

Ελληνικά Αρχεία

AIDS

Hellenic Archives



ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ AIDS
EDITION OF THE HELLENIC ASSOCIATION FOR THE STUDY AND CONTROL OF AIDS

<http://www.aidshellas.gr>
e-mail: eemaa@aidshellas.gr
ISSN 1105-8900

ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΑΡΧΕΙΑ AIDS

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ AIDS



Ιδιοκτήτης: Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS
Ερυθρού Σταυρού 6, 11527 Αθήνα • Τηλ. και Fax: 210-6983945
e-mail: eemaa@aidshellas.gr • Website: www.aidshellas.gr

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Πρόεδρος: Π. Γαργαλιάνος-Κακολύρης
Αντιπρόεδρος: Β. Καψιμάλη
Γενικός Γραμματέας: Μ.Κ. Λαζανάς
Ειδικός Γραμματέας: Ι. Στεφάνου
Ταμίας: Κ. Θωμάτου
Μέλη: Μ. Λελέκης, Ν. Μαγκαφάς, Μ. Νούσιας, Α. Σκουτέλης

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΚΔΟΣΗΣ

Πρόεδρος: Π. Γαργαλιάνος-Κακολύρης
Διευθυντής Σύνταξης: Μ. Λελέκης
Αναπλ. Διευθυντής Σύνταξης: Χ. Λούπα
Μέλη: Δ. Αγραφιώτης, Ε. Βογιατζάκης, Γ. Πάνος, Β. Παπασταμόπουλος,
Δ. Παρασκευής, Α. Ρουμελιώτου, Ν. Τσόγκας, Μ. Χατζηβασιλείου,
Μ. Χίνη, Γ. Χρύσος, Ε. Χωρέμη

ISSN 1105-8900

Εκδότης: Π. Γαργαλιάνος-Κακολύρης

Επιστημονική Αλληλογραφία: "ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΑΡΧΕΙΑ AIDS"
Μ. Λελέκης
Τ.Θ. 14085 – 11521 Αθήνα

e-mail Περιοδικού: hel.arch.aids@internet.gr

Εγγραφές Συνδρομητών P.O BOX 14085
– Συνδρομές: GR-11521 Athens

Ετήσιες Συνδρομές: Γιατροί	15.00 €
Μέλη Ε.Ε.Μ.Α.Α.	6.00 €
Εταιρείες – Οργανισμοί – Βιβλιοθήκες	50.00 €
Εξωτερικό	110.00 €

Εκτύπωση: Focus on Health – Τηλ.: 210-7223046 • Fax: 210-7223220

Τα "ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΑΡΧΕΙΑ AIDS" περιλαμβάνονται στα Ελληνικά επιστημονικά περιοδικά με Εθνική αναγνώριση σύμφωνα με την Υπουργική απόφαση Α 1^ο/543/99, ΦΕΚ τεύχος 2^ο αριθ. φύλλου 122 18/02/1999

HELLENIC ARCHIVES of AIDS

QUARTERLY SCIENTIFIC EDITION OF THE HELLENIC ASSOCIATION
FOR THE STUDY AND CONTROL OF AIDS



Edited by the: Hellenic Association For the Study and Control of AIDS
6, Erythrou Stavrou Str., 115 27 Athens • Tel. & Fax: (+30) 210-6983945
e-mail: eemaa@aidshellas.gr • Website: www.aidshellas.gr

ADVISORY BOARD

President: P. Gargalianos–Kakolyris

Vice-President: V. Kapsimali

Secretary: M.K. Lazanas

Special Secretary: I. Stephanou

Treasurer: K. Thomatou

Members: M. Lelekis, N. Mangafas, M. Nousias, A. Skoutelis

EDITORIAL BOARD

Chairman: P. Gargalianos–Kakolyris

Editor in Chief: M. Lelekis

Asst. Editor in Chief: Ch. Loupa

Members: D. Agrafiotis, M. Chatzivasiliou, M. Chini, E. Choremi, G. Chrysos,
G. Panos, V. Papastamopoulos, A. Roumeliotou, D. Paraskevis,
N. Tsongas, E. Vogiatzakis

ISSN 1105-8900

Scientific Correspondence: "HELLENIC ARCHIVES of AIDS"
M. Lelekis, P.O Box 14085
11521 Athens Greece

e-mail Magazine: hel.arch.aids@internet.gr

Subscriptions: P.O. BOX 14085
GR – 11521 Athens

<i>Annual Subscriptions:</i> Doctors	15,00 €
Members of H.A.S.C.A	6,00 €
Societies – Organizations – Libraries	50,00 €
Abroad	110,00 €

Published By: Focus on Health – Tel.: (+30) 210-7223046 • Fax: 210-7223220

ΠΡΟΣ
ΕΛΛΗΝΙΚΑ Αρχεία AIDS
ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΗ ΘΥΡΙΔΑ 14085
11521 ΑΘΗΝΑ

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΥΝΔΡΟΜΗΤΗ*
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΑΛΛΑΓΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΩΣ

ΕΤΗΣΙΑ ΣΥΝΔΡΟΜΗ:

Φυσικά πρόσωπα	15.00 €
Μέλη Ε.Ε.Μ.Α.ΑIDS	6.00 €
Νομικά πρόσωπα, Οργανισμοί	50.00 €
Εξωτερικό	110.00 €

Παρακαλώ να με εγγράψετε συνδρομητή / ή να γίνει διόρθωση της διεύθυνσέως μου:

ΕΠΩΝΥΜΟ ΟΝΟΜΑ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΓΙΑ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑ
ΠΟΛΗ Τ.Κ ΤΗΛΕΦΩΝΟ.....FAX
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΥΠΟΓΡΑΦΗ

Οι συνδρομές αποστέλλονται με ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΗ ΕΠΙΤΑΓΗ στη Διεύθυνση:
Ε.Ε.Μ.Α.ΑIDS, Ταχυδρομική θυρίδα 14085, 11521 ΑΘΗΝΑ

Οδηγίες για τους συγγραφείς

Τα «Ελληνικά Αρχεία AIDS» έχουν ως βασικό σκοπό τη συνεχή εκπαίδευση και πληροφόρηση των γιατρών και κάθε επιστήμονα που ασχολείται με το νεοφανές και πολύπλευρο βιολογικό, ιατρικό, οικονομικό, κοινωνικό, νομικό και ηθικοδεοντολογικό πρόβλημα του AIDS. Κύρια επιδίωξη είναι η δημοσίευση μελετών που αναφέρονται άμεσα ή έμμεσα στους παραπάνω τομείς. Ιδιαίτερα προτιμούνται άρθρα ανασκοπήσεως γενικότερου ενδιαφέροντος, επίσης άρθρα που αναφέρονται σε επίκαιρα θέματα, σε διαγνωστικά προβλήματα και νέα τεχνολογία. Γίνονται επίσης δεκτές για δημοσίευση ερευνητικές εργασίες, ειδικά άρθρα που αφορούν τον υγειονομικό τομέα, την κοινωνική πολιτική κ.λπ. Για το Ενημερωτικό Δελτίο γίνονται δεκτές επιστολές, ανασκοπήσεις βιβλίων, περιοδικών, συνεδρίων, ενδιαφέρουσες επισημάνσεις και προτάσεις, στατιστικά στοιχεία κ.λπ. Τέλος, γίνονται δεκτές και εργασίες που αναφέρονται όχι μόνο στο AIDS αλλά σε θέματα λοιμώξεων γενικά, δεδομένου ότι σε κάθε τεύχος υπάρχει η δυνατότητα δημοσίευσης ενός αριθμού τέτοιων άρθρων.

Οι μελέτες που υποβάλλονται για δημοσίευση πρέπει να είναι γραμμένες σε ομοιόμορφη γλώσσα, κατά προτίμηση τη νεοελληνική δημοτική, να είναι καλά τεκμηριωμένες πειραματικά και βιβλιογραφικά, να μην έχουν δημοσιευθεί ή να μην έχουν υποβληθεί για έγκριση σε άλλο περιοδικό.

Η αποστολή της μελέτης θα πρέπει να συνοδεύεται από επιστολή στην οποία θα δηλώνεται το πιο κατάλληλο τμήμα του περιοδικού (π.χ. ερευνητική εργασία, ανασκόπηση, διαγνωστικά προβλήματα, επίκαιρα θέματα), η διεύθυνση και το τηλέφωνο του συγγραφέα που είναι υπεύθυνος για την αλληλογραφία σχετικά με την υποβαλλόμενη εργασία. Επίσης, στην επιστολή αυτή θα δηλώνεται ότι το κείμενο έχει εγκριθεί από όλους τους συγγραφείς της μελέτης.

Τα προς δημοσίευση άρθρα θα πρέπει να είναι δακτυλογραφημένα στη μια όψη του φύλλου με διπλό διάστημα και κατάλληλο περιθώριο και να στέλνονται σε τρία πλήρη αντίγραφα (περιλαμβανομένων των πινάκων, σχημάτων και φωτογραφιών) στην ακόλουθη διεύθυνση:

**E.E.M.A. AIDS
M. ΛΕΛΕΚΗΣ
Τ.Θ. 14085
11521 – ΑΘΗΝΑ**

Ειδικότερα, για την πραγμάτωση των σκοπών του περιοδικού δημοσιεύονται:

- 1. Άρθρα σύνταξης:** Σύντομα ανασκοπικά άρθρα σε επίκαιρα και αμφιλεγόμενα θέματα, που γράφονται με προτροπή της συντακτικής επιτροπής. Όταν εκφράζουν συλλογικά τη Σύνταξη του περιοδικού, είναι ανυπόγραφα. Στις άλλες περιπτώσεις είναι ενυπόγραφα.
- 2. Γενικά θέματα,** που σχετίζονται με τις επιπτώσεις της υγείας και δεν εμπίπτουν στις άλλες κατηγορίες άρθρων του περιοδικού.
- 3. Ανασκοπήσεις:** Ολοκληρωμένες αναλύσεις ιατρικών θεμάτων, στις οποίες υπογραμμίζονται ιδιαίτερα οι σύγχρονες απόψεις.

Γίνονται δεκτές ανασκοπήσεις μέχρι δύο συγγραφέων.

- 4. Ερευνητικές εργασίες:** Κλινικές δοκιμές ή μη πειραματικές έρευνες προοπτικού ή αναδρομικού χαρακτήρα, που πραγματοποιήθηκαν με βάση ένα ερευνητικό πρωτόκολλο, το οποίο θα περιγράφεται αναλυτικά στη μεθοδολογία. Περιέχουν πρωτοδημοσιεύσιμα αποτελέσματα.
- 5. Ενδιαφέρουσες περιπτώσεις:** Γίνονται δεκτά άρθρα, εφόσον αφορούν νέα ή πολύ σπάνια νοσήματα, εφαρμόστηκαν νέα διαγνωστικά κριτήρια κι έχει ακολουθηθεί νέα θεραπευτική μεθόδευση με ελεγμένο το αποτέλεσμα.

6. **Επίκαιρα θέματα:** Σύντομη περιγραφή των τελευταίων απόψεων σε συγκεκριμένο θέμα.
7. **Σεμινάρια, στρογγυλά τραπέζια, κλινικοπαθολογοανατομικές συζητήσεις.**
8. **Γράμματα προς τη Σύνταξη:** Περιέχουν κρίσεις για δημοσιευμένα άρθρα, πρόδρομα αποτελέσματα εργασιών, παρατηρήσεις για ανεπιθύμητες ενέργειες, κρίσεις για το περιοδικό κ.λπ. Δημοσιεύονται ενυπόγραφα.
9. **Άρθρα εκπαιδευτικού περιεχομένου.**
10. **Ειδικά άρθρα.**

Η διάταξη της ύλης περιλαμβάνει: Τίτλο, ελληνική περίληψη, λέξεις ευρετηριασμού, εισαγωγή, μεθοδολογία, αποτελέσματα, συζήτηση, ευχαριστίες, περίληψη στην αγγλική, βιβλιογραφικές παραπομπές, πίνακες, εικόνες, λεζάντες εικόνων. Όλες οι σελίδες αριθμούνται αρχίζοντας από τη σελίδα με τον τίτλο.

Τίτλος: Στη σελίδα που αναγράφεται ο τίτλος γράφονται και τα ονόματα των συγγραφέων με την εξής σειρά: Μικρό όνομα, αρχικό πατέρα ή συζύγου (προκειμένου για γυναίκες συγγραφείς), επίθετο. Στο κάτω μέρος της σελίδας γράφεται η διεύθυνση και ο συγγραφέας που πρέπει να επικοινωνεί με το περιοδικό για κάθε ενημέρωση σχετικά με τη μελέτη που υποβάλλεται.

Η περίληψη στην ελληνική δεν πρέπει να είναι μεγαλύτερη από 150 λέξεις. Να περιέχει το σκοπό, τα βασικά ευρήματα και τα κύρια συμπεράσματα κατά τρόπο κατανοητό χωρίς να είναι ανάγκη να γίνεται αναδρομή στο κείμενο.

Μετά την περίληψη παρατίθενται 3-10 λέξεις (όροι ή μικρές φράσεις) ευρετηριασμού, απαραίτητες για τη σύνταξη των ευρετηρίων του περιοδικού. Οι λέξεις αυτές πρέπει να αντιστοιχούν στους διεθνείς όρους λεξικογράφησης (Index Medicus).

Στον πρόλογο πρέπει να παρατίθενται όλες οι γνώσεις που είναι απαραίτητες για να κατανοηθούν τα αποτελέσματα, χωρίς όμως να γίνεται «εκτεταμένη θεώρηση του θέματος».

Στο κεφάλαιο «Υλικό και Μέθοδοι» πρέπει να αναγράφονται όλες οι πληροφορίες ώστε να μπορούν να επαναληφθούν τα πειράματα. Όταν οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται είναι καθιερωμένες, πρέπει να αναφέρονται με συντομία και να αναγράφεται η βιβλιογραφική παραπομπή. Στην περίπτωση ερευνών που αφορούν ανθρώπους, πρέπει ιδιαίτερα να τονιστεί ότι η έρευνα πραγματοποιήθηκε με βάση τη Διακήρυξη του Ελσίνκι

(1975). Η φαρμακευτικές ουσίες που χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη, πρέπει να αναφέρονται με την κοινόχρηστη ονομασία τους.

Στα αποτελέσματα πρέπει να γράφονται τα αποτελέσματα με τρόπο σαφή. Η χρησιμοποίηση πινάκων και εικόνων, πρέπει να περιορίζεται στον απόλυτα απαραίτητο αριθμό για την κατανόηση της μελέτης.

Δεν πρέπει να αναγράφονται στο κείμενο όλα τα δεδομένα πινάκων και εικόνων αλλά μόνο να αναλύονται σ' αυτό οι κύριες παρατηρήσεις.

Οι φωτογραφίες, τα σχήματα και τα διαγράμματα κ.λπ. ονομάζονται ως εικόνες και αριθμούνται με αραβικούς αριθμούς, όπως και οι πίνακες (π. χ. Εικόνα 1, Εικόνα 2, Πίνακας 1 κ.ο.κ).

Στη συζήτηση επιχειρείται ερμηνεία των αποτελεσμάτων και σύγκριση με τα αποτελέσματα άλλων δημοσιεύσεων. Δεν πρέπει να γίνεται λεπτομερειακή αναφορά στα αποτελέσματα.

Η βιβλιογραφία αναγράφεται διαδοχικά με τη σειρά που αναφέρεται στο κείμενο, πίνακες και επεξηγήσεις σχημάτων και φωτογραφιών. Η σημείωση των βιβλιογραφικών παραπομπών στα σημεία αυτά γίνεται με αραβικούς αριθμούς σε παρένθεση (Σύστημα Vancouver, 4^η έκδοση, 1991).

Σε ορισμένες περιπτώσεις που θεωρείται σκόπιμο από τους συγγραφείς να αναφερθούν στο όνομα του συγγραφέα ή των συγγραφέων (όταν είναι 2) ή του πρώτου συγγραφέα και συνέχεια η σύντμηση «και συν.», όταν οι συγγραφείς είναι περισσότεροι από 2, τότε σημειώνεται σε παρένθεση με αραβικό αριθμό η παραπομπή χωρίς να γράφεται η χρονολογία δημοσίευσής. Δεν επιτρέπεται η αναφορά και η αναγραφή στο τμήμα της βιβλιογραφίας μελετών που δεν έχουν δημοσιευθεί, όπως π.χ. αδημοσίευτα αποτελέσματα, εργασία υποβληθείσα, εργασία υπό εκτύπωση. Ο τίτλος των περιοδικών αναγράφεται με σύντμηση.

Για κάθε σχετική πληροφορία παρακαλούνται οι ενδιαφερόμενοι να ανατρέχουν στον κατάλογο των περιοδικών που καταχωρούνται στο «Index Medicus» και αναγράφονται στην έκδοση Ια-νουαρίου κάθε χρόνο.

Το όνομα γράφεται πάντα μετά το επώνυμο. Ακολουθεί ο τίτλος της εργασίας, ο τίτλος του περιοδικού, η χρονολογία, ο τόμος, η πρώτη σελίδα και η τελευταία σελίδα της δημοσίευσης.

Όταν οι συγγραφείς είναι 6 ή λιγότεροι, αναγράφονται όλοι. Όταν είναι περισσότεροι από 6 τότε αναγράφονται οι 6 πρώτοι και ακολουθεί η ένδειξη «και συν» ή «et al».

Π.χ. Watkins J.A., Carman P.S., Melling W.S.: In vitro inhibition of *CL. difficile*. Amer. J. Clin. Path. 1985, 3: 125-131.

Σε περίπτωση που δεν αναφέρεται όνομα συγγραφέως σημειώνεται η λέξη Ανώνυμος (για ελληνική δημοσίευση) ή Anonymous.

Π.χ. Anonymous. Carcinoid tumors and syndrome (Editorial). JAMA 1986, 83-85.

Παραπομπές που αναφέρονται σε εργασίες, που δημοσιεύονται σε συμπληρώματα (supplements) εκδόσεων, πρέπει να συνοδεύονται με τον αριθμό του συμπληρώματος, που σημειώνεται σε παρένθεση μετά τον τόμο. Π.χ. AIDS, 28 (suppl. 2): 35.

Στη βιβλιογραφία των επίκαιρων θεμάτων παραλείπονται οι τίτλοι των εργασιών. Για την καταχώρηση συγγραμάτων ή μονογραφιών στο βιβλιογραφικό κατάλογο, αναφέρονται στη σειρά τα επώνυμα και τα αρχικά των συγγραφέων, ο τίτλος, ο αριθμός έκδοσης, ο εκδότης, η πόλη της έκδοσης, το έτος και οι σελίδες της αναφοράς. Η αναφορά σε ένα κεφάλαιο βιβλίου πρέπει να γίνεται με τον ακόλουθο τρόπο:

Μαρίνης Ε., Βογιατζάκης Ε.: Μυκοβακτηρίδια. Στο: Μαθήματα Μικροβιολογίας. 1^η Έκδοση. Ascent, Αθήνα 1992, 132-137.

Αν η βιβλιογραφική παραπομπή αποτελεί κεφάλαιο ενός συγγράματος που έχει γραφεί από ιδιαίτερο συγγραφέα, η αναφορά γίνεται ως εξής: Carman J.A. : *Bacillus anthracis*. In (Στο), Collins C.H. ed (ή Συντ.) *Medical Microbiology*. London, Academic Press 1985, 71-78.

Αγγλική περίληψη: Περιλαμβάνει τα ονόματα των συγγραφέων, τον τίτλο της εργασίας στα αγγλικά και την προέλευση της εργασίας. Στις πρωτότυπες εργασίες και στις ανασκοπήσεις πρέπει να έχει έκταση 350-500 λέξεις, ενώ στα υπόλοιπα

άρθρα 200-300 λέξεις. Πρέπει να αναφέρει το σκοπό της εργασίας, τη μέθοδο και το υλικό, τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα. Στις ανασκοπήσεις πρέπει να αναφέρονται όλα τα κεφάλαια που θίγονται από τα βασικά συμπεράσματα.

Οι πίνακες πρέπει να γράφονται σε ξεχωριστή σελίδα. Τα δεδομένα πρέπει να γράφονται κατά τέτοιο τρόπο ώστε οι στήλες που έχουν παρόμοιο περιεχόμενο να διαβάζονται κάθετα και όχι οριζόντια. Το περιεχόμενο των πινάκων πρέπει να είναι αρκετά σαφές ώστε τα δεδομένα να είναι κατανοητά χωρίς να είναι απαραίτητη η αναδρομή στο κείμενο.

Οι εικόνες (φωτογραφίες, σχήματα κ.λπ.) πρέπει να υποβάλλονται σε ένα πρωτότυπο και δύο αντίγραφα. Στο πίσω μέρος των φωτογραφιών να υπάρχει ο αντίστοιχος αριθμός με μολύβι, ένα τόξο που να δείχνει το πάνω μέρος και τα ονόματα των συγγραφέων.

Οι σημειώσεις για τις φωτογραφίες (λεζάντες) να είναι σε ξεχωριστή σελίδα (προορίζονται για το τυπογραφείο).

Εφόσον χρησιμοποιούνται φωτογραφίες ασθενών, το πρόσωπό τους δεν πρέπει να ξεχωρίζει. Στην αντίθετη περίπτωση επιβάλλεται έγγραφη συγκατάθεση του ασθενούς για τη δημοσίευση της φωτογραφίας. Όλες οι εικόνες αναφέρονται στο κείμενο και αριθμούνται με αραβικούς αριθμούς.

Ανάπτυξη: Η δαπάνη της παραγγελίας ανατύπων βαρύνει τους συγγραφείς και η συμφωνία γίνεται κατευθείαν με την εκδοτική εταιρεία χωρίς ανάμειξη της Σύνταξης του περιοδικού.

Διορθώσεις: ο υπεύθυνος για την αλληλογραφία συγγραφέας θα κάνει την τελευταία τυπογραφική διόρθωση, κατά την οποία αποκλείεται η τροποποίηση του αρχικού κειμένου.

- xi** **Οδηγίες για τους συγγραφείς**
- 1** **Επανάραξη HAART μετά από πλήρη διακοπή αντιρετροϊκής
θεραπείας: Επιπτώσεις και προγνωστικοί παράγοντες ιολογικής
και ανοσολογικής απόκρισης**
*Γ. Τουλούμη, Γ. Μπακογιάννης, Α. Παπαδόπουλος, Ά. Κουραμπά, Β. Παπαρίζος, Γ. Πάνος, Ε. Κουταλάς,
Μ. Ψυχογιού, Μ. Χίνη, Δ. Παρασκευής, Ε. Σαμπατάκου, εκ μέρους της AMACS*
- 10** **Η επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά και η δυσκολία στην
εφαρμογή επικοινωνιακών δράσεων κατά του AIDS**
Ε. Μέλιου, Έ. Ιωαννίδη, Δ. Αγραφιώτης
- 16** **Συμμόρφωση στη θεραπεία κρατούμενων HIV-θετικών ασθενών**
Β. Παπαρίζος, Σ. Γεωργούλας, Α. Γρίλλιας, Σ. Κουρκουντή, Μ. Χατζηβασιλείου, Κ. Κυριάκης, Α. Κατσάμπας
- 21** **Ηπατίτιδα Α σε HIV-θετικούς ασθενείς**
Σ. Κουρκουντή, Κ. Λόυο, Ε. Δασκαλάκης, Β. Παπαρίζος, Μ. Χατζηβασιλείου, Κ. Κυριάκης, Α. Κατσάμπας
- 26** **Δερματικές εκδηλώσεις σε δύο ασθενείς με βρουκέλλωση**
Γ. Αδάμης, Ι. Στεφάνου, Κ. Αρμένης, Σ. Σταμούλη, Γ. Ξυλωμένος, Π. Γαργαλιάνος-Κακολύρης
- 28** **Δημοσίευση καταστατικού της «Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης
και Αντιμετώπισης του AIDS» και τροποποίησή του όπως ισχύει
σήμερα**

- xi** **Instructions to authors**
- 1** **HAART resumption after antiretroviral therapy interruption: Consequences and prognostic factors of virologic and immunologic response**
G. Touloumi, G. Bakoyannis, A. Papadopoulos, A. Kouraba, V. Paparizos, G. Panos, E. Koutalas, M. Psychogiou, M. Chini, D. Paraskevis, H. Sambatakou, on behalf of the AMACS
- 10** **Sexual risk behaviour and difficulties in the implementation of HIV/AIDS prevention interventions**
H. Meliou, E. Ioannidi, D. Agrafiotis
- 16** **Adherence to therapy among HIV-infected prisoners**
V. Paparizos, S. Georgoulas, A. Grillias, S. Kourkounti, M. Hadjivassiliou, K. Kyriakis, A. Katsabas
- 21** **Hepatitis A in HIV-infected patients**
S. Kourkounti, K. Leuow, E. Daskalakis, V. Paparizos, M. Hadjivassiliou, K. Kyriakis, A. Katsambas
- 26** **Skin lesions in two patients with brucellosis**
G. Adamis, J. Stefanou, K. Armenis, S. Stamouli, G. Xylomenos, P. Gargalianos-Kakolyris
- 28** **Publication of the Memorandum of the 'Hellenic Association for the Study and Control of AIDS' and its modification as in effect today**

Επανάναρξη HAART μετά από πλήρη διακοπή αντιρετροϊκής θεραπείας: Επιπτώσεις και προγνωστικοί παράγοντες ιολογικής και ανοσολογικής απόκρισης

Γ. Τουλούμη,¹ Γ. Μπακογιάννης,¹ Α. Παπαδόπουλος,² Α. Κουραμπά,³ Β. Παπαρίζος,⁴ Γ. Πάνος,⁵ Ε. Κουταλάς,⁶ Μ. Ψυχογιού,⁷ Μ. Χίνη,⁸ Δ. Παρασκευής,¹ Ε. Σαμπατάκου,⁹ εκ μέρους της AMACS

Περίληψη

Σκοπός: Εκτίμηση της επίπτωσης της ιολογικής και ανοσολογικής απόκρισης κατά την επανάναρξη HAART, προσδιορισμός προγνωστικών παραγόντων και μελέτη των μεταβολών των CD4 λεμφοκυττάρων που συντελούνται με την επίδραση της HAART που ακολουθεί πλήρη διακοπή (ΠΔΘ) αντιρετροϊκής θεραπείας (ART).

