

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ  
ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΘΕΜΑ : AIDS : Μία κοινωνική μάστιγα και η θέση του  
νοσηλευτή στην αντιμετώπιση των ασθενών με HIV**



**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ  
ΜΠΙΚΟΥ ΙΩΑΝΝΑ  
ΔΑΣΚΟΠΟΥΛΟΥ ΦΑΝΗ**

**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ  
Κ<sup>α</sup> Μ. ΛΑΓΚΑΔΙΝΟΥ**

**ΠΑΤΡΑ, ΜΑΡΤΙΟΣ 2008**

**ΤΙΤΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**AIDS : Μία κοινωνική μάστιγα και η θέση του  
νοσηλευτή στην αντιμετώπιση των  
ασθενών με HIV**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	σελ.	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	σελ.	6

### ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1. Ορισμός του AIDS	σελ.	9
---------------------	------	---

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

2. Επιδημιολογικά στοιχεία	σελ.	10
2.1. Επιδημιολογία	σελ.	10
2.2. Τρόποι μετάδοσης	σελ.	11
2.3. Κατηγορίες ασθενών	σελ.	13

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

3. Κυτταροπαθογόνοι μηχανισμοί της HIV-1 λοίμωξης	σελ.	14
---	------	----

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

4. Εργαστηριακή διερεύνηση	σελ.	15
4.1. Εργαστηριακή διερεύνηση	σελ.	15
4.2. Παρακολούθηση ασθενούς	σελ.	17

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

5. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ	σελ.	19
5.1. Πρωτολοίμωξη	σελ.	19
5.2. Διάκριση κλινικών εκδηλώσεων	σελ.	21
5.3. Σταδιοποίηση HIV λοίμωξης	σελ.	22
5.4. Κλινικές εκδηλώσεις	σελ.	22

5.5. Χαρακτηριστικές κλινικές περιπτώσεις	σελ.	25
5.5.1. Πυρετός	σελ.	25
5.5.2 Απίσχυαση	σελ.	27

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ**

6. Πρόληψη	σελ.	29
6.1. Μέτρα Υγειονομικής Προφύλαξης	σελ.	29
6.2. Εμβόλια κατά του ιού HIV	σελ.	32

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ**

7. ΘΕΡΑΠΕΙΑ	σελ.	34
7.1. Θεραπεία	σελ.	34
7.2. Θεραπεία στα παιδιά	σελ.	44

## **ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ**

Ο ρόλος της Νοσηλεύτριας	σελ.	45
--------------------------	------	----

## **ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ**

- Αρχές Νοσηλευτικής διεργασίας	σελ.	51
- Χαρακτηριστική περίπτωση ασθενή με νόσο HIV	σελ.	60

ΣΥΖΗΤΗΣΗ	σελ.	65
----------	------	----

Συνέντευξη	σελ.	66
------------	------	----

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	σελ.	70
--------------	------	----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	σελ.	71
--------------	------	----

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Κατά τη διάρκεια του 20<sup>ου</sup> αιώνα, εκτός απ' τη συνταρακτική πρόοδο της γνώσης και της τεχνολογίας στην Ιατρική, έχουμε και μια δραματική αλλαγή στο είδος των ασθενειών. Απ' τις οξείες και μολυσματικές ασθένειες, όπως η φυματίωση, περάσαμε στις χρόνιες όπως το AIDS. Τα σύγχρονα προβλήματα υγείας έχουν σίγουρα μια βιολογική αιτιολογία, αλλά σε πολύ μεγάλο βαθμό αποδίδονται στον τρόπο ζωής, στις κοινωνικές σχέσεις και στο περιβάλλον. Επιπλέον, οι σύγχρονες ασθένειες δημιούργησαν πολλαπλές προκλήσεις σε ότι αφορά τον τρόπο διαχείρισής τους. Απαιτούν μεγαλύτερη σε διάρκεια επαφή των ασθενών με το σύστημα παροχής φροντίδας υγείας, ουσιαστικές αλλαγές στον τρόπο ζωής, διαχείριση της ασθένειας για μεγάλο χρονικό διάστημα και επεξεργασία της πιθανότητας και της εμπειρίας του θανάτου.<sup>18</sup>

Για την αντιμετώπιση της μοναδικής λοιμώδους νόσου που αποκαλούμε Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας έχει γίνει μεγάλη και αξιόλογη προσπάθεια σε εθνικό και διεθνές επίπεδο. Είναι μια ασθένεια που σφράγισε τη μοίρα εκατομμυρίων συνανθρώπων μας και παρόλη την αδυναμία εκρίζωσής της, η επιτυχής θεραπευτική αντιμετώπισή της έχει βελτιώσει την ποιότητα ζωής χιλιάδων ασθενών σε βαθμό που έχει κυριολεκτικά μεταμορφώσει τους χθεσινούς απόκληρους της κοινωνίας σε ενεργούς πολίτες της.

Η παρούσα εργασία αναφέρεται στο Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας παραθέτοντας τα σύγχρονα ιατρικά

δεδομένα και τον ρόλο των νοσηλευτών στην αντιμετώπιση της νόσου.

Ευχαριστούμε θερμά την καθηγήτριά μας Κ<sup>α</sup> Μ. Λαγκαδινού η οποία μας έδωσε το κίνητρο για την ανάπτυξη του συγκεκριμένου θέματος με αποτέλεσμα να ενημερωθούμε εκτενέστερα σχετικά με μια νόσο που παραμένει μια κοινωνική απειλή.

## Εισαγωγή

Η εκπόνηση της πτυχιακής με το συγκεκριμένο θέμα αποφασίστηκε λόγω της ιδιαιτερότητας του AIDS ως νόσου, καθώς πρόκειται για μία νόσο τόσο γνωστή αλλά με πολλαπλές κρυφές πτυχές οι οποίες απαιτούν εκτενή μελέτη.

Οι ανοσοανεπάρκειες περιλαμβάνουν μια ομάδα νόσων που προκαλούνται από ελαττωματική λειτουργία κάποιου τμήματος του ανοσοποιητικού συστήματος. Ανεξάρτητα από την αιτία, τα κύρια χαρακτηριστικά τους είναι υποτροπιάζουσες, βαριές λοιμώξεις. Οι ανοσοανεπάρκειες ταξινομούνται σε πρωτοπαθείς και δευτεροπαθείς ή επίκτητες. Οι πρωτοπαθείς είναι εκείνες για τις οποίες δεν υπάρχουν γνωστές αιτίες. Το ανοσιακό έλλειμμα μπορεί να αφορά μία ή περισσότερες λειτουργίες του ανοσοποιητικού συστήματος. Οι δευτεροπαθείς μπορούν να εμφανιστούν σε πάσχοντες από ποικιλία παθήσεων όπως εντερική λεμφαγγειεκτασία, σε άτομα που έχουν υποβληθεί σε ακτινοβολία ή έχουν πάρει ανοσοκατασταλτικά ή κυτταροτοξικά φάρμακα.<sup>23</sup>

Στις δευτεροπαθείς ανήκει και το Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας το οποίο οφείλεται σε λοίμωξη απ' τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας.

Ο ιός ανήκει σε μια ομάδα ιών γνωστών ως ρετροϊών. Το όνομα δείχνει ότι αυτοί οι ιοί φέρουν στο γενετικό τους υλικό RNA. Είναι γνωστό ότι ο HIV εκλεκτικά μολύνει τα T-λεμφοκύτταρα αλλά μπορεί να εισέλθει και σε άλλα κύτταρα όπως τα μονοκύτταρα και τα μακροφάγα. Ο ρυθμός παραγωγής HIV πιστεύεται ότι εξαρτάται

αφενός απ' την κατάσταση υγείας του μολυσμένου ατόμου αφετέρου από το αν ο οργανισμός αντιμετωπίζει άλλη λοίμωξη ή όχι κατά το χρόνο μόλυνσής του με τον HIV.<sup>24</sup>

Όσο και να φαίνεται περίεργο το AIDS ήταν άγνωστο στον ιατρικό κόσμο των αναπτυγμένων χωρών από τις αρχές της δεκαετίας του '80. Το νέο όμως αυτό κλινικό σύνδρομο άλλαξε τα τελευταία 20 χρόνια τις ζωές μας. Οι σημερινοί ενήλικες άνω των 40 ετών είναι η τελευταία γενιά ανθρώπων που είχαν την πρώτη σεξουαλική τους εμπειρία χωρίς τον φόβο του AIDS. Οι νέοι του '90 είναι η πρώτη γενιά που μεγάλωσε με την απειλή του AIDS.

Ο ιός που προκαλεί το AIDS ανακαλύφθηκε το 1983 από ερευνητές του Ινστιτούτου ΠΑΣΤΕΡ. Τα επόμενα έτη με τις διαγνωστικές εργαστηριακές μεθόδους που επινοήθηκαν αποδείχθηκε ότι ο ιός HIV βρισκόταν στο αίμα εκατοντάδων χιλιάδων ατόμων τόσο στις βιομηχανικές όσο και στις υποανάπτυκτες χώρες. Η πικρή αλήθεια για το AIDS είναι ότι η λοίμωξη προηγείται κατά πολύ της κλινικής νόσου. Η άγνοια και η άρνηση είναι δύο βασικοί παράγοντες που επιτρέπουν στον ιό HIV να πολλαπλασιάζεται τόσο παραγωγικά.<sup>17</sup>

Την επιδημία του AIDS μπορούμε να την χωρίσουμε σε τρεις περιόδους.

α) Στην πρώτη περίοδο που αρχίζει με την εμφάνιση της επιδημίας το 1983 και φτάνει μέχρι το 1991 διάστημα κατά το οποίο η επιδημία συνειδητοποιείται απ' τον ιατρικό κόσμο και εξαπλώνεται στις δυτικές χώρες.

β) Στη δεύτερη περίοδο απ' το 1992 έως το 1996 όπου στις δυτικές χώρες η επιδημία βρίσκεται υπό σχετικό έλεγχο, αλλά η νόσος



καλπάζει στη Νότιο Αμερική, στη Νοτιοανατολική Ασία και παίρνει τρομακτικές διαστάσεις στην Κεντρική Αφρική.

γ) Και στην τρίτη περίοδο 1996-1999 όπου η επιδημία ανακάμπτει στις αναπτυγμένες χώρες με την εισαγωγή στην κλινική πράξη ισχυρών συνδυασμών αντιρετροϊκών φαρμάκων. Συγχρόνως εξακολουθεί να εξαπλώνεται στις υποανάπτυκτες χώρες λόγω της μη ανακάλυψης προφυλακτικού εμβολίου και λόγω της έλλειψης οικονομικής δυνατότητας αγοράς φαρμάκων.

Για την αντιμετώπιση της επιδημίας του AIDS απαιτείται συνεργασία και συνένωση ατόμων και πόρων μεταξύ κοινωνικών ομάδων της ίδιας χώρας όσο και μεταξύ άλλων χωρών.<sup>17,40</sup>

## ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

#### 1. Ορισμός

Το Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας είναι μια λοιμώδης νόσος που οφείλεται στον ιό HIV, ο οποίος προσβάλλει το ανοσοποιητικό σύστημα του ανθρώπου, το σύστημα δηλαδή που είναι υπεύθυνο για την άμυνα του οργανισμού ενάντια σε λοιμώξεις, νεοπλασίες και άλλες ασθένειες.<sup>17</sup>

Ο HIV-1 ιός της επίκτητης ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου είναι το τυπικό μέλος της υποοικογένειας των βραδέων ιών, της οικογένειας των ρετροϊών. Την δεκαετία του 1980 ανακαλύφθηκε ο πρώτος ιός από μια ομάδα ρετροϊών, ο HTLV-1, που συνδέθηκε αιτιολογικά με λευχαιμία από τα κύτταρα. Ακολούθησε η απομόνωση ενός δεύτερου ιού, σε μία περίπτωση λευχαιμίας εκ τριχωτών κυττάρων και ονομάστηκε HTLV-II.<sup>20</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

### 2. Επιδημιολογικά στοιχεία

#### 2.1. Επιδημιολογία

Η πρώτη περιγραφή της νόσου έγινε το 1981 οπότε παρατηρήθηκαν περιπτώσεις λοίμωξης από πνευμονία και σάρκωμα Kaposi σε προηγουμένως υγιείς ομοφυλόφιλους άνδρες. Το 1983 ανακαλύφθηκε ο υπεύθυνος ρετροϊός και απ' το 1985 αναπτύχθηκαν ορολογικές μέθοδοι για την διάγνωση της νόσου. Η πανδημία της HIV λοίμωξης έχει εξαπλωθεί σε ολόκληρο τον κόσμο και έως σήμερα εκτιμάται ότι 30,6 εκατομμύρια άνθρωποι σε ολόκληρο τον κόσμο έχουν μολυνθεί, ενώ 27 εκατομμύρια απεβίωσαν έως σήμερα απ' την έναρξη της επιδημίας. Οι άνδρες μολύνονται συχνότερα σε σύγκριση με τις γυναίκες. Υπολογίζεται ότι το 2005 υπήρχαν 41 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις ενώ το ίδιο έτος απεβίωσαν λόγω AIDS 2,8 εκατ. άνθρωποι. Περίπου το 1/3 των ανθρώπων που ζουν με τον ιό είναι ηλικίας 15-24 ετών. Το AIDS είναι η τέταρτη πιο θανατηφόρα ασθένεια παγκοσμίως και η πρώτη στην υποσαχάρια Αφρική. Από τα 40 περίπου εκατ. ανθρώπων που έχουν μολυνθεί απ' τον ιό του AIDS, το 25% ζει στις αναπτυσσόμενες χώρες. Το τραγικό στοιχείο της ασθένειας του AIDS είναι ότι η πλειοψηφία των οροθετικών δεν γνωρίζουν ότι έχουν μολυνθεί. Η Αφρική είναι η ήπειρος η οποία αποδεκατίζεται απ' την ασθένεια. Περίπου το 70% του συνόλου των HIV οροθετικών ατόμων ζει στην υποσαχάρια Αφρική.<sup>17,19</sup>

Στην Ελλάδα ο συνολικός αριθμός των HIV οροθετικών ατόμων που δηλώθηκαν μέχρι τον Οκτώβριο 2006 ανέρχεται σε 8.080.

Το 1993 ιδρύθηκε η Εθνική Επιτροπή AIDS που ήταν συμβουλευτικό όργανο και διατηρήθηκε μέχρι την λειτουργία του Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων του οποίου οι σκοποί είναι η εξυπηρέτηση των αναγκών που αφορούν την επιδημία του AIDS. Η καταγραφή των περιστατικών στη χώρα μας ξεκίνησε επίσημα το 1984. Πρόσφατα αποφασίσθηκε στο μέλλον να καταγράφονται όλες οι περιπτώσεις HIV<sup>+</sup> θετικών. Επειδή παρατηρείται καθυστέρηση μεταξύ διάγνωσης και δήλωσης, τα στοιχεία καταγράφονται κατά έτος διάγνωσης.<sup>17,21</sup>

## **2.2. Τρόποι μετάδοσης**

Ο ιός HIV έχει ανιχνευθεί στο αίμα, στα διάφορα σωματικά υγρά, δάκρυα, σάλιο, ούρα, εκκρίσεις τραχήλου και κόλπου, σπέρμα, μητρικό γάλα και εγκεφαλονωτιαίο υγρό. Οι τρόποι μετάδοσης της HIV λοίμωξης είναι όμοιοι στις αναπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες. Την εξάπλωση της λοίμωξης επηρεάζουν δημογραφικοί, κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες. Η σεξουαλική επαφή, η έκθεση στο αίμα και τα παράγωγά του και η κάθετη μετάδοση απ' την μητέρα στο παιδί, είναι οι κύριοι τρόποι μετάδοσης του ιού.

