μεταξύ των οδοντιατρικών ασθενών (Α, Β, Γ, Δ) και του οδοντιάτρου. Με πολύπλοκη τεχνική που αναλύθηκε σε ηλεκτρονικό υπολογιστή, διαπιστώθηκε ταύτιση στην αλληλουχία του DNA του HIV μεταξύ του οδοντιάτρου και 3 ασθενών του (Α, Β, Γ) καθώς και μεταξύ των τριών ασθενών, ενώ δεν διαπιστώθηκε το ίδιο για τον τέταρτο ασθενή (Δ).

Τα ευρήματα αυτά αποτελούν ισχυρές ενδείξεις που συνηγορούν υπέρ κοινής μόλυνσης με το ίδιο στέλεχος του ιού HIV. Επιπλέον, εξετάστηκαν

εργαστηριακώς με την ίδια τεχνική, για να χρησιμοποιηθούν για μάρτυρες, 8 μολυσμένα με HIV άτομα από την ίδια γεωγραφική περιοχή με τους οδοντιατρικούς ασθενείς και τον οδοντίατρο, καθώς και 21 άτομα από άλλες γεωγραφικές περιοχές των Η.Π.Α.

Και στις 29 περιπτώσεις, τα στελέχη του HIV ήταν διαφορετικά από εκείνα του οδοντίατρου και των 3 ασθενών του (Α, Β, Γ).

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΤΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟ

Διαπιστώθηκε ότι ο οδοντίατρος έπασχε από συμπτωματική HIV-λοίμωξη από το τέλος του 1986 και το Σεπτέμβριο του 1987 ανέπτυξε πλήρες AIDS. Συνέχισε να ασκεί την οδοντιατρική μέχρι το 1989, όταν έκλεισε το οδοντιατρείο του. Όπως προέκυψε από το ιστορικό, κατά το χρονικό διάστημα που εργαζόταν και ήταν μολυσμένος με τον HIV, δεν έπασχε από περιφερική νευροπάθεια, άνοια, θρομβοπενία ή άλλη αιμορραγική νόσο ούτε είχε δερματίτιδα στα χέρια ή οποιοδήποτε άλλο τραύμα.

Ο οδοντίατρος δεν μπόρεσε να δώσει στοιχεία, σχετικά με τους 4 νέους μολυσμένους ασθενείς του (Β, Γ, Δ, Ε), γιατί στο μεταξύ πέθανε.

Ενδιαφέρον στοιχείο είναι το ότι έγινε ευρεία συζήτηση σχετικά με τα μέτρα πρόληψης μολύνσεων που λαμβάνονταν στο χώρο του οδοντιατρείου με 14 εργαζόμενους σε αυτό. Από αυτούς, εξετάσθηκαν για HIV-αντισώματα 8 και ήταν όλοι αρνητικοί. Στην ομάδα αυτή, συμπεριλήφθηκαν οι βοηθοί του οδοντίατρου που είχαν κάνει καθαρισμούς και στοματική υγιεινή στους ασθενείς Α, Β, Γ. Η συνέντευξη αποκάλυψε ότι το βοηθητικό προσωπικό δεν είχε ειδικά εκπαιδευθεί για τα μέτρα πρόληψης μολύνσεων ούτε υπήρχαν γραπτές οδηγίες για την τήρησή τους ή βιβλίο καταγραφής ατυχημάτων. Παρ' όλα αυτά, δεν ενθυμούνται ούτε αυτοί ούτε 2 ασθενείς (Β, Γ) κάποιο ατύχημα που να έφερε σε επαφή τους ασθενείς με το αίμα του οδοντίατρου.

Το βοηθητικό προσωπικό διαβεβαίωσε ότι μέτρα πρόληψης μολύνσεων άρχισαν να εφαρμόζονται στο οδοντιατρείο στις αρχές του 1987 και ότι όλοι τους, περιλαμβανομένου του οδοντίατρου, φορούσαν γάντια και χειρουργική μάσκα σε κάθε οδοντιατρική εργασία και τα εργαλεία

αποστειρώνονταν σε αυτόκαυστο. Ωστόσο, προέκυψε ότι δεν άλλαζαν γάντια σε κάθε ασθενή, αλλά μερικές φορές τα έπλεναν από ασθενή σε ασθενή, καθώς και ότι δεν άλλαζαν πάντα χειρουργική μάσκα.

Το συμβάν της μετάδοσης της HIV-λοίμωξης από πάσχοντα με AIDS οδοντίατρο σε ασθενείς του κατά τη διάρκεια οδοντιατρικών εργασιών ήταν φυσικό να δημιουργήσει σοβαρούς προβληματισμούς και απορίες σε όλους τους ασχολούμενους με την επιδημιολογία της νόσου.

Η συγκεκριμένη περίπτωση μελετήθηκε εξονυχιστικά από το Κέντρο Αναφοράς των Η.Π.Α. (CDC), πριν δοθεί στη δημοσιότητα. Παρά το γεγονός ότι υπάρχουν ορισμένα κενά τεκμηρίωσης, όλα τα δεδομένα πείθουν ότι τουλάχιστον 3 από τους 5 ασθενείς (Α, Β, Γ) μολύνθηκαν με τον HIV κατά τη διάρκεια των οδοντιατρικών επεμβάσεων από τον πάσχοντα με AIDS οδοντίατρο.

Τα πιο σημαντικά κριτήρια που συνηγορούν υπέρ μιας τέτοιας πιθανότητας είναι:

- (α) Και οι 3 ασθενείς δεν είχαν συμπεριφορά υψηλού κινδύνου έκθεσης στον HIV.
- (β) Και οι 3 είχαν υποστεί αιματηρές οδοντιατρικές επεμβάσεις από τον πάσχοντα οδοντίατρο.
- (γ) Η αλληλουχία ταύτισης του DNA του στελέχους του HIV έδειξε υψηλού βαθμού ομοιότητες μεταξύ των τριών ασθενών και όλων με το στέλεχος HIV του οδοντιάτρου.

Αντίθετα, τα στελέχη του HIV των ασθενών αυτών διέφεραν από το στέλεχος του HIV του ασθενούς Δ (που είχε συμπεριφορά υψηλού κινδύνου για HIV-λοίμωξη), καθώς και από τα στελέχη της ομάδας μαρτύρων.

Εντούτοις, ο ακριβής τρόπος μετάδοσης του HIV στους 3 ασθενείς από τον οδοντίατρο παραμένει αδιευκρίνιστος. Δεδομένου ότι ο οδοντίατρος ανήκε στην ομάδα ατόμων με συμπεριφορά υψηλού κινδύνου για HIV-λοίμωξη, είναι πολύ απίθανο να μολύνθηκε ο ίδιος κατά την επαγγελματική του απασχόληση.

Η περίπτωση αυτή, παρά τις όποιες επιφυλάξεις, θέτει επί τάπητος την ανάγκη εφαρμογής αυστηρών μέτρων για την πρόληψη μολύνσεων στο χώρο του οδοντιατρείου σε κάθε ασθενή, τα μέτρα είναι:

- γάντια,
- χειρουργική μάσκα,
- ουδέτερα γυαλιά,
- απολύμανση και αποστείρωση όλων των εργαλείων και επιφανειών.

Μια τέτοια πολιτική εξασφαλίζει τον οδοντίατρο από τη μόλυνση, τόσο από τον HIV όσο και από τον ιό της ηπατίτιδας Β, αλλά μηδενίζει την πιθανότητα τυχαίας μόλυνσης των οδοντιατρικών ασθενών. Τέλος, ανεβάζει το κοινωνικό και επιστημονικό κύρος του οδοντιατρικού επαγγέλματος⁵.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

8.1. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ HIV

8.1.1.ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΜΟΛΥΝΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟΝ HIV ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΤΗΣ

1. ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η θεραπευτική αγωγή των ατόμων που είναι μολυσμένα από τον HIV απαιτεί όχι μόνον εμπειριστατωμένη γνώση των πιθανών διεργασιών της ασθένειας, αλλά και την ικανότητα αντιμετώπισης των προβλημάτων μια χρόνιας, θανατηφόρας ασθένειας.

Ως κρίσιμα μέτρα για την επιμήκυνση μιας ποιοτικώς αποδεκτής διαβίωσης θεωρούνται η ειδική αντι-ρετρο-ϊική και η αντιμικροβιακή θεραπεία και η προφύλαξη, Ωστόσο, οι συμβουλές και η εκπαίδευση έχουν πολύ μεγάλη σημασία στην παροχή συνολικής περιποίησης για τους ασθενείς.

Οι ασθενείς πρέπει να ενημερωθούν με ειλικρινείς συζητήσεις για τις πιθανότητες μετάδοσης της νόσου, σχετικά με σεξουαλικές πρακτικές και ανταλλαγή συριγγών. Ο θεράπων ιατρός πρέπει όχι μόνο να γνωρίζει τα τελευταία φάρμακα που κυκλοφορούν για την αντιμετώπιση του HIV και των επιπλοκών του, αλλά πρέπει επίσης να εκπαιδεύει τους ασθενείς σχετικά με τη φυσική ιστορία της ασθένειάς τους, να τους ακούει και να είναι ευαίσθητος στους φόβους και στις ανησυχίες τους.

Όπως και σε άλλες ασθένειες, οι θεραπευτικές αποφάσεις πρέπει να λαμβάνονται σε συνεννόηση με τους ασθενείς, αν είναι δυνατόν, ή με τους οικείους του ασθενούς, εάν ο ίδιος δεν είναι σε θέση να λάβει αποφάσεις.

Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, συνιστάται σε όλα τα μολυσμένα από τον HIV άτομα, και ιδιαίτερα σε εκείνα στα οποία ο αριθμός των CD4+ Τ λεμφοκυττάρων είναι μικρότερος από 200/μL, να χορηγήσουν διαρκές πληρεξούσιο σε ένα έμπιστο άτομο, το οποίο να μπορεί να πάρει ακόμη και ιατρικές αποφάσεις, αν παραστεί ανάγκη.

Ανεξάρτητα από το πόσο καλά είναι προετοιμασμένο ένα άτομο για κακοτυχίες, η αποκάλυψη της διάγνωσης της μόλυνσης από τον HIV είναι συντριπτική. Για το λόγο αυτό, συνιστάται σε όποιον πρόκειται να υποστεί αυτό τον έλεγχο να συμβουλευθεί κάποιον ειδικό, ώστε να προετοιμαστεί, έστω και μερικά, για την περίπτωση που τα αποτελέσματα είναι θετικά.

Ύστερα από τη διάγνωση της μόλυνσης, ο θεραπευτής ιατρός θα πρέπει να είναι έτοιμος για να ενεργοποιήσει αμέσως υποστηρικτικά συστήματα για τον καινούργιο αυτόν ασθενή. Σε αυτά συμπεριλαμβάνονται ένας πεπειραμένος κοινωνικός λειτουργός ή μια νοσοκόμα, που μπορεί να διαθέσει χρόνο για συζήτηση με τον ασθενή και να διαβεβαιώσει ότι ο ασθενής είναι ψυχολογικά σταθερός. Οι περισσότερες κοινωνίες διαθέτουν συμβουλευτικούς σταθμούς AIDS που μπορούν να βοηθήσουν πολύ σε όλες αυτές τις δύσκολες καταστάσεις.

Ύστερα από τη διάγνωση της μόλυνσης από τον HIV, πρέπει να γίνουν διάφορες εξετάσεις και εργαστηριακές μελέτες, για τον προσδιορισμό της βαρύτητας της ασθένειας και την καταγραφή του ιστορικού προς μελλοντική αναφορά. Εκτός από τις συνήθεις εργαστηριακές εξετάσεις, τη λεπτομερή ανάλυση των αιματολογικών παραμέτρων και την ακτινογραφία θώρακος, θα πρέπει να γίνεται και καταμέτρηση του αριθμού των CD4+ Τ λεμφοκυττάρων, δύο διαφορετικές μετρήσεις της ποσότητας του HIV-RNA στο πλάσμα, μια δοκιμασία VDRL και μέτρηση του τίτλου των αντιτοξοπ्लाσμικών αντισωμάτων. Ακόμη, θα πρέπει να γίνει μια PPD δερματική δοκιμασία και να πραγματοποιηθεί και να καταγραφεί μια εξέταση της μικροδανοητικής κατάστασης.

Επιπρόσθετα, θα πρέπει να δοθούν στους ασθενείς συμβουλές σχετικά με τη σεξουαλική πρακτική και την κοινή χρήση ενέσεων. Ακόμη, παρόμοιες οδηγίες πρέπει να δίδονται και σε όσους ο ασθενής γνωρίζει ή νομίζει ότι ίσως έχουν μολυνθεί από τον ιό. Μόλις πραγματοποιηθούν αυτές

οι βασικές διαδικασίες, οι βραχύχρονες και οι μακρόχρονες θεραπευτικές στρατηγικές θα πρέπει να βασίζονται επάνω στις πλέον πρόσφατες κατακτήσεις και να τροποποιούνται όταν προκύπτουν νέα δεδομένα.

2. ANTI-ΡΕΤΡΟ-ΙΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Το κυριότερο όπλο της ιατρικής αντιμετώπισης της μόλυνσης από τον HIV είναι η αντι-ρετρο-ϊική θεραπεία. Η καταστολή του πολλαπλασιασμού του HIV είναι ένα σημαντικό στοιχείο της επιμήκυνσης της επιβίωσης του ασθενούς, καθώς επίσης και της βελτίωσης της ποιότητας της ζωής των μολυσμένων από τον HIV ατόμων.

Σήμερα, δεν υπάρχουν απαντήσεις σε όλα τα ερωτήματα, ακόμη και για το πότε πρέπει να αρχίσει η αντι-ρετρο-ϊική θεραπεία, ποια είναι η καλύτερη εναρκτήρια αγωγή, πότε πρέπει να αλλάξει η αγωγή και τι πρέπει να αλλάξει. Παρόλα αυτά, ο ιατρός και ο ασθενής πρέπει να συμφωνήσουν σε ένα αμοιβαίως αποδεκτό θεραπευτικό πρόγραμμα, το οποίο να βασίζεται στα καλύτερα διαθέσιμα στοιχεία.

Προς το παρόν, υπάρχει ένα εκτεταμένο δίκτυο κλινικών δοκιμασιών, συμπεριλαμβανομένων τόσο κλινικών ερευνητών όσο και πληρεξουσίων ασθενών, σε μια προσπάθεια ανάπτυξης βελτιωμένων μεθόδων θεραπείας. Κοινοπραξίες, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται αντιπρόσωποι της ακαδημαϊκής κοινότητας, της βιομηχανίας και των κυβερνήσεων των Η.Π.Α. και άλλων χωρών, εμπλέκονται στη διαδικασία της ανάπτυξης φαρμάκων και κλινικών δοκιμασιών. Αποτέλεσμα αυτών των προσπαθειών είναι η συνεχής εμφάνιση νέων θεραπευτικών αγωγών και καινούργιων φαρμάκων.

Επιπλέον, καινούργια φάρμακα είναι συχνά διαθέσιμα μέσω των προγραμμάτων εκτεταμένης πρόσβασης, πριν χορηγηθεί επίσημη άδεια κυκλοφορίας στα φαρμακεία. Για αυτούς τους λόγους, η αντιμετώπιση των μολυσμένων από τον HIV ασθενών επιτυγχάνεται καλύτερα κυρίως με τη σημαντική βοήθεια από κάποιον πολύ ειδικό σε αυτό το πεδίο.

3. ΑΝΑΛΟΓΑ ΤΩΝ ΝΟΥΚΛΕΟΣΙΔΙΩΝ

- **Zidovudine**

Το Zidovudin (AZT, 3'-azido-2', 3'-dideoxythymidine) ήταν το πρώτο φάρμακο, του οποίου η κυκλοφορία επιτράπη για τη θεραπεία της μόλυνσης από τον HIV, και είναι το πρωτότυπο φάρμακο για την τάξη των συστατικών που χαρακτηρίζονται ως νουκλεοσιδικά ανάλογα. Αυτά τα συστατικά, στα οποία η υδροξυλομάδα στη θέση 3' της ριβόζης έχει αντικατασταθεί από ένα υδρογόνο ή κάποια άλλη χημική ομάδα, δρα ως τελειωτικό μόριο της αλυσίδας του DNA, εξαιτίας της αδυναμίας του να σχηματίσει έναν 3'-5' φωσφοδιεστερικό δεσμό με ένα άλλο νουκλεοσίδιο. Συνδέονται με πολύ μεγαλύτερη τάση στο ενεργό κέντρο της RNA-εξαρτώμενης DNA-πολυμεράσης του HIV (αντίστροφης μεταγραφάσης), παρά σε εκείνο της DNA-πολυμεράσης των θηλαστικών.

Αυτό το γεγονός μπορεί, τουλάχιστον εν μέρει, να αιτιολογήσει την επιλεκτική τους επίδραση στον πολλαπλασιασμό του HIV. Ακόμη, το zidovudine έχει σχετικά υψηλή τάση προς σύνδεση με την DNA-πολυμεράση γ των μιτοχονδρίων του ανθρώπου, γεγονός το οποίο είναι δυνατόν να οδηγήσει σε μυοπάθειες, όπως παρατηρείται ορισμένες φορές σε ασθενείς που λαμβάνουν zidovudine.

Η ενεργός μορφή του zidovudine είναι η τριφωσφορική και ο ρυθμός φωσφορυλίωσης (δηλαδή, μια μεταβολική οδός που εξαρτάται από μία κίνηση της θυμιδίνης) μπορεί να είναι διαφορετικός σε διάφορα κύτταρα. Αυτό μπορεί να ερμηνεύσει το γιατί το zidovudine είναι πιο αποτελεσματικό στην αναστολή του πολλαπλασιασμού του HIV σε ορισμένα κύτταρα απ' ό,τι σε άλλα.

Το zidovudine απορροφάται καλώς, ύστερα από στοματική χορήγηση, με χρόνο ημιζωής στον ορό περίπου μία ώρα. Έτσι, το πρόγραμμα της αρχικής δοσολογίας συνίσταται σε χορήγηση πέντε φορές την ημέρα (ανά 4 ώρες). Δεδομένου ότι ο χρόνος της ενδοκυττάριας ημιζωής μπορεί να είναι πολύ μεγαλύτερος από εκείνον του πλάσματος (όπως συμβαίνει και με την didanosine), η λογική του παραπάνω προγράμματος

χορήγησης δεν είναι δικαιολογημένη, οπότε εφαρμόζονται διάφορα άλλα, πιο χρηστικά προγράμματα χορήγησης, όπως για παράδειγμα, δύο έως τρεις φορές την ημέρα, ιδιαίτερα όταν το zidovudine δίδεται ως τμήμα μιας συνδυαστικής θεραπείας.

Η αποτελεσματικότητα του zidovudine αποδείχθηκε με σαφήνεια σε μια ψευδοφαρμακευτική (placebo) κλινική δοκιμασία φάσης II, κατά την οποία 282 ασθενείς (οι οποίοι είχαν υποστεί μια φορά πνευμονία από *Pneumocystis carinii* ή εκδήλωναν μια ποικιλία AIDS-σχετιζόμενων συμπτωμάτων) κατανεμήθηκαν τυχαία προς λήψη ψευδοφαρμάκου ή zidovudine σε δόσεις 200 μg ανά τέσσερις ώρες.

Η δοκιμασία σταμάτησε πρόωρα όταν κατέστη σαφές ότι, στην ομάδα των ασθενών που ελάμβαναν zidovudine σημειώνονταν λιγότεροι θάνατοι και λιγότερες ευκαιριακές μολύνσεις. Πέραν αυτής της κλινικής ωφέλειας, οι ασθενείς που ελάμβαναν zidovudine είχαν αυξημένο αριθμό λεμφοκυττάρων, συμπεριλαμβανομένων των CD4+ T λεμφοκυττάρων, μειωμένη ποσότητα του αντιγόνου p24 στο αίμα και αύξηση βάρους.

Σε επόμενες δοκιμασίες, διαπιστώθηκε βελτίωση και σε άτομα με νευρολογικές νόσους. Δημιουργήθηκε μεγάλη διαμάχη για το αν θα έπρεπε το zidovudine να χορηγείται σε HIV-μολυσμένα, αλλά ασυμπτωματικά, άτομα που είχαν αριθμό CD4+ T λεμφοκυττάρων μεγαλύτερο των 200/μL.

Πιο πρόσφατα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι συνδυαστικές χορηγήσεις νουκλεοσιδίων είναι πιο αποτελεσματικές από τη μονοφαρμακία με το Zidovudine και, προς το παρόν, το zidovudine θεωρείται πιο κατάλληλο ως μέρος συνδυαστικής αντι-ρετρο-ϊικής θεραπείας για HIV-μολυσμένους ασθενείς με λιγότερα από 500 CD4+ T λεμφοκύτταρα/μL, και ως μονοφαρμακία για την πρόληψη της μετάδοσης του HIV από τη μητέρα στο κυοφορούμενο παιδί.

Αυτές οι συστάσεις βασίζονται στην αποδοχή και στην έγκριση αυτής της διαδικασίας από τον Οργανισμό Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA) των Η.Π.Α., έγκρισης η οποία ήλθε ως συνέπεια των αποτελεσμάτων καλώς σχεδιασμένων και ελεγχόμενων κλινικών δοκιμασιών. Μόνο τέτοιες δοκιμασίες μπορεί να δείξουν εάν η αντι-ρετρο-ϊική θεραπεία πρέπει να αρχίσει ενωρίτερα όταν ο αριθμός των CD4+ T λεμφοκυττάρων πλησιάζει τα

500/μL. Θα πρέπει να διευκρινισθεί ότι το επίπεδο του HIV RNA στο πλάσμα αποκτά προοδευτικά μεγαλύτερη σημασία, ως κριτήριο για την έναρξη ή την τροποποίηση της αντι-ρετρο-ϊικής θεραπείας.

Πολλές προσπάθειες έχουν γίνει για τον προσδιορισμό της ιδανικής δόσης του zidovudine. Ενώ στις πρώτες κλινικές δοκιμασίες, με δόσεις 1200 mg/ημέρα, εκδηλώνονται ωφέλειες, παρατηρείτο σημαντική τοξικότητα. Αξιόπιστες μελέτες έδειξαν ότι δόσεις 400 έως 600 mg/ημέρα είναι εξίσου αποτελεσματικές με τις μεγαλύτερες δόσεις, αλλά σημαντικά λιγότερο τοξικές. Σήμερα, η συνήθως χορηγούμενη δόση είναι 200 mg τρεις φορές ημερησίως σε συνδυασμό με άλλους αντι-ρετρο-ϊικούς παράγοντες.

Η εφαρμογή της μονοφαρμακίας με zidovudine εφαρμόζεται προς το παρόν μόνο για την πρόληψη της μετάδοσης του HIV από τη μητέρα στο κυοφορούμενο παιδί. Δεδομένων των σημαντικών πλεονεκτημάτων της συνδυαστικής αγωγής, σε σχέση με τη μόνο φαρμακεία σε άλλες κλινικές αγωγές, είναι πολύ πιθανόν ότι αυτές οι στρατηγικές θα αποδειχθούν πιο αποτελεσματικές στην παρεμπόδιση της μετάδοσης από τη μητέρα στο έμβρυο, οπότε θα τροποποιηθούν και οι σχετικές θεραπευτικές αγωγές.

Μολονότι πολλοί ασθενείς εκδηλώνουν κόπωση, καχεξία, ναυτία και πονοκέφαλο κατά την έναρξη της θεραπείας με το zidovudine, τα συμπτώματα αυτά υποχωρούν με το χρόνο. Οι σοβαρότερες τοξικότητες του zidovudine περιλαμβάνουν το μυελό των οστών. Οι ασθενείς συχνά εκδηλώνουν μια μακροκυτταρική αναιμία η οποία, όταν συσχετίζεται με χαμηλά επίπεδα ερυθροποιητίνης αίματος, μπορεί να ανακουφισθεί κάπως με ένεση ανασυνδυασμένης ερυθροποιητίνης, αρχίζοντας με μια δόση 100 μg/kg τρεις φορές την εβδομάδα.

Αν και η zidovudine-επαγόμενη αναιμία, είναι μακροκυτταρική, δεν υπάρχουν ενδείξεις για ανεπάρκεια βιταμίνης B₁₂ ή φυλλικού οξέος. Εξωγενής χορήγηση αυτών των βιταμινών δεν έχει βελτιωτικό αποτέλεσμα.

Πέραν της αναιμίας, οι ασθενείς που λαμβάνουν zidovudine, ιδίως όσοι είναι σε σοβαρότερη κατάσταση, μπορεί να εκδηλώνουν ουδετεροπενία, σε ορισμένες δε περιπτώσεις και θρομβοκυτταροπενία.

Άλλες συνήθεις τοξικότητες του zidovudine περιλαμβάνουν μυοπάθεια στους σωματικούς μύες, χαρακτηριζόμενη από εξασθένηση, μυϊκή

αποικοδόμηση και σε ορισμένους ασθενείς αύξηση της κινάσης της κρεατίνης, γεγονός που θεωρείται αποτέλεσμα δυσλειτουργίας των μιτοχονδρίων.

Ακόμη, αυτός ο μηχανισμός δράσης θεωρείται ότι διαδραματίζει κάποιο ρόλο σε ορισμένες μορφές Zidovudine-σχετιζόμενης μυοκαρδιοπάθειας, καθώς επίσης και σε μερικές περιπτώσεις γαλακτικής οξέωσης που σχετίζεται με διήθηση του ήπατος από λίπη. Έχει παρατηρηθεί επίσης μια γαλαζωπή απόχρωση στα νύχια, ιδιαίτερος εμφανής σε νέγρους ασθενείς. Σε τρωκτικά, στα οποία χορηγήθηκαν πολύ υψηλές δόσεις zidovudine, παρατηρήθηκε αύξηση των καρκινωμάτων στο επιθήλιο της μήτρας.

Επιπρόσθετα, σε μελέτες διαπλακουντικής καρκινογενετικότητας παρατηρήθηκε αύξηση στους συμπαγείς όγκους σε ενήλικα ποντίκια, των οποίων οι μητέρες ελάμβαναν μεγάλες δόσεις zidovudine κατά τη διάρκεια της κύησης. Ωστόσο, δεν έχει καταγραφεί αύξηση στα περιστατικά καρκίνου σε HIV-μολυσμένα άτομα που λαμβάνουν zidovudine.

Δεδομένων αυτών των πιθανών παρενεργειών, συνιστάται στους ασθενείς που αρχίζουν θεραπεία με zidovudine να παρακολουθούνται για εκδήλωση φαινομένων τοξικότητας, κάθε δύο εβδομάδες επί ένα μήνα, και ύστερα να παρακολουθούνται κάθε μήνα.

Έχουν διατυπωθεί επιφυλάξεις περί ύπαρξης στελεχών του HIV που είναι ανθεκτικά στο zidovudine. Τέτοια στελέχη έχουν προσδιορισθεί σε κάποια άτομα που λαμβάνουν zidovudine επί έξι εβδομάδες ή περισσότερο. Ωστόσο, έχουν προσδιορισθεί και σε δειγματοληψίες που έγιναν κατά την περίοδο της οροαναστροφής. Η αντίσταση εκδηλώνεται πιο γρήγορα σε ασθενείς σε προχωρημένο στάδιο, στους οποίους πιθανώς επιτελείται ταχύτερος πολλαπλασιασμός του ιού και συνεπώς υπάρχουν περισσότερες πιθανότητες μεταλλαγών. Αυτή η αντίσταση είναι αποτέλεσμα μεταλλαγών στην αντίστροφη μεταγραφή του HIV.

Έχουν προσδιορισθεί τουλάχιστο πέντε διαφορετικές μεταλλάξεις που σχετίζονται με αντίσταση στο zidovudine (κωδικόνια Met41 → Leu, Asp67 → Asn, Lys 70 → Arg, Thr215 → Tyr και Phe/ Lys219 → Gln). Ενώ η αντίσταση στο zidovudine δεν συσχετίζεται με την αντίσταση σε didanosine ή

zalcitabine, οι ασθενείς που λαμβάνουν ως μόνο φάρμακο το zidovudine ανταποκρίνονται συχνά λιγότερο στη θεραπεία με ανάλογα νουκλεοσιδίων.

Η εμφάνιση zidovudine-ανθεκτικών στελεχών του HIV συμβάλλει αποφασιστικά στην περιορισμένη, μακρόχρονη ωφελιμότητα αυτού του φαρμάκου ως μονοθεραπείας και προβάλλει μια ισχυρή δικαιολογία για την εφαρμογή συνδυαστικών θεραπειών.

- **Didanosine**

Το didanosine (ddl = 2', 3' -dideoxyinosine) ήταν το δεύτερο φάρμακο που εγκρίθηκε για τη θεραπεία του AIDS. Σε μια σειρά ανοικτών δοκιμασιών, η θεραπεία με didanosine είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση του αριθμού των CD4+T λεμφοκυττάρων και την πτώση των επιπέδων του p24. Η έγκριση βασίστηκε (κατά τη διάρκεια μιας ελεγχόμενης, τυχαίας δοκιμής) στην απόδειξη ότι, οι ασθενείς που είχαν λάβει zidovudine, επί τουλάχιστον έξι εβδομάδες, και στη συνέχεια άλλαξαν σε didanosine, παρουσίασαν αύξηση του αριθμού των CD4+ T λεμφοκυττάρων και λιγότερες, καινούργιες ευκαιριακές μολύνσεις σε σύγκριση με εκείνους οι οποίοι εξακολουθούσαν να λαμβάνουν μόνο zidovudine.

Δύο μελέτες που έγιναν με σκοπό τη σύγκριση του zidovudine με το didanosine ως εναρκτήριων φαρμάκων απέδωσαν διαφορετικά αποτελέσματα. Στην πρώτη μελέτη, το zidovudine φάνηκε να είναι καλύτερο από το didanosine ως αρχική θεραπεία. Στη δεύτερη μελέτη, που περιελάμβανε μεγαλύτερο αριθμό ασθενών, το didanosine απεδείχθη καλύτερο από το zidovudine, σε σχέση με την επιβίωση και την εκδήλωση ασθενειών που προσδιορίζουν το AIDS.

