

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ
ΤΟ AIDS - ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ :
ΔΟΜΕΝΙΚΟΥ ΦΑΝΗ ΕΦΡΟΣΥΝΗ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ :
ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

ΠΑΤΡΑ 2007

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	1
---------------	---

ΜΕΡΟΣ I: ΤΟ AIDS

1. ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

1.1. Πως δρα ο ιός	4
1.2. Ανοσολογικές διαταραχές στο AIDS	8

2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

2.1. Τρόποι μετάδοσης	9
2.2. Ομάδες υψηλού κινδύνου	10
2.3. Επιδημιολογικά δεδομένα	10

3. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

3.1. Τα στάδια της νόσου	13
--------------------------------	----

4. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

4.1. Εργαστηριακή διάγνωση	22
4.2. Κλινική διάγνωση	27

5. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

5.1. Ιϊκός κύκλος	29
5.2. Φάρμακα	31
5.3. Συνδυασμοί φαρμάκων	31

6. ΠΡΟΓΝΩΣΗ

6.1. Προγνωστικοί δείκτες	35
6.2. Προγνωστικοί νοσολογικοί δείκτες	37

ΜΕΡΟΣ II: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΤΗΝ

ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟ AIDS

1. ΠΡΟΛΗΨΗ - ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ

1.1. Πρόληψη	39
1.2. Αγωγή υγείας	40

2. Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΣΤΗΝ ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ AIDS

2.1. Ορισμός - Αξιολόγηση Αγωγής Υγείας στον νεανικό

πληθυσμό (16-19 ετών)_____ 43

2.2. Σχεδιασμός προγράμματος Αγωγής

Υγείας για το AIDS_____ 44

2.3. Εφαρμογή προγράμματος Αγωγής Υγείας για το AIDS_____ 46

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ: ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

1. ΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ AIDS_____ 56

2. ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΕΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ. ΛΗΨΗ ΜΕΤΡΩΝ_____ 56

3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ_____ 58

4. ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙ Σ ΜΟΛΥΝΣΗΣ_____ 59

5. ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ

5.1. Απολύμανση – Αποστείρωση_____ 60

5.2 . Γενικά μέτρα πρόληψης_____ 62

5.3. Α' Βοήθειες_____ 67

5.4. Εργαστηριακά – Εργαστήρια_____ 70

5.5. AIDS και αιμοδοσία_____ 72

5.6. Χειρουργική και AIDS_____ 74

5.7. Τεχνητός νεφρός _____ 75

5.8. Εξετάσεις πυρηνικής ιατρικής_____ 76

ΕΠΙΛΟΓΟΣ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ_____ 77

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ_____ 79

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ_____ 85

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το 1981 έγινε η πρώτη περιγραφή του συνδρόμου της επίκτητης ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου σε νεαρούς ομοφυλόφιλους με σάρκωμα Karosi στο Los Angeles και στη Νέα Υόρκη.

Από τότε έχουν περάσει 26 χρόνια και έχουν αλλάξει πάρα πολλά πράγματα. Ενώ τότε οι πρώτοι προσβληθέντες έχαναν τη μάχη σε λίγες εβδομάδες, σήμερα μιλάμε για μια χρόνια νόσο.

Το να ασχοληθεί κανείς με το AIDS είναι μια μεγάλη πρόκληση γιατί πρόκειται για μια πάθηση που συνεχώς δημιουργεί νέα δεδομένα γύρω από τον εαυτό της και έχει προκαλέσει τεράστιες επιπτώσεις παγκοσμίως σε κάθε τομέα προσωπικό, οικογενειακό, οικονομικό, κοινωνικό κ.λ.π.

Ειδικότερα στον ελληνικό χώρο, σύμφωνα με επιδημιολογικά στοιχεία ο αριθμός των κρουσμάτων AIDS δεν έχει παρουσιάσει αισθητή μείωση. Με γνώμονα λοιπόν αυτό το δεδομένο κρίθηκε αναγκαίο να γίνει ένα πρόγραμμα Αγωγής Υγείας για το AIDS με στόχο τον περιορισμό της επέκτασης της νόσου. Ως καταλληλότερη ομάδα στόχος για το πρόγραμμα επιλέχθηκαν οι νέοι 16-19 ετών.

Επίσης επειδή το νοσηλευτικό προσωπικό είναι καθημερινά εκτεθειμένο στον κίνδυνο του AIDS λόγω της φύσεως της εργασίας του κρίνεται απαραίτητη η ενημέρωσή του για τα μέτρα προφύλαξης από τη νόσο.

Οι δυσκολίες που παρουσιάστηκαν δεν ήταν το να βρεθεί υλικό για την εργασία αλλά το να μπουν σε μια τάξη και να αξιολογηθούν όλα αυτά τα δεδομένα τα οποία διαρκώς αναθεωρούνται και που κάποιες φορές έρχονται σε αντίθεση μεταξύ τους.

Αν και η εργασία έχει ως θέμα το ρόλο του νοσηλευτή στην πρόληψη και την Αγωγή Υγείας για το AIDS καθώς και τα μέτρα προφύλαξης για το νοσηλευτικό προσωπικό, θεωρήθηκε απαραίτητο στο πρώτο μέρος της να αποσαφηνιστούν κάποιες βασικές έννοιες που αφορούν τον ιό και την κλινική εκδήλωση της νόσου.

Επιγραμματικά το πρώτο μέρος περιλαμβάνει τα εξής: παθοφυσιολογία της νόσου, επιδημιολογικά δεδομένα, κλινική εικόνα, μέθοδοι διάγνωσης, θεραπεία και πρόγνωση.

Το δεύτερο μέρος αναφέρεται στην Αγωγή Υγείας για το AIDS στο νεανικό πληθυσμό και χωρίζεται σε δυο κεφάλαια.

Στο πρώτο περιλαμβάνει γενικά στοιχεία για την Αγωγή Υγείας και την πρόληψη, πάντα σε άμεση σχέση με το AIDS.

Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται ένα πρόγραμμα Αγωγής Υγείας για το AIDS σε νεανικό πληθυσμό.

Το τρίτο και τελευταίο μέρος περιλαμβάνει τα μέτρα προφύλαξης του νοσηλευτικού προσωπικού από το AIDS. Πριν την αναλυτική παρουσίαση των μέτρων αυτών, προηγείται μια σύντομη αναφορά στις γνώσεις και την συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στο AIDS καθώς και στις υποχρεώσεις της πολιτείας απέναντι σε ασθενείς και νοσηλευτικό προσωπικό.

ΜΕΡΟΣ Ι ΤΟ AIDS



1. ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

1.1 Πως δρα ο ιός

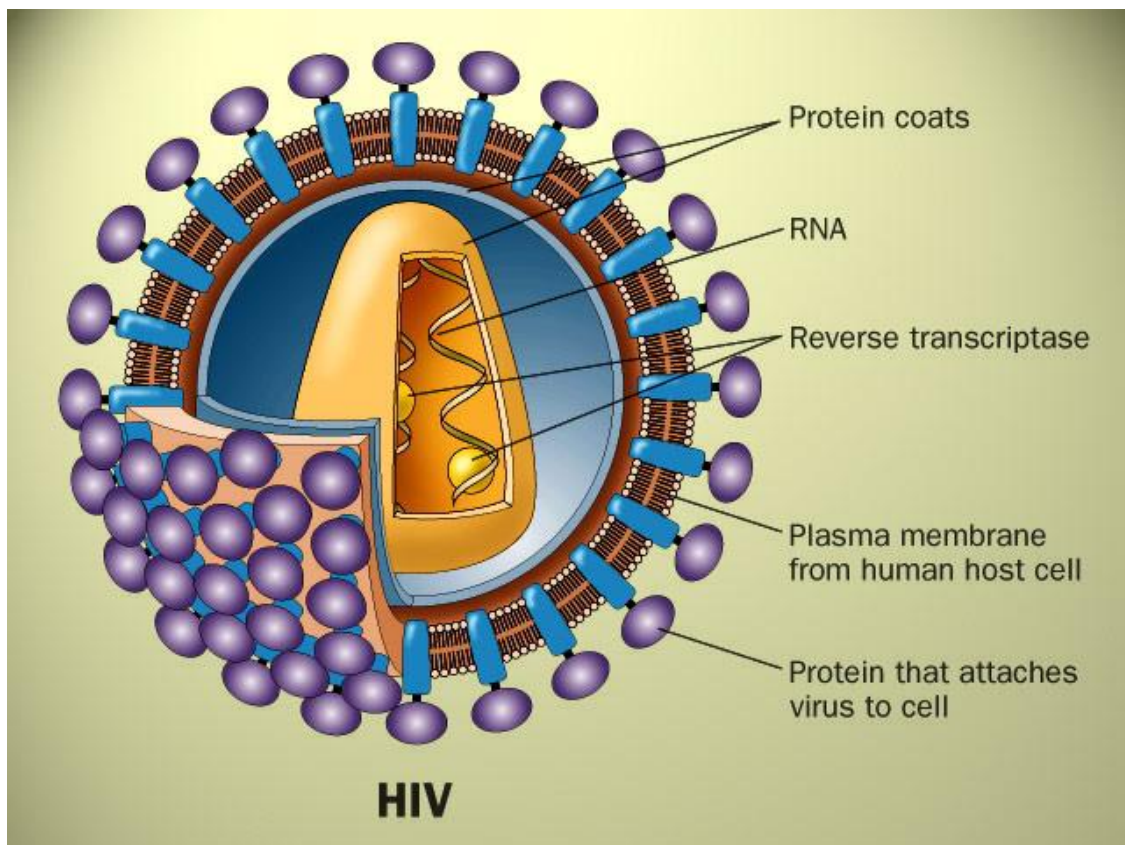
Φυσιολογικά, η γενετική πληροφορία μεταφέρεται στο DNA και αντιγράφεται στο RNA, μεταφράζοντας εκεί τις πρωτεΐνες που είναι απαραίτητες για τη ζωή. Όταν όμως ένας ρετροϊός όπως ο HIV μολύνει κάποιο κύτταρο, τότε αναστρέφει την φυσιολογική σειρά, γιατί η γενετική πληροφορία βρίσκεται στο RNA.

Όταν ο HIV (εικόνα 1) συναντήσει ένα T4+ λεμφοκύτταρο ή μακροφάγο προσκολλάται σε ειδικούς υποδοχείς (CD4) του κυττάρου, με την βοήθεια της πρωτεΐνης GP120 που βρίσκεται στο περίβλημά του. Κατόπιν εισάγεται στο κύτταρο και αρχίζει η διαδικασία μεταγραφής και αναδιπλασιασμού.

Παράγει ένα ένζυμο της αντίστροφη τρανσκριπτάση (RT) που αντιγράφει το RNA του ιού στο DNA του ξενιστή. Η διπλή αλυσίδα του DNA εισέρχεται στον πυρήνα και ενσωματώνεται ως προϊός στο DNA του κυττάρου. Κατόπιν, το κύτταρο - ξενιστής αντιγράφει τα γονίδια του ιού, συνθέτει τις πρωτεΐνες που αυτά κωδικοποιούν και έτσι δημιουργείται νέος ιός. Σωματίδια του νέου ιού εκβλαστάνουν από τη μεμβράνη του κυττάρου και προσβάλλουν νέα λεμφοκύτταρα.

Ο ιός αναπαράγεται μόνο όταν τα T 4+ λεμφοκύτταρα είναι ενεργοποιημένα από αντιγόνα.

Βέβαια ο μηχανισμός δεν είναι τόσο απλός. Για να μολυνθεί ένας οργανισμός χρειάζονται πολλαπλές εκθέσεις στον ιό ή μαζική έκθεση (π.χ. μετάγγιση με μολυσμένο αίμα) ¹

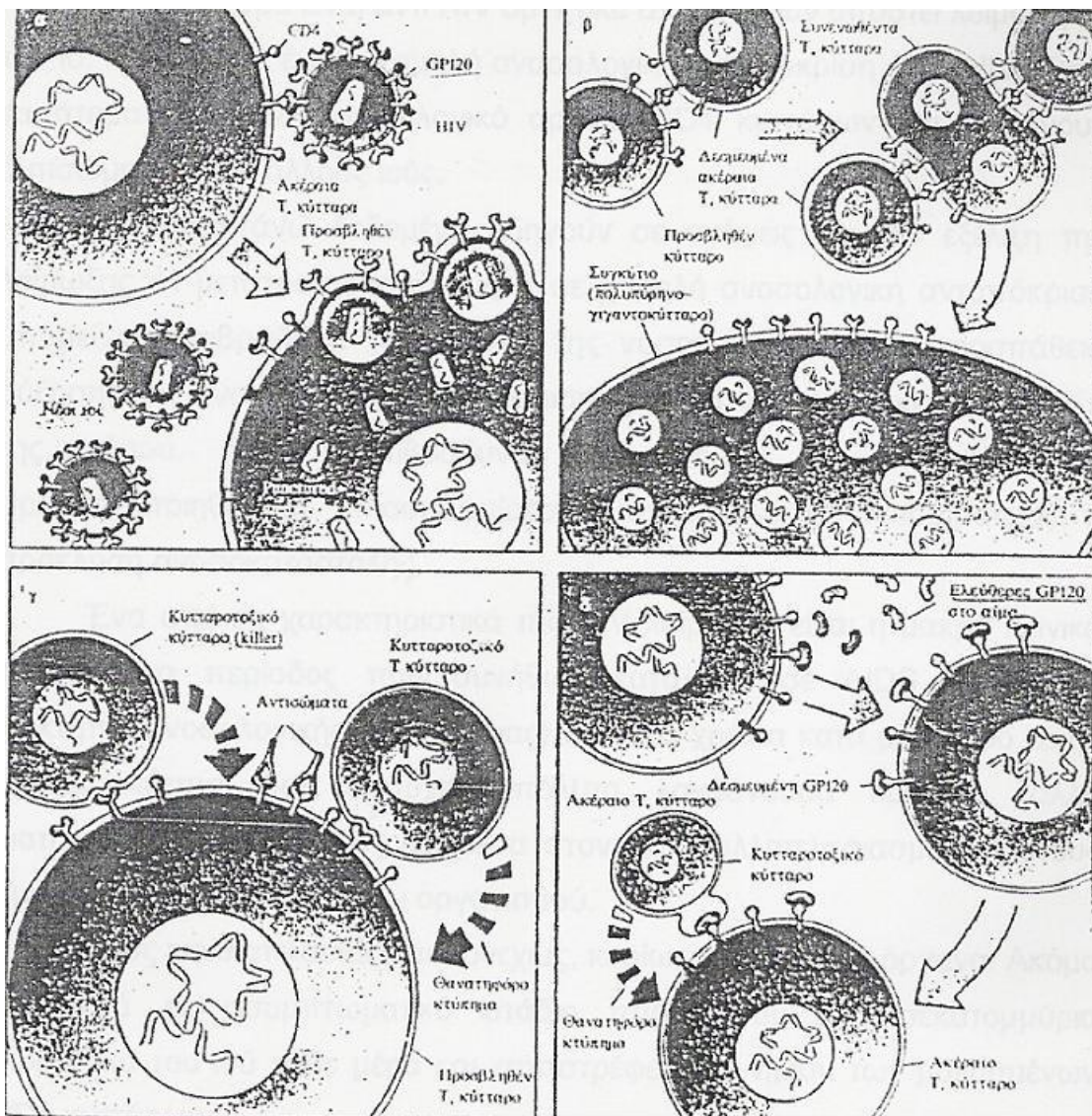


Εικόνα 1: Ο HIV.

ΠΗΓΗ: HIV/AIDS, ΒΑΣΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ, 2001.

Μετά την προσβολή από τον ιό ο οργανισμός αναπτύσσει διάφορους μηχανισμούς άμυνας:

- ✓ Τα κυτταροτοξικά (KILLERS, T8) λεμφοκύτταρα επιτίθενται και σκοτώνουν τα μολυσμένα λεμφοκύτταρα.
- ✓ Επίσης, μη προσβληθέντα λεμφοκύτταρα (T4) προσκολλώνται στους CD4 υποδοχείς προσβεβλημένων λεμφοκυττάρων (T 4) και σχηματίζουν συγκύτιο, που τελικά πεθαίνει (εικ.2).



Εικόνα 2: Μηχανισμοί καταστροφής των λεμφοκυττάρων T4 από τον HIV: α. Σύνδεση και συγχώνευση του ινν με τα λεμφοκύτταρα T4 με τη βοήθεια της πρωτεΐνης GP 120 και των υποδοχέων CD4. β. Μηχανισμός των συγκυτίων γ. Άμεση καταστροφή μολυνθέντων λεμφοκυττάρων T4 από κυτταροτοξικά (killer) λεμφοκύτταρα. δ. Καταστροφή των λεμφοκυττάρων T4 μέσω των ελευθέρως κυκλοφορούσων πρωτεϊνών GP 120.

ΠΗΓΗ: ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΣΗΣ ΑΝΟΣΟΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ, 1993.

Οι παραπάνω μηχανισμοί όμως δεν δίνουν απάντηση σε ερωτήματα όπως: γιατί γίνεται τόσο μεγάλη μείωση των CD4 λεμφοκυττάρων, τη στιγμή που ελάχιστα (1/10.000) προσβάλλονται από τον ιό.

Μερικά άτομα είναι αντι HIV αρνητικά αν και έχουν υποστεί λοίμωξη με τον ιό. Πιθανόν να έχουν χαμηλή ανοσολογική ανταπόκριση στον HIV. Αυτά τα άτομα διατηρούν φυσιολογικό αριθμό CD4 κυττάρων και παράγουν αντισώματα προς άλλους ιούς.

Τα παραπάνω δεδομένα οδηγούν σε σκέψεις για την εξέλιξη της λοίμωξης. Η μετατροπή από υψηλή σε χαμηλή ανοσολογική ανταπόκριση μπορεί να επιβραδύνει την εξέλιξη της νόσου. Αντίθετα, η προσπάθεια αύξησης της ανοσολογικής ανταπόκρισης μπορεί να επιταχύνει την εξέλιξη της νόσου. Τέλος, επιβράδυνση της νόσου θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί με πλασμαφαίρεση (απομάκρυνση αντισωμάτων) ή πρόκληση ανοσοκαταστολής.

Ένα από τα χαρακτηριστικά της HIV λοίμωξης είναι η μακρά κλινικά λανθάνουσα περίοδος που συνήθως καταλήγει σε AIDS (σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας) σε δέκα χρόνια κατά μέσο όρο. Στην πραγματικότητα δεν υπάρχει απόλυτα λανθάνουσα λοίμωξη, αλλά διατήρηση της ισορροπίας ανάμεσα στον ιικό πολλαπλασιασμό και στους αμυντικούς μηχανισμούς του οργανισμού.

Ο ιός πολλαπλασιάζεται συνεχώς, κυρίως στα λεμφικά όργανα. Ακόμα και κατά το ασυμπτωματικό στάδιο παράγονται 1 Ο δισεκατομμύρια σωματίδια του ιού κάθε μέρα και καταστρέφεται το ήμισυ των μολυσμένων CD4 κυττάρων.

Η μέτρηση του ιικού φορτίου στο περιφερικό αίμα δεν αντιπροσωπεύει το πραγματικό επίπεδο της νόσου. Ο ιός πολλαπλασιάζεται ενεργά στα λεμφικά όργανα παρά το χαμηλό ιικό πολλαπλασιασμό στο περιφερικό αίμα.

Υπάρχουν πάρα πολλές πτυχές της ανοσοπαθολογίας του HIV που δεν έχουν ξεκαθαριστεί αλλά στηρίζονται σε υποθέσεις. Μια μελλοντική επίλυσή τους θα μπορούσε

να θέσει τέρμα στον εφιάλτη που λέγεται AIDS.

Το κύριο ερώτημα όμως προς το παρόν παραμένει: η εξέλιξη σε AIDS εξαρτάται από τη λοιμογόνο ιδιότητα του ιού και το βαθμό της ιαιμίας ή από την ποιότητα της ανοσοαπάντησης του ξενιστή και την γενετική του προδιάθεση; ²

1.2 Ανοσολογικές διαταραχές στο AIDS

Οι κύριες ανοσολογικές διαταραχές που παρατηρούνται στο AID είναι οι εξής

1. Λευκοπενία - Λεμφοπενία
2. Δυσλειτουργία των T-λεμφοκυττάρων
3. Διαταραχές κυτταροτοξικότητας
4. Μεταβολές στη λειτουργικότητα των μονοκυττάρων
5. Μεταβολές στη λειτουργικότητα των B λεμφοκυττάρων
6. Ορολογικές μεταβολές.^{3,4}

2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

2.1. Τρόποι μετάδοσης

Τα πρώτα κρούσματα AIDS διαγνώστηκαν το 1981 σε νεαρούς ομοφυλοφίλους με σάρκωμα Καρσί στις Η.Π.Α. Το αίτιο της νόσου, ο ιός HIV ανακαλύφθηκε το 1983.

Από τότε η νόσος εξαπλώθηκε παγκοσμίως και έλαβε μεγάλες διαστάσεις. Η επιδημιολογία του AIDS έχει άμεση σχέση με τους τρόπους μετάδοσης του HIV που είναι:

1. Σεξουαλική μετάδοση

Ο ιός βρίσκεται σε μεγάλες συγκεντρώσεις στο σπέρμα και τις κολπικές εκκρίσεις. Γι' αυτό η γενετήσια οδός μετάδοσης θεωρείται πολύ σημαντική για την εξάπλωση του ιού.

Ο κίνδυνος αύξησης της διασποράς εξαρτάται από τη συχνότητα εναλλαγής των ερωτικών συντρόφων, την πιθανότητα συνάντησης φορέα, την χρήση προφυλακτικών και την εφαρμογή σεξουαλικών πρακτικών που προκαλούν τραυματισμούς. Η πρωκτική σεξουαλική επαφή, έχει τον μεγαλύτερο κίνδυνο γιατί προκαλεί λύσεις της συνέχειας του βλεννογόνου, αλλά και η κολπική διείσδυση είναι επικίνδυνη. Το στοματικό σεξ είναι επικίνδυνο όταν υπάρχουν αμυχές ή άφθες στο στόμα και γίνει εκσπερμάτωση.

2. Περιγεννητική και κάθετη μετάδοση

Η μετάδοση του ιού HIV από τη μολυσμένη μητέρα στο παιδί της μπορεί να γίνει ενδομητρίως (που είναι και ο συχνότερος τρόπος) κατά τον τοκετό και ίσως με τον θηλασμό. Η πιθανότητα προσβολής του νεογνού (κάθετη μετάδοση) από μητέρα φορέα, ανέρχεται στο 50% περίπου. Το μεγαλύτερο ποσοστό βρεφών με AIDS, έχουν μητέρες τοξικομανείς, φορείς του ιού.

3. Τοξικομανείς με ενδοφλέβια χρήση

Η αιτία μετάδοσης πιστεύεται ότι οφείλεται στην κατ' εξακολούθηση και κοινή χρήση μολυσμένων με αίμα και μη αποστειρωμένων βελονών και συριγγών.

4. Μεταμοσχεύσεις μολυσμένων οργάνων και ιστών

Τα μέτρα που λαμβάνονται είναι παρόμοια με τα μέτρα στην αιμοδοσία. Τα όργανα και οι ιστοί ελέγχονται για αντισώματα κατά του HIV.