Ασθενείς και Μέθοδοι: Τα δεδομένα προέρχονται από την πολυκεντρική μελέτη AMACS (Athens Multicenter AIDS Cohort Study). Συμπεριλήφθηκαν άτομα που έκαναν ΠΔΘ για τουλάχιστον 2 μήνες αφού είχαν λάβει σταθερό (≥ 2 μήνες) σχήμα HAART και στη συνέχεια επανεκκίνησαν HAART. Χρησιμοποιήθηκαν μοντέλα αναλογικών κινδύνων COX για την ανάλυση του χρόνου από την επανάναρξη HAART μέχρι την ιολογική και ανοσολογική απόκριση. Τα διαχρονικά δεδομένα των CD4 αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας γραμμικά κατά τμήματα μοντέλα μεικτών επιδράσεων.

Αποτελέσματα: Συνολικά, 85 άτομα εκπλήρωναν τα κριτήρια εισαγωγής. Η διάμεση (ενδοτεταρτημοριακό εύρος) διάρκεια της ΠΔΘ ήταν 6,6 (3,4-15,0) μήνες. Από τα 79 άτομα με επανάναρξη HAART που είχαν μετρήσεις HIV-RNA κατά τη διάρκεια της, 41 (52%) μείωσαν το HIV-RNA κάτω από τα ανιχνεύσιμα όρια, αλλά 18 (44%) από αυτά εμφάνισαν στη συνέχεια ιολογική αποτυχία. Σχεδόν όλοι οι ασθενείς με σταθερή ιολογική απόκριση στην προ-ΠΔΘ HAART ανταποκρίθηκαν ιολογικά και στην επανεκκίνηση HAART. Ο αριθμός των CD4 λεμφοκυττάρων επανέκαμψε στα προ-ΠΔΘ επίπεδα στο 52% των ασθενών. Η αύξηση των CD4 λεμφοκυττάρων κατά τους πρώτους 6 μήνες υπό HAART ήταν παρόμοια στην προ- και στη μετα-ΠΔΘ περίοδο. Όμως, μετά τους πρώτους 6 μήνες, δεν παρατηρήθηκε αύξηση των CD4 στη μετα-ΠΔΘ περίοδο, ενώ υπήρχε αυξητική τάση στην προ-ΠΔΘ περίοδο. Η διάμεση αύξηση των CD4 ήταν 121, 138 και 173 κύτταρα/μλ στους 6, 12 και 24 μήνες από την έναρξη HAART στην προ-ΠΔΘ περίοδο, ενώ οι αντίστοιχες αυξήσεις στη μετα-ΠΔΘ περίοδο ήταν 115, 119 και 127 κύτταρα/μλ. Άτομα με CD4 <250 κύτταρα/μλ κατά την έναρξη της προ-ΠΔΘ HAART και αυτά με πολλαπλές αλλαγές θεραπευτικών σχημάτων εμφάνισαν μικρότερες αυξήσεις στα CD4 κατά τη μετα-ΠΔΘ HAART.

Συμπεράσματα: Τα ποσοστά ιολογικής απόκρισης σε HAART μετά από ΠΔΘ είναι αντίστοιχα με αυτά κατά την προ-ΠΔΘ HAART. Όμως, η ανοσολογική ανάκαμψη δεν είναι πλήρης, ιδιαίτερα σε άτομα που ξεκίνησαν την προ-ΠΔΘ HAART με CD4 <250 κύτταρα/μλ και είχαν πολλαπλές αλλαγές σχημάτων ART πριν την ΠΔΘ.

Λέξεις κλειδιά: επανάναρξη HAART, ιολογική απόκριση, ανοσολογική απόκριση, προγνωστικοί παράγοντες, διακοπή HAART.

HAART resumption after antiretroviral therapy interruption: Consequences and prognostic factors of virologic and immunologic response

G. Touloumi,¹ G. Bakoyannis,¹ A. Papadopoulos,² A. Kouraba,³ V. Papanizos,⁴ G. Panos,⁵ E. Koutalas,⁶ M. Psychogiou,⁷ M. Chini,⁸ D. Paraskevis,¹ H. Sambatakou,⁹ on behalf of the AMACS

¹Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας & Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών
²Δ' Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»
³2^ο Περιφ. Κέντρο Αιμοδοσίας, Κέντρο Αιμοροφιλικών, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»
⁴Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, Νοσοκομείο «Α. Συγγρός»
⁵Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, 1^ο ΙΚΑ Αθηνών
⁶Α' Παθολογικό Τμήμα, Μονάδα Λοιμώξεων, Π.Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»
⁷Α' Προπαιδευτική Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών
⁸Μονάδα Λοιμώξεων, Π.Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.»
⁹Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

¹Department of Hygiene, Epidemiology & Medical Statistics, Medical School, University of Athens
²4th Department of Internal Medicine, Athens Medical School, "Attikon" University General Hospital
³Haemophilia Centre, 2nd Blood Transfusion Centre, "Laikon" Athens General Hospital
⁴AIDS Unit, Clinic of Venereologic & Dermatologic Diseases, Athens Medical School, "Syngros" Hospital
⁵HIV Unit, 2nd Internal Medicine Clinic, 1st IKA
⁶1st Department of Medicine, Infectious Diseases Unit, The General Hospital of Athens "G. Gennimatas"
⁷1st Department of Propaedeutic Medicine, Medical School, Athens University
⁸Infectious Diseases Unit, "Red Cross" General Hospital of Athens
⁹HIV Unit, 2nd Department of Internal Medicine, Athens University Medical School, "Hippokraton" General Hospital

Abstract

Objective: To estimate the cumulative incidence of virologic and immunologic response to treatment resumption (TR) following treatment interruption (TI) and to identify prognostic factors; to describe CD4 and HIV-RNA changes during TR and to investigate predictors.

Patients and Methods: Using data from the Athens Multicenter AIDS Cohort Study (AMACS) we identified subjects who interrupted HAART for at least 2 months after being on a stable (≥ 2 months) HAART regimen and they re-initiated HAART after the TI. Cox proportional hazards models were used to analyze time from TR till virologic or immunologic response. Longitudinal CD4 data were analyzed using piece-wise linear random effects models.

Results: In total, 85 persons were included in this analysis. Median (IQR) duration of TI was 6.6 (3.5-15.0) months. Of the 79 persons who re-initiated HAART and had available HIV-RNA measurements during HAART, 41 (52%) reduced HIV-RNA to undetectable levels after TR, but 18 (44%) of them experienced subsequent virologic rebound. Almost all patients with sustained virologic response (VR) to 1st HAART regimen experienced VR during TR. CD4 returned to pre-TI levels in 52% of the patients. CD4 increases in the first 6 months on HAART were similar in the pre- and post-TI periods. However, CD4 counts remained almost stable after the first 6 months on HAART post-TI whereas they tended to further increase during the pre-TI HAART. Median CD4 increase was 121, 138 and 173 cells/ μ l at 6, 12 and 24 months after HAART initiation in the pre-TI period whereas the corresponding increases in the post-TI period were 115, 119 and 127 cells/ μ l respectively. Persons with CD4 < 250 cells/ μ l at pre-TI HAART initiation and those with multiple changes in their HAART regimens had smaller CD4 increases during post-TI HAART.

Conclusions: The percentage of VR during post-TI HAART was similar to that during pre-TI HAART. However, immune reconstitution to pre-TI levels was not complete especially in subjects with CD4 < 250 cells/ μ l at pre-TI HAART initiation and in those with multiple pre-TI changes in HAART regimens.

Key words: HAART resumption, virologic response, immunologic response, prognostic factors, HAART interruption.

Εισαγωγή

Η χρήση αντιρετροϊκής θεραπείας μεγάλης αποτελεσματικότητας (HAART) οδήγησε σε σημαντική μείωση τόσο της θνητότητας όσο και της νοσηρότητας της HIV λοίμωξης.^{1,2} Όμως, η κόπωση των ασθενών από τη συνεχή λήψη αντιρετροϊκών, οι ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων, η μείωση, προϊόντος του χρόνου, της συμμόρφωσης των ασθενών και η ανάπτυξη αντοχής μειώνουν τα ευεργετικά αποτελέσματα της HAART.^{3,4} Στην προσπάθεια μείωσης του συνολικού χρόνου έκθεσης στην αντιρετροϊκή θεραπεία και επομένως, και των ανεπιθύμητων ενεργειών καθώς και του κινδύνου ανάπτυξης αντοχής, οι προγραμματισμένες διακοπές θεραπείας προτάθηκαν ως εναλλακτική προσέγγιση στην εφ' όρου ζωής λήψη HAART.⁵⁻⁸ Τα πρόσφατα, όμως, αποτελέσματα μεγάλης κλινικής μελέτης και συγκεκριμένα της SMART,⁹ έδειξαν ότι άτομα με καθοδηγούμενη

από τον αριθμό των CD4 λεμφοκυττάρων πλήρη διακοπή θεραπείας (ΠΔΘ) έχουν υπερδιπλάσιο κίνδυνο εξέλιξης της νόσου συγκριτικά με άτομα με συνεχή λήψη αντιρετροϊκής θεραπείας (ART). Τα αποτελέσματα αυτά αναμένεται να αλλάξουν τη στάση των ιατρών και των ασθενών ως προς τη ΠΔΘ. Παρόλα αυτά, είναι πιθανό τα HIV οροθετικά άτομα να συνεχίζουν στην κλινική πράξη την πρακτική διακοπής ART για διάφορους λόγους, συμπεριλαμβανομένων των ανεπιθύμητων ενεργειών των φαρμάκων και της επιθυμίας τους για διάλειμμα από την ART.^{10,11}

Οι αρνητικές επιπτώσεις της ΠΔΘ μπορεί να οφείλονται είτε στην αρνητική ανοσολογική εξέλιξη κατά την ΠΔΘ αυτή καθαυτή είτε στη φτωχή ανοσολογική ή/και ιολογική απόκριση μετά την επανέναρξη της HAART. Οι περισσότερες μελέτες μέχρι τώρα έχουν εστιάσει στις μεταβολές που επέρχονται κατά την ΠΔΘ.^{5,7,12,13} Η χαμηλότερη

τιμή (ναδίρ) CD4 λεμφοκυττάρων βρίσκεται συστηματικά να αποτελεί τον ισχυρότερο προγνωστικό παράγοντα τόσο του ρυθμού πτώσης των CD4 κατά την ΠΔΘ όσο και του αθροιστικού χρόνου παραμονής σε διακοπή θεραπείας.^{5,7,13} Επίσης, έχει βρεθεί ότι μεγαλύτερη ηλικία κατά την έναρξη HAART και μικρότερος αριθμός CD4 λεμφοκυττάρων κατά την έναρξη της ΠΔΘ σχετίζονται με μεγαλύτερους ρυθμούς πτώσης των CD4 λεμφοκυττάρων κατά την ΠΔΘ.¹⁴ Ελάχιστες, όμως, μελέτες έχουν επαρκή χρόνο παρακολούθησης για να διερευνήσουν τους παράγοντες που σχετίζονται με την ιολογική και ανοσολογική απόκριση μετά την επανέναρξη HAART.^{6,15,16} Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η εκτίμηση της ιολογικής και ανοσολογικής απόκρισης, καθώς και των παραγόντων που τις επηρεάζουν, μετά την επανέναρξη HAART και η διερεύνηση των μεταβολών των CD4 λεμφοκυττάρων που συντελούνται κατά τη διάρκεια της HAART που ακολουθεί ΠΔΘ.

Ασθενείς και μέθοδοι

Τα δεδομένα της παρούσας εργασίας προέρχονται από τη μελέτη Athens Multicenter AIDS Cohort Study (AMACS). Η μελέτη AMACS είναι πολυκεντρική επιδημιολογική προοπτική μελέτη HIV-1 οροθετικών ατόμων. Ξεκίνησε το 1996 με αρχικό σκοπό την αξιολόγηση της προγνωστικής αξίας ιολογικών και ανοσολογικών δεικτών στην απόκριση στην αντιρετροϊκή θεραπεία και γενικότερα, στην εξέλιξη της HIV-1 λοίμωξης. Αυτή τη στιγμή συμμετέχουν στην AMACS 8 από τις μεγαλύτερες κλινικές παρακολούθησης HIV-1 οροθετικών ατόμων, ενώ ο στόχος είναι να συμπεριληφθούν στη μελέτη όλες οι αντίστοιχες κλινικές του λεκανοπεδίου Αττικής, της Πάτρας και της Θεσσαλονίκης. Η ενοποίηση σε κοινή βάση δεδομένων όλων των στοιχείων που συλλέγονται στο πλαίσιο της καθημερινής ιατρικής φροντίδας των HIV-1 οροθετικών ατόμων από όλες τις αντίστοιχες κλινικές, παρέχει τη δυνατότητα διερεύνησης (και απάντησης) ερωτημάτων που δεν θα ήταν δυνατόν να απαντηθούν με τα δεδομένα μίας μόνο κλινικής και συνεισφέρει στην επιδημιολογική επιτήρηση της HIV-1 λοίμωξης στην Ελλάδα.

Τα κριτήρια εισαγωγής στην παρούσα μελέτη ήταν: α) έναρξη σταθερού (≥ 2 μήνες) σχήματος HAART, β) πλήρης διακοπή όλων των αντιρετροϊκών φαρμάκων για τουλάχιστον 2 μήνες, γ) επανέναρξη σταθερού σχήματος HAART διάρκειας τουλάχιστον 2 μηνών. Επιπλέον, για την ανάλυση των

μεταβολών των CD4 λεμφοκυττάρων κατά τη διάρκεια της HAART που ακολούθησε την ΠΔΘ, προαπαιτούμενο ήταν, επίσης, η διαθεσιμότητα μέτρησης CD4 λεμφοκυττάρων κατά την επανέναρξη της HAART και τουλάχιστον μίας επιπλέον κατά τη διάρκειά της.

Ως ιολογική απόκριση στην HAART μετά την ΠΔΘ ορίστηκε η μείωση του ιικού φορτίου σε μη ανιχνεύσιμα επίπεδα. Για την εκτίμηση της αθροιστικής πιθανότητας της ιολογικής απόκρισης μετά την επανέναρξη της HAART χρησιμοποιήθηκε ο εκτιμητής Kaplan-Meier. Το μοντέλο αναλογικών κινδύνων του Cox εφαρμόστηκε για την ανίχνευση προγνωστικών παραγόντων για την ιολογική απόκριση. Για την ανάλυση του ρυθμού αύξησης των CD4 μετά την επανέναρξη της HAART, καθώς και για τον εντοπισμό παραγόντων που σχετίζονται με την αύξηση αυτή χρησιμοποιήθηκαν κατά τμήματα γραμμικά μοντέλα τυχαίων επιδράσεων με αλλαγή κλίσης στους 6 μήνες. Τα μοντέλα αυτά λαμβάνουν υπόψη τη συσχέτιση μεταξύ των μετρήσεων του ίδιου ατόμου. Επίσης, προσεγγίζουν ικανοποιητικά την παρατηρούμενη μη γραμμική αύξηση των CD4 λεμφοκυττάρων κατά τη διάρκεια της HAART (εντονότερη αύξηση κατά τους πρώτους 3-6 μήνες μετά την έναρξη HAART και πιο αμβλεία στη συνέχεια), ενώ είναι σχετικά απλά και με εύκολα ερμηνεύσιμα αποτελέσματα.

Αποτελέσματα

Από τα 1.195 άτομα που υπήρχαν στην AMACS τον Αύγουστο του 2007, 883 (73,9%) ξεκίνησαν σταθερό σχήμα (≥ 2 μήνες) HAART και από αυτά 132 (14,9%) διέκοψαν όλα τα αντιρετροϊκά φάρμακα για διάστημα τουλάχιστον 2 μηνών. Συνολικά, σε 85 άτομα έγινε επανέναρξη HAART μετά την ΠΔΘ. Τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών αυτών παρουσιάζονται στον Πίνακα 1. Η πλειοψηφία των ατόμων του δείγματός μας ήταν άνδρες (83,5%) με πιθανή πηγή λοίμωξης τη σεξουαλική επαφή μεταξύ ανδρών (49,4%). Η διάμεση (ενδοτεταρτημοριακό εύρος - ΕΔΕ) ηλικία του πληθυσμού κατά την 1^η HAART ήταν 36,0 (31,7-42,1) έτη. Αξιοσημείωτο είναι ότι περίπου 1 στους 3 (35,3%) ασθενείς έλαβαν πάνω από 1 θεραπευτικά σχήματα πριν την ΠΔΘ, ενώ ανάλογο ποσοστό (32%) διέκοψε τη θεραπεία λόγω ιολογικής αποτυχίας. Η διάμεση διάρκεια της προ-ΠΔΘ HAART και της διακοπής θεραπείας ήταν 20,0 και 6,6 μήνες αντίστοιχα. Η διάμεσος (ETE) τιμή των προ-ΠΔΘ HAART ναδίρ

Πίνακας 1. Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των 85 ασθενών με επανέναρξη HAART μετά από πλήρη διακοπή του 1^{ου} σχήματος HAART.

	N	%
Φύλο		
Άνδρες	71	83,53
Γυναίκες	14	16,47
Ηλικία κατά την 1^η HAART		
20-30	16	18,82
30,1-40	43	50,59
>40	26	30,59
Πιθανή πηγή λοίμωξης		
Σεξ/κή επαφή μεταξύ ανδρών	42	49,41
ΧΕΝ ¹ /επαφή με αίμα η παράγωγα	23	27,06
Σεξ/κή επαφή μεταξύ ανδρών και γυναικών	15	17,65
Άγνωστη	5	5,88
Τύπος προ-ΠΔΘ² HAART		
PI	32	37,65
Boosted PI	8	9,41
NNRTI	38	44,71
ABC/TDF	7	8,24
Αριθμός σχημάτων πριν τη διακοπή		
1	55	64,71
2	26	30,59
>2	4	4,71
Ιολογική απόκριση στην προ-ΠΔΘ² HAART		
Αρχική	11	16,92
Σταθερή	17	26,15
Μη απόκριση	37	56,92
Αιτία διακοπής θεραπείας		
Ανεπ. ενέργειες	15	30,00
Αποτυχία θεραπείας	16	32,00
Άλλο	19	38,00
Τύπος HAART κατά την επανέναρξη		
PI	24	28,24
Boosted PI	18	21,18
NNRTI	35	41,18
ABC/TDF	7	8,24
Άλλο ⁴	1	1,18
Ιολογική απόκριση στην μετά-ΠΔΘ² HAART		
Αρχική	18	22,78
Σταθερή	23	29,11
Μη απόκριση	38	48,10
	Διάμεσος (ETE³)	Εύρος
Διάρκεια προ-ΠΔΘ ² HAART (μήνες)	20,01 (9,49-32,85)	2,07-70,57
Διάρκεια διακοπής θεραπείας (μήνες)	6,60 (3,38-15,05)	2,00-52,70

¹Χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών²Προγραμματισμένη διακοπή θεραπείας³Ενδοτεταρτημοριακό εύρος⁴2NTIs+PI+enfuvirtide

CD4 λεμφοκυττάρων ήταν 215 (76-344) κύτταρα/μl, ενώ κατά την έναρξη της προ-ΠΔΘ HAART και της ΠΔΘ ήταν 255 (124-509) και 463 (308-742) κύτταρα/μl, αντίστοιχα. Κατά την επανεναρξη της HAART, η διάμεσος (ETE) τιμή των CD4 λεμφοκυττάρων είχε μειωθεί στα 320 (199-519) κύτταρα/μl.

Στην Εικόνα 1 παρουσιάζεται η αθροιστική επίπτωση ιολογικής απόκρισης καθώς και επαναφοράς του αριθμού των CD4 λεμφοκυττάρων στα προ-ΠΔΘ επίπεδα. Η αθροιστική πιθανότητα (95% διάστημα αξιοπιστίας, Δ.Α.) ιολογικής απόκρισης στη μετα-ΠΔΘ HAART στους 12 και 18 μήνες ήταν 50,1% (37,7%-63,9%) και 58,0% (44,7%-71,9%) αντίστοιχα, ενώ εκτιμάται ότι το 50% παρουσίασε ιολογική απόκριση εντός 11,1 (6,3-22,3) μηνών από την επανεναρξη HAART. Οι αντίστοιχες εκτιμήσεις για την επαναφορά των επιπέδων των CD4 στα προ-ΠΔΘ επίπεδα ήταν 42,4% (28,2%-60,1%) και 70,2% (50,7%-87,4%) καθώς και 14,7 (7,8-17,9) μήνες, αντίστοιχα. Συνολικά, από τα 79 άτομα με επαρκή χρόνο παρακολούθησης μετά την επανεναρξη HAART, τα 41 (52%) εμφάνισαν αρχική ιολογική απόκριση, αλλά σε 18 από αυτά (44%) υπήρξε στη συνέχεια ιολογική αποτυχία. Στον Πίνακα 2 παρουσιάζεται η ιολογική απόκριση στην προ και μετα-ΠΔΘ HAART για τα 62 άτομα με επαρκή στοιχεία και για τις δύο περιόδους. Σχεδόν όλα τα άτομα (13/16 ή 81,3%) με σταθερή και τα 6/11 (54,5%) με αρχική ιολογική απόκριση στην 1^η HAART εμφάνισαν τουλάχιστον αρχική ιολογική απόκριση στη μετα-ΠΔΘ HAART. Ακόμα και από τα 35 άτομα χωρίς αρχική απόκριση στην 1^η HAART, τα 12 (34,3%) εμφάνισαν τουλάχιστον αρχική ιολογική απόκριση στη μετα-ΠΔΘ HAART. Ο κύριος

προγνωστικός παράγοντας ιολογικής απόκρισης στη μετα-ΠΔΘ HAART ήταν η ιολογική απόκριση στην 1^η HAART, με τα άτομα με ιολογική απόκριση, συγκριτικά με αυτά χωρίς απόκριση, στην προ-ΠΔΘ HAART να έχουν υπερ-επταπλάσια [Σχετικός Κίνδυνος (relative hazard-RH): 7,3, 95% όρια αξιοπιστίας (CI): 2,75-19,59, επίπεδο σημαντικότητας (P) <0,001] πιθανότητα να εμφανίσουν ιολογική απόκριση στη μετα-ΠΔΘ HAART. Υπήρξε επίσης ενδεικτική διαφορά (p=0,095) ως προς το φύλο, με τις γυναίκες να έχουν υπερδιπλάσια (RH: 2,4, 95% CI: 0,86-6,78) πιθανότητα αρχικής ιολογικής απόκρισης συγκριτικά με τους άνδρες. Συνολικά, τα CD4 λεμφοκύτταρα επανέκαμψαν στα προ-ΠΔΘ επίπεδα στο 52% των ασθενών.

