

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

**SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U HIV
POZITIVNÍCH ŽEN V SOUVISLOSTI
S TĚHOTENSTVÍM Z POHLEDU PORODNÍ
ASISTENTKY**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

MILENA HAJNOVÁ

Studijní obor: Porodní asistentka

Stupeň vzdělání: bakalář

Vedoucí práce: PhDr. Jana Kocurová

Praha 2012

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 31. března 2012

.....

Milena Hajnová

ABSTRAKT

HAJNOVÁ, Milena. *Specifika ošetrovateľskej péče u HIV pozitívnych žien v súvislosti s tehotenstvom z pohľadu porodní asistentky*. Vysoká škola zdravotnícká, o.p.s. Stupeň kvalifikácie: bakalár (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Jana Kocurová. Praha. 2012. 69 s.

Hlavním tématem bakalárskej práce je snaha osvetliť problematiku ošetrovateľstva HIV pozitívnych žien v období tehotenstva, upozorniť na vzrúšťajúci výskyt ochorenia v našej populácii a zároveň zdôrazniť problémy a komplikácie, ktoré sú s výskytom HIV spojené v afrických zemiach.

Teoretická časť popisuje funkciu imunitného systému, charakteristiku, diagnostiku, priebeh ochorenia HIV a možnú antiretrovirovú liečbu spojenú s prevenciou.

Praktická časť je zameraná na ošetrovateľskú péču u tehotnej ženy s pozitívnym ochorením HIV. Za využitia ošetrovateľského modelu, kde je tehotná žena vnímaná ako holistická bytosť, je téma spracované metódou komplexného ošetrovateľského procesu. Ze získaných informácií sú vytvorené ošetrovateľské diagnózy, ktoré sú riadené dle priorit tehotnej ženy. Po zistení ošetrovateľských diagnóz bol stanovený cieľ a výsledná kritéria, na ktorých boli vytvorené ošetrovateľské intervencie s realizáciou a hodnotením.

Záver praktickej časti zahŕňa srovnávanie ošetrovateľskej péče o HIV pozitívnu, tehotnú ženu v Českej republike a v subsaharskej Afrike – Namibii z vlastnej skúsenosti.

Kľúčové slová

HIV a AIDS. T-lymfocyty. Imunodeficit. Rizikové tehotenstvo. Prenatálna péča.

Ošetrovateľská péča. Ošetrovateľské diagnózy.

ABSTRAKT

HAJNOVÁ, Milena. *Das Spezifikum der Betreuung bei HIV positiven Frauen im Zusammenhang mit der Schwangerschaft von der Auffassung der Hebamme.* Medizinische Hochschule, gemeinnützige Gesellschaft. Die Stufe der Qualifikation: Bachelor (Bc.). der Arbeitsleiter PhDr. Jana Kocurová. Prag. 2012. 69 s.

Das Thema der Bachelorarbeit ist die Bemühung die Problematik der Betreuung bei HIV positiven Frauen in der Zeit der Schwangerschaft zu erklären. Es ist wichtig auch auf steigendes Aufkommen der Krankheit zu zeigen und zugleich auch auf die Probleme und Komplikationen, die mit HIV Verbreitung in Afrika im Zusammenhang stehen, betonen.

Im theoretischen Teil der Arbeit beschreibe ich die Funktion des Immunsystems, die Charakteristik, Diagnostik, Verlauf der HIV Krankheit und auch die mögliche antivirale Heilung, die mit Prevention verbunden wird.

Im praktischen Teil widme ich mich der Pflegebetreuung bei der schwangeren Frau, die HIV positiv ist. Hier benutzt man das Pflegemodell, in dem die schwangere Frau wie eine holistische Person aufgenommen wird. In diesem Sinn wird das Thema durch die Methode des komplexen Pflegeprozesses bearbeitet. Aus den gewonnenen Informationen werden die Diagnosen festgestellt, die weiter nach den Prioritäten der schwangeren Frau geordnet werden.

Nach der Feststellung der Pflegediagnosen wurde das Ziel und die Endkriterien festgestellt, auf denen die Pflegeinterventionen mit Realisierung und der Bewertung erschaffen wurden.

In dem Abschluss der Arbeit beschreibt man den Vergleich der Betreuung um die HIV positiven Frauen, um die schwangere Frau in der Tschechischen Republik und im Subsahara -Afrika – Namibie. Alles erscheint aus der persönlichen Erfahrung.

Schlüsselwörter

HIV und AIDS. T-Lymphozyten. Immunodefizit. Risikoschwangerschaft.

Pränatalpflege. Betreuung. Pflegediagnose.

PŘEDMLUVA

V dnešní době se klade velký důraz na zdravý způsob života. Denně nás všechna možná média upozorňují na zdraví fyzické, mentální, emocionální, sociální, osobní a také duchovní. České republice se přes všechna upozornění nevyhnulo onemocnění, které ve světě přerostlo v pandemii.

Tato práce vznikla ve snaze upozornit, že onemocnění HIV skrývá velké ohrožení celé naší společnosti bez ohledu na věk. Může se projevit jako velmi vážný zásah do života a zdraví pacienta.

Výběr tématu práce je ovlivněn mou pětatřicetiletou praxí na gynekologicko-porodnickém oddělení a každodenním setkáváním se s ženami, které jsou za určitých podmínek tímto onemocněním ohroženy. Při soukromé návštěvě Namibie, kde jsem viděla důsledky onemocnění v černošských čtvrtích na okraji hlavního města, zesílila moje potřeba se tímto problémem zabývat.

Práce je určena jak studentům zdravotnických škol všech typů, tak i laické veřejnosti, která se chce s problematikou seznámit.

Touto cestou bych chtěla vyslovit poděkování PhDr. Janě Kocurové za cenné rady, připomínky. Rodině, přátelům a spolupracovníkům za podporu a pomoc, kterou mi poskytli při vypracování bakalářské práce.

OBSAH

SEZNAM GRAFICKÝCH OBJEKTŮ A TABULEK

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

Úvod.....	11
TEORETICKÁ ČÁST	13
1 Imunitní systém.....	13
2 HIV	15
2.1 Kategorizace	18
2.2 Vývoj HIV infekce.....	19
3 Diagnóza HIV	22
3.1 Diagnóza HIV u gravidních žen	23
3.2 Pravděpodobnost a mechanismy vertikálního přenosu HIV.....	24
3.3 Faktory ovlivňující vertikální přenos HIV.....	26
4 Léčba HIV.....	29
4.1 Základní postupy snižující riziko vertikálního přenosu HIV infekce.....	30
4.2 Prevence.....	32
PRAKTICKÁ ČÁST	35
5 Kazuistika I.....	35
5.1 Průběh prenatální péče.....	39
5.2 Medicínský management: 18. 10. 2010.....	42
5.3 Management prenatální péče o HIV pozitivní gravidní ženy	43
5.4 Přehled stanovených ošetrovatelských diagnóz.....	49
5.5 Ošetrovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie I	50
5.6 Zhodnocení ošetrovatelské péče	54
6 Kazuistika II.....	56
6.1 Přehled ošetrovatelských diagnóz.....	57
6.2 Ošetrovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie I	58
6.3 Zhodnocení ošetrovatelské péče	59
7 Diskuse.....	61
Doporučení pro praxi.....	64
Závěr	66
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	67
PŘÍLOHY	

SEZNAM GRAFICKÝCH OBJEKTŮ A TABULEK

Obrázek 1 – Počet dospělých a dětí pro rok 2010 žijících s HIV.....	11
Obrázek 2 – Sirotci v Namibii 2010.....	12
Obrázek 3 – Thymus.....	14
Obrázek 4 – Virus HIV.....	17
Obrázek 5 – Třetí stadium HIV.....	20
Obrázek 6 – HIV pozitivní podle pohlaví.....	24
Obrázek 7 – Rozdělení HIV pozitivních podle způsobu přenosu.....	25
Obrázek 8 – Testování HIV u gravidních žen.....	32
Obrázek 9 – HIV pozitivní těhotná žena.....	56
Tabulka 1 – Kategorizace stadií HIV infekce podle klinických příznaků.....	18
Tabulka 2 – Onemocnění/syndromy charakterizující AIDS.....	21
Tabulka 3 – Faktory ovlivňující vertikální přenos.....	27
Tabulka 4 – Popis fyzického stavu.....	36
Tabulka 5 – Aktivity denního života.....	37
Tabulka 6 – Posouzení psychického stavu.....	37
Tabulka 7 – Posouzení sociálního stavu.....	38
Tabulka 8 – Výsledky chemického vyšetření moči a močového sedimentu.....	42
Tabulka 9 – Výsledky vyšetření krevního obrazu.....	43
Tabulka 10 – Cervix – skóre (CS) podle Bishopa a jeho hodnocení.....	44
Tabulka 11 – Výsledky vyšetření krevního obrazu.....	47
Tabulka 12 – Hodnocení bolesti během hospitalizace.....	53

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AC	abdomen circumference (obvod břicha)
AS	akce srdeční
ACTG	AIDS Clinical Trials Group
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome (syndrom získaného selhání imunity)
arbj.	arbitrální jednotka
atd.	a tak dále
AVF	anteverze flexe
BPD	biparietální průměr
bpn.	bez patologického nálezu
°C	stupeň Celsia
cART	Combination Antiretroviral Therapy (kombinovaná antiretrovirová terapie)
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (Centrum pro kontrolu nemocí a prevence)
CMV	Cytomegalovirus
CNS	centrální nervová soustava
CRL	crown-rump-length (temenokostrční vzdálenost)
CTG	kardiotokografický záznam
CS	cervix – skóre
ČR	Česká republika
DNA	deoxyribonukleová kyselina
EDTA	etylendiaminotetraoctová kyselina
EFW	estimated fetal weight (odhadovaná váha plodu)
EKG	elektrokardiogram
FL	femur length (délka femuru)
FP	fundus – pupek (vzdálenost)

FX	fundus – mečík hrudní kosti (vzdálenost)
g	gram
GS	gestační váček
HbsAg	H epatitis B surface A ntigen (australský antigen)
HC	head circumference (obvod hlavy plodu)
HIV	Human Immunodeficiency Virus (virus selhání lidské imunity)
HPV	human papilloma virus (lidský papilloma virus)
HSV	Herpes simplex virus
Ig	imunoglobulin
i.v.	intra venózně
kg	kilogram
m.	musculus
m ³	metr krychlový
ml	mililitr
mm	milimetr
mmHg	milimetr rtuťového sloupce
MMWR	Morbidity and Mortality Weekly Report (periodikum s daty o infekčních a chronických onemocněních hlášených státními a teritoriálními zdravotnickými zařízeními)
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
např.	například
NAD	namibijský dolar
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association (severoamerická asociace pro sesterské diagnózy)
NRL	Národní referenční laboratoř
OSN	Organizace spojených národů
P	pulz
PI	pulsatility index (pulzatilní index)

PCP	Pneumocystis carinii pneumonia
PM	poslední menstruace
PML	progresivní multifokální leukoencefalopatie
Rh faktor	Rhesus faktor
RNA	ribonukleová kyselina
SC	Sectio caesarea
STD	sexuality transmitted diseases (sexuálně přenosná onemocnění)
SZÚ	Státní zdravotní ústav
TBC	tuberkulóza
TEN	tromboembolická nemoc
TK	tlak krevní
TP	termín porodu
UNAIDS	United Nations AIDS
UPT	umělé přerušení těhotenství
VP	voda plodová
VVV	vrozená vývojová vada
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

Úvod

Závěrečnou bakalářskou práci jsme zpracovaly pod názvem „Specifika ošetrovatelské péče u HIV pozitivních žen v souvislosti s těhotenstvím z pohledu porodní asistentky“. Toto onemocnění zůstává i přes velké úsilí zdravotníků a vědeckých pracovníků, po 30 letech od objevení prvních případů, velkým problémem na celém světě a má charakter pandemie. Lidé potlačili strach z tohoto onemocnění – AIDS je nadále na vzestupu, počet infikovaných HIV i nemocných na celém světě roste. Celková data o HIV/AIDS zveřejněná ke konci roku 2010 organizací UNAIDS spolu s WHO jsou alarmující.

Celkový počet HIV pozitivních osob: 34 milionů (průměr z odhadovaných 31,6 – 35,2 milionu) (obrázek 1 a obrázek 2).

Dospělí: 30,1 milionu (28,4 – 31,5 milionu)

Ženy: 16,8 milionu (15,8 – 17,6 milionu)

Děti mladší 15 let: 3,4 milionu (3,0 – 3,8 milionu)

V roce 2010 bylo nově infikováno: 2,7 milionu (2,4 – 2,9 milionu)

Dospělí: 2,3 milionu (2,1 – 2,5 milionu)

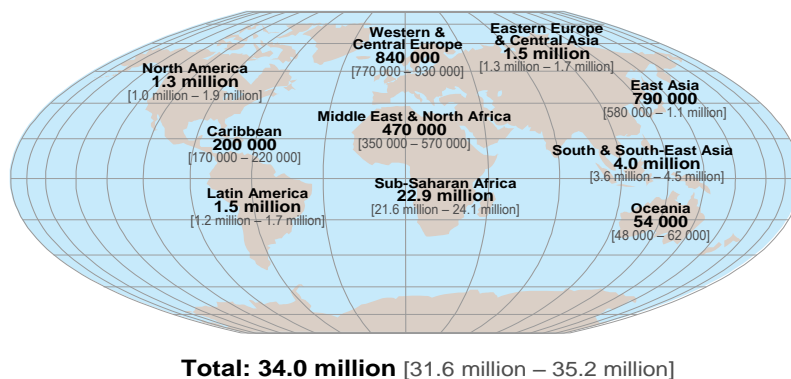
Děti mladší 15 let: 390 000 (340 000 – 450 000)

Počet obětí zemřelých na následky AIDS

Celkem: 1,8 milionu (1,6 – 1,9 milionu)

Dospělí: 1,5 milionu (1,4 – 1,6 milionu)

Děti mladší 15 let: 250 000 (220 000 – 290 000)



Obrázek 1 – Počet dospělých a dětí pro rok 2010 žijících s HIV

(dostupné z: <http://www.aids-hiv.cz/html/udaje-ve-svete.html>)

V teoretické části se věnujeme anatomii a fyziologii imunitního systému, diagnostice, nejčastějším komplikacím u HIV pozitivních pacientů a možné farmakologické terapii.

V praktické části se zaměřujeme na ošetrovatelský proces, který se zabývá člověkem jako holistickou bytostí a snaží se zmapovat veškeré problémy u dané těhotné ženy. Snahou je vytvořit ošetrovatelské diagnózy a edukovat těhotnou ženu tam, kde cítí potřebu se vzdělat.

Cílem bakalářské práce je porovnání ošetrovatelské péče o HIV pozitivní těhotnou ženu v České republice a v zemi subsaharské Afriky, která je jednou z nejvíce zasažených virem HIV. Součástí této práce je vypracování kazuistik HIV pozitivních pacientek včetně vypracování ošetrovatelských diagnóz.



Obrázek 2 – Sirotci v Namibii 2010

(dostupné z: soukromý archiv Namibie 2010)

TEORETICKÁ ČÁST

1 Imunitní systém

Odolnost organismu proti nákaze se nazývá imunita. Imunitní systém a jeho reakce jsou zaměřené na udržování homeostázy, odolnosti a jiných vlastností organismu jako integrovaného celku. Imunologie ovlivňuje pohled na diagnostiku, etiologii, terapii a prevenci mnoha chorob. Systém, který zajišťuje imunitu, je mnohočetný orgán nacházející se v těle. Je tvořen lymfocyty a protilátkovými molekulami, které se dostávají do tělových tkání krevním oběhem.