Ο ιός δεν μεταδίδεται με την κοινωνική επαφή (φιλιά στο μάγουλο, χειραψία, αγκάλιασμα, βήξιμο κ.λ.π.). Δεν μεταδίδεται σε κοινόχρηστους χώρους (τουαλέτες, πισίνες). Δεν μεταδίδεται με κοινόχρηστα σκεύη (ποτήρια, πιάτα). Δεν μεταδίδεται με το τσίμπημα εντόμων.^{5,6}

2.2 Ομάδες υψηλού κινδύνου

1. Ομοφυλόφιλοι - αμφιφυλόφιλοι άνδρες
2. Τοξικομανείς με ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών ουσιών
3. Αιμορροφιλικοί
4. Πολυμεταγγιζόμενοι
5. Άτομα με πολλούς ερωτικούς συντρόφους
6. Οι ερωτικοί σύντροφοι των προηγούμενων ομάδων
7. Παιδιά ασθενών με AIDS
8. Εκδιδόμενα άτομα (άνδρες - γυναίκες) και οι ερωτικοί τους σύντροφοι
9. Όλα τα άτομα που έρχονται συχνά σε επαφή με αίμα (π.χ. νοσηλεύτες).⁷

2.3. Επιδημιολογικά δεδομένα

Σήμερα, στο παγκόσμιο επίπεδο, 40 εκατομμύρια άνθρωποι έχουν προσβληθεί από τον ιό του AIDS. Όπως μάλιστα επισημαίνεται στην έκθεση με τίτλο «Ενημέρωση για την Επιδημία του AIDS το

2002» του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών, στην καλύτερη των περιπτώσεων άλλα 45 εκατομμύρια άνθρωποι θα προσβληθούν μέχρι το 2010! Ως το 2006 το AIDS έχει ήδη στοιχίσει τη ζωή σε 15 εκατομμύρια ζωές .⁸

Όσον αφορά τη γεωγραφική κατανομή του AIDS, πλήττει κυρίως τις αναπτυσσόμενες χώρες και ιδίως αυτές που δεν έχουν τις δυνατότητες να παράσχουν υψηλό επίπεδο υγειονομικής περίθαλψης. Χαρακτηριστικό είναι ότι το 89% των ανθρώπων με HIV-λοίμωξη, ζουν στην Αφρική και στις αναπτυσσόμενες χώρες της Ασίας. Είναι βέβαιο ότι το ποσοστό της λοίμωξης αυξάνεται γρήγορα στην Ασία, τη Λατινική Αμερική καθώς και την Ανατολική Ευρώπη. Αναφορικά με την Ασία, χαρακτηριστική είναι η εκτίμηση ότι ως το τέλος της δεκαετίας που διανύουμε, η Ινδία και η Κίνα θα έχουν τουλάχιστο 10 εκατομμύρια φορείς. Όσον αφορά τη Λατινική Αμερική η εικόνα είναι μικτή. Σε κάποιες χώρες τα κρούσματα λοίμωξης με HIV αυξάνονται ενώ σε άλλες μειώνονται ή διατηρούνται σταθερά. Τέλος, στις ανεπτυγμένες χώρες (Δυτική Ευρώπη, ΗΠΑ) παρατηρείται μείωση των κρουσμάτων AIDS. Ειδικότερα, αναφέρεται ότι στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης το ποσοστό των κρουσμάτων AIDS μειώθηκε αισθητά (κατά 38%) μεταξύ των ετών 1995-1997, τάση που συνεχίζεται μέχρι και σήμερα. Στις Η.Π.Α. το ποσοστό μείωσης των κρουσμάτων μειώθηκε κατά 13% μεταξύ των ετών 1992-1996.⁹

Αναφορικά με τη χώρα μας, τα στοιχεία του ΚΕΕΛ (Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων) λένε ότι ο συνολικός αριθμός κρουσμάτων που έχουν δηλωθεί μέχρι την 30/6/2002 ανέρχεται σε 2308 άτομα, εκ των οποίων 1.888 άνδρες (86%) και 310 γυναίκες (14%). Απ' αυτούς τα 33 άτομα είναι παιδιά ηλικίας κάτω των 12 ετών, εκ των οποίων 20 αγόρια και 13 κορίτσια.

Στο σύνολο των 2308 ατόμων έχουν δηλωθεί 1.323 (54%) θάνατοι λόγω του ιού.

Η σημαντική μείωση στην επίπτωση του AIDS που παρατηρείται για πρώτη φορά το 1997 στη χώρα μας, συνεχίζεται ως το 1999 με βραδύτερο όμως ρυθμό. Την ίδια πτωτική τάση ακολουθούν και οι θάνατοι από το AIDS.

Όσον αφορά το συνολικό αριθμό των HIV θετικών ατόμων που δηλώθηκαν στην Ελλάδα μέχρι τις 31/10/2006 ανέρχεται σε 8.080, εκ των οποίων 6.456 άντρες (79,9%) και 1.574 γυναίκες (19,5%)

Η πλειοψηφία από τα δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα ήταν ηλικίας 25-44 ετών ενώ η ηλικιακή ομάδα με τη μεγαλύτερη συχνότητα στους άνδρες ήταν μεταξύ 30-34 ετών και στις γυναίκες η ομάδα 25-29 ετών

Ο αριθμός HIV οροθετικών παιδιών κάτω των 13 ετών παραμένει χαμηλός στη χώρα μας και ανέρχεται σε 76 περιπτώσεις εκ των οποίων τα 47 (61,8%) είναι αγόρια και τα 28 (36,8%) κορίτσια. Το 69,7% έχουν μολυνθεί από τη μητέρα τους ενώ το 15,8% είναι πολυμεταγγιζόμενα παιδιά.

Σχετικά με τους τρόπους μετάδοσης του ιού, ο κύριος είναι η σεξουαλική μετάδοση. Συγκεκριμένα το 46,3% των μολυσθέντων ατόμων είναι άνδρες που μολύνθηκαν διαμέσου της ομοφυλοφιλικής σεξουαλικής επαφής, ενώ το 23% είναι άνδρες και γυναίκες που μολύνθηκαν διαμέσου της ετεροφυλοφιλικής σεξουαλικής επαφής. 22,3% παραμένει αδιευκρίνιστο.

Αξιολογώντας τα στοιχεία της τελευταίας δεκαετίας, στην Ελλάδα, μετά το 1997, ως πιο αξιόπιστα, η διαχρονική τάση της επιδημίας είναι αυξητική και στους άνδρες και στις γυναίκες. Η υπεροχή των ανδρών ως προς τις γυναίκες είναι εμφανής και εκφράζεται με την αναλογία 5 άνδρες προς 1 γυναίκα.

Αυξητική επίσης παρουσιάζεται η τάση ανάλογα με τις ηλικιακές ομάδες (30-34 ≤ 35-39 ≥ 40-44 ετών) με ταχύτερο ρυθμό αύξησης στην ηλικιακή ομάδα των 35-39 ετών.^{8,10}

Ο αριθμός των θανάτων σε ασθενείς με AIDS που δηλώθηκαν το 2006 ανέρχεται σε 24 άτομα. Η πλειοψηφία των θανάτων ήταν άντρες.

3. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

3.1. Τα στάδια της νόσου

Όταν ο HIV προσβάλλει τα λεμφοκύτταρα, αρχίζει μια διαδικασία καταστροφής τους που μπορεί να διαρκέσει πολλά χρόνια. Το μολυσμένο άτομο γίνεται ευπαθές σ' ένα μεγάλο εύρος ευκαιριακών λοιμώξεων, στον καρκίνο, σε νευρολογικές διαταραχές.

Όταν δε, ο HIV διαπεράσει το λεμφοκύτταρο ενώνεται με το γενετικό υλικό του κυττάρου-ξενιστή. Το αποτέλεσμα είναι μια λοίμωξη που οι περισσότεροι ιολόγοι πιστεύουν ότι διαρκεί εφ' όρου ζωής. Τα μολυσμένα άτομα είναι γιό όλη τους τη ζωή μολυσματικά.

Μετά τη μόλυνση επί 3 εβδομάδες έως δώδεκα μήνες δεν διαπιστώνεται κανένα εργαστηριακό ή κλινικό εύρημα, μέχρι να εμφανιστούν αντισώματα κατά του ιού στον ορό του ασθενή. Ακολουθεί μια σειρά φαινομένων και μετά από μακρά πορεία εκδηλώνεται το πλήρες AIDS. Ο χρόνος επώασης για τους ενήλικες κυμαίνεται σε 7-10 χρόνια για τους ασθενείς που έχουν μολυνθεί από μετάγγιση, 10 χρόνια για τους αιμορροφιλικούς, 10 χρόνια για τους χρήστες ενδοφλέβιων ουσιών και 8-12 χρόνια για τους ομοφυλόφιλους.

Αρχικά πιστευόταν ότι ένα ποσοστό της τάξης του 5-10% των προσβληθέντων θα ανέπτυσσε AIDS. Τώρα όμως, υπάρχουν ενδείξεις ότι 25-50% των προσβληθέντων αναπτύσσουν AIDS μέσα σε 5-10 χρόνια.(11 ,12)

Η λοίμωξη από τον HIV διακρίνεται σε τέσσερα στάδια. Τα στάδια αυτά είναι:

α) Το οξύ στάδιο

β) Το ασυμπτωματικό στάδιο που μπορεί να περιλαμβάνει την επιμένουσα γενικευμένη

λεμφαδενοπάθεια

γ) Το σύμπλεγμα που σχετίζεται με το AIDS (ARC) και

δ) Το πλήρες AIDS.

Οξύ στάδιο

Μπορεί να αρχίζει λίγες μόλις εβδομάδες μετά τη μόλυνση. Γενικά, προηγείται η ανάπτυξη αντισωμάτων (ορομετατροπή) που γίνεται συνήθως 6-12 εβδομάδες μετά τη λοίμωξη. Πριν από την αντισωματική απάντηση προηγείται μια περίοδος (περίοδος «παραθύρου») κατά την οποία το άτομο είναι μολυσματικό, χωρίς αυτό να διαπιστώνεται με τον ορολογικό έλεγχο. Στην οξεία φάση, οι τυπικές κλινικές εκδηλώσεις είναι: πυρετός, πονοκέφαλος, βήχας, νυκτερινές εφιδρώσεις, λεμφαδενοπάθεια, εξανθήματα κ.α.

Στάδιο 1 (Ασυμπτωματικό)

Κατά τη φάση αυτή, ο ασθενής είναι είτε ασυμπτωματικός είτε παρουσιάζει επιμένουσα γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια, που μπορεί να διαρκέσει από λίγους μήνες μέχρι αρκετά χρόνια. Τα χαρακτηριστικά της είναι: διόγκωση διαμέτρου άνω του 1 cm, σε δύο ή περισσότερες θέσεις των βουβωνικών, διαρκεί το λιγότερο τρεις μήνες και δεν οφείλεται σε άλλη παρούσα νόσο. Η επιμένουσα γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια είναι δυνατόν να υποχωρήσει στην πορεία της νόσου (πίνακας 1).

Στάδιο 2 (Σύμπλεγμα σχετιζόμενο με AIDS. ARC)

Δεν υπάρχει γενικά κάποιος αποδεκτός ορισμός του ARC.

Χαρακτηρίζεται όμως από τα παρακάτω σημεία και συμπτώματα: απώλεια βάρους, διάρροια, κακουχία, εύκολη κόπωση, ανορεξία, πυρετός, λήθαργος, νυκτερινοί ιδρώτες, κοιλιακά ενοχλήματα, πονοκέφαλος, σπληνομεγαλία, λεμφαδενοπάθεια, νευρολογικές βλάβες που οδηγούν σε απώλεια μνήμης και περιφερική νευροπάθεια. Τα παραπάνω

είναι συνήθως διαλείποντα, εκτός από την απώλεια βάρους, που παρατηρείται στους περισσότερους ασθενείς και είναι προοδευτική.

Πολλοί ασθενείς με ARC παρουσιάζουν ζωστήρα, δερματίτιδα, τριχωτή λευκοπλασία της γλώσσας (πίνακας 1).

Κλινική κατηγορία A

- ✓ Οξεία HIV λοίμωξη
 - ✓ Ασυμπτωματική HIV λοίμωξη
 - ✓ Επίμονη γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια
-

Κλινική κατηγορία B

- ✓ Καντινίαση στοματοφάρυγγα
 - ✓ Καντινίαση αιδοιοκολπική επίμονη, συχνή ή με πτωχή ανταπόκριση στη θεραπεία .
 - ✓ Βακτηριακή αγγειομάτωση
 - ✓ Καρκίνωμα *in situ* ή σοβαρή δυσπλασία τραχήλου μήτρας
 - ✓ Γενικά συμπτώματα (πυρετός 38,50 C, διάρροια πάνω από 1 μήνα) . Τριχωτή λευκοπλακία στόματος
 - ✓ Έρμης ζωστήρας, πάνω από 2 επεισόδια ή προσβολή 2 δερματομίων . Ιδιοπαθής θρομβοκυττοπενική πορφύρα
 - ✓ Λιστερίωση
 - ✓ Φλεγμονές πύελου, ιδιαίτερα εάν επιπλέκονται με απόστημα ωθηκών ή σαλίγγων
-

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ A και B

Στάδιο 3 (AIDS)

Η περίοδος μεταξύ της μόλυνσης και της εμφάνισης των συμπτωμάτων του AIDS κυμαίνεται από 6 μήνες έως 7 χρόνια ή και περισσότερα.

Το AIDS αντιπροσωπεύει το σοβαρό, τελικό στάδιο της HIV λοίμωξης. Χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση ευκαιριακών λοιμώξεων, νεοπλασιών, νευρολογικών εκδηλώσεων, ψυχιατρικών εκδηλώσεων, αυτοάνοσων εκδηλώσεων και συνδρόμου απίσχυσης (εικόνα 4).^{11,12,13}

Κλινική κατηγορία Γ-Νόσοι που χαρακτηρίζουν το AIDS

- ✓ Καντινίαση βρόγχων, τραχείας ή πνευμόνων
- ✓ Καντινίαση οισοφάγου
- ✓ Διηθητικό καρκίνωμα τραχήλου μήτρας*
- ✓ Κοκκιοϊδομύκωση, διάσπαρτη ή εξωπνευμονική
- ✓ Κρυπτοκόκκωση, εξωπνευμονική
- ✓ Κρυπτοσποριδίωση, χρόνια εντερική (διάρκεια πάνω από 1 μήνα)

- ✓ Νόσος από μεγαλοκυτταροιο (πλην ήπατος, σπληνός ή λεμφαδένων) .
Αμφιβληστροειδοπάθεια από μεγαλοκυτταροιο (με απώλεια όρασης) .
Εγκεφαλοπάθεια που σχετίζεται με τον HIV
- ✓ Απλός έρπης, χρόνια έλκη (πάνω από 1 μήνα) ή βρογχίτιδα, πνευμονίτιδα, οισοφαγίτιδα
- ✓ Ιστοπλάσμωση, διάσπαρτη ή εξωπνευμονική
- ✓ Ισοσπορίαση, χρόνια εντερική (πάνω από 1 μήνα)

- ✓ Σάρκωμα Karosi
- ✓ Λέμφωμα Burkitt (ή αντίστοιχος όρος)
- ✓ Λέμφωμα ανοσοβλαστικό (ή αντίστοιχος όρος) . Λέμφωμα πρωτογενές του εγκεφάλου

- ✓ Λοίμωξη από *Mycobacterium avium complex* ή *Mycobacterium kansasii*, διάσπαρτη ή εξωπνευμονική

- ✓ Λοίμωξη από μυκοβακτηρίδιο φυματίωσης, οιασδήποτε εντόπισης*
 - ✓ Λοίμωξη από μυκοβακτηρίδιο άλλου είδους, ή μη καθορισμένου είδους, διάσπαρτη ή εξωπνευμονική
 - ✓ Πνευμονία από πνευμονοκύστη carinii

 - ✓ Πνευμονία υποτροπιάζουσα*
 - ✓ Προοδευτική, πολυεστιακή λευκοεγκεφαλοπάθεια . Σηψαιμία από σαλμονέλα, υποτροπιάζουσα

 - ✓ Τοξοπλάσμωση εγκεφάλου
 - ✓ Σύνδρομο απίσχνασης οφειλόμενο στον πν
-

*Προστέθηκαν στη νέα ταξινόμηση του 1993.

Πίνακας 2. ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Γ

ΠΗΓΗ: ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ ΑΝΟΣΟΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ, 1994.

Καιροσκοπικές λοιμώξεις

Η συνεχής μείωση μέχρι σχεδόν εξαφάνιση των T 4 λεμφοκυττάρων οδηγεί στην εκδήλωση λοιμώξεων που οφείλονται σε μικρόβια. Συχνά πρόκειται για αναζωπύρωση παλαιότερων λοιμώξεων (φυματίωση, τοξόπλασμα, έρπητος ζωστήρας, σύφιλη). Πολλές φορές, όταν πρόκειται για καινούρια λοίμωξη, οφείλεται σε μικρόβια που δεν προκαλούν λοιμώξεις σε φυσιολογικά άτομα (πνευμονοκύστη καρίνειας η οποία αποτελεί την πρώτη κλινική εκδήλωση του AIDS στο 65% περίπου των ασθενών, μύκητες). Οι λοιμώξεις αυτές είναι βαριές, διάσπαρτες, οφείλονται σε άμετρο πολλαπλασιασμό των μικροβίων και συχνά συνυπάρχουν δύο ή περισσότερες. Έτσι, η θεραπεία τους είναι δύσκολη. Ακόμα και αν αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά με κατάλληλη χημειοθεραπεία τείνουν να υποτροπιάζουν, γι' αυτό απαιτείται

χημειοπροφύλαξη δια βίου.

Συνήθη παθογόνα είναι: κυτταρομεγαλοϊός (CHV), κρυπτοσπορίδιο, ισόσπορα, κάντιντα, ασπέργιλλος, λεισμάνια, Ιστόπλασμα, κρυπτόκοκκος, μυκοβακτηρίδιο φυματίωσης, τοξόπλασμα, τρεπώνημα το ωχρό.

Χαρακτηριστικές είναι οι αλλοιώσεις στο δέρμα που οφείλονται σε ποικίλους παράγοντες (βακτηρίδια, μύκητες, αρθρόποδα, πρωτόζωα,ιοί).^{11,12,14}

Σάρκωμα Kaposi

Είναι η πιο συνηθισμένη και αντιπροσωπευτική βλάβη από το δέρμα. Παρουσιάζεται με πολλαπλά ογκίδια και κυρίως στο δέρμα, ερυθροϊώδους χροιάς, που οφείλονται στον πολλαπλασιασμό ινοβλαστών και μικρών αγγειακών στοιχείων. Η πρόγνωση είναι κακή. Οι όζοι, όγκοι, πλάκες ή οζίδια είναι διάσπαρτα στον κορμό και τα άκρα.

Το σάρκωμα Kaposi (εγκ. 3,4,5) στο AIDS αποτελείται από τέσσερα στάδια τα οποία σύμφωνα με τους Mitsimasou-Gtoorman είναι:

Στάδιο I: Περιορισμένο, δερματικό Kaposi (λιγότερες από 1 Ο βλάβες ή σε μια ανατομική περιοχή)

Στάδιο II: Διάχυτο, δερματικό Kaposi (πάνω από 10 βλάβες ή σε περισσότερες από μία ανατομικές περιοχές)

Στάδιο III: Σπλαχνικό (μόνο) Kaposi (σπλάχνα, λεμφαδένες) Στάδιο IV: Kaposi σε δέρμα και σπλάχνα.^{9,15,16}



ΕΙΚΟΝΑ 3. AIDS - ΚΑΡΟΣΙ.

ΠΗΓΗ: ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ ΑΝΟΣΟΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ, 1994.



ΕΙΚΟΝΑ 4: AIDS - ΚΑΡΟΣΙ.

ΠΗΓΗ: ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ ΑΝΟΣΟΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ, 1994.



ΕΙΚΟΝΑ 5: AIDS - ΚΑΡΟΣΙ.

ΠΗΓΗ: HIV/ AIDS, ΒΑΣΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ, 2001.

Νευρολογικές εκδηλώσεις

Ανευρίσκονται στο 30% των ασθενών. Οφείλονται είτε σε προσβολή νεύρων (περιφερική νευροπάθεια) είτε σε προσβολή του ΚΝΣ (χρόνια μηνιγγίτιδα, εγκεφαλοπάθεια, άνοια). Ένα μέρος των εκδηλώσεων οφείλεται στον HIV διότι ο νευρικός ιστός αποτελεί θέση αναπαραγωγής και κυτταρικό στόχο του ιού. Η προσβολή του ΚΝΣ έχει κακή πρόγνωση διότι τα φάρμακα δεν μπορούν να περάσουν τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό.

Αρχικές και πρόωρες εκδηλώσεις είναι οι διαταραχές της μνήμης και της κρίσης. Στα τελικά στάδια της λοίμωξης, κύρια εκδήλωση είναι η άνοια η σχετιζόμενη με το AIDS,

με κύρια συμπτώματα την βαθμιαία απώλεια ακρίβειας στην σκέψη και την κίνηση. Στο τέλος τα άτομα αυτά δεν μπορούν να βαδίσουν και να μιλήσουν. Προσβάλλεται το 1/3 των ασθενών με AIDS.^{2, 12, 15}

Ψυχιατρικές εκδηλώσεις

Εμφανίζονται κυρίως λόγω της ψυχολογικής επιβάρυνσης από τα κοινωνικά προβλήματα της νόσου (απομόνωση, οικονομικά προβλήματα κ.α.)^{12,17}

Αυτοάνοσα νοσήματα

Παρά την πτώση της κυτταρικής ανοσίας έχουν παρατηρηθεί αυτοάνοσες εκδηλώσεις όπως: θρομβοπενική πορφύρα, λευκοπενία με αντισώματα, αναιμία με θετική δοκιμασία Coombs, φλεγμονώδης μυοπάθεια και αγγειίτιδα.¹²

Σύνδρομο απίσχνασης

Χαρακτηρίζεται από απώλεια βάρους άνω του 10% του βασικού και είτε χρόνια διάρροια είτε χρόνια καταβολή και πυρετό τουλάχιστον για 30 ημέρες, χωρίς άλλη επεξήγηση.¹²

4. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

4.1. Εργαστηριακή διάγνωση

Η απομόνωση του HIV το 1983, οδήγησε μετά από δύο έτη στην ανάπτυξη ορολογικών μεθόδων για τη διάγνωση του.

Οι κύριες μέθοδοι για την επιβεβαίωση της HIV λοίμωξης διακρίνονται σε άμεσες και έμμεσες.

Οι άμεσες μέθοδοι αφορούν στην άμεσο απόδειξη της λοίμωξης και είναι:

- 1) Η καλλιέργεια και απομόνωση του ιού από τα προσβαλλόμενα λεμφοκύτταρα
- 2) Η ανίχνευση του ιϊκού γενετικού υλικού στο κυτταρικό DNA

Οι έμμεσες μέθοδοι αφορούν στην έμμεσο απόδειξη της παρουσίας του ιού και είναι:

- 1) Η ανίχνευση των ιϊκών πρωτεϊνών στην κυτταρική μεμβράνη των μολυσμένων λεμφοκυττάρων
- 2) Η ανίχνευση ειδικών αντισωμάτων έναντι των ειδικών ιϊκών πρωτεϊνών
- 3) Η ανίχνευση του αντιγόνου P24 του ιού στον ορό.¹²

A. Άμεσες μέθοδοι

1. Καλλιέργεια του ιού

Πραγματοποιείται με συγκαλλιέργεια λεμφοκυττάρων και φυσιολογικών ευαισθητοποιημένων κυττάρων (διεγερμένα T-λεμφοκύτταρα, μακροφάγα, μονοκύτταρα, ορισμένες μονοκυτταρικές σειρές και λευχαιμικά κύτταρα που εκφράζουν το μόριο CD4).

Ο ιός ανιχνεύεται στο υπερκείμενο υλικό της καλλιέργειας με την αναζήτηση της ανάστροφης τρανσκριπτάσης (RT).

Η μέθοδος χρησιμοποιείται για: την παρακολούθηση ασθενών κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής τους αγωγής, τον καθορισμό φορέων του ιού στους οποίους δεν ανιχνεύονται αντισώματα, την διαπίστωση της παρουσίας του ιού σε διάφορα βιολογικά

υλικά καθώς και για την σύγκριση στελεχών του ιού που απομονώνονται από' διάφορες περιοχές και της κυτταροπαθογόνου δράσης του.

Τα μειονεκτήματά της είναι ότι έχει μεγάλη χρονική διάρκεια, απαιτείται ειδικός εξοπλισμός και χρειάζεται εργαστηριακός χώρος υψηλής ασφαλείας.

2. Ανίχνευση ιικού γενετικού υλικού στο κυτταρικό DNA

α. Southern Blot - Dot Blot (γίνεται απομόνωση του DNA από τα κύτταρα)

β. PCR (αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης).

Εφαρμόζεται στην επιβεβαίωση ή τον αποκλεισμό της HIV λοίμωξης σε νεογνά μητέρων φορέων AIDS καθώς και σε περιπτώσεις επιμένουσας αντισωματικής αντίδρασης HIV 1 με μεθόδους εκλογής, η οποία δεν είναι δυνατό να επιβεβαιωθεί οριστικά με τη μέθοδο Western - Blot

Άλλες εφαρμογές της PCR που βρίσκονται στη φάση της κλινικής έρευνας είναι: διαπίστωση λοίμωξης HIV 1 και διάκρισής της από τη HIV 2, διαπίστωση ύπαρξης ανθεκτικών στελεχών σε αντιικά - φάρμακα, εκτίμηση της ασφάλειας των πειραματικών εμβολίων καθώς και έλεγχος του αίματος για HIV σε περιοχές υψηλού επιπολασμού της λοίμωξης HIV 1.¹²

B. Έμμεσες μέθοδοι

1. Ανίχνευση ειδικών ιικών πρωτεϊνών στην κυτταρική μεμβράνη των κυττάρων

(ανοσοφθορισμός ή ανοσοιστοχημική μέθοδος)

Χρησιμοποιούνται ειδικοί αντιοροί που είναι μονοκλωνικά αντισώματα έναντι των ιικών πρωτεϊνών του πυρήνα (p24) και του περιβλήματος (gp 120) του HIV.

Είναι απλή. μέθοδος και δεν χρειάζεται ειδικός εξοπλισμός αλλά πρακτικά έχει δύσκολη τεχνική και δεν μπορεί να εφαρμοστεί για τον καθημερινό πρωταρχικό έλεγχο.