Στην Εικόνα 2Α παρουσιάζεται η διαχρονική εξέλιξη των CD4 λεμφοκυττάρων μετά την επανεναρξη HAART. Κατά το 1^ο εξάμηνο παρατηρείται σημαντική αύξηση των CD4 λεμφοκυττάρων η οποία, όμως, ακολουθείται από μια σταθερή ή ασθενώς αυξητική πορεία. Στην Εικόνα 2B παρουσιάζονται τα εκτιμηθέντα με βάση το κατά τμήματα γραμμικό μοντέλο τυχαίων επιδράσεων διάμεσα επίπεδα CD4 λεμφοκυττάρων κατά την προ και μετα-ΠΔΘ HAART. Η αλλαγή κλίσης (δηλαδή αλλαγή του ρυθμού μεταβολής των CD4 λεμφοκυττάρων) τέθηκε στους 6 μήνες μετά την έναρξη HAART. Η αύξηση των CD4 λεμφοκυττάρων κατά τους πρώτους 6 μήνες υπό HAART ήταν παρόμοια στην προ- και στη μετα-ΠΔΘ περίοδο. Όμως, μετά τους πρώτους 6 μήνες, δεν παρατηρείται αύξηση των CD4 στη μετα-ΠΔΘ περίοδο, ενώ υπήρχε αυξητική τάση στην προ-ΠΔΘ περίοδο. Η εκτιμηθείσα μέση (95% Δ.Α.) αύξηση ανά μήνα στην κλίμακα της τετραγωνικής ρίζας ήταν για τη μετα-ΠΔΘ

Πίνακας 2. Ιολογική απόκριση στην προ και μετά την πλήρη διακοπή της αντιρετροϊκής θεραπείας (ΠΔΘ) HAART.

	Ιολογική απόκριση στη μετα-ΠΔΘ HAART			
	Αρχική n (%)	Σταθερή* ¹ n (%)	Μη απόκριση n (%)	Σύνολο n (%)
Ιολογική απόκριση στην προ-ΠΔΘ HAART				
Αρχική	3 (27,3)	3 (27,3)	5 (45,5)	11 (17,7)
Σταθερή* ²	3 (18,8)	10 (62,5)	3 (18,8)	16 (25,8)
Μη απόκριση	8 (22,9)	4 (11,4)	23 (65,7)	35 (56,5)
Σύνολο	14 (22,6)	17 (27,4)	31 (50,0)	62 (100)

*¹Για διάμεσο (ενδοτεταρτημοριακό εύρος) διάστημα: 17 (11-26) μήνες

*²Για διάμεσο (ενδοτεταρτημοριακό εύρος) διάστημα: 20 (12-36) μήνες

HAART 0,49 (0,3-0,67, $p < 0,001$) για το 1^ο εξάμηνο HAART και 0,02 (-0,06-0,09, $p = 0,674$) μετά από αυτό, ενώ για την προ-ΠΔΘ HAART ήταν 0,51 (0,33-0,69, $p < 0,001$) και 0,07 (-0,03-0,16, $p = 0,175$) αντίστοιχα. Η παρατηρηθείσα διαφορά (αν και όχι στατιστικά σημαντική στο ονομαστικό επίπεδο σημαντικότητας 5%) μετά το 1^ο εξάμηνο χορήγησης HAART ανάμεσα στην προ- και μετα-ΠΔΘ HAART, οδηγεί μακροπρόθεσμα σε διαφορετικό κέρδος στον αριθμό των CD4 λεμφοκυττάρων στην προ- και μετα-ΠΔΘ HAART. Η μέση (95% Δ.Α.) αύξηση των CD4 λεμφοκυττάρων στους 3, 6, 12 και 18 μήνες μετά την επανέναρξη HAART εκτιμάται σε 55 (34-76), 115 (70-160), 119 (74-164) και 123 (71-175) κύτταρα/μλ, αντίστοιχα. Οι αντίστοιχες τιμές κατά την προ-ΠΔΘ HAART ήταν 58 (37-79), 121 (75-167), 138 (94-181) και 155 (101-209) κύτταρα/μλ. Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής ανάλυσης (Πίνακας 3) έδειξαν ότι ο ρυθμός αύξησης των CD4 λεμφοκυττάρων κατά το 1^ο εξάμηνο μετά την επανέναρξη HAART ήταν μεγαλύτερος σε άτομα που άρχισαν 1^η HAART με CD4 ≥ 250 κύτταρα/μλ, ενώ αντίθετα ο αντίστοιχος ρυθμός αύξησης βρέθηκε μειωμένος σε άτομα με πολλές αλλαγές ART πριν τη ΠΔΘ.

Συζήτηση

Τα πρόσφατα αποτελέσματα της μεγάλης τυχαίοποιημένης κλινικής μελέτης SMART⁹ έδειξαν ότι οι διακοπές αντιρετροϊκής θεραπείας έχουν σημαντικές αρνητικές κλινικές επιδράσεις και

επομένως, οι ερευνητές συμπέραναν ότι οι επαναλαμβανόμενες διακοπές ART θα έπρεπε να αποθαρρύνονται ακόμα και στις περιπτώσεις που είναι καθοδηγούμενες από τον αριθμό των CD4 λεμφοκυττάρων. Παρόμοια αποτελέσματα ανακοινώθηκαν και από δύο άλλες τυχαίοποιημένες κλινικές δοκιμές,^{17,18} ενώ αντίθετα αποτελέσματα δημοσιεύτηκαν από μία τρίτη κλινική δοκιμή¹⁹ στην οποία, όμως, τα όρια των CD4 λεμφοκυττάρων για τη διακοπή και την επανέναρξη της HAART ήταν ιδιαίτερα υψηλά (500 κύτταρα/μλ) συγκριτικά με αυτά στις υπόλοιπες μελέτες. Αξίζει να σημειωθεί ότι συμπληρωματική ανάλυση του χρόνου παρακολούθησης μετά την επανέναρξη της HAART στην SMART έδειξε ότι, ακόμα και σε ασθενείς που επιτυγχάνουν πλήρη ιολογική καταστολή μετά την επανέναρξη ART, η ανοσολογική απόκριση παραμένει μικρότερη απ' ό,τι ήταν στην προ-διακοπής ART.²⁰

Μετά τα αποτελέσματα αυτά αναμένεται οι διακοπές ART να μειώνονται διαχρονικά. Παρόλα αυτά, θα συνεχίζουν να υπάρχουν ασθενείς που θα διακόπτουν την ART είτε από επιλογή τους είτε λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών της θεραπείας.^{10,11,14} Επιπλέον, παρότι οι σχετικές αρνητικές επιπτώσεις των διακοπών ART φαίνεται, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της SMART, να ισχύουν για όλες τις υποομάδες ασθενών (ανεξάρτητα δηλαδή από τον αριθμό των CD4 λεμφοκυττάρων κατά τη διακοπή της θεραπείας ή/και την ύπαρξη ιολογικής καταστολής), είναι γεγονός ότι ο απόλυτος κίνδυνος

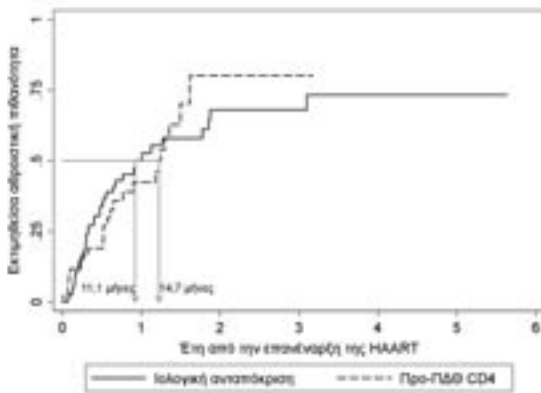
Πίνακας 3. Προγνωστικοί παράγοντες ρυθμού μεταβολής των CD4 λεμφοκυττάρων κατά το 1^ο εξάμηνο μετά την επανέναρξη HAART. Αποτελέσματα από κατά τμήματα γραμμικό μοντέλο τυχαίων επιδράσεων με αλλαγή κλίσης στους 6 μήνες.

	Διαφορά στο ρυθμό μεταβολής (ανά μήνα) κατά το 1 ^ο 6μηνο ¹	95% Δ.Ε.	p
CD4 κατά την προ-ΠΔΘ² HAART			
250-499/ <250	0,229	-0,117-0,575	0,194
500+/ <250	0,449	0,072-0,827	0,02
Διάρκεια ΠΔΘ² (μήνες)			
4-5,9/ <4	0,828	0,349-1,308	0,001
6-11,9/ <4	0,914	0,522-1,306	<0,001
12+/ <4	1,045	0,618-1,472	<0,001
Αριθμός σχημάτων πριν την ΠΔΘ²			
2+ / 1	-0,46	-0,797 -- -0,124	0,007

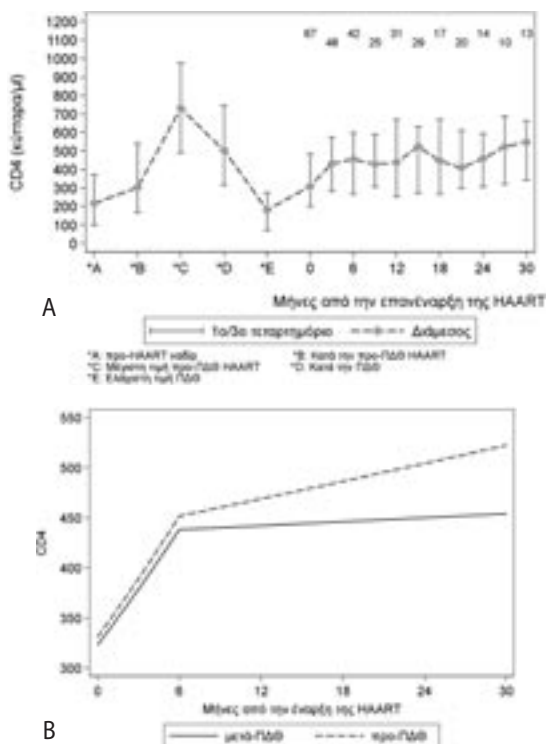
¹Κλίμακα τετραγωνικής ρίζας. Θετικές τιμές υποδεικνύουν μεγαλύτερες αυξήσεις

²Πλήρης διακοπή θεραπείας

εξέλιξης της νόσου είναι ιδιαίτερα χαμηλός σε συγκεκριμένες ομάδες ασθενών, όπως σε άτομα με σταθερή ιολογική απόκριση και με ισχυρή ανοσολογική ανάκαμψη.^{17,21-23} Επομένως, η μελέτη των



Εικόνα 1. Αθροιστική πιθανότητα ιολογικής απόκρισης και επαναφοράς του αριθμού των CD4 λεμφοκυττάρων στα προ-διακοπής επίπεδα κατά τη διάρκεια HAART που ακολουθεί μετά από πλήρη διακοπή αντιρετροϊκής θεραπείας (ΠΔΘ).



Εικόνα 2. Παρατηρηθέντα διάμεσα (1^ο και 3^ο τεταρτημόριο) επίπεδα CD4 λεμφοκυττάρων μετά την επανέναρξη HAART (A) και εκτιμώμενος αριθμός CD4 λεμφοκυττάρων κατά τη διάρκεια της προ και της μετά από πλήρη διακοπή θεραπείας HAART (B).

επιπτώσεων των διακοπών ART στην αποτελεσματικότητα της HAART που χορηγείται μετά από ΠΔΘ (αν δηλαδή επανέρχονται οι ασθενείς στην προ-ΠΔΘ κατάσταση ή αν οι αρνητικές επιπτώσεις των διακοπών επιμένουν και μετά την επανέναρξη της θεραπείας) παραμένει ένα ιδιαίτερα ενδιαφέρον κλινικό ερώτημα.

Ένα σημαντικό ποσοστό (52%) των ασθενών που μελετήσαμε μείωσε το ιικό φορτίο σε ≤ 500 αντίγραφα/ml σύντομα μετά την επανέναρξη HAART, αλλά στη συνέχεια το 44% αυτών εμφάνισε ιολογική αποτυχία. Τα ποσοστά αυτά είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρήθηκαν κατά τη διάρκεια της προ-ΠΔΘ HAART στους συγκεκριμένους ασθενείς. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το εύρημα ότι μόνο 3 από τα 16 άτομα με σταθερή ιολογική απόκριση στην προ-ΠΔΘ HAART δεν είχε ιολογική απόκριση στη μετα-ΠΔΘ HAART, ενώ αντίθετα ένα σημαντικό ποσοστό (31%) από τα άτομα χωρίς αρχική ιολογική απόκριση στην προ-ΠΔΘ HAART εμφάνισε τουλάχιστον αρχική ιολογική απόκριση κατά τη HAART μετά την ΠΔΘ. Παρόμοια αποτελέσματα έχουν δημοσιευτεί και από άλλες μελέτες.^{7,24} Ενδιαφέρον θα είχε η διερεύνηση της υπόθεσης ότι οι ασθενείς με πλήρη ιολογική καταστολή πριν την ΠΔΘ έχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης αντοχής κατά τη διάρκεια της διακοπής ART. Δυστυχώς, δεδομένα αντοχής δεν ήταν διαθέσιμα και επομένως, την υπόθεση αυτή δεν μπορέσαμε να την διερευνήσουμε.

Στη μελέτη μας, όπως και σε άλλες,^{11,15,22,25} παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση του αριθμού των CD4 λεμφοκυττάρων αμέσως μετά την επανέναρξη HAART, όμως μόνο στο 52% των ασθενών τα CD4 επανήλθαν στα προ-ΠΔΘ επίπεδα κατά τη διάρκεια παρακολούθησης. Συγκρίνοντας τις διαχρονικές τάσεις των CD4 λεμφοκυττάρων κατά τη διάρκεια της προ- με τη μετα-ΠΔΘ HAART, βρέθηκε ότι μακροχρόνια, το κέρδος σε αριθμό CD4 λεμφοκυττάρων ήταν μικρότερο κατά τη μετα-συγκριτικά με την προ-ΠΔΘ HAART. Η διαφορά αυτή δεν αναδείχθηκε στατιστικά σημαντική στο ονομαστικό επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (5%), αλλά ο αριθμός των ασθενών με επαρκή δεδομένα κατά τη διάρκεια της HAART τόσο πριν όσο και μετά την ΠΔΘ ήταν σχετικά μικρός και άρα η ισχύς της στατιστικής δοκιμασίας μικρή. Παρόλα αυτά, το αποτέλεσμα αυτό αποτελεί ένδειξη ότι η πλήρης ανοσολογική ανάκαμψη είναι δύσκολη μετά από ΠΔΘ.

Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι ασθενείς με χαμηλότερα επίπεδα CD4 λεμφοκυττάρων (και ιδιαίτερα αυτοί με <250 κύτταρα/μl) κατά την έναρξη της προ-ΠΔΘ HAART και με πολλαπλές αλλαγές θεραπευτικών σχημάτων πριν τη διακοπή ART έχουν μικρότερες αυξήσεις στα CD4 λεμφοκύτταρα κατά τη διάρκεια της HAART που ακολουθεί τη ΠΔΘ. Σε μία άλλη μελέτη βρέθηκε ότι ασθενείς με CD4 κατά την έναρξη 1^{ης} HAART <200 κύτταρα/μl έχουν μικρότερες αυξήσεις CD4 λεμφοκυττάρων,²⁶ ενώ αποτελέσματα της EuroSIDA²⁷ έδειξαν ότι τόσο η μεγάλη ηλικία όσο και τα χαμηλά επίπεδα CD4 λεμφοκυττάρων συνδέονται με μικρότερες αυξήσεις των CD4 λεμφοκυττάρων 12 μήνες μετά την έναρξη της HAART. Χαμηλότερα ναδίρ CD4 και μεγαλύτερη ηλικία έναρξης HAART έχουν επίσης συνδεθεί με μεγαλύτερες πτώσεις CD4 λεμφοκυττάρων κατά την ΠΔΘ.^{5,7,13,14} Συνεκτιμώντας όλα αυτά τα δεδομένα συνάγεται το συμπέρασμα ότι από τη στιγμή που οι ασθενείς εμφανίσουν σοβαρή ανοσολογική καταστολή (CD4 <250 κύτταρα/μl), ανεξάρτητα από τη μεσολάβηση HAART, οι διακοπές ART ενδέχεται να μην είναι ασφαλείς τόσο όσον αφορά στις μεταβολές των CD4 κατά τη διάρκεια των διακοπών όσο και στην ικανότητα των ασθενών για ανοσολογική ανάκαμψη μετά την επανέναρξη HAART.

Συμπερασματικά, παρά τα αρνητικά αποτελέσματα της SMART και άλλων κλινικών δοκιμών, οι ασθενείς θα συνεχίζουν, αν και σε μικρότερο βαθμό, να διακόπτουν την ART για διάφορους λόγους. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης έδειξαν ότι κατά την επανέναρξη HAART οι ασθενείς έχουν μεγάλη πιθανότητα ιολογικής απόκρισης στη θεραπεία. Τα ποσοστά μάλιστα ιολογικής απόκρισης σε HAART μετά από ΠΔΘ είναι αντίστοιχα με αυτά κατά την προ-ΠΔΘ HAART. Όμως, η ανοσολογική ανάκαμψη δεν είναι πλήρης, ιδιαίτερα σε άτομα που ξεκίνησαν την προ-ΠΔΘ HAART με CD4 <250 κύτταρα/μl και είχαν πολλαπλές αλλαγές σχημάτων ART πριν την ΠΔΘ. Σε περίπτωση που ασθενείς με αυτά τα χαρακτηριστικά αποφασίσουν ή αναγκαστούν να διακόψουν την ART, απαιτείται προσεκτική και ιδιαίτερα συχνή παρακολούθησή τους.

Χρηματοδότηση

Η μελέτη AMACS έχει μερική χρηματοδότηση από την εταιρία Janssen-Cilag.

Βιβλιογραφία

1. Palella FJ, Delaney KM, Moorman AC, et al. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med* 1998; 338:853-860.
2. Hammer SM, Squires KE, Hughes MD, et al. A controlled trial of two nucleoside analogues plus indinavir in persons with human immunodeficiency virus infection and CD4vcell counts of 200 per cubic millimetre or less. AIDS Clinical Trials Group 320 Study Team. *N Engl J Med* 1997; 337:725-733.
3. Hogg RS, Havlir D, Miller V, et al. To stop or not to stop: that is the question, but what is the answer? *AIDS* 2002; 16:787-789.
4. Carr A, Cooper DA. Adverse effects of antiretroviral therapy. *Lancet* 2000; 356:1423-1430.
5. Toulson AR, Harrigan R, Heath K, et al. Treatment interruption of highly active antiretroviral therapy in patients with nadir CD4 cell counts >200 cells/mm³. *J Infect Dis* 2005; 192:1787-1793.
6. Giuntini R, Marttinelli C, Ambu S, et al. Prolonged treatment interruption in chronic HIV infection: a new strategy? *AIDS* 2005; 19:209-215.
7. Boschi A, Tinelli C, Ortolani P, et al. CD4+ cell-count-guided treatment interruptions in chronic HIV-infected patients with good response to highly active antiretroviral therapy. *AIDS* 2004; 18:2381-2389.
8. Lawrence J, Mayers DL, Hullsiek KH, et al, for the 064 Study Team of the Terry Beinr Community Programs for Clinical Research on AIDS. Structured treatment interruption in patients with multi-resistant human immunodeficiency virus. *N Engl J Med* 2003; 349:837-846.
9. El-Sadr W, Lundgren JD, Neaton J, et al. for the SMART Study Group. CD4+ count-guided interruption of antiretroviral treatment. *NEJM* 2006; 355:2282-2296.
10. D'Arminio Monforte A, Cozzi-Lepri A, Andrew P, et al. Interruption of Highly Active Antiretroviral Therapy in HIV clinical practice. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2005; 38:407-416.
11. Sanchez R, Portilla J, Gimeno A, et al. Immunovirologic consequences and safety of short, non-structured interruptions of successful antiretroviral treatment. *Journal of Infection* 2007; 54:159-166.
12. Gardiello PG, Hassink E, Ananworanich J, et al. A prospective, randomized trial of structured treatment interruption for patients with chronic HIV type 1 infection. *Clinical Infectious Diseases* 2005; 40:594-600.

13. Maggiolo F, Ripamonti D, Gregis G, et al. Effect of prolonged discontinuation of successful antiretroviral therapy on CD4 T cells: a controlled, prospective trial. *AIDS* 2004; 18:439-446.
14. Touloumi G, Pantazis N, Antoniou A, et al, on behalf of the CASCADE collaboration. Highly Active Antiretroviral Therapy interruption: predictors and virologic and immunological consequences. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006; 42:554-561.
15. Gianotti N, Soria A, Galli L, et al. Predictors of sustained response to therapy resumption after treatment interruption in HIV-infected patients failing antiretroviral therapy. *J Med Virol* 2004; 72:181-186.
16. Jaafar A, Massip P, Sandres-Saune K, et al. HIV therapy after treatment interruption in patients with multiple failures and more than 200 CD4⁺ T lymphocyte count. *J Med Virol* 2004; 74:8-15.
17. Pogany K, Vanvalkengoed IG, Prins JM, et al. Effects of active treatment discontinuation in patients with a CD4⁺ T-cell nadir greater than 350 cells/mm³: 48-week Treatment Interruption in Early Starters Netherlands Study (TRIESTAN). *J Acquir Immune Defic Syndr* 2007; 44:395-400.
18. Danel C, Moh R, Minga A, et al. CD4-guided structured antiretroviral treatment interruption strategy in HIV-infected adults in west Africa (Trivacan ANRS 1269 trial): a randomized trial. *Lancet* 2006; 367:1981-1989.
19. Ananworanich J, Gayet-Ageron A, Le Braz M, et al. CD4-guided scheduled treatment interruptions compared with continuous therapy for patients with HIV-1: results of the Staccato randomized trial. *Lancet* 2006; 368:459-465.
20. El-Sadr W and the SMART Study Group. Re-initiation of ART in the CD4-guided ART interruption group in the SMART Study lowers risk of opportunistic diseases or death [abstract 36]. In: Program and abstracts of the 15th Conference on Retrovirus and Opportunistic Infections. Boston MA, USA, 2008.
21. Krolewiecki AJ, Zala C, Vanzulli C, et al. Safe treatment interruptions in patients with nadir CD4 counts of more than 350 cells/microL: a randomized trial. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006; 41:425-429.
22. Boschi A, Tinelli C, Ortolani P, et al. Safety and factors predicting the duration of first and second treatment interruptions guided by CD4⁺ cell counts in patients with chronic HIV infection. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy* 2006; 57:520-526.
23. Paton NI. Treatment interruption strategies: how great are the risks? *Cutt Opin Infect Dis* 2008; 21: 25-30.
24. Tarwater PM, Parish M, Gallant JE. Prolonged treatment interruption after immunologic response to highly active antiretroviral therapy. *Clin Infect Dis* 2003; 37:1541-1548.
25. Mata RC, Viciana P, de Alarcon A, et al. Discontinuation of antiretroviral therapy in patients with chronic HIV infection: clinical, virologic, and immunologic consequences. *AIDS Patient Care STDS* 2005; 19:550-562.
26. Moore RD, Keruly JC. CD4⁺ cell count 6 years after commencement of highly active antiretroviral therapy in persons with sustained virologic suppression. *Clinical Infectious Diseases* 2007; 44: 441-446.
27. Florence E, Lundgren J, Dreezen C, et al. for the EuroSIDA Study Group. Factors associated with a reduced CD4 lymphocyte count response to HAART despite full viral suppression in the EuroSIDA study. *HIV Medicine* 2003; 4:255-262.

Η επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά και η δυσκολία στην εφαρμογή επικοινωνιακών δράσεων κατά του AIDS

Ε. Μέλιου, Έ. Ιωαννίδη, Δ. Αγραφιώτης

Περίληψη

Σκοπός της έρευνας είναι η κατανόηση της υιοθέτησης επικίνδυνης σεξουαλικής συμπεριφοράς και η συμβολή στην αποτελεσματικότερη δημιουργία εκστρατειών πρόληψης. Για την έρευνα πραγματοποιήθηκαν 30 ημιδομημένες συνεντεύξεις στην Ελλάδα και τη Γαλλία. Η ποιοτική ανάλυση επέτρεψε την αλληλόδραση μεταξύ του πλαισίου και των ψυχολογικών χαρακτηριστικών με στόχο την ανάδυση «τυπικών καταστάσεων». Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, η επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά δεν μπορεί να αποδίδεται μόνο σε μια ατομιστική διαχείριση της επικινδυνότητας, αλλά για την κατανόησή της πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η αλληλόδραση των πρωταγωνιστών σε μια συγκεκριμένη κατάσταση.

