

Α.Τ.Ε.Ι. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ  
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ  
ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

# ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ (AIDS)

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΕΜΜΑΝΟΥΗΛΙΔΟΥ ΜΑΡΙΑ  
ΜΑΥΡΟΧΩΡΙΔΟΥ ΑΣΗΜΕΝΙΑ  
ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: κα. ΑΒΡΑΜΙΚΑ ΜΑΡΙΑ

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ:

1. ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
  - 1.1. Ιστορική ανασκόπηση
  - 1.2. Ορισμός του AIDS / HIV και η έννοια της ανοσολογικής ανεπάρκειας
  - 1.3. Ο ιός HIV - γενικά
  - 1.4. Μορφολογία του ιού
  - 1.5. Ο μηχανισμός δράσης του HIV
2. ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΤΗΣ HIV ΛΟΙΜΩΞΗΣ
  - 2.1. Τρόποι μετάδοσης του ιού HIV
  - 2.2. Ομάδες υψηλού κινδύνου
  - 2.3. Περίοδος μεταδοτικότητας
3. ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ HIV
  - 3.1. Κλινικά στάδια
  - 3.2. Διαγνωστική αξιολόγηση
  - 3.3. Κλινικές εκδηλώσεις
4. ΘΕΡΑΠΕΙΑ
  - 4.1. Θεραπευτική αγωγή σε λοιμώξεις που σχετίζονται με AIDS
    - 4.1.2. Θεραπευτική αγωγή σε κακοήθειες
    - 4.1.3. Αντι-ιικά μέσα
    - 4.1.4. Ανοσοτροποποιητές
    - 4.1.5. Εμβολιασμός
5. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ AIDS
  - 5.1. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις
  - 5.2. Πρόληψη
    - 5.2.1. Πρόληψη σεξουαλικής μετάδοσης
    - 5.2.2. Πρόληψη μετάδοσης με αίμα και παράγωγα του πλάσματος
    - 5.2.3. Πρόληψη περιγεννητικής μετάδοσης
    - 5.2.4. Πρόληψη με τον προσυμπτωματικό έλεγχο (screening testing)
    - 5.2.5. Πρόληψη με εμβόλιο
    - 5.2.6. Προφυλάξεις για τον υγιή πληθυσμό

- 5.2.7. Προφυλάξεις για τους ίδιους τους πάσχοντες
- 5.2.8. Προφυλάξεις για το ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό
- 6. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΓΙΑ ΤΟ ΣΕΑΑ
- 7. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ AIDS
  - 7.1. Νοσηλευτική περίθαλψη
  - 7.2. Συνεχιζόμενη εκπαίδευση και διαρκής ενημέρωση προσωπικού
  - 7.3. Διεθνείς νοσηλευτικοί οργανισμοί για το AIDS
- 8. ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ AIDS
- 9. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΕΑΑ
  - 9.1. Ψυχικές διαταραχές και ψυχικές αντιδράσεις ασθενών με AIDS
- 10. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
- 11. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΣΕΑΑ
- 12. ΕΠΙΛΟΓΟΣ
- 13. ΠΕΡΙΛΗΨΗ
- 14. ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ
- 15. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ
- 16. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

## 1. ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Το Σύνδρομο της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (ΣΕΑΑ) σημειώθηκε επίσημα για πρώτη φορά το 1981 στις ΗΠΑ, αλλά όπως φαίνεται υπήρχε ήδη απ' το 1978. Λίγο διάστημα μετά τον καθορισμό του συνδρόμου στις ΗΠΑ, άρχισαν ν' αναφέρονται παρόμοιες περιπτώσεις και σ' άλλα μέρη του κόσμου. Έτσι, στις περισσότερες χώρες της Δ. Ευρώπης και τον Καναδά ο επιδημιολογικός πίνακας είναι πολύ ανάλογος εκείνου των ΗΠΑ και παντού οι ασθενείς είναι στην πλειονότητα ομοφυλόφιλοι άνδρες. Υπάρχουν όμως περιοχές, όπως η Ισημερινή Αφρική και η Καραϊβική, όπου, όπως φάνηκε από αναδρομικές μελέτες, το σύνδρομο πρέπει να εμφανίσθηκε κατά το τέλος της δεκαετίας του 1970, ενώ ο επιδημιολογικός πίνακας φαίνεται διαφορετικός εκείνου της Β. Αμερικής και της Δ. Ευρώπης.

Η νόσος εκδηλώνεται με διάφορες ευκαιριακές λοιμώξεις, συνδυασμένες ή όχι με ορισμένους τύπους κακοήθων όγκων. Για την κυτταρική ανοσολογική ανεπάρκεια που παρατηρείται σ' όλες τις περιπτώσεις δεν βρέθηκε μέχρι σήμερα θεραπευτικό μέσο που να την βελτιώνει κι έτσι η θνησιμότητα παραμένει σε υψηλά επίπεδα. Τα επιδημιολογικά στοιχεία ενίσχυαν σοβαρά την υπόθεση ότι το σύνδρομο έπρεπε να οφείλεται σ' ένα παράγοντα μεταδοτικό κι όπως φαίνεται, ο παράγων αυτός είναι ρετροϊός. Ακόμη, παρά την ασάφεια στην παθογένεια και παρά την έλλειψη «προληπτικών» διαγνωστικών εργαστηριακών δοκιμασιών, οι πληροφορίες που διατίθενται είναι τόσο επαρκείς, ώστε να επιτρέπουν τις υγειονομικές αρχές στον καθορισμό των δεδομένων για την τελική εκτίμηση της συχνότητας της νόσου. Το σύνδρομο αυτό, που αποτελεί πια σε πολλές χώρες σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας με περιπλοκές διεθνείς, ελπίζεται ότι θα λυθεί σχετικά σύντομα, γιατί οι έρευνες είναι τεράστιες και προχωρούν θετικά, παρόλα τα προβλήματα που υπάρχουν και τα νεώτερα που προκύπτουν. (Τεκνετζής Α., 1996).

Σκοπός της μελέτης μας, είναι η ενημέρωση του κοινού για την προέλευση του ιού και τις δραματικές συνέπειές του στον ανθρώπινο οργανισμό και κυρίως η ανάγκη λήψης προληπτικών μέτρων για τη μείωση της μετάδοσής του.

### 1.1. Ιστορική ανασκόπηση.

Το Σύνδρομο της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας άρχισε να απασχολεί την επιστημονική κοινότητα, σε παγκόσμια κλίμακα, στις αρχές της δεκαετίας 1980-1990. Φαίνεται ότι το AIDS είχε "κτυπήσει" και πριν το 1981 στις δεκαετίες του '70 ή και του '60 ακόμα. Στον άνθρωπο βρέθηκαν αντισώματα του AIDS σε δείγματα αίματος του 1959. Πιο συγκεκριμένα σύμφωνα με το ιατρικό περιοδικό Lancet το σύνδρομο υπάρχει από το 1954 τουλάχιστον. Αυτό αποκαλύφθηκε από την επανεξέταση οργάνων ενός 25χρονου ναύτη, ο οποίος πέθανε το 1959 από μια "μυστηριώδη" ασθένεια. Τα όργανα του ναύτη είχαν φυλαχτεί γιατί η ασθένεια που τον οδήγησε στο θάνατο ήταν άγνωστη. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των εξετάσεων ο ναύτης εκείνος έπασχε από AIDS και θα έπρεπε να έχει μολυνθεί τουλάχιστον 5 χρόνια νωρίτερα, δηλαδή το 1954.

Αναδρομικές έρευνες έδειξαν, ότι η νόσος εμφανίστηκε για πρώτη φορά το 1978 σε πέντε ομοφυλόφιλους της Νέας Υόρκης, ενώ κατά τη διάρκεια του 1979 αναφέρθηκαν επτά νέα κρούσματα στην ίδια πόλη. Ακολούθησε η εξάπλωση του συνδρόμου σε πολλές περιοχές των ΗΠΑ, ενώ η συνεχής εμφάνιση νέων κρουσμάτων άρχισε να προσδίδει στη νόσο επιδημικό χαρακτήρα.

Οι πρώτοι επιστήμονες, που έδωσαν στη νόσο την αρμόζουσα διάσταση, ήταν οι Gottlieb, Siegal και Masur, οι οποίοι περιέγραψαν το 1981 σε πέντε νέους, υγιείς μέχρι τότε ομοφυλόφιλους άνδρες του Λος Άντζελες πνευμονία από *Pneumocystis carinii*.

Την ίδια περίοδο το «Κέντρο Ελέγχου των Νόσων» (Center for Disease Control- CDC), που εδρεύει στην Ατλάντα των ΗΠΑ, ανέφερε 26 περιπτώσεις ομοφυλόφιλων ανδρών με σάρκωμα Kaposi και πτώση της κυτταρικής τους ανοσίας, ενώ τον Αύγουστο του 1982 κατέγραψε 533 περιπτώσεις ασθενών με πτώση της κυτταρικής ανοσίας, συνοδευόμενη από ευκαιριακές λοιμώξεις και σε συνδυασμό ή όχι με σάρκωμα Kaposi. Παράλληλα, το ΣΕΑΑ εμφανίστηκε και άρχισε να εξαπλώνεται με επιδημιολογικά χαρακτηριστικά ανάλογα εκείνων των ΗΠΑ, στον Καναδά και σε όλες τις χώρες της Δ. Ευρώπης. Οι πρώτες

αναφορές κρουσμάτων ΣΕΑΑ έγιναν στη Μ. Βρετανία, τη Γαλλία και την Ισπανία, ενώ μέχρι τη στιγμή εκείνη δεν υπήρξε καμιά επίσημη αναφορά στις χώρες της Α. Ευρώπης και της Βαλκανικής χερσονήσου.

Λαμβάνοντας ως αφορμή το γεγονός, ότι τα πρώτα θύματα της άγνωστης αυτής ασθένειας ήταν νεαρά ομοφυλόφιλα άτομα, οι επιστήμονες ονόμασαν αρχικά την ασθένεια ως Gay Syndrome ή νόσο των ομοφυλοφίλων. Επίσης, σε ορισμένες περιπτώσεις αναφέρθηκε ως Gay Cancer (καρκίνος των ομοφυλοφίλων) και ως Gay Plague (πανώλης των ομοφυλοφίλων). Λίγο αργότερα άρχισε να επικρατεί η ονομασία Ανοσολογική Ανεπάρκεια των Ομοφυλοφίλων (Gay Related Immune Deficiency - GRID), λόγω των παρατηρούμενων σοβαρών διαταραχών του ανοσολογικού μηχανισμού του οργανισμού των ασθενών. Ύστερα όμως από επισταμένες επιδημιολογικές έρευνες και παρατηρήσεις η επιστημονική κοινότητα κατέληξε στο συμπέρασμα, ότι εκτός από τους ομοφυλόφιλους και αμφιφυλόφιλους άνδρες, ιδιαίτερα αυξημένο κίνδυνο προσβολής παρουσιάζουν οι χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών, οι αιμορροφιλικοί, οι λήπτες μεταγγίσεων μολυσμένου αίματος, οι σύζυγοι ανδρών που πάσχουν από ΣΕΑΑ, τα παιδιά γονέων ασθενών με ΣΕΑΑ, τα βρέφη των οποίων οι μητέρες είναι τοξικομανείς με κλινικές ή όχι εκδηλώσεις του συνδρόμου, οι ασθενείς που τελούν υπό ανοσοκατασταλτική θεραπεία και οι κάτοικοι της Ισημερινής Αφρικής και της Αϊτής. Οι διαπιστώσεις αυτές είχαν ως αποτέλεσμα να μην ικανοποιεί πλέον ο όρος GRID. Για το λόγο αυτό η πάθηση μετονομάστηκε σε AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) ή SIDA (Syndrome Immune Deficitaire Acquis) ή ΣΕΑΑ (Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας). (Δαρδαβέσης Θ., 2003).

Στο τελευταίο (VI) Παγκόσμιο Συνέδριο για τους ρετροϊούς ανακοινώθηκε ότι η πηγή του ιού φαίνεται ότι είναι ο χιμπατζής. Ο χιμπαντζής του είδους Pan Troglodytes Troglodytes, βρέθηκε στη Δυτική Ισημερινή Αφρική, στη περιοχή δηλαδή που αναγνωρίστηκε η πρώτη περίπτωση AIDS. Η ερευνήτρια Beatrice Hahn, MD, του Πανεπιστημίου της, Alabama στο Birmingham, είπε ότι ο ιός πιθανόν μεταπήδησε στον άνθρωπο τα τέλη της δεκαετίας του 1940 ή στις αρχές του '50, σαν αποτέλεσμα της ευρείας βρώσης τέτοιου κρέατος από τους ανθρώπους. Οι ερευνητές πιστεύουν ότι ο HIV-1 μεταδόθηκε στον άνθρωπο

όταν κυνηγοί εκτέθηκαν στο μολυσμένο αίμα.

Ενώ ο HIV είναι σχετικά νέος ιός για τον άνθρωπο, οι χιμπαντζήδες, θεωρείται ότι μεταφέρουν τη δικιά τους ποικιλία ιού - τον SIVcpv - για εκατοντάδες ή και χιλιάδες χρόνια, χωρίς όμως να νοσούν.

Από τη στιγμή που οι χιμπαντζήδες είναι γενετικά παρόμοιοι κατά το 98% με τους ανθρώπους, λέμε ότι εφ' όσον βρούμε για ποιο λόγο οι μαϊμούδες αυτές δεν εμφανίζουν τη νόσο, μπορεί να βοηθηθούμε στην εύρεση του εμβολίου. (www.keel.org.gr, 2007).

## 1.2. Ορισμός του AIDS / HIV και η έννοια της ανοσολογικής ανεπάρκειας

AIDS: Ονομάζεται έτσι από τα αρχικά των λέξεων Acquired Immunodeficiency Syndrome και στα ελληνικά μεταφράζεται ως Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας. Η ονομασία του και μόνο εξηγεί πολλά γι' αυτό. Χαρακτηρίζεται ως σύνδρομο, που σημαίνει ότι έχουμε να κάνουμε με ένα σύνολο συμπτωμάτων, δηλαδή με μια ασθένεια. Οδηγεί στην ανοσολογική ανεπάρκεια, δηλαδή στην εξασθένηση της βασικής λειτουργίας του οργανισμού, που είναι να αναγνωρίζει τους ιούς που τον προσβάλλουν και να αμύνεται σε αυτούς. Τέλος, η ασθένεια αυτή προσδιορίζεται ως επίκτητη, δηλαδή δεν κληρονομείται, αλλά αποκτιέται στη διάρκεια της ζωής του ανθρώπου.

HIV: Human Immunodeficiency Virus είναι ο Ιός της Ανθρώπινης Ανοσοανεπάρκειας. Με πιο απλά λόγια, είναι ο ιός που προκαλεί την ασθένεια του AIDS. Όπως όλοι οι ιοί, για να αναπαραχθεί χρησιμοποιεί τον γενετικό μηχανισμό κυττάρων, συγκεκριμένα των T- λεμφοκυττάρων. Ο HIV έχει την ικανότητα να μεταλλάσσεται γρήγορα και να εξαπλώνεται με το περιφερικό αίμα ταχύτερα από άλλους ιούς. Όσο αυξάνεται το ποσοστό του ιού που περνάει στο αίμα, τόσο πιο κοντά βρίσκεται ο ασθενής στην εκδήλωση της ασθένειας. (ΚΕΕΛΠΝΟ, 2006).

Ο φορέας του HIV, δηλαδή ο οροθετικός, περνάει κάποια περίοδο, η οποία διαφέρει από άνθρωπο σε άνθρωπο (περίπου 2-12 χρόνια), κατά την οποία δεν εκδηλώνει τα συμπτώματα της ασθένειας του AIDS. Αυτό δεν σημαίνει ότι κατά τη διάρκεια αυτής περιόδου δεν μπορεί να μεταδώσει τον ιό.

Αυτό μπορεί να το κάνει από την πρώτη κιόλας στιγμή της μόλυνσής του. (ΚΕΕΛΠΝΟ, 2007).

Ως φορέας θεωρείται το άτομο που έχει μολυνθεί με τον ιό, αλλά δεν έχει νοσήσει ακόμα (δηλαδή δεν έχει παρουσιάσει κανένα σύμπτωμα). Λέγεται και HIV (+) άτομο ή οροθετικός για HIV. Το άτομο αυτό μεταδίδει τον ιό στους άλλους μέσω του σεξ, αίματος ή με τον τοκετό (περιγεννητική μετάδοση). (www.keel.org.gr,2007).

Ο οργανισμός του ανθρώπου διαθέτει μια τεράστια ποικιλία αμυντικών όπλων απέναντι στα χιλιάδες μικρόβια και τους μικροοργανισμούς που υπάρχουν στο περιβάλλον. Την άμυνα αυτή την έχει αναλάβει το ανοσοποιητικό σύστημα. Το σύστημα αυτό αποτελείται από διάφορες ομάδες κυττάρων και κυρίως από λεμφοκύτταρα. Το κυριότερο από τα κύτταρα αυτά, ο "αρχηγός" θα λέγαμε της "αμυντικής ομάδας" του οργανισμού, είναι το T4 λεμφοκύτταρο. Τι ακριβώς κάνει το κύτταρο αυτό; Μόλις κάποιο μικρόβιο εισβάλλει στον οργανισμό, αυτό είναι που δίνει το σύνθημα και στη συνέχεια συντονίζει όλες τις αμυντικές ενέργειες του οργανισμού, ώστε τελικά να σκοτωθεί ο ξένος εισβολέας. Δυστυχώς όμως, ο ιός του AIDS αποδείχθηκε ο "πονηρότερος" των ιών, και βέβαια ο πιο επικίνδυνος: μπαίνοντας στο αίμα, προσβάλλει ακριβώς αυτά τα κύτταρα και τα χρησιμοποιεί σαν εργοστάσια παραγωγής νέων ιών ενώ ταυτόχρονα τα καταστρέφει. Το αποτέλεσμα είναι μοιραίο. Η άμυνα του οργανισμού καταρρέει με συνέπεια μικρόβια που σε φυσιολογικά άτομα δεν προκαλούν νόσο, σε ασθενείς με AIDS, να προκαλούν σοβαρές και συχνά θανατηφόρες αρρώστιες. (www.google.gr,2007).

### 1.3. Ο ιός HIV - Γενικά

Το αίτιο του Συνδρόμου της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας, έχει αποδειχθεί ότι είναι ο ιός της ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου (Human Immunodeficiency Virus, HIV). Ο ιός αυτός ανήκει σε μια μεγάλη ομάδα RNA ιών, τους ρετροϊούς.

Κοινό χαρακτηριστικό των ρετροϊών αποτελεί η δυνατότητά τους να αναστρέφουν τη γνωστή ροή των γενετικών πληροφοριών και να



χρησιμοποιούν το ιϊκό RNA για την παραγωγή DNA το οποίο ενσωματώνεται στο γενετικό υλικό του κυττάρου. Η διεργασία αυτή γίνεται μέσω της ανάστροφης τρανσκριπτάσης (RT). Το ενσωματωμένο γενετικό υλικό είναι δυνατόν να παραμείνει σε λανθάνουσα μορφή μέχρις ότου ενεργοποιηθεί για την παραγωγή ιϊκών σωματιδίων. Η ενσωμάτωση αυτή και η παραμονή του γενετικού υλικού σε λανθάνουσα μορφή μπορεί να οδηγήσει σε παραγωγή όγκων.

Η δυνατότητα παραγωγής όγκων από τους ρετροϊούς ήταν γνωστή από τις αρχές του αιώνα μας όταν διαπιστώθηκε ότι λοιμώδεις παράγοντες προκαλούσαν λευχαιμίες ή μεμονωμένους όγκους στα ζώα. Αυτό τεκμηριώθηκε απόλυτα μόλις το 1960. Λίγα χρόνια αργότερα έγινε γνωστός ο κύκλος ζωής των ρετροϊών με την ανακάλυψη της RT και τη διαπίστωση της ιϊκής μορφής με DNA που ονομάστηκε προϊός.

Μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του 1970 δεν είχε βρεθεί ρετροϊός παθογόνος για τον άνθρωπο. Το 1980 όμως απομονώθηκε ρετροϊός που ονομάστηκε HTLV-I και που συσχετίστηκε αιτιολογικά με την T-κυτταρική λευχαιμία των ενηλίκων. Δύο χρόνια αργότερα απομονώθηκε ένας άλλος ρετροϊός ο HTLV-II που αποδείχθηκε ότι προκαλεί λευχαιμία των τριχωτών κυττάρων. Και οι δύο αυτοί ρετροϊοί προκαλούν νόσο μετά από μακρά περίοδο λανθάνουσας λοίμωξης και προσβάλλουν τα T4 λεμφοκύτταρα. (Υποεπιτροπή εκπαίδευσης της εθνικής επιτροπής AIDS, 1997).

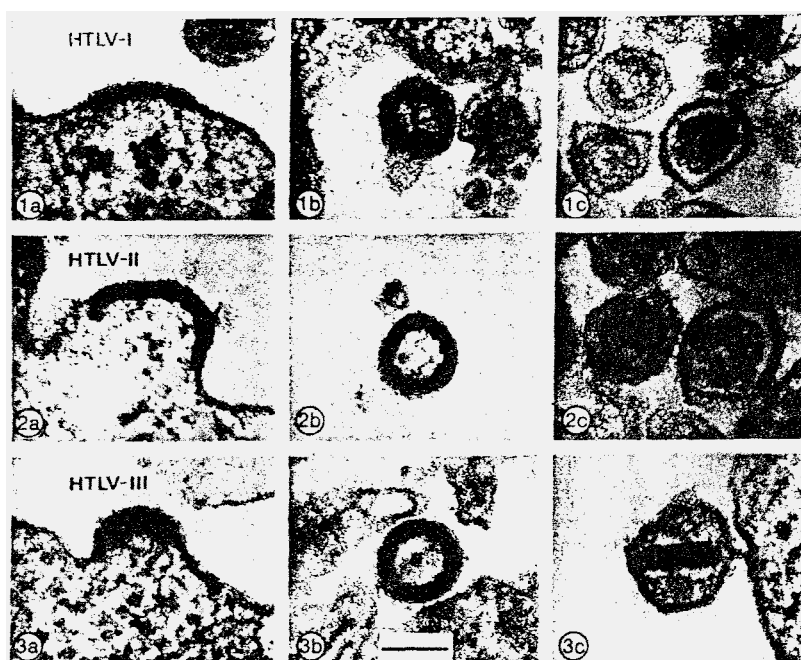
Μετά τις πρώτες περιγραφές του Συνδρόμου της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας ακολούθησαν έντονες ερευνητικές προσπάθειες που στράφηκαν και στην έρευνα της συμμετοχής κάποιου ρετροϊού σαν αιτιολογικού παράγοντα του συνδρόμου και που απέδωσαν στις αρχές του 1983.

Πράγματι από υλικό βιοψίας λεμφαδένα νεαρού ομοφυλόφιλου με λεμφαδενοπάθεια που καλλιεργήθηκε σε κυτταρική σειρά έδωσε τη δυνατότητα ανίχνευσης της RT στο Ινστιτούτο Pasteur στο Παρίσι. Πολύ γρήγορα απομονώθηκε ιός που ονομάστηκε LAV (Lymphadenopathy Associated Virus) και που βρέθηκε ότι ήταν παρόμοιος με ιό που απομονώθηκε στο NIH των ΗΠΑ μετά καλλιέργεια λεμφοκυττάρων του περιφερικού αίματος από ασθενή με AIDS. Ο ιός αυτός ονομάστηκε από την ερευνητική ομάδα που τον περιέγραψε

HTLV-III (Human Immunodeficiency Virus Type II). Σήμερα έχει καθιερωθεί για την ονομασία του ιού ο όρος HIV. Από τότε και μέχρι σήμερα διάφορες ερευνητικές ομάδες αποκάλυψαν τη μορφολογία και τον τρόπο πολλαπλασιασμού του HIV.

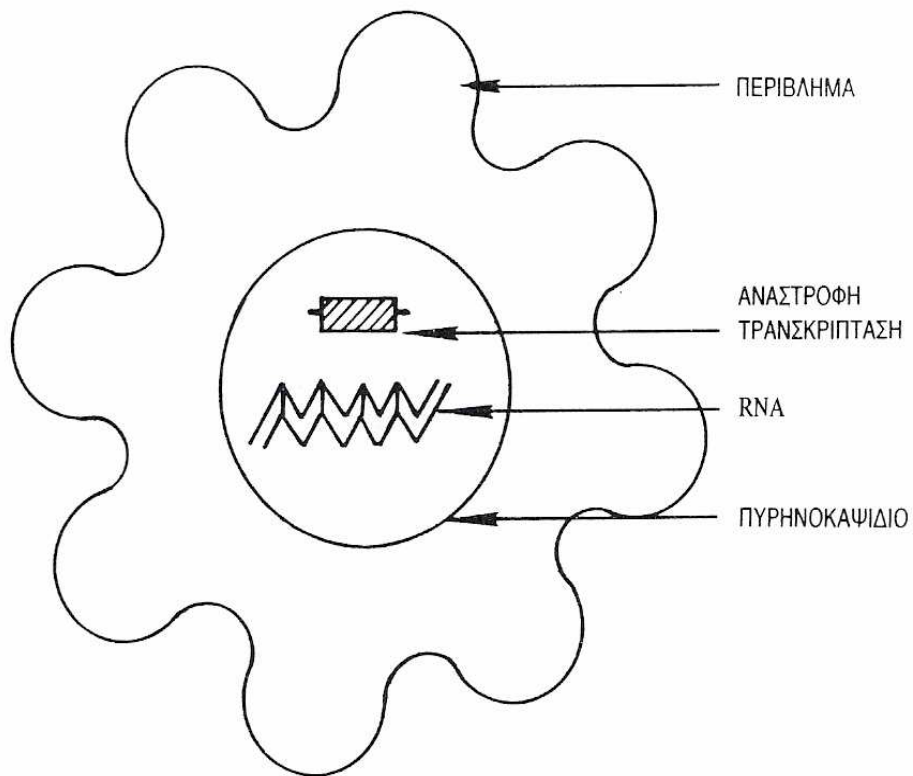
#### 1.4. Μορφολογία του ιού

Αποτελεί σφαιρικό σωματίδιο με διάμετρο μορίου περίπου 10 nm. Διαθέτει περίβλημα και πυρηννοκαψίδιο. Το περίβλημα παριστά πάχυνση της κυτταρικής μεμβράνης και εμπεριέχει γλυκοπρωτείνες, οι οποίες διατάσσονται σε σχηματισμούς κορυνών, καθώς και διάφορα ιογενή στοιχεία τα οποία σαν προεξοχές εκφράζουν τους αντιγονικούς υποδοχείς για τη σύνδεση με τα κύτταρα στόχους (εικ. 1).



Εικ. 1. Μικροφωτογραφία με το ηλεκτρονικό μικροσκόπιο του ιού HTLV-I, II και III.

Το πυρηνοκαψίδιο περιέχει δομικές πρωτεΐνες, ένζυμα και πυρηνοπρωτεΐνη (RNA) η οποία διατάσσεται σε ελικοειδή συμμετρία (Εικ.2). (Παπαδάκη Α., 1998).



Το γενετικό υλικό του HIV αποτελείται από 9 γονίδια τα οποία βρίσκονται μεταξύ των Long terminal repeats (LTR'S) . Τα LTR'S δεν κωδικοποιούν την έκφραση των γόνων του ιού. Τρία γονίδια κωδικοποιούν την παραγωγή συστατικών του ιού. Το γονίδιο gag που κωδικοποιεί την παραγωγή των πρωτεϊνών του πυρήνα, σημαντικότερη από τις οποίες είναι η P24, το γονίδιο env που κωδικοποιεί την παραγωγή των γλυκοπρωτεϊνών του περιβλήματος και τέλος το γονίδιο pol που κωδικοποιεί την παραγωγή της ανάστροφης τρανσκριπτάσης.

Τα υπόλοιπα 6 γονίδια παράγουν πρωτεΐνες οι οποίες ρυθμίζουν την έκφραση των 3 ήδη αναφερθέντων δομικών γονιδίων ή σχετίζονται με τη λοιμογόνο δύναμη του ιού.

Τρία κυρίως γονίδια μέσω των πρωτεϊνών τις οποίες κωδικοποιούν επιδρούν στη ρύθμιση του πολλαπλασιασμού του ιού. Τα γονίδια αυτά είναι το tat, το nef και το rev. Το γονίδιο tat αυξάνει την έκφραση των γονιδίων του HIV που είναι 1000 φορές μεγαλύτερη από εκείνη που παρατηρείται σε στελέχη του HIV που δεν έχουν το γονίδιο αυτό. Τα προϊόντα που καθορίζονται από το γονίδιο tat με θετική ανατροφοδότηση αυξάνουν την δράση του γονιδίου αυτού. Επιδρούν ακόμα και στο γονίδιο nef (negative regulator factor) του, οποίου ενεργοποιούν τη δράση και έτσι παράγονται πρωτεΐνες που κωδικοποιούνται από το γονίδιο nef και οι οποίες δρουν αρνητικά στην έκφραση και δράση του γονιδίου tat αλλά και του ίδιου του γονιδίου nef.

Ένα ακόμα γονίδιο, το rev έχει θετική επίδραση στην έκφραση των δομικών γονιδίων και στον πολλαπλασιασμό του HIV. Η συνεχής αλληλεπίδραση των προϊόντων των 3 αυτών γονιδίων οδηγεί την ανάπτυξη, τον πολλαπλασιασμό και τη λοιμογόνο δύναμη του HIV.

Δύο ακόμη γονίδια το vif και το vpr έχουν ανακαλυφθεί αλλά δεν έχει ακόμη καθορισθεί η ακριβής δράση των πρωτεϊνών τις οποίες κωδικοποιούν ενώ το γονίδιο vif έχει απομονωθεί μόνο από τον HIV-II . (Υποεπιτροπή εκπαίδευσης της εθνικής επιτροπής AIDS, 1997).

