

TÜNETMENTES HIV FERTŐZÖTTEK GONDOZÁSA*

LEVELEZÉSI CÍM

Dr. Várkonyi Viktória
Körúti Orvosi Centrum,
1137 Budapest,
Szent István körút 24. II. 7.
e-mail: varvik@t-online.hu

THE CARRYING OF ASYMPTOMATIC HIV INFECTED PATIENTS

VÁRKONYI VIKTÓRIA DR.

Körúti Orvosi Centrum, Budapest. 1986. novemberől 2002. július 31-ig az OBNI HIV gondozás, 1991–2002. július 31. között az OBNI STD Centrum vezető főorvosa.

* Az Országos Epidemiológia Központ Járványügyi Osztálya 2009. október 13-án megtartott, akkreditált továbbképzésén elhangzott előadás alapján.

ÖSSZEFOGLALÁS

Magyarországon a HIV fertőzés terjedése elleni küzdelem már az 1980-as évek elején kezdetét vette és ebben a munkában az Országos Bőr- és Nemikórtani Intézet jelentős szerepet játszott. A szerző röviden bemutatja azt a tevékenységet, amelynek a célja a magyarországi HIV szűrési rendszer kialakítása és minél szélesebb körben való kiterjesztése, a kiszűrt HIV fertőzöttek orvosi ellátása, gondozása és az adott időszakban a gyógykezelés biztosítása volt. A tevékenység fontos részét képezte a Bőr- és Nemibeteg gondozók orvosainak és gondozónőinek a szűrővizsgálatokat megelőző tanácsadásra való felkészítésében. Az antiretrovirális terápia bevezetése előtt, de azt követően is kulcskérdés volt a HIV fertőzöttek pszichés támogatása. A tünetmentes fertőzöttek gondozását az OBNI ún. HIV gondozása vállalta fel. Ebben a tevékenységben a szakorvosok mellett a jól képzett gondozónők is fontos szerephez jutottak. Az elmúlt évek egészségügyben bekövetkezett változásai, amelyek negatív hatásai a betegellátás minden területén megfigyelhetők, erősen érintették ezt a tevékenységet is. Az OBNI 2005. március 31-vel történt megszüntetése, jöllehet a gondozási feladatokat a SE Bőr- és Nemikórtani Bőronkológiai Klinika STD Centruma vette át, mind a mai napig érezteti hatását. A szerző mindazon ismereteket foglalja egy csokorba, amelyek a HIV fertőzöttek gondozásához véleménye szerint szükségesek.

KULCSSZAVAK: HIV fertőzés, tanácsadás, gondozás

SUMMARY

The controll of HIV infection in Hungary has started in the early 1980s and the National Institute of Dermatovenereology (NIDV) played an important role in these measures.

The author describes the activities for the establishment and further development of Hungarian HIV screening network and medical care, follow up and treatment of HIV infected persons. Educating physicians and nurses how to perform counselling working in the network of outpatient departments for dermatovenereology was a very highlighted part of this work. Psychological support of patients living with HIV was a very important issue before the introduction of HAART and in fact remained important even after that. Symptom-free HIV infected people were followed up by the HIV department – doctors and nurses – of the NIDV. Unfavourable changes in Hungarian health care system have set this work back.

The closing down of the NIDV 31. 03. 2005. had further negative effects on this activities though the STD Department of the University Clinic for Dermatovenereology is trying to do its best to take up these duties. The author discusses all the information considered to be necessary for the management of HIV infected patients.

KEY WORDS: HIV infection, counselling, follow up

BEVEZETÉS

Az elmúlt közel három évtized alatt felnőtt egy fiatal korosztály és olyan lelkes ifjú szakorvosok kezdtek meg ténykedésüket, akik nem ismerik azt az időszakot, amelyet nyugodtan lehet ma már a HIV elleni küzdelem „hős” korszakának is nevezni. Az elmúlt több, mint 15 évben jelentősen megváltozott a HIV/AIDS-el kapcsolatos információ áramlás. Sajnálatos módon igen gyér a figyelemkeltő híradás, leginkább december elseje körüli időszakban lehet hallani híreket a HIV terjedéséről. Igaz az internet világában az emberek többsége válogathat, „szörfölhet” a különböző web oldalakon. A kérdés, hogy azt az ismeretanyagot jegyzik-e meg, ami valós tartalommal bír, vagy azt amit saját magukra vonatkoztatva hallani szeretnének? Információ áramlás tehát van, azonban a kétségekkel vívódó egyének előbb utóbb orvoshoz, orvosokhoz fordulnak.

A friss orvosi diplomával és szakorvosi oklevéllel rendelkezők tanulmányaik során természetesen a HIV/AIDS betegséggel találkoznak, de az elméleti tudás és ismeretanyag semmilyen biztosítékot nem jelent arra, hogy adott, ún. *éles* helyzetben az egészségügy szereplői a rendelésen megjelenő beteghez megfelelően fognak hozzáállni. Talán nem árt végig gondolni azt a szituációt, hogy a beteg közli az orvossal: „*HIV fertőzött vagyok*”.