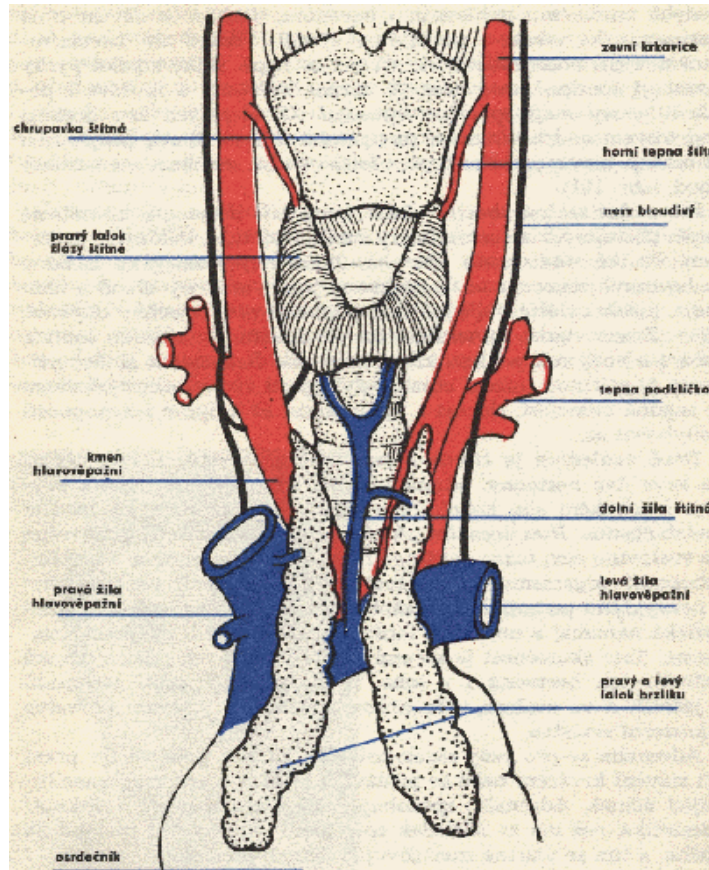
Vniknou-li do těla choroboplodné zárodky, cizorodé bílkoviny vyvolají v krvi obranné (imunitní) reakce. Cizorodé látky, které se dostanou do krevní plazmy, se nazývají antigeny. Jejich přítomnost v krvi vyvolá tvorbu protilátek, tento proces se nazývá imunizace.

Imunitních reakcí se zúčastňují dva druhy bílých krvinek. Krvinky, které jsou schopné rozpoznávat antigen a vytvářet proti němu specifické protilátky. Dále krvinky se schopností vychytávat antigen a zneškodňovat ho fagocytózou.

Schopnost fagocytózy mají některé granulocyty a monocyty. Odstraňují zejména bakterie. Protilátky jsou vytvářeny lymfocyty, které se tvoří v kostní dřeni. Krev je zanáší do lymfatických orgánů, kde dozrávají. Lymfatické orgány představují imunitní systém. Patří k němu brzlík a různé velké uzliny umístěné v těle (mízní uzliny, lymfatická tkáň sleziny, tenkého střeva a červovitého přívěsku, krční mandle). Nejdůležitějším orgánem je brzlík (thymus).

Brzlík se skládá ze dvou laloků tvořených hvězdicovitými buňkami lymfatické tkáně. Je uložený za hrudní kostí. Pravý lalok brzlíku naléhá na vazivový osrdečníkový vak a na velké cévy vystupující ze srdce. Horní póly obou laloků zasahují k dolnímu okraji štítné žlázy (obrázek 3).

Lymfocyty, které ve svém vývoji dozrávají pod vlivem brzlíku, se nazývají T-lymfocyty a zabezpečují imunologickou paměť. Zajišťují buněčnou imunitu, která je zaměřená proti buňkám napadeným viry, parazity TBC, za podmínky přímého setkání lymfocytů s antigenem. Buněčnou imunitu rozdělujeme na nespecifickou (fagocytóza v neutrofilech a monocitech) a specifickou (cytotoxické kmeny T-lymfocytů senzibilizovaných proti jednotlivým antigenům).



Obrázek 3 – Thymus

(dostupné z: <http://www.srom.hranet.cz/projekty/2004/vykopav/soubory/nadvsek.htm>)

Lymfocyty, které dozrávají v dalších lymfatických orgánech, se nazývají B-lymfocyty a zajišťují protilátkovou imunitu. Přeměňují se po podráždění cizorodou látkou v plazmocyty a vytvářejí protilátky, které jsou zanášeny krví do celého těla a mohou likvidovat antigen kdekoli v organismu. Zneškodňují pouze antigen, proti kterému vznikly. Dělí se do pěti tříd: IgG, IgA, IgM, IgD, IgE. Označují se jako imunoglobuliny.

Imunologická reaktivita může být patologicky změněná. Poté vznikají imunodeficientní stavy (např. AIDS), hypersenzitivní stavy (alergie, anafylaktický šok), autoimunitní stavy (tvorba protilátek proti vlastním antigenům), imunoproliferativní onemocnění (nádorové bujení T-lymfocytů).

2 HIV

Infekce HIV řadíme do skupiny STD (sexuálně přenosná onemocnění), které se šíří převážně pohlavním stykem a nepodléhají povinnému hlášení podle Zákona o zdraví lidu č.20/1966 Sb. Do této skupiny infekcí, které jsou šířené převážně pohlavním stykem, řadíme:

Bakteriální infekce, urogenitální chlamydiové infekce, urogenitální nekapavčité infekce (např. *Gardnerella vaginalis*)

Infekce vyvolané prvoky (např. trichomoniáza)

Infekce mykotické – urogenitální kandidózy (např. *Candida albicans*)

Infekce virové (herpes virus, HPV, virus infekční hepatitidy A, B, C, cytomegalovirus, HIV)

Infekce ektoparazitární (např. svrab, infekce vyvolané muškami)

Infekce vyvolané L-organismy (*Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*) (Slezáková, 2011)

První informace, které signalizovaly nástup onemocnění, se objevily na počátku 80. let minulého století. Krátká zpráva v MMWR popisovala nárůst incidence pneumonie způsobené *Pneumocystis jirovecii* (tehdy *P. carini*) mezi homosexuálními muži na západním pobřeží USA. Následovaly další zprávy popisující obdobné pneumonie, další oportunní infekce a Kaposiho sarkom na východním pobřeží USA a u dalších skupin obyvatel. Článek zveřejněný v časopisu *Science* dva roky poté první identifikoval jako možného původce těchto stavů nový virus ze skupiny retrovirů, který byl posléze nazván Human Immunodeficiency Virus-1 (HIV-1) a později zařazen spolu s HIV-2, Simian Immunodeficiency Virus (SIV) u primátů a imunodeficit vyvolávajícími viry některých dalších zvířat do samostatné podskupiny lentivirů. HIV-1 je RNA virus obsahující dvě kopie jednořetězcové RNA dlouhé 9 kilobází a obsahující 9 genů kódujících 15 různých proteinů. V současné době jsou rozeznávány tři hlavní skupiny HIV-1: M (main), N (new) a O (outlier). Viry ze skupiny M jsou zodpovědné za více než 95 infekcí celosvětově a dále se dělí na 9 podskupin, tzv. „clades“, značené A až K. Při dalším zkoumání původu viru HIV se ukázalo, že oba viry HIV-1 i HIV-2, byly vneseny do lidské populace mezidruhovým přenosem z opic. Tedy HIV-2 se vyvinul přenosem SIV z opic mangabejů (*Cercocebus torquatus atys*) a HIV-1 přenosem šimpanzího SIV (*Pan troglodytes*) v subsaharské Africe. Je zajímavé, že u těchto a mnoha dalších „přirozených“ opičích hostitelů SIV infekce probíhá asymptomaticky

a k úmrtí zvířat nedochází, přestože u některých, jako jsou právě mangabejové, dochází k masivní kontinuální replikaci viru. Důvodem, proč se SIV nazývá virem opičí imunodeficiency, je potom fakt, že když je tento virus přenesen na vnímavého hostitele, jako je např. makak (*Macaca mulatta*), způsobí onemocnění velmi podobné lidskému AIDS, jen s rychlejším průběhem.

Diverzita HIV-1 je dána tím, že každá z jednotlivých virových skupin vznikla samostatným přenosem opice – člověk. Během dalšího výzkumu směřujícího k co nejpřesnějšímu datování mezidruhového přenosu byl objeven izolát z roku 1959, od pacienta z oblasti Leopoldville v Konžské demokratické republice, jasně ukazující, že infekce HIV-1 kolovala v lidské populaci již před tímto rokem. Poměrně nedávná studie dalšího izolátu HIV-1 ze vzorku z roku 1960 z této oblasti ovšem ukázala, na základě precizní fylogenetické analýzy, že diverzita mezi izoláty z roku 1959 a 1960 je tak velká, že první společný předchůdce viru skupiny M se dostal do lidské populace dávno předtím, pravděpodobně mezi lety 1902 – 1921, ale ne později než v roce 1933.

Data ukazují, že virus, který se původně dostal do lidské populace několika jednotlivými mezidruhovými přenosy, dokázal za 80 až 90 let způsobit pandemii zásadního významu s tím, že k podstatnému rozšíření a identifikaci došlo až v posledních 30 letech. (Salavec, 2011)

Etiologie

Původcem infekce je virus HIV, který patří do čeledi Retroviridae. Existují dva typy: HIV-1 a HIV-2. Většinu onemocnění vyvolává HIV-1. U HIV-1 se rozlišuje řada subtypů, které mají význam spíše epidemiologický nežli klinický, proto se běžně nestanovují. (Rozsypal, 2006a)

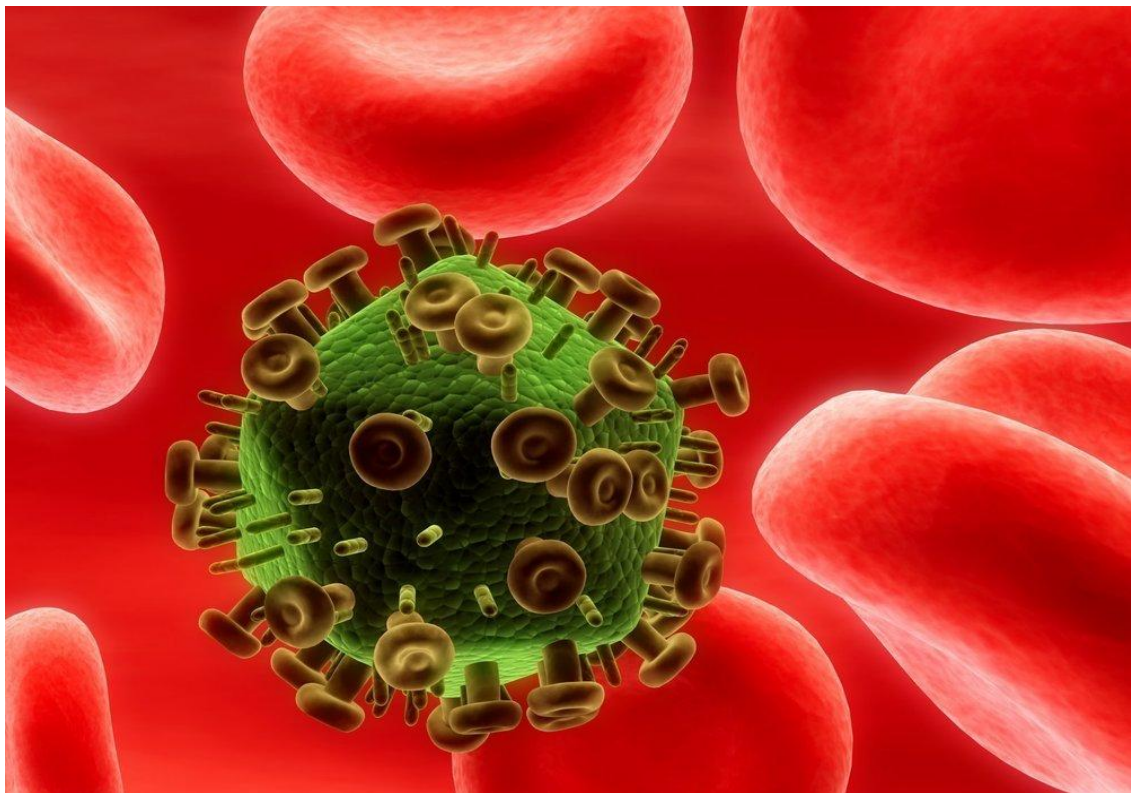
Epidemiologie

HIV infekce se přenáší sexuálně, parenterálně a vertikálně. Tyto způsoby přenosu jsou určeny přítomností viru v krvi, spermatu a vaginálním sekretu infikovaných osob. K přenosu HIV při heterosexuálním styku z muže na ženu dochází snáze než z ženy na muže. Riziko zvyšuje přítomnost jiné sexuálně přenosné nemoci a zejména ulcerací genitálu. V nepatrném (podprahovém) množství se virus vyskytuje i v dalších tělních tekutinách, jako sliny, slzy, ty se však v šíření viru neuplatňují. Je zřejmé, že vnímavost k HIV infekci je u lidí různá. Byly identifikovány osoby opakovaně vystavené HIV, aniž by onemocněly. To je vysvětlováno dvěma nezávislými mechanismy: první je

delece genu pro chemkinový receptor, který virus vyžaduje pro vstup do buňky, což je identifikováno u 1 % bílé populace, a sporný protektivní efekt silných cytotoxických T-lymfocytů, prokazovaný u některých afrických žen. (Rozsypal, 2006a)

Patogeneze

Vnikne-li virus HIV (obrázek 4) do lidského organismu, napadá především bílé krvinky nazývané T-lymfocyty, které mají zásadní význam pro obranyschopnost člověka proti infekcím. HIV má vysokou afinitu k membránovému receptoru CD4, který se vyskytuje převážně na TH lymfocytech, v menších koncentracích je přítomen na povrchu jiných buněk. Tím je dáno převážné postižení pomocných T-lymfocytů (přesněji CD4+ T-lymfocytů). Každý den se vytvoří okolo miliardy virových částic, které napadají nové CD4+ buňky. Replikace viru vede postupně k destrukci imunitního systému člověka proti infekcím. Množství CD4 lymfocytů koreluje s klinickou pokročilostí onemocnění. (Čech, 2006)



Obrázek 4 – Virus HIV

(dostupné z: <http://www.blesk.cz/clanek/zpravy-udalosti-domaci/132160/cesti-vedci-objevili-cestu-k-likvidaci-hiv.html>)

2.1 Kategorizace

HIV infekci je možné kategorizovat podle klinických příznaků, které vydalo CDC (Centrum pro kontrolu nemocí) v lednu 1993. HIV infikované osoby jsou zařazovány do tří klinických a tří laboratorních kategorií (tabulka 1).

Tabulka 1 – Kategorizace stadií HIV infekce podle klinických příznaků

Kategorie A (jeden či více příznaků u HIV pozitivního jedince staršího 13 let při nepřítomnosti příznaků kategorie B a C)	asymptomatická HIV infekce
	chronická generalizovaná lymfadenopatie
	akutní HIV infekce s příznaky „sérokverzního“ onemocnění nebo akutní HIV infekce anamnesticky
Kategorie B (jeden či více příznaků u HIV pozitivního jedince staršího 13 let při nepřítomnosti příznaků kategorie C)	příznaky, které souvisí s HIV infekcí nebo indikují defekt buněčné imunity
	onemocnění, jejichž průběh nebo terapie je komplikován HIV infekcí (např. perzistentní a opakující se kandidóza v dutině ústní, vaginální; celkové příznaky – dlouhotrvající horečky nebo průjemy; opakující se nebo rozsáhlý pásový opar, listerióza, zánětlivé onemocnění pánevní, „vlasatá“ leukoplakie atd.)
Kategorie C (AIDS)	Pneumocystová pneumonie
	Toxoplasmosová encefalitida
	Ezofageální, tracheální, bronchiální nebo plicní kandidóza
	Chronický anální herpes simplex nebo herpetická bronchitida, pneumonie nebo ezofagitida
	CMV renitida
	Generalizovaná CMV infekce (kromě jater, sleziny a lymfatických uzlin)
	Progresivní multifokální leukoencefalopatie
	Recidivující pneumonie (2 a více epizod za rok)
	Recidivující salmonelová bakteriémie
	Chronická intestinální kryptosporidióza (průjem > 1 měsíc)
	Chronická intestinální izosporóza (průjem > 1 měsíc)
	Extrapulmonální kryptokoková infekce
	Diseminovaná nebo extrapulmonální histoplazmóza
	Diseminovaná kokcidioidomykóza
	Tuberkulóza
	Diseminovaná nebo extrapulmonální mykobakteriíza
	Kaposiho sarkom
Maligní lymfomy (Burkittův, imunoblastický)	
Primární lymfom mozku	
Invazivní karcinom děložního hrdla	
HIV encefalopatie	
Wasting syndrom	

2.2 Vývoj HIV infekce

Od expozice viru do prvních příznaků primoinfekce (inkubační doba) uplyne obvykle 2 – 6 týdnů, zřídka i několik měsíců.

