

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΑΘΗΝΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ : ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Η.Ι.Υ. στην Περιγεννητική Περίοδο»

Σπουδάστρια :
Καραπαναγιώτη Ξανθή

Εισηγήτρια :
κ. Αντιγόνη Σαραντάκη

Αθήνα 2009



Ειδικά αφιερωμένη
Με αγάπη & εκτίμηση
στην κ. Αγγελική Σπυροπούλου
Προϊσταμένη Γραμματείας
του Τμήματος Μαιευτικής
Τ.Ε.Ι. ΑΘΗΝΑΣ

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	Σελ.
Εισαγωγή	5
1. ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΙΟΓΕΝΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ	6
1.1 Ορισμός – Ιδιότητες – Δομή των Ιών	6
1.2 Αλλαγές στην Ανοσιακή Απάντηση κατά την Κύηση	7
1.3 Μόλυνση του Εμβρυικού Κυττάρου από τους Ιούς	8
2. ΙΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΣΟΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ (HIV)	10
2.1 Πολλαπλασιασμός HIV	11
2.2 Παθογόνος δράση HIV	12
2.3 Κλινική Εικόνα της Λοίμωξης από του Ιούς της Ανθρώπινης Ανοσοανεπάρκειας (HIV I & HIV II)	14
2.4 Τρόποι Μετάδοσης του AIDS – Μηχανισμός Διασποράς & Μόλυνσης	16
2.5 Κλινική εικόνα – Γυναικολογικά ευρήματα	18
2.6 Διάγνωση της Λοίμωξης	19
3. ΛΟΙΜΩΞΗ HIV ΚΑΙ ΚΥΗΣΗ	21
4. HIV ΚΑΘΕΤΗ ΜΕΤΑΔΟΣΗ- HIV ΕΜΒΡΥΟ – HIV ΝΕΟΓΝΟ	22
4.1 HIV Παράγοντες Κινδύνου	25
4.2 Διάγνωση της Νόσου στο Νεογνό	28
4.3 Κλινικές Εκδηλώσεις στο Νεογνό	30
5. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ HIV ΛΟΙΜΩΞΗΣ – ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ- ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ AIDS	31
5.1 Θεραπεία για Εγκυμονούσες Γυναίκες με HIV	33

6 . ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΜΟΛΥΝΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ ΗΙΥ	34
6.1 Κίνδυνοι Επαγγελματικής Μόλυνσης στην Αίθουσα Τοκετού και στο Θάλαμο Νεογέννητων	36
6.2 Συμβουλευτική του Επαγγελματία Υγείας Μετά την Έκθεση στον ΗΙΥ και Βασικές Αρχές Αντιμετώπισης	37
7. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΗΙΥ	39
7.1 Δελτίο Επιδημιολογικής Επιτήρησης της ΗΙΥ/AIDS Λοίμωξης στην Ελλάδα	40
7.2 Επιδημιολογικά στοιχεία ΗΙΥ – Οροθετικά Παιδιά	49
7.3 Στατιστικά στοιχεία με Ευρωπαϊκά δεδομένα	50
8. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΗΙΥ	51
9. ΕΠΙΛΟΓΟΣ	54
10. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	55

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το 1978 μια καινούργια αρρώστια έκανε την εμφάνισή της σε ομοφυλόφιλους στη Νέα Υόρκη. Η ασθένεια αυτή προκαλούσε σπάνια νεοπλάσματα (σάρκωμα Karosi κ.α) και λοιμώξεις (π.χ. PC) και ονομάστηκε αρχικά Gay Syndrome. Λίγο αργότερα διαγνώστηκε σε ναρκομανείς, σεξουαλικούς συντρόφους των θυμάτων καθώς και σε πολυμεταγγιζόμενα άτομα όπως αιμορροφιλικούς. Η ασθένεια ονομάστηκε AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) δηλαδή Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας.

Το AIDS άρχισε να απασχολεί τις Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας το 1981. Το 1983 ανακαλύφθηκε ο ιός του λεμφαδενικού συνδρόμου (LAV) στο Ινστιτούτο Παστέρ στο Παρίσι (δρ. Luc Montangier) και λίγο αργότερα ο ιός HTLV III από τον R. Gallo (ΗΠΑ) το 1984. Έτσι σήμερα γνωρίζουμε ότι ο ιός HTLV III / LAV ή αλλιώς HIV είναι αυτός που προκαλεί το σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας. Το 1985 ανακαλύφθηκαν οι μέθοδοι ανίχνευσης των αντισωμάτων του ιού.

Σήμερα γνωρίζουμε ότι ο ιός HIV δεν προϋπήρχε. Πρόκειται για πρόσφατη μετάλλαξη του παρόμοιου ιού STLV-III που ενδημεί στους πράσινους πιθήκους της Αφρικής χωρίς να προκαλεί νόσο. Ο ιός αυτός έγινε παθογόνος για τον άνθρωπο και προκάλεσε μικροεπιδημίες τοπικά. Αργότερα οι κατάλληλες συνθήκες (διαφορετικά καθεστώτα και τρόποι ζωής) επέτρεψαν την γρήγορη εξάπλωση του σε μεγάλους πληθυσμούς κυρίως της κεντρικής Αφρικής. Από εκεί μεταδόθηκε στην Ευρώπη και στις Η.Π.Α. Το 1984 έκανε την εμφάνισή του στην Ελλάδα.

1. ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΙΟΓΕΝΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

Οι ιογενείς λοιμώξεις κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης έχουν συσχετιστεί με δυσμενή επίδραση στην εμβρυϊκή ανάπτυξη. Επιδημιολογικές κυρίως έρευνες έχουν δείξει αυξημένη συχνότητα αυτόματων εκτρώσεων μετά από λοίμωξη της εγκύου στο α΄ κυρίως τρίμηνο. Μετά την ιαμία της μητέρας ο ιός εισέρχεται στο κύημα. Η βλαπτική τους δράση οφείλεται κυρίως στη χρησιμοποίηση του συστήματος σύνθεσης πρωτεϊνών και πυρηνικού οξέως του εμβρυϊκού κυττάρου για την αναπαραγωγή του ίδιου του ιού.

Αποτέλεσμα της δράσης αυτής είναι η αναστολή της σύνθεσης ή η παρεμπόδιση της δράσης των πρωτεϊνών των εμβρυϊκών κυττάρων , η αναστολή των μιτώσεων και οι μεταλλάξεις στο γενετικό υλικό, που οδηγούν τελικά στη διακοπή της εμβρυοκυτταρικής ανάπτυξης.

Παράλληλα η ενεργοποίηση του ανοσολογικού μηχανισμού της εμβρυομητρικής μονάδας πυροδοτεί μια σειρά δευτεροπαθών φλεγμονωδών αντιδράσεων , όπως ενεργοποίηση κυτταροτοξικών λεμφοκυττάρων, κυτταρόλυση, δυσλειτουργία του πλακούντα κ.α., που οδηγούν έμμεσα στην καταστροφή του εμβρυϊκού κυττάρου.(ΤΟΜΑΚΙΔΗΣ, 1998)

1.1 Ορισμός –Ιδιότητες – Δομή Των Ιών

Ο όρος ιός (virus, στα Λατινικά σημαίνει δηλητήριο) χρησιμοποιήθηκε για να περιγράψει οργανισμούς μικρότερους από τα βακτήρια, που είναι ανίκανα να πολλαπλασιαστούν έξω από το ζωικό οργανισμό. Σήμερα , οι ιοί καθορίζονται με αυστηρά κριτήρια, τα σπουδαιότερα από τα οποία είναι *η χαρακτηριστική τους δομή* (σύμπλεγμα νουκλεϊκού οξέος και πρωτεΐνης, που περιβάλλεται από ένα εξωτερικό περίβλημα βίριο – καψίδιο –νουκλεϊκό οξύ) και *ο τρόπος αντιγραφής τους* (ο διαχωρισμός του ιού σε συστατικά μετά την εισαγωγή του στο κύτταρο ξενιστή, η χρήση του μηχανισμού του κυττάρου ξενιστή για τη σύνθεση συστατικών κωδικοποιημένων από τα γονίδια του ιού και τέλος ο σχηματισμός νέων σωματιδίων του ιού με συναρμολόγηση).

Οι ιοί είναι τα μικρότερα γνωστά «μολυσματικά μέσα». Τρεις κυρίως ιδιότητες τους διακρίνουν από τους άλλους μικροοργανισμούς.

α) *το μικρό μέγεθος* 10-300nm(τα βακτήρια έχουν μέγεθος περίπου 1.000 nm και τα ερυθροκύτταρα 7.500 nm)

β) *το γονιδίωμα* των ιών μπορεί να είναι RNA ή DNA. Οι ιοί περιέχουν μόνο ένα τύπο νουκλεϊκού οξέως

γ) *είναι μεταβολικά αδρανείς* δηλ. δεν έχουν μεταβολική δραστηριότητα έξω από το κύτταρο ξενιστή. Δεν έχουν ριβοσώματα ή συσκευή πρωτεϊνικής σύνθεσης και επομένως δεν μπορούν να πολλαπλασιαστούν σε άψυχα υλικά. Μετά την είσοδό τους σε ένα ευαίσθητο κύτταρο, το γονιδίωμα (ή νουκλεϊκό οξύ) του ιού μεταγράφεται σε (ή το ίδιο δρα ως) αγγελιαφόρος RNA (mRNA) ειδικό για τον ιό και κατευθύνει την αντιγραφή των σωματιδίων του ιού.

Οι δομές που αποτελούν το σωματίδιο του ιού είναι οι εξής:

- Βίριο – το άθικτο σωματίδιο του ιού
- Καψίδιο – το πρωτεϊνικό περίβλημα
- Καπομερίδιο –πρωτεϊνικές δομικές μονάδες από τις οποίες συντίθεται το καψίδιο
- Νουκλεϊκό οξύ - RNA ή DNA
- Έλυτρο –εξωτερικό περίβλημα (λιποπρωτεϊνικό) που υπάρχει σε ορισμένους ιούς και περιέχει αντιγόνα του ιού. (ΤΟΜΑΚΙΔΗΣ , 1998)

1.2 Αλλαγές στην Ανοσιακή Απάντηση κατά την Κύηση

Η άμυνα του οργανισμού έναντι των ιών επιτυγχάνεται με *μη ειδικούς αμυντικούς μηχανισμούς* (ιντερφερόνες –φαγοκυττάρωση –ουδετερόφιλα πολυμορφοπύρρηνα λευκοκύτταρα –μακροφάγα μονοκύτταρα κ.α.) *και με ειδικούς αμυντικούς μηχανισμούς* (ανοσοσφαιρίνες IgM, IgG, IgA και κυτταρική ανοσία κυρίως με τα Τ-λεμφοκύτταρα).

Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης υπάρχουν αλλαγές στην ανοσιακή απάντηση της εγκύου έναντι των διαφόρων λοιμώξεων , οι οποίες είναι αποτέλεσμα της μετατροπής της μητρικής άνοσης απάντησης στο ίδιο το

φαινόμενο της κύησης, προκειμένου να κυοφορηθεί το ημιαλλογενές έμβρυο.

Μερικές αλλαγές στο ανοσοποιητικό σύστημα της κυοφορούσας είναι οι εξής:

- Ήπια αύξηση των λευκοκυττάρων στο επίπεδο των 10.000 - 12.000/mm³ , συχνά με αύξηση των πολυμορφοπύρηνων
- Μείωση του αριθμού των helper-T-λεμφοκυττάρων κυρίως κατά το α' τρίμηνο, τα οποία είναι φορείς της κυτταρικής ανοσίας. In vitro μελέτες έχουν δείξει καταστολή της άνοσης κυτταρικής απάντησης στους ιούς. Δοκιμασίες στην απάντηση από τα T-κύτταρα σε διαλυτά αντιγόνα που προέρχονται από παθογόνους μικροοργανισμούς έδειξαν μειωμένη κυτταρική αντίδραση.
- Οι δραστηριότητα των φυσικών κυτταροκτόνων κυττάρων (Natural Killer cells , NK-cells) φαίνεται να είναι μειωμένη στην κύηση.
- Τα φαγοκύτταρα φαίνεται να διαθέτουν σημαντικά μειωμένη χημειοταξία και συγκολλητικότητα στις έγκυες γυναίκες.

1.3 Μόλυνση του Εμβρυϊκού Κυττάρου από τους Ιούς

Το έμβρυο προσβάλλεται από την στιγμή που η μητέρα παρουσιάζει ιαίμια. Διαμέσου της μητρικής κυκλοφορίας , ο ιός εισέρχεται στον πλακούντα (τροφοβλάστη) και στη συνέχεια στην εμβρυϊκή κυκλοφορία.

Οι συνέπειες της εμβρυϊκής λοίμωξης είναι ανάλογες με την τοξικότητα του ιού και εξαρτάται από τον τροπισμό του, δηλ. σε ποια κυρίως όργανα εισβάλλει και προκαλεί ειδικές βλάβες. Καθοριστικός παράγοντας είναι η ηλικία της κύησης, όσο μικρότερη τόσο πιθανότερη η πρόκληση εμβρυϊκού θανάτου ή αυτόματης έκτρωσης.

Διαπλακουντιακή μετάδοση μιας λοίμωξης από την μητέρα στο έμβρυο δεν συνεπάγεται απαραίτητα εμβρυϊκή βλάβη ή αυτόματη έκτρωση, εάν η μητέρα έχει αναπτύξει μια αποτελεσματική χυμική άνοση απάντηση, λόγω παλαιότερης λοίμωξης και τότε η πιθανότητα σοβαρής εμβρυϊκής προσβολής είναι μικρή έως ελάχιστη. Αντίθετα σοβαρός κίνδυνος υπάρχει για το έμβρυο

του οποίου η μητέρα δεν είχε παλαιότερη επαφή με το λοιμογόνο παράγοντα. Οι ιοί επειδή δεν έχουν δική τους μεταβολική και αναπαραγωγική ικανότητα, αναπαράγονται χρησιμοποιώντας το βιοχημικό μηχανισμό του κυττάρου ξενιστή, τον οποίο κατευθύνουν στην κατασκευή των συστατικών του ιού.(πίνακας1).

Πίνακας 1. Στάδια αναπαραγωγής του ιού

1. Προσρόφηση στην κυτταρική μεμβράνη
2. Είσοδος στο κυτταρόπλασμα
3. Αποκάλυψη πυρηνικού οξέος
4. Μεταγραφή πυρηνικού οξέως
5. Σύνθεση των συστατικών του ιού
6. Συναρμολόγηση του ιού
7. Απελευθέρωση του ιού

Πηγή: Κουμαντάκης Ε., Σηφάκης Στ. 1998

Μετά τη είσοδο του ιού στο εμβρυϊκό κύτταρο ακολουθεί είτε *κυτταρικός θάνατος* είτε *λανθάνουσα μόλυνση* η οποία μπορεί να ενεργοποιηθεί σε κάποιο στάδιο της κύησης και να προκαλέσει κυτταρική βλάβη (συγγενείς ανωμαλίες) ή θάνατο. Η αναπαραγωγή του ιού στο κύτταρο του ξενιστή μπορεί να οδηγήσει στην καταστροφή του κυττάρου (πίνακας 2).

Πίνακας 2. Μηχανισμοί καταστροφής εμβρυϊκού κυττάρου μετά την είσοδο του ιού

Άμεσοι μηχανισμοί

- Παρέμβαση στη σύνθεση και λειτουργία των πρωτεϊνών
- Ενεργοποίηση κυτταροτοξικών αμυντικών μηχανισμών
- Αναστολή των μιτώσεων
- Βλάβη στο γενετικό υλικό

Έμμεσοι μηχανισμοί

- Ενεργοποίηση ανοσολογικού μηχανισμού με πρόκληση ποικίλων δευτεροπαθών φλεγμονωδών αντιδράσεων
- Πλακουντιακή δυσλειτουργία

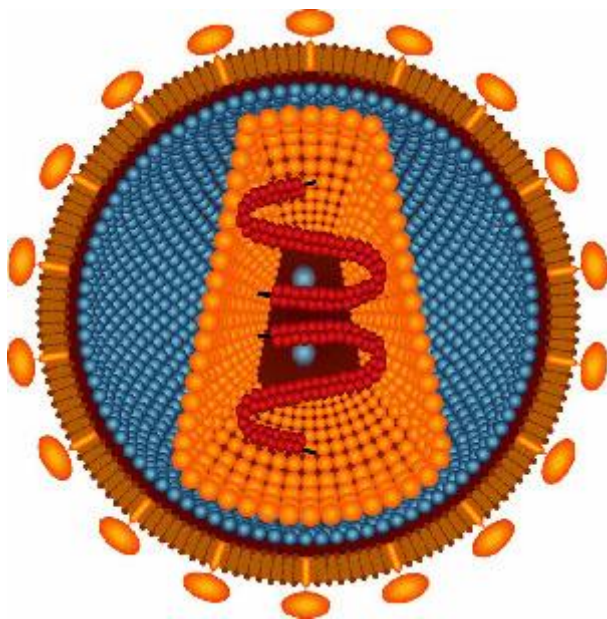
Πηγή: Κουμαντάκης Ε., Σηφάκης Στ. 1998

2. ΙΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΣΟΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ (HIV) – ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΗΣ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ ΑΝΟΣΟΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ (AIDS)

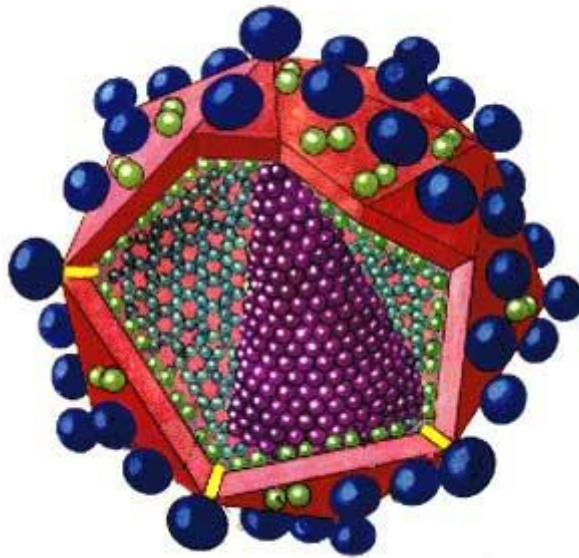
Ο αιτιολογικός παράγοντας του AIDS έχει αποδειχθεί ότι είναι ο ιός της ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου HIV. Ο ιός αυτός ανήκει σε μια μεγάλη ομάδα RNA ιών τους ρετροϊούς και συγκεκριμένα στην ομάδα των HTLV ρετροϊοί (HTLV-I II, III).