Ki hogyan fog reagálni és mit gondol, érez magában? 1985 őszén a szűrővizsgálatok bevezetését követően az OBNI munkacsoportjának legfontosabb feladata volt biztosítani a tünetmentes HIV fertőzöttek gondozását. Nem volt könnyű feladat, mivel egy sor kérdésre abban az időben nem volt válasz. A kezdet kezdetén volt-e bennünk félelem? Igen volt, hiszen mi is csak annyit tudtunk erről az egész fertőzésről, amennyi a szakiro-

dalomban olvasható volt. A feladatot ennek ellenére mindannyian kihívásnak tekintettük. **2005. március 31-én megszüntették az OBNI-t**, így a HIV elleni küzdelem egy jelentős korszaka lezárult. A végzett munka jelentőségét azonban megkérdőjelezni nem lehet. Jelen közlemény a HIV gondozással kapcsolatos nehézségeket és buktatókat foglalja össze.

TÖRTÉNETI ÁTTEKINTÉS (A TELJESSÉG IGÉNYE NÉLKÜL)

1981-ben a Center for Disease Control (CDC) and Prevention jelentette meg az első közleményt az 1 évvel később AIDS-nek elnevezett betegség első áldozatairól. Ezt követően további közlések láttak napvilágot. A közleményekben közös volt, hogy az elhunytak mind homoszexuális férfiak voltak és mindannyian azonos klinikai tüneteket mutattak: tüdőgyulladás (*Pneumocystis carini pneumoniae*) és gyorsan progresszív Kaposi sarcoma (1). A CDC vizsgálatai alapján egy évvel később kialakították az első esetdefiniációt és leírták, hogy az immunrendszert károsító ágens valószínűleg elsődlegesen szexuális érintkezés útján terjed, elsősorban a homoszexuális férfiakat érinti, de terjedhet a vér útján is (i.v. kábítószerhasználók, transzfúzió, valamint fertőzött anyáról a magzatra) (2). Ezt követően az események világszerte felgyorsultak. A kutatók munkájának a gyümölcse a HTLV-III felfedezése 1983-ban, majd fél évvel később 1984-ben egymástól függetlenül két munkacsoport érdeme volt (3-4) 1986-tól Human Immundeficiencia Vírus 1 (HIV-1) elnevezést kapta. *Montagnier L. és Barré-Sinoussi F.* 1983. évi felfedezését 2008. évben megosztott Orvosi Nobel díjjal ismerték el. Az elmúlt több, mint két évtized ismeretei és terápiás tapasztalatai birtokában ma elmondhatjuk, hogy a HIV fertőzöttek életkilátásai ugrásszerűen javultak. Minél korábban kerül felismerésre egy látszólag egészséges egyén HIV fertőzöttsége, annál hosszabb ideig számolhatunk jó, vagy jobb életminőséggel, illetve annál nagyobb a valószínűsége annak, hogy a kombinált antiretrovirális kezelést időben el lehet kezdeni. Az angol elnevezés, az AIDS, azonban még napjainkban is az emberek egy jelentős részében sajnálatos módon az érintettekkel szembeni maximális elutasítást indukálja.

HIV INFEKCIÓ TERJEDÉSE ELLENI KÜZDELEM MAGYARORSZÁGON

Magyarországon már az 1980-as évek elején vezető szakemberek (OHVI: dr. Hollán Zsuzsa, dr. Füst György, OBNI: dr. Horváth Attila, dr. Kulcsár György, OKI: dr. Dömök István, dr. Földes István, László Kórház: dr. Várnai Ferenc) kitüntetett érdeklődéssel fordultak az akkor még ismeretlen kóreredetű, de igen gyorsan terjedő megbetegedés felé (5). A szakirodalom folyamatos követése és a vezető szakemberek egymásközi gyakori konzultációja biztosította a véleménycserét ill. azok ütköztetését. Az OHVI 1983-ban tájékoztatót készített a véradóállomások részére. 1984-ben az érintett országos intézetek szervezésében a szakmák számára továbbképző előadásokat szerveztek.

