

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ
AIDS ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΑΠΟ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ**

**NURSING INTERVENTIONS IN PATIENTS WITH
AIDS SUFFERING FROM PNEUMONIA**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΠΟΥΔΑΣΤΗ:

ΓΑΡΥΦΑΛΙΑ-ΔΕΣΠΟΙΝΑ ΚΕΚΕΡΗ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

ΔΡ. ΜΙΧΑΗΛ ΚΙΤΡΟΥ

ΠΑΤΡΑ 2013

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	4
ABSTRACT	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ	8
1.1 Ορισμός πνευμονίας	8
1.2 Είδη πνευμονίας	9
1.2.1 Η νοσοκομειακή πνευμονία.....	9
1.2.2 Η πνευμονία της κοινότητας.....	10
1.2.3 Οι πνευμονικές λοιμώξεις σε ανοσοκαταστολή.....	12
1.2.4 Πνευμονιοκοκκική πνευμονία	13
1.2.5 Σταφυλοκοκκική πνευμονία	13
1.2.6 Πνευμονία από <i>Haemophilus influenzae</i>	13
1.2.7 Πνευμονίες από Gram αρνητικούς βάκιλους.....	13
1.2.8 Άτυπες πνευμονίες	14
1.3 Θεραπεία πνευμονίας.....	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ (AIDS).....	16
2.1 Ο ιός του AIDS	16
2.2 Στάδια της λοίμωξης από τον ιό του HIV	18
2.2.1 Η οξεία λοίμωξη	18
2.2.2 Κλινική λανθάνουσα περίοδος.....	20
2.2.3 AIDS	20
2.3 Παθοφυσιολογία του ιού HIV	21
2.4 Στάδια λοίμωξης από τον ιό HIV	23
2.5 Επιδημιολογικά στοιχεία.....	23
2.6 Τρόποι μετάδοσης	27
2.7 Συμπτώματα και κλινικές εκδηλώσεις.....	28
2.7.1 Αρχική λοίμωξη ακολουθούμενη απο οροθετικοποίηση.....	29
2.7.2 Κατάσταση ασυμπτωματικού φορέα.....	29
2.7.3 Γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια.....	29
2.7.4 AIDS και σύνδρομα σχετιζόμενα με τον ιό HIV	30
2.8 Θεραπευτική αντιμετώπιση.....	30
2.9 Περίθαλψη ασθενούς με AIDS.....	31
2.10 Πρόληψη.....	31

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ AIDS ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΑΠΟ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ	33
3.1 Εισαγωγή	33
3.2 Κλινική εικόνα	34
3.3 Διάγνωση πνευμονίας.....	35
3.4 Πνευμονία από πνευμοκύστη (PCP).....	38
3.5 Βακτηριακή πνευμονία	39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ AIDS	40
4.1 Κανονισμοί και μέτρα προφύλαξης στη νοσηλεία του ασθενούς με AIDS.....	40
4.2 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις.....	41
4.3 Διαρκής εκπαίδευση προσωπικού	44
4.4 Νοσηλεία ασθενή με AIDS εκτός νοσοκομείου.....	45
4.5 Εξωνοσοκομειακή φροντίδα – Εξωτερικά ιατρεία	46
4.6 Η νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς με AIDS στο τελικό στάδιο της νόσου	47
4.6.1 Φροντίδα σε οργανικό επίπεδο	47
4.6.2 Φροντίδα σε ψυχολογικό επίπεδο	48
4.6.3 Φροντίδα σε πνευματικό επίπεδο.....	50
4.7 Η φροντίδα του νεκρού ασθενούς με AIDS	50
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΠΡΟΛΗΨΗ.....	52
5.1 Πρόληψη σεξουαλικής μετάδοσης	52
5.2 Πρόληψη μετάδοσης με αίμα και παράγωγα του πλάσματος.....	52
5.3 Πρόληψη περιγεννητικής μετάδοσης.....	53
5.4 Πρόληψη με τον προσυμπτωματικό έλεγχο	53
5.5 Πρόληψη Μετάδοσης στους Χρήστες Ενδοφλεβίων Ναρκωτικών	54
5.6 Πρόληψη με εμβόλιο	55
5.7 Προφυλάξεις για τον πληθυσμό	56
5.8 Προφυλάξεις για τους ίδιους τους πάσχοντες	57
5.9 Προφυλάξεις για το υγειονομικό προσωπικό.....	58
5.10 Προφύλαξη μετά από έκθεση.....	59
5.11 Συνήθειες εμβολιασμοί.....	60
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	62
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	65

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το AIDS είναι μια λοιμώδης ασθένεια που εμφανίστηκε στο τέλος της δεκαετίας του 1970 και σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα χαρακτηρίστηκε ως πανδημία. Η λοίμωξη οφείλεται σε έναν ρετροϊό, ο οποίος προσβάλλει τα λεμφοκύτταρα που φροντίζουν για την άμυνα του οργανισμού, καθιστώντας τον ασθενή ιδιαίτερα ευάλωτο σε ευκαριακές λοιμώξεις.

Αν και ο ιός HIV απομονώθηκε και αναγνωρίστηκε σε μικρό διάστημα από την εμφάνισή του, εντούτοις δεν έχει βρεθεί ακόμη θεραπεία για τη νόσο αυτή. Η επιστήμη έχει προχωρήσει στην δημιουργία φαρμάκων που αντιμετωπίζουν ως ένα βαθμό τα συμπτώματα και τις ευκαιριακές λοιμώξεις που αντιμετωπίζει ο οργανισμός του ασθενούς, μετατρέποντας την ασθένεια σε χρόνια και προσφέροντας επιπλέον χρόνια ζωής στους πάσχοντες.

Ο ιός του HIV προκαλεί τη σταδιακή εξασθένηση του οργανισμού του ατόμου που πάσχει με αποτέλεσμα να είναι ευάλωτο σε ευκαριακές λοιμώξεις που συνήθως αποβαίνουν θανατηφόρες. Οι λοιμώξεις αυτές σε υγιή άτομα θα αντιμετωπίζονταν αποτελεσματικά, αλλά στους ασθενείς με AIDS το αδύναμο ανοσοποιητικό σύστημα δεν μπορεί να τις αντιμετωπίσει. Τέτοιες λοιμώξεις είναι και οι πνευμονίες, οι οποίες είναι ιδιαίτερα συχνές σε ασθενείς με AIDS, όπως οι βακτηριακές πνευμονίες και η πνευμονοκύστη.

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η παρουσίαση της ασθένειας του AIDS και του τρόπου με τον οποίο καταβάλλεται ο οργανισμός του ασθενούς που έχει μολυνθεί με τον ιό HIV. Επιπλέον, η συγκεκριμένη εργασία έχει ως σκοπό την παρουσίαση των νοσηλευτικών παρεμβάσεων που ακολουθούνται σε ασθενείς με AIDS που πάσχουν από πνευμονία.

Λέξεις – κλειδιά: AIDS, ιός HIV, πνευμονία, πνευμονοκύστη

ABSTRACT

AIDS is an infectious disease that appeared in the late 1970s and was characterized as a pandemic during a very short time. The infection is caused by a retrovirus, which infects lymphocytes responsible for the body's defenses, making the patient highly susceptible to various infections.

Although the HIV virus was isolated and identified in a short period of time after its appearance, however effective radical treatment is not available. Therapeutic regimes addressing to some extent to the symptoms and the infections encountered by the patient's body, converting AIDS into a chronic disease.

The HIV virus causes gradual immunosuppression to the patient causing several kinds of severe infections which might be life threatening., Various types of pneumonia due to several bacterias and Pneumonocystic Carini are very common complications.

This is a review study of AIDS and the way of nursing involvment in manipulating the disease.

Keywords: AIDS, virus HIV, pneumonia, pneumocystis

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο ιός HIV αποτελεί ένα παγκόσμιο πρόβλημα, καθώς έχει κοστίσει τη ζωή σε εκατομμύρια ανθρώπους σε όλο τον κόσμο, ενώ ο συνολικός αριθμός οροθετικών παγκόσμια έχει ξεπεράσει τα σαράντα εκατομμύρια.

Το AIDS αποτελεί μια χρόνια ασθένεια και η πρόγνωση της ποικίλλει σε μεγάλο βαθμό. Αν ο ασθενής που πάσχει από AIDS δεν ακολουθήσει την απαραίτητη φαρμακευτική αγωγή εκτιμάται ότι θα ζήσει περίπου 9 έως 11 χρόνια ύστερα από την επαφή του με τον ιό. Μετά από τη διάγνωση του AIDS, αν δεν χορηγηθεί η απαραίτητη φαρμακευτική αγωγή το προσδόκιμο ζωής κυμαίνεται από 6 έως 19 μήνες.

Στην περίπτωση που ο ασθενής δεν ξεκινήσει άμεσα τη θεραπεία, η πρόγνωση της ασθένειας δεν είναι καλή, ιδίως αν αναλογιστούμε το γεγονός ότι περίπου τα μισά από τα βρέφη που γεννιούνται με τον ιό HIV πεθαίνουν πριν από την ηλικία των δύο χρόνων.

Η πρωταρχική αιτία θανάτου από AIDS δεν είναι ο ίδιος ο ιός, αλλά οι ευκαιριακές λοιμώξεις και ο καρκίνος, που αναπτύσσονται εξαιτίας της σταδιακής εξασθένησης του ανοσοποιητικού συστήματος. Ο βαθμός της εξέλιξης της ασθένειας ποικίλλει και εξαρτάται από την κατάσταση του ανοσοποιητικού οργανισμού του ασθενούς, καθώς και από τις λοιμώξεις που θα προσβάλλουν τον ασθενή.

Είναι γεγονός ότι η ασθένεια του AIDS εξακολουθεί ακόμη και σήμερα να αποτελεί ένα παγκόσμιο πρόβλημα, γεγονός που οφείλεται στα υψηλά ποσοστά θνητότητας που προκαλεί. Το επιβαρυνόμενο ανοσοποιητικό σύστημα του ατόμου που μολύνεται με τον ιό είναι εξαιρετικά ευάλωτο σε λοιμώξεις και ιδιαίτερα σε πνευμονίες από διάφορους παθογόνους μικροοργανισμούς.

Η μη έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της πνευμονίας σε ασθενή με AIDS οδηγεί στο θάνατο του και για αυτό το λόγο η αντιμετώπιση των πνευμονιών αποτελεί ένα σημαντικό κομμάτι των νοσηλευτικών παρεμβάσεων που ακολουθούνται σε ασθενείς με AIDS.

Στην παρούσα πτυχιακή εργασία παρατίθενται οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που ακολουθούνται για την αντιμετώπιση ασθενών με AIDS που πάσχουν από πνευμονίες.

Αρχικά, στο πρώτο κεφάλαιο δίνεται ο ορισμός της πνευμονίας και τα είδη της, καθώς και η θεραπευτική αντιμετώπιση που ακολουθείται.

Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται το Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας και τα στάδια της λοίμωξης από τον ιό. Επίσης, αναφέρονται τα επιδημιολογικά στοιχεία, οι τρόποι μετάδοσης της λοίμωξης και η θεραπευτική αγωγή που χορηγείται.

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η κατηγορία των ασθενών με AIDS που πάσχουν από πνευμονία και περιγράφεται η κλινική εικόνα που παρουσιάζουν, όπως επίσης και οι τρόποι διάγνωσης της πνευμονίας.

Στο τέταρτο κεφάλαιο της εργασίας αναφέρονται οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που ακολουθούνται σε ασθενείς με AIDS που πάσχουν από πνευμονία, ενώ τέλος το πέμπτο κεφάλαιο ασχολείται με την πρόληψη μετάδοσης της λοίμωξης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ

1.1 Ορισμός πνευμονίας

Ως πνευμονία ονομάζουμε την προσβολή των πνευμόνων από κάποιον μικροοργανισμό, ο οποίος επηρεάζει τη μια ή και τις δύο πλευρές του θώρακα που συχνά εμφανίζεται ως αποτέλεσμα μόλυνσης. Η μόλυνση μπορεί να προκληθεί από πολλούς διαφορετικούς μικροοργανισμούς, ιούς, βακτήρια, μύκητες και παράσιτα. Πιο συγκεκριμένα, το 50% των περιπτώσεων πνευμονίας οφείλεται στα μικρόβια *Streptococcus pneumoniae* και *Haemophilus influenzae*.

Η πνευμονία εμφανίζει ιδιαίτερα ποσοστά θνητότητας σε περιπτώσεις παιδιών κάτω των 5 ετών, υπερηλικών και ανοσοκατεσταλμένων ασθενών. Ένας ιδιαίτερα υψηλός αριθμός ατόμων πεθαίνουν από την πνευμονία κάθε χρόνο, συνήθως γυναίκες και ιδιαίτερα άτομα άνω των 70 ετών (Αποστολοπούλου, 2000).

Η κλασική πνευμονία αρχίζει ξαφνικά με ρίγος, πυρετό, πόνους στο στήθος και βήχα. Ο βήχας είναι ξηρός στην αρχή, αλλά σε μια ή δυο ημέρες ο ασθενής αρχίζει να φτύνει φλέγματα. Το φλέγμα είναι συνήθως κίτρινο, κόκκινο ή στο χρώμα της σκουριάς, ενώ ο ασθενής αναπνέει γρήγορα και με δυσκολία. Συνολικά, τα κυριότερα συμπτώματα της πνευμονίας είναι ο πυρετός, ο βήχας με φλέγματα, η δυσχέρεια αναπνοής και η κούραση.

Επίσης, οι ασθενείς μπορούν να νιώθουν πόνο στο θώρακα και να εμφανίσουν ταχύπνοια, κυάνωση και υπόταση. Ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους ασθενείς, η αλλοίωση της γενικής κατάστασης της υγείας τους με έντονη κούραση ή ακόμη μια κατάσταση σύγχυσης μπορεί να είναι από τα πιο έντονα συμπτώματα (Αποστολοπούλου, 2000).

Οι κατηγορίες ατόμων που κινδυνεύουν περισσότερο να νοσήσουν από πνευμονία είναι οι εξής:

- ✚ Τα παιδιά, ειδικά εκείνα που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες.
- ✚ Τα άτομα που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις, ειδικά από αυτές που σχετίζονται με την καρδιά, το συκώτι ή τα νεφρά και όσοι υποφέρουν από άσθμα.
- ✚ Άτομα με εξασθενημένο ανοσοποιητικό σύστημα, όπως άτομα που πάσχουν από AIDS.
- ✚ Οι ασθενείς και οι ηλικιωμένοι (Αποστολοπούλου, 2000).

Η διάγνωση της πνευμονίας βασίζεται στο ιστορικό του ασθενούς, στην ιατρική εξέταση και τις συμπληρωματικές εξετάσεις που περιλαμβάνουν αναλύσεις αίματος, αναλύσεις των φλεγμάτων και ακτινογραφία του θώρακα.

Άλλα δείγματα ύπαρξης πνευμονίας είναι η εμφάνιση ταχύπνοιας και ο χρωματισμός των χειλιών και των δακτύλων με χλωμή ή κυανή χρώση, γεγονός που υποδεικνύει ότι ο οργανισμός δεν διαθέτει αρκετό οξυγόνο στην κυκλοφορία του αίματος. Στην περίπτωση που η κατάσταση του ασθενούς επιδεινωθεί ή δεν χορηγηθεί στον ασθενή η κατάλληλη φαρμακευτική θεραπεία, τότε μπορεί να εμφανιστεί ταχυκαρδία και κατάσταση νευρολογικής σύγχυσης, λόγω ανεπάρκειας οξυγόνου στον εγκέφαλο (Αποστολοπούλου, 2000).

Η κλινική εξέταση περιλαμβάνει την εξέταση με στηθοσκόπιο, αλλά και την ακτινογραφία θώρακα, η οποία σε περίπτωση πνευμονίας θα υποδείξει την ύπαρξη πύκνωσης στους πνεύμονες λόγω μόλυνσης από κάποιο μικρόβιο.

Εκτός από τις παραπάνω εξετάσεις ακολουθούν και αναλύσεις του αίματος, οι οποίες στην περίπτωση ύπαρξης πνευμονίας θα δείξουν αύξηση των λευκών αιμοσφαιρίων του αίματος. Επίσης, η καλλιέργεια πτυέλων μπορεί να βοηθήσει στην αναγνώριση του παθολογικού οργανισμού που προκάλεσε την πνευμονία.

Συνολικά το ιστορικό και η εξέταση του ασθενούς, οι αναλύσεις αίματος, οι καλλιέργειες αίματος και πτυέλων και η ακτινογραφία θώρακα, συντελούν στη διάγνωση της πνευμονίας και στον καθορισμό του παθολογικού οργανισμού που την προκάλεσε.

Η διάρκεια της πνευμονίας εξαρτάται από το μικρόβιο που την έχει προκαλέσει και η διάρκεια της μπορεί να κυμαίνεται από μερικές μέρες μέχρι μία εβδομάδα ή και περισσότερο. Η διάρκεια της πνευμονίας εξαρτάται από την ανταπόκριση του ασθενούς στην φαρμακευτική αγωγή και στον χρόνο έναρξης της θεραπείας (Αποστολοπούλου, 2000).

1.2 Είδη πνευμονίας

1.2.1 Η νοσοκομειακή πνευμονία

Η νοσοκομειακή πνευμονία εμφανίζεται μετά από 48 τουλάχιστον ώρες παραμονής του ασθενή στο νοσοκομείο και είναι αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης των μικροβιακών παθογόνων και του ξενιστή.

Η συχνότητα της νοσοκομειακής πνευμονίας κυμαίνεται από 5-10 περιπτώσεις ανά 1000 εισαγωγές, αλλά μπορεί ακόμη και να εικοσαπλασιαστεί όταν πρόκειται για ασθενείς υπό μηχανική αναπνοή. Μέχρι και το 70% των ασθενών με νοσοκομειακή πνευμονία μπορεί να πεθάνει από αυτήν, έστω και δεν αποδίδονται όλοι οι θάνατοι στη λοίμωξη αυτή καθεαυτή (Αποστολοπούλου, 2000).

Οι παράγοντες κινδύνου εμφάνισης νοσοκομειακής πνευμονίας είναι οι εξής:

- ✚ Θεραπεία εξωνοσοκομειακής πνευμονίας
- ✚ Διασωλήνωση τραχείας
- ✚ Νοσηλεία στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας
- ✚ Ανοσοκαταστολή
- ✚ Παρατεταμένη κατάκλιση
- ✚ Χρόνια αναπνευστική νόσος
- ✚ Χειρουργική επέμβαση θώρακα ή άνω κοιλίας (Αποστολοπούλου, 2000).

1.2.2 Η πνευμονία της κοινότητας

Ως εξωνοσοκομειακή ή πνευμονία της κοινότητας ορίζεται η πνευμονία που εμφανίζεται σε άρρωστους που δεν νοσηλεύονται σε νοσοκομείο, όπως σε οίκους ευγηρίας ή ιδρυματικά νοσηλευτήρια. Υπολογίζεται σε 3,5 - 4 εκατομμύρια περιπτώσεις/έτος στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής και 20% αυτών των περιπτώσεων χρειάζονται νοσοκομειακή νοσηλεία. Είναι πολύ συχνότερη στα παιδιά ηλικίας κάτω των 5 ετών και στους υπερηλίκους (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., 2007).

Παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη της αποτελούν η ηλικία άνω των 60 ετών, η κατανάλωση μεγάλης ποσότητας οινοπνεύματος σε βραχύ χρονικό διάστημα, η συνύπαρξη χρόνιων νοσημάτων, η ανοσοκαταστολή και η λοίμωξη από διάφορα παθογόνα μικρόβια.

Συχνότερα αίτια της πνευμονίας της κοινότητας είναι ο πνευμονιόκοκκος (*Streptococcus pneumoniae*), το μυκόπλασμα της πνευμονίας (*Mycoplasma*), τα χλαμύδια της πνευμονίας (*Chlamydia*), η λετζιονέλλα (*Legionella*) κ.ά.

Ανάλογα με τη σοβαρότητα της πάθησης, η πνευμονία της κοινότητας διακρίνεται στα εξής αιτιολογικά πρότυπα:

- ✚ πνευμονία που αντιμετωπίζεται εξωνοσοκομειακά

- ✚ πνευμονία που χρειάζεται νοσοκομειακή αντιμετώπιση
- ✚ σοβαρή πνευμονία που χρειάζεται αντιμετώπιση σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.