Κοινό χαρακτηριστικό των ρετροϊών αποτελεί η δυνατότητά τους να αναστρέφουν την γνωστή ροή των γενετικών πληροφοριών και να χρησιμοποιούν το ιικό RNA για την παραγωγή DNA το οποίο ενσωματώνεται στο γενετικό υλικό του κυττάρου. Η διεργασία αυτή γίνεται μέσω της ανάστροφης τρανσκριπτάσης (RT). Ανάλογα με τη δράση τους διακρίνονται σε *ενδογενείς* και *εξωγενείς*. Οι *ενδογενείς ρετροϊοί* που είναι ενσωματωμένοι στο DNA του κυττάρου ξενιστή βρίσκονται σε αδρανή κατάσταση αλλά μπορούν να ενεργοποιηθούν από διάφορους εξωτερικούς παράγοντες. Οι *εξωγενείς* αντίθετα μετασχηματίζουν ή καταστρέφουν τα κύτταρα που προσβάλλουν.

Ο ρετροϊός HIV είναι σφαιροειδής και περιβάλλεται από λιπιδική μεμβράνη, ενώ προς τα έξω προβάλλουν σχηματισμοί γλυκοπρωτεϊνικής φύσης (GP 41, GP 120). Ο πυρήνας του ιού αποτελείται από τις πρωτεΐνες p24 και p28, από το RNA του ιού και από το ένζυμο ανάστροφη μεταγραφάση.



Εικόνα 1: Ιός του AIDS



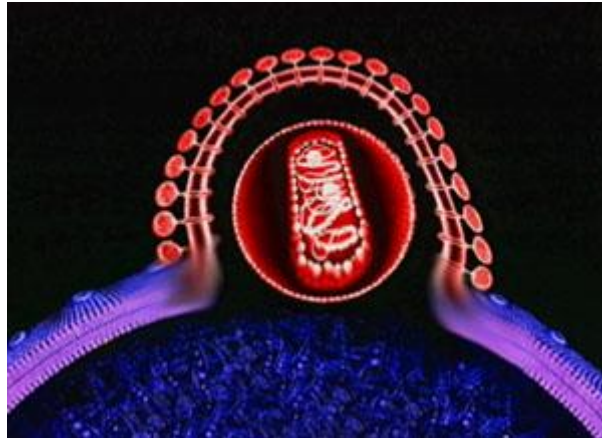
Εικόνα 2: Σχηματική παράσταση του HIV
κόκκινο εικοσάεδρο: πρωτεϊνικό περίβλημα
μπλέ σφαίρες: επιφανειακές πρωτεΐνες που συνδέονται με τα CD4 T-λεμφοκύτταρα
μωβ κώνος: φάκελος με γενετικό υλικό (RNA)

2.1. Πολλαπλασιασμός HIV :

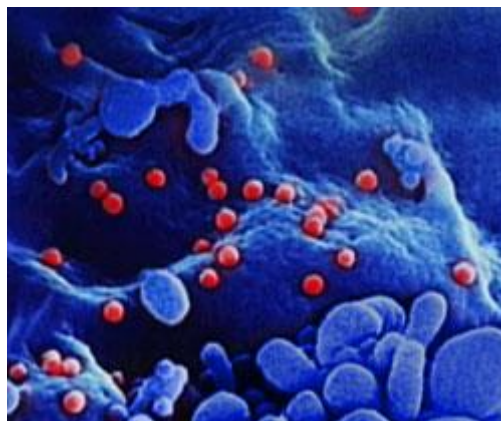
Ο HIV προσκολλάται σε ειδικούς υποδοχείς CD₄ που βρίσκονται στα λεμφοκύτταρα, τα μακροφάγα και τα κύτταρα ΚΝΣ με την γλυκοπρωτεΐνη του περιβλήματος. Μετά την είσοδο του ιού στο κύτταρο, ενισχύεται το γενετικό του υλικό από το οποίο μέσω της RT παράγεται απλή αλυσίδα DNA αντίγραφο του ιικού RNA το οποίο 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 RNA αποτελεί το προϊόν. Παραγωγή πλήρων HIV γίνεται σποραδικά και μόνο από μερικά από τα προσβεβλημένα κύτταρα. (ΚΟΥΤΗΣ , 1999)

Ο ιός της ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου (Human Immunodeficiency Virus/HIV-I και HIV-II) προκαλεί το σύνδρομο της επίκτητης ανοσοανεπάρκειας (Acquired Immunodeficiency Syndrome – AIDS) Ο HIV-I

είναι πολύ συχνότερος από τον HIV-II σε χώρες της Αμερικής και της Ευρώπης. (ΙΑΤΡΑΚΗΣ 2006)



Εικόνα 3: Είσοδος του HIV σε κύτταρο CD4



Εικόνα 4: Εκβλάστηση (budding) αντιγράφων του HIV από ένα CD4 T-λεμφοκύτταρο

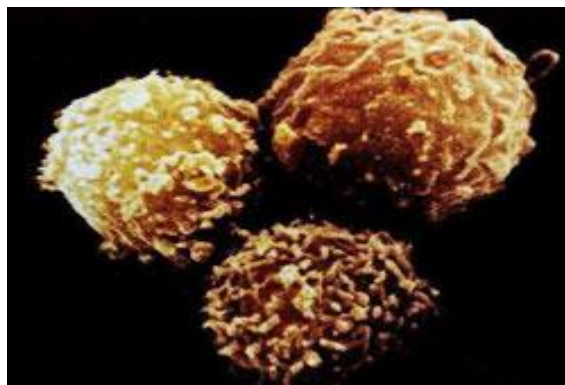
2.2 Παθογόνος Δράση HIV

Για να κατανοήσουμε την ασθένεια του AIDS πρέπει πρώτα να δούμε πως καταστρέφεται το ανοσοποιητικό σύστημα του ανθρώπου από τον HIV.

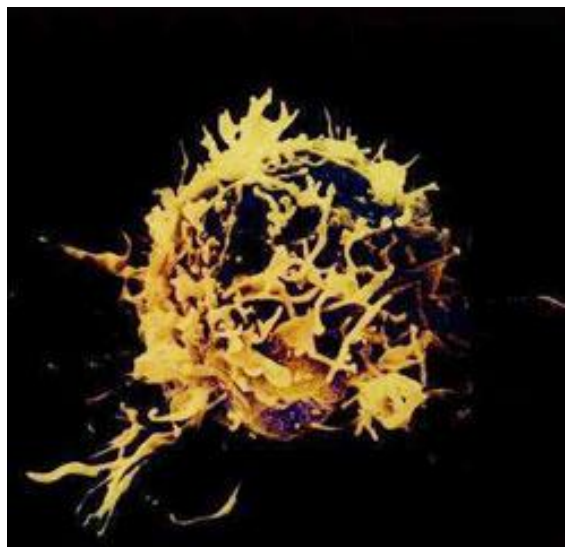
Στην άμυνα του οργανισμού σημαντικότερο ρόλο παίζουν τα λεμφοκύτταρα που κυκλοφορούν στο αίμα και χωρίζονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες τα Τ και Β λεμφοκύτταρα.

Τα Τ λεμφοκύτταρα είναι υπεύθυνα για τη κυτταρική ανοσία δηλαδή για την παραγωγή ανοσοσφαιρινών (πρωτεϊνικά μόρια) που προσβάλλουν τα αντιγόνα (ξένες ουσίες).

Τα Β λεμφοκύτταρα είναι υπεύθυνα για την χυμική ανοσία, που μεταξύ άλλων περιλαμβάνει μηχανισμούς απόρριψης μεταμοσχευθέντων οργάνων και ανοσίας εναντίον διάφορων λοιμογόνων παραγόντων (ιούς, μύκητες κ.α). Τα Τ λεμφοκύτταρα χωρίζονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες από τις οποίες σπουδαιότερες είναι τα Τ-βοηθητικά κύτταρα (T_4 ή T_H) και τα Τ-κατασταλτικά κύτταρα (T_8 ή T_s). Τα T_4 ασκούν επαγωγική δράση στα Β και T_8 λεμφοκύτταρα ενώ τα T_8 είναι υπεύθυνα για διάφορες αμυντικές λειτουργίες (π.χ. παραγωγή ανοσοσφαιρινών) και ο αριθμός τους εξαρτάται από τον πληθυσμό των T_4 . Ο ιός του AIDS μεταβάλλει τον ρυθμό αύξησης και την λειτουργικότητα των T_4 λεμφοκυττάρων προσβάλλοντας τα, με αποτέλεσμα τη διαταραχή ολόκληρου του ανοσοποιητικού συστήματος και τη διαταραχή του λόγου T_4/T_8 , που έχει φυσιολογική τιμή 2 και τώρα παίρνει τιμή μικρότερη από 1. (ΚΟΥΤΗΣ, 1999)



Εικόνα 5: Β Λεμφοκύτταρα



Εικόνα 6: Τ Λεμφοκύτταρο

2.3 Κλινική Εικόνα της Λοίμωξης από τους Ιούς της Ανθρώπινης Ανοσοανεπάρκειας (HIV I & HIV II)

Μετά τη μόλυνση από τον ιό επακολουθεί μια σειρά φαινόμενων και μετά από πολυετή πορεία εκδηλώνεται το πλήρες σύνδρομο της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας.

Τα στάδια αυτά είναι :

Πρωτογενής λοίμωξη. Μετά την έκθεση στον κίνδυνο της λοίμωξης ένα ποσοστό ατόμων ανάλογο με το είδος της έκθεσης θα μολυνθεί. Επί 3 εβδομάδες έως 12 μήνες μετά την μόλυνση δεν υπάρχει κανένα εργαστηριακό ή κλινικό εύρημα, ώσπου να εμφανιστούν αντισώματα κατά του ιού στον ορό του ασθενούς. Η μετατροπή συνοδεύεται σε ένα ποσοστό αρρώστων από ένα σύνδρομο που μοιάζει με λοιμώδη μονοπυρήνωση . Τα κλινικά συμπτώματα είναι πυρετός , κακουχία, ανορεξία, απώλεια βάρους, διόγκωση λεμφαδένων κ.α. Τα συμπτώματα αυτά διαρκούν 10 ημέρες ή και περισσότερο και μετά ο ασθενής αισθάνεται τελείως καλά.

Ακολουθεί μια τελείως ασυμπτωματική φάση διάρκειας συνήθως 6-12 μηνών καμιά φορά και πολλών ετών, οπότε εγκαθίσταται *γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια*. Οι λεμφαδένες εμφανίζονται διογκωμένοι, πολλαπλοί ευκίνητοι και ανώδυνοι.

Επί 3 έως 5 έτη ή και περισσότερα χρόνια δεν υπάρχουν άλλα συμπτώματα, όσο όμως λιγοστεύουν τα T₄ λεμφοκύτταρα αρχίζουν να εμφανίζονται διάφορα συμπτώματα, όπως πυρετός, διάρροια, απώλεια βάρους, καθώς και υποτροπιάζουσες στοματικές μυκητιάσεις και λοιμώξεις από έρπητα, όχι όμως ευκαιριακές λοιμώξεις που θέτουν τη διάγνωση του πλήρους AIDS. Το σύνδρομο αυτό που παλαιότερα είχε ονομαστεί ARC (Aids Related Complex) *σύμπλεγμα σχετιζόμενο με το AIDS* διαρκεί από λίγους μήνες έως λίγα χρόνια και επακολουθεί το *πλήρες AIDS*, όπου έχουμε πλήρη έλλειψη κυτταρικής ανοσίας (πλήρη καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος) με συνέπεια την εμφάνιση ευκαιριακών λοιμώξεων, νεοπλασμάτων, νευρολογικών συμπτωμάτων, ψυχιατρικών διαταραχών και διαφόρων άλλων κλινικών και εργαστηριακών εκδηλώσεων. Μετά από μια

ανελέητη πορεία που περιλαμβάνει και αρκετές νοσοκομειακές νοσηλείες, επέρχεται ο θάνατος. (ΚΟΥΤΗΣ 1999, ΠΑΠΑΔΑΤΟΣ - ΚΟΣΜΙΔΗΣ 1994)

Η συνεχής μείωση των T4 λεμφοκυττάρων αποδιοργανώνει το ανολογικό σύστημα με αποτέλεσμα να αναζωπυρώνονται παλαιότερες λοιμώξεις, το αίτιο των οποίων βρίσκονταν σε λαθροβίωση ή εμφανίζονται καινούργιες που φυσιολογικά δεν θα εμφανίζονταν σε ανοσολογικά επαρκή οργανισμό. Οι λοιμώξεις αυτές λέγονται *ευκαιριακές* και οι σπουδαιότερες από αυτές είναι ανά σύστημα οι παρακάτω :

- Πνευμονικές λοιμώξεις* με συχνότερη πνευμονία στο AIDS (μέχρι 85% στις ΗΠΑ και την Ευρώπη) είναι εκείνη που οφείλεται στον μύκητα πνευμοκύστη .

- Λοιμώξεις του ΚΝΣ* Το τοξόπλασμα προσβάλλει συχνά τον εγκέφαλο στο AIDS προκαλώντας διανοητική σύγχυση, σπασμούς, κώμα κ.α.

- Λοιμώξεις του πεπτικού συστήματος και των χοληφόρων οδών.* Συχνή είναι η εμφάνιση ηπατίτιδας Β.

- Από τα *νεοπλάσματα* το πιο σημαντικό είναι το *σάρκωμα Kaposi (KS)* που μαζί με το λέμφωμα *Hodgkin's* αποτελούν την πιο χαρακτηριστική πάθηση των ομοφυλοφίλων στο AIDS.

- Οι πιο συχνές *αιματολογικές διαταραχές* είναι, η αναιμία (80% των περιπτώσεων) η λευκοπενία που οφείλεται στη μείωση των T4 λεμφοκυττάρων, θρομβοπενία ενώ στο μυελό των οστών προκαλούνται μυελοδυσπλαστικές αλλοιώσεις.

- Νευρολογικές διαταραχές* όπως το σύμπλεγμα άνοιας του AIDS

- Ψυχιατρικά προβλήματα* που οφείλονται τόσο στις λοιμώξεις του AIDS όσο και στην ψυχολογική επιβάρυνση του νοσούντα από τα κοινωνικά προβλήματα που προκαλεί η νόσος. (ΚΟΥΤΗΣ, 1999)

2.4 Τρόποι Μετάδοσης Του AIDS – Μηχανισμός Διασποράς & Μόλυνσης

Τα υπάρχοντα επιδημιολογικά στοιχεία έχουν ενοχοποιήσει για τη μετάδοση του HIV μόνο, το αίμα, το σπέρμα, τα εκκρίματα του κόλπου και πιθανόν το μητρικό γάλα, παρόλο που ο ιός έχει απομονωθεί και στο σάλιο, στα δάκρυα, στα ούρα, στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό, στο αμνιακό υγρό και πιθανόν να υπάρχει και σε άλλα εκκρίματα και απεκκρίματα. Αναλυτικότερα για τον ιό HIV έχουμε τους ακόλουθους τρόπους μετάδοσης:

α) Αιματογενώς Με τον τρόπο αυτό μεταδίδεται το AIDS σε τοξικομανείς, αιμορροφιλικούς και πολυμεταγγιζόμενα άτομα. Η μετάδοση οφείλεται στη μεταφορά μικρών ποσοτήτων αίματος με την κοινή χρήση βελόνας ή σύριγγας.

Στα αιμορροφιλικά ή πολυμεταγγιζόμενα άτομα το AIDS μπορεί να μεταδοθεί είτε από το ολικό αίμα, είτε με ορισμένα παράγωγά του, ιδιαίτερα δε με τους συμπυκνωμένους παράγοντες VIII, IX, πλάσμα κ.α. (ΚΟΥΤΗΣ, 1999)

β) Σεξουαλική μετάδοση: Η μετάδοση της νόσου γίνεται σε πολύ μεγάλο βαθμό με την σεξουαλική επαφή σε ομοφυλόφιλους ή αμφιφυλόφιλους. Η παρά φύση σεξουαλική πράξη είναι η πιο συχνή οδός μετάδοσης γιατί αφενός προκαλεί μεγάλες λύσεις των βλεννογόνων και αφετέρου ο βλεννογόνος του πρωκτού είναι πλούσιος σε λεμφοκύτταρα που είναι τα κύτταρα στόχος του ιού.

Επειδή η μετάδοση της νόσου γίνεται σε μεγάλο ποσοστό με τη σεξουαλική επαφή, για αυτό και το 80% των γυναικών με λοίμωξη HIV βρίσκονται σε αναπαραγωγική ηλικία. (ΙΑΤΡΑΚΗΣ, 2006).

Όπως και τα άτομα με έντονη ανοσοκαταστολή, έτσι και εκείνα με μικρότερα βαθμό ανοσοκαταστολής έχουν υψηλές συγκεντρώσεις του HIV-I στο κατώτερο γεννητικό σύστημα και παράλληλα μπορεί να είναι περισσότερο σεξουαλικά ενεργή από τα πρώτα. Η σύφιλη αυξάνει την πιθανότητα προσβολής από τον HIV. (ΙΑΤΡΑΚΗΣ, 2006).

γ) Περιγεννητική και κάθετη μετάδοση: Η μετάδοση γίνεται από την μητέρα που έχει προσβληθεί στο κύημα ή στο νεογνό κατά τον τοκετό ή λίγο μετά την γέννηση. Έχουν δημοσιευτεί περιπτώσεις μετάδοσης της νόσου κατά την

εγκυμοσύνη και τον τοκετό σε νεογνά που δεν είχαν καμία επαφή με τη μητέρα τους μετά τη γέννηση. Επίσης υπάρχει μόλυνση και σε τοκετό με καισαρική τομή καθώς και με τον θηλασμό. Η κάθετη μετάδοση δεν είναι αναπόφευκτη αφού υπάρχει πιθανότητα προσβολής του νεογνού από την μητέρα. Η συχνότητα μόλυνσης του κυήματος κυμαίνεται από 10% μέχρι 40%. Ο ιός *δεν προκαλεί συγγενείς ανωμαλίες*, αλλά λοίμωξη ανάλογη με αυτή των ενηλίκων, με ταχύτερη όμως εξέλιξη. Το 50% περίπου των νεογνών με συγγενή λοίμωξη εμφανίζουν κλινικές εκδηλώσεις πριν συμπληρώσουν το πρώτο έτος με έναρξη των εκδηλώσεων περίπου κατά τον έκτο μήνα. Συνολικά περισσότερα από 60% των νεογνών θα εμφανίσουν κλινική συμπτωματολογία μέχρι το τρίτο έτος. Η διάρκεια επιβίωσης των προσβληθέντων νεογνών εξαρτάται από την ηλικία έναρξης των συμπτωμάτων. Παιδιά με εκδηλώσεις πριν από τη συμπλήρωση του πρώτου έτους έχουν βραχύτερο χρόνο επιβίωσης από εκείνα στα οποία οι εκδηλώσεις εμφανιστήκαν αργότερα. Γενικά το 75% των παιδιών δεν επιβιώνει περισσότερα από δύο χρόνια μετά την έναρξη των συμπτωμάτων.(ΛΩΛΗΣ, 1995)

δ) Αφανής μόλυνση : Είναι δυνατόν η μετάδοση να γίνει με είσοδο μικρής ποσότητας αίματος ή άλλων υγρών και εκκρινμάτων ασθενών με AIDS, από τις αμυχές του δέρματος με την κοινή χρήση αντικειμένων. Εδώ πρέπει να αναφέρουμε και τις περιπτώσεις επαγγελματικής λοίμωξης με τον ιό HIV, οι οποίοι εκτίθενται στο ιό , με συνηθέστερη έκθεση το τρύπημα με βελόνη.