### 1.5. Ο μηχανισμός δράσης του HIV

Σύμφωνα με την κρατούσα άποψη, κατά την προσβολή του ξενιστή από τον ιό πραγματοποιείται αμφίπλευρη ενεργοποίηση ιού- κυττάρου «στόχου». Με τη δράση της RT (Reverse Transcriptase) και με την ενζυματική ενεργοποίηση των βιοχημικών διεργασιών σχηματίζεται από υλικό RNA ένας κλώνος DNA, όπου η RT κωδικοποιεί όλες τις γενετικές περιοχές του RNA. Αυτό το μονοκλωνικό DNA με όλο το φάσμα των ιδιοτήτων του ιού μεταφέρεται μαζί με την RT, διαμέσου «γέφυρας» σύνδεσης ιού- κυττάρου, στο τελευταίο. Έτσι η παρουσία του γενετικού υλικού του ιού στο κύτταρο, δραστηριοποιεί την ήδη ενεργοποιηθείσα από την κυτταρική σύνδεση πολυμεράση του κυτταρικού DNA. Σαν αποτέλεσμα έχουμε τον πολυμορφισμό του DNA. Έπειτα, ένας κλώνος του κυτταρικού DNA ενώνεται με το μονοκλωνικό DNA του ιού και σχηματίζει δικλωνικό DNA. Αυτό το τελευταίο με τη συμμετοχή της RT ενσωματώνεται στην άλυσσο του ανασυντιθέμενου στο μεταξύ DNA του κυττάρου. Στη φάση αυτή, το προϊόν της πυρηνοπρωτεϊνικής σύμπτυξης καλείται προϊός.

Λοιμώξεις, φάρμακα και γενικά ποικίλοι αντιγονικοί ερεθισμοί προωθούν το φαινόμενο της διέγερσης στον κυτταρικό πληθυσμό του ξενιστή. Τα προσβεβλημένα- ενεργοποιημένα λεμφοκύτταρα πολλαπλασιάζονται, δημιουργώντας νέες γενιές κυττάρων με τα οποία μεταφέρονται τα αντιγονικά ιογενή στοιχεία, που ασκούν κυτταροπαθογόνο δράση στα κύτταρα. Στη χρονική διαδικασία του πολλαπλασιασμού επιτελείται βαθμιαία και σταδιακή ολοκλήρωση του προϊού. Την εικόνα του ολοκληρωμένου ιού που είναι ικανός και ώριμος να εφαρμόσει την κυτταρολυτική του δράση συμπληρώνει η ανάπτυξη των LTR περιοχών καθώς και η γένεση και ενεργοποίηση των αντιγονικών πρωτεϊνών, ενζύμων και λοιπών αντιγονικών στοιχείων. Σημειώνεται ότι έχει αποδειχθεί πως ο ιός HIV σε ορισμένες περιπτώσεις αυξημένης τοξικότητας του στελέχους είναι δυνατόν να ασκήσει απ' ευθείας λυτική δράση στο κύτταρο-«στόχο», μετά την πρώτη με αυτό επαφή του. (Υποεπιτροπή εκπαίδευσης της εθνικής επιτροπής AIDS, 1997).

Ο πολλαπλασιασμός του HIV γίνεται με την προσκόλληση του ιού σε ειδικούς υποδοχείς CD4 που βρίσκονται στα λεμφοκύτταρα, τα μακροφάγα και τα κύτταρα του ΚΝΣ με την γλυκοπρωτεΐνη του περιβλήματος (gp 120). Μετά την είσοδο του ιού στο κύτταρο ενχύεται το γενετικό του υλικό από το οποίο μέσω της RT παράγεται απλή αλυσίδα DNA αντίγραφο του RNA του ιού το οποίο καταστρέφεται στη συνέχεια με μια ριβονουκλεάση. Η DNA- πολυμεράση διπλασιάζει το μονό DNA το οποίο μεταναστεύει στον πυρήνα του κυττάρου-στόχου και ενσωματώνεται στο DNA του.

Το ενσωματωμένο αυτό DNA αποτελεί τον προϊό. Παραγωγή πλήρων ιϊκών σωματιδίων γίνεται σποραδικά και μόνο από μερικά από τα προσβληθέντα κύτταρα. Αυτό επιτυγχάνεται όταν με εντολή από το ακραίο (LTR'S) τμήμα του γενετικού υλικού του προϊού κατευθύνονται ένζυμα του κυττάρου-στόχου και παράγουν RNA του HIV από το ενσωματωμένο DNA. Αυτό χρησιμοποιείται είτε για το RNA του πλήρους ιού είτε μετατρέπεται σε mRNA που θα οδηγήσει τους μηχανισμούς για την παραγωγή των δομικών πρωτεϊνών και ενζύμων του ιού. (Μερτζάνης Ε. – Παραράς Μ., 1999).

Η επώαση, δηλαδή η χρονική διάρκεια μεταξύ μόλυνσης και εκδήλωσης των πρώτων συμπτωμάτων ή σημείων, ποικίλλει ανάλογα με το είδος των πρώτων συμπτωμάτων ή σημείων. Παραδείγματος χάρη, φαίνεται ότι η επώαση της γενικευμένης πολυαδενοπάθειας είναι σχετικά μικρή (1-2 έτη ή και λιγότερο). Τουναντίον η επώαση σοβαρών συμπτωμάτων και σημείων, των οποίων η αντιμετώπιση απαιτεί τη νοσηλεία του ασθενούς, είναι πολύ μεγαλύτερη και η διάμεσος τοποθετείται σε 6-7 έτη για πολλούς ερευνητές ή σε 5 έτη για άλλους επιδημιολόγους. Υπάρχουν ενδείξεις ότι σε ορισμένες ομάδες του πληθυσμού (ομοφυλόφιλοι, ιερόδουλες) η επώαση είναι μικρότερη. (Υποεπιτροπή εκπαίδευσης της εθνικής επιτροπής AIDS, 1997).

## 2. ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΤΗΣ HIV ΛΟΙΜΩΞΗΣ

Ο ιός HIV έχει απομονωθεί από το αίμα, το σπέρμα, τα κολπικά υγρά, το εγκεφαλονωτιαίο υγρό και το μητρικό γάλα. Έχει απομονωθεί επίσης από το σάλιο, τα δάκρυα, τα ούρα, τον ιδρώτα και τα βρογχικά εκκρίματα, χωρίς όμως να έχει αναφερθεί μέχρι σήμερα περίπτωση μετάδοσης μέσω επαφής με τα συγκεκριμένα βιολογικά υγρά. Προς την κατεύθυνση αυτή συμβάλλει, αφενός η περιεχόμενη σ' αυτά ποσότητα του ιού που είναι τόσο μικρή, ώστε καθίσταται αδύνατη η μετάδοσή του σε άλλους ανθρώπους, που ζουν μαζί με τους φορείς στο ίδιο σπίτι ή έχουν απλή κοινωνική ή εργασιακή σχέση και αφετέρου η μεγάλη ευπάθεια του HIV στο εξωτερικό περιβάλλον. Με τον τρόπο αυτό και παρά το γεγονός ότι είναι δυνατή η επιβίωση ελάχιστων ιϊκών σωματίων στο εξωτερικό περιβάλλον για διάστημα πολλών ωρών, δεν είναι εφικτή η έμμεση μετάδοση του HIV από επαφή με μολυσμένα αντικείμενα.

Ο HIV αδρανοποιείται ταχύτατα σε υγρή θέρμανση στους 56°C, όπως επίσης και με την αποστείρωση. Όλα τα κοινά χημικά απολυμαντικά αδρανοποιούν ταχύτατα τον ιό. Ιδιαίτερη χρησιμότητα παρουσιάζει το οινόπνευμα σε πυκνότητα 70% και η κοινή χλωρίνη σε πρόσφατο διάλυμα 1/10. Τα κοινά πλυντήρια σκευών φαγητού και ρουχισμού αδρανοποιούν τον HIV.

Με βάση τα προαναφερθέντα προκύπτει, ότι ο HIV δεν μεταδίδεται από τα κουνούπια, το βήχα, το φτάρνισμα, την τυχαία επαφή όπως είναι το άγγιγμα ή το αγκάλιασμα, καθώς και με την κοινή χρήση πετσετών, οικιακών σκευών ή τροφίμων. Χρειάζεται πραγματικός «εμβολιασμός» μεγάλης ποσότητας ιού άμεσα από τον φορέα προς τον ευπαθή άνθρωπο, όπως ακριβώς συμβαίνει στα σεξουαλικά και στα αιματογενώς μεταδιδόμενα νοσήματα.

### 2.1. Τρόποι μετάδοσης του ιού HIV

*α. Η σεξουαλική μετάδοση:* Ο ιός μπορεί να μεταδοθεί τόσο κατά την ανδρική ομοφυλοφιλική σεξουαλική επαφή, όσο και κατά την ετεροφυλοφιλική. Πρέπει μάλιστα να επισημανθεί, ότι ενώ αρχικά η λοίμωξη ήταν ιδιαίτερα συχνή,

κατά κύριο λόγο, ανάμεσα στους ομοφυλόφιλους, η ετεροφυλοφιλική οδός αποτελεί πλέον σημαντικό τρόπο μετάδοσης, αφού τα μεγαλύτερα ποσοστά αύξησης της επίπτωσης της λοίμωξης αφορούν σε γυναίκες.

Η σεξουαλική πρακτική, που εγκυμονεί τον υψηλότερο κίνδυνο μετάδοσης του HIV, είναι η επαφή από το ορθό. Η αυξημένη διασπορά του ιού στους ομοφυλόφιλους βρίσκεται σε συνάρτηση με τη συχνή εναλλαγή των ερωτικών συντρόφων, τις παθητικές σεξουαλικές επαφές και τις ευκαιρίες τραυματισμού, που υποβοηθούν τον ενοφθαλμισμό του ιού. Επιπλέον, οι συνεχείς επαναλοιμώσεις με νέους αντιγονικά τύπους του ιού, οι δυσμενείς συνθήκες διαβίωσης και πιθανώς άλλοι άγνωστοι παράγοντες του περιβάλλοντός τους, συμβάλλουν στην εκδήλωση του ΣΕΑΑ. Αντίθετα, η μετάδοση του ιού HIV με γυναικεία ομοφυλοφιλική επαφή φαίνεται ότι είναι σπάνια, όπως επίσης σπάνια είναι και η μετάδοση με το στοματικό έρωτα.

Η μετάδοση του ιού κατά την ετεροφυλοφιλική επαφή είναι ευκολότερη από τον άνδρα στη γυναίκα παρά αντιστρόφως. Ο κίνδυνος μάλιστα είναι μεγαλύτερος κατά το αρχικό στάδιο της λοίμωξης και κατά τα τελευταία στάδια της νόσου, όταν υπάρχουν φλεγμονές ή τραυματισμοί των βλεννογόνων των γεννητικών οργάνων της γυναίκας και ιδιαίτερα του κόλπου και επιπρόσθετα, όταν συνυπάρχουν άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα που προκαλούν εξελκώσεις, όπως είναι ο έρπης, το μαλακό έλκος και η σύφιλη, καθώς και όταν υπάρχει συχνή πρωκτική επαφή. Αντίστοιχα, η μετάδοση από τη γυναίκα στον άνδρα είναι πιθανότερη, όταν η γυναίκα βρίσκεται στο αρχικό ή στο τελικό στάδιο της νόσου και όταν υπάρχει σεξουαλική επαφή κατά την έμμηνο ρύση.

Στη γυναίκα ο ιός δεν ανευρίσκεται στις ωθήκες, αλλά σε όλη τη διαδρομή του υπόλοιπου γεννητικού συστήματος, σε αυξημένη μάλιστα συχνότητα στην εξωτερική επιφάνεια του τραχήλου της μήτρας και πολύ συχνότερα στο βλεννογόνο του κόλπου. Αντίστοιχα στον άνδρα, ο ιός δεν ανιχνεύεται στους όρχεις αλλά σε όλη τη λοιπή διαδρομή του σπέρματος.

Σε περιοχές της Κεντρικής Αμερικής και της Αφρικής η ετεροφυλοφιλική σεξουαλική επαφή αποτελεί τον κυριότερο τρόπο μετάδοσης του ιού. Κρούσματα έχουν αναφερθεί επίσης σε ιερόδουλες και σε γυναίκες με συχνή εναλλαγή ερωτικών συντρόφων, ενώ οι χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών



συμβάλλουν σημαντικά με τις σεξουαλικές τους επαφές στην ετεροφυλοφιλική μετάδοση του HIV. Στον πίνακα 1 απεικονίζονται σεξουαλικές πρακτικές σε συνάρτηση με το μέγεθος του κινδύνου μετάδοσης του ιού μετά από επαφή με φορέα HIV.

Πίνακας 1. Σεξουαλικές πρακτικές σε συνάρτηση με το μέγεθος του κινδύνου μετάδοσης του ιού μετά από σεξουαλική επαφή με φορέα HIV.

<p>ΜΕΓΑΛΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ</p> <p>↕</p> <p>ΧΑΜΗΛΟΣ Ή ΚΑΝΕΝΑΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ</p>	- Παθητική σεξουαλική επαφή από το ορθό
	- Παθητική σεξουαλική επαφή από τον κόλπο
	- Ενεργητική σεξουαλική επαφή από τον κόλπο
	- Ενεργητική σεξουαλική επαφή από το ορθό
	- Στοματική επαφή
	- Κάθε μορφή σεξουαλικής επαφής με χρήση προφυλακτικού
	- «Υγρό» φιλί

*β. Η μετάδοση ύστερα από έκθεση σε μολυσμένο αίμα:* Ο τρόπος αυτός αφορά στους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών, που μοιράζονται μολυσμένες σύριγγες και βελόνες, στους μεταγγιζόμενους με μολυσμένο αίμα ή παράγωγά του και στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό σε περίπτωση εκτεταμένης επαφής με μολυσμένο αίμα ή τραυματισμό με μολυσμένες βελόνες και άλλα αιχμηρά αντικείμενα, που αφορούν κυρίως σε νυστέρια και βελόνες συρραφής τραυμάτων.

Στους τοξικομανείς η μετάδοση του ιού οφείλεται στη μεταφορά μικρών ποσοτήτων αίματος κατά την κοινή χρήση βελονών και συριγγών, ενώ η πιθανότητα μετάδοσης του HIV με μεταγγίσεις αίματος έχει πλέον σχεδόν εκμηδενιστεί, γιατί το μεταγγιζόμενο αίμα ελέγχεται σχολαστικά και για HIV αντισώματα.

Η πιθανότητα, τέλος, μετάδοσης του HIV στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό μετά από τρύπημα με μολυσμένη βελόνα είναι της τάξης του 0,001-0,01, ενώ η αντίστοιχη πιθανότητα για την ηπατίτιδα Β κυμαίνεται από 0,2-0,3. Γενικά, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό εκτίθεται σχετικά συχνά κατά την άσκηση των καθηκόντων του στον HIV. Έχει διαπιστωθεί όμως, ότι η συχνότητα μετάδοσης είναι ιδιαίτερα χαμηλή και εξαρτάται από τον τύπο της έκθεσης και από τον κίνδυνο μετάδοσης με τη συγκεκριμένη έκθεση. Συχνότερα αναφέρεται η άμεση επαφή αίματος ασθενών με ανοικτή πληγή ή βλεννογόνους των εκτεθέντων και η παρεντερική έκθεση.

*γ. Περιγεννητική και κάθετη μετάδοση:* Είναι δυνατό να συμβεί μέσω του πλακούντα ενδομητρίως, κατά τη διάρκεια του τοκετού από το αίμα και τα κοιλικά υγρά ή μετά τον τοκετό κατά τη διάρκεια του θηλασμού. Το 90 - 95% των νεογνών, που γεννιούνται από HIV θετικές μητέρες, μολύνονται από τον ιό, ενώ πρέπει να επισημανθεί, ότι οι μητέρες φορείς HIV που μεταδίδουν στο κύημα ή στο νεογνό τους τον ιό, είναι στη συντριπτική τους πλειοψηφία χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών ή είχαν ερωτικό σύντροφο φορέα.

Η πιθανότητα κάθετης μετάδοσης του HIV εξαρτάται από το ύψος της ιαιμίας και αυξάνει όταν η μόλυνση της εγκύου γίνει κατά τους πρώτους μήνες της κύησης και όταν η έγκυος δεν είναι απλά ασυμπτωματικός φορέας, αλλά νοσεί. Η μετάδοση μπορεί να γίνει, όταν υπάρχει εμβρυοπλακουντική διαρροή αίματος, ιδίως σε περιπτώσεις ύπαρξης εμφραγμάτων και άλλων παθολογικών καταστάσεων του πλακούντα, ενώ εκτός της ενδομητρίου, συχνή θεωρείται η μετάδοση του HIV κατά τον τοκετό από κατάποση αίματος.

Δυσμενείς προγνωστικοί παράγοντες θεωρούνται οι τραυματισμοί και οι επιπλοκές κατά τον τοκετό, καθώς και η δίδυμη κύηση. Η λοίμωξη είναι συχνότερη σε πρόωρα και ελλιποβαρή νεογνά και επίσης όταν αναφέρεται ιστορικό ενδομητρίου λοιμώξεως κατά την εγκυμοσύνη.

Η καισαρική τομή φαίνεται, σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία, ότι μειώνει σημαντικά την περιγεννητική μετάδοση, ενώ έχει αποδειχθεί η προληπτική αποτελεσματικότητα της χορήγησης Zidovudine (AZT κατά την εγκυμοσύνη).

δ. Άλλοι τρόποι μετάδοσης: Έχει διαπιστωθεί, ότι υπάρχει πιθανότητα μόλυνσης από την είσοδο μέσω αμυχών του δέρματος μικρής ποσότητας αίματος, εκκριμάτων ή άλλων βιολογικών υγρών φορέων και ασθενών με ΣΕΑΑ. (Δαρδαβέσης Θ., 2003).

Μπορεί να έχουν ακουστεί πολλά, σχετικά με τη μετάδοση του ιού. Κυκλοφορούν και μύθοι και αλήθειες. Ο μεγαλύτερος μύθος είναι ότι ο ιός μεταδίδεται με την κοινωνική επαφή. Κάτι τέτοιο δεν ισχύει, δηλαδή δεν υπάρχει κίνδυνος μόλυνσης αν:

- ❖ Σφίξεις το χέρι κάποιου, τον αγκαλιάσεις ή τον φιλήσεις.
- ❖ Φτερνιστεί κάποιος κοντά σου.
- ❖ Κολυμπάς σε πισίνες.
- ❖ Έρθεις σε επαφή με τον ιδρώτα ή το σάλιο κάποιου.
- ❖ Χρησιμοποιείς κοινή τουαλέτα, ντους, πετσέτες, ξένα ποτήρια και πιάτα. Ακόμη και αν υπάρχει αίμα, σπερματικά ή κολπικά υγρά σε αντικείμενο που χρησιμοποίησες, δεν υπάρχει κίνδυνος να μολυνθείς γιατί ο ιός καταστρέφεται όταν έλθει σε επαφή με τον αέρα ή με κάποια επιφάνεια. (ΚΕΕΛΠΝΟ, 2006).

## 2.2. Ομάδες υψηλού κινδύνου

Οι ομάδες των ατόμων, των οποίων η συμπεριφορά και οι συνήθειες τους εκθέτουν ιδιαίτερα στον κίνδυνο της Ηiv λοίμωξης, καλούνται ομάδες υψηλού κινδύνου και περιλαμβάνουν:

1. Ομοφυλόφιλους - αμφιφυλόφιλους άνδρες
2. Χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών
3. Πολυμεταγγιζόμενους
4. Κατοίκους περιοχών όπου η νόσος ενδημεί
5. Άτομα με πολυγαμικές σχέσεις

6. Ερωτικούς συντρόφους ασθενών με ΣΕΑΑ
7. Παιδιά ασθενών με ΣΕΑΑ
8. Ιερόδουλες και τους πελάτες τους

Από τις συγκεκριμένες ομάδες υψηλού κινδύνου τα άτομα με πολυγαμικές σχέσεις, οι ερωτικοί σύντροφοι ασθενών με ΣΕΑΑ, καθώς και οι ιερόδουλες και οι πελάτες τους εκτίθενται στον κίνδυνο της HIV λοίμωξης σε βαθμό αντιστρόφως ανάλογο με τη συχνότητα και το σωστό τρόπο χρήσης του προφυλακτικού κατά τις σεξουαλικές τους επαφές.

Οι ομοφυλόφιλοι - αμφιφυλόφιλοι άνδρες αποτελούν την κατ' εξοχήν ευάλωτη πληθυσμιακή ομάδα, ενώ μέχρι τα μέσα του 1981 ήταν η μοναδική ομάδα προσβολής. Σε αναδρομική μελέτη που έγινε σε δείγμα 6.875 ομοφυλοφίλων, που είχε πάρει μέρος σε πρόγραμμα εμβολιασμού ηπατίτιδας Β το 1978, διαπιστώθηκε ότι το 2,4% είχε ΣΕΑΑ μέχρι το τέλος του 1994.

Οι χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών αποτελούν τη δεύτερη κατά σειρά ομάδα υψηλού κινδύνου σε παγκόσμιο επίπεδο μετά τους ομοφυλόφιλους - αμφιφυλόφιλους άνδρες. Αποτελούν επίσης τη «γέφυρα» διασποράς του ιού HIV στον ετεροφυλοφιλικό πληθυσμό και συνδέονται με την πλειοψηφία των περιπτώσεων ΣΕΑΑ στα παιδιά.

Ο κίνδυνος λοίμωξης στους χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών οφείλεται στον ενοφθαλισμό μικρών ποσοτήτων αίματος μέσω της κοινής χρήσης μολυσμένων βελονών και συριγγών και της κοινής χρήσης σκευών («cookers»), που χρησιμοποιούνται για την προπαρασκευή των ενδοφλεβίων ναρκωτικών. Επίσης, ο κίνδυνος της λοίμωξης συνδέεται με τη συχνότητα ενδοφλέβιας λήψης ναρκωτικών, τη συχνότητα χρήσης αποστειρωμένων βελονών και συριγγών και τη συχνότητα επισκέψεων σε «τεκέδες» (shooting galleries). Επιπλέον, η ανάγκη να εξασφαλίσουν πόρους για την προμήθεια ναρκωτικών, τους ωθεί σε εκπόρνευση, αυξάνοντας την πιθανότητα διασποράς του ιού στο γενικό πληθυσμό. Η περιγεννητική μετάδοση από μητέρες φορείς, είτε γιατί έχουν σεξουαλικές σχέσεις με τοξικομανείς φορείς του ιού, είτε γιατί οι ίδιες κάνουν χρήση ενδοφλεβίων ναρκωτικών, αποτελεί μια επιπλέον πηγή μετάδοσης του ιού. Έρευνες στις ΗΠΑ αποδίδουν τα 3/4 της ετεροφυλοφιλικής και τα 2/3 της περιγεννητικής μετάδοσης του ιού στη χρήση ενδοφλεβίων

ναρκωτικών.

Πρέπει να επισημανθεί, ότι ο επιπολασμός της οροθετικότητας στους τοξικομανείς παρουσιάζει μια χαρακτηριστική ανομοιομορφία, όχι μόνο μεταξύ διαφορετικών χωρών, αλλά και μεταξύ γεωγραφικών περιοχών της ίδιας χώρας. Είναι όμως βέβαιο, ότι μόλις ο ιός εμφανιστεί σ' ένα πληθυσμό τοξικομανών μιας περιοχής, τότε η διασπορά ακολουθεί γεωμετρική πρόοδο, λόγω της κοινής χρήσης μολυσμένων βελονών και συριγγών που εφαρμόζουν και των ανεξέλεγκτων σεξουαλικών σχέσεων που επιδιώκουν για χρήματα ή ναρκωτικά.

Ως προς τους πολυμεταγγιζόμενους, οι περιπτώσεις ΣΕΑΑ σε αιμοροφιλικά άτομα ή άλλα, που έχουν κάνει μετάγγιση αίματος, αφορά κυρίως σε περιστατικά που συνέβησαν πριν από το 1985. Από στοιχεία του Κέντρου της WHO στο Παρίσι φαίνεται, ότι η συχνότητα anti-HIV στις διάφορες χώρες της Ευρώπης μεταξύ των αιμοδοτών, ήταν το 1988 υψηλότερη στην Πορτογαλία (3,46/10.000 αιμοδότες), στην Ισπανία (2,57/10.000 αιμοδότες) και στην Ελλάδα (1,99/10.000 αιμοδότες).

Σήμερα, η αξιολόγηση των τρόπων διάγνωσης και των μεθόδων πρόληψης της μετάδοσης του ιού με μετάγγιση δείχνει, ότι η μετάγγιση αίματος αποτελεί πλέον μια ασφαλέστατη μέθοδο θεραπείας, που έχει σχεδόν εκμηδενίσει την πιθανότητα HIV λοίμωξης. (Δαρδαβέσης Θ.,2003).

### 2.3. Περίοδος μεταδοτικότητας

Η μετάδοση είναι δυνατή όσο υπάρχει αντιγοναιμία που διαρκεί πολλά χρόνια μετά τη μόλυνση. Το 95% περίπου των θετικών για αντισώματα ατόμων έχουν επίσης αντιγοναιμία που μπορεί να διαπιστωθεί με καλλιέργεια του ιού. Από την άλλη μεριά, 100% των ατόμων με αντιγοναιμία παρουσιάζουν επίσης ανιχνεύσιμα αντισώματα. Από πρακτικής πλευράς επομένως, η περίοδος μεταδοτικότητας συμπίπτει με την περίοδο οροθετικότητας (επώαση+περίοδος νόσησης). Το μόνο πρόβλημα που δεν έχει διευκανθεί ακόμη είναι πόσες μέρες μετά τη μόλυνση απαιτούνται για να καταστεί το άτομο μεταδοτικό. Είναι γνωστό ότι τα αντισώματα εμφανίζονται 4 - 6 εβδομάδες μετά τη μόλυνση, αλλά

η εξέλιξη της αντιγοναιμίας και κυρίως το αναγκαίο επίπεδο για μετάδοση δεν έχουν διευλευκανθεί ακόμη. (Ρέντζη Γ. – Τερζή Λ., 1998).

### 3. ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ HIV

Μόλις το άτομο μολυνθεί από τον HIV, εισέρχεται σε μία περίοδο χρόνιας λοίμωξης HIV. Ανάμεσα στους ασθενείς που έλαβαν μέρος σε μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες στις Δυτικές χώρες, ο μέσος όρος του χρόνου που μεσολάβησε από την προσβολή μέχρι την εμφάνιση των συμπτωμάτων που σχετίζονται με το AIDS ήταν περίπου δέκα χρόνια. Ωστόσο, οι ερευνητές έχουν παρατηρήσει μια μεγάλη διακύμανση ως προς την εξέλιξη της νόσου. Για το 10 % των ατόμων που έλαβαν μέρος σε αυτές τις έρευνες η εξέλιξη του AIDS συνετελέσθη στη διάρκεια των πρώτων δύο ή τριών χρόνων που ακολουθούν τη μόλυνση, ενώ το 5-10 % των ατόμων στις μελέτες έχει σταθερό αριθμό CD 4 κυττάρων και δεν εμφανίζουν συμπτώματα ακόμα και μετά από δώδεκα χρόνια ή και περισσότερα. Παράγοντες όπως οι γενετικές ατομικές διαφορές, ο βαθμός μολυσματικότητας ενός μεμονωμένου στελέχους του ιού και η συνύπαρξη λοιμώξεων από άλλα μικρόβια μπορεί να επηρεάσουν το ρυθμό και τη σοβαρότητα της εξέλιξης της νόσου (NIAID, 1998).

#### 3.1. Κλινικά στάδια

Τα στάδια που διακρίνονται κατά την κλινική εξέλιξη της προσβολής είναι τέσσερα:

*Το στάδιο 1* χαρακτηρίζει την πρωτογενή προσβολή. Τα περισσότερα άτομα δεν αναπτύσσουν κανένα σύμπτωμα κατά τη διάρκεια της αρχικής προσβολής από τον HIV, ενώ κάποια άλλα αναπτύσσουν συμπτώματα που προσιδιάζουν σε αυτά της γρίπης ένα ή δύο μήνες μετά την προσβολή. Μπορεί να παρουσιάσουν πυρετό, πονοκέφαλο, αδιαθεσία και διογκωμένα λεμφογάγγλια στο λαιμό και στη βουβωνική χώρα. Αυτά τα συμπτώματα συνήθως εξαφανίζονται μετά από μία εβδομάδα ή ένα μήνα και συχνά συγχέονται με αυτά κάποιας άλλης ίωσης. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, τα άτομα είναι πολύ "μολυσματικά" και ο HIV παρουσιάζει μεγάλη συγκέντρωση στα γενετήσια εκκρίματα. Και στις δύο περιπτώσεις, κατά την

περίοδο αυτή, η οποία διαρκεί το μέγιστο μερικές εβδομάδες, η απόκριση σε μια βιολογική δοκιμασία αποκαλύπτεται "θετική".

Κατά τη διάρκεια του *σταδίου 2*, το προσβεβλημένο άτομο δεν παρουσιάζει απολύτως κανένα κλινικό σύμπτωμα. Αν το άτομο δεν υποβληθεί σε βιολογική δοκιμασία ανίχνευσης της νόσου, είναι αδύνατον να γνωρίζει αν είναι ή όχι φορέας του. Η περίοδος της «Ασυμπτωματικής» λοίμωξης παρουσιάζει μεγάλη χρονική διακύμανση, όπως προαναφέραμε. Μπορεί να μην παρουσιαστεί κανένα σύμπτωμα στη διάρκεια μιας δεκαετίας για τους ενήλικες και μιας διετίας για τα παιδιά που γεννιούνται με τον ιό, ενώ άλλοτε μπορεί να παρουσιαστούν συμπτώματα μέσα σε μερικούς μήνες. Κατά τη διάρκεια του σταδίου αυτού, ο ιός HIV πολλαπλασιάζεται δραστικά και μολύνει και σκοτώνει κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος. Ο ιός αρχικά αχρηστεύει ή καταστρέφει τα CD4 μόρια (υποδοχείς των T4) χωρίς να προκαλέσει συμπτώματα.

Το *στάδιο 3*, αντιστοιχεί στην κλινική εικόνα που εμφανίζουν τα γάγγλια. Πολλαπλά, επιφανειακά, ογκώδη, μερικές φορές ευαίσθητα στην αφή τα οποία δεν σχετίζονται με κανένα άλλο σύμπτωμα.