Časná období HIV infekce (kategorie A)

Začíná u více než poloviny nakažených jako primární HIV infekce (primoinfekce HIV, akutní retrovirový syndrom), často pod obrazem chřipkového onemocnění. Mnohdy s exantémem nebo se zduřením lymfatických uzlin (syndrom infekční mononukleózy). Laboratorně dochází k přechodnému poklesu CD4+ lymfocytů. Za 1–3 týdny onemocnění odezní a počet CD4+ lymfocytů stoupne. Tím infekce vstupuje do několikaletého asymptomatického stadia. Pacienti mohou být zcela bez obtíží, může se objevit generalizované zduření lymfatických uzlin (označované jako perzistující generalizovaná lymfadenopatie – PGL). Laboratorně mohou být nevelké odchylky v krevním obraze (mírná lymfopenie, anémie). Důležitým laboratorním nálezem je průběžný (i když ne rovnoměrný) pokles CD4+ lymfocytů. Zhoršování stavu buněčné imunity vytváří podmínky pro vznik symptomatického stadia. (Rozsypal, 2006a)

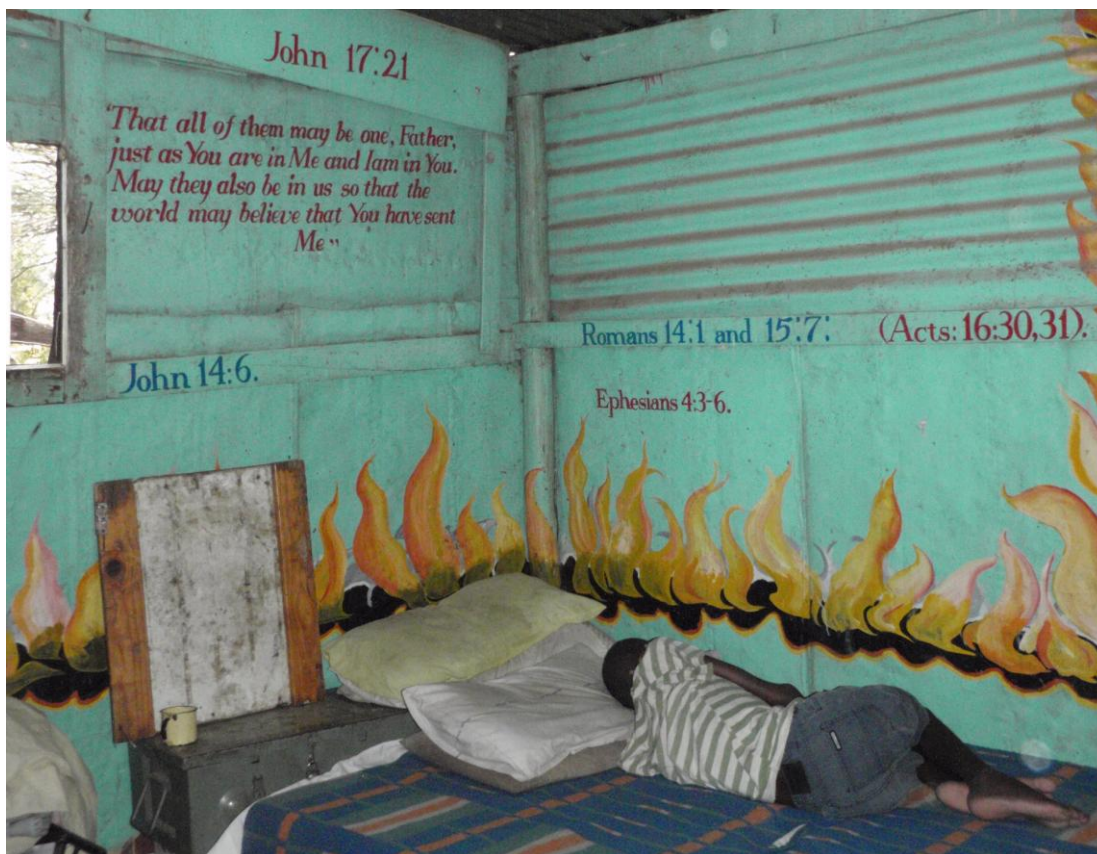
Střední období HIV infekce (kategorie B)

Je charakterizováno výskytem některých „malých“ oportunních infekcí (herpes zooster, soor, leukoplakie) a některých stavů vyvolaných zejména imunopatologickými mechanismy (periferní neuropatie, trombocytopenie). Zmenšování již dříve zduřelých lymfatických uzlin je prognosticky nepříznivým markerem blížícího se AIDS. Počet CD4+ lymfocytů bývá v rozmezí 200–500 buněk/mm³.

Již v pásmu mírného imunodeficitu narůstá výskyt některých onemocnění u žen na rodidlech, která nejsou zcela specifická pro HIV infekci. Relativně časným projevem již mírného imunodeficitu je recidivující vaginální kandidóza. U HIV pozitivních žen se ve zvýšené míře vyskytuje cervikální intraepiteliální neoplasie (CIN) v důsledku infekce lidským papilomavirem (HPV). V podmínkách hlubokého imunodeficitu pak stav progreduje do karcinomu děložního hrdla. Zánětlivá pánevní onemocnění bývají těžší než u HIV negativních žen (posuzováno podle počtu hospitalizací). Poruchy menstruačního cyklu jsou dvakrát častější (Rozsypal, 2006a).

Pozdní období HIV infekce (kategorie C)

Je svázáno s významným poklesem imunitních funkcí. Objevují se onemocnění definující AIDS. Počet CD4+ lymfocytů klesá pod 200 buněk/mm³. V tomto stadiu může člověk některé z oportunních infekcí či nádorů podlehnout. (obrázek 5)



Obrázek 5 – Třetí stadium HIV

(dostupné z: soukromý archiv, Namibie, 2010)

Mezi tumory indikativní pro AIDS patří karcinom děložního hrdla. U HIV pozitivních žen se vyskytuje častěji než u HIV negativních, je diagnostikován v pokročilejších stádiích, může tvořit metastázy do neobvyklých lokalizací (m. psoas, vulvy, meningy) a odpověď na léčbu je méně příznivá. V rámci pozdního období se vyčleňuje ještě rozvinutá HIV infekce, v jejímž průběhu se manifestují infekce vázané na velmi hluboký defekt buněčné imunity (s hodnotami CD4+ lymfocytů <50 buněk/mm³). Hlavními oportunními infekcemi tohoto období jsou onemocnění vyvolaná cytomegalovirem a atypickými mykobakteriemi. Při odvrácení oportunních infekcí jejich profylaxí se může rozvinout kachexie (i bez oportunní infekce) (tabulka 2).

Tabulka 2 – Onemocnění/syndromy charakterizující AIDS (Salavec, 2011)

Patogen/klein.jednotka	Charakteristika/lokalizace
Candidiasis	Bronchiální, tracheální, plicní
	ezofageální
Herpetické viry	CMV onemocnění (jiné než játra, slezina, lymfatické uzliny)
	CMV retinitis
	HSV: chronické ulcerace (> 1 měsíc), bronchitis, pneumonitis, esophagitis
Coccidiomycosis	diseminovaná
Cryptococcosis	extrapulmonální
Cryptosporidiosis	chronická intestinální (> 1 měsíc)
Histoplasmosis	diseminovaná
Isosporiasis	chronická intestinální (> 1 měsíc)
Pneumocystis jiroveci	pneumonia (PCP)
Salmonella	rekurentní sepse
toxoplasma	encephalitis, mozkové postižení
mycobacterium	M.avium complex nebo diseminované onemocnění M.avium
	onemocnění M.tuberculosis, jakákoliv lokalita
	diseminované onemocnění dalšími druhy
Neoplazmata	invazivní cervikální karcinom
	Kaposiho sarkom
	Burkitův lymfom
	imunoblastický lymfom
	primární mozkový lymfom
Další syndromy	rekurentní pneumonie
	progresivní multifokální leukoencefalopatie (PML)
	HIV „wasting“ syndrom
	HIV encefalopatie
Syndromy definující AIDS u dětí	mnohočetné opakované bakteriální infekce
	Intersticiální pneumonie

Vývoj infekce je individuálně různě rychlý. Rozdíly v progresi onemocnění mezi muži a ženami nejsou významné. V centru pozornosti lékařů stojí pacienti s pomalou progresí („long-term non-progressors“), u kterých nedošlo během 10 let ke vzniku oportunní infekce nebo významnému poklesu CD4+ lymfocytů. Obvyklý zvolna progredující průběh lze nejen zpomalit, ale i zvrátit kombinovanou antiretrovirovou terapií. Osoby, které měly v minulých letech špatnou střednědobou prognózu, nebo dokonce prodělaly velkou oportunní infekci, mohou být racionálně vedenou antiretrovirovou terapií udrženy léta bez chorobných příznaků (Rozsypal, 2006a).

3 Diagnóza HIV

Stanovení diagnózy HIV infekce může být obtížné. Na HIV infekci může upozornit některý z jejích klinických projevů nebo údaj v anamnéze. K podezřelým okolnostem patří sexuální promiskuita, pohlavně přenosná nemoc, sexuální kontakt s HIV pozitivní osobou, intravenózní toxikomanie, apod. Z klinických příznaků to jsou zejména rozsáhlý herpes zooster v anamnéze, generalizovaná lymfadenopatie, horečka nejasné etiologie, recidivující bakteriální infekce, průjem, hubnutí, ústní a vaginální kandidóza nebo některá z velkých oportunních infekcí. Při určité shodě okolností se někdy podaří i diagnóza HIV primoinfekce. (Čech, 2006)

Definitivní diagnóza se opírá o stanovení protilátek anti-HIV. Tyto protilátky se objevují za 3 týdny až 3 měsíce po vstupu infekce prakticky u všech infikovaných. Před serokonverzí je možné detekovat akutní HIV infekci průkazem virového antigenu p24 v krvi. Průkaz virové nukleové kyseliny se provádí za specifických okolností, např. u novorozenců a kojenců HIV infikovaných matek. Kvantitativní stanovení počtu kopií virové RNA v krvi (virová nálož, viral load) se používá ke sledování průběhu a účinnosti antiretrovirové léčby.

Z ostatních laboratorních nálezů bývají nápadné vysoké sedimentace, leukopenie, lymfopenie, mírná anémie a trombocytopenie. Při vyšetření buněčné imunity je nejnápadnějším a nejkonstantnějším nálezem hluboký pokles CD4+ lymfocytů a obrácení imunoregulačního indexu (CD4+/CD8+). Ženy mají tendenci k výraznějšímu poklesu CD4+ T-lymfocytů než muži. Je samozřejmé, že pacient v asymptomatickém stadiu může mít ještě všechny hematologické a imunologické parametry normální (Rozsypal, 2006a).

Zásadní roli v diagnostice má kvalitní screeningový test INSTI™, in vitro pro přesné zjištění protilátek, během 60 sekund, proti viru HIV-1/HIV-2 v lidské krvi EDTA, v krvi z prstu, v séru nebo plazmě. Test je schválený Ministerstvem zdravotnictví ČR a obsahuje všechny potřebné testovací komponenty v jednom balení. Je k dispozici ve formě pro zdravotnická zařízení nebo laboratorní použití.

Ročně je v ČR zachyceno několik desítek nových případů HIV infekce, mezi nimi i několik HIV pozitivních gravidních žen.

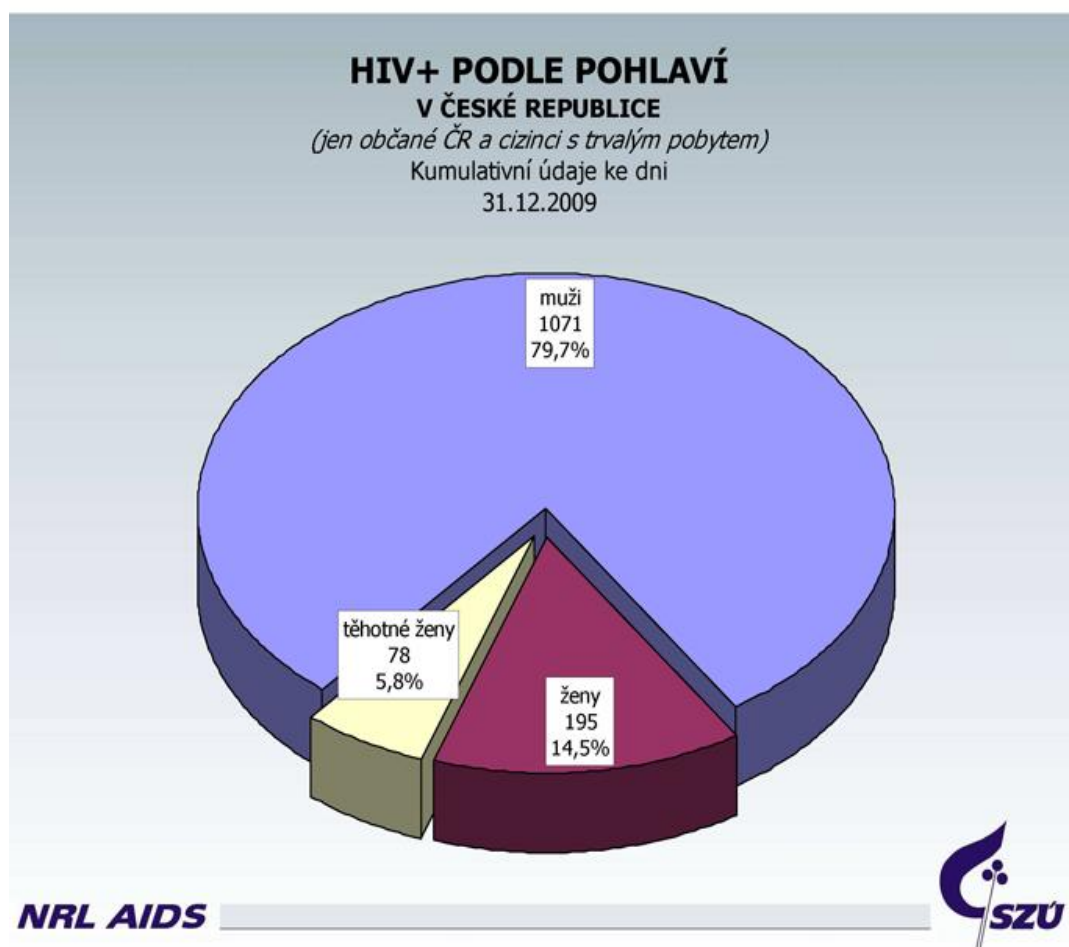
3.1 Diagnóza HIV u gravidních žen

Infekce HIV u gravidní ženy představuje nebezpečí pro vyvíjející se plod. Možnost sérologické diagnostiky a účinné profylaktické postupy jsou předpokladem pro provádění screeningových (vyhledávacích) sérologických vyšetření u gravidních žen. V ČR se provádí plošný screening syfilitidy, virové hepatitidy B a infekce HIV (Čech, 2006). Screeningová vyšetření protilátek anti-HIV provádí řada laboratoří. Při reaktivním výsledku testu se vzorek zasílá do Národní referenční laboratoře pro AIDS ve Státním zdravotním ústavu v Praze. Zde se výsledek potvrzuje a je ohlášen laboratoři, kde byl prováděn screeningový test a lékaři, který vyšetření indikoval. Ordinující lékař je obvykle touto cestou informován o dalším postupu, výsledek vyšetření protilátek anti-HIV má být sdělován osobně ordinujícím lékařem s dodržáním pravidel přísné důvěrnosti a pochopením pro psychický stav pacientky. Jde o hluboký zásah do jejího životního stylu, který je provázen důležitými omezeními v sexuálním životě (dále smí provozovat jen chráněný pohlavní styk). O svém HIV pozitivním stavu musí informovat svého sexuálního partnera (sama nebo prostřednictvím zdravotnického pracovníka), nesmí darovat krev a ve vlastním zájmu musí dodržovat pravidla správné životosprávy. Ošetřující lékař vysvětlí krátce a srozumitelně průběh infekce a zdůrazní velkou šanci na mnohaletý život bez zdravotních problémů při dodržování léčebného režimu. Povinnosti HIV pozitivní osoby (lékařský dohled a další opatření) specifikuje zákon o ochraně veřejného zdraví č. 258/2000 Sb. Pacientka musí být informována o důležitosti dalších specializovaných vyšetření, která jí mohou být poskytnuta v některém z AIDS center pracujících při infekčních odděleních či klinikách bývalých krajských nemocnic. Lékař AIDS centra pacienta podrobně poučí o zdravotním stavu, možnostech léčby i povinnostech. Písemná forma poučení je k dispozici na internetové stránce AIDS centra Nemocnice Na Bulovce: <http://www.fnb.cz/>.