Το AIDS δεν μεταδίδεται : Με τη συνηθισμένη κοινωνική επαφή , με τον αέρα, το νερό και την τροφή. Δεν μεταδίδεται από τα πιάτα , τα ποτήρια, τη χειραψία, με το απλό φιλί, από μπάνιο σε πισίνα, από νύγματα εντόμων και την συγκατοίκηση. Ο ιός δεν επιβιώνει για μεγάλο χρονικό διάστημα σε εξωτερικό περιβάλλον. Είναι ευπαθής στα κοινά αντισηπτικά (χλωρίνη , οινόπνευμα κ.α.)

2.5 Κλινική Εικόνα – Γυναικολογικά Ευρήματα

Στις HIV οροθετικές γυναίκες, υπάρχει αυξημένη συχνότητα ανωμαλιών κυτταρολογικών ευρημάτων στα επιχρίσματα Παπανικολάου όπως και αυξημένη συχνότητα παρουσίας κονδυλωμάτων σε άμεση αντιστοιχία με τον βαθμό της ανοσοανεπάρκειας (ΙΑΤΡΑΚΗΣ, 2006 , CHALERMCHOCK-CHAROENKIT et al, 2006).

Επίσης ο τράχηλος , ο κόλπος, το αιδοίο, το περίνεο και ο πρωκτός είναι πιθανότερα να προσβληθούν από ενδοεπιθηλιακές ή διηθητικές βλάβες και υπάρχουν μεγαλύτερες συχνότητες επιμονής, επιδείνωσης και υποτροπής των προκαρκινικών βλαβών. Επομένως οι HIV οροθετικές γυναίκες είναι απαραίτητο να ελέγχονται συχνότερα σε 6-μηνα μεσοδιαστήματα και να παραπέμπονται ευκολότερα για κολποσκόπηση.

Σε γυναίκα που είναι θετική στον HIV και έχει βρεθεί στο κυτταρολογικό της επίχρισμα ASCUS , η πιθανότητα κακοήθους νόσου μπορεί να φθάσει μέχρι και το 38%. Στη διάρκεια της κύησης, οι γυναίκες με προηγούμενα φυσιολογικά επιχρίσματα αλλά χαμηλές τιμές των CD4+ πρέπει να υποβάλλονται σε νέα εξέταση Παπανικολάου. (ΙΑΤΡΑΚΗΣ, 2006)

Η μυκητιασική κολπίτιδα και η πυελική φλεγμονώδης νόσος είναι πιθανώς συχνότερες στις HIV οροθετικές γυναίκες συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό

Φάνηκε επίσης ότι στο γυναικείο γεννητικό σύστημα, το ιικό φορτίο του HIV παρουσιάζει αντίστροφη σχέση με την παρουσία του γαλακτοβάκιλλου, ενώ σχετίζεται θετικά με την βακτηριδιακή κολπίτιδα και την παρουσία μυκοπλάσματος hominis .

Επίσης η HIV λοίμωξη επηρεάζει αρνητικά τη γονιμότητα και μπορεί να αυξήσει τα ποσοστά μη καλής έκβασης της κύησης Συγκριτικά με τις υγιείς γυναίκες , οι ασθενείς με HIV λοίμωξη, που βρίσκονται σε καλή γενική κατάσταση, παρουσιάζουν παρόμοια ωοθηκική απάντηση στη φαρμακευτική διέγερση των ωοθηκών. Από περιορισμένα στοιχεία , δεν φάνηκε να υπάρχουν σημαντικές διαφορές στα ποσοστά επιπλοκών μεταξύ των HIV (+) γυναικών συγκριτικά με τις HIV (-) μετά από ολική υστερεκτομία. (ΙΑΤΡΑΚΗΣ , 2006).

2.6 Διάγνωση της Λοίμωξης

Η εργαστηριακή διάγνωση της λοίμωξης σε ενήλικες και φυσικά σε εγκύους επιτυγχάνεται:

--με απομόνωση του ιού από καλλιέργειες λεμφοκυττάρων του μολυσμένου ατόμου.

--με ανίχνευση αντιγόνων του ιού στον ορό και στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ENY)

--με τον προσδιορισμό των αντισωμάτων έναντι του HIV στον ορό του εξεταζομένου ατόμου.

Από τις προαναφερόμενες μεθόδους οι δύο πρώτες είναι δαπανηρές και απαιτούν την ύπαρξη καλά οργανωμένων εργαστηρίων και ειδικευμένο προσωπικό. Έτσι η μέθοδος που επικράτησε και χρησιμοποιείται ευρύτατα είναι η διάγνωση της HIV λοίμωξης που βασίζεται στην πιστοποίηση της παρουσίας των αντισωμάτων IgG & IgM κατά του HIV. Σχεδόν όλα τα άτομα που μολύνθηκαν, αναπτύσσουν αντισώματα έναντι του HIV , τα οποία φαίνεται να διαρκούν εφόρου ζωής. (ΚΑΛΟΓΕΡΟΠΟΥΛΟΣ . 1996)

Σήμερα διεθνώς αλλά και στη χώρα μας για τον προσδιορισμό των αντισωμάτων χρησιμοποιούνται οι εξής μέθοδοι :

- Ανοσοενζυμική μέθοδο ELIZA, EIA. Γίνεται ως αρχική διεργασία και είναι εύκολη , φθηνή και εξαιρετικά ευαίσθητη. Η ειδικότητα και η ευαισθησία της ELIZA έχουν σημαντικά βελτιωθεί με τη χρησιμοποίηση καθαρού αντιγόνου του ιού, που λαμβάνεται με τη μέθοδο του ανασυνδυασμένου DNA. Σε γυναίκες με αντισυλληπτικά , σε έγκυες και σε ορισμένους τύπους HLA δίνονται ψευδώς θετικά αποτελέσματα σε αναλογία 5%. (ΚΑΛΟΓΕΡΟΠΟΥΛΟΣ , 1996)
- Το θετικό αποτέλεσμα της προηγούμενης εξέτασης επιβεβαιώνεται με Western-blot. Πλεονέκτημα της μεθόδου αυτής είναι ότι μπορεί να καθορίσει το είδος των ειδικών αντισωμάτων που αναπτύσσονται προς τα διάφορα αντιγόνα του ιού. Αυτό είναι ενδιαφέρον, γιατί για την πορεία της φυσικής λοίμωξης ιδιαίτερη σημασία έχουν τα αντισώματα κατά του πυρήνα του ιού p24 και του περιβλήματος gp120 & gp41. Η ευαισθησία και η ειδικότητα της μεθόδου θεωρείται ότι προσεγγίζουν το

100%. Η ανίχνευση των αντιγόνων του ιού (και κυρίως του αντιγόνου p24) στον ορό υπερτερεί σε σχέση με την ανίχνευση αντισωμάτων, διότι είναι δηλωτική ενεργού λοίμωξης και διότι δεν παρουσιάζει το «φαινόμενο του παραθύρου».

Η εφαρμογή της μεθόδου προσδιορισμού του αντιγόνου γίνεται:

--στα αρχικά στάδια της λοίμωξης πριν την ορομετατροπή (περίοδος παραθύρου)

--για προγνωστικούς λόγους σε φορείς και ασθενείς (παραμονή ή επανεμφάνιση του αντιγόνου αποτελεί δυσοίωνο δείκτη)

--για διαφορική διάγνωση ανοσοανεπαρκειών άλλου τύπου

--για τη διάγνωση της λοίμωξης στα νεογνά και βρέφη μητέρων φορέων του ιού.

- Κυτταροκαλλιέργεια για αναζήτηση του ιού στο αίμα και στο κολπικό-τραχηλικό έκκριμα.
- Ανίχνευση του DNA του ιού στα κύτταρα του αίματος και στο κολπικό-τραχηλικό έκκριμα με PCR.(μέθοδος της αλυσιδωτής αντίδρασης της πολυμεράσης).

Άμεση διάγνωση της HIV λοίμωξης στα έμβρυα θα μπορούσε θεωρητικά να γίνει με την μέθοδο της αλυσιδωτής αντίδρασης με πολυμεράση -PCR για ανίχνευση του DNA του ιού σε δείγμα περιφερικού αίματος του εμβρύου που πάρθηκε κάτω από υπερηχογραφική καθοδήγηση αλλά έτσι υπάρχει κίνδυνος μετάδοσης μόλυνσης στο έμβρυο (ΙΑΤΡΑΚΗΣ , 2004).

Στη διάγνωση πρέπει πάντοτε να λαμβάνονται υπόψη εκδηλώσεις του συνδρόμου, που είναι:

- Το χρόνιο αίσθημα κόπωσης
- ο ανεξήγητος χρόνιος πυρετός
- η γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια
- η τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία CIN

Την υποψία για ανάπτυξη του AIDS ενισχύουν και άλλα κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα , όπως :

- η ελάττωση του αριθμού των CD4+ Τα λεμφοκυττάρων(<200/m³ ή 14%)

- η παρουσία του σαρκώματος Kaposi
- η ανάπτυξη πνευμονίας από *Pneumocystis Carini* ή άλλες ευκαιριακές λοιμώξεις που δεν έχουν εμφανή υποκείμενη αιτία
- η φυματίωση των πνευμόνων
- η υποτροπιάζουσα μονιλίαση
- ο διηθητικός καρκίνος του τραχήλου (ΚΑΛΟΓΕΡΟΠΟΥΛΟΣ, 1996)

Μέχρι σήμερα δεν υπάρχει προφυλακτικό εμβόλιο ή ριζική θεραπεία για το AIDS. Εξαιτίας όμως της ταχύτατης εξάπλωσής του σε κάθε περιοχή της γης επιβάλλεται η επείγουσα λήψη προληπτικών μέτρων.

Η πρόληψη πρέπει να βασιστεί:

--στην άμεση κινητοποίηση των φορέων Δημόσιας Υγείας

--στην πρόληψη της διασποράς

--στην ενημέρωση του πληθυσμού μέσα από τον οικογενειακό προγραμματισμό.

3. ΛΟΙΜΩΞΗ HIV ΚΑΙ ΚΥΗΣΗ

Εργαστηριακή ανίχνευση της μόλυνσης συστήνεται στο πρώτο τρίμηνο της κύησης. Σε διαγνωσμένες περιπτώσεις προτείνεται ο εμβολιασμός για τον ιό της ηπατίτιδας B, τον πνευμονιόκοκκο και τον ιό της γρίπης. (ΙΑΤΡΑΚΗΣ , 2004).

Οι οροθετικές έγκυοι παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά αυτόματων αποβολών, πρόωρων τοκετών, γεννήσεως λιποβαρών νεογνών και γενικότερα μαιευτικών επιπλοκών. Ειδικότερα εκείνες που παρουσιάζουν κλινική συμπτωματολογία HIV, παρουσιάζουν αυξημένο ποσοστό γεννήσεως λιποβαρών νεογνών με μικρή αμφιβρεγματική διάμετρο και εκδηλώνουν χοριοαμνιονίτιδα σε μεγαλύτερη συχνότητα στη διάρκεια της κύησης. Επίσης είναι επιρρεπείς σε λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος και κινδυνεύουν περισσότερο να εκδηλώσουν πνευμονία, από *Pneumocystis carini* που αποτελεί σημαντική αιτία θανάτου των ασθενών εγκύων. (ΣΑΛΑΜΑΛΕΚΗΣ ,1995).

Αρχικά είχαν εκφραστεί φόβοι ότι η εγκυμοσύνη επιταχύνει την εξέλιξη της νόσου, λόγω της ανοσολογικής κατάστασης της γυναίκας την περίοδο αυτή και της αυξημένης νοσηρότητας της εγκύου για μια σειρά ιογενών

νοσημάτων. Σήμερα επικρατεί η άποψη ότι η εγκυμοσύνη δεν επηρεάζει την εξέλιξη της νόσου.

Η αναγνώριση των μολυσμένων από τον ιό του AIDS εγκύων και η διάγνωση των ασυμπτωματικών ασθενών (οροθετικών) από τις ασθενείς που παρουσιάζουν κλινικά συμπτώματα αποτελούν σημαντικό στοιχείο για την πρόληψη, τη διακοπή ή τη συνέχιση μια κύησης. Συνεπώς είναι εμφανής η σημασία εκτελέσεως της δοκιμασίας HIV , κυρίως σε πληθυσμούς γυναικών που παρουσιάζουν μεγάλο κίνδυνο για μόλυνση από τον ιό. Στις περιπτώσεις που η δοκιμασία HIV αποδειχθεί θετική για μια έγκυο, επιβάλλεται η ενημέρωση της εγκύου για τους κινδύνους που υπάρχουν και αναφέρονται στην περιγεννητική λοίμωξη και η πιθανότητα επιδείνωσης της λοίμωξης. Οι οροθετικές έγκυες που αποφασίζουν τη συνέχιση της εγκυμοσύνης ενημερώνονται για την ειδική φροντίδα που πρέπει να έχει το νεογνό , και τις επιπτώσεις από τον ιό. Επίσης η αντιμετώπιση των ασθενών εγκύων πρέπει να γίνει από ειδική ομάδα Ιατρών, Ψυχολόγων, Κοινωνικών Λειτουργών, Μαιών , με τρόπο ώστε να παρέχεται στις γυναίκες αυτές η καλύτερη δυνατή μαιευτική και περιγεννητική φροντίδα και ταυτόχρονα να υπάρχει η ανάλογη ηθική και κοινωνική στήριξη.

4 . HIV ΚΑΘΕΤΗ ΜΕΤΑΔΟΣΗ - HIV ΈΜΒΡΥΟ – HIV ΝΕΟΓΝΟ

Η κάθετη μετάδοση του ιού από τη μητέρα θα αποτελέσει ίσως στο μέλλον για όλους το μόνο τρόπο μετάδοσης της νόσου στα παιδιά , αφού ο αποτελεσματικός έλεγχος στα κέντρα αιμοδοσίας τείνει να εξαφανίσει τον κίνδυνο μόλυνσης για τα μεταγγιζόμενα ή πολυμεταγγιζόμενα άτομα.

Ο ακριβής χρόνος μετάδοσης του ιού από την έγκυο στο έμβρυο δεν έχει καθοριστεί. Ο ιός έχει απομονωθεί σε έμβρυα ηλικίας κύησης 13 –20 εβδομάδων και ακόμα στο αίμα του ομφάλιου λώρου. Οι παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με την ικανότητα μετάδοσης του ιού από την έγκυο – φορέα στο έμβρυό της, δεν έχουν διευκρινιστεί, υπολογίζεται όμως ότι είναι πολλοί και αφορούν στην έγκυο, στο έμβρυο αλλά και τον ίδιο τον ιό.

Είναι γνωστό ότι ο ιός HIV παρουσιάζει εκλεκτικό τροπισμό για ορισμένη κατηγορία κυττάρων που στην επιφάνειά τους έχουν ειδικό υποδοχέα , τον

υποδοχέα CD4. Τέτοιου είδους υποδοχείς έχουν τα βοηθητικά T-λεμφοκύτταρα, ένα μέρος (10-20%) των μονοπύρηνων και μακροφάγων κυττάρων και ένα μέρος (5-10%) των B λεμφοκυττάρων. Στα έμβρυο μέχρι την ηλικία των 13 εβδομάδων δεν κυκλοφορούν κύτταρα που έχουν τον ειδικό αυτό υποδοχέα. Εικάζεται λοιπόν ότι λόγω ακριβώς της έλλειψης των υποδοχέων αυτών το έμβρυο «προστατεύεται» και δεν μολύνεται το 1^ο τρίμηνο της κύησης.(. ΑΝΑΓΝΩΣΤΑΚΗΣ , 1996)

Εκτός από την ενδομήτρια μετάδοση , το νεογνό φαίνεται ότι μπορεί ακόμα να μολυνθεί κατά τον τοκετό, λόγω επαφής του με το μολυσμένο αίμα της μητέρας του ή με τα εκκρίματα του γεννητικού της σωλήνα.

Εν τούτοις μετάδοση με αυτόν τον τρόπο είναι δύσκολο να τεκμηριωθεί. Νεογνά που γεννήθηκαν με καισαρική τομή έχουν επίσης μολυνθεί και για αυτό η καισαρική τομή δεν συνιστάται για την πρόληψη του νεογνικού AIDS.

Τέλος έχουν περιγραφεί λίγα μόνο μολυσμένα νεογνά που θήλαζαν και που εικάζεται ότι μολύνθηκαν από το γάλα της μητέρας τους αφού αυτές κατά την εγκυμοσύνη τους δεν ήταν φορείς, αλλά μολύνθηκαν από μετάγγιση μολυσμένου αίματος μετά τον τοκετό. Για το λόγο αυτό συνιστάται η αποφυγή του θηλασμού σε μητέρες που είναι φορείς του ιού. Επειδή όμως ο τρόπος μετάδοσης με το θηλασμό είναι σπάνιος, ο θηλασμός προσφέρει πολλά πλεονεκτήματα στο βρέφος και στις φτωχές χώρες του τρίτου κόσμου δεν υπάρχει δυνατότητα υποκατάστατου γάλακτος και ο κίνδυνος θανάτου των νεογνών από ασιτία είναι μεγάλος, δεν συνιστάται η διακοπή του θηλασμού στις χώρες αυτές. Όταν υπάρχουν ραγάδες στο στήθος της μητέρας – φορέως συστήνεται η διακοπή του μητρικού θηλασμού και στις γυναίκες αυτές δεν επιτρέπεται να δίνουν το γάλα τους σε τράπεζα γάλακτος.

Σύμφωνα με άλλη εκδοχή η μετάδοση από τη μητέρα στην κύηση μπορεί να γίνει από τη 8^η – 16^η περίπου εβδομάδα της εγκυμοσύνης ή κατά τον τοκετό, όταν το νεογέννητο έρχεται σε επαφή με μεγάλες ποσότητες μητρικού αίματος ή με τις κολπικές εκκρίσεις.(ΠΑΠΑΔΑΤΟΣ-ΚΟΣΜΙΔΗΣ 1994)

Παραμένουν άγνωστα τα ποσοστά μετάδοσης κατά την κύηση σε σύγκριση με τα ποσοστά μετάδοσης κατά τον τοκετό. Η συνολική όμως πιθανότητα κάθετης μετάδοσης κυμαίνεται από 13-45% με χαμηλά επίπεδα 12,9% που αναφέρεται σε συνεργατική μελέτη 10 Ευρωπαϊκών κέντρων και

υψηλά επίπεδα 45% που παρατηρούνται σε χώρες της Κεντρικής Αφρικής.(ΠΑΠΑΔΑΤΟΣ-ΚΟΣΜΙΔΗΣ,1994)

Είναι γνωστό ότι οι μητέρες με προχωρημένη HIV νόσο έχουν αυξημένες πιθανότητες να μολύνουν το νεογέννητο που στο πλήρες AIDS της μητέρας επιζεί για ελάχιστους μόνο μήνες.

Επίσης σοβαρή διαταραχή στη θρέψη της μητέρας ή παθήσεις που προκαλούν φλεγμονώδεις αλλοιώσεις του πλακούντα (ελονοσία) συνοδεύονται με αυξημένη πιθανότητα μετάδοσης του ιού στο έμβρυο.

