



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Μ.Π.Σ.: «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Ορολογικός έλεγχος HIV & HBV σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες

**ΛΙΑΠΗΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ, ΙΑΤΡΟΣ
ΣΠΑΡΤΗ 2015**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**Π.Μ.Σ. ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Ορολογικός έλεγχος HIV & HBV σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες

**ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ ΛΙΑΠΗΣ
ΙΑΤΡΟΣ**

Μέλη Συμβουλευτικής Επιτροπής
Επιβλέπουσα: Μαρία Τσιρώνη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια
Μέλος: Σοφία Ζυγά, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια
Μέλος: Παναγιώτης Πρεζεράκος, Αναπληρωτής Καθηγητής
Μάρτιος 2015
ΣΠΑΡΤΗ

Copyright © ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ ΛΙΑΠΗΣ, 2015
Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Ειδίκευσης «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων» του Τμήματος Νοσηλευτικής. Η έγκριση της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλείας και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά και όπου απαιτείται έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Υπογραφή:

ΠΡΟΛΟΓΟΣ-ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θέλω να ευχαριστώ την καθηγήτρια μου Μαρία Τσιρώνη για την επιστημονική της καθοδήγηση καθολη τη διάρκεια της εκπόνησης της πτυχιακής μου εργασίας καθώς και τη διοίκηση του Κεντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων και τους συναδέλφους μου που συνεργαστήκαμε στο πρόγραμμα παρέμβασης και παροχής υγειονομικής φροντίδας σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες της χώρας αναγκάζουν ανασφάλιστους Έλληνες και μετανάστες να καταφεύγουν στις κινητές μονάδες προληπτικής ιατρικής και πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση του επιπολασμού της HIV-λοίμωξης και της ηπατίτιδας Β, στις πληθυσμιακές ομάδες που κάνουν χρήση των κοινωνικών υπηρεσιών υγείας και προληπτικής ιατρικής που προσφέρουν οι κινητές μονάδες του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.

Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμμετείχαν 514 άτομα, εκ των οποίων 115 (22,37%) ήταν Έλληνες και 399 (77,63%) ήταν Αλλοδαποί. 449 άτομα ήταν άνδρες (87,35%). Η μέση ηλικία των εξεταζόμενων σε όλες τις πλατείες είναι 30,87 (S.D. \pm 8,89 έτη, εύρος 16-73). Χρήστες Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών(XEN) ήταν 117(22,76%). **Για τον HIV** εξετάσθηκαν 494 δείγματα και από αυτά 29 (5,87%) ήταν θετικά. Στις γυναίκες βρέθηκαν 10(16,95%) θετικά αποτελέσματα σε 59 αιμοληψίες. 21 άτομα ήταν Έλληνες σε σύνολο 115 Έλληνες που εξετάσθηκαν(18,26%). Στον πληθυσμό XEN βρέθηκαν 25 οροθετικοί (21,37%). **Στον έλεγχο για HBV**, 27 άτομα (5,5%) ήταν θετικά. Η μέση ηλικία των HBV-θετικών ατόμων είναι 29,44 (SD \pm 7,10, εύρος 18-48 έτη). Και τα 27 άτομα που βρέθηκαν οροθετικά στην HBV-λοίμωξη ήταν άνδρες (100%). 7 άτομα ήταν XEN. Από τα θετικά HBV άτομα, 23 ήταν αλλοδαποί (85,18%).

Συμπεράσματα: Ο πλημμελής εμβολιασμός και οι επικίνδυνες συμπεριφορές όπως κοινή χρήση συριγγών ή απροφύλακτη σεξουαλική επαφή σε συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες πολλαπλασιάζουν τον κίνδυνο διασποράς λοιμωδών νοσημάτων. Είναι αναγκαίες μελέτες καταγραφής και παρέμβασης.

ABSTRACT

Socio-economic conditions of the country are forcing Greeks without social insurance and immigrants to resort to the mobile units of preventive medicine and primary care.

The **purpose** of the study is to investigate the prevalence of HIV-infection and hepatitis B in the demographic groups that make use of social health and preventive medicine services offered by mobile units of KE.EL.P.NO.

Results: The study included 514 people. 115 (22.37%) were Greek and 399 (77.63%) were foreigners. 449 subjects were males (87.35%). The mean age was 30,87 (SD \pm 8,89 years, range 16-73). Intravenous drug users (IDUs) were 117 (22.76%). For HIV 494 samples were analyzed and 29 of them (5.87%) were positive. Positive Women were 10 (16.95%). 21 people were Greeks (18.26%). 25 (21.37%) IDU were HIV positive. In testing for HBV, 27 subjects (5.5%) were positive. The mean age of HBV-positive persons is 29,44 (SD \pm 7,10, range 18-48 years). All 27 subjects who were seropositive for HBV-infected subjects were males (100%). 7 people were IDUs and 23 were foreigners (85.18%).

Conclusions: The incomplete vaccination and risk behaviors of specific social groups multiply the risk of dispersion of infectious diseases. It is necessary to study further these populations and make appropriate interventions.

Περιεχόμενα

Εισαγωγή.....	10
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ.....	11
1.1. Εννοιολογικός προσδιορισμός της μετανάστευσης.....	11
1.2. Ιστορική αναδρομή.....	13
1.3. Δεδομένα για την υγεία των μεταναστών.....	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ.....	21
2.1. Ιογενείς Ηπατίτιδες.....	21
2.2. Αυτοάνοσες ηπατίτιδες.....	28
2.3. Ηπατίτιδα που οφείλεται στη δράση διαφόρων φαρμάκων.....	29
2.4. Χρόνια ηπατίτιδα.....	30
2.5. Ηπατίτιδα Β.....	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: HIV.....	41
3.1. Ιστορία της νόσου.....	41
3.2. Παθογένεια του HIV.....	44
3.3. Διάγνωση του HIV/AIDS.....	47
3.4. Αναδρομή στην HIV-λοίμωξη.....	48
3.5. Μετάδοση της Λοίμωξης HIV.....	54
3.6. Ομάδες υψηλού κινδύνου.....	57
3.7. Πρόληψη της HIV-λοίμωξης.....	58

3.8. Θεραπεία της HIV-λοιμωξης.....	59
3.9. Δημογραφική ανάλυση-Ανάλυση επιδημιολογικού προφίλ των HIV θετικών ατόμων στην Ελληνική επικράτεια.....	61
3.10. Μεταναστευτικά Ρεύματα-Trafficking και HIV-λοίμωξη.....	62
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	64
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Σκοπός.....	64
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Μεθοδολογία.....	64
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Αποτελέσματα.....	66
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: Συζήτηση.....	77
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	81
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	92
• Μοριακή Διερεύνηση της πρόσφατης επιδημίας HIV-1 χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών (ΧΕΝ) στην Ελλάδα.....	92
• Άδεια επεξεργασίας και χρησιμοποίησης των στοιχείων από ΚΕΕΛΠΝΟ.....	95

Εισαγωγή

Η σύγχρονη ελληνική πραγματικότητα που αναπτύσσεται εξ' αιτίας της διαρκώς αυξανόμενης οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα, ευθύνεται για το εξαιρετικά δυσάρεστο φαινόμενο της ανάπτυξης «του φαινομένου των νεόπτωχων», ατόμων που προ κρίσης είχαν μια απόλυτη κανονικότητα στην καθημερινότητα τους ζώντας μια φυσιολογική ζωή, και τα τελευταία χρόνια εξ' αιτίας των συνθηκών που αναπτύσσονται λόγω κρίσης, έχουν χάσει τις δουλειές τους και έχουν εξουθενωθεί οικονομικά. Τα περισσότερα από αυτά τα άτομα είναι ανασφάλιστα και το γεγονός αυτό τους στερεί την δυνατότητα της υγειονομικής κάλυψης. Για τον λόγο αυτό παρατηρείται το τελευταίο χρονικό διάστημα ολοένα και περισσότεροι Έλληνες, να καταφεύγουν στις κινητές μονάδες προληπτικής ιατρικής και πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και άλλες αντίστοιχες. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με το φαινόμενο της αθρόας εισροής μεταναστών στην Ελλάδα, κυρίως στα μεγάλα αστικά κέντρα, επιτείνουν το πρόβλημα, αυξάνοντας τις υγειονομικές ανάγκες, επηρεάζοντας το ήδη επιβαρυσμένο σύστημα υγείας της Ελλάδος.

Οι γνώσεις γύρω από το προφίλ υγείας του πληθυσμού των μεταναστών στην Ελλάδα είναι πολύ περιορισμένη. Ελάχιστες είναι οι μελέτες που αφορούν προβλήματα υγείας σε αυτό τον πληθυσμό και ελάχιστα τα επιδημιολογικά δεδομένα. Με αφορμή την αύξηση των υγειονομικών αναγκών κυρίως στα μεγάλα αστικά κέντρα, ως κοινωνικό-οικονομική συνέπεια, σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση του επιπολασμού της HIV-λοίμωξης και της ηπατίτιδας Β, στις πληθυσμιακές ομάδες που κάνουν χρήση των κοινωνικών υπηρεσιών υγείας και προληπτικής ιατρικής που προσφέρουν οι κινητές μονάδες του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ

1.1. *Εννοιολογικός προσδιορισμός της μετανάστευσης*

Ο ορισμός της μετανάστευσης δεν αποτελεί ένα εύκολο θέμα μελέτης αφού επηρεάζεται από ποικίλους ιδεολογικο-πολιτικούς και κοινωνικούς παράγοντες καθώς και θεωρητικές προϋποθέσεις. Ως μετανάστευση ορίζουμε τη φυσική μετάβαση ατόμων και ομάδων από μία κοινωνία σε κάποια άλλη (Eisenstadt, 1953) ή κάθε γεωγραφική μετακίνηση μεγάλου αριθμού ατόμων (Sauvy, 1996) ή τη μεταφορά ανθρώπινου κι εργατικού δυναμικού από μία περιοχή σε κάποια άλλη (Castles & Kosack, 1973).

Από την παράθεση αυτή των ορισμών καταδεικνύεται ότι μπορεί μεν κύριο χαρακτηριστικό της μετανάστευσης να αποτελεί η γεωγραφική κινητικότητα αλλά το τι κάθε φορά ορίζεται σαν μετανάστευση εξαρτάται από κοινωνικοοικονομικές και πολιτισμικές συνθήκες. Για παράδειγμα σήμερα, μιλώντας για μετανάστευση εννοούμε την οικονομική μετανάστευση, διαχωρίζοντάς την έτσι από τις άλλες μορφές μετανάστευσης όπως η προσφυγική και η ανταλλαγή πληθυσμού. Ο Borjas (1994) εντοπίζοντας τη δυσκολία που μπορούν να επιφέρουν οι πολιτικοοικονομικές συνθήκες, μιλάει για τη μετανάστευση διακρίνοντάς την με βάση «παράγοντες προσέλκυσης» (pull) ή «απώθησης» (push). Οι «παράγοντες προσέλκυσης» ήταν αυτές που καθόρισαν τον μεταναστευτικό χαρακτήρα στο δεύτερο μισό του 20ου αιώνα. Η χώρα υποδοχής, στην περίπτωση αυτή, βάσει των αναγκών της σε εργατικό δυναμικό διαμόρφωσε μία πολιτική μετανάστευσης στηριζόμενη σε «συμβάσεις εργασίας» και διακρατικές συμφωνίες. Η σημερινή πραγματικότητα όμως, με την κατάρρευση των κομμουνιστικών καθεστώτων, την παγκοσμιοποίηση της οικονομίας και τη δημογραφική έκρηξη, δημιουργεί τους «παράγοντες απώθησης» που καθορίζουν πλέον τις μεταναστευτικές κινήσεις. Οι ίδιες περίπου δυσκολίες συναντώνται και στην προσπάθεια ορισμού της έννοιας μετανάστης.

Έχουν υπάρξει δραματικοί μετασχηματισμοί στο ρυθμιστικό περιβάλλον της μετανάστευσης σε ολόκληρη την Ευρώπη που ακολουθήθηκε

από το νέο κύμα μετανάστευσης που άρχισε προς το τέλος της δεκαετίας του '80 με αρχές της δεκαετίας του '90, δημιουργώντας νέες ευαίσθητες πληθυσμιακά ομάδες όπως αυτές των προσφύγων, των μεταναστών και των αιτούντων άσυλο. Έννοιες που χρησιμοποιούνται καθημερινά και αν και θεωρούνται ταυτόσημες, έχουν διαφορετική σημασία.

- Οι αιτούντες άσυλο είναι άνθρωποι που έχουν καταθέσει αίτηση για άσυλο στη χώρα υποδοχής και αναμένουν την έγκρισή της. Είναι άτομα, τα οποία εγκατέλειψαν τη χώρα τους λόγω πολιτικών ή ιδεολογικών πεποιθήσεων και που η επιστροφή τους σε αυτές εγκυμονεί κινδύνους για την ακεραιότητά τους εξαιτίας της φυλετικής τους ταυτότητας ή πολιτικών και θρησκευτικών πεποιθήσεων. Σύμφωνα με τη νομοθεσία, δεν τους παρέχεται αυτόματα το δικαίωμα εργασίας μέχρις ότου αποκτήσουν και την αντίστοιχη άδεια.
- Πρόσφυγες είναι αυτοί που έχουν λάβει πολιτικό άσυλο από τη χώρα υποδοχής και στους οποίους χορηγείται άδεια αορίστου παραμονής στη χώρα με πλήρη εργασιακά δικαιώματα.
- Μετανάστες είναι υπήκοοι κρατών εκτός ΕΕ που έχουν εισέλθει νόμιμα ή παράνομα στην Ελλάδα ή άλλες χώρες της ΕΕ με σκοπό την εγκατάσταση και την ανεύρεση προσωρινής ή μόνιμης εργασίας.
- Ξένοι εργαζόμενοι (foreign workers), εργάζονται στον αγροτικό ή τουριστικό τομέα σε εποχιακή βάση με άδεια εργασίας όμως. Ιδιαίτερα τη δεκαετία του '70 η κατηγορία αυτή ήταν ιδιαίτερα πολυπληθής στον βιομηχανικό τομέα με αντίστοιχη όμως μείωση κατά τη δεκαετία του '80. Η CEDEFOP (Ευρωπαϊκό Κέντρο για την Ανάπτυξη της Επαγγελματικής Κατάρτισης) προτείνει έναν άλλον διαχωρισμό, που εξειδικεύει τους τύπους μετανάστευσης:
- Μετανάστευση για λόγους εκπαίδευσης: Αυτός ο τύπος συμπεριλαμβάνεται γιατί τελικά το κίνητρο καταλήγει να είναι οικονομικό και περιλαμβάνει τους σπουδαστές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης αλλά και αντίστοιχο ακαδημαϊκό προσωπικό που κινούνται προς χώρες με παρόμοια ή ανώτερα επίπεδα εκπαίδευσης σε σχέση με τη χώρα προέλευσής τους.
- Μετανάστευση για κατάρτιση: Περιλαμβάνει τους επαγγελματίες εκείνους που περνούν ένα σχετικό διάστημα σε κάποια χώρα προκειμένου να εξοικειωθούν με τις σύγχρονες τεχνολογίες ή άλλα ειδικευμένα προϊόντα.
- Μετανάστευση για επαγγελματικούς λόγους: Περιλαμβάνονται άτομα που ταξιδεύουν για λόγους απασχόλησης.

- «Φιλοξενούμενοι εργάτες» (contract migration): Το είδος αυτό μετανάστευσης εμφανίζεται όταν αναγνωρίζεται η ανειδίκευτη ή ημειδίκευμένη εργασία για λόγους απασχόλησης σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα.
- Μετανάστευση για μόνιμη κατοικία (settlement migration): Ο τύπος αυτός αναφέρεται στα άτομα που πηγαίνουν σε μία χώρα με σκοπό τη μόνιμη κατοικία.
- Παράνομη μετανάστευση. Το φαινόμενο της μετανάστευσης τις τελευταίες δεκαετίες έχει πάρει ιδιαίτερες διαστάσεις, προσδίδοντάς του το χαρακτήρα ενός «νέου στοιχήματος» στο οποίο οι σύγχρονες κοινωνίες καλούνται να ανταποκριθούν και να ισορροπήσουν ανάμεσα στην επιτυχή αξιοποίηση αυτής της δυναμικής και στην πρόληψη πιθανών προβλημάτων που γεννά τούτη η συνύπαρξη (Τριανταφυλλίδου,2005).
- Μετανάστευση ατόμων που έχουν πέσει θύματα διακίνησης και εμπορίας, ατόμων που έχουν πέσει θύματα πολέμου και τρομοκρατίας καθώς και ατόμων που έχουν πέσει θύματα φυσικών καταστροφών.
- Μετανάστευση ασυνόδευτων ανήλικων κι αυτό γιατί ανεξάρτητα σε ποια κατηγορία μετανάστευσης ανήκει το ανήλικο άτομο, η χώρα που το υποδέχεται υποχρεούται να το δεχτεί και να του παρέχει άσυλο, ενώ αυτόματα, ο τοπικός εισαγγελέας ανηλίκων ορίζεται και ως ο νόμιμος κηδεμόνας του.

1.2. Ιστορική αναδρομή

Στα προϊστορικά ακόμη χρόνια, οι διάφορες ανθρώπινες φυλές ήταν αναγκασμένες να μεταναστεύουν απ' τον έναν τόπο στον άλλο, προσπαθώντας να επιβιώσουν. Απ' τα κρύα κλίματα πήγαιναν στα πιο ζεστά, απ' τα ορεινά στα πεδινά, απ'τα φτωχά σε καρπούς και κυνήγι, στα περισσότερο πλούσια. Επομένως ο κύριος λόγος που δικαιολογούσε τη σταθερή μετανάστευση στο παρελθόν ήταν η προσπάθεια επιβίωσης. Ο ίδιος λόγος ισχύει σε σημαντικό βαθμό και μέχρι σήμερα.

Ενώ στα προϊστορικά χρόνια ήταν γενικό φαινόμενο η μετανάστευση, και αναγκαστικό πολλές φορές, στην ιστορική πια εποχή αρχίζει να διαφοροποιείται, χωρίς να σταματά βέβαια. Τώρα, μεγάλες ομάδες ανθρώπων μεταφέρονται απ' τον ένα τόπο στον άλλο, μέσα στα πλαίσια κυριάρχησης πάνω στους συνανθρώπους τους και κατάκτησης καινούριων

χωρών. Αυτό ισχύει για τον αποικισμό απ' τους αρχαίους Έλληνες μεγάλων περιοχών της Μεσογείου, πράγμα που γενικεύεται κατά τους αλεξανδρινούς χρόνους, υποβοηθούμενο απ' την κατακτητική πολιτική των Ελλήνων βασιλιάδων της εποχής αυτής.

Η μετανάστευση από άποψη κατοίκων, γλώσσας και εθνικής ταυτότητας έχει αλλάξει ριζικά την σύνθεση ολόκληρων χωρών και ηπείρων. «Έτσι, μετά από 400 χρόνια η Αμερική, Ωκεανία, το Βόρειο ήμισυ της Ασίας και μερικά μέρη της Αφρικής κατακτήθηκαν από τους λευκούς. Η μετανάστευση, που άρχισε αυτά τα χρόνια και συνεχίστηκε για αρκετούς αιώνες, έπαιξε καθοριστικό ρόλο στην όλη εξέλιξη της ανθρώπινης κοινωνίας. Σε αυτό καθοριστικό ρόλο έπαιξαν και οι εσωτερικές ή ενδοηπειρωτικές μεταναστεύσεις. Ο κόσμος πήρε μια άλλη όψη κι οι ήπειροι αυτές έχασαν σε σημαντικό βαθμό το δικό τους καθαρό χαρακτήρα. Παράλληλα, τα αποτελέσματα αυτής της μετανάστευσης για τους λαούς των αποικιών ήταν μοιραία, γιατί ουσιαστικά οι μετανάστες μετέτρεψαν τους αυτόχθονες σε δούλους τους» (Castles και Miller, 1998: 278).

«Μετά την Αμερικανική Διακήρυξη της Ανεξαρτησίας, την τάση των αποικιακών χωρών για ανεξαρτησία, την επικράτηση φιλελεύθερων σκέψεων μετά την Γαλλική Επανάσταση, με αποτέλεσμα να δηλώνουν τον τερματισμό της εποχής του αποικισμού, οι μετακινήσεις πληθυσμών για την ανεύρεση καλύτερης τύχης, παίρνουν την μορφή μεταναστεύσεως» (Αμηνά, 1980: 225).

Το κυριότερο μεταναστευτικό ρεύμα παρουσιάζεται μεταξύ Ευρώπης και Αμερικής και ειδικότερα στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, οι οποίες απορροφούν τα δύο τρίτα περίπου του συνόλου του μεταναστευτικού ρεύματος. «Αμέσως μετά τον Α΄ παγκόσμιο πόλεμο διακόπτεται η έντονη μεταναστευτική δράση μέσω δύο νομοθετικών μέτρων, τα οποία εκδόθηκαν μέσω της επιτροπής ερευνών του 1911. Στον έναν νόμο περί αποκλεισμού των αναλφάβητων μεταναστών, που τέθηκε σε εφαρμογή κατά την διάρκεια του πολέμου, και το δεύτερο περίφημος «Νόμος των Ποσοστών», όπου απαγορεύονταν είσοδος μεταναστών στις Ηνωμένες Πολιτείες, κατά έτος και κατά χώρα πέρα του 3% των εισελθόντων κατά το έτος 1890» (Αμίσης και Λαζαρίδη, 2001β: 57).

«Στο πρώτο ήμισυ του 20^{ου} αιώνα πάνω από 100 εκατομμύρια άτομα μετανάστευσαν από την μια χώρα στην άλλη. Μεγάλη μεταναστευτική κίνηση

παρατηρείται κυρίως, απ' όλα τα μέρη του κόσμου καθώς, πολλές χιλιάδες ανθρώπων μετακινούνται στον Νέο Κόσμο με τις απέραντες εκτάσεις εύφορης γης και την αλματώδη βιομηχανική ανάπτυξη που απαιτεί πολλά εργατικά χέρια» (Baldwin Edwards, 2002α: 125-126).

«Η Ελλάδα υπήρξε από τις χώρες που πρόσφερε στις Η.Π.Α το περισσότερο δυναμικό της καθώς, από το 1900 έως το 1921 μετανάστευσαν συνολικά 384.000 άτομα. Τα κενά που δημιούργησε όμως η υπερπρόντια αυτή μετανάστευση ήλθε να καλύψει, στην Ελλάδα, ο πληθυσμός που μετακινήθηκε με την Μικρασιατική καταστροφή. Συνολικά την περίοδο αυτή επέστρεψαν στην χώρα πάνω από 1.300.000 πρόσφυγες» (Ινστιτούτο Στρατηγικών και Αναπτυξιακών Μελετών, 2000: 1). Οι επιπτώσεις δε, του μεγάλου αυτού αριθμού των προσφύγων ήταν μακροπρόθεσμα πολύ θετικές καθώς, οι πιο πολλοί ήταν κάτοικοι πόλεων (Επιστήμονες, Έμποροι, Τεχνίτες ή Εργάτες) που με την πείρα τους στην βιομηχανία, την βιοτεχνία, το εμπόριο και τις τραπεζικές συναλλαγές και αναζωογόνησαν την ελληνική οικονομία.

«Παρόλα τα μέτρα που πάρθηκαν από τις κυβερνήσεις για την αναχαίτιση της εισροής και άλλων ξένων μεταναστών μετά τον Α' παγκόσμιο πόλεμο πάρθηκαν από τις κυβερνήσεις, η διαρροή των φτωχών Ευρωπαίων προς τη μεγάλη ήπειρο συνεχίστηκε και μετά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο. Καινούριο κύμα μετανάστευσης έχουμε και μετά τον πόλεμο αυτό, όπου χιλιάδες άτομα ξεκληρίστηκαν, ξεσηκώθηκαν και κυνηγήθηκαν από τους τόπους τους και μεταφέρθηκαν, είτε εθελοντικά είτε συχνά με τη βία, στα πιο απίθανα μέρη της γης. Το πρόβλημα της μετανάστευσης, που για την Ελλάδα είναι αρκετά σοβαρό, στη σύγχρονη εποχή είναι αρκετά πολύπλευρο κι ιδιόμορφο» (Baldwin Edwards και Safilios-Rothschild, 1999α: 206).

«Με την λήξη του Β' Παγκοσμίου Πολέμου η Ευρώπη βρέθηκε μπροστά σε ένα τεράστιο πρόβλημα. Εννέα εκατομμύρια εκπατρισθέντα πρόσωπα, βρίσκονταν στην Κεντρική Ευρώπη, που είχαν μετακινηθεί κατά την διάρκεια του πολέμου λόγω των πολεμικών γεγονότων, της καταλήψεως εδαφών, των αναγκαστικών μετακινήσεων προς εργασία, και των στρατοπέδων συγκεντρώσεων» (Βεΐκου, 2001: 54). Εκτός όμως από τον εκπατρισμό «διαπιστώθηκε ότι ένας σημαντικός αριθμός επαναπατρισθέντων δεν επιθυμούν λόγω των γενομένων καταστροφών, των πολιτικών διώξεων,

και της εγκαθιδρύσεως ολοκληρωτικών καθεστώτων, να επιστρέψουν στις χώρες τους» (Cavounidis, 2003: 238).

Οι ΗΠΑ βγήκαν οικονομικά ενισχυμένες και το ίδιο και η Γερμανία, η οποία παρότι νικήθηκε, με την οικονομική βοήθεια των Η.Π.Α., κατόρθωσε μέσα σε λίγο διάστημα να γίνει μια από τις μεγαλύτερες βιομηχανικές χώρες της Ευρώπης. «Έτσι, άνοιξε τις πόρτες της στους μετανάστες από όλη την Ευρώπη, εκμεταλλεόμενη με αυτό τον τρόπο τη δυνατότητα αγοράς φτηνότερης εργατικής δύναμης. Τεράστιος αριθμός Ελλήνων, κυρίως από τις βόρειες αγροτικές περιοχές της χώρας μας, φεύγει εκείνη την εποχή στην Ευρώπη και πιο πολύ στη Γερμανία, ζητώντας δουλειά στις εκεί αγορές» (Αμίτσης και Λαζαρίδη, 2001β: 116-117).

«Τεράστιος αριθμός Ελλήνων, κυρίως απ' τις βόρειες αγροτικές περιοχές της χώρας μας, φεύγει κάθε χρόνο στην Ευρώπη και πιο πολύ στη Γερμανία, ζητώντας δουλειά στις εκεί αγορές. Όσο η ζήτηση απ' τα κράτη αυτά ήταν μεγάλη, τότε τα προβλήματα αποκατάστασής τους ήταν σχετικά εύκολα, θα μπορούσαμε να πούμε, σήμερα όμως που η γενική κρίση θίγει και τη Γερμανία, μεγάλος αριθμός αναγκάζεται να επαναπατριστεί ή να παλεύει με διάφορους τρόπους να προσαρμοστεί στις καινούριες δυσκολίες» (Αμίτσης και Λαζαρίδη, 2001β:119).

«Η Ελλάδα παραδοσιακά ήταν και είναι χώρα μεταναστών από τις αρχές του αιώνα και μέχρι τη δεκαετία του '60, ενώ από χώρα αποστολής μεταβλήθηκε σταδιακά από τα μέσα τις δεκαετία του '80 σε χώρα υποδοχής μεταναστών. Η αντιστροφή της μεταναστευτικής ροής δημιούργησε στην χώρα μια νέα κοινωνική πραγματικότητα που επέβαλλε την ανάγκη διαμόρφωσης μια θεσμικά διαρθρωμένης μεταναστευτικής πολιτικής» (Καψάλης, 2003:23). Όπως και στην υπόλοιπη Νότια Ευρώπη, η εμπειρία της μετανάστευσης προς την Ελλάδα είναι σχετικά πρόσφατο φαινόμενο. Η μετανάστευση εντείνεται στις αρχές της δεκαετίας του 1990, με εκτεταμένες «παράνομες» αφίξεις, κυρίως από τη γειτονική Αλβανία. Η μεγάλη πλειονότητα των μεταναστών στην Ελλάδα παρέμεινε χωρίς χαρτιά έως την πρώτη διαδικασία νομιμοποίησης του 1997-1998. Κατά τη δεκαετία του 1990, και ιδιαίτερα έως το 1997, το φαινόμενο της μετανάστευσης στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται από την κυκλική μετανάστευση, από τις γειτονικές χώρες της Βαλκανικής και κυρίως από την Αλβανία (Baldwin-Edwards M, 2006). Κύρια χαρακτηριστικά

της μετανάστευσης την περίοδο εκείνη είναι ο άτυπος χαρακτήρας, η «προσωρινότητα», η απασχόληση, η «ανεπίσημη» οικονομία, και οι μαζικές απελάσεις (Fakiolas R, 2003). Η εισροή μεταναστών συνεχίζεται κατά τη δεκαετία του 2000, ενώ καθίσταται σαφές και από την παρατηρούμενη τάση για οικογενειακή επανένωση (Έμκε-Πουλοπούλου Η, 2007), ότι πολλοί μετανάστες προτίθενται να παραμείνουν μακροχρόνια στην Ελλάδα.

Η απογραφή του 2001 παραμένει η πλέον πολύτιμη πηγή δεδομένων για το μεταναστευτικό πληθυσμό στην Ελλάδα, παρόλο που δεν κατέστη δυνατό να καταγραφεί το σύνολο των μεταναστών «χωρίς τα απαιτούμενα έγγραφα». Η απογραφή του 2001 κατέγραψε περίπου 800.000 ξένους υπηκόους στην Ελλάδα, που ανέρχονται σε ποσοστό 7,3% του συνολικού πληθυσμού. Οι περισσότεροι από τους μισούς προέρχονται από την Αλβανία, ενώ 16,2% αυτών από την Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη και την πρώην Σοβιετική Ένωση. Υπολογίζοντας και εκτιμήσεις για τον αριθμό των μεταναστών χωρίς τα απαιτούμενα έγγραφα ο συνολικός αριθμός των μεταναστών, την ίδια περίοδο, εκτιμάται στο ένα εκατομμύριο. Στην επόμενη δεκαετία, για την οποία δεν υπάρχει επίσημη ποσοτική απεικόνιση, παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση μεταναστών από χώρες της Αφρικής και της Ασίας. Η Ελλάδα, συνεπώς, ξεχωρίζει ως η χώρα με το μεγαλύτερο αναλογικά αριθμό μεταναστών στην Ευρωπαϊκή Ένωση και πιθανώς με το μεγαλύτερο αριθμό μεταναστών που διαμένουν παράνομα στην χώρα.

1.3. Δεδομένα για την υγεία των μεταναστών

Το φαινόμενο της μετανάστευσης δεν είναι σύγχρονο, αλλά έχει τις ρίζες του βαθιά πίσω στο χρόνο μια και ιστορικά αποδεικνύεται πως η μετανάστευση είναι άμεσα συνδεδεμένη με την ανθρώπινη φύση. Στις μέρες μας πλέον έχουν προστεθεί κι άλλες αιτίες μετανάστευσης εκτός από τις παραδοσιακές. Ο πόλεμος και η τρομοκρατία είναι κυρίαρχα στοιχεία της σύγχρονης μετανάστευσης.

Οι αθρόες μετακινήσεις του πληθυσμού που παρατηρούνται τα τελευταία χρόνια αλλοιώνουν την ομοιογένεια σχετικά με τα χαρακτηριστικά των ατόμων που διαβιούν σε μια συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή. Η ανομοιογένεια αυτή που αναπτύσσεται εξ' αιτίας της αυξημένης εισροής μεταναστών σε κάποια χώρα, επηρεάζει διάφορες παραμέτρους της ζωής. Εκτός λοιπόν από την

αλληλεπίδραση που υφίσταται ο πληθυσμός σχετικά με τον πολιτισμό, τη νοοτροπία, τα ήθη και τα έθιμα, τη γλώσσα, τη θρησκεία κ.α. παρατηρείται και μια τεράστια επιρροή στον υγειονομικό χάρτη του εκάστοτε τόπου που υποδέχεται μεγάλο όγκο του μεταναστευτικού κύματος.