Πιο αναλυτικά :

Η σεξουαλική επαφή είναι ο κύριος τρόπος μετάδοσης. Εξελκώσεις γεννητικών οργάνων και σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, αυξάνουν τον κίνδυνο μετάδοσης. Ο κίνδυνος επαφής με μολυσμένο αίμα αφορά κυρίως τους χρήστες ενδοφλεβίων τοξικών

ουσιών εξαιτίας της κοινής χρήσης σύριγγας και βελόνας. Επίσης οι δέκτες με ελεγμένου αίματος ή παραγώγων του έχουν μεγάλο κίνδυνο HIV λοίμωξης. Ο ιός μεταδίδεται με πλήρες αίμα, κυτταρικά στοιχεία του αίματος, πλάσμα και αιμοπετάλια. Η πιθανότητα να μολυνθεί ένα άτομο από μία και μοναδική μετάγγιση οροθετικού δότη είναι 100%.<sup>20</sup>

Η κάθετη μετάδοση του ιού HIV από οροθετική μητέρα στο παιδί της μπορεί να συμβεί κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού ή την περίοδο του θηλασμού. Το γεγονός της ενδομητρίου λοίμωξης του εμβρύου, επιβεβαιώνεται απ' την ανίχνευση του ιού σε ιστοκαλλιέργειες εμβρύου έως 8 εβδομάδες κύησης. Αρκετά σπάνια είναι η μετάδοση σε τομείς υγείας αλλά αποτελεί ένα σημαντικό υγειονομικό πρόβλημα για τις Κρατικές υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας και άγχος για τους απασχολούμενους. Ο κίνδυνος μετά από διαδερμική τρώση βελόνας είναι περίπου 0,3% ενώ η πιθανότητα μετά από απλή επαφή δέρματος με βιολογικό υγρό ή αίμα θετικό για τον ιό HIV είναι μηδαμινή.<sup>17</sup>

Το AIDS δεν μεταδίδεται :

- Απ' την καθημερινή, κοινωνική επαφή, την χειραψία, το αγκάλιασμα, το απλό φιλί, την συνάθροιση ατόμων.
- Απ' την τουαλέτα.
- Τον ιδρώτα ή το σάλιο.
- Από ρούχα, σκεπάσματα, πιάτα, ποτήρια και μαχαιροπήρουνα, τηλέφωνα.
- Από πισίνες ή την θάλασσα.
- Από κουνούπια ή άλλα έντομα.<sup>18</sup>

### 2.3. Κατηγορίες ασθενών

Ο αριθμός κρουσμάτων AIDS ποικίλλει ανάλογα με τις κατηγορίες των ασθενών. Αυτές είναι πολυμεταγγιζόμενοι και αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς, ασθενείς με μεσογειακή αναιμία, νεφροπαθείς σε αιμοκάθαρση, εκδιδόμενες γυναίκες, χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών ουσιών, κρατούμενοι, φυλετικές και εθνικές μειονότητες.<sup>17</sup>

Όσον αφορά τον κίνδυνο για HIV λοίμωξη που αντιμετωπίζει το υγειονομικό προσωπικό είναι μικρός αλλά καθώς έρχεται σε επαφή καθημερινά με υλικό δυνητικά μολυσμένο με τον ιό απαιτείται λήψη κατάλληλων προφυλάξεων ασφαλείας στη διάρκεια παροχής Υγειονομικών υπηρεσιών. Από πρόσφατες επιδημιολογικές έρευνες στο παγκόσμιο και ελληνικό χώρο φαίνεται ότι το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό εκτίθεται συχνότερα στον ιό HIV και ακολουθούν άλλες ειδικότητες όπως τεχνολόγοι, προσωπικό εργαστηρίων και τμήματα καθαριότητας υγειονομικών χώρων. Μέχρι το 1992 παγκοσμίως αναφέρθηκαν 53 περιπτώσεις ορομετατροπής μετά από επαγγελματική έκθεση.<sup>17</sup>

Στον ελληνικό χώρο μέχρι τον Σεπτέμβριο του 1993 δεν παρατηρήθηκε ορομετατροπή σε σύνολο 56 ατόμων εκτεθειμένων στον ιό. Τα περισσότερα ατυχήματα συνέβησαν σε θαλάμους νοσηλείας, χειρουργεία, εργαστήρια, εξωτερικά ιατρεία.

Στις περισσότερες περιπτώσεις υπεύθυνος ήταν ο ίδιος ο εργαζόμενος, ενώ μικρό ποσοστό παραδέχθηκε την χρήση γαντιών.<sup>29</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

### 3. Κυτταροπαθογόνοι μηχανισμοί της HIV-1 λοίμωξης

Μετά τη λοίμωξη, ο ολικός αριθμός των CD<sub>4</sub>+T λεμφοκυττάρων μειώνεται και ακολουθεί αύξηση της ιαιμίας, συνοδευόμενη από σημεία και συμπτώματα ενός οξέος ιϊκού συνδρόμου. Επίσης παρατηρούνται 1) λειτουργικές διαταραχές των CD<sub>4</sub>+T κυττάρων, 2) διαταραχές στην λειτουργία των CD<sub>8</sub>+T κυττάρων, 3) διαταραχές των μονοκυττάρων / μακροφάγων των Β κυττάρων, των φυσικών κυτταροκτόνων κυττάρων.<sup>17</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

### 4. Εργαστηριακή διερεύνηση

#### 4.1. Εργαστηριακή διερεύνηση

Η αναγνώριση του ιού επέτρεψε την ανάπτυξη ορολογικών εξετάσεων για ανίχνευση αντισωμάτων. Αυτή η ανίχνευση είναι σημαντική στη διάγνωση της λοίμωξης και την επιδημιολογία της εξάπλωσης του ιού όχι όμως χρήσιμη στην πορεία της λοίμωξης. Οι εργαστηριακοί δείκτες που χρησιμοποιούνται για την πορεία της νόσου βασίζονται στη γνώση της παθογένειας της νόσου. Πρωταρχικής σημασίας για την διάγνωση της HIV λοίμωξης είναι η ανίχνευση αντισωμάτων έναντι του ιού.

Περισσότεροι από 95% των ατόμων οι οποίοι έχουν έρθει σε επαφή με τον ιό θα εμφανίσουν τα ειδικά αντισώματα έναντι του ιού μέσα σε 6 μήνες. Η διάγνωση της οξείας νόσου, όμως, δεν μπορεί να γίνει με τις συνήθεις ορολογικές δοκιμασίες, οι οποίες συνήθως θετικοποιούνται μετά τις 22-27 ημέρες. Η ανίχνευση των αντισωμάτων σε αυτό το στάδιο είναι αρνητική και η νόσος μπορεί να επιβεβαιωθεί με την μέτρηση του αντιγόνου p<sub>24</sub> καθώς και με την ανίχνευση του RNA του ιού. Επομένως, τα αυξημένα επίπεδα του p<sub>24</sub> αντιγόνου ή το αυξημένο ιϊκό φορτίο με αρνητικό ορολογικό έλεγχο, προσδιορίζουν τον ασθενή με την οξεία νόσο.<sup>15</sup>

Όταν το άτομο μολυνθεί από HIV, το ανοσοποιητικό του σύστημα απαντά με παραγωγή αντισωμάτων ενάντια στον ιό. Τα αντισώματα, γενικά, αναπτύσσονται μέσα σε 1-4 μήνες μετά την έκθεση, μπορεί όμως να χρειαστούν και μεγαλύτερο διάστημα (6-14



μήνες). Δυστυχώς, τα αντισώματα για τον HIV είναι αναποτελεσματικά και δεν μπορούν να σταματήσουν την ανάπτυξη λοίμωξης HIV. Ωστόσο, η ικανότητα να τεκμηριωθεί η παρουσία αντισωμάτων HIV στο αίμα, επέτρεψε τον έλεγχο προϊόντων αίματος και διευκόλυνε τη διαγνωστική εκτίμηση ατόμων με λοίμωξη HIV.

Η δοκιμασία ELISA προσδιορίζει την ύπαρξη αντισωμάτων που κατευθύνονται ειδικά στον HIV. Η δοκιμασία ELISA δεν τεκμηριώνει διάγνωση AIDS, αλλά μάλλον δείχνει ότι το άτομο έχει εκτεθεί σε HIV ή έχει μολυνθεί με HIV. Άτομα των οποίων το αίμα περιέχει αντισώματα για HIV, θεωρούνται ότι είναι οροθετικά. Η Western blot είναι μια άλλη δοκιμασία που μπορεί να αναγνωρίσει την παρουσία αντισωμάτων HIV και χρησιμοποιείται για να επιβεβαιώσει οροθετικότητα που διαπιστώθηκε με την ανίχνευση ELISA.<sup>11</sup>

Ένα θετικό αποτέλεσμα δοκιμασίας σημαίνει ότι :

- Υπάρχουν αντισώματα για HIV στο σώμα σας.
- Έχετε μολυνθεί με HIV και το σώμα σας παράγαγε αντισώματα.
- Πιθανά, έχετε ενεργό ιό στο σώμα σας και θα πρέπει να παραδεχτείτε ότι μπορεί να μεταδώσετε τον ιό σε άλλους.

Αντίθετα, δεν σημαίνει :

- ότι έχετε οπωσδήποτε AIDS
- θα παρουσιάσετε AIDS στο μέλλον
- έχετε ανοσία στο AIDS.

Ένα αρνητικό αποτέλεσμα δοκιμασίας σημαίνει ότι :

- Δεν υπάρχουν στο αίμα σας αυτή τη χρονική στιγμή αντισώματα για HIV.

Δύο πιθανές αιτίες γι' αυτό είναι ότι :

- Δεν έχετε μολυνθεί με HIV.
- Μολυνθήκατε με HIV, αλλά το σώμα δεν παράγαγε ακόμα αντισώματα.

Ένα αρνητικό αποτέλεσμα δεν σημαίνει ότι :

- Είσαστε εξασφαλισμένοι (μπορεί να έρθετε σε επαφή με τον ιό και να μολυνθείτε αργότερα).
- Είστε άνοσοι στον ιό.
- Δεν μολυνθήκατε με HIV (μπορεί να έχετε μολυνθεί, αλλά να μην παράγαγε ακόμα αντισώματα το σώμα σας).<sup>23</sup>

#### **4.2. Παρακολούθηση ασθενούς**

Η HIV λοίμωξη είναι μια χρόνια νόσος δεδομένου ότι απ' την στιγμή της μόλυνσης του ατόμου μέχρι τον θάνατό του, μεσολαβούν από 2 έως και περισσότερα από 20 χρόνια. Επομένως, η παρακολούθηση των HIV(+) ασθενών είναι μακροχρόνια και οι κλινικές εκδηλώσεις ποικίλες ανάλογα με τα στάδια της λοίμωξης. Σήμερα, στις αναπτυγμένες χώρες οι HIV(+) ασθενείς παρακολουθούνται συνήθως στα εξωτερικά ιατρεία Ειδικών μονάδων AIDS που έχουν δημιουργηθεί, όταν δε απαιτείται η εισαγωγή τους σε νοσοκομείο νοσηλεύονται στους κοινούς παθολογικούς θαλάμους. Η αρχική εκτίμηση των HIV(+) ασθενών περιλαμβάνει ένα λεπτομερές ιστορικό, πλήρης φυσική εξέταση, αιματολογικό και βιοχημικό έλεγχο και αναζήτηση παθογόνων μικροοργανισμών η οποία περιλαμβάνει δείκτες ηπατίτιδας A, B και C, ορολογικές εξετάσεις ερπητοϊών, σύφιλης, τοξοπλάσματος και λεισμανίασης.<sup>6</sup>

Επίσης, παρασιτολογικές εξετάσεις, καλλιέργειες κοπράνων, δερμοαντίδραση Mantoux, εκτίμηση ανοσολογικής κατάστασης με προσδιορισμό υποπληθυσμών λεμφοκυττάρων, εκτέλεση δερμοαντιδράσεων, μέτρηση ανοσοσφαιρινών. Απαραίτητη είναι η ιολογική αξιολόγηση με προσδιορισμό ιϊκού φορτίου και p<sub>24</sub> αντιγόνου, καθώς και ο απεικονιστικός έλεγχος οποίος περιλαμβάνει ακτινογραφία θώρακος, υπερηχογράφημα άνω-κάτω κοιλίας, αξονική τομογραφία εγκεφάλου.

Επιπλέον, γίνεται προσδιορισμός επιπέδων γλυκόζο-Γ-φωσφορικής δεϋδρογονάσης (G-6-P-D), πλήρης γυναικολογικός έλεγχος, ψυχοκοινωνική εκτίμηση, αξιολόγηση για λήψη μέτρων Κοινωνικής Πρόνοιας και δήλωση κρούσματος στο Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Δ.). Κάθε 2-4 μήνες πρέπει να ελέγχονται οι βιοχημικές παράμετροι όπως οι τρανσαμινάσες, γ-GT, αλκαλική φωσφατάση, ουρία, κρεατινίνη, σάκχαρο, γαλακτική δεϋδρογονάση, ουρικό οξύ, κρεατινική φωσφοκινάση, K, Na, Ca, Mg, P, αμυλάση ορού, λευκώματα ορού, χοληστερίνη, τριγλυκερίδια.

Ανάλογα με τα αποτελέσματα της παρακολούθησης γίνεται η σταδιοποίηση της HIV λοίμωξης και λαμβάνεται η απόφαση για έναρξη ή μη αντιρετροϊκής αγωγής, χημειοπροφύλαξης και θεραπείας ευκαιριακών λοιμώξεων και νεοπλασιών.<sup>17</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

### 5. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

#### 5.1. Πρωτολοίμωξη

Ως πρωτολοίμωξη, καλούμε την αρχική περίοδο λοίμωξης από τον ιό HIV, που είναι το πρωιμότερο στάδιο της μακροχρόνιας νόσου. Σύμφωνα με διάφορες μελέτες, κλινικά συμπεράσματα εμφανίζονται κατά την περίοδο αυτή στο 30-90% αυτών που μολύνονται απ' τον ιό HIV. Οι κλινικές εκδηλώσεις της πρωτολοίμωξης έχουν ευρύτατο κλινικό φάσμα, που αρχίζει απ' την πλήρη έλλειψη συμπτωμάτων και σημείων και φθάνει μέχρι την κλινική συνδρομή, που απαιτεί νοσοκομειακή νοσηλεία.<sup>19</sup>

Κατά τις πρώτες 2-6 εβδομάδες απ' την έναρξη της πρωτολοίμωξης παρατηρείται η πρώτη μεγάλη αύξηση της συγκέντρωσης του ιού στο αίμα (ιαιμία), ενώ ακολουθεί ταχεία πτώση της ιαιμίας μέσα στις επόμενες δύο εβδομάδες. Στους επόμενους μήνες, η ποσότητα του ιού στο πλάσμα σταδιακά ισορροπεί σε ένα σταθερό επίπεδο, που ποικίλλει μεταξύ των ατόμων. Η βαρύτητα και η κλινική διάρκεια των συμπτωμάτων της πρωτολοίμωξης, καθώς και το επίπεδο ισορροπίας της ιαιμίας του ασθενούς αποτελούν σημαντικούς προγνωστικούς δείκτες της εξελικτικής πορείας της λοίμωξης καθώς και κριτήρια μελλοντικής κλινικής επιδείνωσης. Τα κλινικά συμπτώματα της πρωτολοίμωξης ποικίλλουν από απλό πυρετό ολίγων ημερών έως οξεία εγκεφαλίτιδα και κώμα. Αρχικά, η πρωτολοίμωξη θεωρήθηκε ότι ήταν κλινικά παρόμοια με το σύνδρομο λοιμώδους μονοπυρήνωσης, σήμερα όμως θεωρείται ότι η έκταση των

συμπτωμάτων της πρωτολοίμωξης είναι πολύ μεγαλύτερη. Τα συμπτώματα ταξινομούνται σε γενικά, που εμφανίζονται στους περισσότερους συμπτωματικούς ασθενείς και περιλαμβάνουν πυρετό, λεμφαδενοπάθεια, μυαλγίες, κεφαλαλγία, κόπωση, βυθιότητα και τα ειδικά που έχουν συγκεκριμένη κλινική εικόνα. στα νεογνά η πρωτολοίμωξη απ' τον ιό HIV-1 εμφανίζεται όταν αυτά μολύνονται κατά τη διάρκεια του τοκετού. Το συνηθέστερο κλινικό σημείο είναι η προωρότητα και η ενδομήτρια καθυστέρηση. Επίσης παρατηρείται αυξημένη θνητότητα κατά το πρώτο έτος της ζωής σε σύγκριση με τα μη μολυσμένο νεογνά. Οι πιο κοινές αιτίες θανάτου είναι η διάρροια, η πνευμονία και η διακοπή της ανάπτυξης. Συχνά, τα HIV(+) νεογνά παρουσιάζουν διόγκωση ήπατος και σπληνός καθώς και γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια.

Τα κλινικά αυτά ευρήματα αποτελούν παράγοντες αυξημένου κινδύνου για ταχεία εξέλιξη προς πλήρες AIDS. Γενικά, μόλυνση του νεογνού κατά τη διάρκεια της κύησης προδικάζει πρωιμότερη εκδήλωση του AIDS στο νεογνό απ' ότι η μόλυνση κατά τον τοκετό.