Αναφέρεται επίσης ότι σε πρόωρο τοκετό σε σύγκριση με τελειόμηνη κύηση η πιθανότητα μόλυνσης του νεογέννητου είναι μεγαλύτερη. Παραμένει αναπάντητη η ερώτηση αν η εγκυμοσύνη επιταχύνει την εξέλιξη του AIDS , και εξακολουθούν να παραμένουν άγνωστοι οι παράγοντες που καθορίζουν ποια νεογέννητα θα μολυνθούν και ποια όχι .(ΠΑΠΑΔΑΤΟΣ-ΚΟΣΜΙΔΗΣ,1994)

Όμως η πορεία της νόσου δεν είναι ενιαία και διαφέρει από νεογέννητο σε νεογέννητο. Σημειώνεται ότι έχει αναφερθεί περίπτωση διδύμου κύησης όπου το ένα μόνο από τα δίδυμα έχει μολυνθεί. (ΑΝΑΓΝΩΣΤΑΚΗΣ 1996)

Μερικά νεογνά που μολύνθηκαν από τη μητέρα τους, τα κλινικά συμπτώματα εξελίσσονται γρήγορα και οδηγούν στο θάνατο σε σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα ενώ άλλα επιβιώνουν για μερικά χρόνια με βραδεία εξέλιξη της λοίμωξης.

Ενώ λοιπόν φαίνεται ότι υφίσταται κίνδυνος κάθετης μετάδοσης του ιού από τη μητέρα – φορέα στο έμβρυο ή νεογνό της, το μέγεθος αυτού του κινδύνου είναι δυσκολότατο να προσδιοριστεί, επειδή οι γνώσεις μας για τον επιδημιολογικό κίνδυνο είναι ανεπαρκείς και η αξιολόγηση της κλινικής εικόνας της νόσου και του εργαστηριακού ελέγχου είναι δυσκολότατη στη νεογνική και βρεφική ηλικία.

Από στοιχεία που συγκεντρωθήκαν φαίνεται ότι τουλάχιστον στον Δυτικό κόσμο ο κίνδυνος μετάδοσης της νόσου από την οροθετική μητέρα στο μωρό της κυμαίνεται μεταξύ 25 -35%. Σε άλλες όμως χώρες (π.χ. Αφρική) ο κίνδυνος αυτός είναι υψηλότερος της τάξης του 50%. (ΑΝΑΓΝΩΣΤΑΚΗΣ 1996)

Ο Katz (1995) ανασκοπώντας τις σχετικές μελέτες αναφέρει τα εξής:

- Ποσοστό περίπου 5% θα αναπτύξει στον πρώτο χρόνο της ζωής τους κλινική συμπτωματολογία AIDS. Η εξέλιξη της νόσου σε αυτή την

ομάδα είναι συνήθως ταχεία και ο θάνατος επέρχεται στα 2 πρώτα χρόνια της ζωής.

- Ποσοστό περίπου 10% εμφανίζει ήπια σχετικά κλινικά συμπτώματα (μη καλή ανάπτυξη , στασιμότητα βάρους, επανειλημμένες λοιμώξεις π.χ. στοματίτιδες , ωτίτιδες) και αντισώματα τα οποία παραμένουν για μακρά χρονικά διαστήματα.
- Ποσοστό 10-15% εμφανίζουν την παραπάνω κλινική εικόνα αλλά ο ορολογικός έλεγχος είναι αρνητικός. Μερικά παιδιά των δύο παραπάνω ομάδων θα αναπτύξουν αργότερα (5-7 χρονών) πλήρη εικόνα AIDS. Η εξέλιξη της νόσου στα παιδιά είναι βραδεία.
- Ποσοστό 70-75% των νεογνών αναπτύσσονται φυσιολογικά και δεν θα παρουσιάσουν κανένα κλινικό σημείο και συνήθως μετά τον 15^ο μήνα της ζωής τους γίνονται οροαρνητικά. (ΑΝΑΓΝΩΣΤΑΚΗΣ ,1996)

Νεότερες μελέτες αναφέρουν ότι στην κύηση, η πιθανότητα μετάδοσης του ιού στο έμβρυο είναι <20%-30%, αν δεν χορηγείται θεραπεία. Αντίθετα με τη χορήγηση ειδικής αντιικής θεραπείας, η πιθανότητα μετάδοσης μπορεί να πέσει σε <3%. (ΙΑΤΡΑΚΗΣ 2008)

4. 1 HIV – Παράγοντες Κινδύνου

Η μετάδοση του HIV από τη μητέρα στο παιδί επηρεάζεται από παράγοντες που αφορούν την μητέρα , την κύηση, τον τοκετό και τη λοχεία.

Παράγοντες που επηρεάζουν:

Α΄ Μετάδοση του ιού από την μητέρα:

- Γενετικά χαρακτηριστικά της μητέρας που συσχετίζονται με την ανοσολογική απάντησή της στο ερέθισμα του HIV ιού
- Ειδικά χαρακτηριστικά μολυσματικότητας του ιού που μόλυνε τη μητέρα
- Η συνύπαρξη των άλλων σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων στη μητέρα

- Η συνύπαρξη χοριοαμνιονίτιδας με αποτέλεσμα την αύξηση του ιϊκού φορτίου στον τράχηλο της μήτρας και αύξηση της πιθανότητας έκθεσης του εμβρύου
- Αν η μητέρα βρίσκεται στο στάδιο της πρωτολοίμωξης έχει υψηλό ιϊκό φορτίο σε σύγκριση με άλλα στάδια της νόσου, με αποτέλεσμα να έχει μεγαλύτερη πιθανότητα να μεταδώσει τον ιό
- Αν η μητέρα βρίσκεται σε προχωρημένο κλινικό στάδιο της νόσου έχει επίσης αυξημένο ιϊκό φορτίο με αποτέλεσμα ο κίνδυνος μετάδοσης στο έμβρυο να είναι μεγαλύτερος
- Όσο αυξάνεται το ιϊκό φορτίο τόσο αυξάνεται και η συχνότητα μετάδοσης. Υπάρχει όμως πιθανότητα μετάδοσης του ιού και με πολύ χαμηλό φορτίο στο πλάσμα της μητέρας.

Β΄ Κύηση - τοκετός

- Προωρότητα του νεογνού (συνδέθηκε με αυξημένη πιθανότητα μετάδοσης)
- Κατά τη διάρκεια του τοκετού υπάρχει αυξημένη πιθανότητα διόδου μητρικού αίματος μέσω του πλακούντα , ιδίως όταν γίνονται συσπάσεις της μήτρας με αποτέλεσμα τον αυξημένο κίνδυνο μόλυνσης του εμβρύου. Η μετάδοση κατά τον τοκετό οφείλεται στην άμεση επαφή με το μητρικό αίμα, στη ρήξη των μεμβρανών (πάνω από 4 ώρες), τις μητρικές και βρεφικές μικρομεταγγίσεις κατά τις συσπάσεις και την απορρόφηση του ιού μέσα από το πεπτικό σύστημα του νεογνού.
- Στην καισαρική τομή έχει παρατηρηθεί μείωση της μετάδοσης. Η εκλεκτική καισαρική τομή έχει μικρότερη συχνότητα μετάδοσης, επειδή το νεογνό έχει μειωμένη έκθεση στο μολυσμένο αίμα και στα μολυσμένα μητρικά υγρά. Νεότερες όμως έρευνες το αμφισβητούν .
- Σε παρατεταμένη διάρκεια τοκετού , αυξάνεται η κάθετη μετάδοση, ιδίως σε παράταση του χρόνου μεταξύ ρήξης των υμένων και ολοκλήρωσης του τοκετού.
- Επίσης σε παρατεταμένη διάρκεια του δευτέρου σταδίου, λόγω παρατεταμένης έκθεσης του νεογνού στα μολυσμένα μητρικά υγρά αυξάνει η κάθετη μετάδοση.

Γ΄ Λοχεία - Θηλασμός

- Το πλύσιμο του νεογνού, πρέπει να γίνει με τρόπο που να αποτρέψει το αίμα και τις εκκρίσεις της μητέρας να εισέλθουν στο νεογνό.
- Εάν η πρωτομόλυνση γίνει την περίοδο της λοχείας υπάρχει αυξημένος κίνδυνος μετάδοσης του ιού διότι στη οξεία φάση της πρωτολοίμωξης τα ιϊκά φορτία στο πλάσμα της μητέρας βρίσκονται σε πολύ υψηλά φορτία.
- Στο μητρικό γάλα ανευρίσκονται οι ανοσοσφαιρίνες IgM & IgA οι οποίες προστατεύουν το νεογνό από τη μόλυνση. Επίσης άλλα στοιχεία του μητρικού γάλακτος όπως η λακτοσφαιρίνη, η βλέννη, τα T-κύτταρα, το συμπλήρωμα και ο αναστολέας της εκκριτικής λευκοκυτταρικής πρωτεΐνης (SLPI) μιας χαμηλού μοριακού βάρους πρωτεΐνης, που ανευρίσκεται και στο σίελο και προκαλεί αναστολή της μόλυνσης από το ιό HIV.
- Δεν έχει διευκρινιστεί αν η μόλυνση προκαλείται από ελεύθερα ιϊκά σωματίδια του μητρικού γάλακτος ή μέσω των μολυσμένων κυττάρων. Ο ελεύθερος HIV ιός διατρύπεί το βλεννογόνο του γαστρεντερικού σωλήνα του νεογνού και μολύνει τα CD4+ μονοκύτταρα, T-λεμφοκύτταρα και κύτταρα του Langerhans της επιφανειακής στοιβάδας. Ο ιός μπορεί να εισέλθει και κατευθείαν στην αιματική κυκλοφορία μέσω των κενών της βλεννογονίου στοιβάδας.
- Εάν η λοίμωξη από HIV-1 συμβαίνει κυρίως μέσω μολυσμένων με τον ιό κυττάρων, τότε το πύαρ πρέπει να θεωρείται ως πολύ μολυσματικό υλικό. Η σχετική ανωριμότητα του ανοσοποιητικού συστήματος του νεογνού κατά τις πρώτες ημέρες μετά τη γέννηση και η γαστρική αχλωριδρία του, είναι παράγοντες που ευνοούν την μετάδοση. Αντίθετα παράγοντες που μειώνουν τον κίνδυνο είναι το χαμηλό ιϊκό φορτίο που ανευρίσκεται στο πύαρ και η σχετικά μικρή ποσότητα που καταπίνει το νεογνό σε σχέση με τη συνολική ποσότητα του μητρικού γάλακτος. Επιπλέον στο πύαρ ανευρίσκονται αντιϊκές ουσίες και SLPI
- Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την μετάδοση του ιού μέσω του θηλασμού, είναι η βαρύτητα της κλινικής νόσου της μητέρας, η ύπαρξη σχάσεων στις θηλές, τυχόν συνυπάρχουσα μαστίτιδα, αποστήματα του μαστικού αδένα, το ποσό του ιϊκού φορτίου στο μητρικό γάλα και το επίπεδο της βιταμίνης Α στον ορό της μητέρας.

- Από πλευράς νεογνού επηρεάζουν η προωρότητα , η ακεραιότητα του στοματικού βλεννογόνου καθώς και η ποιότητα και ποσότητα των μητρικών αντισωμάτων, που κυκλοφορούν στο αίμα του νεογνού, καθώς και η ημερήσια ποσότητα του μητρικού γάλακτος που λαμβάνει το νεογνό.
- Δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι η χρονική διάρκεια του θηλασμού παίζει σημαντικό ρόλο στη μόλυνση. Ο θηλασμός διακόπτεται όταν η νοσηρότητα και η θνησιμότητα από άλλες μεθόδους διατροφής του νεογνού γίνονται χαμηλότερες εξ αιτίας του κινδύνου μετάδοσης του ιού μέσω του μητρικού θηλασμού.(NEWELL et al 1997)

4.2. Διάγνωση της Νόσου στο Νεογνό

Η διάγνωση της νόσου στη νεογνική ηλικία είναι δυσκολότατη διότι :

- η κλινική εικόνα στα νεογνά είναι άτυπη και περιλαμβάνει ευρύτατα φάσμα κλινικών εκδηλώσεων
- ο συνήθης εργαστηριακός έλεγχος –προσδιορισμός τίτλου αντισωμάτων εναντίον HIV- δεν είναι αξιόπιστος σε βρέφη ηλικίας κάτω των 15 μηνών
- υπάρχουν συγγενείς ανωμαλίες του ανοσολογικού συστήματος που εκδηλώνονται από τη γέννηση ή λίγο αργότερα και μπορεί να εκληφθούν ως ανοσολογική διαταραχή συμβατή με AIDS.
-

Η αναζήτηση αντισωμάτων έναντι του HIV με την ανοσοενζυμική μέθοδο ELISA, θεωρείται η πρωταρχική διαγνωστική μέθοδος για το AIDS . Ψευδώς θετικές αντιδράσεις δεν είναι σπάνιες και η εφαρμογή της μεθόδου με την ύπαρξη τυποποιημένων αντιδραστηρίων είναι σχετικά εύκολη αλλά χρονοβόρα.

Σε κάθε θετικό ELISA TEST απαιτείται επιβεβαίωση με την τεχνική WESTERN BLOT , η οποία πλεονεκτεί της ELISA , αφού αποδεικνύει όχι μόνο την παρουσία αντισωμάτων, αλλά και τα αντιγόνα προς τα οποία στρέφονται τα αντισώματα.

Σε βρέφη κάτω των 15 μηνών η WESTERN BLOT της μητέρας θα πρέπει να συγκρίνεται με αυτή του παιδιού, για να διαπιστωθεί πρώιμα αν τα αντισώματα έχουν παθητικά περάσει προς την εμβρυϊκή πλευρά ή αντιπροσωπεύουν ενδογενή παραγωγή βρέφους και επομένως πραγματική λοίμωξη.

Η αλυσιδωτή αντίδραση της πολυμεράσης (PCR) είναι ιδιαίτερα αξιόλογη μέθοδος, που πρέπει όμως να συνδυάζεται και με άλλες διαγνωστικές μεθόδους, αφού σε 2-3% των αρρώστων δίνει ψευδώς θετικά αποτελέσματα ή ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα. Από πλευράς αποτελεσματικότητας θεωρείται εφάμιλλη της καλλιέργειας αίματος ή ιστών. Μελέτες τονίζουν ότι η PCR είναι διαγνωστική για λοίμωξη σε ποσοστό 50% την 1^η εβδομάδα ζωής, 70% την 1^η – 3^η εβδομάδα, 80% τον 1^ο – 2^ο μήνα και 95% μετά τον 3^ο μήνα ζωής του βρέφους.

Περιορισμένη χρήση βρίσκουν και άλλες διαγνωστικές δοκιμασίες (έμμεσος ανοσοφθορισμός, προσδιορισμός της αντι-HIV/IgA, δοκιμή ραδιοανοσοκαθίζησης RIPA κ.λ.π.) , που είτε έχουν μικρότερη ευαισθησία είτε βρίσκονται ακόμη στο στάδιο της μελέτης.

Άλλα εργαστηριακά ευρήματα βοηθητικά για τη διάγνωση του Παιδιατρικού AIDS φαίνονται στον πίνακα 3. (ΠΑΠΑΔΑΤΟΣ – ΚΟΣΜΙΔΗΣ , 1994)

Πίνακας 3. Βοηθητικά διαγνωστικά ευρήματα

- Υπεργαμμασφαιριναιμία ή Υπογαμμασφαιριναιμία
- Λεμφοπενία – Αναιμία –θρομβοπενία
- Μείωση των CD4 λεμφοκυττάρων
- Δερματική ανεργία
- Διαταραχή λειτουργίας κυτταροκτόνων κυττάρων
- Αύξηση των κυκλοφορούντων ανοσοσυμπλεγμάτων

ΠΗΓΗ: ΠΑΠΑΔΑΤΟΣ Κ. – ΚΟΣΜΙΔΗΣ Ι, 1994

4.3 Κλινικές Εκδηλώσεις Στο Νεογνό

Σε βρέφη με ταχεία εξέλιξη τα συμπτώματα αρχίζουν συνήθως κατά τον 6ο– 7ο μήνα ζωής (σε μόλυνση του εμβρύου κατά τα αρχικά στάδια της εγκυμοσύνης οι εκδηλώσεις αρχίζουν τον 2^ο – 3^ο μήνα) και ο μέσος όρος επιβίωσης είναι 2-3 χρόνια, ενώ σε βραδεία εξέλιξη οι κλινικές εκδηλώσεις αρχίζουν στην ηλικία των 3 ετών περίπου, και η ζωή του παιδιού παρατείνεται μέχρι την ηλικία των 5-6 ετών.

Σπάνια συμπτώματα εμφανίζονται κατά τη σχολική ηλικία και η εξέλιξη της νόσου είναι ήπια ή χρονίζουσα.

Υποτροπιάζουσες σοβαρές μικροβιακές λοιμώξεις είναι συχνές και είναι υπεύθυνες για σημαντικό ποσοστό θανάτων σε βρέφη και παιδιά. Η ενδοφλέβια χορήγηση ανοσοσφαιρίνης (400mg/kg ΒΣ κάθε 28 ημέρες) ιδίως σε παιδιά με λιγότερα από 200 CD4 κύτταρα/ mm³ ασκεί στατιστικώς σημαντική προφύλαξη για την πρόληψη μικροβιακών λοιμώξεων. Οι μικροβιακές λοιμώξεις μπορεί να είναι σοβαρές ή λιγότερο σοβαρές (πίνακας 4)

Πίνακας 4. Συνήθεις μικροβιακές λοιμώξεις HIV σε παιδιά.

Σοβαρές	Λιγότερο σοβαρές
Σηψαιμία	Χρόνια μέση ωτίτις
Μηνιγγίτις	Ιγμορίτις
Πνευμονία	Ουρολοιμώξεις
Σηπτική αρθρίτις	Μολύνσεις του δέρματος

ΠΗΓΗ: ΠΑΠΑΔΑΤΟΣ Κ. – ΚΟΣΜΙΔΗΣ Ι, 1994

Συμπερασματικά έχει γίνει αποδεκτό ότι για να τεθεί η διάγνωση του AIDS σε βρέφη ηλικίας κάτω των 15 μηνών πρέπει :

- να υπάρχει κλινική συνδρομή που να υποδηλώνει AIDS
- να απομονωθεί ο HIV ή τα αντιγόνα του στο αίμα ή διάφορους ιστούς

- η να παραμένουν τα αντισώματα έναντι του ιού σε επανειλημμένους προσδιορισμούς
- και συγχρόνως να υπάρχουν ενδείξεις για κυτταρική ή χυμική ανοσοανεπάρκεια (Υπεργαμμασφαριναιμία, λεμφοπενία, ελάττωση του απόλυτου αριθμού των Τ βοηθητικών κυττάρων και μείωση μέχρι της αναστροφής της σχέσης βοηθητικών/κατασταλτικών Τ λεμφοκυττάρων). (ΑΝΑΓΝΩΣΤΑΚΗΣ ,1996).

5. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ HIV ΛΟΙΜΩΞΗΣ – ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ- ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ AIDS

Μέχρι σήμερα δεν υπάρχει αποτελεσματική θεραπεία για το AIDS. Η κατανόηση του τρόπου με τον οποίο ο HIV αναπαράγεται στα CD4 βοηθητικά λεμφοκύτταρα και στα κύτταρα του εγκεφάλου παρέχει τη δυνατότητα αποτελεσματικής προσπάθειας της νόσου. Ένα από τα χημειοθεραπευτικά , το Zidovudine ή AZT μπορεί να αναστείλει τον αναδιπλασιασμό του ιού και παρέχει για το λόγο αυτό ελπίδες ως προς την αναστολή της εξέλιξης της νόσου. Το Zidovudine φέρεται στο εμπόριο με την ονομασία Retrovir σε κάψουλες και χορηγείται σε σχετικά μεγάλες δόσεις 200 mg χ 6 ημερησίως. (ΚΑΛΟΓΕΡΟΠΟΥΛΟΣ ,1996)

Μέχρι πρόσφατα οι θεραπευτικές αποφάσεις ελαμβάνοντο βάσει κλινικών παραμέτρων του απόλυτου αριθμού των CD4 κυττάρων. Δεδομένο για αυτή τον προσέγγιση ήταν η πεποίθηση , ότι τη λοίμωξη την ακολουθούσε μια λανθάνουσα περίοδος.

Νέα όμως δεδομένα δείχνουν ότι ο ιός πολλαπλασιάζεται κατά τη διάρκεια της λοίμωξης με περίπου 10 δισεκατομμύρια ιϊκά σωματίδια να παράγονται και να εκκαθαρίζονται καθημερινά. (Carpenter et al,1999)

Όταν μπλοκάρεται η παραγωγή του ιού, τότε σε 2,6 ημέρες, το 90% των ιών εξαφανίζεται από την κυκλοφορία. Υπάρχουν επαρκείς ενδείξεις πλέον σύμφωνα με τις οποίες το ιϊκό φορτίο του πλάσματος (= ο αριθμός των HIV-1RNA αντιγράφων-copies ανά ml) μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν αντιπροσωπευτικός δείκτης της κλινικής πορείας καθώς και της εξέλιξης στο

AIDS και στο θάνατο. Ο αριθμός των CD4 από μόνος του, δεν είναι δείκτης της κλινικής πορείας.

Οι κλινικές μελέτες δεν έχουν ακόμα ξεκαθαρίσει την ακριβή τιμή ή το όριο του αριθμού των HIV-1RNA πάνω από το οποίο θα πρέπει να αρχίσει η θεραπεία. (Carpenter et al,1999)

Υπάρχει ομοφωνία στο ότι, όσο πιο μικρό είναι το ιϊκό φορτίο, τόσο καλύτερη είναι η πρόγνωση. Ο σκοπός της θεραπείας είναι προς το παρόν να επιμηκύνει τη ζωή και να καθυστερήσει την εξέλιξη της νόσου, μειώνοντας το ιϊκό φορτίο

Τιμές CD4+ κάτω από 500/mm³ θεωρήθηκαν ένδειξη χορήγησης αντιϊκής θεραπείας και τιμές κάτω από 200/mm³ αποτελούν ένδειξη χορήγησης φαρμακευτικής προφύλαξης για πνευμονία *Pneumocystis carinii*.

Σε ασθενείς με σχετικά προχωρημένη νόσο, η συγχορήγηση τριών φαρμάκων μπορεί να είναι καταλληλότερη στοχεύοντας στη ελάττωση του ιϊκού φορτίου και τη βελτίωση της ποσότητας των CD4+ (ΙΑΤΡΑΚΗΣ 2008).

Για τις γυναίκες που συλλαμβάνουν ενώ βρίσκονται σε θεραπεία, η προηγούμενη αγωγή συνεχίζεται με προσθήκη zidovudine, αν αυτή δεν περιλαμβάνεται ήδη. (ΙΑΤΡΑΚΗΣ 2004)

Θεραπεία πρέπει να λάβουν όλοι οι συμπτωματικοί ασθενείς.

Σε ασυμπτωματικούς ασθενείς η έναρξη της θεραπείας θα καθοριστεί με βάση τα εργαστηριακά ευρήματα , πρωτίστως το ιϊκό φορτίο και δευτερευόντως τον αριθμό των CD4.

Μονοθεραπεία δεν ενδείκνυται. Ενδείκνυνται συνδυασμοί φαρμάκων.

Η προσπάθεια της θεραπείας, πρέπει κυρίως να στρέφεται στην πρόληψη, με ανακάλυψη των γυναικών που είναι φορείς του ιού. Οι γυναίκες αυτές πρέπει να αποθαρρύνονται από το ενδεχόμενο μιας μελλοντικής εγκυμοσύνης. Εάν η εγκυμοσύνη προχωρήσει, είναι αναγκαία η παρακολούθηση της εμβρυικής ανάπτυξης, και μετά τον τοκετό επιβάλλεται η παρακολούθηση της μητέρας και του νεογνού.

5.1 Θεραπεία για Εγκυμονούσες Γυναίκες με HIV

Εξέταση για μόλυνση HIV γίνεται σήμερα σε όλες τις έγκυες γυναίκες μαζί με τις εξετάσεις ρουτίνας, μόλις η γυναίκα επισκεφθεί τον ιατρό.

Τα συμπτώματα της αρχόμενης μόλυνσης HIV μπορεί να μιμηθούν εκείνα του πρώτου τριμήνου της κύησης και αυτό μπορεί να συνεπάγεται καθυστέρηση στη διάγνωση. Μετά τη διαπίστωση της μόλυνσης από HIV, πρέπει να γίνεται έλεγχος και για άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (π.χ. σύφιλη, γονόρροια, απλός έρπητας.) Πρέπει επίσης να αναζητηθούν άλλες σχετιζόμενες με τον HIV ειδικές μολύνσεις, περιλαμβάνοντας την πνευμονία από *Pneumocystis carinii*, τη μόλυνση από μεγαλοκυτταροϊό, την τοξοπλάσμωση και τη μυκητίαση. Οι προηγούμενες υπό διερεύνηση καταστάσεις καθώς και άλλες χαρακτηριστικές για το AIDS μπορεί να περιλαμβάνονται στην κλινική εικόνα. (ΙΑΤΡΑΚΗΣ 2004)

Θεραπεία ενδείκνυται για όλες της HIV έγκυες. Ο σκοπός της θεραπείας είναι να μειωθεί το ιϊκό φορτίο με ταυτόχρονη ελαχιστοποίηση του κινδύνου εμφάνισης βλαβών στο έμβρυο από τα φάρμακα.

Στην κύηση η πιθανότητα μετάδοσης του ιού στο έμβρυο είναι <20%-30% αν δεν χορηγηθεί θεραπεία. Αντίθετα με τη χορήγηση ειδικής αντιικής θεραπείας, η πιθανότητα μετάδοσης μπορεί να πέσει σε <3% .(ΙΑΤΡΑΚΗΣ 2008)

Παρακολούθηση του αριθμού των CD4 λεμφοκυττάρων πρέπει να γίνεται τουλάχιστον μια φορά το τρίμηνο.

Για τις γυναίκες που μένουν έγκυες ενώ βρίσκονται σε θεραπεία , προστίθεται zidovudine (νουκλεοσιδικός αναστολέας) αν αυτή δεν χορηγείται ήδη. Όσον αφορά την υγεία της μητέρας και τον περιορισμό της πιθανότητας της κάθετης μετάδοσης του HIV-1 συστήνεται η χορήγηση τριπλού σχήματος, το οποίο περιλαμβάνει τη ζιδοβουδίνη σε δόση 100mg 5 φορές την ημέρα. Το σχήμα συμπληρώνεται με ένα ακόμη νουκλεοσιδικό αναστολέα (π.χ. didanosine ή lamivudine/3TC) και ένα μη νουκλεοσιδικό αναστολέα (π.χ. nevirapine) ή ένα αναστολέα της πρωτεάσης (π.χ. indinavir ή ritonavir ή saquinavir)

Τα σχήματα αυτά πέρα από τον περιορισμό της κάθετης μετάδοσης στο έμβρυο, έχουν και συγκεκριμένα οφέλη για τη γυναίκα. Για παράδειγμα μετά από δύο μήνες θεραπεία με σκευάσματα που περιέχουν νεβιραπίνη, παρατηρείται σημαντική αύξηση του ποσοστού των ασθενών που έχουν ιικό φορτίο CD4 <1.000 HIV -1 RNA αντίγραφα/ml και ουσιαστική αύξηση των CD4+, με μικρό αριθμό παρενεργειών (MARAZZI et al 2006 – ΙΑΤΡΑΚΗΣ 2006)

Στις θετικές ορολογικώς έγκυες δεν πρέπει να δίνονται στεροειδή για την επιτάχυνση της πνευμονικής ωρίμανσης .(ΚΑΛΟΓΕΡΟΠΟΥΛΟΣ 1996)

Το zidovudine είναι αυτό που χρησιμοποιείται ευρέως αλλά μελέτες συνδυασμού zidovudine+lamivudine ή nevirapine, δείχνουν ότι ίσως είναι οι συνδυασμοί αυτοί ασφαλείς για το έμβρυο.

6. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΜΟΛΥΝΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ HIV

Ο κίνδυνος μόλυνσης από τον ιό HIV για τους εργαζόμενους στον χώρο της υγείας αποτελεί ένα μόνιμο ενδόμυχο φόβο, διότι διαδερμικοί τραυματισμοί από αιχμηρά αντικείμενα συμβαίνουν συχνά κατά την εξάσκηση του επαγγέλματός τους. Ο κίνδυνος αυτός αυξάνει σε περιοχές όπου ο επιπολασμός οροθετικών κατοίκων είναι αυξημένος.

Ο ασφαλέστερος τρόπος προφύλαξης από μόλυνση με τον ιό HIV είναι η λήψη προφυλακτικών μέτρων ώστε να αποφευχθεί κάθε επαφή ζωντανού ιού με τους βλεννογόνους ενός ατόμου ή με απ' ευθείας εισαγωγή του ιού στην αιματική κυκλοφορία.

Εάν όμως τελικά εισέλθει ο ιός στο ανθρώπινο σώμα επιβάλλεται ταχεία αντιμετώπιση της πιθανής μετάδοσης , ώστε να αποφευχθεί η μόλυνση του ατόμου. Σε μελέτες που έγιναν βρέθηκε ότι εργαζόμενοι στο χώρο υγείας που έγιναν οροθετικοί από ατύχημα δεν έλαβαν άμεσα αντιρετροϊκή χημειοπροφύλαξη με ζιδοβουδίνη. Αντίθετα όπως βρέθηκε σε μελέτη του Center for Disease Control- CDC , ΗΠΑ-1999, που περιλάμβανε περιστατικά ατυχημάτων από ΗΠΑ και Ευρώπη ο κίνδυνος ορομετατροπής μειώνεται κατά 79% όταν χρησιμοποιηθεί ζιδοβουδίνη ως χημειοπροφύλαξη. Αναδρομικές μελέτες του C.D.C., που παρακολούθησαν εργαζόμενους μετά από έκθεση σε

μολυσμένο αίμα, αναφέρουν συχνότητα ορομετατροπής 1/300 εκθέσεις (0,3%).

Σύμφωνα με τα δεδομένα του Κέντρου Ελέγχου Λοιμώξεων ΗΠΑ (Center for Disease Control –CDC) διαδερμική έκθεση με μολυσμένο αίμα από ιό HIV προκαλεί την πλειονότητα των επαγγελματικών εκθέσεων που οδηγεί σε λοίμωξη. Όλες οι εκθέσεις που κατέληξαν σε μόλυνση των εργαζομένων στον κλάδο υγείας μέχρι σήμερα έχουν να κάνουν με αίμα ή με αιματηρά δια γυμνού οφθαλμού βιολογικά υγρά.

Σε μελέτη που έκανε το CDC και αφορούσε 54 επαγγελματικά ατυχήματα που κατέληξε σε ορομετατροπή του εργαζομένου το 89% ήταν από διαδερμικές τρώσεις. Από αυτές το 38% οφείλετο σε τραυματισμούς από αιχμηρά αντικείμενα, κυρίως βελόνες ή εργαλείο κατά την αποκομιδή του ύστερα από χρησιμοποίηση στον άρρωστο,. το 9% οφείλονταν σε μη αναμενόμενη κίνηση του ασθενούς & 8% σε προσπάθεια του εργαζόμενου να ξαναβάλει το πώμα σε χρησιμοποιημένη μολυσμένη βελόνα. Το πρόβλημα με τις βελόνες είναι παγκόσμιο και τέτοια ατυχήματα συμβαίνουν σε όλα τα μεγάλα ιατρικά κέντρα. Από έκθεση βλεννογόνων στον ιό HIV υπάρχει κίνδυνος μετάδοσης 0,1%.

Ο ιός HIV σπάνια απομονώνεται στο σίελο (που περιέχει ουσίες και ενδογενείς παράγοντες που τον αδρανοποιούν), στα δάκρυα και στα ούρα, γι αυτό και δεν θεωρούνται μολυσματικά.

Σε κάθε λύση της συνέχειας του δέρματος ο κίνδυνος μόλυνσης είναι υπαρκτός γι αυτό οι εργαζόμενοι πρέπει πάντα να τηρούν τις οδηγίες καθολικής προφύλαξης. Ειδικές προφυλάξεις πρέπει να λαμβάνονται σε περιπτώσεις καρδιοαναπνευστικής ανάνηψης (λόγω κινδύνου λύσης της συνέχειας του δέρματος γύρω από την περιοχή του στόματος) και από τους εργαζόμενους στον εργαστηριακό τομέα, όπου το δέρμα (ιδίως σε παρουσία βλαβών) οι βλεννογόνοι του στόματος, της μύτης, των ματιών και πιθανόν οι αναπνευστικές οδοί, πρέπει να θεωρούνται πιθανοί είσοδοι του ιού. (ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ, 1999).

6.1 Κίνδυνοι Επαγγελματικής Μόλυνσης στη Αίθουσα Τοκετού και στο Θάλαμο Νεογέννητων

Κατά τη διάρκεια του τοκετού είναι σύνηθες το πιτσίλισμα μεγάλων ποσοτήτων αίματος και αμνιακού υγρού. Γυναικολόγοι, Μαίες & λοιπό προσωπικό πρέπει να φορούν αδιάβροχες ποδιές και γάντια. Σε τοκετούς που είναι πιθανή η επαφή επιπεφυκώτων με σταγονίδια το εμπλεκόμενο προσωπικό πρέπει να είναι εφοδιασμένο με γυαλιά. Τα διπλά γάντια στις χειρουργικές αίθουσες , δίνουν μεγαλύτερη ασφάλεια. Επίσης είναι απαραίτητα τα ποδονάρια.

Τα γάντια πρέπει να φοριούνται όταν υπάρχει επαφή με τον πλακούντα ή το νεογνό, έως ότου αίμα και εκκρίσεις απομακρυνθούν από το δέρμα του. Τα χέρια πρέπει να πλένονται μετά την αφαίρεση των γαντιών.

Η τεχνική αναρρόφηση για καθαρισμό των αναπνευστικών οδών του νεογνού, ελαττώνει τον κίνδυνο της πιθανής έκθεσης στις εκκρίσεις. Στοματική αναρρόφηση πρέπει να αποφεύγεται.

Για τον περιορισμό των πιθανοτήτων μετάδοσης της λοίμωξης κατά τη διάρκεια της κύησης, πρέπει να αποφεύγεται η επαφή των κολπικών εκκρίσεων της μολυσμένης μητέρας με το νεογνό. Λήψη δειγμάτων αίματος από το κρανίο προς παρακολούθηση του εμβρυϊκού PH ή τοποθέτηση ηλεκτροδίων στο κρανίο για παρακολούθηση του εμβρύου , ενέχει τον κίνδυνο ενοφθαλμισμού του ιού HIV στο έμβρυο.

Επίσης γραμμές δεν πρέπει να τοποθετούνται στο νεογνό έως ότου απομακρυνθούν οι εκκρίσεις από το δέρμα του.

Γάντια πρέπει να φοριούνται για οποιαδήποτε πιθανή έκθεση σε αίμα ή μολυσμένες εκκρίσεις. Σε συνήθεις συνθήκες, τα γάντια δεν είναι απαραίτητα όταν αλλάζονται τα σπάργανα του βρέφους. Το πλύσιμο όμως των χεριών είναι απαραίτητο για τον περιορισμό της μετάδοσης παθογόνων μικροβίων.

Περιποίηση του νεογνού (π.χ. δέρμα, ομφάλιος λώρο, περιποίηση ματιών, χορήγηση βιταμίνης Κ) πρέπει να γίνεται σύμφωνα με τις οδηγίες καθολικής προφύλαξης. Πριν από το τρύπημα της φτέρνας ή τη χορήγηση βιταμίνης Κ, το δέρμα του νεογνού πρέπει να καθαρίζεται με σαπούνι νερό και κατόπιν αλκοόλ, έτσι ώστε να μην υπάρχει κίνδυνος μόλυνσης μέσω του τρυπήματος.

Όλοι οι εργαζόμενοι που συμμετέχουν σε τοκετό ή καισαρική τομή πρέπει να φορούν γάντια και ποδιές όταν κρατούν τον πλακούντα ή το νεογνό έως ότου το δέρμα του νεογνού καθαριστεί από τα αίμα και το αμνιακό υγρό καθώς και κατά τη διαδικασία της αποκοπής του ομφάλιου λώρου.

Εάν το γάντι σκιστεί ή τρυπηθεί από βελόνα, πρέπει αμέσως να αλλαχθεί. Επίσης η βελόνα ή το όργανο πρέπει να απομακρυνθεί από το αποστειρωμένο πεδίο. *Όλα τα τρυπήματα από βελόνα αναφέρονται στην Επιτροπή Λοιμώξεων.*

Η συμμόρφωση με τον οδηγό και τις συστάσεις της καθολικής προφύλαξης, όσο αφορά την απολύμανση και αποστείρωση των ιατρικών μηχανημάτων θα πρέπει να ελέγχεται αυστηρά σε όλους τους τομείς υγείας. Επίσης όλοι οι εργαζόμενοι πρέπει να παρακολουθούν σεμινάρια που αφορούν τον έλεγχο των λοιμώξεων και την ασφάλειά τους. (ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ 1999)

6.2 Συμβουλευτική του Επαγγελματία Υγείας σε άτομα που εκτέθηκαν στον HIV και Βασικές Αρχές Αντιμετώπισης

Η συμβουλευτική του επαγγελματία φροντίδας υγείας προς το άτομο που εκτέθηκε στο ιό προϋποθέτει την ανάπτυξη δεξιοτήτων επικοινωνίας και την εδραίωση μιας σχέσης αμοιβαίας εμπιστοσύνης, δεδομένου ότι η συμβουλευτική δεν αρκείται μόνο στην παροχή συμβουλών αλλά πρωτίστως στην κινητοποίηση του ατόμου, με υπεύθυνη και πλήρη ενημέρωσή του, προκειμένου να είναι σε θέση να λάβει αποφάσεις που σχετίζονται με την σεξουαλική συμπεριφορά.