Σήμερα, το didanosine έχει εγκριθεί από τον Οργανισμό Τροφίμων και Φαρμάκων (των Η.Π.Α.) για κάθε μολυσμένο από τον HIV ασθενή, ο οποίος έχει λάβει επί αρκετό χρόνο zidovudine ως εναρκτήρια θεραπεία, ή ως εναρκτήρια θεραπεία σε ασθενείς με αριθμό CD4+ T λεμφοκυττάρων <500/μL. Μολονότι αυτή η αγωγή είναι εγκεκριμένη, η συνηθισμένη πρακτική είναι να αρχίζει η θεραπεία με didanosine ως τμήμα μιας συνδυαστικής

αγωγής. Όπως συμβαίνει με τα περισσότερα αντι-ρετρο-ϊικά φάρμακα, σε ασθενείς που λαμβάνουν τέτοια φάρμακα αναπτύσσονται στελέχη του HIV ανθεκτικά στο didanosine. Τουλάχιστον ορισμένα από αυτά τα στελέχη, που εμφανίζονται σε ασθενείς, οι οποίοι αρχικά είχαν αναπτύξει στελέχη ανθεκτικά στο zidovudine, ως συνέπεια προηγούμενης θεραπείας με zidovudine, επανέκτησαν κάποιο βαθμό ευαισθησίας στο zidovudine. Στελέχη του HIV, τα οποία είναι ανθεκτικά στο didanosine είναι γενικώς ανθεκτικά και στο zalcitabine.

Η συνηθέστερη δοσολογία του didanosine είναι 200 mg δύο φορές την ημέρα για ασθενείς βαρύτερους από 60 kg, και 125 mg δύο φορές την ημέρα για ασθενείς ελαφρύτερους από 60 kg. Το didanosine απορροφάται καλώς με άδειο στομάχι ουδέτερου pH. Για αυτό το λόγο, το didanosine χορηγείται με ένα ρυθμιστικό διάλυμα, κάθε δε δόση πρέπει να χορηγείται σε δύο τουλάχιστο δισκία. Δηλαδή, ένας ασθενής ο οποίος χρειάζεται 100 mg δύο φορές την ημέρα θα πρέπει να παίρνει δύο φορές την ημέρα από δύο δισκία των 50 mg, και όχι ένα δισκίο των 100 mg δύο φορές την ημέρα.

Η τοξική συμπεριφορά του didanosine είναι τελείως διαφορετική από εκείνη του zidovudine. Η πιο συχνή τοξικότητα είναι μια επώδυνη περιφερική νευροπάθεια, η οποία εμφανίζεται στο 30% περίπου των ασθενών που λαμβάνουν περισσότερα από 200 mg δύο φορές ημερησίως.

Σε γενικές γραμμές, η νευροπάθεια εξαφανίζεται όταν σταματήσει η λήψη του φαρμάκου και μπορεί να μην ξαναεμφανισθεί εάν ξαναρχίσει η θεραπεία με μικρότερη δόση. Η άλλη σημαντική τοξικότητα είναι η παγκρεατίτις.

Στις πρώτες κλινικές δοκιμασίες αναφέρθηκε στο 9% των ασθενών, ενώ σε επόμενες μελέτες με μικρότερες δόσεις το ποσοστό ήταν μικρότερο. Η παγκρεατίτις μπορεί να είναι θανατηφόρος και γι' αυτό το λόγο, όλοι οι ασθενείς που λαμβάνουν didanosine πρέπει να παρακολουθούνται σχολαστικά.

Η χορήγηση didanosine πρέπει να διακόπτεται όταν ο ασθενής αισθανθεί κοιλιακούς πόνους από παγκρεατίτιδα ή εάν διαπιστωθούν υψηλά ποσά αμυλάσης ή/και λιπάσης στον ορό, η δε εξέταση με υπερήχους αποκαλύψει οιδηματώδες πάγκρεας. Τέτοιοι ασθενείς δεν πρέπει να

ξαναπάρουν didanosine και, γενικά, το didanosine αντενδείκνυται για ασθενείς με ιστορικό παγκρεατίτιδας, ανεξάρτητα από το αίτιο. Το didanosine έχει ελάχιστες επιδράσεις στον μυελό των οστών και μπορεί να χορηγηθεί σε συνδυασμό με φάρμακα τοξικά για τον μυελό των οστών, όπως είναι τα zidovudine, ganciclovir και trimethoprim/sulfamethoxazole⁵.

- **Zalcitabine**

Το zalcitabine (ddC = 2',3' -dideoxycytidine) ήταν το τρίτο φάρμακο που εγκρίθηκε για τη θεραπεία της μόλυνσης από τον HIV. Επίσημως έχει εγκριθεί ως μονοθεραπεία για ασθενείς που δεν ανέχονται το zidovudine ή για εκείνους στους οποίους η ασθένεια επιδεινώνεται παρότι λαμβάνουν zidovudine, και ως τμήμα συνδυαστικής θεραπείας με zidovudine ως αρχική θεραπεία για ασθενείς με αριθμό CD4+ T λεμφοκυττάρων < 500/μL. Η τελευταία ένδειξη αντικατοπτρίζει τα αποτελέσματα των πρώτων κλινικών δοκιμασιών, οι οποίες σχεδιάστηκαν για την εκτίμηση του zalcitabine ως αρχικής θεραπείας της μόλυνσης από τον HIV.

Η άμεση σύγκριση μεταξύ zalcitabine και zidovudine διακόπηκε πρόωρα, όταν σημειώθηκαν πολύ περισσότεροι θάνατοι στην ομάδα λήψης zalcitabine (59 έναντι 33). Ωστόσο, σε μίαν άλλη δοκιμασία, ο συνδυασμός zalcitabine και zidovudine εδείχθη ότι προκαλεί μεγαλύτερη και μεγαλύτερης διάρκειας αύξηση του αριθμού των CD4+ T λεμφοκυττάρων απ' ό,τι το zidovudine μόνο του.

Με βάση αυτά τα αποτελέσματα, το zalcitabine (0,75 mg/kg τρεις φορές ημερησίως) εγκρίθηκε ως τμήμα μιας συνδυαστικής θεραπείας με το zidovudine (200 mg τρεις φορές την ημέρα), για ασθενείς σε προχωρημένο στάδιο μόλυνσης. Επακόλουθες μελέτες στις Η.Π.Α. και στην Ευρώπη απέδειξαν την κλινική ανωτερότητα αυτού του συνδυασμού έναντι του zidovudine μόνου του.

Όπως και με το didanosine, η σημαντικότερη τοξικότητα του zalcitabine εκδηλώνεται ως περιφερική νευροπάθεια. Μολονότι έχουν αναφερθεί περιστατικά παγκρεατίτιδας σε ασθενείς που λαμβάνουν

zalcitabine, δεν είναι τόσα πολλά όπως με το didanosine. Παρόλα αυτά, το zalcitabine αντενδείκνυται για ασθενείς με ιστορικό παγκρεατίτιδας. Ο συνδυασμός zidovudine/zalcitabine ενδείκνυται για εναρκτήρια θεραπεία της μόλυνσης από τον HIV.

Όπως και στην περίπτωση άλλων αναλόγων των νουκλεοσιδίων, ένα συνηθισμένο πρόβλημα είναι η ανάπτυξη ανθεκτικών στελεχών του HIV. Μεταξύ των μεταλλάξεων στην αντίστροφη μεταγραφάση που σχετίζονται με την αντίσταση στο zalcitabine συγκαταλέγονται οι Lys65 → Arg ή Asp, Leu74 → Val, Thr69 → Asp, Val175 → Thr, Met184 → Val και Tyr215 → Cys. Αυτές οι μεταλλάξεις μπορεί ακόμη να οδηγούν σε αντοχή και σε άλλα νουκλεοσίδια, όπως τα zidovudine, didanosine, stavudine και lamivudine.

- **Stavudine**

Το stavudine (d4T = 2',3' -didehydro-3' -deoxythymidine) ήταν το τέταρτο νουκλεοσιδικό ανάλογο που εγκρίθηκε για τη θεραπεία της μόλυνσης από τον HIV. Αυτό το φάρμακο προς το παρόν χορηγείται για θεραπεία ενήλικων ατόμων με προχωρημένη μόλυνση, τα οποία δεν ανέχονται τις εγκεκριμένες θεραπείες εγνωσμένης κλινικής αποτελεσματικότητας, ή για εκείνα στα οποία η ασθένεια επιδεινώνεται αν και παρέχονται αυτές οι θεραπευτικές αγωγές.

Σε προκλινικές μελέτες, το stavudine είχε περίπου το ίδιο αποτέλεσμα με το zidovudine. Αυτό δείχνει διασταυρούμενη αντίσταση στην ddl με μηχανισμούς που δεν έχουν ακόμη διαλευκανθεί in vitro. Η δραστηριότητά του προστίθεται σε εκείνη της ddl, ενώ σε μερικά περιστατικά είναι ανταγωνιστική εκείνης του zidovudine. Για αυτό το λόγο, θα πρέπει να αποφεύγεται η χρήση αυτού του φαρμάκου μαζί με το zidovudine, έως ότου συγκεντρωθούν αρκετά κλινικά στοιχεία.

Μέχρι τώρα οι κλινικές δοκιμές έχουν δείξει ότι η θεραπεία με το stavudine συσχετίζεται με αύξηση των CD4+ T λεμφοκυττάρων, μείωση του ποσού των αντιγόνων p24 και μια αποδεδειγμένη αίσθηση ευεξίας.

Σε μια μελέτη 359 ασθενών, οι οποίοι ελάμβαναν zidovudine και οι οποίοι μοιράσθηκαν τυχαία ώστε άλλοι να συνεχίσουν με zidovudine και άλλοι να αλλάξουν σε stavudine, ο αριθμός των CD4+ T λεμφοκυττάρων αυτών που παρέμειναν στο zidovudine μειώθηκε κατά 22/μL, ενώ εκείνων που άλλαξαν σε stavudine αυξήθηκε κατά 22/μL. Σε αντίθεση με το zidovudine, το stavudine φαίνεται να έχει ελάχιστη μυελοκατασταλτική τοξικότητα.

Οι κυριότερες τοξικότητες που έχουν αναφερθεί μέχρι σήμερα περιλαμβάνουν περιφερική νευροπάθεια και άνοδο των επιπέδων της γλουταμικής πυροσταφυλικής τρανσαμινάσης στον ορό.

- **Lamivudine**

Το lamivudine (3TC = 2',3'-dideoxy-3'-thiacytidine) είναι το πέμπτο νουκλεοσιδικό ανάλογο που εγκρίθηκε στις Η.Π.Α. Αυτό το ανάλογο της κυτιδίνης εγκρίθηκε προς χρήση μόνο σε συνδυασμό με το zidovudine, σε περιπτώσεις που ενδείκνυται το zidovudine. Ωστόσο, χορηγείται και σε συνδυασμό με άλλα σκευάσματα.

Οι εκτεταμένες αιτιολογήσεις που εμπεριέχονται στο εγκριτικό σημείωμα του lamivudine αντικατοπτρίζουν την αυξανόμενη πολυπλοκότητα του πεδίου της αντι-ρετρο-ϊικής θεραπείας και αναγνωρίζουν το γεγονός ότι θα είναι αδύνατη η πλήρης δοκιμασία κάθε μεμονωμένης και κάθε συνδυαστικής θεραπείας σε κάθε πιθανό θεραπευτικό συνδυαστικό σχήμα.

Ο συνδυασμός zidovudine και lamivudine in vitro είναι ο πλέον αποτελεσματικός συνδυασμός νουκλεοσιδίων που μελετήθηκε μέχρι σήμερα και πιστεύεται από πολλούς ειδικούς ότι πρέπει να αποτελεί τον προτιμώμενο συνδυασμό νουκλεοσιδίων. Αυτή η αποτελεσματικότητα μπορεί να οφείλεται εν μέρει στο γεγονός ότι στελέχη του HIV, τα οποία είναι ανθεκτικά στο lamivudine (Met184 → Val) έχουν αυξημένη ευαισθησία στο zidovudine, οπότε είναι πιο απίθανη η ανάπτυξη διπλής ανθεκτικότητας.

Ένα ακόμη πιθανό πλεονέκτημα αυτής της συνδυαστικής θεραπείας είναι το γεγονός ότι μερικές μεταλλάξεις στην αντίστροφη μεταγραφάση του

HIV, ανθεκτικές στο lamivudine, είναι λιγότερο ικανές στην πρόκληση ανωμαλιών στην αντίστροφη μεταγραφή, μειώνοντας συνεπώς δραστικά τον ρυθμό των μεταλλάξεων του ιού.

Η χορήγηση της έγκρισης σε αυτό το φάρμακο βασίστηκε σε εργαστηριακά αποτελέσματα. Οι ασθενείς που λαμβάνουν συνδυασμό zidovudine και lamivudine αυξάνουν τον αριθμό των CD4+ T λεμφοκυττάρων κατά 40 έως 70 κύτταρα/μL περισσότερα απ' ό,τι κατά τη μονοθεραπεία. Πολλοί επιστήμονες ειδικοί σε αυτό το πεδίο υποστηρίζουν ότι αυτό; είναι ο πλέον αποτελεσματικός συνδυασμός νουκλεοσιδίων και θα πρέπει να θεωρείται ως η εναρκτήρια αντι-ρετρο-ϊική θεραπευτική αγωγή πρώτης γραμμής είτε μόνη της, είτε σε συνδυασμό με έναν αναστολέα πρωτεασών.

Ωστόσο, δεν υπάρχουν ακόμη κλινικά δεδομένα που να στηρίζουν αυτή την άποψη. Αν και το lamivudine προκαλεί ορισμένες φορές περιφερική νευροπάθεια και παγκρεατίτιδα, συγκαταλέγεται μεταξύ των καλύτερα ανεκτών αναλόγων των νουκλεοσιδίων.

- **Μη νουκλεοσιδικοί αναστολείς της αντίστροφης μεταγραφάσης**

Οι μη νουκλεοσιδικοί αναστολείς της αντίστροφης μεταγραφάσης παρεμβαίνουν στη λειτουργία του ιικού ενζύμου αντίστροφη μεταγραφάση, συνδεδεμένοι σε περιοχές έξω από το ενεργό κέντρο και προκαλώντας αλλαγές στη στερεοδιαμόρφωση του ενζύμου, οι οποίες το καθιστούν ανενεργό. Αν και αυτοί οι παράγοντες είναι δραστικοί σε συγκεντρώσεις της τάξης των νανογραμμομορίων, είναι επίσης πολύ εκλεκτικοί για την αντίστροφη μεταγραφάση του HIV-1, είναι αδρανείς εναντίον του HIV-2 και, όταν χρησιμοποιούνται ως μονοθεραπεία, συσχετίζονται με ταχεία εμφάνιση φαρμακοανθεκτικών μεταλλάξεων. Προς το παρόν διατίθενται προς χρήση δύο μέλη αυτής της ομάδας, τα nevirapine και delavirdine.

Το nevirapine έχει εγκριθεί προς χρήση σε συνδυασμό με νουκλεοσιδικά ανάλογα προς θεραπεία μολυσμένων από τον HIV ενηλίκων, οι οποίοι έχουν ήδη υποστεί κλινική ή ανοσολογική εξάντληση. Το delavirdine έχει εγκριθεί προς χρήση σε συνδυασμό με κατάλληλη αντι-HIV

φαρμακευτική αγωγή, για τη θεραπεία ασθενών μολυσμένων από τον HIV, όταν η θεραπευτική αγωγή είναι εγκεκριμένη.

Οι κυριότερες τοξικότητες αυτών των φαρμάκων είναι ένα κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα (το οποίο συνήθως εξαφανίζεται χωρίς την ανάγκη διακοπής της θεραπείας) και η αύξηση των επιπέδων των ηπατικών ενζύμων. Για να μειωθεί το ποσοστό των εξανθημάτων που συσχετίζονται με το nevirapine, συνιστάται να χορηγείται σε μια αρχική δόση των 200 mg μια φορά την ημέρα επί δύο εβδομάδες, και στη συνέχεια ολόκληρη η δόση των 200 mg δύο φορές την ημέρα.

Όταν παρέχεται ως τμήμα συνδυαστικής θεραπείας με νουκλεοσιδικά ανάλογα, αυτοί οι παράγοντες οδηγούν σε αύξηση του αριθμού των CD4+ T λεμφοκυττάρων και ελάττωση του ιικού φορτίου, το οποίο είναι ελαφρώς μεγαλύτερο και διαρκεί περισσότερο, απ' ό,τι παρατηρείται με τη μονοθεραπεία με νουκλεοσιδία.

Αυτοί οι παράγοντες μπορεί να διαδραματίσουν στο μέλλον έναν πολύτιμο ρόλο σε πολυφαρμακευτικούς συνδυασμούς που περιλαμβάνουν νουκλεοσιδία και αναστολείς πρωτεασών⁵.

- **Αναστολείς πρωτεασών**

Η έγκριση τεσσάρων διαφορετικών αναστολέων πρωτεασών του HIV-1 (saquinavir, ritonavir, indinavir και nelfinavir) προανήγγειλε μια μεγάλη αλλαγή στις υπάρχουσες μεθόδους αντι-ρετρο-ϊικής θεραπείας κατά της μόλυνσης από τον HIV.

Σε αντίθεση με τους αναστολείς της αντίστροφης μεταγραφάσης, οι οποίοι παρεμβαίνουν στις κυτταρικές DNA πολυμεράσες, καθώς επίσης και στην αναστολή της αντίστροφης μεταγραφάσης του HIV-1, οι αναστολείς πρωτεασών του HIV δρουν αποκλειστικά κατά των πρωτεασών του HIV-1. Αυτά τα συστατικά είναι δραστικά σε ποσότητες νανογραμμομορίων και, μέχρι τώρα, θεωρούνται σημαντικά λιγότερο τοξικά από τους αναστολείς της αντίστροφης μεταγραφάσης.

Ατυχώς, όπως και στην περίπτωση των μη νουκλεοσιδικών αναστολέων της αντίστροφης μεταγραφάσης, αυτή η ικανότητα συνοδεύεται από ταχεία εμφάνιση ανθεκτικών στελεχών, όταν αυτά τα φάρμακα χρησιμοποιούνται μόνα τους. Συνεπώς, αυτά τα συστατικά θα πρέπει να χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με άλλα αντι-ρετρο-ϊικά φάρμακα.

- **Saquinavir**

Το saquinavir ήταν ο πρώτος αναστολέας πρωτεασών που εγκρίθηκε. Σε ασθενείς οι οποίοι διέκοψαν ή δεν μπορούσαν να πάρουν zidovudine, η θεραπευτική αγωγή με συνδυασμό saquinavir και zalcitabine είχε ως αποτέλεσμα μεγαλύτερη αύξηση του αριθμού των CD4+ T λεμφοκυττάρων και σημαντική μείωση των ποσοτήτων HIV-RNA του πλάσματος, απ' ό,τι παρατηρείται όταν χορηγούνται τα φάρμακα μόνα τους.

Επόμενα κλινικά αποτελέσματα αποκάλυψαν, κατά τις επακόλουθες 500 περίπου ημέρες παρακολούθησης, 50% μείωση του κινδύνου είτε ενός πρώτου γεγονότος καθοριστικού του AIDS είτε του θανάτου (ποσοστά 15%, 27% και 24% για saquinavir + zalcitabine, για zalcitabine μόνο του και για saquinavir μόνο του, αντίστοιχα).

Το saquinavir έχει εγκριθεί για να χορηγείται σε συνδυασμό με νουκλεοσιδικά ανάλογα, προς θεραπεία σε προχωρημένες καταστάσεις AIDS. Στο 45% περίπου των ασθενών έχει παρατηρηθεί γονοτυπική ή/και φαινοτυπική αντίσταση στο saquinavir. Η ιική αντίσταση στους αναστολείς πρωτεασών είναι εξαιρετικά πολύπλοκη. Μεταξύ των μεταλλάξεων στα κωδικόνια των πρωτεασών του HIV-1 που συσχετίζονται με ανθεκτικότητα στο saquinavir είναι τα Leu90 → Met και Gly48 → Val.

Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι, στελέχη του HIV ανθεκτικά στο saquinavir είναι εν γένει μη ανθεκτικά στα indinavir ή ritonavir, πράγμα που υποδηλώνει ότι η συνδυαστική θεραπευτική αγωγή με διαφορετικούς αναστολείς πρωτεασών ίσως να είναι εξαιρετικά αποτελεσματική. Ωστόσο, αυτή η πιθανότητα πρέπει να προσεγγισθεί με προσοχή, επειδή το saquinavir μεταβολίζεται από το σύστημα του κυτοχρώματος P450, η δε

θεραπεία με ritonavir απολήγει σε αναστολή της δράσης του κυτοχρώματος P450.

Συνεπώς, όταν αυτά τα δύο φάρμακα χορηγούνται συγχρόνως, υπάρχει η πιθανότητα απρόβλεπτης αύξησης των επιπέδων του saquinavir.

Μεταξύ των τριών πρώτων αναστολέων πρωτεασών που εγκρίθηκαν προς χορήγηση σε HIV-θετικά άτομα, το saquinavir είναι το καλύτερα ανεκτό, φαίνεται όμως να είναι το λιγότερο αποτελεσματικό.

- **Ritonavir**

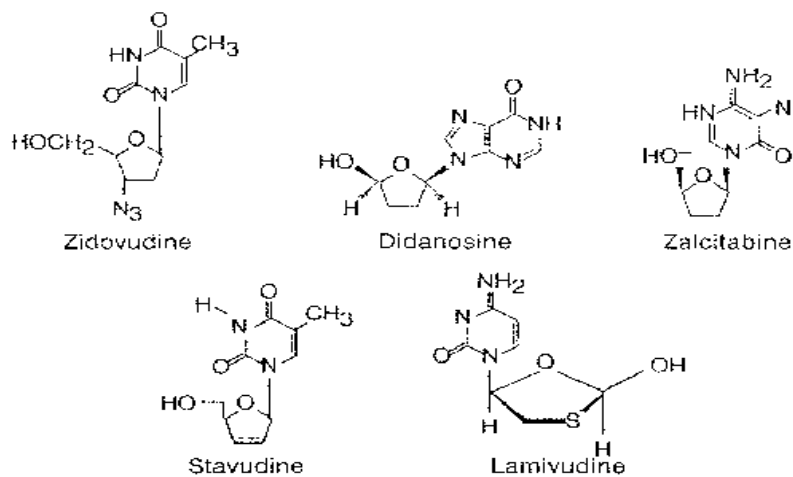
Το ritonavir έχει εγκριθεί για τη θεραπεία της μόλυνσης από τον HIV όταν η θεραπευτική αγωγή είναι εγκεκριμένη, είτε ως μονοθεραπεία είτε σε συνδυασμό με νουκλεοσιδικά ανάλογα. Ήταν ο πρώτος αναστολέας πρωτεασών για τον οποίο απεδείχθη η κλινική αποτελεσματικότητα.

Σε μια μελέτη 1.090 ασθενών με αριθμό CD4+ T λεμφοκυττάρων <100/μL, οι οποίοι διαμοιράστηκαν τυχαία, ώστε να λαμβάνουν είτε ψευδοφάρμακο είτε ritonavir πλέον της οποιασδήποτε άλλης εγκεκριμένης αγωγής, οι ασθενείς που έλαβαν ritonavir παρουσίασαν μείωση των γενικών ενδείξεων περί κλινικής επιδείνωσης ή θανάτου από 34 σε 17%. Η θνησιμότητα μειώθηκε από 10,1 σε 5,8%.

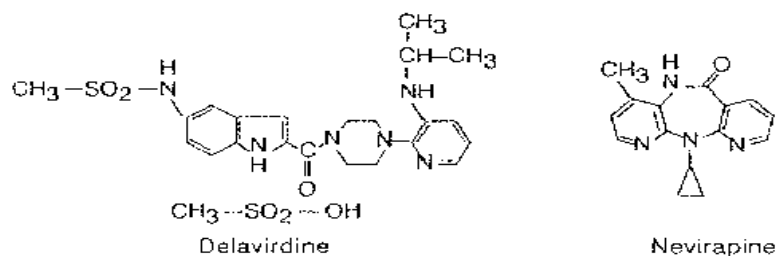
Η ανοχή στο ritonavir έχει συσχετισθεί με αρκετές αντικαταστάσεις αμινοξέων. Μεταξύ αυτών, η αντικατάσταση Val82 → Phe φαίνεται να είναι αναγκαία αλλά όχι και ικανή για την ανάπτυξη φαινοτυπικής αντίστασης. Άλλες συνήθεις μεταλλάξεις που έχουν περιγραφεί είναι Ile84 → Val, Ala71 → Val και Met46 → Ile. Στελέχη του HIV-1, τα οποία είναι ανθεκτικά στο ritonavir είναι ανθεκτικά και στο indinavir.

Οι κυριότερες παρενέργειες του ritonavir είναι ναυτία, διάρροια, κοιλιακό άλγος και περιστοματικές παραισθησίες. Αυτές μπορεί να περιορισθούν λίγο με έναρξη θεραπείας με 300 mg bid, και ύστερα ταχεία αύξηση της δόσης μέσα σε πέντε ημέρες σε πλήρη δόση των 600 mg bid.

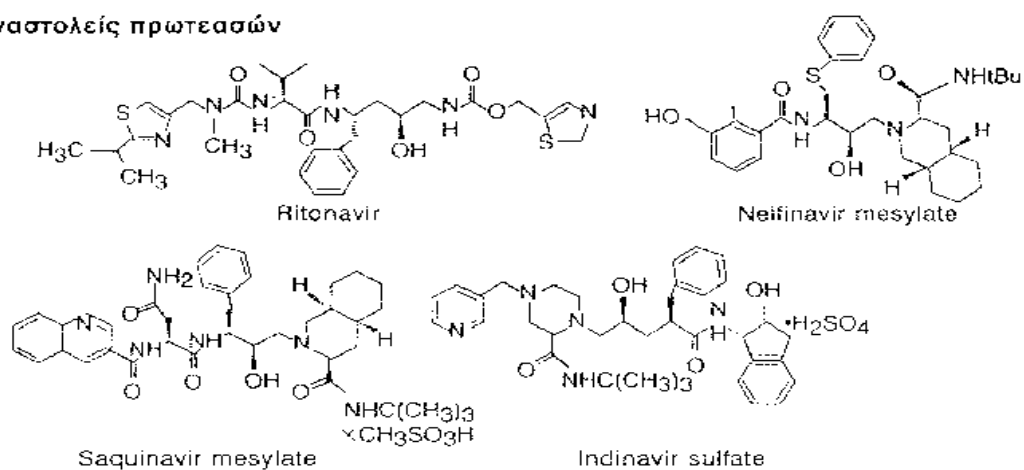
Πίνακας 8.1. Μοριακές δομές των αντιρετροϊκών παραγόντων



Μη-νουκλεοσιδικοί αναστολείς της αντίστροφης μεταγραφάσης



Αναστολείς πρωτεασών



Το ritonavir έχει μεγάλη χημική συγγένεια για ορισμένες ισομορφές του κυτοχρώματος P450, και συνεπώς μπορεί να δημιουργήσει μεγάλη αύξηση στις συγκεντρώσεις φαρμάκων στο πλάσμα που μεταβολίζονται σε αυτή την οδό.

Μεταξύ των παραγόντων που υφίστανται αυτές τις επιδράσεις είναι οι: saquinavir, μακρολιδικά αντιβιοτικά, R-warfarin, ondansetron, rifampin, οι περισσότεροι αναστολείς των διαύλων ασβεστίου, γλυκοκορτικοειδή και ορισμένοι από τους χημειοθεραπευτικούς παράγοντες που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία του σαρκώματος Kaposi.

Επιπρόσθετα, το ritonavir μπορεί να αυξήσει τη δραστηριότητα των γλυκουρονυλ-τρανφερασών, μειώνοντας τα επίπεδα των φαρμάκων που μεταβολίζονται σε αυτή την οδό. Γενικά, πρέπει να δίδεται μεγάλη προσοχή όταν συνταγογραφούνται και άλλα φάρμακα σε ασθενείς που λαμβάνουν ritonavir.

Το ritonavir είναι πιο αποτελεσματικό από το saquinavir, αλλά είναι το λιγότερο ανεκτό από αυτά τα φάρμακα, επειδή δημιουργεί παρενέργειες στο γαστρεντερικό σύστημα.

- **Indinavir**

Το indinavir ήταν ο τρίτος αναστολέας πρωτεασών που εγκρίθηκε για τη θεραπεία της μόλυνσης από τον HIV-1. Ενδείκνυται για τη θεραπεία της μόλυνσης σε ενήλικες στους οποίους η αντι-ρετρο-ϊική θεραπεία είναι εγκεκριμένη. Όπως και στην περίπτωση του saquinavir, και αυτή η έγκριση βασίστηκε σε εργαστηριακά αποτελέσματα που έδειχναν ουσιώδη αύξηση του αριθμού των CD4+ T λεμφοκυττάρων και μείωση των επιπέδων του HIV-RNA στο πλάσμα κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

Τα ισχυρότερα αποτελέσματα ελήφθησαν από θεραπευτικά σχήματα που συμπεριλάμβαναν zidovudine και lamivudine. Η αντίσταση στο indinavir έχει συσχετισθεί με περισσότερες από 10 διαφορετικές αντικαταστάσεις αμινοξέων. Στελέχη του HIV-1 τα οποία είναι ανθεκτικά στο indinavir δεικνύουν διασταυρούμενη αντίσταση στο ritonavir και ποικίλους βαθμούς διασταυρούμενης αντίδρασης στο saquinavir.

Οι κυριότερες παρενέργειες του indinavir είναι η νεφρολιθίαση (στο 4% των ασθενών) και η ασυμπτωματική έμμεση υπερχολερυθριναιμία (στο 10% των ασθενών).

Το indinavir μεταβολίζεται κυρίως στο ήπαρ και η δόση πρέπει να ελαττώνεται σε όσους πάσχουν από κίρρωση. Έχει κοινές μεταβολικές οδούς με τα terfenadine, astemizole, cisapride, triazolam και midazolam. Για αυτό το λόγο, αυτά τα φάρμακα δεν πρέπει να χορηγούνται σε όσους λαμβάνουν indinavir, για να αποφευχθεί η πιθανότητα καρδιακών αρρυθμιών ή μακρόχρονης καταπραϋντικής δράσης.