Τα κλινικά σημεία της πρωτολοίμωξης είναι μη ειδικά και συγχέονται με τις εκδηλώσεις διαφόρων οξέων κλινικών νοσημάτων. Στη διαφορική διάγνωση της πρωτολοίμωξης περιλαμβάνεται η δευτερογενής συφιλίδα, η οξεία λοίμωξη από ηπατίτιδα Β ή Α, το σύνδρομο λοιμώδους μονοκυτταρώσεως, την τοξοπλάσμωση καθώς και άλλες ιογενείς λοιμώξεις. Η πρωτολοίμωξη από HIV-1 μπορεί να διαφοροδιαγνωστεί εύκολα απ' το κοινό κρυολόγημα και την γρίπη καθώς και άλλες λοιμώξεις του αναπνευστικού. Η φαρμακευτική θεραπεία κατά την πρωτολοίμωξη συνιστάται επειδή πρόσφατες

παρατηρήσεις έδειξαν ότι ο ιός HIV-1 είναι πιο ευπαθής κατά την πρωτολοίμωξη. Συνήθως δεν απαιτείται ειδική θεραπεία.<sup>14</sup>

Η χορήγηση αντιρετροϊκής θεραπείας μπορεί να βοηθήσει μόνο ασθενείς με σοβαρά νευρολογικά συμπτώματα. Ο στόχος όμως της αντιρετροϊκής θεραπείας στην πρωτολοίμωξη δεν είναι να απαλύνει τα συμπτώματα, αλλά να επηρεάσει την κλινική πορεία της νόσου για όλη την διάρκεια της ζωής του ασθενούς. Υπάρχουν απόψεις υπέρ και κατά της πρώιμης φαρμακευτικής παρέμβασης κατά την πρωτολοίμωξη.<sup>17</sup>

**5.2. Οι κλινικές εκδηλώσεις της HIV λοίμωξης διακρίνονται σε 3 ομάδες :**

- α) στην οξεία λοίμωξη μετά από μία περίοδο επώασης λίγων ημερών έως εβδομάδων με εικόνα οξείας ιογενούς συνδρομής. Τα κυριότερα συμπτώματα της οξείας HIV λοίμωξης είναι ο πυρετός, το εξάνθημα, η κακουχία, η λεμφαδενοπάθεια, τα στοματικά έλκη και οι αρθραλγίες. Η συνήθως διάρκεια των συμπτωμάτων δεν υπερβαίνει τις 14 ημέρες. Η μεγαλύτερη διάρκεια και ένταση των συμπτωμάτων έχει συσχετιστεί με δυσμενέστερη πρόγνωση της HIV λοίμωξης.
- β) Σε ανοσολογικές διαταραχές και διαταραχές απ' την τοξική δράση του ιού στον οργανισμό, όπως είναι η λεμφαδενοπάθεια, η θρομβοπενία, η HIV νευροπάθεια και η πρωτοπαθής πνευμονική υπέρταση.
- γ) σε λοιμώξεις, που εμφανίζονται με την σταδιακή εξασθένηση της κυτταρικής ανοσίας όπως είναι η πνευμονία, η σαλμονέλλωση, η

μυκητιασική στοματίτιδα και οι ερπητικές λοιμώξεις καθώς και οι ευκαιριακές λοιμώξεις.<sup>20</sup>

### **5.3. Σταδιοποίηση HIV λοίμωξης**

Έχει οριστεί απ' το C.D.C. (U.S. Centers for Disease Control and prevention) αρχικά το 1986 και έχει αναθεωρηθεί για τελευταία φορά το 1993. Η σταδιοποίηση γίνεται με βάση την κλινική εικόνα και τον αριθμό των CD<sub>4</sub> λεμφοκυττάρων. Διακρίνουμε **3 κλινικές κατηγορίες (A, B, C)** και **3 κατηγορίες CD<sub>4</sub> λεμφοκυττάρων**. Στην κατηγορία A ανήκει η ασυμπτωματική λοίμωξη, η οξεία HIV λοίμωξη και η γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια. Στην κατηγορία B περιλαμβάνεται η συμπτωματική HIV λοίμωξη και στην κατηγορία C περιλαμβάνονται οι ευκαιριακές λοιμώξεις και τα σχετιζόμενα με το HIV νεοπλάσματα. Το πρώτο στάδιο στην HIV λοίμωξη είναι η οξεία λοίμωξη που διαρκεί συνήθως 1-4 εβδομάδες. Στη συνέχεια είναι το ασυμπτωματικό με διάρκεια 2-15 έτη, το πρώιμο συμπτωματικό με διάρκεια 1-5 έτη, το όψιμο συμπτωματικό με διάρκεια 1-4 έτη και η προχωρημένη νόσος που διαρκεί έως 2 έτη. Ο ιός HIV προσβάλλει τα διάφορα συστήματα του οργανισμού προκαλώντας **ποικίλλες κλινικές εκδηλώσεις**.<sup>19</sup>

**5.4. Στο καρδιαγγειακό σύστημα** οι πιο συχνές επιπλοκές που παρατηρούνται σε οροθετικά άτομα είναι αρρυθμία, περικαρδίτιδα, πνευμονική υπέρταση, μυοκαρδιακή προσβολή, ενδοκαρδίτιδα και φλεβοθρόμβωση. Επίσης παρατηρούνται **αναπνευστικές επιπλοκές**, όπως βακτηριακές πνευμονικές λοιμώξεις, μυκητιασικές και ιογενείς πνευμονικές λοιμώξεις, πνευμονικές κακοήθειες όπως το σάρκωμα

Karosi και το non Hodgkin Λέμφωμα καθώς και πνευμονικές νόσοι αδιευκρίνιστης αιτιολογίας όπως η λεμφοκυτταρική διάμεση πνευμονίτιδα. **Στο πεπτικό σύστημα εμφανίζονται στοματικές εκδηλώσεις** οι κυριότερες των οποίων είναι η περιοδοντική νόσος, ο απλός έρπητας, η τριχωτή λευκοπλακία, καντινίαση και διάφορα νεοπλάσματα. **Κλινικές εκδηλώσεις απ' τον οισοφάγο** είναι η λοιμώδης οισοφαγίτιδα, ιδιοπαθή οισοφαγικά έλκη και νεοπλάσματα. Κλινικές εκδηλώσεις απ' τον στόμαχο όπως γαστρίτιδα, γαστρικό σάρκωμα Karosi, λέμφωμα στομάχου. **Απ' το ήπαρ**, διάχυτη ηπατοκυτταρική βλάβη, κοκκιωματώδη ηπατίτιδα και σκληρυντική χολαγγειίτιδα. **Απ' το λεπτό και παχύ έντερο** εντεροκολίτιδα, εξωεντερική αμοιβάδωση. Συχνά απαντάται **ορθοπρωκτική νόσος** σε ασθενείς με HIV και εκδηλώνεται ως πρωκτίτιδα, αιμορροϊδική νόσο. **Στο πάγκρεας** η συχνότερα απαντώμενη νοσολογική οντότητα είναι η φαρμακευτική παγκρεατίτιδα. Σπάνιες αλλά πιθανές είναι οι **γαστρεντερικές αιμορραγίες** οι οποίες οφείλονται σε μεγάλα έλκη που εντοπίζονται στον οισοφάγο ή στο έντερο, έλκη στομάχου ή δωδεκαδακτύλου που οφείλονται ή όχι σε λήψη μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων, εκτεταμένο σάρκωμα Karosi και βαθιές ραγάδες ορθοπρωκτικής περιοχής. Χαρακτηριστικά **οξείας κοιλίας** εμφανίζονται συχνά σε ασθενείς με AIDS καθώς και **χολοκυστίτιδα**. Η διάτρηση σπλάχνου οφείλεται σε μονήρες εντερικό έλκος. Ειλεός λόγω νεοπλασματικής απόφραξης οφείλεται συνήθως σε σάρκωμα Karosi ή λέμφωμα τα οποία δύναται να προκαλέσουν διάτρηση ή εγκολεασμό. Οι **νευρολογικές επιπλοκές** στην HIV λοίμωξη εκδηλώνονται ως εστιακά εγκεφαλικά σύνδρομα, μηνιγγίτιδα, μυελοπάθεια, νευρομυϊκά σύνδρομα και σπασμούς.



Κλινικά εμφανής νεφρική νόσος παρατηρείται στο 10-30% των ασθενών με AIDS. Η **προσβολή του νεφρού** μπορεί να εκδηλωθεί σαν οξεία νεφρική ανεπάρκεια ή σαν χρόνια νεφρική νόσος. Επίσης εμφανίζονται **διαταραχές** ύδατος, ηλεκτρολυτών και οξεοβασικής ισορροπίας. Οι **οφθαλμικές** επιπλοκές της HIV λοίμωξης είναι ιδιαίτερα σημαντικές επειδή επηρεάζουν άμεσα την ποιότητα ζωής και ταξινομούνται σε τέσσερις μεγάλες κατηγορίες : 1) μικροαγγειακή νόσος, 2) οφθαλμικές λοιμώξεις, 3) οφθαλμικά νεοπλάσματα, 4) νευρο-οφθαλμικές διαταραχές. Οι **αιματολογικές** επιπλοκές περιλαμβάνουν διαταραχές ερυθρών αιμοσφαιρίων, λευκών αιμοσφαιρίων, αιμοπεταλίων, θρομβωτική θρομβοπενική πορφύρα και διαταραχές πήξης. Το **δέρμα** αποτελεί ίσως το συχνότερα προσβαλλόμενο όργανο σε άτομα με AIDS. Οι δερματικές βλάβες αντιπροσωπεύουν είτε πρωτοπαθή νόσο του δέρματος είτε συμμετοχή του δέρματος σε συστηματικές νόσους. Η πιο πρώιμη δερματική εκδήλωση που σχετίζεται με την HIV λοίμωξη, είναι το εξάνθημα της πρωτολοίμωξης. Πρόκειται για μη ειδικό, ήπιο, αυτοπεριοριζόμενο ιλαροειδές εξάνθημα το οποίο συχνά συνοδεύεται από πυρετό, λεμφανεδοπάθεια, φαρυγγίτιδα και παρατηρείται στους δύο πρώτους μήνες απ' την μόλυνση με τον HIV. Η δερματική βλάβη που κλασικά συνδέεται με την HIV λοίμωξη είναι το σάρκωμα Kaposi. Η δερματική νόσος σε άτομα με HIV μπορεί να οφείλεται σε λοιμώδη αίτια όπως ο ιός καλού έρπητος, ο ιός έρπητα ζωστήρα, η μολυσματική τέρμινθος, οι βακτηριακές και μυκητιασικές λοιμώξεις. Επίσης υπάρχουν νόσοι δέρματος μη λοιμώδους αιτιολογίας όπως η σμηγματορροϊκή δερματίτιδα, η μυοσινοφιλική θυλακίτιδα, ο μη ειδικός κνησμός και τα αφθώδη έλκη. Οι **ρευματολογικές** επιπλοκές

που εμφανίζονται είναι αρθραλγίες, αρθρίτιδα, μυοπάθειες, διάφοροι τύποι αγγειίτιδας, συνδρομή τύπου sjogren και ποικίλα αυτοάνοσα φαινόμενα. οι **ενδοκρινολογικές** επιπλοκές περιλαμβάνουν σπάνια υποφυσιακή ανεπάρκεια, μέτριες αυξήσεις στα επίπεδα της προλακτίνης, υπονατριχμία. Στο 33-38% ατόμων με AIDS παρατηρείται επινεφρίτιδα. Αρκετά συχνές είναι οι διαταραχές γλυκοκορτικοειδών, αλατοκορτικοειδών, θυρεοειδικών ορμονών και οι διαταραχές στον μεταβολισμό της γλυκόζης.

Επίσης, παρατηρείται δυσλειτουργία γονάδων σε άνδρες και γυναίκες με HIV λοίμωξη, ιδιαίτερα σε προχωρημένα στάδια της νόσου και σε ασθενείς με εκσεσημασμένη απώλεια βάρους. Τα νεοπλάσματα στην HIV λοίμωξη περιλαμβάνουν το σάρκωμα Kaposi, περιφερικά non-Hodgkin λεμφώματα, πρωτοπαθές λέμφωμα ΚΝΣ, καρκίνο τραχήλου μήτρας, νόσο Hodgkin, πλακώδες καρκίνωμα πρωκτού, πλακώδες καρκίνωμα δέρματος, στοματικής κοιλότητας και πρωκτογεννητικής περιοχής, βασικοκυτταρικό καρκίνωμα δέρματος, μελάνωμα, αδenoκαρκίνωμα στομάχου, καρκίνος όρχεων.<sup>16,17,18</sup>

## **5.5. Μερικές χαρακτηριστικές κλινικές εκδηλώσεις σε HIV(+) άτομα**

### **5.5.1. Πυρετός**

Ο πυρετός αποτελεί την πιο συχνή κλινική εκδήλωση στην HIV λοίμωξη και ένα απ' τα συχνότερα διαγνωστικά προβλήματα στην αντιμετώπιση ατόμων για HIV. Στόχος στην διερεύνηση εμπύρετου HIV(+) ασθενούς είναι η ανεύρεση της ακριβούς αιτίας του πυρετού καθώς μπορεί να οφείλεται στον HIV, σε κοινές λοιμώξεις, σε ασυνήθεις ευκαιριακές λοιμώξεις, σε ευκαιριακά νεοπλάσματα, σε

αντιδράσεις υπερευαισθησίας στα φάρμακα, σε σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, σε νοσοκομειακές λοιμώξεις, στην χρήση ενδοφλέβιων τοξικών ουσιών. Για την διευκόλυνση της διαγνωστικής διερεύνησης χρειάζεται η γνώση της ακριβούς ανοσολογικής κατάστασης του ασθενούς, το επιδημιολογικό ιστορικό. Ο ορισμός του πυρετού αγνώστου αιτιολογίας σε άτομα με HIV πρέπει να πληρεί τα ακόλουθα κριτήρια : 1) θερμοκρασία  $\geq 38,3^{\circ}\text{C}$  σε πολλές μετρήσεις, 2) επιβεβαιωμένη HIV οροθετικότητα, 3) χρονική διάρκεια πυρετού τουλάχιστον 4 εβδομάδες σε εξωτερικούς ασθενείς ή 3 μέρες σε νοσηλευόμενους ασθενείς, 4) η διάγνωση δεν έχει τεκμηριωθεί μετά από 3ήμερο νοσηλεία, παρά την κατάλληλη διερεύνηση. Κατά την διάρκεια της νοσηλείας των 3 ημερών, η ελάχιστη διαγνωστική διερεύνηση που πρέπει να γίνει, πριν τεθεί η διάγνωση του πυρετού αγνώστου αιτιολογίας περιλαμβάνει : λεπτομερειακό ιστορικό, πλήρη αντικειμενική εξέταση, ανάλυση αίματος και ούρων, βιοχημικό έλεγχο, ακτινογραφία θώρακος, καλλιέργειας αίματος, ούρων και πτυέλων για κοινά μικρόβια, αναζήτηση κρυπτοκοκκικού αντιγόνου στον ορό, βυθοσκόπηση, οξεάντοχο χρώση και καλλιέργεια πτυέλων για μυκοβακτηρίδια. Η θεραπεία περιλαμβάνει συμπτωματική αγωγή για χορήγηση αντιπυρετικών σκευασμάτων αν έχει κατανοηθεί ο τύπος του πυρετού. Σε οξέως πάσχοντες ασθενείς και εφ' όσον υποπτευόμαστε βακτηριδιακή λοίμωξη μπορεί να χορηγηθεί αντιβιοτική θεραπεία.<sup>37</sup>

### 5.5.2. Σύνδρομο Απίσχνασης (AIDS – Καχεξία)

Ως σύνδρομο απίσχνασης ορίζεται η ανεξήγητη, ακούσια απώλεια βάρους που συνδυάζεται είτε με χρόνια διάρροια είτε με χρόνια αδυναμία και αποδεδειγμένο πυρετό. Το σύνδρομο απίσχνασης μπορεί να οφείλεται στη HIV λοίμωξη ή σε ευκαιριακές λοιμώξεις και νεοπλάσματα. Ορισμένες φορές η απώλεια βάρους προμηνύει την έναρξη νόσου που προσδιορίζει AIDS, πριν την εμφάνιση άλλων κλινικών εκδηλώσεών της. Το σύνδρομο απίσχνασης αποτελεί συχνή επιπλοκή της HIV λοίμωξης και απαντάται συχνότερα σε άτομα χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και στις γυναίκες. Υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ του βαθμού της απίσχνασης και της κλινικής εξέλιξης της HIV λοίμωξης καθώς οι μετρήσεις της μυϊκής μάζας χρησιμοποιούνται ως προγνωστικοί δείκτες για την επιβίωση. Θάνατος επέρχεται όταν το βάρος ελαττωθεί στο 66% του ιδανικού σωματικού βάρους. Η απίσχναση οφείλεται σε διαταραχές του μεταβολισμού, ανεπαρκή διατροφή, ανεπάρκεια ενδογενών αναβολικών ορμονών. Το ιδανικότερο είναι η πρόληψη της απίσχνασης. Οι ασθενείς πρέπει να ζυγίζονται σε κάθε επίσκεψη και το βάρος τους να καταγράφεται. Όσον αφορά την θεραπεία, περιλαμβάνει αντιμετώπιση υποκείμενων νόσων, διατήρηση καλού επιπέδου θρέψης και χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής με οξεϊκή μεγεατρόλη, δροναβινόλη, ανασυνδυασμένη ανθρώπινη αυξητική ορμόνη, αναβολικά στεροειδή, θαλιδομύδη.<sup>20</sup>



Αφθώδες έλκος βλεννογόνου κάτω χείλους.