Η συμβουλευτική είναι εξατομικευμένη σύμφωνα με το μορφωτικό και κοινωνικό επίπεδο του ατόμου και τις ανάγκες του σε ενημέρωση και βασίζεται στην ανατροφοδότηση καθιστώντας το άτομο υπεύθυνο.

Σημαντική είναι η συνεχής και ενεργός στήριξη του ατόμου που εκτέθηκε στον HIV από τη στιγμή της αρχικής αξιολόγησης του περιστατικού και για το χρονικό διάστημα μέχρι τη λήψη του αποτελέσματος της εξέτασης για αντισώματα κατά του HIV, αλλά και για όσο διαρκεί η επαναξιολόγηση του περιστατικού.

Σε γενικές γραμμές η συμβουλευτική για την πρόληψη (έλεγχος και για άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα) με έμφαση στην αγωγή υγείας και η αντιμετώπιση της έκθεσης στον HIV έχει τους εξής άξονες δράσης:

1. Για τις επόμενες 6 – 12 εβδομάδες συνιστάται:
 - Υποχρεωτική χρήση προφυλακτικού σε κάθε σεξουαλική επαφή
 - Αποφυγή της εγκυμοσύνης, της δωρεάς αίματος ή σπέρματος και της δωρεάς οργάνου
 - Διακοπή του θηλασμού σε εγκυμονούσες
2. Με την έναρξη της χημειοπροφύλαξης λαμβάνεται αίμα για το βασικό έλεγχο (γενική αίματος, έλεγχος ηπατικής και νεφρική λειτουργίας & γενική ούρων) ο οποίος και επαναλαμβάνεται σε δύο εβδομάδες.
3. Ο έλεγχος αντισωμάτων για τον ιό HIV πρέπει να γίνει στην πρώτη επίσκεψη, στους 1,3, & 6 μήνες μετά την έκθεση, καθώς και σε περίπτωση εμφάνισης οξέος συνδρόμου ορομετατροπής. Η εξέταση για HIV μετά τους 6 μήνες συνιστάται σε ειδικές περιπτώσεις, όπως όταν υπάρχει λοίμωξη με HCV, όπου τα αντισώματα κατά του HIV αργούν να εμφανιστούν. Είναι επίσης απαραίτητος ο έλεγχος anti – HIV ακόμη και όταν δεν πρόκειται να χορηγηθεί προφυλακτική αντιρετροϊκή αγωγή.
4. Άμεση έναρξη της αντιρετροϊκής αγωγής (ιδανικά μέσα στις 2 ώρες μετά την έκθεση) και οπωσδήποτε όχι αργότερα από 72 ώρες (ιδανικά μέσα στις πρώτες 36 ώρες)
5. Λήψη αντιρετροϊκής αγωγής για 4 εβδομάδες
6. Ενημέρωση του ατόμου για τις πιθανές παρενέργειες της αντιρετροϊκής αγωγής και για το πόσο σημαντική είναι η συμμόρφωσή του με αυτήν
7. Επαναξιολόγηση μετά από 72 ώρες
8. Διευκόλυνση και ενθάρρυνση του ατόμου να επικοινωνήσει με κάποιον επαγγελματία υγείας, όποια στιγμή κριθεί απαραίτητο.
9. Ενημέρωση και ενθάρρυνση του ατόμου να αναφέρει συμπτώματα (π.χ. λεμφαδενοπάθεια, εξάνθημα, φαρυγγαλγία, συμπτώματα γριπώδους συνδρομής) που θα μπορούσαν να υποδηλώσουν οξεία HIV ορομετατροπή.

Η συναίνεση του ατόμου μετά την αναλυτική πληροφόρηση και ενημέρωσή του είναι ικανή και αναγκαία συνθήκη για την απόφαση λήψης αντιρετροϊκής

αγωγής, Η συναίνεση δεν αφορά μόνο την αρχική εκτίμηση του ατόμου , αλλά θα πρέπει να λαμβάνεται και στα επόμενα στάδια της αντιμετώπισής του.

Η ενεργός συμμετοχή του ατόμου στη λήψη κλινικών αποφάσεων που αφορούν την περίπτωσή του θα μπορούσε να διασφαλίσει τη συμμόρφωσή του με τη χορηγούμενη προφυλακτική αγωγή.

Σε κάθε περίπτωση διαβεβαιώνεται η τήρηση του απορρήτου των προσωπικών δεδομένων.

Άτομα που αρνούνται τη λήψη της προφυλακτικής αγωγής , προτρέπονται να επανεκτιμηθούν μέσα σε 24 ώρες για ψυχολογικούς λόγους και εφόσον απαιτείται επανασυστήνεται η λήψη της χημειοπροφύλαξης. (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ, 2008)

7. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ HIV-ΚΑΙ ΤΟΥ AIDS

Η σοβαρότητα της επιδημίας του AIDS στην Ελλάδα κατανοήθηκε το 1983 και με την συνεργασία ιατρικών φορέων και της πολιτείας ελήφθησαν τα πρώτα αναγκαία υγειονομικά μέτρα. Το έτος αυτό ιδρύθηκε η Εθνική Επιτροπή AIDS, που ήταν το γνωμοδοτικό και συμβουλευτικό όργανο, το οποίο διατηρήθηκε μέχρι τη σύσταση και λειτουργία του Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (ΚΕΕΛ) το 1992, το οποίο λειτουργεί μέχρι και σήμερα.

Οι σκοποί του ΚΕΕΛ είναι :

- 1.- Η εξυπηρέτηση των αναγκών , συμβουλευτικών και λειτουργικών που αφορούν την επιδημία του AIDS καθώς και την εξάπλωση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.
- 2.- Αξιοποίηση από το Υπουργείο Υγείας των υπηρεσιών του ΚΕΕΛ στα πλαίσια της πολιτικής της υγείας.
- 3.- Αξιοποίηση του επιστημονικού δυναμικού της χώρας μέσα στα πλαίσια μιας συστηματοποιημένης λειτουργίας και απόδοσης με τη μορφή επιστημονικών επιτροπών.

Η καταγραφή των περιστατικών στη χώρα μας ξεκίνησε επίσημα το 1984, πέντε όμως κρούσματα που δηλώθηκαν, διαγνώστηκαν σε προηγούμενα έτη. Τα στατιστικά στοιχεία που δημοσιεύονται από την τριμηνιαία έκθεση του ΚΕΕΛ έχουν σαν βάση τον ευρωπαϊκό ορισμό του AIDS, που διαφέρει από εκείνο των ΗΠΑ, στο ότι ο αριθμός των CD4 T-λεμφοκυττάρων δεν αποτελεί διαγνωστικό κριτήριο για την ταυτοποίηση του AIDS. Τελικά αποφασίστηκε να καταγράφονται όλες οι περιπτώσεις HIV (+) ατόμων. Έτσι παρατηρείται καθυστέρηση μεταξύ διάγνωσης και δήλωσης, τα στοιχεία καταγράφονται κατά το έτος της δήλωσης. (ΚΟΡΝΑΡΟΥ, 1997)

7.1 Δελτίο Επιδημιολογικής Επιτήρησης της HIV/AIDS λοίμωξης στην Ελλάδα

Το επιδημιολογικό δελτίο για την πορεία της HIV/AIDS λοίμωξης στην Ελλάδα εκδίδεται σε ετήσια βάση από το Κέντρο Ελέγχου & Πρόληψης Νοσημάτων.

Τα παρακάτω στοιχεία αφορούν την ετήσια έκδοση με τα στοιχεία που δηλώθηκαν στο Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ) έως και 31.10.07.

Το 2007 (μέχρι 31 10 07) δηλώθηκαν 420 νέα περιστατικά εκ των οποίων 83,1% ήταν άνδρες και 16,9% γυναίκες (Πίνακας 5)

ΠΙΝΑΚΑΣ 5

Δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα*, κατά φύλο στην Ελλάδα από 1/1/2007 έως 31/10/2007					
HIV infections* reported in Greece by gender from 1/1/2007 to 31/10/2007					
Φύλο	HIV N	AIDS N	Σύνολο - Total		Gender
			N	%	
Άνδρες	313	36	349	(83,1)	Males
Γυναίκες	59	12	71	(16,9)	Females
Σύνολο	372	48	420	100,0	Total

*συμπεριλαμβανομένων των περιστατικών που όταν πρωτοδηλώθηκαν είχαν ήδη αναπτύξει τη νόσο και ήταν περιπτώσεις AIDS
*including cases presenting AIDS when first reported as HIV positive

ΠΗΓΗ: ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ , 2007

Η πλειονότητα των περιστατικών αφορά άτομα ηλικίας 25-44 ετών και το μεγαλύτερο ποσοστό αφορά άνδρες ηλικίας 30 -34 ετών (18,9%) ενώ στις γυναίκες η προεξάρχουσα ηλικιακή ομάδα ήταν αυτή των 25-29 ετών (23,9%). (πίνακας 6)

ΠΙΝΑΚΑΣ 6

Δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα*, κατά ηλικιακή ομάδα κατά τη δήλωση και κατά φύλο στην Ελλάδα από 1/1/2007 έως 31/10/2007						
HIV infections* by age group and gender reported in Greece from 1/1/2007 to 31/10/2007						
Ηλικιακή ομάδα Age group	Άνδρες Males		Γυναίκες Females		Σύνολο Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
0 - 12 ετών - years old	1	(0,3)	0	(0,0)	1	(0,2)
13 - 24 ετών - years old	26	(7,4)	8	(11,3)	34	(8,1)
25 - 29 ετών - years old	59	(16,9)	17	(23,9)	76	(18,1)
30 - 34 ετών - years old	66	(18,9)	11	(15,5)	77	(18,3)
35 - 39 ετών - years old	55	(15,8)	9	(12,7)	64	(15,2)
40 - 44 ετών - years old	41	(11,7)	5	(7,0)	46	(11,0)
45 - 49 ετών - years old	34	(9,7)	6	(8,5)	40	(9,5)
50 - 54 ετών - years old	19	(5,4)	6	(8,5)	25	(6,0)
55 + ετών - years old	35	(10,0)	5	(7,0)	40	(9,5)
Άγνωστη - Unknown	13	(3,7)	4	(5,6)	17	(4,0)
Σύνολο - Total	349	(100,0)	71	(100,0)	420	(100,0)

*συμπεριλαμβανομένων των περιστατικών που όταν πρωτοδηλώθηκαν είχαν ήδη αναπτύξει τη νόσο και ήταν περιπτώσεις AIDS

*including cases presenting AIDS when first reported as HIV positive

ΠΗΓΗ: ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ , 2007

Ο συνολικός αριθμός των HIV οροθετικών ατόμων (συμπεριλαμβανομένων των περιπτώσεων AIDS) που δηλώθηκαν στην Ελλάδα μέχρι 31 10 07 ανέρχεται σε 8.584. (πίνακας 7)

ΠΙΝΑΚΑΣ 7

Συνολικά δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα κατά έτος δήλωσης και κατά φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 31/10/2007						
HIV infections by year of report and gender reported in Greece by 31/10/2007						
Έτος δήλωσης Year of report	Άνδρες - Males		Γυναίκες - Females		Σύνολο * Total *	Συχνότητα ** Rate **
	N	%	N	%	N	
1984	7	(100,0)	0	(0,0)	7	(0,7)
1985	9	(90,0)	1	(10,0)	10	(1,0)
1986	39	(97,5)	1	(2,5)	40	(4,0)
1987	56	(87,5)	8	(12,5)	64	(6,4)
1988	103	(91,2)	6	(5,3)	113	(11,3)
1989	126	(86,3)	17	(11,6)	146	(14,5)
1990	192	(86,9)	27	(12,2)	221	(21,8)
1991	218	(83,8)	42	(16,2)	260	(25,4)
1992	265	(86,9)	40	(13,1)	305	(29,4)
1993	252	(84,3)	47	(15,7)	299	(28,6)
1994	197	(80,4)	48	(19,6)	245	(23,2)
1995	284	(85,5)	48	(14,5)	332	(31,2)
1996	347	(77,6)	100	(22,4)	447	(41,7)
1997	432	(83,4)	86	(16,6)	518	(48,1)
1998	520	(78,3)	122	(18,4)	664	(61,3)
1999	929	(78,7)	245	(20,8)	1180	(108,4)
2000	379	(77,0)	111	(22,6)	492	(45,1)
2001	307	(75,2)	99	(24,3)	408	(37,3)
2002	297	(75,0)	99	(25,0)	396	(36,0)
2003	328	(75,2)	106	(24,3)	436	(39,6)
2004	357	(80,0)	86	(19,3)	446	(40,3)
2005	421	(74,6)	141	(25,0)	564	(50,8)
2006	462	(80,9)	109	(19,1)	571	(51,2)
31-Οκτ-2007	349	(83,1)	71	(16,9)	420	(37,5)
Σύνολο - Total	6876	(80,1)	1660	(19,3)	8584	

* Περιλαμβάνει και τα περιστατικά των οποίων το φύλο είναι αγνώστο
 ** Ανά εκατομμύριο πληθυσμού

* Including cases of unknown gender
 ** Per million population

ΠΗΓΗ: ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ , 2007

Διαχρονικά η τάση της επιδημίας ήταν αυξητική και στους άνδρες και στις γυναίκες. Όμως από το 2000 ο αριθμός των νέων μολύνσεων που δηλώνονται μειώνεται , τάση που συνεχίζεται μέχρι το 2002. Το 2003 & 2004 παρουσιάζεται μια μικρή αύξηση σε σχέση με το 2002. Ο αριθμός των νέων μολύνσεων που δηλώθηκαν ανά εκατομμύριο πληθυσμού το 2006 κυμαίνεται στα επίπεδα του 2005, έτος στο οποίο παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση. Για το 2007 δεν έχει ολοκληρωθεί η συλλογή των δεδομένων, εκτιμάται όμως ότι θα κυμανθεί σε χαμηλότερα επίπεδα σε σχέση με το 2006. (πίνακες 8,9,10.)

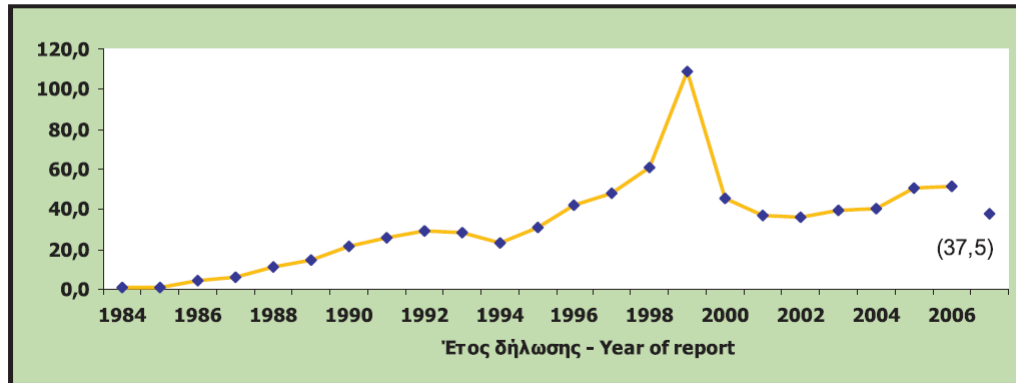
ΠΙΝΑΚΑΣ 8

Έτος διάγνωσης Year of diagnosis	Άνδρες - Males		Γυναίκες - Females		Σύνολο - Total	Συχνότητα * Rate*
	N	(%)	N	(%)	N	
1981	1	(100,0)	0	(0,0)	1	0,10
1982	2	(100,0)	0	(0,0)	2	0,20
1983	4	(100,0)	0	(0,0)	4	0,42
1984	5	(100,0)	0	(0,0)	5	0,51
1985	14	(100,0)	0	(0,0)	14	1,41
1986	25	(100,0)	0	(0,0)	25	2,51
1987	58	(90,6)	6	(9,4)	64	6,40
1988	66	(91,7)	6	(8,3)	72	7,17
1989	93	(86,9)	14	(13,1)	107	10,61
1990	126	(88,1)	17	(11,9)	143	14,07
1991	163	(88,1)	22	(11,9)	185	18,04
1992	167	(87,4)	24	(12,6)	191	18,42
1993	149	(87,1)	22	(12,9)	171	16,34
1994	184	(85,2)	32	(14,8)	216	20,47
1995	188	(87,0)	28	(13,0)	216	20,31
1996	193	(81,8)	43	(18,2)	236	22,04
1997	149	(85,6)	25	(14,4)	174	16,15
1998	109	(87,2)	16	(12,8)	125	11,54
1999	104	(79,4)	27	(20,6)	131	12,04
2000	113	(86,3)	18	(13,7)	131	12,00
2001	69	(74,2)	24	(25,8)	93	8,49
2002	81	(81,8)	18	(18,2)	99	9,01
2003	77	(81,9)	17	(18,1)	94	8,53
2004	73	(84,9)	13	(15,1)	86	7,77
2005	74	(75,5)	24	(24,5)	98	8,83
2006	61	(70,9)	25	(29,1)	86	7,71
31/10/2007	44	(73,3)	16	(26,7)	60	5,38
Σύνολο - Total	2392	(84,6)	437	(15,4)	2829	

ΠΗΓΗ: ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ , 2007

ΠΙΝΑΚΑΣ 9

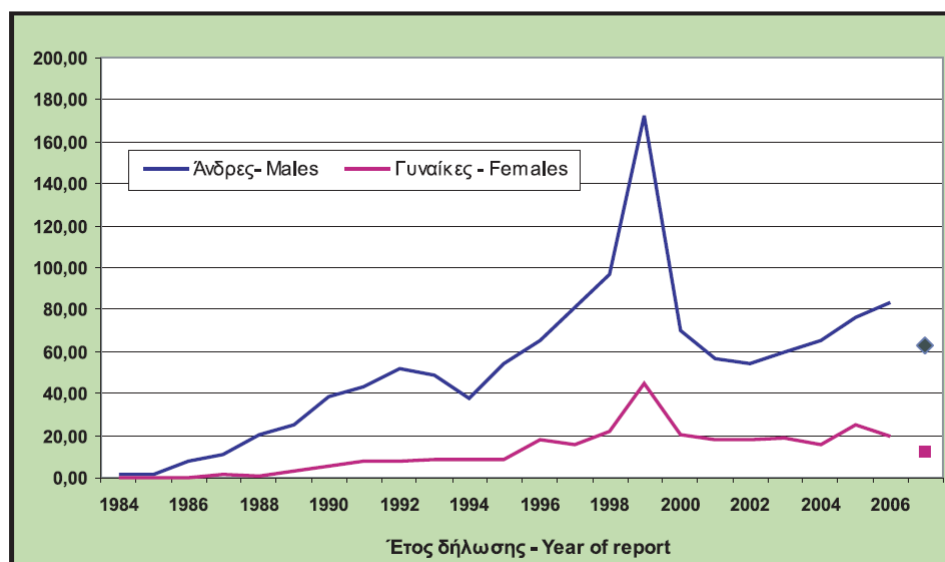
Αριθμός δηλωθέντων HIV οροθετικών ατόμων ανά εκατομμύριο πληθυσμού
HIV infections per million population reported in Greece