Rozsypal (Rozsypal, 2006b) se vyjadřuje o problematice takto: „Screening slouží k odhalení HIV positivity, od které se odvíjí další odborná péče. Na specializovaných ambulancích je žena vyšetřena, jsou provedena další laboratorní a pomocná vyšetření, zejména virologické (ke stanovení virémie, tzv. virové nákaze HIV) a imunologické (k posouzení stavu buněčné imunity zejména na základě počtu CD4+ T- lymfocytů).“

V minulosti zdůrazňovaný souhlas s odběrem na HIV již není nutný, protože doporučení se v metodickém návodu MZ ČR z roku 2003 změnilo v povinnost vyplývající ze zákona. Metodický návod k řešení problematiky infekce HIV/AIDS v ČR

mluví v souladu s § 71 odst. 2 a zákona č.258/200 Sb. o vyšetřování na HIV bez souhlasu fyzické osoby také o těhotných ženách (Zákon o ochraně veřejného zdraví, 2000 a Metodické opatření, 2003) (obrázek 6).



Obrázek 6 – HIV pozitivní podle pohlaví
(dostupné z: <http://www.aids-hiv.cz/html/udajevCR.html>)

3.2 Pravděpodobnost a mechanismy vertikálního přenosu HIV

Ve světě je vertikální přenos HIV hlavním důvodem výskytu HIV infekce u dětí. Pravděpodobnost přenosu HIV infekce z matky na dítě kolísá v závislosti na populaci a geografické lokalizaci. K dramatickému poklesu rizika přenosu HIV infekce na plod přispělo zavedení léčby těhotných žen zidovudinem. Před zavedením profylaxe antiretrovirotiky činilo riziko vertikálního přenosu mezi 10 až 40 % (méně v Evropě, více v USA, nejvíce v Africe) (obrázek 7).

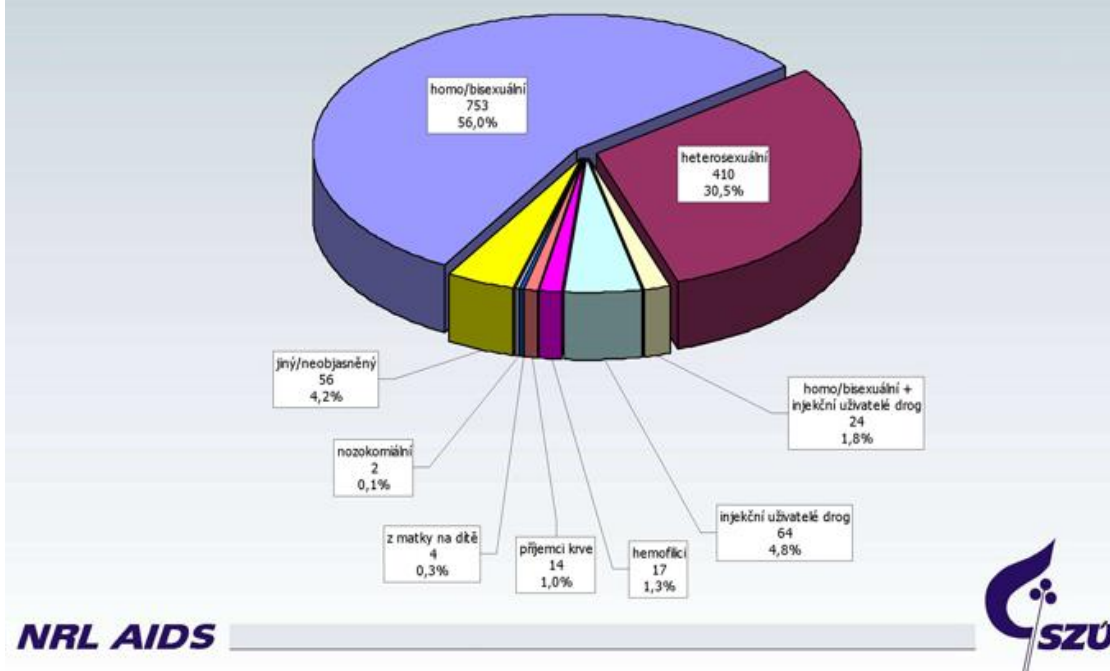
ROZDĚLENÍ HIV POZITIVNÍCH PŘÍPADŮ V ČR

PODLE ZPŮSOBU PŘENOSU

(jen občané ČR a cizinci s trvalým pobytem)

Kumulativní údaje ke dni

31.12.2009



Obrázek 7 – Rozdělení HIV pozitivních podle způsobu přenosu

(dostupné z: <http://www.aids-hiv.cz/html/udajevCR.html>)

K nákaze dítěte dochází zřejmě v kterémkoli období gravidity, nejčastěji však v průběhu porodu (asi u dvou třetin případů), rovněž se může uplatnit přenos kojením. Jednou z cest HIV infekce je transplacentární přenos (in utero). HIV infikuje placentu v kterékoli fázi gravidity a dostává se transfuzí infikované maternální krve do fetální cirkulace. Jsou důkazy pro přítomnost viru ve fetálních tkáních (z abortů), ve fetální krvi (z kordocentéz) a v plodové vodě (z amniocentéz). Podíl infikovaných plodů v prvním trimestru se nesnadno vymeze vzhledem ke kontaminaci mateřskou krví, ale odhaduje se asi na 2 %. Virus v krvi u novorozence v prvních dnech života a rychlá progresse u některých dětí rovněž svědčí pro intrauterinní akvizici. (Čech, 2006)

Infekce plodu během porodu (intra partum) vzniká přímým kontaktem plodu s mateřskou krví, zřejmě i mikrotrasfuzemi během kontrakcí a se sekrety porodních cest (ascendentní cestou nebo během pasáže plodu porodními cestami). Více než polovina takto infikovaných dětí vykazuje negativní testy přímé virologické diagnostiky

v prvních dnech života. Možnost detekce HIV infekce prudce narůstá již během prvního týdne.

Možnost přenosu HIV infekce kojením je nepochybná. Odhady akvizice infekce kojením se pohybují okolo 6 – 20 % infikovaných dětí. Tomu odpovídá riziko nákazy kojením 3,2 % za rok (Rozsypal, 2006a).

3.3 Faktory ovlivňující vertikální přenos HIV

Riziko přenosu zvyšují, snižují různé faktory maternální včetně imunologických, virologických, porodnických, fetálně-placentárních a novorozeneckých. Pravděpodobnost přenosu ovlivňuje stadium HIV infekce matky, její imunologický profil, věk matky, antiretrovirová léčba matky a plodu, případná deficienze vitamínu A, intravenózní toxikomanie, kouření, sexuální promiskuita, vlastnosti viru, virová nálož, tkáňový tropismus viru, rezistence k antiretrovirotikům, invazivní výkony v graviditě, vícečetná gravidita, způsob porodu, předčasný odtok plodové vody, předčasný porod, současná genitální infekce (syfilis, chorioamniotitis, herpes genitální), kojení a stav (zralost) imunity novorozence (tabulka 3). S větším rizikem přenosu je spojena primoinfekce během gravidity a pozdní symptomatické a pokročilé stadium, progresse HIV infekce, zejména nízký počet CD4+ lymfocytů. Není potvrzen vliv neschopnosti tvořit neutralizační protilátky, což by mohlo vést k snazšímu vylučování viru do cervikálního sekretu. Nepříznivě se uplatňuje vyšší věk matky. Deficienze vitamínu A má vliv na vertikální přenos spíše v rozvojových zemích. Výsledky novějších studií nepotvrdily předpoklad, že současná infekce virem hepatitidy C zvyšuje riziko vertikálního přenosu HIV (naopak HIV infekce zvyšuje pravděpodobnost vertikálního přenosu viru hepatitidy C). Vliv intravenózní toxikomanie posuzují různá pozorování odlišně. Nepříznivý vliv kouření zřejmě do určité míry souvisí s nižší porodní váhou dětí kouřících matek. Vyšší riziko vertikální infekce HIV bylo zaznamenáno u promiskuitních žen v průběhu gravidity (Rozsypal, 2006a). (tabulka 3)

Tabulka 3 – Faktory ovlivňující vertikální přenos

Typ faktoru	faktor
maternální	stadium HIV infekce (primární HIV infekce, pozdní symptomatická a rozvinutá infekce)
	antiretrovirová léčba
	deficience vitamínu A
	koinfekce (virová hepatitida C)
	i.v. toxikomanie
virologické	virová nálož
	SI fenotyp
	tkáňový tropismus
	rezistence viru k antiretrovirovým lékům
porodnické	traumatický porod
	vaginální porod
	odtok plodové vody (> 4 hodiny před porodem)
fetálně-placentární chorioamnionitida	prematurita
neonatální	kojení
	antiretrovirová léčba
	stav imunity (zralost imunitního systému)

Virová nálož ženy v průběhu gravidity a po porodu úzce souvisí s rizikem vertikálního přenosu, zcela však nekoreluje. Děti žen s vysokou virovou náloží RNA HIV jsou ohroženy více než děti žen s nízkou virovou náloží. Matky, které přenáší infekci na svůj plod, častěji hostí syncytium (rychle) indukující fenotyp (SI fenotyp). Při narození je u dětí nalézána geneticky homogennější populace než u matky, což svědčí pro to, že jen málo variant viru se přenáší nebo se jich jen málo po přenosu replikuje. Rezistence k antiretrovirovým lékům teoreticky může vést k selhání zavedené léčby. (Macků, 1998)

Invazivní výkony v graviditě, stejně jako traumatický porod, zvyšují riziko vertikálního přenosu. Doporučuje se rozhodně vyloučit amniocentézu, odběr choriových klků či kordocentézu. Nebezpečí HIV infekce zvyšuje poranění plodu nebo novorozence během porodu. Riziko vertikálního přenosu se zvyšuje u předčasného odtoku plodové vody (více než 4 hodiny před vybavením plodu). Mnohočetná gravidita přináší rozdílné riziko pro sourozence, vyšší riziko je zaznamenáno u plodu A.

Za důležitý nepříznivý prognostický faktor se považuje prematurita, hlavně porodní váha novorozence. Riziko vertikálního přenosu HIV se významně zvyšuje u porodů před 34. týdnem gravidity. V některých případech HIV proniká přes placentu a infikuje plod, někdy infikuje i placentu (chorioamnionitida), jindy je infikována placenta a plod

infikován není. Důležitým faktorem podporujícím vertikální přenos je placentární zánět a současné sexuálně přenosné nemoci, např. syfilis.

Kojení zvyšuje riziko vertikální infekce v průměru o 14 % (7 – 22 %). V případě primoinfekce během laktace se riziko zvyšuje na 29 %. Délka kojení nad 15 měsíců riziko přenosu asi zdvojnásobuje. Průkaz HIV v mléce u HIV pozitivních žen se pohybuje okolo 50 % odebraných vzorků mléka a je vyšší u žen s hlubší CD 4+ lymfopenií a deficiencí vitamínu A (Rozsypal, 2006c).

Diagnóza HIV infekce u dětí infikovaných matek

Základním vyšetřením pro stanovení HIV infekce u dětí je detekce protilátek anti-HIV. Krev perinatálně exponovaných dětí zpočátku vždy obsahuje maternální, transplacentárně přenesené protilátky anti-HIV. Tyto protilátky u neinfikovaných dětí během kojeneckého věku postupně klesají a v druhém půlroce života bývají obvykle nedetekovatelné. U dětí starších 18 měsíců jejich přítomnost svědčí jednoznačně pro HIV infekci. U dětí mladších 18 měsíců hrají rozhodující roli testy přímé virologické diagnostiky. Nejdůležitější jsou průkazy provirové DNA v buňkách periferní krve a stanovení virové nálože HIV RNA polymerázovou řetězovou reakcí. Diagnóza se opírá o pozitivní výsledek některého z nich. U novorozenců je specifita a zejména senzitivita vyšetření nižší než u tří a šestiměsíčních kojenců (Rozsypal, 2006a).

4 Léčba HIV

Základem léčby HIV infekce je antiretrovirová chemoterapie, profylaxe a léčba oportunních infekcí a ostatních komplikujících stavů, péče o správnou výživu a zdravou životosprávu.

Antiretrovirová chemoterapie

Antiretrovirová chemoterapie (kombinovaná retrovirová terapie, cART) je vysoce efektivním způsobem léčby HIV infekce. Řada účinných protiretrovirových kombinací vede k významnému snížení virémie, asi u 3 % pacientů lze dosáhnout i nedetekovatelné virové nálože. Pokles proliferace HIV se příznivě odrazí v nárůstu počtu CD4+ lymfocytů. Kombinovaná antiretrovirová terapie má rozhodující dopad na oportunní infekce a nádory při HIV/AIDS v mnoha ohledech. Účinek léků se vedle ovlivnění frekvence a průběhu oportunních infekcí projevuje zlepšením celkového stavu, vymizením některých celkových příznaků, vzestupem tělesné hmotnosti, snížením frekvence oportunních infekcí a prodloužením života.

Optimální doba pro nasazení antiretrovirové chemoterapie u asymptomatického pacienta se určí podle virové nálože HIV a počtu CD4+ lymfocytů a jejich dynamiky. Účinek antiretrovirové léčby je do jisté míry limitován existencí útočišť viru v organismu, nástupem rezistence viru, nežádoucími účinky a nízkou adherencí léčebných režimů. Ženy inklinují více ke vzniku hepatopatie a laktátové acidózy. Efavirenz (Stocrin) je pro potenciální teratogenitu kontraindikován v graviditě a ženám ve fertilním věku se podává s opatrností (Rozsypal, 2006a).

Profylaxe oportunních infekcí

Při určitém poklesu buněčné imunity a za určitých definovaných podmínek se zahajuje podávání chemoterapeutik, aby nedošlo ke vzniku infekce (primární profylaxe). Primární profylaxe je zaměřena především na pneumocystovou pneumonii, plazmovou encefalitidu, těžké mykotické infekce, diseminovanou mykobakteriózu a závažné cytomegalovirové komplikace. Po prodělání některé z oportunních infekcí se po ukončení útočné léčby pokračuje ve snížených dávkách, aby nedošlo k recidivě (sekundární profylaxe) (Rozsypal, 2006a).

4.1 Základní postupy snižující riziko vertikálního přenosu HIV infekce

Postupy zaměřené na snížení rizika vertikálního přenosu HIV jsou farmakologické, podávání především zidovudinu, a nefarmakologické, což představuje vedení porodu.

Podávání zidovudinu podle protokolu ACTG 076 zahrnuje 3 složky. Je podáván matce ve druhém a třetím trimestru per os, během porodu v infúzi a následně novorozenci ve formě sirupu. Mechanismus účinku zidovudinem spočívá v zábraně replikace viru v tkáních plodu a následně v tkáních novorozence (mechanismem postexpoziční profylaxe).