Η προσβολή λαμβάνει ριζικά διαφορετική μορφή κατά το στάδιο αυτό, το οποίο χαρακτηρίζει την συμπτωματική φάση της νόσου. Η φάση αυτή, υποδιαιρείται σε πολλές υποομάδες, οι οποίες αντιστοιχούν σε διάφορους τύπους κλινικών εκδηλώσεων. Τον πρώτο καιρό ο ασθενής εμφανίζει μολύνσεις, οι οποίες καλούνται "ευκαιριακές": μπορεί να είναι οξείες (πνευμονική φυματίωση) ή χρόνιες, οι οποίες λίγο μόνο εξασθενίζουν τον οργανισμό (στοματική καντιδίαση). Στο στάδιο αυτό, μπορούν επίσης να εμφανιστούν μη ειδικά συμπτώματα, όπως πυρετός ή ανεξήγητη διάρροια, η οποία διαρκεί περισσότερο από ένα μήνα, καθώς και σημαντική απίσχνανση.

Τέλος, κατά τη διάρκεια του *τετάρτου σταδίου* εμφανίζονται ένα ή περισσότερα σημαντικά κλινικά συμπτώματα τα οποία χαρακτηρίζουν τη νόσο: ευκαιριακές λοιμώξεις (πνευμονοκύστωση, εγκεφαλική τοξοπλάσμωση κλπ), εγκεφαλοπάθειες από τον HIV και κακοήθεις όγκοι, αγγειοσαρκωμάτωση (Kaposi's sarcoma), λεμφώματα κλπ. Εν τούτοις, αυτή η προοδευτική χρονική ακολουθία μερικές φορές διαταράσσεται: ενώ βρίσκονται στο στάδιο 2 ή 3,



χωρίς κανένα προειδοποιητικό σύμπτωμα, ορισμένοι ασθενείς μπορεί να περάσουν ξαφνικά σ' αυτό το σοβαρό συμπτωματικό στάδιο . Τα γενικά συμπτώματα του σταδίου 4 και ορισμένες δευτερεύουσες ευκαιριακές λοιμώξεις που παρατηρούνται μαρτυρούν μια αλλοίωση του ανοσοποιητικού συστήματος, η οποία επιδεινώνεται για να καταλήξει στο AIDS. (www.scopus.gr, 2007).

### 3.2. Διαγνωστική αξιολόγηση

Οι εκδηλώσεις των λοιμώξεων HIV ποικίλλουν. Η διάγνωση βασίζεται στο κλινικό ιστορικό, την αναγνώριση παραγόντων κινδύνου, τη φυσική εξέταση, την εργαστηριακή μαρτυρία ανοσιακής δυσλειτουργίας, την αναγνώριση αντισωμάτων HIV, τα σημεία και συμπτώματα και τις λοιμώξεις ή και κακοήθειες που περιλαμβάνονται στο σύστημα ταξινόμησης για λοίμωξη HIV του CDC (πίνακας 2). Το σύστημα αυτό αποσκοπεί στον καθορισμό του φάσματος της λοίμωξης HIV (πίνακας 3).

Η ομάδα I περιλαμβάνει τα άτομα με οξεία λοίμωξη HIV. Αυτή χαρακτηρίζεται από ένα σύνδρομο τύπου μονοπυρήνωσης, που περιλαμβάνει πυρετό, ρίγη, μυαλγίες και αρθραλγίες, κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα, κοιλιακές κράμπες, διάρροια και διόγκωση λεμφαδένων. Η φάση αυτή συχνά συνδέεται με ορομετατροπή (θετικοποίηση των δοκιμασιών ελέγχου αντι-HIV αντισωμάτων). Στην ομάδα II, τα άτομα είναι γενικά οροθετικά, αλλά συχνά δεν παρουσιάζουν εμφανή σημεία και συμπτώματα της νόσου. Αν εξεταστούν ή ελεγχθούν εργαστηριακά αυτά τα άτομα, μπορεί να έχουν διογκωμένους λεμφαδένες, καθώς επίσης και εργαστηριακή ένδειξη ανοσιακής δυσλειτουργίας (πίνακας 4). Η ομάδα III περιλαμβάνει άτομα με σημεία και συμπτώματα όπως κόπωση, πυρετό, νυχτερινούς ιδρώτες, επίμονη γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια (ΕΓΛ), καθώς και εργαστηριακά ευρήματα ανοσιακής δυσλειτουργίας. Η ΕΓΛ αναφέρεται στην παρουσία δύο ή περισσότερων διογκωμένων μη βουβωνικών λεμφαδένων, μεγαλύτερων από 1 cm σε μέγεθος, που διαρκούν 3 μήνες και πλέον. Η ομάδα IV περιλαμβάνει άτομα με περισσότερο βαριές εκδηλώσεις λοίμωξης HIV, συμπεριλαμβανομένου του AIDS. Αυτή η ομάδα υποδιαιρείται σε πέντε υποκατηγορίες, που περιλαμβάνουν τα εξής: (α) γενικά συμπτώματα

(πυρετός, απώλεια βάρους πάνω από 10% του βάρους του σώματος, κόπωση, διάρροια και ΕΓΛ, που παλαιότερα αναφερόταν ως σύμπλεγμα σχετιζόμενο με AIDS), (β) νευρολογικές διαταραχές, (γ) ευκαιριακές λοιμώξεις, (δ) κακοήθειες και (ε) άλλες καταστάσεις όπως επινεφριδική ανεπάρκεια, νεφροπάθεια HIV και διαμεσοκυττάρια πνευμονίτιδα. Συχνά, άτομα με βαριά λοίμωξη HIV θα έχουν εκδηλώσεις από περισσότερες από μία κατηγορίες. Η διάγνωση του AIDS επιφυλάσσεται για εκείνα τα άτομα που αναπτύσσουν απειλούσες τη ζωή ευκαιριακές λοιμώξεις και κακοήθειες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Λοιμώξεις και κακοήθειες που σχετίζονται με AIDS.

*Ιογενείς*

Μεγαλοκυτταροϊός (CMV)

Απλός έρπης: χρόνια βλεννογονοδερματική ή διεσπαρμένη

Παποβαϊός: προοδευτική πολυεστιακή λευκοεγκεφαλοπάθεια

*Παρασιτικές*

Κρυπτοσποριδίαση

Ισοσπορίαση

Πνευμονία από πνευμονοκύστη *carinii*

Στρογγυλοειδίαση

Τοξοπλάσμωση

*Μυκητιακές*

Καντιντίαση (οισοφαγική ή πνευμονική)

Κρυπτοκόκκωση

Ιστοπλάσμωση

*Βακτηριακές*

*Mycobacterium avium-intracellulae*

*Mycobacterium kansasii*

*Λεοπλάσματα*

Σάρκωμα Kaposi

Λέμφωμα του κεντρικού νευρικού συστήματος

Λέμφωμα μη-Hodgkin

*Άλλα*

Λεμφοειδής διαμεσοκυττάρια πνευμονία (μόνο στα παιδιά)

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Σύστημα Ταξινόμησης CDC για λοίμωξη HIV.

Ομάδα I. Οξεία λοίμωξη

Ομάδα II. Ασυμπτωματική λοίμωξη

Ομάδα III. Επίμονη γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια

Ομάδα IV. Άλλη νόσος

Υποομάδα A. Γενική νόσος

Υποομάδα B. Νευρολογική νόσος

Υποομάδα Γ. Δευτεροπαθείς λοιμογόνοι νόσοι

Κατηγορία C-1. Ειδικές δευτεροπαθείς λοιμογόνοι νόσοι που εγγράφονται στην αξιολόγηση καθορισμού για AIDS του CDC

Κατηγορία C-2. Άλλες Ειδικές δευτεροπαθείς λοιμογόνοι νόσοι

Υποομάδα Δ. Δευτεροπαθείς καρκίνο

Υποομάδα E. Άλλες καταστάσεις

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. Σημεία, συμπτώματα και εργαστηριακά ευρήματα ανοσιακής δυσλειτουργίας.

*Κλινικά σημεία/συμπτώματα*

Χρόνια κατάσταση παρούσα για 3 μήνες ή περισσότερο, ανεξήγητη Λεμφαδενοπάθεια > 2 μη βουβωνικές εστίες

Πυρετός > 38°C, διαλείπων ή συνεχής

Ανεξήγητη επίμονη διάρροια

Ανεξήγητη κόπωση/ κακουχία

Ανεξήγητοι νυχτερινοί ιδρώτες

*Εργαστηριακός έλεγχος*

Ελαττωμένος αριθμός βοηθητικών T-κυττάρων

Μειωμένος λόγος T-βοηθητικά: T-κατασταλτικά λεμφοκύτταρα

Αναιμία ή λευκοπενία ή θρομβοπενία ή λεμφοπενία

Ψηλά επίπεδα σφαιρινών ορού

Μειωμένη βλαστογενετική απάντηση λεμφοκυττάρων σε μιτογόνα

Δερματική ανεργία σε πολλαπλά αντιγόνα δοκιμασιών δέρματος

Αυξημένα επίπεδα κυκλοφορούντων ανοσοσυμπλεγμάτων

### 3.3. Κλινικές εκδηλώσεις

Οι κλινικές εκδηλώσεις του AIDS είναι πολλαπλές και αφορούν σχεδόν κάθε όργανο του σώματος. Οι παθολογικές εκδηλώσεις που συνδέονται με μόλυνση HIV και AIDS προέρχονται από λοιμώξεις, κακοήθειες και ή από άμεση επίδραση του HIV στους σωματικούς ιστούς.

*Πνευμονικές εκδηλώσεις*

Περιλαμβάνουν βράχυνση αναπνοής, δύσπνοια, βήχα, πόνο στο θώρακα, πυρετό που συνδέονται με μια ποικιλία ευκαιριακών λοιμώξεων, όπως εκείνες που προκαλούνται από *Mycobacterium avium-intracellulare*, μεγαλοκυτταροϊό

και *Legionella*. Ωστόσο, η πιο κοινή λοίμωξη σε άτομα με AIDS είναι η πνευμονία από *Pneumocystis carinii*, που έχει θνητότητα περίπου 60%. Η *P. carinii*, ένα πρωτόζωο, προκαλεί νόσο μόνο σε ανοσοκατασταλμένους οργανισμούς. Εισβάλλει και πολλαπλασιάζεται μέσα στις πνευμονικές κυψελίδες, με αποτέλεσμα την πύκνωση του πνευμονικού παρεγχύματος και την ανάπτυξη διάμεσης πνευμονίτιδας.

Η κλινική εμφάνιση της πνευμονίας από *P. carinii* (PCP) στους αρρώστους με AIDS είναι, γενικά, λιγότερο οξεία από ό,τι σε άτομα που είναι ανοσοκατασταλμένα από άλλες καταστάσεις. Οι άρρωστοι με AIDS αρχικά αναπτύσσουν μη ειδικά σημεία και συμπτώματα, όπως πυρετό, ρίγη, μη παραγωγικό βήχα, βράχυνση αναπνοής, δύσπνοια, σπάνια θωρακικό πόνο και ελαφρά υποξαιμία. Αν η νόσος δεν θεραπευθεί, τελικά προκαλεί σημαντική πνευμονική διαταραχή και αναπνευστική ανεπάρκεια. Ένας μικρός αριθμός αρρώστων μπορεί να παρουσιάσει δραματική εισβολή και κεραυνοβόλο πορεία, συμπεριλαμβανομένης βαριάς υποξαιμίας, κυάνωσης, ταχύπνοιας και αλλαγής στη διανοητική κατάσταση. Η αναπνευστική ανεπάρκεια αναπτύσσεται μέσα σε 2 - 3 ημέρες από την έναρξη των συμπτωμάτων.

Η οριστική διάγνωση της PCP μπορεί να τεθεί με αναγνώριση του πρωτοζώου στον πνευμονικό ιστό ή στις βρογχικές εκκρίσεις.

Η νόσος που οφείλεται στην ομάδα του μυκοβακτηριδίου των πτηνών (ΟΜΠ) εμφανίζεται ως η κύρια αιτία βακτηριακών λοιμώξεων σε άτομα με AIDS.

Οργανισμοί που ανήκουν στην ΟΜΠ περιλαμβάνουν το *M. πτηνών* (*avium*), το *M. ενδοκυττάριο* (*intracellulerae*) και το *M. χοίρων* (*scrofulaceum*). Η ΟΜΠ, μια ομάδα οξωάντοχων βακίλων, προκαλεί συνήθως αναπνευστική λοίμωξη, κυρίως όμως βρίσκονται στη γαστρεντερική οδό, στους λεμφαδένες και στο μυελό των οστών. Οι περισσότεροι άρρωστοι με AIDS έχουν εκτεταμένη νόσο την ώρα της διάγνωσης και συχνά είναι πολύ αδύνατοι. Οι λοιμώξεις από ΟΜΠ έχουν γενικά υψηλή θνητότητα. Θεραπεία δεν έχει σαφώς καθοριστεί και περιλαμβάνει πολυφαρμακευτικά σχήματα που χορηγούνται για μεγάλα χρονικά διαστήματα.

### *Γαστρεντερικές εκδηλώσεις*

Οι γαστρεντερικές εκδηλώσεις του AIDS περιλαμβάνουν ανορεξία, ναυτία, εμέτους, στοματική και οισοφαγική καντιντίαση και χρόνια διάρροια. Η διάρροια αποτελεί πρόβλημα για το 50 - 90% όλων των αρρώστων με AIDS. Τα γαστρεντερικά συμπτώματα μπορεί να οφείλονται στην άμεση δράση στο καλυπτικό εντερικό επιθήλιο του ίδιου του HIV ή ακόμα του τοιχωματικού κρυπτοσποριδίου, της σαλμονέλλας, του μεγαλοκυτταροϊού, του κλωστηριδίου *difficile* ή του *Mycobacterium avium-intracellulae*. Αν και πολλοί τύποι λοιμογόνου διάρροιας απαντούν στη θεραπεία, δεν είναι ασύνηθες για τις λοιμώξεις αυτές να υποτροπιάζουν και να γίνονται χρόνια πρόβλημα.

Η στοματική καντιντίαση, μια μυκητιακή λοίμωξη, είναι σχεδόν καθολική στους αρρώστους με AIDS και καταστάσεις που σχετίζονται με AIDS. Συχνά η ανάπτυξη της προηγείται άλλων απειλητικών της ζωής λοιμώξεων. Χαρακτηρίζεται από την παρουσία αφρογαλακτωδών λευκών πλακών στη στοματική κοιλότητα. Αν μείνει χωρίς θεραπεία, επεκτείνεται και καταλαμβάνει τον οισοφάγο. Τα σημεία και συμπτώματα περιλαμβάνουν δύσκολη και επώδυνη κατάποση και οπισθοστερνικό πόνο. Μερικοί άρρωστοι αναπτύσσουν ελκωτικές αλλοιώσεις και είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς σε διασπορά της καντιντίασης σε άλλα συστήματα του σώματος.

### *Νευρολογικές εκδηλώσεις*

Ένα 50-60% αρρώστων με AIDS βιώνει κάποιο είδος νευρολογικής συμμετοχής κατά τη διάρκεια της πορείας της λοίμωξης με HIV. Άλλα 20-30% έχουν νευρολογική εμπλοκή χωρίς εμφανή σημεία και συμπτώματα. Οι νευρολογικές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν τόσο την κεντρική και περιφερική όσο και την αυτόνομη λειτουργία. Η νευροπαθολογία είναι αποτέλεσμα άμεσης επίδρασης του HIV στο νευρικό σύστημα ή απάντησης του ανοσοποιητικού συστήματος στη λοίμωξη HIV και περιλαμβάνει φλεγμονή, ατροφία, απομυελίνωση, εκφύλιση και νέκρωση. Άλλες εκδηλώσεις σχετίζονται με λοιμώξεις ή κακοήθειες που αναπτύσσονται στο νευρικό σύστημα.

Η κρυπτοκοκκική μηνιγγίτιδα, η τέταρτη πιο συχνή ευκαιριακή λοίμωξη σε αρρώστους με AIDS, χαρακτηρίζεται από συμπτώματα όπως πυρετός, πονοκέφαλος, κακουχία, δυσκαμψία αυχένα, ναυτία, εμέτους, μεταβολές στη

διανοητική κατάσταση και σπασμούς. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με εξέταση εγκεφαλονωτιαίου υγρού.

Η εγκεφαλοπάθεια HIV συμβαίνει στο 40-65% αρρώστων με AIDS. Είναι ένα κλινικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από προοδευτική έκπτωση των γνωσιακών και κινητικών λειτουργιών. Τα πρώιμα συμπτώματα περιλαμβάνουν ελλείμματα μνήμης, πονοκέφαλο, δυσκολία στη συγκέντρωση, προοδευτική σύγχυση, ψυχοκινητική επιβράδυνση, απάθεια και αταξία. Τα όψιμα στάδια της εγκεφαλοπάθειας HIV περιλαμβάνουν σφαιρικές γνωσιακές διαταραχές, καθυστέρηση στις με λόγια απαντήσεις, όψη κενού βλέμματος, σπαστική παραπάρεση, αύξηση των αντανακλαστικών, ψύχωση, ψευδαισθήσεις, τρόμο, απώλειες, σπασμούς, αλαλία και θάνατο. Η εκτεταμένη νευρολογική αξιολόγηση περιλαμβάνει έλεγχο με υπολογιστική τομογραφία, που μπορεί να δείξει διάχυτη εγκεφαλική ατροφία και κοιλιακή μεγέθυνση, μαγνητική τομογραφία, εξέταση εγκεφαλονωτιαίου υγρού και βιοψία εγκεφάλου.

Η προοδευτική πολυεστιακή λευκοεγκεφαλοπάθεια είναι μια απομυελινωτική διαταραχή του κεντρικού νευρικού συστήματος που συνδέεται με AIDS. Η διαταραχή αυτή, που οφείλεται σε ιό, αρχίζει συνήθως με διανοητική σύγχυση και ταχέως εξελίσσεται σε τύφλωση, αφασία, πάρεση και τελικά θάνατο. Άλλες λοιμώξεις του νευρικού συστήματος στα πλαίσια HIV - λοίμωξης είναι οι οφειλόμενες στο παράσιτο *Toxoplasma gondii* και στο μύκητα *Cryptococcus neoformans*.

Άλλες νευρολογικές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν τόσο κεντρικές όσο και περιφερικές νευροπάθειες. Η αγγειακή μυελοπάθεια είναι μια εκφυλιστική διαταραχή που προσβάλλει τις πλάγιες και οπίσθιες στήλες του νωτιαίου μυελού, με αποτέλεσμα προοδευτική σπαστική παραπάρεση αταξία και απώλειες. Η περιφερική νευροπάθεια που σχετίζεται με HIV, πιστεύεται ότι είναι, απομυελινωτική διαταραχή, που εκδηλώνεται με επώδυνη αιμωδία στα άκρα, αδυναμία, μειωμένα εν τω βάθει τενόντια αντανακλαστικά, ορθοστατική υπόταση και ανικανότητα.

#### *Κακοήθειες*

Τα άτομα με AIDS έχουν ψηλότερη από τη συνηθισμένη επίπτωση καρκίνου. Αυτό μπορεί να οφείλεται είτε σε πιθανή άμεση καρκινογόνο δράση



του HIV, είτε στην υποκείμενη ανοσιακή ανεπάρκεια, που επιτρέπει καρκινογόνους παράγοντες, όπως ιούς, να μετατρέπουν ευπαθή κύτταρα σε κακοήγη. Το σάρκωμα Karosi και ορισμένοι τύποι λεμφωμάτων Β-κυττάρου συμπεριλαμβάνονται στην ταξινόμηση του CDC για τις κακοήθειες που σχετίζονται με AIDS. Επίσης συμβαίνουν συχνότερα σε αρρώστους με AIDS τα εξής καρκινώματα: δέρματος, στομάχου παγκρέατος, ορθού και κύστης. Το σάρκωμα Karosi (KS), η πιο συχνή κακοήθεια που συμβαίνει στη λοίμωξη HIV, εμπλέκει την ενδοθηλιακή στιβάδα αιμοφόρων και λεμφικών αγγείων.

Το KS ποικίλλει από εντοπισμένη αλλοίωση ως διεσπαρμένοι νόσο, που προσβάλλει πολλαπλά συστήματα οργάνων. Η εντόπιση και το μέγεθος ορισμένων αλλοιώσεων μπορεί να οδηγήσει σε φλεβική στάση, λεμφοίδημα και πόνο. Ελκωτικές αλλοιώσεις προκαλούν ρήξη του δέρματος και αυξάνουν τη δυσχέρεια και την ευπάθεια σε λοιμώξεις. Οι πιο κοινές εντοπίσεις σπλαχνική εμπλοκής περιλαμβάνουν λεμφαδένες, γαστρεντερικό σωλήνα και πνεύμονες. Η προσβολή εσωτερικών οργάνων οδηγεί τελικά σε ανεπάρκεια οργάνου, αιμορραγία, λοίμωξη και θάνατο. Η διάγνωση του KS επιβεβαιώνεται με βιοψία των προσβλημένων οργάνων.

Τα λεμφώματα Β-κυττάρων είναι οι δεύτερες πιο κοινές κακοήθειες που συμβαίνουν στον πληθυσμό των ασθενών με AIDS. Τα λεμφώματα αυτά συχνά διαφέρουν από εκείνα που εμφανίζονται στο γενικό πληθυσμό. Έχουν την τάση να αναπτύσσονται έξω από τους λεμφαδένες, κύρια στον εγκέφαλο, το μυελό των οστών και το γαστρεντερικό σωλήνα. Είναι ψηλότερου βαθμού κακοήθειας, που σημαίνει επιθετική ανάπτυξη και αντίσταση στη θεραπεία. Η πορεία τους περιλαμβάνει πολλαπλές εντοπίσεις και επιπλοκές που σχετίζονται με ανάπτυξη ευκαιριακών λοιμώξεων.

#### *Δερματικές εκδηλώσεις*

Με τη λοίμωξη HIV και τις συνοδές ευκαιριακές λοιμώξεις και κακοήθειες συνδέονται δερματικές εκδηλώσεις. Ευκαιριακές λοιμώξεις, όπως έρπητας ζωστήρας και απλός έρπητας, χαρακτηρίζονται από επώδυνες φυσαλίδες που προκαλούν ρήξη του δέρματος. Η μολυσματική τέρμινθος είναι ιογενής λοίμωξη που χαρακτηρίζεται από σχηματισμό παραμορφωτικών πλακών. Η σμηγματορροϊκή δερματίτιδα συνδέεται με ένα σκληρό, διάχυτο, απολεπιζόμενο

εξάνθημα, που περιλαμβάνει το τριχωτό της κεφαλής και το πρόσωπο. Οι άρρωστοι με AIDS μπορεί επίσης να παρουσιάσουν γενικευμένη θυλακίτιδα, που χαρακτηρίζεται από ξηρό, απολεπιδούμενο δέρμα, ή έκτοπη δερματίτιδα, όπως έκζεμα ή ψωρίαση. Τέλος, ένα 60% των αρρώστων που θεραπεύονται με τριμεθοπρίμη-σουλφαμεθοξαζόλη (TMP/SMZ) για πνευμονία από *P. carinii*, αναπτύσσουν φαρμακευτικό εξάνθημα.

#### *Λοιμώξεις γυναικείων γεννητικών οργάνων*

Επίμονη, υποτροπιάζουσα κολπική καντιντίαση μπορεί να είναι το πρώτο σημείο λοίμωξης στις γυναίκες. Οι αλλοιώσεις της κολπικής καντιντίας και του έρπητα γεννητικών οργάνων μπορεί να είναι μεγάλες, βαθιές, επώδυνες αλλοιώσεις, που απαιτούν συνεχή θεραπεία. Στις γυναίκες αυτές είναι πιο βαριές οι ελκωτικές νόσοι που μεταδίδονται σεξουαλικά. Ο ανθρῶπιος παπιλομαϊός και ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας έχουν μεγαλύτερη επίπτωση σ' αυτές τις γυναίκες.

#### *Χρόνιες νόσοι*

Όλοι σχεδόν οι άρρωστοι με AIDS αναπτύσσουν τουλάχιστον μία ευκαιριακή λοίμωξη και διάρκεια της πορείας της νόσου τους. Αν και πολλές λοιμώξεις αντιμετωπίζονται θεραπευτικά με επιτυχία, ορισμένες δεν θεραπεύονται πλήρως και αναπτύσσουν δεύτερη λοίμωξη ή κακοήθεια. Η θεραπεία συχνά επιπλέκεται από σημεία και συμπτώματα λοίμωξης HIV, που περιλαμβάνουν κόπωση, πονοκέφαλο, άφθονους νυκτερινούς ιδρώτες, ανεξήγητη απώλεια βάρους ξηρό βήχα, βράχυνση αναπνοής, μεγάλου βαθμού αδυναμία, διάρροια και επίμονη λεμφαδενοπάθεια. Όταν οι ευκαιριακές λοιμώξεις και τα συμπτώματα του αρρώστου δεν υποχωρούν αναπτύσσεται χρόνια νόσος.

## 4. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι προσπάθειες φαρμακευτικής αγωγής αφορούν διάφορες προσεγγίσεις, που περιλαμβάνουν θεραπεία λοιμώξεων και κακοηθειών που συνδέονται με HIV, ανακοπή αύξησης και πολλαπλασιασμού του HIV μέσω αντι-ιικών μέσων και αύξηση και αποκατάσταση του ανοσοποιητικού συστήματος μέσω χρήσης ανοσοτροποποιητών. Επίσης, ουσιαστική είναι και η υποστηρικτική φροντίδα του αρρώστου. Ελπίζεται ότι η ανάπτυξη εμβολίου στο μέλλον θα βοηθήσει στην πρόληψη λοίμωξης HIV.

### 4.1. Θεραπευτική αγωγή σε λοιμώξεις που σχετίζονται με AIDS

Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει πολλές πρόοδοι στη θεραπεία της πνευμονίας από *P. carinii*. Η τριμεθοπρίμη-σουλφαμεθοξαζόλη (TMP/SMZ), ένα αντιβακτηριακό φάρμακο, από καιρό αποτελεί το φάρμακο εκλογής για PCP σε μη-AIDS αρρώστους. Άρρωστοι με AIDS και PCP, που θεραπεύονται με TMP/SMZ, δυστυχώς βιώνουν αυξημένη επίπτωση ανεπιθύμητων ενεργειών όπως εξανθήματα, λευκοπενία και φαρμακευτικό πυρετό. Η πενταμιδίνη, ένα αντιπρωτοζωικό φάρμακο, είναι μια δεύτερη εκλογή για αντιμετώπιση της PCP. Πολλοί γιατροί αρχίζουν θεραπεία με TMP/SMZ και, αν παρουσιαστούν ανεπιθύμητες ενέργειες ή οι άρρωστοι δεν δείχνουν κλινική βελτίωση, την αλλάζουν με πενταμιδίνη. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες της πενταμιδίνης περιλαμβάνουν σχηματισμό άσηπτων αποστημάτων στο σημείο ενδομυϊκής ένεσης, διαταραχή μεταβολισμού γλυκόζης, νεφρική βλάβη και καταστολή μυελού των οστών.

Πρόσφατα, η χορήγηση πενταμιδίνης με ψεκασμό έχει αποδειχθεί αποτελεσματική στη θεραπεία PCP. Τα εισπνεόμενα τεμαχίδια απελευθερώνονται άμεσα στις κυψελίδες, τόπο της λοίμωξης. Υπάρχουν λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες, επειδή μόνο μια μικρή ποσότητα φαρμάκου εισέρχεται στη συστηματική κυκλοφορία. Άλλα φάρμακα που ερευνώνται για το ρόλο τους στη θεραπεία PCP είναι η δαψόνη, η τριμεθοπρίμη-δαψόνη, η

τριμετρεξάτη και η κλινδαμυκίνη με πριμακίνη.

Η παραδοσιακή θεραπεία για κρυπτοκοκκική μηνιγγίτιδα είναι η ενδοφλέβια αμφοτερικίνη Β, που χορηγείται για τουλάχιστον 4 - 6 εβδομάδες. Ο άρρωστος παρακολουθείται στενά για βαριές δυνητικές ανεπιθύμητες ενέργειες, που περιλαμβάνουν αναφυλαξία, νεφρική και ηπατική δυσλειτουργία, ηλεκτρολυτικά ανισοζύγια, αναιμία, πυρετό, ρίγος. Οι συχνές υποτροπές και η υψηλή θνητότητα συχνά καθιστούν απαραίτητη την παρατεταμένη θεραπεία. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ο άρρωστος συνεχίζει την ενδοφλέβια αγωγή με αμφοτερικίνη στο σπίτι. Πρόσφατα, η Διαχείριση Φαρμάκου και Τροφής (FDA) των ΗΠΑ ενέκρινε τη φθοριοκοναζόλη ως αντιμυκητιακό μέσο για θεραπεία συντήρησης στην κρυπτοκοκκική μηνιγγίτιδα. Το φάρμακο είναι διαθέσιμο σε στοματική μορφή και δεν συνδέεται με βαριές ανεπιθύμητες ενέργειες. Έρευνες συνεχίζουν να εξετάζουν το ρόλο της φθοριοκοναζόλης και άλλων αντιμυκητιακών μέσων στη θεραπεία κρυπτοκοκκικών λοιμώξεων.

Η αμφιβληστροειδίτιδα που προκαλείται από μεγαλοκυτταροϊό είναι η κύρια αιτία τύφλωσης σε άτομα με AIDS. Πρόσφατα, η FDA ενέκρινε τη χρήση της γκανσικλοβίρης (ganciclovir) για τη θεραπεία αμφιβληστροειδίτιδας από μεγαλοκυτταροϊό. Επειδή το φάρμακο δεν σκοτώνει αλλά σταματά την αύξηση του ιού, πρέπει να δίνεται για την υπόλοιπη ζωή του αρρώστου. Αρχικά δίνεται ενδοφλέβια κάθε 8 -12 ώρες για 2 εβδομάδες. Η θεραπεία συντήρησης χορηγείται φορά την ημέρα, για 5 - 6 ημέρες την εβδομάδα. Ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνουν καταστολή μυελού των οστών, λευκοπενία και θρομβοπενία, στοματική καντιντίαση και νεφρικές και ηπατικές διαταραχές.

Άλλα φάρμακα που ερευνώνται για θεραπεία αμφιβληστροειδίτιδας περιλαμβάνουν foscarnet, ακυκλοβίρη, διεγερτικό παράγοντα αποικιών κοκκιοκυττάρων και β-ιντερφερόνη.