1985-ben az események Magyarországon is felgyorsultak, ugyanis létrejött az **AIDS Szakértői munkacsoport (Egészségügyi Minisztérium V. Főosztálya Járványügyi osztály: dr. Vass Ádám, OBNI: dr. Horváth Attila; OHVI: dr. Hollán Zsuzsa; OKI: dr. Dömök István, dr. Földes István; László Kórház: dr. Várnai Ferenc)**. Rövidesen megjelent az első egészségügyi miniszteri utasítás (6), majd a szűrések rendjét leíró államtitkári körlevél is (7). Fontos állomás volt 1985. ősz. Az OHVI, OBNI és OKI szűrőlaboratóriumai elvégezték a különböző gyárak által előállított HIV diagnosztikumok összehasonlító vizsgálatát. Az eredményeket szakértői munkacsoport értékelte és kiválasztásra került a szűrések beindításához szükséges diagnosztikum. Már 1985 novemberében 374 homoszexuális férfi közül 16-ot pozitívnak találtak (8). 1986. évben **Szakmai AIDS Bizottság** kezdte meg tevékenységét, és állásfoglalásuk eredményeképpen kialakult a hazai HIV szűrőlaboratóriumok rendszere (véradó állomások: 36 szűrőlaboratórium; alternatív laboratóriumok: OBNI-ban egy, OKI égisze alatt hét, László Kórházban és a Honvédségnél egy-egy (7).

Az OBNI, mint a bőr- és nemibeteg-gondozók szakmai irányító intézete kulcsszerepet játszott ebben a munkában. Az intézet vezetése az akkori szakfelülettel egyetértve megszervezte, hogy a BNG-kből a levett vérmintákat havonta legalább egyszer az OBNI szűrőlaboratóriumába szállítsák. A pontos vérvételi adminisztráció kidolgozása alapfeltétele volt ennek a munkának. A kidolgozott elvekről a BNG-k vezetőit értekezleten tájékoztatták. Az intézetben működő laboratórium már 1986 januárjától biztosította a BNG-kből érkező vérminták szűrését. A kiszűrt tünetmentes HIV fertőzöttek orvosi ellátását, az akkori lehetőségeknek megfelelően meg kellett oldani. Ennek megfelelően **1986 januárjától az OBNI venerológus szakorvosai megkezdték a HIV fertőzöttek gondozását.** Nem volt könnyű feladat, hiszen tapasztalatokkal nem rendelkezünk. Mivel semmilyen terápia akkor még nem állt rendelkezésre, ezért a HIV pozitív eredmény közlése ugyancsak embert próbáló feladat volt. Terápia hiányában csak lelki vigaszt tudtunk nyújtani és a fertőzöttekkel együtt abban bízunk, hogy rövidesen áttörés lesz a kezelést illetően. **Ebben az időszakban különösen felértékelődött az orvos-beteg kapcsolat.**

Szakmai munkánkat segítette számos intézkedés és rendelet, így az 5/1988. SzEM rendelet (9), amelyet 2002-ben Alkotmánybírósági határozat alkotmányellenesnek ítélt és azt 2002. december 31-i hatállyal megsemmisítette (10), valamint az 1987. évben létrehozott telefonos információs vonal az OBNI-ban (ma már nem működik!).

Szakmai fejlődésünket és hozzáállásunkat nagyban segítette az 1991-ben Magyarországon a WHO által megtartott counselling (tanácsadó) tanfolyam, amelyen Közép-Kelet Európai országok szakemberei vet-

tek részt. A tanultak átadása a BNG-kben dolgozó szakorvosoknak az 1993-ban megalakult **Nemzeti AIDS Bizottság (NAB)** költségvetéséből elnyert pályázatok alapján megszervezett „**HIV/AIDS tanácsadó tanfolyamok**” révén történt. **1993–2000 között évente 4 hétvégét töltöttünk együtt kollegáinkkal, akik kiscsoportos tréningeken sajátították el a HIV fertőzöttek gondozásával kapcsolatos tudnivalókat.**

További fontos lépés volt az OBNI-ban 1991-ben az STD Centrum létrehozása, amely az Országos Intézet statutumának megfelelően valóban országos hatáskörrel rendelkezett.

1992-ben jelent meg a „**HIV módszertani levél**” (11), valamint az AIDS esetdefiníció kiegészítése (12). A módszertani levél hasznos útmutató volt, azonban ma már komoly átdolgozást igényelne. Az OBNI életében fontos állomás volt az 1997-es év. Ekkor ugyanis engedélyt kaptunk a megerősítő vizsgálatok végzésre. Ez egyben azt is jelentette, hogy a HIV pozitív lelet közléséhez szükséges vizsgálatok időtartama lerövidült. Az elmúlt évek kedvezőtlen egészségügyi változásai közé sorolható, hogy az egészségügyi minisztérium **2005. március 31-én az OBNI-t megszüntette. Az OBNI-t 53 évvel korábban a syphilis elleni küzdelem érdekében hozták létre (11). A szakmai irányítás megszüntetése venerológiai szempontból nézve egy labilis járványügyi helyzetben történt.** A HIV fertőzöttek gondozását a Semmelweis Egyetem Bőr-Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika STD centruma vette át tulajdonképpen az OBNI STD centrum szakmai munkájának a folytatásaként.