¹²

2. Ανίχνευση ειδικών αντισωμάτων έναντι των ειδικών πρωτεϊνών του ιού

Επιτυγχάνεται με την εφαρμογή ορολογικών μεθόδων. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι ότι τα αντισώματα αναγνωρίζουν τα χρησιμοποιημένα αντιγόνα και ο ανοσολογικός ερεθισμός του ξενιστή είναι ικανοποιητικός (χρονικά και ανοσολογικά).

Οι ορολογικές μέθοδοι είναι: ανοσοενζυμική μέθοδος (ELISA), επιβεβαιωτική (Western-810t), επιβεβαιωτική μέθοδος ραδιοανοσοκαθίζησης (RIBA), μέθοδος συνθετικών πεπτιδίων, μέθοδος έμμεσου ανοσοφθορισμού (IFA) και μέθοδος γρήγορης ανίχνευσης (Saliva card).

α. Ανισοενζυμική μέθοδος (ELISA)

Αποτελεί τη μέθοδο εκλογής για τον προκαταρκτικό έλεγχο (screening test). Βασίζεται στη χρησιμοποίηση αντιγόνου (πρωτεΐνες αδρανοποιημένων ιών) που έρχεται σε επαφή με τον ιό. Αν υπάρχουν ειδικά αντισώματα συνδέονται με το αντιγόνο με την προσθήκη ανθρώπινης γ-σφαιρίνης.

Η μέθοδος χρησιμοποιείται στην καθημερινή πράξη διότι είναι εύχρηστη, σύντομη και δεν χρειάζεται ειδικές γνώσεις ή μηχανήματα.

Επειδή είναι δυνατόν να πάρουμε ψευδώς θετικό αποτέλεσμα, είναι απαραίτητη η επιβεβαίωση με ειδικότερες τεχνικές (Western Blot).^(12,18,19)

β. Επιβεβαιωτική μέθοδος (Western Blot)

Είναι η κλασική επιβεβαιωτική μέθοδος. Ανιχνεύονται τα ειδικά αντισώματα προς τον HIV αλλά και καθορίζεται το είδος των αντισωμάτων που αναπτύσσονται προς τα ειδικά αντιγόνα του ιού. Περισσότερο χαρακτηριστικά είναι τα αντισώματα που παράγονται κατά των αντιγόνων του πυρήνα του ιού (p24) και έναντι των γλυκοπρωτεϊνών του περιβλήματος (gp 120, p41).

Για τη μέθοδο αυτή χρειάζεται αντιγόνο σε μεγάλη ποσότητα που προέρχεται από την καλλιέργεια T 4 λεμφοκυτταρικών σειρών προσβληθέντων από τον ιό.

Είναι απλή μέθοδος, ανιχνεύει στελέχη του ιού αλλά σε μερικές περιπτώσεις (όπως πρώιμη HIV λοίμωξη, διασταυρούμενες και μη ειδικές αντιδράσεις, διαφοροποίηση νέων ποικιλομορφων στελεχών του ιού κ.λ.π.)

αποτυγχάνει στην οριστική επιβεβαίωση της HIV λοίμωξης (πίνακας 3).^{12,18,19,20}

γ. Επιβεβαιωτική μέθοδος Ραδιοανοσοκαθίζησης RIBA

Ανιχνεύει (όπως και η Western Blot) αντισώματα έναντι του HIV και καθορίζεται τα ιικά αντιγόνα. Υπερτερεί της Western Blot γιατί μ' αυτή ανιχνεύονται και αντισώματα προς πρωτείνες υψηλού μοριακού βάρους (gp 120, gp 160).

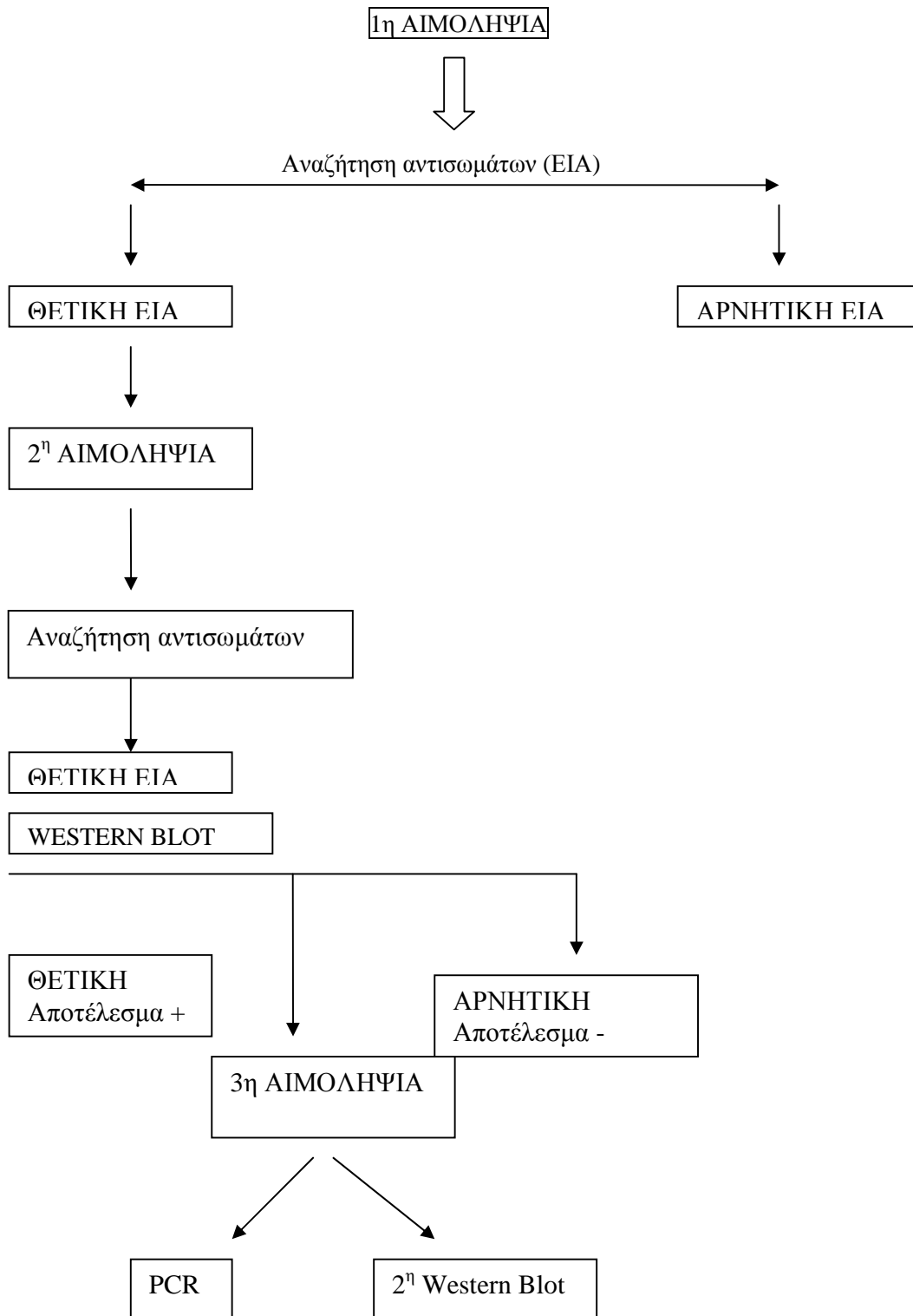
Η χρήση της περιορίζεται μόνο σε εξειδικευμένα εργαστήρια απαιτεί χρησιμοποίηση ραδιενεργού υλικού κυτταροκαλλιιεργειών μολυσμένων με το HIV.^{12,18,21}

δ. Μέθοδος γρήγορης ανίχνευσης (Saliva card)

Ανιχνεύει αντι-HIV 1 και αντι-HIV 2 αντισώματα στο σάλιο. Η μέθοδος είναι ευκολόχρηστη, δεν απαιτεί εξειδικευμένο προσωπικό και είναι ακίνδυνη. Χρησιμοποιείται μόνο για επιδημιολογικές μελέτες.²²

3. Ανίχνευση P24 αντιγόνου του ιού στον ορό

Η ανίχνευση του ιικού p24 αντιγόνου στον ορό γίνεται με ανοσοενζυμική μέθοδο (ELISA), πριν από την ανάπτυξη αντισωμάτων. Συνήθως δεν ανιχνεύεται αργότερα. Η παραμονή του ή η επανεμφάνισή του υποδηλώνει δυσμενή πρόγνωση. η ανίχνευση ή ο ποσοτικός προσδιορισμός του p24 αντιγόνου έχει άμεση σχέση με τη θεραπεία και την πρόγνωση των HIV οροθετικών ατόμων που λαμβάνουν αντιική αγωγή.^{12,18}



ΠΙΝΑΚΑΣ 3. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ HIV- ΛΟΙΜΩΣΗΣ. ΠΗΓΗ: HIV, AIDS ΒΑΣΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ, 2001.

4.2. Κλινική διάγνωση

Επειδή οι ασθενείς του AIDS παρουσιάζουν απεριόριστη ποικιλία συμπτωμάτων και επειδή αυτά τα συμπτώματα δεν είναι χαρακτηριστικά μόνο του AIDS, χρησιμοποιείται σαν οδηγός ο κλινικός ορισμός του AIDS κατά τον Π.Ο.Υ.:

Ως AIDS καθορίζεται κάθε περιστατικό σε ενήλικο άτομο που παρουσιάζει δυο κύριες και μια δευτερεύουσα από τις ακόλουθες εκδηλώσεις

- ✓ α. Κύριες εκδηλώσεις:
 - Ø Απώλεια βάρους που υπερβαίνει το 10%
 - Ø Χρόνια διάρροια που διαρκεί πάνω από 1 μήνα
 - Ø Πυρετός που επιμένει παρά τη θεραπεία για πάνω από ένα μήνα.
- ✓ β. Δευτερεύουσες εκδηλώσεις:
 - Ø Βήχας που διαρκεί πάνω από ένα μήνα
 - Ø Γενικευμένη δερματίτιδα
 - Ø Εκτεταμένος έρπης ζωστήρας που υποτροπιάζει
 - Ø Στοματοφαρυγγική καντιντίαση
 - Ø Απλός έρπης που είναι χρόνιος και συνεχώς επεκτείνεται
 - Ø Γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια.
- ✓ Ο ορισμός αυτός διαφοροποιείται όταν πρόκειται για παιδιά κάτω των 13 ετών ως ακολούθως:
 - ✓ α. Κύριες εκδηλώσεις:
 - Ø Απώλεια βάρους ή υστέρηση ανάπτυξης
 - Ø Χρόνια διάρροια που επιμένει και διαρκεί άνω του ενός μηνός
 - Ø Πυρετός που επιμένει πάνω από ένα μήνα.
 - ✓ β. Δευτερεύουσες εκδηλώσεις:
 - Ø Γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια
 - Ø Στοματοφαρυγγική καντιντίαση

- Ø Υποτροπιάζουσες κοινές λοιμώξεις (π.χ. ηπατίτιδα, φαρυγγίτιδα, μηνιγγίτιδα, πνευμονία, ουρολοίμωξη κ.λ.π.)
- Ø Γενικευμένη δερματίτιδα
- Ø Μητέρα που είναι γνωστό ότι έχει AIDS ή HIV λοίμωξη.

Ως AIDS κατατάσσεται το παιδί που παρουσιάζει δύο από τις κύριες και δύο από τις δευτέρουσες εκδηλώσεις.¹²

5. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τα φάρμακα που είναι γνωστά μέχρι σήμερα για την θεραπεία της HIV λοίμωξης δεν μπορούν να εξαλείψουν τελείως τον ιό. Η συνήθης θεραπεία ξεκινά με ένα αποτελεσματικό αντιρετροϊκό σχήμα, με στόχο να κατασταλεί το ιϊκό φορτίο σε επίπεδα μη ανιχνεύσιμα με τις σύγχρονες εργαστηριακές μεθόδους, να επιτευχθεί η μέγιστη δυνατή αποκατάσταση η διατήρηση της ανοσολογικής λειτουργίας, να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής του ασθενούς και να μειωθεί η νοσηρότητα και θνητότητα που σχετίζεται με τη HIV-λοίμωξη.

Για την καλύτερη κατανόηση της αντιρετροϊκής δράσης των φαρμάκων, είναι σκόπιμο να αναλυθεί ο ιϊκός κύκλος από τη στιγμή της προσκόλλησης του ιού στο CD4, μέχρι την εκβλάστησή του σαν πλήρες HIV σωματίδιο.¹²

5.1. Ιϊκός κύκλος

Αποτελείται από τις εξής φάσεις: 1) σύνδεση ή διείσδυση, 2) είσοδος ή σύντηξη, 3) απένδυση, 4) ανάστροφη μεταγραφή, 5) ενσωμάτωση, 6) μεταγραφή, 7) μετάφραση, 8) τροποποίηση, 9) γλυκοξυλίωση, 10) συναρμολόγηση, και 11) εκβλάστηση.

Αναλυτικότερα ο HIV προσκολλάται στον ειδικό υποδοχέα της κυτταρικής μεμβράνης των CD4 κυττάρων, με μία γλυκοπρωτεΐνη του περιβλήματός του (gp 120). Αυτή είναι η φάση διείσδυσης ή σύνδεσης.

Ακολουθεί η φάση εισόδου ή σύντηξης του ιού στο λεμφοκύτταρο, που γίνεται μέσω της γλυκοπρωτεΐνης (gp 41) του ιού.

Μετά το περιεχόμενο του ιού μπαίνει στο κύτταρο και οι εξωτερικές πρωτεΐνες απομακρύνονται για να αποκαλυφθούν το RNA του ιού και η αντίστροφη μεταγραφάσιμη τρανσκριπτάση (φάση διείσδυσης).

Ακολουθεί η ανάστροφη μεταγραφή με την βοήθεια της ανάστροφης τρανσκριπτάσης ή μεταγραφάσης η οποία μεταγράφει αρχικά ένα αντίγραφο DNA (συμπληρωματικό (-ο NA) από το RNA του ιού) και στη συνέχεια ένα δεύτερο, έτσι ώστε η εκεί πληροφορία να μεταβιβάζεται μέσω ενός DNA διπλής έλικας.

Όλη η παραπάνω διαδικασία αποτελεί το σπουδαιότερο στόχο για αντιϊκή θεραπεία και χορηγούνται πολλά φάρμακα που δρουν στο στάδιο της ανάστροφης μεταγραφής (AZT, 001, DDC, D4T, 3TC, κ.λ.π.).

Το δίκλωνο μη ενσωματωμένο DNA (προϊός) περνάει στον πυρήνα του λεμφοκυττάρου και ενσωματώνεται με το DNA του πυρήνα (στάδιο ενσωμάτωσης) με τη βοήθεια της ιντεγκράσης του ιού.

Ακολουθεί η μεταγραφή του ιϊκού DNA προς το ιϊκό m-RNA και η μετάφρασή του προς τις πολυπρωτεΐνες του ιού. Μερικές πρωτεΐνες που κωδικοποιούνται από τον HIV είναι αναγκαίες γι' αυτή τη μετάφραση.

Στη συνέχεια, οι πολυπρωτεΐνες του ιού υφίστανται μία διαδικασία τροποποιήσεων προς τις δομικές ιϊκές πρωτεΐνες και ενεργά ιϊκά ένζυμα, με τη βοήθεια μιας πρωτεάσης με 99 αμινοξέα, την ασπαρτυλο-πρωτεάση. Συγχρόνως, συμβαίνει και η γλυκοξυλίωση των πολυπρωτεϊνών.

Η τροποποίηση και γλυκοξυλίωση αποτελούν διαδικασίες της ιϊκής μετάφρασης που συμβαίνουν στο κυτταρόπλασμα, του κυττάρου του ξενιστή.

Τέλος, γίνεται η συναρμολόγηση όλων των στοιχείων του ιού στην κυτταρική επιφάνεια απ' όπου και εκβλαστάνουν νέα HIV σωματίδια έτοιμα για νέα διείσδυση στο κύτταρο του ξενιστή. Σ' αυτό το στάδιο δρουν οι ιντερφερόνες και ειδικότερα η α-ιντερφερόνη.¹²

5.2. Φάρμακα

α. Έναρξη αντιρετροϊκής θεραπείας

Πρέπει να γίνεται για να προληφθεί μη αναστρέψιμη σοβαρή βλάβη του ανοσολογικού συστήματος καθώς και μεγάλη αύξηση του ρυθμού πολλαπλασιασμού του ιού με τις συνεπακόλουθες μεταλλάξεις και την εμφάνιση αντοχής στα φάρμακα πριν την χορήγησή τους. Πριν την έναρξη της αγωγής πρέπει να λαμβάνονται υπόψη η κλινική κατάσταση του ασθενούς, ο βαθμός της ανοσολογικής του ανεπάρκειας (αριθμός CD4 Τα Τλεμφοκυττάρων), η επιθυμία του και η πιθανή συμμόρφωσή του αλλά και η αντοχή του ιού στα φάρμακα.

Γενικά, έναρξη της αγωγής ενδείκνυται: α) στους συμπτωματικούς ασθενείς, β) στους ασυμπτωματικούς ασθενείς με αριθμό CD4<500 (ή <350) κύτταρα/mm³ είτε με επίπεδα ιϊκού φορτίου >5.000-10.000 *c/ml*, γ) πρωτολοίμωξη, δ) κύηση και ε) ατύχημα (τρύπημα με βελάκι).^{23,24}

β. Αντιρετροϊκά φάρμακα

1.Ζυδοβουδίνη(AZT.ZDV)

Εμφανίστηκε το 1964 ως αντικαρκινικό. Το 1974 αποδείχτηκε ότι έχει αντιρετροϊκή δράση έναντι του ρετροϊού της λευχαιμίας των ποντικών. Ανήκει στα νουκλεοτίδια.

Η RT του ιού συνδέεται ευκολότερα με την ZDV απ' ό τι με τη θυμιδίνη, οπότε - διακόπτεται ο σχηματισμός του DNA από το RNA. Περνά στον εγκέφαλο και οι συγκεντρώσεις της στο ENY ανέρχονται στο 0,6 του πλάσματος.

Το φάρμακο χορηγείται στην δόση των 500 έως 600 mg/ημέρα όταν τα CD4 είναι λιγότερα από 500ml.

Παρενέργειες μυελοτοξικότητα (λευκοπενία, αναιμία), μελανή χρώση των ονύχων (λόγω παρατεταμένης χορήγησης).

Αντιμετώπιση και πρόληψη μυελοτοξικότητας: χορήγηση αυξητικών

παραγόντων (gm-CSFh G-CSF) ή ερυθροποιητίνης (EPO).

Ανάπτυξη ανοχής σοβαρό πρόβλημα που έχει σχέση με τη μακροχρόνια χορήγηση του φαρμάκου είναι η ανάπτυξη ανοχής που συνεπάγεται την ελάττωση της αποτελεσματικότητας του φαρμάκου. Στους ασθενείς με πρώιμη HIV λοίμωξη εμφανίζεται στους 24 και πλέον μήνες χορήγησης του φαρμάκου ενώ σ' αυτούς με προχωρημένη νόσο σε 6-12 μήνες. Η ανάπτυξη ανοχής δεν σχετίζεται με τη νόσο. ^{12,25}

2. Διδανοσίνη (DDL)

Είναι ένα διδεοξυνουκλεοσιδικό. Αναστέλλει τον πολλαπλασιασμό του ιού μέσω αναστολής της RT. Οι συγκεντρώσεις του στο ENY είναι το 21% του πλάσματος μια ώρα μετά την IV λήψη του φαρμάκου. Το 35-60% της ουσίας ανιχνεύεται αναλλοίωτο, οχτώ ώρες μετά τη λήψη του φαρμάκου, στα ούρα.

Παρενέργειες: παγκρεατίτιδα 5-10%, νευροπάθεια και αγευσία τροφών. Η παγκρεατίτιδα ποικίλει από ήπιο άλγος μέχρι θανατηφόρο νόσο. Η περιφερική νευροπάθεια υποχωρεί εντός 2-12 εβδομάδων διακοπή. ^{12,25}

3. Ζαλσιταβίνη (DDC)

Έχει πάρει έγκριση για περιπτώσεις χορήγησης σε συνδυασμό με ZDV σε ασθενείς με AIDS και CD4<300lml.

Από μελέτες φαίνεται ότι μειώθηκε η συγκέντρωση του p24 αντιγόνου και αυξήθηκε παροδικά ο αριθμός των CD4, ενώ οι περισσότεροι ασθενείς ανέκτησαν βάρος.

Παρενέργειες: περιφερική νευροπάθεια, στοματίτιδες, κνησμώδες εξάνθημα, ελαφρά άνοδος θερμοκρασίας.

4. Άλλα αντιρετροικά φάρμακα είναι: Σταβουδίνη (D4T) , Αλοβουδίνη, Λαμβουδίνη (3TC), Νεβιραπίνη (NVP), Ατεβιριδίνη (ATV) και παραγωγοί HEPT. ^{12,25}

5. Αναζητούνται αποκλειστές του υποδοχής CCR-5 των χημακινινών στην κυτταρική μεμβράνη των CD4-T λεμφοκυττάρων, ο οποίος διαπιστώθηκε ότι είναι συγχρόνως και συνυποδοχέας για ορισμένα στελέχη του HIV ρετροϊού.²⁶

5.3. Συνδυασμοί φαρμάκων

Η ανάπτυξη ανοχής και η τοξικότητα επέβαλαν τη χρήση συνδυασμών θεραπείας. Τα πλεονεκτήματα συνοψίζονται στην ελάττωση των δόσεων κάθε φαρμάκου και στη δράση των φαρμάκων σε περισσότερους τύπους κυττάρων (π.χ. λεμφοκύτταρα ή μακροφάγα) ή διαφορετικούς ιστούς (εγκέφαλος ή λεμφικό σύστημα) ή διαφορετικούς ιϊκούς στόχους (RT και πρωτεάση ή TAT).

Σύμφωνα με τις τελευταίες κλινικές μελέτες οι τριπλοί συνδυασμοί έχουν καλύτερα αποτελέσματα από τους διπλούς.

Οι αναστολείς της HIV πρωτεάσης αποτελούν τη νέα ελπίδα, εφόσον χορηγηθούν σε συνδυασμένες θεραπείες με ολιγονουκλεοτίδια (AZT, D4T, 3TC, DD1, DDC). Δύο ολιγονουκλεοτίδια με μία αντιπρωτεάση μπορούν να επιφέρουν δραματική μείωση του ιϊκού φορτίου κάτω από τα ανιχνεύσιμα επίπεδα. Συνδυασμοί με καλά αποτελέσματα είναι SQV+ddc+ZDV, SQV+3TC+ZDV, indinavir+3TC+ZDV. Για παράδειγμα σε ασθενείς που έχουν περιορισμένο Καρσί σε σχετικά πρώιμο στάδιο AIDS ο συνδυασμός AZT και interferon έχει ικανοποιητικά αποτελέσματα.^{12,27,28}

- Αλλαγή θεραπείας γίνεται στις εξής περιπτώσεις:
- Θεραπευτική αποτυχία (ιϊκού φορτίου, CD4).
- Εμφάνιση τοξικότητας, δυσανεξία, κακή συμμόρφωση ασθενών.
- Μονοθεραπεία (αλλαγή ή προσθήκη αναστολέα της πρωτεάσης).

Ένα ερώτημα που τίθεται είναι πότε μπορούμε να διακόψουμε την αντιρετροϊκή αγωγή, αλλά θα' ρθει κάποια στιγμή που θα μπορέσουμε να δώσουμε την απάντηση. Σήμερα η θεραπεία δίνεται δια βίου.

Εκείνο που δεν πρέπει να ξεχνάμε είναι ότι με τα νέα φάρμακα μπορεί το ιϊκό φορτίο να πέφτει στο περιφερικό αίμα αλλά ο ιός εξακολουθεί να πολλαπλασιάζεται στο

ΚΝΣ, στους λεμφαδένες και στο γεννητικό σύστημα. Δεν αμφισβητείται βέβαια η σημαντική βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών και της επιβίωσής τους.^{29,30}

Αναφορικά με τα εμβόλια η ανάπτυξη ενός ασφαλούς προληπτικού εμβολίου για το AIDS είναι απαραίτητη και επείγουσα.

Παρ' όλα αυτά βρισκόμαστε ακόμα σε πρόδρομα στάδια ερευνητικής μελέτης, συν το ότι ο ιός έχει τη δυνατότητα να μεταλλάσσεται συνεχώς και να διαφεύγει από την άμυνα του οργανισμού φυσική ή μη.

Το πιο σημαντικό πρόβλημα στην έρευνα, είναι η ανυπαρξία συγκεκριμένου ανοσολογικού δείκτη ο οποίος θα συμβαδίζει με την προφυλακτική αξία του εμβολίου

Σήμερα πιστεύεται ότι η πιο αποτελεσματική μορφή εμβολίου είναι εμβόλια από εξασθενημένο ιό. Το βασικό τους μειονέκτημα είναι ότι κρίνονται επικίνδυνα για την άμεση πειραματική χρησιμοποίησή τους σε ανθρώπους.