Η εξέλιξη της νόσου ποικίλλει, καθώς η πνευμονία της κοινότητας μπορεί να ξεπεραστεί χωρίς τη νοσηλεία στο νοσοκομείο ή αντίθετα μπορεί να εμφανίσει επιπλοκές με αποτέλεσμα ακόμη και το θάνατο του ασθενούς. Η θνητότητά της κυμαίνεται από 1-50% και εξαρτάται από τα συμπτώματα που εκδηλώνονται, τον υπεύθυνο παθογόνο μικροοργανισμό και την ηλικία του ασθενούς (Craven et al, 2007).

Οι αιτιολογικοί παράγοντες εμφάνισης της πνευμονίας της κοινότητας είναι οι εξής:

- ✚ Αλκοολισμός
- ✚ Ασθμα
- ✚ Ανοσοκαταστολή
- ✚ Χρόνια διαμονή σε ιδρύματα
- ✚ Ηλικία άνω των 70 ετών
- ✚ Αιματολογική κακοήθεια
- ✚ Κάπνισμα, διαβήτης
- ✚ Καρκίνος
- ✚ Νεφρική πάθηση σε τελικό στάδιο (Cayal & Shifren, 2006).

Άγνωστος μικροβιακός παράγων (40-50%)	
Βακτήρια	Άτυπα
Streptococcus pneumoniae (9-20%)	Mycoplasma pneumoniae (13-37%)
Haemophilus influenzae	Chlamydia species (17%)
Moraxella catarrhalis	Legionella species (0,7-13%)
Staphylococcus aureus	Coxiella Burnetii
Klebsiella pneumoniae	
Esherichia coli	Αναερόβια
Ιοί (μέχρι 36%)	Μικτές λοιμώξεις (μέχρι 40%)
Adenovirus	Συνήθως προηγείται άτυπη ή ιογενής και έπεται επιλοίμωξη από βακτήριο
Influenza A και B	
Parainfluenza	
Respiratory syncytial virus	

Εικόνα 1: Μικροβιακά αίτια πνευμονίας της κοινότητας.

Τα πιο συχνά βακτήρια που προκαλούν πνευμονία της κοινότητας είναι ο πνευμονιόκοκκος και ο αιμόφιλος της ινφλουέντζας, ενώ από τα άτυπα το μυκόπλασμα της πνευμονίας και τα χλαμύδια. Στην περίπτωση υπερηλικών και αλκοολικών εμφανίζεται πνευμονία εξαιτίας αναερόβιων μικροβίων λόγω εισροφίσεων φαρυγγικού ή γαστρικού περιεχομένου (Αποστολοπούλου, 2000).

Τα συμπτώματα που εμφανίζουν οι ασθενείς που πάσχουν από πνευμονία της κοινότητας περιλαμβάνουν ρίγος, πυρετό, καταβολή δυνάμεων, βήχα και πυώδη ή αιμόφυρτη απόχρεμψη (Αποστολοπούλου, 2000).

Οι εξετάσεις στις οποίες υποβάλλεται ο ασθενής περιλαμβάνουν ακτινογραφία θώρακα και εργαστηριακό έλεγχο για την απομόνωση του παθογόνου μικροοργανισμού έχοντας ως υλικό πτύελα ή πλευριτικό υγρό ή υλικό διατοιχωματικής εισρόφησης με βελόνα (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., 2007).

Έπειτα από τον καθορισμό του παθογόνου που προκαλεί την πνευμονία χορηγούνται στον ασθενή τα κατάλληλα αντιβιοτικά για την αντιμετώπιση της ασθένειας.

Οι περισσότεροι ασθενείς με πνευμονία θα παρουσιάσουν υποχώρηση των συμπτωμάτων σε 3-5 ημέρες με την χορήγηση κατάλληλων αντιβιοτικών. Στην περίπτωση που ο πυρετός επιμένει αυξάνονται οι πιθανότητες για πνευμονικό απόστημα ή για την ύπαρξη ανθεκτικών στελεχών του μικροβίου που δεν ανταποκρίνονται στη θεραπευτική αγωγή (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., 2007).

1.2.3 Οι πνευμονικές λοιμώξεις σε ανοσοκαταστολή

Οι πνευμονικές λοιμώξεις σε ανοσοκαταστολή αποτελούν ένα σοβαρό πρόβλημα που εμφανίζεται συχνά σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς. Ανοσοκατεσταλμένοι ονομάζονται οι ασθενείς των οποίων το ανοσολογικό σύστημα δεν επαρκεί για την αμυντική προστασία τους έναντι ξένων σωμάτων (Ανευλαβής, 2005).

Η ανοσοκαταστολή αυτή μπορεί να είναι πρωτοπαθής από κληρονομικότητα ή δευτεροπαθής από την επίδραση κάποιας νόσου ή θεραπείας. Παραδείγματα ανοσοκατεσταλμένων είναι τα άτομα που πάσχουν από κάποιες λευχαιμίες και λεμφώματα, άτομα που υφίστανται χημειοθεραπεία επειδή πάσχουν από κάποιον καρκίνο, άτομα στα οποία γίνεται μεταμόσχευση οργάνων και άτομα που πάσχουν από AIDS.

Στην ασθένεια του AIDS ο ιός HIV μπαίνοντας στο αίμα προσβάλλει τα λεμφοκύτταρα και τα χρησιμοποιεί για την παραγωγή νέων ιών, εξουθενώνοντας το ανοσοποιητικό σύστημα του ατόμου. Η άμυνα του οργανισμού καταρρέει, με αποτέλεσμα μικρόβια που σε υγιή άτομα δεν θα προκαλούσαν νόσο, σε ασθενείς με AIDS να προκαλούν σοβαρές έως και θανατηφόρες ασθένειες (Ανευλαβής, 2005).

1.2.4 Πνευμονιοκοκκική πνευμονία

Εμφανίζεται συχνά στους ενήλικες και ιδιαίτερα στην περίπτωση ανοσοκατεσταλμένων ασθενών. Οφείλεται στον μικροοργανισμό, *S. pneumoniae*, ο οποίος είναι ένας Gram θετικός διπλόκοκκος. Ο παθογόνος αυτός οργανισμός εισπνέεται και εγκαθίσταται στις κυψελίδες και τις μικρές αεροφόρους οδούς, όπου εκκρίνονται αγγειοκινητικές ουσίες και τοξίνες, προκαλώντας σοβαρή φλεγμονή στις πνευμονικές κυψελίδες (Bouza et al, 2007).

1.2.5 Σταφυλοκοκκική πνευμονία

Η σταφυλοκοκκική πνευμονία εμφανίζεται συχνά σε ασθενείς που πάσχουν από χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια ή από κυστική ίνωση. Εμφανίζεται συχνά σε ασθενείς που νοσηλεύονται και η αντιμετώπισή της είναι ιδιαίτερα δύσκολη, καθώς σε αυτές τις περιπτώσεις εμφανίζονται ανθεκτικά στελέχη του σταφυλόκοκκου στην πενικιλίνη (Bouza et al, 2007).

1.2.6 Πνευμονία από *Haemophilus influenzae*

Η συγκεκριμένη πνευμονία οφείλεται σε Gram αρνητικό βάκιλο και εμφανίζεται συχνά σε ασθενείς με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (Bergmans & Bonten, 2004).

1.2.7 Πνευμονίες από Gram αρνητικούς βάκιλους

Οι πνευμονίες από Gram αρνητικούς βάκιλους εμφανίζονται συνήθως σε ασθενείς που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο, ιδίως σε ασθενείς στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, εκτός από

μερικές περιπτώσεις, όπως σε υπερήλικες, αλκοολικούς ή ασθενείς με χρόνια νοσήματα. Οι πνευμονίες αυτές προκαλούνται από μικρόβια όπως τα Enterobacteriaceae, η Pseudomonas aeruginosa και το Acinetobacter (Bergmans & Bonten, 2004).

1.2.8 Άτυπες πνευμονίες

Οι άτυπες πνευμονίες εμφανίζονται συνήθως σε άτομα νεαρής ηλικίας και χαρακτηρίζονται από ήπια συμπτώματα. Πιο συγκεκριμένα, χαρακτηρίζονται από μη παραγωγικό βήχα, κεφαλαλγία, μυαλγίες, διάχυτα ακροαστικά ευρήματα, διάχυτη κατανομή των διηθήσεων στην απλή ακτινογραφία θώρακα, ήπια λευκοκυττάρωση, αρνητική για βακτήρια Gram χρώση στα πτύελα και πιθανή λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος. Προκαλούνται συνήθως από Mycoplasma και σπανιότερα από Legionella, Chlamydia και αναερόβια βακτήρια (Αποστολοπούλου, 2000).

1.3 Θεραπεία πνευμονίας

Η θεραπεία περιλαμβάνει τη χορήγηση της κατάλληλης αντιβίωσης ανάλογα με το μικρόβιο που έχει προκαλέσει την πνευμονία. Εάν δεν έχει απομονωθεί ένα συγκεκριμένο μικρόβιο, η αντιβίωση χορηγείται ανάλογα με τα ευρήματα που θα βρεθούν και που θα δείχνουν προς μια συγκεκριμένη ομάδα παθογόνων οργανισμών (Ανευλαβής, 2005).

Σε ορισμένες περιπτώσεις ασθενών με χρόνια προβλήματα ή ηλικιωμένων ή παιδιών, η διάγνωση της πνευμονίας πιθανόν να επιβάλει και την εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο.

Εκτός από την αντιβίωση, επιπρόσθετα θεραπευτικά μέτρα που μπορούν να βοηθήσουν είναι η ξεκούραση στο κρεβάτι, η ενυδάτωση και η παροχή οξυγόνου. Στην περίπτωση που υπάρχει ξηρός, κουραστικός και μη παραγωγικός βήχας, χορηγούνται φάρμακα που καταστέλλουν το βήχα έτσι ώστε να ανακουφιστεί ο ασθενής.

Η πρόληψη για ορισμένες μορφές της πνευμονίας μπορεί να γίνει με εμβόλιο εναντίον γνωστών μικροβίων που προκαλούν πνευμονίες. Για παράδειγμα το εμβόλιο εναντίον των συχνότερων τύπων του πνευμονιοκόκκου, μπορεί να προστατεύει από τις πνευμονίες που

προκαλεί αυτό το μικρόβιο. Το εμβόλιο εναντίον της γρίπης μειώνει τις βακτηριακές πνευμονίες που προκύπτουν λόγω επιπλοκών της γρίπης.

Τα εμβόλια αυτά χορηγούνται σε ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού όπως είναι τα άτομα της τρίτης ηλικίας, σε παιδιά, σε ανοσοκατεσταλμένους και σε άλλους ασθενείς με χρόνιες παθήσεις (Ανευλαβής, 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ (AIDS)

2.1 Ο ιός του AIDS

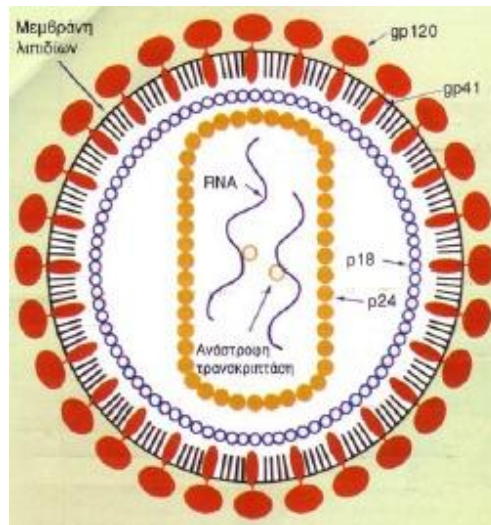
Το Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας προκαλείται από την προσβολή του οργανισμού από τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας HIV (Human Immunodeficiency Virus). Ο ιός HIV επιδρά στο ανοσοποιητικό σύστημα του ανθρώπου, προσβάλλοντας τα λευκά αιμοσφαίρια, τα οποία ρυθμίζουν την άμυνα του ανθρώπινου οργανισμού. Με αυτό τον τρόπο, το μολυσμένο άτομο είναι ευαίσθητο σε ποικίλες λοιμώξεις που συνήθως δεν προκαλούν σοβαρά προβλήματα σε υγιή άτομα (Goldman & Bennett, 2003).

Αν και υπήρχαν περιστατικά λοιμώξεων από το 1970, το AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) αναγνωρίστηκε από τις Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας ως νέα ανοσολογική οντότητα το 1981. Το AIDS επεκτάθηκε σε όλο τον κόσμο, με ιδιαίτερα αυξημένο αριθμό περιστατικών στην Κεντρική Αφρική, ενώ σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, ο ιός HIV έχει προκαλέσει το θάνατο περίπου 1.800.000 ανθρώπων (Bokazhanova & Rutherford, 2006).

Ο HIV ανήκει στους ρετροϊούς. Το γενετικό του υλικό είναι RNA και διαθέτει το ένζυμο αντίστροφη μεταγραφάση, με το οποίο μπορεί να συνθέσει DNA χρησιμοποιώντας ως μήτρα το RNA (Kwong, 2005).

Το γενετικό υλικό του HIV αποτελείται από 9 γονίδια, από τα οποία τρία κωδικοποιούν την παραγωγή συστατικών του ιού. Το γονίδιο gag κωδικοποιεί την παραγωγή των πρωτεϊνών του πυρήνα, το γονίδιο env κωδικοποιεί την παραγωγή των γλυκοπρωτεϊνών του περιβλήματος και το γονίδιο pol κωδικοποιεί την παραγωγή της ανάστροφης τρανσκριπτάσης (Kwong, 2005).

Εκτός από αυτά τα τρία γονίδια, ο ιός HIV αποτελείται από άλλα έξι γονίδια, τα οποία παράγουν πρωτεΐνες, οι οποίες ρυθμίζουν την έκφραση των παραπάνω γονιδίων ή σχετίζονται με τη λοιμογόνο δύναμη του ιού (Kwong, 2005).



Εικόνα 2: Η Δομή του HIV.

Ο ιός HIV προσβάλλει τα βοηθητικά T-λεμφοκύτταρα, τα κυτταροτοξικά T-λεμφοκύτταρα και τα νευρικά κύτταρα. Προσδένεται αρχικά στην επιφάνεια των κυττάρων αυτών μέσω ειδικών υποδοχέων και εισβάλλει έπειτα στο εσωτερικό τους. Εκεί αντιγράφεται, χρησιμοποιώντας τους μηχανισμούς αντιγραφής των κυττάρων και καθιστώντας τα ανίκανα να προστατέψουν τον ανθρώπινο οργανισμό (Goldman & Bennett, 2003).

Στα κριτήρια της διάγνωσης συμπεριλαμβάνονται:

- ✚ ο αριθμός των CD4+ βοηθητικών T λεμφοκυττάρων να είναι μικρότερος από 200 κύτταρα/mm³
- ✚ η λοίμωξη με έναν ευκαιρικά παθογόνο μικροοργανισμό ή/και
- ✚ η παρουσία μιας κακοήθειας που να σχετίζεται με το AIDS.

Έχουν αναγνωρισθεί δύο ανθρώπινοι ιοί ανοσοανεπάρκειας, ο HIV-1 και ο HIV-2, με τον δεύτερο να έχει περιορισθεί στην Δυτική Αφρική. Στην Αμερική οι πιο συνηθισμένες ευκαιριακές λοιμώξεις που προσβάλουν τους ασθενείς με AIDS είναι η πνευμονία από *Pneumocystis carinii*, *Mycobacterium avium intracellulare* (MAI), κυτταρομεγαλοϊό, *Toxoplasma gondii*, *Candida albicans*, *Cryptosporidium* και *Histoplasma capsulatum* (Goldman & Bennett, 2003).

Οι ασθενείς με AIDS επίσης προσβάλλονται από μη ευκαιριακές λοιμώξεις σε συχνότητα και λοιμογόνο δράση πολύ μεγαλύτερη από αυτή του γενικού πληθυσμού.

Εάν εντοπισθούν αντισώματα κατά του HIV, χρησιμοποιείται η ηλεκτροφόρηση σε γέλη (western blot) για επιβεβαίωση. Υπάρχουν πλέον δοκιμασίες για την ανίχνευση του HIV, οι οποίες μπορούν να δώσουν αποτελέσματα μέσα σε 20 λεπτά. Στην περίπτωση που οι δοκιμασίες αυτές είναι θετικές, επιβεβαιώνονται με τη μέθοδο ELISA ή με την western blot αποτύπωση (Gallo, 2006).

Η αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης (PCR) μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί για τον εντοπισμό του νουκλεϊνικού οξέος του HIV στο αίμα. Η μέτρηση του απόλυτου αριθμού των Τ βοηθητικών κυττάρων και του επιπέδου της λοιμογόνου δράσης του HIV είναι οι βασικές εξετάσεις που χρησιμοποιούνται για τον έλεγχο της πορείας της λοίμωξης και την αποτελεσματικότητα της χορηγούμενης αγωγής.

Η νόσος του AIDS αποτελεί ένα ιδιαίτερα σοβαρό πρόβλημα υγείας σε πολλά μέρη του κόσμου και θεωρείται πανδημία. Το 2010 περίπου 34 εκατομμύρια άνθρωποι είχαν HIV λοίμωξη παγκοσμίως, ενώ από αυτούς περίπου 16,8 εκατομμύρια είναι γυναίκες και 3,4 εκατομμύρια είναι κάτω από 15 ετών. Το αποτέλεσμα είναι περίπου 1,8 εκατομμύρια θάνατοι από AIDS το 2010, χαμηλότερα σε σχέση με τα 3,1 εκατομμύρια θανάτους του 2001. Από το 1981, που το AIDS αναγνωρίστηκε για πρώτη φορά, έως το 2009 προκάλεσε σχεδόν 30 εκατομμύρια θανάτους (Gallo, 2006).

2.2 Στάδια της λοίμωξης από τον ιό του HIV

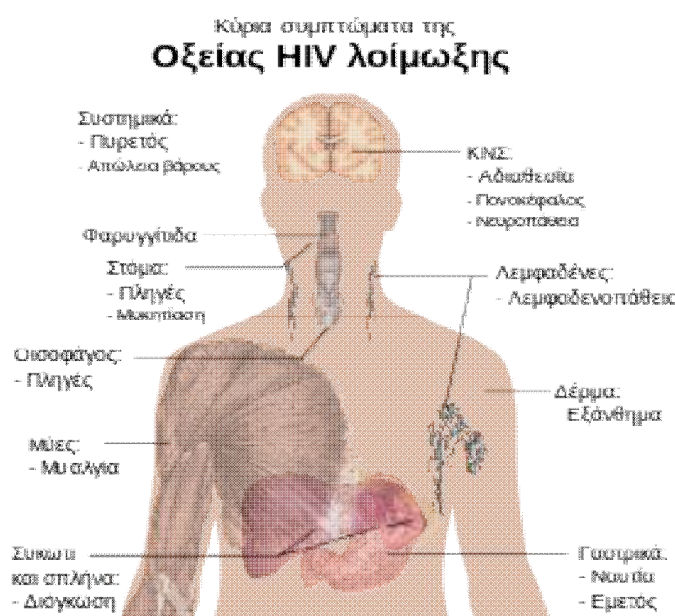
Υπάρχουν τρία κύρια στάδια της HIV λοίμωξης, η οξεία λοίμωξη, η κλινική λανθάνουσα περίοδος και το AIDS (Evian, 2006).

2.2.1 Η οξεία λοίμωξη

Η αρχική περίοδος μετά τη μόλυνση με HIV ονομάζεται οξεία HIV λοίμωξη ή πρόωμη HIV λοίμωξη ή οξύ ρετροϊκό σύνδρομο. Πολλά άτομα αναπτύσσουν ένα σύνδρομο παρόμοιο με γρίπη ή με λοιμώδη μονοπυρήνωση 2-4 εβδομάδες μετά την έκθεσή τους στον ιό, ενώ άλλα άτομα δεν έχουν κάποια αξιοσημείωτα συμπτώματα.

Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων παρουσιάζονται συμπτώματα που περιλαμβάνουν πυρετό, διογκωμένους και ευαίσθητους λεμφαδένες, φλεγμονή στο λαιμό, εξάνθημα στο δέρμα, πονοκέφαλο και έλκη στο στόμα και τα γεννητικά όργανα.

Το εξάνθημα εμφανίζεται στο 20-50% των περιπτώσεων με κηλίδες και βλατίδες, που είναι βλάβες του δέρματος συνήθως κόκκινης απόχρωσης και παρουσιάζεται στον κορμό. Μερικοί άνθρωποι αναπτύσσουν επίσης ευκαιριακές λοιμώξεις σε αυτό το στάδιο (Evian, 2006).