Λέξεις κλειδιά: σεξουαλική συμπεριφορά, αλληλόδραση, πρόληψη, επικοινωνία.

Sexual risk behaviour and difficulties in the implementation of HIV/AIDS prevention interventions

H. Meliou, E. Ioannidi, D. Agrafiotis

Abstract

The aim of this study is to obtain understanding of condom use in sexual relationships. We assume that sexual behaviour is created interactively within and between sexual partners regarding the situational context people find themselves in. Data was collected through 30 individual semi-structured interviews. Using qualitative analysis based on "typical situations", environmental and psychological parameters were combined and correlated. The results contribute new knowledge to prevention campaigns. We consider that prevention interventions should take into account this interactive perspective in specific "settings", since condom use is rather related to situational risk than to certain risk behaviour.

Key words: sexual behaviour, interaction, prevention, communication.

Εισαγωγή

Ο ρόλος των προληπτικών δράσεων είναι αρκετά σημαντικός, αφού παρόλη την πρόοδο που έχει σημειωθεί στο θεραπευτικό τομέα, διαπιστώνεται αυξητική τάση στα ποσοστά των κρουσμάτων του AIDS. Ελλείψει πανάκειας, οι εκστρατείες πρόληψης αποτελούν ίσως τον μοναδικό τρόπο αντιμετώπισης της ασθένειας. Στόχος της έρευνας που ακολουθεί είναι η κατανόηση της υιοθέτησης επικίνδυνης σεξουαλικής συμπεριφοράς, όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τους κοινωνικούς πρωταγωνιστές μέσα σε μια σχέση, και η συμβολή της στο σχεδιασμό επικοινωνιακών δράσεων κατά του AIDS.

Βασιζόμενοι στις φαινομενολογικές προσεγγίσεις του Schultz¹ και των Berger & Luckmann² θα αναλυθούν «τυπικές καταστάσεις» σεξουαλικών σχέσεων, αναδεικνύοντας παράλληλα τη δυσκολία εφαρμογής επικοινωνιακών μέτρων πρόληψης. Στην παρούσα μελέτη θεωρούμε ότι η επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά, με άλλα λόγια, η μη χρήση προφυλακτικού, δεν μπορεί να αποδοθεί μόνο σε μια ατομιστική διαχείριση της επικινδυνότητας, σύμφωνα με τα ψυχολογικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά του ατόμου. Για την κατανόησή της πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η αλληλόδραση των πρωταγωνιστών σε μια σεξουαλική σχέση. Πιο συγκεκριμένα, μια σεξουαλική σχέση εμπεριέχει

τη σχέση με ένα άλλο άτομο και διαμορφώνεται από την αλληλόδρασή τους. Κατά τη διάρκεια αυτών των αλληλοδράσεων αναδύονται σημασίες που συνδέονται με την προβληματική της σχέσης. Το νόημα, συνεπώς, μιας συμπεριφοράς είναι αποτέλεσμα διαφόρων αλληλοδράσεων, που αφορούν στη συγκεκριμένη «κατάσταση» στην οποία η επικοινωνιακή πράξη λαμβάνει χώρα.³

Όπως χαρακτηριστικά διαφαίνεται από την έρευνα, η άρνηση υιοθέτησης προληπτικών συμπεριφορών παρουσιάζεται και ερμηνεύεται ως απολύτως λογική για τους συμμετέχοντες σε μια σεξουαλική σχέση. Η μη χρήση του προφυλακτικού αποτελεί για τους κοινωνικούς πρωταγωνιστές την καλύτερη λύση προκειμένου να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της σχέσης τους. Στην παρούσα έρευνα θα αναλυθεί με ποιο τρόπο η μεταξύ τους αλληλόδραση συμβάλλει στην ανάδυση σημασιών που καθιστούν αδύνατη τη χρήση του προφυλακτικού.

Υλικό και Μέθοδοι

Για την έρευνα πραγματοποιήθηκαν τριάντα ημιδομημένες συνεντεύξεις το 2005 σε άντρες και γυναίκες ετεροφυλόφιλους και ομοφυλόφιλους, στην πλειοψηφία τους ηλικίας 20-30 ετών, στην Ελλάδα και τη Γαλλία, δύο χώρες με διαφορετικό επιδημιολογικό προφίλ. Η αρχική ανάλυση αφορούσε στη δομή των καταστάσεων με στόχο την ανάδειξη μιας τυπολογίας. Στη συνέχεια κάθε τύπος αναλύθηκε με σκοπό να εξηγηθεί η λογική των επιχειρημάτων που παρατίθενται από τους ερωτηθέντες και να αναδειχθεί η προβληματική του, δηλαδή ο υπολανθάνων στόχος των συμμετεχόντων σε μια σχέση.

Αποτελέσματα

Η έρευνα επέτρεψε την καταγραφή τεσσάρων τυπικών καταστάσεων.

• Η κατάσταση «αμοιβαίας επιβεβαίωσης της ήδη υπάρχουσας εμπιστοσύνης»

Πρόκειται για μια κατάσταση τυπική και εύκολα αναγνωρίσιμη. Όπως αναδείχθηκε από την έρευνα, ένα από τα στοιχεία που τη συνθέτουν είναι η αγάπη που υπάρχει ήδη ανάμεσα στους συντρόφους και χαρακτηρίζει τη μακράς διάρκειας σχέση τους. Στην περίπτωση αυτή ο σύντροφος θεωρείται ιδανικός και αποκλειστικός. Το ζευγάρι, τέλος, μοιράζεται τις αξίες της πίστης και της αμοιβαίας εμπιστοσύνης. Τα χαρακτηριστικά αυτά δομούν μια τυπική κατάσταση σεξουαλικής σχέσης, στην οποία υπολανθάνων

στόχος του ζευγαριού είναι η αμοιβαία επιβεβαίωση της ήδη υπάρχουσας εμπιστοσύνης. Δεδομένης της προβληματικής που απορρέει από αυτή την κατάσταση, είναι εύλογο ότι η χρήση του προφυλακτικού απορρίπτεται από τους συμμετέχοντες. Η ενδεχόμενη χρήση του θέτει σε αμφισβήτηση την ήδη υπάρχουσα εμπιστοσύνη, γεγονός το οποίο αποκλείεται από τη δομή της σχέσης.

Υιοθετώντας μια τέτοια συμπεριφορά οι σύντροφοι εκφράζουν την εμπιστοσύνη τους και την αγάπη τους, όπως παρατηρούν οι Théodore, Duran, Antoni και Fernandez⁴ σε μια έρευνα σε ομοφυλόφιλους οροθετικούς που διατηρούν σταθερές σχέσεις. Αναφορικά με τις ετεροφυλικές σχέσεις, η μετα-αναλυτική έρευνα των Sheeran, Orbell και Abraham⁵ έδειξε ότι 52% των ατόμων που διατηρούν μια σχέση σταθερή και έμπιστη δεν χρησιμοποιούν προφυλακτικό.

Όπως χαρακτηριστικά δηλώνει ένας από τους ερωτώμενους «... μου έτυχε να μην προστατευτώ γιατί διατηρούσα σταθερή σχέση. Ήμουν δύο χρόνια σε μια σχέση με κάποιον που ήμουν πολύ ερωτευμένος και φυσικά μετά από ένα διάστημα δεν χρησιμοποιούσαμε πλέον προφυλακτικό... επειδή υπήρχε εμπιστοσύνη και δεν είναι δυνατό να θεωρήσουμε ότι ο άνθρωπος που αγαπάμε είναι οροθετικός. Δεν θέλουμε ούτε να το παραδεχτούμε» (Pierre, 22 ετών, ομοφυλόφιλος, Γάλλος). Η διακοπή χρήσης του προφυλακτικού είναι μια πράξη που σηματοδοτεί την εμπιστοσύνη στον άλλο και απορρέει από τη δομή της σταθερής σχέσης. Ένας άλλος υπογραμμίζει «... σε μια σταθερή σχέση έχεις μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στο σύντροφο από μια περιστασιακή σχέση... η σεξουαλική πράξη δεν είναι καν η ίδια... υπάρχει κάτι ανάμεσα στο δικό σου σώμα και του άλλου» (Γιάννης, ετεροφυλόφιλος, Έλληνας).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που το προφυλακτικό χρησιμοποιείται στην αρχή μιας σχέσης ως μέσο αντισύλληψης. Παρόλα αυτά, εγκαταλείπεται γρήγορα και αντικαθίσταται από άλλα είδη αντισύλληψης. Ένας από τους συμμετέχοντες στην έρευνα σημειώνει «... για να είμαι ειλικρινής δεν μίλησα με το σύντρόφό μου για το συγκεκριμένο θέμα... τον εμπιστεύτηκα... το προφυλακτικό με ενοχλεί... νομίζω πως ενοχλεί και τους δύο... δεν χρησιμοποιώ προφυλακτικό στις σταθερές μου σχέσεις... υπάρχουν και άλλοι τρόποι αντισύλληψης, όπως το χάπι. Επιλέγω λοιπόν αυτή την επιλογή... Το AIDS για μένα είναι κάτι πολύ λιγότερο σημαντικό... δεν το σκέφτομαι» (Μαρία, 33 ετών, Ελληνίδα).

Σε μια τέτοια σχέση μακρόχρονης αλληλογνωριμίας, που υπάρχει εμπιστοσύνη και αγάπη, η χρήση του προφυλακτικού δεν έχει νόημα. Η αλληλόδραση αυτή προκαλεί το σύντροφο, αφού γίνεται αντιληπτή ως πράξη αμφισβήτησης του άλλου. Συνεπώς, αποτρέπει τους συντρόφους από την υιοθέτηση μιας προληπτικής συμπεριφοράς. Διαπιστώνεται, λοιπόν, ότι αυτό που θεωρείται λογικό για την πρόληψη είναι εντελώς παράλογο για τους κοινωνικούς πρωταγωνιστές σε μια σχέση. Η μη χρήση του προφυλακτικού επισφραγίζει την εμπιστοσύνη στο σύντροφο.

• **Η κατάσταση της «άμεσης επιβεβαίωσης της αληθινής εμπιστοσύνης»**

Κυρίαρχο στοιχείο της κατάστασης αυτής είναι η σταθερότητα που οι πρωταγωνιστές αποδίδουν σε μια σχέση πρόσφατη και επαναλαμβανόμενη. Πιο συγκεκριμένα, η αρχική περίοδος της σχέσης χαρακτηρίζεται από ανασφάλεια και αμηχανία, αναφορικά με τα συναισθήματα και τις προθέσεις του συντρόφου. Τα άτομα είναι επιφυλακτικά και διστακτικά και υιοθετούν μια συνεχή χρήση του προφυλακτικού. Παρόλα αυτά, ο ενθουσιασμός της νέας γνωριμίας και η επιθυμία να γνωρίσουν τον άλλο υπερσχύουν, με αποτέλεσμα η σχέση να θεωρείται από τους συμμετέχοντες ως «σταθερή». Βασική συστατική, επίσης, αυτής της κατάστασης είναι η εντύπωση που υπάρχει μεταξύ των πρωταγωνιστών ότι «γνωρίζονται», γεγονός που τους επιβεβαιώνει και τους ανακουφίζει, όπως σε μια σταθερή, μακράς διάρκειας σχέση. Εντούτοις, αντικειμενικά διανύουν μια περίοδο αλληλογνωριμίας. Τέλος, το τρίτο στοιχείο που συνθέτει την κατάσταση είναι οι αξίες της εμπιστοσύνης και της αμοιβαίας εμπλοκής σε μια καινούρια σχέση. Διαπιστώνεται ότι σε αυτή την περίπτωση ο υπολανθάνων στόχος του ζευγαριού είναι η εγκαθίδρυση της «αληθινής εμπιστοσύνης». Τα άτομα θέλουν να αποδείξουν γρήγορα την εμπιστοσύνη τους στον άλλο, προκειμένου να σταθεροποιήσουν αυτή τη σχέση εμπιστοσύνης. Φυσικά, γίνεται αντιληπτό ότι η χρήση του προφυλακτικού αποτελεί και εδώ εμπόδιο.

Είναι σαφές ότι η διάρκεια της σχέσης αποτελεί έναν πολύ σημαντικό παράγοντα που επηρεάζει τη χρήση του προφυλακτικού. Όπως οι De Visser και Smith⁶ υπογραμμίζουν, οι επαναλαμβανόμενες, μονογαμικές σχέσεις μικρής διάρκειας (serial monogamy) χαρακτηρίζονται από χαμηλά ποσοστά χρήσης προφυλακτικού, αφού θεωρούνται από τους κοινωνικούς πρωταγωνιστές ως σταθερές, σχεδόν από την αρχή της σχέσης τους.

Δύο αποσπάσματα από τις συνεντεύξεις επιβεβαιώνουν τα παραπάνω: «... Μετά από ένα διάστημα δεν χρησιμοποιείς προφυλακτικό. Ειλικρινά ποτέ δεν μέτρησα... αλλά θα έλεγα ότι είναι αρκετά γρήγορα (γέλια). Όταν αρχίζεις να γνωρίζεις τον άλλο... Ξέρω πως δεν σημαίνει τίποτα βέβαια αυτό... (...). Είσαι μαζί με την κοπέλα δύο εβδομάδες, όλα πάνε καλά... χρησιμοποιείς προφυλακτικό κατά τη διάρκεια δύο εβδομάδων... ». Παρόλα αυτά, τα άτομα ενθουσιασμένα από την «αλλαγή» και τον καινούριο έρωτα επενδύουν στη νέα σχέση και η οικειότητα καταλαμβάνει γρήγορα σημαντική θέση: «... μετά από δύο εβδομάδες για παράδειγμα, περάσαμε χ νύχτες μαζί, βλέπεις πράγματά της στο χώρο σου... μετά λοιπόν δεν χρησιμοποιείς πλέον προφυλακτικό. Πιστεύω ότι γνωρίζω την κοπέλα... δεν τη γνωρίζω βέβαια και αυτό που λέω δεν στέκει, αλλά έχεις την εντύπωση ότι ξέρεις τον άλλο» (Nicolas, ετεροφυλόφιλος, Γάλλος). Επιπλέον, αναφορικά με την αντίληψη που τα άτομα έχουν για τη σταθερή σχέση, η απάντηση ενός ερωτώμενου είναι χαρακτηριστική: «... Για εμένα η σταθερή σχέση είναι σχεδόν μια κοινή ζωή... να υπάρχει προοπτική και να βλέπω τη σύντροφό μου τακτικά... (...). Και μετά από ένα μήνα, γιατί όχι;» (Παύλος, ετεροφυλόφιλος, Έλληνας).

Σε αυτή την πρόσφατη σχέση, της αλληλογνωριμίας και της εμπιστοσύνης που ξεκινάει να εγκαθίσταται, η υιοθέτηση μιας προληπτικής συμπεριφοράς έχει αρνητική σημασία για το ζευγάρι. Η χρήση του προφυλακτικού εδώ περνάει από δύο φάσεις. Κατά την πρώτη φάση, που χαρακτηρίζεται από την ανασφάλεια και τις αμφιβολίες απέναντι στον άλλο, η χρήση του προφυλακτικού είναι συνεχής και τακτική. Κατά τη δεύτερη φάση, η οικειότητα εγκαθίσταται γρήγορα και το προφυλακτικό εγκαταλείπεται. Συνεπώς, το τέλος της χρήσης του προφυλακτικού σηματοδοτεί το τέλος της προκαταρκτικής-δοκιμαστικής περιόδου. Η συνεχιζόμενη χρήση του προφυλακτικού θα σήμαινε ότι «μένουμε στην πρώτη φάση» και ότι «δεν θέλουμε να επενδύσουμε στη νέα σχέση». Γίνεται, συνεπώς, κατανοητό ότι η αλληλόδραση των πρωταγωνιστών θέτει σε αμφισβήτηση την εμπιστοσύνη στο ζευγάρι. Όταν οι συμμετέχοντες αισθάνονται ασφαλείς και δεν είναι επιφυλακτικοί, η μη χρήση του προφυλακτικού είναι σημάδι της αληθινής εμπιστοσύνης που δημιουργείται μεταξύ τους. Τέτοιες ερμηνείες δεν βοηθούν στην υιοθέτηση μέτρων πρόληψης και η χρήση του προφυλακτικού έχει αρνητική σημασία για τους πρωταγωνιστές της σχέσης.

• **Η κατάσταση «εμπιστοσύνης λόγω φιλικού περιβάλλοντος»**

Η τυπική αυτή κατάσταση απορρέει από μια λογική επιλογής συντρόφου. Εδώ η φιλική σχέση προϋπάρχει της ερωτικής. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα γνωρίζονται από το φιλικό ή επαγγελματικό τους περιβάλλον. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τη γρήγορη εξέλιξη της σχέσης τους και την ανάπτυξη της μεταξύ τους οικειότητας. Ο σύντροφος δεν θεωρείται «άγνωστος». Τέλος, το ζευγάρι μοιράζεται τις αξίες της εμπιστοσύνης και της ειλικρίνειας, που συνάδουν με την έννοια της φιλίας. Εξαιτίας της γνωριμίας που προϋπάρχει, τα άτομα θεωρούν τη σχέση τους ακίνδυνη και παραμελούν το ενδεχόμενο μόλυνσης από τον ιό. Στη σχέση αυτή δεν υπάρχουν φυσικές ή ψυχολογικές αναστολές (ανησυχία και αμηχανία), όπως στην αρχή κάθε καινούργιας γνωριμίας. Συνεπώς, τα άτομα δεν μπορούν να μην εμπιστευθούν τον σύντροφό τους, επιβεβαιώνοντας έτσι την εμπιστοσύνη τους στον κοινωνικό τους περίγυρο, ο οποίος αποτελεί σημείο αναφοράς και εγγύηση.

Τα άτομα, στη συγκεκριμένη κατάσταση, πιστεύουν ότι επιλέγουν το σύντροφο τους από μια «υγιή ομάδα» του πληθυσμού. Σύμφωνα με τη Geneviève Raicheler «οι κοινωνικοί πρωταγωνιστές θεωρούν ότι μπορούν να ελέγξουν τον κίνδυνο. Υιοθετώντας τέτοιου είδους στρατηγικές εμπιστεύονται την υποκειμενική τους ικανότητα διαχείρισης της επικινδυνότητας και αισθάνονται ασφαλείς». ⁷ Η λογική «δεν θα συμβεί σε εμένα» είναι χαρακτηριστικό της ανθρώπινης αντίδρασης αναφορικά με τη διαχείριση του κινδύνου. Ο φόβος μιας πιθανής μόλυνσης εντείνει τη διάκριση ανάμεσα σε «εμάς και τους άλλους». ⁸ Το γεγονός ότι γνωρίζουμε το άτομο αποδυναμώνει τη χρήση του προφυλακτικού και επηρεάζει γενικότερα τις μελλοντικές μας σχέσεις. Η διάκριση αυτή μπορεί μερικές φορές να αφορά ένα κράτος σε σχέση με άλλα. Για παράδειγμα, σε μια έρευνα του Αγραφιώτη και των συνεργατών του, η πλειοψηφία των Αθηναίων θεωρούσαν ότι το AIDS είναι απειλή για την Ευρώπη, αλλά όχι για την Ελλάδα. ⁹

Ένας ερωτώμενος μάς δίνει ένα παράδειγμα από την προσωπική του εμπειρία: «Είχα τρία χρόνια να βρεθώ με μια παιδική μου φίλη. Διέμενε τα τελευταία χρόνια στην Ιταλία. Όταν βρεθήκαμε, κάναμε έρωτα χωρίς προφυλακτικό γιατί γνωριζόμαστε εδώ και πολλά χρόνια» (Δημήτρης, 30 ετών, Έλληνας). Η περίπτωση του πρώην συντρόφου αναδύθηκε επίσης από τη συγκεκριμένη έρευνα.

Ένας από τους συμμετέχοντες στην έρευνα υπογραμμίζει: «Είχαμε σχέση... Βρεθήκαμε τρεις ή τέσσερις φορές μετά τον οριστικό χωρισμό μας και κάναμε έρωτα χωρίς προφυλακτικό» (Μαρία, 22 ετών). Η φράση «είχαμε σχέση» επιβεβαιώνει την εμπιστοσύνη που έχουμε «δικαίωμα» να δείχνουμε στον πρώην σύντροφο.

Από τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό ότι τα άτομα σκιαγραφούν ένα σύνορο ανάμεσα στον κοινωνικό τους περίγυρο και τους «άλλους». Η χρήση του προφυλακτικού σε ένα τέτοιο πλαίσιο θα σημαίνει ότι θέτουν σε αμφισβήτηση την εμπιστοσύνη στους φίλους, στη διαίσθησή τους και συνεπώς στον εαυτό τους. Κάτι τέτοιο, είναι σαφές ότι δεν είναι πιθανό. Για το λόγο αυτό, στη συγκεκριμένη περίπτωση η χρήση του προφυλακτικού, τις περισσότερες φορές, δεν συμπεριλαμβάνεται στη σεξουαλική σχέση. Η κατανόηση της χρήσης του προφυλακτικού από τους συμμετέχοντες σε αυτή τη σχέση είναι εξαιρετικά δύσκολη, αφού η άρνηση της χρήσης του είναι κατηγορηματική.

• **Η κατάσταση της «αδικαιολόγητης εμπιστοσύνης»**

Εδώ δεν θα μπορούσαμε να μιλήσουμε για «σχέση», αλλά για μια συνάντηση μικρής διάρκειας, πιο συχνά για ένα βράδυ. Χαρακτηριστικά της κατάστασης αυτής είναι η αισθησιακή ατμόσφαιρα που υπάρχει, η έντονη φυσική έλξη που κάνει τα άτομα αυθόρμητα και παρορμητικά και τέλος, η ψυχολογική κατάσταση στην οποία βρίσκονται. Πιο συγκεκριμένα, μια «ρομαντική» ατμόσφαιρα, υποβοηθούμενη από την κατανάλωση αλκοόλ ή άλλων ουσιών κάνει τα άτομα ευάλωτα. Επιπλέον, η αναζήτηση νέων αισθήσεων ή μια έντονη συναισθηματική φόρτιση εξαιτίας ενός προβλήματος στην κύρια σχέση συμβάλλουν στην αναζήτηση της περιπέτειας, ή με άλλα λόγια στην αναζήτηση της «μοναδικής στιγμής». Από τα παραπάνω, μπορούμε να διαπιστώσουμε το γρήγορο και απρόβλεπτο χαρακτήρα αυτού του τύπου σχέσης. Ο υπολανθάνων στόχος των κοινωνικών πρωταγωνιστών εδώ είναι «να μη χάσουμε αυτήν την προνομιά στιγμή».

Αναλυτικότερα, τα κέντρα διασκέδασης και τα μέρη των διακοπών διευκολύνουν τη μη χρήση του προφυλακτικού. ¹⁰ Τα άτομα ξεφεύγουν από τη ρουτίνα της καθημερινότητας και αισθάνονται πιο ήρεμα και ελεύθερα. Η μελέτη του Vanable και των συνεργατών του έδειξε αυξημένα ποσοστά κινδύνου μόλυνσης από τον ιό του AIDS με έναν περιστασιακό σύντροφο. Τα αποτελέσματα της

έρευνάς τους σε 1.712 ερωτηματολόγια ομοφυλόφιλων έδειξαν ότι η κατανάλωση αλκοόλ δεν επηρεάζει τη χρήση του προφυλακτικού σε μια σταθερή σχέση. Αντίθετα, η πιθανότητα μιας επικίνδυνης σεξουαλικής επαφής υπό την επήρεια αλκοόλ είναι τρεις φορές μεγαλύτερη με έναν περιστασιακό σύντροφο.¹¹ Αξίζει επιπλέον να σημειωθεί ότι η ιατρική πρόοδος στον τομέα της θεραπείας επιτρέπει στους φορείς να συνεχίσουν τη σεξουαλική τους ζωή. Το γεγονός αυτό λειτουργεί πολλές φορές για τους ίδιους ως μια «γνωστική φυγή» από τον ιό.¹² Παρόλα αυτά, η «γνωστική αυτή φυγή» αποδεικνύεται ακατάλληλη για την περίπτωση.

Σύμφωνα με τους ερωτηθέντες, η περιστασιακή σχέση αποτελεί την πιο επικίνδυνη κατάσταση στην οποία η χρήση του προφυλακτικού είναι απαραίτητη. Χαρακτηριστική είναι η εμπειρία ενός από τους συμμετέχοντες στην έρευνα: «*Ημουν σε ταξίδι... ήμουν μεθυσμένος... πήγαμε στο σπίτι της κοπέλας... ήμαστε και οι δύο μεθυσμένοι και κάναμε έρωτα χωρίς προφυλακτικό*» (Νίκος, ετεροφυλόφιλος, Έλληνας).