Κι αυτό γιατί οι μετανάστες εκτός από τον πολιτισμό τους, τη γλώσσα, τα ήθη, τα έθιμα και τις συνήθειες τους, μεταφέρουν και το γενετικό τους υλικό, τη μικροβιακή τους χλωρίδα καθώς και διάφορα παθογόνα. Επομένως οι μετακινήσεις των πληθυσμών γενικά αποτελούν σημαντικό παράγοντα στην επιδημιολογία των Λοιμωδών Νοσημάτων.

Στην Ελλάδα και ιδιαίτερα στα μεγάλα αστικά κέντρα που εντοπίζονται και ο μεγαλύτερος αριθμός των μεταναστών, αναπτύσσεται αυξημένος υγειονομικός κίνδυνος μετάδοσης λοιμωδών νοσημάτων. Το γεγονός αυτό, ως φαινόμενο μπορεί πολύ εύκολα να ερμηνευτεί, σαν συνέπεια των συνθηκών διαβίωσης, των συμπεριφορών που υιοθετούν και των παθογόνων που μεταφέρουν.

Ένας μεγάλος αριθμός νεοεισερχόμενων μεταναστών είναι πλημμελώς εμβολιασμένος ή και εντελώς ανεμβολίαστος. Το γεγονός αυτό μόνο του είναι ικανό να μεταβάλλει το υγειονομικό προφίλ των πολιτών, αν δεν ληφθούν άμεσα υγειονομικά μέτρα. Αν συνυπολογιστεί πως στις περισσότερες περιπτώσεις τα άτομα αυτά προέρχονται από χώρες με μεγάλη ενδημικότητα σε λοιμώδη νοσήματα και σε νοσήματα που στην Ελλάδα είχαν ελεγχθεί ή και εξαλειφθεί, γίνεται αντιληπτό πως το πρόβλημα διευρύνεται. Παράλληλα οι επικίνδυνες συμπεριφορές που υιοθετούν, θέτουν σε κίνδυνο τόσο την ατομική τους υγεία, όσο και την υγεία του γενικού πληθυσμού.

Οι σεξουαλικές επαφές χωρίς προφύλαξη και η κοινή χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών είναι δύο από τους βασικότερους αιτιολογικούς παράγοντες μετάδοσης σοβαρών λοιμωδών νοσημάτων. Ένας επιπρόσθετος επιβαρυντικός παράγοντας στην εκδήλωση και μετάδοση λοιμωδών νοσημάτων, είναι ο στενός συγχρωτισμός και οι κακές υγειονομικές συνθήκες στις οποίες διαβιούν συνήθως οι μετανάστες και οι χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών.

Το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.) έχει επωμισθεί την ευθύνη της περιχαράκωσης της Δημόσιας Υγείας. Στα πλαίσια των αρμοδιοτήτων του και των παρεμβάσεων ανήκουν η αποτύπωση της έκτασης του υγειονομικού προβλήματος που δημιουργείται, η πρώιμη διάγνωση των μεταδοτικών νοσημάτων, η άμεση θεραπευτική αντιμετώπιση και η άμεση

εφαρμογή πολιτικών περιχαράκωσης κάποιας πιθανής επιδημίας ,αλλά και πολιτικών πρόληψης και ενημέρωσης, τόσο για τις ειδικές πληθυσμιακές ομάδες που αναφέρθηκαν,όσο και για το ευρύ κοινό.

Το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. διαθέτει κινητές ιατρικές μονάδες πρόληψης που στελεχώνονται από εξειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό και βρίσκονται καθημερινά σε συγκεκριμένα σημεία ,κυρίως σε περιοχές που αντιμετωπίζουν αυξημένο υγειονομικό πρόβλημα, παρέχοντας πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, εμβολιαστική κάλυψη,αλλά και κάνοντας εξετάσεις για λοιμώδη νοσήματα.

Σχετικές έρευνες εξετάζουν τον επιπολασμό λοιμωδών νοσημάτων όπως της ηπατίτιδας, της φυματίωσης και της HIV λοίμωξης στον πληθυσμό των μεταναστών. Αποτελέσματα αυτών των ερευνών (Καπανακί κ.α., 2005, Κωνσταντινίδης κ.α., 2000,Παιωνίδης κ.α., 1995) δείχνουν μια στατιστικά σημαντική ανοδική τάση του ποσοστού των μεταναστών στο σύνολο των ασθενών με φυματίωση. Επιπλέον, η συχνότητα απομόνωσης της αντοχής του μυκοβακτηριδίου της φυματίωσης στα πρώτης γραμμής αντιφυματικά φάρμακα, σύμφωνα με τους (Καναβάκη κ.α. 2007), παρουσιάζει σταδιακή αύξηση, με αιχμή το 2000, ακολούθως δε σταδιακή κάμψη, διαγράφοντας παράλληλη τροχιά με αυτή του μεταναστευτικού κύματος. Η αντοχή (ισονιαζίδη 13% και ριφαμπικίνη 6,4%) είναι μεγαλύτερη στον πληθυσμό των μεταναστών από ότι η αντοχή του μυκοβακτηριδίου σε Έλληνες(ισονιαζίδη 6,7% /ριφαμπικίνη 3%) ενώ και η πολυαντοχή MDR είναι υψηλότερη στον πληθυσμό των μεταναστών από τον πληθυσμό των Ελλήνων ασθενών (4,9% και 2,7%αντίστοιχα).

Οι Pantazis et al (2008) διαπιστώνουν ότι ενώ στο γενικό πληθυσμό ο επιπολασμός της ηπατίτιδας Β μειώνεται διαχρονικά ως αποτέλεσμα των προσπαθειών ενημέρωσης και των μέτρων πρόληψης και προφύλαξης υπάρχουν ομάδες του πληθυσμού όπως οι μετανάστες, που παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά ηπατίτιδας Β, για τις οποίες απαιτείται επιδημιολογική παρακολούθηση και παρέμβαση. Παρόμοια αποτελέσματα παρουσιάζει και η μελέτη των Ρούσσος και συν (2001), σύμφωνα με την οποία ο επιπολασμός της ηπατίτιδας Β είναι υψηλός για τις ομάδες μεταναστών από την Αλβανία και την Ασία που κατοικούν στην Αττική.

Τα αποτελέσματα της έρευνας των Raptoroulou et al (2009) έδειξαν επίσης αλλαγή στην επιδημιολογία της ηπατίτιδας Β καθώς ο κυρίαρχος τύπος ηπατίτιδας ανάμεσα στους μετανάστες ασθενείς ήταν ο ΗΒεΑg(+) σε

αντίθεση με τον ΗΒεΑg(-) που είναι ο κυρίαρχος τύπος ηπατίτιδας στο γηγενή πληθυσμό. Στη συγκεκριμένη μελέτη από το δείγμα 3.480 ασθενών που παρακολουθήθηκαν μεταξύ 1997 και 2006, 18.6% αφορούσε ενήλικες μετανάστες από την Αλβανία, ενώ στον πληθυσμό των παιδιών ασθενών που περιλαμβάνονταν στο δείγμα, 56.6% ήταν παιδιά Αλβανικής καταγωγής.

Η ανασκόπηση των Γαλανάκη και συν (1998) 2.231 εισαγωγών παιδιών αλβανικής υπηκοότητας στην Παιδιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, κατά την εξαετία 1990-1995, έδειξε ότι τα παιδιά αλβανικής υπηκοότητας με διαμονή στην Ελλάδα νοσηλεύονταν κυρίως για ηπατίτιδα Β αλλά και β-μεσογειακή αναιμία.

Σύμφωνα με μελέτη του Δρίτσα (1996) σε δείγμα άστεγων μεταναστών στην περιοχή της Αττικής ο επιπολασμός της φυματίωσης και τα ποσοστά Ηπατίτιδας Β και C είναι υψηλότερα αυτών που παρατηρούνται στο γηγενή πληθυσμό. Πολύ υψηλά ποσοστά ηπατίτιδας Α και Β καταγράφονται και στον πληθυσμό των Ρομά που μελέτησαν οι Νικολάου και συν(1995).

Οι Nikolopoulos et al (2005) εκτιμούν το ποσοστό και τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά των μεταναστών φορέων του ιού HIV που έχουν αναφερθεί στην Ελλάδα. Άτομα προερχόμενα από χώρες εκτός Ελλάδας αντιπροσωπεύουν 11,9% του συνόλου των περιπτώσεων HIV που έχουν αναφερθεί κατά την περίοδο 1989-2003 στο Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων. Από τους 749 μετανάστες φορείς του ιού, 439 ήταν άντρες και 303 γυναίκες, ενώ για 7 άτομα δεν είχε καταγραφεί φύλο. Η κατανομή αυτή σκιαγραφεί μια διαφορετική εικόνα από αυτή που παρατηρείται στην περίπτωση των Ελλήνων και σε ό,τι αφορά τον τρόπο μετάδοσής, που είναι η ετεροσεξουαλική επαφή για την πλειοψηφία των μεταναστών.

Η Emke-Rouliopoulos (2001) αναφέρεται στις συνέπειες της διακίνησης ανθρώπων (trafficking) για σεξουαλική εκμετάλλευση όσον αφορά τόσο τη φυσική όσο και την ψυχική υγεία των θυμάτων (ψυχολογικά τραύματα, αυξημένος κίνδυνος πρώιμης εγκυμοσύνης, HIV/AIDS και άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα).

Η βιβλιογραφία σε σχέση με την ψυχική υγεία των μεταναστών είναι επίσης περιορισμένη. Η συντριπτική πλειοψηφία μεταξύ του μικρού αριθμού πρωτότυπων μελετών ασχολείται με την ψυχική υγεία και την κοινωνική ένταξη των παλιννοστούντων, και ελάχιστες με την ψυχική υγεία των

προσφύγων ή των μεταναστών. Από τις υπάρχουσες μελέτες δεν παρατηρείται, πάντως, σημαντική διαφορά στην ψυχοπαθολογία των μεταναστών σε σχέση με το γηγενή πληθυσμό, ενώ παρατηρείται «διαφορά στα επίπεδα στρες, άγχους πίεσης με αποτέλεσμα αυξημένα ψυχολογικά συμπτώματα χωρίς κατανάγκη νοσηρότητα, όπως κατάθλιψη, δυσθυμία, ματαίωση και αποθάρρυνση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

Ηπατίτιδα καλείται η διάχυτη φλεγμονή και πιθανή νέκρωση του ηπατικού παρεγχύματος που οφείλεται σε ιούς, τοξίνες ή φάρμακα. Στην καθημερινή πράξη κυριότερα αίτια που προκαλούν διάχυτη φλεγμονή του ήπατος-ηπατίτιδα είναι: α) οι ιογενείς λοιμώξεις και β) και η φαρμακευτική ηπατίτιδα, η οποία προκαλείται από χρήση και κυρίως υπερχρήση φαρμάκων. Τα φάρμακα ευθύνονται για το 5% των περιπτώσεων ικτέρου που νοσηλεύονται σε νοσοκομεία, το 25 % κεραυνοβόλου ηπατίτιδας και μέχρι το 66% των περιπτώσεων χρόνιας ηπατικής νόσου. (Karlowitz N, Aw TY, Simon FR, Lazarou I, Pomeranz Bh, Corey PN). Οι ιογενείς ηπατίτιδες αποτελούν τη συχνότερη μορφή οξείας και χρόνιας ηπατοπάθειας. Μπορούν δε να προκληθούν , από δυο διαφορετικές ομάδες ομάδες ιών: 1. από τους ιούς ηπατίτιδας [A,B,C,D,E] και 2. από τους ηπατιδομιμητικούς ιούς [ιλιάρας, κίτρινου πυρετού, ομάδας ερπητοϊών-ανεμοβλογιάς, μεγαλοκυτταροϊού, Epstein Barr , απλού έρπητα, έρπητα ομάδας 6 κ.α.)

2.1. Ιογενείς Ηπατίτιδες

Οξεία ιογενής ηπατίτιδα

Είναι οξεία φλεγμονή ολόκληρου του ηπατικού παρεγχύματος. Παθολογοανατομικά χαρακτηρίζεται από διόγκωση και νέκρωση του ηπατικού κυττάρου, με δημιουργία οξεόφιλων σωματίων, από διήθηση των ηπατικών λοβίων με λεμφοκύτταρα και μονοκύτταρα που συνδυάζεται με λευκοκυτταρική, ιστιοκυτταρική αντίδραση και διήθηση. Νέκρωση παρατηρείται κυρίως στο κέντρο ηπατικού λοβιδίου, ενώ τα πυλαία διαστήματα εμφανίζουν τη μεγαλύτερη κυτταροβρίθεια.

Η κλινική εικόνα της οξείας ηπατίτιδας είναι παρόμοια σε όλες τις ιογενείς ηπατίτιδες και ποικίλλει σε σοβαρότητα [ασυμπτωματική, ανικτερική, {διατρέχει ως ίωση χωρίς ίκτερο}, ικτερική, κεραυνοβόλος]. Τα κλινικά στάδια της ικτερικής ηπατίτιδας είναι τέσσερα: της επώασης, το προϊκτερικό, το ικτερικό και της ανάρρωσης.

Τα κύρια συμπτώματα της οξείας ηπατίτιδας είναι: αδυναμία, καταβολή, ανορεξία, ναυτία, έμετοι, μυαλγίες, αίσθημα βάρους στο δεξιό υποχόνδριο, αρθραλγίες, πυρετός, αποστροφή στο κάπνισμα. Όταν εμφανιστεί ίκτερος, τα συμπτώματα συνήθως υποχωρούν.

Η κεραυνοβόλος ηπατίτιδα αποτελεί τη σοβαρότερη κλινική μορφή οξείας ηπατίτιδας. Οφείλεται σε μαζική ηπατοκυτταρική νέκρωση και χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση ηπατικής εγκεφαλοπάθειας και διαταραχών της πήξης στις οκτώ πρώτες εβδομάδες από την εμφάνιση του ικτέρου.

- Ιογενής ηπατίτιδα Α

Η ηπατίτιδα Α είναι οξεία φλεγμονώδης πάθηση του ήπατος που οφείλεται στον ιό της ηπατίτιδας Α {HAV} Ο HAV είναι RNA πικορναϊός, διαμέτρου 27 nm, 7.800 νουκλεοτιδικών βάσεων, πολύ διαδεδομένος παγκοσμίως, που προκαλεί μόνον οξεία ηπατίτιδα (Gust ID, Feinstone SM. Hepatitis A. CPC Press). Ο HAV εισέρχεται από το στόμα, πολλαπλασιάζεται στο εντερικό τοίχωμα και μεταφέρεται με την πυλαία κυκλοφορία στο ήπαρ. Εκεί πολλαπλασιάζεται και απεκκρίνεται στο χοληφόρο σύστημα και στο έντερο. Ο HAV έχει απομονωθεί στο αίμα, το ήπαρ, τη χολή και τα κόπρανα. Η περίοδος της HAV-RNA ιαιμίας είναι βραχεία. Ο ιός αποβάλλεται στα κόπρανα 2-3 εβδομάδες πριν από την εκδήλωση του ικτέρου και μέχρι την εμφάνιση της υπερχρώσεως των ούρων, λόγω χολερυθρινουρίας, οπότε η μεταδοτικότητα του HAV υποχωρεί. (Gocke D. Hepatitis).

Η οξεία ηπατοκυτταρική νέκρωση προκαλείται από κυτταροτοξικά λεμφοκύτταρα που αναγνωρίζουν ιικά αντιγόνα στην πρωτοπλασματική μεμβράνη των ηπατοκυττάρων. Η οξεία ηπατίτιδα Α χαρακτηρίζεται ιστολογικά από διόγκωση και νέκρωση των ηπατοκυττάρων με δημιουργία οξεόφιλων σωματίων, από διήθηση των ηπατικών λοβίων με λεμφοκύτταρα και μονοκύτταρα και από οίδημα και φλεγμονή των πυλαίων διαστημάτων. Ο σκελετός των ηπατικών λοβίων διατηρείται. Το ηπατικό λόβιο επανέρχεται στο φυσιολογικό συνήθως μετά από 8-12 εβδομάδες.

Η ηπατίτιδα Α είναι νόσος καλοήθης, αυτοπεριορίζεται σε 2 ή περισσότερες εβδομάδες, μπορεί να παρουσιάσει υποτροπή μετά την φαινομενική κλινική ίαση, αλλά δεν οδηγεί ποτέ σε χρόνια ηπατοπάθεια.

Η περίοδος επώασης της ηπατίτιδας Α, όπως καθορίζεται από την έκθεση στον ιό μέχρι την εκδήλωση της υπερχρώσης των ούρων, είναι 15-50 ημέρες, συνήθως 30 ημέρες. Είναι ανεξάρτητη του τρόπου μετάδοσης του ιού αλλά εξαρτάται, αντιστρόφως ανάλογα, από το μέγεθος του μολυσματικού φορτίου που ενοφθαλμίζεται.

Η διάγνωση της οξείας ηπατίτιδας Α γίνεται ορολογικά, με διαπίστωση ειδικού αντισώματος κλάσεως IgM έναντι του ιού {αντι-HAV IgM}, με ραδιοανοσομετρική {RIA} ή ανοσοενζυματική μέθοδο {ELISA}. (Flehming B, Ranke M, Berthold H, Decker RH, Kosakowski SM, Kanderbilt AS).

Η ανίχνευση του IgM για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο από 12 μήνες σημαίνει ψευδώς θετικό αποτέλεσμα και μπορεί να συνοδεύει την παρουσία στον ορό ρευματοειδούς παράγοντα ή υπεργαμμασφαιριναιμίας (Bucens MR, Pietroboni GR, Harnett GB, Hoollange JH, Di Bisceglie AM).

Κατά τη διάγνωση της οξείας ηπατίτιδας Α, ο τίτλος των ολικών αντι-HAV έχει ήδη αυξηθεί στο μέγιστο και συνοδεύεται πάντοτε από υψηλό τίτλο αντισωμάτων.

Η μετάδοση του ιού της ηπατίτιδας Α γίνεται μέσω της σκωπραιο-στοματικής οδού, δηλαδή μέσω χεριών που μολύνθηκαν με κόπρανα, μολυσμένο νερό κ.τ.λ.. Η ηπατίτιδα Α έχει ενδημικό χαρακτήρα δηλαδή πολύ μεγάλη θνησιμότητα στις μεγάλες χώρες. Αντίθετα στις ανεπτυγμένες χώρες, εκτεθειμένοι στον ιό της ηπατίτιδας Α είναι περισσότερο οιενήλικες, κυρίως στη διάρκεια ταξιδιών σε χώρες του τρίτου κόσμου. Γενικά η εξάπλωση του ιού της ηπατίτιδας Α ευνοείται από κακές υγειονομικές συνθήκες και στενό συγχροτισμό ατόμων, ενώ η συχνότητα των κρουσμάτων μειώνεται με τη βελτίωση κοινωνικο-οικονομικών συνθηκών. Για την πρόληψη της ηπατίτιδας Α υπάρχει αποτελεσματικό ειδικό εμβόλιο που προέρχεται από αδρανοποιημένο ιό και είναι ασφαλές και χωρίς σημαντικές παρενέργειες.

- Ιογενής ηπατίτιδα Β

Θα αναφερθεί σε ιδιαίτερο κεφάλαιο.

- Ιογενής ηπατίτιδα C

Η απομόνωση του HCV αποτέλεσε θρίαμβο της μοριακής βιολογίας. Υπήρξε αποτέλεσμα μακροχρόνιας ερευνητικής προσπάθειας περίπου 15 χρόνων. Ο ιός απομονώθηκε από τους ερευνητές πριν να γίνει ορατός με το ηλεκτρονικό μικροσκόπιο ή να καλλιεργηθεί σε μολυσμένα κύτταρα. Ο HCV είναι RNA-ιός, 9401 βάσεων, διαμέτρου 40-60 nm, με περίβλημα πλούσιο σε λιπίδια και συνεπώς ευαίσθητο στην επεξεργασία με χλωροφόρμιο (Feinstone JM, Mihalik KB, Kamimura J) μονής αλυσίδας, ευθύγραμμος, με θετική πολικότητα που προκαλεί οξεία και χρόνια ηπατίτιδα. Ο HCV είναι μέλος της οικογένειας των Flaviviridae, ανήκει στους Τόγκα-ιούς και παρουσιάζει μακρά συγγένεια με τους φλάφι-ιούς (ιός του κίτρινου πυρετού, ιός του δάγγειου πυρετού, ιός της Ιαπωνικής εγκεφαλίτιδας (Choo Q-L, Weiner AJ, Overby LR)).

Ο HCV είναι από τους κυριότερους παράγοντες χρόνιας ηπατοπάθειας στο Δυτικό κόσμο και είναι ευρύτατα διαδεδομένος σε όλη την υφήλιο. Στην Ιαπωνία, η χρόνια ηπατοπάθεια C είναι η συχνότερη ηπατική νόσος και ενοχοποιείται για το 50% των περιπτώσεων χρόνιας ηπατοπάθειας. Εξάλλου, στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, ο HCV ευθύνεται για το 90-98% των 150.000-300.000 περιπτώσεων οξείας ηπατίτιδας μετά από μετάγγιση και για το 20-40% του συνόλου των περιπτώσεων οξείας ιογενούς ηπατίτιδας (Alter M. NANB hepatitis). Υπολογίζεται ότι 2.000.000 Ευρωπαίοι πάσχουν από χρόνια ηπατίτιδα C και 250.000 νέες περιπτώσεις παρουσιάζονται κάθε χρόνο. Η συχνότητα του αντι-HCV σε «υγιείς» αιμοδότες διεθνώς είναι 0,5-1,5% (Alter HJ). Ο υψηλότερος επιπολασμός των αντι-HCV έχει διαπιστωθεί στην Αφρική (6%) και σε ορισμένες περιοχές της Αιγύπτου γύρω από τον ποταμό Νείλο, αγγίζει το 20%. Στην Ευρώπη, ο επιπολασμός των «φορέων» του ιού κυμαίνεται από 2% στην Ιταλία έως 0,4% στη Γερμανία. Στα εξαρτημένα από ναρκωτικές ουσίες άτομα παρουσιάζεται υψηλός επιπολασμός αντι-HCV (70-80%) που δε συσχετίζεται πάντοτε με συλλοίμωξη από τους HBV και HIV (Tor J, Libre JM, Carbonell M).

Ο HCV μεταδίδεται παρεντερικά με μετάγγιση αίματος και παραγώγων του (πλάσμα, παράγοντες πήξεως, κ.λ.π.), με ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών ουσιών, με την κοινή χρήση, με την αιμοκάθαρση, με την μεταμόσχευση οργάνων κλπ. Στο 85% των περιπτώσεων ηπατίτιδας C μετά από μετάγγιση, διαπιστώνεται αντι-HCV οροθετικότητα στον αιμοδότη. Οι ομάδες μεγάλου κινδύνου για μόλυνση από τον HCV είναι ίδιες με εκείνες που διατρέχουν

μεγάλο κίνδυνο μόλυνσης από HBV και HIV (οι πολυμεταγγιζόμενοι, οι αιμορροφιλικοί, οι ασθενείς του Τεχνητού Νεφρού, οι μεταμοσχευμένοι, οι χρήστες ναρκωτικών ουσιών κ.α.) Ο ιός μεταδίδεται ενδοοικογενειακά και σεξουαλικά αλλά με χαμηλότερη μεταδοτικότητα από τους ιούς HBV και HIV πιθανότατα λόγω χαμηλών επιπέδων ιαίμιας.{22.23.24}

Ο αιτιοπαθογενετικός ρόλος του HCV στις χρόνιες ηπατίτιδες στην Ελλάδα φαίνεται να είναι πολύ σημαντικός όπως και στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες. Σε ασθενείς με οξεία ηπατίτιδα ,η λοίμωξη από HCV αφορούσε τα 2/3 των περιπτώσεων παρεντερικής μετάδοσης και το ¼ των σποραδικών περιπτώσεων κρυψιγενούς μετάδοσης(Ντουρακης.Σ.Π. Κλινική Ηπατολογία). Γενικά, η χρόνια λοίμωξη από τον HCV είναι ο αιτιολογικός παράγοντας για το ¼ (23,7%) των περιπτώσεων χρόνιας ηπατοπάθειας οποιασδήποτε αιτιολογίας σε Έλληνες ασθενείς. Έτσι στην αιτιολογία των χρόνιων ηπατοπαθειών στην Ελλάδα , η χρόνια λοίμωξη από τον HCV έρχεται δεύτερη σε συχνότητα ακολουθώντας τη χρόνια λοίμωξη από τον HBV. Με τη μείωση του επιπολασμού της λοίμωξης από τον HBV στον Ελληνικό πληθυσμό η σχετική συχνότητα της λοίμωξης από τον HCV ως αιτία χρόνιας ηπατοπάθειας στην Ελλάδα προβλέπεται ότι θα αυξηθεί στο μέλλον και πιθανόν να γίνει η συχνότερη χρόνια ιογενή ηπατοπάθεια στην Ελλάδα. Η ύπαρξη σημαντικού αριθμού ασθενών με λοίμωξη από τον HCV στην Ελλάδα φαίνεται από την εντυπωσιακή διασπορά του ιού σε ομάδες μεγάλου κινδύνου. (Ντουρακης.Σ.Π. Κλινική Ηπατολογία).

Ο χρόνος επώασης είναι 30-90 ημέρες. Η πλειοψηφία των ασθενών δεν έχουν κανένα σύμπτωμα, αλλά οι περισσότεροι ασθενείς δυστυχώς δεν καταφέρνουν να αποβάλλουν τον ιό και αναπτύσσουν στη συνέχεια χρόνια ηπατίτιδα. Οι ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα δεν έχουν κανένα σύμπτωμα αλλά 15-20% αναπτύσσουν κίρρωση του ήπατος. Η ταυτόχρονη παρουσία ηπατίτιδας Β και/ ή λοίμωξης με τον ιό του AIDS και η κατάχρηση αλκοόλ επιταχύνουν την εξέλιξη της χρόνιας ηπατίτιδας σε κίρρωση.

Η διάγνωση αυτής της ηπατίτιδας στηρίζεται αρχικά στην απλή ανίχνευση στο αίμα ειδικών αντισωμάτων εναντίον του ιού της ηπατίτιδας C.Η μη ανίχνευση τέτοιων αντισωμάτων αποκλείει πρακτικά την παρουσία της ηπατίτιδας αυτής εκτός από την αρχική περίοδο της οξείας λοίμωξης και από ανοσοκατασταλμένους ή αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς (οι οποίοι συχνά δεν αναπτύσσουν αντισώματα ποτέ). Θετικά αντισώματα για ηπατίτιδα C δεν

σημαίνουν ποτέ παρουσία ηπατίτιδας C. Ψευδώς θετικά αντισώματα παρατηρούνται για ηπατίτιδα C παρατηρούνται κυρίως σε αιμοδότες ή άτομα χωρίς έκθεση σε παράγοντες κινδύνου για ηπατίτιδα C. Η επιβεβαίωση της παρουσίας αυτής της ηπατίτιδας με θετικά αντισώματα γίνεται με ανίχνευση του ίδιου του ιού στο αίμα με ευαίσθητη μέθοδο(PCR). Μια μόνο αρνητική εξέταση για τον ιό δεν αποκλείει την παρουσία της ηπατίτιδας C χρειάζεται επανεξέταση μετά από μερικούς μήνες.

Η παρουσία θετικών αντισωμάτων σε ασυμπτωματικά άτομα ή άτομα με μη ανιχνεύσιμο ιό μπορεί να επιβεβαιωθεί ή να διαψευσθεί με άλλη ειδική εξέταση (μέθοδος ανοσοκαθήλωσης ήRIBA).Παρουσία αληθών θετικών αντισωμάτων χωρίς ανιχνεύσιμο ιό παρατηρείται σε σχετικά λίγα άτομα από οξεία ηπατίτιδα C αλλά δεν μετέπεσαν σε χρόνια ηπατίτιδα. Η διάγνωση της ηπατίτιδας C γίνεται τυχαία στις περισσότερες περιπτώσεις , αφού κατά κανόνα δεν υπάρχουν συμπτώματα που θα οδηγήσουν τον ασθενή στο γιατρό .Υπόνοια για την παρουσία ηπατίτιδας C τίθεται συνήθως από την ανίχνευση παθολογικών εργαστηριακών εξετάσεων (αυξημένων τρανσαμινασών)σε τυχαίο έλεγχο ή από την ανίχνευση αντισωμάτων αυτής της ηπατίτιδας μετά από εθελοντική αιμοδοσία. Σε εξετάσεις για HCV πρέπει υποχρεωτικά να υποβάλλονται:

- ✓ Όλα τα άτομα με αυξημένες τρανσαμινάσες
- ✓ Όλοι οι πρώην και ενεργοί χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών
- ✓ Όλοι όσοι έχουν υποβληθεί σε μεταγγίσεις αίματος ή παραγώγων του πριν από το 1992
- ✓ Όλοι όσοι έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση οργάνου πριν από το 1992
- ✓ Όλοι όσοι υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση (τεχνητό νεφρό)
- ✓ Όλοι όσοι εκτίθενται παρεντερικά σε δυνητικά μολυσμένα ιατρικά εργαλεία
- ✓ Οι ερωτικοί σύντροφοι ατόμων με ηπατίτιδα C
- ✓ Άτομα με πολλαπλούς ερωτικούς συντρόφους
- ✓ Τα παιδιά μητέρων με HCV
- ✓ Ασθενείς με χρόνια HBV ,λοίμωξη με το HIV , ή ηπατική νόσο από κατάχρηση οινόπνεύματος

Θεραπεία:

Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας έχει βελτιωθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Έτσι, εκρίζωση επιτυγχάνεται σε περισσότερους από 80% των ασθενών με γονότυπο 2 ή 3 και περίπου σε 50% των ασθενών με γονότυπο 1 ή 4. Βασίζεται στη συνδυασμένη χορήγηση ενέσεων ιντερφερόνης-άλφα και δισκίων ριμπαβιρίνης. Τα φάρμακα χορηγούνται για 6 ή 12 μήνες ανάλογα με το γονότυπο του κάθε ασθενούς. Τα φάρμακα που χορηγούνται για θεραπεία της ηπατίτιδας αυτής παρουσιάζουν συχνά παρενέργειες και γι' αυτό όσοι υποβάλλονται σε θεραπεία θα πρέπει να βρίσκονται υπό στενή παρακολούθηση από γιατρούς εξοικειωμένους με τα φάρμακα αυτά. Η συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπεία είναι ιδιαίτερα σημαντική για την τελική επιτυχία και τόσο οι ασθενείς όσο και οι γιατροί πρέπει να καταβάλουν κάθε προσπάθεια για να μεγιστοποιούν τη συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπεία.

Πρόληψη:

Δυστυχώς δεν υπάρχει και ούτε προβλέπεται να αναπτυχθεί εντός των επόμενων ετών εμβόλιο που να προφυλάσσει από αυτή την ηπατίτιδα. Επιπρόσθετα οι περισσότεροι ασθενείς με αυτή την ηπατίτιδα δεν έχουν ακόμα ανιχνευθεί. Γι' αυτό επιβάλλονται να τηρούνται από όλους προσεκτικά γενικά μέτρα πρόληψης ώστε να αποφεύγεται η παρεντερική έκθεση όλων σε δυνητικά μολυσμένα αντικείμενα. Μέχρι στιγμής οι ομάδες παιδιών που έχουν μολυνθεί σε μεγάλα ποσοστά (40-90%) είναι παιδιά που μεταγγίστηκαν με πολλές μονάδες αίματος ή με παράγωγα αίματος πριν το 1992 όπως παιδιά με αιμορροφιλία, μεσογειακή αναιμία και καρκίνο. Σε μικρότερα ποσοστά έχουν μολυνθεί παιδιά με δρεπανοκυτταρική αναιμία, με νεφρική ανεπάρκεια ύστερα από αιμοκάθαρση και όσα έκαναν μεταμόσχευση οργάνων. Σε αντίθεση με την HBV η μετάδοση του ιού ενδοοικογενειακά ή μέσω σεξουαλικής επαφής είναι πολύ χαμηλή.