Εικόνα 3: Τα κύρια συμπτώματα της οξείας HIV λοίμωξης.

Άλλα συμπτώματα περιλαμβάνουν ναυτία, εμετό, διάρροια και νευρολογικά προβλήματα, όπως περιφερική νευροπάθεια και σύνδρομο Guillain-Barre. Η διάρκεια των συμπτωμάτων ποικίλλει, αλλά συνήθως είναι 1 με 2 εβδομάδες.

Λόγω της μη ειδικής φύσεως αυτών των συμπτωμάτων, συχνά δεν αναγνωρίζονται ως σημάδια μιας HIV λοίμωξης. Ακόμη κι αν το άτομο πάει στο γιατρό του ή σε νοσοκομείο θα γίνει διάγνωση ότι πρόκειται για κάποια από τις κοινές λοιμώξεις που παρουσιάζουν ίδια συμπτώματα. Για αυτό το λόγο συνιστάται να εξετάζεται και η HIV λοίμωξη σαν ενδεχόμενο σε όσους παρουσιάζουν ανεξήγητο πυρετό και έχουν παράγοντες κινδύνου για HIV λοίμωξη (Evian, 2006).

2.2.2 Κλινική λανθάνουσα περίοδος

Το επόμενο στάδιο της λοίμωξης είναι η λεγόμενη κλινική λανθάνουσα περίοδος ή ασυμπτωματική HIV λοίμωξη ή χρόνια HIV λοίμωξη. Χωρίς αντιρετροϊκή αγωγή το στάδιο αυτό διαρκεί κατά μέσο όρο 8 χρόνια, όμως μπορεί να κυμανθεί από 3 χρόνια έως και περισσότερα από 20.

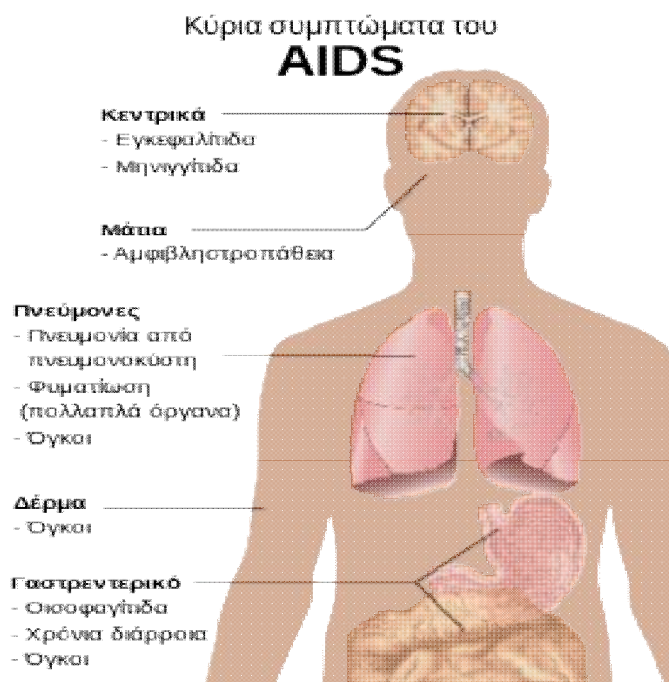
Συνήθως σε αυτό το στάδιο υπάρχουν ελάχιστα συμπτώματα ή και καθόλου, ενώ προς το τέλος του σταδίου οι ασθενείς εμφανίζουν αναπτύσσουν πυρετό, απώλεια βάρους, γαστρεντερικά συμπτώματα και πόνο στους μύες.

Ακόμη, ασθενείς σε ποσοστό 50-70% εμφανίζουν επίμονη γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια με διογκωμένους, αλλά χωρίς πόνο λεμφαδένες που εμφανίζονται σε δύο διαφορετικές περιοχές του σώματος και για περισσότερο από 3-6 μήνες, χωρίς να μπορεί να βρεθεί κάποια άλλη αιτία για την παρουσία τους (Evian, 2006).

2.2.3 AIDS

Ο ασθενής αναπτύσσει AIDS είτε όταν τα CD4 κύτταρά είναι σε αριθμό λιγότερο από 200/μL αίματος, είτε όταν εκδηλωθεί η παρουσία συγκεκριμένων νόσων που συσχετίζονται με την προχωρημένη HIV λοίμωξη.

Περίπου οι μισοί από τους ανθρώπους που έχουν μολυνθεί με HIV θα αναπτύξουν AIDS σε 10 χρόνια αν δεν λάβουν θεραπεία. Οι πιο κοινές αρχικές καταστάσεις που δηλώνουν την εμφάνιση του AIDS είναι η πνευμονία από πνευμονοκύστη (PCP) σε ποσοστό 40%, το σύνδρομο απίσχνασης από HIV και η οισοφαγική καντιντίαση (Evian, 2006).



Εικόνα 4: Κύρια συμπτώματα του AIDS.

Οι ευκαιριακές λοιμώξεις μπορεί να προκαλούνται από βακτηρίδια, ιούς, μύκητες και παράσιτα, που σε φυσιολογικές συνθήκες ελέγχονται από ένα υγιές ανοσοποιητικό σύστημα.

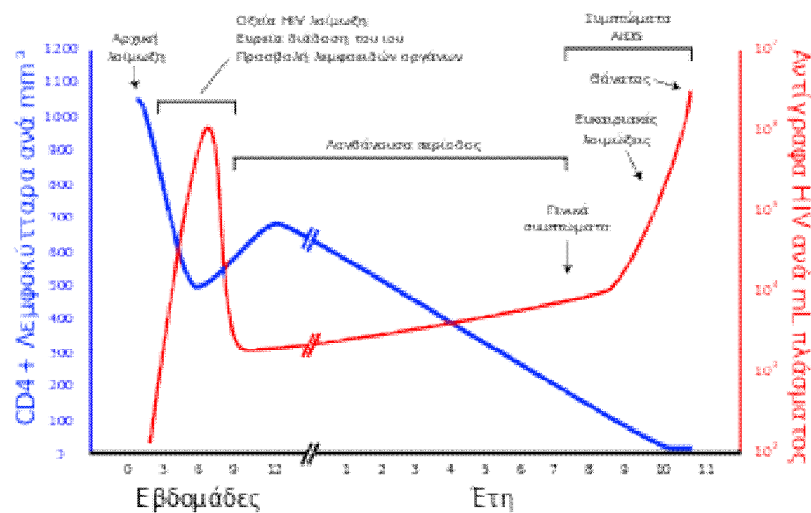
Τα άτομα με AIDS διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν διάφορους καρκίνους που προκαλούνται από ιούς, όπως το σάρκωμα Kaposi, το λέμφωμα Burkitt, το πρωτοπαθές λέμφωμα εγκεφάλου και ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας.

Το σάρκωμα Kaposi είναι ο πιο κοινός καρκίνος και εμφανίζεται στο 10-20% των ανθρώπων με HIV λοίμωξη. Ο δεύτερος πιο κοινός καρκίνος είναι το λέμφωμα και ευθύνεται σχεδόν για το 16% των θανάτων στα άτομα που αναπτύσσουν AIDS, ενώ αποτελεί το πρώτο εμφανιζόμενο σημείο AIDS στο 3-4% των περιπτώσεων αυτών (Evian, 2006).

2.3 Παθοφυσιολογία του ιού HIV

Όταν ο ιός εισέλθει στο σώμα υπάρχει μια περίοδος ταχείας αντιγραφής του που οδηγεί σε αφθονία του ιού στο περιφερικό αίμα. Κατά την πρωτολοίμωξη τα επίπεδα του ιού μπορεί να φτάσουν σε αρκετά εκατομμύρια ιικά σωματίδια ανά μικρολίτρο αίματος, σε επίπεδα υψηλότερα και από αυτά που υπάρχουν στο τελικό στάδιο της νόσου (Kallings, 2008).

Κατά την περίοδο αυτή της αντιγραφής του ιού σημειώνεται μια σημαντική πτώση του αριθμού των CD4 T κυττάρων, η οποία έχει σχέση με την ενεργοποίηση των CD8 T κυττάρων, τα οποία σκοτώνουν τα μολυσμένα με HIV κύτταρα, και την παραγωγή αντισωμάτων. Σε αυτό το στάδιο ο ασθενής χαρακτηρίζεται HIV οροθετικός.



Εικόνα 5: Οι κύριες φάσεις της HIV λοίμωξης, σε σχέση με το ιικό φορτίο, τον αριθμό των CD4+ λεμφοκυττάρων και το χρόνο από την έναρξη της λοίμωξης.

Ο ιός HIV προκαλεί AIDS εξαλείφοντας τα CD4 T βοηθητικά λεμφοκύτταρα και εξασθενώντας το ανοσοποιητικό σύστημα του ασθενούς. Τα T κύτταρα είναι υπεύθυνα για την άμυνα του οργανισμού ενάντια στις λοιμώξεις και στα καρκινικά κύτταρα (Kallings, 2008).

Κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης η κυτταρική λύση και η καταστροφή των μολυσμένων κυττάρων από κυτταροτοξικά T κύτταρα εξηγούν την εξάλειψη των T4 κυττάρων, ενώ ο μειωμένος αριθμός τους στη χρόνια φάση εξηγείται από τη σταδιακή απώλεια της ικανότητας του ανοσοποιητικού συστήματος να παράγει καινούργια T κύτταρα.

Τέλος, η συνεχής αντιγραφή του ιού HIV έχει ως αποτέλεσμα μια κατάσταση γενικευμένης ανοσολογικής ενεργοποίησης που επιμένει κατά τη διάρκεια της χρόνιας φάσης. Η ανοσολογική αυτή ενεργοποίηση είναι το αποτέλεσμα της δραστηριότητας αρκετών προϊόντων

του HIV γονιδιώματος και της ανοσολογικής αντίδρασης στη συνεχιζόμενη αντιγραφή του HIV (Kallings, 2008).

2.4 Στάδια λοίμωξης από τον ιό HIV

Σύμφωνα με την ταξινόμηση του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων των Ηνωμένων Πολιτειών η λοίμωξη κατατάσσεται στα εξής στάδια:

- ✚ **Στάδιο 1:** αριθμός CD4 > 500/μl και μη ύπαρξη καταστάσεων που ορίζουν το AIDS.
- ✚ **Στάδιο 2:** αριθμός CD4 200-500/μl και μη ύπαρξη καταστάσεων που ορίζουν το AIDS.
- ✚ **Στάδιο 3:** αριθμός CD4 <200/μl και παρουσία καταστάσεων που ορίζουν το AIDS.
- ✚ **Άγνωστο στάδιο:** όταν δεν υπάρχει επαρκής πληροφόρηση για την κατάταξη σε κάποιο από τα παραπάνω στάδια (Huang, 2011).

2.5 Επιδημιολογικά στοιχεία

Σύμφωνα με τα επιδημιολογικά στοιχεία μέχρι το 2007 είχαν δηλωθεί 8.584 περιστατικά οροθετικών ατόμων στην Ελλάδα. Πιο αναλυτικά, από τους 8.584 ασθενείς με HIV, οι 6.876 ήταν άνδρες σε ποσοστό 80,1%, οι γυναίκες ήταν 1.660 (19,3%), ενώ για ένα μικρό ποσοστό το φύλο δεν έχει καταγραφεί. Όσον αφορά τον τρόπο μετάδοσης του ιού, 46,1% άνδρες μολύνθηκαν με τη σεξουαλική επαφή με άλλους άνδρες, ενώ το 23% μολύνθηκαν με ετεροφυλοφιλική σεξουαλική επαφή (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., 2007).

Οι ηλικίες των ασθενών με HIV κυμαίνονται για τους άνδρες μεταξύ 30 και 34 ετών σε ποσοστό 20,1%, ενώ για τις γυναίκες μεταξύ 25 με 29 ετών σε ποσοστό 21,4%. Ο συνολικός αριθμός των ασθενών με AIDS που δηλώθηκαν στην Ελλάδα το 2007 είναι 2.829, από τους οποίους ένα ποσοστό της τάξης 84,6% είναι άντρες, ενώ ένα ποσοστό 15,4 % είναι γυναίκες (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., 2007).

Το 2011 δηλώθηκαν 954 νέα περιστατικά οροθετικών ατόμων στην Ελλάδα. Πιο αναλυτικά, 820 (86%) ήταν άνδρες και 134 (14%) γυναίκες. Από τις περιπτώσεις που δηλώθηκαν για πρώτη φορά ως HIV+ το 2011, 62 (6,5%) άτομα είχαν ήδη εμφανίσει ή ανέπτυξαν κλινικά AIDS εντός του συγκεκριμένου έτους (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., 2011).

Το 35,6% των ασθενών ήταν άνδρες που είχαν σεξουαλικές επαφές με άλλους άνδρες, το 25,3% ήταν Χρήστες Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών (ΧΕΝ), σε ένα ποσοστό 23,1% δεν προσδιορίστηκε ο τρόπος μετάδοσης του ιού και σημειώθηκαν και 4 περιπτώσεις κάθετης μετάδοσης του HIV.

Η πλειοψηφία των ασθενών είναι ηλικίας 25-44 ετών. Τα περισσότερα περιστατικά, τόσο στους άνδρες (23,3%) όσο και στις γυναίκες (26,1%), ήταν ηλικίας 30-34 ετών κατά τη δήλωση τους (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., 2011).

Δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα*, κατά φύλο στην Ελλάδα, από 1/1/2011 έως 31/12/2011				
HIV infections* reported in Greece by gender from 1/1/2011 to 31/12/2011				
Φύλο	HIV	AIDS	Σύνολο - Total	
	N	N	N	%
Άνδρες	771	49	820	(86,0)
Γυναίκες	121	13	134	(14,0)
Σύνολο	892	62	954	100,0

* Συμπεριλαμβανομένων των περιστατικών που όταν πρωτοδηλώθηκαν είχαν ήδη αναπτύξει AIDS

* Including cases presenting AIDS when first reported as HIV positive

Εικόνα 6: Δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα στην Ελλάδα.

Κατηγορία μετάδοσης	Άνδρες Males		Γυναίκες Females		Σύνολο Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Ομο/αμφιφυλόφιλοι άνδρες	340	(41,5)	0	-	340	(35,6)
Χρήστες Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών	198	(24,1)	43	(32,1)	241	(25,3)
Πολυμεταγγιζόμενοι/ες με παράγωγα αίματος	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)
Μεταγγισθέντες/είσες	0	(0,0)	1	(0,7)	1	(0,1)
Ετεροφυλόφιλοι/ες	85	(10,3)	63	(47,1)	148	(15,5)
Κάθετη μετάδοση	3	(0,4)	1	(0,7)	4	(0,4)
Ακαθόριστοι/ες	194	(23,7)	26	(19,4)	220	(23,1)
Σύνολο	820	100	134	100	954	100

* Συμπεριλαμβανομένων των περιστατικών που όταν πρωτοδηλώθηκαν είχαν ήδη αναπτύξει AIDS

* Including cases presenting AIDS when first reported as HIV positive

Εικόνα 7: Δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα, κατά κατηγορία μετάδοσης και κατά φύλο στην Ελλάδα, από 1/1/2011 έως 31/12/2011.*

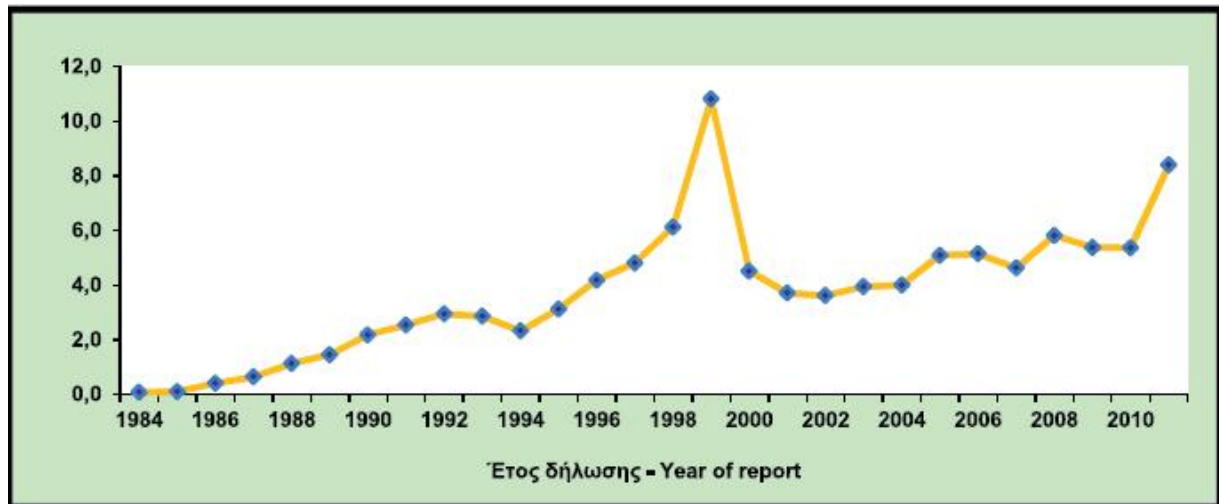
Ηλικιακή ομάδα Age group	Άνδρες Males		Γυναίκες Females		Σύνολο Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
0 - 12 ετών - years old	3	(0,4)	1	(0,7)	4	(0,4)
13 - 24 ετών - years old	82	(10,0)	20	(14,9)	102	(10,7)
25 - 29 ετών - years old	156	(19,0)	23	(17,2)	179	(18,8)
30 - 34 ετών - years old	191	(23,3)	35	(26,1)	226	(23,7)
35 - 39 ετών - years old	132	(16,1)	18	(13,4)	150	(15,7)
40 - 44 ετών - years old	101	(12,3)	10	(7,5)	111	(11,6)
45 - 49 ετών - years old	69	(8,4)	12	(9,0)	81	(8,5)
50 - 54 ετών - years old	35	(4,3)	5	(3,7)	40	(4,2)
55 + ετών - years old	49	(6,0)	10	(7,5)	59	(6,2)
Άγνωστη - Unknown	2	(0,2)	0	(0,0)	2	(0,2)
Σύνολο - Total	820	(100,0)	134	(100,0)	954	(100,0)

* Συμπεριλαμβανομένων των περιστατικών που όταν πρωτοδηλώθηκαν είχαν ήδη αναπτύξει AIDS

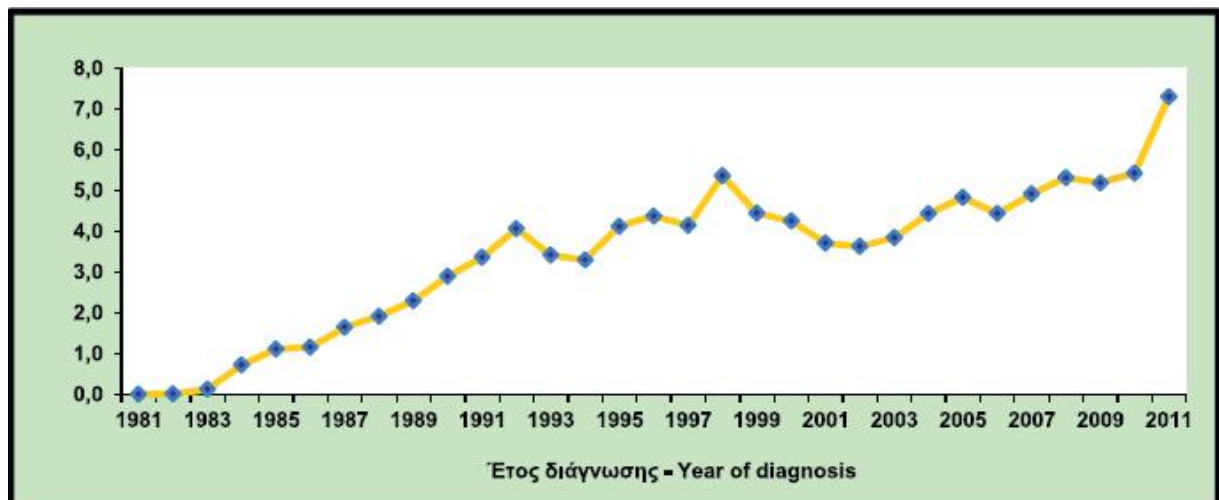
* Including cases presenting AIDS when first reported as HIV positive

Εικόνα 8: Δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα, κατά ηλικιακή ομάδα κατά τη δήλωση και κατά φύλο στην Ελλάδα, από 1/1/2011 έως 31/12/2011.*

Η επιδημία του HIV στην Ελλάδα την πρώτη δεκαετία του 21^{ου} αιώνα παρουσιάζει αυξητική τάση. Το 2011, παρατηρείται μία εξαιρετικά σημαντική μεταβολή, καθώς ο αριθμός των HIV περιστατικών που δηλώθηκαν έφτασε τα 954 άτομα, που σε σύγκριση με το 2010, η αύξηση ξεπέρασε συνολικά το 57% (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., 2011).