Αξίζει να σημειωθεί ότι στην περίπτωση αυτή τα άτομα πολλές φορές δεν διαθέτουν προφυλακτικά. Παρόλα αυτά, δεν θα τα αναζητήσουν «για να μη χαλάσουμε την ατμόσφαιρα» ή «γιατί απαιτείται μεγάλη δύναμη του χαρακτήρα», όπως χαρακτηριστικά πολλοί ερωτώμενοι ανέφεραν. Παρατηρούμε εδώ ότι η επιρροή των ατομικών προθέσεων δεν επιδρά στην απόφασή τους, η οποία καθορίζεται από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της κατάστασης στην οποία βρίσκονται τα άτομα. Στην περίπτωση αυτή διαπιστώνουμε την αρνητική σημασία που έχει η χρήση του προφυλακτικού. Η χρήση του ή η αναζήτησή του σηματοδοτούν το τέλος της περιπέτειάς τους και της ευχαρίστησης. Δεδομένης της κατάστασης τα άτομα δείχνουν εμπιστοσύνη στον άλλο, προκειμένου να μη χαλάσουν τη «μαγεία της στιγμής».

Συμπεράσματα

Η μελέτη των σεξουαλικών καταστάσεων επέτρεψε να αναδειχθεί το πώς οι επικίνδυνες συμπεριφορές αναδύονται και ποιες είναι οι ερμηνείες που δίνουν οι κοινωνικοί πρωταγωνιστές. Αξίζει να σημειωθεί ότι δεν διαπιστώθηκαν αξιοσημείωτες διαφορές ανάμεσα σε Έλληνες και Γάλλους. Έτσι, μπορούμε να μιλήσουμε για μια «ομοιογένεια στο σεξουαλικό πολιτιστικό μόρφωμα», σύμφωνα με κοινωνικές αξίες και κανόνες που ισχύουν στις δύο χώρες.

Σε κάθε κατάσταση αναδύεται μια αρνητική σημασία που συνδέεται με τη χρήση του προφυλακτικού. Η αρνητική αυτή σημασία εμποδίζει την προληπτική δράση και είναι αποτέλεσμα των αλληλοδράσεων των κοινωνικών πρωταγωνιστών, αναφορικά με τη σεξουαλική πράξη, σε μια συγκεκριμένη κατάσταση. Τέτοιες καταστάσεις «εμπιστοσύνης» έχουν τη «λογική» τους για τους κοινωνικούς πρωταγωνιστές και δείχνουν τη δυσκολία εφαρμογής προληπτικών μέτρων. Οι επικοινωνιακές δράσεις, συνεπώς, εξαρτώνται από αυτές τις σηματοδοτήσεις αλλά και από τη διάρθρωση των καταστάσεων από τους κοινωνικούς πρωταγωνιστές.

Σύμφωνα με τα παραπάνω θεωρούμε ότι για την εφαρμογή μέτρων πρόληψης, η επικοινωνία θα πρέπει να προτείνει στους πρωταγωνιστές έναν νέο ορισμό της κατάστασης στην οποία βρίσκονται. Για το λόγο αυτό, οι στρατηγικές πρόληψης θα πρέπει να διαχειριστούν τα χαρακτηριστικά της κάθε κατάστασης έτσι ώστε να μετατρέψουν τη σημασία χρήσης του προφυλακτικού από αρνητική σε θετική¹³ (Mucchielli, 2000). Οι επικίνδυνες σεξουαλικές συμπεριφορές θα είχαν τότε μια άλλη σημασία. Η χρήση ενός προφυλακτικού θα είχε θετικό νόημα. Δυστυχώς, θεωρούμε ότι είναι πολύ δύσκολο να δημιουργήσουμε τέτοιου είδους «μηνύματα» που αμφισβητούν την εμπιστοσύνη στο σύντροφό μας, σε μια σεξουαλική σχέση.

Βιβλιογραφία

1. Schutz A. Le chercheur et le quotidien. Meridiens Klincksieck, Paris, 1987.
2. Berger P.L, Luckman T. La construction sociale de la réalité. Meridiens Klincksieck, Paris, 1986.
3. Mucchielli A. Étude des communications: Approche par la contextualisation. Armand Colin, Paris, 2005, 160-165.
4. Theodore P.S, Duran R.E.F, Antoni M.H, Fernandez M.I. Intimacy and sexual behavior among HIV-Positive Men Who Have Sex with Men in Primary relationships. AIDS and Behavior 2004; 8(3):321-331.
5. Sheeran P, Orbell S, Abraham C. Psychological correlates of Heterosexual Condom Use: A meta-analysis. Psychological Bulletin 1999; 125(1):90-132.
6. (De) Visser R, Smith A. Relationship between sexual partners influences rates and correlates of condom use. AIDS Education and Prevention 2001; 13(5):413-427.

7. Paicheler G. Modèles pour l'analyse de la gestion des risques liés au VIH: liens entre Connaissance et actions. *Sciences Sociales et Santé* 1997; 15(4):66.
8. Joffe H. Risk and "the other". Cambridge University Press, UK, 1999.
9. Agraftotis D. Knowledge, attitudes, beliefs and practices of Athenians in relation to AIDS. Report for the World Health Organization (WHO)/Global Program on AIDS (GPA)/Social and Behavioral Research (SBR). Geneva: WHO, 1990.
10. Whittier D.K, ST Lawrence J, Seeley S. Sexual risk behavior of men who have sex with men: Comparison of behavior at home and at a gay resort. *Archives of sexual behavior* 2005; 34(1):95-102.
11. Venable P.A, Mckirnan D.J, Buchbinder S.P, Bartholow B.N, Douglas JR, John M, et al. Alcohol Use and High-Risk Sexual Behavior Among Men Who Have Sex With Men: The Effects of Consumption Level and Partner Type. *Health Psychology* 2004; 23(5):525-532.
12. Ostrow G.D, Mckirnan D, Klein C, DiFranceisco W. Patterns and correlates of risky behavior among HIV + Gay men: Are they really different from HIV-Men? *AIDS and Behavior* 1999; 3(2):99-110.
13. Mucchielli A. *L'art d'influencer*. Armand Colin, Paris, 2000.

Συμμόρφωση στη θεραπεία κρατούμενων HIV-θετικών ασθενών

B. Παπαρίζος,¹ Σ. Γεωργούλας,² Α. Γρίλλιας,¹ Σ. Κουρκουντή,¹ Μ. Χατζηβασιλείου,¹ Κ. Κυριάκης,¹ Α. Κατσάμπας¹

Περίληψη

Η συνέπεια στη λήψη των φαρμάκων είναι βασική προϋπόθεση επιτυχίας της σύγχρονης, συνδυασμένης αντιρετροϊκής θεραπείας. Η συμμόρφωση στη θεραπεία επηρεάζεται από πολλαπλούς παράγοντες, ατομικούς και κοινωνικούς. Η φυλάκιση ενός ατόμου έχει δυνητικά επίδραση στη συμμόρφωση και η πιθανότητα αυτή μελετήθηκε σε δείγμα 71 HIV θετικών ασθενών, κρατουμένων στο Νοσοκομείο των φυλακών Κορυδαλλού. Στο δείγμα καταγράφηκε χαμηλή προσήλωση στην αγωγή ή άρνηση λήψης της σε υψηλή αναλογία (55%). Η ίδια περίπου αναλογία παρατηρήθηκε, όμως, στους ασθενείς και κατά την παρακολούθησή τους μετά την έξοδό τους από τη φυλακή. Η παραβατική συμπεριφορά, που οδήγησε στην καταδίκη και έκτιση ποινής, ευθύνεται προφανώς και για την πλημμελή λήψη της θεραπείας. Οι μη συμμορφούμενοι ασθενείς είχαν δραματικά βαρύτερη πορεία νόσου. Η συμμόρφωση σχετιζόταν επίσης με την ηλικία και τη χώρα προέλευσης των ασθενών.

Λέξεις κλειδιά: HIV, HAART, συμμόρφωση, φυλακή.

Adherence to therapy among HIV-infected prisoners

V. Paparizos,¹ S. Georgoulas,² A. Grillias,¹ S. Kourkounti,¹ M. Hadjivassiliou,¹ K. Kyriakis,¹ A. Katsabas¹

Abstract

Adherence, the act of following a course of medication in exactly the manner it is prescribed, is critical for the success of HAART. Adherence is influenced by many behavioral and social factors and incarceration might be one of these. This study determined the level of adherence and reasons for non-adherence to antiretroviral therapy among 71 HIV-infected inmates of Korydallos prison. Up to 55% of these patients had poor adherence. Similar rate of adherence was detected after prisoners' release. It seemed that problems with antiretroviral adherence among prisoners are mostly associated with their deviant behavior. Inmates with poor adherence had higher HIV-related morbidity and mortality. Age and country of origin were also associated to adherence.

Key words: HIV, HAART, adherence, jail.

Εισαγωγή

Η επιτυχής αντιμετώπιση της HIV λοίμωξης προϋποθέτει, μεταξύ άλλων, την τήρηση των δόσεων και των οδηγιών στη λήψη των αντιρετροϊκών φαρμάκων από τον ασθενή, αλλά και τη συνέπεια στην παρακολούθησή του από τους θεράποντες ιατρούς. Η προσήλωση στη θεραπεία αποτελεί μείζονα όρο επιτυχίας του εκάστοτε θεραπευτικού σχήματος, έτσι ώστε να επιτυγχάνεται η βελτίωση και διατήρηση σε ικανοποιητικό επίπεδο των κλινικών και εργαστηριακών δεικτών της HIV λοίμωξης. Με τον όρο «συμμόρφωση» (adherence) περιγράφεται στη

βιβλιογραφία η συνέπεια, εκ μέρους του ασθενούς, στη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής. Η ελλιπής συμμόρφωση συμβαδίζει συχνά με πλημμελή τήρηση και άλλων ιατρικών οδηγιών, με απώλεια προγραμματισμένων επισκέψεων για κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο κ.λπ.

Η συμμόρφωση στη θεραπεία, ως απόρροια της συνολικής στάσης και συμπεριφοράς του ατόμου, επηρεάζεται από ποικίλους παράγοντες, σχετιζόμενους με τα δημογραφικά του χαρακτηριστικά, το κοινωνικοοικονομικό και μορφωτικό του επίπεδο, το πολιτισμικό πλαίσιο στο

¹Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, Νοσοκομείο «Α. Συγγρός»
²Νοσοκομείο Κρατούμενων Κορυδαλλού «Αγ. Πάυλος»

¹Unit of Special Infections, "A. Syngros" Hospital, Athens
²Inmate Hospital of Korydallos "Aghios Pavlos"

οποίο κινείται, αλλά και τις εκάστοτε συνθήκες και συγκυρίες.

Κατά συνέπεια, η συμμόρφωση στη θεραπεία φυλακισμένων HIV-θετικών ασθενών συνιστά ιδιαίτερου ενδιαφέροντος ζήτημα, εφ' όσον η φυλάκιση επιδρά δυνητικά στη γενικότερη συμπεριφορά του ατόμου.

Σκοπός

Σκοπός της μελέτης ήταν η εκτίμηση της συμμόρφωσης στη θεραπεία κρατούμενων HIV-θετικών ασθενών και η διερεύνηση πιθανών παραγόντων που σχετίζονται με αυτήν. Ιδιαίτερος δε, το κατά πόσο η περιοριστική της ελευθερίας ποινή επιδρά στη συνεπή λήψη των φαρμάκων και κατά συνέπεια, στη φυσική πορεία της νόσου.

Δείγμα-Μέθοδος

Δείγμα της μελέτης απετέλεσαν 71 ασθενείς με HIV λοίμωξη (65 άνδρες, 6 γυναίκες) που διετέλεσαν κρατούμενοι για άλλοτε άλλα χρονικά διαστήματα, και είτε ήταν ήδη σε παρακολούθηση για τη νόσο τους στο Νοσοκομείο «Α. Συγγρός», είτε συνέχισαν την παρακολούθησή τους σε αυτό μετά την αποφυλάκισή τους (Πίνακας 1). Η μέση ηλικία των ασθενών ($\chi \pm SD$) ήταν $37,65 \pm 7,9$ έτη (εύρος κατανομής από 25 έως 60 έτη). Η διάρκεια φυλάκισης κυμαινόταν ευρύτατα, από ολιγόμηνη υποδικία έως τελεσιδικώς ισόβια κάθειρξη. Μεγάλος αριθμός κρατούμενων (23/71, 32,4%) ήταν υπότροποι και παρέμειναν στο σωφρονιστικό ίδρυμα για περισσότερες της μίας περιόδους. Η αξιολόγηση της συμμόρφωσης έγινε με βάση τα αναφερόμενα από τους ασθενείς σε συνεντεύξεις

με τους θεράποντες ιατρούς. Καταγράφηκαν επίσης η εξέλιξη της κλινικής κατάστασης των ασθενών και τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων (μέτρηση των CD4 λεμφοκυττάρων, του HIV-RNA ιικού φορτίου και προσδιορισμοί γονοτυπικής αντοχής). Η χρονική διάρκεια της μελέτης καλύπτει την οκταετία 2000-2007.

Αποτελέσματα

Κατά τη διάρκεια της φυλάκισης, 39 συνολικά ασθενείς (55%) είχαν κακή στάση απέναντι στη θεραπεία, εκφραζόμενη με φτωχή συμμόρφωση ή άρνηση. Ένας μεγάλος αριθμός ασθενών (21/71, 29,5%) εξεδήλωσε αδιαφορία, αναβλητικότητα ή πλήρη άρνηση για οποιαδήποτε λήψη θεραπείας, παρά τις συστάσεις των ιατρών. Γενικώς, η συμμόρφωση στη θεραπεία κατά τη διάρκεια της φυλάκισης αξιολογήθηκε ως ικανοποιητική (λήψη των δόσεων των φαρμάκων σε αναλογία >95%) σε μόλις 32 από τους 71 ασθενείς (45%) και ως κακή, με συχνότερες διακοπές ή παραλείψεις δόσεων, σε 18 (25,3%).

Σχεδόν ταυτόσημα ήταν τα αποτελέσματα για τα διαστήματα που οι ασθενείς ήταν εκτός φυλακών. Οι μοναδικές μεταβολές αφορούσαν σε δύο ασθενείς με καλή συμμόρφωση μέσα στη φυλακή, που συνέχισαν με πολλές παραλείψεις την παρακολούθηση και θεραπεία τους ως ελεύθεροι, και σε έναν ασθενή με αρνητική στάση στη φυλακή, που έγινε συνεπής μετά από κλινική επιδείνωση έξω από αυτήν (εμφάνιση σαρκώματος Καρτσι). Για δύο ασθενείς δεν υπάρχουν στοιχεία εκτός φυλακών, δεδομένου ότι εκτίουν ποινή ισοβίων. Για όλους τους υπόλοιπους (66/71, 93%) η στάση τους έναντι της θεραπείας ήταν αμετάβλητη.

Πίνακας 1. Σύνοψη του μελετηθέντος δείγματος (n=71).

	Συνολικά	Ομοφυλόφιλοι	XEN*	XEN & Ομοφυλόφιλοι	Ετεροφυλόφιλοι	ΠΧΥΕ**
Άνδρες Έλληνες	40	19	9	10	2	-
Γυναίκες Ελληνίδες	4	-	4	-	-	-
Άνδρες αλλοδαποί	25	3	6	6		10
Γυναίκες αλλοδαπές	2	-	-	-		2
Σύνολο	71	22	19	16	2	12

*XEN = Χρήστες Ενδοφλεβίων Ναρκωτικών

**ΠΧΥΕ = Προερχόμενοι από Χώρα Υψηλού Επιπολασμού

Η αναβλητικότητα στην έναρξη θεραπείας εκφράστηκε με αλληπάλληλες επικλήσεις από τους ασθενείς παραγόντων, όπως η αναμονή εκδίκασης της υπόθεσής τους σε πρώτο ή δεύτερο βαθμό, η αναμονή πενθήμερης άδειας, ακαθόριστα άτομα γαστρεντερικά ή άλλα ενοχλήματα κ.λπ.

Η φτωχή συμμόρφωση αποδόθηκε από τους ασθενείς σε άλλοτε άλλες αιτίες, όπως η ποιότητα του παρεχόμενου συσσιτίου, η απώλεια δισκίων, η συναισθηματική επιβάρυνση, οι παρενέργειες κ.λπ. Συχνή αιτία διακοπής της αγωγής ήταν ομαδικές κινητοποιήσεις, συνήθως με τη μορφή απεργίας πείνας, με διάφορες διεκδικήσεις.

Από τους ασθενείς με άρνηση ή κακή συμμόρφωση, οι 6 επικαλέστηκαν το άρθρο 110Α του ποινικού κώδικα, βάσει του οποίου προσδοκούσαν αποφυλάκιση λόγω επιδείνωσης της υγείας τους και εξέλιξής της προς AIDS. Οι 5/6 που τελικά αποφυλακίστηκαν βάσει του άρθρου αυτού, δεν επέδειξαν κατόπιν ουσιαστική βελτίωση στη συμμόρφωση.

Η στάση έναντι της θεραπείας σχετιζόταν με τη χώρα καταγωγής. Μεταξύ Ελλήνων κρατουμένων (N=44), ικανοποιητική συμμόρφωση είχαν οι 13 (29,5%), ενώ μεταξύ αλλοδαπών (N=27) οι 18 (66,6%). Η διαφορά ήταν στατιστικά σημαντική (χ^2 , $p=0,0031$, 95% CI 0,07-0,58). Σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε και με την ηλικία. Συγκεκριμένα, οι κάτω των 40 ετών είχαν πολύ χαμηλότερη αναλογία προσήλωσης στη θεραπεία (15/45, 33,3%) σε σύγκριση με τους άνω των 40 ετών (17/26, 65,4%) (χ^2 , $p=0,0066$, 95% CI 0,28-0,79).

Δεν παρατηρήθηκαν διαφοροποιήσεις σχετικές με το φύλο των ασθενών ή το μέγεθος της ποινής τους.

Ως προς την πηγή μόλυνσης, δεν υπήρξε διαφορά μεταξύ ομοφυλόφιλων ανδρών (καλή συμμόρφωση 9/26, 34,6%), χρηστών ενδοφλεβίων ουσιών (9/19, 47%) και αυτών και με τα δύο χαρακτηριστικά (4/14, 28,6%). Εντούτοις, οι ετεροφυλόφιλοι προερχόμενοι από χώρες υψηλού επιπολασμού (Αφρική), είχαν ικανοποιητική συμμόρφωση κατά 90% (9/10).

Η έκβαση της νόσου ήταν συνάρτηση της ασυνεπούς παρακολούθησης και πλημμελούς λήψης αγωγής. Μεταξύ των 39 ασθενών με κακή συμμόρφωση καταγράφηκαν 14 θάνατοι (οι τρεις από υπερβολική δόση ναρκωτικών και οι λοιποί από τη νόσο) και 9 περιπτώσεις σαφούς κλινικής επιδείνωσης. Στους 32 συνεπείς ασθενείς υπήρξε ένας μόλις θάνατος, από υπερβολική δόση ναρκωτικών.

Συζήτηση

Η συμμόρφωση στη θεραπεία είναι ουσιώδες ζήτημα της σύγχρονης, συνδυασμένης αντιρετροϊκής θεραπείας (Highly Active Antiretroviral Treatment, HAART). Αποτελεί έκφραση συνολικής αντίληψης και στάσης του ασθενούς έναντι της νόσου και των ιατρών¹ και είναι συνισταμένη πολλαπλών μεταβλητών που δυνητικά την καθορίζουν. Η αναλογία συμμόρφωσης ή μη έχει συνδεθεί σε μελέτες με την ηλικία, την πηγή μόλυνσης, την εκπαίδευση και το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο,² την οικογενειακή συμπαράσταση, την ψυχολογική υποστήριξη,³ τη χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών ουσιών, την ατομική κατάθλιψη,⁴ την κοινωνική απομόνωση και τον στιγματισμό.⁵

Ειδικότερα, η συνέπεια στη θεραπευτική αγωγή είναι ανεπαρκής μεταξύ φυλακισμένων HIV ασθενών.⁶ Το κατά πόσον, όμως, ο εγκλεισμός σε σωφρονιστικό ίδρυμα επιδρά στο επίπεδο συμμόρφωσης είναι ζήτημα αμφιλεγόμενο και οι σχετικές μελέτες δεν καταλήγουν σε ομόφωνα αποτελέσματα.

Για άτομα με παραβατική συμπεριφορά, η χρήση υπηρεσιών υγείας είναι ελλιπής και η συνέπεια στην παρακολούθηση και τη λήψη της θεραπείας πενιχρή, περισσότερο πριν την είσοδο στη φυλακή, παρά μετά από αυτήν.⁷⁻⁹ Τόσο όμως το γεγονός της φυλάκισης, όσο και οι συνθήκες διαβίωσης στο αγχογόνο περιβάλλον της φυλακής, επιδρούν δυνητικά δυσμενώς. Η πιθανή επιδείνωση της ατομικής κατάθλιψης, ο στιγματισμός, η έλλειψη εμπιστοσύνης στη σωφρονιστική υπηρεσία, αλλά και η θεώρηση της θεραπείας ως μέσου πίεσης για διεκδικήσεις, αποτελούν αρνητικές συνιστώσες.^{4,6,7} Σύμφωνα με αρκετούς ερευνητές, η στερητική της ελευθερίας ποινή μέσα στους 12 πρώτους μήνες από την έναρξη HAART αποτελεί παράγοντα επιδείνωσης της συμμόρφωσης, αν και η παρατήρηση σημειώθηκε κυρίως μεταξύ χρηστών ενδοφλεβίων ουσιών.^{6,10} Περαιτέρω, η μελέτη των Geriffin και συν. κατέγραψε σημαντική διαφορά στο ρυθμό μείωσης των CD4 λεμφοκυττάρων σε κρατουμένους, σε σύγκριση με εκτός φυλακής ασθενείς.¹¹

Εντούτοις, άλλοι ερευνητές ανέφεραν επιδείνωση κυρίως μετά την αποφυλάκιση των HIV-ασθενών, τόσο στα επίπεδα των CD4 λεμφοκυττάρων όσο του HIV-RNA φορτίου, σε σύγκριση με τα αντίστοιχα κατά τη διάρκεια του εγκλεισμού. Οι Springer και συν.¹² καταμέτρησαν αύξηση των CD4 λεμφοκυττάρων κατά 74 cells/ml και

μείωση του ιικού φορτίου κατά $0,93 \log_{10}$ σε περιόδους φυλάκισης, επί ασθενών με αλληπαλλήλες εκτίσεις ποινών. Επιπλέον, κατά τη στιγμή της επανόδου στη φυλακή μετά από περίοδο αποφυλάκισης, διαπιστώθηκε μείωση των CD4 λεμφοκυττάρων κατά 80 cells/ml και αύξηση του ιικού φορτίου κατά $1,14 \log_{10}$. Σε μελέτη των Stephenson και συν,¹³ επίσης επί κρατουμένων με υποτροπές αδικημάτων και φυλάκισης, η μέση αύξηση στην τιμή του ιικού φορτίου κατά τη διάρκεια της αποφυλάκισης ήταν $1,29 \log_{10}$ και η αναλογία των ασθενών με μη ανιχνεύσιμο ιικό φορτίο (<400 copies/ml) είχε μειωθεί δραματικά. Ανάλογα είναι τα ευρήματα της μελέτης των Palermo¹⁰ και συν, που καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι, όσο μεγαλύτερη είναι η διάρκεια της ποινής, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα επιτυχούς καταστολής του ιικού φορτίου. Τέλος, ο Seal DW,¹⁴ σε μετα-ανάλυση επί 50 μελετών που δημοσιεύθηκαν μεταξύ 2004 και 2005, διαπίστωσαν καταστροφική επίδραση της απελευθέρωσης από τη φυλακή στην πορεία της νόσου. Εκτός φυλακής, η παραβατική συμπεριφορά, ο χαοτικός τρόπος ζωής («chaotic lifestyle»), οι αυτοκαταστροφικές αντιλήψεις και στάσεις και η χρήση ενδοφλεβίων ουσιών, οδηγούν σε περιορισμένη αναζήτηση υπηρεσιών υγείας.⁹ Η πρόσβαση στην περίθαλψη περιορίζεται περαιτέρω από τις ελλείψεις σε υποδομές ψυχολογικής υποστήριξης και κοινωνικής επανένταξης, την απουσία οικογενειακού περιβάλλοντος, τον στιγματισμό και την απομόνωση. Ιδιαίτερα για τους χρήστες ενδοφλεβίων ουσιών, που συχνά πάσχουν από συλλοιμώξεις του HIV με ηπατίτιδες, η φυλάκιση είναι πιθανώς μοναδική ευκαιρία διευθέτησης των προβλημάτων υγείας τους.¹⁵

Στην παρούσα μελέτη διαπιστώθηκε ο χαμηλός βαθμός συνεργασίας των ασθενών με τις υπηρεσίες περίθαλψης και τα χαμηλά επίπεδα προσήλωσης στη θεραπεία, εφ' όσον η αναλογία των καλώς συμμορφούμενων ασθενών ήταν μόλις 45%. Η συμμόρφωση όμως δεν φάνηκε να επηρεάζεται ιδιαίτερα από τον εγκλεισμό στη φυλακή, δεδομένου ότι η αποφυλάκιση δεν συνετέλεσε σε βελτίωση, ακόμη και όταν έγινε λόγω σοβαρής κλινικής και εργαστηριακής επιδείνωσης (άρθρο 110Α του Ποινικού Κώδικα). Είναι προφανές ότι οι αιτίες που διαμορφώνουν την παραβατική συμπεριφορά, που άλλωστε οδήγησε σε φυλάκιση, συμβάλλουν επίσης στην ελλιπή συνεργασιμότητα με τους θεράποντες ιατρούς, τόσο εντός, όσο

και εκτός φυλακής. Η διάταξη για αποφυλάκιση λόγω επιδείνωσης της υγείας χρησιμοποιήθηκε ως δικαιολογία άρνησης θεραπείας. Στην πραγματικότητα, όμως, απετέλεσε απλώς πρόσχημα και όχι πραγματικό κίνητρο μη συμμόρφωσης, αφού στους ασθενείς που την επικαλέσθηκαν, δεν παρατηρήθηκε μεταβολή στάσης μετά τη διακοπή της κράτησης.