ΠΗΓΗ: ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ , 2007

ΠΙΝΑΚΑΣ 10

HIV οροθετικά άτομα ανά εκατομμύριο πληθυσμού κατά έτος δήλωσης και κατά φύλο στην Ελλάδα
HIV infections per million population by year of report and sex in Greece



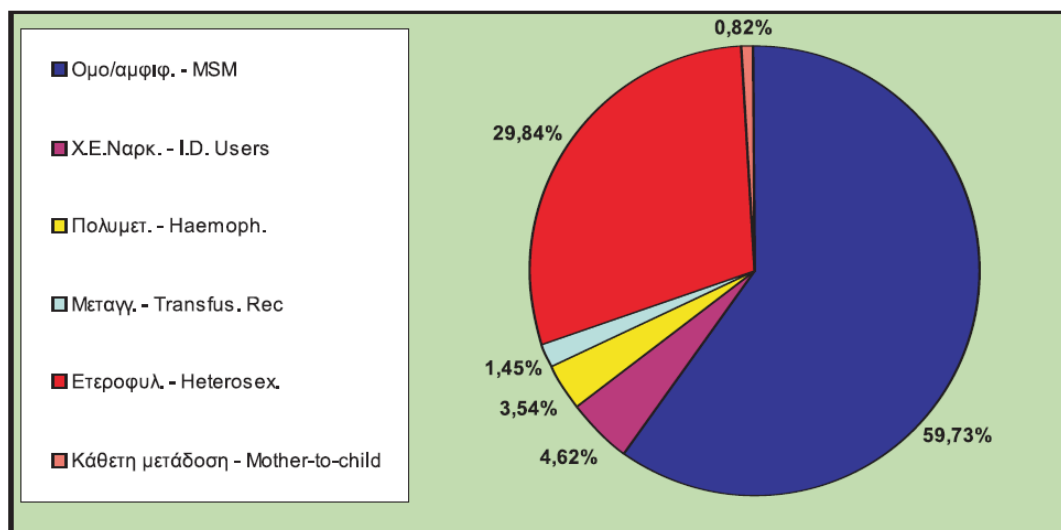
ΠΗΓΗ: ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ , 2007

Η σεξουαλική επαφή αποτελεί τον κυριότερο τρόπο μετάδοσης του HIV, σε ποσοστό 59.73%, ενώ η κάθετη μετάδοση καταλαμβάνει το μικρότερο ποσοστό 0,82%. (πίνακας 11)

ΠΙΝΑΚΑΣ 11

Συνολικά δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα κατά κατηγορία μετάδοσης (δεν περιλαμβάνονται άτομα στα οποία δεν έχει προσδιοριστεί ο τρόπος μετάδοσης) στην Ελλάδα μέχρι τις 31/10/2007

HIV infections by transmission group (excluding cases not classified in a transmission group) reported in Greece by 31/10/2007

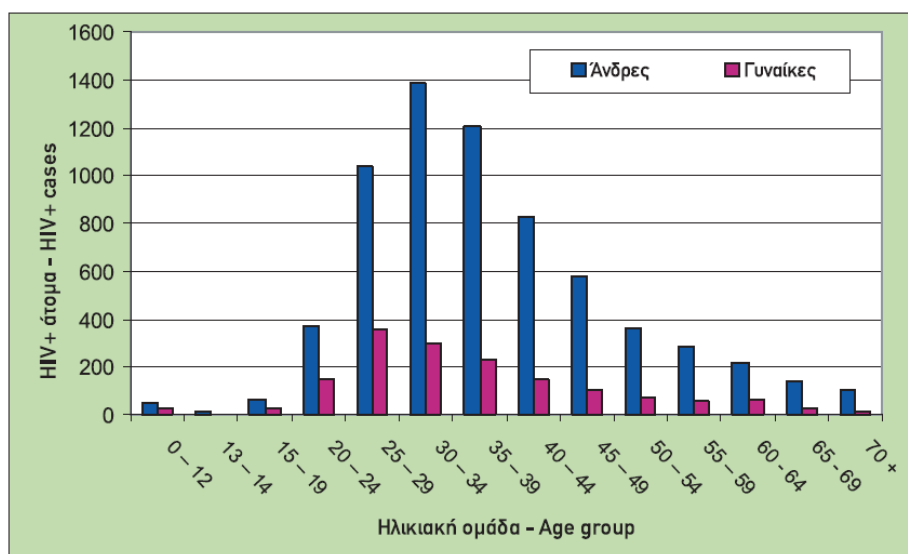


ΠΗΓΗ: ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ , 2007

Η πλειοψηφία από τα δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα ήταν ηλικίας 25 έως 44 ετών , ενώ η ηλικιακή ομάδα με τη μεγαλύτερη συχνότητα στους άνδρες ήταν μεταξύ 30 έως 34 ετών και στις γυναίκες η ομάδα των 25 έως 34 ετών.(πίνακας 12)

ΠΙΝΑΚΑΣ 12

Συνολικά δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα κατά ηλικιακή ομάδα κατά τη δήλωση και κατά φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 31/10/2007
HIV infections by age group at report and gender reported in Greece by 31/10/2007



ΠΗΓΗ: ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ , 2007

Ο αριθμός των HIV οροθετικών γυναικών που έλαβαν προφυλακτική αντιρετροϊκή αγωγή το 2007 στην Ελλάδα ήταν 21, ενώ δεν καταγράφηκε περιγεννητική λοίμωξη το ίδιο έτος.

Ο συνολικός αριθμός των περιπτώσεων AIDS που δηλώθηκαν στην Ελλάδα μέχρι 31 10 07 ανέρχεται σε 2.829 άτομα εκ των οποίων 2.392 (84,6%) ήταν άνδρες και 437 (15,4%) ήταν γυναίκες. (πίνακας 13)

ΠΙΝΑΚΑΣ 13

Έτος διάγνωσης Year of diagnosis	Άνδρες - Males		Γυναίκες - Females		Σύνολο - Total	Συχνότητα * Rate*
	N	(%)	N	(%)	N	
1981	1	(100,0)	0	(0,0)	1	0,10
1982	2	(100,0)	0	(0,0)	2	0,20
1983	4	(100,0)	0	(0,0)	4	0,42
1984	5	(100,0)	0	(0,0)	5	0,51
1985	14	(100,0)	0	(0,0)	14	1,41
1986	25	(100,0)	0	(0,0)	25	2,51
1987	58	(90,6)	6	(9,4)	64	6,40
1988	66	(91,7)	6	(8,3)	72	7,17
1989	93	(86,9)	14	(13,1)	107	10,61
1990	126	(88,1)	17	(11,9)	143	14,07
1991	163	(88,1)	22	(11,9)	185	18,04
1992	167	(87,4)	24	(12,6)	191	18,42
1993	149	(87,1)	22	(12,9)	171	16,34
1994	184	(85,2)	32	(14,8)	216	20,47
1995	188	(87,0)	28	(13,0)	216	20,31
1996	193	(81,8)	43	(18,2)	236	22,04
1997	149	(85,6)	25	(14,4)	174	16,15
1998	109	(87,2)	16	(12,8)	125	11,54
1999	104	(79,4)	27	(20,6)	131	12,04
2000	113	(86,3)	18	(13,7)	131	12,00
2001	69	(74,2)	24	(25,8)	93	8,49
2002	81	(81,8)	18	(18,2)	99	9,01
2003	77	(81,9)	17	(18,1)	94	8,53
2004	73	(84,9)	13	(15,1)	86	7,77
2005	74	(75,5)	24	(24,5)	98	8,83
2006	61	(70,9)	25	(29,1)	86	7,71
31/10/2007	44	(73,3)	16	(26,7)	60	5,38
Σύνολο - Total	2392	(84,6)	437	(15,4)	2829	

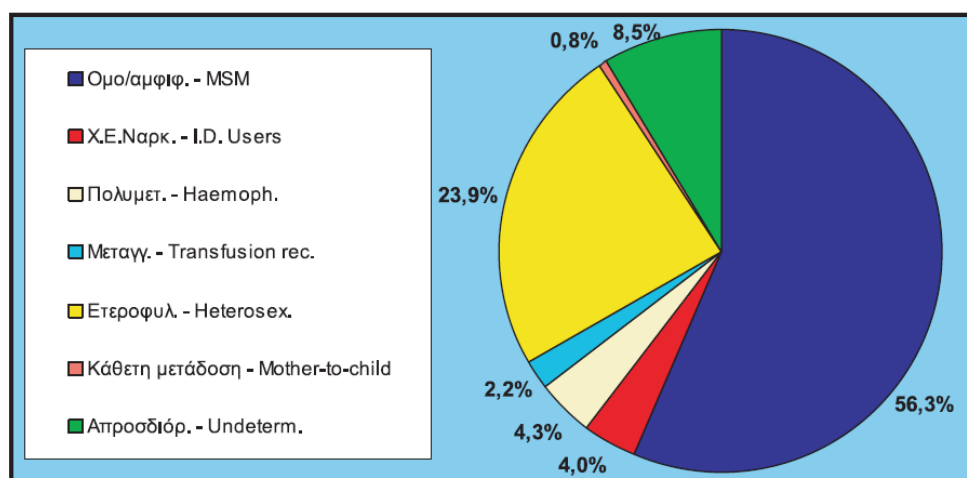
ΠΗΓΗ: ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ , 2007

Η ερμηνεία των διαχρονικών τάσεων του AIDS πρέπει να γίνει υπό το πρίσμα δύο πολύ σημαντικών αλλαγών στην ιστορία της νόσου, δηλ. την επέκταση των κριτηρίων για την διάγνωση το 1993 και την εισαγωγή των νέων συνδυασμένων θεραπειών (HAART) το 1996.

Η απότομη αύξηση που παρατηρείται τα έτη 1993-96 οφείλεται κατά ένα μεγάλο μέρος στον αυξημένο αριθμό κρουσμάτων λόγω της επέκτασης των κριτηρίων της νόσου. Αντίθετα η μεγάλη μείωση στην επίπτωση του AIDS που παρατηρείται από το 1997 έως το 2001 μπορεί να αποδοθεί στις νέες αντιρετροϊκές αγωγές. (πίνακες 14,15)

ΠΙΝΑΚΑΣ 14

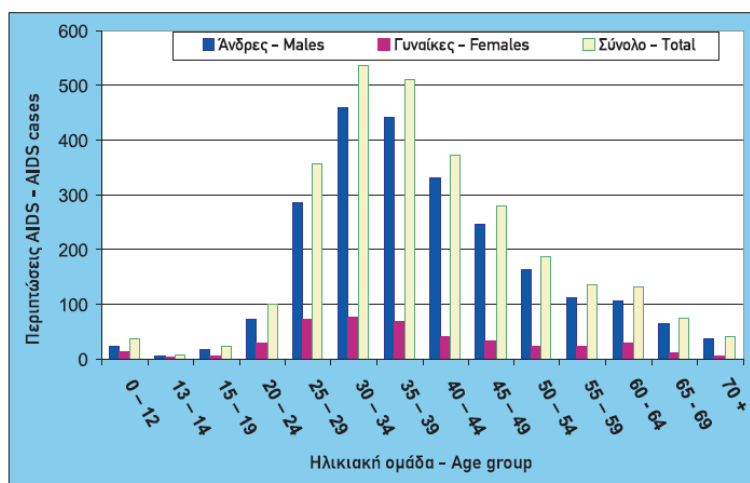
Περιπτώσεις AIDS κατά κατηγορία μετάδοσης στην Ελλάδα μέχρι τις 31/10/2007
Cumulative AIDS cases by transmission group reported in Greece by 31/10/2007



ΠΗΓΗ: ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ , 2007

ΠΙΝΑΚΑΣ 15

Περιπτώσεις AIDS κατά ηλικιακή ομάδα κατά τη διάγνωση και κατά φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 31/10/2007
Cumulative AIDS cases by age group at diagnosis and gender reported in Greece by 31/10/2007



ΠΗΓΗ: ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ , 2007

7.2 Επιδημιολογικά στοιχεία HIV - Οροθετικά Παιδιά

Μια περίπτωση κάθετης μετάδοσης HIV δηλώθηκε το 2007. Ο αριθμός των HIV οροθετικών παιδιών (ηλικίας < 13 ετών) παραμένει μικρός στη χώρα μας και ανέρχεται σε 77 περιπτώσεις εκ των οποίων τα 48 (62,3%) είναι αγόρια και τα 28 είναι κορίτσια (36,4%), Το 70,1% έχουν μολυνθεί από τη μητέρα τους ενώ το 15,6% ήταν πολυμεταγγιζόμενα παιδιά. (πίνακες 16,17)

ΠΙΝΑΚΑΣ 16

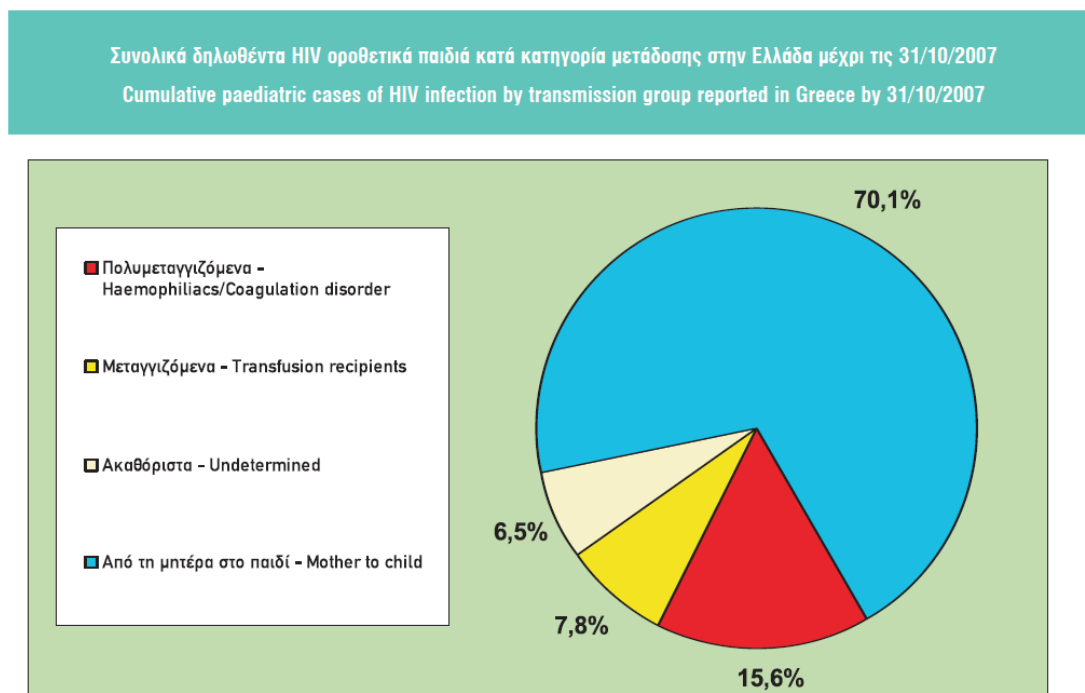
Συνολικά δηλωθέντα HIV οροθετικά παιδιά κατά ηλικιακή ομάδα κατά τη δήλωση και κατά φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 31/10/2007						
Cumulative paediatric cases of HIV infection by age group at report and gender reported in Greece by 31/10/2007						
Ομάδες ηλικιών Age group	Αγόρια Males		Κορίτσια Females		Σύνολο * Total *	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
0 - 11 μηνών - mths	8	(16,7)	5	(17,9)	14	(18,2)
1 - 4 ετών - years old	15	(31,3)	15	(53,6)	30	(39,0)
5 - 9 " "	8	(16,7)	7	(25,0)	15	(19,5)
10 - 12 " "	17	(35,4)	1	(3,6)	18	(23,4)
Σύνολο - Total	48	(100,0)	28	(100,0)	77	(100,0)

* Περιλαμβάνει και τα περιστατικά των οποίων το φύλο είναι άγνωστο

* Including cases of unknown gender

ΠΗΓΗ: ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ , 2007

ΠΙΝΑΚΑΣ 17



ΠΗΓΗ: ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ , 2007

7.3 Στατιστικά στοιχεία με Ευρωπαϊκά δεδομένα

Τα δεδομένα που παρουσιάζονται αφορούν Ευρωπαϊκές χώρες και προέρχονται από το Κέντρο Επιδημιολογικής Επιτήρησης του HIV/AIDS στο Παρίσι, στο οποίο συμμετέχει και η Ελλάδα.