A rövid történeti áttekintés után joggal tehetik fel a kérdést, hogy miért indokolt a tünetmentes HIV fertőzöttek gondozásáról beszélnünk? Egyrészt azért, mert az elmúlt közel egy évtized alatt nem volt igazán lehetőség a tanácsadó tanfolyamok megszervezésére (kivéve 2005. év tavasza, valamint 2007. ősz.), amelyek kiváló alkalmat nyújtottak a kiscsoportos tréningek révén a tudnivalók elsajátítására. Másrészt azért, mert a HIV gondozással kapcsolatos elvek napjainkban is vállalhatóak és alkalmazhatóak. Harmadszor azért, mert az OBNI megszüntetésével lezárult egy korszak, amelynek a ténykedése a hazai venerológiai történetéhez szorosan hozzátartozik (13-14).

MILYEN ISMERETEK KELL RENDELKEZNI A VENEROLÓGUSOKNAK? EPIDEMIOLOGIA

Akik HIV szűrővizsgálatokkal foglalkoznak, azoknak ismerni kell az aktuális járványügyi helyzetet. Ez magába foglalja a hazai adatok ismeretén túl a világ és a környező országok a HIV adatait is (14-17). Ismerni kell mindazon trendeket, amelyek a járvány további terjedésében szerepet játszanak. Nem mindegy, hogy egy adott országon belül mely rizikócsoportban nő meg ugrásszerűen a HIV fertőzöttség. Az OEK járványügyi osztály adatai szerint (1. táblázat) jól látható,

1. táblázat. A regisztrált HIV fertőzött személyek nemekénti megoszlása a verifikálás éve szerint (forrás: EPINFO 2009;16(33-34):395)

Év	FÉRFI	NŐ	ISMERETLEN	ÖSSZESEN
1985–2001	727	128	108	963
2002	65	13	0	78
2003	53	10	0	63
2004	63	12	0	75
2005	80	14	12	106
2006	48	13	20	81
2007	86	10	23	119
2008	108	9	28	145
2009. I–II. né	54	6	10	70
Összesen	1289	215	197	1701

hogy az ezredfordulót követően 2005-ben, 2007-ben és 2008-ban az ismert, új HIV fertőzöttek száma több volt, mint 100 eset (14). Ha megnézzük a kumulatív adatokat, akkor láthatjuk, hogy a fertőzöttek 75,8%-a férfi, 12,6%-a nő, 11,6%-a anonimitását megőrizte. Az összes ismert HIV pozitív eset 56,6%-át (n = 963) 1985–2001. dec. 31. között, 16 év alatt szűrték ki. Az összes eset 43,4%-át (n = 738 eset) 2002–2009. június 30-a között (7 és fél év alatt!). Ezek az adatok a hazai járványt illetően nem tekinthetők biztatónak.

HIV SZŰRÉS ÉS TANÁCSADÁS

Az egészségügyben bekövetkezett változások a HIV szűrési rendszerben lényeges változást nem eredményeztek. Akik úgy gondolják, hogy fertőződhetnek, azok a személyek vérvétel céljából felkereshetik az ország bőr- és nemibeteg gondozóit (BNGk), a SE Bőr-és Nemikórtani Bőronkológiai Klinika STD centrumát, az ÁNTSZ anonim szűrőhelyeit, a Szent László Kórházat és az Anonim AIDS Tanácsadót. A szűrőállomásokon a vérvétel előtt tanácsadásban részesítik a jelentkezőket (pretest counselling). Aki a tanácsadást végzi, annak az egészségügyi dolgozónak jól felkészültnek kell lennie.

MIT KELL TUDNI A HIV ANTITEST SZŰRÉSEKRŐL ÉS AZ AZT MEGELŐZŐ TANÁCSADÁSOKRÓL?

1. Ismerni kell a HIV szűrési rendszer folyamatát. Az idevonatkozó és még érvényes rendelkezés értelmében (18) HIV antitest szűrővizsgálatot végezhetünk **önként** jelentkezőknél (személyek azonosítására alkalmas módon vagy anonimként), **orvosi indikáció** (klinikai tünetek alapján felmerült gyanú) és **kötelező, hatályos jogszabályi előírások** alapján (pl. egészségügyi szűrés prostituáltak részére kiadandó orvosi igazoláshoz (19), véradók, szervdonorok (20-21)). **A jogszabályi előírásokból következik, hogy anonim szűrővizsgálatot nem lehet fizetős szolgáltatásként végezni (milyen címen fizeti ki a beteg a térítési díjat?).**

2. A HIV szűréshez történő vérvétel előtt függetlenül attól, hogy az milyen célból történik, a szűrésre jelentkezőt **tanácsadásban (counsellingben) kell részesíteni** (18). A *counselling* fő célja egyrészt a megelőzés, másrészt segítség nyújtás a kliensnek a kockázat felismerésében, csökkentésében, illetve a magatartásváltozás elérésében. A HIV prevenció célja, hogy a pácienssel együtt meghatározzuk, hogy mennyire kockázatos az egyéni életstílusa a HIV akvirálása szempontjából.