Χρόνια ελκωτική βλάβη στο χέρι οφειλόμενη σε HSV.



Σάρκωμα Kaposi στο κάτω άκρο.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

### 7. Πρόληψη

Το κυριότερο μέτρο πρόληψης είναι η υπεύθυνη σεξουαλική ζωή και οι μονογαμικές σχέσεις. Ο περιορισμός του αριθμού των διαφορετικών ερωτικών συντρόφων και η αποφυγή των ευκαιριακών σεξουαλικών σχέσεων είναι αυτονόητο ότι μειώνει τον κίνδυνο. Η προφύλαξη βασίζεται στη χρήση προφυλακτικού. Για να περιοριστεί η πιθανότητα μόλυνσης, το προφυλακτικό πρέπει να χρησιμοποιείται απ' την αρχή της ερωτικής πράξης, να είναι καλής ποιότητας, ελαστικό, να αναγράφεται η ημερομηνία λήξης τους και να μην έχουν εκτεθεί για πολύ καιρό στο φως ή στη ζέστη.

Επιπλέον, σαν μέτρο προφύλαξης πρέπει να αποφεύγεται η χρήση μεταχειρισμένων συριγγών από τους χρήστες και οι τραυματισμοί από χρησιμοποιημένα αιχμηρά αντικείμενα που έχουν μολυνθεί.<sup>19</sup>

#### 7.1. Μέτρα υγειονομικής προφύλαξης

##### Σε ασθενείς με HIV

Η ποιότητα και η διάρκεια επιβίωσης των HIV(+) ασθενών έχει βελτιωθεί λόγω της χρήσης των αντιρετροϊκών φαρμάκων και της προφύλαξης από ευκαιριακές λοιμώξεις. Η πρόληψη των λοιμώξεων πρέπει να περιλαμβάνει την εκπαίδευση του HIV(+) ασθενούς ώστε να αποφεύγει την έκθεσή του σε παθογόνα αίτια όπως : επαφή με ζώα. Επιπλέον να αποφεύγονται οι εργασίες στον κήπο και σε χώρους όπως νοσοκομεία, φυλακές, παιδικούς σταθμούς. Πρέπει να

αποφεύγονται ωμά ή μισοβρασμένα αυγά, ωμά πουλερικά και μη παστεριωμένα γαλακτοκομικά προϊόντα καθώς περιέχουν διάφορους εντερο-παθογόνους μικροοργανισμούς. Οι ασθενείς απαγορεύεται να πίνουν νερό από ποτάμια ή λίμνες λόγω κινδύνου λοίμωξης.

Στα μέτρα προφύλαξης συνιστάται υποχρεωτικά το εμβόλιο κατά του πνευμονιόκοκκου, της ινφλουέντζας και της ηπατίτιδας Β. Σε περίπτωση που ο ασθενής πρέπει να ταξιδέψει σε υποανάπτυκτες χώρες πρέπει επίσης να πάρει τα κατάλληλα προφυλακτικά μέτρα.

### **Προφύλαξη από έκθεση στον ιό HIV**

Σήμερα, μόλυνση απ' τον ιό μπορεί να συμβεί από :

- A. Επαγγελματικό ατύχημα σε εργαζόμενους στον τομέα Υγείας.
- B. Έκθεση ασθενούς σε μολυσμένο αίμα ή παράγωγά του ύστερα από μετάγγιση.
- Γ. Έκθεση στον ιό HIV ύστερα από σεξουαλική ή άλλη διανθρώπινη επαφή με HIV οροθετικό άτομο.
- Δ. Κάθετη μετάδοση από μητέρα στο παιδί.<sup>17</sup>

A) Η προφύλαξη ύστερα από επαγγελματικό ατύχημα περιλαμβάνει την εφαρμογή ειδικού πρωτοκόλλου στα νοσοκομεία. Το πρωτόκολλο περιλαμβάνει την αξιολόγηση της ανάγκης χορήγησης χημειοπροφύλαξης ανάλογα με το είδος και την βαρύτητα της έκθεσης και αξιολογεί την περιεκτικότητα σε ιό HIV της πηγής που προκάλεσε το ατύχημα.

Για πρόληψη εργατικών ατυχημάτων, οι εργαζόμενοι πρέπει να προσέχουν ιδιαίτερα τις βελόνες καθώς η πλειονότητα των

διαδερμικών ατυχημάτων ήταν από τρύπημα μολυσμένης βελόνας στην προσπάθεια να ξαναμπεί στο κάλυμά της.<sup>36</sup>

B) Η αποφυγή μόλυνσης απ' τον ιό HIV κατά την σεξουαλική επαφή αποτελεί προσπάθεια κυρίως του τομέα Δημόσιας Υγείας. Η χρήση του προφυλακτικού και η συνεχής διάδοση της χρήσης του πρέπει να γίνεται με έμφαση και κάθε προσιτό τρόπο. Η χημειοπροφύλαξη ύστερα από ύποπτη σεξουαλική επαφή σαν μέθοδος πρόληψης αποτελεί κακή στρατηγική που μπορεί να αποβεί και βλαπτική.<sup>31</sup>

- Η πρόληψη κάθετης μετάδοσης ιού HIV απ' τη μητέρα στο παιδί βασίζεται στον περιορισμό των προδιαθεσικών παραγόντων, ο οποίος επιτυγχάνεται με γέννηση με καισαρική τομή, αντισηψία του γενετικού σωλήνα, αντιρετροϊκή χημειοθεραπεία, παθητική και ενεργητική ανοσοθεραπεία και αποφυγή θηλασμού.

Για την αποφυγή εμφάνισης κρουσμάτων HIV λοίμωξης στα παιδιά πρέπει να ενθαρρύνονται οι ενήλικες σε εθελοντικό απόρρητο έλεγχο για HIV. Ειδικά, όλες οι έγκυες γυναίκες πρέπει να ελέγχονται για HIV. Μόνο εάν γνωρίζουμε ότι η έγκυος είναι HIV(+) μπορούμε να αρχίσουμε χημειοπροφύλαξη και να συστήσουμε αποφυγή του θηλασμού. Ο έγκαιρος έλεγχος προσφέρει και δευτερογενή οφέλη όπως την έγκαιρη έναρξη αντιρετροϊκής θεραπείας, την αλλαγή του χρόνου και του τύπου εμβολιασμών και την έγκαιρη κοινωνική προστασία.<sup>38</sup>



- Η προφύλαξη για εργαζόμενους σε τομείς υγείας περιλαμβάνει σωστό χειρισμό όλων των σωματικών υγρών τα οποία συνδέονται άμεσα με την μετάδοση του ιού. Όλοι οι εργαζόμενοι που λαμβάνουν μέρος σε επιθετικούς χειρισμούς όπως χειρουργική διείδυση και τοκετό, πρέπει να χρησιμοποιούν ειδικές προφυλάξεις για πρόληψη της επαφής του δέρματος ή των βλεννογόνων με αίμα ή υγρά των ασθενών. συνιστάται η χρήση γαντιών και για καλύτερη προστασία διπλών γαντιών, η χρήση χειρουργικής μάσκας, προστατευτικών γυαλιών σε περίπτωση εκτίναξης σταγονιδίων και ποδιών. Επίσης εξοπλισμός και μηχανήματα που χρησιμοποιούνται σε επιθετικούς χειρισμούς πρέπει να αποστειρώνονται πριν χρησιμοποιηθούν σε κάθε ασθενή. Η συμμόρφωση με τον οδηγό και τις συστάσεις της καθολικής προφύλαξης, όσον αφορά την απολύμανση και αποστείρωση των ιατρικών μηχανημάτων θα πρέπει να ελέγχεται αυστηρά, σε όλους τους τομείς υγείας. Επίσης, οι εργαζόμενοι πρέπει να παρακολουθούν σεμινάρια που αφορούν τον έλεγχο των λοιμώξεων και την ασφάλειά τους.<sup>17,29,35</sup>

## **7.2. Εμβόλια κατά του ιού HIV**

Παρά την πολυετή έρευνα για ανακάλυψη ιδανικού εμβολίου βρισκόμαστε ακόμα σε πρόδρομα σημεία ερευνητικής μελέτης. Το εμβόλιο για να θεωρηθεί επιτυχές πρέπει να έχει τις ακόλουθες ιδιότητες :

- Να χορηγείται εύκολα.
- Να παραμένει αναλλοίωτο κατά την αποθήκευσή του.
- Να προφυλάσσει ύστερα από έκθεση στον ιό HIV.

- Να προκαλεί ικανοποιητική αντίδραση και σταθερή ανοσολογική απάντηση.
- Να είναι ασφαλές και ανεκτό απ' το άτομο.
- Να προφυλάσσει από λοίμωξη από ιό HIV και όχι μόνο απ' την εμφάνιση κλινικών εκδηλώσεων του AIDS.<sup>17</sup>

Για να επιτευχθεί η κατασκευή του ιδανικού εμβολίου απαιτούνται μεγάλα χρηματικά ποσά. Ιστορικά, τα επιτυχημένα εμβόλια λειτουργούν μέσω της χυμικής ανοσίας και της δημιουργίας αντισωμάτων. Ένας άλλος μηχανισμός δράσης τους είναι μέσω της διέγερσης για των κυτταροτοξικών T λεμφοκυττάρων.

Το πιο σημαντικό πρόβλημα στην έρευνα για την ανακάλυψη του εμβολίου κατά του ιού HIV-1 είναι η ανυπαρξία συγκεκριμένου ανοσολογικού δείκτη.

Ένας ακόμα στόχος στην έρευνα για τα εμβόλια έναντι του ιού HIV είναι η παρασκευή εμβολίου που όταν χορηγηθεί σε ασθενείς με HIV λοίμωξη να διεγείρει το ανοσοποιητικό τους σύστημα και να βελτιώνει την κλινική πορεία της νόσου. Έως σήμερα, όλες οι κλινικές μελέτες έχουν δώσει αρνητικά αποτελέσματα, αλλά νέες μελέτες βρίσκονται σε εξέλιξη.<sup>28,35</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

### 6. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Κατά τη διάρκεια των πρώτων 11 ετών της επιδημίας του AIDS δύο μόνο αντιρετροϊκά φάρμακα έχουν εγκριθεί απ' τους εθνικούς οργανισμούς φαρμάκων παγκοσμίως. Το πρώτο φάρμακο που έλαβε επίσημη έγκριση για την θεραπεία της λοίμωξης απ' τον ιό HIV ήταν το νουκλεοσιδικό ανάλογο ζιδοβουδίνη (ZDV). Η έγκριση του φαρμάκου έγινε το Μάρτιο του 1987 απ' τον εθνικό οργανισμό φαρμάκων των Η.Π.Α. Οι πρώτοι όμως ενθουσιασμοί, ότι είχε ανακαλυφθεί το θαυματουργό φάρμακο, μετατράπηκαν σε βαθιά απογοήτευση όταν αποκαλύφθηκε ότι η Ζιδοβουδίνη τελικά δεν μειώνει την θνητότητα απ' την HIV λοίμωξη.<sup>18</sup>

Τα αντιρετροϊκά φάρμακα συνήθως χρησιμοποιούνται σε συνδυασμούς που περιλαμβάνουν 3-4 αντιρετροϊκά φάρμακα, που προέρχονται απ' την ίδια ή διαφορετικές ομάδες. Επιπλέον, οι ασθενείς λαμβάνουν συγχρόνως μεγάλο αριθμό άλλων φαρμάκων για χημειοπροστασία ή θεραπεία ευκαιριακών λοιμώξεων, κυτταροτοξικά για αντιμετώπιση νεοπλασιών καθώς και φάρμακα όπως ηρεμιστικά, αντιαρρυθμικά. Ο μεγάλος αριθμός φαρμάκων που χρησιμοποιούνται στους ασθενείς με HIV λοίμωξη αποτελεί κλινικό πρόβλημα λόγω των συχνών και σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών. Οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ των φαρμάκων αφορούν :

- α) την αναστολή του μεταβολισμού
- β) την εισαγωγή του μεταβολισμού
- γ) την τροποποίηση της απορρόφησης

δ) την αναστολή της νεφρικής απέκκρισης

ε) τον ανταγωνισμό ως προς την πρωτεϊνική σύνδεση στο πλάσμα.

Οι κυριότερες ανεπιθύμητες ενέργειες που παρατηρούνται είναι καταστολή μυελού, περιφερική νευροπάθεια, πόνος ή αίσθημα νυγμών, διάρροια, κόπωση, κεφαλαλγία και λιποδυστροφία.<sup>38</sup>

Η αποτυχία της αντιρετροϊκής αγωγής οφείλεται στην :

- επανεμφάνιση ευκαιριακών λοιμώξεων
- κλινική κατάρρευση του ασθενούς
- εργαστηριακή τεκμηρίωση της αντοχής με φαινοτυπικές ή γονοτυπικές μεθόδους
- μέτρηση επιπέδων φαρμάκων
- αύξηση ιϊκού φορτίου στο πλάσμα ασθενών
- μείωση CD4+T κυττάρων.<sup>17,23</sup>

Η αποτυχία, ως μονοθεραπεία, τόσο εργαστηριακά όσο και κλινικά σε ασθενείς, συνδέθηκε με την ανάπτυξη αντοχής του ιού HIV. Η αντοχή παρατηρήθηκε για όλα τα αντιρετροϊκά φάρμακα της ομάδας NRTI, καθώς και για όλα όσα ανακαλύφθηκαν μετέπειτα.

Αποδείχθηκε ότι ο ιός HIV έχει ταχεία και συνεχή αναπαραγωγή με υψηλό ποσοστό μεταλλάξεων και κύκλους μολύνσεων που επαναλαμβάνονται σε όλη τη διάρκεια της φυσικής πορείας της νόσου. Οι ιδιότητες αυτές δίνουν τη δυνατότητα στον ιό HIV κάτω από συνθήκες μη πλήρους καταστολής, όπως η χορήγηση μονοθεραπείας, να μπορεί να πολλαπλασιάζεται παρουσία του φαρμάκου και να αχρηστεύει.<sup>16</sup>

Στη συνέχεια βρέθηκε ότι συνδυασμός αντιρετροϊκών φαρμάκων αναγκάζει τον ιό, για να γίνει ανθεκτικός, να μεταλλαχθεί ταυτόχρονα σε πολλαπλές θέσεις του ιϊκού γονιδιώματος πράγμα

γενετικά δύσκολο. Έτσι η χρήση πολλών φαρμάκων μειώνει την ταχύτητα πολλαπλασιασμού και την εμφάνιση ανθεκτικών ιικών σωματιδίων.