Αξιολογώντας τα τελευταία Ευρωπαϊκά δεδομένα σε σχέση με την πορεία της HIV : λοίμωξης, παρατηρούμε ότι οι χώρες με το μεγαλύτερο αριθμό νέων HIV μολύνσεων για το έτος 2005 ήταν η Εσθονία, η Πορτογαλία και το Ηνωμένο Βασίλειο (πίνακας 18)

: Οι χώρες με τη μεγαλύτερη επίπτωση AIDS για το έτος 2005 ήταν η Πορτογαλία, η Λετονία, η Ισπανία και η Ιταλία. (πίνακας 19)

ΠΙΝΑΚΑΣ 18

Δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα, ανά χώρα-μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης και έτος δήλωσης (ανά εκατομμύριο πληθυσμού)								
Reported HIV infections by country (member of the European Union) and year of report (per million population)								
Χώρα	1999	2000	2001	Έτος - Year 2002	2003	2004	2005	Country
Αυστρία	41,9	52,9	49,6	54,4	51,9	57,5	55,3	Austria
Βέλγιο	77,9	92,2	93,2	95,6	101,1	96,2	102,3	Belgium
Δανία	54,9	47,9	59,9	54,8	48,0	56,9	52,5	Denmark
Φιλανδία	27,5	28,0	24,5	25,0	25,5	24,4	26,1	Finland
Γαλλία	-	-	-	-	-	88,5	98,7	France
Γερμανία	21,7	20,5	15,9	22,7	23,1	27,2	29,6	Germany
Ιρλανδία	50,7	76,3	77,4	92,6	99,6	87,3	76,7	Ireland
Ιταλία	73,5	70,0	68,2	73,9	65,8	64,5	-	Italy
Λουξεμβούργο	69,9	101,1	92,9	73,8	103,7	130,7	135,5	Luxemburg
Μάλτα	-	-	-	-	-	42,5	47,3	Malta
Ολλανδία	93,5	22,8	35,7	211,9	97,5	79,6	74,6	Netherlands
Πορτογαλία	-	397,9	234,0	240,6	216,8	267,9	251,1	Portugal
Ισπανία	-	-	-	-	-	-	-	Spain
Σουηδία	23,8	27,3	30,2	31,1	40,6	47,7	43,4	Sweden
Ην. Βασίλειο	53,6	55,6	70,5	100,4	117,6	124,3	148,3	Un. Kingdom
Βουλγαρία	3,4	6,1	5,0	5,5	8,0	6,4	10,7	Bulgary
Κύπρος	29,7	36,9	27,6	19,8	29,4	30,3	51,5	Cyprus
Τσεχία	4,9	5,6	5,0	4,9	6,0	7,4	8,8	Czech Republic
Ουγγαρία	6,0	4,6	8,0	7,9	6,2	7,0	10,9	Hungary
Πολωνία	13,6	16,3	14,6	14,8	15,8	17,0	16,9	Poland
Ρουμανία	16,4	13,1	20,0	15,3	11,2	13,4	9,4	Romania
Σλοβακία	0,4	3,5	1,5	2,0	2,4	2,8	3,9	Slovakia
Σλοβενία	7,6	6,6	8,1	11,2	7,1	12,7	18,3	Slovenia
Εσθονία	8,7	285,3	1086,4	666,8	626,3	556,5	467,0	Estonia
Λετονία	101,2	196,4	342,4	231,4	172,9	139,3	129,6	Latvia
Λιθουανία	18,7	18,6	20,7	114,5	31,8	39,2	35,0	Lithouania
Ελλάδα	115,4	45,6	38,1	36,2	40,1	40,7	50,4	Greece

ΠΗΓΗ: ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ , 2007

ΠΙΝΑΚΑΣ 19

Περιπτώσεις AIDS ανά χώρα-μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης και έτος διάγνωσης συνεκτιμώντας τις καθυστερήσεις στη δήλωση
(ανά εκατομμύριο πληθυσμού)

AIDS cases by country (member of the European Union) and year of diagnosis adjusted for reporting delays (per million population)

Χώρα	1999	2000	2001	Έτος - Year 2002	2003	2004	2005	Country
Αυστρία	12,5	10,5	11,2	11,4	6,8	10,7	12,5	Austria
Βέλγιο	11,5	13,6	13,3	12,5	11,8	11,9	15,5	Belgium
Δανία	14,1	10,9	13,2	8,2	7,1	10,8	8,9	Denmark
Φινλανδία	1,9	3,3	3,5	3,8	4,8	3,6	5,4	Finland
Γαλλία	30,2	28,4	27,3	26,6	23,5	21,6	18,8	France
Γερμανία	10,1	9,6	9,1	8,6	9,2	10,3	8,1	Germany
Ιρλανδία	6,7	3,4	6,7	8,6	9,6	13,7	11,2	Ireland
Ιταλία	37,0	33,8	31,2	30,1	29,4	27,9	25,4	Italy
Λουξεμβούργο	11,6	23,0	9,1	2,2	17,7	26,1	17,4	Luxemburg
Μάλτα	2,6	7,7	0,0	10,1	5,0	2,5	7,5	Malta
Ολλανδία	11,3	15,6	16,0	18,3	16,8	16,0	12,1	Netherlands
Πορτογαλία	107,6	97,2	95,0	95,1	86,0	76,8	79,5	Portugal
Ισπανία	77,0	69,3	59,4	54,5	52,6	48,0	36,0	Spain
Σουηδία	7,8	6,8	5,4	6,7	5,7	7,1	5,1	Sweden
Ην. Βασίλειο	12,9	14,1	12,4	14,8	15,7	14,8	13,3	Un. Kingdom
Βουλγαρία	2,9	2,0	1,8	1,6	1,7	2,8	2,5	Bulgary
Κύπρος	-	-	-	-	-	-	-	Cyprus
Τσεχία	1,7	1,4	0,7	0,8	0,8	1,3	1,1	Czech Republic
Ουγγαρία	3,6	2,6	2,0	2,6	2,6	2,3	3,3	Hungary
Πολωνία	3,5	3,2	3,4	3,2	3,8	4,7	4,3	Poland
Ρουμανία	29,7	29,6	19,7	14,7	16,0	13,3	12,4	Romania
Σλοβακία	0,4	0,9	0,9	0,4	0,4	0,4	0,6	Slovakia
Σλοβενία	4,6	3,6	2,5	1,5	3,0	5,1	5,1	Slovenia
Εσθονία	1,5	2,2	1,5	4,5	7,5	21,7	20,3	Estonia
Λετονία	7,5	9,7	17,0	23,9	32,2	34,3	37,0	Latvia
Λιθουανία	1,7	2,0	2,9	2,6	2,6	6,1	3,0	Lithuania
Ελλάδα	11,9	11,8	8,4	8,9	8,4	8,0	9,1	Greece

ΠΗΓΗ: ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ , 2007

8. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ HIV

Αρχικά οι αντιλήψεις για το AIDS φαίνεται να επηρεάστηκαν από ηθικές δεσμεύσεις και προκαταλήψεις. Η αρχική περιγραφή του συνδρόμου σε τοξικομανείς και ομοφυλόφιλους, δημιούργησε την εντύπωση της Θείας Δίκης ή της χολέρας των ομοφυλοφίλων. Στη συνέχεια όταν περιγράφηκαν κρούσματα σε μεταγγιζόμενα άτομα , αιμορροφιλικούς και παιδιά πασχόντων από AIDS, η κοινωνία τα θεώρησε αθώα θύματα των αμαρτωλών.

Σήμερα που το AIDS έχει επεκταθεί και στους ετερόφυλους στο γενικό πληθυσμό, με τη συνεχή ενημέρωση και την πρόοδο της επιστήμης , στις αναπτυγμένες χώρες οι άνθρωποι αντιδρούν με σκεπτικισμό και προφύλαξη ,

ενώ στις αναπτυσσόμενες συνεχίζει σε μεγάλο βαθμό η προκατάληψη, η αμηχανία, ο πανικός και σε αρκετές περιπτώσεις η υστερία.

Στο αρχικό στάδιο της νόσου παρατηρούνται συμπτώματα άγχους και ανησυχίας για κάθε νέο σύμπτωμα. Η αβεβαιότητα για την πορεία της νόσου και τη θεραπεία επιδεινώνουν την κατάσταση. Οι συναισθηματικές αντιδράσεις συνίστανται σε έντονο shock, δυσπιστία, άρνηση, ενοχή, φόβο, θλίψη, λύπη, μελαγχολία και καταθλιπτικά φαινόμενα.

Η φοβία του AIDS εμφανίστηκε το 1983 αρχικά σε ομάδες ομοφυλοφίλων, αλλά εμφανίζεται πολύ συχνά σε όλες τις ομάδες πασχόντων. Μετά τις πρώτες αντιδράσεις ακολουθεί ένα μεταβατικό στάδιο, όπου οι ασθενείς εμφανίζουν σύγχυση, κατάπτωση, διάσπαση της προσωπικότητας και συμπτώματα απομόνωσης, ενοχής και απελπισίας. Αισθάνονται έντονα την περιθωριοποίηση ακόμα και από την οικογένειά τους. Άλλοι παρουσιάζουν αυτοκαταστροφικές τάσεις, ενώ άλλοι με επιθετική διάθεση επαναδραστηριοποιούνται με μεγαλύτερο ζήλο. Οι εκδηλώσεις άγχους είναι δυνατόν να πάρουν τη μορφή πανικού, ενώ οι ασθενείς αντιμετωπίζουν με καχυποψία τους πάντες γύρω τους. Οι ασθενείς χρειάζονται νέο περιβάλλον και νέες αξίες, ώστε να προσεγγίσουν από άλλη σκοπιά το πρόβλημά τους.

Το τελικό στάδιο χαρακτηρίζεται από την παραδοχή της νόσου και την αντιμετώπισή της με ρεαλισμό και θάρρος. Δίνουν μεγάλο βάρος στην ποιότητα της ζωής τους και έχουν αισθήματα στοργής και αλtruισμού. Είναι συνεργάσιμοι με τους γιατρούς και το κοινωνικό σύνολο, ενώ με την πάροδο του χρόνου αρχίζουν να εξοικειώνονται με την ιδέα του θανάτου. (ΚΟΥΣΚΟΥΝΗΣ 1998).

Η διάγνωση του HIV σε μια έγκυο γυναίκα ή η εγκυμοσύνη μπορεί να συνδεθεί με συναισθηματική διαταραχή, ή οποία μπορεί να έχει παθολογικές επιπτώσεις, με σοβαρή νοσηρότητα.

Μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο πανεπιστημιακό νοσοκομείο στο Λουσάκα της Ζάμπιας με σκοπό να ερευνήσει την ψυχολογική υγεία εγκύων HIV μολυσμένων γυναικών και πως η διάγνωση του HIV μπορεί να συνδεθεί με συναισθηματική διαταραχή κατέληξε στο συμπέρασμα, ότι υπάρχει σοβαρό φορτίο ψυχολογικής νοσηρότητας μεταξύ των εγκύων γυναικών της Ζιμπάμπουε και ότι οι αρμόδιες υπηρεσίες πρέπει να εργαστούν προκειμένου

να βελτιώσουν την ψυχολογική υγεία των γυναικών και να στρέψουν την προσοχή τους στις παροχές που θα προσφέρουν την εμβρυϊκή περίοδο.

Οι συμμετέχοντες ήταν είτε έγκυες γυναίκες που εντοπίστηκαν με το HIV κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είτε γυναίκες που γνώριζαν από πριν ότι ήταν θετικές στον ιό. Για την αξιολόγηση της ψυχολογικής κατάστασης των γυναικών χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο. Η επεξεργασία των αποτελεσμάτων έδειξε ότι η πλειοψηφία των γυναικών (85%) παρουσίασε σημαντικά καταθλιπτικά επεισόδια και είχε σημαντικές αυτοκαταστροφικές σκέψεις. Το 60% των γυναικών στις οποίες ο ιός εντοπίστηκε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης παρουσίασε συμπτώματα σωματικά. Όσες γνώριζαν ότι νοσούσαν πριν μείνουν έγκυες δεν παρουσίασαν σημαντικά καταθλιπτικά επεισόδια, αλλά είχαν αγωνία και ανησυχία για την κατάσταση των μωρών τους. Η μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι γυναίκες που ανακαλύπτουν ότι νοσούν με τον ιό HIV κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους θα αναπτύξουν σημαντική καταθλιπτική ασθένεια και σωματικές αναταραχές. (KAPINA M et all, 2009)

Οι γιατροί που εξετάζουν τις γυναίκες αυτές πρέπει να μπορούν να τις στηρίξουν ψυχολογικά και ψυχιατρικά όταν απαιτηθεί ή να τις παραπέμψουν στους ειδικούς. (ΕΘΝ ΙΝΣΤ ΕΡΕΥΝ , 2007)

9 ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η ραγδαία εξάπλωση της νόσου, ο φόβος και ο ρατσισμός απέναντι στα πάσχοντα άτομα, η επίπτωση της λοίμωξης HIV και του AIDS στην έγκυο γυναίκα και το νεογνό, αποτέλεσαν πρόκληση για την επιλογή του θέματος.

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έγινε με την πεποίθηση ότι, η γνώση είναι δύναμη, η ενημέρωση και η πρόληψη σώζουν ζωές.

Η ενημέρωση του πληθυσμού από τους επαγγελματίες υγείας αποτελεί όχι απλά καθήκον, αλλά αναδεικνύει την ευθύνη των ανθρώπων που αγαπούν τον ΑΝΘΡΩΠΟ και που οραματίζονται ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ως ΑΓΑΘΟ που παρέχεται ΙΣΟΤΗΜΑ σε όλους τους ανθρώπους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ΑΝΑΓΝΩΣΤΑΚΗΣ Δ., *Λοιμώξεις Εγκύου, Εμβρύου και Νεογνού*, εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1996
2. ALMEDA J., MARTIN I, ROLAND M, HENDRY O, GRULICH A, (2004), “Proposed recommendations for the management of HIV post-exposure prophylaxis after sexual, injecting drug or other exposures in Europe”, *Eurosurveillance* , 9 (4-6):35-40
3. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS COMMITTEE ON PEDIATRIC AIDS (2008), “HIV testing and prophylaxis to prevent mother –to-child transmission in the United States” *Pediatrics*, 122(5) 1127-34
4. ΑΝΤΣΑΚΛΗΣ Α., ΑΡΑΒΑΝΤΙΝΟΣ Δ, ΒΛΑΖΑΚΗΣ Γ, ΜΑΥΡΟΜΜΑΤΗΣ Κ, ΜΙΧΑΛΑΣ Σ, (1998), «Σύνδρομο Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (AIDS) και Κύηση.» *Εφηβική Γυναικολογία Αναπαραγωγή και Εμμηνοπαυση* , 10 (1) : 59-62
5. CARPENTER C, FISCHL M, HAMMER S, JACOBSEN D, KATZENSTEIN D (1999) “Antiretroviral therapy for HIV” *JAMA* , 276 :146-54
6. C.D.C.(1998), “*Guidelines for the use of antiretroviral agent in pediatric HIV infection*” –M.M.W.R. 1998, Vol 47 NORR 44
7. CHALERMCHOCKCHAROENKITA, SIRIMAI K, CHAISILWATTANAP, (2006), High prevalence of cervical squamous cell abnormalities among HIV-infected women with immunological AIDS-defining illness-es .J Obstet Gynaecol Res , 32: 324-9
8. FISHER M., HOLTGRAVE D, BLOOM F, LARSEN C, WAWER M, (2006), “Guideline for the use of post-exposure prophylaxis for HIV

- following sexual exposure”. *International Journal of STD & AIDS.* , 17: 81-92.
9. GRAY GE, MCINTYRE IA,(2006) Effect of HIV on women. *AIDS Read* , 16: 365-8.
 10. SIA J, PAUL S, MARTIN RM, CROSS H, (2004), “HIV infection and zidovudine use in childbearing women”, *Pediatrics*, 114 (6) : 707-12
 11. SMITH D.K.,COMAY SE, DUCCESCHI S, WIEBE E, (2005), “Antiretroviral Postexposure Prophylaxis After Sexual, Injection-Drug Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV in the United States” *Recommendations from the U.S. Department of Health and Human Services. Morbidity and Mortality Weekly Report.*, Vol. 54
 12. ΙΑΤΡΑΚΗΣ Γ., *Βιβλίο Μαιευτικής* εκδόσεις, Δεσμός , Αθήνα 2004
 13. ΙΑΤΡΑΚΗΣ Γ., *Βιβλίο Γυναικολογίας* εκδόσεις, Δεσμός , Αθήνα 2006
 14. ΙΑΤΡΑΚΗΣ Γ., *Οικογενειακός Προγραμματισμός*, εκδόσεις Δεσμός , Αθήνα 2008
 15. ΚΑΛΑΦΑΤΑΣ Π., (1988), “Ο κίνδυνος μετάδοσης του ιού της ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου σε εργαζομένους σε επαγγέλματα υγείας”. *Περ. Ιατρική*, Τεύχος 54, σελ. 271-275
 16. ΚΑΛΛΙΝΙΚΟΣ Γ.- ΠΑΠΑΕΥΑΓΓΕΛΟΥ Γ., (1985), «AIDS και αιμοδοσία» *Περιοδικό Ιατρική Επιθεώρηση εν. Δυναμ.*, Τεύχος 19, σελ. 225
 17. ΚΑΛΟΓΕΡΟΠΟΥΛΟΣ Α., *Μαιευτική*, εκδόσεις University Stydio Press, Θεσ/νικη 1996.

18. KAPINA M, REID C, ROMAN K, CYPRUS-CAMERON E, KWIECIEN A, WEISS S, VERMUND SH, (2009) "HIV Incidence Rates and Risk Factors for Urban Women in Zambia: Preparing for a Microbicide Clinical Trial" *Sex Transm Dis*, (Epub ahead of print)
19. ΚΑΡΠΑΘΙΟΣ Σ., *Βασική Μαιευτική και Περιγεννητική Ιατρική*, εκδόσεις Βήττα, Αθήνα 1996.
20. ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ & ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ), 2008, *Κατευθυντήριες οδηγίες για χορήγηση προφυλακτικής αντιρετροϊκής αγωγής μετά από μη επαγγελματική έκθεση στον HIV*, Αθήνα
21. ΚΟΡΝΑΡΟΥ Ε., (1996), "Συχνότητα HIV θετικών εκδιδομένων γυναικών στην Ευρώπη", *Ελληνικά αρχεία AIDS*, T4(1) σελ 30 -36
22. ΚΟΥΣΚΟΥΝΗΣ Κ., «*AIDS Τι πρέπει να γνωρίζετε*» εκδόσεις Σμυρنيωτάκης, Αθήνα 1998
23. ΚΟΥΤΗΣ Χ, *Σημειώσεις Ειδικής Επιδημιολογίας*, ΤΕΙ Αθήνας 1999
24. ΛΩΛΗΣ Δ, *Γυναικολογία & Μαιευτική*, εκδόσεις Παρσιανός Γ, Αθήνα 1995.
25. MARAZZI MC, GERMANO P, LIOTTA G, GUIDOTTI G, LOUREIRO S, CRUZ GOMMES A, VALLS BLAZQUEZ MC, NARCISO R, PERNO CF, MANCINELLI S, PALOMBI L, (2006) Safety of nevirapine-containing anti-retroviral triple therapy regimens to prevent vertical transmission in an African cohort of HIV-1-infected pregnant women. *HIV Med*, 7:338-44
26. ΜΑΤΣΑΝΙΩΤΗΣ Ν., (1998), "Επίκτητη Ανοσοανεπάρκεια (AIDS) και ανθρώπινη συμπεριφορά." *Πρακτικά Ακαδημίας Αθηνών*» τεύχος 63, σελ 107-125

27. ΠΑΠΑΔΑΤΟΣ Κ.– ΚΟΣΜΙΔΗΣ Ι., *Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας* , εκδόσεις Ζήτα , Αθήνα 1994
28. ΠΑΠΑΕΥΑΓΓΕΛΟΥ Γ, ΚΑΛΛΙΝΙΚΟΣ Γ, *AIDS – Διεθνή Επιστημονικά Δεδομένα και Ελληνική πραγματικότητα*, εκδ. Λίτσας, 1986
29. ΠΛΑΤΑΝΙΑΣ Λ. ΖΟΥΜΠΟΣ Ν., (1989), “Αιματολογικές διαταραχές στο σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS)”, *περ. Ιατρική* Τεύχος 55 : 249-252
30. ΣΑΛΑΜΑΛΕΚΗΣ Ε, *Κύψεις Υψηλού Κινδύνου Παθολογικές Καταστασεις στην Κύηση, τον Τοκετό και τη Λοχεία* , εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδη, Αθήνα 1995
31. ΣΠΑΝΙΔΟΣ Δ. *Ιολογία Αρχές –κλινικά και μοριακά στοιχεία*, εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1991
32. ΣΤΑΥΡΙΑΝΕΑΣ Ν. *HIV/AIDS, Βασικές γνώσεις*, εκδόσεις Ι. Ζαγοραίος, Αθήνα 2001
33. ΤΟΜΑΚΙΔΗΣ Π., *Ελληνική Μαιευτική & Γυναικολογία*, εκδόσεις Κυριακίδη, Αθήνα 1998
34. HAVENS PL, MOFENSON LM: AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS COMMITTEE OF PEDIATRIC AIDS, (2009), “Evaluation and management of the infant exposed to HIV-1 in the United States”, 123 (1), 175-87
35. ΧΑΝΙΩΤΗΣ Ι.Φ. , *Παθολογία, -Ιατρικές εκδόσεις*, Ι τόμος εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1997
36. ΧΡΥΣΑΝΘΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Χ., *Παιδιατρική Πρωτοβάθμια Φροντίδα* , εκδόσεις University Stydio Press, Θεσ/νίκη 1999