

Η σχέση μεταξύ ανοσίας και διατροφής είναι πλέον αποδεδειγμένη. Η διατροφική αντιμετώπιση του HIV/AIDS βασίζεται σε ήδη αποδεδειγμένα και νεώτερα δεδομένα, τα οποία έχουν εφαρμοστεί και ελεγχθεί στα πλαίσια της νόσου του HIV. Ο επαγγελματίας που παρέχει διατροφικές συμβουλές θα πρέπει να είναι εξοικειωμένος με τα ολοένα και νεώτερα δεδομένα που προκύπτουν σχετικά με την κατανόηση της νόσου του HIV: την παθοφυσιολογία της νόσου, τις επιπλοκές της και τις θεραπείες της, τα φάρμακα και τις αλληλεπιδράσεις τους, τους πληθυσμούς που προσβάλλει και τις καταστάσεις που τη συνοδεύουν όπως αντίσταση στην ινσουλίνη, διαταραχή του μεταβολισμού των λιπιδίων, νόσοι των οστών, του ήπατος και των νεφρών, κατάχρηση ουσιών και διαταραχές λήψης τροφής.

Η ιατρική αντιμετώπιση του HIV καθορίζεται από έναν τεράστιο όγκο έρευνας και από τις τακτικά αναθεωρούμενες εθνικές κατευθύνσεις που διατίθενται στο διαδίκτυο. Παρά το γεγονός ότι ο όγκος της έρευνας και των οδηγιών σχετικά με τη διατροφή στον HIV δεν είναι ανάλογος, υπάρχουν διαθέσιμα αρκετά δεδομένα. Επιπλέον, θεωρείται «απαραίτητο για τους ασθενείς να μπουν σε μια διαδικασία συνεχούς ιατρικής φροντίδας και χρήσης των υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένων των κοινωνικών, ψυχολογικών και διατροφικών υπηρεσιών» (Panel on Clinical Practices for the Treatment of HIV, 2007). Οι διαδικασίες πρόληψης και θεραπείας διαφέρουν στις φτωχότερες χώρες.

ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ, ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Το σύνδρομο της επίκτητης ανοσοανεπάρκειας (AIDS) περιγράφηκε για πρώτη φορά από το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (CDC: Centers for Disease Control and Prevention) το 1981 (Fee and Brown, 2006). Η αναγνώριση της νόσου ξεκίνησε όταν προηγουμένως υγιείς νέοι άνδρες εκδήλωσαν ασυνήθιστες **ευκαιριακές**

λοιμώξεις (ΠΛ) οι οποίες συνοδεύονταν με σοβαρή καταστολή της κυτταρικής ανοσίας: πνευμονία τύπου *Pneumocystis jirovecii*, κυτταρομεγαλοϊός (CMV), καντινίαση ή το σπάνιο σάρκωμα Καρσκι. Τα περιστατικά αυτά αφορούσαν μια άγνωστη μέχρι τότε διαταραχή. Το 1983 ερευνητές απομόνωσαν τον αιτιολογικό **ρετροϊό** και τον ονόμασαν **ιό ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV)**. Το παλαιότερο γνωστό περιστατικό του HIV επιβεβαιώθηκε μέσω της ανάλυσης δείγματος αίματος από το 1959, το οποίο ανήκε σε έναν άνδρα ο οποίος ζούσε στο τότε ονομαζόμενο Βελγικό Κογκό (Zhu et al., 1998). Το 2006, μια αναφορά αναγνώρισε την προέλευση του HIV στο νοτιοανατολικό Καμερούν, όπου άγριοι χιμπατζήδες βρέθηκαν να είναι φορείς οι οποίοι έμοιαζαν σε μεγάλο βαθμό με τον ιό HIV που βρισκόταν σε ανθρώπους από όλο τον κόσμο (Keele et al., 2006).

Η πρωτογενής προσβολή με τον ιό HIV αποτελεί το υποκείμενο αίτιο της νόσου του AIDS. Ο HIV εισβάλλει στο γενετικό πυρήνα των κυττάρων **CD4+**, τα οποία καλούνται επίσης και T-βοηθητικά λεμφοκύτταρα και τα οποία είναι οι βασικοί παράγοντες που εμπλέκονται στην προστασία έναντι των λοιμώξεων (Εικ. 13-1). Ο αριθμός των κυττάρων CD4+ στο αίμα αποτελεί έναν συνήθη τρόπο εργαστηριακής διάγνωσης. Ο ιός ανευρίσκεται επίσης σε άλλα τμήματα του σώματος όπως στο σπέρμα, στις εκκρίσεις του κόλπου, στο λεμφικό σύστημα και στο κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ) και εξελίσσεται ανεξάρτητα. Η HIV λοίμωξη προκαλεί προοδευτική εξάντληση των CD4+ κυττάρων, η οποία οδηγεί τελικά σε ανοσοανεπάρκεια, **ιδιοσυστατική νόσο** (επίμονο πυρετό, νυχτερινή εφίδρωση, χρόνια κόπωση, κακοδιαθεσία και διάρροια), νευρολογικές επιπλοκές, ευκαιριακές λοιμώξεις και νεοπλάσματα (Πλαίσιο 13-1).

Αν και το φορτίο ιών του HIV αποτελεί έναν βασικό καθοριστικό παράγοντα, η εξέλιξη του HIV εξαρτάται από ένα σύμπλεγμα αλληλεπιδράσεων μεταξύ του ιού και του γενετικού υλικού του ξενιστή, οι οποίες διαφέρουν από άτομο σε άτομο. Η καλύτερη κατανόηση των απαντήσεων του ξενιστή έχει οδηγήσει σε νέες θεραπευτικές προσεγγίσεις για πρώιμη θεραπευτική αντιμετώπιση, τροποποίηση της ανο-

ΕΙΚΟΝΑ 13-1. Κύκλος ζωής του HIV (Copyright Community Research Initiative on AIDS, New York, 1998. Courtesy AIDS Community Research Initiative of America [ACRIA], New York).