#### 4.1.2. Θεραπευτική αγωγή σε κακοήθειες

Στο παρελθόν, η θεραπεία του σαρκώματος Kaposi στηριζόταν στη χρήση χημειοθεραπευτικών μέσων, όπως αδριαμυκίνης, βινμπλαστίνης, βινκριστίνης και μεθοτρεξάτης, μόνων ή σε συνδυασμό. Τα αποτελέσματα, ωστόσο, ήταν

φτωχά.

Πρόσφατα, η FDA ενέκρινε τη χρήση άλφα-ιντερφερόνης. Η άλφα-ιντερφερόνη είναι γνωστή για τα αντι-ιικά και αντινεοπλασματικά αποτελέσματά της. Επίσης, αυξάνει τη λειτουργικότητα του ανοσοποιητικού συστήματος. Οι ρυθμοί απόκρισης κυμαίνονται μεταξύ 30-50%, με μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα σε αρρώστους με περιορισμένη νόσο και απουσία ευκαικών λοιμώξεων.

Η ιντερφερόνη χορηγείται από ενδοφλέβια, ενδομυϊκή ή υποδόρια οδό. Οι ανεπιθύμητες ενέργειές της περιλαμβάνουν πυρετό, ρίγη, χρόνια κόπωση, κακουχία, μυαλγία, πονοκέφαλο και λευκοπενία.

Τα θεραπευτικά αποτελέσματα για λεμφώματα σχετιζόμενα με AIDS περιορίζονται εξαιτίας της ταχείας εξέλιξής τους. Σχήματα συνδυασμένης χημειοθεραπείας και ακτινοβολίας έχουν ρυθμούς απόκρισης περί το 50%, πολύ σύντομης όμως διάρκειας.

#### 4.1.3. Αντι-ιικά μέσα

Η ανακάλυψη της AZT (διδεοξυθυμιδίνη) είναι μια από τις πιο σημαντικές προόδους στον αγώνα κατά του AIDS. Το φάρμακο εμποδίζει την αναπαραγωγή του HIV, με μίμηση ενός από τα μοριακά υλικά που χρησιμοποιούνται από τον HIV για παραγωγή DNA για νέα σωματίδια ιού. Αλλάζοντας τα δομικά συνθετικά της αλυσίδας DNA, αναστέλλει την παραγωγή νέων ιών. Το 1987, η FDA ενέκρινε την AZT για θεραπεία βαριάς λοίμωξης HIV. Πιο πρόσφατα, ωστόσο, ενέκρινε τη χρήση AZT για αρρώστους σε πρωιμότερα στάδια της πορείας της λοίμωξης, πριν από την ανάπτυξη μεγάλου βαθμού ανοσοκαταστολή. Ο προσδιορισμός του αριθμού βοηθητικών T-λεμφοκυττάρων (CD4 count) αποτελεί σημαντική παράμετρο για το επίπεδο ανοσοκαταστολής. Φυσιολογικά, ο αριθμός των CD4 κυμαίνεται μεταξύ 700-1200. Σε αρρώστους με αριθμό CD4 κάτω από 500, δίνεται AZT από το στόμα 500 mg/ημέρα, μοιρασμένη σε ίσες δόσεις. Η AZT επιβραδύνει την ιική αναπαραγωγή, βελτιώνει την ανοσιακή ικανότητα και παρατείνει τη ζωή. Οι άρρωστοι που παίρνουν AZT παρουσιάζουν βελτίωση, αισθήματος ευεξίας, αύξηση βάρους,

λιγότερες ευκαιριακές λοιμώξεις και βελτίωση της νευρολογικής λειτουργίας μέσα στις πρώτες εβδομάδες θεραπείας. Η εκπαίδευση του αρρώστου τονίζει τη σπουδαιότητα λήψης κάθε δόσης. Η AZT μπορεί να είναι πολύ τοξική στο μυελό των οστών. Σε ορισμένες περιπτώσεις το φάρμακο πρέπει να διακοπεί. Πολλοί κλινικοί εξετάζουν τη χρήση αυξητικών παραγόντων, όπως η ερυθροποιητίνη και ο αυξητικός παράγοντας κοκκιοκυττάρων, για την αντιμετώπιση της αναιμίας και της ουδετεροπενίας. Οι αυξητικοί παράγοντες είναι ουσίες που παράγονται φυσικά από το σώμα για να διεγείρουν αύξηση και παραγωγή τόσο των ερυθρών, όσο και των λευκών αιμοσφαιρίων.

Άλλα ανεπιθύμητα αποτελέσματα της AZT είναι ναυτία, έμετοι, δυσχέρεια, πυρετός, ρίγη, μυαλγίες, πονοκέφαλος και, λιγότερο συχνά, σύγχυση, υπνηλία και σπασμοί. Ο άρρωστο διδάσκεται τη σπουδαιότητα των τακτικών ιατρικών εξετάσεων και την εκτίμηση και αντιμετώπιση των ανεπιθύμητων ενεργειών.

Υπό έρευνα είναι και διάφορα άλλα αντι-ικά φάρμακα. Για πολλούς αρρώστους, η διδεοξυινοσίνη (ddl) έδωσε καλά αποτελέσματα ως εναλλακτικό της AZT. Οι μηχανισμοί δράσης είναι διαφορετικοί για κάθε φάρμακο. Μερικά από τα φάρμακα ενεργούν με παρέμβαση στη συγγένεια του HIV με τα T4-λεμφοκύτταρα. Άλλα μεταβάλλουν την ιική μεμβράνη και εμποδίζουν την είσοδο του HIV στα κύτταρα του ξενιστή. Τα περισσότερα από τα φάρμακα βρίσκονται σε διάφορες φάσεις των κλινικών δοκιμασιών, όπου μελετώνται για τοξικότητα και μέγιστες ανεκτές δόσεις (φάση I), δραστηριότητα ενάντια στον HIV (φάση II) και αποτελεσματικότητα σε σύγκριση με άλλα φάρμακα (φάση III).

#### 4.1.4. Ανοσοτροποποιητές

Η μάχη του AIDS απαιτεί όχι μόνο μέσα που αναχαιτίζουν την ιική αύξηση, αλλά επίσης και μέσα που αποκαθιστούν ή βελτιώνουν τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, που ανεπαρκεί. Η ιντερφερόνη μελετάται για τις αντι-ϊικές ιδιότητές της, καθώς επίσης και για την ικανότητά της να διεγείρει μακροφάγα και T-λεμφοκύτταρα. Άλλες ουσίες που αξιολογούνται για το ρόλο τους στη διέγερση μακροφάγων και λεμφοκυττάρων, περιλαμβάνουν ιντερλευκίνη-2, ισοπρινοζίνη, διαιθυλδιθειοκαρβαμάτη (DTC), λεντινάση και

αυξητικό παράγοντα κοκκιοκυττάρων-μακροφάγων. Πολλές από αυτές τις ουσίες προκαλούν μια αντίδραση τύπου γρίπης με πυρετό, ρίγη, αρθραλγίες, μυαλγίες και πονοκέφαλο. Επιπλέον, ορισμένες προκαλούν ναυτία, εμέτους, αύξηση των ηπατικών ενζύμων, ουδετεροπενία, σύγχυση και συμπεριφορικές μεταβολές. Ο νοσηλευτής παίζει σημαντικό ρόλο σ' αυτό το είδος θεραπείας, με τη συμμετοχή του στην εκτίμηση και αγωγή των ανεπιθύμητων ενεργειών, με παροχή της σωστής υποστήριξης και εκπαίδευσης στους αρρώστους και με συμμετοχή στη συλλογή κλινικών δεδομένων. (Πάνου Μ. – Σαχίνη Α., 2004).

#### 4.1.5. Εμβολιασμός

Ενώ οι επιστήμονες συμφωνούν ότι είναι ανάγκη να βρεθεί κάποιο προληπτικό εμβόλιο, λίγη συμφωνία υπάρχει για το ποιά θα είναι τα χαρακτηριστικά αυτού του εμβολίου (-ων), τον τύπο της ανοσολογικής απάντησης που θα προκαλεί και πότε και πως θα προχωρήσουμε σε κλινικές δοκιμές σταδίου III (phase III trials, δοκιμές δηλ. της αποτελεσματικότητας στον άνθρωπο).

Ορισμένοι διατείνονται ότι πρέπει να υπάρξει περαιτέρω έρευνα και ότι δεν πρέπει να προχωρήσουμε σε δοκιμές σταδίου III, πριν κατανοήσουμε ακόμα καλύτερα τις ανοσολογικές διεργασίες. Άλλοι, ισχυρίζονται ότι μερικά από τα ήδη υπάρχοντα υποψήφια εμβόλια (που βασίζονται σε ανασυνδυασμένες πρωτεΐνες του φακέλλου), προκάλεσαν ικανοποιητική ανοσία στους χιμπαντζήδες που δοκιμάστηκαν, ήταν ασφαλή και ανοσογόνα σε ανθρώπους σε δοκιμές σταδίου I/II και επομένως είναι κατάλληλα για δοκιμές σταδίου III.

Μια από τις ανοσολογικές διεργασίες που θα μπορούσε να αποτελέσει στόχο της έρευνας, είναι και η μείωση του ιϊκού φορτίου που ακολουθεί τα αρχικά υψηλά επίπεδα ιαιμίας, διεργασία χαρακτηριστική των πρωτοπαθών λοιμώξεων. Η μείωση αυτή, συμπίπτει με την εμφάνιση των HIV ειδικών CD8+ κυτταροτοξικών Τ λεμφοκυττάρων (πριν την εμφάνιση των εξουδετερωτικών αντισωμάτων).

Μια άλλη προσέγγιση, προήλθε από την μελέτη των χρόνιων μη - εξελισσόμενων φορέων (ατόμων δηλ. που είναι για πολλά χρόνια φορείς, χωρίς

να έχουν νοσήσει). Στην πραγματικότητα, τα χαμηλά επίπεδα ιαιμίας, φαίνεται να είναι οι πιο σημαντικοί προγνωστικοί δείκτες για την παρατεταμένη επιβίωση των μολυνθέντων. Άλλα άτομα που μελετώνται, είναι αυτά που φαίνεται να μη μολύνονται παρά τις συχνές ή και τις εκτεταμένες επαφές με τον ιό (είτε με την περιγεννητική είτε με την σεξουαλική οδό μετάδοσης). Σ' αυτές τις περιπτώσεις έχει προταθεί ότι μια τέτοια "αντίσταση" οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες, αλλο-ανοσοποίηση σε κυτταρικά αντιγόνα ή σε φυσική επίκτητη κυτταρική ανοσία, σαν αποτέλεσμα έκθεσης σε υπολοιμωξιγόνες δόσεις ιού.

Επίσης, αντισώματα που είτε χορηγήθηκαν παθητικά είτε δημιουργήθηκαν ενεργητικά μετά από εμβολιασμό με υποψήφια εμβόλια, προστάτεψαν από τη λοίμωξη πειραματόζωα, δείχνοντας ότι και τα εξουδετερωτικά αντισώματα παίζουν και αυτά το δικό τους ρόλο. Έχει υποστηριχτεί ότι ένα αποτελεσματικό εμβόλιο, πρέπει να προκαλεί την παραγωγή αντισωμάτων έναντι διαμορφωμένων επιτόπων που βρίσκονται στα ολιγομερή gp120 μόρια. Και εδώ υπάρχουν άλλες απόψεις που υποστηρίζουν ότι η παρουσία των εξουδετερωτικών αντισωμάτων δεν είναι απαραίτητη για την επίτευξη ανοσίας.

Από το 1987, έχουν δοκιμαστεί πάνω από 21 εμβόλια εναντίον του HIV-1. Δύο υποψήφια εμβόλια που χρησιμοποιούν τα ανασυνδυασμένα μόρια rgp120MN και rgp120SF2 (Subunit Recombinant Envelope Vaccines) βρίσκονται στο στάδιο δοκιμών II στις ΗΠΑ σε 300 υγιείς εθελοντές.

Τα εμβόλια με ζώντες εξασθενημένους ιούς υπόσχονται αρκετά, αλλά έχουν κάποιο ρίσκο όταν θα πρέπει να δοκιμαστούν σε ανθρώπους.

Μια άλλη κατηγορία εμβολίων είναι αυτή που χρησιμοποιεί τα συνθετικά V3 πεπτιδία. Οι μελέτες εδώ βρίσκονται σε εξέλιξη.

Μέχρι στιγμής καμιά χώρα δεν έχει προχωρήσει σε δοκιμές σταδίου III. Φαίνεται όμως ότι αυτό θα γίνει σύντομα, κυρίως στις ανεπτυγμένες χώρες. Οι δοκιμές αυτές θα αποτελέσουν μια τεράστια επιστημονική και κοινωνική πρόκληση. Θα κοστίσουν πολύ και θα είναι μακρόχρονες. Ομως, με 15000 νέα κρούσματα κάθε μέρα, είναι μια επιτακτική ανάγκη. ([www.scopus.gr](http://www.scopus.gr), 2007).



## 5. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΕΑΑ

Για την αντιμετώπιση των ασθενών με AIDS δεν άρχει προς το παρόν ειδική θεραπεία. Σήμερα δοκιμάζονται διάφορα φάρμακα χωρίς όμως ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Προς το παρόν χρειάζεται μόνο θεραπεία των λοιμώξεων που είναι λιγότερο αποτελεσματική από παρόμοιες λοιμώξεις σε υγιή άτομα. Η θεραπεία θα πρέπει να γίνεται σε νοσοκομεία, σε θαλάμους απομονώσεως για την προστασία των αρρώστων από λοιμώξεις που έχουν οι άλλοι ασθενείς του νοσοκομείου. Από τους ασθενείς αυτούς δεν κινδυνεύει το νοσηλευτικό προσωπικό εφόσον για τη νοσηλεία τους τηρούνται οι αρχές που πρέπει να εφαρμόζονται σε κάθε νοσηλεία. Κίνδυνος υπάρχει μόνο αν τρυπηθούν με βελόνα που χρησιμοποιήθηκε στον άρρωστο.

### 5.1. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Με βάση τα δεδομένα της νοσηλευτικής αξιολογήσεως του αρρώστου προγραμματίζονται οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις με τους εξής σκοπούς:

Η προστασία του αρρώστου από νέες λοιμώξεις και επιπλοκές καθώς και η πρόληψη μεταδόσεως τυχόν υπάρχουσας λοιμώξεως και του AIDS σε άλλα άτομα ή στο προσωπικό νοσηλείας. Συστηματική παρακολούθηση της καταστάσεως και της πορείας του με λήψη ζωτικών σημείων κ.ά. Θεωρείται αναγκαία η ενίσχυση της άμυνας του με κατάλληλη διατροφή και ενυδάτωση καθώς και η ανακούφιση του πόνου και των άλλων συμπτωμάτων με εφαρμογή θεραπευτικών και νοσηλευτικών μέτρων και εκπλήρωση των ατομικών αναγκών του. Σημαντικός είναι ο διάλογος και η συνεργασία μαζί του, όπως επίσης και η ψυχολογική υποστήριξη και ενίσχυση του αρρώστου και της οικογένειάς του, και βοήθεια στη λύση προβλημάτων που δημιουργεί η αρρώστια. Επιπρόσθετα είναι αναγκαία η ενθάρρυνση και η καθοδήγηση ώστε να αναλάβει ο ίδιος ο άρρωστος την ευθύνη και τη φροντίδα της υγείας του. Βασική διάσταση της νοσηλευτικής φροντίδας αποτελεί και η διδασκαλία του αρρώστου με AIDS: πως να προστατεύει τον εαυτό του για να μη μολύνεται

από τους άλλους και πως να προσέχει να μη μεταδίδει την αρρώστια του στους άλλους.

Η διδασκαλία ατόμου με αντισώματα προς τον ιό HIV ή με τη νόσο του AIDS περιλαμβάνει τα εξής:

Την παρακολούθηση από τον γιατρό έστω κι αν είναι ασυμπτωματικός, ώστε έγκαιρα να αναφέρει τυχόν σημεία του AIDS δηλαδή πυρετό, απώλεια βάρους, διόγκωση λεμφαδένων στο λαιμό και τις μασχάλες, και επίμονο βήχα ή διάρροια. Να μην έχει κοινές ξυριστικές λεπίδες με άλλους και οδοντόβουρτσες ή σκεύη που μπορεί να μολύνθηκαν με αίμα ή άλλα εκκρίματα του σώματός του, να μην προσφέρει ποτέ αίμα ως αιμοδότης, να μην χρησιμοποιεί κοινές βελόνες με άλλους, αν κάνει ενέσεις.

Να ενημερώνει τον γενικό του γιατρό και τον οδοντογιατρό του για την κατάστασή του ώστε να παίρνονται οι απαραίτητες προφυλάξεις. Η συμβολή της νοσηλευτικής και όλων των επιστημών υγείας στην πρόληψη είναι σημαντική και καθοριστική. (Παπαδάκη Α., 1998).

## 5.2. Πρόληψη

Ενόψει της θεραπευτικής αναποτελεσματικότητας των φαρμάκων και της μεγάλης μεταδοτικότητας της νόσου, εύλογα, κάθε ελπίδα για την αντιμετώπιση της ανατίθεται στην προληπτική αγωγή κατά της μετάδοσης, λαμβάνοντας υπόψιν ότι επί του παρόντος δεν διατίθεται και δραστικό εμβόλιο. Οι βασικές αρχές της αφορούν στην πρόληψη που επιβάλλεται να ασκείται τόσο στους φορείς και στους ασθενείς για να μη μεταδίδουν όσο και σε κάθε άτομο της κοινωνίας για να μη μολύνεται. Κάθε άτομο, κάθε οργανισμός, κρατικός ή ιδιωτικός, που έχει κάποια δυνατότητα να επιδράσει ανασταλτικώς στη μετάδοση, οφείλει να διακατέχεται από πνεύμα υπευθυνότητας για να συμβάλει στην πρόληψη της νόσου. Πολύ μάλλον οι οποιοδήποτε υγειονομικοί. Τη βάση της πρόληψης αποτελεί η εμπειριστατωμένη διαφώτιση για τη μετάδοση και η καθοδήγηση για την αποσόβησή της. Και αυτά πρέπει να γίνονται κατά τις υποδείξεις των διεθνών και εθνικών ειδικών για το AIDS. Η ενημέρωση είναι επιτακτικώς αναγκαίο να γίνεται σύμφωνα με τις κλασικές αρχές της

ανθρώπινης επικοινωνίας, με πνεύμα καλόβουλης συνεργασίας και όχι εξαναγκαία ή διχοτομικής συμπεριφοράς ή κοινωνικής περιθωριοποίησης με αγάπη. Η στήριξη της πρόληψης στην πλήρη γνώση της επιδημιολογίας της νόσου είναι αυτονόητη προϋπόθεση.

#### 5.2.1. Πρόληψη σεξουαλικής μετάδοσης

Η σεξουαλική μετάδοση αποτελεί τον πρώτο στόχο για εξουδετέρωση, γιατί ο κίνδυνος από αυτήν αφορά στο σύνολο των ατόμων από την παιδική ηλικία και έπειτα.

Η σεξουαλική πράξη είναι μια ανθρώπινη δραστηριότητα, πράξη ή λειτουργία, θελκτική, ψυχοδιεγερτική, που δύσκολα εποπτεύεται ως βηματοδοτούμενη από το ένστικτο και εμπεδούμενη από τη συνήθεια της απόλαυσης, της ηδονής. Δεν είναι δυνατόν να το περιορίσει κανείς ως ψυχοβιολογική λειτουργία, επιβάλλεται όμως να το κατευθύνει για να συνδυασθεί το τερπνόν μετά του ωφελίμου. Και αυτό, παρότι δυσχερέστατο, επιβάλλεται να επιδιώκεται με τη διαμόρφωση της ορθής σεξουαλικής συμπεριφοράς, για την οποία δικαιολογούνται μερικά θεωρητικά σχόλια.

Ένα σύνθημα, το επικρατέστερο, ευρύτατα προπαγανδιζόμενο, είναι: «Ναι στον έρωτα, όχι στο AIDS». Το μεγάλο μυστικό του όπλο είναι τα προφυλακτικά. Κανείς δεν μπορεί να αμφισβητήσει τη ρεαλιστική του εγκυρότητα, ενόψει της καθιερωμένης διεθνώς αχαλίνωτης σεξουαλικής ελευθεριότητας. Είναι θεμελιωμένο στο ανθρώπινο αίτημα της ηδονής και τη «σωματική ένωση». Και θεωρείται ρεαλιστικό. Μα ερωτά κανείς: «Ρεαλιστικό στοιχείο δεν είναι επίσης το ότι πιθανότατα σημαντικό ποσοστό ατόμων δεν θα συμμορφωθεί στην ορθή υπόδειξη της χρήσης προφυλακτικών, παρασυρόμενο από τον οίστρο της ηδονής;» Η φιληδονική φιλοσοφία υποτονώνει πολλές φορές την υπευθυνότητα. Η σύσταση για χρήση προφυλακτικών είναι επιτακτικώς αναγκαία για τα πολυγαμικά άτομα. Πρόκειται επομένως για ένα σύνθημα ικανώς, αλλά όχι πλήρως ρεαλιστικό, το οποίο πρέπει να προπαγανδίζεται κατά τη σεξουαλική ενημέρωση, μέχρι μεταβολής του κοινωνικού στοχασμού σχετικά με τη σεξουαλική ηδονή, αν ποτέ συμβεί αυτή.

Σε ένα δεύτερο σύνθημα διακηρύσσεται: «Περιορισθείτε στο μόνιμο σύντροφο της ζωής σας». Είναι το χριστιανικό, που υποστηρίζεται και από μερικούς σύγχρονους, κοινωνιολογούντες φιλοσόφους. Η σεξουαλική πράξη κατ' αυτούς ηδονίζει πληρέστερα ως βίωμα σύνθετο, όχι απλώς ως σωματικό, αλλά ως ψυχοσωματικό και ακόμη ως κοινωνικό. Αυτή η ολοκλήρωση του χαρίζει την ιδιότητα μακροπρόθεσμης διεργασίας, η οποία ταιριάζει στη σύγχρονη ολιστική αντίληψη θεώρησης των βιωματικών φαινομένων, υπό παρέμβαση του σωματικού, ψυχικού και κοινωνικού παράγοντος μαζί. Θεωρείται υπό των πολλών -σε σημαντικό βαθμό ορθώς- ως αντιρρεαλιστικό. Μα πολλές σωστές υποδείξεις -ας πάρουμε ως παράδειγμα τις υποδείξεις για το κάπνισμα ή την πολυφαγία- είναι επίσης σημαντικώς αντιρρεαλιστικές. Όμως, αυτό δεν σημαίνει ότι πρέπει να τις εγκαταλείψουμε.

Συγκριτικώς, η πρώτη γραμμή πρόληψης των προφυλακτικών, είναι ρεαλιστικότερη για το παρόν. Έχει αμεσότερη κατασταλτική επίδραση. Τη χρειαζόμαστε χωρίς άλλο. Δεν αποτελεί όμως τον καλό τελικό στόχο. Όπλο της είναι τα προφυλακτικά που, χωρίς να είναι απαλλαγμένα μειονεκτημάτων, παρέχουν μεγάλη προληπτική θωράκιση, ιδίως συνδυαζόμενα με σπερμοκτόνα.

Η δεύτερη είναι θεωρητικότερη, πιο μεστή, πιο ανθρώπινη, που προσφέρεται όμως περισσότερο για το απώτερο μέλλον. Έχει ως όπλο τη μονογαμία. Και προσφέρει υψηλότερο νόημα στη ζωή, πολύ σημαντικό ενόψει των αγωνιωδών υπαρξιακών προβλημάτων των σημερινών νέων.

Λάθος είναι να μη ληφθούν υπόψη και οι δύο, που δικαιολογούν, θα ισχυριζόμουν, το παρακάτω σύνθημα προληπτικής πορείας

«Χρησιμοποιήτε το προφυλακτικό. Προτιμήστε τη μόνιμη ερωτική σχέση, αποφεύγοντας την πολυγαμία».

### 5.2.2. Πρόληψη μετάδοσης με αίμα και παράγωγα του πλάσματος

Ο προληπτικός αυτός τομέας λειτουργεί ήδη διεθνώς - και στη χώρα μας- με ικανοποιητικότερη αποτελεσματικότητα, εκτός σπανίων εξαιρέσεων, που δικαιολογούνται από το ότι ο δότης χαρακτηρίζεται ως οροαρνητικός, όταν

μεταγγίζεται το αίμα του, ενώ είναι φορέας του ιού, χωρίς να έχει αναπτύξει αντισώματα. Στηρίζεται, προκειμένου περί μεταγγίσεων, στην επιλογή των αιμοδοτών, με αυστηρή τήρηση των κανόνων της αιμοδοσίας, προτίμηση των μη αμειβόμενων δοτών, αποκλεισμό των ατόμων υψηλού κινδύνου, των ναυτικών και των τουριστών από την αιμοδοσία, ιδίως των προερχόμενων από χώρες με υψηλή μολυσματικότητα, και αξιόπιστο εργαστηριακό έλεγχο του μεταγγιζόμενου αίματος.

Σύμφωνα με μία μεγάλη στατιστική της Αμερικής, οι μεταγγίσεις με ελεγχθέν αίμα δημιουργούν κίνδυνο μετάδοσης σε ένα άτομο επί 40.000 μεταγγισθέντων.

Σε ό,τι αφορά στα παράγωγα του πλάσματος, βασική είναι η σημασία της αυστηρής επιλογής των αιμοδοτών, από το αίμα των οποίων θα παραχθούν .

### 5.2.3. Πρόληψη περιγεννητικής μετάδοσης

Η συχνότητα του AIDS στα παιδιά έχει υπολογισθεί γύρω στο 1 -2% του συνόλου των κρουσμάτων με τάση αύξησης, συνεπεία μετάδοσης από τη μολυσμένη μητέρα στο παιδί σε ποσοστό 90-95%, διά της πλακουντικής οδού μετά την 20ή εβδομάδα της κύησης, οπότε τα γεννώμενα παρουσιάζουν μειονεκτήματα διάπλασης και, σπανιότερα, τραυματικώς κατά τον τοκετό με επακόλουθη εμφάνιση των νοσηρών εκδηλώσεων έπειτα από μήνες, προ του τέλους του δεύτερου έτους.

Ο κίνδυνος μόλυνσης των τικτομένων εμβρύων από θετικές στον ιό μητέρες υπολογίζεται σε 20-50%.

Όλα τα βρέφη των οροθετικών μητέρων παρουσιάζουν αντισώματα προς τον ιό. Αν αυτά μεταδόθηκαν από τη μητέρα, χωρίς μετάδοση του ιού, εξαφανίζονται εντός έτους ή και κάτι πλέον, κατά μέσον όρο εντός 10 μηνών, και το παιδί είναι υγιές. Αν, αντιθέτως, υπήρξε μετάδοση του ιού κατά την κύηση, το παιδί θα νοσήσει εντός της χρονικής περιόδου που αναφέραμε.

Η καισαρική τομή, κατά το σύνολο των δεδομένων, δεν προλαβαίνει τη μετάδοση του ιού.

#### 5.2.4. Πρόληψη με τον προσυμπτωματικό έλεγχο (screening, testing)

Πρόκειται περί κοινωνικής προληπτικής μεθόδου, η οποία έχει σκοπό την αποκάλυψη των φορέων σε διάφορες κοινωνικές ομάδες στο σύνολο μιας κοινωνίας (screening) ή σε μεμονωμένα άτομα (testing).

Ευρύτερα από οπουδήποτε αλλού εφαρμόστηκε, στη Σουηδία στο 25% περίπου του πληθυσμού της. Σε διάφορα κράτη η εφαρμογή του έγινε σε ειδικές ομάδες πληθυσμού και σε διάφορο βαθμό. Συζητήθηκε εξάλλου η αναγκαστική, ανώνυμη, άσκησή του σε ευρείες ομάδες ή και στο σύνολο πληθυσμό. Όμως, δεν αποφασίσθηκε η ευρεία εκτέλεσή του, λόγω των τεράστιων δαπανών που απαιτούνται, αλλά και των ποικίλων τεχνικών, ψυχοκοινωνικών και ηθικοδεοντολογικών προβλημάτων, τα οποία ακολουθούν τη διεξαγωγή του, όπως τα ψευδώς θετικά και ψευδώς αρνητικά αποτελέσματά του κ. λ.π., των οποίων η επίπτωση πρέπει σοβαρώς να υπολογίζεται.

Η πρόσφατη εμπειρία συνηγορεί υπέρ της κατά το δυνατόν ευρείας εφαρμογής του scanning, μετά από σωστή διαφώτιση και απεμπόληση του πανικού.

Ο πίνακας 5 δείχνει τις ομάδες πληθυσμού, στις οποίες είναι περισσότερο ενδεδειγμένος ο προσυμπτωματικός έλεγχος τύπου screening.

Πίνακας 5. Ομάδες πληθυσμού με μεγαλύτερη ανάγκη προσυμπτωματικού ελέγχου.

- ❖ Ομοφυλόφιλοι και αμφιφυλόφιλοι άνδρες, οι οποίοι είχαν σεξουαλικές σχέσεις με άλλους άνδρες από το 1979.
- ❖ Οι ερωτικές σύντροφοι, γυναίκες των παραπάνω.
- ❖ Τοξικομανείς που κάνουν ενδοφλέβιες ενέσεις και οι σεξουαλικοί σύντροφοί τους.
- ❖ Όλοι οι μεταγγισθέντες από το 1979 μέχρι το 1985.
- ❖ Οι σεξουαλικοί σύντροφοι των φορέων του HIV.
- ❖ Οι ερχόμενοι από χώρες με υψηλή συχνότητα HIV.
- ❖ Οι πόρνες και οι πελάτες τους.
- ❖ Άτομα με συμπτώματα ύποπτα για AIDS.
- ❖ Οι επιθυμούντες να εξακριβώσουν, αν είναι φορείς ή όχι του ιού (testing).

#### 5.2.5. Πρόληψη με εμβόλιο

Είναι βέβαιο ότι το αντι- AIDS εμβόλιο αποτελεί τον κορυφαίο στόχο των σύγχρονων βιολόγων και ότι η ανακάλυψή του θα αποτελέσει πρωτοποριακό επίτευγμα απaráμιλλης αξίας.