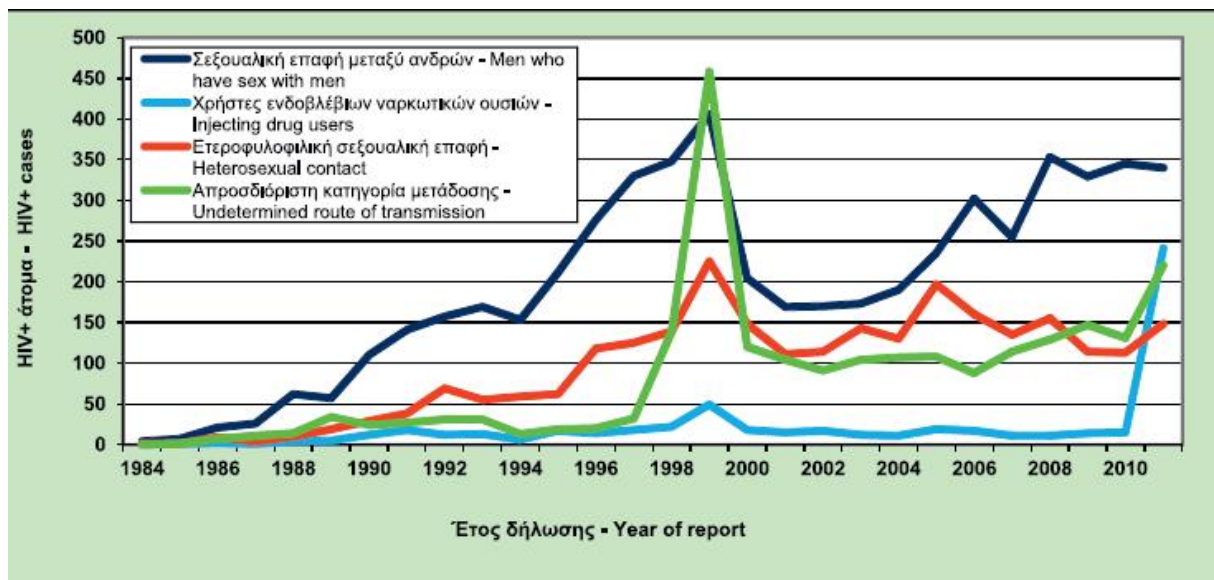
Εικόνα 9: Δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα στην Ελλάδα ανά 100.000 πληθυσμού (μέχρι 31/12/2011).



Εικόνα 10: Νέες διαγνώσεις HIV λοίμωξης ανά 100.000 πληθυσμού στην Ελλάδα (μέχρι 31/12/2011).

Όσον αφορά στις περιπτώσεις AIDS, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι το 1993 επεκτάθηκαν τα κριτήρια για τη διάγνωση των περιπτώσεων AIDS γεγονός που εξηγεί την

αύξηση που παρατηρείται αυτά τα χρόνια. Από το 1996 και μετά εισήχθησαν νέες θεραπείες που καθυστερούν σημαντικά την ασθένεια του AIDS, γεγονός που εξηγεί τη μείωση που παρατηρούμε στα μετέπειτα χρόνια.



Εικόνα 11: Συνολικά δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα στην Ελλάδα κατά κατηγορία μετάδοσης και έτος δήλωσης (μέχρι 31/12/2011).

2.6 Τρόποι μετάδοσης

Ο ιός του AIDS μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή με κάποιο HIV οροθετικό άτομο χωρίς τη χρήση προφυλακτικού. Καθώς ο ιός HIV ανιχνεύεται στο αίμα, τα σπερματικά υγρά, τα σπερματικά και τα κολπικά υγρά, μπορεί να εισέλθει στο σώμα μέσω πληγών του κόλπου, του πρωκτού, των ματιών και του στόματος. Το χρονικό διάστημα από την οροθετικοποίηση μέχρι τη διάγνωση του AIDS υπολογίζεται σε 43 μήνες. Επομένως, ο κίνδυνος εξάπλωσης της νόσου αυξάνεται αφού τα μολυσμένα άτομα δεν εμφανίζουν συμπτώματα, με αποτέλεσμα να μολύνουν μεγάλο αριθμό ατόμων που έρχεται σε σεξουαλική επαφή μαζί τους (Dewit, 2009).

Ένας άλλος τρόπος μετάδοσης του AIDS είναι η παρεντερική μετάδοση με μετάγγιση μολυσμένου αίματος, με χρήση ναρκωτικών ενδοφλεβίως με την χρήση της ίδιας βελόνας, με μεταμόσχευση μολυσμένων οργάνων και ιστών και δωρεάς μολυσμένου αίματος και την κοινή

χρήση αντικειμένων στα οποία υπάρχουν υπολείμματα μολυσμένου αίματος, όπως για παράδειγμα ξυραφάκια (Dewit, 2009).

Επίσης, άλλος ένας τρόπος είναι η περιγεννητική μετάδοση του ιού από την HIV οροθετική μητέρα στο παιδί κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού ή του θηλασμού. Η πιθανότητα προσβολής του νεογνού από μητέρα φορέα υπολογίζεται στο 50% περίπου, ενώ το νεογνό δεν προσβάλλεται όταν η μητέρα μολυνθεί μετά τον τοκετό.

Τέλος, θα πρέπει να σημειώσουμε ότι η νόσος δεν μεταδίδεται με την κοινωνική επαφή, ούτε υπάρχουν στοιχεία ότι ο ιός μεταδίδεται με την τροφή ή με τα έντομα (Dewit, 2009).

Πιο συγκεκριμένα, ο ιός HIV δεν μεταδίδεται:

- ✚ Από τη χειραψία, το αγκάλιασμα, το απλό φιλί, τη συνάθροιση ατόμων
- ✚ Από την συγκατοίκηση με κάποιο οροθετικό άτομο, την κοινή χρήση ρούχων, σκεπασμάτων, πιάτων, ποτηριών και μαχαιροπήρουνων, τηλεφώνων
- ✚ Από την τουαλέτα, το μπάνιο ή το ντους
- ✚ Από τον ιδρώτα ή τα δάκρυα
- ✚ Από πισίνες ή τη θάλασσα
- ✚ Από κουνούπια ή άλλα έντομα
- ✚ Δεν υπάρχει κίνδυνος μετάδοσης από έκθεση σε κόπρανα, ρινικές εκκρίσεις, φλέματα, σάλιο ή εμετό από ένα μολυσμένο άτομο, εκτός εάν αυτά τα υλικά περιέχουν αίμα (Dewit, 2009).

2.7 Συμπτώματα και κλινικές εκδηλώσεις

Το χρονικό διάστημα από τη μόλυνση του ατόμου από τον ιό του AIDS μέχρι και την εκδήλωση συμπτωμάτων κυμαίνεται από μερικούς μήνες μέχρι και πάνω από 6 χρόνια. Οι κλινικές εκδηλώσεις του ιού περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων τα οποία δεν εμφανίζονται πάντα σε όλους τους ασθενείς.

Σύμφωνα με την ταξινόμηση του CDC, οι κλινικές εκδηλώσεις του ιού του HIV διακρίνονται στις εξής κατηγορίες:

- ✚ Αρχική λοίμωξη ακολουθούμενη από οροθετικοποίηση
- ✚ Κατάσταση ασυμπτωματικού φορέα

- ✚ Γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια
- ✚ Εκδηλώσεις AIDS και σύνδρομα σχετιζόμενα με τον ιό (Dewit, 2009).

Οι ευκαιριακές λοιμώξεις που συνοδεύουν το AIDS προκαλούν καταβολή, πυρετό, ρίγη, εφίδρωση, δύσπνοια, εξελκώσεις του στόματος, δυσκολίες στην κατάποση, πνευμονία, διάρροια, δερματικά εξανθήματα, ανορεξία, απώλεια βάρους, σύγχυση, άνοια, συμπτώματα παρόμοια με αυτά του εγκεφαλικού και πολλές άλλες ασθένειες (Dewit, 2009).

2.7.1 Αρχική λοίμωξη ακολουθούμενη από οροθετικοποίηση

Σε αυτή την κατηγορία κατατάσσονται οι ασθενείς που εμφανίζουν συμπτώματα αμέσως μετά τη λοίμωξη από τον HIV, η οποία διαπιστώνεται με εργαστηριακές εξετάσεις. Έπειτα από τη μόλυνση ένας αριθμός ασθενών εμφανίζουν οξεία λοίμωξη με κλινικές εκδηλώσεις που περιλαμβάνουν σύνδρομο παρόμοιο με τη λοιμώδη μονοπυρήνωση, ακολουθούμενο από πυρετό, μυαλγίες, αρθραλγίες, ληθαργική κατάσταση, κεφαλαλγία, διάρροια ή οξύ νευρολογικό σύνδρομο, ακολουθούμενο από σπασμούς και κινητικές διαταραχές (Dewit, 2009).

2.7.2 Κατάσταση ασυμπτωματικού φορέα

Στην κατηγορία αυτή οι ασθενείς δεν εμφανίζουν κλινικές εκδηλώσεις από τη λοίμωξη, καθώς αναπτύσσουν αντισώματα και είναι υγιείς. Η λοίμωξη σε αυτά τα άτομα ανακαλύπτεται τις περισσότερες φορές κατά τη διάρκεια ελέγχου στην αιμοδοσία (Dewit, 2009).

2.7.3 Γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια

Εδώ κατατάσσονται οι ασθενείς οι οποίοι εμφανίζουν διογκωμένους λεμφαδένες σε διάμετρο μεγαλύτερη από 1cm σε δύο ή περισσότερα σημεία του σώματός τους. Η λεμφαδενοπάθεια επιμένει για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 3 μηνών, χωρίς να μπορεί να αποδοθεί σε άλλη λοίμωξη, ενώ συνήθως μέσα σε διάστημα δύο ετών εκδηλώνεται και η ασθένεια του AIDS (Dewit, 2009).

2.7.4 AIDS και σύνδρομα σχετιζόμενα με τον ιό HIV

Εδώ κατατάσσονται ασθενείς που παρουσιάζουν διάφορες κλινικές εκδηλώσεις. Οι ασθενείς μπορεί να παρουσιάζουν πληθώρα κλινικών εκδηλώσεων που περιλαμβάνουν, κύριες εκδηλώσεις (πυρετό, απώλεια βάρους, διάρροια), νευρολογικές εκδηλώσεις (περιφερική νευρίτιδα, μυελοπάθεια, διανοητικές διαταραχές) και δευτερεύουσες εκδηλώσεις (τοξοπλάσωση, πνευμονία, φυματίωση, χρόνια λοίμωξη, έρπητα απλό, σάρκωμα Kaposi, πρωτοπαθείς λέμφωμα εγκεφάλου) (Dewit, 2009).

2.8 Θεραπευτική αντιμετώπιση

Το AIDS είναι μια ανίατη ασθένεια, η οποία όμως μπορεί να αντιμετωπιστεί μέχρι ενός σημείου, καθώς με την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή επιμηκύνεται η διάρκεια ζωής των μολυσμένων ατόμων (Carr & Amin, 2009).

Συνήθως η θεραπευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει το συνδυασμό φαρμάκων έτσι ώστε να αντιμετωπιστεί όσον το δυνατόν καλύτερα και το πρόβλημα ανθεκτικότητας που εμφανίζει ο ιός στα χορηγούμενα φάρμακα.

Από το 1987 χορηγείται AZT στους ασθενείς με AIDS, το οποίο θεωρείται φάρμακο πρώτης επιλογής για τη συγκεκριμένη ασθένεια. Άλλα φάρμακα είναι το ddI και το ddC, τα οποία αναστέλλουν τον πολλαπλασιασμό του ιού και έχουν παρόμοιο μηχανισμό δράσης με το φάρμακο AZT (Deeks, 2003).

Εκτός από τα παραπάνω φάρμακα υπάρχουν και τα μόρια NNRTI (Non Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors), στα οποία ανήκουν και τα TIBO τα οποία είναι αποτελεσματικά κατά του HIV-1 (Deeks, 2003).

Ο συνδυασμός κοκτέιλ φαρμάκων είναι πιθανόν να μειώσει το ιικό φορτίο σε επίπεδα που δεν είναι καν ανιχνεύσιμα και να επαναφέρει σε κάποιο βαθμό την λειτουργία του ανοσοποιητικού στους ασθενείς με AIDS (Carr & Amin, 2009).

Στα πλαίσια της αντιμετώπισης των ασθενών με AIDS, θα πρέπει να προλαμβάνονται ή να αντιμετωπίζονται οι ευκαιριακές λοιμώξεις του AIDS. Για τη θεραπεία αυτών χρησιμοποιούνται φάρμακα όπως η τριμεθρίμη/σουλφομεθοξαζόλη, κ.ά, ενώ για την αντιμετώπιση των κακοηθειών που σχετίζονται με τον AIDS, χρησιμοποιείται ιντερφερόνη-α για

το σάρκωμα Kaposi και συνδυασμός χημειοθεραπευτικών φαρμάκων για το μη Hodgkin λέμφωμα (Carr & Amin, 2009).

2.9 Περίθαλψη ασθενούς με AIDS

Η έκθεση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού στα υγρά του ασθενούς με AIDS είναι συχνή, αλλά η μετάδοση του ιού στο προσωπικό είναι σπάνια. Ο κίνδυνος λοίμωξης από τον ιό HIV μετά από τρύπημα από μια μολυσμένη βελόνα είναι 0,3%, ενώ ο κίνδυνος οροθετικότητας μετά από επαφή των βλεννογόνων με μολυσμένο αίμα είναι 0,09% (Παϊκοπούλου & Γέραλη, 2009).

Είναι απαραίτητο οι νοσηλευτές να συμμετέχουν στην εκπαίδευση των ασθενών σχετικά με την πρόληψη της μετάδοσης του ιού HIV. Οι ασθενείς που πάσχουν από AIDS θα πρέπει να ενθαρρύνονται να ακολουθούν την φαρμακευτική αγωγή που τους χορηγείται, αν και σε πολλές περιπτώσεις για να αντιμετωπιστούν οι ευκαιριακές λοιμώξεις και τα συμπτώματα του AIDS, ο ασθενής μπορεί να είναι αναγκασμένος να λαμβάνει μέχρι και 40 φαρμακευτικά δισκία ημερησίως.

Οι νοσηλευτές θα πρέπει να ελέγχουν για τυχόν εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών και αλληλεπίδρασης μεταξύ των φαρμάκων και να ενθαρρύνουν τους ασθενείς να αναφέρουν τις ανησυχίες τους προκειμένου να αποφευχθεί η παράλειψη κάποιων δόσεων, η αλλαγή σε ακατάλληλες εναλλακτικές θεραπείες ή εγκατάλειψης της θεραπείας (Παϊκοπούλου & Γέραλη, 2009).

2.10 Πρόληψη

Για να προληφθεί η μετάδοση του AIDS ένα από τα σημαντικότερα μέτρα είναι η σωστή ενημέρωση του κοινού για τους τρόπους μετάδοσής του. Η λοίμωξη μεταδίδεται με άμεση επαφή με το αίμα ή τις σωματικές εκκρίσεις των πασχόντων. Στις περισσότερες περιπτώσεις μεταδίδεται σεξουαλικά, με έγχυση ή μετάγγιση παραγώγων του αίματος ή από τη μητέρα στο παιδί.

Η λοίμωξη με HIV που οφείλεται σε μετάγγιση αίματος είναι πλέον εξαιρετικά σπάνια, εξαιτίας του προσεκτικού ελέγχου του αποθέματος αίματος. Σε όλες τις έγκυες γυναίκες θα πρέπει να δίνεται η συμβουλή να ελέγχονται για την παρουσία αντισωμάτων HIV λόγω του ότι η χρήση αντικής θεραπείας αμέσως μετά την εγκυμοσύνη μειώνει την επίπτωση της λοίμωξης από HIV στα παιδιά σε ποσοστό μικρότερο από το 2%.

Τα άτομα που δεν λαμβάνουν προφυλάξεις κατά την σεξουαλική επαφή και τα άτομα που κάνουν χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών με μολυσμένες σύριγγες βρίσκονται στις ομάδες αυξημένου κινδύνου προσβολής από την νόσο.

Επομένως, η ενημέρωση θα πρέπει να ξεκινά από μικρή ηλικία ώστε να ενημερώνονται τα παιδιά για τους κινδύνους που ενέχει η σεξουαλική επαφή χωρίς προφύλαξη μέσω μαθημάτων σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στα σχολεία.

Ακόμη, είναι απαραίτητη η σωστή ενημέρωση και εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού για τον τρόπο που θα πρέπει να αντιμετωπίζονται τα οροθετικά άτομα, καθώς και τις προφυλάξεις που θα πρέπει να λαμβάνουν για να μην μολυνθούν από τον ιό του AIDS στον επαγγελματικό χώρο.

Στη σωστή ενημέρωση του κοινού και την αποφυγή της εμφάνισης επιδημίας διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης. Μέσω ειδικά σχεδιασμένων εκπομπών θα μπορούσαν να ενημερώνουν το κοινό για τους τρόπους μετάδοσης του ιού και να παρουσιάζουν τις επιπτώσεις της ασθένειας, αποφεύγοντας να σπείρουν τον πανικό και τον κοινωνικό αποκλεισμό των οροθετικών ατόμων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ AIDS ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΑΠΟ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ

3.1 Εισαγωγή

Η εμφάνιση πνευμονίας είναι πολύ συχνή σε ασθενείς με AIDS και ιδιαίτερα απειλητική για τη ζωή του ασθενούς, καθώς εμφανίζει άτυπη κλινική εικόνα. Το αίτιο της πνευμονίας μπορεί να περιλαμβάνει πλήθος παθογόνων μικροοργανισμών, όπως η *Pneumocystis jiroveci*, το *Toxoplasma sp.*, ο κυτταρομεγαλοϊός, ο ιός του έρπητα, μύκητες όπως ο *Aspergillus* και μυκοβακτηρίδια, ενώ για την απομόνωση και την αντιμετώπισή τους απαιτούνται διαφορετικές διαγνωστικές τεχνικές και πλήθος αντιμικροβιακών φαρμάκων (Ανευλαβής, 2005).

Πολλά παθογόνα μικρόβια προσβάλλουν ευκολότερα τον πνεύμονα όταν συνυπάρχει δυσλειτουργία του ανοσιακού συστήματος, ενώ πολύ περισσότερα αποικίζουν τον πνεύμονα σε κάποιες συγκεκριμένες περιπτώσεις καταστολής του ανοσιακού συστήματος.

Οι ασθενείς που πάσχουν από AIDS παρουσιάζουν συχνά προσβολή του αναπνευστικού συστήματος από λοιμώδη και μη αίτια και οι επιπλοκές που προκαλούν έχουν συχνά ως αποτέλεσμα το θάνατο των ασθενών αυτών.

Θα πρέπει να αναφέρουμε, όμως, ότι η διάγνωση των επιπλοκών αυτών δεν είναι εύκολη, καθώς υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός επιπλοκών που απαιτούν ειδικές μεθόδους διάγνωσης και είναι συχνό φαινόμενο ο πνεύμονας να προσβάλλεται από περισσότερα από ένα παθογόνα αίτια (Ανευλαβής, 2005).

Τα παθογόνα αίτια των λοιμωδών επιπλοκών του AIDS αναφέρονται στην παρακάτω εικόνα (Εικόνα 9).

<i>Pneumocystis carinii</i> *
Βακτηριακές λοιμώξεις*
H. influenzae
S. pneumoniae
Staphylococcus aureus
Μυκοβακτήρια*
Φυματίωσης
Άτυπα (M. avium)
Πρωτόζωα
Cryptosporidiosis
Toxoplasmosis
Παράσιτα
Strongyloides stercoralis
Μύκητες
Cryptococcus neoformans*
Histoplasmosis
Ιοί
Cytomegalovirus
Herpes Simplex

* Οι πιο συχνές λοιμώξεις

Εικόνα 12: Η αιτιολογία των πνευμονικών λοιμώξεων σε AIDS.