Ένας άλλος στόχος στην έρευνα των εμβολίων έναντι του ιού HIV είναι η παρασκευή εμβολίου που όταν χορηγηθεί σε ασθενείς με HIV λοίμωξη να διεγείρει το ανοσοποιητικό του σύστημα και να βελτιώνει την κλινική πορεία της νόσου.

Ως σήμερα, όλες οι κλινικές μελέτες έχουν δώσει αρνητικά αποτελέσματα, αλλά νέες μελέτες βρίσκονται σε εξέλιξη. Για παράδειγμα ένα νέο εμβόλιο πέτυχε να εξοντώσει κύτταρα με τον ιό του AIDS σε πιθήκους. Το ανοσοποιητικό σύστημα των ζώων κράτησε τον ιό σε επίπεδα μη ανιχνεύσιμα. Βέβαια παραμένει άγνωστο αν ένα αποτελεσματικό στους πιθήκους εμβόλιο θα παρουσιάζει ικανοποιητικά αποτελέσματα στους ανθρώπους. Γι' αυτό είναι σημαντική η εμβάθυνση στη γνώση του ιού η οποία θα βοηθήσει στην κατεύθυνση της ανακάλυψης του κατάλληλου εμβολίου.^{9,31,32}

6. ΠΡΟΓΝΩΣΗ

6.1. Προγνωστικοί δείκτες

Χαρακτηριστικό της HIV λοίμωξης είναι η μακρά λανθάνουσα περίοδος που καταλήγει σε πλήρες AIDS, περίπου σε 10 έτη. Κατά τη μακροχρόνια παρακολούθηση των HIV οροθετικών ατόμων ελέγχεται κατά τακτά χρονικά διαστήματα η ανοσολογική τους κατάσταση, προκειμένου να γίνει καθορισμός της θεραπείας και της πρόγνωσης.

Η μέτρηση των CD4 κυττάρων, που υποδηλώνει την βαρύτητα της ανοσοανεπάρκειας αποτελεί τον πιο σταθερό προγνωστικό δείκτη που όμως δεν είναι πρώιμος. Η ελάττωσή τους <200/ml δηλώνει προχωρημένη λοίμωξη, αλλά δεν προδικάζει πάντα ταχεία εξέλιξη σε νόσο με κλινικές εκδηλώσεις.

Έτσι χρησιμοποιούνται δείκτες που μπορούν να προβλέψουν την ταχεία πτώση του CD4, όπως η παρουσία στελεχών του ιού που σχηματίζουν συγκύτια (S1 στελέχη) και οι λειτουργικές δοκιμασίες των λεμφοκυττάρων. Η μειωμένη αντίδραση πολλαπλασιασμού των λεμφοκυττάρων φαίνεται ότι προηγείται της ελάττωσης των CD4 και αποτελεί ανεξάρτητο προγνωστικό δείκτη εξέλιξης σε νόσο. Μετά από χορήγηση AZT παρατηρείται βραχυχρόνια βελτίωση της λειτουργικότητας των T-κυττάρων σε ορισμένους ασθενείς.

Όσον αφορά τους βιολογικούς προγνωστικούς δείκτες, έχει δεχθεί ότι ο φαινότυπος N81, ο χαμηλός ρυθμός πολλαπλασιασμού και ο τροπισμός με τα μονοκύτταρα, σχετίζονται σε καλή πρόγνωση, ενώ η μετατροπή του ιού σε 81 στελέχη κατά την πορεία της λοίμωξης σχετίζεται με ταχεία ελάττωση των CD4+ λεμφοκυττάρων και εξέλιξη σε νόσο.

Άλλοι δείκτες για τη σταδιοποίηση και πρόγνωση της νόσου είναι η μέτρηση του προϊκού DNA στα μονοπύρηνα του περιφερικού αίματος και του ιικού RNA στο πλάσμα.

Όταν το HIV RNA είναι >100.000 copies/ml υποδηλώνει ταχεία επιδείνωση ενώ <10.000 copies/ml υποδηλώνει καλύτερη πρόγνωση.

Ο τίτλος HIV RNA μειώνεται με την αντιρετροϊκή αγωγή και αυξάνεται με την ανάπτυξη αντοχής στα φάρμακα.

Η μέτρηση του ιικού RNA στο πλάσμα αποτελεί τον πλέον πρώιμο και αξιόπιστο δείκτη εξέλιξης της λοίμωξης καθώς και το κύριο κριτήριο αξιολόγησης του αποτελέσματος της θεραπείας.

Άλλοι προγνωστικοί δείκτες είναι: 1) B2 μικροσφαιρίνη του ENY (παρατηρείται αύξησή της στα όψιμα στάδια της HIV λοίμωξης και ιδίως σε ασθενείς με καιροσκοπικές λοιμώξεις του ΚΝΣ), 2) ιντερλευκίνη -6 (παρατηρείται αύξησή της σε HIV οροθετικά άτομα που εκδηλώνουν εμπύρετο επεισόδιο ανεξαρτήτου αιτιολογίας), 3) αύξηση νεοπτερίνης ορού (αποδεικνύει μικροβιακή μόλυνση πριν την παρουσίαση αντισωμάτων), 4) παρουσία P24 αντιγόνου στον ορό και 5) δείκτες ενεργοποίησης CD+8 κυττάρων.

Όσον αφορά στατιστικά στοιχεία σχετικά με την πρόγνωση αναφέρεται μεγαλύτερος χρόνος επιβίωσης για τους άνδρες απ' ότι για τις γυναίκες. Όσο για τα παιδιά, η ανίχνευση του HIV κατά την πρώτη εβδομάδα ζωής μετά από κάθετη μετάδοση, δεν αποτελεί απόλυτο δείκτη κακής πρόγνωσης.

Οι ομοφυλο-αμφιφυλόφιλοι και οι μεταγγιζόμενοι παρουσιάζουν τον μεγαλύτερο χρόνο επιβίωσης σε σχέση με άλλες πιθανές πηγές μόλυνσης.

Οι ασθενείς με σάρκωμα Kaposi παρουσιάζουν καλύτερη πρόγνωση σε σύγκριση με ασθενείς με άλλα συμπτώματα.

Τον υψηλότερο μέσο χρόνο επιβίωσης παρουσιάζουν άτομα ηλικίας 36-45 ετών, συγκριτικά με άλλες ηλικιακές ομάδες. Καθυστέρηση στη διάγνωση ή στην παροχή περίθαλψης επιδρούν αρνητικά στην φυσική πορεία της νόσου ενώ η σωστή, συστηματική και περιοδική κλινικοεργαστηριακή παρακολούθηση των οροθετικών αιμορροφιλικών καθώς και η έγκαιρη έναρξη προφυλακτικής αγωγής συνέβαλαν στην μακρά επιβίωση.^{1,33,34}

6.2. Προγνωστικοί νοσολογικοί δείκτες.

Οι δερματικές εκδηλώσεις αποτελούν δείκτες πρόγνωσης της περαιτέρω εξέλιξης της νόσου στα τελευταία στάδια.

Ο άλλος δείκτης πρόγνωσης είναι οι ευκαιριακές λοιμώξεις (πνευμονοκύστη Carinii-PCP, τοξοπλάσμωση-ToXo, φυματίωση-TBC), που σχετίζονται με αύξηση ιϊκού πολλαπλασιασμού και διασπορά HIV λοίμωξης.

Νόσοι που μόλις παρουσιαστούν σχετίζονται με προχωρημένο στάδιο λοίμωξης και μικρό περιθώριο επιβίωσης είναι οι ακόλουθες: πολυεστιακή προοδευτική λευκοεγκεφαλοπάθεια (PML), οξεία παγκρεατίτιδα, λέμφωμα Burkitt, non-Hodgkin λέμφωμα (NHL) κ.α.

Όταν δε, εμφανιστούν ταυτόχρονα δύο ή περισσότερες νόσοι (π.χ. τοξοπλάσμωση ΚΝΣ και εντερική κρυπτοσποριδίωση), υποδηλώνεται βραδύτητα προσέλευσης στο θεράποντα ιατρό, η δε επιβίωση αυτών των ασθενών είναι γενικά βραχύτερη.^{33,34}

ΜΕΡΟΣ ΙΙ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ
ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΓΩΓΗ
ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟ AIDS



1. ΠΡΟΛΗΨΗ - ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ

1.1. Πρόληψη

Πρόληψη είναι κατ' αρχήν η παρεμπόδιση της εμφάνισης και της ανάπτυξης σωματικής, ψυχικής ή ψυχοσωματικής ασθένειας. Εξαρτάται: 1) από την κατανόηση και τον έλεγχο των παραγόντων που συντελούν στη δημιουργία της ασθένειας και 2) από την διαθεσιμότητα των μεθόδων για την εξάλειψη νοσογόνων παραγόντων του περιβάλλοντος και παρεμπόδιση της προσβολής του ανθρώπινου βιοψυχοκοινωνικού οργανισμού.

Η πρόληψη της ασθένειας και η βελτίωση της υγείας είναι στόχοι πάντοτε παρόντες σε όλες τις εκδηλώσεις, δραστηριότητες και ερευνητικές μελέτες της νοσηλευτικής. Γι' αυτό το λόγο, κρίνεται σκόπιμο να αναλυθεί η προληπτική νοσηλευτική παρέμβαση. Η αρρώστια προχωρεί με την πάροδο του χρόνου και οι παθολογικές μεταβολές γίνονται λιγότερο αναστρέψιμες. Έτσι, η νοσηλευτική προληπτική παρέμβαση ακολουθεί την φυσική εξέλιξη της αρρώστιας η οποία αποτελεί την βάση πάνω στην οποία στηρίζεται. Ο αντικειμενικός σκοπός των προληπτικών προγραμμάτων και παρεμβάσεων είναι να αναχαιτίσουν ή να αναστρέψουν την παθολογική διεργασία, όσο το δυνατόν πιο γρήγορα, προλαβαίνοντας μεγαλύτερη βλάβη. Με βάση τη φυσιολογική εμφάνιση και την εξελικτική πορεία της ασθένειας διακρίνονται τρία επίπεδα προληπτικών παρεμβάσεων. Η Πρωτογενής, η Δευτερογενής και η Τριτογενής προληπτική παρέμβαση.

Στην Πρωτογενή πρόληψη ο νοσηλευτής παρεμβαίνει τόσο σε άτομα που δεν εμφανίζουν συμπτώματα αλλά κινδυνεύουν να εκτεθούν σε παράγοντες που μπορούν να ευαισθητοποιήσουν την υγεία τους όσο και για την προστασία ατόμων από συγκεκριμένο επικείμενο πρόβλημα. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα πρωτογενούς νοσηλευτικής παρέμβασης είναι η διδασκαλία εφήβων για προφύλαξη από τον ιό HIV.

Η Δευτερογενής πρόληψη στοχεύει στην έγκαιρη διάγνωση της νόσου και συμβάλλει αποτελεσματικά στη θεραπεία της. Ο πιο συχνά χρησιμοποιούμενος τρόπος για τη δευτερογενή πρόληψη είναι το πρόγραμμα μαζικού ελέγχου του πληθυσμού (screening test).

Η τριτογενής ,πρόληψη επικεντρώνεται σε άτομα που η υγεία τους ήδη προσεβλήθη από τον ιό, και στοχεύει στην βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους.

Η πρόληψη επιτυγχάνεται μέσω της Αγωγής υγείας. Δηλαδή ο νοσηλευτής είναι εκπαιδευμένος στην προληπτική νοσηλευτική ώστε να μπορεί να συμβάλλει ποικιλοτρόπως και αποτελεσματικά με έργο και διδασκαλία στην πρόληψη της ασθένειας.^{35,36,37}

1.2. Αγωγή Υγείας

Ο 20ος αιώνας χαρακτηρίστηκε ως ο αιώνας της ανάπτυξης τόσο στον τομέα της τεχνολογίας όσο και στην ανάπτυξη του βιοτικού επιπέδου του ανθρώπου. Αυτή η πρόοδος όμως δεν αποδείχτηκε αρκετή για να περιορίσει τα προβλήματα υγείας του σύγχρονου ανθρώπου. Αυτό αποδεικνύεται μελετώντας τις αιτίες θανάτου στις σύγχρονες κοινωνίες. Παρατηρούμε λοιπόν μεγάλη αύξηση των παθήσεων που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής του ανθρώπου όπως για παράδειγμα το AIDS κ.α.

Ένας τρόπος για να μειωθεί η νοσηρότητα και θνησιμότητα από το AIDS είναι η θέσπιση μέτρων από την πολιτεία που θα αποβλέπουν στην όσο το δυνατό μεγαλύτερη βελτίωση της ποιότητας ζωής των πολιτών της. Για να επιτευχθεί αυτός ο στόχος βέβαια απαιτείται ενεργητική συμμετοχή του ατόμου, το οποίο πρωτίστως πρέπει να έχει την ευθύνη για τη δική του υγεία και κατ' επέκταση για τη βελτίωση της υγείας του συνόλου.

Απαραίτητη προϋπόθεση για να γίνουν λοιπόν όλα αυτά είναι να υιοθετήσει το άτομο νέες συμπεριφορές και συνήθειες με στόχο την προφύλαξη από τη νόσο, αυτό θα επιτευχθεί με την Αγωγή υγείας.

Η Αγωγή υγείας για το AIDS χαρακτηρίζεται από δυο στοιχεία: α) την διαπαιδαγώγηση που δέχεται το άτομο από το περιβάλλον του καθ' όλη τη διάρκεια της

ζωής του και έτσι διαμορφώνει ανάλογα τη συμπεριφορά του και β) την προγραμματισμένη εκπαίδευση, που δέχεται από φορείς της πολιτείας όπως για παράδειγμα τους Κοινοτικούς Νοσηλευτές στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Έχουν δοθεί αρκετοί ορισμοί αναφορικά με το τι είναι Αγωγή υγείας, σε διαφορετικές χρονικές περιόδους. Ο σημαντικότερος ίσως όλων, ο οποίος υιοθετήθηκε από τα 15 κράτη-μέλη της ευρωπαϊκής ένωσης και χρησιμοποιείται στα προγράμματα Αγωγής υγείας στα σχολεία της Ευρώπης είναι ο εξής «Μια εκπαιδευτική διαδικασία που στηρίζεται σε επιστημονικά δεδομένα και χρησιμοποιεί προγραμματισμένες ευκαιρίες μάθησης που επιτρέπουν στο άτομο ή τις ομάδες να αποφασίζουν συνειδητά για θέματα που επηρεάζουν την υγεία του». (Draiger g, Williams T. 1991).

Η Αγωγή υγείας διακρίνεται στην Πρωτογενή, Δευτερογενή και τριτογενή Αγωγή υγείας.

Η Πρωτογενής Αγωγή υγείας απευθύνεται σε υγιή άτομα και περιλαμβάνει προγράμματα που τροποποιούν συμπεριφορές, οι οποίες ευθύνονται για την πρόκληση της νόσου. Στο επίπεδο αυτό της Αγωγής υγείας τα προγράμματα απευθύνονται κυρίως στις νεαρές ηλικίες γιατί οι συμπεριφορές και ο τρόπος ζωής υιοθετούνται κυρίως σε αυτές.

Η Δευτερογενής Αγωγή υγείας έχει σαν στόχο της τον υγιή πληθυσμό αλλά και άτομα που δεν είχαν συμπτώματα της νόσου αλλά τυχαία έγινε η διάγνωση σε πρώιμα στάδια.

Η Τριτογενής Αγωγή υγείας αναφέρεται αποκλειστικά σε άτομα που νοσούν και σκοπός της είναι η βελτίωση της ποιότητας της ζωής.

Είναι δύσκολο να καθοριστούν οι βασικοί σκοποί της Αγωγής υγείας σχετικά με το AIDS. Ωστόσο οι σκοποί αυτοί είναι:

- ✓ Παροχή γνώσεων σχετικά με το AIDS.
- ✓ Απόκτηση δεξιοτήτων.
- ✓ Υιοθέτηση υγιεινών στάσεων και συμπεριφορών.

- ✓ Διαμόρφωση κατάλληλων περιβαλλοντικών συμπεριφορών για τη διασφάλιση της υγείας.
- ✓ Παροχή συμβουλών (συμβουλευτική).
- ✓ Συμμόρφωση με τις οδηγίες.
- ✓ Προφύλαξη από το AIDS.

Επειδή λοιπόν τις τελευταίες δεκαετίες έχει εμφανιστεί ένα πρόβλημα τόσο σημαντικό όπως το AIDS, κρίνεται επιτακτική η ανάγκη της εκπαίδευσης μέσω της Αγωγής Υγείας. Βασικό ρόλο σ' αυτή την προσπάθεια καλείται να παίξει ο κοινοτικός Νοσηλευτής έχοντας ως σκοπό να επηρεάσει την ατομική και συλλογική συμπεριφορά, δηλαδή να συνδράμει στο να κατανοήσει ο σύγχρονος άνθρωπος την τεράστια σημασία της πρόληψης από τη νόσο.

Για να επιτευχθούν οι στόχοι και οι σκοποί ενός προγράμματος Αγωγής Υγείας πρέπει να ακολουθηθεί μια εκπαιδευτική διαδικασία η οποία συνδυαζόμενη με την νοσηλευτική διεργασία θα φέρει επιθυμητά αποτελέσματα.

Η εκπαιδευτική διαδικασία περιλαμβάνει τέσσερα μέρη: 1) Αξιολόγηση, 2) Προγραμματισμό, 3) Εφαρμογή προγράμματος και 4) Εκτίμηση αποτελέσματος.

Στην αξιολόγηση περιλαμβάνονται: 1) Η εκπαιδευτική ανάγκη για την ύπαρξη της οποίας πρέπει να συμφωνήσουν ο διδάσκων με το διδασκόμενο, ούτως ώστε να προγραμματίσουν διάφορους τρόπους για την κάλυψή της. 2) Ο εκπαιδευόμενος ο οποίος πρέπει να διαθέσει ικανότητα και ετοιμότητα για μάθηση καθώς επίσης διάθεση και κίνητρα, 3) Η διατύπωση του προβλήματος.

Στον προγραμματισμό περιλαμβάνονται: 1) ο σχεδιασμός του εκπαιδευτικού προγράμματος, 2) Η διατύπωση των αντικειμενικών σκοπών και 3) Η επιλογή ανάλογων μεθόδων και εκπαιδευτικών μέσων.

Στην εφαρμογή του προγράμματος περιλαμβάνονται: 1) Η πραγματοποίηση όλων των παρεμβάσεων που έχουν σχεδιαστεί και 2) Η αναγνώριση και διατύπωση των δυσκολιών που εμφανίζονται κατά τη διαδικασία της υλοποίησης του προγράμματος.

Τέλος, στην εκτίμηση του αποτελέσματος περιλαμβάνονται: 1) Η αποτελεσματικότητα του προγράμματος και 2) Η παρουσία και αποτελεσματικότητα του νοσηλευτή η οποία μπορεί να κριθεί τόσο από τους συναδέλφους του που ήταν παρόντες στη διδασκαλία όσο και από τους εκπαιδευόμενους.^{35,36}

2. Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΣΤΗΝ ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ AIDS

2.1. Ορισμός - Αξιολόγηση. Αγωγής υγείας στο νεανικό πληθυσμό (16-19 ετών)

Αγωγή υγείας για το AIDS καλείται η ενημέρωση και η εκπαίδευση που γίνονται, με σκοπό να επηρεαστεί η συμπεριφορά ομάδων και ατόμων

ούτως ώστε να περιοριστεί η εξάπλωση του ιού της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV), δηλαδή της αιτίας του AIDS. Πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα όλων των εθνικών προγραμμάτων για την πρόληψη και τον έλεγχο του AIDS.

Η Αγωγή Υγείας για το AIDS, έχει σαν πληθυσμό-στόχο όλες τις ηλικιακές ομάδες, αλλά η ομάδα που μπορεί να κατανοήσει την διδασκαλία και να παρουσιάσει τα καλύτερα αποτελέσματα είναι οι νέοι. Γι' αυτό το λόγο θα πρέπει να τύχουν διαφορετικής αγωγής και ιδιαίτερης φροντίδας.

Η Αγωγή Υγείας στους νέους έχει ιδιαίτερη σημασία για τους εξής λόγους:

- ✓ Ο νεανικός πληθυσμός αποτελεί ένα μεγάλο τμήμα του συνολικού πληθυσμού της χώρας.
- ✓ Οι νέοι μεταφέροντας τις γνώσεις και τα μηνύματα στο ευρύτερο οικογενειακό και κοινωνικό τους περιβάλλον πολλαπλασιάζουν ιούς αποδέκτες αυτών.
- ✓ Στην νεανική ηλικία το άτομο διαμορφώνει στάσεις και συμπεριφορές, θετικές ή αρνητικές, που θα επηρεάσουν την μελλοντική του υγεία.

- ✓ Είναι ευκολότερο να εκπαιδευτούν οι νέοι ούτως ώστε να υιοθετήσουν υγιεινή συμπεριφορά παρά να ανασταλούν ήδη διαμορφωμένες συμπεριφορές σε μεγαλύτερες ηλικίες.
- ✓ Οι νέοι αποτελούν μια εντοπισμένη πληθυσμιακή ομάδα, γνωστή όσον αφορά το μέγεθός της, τους χώρους που βρίσκεται και τις ιδιαίτερες ανάγκες της.

Η Αγωγή υγείας θέτει στόχους προκειμένου να επιφέρει παρατεταμένες θετικές αλλαγές σε πρακτικές που είναι αποφασιστικής σημασίας για τη δημόσια υγεία. ^{35,38,39}

2.2. Σχεδιασμός προγράμματος Αγωγής Υγείας για το AIDS

Στο στάδιο αυτό περιλαμβάνεται η καταγραφή των στόχων του προγράμματος καθώς και οι μέθοδοι επικοινωνίας και τα μέσα που θα χρησιμοποιηθούν.

Στόχοι προγράμματος:

Η πρόοδος και η εξέλιξη του θέματος AIDS είναι ταχύτερη και δεν μπορούμε να την παρακολουθήσουμε. Γι' αυτό κρίνεται απαραίτητη η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και η διαρκής ενημέρωση των νέων σε θέματα AIDS και ιδιαίτερα σε ότι αφορά την προφύλαξή του. Γι' αυτό το λόγο μέσω της Αγωγής υγείας θέτονται οι εξής στόχοι:

- ✓ να προαχθεί η σωστή χρήση των υγειονομικών υπηρεσιών από τους νέους.
- ✓ να τεθεί η πρόληψη και προφύλαξη από το AIDS σε προτεραιότητα στις συζητήσεις μεταξύ των νέων.
- ✓ να υιοθετηθεί σεξουαλική συμπεριφορά που μειώνει τον κίνδυνο λοίμωξης από τον HIV.
- ✓ να υποστηριχθούν προσπάθειες για τη μείωση της μετάδοσης της λοίμωξης από τον HIV.
- ✓ να ενημερωθούν οι μελλοντικοί γονείς για τον κίνδυνο λοίμωξης από HIV με περιγεννητική μετάδοση.

- ✓ να μάθουν οι νέοι να έχουν αυτοπεποίθηση, θετική στάση απέναντι στη ζωή, να εκτιμούν τον εαυτό τους και να αναπτύσσουν αντιστάσεις στις μη σωστές συμπεριφορές και στους κινδύνους που απειλούν την υγεία τους.^{35,38,39}

Μέθοδοι και μέσα διδασκαλίας

Η Αγωγή υγείας ανάλογα με το σκοπό της μπορεί να χρησιμοποιήσει τρεις κατηγορίες μεθόδων: 1) Μέθοδοι επικοινωνίας, 2) Μέθοδοι αλλαγής στάσεων και συμπεριφοράς και 3) Μέθοδοι κοινωνικής δράσης.

Στην Αγωγή υγείας του AIDS για τους νέους οι πιο χρήσιμες μέθοδοι, είναι οι μέθοδοι επικοινωνίας και οι μέθοδοι αλλαγής στάσεων και συμπεριφοράς οι οποίες στοχεύουν στην ευαισθητοποίηση, την παροχή γνώσεων και τον έλεγχο συμπεριφοράς.

Ανάλογα με τη συμμετοχή των ενδιαφερομένων τα μέσα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν είναι: 1) Η διαπροσωπική επικοινωνία, 2) Τα ειδικά μέσα.

Η διαπροσωπική επικοινωνία είναι η αλληλεπίδραση δύο ή περισσότερων ατόμων για την μετάδοση των πληροφοριών. Στοχεύει στην ενεργητική συμμετοχή του πληθυσμού-στόχου, των εκπαιδευτών, των συμβούλων καθώς και άλλων πηγών πληροφόρησης μέσω εκπαιδευτικών συναντήσεων, συζητήσεων, ομιλιών, ομαδικών εργασιών, παίξιμο ρόλων και θεατρικών παιχνιδιών. Επίσης στοχεύει στην ανάπτυξη υπευθυνότητας και ωριμότητας από τα άτομα, στην υιοθέτηση νέων στάσεων και συμπεριφορών καθώς και στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης του ατόμου και των προσωπικών του δεξιοτήτων.

Τα ειδικά μέσα περιλαμβάνουν φυλλάδια, αφίσες, βιντεοκασέτες, διαφάνειες, slides κτλ.