- Ιογενής ηπατίτιδα D

Η ιογενής ηπατίτιδα D, προκαλείται από τον ιό της ηπατίτιδας D. Πρόκειται για ατελή ιό που αποτελείται από μονής αλύσου RNA που εξωτερικά περιβάλλεται από το επιφανειακό αντιγόνο της HBV και μεταδίδεται με την ηπατίτιδα β ή επιμολύνει πάσχοντες από ηπατίτιδα β. Είναι συχνή στην Ιταλία και τη Μέση Ανατολή. Υπάρχει ορολογικό τεστ για την ανίχνευση των

αντισωμάτων IgM, IgG, anti HBV και HDV RNA. Δεν χρειάζεται να γίνεται έλεγχος σε ασθενείς με οξεία ηπατίτιδα, αλλά μόνο σε φορείς της ηπατίτιδας B, αφού μπορεί να προκαλέσει κεραυνοβόλο ηπατίτιδα και να επιταχύνει την ηπατική νόσο σε χρόνιους φορείς της B. Η θεραπεία της νόσου έγκειται στην πρόληψη της λοίμωξης με HBV και θεραπεία της χρόνιας φορέας με υψηλή δόση ιντερφερόνης.

- Ιογενής ηπατίτιδα E

Προκαλείται από τον ιό της ηπατίτιδας E, ο οποίος είναι RNA ιός που μεταδίδεται εντεροστοματικά, ύστερα από λήψη μολυσμένης τροφής ή νερού σε χώρες της Ασίας, της Αφρικής και της Κεντρικής Αμερικής. Προκαλεί οξεία ηπατίτιδα πιο βαριάς μορφής από την ηπατίτιδα A, ύστερα από χρόνο επώασης 40 ημερών με μεγάλη θνησιμότητα σε εγκύους (σε 20% έναντι 1% στο γενικό πληθυσμό). Διάγνωση γίνεται με anti-HEV που ανιχνεύεται ακόμη και στις πρώτες 2-4 εβδομάδες και HEV RNA σε αίμα και κόπρανα.

- Ιογενής ηπατίτιδα G

Η ηπατίτιδα G ανακαλύφθηκε το 1995-96 από 2 διαφορετικούς ερευνητές και έχει 30% γονοτυπική ομοιότητα με τον ιό της ηπατίτιδας C. Περίπου 2-5% είναι φορείς στο γενικό πληθυσμό. Μεταδίδεται παρεντερικά, μέσω μεταγγίσεων, με τη σεξουαλική επαφή και περιγεννητικά με συχνότητα 50-60%. Έχει ανιχνευθεί στο σάλιο και στο σπέρμα και μπορεί να μεταδίδεται και οριζόντια. Προκαλεί ήπιας μορφής ηπατίτιδα και έχει ανιχνευθεί στο αίμα υγιών παιδιών, χωρίς να προκαλεί αύξηση των τρανσαμινασών. Δεν συνιστάται έλεγχος ρουτίνας διότι δεν υπάρχει αντιμετώπιση.

2.2. Αυτοάνοσες ηπατίτιδες

Οι αυτοάνοσες ηπατίτιδες εκδηλώνονται σε γενετικώς προδιατεθειμένα άτομα όταν εκτεθούν σε άγνωστο ακόμη περιβαλλοντικό παράγοντα. Είναι συχνότερες στις γυναίκες και χαρακτηρίζονται από πολυκλωνική υπεργαμμασφαιριναιμία και από την παρουσία μη-οργανοειδικών αυτοαντισωμάτων (αντιπυρηνικά-ANA, έναντι λείων μυϊκών ινών- SMA, έναντι μικροσωματίων ήπατος και νεφρού-LKM τύπου 1, έναντι του ευδιάλυτου αντιγόνου- SLA), που ανιχνεύονται με έμμεσο ανοσοφθορισμό. Με βάση τα

αυτοαντισώματα αυτά, οι ασθενείς με αυτοάνοση ηπατίτιδα διακρίνονται σε τρεις ομάδες: τύπου 1, τύπου 2 και τύπου 3.

Οι αυτοάνοσες ηπατίτιδες συχνά συνυπάρχουν με άλλα αυτοάνοσα νοσήματα (αυτοάνοση θυρεοειδίτιδα, αιμολυτική αναιμία, μεγαλοβλαστική αναιμία Biermer, θρομβοπενία, λεύκη κλπ) .Η παθογένεια των αυτοάνοσων ηπατιτίδων είναι άγνωστη. Ιοί, ιδιαίτερα οι λεμφότροποι, έχουν ενοχοποιηθεί ως το αρχικό έναυσμα για την εκδήλωση αυτοάνοσων εκδηλώσεων, είτε λόγω μιμήσεως αυτοαντιγόνων, είτε λόγω συνδέσεως με ανθρώπινες πρωτεΐνες και κοινής εκφράσεως προς ανοσιακή απάντηση.

2.3. Ηπατίτιδα που οφείλεται στη δράση διαφόρων φαρμάκων

Φάρμακα είναι δυνατό να προκαλέσουν ηπατίτιδα είτε με απ' ευθείας δράση στο ηπατικό κύτταρο είτε με δυο άλλους μηχανισμούς. Ο πρώτος οφείλεται στο σχηματισμό τοξικών μεταβολιτών του φαρμάκου ο δε δεύτερος στην ανάπτυξη της ανοσολογικής αντίδρασης κατά του φαρμάκου («υπερευαισθησία»). Τα συχνότερα ενοχοποιούμενα φάρμακα είναι η α-μεθυλοντόπα και η ισονιαζίδη. Ο κατάλογος των φαρμάκων που κάνουν ηπατική βλάβη είναι πολύ μεγάλος. Τα πιο συχνά είναι:

- Τετραχλωράνθρακας
- Τετρακυλίνες
- Μουσκαρίνη
- Παρακεταμόλη
- Σαλικυλικά
- Ισονιαζίδη
- Ριφαμπικίνη
- α-μεθυλοντόπα
- Αλοθάνη
- Χλωροπρομαζίνη
- Οξυφαινακετίνη
- Σουλφοναμίδες
- Ερυθρομυκίνες
- Αντιεπιληπτικά
- Ιμιπραμίνη (αντικαταθληπτικό)

2.4. Χρόνια ηπατίτιδα

Χρόνια ηπατίτιδα καλείται, αυθαίρετα, κάθε φλεγμονώδης αντίδραση του ήπατος που συνεχίζει χωρίς σημεία βελτίωσης για τουλάχιστον έξι μήνες.

Ταξινόμηση

Η χρόνια ηπατίτιδα, ιστολογικά, ταξινομείται στους παρακάτω τρεις τύπους.

- Χρόνια ηπατίτιδα που επιμένει: Χαρακτηρίζεται από διήθηση των πυλαίων διαστημάτων από μονοπυρήνα κύτταρα, χωρίς επέκταση της φλεγμονής μέσα στο ηπατικό λοβίδιο και χωρίς νέκρωση του ηπατικού κυττάρου.
- Χρόνια λοβιδιακή ηπατίτιδα: Χαρακτηρίζεται από ενδολοβιδιακή φλεγμονή και νέκρωση, επιπλέον της φλεγμονώδους διήθησης των πυλαίων διαστημάτων
- Χρόνια ενεργός ηπατίτιδα. Υποδιαιρείται σε 2 μορφές: α) ελαφρά και β) βαριά. Και στις δύο μορφές, ιστολογικά, παρατηρείται επέκταση της φλεγμονής από τα πυλαία διαστήματα προς το ηπατικό λοβίδιο με αποτέλεσμα νέκρωση της γύρω περιοχής η οποία χαρακτηρίζεται από νέκρωση «σαν κιμάς». Στη βαριά μορφή πέρα από την ιδιόζουσα αυτή νέκρωση παρατηρείται ανάπτυξη ινωδών διαφραγμάτων, είτε μεταξύ των πυλαίων διαστημάτων ή μεταξύ πυλαιού διαστήματος και κέντρου του λοβιδίου, τα οποία και καταστρέφουν την αρχιτεκτονική του ηπατικού λοβιδίου.

2.5. Ηπατίτιδα Β

Ο ιός της Ηπατίτιδας Β

Ο HBV ανήκει στους ιούς Herpanda, που είναι οικογένεια μικρών DNA ιών με περίβλημα. Στην οικογένεια των ιών Herpanda ανήκουν επίσης ο ιός ηπατίτιδας των τρωκτικών woodchuck (WHV), ο ιός ηπατίτιδας των σκίουρων εδάφους ground squirrel (GSHV), ο ιός ηπατίτιδας που προσβάλλει τα παπάκια του Πεκίνου (duck-DHBV) και άλλοι σπανιότεροι ιοί. Οι ιοί Herpanda είναι κατ' εξοχήν ηπατότροποι, με μερικώς διπλή αλυσίδα και με ιδιαιτερότητα στον πολλαπλασιασμό μέσω RNA προγονιδιώματος. Ο HBV είναι κυρίως (αλλά όχι αποκλειστικά) ηπατοτρόπος DNA ιός, κυκλικός, μερικώς διπλής και μερικώς μονής αλυσίδας 3200 βάσεων, με περίβλημα και με μοναδικό τρόπο) πολλαπλασιασμού (μέσω RNA προγονιδιώματος)

που μοιάζει με αυτόν των ρετροϊών. Έχει ομολογία βάσεων με τους άλλους ιούς Herpes περίπου 70% και προσβάλλει τον άνθρωπο και το χιμπατζή.

Η ηπατίτιδα Β προκαλείται από τον ιό της ηπατίτιδας Β και αποτελεί σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας. Σε όλο τον κόσμο υπολογίζεται ότι περισσότερα από 2 δισεκατομμύρια άτομα έχουν μολυνθεί και περίπου 350 εκατομμύρια είναι χρόνιοι φορείς. Κάθε χρόνο καταγράφονται περίπου 4 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις οξείας ηπατίτιδας Β και 0.5-1.2 εκατομμύρια θάνατοι, από κίρρωση, ηπατοκυτταρικό καρκίνο ή κεραυνοβόλο ηπατίτιδα Β.

Η μετάδοση του HBV είναι παρεντερική. Οι ομάδες μεγάλου κινδύνου είναι: ομοφυλόφιλοι, ετεροφυλόφιλοι με πολλαπλούς συντρόφους, χρήστες τοξικών ουσιών, εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας, πολυμεταγγιζόμενοι, αιμορροφιλικοί, φυλακισμένοι, αιμοκαθαιρούμενοι, πνευματικώς καθυστερημένοι, ψυχασθενείς, οικείοι ατόμων με HBsAg (+).

Λόγω του μεγέθους του, ο ιός δεν διαπερνά τον πλακούντα, εκτός αν υπάρξει ρήξη του εμβρυομητρικού φραγμού, όπως π.χ. σε περιπτώσεις αμνιοπαρακέντησης. Στα άτομα που μολύνονται με τον ιό της ηπατίτιδας Β, ο κίνδυνος μετάπτωσης σε χρόνια φορεία/νόσο εξαρτάται από την ηλικία. Σε περιγεννητική λοίμωξη μέχρι και 90% των παιδιών αναπτύσσει χρόνια φορεία / νόσο, με αντίστοιχα ποσοστά 25-50% για μόλυνση σε ηλικία 1 μέχρι 5 χρόνων και περίπου 1-5% για μόλυνση σε ηλικία άνω των 5 χρόνων. Μόνο άτομα που έχουν εμβολιασθεί επιτυχώς ή έχουν αναπτύξει αντισώματα έναντι του αντιγόνου επιφανείας (anti-HBs) μετά από λοίμωξη είναι άνοσα.

Η μετάδοση του ιού παρουσιάζει συσχέτιση με την ενδημικότητα της νόσου. Στις χώρες με χαμηλή ενδημικότητα ο ιός μεταδίδεται σεξουαλικά, με ενδοφλέβια χρήση τοξικών ουσιών και με επαγγελματική έκθεση. Περιορίζεται στις ομάδες μεγάλου κινδύνου. Στις χώρες με μέση ενδημικότητα μεταδίδεται κυρίως ενδοικογενειακά. Στις χώρες με υψηλή ενδημικότητα μεταδίδεται κατ'εξοχήν κάθετα. Στην Ελλάδα, ο επιπολασμός είναι μεγαλύτερος σε κοινότητες με κακές συνθήκες υγιεινής και χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο (Ντουρακης; Κλινική Ηπατολογία).

Επιδημιολογία:

Η χρόνια λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας Β (HBV) είναι πολύ συχνή, αφού προσβάλλει το 5% του πληθυσμού της γης (περισσότεροι από 300.000.000 «φορείς» του ιού). Υπολογίζεται ότι 2-40% των χρόνιων

πασχόντων από HBV ηπατοπάθεια καταλήγουν από επιπλοκές της κίρρωσης του ήπατος ή από ηπατοκυτταρικό καρκίνο.

Ανάλογα με τον επιπολασμό των χρόνιων φορέων του ιού της ηπατίτιδας Β παγκόσμια, διακρίνονται περιοχές με υψηλή ενδημικότητα (>8%), ενδιάμεση (2-8%) και χαμηλή (<2%) (1). Στις περιοχές υψηλής ενδημικότητας ανήκουν η Νοτιοανατολική Ασία και περιοχές του Ειρηνικού (εκτός της Ιαπωνίας, της Αυστραλίας και της Νέα Ζηλανδίας), οι χώρες της Αφρικής νοτίως της Σαχάρας, η περιοχή του Αμαζόνιου, περιοχές της Μέσης Ανατολής και της Κεντρικής Ασίας, καθώς και μερικές χώρες της Ανατολικής Ευρώπης. Στις περιοχές αυτές περίπου 70 έως 90% του πληθυσμού μολύνεται με τον ιό πριν από την ηλικία των 40 χρόνων και 8 έως 20% του πληθυσμού είναι χρόνιοι φορείς. Στις περιοχές με ενδιάμεση ενδημικότητα περιλαμβάνονται η Νότια, Κεντρική και Νοτιοδυτική Ασία, το Ισραήλ, η Ιαπωνία, η Ανατολική και Νότια Ευρώπη, η Ρωσία και το μεγαλύτερο τμήμα της Κεντρικής και Νότιας Αμερικής. Στις περιοχές χαμηλής ενδημικότητας ανήκουν η Βόρεια Αμερική, η Δυτική και Βόρεια Ευρώπη, η Αυστραλία και κάποιες περιοχές της Νότιας Αμερικής.

Ενδημικότητα της HBV λοίμωξης			
Επιπολασμός	Χαμηλή	Μέση	Υψηλή
HBsAg	<2%	2-7%	8-15%
Αντι-HBs	<20%	20-60%	>60%
Χώρες	Δ. Ευρώπη	Αν. Ευρώπη	ΝΑ Ασία
	ΗΠΑ	Μεσόγειος	Κίνα
	Αυστραλία	Ν.Αφρική	Αφρική
		Μ.Ανατολή	Ν.Αμερική

Όσον αφορά την Ευρώπη, το 2007 αναφέρθηκαν 6481 επιβεβαιωμένα κρούσματα Ηπατίτιδας Β στα 27 κράτη μέλη της Ε.Ε. και ΕΕΑ/ΕΡΤΑ (Ισλανδία/Λιχτενστάϊν/Νορβηγία) που αντιστοιχούν σε δείκτη επίπτωσης 1,51 ανά 100.000 κάτοικους ανά χρόνο.

Οι πιο ευπαθείς ηλικιακές ομάδες ήταν αυτές μεταξύ 25 και 44 ετών με 52% των κρουσμάτων (3 κρούσματα ανά 100.000). Οι υψηλότερες δείκτες δήλωσης παρατηρήθηκαν στην Βουλγαρία (10 ανά 100.000), Λετονία (7,2 ανά 100.000), Δανία (5,1 ανά 100.000) και Ρουμανία (4,3 ανά 100.000).

Σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία του EUROHEP.NET project, στην Ελλάδα ,η ηπατίτιδα Β θεωρείται νόσος με χαμηλή- ενδιάμεση ενδημικότητα με το δείκτη φορέας του HBsAg να υπολογίζεται περίπου στο 2%. Η μέση επίπτωση οξείας ηπατίτιδας στη χώρα μας με βάση τα δηλωθέντα κρούσματα στο ΚΕΕΛΠΝΟ κατά το έτος 2005, ήταν 1 περιστατικό ανά 100.000 πληθυσμού. Από την καταγραφή που διενεργείται τα τελευταία 8 χρόνια στο ΚΕΕΛΠΝΟ διαπιστώνεται μείωση των κρουσμάτων οξείας ηπατίτιδας Β, αλλά πρέπει να σημειωθεί ότι πολλά περιστατικά οξείας ηπατίτιδας δεν δηλώνονται και επομένως η προαναφερθείσα επίπτωση υποεκτιμά την πραγματικότητα. Η Ελλάδα ανήκει στις περιοχές με ενδιάμεση ενδημικότητα, αλλά ο επιπολασμός των φορέων του ιού ηπατίτιδας Β παρουσιάζει πτωτική τάση τα τελευταία χρόνια. Η επίπτωση ποικίλλει στα διάφορα γεωγραφικά διαμερίσματα και είναι υψηλότερη στη Βόρεια Ελλάδα και κυρίως, στην περιοχή της Θράκης. Σε ορισμένες πληθυσμιακές ομάδες ο επιπολασμός των φορέων ξεπερνάει το 8% (π.χ. 22,5% σε οικονομικούς μετανάστες στην περιοχή των Ιωαννίνων, 15% σε μουσουλμάνους της Θράκης, 8% σε αθίγγανους).

Τα εγχώρια υπάρχοντα δημοσιευμένα επιδημιολογικά δεδομένα είναι δύσκολο να αναχθούν στο γενικό πληθυσμό κυρίως διότι προέρχονται από ειδικές πληθυσμιακές ομάδες (αιμοδότες, εθνικές-θρησκευτικές μειονότητες, οικονομικούς μετανάστες, στρατιώτες, παιδιά ,έγκυες) ή ομάδες υψηλού κινδύνου (κρατούμενους, χρήστες ναρκωτικών ουσιών, ασθενής σε αιμοδιάλυση, HIV οροθετικούς, ιερόδουλες, με αποτέλεσμα υπο- ή υπερεκτιμούν το πρόβλημα.

Μελέτες σε στρατεύσιμους παρουσιάζουν μια δραστική μείωση του επιπολασμού του HBsAg από το 4% το 1973 σε 0,95% το 1999, κυρίως λόγω τροποποίησης των κοινωνικό-οικονομικών και ιατροφαρμακευτικών παραμέτρων που συντελέστηκαν στη διάρκεια αυτών των ετών, καθώς και στην αύξηση των επιτυχώς εμβολιασθέντων ατόμων. Δεδομένα από το γενικό πληθυσμό είναι περιορισμένα στην Ελλάδα, ενώ η καλύτερη μελετημένη ομάδα είναι αυτή των αιμοδοτών. Στη μεγαλύτερη ομάδα αιμοδοτών που μελετήθηκε στην Αθήνα το διάστημα 1991 -1996 ο μέσος επιπολασμός του HBsAg ήταν 0,84%.Λίγο αργότερα, η μελέτη ενός μεγάλου πληθυσμού αιμοδοτών στην Κρήτη για 5 συναπτά έτη, αποκάλυψε πως ο μέσος επιπολασμός του HBsAg ήταν 0,4%.

Αντίστοιχα ,χαμηλά ποσοστά επιπολασμού HBsAg παρατηρήθηκαν σε παιδιά σχολικής ηλικίας και εφήβους μιας αγροτικής περιοχής (0,33%) καθώς και σε υψηλού κινδύνου νοσηλευόμενους ασθενείς (2,66%) στην Κρήτη, αντανακλώντας έτσι μερικώς και τα επιδημιολογικά δεδομένα του γενικού πληθυσμού της Κρήτης.

Σημαντική μείωση στον επιπολασμό του HBsAg κατά 2,15% και του ποσοστού της έκθεσης στον HBV 22,6% αναφέρονται στην πρώτη δημοσιευμένη μελέτη του γενικού πληθυσμού ,στην Βόρειο-Δυτική Ελλάδα, ενώ στην περιοχή της Ηπείρου, σε μια προοπτική μελέτη 3 ετών σε αιμοδότες η HBsAg οροθετικότητα ήταν 0,85%.

Η μετανάστευση πληθυσμού από χώρες με υψηλή ενδημικότητα της νόσου, φαίνεται να συμβάλλει σημαντικά στην ταχεία τροποποίηση των επιδημιολογικών δεδομένων, ειδικά στις περιοχές που φέρουν το μεγαλύτερο βάρος υποδοχής των προσφύγων.Σε ορολογικό έλεγχο 1020 προσφύγων από τη Νότια Αλβανία που διέμεναν και εργάζονταν ,στην περιοχή των Ιωαννίνων τα ποσοστά HBsAg οροθετικότητας και προηγηθείσας έκθεσης στον HBV ήταν 22,2% και 70,6% αντίστοιχα.

Δεδομένα προερχόμενα από μετανάστες Αλβανικής και Ασιατικής καταγωγής που διαμένουν στην Αθήνα κατέδειξαν πως ο επιπολασμός του HBsAg ήταν ιδιαίτερα υψηλός (15,4%). Παρομοίως, σε μελέτη που δημοσιεύτηκε τον Αυγουστο του 2009 αναδεικνύονται σημαντικές διαφορές στον επιπολασμό της λοίμωξης από HBV στην θρησκευτική μειονότητα των Μουσουλμάνων της Θράκης, συγκριτικά με Έλληνες από την πρώην Σοβιετική Ένωση,που ζούν στην ίδια περιοχή και τους ντόπιους κατοίκους της Θράκης (8,2% έναντι 3,4% αντίστοιχα) ,αποκαλύπτοντας ένα πληθυσμό υψηλής ενδημικότητας στην Βόρειο Ανατολική Ελλάδα.

Η περιγεννητική (κάθετη) μετάδοση είναι από τις πιο κοινές οδούς διασποράς της λοίμωξης κυρίως στις υπερενδημικές περιοχές του κόσμου και οροθετικές μητέρες με τα νεογνά τους αποτελούν το βασικό πληθυσμό στόχο για την εξάλειψη της κάθετης μετάδοσης που συντηρεί την κύρια δεξαμενή των χρόνιων φορέων της Ηπατίτιδας Β. Στη μεγαλύτερη ομάδα γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας που μελετήθηκε στην Ελλάδα , σε δημόσιο μαιευτήριο της Αττικής, ο μέσος επιπολασμός του HBsAg ήταν 4,1% αλλά υπολογίστηκε σημαντικά υψηλότερος ανάμεσα σε γυναίκες αλβανικής καταγωγής (12%) σε σχέση με τις Ελληνίδες (0,29%).

Οι χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών (XEN) και οι κρατούμενοι φυλακών αποτελούν επίσης ομάδες υψηλού κινδύνου για ιογενείς ηπατίτιδες που μελετήθηκαν επιδημιολογικά στην Ελλάδα. Σε μια μελέτη 544 κρατουμένων που ήταν συγχρόνως και χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών, 6,5% εξ'αυτών ελέγχθηκαν θετικοί για HBV ενώ ανάμεσα σε κρατούμενους για σεξουαλικά αδικήματα το ποσοστό ήταν σημαντικά υψηλότερο (13%).

Η ευρεία διάδοση της λοίμωξης από HBV ανάμεσα στους Έλληνες χρήστες ναρκωτικών, που παρατηρούνταν στις προηγούμενες δεκαετίες σύμφωνα με δημοσιευμένη εργασία (βλέπε παράρτημα) φαίνεται πως σήμερα έχει αλλάξει. Σε έρευνα του 2005 μελετήθηκαν ορολογικοί δείκτες λοίμωξης από HBV σε χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών και τα αποτελέσματα συσχετίστηκαν με το χρόνο έναρξης της χρήσης. Βρέθηκε πως η έναρξη της χρήσης προ του 1992 συσχετίζεται ισχυρά με έκθεση στον ιο HBV ενώ η μεγάλη πλειοψηφία των νεότερων χρηστών (έναρξη μετά το 1992) ήταν HBV οροαρνητικοί.

Προφανής πτωτική τάση στον επιπολασμό της ηπατίτιδας B φαίνεται να σημειώνεται και σε μια ακόμη παραδοσιακή ομάδα υψηλού κινδύνου, αυτή των ιεροδούλων, καθώς το ποσοστό HBsAg –οροθετικότητας, έπεσε από το 11% στις αρχές του 1980, σε 3,3% στα τέλη του 1990. Τα δεδομένα αυτά χρειάζεται να επανεκτιμηθούν καθώς για μεγάλο ποσοστό των διακινούμενων (trafficking) για σεξουαλική εκμετάλλευση ατόμων, προέρχεται από χώρες με ενδιάμεση-υψηλή ενδημικότητα και δεν δηλώνονται, ούτε ελέγχονται υγειονομικά, ενώ θεωρούνται να εκπροσωπούν την σημαντικότερη αιτία μετάδοσης της HBV στις μέρες μας.

Συμπερασματικά, διαπιστώνεται μια προφανής, σημαντική και διαχρονική μείωση του επιπολασμού της λοίμωξης από τον ιό ηπατίτιδας B στην Ελλάδα, που αφορά τόσο στο γενικό πληθυσμό όσο και στις υπο-ομάδες υψηλού κινδύνου, ως αποτέλεσμα της συνεχούς πληροφόρησης και της δεδομένης εφαρμογής προληπτικών και προφυλακτικών μέτρων καθώς και της βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Ωστόσο, υπάρχουν ειδικές ομάδες και πληθυσμοί που εκπροσωπούν δεξαμενές υψηλής-HBV ενδημικότητας και απαιτούν επιδημιολογική επιτήρηση και παρέμβαση ώστε να λάβουν την αναγκαία περίθαλψη και να περιοριστεί η διασπορά της λοίμωξης.

Διάγνωση:

Οι σύγχρονες μέθοδοι ορολογικού προσδιορισμού του αντιγόνου επιφανείας του ιού της ηπατίτιδας Β (HBsAg- αυστραλιανό αντιγόνο) στον ορό με ELISA και RIA είναι πολύ ευαίσθητες (ανιχνεύουν επίπεδα 0,02-1 νγ/μλ), γρήγορες, εύκολες στην τεχνική τους, ειδικές και σχετικά φθηνές. Η ELISA παρουσιάζει την ίδια ευαισθησία με την RIA αλλά ταυτόχρονα μικρότερη ειδικότητα. Τα περισσότερα ψευδώς θετικά αποτελέσματα παρουσιάζονται σχεδόν πάντα στους χαμηλούς τίτλους. Το HBsAg ανιχνεύεται στον ορό σε οξεία και χρόνια HBV λοίμωξη. Όμως η απουσία του HBsAg δεν αποκλείει την HBV λοίμωξη, αφού μπορεί να κυκλοφορεί στον ορό, σε τίτλο μικρότερο από την ευαισθησία της ορολογικού μεθόδου, μπορεί να κρύβεται σε ανοσοσυμπλέγματα, μπορεί να εκφράζεται και να μην εκκρίνεται ή μπορεί να μην εκφράζεται καθόλου λόγω μεταλλαγής στην περιοχή του φακέλλου του ιικού γονιδιώματος. Η παρουσία του HBsAg χωρίς να συνοδεύεται από άλλο ορολογικό δείκτη μπορεί να σημαίνει α) πολύ αρχικό στάδιο οξείας ηπατίτιδας Β, β) μεταλλαγμένο ιό στην πυρινική περιοχή του ιικού γονιδιώματος που δεν παράγει αντι-HBc, γ) ψευδώς θετικό αποτέλεσμα ή, δ) διαταραχή στην ανοσιακή απάντηση του ξενιστή (Ντουρακης Σ.Π. 1992—1993, Coursaget P., Bourdil C., Adamowitz P). Το αντιγόνο επιφανείας του ιού της ηπατίτιδας Β (HBsAg) εμφανίζεται στο αίμα των πασχόντων 1 με 10 εβδομάδες μετά από τη μόλυνση ή 2 με 8 εβδομάδες πριν από την έναρξη των συμπτωμάτων ή τη βιοχημική ένδειξη ηπατικής βλάβης. Το HBsAg παραμένει ανιχνεύσιμο για περίπου 3 μήνες από τότε που θα εμφανιστεί. Παραμονή του αντιγόνου πέρα από τους 6 μήνες, μπορεί να σημαίνει μετάπτωση του ασθενή στην κατάσταση του «φορέα». Οι φορείς του HBsAg είναι ασυμπτωματικοί και η συχνότητα τους ποικίλλει πολύ ανά τον κόσμο. Στην Ελλάδα κυμαίνεται από 3% μέχρι 7% του πληθυσμού. Αντισώματα κατά του αντιγόνου επιφανείας (anti-HBs) κάνουν την εμφάνισή τους περίπου 3 μήνες μετά την αρχή της νόσου και η παρουσία τους σημαίνει ανοσία κατά του ιού της ηπατίτιδας Β. Ανήκουν στις IgM και IgG ανοσοσφαιρίνες. Anti-HBs της ομάδας IgM κατά κανόνα παραμένουν σε ένα ποσοστό περίπου 85% των ατόμων που μολύνθηκαν. Οι φορείς δεν αναπτύσσουν anti-HBs. Το δεύτερο αντιγόνο που κάνει την εμφάνισή του στον ορό των πασχόντων μια εβδομάδα μετά το HBsAg, είναι το HBeAg. Το αντιγόνο αυτό εξαφανίζεται μετά από 2 περίπου εβδομάδες, θεωρείται απίθανη η ανίχνευση HBeAg στον ορό αρρώστων όταν δεν ανιχνεύεται HBsAg. Παραμονή του HBeAg στον ορό μετά τις 2

εβδομάδες παρατηρείται σε μερικούς αρρώστους που μεταπίπτουν σε χρόνια λοίμωξη.

Η εξαφάνιση του HBeAg από τον ορό ακολουθείται από την εμφάνιση του anti-HBe που παραμένει για μεγάλο χρονικό διάστημα. Η ανίχνευση του anti-HBe δεν σημαίνει ανοσία γιατί σωματίδια Dane μπορεί να κυκλοφορούν στο αίμα αρρώστων με anti-HBe. Στον ίδιο περίπου χρόνο που κάνει την εμφάνιση του το HBeAg ανιχνεύεται στον ορό και η DNA πολυμεράση. Αντιγόνο κατά του πυρήνα του ιού της ηπατίτιδας B (HBcAg) είναι δυνατό να ανιχνεύεται μερικές φορές στον ορό πασχόντων.

Πρόληψη:

Η πρόληψη της ηπατίτιδας B έχει τεθεί ως προτεραιότητα στην παγκόσμια κοινότητα. Ο εμβολιασμός έναντι της ηπατίτιδας B είναι ο μόνος αποτελεσματικός τρόπος για την πρόληψη της νόσου και των επιπλοκών της και θα πρέπει να ξεκινά από την πρώτη βρεφική ηλικία. Άλλα μέτρα που παίζουν σημαντικό ρόλο στην πρόληψη είναι:

- Περιορισμός της περιγεννητικής μόλυνσης με έγκαιρη ανίχνευση των μητέρων με ηπατίτιδα B και άμεση χορήγηση υπεράνοσης γ – σφαιρίνης και εμβολιασμό των νεογνών.
- Ενημέρωση για τους τρόπους μετάδοσης της ηπατίτιδας B, εφαρμογή των μέτρων υγιεινής, ατομική χρήση οδοντόβουρτσας, ξυριστικών λεπίδων και χρήση προφυλακτικών κατά τη σεξουαλική επαφή.