Jako levná profylaxe vhodná pro rozvojové země byl vyvinut režim s nevirapinem, který je matce podáván jednorázově na začátku porodu, a pak novorozenci ve formě sirupu do 72 hodin po narození. Lék přechází placentární bariéru a dosahuje hladin v krvi plodu srovnatelnými s koncentracemi u matky. Vlivem nezralosti funkce hepatocytů je poločas nevirapinu u novorozenců prodloužený.

Monoterapie zidovudinem nebo jednorázové podání nevirapinu slouží k snížení rizika vertikální HIV infekce. Gravidita však není překážkou pro léčbu HIV infekce ženy. Použití kombinované léčby HIV infekce prokázalo lepší účinnost a vyhovující bezpečnost kombinovaných režimů i pro redukci vertikálního přenosu. Léčba může být nebezpečná pro plod v důsledku teratogenity, mutagenity a karcinogenity. (Leifer, 2004)

Mezi nefarmakologické postupy snižující vertikální přenos HIV infekce řadíme: vedení porodu a zábrana kojení. Význam císařského řezu na snížení rizika vertikálního přenosu je nesporný. Po počátečních rozpacích je již jednoznačně uznán protektivní význam císařského řezu. Jeho nevýhodou je technická náročnost a pooperační komplikace. Pokud není prováděn paušálně, je indikován u žen s vysokou virovou náloží, kde podáním antiretrovirotik nebylo dosaženo žádoucí suprese proliferace HIV. U porodů vaginální cestou se zkouší aplikace virocidních látek do porodních cest před prasknutím vaku blan pomocí tamponů nebo lavází s detergentem (chlorhexidinem).

Kojení představuje zvýšené riziko pro vertikální přenos, jeho zábrana může snížit počet vertikálních infekcí téměř na polovinu. U HIV pozitivních matek je kojení kontraindikováno. V rozvojových zemích může časně odstavení zvyšovat kojeneckou úmrtnost a jeho zákaz představuje dilema. (Macků, 1998)

Léčebně - preventivní péče o děti HIV pozitivních matek

O HIV exponované a infikované děti pečuje praktický lékař pro děti a dorost, infektolog. Pravidelná klinická vyšetření s periodickými laboratorními a pomocnými vyšetřeními podléhají specifickým pravidlům. První vyšetření přítomnosti genomu HIV u dítěte (kromě vyšetření virové nálože v pupečnickové krvi) se provádí ve věku 2 – 3 měsíců, druhé vyšetření ve věku 4 – 6 měsíců, další klíčové odběry krve na virologická vyšetření se provádí v tříměsíčních intervalech (Čech, 2006). Počet a časové rozvržení prohlídek je zaměřeno na časnou a spolehlivou detekci nebo vyloučení HIV infekce u dítěte. Šest týdnů života dítěte užívá antiretrovirovou profylaxi, od 4 – 6 týdnů je dětem podáván cotrimoxazol k primární profylaxi pneumocystové pneumonie, než je definitivně vyloučena infekce. Toto opatření vychází z poznatku, že pneumocystová pneumonie, která postihne kojence, probíhá většinou fatálně a může se objevit i bez varovného poklesu CD4+ lymfocytů. Dětem exponovaným HIV infekcí, které se nenakazily, se cotrimoxazol vysazuje (obvykle v 6 měsících), doplní se vynechaná očkování (kalmetizace, perorální vakcína proti poliomyelitidě) a dítě se po definitivním vyloučení HIV infekce v 18 měsících vyřazuje z dispenzarizace (Rozsypal, 2006a).

Dispenzarizace

Zdravotní stav HIV pozitivních osob je sledován formou pravidelných prohlídek a laboratorních vyšetření. Tato vyšetření jsou zaměřena na zhodnocení stadia infekce a přítomnost komplikujících onemocnění. Na základě výsledků je zaváděna protiretrovirová léčba, profylaxe oportunních infekcí a specifická léčebná opatření.

V rámci komplexní péče o HIV pozitivní ženy jsou doporučovány pravidelné gynekologické prohlídky s kolposkopickým vyšetřením a odběrem vzorků na cytologické vyšetření. Při poklesu CD4+ T-lymfocytů pod 200 buněk / mm³ se provádí gynekologické vyšetření jedenkrát za 6 měsíců, při vyšších hodnotách CD4+ T-lymfocytů a normálních kolposkopických nálezech jedenkrát za rok (Rozsypal, 2006a).

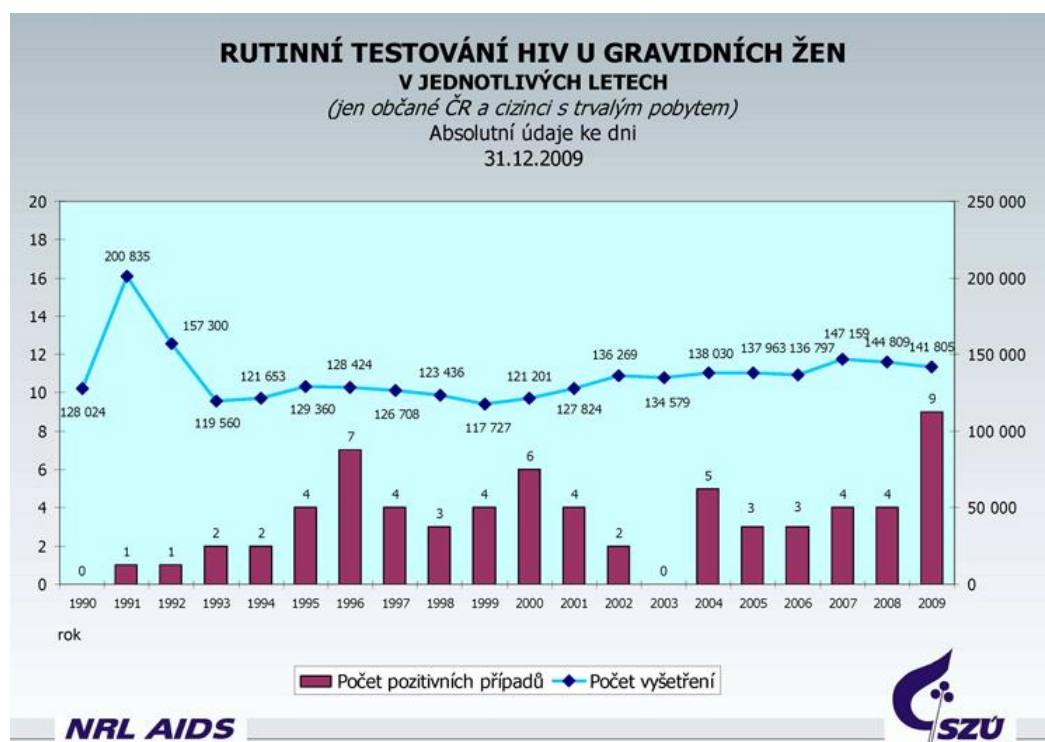
Postexpoziční profylaxe

Při zranění jehlou nebo jiným nástrojem kontaminovaným HIV se doporučuje postexpoziční profylaxe antiretrovirotiky. Po profesionální expozici zdravotníků se podává zejména v případě, že došlo k píchnutí se jehlou či říznutím nástrojem významně kontaminovaným krví, speciálně píchnutí dutou intravenózně aplikovanou

jehlou nebo jehlou s viditelnou krví v kónusu či stříkačce a to od HIV pozitivní osoby s nízkým počtem CD4+ lymfocytů a vysokou virémií (virovou náloží HIV). Riziko přenosu se odhaduje na 0,3 % a snižuje se trojkombinací antiretrovirových léků a to jiných, než užívá HIV pozitivní pacient po dobu 4 týdnů. V případech s nižším stupněm expozice po škrábnutí jehlou, kontaminaci intaktní sliznice, poškozené kůže je možno podat režim o dvou antiretroviroticích (Rozsypal, 2006a). Zdravotníkovi musí být poskytnuto poradenství, klinické a laboratorní sledování. Úraz musí být neprodleně hlášen vedoucímu pracovníkovi a AIDS Centru Na Bulovce (Metodické opatření, 2003). Za určitých specifických okolností lze podat i postexpoziční profylaxi po pohlavním styku (znásilnění). Vyžádaná postkoitální profylaxe nesmí nahradit používání prezervativu a musí být hrazena pacientem (cena je asi 30 000 Kč).

4.2 Prevence

Primární prevence HIV brání průniku viru do organismu. Sekundární prevence se uplatňuje již po získané infekci a jejím cílem je zabránit projevům onemocnění. Terciární prevence se uplatňuje po propuknutí choroby, ale před vznikem komplikací a následků. (obrázek 8)



Obrázek 8 – Testování HIV u gravidních žen
(dostupné z: <http://www.aids-hiv.cz/html/udajevCR.html>)

Zabránit infekci HIV je možno čtyřmi způsoby. Přísnou kontrolou transfúzních stanic a bank orgánů, sledováním těhotných, toxikomanie a sexuální činnosti.

Plná krev je sérologicky testována, ale existuje zde možnost jejího odběru v období před tvorbou protilátek, čímž nelze zcela zajistit její bezpečnost. Sperma se po odběru zmrazuje a dárce vyšetřujeme opakovaně po 6 měsících. Při transplantaci jiných orgánů se jedná často o vitální indikaci a dáváme přednost záchraně života i za cenu určitého rizika, že sérologii odebíráme pouze jednorázově.

U toxikomanů mohou být zdrojem infekce znečištěné jehly, stříkačky či vstříkované látky, proto je nutno naučit uživatele zásadám asepsy. Často zde může dojít k nákaze pohlavním stykem. (Leifer, 2004)

V sexuální oblasti je důležité dodržovat zásady sexu bez rizika. Jedná se především o zabránění dotyku slizničních povrchů. K tomu účelu slouží především správná aplikace latexových kondomů, doplněných spermicidními prostředky, které vykazují virucidní účinek. Výchovou musí být pěstován pocit odpovědnosti za své zdraví, morálně odsuzována promiskuita, prohlubovány znalosti o nebezpečí přenosu HIV. Ve skupinách osob s rizikovým chováním by zdravotní výchova měla být zaměřena na odstranění návyků vedoucích k riziku přenosu HIV. Má být podporována možnost anonymního testování protilátek anti-HIV, neboť včasná diagnóza přispívá ke zlepšení individuální prognózy onemocnění a zabránění nevědomému šíření nákazy v populaci.

V prevenci má pevné postavení technika rozhovoru, která umožní řešení problému a přijetí rozhodnutí. Základem přístupu je aktivní poslech, pomoc, výchova. Rada v primární prevenci je určena k povzbuzení změny chování, pokud je nezbytná v prevenci. K ujištění o podpoře při různých fázích rozhodování, které dovolují tuto změnu chování. Navržení realistické akce přizpůsobené situaci každého konzultujícího. Pomoci klientovi prakticky si osvojit informace, které se týkají jeho zdraví. Klient a rádce musí komunikovat rovnoprávně, abychom se vyhnuli roli zachránce a oběti nebo rodiče a dítěte. Základem každého působení je získání důvěry, která snáze vede ke změně rizikového chování a znesnadnění přenosu HIV. (Juřeníková, 2010)

Prevence šíření HIV infekce zahrnuje zájem ve sféře zdravotnictví. Prevence nozokomiálního přenosu HIV infekce spočívá v dodržování hygienicko-protiepidemického režimu ve zdravotnických zařízeních. Vývoj očkovacích látek nepřinesl účinnou vakcínu k preventivnímu, postexpozičnímu, léčebnému použití (Rozsypal, 2006a).

Základní pravidla proti šíření HIV infekce by měla být všeobecně známá v podvědomí žáků již na základních školách v předmětech zdravotní výchovy. Virus HIV se nepřenáší vodou, potravinami, vzdušnou cestou, líbáním, kašláním, kýcháním, podáním ruky, běžným kontaktem. K nákaze nedojde ani společným užíváním nádobí, příborů a sklenic, koupáním v bazénech, společným používáním toalet, sprch, saun. Nepřenáší se vzduchem.

HIV nákaza se šíří především sexuálním stykem. Bezpečné sexuální chování je v prevenci šíření AIDS nejdůležitější. Sexuální abstinence nebo vzájemná partnerská věrnost vylučují plně možnost přenosu nákazy. K hlavním zásadám bezpečného sexuálního chování patří jeden stabilní sexuální partner, kterému důvěřujeme, vyhnout se sexuální promiskuitě a náhodným partnerům. Používat po celou dobu trvání pohlavního styku prezervativ, který není absolutní ochranou před AIDS a jinými pohlavně přenosnými nemocemi, ale výrazně snižuje nebezpečí přenosu nákazy. Vyhnout se technikám pohlavního styku, při kterých může dojít k poškození sliznice. Jde především o nechráněný pohlavní styk do konečníku, který vede téměř vždy k drobným poraněním sliznic a kontakt ejakulátu s krví je tím pravidelný. Riskantní je rovněž i nechráněný pohlavní styk do pochvy. Při tomto styku hrozí nejen riziko přenosu HIV, ale i jiných pohlavně přenosných infekcí především pro dívku či ženu. Nebezpečí zvyšují pohlavně přenosné nemoci, záněty pochvy i pohlavních orgánů muže a pohlavní styk při menstruaci. Nebezpečný je i nechráněný orálně genitální kontakt.

HIV nákaza se přenáší i prostřednictvím krve. Největší riziko je u narkomanů, kteří si vzájemně půjčují injekční stříkačky a jehly používané k aplikaci drog. Pro narkomany je příznačná malá zodpovědnost a rizikové chování. Nebezpečné může být i šíření HIV při tetování, pokud je prováděno nesterilní jehlou. (Enkin, 1998)

PRAKTICKÁ ČÁST

5 Kazuistika I

Dne 27. 4. 2011 byla na Kliniku infekčních, tropických a parazitárních nemocí AIDS centra Nemocnice Na Bulovce v Praze přijata 27letá HIV pozitivní žena (na terapii, retrovir 250 mg, 1 – 0 – 1) v 37 + 6 týdne gravidity k plánovanému porodu per SC dne 28. 4. 2011 v 8.00 hodin. Operační vedení porodu v celkové anestézii bylo provedeno se souhlasem pacientky z důvodu zabránění přenosu HIV infekce na plod. Rodička velmi dobře spolupracuje s lékaři a nelékařskými pracovníky.

Od února 2009 pobývá žena v České republice, v září 2010 se provdala za Čecha, který je HIV negativní (potvrzeno laboratorně). Pochází z Kyjeva, opakovaně brala intravenózně narkotika, vážněji nestonala, přechodně sledována pro thyreopatii, HIV pozitivita byla zjištěna při komplexním prenatalním vyšetření do 12. týdne gravidity v prenatalní poradně.

Stav při příjmu: při vědomí, lucidní, afebrilní, hydratace v normě, kůže čistá, bez icteru a exantémů, hlava bez patologického nálezu, oči, uši, nos bez sekrece, jazyk vlhký, hrdlo klidné, bez sooru, lymfatické uzliny na krku nezvětšeny, akce srdeční pravidelná, dýchání čisté, sklípkové. Břicho ovoidní, děloha 3 prsty pod mečík hrudní kosti, pohyby cítí, hlenová zátka intaktní. Dolní končetiny s minimálním otokem.

Hodnoty fyziologických funkcí: krevní tlak 130/70 mmHg, tělesná teplota 36,5 °C, srdeční ozvy plodu 134'. Závěr: fyziologické naměřené hodnoty.

Interní vyšetření: interní nález v mezích normy, předoperační příprava dle infektologa včetně prevence TEN, schopna operačního výkonu bez omezení.

Posouzení současného stavu ze dne 27. 4. 2011

V den přijetí těhotné ženy k plánovanému operativnímu ukončení těhotenství jsem se zaměřila na zjištění a popis fyzického, psychického, a sociálního stavu.