Ωστόσο, και παρά τις χωρίς προηγούμενο έντονες ερευνητικές προσπάθειες, δεν προσδοκείται προσεχώς ανακάλυψή του, σε αυτό συμβάλλουν πολλοί λόγοι: η πολλαπλώς ιδιόρρυθμη βιολογική φύση του ιού, η έλλειψη πειραματικού προτύπου σε ζώα, οι ποικίλες δυσκολίες δοκιμής του σε ανθρώπους, η ανυπαρξία ανοσογόνου παράγοντος, ικανού να διεγείρει την επιθυμητή ανοσολογική αντίδραση του οργανισμού (η βλαπτική επίδραση του ιού επί των T4 λεμφοκυττάρων, ήτοι των υπηρετούντων εμμέσως τόσο την κυτταρική όσο και τη χημική ανοσία), η ανυπαρξία εμπειρίας, ικανής για παραγωγή εμβολίων κατά ρετροϊών, η προθυμία του ιού για μεταλλάξεις κ.τ.λ. (Ελληνική εταιρεία μελέτης και αντιμετώπισης του AIDS, 2000).

#### 5.2.6. Προφυλάξεις για τον υγιή πληθυσμό

Αρχικά είναι αναγκαία η ορθή ενημέρωση του κοινού για τον τρόπο μετάδοσης του ΣΕΑΑ καθώς και η συνειδητοποίηση του πληθυσμού για τη συνύπαρξή του με την ασθένεια, ώστε να υπάρξει συμπεριφορά από μέρους του ανάλογη προς την πραγματικότητα. Η θετική ανταπόκριση του κοινού προς τους πάσχοντες είναι σημαντική ώστε να μην οδηγούνται αυτοί σε απόκρυψη της αλήθειας, πράξη, που ευνοεί τη διασπορά της λοίμωξης. Τα υγιή άτομα οφείλουν να αποφύγουν τη σεξουαλική επαφή με πάσχοντες ή ύποπτους για ΣΕΑΑ, ή άτομα που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου, τη συχνή εναλλαγή ερωτικών συντρόφων, ενώ σημαντική είναι η χρησιμοποίηση προφυλακτικού κατά τη σεξουαλική πράξη.

#### 5.2.7. Προφυλάξεις για τους ίδιους τους πάσχοντες

Με το σκεπτικό ότι οι πάσχοντες από ΣΕΑΑ είναι μολυσματικοί για το περιβάλλον αλλά ταυτόχρονα και μειωμένης φυσικής αντίστασης για τους ίδιους, προτείνεται η τήρηση των κανόνων υγιεινής αλλά και η καλή διατροφή και αυστηρή δίαιτα σε περίπτωση εμφάνισης διαρροϊκού συνδρόμου. Καθοριστικό ρόλο έχει η λήψη φαρμάκων μόνο κατόπιν οδηγίας του θεράποντα γιατρού όπως και η αποφυγή έντονης ψυχικής ή σωματικής κόπωσης, αλλά και η προφύλαξη, κατά το δυνατόν, από τις λοιμώξεις. Η αποφυγή ερωτικής πράξης ή χρησιμοποίηση προφυλακτικού κατ' αυτήν είναι σημαντική αλλά και η αποφυγή ανταλλαγής υγρών του σώματος (εκκριμάτων) κατά την συνουσία ή μετά από αυτήν. Είναι αναγκαίο να χρησιμοποιούν αποκλειστικά τα ατομικά είδη (κλινοσκεπάσματα, ενδύματα, πετσέτες, ξυριστικές μηχανές, οδοντόβουρτσες κλπ.), από τα οποία μπορεί να μολυνθεί το οικείο περιβάλλον. Είναι απαραίτητη η λήψη αυστηρών μέτρων για την αποφυγή εγκυμοσύνης, ενώ σε περίπτωση τεκνοποίησης να αποφεύγεται ο θηλασμός. Η χρησιμοποίηση συρίγγων μίας χρήσης (προκειμένου για τοξικομανείς), είναι αναγκαία. Οφείλουν να αποφεύγουν τα τατουάζ και τα σκουλαρίκια διατρύπησης, πολύ δε περισσότερο να αποφεύγεται ο δανεισμός τους αλλά και να ενημερώνουν τα



άτομα, με τα οποία είχαν σεξουαλική επαφή στο παρελθόν ή άτομα με τα οποία έκαναν κοινή χρήση ναρκωτικών, ώστε αυτά να εξετάζονται. Οι πάσχοντες οφείλουν να απολυμαίνουν τα αντικείμενα, τα οποία μολύνθηκαν με το αίμα τους αλλά και να ενημερώνουν για την πάθησή τους το γιατρό ή οδοντογιατρό που επισκέπτονται. Επίσης να έχουν συχνή επικοινωνία -για λήψη οδηγιών ή εξέταση ή νοσηλεία- με την «ειδική ομάδα» νοσοκομειακών γιατρών, η οποία έχει επιφορτιστεί με το έργο της αντιμετώπισης των προβλημάτων των ασθενών με Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας.

#### 5.2.8. Προφυλάξεις για το ιατρο - νοσηλευτικό προσωπικό

Σαν μέτρα προστασίας του ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού της νοσηλευτικής μονάδας προτείνεται η συνειδητοποίηση από όλους ότι είναι προτιμότερο ο άρρωστος να προσέρχεται για νοσηλεία έχοντας επάνω του την «επιγραφή ΣΕΑΑ» παρά να την έχει αποκρύψει, για να αποφύγει το ενδεχόμενο της «άρνησης νοσηλείας» του, όπως επίσης και το επιμελημένο πλύσιμο των χεριών πριν και μετά την επαφή με τον άρρωστο. Το προσωπικό κατά την εκτέλεση νοσηλευτικών ή ιατρικών πράξεων πρέπει να φορά ειδικές μπλούζες, γάντια και μάσκα, τα οποία αλλάζονται αμέσως μετά, ενώ ιδιαίτερη προσοχή κατά τη λήψη αίματος, για αποφυγή πιθανού νυγμού από τη μολυσμένη βελόνα της αιμοληψίας. Ο επιμελής καθαρισμός του δέρματος από αίμα που τυχόν χύθηκε κατά την αιμοληψία είναι σημαντικός καθώς το ξεραμένο αίμα μπορεί να αποτελέσει εστία μετάδοσης και τα φιαλίδια με τα δείγματα αίματος ή εκκριμάτων καθώς και τα δοχεία με απεκεκρίματα (ούρα, κόπρανα) του ασθενούς, οφείλουν να φέρουν ετικέτα κόκκινη με την επιγραφή ΣΕΑΑ. Τα προς εξέταση δείγματα καλό είναι να τοποθετούνται σε πλαστικά σωληνάρια με καπάκι. Αυτά στη συνέχεια με προσοχή τοποθετούνται σε πλαστικά δοχεία με βιδωτό πώμα, τα οποία μέσα σε διαφανή σακούλα μεταφέρονται στο εργαστήριο με την επιγραφή ΣΕΑΑ. Σε οποιοδήποτε εργαστήριο κατευθύνεται ο άρρωστος, στο παραπεμπτικό σημείωμα αναγράφεται ευανάγνωστα η λέξη ΣΕΑΑ και υπογραμμίζεται με κόκκινη γραμμή, ενώ οι βελόνες που χρησιμοποιούνται κατά τη νοσηλεία, τοποθε-

τούνται μετά αυτήν σε ειδικά αδιάτρητα δοχεία (με κόκκινη ετικέτα) ώστε να επισύρουν την προσοχή του προσωπικού καθαριότητας και αποφευχθούν ενδεχομένως νυγμοί ή μικροτραυματισμοί που σαν αποτέλεσμα θα είχαν τη διασπορά της λοίμωξης. Τα υλικά ή αντικείμενα που έχουν μολυνθεί με αίμα, εκκρίματα του αρρώστου πρέπει να τοποθετούνται σε ειδικά δοχεία, στα οποία αναγράφεται η ένδειξη «ανάγκη για αποστείρωση». Η αποστείρωση μπορεί να γίνεται στο αυτόκαυστο ή στον κλίβανο ξηρής θερμότητας ή με οξείδιο του αιθυλενίου ή με χημικούς ατμούς. Σε περίπτωση μη επαναχρησιμοποίησης των μολυσμένων αντικειμένων αυτά μπορούν να καίγονται. Τα ιατρικά όργανα που έχουν χρησιμοποιηθεί πρέπει με ιδιαίτερη φροντίδα να πλένονται και στη συνέχεια αποστειρώνονται. Κατά το πλύσιμο επιβάλλεται η χρησιμοποίηση αδιάτρητων (χοντρών) γαντιών, ενώ σε περίπτωση ανάγκης αιμοκάθαρσης του αρρώστου, απαιτείται μετά αυτήν αφαίρεση και αχρήστευση των φίλτρων, σχολαστικός καθαρισμός του οργάνου και χρησιμοποίηση απολυμαντικών διαλυμάτων όπως:

- α. διάλυμα NaOH πυκνότητα 40 MMOL/L για 5'
- β. διάλυμα αιθυλικής αλκοόλης 70% για 1'
- γ. διάλυμα γλουταραλδεϋδης 1% για 15'.

Σε χειρουργικές επεμβάσεις το σύνολο των εργαλείων που χρησιμοποιήθηκε τοποθετείται στα ειδικά δοχεία με την ένδειξη «ανάγκη για αποστείρωση» και ιδιαίτερη προσοχή εφιστάται στα εργαστήρια, παθολογοανατομία, νεκροτομεία. Η εντόπιση όλων των οροθετικών περιπτώσεων σε κάθε χώρο εργασίας αλλά και ο αποκλεισμός των πασχόντων ή οροθετικών ατόμων από την εθελοντική αιμοδοσία είναι αναγκαίος. Οφείλεται να γίνεται αυστηρός έλεγχος του σπέρματος και των οργάνων σώματος, που πρόκειται να χρησιμοποιηθούν για μεταμόσχευση, ιδιαίτερα όταν προέρχονται από νεκρούς δότες, ενώ τέλος η χρησιμοποίηση παραγώγων του αίματος, μόνο αφού έχει προηγηθεί αδρανοποίηση, μετά από θέρμανση. (Μερτζάνος Ε. – Παραράς Μ., 1999).

## 6. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΓΙΑ ΤΟ ΣΕΑΑ

Η ενημέρωση του πληθυσμού για τη φύση της νόσου, τους τρόπους μεταδόσεως, τα μέσα προφύλαξης και τις κοινωνικές διαστάσεις του προβλήματος, αποτελεί το κυριότερο και αποτελεσματικότερο, προς το παρόν, μέτρο αντιμετώπισης της επιδημίας. Η ενημέρωση αποσκοπεί σε τροποποίηση των μορφών εκείνων ατομικής συμπεριφοράς που εκθέτουν σε λοίμωξη, αλλά και σε αποτροπή αδικαιολογήτου πανικού ή λανθασμένης συμπεριφοράς προς τους ασθενείς και τους φορείς. Θα πρέπει να αποφευχθεί ο κοινωνικός στιγματισμός των ασθενών και να γίνουν αποδεκτοί οι φορείς στους χώρους δουλειάς, στο σχολείο, στο κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον. Έτσι θα αποφευχθεί η αντιπαλότητα μεταξύ διαφόρων κοινωνικών ομάδων και θα μειωθούν οι πιέσεις για λήψη κατασταλτικών μέχρι και φασιστικών μέτρων. Επιβάλλεται επομένως να απευθύνεται σε ολόκληρο τον πληθυσμό η ενημερωτική εκστρατεία. Ιδιαίτερη προσπάθεια βέβαια πρέπει να επικεντρωθεί στον σεξουαλικά ενεργό πληθυσμό. Θα πρέπει όμως να αποφευχθεί η πρόκληση ψυχολογικών προβλημάτων που σχετίζονται με την έναρξη της σεξουαλικής ζωής των εφήβων.

Η ενημερωτική εκστρατεία οφείλει να εξειδικευθεί για κάθε ειδική ομάδα «υψηλή κινδύνου». Σ' αυτές περιλαμβάνονται οι ομοφυλόφιλοι, οι τοξικομανείς, όσα άτομα εξασκούν με οποιοδήποτε τρόπο πορνεία και οι ερωτικοί τους σύντροφοι. Ειδική ενημέρωση χρειάζονται οι ναυτικοί και οι ταξιδιώτες σε ενδημικές χώρες, καθώς και οι κάτοικοι των τουριστικών περιοχών. Τέλος, ειδική προσπάθεια πρέπει να καταβληθεί για τη σωστή εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού της χώρας για την απρόσκοπτη νοσηλεία των ασθενών, αλλά και την από αυτούς τεκμηριωμένη υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού. Η εκστρατεία πρέπει να οργανωθεί σε διάφορα επίπεδα με διάφορα μέσα και να επαναλαμβάνεται με εναλασσόμενα μηνύματα για να διατηρεί και προωθεί την τροποποίηση επικίνδυνης ή λανθασμένης συμπεριφοράς.

Για την ενημέρωση χρησιμοποιούνται τα ακόλουθα μέσα:

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

β) Μέσα μαζικής ενημερώσεως, posters. Η συμβολή τους στην μετάδοση μηνυμάτων είναι καθοριστική. Spots, video και ζωντανά προγράμματα από την τηλεόραση και το ραδιόφωνο συμβάλλουν ουσιαστικά στη διαμόρφωση σωστής ατομικής συμπεριφοράς. Ειδικές καταχωρήσεις στον τύπο και επικολλήσεις posters στους κατάλληλους χώρους υποβοηθούν στην υγειονομική διαφώτιση.

γ) Οργάνωση ΣΕΑΑ σεμιναρίων-διαλέξεων. Κάθε προσπάθεια τροποποίησης κοινωνικής και ατομικής συμπεριφοράς θα πρέπει να στηρίζεται στην εκπαίδευση στελεχών και οδηγών ομάδων που θα αναλάβουν την προώθηση των βασικών στόχων της εκστρατείας. Υπεύθυνα υγειονομικά στελέχη, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, ομάδες εθελοντών κ.λ.π., μετά ειδική εκπαίδευση θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για προσωπική συμβουλευτική ενημέρωση στο χώρο δουλειάς, ή κοινωνικής συναναστροφής.

δ) Έρευνα. Η διεθνής ερευνητική προσπάθεια δεν έχει προηγούμενο. Μέσα σε δύο χρόνια, ανακαλύφθηκε ο υπεύθυνος αιτιολογικός παράγοντας.

Ακολούθησε η εφαρμογή διαγνωστικών μεθόδων στην καθημερινή πράξη. Διερευνήθηκε με κάθε λεπτομέρεια η μοριακή βιολογία του HIV. Άρχισε η παραγωγή ειδικών αντιικών φαρμάκων. Ήδη δοκιμάστηκαν τα πρώτα προφυλακτικά εμβόλια. Η συνέχιση της έρευνας είναι βέβαιο ότι θα πετύχει τη θεραπευτική και προληπτική αντιμετώπιση του AIDS κατά τα προσεχή χρόνια.

Ειδικές διατάξεις έχουν θεσπισθεί σύμφωνα με τις διακηρύξεις διεθνών οργανισμών. Η τήρησή τους με ακρίβεια έχει ιδιαίτερη σημασία για οποιαδήποτε ερευνητική δραστηριότητα στο AIDS, αφού κάθε παράλειψη από δόλο, αμέλεια, ή απροσεξία μπορεί να δημιουργήσει τρομερά προβλήματα και βλάβες στον ασθενή. Η επιτακτική ανάγκη ανακαλύψεως αποτελεσματικού φαρμάκου ή προφυλακτικού εμβολίου ώθησε μερικούς ερευνητές, αλλά και κρατικούς οργανισμούς (Διεύθυνση τροφίμων και φαρμάκων των ΗΠΑ) σε υποχωρήσεις έναντι θεσμοθετημένων κανόνων για πειραματισμούς σε

ανθρώπους. Κάθε τέτοια ενέργεια πρέπει να αποφασίζεται ύστερα από σχολαστική στάθμιση της ωφέλειας προς τη βλάβη που πρόκειται να προκαλέσει στους υπό πειραματισμό ασθενείς.

Ειδικότερα προβλήματα προκύπτουν για τη συγκέντρωση επιδημιολογικών στοιχείων χρησίμων για την αναγκαία επαγρύπνηση της πορείας της επιδημίας σε πληθυσμιακό επίπεδο. Η παρακολούθηση των ασθενών δεν μπορεί να δώσει επιδημιολογικά αξιοποιήσιμα αποτελέσματα, αφού αποτελούν την κορυφή του παγόβουνου. Κατά τον έλεγχο όμως μεγάλων πληθυσμιακών ομάδων απαιτείται η συγκατάθεση και η τήρηση του απορρήτου. Είναι όμως βέβαιο ότι οι προϋποθέσεις αυτές οδηγούν σε έλεγχο επιλεγμένου δείγματος που δεν είναι δυνατόν να προσδιορίσει με ακρίβεια τον επιπολασμό των λοιμώξεων και την πορεία της επιδημίας. Το πρόβλημα αυτό μπορεί να παρακαμφθεί με τον ανώνυμο έλεγχο αντιπροσωπευτικών δειγμάτων που συλλέγονται για άλλους σκοπούς (π.χ. ασθενείς μεγάλων Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων, προληπτικός έλεγχος εργαζομένων, νεοσύλλεκτοι κ.λ.π.), Προϋπόθεση αποτελεί ο έλεγχος να γίνεται με κωδικούς αριθμούς ώστε να αποκλεισθεί η πιθανότητα αναγνώρισεως του ατόμου που θα βρεθεί να είναι φορέας. (Ρέντζη Γ. – Τερζή Λ., 1999).

## 7. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΕΑΑ

Τα βασικά σημεία της νοσοκομειακής περίθαλψης ατόμων που προσβλήθηκαν από τον ιό της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας HIV αφορούν τη διαφορική διάγνωση της λοίμωξης από άλλες με παρόμοιες κλινικές εκδηλώσεις, την αξιολόγηση της κλινικής κατάστασης των πασχόντων, τις θεραπευτικές επιλογές αντιμετώπισης, τόσο της HIV- λοίμωξης όσο και των εκδηλώσεων του AIDS και την ψυχολογική κατάσταση των ασθενών και των νοσηλευόντων.

Στην πρώτη περίπτωση, τονίζεται η ύπαρξη των διαγνωστικών παγίδων που έχουν ως αποτέλεσμα τη μη έγκαιρη διάγνωση της HIV- λοίμωξης.

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

Η χρήση της αζιδοθυμιδίνης καθώς και η αντιλοιμώδης θεραπευτική ή προφυλακτική χορήγηση φαρμάκων, όπως η κοτριμοξαζόλη, η ακυκλοβίρη, η γκανσικλοβίρη κ.ά., έχουν βελτιώσει τόσο το χρόνο επιβίωσης όσο και την ποιότητα ζωής των αρρώστων. Επίσης, εκτός από τη χημειοθεραπεία για την αντιμετώπιση των ευκαιριακών λεμφωμάτων και του σαρκώματος Kaposi, η χρήση βιολογικών μετατροπένων, όπως η α-ιντερφερόνη, σε άτομα με ανοσολογικά «αποθέματα» έχει ουσιαστική συμβολή στη θεραπεία του σαρκώματος αυτού και ίσως και της ίδιας της HIV- λοίμωξης. Τέλος, σημασία για την επιτυχή νοσοκομειακή περίθαλψη έχει όχι μόνον η ενίσχυση της ψυχολογικής κατάστασης του αρρώστου, αλλά και η διατήρηση του ενδιαφέροντος του νοσηλευτικού και του ιατρικού προσωπικού, που κινδυνεύει συνεχώς να μειώνεται με το χρόνο, λόγω της κόπωσης που επιφέρει η ψυχοφθόρα, χρονοβόρα και κοπιαστική νοσοκομειακή περίθαλψη ανίατων ασθενών.

### 7.1. Νοσηλευτική περίθαλψη

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

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

- I. Στην κατάλληλη οργάνωση και λειτουργία των νοσηλευτικών υπηρεσιών.
- II. Στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και ενημέρωση του προσωπικού.
- III. Στη θέση διεθνών νοσηλευτικών οργανισμών για την περίθαλψη ασθενών με AIDS-HIV.

### 7.2. Κατάλληλη οργάνωση και λειτουργία των νοσηλευτικών υπηρεσιών.

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

Για την περίθαλψη ατόμων- ασθενών με AIDS- HIV, το θεωρητικό πλαίσιο του ανθρωποκεντρικού ανοικτού συστήματος υγείας περιλαμβάνει:

Ανθρωποκεντρικό ανοικτό σύστημα υγείας  
Υγιείς ή ασθενείς από  
συγκεκριμένη κοινότητα με  
πολιτιστικές και κοινωνικές αξίες,  
οικονομικά και περιβαλλοντικά χαρακτηριστικά.



Συμμετέχουν στην



Αξιολόγηση και διατήρηση  
 συστημάτων υγείας  
 (Ανοιχτό σύστημα με διάφορους  
 επαγγελματίες υγείας, βοηθούς,  
 επιστήμονες και εθελοντές  
 που βοηθούν υγιείς και ασθενείς)



A. Σύστημα αξιολογήσεως υγείας (Προληπτικές εξετάσεις – screening – Συμβουλές – Παραπομπή σε ειδικές κλινικές, ιδρύματα, νοσοκομεία κ.τ.λ.)



B. Σύστημα συντηρήσεως υγείας



B.1. Υποσύστημα



B.2. Υποσύστημα

προλήψεως

(προσανατολισμένο προς  
 την υγεία).

αποκαταστάσεως

(προσανατολισμένο προς την  
 ασθένεια).



Μικρά υποσυστήματα βοήθειας.	Υποσύστημα αγωγής υγείας και συμβουλευτικής	Υποσύστημα Οξείας φροντίδας	Υποσύστημα συνεχιζόμενης φροντίδας
------------------------------------	--	-----------------------------------	--



Όπως προτείνεται από την καθηγήτρια νοσηλευτικής του Wayne State University του Michigan, Leininger, η οποία διακρίνεται για τις εθνολογικές μελέτες του φαινομένου της «φροντίδας» σε πολλά κράτη, νομίζουμε ότι ανταποκρίνεται πλήρως. Οι ασθενείς με AIDS-HIV χρειάζονται προληπτικές και θεραπευτικές υπηρεσίες, νοσηλεία στο σπίτι και συνεχιζόμενη φροντίδα, αλλά και την υποστήριξη της οικογένειας και της κοινότητας γενικά για τη σωστή αντιμετώπιση των αναγκών τους, ακριβώς όπως παρουσιάζεται στην εικόνα.

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

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

A) Η παροχή πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας, μέσα στα πλαίσια και την έκταση της γεωγραφικής του περιφέρειας, ισότιμα για κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση και σύμφωνα με τους κανόνες του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

B) Η ανάπτυξη και η προαγωγή της βιο-κοινωνικής έρευνας.

Γ) Η εφαρμογή προγραμμάτων ειδίκευσης, συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και επιμόρφωσης όλων των επαγγελματιών υγείας.

Οι σκοποί της νοσηλευτικής υπηρεσίας είναι:

A) Η παροχή πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας νοσηλευτικής φροντίδας ανώτερης ποιότητας στα άτομα που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο, σε αυτά που προσέρχονται στα

εξωτερικά ιατρεία και τα κέντρα υγείας, καθώς και σε εκείνα που δέχονται φροντίδα υγείας στο σπίτι, σύμφωνα με τις αρχές, τη

μεθοδολογία και την τεχνική της νοσηλευτικής επιστήμης.

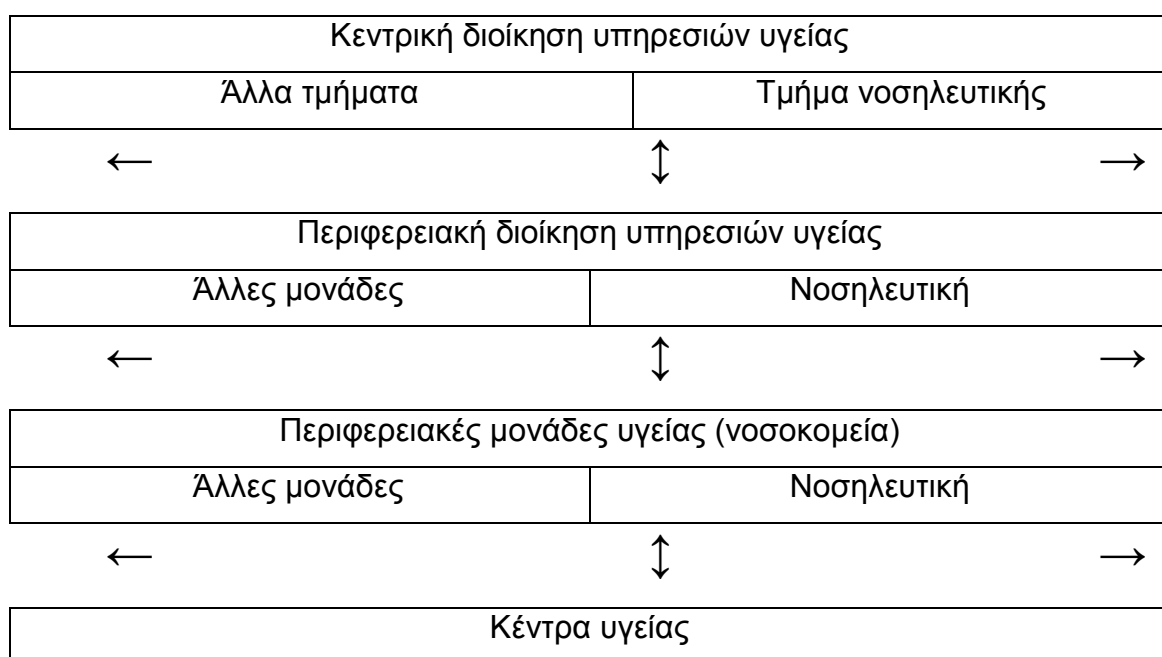
Β) Η εξασφάλιση ετοιμότητας σε όλους τους νοσηλευτικούς τομείς του νοσοκομείου για την κάλυψη επειγόντων περιστατικών και την αντιμετώπιση ενδεχόμενων μαζικών καταστροφών.

Γ) Η επαρκής στελέχωση των νοσηλευτικών τομέων με ανάλογο σε αριθμό και παραδεκτή σύνθεση νοσηλευτικό προσωπικό (2 νοσηλεύτες προς 1 βοηθό νοσοκόμο) για την κάλυψη των νοσηλευτικών αναγκών των ασθενών σε 24ωρη βάση.

Δ) Η άσκηση αποτελεσματικής διοικήσεως νοσηλευτικών τομέων, καθώς και ο προγραμματισμός και ο έλεγχος των παρεχόμενων υπηρεσιών, σύμφωνα με τα τεθέντα κριτήρια ποιότητας και ασφάλειας.

Ε) Η υποστήριξη εκπαιδευτικών νοσηλευτικών προγραμμάτων για απόκτηση εμπειριών φοιτητών, σπουδαστών και μαθητών της νοσηλευτικής, καθώς και η κατάρτιση και η εφαρμογή προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης για το νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό, εκτός του ιατρικού.

Θέση της νοσηλευτικής στη διοίκηση των υπηρεσιών υγείας



Άλλες μονάδες	Νοσηλευτική
---------------	-------------

Στ) Η ανάπτυξη και η υποστήριξη ερευνητικών νοσηλευτικών προγραμμάτων και η εφαρμογή των ευρημάτων τους.

Ζ) Η συμμετοχή της στα διάφορα ερευνητικά προγράμματα του νοσοκομείου.

Η) Η από κοινού συνεργασία με τις άλλες υπηρεσίες του νοσοκομείου για την αποτελεσματικότερη οργάνωση και λειτουργία του.

Η ποιοτική περίθαλψη όλων των ασθενών και των πασχόντων από το σύνδρομο της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας εξασφαλίζεται από την ορθή οργάνωση, διοίκηση και λειτουργία όλων των νοσηλευτικών υπηρεσιών και τομέων: ελέγχου λοιμώξεων, νοσηλευτικών τμημάτων παθολογικών, χειρουργικών και ειδικοτήτων, ειδικής μονάδας νοσηλείας ασθενών με AIDS, μονάδων βραχείας νοσηλείας, χειρουργείων με τις ειδικές υπηρεσίες -ανάνηψη, αποστείρωση, αίθουσες ενδοσκοπήσεων, βιοψίας κ.ά. , εξωτερικών ιατρείων, διαγνωστικών και θεραπευτικών εργαστηρίων, τμήματος επειγόντων και ατυχημάτων, μονάδων εντατικής νοσηλείας, τμήματος αιμοδοσίας, καθώς και όλων των βοηθητικών υπηρεσιών του νοσοκομείου.

Ο κυριότερος στόχος της νοσηλευτικής διοικήσεως είναι η εξασφάλιση ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας για όλους τους αρρώστους χωρίς διάκριση φυσικών και επίκτητων χαρακτηριστικών ή τύπου ασθένειας, συμπεριλαμβανομένων και των μεταδοτικών νοσημάτων.

Η νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών με AIDS βασίζεται στη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας, δηλαδή στην αξιολόγηση των αναγκών, τον προγραμματισμό της νοσηλευτικής φροντίδας, την εφαρμογή του προγράμματος με τις κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την κάλυψη των αναγκών και την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της φροντίδας.

Η νοσηλευτική αποσκοπεί στην ολιστική νοσηλευτική φροντίδα - συντηρητική, προεγχειρητική, διεγχειρητική, μετεγχειρητική - εξατομικευμένη για κάθε ασθενή.

Ορισμένες ενδεικτικές πληροφορίες και κλινικές νοσηλευτικές παρατηρήσεις είναι η δραματική και αδικαιολόγητη απώλεια σωματικού βάρους,

επίμονος πυρετός, ταχυκαρδία, βήχας, νυκτερινοί ιδρώτες, κεφαλαλγίες, χρόνια διάρροια, γενικευμένη δερματίτιδα, εξανθήματα, διόγκωση λεμφαδένων, ανορεξία, αίσθημα κοπώσεως, σημεία φλεγμονής οπουδήποτε στο σώμα, προηγούμενες οξείες ή χρόνιες λοιμώξεις, εμβολιασμοί και τυχόν αντιδράσεις, μεταγγίσεις και ειδικές θεραπείες, π.χ. ακτινοβολίες, επαγγελματική έκθεση σε χημικές ουσίες, λήψη ναρκωτικών με ενέσεις, ανησυχία, σύγχυση, νευρολογικές διαταραχές, ψυχολογική κατάσταση, π.χ. μελαγχολία και τάση αυτοκτονίας, τρόπος ζωής και κοινωνικών σχέσεων του ασθενούς κ.ά.