Παθητική Ανοσοποίηση:

Παθητική ανοσοποίηση επιτυγχάνεται με τη χορήγηση υπεράνοσης γ-σφαιρίνης (HBIG) η οποία περιέχει υψηλούς τίτλους αντισωμάτων έναντι του αντιγόνου επιφανείας (anti-HBs). Για να είναι αποτελεσματική, η HBIG πρέπει να χορηγηθεί το ταχύτερο δυνατόν (εντός 48 ωρών), μετά την έκθεση και η προφύλαξη που παρέχει διαρκεί 3 έως 6 μήνες. Μελέτες σχετικά με τον μέγιστο χρόνο μέσα στον οποίο μπορεί να χορηγηθεί η HBIG μετά από έκθεση, δείχνουν ότι αυτός δεν πρέπει να ξεπερνά τις 7 ημέρες για περιγεννητική προφύλαξη και νυγμό από βελόνη και τις 14 ημέρες σε περίπτωση σεξουαλικής έκθεσης. Η χορήγηση HBIG σε νεογνά HBsAg (+) μητέρων, σε συνδυασμό με την πρώτη δόση του εμβολίου έναντι της ηπατίτιδας B μέσα σε 12 έως 24 ώρες από τη γέννηση είναι αποτελεσματική σε ποσοστό 85-95% στην πρόληψη της λοίμωξης, ενώ η χορήγηση μόνον εμβολίου μέσα σε 24 ώρες από τη γέννηση προφυλάσσει σε ποσοστό 70-95%. Όταν χορηγούνται ταυτόχρονα εμβόλιο και HBIG, πρέπει να ενίνονται σε

διαφορετικά σημεία. Από το 1977 όλα τα σκευάσματα HBIG που κυκλοφορούν στο εμπόριο περιέχουν τίτλο αντισωμάτων έναντι του επιφανειακού αντιγόνου (HBsAg) τουλάχιστον 1:1000 με τη μέθοδο RIA. Ανεπιθύμητες ενέργειες από τη χορήγηση της υπεράνοσης γ-σφαιρίνης είναι πολύ σπάνιες.

Ενεργητική ανοσοποίηση με εμβόλιο:

Από το 1982 υπάρχει ασφαλές κι αποτελεσματικό εμβόλιο έναντι του ιού της ηπατίτιδας Β, το οποίο ήταν το πρώτο εμβόλιο που μπορεί να «δράσει» προληπτικά έναντι μιας σοβαρής μορφής καρκίνου, του ηπατοκυτταρικού. Τουλάχιστον 85-90% των θανάτων, που σχετίζονται με την ηπατίτιδα Β, θα μπορούσαν να είχαν προληφθεί με τον εμβολιασμό. Τα εμβόλια που κυκλοφορούν περιέχουν HBsAg, που παρασκευάζεται με την τεχνική του ανασυνδυασμένου DNA και δεν ενέχουν κίνδυνο μετάδοσης του ιού. Το εμβόλιο πρέπει να φυλάσσεται στο ψυγείο στους 2-8°C, αλλά όχι να ψύχεται. Ο μαζικός εμβολιασμός των βρεφών έναντι της ηπατίτιδας Β εφαρμόζεται στη χώρα μας από την 01/01/1998 μετά από απόφαση του ΥΠΚΑ(Υ1/Οικ.4543/10-9-97). Σύμφωνα με το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμού χορηγούνται τρεις δόσεις εμβολίου από την πρώτη βρεφική ηλικία. Για την πρόληψη της περιγεννητικής μετάδοσης της ηπατίτιδας Β, με την ίδια απόφαση θεσπίστηκε ο έλεγχος όλων των εγκύων ως προς το HbsAg και η εφαρμογή παθητικής και ενεργητικής ανοσοπροφύλαξης στα νεογνά μητέρων-φορέων της ηπατίτιδας Β.

Μελέτες που αφορούν στην εμβολιαστική κάλυψη έχουν δείξει ότι το ποσοστό εμβολιαστικής κάλυψης είναι σχετικά ικανοποιητικό όμως συχνά καθυστερεί η έναρξη εμβολιασμού. Πιο συγκεκριμένα, η πανελλήνια μελέτη εμβολιαστικής κάλυψης από την ερευνητική ομάδα της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (Καθ. Τ. Παναγιωτόπουλος) έδειξε ότι το 2006, το 84.7% και 95.3% των παιδιών 3ης Γυμνασίου (14 ετών) και 1ης Δημοτικού (6 ετών) είχαν ολοκληρώσει τον εμβολιασμό με τρεις δόσεις ηπατίτιδας Β. Όμως, αν κανείς κοιτάξει την ηλικία έναρξης εμβολιασμού, φαίνεται ότι μόλις 19.2% και 64.6% των παιδιών είχαν κάνει μια δόση εμβολίου στην ηλικία των 6 και 12 μηνών αντίστοιχα. Ακόμα, μόλις 15.8% των παιδιών είχαν ολοκληρώσει τον εμβολιασμό τους έναντι της ηπατίτιδας Β στην ηλικία των 12 μηνών. Παράλληλα, πανελλήνια οροεπιδημιολογική μελέτη σε παιδιά 0-14 ετών, η οποία διενεργήθηκε έξι χρόνια μετά την εφαρμογή μαζικού εμβολιασμού

(2004), έδειξε ότι, αν και η ανίχνευση του anti-HBc (+) μειώθηκε από 5.5% σε 2.9%, η μείωση δεν ήταν στατιστικά σημαντική στα παιδιά μεταναστών, ενώ μόλις 47.9% των παιδιών < 2 ετών είχαν ανιχνεύσιμα anti –HBsαντισώματα ορού [3]. Τέλος, πρόσφατη μελέτη εμβολιαστικής κάλυψης που διενεργήθηκε στα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου Παίδων «Π & Α Κυριακού» έδειξε ότι μόλις 45.4% των παιδιών είχαν λάβει μιά δόση εμβολίου μέχρι την ηλικία των έξι μηνών, ενώ τρεις δόσεις του εμβολίου μέχρι την ηλικία των 18 μηνών είχε λάβει το 30.4% του δείγματος. Παράγοντες που συσχετίστηκαν με τον έγκαιρο εμβολιασμό έναντι της ηπατίτιδας Β περιλαμβάνουν την ύπαρξη μόνιμου παιδίατρου, το υψηλό μορφωτικό επίπεδο των γονέων και τη χρήση του εξαδύναμου εμβολίου. Από τις παραπάνω μελέτες γίνεται σαφές ότι, αν και η εμβολιαστική κάλυψη έναντι της ηπατίτιδας Β είναι ικανοποιητική, πρέπει να δοθεί έμφαση στην έγκαιρη ανοσοποίηση των βρεφών από την πρώτη βρεφική ηλικία, με στόχο την πρόληψη της ενδοοικογενειακής οριζόντιας μετάδοσης. Αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία στη χώρα μας όπου σημαντικό ποσοστό των βρεφών (10-15%) ζούν σε οικογένειες οικονομικών μεταναστών, όπου ο επιπολασμός της φορέας της ηπατίτιδας Β είναι υψηλός.

Λόγω του χαμηλού επιπολασμού της HBV λοίμωξης στον παιδικό πληθυσμό και στους εφήβους στην Ελλάδα, δε χρειάζεται έλεγχος δεικτών πριν από τον εμβολιασμό. Έλεγχος συνιστάται μόνο σε βρέφη HbsAg-θετικών μητέρων και ανοσοκατασταλμένα άτομα.

Ένδειξη εμβολιασμού έχουν επίσης άτομα που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου που είναι οι εξής:

- Εργαζόμενοι σε νοσηλευτικά ιδρύματα (ιατροί, νοσηλευτές, προσωπικό εργαστηρίων, φοιτητές ιατρικών επαγγελμαμάτων)
- Οδοντίατροι και βοηθητικό προσωπικό σε άμεση επαφή με ασθενείς
- Προσωπικό και τρόφιμοι ιδρυμάτων για άτομα με νοητική υστέρηση
- Προσωπικό Κέντρων υποδοχής προσφύγων και μεταναστών, φυλακισμένοι και προσωπικό φυλακών σε στενή επαφή με άτομα υψηλού κινδύνου (π.χ. χρήστες ενδοφλεβίων εξαρτησιογόνων ουσιών)
- Ασθενείς σε αιμοκάθαρση ή πολυμεταγγιζόμενοι και γενικά προεγχειρητικά, αν η επέμβαση απαιτεί μεγάλο αριθμό μεταγγίσεων
- Άτομα σε στενή επαφή (σεξουαλική ή ενδοοικογενειακή) με φορείς του ιού

- Νεογνά HBsAg (+) μητέρων (σε συνδυασμό με υπεράνοση γ-σφαιρίνη).
- Ομοφυλόφιλοι, εκδιδόμενα άτομα, χρήστες ενδοφλεβίων εξαρτησιογόνων ουσιών
- Άτομα με πολλαπλούς ερωτικούς συντρόφους ιδιαίτερα αν έχουν άλλο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα
- Ταξιδιώτες σε χώρες υψηλής ενδημικότητας
- Χρόνιοι ηπατοπαθείς (εκτός ηπατίτιδας Β)
- Ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε μεταμόσχευση οργάνων ή ιστών.

Χορήγηση αναμνηστικής δόσης

Παλαιότερα υπήρχε η άποψη ότι για τη μακροχρόνια προστασία των εμβολιασθέντων θα ήταν απαραίτητη η χορήγηση αναμνηστικής δόσης 10 χρόνια μετά τον αρχικό εμβολιασμό. Πρόσφατη ανασκόπηση των δεδομένων (vhrb.orgmeetingMilan, Italy, November 17-18, 2011) που αφορούν τη μακροχρόνια αποτελεσματικότητα του εμβολίου της ηπατίτιδας Β έδειξε ότι στις χώρες όπου εφαρμόστηκε μαζικός εμβολιασμός βρεφών από 20ετίας, όπως είναι η Ιταλία, η Βουλγαρία, η Αλάσκα, η Ταϊβάν, η Ταϊλάνδη, παρατηρήθηκε διακοπή της κάθετης μετάδοσης και δραματική μείωση της επίπτωσης των χρόνιων φορέων. (Ιταλία από 2.4% σε 0.86% και Ταϊλάνδη από 6% σε 0.7%). Ακόμα η επίπτωση οξείας ηπατίτιδας Β είναι ιδιαίτερα χαμηλή. Επίσης, σε χώρες υψηλής ενδημικότητας, όπου έχει εφαρμοστεί ο μαζικός εμβολιασμός, παρατηρήθηκε ότι κατά τη διάρκεια της πρώτης δεκαετίας οι εμβολιασθέντες διατηρούσαν υψηλούς τίτλους anti-HBs πιθανά λόγω συχνών επεισοδίων φυσικής αναμόλυνσης (έκθεσης στον ιό). Η HBV λοίμωξη σε εμβολιασθέντες αφορά υποκλινική και συχνά παροδική εμφάνιση anti-HBc ή και χαμηλού ιικού φορτίου (HBV-DNA). Η κλινική σημασία αυτής της παρατήρησης δεν έχει διευκρινιστεί. Τέλος, από τις μακροχρόνιες προοπτικές μελέτες παρακολούθησης εμβολιασθέντων παιδιών και εφήβων είναι σαφές ότι το εμβόλιο επάγει ικανοποιητική ανοσολογική μνήμη και συνεπώς η διάρκεια προστασίας του εμβολίου διαρκεί πολλά περισσότερα χρόνια μετά την απώλεια του τίτλου anti-HBs στον ορό. Η χορήγηση αναμνηστικής δόσης εμβολίου σε οροαρνητικούς εμβολιασθέντες συνήθως ακολουθείται από ταχεία και σημαντική αύξηση του τίτλου anti-HBs στον ορό,

που όμως διαρκεί για μικρό χρονικό διάστημα. Το ποσοστό των οροαρνητικών εμβολιασθέντων που δεν ανταποκρίνεται στη χορήγηση αναμνηστικής δόσης εμβολίου αυξάνεται μετά τα 15-20 έτη (αυτό αφορά κυρίως άτομα που εμβολιάστηκαν στη βρεφική ηλικία και όχι αυτούς που εμβολιάστηκαν ως ενήλικες). Δεν είναι όμως γνωστό αν αυτή η παρατήρηση σχετίζεται με απώλεια ανοσιακής μνήμης ή και προστασίας από το εμβόλιο, αφού μέχρι σήμερα δεν παρατηρείται αύξηση κρουσμάτων οξείας ηπατίτιδας, αλλά ούτε αύξηση της επίπτωσης χρόνιας ηπατίτιδας (σε μεγάλες οροεπιδημιολογικές μελέτες).

Αξίζει να σημειωθεί ότι στην Ιταλία μελετήθηκαν λεπτομερώς 144 κρούσματα οξείας ηπατίτιδας Β σε εμβολιασθέντες. Η λοίμωξη συσχετίστηκε με τους γνωστούς παράγοντες κινδύνους (ενδοοικογενειακή έκθεση, ΧΕΝ, αιμοκάθαρση, κλπ), αλλά και με την απουσία χορήγησης προφύλαξης μετά από έκθεση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: HIV

3.1. Ιστορία της νόσου

Με τους όρους λοίμωξη HIV και νόσος HIV, περιγράφουμε τις δύο μεγάλες φάσεις που σηματοδοτούν την εξέλιξη της ασθένειας που συνήθως ονομάζουμε AIDS. Ο όρος AIDS είναι ακρωνύμιο του αγγλικού όρου Acquired Immune Deficiency Syndrome. Ο αντίστοιχος όρος στα ελληνικά είναι Σ.Ε.Α.Α ή Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας, ενώ απαντά και ως Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας ή Επίκτητη Ανοσιακή Ανεπάρκεια. Ο αντίστοιχος όρος στα Γαλλικά είναι SIDA (Syndrome Immuno-Deficitaire Acquis).

Συνετό θα ήταν να αναφερθεί και η διευκρίνιση που πρέπει να γίνει για τους όρους: φορέας, οροθετικός και ασθενής. Φορέας του ιού HIV, είναι το άτομο το οποίο έχει μολυνθεί με τον ιό αλλά δεν έχει νοσήσει ακόμα (δηλαδή δεν έχει παρουσιάσει κανένα από τα συμπτώματα). Λέγεται και HIV (+) άτομο ή οροθετικός για HIV. Το άτομο αυτό μεταδίδει τον ιό στους άλλους μέσω της σεξουαλικής δραστηριότητας, του αίματος ή με τον τοκετό (περιγεννητική μετάδοση). Δε θα πρέπει ο φορέας του ιού να συγχέεται με

τον ασθενή διότι ασθενής είναι το άτομο που ο HIV έχει καταστρέψει σε σημαντικό βαθμό το ανοσοποιητικό του σύστημα και ο οργανισμός του δεν μπορεί πλέον να αμυνθεί αποτελεσματικά σε διάφορες λοιμώξεις ή άλλες ασθένειες που συνήθως δεν προκαλούν ιδιαίτερα προβλήματα στους υπόλοιπους ανθρώπους.

Περιγραφή του HIV

Όλοι οι παραπάνω όροι αναφέρονται σε μία εξαιρετικά επίφοβη για τον άνθρωπο ίωση που οφείλεται σε ομάδα ιών γνωστών ως ομάδα ιών HIV. Ο όρος αυτός είναι ακρονύμιο του αγγλικού όρου Human Immunodeficiency Virus, δηλαδή Ανθρώπινος Ιός Ανοσοανεπάρκειας. Ο ιός αυτός ανήκει σε μια κατηγορία ιών που ονομάζονται ρετροϊοί, οι οποίοι περιέχουν κύτταρα τα οποία συντίθενται από μόρια ριβοζονουκλεϊκού οξέως (RNA). Τα ανθρώπινα γονίδια, όπως και αυτά των περισσότερων οργανισμών, συντίθενται από μόρια δεσοξυριβοζονου-κλεϊκού οξέως (DNA). Όπως όλοι οι ιοί, έτσι και ο HIV μπορεί να αντιγραφεί μόνο μέσα στα κύτταρα, ενεργοποιώντας το μηχανισμό αναπαραγωγής τους. Η ουσιαστική διαφορά των ρετροϊών από τους άλλους ιούς έγκειται στην ιδιότητά τους να περιέχουν ένα ειδικό ένζυμο, την αντιστροφομεταγραφή (reverse transcriptase) η οποία τους επιτρέπει αμέσως μόλις εισβάλλουν στο κύτταρο να μετατρέψουν το RNA τους σε DNA το οποίο μπορεί να ενσωματωθεί στο γένωμα του κυττάρου-ξενιστή. Με τη μορφή, αυτή το DNA του ιού (προ-ιικό DNA) παραμένει "σιωπηλό" για μήνες και για χρόνια, στα κύτταρα του ανθρώπινου οργανισμού, ως "προϊός" (Κιόρτσης και Παπασπηλιόπουλος, 1997). Ο HIV ανήκει σε μια υποκατηγορία ρετροϊών που ονομάζονται "αργοί ιοί". Η πορεία της λοίμωξης που προκαλούν αυτοί οι ιοί χαρακτηρίζεται από τη μεσολάβηση ενός μεγάλου χρονικού διαστήματος ανάμεσα στην αρχική προσβολή και στην εμφάνιση σοβαρών συμπτωμάτων ή αλλιώς από τη μακριά περίοδο επώασης πριν από την εμφάνιση της ασθένειας. Ο HIV μολύνει, δηλαδή ενσωματώνεται δια βίου στο γενετικό τους υλικό, τα κύτταρα με CD4 υποδοχείς, δηλαδή τα T4 λεμφοκύτταρα, τα μονοκύτταρα-μακροφάγα, τα κύτταρα του Langerhans και ομάδα νευρογλοιακών κυττάρων του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος και του νωτιαίου μυελού (Καλοταιράκης, 1989).

Κατά τη διάρκεια της τυπικής εξέλιξης της λοίμωξης τα Τ-βοηθητικά κύτταρα (Helper cells), τα οποία έχουν υποδοχείς κύτταρα CD4 (Cluster Destination 4), αδρανοποιούνται και καταστρέφονται. Τα κύτταρα αυτά είναι ζωτικής σημασίας για την ανοσολογική αντίδραση του οργανισμού καθώς δίνουν σήμα σε άλλα κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος να διαδραματίσουν τις ιδιαίτερες λειτουργίες τους.

Ένα υγιές άτομο συνήθως έχει 800 έως 1200 CD4+T κύτταρα ανά κυβικό χιλιοστό (mm) αίματος. Κατά τη διάρκεια της λοίμωξης HIV, ο αριθμός αυτών των κυττάρων στο αίμα του προσβεβλημένου ατόμου μειώνεται προοδευτικά. Όταν ο αριθμός τους πέσει κάτω από 200 ανά κυβικό χιλιοστό, ο άνθρωπος γίνεται ιδιαίτερα ευάλωτος στις ευκαιριακές λοιμώξεις και τους καρκίνους που χαρακτηρίζουν το AIDS, το τελικό στάδιο της νόσου HIV. Οι άνθρωποι με AIDS συχνά υποφέρουν από λοιμώξεις στα έντερα, στους πνεύμονες, στον εγκέφαλο, στα μάτια και σε άλλα όργανα καθώς επίσης και από εξουθενωτική απώλεια βάρους, διάρροια, νευρολογικές διαταραχές 10 και καρκίνους όπως είναι η αγγειοσαρκωμάτωση (Kaposi's sarcoma) και τα λεμφώματα (Miller & Bor, 1991).

Οι περισσότεροι επιστήμονες πιστεύουν ότι ο HIV προκαλεί το AIDS εξολοθρεύοντας κατευθείαν τα CD4+T- κύτταρα και δίνοντας ερεθίσματα με παθολογική βάση για την έναρξη άλλων συμβάντων τα οποία εξασθενίζουν την λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος του οργανισμού. Για παράδειγμα, το δίκτυο των μορίων που ρυθμίζουν την ανοσολογική αντίδραση του οργανισμού ενός υγιούς ατόμου διαρρηγνύεται κατά τη διάρκεια της νόσου HIV και εξασθενίζει η ικανότητά του να αντιμετωπίζει άλλες λοιμώξεις. Η καταστροφή των λεμφικών κόμβων και των σχετιζομένων ανοσολογικών οργάνων διαδραματίζει επίσης τεράστιο ρόλο στην ανοσοκαταστολή που παρατηρείται στα άτομα με AIDS (NIAID, 1999).

Προέλευση των ιών HIV1 και HIV2

Δύο ξεχωριστοί τύποι του HIV έχουν εντοπισθεί μέχρι τώρα. Ο HIV1 είναι ο ιός που ευθύνεται κατά κύριο λόγο για την παγκόσμια επιδημία του AIDS. Το γενετικό υλικό του είναι σημαντικά διαφορετικό από εκείνο του HIV2, έτσι είναι δύσκολο να καταλήξουμε στο συμπέρασμα ότι προήλθε από αυτόν με απλή μετάλλαξη. Είναι πιθανό, όμως να προέρχεται από έναν ιό που προσβάλλει τους χιμπατζήδες. Είναι, επίσης, πιθανό να ενδημούσε για

μεγάλο χρονικό διάστημα σε ορισμένους ανθρώπινους πληθυσμούς που ζούσαν απομονωμένοι και από τους οποίους ήταν σχετικά καλά ανεκτός (Ινστιτούτο Παστέρ, 1998). Ο HIV2 είναι ένας ιός συγγενής του ιού του πράσινου πιθήκου. Η πιθανότερη εκδοχή είναι ότι ο ιός αυτός πέρασε στο πρόσφατο ή μακρινό παρελθόν στον άνθρωπο από τον πίθηκο. Ο πίθηκος είναι το είδος "δεξαμενή" του ιού και έχει επιδείξει ανοχή σε αυτόν, ενώ ο άνθρωπος που έγινε ο νέος ξενιστής για τον ιό αυτό, δεν ήταν προετοιμασμένος να τον αντιμετωπίσει. Και αυτός ο ιός προκαλεί AIDS στον άνθρωπο, αλλά μεταδίδεται πιο δύσκολα από τον HIV1 και αφού μεταδοθεί προκαλεί το νόσημα λιγότερο συχνά και μετά από μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. (Ινστιτούτο Παστέρ, 1998). Πιστεύεται ότι αυτοί οι ιοί που συναντιούνται στους πιθήκους υπερπήδησαν το φράγμα των ειδών όταν ιστοί προσβεβλημένων πιθήκων καταναλώθηκαν από ανθρώπους. Κάποιοι επιστήμονες πιστεύουν ότι μια πηγή μόλυνσης, ίσως ήταν τα κύτταρα από νεφρά πιθήκων που χρησιμοποιούνταν στη δεκαετία του 1950 προκειμένου να κατασκευάζεται το εμβόλιο για τον ιό της πολιομυελίτιδας, άλλοι όμως διαψεύδουν αυτή την άποψη (Hutchinson, 2001). Ο HIV2, παρέμενε περιορισμένος στη Δυτική Αφρική, όπου εκδηλώθηκε αρχικά, αλλά πρόσφατα άρχισε να απλώνεται σε κάποιες χώρες της Ασίας.

3.2. Παθογένεια του HIV

Ο κύκλος ζωής του HIV περιλαμβάνει εννέα φάσεις μέχρι το στάδιο της ωρίμανσής του (NIAID, 1998). Οι φάσεις αυτές είναι:

- α. Επαφή - είσοδος του ιού.
- β. Αντίστροφη μεταγραφή.
- γ. Μεταφορά στον πυρήνα των κυττάρων.
- δ. Ενσωμάτωση.
- ε. Αντιγραφή του ιού.
- στ. Σύνθεση της πρωτεΐνης του ιού.
- ζ. Συγκρότηση του ιού.
- η. Απελευθέρωση του ιού.
- θ. Ωρίμανση.

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

Το στάδιο 1 χαρακτηρίζεται από την «HIV- πρωτολοίμωξη». Με τον όρο αυτό, περιγράφεται το σύνολο της συμπτωματολογίας που δυνητικά αναπτύσσεται μετά την μόλυνση από τον HIV και εξαιτίας αυτής, αν και συχνά ο όρος έχει μόνο χρονική σημασία, περιλαμβάνοντας το χρονικό διάστημα των πρώτων 6 μηνών από την μόλυνση. Οξεία συμπτωματική HIV-πρωτολοίμωξη αναφέρεται στο 50-90% των περιπτώσεων. Ο χρόνος από την στιγμή της έκθεσης στο ιό, μέχρι την εκδήλωση των συμπτωμάτων είναι 2-6 εβδομάδες (μέση τιμή 21 ημέρες). Κατά την περίοδο της οξείας συμπτωματολογίας το ανοσολογικό σύστημα έχει ήδη αναγνωρίσει τα HIV αντιγόνα και αρχίζει να αναπτύσσει ισχυρή ανοσολογική απάντηση. 1 έως 3 εβδομάδες από την έναρξη των συμπτωμάτων καθίσταται εφικτή η ανίχνευση των αντισωμάτων με της συνήθεις μεθόδους ρουτίνας. Η συμπτωματολογία της HIV-πρωτολοίμωξης συχνά συγχέεται με αυτή της λοιμώδους μονοπυρήνωσης (πυρετός, λεμφαδενοπάθεια και φαρυγγίτιδα). Ωστόσο, έχει περιγραφεί μια μεγάλη ποικιλία συμπτωμάτων και κλινικών σημείων σε σχέση με την εμφάνισή της. Ο πυρετός, είναι το συχνότερο σύμπτωμα, ακολουθούμενο σε συχνότερο κατά σειρά από τη λεμφαδενοπάθεια, τη φαρυγγίτιδα, το δερματικό εξάνθημα, τη μυαλγία, την διάρροια και τον πονοκέφαλο. Αυτά τα συμπτώματα συνήθως εξαφανίζονται μετά από μία εβδομάδα ή ένα μήνα. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, τα άτομα είναι πολύ "μολυσματικά" και ο HIV παρουσιάζει μεγάλη συγκέντρωση

στα γενετήσια εκκρίματα. Η μέση διάρκεια των κλινικών εκδηλώσεων είναι περίπου 25 ημέρες για τους άνδρες και 32 ημέρες για τις γυναίκες.

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 προαναφέρθηκε. 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 (NIAID, 1999).

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 ελάχιστα μόνο εξασθενίζουν τον οργανισμό (στοματική καντιντίαση). Στο στάδιο αυτό, μπορούν επίσης να εμφανιστούν μη ειδικά συμπτώματα, όπως πυρετός ή ανεξήγητη διάρροια.

Τέλος, κατά τη διάρκεια του 4ου 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. Εντούτοις, 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.

3.3. Διάγνωση του HIV/AIDS

Ο όρος νόσος HIV/AIDS, αναφέρεται στο πιο προχωρημένο στάδιο της λοίμωξης HIV. Η κλινική διάγνωση του AIDS, σύμφωνα με τις οδηγίες της WHO (World Health Organization / Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας) απαιτεί την παρουσία μιας σειράς συμπτωμάτων. Από αυτά, κάποια θεωρούνται κύρια, ενώ κάποια άλλα δευτερεύοντα. Η κλινική διάγνωση θεωρείται θετική όταν υπάρχουν τουλάχιστον δύο από τα εξής κύρια συμπτώματα: α) απώλεια βάρους 10% ή μεγαλύτερη (στα παιδιά αρκεί η ανακοπή της αύξησης του βάρους τους), β) διάρροια περισσότερο από ένα μήνα και γ) πυρετός περισσότερο από ένα μήνα. Τα δευτερεύοντα συμπτώματα είναι: βήχας περισσότερο από ένα μήνα, καθολική δερματίτιδα με κνησμό, έρπης ζωστήρας σε υποτροπή, καντιντίαση του στόματος και του φάρυγγα. Σε κάθε περίπτωση, η κλινική διάγνωση απαιτεί εργαστηριακή επιβεβαίωση, με την ανίχνευση ειδικών αντισωμάτων (Κιόρτσης και Παπασπηλιόπουλος, 1997). Σύμφωνα με τον ορισμό που διατυπώθηκε το 1993 από το CDC (Center for Disease Control / Κέντρο Ελέγχου Νόσων) των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής (Η.Π.Α), θεωρείται ότι έχουν αναπτύξει AIDS τα άτομα των οποίων ο αριθμός των Τ4 λεμφοκυττάρων είναι μικρότερος από 200 (NIAID, 1999) ή μικρότερος από το 14% του συνόλου των λεμφοκυττάρων του οργανισμού τους, ανεξάρτητα από την κλινική τους κατάσταση (Δαρδαβέσης, 1999).

Επιπρόσθετα, ο ορισμός περιλαμβάνει 26 κλινικές καταστάσεις-διαγνωστικά κριτήρια που προσβάλλουν άτομα με ανεπτυγμένη νόσο HIV (NIAID, 1999). Η 14πλειονότητα αυτών είναι ευκαιριακές λοιμώξεις οι οποίες πολύ σπάνια μπορεί να βλάψουν υγιή άτομα. Όμως, για τα άτομα με AIDS οι λοιμώξεις αυτές είναι σοβαρές και μερικές φορές μοιραίες εξαιτίας του γεγονότος ότι το ανοσοποιητικό τους σύστημα είναι τόσο κατεστραμμένο από τον HIV που ο οργανισμός δεν είναι σε θέση να καταπολεμήσει ορισμένα βακτήρια, ιούς και άλλα μικρόβια. Οι ευκαιριακές λοιμώξεις, συνηθισμένες σε άτομα με AIDS, προκαλούν συμπτώματα όπως: βήχα, λαχάνιασμα, αιφνιδιαστικές προσβολές, νοητικά συμπτώματα (όπως σύγχυση και αμνησία), σοβαρή και επίμονη διάρροια, πυρετό, απώλεια όρασης, σοβαρούς

πονοκεφάλους, απώλεια βάρους, έντονη κόπωση, ναυτία, εμετούς, απώλεια συντονισμού, κώμα, κοιλιακές κράμπες, δύσκολη ή επίπονη κατάποση (NIAID, 1999). Τα άτομα με AIDS είναι ιδιαίτερος επιρρεπής στην εμφάνιση διαφόρων καρκίνων, ιδιαίτερα εκείνων που προξενούνται από ιούς, όπως είναι η αγγειοσαρκωμάτωση (Kaposi's sarcoma), καθώς και σε καρκίνους του τραχήλου ή καρκίνους του ανοσοποιητικού συστήματος, γνωστούς ως λεμφώματα. Οι καρκίνοι αυτοί είναι συνήθως πιο επιθετικοί και ως εκ τούτου είναι πιο δύσκολο να θεραπευτούν στα άτομα με νόσο HIV. Κατά την πορεία της λοίμωξης HIV η μείωση των T4 λεμφοκυττάρων είναι σταδιακή για τα περισσότερα άτομα, αλλά ραγδαία για κάποια άλλα. Ένα άτομο με T4 λεμφοκύτταρα λιγότερα από 200, μπορεί να αναπτύξει κάποια από τα πρώιμα συμπτώματα της νόσου HIV. Υπάρχουν όμως άτομα που δεν εμφανίζουν συμπτώματα ακόμη κι όταν ο αριθμός αυτός είναι μικρότερος από 200. Πολλοί άνθρωποι εξουθενώνονται από τα συμπτώματα του AIDS σε τέτοιο βαθμό που δεν είναι σε θέση να αντεπεξέλθουν κανονικά στις επαγγελματικές τους υποχρεώσεις αλλά ούτε και στη συντήρηση του νοικοκυριού τους. Κάποιοι άλλοι μπορεί να βιώνουν φάσεις κατά τις οποίες η ασθένεια είναι ιδιαίτερα απειλητική για τη ζωή τους, οι οποίες όμως, εναλλάσσονται με φάσεις κανονικής λειτουργικότητας (NIAID, 1999).