Tabulka 4 – Popis fyzického stavu

SYSTEM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
hlava a krk	neudává problém	hlava: nebolestivá oči: otoky víček nemá, barva bělma v normě uši, nos: bez patologie dutina ústní: jazyk bez povlaků, chrup sanován krk: pohyblivost zachována, štítná žláza nezvětšena
hrudník a dýchací systém	při námaze, rychlé chůzi se zadýchává	hrudník: deformity 0 prsa: bez rezistence, bradavky v normě, prsní dvorce pigmentovány dýchání: spontánní, pravidelné dech dnes: 17' (bpn.) cyanóza: nepřítomna kašel: nemá
Srdeční a cévní systém	s ničím se neléčí, křečové žíly nemá	TK dnes: 130/80 mmHg, P 78' (bpn.) akce srdeční: pravidelná varixy: 0, bez známek zánětu otoky: perimaleolárně
břicho a GIT	neudává problém	břicho: zvětšené graviditou, patrné pohyby plodu peristaltika: přítomna bolestivost: 0
močovo-pohlavní systém	močí bez potíží, pitný režim dodržuje, asi 2 litry denně	močení: močí sama moč: čirá bez příměsí
kosterně-svalový systém	občasné bolesti zad	postoj: vzpřímený záda: občasné bolesti zad jsou způsobené rostoucí graviditou klouby: pohyb bez omezení, necvičí svalový tonus: přiměřený
nervově-smyslový systém	kompensační pomůcky nepoužívá	orientace: časem, místem, osobou reflexy: zachovány zrak, sluch, hmat, chuť: v normě čich: nauzeu vyvolávají výpary z vaření potravin
endokrinní systém	sledována pro thyreopatii	štítná žláza: nezvětšená, dle lékařské zprávy – kompenzovaná DM: dle laboratoře – nemá
imunologický systém	má HIV infekci	léčba: combivir dle rozpisu infektologa
kůže a její adnexa	občasné vyrážky, alergií nemá	kůže: prokrvená, bez známek cyanózy, ikteru, vyrážka na horních končetinách turgor: přiměřený

		vlasy, nehty: bez patologie
--	--	-----------------------------

Závěr: z tělesné prohlídky – Spolupracuje, mluví srozumitelně, dbá o vzhled a osobní úpravu

Tabulka 5 – Aktivity denního života

AKTIVITA	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
stravování	dodržuje dietu vhodnou pro gravidní ženy s vitamínovými doplňky stravy	dieta: 11 P (výživná porodnická), k večeři 0B (tekutá) edukace: změna diety z důvodu plánovaného ukončení těhotenství per SC dne 28. 4. 2011
příjem tekutin	pije asi 2 litry denně, vodu bylinné čaje, rozpustnou kávu 1 šálek denně	tekutiny jsou doplňovány k lůžku pravidelně, od manžela má zakoupené neperlivé minerální vody, poučena – od púlnoci již žádné tekutiny
vyučování moče	bez problému, poslední 2 měsíce musí na WC asi 2x za noc	močí spontánně na WC
vyučování stolice	stolice pravidelná, častěji řídká	stolice byla dnes ráno
spánek a bdění	spí dobře asi 10 hodin denně, je zvyklá chodit spát asi okolo 22.00 hodiny	spánek: dnes špatně spala, na noc bude podána medikace dle anesteziologa
aktivita a odpočinek	ráda chodí na procházky, sleduje televizi a internet	poučena o pohybových aktivitách – nácvik vstávání z lůžka po operaci, včasném vstávání, rehabilitaci
hygiena	dbá na hygienu, denně se sprchuje	poučena o hygieně před operací
samostatnost	je soběstačná, někdy se cítí více unavená, má obavy ze stavu po operaci	poučena, že vždy bude se sestrou, která jí bude plně k dispozici

Tabulka 6 – Posouzení psychického stavu

	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
vědomí	vnímá vše kolem sebe	vědomí: neporušené
orientace	orientována	orientace: místem, časem
nálada	dobrá	nálada: působí unaveným dojmem, je lítostivá
paměť dlouhodobá, krátkodobá	bez problému	dobře si vybavuje údaje z minulosti i nově podané informace
myšlení		logické kognitivní funkce v normě

temperament	je temperamentní	pacientka působí spíše extrovertně
sebehodnocení	mám práci s novým způsobem života	snaží se být optimista, v řeči se objevuje pocit křivdy
vnímání zdraví	zdraví je důležité	snaží se o zdravý životní styl, který má problém někdy dodržet
vnímání zdravotního stavu	vždy jsem byla zdravá, až nyní se objevily problémy	snaha o zlepšení nebo udržení současného stavu
reakce na onemocnění a prožívání onemocnění	to se mi nemělo stát, drogy se staly nejhorší zkušeností v mém životě	s onemocněním se zatím nevyrovнала, patrné rozladění
reakce na hospitalizaci	věřím, že vše dopadne dobře	pozitivní reakce
adaptace na onemocnění	budu muset být již stále pod lékařskou kontrolou a užívat léky	nejistota, zda bude schopna plnohodnotného života
projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres)	nevím, jak budu zvládat dítě, manžela a starost o domácnost	věří, že jí manžel bude ve všem oporou
zkušenosti z předešlých hospitalizací	nemá	nebyla hospitalizována

Tabulka 7 – Posouzení sociálního stavu

		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
komunikace	verbální	mluvení jí nečiní problémy	mluví dobře s ruským přízvukem, řeč bez bariér
	neverbální		je v souladu s verbální komunikací
informovanost	o onemocnění	ví o onemocnění a uvědomuje si příčinu, kde vzniklo	pacientka se stále na onemocnění v souvislosti s graviditou dotazuje
	o diagnostických metodách	je poučena	informována vždy před každým vyšetřením
	o léčbě	dostávala průběžné informace o plánovaných vyšetřeních a léčbě	dle ordinace ošetřujícího týmu
	o délce hospitalizace	je informována o odhadované délce hospitalizace	průměrná délka hospitalizace po porodu per SC a zástavou laktace je 7 dní
Sociální role a jejich ovlivnění nemocí,	Primární role (související s věkem a pohlavím)	rodička 27 let, HIV pozitivní, bezdětná	rodička mluví o tom, že by chtěla vrátit čas, aby určité životní etapy zvládla lépe

hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace	sekundární role (související s rodinou a společenskými funkcemi)	manželka, budoucí matka	rodička je v domácnosti, soustředila se na své zdraví a na zdraví svého ještě nenarozeného dítěte, přípravu domácího prostředí a pomůcek pro sebe i dítě, manžel ji velmi podporuje
	terciální role (související s volným časem a zálibami)	věnovala se tanci a onemocnění ji velmi zaskočilo	rolí těhotné HIV pozitivní ženy a budoucí matky na antiretrovirotické léčbě zvládá s psychickými problémy

5.1 Průběh prenatální péče

Gynekologické vyšetření ze dne 18. 10. 2010 pro amenorrhoe. Potvrzeno těhotenství velikosti 10+4 týdne.

Vaginální vyšetření 18. 10. 2010:

v zrcadlech: poševní stěny hladké, malé množství bělavého fluoru, čípek je hladký
kolposkopie: originální epitel (OE)

vaginálně: děloha je v AVF, velikosti II měsíce těhotenství, měkká, okolí děložní je volné

Abdominální ultrazvukové vyšetření 18. 10. 2010:

intrauterinně: 1xGS, 1xCRL 37mm odpovídá 10+4, akce srdeční+, okolí GS bpn.

Onkologická cytologie-kolposkopie 18. 10. 2010:

normální nález

Do konce 12. týdne těhotenství bylo provedeno komplexní prenatální vyšetření.

Vystavení těhotenské průkazky 18. 10. 2010

PM: 5. 8. 2010, TP: 12. 5. 2011

TK: 120/70 mmHg

Výška, váha: 172 cm / 64 kg

Změření pánevních rozměrů:

Distantia bispinalis: 25 cm

Distantia bicristalis: 29 cm

Distantiabitrochanterica: 32 cm

Conjugata externa (diameter Baudelocqueův): 19 cm

Závěr: naměřené hodnoty fyziologické

Anamnéza

Důležitým ukazatelem v péči o těhotnou ženu je sběr anamnestických dat.

RA (rodinná anamnéza)

Matka: léčena pro hypertenzi

Otec: zemřel na jaterní onemocnění

Sourozenci: sestra – zdráva

OA (osobní anamnéza)

Překonané a chronické onemocnění: sledována pro thyreopatii

Prodělaná dětská onemocnění si nepamatuje

Operace, úrazy: ne

Transfúze: nikdy

Očkování: v dětství

FA (farmakologická anamnéza)

Pravidelně užívá retrovir 250mg 1-0-1 (antiretrovirotikum)

AA (alergologická anamnéza)

Tetracyklin, ampicilin – exantém

Abúzus

Alkohol: příležitostně víno

Kouření: 5 cigaret denně

Káva: 2x denně

Léky: občas stilnox na spaní

Jiné drogy: v minulosti opakovaně intravenózně různé druhy narkotik

GA (gynekologická anamnéza)

Menarché: ve 13 letech

Cyklus: pravidelný po 28 dnech

Trvání: 4 – 5 dní

Intenzita, bolesti: asi 5 vložek za den, nebolestivé

Gynekologicky se neléčila

PM: 5. 8. 2010

Porody: 0

UPT, samovolné potraty: 1/1

Antikoncepce: 0

Samovyšetřování prsou: neprovádí

Poslední gynekologická prohlídka: nepamatuje si

PA (pracovní anamnéza)

Vzdělání: základní

Pracovní zařazení: v domácnosti

Ekonomické podmínky: dostačující

SA (sociální anamnéza)

Stav: vdaná

Bytové podmínky: vyhovující v panelovém bytě

Vztahy, role a interakce v rodině: s rodiči a sestrou komunikuje občas telefonicky, žije na Ukrajině. S manželem bez konfliktů.

Záliby: tanec

Volnočasové aktivity: procházky

Spirituální anamnéza

Religiózní praktiky: nevěřící

5.2 Medicínský management: 18. 10. 2010

Je důležitý v zásadách dispenzární péče o těhotnou ženu.

Chemická analýza moči a vyšetření močového sedimentu střední porce moči:

Tabulka 8 – Výsledky chemického vyšetření moči a močového sedimentu ze dne 19. 10. 2010

moč+sediment	hodnota pacienta	jednotka	referenční hodnota
Specifická hodnota	1018	kg/m ³	1010 – 1028
pH	5,2		4,65 – 5,5
Proteiny	0	arbj.	0 – 0
Glukóza	0	arbj.	0 – 0
Ketolátky	0	arbj.	0 – 0
Urobilinogen	0	arbj.	0 – 0
Bilirubin	0		0 – 0
Erytrocyty	0		0 – 0
Leukocyty	2		0 - 0
Epitel. dlaždice	4	.	
Bakterie	0	arbj.	

Závěr: výsledky chemického vyšetření moči a močového sedimentu bez patologického nálezu

Stanovení krevní skupiny + Rh faktoru ze dne 19. 10. 2010:

A pozitivní

Vyšetření titru erytrocytárních protilátek ze dne 19. 10. 2010:

negativní

Stanovení hematokritu a počtu erytrocytů, leukocytů, trombocytů, hladiny hemoglobinu ze dne 19. 10. 2008:

Tabulka 9 – Výsledky vyšetření krevního obrazu

krevní obraz	hodnota pacienta	jednotka	referenční hodnota
hematokrit	0,44	l	0,35 – 0,46
erytrocyty	4,8	$\times 10^6 / \mu\text{l}$	3,8 – 5,2
leukocyty	8,4	$\times 10^3 / \mu\text{l}$	3,6 – 12,0
trombocyty	259	$\times 10^3 / \mu\text{l}$	120 – 450
hemoglobin	128	g / l	115 – 168

Závěr: výsledky krevního obrazu bez patologického nálezu

Sérologické vyšetření HbsAg ze dne 19. 10. 2010: negativní

Sérologické vyšetření HIV ze dne 19. 10. 2010: výsledek screeningového vyšetření protilátek anti-HIV byl popsán jako reaktivní a byl zaslán se vzorkem do Národní referenční laboratoře pro AIDS ve Státním zdravotním ústavu v Praze. Zde byl výsledek potvrzen a ohlášen laboratoři, kde se prováděl screeningový test, a lékaři, který vyšetření indikoval. Gynekolog byl informován o dalším postupu. Léčbě antiretrovirotikem, pravidelnou kontrolou virové nálože a konzultací s AIDS centrem 1x za měsíc.

Sérologické vyšetření protilátek proti syfilis ze dne 19. 10. 2010:
negativní

Vyšetření prsů pohmatem ze dne 19. 10. 2010:
prsy volné, prohmatné, bez patologické rezistence

5.3 Management prenatální péče o HIV pozitivní gravidní ženy

HIV pozitivní gravidní ženy do skupiny – těhotné s vysokým rizikem. Do této skupiny patří ženy, jejichž specifický medicínský problém definuje riziko již na počátku gravidity. Frekvence v prenatální poradně je zcela individuální.

První návštěva těhotenské poradny

Vyšetření v těhotenské poradně ze dne 29. 10. 2010, gravidita 12 + 0 týdne.

Ošetřující gynekolog důvěrně a s pochopením sděluje těhotné ženě výsledek pozitivního sérologického vyšetření na HIV. Byla jí sdělena srozumitelně informace o povinnosti HIV pozitivní osoby, dodržení léčebného režimu a průběhu infekce. Zahájena terapie retrovirem 250 mg tablety 1 – 0 – 1.

Dále bylo provedeno pravidelné vyšetření:

Podrobný sběr anamnestických údajů a stesků těhotné: cítí se dobře, únavu nepocítuje.

Hmotnost: 64,5 kg, přírůstek hmotnosti 0,5 kg, celkový přírůstek hmotnosti 0,5 kg

Krevní tlak: 115/60 mmHg

Chemická analýza moči na bílkovinu, cukr, aceton: negativní

Bimanuální vaginální vyšetření se stanovením cervix-skóre: CS – 0 (tabulka10)

Tabulka 10 – Cervix – skóre (CS) podle Bishopa a jeho hodnocení

Cervix – skóre – body		0		1		2											
naléhající část		klenba prázdná		plná nevyvinutá		plná vyvinutá											
dilatace hrdla		< 0,5 cm		0,5 – 1,5 cm		> 1,5 cm											
zkrácení čípku		0		< 50%		> 50%											
konzistence čípku		tuhá		polotuhá		měkká											
lokalizace čípku		sakrálně		mediálně		ventrálně											
Hodnocení																	
týden	8-	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39
těhotenství	23																
kritická hodnota		1		2		3			4		5			6		7	8
																	10
nález																	

Kritická hodnota CS platí pro nulipary, pro multipary platí CS +1

Plánovaná vyšetření ve 12. – 16. týdnu gravidity:

Interní vyšetření + EKG: bez patologického nálezu

Zubní vyšetření: chrup sanován

Kontrola virové nálože v 16. týdnu gravidity – odmítá

Biochemický screening VVV ve druhém trimestru v 16. týdnu gravidity („triple test“):
negativní

Druhá návštěva těhotenské poradny

Vyšetření v těhotenské poradně ze dne 30. 11. 2010, gravidita 16 + 4 týdne.
Podrobný sběr anamnestických údajů a stesků těhotné: cítí se dobře, mírná plynatost,
terapii antiretrovirotiky toleruje.
Zevní vyšetření: děloha normotonická, fundem 2 prsty pod pupek
Bimanuální vaginální vyšetření se stanovením cervix-skóre: CS – 0
Otoky – varixy: nemá
Hmotnost: 65 kg, přírůstek hmotnosti 0,5 kg, celkový přírůstek hmotnosti 1,0 kg
Krevní tlak: 120/70 mmHg (normotenze)
Chemická analýza moči na bílkovinu, cukr, aceton: negativní
Terapie: retrovir 250 mg tablety 1 – 0 – 1

Plánovaná vyšetření v 17. – 20. týdnu gravidity

Kontrola virové nálože, konzultace s AIDS centrem ve 20. týdnu gravidity – odmítá
Ultrazvukový screening plodu ve 20. týdnu:
Jeden plod v labilní poloze, BPD 47mm, odpovídá týdnu gravidity 20+0, HC 181mm,
odpovídá týdnu gravidity 20+3, AC 150mm, odpovídá týdnu gravidity 20+0, FL 33mm
odpovídá týdnu gravidity, 20+0, kalva celistvá, nitrolební struktury symetrické,
cerebelum normálního tvaru, příčného průměru, obličejový skelet symetrický, AS+,
čtyřdutinová projekce, křížení velkých cév +, výtokové trakty srdeční bpn., žaludeční
bublina +, ledviny ++, močový měchýř +, břišní stěna bez rozštěpových vad, odstup
pupečníku bpn., bránice bpn., páteř bez rozštěpových vad, horní i dolní končetiny bez
hrubých vývojových vad, dostatečné množství VP, placenta na přední stěně stupeň 0.
Závěr: fyziologický nález

Třetí návštěva těhotenské poradny

Vyšetření v těhotenské poradně ze dne 30. 12. 2010, gravidita 20 + 6 týdne.
Podrobný sběr anamnestických údajů a stesků těhotné: cítí se dobře, občas kašel, terapii
antiretrovirotiky toleruje.