Η δραματική έκβαση της νόσου σε πολλούς από τους ασθενείς με κακή συμμόρφωση, ιδιαίτερα την εποχή που οι δυνατότητες της HAART συνεχώς εμπλουτίζονται, υπογραμμίζει την αναγκαιότητα επανεξέτασης των υποστηρικτικών δομών και υπηρεσιών, τόσο κατά τη διάρκεια της ποινής, όσο κυρίως εκτός φυλακής.

Βιβλιογραφία

1. Gauchet A, Tarquinio C, Fischer G. Psychosocial predictors of medication adherence among persons living with HIV. *Int J Behav Med* 2007; 14(3):141-150.
2. Gordillo V, Del Amo J, Soriano V, Gonzalez-Lahoz J. Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *AIDS* 1999; 13(13):1763-1769.
3. Boyle BA. HAART and adherence. *AIDS Read* 2000; 10(7):392-396.
4. Herrmann S, McKinnon E, John M, Hyland N, Martinez OP, Cain A et al. Evidence-based, multifactorial approach to addressing non-adherence to antiretroviral therapy and improving standards of care. *Intern Med J* 2008; 38(1):8-15.
5. Knowlton AR, Arnsten JH, Gourevitch MN, Eldred L, Wlkinson JD, Rose CD et al. Microsocial environmental influences on highly active antiretroviral therapy outcomes among active injection drug users: the role of informal caregiving and household factors. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2007; 46(suppl 2):S110-119.
6. Kerr T, Marshall A, Walsh J, Palepu A, Tyndall M, Montaner J et al. Determinants of HAART discontinuation among injection drug users. *AIDS Care* 2005; 17(5):539-549.
7. Soto Blanco JM, Perez IR, March JC. Adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected prison inmates (Spain). *Int J STD AIDS* 2005; 16:133-138.
8. Spaulding AC, Weinbaum CM, Sterling R, Seeff LB, Margolis HS, Hoofnagle JH. A framework for management of hepatitis C in prisons. *Ann Intern Med* 2006; 144(10):762-769.
9. Ford PM, Wobeser WL. Health care problems in prisons. *CMAJ* 2000; 162:664-665.

10. Palepu A, Tyndall MW, Chan K, Wood E, Montaner JS, Hogg RS. Initiating highly active antiretroviral therapy and continuity of HIV care: the impact of incarceration and prison release on adherence and HIV treatment outcomes. *Antivir Ther* 2004; 9(5):713-719.
11. Griffin MM, Ryan JG, Briscoe VS, Shadle KM. Effects of incarceration on HIV-infected individuals. *J Natl Med Assoc* 1996; 88(10):639-644.
12. Springer SA, Pesanti E, Hodges J, Macura T, Doros G, Altice FL. Effectiveness of antiretroviral therapy among HIV-infected prisoners: reincarceration and the lack of sustained benefit after release to the community. *Clin Infect Dis* 2004; 38(12):1754-1760.
13. Stephenson BL, Wohl DA, Golin CE, Tien HC, Stewart P, Kaplan AH. Effect of release from prison and re-incarceration on the viral loads of HIV-infected individuals. *Public Health Rep.* 2005; 120(1):84-88.
14. Seal DW. HIV-related issues and concerns for imprisoned persons throughout the world. *Curr Opin Psychiatry* 2005; 18(5):530-535.
15. Brook D, Taylor C, Gunn J, Morden A. Substance misusers remanded to prison-a treatment opportunity? *Addiction* 1998; 93:1851-1856.

Ηπατίτιδα Α σε HIV-θετικούς ασθενείς

Σ. Κουρκουντή, Κ. Λόου, Ε. Δασκαλάκης, Β. Παπαρίζος, Μ. Χατζηβασιλείου, Κ. Κυριάκης, Α. Κατσάμπας

Περίληψη

Διερευνήθηκε ο επιπολασμός της ηπατίτιδας Α μεταξύ HIV-θετικών ασθενών και αξιολογήθηκε η κατανομή της σε σχέση με δημογραφικά δεδομένα των ασθενών. Το δείγμα αποτέλεσαν 340 HIV-θετικοί ασθενείς (275 Έλληνες και 65 αλλοδαποί) που ελέγχθηκαν για αντισώματα έναντι της ηπατίτιδας Α (anti-HAV) κατά τη διάρκεια ενός έτους. Θετικά αντισώματα έναντι της ηπατίτιδας Α είχαν 146/340 ασθενείς (42,94%). Το ποσοστό οροθετικότητας διέφερε σημαντικά μεταξύ Ελλήνων (96/275, 34,9%) και αλλοδαπών ασθενών (50/65, 76,92%) ($p < 0,0001$). Σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε μεταξύ των Ελλήνων ασθενών ως προς την ηλικία: οι οροθετικοί για ηπατίτιδα Α είχαν μέση ηλικία $45,3 \pm 1,1$ έτη, ενώ οι αρνητικοί $33,9 \pm 0,5$ έτη ($p < 0,0001$). Περαιτέρω, οι Έλληνες ασθενείς άνω των 40 ετών είχαν θετικά αντισώματα σε συχνότητα 65,9%, ενώ οι κάτω των 40 σε 20,35% ($p < 0,0001$). Αντίστοιχη διαφοροποίηση δεν παρατηρήθηκε στους αλλοδαπούς ασθενείς. Τα ευρήματα της μελέτης συμβαδίζουν με τα αναφερόμενα στη βιβλιογραφία δεδομένα για τον επιπολασμό της ηπατίτιδας Α στο γενικό πληθυσμό. Στους ασθενείς με HIV-λοίμωξη ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δοθεί στην πρόληψη με εμβολιασμό.

Λέξεις κλειδιά: ηπατίτιδα Α, HIV, επίπτωση.

Hepatitis A in HIV-infected patients

S. Kourkounti, K. Leuow, E. Daskalakis, V. Paparizos, M. Hadjivassiliou, K. Kyriakis, A. Katsambas

Abstract

We estimated the prevalence of hepatitis A among HIV-infected patients by determining the antibodies to hepatitis A virus (total anti-HAV) in sera from 340 (275 Greeks and 65 foreigners) HIV-positive patients. The overall anti-HAV prevalence was 42.94%. The prevalence in Greeks was 34.9% and in non-Greeks 76.92%. Antibody frequency varied significantly in different age groups of Greek population. The anti-HAV prevalence in Greek patients older than 40 years was 65.9%, whereas in Greeks younger than 40 years was 20.35% ($p < 0.0001$). Mean age of anti-HAV positive Greeks was $45.3 \pm 1,1$ years while that of seronegative persons was 33.9 ± 0.5 years ($p < 0.0001$). There was no difference in the anti-HAV prevalence, concerning the age, in the foreign population. These data confirm that the prevalence of anti-HAV in HIV-infected patients is similar to that in general population. Vaccination against HAV should be recommended to non-immune HIV-positive patients.

Key words: hepatitis A, HIV, prevalence.

Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων,
Νοσοκομείο «Α. Συγγρός»

Unit of Special Infections,
«A. Syngros» Hospital

Εισαγωγή

Η ηπατίτιδα Α αποτελεί το 20-25% κλινικών περιπτώσεων ηπατίτιδας σε όλο τον κόσμο και συνιστά τη συχνότερη οξεία ιογενή ηπατίτιδα.¹ Ο επιπολασμός της νόσου σχετίζεται με τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες και συνθήκες υγιεινής κάθε χώρας. Κατά την τελευταία εικοσαετία, η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης σε πολλές χώρες οδήγησε σε μεταβολή των επιδημιολογικών χαρακτηριστικών της.² Η χώρα μας μετακινήθηκε αντιστοίχως από

τις χώρες υψηλού επιπολασμού και κατατάσσεται πλέον στις χώρες χαμηλής ενδημικότητας, ιδιαίτερα στα άτομα ηλικίας κάτω των 40 ετών.³ Εντούτοις, σημειώνεται η συνεχής προσέλευση αλλοδαπών που προέρχονται από χώρες υψηλής ενδημικότητας ως προς την ηπατίτιδα Α.

Η ηπατίτιδα Α ως καλοήθης αυτοπεριοριζόμενη νόσος διαδράμει συνήθως ασυμπτωματική στα παιδιά. Οι ενήλικες, ιδίως δε οι ανοσοκατασταλμένοι, εμφανίζουν παρατεταμένη και βαρύτερη νόσηση.^{4,5}

Ο ιός της ηπατίτιδας Α (Hepatitis A Virus, HAV) μεταδίδεται διά του γαστρεντερικού σωλήνα, συνήθως μέσω μολυσμένου νερού ή τροφής. Είναι δυνατή επίσης η μετάδοση μέσω στοματοπρωκτικής σεξουαλικής επαφής. Η μετάδοση από άτομο σε άτομο αφορά, συνεπώς, το στενό οικογενειακό περιβάλλον αλλά και τους σεξουαλικούς συντρόφους.⁶

Η εκτίμηση του επιπολασμού της ηπατίτιδας Α σε ασθενείς με HIV-λοίμωξη παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον, αφενός μεν λόγω της υποκείμενης ανοσοκαταστολής, αφετέρου δε λόγω του σεξουαλικού χαρακτήρα μετάδοσης της νόσου.^{7,8} Περαιτέρω, σημαντική προτεραιότητα είναι ο καθορισμός των HIV-ασθενών που είναι επίνοσοι για ηπατίτιδα Α, ώστε να διενεργείται εμβολιασμός.⁹

Δείγμα και μέθοδος

Στη μελέτη περιελήφθησαν όλοι οι HIV-ασθενείς που εξετάστηκαν για ηπατίτιδα Α κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών (Οκτώβριος 2006 έως Σεπτέμβριο 2007), έτσι ώστε τα εκτιμώμενα στοιχεία να είναι πρόσφατα. Οι εξετάσεις έγιναν στα πλαίσια τακτικού ελέγχου χωρίς να υπάρξει οποιαδήποτε επιλογή.

Το δείγμα της αναδρομικής αυτής μελέτης απετέλεσαν 340 ασθενείς (286 άνδρες και 54 γυναίκες) με HIV λοίμωξη. Οι ασθενείς ήταν ηλικίας 25-54 ετών. Οι 275 ασθενείς ήταν Έλληνες, εκ των οποίων 250 ήταν άνδρες και 25 γυναίκες. Οι αλλοδαποί ασθενείς που ελέγχθηκαν ήταν 65 (39 άνδρες και 26 γυναίκες). Οι αλλοδαποί ασθενείς προέρχονταν κατά την πλειοψηφία τους από την Αφρική (28/65, 43,1%) και από την Ανατολική Ευρώπη (23/65, 35,4%).

Προσδιορίστηκαν τα ολικά αντισώματα έναντι του ιού της ηπατίτιδας Α (anti-HAV) και τα IgM αντισώματα (anti-HAV IgM). Ο προσδιορισμός των αντισωμάτων έγινε με τη μικροσωματιδιακή ανοσοενζυμική μέθοδο (MEIA) στον αυτόματο αναλυτή AxSYM.

Αποτελέσματα

Ο επιπολασμός της οροθετικότητας έναντι της ηπατίτιδας Α στο δείγμα ήταν σχετικά υψηλός. Από τους 340 ασθενείς, οι 146 (42,94%) είχαν θετικά τα ολικά anti-HAV αντισώματα.

Η οροθετικότητα αυτή δεν είχε ίση κατανομή στις διαφορετικές ομάδες του υπό εξέταση πληθυσμού, έχοντας σαφώς μεγαλύτερη συχνότητα

τα στους αλλοδαπούς ασθενείς και μεταξύ Ελλήνων στους ασθενείς σε μεγαλύτερη ηλικία.

Συγκεκριμένα, η αναλογία των Ελλήνων ασθενών με θετικά αντισώματα ήταν 34,9% (96/275), ενώ των αλλοδαπών 76,9% (50/65). Η υπεροχή των αλλοδαπών είναι στατιστικά σημαντική ($p < 0,0001$, 95% CI=0,085-0,301) (στατιστική μέθοδος: δοκιμασία χ^2).

Στους δύο αυτούς επί μέρους πληθυσμούς δεν παρατηρήθηκε ουσιώδης διαφοροποίηση στην κατά φύλο κατανομή. Μεταξύ Ελλήνων ασθενών, οι άνδρες ήταν θετικοί στα anti-HAV κατά 33,2% (83/250) και οι γυναίκες κατά 52% (13/25), διαφορά μη στατιστικά σημαντική (Σχήμα 1). Ομοίως, μεταξύ αλλοδαπών, οι μεν άνδρες ήταν θετικοί κατά 74,3% (29/39), οι δε γυναίκες κατά 80,7% (21/26) (Σχήμα 2).

Η διερεύνηση της ηλικιακής κατανομής της οροθετικότητας στην ομάδα των Ελλήνων έδειξε σαφή υπεροχή των μεγαλύτερων ηλικιακά ασθενών. Η μέση ηλικία των Ελλήνων με θετικά anti-HAV αντισώματα ήταν 45,43±1,1 έτη ($x \pm SD$), ενώ οι αρνητικοί είχαν μέση ηλικία 33,9±0,5 έτη. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ($p < 0,0001$, 95% CI 13,7 έως -9,3). Περαιτέρω, η αναλογία οροθετικότητας για ηπατίτιδα Α στους Έλληνες κάτω των 40 ετών (23,45%, 38/162) ήταν σημαντικά μικρότερη από την αντίστοιχη (65,9%, 58/88) των άνω των 40 ετών ($p < 0,0001$, 95% CI 4,3-13,36). Αντιθέτως, στους αλλοδαπούς ασθενείς δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση. Στις μεγαλύτερες ηλικίες (>40 έτη) θετικά αντισώματα είχαν το 81,25% (13/16) και στις μικρότερες το 75,5% (37/49).

Συζήτηση

Σε παγκόσμια κλίμακα καταγράφονται ετησίως 1,5 εκατομμύρια κλινικές περιπτώσεις ηπατίτιδας Α, ενώ η συχνότητα των αντισωμάτων έναντι της ηπατίτιδας Α στο γενικό πληθυσμό κυμαίνεται από 15% έως και 100% σε μερικές χώρες. Οι κακές υγειονομικές συνθήκες και ο συγχρωτισμός των ατόμων ευνοεί την εξάπλωση του ιού, ενώ η βελτίωση των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών οδηγεί σε μείωση των κρουσμάτων.¹⁰

Οι Σκανδιναβικές χώρες παρουσιάζουν τη χαμηλότερη συχνότητα, περίπου 15%. Στην Αυστραλία, τη ΒΔ Ευρώπη, την Ιαπωνία και τις ΗΠΑ αντισώματα έναντι του HAV υπάρχουν στο 40% έως 70% των ενηλίκων. Η ηπατίτιδα Α, στις χώρες με υψηλό βιοτικό επίπεδο όπου οι περισσότεροι ενήλικες

είναι επίνοσοι, εμφανίζεται ως σποραδικές συρροές κρουσμάτων ή ως επιδημία με εξάρσεις ανά 7-10 χρόνια.¹¹

Στις αναπτυσσόμενες χώρες η συχνότητα ανεύρεσης αντισωμάτων ανέρχεται στο 90% στην ηλικία 15-49 ετών. Στις χώρες αυτές οι συνθήκες διαβίωσης επιτρέπουν τη μετάδοση του ιού από την παιδική ηλικία και η πλειονότητα των λοιμώξεων, που είναι συνήθως ασυμπτωματικές, καταγράφεται έως την ηλικία των 10 ετών. Δεν παρατηρούνται επιδημίες αφού και η μεγάλη πλειοψηφία των ενηλίκων έχει ορολογικά ευρήματα παλαιάς λοίμωξης.¹²

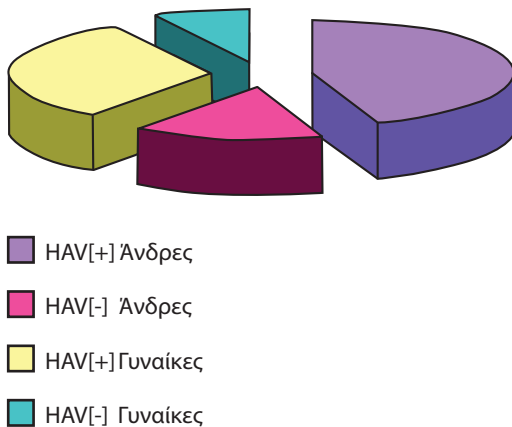
Η Ελλάδα μέχρι τη δεκαετία του '60 κατατασσόταν στις χώρες υψηλής ενδημικότητας.¹³ Με τη βελτίωση των υποδομών αποχέτευσης και ύδρευσης, των συνθηκών υγιεινής και του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου του πληθυσμού μειώθηκαν τόσο οι κλινικές περιπτώσεις ηπατίτιδας Α, όσο και ο αριθμός των ατόμων που έχουν αντισώματα έναντι του HAV.^{14,15} Η χώρα θεωρείται πλέον χαμηλής ενδημικότητας ως προς τα άτομα ηλικίας κάτω των 40 ετών. Μελέτες σε αιμοδοτικό πληθυσμό υπολογίζουν το ποσοστό θετικών αντισωμάτων anti-HAV σε 35,5%.¹⁶ Υπάρχουν όμως ακόμα ομάδες πληθυσμού όπως οι ρομά, οι κλειστές μουσουλμανικές κοινότητες της Θράκης ή οι ομάδες οικονομικών μεταναστών οι οποίες εμφανίζουν μεγαλύτερο ποσοστό νοσηρότητας, λόγω των συνθηκών διαβίωσης.

Στην παρούσα μελέτη τα ποσοστά των Ελλήνων HIV-θετικών ασθενών που βρέθηκαν HAV-θετικοί (34,9%) ήταν ανάλογα με αυτά που επικρατούν στο γενικό πληθυσμό στον ελλαδικό χώρο. Μελέτες άλλων χωρών σε HIV-θετικούς ασθενείς έχουν επίσης καταγράψει θετικά anti-HAV σε ποσοστό παρόμοιο με του γενικού πληθυσμού.^{17,18} Αυξημένος επιπολασμός της ηπατίτιδας Α παρατηρήθηκε στις μελέτες όπου καταμετρήθηκαν μαζί και οι αλλοδαποί προερχόμενοι από χώρες υψηλού επιπολασμού.¹⁹

Αξιοσημείωτη διαφορά παρατηρήθηκε μεταξύ Ελλήνων και αλλοδαπών ασθενών. Στους αλλοδαπούς καταγράφηκε πολύ υψηλότερο ποσοστό θετικών αντισωμάτων απ' ό,τι στους Έλληνες. Οι αλλοδαποί που συμμετείχαν στη μελέτη προέρχονται είτε από χώρες υψηλής ενδημικότητας (Κεντρική Αφρική), είτε από χώρες ενδιάμεσης ενδημικότητας (Ανατολική Ευρώπη). Η καταγωγή αυτή δικαιολογεί και το υψηλό ποσοστό θετικών αντισωμάτων έναντι του HAV. Η αναλογία αυτή δεν παρουσιάζει διαφορά ως προς την ηλικία. Αντιθέτως, στους Έλληνες ασθενείς παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά οροθετικότητας με την αύξηση της ηλικίας. Η μέση ηλικία των ασθενών που έχουν θετικά αντισώματα ήταν 45 έτη (45,3±1,1), ενώ οι νεώτεροι ασθενείς, κάτω των 40 ετών, έχουν έρθει σε επαφή με τον ιό HAV σε πολύ μικρότερη συχνότητα. Το εύρημα αυτό συμβαδίζει με τη μείωση της νόσησης από τον HAV στον ελληνικό πληθυσμό τις τελευταίες δεκαετίες.

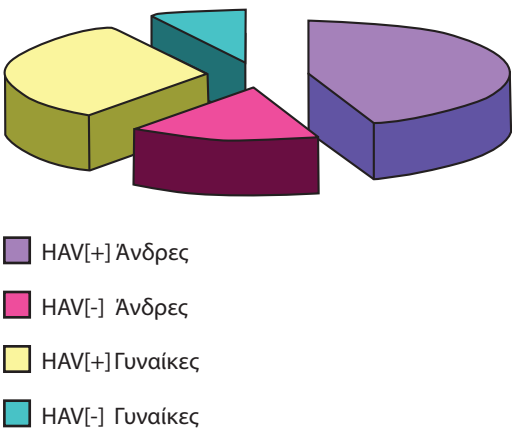
Συγκρίνοντας τις ηλικιακές ομάδες Ελλήνων και αλλοδαπών φαίνεται ότι οι αλλοδαποί ήδη από τις μικρότερες ηλικίες (<40 ετών) έχουν σε μεγάλο ποσοστό (75,5%) αντισώματα anti-HAV.

Σύγκριση οροθετικότητας ως προς το anti-HAV μεταξύ Ελλήνων ανδρών - γυναικών



Σχήμα 1. Έλληνες ασθενείς.

Σύγκριση οροθετικότητας ως προς το anti-HAV μεταξύ αλλοδαπών ανδρών - γυναικών



Σχήμα 2. Αλλοδαποί ασθενείς.

Τα αποτελέσματα αυτά είναι συμβατά με την προέλευσή τους από χώρες όπου η ηπατίτιδα Α αποτελεί λοίμωξη της παιδικής ηλικίας.