3.4. Αναδρομή στην HIV-λοίμωξη

Δεν είναι γνωστό πότε ακριβώς εμφανίστηκε το AIDS. Μερικοί επιστήμονες πιστεύουν ότι εμφανίστηκε κάποια στιγμή ανάμεσα στο 1926 και στο 1946, ενώ υπάρχουν και εκείνοι που πιστεύουν ότι είχε μεταπηδήσει από τους χιμπατζήδες στους ανθρώπους ήδη από το 1675 (Garret, 2000). Οι επιστήμονες υποψιάζονταν ότι ο ιός HIV είχε κάποια σχέση με τα θηλαστικά της Αφρικής πολύ πριν αποδειχθεί η σχέση του με τους χιμπατζήδες. Η Beatrice Hahn του University of Alabama at Birmingham, η οποία εστιάζει τις έρευνές της στον HIV1, ανακοίνωσε κατά τη διάρκεια του 6ου Συνεδρίου για τους Ρετροϊούς και τις Ευκαιριακές Λοιμώξεις στο Σικάγο, την προέλευση του ιού από τους χιμπατζήδες (Beil, 1999). Ο Marx, του Tulane University Medical Center in N. Orleans, βοήθησε στον εντοπισμό της προέλευσης του HIV2 σε ένα άλλο θηλαστικό, τον πίθηκο sooty mangabey (Beil, 1999). Η λοίμωξη HIV άρχισε να παίρνει τη μορφή επιδημίας στην Κεντρική Αφρική

στις αρχές της δεκαετίας του '70. Το AIDS εξαπλώθηκε ραγδαία στο Ζαΐρ, την Ουγκάντα και άλλα κράτη της Κεντρικής Αφρικής. Από την Αφρική, η ασθένεια φαίνεται ότι εξαπλώθηκε αργά στην Ευρώπη, στην Αϊτή και στις Η.Π.Α (Taylor, 1995). Ακόμη δεν έχει δοθεί πλήρης εξήγηση στο φαινόμενο της έντονης εξάπλωσης της επιδημίας στην εποχή μας. Οι εκδοχές που υπάρχουν (Ινστιτούτο Παστέρ, 1998) είναι κυρίως τρεις:

- Η εκδοχή της μετάλλαξης που είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση της παθογόνου δράσης του ιού, είναι μάλλον απίθανη.
- Η εκδοχή της παρασκευής του ιού από τον άνθρωπο αποκλείεται, καθώς η τεχνολογία που θα απαιτούσε ένα τέτοιο εγχείρημα δεν είχε ακόμη ανακαλυφθεί.
- Η πιθανότερη εκδοχή είναι ότι οι HIV υπήρχαν στη φύση από πολύ παλιά και μόνο η ευρεία διασπορά τους είναι καινούρια.

Η εξάπλωση της νόσου σε παγκόσμια κλίμακα οπωσδήποτε ευνοήθηκε από τις ομοφυλοφιλικές ερωτικές πρακτικές και από τις πρακτικές των χρηστών ενδοφλεβίων ναρκωτικών. Ωστόσο, είναι αναμφισβήτητο ότι οι παραπάνω πρακτικές δεν είναι οι κύριοι παράγοντες εξάπλωσης της νόσου. Το θέμα είναι ευρύτερο και σχετίζεται και με άλλους παράγοντες όπως είναι:

α. Η αστικοποίηση, που σημειώθηκε στη Αφρική και στις αναπτυσσόμενες χώρες, και η αυξανόμενη ανέχεια, είναι φαινόμενα που ευνόησαν τη διάσπαση του παραδοσιακού κοινωνικού κυττάρου και οδήγησαν ορισμένες ομάδες σε εντονότερο σεξουαλικό συγχρωτισμό (Ινστιτούτο Παστέρ, 1998).

β. Η εναλλαγή πολλών ερωτικών συντρόφων σε συνδυασμό με την απουσία χρήσης προφυλακτικού, την υψηλή συχνότητα της γονόρροιας καθώς και τη γενικότερη άγνοια του πληθυσμού σε θέματα υγείας (Taylor, 1995).

γ. Η ανάπτυξη που σημειώθηκε στον τομέα των μέσων μεταφοράς και του τουρισμού. Η θεαματική αύξηση των ταξιδιών "διεθνοποίησε" τα μικρόβια (Ινστιτούτο Παστέρ, 1998).

δ. Ο μαζικός εμβολιασμός στην Αφρική, που γινόταν όχι μόνο χωρίς να τηρούνται οι κανόνες υγιεινής αλλά και με χρήση της ίδιας σύριγγας σε πλήθος ανθρώπων, ήταν πρακτική που ευνόησε την ανταλλαγή υγρών και κατά συνέπεια και τη μετάδοση του ιού (Taylor, 1995).

ε. Η σεξουαλική απελευθέρωση και γενικότερα η δημιουργία και η μεταβολή των κοινωνικών δεσμών.

στ. Οι μορφές κοινωνικής αλληλεγγύης και κοινωνικού αποκλεισμού.

ζ. Η κοινωνική διαφοροποίηση.

η. Η γενίκευση των μεταγγίσεων αίματος και η διανομή παραγώγων αυτού ανά τον κόσμο. Η χρήση κοινών βελόνων και συριγγών από χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών (Taylor, 1995).

θ. Οι κορυφαίοι παράγοντες, οι οποίοι αποτελούν το αίτιο της ύπαρξης των περισσότερων παραγόντων που συνδέονται με την εξάπλωση της επιδημίας, είναι η ένδεια και η κοινωνική ανισότητα.

ι. Δε θα πρέπει να αποκλειστεί η πιθανότητα να ενίσχυσε την παθογόνο δράση του HIV κάποιος άλλος μολυσματικός παράγοντας που συνδέεται με αυτόν (Ινστιτούτο Παστέρ, 1998).

Φαίνεται πως η επιστημονική πρόοδος δεν είναι αρκετή για την αναχαίτιση της επιδημίας. Η μορφή και η κλίμακα της επιδημίας εξαρτώνται από την κοινωνική ανισότητα και καθοδηγούνται από τις πολιτικές υποθέσεις και πρακτικές. Η ένδεια, η μεγάλη κλίμακας μετανάστευση, ο πόλεμος, το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης και οι σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες που δεν λαμβάνουν θεραπεία ευνοούν την επιδημία. (Balasegaram, 2001).

Χρονολογικά Στοιχεία για την Εξέλιξη της Επιδημίας

Σύμφωνα με τα προαναφερθέντα, ακολούθως παρουσιάζονται ορισμένα χρονολογικά στοιχεία που αφορούν στην εξέλιξη και παρούσα κατάσταση σε σχέση με την λοίμωξη και νόσο HIV παγκοσμίως.

- 1926-1946 Μερικοί επιστήμονες πιστεύουν ότι ο HIV μεταδόθηκε στους ανθρώπους από τους πιθήκους στο διάστημα 1926-1946.

Οι πρόσφατες έρευνες καταδεικνύουν ότι ο HIV είχε πιθανότατα μεταπηδήσει από τους χιμπατζήδες στους ανθρώπους ήδη το 1675. Όμως, μέχρι το 1930 δεν είχε αποκτήσει πανδημικό χαρακτήρα στην Αφρική (Garrett, 2000).

- 1959 Σημειώθηκε ο πρώτος αποδεδειγμένος από τους ερευνητές θάνατος από AIDS.

Πρόκειται για το θάνατο ενός άνδρα στη χώρα που σήμερα ονομάζεται Κονγκό (Zhu, Tuofu, et al., 1998). Το 1983, μια ομάδα Βρετανών ερευνητών ανακοίνωσε ότι ένας ναύτης από το Manchester πέθανε το 1959 με συμπτώματα AIDS (Williams et al., 1983). Η καλλιέργεια ιστών του έδειξε την ύπαρξη HIV (Balter, 1998).

- 1969 Ένας Αφρο-αμερικανός έφηβος από το St. Louis πεθαίνει από έναν ιό που μοιάζει με τον HIV (Garry et al., 1988).

- 1976 Η οικογένεια ενός Νορβηγού ναύτη πεθαίνει εξαιτίας του HIV1 (Froland et al., 1988).
- 1978 Ομοφυλόφιλοι άνδρες στις Η.Π.Α και στη Σουηδία και ετεροφυλόφιλοι στην Τανζανία και στην Αϊτή, εμφανίζουν συμπτώματα της ασθένειας που αργότερα θα ονομαστεί AIDS.
- 1981 Στις Η.Π.Α. οι ερευνητές του C.D.C. (Κέντρο Ελέγχου Ασθενειών/Center for Disease Control) διαπίστωσαν μια ανησυχητικά μεγάλη συχνότητα μιας σπάνιας μορφής καρκίνου που ονομάζεται αγγειοσαρκωμάτωση (Kaposi's sarcoma) σε ομοφυλόφιλους άνδρες που ήταν κατά τα άλλα υγιείς. Αρχικά ονόμασαν την ασθένεια Καρκίνο των Ομοφυλοφίλων (Gay Cancer) αλλά γρήγορα τη μετονόμασαν σε GRID (Gay Related Immune Deficiency) (Taylor, 1995). Ο Michael Gottlieb, στο Λος Άντζελες, περιέγραψε τα πρώτα περιστατικά AIDS σε ομοφυλόφιλους (Ινστιτούτο Παστέρ, 1998).
- 1982 Στις Η.Π.Α., οι ερευνητές του Κέντρου Ελέγχου Ασθενειών (C.D.C/Center for Disease Control/Κέντρο Ελέγχου Νόσων) συνέδεσαν την ασθένεια με το αίμα. Χρησιμοποιείται για πρώτη φορά ο όρος AIDS.
- 1983 Το Κέντρο Ελέγχου Ασθενειών των Η.Π.Α. προειδοποίησε τις τράπεζες αίματος για ένα πιθανό πρόβλημα με τις προμήθειες αίματος. Στο Ινστιτούτο Παστέρ (Institut Pasteur), στη Γαλλία, οι ερευνητές απομονώνουν τον HIV (Ινστιτούτο Παστέρ, 1998). 1984 Ο Gaetan Dugas, χαρακτηρίζεται ως ο ασθενής μηδέν (patient zero) στις Η.Π.Α(Taylor, 1995).
- 1985 Εγκρίθηκε στις Η.Π.Α από την FDA (Food and Drug Administration/Διεύθυνση Διατροφής και Φαρμάκων) το πρώτο τεστ ανίχνευσης των αντισωμάτων του HIV. Ξεκίνησε στις Η.Π.Α και στην Ιαπωνία ο έλεγχος των προϊόντων αίματος. Πραγματοποιήθηκε η πρώτη Διεθνής Συνδιάσκεψη για το AIDS στη Ατλάντα των Η.Π.Α.
- 1986 Ξεκίνησε και στη Σουηδία ο έλεγχος των προϊόντων αίματος. Ανακαλύφθηκε στο Ινστιτούτο Παστέρ, ο HIV2 (Ινστιτούτο Παστέρ, 1998).
- 1987 Στις 28 Σεπτεμβρίου εγκρίθηκε στις Η.Π.Α το πρώτο αντί-HIV φάρμακο. Πρόκειται για το πασίγνωστο πλέον AZT (αζιθοθυμιδίνη) της

εταιρείας Glaxo Wellcome. Ο Καναδάς σταμάτησε τη διανομή μολυσμένου αίματος. Οι Η.Π.Α έκλεισαν τα σύνορά τους για τους προσβεβλημένους από τον ιό μετανάστες και τουρίστες. Ο WHO (World Health Organization/Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας) ανακήρυξε την Πρώτη Δεκεμβρίου σε Παγκόσμια Ημέρα AIDS (World Aids Day). Εγκρίθηκε στις Η.Π.Α το πρώτο διαγνωστικό τεστ, το οποίο ανιχνεύει την παρουσία του HIV-1 εντοπίζοντας κατευθείαν τις πρωτεΐνες ή τα αντιγόνα του ιού.

- 1991 Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (WHO) τα κρούσματα της επιδημίας ανέρχονταν σε περισσότερα από 10 εκατομμύρια. Ξεκινά στις Η.Π.Α η 19κλινική δοκιμή συνδυασμού φαρμάκων κατά του ιού. Εγκρίθηκε στις Η.Π.Α το γυναικείο προφυλακτικό.
- 1993-1996 Πραγματοποιούνται οι πρώτες κλινικές δοκιμές εμβολίων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν στον άνθρωπο. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι συγχορηγήσεις αντιϊκών σκευασμάτων είναι αποτελεσματικότερες από τις μονοθεραπείες (Ινστιτούτο Παστέρ, 1998).
- 2001 Πραγματοποιείται το Σεπτέμβριο στη Φιλαδέλφεια, διάσκεψη με θέμα τα εμβόλια κατά του AIDS (AIDS Vaccine 2001). Με 20 διαφορετικά πρότυπα εμβολίων να δοκιμάζονται αυτή τη στιγμή και πολύ περισσότερα να αναμένονται, οι επιστήμονες είναι για πρώτη φορά αισιόδοξοι και πιστεύουν ότι θα βρουν σύντομα το κατάλληλο εμβόλιο που θα σταματά την καταστροφική δράση του ιού ακόμα κι αν δεν καταφέρει να προφυλάξει τον οργανισμό από τη μόλυνση (Sternberg, 2001).
- 2002 Οι επιπτώσεις φαίνεται να παρουσιάζουν μεγάλη μείωση τόσο της HIV λοίμωξης όσο και του AIDS εξαιτίας των αντιρετροϊκών αγωγών.

Πορεία και Εξέλιξη της Επιδημίας στην Ελλάδα

Το AIDS ως πρόβλημα και ζήτημα αναδύθηκε στην κοινωνική σκηνή της Ελλάδας στις αρχές της δεκαετίας του 1980. Οι πρώτες πληροφορίες μιλούσαν για μια νέα, σπάνια θανατηφόρο ασθένεια που έρχεται «από έξω», για αυτό κρατήθηκε και ο μη ελληνικός τίτλος AIDS. Τα πρώτα κρούσματα

εμφανίστηκαν τον Οκτώβριο του 1983 σχεδόν με δύο χρόνια καθυστέρηση από τις άλλες δυτικοευρωπαϊκές χώρες. Την περίοδο 1985-1987 το Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ξεκίνησε το σχεδιασμό για την ανάπτυξη στρατηγικής και την πρόληψη της εξάπλωσης του AIDS. Σε αυτό το σημείο έγινε εμφανής η έλλειψη πληροφοριών στις οποίες θα μπορούσε να βασιστεί μια εκστρατεία ενημέρωσης της κοινής γνώμης.

Το ερευνητικό προσωπικό του τομέα της κοινωνιολογίας και μια ομάδα σπουδαστών της Υγειονομικής Σχολής Αθηνών είχαν ξεκινήσει να μελετούν τις κοινωνικές και ψυχολογικές διαστάσεις του AIDS σε γειτονιά της Αθήνας όταν επισκέφτηκαν τη χώρα μας στελέχη του προγράμματος Global Programm on AIDS της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας για να βοηθήσουν στη διαμόρφωση ενός Εθνικού προγράμματος κατά του AIDS. Τον Σεπτέμβριο του 1989 υπήρχαν 226 κρούσματα επίσημα δηλωμένα. Ο αριθμός των φορέων υπολογιζόταν γύρω στις 8.000 και ο αριθμός τόσο των φορέων όσο και των ασθενών παρουσίαζαν τον υψηλότερο αριθμό αύξησης στην Ευρώπη. Η Ελλάδα βέβαια, σε εκείνο το σημείο βρισκόταν στα πρώτα στάδια της διάδοσης του ιού. (Αγραφιώτης, 1997).

Η δήλωση των κρουσμάτων AIDS (νόσου HIV) ξεκίνησε στην Ελλάδα το 1984. Είναι ανώνυμη, απόρρητη και υποχρεωτική σύμφωνα με την Υπουργική Απόφαση Α1/6122/19-9-1986. Η δήλωση των κρουσμάτων AIDS, ήταν ο κυριότερος τρόπος παρακολούθησης της λοίμωξης HIV στην Ελλάδα. Η εξέλιξη όμως που πραγματοποιήθηκε στον τομέα των θεραπειών, μεγάλωσε το διάστημα ανάμεσα στη λοίμωξη HIV και στη νόσο HIV. Το γεγονός κατέστησε αναγκαία την επέκταση του επιδημιολογικού συστήματος και τη δήλωση των οροθετικών ατόμων η οποία θεωρείται ότι θα αποδειχθεί εξαιρετικά χρήσιμη στην παρακολούθηση της επιδημίας και στο σχεδιασμό των Υπηρεσιών Υγείας και φροντίδας των οροθετικών ατόμων. Η δήλωση των οροθετικών ατόμων ξεκίνησε στην Ελλάδα το 1998. Είναι ανώνυμη, απόρρητη και υποχρεωτική σύμφωνα με την Υπουργική Απόφαση Β1/5295/7-8-1998 (ΚΕΕΛ, 2000).

3.5. Μετάδοση της Λοίμωξης HIV

Μετά τις αρχικές μελέτες για τον καθορισμό των τρόπων μετάδοσης της HIV λοίμωξης η επιδημιολογική επαγρύπνηση και τα επιδημιολογικά δεδομένα ανά τον κόσμο συνεχίζουν να υποστηρίζουν 3 τρόπους μετάδοσης: 1) σεξουαλική επαφή 2) έκθεση σε αίμα και τα παράγωγά του κατά το πλείστον μέσω χρήσης ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών και μεταγγίσεων 3) κάθετη μετάδοση από τη μητέρα στο παιδί. (Χαλκιαδάκη Δ. ιατρικός τύπος 2001)

Σεξουαλική Μετάδοση: Είναι ο κύριος τρόπος μετάδοσης ανά τον κόσμο, όμως η γεωγραφική κατανομή ποικίλλει. Ετεροσεξουαλική μετάδοση είναι ο κύριος τρόπος διασποράς σε Αφρική, το μεγαλύτερο μέρος της Νότιας Αφρικής και Καραϊβική, ενώ στη Βόρεια Αμερική και Ευρώπη η ομοφυλοφιλική σεξουαλική μετάδοση ευθύνεται για την πλειοψηφία των περιπτώσεων της HIV λοίμωξης. Η μολυσματικότητα του σεξουαλικού συντρόφου με HIV λοίμωξη είναι μεγαλύτερη επί υψηλού ιικού φορτίου (πρωτολοίμωξη και τελικά στάδια της νόσου, μη λήξη αντιρετροϊκής αγωγής), επί υπάρξεως γεννητικών ελκών και νυν ελκωτικών σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νοσημάτων (συσχέτιση με αύξηση της ιικής απέκκρισης στο σπέρμα και τραχηλοκολπικές εκκρίσεις).

Η ευαισθησία του σεξουαλικού συντρόφου να μολυνθεί είναι μεγαλύτερη αν εμφανίζει ορθοπρωκτικά έλκη ή διαβρώσεις στο γεννητικό φλενογόνο. Σεξουαλικές πρακτικές επηρεάζουν την πιθανότητα της μετάδοσης σε μια δεδομένη σεξουαλική επαφή, π.χ η κολπική επαφή είναι υψηλότερου κινδύνου από την πρωκτική επαφή.(Χαλκιαδάκη Δ. ιατρικός τύπος 2001).

Μετάδοση μέσω Χρήσης Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών Ουσιών : Μεταξύ χρηστών ο ιός μεταδίδεται παρεντερικά με έκθεση σε μολυσμένο αίμα κατά τη χρήση κοινής βελόνας και σύριγγας. Παράγοντες που έχουν σχετιστεί με HIV λοίμωξη σε χρήστες, περιλαμβάνουν τη συχνότητα χρήσης κοινής βελόνας και τον αριθμό ατόμων που μοιράζονται την ίδια βελόνα. Οι περισσότερες μελέτες αναφέρουν υψηλότερα ποσοστά HIV λοίμωξης επί χρήσεως ενδοφλεβίως κοκαΐνης και ηρωΐνης από ότι επί ηρωΐνης μόνης. Μεταξύ χρηστών, φτωχές κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, έλλειψη στέγης και

πληθυσμοί εθνικών μειονοτήτων σχετίζονται με αυξημένα ποσοστά HIV λοίμωξης. (Χαλκιαδάκη Δ. Ιατρικός τύπος 2001)

Μετάδοση δια Αίματος και Παραγώγων: Ο HIV μπορεί επίσης να μεταδοθεί και από την επαφή με μολυσμένο αίμα. Προτού εφαρμοσθεί η εξέταση για HIV και προτού εισαχθούν οι θερμικές τεχνικές καταστροφής του HIV στα παράγωγα αίματος, το 1985, ο HIV μεταδιδόταν και μέσω της μεταγγίσης αίματος ή παραγώγων του που είχαν ήδη μολυνθεί. Στις μέρες μας όμως, ο κίνδυνος προσβολής από τέτοιες μεταγγίσεις είναι υπερβολικά μικρός (NIAID, 1999).

Οι γυναίκες μπορούν να μεταδώσουν τον ιό στα παιδιά τους κατά τη διάρκεια της κύησης ή του τοκετού. Περίπου το ένα τέταρτο με ένα τρίτο των εγκύων που έχουν προσβληθεί μεταφέρουν τον ιό στα μωρά τους. Ο κίνδυνος της περιγεννητικής μετάδοσης, ποικίλλει και προκαλείται από τους εξής παράγοντες: 1) μητρικοί – στάδιο της νόσου της μητέρας, 2) πλακουντιακοί, διότι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος λόγω φλεγμονών 3) συνθήκες κατά τον τοκετό, όπως παρατεταμένη ρήξη μεμβρανών, πρόωρος τοκετός. (Χαλκιαδάκη Δ. Ιατρικός τύπος 2001). Ο ιός μεταδίδεται επίσης στα βρέφη και κατά τη διάρκεια του θηλασμού μέσω του μητρικού γάλατος. Η καισαρική τομή, φαίνεται ότι μειώνει σημαντικά την περιγεννητική μετάδοση καθώς και η λήψη του AZT (Zidovudine) κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Δαρδαβέσης, 1999). Ο συνδυασμός των δύο, μπορεί να μειώσει την πιθανότητα μετάδοσης στο 1% (NIAID, 1999). Βρέφη που γεννήθηκαν από οροθετικές μητέρες, έχουν παθητικά αποκτήσει μητρικά αντισώματα έναντι του HIV που επιμένουν για 12 με 18 μήνες.

Μετάδοση της HIV Λοίμωξης μέσω Παροχής Ιατρικής – Νοσηλευτικής Φροντίδας. :Ο κίνδυνος μετάδοσης του HIV από γιατρό που πάσχει από AIDS κατά την άσκηση του επαγγέλματός του είναι μηδενικός μέχρι σήμερα. Έχει γίνει έλεγχος σεπολλές εκατοντάδες αρρώστων που νοσηλεύτηκαν – χειρουργήθηκαν, από γιατρούς που έπασχαν και πέθαναν από AIDS και δεν υπάρχει περίπτωση του HIV σε άρρωστο από τον πάσχοντα με AIDS γιατρό του. Υπάρχει ελάχιστος κίνδυνος αμφίδρομης μετάδοσης του HIV στο οδοντιατρείο μετά από αιματηρές οδοντιατρικές πράξεις. Έχουν ανακοινωθεί τρεις περιπτώσεις μετάδοσης του HIV σε αρρώστους μετά από οδοντιατρικές πράξεις από έναν οδοντίατρο που πέθανε από AIDS ενώ μετά από βέβαιη παρεντερική επαγγελματική έκθεση σε αίμα

αρρώστου 80 γιατροί, νοσηλευτές και παρασκευαστές νόσησαν από HIV λοίμωξη. Κίνδυνος μετάδοσης του HIV με σύριγγες- βελόνες, δεν υπάρχει στην Ελλάδα, γιατί στα ελληνικά νοσοκομεία, ιατρεία, εργαστήρια, χρησιμοποιούνται βελόνες μιας χρήσης. Μετάδοση του HIV με βελόνες – σύριγγες μολυσμένες με αίμα HIV (+), υπήρξε σε χώρες της τροπικής Αφρικής και της ανατολικής Ευρώπης. Συμπερασματικά, θα μπορούσαμε να πούμε ότι η επαφή αρρώστου με ασυμπτωματική ή προχωρημένη HIV λοίμωξη / AIDS είναι συχνή στα νοσοκομεία που νοσηλεύουν ασθενείς με AIDS. Η επαγγελματική παρεντερική έκθεση στον HIV με αίμα και αιματηρά υγρά μολυσμένα από τον ιό αποτελεί τον κύριο κίνδυνο επαγγελματικής μετάδοσής του και ο κίνδυνος αυτός υπαρκτός και μετρήσιμος φτάνει το 4%. Οι άλλοι τρόποι επαγγελματικής έκθεσης στον ιό έχουν ελάχιστο κίνδυνο μετάδοσής του. (Χαλκιαδάκη Δ. Ιατρικός τύπος 2001)

Ο ιός έχει απομονωθεί, εκτός από το αίμα, το σπέρμα, τα κολπικά υγρά, το εγκεφαλονωτιαίο υγρό και το μητρικό γάλα, και από το σάλιο, τον ιδρώτα, τα δάκρυα, τα ούρα, τα κόπρανα και τα βρογχικά εκκρίματα χωρίς ωστόσο να έχουν αναφερθεί περιπτώσεις μόλυνσεως από τα συγκεκριμένα βιολογικά υγρά. Το γεγονός αυτό οφείλεται αφενός μεν στη μικρή ποσότητα του ιού που περιέχεται στα υγρά αυτά, αφετέρου δε στη μεγάλη ευπάθεια του ιού στο εξωτερικό περιβάλλον. Σχετικώς με το σάλιο, εργαστηριακές μελέτες αποκάλυψαν ότι το σάλιο περιέχει φυσικά συστατικά που αναχαιτίζουν τη μολυσματική δράση του ιού. Εντούτοις, κανείς δεν γνωρίζει εάν υπάρχει πιθανότητα μόλυνσης από την ανταλλαγή μεγάλης ποσότητας σάλιου κατά τη διάρκεια αυτού που λέμε "βαθύ φιλί" ή κατά τη διάρκεια της στοματικής σεξουαλικής επαφής (NIAID, 1999). Μελέτες σε οικογένειες με μολυσμένα μέλη, έχουν δείξει καθαρά ότι ο HIV δε μεταδίδεται με τις συνηθισμένες καθημερινές επαφές, όπως είναι η κοινή χρήση μαγειρικών σκευών ή μαχαιροπίρουνων, πετσετών, σεντονιών, τηλεφώνων, καθισμάτων τουαλέτας ή από κολύμπι στην ίδια πισίνα ούτε από τη χρήση κοινών αντικειμένων. Επίσης, δε μεταδίδεται από το τσίμπημα εντόμων όπως είναι τα κουνούπια ή οι ψύλλοι (NIAID, 1999). Είναι σαφές ότι η μετάδοση στο πλαίσιο των οικογενειακών, κοινωνικών, εργασιακών, σχολικών, σχέσεων είναι αδύνατη.

Ο ιός HIV μπορεί να προσβάλει τον καθένα που έχει επικίνδυνη συμπεριφορά όπως είναι η χρήση κοινών βελόνων ή συριγγών και η

σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλακτικό με κάποιο άτομο το οποίο είτε είναι προσβεβλημένο ήδη, είτε είναι άγνωστο αν είναι προσβεβλημένο ή όχι. Η προσβολή από κάποια άλλη σεξουαλικά μεταδιδόμενη ασθένεια, όπως ησύφιλη, ο έρπης, η χλαμυδιακή μόλυνση, η γονόρροια, η βακτηριακή κολπίτιδα, φαίνεται ότι καθιστά το άτομο περισσότερο ευάλωτο στη μετάδοση του ιού κατά τη σεξουαλική επαφή (NIAID, 1999).

3.6. Ομάδες υψηλού κινδύνου

Οι επιδημιολογικές μελέτες έχουν εντοπίσει τις ομάδες εκείνες του πληθυσμού, οι οποίες είναι περισσότερο εκτεθειμένες στον HIV. Οι περιπτώσεις προσβολής αφορούν πλέον σε πολύ ευρύτερες ομάδες πληθυσμού από αυτές που θεωρούμε ομάδες "υψηλού κινδύνου". Ωστόσο θεωρούμε σκόπιμο να αναφέρουμε τις ομάδες "υψηλού κινδύνου", όπως αυτές απαντούν στη βιβλιογραφία.

Οι ομάδες υψηλού κινδύνου, περιλαμβάνουν:

- α. Ομοφυλόφιλους άνδρες.
- β. Αμφιφυλόφιλους άνδρες.
- γ. Ετεροφυλόφιλα άτομα που έχουν συχνή εναλλαγή ερωτικών συντρόφων.
- δ. Χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών που χρησιμοποιούν τις ίδιες σύριγγες με άλλους.
- ε. Αποδέκτες αίματος και προϊόντων αίματος, όπως αιμοφιλικοί και πάσχοντες από μεσογειακή αναιμία, καθώς και άτομα που υπέστησαν μετάγγιση αίματος προτού εφαρμοσθεί ο εργαστηριακός έλεγχος του αίματος και των προϊόντων του.
- στ. Άτομα που είχαν εναλλαγή σεξουαλικών συντρόφων τα τελευταία χρόνια και ιδιαίτερα άτομα προερχόμενα από χώρες στις οποίες η λοίμωξη και νόσος HIV παρουσιάζει έξαρση.
- ζ. Άτομα που έχουν εκτεθεί στον ιό κατά τη διάρκεια ιατρικών ή χειρουργικών πρακτικών όπου παραβιάστηκαν οι κανόνες υγιεινής.
- η. Οι σεξουαλικοί σύντροφοι των ατόμων των παραπάνω κατηγοριών.
- θ. Οι μητέρες που είναι οροθετικές.
- ι. Επαγγελματίες του χώρου της υγείας που η ειδικότητά τους απαιτεί μεγάλη έκθεση στον HIV.
- ια. Όλοι όσοι θεωρούν ότι ίσως έχουν εκτεθεί στον ιό (θύματα βιασμού, σεξουαλικά κακοποιημένα παιδιά).

ιβ. Άτομα που τα οποία οι επαγγελματίες υγείας θεωρούν ότι ίσως έχουν επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά (σεξουαλικά δραστήριοι έφηβοι).

ιγ. Άτομα που βρίσκονται σε οποιοδήποτε στάδιο ασθένειας που συνδέεται με τη λοίμωξη.

3.7. Πρόληψη της HIV-λοίμωξης

Είναι γεγονός ότι η πρόληψη είναι προτιμότερη σε κάθε περίπτωση. Στη περίπτωση δε της λοίμωξης και νόσου HIV, η πρόληψη είναι, για την ώρα, ο μόνος τρόπος περιορισμού της εξάπλωσης της επιδημίας. Δεδομένου ότι δεν υπάρχει εμβόλιο για τον ιό, ο μόνος τρόπος πρόληψής του είναι η αποφυγή επικίνδυνης συμπεριφοράς. Σύμφωνα με τα προαναφερθέντα, επικίνδυνη συμπεριφορά καταδεικνύουν η χρήση κοινών βελόνων ή συριγγών και η σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλακτικό με κάποιο άτομο το οποίο είτε είναι προσβεβλημένο ήδη, είτε είναι άγνωστο αν είναι προσβεβλημένο ή όχι. Προς την κατεύθυνση αυτή, η μόνη πραγματικά αποτελεσματική πρόληψη είναι η σωστή ενημέρωση.