Ο σκοπός των ειδικών μέσων είναι:

- ✓ να πληροφορήσουν ή να υπενθυμίσουν θέματα σχετικά με την προφύλαξη από το AIDS.
- ✓ να παρέχουν αναλυτικότερη πληροφόρηση απ' ότι οι διαπροσωπικές επαφές.

- ✓ να υποστηρίξουν τις δραστηριότητες του προγράμματος δίνοντας πληροφορίες μέσω ανακοινώσεων για χώρους, χρόνους κ.λ.π.
- ✓ να παρέχουν βοηθήματα για σχεδιασμό και εκπαίδευση.

Τέλος προκειμένου να υλοποιηθεί το πρόγραμμα Αγωγής υγείας πρέπει να υπάρχουν οι εξής συνθήκες:

- ✓ Κατάλληλο περιβάλλον.
- ✓ Εξασφάλιση οπτικής επαφής και ακουστικής συμμετοχής του ατόμου. -
Ενθάρρυνση των ατόμων να επιδεικνύουν τις γνώσεις και τις δεξιότητες που έμαθαν.
- ✓ Χρησιμοποίηση κατάλληλης γλώσσας με απλές και μικρές προτάσεις.^{35,38,40}

2.3. Εφαρμογή προγράμματος Αγωγής Υγείας για το AIDS

α) Ενημέρωση του πληθυσμού στόχου

Αποτελεί το σημαντικότερο κομμάτι της εκπαιδευτικής διαδικασίας γιατί η ενημέρωση του πληθυσμού για τη φύση της νόσου, τους τρόπους μετάδοσης, τα μέσα προφύλαξης και τις κοινωνικές διαστάσεις του προβλήματος που ονομάζεται AIDS, αποτελεί το κύριο και περισσότερο αποτελεσματικό τρόπο αντιμετώπισης. Η ενημέρωση στοχεύει στην τροποποίηση των μορφών εκείνων ατομικής συμπεριφοράς που εκθέτουν σε λοίμωξη, αλλά και σε αποτροπή αδικαιολόγητου πανικού ή λαθεμένης συμπεριφοράς προς τους ασθενείς ή τους φορείς.

Θα πρέπει να τονιστεί η αποφυγή κοινωνικού στιγματισμού των ασθενών και ο αποκλεισμός τους από τις κοινωνικές δραστηριότητες, στάση που είναι σημαντικό να υιοθετηθεί από ένα κομμάτι του πληθυσμού με τόσες ιδιαιτερότητες όπως είναι οι νέοι.

Επίσης, επειδή το πρόγραμμα απευθύνεται σε νέους είναι απαραίτητο να παρουσιαστεί όσον αφορά τη σεξουαλική ενημέρωση ιδιαίτερα, με τέτοιο τρόπο ώστε να αποφευχθεί η πρόκληση ψυχολογικών προβλημάτων που σχετίζονται με την έναρξη της σεξουαλικής ζωής των νέων.⁶

β) Τρόποι μετάδοσης και ομάδες υψηλού κινδύνου

Οι τρόποι μετάδοσης του AIDS είναι:

- ✓ Σεξουαλική μετάδοση
- ✓ Αιματογενής μετάδοση
- ✓ Τοξικομανείς, με ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών ουσιών
- ✓ Μεταμοσχεύσεις μολυσμένων οργάνων και ιστών
- ✓ Μετάδοση AIDS κατά τον τοκετό ή το μητρικό θηλασμό (εικ. 6).



ΕΙΚΟΝΑ 6: ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΤΟΥ AIDS.
ΠΗΓΗ: ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΦΥΛΛΑΔΙΟ ΚΕΕΛ

Οι ομάδες υψηλού κινδύνου είναι:

- ✓ Ομοφυλόφιλοι - αμφιφυλόφιλοι άνδρες
- ✓ Τοξικομανείς με ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών ουσιών
- ✓ Αιμορροφιλικοί
- ✓ Πολυμεταγγιζόμενοι
- ✓ Άτομα με πολλούς ερωτικούς συντρόφους
- ✓ Οι ερωτικοί σύντροφοι προηγούμενων ομάδων

- ✓ Παιδιά ασθενών με AIDS
- ✓ Εκδιδόμενα άτομα (άνδρες-γυναίκες) και οι ερωτικοί τους σύντροφοι - Όλα τα άτομα που έρχονται συχνά σε επαφή με αίμα. ^{5,6,7}

γ) Μέτρα προφύλαξης από το AIDS

Πρόληψη σεξουαλικής μετάδοσης του HIV

Σε αμοιβαίες πιστές σχέσεις μεταξύ ατόμων οροαρνητικών για HIV, που δεν έχουν εκτεθεί σε μολυσμένο αίμα (π.χ. κάνοντας χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών ή κοινή χρήση βελονών, δεν υπάρχει κίνδυνος μετάδοσης του HIV με τη σεξουαλική επαφή.

Σε περίπτωση σεξουαλικής επαφής εκτός των πλαισίων της αμοιβαίας πιστής ερωτικής σχέσης, η πιθανότητα μόλυνσης από τον HIV εξαρτάται από τους ακόλουθους βασικούς παράγοντες:

α. Την επιλογή των ερωτικών συντρόφων.

Ο κίνδυνος λοίμωξης σχετίζεται άμεσα με την πιθανότητα να είναι μολυσμένος ο σύντροφος που έχει επιλεγεί για ετεροφυλόφιλους και αμφιφυλόφιλους συντρόφους, αυτό ποικίλλει σημαντικά ανάλογα με τη γεωγραφική περιοχή. Επομένως:

- ✓ όχι στις σεξουαλικές σχέσεις με περιστασιακούς ή με άγνωστους συντρόφους
- ✓ όχι στις σεξουαλικές σχέσεις με άτομα που πιθανόν να έχουν κάνει ή κάνουν χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών
- ✓ όχι στις σεξουαλικές σχέσεις με άτομα που έχουν ποικίλους διαφορετικούς συντρόφους όπως για παράδειγμα εκδιδόμενες γυναίκες.

β. Ο αριθμός των ερωτικών συντρόφων.

Όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των ερωτικών συντρόφων τόσο μεγαλώνει η πιθανότητα κάποιος απ' αυτούς να είναι μολυσμένος με τον HIV. Πρέπει λοιπόν ο αριθμός των ερωτικών συντρόφων να είναι όσο το δυνατόν μικρότερος.

γ. Η μορφή της σεξουαλικής συμπεριφοράς.

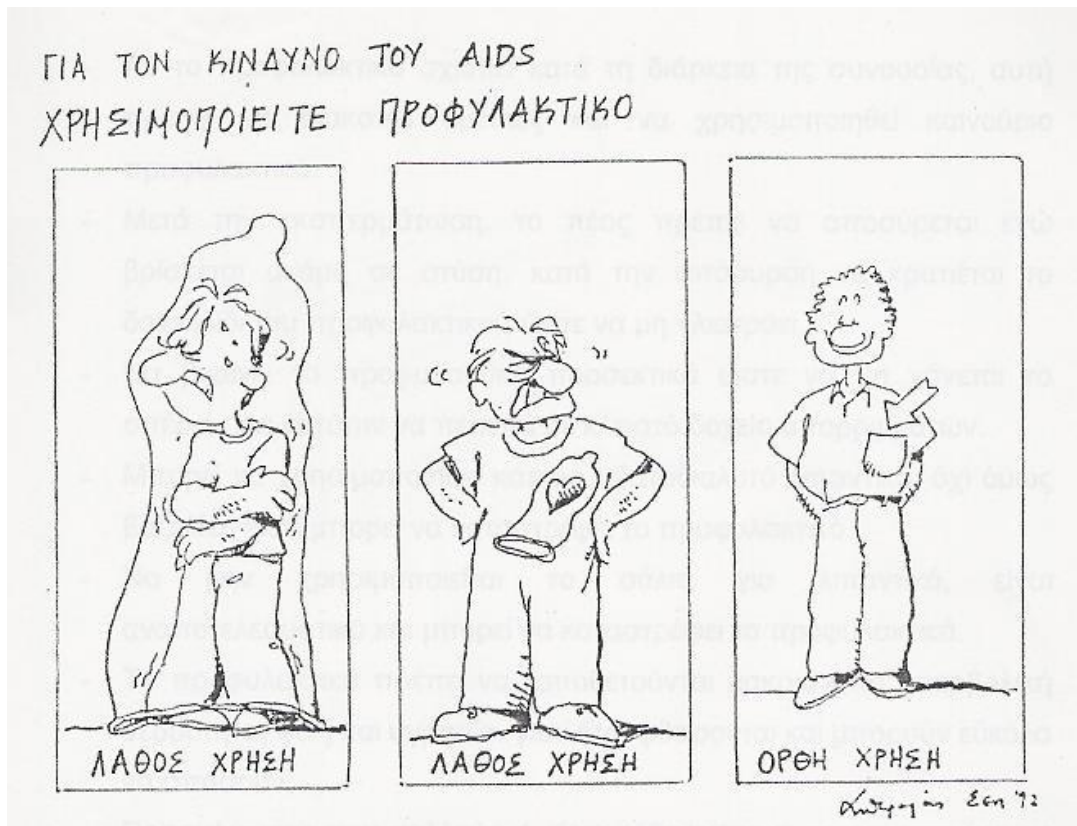
Πρέπει να είναι γνωστά η ορολογική κατάσταση ή το σεξουαλικό ιστορικό ή το

ιστορικό χρήσης ενδοφλεβίων ναρκωτικών του πιθανού ερωτικού συντρόφου. Η αποχή από τη συνουσία ή ο αυστηρός περιορισμός των σεξουαλικών σχέσεων σε δραστηριότητες που φέρνουν τους συντρόφους σε επαφή με το σπέρμα, τραχηλικές ή κολπικές εκκρίσεις καθώς και το αίμα (για παράδειγμα αγκάλιασμα, χάδια) θα εξαλείψουν τον κίνδυνο. Διαφορετικά, επιβάλλεται η σωστή και συστηματική χρήση του προφυλακτικού.^{41,42,43}

Προφυλακτικά και σπερματοκτόνα

Για την ελάττωση του κινδύνου μετάδοσης του HIV συνίσταται η χρήση ελαστικών προφυλακτικών. Προφυλακτικά από φυσικές μεμβράνες (έντερο προβάτου) δεν συνιστώνται γιατί έχουν μικρούς πόρους απ' όπου μπορεί να περάσει ο HIV. Ακόμη, όμως και τα ελαστικά προφυλακτικά δεν προσφέρουν πλήρη προστασία στην πρόληψη της μετάδοσης του HIV όπως ακριβώς δεν εξασφαλίζουν απόλυτα και την αντισύλληψη. Αυτό οφείλεται κατά ένα μέρος στον κίνδυνο να σπάσει το προφυλακτικό. Σημαντικό ρόλο παίζει και η κατάλληλη χρήση του προφυλακτικού (εικόνα 7).

Σπερματοκτόνα που περιέχουν monoxyonyl-9, menfegol ή benzalium chloride, φαίνεται ότι αδρανοποιούν τον ιό. Μερικά προφυλακτικά περιέχουν monoxyonyl-9 στην κορυφή ή ως λιπαντικό. Τα σπερματοκτόνα, μόνα τους, δεν αρκούν για να προλάβουν σεξουαλική μετάδοση του HIV. Η αποτελεσματικότητά τους μελετάται σε συνδυασμό με τα «μηχανικά» μέσα δηλαδή τα προφυλακτικά, το διάφραγμα κλπ.^{42,43}



ΕΙΚΟΝΑ 7. ΣΩΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟΥ

ΠΗΓΗ: ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΦΥΛΛΑΔΙΟ ΚΕΕΛ

Οδηγίες για χρήστες προφυλακτικών

- ✓ Σε κάθε σεξουαλική επαφή να χρησιμοποιείται καινούριο προφυλακτικό (εικ. 8).
- ✓ Τοποθετείται πάντα στο πέος πριν την έναρξη της συνουσίας.
- ✓ Τοποθετείται το προφυλακτικό, όταν το πέος είναι σε σύση.
- ✓ Τοποθετώντας το να πιέζεται ο άδειος χώρος στην άκρη του προφυλακτικού για να απομακρυνθεί ο αέρας. Να μην εφαρμόζεται στην κορυφή του πέους, πρέπει να υπάρχει κενός χώρος στην άκρη του προφυλακτικού για να δεχτεί το σπέρμα.
- ✓ Το προφυλακτικό να ξετυλίγεται ώστε να καλύψει όλο το πέος μέχρι τη βάση.
- ✓ Αν το προφυλακτικό σχισθεί κατά τη διάρκεια της συνουσίας, αυτή πρέπει να διακοπεί αμέσως και να χρησιμοποιηθεί καινούριο προφυλακτικό.
- ✓ Μετά την εκσπερμάτωση, το πέος πρέπει να αποσύρεται ενώ βρίσκεται ακόμη σε

σύση, κατά την απόσυρση να κρατιέται το δαχτυλίδι του προφυλακτικού ώστε να μη γλιστράει.

- ✓ Να βγαίνει το προφυλακτικό προσεκτικά ώστε να μη χύνεται το σπέρμα και κατόπιν να πετιέται σε κλειστό δοχείο απορριμμάτων.
- ✓ Μπορεί να χρησιμοποιηθεί κάποιο υδατοδιαλυτό λιπαντικό, όχι όμως βαζελίνη γιατί μπορεί να καταστρέψει το προφυλακτικό.
- ✓ Να μην χρησιμοποιείται το σάλιο για λιπαντικό, είναι αναποτελεσματικό και μπορεί να καταστρέψει το προφυλακτικό.
- ✓ Τα προφυλακτικά πρέπει να τοποθετούνται μακριά από υπερβολική θερμότητα, φως και υγρασία, γιατί έτσι φθείρονται και μπορούν εύκολα να σπάσουν.
- ✓ Προφυλακτικά που κολλούν ή είναι εύθραυστα ή κατεστραμμένα με άλλο τρόπο δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται ^{42,43}

Προληπτικά μέτρα για τους ομοφυλόφιλους

- ✓ Διατήρηση της υγείας τους σε καλά επίπεδα και αποφυγή παραγόντων που ελαττώνουν την άμυνα του οργανισμού. Σι αυτό συμβάλλουν η πλήρης και επαρκής θερμιδική διατροφή, η αποφυγή κοπώσεως, η αποφυγή κατανάλωσης οινόπνευματων ποτών και ναρκωτικών, καθώς και ο περιοδικός εργαστηριακός έλεγχος για ηπατίτιδα και αφροδίσια νοσήματα.
- ✓ Περιορισμός του αριθμού των σεξουαλικών συντρόφων, ώστε να είναι μειωμένη η πιθανότητα επαφής με το φορέα.
- ✓ Αποφυγή σεξουαλικής επαφής με άγνωστα άτομα. Χρήσιμη είναι η ειλικρινής ανταλλαγή πληροφοριών και η εξέταση για τυχόν ύπαρξη αντισωμάτων έναντι του ιού.
- ✓ Χρησιμοποίηση προφυλακτικών, ώστε να αποφεύγεται η είσοδος μολυσμένου σπέρματος. Επίσης αποφυγή της εισόδου αντικειμένων ή δακτύλων στον πρωκτό.
- ✓ Αποφυγή χρησιμοποίησης κοινών ερωτικών αντικειμένων χωρίς να έχουν απολυμανθεί.

- ✓ Αποφυγή της άμεσης επαφής με το σπέρμα του ερωτικού συντρόφου, γιατί από τραυματισμούς στο βλεννογόνο του στόματος μπορεί ο ιός να μπει στην κυκλοφορία του αίματος. ^{41,42,43}

Μέτρα για τους τοξικομανείς

- ✓ Διατήρηση της υγείας σε καλά επίπεδα και αποφυγή παραγόντων που ελαττώνουν την άμυνα του οργανισμού όπως κακή διατροφή, κόπωση, αϋπνία και κατανάλωση οινόπνευματων ποτών.
- ✓ Προσπάθειες για διακοπή τουλάχιστον της ενδοφλέβιας λήψης ναρκωτικών και προσπάθεια για πραγματοποίηση αποτοξίνωσης.
- ✓ Να αποφεύγεται αυστηρά η κοινή χρήση βελονών, συριγγών, και σκευών παρασκευής των ναρκωτικών. Οι σύριγγες και οι βελόνες να είναι αποκλειστικά μιας χρήσεως.
- ✓ Χρήση ατομικών ειδών υγιεινής.
- ✓ Αποφυγή σεξουαλικών επαφών με φορείς και πάσχοντες από AIDS καθώς και με άτομα των ομάδων υψηλού κινδύνου.
- ✓ Σε περίπτωση επαφών με τα άτομα των παραπάνω κατηγοριών συνίσταται η χρήση προφυλακτικών και η αποφυγή άμεσης επαφής με τα εκκρίματα αυτών.
- ✓ Επιβάλλεται συστηματικότερη ενημέρωση για το AIDS στους τοξικομανείς και ιδίως για τους κινδύνους που ελλοχεύουν οι ενέργειές τους. Έρευνες δείχνουν ότι οι τοξικομανείς ως κοινωνική ομάδα δείχνουν άγνοια κινδύνου για το AIDS και δεν λαμβάνουν συστηματικά τα απαραίτητα μέτρα. ^{44,45,46}

Περιενηνητική μετάδοση

Σε γυναίκες της αναπαραγωγικής ηλικίας που είναι γνωστό ότι έχουν μολυνθεί πρέπει να παρέχονται συμβουλές, όσο γίνεται νωρίτερα, ώστε να αποφασίσουν, αφού έχουν ενημερωθεί βέβαια, αν θα προχωρήσουν την εγκυμοσύνη, αν θα αποβάλλουν ή θα την αποφύγουν. Πρέπει να γνωρίζουν ότι ο HIV μπορεί να μεταδοθεί από τη

μολυσμένη γυναίκα στο έμβρυο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή κατά τον τοκετό ή με θηλασμό.

Η συμβουλευτική για τις δυνητικές επιλογές ενεργειών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης γενικά περιορίζεται σε ευαισθητοποιημένη υποστήριξη και προσεκτική συζήτηση των πιθανών εκβάσεων. Αν γίνει συζήτηση για τη διακοπή της εγκυμοσύνης, αυτή θα εξαρτηθεί από τοπικούς και προσωπικούς, θρησκευτικούς και πολιτιστικούς παράγοντες, την εθνική νομοθεσία για τις εκτρώσεις, το στάδιο της κύησης και την ύπαρξη τοπικών υπηρεσιών υγείας για την ακίνδυνη διακοπή της εγκυμοσύνης.

Η έγκυος γυναίκα πρέπει να προετοιμαστεί για την πιθανότητα να γεννηθεί το παιδί με HIV λοίμωξη, αλλά πρέπει επίσης να διαβεβαιωθεί ότι υπάρχουν τουλάχιστον 60% πιθανότητες να γεννήσει ένα υγιές βρέφος.

Οι σύζυγοι ή οι ερωτικοί σύντροφοι γυναικών με HIV λοίμωξη που σχεδιάζουν να μείνουν ή είναι ήδη έγκυες, πρέπει να παρακολουθούν τις συμβουλευτικές συνεδρίες. Όταν είναι εφικτό, στις αποφάσεις για την αποφυγή ή τη διακοπή της εγκυμοσύνης ή στην προετοιμασία για ένα παιδί που μπορεί να είναι μολυσμένο πρέπει να συμμετέχουν και οι δύο δυνητικοί γονείς. Φαίνεται ότι η κοινωνική και ψυχολογική υποστήριξη που θα χρειασθεί η γυναίκα εξασφαλίζεται με τη συνεργασία του συντρόφου της.^{47,48}

Έλεγχος εγκύων

Ο υποχρεωτικός έλεγχος των εγκύων δεν συνιστάται για δεοντολογικούς και νομικούς λόγους. Η εφαρμογή του θα συναντήσει πολλά εμπόδια και δεν θα αποβεί αποδοτική. Αντίθετα, συνιστάται εθελοντικός έλεγχος όπου το ιστορικό υποδεικνύει αυξημένη πιθανότητα χρόνιας ιοφορίας, πάντα όμως ύστερα από λεπτομερή ενημέρωση.

Σήμερα στην Ελλάδα θα μπορούσε να συσταθεί τέτοιος εθελοντικός έλεγχος σε πολυμεταγγιζόμενες, τοξικομανείς, γυναίκες με έντονη σεξουαλική ζωή ή γυναίκες που ο σύζυγός τους ανήκει σε μια από τις ομάδες υψηλού κινδύνου. Η απόφαση για τον έλεγχο αυτό πρέπει να λαμβάνεται κατά τους τρεις πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης.^{42,47,48}

Προληπτικά μέτρα στην αιμοδοσία

- ✓ Υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού και των δοτών αίματος, ενίσχυση της εθελοντικής αιμοδοσίας και απαγόρευση της αιμοδοσίας με χρηματικό αντάλλαγμα.
- ✓ Χρήση αίματος εγχώριας προέλευσης, αφού γίνει κατάλληλη διαφώτιση ώστε να υπάρχει επάρκεια αίματος και να αποφεύγεται η εισαγωγή του από ξένες χώρες και ιδίως από χώρες όπου ενδημεί το σύνδρομο της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας. Τήρηση εμπιστευτικών αρχείων αιμοδοτών στα κέντρα αιμοδοσίας.
- ✓ Αποκλεισμός από την αιμοδοσία ατόμων που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου, ο οποίος πρέπει να βασίζεται στο ιστορικό, στην κλινική εξέταση και κυρίως στην εργαστηριακή ανίχνευση αντισωμάτων έναντι του ιού.
- ✓ Βελτίωση των συνθηκών λήψης, συλλογής και ελέγχου του πλάσματος στις τράπεζες αίματος, όπου πρέπει να διατηρούνται δείγματα αίματος χρήσιμα για αναδρομικές έρευνες.¹²

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ

ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ



1. ΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΑΠΕΝΑΝΤΙ

ΣΤΟ AIDS.

Η συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στο AIDS και στα άτομα, που έχουν μολυνθεί από τον ιό του AIDS πρέπει να χαρακτηρίζεται από υπευθυνότητα, νηφαλιότητα, ρεαλισμό, και πρωτίστως από αγάπη και φροντίδα για τον άρρωστο. Παρ' όλα αυτά από έρευνες που έγιναν αν και το 56,3% των νοσηλευτών δηλώνει ότι δεν φοβάται καθόλου το AIDS, ένα ποσοστό της τάξεως του 49,3% δηλώνει ότι δεν θέλει να εργαστεί σε τμήμα που νοσηλεύονται ασθενείς με AIDS, λόγω έλλειψης εξειδικευμένων γνώσεων.⁴⁹

Όσον αφορά τις γενικές γνώσεις των νοσηλευτών σχετικά με τον ιό του AIDS, συμπεραίνουμε ότι βρίσκονται σε υψηλό επίπεδο. Αυτό αποδεικνύεται από έρευνες που δείχνουν ότι η συντριπτική πλειοψηφία του νοσηλευτικού προσωπικού (98,5%) γνωρίζει τα κυριότερα συμπτώματα του AIDS. Επίσης το 64,3% των νοσηλευτών γνωρίζει ότι η μεταδοτικότητα του ιού του AIDS είναι μικρότερη από της Ηπατίτιδας Β και συνεπώς μικρότερος ο επαγγελματικός κίνδυνος. Σύμφωνα με τους νοσηλευτές, αυτές τους οι γνώσεις προέρχονται κυρίως από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (42%), τις διαλέξεις και την ενημέρωση στα νοσοκομεία (37,25%) και σε λιγότερο βαθμό από τα έντυπα του Υπουργείου υγείας (18,75%).