Ομοίως, τα επίπεδα του indinavir ελαττώνονται κατά τη διάρκεια ταυτόχρονης θεραπείας με rifabutin και αυξάνονται κατά τη διάρκεια ταυτόχρονης θεραπείας με ketoconazole. Η δοσολογία πρέπει να τροποποιείται όταν εμφανίζονται τέτοιες καταστάσεις. Οι όξινες συνθήκες του στομάχου ευνοούν την απορρόφηση του indinavir αλλά ελαττώνουν τη διαθεσιμότητα του didanosine: Αμφότερα απορροφώνται καλύτερα με άδειο στομάχι. Συνεπώς, όταν πρέπει να λαμβάνονται και τα δύο αυτά φάρμακα, πρέπει να χορηγούνται σε διαφορετική ώρα.

Σε σύγκριση με τα saquinavir και ritonavir, το indinavir είναι και καλώς ανεκτό και πολύ ισχυρό.

- **Nelfinavir**

Το nelfinavir (Viracept) έγινε αποδεκτό τον Μάρτιο του 1997 για τη θεραπεία ενηλίκων και παιδιών μολυσμένων από τον HIV, όταν η αντι-ρετρο-ϊική θεραπευτική αγωγή είναι εγγυημένη. Αυτή η αποδοχή βασίστηκε σε ανάλυση εργαστηριακών αποτελεσμάτων.

Σε 300 περίπου ασθενείς, οι οποίοι προηγουμένως δεν είχαν λάβει αντι-ρετρο-ϊική θεραπεία, ο συνδυασμός zidovudine, lamivudine και nelfinavir (750 mg τρεις φορές την ημέρα) είχε ως αποτέλεσμα την κατά 98% ελάττωση του ιικού φορτίου και την αύξηση του αριθμού των CD4+ T λεμφοκυττάρων κατά 150/μL.

Προς το παρόν, δεν υπάρχουν κλινικά δεδομένα. Η κύρια παρενέργεια, η οποία εμφανίζεται στο 20% περίπου των ασθενών, είναι μια ελαφρά διάρροια⁷.

8.1.2. RX ΘΕΡΑΠΕΙΑ

- **Επιλογή στρατηγικής αντι-ρετρο-ϊικής αγωγής**

Ο μεγάλος αριθμός των υπαρχόντων αντι-ρετρο-ϊικών παραγόντων σε συνδυασμό με τη σχετική πενία σε ολοκληρωμένες κλινικές μελέτες καθιστούν το ζήτημα της αντι-ρετρο-ϊικής θεραπείας ένα εκ των πλέον αντιφατικών της διαχείρισης των μολυσμένων από τον HIV ασθενών. Η σχετική αξία των διαφόρων θεραπευτικών στρατηγικών πρέπει να συζητείται με τον ασθενή, καθ' όλη τη διάρκεια της πορείας της ασθένειας, ενώ οποιαδήποτε νέα ευρήματα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη αμέσως μόλις γίνονται γνωστά.

Είναι σαφές από τις γνώσεις μας περί της παθογένειας της μόλυνσης του HIV ότι υπάρχει αρκετή λογική στην προσπάθεια καταστολής του πολλαπλασιασμού του ιού από την αρχή της μόλυνσης.

Πράγματι, τα περιορισμένα αποτελέσματα από τη θεραπεία ασθενών με σύνδρομο αιφνίδιας οροαναστροφής υποδηλώνουν ότι η άμεση παρέμβαση έχει μεγάλη σημασία στην καθυστέρηση της επιδείνωσης της ασθένειας. Ατυχώς, προς το παρόν, δεν γνωρίζουμε με σαφήνεια εάν τα υπάρχοντα φάρμακα είναι είτε αρκετά αποτελεσματικά είτε αρκετά ασφαλή ώστε να χρησιμοποιούνται για πολυφαρμακευτική αγωγή απεριόριστης χρονικής διάρκειας.

Η προφανής ελπίδα είναι ότι ο πολλαπλασιασμός του ιού θα κατασταλεί σε αρκετά χαμηλά επίπεδα, για αρκετό χρονικό διάστημα, ώστε το υπόλοιπο ή το αναδημιουργημένο ανοσοποιητικό σύστημα να είναι ικανό να προστατεύσει το άτομο από τις ευκαιριακές μολύνσεις. Προς το παρόν, δεν γνωρίζουμε ποιος είναι ο καλύτερος τρόπος για την επιτυχία αυτού του στόχου. Για αυτό το λόγο, εφαρμόζονται σήμερα ποικίλες αντι-ρετρο-ϊικές στρατηγικές.

Σε μια προσπάθεια να παρασχεθούν αρκετές πιθανές θεραπευτικές προσεγγίσεις στα μολυσμένα από τον HIV άτομα, παρουσιάζουμε μια συντηρητική προσέγγιση, μια επιθετική προσέγγιση και μια σύγχρονη προσέγγιση. Ο αναγνώστης πρέπει να έχει υπόψη του ότι το πεδίο των

θεραπευτικών στρατηγικών για τον HIV αναπτύσσεται τόσο γρήγορα, ώστε νέα φάρμακα και καινούργιες πληροφορίες για τη χρήση των καινούργιων φαρμάκων μπορεί να απαιτούν ουσιαστικές τροποποιήσεις των συστάσεων που παρέχονται. Παρόλα αυτά, οι βασικές αρχές που αναφέρονται παραμένουν πιθανώς αμετάβλητες.

Μια **συντηρητική προσέγγιση**, η οποία χρησιμοποιεί στρατηγικές αποδεδειγμένης κλινικής ωφελιμότητας, περιλαμβάνει οπωσδήποτε ανασχετικές, αντι-ρετρο-ϊικές θεραπείες, μέχρις ότου ο αριθμός των CD4+ T λεμφοκυττάρων να πέσει κάτω από 500/μL. Τότε θα πρέπει να γίνει επιλογή μεταξύ των αποδεδειγμένων αγωγών της μονοθεραπείας με didanosine, zidovudine + didanosine, zidovudine + zalcitabine και zidovudine + lamivudine.

Η επιλεγείσα τακτική πρέπει να συνεχίζεται, έως ότου φανεί επιδείνωση της ασθένειας με πτώση των CD4+ T λεμφοκυττάρων κάτω από τα 200/ μL. Τότε πρέπει να αλλάξει η θεραπευτική αγωγή.

Αν και υπάρχουν αρκετά θεραπευτικά σχήματα προς επιλογή, το πλέον ωφέλιμο θα ήταν εκείνο που περιλαμβάνει ένα ή δύο καινούργια νουκλεοσίδια και έναν αναστολέα πρωτεασών.

Μια **επιθετική προσέγγιση** περιλαμβάνει την εφαρμογή συνδυαστικής θεραπείας, αμέσως μετά τη διάγνωση της μόλυνσης από τον HIV. Εάν η απόφαση για τη θεραπευτική αγωγή βασιζότανε σε εργαστηριακά αποτελέσματα, μια επιλογή θα ήταν η συνδυαστική χορήγηση zidovudine, lamivudine και indinavir. Ο ασθενής θα έπρεπε να παρακολουθείται προσεκτικά, για μεταβολές στον αριθμό των CD4+ T λεμφοκυττάρων και στο επίπεδο του HIV-RNA.

Οι ενδείξεις επιδείνωσης της ασθένειας (αντιληπτές ως 0,5 log αύξησης των επιπέδων του HIV-RNA στο πλάσμα ή 25% ελάττωση του αριθμού των CD4+ T λεμφοκυττάρων) σημαίνουν ότι η θεραπευτική αγωγή πρέπει να τροποποιηθεί.

Στις εναλλακτικές λύσεις πρέπει να περιλαμβάνεται η χρήση,

- (α) άλλων νουκλεοσιδίων, σε συνδυασμό με saquinavir,
- (β) συνδυασμού νουκλεοσιδίων, saquinavir και ritonavir, και
- (γ) πιθανώς και η προσθήκη ενός μη νουκλεοσιδικού αναστολέα της αντίστροφης μεταγραφάσης.

Η **σύγχρονη προσέγγιση** των συγγραφέων ευρίσκεται στο μέσο των δύο παραπάνω προσεγγίσεων και επηρεάζεται από το γεγονός ό,τι ο μέσος χρόνος από τη μόλυνση μέχρι την κλινική εκδήλωση της ασθένειας είναι περίπου 10 χρόνια, και από το ό,τι ορισμένοι ασθενείς, ιδιαίτερος εκείνοι με χαμηλά ποσά ιαιμίας πλάσματος μπορεί να αισθάνονται εξαιρετικά καλά χωρίς θεραπεία, επί μεγάλα χρονικά διαστήματα.

Για τον ασυμπτωματικό ασθενή με σταθερό αριθμό CD4+ T λεμφοκυττάρων μεγαλύτερο των 500/μL και ιαιμία πλάσματος μικρότερη από 20.000 αντίγραφα HIV-RNA/μL, δεν συνιστούμε θεραπεία, αλλά πρέπει να παρακολουθείται ανά εξάμηνο. Εάν το επίπεδο της ιαιμίας είναι ανώτερο από 20.000 αντίγραφα HIV-RNA/ml ή ο αριθμός των CD4+ T λεμφοκυττάρων είναι μικρότερος από 500/μL ή εάν ο ασθενής εκδηλώνει συμπτώματα ή εάν υπάρχουν ενδείξεις περί επιδείνωσης της νόσου, θα πρέπει να αρχίσει θεραπεία με δύο νουκλεοσίδια και έναν αναστολέα πρωτεασών.

Όταν αρχίσει η θεραπεία, ο σκοπός της αποβλέπει σε ελάττωση της ιαιμίας του πλάσματος, όσο το δυνατό περισσότερο για μεγάλο χρονικό διάστημα. Ύστερα ο ασθενής θα παρακολουθείται κάθε τρεις-τέσσερις μήνες. Εάν η ιαιμία του πλάσματος αυξηθεί επάνω από το βασικό επίπεδο κατά 0,5 log ή εάν πέσει ο αριθμός των CD4+ T λεμφοκυττάρων κατά 25%, τότε θα πρέπει να τροποποιηθεί η θεραπευτική αγωγή και να περιλαμβάνει δύο νέα νουκλεοσίδια ή ένα νέο νουκλεοσίδιο και ένα μη νουκλεοσίδιο σε συνδυασμό με έναν ή δύο διαφορετικούς αναστολείς πρωτεασών.

Το ίδιο ισχύει και για έναν καινούργιο ασθενή, του οποίου αναλαμβάνουμε τη φροντίδα και ο οποίος ήδη λαμβάνει αντι-ρετρο-ϊική θεραπεία.

Στη σπάνια περίπτωση διάγνωσης ενός ασθενούς με οξύ ρετροϊκό σύνδρομο, θα χορηγήσουμε δύο νουκλεοσίδια και έναν αναστολέα πρωτεασών.

Αυτό το πρόγραμμα πρέπει να συνεχισθεί επί ένα τουλάχιστον έτος. Πολλοί ειδικοί συνιστούν την ισόβια χορήγηση. Για μια οριστική θεραπευτική αγωγή πρέπει να αναμείνουμε τα αποτελέσματα των κλινικών δοκιμασιών. Σε κάθε περίπτωση, ο ασθενής πρέπει να αξιολογείται κάθε τρεις με τέσσερις μήνες, ύστερα από την έναρξη της θεραπείας, ενώ τροποποιήσεις στη θεραπεία εισάγονται όπου είναι ενδεδειγμένες, όπως εξηγείται παρακάτω.

- **Πειραματικοί αντι-ρετρο-ϊικοί παράγοντες**

Πλέον των εγκεκριμένων φαρμάκων που αναφέρθηκαν προηγουμένως, ένας μεγάλος αριθμός πειραματικών παραγόντων αξιολογούνται ως πιθανώς θεραπευτικοί της μόλυνσης από τον HIV. Θεραπευτικές αγωγές συνιστώνται για κάθε στάδιο του κύκλου ζωής του ιού. Επιπρόσθετα, καθώς μαθαίνουμε περισσότερα γύρω από το ρόλο του ανοσοποιητικού συστήματος στον έλεγχο του ιικού πολλαπλασιασμού, αναπτύσσονται και άλλες στρατηγικές (γνωστές ως ανοσοβασισζόμενες θεραπευτικές αγωγές), ως συμπλήρωμα της αντι-ϊικής θεραπείας.

Μεταξύ των αντι-ϊικών παραγόντων των πρώτων κλινικών δοκιμασιών συγκαταλέγονται και άλλα νουκλεοσιδικά ανάλογα, νουκλεοτιδικά ανάλογα, επιπλέον αναστολείς πρωτεασών, αναστολείς ιντεγκρασών και μη αντινοσηματικά νουκλεϊκά οξέα.

Στις υπό δοκιμή ανοσοβασισζόμενες θεραπευτικές αγωγές συγκαταλέγονται η IFNα, η μεταμόσχευση μυελού των οστών με συμβατή μεταφορά λεμφοκυττάρων, θυμικά εμφυτεύματα, ενεργητική ανοσοθεραπεία με εμβόλια από υπομονάδες του φακέλου ή αυτόλογων κυττάρων, γενετικώς τροποποιημένων για να εκφράζουν ιικές πρωτεΐνες, παθητική ανοσοθεραπεία με αδρανοποιημένους αντι-HIV αντιορούς ή HIV-ειδικά μονοκλωνικά αντισώματα, και περιοδική χορήγηση IL-2.

Επιπρόσθετα, ευρίσκονται εν εξελίξει κλινικές δοκιμασίες, που εφαρμόζουν τις τεχνικές της μοριακής βιολογίας, για να παρεμποδίσουν τον πολλαπλασιασμό και την εξάπλωση του HIV, με έγχυση CD4+ T λεμφοκυττάρων, τα οποία έχουν υποστεί γενετική τροποποίηση, ώστε να ανθίστανται στην προσβολή από τον HIV, ή την έγχυση CD8+ T λεμφοκυττάρων, τα οποία έχουν υποστεί γενετική τροποποίηση, ώστε να αυξηθεί η ικανότητα εξόντωσης κυττάρων μολυσμένων από τον HIV.

- **Δευτερογενείς μολύνσεις, σάρκωμα Kaposi και λεμφώματα**

Παρατίθενται παρακάτω πίνακες στους οποίους δίδονται περιληπτικώς οδηγίες θεραπευτικής αγωγής, ενώ συζητούνται λεπτομερώς στα εδάφια που πραγματεύονται τις δευτερογενείς μολύνσεις και τις νεοπλασματικές επιπλοκές της μόλυνσης από τον HIV⁸.

8.3. ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ ΕΝΑΝΤΙΟΝ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΩΝ ΜΟΛΥΝΣΕΩΝ

Οι βελτιώσεις στην επιβίωση και στην ποιότητα ζωής που έχουν επιτευχθεί στους μολυσμένους ασθενείς από τον HIV οφείλονται όχι μόνο στην εισαγωγή αντιρετροϊκών συστατικών αλλά επίσης και σε βελτιωμένα σχήματα προφύλαξης από δευτερογενείς μολύνσεις. Ως αποτέλεσμα, η κλινική εικόνα των HIV-θετικών ατόμων εξελίσσεται συνεχώς, καθώς οι ανοσοανεπαρκείς ασθενείς ζουν περισσότερο και κινδυνεύουν λιγότερο από αναπόφευκτα προβλήματα, όπως είναι η πνευμονία από *Pneumocystis carinii*.

Όταν η επάρκεια του ανοσοποιητικού συστήματος (μετρούμενη από τον αριθμό των CD4+ T λεμφοκυττάρων) ελαττωθεί κάτω από ορισμένο επίπεδο, τότε εκδηλώνονται δευτερογενείς μολύνσεις, αυτή δε η γνώση

μπορεί να χρησιμοποιηθεί για το σχεδιασμό αποτελεσματικών στρατηγικών προς ελαχιστοποίηση αυτών των κινδύνων.

Η πνευμονία από *Pneumocystis carinii* σπανίως εμφανίζεται πριν πέσει ο αριθμός των CD4+ T λεμφοκυττάρων κάτω από τα 200/μL, ή εάν το ποσοστό τους πέσει κάτω από 15%.

Σε αυτό το σημείο, οι ασθενείς θα πρέπει να αρχίσουν προφυλακτική αγωγή κατά της πνευμονίας από *Pneumocystis carinii*. Η προτιμώμενη αγωγή, για τους ασθενείς που την ανέχονται, είναι το trimethoprim/sulfamethoxazole, σε δόση ενός δισκίου διπλής ισχύος την ημέρα. Μια ωφέλεια αυτής της αγωγής είναι ότι παρέχει επίσης προφύλαξη και από την τοξοπλάσμωση, καθώς και εναντίον διαφόρων βακτηριακών μολύνσεων. Εναλλακτικές στρατηγικές για την προφύλαξη από την πνευμονία από *Pneumocystis carinii* περιλαμβάνουν dapsone/pyrimethamine και clindamycin/primaquine.

Αυτά τα φάρμακα αξιολογούνται τώρα για ασθενείς που δεν ανέχονται θειούχες ενώσεις. Για ασθενείς που δεν ανέχονται καμιά συστηματική θεραπεία, υπάρχει η εναλλακτική λύση της αεροψεκαζόμενης pentamidine.

Μια ακόμη ευκαιριακή μόλυνση, για την οποία ενδείκνυται πρωτογενής προφύλαξη, χαρακτηρίζεται ως MAC. Αυτή η μόλυνση είναι πολύ συνηθισμένη μεταξύ των ασθενών στις Η.Π.Α. Σπανίως παρατηρείται όταν ο αριθμός των CD4+ T λεμφοκυττάρων > 100/μL.

Σε μια κλινική δοκιμασία, το rifabutin (σε δόση 100 mg/ημέρα), καθυστέρησε την έναρξη της MAC βακτηραιμίας κατά περίπου έξι μήνες. Με βάση αυτά τα αποτελέσματα, το rifabutin εγκρίθηκε για χορήγηση ως πρωτογενής προφύλαξη κατά της MAC μόλυνσης σε HIV -θετικά άτομα με αριθμό CD4+ T λεμφοκυττάρων <100/μL.

Ακόμη καλύτερα αποτελέσματα έχουν επιτευχθεί με μακρολίδες clarithromycin και azithromycin. Η μέση επιβίωση για τους ασθενείς που ελάμβαναν προφυλακτικά clarithromycin ήταν μεγαλύτερη των 700 ημερών⁷.

Αντι-ρετρο-ικά φάρμακα χρησιμοποιούμενα στη θεραπεία της μόλυνσης από τον HIV

Φάρμακο	Κατάσταση	Ένδειξη	Δόση μονοθεραπείας	Δόση συνδυαστική	Αποτελέσματα υπέρ	Τοξικότητα
ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΑΝΤΙΣΤΡΟΦΗΣ ΜΕΤΑΓΡΑΦΑΣΗΣ						
Zidovudine (AZT, azidothymidine, Retrovir, 3'azido-3'-deoxythymidine)	Εγκριμένο	Σε ασθενείς με AIDS ή ARC Σε ασθενείς μολυσμένους από HIV με CD4+ T ⁺ <500/μL Για αναστολή μετάδοσης HIV από μητέρα σε παιδί	100 mg q4h 100 mg q4h <i>Μητέρα:</i> 100 mg 5id μέχρι αρχή γέννας, τότε 2 mg/kg IV επί 1h, και μετά 1 mg/kg/h IV έως περίοδοση ομφάλιου λώρου. <i>Παιδί:</i> 2 mg/kg PO q6h αρχίζοντας μέσα σε 12 ώρες από γέννηση, ή 1.5 mg/kg IV	200 mg q8h 200 mg q8h	19 έναντι 1 θανάτου σε πρότυπη δοκιμασία με μάρτυρα, σε 281 ασθενείς με AIDS ή ARC Επιβραδυνόμενη επιδείνωση του AIDS σε ασθενείς με CD4+ T <500/μL, n = 2051 Σε έγκυες με CD4+ T = 200/μL, AZT PO αρχίζοντας τη 14-34 εβδομάδα εγκυμοσύνης + IV φάρμακο κατά την έξοδο του μωρού + AZT PO στο μωρό για 6 εβδομ. ελάττωσε τη μετάδοση του HIV κατά 67,5% (από 25,5 σε 8,3%). n = 363 επί 30 min q6h	Αναμιά, κοκκιοκυταροπενία, μυοπάθεια, γαλακτική οξείωση, μεγαλοηπατίτι με στεάτωση, πονοκέφαλος, ναυτία
Didanosine (Videx, ddI, dideoxyinosine, 2',3'-dideoxyinosine)	Εγκριμένο	Μόνο του ή σε συνδυασμό με AZT προς θεραπεία της μόλυνσης HIV σε ασθενείς με CD4+ T <500/μL	Απαιτούνται 2 δισκία για την εξουδετέρωση των στομαχικών οξέων (λαμβάνονται με άδειο στομάχι) = 60 kg: 200 mg bid <60 kg: 125 mg bid	200 mg bid 125 mg bid	Κλινικώς ανώτερο του AZT ως μονοθεραπεία σε 913 ασθενείς που προηγουμένως ελάμβαναν AZT. Κλινικώς ανώτερο του AZT, και συγκρίσιμο με AZT + ddI, και AZT+ ddC σε 1067 AZT-αγνούς ασθενείς με CD4+ T 200-500/μL	Παγκρεατίτις, περιφερική νευροπάθεια, ανωμαλίες στις ηπατικές λειτουργίες
Zalcitabine (ddC, HIVID, 2',3'-dideoxycytidine)	Εγκριμένο	Σε συνδυασμό με AZT για θεραπεία ασθενών με CD4+ T <500/μL. Ως μονοθεραπεία για ασθενείς με προχωρημένη ασθένεια που επιδεινώνεται παρά το AZT ή δεν ανέχονται το AZT	0.75 mg tid	0,75 mg tid σε συνδυασμό με AZT	Κλινικώς ανώτερο από AZT ως αρχική μονοθεραπεία. Κλινικώς ισότιμο με ddI σε βαριά ασθενείς που δεν ανέχονται το AZT. Σε συνδυασμό με AZT ήταν κλινικώς ανώτερο από το AZT μόνο του σε ασθενείς με AIDS ή CD4+T <350/μL.	Περιφερική νευροπάθεια, παγκρεατίτιδα, γαλακτική οξείωση, μεγαλοηπατίτι με στεάτωση, στοματικά έλκη
Stavudine (d4T, Zerit, 2',3'-didehydro-3'-dideoxy thymidine)	Εγκριμένο	Για θεραπεία ενηλίκων σε βαριά κατάσταση που δεν ανέχονται την καθιερωμένη θεραπεία ή εκείνων που επιδεινώνεται η ασθένεια παρά τις θεραπείες	= 60 kg: 40 mg bid <60 kg: 30 mg bid	40 mg bid 30 mg bid	Ανώτερο από το AZT σε σχέση με μεταβολές στον αριθμό των CD4+ T λεμφοκυττάρων σε 359 ασθενείς που έλαβαν AZT για ≥24 εβδομάδες. Ύστερα από 12 εβδομ. ο αριθμός των CD4+ T στους AZT-μάρτυρες έπεσε περίπου κατά 22/μL, ενώ σε εκείνους που έλαμβαναν stavudine ο αριθμός αυτός αυξήθηκε περίπου κατά 22/μL.	Περιφερική νευροπάθεια, παγκρεατίτις

Αντι-ρετρο-ϊικά φάρμακα χρησιμοποιούμενα στη θεραπεία της μόλυνσης από τον HIV

Φάρμακο	Κατάσταση	Ένδειξη	Δόση μονοθεραπείας	Δόση συνδυαστική	Αποτελέσματα υπέρ	Τοξικότητα
Lamivudine (EpiVir, 2'3'-dideoxy-3'-thiacytidine, 3TC)	Εγκεκριμένο	Σε συνδυασμό με AZT για θεραπεία της μόλυνσης από τον HIV όταν ενδείκνυται	Μη εγκεκριμένο ως μονοθεραπεία	150 mg bid	Ανώτερο από το AZT μόνο του σε σχέση με αριθμό CD4+ T σε 495 ασθενείς οι οποίοι δεν είχαν πάρει zidovudine, και σε 477 ασθενείς που είχαν πάρει zidovudine. Ο ολικός αριθμός των CD4+ T λεμφοκυττάρων των ατόμων που έλαβαν μόνο zidovudine χρησιμοποιήθηκε ως βασικό ποσό επί 24 εβδομάδες, ενώ στην ομάδα που έλαβε zidovudin + lamivudin ο αριθμός αυτός ανέβηκε κατά 10-50 κύτταρα/μL. Η επιδείνωση/θάνατος των ασθενών από AIDS μειώθηκε κατά 54% σε σχέση με μόνο το AZT	
Delavirdine (Rescriptor)	Επεταμένη πρόσβαση: 1-800-779-0070	Να μη χρησιμοποιείται ως μονοθεραπεία		400 mg tid		Δερματικά εξανθήματα, ανωμαλίες ηπατικής λειτουργίας
Nevirapine (Viramune)	Εγκεκριμένο	Σε συνδυασμό με ανάλογα νουκλεοσιδίων για θεραπεία προχωρημένων καταστάσεων HIV	200 mg qd x 1 εβδομ., μετά 200 mg bid	200 mg bid	Όταν παρέχεται σε συνδυασμό με νουκλεοσιδία αυξάνει τα CD4+ T, και μειώνει το HIV-RNA	Δερματικά εξανθήματα ανωμαλίες ηπατικής λειτουργίας
ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΠΡΩΤΕΑΣΩΝ						
Saquinavir mesylate (Invirase)	Εγκεκριμένο	Σε συνδυασμό με ανάλογα νουκλεοσιδίων για θεραπεία προχωρημένων καταστάσεων HIV	600 mg q8h	600 mg q8h	Αυξάνει τα CD4+ T, μειώνει το HIV-RNA πιο εντυπωσιακά σε συνδυαστική θεραπεία με ddC. 50% μείωση στα πρώτα προσδιοριστικά του AIDS γεγονός ή θάνατο, σε συνδυασμό με ddC, σε σύγκριση με κάθε φάρμακο μόνο του	Ναυτία
Ritonavir (Norvir)	Εγκεκριμένο	Σε συνδυασμό με ανάλογα νουκλεοσιδίων για τη θεραπεία μόλυνσης HIV όταν η αγωγή είναι εγκεκριμένη	600 mg bid	600 mg bid	Ελάττωση των περιστατικών κλινικής επιδείνωσης ή θανάτου από 34 σε 17% σε ασθενείς με αριθμό CD4+ T < 100/μL, ύστερα από εξάμηνη χορήγηση	Ναυτία, κοιλιακοί πόνοι, μπορεί να μεταβάλει τα επίπεδα πολλών άλλων φαρμάκων, συμπεριλαμβανομένου του saquinavir
Indinavir θειικό (Crixivan)	Εγκεκριμένο	Για θεραπεία από HIV όταν η αγωγή είναι εγκεκριμένη	800 mg q8h	800 mg q8h 1000 mg q8h με nevirapine 400-600 mg q8h με delavirdine	Αύξηση των CD4+ T κατά 100/μL και 2-log ελάττωση των HIV-RNA όταν δοθεί σε συνδυασμό με zidovudine και lamivudine	Νεφρολιθίαση, έμμεση υπερχοληρυθριναιμία
Nelfinavir mesylate (Viracept)	Εγκεκριμένο	Σε ασθενείς με CD4+T < 200/μL που δεν ανέχονται άλλους αναστολείς πρωτεασών	750 mg tid	750 mg tid	2-log ελάττωση των HIV-RNA όταν δοθεί σε συνδυασμό με stavudine	Διάρροια, αραιές κενώσεις

8.3. ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ Η-Β

Οι ακρογωνιαίοι λίθοι της στρατηγικής της προφύλαξης από τον HIV είναι η εκπαίδευση, η ενημέρωση και η τροποποίηση της συμπεριφοράς. Συνιστάται η εκτεταμένη, εθελουσία εξέταση εκείνων των ατόμων τα οποία επέδειξαν επικίνδυνη συμπεριφορά, καθώς και η ενημέρωση των μολυσμένων ατόμων. Οι πληροφορίες που θα συλλεχθούν θα χρησιμοποιηθούν ως βάση για προγράμματα τροποποίησης της συμπεριφοράς, τόσο των μολυσμένων ατόμων, τα οποία ίσως να μην έχουν επίγνωση της κατάστασης τους από τη μόλυνση από τον HIV και μπορεί να μολύνουν και άλλους, όσο και των μη μολυσμένων ατόμων, τα οποία συμπεριφέρονται επικινδύνως.

Η εφαρμογή του ασφαλούς σεξ είναι ο πλέον αποτελεσματικός τρόπος για τα σεξουαλικά δραστήρια, μη μολυσμένα άτομα, να αποφύγουν τη μόλυνση από τον HIV, και για τα μολυσμένα άτομα να περιορίσουν την εξάπλωση της μόλυνσης. Ο μοναδικός, απόλυτος τρόπος αποφυγής της σεξουαλικά μεταδιδόμενης μόλυνσης είναι η αποχή από τις σεξουαλικές σχέσεις. Ωστόσο, αυτό δεν είναι εφικτό, και υπάρχουν αρκετές, σχετικά ασφαλείς πρακτικές, οι οποίες μπορεί να μειώσουν σημαντικά τις πιθανότητες μετάδοσης της μόλυνσης από τον HIV.

Τα ζευγάρια που επιδίδονται σε μονογαμικές σεξουαλικές σχέσεις και τα οποία επιθυμούν να επιβεβαιώσουν την ασφάλεια, πρέπει να εξετασθούν για αντι- HIV αντισώματα. Εάν είναι και οι δύο αρνητικοί, πρέπει να γίνει κατανοητό ότι κάθε παρεκτροπή από τη μονογαμία θέτει και τα δύο μέλη σε κίνδυνο. Θα πρέπει να ενθαρρύνονται δημόσιες συζητήσεις για τη σημασία της αξιοπιστίας σε τέτοιες σχέσεις.

Εάν δεν είναι γνωστή η κατάσταση των δύο ατόμων του ζεύγους ως προς τον HIV ή όταν ο ένας είναι θετικός, υπάρχουν αρκετές δυνατότητες αύξησης της ασφάλειας. Η χρήση προφυλακτικών, κατά προτίμηση μαζί με το HIV -ανασταλτικό σπερμοκτόνο nonoxynol-9, μπορεί να μειώσει σημαντικά την πιθανότητα μετάδοσης του HIV.