Οι βασικοί στόχοι της νοσηλευτικής φροντίδας είναι η προστασία του ασθενούς από νέες λοιμώξεις και επιπλοκές, η πρόληψη μεταδόσεως τυχόν υπάρχουσας λοιμώξεως και του AIDS σε άλλα άτομα ή στο προσωπικό νοσηλείας, η συστηματική παρακολούθηση της καταστάσεως και της πορείας του με λήψη ζωτικών σημείων κ.ά., η ενίσχυση της άμυνάς του με κατάλληλη διατροφή και ενυδάτωση, η ανακούφιση του πόνου και των άλλων συμπτωμάτων με εφαρμογή θεραπευτικών και νοσηλευτικών μέτρων και εκπλήρωση των ατομικών αναγκών του, ο διάλογος και συνεργασία μαζί του, η ψυχολογική υποστήριξη και ενίσχυση του ασθενούς και της οικογένειάς του και βοήθεια στη λύση προβλημάτων που δημιουργεί η αρρώστια του, η διδασκαλία αυτοπροστασίας, αυτοφροντίδας και προστασίας του περιβάλλοντος, η ενθάρρυνση και καθοδήγηση να αναλάβει ο ίδιος ασθενής την ευθύνη και τη φροντίδα της υγείας του.

Τέλος, τα κριτήρια ποιότητας και αποτελεσματικότητας νοσηλευτικής φροντίδας είναι ο ασθενής να μην παρουσίασε άλλη φλεγμονή ή, αν παρουσίασε, αντιμετωπίστηκε έγκαιρα, οι συγγενείς του και το προσωπικό - νοσηλευτές και γιατροί - δεν μολύνθη καν από την υπάρχουσα φλεγμονή, ο ασθενής δείχνει θετική- επιθυμητή αλλαγή συμπεριφοράς, ικανότητα λήψεως αποφάσεων για την υγεία του και λιγότερη μελαγχολία, να ακολουθεί υγιεινό τρόπο ζωής, εφαρμόζει τις αναγκαίες προφυλάξεις, τηρεί το πρόγραμμα θεραπείας του, να υπερνικά τα αισθήματα φόβου και αβεβαιότητας και έχει αισιόδοξες προοπτικές για τη ζωή και να προστατεύει υπεύθυνα και ενεργητικά την όλη υγεία του.

### 7.3. Συνεχιζόμενη εκπαίδευση και διαρκής ενημέρωση προσωπικού

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

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

Αντικείμενα συνεχιζόμενης εκπαιδεύσεως του προσωπικού αποτελούν μέθοδοι νοσηλείας, μέτρα προφυλάξεως, φαρμακευτικής αγωγής, αντιμετώπισεως ατυχήματος (τρύπημα βελόνας, επαφή με υγρά ασθενούς), καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση και κυρίως θέματα εχεμύθειας, ηθικής και δεοντολογίας.

Με σχόλιο με τον τίτλο «Το προσωπικό δεν λαμβάνει τα προληπτικά μέτρα για το AIDS» (staff fails to take AIDS precautions), το αμερικανικό περιοδικό της Ενώσεως Νοσηλευτών Χειρουργείου αναφέρεται σε έρευνα που δημοσιεύθηκε στο *Journal of the American Medical Association* (28 Ιουλίου 1999) για το παραπάνω θέμα ως εξής:

Το προσωπικό του τμήματος επειγόντων του νοσοκομείου Johns Hopkins στη Βαλτιμόρη δεν λαμβάνει τα απαραίτητα μέτρα προφυλάξεως, παρά τον αυξανόμενο αριθμό ασθενών/ατόμων με HIV που προσέρχονται ως επείγοντα περιστατικά. Γενικά, βρέθηκε ότι οι εργαζόμενοι στο τμήμα επειγόντων τηρούσαν τα καθιερωμένα μέτρα σε ποσοστό 44% για όλες τις παρεμβάσεις τους. Αλλά σε περιπτώσεις ασθενών με αιμορραγία η τήρηση των μέτρων έπεφτε σε ποσοστό 19,5%. Οι κυριότερες δικαιολογίες ήταν ότι δεν υπήρχε χρόνος να φορέσουν μπλούζες, γυαλιά κ.ά., προκειμένου να προσφέρουν άμεση βοήθεια στους ασθενείς αυτούς.

Στην ίδια μελέτη, βρέθηκε ότι ο δείκτης συχνότητας λοιμώξεως HIV μεταξύ των ασθενών αυξήθηκε σε 6% το 1998 από 5,2% το 1997.

Από τους 2.544 ασθενείς που εξετάσθηκαν για αντισώματα HIV το 1998 βρέθηκαν 152 θετικοί. Η συχνότητα 6% στους ασθενείς που ζήτησαν επείγουσα φροντίδα στο αναφερόμενο νοσοκομείο είναι πολύ υψηλότερη από τη συχνότητα λοιμώξεως HIV στο γενικό πληθυσμό που βρέθηκε 0,14% στον αντίστοιχο χρόνο (1998).

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

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

### 7.3. Διεθνείς νοσηλευτικοί οργανισμοί για το AIDS

Το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών (International COUnCil of Nurses-ICN) που περιλαμβάνει 102 εθνικούς συνδέσμους νοσηλευτών, μεταξύ των οποίων και τον Εθνικό Σύνδεσμο Νοσηλευτριών Νοσηλευτών Ελλάδος - ΕΣΔΝΕ - , σε στενή συνεργασία με τον ΠΟΥ κινητοποιήθηκε αμέσως με την εμφάνιση της επιδημίας του AIDS, αποστέλλοντας πληροφορίες και οδηγίες σε όλα τα κράτη-μέλη του για την έγκαιρη ενημέρωση των νοσηλευτών.

Στις 7 Απριλίου 1997, το ΔΣΝ και ο ΠΟΥ δημοσίευσαν κοινή διακήρυξη για το AIDS (παρατίθεται στο τέλος), η οποία προσδιορίζει τα δικαιώματα και τις ευθύνες των νοσηλευτών όλου του κόσμου που φροντίζουν άτομα/ασθενείς μολυνθέντες με τον ιό της ανοσολογικής ανεπάρκειας. Οι νοσηλευτές καλούνται να εξασφαλίζουν την εχεμύθεια και την εμπιστοσύνη των ασθενών και να βοηθούν τις οικογένειες και τους φίλους τους να αντιμετωπίζουν τα σύνθετα προβλήματα που σχετίζονται με τη μόλυνση του ιού. Επιπλέον, το ΔΣΝ αναλαμβάνει την ευθύνη της έγκαιρης ενημερώσεως για όλες τις πλευρές υγείας των νοσηλευτών που φροντίζουν άτομα/ασθενείς μολυνθέντες με HIV. Διακηρύττει πλήρη συνεργασία με τον ΠΟΥ στις προσπάθειές του εκ μέρους του κοινού, των μολυνθέντων με HIV και εκείνων που τους φροντίζουν.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες αναπτύχθηκαν από τον ΠΟΥ και το ΔΣΝ.

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

Ειδικότερα, οι κατευθυντήριες οδηγίες αναφέρονται στους τρόπους μεταδόσεως του HIV και στα μέτρα για την πρόληψη της μεταδόσεως του ιού στους χώρους νοσηλείας, στις βασικές αρχές νοσηλευτικής φροντίδας των μολυνθέντων με HIV ατόμων, των ασθενών με σύνδρομο ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS), των οικογενειών, των φίλων τους και της κοινότητας, στην αγωγή υγείας σχετικά με τη μόλυνση και τη νόσο και στις ειδικές δεξιότητες συμβουλευτικής για τη βοήθεια των μολυνθέντων και των ασθενών να αντιμετωπίζουν την ασθένεια στις διάφορες φάσεις της.

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

Το περιοδικό Διεθνής Νοσηλευτική Επιθεώρηση (International/ Nursing Review), στο τεύχος Ιανουαρίου Φεβρουαρίου 1998, δημοσίευσε την είδηση ότι το Παγκόσμιο Πρόγραμμα AIDS του ΠΟΥ χρηματοδότησε ερευνητικό πρόγραμμα του Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών διάρκειας 30 μηνών με στόχο την κινητοποίηση των εθνικών συνδέσμων νοσηλευτών οκτώ αφρικανικών χωρών για την πρόληψη της διασποράς του HIV, τη βελτίωση της φροντίδας των ασθενών με AIDS και την υποστήριξη των οικογενειών τους. Αναμένεται ότι το πρόγραμμα θα συμβάλει στη σωστή εκπαίδευση μεγάλου αριθμού νοσηλευτών, ώστε να καθοδηγούν και να βοηθούν άλλους εργατές υγείας και το κοινό για την πρόληψη διασποράς του HIV, την αντιμετώπιση των

προβλημάτων υπηρεσιών υγείας σε σχέση με την επιδημία και την κατάλληλη φροντίδα των ασθενών με AIDS στα πλαίσια των υπαρχουσών πηγών και πόρων. Ελπίζουμε ότι το ερευνητικό αυτό πρόγραμμα θα συμβάλει στην ανάπτυξη νέας νοσηλευτικής γνώσεως, που θα χρησιμοποιηθεί διεθνώς.

Έκθεση Ομάδας Εργασίας του ΠΟΥ περιοχής Ευρώπης με θέμα Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με AIDS και των οικογενειών τους (Kiel 3 - 6 Μαΐου 1999), κατέληξε στα ακόλουθα συμπεράσματα και προτάσεις:

«Τα μέλη της ομάδας:

- ❖ Συμπεραίνουν ότι σε κάθε χώρα της περιοχής υπάρχει δίκαιο σύστημα ή επίπεδο νοσηλευτικής φροντίδας για όλα τα άτομα στην Ευρώπη που έχουν μολυνθεί με τον ιό της ανοσολογικής ανεπάρκειας (HIV).
- ❖ Αναθέτουν σε υποομάδα τη διερεύνηση συστημάτων ή νοσηλευτικών παρεμβάσεων που αναπτύχθηκαν σε εθνικό και διεθνές επίπεδο με σκοπό την αναγνώριση περιοχών φροντίδας που χρειάζονται ενίσχυση.
- ❖ Αποφασίζουν το γύρισμα βιντεοταινίας με θέμα το ρόλο της νοσηλευτικής σε θέματα AIDS για την ευρωπαϊκή περιοχή, η οποία θα περιλαμβάνει τη διερεύνηση:
  - συγχρονων ερευνητικών μελετών μέσω της Ομάδας Νοσηλευτών Ερευνητών Ευρώπης (WENR),
  - πρότυπων εκπαιδευτικών προγραμμάτων αναγκαίων για την Ευρώπη,
  - αναγκών για συνεχιζόμενη εκπαίδευση σε χώρες πιλότους.
- ❖ Αναλαμβάνουν τις ακόλουθες ενέργειες:
  - Συνεργασία με ομάδες ερευνητών για τον καθορισμό περιοχών προτεραιότητας έρευνας
  - Καταγραφή σύγχρονων ερευνητικών νοσηλευτικών μελετών για το AIDS
  - Καθορισμό υπάρχουσας εμπειρίας νοσηλευτικών παρεμβάσεων που χρησιμοποιούνται στη φροντίδα ασθενών με AIDS
  - Ανάπτυξη μηχανισμών για τη διευκόλυνση της ανταλλαγής γνώσεων μεταξύ νοσηλευτών της Ευρώπης
  - Διερεύνηση του ρόλου, της ευθύνης και της εκτάσεως της συμμετοχής νοσηλευτών στην παροχή δωρεάν θεραπευτικών φροντίδων σε αρρώστους με



## AIDS

- Συνεργασία για τη συλλογή και τη διάδοση πληροφοριών σχετικών με τις συνήθειες ή εφαρμογές σε όλη την Ευρώπη, συμπεριλαμβανομένων θρησκευτικής και πνευματικής φροντίδας, ανθρωπίνων δικαιωμάτων, νομικών προβλημάτων, ελέγχου λοιμώξεων και μεταθανάτιων διαδικασιών».

## 8. ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ AIDS

Η HIV λοίμωξη μπορεί να χαρακτηριστεί ως η «απειλή της δεκαετίας του '80». Η αρχική αγωνία και ο δικαιολογημένος φόβος που προκάλεσε έχουν πλέον μετατραπεί σε πρόκληση, πρόκληση όχι μόνο για τους γιατρούς και τις οργανώσεις υγείας, αλλά και για την οργανωτική μας δομή και την κοινωνική μας παιδεία. Η HIV λοίμωξη δεν κατέδειξε αδυναμίες μόνο στον ιατρικό χώρο· αποκάλυψε, κυρίως, ότι η κοινωνία μας, παρά τη «φαινοτυπική» της εξημέρωση, αντιδρά βίαια στα θύματα των επιδημικών νοσημάτων.

Μέσα σε αυτό το κοινωνικό πλαίσιο και σε συνδυασμό με την περιορισμένη δυνατότητα ειδικής αντι-ιικής παρέμβασης, η αντιμετώπιση ασθενών με HIV λοίμωξη αποτελεί σύνθετο, μη τυποποιημένο, πρόβλημα, όπου τα καθαρώς ιατρικά προβλήματα συνυπάρχουν με τα ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα που αντιμετωπίζει ο ασθενής. Ευνόητο είναι, ότι η εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση ασθενών με HIV λοίμωξη δεν μπορεί να είναι έργο ατόμου, αλλά ομάδας, η σύνθεση της οποίας πέραν των ειδικών γιατρών και νοσοκόμων πρέπει να περιλαμβάνει ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς. Η ομάδα αυτή, εγκατεστημένη στα μεγάλα νοσοκομεία, πρέπει να οργανώσει τακτικό, ειδικό εξωτερικό ιατρείο για να παρακολουθεί και να ενημερώνει υπεύθυνα τους ασθενείς με AIDS και τους απλώς οροθετικούς. Η εγκατάσταση της ομάδας αυτής στο χώρο του γενικού νοσοκομείου επιτρέπει συνεργασία με ειδικούς διαφόρων ειδικοτήτων, αλλά και διατήρηση της επαφής με τους ασθενείς που θα χρειασθούν νοσοκομειακή περίθαλψη.

Όμως, η έλλειψη ανάλογης οργάνωσης στα νοσοκομεία μας και η επιθυμία- απαίτηση πολλών τέτοιων ασθενών για αποκλειστικώς «ιδιωτική» παρακολούθηση, μεταβιβάζουν το σύνθετο πρόβλημα της εξωνοσοκομειακής παρακολούθησης στον κάθε γιατρό. Επιβάλλεται, επομένως, το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό να είναι ενήμεροι όχι μόνο των ιδιαιτεροτήτων της νόσου, αλλά και του τρόπου χειρισμού των συνοδών προβλημάτων.

Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, συνήθως, βρίσκεται προ ασθενών που είτε με δική τους πρωτοβουλία υποβλήθηκαν σε σχετικό έλεγχο

και βρέθηκαν HIV-οροθετικοί είτε η οροθετικότητα αποκαλύφθηκε μετά από έλεγχο που ζήτησε ο ίδιος ο γιατρός, λόγω ύποπτης κλινικής σημειολογίας ή ύποπτου ατομικού αναμνηστικού. Γιατροί που αναλαμβάνουν την παρακολούθηση ασθενών με HIV λοίμωξη πρέπει να γνωρίζουν:

- 1) Τις κλινικό-εργαστηριακές εκδηλώσεις και τη φυσική πορεία της νόσου. Η διαδοχική μετάπτωση από την ασυμπτωματική οροαρνητική κατάσταση στην ασυμπτωματική οροθετική, στην υποκλινική ανοσοανεπάρκεια, στη λεμφαδενοπάθεια, στο ARC και τέλος στο AIDS είναι συνήθης, αλλά δεν είναι υποχρεωτική. Μετάπτωση από υποκλινική ανοσοανεπάρκεια ή λεμφαδενοπάθεια σε AIDS (π.χ. εμφάνιση ευκαιριακής λοίμωξης), χωρίς να μεσολαβήσουν οι κλινικές εκδηλώσεις του ARC, δεν είναι ασυνήθης.
- 2) Τον τρόπο σταδιοποίησης και αναφοράς του περιστατικού. Η CDC ταξινόμηση προσφέρει κοινό λεξιλόγιο παρακολούθησης και αναφοράς των περιστατικών, ενώ η αρχική Walter Reed ταξινόμηση, παρά τη μεγαλύτερη προγνωστική της αξία ως απεικονίζουσα πιστότερα την ανοσολογική κατάσταση του ασθενούς, για πρακτικούς λόγους και κυρίως για λόγους αναφοράς δεν χρησιμοποιείται ευρέως.
- 3) Τις υπάρχουσες δυνατότητες θεραπευτικής παρέμβασης (υποστηρικτική αγωγή, ειδική αντι-ιική αγωγή, ανοσοτροποποιητική αγωγή, θεραπεία ευκαιριακών λοιμώξεων και νεοπλασμάτων). Η προσφορά της αντι-ιικής αγωγής κατά το ασυμπτωματικό στάδιο και πολύ περισσότερο κατά την επώαση ή την ορομετατροπή δεν έχει τεκμηριωθεί και δεν συνιστάται. Ομοίως, δεν συνιστάται αντι-ιική αγωγή κατά το στάδιο της γενικευμένης λεμφαδενοπάθειας, εφόσον η κατάσταση του ανοσολογικού συστήματος παραμένει καλή. Οπωσδήποτε, εμφανίσθηκαν μελέτες που η ειδική αντι-ιική αγωγή καθυστέρησε την εμφάνιση συμπτωμάτων ARC ή AIDS. Όμως, επί του παρόντος, δεν μπορεί να γίνει σύσταση χρήσης. Ομοίως, αναφέρθηκαν πειραματικές μελέτες, στις οποίες προλαμβάνεται η ορομετατροπή με αντι-ιική αγωγή μιας εβδομάδας.
- 4) Τον τρόπο ενημέρωσης και κατάλληλης ψυχολογικής υποστήριξης του ασθενούς. Ο γιατρός πρέπει να κερδίσει την εμπιστοσύνη του ασθενούς, να βοηθήσει τον ασθενή να κατανοήσει τις μεταβολές που επιβάλλονται στο

«εγώ» του, στη ζωή του και στους σκοπούς του με την ανάπτυξη της HIV-λοίμωξης. Να πείσει τον ασθενή να ενδιαφερθεί για την ποιότητα της ζωής του, να τον διευκολύνει να διατηρήσει τα κοινωνικά του ενδιαφέροντα και να τον ενθαρρύνει στις συναναστροφές με άλλους HIV-θετικούς. Να εκπαιδεύσει, όσο γίνεται καλύτερα, τον ασθενή σε θέματα HIV-λοίμωξης, ιδίως στη φυσική πορεία και τη θεραπεία της νόσου. Η HIV λοίμωξη δεν εξελίσσεται πάντοτε σε AIDS και το AIDS, σύντομα, δεν θα είναι υποχρεωτικά θανατηφόρο.

5) Τον τρόπο παρακολούθησης των ασθενών, που πρέπει να περιλαμβάνει:

α. Αρχική καταγραφή των κλινικών ευρημάτων με επικέντρωση σε συμπτώματα ή σημεία σχετιζόμενα με τη λοίμωξη.

β. Αναγραφή των βασικών παρακλινικών εξετάσεως:

- επιβεβαιωτικής δοκιμασίας HIV-οροθετικότητας
- γενικής αίματος
- λευκοκυτταρικού τύπου και προσδιορισμού T4 λεμφοκυττάρων
- HIV-αντιγόνου (P24)
- αντισωμάτων για τοξόπλασμα και CMV
- νεφρικού και ηπατικού ελέγχου

γ. Καθορισμό του χρόνου επανεξέτασης. Λόγω μεγάλης διακύμανσης της ασυμπτωματικής περιόδου, πολλοί συνιστούν κλινικο-εργαστηριακό έλεγχο ανά 3μηνο. Άλλοι, για τους ασυμπτωματικούς με  $T4 > 500/\kappa.χ.$  συνιστούν ανά 6μηνο επανέλεγχο και για τους ασυμπτωματικούς με  $T4 < 500/\kappa.χ.$  ανά τρίμηνο (ιδιαίτερη σημασία έχει ο προσδιορισμός των T4 να γίνεται στο ίδιο εργαστήριο, σε δείγματα που λαμβάνονται την ίδια ώρα). Στον ασθενή, πρέπει να τονισθεί η ανάγκη άμεσης επανεξέτασης σε περίπτωση εμφάνισης επίμονων συμπτωμάτων.

δ. Αναζήτηση, σε κάθε επανεξέταση, κλινικοεργαστηριακών ευρημάτων δηλωτικών ταχέως εξελισσόμενης λοίμωξης (πίνακας 6) ή αρχόμενης ευκαιριακής λοίμωξης, τα χαρακτηριστικά και οι ιδιοτυπίες της οποίας φαίνονται στον πίνακα 7.

Η εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση ασθενών με HIV λοίμωξη δημιουργεί στο θεράποντα γιατρό και την υποχρέωση έγκαιρης έναρξης ειδικής

αντι-ιικής αγωγής με συστηματική, ανά δεκαπενθήμερο, παρακολούθηση των παρενεργειών (ιδίως των αιματολογικών) και έγκαιρης εισαγωγής του ασθενούς στο νοσοκομείο, προκειμένου να αντιμετωπισθούν επικίνδυνες ευκαιριακές λοιμώξεις, ειδικά νεοπλάσματα ή ειδικές εκδηλώσεις (π.χ. θρομβοπενία).

Συμπερασματικά, η σωστή εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση ασθενών με HIV λοίμωξη περιλαμβάνει πλήρη ενημέρωση του ασθενούς, στενή κλινικο-εργαστηριακή παρακολούθηση, την έγκαιρη θεραπευτική παρέμβαση και την ψυχολογική στήριξη των ίδιων και των οικογενειών τους προκειμένου να εξαντληθούν οι δυνατότητες βοήθειας προς τα ατυχή αυτά άτομα, που στο κάτω-κάτω μπορεί να είναι περισσότερο αθώα από πολλούς οροαρνητικούς.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6. Κλινικο-εργαστηριακά ευρήματα δηλωτικά ταχέως εξελισσόμενης HIV λοίμωξης.

- ❖ ανεξήγητη απώλεια βάρους
- ❖ επίμονος πυρετός
- ❖ επιμένουσα διάρροια
- ❖ νυκτερινοί ιδρώτες
- ❖ υποτροπιάζουσες ερπητολοιμώξεις
- ❖ καντιντίαση στόματος
- ❖ τριχωτή λευκοπλακία
- ❖ ελάτωση T4
- ❖ αύξηση β2 μικροσφαιρίνης
- ❖ υψηλή TKE
- ❖ αναιμία
- ❖ ουδετεροπενία
- ❖ θρομβοπενία
- ❖ HIV p24 αντιγοναιμία

## ΠΙΝΑΚΑΣ 7. Χαρακτηριστικά Ευκαιριακών λοιμώξεων στη HIV λοίμωξη.

- ❖ αποτελούν, συνήθως, αναζωπύρωση προηγούμενης λοίμωξης
- ❖ μπορούν να ελεγχθούν, σπανίως όμως να εκριζωθούν, γι' αυτό και υποτροπιάζουν
- ❖ το κλινικό τους φάσμα συναρτάται ευθέως με τον επιπολασμό των παθογόνων μικροοργανισμών στον τοπικό πληθυσμό
- ❖ η κλινική τους εκδήλωση συχνά είναι εξαιρετικά περιορισμένη σπάνια είναι αμιγείς, συνήθως είναι μεικτές
- ❖ απαιτούν μεγαλύτερη δοσολογία φαρμάκων και για μεγαλύτερο διάστημα
- ❖ οι ασθενείς αυτοί, συνήθως, δεν συμμορφώνονται με θεραπευτικά πρωτόκολλα
- ❖ παρουσιάζονται συχνές αλλεργικές αντιδράσεις στα φάρμακα

(Ελληνική εταιρεία μελέτης και αντιμετώπισης του AIDS, 2000).

## 9. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΕΑΑ

Από το 1981 μέχρι σήμερα έχουν δημοσιευθεί αρκετές μελέτες, στις οποίες αξιολογούνται οι κοινωνικές επιπτώσεις πάνω σε μεγάλο αριθμό πασχόντων από σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας.

### 9.1. Οι ψυχικές διαταραχές που εμφανίζονται στους ασθενείς με ΣΕΑΑ

Οι ψυχικές διαταραχές που εμφανίζονται στους ασθενείς με ΣΕΑΑ απορρέουν από: α) την συνειδητοποίηση της τραγικότητας της ίδιας της πάθησής τους, β) τις νευρολογικές διαταραχές του ΚΝΣ που προκαλεί η πάθηση (οργανικό ψυχοσύνδρομο) και γ) την αρνητική στάση του κοινωνικού

συνόλου απέναντι σ' αυτούς. Τα τρία αυτά επίπεδα αποτελούν πηγές που τροφοδοτούν τους αρρώστους με ένταση και άγχος, δημιουργώντας ψυχικούς κλυδωνισμούς, με εναλλασσόμενες φάσεις έξαρσης και ύφεσης. Οι ψυχικές αντιδράσεις, που παρατηρούνται στην πορεία των πασχόντων, παριστάνουν καταστάσεις κλονισμένου ψυχισμού, οι οποίες διατρέχουν σε τέσσερις αλληλοδιάδοχες φάσεις, που είναι: α) Η αρχική κρίση, β) η μεταβατική κατάσταση, γ) η κατάσταση ανεπάρκειας ή αποδοχής και δ) η προπαρασκευή για το Θάνατο.

#### *Αρχική κρίση (Initial crisis)*

Από μελέτες (Hackett και Cassem, Horowitz) έχει επισημανθεί ότι η κατάσταση κρίσης, που αρχίζει με τη διαπίστωση της πάθησης, έχει κύριο χαρακτηριστικό την «ψυχική άρνηση η οποία εναλλάσσεται σε περιόδους έντασης και άγχους».

Όταν η άρνηση εκδηλώνεται με ήπιο ή μέτριο χαρακτήρα έντασης, ο άρρωστος υπακούει στις ιατρικές εντολές που του δίνονται και αυτό αποτελεί ελπιδοφόρο μήνυμα για το ξεπέρασμα της κρίσης στην πορεία.

Όταν η άρνηση γίνεται έντονη, ο άρρωστος υιοθετεί θέσεις αδιαφορίας και απάθειας, δεν εκτελεί τις ιατρικές οδηγίες και κινδυνεύει να οδηγηθεί στα

επικίνδυνα μονοπάτια της περιθωριοποίησης, του μαρασμού ή ακόμη και της αυτοκτονίας. Το στάδιο της κρίσης σκιαγραφείται από πλήθος συγκινησιακών αντιδράσεων, στις οποίες περιλαμβάνονται η κατάρρευση, η άρνηση, συναισθήματα φόβου, οργής και θλίψης που καταβάλλουν τον ψυχισμό του αρρώστου. Το ψυχικό όργανο στην προσπάθεια εξισορρόπησης των αντίξων ψυχικών καταστάσεων αντιτάσσει τους μηχανισμούς απώθησης και εκλογίκευσης (δικαιολόγησης) κατασκευάζοντας κατά το κοινώς λεγόμενο το «χρυσωμένο χάπι», μέσα από το οποίο θα περάσει ο «συμβιβασμός» με το νέο τρόπο ζωής του πάσχοντα, που καταλήγει στην αποδοχή της καινούργιας πραγματικότητας. Αυτό θα τον βοηθήσει να νιώσει και εννοήσει τις αντιδράσεις του προς τη θανατηφόρα λογικές και φυσιολογικές μέσα στις ειδικές και νέες γι' αυτόν συνθήκες, που είναι υποχρεωμένος πλέον να κινείται.

Μιά από τις πιο σημαντικές αντιδράσεις που πολλές φορές παίρνει εκρηκτικό χαρακτήρα είναι η ενδοψυχική σύγκρουση, που γεννιέται από την αρνητική στάση του οικογενειακού περιβάλλοντος του πάσχοντα προς αυτόν, όταν τα μέλη της οικογένειας αιφνιδιάζονται από την αποκάλυψη της ομοφυλοφιλίας, που μέχρι εκείνη τη στιγμή συνέβαινε να μην είναι γνωστή ή από την αποκάλυψη χρήσης ναρκωτικών ουσιών. Το «στίγμα» που συνδέεται άρρηκτα με το ΣΕΑΑ συνοδεύει τους πάσχοντες είτε είναι άνδρες είτε είναι γυναίκες ή ακόμη και παιδιά.

Σημειώνεται ότι οι άρρωστοι που βρίσκονται στο στάδιο της κρίσης εκδηλώνουν «εσωστρέφεια», με αποτέλεσμα η λήψη ιστορικού από αυτούς να παρουσιάζει συχνά δυσκολίες.

#### *Μεταβατική κατάσταση (Transitional State)*

Αρχίζει όταν η ψυχική άρνηση δίνει τη θέση της στην έντονη αυτοκριτική, που γίνεται με εκρήξεις θυμού αλλά και οίκτου προς τον εαυτό του (self-pity). Το άγχος που κυριαρχεί ενισχύεται από την αδυναμία αποδοχής της θανατηφόρας νόσου. Ο άρρωστος βασανίζεται από διαρκή ερωτήματα του τύπου «γιατί να μου συμβεί αυτό»; και «ποιό το έγκλημά μου, για να τυχαίνω τέτοιας τιμωρίας»; Άτομα ομοφυλόφιλα σε στιγμές καταδίκης εαυτού ή θέτοντας εαυτόν σε ανυποληψία είναι δυνατό να αναπτύσσουν φοβικές διαθέσεις, ιδιαίτερα



ανθρωποφοβία. Στη φάση αυτή η ένταση του ψυχισμού, η σύγχυση, η έντονη ευερεθιστότητα και οι ενοχές φαίνεται να επικρατούν. Η κοινωνική απόρριψη επενεργεί βαθιά και ενισχύει την υποβόσκουσα τάση αυτοκτονίας. Αλλαγές στη συμπεριφορά, αναζήτηση εκ νέου της ταυτότητας, αναθεώρηση αξιών, διάθεση για αποξένωση από τον οικογενειακό και κοινωνικό περίγυρο. Όλα αυτά αποτελούν εκλυτικούς παράγοντες, οι οποίοι τονίζουν εντονότερα την τάση για αυτοκαταστροφή. Το ισχυρά επώδυνο της ψυχικής έντασης καθώς και η εκτροπή της ισορροπίας που απειλείται, θέτει σε συναγερμό το ένστικτο της αυτοσυντήρησης που ενεργοποιεί τους μηχανισμούς άμυνας. Στο σημείο αυτό ο πάσχων είναι επιρρεπής και διαθέσιμος για κοινωνική παρέμβαση, που θα τον βοηθούσε να απαλλαγεί από τη σύγχυση στην οποία έχει περιέλθει. Είναι δυνατόν κάτω από τέτοιες συνθήκες, ορισμένοι άρρωστοι να εκτονώνουν το άγχος τους με επικέντρωση των ενδιαφερόντων στη σεξουαλική επαφή ή επαύξηση στη χρήση των ναρκωτικών ουσιών. Στη φάση αυτή, πολλοί είναι οι άρρωστοι που μόνοι ή συνοδευόμενοι καταφεύγουν σε γιατρούς αισθανόμενοι έντονα την ανάγκη για λήψη ιατρικών οδηγιών.