Συνολικά, θα πρέπει να αναφέρουμε ότι εξαιτίας της επιβαρημένης κατάστασης της υγείας των ανοσοκατασταλμένων ασθενών, η εκδήλωση πνευμονίας μπορεί να αποβεί μοιραία, γεγονός που τονίζει την αναγκαιότητα άμεσης επέμβασης για την χορήγηση της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής.

3.2 Κλινική εικόνα

Τα συμπτώματα της πνευμονίας σε ασθενείς με AIDS είναι παρόμοια με τα συμπτώματα που παρατηρούνται σε πνευμονίες της κοινότητας ή σε ενδονοσοκομειακές πνευμονίες. Υπάρχουν όμως περιπτώσεις όπου μπορεί να απουσιάζει ο πυρετός ή ακόμη και τα συνηθισμένα ευρήματα από τη φυσική εξέταση του αναπνευστικού συστήματος. Πιο συγκεκριμένα, μη ειδικά συμπτώματα πνευμονίας σε ασθενείς με AIDS μπορεί να είναι η εμφάνιση πυρετού, δύσπνοιας, βήχα, πλευριτικού άλγους και κοιλιακού άλγους (Ανευλαβής, 2005).

Επίσης, τα σημεία από τη φυσική εξέταση του αναπνευστικού συστήματος είναι μη ειδικά ή μπορεί και να απουσιάζουν. Στην εξέταση του ασθενούς αναζητάται η ύπαρξη

ταχύπνοιας, ταχυκαρδίας ή βραδυκαρδίας, ελάττωση αναπνευστικού ψιθυρίσματος και αμβλύτητα κατά την επίκρουση (Ανευλαβής, 2005).

3.3 Διάγνωση πνευμονίας

Η διάγνωση της πνευμονίας σε ασθενείς με AIDS γίνεται με εργαστηριακές εξετάσεις, ακτινογραφία θώρακα, αξονική τομογραφία, με εκτίμηση της οξυγόνωσης, με βρογχοσκόπηση για λήψη αξιόπιστων δειγμάτων προς εξέταση και με καλλιέργεια αίματος.

Πιο συγκεκριμένα, οι εργαστηριακές εξετάσεις περιλαμβάνουν τη μέτρηση των λευκών αιμοσφαιρίων, τη CRP και την προκαλσιτονίνη, τη LDH, την εξέταση των πτυέλων, την καλλιέργεια αίματος και την εξέταση ούρων για *Legionella pneumophila* και *Streptococcus pneumoniae* (Shorr et al, 2004).

Όσον αφορά τη διάγνωση με ακτινογραφία θώρακα η ακτινογραφία μπορεί να είναι φυσιολογική στο 50% ασθενών με AIDS και φυματίωση, γεγονός που καθιστά τα αποτελέσματα της διάγνωσης σχετικά. Αντίθετα, η αξονική τομογραφία θώρακα αποκαλύπτει πολλές φορές πνευμονικές διηθήσεις οι οποίες δεν φαίνονται στην απλή ακτινογραφία και συμβάλλει σημαντικά στη διάγνωση της πνευμονίας σε αυτή την κατηγορία ασθενών. Έτσι σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς με υποψία ανάπτυξης πνευμονίας και αρνητική ακτινογραφία θώρακα, επιβάλλεται η αξονική τομογραφία η οποία μπορεί να αποκαλύψει πνευμονικές βλάβες με τη μορφή διηθήσεων ή πυκνώσεων σε λοβό ή λοβούς των πνευμόνων (Rano et al, 2005).

Ακόμη, στη διάγνωση της πνευμονίας σε αυτούς τους ασθενείς βοηθά σημαντικά και η λήψη βρογχοκυψελιδικού εκπλύματος. Η κατάλληλη επεξεργασία του BAL με Gram χρώση, καλλιέργεια και η βιοχημική και ιστοχημική εξέταση πιθανόν να αναδείξουν το παθογόνο αίτιο της πνευμονίας (Joos et al, 2007).

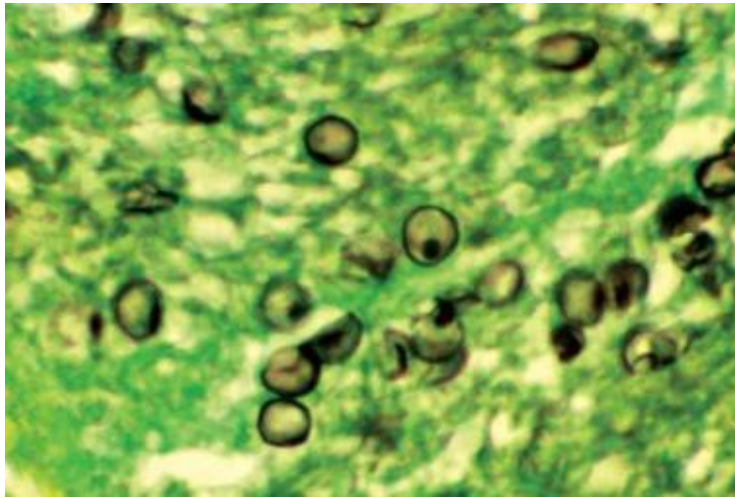
Στην περίπτωση που η ακτινογραφία θώρακα παρουσιάζει διηθήσεις, η διάγνωση πραγματοποιείται με εξέταση των πτυέλων και καλλιέργεια αίματος. Θα πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στην πνευμονία από *Pneumocystis jiroveci*, καθώς στις περιπτώσεις αυτές παρουσιάζεται σοβαρή υποξυαιμία χωρίς να υπάρχουν παθολογικά ευρήματα στην ακτινογραφία του ασθενούς (Rano et al, 2005).



*Εικόνα 13: Ακτινογραφία θώρακα ασθενούς με πνευμονία από *Pneumocystis jirovecii*.*



*Εικόνα 14: Αξονική τομογραφία θώρακα HIV-θετικού ασθενή με πνευμονία από *Pneumocystis jirovecii*.*



Εικόνα 15: Pneumocystis jirovecii (χρώση αργύρου).

Σε ασθενείς με AIDS οι αμφοτερόπλευρες πνευμονικές διηθήσεις οφείλονται σε ποσοστό 30% στην *Pneumocystis jirovecii*, με το ποσοστό αυτό να ανέρχεται στο 80% στην περίπτωση που οι ασθενείς δεν έχουν λάβει χημειοπροφύλαξη για την *Pneumocystis jirovecii* (Cruciani et al, 2002).

Στην περίπτωση που οι ασθενείς με AIDS πάσχουν από πνευμονοκύστη η διάγνωση με ακτινογραφία θώρακα είναι δύσκολη, ιδίως στα αρχικά στάδια της ασθένειας. Ως αποτέλεσμα, στο 8 – 20% των πνευμονιών από πνευμονοκύστη σε ασθενείς με AIDS δεν γίνεται διάγνωση με απλή ακτινογραφία θώρακα, παρά το γεγονός ότι ο ασθενής είναι συμπτωματικός και το βρογχοκυψελιδικό έκπλυμα διαγνωστικό (Joos et al, 2007).

Το βρογχοκυψελιδικό έκπλυμα έχει υψηλή διαγνωστική αξία για την *Pneumocystis jirovecii* σε ασθενείς με AIDS, που δεν έχουν λάβει προφυλακτική αγωγή, με ποσοστό να φτάνει περίπου το 90%. Τα ποσοστά πέφτουν στην περίπτωση που οι ασθενείς λαμβάνουν προφυλακτική αγωγή, καθώς και σε HIV-αρνητικούς ασθενείς, στους οποίους συνήθως υπάρχει πολύ μικρότερος αριθμός μικροβίων στις κυψελίδες (Joos et al, 2007).

Οι ασθενείς με AIDS εμφανίζουν πολύ συχνά πνευμονικές επιπλοκές που θα πρέπει να διαγνωστούν έγκαιρα για να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά η νόσος.

Πιο αναλυτικά, ένα ποσοστό 35% των ασθενών με AIDS εμφανίζουν σάρκωμα του Kaposi, το οποίο εκδηλώνεται συνήθως με δερματικές αλλοιώσεις. Επίσης, πολλοί ασθενείς με AIDS παρουσιάζουν λεμφοκυτταρική διάμεση πνευμονία και μη ειδική διάμεση πνευμονία (Turner et al, 2003).

3.4 Πνευμονία από πνευμονοκύστη (PCP)

Η πνευμονία από πνευμονοκύστη (PCP) εμφανίζεται σε ανοσοκατεσταλμένα άτομα και προκαλείται από το παθογόνο *Pneumocystis jirovecii*. Το *Pneumocystis jirovecii* αναγνωρίστηκε ως παθογόνο για πρώτη φορά σε υποσιτισμένα και πρόωρα βρέφη σε χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης στο Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, τα οποία εμφάνισαν μια επιδημική μορφή διάμεσης πλασματοκυτταρικής πνευμονίας (Thomas & Limper, 2004).

Η PCP αποτελεί τη συχνότερη ευκαιριακή λοίμωξη σε HIV-θετικούς ασθενείς και συχνά καθορίζει τη μετάβαση από την HIV-λοίμωξη στο σύνδρομο AIDS. Αν δεν χορηγηθεί η κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή, τα ποσοστά θνητότητας σε HIV-αρνητικούς ασθενείς αγγίζουν το 90-100% (Thomas & Limper, 2004).

Πιο συγκεκριμένα, η PCP εκδηλώνεται όταν ο απόλυτος αριθμός των Τ-βοηθητικών κυττάρων (CD4+) είναι μικρότερος από 200/mm³. Κοινά συμπτώματα της PCP είναι η δύσπνοια, ο βήχας και ο χαμηλός πυρετός, ενώ στη φυσική εξέταση παρατηρείται ταχύπνοια, ταχυκαρδία και σε παιδιά αναπέταση των ρινικών πτερυγίων και μεσοπλεύριες εισολκές. Η ακρόαση των πνευμόνων δεν αποκαλύπτει συνήθως παθολογικά ευρήματα, ενώ στο ένα τρίτο των ασθενών μπορεί να ακούγονται υγροί ρόγχοι (Stringer et al, 2003).

Τα τυπικά ακτινολογικά χαρακτηριστικά της PCP περιλαμβάνουν αμφοτερόπλευρες περιπυλαίες διηθήσεις. Τα μη τυπικά ευρήματα ποικίλλουν και περιλαμβάνουν φυσιολογική ακτινογραφία θώρακα, μεμονωμένα ή πολλαπλά οζίδια, πνευματοκήλες και σπανιότερα συλλογή πλευριτικού υγρού και λεμφαδενοπάθεια (Morris et al, 2002).

Σε ασθενείς που εμφανίζουν φυσιολογική ακτινογραφία θώρακα χρησιμοποιείται η αξονική τομογραφία για να ολοκληρωθεί η διάγνωση, όπου εμφανίζεται διάχυτη πύκνωση δίκην θολής υάλου, σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς με AIDS πάσχοντες από PCP (Morris et al, 2002).

Η πνευμονία από πνευμοκύστη συνήθως αναπτύσσεται μέσα σε ένα μήνα από τη χορήγηση κορτικοστεροειδών, με μέση δόση πρεδνιζόνης 30 mg την ημέρα, ενώ έχει παρατηρηθεί ότι σε ορισμένους ασθενείς αναπτύσσεται ακόμη και με δόσεις των 16 mg την ημέρα (Stringer et al, 2003).

Οι ασθενείς με AIDS πάσχοντες από PCP εμφανίζουν ιδιαίτερα αυξημένο αριθμό μικροοργανισμών στους πνεύμονές τους και μικρότερο αριθμό ουδετερόφιλων σε σχέση με

ασθενείς χωρίς AIDS και PCP. Η αύξηση αυτή στον αριθμό των μικροοργανισμών συμβάλλει στη διάγνωση, ενώ ο μικρότερος αριθμός φλεγμονωδών κυττάρων σηματοδοτεί καλύτερη οξυγόνωση και επιβίωση σε αυτούς τους ασθενείς (Stringer et al, 2003).

3.5 Βακτηριακή πνευμονία

Η συχνότητα εμφάνισης βακτηριακών λοιμώξεων του αναπνευστικού συστήματος είναι μεγαλύτερη στα άτομα με HIV λοίμωξη σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Οι λοιμώξεις αυτές εμφανίζονται σχετικά πρώιμα στη διαδρομή της HIV λοίμωξης και σχετίζονται με την προοδευτική μείωση των CD4 λεμφοκυττάρων καθώς και τις διαταραχές της λειτουργίας του συστήματος των μονοκυττάρων – μακροφάγων, των ουδετεροφίλων και των β-λεμφοκυττάρων (Wolff & O'Donnell, 2003).

Παθογόνα όπως ο χρυσίζων σταφυλόκοκκος, η *Pseudomonas aeruginosa* και εντερικά κατά gram (-) αρνητικά βακτηρίδια προσβάλλουν συχνά ασθενείς με διαταραχές της κοκκιώδους σειράς, ενώ λοιμώξεις από ελυτροφόρα βακτήρια όπως ο *Streptococcus pneumoniae*, ο *Haemophilus spp.* είναι συχνότερες σε ασθενείς με διαταραχές των β-λεμφοκυττάρων (Mayaud et al, 2002).

Ήδη από την έναρξη της πανδημίας της HIV λοίμωξης είχε επισημανθεί η αυξημένη συχνότητα της βακτηριακής πνευμονίας μεταξύ των ασθενών και από το 1993 σύμφωνα με την τελευταία αναθεώρηση του CDC, η υποτροπιάζουσα βακτηριακή πνευμονία θεωρείται από τα νοσήματα τα οποία χαρακτηρίζουν την κλινική κατηγορία C (Furrer & Fux, 2002).

Οι κλινικές εκδηλώσεις της βακτηριακής πνευμονίας είναι ίδιες τόσο στους πάσχοντες από HIV λοίμωξη όσο και στον γενικό πληθυσμό. Περιλαμβάνουν πυρετό, ρίγος, δύσπνοια, θωρακικό άλγος και παραγωγικό βήχα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ AIDS

Όπως προαναφέραμε, δεν υπάρχει ακόμη θεραπεία για το AIDS. Για την αντιμετώπιση του ιού χρησιμοποιούνται διάφορα φάρμακα, τα οποία στοχεύουν κυρίως στην αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκαλούνται από τις λοιμώξεις που ταλαιπωρούν τους ασθενείς του AIDS και που μπορούν να αποβούν μοιραίες. Η θεραπεία των λοιμώξεων αυτών θα πρέπει να γίνεται σε νοσοκομεία, και συγκεκριμένα σε θαλάμους απομόνωσης, έτσι ώστε να προστατεύονται οι ασθενείς με AIDS από λοιμώξεις που έχουν οι άλλοι ασθενείς που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο.

4.1 Κανονισμοί και μέτρα προφύλαξης στη νοσηλεία του ασθενούς με AIDS

Η ασθένεια του AIDS είναι ιδιαίτερα μεταδοτική και για αυτό το λόγο έχουν σχεδιαστεί ειδικοί κανονισμοί και μέτρα για τον περιορισμό της μετάδοσης της νόσου.

Κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο ενός ασθενούς με AIDS θα πρέπει να εφαρμόζονται τα εξής μέτρα:

✚ Αρχικά πραγματοποιείται από τον γιατρό μια αξιολόγηση και προετοιμασία του ασθενή ως προς:

1. Αξιολόγηση της φυσικής και ψυχικής του κατάστασης
2. Παραχώρηση ιδιαίτερου δωματίου
3. Συντονισμένη διδασκαλία και φροντίδα από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και τις υποστηρικτικές υπηρεσίες
4. Διδασκαλία ασθενή για ατομική υγιεινή και τρόπο συμπεριφοράς
5. Πληροφόρηση επισκεπτών για τους κανονισμούς του Νοσοκομείου.

✚ Έπειτα καθορίζονται από το γιατρό σε συνεργασία με την προϊσταμένη ή την υπεύθυνη νοσηλεύτρια τα προφυλακτικά μέτρα της φροντίδας του τα οποία αναφέρονται:

1. Στις προφυλάξεις φραγμού εναντίον διασποράς μετάδοσης

2. Στις εκτεταμένες προφυλάξεις που στοχεύουν στην προστασία του ασθενή από μόλυνση με άλλες ευκαιριακές λοιμώξεις στο χώρο του νοσοκομείου (Σαπουντζή, 1998).

4.2 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Ο ασθενής με AIDS χρειάζεται εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα σκοπός της οποίας είναι να βοηθήσει το άτομο να εκτελεί τις ενέργειες που συνεισφέρουν στην υγεία ή στην ανάρρωση ή και στον ειρηνικό θάνατο.

Υπάρχουν οι εξής βασικοί κανόνες που θα πρέπει να γνωρίζουν οι νοσηλευτές για να φροντίσουν έναν ασθενή που πάσχει από ανίατη ασθένεια, όπως το AIDS:

- ✚ Θα πρέπει να διαθέτει επαρκή γνώση για το νόσημα από το οποίο πάσχει ο ασθενής, να διαθέτει γνώσεις και δεξιότητες για την εφαρμογή απλών και σύνθετων νοσηλευτικών παρεμβάσεων, παρεμβάσεων αγωγής υγείας και συμβουλευτικής.
- ✚ Να έχει ικανότητες να συνεργάζεται με τον ασθενή και την οικογένειά του για την θέσπιση εφικτών στόχων υγείας και αυτοφροντίδας.
- ✚ Να έχει ικανότητες ώστε να ανταποκρίνεται θετικά στις ανάγκες του ασθενή για επαναδιαπραγμάτευση θεσπισμένων στόχων, όταν διαπιστώνεται ότι αυτοί δεν είναι εφικτοί.
- ✚ Να συνεργάζεται με τον ασθενή και την οικογένειά του για την υιοθέτηση αλλαγών στον τρόπο ζωής.
- ✚ Να διαθέτει υπομονή και ικανότητες για ανίχνευση και ενδυνάμωση των δυνατοτήτων των ασθενών και των οικογενειών τους να προβούν σε αλλαγές συμπεριφοράς και τρόπου ζωής (Σαπουντζή, 1998).

Ο νοσηλευτής εφαρμόζοντας τους παραπάνω κανόνες και έχοντας εντοπίσει τις ανάγκες και τα προβλήματα του ασθενούς, σχεδιάζει τη νοσηλευτική του φροντίδα.

Οι κυριότερες βιολογικές ανάγκες των ασθενών με AIDS που πρέπει να αντιμετωπίζονται με ιδιαίτερη προσοχή από τους νοσηλευτές είναι οι παρακάτω:

- ✚ Ικανοποιητική διατροφή και ενυδάτωση

- ✚ Ικανοποιητική διούρηση και κένωση
- ✚ Ελεγχόμενη θερμοκρασία σώματος
- ✚ Κίνηση και κινητοποίηση
- ✚ Ασφαλές περιβάλλον
- ✚ Ατομική υγιεινή
- ✚ Έκφραση – Επικοινωνία – Ψυχαγωγία
- ✚ Ψυχική ισορροπία
- ✚ Θρησκευτικές ανάγκες
- ✚ Μεταφυσικές ανησυχίες (Σαπουντζή, 1998).

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις έχουν κυρίως ως στόχο την προστασία του ασθενούς με AIDS από λοιμώξεις και την αποφυγή της μετάδοσης του ιού σε άλλους ασθενείς ή σε άτομα του υγειονομικού προσωπικού.

Ειδικά όταν ο ασθενής με AIDS πάσχει από πνευμονία και έχει ήδη επιβαρυσμένο ανοσοποιητικό σύστημα, η ανάγκη απομόνωσής του είναι ιδιαίτερα σημαντική. Η επιβαρυσμένη κατάσταση της υγείας των ασθενών αυτών τους καθιστά ιδιαίτερα ευάλωτους σε λοιμώξεις που είναι ιάσιμες σε υγιείς ασθενείς χωρίς τον ιό HIV.

Επομένως, είναι αναγκαία η παρακολούθηση της κατάστασης της υγείας του ασθενούς με AIDS που πάσχει από πνευμονία και της πορείας του με τη συστηματική λήψη των ζωτικών σημείων του (Σαπουντζή, 1998).