Πρέπει να υπενθυμίσουμε ότι τα προφυλακτικά δεν είναι κατά 100% αποτελεσματικά στην παρεμπόδιση της μετάδοσης της μόλυνσης, το δε ποσοστό αποτυχίας των προφυλακτικών ως αντισυλληπτικών υπολογίζεται σε 10%. Το ποσοστό αυτό αποτυχίας αποδίδεται κυρίως σε θραύση του προφυλακτικού ή σε μη ενδεδειγμένη χρήση, όπως είναι για παράδειγμα η μη χρήση του καθ' όλη τη διάρκεια της επαφής.

Πρέπει να προτιμώνται τα ελαστικά προφυλακτικά, επειδή έχειδειχθεί ότι ο ιός διέρχεται διαμέσου πόρων των προφυλακτικών, τα οποία κατασκευάζονται από φυσικό δέρμα. Δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται ποτέ λιπαντικά στα προφυλακτικά, επειδή αυξάνουν τις πιθανότητες θραύσεως. Ο αμοιβαίος αυνανισμός θεωρείται ασφαλής, υπό την προϋπόθεση ότι δεν υπάρχει στοματική ή ανοικτή πληγή ή κατάποση σπέρματος, κολπικών υγρών ή άλλων, πιθανώς μολυσμένων, σωματικών υγρών.

Υπάρχει μια τάση μεταξύ ομοφυλοφίλων ανδρών να προτιμούν την πεολειχία ως "δραστηριότητα ελαχιστοποίησης του κινδύνου" σε σύγκριση με τη δεκτική (με εκσπερμάτωση) πρωκτική επαφή. Θα πρέπει να τονισθεί ότι η δεκτική στοματική πεολειχία δεν θεωρείται ασφαλής, έχει δε επιβεβαιωθεί ότι ο HIV μεταδίδεται και όταν η μόνη επικίνδυνη δραστηριότητα ήταν η δεκτική πεολειχία.

Πολλές γυναίκες χρησιμοποιούν τοπικά, κολπικά μικροβιοκτόνα, με σκοπό την παρεμπόδιση της μόλυνσης, σε περιπτώσεις που ο άνδρας δεν χρησιμοποιεί προφυλακτικό. Τα φιλιάρ θεωρούνται ασφαλή, αν και θεωρητικά υπάρχει η δυνατότητα μετάδοσης του ιού με το σάλιο.

Η χαμηλή συγκέντρωση του ιού στο σάλιο, σε συνδυασμό με την ύπαρξη στο σάλιο πρωτεϊνών που παρεμποδίζουν τον HIV, ελαχιστοποιεί τον κίνδυνο μετάδοσης του HIV με το φιλί.

Ο πλέον αποτελεσματικός τρόπος αναστολής της μετάδοσης της μόλυνσης του HIV μεταξύ των χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών (XEN) είναι η διακοπή της χρήσης ενδοφλέβιων ναρκωτικών. Ατυχώς, αυτό είναι πολύ δύσκολο να επιτευχθεί, εκτός εάν ο εθισμένος μπει σε πρόγραμμα απεξάρτησης. Για εκείνους που δεν θέλουν ή δεν μπορούν να παρακολουθήσουν πρόγραμμα απεξάρτησης και επιθυμούν να συνεχίσουν τη χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών, η αποφυγή χρησιμοποίησης των ίδιων

συρίγγων και άλλων εξαρτημάτων αποτελεί τον καλύτερο τρόπο αποφυγής της μετάδοσης της μόλυνσης.

Οι πολιτιστικοί και οι κοινωνικοί παράγοντες που συμβάλλουν στη χρήση εξαρτημάτων είναι πολύπλοκοι και αντιμετωπίζονται δύσκολα. Επιπρόσθετα, μπορεί να υπάρχει έλλειψη από βελόνες και σύριγγες. Υπ' αυτές τις συνθήκες, τα εξαρτήματα θα πρέπει να καθαρίζονται ύστερα από κάθε χρήση, με ένα ιοκτόνο διάλυμα, όπως είναι το πυκνό υποχλωριώδες νάτριο (οικιακή "χλωρίνη").

Αποτελέσματα από αρκετές μελέτες, κατά τις οποίες παρεσχέθησαν σε ΧΕΝ αποστειρωμένες σύριγγες, ώστε να μην χρησιμοποιούνται μεταχειρισμένες, έδειξαν ελάττωση του ποσοστού μετάδοσης της μόλυνσης, χωρίς να υπάρξει και αύξηση της χρήσης των ενδοφλέβιων ναρκωτικών. Είναι σημαντικό, οι ΧΕΝ να εξετάζονται για HIV και να ενημερώνονται ώστε να αποφεύγουν τη μετάδοση στους σεξουαλικούς συντρόφους τους. Στις Η.Π.Α. έχει αυξηθεί σημαντικά η μετάδοση του HIV από ετεροφυλόφιλα άτομα, εξαιτίας της αυξημένης χρήσης ενδοφλέβιων ναρκωτικών.

Τα τελευταία χρόνια, το ποσοστό μετάδοσης του HIV, λόγω μετάγγισης αίματος ή παραγώγων του αίματος, έχει μειωθεί δραματικά, ως αποτέλεσμα ποικίλων μέτρων, όπως ο έλεγχος όλων των αιμοδοτών για παρουσία αντι-HIV αντισωμάτων και p24 αντιγόνων και, αυτοπεριορισμός των ατόμων που υποπτεύονται ότι ίσως είναι μολυσμένοι. Επιπρόσθετα, τα συμπυκνώματα των παραγόντων πήξεων θερμαίνονται, οπότε ουσιαστικά εκμηδενίζεται ο κίνδυνος για τους αιμορροφιλικούς, οι οποίοι λαμβάνουν αυτά τα παρασκευάσματα.

Οι αυτόλογες μεταγγίσεις προτιμώνται από τις μεταγγίσεις από ξένα άτομα. Ωστόσο, λογιστικοί περιορισμοί καθώς και απρόβλεπτες ανάγκες για τις περισσότερες μεταγγίσεις περιορίζουν τη δυνατότητα πραγματοποίησης αυτής της προσέγγισης. Σήμερα, η πιθανότητα μόλυνσης από τον HIV από μολυσμένο, μεταγγιζόμενο αίμα είναι περίπου 2/1.000.000.

Ο HIV μπορεί να μεταδοθεί κατά το θηλασμό και από το πρωτόγαλα. Στις αναπτυσσόμενες χώρες είναι αδύνατος ο περιορισμός του θηλασμού, όπου το πρόβλημα της διατροφής είναι πολύ μεγαλύτερο από τον κίνδυνο μόλυνσης από το AIDS.

Ωστόσο, καθίσταται σταδιακά αντιληπτό ότι υπάρχει ένας πολύ μεγάλος αριθμός παιδιών στις αναπτυσσόμενες χώρες, τα οποία ενώ είχαν την τύχη να μη μολυνθούν από τον HIV όσο ήταν μέσα στη μήτρα ή κατά τη γέννησή τους από μολυσμένες μητέρες, μολύνονται με το θηλασμό. Συνεπώς, ακόμη και στις αναπτυσσόμενες χώρες, ο θηλασμός από μολυσμένες μητέρες πρέπει να αποφεύγεται, κατά το δυνατόν.

Στις αναπτυγμένες χώρες, όπως είναι οι Η.Π.Α. όπου το γάλα και τα θήλαστρα είναι άφθονα, ο θηλασμός από το στήθος αντενδείκνυται απόλυτα όταν η μητέρα είναι HIV-θετική⁷.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

9.1. ΠΡΟΛΗΨΗ

Εφ' όσον δεν υπάρχει προς το παρόν προφυλακτικό εμβόλιο ή θεραπεία, ή πρόληψη ή τουλάχιστον η επιβράδυνση του ρυθμού εξάπλωσης της επιδημίας θα βασιστεί:

1. στην ευαισθητοποίηση, κινητοποίηση και επαγρύπνηση των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας,
2. στον έλεγχο των φορέων και
3. στην ενημέρωση του πληθυσμού.

9.1.4. ΕΠΑΓΡΥΠΝΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η παρακολούθηση της επιδημίας επιτυγχάνεται με την υποχρεωτική δήλωση των κρουσμάτων. Στη χώρα μας η δήλωση γίνεται απ' ευθείας στη Διεύθυνση Δημοσίας Υγιεινής του Υπουργείου Υγείας από τον θεράποντα ιατρό, σε ειδικό επιδημιολογικό δελτίο με κώδικα, χωρίς να αναφέρεται το όνομα του ασθενούς.

Τα κρούσματα αξιολογούνται από την Εθνική Επιτροπή AIDS και στη συνέχεια δηλώνονται στην Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας. Δεν δηλώνονται οι ανευρισκόμενοι φορείς.

Τα κέντρα AIDS αναφέρουν περιοδικά μόνο το συνολικό αριθμό των ανακαλυπτομένων φορέων.

9.1.5. ΕΛΕΓΧΟΣ ΦΟΡΕΩΝ

Η επιβολή **υποχρεωτικού ελέγχου των αιμοδοτών** απέκλεισε τη μετάδοση με μετάγγιση αίματος ή παραγώγων του. Παρόμοιοι έλεγχοι επιβλήθηκαν για μεταχόσχευση οργάνων ή ιστών και για τις τράπεζες σπέρματος. Επίσης εφαρμόζεται στη χώρα μας έλεγχος των χαρακτηρισμένων ιεροδούλων, των αλλοδαπών «καλλιτεχνών» που εργάζονται στη χώρα μας και των υποτρόφων της Ελληνικής Κυβερνήσεως από ενδημικές περιοχές. Ο υποχρεωτικός έλεγχος δικαιολογείται απόλυτα από την προφανή ανάγκη προστασίας της Δημόσιας Υγείας και δεν καταστρατηγεί τη βασική αρχή λήψεως συγκαταθέσεως, αφού αποτελεί γνωστοποιηθείσα προϋπόθεση. Ο έλεγχος είναι εμπιστευτικός και τηρείται το απόρρητο.

Συγχρόνως έχει δημιουργηθεί η κατάλληλη υποδομή για τον εθελοντικό έλεγχο του γενικότερου κοινού και ειδικότερα των ομάδων υψηλού κινδύνου. Ο έλεγχος προσφέρεται δωρεάν, εμπιστευτικά, τηρείται το απόρρητο και καταβάλλεται προσπάθεια προσφοράς συμβουλευτικών και κοινωνικών υπηρεσιών, καθώς και ψυχολογικής υποστηρίξεως.

Ο **εθελοντικός έλεγχος** επιδιώκεται και ιδιαίτερη προσπάθεια καταβάλλεται για την προσέλκυση των χρηστών ενδοφλεβίων ναρκωτικών, ασθενών με σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, ατόμων που εκδίδονται ανεπίσημα ή έχουν πολλές ευκαιριακές σεξουαλικές σχέσεις και φυλακισμένων για ποινικά αδικήματα. Ακόμη προσφέρεται σε όσα ζευγάρια επιθυμούν να ελεγχθούν πριν από το γάμο ή τεκνοποίηση, καθώς και σε όσους έχουν ή είχαν στο παρελθόν σχέση με άτομα υψηλού κινδύνου ή μεταγγίσθηκαν κατά τα τελευταία πριν από το 1985 έτη ή έζησαν επί μακρό χρονικό διάστημα σε ενδημικές περιοχές. Αντίθετα δεν εφαρμόζεται υποχρεωτικός έλεγχος ταξιδιωτών από οποιαδήποτε περιοχή και αν προέρχονται, μεταναστών ή αλλοδαπών που ζητούν άδεια εργασίας στη χώρα μας για περιορισμένο χρονικό διάστημα.

Η εφαρμογή υποχρεωτικού ελέγχου στις παραπάνω ομάδες ή η επέκτασή του στο γενικότερο πληθυσμό μπορεί να δημιουργήσει οξύτατα

κοινωνικά προβλήματα, να δώσει έναυσμα για επίταση διωγμών και περαιτέρω μείωση των ατομικών δικαιωμάτων ορισμένων κοινωνικών ομάδων με ελάχιστο όφελος. Θα ήταν δυνατόν όμως να δημιουργήσει και επιπρόσθετα προβλήματα αφού θα διακοπεί η προσέγγιση και συνεργασία με τις ομάδες υψηλού κινδύνου. Το πρόβλημα θα οδηγηθεί στην παρανομία όπως συνέβη με την ποτοαπαγόρευση. Αντίθετα η διάθεση των απαραίτητων για την εφαρμογή του ελέγχου οικονομικών πόρων, για ενημέρωση, εκπαίδευση και αλλαγή συμπεριφοράς μπορεί να αποδώσει πολλαπλάσια οφέλη.

Η αναφορά σε ακραίες περιπτώσεις φορέων που σκόπιμα επιχειρούν να διασπείρουν τη νόσο χρησιμοποιείται ως επιχείρημα υπέρ της εφαρμογής κατασταλτικών μέτρων. Τέτοιες ακραίες περιπτώσεις είναι δυνατόν όμως να ελεγχθούν από την πολιτεία με τις υπάρχουσες νομοθετικές ρυθμίσεις.

9.1.6. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

Η ενημέρωση του πληθυσμού για τη φύση της νόσου, τους τρόπους μεταδόσεως, τα μέσα προφύλαξης και τις κοινωνικές διαστάσεις του προβλήματος αποτελεί το κυριότερο και αποτελεσματικότερο προς το παρόν μέτρο αντιμετώπισης της επιδημίας. Η ενημέρωση αποσκοπεί σε τροποποίηση των μορφών εκείνων ατομικής συμπεριφοράς που εκθέτουν σε λοίμωξη, αλλά και σε αποτροπή αδικαιολογήτου πανικού ή λανθασμένης συμπεριφοράς προς τους ασθενείς και τους φορείς.

Θα πρέπει να αποφευχθεί ο κοινωνικός στιγματισμός των ασθενών και να γίνουν αποδεκτοί οι φορείς στους χώρους δουλειάς, στο σχολείο, στο κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον. Έτσι θα αποφευχθεί η αντιπαλότητα μεταξύ διαφόρων κοινωνικών ομάδων και οι πιέσεις για λήψη κατασταλτικών μέχρι και φασιστικών μέτρων θα μειωθούν. Θα πρέπει επομένως να απευθύνεται σε ολόκληρο τον πληθυσμό η ενημερωτική εκστρατεία. Ιδιαίτερη προσπάθεια βέβαια πρέπει να επικεντρωθεί στον σεξουαλικά ενεργό πληθυσμό. Θα πρέπει όμως να αποφευχθεί η πρόκληση ψυχολογικών

προβλημάτων που σχετίζονται με την έναρξη της σεξουαλικής ζωής των εφήβων.

Η ενημερωτική εκστρατεία θα πρέπει να εξειδικευθεί για κάθε ειδική ομάδα «υψηλού κινδύνου». Σ' αυτές περιλαμβάνονται οι ομοφυλόφιλοι, οι τοξικομανείς, όσα άτομα εξασκούν με οποιοδήποτε τρόπο πορνεία και οι ερωτικοί τους σύντροφοι. Ειδική ενημέρωση χρειάζονται οι ναυτικοί και οι ταξιδιώτες σε ενδημικές χώρες, καθώς και οι κάτοικοι των τουριστικών περιοχών.

Τέλος, ειδική προσπάθεια πρέπει να καταβληθεί για τη σωστή εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού της χώρας για την απρόσκοπτη νοσηλεία των ασθενών, αλλά και την από αυτούς τεκμηριωμένη υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού. Η εκστρατεία πρέπει να οργανωθεί σε διάφορα επίπεδα με διάφορα μέσα και να επαναλαμβάνεται με εναλλασσόμενα μηνύματα για να διατηρεί και προωθεί την τροποποίηση επικίνδυνης ή λανθασμένης συμπεριφοράς.

Για την ενημέρωση χρησιμοποιούνται τα ακόλουθα μέσα:

α) Ενημερωτικά slides και φυλλάδια

Εκτός από αυτά που απευθύνονται στο γενικό κοινό, εκδίδονται ειδικά φυλλάδια για τους στρατιώτες, τους ταξιδιώτες, τους ναυτικούς, τους καθηγητές μέσης εκπαίδευσης, τους τοξικομανείς, τους ομοφυλόφιλους, τους υγειονομικούς και για όσους φροντίζουν ασθενείς ή φορείς με AIDS.



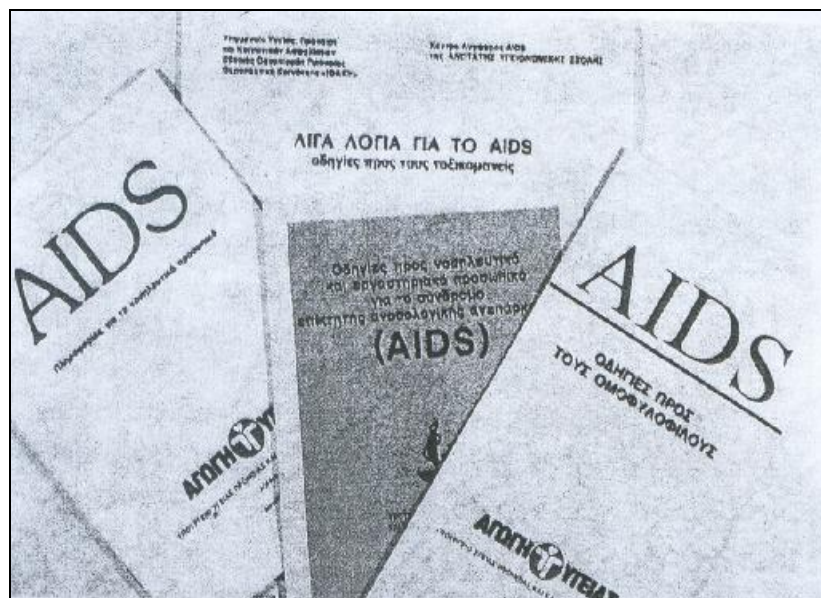
Εικόνα 10.1. Ενημερωτικά φυλλάδια για διάφορες ομάδες πληθυσμού

β) Μέσα μαζικής ενημερώσεως, posters

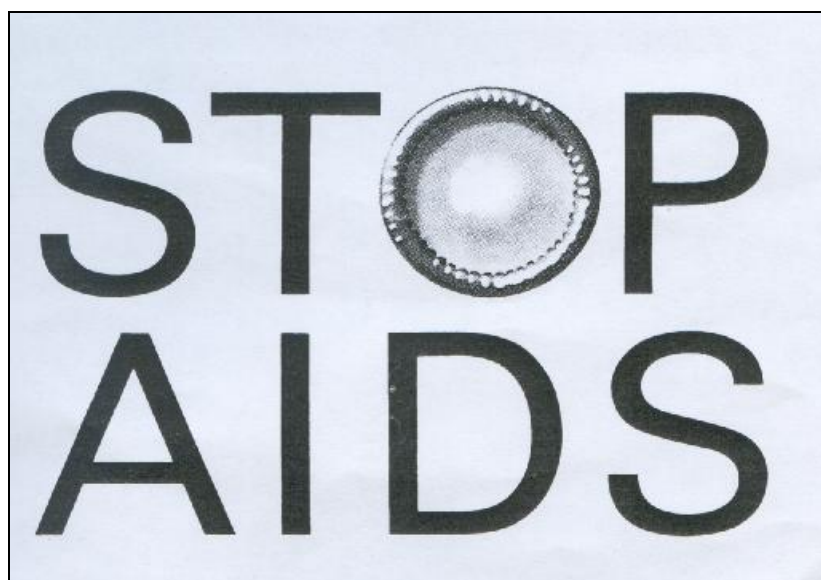
Η συμβολή τους στην μετάδοση μηνυμάτων είναι καθοριστική. Spots, video και ζωντανά προγράμματα από την τηλεόραση και το ραδιόφωνο συμβάλουν ουσιαστικά στη διαμόρφωση σωστής ατομικής συμπεριφοράς. Ειδικές καταχωρήσεις στον Τύπο και επικολήσεις posters στους κατάλληλους χώρους υποβοηθούν στην υγειονομική διαφώτιση.

γ) Οργάνωση σεμιναρίων – διαλέξεων

Κάθε προσπάθεια τροποποιήσεως κοινωνικής και ατομικής συμπεριφοράς θα πρέπει να στηρίζεται στην εκπαίδευση στελεχών και οδηγών ομάδων που θα αναλάβουν την προώθηση των βασικών στόχων της εκστρατείας. Υπεύθυνα υγειονομικά στελέχη, κοινωνικοί λειτουργοί, ομάδες εθελοντών κ.λπ. μετά από ειδική εκπαίδευση θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για προσωπική συμβουλευτική ενημέρωση στο χώρο δουλειάς ή κοινωνικής συναναστροφής.



Εικόνα 10.2. Ενημερωτικά φυλλάδια για διάφορες ομάδες πληθυσμού



Εικόνα 10.3. Poster ενημέρωσης ομάδων πληθυσμού

- δ) Έρευνα.** Η διεθνής ερευνητική προσπάθεια δεν έχει προηγούμενο.
- ο Μέσα σε δύο χρόνια ανακαλύφθηκε ο υπεύθυνος αιτιολογικός παράγοντας.
 - ο Ακολούθησε η εφαρμογή διαγνωστικών μεθόδων στην καθημέρα πράξη.
 - ο Διερευνήθηκε με κάθε λεπτομέρεια η μοριακή βιολογία του HIV.
 - ο Άρχισε η παραγωγή Ειδικών αντιϊκών φαρμάκων. Ήδη δοκιμάστηκαν τα πρώτα προφυλακτικά εμβόλια. Η συνέχιση της έρευνας είναι βέβαιο ότι θα πετύχει τη θεραπευτική και προληπτική αντιμετώπιση του AIDS κατά τα προσεχή χρόνια.

Ειδικές διατάξεις έχουν θεσπισθεί σύμφωνα με τις διακηρύξεις διεθνών οργανισμών. Η τήρησή τους με ακρίβεια έχει ιδιαίτερη σημασία για οποιαδήποτε ερευνητική δραστηριότητα στο AIDS, αφού κάθε παράλειψη από δόλο, αμέλεια, ή απροσεξία μπορεί να δημιουργήσει τρομερά προβλήματα και βλάβες στον ασθενή.

Η επιτακτική ανάγκη ανακαλύψεως αποτελεσματικού φαρμάκου ή προφυλακτικού εμβολίου ώθησε μερικούς ερευνητές, αλλά και κρατικούς οργανισμούς (Διεύθυνση τροφίμων και φαρμάκων των Η.Π.Α.) σε υποχωρήσεις έναντι θεσμοθετημένων κανόνων για πειραματισμούς σε ανθρώπους. Κάθε τέτοια ενέργεια πρέπει να αποφασίζεται ύστερα από σχολαστική στάθμιση της ωφέλειας προς τη βλάβη που πρόκειται να προκαλέσει στους υπό πειραματισμό ασθενείς.

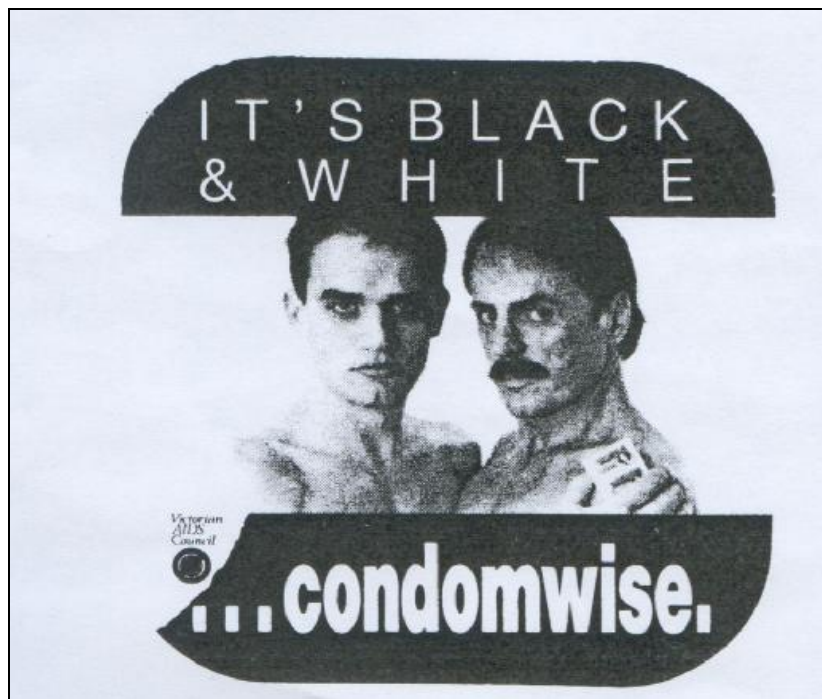


Εικόνα 10.3. Ενημερωτική αφίσα για προφυλάξεις από τη νόσο

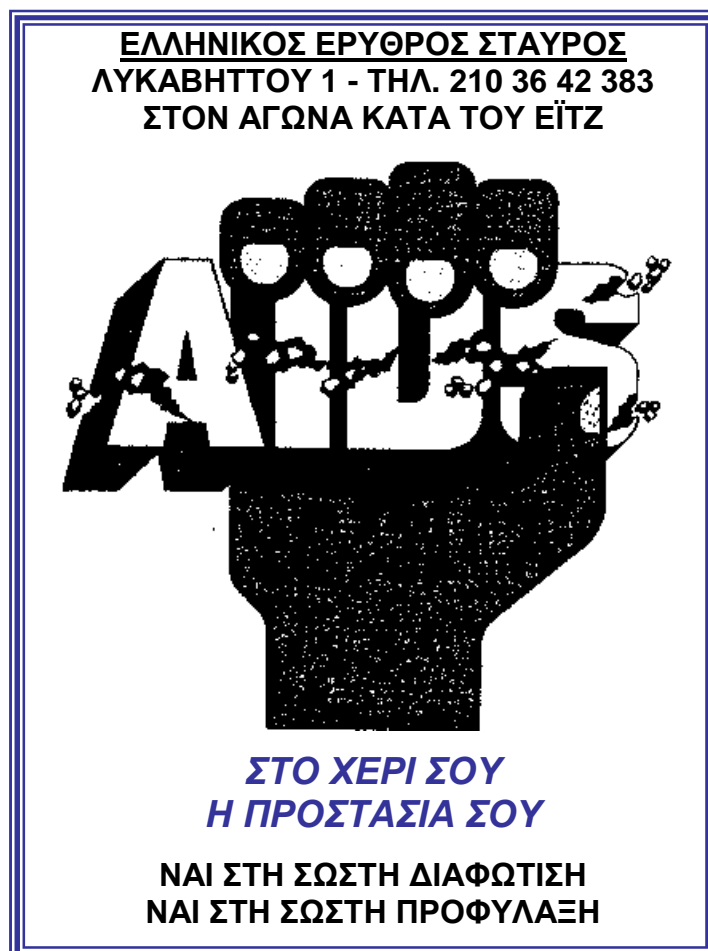
Ειδικότερα προβλήματα προκύπτουν για τη συγκέντρωση επιδημιολογικών στοιχείων χρήσιμων για την αναγκαία επαγρύπνηση της πορείας της επιδημίας σε πληθυσμιακό επίπεδο. Η παρακολούθηση των ασθενών δεν μπορεί να δώσει επιδημιολογικός αξιοποιήσιμα αποτελέσματα, αφού αποτελούν την κορυφή του παγόβουνου.

Κατά τον έλεγχο όμως μεγάλων πληθυσμιακών ομάδων απαιτείται η συγκατάθεση και η τήρηση του απορρήτου. Είναι όμως βέβαιο ότι οι προϋποθέσεις αυτές οδηγούν σε έλεγχο επιλεγμένου δείγματος που δεν είναι δυνατόν να προσδιορίσει με ακρίβεια τον επιπολασμό των λοιμώξεων και την πορεία της επιδημίας. Το πρόβλημα αυτό μπορεί να παρακαμφθεί με τον ανώνυμο έλεγχο αντιπροσωπευτικών δειγμάτων που συλλέγονται για άλλους

σκοπούς (π.χ. ασθενείς μεγάλων Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων, προληπτικός έλεγχος εργαζομένων, νεοσύλλεκτοι κ.λπ.). Προϋπόθεση αποτελεί ο έλεγχος να γίνεται με κωδικούς αριθμούς ώστε να αποκλεισθεί η πιθανότητα αναγνώρισεως του ατόμου που θα βρεθεί να είναι φορέας².



Εικόνα 10.4. Ενημερωτική αφίσα για διάφορες ομάδες πληθυσμού



Εικόνα 10.5. Ενημερωτική αφίσα του Ε.Ε.Σ.²

9.2. ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ ΕΜΒΟΛΙΟ

Στις ιογενείς λοιμώξεις η παρασκευή προφυλακτικού εμβολίου επιτυγχάνεται 7 με 10 περίπου χρόνια μετά την απομόνωση του υπεύθυνου ιού. Ήταν φυσικό επομένως να αναπτρωθούν οι ελπίδες για αποτελεσματική προφύλαξη όταν απομονώθηκε ο HIV. Δυστυχώς πολύ γρήγορα έγινε αντιληπτό ότι βασικές αρχές που εφαρμόζονταν στην ανάπτυξη των εμβολίων δεν ισχύουν για τον HIV.

Εμφανίσθηκαν βασικές δυσκολίες και εμπόδια που θα πρέπει να υπερπηδηθούν. Οι κυριότερες αφορούν τη γενετική αστάθεια του ιού, την

ανάγκη αναπτύξεως και κυτταρικής ανοσίας, την εξασφάλιση καταλλήλων πειραματόζων και τις δυσχέρειες δομικών σε ανθρώπους.

9.2.1. ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΕΜΒΟΛΙΟΥ

Αρχικά χρησιμοποιήθηκε για εμβόλιο τμήμα του επιφανειακού αντιγόνου του ιού. Χρησιμοποιήθηκε η γλυκοπρωτεΐνη 120 που είναι υπεύθυνη για την παραγωγή εξουδετερωτικών αντισωμάτων σε υψηλούς τίτλους με στόχο την παρεμπόδιση μιας καινούργιας λοίμωξης. Παρασκευάστηκε με την τεχνική του ανασυνδυασμού του DNA και χρησιμοποιήθηκε σε πειραματόζωα. Δυστυχώς όταν χορηγήθηκε ο ίδιος ο ιός στους χιμπατζήδες δεν τους προφύλαξε από τη λοίμωξη παρά την παρουσία αντισωμάτων.