Υπήρξαν όμως και δυσκολίες κατά τη χορήγηση συνδυασμού αντιρετροϊκών εξαιτίας της αυξημένης τοξικότητάς της, όπως η αθροιστική περιφερική νεφρίτιδα. Επίσης με την επιλογή συνδυασμού αντιρετροϊκών υπάρχει ο κίνδυνος εμφάνισης διασταυρούμενης ανοχής. Έγιναν διάφοροι συνδυασμοί αντιρετροϊκών φαρμάκων όπου όλοι είχαν την υπεροχή έναντι της μονοθεραπείας.<sup>17</sup>

Στη σημερινή εποχή τα προβλήματα της αντιρετροϊκής θεραπείας είναι : 1. Εξατομικευμένη και απρόβλεπτη η ιϊκή καταστολή από τα αντιρετροϊκά. 2. Δυσκολία συμμόρφωσης ασθενούς στον φαρμακευτικό συνδυασμό. 3. Ανάπτυξη ανοχής ή εξάντληση φαρμακολογικής δράσης ενός αντιρετροϊκού. 4. Άμεσες ανεπιθύμητες ενέργειες και απότερη τοξικότητα μετά έτη χορήγησης. 5. Κυκλοφορία και χρήση αντιρετροϊκών μόνο στις ανεπτυγμένες χώρες λόγω κόστους. 6. Θεραπεία σωτηρίας ασθενών ύστερα από αποτυχία πολλαπλών συνδυασμών.<sup>19</sup>

Μέχρι σήμερα ο συνδυασμός φαρμάκων που θα εκριζώνει τον ιό HIV από το ανθρώπινο σώμα δεν έχει ανευρεθεί. Η σύγχρονη όμως αντιρετροϊκή θεραπεία μείωσε θεαματικά την θνητότητα των HIV ασθενών και περιόρισε τον αριθμό των χρονίως νοσηλευομένων στα νοσοκομεία, μειώνοντας έτσι και το κόστος θεραπείας των ασθενών αυτών. Η έλλειψη χρημάτων για αγορά αντιρετροϊκών φαρμάκων συντελεί στη συνεχιζόμενη αυξημένη θνητότητα από AIDS στις αναπτυσσόμενες χώρες.<sup>10</sup>

Επιπλέον, η μη ύπαρξη εμβολίου κατά του HIV συνετέλεσε στην έξαρση της επιδημίας στις υπανάπτυκτες πτωχές χώρες του πλανήτη, ιδίως στην κεντρική Αφρική και στη Νοτιοανατολική Ασία.

Σε ασθενή με πρόσφατη διόγκωση της νόσου πρέπει να γίνεται προσδιορισμός του επιπέδου ισορροπίας του HIV RVA σε φάση που ο ασθενής είναι κλινικά σταθεροποιημένος. Επίπεδα HIV RNA του ορού μέσα στους πρώτους 6 μήνες από την πρωτολοίμωξη δεν προσδιορίζουν επακριβώς τον κίνδυνο του ασθενούς για εξέλιξη της νόσου. Τα επίπεδα HIV RNA σταθεροποιούνται περίπου 6-9 μήνες μετά την αρχική λοίμωξη και μπορούν επακριβώς να προσδιορίσουν τον κίνδυνο εξέλιξης της νόσου. Μετά τη σταθεροποίηση τα επίπεδα HIV RNA παραμένουν περίπου σταθερά για μήνες έως χρόνια αν και εμβολιασμοί μπορεί να οδηγήσουν σε παροδικές αυξήσεις των επιπέδων.<sup>37</sup>

Η απόφαση έναρξης αντιρετροϊκής θεραπείας πρέπει να βασίζεται στον κίνδυνο εξέλιξης της νόσου και στο βαθμό της ανοσοκαταστολής. Η έναρξη της αντιρετροϊκής θεραπείας πριν από την εμφάνιση σημείων ανοσολογικής και ιολογικής επιδείνωσης της νόσου έχει σαν αποτέλεσμα μεγαλύτερη και πιο σταθερή επίδραση στη διατήρηση ικανοποιητικού επιπέδου υγείας των HIV+ ατόμων.<sup>13</sup>

Τα φάρμακα υπάγονται σε 3 ομάδες :

α) Στην ομάδα που δρα με αναστολή της HIV ανάστροφης μεταγραφάσης και περιλαμβάνει τις υποομάδες των μη νουκλεοτιδικών αναλόγων και των νουκλεοτιδικών αναλόγων, β) στην ομάδα των αναστολέων της πρωτεάσης, και γ) αναστολείς σύντηξης.<sup>17</sup>

Οι σύγχρονες θεραπευτικές οδηγίες για την HIV λοίμωξη βασίζονται στην γνώση του παθογενετικού μηχανισμού του ιού HIV. Η μεγάλη ταχύτητα αναπαραγωγής του ιού και η τάση που έχει για συνεχείς μεταλλάξεις κατά τον πολλαπλασιασμό του ενισχύουν τη χρήση συνδυασμού αντιρετροϊκών φαρμάκων για επίτευξη μακροχρόνιου ελέγχου της HIV λοίμωξης.

Η κλινική σημασία είναι μεγάλη διότι αποδεικνύεται ότι η αντιρετροϊκή θεραπεία είναι μια μακροχρόνια διαδικασία που η διάρκειά της με τα σημερινά δεδομένα ξεπερνά τα 20 έτη.

Δύο σημαντικά θέματα έχουν ενδιαφέρον για την έναρξη θεραπείας των HIV+ ασθενών είναι το **πότε** θα αρχίσει η θεραπεία και με **ποιο** συνδυασμό αντιρετροϊκών φαρμάκων θα βοηθηθεί καλύτερα ο ασθενής. Από τις τελευταίες μελέτες έχει τεκμηριωθεί ότι στόχος της θεραπείας είναι η μεγίστη ιϊκή καταστολή και ότι ο αρχικός αντιρετροϊκός συνδυασμό έχει τη μεγαλύτερη πιθανότητα επιτυχίας. Όταν αναπτύσσεται ανοχή με αποτέλεσμα την αποτυχία ενός θεραπευτικού σχήματος, οι πιθανότητες των επομένων αντιρετροϊκών σχημάτων για ικανοποιητική θεραπευτική ανταπόκριση είναι περιορισμένες λόγω του φαινομένου της διασταυρούμενης ανοχής. Ενδιαφέρον είναι ότι η χορήγηση ενός αντιρετροϊκού φαρμάκου μιας ομάδας μειώνει την θεραπευτική απάντηση της μελλοντικής χρήσης άλλου αντιρετροϊκού από την ίδια ομάδα.<sup>10</sup>

Η ευθύνη του θεράποντος ιατρού είναι μεγάλη για την σωστή αρχική επιλογή και επιπλέον για την εξασφάλιση της συμμόρφωσης του ασθενούς. Η ευθύνη γίνεται ακόμα μεγαλύτερη εάν θεωρήσουμε

την HIV λοίμωξη όχι ως μια θανατηφόρο νόσο αλλά σαν ένα χρόνια νόσημα που απαιτεί ιατρική αντιμετώπιση για αρκετές δεκαετίες.

Οι βασικότεροι παράγοντες που επηρεάζουν το χρόνο έναρξης και την επιλογή των φαρμάκων κατά την έναρξη αντιρετροϊκής θεραπείας σε πρωτοθεραπευόμενους ή προθεραπευμένους ασθενείς είναι : 1) ιστορικό λήψης αντιρετροϊκών φαρμάκων, 2) πιθανότητα μόλυνσης με HIV ιό ανθεκτικό στα αντιρετροϊκά φάρμακα, 3) παθολογικά νοσήματα (ηπατική ανεπάρκεια, σακχαρώδης διαβήτης κ.λπ.), 4) ζήλος και επιθυμία του ασθενούς για θεραπεία της νόσου και δυνατότητα συμμόρφωσής του σε πολύπλοκα δοσολογικά σχήματα, 5) συγχορήγηση άλλων φαρμάκων, 6) διαθέσιμα αντιρετροϊκά φάρμακα στη χώρα και οικονομική δυνατότητα προμήθειάς τους, 7) στόχοι της θεραπείας προσαρμοσμένοι στο κοινωνικό πλαίσιο, τις οικονομικές δυνατότητες και το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς, 8) αξιολόγηση δυσκολιών δοσολογικού σχήματος και μελέτη της επίπτωσης που θα έχει στην ποιότητα ζωής του ασθενούς, 9) αξιολόγηση τοξικότητας και ανεπιθύμητων ενεργειών των προτεινόμενων αντιρετροϊκών, 10) δραστηριότητα του συνδυασμού.<sup>3</sup>

Τα πλεονεκτήματα της έναρξης της αντιρετροϊκής θεραπείας σε ασυμπτωματικά HIV(+) ασθενή είναι : 1) μείωση ιϊκού φορτίου, έλεγχος ιϊκού πολλαπλασιασμού και μεταλλάξεων, 2) πρόληψη προοδευτικής ανοσοκαταστολής, πιθανή διατήρηση ή ανάπλαση ανοσολογικής λειτουργίας σε ικανοποιητικό επίπεδο, 3) καθυστέρηση εξέλιξης προς κλινικό AIDS, 4) παράταση επιβίωσης, 5) μείωση κινδύνου να επικρατήσει μέσω επιλογής, ανθεκτικός ιός, 6) μείωση τοξικότητας φαρμάκων.



Τα μειονεκτήματα είναι : 1) μείωση της ποιότητας ζωής από ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκων, 2) πρόωμη ανάπτυξη ανοχής, 3) περιορισμός στη μελλοντική επιλογή αντιρετροϊκών φαρμάκων λόγω ανάπτυξης ανοχής ή φαρμακολογικής εξάντλησης των φαρμάκων, 4) κίνδυνος επιδημιολογικής διαφοράς HIV ιού ανθεκτικού στα αντιρετροϊκά, 5) άγνωστες απότερες παρενέργειες αντιρετροϊκών, 6) άγνωστη διάρκεια αποτελεσματικότητας σύγχρονων αντιρετροϊκών φαρμάκων.<sup>11</sup>

Η χρήση ισχυρών αντιρετροϊκών φαρμάκων είχε ως αποτέλεσμα την θεαματική πτώση της συχνότητας νοσοκομειακής νοσηλείας των ασθενών με HIV λοίμωξη καθώς και της νοσηρότητας και θνητότητας από τη νόσο. Στόχος της αντιρετροϊκής θεραπείας είναι να βελτιώσει την επιβίωση και να μειώσει τη θνητότητα με τη μέγιστη συνεχή καταστολή του ιϊκού πολλαπλασιασμού.

Έχουν γίνει πολυάριθμες κλινικές μελέτες με συνδυασμούς αντιρετροϊκών φαρμάκων σε πρωτοθεραπευόμενους ασθενείς .

Γενικά προκύπτει ότι ο μεγαλύτερος αριθμός συνδυασμός αντιρετροϊκών έχει παρόμοια δραστηριότητα για ένα βραχύ χρονικό διάστημα θεραπείας. Τα κλασικά παραδείγματα συνδυασμών είναι : 1) ένας αναστολέας πρωτεάσης και δύο νουκλεοσιδικά ανάλογα → είναι ο μόνος συνδυασμός με τον οποίο έχει τεκμηριωθεί μείωση της θνητότητας και νοσηρότητας από την HIV λοίμωξη. 2) Ενός μη νουκλεοσιδικού αναλόγου και δύο νουκλεοσιδικών αναλόγων → αντιρετροϊκό σχήμα που δεν περιέχει αναστολέα πρωτεάσης ώστε να διαφυλαχθεί για επόμενα σχήματα. 3) Δύο αναστολέων της πρωτεάσης και ενός ή δύο νουκλεοσιδικών αναλόγων → Δεν έχει

πλήρως τεκμηριωθεί αλλά συνιστάται για ασθενείς με προχωρημένη νόσο (Mega-HAART). 4) Ένα αναστολέας πρωτεάσης και ένα μη νουκλεοσιδικό ανάλογο με ή χωρίς ένα ή δύο νουκλεοσιδικά ανάλογα → είναι πολλά υποσχόμενος. 5) Συνδυασμός 3 νουκλεοσιδικών αναλόγων → κλινικά αποτελέσματα περιορισμένα και η διάρκεια της κλινικής ανταπόκρισης αμφίβολη.<sup>5</sup>

Δεν είναι τεκμηριωμένο ποια είναι η καλύτερη επιλογή μεταξύ των ανωτέρω 5 αντιρετροϊκών συνδυασμών. Σε ασθενείς με προχωρημένη νόσο συνιστάται ο κλασικός συνδυασμός (παράδειγμα 1). Αντίθετα όταν ο ασθενής είναι ασυμπτωματικός τότε υπάρχει μεγαλύτερη δυνατότητα επιλογών.

Η αναγνώριση ότι αφενός η αντιρετροϊκή θεραπεία απαιτεί μακροχρόνια λήψη φαρμάκων και αφετέρου η χρήση 3 ή 4 συνδυασμών που αλληλοδιαδέχονται λόγω ανάπτυξης αντοχής ή επανάκαμψης του ιϊκού φορτίου, οδήγησε στον όρο θεραπευτική στρατηγική στην HIV λοίμωξη.

Σήμερα υπάρχουν 4 στρατηγικές προσέγγισης της θεραπείας της νόσου : 1) η κλασική αγωγή → έχει σαν στόχο την έναρξη αντιρετροϊκής θεραπείας για μείωση του HIV-1 RNA πλάσματος σε επίπεδα με μετρητή από τις σύγχρονες μεθόδους προσδιορισμού του ιϊκού φορτίου. 2) Η στρατηγική εφόδου / διατήρησης → βασίζεται στην έναρξη αντιρετροϊκής αγωγής με ισχυρά φάρμακα ώστε το ιϊκό φορτίο να πέσει σε μη μετρητά επίπεδα. 3) Η ενισχυτική στρατηγική → Στόχος να καθυστερήσει το χρόνο της ιολογικής αποτυχίας ενός σχήματος που χρησιμοποιείται και να βελτιώσει την θεραπευτική αποτελεσματικότητα ενός σχήματος. 4) Η ιολογική εκρίζωση →

αποτελεί σήμερα θεωρητική υπόθεση και όχι μια κλινικά πρακτική δυνατότητα.

Η παρακολούθηση του ασθενούς υπό αντιρετροϊκή θεραπεία περιλαμβάνει επισκέψεις στο εξωτερικό ιατρείο της μονάδας Ειδικών Λοιμώξεων ή στο ιατρείο του προσωπικού του ιατρού, τουλάχιστον μια φορά ανά μήνα. Κατά την επίσκεψη αυτήν εκτός της κλινικής εξέτασης πρέπει να γίνεται και αξιολόγηση εργαστηριακών εξετάσεων που υποβάλλεται ο ασθενής όπως : 1) επίπεδα ιϊκού φορτίου στο πλάσμα, 2) εργαστηριακή αξιολόγηση αντοχής του ιού, 3) αριθμός CD<sub>4</sub>+T λεμφοκυττάρων και υποπληθυσμοί, 4) θεραπευτικά επίπεδα αντιρετροϊκών φαρμάκων, 5) συμμόρφωση του ασθενούς προς το δοσολογικό σχήμα.<sup>3</sup>

Παράγοντες που προδιαθέτουν ή προλέγουν αποτυχία αντιρετροϊκής θεραπείας : 1) Μειωμένη αντιρετροϊκή δράση φαρμάκου, μείωση επιπέδων φαρμάκου στο πλάσμα. 2) Ανάπτυξη αντοχής HIV ιού. 3) Βραδεία πτώση HIV RNA κατά την έναρξη θεραπείας. 4) Υψηλή τιμή HIV RNA αμέσως μετά την έναρξη θεραπείας. 5) Χαμηλός αριθμός CD<sub>4</sub>+ κατά την έναρξη θεραπείας. Άλλοι παράγοντες που συμβάλουν στην αποτυχία της αντιρετροϊκής θεραπείας είναι : α) Μη καλή συμμόρφωση του ασθενούς προς τη φαρμακευτική δοσολογία. β) Ανεπαρκής απορρόφηση των φαρμάκων. γ) Μόλυνση του ασθενή με εξ αρχής ανθεκτικό HIV ιό. δ) Συνεχής πτώση του αριθμού των CD<sub>4</sub>+4 κυττάρων.<sup>28</sup>

Πολλοί ασθενείς αρνούνται να συμμορφωθούν με την αγωγή του ιατρού τους και αυτό συμβαίνει διότι : 1) λαμβάνουν πολύπλοκα σχήματα αντιρετροϊκής θεραπείας (πολλά δισκία ανά δόση, χορήγηση σε τρεις ή περισσότερες δόσεις ημερησίως, άλλα δισκία λαμβάνονται

με γεύματα και άλλα με άδειο στομάχι). Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα οι ασθενείς να χάνουν τη μεσαία ή την τελευταία δόση. 2) Πιστή εφαρμογή δοσολογίας (ικανοποιητικά φαρμακευτικά επίπεδα στον ορό, μείωση αντοχής ιού, αύξηση τοξικότητας φαρμάκου). Αυτό έχει σαν συνέπεια οι ασθενείς να αναγκάζονται λόγω των παρενεργειών να μειώνουν τις δόσεις από μόνα τους.<sup>17</sup>

Αντιμετώπιση ασθενών με προβλήματα συμμόρφωσης : 1. επιλογή δοσολογίας και φαρμάκων που να προσαρμόζονται στον τρόπο ζωής του ασθενούς. 2. Τροποποίηση τρόπου ζωής των ασθενών. 3. Ανάμειξη της φαρμακευτικής θεραπείας στην καθημερινή ζωή του ασθενούς.<sup>12,16</sup> 4) καταγραφή απολεσθέντων δόσεων και δισκίων, 5) οργάνωση συστημάτων προειδοποίησης και αφύπνισης, 6) προγραμματισμός των αδειών από εργασία και των αλλαγών στον τρόπο ζωής.