Η σημασία των προγραμμάτων μεταβολής της συμπεριφοράς στα πλαίσια της προληπτικής ιατρικής είναι μεγαλύτερη όταν λείπει μια αποτελεσματική θεραπεία για τη νόσο, όπως για παράδειγμα στην περίπτωση του AIDS. Από την έως τώρα εμπειρία, έχει γίνει σαφές ότι ξέρουμε λίγα για τους παράγοντες που επηρεάζουν την μείωση των συμπεριφορών κινδύνου αλλά αυτό που έχει διαφανεί καθαρά είναι ότι τα ενημερωτικά μηνύματα πρέπει να σέβονται τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά – την οικολογική ισορροπία – της κοινότητας στην οποία απευθύνονται και τα χαρακτηριστικά των τρόπων μετάδοσης που ισχύουν για κάθε χώρα. Η ταχύτερη εξάπλωση της λοίμωξης και νόσου HIV σε κάθε περιοχή της γης και σε κάθε πληθυσμιακή ομάδα, σε συνάρτηση με την έλλειψη αποτελεσματικού εμβολίου για πρόληψη της λοίμωξης ή για θεραπεία μετά τη λοίμωξη, επιβάλλουν την προληπτική αντιμετώπιση του προβλήματος ως κύριο μέσο προστασίας του πληθυσμού. Προγράμματα πρόληψης περιέχουν στρατηγικές που αφορούν το μακρο-επίπεδο, δηλαδή το εθνικό και περιφερειακό επίπεδο, όπως επίσης και αυτές που αφορούν το μικρο-επίπεδο, δηλαδή το επίπεδο παρέμβασης στην κατά περιοχές τοπική κοινωνία. Στο μακρο-επίπεδο, οι πολιτικές που αφορούν τη δημόσια υγεία και την εφαρμογή του νόμου και της τάξεως έχουν ως πρωταρχικό στόχο τη μείωση της πιθανότητας μετάδοσης της HIV λοίμωξης.

Οι εθνικές και οι τοπικές πολιτικές καταστρώνονται και εφαρμόζονται σε κάθε περίπτωση και σε κάθε χώρα με σχετική αυτονομία, έτσι ώστε να προάγεται με βελτίωση η ελάττωση της μετάδοσης της HIV λοίμωξης. Όσον αφορά στα προγράμματα πρόληψης της HIV λοίμωξης στο μικρό – επίπεδο της εκάστοτε κοινωνίας αξιοποιούνται και λαμβάνονται πάντα υπόψιν στοιχεία που αφορούν και σχετίζονται με τον τοπικό τρόπο συμπεριφοράς αλλά και κοινωνικά και πολιτιστικά χαρακτηριστικά περιφερειών.

Η διαδικασία της πρόληψης μπορεί να περιλαμβάνει τα εξής:

α. Πρωτογενή πρόληψη του AIDS, που αφορά στη συνεχή ενημέρωση όλων των κοινωνικών ομάδων σχετικά με την αιτιολογία, τους τρόπους μετάδοσης της λοίμωξης καθώς και τα μέτρα προφύλαξης.

β. Εκπαίδευση, η οποία είναι σημαντικό να ξεκινά από τη σχολική ηλικία με στόχο την αποφυγή επικίνδυνων ερωτικών συμπεριφορών, καθώς και την αποφυγή μελλοντικής εμπλοκής με ναρκωτικές ουσίες που επιτείνουν τον κίνδυνο μετάδοσης του HIV (Δαρδαβέσης, 1999).

γ. Επαγρύπνηση των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας

δ. Πολιτιστική, θρησκευτική, κοινωνική ευαισθησία

ε. Σχεδιασμός αντιμετώπισης του στιγματισμού, της απομόνωσης και της περιθωριοποίησης.

στ. Συνδυασμός υπηρεσιών και χρηματοδότησης

ζ. Αντιμετώπιση της άρνησης

η. Δημιουργία συνεργατών και συνεργασιών

θ. Διασφάλιση της εφαρμογής παγκόσμιων οδηγιών πρόληψης.

3.8. Θεραπεία της HIV-λοιμώξης

Όταν πρωτοεμφανίστηκε το AIDS, δεν υπήρχαν φάρμακα ικανά να αναχαιτίσουν την κατάρρευση του ανοσοποιητικού συστήματος, ενώ τα φάρμακα για την αντιμετώπιση των ευκαιριακών λοιμώξεων ήταν ελάχιστα. Έκτοτε αναπτύχθηκαν πολλές θεραπευτικές αγωγές που είχαν ως στόχο την αντιμετώπιση τόσο της λοίμωξης, όσο και των σχετικών με αυτή λοιμώξεων και καρκίνων (NIAID, 1999). Οι προοπτικές για τη θεραπευτική αντιμετώπιση του AIDS είναι σε γενικές γραμμές ενθαρρυντικές. Οι γνώσεις μας σχετικά με την μοριακή βιολογία του ιού, την ανοσολογική αντίδραση του οργανισμού, την παθογένεια της νόσου και τη θεραπευτική αγωγή κατά του HIV αποτελούν ελπίδα για τον έλεγχο της επιδημίας. Επιπλέον, η χρήση

νέων φαρμάκων καθώς και ο συνδυασμός πολλών φαρμάκων -με διαφορετική δράση στις διάφορες φάσεις αναπαραγωγής του HIV- επιτυγχάνουν την αναστολή της πορείας της ιοφορίας προς τη νόσο, μεγαλύτερη περίοδο επιβίωσης των ασθενών και βελτίωση της ποιότητας ζωής του (Δαρδαβέσης, 1999).

Τα πρώτα φάρμακα που δημιουργήθηκαν ήταν οι αναστολείς της αντίστροφης τρανσκριπτάσης, οι οποίοι σταματούν την προσβολή των CD4 από τον ιό καθώς σταματούν τη μεταγραφή του γενετικού υλικού του ιού στη "γλώσσα" του ανθρωπίνου γενετικού υλικού. Άλλα φάρμακα είναι οι αναστολείς της τρανσκριπτάσης και οι αναστολείς της πρωτεάσης. Αισιοδοξία προκαλεί το γεγονός ότι η προληπτική χορήγηση αντιρετροϊκών φαρμάκων σε οροθετικές έγκυες γυναίκες μειώνει την πιθανότητα μετάδοσης της λοίμωξης HIV στο κύημα περίπου κατά 80% ενώ περίπου στο ίδιο ποσοστό μειώνεται και η πιθανότητα λοίμωξης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού έπειτα από επαγγελματική έκθεση στον ιό (Δαρδαβέσης, 1999). Η απομόνωση το ιού οδήγησε σε προβλέψεις υπέρ του δέοντος αισιόδοξες για την ανακάλυψη ενός αποτελεσματικού εμβολίου. Οι σύγχρονες γνώσεις των ερευνητών σχετικά με την ιολογία και την ανοσολογία, τους επιτρέπουν να πιστεύουν ότι έχει επιτευχθεί μια θεωρητική προσέγγιση στα εμβόλια. Παρά ταύτα, η ανάπτυξη ενός εμβολίου εναντίον του HIV μπορεί να φαίνεται πιθανή, δεν είναι όμως εύκολη. Πάντως, η χρήση του θα αποδειχθεί ιδιαίτερα αποτελεσματική, κυρίως στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου το πρόβλημα είναι έντονο και στις οποίες η χρήση του προφυλακτικού είναι αδιανόητη (απόδειξη γι' αυτό αποτελούν οι εκστρατείες ενημέρωσης οι οποίες δεν πέτυχαν τα αναμενόμενα αποτελέσματα) (Δαρδαβέσης, 1999). Οι ελπίδες για τη δημιουργία αποτελεσματικού εμβολίου στηρίζονται στις γνώσεις μας τόσο για τον ιό όσο και για τον ανοσολογικό μηχανισμό του οργανισμού αλλά και στις ενδείξεις που έχουμε ότι είναι δυνατό να επιτευχθεί ανοσία από τροποποιημένα εξασθενημένα στελέχη του HIV. Σε συνδιάσκεψη που πραγματοποιήθηκε στη Φιλαδέλφεια, με θέμα τα εμβόλια για τον HIV, οι ερευνητές παρουσιάστηκαν πολύ αισιόδοξοι καθώς τα ερευνητικά προγράμματα προχωρούν. (για παράδειγμα, οι ερευνητές από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Harvard, ανακοίνωσαν ότι το εμβόλιο που χορήγησαν σε πιθήκους πειραματόζωα, τους κατέστησε απρόσβλητους για 600 μέρες-μέχρι τότε που πραγματοποιήθηκε η ανακοίνωση). Μέχρις ότου

αναπτυχθεί και εφαρμοστεί κάποια αποτελεσματική θεραπεία ίασης και προληπτικού εμβολίου, ο έλεγχος της λοίμωξης θα εξακολουθήσει να στηρίζεται στην συστηματική ενημέρωση του γενικού πληθυσμού και των ομάδων συμπεριφοράς υψηλού κινδύνου.

3.9. Δημογραφική ανάλυση-Ανάλυση επιδημιολογικού προφίλ των HIV θετικών ατόμων στην Ελληνική επικράτεια.

Στον Ελλαδικό χώρο η επίσημη καταγραφή των κρουσμάτων με AIDS ξεκίνησε το 1984. Σήμερα η καταγραφή των κρουσμάτων με AIDS πραγματοποιείται από το Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ.), το οποίο υπάγεται στο Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Ο συνολικός αριθμός των περιπτώσεων AIDS που δηλώθηκαν στην Ελλάδα μέχρι την 31η Δεκεμβρίου του 2011, ανέρχεται σε 3254, εκ των οποίων 2741 (84,2%) ήταν άνδρες και 513 (15,8%) γυναίκες. Η μεγάλη μείωση στην επίπτωση του AIDS που παρατηρήθηκε από το 1997 μέχρι το 2001 αποδίδεται στην εισαγωγή και ευρεία χορήγηση συνδυασμών εξαιρετικά αποτελεσματικών αντιρετροϊκών φαρμάκων (Highly Active Antiretroviral Therapy). Το 2011 δηλώθηκαν 954 νέα περιστατικά, εκ των οποίων 820 (86,0%) ήταν άνδρες και 134 (14,0%) γυναίκες. Από τις περιπτώσεις που δηλώθηκαν για πρώτη φορά ως HIV+ το 2011, 62 (6,5%) άτομα είχαν ήδη εμφανίσει ή ανέπτυξαν κλινικά AIDS εντός του συγκεκριμένου έτους. Το 35,6% των περιστατικών ήταν άνδρες που είχαν σεξουαλικές επαφές με άλλους άνδρες, το 25,3% ήταν Χρήστες Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών (XEN), ενώ στο 23,1% των δηλωθέντων περιπτώσεων δεν έχει προσδιοριστεί ο τρόπος μετάδοσης του ιού. Το 2011, υπήρξαν και 4 περιπτώσεις κάθετης μετάδοσης του HIV. Επίσης, σε ένα περιστατικό αλλοδαπής εθνικότητας, αναφέρεται ως πιθανός τρόπος μετάδοσης του HIV η μετάγγιση μολυσμένου αίματος σε χώρα του εξωτερικού. Η πλειονότητα των δηλωθέντων περιπτώσεων αφορά σε άτομα ηλικίας 25-44 ετών. Τα περισσότερα περιστατικά, τόσο στους άνδρες (23,3%) όσο και στις γυναίκες (26,1%), ήταν ηλικίας 30-34 ετών κατά τη δήλωσή τους. Ο αριθμός των νέων περιπτώσεων AIDS τα τελευταία έτη, συμπεριλαμβανομένου του 2011, παραμένει χαμηλός. Αξίζει να σημειωθεί ότι μετά το 1997, η αξιολόγηση

της πορείας των περιπτώσεων AIDS δεν αντανακλά με ακρίβεια την επίπτωση της HIV λοίμωξης.

Ο συνολικός αριθμός των HIV οροθετικών ατόμων (συμπεριλαμβανομένων των περιπτώσεων AIDS) που δηλώθηκαν στην Ελλάδα μέχρι την 31η Δεκεμβρίου 2011 ανέρχεται σε 11492. Από τα περιστατικά αυτά, 9346 (81,3%) ήταν άνδρες, 2098 (18,3%) ήταν γυναίκες, ενώ για ένα μικρό ποσοστό το φύλο δεν δηλώθηκε.

3.10. Μεταναστευτικά Ρεύματα-Trafficking και HIV-λοίμωξη

Ένας άλλος παράγοντας που αυξάνει τον κίνδυνο του AIDS είναι τα παγκόσμια μεταναστευτικά ρεύματα ατόμων, είτε εκούσια σε αναζήτηση εργασίας, είτε με την απειλή βίας. Η μετανάστευση εκθέτει τα άτομα σε κάποιο βαθμό κινδύνου για μια σειρά αιτιών που είναι κοινές στην ανθρώπινη εμπειρία και που συνδέονται με κάθε μορφή μετακίνησης. Τα περισσότερα άτομα που μεταναστεύουν είναι νέοι, αποκομμένοι από τα παραδοσιακά οικογενειακά και πολιτιστικά δίκτυά τους, χωρίς μόνιμους συντρόφους.

Οι συνθήκες διαβίωσής και εργασίας τους είναι κάτω του μετρίου, έχουν ανεπαρκή πρόσβαση στην πληροφόρηση και στις υπηρεσίες της χώρας στην οποία βρίσκονται, ενώ αντιμετωπίζουν ένδεια, εκμετάλλευση και βία. Οι μετανάστες λόγω έλλειψης γνώσης και ανάγκης εξεύρεσης οικονομικών πόρων, ρισκάρουν. Στην επιθυμία τους να εργαστούν μπορούν εύκολα να πέσουν θύματα εκμετάλλευσης αναλαμβάνοντας δύσκολες εργασίες δεχόμενοι ταπεινώσεις και εξευτελισμούς που τους εκθέτουν σε κινδύνους, όπως αυτόν της μόλυνσης με τον ιό του AIDS καθώς και της ηπατίτιδας Β. Τα άτομα που μετακινούνται ως θύματα παράνομης διακίνησης και εμπορίας (trafficking), αποτελούν μία ομάδα με ιδιαίζοντες κινδύνους έκθεσης στον ιό του AIDS. Υπολογίζεται ότι στα μέσα του 2005, το λιγότερο 12 εκατομμύρια άτομα υπήρξαν θύματα διακίνησης και εμπορίας. Από αυτό το συνολικό αριθμό, περίπου ενάμισι εκατομμύριο άτομα (11%) ήταν αντικείμενα σεξουαλικής εκμετάλλευσης. Η περιοχή της υποσαχάριας Αφρικής, όπου το AIDS είναι εξαιρετικά διαδεδομένο, έχει τον τρίτο μεγαλύτερο αριθμό ατόμων θυμάτων trafficking σε σχέση με τον πληθυσμό (ένας στους χίλιους) και το 8% έχουν διοχετευθεί στο χώρο της σεξουαλικής εκμετάλλευσης. Το 98% των ατόμων περίπου, είναι γυναίκες και νέα κορίτσια.

Στην περίπτωση της καταναγκαστικής εργασίας, τουλάχιστον το 40 με 50% των ατόμων που χρησιμοποιούνται, μπορεί να είναι παιδιά.

Ο κίνδυνος μόλυνσης με τον ιό HIV αυξάνεται στα θύματα trafficking, όχι μόνο εξαιτίας της σεξουαλικής εκμετάλλευσης, αλλά και της αναγκαστικής μετακίνησης στην οποία υποβάλλονται. Από τα 12 εκατομμύρια άτομα που υπολογίζεται ότι βρίσκονται σε κατάσταση καταναγκαστικής εργασίας, σχεδόν τα 2,5 εκατομμύρια είναι αποτέλεσμα του trafficking. Στα πλαίσια της διακίνησης και εμπορίας, τα θύματα έχουν μεταφερθεί υπό την απειλή βίας, και οι συνθήκες μετακίνησής τους αυξάνουν τον κίνδυνο έκθεσής τους στον ιό του AIDS. Κατά συνέπεια, ανεξάρτητα από τη φύση της εκμετάλλευσης, τα θύματα του trafficking, αποτελούν μία ομάδα υψηλού κινδύνου μετάδοσης του AIDS.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Σκοπός

Όπως έχει ήδη αναφερθεί η αυξημένη επίπτωση της HIV-λοίμωξης και της ηπατίτιδας Β επιβαρύνει σημαντικά τη δημόσια υγεία. Η συγκεκριμένη μελέτη έγινε στις κινητές μονάδες του ΚΕΕΛΠΝΟ και αφορά τους ορολογικούς δείκτες σχετικά με την HIV λοίμωξη και το Αυστραλιανό αντιγόνο HBsAg.

Τα νοσήματα που θα μελετηθούν δύνανται να επηρεάσουν σημαντικά τον υγειονομικό χάρτη της Ελλάδας ενώ η αντιμετώπιση τους προϋποθέτει μακρόχρονη υγειονομική φροντίδα και αυξημένο κόστος νοσηλείας και παρακολούθησης. Το γεγονός αυτό λειτουργεί αθροιστικά με τις μειωμένες δαπάνες για την υγεία, λόγω της κρίσης που μαστίζει την χώρα μας. Είναι λοιπόν επιτακτικότερη όσο ποτέ άλλοτε η άμεση υιοθέτηση μιας ορθής πολιτικής πρόληψης της υγείας η οποία είναι ιδιαίτερα συμφέρουσα σε σχέση με την θεραπευτική προσέγγιση της.

Στόχος μας είναι να μελετηθούν τα ποσοστά των HIV θετικών και των HBs-Ag θετικών ατόμων που κάνουν χρήση των κινητών μονάδων του ΚΕΕΛΠΝΟ και να συσχετιστούν με την χρήση ή μη Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών Ουσιών καθώς και με την γεωγραφική προέλευση των εξεταζόμενων ατόμων.

Η επεξεργασία των αποτελεσμάτων της μελέτης θα μπορούσε να συμβάλει μαζί με τα γενικά αποτελέσματα του Κέντρου και των αρμόδιων Υγειονομικών δομών σε μία πρώτη αποτύπωση του επιπολασμού των δύο αυτών νοσημάτων σε μια πολύ ειδική πληθυσμιακή ομάδα, που διαρκώς διογκώνεται προσθέτοντας προβλήματα στο ήδη επιβαρυσμένο σύστημα υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Μεθοδολογία

Κατά την εκπόνηση της μελέτης υπήρχε συνεργασία διεπιστημονικού κλιμακίου επιστημόνων υγείας, οι οποίοι πραγματοποιούσαν παρεμβάσεις στον δρόμο και ήταν εξοικειωμένοι με τα άτομα που απαρτίζουν την ομάδα στόχο μας.

Αρχικά ο κάθε ωφελούμενος που λάμβανε τις υπηρεσίες υγείας που προσφέρουν οι κινητές μονάδες του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., ενημερωνόταν και για την διεξαγωγή της μελέτης. Μόνο μετά την σύμφωνη γνώμη του ατόμου γινόταν λήψη από τον ιατρό ενός σύντομου ιατρικού και ψυχοκοινωνικού ιστορικού. Κατά την διάρκεια λήψης του ιστορικού γινόταν μια εξειδικευμένη προσέγγιση που αφορούσε στην αγωγή και προαγωγή της υγείας και την μεγάλη χρησιμότητα που έχει η πρόληψη στην αποφυγή της νόσου αλλά και στην πρώιμη διάγνωση και την καλύτερη αντιμετώπιση μιας πιθανής νόσου. Στην προσπάθεια αυτή όταν το άτομο ήταν αλλοδαπό και υπήρχε έλλειμμα στην επικοινωνία, υπήρχε δυνατότητα βοήθειας από ομάδα εξειδικευμένων, διαπιστευμένων διαπολιτισμικών μεσολαβητών για να εξηγηθεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο ο σκοπός της παρουσίας και η βοήθεια που προσφέρει η κινητή μονάδα, και μετά την ενυπόγραφη συγκατάθεση του εξεταζόμενου, γινόταν η αιμοληψία για την εξέταση των αντισωμάτων που προαναφέρθηκαν. Σε περιπτώσεις που ο εξεταζόμενος ήταν κάτω των 18 ετών, για να πραγματοποιηθεί η αιμοληψία και η εξέταση, ήταν απαραίτητο προαπαιτούμενο, η ενυπόγραφη συγκατάθεση των γονέων ή των νόμιμων κηδεμόνων του εξεταζόμενου. Οι αιμοληψίες για την συγκεκριμένη μελέτη διεξάγονταν απογευματινές ώρες από τις 17:00- 22:00 και για χρονικό διάστημα ενός μήνα (19/09/2011-18/10/2011).

Εν συνεχεία τα δείγματα συντηρούνταν σε ειδικό ψυγείο που βρισκόταν στην κινητή μονάδα και μετά το πέρας της βάρδιας τα δείγματα μέσα σε ειδική ασφαλή συσκευασία (κλειστό κουτί τριπλού τύπου) μεταφέρονταν στην Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας για την φυγοκέντρωση, την αποθήκευση και την ανάλυση τους.

Κατά την χρονική περίοδο αυτή εξετάστηκαν στις κινητές μονάδες 1.837 άτομα τα οποία προσήλθαν για πρώτη φορά στην κινητή μονάδα και 634 άτομα που ήρθαν για επανεξέταση και « follow up ». **Τα άτομα που συμμετείχαν στην μελέτη, ήταν αποκλειστικά πρωτοεξεταζόμενα.**

Μετά την λήψη των αποτελεσμάτων από τα εργαστήριο της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας έγινε εισαγωγή των δεδομένων και το πληροφοριών από το εργαστήριο αλλά και από τα ιστορικά, σε υπολογιστικά φύλλα του excel όσο και σε στατιστικά φύλλα δεδομένων. Η ανάλυση των δεδομένων, έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα « stata 11»

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Αποτελέσματα

ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Από τα 1.837 πρωτοεξεταζόμενα άτομα, 144 ήταν Έλληνες(7,84%) και 1693 ήταν αλλοδαποί (92,16%). Τα άτομα που δέχτηκαν μετά την ενημέρωσή τους, να συμμετάσχουν στην έρευνα ήταν 514 άτομα, εκ των οποίων 115 (22,37%) ήταν Έλληνες (RR 79,86%) και οι **399 (77,63%) ήταν Αλλοδαποί** (RR 23,56 %).

Αναλύοντας το δείγμα σύμφωνα με την **χώρα καταγωγής** :

- 115 άτομα από την Ελλάδα
- 68 άτομα από το Αφγανιστάν
- 62 άτομα από Πακιστάν
- 25 άτομα από το Μπαγκλαντές
- 18 άτομα από την Αλγερία
- 18 άτομα από τη Νιγηρία
- 14 άτομα από την Βουλγαρία
- 13 άτομα από Τυνησία
- 13 άτομα από το Κονγκό
- 13 άτομα από το Ιράκ
- 12 άτομα από την Αίγυπτο
- 12 άτομα από το Μαρόκο
- 12 άτομα από την Γκάνα
- 10 άτομα από την Παλαιστίνη
- 9 άτομα από το Ιράν
- 8 άτομα από την Γουινέα
- 7 άτομα από την Μπουργκίνα Φάσο
- 7 άτομα από την Αλβανία
- 7 άτομα από Σομαλία
- 6 άτομα από την Αιθιοπία
- 6 άτομα από την Ακτή του Ελεφαντοστού
- 6 άτομα από την Γεωργία
- 5 άτομα από Συρία
- 5 άτομα από Τανζανία
- 4 άτομα από την Ερυθραία
- 4 άτομα από τη Λιβερία
- 3 άτομα από το Καμερούν
- 3 άτομα από την Κένυα
- 3 άτομα από την Ρουάντα
- 3 άτομα από τη Ρωσία
- 3 άτομα από Σενεγάλη
- 3 άτομα από Σουδάν
- 2 άτομα από τις Κομόρες
- 2 άτομα από Σιέρα Λεόνε

- 1 άτομο από την Ουγγαρία
- 1 άτομο από Ουκρανία
- 1 άτομο από Σερβία
- 1 άτομο από Σλοβακία
- 1 άτομα από τις Η.Π.Α.
- 1 άτομο από την Ινδία
- 1 άτομο από την Ιταλία
- 1 άτομο από το Κουρδιστάν
- 1 άτομο από το Μαλί
- 1 άτομο από τη Μαυριτανία
- 1 άτομο από το Μπουρουντί
- 1 άτομο από Τουρκία
- 1 άτομο αλλοδαπό για το οποίο δεν προκύπτει σαφή πληροφορία για την χώρα καταγωγής του από την επεξεργασία των στοιχείων.

Από τις συνολικές 514 αιμοληψίες, **449 άτομα ήταν άνδρες (87,35%)**, ενώ 59 ήταν γυναίκες. Για έξι εκ των ατόμων που συμμετείχαν στην μελέτη , πιθανόν από παράληψη κατά την συμπλήρωση του ιστορικού δεν υπάρχει πληροφορία για το φύλο (πίνακας1).

ΦΥΛΟ	N	%
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	59	11,48%
ΑΝΔΡΕΣ	449	87,35%
ΑΔΙΕΥΚΡΥΝΙΣΤΟ	6	1,17%
ΣΥΝΟΛΟ	514	100,00%

(πίνακας 1)

Η μέση ηλικία των εξεταζόμενων σε όλες τις πλατείες είναι **30,87 (S.D. ±8,89 έτη, εύρος 16-73)**. Η μέση ηλικία γυναικών που εξετάστηκαν ήταν 34,4 έτη (SD ±10,59/ εύρος 21-62). Αντίστοιχα η μέση ηλικία ανδρών που εξετάστηκαν ήταν 30,4 (SD ±8,57/ εύρος 16-73) έτη.

Εξετάζοντας τον πληθυσμό της μελέτης για **ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών ουσιών**:

353 άτομα δεν ήταν χρήστες, ενώ **Χρήστες Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών(XEN) ήταν 117(22,76%)**, τα υπόλοιπα 44 άτομα δηλώνουν τα περισσότερα πολυτοξικοεξαρτώμενα άτομα και κάποιοι περιστασιακοί χρήστες και δεν θα ληφθούν υπ' όψιν στην ανάλυση. Από τους 117 XEN **οι 95 ήταν άνδρες (81,19%)** και οι 22 γυναίκες (πίνακας 2).Συνολικά από τα 353 άτομα που δεν ήταν Χρήστες Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών Ουσιών, 319

ήταν άντρες (90,36%), 31 ήταν γυναίκες και για τα 3 άτομα στερούμαστε αυτή την πληροφορία.(πίνακας 2)

	ΧΕΝ	ΘΗΛΥ	ΑΡΡΕΝ	ΑΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ
ΟΧΙ		31 8,78%	319 90,37%	3 0,85%	353 100%
ΝΑΙ		22 18,80%	95 81,20%	0 0%	44 100%
ΑΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΟ		6 13,64%	35 79,55%	3 6,82%	44 100%
ΣΥΝΟΛΟ		59 11,48%	449 87,35%	6 1,17%	514 100%

(πίνακας 2)

Εντούτοις αναλογικά με τους υποπληθυσμούς κατά φύλο φαίνεται ότι οι γυναίκες ΧΕΝ αποτελούν το 37,28% του γυναικείου πληθυσμού, ενώ αντίστοιχα οι άντρες ΧΕΝ το 21,16% του ανδρικού πληθυσμού.

Κατά πλατεία οι αιμοληψίες

Πλατεία Ομονοίας	219 αιμοληψίες	42,60%
Πλατεία Καραϊσκάκη	132 αιμοληψίες	25,68%
Πλατεία Αμερικής	118 αιμοληψίες	22,95%
Πλατεία Βικτωρίας	33 αιμοληψίες	6,42%
Πεδίον του Άρεως	12 αιμοληψίες	2,33%

(πίνακας 3)

Αναλυτικά ανά πλατεία

- **Στην πλατεία Ομονοίας** εξετάσθηκαν 219 άτομα, μέσης ηλικίας 32,76 ετών (SD±8,65, εύρος 18-73 έτη). Από τις 219 αιμοληψίες που έγιναν 188(85,84%) ήταν άνδρες και 31(14,16%) ήταν γυναίκες. **119(54,34%) ήταν αλλοδαποί και 100 (45,66%) ήταν Έλληνες, ενώ 92(42,01%) ήταν Χρήστες Ενδοφλεβίων Ναρκωτικών και οι 119(54,34%) δεν ήταν Χρήστες Ενδοφλεβίων Ναρκωτικών (ΧΕΝ).**
- **Στην πλατεία Καραϊσκάκη** εξετάσθηκαν 132 άτομα μέσης ηλικίας 30,41 ετών (SD±10,24, εύρος 16-65 έτη), εκ των οποίων τα 120 (90,91%) ήταν άνδρες. **120 (90,91%) ήταν αλλοδαποί και οι 12 (9,09%) ήταν Έλληνες.** Από τα 132 άτομα, **20 (15,15%) ήταν Χρήστες Ενδοφλεβίων Ναρκωτικών.**

- Στην πλατεία Αμερικής εξετάσθηκαν 118 άτομα μέσης ηλικίας 29,91ετών (SD±6,55, εύρος 18-48 έτη). Από τα 118 άτομα οι 100(84,75%) ήταν άνδρες. **Όλα τα άτομα 118 (100%) ήταν αλλοδαποί.** Ενώ **μόνο το 3,39% (4 άτομα) ήταν Χρήστες Ενδοφλεβίων Ναρκωτικών.**
- Στην πλατεία Βικτωρίας εξετάσθηκαν 33 άτομα, μέσης ηλικίας 25,79 ετών (SD±9,55, εύρος18-59 έτη), εκ των οποίων 29(87,88%) ήταν άνδρες. **31 (93,94%) ήταν αλλοδαποί** και οι 2 (6,06%) ήταν Έλληνες. Ενώ **μόνο ένας(3,03%) δήλωσε Χρήστης Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών.**
- Στο Πεδίον του Άρεως εξετάσθηκαν 12 άτομα μέσης ηλικίας 24,83 ετών (SD±5,11, εύρος 19-35 έτη), εκ των οποίων όλοι(100%) ήταν άνδρες. **11(91,67%) ήταν αλλοδαποί** και ένας (8,33%) ήταν Έλληνας. **Κανένας εκ των δώδεκα δεν δήλωσε Χρήστης Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών.**

ΠΛΑΤΕΙΑ	ΜΗ ΧΕΝ	ΧΕΝ	ΑΔΙΕΥΚΡΥΝΙΣΤΟΙ	ΣΥΝΟΛΟ
ΟΜΟΝΟΙΑΣ	119 54,34%	92 42,01%	8 3,65%	219 100%
ΚΑΡΑΪΣΚΑΚΗ	103 78,03%	20 15,15%	9 6,82%	132 100%
ΑΜΕΡΙΚΗΣ	95 80,51%	4 3,39%	19 16,10%	118 100%
ΒΙΚΤΩΡΙΑΣ	24 72,73	1 3,03%	8 24,24%	33 100%
ΠΕΔΙΟΝ ΑΡΕΩΣ	12 100%	0 0%	0 0%	12 100%
ΣΥΝΟΛΟ	353 68,68%	117 22,76%	44 8,56%	514 100%

(πίνακας 4)

✚ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΟΡΟΛΟΓΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ

❖ Έλεγχος για HIV λοίμωξη

Από 514 αρχικά δείγματα, εξετάσθηκαν 494 δείγματα και από αυτά τα 465 (94,13%) ήταν αρνητικά στον ιό HIV ενώ **29 (5,87%) ήταν θετικά**. Τα υπόλοιπα 20 δείγματα ήταν μη αξιολογήσιμα. (ανεπαρκής ποσότητα αίματος) και έχρηζαν επανάληψης της αιμοληψίας.

HIV	N	%
ΑΡΝΗΤΙΚΟ	465	94,13%
ΘΕΤΙΚΟ	29	5,87%
ΣΥΝΟΛΟ	494	100,00%

(πίνακας 5)

Αναλύοντας τα αποτελέσματα κατά φύλο: **Στις γυναίκες βρέθηκαν 10(16,95%) θετικά αποτελέσματα σε 59 αιμοληψίες**, ενώ στους άνδρες **19(4,23%) θετικά αποτελέσματα σε 449 αιμοληψίες**.

ΦΥΛΟ	HIV(-)	HIV(+)	ΑΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ
ΘΗΛΥ	48 81,36%	10 16,95%	1 1,69%	59 100%
ΑΡΡΕΝ	412 91,76%	19 4,23%	18 4,01%	449 100%
ΑΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΟ	5 83,33%	0 0%	1 16,67%	6 100%
ΣΥΝΟΛΟ	465 90,47%	29 5,64%	20 3,89%	514 100%

(πίνακας 6)

Αναλύοντας τα αποτελέσματα των HIV θετικών δειγμάτων **ως προς την καταγωγή τους 21 άτομα ήταν Έλληνες** σε σύνολο 115 Έλληνες που εξετάσθηκαν(**18,26%**), ενώ μόλις 8 αλλοδαποί από τους 399 ήταν θετικοί (2,01%).