Μιά άλλη στρατηγική που έχει χρησιμοποιηθεί είναι η ανάπτυξη εμβολίου που θα παράγει αντισώματα για τη δέσμευση των gag πρωτεϊνών. Ο λόγος της χρησιμοποίησης της κωδικής περιοχής gag είναι η μικρή μεταβλητότητά της. Αυτή κυμαίνεται μόνον μεταξύ 3-6%. Πρόσφατα δε έχει ανευρεθεί ότι αντισώματα προς την ανθρώπινη ορμόνη θυμοσίνη-α, μπορούν να δεσμεύσουν τις gag πρωτεΐνες. Έτσι έχει παρασκευασθεί εμβόλιο το HPE που χρησιμοποιεί την p17 πρωτεΐνη (περιοχής gag) που είναι κοινή στην α1-θυμοσίνη και στον HIV.

Εκτός από τα εμβόλια που χρησιμοποιούν αντιγόνα του περιβλήματος ή του πυρήνα του ιού έχει χρησιμοποιηθεί η πρωτεΐνη p14 που παράγεται από το γόνιο tat που είναι υπεύθυνος για την επιτάχυνση της αναπαραγωγής του ιού και κυρίως στην ταχυτάτη μετάφραση του αγγελιαφόρου RNA στις αντίστοιχες πρωτεΐνες.

Έχει δηλαδή το μεταφραστικό έλεγχο του γενετικού υλικού. Πρόσφατα προτάθηκε η παρασκευή εμβολίου με κλασσική μεθοδολογία δηλαδή με χρήση αδραντοποιημένων πλήρων ιϊκών σωματίων.

Μια άλλη αντιμετώπιση του προβλήματος ήταν η χρησιμοποίηση ιού δαμαλίπιδας στον οποίο έχει ενσωματωθεί γόνος gp 160 με την τεχνική του γενετικού ανασυνδυασμού. Ο Zagury και συν. χρησιμοποίησαν το εμβόλιο

αυτό. Βρέθηκε ότι αναπτύχθηκαν εξουδετερωτικά αντισώματα σε 12 υγιείς εθελοντές μεταξύ των οποίων και ο Zagury. Λεμφοκύτταρα που είχαν προσβληθεί από αυτόν τον σύνθετο ιό, επαναχρησιμοποιήθηκαν μετά αδρανοποίηση στους εθελοντές για να προκαλέσουν ανοσολογική απόκριση. Μέχρι στιγμής όμως δεν έχει χορηγηθεί ο ίδιος ο HIV σ' αυτούς για να διαπιστωθεί η αποτελεσματικότητα του εμβολίου. Επίσης σε 10 ασθενείς με AIDS στο Ζαΐρ επαναχορηγήθηκαν λεμφοκύτταρα που είχαν προσβληθεί από τον HIV με σκοπό να διεγείρουν την κυτταρική τους ανοσία. Μέχρι στιγμής δεν αναφέρθηκαν παρενέργειες, ούτε όμως ευεργετικά αποτελέσματα.

Η εξουδετέρωση του ιού θα επιτευχθεί αποτελεσματικότερα όταν αναπτυχθούν αντισώματα που θα παρεμποδίσουν την προσκόλλησή του στους ειδικούς κυτταρικούς υποδοχείς. Όλα τα στελέχη που απομονώθηκαν μέχρι σήμερα (HIV1, HIV2, SIV) προσκολλώνται στους υποδοχείς CD4. Μονοκλωνικά αντισώματα προς τους υποδοχείς CD4 και ειδικότερα τα μονοκλωνικά αντισώματα Leu3a χρησιμοποιήθηκαν ως εμβόλιο για παραγωγή των αντίστοιχων ιδιοτυπικών αντισωμάτων.

Τα αντισώματα αυτά βρέθηκε να συνδέονται με τον ιό ακριβώς στο σημείο με το οποίο ο ιός προσκολλάται στον κυτταρικό υποδοχέα. Πρόσφατα πειράματα απέδειξαν ότι τα αντισώματα αυτά εξουδετερώνουν πλήρως τον ιό τουλάχιστον *in vitro*².

9.2.2. ΗΘΙΚΑ, ΝΟΜΙΚΑ, ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Η ανάπτυξη του εμβολίου θα πρέπει να λάβει υπόψη τις ηθικές, νομικές και κοινωνικές ιδιομορφίες του AIDS. Τα πειράματα θα πρέπει να γίνουν αρχικά σε πειραματόζωα. Οι εθελοντές θα πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένοι όσον αφορά τους πιθανούς κινδύνους που θα αντιμετωπίσουν. Η πολιτεία οφείλει να δώσει κίνητρα και παροχές. Η δωρεάν ιατρική περίθαλψη ως και η τήρηση των απαραίτητων μέτρων κατά την

διάρκεια των επιστημονικών ερευνών ως και η τήρηση της απόλυτης εχεμύθειας είναι επιβεβλημένες.

Υπάρχουν αρκετές επιφυλάξεις και δισταγμοί για την τήρηση των απαραίτητων μέτρων κατά την διάρκεια των δοκιμών. Η παρεχόμενη πλημμελής περίθαλψη κατά την διάρκεια των επιστημονικών ερευνών ως και ο επείγοντας χαρακτήρας του AIDS δεν παρέχουν αρκετό χρόνο για τη σωστή ολοκλήρωση των προκαταρκτικών πειραμάτων.

Γενικά τονίζεται ότι κατά τη διάρκεια των πειραμάτων, όχι μόνο θα πρέπει να παρέχεται υψηλού βαθμού ιατρική περίθαλψη, αλλά και να τηρούνται οι προϋποθέσεις, ώστε να εξάγονται έγκυρα επιστημονικά συμπεράσματα.

Οι **προϋποθέσεις** από ηθικής, νομικής και δεοντολογικής άποψης για την εξασφάλιση ενός ασφαλούς και αποτελεσματικού εμβολίου όπως την καθόρισε η Π.Ο.Υ. είναι οι ακόλουθες:

1. Πλήρης σχεδιασμός των κλινικών πειραμάτων

Το εμβόλιο θα πρέπει να ελεγχθεί *in vitro* ως προς την χημική του σύνθεση, την καθαρότητά του και την σταθερότητα του. Η ανοσοποιητική του δύναμη και η απουσία οποιασδήποτε τοξικότητας πρέπει να αποδεικνύεται με την χρησιμοποίηση προτύπων πειραματόζων.

Στις επόμενες φάσεις θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί μικρός αριθμός υγιών ενηλίκων εθελοντών (10-20) ατόμων. Στο τέλος θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί μεγαλύτερος αριθμός εθελοντών (100-200 ατόμων) ώστε να αποκτηθεί εμπειρία ως προς την ανοσογονικότητα και αποτελεσματικότητα του εμβολίου. Θα προσδιορισθεί επίσης το μέγεθος της δόσης ως και το σχήμα των εμβολιασμών².

2. Ακριβείς εκτιμήσεις εργαστηριακών και κλινικών αποτελεσμάτων

Η ανοσογονικότητα του εμβολίου θα συνεκτιμηθεί με τα κλινικά και εργαστηριακά δεδομένα (φυσική εξέταση, αιματολογικός - βιοχημικός έλεγχος).

3. Επιλογή των κατάλληλων πληθυσμιακών ομάδων για εμβολιασμό

Απαραίτητη προϋπόθεση είναι οι συμμετέχοντες να είναι υγιείς και να μην έχουν προσβληθεί από τον HIV. Οι συμμετέχοντες αρχικά πρέπει να ανήκουν σε ομάδες χαμηλού κινδύνου, ώστε τα αποτελέσματα της ανοσοποιητικής ικανότητας του εμβολίου να μη συγχέονται με φυσική λοίμωξη που πιθανόν να έχει συμβεί κατά την περίοδο του εμβολιασμού. Σε δεύτερη φάση οι συμμετέχοντες πρέπει να ανήκουν σε ομάδες υψηλού και χαμηλού κινδύνου. Τα άτομα που ανήκουν στις ομάδες χαμηλού κινδύνου θα προσδιορίσουν την ανοσοποιητική ικανότητα του εμβολίου, ενώ για τα άτομα υψηλού κινδύνου η χρησιμοποίησή τους είναι μία προκαταρκτική δοκιμή για την γ φάση όπου χρησιμοποιούνται αποκλειστικά άτομα υψηλού κινδύνου (νεαρά ενήλικα άτομα με σεξουαλική δραστηριότητα, πολυμεταγγιζόμενα παιδιά και νεογνά που κινδυνεύουν από κάθετη μετάδοση) για εξακρίβωση της αποτελεσματικότητας του εμβολίου.

4. Δομικές του εμβολίου σε διαφορετικές περιοχές και πληθυσμιακές ομάδες

Οι υποψήφιοι πρέπει να προέρχονται από διάφορες χώρες (τροπικές, εύκρατες ζώνες κ.λπ.) και να ανήκουν σε διάφορες πληθυσμιακές ομάδες.

5. Χρησιμοποίηση κατάλληλου ερευνητικού προσωπικού

Η τήρηση της εχεμύθειας ως προς την κατάσταση της υγείας ή της κοινωνικής συμπεριφοράς των εθελοντών είναι επιβεβλημένη. Θα πρέπει να ληφθεί πρόνοια για τις κοινωνικές επιπτώσεις που θα έχει το γεγονός της αποκάλυψης κατά την διάρκεια των πειραμάτων ότι ένα άτομο ανήκει στις ομάδες υψηλού κινδύνου ή πάσχει από AIDS.

Είναι πιθανό κάποιο άτομο να καταστεί φορέας κατά την διάρκεια των δοκιμών. Θα πρέπει το προσωπικό να έχει ενημερώσει τους εθελοντές και να έχει πάρει μέτρα για τη δωρεάν παροχή οποιασδήποτε ιατρικής υπηρεσίας στο μέλλον.

9.2.3. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Έστω και αν κάποιο δραστικό εμβόλιο παραχθεί, δεοντολογικοί λόγοι θα εμποδίσουν την σύντομη προκαταρκτική δοκιμή και εφαρμογή του. Γι' αυτό δεν θα πρέπει να αναμένεται η εφαρμογή εμβολίου πριν περάσουν 5-7 χρόνια.

Συντονισμένες προσπάθειες πρέπει να γίνουν στη βασική και εφαρμοσμένη έρευνα. Είναι σαφές ότι ένα δραστικό εμβόλιο στηρίζεται στις γνώσεις και στην αποκτηθείσα εμπειρία.

Στην έρευνα απαιτείται η συμμετοχή πολιτείας, επιστημονικού δυναμικού και βιομηχανίας.

Η πολιτεία θα πρέπει να παρέχει νομική κάλυψη και οικονομική ενίσχυση ώστε να υποστηριχθεί η έρευνα και η παραγωγή².

The graphic features a thin orange circle on the left side. A horizontal bar, transitioning from dark orange on the left to a lighter orange on the right, is positioned across the middle. The Greek text 'ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ' is centered within this bar. A large white left square bracket is on the left side of the bar, and a large orange right square bracket is on the right side. The background is a gradient from dark orange at the top to light orange at the bottom.

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ HIV

Είναι παγκοσμίως επιστημονικά αποδεκτό το γεγονός ότι ο ασθενής που νοσεί από HIV χρήζει μιας πολυδιάστατης θεραπευτικής αντιμετώπισης στην οποία συμμετέχουν πανσπερμία θεραπειών με επικεφαλής τον γιατρό, όπως είναι νοσηλευτής, ψυχολόγος, κοινωνικός λειτουργός κ.λπ. Η Νοσηλευτική ευθύνη στο θεραπευτικό μέρισμα αποτελεί θεμέλιο λίγο και υψηλό ποσοστό προσφοράς στην αποπεράτωση του Νοσηλευτικού έργου. Γι' αυτό η Νοσηλευτική Διεργασία στον ασθενή με HIV αποτελεί ένα εξαιρετικά ευαίσθητο, επίμονο, και όχι πάντα αποτελεσματικό έργο, το οποίο απαιτεί δεξιότητες και Νοσηλευτικές στρατηγικές τέτοιες που μπορεί να τις αποδώσει μόνο ένα άριστα εκπαιδευμένο Νοσηλευτικό προσωπικό.

Η μικρή μας κλινική εμπειρία ως σπουδάστριες σε συνδυασμό με τις κοινωνικές προεκτάσεις της θανατηφόρου αυτής νόσου, είναι που μας ώθησε να ασχοληθούμε σε επίπεδο εργασίας με τους ασθενείς που πάσχουν από HIV, όχι βέβαια γιατί φιλοδοξούμε να δημιουργήσουμε καινούργιους τρόπους Νοσηλευτικής αντιμετώπισης των ασθενών αυτών, αλλά να υπενθυμίσουμε τις ήδη υπάρχουσες Νοσηλευτικές διαδικασίες φροντίδας των οροθετικών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ HIV

Η αντιμετώπιση ασθενή με HIV οροθετικό στα Νοσηλευτικά πλαίσια έχει ορισμένες ιδιαιτερότητες, απαιτεί στρατηγικές και τεχνικές, οι οποίες σχετίζονται με πλήρη απομόνωση του ασθενή από τους άλλους ασθενείς και επίσης χρειάζεται να εφαρμοστεί στον ασθενή αυτό όλες οι μοντέρνες μέθοδοι Νοσηλευτικής φροντίδας.

10.1. ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ HIV

Σημαντικό κομμάτι στη Νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών αυτών είναι η σωστή ενημέρωση σε σχέση με τη νόσο που λαμβάνουμε. Τα μέτρα που πρέπει να λάβουμε και τα οποία στοχεύουν στον περιορισμό εξάπλωσης της νόσου και στη μείωση της πιθανότητας εκδήλωσης της νόσου. Αυτά τα μέτρα έχουν να κάνουν με οδηγίες που αφορούν, ανάληψη από μέρους του ασθενή συμπεριφορά που έχει σχέση με σχετικό κοινωνικό περιορισμό, αρχές αντισηψίας, καθαριότητας και πρόληψης σε έκθεση φυσικών, περιβαλλοντικών τοξικών παραγόντων, τα οποία μπορούν να πυροδοτήσουν την πλήρη εκδήλωση της νόσου.

Εδώ η Νοσηλευτική φροντίδα αναλαμβάνει σε συνεργασία με Κοινωνικούς Λειτουργούς, κλινικούς Ψυχολόγους, να εντοπίσει τα κλινικά συμπτώματα, τα οποία κάμπτουν ψυχολογικά τον ασθενή. Αυτά είναι απώλεια βάρους, ανορεξία, άλγος, φόβος της μετάδοσης της νόσου.

10.2. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ HIV ΚΑΙ ΕΜΠΥΡΕΤΟ

Ο οροθετικός HIV ασθενής ο οποίος έχει πυρετό μπορεί να πάσχει από μία απλή λοίμωξη, μη επικίνδυνη για τη ζωή του, μέχρι από μια πιο βαριά εκδήλωση της νόσου, η οποία σχετίζεται με πλήρη εμφάνιση της ανοσοανεπάρκειας στον ασθενή αυτό.

Η Νοσηλευτική φροντίδα είναι αιτιολογικά συμπτωματική και συμπεριλαμβάνει:

1. Θερμομόνιτορ,
2. Μείωση εμπυρέτου με φαρμακευτικά σκευάσματα (ασπιρίνη, ντεπρόν),
3. Αιτιολογική – φαρμακευτική αντιμετώπιση εμπυρέτου,
4. Αντιμετώπιση εμπυρέτου με εναλλακτικές μεθόδους, όπως κρύα μπάνια, ψυχρά επιθέματα, πλύσεις με Levin και ψυχρά διαλύματα, υποκλυσμοί με ψυχρά διαλύματα.

10.3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ HIV ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΑΠΟ ΕΥΚΑΙΡΙΑΚΑ ΜΙΚΡΟΒΙΑ (CARINII, TBC)

Λόγω του υποβάθρου της νόσου οι ασθενείς με HIV αναπτύσσουν λοιμώξεις από ευκαιριακά μικρόβια με ώρια εστία φλεγμονής τον πνεύμονα. Συνήθως οι πνευμονίες αυτές είναι βαριές και θανατηφόρες, χαρακτηρίζονται από έντονη υποξαιμία και υψηλές ανάγκες οξυγόνου στον ασθενή. Η Νοσηλευτική φροντίδα εστιάζεται στα επιμέρους συμπτώματα μιας βαριάς πνευμονίας.

Αυτά είναι:

1. Αντιμετώπιση **εμπυρέτου**,
2. Αντιμετώπιση **δύσπνοιας** με βρογχοδιασταλτικά εισπνεόμενα και παρεντερικώς χορηγούμενα φάρμακα, αντιμετώπιση υποξαιμίας με

ρινικούς καθετήρες οξυγόνου ή μάσκες Ventury και τέλος, τοποθέτηση του ασθενή σε ανατομικά ανακουφιστική προς τη δύσπνοια θέση.

3. **Βήχας.** Ο βήχας στην πνευμονία είναι ισοδύναμο δύσπνοιας και είναι εξαιρετικά ενοχλητικό σύμπτωμα αν επιμένει για μεγάλο χρονικό διάστημα. Η Νοσηλευτική φροντίδα του βήχα περιλαμβάνει βρογχοδιασταλτικά φάρμακα, και σε εξεσιμασμένο βήχα αντιβηχικά φάρμακα και κορτιζονούχα θεραπεία μετά από εντολή ιατρού.
4. **Αιμόπτυση.** Αν και σπάνια είναι δυνητικά θανατηφόρα για τον ασθενή και η Νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει τεχνικές πλήρους ακινησίας για τον ασθενή, χορήγηση αντιβηχικών φαρμάκων και μετά από εντολή ιατρού, χορήγηση εκλεκτικά δρώντων αγγειοσυσπαστικών φαρμάκων.
5. **Θωρακοαλγία.** Σύμπτωμα που μπορεί να οφείλεται σε ατελεκτασία ή συλλογή υγρού στον πνεύμονα. Η Νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει τεχνικές ακινησίας, σωστών αναπνευστικών κινήσεων καθώς επίσης και αναλγητικής θεραπείας.

10.4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ HIV ΚΑΙ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΑ ΕΝΟΧΛΗΜΑΤΑ

Τα πιο συνηθισμένα γαστρεντερικά προβλήματα ασθενή με HIV είναι η στοματολογία που οδηγεί σε σοβαρού βαθμού δυσφαγία. Οισοφαγίτιδα, η οποία συν τοις άλλοις προκαλεί οπισθοστερνικό άλγος και η γαστρεντερίτιδα, η οποία προκαλεί χρόνια διάρροια. Η Νοσηλευτική φροντίδα εδώ περιλαμβάνει την ανεύρεση τρόπων εντερικής ή παρεντερικής διατροφής με απώτερο σκοπό την επαρκή θερμική στήριξη του ασθενή.

Οι διάρροιες αντιμετωπίζονται με φαρμακευτική αντιδιαρροϊκή θεραπεία, επαρκή ενυδάτωση, ηλεκτρολυτική κάλυψη του ασθενή. Ο κύριος στόχος της Νοσηλευτικής φροντίδας σε αυτά τα προβλήματα είναι η διατροφική ισορροπία του πάσχοντος.

10.5. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ HIV ΚΑΙ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Το πλέον συχνό δερματολογικό σύμπτωμα είναι το σάρκωμα Kaposi. Εδώ η Νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει τεχνικές και μεθόδους μείωσης της δερματολογικής διασποράς της νόσου με τεχνικές περιποίησης δερματολογικών βλαβών κάτω από στείρες συνθήκες απολύμανσης και αντισηψίας, αιτιολογική αντιμετώπιση των κνησμών που συνοδεύει τις βλάβες και γενικά ανάληψη μέτρων που στοχεύουν στην ψυχολογική ανάκαμψη του ασθενούς λόγω των δύσμορφων χαρακτηριστικών της ασθένειας.

10.6. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ HIV

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 των ευρημάτων της αξιολόγησης. Οι κυριότερες Νοσηλευτικές παρεμβάσεις είναι:
 - ü Ολιστική φροντίδα με άνευ όρων αποδοχή του αρρώστου.
 - ü Ανοικτός νοσηλευτικός διάλογος.
 - ü Ψυχοθεραπευτική ακρόαση.
 - ü Παρουσία με ενδιαφέρον και κατανόηση.
 - ü Υποστήριξη των θετικών στοιχείων.
 - ü Προστασία των δικαιωμάτων του αρρώστου.
 - ü Διδασκαλία αυτοφροντίδας και ψυχικής υγείας.
 - ü Σύνδεση με υποστηρικτικά συστήματα.

- Ακολουθούν μελέτη και έρευνα σχετικά 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 μόνο από τις ιατρικές, αλλά και από τις Νοσηλευτικές έρευνες.

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11^ο

ΙΣΤΟΡΙΚΑ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1^ο

Ασθενής, ετών 27, αθίγγανος, προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία του Γ.Ν. «Άγιος Ανδρέας», λόγω πυρετικής δεκατικής κίνησης έως 37,4^ο C από τριμήνου, ανορεξία, απώλεια βάρους, αδυναμία, καταβολή δυνάμεων και δύσπνοια κατά την κόπωση.

Κατά τη φυσική εξέταση ο ασθενής είχε όψη πάσχοντος και από ακρόαση πνευμόνων διάχυτους τρίζοντες στα πνευμονικά πεδία άμφω.

Από τα υπόλοιπα συστήματα δεν ανεδείχθη παθολογία. Από τον κλινικοεργαστηριακό έλεγχο ανεδείχθη γενική αίματος με αυξημένα wbs (λευκά αιμοσφαίρια) (17.000) με επικράτηση λεμφοκυττάρων.

Οι φλεγμονώδεις εργαστηριακοί δείκτες επηρεασμένοι CRP (2) T.K.E. (120). Η ακτινογραφία θώρακος έδειξε διάχυτες διηθήσεις στα πνευμονικά πεδία αμφοτερόπλευρα και επίσης τα αέρια αίματος ήταν σαφώς επηρεασμένα για την ηλικία του (PO₂ 70, PRCO₂ 38, pH 7,42).

Ο ασθενής εισήχθη στην Παθολογική Κλινική του Π.Γ.Ν.Π. για περαιτέρω αντιμετώπιση και νοσηλεία.

Κατά την παραμονή του στην κλινική και τη διερεύνηση που του έγινε, ο ασθενής απεδείχθη ότι ήταν θετικός στον HIV και έπασχε από κεχροειδή φυματίωση.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ – ΑΝΑΓΚΕΣ ΝΟΣ.ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Πυρετική δεκα-τική κίνηση 37,2° C, λόγω λοίμωξης του ανοσοποιητικού συστήματος</p>	<p>Ρύθμιση της θερμοκρασίας σε φυσιολογικά επίπεδα, έτσι ώστε να ανακουφιστεί ο ασθενής σε 1 ώρα.</p>	<p>Θερμομέτρηση σε monitoring για παρακολούθηση της συχνότητας και του ύψους της θερμοκρασίας του ασθενή.</p> <p>Χορήγηση, κατ' εντολή ιατρού, φαρμακευτικών σκευασμάτων (αντιπυρετικών) με στόχο την άμεση (εντός ½ ώρας) μείωση της υψηλής θερμοκρασίας του ασθενή.</p>	<p>Συχνή θερμομέτρηση (3ωρη) του ασθενή.</p> <p>Χορήγηση Peros ή παρεντερικώς αντιπυρετικών σκευασμάτων, ανάλογα με την κλινική κατάσταση του ασθενή.</p> <p>Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων σε περιοχές που διασχίζονται από μεγάλα αγγεία (μηρούς – μασχάλες).</p> <p>Πλύσεις με ψυχρά υδάτινα διαλύματα από το Levin (αν έχει ο ασθενής)</p>	<p>Περιορισμός μέχρι υποχώρηση της δεκατικής πυρετικής κίνησης μέχρι τους 36,6° C.</p> <p>Ανακούφιση του ασθενή από το δυσάρεστο συναίσθημα της υπερπυρεξίας.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ – ΑΝΑΓΚΕΣ ΝΟΣ.ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
		<p>Επί αποτυχίας ή αντένδειξης χορήγησης αντιπυρετικών σκευασμάτων, και εφ' όσον το επιτρέπουν οι συνθήκες, προσπάθεια για μείωση του πυρετού με άλλους φυσικούς τρόπους.</p>	<p>Υποκλισμός με ψυχρά υδάτινα διαλύματα. Μπάνιο του ασθενή με δροσερό κατά προτίμηση νερό. Χορήγηση στον ασθενή ενδοφλεβίως δροσερά υδάτινα ισότονα διαλύματα.</p>	<p>Περιορισμός των συνεπειών της αυξημένης θερμοκρασίας του ασθενή.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ – ΑΝΑΓΚΕΣ ΝΟΣ.ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Ανορεξία, η οποία οφείλεται στην χρονιότητα της νόσου.</p>	<p>Αύξηση της όρεξης του ασθενή και εξεύρεση εναλλακτικών τρόπων σίτισης.</p>	<p>Υπολογισμός των ημερήσιων θερμιδικών αναγκών του ασθενή με στόχο την προ-ετοιμασία ενός ικανο-ποιοτικού γεύματος.</p> <p>Χορήγηση μετά από ιατρική οδηγία, ειδικών ορεξιογόνων σκευασμάτων, με στόχο την αύξηση της όρεξης του ασθενή.</p>	<p>Υπολογισμός των ημερήσιων αναγκών του ασθενή σε πρωτεΐνες, λίπη, υδατάνθρακες, ιχνοστοιχεία, μέσω εργαστηριακών εξετάσεων καθώς και του σωματοτύπου του ασθενή, του δείκτη μυϊκής μάζας και το σύνολο απώλειας κιλών του ασθενή.</p> <p>Χορηγούμε ειδικά ορεξιογόνα στον ασθενή, φαγητό το οποίο να του αρέσει, προσεκτικά σερβιρισμένο και προετοιμασμένο.</p>	<p>Αύξηση του αισθήματος της όρεξης και επαρκή σίτιση του ασθενή, έτσι ώστε να ανακάμψει οργανικά και να αντεπεξέλθει στο stress της λοίμωξης.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ – ΑΝΑΓΚΕΣ ΝΟΣ.ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
		<p>Σιτίζουμε τον ασθενή με διαιτολόγιο της αρεσκείας του αν και εφόσον δεν υπάρχουν αντενδείξεις.</p> <p>Επί αποτυχίας σίτισης του ασθενή με συμβατικούς τρόπους εφαρμόζουμε εναλλακτικούς τρόπους εντερικής ή παρεντερικής σίτισης.</p>	<p>Χορηγούμε στον ασθενή μέσω Levin ειδικά διαμορφωμένη για τις ανάγκες διατροφής.</p> <p>Χορηγούμε επί αποτυχίας εντερικής σίτισης, παρεντερική διατροφή με όλους τους νοσηλευτικούς και τεχνικούς τρόπους που διέπουν την παρεντερική σίτιση.</p>	

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ – ΑΝΑΓΚΕΣ ΝΟΣ.ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Αδυναμία – καταβολή δυνάμεων, τα οποία δυσχεραίνουν την καθημερινότητα του ασθενή και τον κάμπτουν ψυχολογικά.</p>	<p>Περιορισμός της αδυναμίας και επανάκτηση των σωματικών δυνάμεων, γεγονός τα οποία θα επαναφέρουν τον ασθενή στην συνήθη σωματική δραστηριότητα και θα τον ανακάμψουν ψυχολογικά.</p>	<p>Επαρκής σίτιση και ενυδάτωση του ασθενή.</p> <p>Με ιατρική οδηγία χορήγηση φαρμακευτικών σκευασμάτων, τα οποία μειώνουν το αίσθημα της σωματικής καταβολής.</p>	<p>Χορήγηση των απαραίτητων υγρών και θερμίδων στον ασθενή, ανάλογα με τις ανάγκες του και την κλινική του εικόνα.</p> <p>Χορήγηση perg ή παρεντερικώς φαρμακευτικών σκευασμάτων (πολυβιταμινούχα κ.ά.).</p>	<p>Άρση του αισθήματος της καταβολής δυνάμεων και της αδυναμίας.</p> <p>Επανένταξη του ασθενή στις συνήθεις καθημερινές του ενασχολήσεις και ψυχολογική ανάκαμψη από το αίσθημα του «ανιάτου» της ασθένειας από την οποία πάσχει.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ – ΑΝΑΓΚΕΣ ΝΟΣ.ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
		<p>Έναρξη κινησιοθεραπείας, η οποία ενισχύει την συνολική μυϊκή ισχύ και περιορίζει το αίσθημα της καταβολής.</p> <p>Συνεχές αναπνευστικό monitoring για να αξιολογήσουμε την βαρύτητα της δύσπνοιας.</p>	<p>Έναρξη ασκήσεων κινησιοθεραπείας με την βοήθεια φυσικοθεραπευτή και ειδικών μηχανημάτων.</p> <p>Συχνή λήψη αερίων αίματος και επί αδυναμίας του παραπάνω, συνεχή διαδερμική οξυμετρία.</p>	

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ – ΑΝΑΓΚΕΣ ΝΟΣ.ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Δύσπνοια κατά την κόπωση, η οποία καθλώνει σωματικά και ψυχολογικά τον ασθενή, και τον αποδιοργανώνει από τις καθημερινές του δραστηριότητες.</p>	<p>Μείωση και περιορισμός του δυσάρεστου αισθήματος της δύσπνοιας. Σωματική και ψυχολογική ανάκαμψη του ασθενή.</p>	<p>Χορήγηση, κατ' εντολή ιατρού, μείγματος οξυγόνου.</p> <p>Χορήγηση κατ' εντολή ιατρού φαρμακευτικών βρογχοδιασταλτικών σκευασμάτων.</p>	<p>Χορήγηση στον ασθενή ανάλογα με το PO₂ και PCO₂ μείγματος οξυγόνου μέσω ρινικού καθετήρα ή μάσκας Venturi.</p> <p>Χορηγούμε εισπνεόμενα βρογχοδιασταλτικά.</p> <p>Χορηγούμε ενδοφλέβια βρογχοδιασταλτικά του τύπου κορτικοειδική Zandivues.</p>	<p>Μείωση και ανακούφιση του ασθενή από το δυσάρεστο συναίσθημα της δύσπνοιας. Ψυχοσωματική ανάκαμψη του ασθενή και ανάληψη των καθημερινών του δραστηριοτήτων.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ – ΑΝΑΓΚΕΣ ΝΟΣ.ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
		<p>Συστήνουμε στον ασθενή να λαμβάνει ανακουφιστικές ως προς την δύσπνοια ανατομικές θέσεις. Κατά την κατάκλιση έναρξη αναπνευστικής γυμναστικής.</p> <p>Συνεχές αναπνευστικό monitoring για να αξιολογήσουμε την βαρύτητα της δύσπνοιας.</p>	<p>Τοποθετούμε τον ασθενή κατά την κατάκλιση την ώρα που δυσπνοεί σε καθιστή ή ημι-καθιστική θέση.</p> <p>Με την βοήθεια του φυσικο-θεραπευτή έναρξη αναπνευστικής γυμναστικής, η οποία θα ενισχύσει την ισχύ του αναπνευστικού συστήματος.</p> <p>Συχνή λήψη αερίων αίματος και επί αδυναμίας του παραπάνω, συνεχή διαδερμική οξυμετρία.</p>	

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2^ο

Ασθενής, ετών 26, ο οποίος εργάζεται περιστασιακά προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία του Γ.Ν. «Άγιος Ανδρέας», λόγω παρατεταμένου εμπυρέτου πάνω από 40 ημέρες μέχρι 38,3^ο C (κυρίως απογευματινές ώρες).