Ακόμη, οι νοσηλευτές θα πρέπει να ενισχύουν την άμυνα του οργανισμού του παρέχοντας κατάλληλη διατροφή και επαρκή ενυδάτωση. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να εφαρμόζουν τα κατάλληλα θεραπευτικά και νοσηλευτικά μέτρα, έτσι ώστε οι ασθενείς να ανακουφίζονται από τον πόνο και από τις παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής που τους χορηγείται.

Μια ακόμη σημαντική νοσηλευτική παρέμβαση σε αυτή την κατηγορία ασθενών είναι η ψυχολογική ενίσχυση του ασθενούς και η ενθάρρυνση, έτσι ώστε να μπορέσει να αντιμετωπίσει και την ψυχολογική κατάπτωση που βιώνει κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του.

Επιπλέον, οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν και την ενημέρωση των ασθενών με AIDS σχετικά με την ατομική τους προστασία από λοιμώξεις και την αποφυγή μετάδοσης της νόσου σε άλλους (Σαπουντζή, 1998).

Τα κύρια σημεία της νοσοκομειακής περίθαλψης ατόμων που προσβλήθηκαν από τον ιό του HIV αφορούν τη διάγνωση της λοίμωξης και την αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας των ασθενών. Εξαιτίας της δυσκολίας της διάγνωσης συχνά δεν γίνεται έγκαιρη διάγνωση της λοίμωξης με τον ιό HIV. Όσον αφορά την αξιολόγηση της υγείας του ασθενούς, θα πρέπει να καθοριστεί η μορφή και το στάδιο της νόσου, καθώς και ο βαθμός των βλαβών που υπέστη το ανοσοολογικό σύστημα. Η νοσηλευτική φροντίδα βασίζεται στην αξιολόγηση των αναγκών των ασθενών με AIDS, τον προγραμματισμό και την εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας και την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας αυτής της φροντίδας (Σαπουντζή, 1998).

Ακόμη, οι νοσηλευτές παρατηρούν αλλαγές στους ασθενείς όπως απώλεια σωματικού βάρους, επίμονο πυρετό, ταχυκαρδία, βήχας, χρόνια διάρροια, ανορεξία, αίσθημα κοπώσεως, σημεία φλεγμονής οπουδήποτε στο σώμα, κ.ά.

Όσον αφορά την αποτελεσματικότητα της νοσηλευτικής φροντίδας αυτή κρίνεται από το κατά πόσο ο ασθενής παρουσίασε φλεγμονή ή άλλη λοίμωξη και αν αντιμετωπίστηκε σωστά και έγκαιρα.

Επιπλέον, τα κύρια σημεία της νοσοκομειακής περίθαλψης ατόμων που προσβλήθηκαν από τον ιό του HIV αφορούν τη θεραπευτική αντιμετώπιση που θα ακολουθηθεί και την ψυχολογική υποστήριξη των ατόμων αυτών. Η θεραπευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει την αντιλοιμώδη θεραπευτική χορήγηση φαρμάκων, όπως για παράδειγμα η κοτριμοξαζόλη, η ακυκλοβίρη, η γκανσυκλοβίρη κ.ά., τα οποία έχουν συμβάλει σε μεγάλο βαθμό στη βελτίωση του χρόνου επιβίωσης και της ποιότητας ζωής των ασθενών με AIDS.

Τέλος, εξίσου σημαντική με τη θεραπευτική αντιμετώπιση είναι και η ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών με AIDS, καθώς πρόκειται για κατηγορία ασθενών που πάσχουν από ανίατη ασθένεια.

Όπως γίνεται κατανοητό, οι ανάγκες των ασθενών που πάσχουν από AIDS είναι ιδιαίτερα απαιτητικές και θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με ευαισθησία και εχεμύθεια.

Επιπλέον, ο νοσηλευτής θα πρέπει είναι πλήρως ενημερωμένος για όλες τις σύγχρονες εξελίξεις από τοπικές, επίσημες και ανεπίσημες πηγές. Λόγω του μεγάλου εύρους των εκδηλώσεων της νόσου και των ψυχοκοινωνικών πλευρών του ιού του HIV, απαιτείται ένα μεγάλο εύρος νοσηλευτικών δεξιοτήτων συμπεριλαμβανομένων αποτελεσματικών εκπαιδευτικών και συμβουλευτικών δεξιοτήτων (Σαπουντζή, 1998).

4.3 Διαρκής εκπαίδευση προσωπικού

Όπως έχουμε ήδη τονίσει η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και η διαρκής ενημέρωση του υγειονομικού προσωπικού σε θέματα AIDS είναι απαραίτητη. Αν και υπάρχει πρόοδος σε ότι αφορά τη συγκεκριμένη νόσο, είναι γεγονός ότι σε πολλές περιπτώσεις επικρατεί ακόμη και σήμερα παραπληροφόρηση, η οποία προκαλεί φόβο.

Το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να παρακολουθεί τις εξελίξεις στον ιό HIV και πιο συγκεκριμένα να εκπαιδύεται και να ενημερώνεται για τους μεθόδους νοσηλείας και της φαρμακευτικής αντιμετώπισης, τα μέτρα προφύλαξης και αντιμετώπισης περιστατικών, όπως τρύπημα βελόνας, επαφή με τα υγρά του ασθενούς, κ.ά.

Οι νοσηλευτές θα πρέπει να ακολουθούν τις κατευθυντήριες οδηγίες που αναφέρονται στην αντιμετώπιση των ασθενών που πάσχουν από AIDS. Οι κατευθυντήριες αυτές οδηγίες περιέχουν όλες τις πληροφορίες σχετικά με τη νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών που πάσχουν από AIDS. Κύριος σκοπός των οδηγιών αυτών είναι η εκπαίδευση των νοσηλευτών και μέσω αυτών η εκπαίδευση ατόμων για την πρόληψη της μετάδοσης της νόσου και τη σωστή ενημέρωση σχετικά με τους τρόπους μετάδοσης και τα στάδια της νόσου (Σαπουντζή, 1998).

Πιο συγκεκριμένα, οι κατευθυντήριες οδηγίες περιλαμβάνουν τους τρόπους μετάδοσης του ιού HIV και τα μέτρα για την πρόληψη της μετάδοσής του. Ακόμη, περιλαμβάνει τις βασικές αρχές της νοσηλευτικής φροντίδας των ασθενών με HIV και την ενημέρωσή τους σχετικά με όλα τα στάδια και δυσκολίες της συγκεκριμένης ασθένειας.

Επίσης, οι νοσηλευτές θα πρέπει να αντιμετωπίζουν τους ασθενείς που πάσχουν από AIDS με εχεμύθεια και υπευθυνότητα, καθώς ο ασθενής εκτός από τη νόσο πρέπει να αντιμετωπίσει και τον κοινωνικό στιγματισμό, αλλά και το ψυχολογικό φόρτο της ασθένειας του (Σαπουντζή, 1998).

Τέλος, θα πρέπει να τονίσουμε ότι είναι σημαντικό να ενσωματώνονται στα βασικά εκπαιδευτικά προγράμματα και στα προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού όλες οι πληροφορίες για το AIDS και τις επιπτώσεις του στη νοσηλευτική φροντίδα αυτών των ασθενών.

4.4 Νοσηλεία ασθενή με AIDS εκτός νοσοκομείου

Σε πολλές περιπτώσεις οι ασθενείς με AIDS μπορούν σε ορισμένα στάδια της νόσου να νοσηλεύονται σε κρατικά ή ιδιωτικά αναρρωτήρια, ακόμη και στο σπίτι τους.

Έχει αποδειχθεί ότι όταν ο ασθενής βρίσκεται σε γνώριμο περιβάλλον με τα αγαπημένα του πρόσωπα, έχει καλή ψυχολογική κατάσταση και αντιμετωπίζει την ασθένειά του με αποτελεσματικότερο τρόπο. Οι ασθενείς που πάσχουν από AIDS και νοσηλεύονται στο σπίτι τους, όπως και τα μέλη των οικογενειών τους, θα πρέπει να τηρούν αυστηρά όλες τις προφυλάξεις για την αποφυγή της μετάδοσης της νόσου.

Για να μπορέσει ένας ασθενής με AIDS να νοσηλευτεί στο σπίτι του θα πρέπει να υπάρχουν τα εξής:

- ✚ η ιατρική συγκατάθεση
- ✚ οργανωμένη υπηρεσία για φροντίδα στο σπίτι
- ✚ προσαρμογή της οικογένειας στις νέες συνθήκες
- ✚ οι ψυχολογικές επιπτώσεις ασθενούς – οικογένειας (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

Στην περίπτωση που επιτραπεί στον ασθενή να νοσηλευτεί στο σπίτι του θα πρέπει να τηρούνται αυστηρά τα εξής μέτρα:

- ✚ Καθαρισμός χεριών πριν και μετά από κάθε γεύμα
- ✚ Τα προσωπικά αντικείμενα του ασθενή, όπως οδοντόβουρτσα, ξυραφάκια, κτλ., δεν θα πρέπει να χρησιμοποιούνται από τα άλλα άτομα.
- ✚ Τα είδη εστίασης θα πρέπει να πλένονται και στη συνέχεια να παραμένουν σε διάλυμα 10% για 15 λεπτά.
- ✚ Ο ακάθαρτος ιματισμός του ασθενούς θα πρέπει να πλένεται στο πλυντήριο στους 90 °C.

Αν τηρούνται αυστηρά όλα τα μέτρα προφύλαξης και η κατάσταση της υγείας του ασθενούς του επιτρέπει να νοσηλευτεί στο σπίτι, ο ασθενής δέχεται την ψυχολογική υποστήριξη από την ίδια του την οικογένεια στο οικείο του περιβάλλον και επίσης, αποφεύγεται και η λεγόμενη συμφόρηση στα νοσοκομεία (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

4.5 Εξωνοσοκομειακή φροντίδα – Εξωτερικά ιατρεία

Η αντιμετώπιση ασθενών με AIDS αποτελεί σύνθετο πρόβλημα και επομένως η εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση ασθενών με AIDS γίνεται από ομάδα ατόμων, η οποία περιλαμβάνει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, ψυχολόγο και κοινωνικό λειτουργό. Η ομάδα των ατόμων αυτών βρίσκεται στα μεγάλα νοσοκομεία της χώρας και θα πρέπει να παρακολουθεί και να ενημερώνει τους ασθενείς και τους φορείς του ιού (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

Οι ασθενείς με AIDS οι οποίοι μπορούν να νοσηλευθούν στα εξωτερικά ιατρεία χωρίζονται σε ομάδες ανάλογα με τα νοσήματά τους.

Οι ομάδες των ασθενών αυτών είναι οι εξής:

- ✚ Οι ασθενείς που λαμβάνουν αντι-ική θεραπεία, προσέρχονται κάθε 15 μέρες για απλό τακτικό εργαστηριακό έλεγχο και κάθε 3 μήνες για ανοσιακό έλεγχο.
- ✚ Οι ασθενείς που κάνουν εισπνοές νεφελοποιημένης πενταμιδίνης, είτε για πρωτογενή είτε για δευτερογενή προφύλαξη από P.C.D.
- ✚ Οι ασθενείς που κάνουν συγκεκριμένες θεραπείες για ειδικά νοσήματα όπως σάρκωμα kaposi, κ.ά. και παρακολουθούνται σε τακτικά χρονικά διαστήματα.
- ✚ Οι ασθενείς που παρουσιάζουν καθημερινά προβλήματα όπως ιογενείς λοιμώξεις που μπορούν να αντιμετωπίσουν με την εφαρμογή θεραπείας στο σπίτι τους.
- ✚ Οι ασθενείς που χρειάζονται μικροεπεμβάσεις ή ενδοσκοπήσεις όπως άνοιγμα αποστήματος ή λήψη ιστοτεμαχιών για βιοψίες και καλλιέργειες για διαγνωστικούς σκοπούς (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

Ενώ είναι αναγνωρισμένη η σημαντικότητα της συμβολής των εξωτερικών ιατρείων στην αντιμετώπιση των ασθενών με AIDS, δυστυχώς παρατηρείται έλλειψη οργάνωσης στα νοσοκομεία.

Οι νοσηλευτές που ασχολούνται με την παρακολούθηση ασθενών με AIDS θα πρέπει να είναι ενήμεροι για τα εξής:

- ✚ τη φυσική πορεία και τα στάδια της νόσου
- ✚ τις διαθέσιμες θεραπευτικές αντιμετώπισεις
- ✚ τον κατάλληλο τρόπο ψυχολογικής υποστήριξης του ασθενή.

Τέλος, η εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση ασθενών με AIDS θα πρέπει να περιλαμβάνει την ενημέρωση του ασθενή για την κατάσταση της υγείας του και την έγκαιρη θεραπευτική παρέμβαση σε περίπτωση εμφάνισης ευκαιριακών λοιμώξεων.

4.6 Η νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς με AIDS στο τελικό στάδιο της νόσου

Στο τελικό στάδιο της νόσου η υγεία του ασθενούς επιδεινώνεται σε μεγάλο βαθμό και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις έχουν ως στόχο την ανακούφιση του ασθενούς. Η διάρκεια και η πορεία της τελικής φάσης εξαρτάται από τη φύση και την εξέλιξη της αρρώστιας, από τις παρεμβάσεις του προσωπικού υγείας και από τον ίδιο τον ασθενή και το άμεσο περιβάλλον του (Παϊκοπούλου & Γέραλη, 2009).

Ο ρόλος των νοσηλευτών στο τελευταίο αυτό στάδιο είναι κυρίως ψυχολογικός, καθώς οι νοσηλευτές θα πρέπει να στηρίζουν ψυχολογικά τον ασθενή αλλά και την οικογένειά του.

Πολλές φορές επικρατεί η λανθασμένη πεποίθηση ότι ο ρόλος του νοσηλευτή σε αυτό το στάδιο είναι να προστατεύσει τον ασθενή από τη συνειδητοποίηση του επικείμενου θανάτου, αλλά το σημαντικότερο που μπορεί να προσφέρει ο νοσηλευτής είναι να βοηθήσει τον ασθενή να ζήσει μέχρι να πεθάνει, εξασφαλίζοντας αξιοπρέπεια και ποιότητα στις συνθήκες διαβίωσής του.

Για μερικούς ασθενείς ο θάνατος αποτελεί λύτρωση, ενώ για άλλους η συνειδητοποίηση του θανάτου συνοδεύεται από έντονο άγχος, φόβο, θυμό και κατάθλιψη.

Σε αυτό το στάδιο της νόσου οι νοσηλευτές θα πρέπει να ανταποκριθούν στις ανάγκες του ασθενούς σε οργανικό, ψυχολογικό και πνευματικό επίπεδο (Παϊκοπούλου & Γέραλη, 2009).

4.6.1 Φροντίδα σε οργανικό επίπεδο

Ο νοσηλευτής θα πρέπει αρχικά να φροντίζει για τις βιολογικές ανάγκες του ασθενούς, τον έλεγχο του πόνου και την αντιμετώπιση οποιαδήποτε κατάστασης που του δημιουργεί δυσφορία (Παϊκοπούλου & Γέραλη, 2009).

Διακρίνονται δύο μεγάλες κατηγορίες πόνου:

- ✚ **Ο Οξύς πόνος:** είναι συνήθως παροδικός και οφείλεται σε συγκεκριμένο τραυματισμό ή οργανική βλάβη. Συμβάλλει στον προσδιορισμό της διάγνωσης και θεραπευτικής παρέμβασης ή προστατεύει το άτομο από την έκθεση του σε κάποιο κίνδυνο – απειλή.
- ✚ **Ο Χρόνιος πόνος:** συνοδεύεται από αυξημένο άγχος και κατάθλιψη που μεγεθύνουν την αίσθηση του πόνου και μειώνουν τα επίπεδα ανοχής του ασθενούς σε αυτόν. Ο χρόνιος πόνος παρεμβαίνει στην καθημερινή ζωή του ατόμου για μεγάλο χρονικό διάστημα και προκαλεί μια σειρά από ψυχοκοινωνικά προβλήματα που απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή και φροντίδα.

Οι νοσηλευτές θα πρέπει να μπορούν να επιλέγουν τα κατάλληλα φάρμακα για να απαλύνουν τον πόνο του ασθενούς, αποφεύγοντας παράλληλα την υπερβολική χορήγηση φαρμάκων.

Τέλος, στόχος οποιασδήποτε θεραπευτικής αγωγής δεν θα πρέπει να είναι η αναισθησία, αλλά η αναλγησία στα πλαίσια της οποίας ο ασθενής ανακουφίζεται ενώ παράλληλα διατηρεί επικοινωνία με το περιβάλλον (Παϊκοπούλου & Γέραλη, 2009).

4.6.2 Φροντίδα σε ψυχολογικό επίπεδο

Ο ασθενής που πάσχει από μία ανίατη ασθένεια όπως το AIDS θρηνεί για τις απώλειες που σχετίζονται με το άμεσο μέλλον, το παρόν και τις απώλειες που αναφέρονται στο παρελθόν. Με τον τρόπο αυτό μπορεί να προετοιμαστεί σταδιακά και να συμφιλιωθεί σε ένα βαθμό με τον επικείμενο θάνατο (Παϊκοπούλου & Γέραλη, 2009).

Οι νοσηλευτές θα πρέπει να στηρίζουν τον ασθενή να εκφράζει το φόβο και το θυμό του χωρίς να ασκούν κριτική, να συμβουλεύουν ή να επιβάλουν τις προσωπικές τους απόψεις.

Στο τελικό στάδιο της νόσου όπου το άγχος και οι φόβοι του ασθενούς για το θάνατο αυξάνονται, οι νοσηλευτές μπορούν να τον βοηθήσουν να εκφράσει και να ελέγξει τους φόβους του πιο αποτελεσματικά.

Οι φόβοι που βιώνει ένα άτομο σε σχέση με το θάνατο χωρίζονται σε δύο κατηγορίες:

- ✚ **Η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει τους φόβους που είναι άμεσα συνδεδεμένοι με την περίοδο που οδηγεί στο θάνατο όπως:** ο φόβος της

εξάρτησης, ο φόβος του πόνου, ο φόβος της εγκατάλειψης, της απόρριψης και της μοναξιάς και ο φόβος του αποχωρισμού από τα αγαπημένα του πρόσωπα.

✚ **Η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει τους φόβους που αφορούν κυρίως το γεγονός του θανάτου και την κατάσταση του νεκρού όπως:** ο φόβος για τη μετά θάνατο ζωή ή άλλη κατάσταση, ο φόβος μπροστά στην οριστικότητα του θανάτου και ο φόβος για την τύχη του σώματος (Παϊκοπούλου & Γέραλη, 2009).

Η ψυχολογική φροντίδα που παρέχεται στον ασθενή θα πρέπει να ανταποκρίνεται στις βασικές του ανάγκες για ασφάλεια και αυτονομία. Η αίσθηση ασφάλειας καλλιεργείται όταν το νοσηλευτικό προσωπικό βρίσκεται στη διάθεση του αρρώστου όχι μόνο με τη φυσική του παρουσία, αλλά με ουσιαστικό ενδιαφέρον και με εξατομικευμένη φροντίδα που παρέχει στον ίδιο και την οικογένεια του.

Η αίσθηση της αυτονομίας καλλιεργείται με την ενημέρωση του ασθενούς, ο οποίος θέλει να είναι ενήμερος για την κατάσταση της υγείας του και την εξέλιξη της νόσου, καθώς και για τις ιατρονοσηλευτικές διεργασίες που θα υποστεί (Παϊκοπούλου & Γέραλη, 2009).

Όταν ο ασθενής έρχεται αντιμέτωπος με την ιδέα του επικείμενου θανάτου του αρχίζει να αποσύρεται συναισθηματικά και να αποδεσμεύεται από τις σχέσεις με τα αγαπημένα του πρόσωπα, με το να κοιμάται περισσότερο και να μειώνει την επικοινωνία μαζί τους.

Η συναισθηματική και κοινωνική απόσυρση αποτελεί φυσιολογική αντίδραση του ασθενή που συνειδητοποιεί το γεγονός του θανάτου και προετοιμάζεται για αυτό, ενώ παράλληλα του μειώνει τον ψυχικό πόνο που του προκαλεί ο επικείμενος αποχωρισμός από τα αγαπημένα του πρόσωπα.