Η προσκόλληση στη θεραπεία σχετίζεται με τη δυνατότητα του ασθενούς να ακολουθεί τις οδηγίες ενός συνταγογραφημένου φαρμακευτικού σχήματος για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα.

Παράγοντες που επηρεάζουν τη συμμόρφωση του ασθενούς στη θεραπεία : 1) Δημογραφικά χαρακτηριστικά (ηλικία ασθενούς, φύλο, κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, φυλή), 2) ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά (ψυχιατρικά νοσήματα, ψυχολογικό στρες, στάση ασθενούς απέναντι στη νόσο του, αυτογνωσία, κοινωνική δραστηριότητα, κοινωνικές σχέσεις), 3) φαρμακολογικά χαρακτηριστικά (αριθμός, μέγεθος και τύπος δισκίων, ανεπιθύμητες ενέργειες, πολυπλοκότητα συνταγογράφησης). 4) Οργάνωση Συστήματος Περίθαλψης (πληροφόρηση – ενημέρωση ασθενούς, επικοινωνία ασθενούς με ιατρονοσηλευτικό προσωπικό).<sup>37</sup>

Υπάρχουν όμως κάποιοι τρόποι βελτίωσης συμμόρφωσης που ασθενούς και αυτοί είναι : σαφείς οδηγίες για τον τρόπο λήψης αντιρετροϊκών φαρμάκων, προσαρμογή της δοσολογίας στις καθημερινές δραστηριότητες του ασθενούς, διατήρηση ημερολογίου φαρμάκων, καταμέτρηση δισκίων, θέσεις υπενθύμισης, προσχεδιασμός στις αλλαγές της καθημερινής διαβίωσης, εύκολη πρόσβαση προς τους θεράποντες ιατρούς, συνεργασία κοινωνικών υπηρεσιών, επιτήρηση του ασθενούς.<sup>17</sup>

Η θεραπεία του HIV έχει μια ιδιαίτερη σημασία στην περίπτωση των ασθενών που βρίσκονται στην παιδική ηλικία. Η υποστηρικτική θεραπεία των παιδιών περιλαμβάνει χορήγηση ενδοφλεβίου ανοσοσφαιρίνης και εμβολιασμούς, οι οποίοι αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο της προληπτικής ιατρικής. Σε παιδιά με HIV λοίμωξη τα εμβόλια πρέπει να αξιολογούνται πριν την χορήγηση για κίνδυνο δευτερογενών επιπλοκών, ιδίως όταν προέρχονται από ζωντανούς ή εξασθενημένους ιούς.

Επίσης, απαιτείται επιθετική διαιτητική ενίσχυση και αντιμετώπιση του πόνου. Στα φάρμακα που χρησιμοποιούνται, εκτός απ' τα κλασσικά σαλικυλικά και τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, περιλαμβάνονται και ναρκωτικά όπως κωδεΐνη, μορφίνη και μεθαδόνη. Χρήσιμες είναι και οι μη φαρμακολογικές προσεγγίσεις όπως χαλάρωση, ύπνωση, θεραπεία με παιχνίδια και μέσω οπτικής ή κινητικής απασχόλησης.<sup>17</sup>

## ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Η αλματώδης ανάπτυξη της Ιατρικής και η εμφάνιση νέων ασθενειών, μεταξύ των οποίων και το AIDS, επέβαλλαν την ύπαρξη εκπαιδευμένων κλινικών νοσηλευτών. Ο ρόλος αυτός χαρακτηρίζεται από ένα προηγμένο επίπεδο γνώσεων και δεξιοτήτων. Απαιτείται ο κάθε νοσηλευτής να έχει όχι μόνο άριστη επιστημονική κατάρτιση και δεξιοτεχνία, αλλά και ψυχική ωριμότητα και αρτιότητα, καλλιεργημένο χαρακτήρα, ηθική δύναμη και θέληση. Η νοσηλεία οροθετικών ασθενών είναι αρκετά πολύπλοκη καθώς κατά την διάρκειά της, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να αντιμετωπίσουν διάφορα προβλήματα που προκύπτουν απ' την ψυχική και βιολογική κατάσταση των ασθενών σαν αποτέλεσμα της ιδιαιτερότητας της νόσου. Η αντιμετώπιση των οροθετικών ασθενών απαιτεί εξειδικευμένη φροντίδα η οποία στηρίζεται στη γνώση της παθοφυσιολογίας της νόσου και στις μεθόδους της σύγχρονης νοσηλευτικής επιστήμης. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την παροχή υψηλής ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας σε όλους αδιακρίτως τους ασθενείς.<sup>18</sup>

Ανεξάρτητα απ' το περιβάλλον φροντίδας, οι δραστηριότητες των νοσηλευτών αποσκοπούν στη βελτίωση της παροχής φροντίδας υγείας καθώς και στην προαγωγή της νοσηλευτικής πράξης. Έτσι λοιπόν, για να πετύχουν το σκοπό αυτό θα πρέπει να εστιασθούν στα παρακάτω : 1) οργάνωση και παροχή άριστης κλινικής φροντίδας, 2) Εκπαίδευση – Συμβουλευτική.

Η εξατομικευμένη αξιολόγηση των αναγκών και των προβλημάτων κάθε ασθενούς, σε στενή συνεργασία με τα υπόλοιπα μέλη της διεπαγγελματικής ομάδας υγείας αποτελεί το βασικό κριτήριο για την παροχή άριστης φροντίδας και εκπαίδευσης στο άτομο και την οικογένειά του καθώς και στο προσωπικό εργασίας σε σημαντικά θέματα όπως : Α) Η χορήγηση φαρμάκων. Β) Η διατροφή. Γ) Διαφώτιση – ψυχολογική στήριξη του ασθενούς και του οικείου περιβάλλοντός του.

3) Έρευνα, 4) Διοίκηση, 5) Συνεργασία (συντονισμός – επικοινωνία).<sup>24</sup>

Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι βασικός στην νοσοκομειακή και στην εξωνοσοκομειακή φροντίδα. Ο κίνδυνος λοίμωξης των νοσηλευόμενων με HIV εξαρτάται απ' την διάρκεια της ανοσοκαταστολής. Οι λοιμώξεις προκαλούνται από βακτηρίδια, μύκητες, παράσιτα και ιούς. Η εφαρμογή των γενικών προφυλάξεων, των προφυλάξεως επαφής και των μέτρων απομόνωσης από βιολογικά υγρά πρέπει να εφαρμόζονται σ' αυτούς τους ασθενείς για την πρόληψη νοσοκομειακών λοιμώξεων.

Η νοσηλεία στο σπίτι είναι το βασικότερο στοιχείο της συνεχιζόμενης φροντίδας υγείας, διεθνώς, δε, θεωρείται υπηρεσία που κατ' εξοχήν οργανώνεται, παρέχεται και αξιολογείται από νοσηλευτές. Παρότι στις μέρες μας, συντελούνται πολλές αλλαγές στις μεθόδους παροχής υπηρεσιών υγείας, αυτές δεν μεταβάλλουν τον ουσιώδη σκοπό της Νοσηλευτικής, δηλαδή την φροντίδα του ασθενή. Το ζήτημα δεν είναι γιατί νοσηλεύεται, αλλά πως νοσηλεύεται ο ασθενής σε μια εποχή συνεχών αλλαγών.<sup>16</sup>

Τα άτομα που είναι εξασθενημένα εξαιτίας χρόνιας νόσου που συνδέεται με λοίμωξη HIV, έχουν ανάγκη πολλών ειδών υποστηρικτικής φροντίδας, που είναι :

- 1) Θρεπτική υποστήριξη ως βοήθεια στην απόκτηση ή ετοιμασία φαγητού.
- 2) Ολική παρεντερική θρέψη για άτομα με προχωρημένη θρεπτική διαταραχή εξαιτίας μειωμένης πρόσληψης ή γαστρεντερικής δυσαπορρόφησης.
- 3) Ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών για απώλειες από εμέτους και διάρροιες.
- 4) Οξυγονοθεραπεία, εξάσκηση χαλάρωσης και τεχνικών διατήρησης ενέργειας ή και χρήση μηχανισμού αερισμού, σε σοβαρή αναπνευστική δυσλειτουργία, για υποστήριξη ζωής.
- 5) Αναλγητικά χορηγούμενα σε τακτικά διαστήματα μέσα στο 24ωρο, για πόνο.
- 6) Χαλάρωση και ευχάριστες εικόνες, για μείωση πόνου και άγχους.
- 7) Σχολαστική φροντίδα δέρματος.<sup>16,20</sup>

### **Βασικές αρχές νοσηλείας σε πάσχοντες από AIDS**

Η νοσηλεία αρρώστου με λοιμώδη νοσήματα έχει κάποιες ιδιαιτερότητες που θα πρέπει να τονιστούν και να προσεχθούν ιδιαίτερα. Το είδος της ιδιαίτερης νοσηλείας ορίζει κυρίως η μεταδοτικότητα των νόσων αυτών. Πρέπει να προστατεύσουμε τόσο τους συνανθρώπους μας όσο και τον ίδιο τον εαυτό μας.



1) Πρέπει να γνωρίζουμε το λοιμώδες νόσημα, τον χρόνο επώασης, τον τρόπο μετάδοσης αλλά και την περίοδο που πρέπει να νοσηλευτεί ο άρρωστος χωρίς πλέον να μεταδίδει το μικρόβιο.

2) Βασικό ρόλο παίζει η ηχομόνωση του αρρώστου. Παρέχονται ιδιαίτερα δωμάτια με λουτρό που χρησιμοποιούνται μόνο απ' τον συγκεκριμένο ασθενή. Όλα τα είδη που υπάρχουν μέσα στο δωμάτιο θεωρούνται μολυσμένα και οτιδήποτε εισαχθεί θεωρείται ότι μολύνθηκε.

Οτιδήποτε βγει από αυτό απολυμαίνεται ή καταστρέφεται όταν μπαίνουμε φορούμε τα ειδικά ρούχα (μάσκα, γάντια, ποδιά) και αφαιρούνται όταν εξερχόμαστε. Μετά απ' την έξοδο κάθε αρρώστου το δωμάτιο απολυμαίνεται.

3) Όλα τα είδη μιας χρήσεως συγκεντρώνονται σε ειδικό δοχείο και καταστρέφονται.

4) Τα είδη καθημερινής χρήσης απομακρύνονται και αποστειρώνονται.

5) Η προφυλακτική μπλούζα δεν αλλάζει κάθε φορά που μπαίνουμε στο θάλαμο του αρρώστου, αλλά παραμένει μέσα για συνεχή χρήση. Όταν τη φορούμε προσέχουμε να μην ακουμπήσουμε το εξωτερικό της. Σωστότερο θα ήταν να μπούμε φορώντας ήδη τα γάντια και τη μάσκα μας.<sup>7</sup>

Η νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς με AIDS αποσκοπεί κυρίως : α) Στη φροντίδα των αναγκών του αρρώστου όσον αφορά τα συμπτώματα της ασθένειας.

β) Στην ψυχολογική τόνωση του αρρώστου όσον αφορά τη συμπεριφορά του και τη συναναστροφή του με τους συνανθρώπους του.

γ) Κατά κύριο λόγο προσπαθούμε να ενημερώσουμε όσο το δυνατόν περισσότερα άτομα για την μετάδοση της νόσου και την αντιμετώπιση των αρρώστων. Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι προς το παρόν ο μόνος τρόπος αντιμετώπισης του AIDS είναι η πρόληψή του.

Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι κεφαλαιώδους σημασίας στον τομέα της πρόληψης.

Η πρόληψη της λοίμωξης HIV όπως και των άλλων σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών μπορεί να προσεγγισθεί με τρεις τρόπους :

- α) Καμπάνιες πληροφόρησης που παρέχουν τα βασικά στοιχεία για την πρόληψη και την μετάδοση της λοίμωξης HIV.
- β) Προγράμματα εκπαίδευσης και επικοινωνίας σχεδιασμένα ώστε να βοηθούν τους ανθρώπους να διαμορφώνουν συμπεριφορές που προάγουν την υγεία.
- γ) Συμβουλευτική σχετικά με τους παράγοντες και τις πιθανότητες κινδύνου η οποία συχνά συνδυάζεται με HIV εξέταση.<sup>13</sup>

Η συμβουλευτική έχει αξιόλογο ρόλο σχετικά με την εξέταση για ανίχνευση του HIV. Στις περισσότερες περιπτώσεις, υπάρχει κάποια καθυστέρηση ανάμεσα στην πραγματοποίηση της εξέτασης και στην ανακοίνωση των αποτελεσμάτων στον ενδιαφερόμενο. Η πείρα έχει δείξει ότι ένας μεγάλος αριθμός ανθρώπων που εξετάζονται για HIV, δεν επιστρέφει για τα αποτελέσματα, γεγονός που περιορίζει το πεδίο δράσης της Συμβουλευτικής.

Είναι απαραίτητο να αναπτυχθούν στρατηγικές που θα εξασφαλίζουν ότι οι ενδιαφερόμενοι θα πρέπει να λαμβάνουν αρκετή Συμβουλευτική πριν την ανακοίνωση των αποτελεσμάτων

ανεξάρτητα απ' το είδος της εξέτασης ώστε να είναι ψυχολογικά προετοιμασμένοι.<sup>23</sup>

Ο σύμβουλος που αναλαμβάνει αυτόν τον ρόλο, πρέπει να εξασφαλίσει ένα ιστορικό του ενδιαφερόμενου ώστε να εκτιμηθούν οι λόγοι υποβολής του ατόμου σε εξετάσεις. Στις μέρες μας τα τεστ για την ανίχνευση του HIV είναι ακριβή και παρέχονται δωρεάν. Η εξέταση πρέπει πάντοτε να γίνεται με πλήρη συγκατάθεση του ατόμου έπειτα από πληροφόρησή του και εκτενή συζήτηση σχετικά με τις συνέπειές της. Η συζήτηση πρέπει να περιλαμβάνει και θέματα σχετικά με τα πότε και κάτω από ποιες συνθήκες πρέπει να ανακοινώνονται τα αποτελέσματα στους άλλους. Η συμβουλευτική για τα άτομα που προκύπτουν οροθετικά, δεν στοχεύει μόνο στη ρύθμιση των ψυχολογικών και κοινωνικών συνεπειών μιας τέτοιας κατάστασης αλλά και στη συνέχιση της ιατρικής παρακολούθησης και την προώθηση πιο ασφαλούς συμπεριφοράς και ενημέρωσης του συντρόφου.<sup>18</sup>

## ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

Το σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας για άρρωστο με AIDS εξατομικεύεται για να καλύψει τις ανάγκες του.

Γενικά, το σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας περιλαμβάνει τα πέντε βασικά στάδια :

- 1) Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου
- 2) Προβλήματα του αρρώστου
- 3) Σκοπός της φροντίδας
- 4) Παρέμβαση
- 5) Αξιολόγηση.<sup>23</sup>

Η εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου περιλαμβάνει :

- 1) Ιστορικό υγείας
  - α) Διαιτητικό ιστορικό : παράγοντες που εμπόδιζαν τη στοματική πρόσληψη τροφής, δυνατότητα αρρώστου να αγοράζει τρόφιμα.
  - β) Παράπονα αρρώστου για βήχα, πτύελα, βράχυνση αναπνοής, ορθόπνοια, ταχύπνοια και θωρακικό πόνο. Επίσης για πονοκέφαλο, αιμωδία και σπασμούς στα άκρα.
  - γ) Σεξουαλικό ιστορικό και ιστορικό ενδοφλέβιας χρήσης φαρμάκων.
  - δ) Εκτίμηση επιπέδου γνώσης του αρρώστου, μελών της οικογένειας και φίλων, για την νόσο και τον τρόπο μετάδοσής της.
  - ε) Αναγνώριση πόρων του αρρώστου για υποστήριξη.

στ) Τρόποι διαπραγμάτευσης του αρρώστου με νόσο και μεγάλα stress της ζωής στο παρελθόν.