Zevní vyšetření: děloha normotonická, fundem k pupku

Bimanuální vaginální vyšetření se stanovením cervix – skóre: CS – 0

Otoky – varixy: nemá

Hmotnost: 67 kg, přírůstek hmotnosti 2 kg, celkový přírůstek hmotnosti 3,0 kg

Krevní tlak: 110/70 mmHg (hypotenze)

Chemická analýza moči na bílkovinu, cukr, aceton: negativní

Terapie: retrovir 250 mg tablety 1 – 0 – 1

Plánovaná vyšetření v 21. – 24. týdnu gravidity

Kontrola virové nálože, konzultace s AIDS centrem ve 24. týdnu gravidity – odmítá

Čtvrtá návštěva těhotenské poradny

Vyšetření v těhotenské poradně ze dne 28. 1. 2011 ve 25 + 0 týdnu gravidity

Podrobný sběr anamnestických údajů a stesků těhotné: udává rýmu, pobolívání v zádech, zápachající výtok z pochvy, terapii antiretrovirotiky toleruje, v minulém týdnu se objevila zvýšená tělesná teplota 37,4 °C, nyní je již bez teploty, mírná svalová únava. Pohyby plodu cítí normálně, kontrakce nemá.

Zevní vyšetření: děloha normotonická, fundem 2 prsty nad pupek

Otoky – varixy: nemá

Ozvy plodu – dopplerovým detektorem: 150⁺ (bpn.)

Hmotnost: 69 kg, přírůstek hmotnosti 2 kg, celkový přírůstek hmotnosti 5,0 kg

Krevní tlak: 125/80 mmHg (normotenze)

Chemická analýza moči na bílkovinu, cukr, aceton: negativní

Kultivace z pochvy: kandidóza

Bimanuální vaginální vyšetření se stanovením cervix – skóre: CS – 1

Terapie: retrovir 250 mg tablety 1 – 0 – 1,
clotrimazol 100 mg vaginální tableta 0 – 0 – 1

Plánovaná vyšetření ve 25. – 28. týdnu gravidity

Screening poruch glukózové tolerance ve 25. týdnu gravidity: negativní

Kontrola virové nálože, konzultace s AIDS centrem ve 28. týdnu gravidity – odmítá

Pátá návštěva těhotenské poradny

Vyšetření v těhotenské poradně ze dne 25. 2. 2011 ve 29 + 0 týdnu gravidity

Podrobný sběr anamnestických údajů a stesků těhotné: cítí se dobře, občasné smutné nálady. Pohyby plodu vnímá aktivní, kontrakce nemá.

Zevní vyšetření: děloha normotonická, FX / 5

Bimanuální vaginální vyšetření se stanovením cervix – skóre: CS – 1

Otoky – varixy: nemá

Ozvy plodu – dopplerovým detektorem: 142' (bpn.)

Hmotnost: 70,5 kg, přírůstek hmotnosti 1,5 kg, celkový přírůstek hmotnosti 6,5 kg

Krevní tlak: 125/70 mmHg (normotenze)

Chemická analýza moči na bílkovinu, cukr, aceton: negativní

Detekce známek vitality plodu:

Terapie: retrovir 250 mg tablety 1 – 0 – 1

Plánovaná vyšetření ve 30. – 32. týdnu gravidity

Stanovení hematokritu a počtu erytrocytů, leukocytů, trombocytů, hladiny hemoglobinu ze dne 10. 3. 2011

Tabulka 11 – Výsledky vyšetření krevního obrazu

krevní obraz	hodnota pacienta	jednotka	referenční hodnota
hematokrit	0,40	l	0,35 – 0,46
erytrocyty	4,2	$\times 10^6 / \mu\text{l}$	3,8 – 5,2
leukocyty	10,1	$\times 10^3 / \mu\text{l}$	3,6 – 12,0
trombocyty	180	$\times 10^3 / \mu\text{l}$	120 - 450
hemoglobin	118	g / l	115 - 168

Závěr: výsledky krevního obrazu bez patologického nálezu

Sérologické vyšetření protilátek proti syfilis ze dne 10. 3. 2011: negativní

Konzultace s AIDS centrem ze dne 10. 3. 2011

Kontrola virové nálože (méně než 50 viru / 1 ml krve, CD4+ T-lymfocytů – 555 / buněk / mm^3) Hodnocení: střední období HIV infekce (kategorie B)

Druhý ultrazvukový screening plodu ze dne 10. 3. 2011

Jeden plod v poloze podélné hlavičkou, BPD 75 mm, odpovídá týdnu gravidity 30 + 3, HC 283 mm, odpovídá týdnu gravidity 30 + 5, AC 261 mm, odpovídá týdnu gravidity 30 + 2, FL 59 mm, odpovídá týdnu gravidity 30 + 2, EFW 1570 g.

PI arteria umbilicalis 0,81 – norma

Kalva celistvá, nitrolební struktury symetrické, cerebelum normálního tvaru, příčného průměru, obličejový skelet symetrický, AS +, čtyřdutinová projekce, křížení velkých cév +, výtokové trakty srdeční bpn., žaludeční bublina +, ledviny ++, močový měchýř +, břišní stěna bez rozštěpových vad, odstup pupečníku bpn., bránice bpn., páteř bez rozštěpových vad, horní i dolní končetiny bez hrubých vývojových vad, dostatečné množství VP, placenta na přední stěně a ve fundu bpn.

Závěr: fyziologický nález

Šestá návštěva těhotenské poradny

Vyšetření v těhotenské poradně ze dne 29. 3. 2011 ve 33 + 5 týdnu gravidity

Podrobný sběr anamnestických údajů a stesků těhotné: cítí se dobře, obavy z porodu a přenosu infekce na dítě. Pohyby plodu cítí normálně, kontrakce nemá.

Zevní vyšetření: děloha normotonická, FX / 4

Bimanuální vaginální vyšetření se stanovením cervix – skóre: CS – 1

Otoky – varixy: nemá

Ozvy plodu – dopplerovým detektorem: 144' (bpn.)

Hmotnost: 71,5 kg, přírůstek hmotnosti 1,0 kg, celkový přírůstek hmotnosti 7,5 kg

Krevní tlak: 130/80 mmHg (normotenze)

Chemická analýza moči na bílkovinu, cukr, aceton: negativní

Terapie: retrovir 250 mg tablety 1 – 0 – 1

Plánovaná vyšetření ve 33. – 36. týdnu gravidity

Detekce streptokoků skupiny B v pochvě ze dne 9. 4. 2011: negativní

Sedmá návštěva těhotenské poradny

Vyšetření v těhotenské poradně ze dne 21. 4. 2011 ve 37 + 0 týdnů gravidity

Podrobný sběr anamnestických údajů a stesků těhotné: cítí se dobře, obavy z porodu se stupňují, podrážděnost na manžela. Snaží se o osobní relaxaci a vědomou přípravu na péči o dítě. Pohyby plodu vnímá aktivní, kontrakce ojedinělé.

Zevní vyšetření: Děloha normotonická, FX / 2

Bimanuální vaginální vyšetření se stanovením cervix – skóre: CS – 2

Kardiotokografický non-stress test ze dne 21. 4. 2011 fyziologický

Otoky – varixy: mírné perimaleolární otoky

Hmotnost: 72 kg, přírůstek hmotnosti 0,5 kg, celkový přírůstek hmotnosti 8,0 kg

Krevní tlak: 120/70 mmHg (normotenze)

Chemická analýza moči na bílkovinu, cukr, aceton: negativní

Terapie: retrovir 250 mg tablety 1 – 0 – 1

Dne 21. 4. 2011 doporučeno plánované ukončení těhotenství per sectionem caesaream ve 38. týdnu gravidity. K hospitalizaci dne 27. 4. 2011 na Kliniku infekčních, tropických a parazitárních nemocí AIDS centra Nemocnice Na Bulovce v Praze.

5.4 Přehled stanovených ošetřovatelských diagnóz

(pořadí odpovídá prioritám pacientky)

- 1) **Snížená sebeúcta** – **00120** následkem získané poruchy imunity z důvodu neukázněného života projevující se úzkostí, studem a neklidem.
- 2) **Strach** – **00148** z důvodu plánovaného operačního výkonu a přenosu HIV infekce na dítě projevující se neklidem, vegetativními projevy a verbalizací.
- 3) **Akutní bolest** – **00132** z důvodu plánovaného invazivního výkonu projevující se verbalizací, mimikou a gesty při pohybu s intenzitou bolesti na stupni 7.
- 4) **Porušená kožní integrita** – **00046** v oblasti břicha z důvodu operačního zákroku projevující se porušením kožního krytu s minimální sekrecí v oblasti rány.

- 5) **Deficit sebeděče při koupání a hygieně – 00108** z důvodu omezení pohyblivosti a snížené výkonnosti, spojeného s únavou, projevující se mírnou závislostí na zdravotním personálu.
- 6) **Ochota doplnit deficit vědomostí – 00161** ve významu potřeby zdokonalit se v rozpoznání potřeb svého dítěte. Z důvodu nezkušenosti a neznalosti, projevující se verbálním přáním získat nové vědomosti.

5.5 Ošetřovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie I

Plán péče u vybraných ošetřovatelských diagnóz

Ošetřovatelská diagnóza č. 1

Snížená sebeúcta – 00120 následkem získané poruchy imunity z důvodu neukázněného života projevující se úzkostí, studem a neklidem.

Cíl: Zlepšení sebeúcty u pacientky.

Výsledná kritéria:

1. Pacientka zná příčinu snížené sebeúcty – do 1 hodiny.
2. Pacientka umí verbalizovat pocity o sobě – do 1 hodiny.
3. Pacientka analyzuje vlastní jednání a jeho důsledky – do 3 hodin.
4. Pacientka kontroluje vlastní jednání – do 2 dnů.

Intervence ze dne 27. 4. 2011:

1. Veď pacientku k tomu, aby vyjádřila své pocity – průběžně (porodní asistentka).
2. Dávej spolehlivé informace a znovu je potvrzuj – průběžně (porodní asistentka).
3. Vyhni se negativní kritice – do 1 hodiny (porodní asistentka).
4. Zajisti soukromí a bezpečné prostředí – průběžně (porodní asistentka).
5. Objasni nesprávné názory, které má pacientka o sobě – každých 6 hodin (porodní asistentka).
6. Doporuč realistické alternativy do budoucna – průběžně (porodní asistentka).
7. Pozoruj pacientku a monitoruj změny v chování – průběžně (porodní asistentka).

Realizace:

Hovořila jsem s pacientkou v klidném prostředí a snažila se, aby popsala své pocity při sdělení nepříjemné diagnózy a pocity, které prožívala v rodině, která o onemocnění neměla žádné informace. Doporučila jsem jí setkání s lidmi, kteří s tímto onemocněním již několik let plnohodnotně žijí. Snažila jsem se vyvrátit nesprávné názory, které má o sobě. Procvičit relaxační techniky a naznačit několik reálných cílů do blízké budoucnosti.

Hodnocení:

Těhotná žena slovně vyjádřila pocit bezpečí při rozhovoru, cítila se uvolněnější. V obličeji byla patrná naděje. Respektovala podané informace.

Ošetrovatelská diagnóza č. 2

Strach – 00148 z důvodu plánovaného operačního výkonu a přenosu HIV infekce na dítě projevující se neklidem, vegetativními projevy a verbalizací.

Cíl: Snížení pocitu strachu u pacientky.

Výsledná kritéria:

1. Pacientka nemá vegetativní projevy strachu – do 2 hodin.
2. Pacientka má pocit bezpečí a jistoty – do 1 hodiny.
3. Pacientka verbalizuje důvody, které vedou k pocitům strachu – do 1 dne.
4. Pacientka umí překonávat strach – do 1 dne.

Intervence ze dne 27. 4. 2011:

1. Zjistí příčiny strachu u pacientky – průběžně (porodní asistentka).
2. Získej důvěru pacientky – průběžně (porodní asistentka).
3. Monitoruj verbální i neverbální projevy pacientky – do 1 hodiny (porodní asistentka).
4. Zhodnoť rodinné zázemí pacientky – průběžně (porodní asistentka).
5. Vysvětli pacientce, že i strach může být prospěšný – průběžně (porodní asistentka).

6. Sleduj žádoucí i nežádoucí účinky podávaných léků (anxiolytik) – průběžně (porodní asistentka).

Realizace:

Při rozhovoru s pacientkou jsem se soustředila na příčinu strachu z plánovaného operativního ukončení těhotenství a zabránění přenosu na dítě. Společně s rodičkou jsem zhodnotila vše, co udělala pro eliminaci přenosu infekce na dítě. Připomenula pomoc rodiny a ošetřujícího personálu. Doporučila jsem autorelaxaci, kterou nacvičovala v průběhu těhotenství, a zkontrolovala techniku správnosti provedení. Sledovala jsem žádoucí i nežádoucí účinky podávaných léků.

Hodnocení:

Rodička zná možnosti, které vedou k potlačení strachu. Ovládá relaxační techniky. S personálem mluví klidně a konstruktivně. Na léky reagovala pozitivně – zklidnění.

Ošetrovatelská diagnóza č. 3

Akutní bolest – 00132 z důvodu plánovaného invazivního výkonu projevující se verbalizací, mimikou a gesty při pohybu s intenzitou bolesti na stupni č. 7.

Cíl: Pacientka je bez bolesti.

Výsledná kritéria:

1. Pacientka zná příčinu bolesti – do 1 hodiny.
2. Pacientka umí určit stupeň bolesti dle stupnice bolesti – do 1 hodiny.
3. Pacientka zná úlevové polohy, postupy při otáčení, vstávání – do 3 hodin.
4. Pacientka zná účinky léků podávaných proti bolesti – do 1 dne.
5. Pacientka pocítuje zmírnění bolesti ze stupně 7 na stupeň 2 – do 1 dne.

Intervence ze dne 29. 4. 2011:

1. Mluv s pacientkou o bolesti, pozoruj neverbální projev – průběžně (porodní asistentka).
2. Ptej se na lokalizaci, intenzitu, charakter bolesti – průběžně (porodní asistentka).
3. Nauč pacientku zhodnotit bolest podle VAS – do 1 hodiny (porodní asistentka).
4. Zhodnot' stupeň bolesti dle stupnice – každých 6 hodin (porodní asistentka).

5. Zapisuj stupeň bolesti do ošetrovatelské dokumentace – každých 6 hodin (porodní asistentka).
6. Doporuč pacientce zaujímání úlevových poloh – do 2 hodin (porodní asistentka).
7. Nauč pacientku postupu při otáčení, vstávání – do 2 hodin (fyzioterapeut, porodní asistentka).
8. Podávej analgetika dle ordinace lékaře (léky proti bolesti) (porodní asistentka).
9. Sleduj žádoucí i nežádoucí účinky podávaných léků – průběžně (porodní asistentka).

Realizace:

Hovořila jsem s pacientkou o bolesti, snažila jsem se pozorovat neverbální projevy. Společně s pacientkou jsem zhodnotila lokalizaci, intenzitu a charakter bolesti. Sledovala jsem stupeň bolesti pacientky a zapisovala do ošetrovatelské dokumentace. Doporučila jsem jí zaujímání úlevové polohy, zajistila jsem fyzioterapeuta, který prováděl nácvik otáčení, vstávání a chůze. Sledovala jsem žádoucí i nežádoucí účinky podávaných léků.