Υπάρχουν βέβαια και περιπτώσεις όπου ο ασθενής οδηγείται σε κοινωνική απομόνωση, καθώς δεν υπάρχει κάποιο άτομο από το άμεσο περιβάλλον πρόθυμο να τον ακούσει ή να επικοινωνήσει μαζί του. Στην περίπτωση αυτή ο ασθενής βιώνει την εγκατάλειψη από τους συγγενείς του, γεγονός που του δημιουργεί έντονο άγχος.

Υπό αυτές τις συνθήκες ο ασθενής βιώνει έναν «κοινωνικό θάνατο», ο οποίος μερικές φορές είναι πιο οδυνηρός από τον βιολογικό. Οι νοσηλευτές μπορούν σε αυτή την περίπτωση να διαμορφώσουν το κατάλληλο κλίμα που θα επιτρέψει στον ασθενή να εκφράσει τους φόβους του και να αντιμετωπίσει όλα τα αρνητικά συναισθήματα που βιώνει αποτελεσματικά (Παϊκοπούλου & Γέραλη, 2009).

4.6.3 Φροντίδα σε πνευματικό επίπεδο

Ο ασθενής που πάσχει από AIDS έχει να αντιμετωπίσει μια ανίατη ασθένεια και στα τελικά στάδια της νόσου συνειδητοποιεί ότι θα πεθάνει. Το γεγονός αυτό του προκαλεί άγχος και έντονο φόβο και για να αντιμετωπίσει αυτά τα αισθήματα προσπαθεί να δώσει νόημα στη ζωή του.

Οι νοσηλευτές θα πρέπει να αντιμετωπίσουν αυτά τα έντονα αισθήματα φόβου και να προσφέρουν την κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη στον ασθενή, έτσι ώστε να μπορέσει να είναι όσο το δυνατόν ήρεμος και να συμφιλιωθεί με τον επικείμενο θάνατό του (Παϊκοπούλου & Γέραλη, 2009).

4.7 Η φροντίδα του νεκρού ασθενούς με AIDS

Το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε χώρους με ασθενείς με AIDS θα πρέπει να είναι ενήμερο σχετικά με τα απαραίτητα μέτρα προστασίας σε περίπτωση θανάτου κάποιου ασθενή. Αρχικά, θα πρέπει ο νεκρός να χαρακτηριστεί HIV(+) μολυσμένος ή σηπτικός και το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να φορά προστατευτική μπλούζα, διπλά γάντια και ποδονάρια. Στην περίπτωση που υπάρχει κίνδυνος μόλυνσης από αίμα και υγρά, οι νοσηλευτές θα πρέπει να φορούν επιπλέον μάσκα, κάλυμμα κεφαλής και προστατευτικά γυαλιά (Παϊκοπούλου & Γέραλη, 2009).

Ο νεκρός τυλίγεται με σεντόνι-σάβανο και δεν ντύνεται. Όλα τα αντικείμενα που χρησιμοποιούνται για την ετοιμασία του νεκρού είναι μίας χρήσης, ενώ το φορείο που θα ετοιμαστεί για τη μεταφορά του στρώνεται με σεντόνι. Ειδικός σάκος τοποθετείται ανοικτός πάνω στο φορείο και ο νεκρός με μεγάλη προσοχή μεταφέρεται στον ειδικό σάκο, ώστε να μην λερωθεί η εξωτερική επιφάνειά του. Ο σάκος κλείνεται και τοποθετείται η κάρτα του νεκρού. Στη συνέχεια, ο νεκρός μεταφέρεται στο νεκροθάλαμο και παραμένει στο ψυγείο. Τοποθετείται σε φέρετρο που εσωτερικά βάζουν απορροφητικό υλικό, αφού αφαιρεθεί ο πλαστικός σάκος και σφραγίζουν το φέρετρο.

Τα απορρίμματα από το χώρο νοσηλείας συλλέγονται σε ειδικούς σάκους και γίνεται συλλογή και μεταφορά του ιματισμού και στη συνέχεια απολύμανση. Τα υλικά των παροχητεύσεων, αναρροφήσεων και οι ουροσυλλέκτες απομακρύνονται αφού αδρανοποιηθεί το

περιεχόμενό τους με χλωρίνη και ακολουθεί καλός καθαρισμός και απολύμανση στρώματος, μαξιλαριών και κρεβατιού. Επίσης, καθαρίζονται και απολυμαίνονται οι επιφάνειες (τοίχοι, δάπεδα, πάγκοι, κομοδίνα). Οι στολές που χρησιμοποιήθηκαν τοποθετούνται σε ειδικούς σάκους. Τέλος, αφού αεριστεί και στεγνώσει καλά το δωμάτιο μπορεί να ξαναχρησιμοποιηθεί (Παϊκοπούλου & Γέραλη, 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΠΡΟΛΗΨΗ

Το γεγονός ότι η φαρμακευτική αγωγή για τον ιό του AIDS δεν αποτελεί θεραπεία της νόσου και ότι ο ιός εμφανίζει υψηλή μεταδοτικότητα, καθιστά αναγκαία την πρόληψη για την αποφυγή της μετάδοσης του. Η πρόληψη θα πρέπει να ασκείται τόσο από τους ασθενείς ώστε να μην μεταδώσουν τη νόσο σε άλλα άτομα, όσο και από τον καθένα μας για την αποφυγή μόλυνσης.

5.1 Πρόληψη σεξουαλικής μετάδοσης

Η σεξουαλική μετάδοση εξακολουθεί να αποτελεί τον κύριο τρόπο μετάδοσης του ιού, γεγονός που καθιστά αναγκαία την υιοθέτηση υγιούς σεξουαλικής συμπεριφοράς.


Επιπλέον, θα πρέπει να τηρούνται οι απαραίτητες προφυλάξεις κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής πράξης και να γίνεται χρήση προφυλακτικού. Ακόμη, θα πρέπει να προτιμάται η μονογαμία, καθώς η εναλλαγή ερωτικών συντρόφων αυξάνει τον κίνδυνο μόλυνσης και μετάδοσης του ιού (Δαρδαβέσης, 1999).

5.2 Πρόληψη μετάδοσης με αίμα και παράγωγα του πλάσματος

Η πρόληψη αφορά και την αιμοδοσία, καθώς οι αιμοδότες θα πρέπει να ελέγχονται πριν δώσουν αίμα. Ο προληπτικός αυτός έλεγχος ισχύει πλέον διεθνώς και ως αποτέλεσμα έχει τη μείωση των περιστατικών μόλυνσης από τον ιό. Βεβαίως υπάρχουν και οι περιπτώσεις όπου αιμοδότης χαρακτηρίζεται ως οροαρνητικός όταν μεταγγίζεται το αίμα του, ενώ είναι φορέας του ιού ο οποίος δεν έχει αναπτύξει αντισώματα.

Παρόλα αυτά, όμως, ο έλεγχος των αιμοδοτών συμβάλλει στην πρόληψη της μετάδοσης της νόσου, καθώς αποκλείονται τα άτομα υψηλού κινδύνου και εφαρμόζεται αξιόπιστος εργαστηριακός έλεγχος.

Η διαδικασία της πρόληψης στο συγκεκριμένο τομέα περιλαμβάνει τα εξής:

-  Προσεκτική επιλογή αιμοδοτών.

- ✚ Αποκλεισμό από την αιμοδοσία ατόμων που θεωρείται ότι ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου.
- ✚ Αποκλεισμό από την αιμοδοσία τουριστών και ναυτικών ή ατόμων προερχομένων από χώρες που παρουσιάζουν επιπολασμό της λοίμωξης HIV.
- ✚ Αυστηρή τήρηση των κανόνων αιμοδοσίας.
- ✚ Αυστηρό εργαστηριακό έλεγχο του μεταγγιζόμενου αίματος (Δαρδαβέσης, 1999).

5.3 Πρόληψη περιγεννητικής μετάδοσης

Ο κίνδυνος μόλυνσης των εμβρύων από οροθετικές μητέρες υπολογίζεται σε 20-50%. Πιο συγκεκριμένα, η μετάδοση του ιού από τη μητέρα στο βρέφος συμβαίνει σε ποσοστό 90-95% μέσω του πλακούντα μετά την 20^η εβδομάδα της κύησης. Τα βρέφη των μητέρων που έχουν τον ιό παρουσιάζουν αντισώματα για τον ιό. Στην περίπτωση που τα αντισώματα μεταδόθηκαν από τη μητέρα στο βρέφος χωρίς να μεταδοθεί ο ιός, εξαφανίζονται εντός 10 μηνών και το παιδί είναι υγιές χωρίς να νοσήσει. Στην περίπτωση όμως που συμβεί μετάδοση του ιού στο βρέφος από τη μητέρα κατά τη διάρκεια της κύησης, το βρέφος θα νοσήσει εντός 10 μηνών.

Η πρόληψη της περιγεννητικής μετάδοσης περιλαμβάνει την ενημέρωση των εγκύων γυναικών σχετικά με τη λοίμωξη HIV, οι οποίες θα πρέπει να ενθαρρύνονται να κάνουν έλεγχο για τη λοίμωξη στην αρχή της εγκυμοσύνης. Στις περιπτώσεις οροθετικών εγκύων πρέπει να εφαρμόζεται αντιρετροϊκή θεραπεία ώστε να περιοριστούν οι πιθανότητες μετάδοσης του ιού στο έμβρυο, ενώ μετά τον τοκετό συνιστάται η αποφυγή του θηλασμού (Δαρδαβέσης, 1999).

5.4 Πρόληψη με τον προσυμπτωματικό έλεγχο

Η μέθοδος του προσυμπτωματικού ελέγχου εφαρμόστηκε κυρίως στη Σουηδία στην πλειοψηφία του πληθυσμού. Η εφαρμογή του γίνεται σε ειδικές ομάδες πληθυσμού, όμως δεν γίνεται η ευρεία εκτέλεσή του λόγω του κόστους της εξέτασης και των ηθικοδεοντολογικών προβλημάτων που προκύπτουν από την εφαρμογή του.

Η προληπτική αυτή μέθοδος έχει ως στόχο τον εντοπισμό φορέων σε διάφορες κοινωνικές ομάδες ή σε μεμονωμένα άτομα. Για να εφαρμοστεί μια τέτοια μέθοδος θα πρέπει προηγουμένως να εκπαιδευτεί ο πληθυσμός και να διαφωτιστεί προκειμένου να κατανοήσει την αναγκαιότητα αυτής της μεθόδου πρόληψης.

Οι ομάδες πληθυσμού στις οποίες συνιστάται προσυμπτωματικός έλεγχος είναι αυτές που χαρακτηρίζονται ως ομάδες υψηλού κινδύνου, όπως οι ομοφυλόφιλοι άνδρες, οι χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών, κτλ. (Δαρδαβέσης, 1999).

5.5 Πρόληψη Μετάδοσης στους Χρήστες Ενδοφλεβίων Ναρκωτικών

Η πρόληψη της μετάδοσης του AIDS στους χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών διακρίνεται στα εξής:

- ✚ τον προσανατολισμό τους στη διακοπή της χρήσης ή στη μείωση των κινδύνων για όσους εξακολουθούν τη χρήση.
- ✚ τη χρήση αποτροπής, ανάπτυξης δεξιοτήτων, χαρακτηριστικών της ομάδας, κοινωνικής υποστήριξης, παροχής κινήτρων μείωσης κινδύνων.
- ✚ την προσπάθεια αλλαγής του περιβάλλοντος, της χρήσης, της υποκουλτούρας της χρήσης ή της υποκουλτούρας του ατόμου.
- ✚ το διοικητικό και νομικό έλεγχο των προγραμμάτων που μπορεί να βρίσκεται είτε στα χέρια των ειδικών, είτε στα χέρια των ίδιων των χρηστών (Δαρδαβέσης, 1999).

Μερικά από τα μέτρα πρόληψης που αφορούν στη χρήση ενδοφλεβίων ναρκωτικών είναι τα παρακάτω:

- ✚ **Εφαρμογή προγραμμάτων όπου θα παρέχονται δωρεάν σύριγγες:** Η προμήθεια συριγγών και βελόνων θεωρείται το σπουδαιότερο μέτρο για τη μείωση της διασποράς του HIV μεταξύ των χρηστών. Σε πολλές χώρες πωλούνται ελεύθερα οι σύριγγες και οι βελόνες στα φαρμακεία, ενώ υπάρχουν και ειδικές κλινικές από τις οποίες μπορούν να τις προμηθευτούν οι χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών. Επιπλέον, εφαρμόζονται ειδικά προγράμματα όπου η δωρεάν διανομή συριγγών γίνεται από ειδικά κέντρα, αφού όμως επιστραφούν

σύριγγες που έχουν ήδη χρησιμοποιηθεί. Με αυτό τον τρόπο, οι χρήστες έρχονται σε επαφή με τα σχετικά κέντρα και πληροφορούνται για τις υπηρεσίες τους, καθώς και για τα μέσα που θα μπορούσαν να τους βοηθήσουν προκειμένου να αποτοξινωθούν.

- ✚ **Επέκταση των προγραμμάτων αποτοξίνωσης και ένταξη των χρηστών σε προγράμματα μεθαδόνης:** Σε όλες τις χώρες - μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης- χορηγείται η μεθαδόνη υπό συγκεκριμένες και αυστηρά καθορισμένες προϋποθέσεις. Η χρήση της μεθαδόνης αφορά στην προσωρινή αντιμετώπιση των στερητικών συμπτωμάτων της ηρωίνης.
- ✚ **Προμήθεια προφυλακτικών:** Οι χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών αποτελούν τη βασική αιτία διασποράς του HIV στον ετερόφυλο πληθυσμό, αφού μεταδίδουν τον ιό όχι μόνο αιματογενώς αλλά και με τη σεξουαλική οδό. Γι' αυτό πρέπει να καταβληθούν προσπάθειες για την εφαρμογή μεθόδων ασφαλούς σεξ. Ένας τρόπος για να διευκολυνθεί αυτό είναι με την προμήθεια προφυλακτικών, η οποία πρέπει να είναι ελεύθερη και εύκολη.
- ✚ **Οργάνωση δικτύου θεραπευτικών κοινοτήτων:** Στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αλλά και στην Ελλάδα, έχουν ιδρυθεί θεραπευτικές κοινότητες για πολλές ομάδες χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών.
- ✚ **Προσπάθειες για την κοινωνική επανένταξη των χρηστών:** Αν το άτομο επανενταχθεί κοινωνικά θα μειωθούν και τα ποσοστά μετάδοσης της λοίμωξης, καθώς θα έχει σταματήσει τη χρήση ναρκωτικών (Δαρδαβέσης, 1999).

5.6 Πρόληψη με εμβόλιο

Παρόλες τις ερευνητικές προσπάθειες και μελέτες δεν έχει αναπτυχθεί εμβόλιο για τον ιό του HIV. Το γεγονός αυτό οφείλεται στο ότι η βιολογική φύση του ιού είναι πολύπλοκη και προκαλεί την εμφάνιση μεταλλάξεων. Επιπλέον, το γεγονός ότι ο ιός του HIV βλάπτει τα T4 λεμφοκύτταρα, δεν επιτρέπει στον οργανισμό να αναπτύξει αποτελεσματική ανοσολογική απόκριση (Κακλαμάνη & Φραγκούλη- Κουμαντάκη, 2007).

5.7 Προφυλάξεις για τον πληθυσμό

Είναι αναγκαία η σωστή ενημέρωση του κοινού για τον τρόπο που μεταδίδεται ο ιός του HIV. Η σωστή ενημέρωση για τη φύση της ασθένειας και για τους τρόπους μετάδοσης αποτελεί την πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση της ασθένειας αυτής. Η σωστή ενημέρωση του πληθυσμού θα έχει ως αποτέλεσμα την έλλειψη φόβου των υγιών ατόμων για την συναναστροφή τους με πάσχοντες από AIDS. Είναι γεγονός ότι η ελλιπής ενημέρωση και ο φόβος που προκαλεί ακόμη και το άκουσμα της ασθένειας αυτής, έχει δημιουργήσει το κοινωνικό στιγματισμό των ασθενών με AIDS. Ως αποτέλεσμα αυτού του φαινομένου πολλοί πάσχοντες αποκρύπτουν την ασθένειά τους, συμπεριφορά που ευνοεί τη μετάδοση της ασθένειας (Δαρδαβέσης, 1999).

Επομένως, είναι αναγκαίο να αποφευχθεί ο κοινωνικός στιγματισμός των ασθενών αυτών και να γίνουν αποδεκτοί από το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον.

Επίσης, είναι αναγκαίο να αποφεύγεται η σεξουαλική επαφή με άτομα που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου, η συχνή εναλλαγή ερωτικών συντρόφων, και να χρησιμοποιείται πάντα προφυλακτικό κατά τη σεξουαλική πράξη.

Εκτός από τη σωστή ενημέρωση του πληθυσμού, είναι αναγκαία και η ολοκληρωμένη εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού τόσο για τον τρόπο αντιμετώπισης των ασθενών κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους, όσο και για τη σωστή ενημέρωση του πληθυσμού.

Η ενημέρωση μπορεί γίνει με τους εξής τρόπους:

- ✚ **με ενημερωτικά φυλλάδια:** θα πρέπει να υπάρχει σωστή ενημέρωση και να διανέμονται ενημερωτικά φυλλάδια στον πληθυσμό, στις ομάδες υψηλού κινδύνου, καθώς και στα σχολεία έτσι ώστε οι καθηγητές να ενημερώνουν τους μαθητές για την αποφυγή και την έγκαιρη πρόληψη της νόσου.
- ✚ **με τα μέσα μαζικής ενημέρωσης:** θα πρέπει να προωθείται η σωστή και έγκαιρη ενημέρωση από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Η επιρροή των μέσων μαζικής ενημέρωσης είναι καθοριστική και μπορεί να συμβάλει στην εξάλειψη του κοινωνικού στιγματισμού των ασθενών με AIDS, καθώς και στην πρόληψη της νόσου (Δαρδαβέσης, 1999).

5.8 Προφυλάξεις για τους ίδιους τους πάσχοντες

Οι πάσχοντες με AIDS θα πρέπει να τηρούν τους κανόνες υγιεινής και να λαμβάνουν τη φαρμακευτική αγωγή, προσέχοντας παράλληλα τη διατροφή τους και αποφεύγοντας την έντονη σωματική κόπωση.

Επιπλέον, θα πρέπει κατά τη σεξουαλική επαφή να χρησιμοποιούν πάντα προφυλακτικό, έτσι ώστε να αποφεύγεται η ανταλλαγή σωματικών υλικών και να μην υπάρχει μετάδοση του ιού.

Ακόμη, οι πάσχοντες δεν θα πρέπει να μοιράζονται τα είδη υγιεινής που χρησιμοποιούν, όπως πετσέτες, ξυραφάκια, κλπ., και θα πρέπει να ενημερώνουν το γιατρό για την πάθησή τους πριν από κάθε εξέταση.

Τα άτομα που πάσχουν από λοίμωξη HIV θα πρέπει να τηρούν τα παρακάτω μέτρα προφύλαξης:

- ✚ Τήρηση των κανόνων υγιεινής.
- ✚ Προφύλαξη από διάφορες ασθένειες και λοιμώξεις.
- ✚ Αποφυγή κόπωσης.
- ✚ Καλή διατροφή και ειδική διαίτα όταν αυτό απαιτείται.
- ✚ Χρησιμοποίηση βελόνων, συριγγών μιας χρήσης και αποκλειστική χρησιμοποίηση των ατομικών ειδών υγιεινής.
- ✚ Επιλογή σταθερού ερωτικού συντρόφου και αποφυγή συχνής εναλλαγής ερωτικών συντρόφων.
- ✚ Χρήση προφυλακτικών στις σεξουαλικές επαφές και λήψη μέτρων προκειμένου να αποφευχθεί η εγκυμοσύνη.
- ✚ Αποφυγή του μητρικού θηλασμού.
- ✚ Ενημέρωση ερωτικών συντρόφων ή ατόμων με τα οποία έκαναν κοινή χρήση ναρκωτικών.
- ✚ Απολύμανση επιφανειών που έχουν έρθει σε επαφή με αίμα ή άλλα υγρά το σώματός τους (Κακλαμάνη & Φραγκούλη- Κουμαντάκη, 2007).

5.9 Προφυλάξεις για το υγειονομικό προσωπικό

Το υγειονομικό προσωπικό θα πρέπει να φορά γάντια και μάσκα όταν έρχεται σε επαφή με τους ασθενείς που πάσχουν από AIDS, ενώ θα πρέπει να δίνει ιδιαίτερη προσοχή κατά τη λήψη αίματος, για την αποφυγή τρυπήματος με τη βελόνα της αιμοληψίας.