## 2) Φυσική εκτίμηση και εκτίμηση συμπεριφοράς.

α) Επισκόπηση δέρματος για σημεία ρήξης, εξέλκωσης και λοίμωξης, στοματικής κοιλότητας για ερυθρότητα, εξέλκωση και παρουσία πλακών ενδεικτικών καντιντίασης.

β) Επισκόπηση περιπρωκτικής περιοχής για εκδορά και λοίμωξη σε αρρώστους με σοβαρή διάρροια.

γ) Παρουσία και ποιότητα αναπνευστικών ήχων.

δ) Εκτίμηση νευρολογικής κατάστασης : επίπεδο συνείδησης, προσανατολισμός σε πρόσωπα, χώρο, χρόνο, ύπαρξη κενών μνήμης, αισθητικές διαταραχές, κινητικές διαταραχές, αλλαγές στο βάδισμα, παρουσία πάρεσης.

ε) Εκτίμηση της υδατοηλεκτρικής κατάστασης : δέρμα για ελαστικότητα, βλεννογόνοι για ερυθρότητα και ξηρότητα, μείωση όγκου ούρων και συστολικής αρτηριακής πίεσης και μικρός, συχνός σφυγμός. Σημεία διαταραχής ηλεκτρολυτών : μικροί μυϊκοί σπασμοί, μυϊκές κράμπες, άρρυθμος σφυγμός και επιπόλαιες αναπνοές.

στ) Εκτίμηση ψυχολογικής αντίδρασης του αρρώστου στη διάγνωση AIDS : άρνηση, θυμός, φόβος, ντροπή, απόσυρση από κάθε κοινωνική αλληλεπίδραση.<sup>25</sup>

## 3) Διαγνωστικές εξετάσεις

α) Για AIDS.

β) Για εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης : πρωτεΐνες ορού, επίπεδα τρανσφερίνης.

- γ) Καλλιέργειες υγρού εξελκώσεων για αναγνώριση λοιμογόνων οργανισμών.
- δ) Ακτινογραφία θώρακα, αέρια αρτηριακού αίματος και δοκιμασίες πνευμονικής λειτουργίας για αναπνευστική κατάσταση.
- ε) Ειδικό βάρος ούρων για έλεγχο ενυδάτωσης.
- στ) Προσδιορισμός ηλεκτρολυτών ορού.

Προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίζει ο ασθενής :

- 1) Μειωμένη διακίνηση οξυγόνου.
- 2) Θρεπτικό ανισοζύγιο.
- 3) Υδατοηλεκτρολυτικό ανισοζύγιο (έμετοι).
- 4) Ενεργειακό ανισοζύγιο (πυρετός).
- 5) Μείωση ασφάλειας (σπασμοί).
- 6) Μείωση άνεσης (πόνος).
- 7) Μείωση δραστηριοτήτων (κόπωση).
- 8) Ψυχολογικά προβλήματα (αντίδραση στη διάγνωση).
- 9) Οικονομικά προβλήματα (ακριβή θεραπεία).
- 10) Κοινωνικά προβλήματα (απόσυρση από κάθε κοινωνική αλληλεπίδραση).
- 11) Έλλειμμα γνώσης, που αφορά τη φύση της νόσου, τρόπους μετάδοσης και μέσα προφύλαξης.<sup>24</sup>

Οι σκοποί της φροντίδας είναι :

- 1) Επίτευξη και διατήρηση ακεραιότητας δέρματος και βλεννογόνων.
- 2) Αντιμετώπιση διάρροιας.
- 3) Πρόληψη λοίμωξης.

- 4) Βελτίωση ανοχής δραστηριότητας.
- 5) Προαγωγή βελτίωσης διεργασίας σκέψης.
- 6) Βελτίωση θρεπτικής κατάστασης.
- 7) Αποκατάσταση και διατήρηση υδατοηλεκτρολυτικής ισορροπίας.
- 8) Βελτίωση καθαρισμού αεραγωγών.
- 9) Αύξηση γνώσης που αφορά πρόληψη μετάδοσης της νόσου.
- 10) Μείωση αισθήματος κοινωνικής απομόνωσης.<sup>23</sup>

Οι τρόποι παρέμβασης περιλαμβάνουν για :

- 1) την επίτευξη και την διατήρηση ακεραιότητας δέρματος και βλεννογόνων :
  - α) Τακτική εκτίμηση δέρματος και στοματικού βλεννογόνου για αλλαγές σε όψη, για εντόπιση και μέγεθος αλλοιώσεων και για σημεία λοίμωξης.
  - β) Βοήθεια ακίνητων αρρώστων να αλλάζουν θέση κάθε δύο ώρες.  
Χρήση αεροστρώματος για πρόληψη ρήξης του δέρματος.  
Τεντωμένα λευχαίματα, αποφυγή σφικτών ρούχων.
  - γ) Ενθάρρυνση αρρώστων να αποφεύγουν εκδορές, να χρησιμοποιούν μαλακά σαπούνια και να εφαρμόζουν σε ξηρές επιφάνειες δερματικά ενυδατικά χωρίς άρωμα και να φροντίζουν τακτικά το στόμα τους.
  - δ) Εφαρμογή σε αλλοιωμένες δερματικές επιφάνειες, φαρμακευτικών λοσιόν, αλοιφών και επιδέσεων, σύμφωνα με ιατρική οδηγία.
  - ε) Χορήγηση αντικνησμικών, αντιβιοτικών και αναλγητικών, σύμφωνα με ιατρική οδηγία.

στ) Διατήρηση περιπρωκτικής περιοχής όσο το δυνατό καθαρότερης. Καθαρισμός της μετά από κάθε κένωση, με μαλακό σαπούνι και νερό. Χρήση μαλακών εσωρούχων.

ζ) Σε υποψία λοίμωξης, καλλιέργεια υγρού αλλοίωσης.<sup>23,24</sup>

## 2) Για την αντιμετώπιση της διάρροιας :

α) Περιορισμός στοματικής πρόσληψης, αν ενδείκνυται και προτείνεται απ' το γιατρό, για ανάπαυση του εντέρου σε περιόδους οξείας φλεγμονής που συνδέεται με βαριές εντερικές λοιμώξεις.

β) Με την πρόοδο της διαιτητικής πρόσληψης, αποφυγή ερεθιστικών τροφών και λήψη μικρών και συχνών γευμάτων.

γ) Χορήγηση, με βάση ιατρική οδηγία, αντιχολινεργικών, αντισπασμωδικών ή οπιούχων. Επίσης, αντιβιοτικών και αντιμυκητιακών μέσων για καταπολέμηση παθογόνων που αναγνωρίστηκαν από καλλιέργειες κοπράνων.

δ) Αποθάρρυνση καπνίσματος, γιατί η νικοτίνη ενεργεί ως διεγερτικό του εντέρου.

ε) Πρόσληψη 2.500 ml υγρών, εκτός αν αντενδείκνυται.<sup>21</sup>

## 3) Για πρόληψη λοίμωξης :

α) Παρακολούθηση αρρώστου για σημεία και συμπτώματα λοίμωξης : πυρετό, ρίγη και εφίδρωση, βήχα, βράχυνση, αναπνοής, στοματικό πόνο ή επώδυνη κατάποση, αφρογαλακτώδεις λευκές πλάκες στη στοματική κοιλότητα, συχνοουρία, δυσουρία, ερυθρότητα, οίδημα ή παροχέτευση από



δερματικό τραύμα, φυσαλιδώδεις αλλοιώσεις στο πρόσωπο, χείλη ή περιπρωκτική περιοχή.

β) Διδασκαλία αρρώστου και παρέχοντα φροντίδα, για ανάγκη αναφοράς σημείων και συμπτωμάτων λοιμώξεως.

γ) Παρακολούθηση λευκών και τύπου.

δ) Καλλιέργειες υγρού παροχέτευσης τραυμάτων, αλλοιώσεων δέρματος, ούρων, κοπράνων, πτυέλων και αίματος και εφαρμογή αντιμικροβιακής θεραπείας, σύμφωνα με ιατρική οδηγία.

ε) Διδασκαλία αρρώστου για τρόπους πρόληψης λοίμωξης :

- Καθαρισμός κουζίνας και μπάνιου με απολυμαντικά.
- Τέλειος καθαρισμός χεριών μετά από έκθεση σε στοματικά υγρά.
- Αποφυγή έκθεσης σε σωματικά υγρά άλλων ή χρήση κοινών σκευών φαγητού.
- Γύρισμα, βήξιμο και βαθιές αναπνοές, ειδικά όταν μειώνεται η δραστηριότητα.
- Διατήρηση καθαρής της περιπρωκτικής περιοχής.

στ) Άσηπτη τεχνική στις αιματηρές διαδικασίες και στον καθετηριασμό κύστης.<sup>31</sup>

4) Για βελτίωση ανοχής δραστηριότητας :

α) Εκτίμηση ανοχής δραστηριότητας του αρρώστου με παρακολούθηση της ικανότητάς του να σηκώνεται απ' το κρεβάτι και να εκτελεί καθημερινές δραστηριότητες.

β) Βοήθεια στο σχεδιασμό καθημερινής ρουτίνας, που διατηρεί ισορροπία ανάμεσα σε δραστηριότητα και ανάπαυση.

- γ) Διδασκαλία τεχνικών συντήρησης ενέργειας, όπως χρήση καθιστής θέσης κατά το πλύσιμο ή μαγείρεμα, διατήρηση σε κοντινή θέση αντικειμένων που χρησιμοποιούνται συχνά.
- δ) Χρήση μέσων, όπως χαλάρωση για μείωση άγχους, που συνεισφέρουν στην αντιμετώπιση αίσθησης αδυναμίας και κόπωσης.<sup>23</sup>

5) Για προαγωγή διεργασιών σκέψης :

- α) Εκτίμηση αρρώστου για διαταραχή διεργασιών σκέψης, όπως μειωμένη προσοχή, διαταραγμένη μνήμη, σύγχυση, αποπροσανατολισμός, διέγερση και μειωμένο επίπεδο συνείδησης.
- β) Επαναπροσανατολισμός του αρρώστου σε πρόσωπα, τόπο και χρόνο, ανάλογα με την κατάσταση.
- γ) Ενθάρρυνση οικογένειας και φίλων να επισκέπτονται τον άρρωστο.
- δ) Αργή επανάληψη των οδηγιών.
- ε) Λήψη μέτρων για προστασία του αρρώστου από βλάβη.<sup>23</sup>

6) Για βελτίωση θρεπτικής κατάστασης :

- α) Εκτίμηση αρρώστου για σημεία πλημμελούς θρέψης μέσω των ακόλουθων : ύψους, βάρους, ηλικίας.
- β) Λήψη διαιτητικού ιστορικού.
- γ) Εκτίμηση παραγόντων που περιορίζουν στοματική πρόσληψη.
- δ) Συνεργασία με διαιτολόγο.
- ε) Μείωση παραγόντων που περιορίζουν στοματική πρόσληψη όπως ενθάρρυνση να ξεκουράζεται πριν απ' τα γεύματα.

στ) Διδασκαλία για τρόπους συμπλήρωσης θρεπτικής αξίας των γευμάτων.

ζ) Χρήση τεχνητής διατροφής ή παρεντερικής θρέψης.

η) Συνεργασία με κοινωνικό λειτουργό.<sup>21</sup>

7) Για αποκατάσταση και διατήρηση υδατοηλεκτρολυτικής ισορροπίας :

α) Παρακολούθηση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.

β) Παρακολούθηση για συμπτώματα διαταραχής ηλεκτρολυτών.

γ) Βοήθεια στην επιλογή τροφών που αναπληρώνουν απώλειες ηλεκτρολυτών.

δ) Καθημερινή πρόσληψη 2.500 ml υγρών.

ε) Αν επιμένουν οι διαταραχές, ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών.<sup>23</sup>

8) Για βελτίωση καθαρισμού αεραγωγού :

α) Εκτίμηση για αλλαγή της αναπνευστικής κατάστασης.

β) Λήψη δείγματος πτυέλων για καλλιέργεια.

γ) Παροχή πνευμονικής φροντίδας.

δ) Διατήρηση θέσης Fowler.

ε) Ενθάρρυνση επαρκούς ανάπαυσης.

στ) Έναρξη μέτρων για μείωση της γλοιότητας των εκκρίσεων.

ζ) Τραχειακή αναρρόφηση, αν χρειάζεται.

η) Χορήγηση οξυγόνου.

θ) Βοήθεια στην ενδοτραχειακή διασωλήνωση.<sup>21</sup>

9) Για αύξηση γνώσης :

- α) Διδασκαλία για τις οδούς μετάδοσης του HIV.
- β) Διδασκαλία για μέσα πρόληψης μετάδοσης του HIV.<sup>23</sup>

10) Για μείωση αισθήματος κοινωνικής απομόνωσης.

- α) Εκτίμηση συνήθων προτύπων κοινωνικής αλληλεπίδρασης του αρρώστου.
- β) Παρακολούθηση για συμπεριφορές ενδεικτικές κοινωνικής απομόνωσης.
- γ) Ακριβής πληροφόρηση για τρόπους μετάδοσης του HIV.
- δ) Βοήθεια να αναγνωρίσει ο ασθενής πόρους που θα τον υποστηρίξουν.
- ε) Αφιέρωση χρόνου απ' το νοσηλευτή για να επικοινωνεί με τον ασθενή.
- στ) Ενθάρρυνση αρρώστου να συμμετέχει σε ποικίλες δραστηριότητες όπως μελέτη.

Αξιολόγηση φροντίδας – Αναμενόμενα αποτελέσματα :

- 1) Έχει συνηθισμένη κένωση εντέρου.
- 2) Δεν παρουσιάζει λοιμώξεις. Διατηρεί ακεραιότητα δέρματος.
- 3) Διατηρεί το σύνηθες επίπεδο διεργασιών σκέψης.
- 4) Διατηρεί ισορροπία υγρών και ηλεκτρολυτών.
- 5) Διατηρεί αποτελεσματικό καθαρισμό αεραγωγού.
- 6) Βιώνει αυξημένο αίσθημα άνεσης.
- 7) Διατηρεί επαρκή θρεπτική κατάσταση και ανοχή δραστηριότητας.
- 8) Κατανοεί τα μέσα πρόληψης μετάδοσης της νόσου.
- 9) Βιώνει μειωμένο αίσθημα κοινωνικής απομόνωσης.<sup>23,24</sup>

Μία χαρακτηριστική περίπτωση ασθενή είναι η ακόλουθη :

Άνδρας ηλικίας 42 ετών, προσέρχεται σε εξωτερικά ιατρεία αιτιώμενος δύσπνοια, έντονο ξηρό βήχα και διάρροια (χωρίς πυρετό). Παρουσιάζει καταβολή και αδυναμία. Απ' το ιατρικό ιστορικό ενημερωνόμαστε ότι πάσχει απ' τη νόσο HIV και λαμβάνει αντιρετροϊκή αγωγή.

Απ' την φυσική εξέταση του ασθενή παρατηρούμε : πνεύμονες: διάχυτοι μουσικοί ήχοι, κοιλιά : κ.φ. (↑ εντερικοί ήχοι), καρδιά : κ.φ. Επίσης, ο ασθενής είναι εξαιρετικά αδύνατος και εμφανίζει λιποδυστροφία. Τα αποτελέσματα των εξετάσεων που έγιναν :

WBC : 11.000, PLTS : 203 κ. , HCT : 37,3

Βιοχημικός έλεγχος κ.φ.

Αέρια αίματος : PO<sub>2</sub> : 57%, PCO<sub>2</sub> : 30%

Αξονική θώρακος : διάχυτη θολερότητα.