Παρά το γεγονός ότι η ηπατίτιδα Α θεωρείται τροφιογενής λοίμωξη, δεν πρέπει να παραβλέπεται και η πιθανότητα διασποράς με τη σεξουαλική οδό, αφού η άμεση μετάδοση, από άτομο σε άτομο, αφορά και τη σεξουαλική επαφή. Οι ομοφυλόφιλοι άνδρες, λόγω σεξουαλικών πρακτικών κατατάσσονται στις ομάδες υψηλού κινδύνου για ηπατίτιδα Α. Οι επιδημίες ηπατίτιδας Α που έχουν καταγραφεί σε ομοφυλόφιλους άνδρες έχουν οδηγήσει σε συστάσεις για εμβολιασμό τους έναντι του ΗΑV.²⁰

Το ενδιαφέρον διερεύνησης της ηπατίτιδας Α στους HIV-θετικούς ασθενείς πηγάζει από τη δυνατότητα σεξουαλικής μετάδοσης, αλλά και τη φυσική πορεία της λοίμωξης στο έδαφος της υποκείμενης ανοσοανεπάρκειας. Οι ασθενείς με HIV λοίμωξη και οξεία ηπατίτιδα Α μπορεί να παρουσιάσουν πιο βαριά και παρατεταμένη νόσηση.²¹ Εξάλλου κατά την οξεία λοίμωξη από τον ΗΑV μπορεί να απαιτηθεί διακοπή της αντιρετροϊκής αγωγής, με επακόλουθες επιπτώσεις για την εξέλιξη της HIV λοίμωξης.²² Συνεπώς, ο εμβολιασμός των μη άνοσων για τον ΗΑV ασθενών, είναι σκόπιμο να συνιστάται σε όλους τους HIV ασθενείς, οι οποίοι, παρά την έκπτωση της ανοσιακής απάντησης, απαντούν συνήθως ικανοποιητικά.²³

Βιβλιογραφία

1. World Health Organization. Hepatitis A vaccine. *Weekly Epidemiological Record*. 2000; 75:37-44. <http://www.who.int/docstore/wer/pdf/2000/wer7505.pdf>.
2. Jelinek T, Nothdurft HD. Changing epidemiology of hepatitis A: Time for vaccination in childhood. *J Travel Med* 2000; 7:142-148.
3. Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ). Νεώτερες Συστάσεις Εμβολιασμού για την Ηπατίτιδα Α. Αθήνα 2005.
4. Ida S, Tachikawa N, Nakajima A, Daikoku M, Yano M, Kikuchi Y, et al. Influence of human immunodeficiency virus type 1 infection on acute hepatitis A virus infection. *Clin Infect Dis*. 2002; 34(3):379-385.
5. Costa-Mattioli M, Allavena C, Poirer AS, Billaudel S, Raffi F, Ferre V. Prolonged hepatitis A infection in an HIV-1 seropositive patient. *J Med Virol*. 2002; 68(1):7-11.
6. O'Riordan M, Goh L, Lamba H. Increasing hepatitis A IgG prevalence rate in men who have sex with men attending a sexual health clinic in London: implications for immunization policy. *Int J STD AIDS* 2007; 18(10):707-710.
7. Bouvet E. Sexual practices and transmission of HAV and HCV. *Euro Surveil* 2005; 10(5):74.
8. O'Brien W. Virus-HIV Coinfections: It Gets Worse. http://www.medscape.com/viewprigram/1702_pnt
9. Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) Prevention of hepatitis A through active or passive immunization. *MMWR Recomm Rep*. 1999; 48(RR-23):1-37.
10. Curry MP, Chopra S. Acute viral hepatitis. In: Mandell GG, Bennett JE, Dolin R (eds). *Principles and Practices of Infectious Diseases*. 6th ed. Philadelphia, 2005.
11. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Infectious Diseases. Hepatitis A-E. <http://www.cdc.gov/ncidod/diseases/hepatitis/slideset>.
12. Fung S, Lok A. Update on Viral Hepatitis in 2004. *Curr Opin Gastroenterol*. 2005; 21(30):300-307.
13. Papaevangelou G, Gougouli K, Vissoulis H. Epidemiologic Characteristics of Hepatitis A virus infections in Greece. *Am J Epid* 1980; 112(4):482-486.
14. Lionis C, Koulentaki M, Biziagos E, Kouroumalis E. Current prevalence of hepatitis A, B and C in a well-defined area of rural Greece. *J Viral Hepat* 1997; 4:55-61.
15. Papaevangelou G, Roumeliotou-Karayannis A, Contoyannis P. Changing epidemiological characteristics of acute viral hepatitis in Greece. *Infection* 1982; 10(1):1-4.
16. Epidemiological patterns of Hepatitis A and B in Athens, Greece in 2001. 9th European Program for Intervention Epidemiology Training (EPIET)/EPIET Alumni Network (EAN) Scientific Seminar, Minorca, Spain 2004; Oct 14-16, Abstract 5.
17. Couvea AF, Moraes-Pinto MI, Machado DM, Carmo FB, Beltrao SC. The prevalence of hepatitis A antibodies in HIV exposed and/or infected children and adolescents. *J Pediatr (Rio J)*. 2005; 81(3):205-208.
18. Fainboim H, Gonzalez J, Fassio E, Martinez A, Otegui L, Eposito M, et al. Prevalence of hepatitis viruses in an anti-human immunodeficiency virus-positive population from Argentina. A multi-centre study. *J Viral Hepat*. 1999; 6(1):53-57.

19. Brunet A, Grabar S, Blanche P, Heripret-Fredouille L, Spiridon G, Galboreanu A. Prevalence and risk factors of hepatitis A infection in an HIV-infected French population. *Med Mal Infect.* 2005; 35(2):73-81.
20. Barckay L. Updated Guidelines for Preventing Hepatitis A Virus Infection After Exposure to the Virus. <http://www.medscape.com/viewarticle/564763>.
21. Berggren RE, Burman W, Keiser P. Impact of acute hepatitis A on 35 HIV-1-infected patients . Program and abstracts of the 39th ICAAC; September 26-29, 1999; San Francisco, Calif. Abstract 97.
22. Ridolfo AL, Rusconi S, Antinori S, Ballota C, Galli M. Persisting HIV-1 replication triggered by acute hepatitis A virus infection. *Antivir Ther.* 2000; 5(1):15-17.
23. Rimlad D, Guest JL. Response to Hepatitis A (HAV) vaccine in HIV patients in the HAART era. XV Intl AIDS Conference, Bangkok. Abstract MoPeB3299.

Δερματικές εκδηλώσεις σε δύο ασθενείς με βρουκέλλωση

Γ. Αδάμης, Ι. Στεφάνου, Κ. Αρμένης, Σ. Σταμούλη, Γ. Ξυλωμένος, Π. Γαργαλιάνος-Κακολύρης

Περίληψη

Η βρουκέλλωση παραμένει ένα πρόβλημα δημόσιας υγείας στην Ελλάδα αλλά έχει επίσης παγκόσμια κατανομή ως ζωνοσός. Η ποικιλία των συμπτωμάτων και σημείων της νόσου είναι αρκετά γνωστή στους ιατρούς, ιδιαίτερα στις ενδημικές χώρες, αλλά η εμφάνιση δερματικών εκδηλώσεων δεν είναι συχνή (<5%). Περιγράφουμε 2 περιπτώσεις βρουκέλλωσης με δερματικές εκδηλώσεις.

Λέξεις κλειδιά: βρουκέλλωση, δερματικές εκδηλώσεις, οζώδες ερύθημα.

Skin lesions in two patients with brucellosis

G. Adamis, J. Stefanou, K. Armenis, S. Stamouli, G. Xylomenos, P. Gargalianos-Kakolyris

Abstract

Brucellosis is a universal zoonotic disease, which still remains a public health problem in Greece. Doctors of endemic countries are familiar with the diversity of symptoms and signs of the disease, but skin lesions are uncommon (<5%). We describe two cases of brucellosis with skin lesions.

Key words: brucellosis, skin lesions, erythema nodosum.

Αναφορές Περιστατικών Περίπτωση 1

Άνδρας 23 ετών, Έλληνας, ηλεκτρολόγος, εισήχθη στο τμήμα μας με ιστορικό χαμηλής πυρετικής κίνησης από 10ημέρου με συνοδό καταβολή και μη παραγωγικό βήχα.

Πέντε ημέρες προ της εισαγωγής παρουσίασε υψηλό πυρετό έως 39°C, νυκτερινές εφιδρώσεις, γενικευμένες μυαλγίες και κηλιδοβλατιδώδες, κνησμώδες εξάνθημα που ξεκίνησε από τη ράχη και σταδιακά επεκτάθηκε στο κορμό και στα άκρα (Εικόνα 1).

Από το ατομικό αναμνηστικό και το οικογενειακό ιστορικό δεν αναφερόταν κάτι το αξιόλογο. Δεν υπήρχε ιστορικό κατανάλωσης μη παστεριω-

μένων γαλακτοκομικών προϊόντων και η αντικειμενική εξέταση ήταν χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα εκτός από μέτρια σπληνομεγαλία.

Ο εργαστηριακός έλεγχος ήταν ο εξής:

Αιμοσφαιρίνη: 13,4 g/dl, λευκά αιμοσφαίρια: 6700/mm³ (ουδετερόφιλα: 52%, λεμφοκύτταρα: 38%, μονοκύτταρα: 8%, αιμοπετάλια: 242.000/mm³). ΤΚΕ: 11 mm/1 ώρα, CRP: 17,69 mg/dL (φυσιολογικές τιμές 0-5 mg/dl) – βιοχημικός έλεγχος και γενική ούρων: φυσιολογικά.

Η Wright Coombs ήταν θετική με τίτλο 1/640 και τα αντιβρουκελλικά αντισώματα ήταν θετικά με τίτλο 1/160. Οι αιμοκαλλιέργειες που ελήφθησαν στην εισαγωγή θετικοποιήθηκαν μέσα σε 48 ώρες και ταυτοποιήθηκε *Brucella melitensis*.

Χορηγήθηκε αγωγή με δοξυκυκλίνη 200 mg σε συνδυασμό με στρεπτομυκίνη 1 gr την ημέρα τις πρώτες 12 ημέρες με αλλαγή της στρεπτομυκίνης με ριφαμπικίνη 900 mg/ημέρα για συνολική θεραπεία 45 ημερών.

Με το θεραπευτικό αυτό σχήμα ο ασθενής παρουσίασε πλήρη ύφεση των κλινικών σημείων και συμπτωμάτων συμπεριλαμβανομένου και του εξανθήματος που εξαφανίστηκε 16 ημέρες μετά από την έναρξη της νόσου.

Επανεξετάστηκε 3 μήνες μετά από την έξοδο του στο ιατρείο λοιμώξεων και ήταν απολύτως υγιής.



Εικόνα 1.

Περίπτωση 2

Γυναίκα 42 ετών, αγρότισσα, μητέρα 3 τέκνων, εισήχθη στη κλινική μας με ιστορικό χαμηλού πυρετού έως 37,8°C από 8μήνου με συνοδές αρθραλγίες και οζώδες ερύθημα στις κνήμες από διμήνου περίπου. Πριν την εισαγωγή της είχε λάβει από τον ιατρό της μη στερινοειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα για τρεις μήνες χωρίς ανταπόκριση. Από το ατομικό αναμνηστικό και το οικογενειακό ιστορικό δεν αναφερόταν κάτι το αξιόλογο. Δεν αναφερόταν κατανάλωση άβραστου γάλακτος ή φρέσκων γαλακτοκομικών προϊόντων.

Η αντικειμενική εξέταση ήταν χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα εκτός από μέτρια σπληνομεγαλία, επίμονες αρθραλγίες και το προαναφερθέν εξάνθημα (Εικόνα 2).

Εργαστηριακός έλεγχος: Αιμοσφαιρίνη 11,3 gr/dl, λευκά αιμοσφαίρια: 4000/mm³ (ουδετερόφιλα: 40%, λεμφοκύτταρα: 37%, μονοκύτταρα: 10%, ηωσινόφιλα: 1%) αιμοπετάλια: 272.000/mm³, ΤΚΕ: 72 mm/1 ώρα, CRP: 35,3 (φυσιολογικές τιμές 0-5 mg/dl). Βιοχημικός έλεγχος και γενική ούρων: φυσιολογικά. Η διάγνωση του οζώδους ερυθήματος βασίστηκε στην κλινική εικόνα και στα παθολογοανατομικά ευρήματα από τη βιοψία της δερματικής βλάβης.

Η Wright-Coombs ήταν θετική σε αραιώση 1/640 και τα αντιβρουκελλικά αντισώματα (ανοσοφθορισμός και ELISA) ήταν επίσης θετικά. Η διάγνωση της λοίμωξης από βρουκέλλα τεκμηριώθηκε με

καλλιέργεια μυελού, από την οποία και ταυτοποιήθηκε *Brucella melitensis*. Χορηγήθηκε αγωγή με δοξυκυκλίνη 200 mg σε συνδυασμό με ριφαμπικίνη 900 mg για 50 ημέρες και στρεπτομυκίνη τις 12 πρώτες ημέρες με αποτέλεσμα πλήρη ύφεση των συμπτωμάτων.

Σε επανεξέταση μετά από 6 μήνες υπήρξε πλήρης ίαση.

Συζήτηση

Η διάγνωση της βρουκέλλωσης μπορεί να τεκμηριωθεί με την απομόνωση των ειδών της βρουκέλλας σε καλλιέργεια αίματος ή μυελού των οστών, αλλά επίσης με την ανίχνευση των ειδικών αντισωμάτων σε σημαντικούς τίτλους στον ορό.

Οι δερματικές εκδηλώσεις της βρουκέλλωσης, παρά το γεγονός ότι είναι ασυνήθεις, έχουν περιγραφεί από το 1940. Περιλαμβάνουν διάχυτο κηλιδοοζώδες εξάνθημα, οζώδες ερύθημα, εκτεταμένη πορφύρα και γενικευμένο κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα. Οι εκδηλώσεις αυτές οφείλονται σε άμεσο ενοφθαλμισμό, φαινόμενο υπερευαισθησίας, εναπόθεση ανοσοσυμπλεγμάτων και άμεση διείσδυση του μικροοργανισμού στο δέρμα αιματογενώς.

Η παρουσία των δερματικών βλαβών δεν φαίνεται να συνδέεται με χειρότερη πρόγνωση των ασθενών με βρουκέλλωση.

Είναι σημαντικό για ένα ιατρό, ειδικά σε ενδημικές περιοχές, να αναγνωρίζει όλες τις πιθανές εκδηλώσεις της νόσου.

Βιβλιογραφία

1. Pinlachs P, Vidal-Barraquer F. Las lesiones cutaneas en la brucellosis. Rev Clin Esp 1951; 6:388-393.
2. Ariza J, Serritje O, Pallares R. et al. Characteristic cutaneous lesions in patients with brucellosis. Arch Dermatol 1989; 125:380-383.
3. Milionis H, Christou L, Elisaf M. Cutaneous manifestations in brucellosis: case report and review of the literature. Infection 2000; 28:124-126.
4. Mazokopakis E, Christias E, Kofteridis D. Acute brucellosis presenting with erythema nodosum. Eur J Epidemiol 2003; 18:913-915.
5. Nagore E, Sanchez-Motilla JM, Navarro V, et al. Leukocytoclastic vasculitis as a cutaneous manifestation of systemic infection caused by *Brucella melitensis*. Cutis 1999; 63(1):25-27.
6. Memish ZA, Balkhy HH. Brucellosis and International Travel. J Travel Med 2004; 11:49-55.



Εικόνα 2.

Δημοσίευση καταστατικού της «Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS» και τροποποίησή του όπως ισχύει σήμερα*

Άρθρο 1

Επωνυμία - Έδρα

Ιδρύεται Σωματείο με την επωνυμία «ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ AIDS» και έδρα την Αθήνα.

Άρθρο 2

Σκοπός - Μέσα

- Σκοπός του Σωματείου είναι η προώθηση με κάθε μέσο της βασικής και εφαρμοσμένης έρευνας και η ανάπτυξη δραστηριοτήτων για την προληπτική και θεραπευτική αντιμετώπιση του AIDS και άλλων ιώσεων που προκαλούνται από παρόμοιους ιούς.
- Βασική προϋπόθεση για την επίτευξη των σκοπών αυτών είναι η εφαρμογή κανόνων δικαίου που προασπίζουν τα ανθρώπινα δικαιώματα και διέπονται από ανθρωπιστικές και ηθικές αρχές.

Άρθρο 3

Για να εκπληρώσει το σκοπό της η Εταιρεία, χρησιμοποιεί τα ακόλουθα μέσα:

1. Οργανώνει μόνη της ή σε συνεργασία με άλλες ενώσεις, εταιρείες ή οργανισμούς, επιστημονικές ανακοινώσεις, διαλέξεις ή συντονισμένες συζητήσεις. Οργανώνει ή συμμετέχει σε εθνικά ή διεθνή συνέδρια.
2. Συμμετέχει σε Εθνικές Εταιρείες ή Σωματεία με ευρύτερο περιεχόμενο και σκοπούς. Επίσης συμμετέχει και εκπροσωπεί τη χώρα μας, σε συναφείς διεθνείς εταιρείες και Σωματεία.
3. Οργανώνει εκπαιδευτικά και ενημερωτικά σεμινάρια στην έδρα της εταιρείας, όσο και σε διάφορα άλλα μέρη της Ελλάδας. Εκδίδει περιοδικό ή συμμετέχει σε εκδοτικές δραστηριότητες άλλων, ευρύτερου περιεχομένου, εταιρειών. Εκδίδει διάφορες μελέτες, μονογραφίες, ενημερωτικά φυλλάδια, αφίσες, μαγνητοσκοπήσεις, ή ταινίες ή οτιδήποτε άλλο υλικό μπορεί να χρησιμοποιηθεί για αγωγή

υγείας και ειδική καθοδήγηση του γενικότερου πληθυσμού και των ομάδων υψηλού κινδύνου στην αντιμετώπιση του AIDS.

4. Γνωματεύει για κάθε θέμα που έχει σχέση με τη μελέτη ή που προκύπτει από την πορεία της επιδημίας καθώς και από την αντιμετώπιση του AIDS σε διάφορα επίπεδα.
5. Αναλαμβάνει κατόπιν αποφάσεως του Δ.Σ. την εκπόνηση ή συμμετέχει μαζί με άλλα φυσικά ή νομικά πρόσωπα στην εκπόνηση ερευνητικών προγραμμάτων του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, του ΚΕ.Σ.Υ., της Ευρωπαϊκής Κοινότητας ή άλλων Εθνικών, Ευρωπαϊκών ή Διεθνών οργανισμών, που χρηματοδοτούνται εν όλω ή εν μέρει από τους οργανισμούς αυτούς. Σε κάθε περίπτωση 10% του επιχορηγούμενου ποσού θα διατίθεται για την κάλυψη των λειτουργικών αναγκών της εταιρείας.

Άρθρο 4

Μέλη

1. Τα μέλη του Σωματείου διακρίνονται σε τακτικά και επίτιμα.
Τακτικά μέλη του Σωματείου μπορούν να γίνουν με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου υγειονομικοί, αλλά και επιστήμονες άλλων κλάδων, ως και πολίτες με αποδεδειγμένο ενδιαφέρον και δραστηριότητες συναφείς με τους σκοπούς της εταιρείας. Η εισδοχή μέλους κατά τον τελευταίο μήνα πριν τις αρχαιρεσίες είναι άκυρη.
Επίτιμα μέλη μπορούν να ανακηρυχθούν πρόσωπα τα οποία έχουν συμβάλει σημαντικά στην προαγωγή του σκοπού της Εταιρείας και στην οικονομική ενίσχυσή της ή έχουν προσφέρει μεγάλες υπηρεσίες στην Εταιρεία. Τα επίτιμα μέλη της Εταιρείας ανακηρύσσονται με απόφαση της Γενικής Συνέλευσης και μπορούν να συμμετέχουν στις Γ.Σ., αλλά χωρίς δικαίωμα ψήφου να εκλέγουν και να εκλέγονται.

*Εκ παραδρομής στο προηγούμενο τεύχος δημοσιεύσαμε το παλαιότερο καταστατικό.

2. Τα τακτικά μέλη έχουν το δικαίωμα να μετέχουν στις συζητήσεις των Γενικών Συνελεύσεων, να ψηφίζουν, να εκλέγουν και να εκλέγονται. Έχουν το δικαίωμα επίσης, να παίρνουν μέρος στην επιστημονική και γενικότερη δράση του Σωματείου όπως αυτή καθορίζεται κάθε φορά από το Δ.Σ., ή τη Γ.Σ., και να προτείνουν οτιδήποτε κρίνουν ότι συντελεί στην εκπλήρωση των σκοπών του Σωματείου.
Τα τακτικά μέλη έχουν την υποχρέωση να εργάζονται για την προαγωγή των σκοπών του Σωματείου, να εκτελούν με προθυμία τις επιστημονικές ή άλλες σχετικές με τους σκοπούς του Σωματείου εργασίες, που τους έχουν αναθέσει τα αρμόδια όργανα ή οι επιτροπές του Σωματείου, να δείχνουν πνεύμα επιστημονικής και συναδελφικής συνεργασίας, να συμμετέχουν στις Γ.Σ. και στις συνεδριάσεις των ειδικών επιτροπών, να αποφεύγουν κάθε δραστηριότητα που αντιστρατεύεται στους σκοπούς του Σωματείου και να καταβάλλουν έγκαιρα τη συνδρομή τους. Επίσης, τα τακτικά μέλη είναι υποχρεωμένα να εκπληρώνουν τακτικά και με επιμέλεια τις συγγραφικές τους υποχρεώσεις, αλλά και κάθε άλλη δραστηριότητα, όπως αυτές καθορίζονται κάθε φορά από το Δ.Σ.
3. Η ιδιότητα του μέλους παύει στις περιπτώσεις:
 - α. Έγγραφης παραίτησης μέλους.
 - β. Διαγραφής μέλους για λόγους αδικαιολόγητης παράλειψης ως προς την εκπλήρωση των συγγραφικών και άλλων επιστημονικών υποχρεώσεων που του έχουν ανατεθεί.
 - γ. Διαγραφής μέλους για λόγους αδικαιολόγητης παράλειψης για την εκπλήρωση των ταμειακών υποχρεώσεών του για δύο συνεχή χρόνια.
 - δ. Διαγραφής μέλους για ανάρμοστη συμπεριφορά, ή ασυγχώρητη αδιαφορία ή αν η δραστηριότητά του είναι ενάντια στους σκοπούς του Σωματείου ή αν εμποδίζει την εκτέλεση των αποφάσεων των οργάνων διοίκησης του Σωματείου. Η απόφαση για τη διαγραφή σ' όλες τις παραπάνω περιπτώσεις παίρνεται από το Δ.Σ. και γίνεται τελεσίδικη μετά την επικύρωσή της από τη Γ.Σ. Η απόφαση του Δ.Σ., πρέπει να είναι αιτιολογημένη και η απόφαση της Γ.Σ., για την επικύρωση της παραπάνω απόφασης του Δ.Σ., παίρνεται με πλειοψηφία των 3/4 των παρόντων. Η απόφαση μόλις γίνει τελεσίδικη κοινοποιείται υποχρεωτικά

στον ενδιαφερόμενο μέσα σε πέντε (5) ημέρες από την τελεσίδικιά της. Η διαγραφή επιβάλλεται μετά από προηγούμενη κλήση σε απολογία του μέλους. Αν δεν παρουσιαστεί, η ποινή επιβάλλεται χωρίς απολογία.

Το υπό κατηγορία μέλος μπορεί να προσκομίσει οποιαδήποτε στοιχεία, για να υποστηρίξει την αθωότητά του. Αν παραδώσει τα στοιχεία αυτά στο Διοικητικό Συμβούλιο, δικαιούται να λάβει απόδειξη. Είναι δυνατή η ανάκληση της ποινής, που γίνεται με την ίδια διαδικασία.

Άρθρο 5 **Πόροι**

Πόροι του Σωματείου:

1. Η ετήσια συνδρομή των μελών του (το ύψος της οποίας καθορίζεται με απόφαση του Δ.Σ.).
2. Τα δικαιώματα εγγραφής.
3. Έκτακτες εισφορές.
4. Δωρεές κάθε είδους.
5. Τυχόν έσοδα από την κυκλοφορία επιστημονικού περιοδικού ή άλλης έκδοσης της εταιρείας.
6. Τυχόν έσοδα από άλλες συναφείς προς τους σκοπούς του σωματείου εκδηλώσεις.
7. Δάνεια των μελών του Σωματείου ή τρίτων προς αυτό και
8. Ενισχύσεις από την Πολιτεία ή άλλους Δημόσιους Οργανισμούς ως και κάθε άλλος νόμιμος πόρος.

Άρθρο 6 **Όργανα**

Όργανα του Σωματείου είναι:

Η Γενική Συνέλευση.

Το Διοικητικό Συμβούλιο και

Η Ελεγκτική Επιτροπή.

Άρθρο 7 **Γενική Συνέλευση**

1. Η Γενική Συνέλευση είναι το ανώτατο και κυρίαρχο όργανο του Σωματείου και αποφασίζει για κάθε θέμα που δεν έχει ανατεθεί από το νόμο ή το παρόν Καταστατικό σε άλλα όργανα. Η Γ.Σ. ασκεί τον έλεγχο και την εποπτεία στα άλλα όργανα του Σωματείου. Αποκλειστική αρμοδιότητα η Γ.Σ. έχει:
 - α. Να εκλέγει τα μέλη της Εφορευτικής Επιτροπής.