Από το σημείο αυτό ανοίγει φωτεινός ορίζοντας με εφησυχασμό της εκρηκτικότητας και επιθετικότητας, επειδή ο άρρωστος βρίσκεται σε αναζήτηση βοήθειας από το περιβάλλον με σκοπό την επίλυση των προβλημάτων του και ζει με την ελπίδα της βελτίωσης των διαπροσωπικών του σχέσεων. Ως εκ τούτου επιδεικνύει καλοπροαίρετη διάθεση επανασυγκόλλησης των σχέσεών του με την οικογένεια καθώς και το κοινωνικό περιβάλλον. Ο άρρωστος εμφανίζεται εξαιρετικά ευαίσθητος στην προσέγγισή του προς τους άλλους και τυχόν απωθήσεις από τον κοινωνικό περίγυρο τον πληγώνουν ανεξίτηλα και τον οδηγούν όχι πλέον σε επιθετικές από μέρους του ενέργειες, αλλά σε μελαγχολία και κατάθλιψη.

#### *Κατάσταση ανεπάρκειας ή αποδοχής (Deficiency State: Acceptance)*

Σαν κατάσταση αποδοχής χαρακτηρίζεται εκείνη η Φάση, κατά την οποία ο άρρωστος έχει πια πεισθεί πως δεν υπάρχουν γι' αυτόν άλλα περιθώρια για ενδοψυχικές συγκρούσεις. Γνωρίζει καλά ότι η ευερεθιστότητα, η άρνηση, ο οίκτος του εαυτού του και η κατάθλιψη τελικά δεν οδηγούν στην έξοδο του από το τέλμα. Μιά και μόνη επιλογή γι' αυτόν το σκοπό υπάρχει. Και είναι η αποδοχή της πάθησης και η ψύχραιμη αντιμετώπισή της. Η νέα πνοή που

γεννιέται στον άρρωστο χαρακτηρίζεται από διάθεση για επανεκτίμηση αξιών που προηγούμενα είχε απορρίψει, ανάπτυξη εκ νέου της ταυτότητάς του, αγάπης και στοργής προς τους ανθρώπους και διάθεση επιβεβαίωσης αυτών. Απόκλιση ενδιαφέροντος για ποιότητα ζωής περισσότερο παρά για ποσότητα. Απόκτηση μεγαλύτερης γνώσης για την πάθηση, ώστε να υπάρξει σωστότερη από μέρους του αντιμετώπιση. Κύριο μέλημα στη νέα πορεία η αναπτέρωση του ηθικού και η ψύχραιμη τακτική με τα χρώματα, ακόμη πιο πέρα, του αλτρουϊσμού και της φιλοσοφημένης διάθεσης. Αρκετά είναι τα άτομα που «ρίχνονται» με όρεξη στα πεδία της πνευματικής ενασχόλησης και δημιουργούν καταστάσεις, που ήσαν άγνωστες πριν σ' αυτά ή θεωρούνταν απρόσιτες για τις ικανότητές τους. Όσοι λειτουργούν με τέτοιους τρόπους νιώθουν λιγότερο θύματα της ζωής γίνονται λιγότερο εγωκεντρικοί και αισθάνονται την ικανοποίηση από τις κοινωνικές δραστηριότητες στις οποίες έχουν αποδυθεί.

Παρά ταύτα η αποδοχή θεωρείται κατάσταση ανεπάρκειας, επειδή προσκρούει στο γεγονός ότι οι πάσχοντες έχουν υποστεί απώλεια της υγείας, ελάττωση των ενεργειακών δυναμικών, απώλεια ενδεχόμενα της εργασίας ή μείωση των οικονομικών πόρων και κατά συνέπεια έχουν δεχτεί ισχυρό πλήγμα στην ανεξαρτησία τους.

Κάτω από τέτοιες περιστάσεις οι πάσχοντες νιώθουν την αναζωπύρωση των ψυχικών αντικρούσεων και κινδυνεύουν να υποστρέψουν. Η τοποθέτηση των αρρώστων αυτών σε περιβάλλον που ανακλά φιλική διάθεση, εμπνέει εμπιστοσύνη και εξασφαλίζει τον οικονομικό παράγοντα προκαλεί ανακούφιση, εξουδετερώνει τις αρνητικές ψυχικές παρορμήσεις και αναδύει νέα διάθεση για ζωή έστω και με την πάθηση!

#### *Προετοιμασία για θάνατο (Preparation for Death)*

Η κατάσταση αρχίζει, πρακτικά, από τη στιγμή που διαπιστώνεται στον πάσχοντα η παρουσία ευκαιριακής λοίμωξης, επειδή γνωρίζει ότι οι ευκαιριακές λοιμώξεις υποδηλώνουν το πλήρες ΣΕΑΑ και σημαίνουν την «τελική ευθεία» προς το θάνατο. Ασθενείς που μέχρι εκείνη τη στιγμή είχαν ισορροπήσει τις καταστάσεις τους, είχαν αποκαταστήσει ομαλές σχέσεις με την οικογένεια και το φιλικό προς αυτούς περιβάλλον και είχαν αποδυθεί σε πλήθος δραστηριοτήτων ξαφνικά νιώθουν όλα να γκρεμίζονται, χάνουν την ψυχραιμία τους και καταλαμβάνονται από πανικό. Πολλοί είναι εκείνοι που αρχίζουν να σκέπτονται

σοβαρά ότι η αυτοκτονία είναι πλέον η προτιμότερη λύση. Στην περίοδο αυτή οι πάσχοντες από ΣΕΑΑ κυριαρχούνται στη σκέψη τους από την εικόνα του επερχόμενου θανάτου και κύριο μέλημα πια αποτελεί η προετοιμασία για το αναπόφευκτο τέλος. Στη φάση αυτή παρατηρείται ποικιλία αντιδράσεων. Μελαγχολία και κατάθλιψη, αίσθημα απογοήτευσης, ενώ δεν λείπουν οι στιγμές αυξημένης ευερεθιστότητας προς το περιβάλλον. Αρκετοί είναι αυτοί που «ανακαλύπτουν» ξαφνικά παλιές διαφορές προς τα μέλη της οικογένειας ή άλλα αγαπημένα πρόσωπα. Άτομα ομοφυλόφιλα εμφανίζουν πιο αυξημένες προστριβές με το περιβάλλον τους, όσο πλησιάζει ο θάνατος. Οι ασθενείς κατατρέχονται από τα βασανιστικά ερωτήματα πώς, πού και πότε θα πεθάνουν, συζητούν αυτά με τους άλλους και έχουν άποψη πάνω σ' αυτά, ενώ δεν λείπουν και οι απαιτήσεις για ικανοποίηση επιθυμιών, που πολλές φορές είναι υπερβολικές, ώστε να αδυνατεί το οικείο περιβάλλον να εκπληρώσει.

Εδώ μπορούμε να πούμε ότι ο θάνατος είναι ένα θλιβερό γεγονός. Όταν συμβαίνει σε νέους ανθρώπους είναι δυστυχία. Και όταν αυτούς τους νέους ανθρώπους που χάνονται τους συνοδεύει το στίγμα, τότε, γίνεται τραγικότητα.

Απευθυνόμενοι σ' αυτούς που ασχολούνται με την νοσηλεία των ασθενών με ΣΕΑΑ, τονίζουμε ότι είναι ανάγκη να δίνουν πολύ μεγάλη σημασία στην ψυχολογική υποστήριξη των πασχόντων. Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι οι ασθενείς με ΣΕΑΑ διαφέρουν από όλους τους άλλους αρρώστους, επειδή συμβαίνει να αντιμετωπίζουν επί πλέον προβλήματα απόρριψης από την κοινωνία, απόλυση από τη δουλειά τους και απομάκρυνση από φίλους και συναδέλφους. (Μερτζάνος Ε. – Παραράς Μ., 1999).

## 10. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η επιδημία του AIDS, έχοντας ως αφετηρία το πρώτο στάδιο της σιωπηρής διασποράς της λοίμωξης, πέρασε στο δεύτερο στάδιο της έκδηλης νόσου με κύριο χαρακτηριστικό γνώρισμα την ταχεία εξάπλωσή της σε όλον τον κόσμο. Το τρίτο στάδιο της επιδημίας, που βρίσκεται ήδη σε εξέλιξη στην Αφρική, συνυφαίνεται με την πρόκληση οξύτατων προβλημάτων, που υπονομεύουν την οικονομία, τα συστήματα υγείας και τη σύνθεση του κοινωνικού ιστού πολλών χωρών του κόσμου. Στις μέρες μας η επιδημία έχει εξαπλωθεί με ταχύτατο ρυθμό σε χώρες, όπου μέχρι πρότινος ο αριθμός των κρουσμάτων ήταν ελάχιστος. Όμως και στις χώρες που είχαν ήδη πληγεί, η επιδημία έχει πλέον ξεφύγει από τους κλειστούς πληθυσμούς, επεκτεινόμενη στο γενικό πληθυσμό και ιδιαίτερα στους κοινωνικά και οικονομικά ασθενέστερους, στους λιγότερο μορφωμένους, στις γυναίκες και στα παιδιά, που διαμένουν όχι μόνο σε μεγάλα αστικά κέντρα, αλλά και σε περιοχές ημιαστικές και αγροτικές.

Στις υπό ανάπτυξη χώρες είναι πρακτικά δύσκολος έως αδύνατος ο ακριβής προσδιορισμός του μεγέθους του προβλήματος. Ανάλογα όμως προβλήματα ανακύπτουν και στις προηγμένες χώρες, όχι μόνο λόγω αδυναμίας πλήρους καταγραφής των βιοστατιστικών στοιχείων, αλλά και λόγω της αποφυγής της δήλωσης εξαιτίας των κοινωνικών επιπτώσεων στο οικογενειακό και στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον του ασθενή. Για τους λόγους αυτούς οι διάφορες χώρες και μέσω αυτών η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας εκτιμά κατά προσέγγιση το μέγεθος και τα χαρακτηριστικά της επιδημίας

Από την έναρξη της πανδημίας μέχρι τον Ιούνιο του 1998 ο συσσωρευτικός αριθμός κρουσμάτων ΣΕΑΑ ανά τον κόσμο, που ανακοινώθηκε από την WHO, ανέρχεται σε 1.893.784 περιπτώσεις, ενώ ο αντίστοιχος αριθμός που είχε ανακοινωθεί στα τέλη του 1987 αφορούσε σε 75.392 κρούσματα (Πίνακας 8 - Παράρτημα). Ο αριθμός κρουσμάτων ΣΕΑΑ τον Ιούνιο του 1998 αντιπροσωπεύει μια αύξηση κατά 15% σε σχέση με τα 1.644.183 κρούσματα που είχαν αναφερθεί τον Ιούνιο του 1997. Πέρα όμως από τις επίσημες αναφορές των κρουσμάτων, η WHO υπολογίζει, ότι 30,6 εκατομμύρια ενήλικες

και παιδιά έχουν συνολικά προσβληθεί μέχρι σήμερα από την HIV λοίμωξη, εκ των οποίων τα 5,8 εκατομμύρια αποτελούν περιπτώσεις, που μολύνθηκαν κατά τη διάρκεια του 1997. Υπολογίζεται επίσης, ότι 11,7 εκατομμύρια θάνατοι που οφείλονται στο ΣΕΑΑ, έχουν προκληθεί από την έναρξη της πανδημίας, εκ των οποίων τα 2,3 εκατομμύρια κατά τη διάρκεια του 1997. Άλλες εκτιμήσεις αναφέρουν, ότι καθημερινά 1000 παιδιά ανά τον κόσμο γεννιούνται με ΣΕΑΑ, ενώ ο συνολικός αριθμός τους υπολογίζεται σε τρία εκατομμύρια, από τα οποία τα περισσότερα έχουν ήδη πεθάνει. Τέλος, ο αριθμός των παιδιών, που έχουν μείνει ορφανά λόγω του θανάτου των γονιών τους από ΣΕΑΑ, υπολογίζεται σήμερα σε 10 περίπου εκατομμύρια.

Οι προοπτικές φαίνονται δυσοίωνες. Η WHO υπολογίζει, ότι μέχρι το τέλος του αιώνα που διανύουμε ο αριθμός των ασθενών θα υπερβεί τα 10 εκατομμύρια, ενώ περισσότεροι από 40 εκατομμύρια ενήλικες και 5-10 εκατομμύρια παιδιά θα μολυνθούν από τον HIV.

Ο HIV χαρακτηρίζεται για την ευρύτατη γεωγραφική διασπορά του σε όλες τις χώρες του κόσμου, ενώ η μεγαλύτερη επιδημική έξαρση εντοπίζεται σήμερα στις χώρες της Κεντρικής Αφρικής και της Νοτίου Αμερικής. Πρέπει μάλιστα να επισημανθεί, ότι σε ορισμένες περιοχές της Κεντρικής Αφρικής εννέα στους δέκα θανάτους οφείλονται στις συνέπειες της HIV λοίμωξης. Επιπλέον, σε αρκετές χώρες της Αφρικής ποσοστό μεγαλύτερο του 80% των κλινών, που προορίζονται για τη νοσηλεία ενηλίκων, καταλαμβάνονται από ασθενείς ΣΕΑΑ, ενώ η παιδική θνησιμότητα και η θνησιμότητα των ατόμων της αναπαραγωγικής ηλικίας στις χώρες ειδικά της Κεντρικής Αφρικής παρουσιάζει συνεχή αυξητική πορεία. Το γεγονός αυτό θα έχει ως συνέπεια, αντί το 2010 η θνησιμότητα να μειωθεί κατά 40%, όπως είχε υπολογιστεί χωρίς να ληφθεί υπόψη η επιδημία του ΣΕΑΑ, αυτή θα βρίσκεται στα ίδια και πιθανώς σε υψηλότερα επίπεδα συγκριτικά με τα σημερινά.

Υπολογίζεται, ότι το 30% των ατόμων της αναπαραγωγικής ηλικίας στην Κεντρική Αφρική είναι anti-HIV θετικό, στοιχείο που σημαίνει ότι η σεξουαλική επαφή ακόμα και με ένα σταθερό σύντροφο θα πρέπει να θεωρείται δυνητικά ως επικίνδυνη. Πρέπει επίσης να σημειωθεί, ότι η επέκταση της επιδημίας στην αφρικανική ήπειρο ακολουθεί διαφορετική πορεία σε διάφορες περιοχές ανεξάρτητα από την εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης. Στην Κινσάσα,

ενδεικτικά αναφέροντας, ο επιπολασμός των φορέων παραμένει σταθερός κατά τα έτη 1984-1994 στο επίπεδο του 7-8%, ενώ αντίθετα σε χώρες της Ανατολικής Αφρικής ο επιπολασμός έχει φθάσει το 20-30%.

Η Ασία αρχικά δεν είχε τρωθεί από την επιδημία. Σήμερα όμως σε αρκετές περιοχές της η διασπορά του ιού είναι παρόμοια με εκείνη της Αφρικής πριν από 10 χρόνια. Στις περιοχές αυτές το 80-90% των κρουσμάτων οφείλονται σε ετεροφυλική διασπορά, ενώ ο αριθμός των γυναικών που προσβάλλονται, είναι σαφώς μεγαλύτερος των ανδρών με άμεση συνέπεια τη σημαντική αύξηση του αριθμού παιδιών με ΣΕΑΑ.

Σε ορισμένες περιοχές της Ταϊλάνδης το 20% των νεοσύλλεκτων στρατιωτών και το 8% των νέων γυναικών είναι φορείς του ιού. Στο Βιετνάμ η συσσωρευτική επίπτωση της HIV λοίμωξης μεταξύ των τοξικομανών αυξήθηκε μέσα σε λίγα χρόνια από 1 % σε 46%, ενώ στην Ινδία η ετήσια επίπτωση της λοίμωξης στις ιερόδουλες και τις γυναίκες της αναπαραγωγικής ηλικίας αυξάνεται δραματικά. Στην Κίνα τα κρούσματα, που μέχρι στιγμής έχουν αναφερθεί, αφορούν κυρίως σε τοξικομανείς, αλλά και σε περιπτώσεις μεταγγιζόμενων, γεγονός που επισημαίνει την ανάγκη λήψης μέτρων για την αποφυγή της ιατρογενούς μετάδοσης. Αξιοσημείωτο επίσης, είναι το γεγονός, ότι η επιδημία επεκτείνεται με ταχύ ρυθμό και προς το εσωτερικό της πολυπληθούς αυτής χώρας.

Στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπως είναι αυτές των ΗΠΑ και της Δυτικής Ευρώπης, άρχισε να παρατηρείται μείωση του ρυθμού αύξησης, καθώς και μείωση του απόλυτου αριθμού των κρουσμάτων. Το επίτευγμα αυτό θα μπορούσε να αποδοθεί, κατά κύριο λόγο, στις συστηματικές προσπάθειες που καταβλήθηκαν με στόχο την ενημέρωση του πληθυσμού.

Στον ευρωπαϊκό χώρο (Πίνακας 9 - Παράρτημα) τα κρούσματα ΣΕΑΑ που δηλώθηκαν μέχρι τον Ιούνιο του 1998 υπερβαίνουν τις 200.000, ενώ εκτιμάται, ότι μέχρι το τέλος του αιώνα που διανύουμε, ο συνολικός αριθμός τους σχεδόν θα διπλασιαστεί.

Η Ισπανία, η Γαλλία και η Ιταλία εξακολουθούν να κατέχουν την υψηλότερη θέση μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών ως προς την αναλογία κρουσμάτων ΣΕΑΑ ανά εκατομμύριο πληθυσμού.

Στην Ανατολική Ευρώπη και σε ορισμένες χώρες της πρώην Σοβιετικής

Ένωσης έχει σημειωθεί σημαντική επέκταση της λοίμωξης μεταξύ των τοξικομανών, ενώ παράλληλα αξιοσημείωτη αυξητική τάση εκδηλώνεται με την ετεροφυλοφιλική διασπορά. Ειδικότερα, στην Πολωνία η πλειονότητα των περιπτώσεων ΣΕΑΑ αφορά σε τοξικομανείς, στη Βουλγαρία σε ετερόφυλους, ενώ στην Ουγγαρία, Τσεχία και Σλοβακία σε ομοφυλόφιλους και αμφιφυλόφιλους άνδρες. Στις χώρες αυτές η αναστολή των περιορισμών της μετακίνησης των πολιτών τους προς άλλες χώρες, σε συνάρτηση με την αδυναμία ανάπτυξης συστηματικών προγραμμάτων ενημέρωσης, έχει αυξήσει σημαντικά τον κίνδυνο της μόλυνσης.

Σε γενικές γραμμές η επίπτωση του ΣΕΑΑ στην Ευρώπη παρουσιάζει μείωση, που είναι αξιοσημείωτη στους ομοφυλόφιλους - αμφιφυλόφιλους άνδρες, μικρότερη στους χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών και ελάχιστη στα άτομα που μολύνθηκαν με ετεροσεξουαλική επαφή. Η τάση αυτή, που επικρατεί σήμερα στην Ευρώπη, είχε αρχίσει να διαφαίνεται σε προηγούμενα έτη και απεικονίζεται στον πίνακα 10 στο παράρτημα, όπου παρουσιάζεται η μεταβολή της αναλογίας των κρουσμάτων ΣΕΑΑ στην Ευρώπη κατά κατηγορία κινδύνου την περίοδο 1985-1993.

Οι χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών συνεχίζουν να αποτελούν το μεγαλύτερο ποσοστό των νέων περιπτώσεων ΣΕΑΑ και ακολουθούν οι ομοφυλόφιλοι και αμφιφυλόφιλοι άνδρες και ετεροσεξουαλικά μολυσμένοι.

Το ποσοστό της κάθετης μετάδοσης από τη μητέρα στο παιδί ελαττώθηκε κατά 30% το 1996 ενώ το ήμισυ περίπου των παιδιατρικών κρουσμάτων ΣΕΑΑ στην Ευρώπη δηλώθηκε στη Ρουμανία, όπου το 1989 σημειώθηκε μεγάλη νοσοκομειακή επιδημία.

Στην Ελλάδα η επίσημη καταγραφή κρουσμάτων ΣΕΑΑ ξεκίνησε το 1984, πέντε όμως από τα πρωτοδηλωθέντα κρούσματα είχαν διαγνωστεί κατά τα προηγούμενα χρόνια. Στον πίνακα 11 στο παράρτημα απεικονίζεται η πορεία της επιδημίας ΣΕΑΑ στην Ελλάδα την περίοδο από το 1982 έως τις 31 Ιουνίου 1998. Παρατηρείται αδρά μια συνεχής αύξηση του αριθμού των κρουσμάτων, αλλά ταυτόχρονα και σημαντική επιβράδυνση του ρυθμού αύξησης. Τα έτη 1993 και 1995 παρουσιάζουν μείωση του αριθμού των κρουσμάτων, η οποία γίνεται χαρακτηριστική και αξιοσημείωτη το 1997. Σήμερα η Ελλάδα κατέχει την έβδομη θέση σε αριθμό κρουσμάτων στο σύνολο των 15

χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Από τις 1785 περιπτώσεις κρουσμάτων ΣΕΑΑ εφήβων και ενηλίκων που δηλώθηκαν στην Ελλάδα μέχρι τις 30 Ιουνίου 1998, το 87,5% αφορά σε άνδρες και το 12,5% σε γυναίκες (Πίνακας 12 - Παράρτημα). Από τα κρούσματα αυτά τα αριθμητικά περισσότερα είναι ηλικίας 40-49 ετών (21,5%) και 30-3 ετών (20,9%).

Από τους άνδρες το 67,6% δήλωσε μετάδοση του ιού με ομοφυλοφιλική - αμφιφυλοφιλική επαφή, το 8,6% με ετεροφυλοφιλική επαφή και το 3,3% με χρήση ενδοφλεβίων ναρκωτικών, ενώ από τις γυναίκες το 68,3% δήλωσε μετάδοση του ιού με ετεροφυλοφιλική επαφή, το 11,2% από μετάγγιση μολυσμένου αίματος και παραγώγων του και το 8,0% με χρήση ενδοφλεβίων ναρκωτικών (Πίνακας 13 - Παράρτημα).

Από τα 287 κρούσματα ΣΕΑΑ, που δήλωσαν μετάδοση του ιού με ετεροφυλοφιλική επαφή, το 34,1% ανέφερε σεξουαλική επαφή με άτομο που γεννήθηκε σε χώρα της Κεντρικής Αφρικής ή της Καραϊβικής και το 26,8% σεξουαλική επαφή με άτομο HIV θετικό ακαθόριστης πηγής μόλυνσης (Πίνακας 14 - Παράρτημα).

Από τα 26 κρούσματα ΣΕΑΑ που δηλώθηκαν στην Ελλάδα και αφορούν σε παιδιά, τα 14 (53,8%) ήταν αγόρια και τα 12 (46,2%) κορίτσια (Πίνακας 15 - Παράρτημα). Κατά κατηγορία μετάδοσης την πρώτη θέση κατέχουν τα παιδιά, που μολύνθηκαν από τη μητέρα τους (61,5%) και ακολουθούν τα πολυμεταγγιζόμενα με παράγωγα αίματος παιδιά (30,8%), τα οποία στο σύνολό τους είναι αγόρια (Πίνακας 16 - Παράρτημα). (Δαρδαβέσης Θ., 2003).



## 11. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΣΕΑΑ

Μετά από χρόνια μελέτης του ΣΕΑΑ, αποτελούν πια πικρές αλήθειες οι διαπιστώσεις της μετάθεσης στην παρασκευή εμβολίου για τα επόμενα χρόνια και η ανεπάρκεια ριζικής θεραπευτικής αντιμετώπισης της HIV λοίμωξης. Παράλληλα, η πρόβλεψη που υπάρχει για την επιδημία στο μέλλον, είναι δηλωτική αυξημένων ρυθμών, που κατά προσέγγιση υπολογίζονται, χωρίς όμως να αμφισβητούνται και οι εκπλήξεις. Εξαιτίας αυτών και του γεγονότος επίσης ότι είναι άγνωστο, ποιες θα είναι οι θεραπευτικές μέθοδοι που, ενδεχομένως, πρόκειται να χρησιμοποιηθούν στο μέλλον, είναι αδύνατο να υπολογιστεί το οικονομικό κόστος από την αντιμετώπιση της HIV επιδημίας. Οι όποιοι οικονομικοί υπολογισμοί που γίνονται για τα επόμενα χρόνια, μονάχα σαν υποθέσεις μπορούν να θεωρούνται. Αδιαμφισβήτητα όμως το κόστος που υπολογίζεται σήμερα για την αντιμετώπιση των κρουσμάτων ΣΕΑΑ είναι ήδη σημαντικό και αποτελεί πραγματικό γεγονός, αφού στηρίζεται σε συγκεκριμένα οικονομικά δεδομένα. Αν η εξεύρεση λύσης στο πρόβλημα καθυστερήσει σημαντικά, βεβαίως είναι φυσικό το κόστος από την HIV λοίμωξη να ακολουθήσει τη γεωμετρική πρόοδο των ρυθμών της επιδημίας!

Οικονομικές μελέτες που έχουν γίνει στις ΗΠΑ αναφέρουν εκτιμήσεις που διαφέρουν κατά πολύ μεταξύ τους.

Ο Hardy έχει υπολογίσει μέση δαπάνη 147.000 δολ. ανά ασθενή, ενώ ο Scitorsky έχει εκτιμήσει ως μέση τιμή το ποσόν των 24.000 δολ. Η μεγάλη διαφορά οφείλεται στο ότι στην πρώτη μελέτη ο υπολογισμός βασίστηκε σε χρόνο νοσηλείας του αρρώστου 168 ημερών στο Νοσοκομείο, ενώ στη δεύτερη ο χρόνος νοσηλείας ήταν μόνο 29 ημέρες.

Εξάλλου στην Αγγλία η Johnson υπολόγισε σαν μέση δαπάνη για κάθε νοσούντα από ΣΕΑΑ, με χρόνο νοσηλείας 50 ημερών, το ποσό των 6.308 λιρών.

Αν ληφθεί υπόψη ότι σε μελέτη από πανεπιστημιακή κλινική του Λονδίνου έχει υπολογιστεί για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη του πάσχοντα το ποσό των 530 λιρών, τότε το συνολικό κόστος για τον ασθενή από την ημέρα της διάγνωσης της νόσου μέχρι την ημέρα θανάτου ανέρχεται στο ποσόν των

6.838 λιρών.

Οι εκτιμήσεις αυτές επιβεβαιώθηκαν από επέκταση μελέτης που έγινε από τον Adler και ο οποίος περιελάμβανε μεγαλύτερο αριθμό ασθενών στο Νοσοκομείο. Οι συγγραφείς στη μελέτη τους αναγνωρίζουν ότι το κόστος υποεκτιμάται κατά κάποιο τρόπο, επειδή υπάρχει μεγάλη δυσαναλογία ασθενών, ως προς το χρόνο επιβίωσης. Στη μελέτη το κόστος υπολογίστηκε με βάση «χρόνο επιβίωσης» 22,4 εβδομάδες. Κατά συνέπεια επιβίωση πέρα του ορίου αυτού προβλέπει ασφαλώς μεγαλύτερες δαπάνες.

Σε οικονομική μελέτη που έγινε στο θεραπευτήριο «Ευαγγελισμός», η δαπάνη ασθενών με ΣΕΑΑ, που νοσηλεύτηκαν στη διαιτία 1996-97, υπολογίστηκε σε 2190 € (747.000 δρχ.) ανά ασθενή και με μέσο χρόνο νοσηλείας 40 ημερών.

Έχοντας λάβει υπόψη τη χρησιμοποίηση της AZT στην εξωνοσοκομειακή νοσηλεία του αρρώστου, υπολογίσαμε δαπάνη 12170 € (4.150.000 δρχ.) ανά ασθενή και μέσο χρόνο ζωής 12 μήνες, από την ημέρα διάγνωσης της νόσου.

Αν σ' αυτό το ποσό προστεθεί και η δαπάνη της νοσοκομειακής νοσηλείας, τότε, το συνολικό κόστος του αρρώστου ανέρχεται στο ποσό των 9668 € (3.297.000 δρχ.).

Από όλα αυτά συμπεραίνεται ότι η ασθένεια της εποχής που λέγεται ΣΕΑΑ (AIDS) αποτελεί πρόβλημα κοινωνικό με σοβαρές οικονομικές επιπτώσεις. Αν η Επιστήμη, σε σύντομο χρόνο, δεν κατορθώσει να βρει τρόπους που να εξουδετερώνουν ριζικά τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας, το Μέλλον της Ανθρωπότητας προβλέπεται σκοτεινό. Ο επιδημικός χαρακτήρας της ασθένειας θα δημιουργήσει την εικόνα παγκόσμιου λοιμού με τραγικές συνέπειες στις οικονομίες των Εθνών και θα απειλήσει με βιβλική καταστροφή την ίδια την ύπαρξη του ανθρώπου πάνω στον πλανήτη Γη. (Μερτζάνος Ευριπίδης – Παραράς Μάριος, 1999).

## 12. ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ο Διεθνής Σύνδεσμος Νοσοκόμων με κοινή απόφαση με την ΠΟΥ εξέδωσαν μια Διακήρυξη, η οποία αναφέρεται στα δικαιώματα και τις ευθύνες των νοσηλευτών σε όλο τον κόσμο, κατά την νοσηλεία αρρώστων με αντισώματα στον ιό HIV και τη νόσο AIDS, τονίζει το δικαίωμα των νοσηλευτών για την προάσπιση της υγείας τους και τη συνεχή ενημέρωσή τους για τις νέες εξελίξεις αναφορικά με το AIDS, όπως και η ευθύνη της αμέριστης νοσηλείας και βοήθειας των αρρώστων και των οικογενειακών τους με τήρηση του απορρήτου.