Ενώ παρατηρούμε ότι ένα μεγάλο ποσοστό των νοσηλευτών γνωρίζει για την μεταδοτικότητα του ιού του AIDS, παρ' όλα αυτά μόνο το 45% παίρνει τα απαραίτητα μέτρα αντισηψίας και προφύλαξης. Γι' αυτό επιβάλλεται εντατικότερη ενημέρωση και επιβολή ορθής νοσηλευτικής για προστασία.^{50,51}

2. ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΕΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ - ΛΗΨΗ ΜΕΤΡΩΝ

Η αρχική αρνητική στάση του νοσηλευτικού προσωπικού προς τους ασθενείς η φορείς του AIDS, οφείλεται στο φόβο της μόλυνσης από ενδεχόμενο ατύχημα, αλλά και

στην ενδόμυχη αντιπάθεια προς μερικές από τις ειδικές ευπαθείς ομάδες υψηλού κινδύνου, όπως είναι οι ομοφυλόφιλοι και οι ναρκομανείς. Γι' αυτό η πολιτεία έχει θεσπίσει μέτρα που υποχρεώνουν το υγειονομικό προσωπικό να παρέχει περίθαλψη σε οροθετικούς και ασθενείς με AIDS. Επίσης οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να μην επιτρέπουν την εξέταση για έλεγχο HIV αντισωμάτων χωρίς την δική τους συγκατάθεση, καθώς και να μην μεταφέρονται σε άλλο νοσοκομείο ή να διαχωρίζονται από του άλλους ασθενείς^{49,52,53}

Όσον αφορά το υγειονομικό προσωπικό υπάρχει προβληματισμός για το αν θα πρέπει να επιτρέπεται στους φορείς ή τους πάσχοντες από AIDS λειτουργούς υγείας να παρέχουν νοσηλεία. Σύμφωνα πάντως με τον ΠΟΥ, οι εργαζόμενοι στην φροντίδα υγείας οι οποίοι είναι φορείς ή έχουν μολυνθεί με το HIV δεν πρέπει να εμποδιστούν από την εργασία τους. Το σκεπτικό της απόφασης αυτής είναι ότι αν εφαρμόζονται αυστηρά οι διεθνείς προφυλάξεις και διαδικασίες του ελέγχου της λοίμωξης, ο κίνδυνος μετάδοσης του HIV από ένα εργαζόμενο σε ένα άρρωστο είναι πολύ σπάνιος. Τέλος θα πρέπει να σημειωθεί ότι δεν επιτρέπεται εξέταση ρουτίνας για έλεγχο HIV αντισωμάτων στο νοσηλευτικό προσωπικό.^{54,55}

Τα μέτρα που πρέπει να λάβει η πολιτεία είναι τα εξής:

- 1) Να συμβάλει στην αποφυγή διακρίσεων και προκαταλήψεων προς το AIDS.
- 2) Να δώσει κίνητρα στο νοσηλευτικό προσωπικό (οικονομικά, νομικά, άδεια).
- 3) Επιστημονική τεκμηρίωση των συνηθέστερων επαγγελματικών κινδύνων του υγειονομικού προσωπικού στη χώρα μας.
- 4) Εκπαίδευση και πληροφόρηση του προσωπικού στις τεχνικές για την πρόληψη και μετάδοση της νόσου, καθώς και πλήρης ενημέρωσή του των τελευταίων ερευνητικών δεδομένων.
- 5) Ανάπτυξη ηθικών και νομικών ζητημάτων σε σχέση με τον ιό του AIDS.
- 6) Υποχρέωση για προμήθεια κατάλληλου εξοπλισμού' βάση διεθνών προδιαγραφών ώστε να ελαχιστοποιείται ο κίνδυνος μόλυνσης για το υγειονομικό προσωπικό.^{52,54,56}

3.ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η ταχεία διασπορά του ιού HIV σημαίνει ότι το νοσηλευτικό προσωπικό έρχεται σε επαφή καθημερινά με υλικό δυνητικά μολυσμένο με τον ιό. Παρ' όλα αυτά έχει πρώτιστο καθήκον να προσφέρει τις υπηρεσίες του σε ανθρώπους που ασθενούν, να συμβάλλει στην ανακούφιση και θεραπευτική αντιμετώπισή τους και να μεριμνά για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Αν και ο κίνδυνος μόλυνσης είναι μικρός (0,03-0,04%) οι νοσηλευτές πρέπει να λαμβάνουν τις κατάλληλες προφυλάξεις κατά την παροχή των υπηρεσιών τους.

Από πρόσφατες επιδημιολογικές έρευνες στον παγκόσμιο και ελληνικό χώρο φαίνεται ότι το νοσηλευτικό προσωπικό εκτίθεται συχνότερα στον ιό HIV από το υπόλοιπο υγειονομικό προσωπικό. Για παράδειγμα μέχρι το 1992 παγκοσμίως αναφέρθηκαν 53 περιπτώσεις ορομετατροπής.. μετά από επαγγελματική έκθεση νοσηλευτών στον ιό HIV, ενώ 92 δηλώθηκαν σαν πιθανή έκθεση. Τα περισσότερα ατυχήματα συνέβησαν .σε θαλάμους νοσηλείας, χειρουργεία, εργαστήρια, εξωτερικά ιατρεία. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων υπεύθυνος ήταν ο ίδιος ο νοσηλευτής, ενώ μικρό ποσοστό παραδέχθηκε τη χρήση γαντιών.⁹

Στον Ευρωπαϊκό χώρο σε πολυκεντρική μελέτη της Ευρωπαϊκής κοινότητας δηλώθηκαν τα τελευταία χρόνια 398 περιστατικά από 4 χώρες (Δανία, Ελλάδα, Βρετανία, Ισπανία) χωρίς ορομετατροπή. Σύμφωνα με άλλη μελέτη σε σύνολο 3.533 περιστατικών αναφέρθηκαν 19 ορομετατροπές εκ των οποίων οι περισσότερες στη Γαλλία (9). Περιστατικά που πιθανόν οφείλονται σε επαγγελματική έκθεση νοσηλευτών αναφέρονται 31 από τα οποία τα περισσότερα αφορούν επίσης τη Γαλλία (21). Όσον αφορά τις Η.Π.Α. τα τελευταία 15 έτη αναφέρθηκαν 55 περιπτώσεις μόλυνσης από τον ιό του AIDS και 136 περιπτώσεις επαφής με μολυσμένο απ' τον ιό αίμα. ^{9,56}

Μια έρευνα που έγινε στο νοσοκομείο ΚΑΤ έδειξε ότι τυχαία επαφή του νοσηλευτικού προσωπικού με βιολογικά υγρά, ως επί το πλείστον, χωρίς άμεσο τραυματισμό με αιχμηρό όργανο παρατηρήθηκε σε ποσοστό 40,74%, ενώ άμεσος τραυματισμός παρατηρήθηκε σε ποσοστό 15,19%.

Σε μια άλλη έρευνα με τυχαίο δείγμα 374 άτομα υγειονομικού προσωπικού (160 γιατροί, 214 νοσηλεύτες) τα αποτελέσματα έδειξαν ότι: 1) 246 (65,8%) άτομα υπέστησαν τραυματισμούς από μεταχειρισμένες βελόνες, απ' αυτά το 24,8% προέβη αμέσως σε ορολογικό έλεγχο, το 4,1% σε λήψη γ-σφαιρίνης, το 32,9% σε περιποίηση του τραύματος, ενώ το 38,2% δεν έκανε καμιά ενέργεια. 2) 188 άτομα (31,6%) υπέστησαν τραυματισμό από διάφορα άλλα μολυσμένα αντικείμενα. Απ' αυτά το 16,9% προέβη σε ορολογικό έλεγχο, το 6,8% σε άμεση λήψη γ-σφαιρίνης, το 5,6% σε απλή περιποίηση του τραύματος, ενώ το 40,7% δεν έκανε καμιά ενέργεια.

Συμπερασματικά ενώ ο κίνδυνος τραυματισμού ιατρών και νοσηλευτών, κατά τη διάρκεια της εργασίας τους είναι ιδιαίτερα αυξημένος, ο τρόπος αντίδρασής τους κρίνεται ως ανεπαρκής.^{57,58,59}

4. ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΜΟΛΥΝΣΗΣ

Για να γίνει περισσότερο κατανοητός ο κίνδυνος μόλυνσης από τον ιό του AIDS για τους νοσηλεύτες θα αναφερθούν τρία χαρακτηριστικά περιστατικά. Να τονιστεί ότι όλες οι περιπτώσεις οφείλονται σε απροσεξία.

Περίπτωση 1η: Νοσηλεύτρια. που εργαζόταν στα επείγοντα βοήθησε στην εισαγωγή καρδιακού καθετήρα σε ασθενή με καρδιακή ανακοπή. Προσπάθησε να σταματήσει την αιμορραγία στο σημείο εισαγωγής του καθετήρα πιέζοντας με το χέρι της στο οποίο δεν φορούσε γάντι, με αποτέλεσμα επί 20 λεπτά να παραμείνει αίμα στο ακάλυπτο δέρμα. Σημειωτέων ότι στο χέρι είχε μόνο μερικά σκασίματα. Τελικά ο ασθενής απεβίωσε και εκ της ιατροδικαστικής εξέτασης το αίμα του βρέθηκε θετικό για HIV αντισώματα. Τρεις εβδομάδες μετά το συμβάν η νοσηλεύτρια παρουσιάζει πυρετό, μυαλγίες, εξάντληση, ναυτιές, εμετούς, διάρροια, απώλεια βάρους και γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια. Εξετάσθηκε από οικογενειακό γιατρό και τα παραπάνω αποδόθηκαν σε ίωση. Δεκαέξι εβδομάδες αργότερα έδωσε αίμα και βρέθηκε θετική για HIV. Ισχυρίστηκε ότι πάνω από -8 -έτη -είχε σεξουαλικές σχέσεις μόνο με το σύζυγο της ο οποίος ήταν οροαρνητικός κι αρνήθηκε κάθε άλλο παράγοντα κινδύνου.

Περίπτωση 2η: Νοσηλεύτρια προσπαθούσε να γεμίσει με αίμα φιαλίδιο με αρνητική πίεση, λόγω της οποίας πετάχτηκε αίμα στο πρόσωπο και το στόμα της. Φορούσε γάντια και προστατευτικά γυαλιά Και δε είχε ανοιχτές πληγές. Πλύθηκε καλά μετά την έκθεση. Το αίμα προερχόταν από ασθενή ύποπτο για μόλυνση με HIV. Σε ελέγχους που της έγιναν την επόμενη μέρα αποδείχτηκε οροαρνητική, το ίδιο και 8 εβδομάδες αργότερα. Όταν πήγε να δώσει αίμα μετά από 9 εβδομάδες βρέθηκε οροθετική. Δεν είχε καθόλου συμπτώματα, ούτε προέκυψαν άλλα επιβαρυντικά στοιχεία. Ανέφερε μόνο .ότι 2 μήνες μετά το ατύχημα τρυπήθηκε στο χέρι χωρίς να .αιμορραγήσει, από βελόνα που είχε χρησιμοποιηθεί για αιμοληψία σε ένα τοξικομανή.

Περίπτωση 3η: Χειρίστρια μηχανήματος διαχωρισμού των συστατικών του αίματος, στην προσπάθειά της να διορθώσει ένα πρόβλημα της συσκευής και ενώ χρησιμοποιείτο για ασθενή, τα χέρια της ακάλυπτα ήρθαν σε επαφή με το αίμα του. Αν και δεν είχε τραυματισμούς στα χέρια, ανέφερε δερματίτιδα στο ένα αυτί οπότε και είναι πιθανό να το έτριψε με τα μολυσμένα χέρια της. Ο ασθενής αρνήθηκε κάθε παράγοντα κινδύνου για το AIDS, αλλά σε έλεγχο αποδείχτηκε οροθετικός. Ο έλεγχος που έγινε στη χειρίστρια ήταν αρνητικός 5 ήμερες και 6 εβδομάδες μετά το περιστατικό. Οκτώ εβδομάδες αργότερα εμφάνισε γριπώδες σύνδρομο και τρεις μήνες μετά βρέθηκε οροθετική. Δεν αποδείχτηκε κανείς παράγοντας κινδύνου από το ιστορικό της (μεταγγίσεις, λήψη ναρκωτικών ενδοφλεβίως κ.λ.π.) ούτε από τον εργαστηριακό έλεγχο.⁵⁵

5. ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ

5.1. Απολύμανση - Αποστείρωση

Το νοσηλευτικό και εργαστηριακό προσωπικό που ασχολείται με τη νοσηλεία ασθενών που πάσχουν από AIDS θα πρέπει να παίρνει ειδικά μέτρα προστασίας. Οι τρόποι αποστείρωσης και τα απολυμαντικά μέσα που χρησιμοποιούνται στην υπηρεσία υγείας αδρανοποιούν τον ιό HIV σε συγκεντρώσεις μικρότερες από αυτές που χρησιμοποιούνται στην καθημερινή πρακτική. Η πλέον αποτελεσματική μέθοδος για την

αδρανοποίηση του HIV είναι η θερμότητα και επομένως η μέθοδος εκλογής για ιατρικά εργαλεία και επαναχρησιμοποιούμενο ιατρικό εξοπλισμό είναι η θέρμανση σε αυτόκαστο ή ο βρασμός. Λιγότερο αξιόπιστα, αλλά εξαιρετικά χρήσιμα για τη γενική απολύμανση είναι τα χημικά απολυμαντικά. Όλα τα επαναχρησιμοποιούμενα εργαλεία και ο εξοπλισμός επιβάλλεται να απολυμαίνονται και να καθαρίζονται σχολαστικά πριν από κάθε χρήση. Οι τρόποι αποστείρωσης και απολύμανσης είναι οι εξής:

1) Αποστείρωση με ατμό:

- Η αποστείρωση με ατμό (σε αυτόκαυστο) είναι η μέθοδος εκλογής για τον επαναχρησιμοποιούμενο εξοπλισμό. Πρέπει να λειτουργήσουν τουλάχιστον επί 20 min από τη στιγμή ανόδου της θερμοκρασίας στους 121°C.

2) Αποστείρωση με ξηρή θερμότητα:

- Η αποστείρωση με ξηρή θερμότητα ενδείκνυται για εργαλεία και εξοπλισμό που αντέχουν σε θερμοκρασία 170° C. Ο εξοπλισμός από πλαστικό μπορεί να μην αντέξει σ' αυτή τη θερμοκρασία. Η αποστείρωση γίνεται στους 170 °C τουλάχιστον επί ένα δίωρο.

3) Βρασμός:

- Όταν δεν υπάρχει αυτόκαυστο, η απλούστερη και πλέον αξιόπιστη μέθοδος για την αδρανοποίηση των περισσότερων παθογόνων μικροβίων, περιλαμβανομένου του HIV, είναι ο βρασμός. Για να επιτευχθεί υψηλού βαθμού απολύμανση εργαλειακού εξοπλισμού απαιτείται συνεχής βρασμός επί 20-30 λεπτά.⁶⁰

4) Χημική απολύμανση:

- Πολλά από τα απολυμαντικά που χρησιμοποιούνται σε υπηρεσίες φροντίδας υγείας αδρανοποιούν τον HIV σε δοκιμασία εργαστηρίου. Παρ' όλα αυτά στην πράξη μπορεί να είναι αναξιόπιστα, επειδή μπορεί να αδρανοποιούνται από την παρουσία αίματος ή άλλων οργανικών ουσιών. Επιπλέον πρέπει να παρασκευάζονται με προσοχή και μπορεί να χάνουν

γρήγορα τη δύναμή τους ειδικά όταν αποθηκεύονται σε θερμό χώρο.

- Βελόνες και σύριγγες δεν πρέπει να απολυμαίνονται με χημικά μέσα παρά μόνο όταν ούτε αποστείρωση ούτε υψηλού βαθμού απολύμανση με βρασμό είναι εφικτή και τότε, μόνο αν τα εργαλεία έχουν καθαριστεί επαρκώς, ώστε να απομακρυνθούν τα μολυσμένα υπολείμματα πριν από την εμβάπτιση στο χημικό απολυμαντικό, επειδή τα απολυμαντικά δεν διεισδύουν σε ορισμένες οργανικές ουσίες όπως το πηγμένο ή αποξηραμένο αίμα. Τα κύρια χημικά απολυμαντικά είναι:

α) Υποχλωριώδες νάτριο β) Υποχλωριώδες ασβέστιο γ) Διχλωροϊσοκυανιούχο νάτριο (NaDCC) δ) Χλωραμίνη ε) Αιθανόλη (αιθυλική αλκοόλη) και 2- προπανόλη (ισοπροπυλική αλκοόλη) στ) Ιωδιούχος πολυβιδόνη (PVI) ζ) Φορμαλίδη η) Γλουταράλη (γλουταραλδεϋδη) θ) δ-προπιονολακτόνη ι) NaOH πυκνότητας 40 mmol/l.

Τέλος να σημειωθεί ότι ο ιός είναι ανθεκτικός στην γ-ακτινοβολία (δόση μικρότερη από 2x10 rads) και στην υπεριώδη ακτινοβολία (δόση μικρότερη από 5x10 J/m).^{60,61,62}

5.2. Γενικά μέτρα πρόληψης

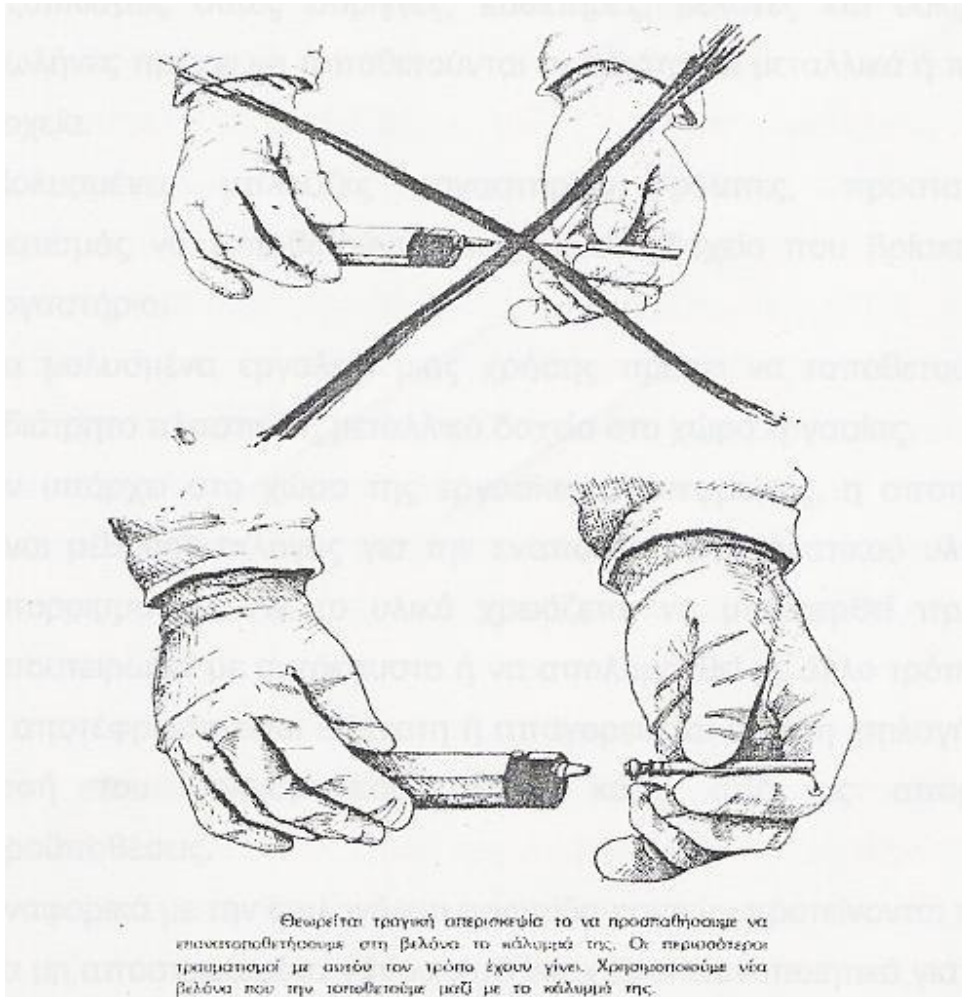
Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις πρέπει να προγραμματίζονται, έχοντας ως σκοπό πέρα από την προσωπική νοσηλεία του ασθενή και την εφαρμογή προφυλακτικών μέτρων κατά των λοιμώξεων και της μετάδοσης του AIDS. Γι' αυτό και πρέπει να λαμβάνονται τα κατάλληλα μέτρα σε κάθε περίπτωση από το νοσηλευτικό προσωπικό (εικ. 9). Τα μέτρα αυτά που ισχύουν κατά την νοσηλεία όλων ανεξαιρέτως των ασθενών είναι:

- ✓ χρήση γαντιών, μάσκας και γυαλιών όταν υπάρχει πιθανότητα έκθεσης στα εκκρίματα ασθενούς. Τα γάντια πρέπει να αλλάζονται μετά από κάθε ασθενή.
- ✓ Πλύσιμο χεριών στο τέλος κάθε πράξης και ιδιαίτερα όταν αλλάζονται τα γάντια.
- ✓ Αποφυγή τραυματισμού από αιχμηρά αντικείμενα κατά τη νοσηλεία, τον εργαστηριακό έλεγχο ή τις επεμβάσεις. Να τονιστεί ότι πρέπει να αποφεύγεται η επανατοποθέτηση του πλαστικού καλύμματος της βελόνας των συριγγών γιατί τότε γίνονται τα περισσότερα ατυχήματα

- ✓ Απόρριψη ,των χρησιμοποιηθέντων βελονών σε αδιάτρητο δοχείο.
- ✓ Άτομα με ανοικτά τραύματα ή εκτεταμένη δερματίτιδα πρέπει να απέχουν από τη νοσηλεία των ασθενών.
- ✓ Να σημειώνονται με ειδικές ετικέτες τα δείγματα από γνωστούς θετικούς με AIDS.



ΕΙΚΟΝΑ 9.
ΠΗΓΗ: ΒΑΣΙΚΕΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΚΑΙ ΚΑΝΟΝΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΣΤΗΝ
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ AIDS, 1992.



ΕΙΚΟΝΑ 10. ΣΩΣΤΟΣ ΤΡΟΠΟΣ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗΣ ΒΕΛΟΝΑΣ.

ΠΗΓΗ: ΒΑΣΙΚΕΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΚΑΙ ΚΑΝΟΝΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ AIDS, 1992.

- ✓ Κάθε επιφάνεια που έχει λερωθεί με αίμα πρέπει να καθαρίζεται από αντισηπτικό διάλυμα.
- ✓ Οι έγκυες από το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να προσέχουν ιδιαίτερα γιατί αν μολυνθούν μπορεί να κινδυνεύσει το κυοφορούμενο έμβρυο.^{63,64,65}

Στα γενικά μέτρα επίσης ανήκουν ο σωστός χειρισμός και η διάθεση μολυσματικού υλικού και απορριμμάτων, η σωστή επιλογή και φροντίδα των γαντιών, οι άμεσες ενέργειες που πρέπει να κάνουν εργαζόμενοι που εκτέθηκαν σε μολυσματικούς παράγοντες.

Όσον αφορά το χειρισμό και τη διάθεση μολυσματικού υλικού και απορριμμάτων προτείνονται τα εξής

- ✓ Εξοπλισμός όπως σύριγγες, καθετήρες, βελόνες και δοκιμαστικοί σωλήνες πρέπει να τοποθετούνται σε αδιάτρητα μεταλλικά ή πλαστικά δοχεία.
- ✓ Μολυσμένες μπλούζες εργαστηρίου, ρόμπες, προστατευτικός ιματισμός να τοποθετούνται σε χωριστό δοχείο που βρίσκεται στο εργαστήριο.
- ✓ Τα μολυσμένα εργαλεία- μιας χρήσης πρέπει να τοποθετούνται σε αδιάτρητο πλαστικό ή μεταλλικό δοχείο στο χώρο εργασίας.
- ✓ Αν υπάρχει στο χώρο της εργασίας αποτεφρωτής, η αποτέφρωση είναι μέθοδος εκλογής για την εναπόθεση μολυσματικού υλικού και απορριμμάτων. Αν το υλικό χρειάζεται να μεταφερθεί πρέπει να αποστειρωθεί με αυτόκαυστο ή να απολυμανθεί με άλλο τρόπο. Όταν η αποτέφρωση είναι αδύνατη ή απαγορεύεται η μόνη επιλογή είναι η ταφή του μολυσματικού υλικού κάτω από τις απαραίτητες προϋποθέσεις.

Αναφορικά με την επιλογή και φροντίδα γαντιών προτείνονται τα εξής:

- ✓ Τα μη αποστειρωμένα γάντια από latex είναι ικανοποιητικά για όλες τις πράξεις (πλην αυτών που απαιτούν αποστειρωμένα γάντια) και χρησιμοποιούνται μόνο μια φορά.
- ✓ Πρέπει να φοριούνται γάντια για όλους τους χειρισμούς δυνητικώς μολυσματικών υλικών.
- ✓ Να πετιούνται τα γάντια κάθε φορά που υπάρχει υποψία ότι έχουν μολυνθεί, να πλένονται τα χέρια και να φοριούνται καινούρια γάντια. Μην αγγίζονται μάτια, μύτη ή άλλοι εκτεθειμένοι βλεννογόνο ή το δέρμα με τα γάντια.

- ✓ Μην γίνεται περιφορά του προσωπικού στους χώρους εργασίας φορώντας γάντια.
- ✓ Αφού αφαιρούνται τα γάντια να πλένονται καλά τα χέρια.