3. **Alapvető, hogy a pácienseket megilleti a beteg-tájékoztató joga.** Ha orvosi indok alapján a klinikai tünetekből kiindulva szeretnénk a szűrés elvégzését, akkor ezt az index beteggel közölni kell. Megfelelő érvek felsorakoztatása esetén – ha jó a counselling –, nem utasítják el a vérvételt a HIV antitest kimutatáshoz.

4. **Miről kell még beszélni a vérvétel előtt?** Hangsúlyozni kell, hogy a vizsgálattal a fertőzöttséget tudjuk megállapítani, nem az AIDS betegséget. Ki kell emelni az „*ablak-periódus*”-t, amely a mai modern vizsgálatokkal a gyanúba vett aktus és a vérvétel közötti időtartamot tekintve, *jelentősen lerövidült. Az infekció elméletileg az akvirálástól számított 4-5 nap után átadható, a kimutatáshoz azonban bizonyos mennyiségű ellenanyag jelenléte szükséges, ezért a fertőződéstől számított minimum két-három héttel később várható, hogy a szűrővizsgálat pozitív eredményt adjon és azt a verifikációs eljárások is megerősítsék.* Negatív szűrővizsgálati eredmény esetén, ha valóban fennáll a lehetősége a fertőződésnek (pl. HIV pozitív partner, vagy erősen átfertőzött országban szex kapcsolat létesítése, vagy intravénás kábítószer alkalmazása) az ún. post-test tanácsadásnál feltétlenül javasoljuk a későbbiekben a vizsgálat ismétlését. A tanácsadást végezheti kiképzett asszisztens, gondozónő is. Minden egyéb ún. „*rázós*” kérdés megválaszolása szakorvosi feladata (feltételezve, hogy a szakorvosok ezen a téren kellően tájékozottak!).

5. **Az eredmény HIV pozitív! Mikor és ki közölheti a HIV pozitív eredményt? Biztosan HIV fertőzött a beteg, ha ugyanazon személytől/betegtől két különböző időpontban levett vérvizsgálat eredménye megerősíti a fertőzést és az ezt bizonyító dokumentáció (verifikációk eredményei) a vizsgálatot kérő orvos számára rendelkezésre állnak.** Az *első előszűrés pozitív* eredménye alapján a HIV fertőzöttséget még nem tekinthetjük bizonyítottnak, *mivel ekkor még nem áll rendelkezésünkre a megerősítés!* Tanácsadás után tehát a második vizsgálathoz a páciens beleegyezésével vért veszünk. **A HIV pozitív eredmény közlése orvosi feladat és nem véletlen, hogy a beteg-orvos kapcsolat jelentősége ebben a fázisban rendkívül nagy.** Ha az orvos nem rendelkezik meggyőző erővel, nincs birtokában a megfelelő ismereteknek, akkor a counselling is vakvágányra fut. **HIV eredményt, legyen az negatív, vagy pozitív telefonon senkivel nem közlünk! A pozitív eredmény közlését nem bízunk sem a gon-**

dozónőre, sem az asszisztensre! A beteg kórelőzményi adatainak előkészítésében (betegkarton megírása, szűrővizsgálati azonosítók feltüntetése, egyéb adatok), azonban a gondozónő kulcsszerephez jut. **Beteggel történő beszélgetéshez, a felvilágosításhoz, a klinikai vizsgálathoz a gondozónőt behívjuk.**

6. **Az előszűrés eredménye azonban lehet határérték (indetermináta) is.** A szűrés végző laboratórium ezeket a vérmintákat is továbbítja verifikációra és az összes megerősítő eljárás birtokában kapunk értesítést az adott időpontban levett vérmintával kapcsolatban. **Mi a teendő és miről lehet szó? Hogyan beszéljük meg a szorongó beteggel a nem egyértelmű vizsgálati eredményt?** Lehetséges, hogy az infekció a korai szakaszban van, és ezért még nem igazolható. Másrészt lehet, hogy az illető nem fertőzött, azonban valami egyéb ok(ok) vezetett a nem egyértelmű szűrési eredményhez (pl. megelőző vaccináció, intravénás kábítószer alkalmazása). A beteget először is nyugtassuk meg, másodsorban javasoljuk a vizsgálat ismétlését záros határidőn belül. Ez is feltételezi a jó counsellinget és a jól képzett counsellort.