Ιατρονοσηλευτικό δίλημμα αποτελεί το αν πρέπει να λεχθεί η διάγνωση στον άρρωστο, πως να λεχθεί και ποιός πρέπει να την ανακοινώσει. Τι πρέπει να γίνει όταν ο άρρωστος δεν θέλει να το μάθει κανείς, ούτε σύζυγος, ούτε παιδιά, αλλά ούτε και η επισκέπτρια νοσηλεύτρια του κέντρου υγείας, όπου παραπέμπεται για εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση και νοσηλεία. Πάντως με κάθε τρόπο και μέσο δικαιούνται να προστατεύονται οι άρρωστοι με AIDS και η οικογένειά του από προκαταλήψεις και διακρίσεις εις βάρος τους, από το κοινωνικό στίγμα και τον εξοστρακισμό. Αρκεί βέβαια να είναι σε θέση υπεύθυνα να προστατεύουν το περιβάλλον τους από τη μόλυνση, και το περιβάλλον να γνωρίζει και εφαρμόζει τα μέτρα αυτοπροστασίας του.

Η τήρηση του απορρήτου για τη διάγνωση του AIDS είναι ηθική και νομική υποχρέωση. Η δήλωση των κρουσμάτων στις αρμόδιες κρατικές αρχές επιβάλλεται να γίνεται με εμπιστευτική διαδικασία.

Η επιστήμη, η τέχνη και το πνεύμα της νοσηλευτικής και όλες οι διαστάσεις των υπηρεσιών της έχουν την αποστολή και τη θέληση αλλά και το χρέος να υποστηρίζουν.

Την παγκόσμια μάχη κατά του AIDS και να βοηθήσουν με διεπιστημονική συνεργασία στην επίλυση των βιοψυχοκοινωνικών, ηθικών και νομικών προβλημάτων που δημιουργησι ή νέα αυτή ασθένεια.

Αληθινή πρόκληση είναι η ευκαιρία να νοσηλεύουμε τους αρρώστους με AIDS και μ'αυτό τον τρόπο να κτίζουμε ανθρώπινες γέφυρες και όχι διαχωριστικά τείχη μεταξύ των ανθρώπων του τεχνοκρατικού αιώνα μας.

### 13. ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Καμία από τις ασθένειες που έκαναν την εμφάνισή τους κατά τη διάρκεια του αιώνα που διανύουμε, δεν αναστάτωσε τόσο τις κοινωνικές δομές και την πολιτιστική ταυτότητα των προηγμένων κυρίως χωρών, όσο το Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (ΣΕΑΑ).

Η νόσος εμφανίστηκε για πρώτη φορά το 1978 σε πέντε ομοφυλόφιλους της Νέας Υόρκης των ΗΠΑ. Χαρακτηρίζεται ως σύνδρομο γιατί έχουμε να κάνουμε με ένα σύνολο συμπτωμάτων, ανοσολογική ανεπάρκεια λόγω εξασθένησης του οργανισμού να αναγνωρίσει τους ιούς που τον προσβάλλουν και επίκτητη γιατί αποκτιέται και δεν κληρονομείται.

Ο ιός μεταδίδεται σεξουαλικά, ύστερα από έκθεση σε μολυσμένο αίμα και περιγεννητικά, ενώ δεν μεταδίδεται με την κοινωνική επαφή.

Η πορεία της λοίμωξης εξελίσσεται σε τέσσερα στάδια όπου τα δύο πρώτα είναι ασυμπτωματικά, ενώ τα υπόλοιπα εμφανίζουν σημαντικές κλινικές εκδηλώσεις από τις οποίες οι σημαντικότερες είναι οι πνευμονικές εκδηλώσεις, οι γαστρεντερικές και οι κακοήθειες.

Η πρόληψη αποτελεί την κύρια αντιμετώπιση της νόσου, όμως παρά τις εκτεταμένες προσπάθειες πρόληψης, ακόμη και σήμερα υπολογίζεται ότι πάνω από 30,6 εκατομμύρια ενήλικες και παιδιά έχουν προσβληθεί από τον ιό.

Οι ψυχικές διαταραχές που βιώνουν οι ασθενείς είναι αποτέλεσμα της ίδιας της πάθησής τους καθώς και της αντιμετώπισής τους από το κοινωνικό σύνολο. Σύμφωνα με τις τελευταίες οικονομικές μελέτες η μέση δαπάνη των ασθενών με ΣΕΑΑ ανέρχεται στο ποσό των 9668 €.

Αν η επιστήμη σε σύντομο χρόνο δεν κατορθώσει να βρει τρόπους που να εξουδετερώνουν ριζικά τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας, ο επιδημικός χαρακτήρας της νόσου θα δημιουργήσει την εικόνα παγκόσμιου λοιμού με τραγικές συνέπειες και θα απειλήσει με βιβλική καταστροφή την ίδια την ύπαρξη του ανθρώπου.

#### 14. ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ

- AIDS
- Ανοσολογική ανεπάρκεια
- HIV
- Ιός
- Λοίμωξη
- Σύνδρομο

## 15. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Δαρδαβέσης, Θ. Στοιχεία επιδημιολογίας, ΣΕΥΠ ΤΕΙ Θεσσαλονίκης τμήμα νοσηλευτικής, Θεσσαλονίκη, 2003, σελ.117 - 125.
- 2) Ελληνική εταιρεία μελέτης και αντιμετώπισης του AIDS, Η σωστή ενημέρωση είναι ζωή μάθε για το AIDS, Εκδόσεις Βήτα, 4<sup>η</sup> επανέκδοση, Θεσσαλονίκη 2000, σελ.20 – 102.
- 3) Ιστοσελίδα [www.keel.org.gr](http://www.keel.org.gr)
- 4) Ιστοσελίδα [www.google.gr](http://www.google.gr)
- 5) Ιστοσελίδα [www.scopus.gr](http://www.scopus.gr)
- 6) Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.), Αγαπάμε τη ζωή , χρησιμοποιούμε προφυλακτικό, κρατάμε την υπόσχεση, βάζουμε τέλος στο AIDS, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα 2007, σελ 3 – 15.
- 7) Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.), Όσα πρέπει να γνωρίζετε για το AIDS, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα 2006, σελ. 3 – 6.
- 8) Μερτζάνος, Ε. Παραράς, Μ. Σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας, Εθνική Φαρμακοβιομηχανία, 4<sup>η</sup> επανέκδοση, Αθήνα 1999, σελ 18 – 118.
- 9) Κοντής, Α. Ο κόσμος και το AIDS.Ελεύθερος Τύπος της Κυριακής,Τυποεκδοτική, Νο19,Αθήνα 30 Σεπτέμβριος 2007, σελ. 18 – 19.
- 10) Πάνου, Μ. Σαχίνη, Ά. Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική, Εκδόσεις Βήτα, Γ' Επανέκδοση, Αθήνα 2004, σελ. 135 – 146.
- 11) Παπαδάκη, Α. Εγχειρίδιο αντιμετώπισης αρρώστου με AIDS στο νοσοκομείο, Εκπαιδευτικό κέντρο ΑΧΕΠΑ, επανέκδοση Ζ', Αθήνα 1998, σελ.1 – 10.
- 12) Ρέντζη, Γ. Τερζή, Λ. Επίκτητη ανοσοανεπάρκεια (AIDS), Εκπαιδευτικό κέντρο ΑΧΕΠΑ, 4<sup>η</sup> επανέκδοση,Θεσσαλονίκη 1998, σελ. 88 – 92.
- 13) Ρέντζη, Γ. Τερζή, Λ. Επίκτητη ανοσοανεπάρκεια (AIDS) Το

πρόβλημα και τα μέτρα, Εκπαιδευτικό κέντρο ΑΧΕΠΑ, 3<sup>η</sup> επανέκδοση, Θεσσαλονίκη 1999, σελ.34 – 39.

- 14) Τεκνετζής, Α. Σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας, κλινική αφοδίσιων και δερματικών νοσημάτων Αριστοτέλειου πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Δ' Επανέκδοση, Θεσσαλονίκη 1996, σελ. 5 – 9.
- 15) Υποεπιτροπή εκπαίδευσης της εθνικής επιτροπής AIDS, AIDS ιός επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας, Εθνική φαρμακοβιομηχανία, Αθήνα 1997, σελ. 9 – 122.

## 16. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### Ο ΚΟΣΜΟΣ ΚΑΙ ΤΟ AIDS

Όταν εμφανίστηκε, το χαρακτήρισαν μάστιγα του 20ού αιώνα. Σήμερα το AIDS όχι μόνο δεν έχει τεθεί υπό έλεγχο, αλλά αντιθέτως κάθε χρόνο κοστίζει τη ζωή σε πάνω από 2,9 εκατομμύρια άτομα παγκοσμίως, με τους επιστήμονες αλλά κυρίως τους πολιτικούς να αδυνατούν να το αντιμετωπίσουν.

### ΝΟΤΙΑ ΑΦΡΙΚΗ

Σε ολόκληρη τη χώρα μπορεί να ζουν πάνω από 5,5 εκατομμύρια φορείς του AIDS (ποσοστό 18,8% επί του συνολικού πληθυσμού).

### ΙΝΔΙΑ

Είναι η χώρα με τον μεγαλύτερο αριθμό φορέων στον κόσμο, το 25% του πληθυσμού της.

### ΣΟΥΑΖΙΛΑΝΔΗ

Είναι μια εξαιρετικά υποανάπτυκτη χώρα, τόσο ως προς την οικονομία όσο και ως προς την πολιτική κατάσταση. Ως αποτέλεσμα από τα 1,5 εκατομμύρια των κατοίκων της, το 38% είναι φορείς του ιού, ενώ σε μερικές περιοχές τα ποσοστά φθάνουν και το 90%.

### ΜΠΟΤΣΟΥΑΝΑ

Πρόκειται για τη χώρα με το μεγαλύτερο ποσοστό φορέων επί του συνολικού πληθυσμού της. Παρ'όλα αυτά, οι κυβερνήσεις της χώρας έχουν διαμορφώσει ένα ιδιαίτερα αποτελεσματικό πρόγραμμα για την αντιμετώπιση του AIDS, μοιράζοντας προφυλακτικά και προσφέροντας θεραπεία σε πάνω από 250000 άτομα.

### ΜΑΛΛΑΟΥΙ

Η νοτιοανατολική αυτή χώρα έχει 14 εκατομμύρια πληθυσμό. Ο



πληθυσμός όμως των παιδιών που έχουν χάσει τους γονείς τους από τη θανατηφόρο νόσο αγγίζει τις 700000 (20%). Εξαιτίας αυτού του φαινομένου στην χώρα, ανθούν παράνομα κυκλώματα εμπορίας βρεφών και παιδικής εκμετάλλευσης.

#### ΒΙΕΤΝΑΜ

Το Βιετνάμ αποτελεί την καλύτερη αποδείξει της τεράστιας ταχύτητας με την οποία μπορεί να εξαπλωθεί η ασθένεια. Στις αρχές της δεκαετίας του 1990, το AIDS δεν είχε πλησιάσει καν στη χώρα, μέσα όμως σε δέκα χρόνια υπήρχαν 150000 φορείς, αριθμός που διπλασιάστηκε το 2006.

#### ΟΥΚΡΑΝΙΑ

Σήμερα η Ουκρανία είναι η ευρωπαϊκή χώρα με το μεγαλύτερο αριθμό φορέων, οι οποίοι τείνουν να ξεπεράσουν τις 100000, δηλαδή το 13,8%.

#### ΒΡΑΖΙΛΙΑ

Η κυβέρνηση έχει ξεκινήσει μια ιδιαίτερα εντυπωσιακή εκστρατεία μοιράζοντας περίπου 150000 προφυλακτικά κατά την περίοδο του καρναβαλιού. Αιτία η αύξηση των ποσοστών AIDS, καθώς το 23% των Βραζιλιάνων πάσχουν από την ασθένεια. (Κοντής Α., 2007)

ΠΙΝΑΚΑΣ 8. Κατανομή του συσσωρευτικού αριθμού των κρουσμάτων ΣΕΑΑ σε όλο τον κόσμο, που ανακοινώθηκαν από την W.H.O. σε ενδεικτικές κατ' έτος ημερομηνίες από 31/12/1987 έως 20/6/1998, κατά ήπειρο.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΚΡΟΥΣΜΑΤΩΝ ΑΠΟ ΤΗ WHO	ΑΜΕΡΙΚΗ		ΑΣΙΑ		ΑΦΡΙΚΗ		ΕΥΡΩΠΗ		ΩΚΕΑΝΙΑ		ΣΥΝΟΛΟ	
	αριθμός	%	αριθμός	%	αριθμός	%	αριθμός	%	αριθμός	%	αριθμός	%
31/12/1987	56.958	75,6	224	0,3	8.693	11,5	8.775	11,6	742	1,0	75.392	100
31/12/1988	93.723	70,5	285	0,2	20.905	15,7	16.883	12,7	1.180	0,9	132.976	100
31/12/1989	134.539	66,1	494	0,2	38.248	18,8	28.576	14,0	1.742	0,9	203.599	100
31/12/1990	188.211	59,8	872	0,3	81.019	25,8	41.947	13,3	2.562	0,8	314.611	100
31/12/1991	252.977	56,6	1.254	0,3	129.066	28,9	60.195	13,5	3.189	0,7	446.681	100
31/12/1992	313.083	51,2	2.582	0,4	211.032	34,5	80.810	13,2	4.082	0,7	611.589	100
31/12/1993	371.086	51,6	3.561	0,5	247.577	34,4	92.482	12,9	4.188	0,6	718.894	100
31/12/1994	526.129	51,4	17.057	1,7	347.713	33,9	127.886	12,5	5.735	0,5	1.025.073	100
31/12/1995	580.129	49,6	23.912	2,0	418.051	35,7	141.275	12,1	6.444	0,6	1.169.811	100
31/12/1996	749.800	48,6	53.974	3,5	553.291	35,8	179.339	11,6	7.596	0,5	1.544.067	100
31/12/1997	839.189	48,3	74.431	4,3	617.463	35,5	197.374	11,4	8.501	0,5	1.736.958	100
31/12/1998	889.465	47,0	101.429	5,4	686.256	36,2	207.890	11,0	8.744	0,4	1.893.784	100

ΠΙΝΑΚΑΣ 9. Κατανομή του συσσωρευτικού αριθμού κρουσμάτων ΣΕΑΑ σε ευρωπαϊκές χώρες την περίοδο 1979- 1998, κατά χώρα και κατά ημερομηνία ανακοίνωσής τους από την WHO (- : χώρα μη εισέτι υφιστάμενη, \* : ενοποίηση χώρας με άλλη, \*\* : διαίρεση χώρας σε επιμέρους χώρες).

ΧΩΡΑ	Πριν το 1979	31/12/79	31/12/80	31/12/81	31/12/82	31/12/83	31/12/84	31/12/85	31/12/86	31/12/87	31/12/88	31/12/89	31/12/90	31/12/91	31/12/92	31/12/93	31/12/94	31/12/95	31/12/96	31/12/97	31/12/98
Αλβανία	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	7	8	10
Αυστρία	0	0	0	0	0	7	13	28	54	139	220	332	474	639	828	1042	1262	1551	1609	1756	1798
Βέλγιο	0	0	2	6	14	38	65	139	207	277	408	563	764	896	1224	1486	1744	2124	2203	2328	2448
Βουλγαρία	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	6	7	12	16	24	32	35	44	53	55
Γαλλία	6	7	12	17	47	94	260	573	1221	3073	4874	8025	9718	16552	21487	26970	32722	41948	43451	46032	47953
Γερμανία Ανατ.	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6	6	17	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Γερμανία Δυτ.	1	2	2	2	9	42	135	377	826	1669	2580	4220	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Γερμανία	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5500	6968	8893	10445	11854	15093	15308	16413	17283
Γιουγκοσλαβία	0	0	0	0	0	0	0	2	8	26	58	101	158	242	313	-	-	-	-	-	-
Γιουγκοσλαβία Νέα	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	268	375	509	585	659	698
Δανία	0	0	1	3	7	13	34	68	131	228	345	494	705	870	1072	1296	1549	1872	1957	2072	2118
Ελβετία	0	0	2	5	10	17	41	100	192	355	605	1046	1548	2086	2691	3415	4102	5639	5397	5882	6215
Ελλάδα	0	0	0	0	0	0	6	13	35	88	151	249	375	528	689	845	994	1422	1422	1699	1766
Εσθονία	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3	6	10	16	17
Ην. Βασίλειο	0	0	0	2	7	24	108	287	610	1227	1862	2717	3884	5065	6510	8115	9865	12437	13394	14726	15973
Ιρλανδία	0	0	0	0	0	2	0	8	14	33	64	108	161	215	294	362	418	514	549	608	615
Ισλανδία	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	7	13	14	18	22	29	34	37	41	42	44

ΠΙΝΑΚΑΣ 9. (συνέχεια)

ΧΩΡΑ	Πριν το 1979	31/12/79	31/12/80	31/12/81	31/12/82	31/12/83	31/12/84	31/12/85	31/12/86	31/12/87	31/12/88	31/12/89	31/12/90	31/12/91	31/12/92	31/12/93	31/12/94	31/12/95	31/12/96	31/12/97	31/12/98
Ισπανία	0	0	0	1	2	6	18	83	264	789	1850	3965	7047	10101	14991	21205	27584	39670	41598	46605	50155
Ιταλία	0	0	0	0	2	2	14	140	523	1411	2556	4663	7576	10584	14783	18832	24511	33701	35949	40140	41627
Κροατία	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	53	71	89	101	111	124
Λετονία	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	4	8	9	16	18	21
Λευκορωσία	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	6	11	12	15	17	17
Λιθουανία	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	4	5	6	8	12	14
Λουξεμβούργο	0	0	0	0	0	0	0	3	6	9	13	20	30	41	55	70	84	105	114	122	128
Μάλτα	0	0	0	0	0	0	0	0	5	7	12	14	15	20	25	29	30	35	40	43	46
Μονακό	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6	4	7	9	24	24	37	37	39	40
Νορβηγία	0	0	0	0	0	2	5	17	35	70	95	139	185	237	283	338	402	535	533	582	609
Ολλανδία	0	0	0	0	3	12	42	98	218	420	676	1044	1487	1857	2330	2783	3247	3979	4199	4550	4701
Ουγγαρία	0	0	0	0	0	0	0	0	1	8	15	31	48	73	105	137	162	195	234	265	287
Ουκρανία	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22	31	48	170	357	498
Πολωνία	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	4	25	47	78	118	155	243	346	449	557	627
Πορτογαλία	0	0	0	0	0	0	0	18	46	90	181	233	522	746	1007	1416	2086	3341	3575	4818	5280
Ρουμανία	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	9	13	1055	1557	2073	2545	2907	3601	4198	4725	5280
Ρωσία	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	94	128	152	191	245	264	325
Σαν Μαρίνο	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	6	9
Σοβιετική Ένωση	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	4	18	40	66	**	**	**	**	**	**	**
Σουηδία	0	0	0	0	1	4	16	42	90	163	235	346	487	617	743	904	1089	1356	1445	1544	1570
Σλοβακία	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	9	12	13	17	18
Σλοβενία	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30	37	47	59	62	66

ΠΙΝΑΚΑΣ 9. (συνέχεια)

ΧΩΡΑ	Πριν το 1979	31/12/79	31/12/80	31/12/81	31/12/82	31/12/83	31/12/84	31/12/85	31/12/86	31/12/87	31/12/88	31/12/89	31/12/90	31/12/91	31/12/92	31/12/93	31/12/94	31/12/95	31/12/96	31/12/97	31/12/98
Τσεχία	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	46	55	69	85	101	112
Τσεχοσλο- βακία	0	0	0	0	1	2	0	0	6	8	12	18	24	25	32	**	**	**	**	**	**
Φιλανδία	0	0	0	0	0	2	5	10	14	24	37	49	71	94	112	141	178	230	248	261	273
ΣΥΝΟΛΟ	7	9	19	36	103	267	762	2006	3735	8775	16883	28576	41947	60195	80 810	103 178	127 882	170 807	179 309	197 310	207 831

ΠΙΝΑΚΑΣ 10. Μεταβολή της αναλογίας των κρουσμάτων ΣΕΑΑ στην Ευρώπη, κατά κατηγορία κινδύνου (1985 – 1993).

ΕΤΟΣ	ΟΜΟΦΥΛΟΦΙΛΟΙ %	ΤΟΞΙΚΟΜΑΝΕΙΣ %	ΕΤΕΡΟΦΙΛΟΙ %
1985	61,3	14,8	8,1
1986	56,3	20,5	6,8
1987	50,4	26,8	7,1
1988	44,2	36,2	7,6
1989	40,6	37,9	8,7
1990	39,2	39,9	9,3
1991	37,0	40,8	10,5
1992	35,1	40,7	11,7
1993	32,8	40,9	13,2

ΠΙΝΑΚΑΣ 11. Κατανομή του αριθμού των δηλωθέντων κρουσμάτων ΣΕΑΑ στην Ελλάδα, κατά έτος διάγνωσης και κατά φύλλο, λαθώς και του συσσωρευτικού τους αριθμού, κατά έτος και κατά φύλο την περίοδο από το 1982 μέχρι τις 30 Ιουνίου 1998.

ΕΤΟΣ	ΑΝΔΡΕΣ				ΓΥΝΑΙΚΕΣ				ΣΥΝΟΛΟ				Επίπτωση ανά εκατομμύριο πληθυσμού
	Δηλωθέντα κρούσματα κατ' έτος διάγνωσης		Συσσωρευτικός αριθμός δηλωθέντων κρουσμάτων		Δηλωθέντα κρούσματα κατ' έτος διάγνωσης		Συσσωρευτικός αριθμός δηλωθέντων κρουσμάτων		Δηλωθέντα κρούσματα κατ' έτος διάγνωσης		Συσσωρευτικός αριθμός δηλωθέντων κρουσμάτων		
	αριθμός	%	αριθμός	%	αριθμός	%	αριθμός	%	αριθμός	%	αριθμός	%	
1982	1	0,1	1	0,1	0	0,0	0	0,0	1	0,1	1	0,1	0,41
1983	4	0,3	5	0,3	0	0,0	0	0,0	4	0,2	5	0,3	0,51
1984	5	0,3	10	0,6	0	0,0	0	0,0	5	0,3	10	0,6	1,61
1985	16	1,0	26	1,7	0	0,0	0	0,0	16	0,9	26	1,5	2,31
1986	23	1,5	49	3,1	0	0,0	0	0,0	23	1,3	49	2,7	6,10
1987	55	3,5	104	6,6	6	2,5	6	2,5	61	3,4	110	6,1	7,27
1988	66	4,2	170	10,8	7	3,0	13	5,5	73	4,0	183	10,1	10,50
1989	91	5,8	261	16,6	15	6,4	28	11,9	106	5,6	289	16,0	13,97
1990	126	8,0	387	24,6	16	6,8	44	18,6	142	7,9	431	23,8	17,86
1991	162	10,3	549	34,9	21	8,9	65	27,5	183	10,1	614	33,9	18,41
1992	167	10,6	716	45,5	23	9,7	88	37,3	190	10,5	804	44,4	15,99
1993	146	9,2	862	54,7	20	8,5	108	45,8	166	9,2	970	53,6	20,43
1994	181	11,5	1043	66,2	32	13,6	140	59,3	213	11,8	1183	65,3	20,09
1995	185	11,7	1228	78,0	25	10,6	165	69,9	210	11,6	1393	76,9	21,27
1996	186	11,8	1414	89,8	40	16,9	205	86,9	226	12,5	1619	89,4	14,78
1997	132	8,4	1546	98,2	23	9,7	228	96,6	155	8,6	1774	98,0	14,78
30/6/1998	29	1,8	1575	100,0	8	3,4	236	100,0	37	2,0	1811	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 12. Κατανομή του αριθμού των δηλωθέντων κρουσμάτων ΣΕΑΑ στην Ελλάδα εφήβων και ενηλίκων ηλικίας 12 ετών και άνω, κατά φύλο και κατά ομάδες ηλικιών.

ΟΜΑΔΕΣ ΗΛΙΚΙΩΝ ΣΕ ΕΤΗ	ΑΝΔΡΕΣ		ΓΥΝΑΙΚΕΣ		ΣΥΝΟΛΟ	
	αριθμός	%	αριθμός	%	αριθμός	%
13-14	4	0,3	1	0,4	5	0,3
15-19	19	1,2	7	3,1	26	1,5
20-24	55	3,5	17	7,6	72	4,0
25-29	200	12,8	38	17,0	238	13,3
30-34	328	21,0	45	20,1	373	20,9
35-39	281	18,0	39	17,4	320	17,9
40-49	363	23,2	21	9,4	384	21,5
50-59	162	10,4	22	9,8	184	10,3
60 και άνω	120	7,7	28	12,5	148	8,3
Άγνωστη	29	1,9	6	2,7	35	2,0
ΣΥΝΟΛΟ	1561	100,0	224	100,0	1785	100,0



ΠΙΝΑΚΑΣ 13. Κατανομή του αριθμού των δηλωθέντων κρουσμάτων ΣΕΑΑ στην Ελλάδα εφήβων και ενηλίκων ηλικίας 12 ετών και άνω, κατά φύλο και κατά κατηγορία μετάδοσης της HIV λοίμωξης, μέχρι τις 30 Ιουνίου 1998.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ	ΑΝΔΡΕΣ		ΓΥΝΑΙΚΕΣ		ΣΥΝΟΛΟ	
	αριθμός	%	αριθμός	%	αριθμός	%
Ομοφυλόφιλοι και αμφιφυλόφιλοι άνδρες	1056	67,6	-	-	1056	59,2
Χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών	51	3,3	18	8,0	69	3,9
Ομοφυλόφιλοι και αμφιφυλόφιλοι χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών	9	0,6	-	-	9	0,5
Πολυμεταγγιζόμενοι με παράγωγα αίματος	99	6,3	5	2,2	104	5,8
Μεταγγιζόμενοι	31	2,0	25	11,2	56	3,1
Ετεροφυλόφιλοι	134	8,6	153	68,3	287	16,1
Ακαθόριστοι	181	11,6	23	10,3	204	11,4
ΣΥΝΟΛΟ	1561	100,0	224	100,0	1785	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 14. Κατανομή του αριθμού των δηλωθέντων κρουσμάτων ΣΕΑΑ στην Ελλάδα εφήβων και ενηλίκων ηλικίας 12 ετών και άνω, κατά φύλο και κατ'α υποκατηγορία ετεροφυλοφιλικής μετάδοσης της HIV λοίμωξης, μέχρι τις 30 Ιουνίου 1998.

ΥΠΟΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΤΕΡΟΦΥΛΟΦΙΛΙΚΗΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ	ΑΝΔΡΕΣ		ΓΥΝΑΙΚΕΣ		ΣΥΝΟΛΟ	
	αριθμός	%	αριθμός	%	αριθμός	%
Άτομο που γεννήθηκε στην Κεντρική Αφρική ή Καραϊβική	16	11,9	23	15,0	39	13,6
Ετεροφυλοφιλική σεξουαλική επαφή με άτομο που γεννήθηκε στην Κεντρική Αφρική ή Καραϊβική	85	63,4	13	8,5	98	34,1
Ετεροφυλοφιλική σεξουαλική επαφή με χρήστη ενδοφλέβιων ναρκωτικών	12	8,9	11	7,2	23	8,0
Ετεροφυλοφιλική σεξουαλική επαφή με αμφιφυλόφιλο άνδρα (μόνο για γυναίκες)	-	-	18	11,8	18	6,3
Ετεροφυλοφιλική σεξουαλική επαφή με πολυμεταγγιζόμενο με παράγωγα αίματος	1	0,8	5	3,3	6	2,1
Ετεροφυλοφιλική σεξουαλική επαφή με άτομο που μολύνθηκε μετά από μετάγγιση	1	0,8	1	0,6	2	0,7
Ετεροφυλοφιλική	19	14,2	58	37,9	77	26,8

σεξουαλική επαφή με άτομο HIV θατικό ακαθόριστης πηγής μόλυνσης						
Ετεροφυλοφιλική σεξουαλική επαφή με πολλαπλούς συντρόφους (μόνο για γυναίκες)	-	-	24	15,7	24	8,4
ΣΥΝΟΛΟ	134	100,0	153	100,0	287	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 15. Κατανομή του αριθμού των δηλωθέντων κρουσμάτων ΣΕΑΑ στην Ελλάδα παιδιών ηλικίας μέχρι 12 ετών, κατά φύλο και ομάδες ηλικιών μέχρι τις 30 Ιουνίου 1998.

ΟΜΑΔΕΣ ΗΛΙΚΙΩΝ	ΑΓΟΡΙΑ		ΚΟΡΙΤΣΙΑ		ΣΥΝΟΛΟ	
	αριθμός	%	αριθμός	%	αριθμός	%
0-11 μηνών	1	7,1	1	8,3	2	7,7
1-4 ετών	5	35,8	8	66,7	13	50,0
5-9 ετών	1	7,1	3	25,0	4	15,4
10-12 ετών	7	50,0	0	0,0	7	26,4
ΣΥΝΟΛΟ	14	100,0	12	100,0	26	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 16. Κατανομή του αριθμού των δηλωθέντων κρουσμάτων ΣΕΑΑ στην Ελλάδα παιδιών ηλικίας μέχρι 12 ετών, κατά φύλο και κατά κατηγορία μετάδοσης της HIV λοίμωξης, μέχρι τις 30 Ιουνίου 1998.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ	ΑΓΟΡΙΑ		ΚΟΡΙΤΣΙΑ		ΣΥΝΟΛΟ	
	αριθμός	%	αριθμός	%	αριθμός	%
Πολυμεταγγιζόμενα με παράγωγα αίματος παιδιά	8	57,1	0	0,0	8	30,8
Μεταγγιζόμενα παιδιά	0	0,0	2	16,7	2	7,7
Από μητέρα σε παιδί	6	42,9	10	83,3	16	61,5
Ακαθόριστα	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ΣΥΝΟΛΟ	14	100,0	12	100,0	26	100,0

(Δαρδαβέσης Ι.Θεόδωρος, 2003).