Άλλα συμπτώματα ήταν ανορεξία, κακουχία, απώλεια βάρους (10 κιλά σε 30 ημέρες) και με περιοδικό χαρακτήρα επεισόδια γαστρεντερίτιδας. Εκ του ιστορικού ήταν χρήστης ενδοφλεβίων ναρκωτικών ουσιών.

Εκ της φυσικής εξέτασης ο ασθενής είχε όψη πάσχοντος χωρίς παθολογικά ευρήματα από την κλινική εξέταση των συστημάτων. Από τον εργαστηριακό έλεγχο, η γενική αίματος ανέδειξε υψηλό αριθμό λευκοκυττάρων (25.00), χαμηλό αιματοκρίτη (27), επηρεασμένους τους εργαστηριακούς φλεγμονώδεις δείκτες (Τ.Κ.Ε. 120), (ERP 20).

Από τον λοιπό εργαστηριακό έλεγχο δεν ανέδειξε κάτι παθολογικό την ημέρα που ο ασθενής προσήλθε στα Ε.Ι. του νοσοκομείου.

Ο ασθενής εισήχθη στην παθολογική κλινική του νοσοκομείου προς αντιμετώπιση και νοσηλεία του παρατεταμένου εμπυρέτου. Κατά την διάρκεια της νοσηλείας του η διερεύνηση ανέδειξε ότι ο ασθενής ήταν θετικός στον HIV.

Παρέμεινε στο νοσοκομείο για 20 ημέρες μέχρι να υποχωρήσει το εμπύρετο.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ – ΑΝΑΓΚΕΣ ΝΟΣ.ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Υψηλός πυρετός πάνω από 40 ημέρες, 38° C. Καταβολή δυνάμεων, κακουχία, απώλεια βάρους (10 κιλά σε 30 ημέρες). Αφυδάτωση, η οποία καταβάλλει και δημιουργεί αίσθημα αδυναμίας,</p>	<p>Ρύθμιση της θερμοκρασίας σε φυσιολογικά επίπεδα, έτσι ώστε να ανακουφιστεί ο ασθενής σε 1 ώρα.</p>	<p>Θερμομέτρηση σε monitoring για παρακολούθηση της συχνότητας και του ύψους της θερμοκρασίας του ασθενή.</p> <p>Χορήγηση, κατ' εντολή ιατρού, φαρμακευτικών σκευασμάτων (αντιπυρετικών) με στόχο την άμεση (εντός ½ ώρας) μείωση της υψηλής θερμοκρασίας του ασθενή.</p>	<p>Συχνή θερμομέτρηση (3ωρη) του ασθενή.</p> <p>Χορήγηση deron ή παρεντερικώς αντιπυρετικών σκευασμάτων, ανάλογα με την κλινική κατάσταση του ασθενή.</p> <p>Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων σε περιοχές που διασχίζονται από μεγάλα αγγεία (μηρούς – μασχάλες).</p> <p>Πλύσεις με ψυχρά υδάτινα διαλύματα από το Levin (αν έχει ο ασθενής)</p>	<p>Περιορισμός μέχρι υποχώρηση της δεκαδικής πυρετικής κίνησης μέχρι τους 36,6° C.</p> <p>Ανακούφιση του ασθενή από το δυσάρεστο συναίσθημα της υπερπυρεξίας.</p> <p>Περιορισμός των συνεπειών της αυξημένης θερμοκρασίας του ασθενή.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ – ΑΝΑΓΚΕΣ ΝΟΣ.ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>αιμοδυναμική αστάθεια και ηλεκτρολυτικές διαταραχές στον ασθενή.</p>	<p>Περιορισμός και αντιμετώπιση της αφυδάτωσης με απώτερο στόχο ανάκαμψη σωματική του ασθενή αιμοδυναμική και</p>	<p>Επί αποτυχίας ή ανένδειξης χορήγησης αντιπυρετικών σκευασμάτων, και εφ' όσον το επιτρέπουν οι συνθήκες, προσπάθεια για μείωση του πυρετού με άλλους φυσικούς τρόπους.</p> <p>Συνεχές κλινικό monitoring στον ασθενή ώστε να προληφθούν οι παρενέργειες της αφυδάτωσης (αιμοδυναμικές και ηλεκτρολυτικές</p>	<p>Υποκλυσμός με ψυχρά υδάτινα διαλύματα.</p> <p>Μπάνιο του ασθενή με δροσερό κατά προτίμηση νερό.</p> <p>Χορήγηση στον ασθενή ενδοφλεβίως δροσερά υδάτινα ισότονα διαλύματα.</p> <p>Συχνή (εντός 3ώρου) λήψη αρτ. πίεσης και σφυγμών του ασθενούς. Συχνή και άμεση επικοινωνία με τον ασθενή ώστε ελέγχεται το επίπεδο συνείδησής του.</p>	<p>Περιορισμοί της αφυδάτωσης και αναγωγή του ασθενή από το αίσθημα της αδυναμίας.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ – ΑΝΑΓΚΕΣ ΝΟΣ.ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
	ηλεκτρολυτική σταθερότητα.	<p>διαταραχές).</p> <p>Χορήγηση, με ιατρική οδηγία των επαρκών ποσοτήτων υγρών re vol ή παρεντερικώς και τήρηση ισοζυγίου προσλαμβανομένων υγρών για εκτίμηση της κλινικής κατάστασης του ασθενή.</p>	<p>Παρότρυνση στον ασθενή για επαρκή λήψη υγρών.</p> <p>Χορήγηση ενδοφλεβίως ισότονων υγρών κατάλληλα εμπλουτισμένων με ηλεκτρολύτες, ανάλογα με τα ελλείμματα ηλεκτρολυτών.</p> <p>Προσεκτική ενημέρωση ισοζυγίου προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.</p>	<p>Σταθεροποίηση αιμοδυναμικών και ηλεκτρολυτικών διαταραχών του ασθενή.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ – ΑΝΑΓΚΕΣ ΝΟΣ.ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕ-ΣΜΑΤΟΣ
<p>Υψηλός πυρετός, ο οποίος καταβάλλει και αφυδατώνει. Καταβολή δυνάμεων που δημιουργεί στον ασθενή ψυχολογική κατάπτωση και απώλεια βάρους (μέσα σε 30 ημέρες 10 kg).</p>	<p>Να ανακουφιστεί ο ασθενής από το αίσθημα της υπερπυρεξίας, να περιοριστεί μέχρι να υποχωρήσει πλήρως και να αμβλυνθούν οι κλινικοί παράμετροι που δημιουργεί το εμπύρετο. Περιορισμός του συναισθήματος της καταβολής και ψυχολογική ανύψωση του ασθενή.</p>	<p>Σωστή καταγραφή με διαδικασίες συχνού θερμομετρικού monitor της θερμοκρασίας του ασθενή. Χορήγηση κατά περίπτωση και μετά από ιατρική εντολή αντιπυρετικών φαρμάκων. Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή κατά τη διάρκεια της ανάρρωσης.</p>	<p>Συχνή εντός τριώρου λήψη θερμοκρασίας του ασθενούς, καταγραφή θερμοκρασίας σε θερμομετρικό διάγραμμα με το σωστό ενδεικνόμενο τρόπο. Χορήγηση φαρμακευτικών σκευασμάτων μετά από εντολή ιατρού. Συμβουλευτική νοσηλευτική με ψυχολογικές κατευθύνσεις, η οποία θα οδηγήσει στην ανάνηψη του ασθενή από το αίσθημα της ψυχολογικής καταρράκωσης.</p>	<p>Συνολική και τελική αξιολόγηση του τρόπου και συχνότητας καταγραφής της θερμοκρασίας σε σχέση με την αιτιολογική συμπτωματική αντιμετώπιση του εμπυρέτου.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ – ΑΝΑΓΚΕΣ ΝΟΣ.ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕ- ΣΜΑΤΟΣ
	Αύξηση της όρεξης του ασθενούς.	Αύξηση της όρεξης του ασθενή με επιλογή φαγητού της αρεσκείας του. Χορήγηση ειδικών ορεξιογόνων στον ασθενή.	Επιλογή φαγητών από διαιτολόγια τα οποία ανήκουν στην σφαίρα ορέξεως του ασθενή.	Ψυχολογική ανακούφιση του ασθενή και προοδευτική ανάκτηση των σωματικών δυνάμεών του.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ – ΑΝΑΓΚΕΣ ΝΟΣ.ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Γαστρεντερίτιδα, η οποία εκδηλώνεται κλινικά με εμέτους και διάρροιες, αποδιοργάνωση του ασθενή, οργανικά και ψυχολογικά.</p>	<p>Περιορισμός των εμέτων και των επεισοδίων διάρροιας τα οποία καταβάλουν τον ασθενή.</p>	<p>Χορήγηση στον ασθενή κατάλληλης τροφής και υγρών σε ποσότητα και συχνότητα, έτσι ώστε να σιτιστεί και να ενυδατωθεί χωρίς να προκληθεί έμετος και διάρροια. Επί επιμόνων εμέτων και διάρροιών χορηγούμε με ιατρική οδηγία, αντιεμετικά και αντιδιαρροϊκά σκευάσματα.</p>	<p>Χορηγούμε στον ασθενή ελαφρά υδαρή κυρίως τροφή σε μικρά και συχνά γεύματα, με συνοδεία των απαραίτητων ποσοτήτων υγρών. Χορηγούμε Peros και παρεντερικά αντιδιαρροϊκά και αντιεμετικά σκευάσματα.</p>	<p>Περιορισμός των εμέτων και των διάρροιών. Σταθεροποίηση οργανική και ηλεκτρολυτική του ασθενή.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ – ΑΝΑΓΚΕΣ ΝΟΣ.ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
		<p>Επί επιμόνων παραπόνων ενοχλημάτων χορηγούμε στον ασθενή παρεντερικώς υγρά για πρόληψη αφυδάτωσης και ηλεκτρολυτικών διαταραχών.</p> <p>Κλινικό monitorig της έντασης και της συχνότητας των εμέτων και των διαρροιών.</p>	<p>Χορηγούμε ισότονα διαλύματα ορών ενδοφλεβίως, εμπλουτισμένα κατάλληλα με ηλεκτρολύτες στους οποίους ο ασθενής έχει έλλειμμα.</p> <p>Καταγραφή της συχνότητας, έντασης, υφής και ποσότητας των διαρροιών και των εμέτων για συνολική εκτίμηση της κλινικής πορείας του ασθενή.</p>	

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 3^ο

Ασθενής, ετών 53, προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία του Γ.Ν. «Άγιος Ανδρέας», λόγω εμφάνισης εξανθήματος στην οπίσθια επιφάνεια του θώρακα από τριμήνου.

Άλλα συνοδά συμπτώματα ήταν αδυναμία, απώλεια δυνάμεων. Το εξάνθημα είχε προοδευτική αύξηση διαστάσεων το τελευταίο τρίμηνο, δεν συνοδευόταν από κνησμό, ούτε από άλγος.

Από το ιστορικό ο ασθενής είχε υπέρταση και πρόσφατα δύο χειρουργεία ορθοπεδικά για κατάγματα κάτω άκρων μετά από τροχαίο.

Ο ασθενής ήταν αιμοδυναμικά σταθερός ενώ από την φυσική εξέταση δεν ανεδείχθη καμία παθολογία.

Από τον εργαστηριακό έλεγχο, η γενική αίματος ανέδειξε υψηλό αριθμό λευκών (15.000) με επικράτηση των λεμφοκυττάρων, επίσης οι φλεγμονώδεις εργαστηριακοί δείκτες (Τ.Κ.Ε. 150), (CRP 18). Κατά τον λοιπό εργαστηριακό έλεγχο δεν ανεδείχθη κάτι παθολογικό.

Ο ασθενής εισήχθη στην δερματολογική κλινική όπου διαπιστώθηκε κατά την διερεύνηση ότι είχε σάρκωμα Kaposi και ήταν θετικός στον HIV.

Ο ασθενής παρέμεινε επί 25 ημέρες στην κλινική όπου και κατέληξε.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ – ΑΝΑΓΚΕΣ ΝΟΣ.ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Αδυναμία, απώλεια και απώλεια δυνάμεων που εξαντλούν τον ασθενή με HIV.</p>	<p>Περιορισμός της αδυναμίας και επανάκτηση των σωματικών δυνάμεων, γεγονός τα οποία θα επαναφέρουν τον ασθενή στην συνήθη σωματική δραστηριότητα και θα τον ανακάμψουν ψυχολογικά.</p>	<p>Επαρκής σίτιση και ενυδάτωση του ασθενή. Με ιατρική οδηγία χορήγηση φαρμακευτικών σκευασμάτων, τα οποία μειώνουν το αίσθημα της σωματικής καταβολής. Έναρξη κινησιοθεραπείας, η οποία ενισχύει την συνολική μυϊκή ισχύ και περιορίζει το αίσθημα της καταβολής.</p>	<p>Χορήγηση των απαραίτητων υγρών και θερμίδων στον ασθενή, ανάλογα με τις ανάγκες του και την κλινική του εικόνα. Χορήγηση peros ή παρεντερικώς φαρμακευτικών σκευασμάτων (πολυβιταμινούχα κ.ά.). Έναρξη ασκήσεων κινησιοθεραπείας με την βοήθεια φυσικοθεραπευτή και ειδικών μηχανημάτων.</p>	<p>Άρση του αισθή-ματος της κατα-βολής δυνάμεων και της αδυναμίας. Επανάταξη του ασθενή στις συ-νήθειες καθημερινές του ενασχολήσεις και ψυχολογική ανά-καμψη από το αίσθημα του «ανία-του» της ασθένειας από την οποία πάσχει.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ – ΑΝΑΓΚΕΣ ΝΟΣ.ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Εξανθήμα το οποίο προκαλεί αίσθημα κνησμού στον ασθενή, παραμορφώνει την εμφάνισή του και τον κάμπτει ψυχολογικά.</p>	<p>Περιορισμός του κνησμού, ανύψωση της ψυχολογίας του ασθενούς. Περιποίηση του δερματικού εξανθήματος.</p>	<p>Χορήγηση κατ' εντολή ιατρού φαρμακευτικών αντιισταμινικών σκευασμάτων. Τοπική περιποίηση και εφαρμογή επιθεμάτων προς αποφυγή της επιμόλυνσης του εξανθήματος.</p>	<p>Χορήγηση στο πλαίσιο της νοσηλείας Peros ή παρεντερικά αντιισταμινικά φαρμακευτικά σκευάσματα. Περιποίηση με συνθήκες μερικής ασηψίας και απολύμανσης του επιμολυσμένου και εκτεθειμένου εξανθήματος με τοπικά θεραπευτικά σκευάσματα, τα οποία επιπρόσθετα μειώνουν το αίσθημα του κνησμού.</p>	<p>Μείωση του κνησμού, επίτευξη διατήρησης του εξανθήματος σε επίπεδα μη μόλυνσης και ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή σε σχέση με την εμφάνισή του.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ – ΑΝΑΓΚΕΣ ΝΟΣ.ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
		<p>Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή κατά την διάρκεια της νοσηλείας του, λόγω του παραμορφωτικού σε σχέση με την εμφάνιση κλινικού προβλήματος που αντιμετωπίζει.</p>	<p>Με την βοήθεια κλινικών ψυχολόγων, εφαρμογή συμβουλευτικής Νοσηλευτικής, με ψυχολογικές κατευθύνσεις υποστηρικτικού περιεχομένου.</p>	

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 4^ο

Ασθενής, ετών 35, ναυτικός, οροθετικός στον HIV, διαγνωσμένος από βετίας, παρουσίασε από 10ημέρου εμπύρετο έως 38° C, με βήχα, απόχρεμψη, καταβολή δυνάμεων. Προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία του Γενικού Νοσοκομείου «Άγιος Ανδρέας» και εισήχθη στην Παθολογική Κλινική του νοσοκομείου για νοσηλεία.

Κατά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο ήταν αιμοδυναμικά σταθερός (σφίξεις: 80/min, Α.Π.: 130 mm/Hg – 60 mm/Hg, Θερμοκρασία 38° C).

Από τη φυσική εξέταση ανεδείχθη από την ακρόαση πνευμόνων τρίζοντες δεξιάς βάσης, από την ψηλάφηση της θωρακικής χώρας αυξημένες θωρακικές κινήσεις δεξιού ημιθωράκιου.

Εκ των λοιπών συστημάτων δεν ανεδείχθη κάτι παθολογικό.

Από τον εργαστηριακό έλεγχο γενική αίματος με wbs (λευκά αιμοσφαίρια) 15.300 με επικράτηση πολυμορφοπύρηνων ουδετερόφιλων, αιματοκρίτης 40%, αιμοπετάλια 280.000, Τ.Κ.Ε. 110, CPR 22.

Η ακτινογραφία θώρακος έδειξε πυκνωτική εστία στο δεξιό κάτω πνευμονικό πεδίο.

Ο ασθενής νοσηλεύτηκε επί 10ημέρου στην Παθολογική Κλινική του Γ.Ν. «Άγιος Ανδρέας», ως εμπύρετη πνευμονία δεξιάς κάτω βάσης επί εδάφους HIV φορέα.

Την ημέρα που εξήλθε από το νοσοκομείο ήταν χωρίς κλινική σημειολογία, η δε ακτινογραφία θώρακος επανήλθε στα φυσιολογικά μετά από ένα μήνα.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ – ΑΝΑΓΚΕΣ ΝΟΣ.ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Εμπύρετος ασθενής ετών 35, έως 38° C, καταβολή δυνάμεων, απόχρεμψη.</p>	<p>Ρύθμιση της θερμοκρασίας σε φυσιολογικά επίπεδα, έτσι ώστε να ανακουφιστεί ο ασθενής σε 1 ώρα.</p>	<p>Θερμομέτρηση σε monitoring για παρακολούθηση της συχνότητας και του ύψους της θερμοκρασίας του ασθενή.</p> <p>Χορήγηση, κατ' εντολή ιατρού, φαρμακευτικών σκευασμάτων (αντιπυρετικών) με στόχο την άμεση (εντός ½ ώρας) μείωση της υψηλής θερμοκρασίας του ασθενή.</p>	<p>Συχνή θερμομέτρηση (3ωρη) του ασθενή.</p> <p>Χορήγηση Peros ή παρεντερικώς αντιπυρετικών σκευασμάτων, ανάλογα με την κλινική κατάσταση του ασθενή.</p> <p>Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων σε περιοχές που διασχίζονται από μεγάλα αγγεία (μηρούς – μασχάλες).</p> <p>Πλύσεις με ψυχρά υδάτινα διαλύματα από το Levin (αν έχει ο ασθενής)</p>	<p>Περιορισμός μέχρι υποχώρηση της δεκαδικής πυρετικής κίνησης μέχρι τους 36,6° C.</p> <p>Ανακούφιση του ασθενή από το δυσάρεστο συναίσθημα της υπερπυρεξίας.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ – ΑΝΑΓΚΕΣ ΝΟΣ.ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
		<p>Επί αποτυχίας ή αντένδειξης χορήγησης αντιπυρετικών σκευασμάτων, και εφ' όσον το επιτρέπουν οι συνθήκες, προσπάθεια για μείωση του πυρετού με άλλους φυσικούς τρόπους.</p>	<p>Υποκλισμός με ψυχρά υδάτινα διαλύματα. Μπάνιο του ασθενή με δροσερό κατά προτίμηση νερό. Χορήγηση στον ασθενή ενδοφλεβίως δροσερά υδάτινα ισότονα διαλύματα.</p>	<p>Περιορισμός των συνεπειών της αυξημένης θερμοκρασίας του ασθενή.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ – ΑΝΑΓΚΕΣ ΝΟΣ.ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Βήχας, ο οποίος δυσχεραίνει την αναπνευστική λειτουργία, δη- μιουργεί αίσθημα πνιγμού στον ασθενή και δεν τον αφήνει να ξεκουραστεί και να κοιμηθεί. Ο ασθενής είναι φορέας HIV.</p>	<p>Να ανακουφιστεί ο ασθενής από το δυσάρεστο συναίσθημα του βήχα, για να μπορέσει να ξεκουραστεί και να αναπαυτεί, που τόσο το έχει ανάγκη.</p>	<p>Χορήγηση με ιατρική οδηγία εισπνεόμενων βρογχοδιασταλτικών, τα οποία μειώνουν τον βήχα.</p>	<p>Χορήγηση μέσω νεφελοποιητή εισπνεόμενων βρογχοδιασταλτικών.</p>	<p>Μείωση του βήχα και ανακούφιση του ασθενή από την αναπνευστική δυσλειτουργία και την σωματική ψυχολογική ανησυχία.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ – ΑΝΑΓΚΕΣ ΝΟΣ.ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Απόχρεμψη, η οποία δυσχεραίνει την αναπνευστική λειτουργία, προκαλεί αίτιο ανάπτυξης λοιμώξεων στο κατώτερο αναπνευστικό.</p>	<p>Περιορισμός στην απόχρεμψη με άμεση ανακούφιση της αναπνευστικής λειτουργίας και πρόληψη ανάπτυξης κάποιας λοίμωξης από το κατώτερο αναπνευστικό.</p>	<p>Συχνή και σωστή ενυδάτωση του ασθενή με στόχο την ρευστοποίηση των εκκρίσεων και την εύκολη παροχέτευσή τους.</p> <p>Εκπαίδευση του ασθενή στο να λαμβάνει παροχετευτικές ανατομικές θέσεις για τις εκκρίσεις οι οποίες συγχρόνως διευκολύνουν την αναπνοή.</p>	<p>Peros η ενδοφλέβια ενυδάτωση του ασθενή με ισότονα διαλύματα, τα οποία μειώνουν το ιξώδες των εκκρίσεων και τις κάνουν πιο ρευστές.</p> <p>Με την βοήθεια φυσιοθεραπευτή, εφαρμογή ασκήσεων αναπνευστικής γυμναστικής, η οποία βοηθά στην ευχερή παροχέτευση των εκκρίσεων και διευκολύνουν την αναπνοή.</p>	<p>Μείωση των αυξήσεων εκκρίσεων – περιορισμός του βήχα και ομαλοποίηση της αναπνευστικής λειτουργίας.</p>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12^ο

12.2. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ AIDS

12.1.1. 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 shock και δοκιμάζει έντονο φόβο. Βλέπει στη 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 και να μην παραδέχεται τη διάγνωση, να επιμένει π.χ. ότι έχει πνευμονία. Αισθάνεται ενοχή για τον τρόπο της 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 γι' αυτό μπορεί να αποσυρθεί από κοινωνικές επαφές και δραστηριότητες. Αυτή η απόσυρση πιθανόν να είναι τρόπος αυτο-προστασίας 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 γι' αυτό. Από την ίδια απόρριψη υποφέρει και το άτομο που μολύνθηκε με τον ιό HIV από ενδοφλέβια λήψη ναρκωτικών με μολυσμένες βελόνες.

Ο άρρωστος έχει το αίσθημα της απώλειας των δυνάμεών του, της σωματικής του ακεραιότητας, του ελέγχου του εαυτού του και της αρρώστιας του, της αυτονομίας του, αλλά και της ίδιας 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 κανέναν, 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 της 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 τη αίσθημα της αχρηστίας, της απραξίας και της αναγκαστικής εξόδου στο περιθώριο μειώνει σημαντικά την αυτο-εκτίμηση και το ηθικό του αρρώστου.

Η εργασία γενικώς υποστηρίζει το αίσθημα της αυτο-αξίας. Χωρίς εργασία, ο ενήλικος χάνει την ανεξαρτησία 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 όσων αναφέρθηκαν, προκαλεί στον άρρωστο και έντονη υπαρξιακή αγωνία. Αμείλικτα ερωτήματα τον κατακλύζουν: Γιατί ο πόνος; Γιατί η αρρώστια; Γιατί ο θάνατος; Παλεύει ο άρρωστος για να βρει το νόημα της ζωής και το νόημα του θανάτου. Μπορεί να βγει κανένα καλό από αυτή 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 γι' 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 βγαίνουν αναγεννημένοι πνευματικώς, με ψυχικό σθένος, έτοιμοι να διδάξουν οι ίδιοι στην κοινωνία πώς προλαμβάνεται 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 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, πώς να αναπτυχθεί;

Το ζήτημα είναι πώς μπορεί η νοσηλευτική να συμβάλει στην ψυχική ανασύλωση και στην κοινωνική αποδοχή των αρρώστων αυτών;

12.1.2. ΑΡΧΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ HIV

Γιατροί και λοιπό νοσηλευτικό προσωπικό

Σύμφωνα με τα επιστημονικά δεδομένα που προέκυψαν από στατιστικές μελέτες, ο κίνδυνος μόλυνσης γιατρού ή άλλου ατόμου από τη νοσηλευτική ομάδα είναι της τάξης της 1 μόλυνσης σε 200 περιστατικά και εξαρτάται από πολλές παραμέτρους. Αναφορές εργαζομένων σε υπηρεσίες υγείας που έγιναν θετικοί στον ιό μετά από τρύπημα φανερώνουν ότι δεν επρόκειτο για επιπόλαιο τραύμα.

Παρά ταύτα, μεμονωμένα περιστατικά προκάλεσαν μεγάλη ανησυχία, αν όχι πανικό, στους ιατρικούς κλάδους -ιδιαίτερα ανάμεσα στους χειρουργούς-, σχετικά με τις πραγματικές διαστάσεις του κινδύνου που διατρέχουν κατά την παροχή ιατρικών υπηρεσιών σε φορείς και ασθενείς του AIDS. Τα κρούσματα άρνησης παροχής υπηρεσιών δεν ήταν λίγα. Επί συνόλου 3.000 καταγγελιών στην επιτροπή ατομικών δικαιωμάτων της

πόλης της Νέας Υόρκης, αναφέρεται ότι 27% αφορούσαν άρνηση παροχής ιατρικών υπηρεσιών.

Γεννιέται λοιπόν το ερώτημα κατά πόσον υπάρχει ηθική, δεοντολογική, αλλά και νομική υποχρέωση των γιατρών και του λοιπού νοσηλευτικού προσωπικού να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στα άτομα που έχουν προσβληθεί από τον ιό του AIDS (φορείς και ασθενείς), σεβόμενοι τα ατομικά δικαιώματα των ασθενών αυτών. Ιδιαίτερα, το δικαίωμα σεβασμού της προσωπικότητας και της σωματικής ακεραιότητας καθώς και τον απόρρητο χαρακτήρα των σχετικών ιατρικών πληροφοριών.

Η ηθική υποχρέωση των γιατρών και του λοιπού νοσηλευτικού προσωπικού να νοσηλεύουν ασθενείς και φορείς του AIDS, προκύπτει από τις ανάγκες αυτών των ατόμων και την αντίστοιχη υποχρέωσή τους να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε όλους τους συνανθρώπους τους που πάσχουν από σοβαρές ασθένειες.

Η δεοντολογική υποχρέωσή τους να νοσηλεύουν ασθενείς που έχουν προσβληθεί από το AIDS θα μπορούσε να στηριχθεί στο γεγονός ότι η άσκηση της ιατρικής και νοσηλευτικής αποτελεί παραδοσιακά λειτούργημα και όχι επάγγελμα. Με αυτή την έννοια, έχει σκοπό την προσφορά υπηρεσιών με γνώμονα το συμφέρον του ασθενούς, βασιζόμενη σε αλτρουιστικά αισθήματα, χωρίς βέβαια να φθάνει σε σημεία αυτοθυσίας του γιατρού για χάρη του ασθενούς.

Έτσι, ενώ ιστορικά ποτέ δεν απαιτήθηκε από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές να φθάσουν μέχρι του σημείου να θυσιάσουν για τους ασθενείς τους, διαμορφώθηκαν κάποια επίπεδα αποδεκτού κινδύνου, συνυφασμένα με την ίδια την άσκηση του λειτουργήματος αυτού.

Ίσως, εδώ θα μπορούσε να εντοπισθεί και ένας από τους λόγους που ένα μέρος από τους σημερινούς νοσηλευτές δεν ήταν έτοιμοι να αντιμετωπίσουν το AIDS. Οι σημερινοί γιατροί και νοσηλευτές εκπαιδεύθηκαν και εργάστηκαν στην εποχή των αντιβιοτικών, όπου οι κίνδυνοι μόλυνσης των ίδιων ήταν μηδαμινοί.

Με δεδομένα:

1. τα στατιστικά στοιχεία αναφορικά με τον υφιστάμενο κίνδυνο,
2. τα παγκοσμίως αποδεκτά προφυλακτικά μέτρα που σχεδόν εκμηδενίζουν τους πιθανούς κινδύνους μόλυνσης από τον ιό κατά την παροχή υπηρεσιών,
3. τους ηθικούς και δεοντολογικούς κώδικες καθώς και τις διακηρύξεις παγκόσμιων οργανισμών και ιατρικών συλλόγων που θεωρούν τον κίνδυνο μόλυνσης με τον ιό «αποδεκτό κίνδυνο».