7. A mai törvényi előírások lehetővé teszik, hogy **bárki megőrizze az anonimitását** (18). Addig nincs is igazán probléma, amíg a HIV szűrés eredménye negatív, ugyanis a tanácsadás után az anonim személy boldogan megy az útjára. Probléma akkor adódik, ha a megerősítés pozitív, ha ellentmondás van az előszűrés és megerősítés között. Abban az esetben, ha megerősítetten pozitív anonim eredményt kapunk vissza a laboratóriumból és a beteg felmutatja az ahhoz a vizsgálathoz kapcsolódó azonosító sorszámot, vagy jelszót, akkor komoly feladatot kell megoldani. Meg kell győzni az anonimitása mögé rejtő személyt arról, hogy az ő érdeke, hogy személyazonosságát hitelt érdemlően feltárja (magyarul van neve, születési dátuma, lakcíme, TAJ száma). Számos érvet sorakoztatunk fel, a legfontosabb, hogy anonim személyként sem a kivizsgálása, sem a gyógykezelése nem megoldható. **A modern gyógyszerek terápiás alkalmazásával ma a HIV fertőzötteknél jó életminőséget és természetesen lényegesen hosszabb életet lehet biztosítani, mint a HAART bevezetése előtt.** Biztosítani kell a páciens titoktartásunkról. Ez számunkra evidencia, de a stigmatizációtól félők számára nem. Amennyiben ez megtörtént, úgy a vérvételi eljárást (előszűrés, majd megerősítés) meg kell ismételni (beteg utólag már azonosítható!). Hivatalosan HIV pozitív eredményről írásos dokumentációt anonimként nem adunk ki! **Az anonimitás feltörése elsődlegesen szakorvosi feladat, azonban jól képzett gondozónő segítségünkre lehet!**

8. **Kik végezhetnek HIV szűréshez vérvételt? Mindenki végezhet-e HIV szűréshez vérvételt, aki az egészségügyi ellátáshoz jogosítvánnyal rendelkezik, különös tekintettel az anonim szűrésre? A válasz**

egyértelműen NEM! A „18/2002.(XII.28.) ESzCsM rendelet az szerzett immunhiányos tünetcsoport kialakulását okozó fertőzés terjedésének megelőzése érdekében szükséges intézkedésekről és a szűrővizsgálatok elvégzése rendjéről” (18) tartalmazza mindazon ismereteket, amelyeket a HIV szűrővizsgálatok végzéséhez tudnunk kell. A rendelet irányt mutat, jöllehet bizonyos értelemben ma már javításra szorul.

9. A tünetmentes HIV fertőzöttek gondozása és betegdokumentáció

a.) Jogszabályi háttér

Mivel elsődlegesen szexuális érintkezéssel átvihető infekcióról van szó, ezért a **2006. évben módosított 18/1998. NM rendelet 1. számú melléklete foglalja össze a teendőket (22).**

b.) Gyakorlati kivitelezés.

A jogszabályi előírásokon túl hogyan is történik ez a gyakorlatban? Az OBNI-ban a HIV fertőzöttek kontroll vizsgálatait negyedévente végeztük. A betegeknek leírtuk a státuszt, egyéb STI kizárása érdekében mikrobiológiai vizsgálatokat is végeztünk, majd kezdetben a **CD4+/CD8+ lymphocyt**a meghatározás mellett, egyéb a progressziót jelző vizsgálatok is történtek (pl. β -2 microglobulin szint meghatározás). 1997. évtől lehetőségünk nyílt **víruskópia** meghatározásokra is az OEK Mikrobiológiai kutatócsoportjával együttműködésben. A tünet és panaszmentes fertőzöttek általában 3 havonta jelentkeztek, de számos páciens a gondozást a Szent László Kórházban folytatta. Ha a HIV fertőzöttnél állapotromlást észleltünk, akkor mielőbb átirányítottuk az antiretrovirális kezelés megkezdése céljából a kijelölt kórházba. A gondozási munkát az OBNI megosztotta a bőr- és nemibeteg-gondozó hálózattal. Adódhattak ugyanis olyan apró problémák, amelyek orvoslásához felesleges lett volna a betegeknek órákat utazni a fővárosba. A gondozottaknál minden egyes találkozás egyúttal alkalom volt a tanácsadásra, a beszélgetésre. Ez viszont a komoly szakmai felkészülés mellett időigényes feladat. **Egyet azonban soha nem felejtettünk el: a HIV pozitív beteg a napi rutin ellátásban elsőbbséget élvezett. Nem azért mert állapota ezt indokolta, hanem azért, mert ezek a betegek rendkívül érzékeny módon reagáltak és reagálnak még ma is az egészségügyi dolgozók hozzáállására.** Igaz többnyire nincs az arcukra írva az alapbetegség, de az érintettek egy része a HIV fertőzöttség tényét stigmaként, félelemmel telve élte meg és éli még napjainkban is. A várakozás ilyenkor egy örökkévalóságnak tűnhet.