ΚΑΤΑΓΩΓΗ	HIV(-)	HIV(+)	ΑΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ
ΕΛΛΗΝΙΚΗ	92 80%	21 18,26%	2 1,74%	115 100%
ΑΛΛΟΔΑΠΗ	373 93,48%	8 2,01%	18 4,51%	399 100%
ΣΥΝΟΛΟ	465 90,47%	29 5,64%	20 3,89%	514 100%

(πίνακας 7)

Και αναλυτικότερα για τα HIV(+) δείγματα

ΧΩΡΑ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ	N	%
ΕΛΛΑΔΑ	21	72,41%
ΑΦΓΑΝΙΣΤΑΝ	1	3,45%
ΑΚΤΗ ΕΛΕΦΑΝΤΟΣΤΟΥ	1	3,45%
ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ	2	6,90%
ΓΕΩΡΓΙΑ	1	3,45%
ΜΠΟΥΡΟΥΝΤΙ	1	3,45%
ΡΩΣΙΑ	2	6,90%
ΣΥΝΟΛΟ	29	100%

(πίνακας 8)

Αναλύοντας τα αποτελέσματα του ελέγχου για HIV ανάλογα με το αν το άτομο ήταν **ΧΕΝ** βρέθηκαν **25 οροθετικοί σε σύνολο 112 (21,37%)**, ενώ σε μη ΧΕΝ μόλις 3 οροθετικοί σε σύνολο 353 (0,85%).

ΧΕΝ	HIV(-)	HIV(+)	ΑΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ
ΟΧΙ	336 95,18%	3 0,85%	14 3,97%	353 100%
ΝΑΙ	87 74,36%	25 21,37%	5 4,27%	117 100%
ΑΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΟ	42 95,45%	1 2,27%	1 2,27%	44 100%
ΣΥΝΟΛΟ	465 90,47%	29 5,64%	20 3,89%	514 100%

(πίνακας 9)

Αν στο συσχετισμό μεταξύ ΧΕΝ και HIV-λοίμωξη, δεν υπολογιστούν τα αδιευκρίνιστα δείγματα ως προς τη ΧΕΝ, τότε τα ποσοστά αυξάνουν και διαμορφώνονται σύμφωνα με τον πίνακα 10:

ΧΕΝ	HIV(-)	HIV(+)	ΣΥΝΟΛΟ
ΟΧΙ	336 99,11%	3 0,89%	339 100%
ΝΑΙ	87 77,68%	25 22,32%	112 100%
ΣΥΝΟΛΟ	423 93,79%	28 6,21%	451 100%

(πίνακας 10)

Αναλύοντας τα αποτελέσματα για την HIV-λοίμωξη σε σχέση με την πλατεία δειγματοληψίας προκύπτει ο ακόλουθος πίνακας:

ΠΛΑΤΕΙΑ	HIV(-)	HIV(+)	Άγνωστο
Πλατ. Ομονοίας	193	25	1
Πλατ. Καραϊσκάκη	124	2	6
Πλατ. Αμερικής	109	2	7
Πλατ. Βικτωρίας	29	0	4
Πεδίον Άρεως	10	0	2

(πίνακας 11)

Στην πλατεία Ομονοίας από τις 31 γυναίκες που συμμετείχαν στην μελέτη, οι 22 γυναίκες (73,33%) ήταν αρνητικές ,ενώ οι 8 γυναίκες (26,66%) ήταν θετικές, ενώ στην ίδια πλατεία σε 188 άνδρες, οι 171 (90,96%) ήταν HIV αρνητικοί, ενώ οι 17 (9,04%) ήταν θετικοί. **Στην ίδια πλατεία βρέθηκαν 23 οροθετικοί ΧΕΝ σε σύνολο 92 ΧΕΝ (25%).**

Στην πλατεία Καραϊσκάκη εξετάσθηκαν 11 γυναίκες εκ των οποίων 10(90,91%) ήταν HIV αρνητικές, ενώ 1(9,09%) ήταν θετική. Στα 114 ανδρικά δείγματα, 113(99,12%) ήταν HIV αρνητικά και το 1(0,88%) ήταν θετικό.

Στην πλατεία Αμερικής από τις 14 γυναίκες που εξετάσθηκαν, 13(92,86%) ήταν HIV αρνητικές ενώ 1(7,14%) Στα 94 δείγματα των ανδρών οι 93 (98,94%) ήταν HIV αρνητικοί και 1(1,06%) ήταν αρνητικός.

Στην πλατεία Βικτωρίας εξετάσθηκαν 3 γυναίκες και οι 3(100%) ήταν αρνητικές όπως και τα 25 ανδρικά δείγματα.

Στο Πεδίον του Άρεως εξετάσθηκαν 12 άντρες, εκ των οποίων τα δύο δείγματα δεν είχαν επαρκή ποσότητα αίματος. Από τα 10 άτομα τελικά που μελετήθηκαν και τα 10(100%) ήταν HIV αρνητικά.

❖ Έλεγχος για HBV-λοίμωξη

Έγιναν 514 αιμοληψίες οι οποίες αποτελούσαν και τα αρχικό δείγμα της μελέτης, οι 23 από αυτές όμως δεν μπόρεσαν να τρέξουν στο εργαστήριο, είτε λόγω ανεπαρκούς ποσότητας αίματος, είτε λόγω κακής συντήρησης του δείγματος. Για τον λόγο αυτό το τελικό δείγμα είναι 491 άτομα., εκ των οποίων 464 άτομα (94,5%) ήταν αρνητικά, ενώ **27 άτομα (5,5%) ήταν θετικά.**

HBV	N	%
ΑΡΝΗΤΙΚΟ (-)	464	94,5%
ΘΕΤΙΚΟ (+)	27	5,5%
ΣΥΝΟΛΟ	491	100,0%

(πίνακας 12)

Η μέση ηλικία των HBV-αρνητικών ατόμων είναι 31 έτη (SD± 8,98, εύρος 16-73 έτη). **Η μέση ηλικία των HBV-θετικών ατόμων είναι 29,44 (SD± 7,10, εύρος 18-48 έτη).** Και τα 27 άτομα που βρέθηκαν οροθετικά στην HBV-λοίμωξη ήταν **άνδρες (100%)** .

ΦΥΛΟ	HBV (-)	HBV(+)	ΑΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ
ΘΗΛΥ	58 98,31%	0 0%	1 1,69%	59 100%
ΑΡΡΕΝ	401 89,31%	27 6,01%	21 4,68%	449 100%
ΑΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΟ	5 83,33%	0 0%	1 16,67%	6 100%
ΣΥΝΟΛΟ	464 90,27%	27 5,25%	23 4,47%	514 100%

(πίνακας 13)

Παράλληλα από τα 27 άτομα που βρέθηκαν θετικά τα 19 δεν ήταν χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών, **7 άτομα ήταν ΧΕΝ** και για το 1 άτομο δεν προκύπτει με ακρίβεια από το ιστορικό αν ήταν χρήστης ενδοφλέβιων ναρκωτικών.

ΧΕΝ	HBV (-)	HBV(+)	ΑΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ
ΟΧΙ	319 90,37%	19 5,38%	15 4,25%	353 100%
ΝΑΙ	104 88,89%	7 5,98%	6 5,13%	117 100%
ΑΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΟ	41 93,18%	1 2.27%	2 4,55%	44 100%
ΣΥΝΟΛΟ	464 90,27%	27 5,25%	23 4,47%	514 100%

(πίνακας 14)

Από τα θετικά HBV άτομα, **23 ήταν αλλοδαποί (85,18%)**.

ΚΑΤΑΓΩΓΗ	HBV (-)	HBV(+)	ΑΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ
ΕΛΛΗΝΙΚΗ	108 93,91%	4 3,48%	3 2,61%	115 100%
ΑΛΛΟΔΑΠΗ	356 89,22%	23 5,76%	20 5,01%	399 100%
ΣΥΝΟΛΟ	464 90,27%	27 5,25%	23 4,47%	514 100%

(πίνακας 15)

Σε μια πιο λεπτομερή ανάλυση σχετικά με την χώρα καταγωγής των HBV-θετικών ατόμων, προκύπτει ο ακόλουθος πίνακας:

ΧΩΡΑ	HBV(+)	%
ΕΛΛΑΔΑ	4	14,81%
ΑΛΒΑΝΙΑ	1	3,70%
ΑΦΓΑΝΙΣΤΑΝ	6	22,22%
ΓΟΥΙΝΕΑ	1	3,70%
ΕΡΥΘΡΑΙΑ	1	3,70%
ΙΡΑΚ	1	3,70%
ΙΡΑΝ	1	3,70%
ΚΟΝΓΚΟ	1	3,70%

ΜΑΥΡΙΤΑΝΙΑ	1	3,70%
ΜΠΑΝΓΚΛΑΝΤΕΣ	2	7,41%
ΜΠΟΥΡΓΚΙΝΑ ΦΑΣΟ	1	3,70%
ΠΑΚΙΣΤΑΝ	4	14,81%
ΣΟΜΑΛΙΑ	1	3,70%
ΣΕΝΕΓΑΛΗ	1	3,70%
ΤΥΝΗΣΙΑ	1	3,70%
ΣΥΝΟΛΟ	27	100,00%

(πίνακας 16)

Κατηγοροποιώντας τα αποτελέσματα κατά πλατείες:

ΠΛΑΤΕΙΑ	HBV (-)	HBV(+)	ΑΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ
ΟΜΟΝΟΙΑΣ	208 94,98%	9 4,11%	2 0,91%	219 100%
ΑΜΕΡΙΚΗΣ	108 91,53%	2 1,69%	8 6,78%	118 100%
ΒΙΚΤΩΡΙΑΣ	28 84,85%	4 12,12%	1 3,03%	33 100%
ΚΑΡΑΪΣΚΑΚΗ	110 83,33%	12 9,09%	10 7,58%	132 100%
ΠΕΔΙΟΝ ΑΡΕΩΣ	10 83,33%	0 0%	2 16,67%	12 100%
ΣΥΝΟΛΟ	464 90,27%	27 5,25%	23 4,47%	514 100%

(πίνακας 17)

ΠΛΑΤΕΙΑ	ΦΥΛΟ				ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ				ΧΕΝ				HIV				HBV			
	ΑΝΔΡΕΣ		ΓΥΝΑΙΚΕΣ		ΕΛΛΗΝΕΣ		ΑΛΛΟΔΑΠΟΙ		ΝΑΙ		ΟΧΙ		+		-		+		-	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ΟΜΟΝΟΙΑΣ	188	85,84	31	14,16	100	45,66	119	(54,34%)	92	43,66	119	56,34	25	11,47	193	88,53	9	4,15	208	95,85
ΚΑΡΑΙΣΚΑΚΗ	120	91,6	11	8,4	12	9,09	120	(90,91%)	20	16,26	103	83,74	2	1,59	124	98,41	12	9,84	110	90,16
ΑΜΕΡΙΚΗΣ	100	87,72	14	12,28	0	0	118	(100%)	4	4,04	95	95,96	2	1,8	109	98,2	2	1,82	108	98,18
ΒΙΚΤΟΡΙΑΣ	29	90,63	3	9,37	2	6,06	31	(93,94%)	1	4	24	96	0	0	29	100	4	12,5	28	87,5
ΠΕΔΙΩΝ ΑΡΕΩΣ	12	100	0	0	1	8,33	11	(91,67%)	0	0	12	100	0	0	10	100	0	0	10	100
ΣΥΝΟΛΟ	449	88,39	59	11,61	115	22,37	399	(77,63%)	117	24,89	353	75,11	29	5,87	465	94,13	27	5,5	464	94,5

ΣΥΝΟΠΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: Συζήτηση

Οι σύγχρονες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες που επικρατούν στην χώρα μας ,δύνανται να επηρεάσουν τον υγειονομικό χάρτη της Ελλάδας.Ένα από τα πολύ σημαντικά προβλήματα που διαπιστώθηκε από τη μελέτη, είναι πως αρκετοί Έλληνες πλέον, οι οποίοι έχουν πέσει «θύματα» της οικονομικής κρίσης και είναι ανασφάλιστοι, δεν μπορούν να έχουν πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας και καταφεύγουν στις κινητές μονάδες.Εκτός από την επιβεβαίωση αυτή του φαινομένου των νεόπτωχων Ελλήνων που στερούνται υγειονομικής κάλυψης, ένα δευτερογενές αποτέλεσμα που προκύπτει από την μελέτη μας, είναι το φαινόμενο της «γκετοποίησης» περιοχών. Παρατηρείται δηλαδή ο συνωστισμός ατόμων με παρόμοια χαρακτηριστικά να αποτελούν και την συντριπτική πλειοψηφία, των οφελούμενων που δέχονται τις υπηρεσίες. Για παράδειγμα στην πλατεία Ομονοίας έρχονται κατά πλειοψηφία Έλληνες και λιγότερο αλλοδαποί, ενώ εδώ βρίσκονται και οι περισσότεροι ΧΕΝ σε σχέση με τις άλλες περιοχές που μελετήθηκαν.Στην πλατεία Αμερικής οι αλλοδαποί είναι κυρίως Αφρικανικής καταγωγής και στην πλατεία Βικτωρίας κυρίως οικογένειες Αφγανικής καταγωγής.

Ένα ιδιαίτερα σημαντικό στοιχείο που προκύπτει από την παρούσα έρευνα είναι πως από τα 514 άτομα που δέχτηκαν να συμμετέχουν στην έρευνα μας τα 115 ήταν Έλληνες και τα 399 αλλοδαποί. Δηλαδή από τα 144 άτομα ελληνικής καταγωγής που εξετάστηκαν τη χρονική περίοδο που εξετάζουμε, δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα , τα 115 (79,86%), ενώ από τα 1693 άτομα αλλοδαπής καταγωγής, δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα τα 399 (23,57%). Το γεγονός αυτό υποδηλώνει την διαφορετική νοοτροπία και κουλτούρα- παιδεία μπορεί να έχουν οι διάφοροι λαοί απέναντι σε θέματα υγείας και προληπτικής ιατρικής, αλλά και το αίσθημα ασφάλειας που μπορεί να βιώνουν στη χώρα υποδοχής

Σχετικά με τα αποτελέσματα της μελέτης διαπιστώνεται μια συσχέτιση των HIV-θετικών ατόμων με την ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών ουσιών ενώ δεν διαπιστώνεται κάποια συσχέτιση με την χώρα καταγωγής των ατόμων. Το αποτέλεσμα αυτό επιβεβαιώνει πως τουλάχιστον για την ομάδα στόχο που εξετάσθηκε, και η οποία αποτελεί ομάδα υψηλού κινδύνου, η μετάδοση της HIV λοίμωξης γίνεται κυρίως μεταξύ ΧΕΝ,είτε λόγω κοινής χρήσης βελόνας,

είτε με οποιοδήποτε άλλο γνωστό τρόπο. Αν τώρα εξετάσουμε τα HIV-θετικά άτομα σε σχέση με το φύλο τους, παρατηρούνται τετραπλάσια ποσοστά οροθετικών γυναικών, έναντι των οροθετικών ανδρών. Το δεδομένο αυτό δεν μπορεί να ερμηνευθεί με ακρίβεια γιατί το δείγμα των γυναικών ΧΕΝ της μελέτης είναι περιορισμένο έναντι των αντρών, αλλά και επειδή όλη η μελέτη βασίστηκε στην ατομική προαίρεση των εξεταζόμενων. Επομένως θα μπορούσε να δώσει μια κάπως διαστρεβλωμένη εικόνα σε σχέση με αυτό που επικρατεί στην ειδική πληθυσμιακή ομάδα που εξετάστηκε, κι αυτό γιατί τα άτομα αυτά πιθανόν να αντιλαμβάνονται τους κινδύνους στους οποίους είχαν εκτεθεί κατά το παρελθόν και αποτελούν εξ' ορισμού μια πληθυσμιακή ομάδα υψηλού κινδύνου. Εντούτοις το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με το φαινόμενο της «έκδοσης» εξαρτημένων ατόμων για να εξασφαλίσουν την δόση τους, θα μπορούσε να λειτουργήσει ως πολλαπλασιαστής του προβλήματος.

Προσπαθώντας να περιγράψουμε το επιδημιολογικό προφίλ του οροθετικού HIV ατόμου στη συγκεκριμένη μελέτη, θα μπορούσε να ειπωθεί πως τα οροθετικά άτομα που βρέθηκαν είναι κυρίως Χρήστες Ενδοφλεβίων Ναρκωτικών, σε μεγαλύτερα ποσοστά Έλληνες, μέσης ηλικίας 32,1 χρονών με σταθερή απόκλιση $\pm 7,35$ έτη. Η χώρα προέλευσης τους είναι: η Ελλάδα για τα 21 άτομα (86,21%), το Αφγανιστάν για 1 άτομο (3,45%), η Ακτή του Ελεφαντοστού για 1 άτομο (3,45%), η Βουλγαρία για 2 άτομα (6,90%), η Γεωργία για 1 άτομο (3,45%), το Μπουρουντί για 1 άτομο (3,45%) και η Ρωσία για 2 άτομα (6,90%).

Τέλος το εξαιρετικά σημαντικό αλλά και ανησυχητικό ταυτόχρονα είναι ότι από τα 29 νέα κρούσματα της HIV λοίμωξης που βρέθηκαν, μόνο το ένα ήταν καταγεγραμμένο στο αρχείο του ΚΕΕΛΠΝΟ για τους HIV θετικούς, ΑΝ ΚΑΙ η HIV λοίμωξη αποτελεί υποχρεωτικώς δηλούμενη νόσο και το αρχείο δηλώσεων το χειρίζεται αποκλειστικά το ΚΕΕΛΠΝΟ. Το γεγονός αυτό έχει διπλή ερμηνεία. Ή τα άτομα αυτά είχαν παλιά λοίμωξη και δεν είχε διαγνωστεί ποτέ, οπότε πρόκειται για υποδήλωση, ή αφορά σε νέες λοιμώξεις γεγονός που υποδεικνύει ραγδαία έξαρση της μετάδοσης του ιού.

Όσον αφορά στα αποτελέσματα για την HBV λοίμωξη, καταρχήν να σημειωθεί ότι ο επιπολασμός της χρόνιας HBV στην Ελλάδα μειώθηκε (5% το 1970, 3% το 1980). Το γεγονός αποδίδεται στην εκτεταμένη χρήση βελονών και συριγγών μιας χρήσεως. Τα τελευταία χρόνια όμως παρατηρείται αύξηση

της ενδοφλέβιας χρήσης τοξικών ουσιών και εισροή οικονομικών μεταναστών από χώρες με υψηλή και μέση ενδημικότητα της λοίμωξης. Το γεγονός αυτό δύναται να αλλάξει το συνολικό υγειονομικό προφίλ της Ελλάδας και ως εκ τούτου χρήζει άμεσης υγειονομικής διερεύνησης και σχεδιασμό στοχευμένων υγειονομικών παρεμβάσεων για να περιχαρακωθεί το πιθανό πρόβλημα που δημιουργείται.

Σχετικά με τα αποτελέσματα που καταγράφηκαν για την HBV-λοίμωξη, αναλύοντας το προφίλ των HBV θετικών ατόμων της μελέτης, η μέση ηλικία του HBV-θετικού ατόμου, είναι 29,44 ετών με σταθερή απόκλιση $\pm 7,09$ έτη, πρόκειται για άνδρες, μη ΧΕΝ, κυρίως αλλοδαπής προέλευσης.

Φαίνεται πως τα HBV-θετικά άτομα έχουν θετική συσχέτιση με την χώρα καταγωγής των ατόμων, γεγονός που ερμηνεύεται αναλύοντας τις κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες που επικρατούν στις χώρες προέλευσης των ατόμων αυτών καθώς και την προληπτική ιατρική που ή απουσιάζει η αναπτύσσεται ανεπαρκώς στις εν λόγω χώρες. Αντιθέτως δεν διαφαίνεται κάποια συσχέτιση αναφορικά με την ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών ουσιών ενώ το σύνολο των HBV-θετικών είναι άντρες. Αυτό που ισχύει πάντως σε κάθε περίπτωση, είναι πως τα ποσοστά οροθετικότητας που βρίσκουμε στην ειδική αυτή πληθυσμιακή ομάδα είναι πολύ αυξημένα σε σχέση με τα αντίστοιχα που ισχύουν στον γενικό πληθυσμό.

Επομένως, θα πρέπει να δοθεί έμφαση στον εμβολιασμό έναντι της ηπατίτιδας Β κατά την πρώτη βρεφική ηλικία και όχι αργότερα, με στόχο την πρόληψη της οριζόντιας ενδοοικογενειακής διασποράς, η οποία αποτελεί σημαντικό τρόπο μετάδοσης στα παιδιά που ζούνε στην Ελλάδα, ιδιαίτερα δε στα παιδιά μεταναστών, στα οποία ο κίνδυνος ενδο-οικογενειακής διασποράς είναι μεγαλύτερος.

Συνοψίζοντας τα αποτελέσματα της μελέτης διαπιστώνεται ότι η προσβασιμότητα που έχουν οι ευάλωτες κοινωνικές ομάδες στο Εθνικό Σύστημα Υγείας είναι εξαιρετικά μειωμένη. Παρατηρείται λοιπόν το φαινόμενο ανασφάλιστοι Έλληνες και μετανάστες εξαιτίας των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών που αναπτύσσονται στην χώρα μας, να μην έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και για το λόγο αυτό να θέτουν σε κίνδυνο, τόσο τον εαυτό τους, όσο και την Δημόσια Υγεία. Αν συνυπολογιστεί το εύρημα αυτό, με το γεγονός ότι πολλά εκ των ατόμων που συμμετείχαν στην μελέτη δήλωναν πλημμελή εμβολιασμό και κάποια άτομα παντελή έλλειψη εμβολιαστικής

κάλυψης, γίνεται αντιληπτό ότι το πρόβλημα είναι τεράστιο. Παράλληλα λόγω οικονομικής κρίσης συγκεκριμένες υποομάδες από αυτές που εξετάσθηκαν αναγκάζονται να υιοθετούν επικίνδυνες συμπεριφορές όπως κοινή χρήση συριγγών ή απροφύλακτη σεξουαλική επαφή, γεγονός που πολλαπλασιάζει τον κίνδυνο, διασποράς των λοιμωδών νοσημάτων.

Εκτός από την μελέτη και την καταγραφή των ποσοστών των HIV Ag-Abs θετικών καθώς και των HBs-Ag θετικών ατόμων και την συσχέτιση τους με την γεωγραφική τους καταγωγή και τη χρήση ή μη ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών, από την ανάλυση των ψυχοκοινωνικών ιστορικών προκύπτουν και επιπρόσθετοι παράγοντες που θα μπορούσαν να διερευνηθούν σε μια μελλοντική μελέτη. Τέτοιοι παράγοντες θα μπορούσε να είναι οι κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες στις οποίες διαβιών τα άτομα τα οποία συμμετέχουν στην μελέτη, καθώς και η υιοθέτηση ή μη επικίνδυνων συμπεριφορών, όπως κοινή χρήση συριγγών ή απροφύλακτες σεξουαλικές επαφές κλπ.

Σκοπός λοιπόν μελλοντικής μελέτης μας θα μπορούσε να είναι η διερεύνηση των συνθηκών που επικρατούν σε κάθε μεταναστευτικό πληθυσμό για να αναγνωρισθούν και να καταγραφούν οι παράγοντες κινδύνου ανάλογα με τη χώρα προέλευσης, σχετικά με την εκδήλωση της νόσου. Επιπλέον σε μία μελλοντική μελέτη θα μπορούσε να διερευνηθεί ο αριθμός των ατόμων που αποτελούν την ομάδα στόχο αυτής της μελέτης και να συγκριθεί και συσχετισθεί με όσα ισχύουν στον γενικό πληθυσμό της Ελλάδας, όπως αυτός διαμορφώνεται στις σύγχρονες συνθήκες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΗ

1. «Ηπατίτιδα Β 2000» Β παθολογική κλινική πανεπιστημίου Αθηνών ΠΓΝΑ Ιπποκράτειο Αθήνα. « Ε ιατρικά » ,ένθετο της Ελευθεροτυπίας , τεύχος 120 εβδομαδιαία επιστημονική έκδοση Χ.Γ. Τεγόπουλος εκδόσεις Α.Ε.
2. Δαρδαβέσης, Θ. (1999). Επιδημιολογία του Συνδρόμου της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (ΣΕΑΑ). Ελληνικά Αρχεία AIDS. τ. 7, 2, Απρίλιος-Ιούνιος 1999
3. Δαρδαβέσης, Θ., Δελίδου, Κ., Στοφορόπουλος, Η., Λοϊζίδης, Θ. και Αγγελίδου, Α. (1997). Στάσεις και συμπεριφορά σπουδαστών Τ.Ε.Ι σε σχέση με την HIV λοίμωξη. Ελληνικά Αρχεία AIDS, τ. 5, 3, Ιούλιος-Σεπτέμβριος
4. Δημητρόπουλος, Ε. (1999). Συμβουλευτική και Συμβουλευτική Ψυχολογία. Αθήνα: Γρηγόρη.
5. Αμήρα, Α. (1980) «Κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά και κίνητρα μεταναστεύσεως των Ελλήνων επιστημόνων που επαναπατρίστηκαν την περίοδο 1960-1971», μετανάστες στην Ελλάδα, Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών σελ: 225-230.
6. Αμίσης, Γ., Λαζαρίδη, Γ. (Επιμ.) (2001) Νομικές και Κοινωνικοπολιτικές Διαστάσεις της Μετανάστευσης στην Ελλάδα, Αθήνα: Παπαζήσης
7. Αγραφιώτης Δ.(1997). AIDS Εγκάρσια Σκιά, Αθήνα: Ύψιλον
8. Βασικές αρχές παθολογίας Χ.Μ. Μουτσόπουλος Δ.Σ. ιατρικές εκδόσεις Λίτσας 1991 Μικράς Ασίας 70 –Γουδί-11527 Αθήνα
9. Γαλανάκης Ε., Κράλλης Ν., Ντούρος Θ., Ευαγγελίδου Ε., Ανδρονίκου Σ., Σιαμοπούλου Α., (2008). «Νοσηλεία παιδιών αλβανικής υπηκοότητας: πραγματικότητα, προβλήματα, προοπτικές». Παιδιατρική , 61(3)
10. Γεωργούλιας, Β. (1989). Διάγνωση της μόλυνσης. Στο: HIV-AIDS, Ιός της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας. Υποεπιτροπή Εκπαίδευσης της Εθνικής Επιτροπής AIDS. Αθήνα: Εθνική Φαρμακοβιομηχανία Α.Ε

11. Γκόμα, Φ. (1995). Δυνατότητα συμβουλευτικής παρέμβασης στην οικογένεια και μεταβολή στη δυναμική των σχέσεων. Ελληνικά Αρχεία AIDS, τ. 3, 2, Απρίλιος- Ιούνιος 1995, σελ. 168-171.
12. Δρίτσας Σ., Αδράκτα Δ., Χατζηγεωργίου Γ.Μ., Σαρρής Γ., Χαλκιαδάκη Δ., Γούλας Σ., Λουζιώτη Α., Τσερπέ Π., Κεχαγιόγλου Κ. (1996). «Επιπολασμός των ηπατίτιδων Β και C, της HIV-λοίμωξης και της φυματίωσης σε άστεγους λαθρομετανάστες των Αθηνών». Ιατρική, 70(4):347-350.
13. Έμκε-Πουλοπούλου Η. (2007). Η μεταναστευτική πρόκληση, Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα.
14. ΕΣΥΕ, Αποτελέσματα Απογραφών, www.statistics.gr
15. Ινστιτούτο Παστέρ. (1998). AIDS. Τα δεδομένα, οι προσδοκίες. Paris: EDITIONS 21.
16. Ιωαννίδη-Καπόλου, Ε. Ν. (1997). Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις της σεξουαλικής συμπεριφοράς στην αντιμετώπιση του AIDS. Ελληνικά Αρχεία AIDS, τ. 3, 2, Απρίλιος-Ιούνιος 1997, σελ. 165-174.
17. Καβουνίδη, Τ. (2002) Τα χαρακτηριστικά των μεταναστών, Αθήνα: Σάκκουλας.
18. Καλοταιράκης, Α. (1989). AIDS: θεραπευτική αντιμετώπιση, νοσηλευτικά προβλήματα. Στο: HIV-AIDS, Ιός της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας, Υποεπιτροπή Εκπαίδευσης της Εθνικής Επιτροπής AIDS, Αθήνα: Εθνική Φαρμακοβιομηχανία Α.Ε., σελ. 115-127.
19. Καναβάκη Σ., Καράμπελα Σ., Τσαγκαράκης Ν., Κωνσταντινίδου Ευ., Ιωαννίδης Π., Πεφάνης Α., Νικολάου Σ. (2007). «Η αντοχή του μυκοβακτηριδίου της φυματίωσης στα αντιφυματικά φάρμακα. Ελληνικά δεδομένα για τη δεκαετία 1997-2006». Ιατρική, 92(5):414-420.
20. Καψάλης Α., (2003), Ευρωπαϊκό δίκτυο για συνεργασία και ανταλλαγές σε θέματα κοινωνικού αποκλεισμού και υγείας μεταναστών, αδημοσίευτη διδακτορική διατριβή, πανεπιστήμιο Αθηνών.
21. ΚΕΕΛ (Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων), Επιτροπή Νομικής Υποστήριξης και Νομικών Προβλημάτων, Επιτροπή Ενημέρωσης. (1995). Θεμελιώδεις Αρχές για την Προστασία Ανθρωπίνων

- Δικαιωμάτων και Ατομικών Ελευθεριών σε Σχέση με το AIDS. Αθήνα: ΚΕΕΛ, Υπουργείο Υγείας.
22. ΚΕΕΛ (Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων). (2000α). Επιδημιολογική επιτήρηση του HIV/AIDS στην Ελλάδα, τ.11, Ιούνιος 2000.
23. ΚΕΕΛ (Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων). (2000β). Επιδημιολογική επιτήρηση του HIV/AIDS στην Ελλάδα, τ.12, Δεκέμβριος 2000.
24. ΚΕΕΛ, ΣΕΒ και ΓΣΕΕ (Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων, Σύλλογος Ελ-λήνων Βιομηχάνων και Γενική Συνομοσπονδία Εργατών Ελλάδος). (xx). Κώδικας Αρχών, AIDS, ώρα για δράση, στους χώρους εργασίας. Ενημερωτικό Φυλλάδιο.
25. Κιόρτσης Β. και Παπασπηλιόπουλος Π.Ι. (1997). Ιώσεις: Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος, Λαρούς, Μπριτάννικα, 31, σελ. 85-92. Αθήνα: Πάπυρος.
26. Κορνάρου, Ε. (1995). Οι οικονομικές επιπτώσεις του AIDS στους χώρους εργασίας. Ελληνικά Αρχεία AIDS, τ. 3, 4, Οκτώβριος-Δεκέμβριος 1995, σελ. 392-398.
27. Κορνάρου, Ε., Παπαθανασίου, Σ. και Ρουμελιώτου, Α. (1997). Η ενημέρωση των ερωτικών συντρόφων οροθετικών αιμοδοτών για HIV. Ελληνικά Αρχεία AIDS, τ. 5, 3, Ιούλιος-Σεπτέμβριος 1997, σελ. 300-307.
28. Κορνάρου, Ε., Υφαντόπουλος, Γ. και Παπαευαγγέλου Γ. (1993). Οι οικονομικές επιπτώσεις του AIDS διεθνώς και στην Ελλάδα. Ελληνικά Αρχεία AIDS, τ.1, 2, Οκτώβριος-Νοέμβριος 1995, σελ. 96-108.
29. Κωνσταντινίδης Θ.Κ., Χριστάκη Π., Τσαρά Β., Καπετανγιώργης Α. και Κατσουγιαννόπουλος Β.Χ. (2000). «Επιδημιολογικοί και κλινικοί χαρακτήρες της φυματίωσης σε μετανάστες στη Βόρεια Ελλάδα κατά την περίοδο 1988-97». Πνεύμων, 13(1): 73-83.
30. Κωνσταντίνου, Ν., (1991), 3ο Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS, Αθήνα: Βήτα, 2001, σελ. 132-135
31. Μαλικιώση-Λοϊζου, Μ. (1999). Συμβουλευτική Ψυχολογία. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
32. Μόνος, Δ. (1991). Κοινωνικές επιπτώσεις του AIDS. Στο: HIV-AIDS, Ιός της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας. Υποεπιτροπή Εκπαίδευσης της Εθνικής Επιτροπής AIDS. Αθήνα: Εθνική Φαρμακοβιομηχανία Α.Ε., σελ. 127-134.