Μπορεί να υποστηριχθεί η άποψη ότι υφίσταται δεοντολογική υποχρέωση των γιατρών και των νοσηλευτών να παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε ασθενείς που έχουν προσβληθεί από AIDS.

Ως προς τις αντίστοιχες νομικές υποχρεώσεις τους, πρέπει να τις διακρίνουμε ανάλογα με το νομικό πλαίσιο, μέσα στο οποίο προσφέρουν τις υπηρεσίες τους.

Ο ελεύθερος επαγγελματίας γιατρός ή ο γιατρός που προσφέρει τις υπηρεσίες του σε ένα ιδιωτικό νοσηλευτικό ίδρυμα έχει κάποια ευχέρεια επιλογής των ασθενών του, συνάπτοντας «ιατρικές συμβάσεις» μόνο με όσους ασθενείς μπορεί να επιθυμεί να νοσηλεύσει. Εάν όμως πρόκειται για ασθενή που ήδη νοσηλεύει, εφόσον δεν επιθυμεί να συνεχίσει ο ίδιος νοσηλευτής να προσφέρει τις υπηρεσίες του, θα πρέπει να φροντίσει να εξασφαλίσει για τον ασθενή του την παροχή υπηρεσιών από άλλο συνάδελφό του, τον οποίο και οφείλει να ενημερώσει για την πορεία του ασθενούς και για τη θεραπεία που ακολουθήθηκε.

Αντίθετα, ο γιατρός ή ο νοσηλευτής που παρέχει τις υπηρεσίες του σε δημόσιο νοσηλευτικό ίδρυμα, δεν έχει δικαίωμα επιλογής των ασθενών του, εκτός από ελάχιστες (εξαιρετικές) περιπτώσεις, στις οποίες οφείλει και πάλι να εξασφαλίσει τη συνέχιση της θεραπείας από άλλο συνάδελφό του.

Πριν όμως αναφερθούμε στις πιθανές εξαιρέσεις, πρέπει να τονιστεί ότι - εφόσον πρόκειται για επείγοντα περιστατικά, όπου κινδυνεύει σοβαρά η υγεία ή η ζωή του ασθενούς- οι γιατροί και οι νοσηλευτές έχουν υποχρέωση να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους, ανεξάρτητα από το νομικό πλαίσιο, μέσα στο οποίο λειτουργούν.

Με βάση τα παραπάνω δεδομένα για τις διαστάσεις του επαγγελματικού κινδύνου, η μόνη ίσως περίπτωση που θα μπορούσε να γίνει ηθικά και νομικά αποδεκτή η άρνηση παροχής υπηρεσιών, ιδιαίτερα παρεμβατικών ιατρικών εγχειρημάτων, είναι η περίπτωση των εγκύων γυναικών, λόγω της υποχρέωσης που φέρουν προς το κυοφορούμενο, το οποίο βεβαίως δεν έχει δώσει τη συγκατάθεσή του ούτε έχει αποδεχθεί τους κινδύνους της ιατρικής.

Επίσης, άρνηση παροχής συγκεκριμένων υπηρεσιών είναι αποδεκτή, εφόσον βασίζεται στο συμφέρον του ίδιου του ασθενούς, εφόσον δηλαδή πρόκειται για ιατρική επέμβαση που πιθανότατα θα εξασθένηση την υγεία του ασθενούς με ελάχιστες πιθανότητες για βελτίωσή της.

Μόνο το γεγονός ότι κάποιος δεν έχει εκπαιδευθεί ειδικά για τη θεραπεία ασθενών με AIDS δεν αποτελεί αποδεκτό λόγο άρνησης, τόσο σε περίπτωση ασυμπτωματικού φορέα όσο και σε περίπτωση ασθενούς με AIDS, που πάσχει από άσχετη με το AIDS αιτία.

Ο γιατρός ή ο νοσηλευτής, που χωρίς νόμιμη αιτία αρνείται την παροχή υπηρεσιών προς ασθενή ή φορέα του AIDS, μπορεί σύμφωνα με τα παραπάνω να υπέχει πειθαρχική, αστική ή ποινική ευθύνη. Πλην όμως, η απειλή για τη δίωξη του γιατρού ή του νοσηλευτή από τα αρμόδια συνδικαλιστικά όργανα, για την απαίτηση αποζημίωσης σύμφωνα με τον αστικό κώδικα ή, τέλος, για τον κολασμό του από τον ποινικό νόμο για βλάβη της υγείας ή της ζωής του ασθενούς κατά την παροχή υπηρεσιών δεν αποτελεί ίσως ικανοποιητικό κίνητρο για την προσφορά ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών προς τα άτομα που έχουν προσβληθεί από τον ιό του AIDS.

Μόνον η σωστή και εκτεταμένη ενημέρωση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού της χώρας, για τις αληθινές διαστάσεις του κινδύνου που διατρέχει και για τη γενικότερη σημασία της προάσπισης των δικαιωμάτων των ατόμων αυτών, μπορεί να φέρει ικανοποιητικά αποτελέσματα.

Η υποχρέωση της πολιτείας να νοσηλεύει και να συνδράμει ασθενείς και φορείς του AIDS

Η υποχρέωση της πολιτείας να προσφέρει στους ασθενείς που έχουν προσβληθεί από το AIDS υπηρεσίες για τη νοσηλεία τους και την υποστήριξή τους γενικότερα προκύπτει από το συνταγματικά κατοχυρωμένο δικαίωμα του σεβασμού της προσωπικότητας και από το δικαίωμα στην περίθαλψη.

Ειδικότερα, το δικαίωμα στην περίθαλψη αναγνωρίζεται από όλα σχεδόν τα σύγχρονα συντάγματα των δυτικών χωρών. Το ελληνικό σύνταγμα του 1975, στο άρθρο 21 παρ. 3, ορίζει ότι «Το κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και λαμβάνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων», δηλαδή ορίζεται σαφώς η θεμελιώδης υποχρέωση του κράτους ή άλλων φορέων του δημόσιου τομέα να παίρνουν τα κατάλληλα μέτρα ή να απέχουν από δραστηριότητες με σκοπό την εξασφάλιση της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας των πολιτών.

Το άρθρο 21 παρ. 3 του Συντάγματος αποτελεί συνταγματική επιταγή προς τον κοινό νομοθέτη για τη χάραξη κοινωνικής πολιτικής και πολιτικής υγείας και για τη λήψη μέτρων για την προστασία της υγείας των πολιτών στο υψηλότερο δυνατό σημείο, ανάλογα με τις επικρατούσες κοινωνικοπολιτικές αντιλήψεις.

Μέσα από αυτό το νομικό πλαίσιο, προκύπτει η υποχρέωση της πολιτείας να λάβει τα κατάλληλα μέτρα για την προστασία της υγείας των ατόμων που έχουν προσβληθεί από το AIDS. Αποτελεί δηλαδή υποχρέωση της πολιτείας να λάβει όλα τα απαραίτητα μέτρα για τη διασφάλιση μέσων και την προσφορά των υπηρεσιών για την αντιμετώπιση της προσβολής από το συγκεκριμένο ιό ή της ασθένειας και την οργάνωση των αντίστοιχων κρατικών υπηρεσιών. Ως τέτοιες υπηρεσίες νοούνται τα κέντρα ελέγχου, όπου θα μπορεί καθένας να ελέγχεται για αντισώματα κατά του ιού, τα δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα όπου φορείς και πάσχοντες θα μπορούν να νοσηλευθούν και, τέλος, τα κέντρα ψυχολογικής υποστήριξης των ατόμων αυτών.

Παράλληλα, και σε συνδυασμό με την υποχρέωση της πολιτείας να σέβεται την προσωπικότητα των πολιτών, προκύπτει η υποχρέωσή της να λαμβάνει μέτρα για την αποτροπή κάθε γεγονότος ή φαινομένου που θα είχε αρνητική επίπτωση στην ψυχική υγεία και την κοινωνική ευεξία των ατόμων αυτών. Υπό αυτή την έννοια, δημιουργείται η υποχρέωση από μέρους της πολιτείας να διασφαλίζει το σεβασμό των δικαιωμάτων των ατόμων αυτών και την αποτροπή κάθε διάκρισης εναντίον τους σε οποιοδήποτε χώρο λόγω της ασθένειάς τους, δηλαδή της προσβολής τους από τον ιό του AIDS. Η υλοποίηση της υποχρέωσης αυτής συνίσταται τόσο στη λήψη νομοθετικών μέτρων (π.χ. ψήφιση ειδικών νόμων για την προάσπιση των δικαιωμάτων των ατόμων που έχουν προσβληθεί από το AIDS στο εργασιακό, σχολικό ή άλλο περιβάλλον, ώστε να περιορισθούν οι δυνατότητες αυθαιρεσίας) όσο και στην κατάρτιση προγραμμάτων για την ενημέρωση συγκεκριμένο νομάδων (π.χ. των γιατρών και του λοιπού νοσηλευτικού προσωπικού), αλλά και του κοινωνικού συνόλου γενικότερα.

Η υποχρέωση της κοινωνίας να συνδράμει τα άτομα που έχουν προσβληθεί από το AIDS

Ως προς την κοινωνία, ως σύνολο, δεν θα μπορούσε βεβαίως να γίνει λόγος για νομική υποχρέωση να συνδράμει και να υποστηρίξει ψυχικά τα άτομα που έχουν προσβληθεί από τον ιό του AIDS.

Η αντίστοιχη ηθική υποχρέωση υφίσταται με βάση τις επικρατούσες ηθικές αξίες και αρχές δικαίου της κοινωνίας μας, ιδιαίτερα με την υποχρέωση βοήθειας, συμπαράστασης και αγάπης προς τον πλησίον.

Πέρα όμως από αυτό, πρέπει να γίνει συνείδηση όλων ότι η συνδρομή των ατόμων αυτών αποτελεί αναγκαιότητα για λόγους καθαρά δημόσιας υγείας. Πρέπει να γίνει αντιληπτό ότι η υποστήριξη των ατόμων αυτών από το κοινωνικό σύνολο και η προάσπιση των ατομικών δικαιωμάτων τους αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχία οποιασδήποτε πολιτικής υγείας, όσον αφορά το AIDS.

Κοινωνικές διακρίσεις κατά των ατόμων που έχουν προσβληθεί από τον ιό ή που θεωρείται ότι πιθανώς έχουν προσβληθεί από τον ιό, δηλαδή κατά των ατόμων που ακολουθούν πρακτικές υψηλού κινδύνου, δεν μπορεί παρά να έχουν αρνητικές επιπτώσεις, αφού απομακρύνουν από τις υπηρεσίες υγείας τα άτομα που τις έχουν περισσότερο ανάγκη από φόβο ότι θα τεθούν στο περιθώριο και θα φέρουν κάποιο στίγμα που θα τους χαρακτηρίζει σε όλες τις κοινωνικές εκδηλώσεις και στην προσπάθειά τους να ζήσουν και να αντιμετωπίσουν το φοβερό αυτό νόσημα.

Το πρόβλημα όμως φαίνεται ότι εξακολουθεί να είναι έντονο στον τομέα της παροχής ιατρικών υπηρεσιών, ιδιαίτερα όσον αφορά τους οίκους περίθαλψης (nursing homes).

Τόσο οι γιατροί και οι νοσηλευτές όσο και η κοινωνία στο σύνολό της πρέπει να συνειδητοποιήσουν ότι, υποβάλλοντας τα άτομα με AIDS σε οποιοδήποτε είδους κοινωνικές διακρίσεις, ακολουθούν πρακτικές υψηλού κινδύνου όσον αφορά την εξάπλωση του ιού και αθετούν υφιστάμενες ηθικές ή νομικές υποχρεώσεις προς τους συνανθρώπους τους. Οι ηθικές αξίες της κοινωνίας μας και οι αρχές δικαίου επιβάλλουν την προάσπιση των ατομικών δικαιωμάτων κάθε πολίτη.

Οι προσπάθειες της πολιτείας για τη συνδρομή των ατόμων που πάσχουν από AIDS και για τη συνεχή ενημέρωση όλων πρέπει να παραμένουν αμείωτες δέκα χρόνια μετά την εμφάνιση της τρομερής αυτής ασθένειας, με κύριο στόχο την προάσπιση των συνταγματικά κατοχυρωμένων δικαιωμάτων των ασθενών με AIDS⁹.

12.1.3. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ AIDS

Η γενικότητα του τίτλου ενδέχεται να οδηγήσει σε παρανοήσεις και γι' αυτό το λόγο είναι απαραίτητο να δοθούν ορισμένες διευκρινίσεις για το περιεχόμενό του. Η πρώτη, το AIDS, είναι και διεθνές και «τοπικό» πρόβλημα και η κατανόησή του προϋποθέτει την ταυτόχρονη θεώρηση στην προοπτική του σχήματος παγκοσμιότητα/ιδιαιτερότητα. Με μια άλλη έκφραση, στον τίτλο υπονοείται η διαπλοκή της ελληνικής κοινωνίας και του

AIDS σε σχέση με τη διεθνή εξέλιξη της επιδημίας. Η δεύτερη, η ανάλυση του συμπλόκου «ελληνική κοινωνία και AIDS» μπορεί να ξεκινήσει από το πρώτο στοιχείο του και να διατυπώσει μερικές υποθέσεις για την ανέλιξη της ελληνικής κοινωνίας και στη συνέχεια να διερευνήσει κατά πόσον και πώς τα κοινωνικο-πολιτικά χαρακτηριστικά της προσδιορίζουν ή καθορίζουν την κοινωνικο-επιδημιολογική κατανομή του AIDS στη χώρα μας. Η τρίτη, η ανάλυση του συμπλόκου, μπορεί να ξεκινήσει από το δεύτερο στοιχείο του, δηλαδή το AIDS, και να το θεωρήσει και ως πεδίο έρευνας και ως «οδό» για να καταγραφούν ιδιοτυπίες της ελληνικής κοινωνίας.

Οι προηγούμενες επισημάνσεις καταδεικνύουν ότι οι πολλαπλές και πολύπλοκες διασυνδέσεις του AIDS και της ελληνικής κοινωνίας θέτουν σοβαρές δυσκολίες για τον τρόπο προσέγγισης και μελέτης τους. Οι δυσκολίες γίνονται πιο σύνθετες, αν ληφθεί υπόψη ότι η κοινωνιολογία της υγείας και ειδικότερα η κοινωνιολογία του AIDS/ΣΕΕΑ δεν ενδιαφέρεται μόνο να συμβάλει στον προσδιορισμό των κοινωνικο-πολιτιστικών παραγόντων που επηρεάζουν τη διάδοση του ιού HIV, αλλά φιλοδοξεί να διερευνήσει τις μεταβολές που προκαλεί η επιδημία σε πολλαπλό επίπεδο της ατομικής και συλλογικής ζωής. Έτσι, η προσέγγιση του ζητήματος «Ελληνική κοινωνία και AIDS» δεν είναι δεδομένη και απαιτείται σημαντική προσπάθεια για τη διαμόρφωση των εργαλείων ανάλυσης.

Μεθοδολογική στρατηγική

Σε πρόσφατη εργασία, καταμετρήθηκαν 50 περίπου εργασίες κοινωνιολογικής έμπνευσης για το πρόβλημα του AIDS στην Ελλάδα. Οι εργασίες αυτές είναι εξαιρετικά ετερογενείς και οι διαφορές τους διακρίνονται τόσο στους ερευνητικούς στόχους και προβληματισμούς τους όσο και στη μεθοδολογία και τις θεωρητικές τους παραδοχές, ώστε είναι εξαιρετικά δύσκολο να γίνει συστηματική σύγκριση ή συνθετική παρουσίαση των κοινωνικών και πολιτιστικών φαινομένων, που σχετίζονται με το AIDS.

Οι προαναφερόμενες ερευνητικές εργασίες που έχουν εκπονηθεί στη χώρα μας επικεντρώνονται στο να καταγράψουν ορισμένες διαστάσεις της

επιδημίας, όπως οι τρόποι με τους οποίους ο γενικός πληθυσμός ή ορισμένοι πληθυσμοί (νέοι, υγειονομικά στελέχη, φοιτητές) βιώνουν και προσλαμβάνουν την απειλή του AIDS, ενημερώνονται για την επιδημία, δρουν ή αλλάζουν τις πρακτικές τους -σεξουαλικές ή μη- σε σχέση με τους κινδύνους που σχετίζονται με τον ιό HIV.

Ένα άλλο σύνολο εργασιών διερευνά πώς οι επιλογές ατόμων και ομάδων, όπως οι ομοφυλόφιλοι, οι πόρνες, τα εξαρτημένα άτομα, συμβάλλουν στη διάδοση του AIDS ή πώς το AIDS έχει επηρεάσει τα πρότυπα συμπεριφοράς τους. Τέλος, μια σειρά εργασιών ενδιαφέρεται να καταδείξει πώς ορισμένες πρακτικές (χρήση ναρκωτικών, σεξουαλικότητα) δημιουργούν ευνοϊκές συνθήκες για την εξάπλωση της επιδημίας.

Με απλουστευτική διάθεση, είναι δυνατόν να λεχθεί ότι ένα μέρος από τις εργασίες αυτές έχουν ως στόχο να δείξουν σε ποιο βαθμό οι προσπάθειες ενημέρωσης του πληθυσμού είχαν και ποιο αποτέλεσμα. Δηλαδή, στοχεύουν να διαπιστώσουν, αν στον πληθυσμό επικρατεί η σωστή πληροφόρηση, η ορθή στάθμιση των κινδύνων, η μη παρανόηση των συνεπειών και η ανεκτική και ψύχραιμη στάση των κοινωνικών ομάδων σε σχέση με το πρόβλημα του AIDS. Το υπόλοιπο μέρος από τις εργασίες έχουν ως στόχο την εκτίμηση των παραγόντων που καθορίζουν τη δυναμική ανέλιξη της νόσου.

Το υλικό από τις προαναφερόμενες έρευνες δεν επαρκεί όμως για την ουσιαστική ανάλυση του δυωνύμου «AIDS και ελληνική κοινωνία», γιατί σειρά προβλημάτων δεν έχουν ακόμη μελετηθεί ή γιατί οι πληροφορίες που έχουν συγκεντρωθεί είναι αποσπασματικές και αμφίβολης ποιότητας.

Για παράδειγμα, δεν έχουν διερευνηθεί πώς η ελληνική οικογένεια αντιμετωπίζει τους φορείς ή τους ασθενείς με AIDS, ποιος είναι ο ρόλος του Τύπου στη διαμόρφωση του διαλόγου για το AIDS στην Ελλάδα, ποιοι οι μηχανισμοί λήψης αποφάσεων σε σχέση με το AIDS, η απειλή του AIDS και οι συνθήκες εργασίας, οι ψυχοσεξουαλικοί παράγοντες του AIDS, τα προβλήματα των νοσηλευτών μπροστά στο θάνατο ασθενών με AIDS, η πρόληψη των κινδύνων από την ελληνική κοινωνία, η ανδρική πορνεία, οι αναθεωρήσεις του «ιδιωτικού» και του «δημόσιου», του «φυσιολογικού» και του «περιθωριακού», της «υπευθυνότητας», του AIDS στις φυλακές. Έτσι, αν

στηριχθεί η ανάλυση του συμπλόκου «AIDS και ελληνική κοινωνία» στις μέχρι σήμερα εργασίες, θα δώσει μερική και στρεβλή εικόνα.

Προτείνεται λοιπόν η ακόλουθη τακτική, για να ξεπερασθεί η δυσκολία: να συγκριθεί η «ελληνική περίπτωση» με άλλες περιπτώσεις και να τονισθούν οι διαφορές τους, έστω και αν δεν υπάρχουν πάντοτε πλήρη και έγκυρα στοιχεία και θα χρησιμοποιηθούν κατά περίπτωση ορισμένες εκτιμήσεις. Δηλαδή, θα παρουσιασθεί το θέμα «AIDS και ελληνική κοινωνία» με συγκριτική προοπτική, αφού ληφθεί υπόψη η εμπειρία σε άλλες σύγχρονες κοινωνίες.

Προς αναζήτηση διαφορών

Με τη στρατηγική της επισήμανσης των διαφορών, δεν καθορίζεται βέβαια και ο χώρος, όπου αυτές ενυπάρχουν. Επίσης, δεν προσφέρεται κάποιο σύνολο κανόνων για το ποιες από αυτές είναι πιο κρίσιμες από επιδημιολογική ή από κοινωνιολογική άποψη. Η αναζήτηση λοιπόν των διαφορών θα γίνει σε διάφορα επίπεδα της κοινωνικής ζωής με επιλεκτικό τρόπο.

Οι λέξεις και οι επιδημίες

Τελικά, τα αρχικά «AIDS» του αγγλικού επιστημονικού όρου της νόσου επεκράτησαν του ΣΕΕΑ ως ονομασία της αρρώστιας. Έτσι, η ελληνική κοινωνία κατονομάζει την αρρώστια με μια ξένη λέξη και αυτό στερεί στους υπεύθυνους της δημόσιας υγείας τη δυνατότητα να στηρίζουν τις εκστρατείες ενημέρωσης για την επιδημία σε λογοπαίγνια, ώστε τα μηνύματα να εκφέρονται με ανάλαφρο και έξυπνο τρόπο και να αναβαθμίζουν με αυτό τον τρόπο το διδακτικό-παιδευτικό τους χαρακτήρα.

Άλλες χώρες, όπως η Γαλλία (SIDA) και η Ισπανία (SIDA), έχουν κρατήσει τα αρχικά της επιστημονικής ονομασίας, αλλά σε αντίστοιχες λέξεις της ομιλούμενης σε κάθε χώρα γλώσσας. Για παράδειγμα στη Γαλλία SIDA

μπορεί να σημαίνει: Savoir (γνωρίζω), Informer (πληροφορώ), Debattre (συζητώ), Analyser (αναλύω), δημιουργώντας έτσι μια πιο θετική συμπαραδήλωση για το ακρωνύμιο «SIDA». Μια τέτοια δυνατότητα στερείται η ελληνική κοινωνία, μια και ο όρος AIDS δεν είναι ελληνικός.

Πέρα από την κοινωνικοπολιτική σημασία του φαινομένου, μια εξήγηση μπορεί να αποδοθεί στο γεγονός ότι η επιδημία μεταφέρθηκε από τα μέσα μαζικής επικοινωνίας, πριν μεταφερθεί ο ιός στην ελληνική κοινωνία: η επιδημία της πληροφόρησης στην αρχή καθόρισε εν μέρει την ανέλιξη της επιδημίας του ιού.

Εκτός «τυπολογίας»;

Πολλοί ερευνητές έχουν επιχειρήσει να μορφοποιήσουν με κοινωνικοπολιτιστικά κριτήρια μια περιοδοποίηση της επιδημίας. Οι περιοδοποιήσεις δεν συμπίπτουν, ωστόσο, είναι δυνατόν να λεχθεί ότι στον ευρωπαϊκό χώρο και στις Η.Π.Α. και στα δέκα χρόνια της επιδημίας το AIDS προκάλεσε την ακόλουθη σειρά κοινωνικών αντιδράσεων: 1981 - 83, ξάφνιασμα, πανικός 1983 - 85, ηθική κρίση γύρω από το ατομικό και συλλογικό, το ιδιωτικό και το δημόσιο και από το ξεπέρασμα κάποιων ορίων στις σεξουαλικές και άλλες πρακτικές 1985 - 87, πολεμική αντιπαράθεση για τις υπεύθυνες ομάδες ή τις υπεύθυνες συμπεριφορές 1988-90, κανονικοποίηση του ζητήματος με τη μετατροπή του σε πρόβλημα διαχείρισης και αντιμετώπισης και από θεσμούς της δημόσιας υγείας και από διάφορες κοινωνικές ενώσεις ή ομάδες. Το σχήμα αυτό δεν παρατηρήθηκε στην ελληνική κοινωνία. και διαφαίνεται μια γρήγορη μετάβαση από τη φάση αμηχανίας και ξαφνιάσματος στη φάση αντιμετώπισης στο πλαίσιο της δημόσιας πολιτικής για την υγεία.

Το γρήγορο πέρασμα δεν επέτρεψε ευρύ κοινωνικό διάλογο, με αποτέλεσμα το θέμα του AIDS να εμφανίζεται και να εξαφανίζεται από την κοινωνική σκηνή σχεδόν με την ίδια ταχύτητα. Οι υποθέσεις που θα μπορούσε να διατυπωθούν εδώ είναι οι ακόλουθες. Ο μικρός αριθμός κρουσμάτων, η κοινωνική υπόσταση των ομοφυλόφιλων και η μη οργανωμένη κοινότητα -απουσία gay culture-, η ανυπαρξία «κοινωνικού

κινήματος» στο όνομα αιώνιων και αμετάβλητων ηθικών αξιών (πουριτανισμός).

Η μη μεσογειακότητα

Ο προσδιορισμός του μεσογειακού χαρακτήρα και για τις δυο όχθες της «λίμνης» αποτελεί αντικείμενο πολλών αναλύσεων. Στην έξαρση αυτή της οριοθέτησης της μεσογειακής πολιτισμικής ταυτότητας, η ελληνική παρουσία θεωρήθηκε θεμελιακή. Η ανάλυση όμως του προβλήματος του AIDS ως κοινωνικο-πολιτιστικού φαινομένου διασπά την υποτιθέμενη ενότητα.

Το γεγονός προκύπτει από πρόσφατα στοιχεία για την επιδημιολογική παρακολούθηση του AIDS. Διαπιστώνεται ότι τα κρούσματα του AIDS ανά 100.000 κατοίκους στις 31.12.1990 ήταν για την Ισπανία 17,88, τη Γαλλία 17,23 και την Ιταλία 13,12, ενώ για την Ελλάδα 3,71. Επιπλέον, η διάδοση του ιού στην Ιταλία και στην Ισπανία γίνεται κυρίως με την ενδοφλέβια χρήση σκληρών ναρκωτικών. Στη Γαλλία, παρατηρούνται τρία πρότυπα διάδοσης, ανάλογα με τη γεωγραφική περιοχή.

Πιο συγκεκριμένα, στις υπερπόντιες περιοχές κυριαρχεί η ετεροφυλοφιλική διάδοση, στη Βόρεια Γαλλία η ομοφυλοφιλική. στη Νότια Γαλλία, η ενδοφλέβια τοξικομανία είναι υπεύθυνη για τη διάδοση του ιού. Η μελέτη των ίδιων στοιχείων δείχνει επίσης ότι ο ταχύτερος ρυθμός εξάπλωσης του ιού παρατηρείται στους ενδοφλέβιους χρήστες ναρκωτικών κατά μήκος της ζώνης που εκτείνεται από την Ισπανία μέχρι τη Γιουγκοσλαβία.

Η ελληνική περίπτωση διακρίνεται από το υψηλό ποσοστό ομοφυλόφιλων και ετεροφυλόφιλων και το χαμηλό ποσοστό εξαρτημένων ατόμων: δηλαδή, αποτελεί «εξαίρεση» για τη βόρεια όχθη της Μεσογείου. Αν ληφθεί υπόψη ότι στην ίδια γεωγραφική περιοχή, από την Ισπανία μέχρι τη Γιουγκοσλαβία, παρατηρείται η ανάπτυξη μιας σύγχρονης βιομηχανίας με τη συνακόλουθη οικονομική ανάπτυξη, γεγονός που δεν ισχύει για τη χώρα μας είναι δυνατόν να λεχθεί ότι η κοινωνικο-πολιτική διαφορά αποτυπώνεται στην

κοινωνικο-επιδημιολογική κατανομή, ανατρέποντας έτσι την παραδοχή της πολιτιστικής ομοιογένειας στη Μεσόγειο.

Η νόσος-μεταρρυθμιστής

Το AIDS χαρακτηρίστηκε ως «νεωτερική αρρώστια» (modern disease) γιατί συνδέθηκε με τη μετακίνηση των ατόμων, με την αναζήτηση πέρα από τα όρια των κανόνων συμπεριφοράς, με την ανατροπή των σταθερότυπων (patterns) σκέψης και δράσης και με πίεση για μεταβολές στα συστήματα υγείας. Έτσι, στα δέκα χρόνια της ιστορίας του ιού, παρατηρούνται σημαντικές μεταβολές, τόσο στο επίπεδο των κοινωνικών κανόνων και θεσμών όσο και στο επίπεδο ατομικών ή συλλογικών πρακτικών. Ιδιαίτερα στο χώρο των θεσμών με νέες μονάδες (ερευνητικά κέντρα, οργανώσεις αγωγής υγείας, νέα συστήματα περίθαλψης), στο χώρο της κοινωνικής δράσης και αλληλεγγύης (ομοφυλοφιλική αλληλεγγύη, πρωτοβουλίες της εκκλησίας, κίνηση Aparts στη Γαλλία).

Στο χώρο της πολιτικής, το AIDS συνέβαλε στην αναγέννηση της δημόσιας υγείας και επίσης στο να γίνει αποδεκτό ότι η χάραξη πολιτικής δεν μπορεί να είναι μονόδρομη από «πάνω προς τα κάτω», αλλά αμφίδρομη, στο βαθμό που απαιτείται κινητοποίηση όχι μόνο των υπηρεσιών, αλλά πολλών και διαφορετικών κοινωνικών ομάδων ή εταίρων. Το προηγούμενο σχήμα ισχύει και για τη χώρα μας;

Ένας πρώτος υπολογισμός θα ήταν μάλλον ισχνός καθώς πέρα από το «κλασικό» σχήμα -πολυμελής ομάδα χωρίς προϋπολογισμό και δυνατότητα ουσιαστικής παρέμβασης- της Εθνικής Επιτροπής και του δικτύου των κέντρων ελέγχου του AIDS κανένας άλλος νέος και σύγχρονος θεσμός δημόσιας υγείας δεν αναδύθηκε ούτε η κοινωνική αλληλεγγύη βρήκε καινούργιους τρόπους για να εκδηλωθεί. Μόλις πρόσφατα, άρχισαν να οργανώνονται σε ομάδες οι φορείς και οι άρρωστοι από AIDS.

Σε αυτό το πνεύμα, είναι δυνατόν να ισχυρισθούμε ότι το AIDS στην Ελλάδα δεν έχει δείξει ακόμη όλο το μεταρρυθμιστικό δυναμικό του, σε σύγκριση βέβαια με άλλες χώρες της Ευρώπης. Ο μικρός ακόμη αριθμός

φορέων και αρρώστων αποτελεί μια πρώτη αιτία, αλλά είναι νωρίς από επιδημιολογική άποψη -αλλά και από ερευνητική-, για να διατυπωθούν έγκυρες υποθέσεις γι' αυτή τη διαφοροποίηση της ελληνικής κοινωνίας.