A gondozást végző orvosnak ismernie kell a **HIV betegség spontán lefolyását**, a CDC beosztás szerinti **AIDS definiáló betegségeket (11)**, mindazon klinikai tüneteket, amelyek jelezhetik az állapot rosszabbodást (24). Tisztában kell lennie azzal, hogy mikor ajánlott a HIV fertőzöttek kezelésének megkezdése és el kell

tudni mondani, hogy a terápia monitorozása hogyan történik. Ha a gondozást végző orvos nem rendelkezik kellő információval, akkor a félreértések elkerülése érdekében egyszerűbb, ha nem nyilatkozik és az információt rábízza a kezelést végző orvosokra.

c.) Mit ne tegyünk a HIV fertőzöttek ellátása kapcsán. A HIV infekció terjedése jól ismert. Ennek megfelelően nem kell félni attól, hogy a beteggel történő foglalkozás (beszélgetés, klinikai vizsgálat) kapcsán fertőződni fogunk. Ezért **nem indokolt a beteg távozása után a helység fertőtlenítése (szék, kilincs stb.).** Kivételt képez, ha beteg vérzik. A lecsöpögő vért a szokásos fertőtlenítővel kezeljük. Értelemszerűen nemcsak a HIV fertőzött, hanem a nem fertőzött betegek vizsgálata is gumikesztyűben történjen. A munkavédelmi előírások betartásával lehetetlen az infekciót megkapni. **Kivételt képez, ha biztosan HIV fertőzött vért tartalmazó fecskendővel történik munkahelyi baleset. Alapelv: tegnap, ma és holnap az egészségügyben sok olyan páciensst fognak ellátni az orvosok, ápolni az ápolónők, akik még maguk sem tudják, hogy fertőzöttek!**

d.) A HIV szűrővizsgálatokkal és HIV gondozással kapcsolatos adminisztráció.

A HIV szűrővizsgálatokhoz jól kidolgozott adminisztráció áll rendelkezésre. A HIV fertőzöttek gondozásánál fontosnak tartottuk, hogy csak azok az orvosok gondozónő(k) férjenek hozzá az adatokhoz, akik a HIV pozitív személyek ellátását végzik. Minden a beteg kartonján történő feltűnő és mások számára is egyértelmű jelölés alkalmazása tilos.

e.) Epidemiológiai adatszolgáltatás

Az OEK járványügyi osztálya felé a verifikáló laboratórium által megküldött adatlap kitöltése a vizsgálatot kérő orvos feladata, az adatszolgáltatás anonim. Adatot kell szolgáltatni a HIV fertőzött lakóhelye szerinti ÁNTSZ-nek a fertőző betegségek bejelentésére szolgáló nyomtatványon. A beteg neve helyett a beteg nevéből képezünk iniciálét. A postázás dupla borítékban, lehetőleg ajánlott küldeményként történjen (ez utóbbi manapság pénzügyi okokból ütközhet nehézségekbe). **A bejelentések másolatát a betegek dokumentációjában meg kell őrizni.**

ÖSSZEFOGLALVA

A HIV szűrővizsgálatokhoz történő vérvétellel, a vérvétel előtti tanácsadással veszi kezdetét a szakmai tevékenységünk. A szűrésre jelentkezők bizalmának a megnyerése komoly szakmai felkészülést igényel, ezért rendkívül fontos, hogy kellő empátiával és a megfelelő szakmai ismeretekkel rendelkező szakdolgozót ültessük le a vérvételhez. Mivel a szűrésre jelentkező személyt megilleti a pretest tanácsadás, ezért a speciális ismereteket igénylő tevékenységet nem szabad ösztömosni a betegek egyéb kivizsgálását igénylő vérvételekkel. A következő állomást az előszűrési pozitív eredmény megbeszélése jelenti, ami már szakorvo-

si feladat. A megerősítetten pozitív HIV fertőzöttség tényének a közlése, az ún. HIV pozitív lelet átadása szintén szakorvosi feladat. Rendkívül fontos, hogy ne ítélkezzünk, hiszen a betegek egy része akaratán kívül lett és lesz HIV fertőzött. A fertőzés akvirálása részben saját, részben az aktuális partner korábbi és jelenlegi szexuális aktivitásától is függ. Ha az egyik félnek megszámlálhatatlan partnere volt a világ minden részéről és nem védekezett, akkor a partner fertőződési valószínűsége szignifikánsan nő.

A HIV fertőzöttek ellátása a jelenlegi és az elkövetkező generáció számára is komoly kihívást jelent. Az Internet jóvoltából „képzett” betegekkel állunk szemben, akik tőlünk orvosoktól várják az adekvát válaszokat kérdéseikre. A szakmánk felelőssége a fiatal orvosok képzésében tehát igen nagy.

Köszönet az OBNI (megszüntetve 2005. március 31.) HIV gondozását végző munkacsoport tagjainak. OBNI Orvosai: Takácsy Teréz, Imregy Edit, Gilde Katalin, Balázs Éva, Duray Éva, Karászi Viktória, Veres Gábor. **Bőrklinika orvosai:** Dobozy Enikő, Tisza Tímea, Stehlich Gábor, Preisz Klaudia, Kovács János. **Gondozónők:** Faragó Zsuzsa, Dudásné Lőrincz Ibolya, Végh Ágnes, Pap Péterné. **Vérvétel:** Faragó Zsuzsa, Végh Ágnes, Lakatos Judit. **HIV szűrőlaboratórium:** Jobbágy Aladár, Nagy Károly, Barabás Éva, Kemény Béla.