- β. Να εκλέγει τα μέλη του ΔΣ και της Ελεγκτικής Επιτροπής.
- γ. Να εγκρίνει ή όχι το διοικητικό και οικονομικό απολογισμό του Δ.Σ. και την έκθεση της Ελεγκτικής Επιτροπής και αποφασίζει για την απαλλαγή τους από τις ευθύνες τους.
- δ. Να αποφασίζει, κατά το άρθρο 4 παρ. 3, για τα μέλη του Σωματείου (κρίνεται αναγκαίος ο συγκεκριμένος προσδιορισμός γιατί η σχετική αρμοδιότητα όσον αφορά την εισδοχή νέων μελών μεταβιβάζεται στο Δ.Σ. ώστε η Γ.Σ. να έχει αρμοδιότητα μόνο επί αποβολής μελών, όπως κατά νόμο επιβάλλεται).
- ε. Να αποφασίζει για κάθε τροποποίηση του Καταστατικού και
- στ. Να αποφασίζει για τη διάλυση του Σωματείου.
2. Η Γενική Συνέλευση συνέρχεται: i) Τακτικά μια (1) φορά το χρόνο, κατά τη διάρκεια του ετήσιου Πανελληνίου Συνεδρίου για το AIDS. Εφόσον δεν πραγματοποιηθεί Πανελλήνιο Συνέδριο για το AIDS εντός του έτους, τότε η τακτική Γ.Σ. θα λαμβάνει χώρα το μήνα Δεκέμβριο ή τον Ιανουάριο του επόμενου έτους και ii) Έκτακτα: α) όσες φορές κρίνεται απαραίτητο από το Δ.Σ. και β) όταν το ζητήσει το 1/10 των μελών του Σωματείου ή της Ελεγκτικής Επιτροπής, με αίτηση προς το Δ.Σ., όπου πρέπει να είναι γραμμένα και τα θέματα που θα απασχολήσουν τη Συνέλευση. Στην περίπτωση αυτή το Δ.Σ., συγκαλεί τη Γ.Σ., μέσα σε είκοσι (20) ημέρες από τότε που θα ζητηθεί, αν όμως αδρανή το Δ.Σ. τότε η Έκτακτη Γενική Συνέλευση μπορεί να συγκληθεί απευθείας από το 1/10 των μελών ή την Ελεγκτική Επιτροπή.
3. Η σύγκληση της Γ.Σ., γίνεται μετά από έγγραφη προσωπική πρόσκληση του Δ.Σ., προς όλα τα μέλη, η οποία αποστέλλεται δέκα (10) τουλάχιστον ημέρες πριν από τη Συνέλευση. Στην πρόσκληση αναγράφεται: α) ο τόπος, β) ο χρόνος και γ) τα θέματα της ημερήσιας διάταξης. Δικαίωμα συμμετοχής και ψήφου στη Γ.Σ. έχουν όσα μέλη έχουν εκπληρώσει τις ταμειακές τους υποχρεώσεις προς το Σωματείο.
4. Η Γ.Σ. ευρίσκεται σε απαρτία, όταν παρευρίσκεται το 1/3 των ταμειακά εντάξει μελών, εκτός από περιπτώσεις τις οποίες ο νόμος ή το παρόν Καταστατικό ορίζουν αλλιώς (ειδική απαρτία). Σε περίπτωση κατά την οποία δεν επιτυγχάνεται απαρτία στην πρώτη συνεδρίαση της Γ.Σ., συγκαλείται νέα μέσα σε οκτώ (8) ημέρες, η οποία άσχετα με τον αριθμό των παρόντων μελών θεωρείται ότι ευρίσκεται σε απαρτία εκτός από τις περιπτώσεις ειδικής απαρτίας.
5. Οι αποφάσεις της Γ.Σ. παίρνονται με απόλυτη πλειοψηφία των παρόντων μελών, εκτός από τις περιπτώσεις που ορίζεται ρητά άλλη πλειοψηφία. Οι αποφάσεις παίρνονται με ανάταση του χεριού, σε περίπτωση αμφισβήτησης του αποτελέσματος διενεργείται καταμέτρηση. Απόφαση για θέμα που δεν αναγράφεται στην πρόσκληση και την Ημερήσια Διάταξη είναι άκυρη.
6. Η ψηφοφορία είναι υποχρεωτικά μυστική στις παρακάτω περιπτώσεις:
- α. Εκλογής Δ.Σ. και Ελεγκτικής Επιτροπής, σύμφωνα με τα οριζόμενα στην παράγραφο 8 του παρόντος άρθρου.
- β. Διαγραφής μέλους της Εταιρείας σύμφωνα με τα οριζόμενα στο άρθρο 4 του παρόντος.
- γ. Παύσης μέλους του Δ.Σ. σύμφωνα με τα οριζόμενα στο άρθρο 8.
- δ. Διάλυση του σωματείου.
7. **Εργασίες της Γ.Σ.**
Μόλις διαπιστωθεί απαρτία από το Δ.Σ., η Γ.Σ. αρχίζει τις εργασίες της, εκλέγοντας τριμελές προεδρείο (Πρόεδρο, Αντιπρόεδρο, Γραμματέα) με ανάταση του χεριού. Στη συνέχεια ο Πρόεδρος της Γ.Σ. διαβάσει τη διαδικασία λειτουργίας της, που είναι η παρακάτω:
- α. Ανάγνωση της ημερήσιας διάταξης, έγκριση ή και τροποποίησή της σύμφωνα με προτάσεις των μελών.
- β. Εισηγήση για κάθε θέμα επί της ημερήσιας διάταξης.
- γ. Ερωτήσεις επί της εισήγησης.
- δ. Συζήτηση επί των εισηγήσεων με κατάλογο ομιλητών κατά τη σειρά που θέλουν να μιλήσουν.
- ε. Μετά το τέλος των ομιλιών, δευτερολογία του εισηγητή και
- στ. Ψηφοφορία επί των προτάσεων.
- Η τήρηση της παραπάνω διαδικαστικής λειτουργίας της Συνέλευσης είναι έργο του Προεδρείου και όλων των μελών, που συμμετέχουν σε αυτή.
8. **Αρχαιρεσίες**
α. Κάθε δύο (2) χρόνια στην τακτική Γ.Σ. κατά τη διάρκεια του ετήσιου Πανελληνίου Συνεδρίου για το AIDS ή κατά το μήνα Δεκέμβριο ή τον Ιανουάριο του επόμενου έτους σύμφωνα

με τα οριζόμενα στην παράγραφο 2 του παρόντος άρθρου, γίνονται αρχαιρεσίες για την εκλογή των τακτικών και αναπληρωματικών μελών του Δ.Σ. και της Ελεγκτικής Επιτροπής.

β. Κάθε υποψήφιος για το Δ.Σ. και την Ελεγκτική Επιτροπή πρέπει να συγκεντρώνει τις προϋποθέσεις για την εκλογή του σύμφωνα και με όσα ρητά προβλέπονται στη διάταξη του άρθρου 8 παρ.1 του παρόντος.

γ. Οι αρχαιρεσίες διεξάγονται με τη μέριμνα τριμελούς Εφορευτικής Επιτροπής, που εκλέγεται από τη Συνέλευση και της οποίας προεδρεύει ο οριζόμενος από τα μέλη της Πρόεδρος. Υποψήφιοι για το Δ.Σ. και την Ελεγκτική Επιτροπή δεν μπορούν να είναι μέλη της Εφορευτικής Επιτροπής.

δ. Οι εκλογές γίνονται με μυστική ψηφοφορία και χρησιμοποιείται ένα ψηφοδέλτιο, όπου αναγράφονται με αλφαβητική σειρά τα ονόματα των υποψηφίων για το Δ.Σ. και κάτω από αυτά τα ονόματα των υποψηφίων για την Ελεγκτική Επιτροπή. Το ψηφοδέλτιο είναι έγκυρο, όταν οι σταυροί προτιμήσεως που έχουν τεθεί είναι μέχρι εννέα (9) για το Δ.Σ. και μέχρι τρεις (3) για την Ελεγκτική Επιτροπή.

ε. Το ψηφοδέλτιο μπαίνει σε φάκελο, που φέρει τη σφραγίδα της εταιρείας και παραδίδεται στην Εφορευτική Επιτροπή.

Η Εφορευτική Επιτροπή αφού τελειώσει η ψηφοφορία και συντάξει το σχετικό Πρωτόκολλο διαλογής των ψήφων, προβαίνει στην ανάδειξη των τακτικών και αναπληρωματικών μελών του Δ.Σ. και της Ελεγκτικής Επιτροπής με πράξη της, όπου αναγράφονται τα ονόματα των υποψηφίων με τη σειρά της εκλογής τους.

στ. Το εκλογικό υλικό, μαζί με το πρακτικό υπογεγραμμένο από την Εφορευτική Επιτροπή, παραδίδεται στο Γραμματέα του απερχόμενου Συμβουλίου. Αυτός είναι υποχρεωμένος να τα παραδώσει στο νέο Δ.Σ.

Άρθρο 8 Διοικητικό Συμβούλιο

1. Το Σωματείο διοικείται από το Διοικητικό Συμβούλιο, που αποτελείται από εννέα (9) τακτικά μέλη, εκλεγόμενα από τη Γ.Σ. μεταξύ των μελών της Εταιρείας που έχουν δικαίωμα ψήφου εκ των οποίων: α. ένα μέλος υποχρεωτικά θα δραστηριοποιείται επαγγελματικά εκτός Αττικής, υπό την προϋπόθεση ότι θα

υπάρχει ανάλογη υποψηφιότητα και β. έως ένα μέλος δύναται να είναι εκτός του χώρου της υγείας. Η θητεία του Δ.Σ. είναι διετής.

2. Το νεοεκλεγόμενο Δ.Σ. μέσα σε πέντε (5) ημέρες από την εκλογή του, συνέρχεται υποχρεωτικά με την πρωτοβουλία, την ευθύνη και υπό την προεδρία εκείνου που πήρε τις περισσότερες ψήφους (σε περίπτωση ισοψηφίας γίνεται κλήρωση) και εκλέγει με μυστική ψηφοφορία μεταξύ των μελών του τον Πρόεδρο, Αντιπρόεδρο, Γενικό Γραμματέα, Ειδικό Γραμματέα και Ταμία.
3. Μέχρι τη συγκρότηση σε σώμα του εκλεγέντος νέου Δ.Σ., υπεύθυνο για τη διαχείριση των τρεχουσών υποθέσεων της εταιρείας είναι το απερχόμενο Δ.Σ.
4. Αυτός που πήρε τις περισσότερες ψήφους στις εκλογές καλεί στην ίδια συνεδρίαση και το απερχόμενο Δ.Σ., να παραδώσει στο νέο Προεδρείο τα κλειδιά, τις σφραγίδες, το αρχείο και την περιουσία του Σωματείου με πρωτόκολλο παραλαβής, που υπογράφεται και από τα δύο Προεδρεία.
5. Το Δ.Σ. μπορεί να παυθεί με απόφαση έκτακτης Γ.Σ. στην οποία πρέπει να παρευρίσκεται το 1/2 από τα δικαιούμενα ψήφου μέλη του Σωματείου και η οποία αποφασίζει με πλειοψηφία των 3/4 των παρόντων. Τη σύγκληση της έκτακτης για το σκοπό αυτό Γ.Σ. μπορεί να ζητήσει εγγράφως το 1/5 τουλάχιστο των μελών της εταιρείας. Η έκτακτη Γ.Σ. συγκαλείται υποχρεωτικά από το Δ.Σ. μέσα σε είκοσι (20) ημέρες από τότε που θα ζητηθεί. Σε περίπτωση αμέλειας και αδιαφορίας του Δ.Σ., η Γ.Σ. συγκαλείται από το 1/5 των μελών μέσα σε δέκα (10) ημέρες από την εκπνοή της παραπάνω εικοσαήμερης προθεσμίας.
6. Το Διοικητικό Συμβούλιο
 - α. Διοικεί το Σωματείο και μεριμνά για την επίτευξη του σκοπού του και την τήρηση του παρόντος Καταστατικού και των αποφάσεων των Γ.Σ.
 - β. Εισηγείται την εγγραφή νέων μελών του Σωματείου.
 - γ. Προτείνει τη διαγραφή των μελών σύμφωνα με τα οριζόμενα στο άρθρο 4, παρ. 3, περιπτ. β, γ και δ του παρόντος Καταστατικού.
 - δ. Συγκροτεί όταν κρίνεται αναγκαίο, υποεπιτροπές για τη μελέτη και προώθηση συγκεκριμένων στόχων του σωματείου.
 - ε. Χορηγεί άδειες απουσίας στα μέλη του.

- στ. Εξουσιοδοτεί τον Πρόεδρό του να προσλαμβάνει ή να απολύει το προσωπικό του Σωματείου.
- ζ. Συγκαλεί τη Γ.Σ. των μελών του Σωματείου, που προβλέπει το άρθρο 7 του παρόντος Καταστατικού και συντάσσει τα θέματα ημερήσιας διάταξης.
- η. Προβαίνει σε κάθε άλλη ενέργεια ή πράξη που του έχει ανατεθεί από το νόμο ή το παρόν καταστατικό.
7. Το Δ.Σ. συνεδριάζει τακτικά στην Αθήνα μια φορά τουλάχιστον το μήνα, ύστερα από πρόσκληση του Προέδρου του και έκτακτα οσάκις το ζητήσει ο Πρόεδρος ή εγγράφως τρία (3) τουλάχιστον μέλη του Δ.Σ.
Το Δ.Σ. αν δεν ορίζεται διαφορετικά:
α. Βρίσκεται σε απαρτία, αν είναι παρόντα πέντε (5) τουλάχιστον από τα μέλη του και αποφασίζει για κάθε θέμα της ημερήσιας διάταξης. Αν δεν υπάρξει απαρτία, η συνεδρίαση επαναλαμβάνεται με την ίδια απαρτία σε δύο (2) ημέρες.
β. Οι αποφάσεις του λαμβάνονται με φανερή ψηφοφορία και με απόλυτη πλειοψηφία των παρόντων μελών. Σε περίπτωση ισοψηφίας υπερισχύει η ψήφος του Προέδρου ή του νόμιμου αναπληρωτή του.
γ. Ειδικά για τις αποφάσεις του Δ.Σ. στην περίπτωση διαγραφής μέλους της εταιρείας απαιτείται ειδικά αυξημένη απαρτία του Δ.Σ. η οποία ορίζεται στην παρουσία επτά (7) τουλάχιστον μελών.
8. Οι αποφάσεις του Δ.Σ. καταχωρούνται με ευθύνη του Γενικού Γραμματέα σε ειδικό βιβλίο πράξεων του Δ.Σ. που τηρείται γι' αυτό το λόγο, χρονολογούνται, αριθμούνται και υπογράφονται από όλα τα παρόντα στη συνεδρίαση μέλη, ισχύουν δε από και με την υπογραφή τους από αυτά.
9. Στις αρχαιρεσίες που γίνονται κάθε δύο (2) χρόνια για την ανάδειξη των τακτικών μελών του Δ.Σ. η Γ.Σ. εκλέγει τρία (3) αναπληρωματικά μέλη του Δ.Σ. που δεν έχουν ανάμειξη στις εργασίες του Δ.Σ. Σε περίπτωση αποχώρησης μέλους του Δ.Σ. λόγω θανάτου, παραίτησης ή παύσης του, το μέλος αναπληρώνεται από το πρώτο κατά σειρά αναπληρωματικό μέλος.
10. Σε περίπτωση παραίτησης Προέδρου, Αντιπροέδρου, Γενικού Γραμματέα, Ειδικού Γραμματέα ή Ταμιά από το αξίωμά του, το Δ.Σ. εκλέγει νέο μεταξύ των μελών του.
11. Σε περίπτωση εξάντλησης των αναπληρωματικών, η θέση του Δ.Σ. παραμένει κενή και συμπληρώνεται στην πρώτη Γ.Σ. με απόφασή της, από τους υπόλοιπους υποψηφίους, που πήραν τις περισσότερες ψήφους στις εκλογές. Αν ο κατάλογος των υποψηφίων εξαντληθεί ή δεν υπάρχουν άλλοι υποψήφιοι, τότε προκηρύσσεται Γ.Σ. αρχαιρεσιών Δ.Σ.
12. Ο Πρόεδρος μπορεί για λογαριασμό του Δ.Σ. να υποβάλλει ομαδική παραίτησή του σε έκτακτη Γ.Σ. που συγκαλείται ειδικά για το σκοπό αυτό, η οποία αποφασίζει για την αποδοχή ή όχι της παραίτησης του Δ.Σ.. Σε περίπτωση αποδοχής της παραίτησης, ορίζεται νέα Γ.Σ. για εκλογή νέου Δ.Σ.
13. Μέλος του Δ.Σ. που απουσιάζει αδικαιολόγητα από τρεις (3) τουλάχιστον συνεχείς συνεδριάσεις του, αποβάλλει την ιδιότητά του με απόφαση του Δ.Σ. και αντικαθίσταται σύμφωνα με την παραγρ. 9 του παρόντος άρθρου.

Άρθρο 9

Πρόεδρος-Αντιπρόεδρος

Ο Πρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου:

1. Προεδρεύει στις συνεδριάσεις του Δ.Σ.
2. Εκπροσωπεί το Σωματείο ενώπιον των Δικαστηρίων και κάθε άλλης αρχής και γενικά στις συναλλαγές με τρίτους, υπογράφει συμβόλαια και αξιόγραφα κάθε είδους και συνομολογεί δάνεια.
3. Συντάσσει τα θέματα της ημερήσιας διάταξης του Δ.Σ.
4. Συγκαλεί το Δ.Σ.
5. Εισηγείται τη λήψη κάθε πρόσφορου μέτρου, που αφορά στην πρόοδο του Σωματείου ή στην υλοποίηση του σκοπού του.
6. Με ειδική κάθε φορά εξουσιοδότηση από το Δ.Σ. προσλαμβάνει ή απολύει το προσωπικό του Σωματείου.
7. Υπογράφει με το Γενικό Γραμματέα όλα τα έγγραφα που αποστέλλει το Δ.Σ.
8. Εκδίδει αντίγραφα των πράξεων του Δ.Σ. ή των Γ.Σ.
9. Προεδρεύει στη Συντακτική Επιτροπή.
Ο Αντιπρόεδρος αναπληρώνει τον Πρόεδρο για κάθε αρμοδιότητά του σε περίπτωση κωλύματος ή απουσίας του. Τον Αντιπρόεδρο σε περίπτωση κωλύματος ή απουσίας του αναπληρώνει ένα από τα μέλη του Δ.Σ. που ορίζεται ειδικά γι' αυτό από το Δ.Σ.

Άρθρο 10

Γενικός Γραμματέας-Ειδικός Γραμματέας

Ο Γενικός Γραμματέας

1. Συντάσσει και συνυπογράφει με τον Πρόεδρο του Δ.Σ. τα πρακτικά του Δ.Σ.
2. Συνυπογράφει με τον Πρόεδρο τα διάφορα έγγραφα.
3. Διεξάγει την αλληλογραφία του Σωματείου.
4. Έχει την ευθύνη των βιβλίων του Σωματείου, πλην των διαχειριστικών και του ταμείου, κρατάει το αρχείο και φυλάσσει τη σφραγίδα του Σωματείου.
5. Συμμετέχει στη Συντακτική Επιτροπή.
Ο Ειδικός Γραμματέας αναπληρώνει το Γενικό Γραμματέα σε περίπτωση κωλύματος ή απουσίας του.

Άρθρο 11

Ταμίας

Ο Ταμίας

1. Έχει την ευθύνη του ταμείου, τηρεί όλα τα διαχειριστικά βιβλία και στοιχεία του Σωματείου, υπογράφει κάθε έγγραφο σχετικό με την οικονομική διαχείριση, και ελέγχεται από την Ελεγκτική Επιτροπή για την καλή διαχείριση της περιουσίας του Σωματείου.
2. Εισπράττει κάθε έσοδο του Σωματείου και υπογράφει τις σχετικές διπλότυπες αποδείξεις.
3. Εκτελεί τις διάφορες πληρωμές με βάση τα νόμιμα δικαιολογητικά.
4. Κάθε δαπάνη που ξεπερνάει το ποσό των 500€ αναπροσαρμολοζόμενο με απόφαση της Γ.Σ. γίνεται ύστερα από απόφαση του Δ.Σ.
5. Υποβάλλει κάθε μήνα συνοπτική κατάσταση εσόδων και εξόδων στο Δ.Σ. και είναι υποχρεωμένος να καταθέτει σε Τράπεζα ποσά ανώτερα των 500€.
6. Στην Τράπεζα οι καταθέσεις θα γίνονται στο όνομα του Σωματείου. Η ανάληψη των χρημάτων που έχουν κατατεθεί γίνεται με απόφαση του Δ.Σ., το οποίο μπορεί να δίνει κάθε φορά εντολή ανάληψής τους σε ένα ή περισσότερα μέλη του.

Άρθρο 12

Ειδικές Επιτροπές

Το Δ.Σ. προβαίνει στη σύσταση ειδικών Επιτροπών αποτελούμενων κατά την κρίση του από απλά μέλη του Σωματείου και μέλη του Δ.Σ., στις οποίες αναθέτει την οργάνωση και διεκπεραίωση ειδικών και ρητά καθοριζόμενων σκοπών

του Σωματείου όπως π.χ. Συντακτική Επιτροπή του Επιστημονικού Περιοδικού της εταιρείας, Επιτροπή επαφής με αλλοδαπούς επιστήμονες κ.λπ., Επιτροπή Οργανώσεων συνεδρίων ή άλλων συναφών προς τους σκοπούς της εταιρείας εκδηλώσεων. Οι επιτροπές αυτές συγκροτούνται σε σώμα και συντάσσουν κανονισμό εσωτερικής λειτουργίας, τον οποίο εγκρίνει το Δ.Σ.

Άρθρο 13

Ελεγκτική Επιτροπή

1. Η Ελεγκτική Επιτροπή αποτελείται από τρία (3) τακτικά μέλη και δύο (2) αναπληρωματικά.
2. Η Ελεγκτική Επιτροπή συνέρχεται τακτικά μία (1) φορά το χρόνο πριν από την ετήσια Τακτική Γ.Σ., και έκτακτα όσες φορές κρίνει αναγκαίο, με πρωτοβουλία του πρώτου εκλεγμένου, ο οποίος ασκεί καθήκοντα προεδρεύοντα. Στην τακτική συνεδρίασή της συντάσσει κατατοπιστική έκθεση για τη διαχείριση του Σωματείου, που γράφεται σε ειδικό βιβλίο, και υποβάλλεται υποχρεωτικά για έγκριση στην τακτική Γ.Σ., μετά την έκθεση των πεπραγμένων.

Άρθρο 14

Η απόκτηση από το Σωματείο ακίνητων ή κινητών σημαντικής αξίας από επαχθή αιτία, γίνεται πάντοτε μετά από έγκριση της Γ.Σ. Η εκμετάλλευση της περιουσίας του Σωματείου δεν μπορεί σε καμιά περίπτωση να συνεπάγεται την ανάμειξη της εταιρείας σε κερδοσκοπική επιχείρηση ή τη λήψη προμήθειας κατά τη διενέργεια πράξεων εκμετάλλευσης της περιουσίας της.

Άρθρο 15

Τροποποίηση Καταστατικού και διάλυση του Σωματείου

1. Για την τροποποίηση του Καταστατικού και τη διάλυση του Σωματείου αποφασίζει η Γ.Σ. των μελών.
2. Η Γ.Σ. αποφασίζει για τροποποίηση του Καταστατικού και διάλυση του Σωματείου με απαρτία 51% των ταμειακά τακτοποιημένων μελών και πλειοψηφία 3/4 των παρόντων.

Άρθρο 16

Η περιουσία του Σωματείου σε περίπτωση διάλυσής του πηγαίνει στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ή το αντίστοιχο Υπουργείο εάν αυτό ήθελε ονομαστεί.

Άρθρο 17

Το Σωματείο έχει σφραγίδα στρογγυλή που φέρει περιφερειακά τις λέξεις «ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ AIDS» και στο κέντρο την εικόνα του ιού.

Άρθρο 18

Το Σωματείο γίνεται μέλος Διεθνούς Ομοσπονδίας, Εταιρείας ή άλλης Ένωσης εφόσον αποφασίσει γι' αυτό η Γ.Σ.

Άρθρο 19

Καθετί που δεν προβλέπεται από το παρόν Καταστατικό ρυθμίζεται σύμφωνα με το πνεύμα του και από τις σχετικές διατάξεις του Αστικού Κώδικα και από τους Νόμους.

Άρθρο 20

Το παρόν καταστατικό, αποτελούμενο από 20 άρθρα, αποτελεί τροποποίηση του ισχύοντος καταστατικού και εγκρίθηκε από την Καταστατική Γενική Συνέλευση στις 3-6-2006 και θα ισχύει από τη χρονολογία της δικαστικής απόφασης που θα το εγκρίνει.

Το πιο πάνω καταστατικό εγκρίθηκε με την υπ' αριθ. 6531/2006 απόφαση του Μονομελούς Πρωτοδικείου Αθηνών.

Τροποποίηση Καταστατικού
Αριθμός απόφασης 6531/2006