Το νοσηλευτικό ιστορικό επικεντρώνεται στις ενοχλήσεις του ασθενή οι οποίες είναι δύσπνοια, βήχας, διάρροια και καχεξία. Η διάγνωση είναι νόσος HIV και τα φάρμακα που λαμβάνει είναι η αντιρετροϊκή αγωγή. Σχετικά με την διατροφή του, δεν είναι επαρκής και αντιμετωπίζει σύνδρομο απίσχνασης. Ο στόχος είναι να ικανοποιηθούν οι ανάγκες του ασθενή και να αντιμετωπιστούν τα συμπτώματα που εμφανίζει. Για την επίτευξη του στόχου εφαρμόζουμε το σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας.<sup>21,29,40</sup>

### Για την αντιμετώπιση της δύσπνοιας

1) Αξιολόγηση αναγκών ασθενών	2) Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	3) Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	4) Αξιολόγηση Νοσηλευτικής φροντίδας
<p>- Ανακούφιση απ' την αίσθηση της δύσπνοιας</p>	<p>- Ο σκοπός μας είναι να ελαττωθεί το σύμπτωμα της δύσπνοιας το οποίο θα το πετύχουμε με χορήγηση O<sub>2</sub> και να μειωθεί ο αναπνευστικός φόρτος με :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- την εφαρμογή θεραπευτικών μέσων όπως διατήρηση καλού αερισμού</li> <li>- θρέψεως και ενυδάτωσης</li> <li>- ισορροπίας μεταξύ αναπαύσεως και δραστηριότητας</li> <li>- φυσιολογικής κενώσεως του εντέρου και συνεχής συναισθηματική τόνωση του αρρώστου</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Τοποθετούμε τον άρρωστο σε ανάρροπη θέση και σε βαριές περιπτώσεις χορηγούμε οξυγόνο.</li> <li>- Για την μείωση του αναπνευστικού φόρτου εφαρμόζουμε μείωση των μεταβολικών αναγκών.</li> <li>- Διατηρούμε τον ασθενή ξεκούραστο.</li> <li>- Φροντίζουμε για καλή θρέψη και ενυδάτωση με χορήγηση πολλών υγρών και τροφής πλούσιας σε ίνες με σκοπό την διατήρηση φυσιολογικών κενώσεων.</li> <li>- Στηρίζουμε ψυχολογικά τον ασθενή.</li> <li>- Διατηρούμε τον θάλαμο καλά αεριζόμενο.</li> <li>- Φροντίζουμε τα ρούχα του ασθενή να είναι ελαφρά και τέλος στο διαιτολόγιό τους να αποφεύγονται τροφές που δημιουργούν αέρια για να μην πιέζουν το διάφραγμα</li> </ul>	<p>Ο ασθενής νιώθει λιγότερο το αίσθημα της δύσπνοιας, η γενική κατάσταση της υγείας του είναι σε ικανοποιητικά επίπεδα και νιώθει δυνατός για την πορεία της νόσου.</p>

## Για την αντιμετώπιση του βήχα

1) Αξιολόγηση αναγκών ασθενών	2) Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	3) Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	4) Αξιολόγηση Νοσηλευτικής φροντίδας
<p>- Ανακούφιση απ' τον ξηρό βήχα</p>	<p>- Ο σκοπός μας είναι να ελαττωθεί και στη συνέχεια να σταματήσει ο βήχας με την εφαρμογή των κατάλληλων θεραπευτικών μέσων όπως :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- μετακίνηση του αρρώστου στην ύπτια θέση</li> <li>- ελαφριά χτυπήματα στη ράχη</li> <li>- δύο – τρεις βαθιές εισπνοές και εκπνοές</li> </ul>	<p>- Τοποθετούμε τον ασθενή σε ύπτια θέση ή σε καθιστική θέση με το κεφάλι σε κάμψη, τους ώμους χαλαρωμένους και προς τα εμπρός και τα πόδια υποστηριγμένα.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Η τοποθέτηση μαξιλαριών στην αγκαλιά του αρρώστου ανυψώνει το διάφραγμα και βοηθάει την αναπνοή</li> <li>- Παρατηρούμε για τυχόν ανεπιθύμητα συμβάντα του βήχα όπως : <ul style="list-style-type: none"> <li>- επιβάρυνση έργου καρδιάς</li> <li>- στηθαγική κρίση</li> <li>- πνευμονοθώρακα</li> <li>- βουβονοκήλη</li> <li>- οίδημα βλεφάρων</li> <li>- Διαταραχή ύπνου</li> </ul> </li> </ul> <p>Αν ο βήχας είναι παροξυσμικός και το άτομο ιδιαίτερα εξασθενημένο, τότε χρειάζεται πρόβλεψη για ενυδάτωση του ασθενή. Η ενυδάτωση γίνεται με λήψη υγρών απ' το στόμα ή παρεντερική χορήγηση αν το επιβάλλει η κατάσταση του ασθενή. Επίσης, είναι απαραίτητη η περιποίηση της στοματικής κοιλότητας.</p>	<p>- Ο ασθενής είναι σε θέση να τηρεί την κατάλληλη στάση του σώματος και να παίρνει βαθιές εισπνοές – εκπνοές ώστε να ελαττώσει τις δυσάρεστες ενοχλήσεις του βήχα. Επίσης, φροντίζει για την ενυδάτωση του οργανισμού και την περιποίηση της στοματικής κοιλότητας λαμβάνοντας άφθονα υγρά και τηρώντας τους κανόνες υγιεινής.</p>

### Για την αντιμετώπιση της διάρροιας

1) Αξιολόγηση αναγκών ασθενών	2) Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	3) Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής φροντίδας
<p>- Ανάγκη αυξημένης πρόσληψης υγρών και ηλεκτρολυτών λόγω διαρροϊκών κενώσεων.</p>	<p>- Να διατηρηθεί το ισοζύγιο των υγρών και ηλεκτρολυτών του οργανισμού.</p> <p>- Να ενημερωθεί το άτομο για την ανάγκη πρόσληψης υγρών.</p>	<p>- Αυξάνουμε το ποσό των προσλαμβανομένων υγρών ημερησίως.</p> <p>- Δίνουμε στον άρρωστο μικρές ποσότητες υγρών αλλά σε τακτά χρονικά διαστήματα.</p> <p>- Μετράμε και καταγράφουμε με ακρίβεια σε 24ωρη βάση το ποσό των προσλαμβανομένων υγρών.</p> <p>- Εξηγούμε στον άρρωστο τις αιτίες του προβλήματος και την σημασία της αύξησης των υγρών</p>	<p>- Ο ασθενής έχει καταλάβει την αξία της αύξησης των υγρών αλλά δυσκολεύεται να λάβει το ποσό των υγρών που απαιτείται.</p>



### Για την αντιμετώπιση της καχεξίας

1) Αξιολόγηση αναγκών ασθενών	2) Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	3) Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής φροντίδας
<p>- Εξασφάλιση επαρκούς θρέψης</p>	<p>- Εξαιτίας της αδυναμίας του ασθενή προσπαθούμε να χορηγούμε συχνά μικρά γεύματα καλύπτοντας όλα τα απαραίτητα θρεπτικά στοιχεία. Σε περίπτωση που ο ασθενής δεν βρίσκεται σε κατάσταση να σιτιστεί φυσιολογικά, τότε διαλέγουμε την τεχνητή διατροφή.</p>	<p>- Κατά τη χορήγηση του γεύματος τακτοποιούμε τον ασθενή σε άνετη θέση. - Χορηγούμε μικρές ποσότητες υγρών. - Προτιμούμε ελαφριά γεύματα και άφθονη ποσότητα υγρών.</p>	<p>- Ο ασθενής έχει μεγαλύτερη όρεξη, δεν νιώθει πλέον έντονα το αίσθημα της ατονίας. Προσπαθεί να υιοθετήσει ένα γενικό πρόγραμμα υγιεινής διατροφής.</p>

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Για την αντιμετώπιση των κύριων ενοχλημάτων όπως δύσπνοια, βήχας, διάρροια και καταβολή δυνάμεων, απαιτείται η άριστη συνεργασία του προσωπικού (ιατρικό και νοσηλευτική) καθώς και η συνεργασία προσωπικού με τον ασθενή. Τα συμπτώματα του ασθενή τα οποία βρίσκονταν σε μεγαλύτερη έξαρση είναι η δύσπνοια και η καχεξία. Μετά την εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας ο ασθενής βρίσκεται σε επίπεδο όπου έχει μεγαλύτερη ευκολία στην αναπνοή και λαμβάνει την απαραίτητη ποσότητα τροφής.<sup>15,24</sup>

Για να κατανοήσουμε καλύτερα τον τρόπο ζωής ενός ασθενή με AIDS παραθέτουμε μία συνέντευξη η οποία είναι μία αληθινή ιστορία ασθενή με AIDS.









## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Με την συγγραφή αυτής της εργασίας προσπαθήσαμε να προσεγγίσουμε το θέμα του AIDS επιθυμώντας κυρίως να τονίσουμε το ρόλο της πρόληψης στην καταπολέμηση της νόσου και αυτού του προσωπικού υγείας. Είναι γνωστό ότι ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης της νόσου είναι η σωστή ενημέρωση και η τήρηση των μέτρων πρόληψης και προφύλαξης.

Υπάρχει η ελπίδα να βρεθεί μια αποτελεσματική θεραπεία, και η θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου στις μέρες μας είναι σε τέτοιο επίπεδο που εξασφαλίζει καλύτερη ποιότητα ζωής και παράταση του χρόνου ζωής των ασθενών. Οι πάσχοντες πλέον μπορούν να ζουν ως ενεργά μέλη της κοινωνίας μας χωρίς να χρειάζεται να υποστούν την απόρριψη απ' το κοινωνικό σύνολο η οποία αποτελούσε αντίδραση που παλιότερα ήταν πολύ έντονη καθώς επικρατούσε άγνοια, φόβος και άρνηση για οποιαδήποτε πτυχή αυτής της ασθένειας.

Ως νοσηλευτές, ελπίζω να έχουμε την δυνατότητα να παρέχουμε νοσηλευτική φροντίδα άριστων προδιαγραφών και ψυχολογική στήριξη στους ασθενείς και στις οικογένειές τους.

Όλο το προσωπικό Υγείας και γενικότερα η κοινωνία μέσω εφαρμογής προγραμμάτων ενημέρωσης και πρόληψης έχουν την δυνατότητα να αντιμετωπίσουν και να περιορίσουν ακόμα την ασθένεια. Η επίτευξη του στόχου είναι πολύ δύσκολη αλλά η προσπάθεια προς αυτήν την κατεύθυνση είναι ο καλύτερος τρόπος για να κατανικηθεί αυτό που ονομάστηκε η μάστιγα του 20<sup>ου</sup> αιώνα.<sup>17</sup>

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- 1) Εφημερίδα «Το Βήμα» 23/8/06.
- 2) Εφημερίδα «Μακεδονία», «AIDS : Ανησυχητική έξαρση των περιστατικών στην Θεσσαλονίκη, 29 Νοεμβρίου 2007.
- 3) Εφημερίδα «Ελευθεροτυπία», «AIDS : 25.000 κρυφοί φορείς στην Ελλάδα», 30 Νοεμβρίου 2007.
- 4) Εφημερίδα «Ελευθεροτυπία», «Τι είναι ο HIV και το AIDS;», 21 Νοεμβρίου 2007.
- 5) Εφημερίδα «Ελεύθερος τύπος», «AIDS : Με δέκα μορφές ο ιός στην Ελλάδα», 30 Νοεμβρίου 2007.
- 6) Τσίκος Νικόλαος – Σ. Καραγεωργοπούλου – Γραβάνη, «Πρακτική άσκηση Νοσηλευτικής II», Εκδόσεις Έλλην, σελ. 20.
- 7) Μαίρη Σταυρίδου «Στοιχεία Γενικής Νοσηλευτικής», Εκδόσεις «University Studio press», σελ. 103.
- 8) Δ. Σαπουντζή-Κρέπια «Χρόνια ασθένεια και νοσηλευτική φροντίδα», Εκδόσεις Έλλην, σελ. 100.
- 9) Απόστολος Αποστολίδης «Όλη η αλήθεια για το AIDS», Εκδόσεις Καραμπερόπουλος, σελ. 112-117.
- 10) Ιωάννης Δ. Στρατηγός – Γιώργος Χ. Λάσκαρης «AIDS – εκδηλώσεις στο δέρμα και στο στόμα – διάγνωση – θεραπεία», σελ. 20,47.
- 11) AIDS – Υποεπιτροπή εκπαίδευσης της εθνικής επιτροπής AIDS (Abstract).
- 12) Αλιμπουτάκη Τζίνα – «AIDS – ελληνική πραγματικότητα» (Abstract).



- 13) Luc Montagnier – μετάφραση : Χάρης Καζλαρής «Ιοί και άνθρωποι : AIDS : γεγονότα, έρευνες και προβληματισμοί», Εκδόσεις : Κάτοπτρο, σελ. 30-33.
- 14) Κωνσταντίνος Κουσκούκης «AIDS – Τι πρέπει να γνωρίζετε», Εκδόσεις Σμυρνιωτάκης, σελ. 55.
- 15) Άννα Σαχίνη-Καρδάση – Μαρία Πάνου «Παθολογική και χειρουργική Νοσηλευτική – νοσηλευτικές διαδικασίες», Εκδόσεις Βήτα, 1<sup>ος</sup> τόμος, σελ. 194.
- 16) Βιβλίο Περιλήψεων – 19<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS – Αθήνα, 23-25 Νοεμβρίου 2007, σελ. 3-7.
- 17) Γ. Σαρόγλου – Α. Λιονή – Π. Ποταμούση – Ο. Γεωργίου «AIDS / HIV – Κλινική προσέγγιση και θεραπεία». Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, σελ. 101, 313, 533, 603.
- 18) [www.iatronrt.gr](http://www.iatronrt.gr) 17/1/08
- 19) [www.google.gr](http://www.google.gr) 10/1/08
- 20) Άννα Σαχίνη-Καρδάση «Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική», Β΄ έκδοση, 3<sup>ος</sup> τόμος, Εκδόσεις Βήτα, σελ. 123.
- 21) Γεωργία Γ. Σαββοπούλου «Βασιλική Νοσηλευτική», σελ. 201.
- 22) ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ – Οικογενειακός Προγραμματισμός σελ. 54.
- 23) Μ.Δ. ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ – Σ.Φ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ «Η Νοσηλευτική Γενική Παθολογική Χειρουργική», Τόμος Α΄, Έκδοση 24<sup>η</sup>, Αθήνα 2002, σελ. 86.
- 24) Άννα Σαχίνη-Καρδάση «Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική», 2<sup>ος</sup> τόμος, Β΄ έκδοση, εκδόσεις Βήτα, σελ. 384.

- 25) Μ.Α. ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ – Σ.Φ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ  
«Νοσηλευτική Παθολογική και Χειρουργική», Τόμος Β΄,  
μέρος 1<sup>ο</sup>, έκδοση 20<sup>η</sup>, σελ. 148.
- 26) Σωτήριος Ράπτης «Εσωτερική Παθολογία», 4<sup>ο</sup>ς τόμος,  
Εκδόσεις Παρισιάνος, σελ. 2295.
- 27) Αθανάσιος Β. Αβραμίδης, «AIDS, με άλλα λόγια», εκδόσεις  
Ακρίτας, σελ. 77.
- 28) Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS «Συμβουλευτική για την HIV  
λοίμωξη, οδηγίες», Αθήνα 1991, Εκδόσεις Βήτα, σελ. 13.
- 29) Δετοράκης Ιωάννης «AIDS, απαντήσεις στις ερωτήσεις που  
δεν βρήκατε απάντηση», Πάτρα 1992, σελ. 40.
- 30) Εθνικό Κέντρο αναφοράς AIDS «Νοσηλευτική φροντίδα  
ατόμων με λοίμωξη απ' τον ιό HIV», Αθήνα 1991, Εκδόσεις  
Βήτα, σελ. 14.
- 31) Ιωάννης Δετοράκης «Βλεννόρροια, Σύφιλη, AIDS», Εκδόσεις  
Editions, σελ. 150.
- 32) MINDEL and MILLER «AIDS, a pocket book of diagnosis  
and management», second edition, pg 302.
- 33) ABC of AIDS, third edition, edited by Michael Wadler,  
International Student edition, σελ. 5.
- 34) Αβραμίδης Αθ. Β. «Ιατροκοινωνικές προεκτάσεις του AIDS»,  
σελ. 35.
- 35) Κακλαμάνη Ευαγγελία «Προληπτική Υγιεινή», Εκδόσεις  
Παρισιάνος, Αθήνα 1986, σελ. 10.

- 36) Ρουμελιώτου Α «Οδηγίες για την προφύλαξη του νοσηλευτικού και εργαστηριακού προσωπικού κατά τη νοσηλεία ασθενών με AIDS», Τόμος 2, τεύχος 3, σελ. 94-98.
- 37) Παπαευαγγέλου Γ. «AIDS», Εκδόσεις Παρατηρητής, Θεσσαλονίκης 1988, σελ. 35.
- 38) Παπαευαγγέλου Γεώργιος «AIDS», Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1985, σελ. 50.
- 39) Mayer Ken MD and Pizer Hank «AIDS», Εκδόσεις Φλώρος, Αθήνα 1985, σελ. 22.
- 40) Βασιλειάδη Π. «Μαθήματα Υγιεινής και Επιδημιολογίας», Έκδοση Παρισιάνος, Αθήνα 1971, σελ. 30-35.