IRODALOM

1. Pneumocystis Pneumonia – Los Angeles. Morbidity and Mortality Weekly Report 1983;30:192-194
2. CDC. Task Force on Kaposi Sarcoma and Opportunistic Infections. Epidemiological Aspects of the Current Outbreak of Kaposi's Sarcoma and Opportunistic Infections. N Engl J Med 1982;306:248
3. Barré-Sinoussi F, Chermann JC, Rey F et al: Isolation of T-lymphotropic Retrovirus from a Patient at Risk for Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS). Science 1983;220:868,
4. Gallo RC, Salahuddin SZ, Popovic M. et al: Frequent Detection and Isolation of Cytopathic Retroviruses (HTLV-III) from Patients with AIDS and at risk for AIDS. Science,1984;224:500).
5. Dömök I, Vass Á, Horváth A.: HIV/AIDS elleni védekezés Magyarországon. Az első 10 év történeti áttekintése. Magyar Venerológiai Archivum 1999;III/2/:69-74).
6. 10/1985 (EüK 16) EüM sz. utasítás a fertőző betegek bejelentéséről és nyilvántartásáról szóló szabályzat kiadásáról rendelkező 16/1966 (EüK 15) EüM.sz. utasítás módosításáról.
7. Az egészségügyi államtitkár (Dr.Hutás Imre) 53.630/1986 körlevele a HIV szűrések egységes rendjéről. 1986.december 28.
8. Horváth A., Jobbágy A., Kiss Zs et al: HIV fertőzöttség promiszkuáló heteroszexuálisok, homo/biszexuális férfiak és szűrésre önként jelentkezők között Magyarországon. Orv.Hetil 1991;132:1150
9. 5/1988 (V. 31.) SzEM rendelet a szerzett immunhiányos tünetcsoport terjedésének meggátálása érdekében a szükséges intézkedésekről és a szűrővizsgálat elrendeléséről. SZEM 1988; 38:520-523
10. 10/2002. (III. 12.) EüM rendelete a szerzett immunhiányos tünetcsoport terjedésének meggátálása érdekében szükséges intézkedésekről és a szűrővizsgálatok rendjéről szóló 5/1988.V.31. SZEM rendelet módosításáról
11. OKI, OBNI, OHVI, Fővárosi László Kórház: Módszertani levél, a humán immundeficiencia vírus (HIV) fertőzésről és a szerzett immunhiányos szindrómáról (AIDS). Népjóltéti Közlöny 1992;42:186-211 és külön kiadványok OKI 1791/91
12. Dömök I.: Az AIDS eset-definíció kiegészítése és a felnőttkori HIV fertőzés osztályozási rendszerének módosítás Orv. Hetil 1993;134:2493-2496 és Népjóltéti Közlöny 1993;43: 1080-1085
13. Berecz M., Várkonyi V., Horváth A.: Az antivenereás küzdelem szervezeti formái Magyarországon. Magyar Vener. Archivum 1997;I (1): 49-55)
14. Varga R., Kaszás A. Berecz M., Várkonyi V., Nagy K., Horváth I., Horváth A.: The history of venereology in Hungary from the end of World War II to date. Magyar Venerológiai Archivum 2000; 4:193-202
15. EPINFO 2009,16(33-34):395
16. WHO.World Health Organization. Website: <http://www.who.int>
17. WHO Regional Office for Europe. Website: <http://www.euro.who.int/aids>
18. CDC. HIV Prevalence Estimates – United States, 2006. MMWR 2008/ 57(39);1073-1076)
19. A 18/2002 (XII. 28) EszCsM rendelet a szerzett immunhiányos tünetcsoport kialakulását okozó fertőzés terjedésének megelőzése érdekében szükséges intézkedésekről és a szűrővizsgálatok elvégzésének rendjéről)
20. A 6/2005. (III. 23.) EüM rendelete a prostituáltak részére kiadandó orvosi igazolásról szóló 41/1999.(IX.8). EüM. rendelet módosításáról
21. Az 1997. évi XLVII. Törvény Az egészségügyi és hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről.
22. Az 1997. évi CLIV.Törvény az egészségügyről.
23. A NM 18/1998. (VI. 3.) NM rendelet a fertőző betegségek és a járványok megelőzése érdekében szükséges járványügyi intézkedésekről.
24. A 33/2006. (VIII. 23.) EüM rendelet a fertőző betegségek és a járványok megelőzése érdekében szükséges járványügyi intézkedésekről szóló 18/1998. (VI. 3.) NM rendelet módosításáról.
25. Várkonyi V. (szerk): STD Atlasz gyakorló orvosoknak. Medicina könyvkiadó 2005. pp 54-68, 156-174

Érkezett: 2009. október 13. • Közlésre elfogadva: 2009. november 4.