Ακόμη, τα δείγματα προς εξέταση που προέρχονται από ασθενείς με AIDS θα πρέπει να μεταφέρονται στο εργαστήριο με επιγραφή που θα ενημερώνει ότι ο ασθενής πάσχει από AIDS, έτσι ώστε να αντιμετωπιστούν τα δείγματα με ιδιαίτερη προσοχή (Δαρδαβέσης, 1999).

Όσον αφορά τα υλικά που επαναχρησιμοποιούνται και έχουν χρησιμοποιηθεί σε ασθενείς με AIDS, θα πρέπει να αποστειρώνονται στο αυτόκαυστο, στον κλίβανο ξηρής θερμότητας, με οξείδιο του αιθυλενίου ή με χημικούς ατμούς. Στην περίπτωση που τα υλικά δεν επαναχρησιμοποιούνται αποστέλλονται για κάψιμο. Επίσης, έπειτα από χειρουργικές επεμβάσεις που αφορούν ασθενείς με AIDS τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν τοποθετούνται σε ειδικά δοχεία και στέλνονται για αποστείρωση.

Επίσης, θα πρέπει να πραγματοποιείται αυστηρός έλεγχος στην αιμοδοσία και στα όργανα που πρόκειται να χρησιμοποιηθούν σε μεταμοσχεύσεις, έτσι ώστε να αποφευχθεί η μετάδοση του ιού.

Το υγειονομικό προσωπικό, και ειδικότερα οι νοσηλευτές, διασφαλίζουν την αντισηψία του χώρου έχοντας ως σκοπό την αποφυγή ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων.

Πιο συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές θα πρέπει:

- ✚ Να πλένουν επιμελώς τα χέρια τους, καθώς ο καθαρισμός των χεριών απομακρύνει τα μικρόβια και μειώνει το κίνδυνο μετάδοσής τους.
- ✚ Να εφαρμόζουν σχολαστική ασηψία κατά τις επεμβατικές τεχνικές, όπως σε ενέσεις, παρακεντήσεις κλπ.
- ✚ Να προχωρούν σε συχνές αλλαγές των υλικών που χρησιμοποιούνται στους επεμβατικούς χειρισμούς, καθώς η παρατεταμένη παραμονή των υλικών αυτών αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης μικροοργανισμών.
- ✚ Να χορηγούν βιταμίνες και μέταλλα, σύμφωνα με οδηγίες.
- ✚ Να συμβουλεύουν και να βοηθούν τον ασθενή στην καλή σωματική καθαριότητα.

- ✚ Να φροντίζουν τα κλινοσκεπάσματα να είναι καθαρά ή αν χρειάζεται να χρησιμοποιούνται αποστειρωμένα.
- ✚ Να φροντίζουν ώστε να απολυμαίνονται τα δάπεδα και να ανανεώνεται ο αέρας του δωματίου (Κακλαμάνη & Φραγκούλη- Κουμαντάκη, 2007).

5.10 Προφύλαξη μετά από έκθεση

Ο κίνδυνος από λοίμωξη HIV μετά από τον τραυματισμό με βελόνα μολυσμένη με αίμα ασθενούς με AIDS είναι 0,3%, ενώ είναι πολύ μικρότερος έως ανύπαρκτος ο κίνδυνος μετά από έκθεση του υγιούς δέρματος με μολυσμένο αίμα.

Μετά από τραυματισμό με αντικείμενο μολυσμένο με αίμα ασθενούς με AIDS θα πρέπει να πραγματοποιηθούν τα εξής:

- ✚ Άμεση πρόκληση αιμορραγίας από το τραύμα με ισχυρή πίεση, ενώ απαγορεύεται η χειρουργική διάνειξη.
- ✚ Απολύμανση του τραύματος για 3 - 5 λεπτά με απολυμαντικά με βάση την αιθυλική αλκοόλη.
- ✚ Λήψη αίματος για έλεγχο αντισωμάτων.
- ✚ Λήψη αίματος από τον άρρωστο για έλεγχο αντισωμάτων.
- ✚ Πιθανή χημειοπροφύλαξη.

Η έναρξη της χημειοπροφύλαξης θα πρέπει να γίνεται μέσα στις 2 πρώτες ώρες μετά από την έκθεση ή τουλάχιστον μέσα σε 24 - 48 ώρες. Δεν έχει αποδειχθεί η χρησιμότητα και δεν συνιστάται συνήθως χημειοπροφύλαξη μετά την 7^η ημέρα του τραυματισμού, παρά μόνο αν είναι αυξημένος ο κίνδυνος μόλυνσης.

Μετά από διαδερμική έκθεση με μολυσμένο υλικό συνιστάται χορήγηση: Zidovudin (NRTI) (200mg x 3) + Lamivudine (NRTI) (150mg x 2) + Indinavir (PI) (600mg x 3) ή Efavirenz (NNRTI) 600mg, ή Nelfinavir(PI) 750 mg για 4 εβδομάδες.

Σε περίπτωση απλής έκθεσης με μολυσμένο υλικό συνιστάται χορήγηση: Zidovudin (200mg x 3) + Lamivudine (150mg x 2) για 4 εβδομάδες (Κακλαμάνη & Φραγκούλη-Κουμαντάκη, 2007).

5.11 Συνήθεις εμβολιασμοί

Λόγω του αυξημένου κινδύνου λοιμώξεων επιβάλλεται η αυστηρή τήρηση του προγράμματος εμβολιασμών για ενήλικες και παιδιά, καθώς και για ανοσοκατεσταλμένους.

Τα συνιστώμενα εμβόλια για τους ασθενείς με AIDS είναι τα εξής:

- ✚ Το εμβόλιο της ηπατίτιδας Α
- ✚ Το εμβόλιο της ηπατίτιδας Β
- ✚ Το εμβόλιο του πνευμονιοκόκκου
- ✚ Το εμβόλιο της γρίπης
- ✚ Το εμβόλιο της διφθερίτιδας - τετάνου
- ✚ Το αδρανοποιημένο εμβόλιο της πολιομυελίτιδας (Κακλαμάνη & Φραγκούλη-Κουμαντάκη, 2007).

Ο εμβολιασμός των ασθενών με AIDS παρουσιάζει όμως και ορισμένα προβλήματα όπως:

- ✚ Ταχύτερη μείωση του προστατευτικού τίτλου αντισωμάτων
- ✚ CD4+ T-κυττάρων <300/μl: εμφανίζεται μειωμένη απόκριση στα εμβόλια.
- ✚ CD4+ T-κυττάρων <100/μl: δεν επιτυγχάνεται σημαντική προστασία και πρέπει να αναβληθεί ο εμβολιασμός τους έως ότου αυξηθεί ο αριθμός των CD4+ T-κυττάρων >200/μl.

Οι έρευνες για τα λεγόμενα HIV εμβόλια επικεντρώνονται στα εμβόλια Πρόληψης, τα οποία θα προστατεύουν από HIV λοίμωξη και στα Θεραπευτικά εμβόλια, τα οποία θα συμβάλλουν στη βελτίωση του ανοσολογικού συστήματος των ασθενών. Προς το παρόν, όμως, δεν έχει εγκριθεί κανένα εμβόλιο για τον ιό του AIDS, καθώς ο σχεδιασμός των εμβολίων αυτών έχει να αντιμετωπίσει τα παρακάτω προβλήματα:

- ✚ Ηθικά προβλήματα κλινικών δοκιμών
- ✚ Οικονομικά προβλήματα κλινικών δοκιμών
- ✚ Απουσία πειραματικού μοντέλου
- ✚ Πολλαπλοί γονότυποι του ιού HIV
- ✚ Μεγάλη μεταλλαξικότητα του ιού HIV

- ✚ Αυξημένη ικανότητα του ιού HIV να διαφεύγει της άμυνας του ανοσοποιητικού συστήματος
- ✚ Δεν παρέχεται προστασία λοίμωξης μετά από σεξουαλική επαφή (Κακλαμάνη & Φραγκούλη- Κουμαντάκη, 2007).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας προκαλείται από την προσβολή του οργανισμού από τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας HIV, ο οποίος επιδρά στο ανοσοποιητικό σύστημα του ανθρώπου και προσβάλλει τα λευκά αιμοσφαίρια που ρυθμίζουν την άμυνα του ανθρώπινου οργανισμού.

Πιο συγκεκριμένα, ο ιός HIV εισέρχεται στο αίμα του ασθενούς και προσβάλλει τα λεμφοκύτταρα, με σκοπό να τα χρησιμοποιήσει για την παραγωγή νέων ιών. Εξαιτίας της διαδικασίας αυτής εξουθενώνεται το ανοσοποιητικό σύστημα του ατόμου και η άμυνα του οργανισμού καταρρέει. Με αυτόν τρόπο ο ασθενής που πάσχει από AIDS είναι ευάλωτος σε μια πληθώρα ευκαιριακών λοιμώξεων που μπορούν να αποβούν μοιραίες για τη ζωή του ασθενούς αν δεν αντιμετωπιστούν έγκυρα και αποτελεσματικά.

Το AIDS αποτελεί μια ανίατη ασθένεια ακόμη και σήμερα, η οποία αντιμετωπίζεται μέχρι ενός σημείου με την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή, αυξάνοντας έτσι τη διάρκεια ζωής των ατόμων που έχουν μολυνθεί. Η φαρμακευτική αγωγή που χορηγείται περιλαμβάνει το συνδυασμό φαρμάκων έτσι ώστε να αντιμετωπιστεί όσον το δυνατόν καλύτερα και το πρόβλημα ανθεκτικότητας που εμφανίζει ο ιός στα χορηγούμενα φάρμακα.

Η εμφάνιση πνευμονίας είναι πολύ συχνή σε ασθενείς με AIDS και ιδιαίτερα απειλητική για τη ζωή του ασθενούς, καθώς εμφανίζει άτυπη κλινική εικόνα. Πολλά παθογόνα μικρόβια προσβάλλουν ευκολότερα τον πνεύμονα όταν συνυπάρχει δυσλειτουργία του ανοσιακού συστήματος, ενώ πολύ περισσότερα αποικίζουν τον πνεύμονα σε κάποιες συγκεκριμένες περιπτώσεις καταστολής του ανοσιακού συστήματος. Η πνευμονία σε ασθενείς με AIDS οφείλεται κυρίως σε μόλυνση από *Pneumocystis jiroveci* (PCP) ή από βακτηριακές πνευμονίες.

Η PCP αποτελεί τη συχνότερη ευκαιριακή λοίμωξη σε HIV-θετικούς ασθενείς και συχνά καθορίζει τη μετάβαση από την HIV-λοίμωξη στο σύνδρομο AIDS. Στην περίπτωση που δεν χορηγηθεί η κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή, τα ποσοστά θνητότητας σε HIV-αρνητικούς ασθενείς αγγίζουν το 90-100%.

Όπως προαναφέραμε, η ασθένεια του AIDS αποτελεί ένα σύνθετο πρόβλημα όπου ο ασθενής αντιμετωπίζει προβλήματα τόσο σε οργανικό όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο. Οι

ανάγκες του ατόμου που πάσχει από AIDS είναι πολλαπλές και το νοσηλευτικό προσωπικό καλείται να τις αντιμετωπίσει όσο το δυνατόν αποτελεσματικότερα.

Ο ασθενής με AIDS χρειάζεται εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα και στην περίπτωση του οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις έχουν κυρίως ως στόχο την προστασία του από λοιμώξεις και την αποφυγή της μετάδοσης του ιού σε άλλους ασθενείς ή σε άτομα του υγειονομικού προσωπικού.

Ειδικά όταν ο ασθενής με AIDS πάσχει από πνευμονία και έχει ήδη επιβαρυνμένο ανοσοποιητικό σύστημα, η ανάγκη απομόνωσής του είναι σημαντική. Στην περίπτωση ασθενούς με AIDS που πάσχει από πνευμονία είναι αναγκαία η παρακολούθηση της κατάστασης της υγείας και της πορείας του με τη συστηματική λήψη των ζωτικών σημείων του.

Ακόμη, οι νοσηλευτές θα πρέπει να ενισχύουν την άμυνα του οργανισμού του παρέχοντας κατάλληλη διατροφή και επαρκή ενυδάτωση. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να εφαρμόζουν τα κατάλληλα θεραπευτικά και νοσηλευτικά μέτρα, έτσι ώστε οι ασθενείς να ανακουφίζονται από τον πόνο και από τις παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής που τους χορηγείται.

Επιπλέον, οι νοσηλευτές θα πρέπει να ενθαρρύνουν ψυχολογικά τον ασθενή, έτσι ώστε να μπορέσει να αντιμετωπίσει και την ψυχολογική κατάπτωση που βιώνει κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του.

Καθώς η φαρμακευτική αγωγή για τον ιό του AIDS δεν αποτελεί θεραπεία της νόσου είναι αναγκαία η πρόληψη για την αποφυγή της μετάδοσης. Η σεξουαλική μετάδοση αποτελεί τον κύριο τρόπο μετάδοσης του ιού, και επομένως οι νοσηλευτές θα πρέπει να ενημερώνουν τον πληθυσμό να τηρεί όλα τα απαραίτητα προφυλακτικά μέτρα κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής πράξης.

Επίσης, για την αποφυγή μετάδοσης της λοίμωξης είναι απαραίτητο το νοσηλευτικό προσωπικό να φορά γάντια και μάσκα όταν έρχεται σε επαφή με τους ασθενείς που πάσχουν από AIDS και να τηρούνται όλα τα προβλεπόμενα μέτρα προφύλαξης στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις και στις αποστειρώσεις των υλικών που χρησιμοποιούνται σε αυτούς τους ασθενείς.

Συμπερασματικά, θα πρέπει να τονίσουμε ότι ο ρόλος των νοσηλευτών στις παρεμβάσεις με ασθενείς με AIDS είναι πολύ σημαντικός, καθώς αποτελούν τα άτομα με τα οποία έρχονται σε καθημερινή επαφή οι ασθενείς σε αυτή την ευάλωτη στιγμή της ζωής τους.

Επομένως, οι νοσηλευτές που αναλαμβάνουν τη φροντίδα αυτών των ασθενών θα πρέπει να είναι επαρκώς ενημερωμένοι τόσο για τις τελευταίες εξελίξεις στην φαρμακευτική αντιμετώπιση του ιού, όσο και για τον τρόπο με τον οποίο θα πρέπει να συμπεριφέρονται σε αυτή την κατηγορία ασθενών που πάσχουν από την ανίατη ασθένεια του AIDS και έρχονται καθημερινά αντιμέτωποι με τον επικείμενο θάνατό τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ανευλαβής Ε. (2005). *Κλινική Λοιμωξιολογία*. Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα.
- Αποστολοπούλου Ε. (2000). *Νοσοκομειακές Λοιμώξεις*. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα.
- Δαρδαβέσης, Θ. (1999). Επιδημιολογία του Συνδρόμου της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (ΣΕΑΑ). *Ελληνικά Αρχεία AIDS*. τ. 7, 2.
- Κακλαμάνη Ε., Φραγκούλη- Κουμαντάκη Υ. (2007). *Προληπτική ιατρική και αγωγή υγείας*. Β' Έκδοση. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα.
- ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. (2007). Κατευθυντήριες οδηγίες για τη διάγνωση και την εμπειρική θεραπεία της πνευμονίας από την κοινότητα, Ελληνική Εταιρεία Λοιμώξεων, Αθήνα.
- ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. (2011). Επιδημιολογική Επιτήρηση της HIV/AIDS λοίμωξης στην Ελλάδα. Δηλωθέντα Στοιχεία έως 31.12.2011. Ετήσια Έκδοση του Κέντρου Ελέγχου & Πρόληψης Νοσημάτων.
- Παϊκοπούλου Δ., Γέραλη Μ. (2009). Νοσηλευτική Φροντίδα Ασθενούς στο Τελικό Στάδιο της Ζωής του. Πρωτόκολλο Μεταθανάτιας Φροντίδας. *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*. 48(1): 19-29.
- Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ. (1999). *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Σαπουντζή Δ. (1998). *Χρόνια Ασθένεια & Νοσηλευτική Φροντίδα*, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Bergmans D.C.J.J., Bonten M.J.M. (2004). *Nosocomial pneumonia. In: Hospital Epidemiology and Infection Control*. 3rd Edition. Editor: Mayhall CG. Lippincott Williams & Wilkins.
- Bokazhanova A., Rutherford G.W. (2006). The epidemiology of HIV and AIDS in the world. *Coll Antropol*;30 Supp; 2:3-10.
- Bouza E., Burillo A., Torres A. (2007). *Nosocomial pneumonia in the Critical Care Unit. In: Infectious Diseases in Critical Care*. 2nd Edition Editor: Cunha BA. Informa healthcare Inc.
- Carr A., Amin J. (2009). Efficacy and tolerability of initial antiretroviral therapy: a systematic review. *AIDS*; 23: 343-56.
- Cayal S. K., Shifren A. (2006). *Community-Acquired Pneumonia*. In Shifren A. (ed). Washington Manual Pulmonary Medicine Subspecialty Consult, 1st edition, Lippincott Williams & Wilkins, 78-81.
- Craven D.E., Craven K.S., Duncan R.A. (2007). *Hospital-acquired pneumonia. In: Bennett & Brachman's: Hospital Infections*. 5th Edition. Editor: Jarvis WR. Wolters Kluwer /Lippincott Williams & Wilkins.
- Cruciani M., Marcati P., Malena M., Bosco O., Serpelloni G., Mengoli C. (2002). Meta-analysis of diagnostic procedures for *Pneumocystis carinii* pneumonia in HIV-1-infected patients. *Eur Respir J*; 20:982–989.
- Evian C. (2006). *Primary HIV/AIDS care: a practical guide for primary health care personnel in a clinical and supportive setting*. 4th Edition. Houghton.
- Deeks S.G. (2003). Treatment of antiretroviral-drug-resistant HIV-1 infection. *Lancet*; 362:2002-11.

- Dewit, S.C. (2009). *Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική*. Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης. Αθήνα.
- Furrer H., Fux C. (2002). Opportunistic infections: an update. *J HIV Ther.* 7:2-7.
- Gallo R.C. (2006). A reflection on HIV/AIDS research after 25 years. *Retrovirology* 3: 72.
- Goldman L., Bennett C. (2003). *Νοσολογία του Cecil*. Τόμος III. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα.
- Huang L. (2011). HIV-associated Pneumocystis pneumonia. *Proceedings of the American Thoracic Society* 8 (3): 294–300.
- Joos L., Chhajed P.N., Wallner J. (2007). Pulmonary infections diagnosed by BAL: a 12-year experience in 1066 immunocompromised patients. *Respir Med*; 101: 93-7.
- Kallings L.O. (2008). The first postmodern pandemic: 25 years of HIV/AIDS. *J Intern Med* 263 (3): 218–43.
- Kwong P.D. (2005). Human immunodeficiency virus: refolding the envelope. *Nature*; 433:815-6.
- Mayaud C., Parrot A., Cadranel J. (2002). Pyogenic bacterial lower respiratory tract infection on human immunodeficiency virus-infected patients. *Eur Respir J Suppl.* 36:28s-39s.
- Morris A., Beard C.B., Huang I. (2002). Update on the epidemiology and transmission of *Pneumocystis carinii*. *Microbes Infect*, 4: 95-103.
- Rano A., Agustí C., Sibila O., Torres A. (2005). Pulmonary infections in non-HIV-immunocompromised patients. *Curr Opin Pulm*; 11: 213-7.
- Shorr A.F., Susla G.M., O'Grady N.P. (2004). Pulmonary infiltrates in the non-HIV-infected immunocompromised patient: etiologies, diagnostic strategies, and outcomes. *Chest*; 125:260–271.

- Stringer J.R., Beard C., Miller R., Wakefield A.E.(2003). A new name (Pneumocystis jirovecii) for Pneumocystis from humans. *Emerg Infect*, 9: 276-9.
- Thomas C., Limper A. (2004). Pneumocystis Pneumonia. *N Engl J Med*, 350: 2487-2495.
- Turner D., Schwarz Y., Yust I. (2003). Induced sputum for diagnosing Pneumocystis carinii pneumonia in HIV patients: new data, new issues. *Eur Respir J*; 21:204–208.
- Wolff A.J., O'Donnell A.E. (2003). HIV-related pulmonary infections: a review of the recent literature. *Curr Opin Infect Dis*. 16:77-83.