Αν οι παραπάνω οδηγίες ακολουθηθούν σωστά τότε ο κίνδυνος μόλυνσης με HIV από αίμα θα μειωθεί. Παρ' όλα αυτά δεν είναι απόλυτο πως δε θα εκτεθεί ο νοσηλευτής. Σ' αυτή την περίπτωση λοιπόν πρέπει να κάνει κάποιες ενέργειες:

- ✓ Αν εκτεθεί σε αίμα στο δέρμα, χωρίς αυτό να παρουσιάζει λύση της συνέχειάς τους, πρέπει η περιοχή να πλυθεί άμεσα με σαπούνι και νερό.
- ✓ Αν πληγωθεί από αιχμηρό αντικείμενο μολυσμένο με αίμα, πρέπει να πιέσει καλά την πληγή για να αναβλύσει αρκετό αίμα, αν συνεχίσει να πλύνει προσεκτικά την πληγή με σαπούνι και νερό και αν χρειαστεί να την επιδέσει. Στη συνέχεια πρέπει να εκτιμηθεί η μορφή και η σοβαρότητα της πληγής, η επιφάνεια και το βάθος της, καθώς και η έκταση της περιοχής του τραύματος, για να καθοριστούν οι περαιτέρω ενέργειες.
- ✓ Το υλικό στο οποίο θα εκτεθεί ο νοσηλευτής, μέσω οποιασδήποτε οδού πρέπει να εξεταστεί για την παρουσία ιού ή και αντισώματος. Αν η ουσία είναι θετική σε N ή δεν είναι διαθέσιμη σε εξέταση πρέπει να γίνει ορολογικός έλεγχος και να γνωρίζει πως πρέπει να αναφέρει και να ζητά ιατρική αξιολόγηση κάθε οξείας νόσου με πυρετό για τους επόμενους τρεις μήνες τουλάχιστον. Μια τέτοια νόσος είναι δυνατό να αποτελεί ένδειξη λοίμωξης από τον HIV.
- ✓ Αν είναι οροαρνητικός πρέπει να επανεξεταστεί 6 εβδομάδες μετά την έκθεση και στη συνέχεια περιοδικά (3 και 6 μήνες μετά την έκθεση).^{60,65,66}

5.3. Α' Βοήθειες

Οι Α' Βοήθειες είναι ένας τομέας' στον οποίο οι πιθανότητες μόλυνσης από τον ιό HIV είναι ιδιαίτερα αυξημένες. Η εκπαίδευση στην παροχή Α' βοηθειών στους χώρους εργασίας επομένως πρέπει να περιλαμβάνουν σαφείς πληροφορίες για τους τρόπους μετάδοσης του ιού HIV. Σε γενικές γραμμές θα πρέπει να τονιστεί ότι ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δίνεται στις ημέρες της εφημερίας και γενικά σε έκτακτα περιστατικά, όπου ο χρόνος είναι πολύτιμος για τη ζωή του ασθενούς -και δεν γνωρίζουμε αν είναι φορέας. Σε τέτοιες περιπτώσεις λοιπόν τα μέτρα πρέπει να εντείνονται όχι μόνο λόγω της πίεσης του χρόνου αλλά και γιατί έρευνες έχουν δείξει ότι οι τραυματίες έχουν επταπλάσιο πιθανότητα να είναι φορείς του AIDS. Σε μελέτη μάλιστα που έγινε σε μεγάλο νοσοκομείο των ΗΠΑ διεπιστώθη ότι το 5% του συνόλου των ασθενών και 14% των εισερχομένων στα εξωτερικά ιατρεία ως επείγοντα περιστατικά ήταν οροθετικοί. Επίσης τονίζεται ότι επιβάλλεται να υπάρχουν ασκοί ανάνηψης, αεραγωγοί, σωλήνες στόματος ώστε να αποφεύγεται η στόμα με στόμα τεχνική όσο είναι εφικτό.

Πέρα από τα γενικά μέτρα που προαναφέρθηκαν και που οφείλει να τα έχει υπόψιν του κάθε νοσηλευτής για την προφύλαξή του, η εργασία στις Α' βοήθειες εγκυμονεί κινδύνους σε συγκεκριμένες διαδικασίες που γίνονται συχνότερα στο τμήμα αυτό.

Ξεκινάμε λοιπόν από την καρδιοαναπνευστική ανάνηψη. Η διαδικασία της ανάνηψης στόμα με στόμα εμπεριέχει τον κίνδυνο ανταλλαγής σάλιου. Επίσης υπαρκτός είναι ο κίνδυνος ανταλλαγής αίματος αν υπάρχει λύση της συνέχειας του δέρματος στα χείλη ή τους βλεννογόνους του στόματος. Αν και δεν έχουν αναφερθεί περιστατικά μόλυνσης από HIV κατά τη διάρκεια ανάνηψης ο κίνδυνος είναι υπαρκτός. Για την πρόληψη λοιπόν μόλυνσης οι απαραίτητες προφυλάξεις που πρέπει να λαμβάνονται είναι:

- ✓ Σε όλους τους νοσηλευτές πρέπει να είναι προσιτές αναισθησιολογικές προσωπίδες και αυτοδιατεινόμενοι ασκοί, εφοδιασμένες με βαλβίδα για την απομάκρυνση του εκπνεόμενου αέρα από το διασώστη. Να χρησιμοποιούνται επίσης πλαστικά καλύμματα μύτης, στόματος καθώς και μάσκες εφοδιασμένα με ειδικά ανοίγματα με φίλτρο ή ειδικές βαλβίδες. Ο αναπνευστικός εξοπλισμός και οι τσάντες ανάνηψης εάν είναι επαναχρησιμοποιούμενα πρέπει να αποστειρώνονται καλά.
- ✓ Συσκευές τεχνητού αερισμού (π.χ. συσκευές ατμού) πρέπει να είναι προσιτές σε όλο το υπεύθυνο προσωπικό.
- ✓ Όλο το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να έχει μάσκες τσέπης για στόμα με στόμα ανάνηψη που είναι σχεδιασμένες να προφυλάσσουν από επαφή με αίμα, σάλιο, αναπνευστικές εκκρίσεις ή εμετό του ασθενούς.
- ✓ Απαραίτητη χρήση γαντιών σε όλες τις ενέργειες.⁹

Ας δούμε τώρα τι πρέπει να κάνει το προσωπικό των Α' βοηθειών σε περίπτωση αιμορραγίας για την προφύλαξή του:

- ✓ Αν ο ασθενής συνεργάζεται καθοδηγείται να πιέσει το τραύμα του με δύναμη χρησιμοποιώντας ένα καθαρό χονδρό ύφασμα ή χοντρή γάζα. Αν δεν συνεργάζεται ή δεν επικοινωνεί το ίδιο πράττει το προσωπικό αποφεύγοντας ει δυνατόν την απευθείας επαφή με το αίμα.
- ✓ Απαραίτητη χρήση γαντιών σε όλες τις ενέργειες.
- ✓ Ιδιαίτερη προσοχή για αποφυγή επαφής με αίμα των ευαίσθητων βλεννογόνων (μάτια, στόμα). Σε περίπτωση επαφής άμεσο πλύσιμο με σαπούνι και νερό. Τα χέρια πρέπει να πλένονται άμεσα και σε περίπτωση μη επαφής με αίμα.

Να σημειωθεί πως παρ' όλα αυτά αν η αιμορραγία απειλεί πραγματικά τη ζωή του ατόμου κανείς υποθετικός λόγος όπως για παράδειγμα η απουσία γαντιών δεν πρέπει να αποτελέσει λόγο άρνησης παροχής Α' Βοηθειών στον ασθενή (εικ. 11).

ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ

ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ

AIDS
Όχι για Δράση

Αυτός που παρέχει τις πρώτες βοήθειες πρέπει όσο το δυνατόν περισσότερο να αποφεύγει την άμεση και παρατεταμένη επαφή με το αίμα του τραυματία, γνωρίζοντας ότι υπάρχει πιθανότητα μετάδοσης του ιού. **εάν ο ίδιος έχει επίσης ανοικτή πληγή ή εκδορές του δέρματος.**

Όταν δεν υπάρχουν διαθέσιμα γάντια μια πλαστική σακούλα είναι κατάλληλη για την απαιτούμενη προστασία.

Η μέθοδος της τεχνητής αναπνοής στόμα με στόμα μπορεί να γίνει δια μέσου μιας κάνουλας, αποφεύγοντας έτσι την άμεση επαφή.



ΕΙΚΟΝΑ 11: ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ ΣΤΙΣ Α' ΒΟΗΘΕΙΕΣ

ΠΗΓΗ: ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΦΥΛΛΑΔΙΟ ΚΕΕΛ

Τέλος, πρέπει να αναφερθούν κάποια πρόσθετα μέτρα που θα προφυλάξουν το προσωπικό των Α' βοηθειών από τυχόν έκθεση σε μολυσματικούς παράγοντες:

- ✓ Το χυμένο αίμα στους χώρους παροχής Α' βοηθειών πρέπει να απορροφηθεί με κατάλληλο υλικό όπως ύφασμα, χαρτί κ.λ.π., προσέχοντας να αποφευχθεί η απευθείας επαφή με το σώμα.
- ✓ Το διαποτισμένο με αίμα υλικό πρέπει να απορριφθεί προσεκτικά σε πλαστικό σάκο και εν συνεχεία η μολυσμένη περιοχή να πλυθεί με κάποιο απολυμαντικό.

- ✓ Ρούχα ή και υφάσματα δεν πρέπει να πιάνονται με γυμνά χέρια παρά μόνο με γάντια και να μεταφέρονται με αδιάτρητους σάκους.
- ✓ Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικό όσον αφορά σπασμένα γυαλιά ή άλλα αιχμηρά αντικείμενα που πιθανόν να βρίσκονται στο χώρο γιατί ίσως έχουν μολυνθεί. Επίσης να έχουν βεβαιωθεί ότι κάθε πληγή και τραύμα που έχουν είναι καλυμμένα πριν παρέχουν τις υπηρεσίες τους.^{55,60,67}

5.4. Εργαστηριακά - Ερναστήρια

Ο ιός HIV έχει απομονωθεί από το αίμα, το σπέρμα, το σάλιο, τα δάκρυα, τα ούρα, το Ε.Ν.Υ, ιστούς μολυσμένων ατόμων κτλ. Στο εργαστήριο το δέρμα, ιδίως αν έχει βλάβες, οι βλεννογόνοι του στόματος, της μύτης, των ματιών και ίσως οι αναπνευστικές οδοί, πρέπει να θεωρηθούν πιθανοί είσοδοι του ιού. Το προσωπικό λοιπόν των εργαστηρίων, που εργάζεται με κλινικά δείγματα, σωματικά υγρά και ανθρώπινους ιστούς πρέπει να λαμβάνει υπόψιν τα παρακάτω μέτρα προφύλαξης:

- ✓ Εφαρμογή του οδηγού καθολικής προφύλαξης. Το αίμα και τα υγρά των ασθενών πρέπει να θεωρούνται θετικά και να λαμβάνονται όλες οι προφυλάξεις.
- ✓ Το αίμα και τα σωματικά υγρά πρέπει να τοποθετούνται σε σωληνάρια με κάλυμμα ασφαλείας, ώστε να προλαμβάνεται η διαρροή κατά τη μεταφορά. Προσοχή δίνεται στον τρόπο λήψης του δείγματος. Τα δείγματα βιοψίας πρέπει να τοποθετούνται σε δοχεία με πώμα και με προσοχή να μη μολύνεται η εξωτερική επιφάνεια του δοχείου. Τα δοχεία μεταφοράς και τα παραπτεμπτικά πρέπει να σημειώνονται με ειδικά αυτοκόλλητα που να υποδηλώνουν τον κίνδυνο.
- ✓ Όλο το νοσηλευτικό προσωπικό φορά προστατευτικά γάντια που αλλάζονται όταν είναι μολυσμένα. Ιδιαίτερη προσοχή στα άτομα με δερματίτιδα ή λύσεις της συνέχειας του δέρματος.

- ✓ Αν υπάρχει επαφή με δυνητικά μολυσμένο υλικό προστατευτικός ιματισμός, προστατευτικές μάσκες ή προστατευτικά γυαλιά θεωρούνται απαραίτητα.
- ✓ Μετά το τέλος της εργασίας πλένονται απαραίτητως τα χέρια ακόμη και αν χρησιμοποιήθηκαν γάντια.
- ✓ Προσεκτική χρήση συριγγών και βελονών. Ιδιαίτερη προσοχή να μην υπάρξει αυτοτραυματισμός και δημιουργία σταγονιδίων. Σύριγγες και βελόνες συλλέγονται σε ειδικά ανθεκτικά δοχεία και απορρίπτονται
- ✓ Για ιστολογικές, παθολογοανατομικές μελέτες ή μικροβιολογικές καλλιέργειες που αφορούν την ρουτίνα, δεν είναι απαραίτητος ειδικός χώρος. Μικροσταγονίδια, σταγονίδια, πιτσιλίσματα και πασαλείμματα με αίμα πρέπει να αποφεύγονται. Βιολογικά ασφαλής χώρος θα πρέπει να χρησιμοποιείται για όλα τα υλικά που θα μπορούσαν δυνητικά να προκαλέσουν έκθεση σε μολυσματικούς παράγοντες.
- ✓ Για χειρισμούς όλων των υγρών του εργαστηρίου πρέπει να χρησιμοποιείται μηχανικός τρόπος εμφύσησης, εμφύσηση με το στόμα απαγορεύεται.
- ✓ Πρέπει να γίνεται απολύμανση των πάγκων εργασίας, εργαλείων και οργάνων με χημικά μέσα (υποχλωριώδες νάτριο). Τα μολυσμένα υλικά πρέπει να αποστειρώνονται σε αυτόκαστα ή ξηρό κλίβανο.
- ✓ Απαγορεύεται το προσωπικό να τρώει, να πίνει, να καπνίζει κατά την εργασία στους χώρους αυτούς.
- ✓ Όταν το προσωπικό φορά γάντια δεν πρέπει να αγγίζει μάτια, μύτη ή άλλους βλεννογόνους, καθώς και το δέρμα του. Επίσης να μην εξέρχεται, σ' αυτή την περίπτωση, του εργαστηρίου ούτε να περιφέρεται σ' αυτό. ^{9,61,62,66}

Ένας άλλος τομέας που πρέπει να προσεχθεί στα εργαστήρια είναι οι θάλαμοι ασφαλείας. Αυτοί ενδείκνυνται να χρησιμοποιούνται σε διαδικασίες κατά τις οποίες εξετάζονται δείγματα που πιθανόν να περιέχουν μολυσματικούς παράγοντες. Επίσης θάλαμοι ασφαλείας ή άλλοι κατάλληλοι μηχανισμοί για προσωπική προστασία ή απομόνωση πρέπει να χρησιμοποιούνται στις ακόλουθες περιπτώσεις:

- ✓ Σε διαδικασίες που μπορεί να δημιουργηθούν μολυσματικά αερολύματα όπως: φυγοκέντρηση, σύνθλιψη, ισχυρή ανακίνηση ή ανάδευση, διάνοιξη περιεκτών μολυσματικού υλικού των οποίων η εσωτερική πίεση μπορεί να είναι διαφορετική από την ατμοσφαιρική.
- ✓ Όταν χρησιμοποιούνται μολυσματικοί παράγοντες σε υψηλές συγκεντρώσεις ή μεγάλους όγκους. Αν φυγοκεντρούνται υλικά στον ανοιχτό χώρο του εργαστηρίου, πρέπει να χρησιμοποιούνται δοχεία που να κλείνουν ερμητικά.⁶⁴

5.5. AIDS και αιμοδοσία.

Οδηγίες για τη συλλογή δειγμάτων αίματος - φλεβοκέντησης

Οι νοσηλευτές που ασχολούνται με τη συλλογή δειγμάτων αίματος κινδυνεύουν κυρίως από μόλυνση των χεριών με αίμα κατά την αιμοληψία και την πρόκληση τρυπημάτων από βελόνες και άλλα αιχμηρά εργαλεία ή αντικείμενα. Για την ελαχιστοποίηση αυτών των ατυχημάτων πρέπει να ληφθούν υπόψη οι παρακάτω οδηγίες:

- ✓ Παρατήρηση των χεριών για κοψίματα, αμυχές ή άλλες βλάβες. Χρήση γαντιών και απόρριψή τους αν λερωθούν με αίμα.
- ✓ Προστασία των χεριών από μόλυνση κατά την αιμοληψία.
- ✓ Καλός καθαρισμός των χεριών με σαπούνι και νερό αμέσως μετά από κάθε μόλυνση με αίμα και στο τέλος της αιμοληψίας.
- ✓ Πλύσιμο των χεριών με σαπούνι και νερό, αφού αφαιρεθούν τα γάντια.
- ✓ Τοποθέτηση των χρησιμοποιημένων βελονών και συριγγών σε αδιάτρητο δοχείο.

Δεν πρέπει οι χρησιμοποιημένες βελόνες να ξαναβγαίνουν από τις θήκες τους ούτε να χωρίζονται οι βελόνες από τις σύριγγες.

- ✓ Οι περιέκτες δειγμάτων πρέπει να είναι ερμητικά κλειστοί και να απολυμαίνεται η εξωτερική επιφάνειά τους ώστε να μην υπάρχουν υπολείμματα αίματος.
- ✓ Επιβάλλεται καλός καθαρισμός του τραύματος με σαπούνι και νερό, σε περίπτωση τρυπήματος με βελόνα ή άλλο διατρητικό εργαλείο. Υποβοήθηση της αιμορραγίας.
- ✓ Αναφορά κάθε μόλυνσης των χεριών ή του σώματος από αίμα, διατρητικού τραύματος ή κοψίματος στον υπεύθυνο και την υπηρεσία υγείας.^{9,64}

Η φλεβοκέντηση αποτελεί τον πιο συχνό τρόπο μόλυνσης μετά από ατύχημα στους νοσηλευτές. Η πιθανότητα έκθεσης των χεριών σε μολυσμένο αίμα, εκτός από τη σωστή τήρηση των οδηγιών προφύλαξης, εξαρτάται και από άλλους παράγοντες:

- ✓ Την επιδεξιότητα και την τεχνική του νοσηλευτή στις φλεβοκεντήσεις.
- ✓ Την συχνότητα με την οποία ο νοσηλευτής εφαρμόζει την εργασία (δηλαδή όσο συχνότερα εμφανίζει την τακτική, τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος).
- ✓ Η πιθανότητα έκθεσης είναι μεγαλύτερη σε επείγουσα κατάσταση παρά σε πράξη ρουτίνας.
- ✓ Ο λοιμογόνος παράγοντας του ασθενούς.

Η πιθανότητα μόλυνσης με τον HIV μετά από διαδερμική έκθεση, εξαρτάται από το στέλεχος του ιού, το ιικό φορτίο, τη διάρκεια της έκθεσης και την παρουσία δερματικών βλαβών στα χέρια του εργαζόμενου.

Τέλος, η σωστή χρήση του αίματος, των παραγώγων του πλάσματος και η εθελοντική αιμοδοσία αποτελούν τα σημαντικότερα μέτρα πρόληψης της διασποράς της HIV λοίμωξης με την αιμοδοσία. Όσον αφορά την εθελοντική αιμοδοσία τα άτομα που είναι ύποπτα για AIDS ή που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου πρέπει να αποκλείονται.^{62,68,69}

5.6. Χειρουργική και AIDS

Χειρουργική θεωρείται η είσοδος ιατρικών εργαλείων και οργάνων στους ιστούς, κοιλότητες ή όργανα για την αποκατάσταση μεγάλης τραυματικής κάκωσης ή διενέργεια καρδιακού καθετηριασμού και αγγειογραφικών τεχνικών ή τοκετού (φυσιολογικού ή με καισαρική τομή) ή μεταμοσχεύσεις ή οποιαδήποτε άλλη επέμβαση, τομή ή αφαίρεση ιστού από οποιοδήποτε σημείο του ανθρώπινου σώματος.

Ως γενικός κανόνας, όταν εφαρμόζεται οποιαδήποτε χειρουργική πράξη θα πρέπει να λαμβάνονται προφυλάξεις σαν να επρόκειτο για φορέα AIDS. Τα προφυλακτικά μέτρα που πρέπει να λαμβάνονται σε χειρουργικές πράξεις είναι τα ακόλουθα:

- 1) Το νοσηλευτικό προσωπικό που συμμετέχει στην εκτέλεση οποιασδήποτε χειρουργικής τεχνικής επιβάλλεται να, χρησιμοποιεί γάντια και χειρουργικές μάσκες που εμποδίζουν την επαφή του δέρματος και των βλεννογόνων με το αίμα ή τις εκκρίσεις των ασθενών.
- 2) Αν ένα γάντι σχιστεί ή τρυπηθεί από βελόνα ή άλλο αιχμηρό εργαλείο, πρέπει να αφαιρεθεί αμέσως και να χρησιμοποιηθεί άλλο, αφού προηγουμένως καθαριστεί πολύ καλά το δέρμα. Τέτοια ατυχήματα συμβαίνουν στο 7% των γενικών χειρουργικών επεμβάσεων, ενώ όταν χρησιμοποιούνται διπλά γάντια, το ποσοστό σχισίματος του εσωτερικού γαντιού υπολογίζεται σε 2%. Οπότε είναι σωστότερη όποτε είναι δυνατό, η χρησιμοποίηση διπλών γαντιών.
- 3) Σε επεμβάσεις στις οποίες είναι πιθανό να εκτοξευτούν σταγόνες αίματος ή άλλων σωματικών υγρών και θραυσμάτων ιστών πρέπει να χρησιμοποιούνται ειδικά προστατευτικά γυαλιά και καλύμματα προσώπου.
- 4) Όλο το προσωπικό του χειρουργείου πρέπει να φορά ειδικά αποστειρωμένα ρούχα, φτιαγμένα από αδιάβροχο ύφασμα για να μη διαποτίζονται από αίμα ή άλλα σωματικά υγρά.
- 5:) Για την αποφυγή άσκοπων τραυματισμών κατά την εργαλειοδότηση θα πρέπει η

ανταλλαγή των εργαλείων να γίνεται με το αμβλύ άκρο.

- 6) Μετά το τέλος της χειρουργικής επέμβασης σε όλα τα χειρουργικά εργαλεία πρέπει να γίνεται επιμελής μηχανικός καθαρισμός καθώς και η εμβάπτισή τους σε διάλυμα γλουταραλδεϋδης επί μια ώρα, είναι ο καλύτερος τρόπος εξουδετέρωσης τόσο του ιού του AIDS όσο και των λοιπών συνοδών μικροοργανισμών . Τέλος κατά τον καθαρισμό των χρησιμοποιημένων εργαλείων το νοσηλευτικό προσωπικό του χειρουργείου θα πρέπει να φορά ενισχυμένα γάντια και να είναι ιδιαίτερα προσεκτικό κατά τους χειρισμούς.^{55,70}

Τοκετός

Ο τοκετός ως είδος χειρουργικής επέμβασης εμπεριέχει κινδύνους μετάδοσης της HIV λοίμωξης, από τη μητέρα και το παιδί, στους εργαζόμενους. Γι' αυτό το λόγο πρέπει να λαμβάνονται οι απαραίτητες προφυλάξεις. Αυτό γιατί κατά τη διάρκεια του τοκετού είναι σύνηθες το πιπίλισμα μεγάλων ποσοτήτων αίματος και αμνιακού υγρού. Σε τοκετούς που είναι πιθανή η επαφή επιπεφυκότων με σταγονίδια το προσωπικό πρέπει να είναι εφοδιασμένο με γυαλιά. Επίσης πρέπει να φορούν γάντια (τα διπλά γάντια δίνουν μεγαλύτερη ασφάλεια) καθώς επίσης αδιάβροχες ποδιές και ποδονάρια.

Η τεχνητή αναρρόφηση για καθαρισμό των αναπνευστικών οδών του νεογνού, ελαττώνει τον κίνδυνο της πιθανής έκθεσης στις εκκρίσεις. Η στοματική αναρρόφηση πρέπει να αποφεύγεται. Τέλος, προς περιορισμό των πιθανοτήτων μετάδοσης της λοίμωξης κατά τη διάρκεια του τοκετού, πρέπει να αποφεύγεται η επαφή των κολπικών εκκρίσεων της μολυσμένης μητέρας με το νεογνό.⁹

5.7. Τεχνητός νεφρός.

Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε μονάδα τεχνητού νεφρού, πέρα από τα γενικά μέτρα προφύλαξης που πρέπει να λαμβάνουν επιβάλλεται να δίνουν ιδιαίτερη σημασία:

α) στην απολύμανση των σωληνώσεων του τεχνητού νεφρού που έχουν ως σκοπό τον έλεγχο των μικροβιακών μολύνσεων και β) στην απόρριψη των φίλτρων μιας χρήσης

μετά από κάθε χρήση. Τα ατομικά φίλτρα πολλών χρήσεων πρέπει να απολυμαίνονται και να χρησιμοποιούνται πάντα στον ίδιο ασθενή.^{9,70}

5.8 Εξετάσεις πυρηνικής ιατρικής.