33. Νικολάου Α., Μανωλάκου Κ., Καψάλη Ε., Σερέτη Ε., Λιώση Β., Χάιδας Α., Παπανδρέου Φ. (1995). «Η Ηπατιτίδα Μειζον Προβλημα στους Αθιγγανους της Αττικής». Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 12(2), 138-141
34. Ντουρακης Σ.Π.Κλινικη σημασια του θετικου αντιγονου επιφανειας.(HbsAg) σε ασυμπτωματικο ατομο.Σημασια των θετικων αντισωματων εναντι του ιου της ηπατητιδας C σε ασυμπτωματικο ατομο.Ελληνικη Γαστρεντορολογια.1993?6:1-10
35. Ντουρακης Σ.Π.Κλινικη σημασια των μεταλλαγων του ιου της ηπατητιδας B. Ελληνικη Γαστρεντορολογια.1992? 5:312-322.
36. Παιονίδης Α. (1995). «Η υγεία των παλιννοστούντων παιδιών». Παιδιατρική Βορείου Ελλάδος, 7: 105-109.
37. Πάνος Γ. (2001), Επιδημιολογία – μετάδοση HIV λοίμωξης, 13ο Πανελλήνιο Συνέδριο, Ιατρικός Τύπος, τ. 244, Νοέμβριος – Δεκέμβριος 2001, σελ. 8
38. Παπαδάκου Ψυχολογία στο χώρο της υγείας” “Ψυχολογία της υγείας” Αθήνα 2004 Συνεδρον
39. Παπαδάτου, Δ. (1995). Ο κρυφός θρήνος του συγγενικού και φιλικού περιβάλλοντος του ασθενή με AIDS. Ελληνικά Αρχεία AIDS, τ. 3, 1, Ιανουάριος-Μάρτιος 1995, σελ. 61, 82-86.
40. Παπαδάτου, Δ., Αναγνωστόπουλος Φ. (1999). Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, σελ: 127
41. Παπαευαγγέλου Γ. Ο εμβολιασμός κατά της HBV δεν προκαλεί ανεπιθύμητες ενέργειες από Κ.Ν.Σ. ή κατά πλάκας Σκλήρυνση. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 1998
42. Παπαευαγγέλου, Γ. (1989). Πρόληψη-Αντιμετώπιση του AIDS. Στο: HIV-AIDS, Ιόστης Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας, Υποεπιτροπή Εκπαίδευσης της Εθνικής Επιτροπής AIDS. Αθήνα: Εθνική Φαρμακοβιομηχανία Α.Ε.
43. Παπαευαγγέλου, Γ., Richardson, C. S., Κορκοντζέλου, Ε., Παπουτσάκης, Γ. και Κρεμαστινού, Τζ. (1995). Μέτρα πρόληψης του AIDS στους τοξικομανείς της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ελληνικά Αρχεία AIDS, τ. 3, 2, Απρίλιος-Ιούνιος 1995, σελ. 142-145.
44. Παπαευαγγέλου, Γ., Καλλίνικος Γ. (1986). AIDS. Αθήνα: Λίτσας, σελ: 23-24, 167-173, 175-181

45. Παπαζήση, Θ. (1995α). Ιατρικό απόρρητο και προσωπικότητα ατόμων με AIDS. Ελληνικά Αρχεία AIDS, τ. 3, 2, Απρίλιος-Ιούνιος 1995, σελ. 176-180.
46. Παπαζήση, Θ. (1995β). Οικογένεια και προσωπικότητα ατόμων με AIDS: νομικά θέματα στις οικογενειακές σχέσεις. Ελληνικά Αρχεία AIDS, τ. 3, 2, Απρίλιος-Ιούνιος 1995, σελ. 180-183.
47. ΠΟΥ (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας) και Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS (1991α). Συμβουλευτική για την HIV λοίμωξη και νόσο. Αθήνα: ΒΗΤΑ medical arts.
48. ΠΟΥ (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας) και Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS (1991β). Πρόληψη της σεξουαλικής μετάδοσης του ιού της ανθρώπινης ανοσολογικής ανεπάρκειας. Αθήνα: ΒΗΤΑ medical arts.
49. Ραβάνης, Χ. (1995). Κοινωνία και Υγεία. Στο: Ποταμιάνος Γ. (Επιμ.) Δοκίμια στην Ψυχολογία της Υγείας. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
50. Ρουμελιώτου, Α. (1991). Ο ιός HIV. Στο: HIV-AIDS, Ιός της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας. Υποεπιτροπή Εκπαίδευσης της Εθνικής Επιτροπής AIDS. Αθήνα: Εθνική Φαρμακοβιομηχανία Α.Ε., σελ. 9-14.
51. Ρούσσοσ Α., Γκορίτσας Κ., Παππάς Θ., Παπαδάκη Μ., Σπανάκη Π, Φέρτη Α. (2001). «Επιπολασμός δεικτών ηπατίτιδας Β και C σε αλλοδαπούς μετανάστες των Αθηνών». Ιατρική Επιθεώρηση Ενόπλων Δυνάμεων, 35, σελ. 161-165.
52. Σηφακάκη, Γ. (1995). Αντιμετωπίζοντας την ανίατη ασθένεια και το θάνατο: η σκοπιά της ψυχολογίας. Στο: Γ. Ποταμιάνος (Επιμ.) Δοκίμια στην Ψυχολογία της Υγείας. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, σελ. 131-181.
53. Σιγάλας, Ι. (1995). Οικονομική διάσταση της HIV-λοίμωξης. Ελληνικά Αρχεία AIDS, τ. 3, 2, Απρίλιος-Ιούνιος 1995, σελ. 164-168.
54. Σιγάλας, Ι. (1998). Κοινωνικο-οικονομική θεώρηση της HIV λοίμωξης. Ελληνικά Αρχεία AIDS, τ.6, 3, Σεπτέμβριος 1998, σελ. 238-245.
55. Στρατηγός Ι. (2004). Αφροδισιολογία, Αθήνα: Παρισσιανού Α.Ε., 2001, σελ: 487-491,659-663
56. Τριανταφυλλίδου Α.(2005), Ελληνική Μεταναστευτική Πολιτική, Προβλήματα και Κατευθύνσεις, Κείμενο Πολιτικής, Ελληνικό Ίδρυμα Ευρωπαϊκής και εξωτερικής Πολιτικής, Αθήνα
57. Τσαούσης, Δ., 1985, Κοινωνική Δημογραφία. Αθήνα: Gutenberg.

58. Υφαντόπουλος, Γ. (1996). AIDS και Κοινωνικός Αποκλεισμός. Στο: Διαστάσεις του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα. Έκθεση για το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο. Τόμος Β. Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (ΕΚΚΕ), σελ. 13-54.
59. Χατζηγιάννης Σ1 Le Buvier G Υπότυπος Αυστραλιανού αντιγόνου εν Ελλάδι 1972
60. Χλέτσος, Κόλλιας Συρακούλης, Παλαιολόγου, Θαλασσοχώρη, Μπουρδούβαλη, Πουλίου, (2005), Οικονομικές διαστάσεις της μετανάστευσης. Επιπτώσεις στον Αγροτικό Τομέα, Αθήνα Ινστιτούτο Μεταναστευτικής Πολιτικής.
61. Χλέτσος, Μ. (2002) Η πολιτική οικονομία της μετανάστευσης, Αθήνα: Εξάντας.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΗ

1. Alter H. The hepatitis C virus and its relationship to the clinical spectrum of NANB hepatitis. J Castro Hepatol 1990? Suppl 1:78-94.
2. Alter HJ. Descartes before the horse: I clone therefore I am: the hepatitis C virus in current perspective. Ann Intern Med 1991? 115:644-649.
3. Alter M. NANB hepatitis: Sorting a diagnosis of exclusion. Ann Intern Med 1989? 110:583-585.
4. Balasegaram, M. (2001). AIDS: The worst yet to come. BBC News Online. June 4, 2001.
5. Baldwin-Edwards M. (2004). Immigration into Greece, 1990-2003: A Southern European Paradigm?, Εισήγηση στο συνέδριο European Population Forum 2004, Geneva, 12-14 January.
6. Baldwin-Edwards M. (2006). «Patterns of Migration in the Balkans». Mediterranean Migration Observatory Working Paper No. 9, January.
7. Baldwin-Edwards, M. και Safilios-Rothschild, C. (1999), «Immigration and Unemployment in Greece: Perceptions and Realities», South European Society & Politics, σελ: 206- 450. http://www.uehr.panteion.gr/data_en/3541.htm
8. Baldwin-Edwards, M. (2002), «Immigration and the Welfare State: A European Challenge to American Mythology», MMO, (4), σελ: 41-43. http://www.uehr.panteion.gr/pdf/MMO_WP4.pdf

9. Baldwin-Edwards, M. (1999), «An analytic commentary on the Greek Immigration Law», MMO, (1), σελ: 221-238
http://www.uehr.panteion.gr/data_en/3541.htm
10. Balter, M. (1998). Virus from 1959 sample marks early years of HIV. Science. 1998, Vol. 279, No. 801, pp. 44-51.
11. Beardsell, S. (1994). Should wider HIV testing be encouraged on the grounds of HIV prevention? AIDS Care, Vol. 6, No. 1, pp. 5-19.
12. Beil, L. (1999). Tracing origins of AIDS raises new questions. Study of HIV's history could offer look at future. The Dallas Morning News, February 22, 1999.
13. Bucens MR, Pietroboni GR, Harnett GB. False positive result occurring in a radiomunassay for hepatitis A antibody of the IgG class. J. Virol Methods 1983; 7:287-265.
14. Castles S, Miller M. J., (1998), «The Age of Migration: International Population Movements in the Modern World». Macmillan, σελ: 780-1238. <http://sciencedirect.com>
15. Cavounidis, J. (2003), «Gendered patterns of migration to Greece», The Greek Review of Social Research, σελ: 221-222.
<http://www.rdg.ac.uk/EIS/research>
16. Choo Q-L, Weiner AJ, Overby LR, et al. Hepatitis. Br Med Bull 1990; 46:423-441.
17. CMA (Canadian Medical Association), Expert Working Group on HIV Testing. (2000).
18. Counselling guidelines for HIV testing. Ottawa: Canadian Public Health Association.
19. Coursaget P, Bourdil C, Adamowitz P, et al. HbsAg antigen positive reactivity in a man not due to hepatitis B virus. Lancet 1987; 1354-1358.
20. De Bruyn, M. (1996). HIV Testing and Counselling as a Prevention Method. Amsterdam: AIDS Coordination Bureau. Friedman S. R., Des Jarlais Don C. & Goldsmith D. S. An overview of AIDS prevention efforts aimed at intravenous drug users circa 1987. The Journal of Drug Issues, Vol. 19, No. 9, 1989, pp. 93-112.
21. Decker RH, Kosakowski SM, Kanderbilt AS. Diagnosis of acute hepatitis A by HAVAB-M, a direct radio immunoassay for IgM anti-HAV. Am J Clin Pathol 1981; 76:140-148.

22. Emke Pouloupoulos I. (2001). Trafficking in women and children. With special emphasis to the case of Greece as a country of destination and transit, IMEO, EDHM, Athens
23. Everhart J, Di Bisceglie A, Murray L, et al. Risk of non-A, non-B (type C) hepatitis through sexual or household contact with chronic carriers. *Ann Intern Med.* 1990; 112:544-545.
24. Fakiolas R. (2003). «Regularising undocumented immigrants in Greece: procedures and effects». *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 29(3), pp.535-561.
25. Feinstone JM, Mihalik KB, Kamimura J, et al. Inactivation of hepatitis B virus and NANB virus by chloroform. *Infect Immunol* 1983; 4:816-821.
26. Flehming B, Ranke M, Berthold H, et al. A solid-phase radioimmunoassay for detection of IgM antibodies to hepatitis A virus. *J Infect Dis.* 1979; 140(169-175).
27. Froland, S.S., Jenum, P., Lindboe, C.F., Wefring, K.W., Linnestad, P.J. & Bohmer, T. (1988). HIV-1 infection in Norwegian family before 1970. *Lancet*, 1988, issue:1344-5.
28. Garret, L. (2000). AIDS virus traced to 1675. *Newsday*, July 11, 2000.
29. Garry, R.F., Witte, M.H., Gottlieb, A.A., Elvin-Lewis, M., Gottlieb, M.S., Witte, C.L., Alexander, S.S., Cole, W.R. & Drake W.L Jr. (1988). Documentation of an AIDS virus infection in the United States in 1969, *Jama (The journal of American Medical Association)*, Vol. 260, No.14, pp. 2085.
30. Gebrer MA, Thung SN. Biology of disease, molecular cellular pathology of hepatitis B. *Lab Intern* 1985; 52:572-590.
31. Genesca J, Esteban JL, Alter HJ. Blood-borne non-A, non-B hepatitis C. *Semin Liver Dis* 1991; 11:147-164.
32. Gocke D. Hepatitis A revisited. *Ann Intern Med* 1986; 105(960-965).
33. Gust ID, Feinstone SM. Hepatitis A. CPC Press, Inc. Boca Raton, Florida, 1988.
34. Hoollange JH, Di Bisceglie AM. Serologic diagnosis of acute and chronic viral hepatitis. *Semin Liv Dis* 1991; 11:73-83
35. Humphrey, G.M. & Zimpfer, D.G. (1996). *Counselling for Grief and Bereavement*. Sage Publications.

36. Hutchinson, M. (2001). AIDS 20 years on, BBC News Online, June 4, 2001.
37. Ivey, A.E & Gluckstern, N.B. (1995). Συμβουλευτική: Βασικές Δεξιότητες Επιρροής. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
38. Ivey, A.E, Gluckstern, N.B & Ivey, B.M. (1993). Συμβουλευτική: Μέθοδος Πρακτικής Προσέγγισης. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
39. Kain, C.T. (1998b). Counseling HIV-positive clients: The tenets of HIV Affirmative Counseling-Part 2, ACAeNews, Vol. 1, No. 10. May 1998.
40. Kain, C.T. (1998c). Counseling HIV-positive clients: The tenets of HIV Affirmative Counseling-Part 3, ACAeNews, Vol. 1, No. 11. June 1998.
41. Kanavaki S., Nikolaou S., Karampela S., Papavasiliou A., Skroumpelou A., Varonou E., Papageorgiou P., Kontos F., Anagnostou S., Raftopoulou A., Koumantakis P., Tamvakis V. (2005). «Changes in the epidemiology of tuberculosis in Greece due to continuing immigration». *Pneumon* 18(1):84-92.
42. Kaplan, R.M., Sallis, J.F Jr. & Patterson T.L. (1993). *Health and Human Behavior*.
43. Kaplowitz N, Aw TY, Simon FR et al. UCLA conference drug-induced hepatotoxicity. *Ann Intern Med*. 1986; 104(826-839).
44. Lazaridis, G. (1996), «Immigration to Greece: a critical evaluation of Greek policy», London: Macmillan, [http://www. Net Library.com](http://www.NetLibrary.com).
45. Lazarou I, Pomeranz Bh, Corey PN. Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients\meta-analysis of prospective studies. *JAMA* 1998; 279(L200-5).
46. Lemon SM. Type A viral hepatitis. New developments in an old disease. *N. Engl j Med*. 1985; 313(1059-1063).
47. Mc Graw-Hill, Inc. Kain, C.T. (1998a). Counseling HIV-positive clients: The tenets of HIV Affirmative Counseling-Part 1, ACAeNews, Vol. 1, No. 9. May 1998.
48. Miller, R. & Bor, R. (1991). *AIDS. A guide to clinical counseling*. Ed. Dilley J.W. London: Science Press Ltd.
49. Nassal M., Schaller H. Hepatitis B, Virus replication an update. *J. Viral Hepat*. 1996; 3:217-226.

50. Nikolopoulos G., Arvanitis M., Masgala A. and Paraskeva D. (2005). «Migration and HIV epidemic in Greece». *European Journal of Public Health*, 15(3):296-299.
51. Pantazis K., D., Elefsiniotis I., S., Brokalaki H. (2008). «New Data concerning the Epidemiology of Hepatitis B Virus Infection in Greece». *Gastroenterology Research and Practice*. Published online 2008 April 6.
52. Raptopoulou M., Papatheodoridis G., Antoniou A., Ketikoglou J., Tzourmakliotis D., Vasiliadis T., Manolaki N., Nikolopoulou G., Manesis E., Pierroutsakos I. (2009). «Epidemiology, course and disease burden of chronic hepatitis B virus infection. HEPNET study for chronic hepatitis B: a multicentre Greek study». *Journal of Viral Hepatitis*, 16(3):195-202.
53. Rogers RB smith jG Chalker DC hepatitis and the skin j AM acad dermatol 1982
54. Searight, H.R. (1998). *Behavioral Medicine: A Primary Care Approach*. Brunner/Mazel.
55. Sorin, M.D. (1996). Correlates of acceptance of HIV testing and post-test counseling in the obstetrical setting. *AIDS Education Preview*, Vol. 8, No.1, pp. 72-85.
56. Sternberg, S. (2001). Closer to AIDS vaccine? 20 prototypes are in trials; researchers feel they'll beat the virus. *USA Today*, May 9, 2001.
57. Summers j. Mason ws Replication of the genome of a hepatitis B virus by reverse transcription of a RNA intermediate .*Cell* 1982;29Viral hepatitis scientific basis and clinical management zurkerman aj Thomas hc Cedsl Churchill London 1993.
58. Taylor, S.T. (1995). *Health Psychology*. New York: Mc Graw-Hill, Ink.
59. Tor J, Libre JM, Carbonell M, et al Sexual transmission of HCV and its relation with HBV and HIV. *Br Med J*. 1990; 301:1130-113.
60. UNAIDS, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, (2000). *AIDS epidemic update: December 2000*. UNAIDS/WHO.
61. Weber J., Ferriman A. Το AIDS αφορά και εσένα, Αθήνα: Επτάλοφος, σελ:31
62. WHO (World Health Organisation), (1994). *Source Book for HIV/AIDS Counselling Training*. (Draft), May 1994.

63. WHO (World Health Organisation), (1995). Counselling for HIV/AIDS: a key to caring for policy-makers, planners and implementers of counselling activities. Geneva.
64. Will Hreiser W, Wiener T, et al. Replication strategy of human hepatitis B virus. *J. Virol* 1987; 61:904-911.
65. Williams, G., Stretton, T.B. & Leonard, J.C. (1983). AIDS in 1959? *Lancet*, 1983, issue: 1136.
66. Zhu, T., Korber, B. & Nahinias A. (1998). An African HIV-1 sequence from 1959 and implications for the origin of the epidemic. *Nature*, May 2 1998, Vol. 391, No. 6667, pp. 594.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

- ***Μοριακή Διερεύνηση της πρόσφατης επιδημίας HIV-1 χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών (XEN) στην Ελλάδα***

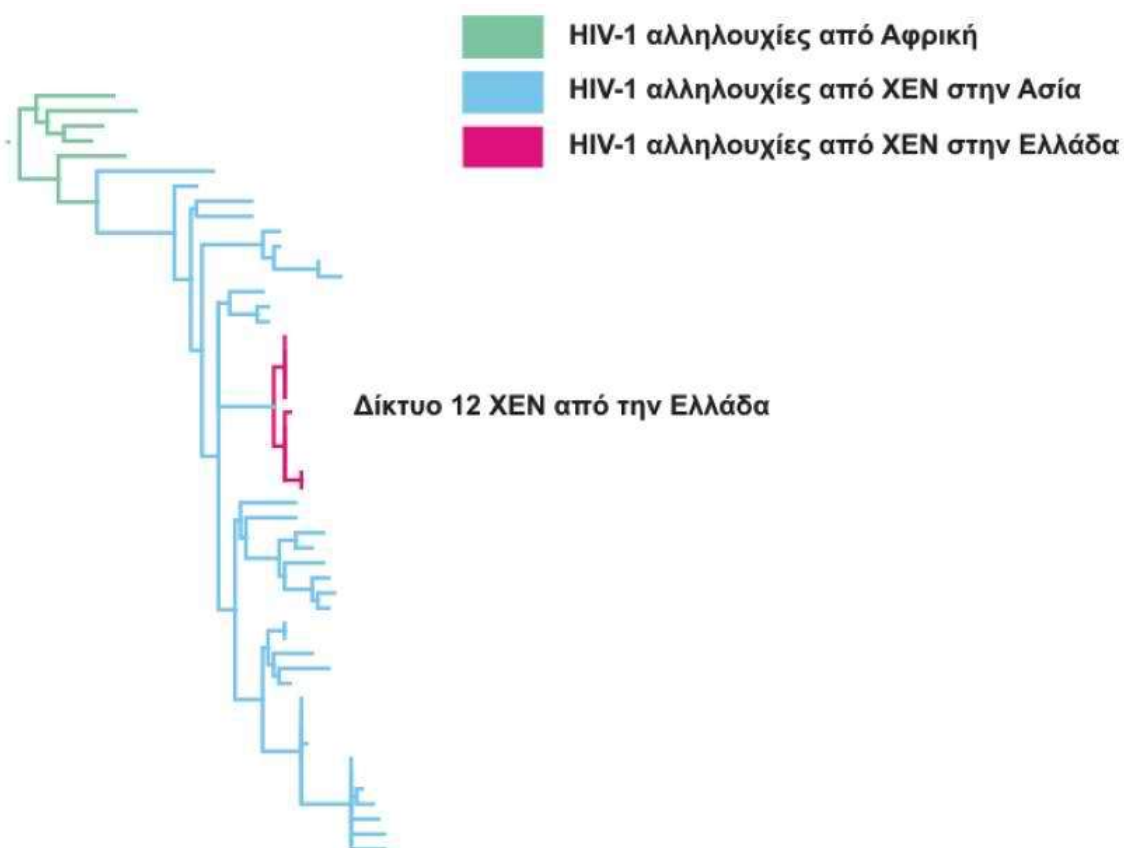
Ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά του ιού HIV είναι η εκτενής γενετική του ετερογένεια (Hahn et al, 1984, Zagury et al, 1988, Myers et al, 1987). Τα στελέχη του ιού HIV-1 που έχουν απομονωθεί από διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές έχουν ταξινομηθεί σε 4 ομάδες: την ομάδα M (major), την ομάδα O (outlier), την ομάδα N (new) και την ομάδα P που απομονώθηκε πρόσφατα στην Αφρική (Gao et al, 1999, Sharp & Hahn 2010). Οι ομάδες M και N έχουν προέλθει από τον αντίστοιχο ιό ανοσοανεπάρκειας (simian immunodeficiency virus, SIV) που προσβάλλει τους χιμπατζήδες (Pan troglodytes troglodytes) ενώ οι άλλες δύο ομάδες (O και P) έχουν προέλθει από στελέχη SIV που μολύνουν γορίλλες (gorillas). Η ομάδα M που είναι υπεύθυνη για την πανδημία του AIDS, ταξινομείται φυλογενετικά σε 9 υπότυπους (A-D, F-H, J και K), υπό-υπότυπους (A1, A2, F1, F2, κλπ) καθώς και σε ανασυνδυασμένους τύπους (circulating recombinant forms, CRFs) (<http://www.hiv.lanl.gov>).

Η μελέτη των αλληλουχιών του ιού με μεθόδους μοριακής επιδημιολογίας έχει συμβάλει τα μέγιστα στην κατανόηση της επιδημιολογίας της HIV λοίμωξης (Rambaut et al, 2004, Pybus & Rambaut 2009). Συγκεκριμένα, έχουν εκτιμηθεί: i) η χρονολογική προέλευση της παγκόσμιας αλλά και επιμέρους επιδημιών (Korber et al, 2000, Worobey et al, 2008), ii) η γεωγραφική κατανομή των υπότυπων και ανασυνδυασμένων τύπου του ιού (<http://www.hiv.lanl.gov>, Hemelaar et al, 2011) iii) η προέλευση της επιδημίας σε διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές (Holmes 2004), iv) η δυναμική επέκτασης επιμέρους επιδημιών (Rambaut et al, 2004), v) ο τρόπος διασποράς μεταξύ ή εντός πληθυσμών (Paraskevise et al, 2009) κλπ. Οι μέθοδοι μοριακής επιδημιολογίας έχουν χρησιμοποιηθεί εκτεταμένα και για τη μελέτη του τρόπου διασποράς της λοίμωξης σε οροθετικούς που ανήκουν σε διαφορετικές ομάδες κινδύνου και ειδικότερα σε XEN (Bobkov et al, 1998, Masharsky et al, 2011, Kao et al, 2011).

Σε μελέτη που έκανε το πανεπιστήμιο Αθηνών, σε συνεργασία με το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. για την μοριακή διερεύνηση της πρόσφατης επιδημίας HIV-1

χρηστών ενδοφλεβίων ναρκωτικών (XEN) στην Ελλάδα διαπιστώθηκε ότι για το 2011, ταυτοποιήθηκαν 4 δίκτυα: α) Το μεγαλύτερο περιελάμβανε 12 αλληλουχίες (υπότυπος A) και είχε προέλευση την Ασία (Εικόνα 1), β) Το δεύτερο μεγαλύτερο περιείχε αλληλουχίες από 5 οροθετικούς (υπότυπος B) με προέλευση από την Ελλάδα, δ) Το τρίτο περιείχε 3 αλληλουχίες (υπότυπος G) με προέλευση τη Ν.Δ. Ευρώπη (Ισπανία και Πορτογαλία)(μία επιπλέον αλληλουχία του δικτύου αυτού (n=19) είχε ημερομηνία δειγματοληψίας το 2010), γ) Το τέταρτο περιείχε 2 αλληλουχίες (υπότυπος A) με προέλευση, επίσης, από την Ελλάδα.

Σε όλα τα παραπάνω δίκτυα, οι αλληλουχίες από τους XEN είχαν σχετική μικρή γενετική ετερογένεια, γεγονός που υποδηλώνει ότι η μετάδοση του HIV-1 είναι σχετικά πρόσφατη.



Εικόνα 1: Τμήμα φυλογενετικού δένδρου που περιλαμβάνει το φυλογενετικό δίκτυο XEN του υπότυπου A με προέλευση από την Ασία

Τα συμπεράσματα της συγκεκριμένης μοριακής επιδημιολογικής μελέτης σε HIV-θετικά άτομα τα οποία είναι χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών

μας δείχνουν ότι η επιδημία ΧΕΝ το 2011 διαφέρει σημαντικά στην κατανομή των υπότυπων από τον υπόλοιπο πληθυσμό αλλά και τους ΧΕΝ πριν το 2009.

Η μετάδοση γίνεται σχεδόν αποκλειστικά σε δίκτυα σε αντίθεση με το παρελθόν που το αντίστοιχο ποσοστό ήταν πολύ μικρό (5%), υποδεικνύοντας ότι η μετάδοση της HIV-1 επιδημίας στους ΧΕΝ πριν το 2010, γινόταν μάλλον σεξουαλικά.

Ένα από τα δίκτυα βρέθηκε να περιλαμβάνει περίπου το μισό πληθυσμό ΧΕΝ (52,2%) από το 2011.

Τα ιικά στελέχη που μεταδίδονται στα δίκτυα των ΧΕΝ βρέθηκε να έχουν προέλευση από την Ασία, τη Ν.Δ. Ευρώπη και την Ελλάδα.

Πηγή:

Έρευνα των **Δ. Παρασκευής¹, Γ. Νικολόπουλος², Ε. Μαγιορκίνης¹, Χ. Τσιάρα², Δ. Παρασκευά², Α. Αντωνιάδου³, Μ. Λαζανάς⁴, Π. Γαργαλιάνος⁵, Μ. Ψυχογιού⁶, Μ. Κοτσιανοπούλου⁷, Μ. Μαλλιώρα⁸, Τ. Κρεμαστινού², Α. Χατζάκης¹**

¹Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Ρετροϊών, Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας & Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστήμιο Αθηνών

²Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ)

³Δ' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟ», Πανεπιστήμιο Αθηνών

⁴Γ' Παθολογικό Τμήμα, Νομαρχιακό Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «ΕΛΛΗΝΙΚΟΣ ΕΡΥΘΡΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ»

⁵Α' Παθολογικό Τμήμα, Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»

⁶Α' Προπαιδευτική κλινική Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

⁷Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα

⁸Οργανισμός κατά των ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ), Αθήνα

- *Άδεια επεξεργασίας και χρησιμοποίησης των στοιχείων από ΚΕΕΛΠΝΟ*



**ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ &
ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.)**

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Τμήμα : Παρεμβάσεων στην Κοινότητα
Γραφείο :
Πληροφορίες :
Διεύθυνση : Αγράφων 3-5
Τ.Κ. : 15123
Τηλέφωνο : 210 5212006
Fax : 210 5212100

ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Μαρούσι, /06/2014
Αρ. Πρωτ. :

ΠΡΟΣ : Γεν. Διευθυντή του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.

ΘΕΜΑ : « Έγκριση χορήγησης άδειας για τη χρησιμοποίηση των στοιχείων που προκύπτουν από την παρέμβαση των Κινητών Μονάδων »

Αξιότιμε κύριε Διευθυντά,

Παρακαλώ όπως εγκρίνετε την χορήγηση άδειας, για τη χρησιμοποίηση των στοιχείων που προκύπτουν από την παρέμβαση των Κινητών Μονάδων του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ στο κέντρο της Αθήνας, κατά τη χρονική περίοδο 19/9/2011 έως 18/10/2011, προκειμένου να χρησιμοποιηθούν στην εκπόνηση της πτυχιακής μου εργασίας, στο πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου με τίτλο «Διοίκηση μονάδων υγείας και διαχείριση κρίσεων», με την υποχρέωση να κοινοποιήσω άμεσα στο ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ τα αποτελέσματα της μελέτης μου.

Είμαι στη διάθεσή σας για οποιαδήποτε διευκρίνιση.

Με εκτίμηση,


Ε. ΛΙΑΠΗΣ

Εσωτερική Διανομή:

1. Γρ. Προέδρου
2. Γρ. Διευθυντή
3. Τμ. Παρεμβάσεων στην Κοινότητα



ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ &
ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.)

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Μαρούσι, 12/06/2014

Αρ. Πρωτ. : οικ. 9142

Τμήμα :
Γραφείο : Διευθυντή
Πληροφορίες :
Διεύθυνση : Αγράφων 3-5
Τ.Κ. : 15123
Τηλέφωνο : 210 5212022, -024
Fax : 210 5212135

ΠΡΟΣ: Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

ΔΙΑΒΙΒΑΣΤΙΚΟ

ΘΕΜΑ: «Διαβίβαση βεβαίωσης»

Σας διαβιβάζουμε βεβαίωση χορήγησης άδειας των στοιχείων που προκύπτουν από την παρέμβαση των Κινητών Μονάδων στο κέντρο της Αθήνας προκειμένου να χρησιμοποιηθούν από τον Ιατρό Ευάγγελο Λιάπη, του Τμήματος Παρεμβάσεων στην Κοινότητα για την εκπόνηση της πτυχιακής του εργασίας.

Είμαστε στην διάθεσή σας για οποιαδήποτε διευκρίνιση.

Ο Διευθυντής
Θεοδ. Παπαδημητρίου
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ & ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ
ΑΓΡΑΦΩΝ 3-5
15123
Μακρόβρα Έλενα

Εσωτερική Διανομή:

1. Γρ. Προέδρου
2. Γρ. Διευθυντή
3. Τμ. Παρεμβάσεων στη Κοινότητα