Επιστημονικές ανακατατάξεις

«Το AIDS δεν ανήκει σε κανέναν». Αυτή η γνωστή έκφραση υπονοεί ότι το AIDS και ως γνωστικό αντικείμενο δεν είναι ιδιοκτησία κάποιας επιστημονικής περιοχής. Πολλές επιστήμες προσπαθούν να αναπτύξουν την προβληματική τους και τις μεθοδολογίες τους, προκειμένου να μελετήσουν ορισμένες πτυχές του σύνθετου προβλήματος του AIDS. Είναι σαφές ότι με την ανέλιξη της επιδημίας δημιουργούνται ιεραρχίες και προτεραιότητες στο χώρο της έρευνας και οπωσδήποτε ορισμένα επιστημονικά ερωτήματα αποκτούν κρίσιμη σημασία για την αντιμετώπιση της νόσου.

Με μια άλλη έκφραση, διαμορφώνεται κάθε φορά ένα μέτωπο γνώσης, που δημιουργεί με τη σειρά του ατμόσφαιρα ανταγωνισμού ανάμεσα στις επιστήμες (και ακόμη στους επιμέρους τομείς μιας και μόνης επιστήμης), ανάμεσα σε ερευνητικές ομάδες και ερευνητικά κέντρα. Η ατμόσφαιρα αυτή αποτελεί στοιχείο της επιστημονικής πρακτικής και οι συγκρούσεις φέρνουν νέα προβλήματα και νέες προκλήσεις.

Σήμερα, η επιδημιολογία της νόσου έχει προχωρήσει ικανοποιητικά, έχουν συσσωρευτεί αρκετές γνώσεις για τη βιολογική υπόσταση του ιού. Ωστόσο, πρέπει να μελετηθεί επείγοντως η ζωή του ιού μέσα στον οργανισμό καθώς και οι κοινωνικοπολιτιστικές συνθήκες που καθορίζουν τη διάδοσή του. Στις Η.Π.Α. και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, η ερευνητική προσπάθεια οργανώθηκε και χρηματοδοτήθηκε κατά προτεραιότητα και το προαναφερόμενο σχήμα δημιούργησε έναν ερευνητικό ορίζοντα και έναν επιστημονικό διάλογο εξαιρετικά γόνιμο.

Στη χώρα μας, παρόμοια ερευνητική πολιτική δεν διατυπώθηκε με σαφήνεια και συνέπεια και το «αντικείμενο» AIDS δεν προσεγγίσθηκε βάσει σαφώς ερευνητικής στρατηγικής, με αποτέλεσμα να μην εκδηλωθούν

σοβαρές επιστημονικές και επιστημολογικές ανακατατάξεις, ώστε και οι επιστήμονες να βρεθούν σε μια νέα συνάρθρωση.

Ειδικά για τις κοινωνικές επιστήμες, το AIDS αποτέλεσε έναυσμα, για να δείξουν την εμβέλειά τους, καθώς προσπαθούν χωρίς ισχυρή παράδοση να φωτίσουν τις κοινωνικές και πολιτιστικές διαστάσεις του AIDS, αλλά και των άλλων ασθενειών και βέβαια της υγείας.

Προκαταρκτικά συμπεράσματα

«Θα ήταν ιδανικό να πέθαινα από έρωτα, όχι όμως από AIDS. Το θέμα Στα χρόνια του AIDS δεν θα με ενδιέφερε ποτέ, γιατί το AIDS είναι λοιμός, ιδιαίτερα συνδεδεμένος με τη συμπεριφορά του καθενός. Δεν είναι όπως η χολέρα ή άλλοι λοιμοί που είναι κίνδυνοι αήττητοι, αστάθμητοι, που μπορούν να αιφνιδιάσουν κάποιον ακόμη κι αν σαλέψει μέσα στο σπίτι του, όπως γίνεται στο παραμύθι του κόκκινου θανάτου, όταν η πανούκλα βρίσκει τον πρίγκιπα στο σπίτι του, ενώ γιορτάζει το καρναβάλι. Ακριβώς αυτή η σχεδόν μεταφυσική διάσταση της πανούκλας είναι που με ενδιαφέρει».

Το AIDS είναι μεταφυσικά φτωχή απειλή για τον Γκαμπριέλ Γκαρθία Μαρκές ωστόσο, στα δέκα χρόνια παρουσίας του, η παραγωγή γνώσης και συμβάντων αντιστοιχούν σε αιώνες για άλλες επιδημίες. Πάντως, είναι εξαιρετικά δύσκολο να λεχθεί, αν είμαστε στην αρχή του τέλους ή στο τέλος της αρχής της επιδημίας γι' αυτό, κάθε προσέγγιση στο ζήτημα «AIDS και ελληνική κοινωνία» κινδυνεύει να αποδειχθεί ανεπαρκής και περιορισμένη.

Η ιχνηλασία που επιχειρήσαμε σε μια συγκριτική προοπτική έδειξε ότι το AIDS εξαπλώνεται στο σώμα της ελληνικής κοινωνίας με ιδιαίτερο τρόπο, καθώς επισημάναμε διαφορές σε διάφορα επίπεδα της ατομικής και της συλλογικής ζωής. Οι επισημάνσεις αυτές παρουσιάζονται περισσότερο ως υποθέσεις εργασίας και όχι ως οριστικές διαπιστώσεις. Για να θεμελιωθούν και να τεκμηριωθούν με πληρότητα οι προηγούμενες υποθέσεις απαιτείται σημαντική ερευνητική προσπάθεια. Ειδικότερα για τις κοινωνικές και τις πολιτισμικές διαστάσεις του AIDS, απαιτούνται νέα προγράμματα, ώστε η

γενική διατύπωση, ότι το «AIDS είναι πριν απ' όλα ένα κοινωνικό φαινόμενο», να αποκτήσει συγκεκριμένο περιεχόμενο.

12.1.4. AIDS ΚΑΙ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ. ΠΕΝΤΕ ΧΡΟΝΙΑ ΜΕΤΑ

Η γνώση ότι ο ρετροϊός HIV-1 μεταδίδεται, εκτός από τους άλλους τρόπους, και με μετάγγιση αίματος και παραγώγων του, έχει επιβάλλει την αυστηρή τήρηση μέτρων ασφαλείας που έχουν προταθεί από αρμόδιους διεθνείς οργανισμούς. Τα μέτρα αυτά περιλαμβάνουν τρεις βασικές στρατηγικές (Πίν. 12.1.).

1. Την επιλογή αιμοδοτών με το μικρότερο δυνατό κίνδυνο λοίμωξης από HIV.
2. Τον υποχρεωτικό εργαστηριακό έλεγχο του αίματος των αιμοδοτών για αντίσωμα προς τον HIV.
3. Την επεξεργασία του αίματος και των παραγώγων του πλάσματος με παστερίωση ή χημικούς τρόπους που αδρανοποιούν ή καταστρέφουν τον HIV.

Ειδικότερα, οι συστάσεις για απόκτηση εθνικής επάρκειας αίματος και παραγώγων του με βάση την εθελοντική προσφορά, οι οδηγίες για τον αποκλεισμό από την αιμοδοσία ατόμων που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου και η ευρεία ενημέρωση του κοινού για το AIDS περιόρισαν σημαντικά τον κίνδυνο μετάδοσης του HIV-1 με τη μετάγγιση αίματος.

Παρ' όλα αυτά, το κοινό που στα προηγούμενα χρόνια είχε δείξει μια τάση συγκράτησης της αιμοδοτικής του προσφοράς, ακόμα και σήμερα εξακολουθεί να ανησυχεί για την ασφάλεια της μετάγγισης αίματος ως προς τη μετάδοση του HIV, ενώ η διαγνωστική αξία των διαθέσιμων μεθόδων για την ανίχνευση της μόλυνσης δεν είναι απόλυτη.

Πίνακας 12.1. Μέτρα για την ασφάλεια της μετάγγισης αίματος και παραγώγων ως προς τον HIV-1 (Συστάσεις διεθνών οργανισμών που υιοθετήθηκαν από το Ελληνικό Υπουργείο Υγείας - Πρόνοιας)

1. Ανάπτυξη εθελοντικής μη αμειβόμενης αιμοδοσίας σε εθνικό επίπεδο. Κώδικας ηθικών αρχών LRCS 1980, Συμβούλιο Ευρώπης No R (83) 8
2. Επιλογή αιμοδότη και, με διακριτικό τρόπο, αποκλεισμός ατόμων που ανήκουν σε ομάδες ή έχουν συμπεριφορά υψηλού κινδύνου. CDC, 1983, FDA 1983, Συμβούλιο Ευρώπης No R (83), Ελληνικό Υπουργείο Υγείας - Πρόνοιας (Α8Α/1462/34 Οικ. 1/29.7.83)
3. Υποχρεωτικός έλεγχος αίματος για το αντίσωμα προς τον HIV-1. ISBT Οκτώβριος 1985, Συμβούλιο Ευρώπης No R (85), Ελληνικό Υπουργείο Υγείας - Πρόνοιας 1266/Οικ. 23/26.7.85 και 1380/Οικ. 37/9.8.85
4. Εφαρμογή μεθόδων αποστείρωσης των παραγώγων πλάσματος. Άλλοι τρόποι: Αυτόλογη μετάγγιση και κατευθυνόμενη αιμοδοσία

Επιπλέον, η αναγνώριση άλλων -πλην του HIV-1- παθογόνων ρετροϊών, όπως οι HTLV-1, HTLV-II και HIV-2, που επίσης μεταδίδονται με μετάγγιση αίματος και παραγώγων του, θέτει σημαντικά ερωτήματα επιδημιολογικής και κλινικής σημασίας.

Ένα από τα καθήκοντα των υπηρεσιών αιμοδοσίας είναι η συμβολή στην παρακολούθηση των οροθετικών ατόμων και η αναζήτηση της πηγής μόλυνσης και ο προσδιορισμός του εύρους διασποράς της.

Ο αναδρομικός και προοπτικός έλεγχος της επιδημιολογικής και ορολογικής διαδρομής της λοίμωξης από HIV παρουσιάζει, πέρα από τα πρακτικά προβλήματα, διαγνωστικές δυσκολίες, εξαιτίας διαφορών τόσο στη μολυσματικότητα του δότη όσο και στην ευαισθησία του αιμολήπτη στη λοίμωξη.

Προσδιορισμός του εύρους διασποράς δεν γίνεται σε πολλές χώρες και στη δική μας σπάνια. Από σχετική έρευνα της ISBT, που διενεργήθηκε μέχρι το τέλος του 1989 σε 31 χώρες, μόνο 18 εκτελούσαν αναδρομικό και προοπτικό έλεγχο αιμοδοτών, ενώ αναφορικά με το πρόγραμμα αυτοαποκλεισμού από την αιμοδοσία ατόμων που ανήκουν στις ομάδες κινδύνου ή έχουν συμπεριφορά κινδύνου, σημειώνονται διαφορές τόσο ως προς τη μεθοδολογία όσο και ως προς την αξιολόγηση των τρόπων εφαρμογής της μεταξύ των χωρών ή ακόμα και μεταξύ υπηρεσιών αιμοδοσίας της ίδιας χώρας.

Κλασματοποίηση αίματος και μετάδοση του AIDS

Προϊόντα αίματος προερχόμενα από μεμονωμένους αιμοδότες (συμπυκνωμένα ερυθροκύτταρα, αιμοπεταλιακά σκευάσματα και πρόσφατα καταψυγμένο πλάσμα) έχουν ενοχοποιηθεί για μετάδοση του HIV-1.

Κρούσματα AIDS έχουν, επίσης, σχετισθεί με τη χορήγηση προϊόντων πλάσματος εμπορικής προέλευσης, που προέρχονται κατά κύριο λόγο από δεξαμενές πλάσματος πολυάριθμων αιμοδοτών (Πίν. 12.2.).

Τα παράγωγα αυτά διαχωρίζονται με τη μέθοδο κλασματοποίησης κατά Cohn, με ψυχρή υγρή αιθανόλη που αδρανοποιεί τον HIV-1. Ο βαθμός αδρανοποίησης του HIV-1 εξαρτάται τόσο από τη θερμοκρασία όσο και από τη συγκέντρωση της αιθανόλης κατά τη διάρκειά της.

Παράγωγα, όπως η λευκωματίνη και η ανοσοσφαιρίνη, είναι ασφαλή ως προς τη μετάδοση του HIV, επειδή χρησιμοποιείται για την παρασκευή τους υψηλή συγκέντρωση αιθανόλης και μετέπειτα παστερίωση του κλάσματος Cohn V (λευκωματίνη), ενώ το κλάσμα II (υπεράνοση γ-σφαιρίνη), από το οποίο προέρχεται το εμβόλιο κατά της ηπατίτιδας B, φαίνεται επίσης ασφαλές.

Σχετικά με την αποστείρωση του ψυχρού αδιάλυτου συμπυκνωμένου παράγοντα VIII και του κλάσματος Cohn I (σύμπλεγμα παράγοντα IX), η καταστροφή ή η αδρανοποίηση του HIV-1 επιτυγχάνεται με διάφορους

τρόπους, όπως η θέρμανση του ξηρού λυόφιλου προϊόντος σε 68°C επί 72 ώρες ή η επεξεργασία του με β-προπιολακτόνη, διαλύτες λιποειδών κ.λπ.

Πίνακας 12.2. Μετάδοση του HIV με μετάγγιση αίματος και παραγώγων πλάσματος

ΝΑΙ*	ΟΧΙ**
Πλήρες αίμα	Συμπυκνωμένος παράγοντας VIII***
Συμπυκνωμένα ερυθροκύτταρα	Συμπυκνωμένος παράγοντας IX***
Πλυμένα ερυθροκύτταρα	Λευκωματίνη
Πρόσφατα καταψυγμένο πλάσμα	γ-σφαιρίνη
Αιμοπεταλιακά σκευάσματα	Ανοσοσφαιρίνη
Κρυσθιζήμα	Αντιδραστήρια, οροί
Ινωδογόνο	Εμβόλιο ηπατίτιδας Ανοσοσφαιρίνη CMV Ανοσοσφαιρίνη - varicella zoster

* Τα προϊόντα που προέρχονται από μεμονωμένους αιμοδότες μπορεί να μεταδώσουν τον HIV.

** Τα προϊόντα του πλάσματος που προέρχονται από δεξαμενές πλάσματος δεν μεταδίδουν τον HIV, εφόσον «αποστειρώνονται».

*** Μετά από θέρμανση ή κατεργασία με β-προπιολακτόνη.

Συχνότητα λοίμωξης με HIV-1 και κρούσματα AIDS μετά από μετάγγιση αίματος και παραγώγων του

Από επιδημιολογικά δεδομένα του που, σημειώνεται ότι μέχρι σήμερα στα παιδιά ηλικίας 13 ετών η μετάγγιση αίματος και παραγώγων του αποτελεί αιτιολογικό παράγοντα για 3-19% των περιπτώσεων AIDS. Από τα παιδιά αυτά, 20% πέθαναν.

Από παλαιότερα δεδομένα (μέχρι και το 1985) του Π.Ο.Υ., η συχνότητα των κρουσμάτων AIDS μετά από μετάγγιση, τόσο στους ενήλικες

όσο και στα παιδιά, ήταν ανάλογη με τον αριθμό των μεταγγίσεων, ενώ ο χρόνος εμφάνισης κλινικών συμπτωμάτων της νόσου μετά την υπολογιζόμενη μετάγγιση με μολυσμένο αίμα ήταν μικρότερος στα παιδιά (μέσος όρος 21 μήνες) από ό,τι στους ενήλικες (μέσος όρος 31 μήνες).

Η συχνότητα, τόσο της μόλυνσης στους οροθετικούς ασυμπτωματικούς αιμορροφιλικούς όσο και των κρουσμάτων AIDS, ήταν ανάλογη με το βαθμό μόλυνσης των αιμοδοτών, τη σοβαρότητα της διαταραχής πήξης, τη δόση, το είδος, την προέλευση και τον τρόπο παρασκευής των αντιαιμορροφιλικών παραγόντων.

Μεταξύ των περιοχών με τη μεγαλύτερη συχνότητα μόλυνσης με HIV-1, η Αφρική εξακολουθεί να έχει εξέχουσα θέση. Η αναλογία αντισωμάτων έναντι του HIV-1 στους αιμοδότες της περιοχής αυτής είναι 4,5%, ενώ στις άλλες ηπείρους το αντίστοιχο ποσοστό υπολογίζεται ότι είναι κατά μέσον όρο πολύ χαμηλότερο. Στις Η.Π.Α. και σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες, η αναλογία κυμαίνεται μεταξύ 0,1% και 0,002%.

Σήμερα, πέντε χρόνια μετά την υποχρεωτική εφαρμογή του ελέγχου του μεταγγιζόμενου αίματος και των παραγώγων του για αντισώματα κατά του HIV-1, στην Ελλάδα και στις περισσότερες χώρες σημειώνεται σταδιακή μείωση της συχνότητας των οροθετικών αιμοδοτών, γεγονός που αποδίδεται στην επιτυχία της στρατηγικής του αποκλεισμού ατόμων με συμπεριφορά υψηλού κινδύνου και στην υπερίσχυση της εθελοντικής έναντι της αμειβόμενης αιμοδοσίας.

Από το 1984 μέχρι σήμερα, έχουν δηλωθεί στη χώρα μας συνολικά 445 περιπτώσεις ασθενών με AIDS. Από αυτούς, 14,8% αποδίδονται σε μετάγγιση αίματος και 19,1% σε χορήγηση αντιαιμορροφιλικών προϊόντων (Πίν. 12.3.).

Πίνακας 12.3. Χρονολογική εμφάνιση κρουσμάτων AIDS στην Ελλάδα, που αποδίδονται στη μετάγγιση αίματος και παραγώγων

Χρόνος διάγνωσης	Μετά την μετάγγιση αίματος		Μετά από χορήγηση αντιαιμορροφιλικών προϊόντων		Σύνολο όλων των κατηγοριών	
	Αριθ.	%	Αριθ.	%	Αριθ.	%
Πριν από το 1984	0	0	0	0	2	100
Ιούλιος - Δεκέμβριος 1984	0	0	1	25	4	100
Ιούλιος - Δεκέμβριος 1985	0	0	0	0	7	100
1986	0	0	0	0	22	100
1987	7	13	14	26,4	53	100
Έως 30.9.88	5	7,9	4	6,3	63	100
Έως τέλος 1989	22	8,1	27	9,9	107	100
Έως 24.2.91	32	7,2	39	8	187	100
Σωρευτικά σύνολα	66	14,8	85	19,1	445	100

Ο Πίνακας 12.4. πεικονίζει τη συχνότητα του αντισώματος κατά του HIV-I σε ελληνικό αιμοδοτικό πληθυσμό. Τα στοιχεία αυτά έχουν προκύψει από ευρεία συνεργατική μελέτη κέντρων και σταθμών αιμοδοσίας (αδημοσίευτα στοιχεία).

Είναι φανερό ότι αργά, αλλά σταθερά, μειώνεται ο αριθμός των υποψήφιων αιμοδοτών οροθετικών στο αντίσωμα αντι-HIV-1.

Πίνακας 12.4. Συνεργατική μελέτη κέντρων και σταθμών αιμοδοσίας.
Συχνότητα αντι-HIV-1 σε αιμοδοτικό πληθυσμό

Χρόνος	Αριθμός αιμοδοτών	Αριθμός φορέων	%
1985	42.282	5	0,001
1986	107.155	21	0,02
1987	98.765	25	0,026
1988	105.937	22	0,02
1989	112.557	21	0,018
1990	125.487	20	0,015
Σύνολο	592.183	114	0,019

Προβλήματα εργαστηριακού ελέγχου των αντισωμάτων έναντι του HIV-1

Από την αρχή της εφαρμογής της ανοσοενζυμικής μεθόδου (ELISA) διαπιστώθηκε η σημαντική ευαισθησία και ειδικότητα της μεθόδου. Τα αποτελέσματα, όμως, του ελέγχου δεν είναι απολύτως ακριβή και ενέχουν κινδύνους ψευδώς θετικής ή ψευδώς αρνητικής ερμηνείας. Ψευδώς θετικά θεωρούνται τα αποτελέσματα ανίχνευσης αντισωμάτων που οφείλονται σε άλλους, εκτός του HIV-1, παράγοντες ή σε λοίμωξη με άλλο ιό παρόμοιας αντιγονικότητας. Ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα μπορεί να προκύψουν στις περιπτώσεις ατόμων που εξετάστηκαν για την παρουσία αντι-HIV-1 αντισωμάτων στο πρώιμο στάδιο της λοίμωξης με τον ιό, πριν από την ανάπτυξη αντισωμάτων.

Ο Πίνακας 12.5. δείχνει τους τύπους των διαγνωστικών ορολογικών δοκιμασιών που χρησιμοποιούνται σε 100 πρωτοβάθμια εργαστήρια ελέγχου του AIDS από οκτώ χώρες της Δυτικής Ευρώπης. Τα στοιχεία αυτά προέρχονται από συνεργατική μελέτη που διενεργήθηκε το 1990, σχετικά με τα εργαστηριακά δεδομένα της λοίμωξης από HIV από το Κεντρικό

Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας του Colindale της Βρετανίας (Α.Α. Glynn, αδημοσίευτα στοιχεία). Από την ίδια μελέτη (Πίνακας 12.6.), που αναφέρεται στις στρατηγικές επιβεβαιωτικού ελέγχου 67 εργαστηρίων αναφοράς, σημειώνεται σχετική ομοιογένεια ως προς τον τύπο των αρχικών διαγνωστικών δοκιμασιών (ELISA) και των μεθόδων επιβεβαίωσης (συνήθως πρόκειται για ανοσοενζυμική μέθοδο ή Western Blot ή και για τις δύο).

Πίνακας 12.5. Τύποι διαγνωστικών ορολογικών δοκιμασιών για τη λοίμωξη HIV-1 100 πρωτοβάθμιων εργαστηρίων της Δυτικής Ευρώπης

Δοκιμασία	Αριθμός εργαστηρίων
Abbott Recombinant	50
Abbott Envacore	8
Wellcozyme Recombinant	32
Pasteur Elabia	22
Pasteur LavBlot	3
Pasteur Peptilav	3
Organon Vironostika	15
Behring Ezygnost	12
Άλλες (με βάση την ELISA)	34
Fujirebo Serodia	13
Western Blot	8
Άλλες	13
Σύνολο	213

Πίνακας 12.6. Επιβεβαιωτικός έλεγχος αντι-HIV-1 σε 67 εργαστήρια της Δυτικής Ευρώπης

	Στρατηγική	Αριθμός εργαστηρίων
Επανάληψη αρχικής δοκιμασίας (EIA)	- - + - + + +	42
Άλλες δοκιμασίες με βάση την EIA	- - + + - + +	42
Ανοσοφθορισμός	- + - - - + + +	20
Western Blot	+ + + + + + + -	64
Αριθμός εργαστηρίων	4 2 14 1 28 5 10 3	67

Σχετικά με το χρόνο επώασης, από τη μετάγγιση μολυσμένου αίματος μέχρι την εκδήλωση κλινικών συμπτωμάτων} τα διεθνή δεδομένα δείχνουν ότι ποικίλλει σημαντικά. Πρόσφατες έρευνες σε ανοσοκατασταλμένους ομοφυλόφιλους και αιμορροφιλικούς ασυμπτωματικούς φορείς του HIV-1 υποδεικνύουν την ύπαρξη τουλάχιστον τεσσάρων εργαστηριακών δεικτών, που μπορεί να προδιαγράψουν την πορεία προς την κλινική εμφάνιση του AIDS. Πρόκειται για τον αριθμό των CD4 βοηθητικών T λεμφοκυττάρων, την παρουσία του κλάσματος p24 του πυρήνα του HIV, την αυξημένη συγκέντρωση β2-μικροσφαιρίνης και την πυκνότητα νεοπτερίνης στα ούρα.

Η λοίμωξη με CMV (κυτταρομεγαλοϊό) έχει επίσης ενοχοποιηθεί για επιτάχυνση της εμφάνισης κλινικών και ανοσιακών συμπτωμάτων AIDS σε οροθετικούς ασυμπτωματικούς φορείς.

Η ορολογικώς «σιωπηλή» περίοδος, ο χρόνος δηλαδή από την εισβολή του μολυσματικού παράγοντα HIV-1 στον οργανισμό ενός ατόμου μέχρι την εργαστηριακή διάγνωση της λοίμωξης, την ανίχνευση δηλαδή αντισωμάτων κατά του ιού, πιστεύεται ότι έχει εύρος από μερικές εβδομάδες μέχρι δύο χρόνια.

Δεν είναι λοιπόν πάντοτε εύκολο να διαπιστώνεται πόσοι αιμοδότες μολυσμένοι με τον ιό HIV-1 μπορεί να διαφύγουν από τον εργαστηριακό έλεγχο με τις τρέχουσες τεχνικές. Γι' αυτό, η σωστή επιλογή αιμοδοτών και η

σωστή χρήση του αίματος, όπου και όταν χρειάζεται, καθώς και η προαγωγή εναλλακτικών μεθόδων στη μεταγγισιοθεραπεία (αιματινίνες κ.λπ.), συνιστούν πολύ σημαντικούς επιβοηθητικούς παράγοντες.

Σε κάθε περίπτωση, οι υπηρεσίες αιμοδοσίας μπορούν να βεβαιώνουν τα άτομα που πρόκειται να μεταγγισθούν, ότι δεν υπάρχει κίνδυνος να κολλήσει κάποιος AIDS εξαιτίας της μετάγγισης.

Αυτό το μήνυμα πρέπει να γίνεται κατανοητό από το κοινό και για το σκοπό αυτόν πρέπει να εργάζεται η υπηρεσία αιμοδοσίας, εδραιώνοντας τα αισθήματα εμπιστοσύνης των αιμοδοτών προς αυτή¹⁰.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η εμπειρία μας σε εργασιακό και σε ερευνητικό επίπεδο ανέδειξε μια σειρά παρατηρήσεων που αφορούν το νοσηλευτικό έργο ασθενή που πάσχει από HIV, το οποίο το περικλείουμε με τη μορφή προτάσεων παρακάτω:

1. Το HIV λόγω της χρονιότητας, της αδυναμίας οριστικής θεραπείας και του ιδιαίτερου με κοινωνικές προεκτάσεις τρόπου μετάδοσης πρέπει να αντιμετωπίζεται συνολικά στο στάδιο της πρόληψης με κύριο γνώμονα το στοιχείο της ενημέρωσης.
2. Η νοσηλευτική προσέγγιση του ασθενή με HIV περιλαμβάνει δισδιάστατη διαχείριση των προβλημάτων του ασθενή τόσο σε οργανικό επίπεδο όσο και άλλο τόσο σε ψυχολογικό.
3. Σημαντικό κομμάτι στη Νοσηλευτική διαχείριση του ασθενή με HIV είναι τα μέτρα προστασίας μεταξύ του προσωπικού, το οποίο προσφέρει τις υπηρεσίες υγείας στους ασθενείς αυτούς.
4. Κομμάτι του προσφερόμενου νοσηλευτικού έργου είναι η σωστή ενημέρωση του πάσχοντος ως προς το μοντέλο.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Συμπερασματικά, η Νοσηλευτική προσέγγιση σε ασθενή, ο οποίος πάσχει από HIV είναι μια πολυσύνθετη, με αρκετές ιδιαιτερότητες, επίμονη διαδικασία στην οποία, λόγω της χρονιότητας, η θεραπευτική αντιμετώπιση στο μεγαλύτερο της μέρος στηρίζεται σε στρατηγικές που αφορούν την πρόληψη. Ακριβώς επειδή η συμπτωματολογία της νόσου κατά τη χρονική στιγμή της εκδήλωσής της είναι μεγάλη και περιλαμβάνει μεγάλο κομμάτι της κλινικής Παθολογίας, οι Νοσηλευτικές τεχνικές που επιστρατεύονται αφορούν την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων που κάθε φορά εκδηλώνονται.

Σήμερα η Παγκόσμια Επιστημονική Κοινότητα έχει ρίξει το βάρος της στην πρόληψη της νόσου έχοντας ως στόχο τον περιορισμό της μετάδοσής της και κατά συνέπεια, τη μείωση των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας που αντανakλούν ένα μεγάλο κοινωνικό κόστος, που σχετίζονται με τα επιμέρους συμπτώματα της νόσου.

Εν κατακλείδι, η θέση της Νοσηλευτικής στη θεραπεία της νόσου είναι η πρόληψη και η ψυχοσωματική φροντίδα των ασθενών οι οποίοι πάσχουν.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Harrison, Εσωτερική Παθολογία, 12^η έκδοση, τόμος 2^{ος}, Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Παρισιάνος, Αθήνα 1994.
2. Παπαευαγγελίου Γιώργος, Θεσσαλονίκη 1988.
3. Κοκκέβη Α., Αλεβίζου Σ., Αρβανίτης Ι., Λιάππας Ι., Στεφανάκης Κ., AIDS και τοξικομανία. Η συμπεριφορά και οι στάσεις στη μετάδοση της λοίμωξης, Ιατρική 1990.
4. Έγχρωμος ΑΤΛΑΣ του AIDS.
5. 3^ο Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS.
6. Λάσκαρης Γ., Αγρογιάννης Β., Τριχωρή λευκοπλακία σε ασθενή με ταυτόχρονη ανοσοκαταστολή λόγω μεταμόσχευσης νεφρού και λοίμωξης από HIV, Ελλ. Στομ. Χρονικά 1990.
7. Harrison, Εσωτερική Παθολογία, 14^η έκδοση, τόμος 2^{ος}, Αθήνα 2001.
8. Παπαευαγγελίου Γ. Καλλίνικος, AIDS: Διεθνή Επιστημονικά Δεδομένα, Ελληνική Εμπειρία, Λίτσας, Αθήνα 1986.
9. Ραγιά Α., Ψυχιατρική Νοσηλευτική, Θεμελιώδεις Αρχές, Αθήνα 1987.
10. Nurse's Clinical, Library, Immune Disorders, Springhouse Corporation Springhouse, 1985.