Οι εξετάσεις με μεθόδους πυρηνικής ιατρικής περιλαμβάνουν ενδοφλέβια ή από το στόμα λήψη ραδιενεργών υλικών, με σκοπούς διαγνωστικούς ή θεραπευτικούς. Μετάδοση του HIV μπορεί να γίνει κατά τη διάρκεια της αναρρόφησης ή έγχυσης αίματος ή παραγώγων του. Στα τμήματα λοιπόν που διενεργούνται εξετάσεις πυρηνικής ιατρικής οι εργαζόμενοι πρέπει να παίρνουν τα εξής μέτρα:

- ✓ Να έχουν παρακολουθήσει όλοι ειδικό σεμινάριο σχετικά με την πρόληψη των λοιμώξεων.
- ✓ Να είναι προσιτές σε όλο το προσωπικό γραπτές οδηγίες για τον έλεγχο των λοιμώξεων και τις ειδικές τεχνικές της πυρηνικής ιατρικής.
- ✓ Όλες οι δόσεις και οι σύριγγες να εξατομικεύονται και να ελέγχονται πριν την έγχυση.
- ✓ Μολυσμένες και χρησιμοποιημένες σύριγγες τακτοποιούνται ασφαλώς, ενώ τα ειδικά δοχεία πρέπει να βρίσκονται κοντά ώστε να χρησιμοποιούνται εύκολα.
- ✓ Όλες οι διαδικασίες να είναι καταγεγραμμένες αναλυτικά ώστε να ελαχιστοποιηθεί η περίπτωση λάθους. Αν συμβεί λάθος πρέπει να αναφέρεται στον υπεύθυνο του τμήματος και να ακολουθείται απόδοηγίες για το άτομο που είχε έκθεση στο αίμα.⁹

ΕΠΙΛΟΓΟΣ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Είναι αυτονόητο πως ένα τόσο μεγάλο θέμα όπως το AIDS δεν είναι δυνατό να εξαντληθεί στα όρια της παρούσης εργασίας.

Ο σκοπός αυτής της εργασίας ήταν ενημερωτικός τόσο όσον αφορά το ρόλο του νοσηλευτή στην προφύλαξη των νέων από το AIDS αλλά και όσον αφορά την πρόληψη του AIDS για τους εργαζομένους στα νοσηλευτικά ιδρύματα.

Όσον αφορά τη χώρα μας, αυτή συγκαταλέγεται στις χώρες με μικρό επιπολασμό της νόσου αλλά αυτό δεν πρέπει να χαλαρώνει την επαγρύπνησή μας και την προσοχή μας για οτιδήποτε σχετίζεται με την εξέλιξη και την αντιμετώπιση της νόσου.

Λόγω των συνεχών ερευνών και ανακαλύψεων διαρκώς προστίθενται νέα δεδομένα στα ήδη υπάρχοντα ή καταργούνται ορισμένα απ' αυτά.

Από την πλευρά της πολιτείας ο ιδανικός τρόπος αντιμετώπισης της ασθένειας θα ήταν μια ειδική μονάδα AIDS αποτελούμενη από:

- Ø Αρχείο computer.
- Ø Εξωτερικά ιατρεία.
- Ø Κοινωνική υπηρεσία
- Ø Εργαστήριο ελέγχου AIDS
- Ø Κλινική ημέρας και κατ' οίκον νοσηλεία.
- Ø Κλινική εσωτερικών ασθενών.

Η υποτυπώδης κάλυψη που υπάρχει σήμερα των αναγκών των φορέων και ασθενών του AIDS κάνει επιτακτική την ανάγκη για τη δημιουργία τέτοιων μονάδων. Ως τότε χρειάζεται η ανάπτυξη του αισθήματος κοινωνικής ευθύνης σε όλους, η τήρηση των οδηγιών πρόληψης, η υιοθέτηση ασφαλούς συμπεριφοράς απ' όλους και η πρόθυμη συμμετοχή του προσωπικού υγείας για την επιτυχή έκβαση των προσπαθειών μας για περιορισμό της επέκτασης του νοσήματος.

Δυστυχώς παρ' όλες τις προόδους που σημείωσε η επιστήμη όλα αυτά τα χρόνια, αποκαλύπτοντας πλήρως όλο το φάσμα, τις ιδιότητες και τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά του HIV και τη δυνατότητα «θεραπείας» με τη χορήγηση αντιρετροϊκών φαρμάκων, η επιδημία δεν φαίνεται να υποχωρεί, τουλάχιστον σε παγκόσμιο επίπεδο, ενώ εκφράζονται φόβοι ότι είναι ακόμα στα αρχικά της στάδια. Η αδυναμία επίσης παραγωγής κατάλληλου προφυλακτικού εμβολίου συμβάλλει σημαντικά στη διατήρηση της επιδημίας.

Θα ήθελα να τελειώσει αυτή η εργασία όχι με υπενθύμιση πρακτικών οδηγιών και συμβουλών που ήδη έχουν επιτευχθεί και είναι λίγο πολύ γνωστές, αλλά με μια ανθρώπινη φράση που κατά τη γνώμη μας περικλείει ότι πιο σημαντικό υπάρχει: την αγάπη προς τον συνάνθρωπο. Αυτή η αγάπη είναι που θα νικήσει κι αυτή την αρρώστια που οδηγεί σε απομόνωση και δυστυχία.

«Μέσα σε όλη του τη φρίκη, το AIDS δεν είναι παρά μόνο μια ακόμη ασθένεια - τίποτα περισσότερο, τίποτα λιγότερο. Δεν υπάρχουν "θύματα" γιατί δεν έχει γίνει έγκλημα. Δεν υπάρχουν "αθώοι" γιατί δεν υπάρχουν "ένοχοι" και δεν υπάρχει κατηγορία γιατί δεν υπήρξε πρόθεση να προκαλέσει κανείς κακό. Υπάρχουν μόνο άρρωστοι άντρες, γυναίκες και παιδιά που χρειάζονται τη βοήθειά μας».

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Χανιώτη Φ.: Παθολογία, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 1997, σ. 177-185.
2. Μπιτσακτού Α.: Κλινικές εκδηλώσεις της λοίμωξης με τον ιό της ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου, Ιατρική επιθεώρηση ενόπλων δυνάμεων, τόμος 27, τεύχος 3-4, Αθήνα, 1993, σ. 73-81.
3. Τέγου Κ: Ανοσολογία της HIV λοίμωξης, Ιατρική επιθεώρηση ενόπλων δυνάμεων, τόμος 21, τεύχος 2-3, Αθήνα, 1987, σ. 125-127.
4. Μανταλενάκη-Λάμπρου Κ.: Ανοσολογικά δεδομένα στην επίκτητη ανοσοανεπάρκεια, Ιατρική, τόμος 50, τεύχος 2, Αθήνα, 1986, σελ. 139-141.
5. Καλκλάκη-Μπουσιάκου Ε.: Γενική Μικροβιολογία, εκδόσεις "Ελλην", Αθήνα, 1996, σ. 191-195.
6. Λάσκαρη Γ.-Παπαευαγγέλου Γ.: AIDS και οδοντιατρική, εκδόσεις "ΖΗΤΑ", Αθήνα, 1988, σ. 43-231.
7. Τσιλιγκίρογλου-Φαχαντίδου Α. - Σακελλαροπούλου Π. - Φαχαντίδη Ε.: Πρόληψη από το AIDS στον αθλητισμό, Γαληνός, τόμος 35, τεύχος 1, Αθήνα, 1993, σ. 94-99.
8. Θεοδωρόπουλου Γ.: AIDS, η γνώση και η πρόληψη σώζουν, «Θητεία», τεύχος 94, Ιανουάριος 2003, σ. 77
9. Σαρόγλου Γ.-Λιοντή Α, κ.α.: AIDS/HIV κλινική προσέγγιση και θεραπεία, Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 1999, σ. 37-46, 912, 589-609.
10. ΚΕΕΛ, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας: «Επιδημιολογική επιτήρηση του AIDS στην Ελλάδα» δηλωθέντα στοιχεία ως τις 30/6/02, Εξαμηνιαία έκδοση, Αθήνα 2002, σ. 9-36.
11. Παθολογικό τμήμα Νοσ. «Ανδρέας Συγγρός», Μονάδα Ειδικών λοιμώξεων: HIV/AIDS, Βασικές γνώσεις, έκδοση Ι. Ζαγοραίου, Αθήνα, 2001, σ. 28-34, 200-208.
12. Παπαδάτου Κ-Κοσμίδη Ι.: Σύνδρομο επίκτητης ανοσοανεπάρκειας, εκδόσεις «Ζήτα», Αθήνα, 1994, σ. 19-264

13. FAITING CH.,BORWN S. Κ.α.: Έγχρωμος Άτλας για το AIDS και τη νόσο HIV, β' έκδοση, εκδόσεις Ελευθερουδάκη, Αθήνα, 1990, σ. 27.
14. Μανιάτη Ν.Α.: Σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας ευκαιριακές λοιμώξεις, Ιατρική επίθεση ενόπλων δυνάμεων, τόμος 21, τεύχος 2-3, Αθήνα 1987, σ. 135-141.
15. Μπισακτσή Α.: Κλινικές εκδηλώσεις του AIDS, Ιατρική επιθεώρηση ενόπλων δυνάμεων, τόμος 21, τεύχος 2-3, Αθήνα, 1987, σ. 129-134.
16. Παπαρίζου Β.Α.-Κυριάκου Κ.Π.: Σχετιζόμενο με AIDS σάρκωμα Kaposi, εταιρεία BRISTOL-MYERS-SQUIB, Αθήνα, 2000, σ. 68-70.
17. Δουτένη Α., Catalan J.: Ψυχιατρικές επιπλοκές επι λοίμωξης με τον HIV, Ιατρική, τόμος 64, τεύχος 3, Αθήνα, 1993, σ. 259-262.
18. Ρουμελιώτου-Καραγιάνη Α.: Εργαστηριακή διάγνωση της λοίμωξης από τον HIV, Ιατρική επιθεώρηση ενόπλων δυνάμεων, τόμος 21, τεύχος 2-3, Αθήνα, 1987, σ. 154-159.
19. Γραμματικού Φ.-Παπαβασιλείου Π.: Σύγχρονες διαγνωστικές μέθοδοι και προφυλακτικά μέτρα για το σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας AIDS, MATERIA MEDICA GRECA, τόμος 14, τεύχος 6, σ. 538-543.
20. Κουτσιανοπούλου Μ.: Ορολογική σημασία για τη διάγνωση της HIV λοίμωξης-Αξιολόγηση αποτελεσμάτων, Ελληνικά αρχεία AIDS, 1997, τόμος 5, τεύχος 1, σ. 73-78.
21. Καβαλλιέρου Λ.-Τσιρογιάννη Π.-Ρεπερή Ν.: Η μέθοδος RIBA HIV-1 και HIV-2 στη διάγνωση της HIV λοίμωξης, Ελληνικά αρχεία AIDS, 1996, τόμος 4, τεύχος 2, σ. 200-205.
22. Αντωνιάδη Δ., Κατσουλίδη Ε. Κ.α.: Αξιολόγηση της ανίχνευσης αντι HIV 1/2 αντισωμάτων με τη χρήση της saliva card, Ελληνικά αρχεία AIDS, 1996, τόμος 4, τεύχος 4, σ. 293-299.
23. ΚΕΕΛ, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας: Κατευθυντήριες οδηγίες για αντιρετροϊκή αγωγή, Νοέμβριος 2002, σ. 5-14.
24. Παπαδοπούλου Α.Ι.: Πότε αρχίζουμε την αντιρετροϊκή θεραπεία, Ελληνικά αρχεία

- AIDS, 1997, τόμος 5, τεύχος 3, σ. 224-229.
25. Coene O.-Καλλίνικος Γ.: Το δικό σου βιβλίο-Συμβουλευτικός οδηγός για το AIDS, Ίδρυμα Augustus, Αθήνα 1995, σ. 74-85.
 26. Κόκκα Β.: Στόχοι για την ανάπτυξη νέων φαρμάκων έναντι στο AIDS, Ελληνικά αρχεία AIDS, 1997, τόμος 6, τεύχος 2, σ. 161-166.
 27. Λελέκη Μ.Ι.: Πλεονεκτήματα των συνδυασμών αντιρετροϊκών φαρμάκων, Ελληνικά αρχεία AIDS, 1997, τόμος 6, τεύχος 1, σ. 36-40
 28. Παπαρίζου Β.Α.: Θεραπευτική αντιμετώπιση σχετιζόμενη με AIDS σάρκωμα Karosi, Ελληνικά αρχεία AIDS, 1995, τόμος 3, τεύχος 4, σ. 330-342.
 29. Κόκκα Β.: Φάρμακα ενάντια στο HIV ρετροϊό-τάσεις και προβληματισμοί, Ελληνικά αρχεία AIDS, 1996, τόμος 4, τεύχος 4, σ. 318-323.
 30. Παπαδόπουλου Α.Ι.: Δείκτες παρακολούθησης της αποτελεσματικότητας της αντιρετροϊκής θεραπείας και κριτήρια για την αλλαγή της, Ελληνικά αρχεία AIDS, 1997, τόμος 5, τεύχος 1, σ. 45-64.
 31. Χατζάκη Α.-Παρασκευή Δ.: AIDS, Μεταλλάξεις, ένας ιός κινούμενος στόχος, ε. Ιατρικά, τεύχος 38, Αθήνα 2002, σ. 42-43.
 32. «ΤΟ ΒΗΜΑ»: Ένα νέο εμβόλιο πέτυχε να εξοντώσει κύτταρα με τον ιό του AIDS σε πιθήκους, 18 Ιανουαρίου 2002, σ. 54.
 33. Παπανδρέου Σ.-Μαργαρίτη Γ. Κ.α.: Γυναίκα και AIDS, Ιατρικά χρονικά, τόμος 18, τεύχος 12, Αθήνα, 1995, σ. 632-635.
 34. Κτενά Ε.-Γείτονα Μ.: Χρόνος επιβίωσης των κρουσμάτων AIDS στην Ελλάδα, επιθεώρηση υγείας, τόμος 4, τεύχος 5(24), Αθήνα, 1993, σ. 309-311.
 35. Καυγά-Παλτόγλου Α.: Βασικές αρχές αγωγής και προαγωγής υγείας, Διδακτικές σημειώσεις ΤΕΙ-Αθήνας, Αθήνα, 1999, σ. 20-41, 65-72.
 36. Κυριακίδου Ε.: Κοινωνική Νοσηλευτική, εκδόσεις «Η. Ταβίθα», Αθήνα, 1997, σ. 181-203.
 37. Ραγιά Α.: Βασική Νοσηλευτική, θεωρητικές και δεοντολογικές αρχές, Β' έκδοση, Αθήνα, 1998, σ. 67-72.
 38. ΠΟΥ, εθνικό κέντρο αναφοράς AIDS: Σχεδιασμός Αγωγής υγείας για την

- πρόληψη και τον έλεγχο του AIDS- οδηγίες, εκδόσεις «ΒΗΤΑ», Αθήνα, 1991, σ. 1,6-7,40-47.
39. ΠΟΥ, εθνικό κέντρο αναφοράς AIDS: Αγωγή Υγείας στο σχολείο για την πρόληψη του AIDS και των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, εκδόσεις "ΒΗΤΑ", Αθήνα, 1991, σ. 6-7, 20-27,50-52, 71-73.
40. Κωνσταντινίδη Ρ.-Τσελέπη Χ. Κ.α.: Πρότυπες παρεμβάσεις υγείας. Πρόληψη του AIDS σε λύκεια. Δυσκολίες και επιλογές, Ελληνικά αρχεία AIDS, 1997, τόμος 5, τεύχος 3, σ. 159-164.
41. Κουσκούκη Κ.: AIDS, τι πρέπει να γνωρίζετε, εκδόσεις Σμυρνιοτάκη, Αθήνα, 1988, σ. 52-87.
42. ΠΟΥ, Εθνικό κέντρο αναφοράς AIDS: Συμβουλευτική για τη HIV λοίμωξη και νόσο. Οδηγίες, εκδόσεις «ΒΗΤΑ», Αθήνα, 1991, σ. 156.
43. ΠΟΥ, Εθνικό κέντρο αναφοράς AIDS: Πρόληψη της σεξουαλικής μετάδοσης του HIV, εκδόσεις «ΒΗΤΑ», Αθήνα, 1991, σ. 7-16.
44. Παπαευαγγέλου Γ.-Καλλίνικου Γ.: AIDS, χρήστες ενδοφλεβίως ναρκωτικών. Ελληνική εμπειρία, εκδόσεις «ΒΗΤΑ», Αθήνα, 1995, σ. 42-54,61-67.
45. Δαρδαβέσης Θ.: HIV λοίμωξη στους χρήστες ενδοφλεβίως ναρκωτικών, ελληνικά αρχεία AIDS, 1996, τόμος 4, τεύχος 1, σ. 37-43.
46. Αλεβίζου Β.-Αρβανίτη Ι. Κ.α.: AIDS και τοξικομανία. Η συμπεριφορά και οι στάσεις στη μετάδοση της λοίμωξης, Ιατρική, 1990, τόμος 58, τεύχος 1, σ. 43-51.
47. ΠΟΥ, Εθνικό κέντρο αναφοράς AIDS: Νοσηλευτική φροντίδα ατόμων με λοίμωξη από τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV). Οδηγίες, εκδόσεις «ΒΗΤΑ», Αθήνα, 1991, σ. 5-45.
48. Βερβίτα Ι-Αρκουλή Θ. Κ.α.: Σχεδιασμός αντιμετώπισης του AIDS στην κύηση, Ιατρικά χρονικά, τόμος 12, τεύχος 1, Αθήνα, 1989, σ. 17-21.
49. Δούκα Γ.-Ζάχου Ν. Κ.α.: Γνώση, στάση και συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στο Σ.Ε.Α.Α. πρόληψη λοιμώξεων, 220 Πανελλήνιο Συνέδριο ΕΣΑΝΕ, 1995, σ. 331-338.
50. Παπανουδάκη Η.-Μπροκαλάκη Κ.α.: Ενημέρωση του νοσηλευτικού προσωπικού

- σχετικά με το AIDS, 190 Ετήσιο Πανελλήνιο νοσηλευτικό συνέδριο, 1992, σ. 105-106.
51. Καλλίνικου Χ.-Μαργαρίτη Χ.: Εκτίμηση εφαρμογής από το νοσηλευτικό προσωπικό μέτρων προφύλαξης από τον HIV, Νοσοκομειακά χρονικά, 1990, τόμος 51, τεύχος 2, σ. 124-131.
52. Ιωαννίδου Μ.: Ηθικοδεοντολογικά προβλήματα κατά την αντιμετώπιση ασθενών με AIDS, 240 Πανελλήνιο νοσηλευτικό συνέδριο, περίληψη πρακτικών, 1997, σ. 90-91.
53. Εθνική Επιτροπή AIDS, Υποεπιτροπή ενημέρωσης και δεοντολογίας, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας: Βασικές δεοντολογικές αρχές και κανόνες συμπεριφοράς στην αντιμετώπιση του AIDS, εκδόσεις ΕΟΦ, Αθήνα, 1992, σ. 12-14.
54. ΚΕΕΛ, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, επιτροπή ενημέρωσης: AIDS, θεμελιώδεις αρχές, Αθήνα, 1996, σ. 25, 32-33.
55. Γολεμάτη Β.Χ., Κοκκότου Ε.: Χειρουργική AIDS και ηπατίτιδα Β, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα 1999, σ. 68-114.
56. «Επαγγελματικοί κίνδυνοι στο χώρο της υγείας», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ι(Ηβική σχολή, εργαστήριο Υγιεινής και επιδημιολογίας, Αθήνα, 2000.
57. Δαρδαβέση Θ.-Καρτιά-Μητροπούλου Χ. Κ.α.: Τραυματισμός και τρόποι αντίδρασης Ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, Ελληνικά αρχεία AIDS, 1996, τόμος 4, τεύχος 2, σ. 129-138.
58. Τριχόπουλου Β.: Επιδημιολογία του AIDS, Ελληνικά αρχεία AIDS, 1997, τόμος 6, τεύχος 1, σ. 43-47.
59. Κορνάρου Ε.: Οι οικονομικές επιπτώσεις του AIDS στους χώρους εργασίας, Ελληνικά αρχεία AIDS, 1995, τόμος 3, τεύχος 4, σ. 392 -398.
60. ΠΟΥ, Εθνικό κέντρο αναφοράς AIDS: AIDS και πρώτες βοήθειες στους χώρους εργασίας, οδηγίες, εκδόσεις «ΒΗΤΑ», Αθήνα, 1990, σ. 3-9.

61. Υποεπιτροπή εκπαιδευτική εθνικής επιτροπής AIDS: AIDS, ιός επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας, Εθνική φαρμακοβιομηχανία, Αθήνα, 1990, σελ. 109-112.
62. Παπαευσταγγέλου Γ., Καλλίνικου Γ.: AIDS, Διεθνή επιστημονικά δεδομένα. Ελληνική εμπειρία, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 1990, σελ. 129-144,149.
63. Παπαευσταγγέλου Γ.: AIDS, Γ' έκδοση, παρατηρητής, Θεσσαλονίκη, 1989, σελ. 54-59, 68-69.
64. ΠΟΥ, Εθνικό κέντρο αναφοράς AIDS: Αντιμετώπιση των βιολογικών κινδύνων στα διαγνωστικά και ερευνητικά εργαστήρια που ασχολούνται με τον HIV. Οδηγίες, εκδόσεις «ΒΗΤΑ» , Αθήνα, 1991, σελ. 17,19-32.
65. «Παιδιατρική θεραπευτική ενημέρωση». Α' Παιδιατρική κλινική! Πανεπιστημίου Αθηνών, αφιέρωμα στην Παγκόσμια ημέρα κατά του AIDS, Αθήνα 1990, σελ. 18-20,41-44,76-80.
66. Ραγιά Α.: Συμβολή της νοσηλευτικής στη διάγνωση, τη θεραπεία και την Αγωγή Υγείας των αρρώστων με AIDS, επιθεώρηση Υγείας, τόμος 1, τεύχος 1, Αθήνα, 1990, σελ. 13-17.
67. Ανευλαβής Ε.: Κλινική Λοιμωξιολογία, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 1990, σελ. 303, 307-310, 318-319.
68. Πολίτη Κ: AIDS και αιμοδοσία. Πέντε χρόνια μετά, 30 Πανελλήνιο συνέδριο AIDS, εκδόσεις «ΒΗΤΑ», Αθήνα, 1991, σελ. 41-46, 60-61, 126-129.
69. Πολίτη Κ: AIDS και Αιμοδοσία, Ελληνικά αρχεία AIDS, 1995, τόμος 3, τεύχος 3, σελ. 224-226.
70. Μακρή Κ-Κούρτη Μ.: Μελέτη της αξίας του γενικευμένου προεγχειρητικού ελέγχου των ασθενών για τη διαπίστωση φορέων των ιών HBV,HCV και HIV. Σύγκριση ορολογικών και μη ορολογικών μεθόδων, 2000.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΘΝΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΦΟΡΑΣ AIDS

ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΕΙΔΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ: Μακεδονίας 6-8, Αθήνα, τηλ. 21 0 8899000.

ΞΕΝΩΝΑΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ: Βασιλικών 7, Καμίνια. Τηλ. 2104111400 και 210 41111401.

ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ AIDS ΝΟΤΙΟΥ ΕΛΛΑΔΟΣ: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας. Λ. Αλεξάνδρας 196, Τ.Κ 11527 Αθήνα. Τηλ. 21064479416467473/fax: 2106444870.

ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΚΥΤΤΑΡΙΚΗΣ ΑΝΟΣΙΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ AIDS: Π.Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός». Υψηλάντου 45-47, ΤΚ 10676, Αθήνα. Τηλ. 2107220001-72110022-7240312fax:2107211022

ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΜΑ ΤΩΝ ΚΑΙ AIDS: Οροδιαγνωστικό Εργαστήριο Νοσοκομείο «Α. Συγγρός», Ι. Δραγούμη 5, ΤΚ 11621, Ιλίσια. Τηλ. 7243579-7239611/fax: 2107211122.

ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΡΕΤΡΟΙΩΝ (Ε.Κ.Α.Ρ.): Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας- Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών. Μ. Ασίας 75, Τ.Κ 11527, Γουδί. Τηλ. 2107719725/fax: 2107462190.

ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ AIDS ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΟΣ: Εργαστήριο Μικροβιολογίας - Ιατρικό Τμήμα - Σχολή Επιστημών Υγείας Α.Π.Θ. Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Τ.Κ. 54006-Θεσσαλονίκη. Τηλ. 2310999061-999081/fax: 2310999149.

ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ AIDS ΝΟΤΙΟΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ: Π.Γ.Ν. Πατρών «Αγ. Ανδρέας», Τσερτίδου 1, τκ. 26335, Πάτρα. Τηλ. 2610227746/fax: 2610622227.

ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ AIDS ΒΟΡΕΙΟΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ: Ανοσολογικό Εργαστήριο, Τομέας Παθολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Λ. Πανεπιστημίου, Τ.Κ. 45110, Ιωάννινα. Τηλ. 2651 097608/fax:2651 045944.

ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ AIDS ΚΡΗΤΗΣ: Π.Γ.Ν. Ηρακλείου Κρήτης «Βενιζέλειο και Πανάνειο». Λ. Κνωσού, τ.κ. 71021. Ηράκλειο. Τηλ. 281 0237524-239502/fax:281 0232002.

ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ AIDS: Λ. Μάκρης 29, Τ.Κ. 68100, Αλεξανδρούπολη. Τηλ. 2551020303-2681 0-26355/fax:2551 026213.