Hodnocení:

Hodnocení ve vztahu k cíli a kritériím, pacientka pociťuje zlepšení bolesti ze stupně 7 na stupeň 2 za jeden den. Analgetika již odmítá.

Tabulka 12 – Hodnocení bolesti během hospitalizace

Hodnocení	Den přijetí na oddělení 27. 4. 2011	Operace 28. 4. 2011	1. den po operaci 29. 4. 2011	2. den po operaci 30. 4. 2011	3. den po operaci 1. 5. 2011
Stupeň	1	7	7	2	1
Charakter	Mírná, stálá bolest v pravém podžebří	Velká bolest břicha	Velká bolest břicha	Bolest při otáčení, pohybu	Tupá bolest při vstávání

Legenda: Stupnice od 1 – 10 (10 = bolest nesnesitelná)

Ošetrovatelská diagnóza č. 4

Porušená kožní integrita – 00046 v oblasti břicha z důvodu operačního zákroku projevující se porušením kožního krytu s minimální sekrecí v oblasti rány.

Cíl: Pacientka má zhojenou operační ránu per primam do konce hospitalizace.

Výsledná kritéria:

Pacientka zná komplikace a způsoby předcházení infekce – do 6 hodin.

Pacientka má sterilně krytou operační ránu – denně.

Pacientka je bez zvýšené tělesné teploty – denně.

Pacientka má okolí operační rány bez zarudnutí – denně.

Intervence ze dne 30. 4. 2011:

Kontroluj místo porušené kožní integrity, sleduj vývoj hojení, zapisuj do dokumentace – denně (porodní asistentka).

Pouč pacientku o projevech infekce – bolest, pálení, zčervenání, zvýšená teplota – do 2 hodin (porodní asistentka).

Vysvětli pacientce nutnost dodržovat hygienu, mýt si ruce, nesahat na operační ránu – do 2 hodin (porodní asistentka).

Postupuj při ošetřování rány asepticky a dodržuj hygienicko-epidemiologické zásady – vždy (porodní asistentka).

Udržuj v čistotě prádlo ložní i osobní – průběžně (porodní asistentka, ošetřovatelka).

Komplikace a sebemenší známky zánětu hlas lékaři – ihned (porodní asistentka).

Realizace:

Každý den jsem pečovala o operační ránu. Pacientku jsem poučila o projevech infekce a o zásadách hygienické péče. Při převazu jsem postupovala asepticky a dodržovala hygienicko-epidemiologické zásady. Rána je klidná, bez zarudnutí a bez exsudace. Sledovala a zapisovala jsem TT a hojení.

Hodnocení:

Pacientka zná možné projevy infekce, ví o hygienických zásadách, rána se hojí per primam.

5.6 Zhodnocení ošetřovatelské péče

V průběhu prenatální péče došlo k mírnému zlepšení psychického stavu těhotné ženy.

Z pohledu porodní asistentky se těhotná někdy obtížně zapojovala do ošetřovatelské péče. Odmítla v průběhu těhotenství doporučená vyšetření na odběr virové nálože

a zjištění imunodeficitu. Z dlouhodobého hlediska ji však zvládla. Snažila se spolupracovat a aktivně se zapojovat, aby se její zdravotní stav nezhoršoval a tím neovlivnila v negativním smyslu zdraví svého očekávaného dítěte.

Spolupráce s manželem byla těhotné ženě velkou oporou. Edukaci ve vybraných oblastech přijímali a hodnotili velmi pozitivně. Těhotná žena dodržovala navrženou terapii a nezanedbala ostatní pomocná vyšetření v průběhu prenatálního období.

Z hlediska těhotné ženy byla ošetrovatelská péče hodnocena dobře. V průběhu návštěv prenatální poradny a hospitalizace došlo ke zmírnění různých problémů včetně psychických. Cítí se ještě trochu unavená, ale na začátku cesty s konkrétním cílem.

Doporučení pro pacientku

Pokračovat v zavedené antiretrovirotické terapii, pravidelné kontroly v AIDS centru. Dodržovat pravidla sexuálního chování, zdravého životního stylu a osobní hygieny. Zdokonalit se v péči o narozené dítě. Docházet s dítětem na pravidelná klinická vyšetření (k praktickému lékaři pro děti a dorost a infektologa) s periodickými laboratorními a pomocnými vyšetřeními, která podléhají specifickým pravidlům. Respektovat zákaz kojení.

Doporučení pro rodinu

Psychická podpora v průběhu těhotenství. Pomoc v péči o narozené dítě. Dodržování všech hygienických pravidel, která snižují možnost přenosu HIV infekce na ostatní členy rodiny. Včasná konzultace problémů s lékařem v AIDS centru, psychologem, porodní asistentkou, pediatrem.

6 Kazuistika II

Dne 11. 9. 2010 dopoledne přichází do humanitárního centra, které se snaží pomáhat osiřelým dětem, kterým rodiče zemřeli na HIV/AIDS, ve slamové oblasti na okraji hlavního města Windhoek, pravděpodobně HIV pozitivní 19letá těhotná, negramotná, černošská žena pocházející z kočovného kmene Himbo. (obrázek 9)



Obrázek 9 – HIV pozitivní těhotná žena

(dostupné z: <http://feministcampus.org/blog/index.php/2011/10/11/african-women-need-contraception-and-hiv-prevention/>)

Při následném vyšetření zjišťují, že žena je asi ve 28. týdnu těhotenství dle zevního vyšetření: děloha normotonická, FX / 5, děloha hruškovitého tvaru, plod v poloze podélné hlavou, postavení I, krční rýha 4 prsty nad sponou. Termín porodu odhadem na konec listopadu až začátek prosince 2010.

Krevní tlak 110/60 mmHg (hypotenze)

Tělesná teplota 37,8° C (zvýšená tělesná teplota)

Pohyby plodu cítí, srdeční akce plodu 126' (normální hodnota)

U odborného lékaře nikdy nebyla, zdravotní pojištění nemá. Pro HIV infekci svědčí i test provedený ze slin.

Subjektivně: žena si stěžuje hlavně na pocit hladu a žízně, bolest hlavy, únavu. Pálení v lýtkách. Asi tři měsíce trvající deprese, mírné návaly horka a zimy, objevil se ekzém na třetím prstě pravé horní končetiny, brnění horních končetin, bolesti šlach flexorů i extenzorů. Častěji se objevují ječná zrna na obou očích, škrábání v krku, pocit rozmazaného vidění, výtok z genitálu, deprese.

Objektivně: v obličeji je patrný erytém, otoky dolních a horních končetin. Hematomy na horních končetinách bez zjevné traumatické příhody, bez dalších projevů krvácení. V ústech se objevují afty a stěžuje si na bolest ve středním epigastriu, tikání pravého víčka.

Průběh prenatální péče

Tato těhotná žena zatím nenavštívila žádného lékaře, o těhotenství nikdo nepečoval. Její zdravotní stav není dobrý, má fyzické, psychické i sociální problémy. Poté co se najedla a napila, humanitární centrum opouští.

6.1 Přehled ošetřovatelských diagnóz

(pořadí odpovídá prioritám pacientky)

- 1) **Nevyvážená výživa: méně, než je potřeba organismu – 00002** ze sníženého příjmu potravy, z důvodů ekonomických, nedostatkem jídla, projevující se vyhublostí s verbálními projevy a mimikou.
- 2) **Snížený objem tekutin v organismu – 00027** z důvodů klimatických (nadměrné sucho, horko, sluneční záření) a nedostatečného příjmu tekutin, projevující se pocitem žízně, celkovou slabostí a obtížným mluvením.
- 3) **Morální strádání – 00175** z důvodu změny smyslu života a uznávaných hodnot, projevující se úzkostí, strachem z budoucnosti a poruchou nálady.
- 4) **Sociální izolace – 00053** z důvodu předchozích zážitků a nepřijatelných společenských poměrů, projevující se pocitem opuštěnosti, ohrožení ve společnosti, smutkem a omezenou komunikací.

- 5) **Poškozená sliznice ústní – 00045** způsobená nedostatečnou nebo znemožněnou hygienou dutiny ústní, špatným stavem výživy a avitaminózou, projevující se povleklým jazykem, otoky, bolestí a ztrátou nebo poruchou mluvení.

6.2 Ošetrovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie I

Plán péče u vybrané ošetrovatelské diagnózy

Ošetrovatelská diagnóza č. 1

Nevyvážená výživa: méně, než je potřeba organismu 00002 ze sníženého příjmu potravy, z důvodů ekonomických, nedostatkem jídla, projevující se vyhublostí s verbálními projevy a mimikou.

Cíl: Uspokojit pocit hladu a nedostatek tekutin u těhotné ženy v přiměřeném množství po dnech minimálního příjmu stravy.

Výsledná kritéria:

1. Těhotná žena zná energetické hodnoty jednotlivých potravin.
2. Těhotná žena je schopna si pravidelně zajistit základní potraviny.
3. U těhotné ženy dojde k optimálnímu zvýšení hmotnosti.

Intervence ze dne 11. 9. 2010:

1. Zjistí tělesnou hmotnost a výšku, tělesnou konstituci, svalovou sílu, poměr tělesné aktivity k odpočinku – (porodní asistentka).
2. Zjistí stravovací návyky pacientky, a co ovlivňuje stravovací návyky, poruchy psychiky, náboženské zvyklosti – (porodní asistentka).
3. Sleduj u pacientky celkový denní příjem potravy a tekutin (porodní asistentka)
4. Informuj pacientku o sníženém příjmu vlákniny, která může vzbuzovat předčasný pocit sytosti – (porodní asistentka).
5. Informuj pacientku o dodržování zvýšené hygienické péče o dutinu ústní – (porodní asistentka).
6. Nepodávej tekutiny 1 hodinu před jídlem, aby nedošlo k navození pocitu sytosti – (porodní asistentka).
7. Informuj pacientku o důležitosti energetických hodnot u jednotlivých potravin, vitamínů a minerálních látek (porodní asistentka).

Realizace:

Těhotné ženě byla podána pestrá strava s dostatkem pitné vody v podmínkách humanitárního centra. Sledovala jsem, jak stravu přijímá. Umožnila jsem jí odpočinek na lůžku, které bylo chráněno před přímým sluncem. Pokusila jsem se vysvětlit důležitost stravy s dostatkem vitamínů v době těhotenství.

Hodnocení:

Těhotná žena uspokojila svůj hlad a doplnila nedostatek tekutin. Nabízenou pomoc odmítá. Problémem byla jazyková bariéra, těhotná hovoří pouze jazykem svého kmene.

6.3 Zhodnocení ošetrovatelské péče

U většiny žen v Namibii žádná prenatální péče neexistuje. Svou roli zde hraje ekonomická situace. Ženy trpí chudobou, jsou často podvyživené a v horším zdravotním stavu, jelikož nejsou schopné platit za ošetření. Lékařskou, ošetrovatelskou péči o ně doplňuje rodina a široké příbuzenstvo různými neodbornými a alternativními metodami.

Z hlediska porodní asistentky, která se pouze náhodně setká s HIV pozitivní těhotnou ženou, vzniká velmi těžko řešitelný problém. Systém péče o postižené ženy není propracovaný a v důsledku migrace, neinformovanosti se stává nepřehledným.

Doporučení pro pacientku

Schopnost porozumět všem souvislostem nemoci HIV/AIDS, které úzce souvisí se vzdělaností. Snaha o zmírnění progresu onemocnění dle možnosti sociálního zařazení.

Doporučení pro rodinu

Největším problémem, který brání účinné prevenci, je společenské označení, jež HIV/AIDS provází. Skutečnost, že se jedná o pohlavně přenosnou a zároveň smrtelnou nemoc, mnoho lidí v Africe vnímá jako trest od boha. V mnoha případech rodina nemocného opouští, nebo se snaží zatajit před ostatními pravou příčinu onemocnění. Při ztrátě zaměstnání, rodiny v důsledku nákazy virem HIV hraje velkou roli strach

zdravých lidí z nákazy. Z tohoto důvodu je velmi důležitá osvěta, která může tento strach zmírnit.

7 Diskuse

a) Systém poskytování ošetrovatelské péče v České republice

Sérologické vyšetření na HIV

Po prozkoumání problematiky týkající se sérologického vyšetření na stanovení protilátek anti-HIV jsem dospěla k názoru, že existuje rozpor mezi legislativním nařízením a potřebou klinické praxe. Podle zákona (258/2000 Sb., § 71 odstavec 2, písmeno a) je doporučeno testování na HIV u těhotné ženy nejdéle do 16. týdne gravidity. Odborníci z klinické praxe se však přiklánějí ke stanovisku, že testování těhotných žen na HIV by mělo být povinné ve 30. a 32. týdnu gravidity, a to pro všechny těhotné, nejen pro vysoce rizikové pacientky. Jestliže provádíme testování těhotných pouze na počátku těhotenství (do 16. týdne), nemusíme pozitivitu viru sérologickým vyšetřením prokázat, protože protilátky anti-HIV se objevují za 3 týdny až 3 měsíce po nákaze.

Předporodní péče o HIV pozitivní ženu

Z mého pohledu by bylo pro HIV těhotnou ženu z psychologického hlediska výhodnější, aby zůstala v předporodní péči gynekologa a výsledky virové nálože (HIV a imunologické posouzení stavu buněčné imunity na základě počtu CD 4+ T – lymfocytů) byly konzultovány s AIDS centrem, kde je těhotná registrována. Toto centrum by mělo také navrhnout optimální terapeutický plán antiretrovirotiky. V současné době totiž např. v AIDS centru Nemocnice Na Bulovce HIV těhotné ženy soustřeďují a s gynekologem spolupracují.

Vedení porodu

V současné klinické praxi existují základní dva typy vedení porodu, a to vaginální cestou nebo císařským řezem. Podle mého názoru je vedení porodu císařským řezem z pohledu rizika vertikálního přenosu z matky na dítě mnohem bezpečnější. U vaginálně vedeného porodu se zkouší aplikace virocidních látek do porodních cest před prasknutím vaku blan pomocí tamponů, popřípadě laváží s detergentem (chlorhexidinem). Domnívám se, že aplikace tamponů ani laváže není dostatečně účinná, aby ochránila dítě před přenosem HIV infekce při průchodu porodními cestami.

Navíc je porod vedený císařským řezem zajištěn infúzní terapií s retrovirem, který má snížit aktivitu HIV.

Kojení

Jsem velmi potěšena, že Česká republika patří mezi vyspělé státy, kde je kojení po porodu HIV pozitivních matek kontraindikováno. Díky široké nabídce umělé kojenecké stravy je možno zcela vyloučit kojení dítěte, a tím snížit riziko vertikálního přenosu viru HIV z matky na dítě. V České republice je zcela běžné, že z tohoto důvodu je HIV pozitivním matkám po porodu laktace zastavována medikamentózně a látkovou kompresí prsů.

b) Systém poskytování ošetrovatelské péče v Namibii

Sociokulturní podmínky, chudoba a zaostalost přímo souvisí s rychlým šířením této nemoci. Chudí lidé jsou častěji podvyživeni a v horším zdravotním stavu, jelikož nejsou schopni za ošetření platit. Nižší vzdělání či negramotnost jim brání v přístupu k informacím, jak se před HIV/AIDS chránit.

Přikláním se k názoru, že největším problémem, jenž brání účinné prevenci, je společenské stigma, které HIV/AIDS provází. Důvodem je skutečnost, že se jedná o pohlavně přenosnou a zároveň smrtelnou chorobu.

Co se týče různých předsudků a rituálů, někteří Afričané například věří, že pohlavní styk s pannou je může vyléčit z HIV a AIDS. Odmítají používat kondom, protože mužské sperma je určeno výhradně pro tělo ženy a pro zplození potomků.

Lékařské výzkumy poukazují rovněž na skutečnost, že ženská obřízka může zvýšit riziko nákazy.

Sérologické vyšetření na HIV

Boj s AIDS je financován prostřednictvím peněz zahraničních dárců. Pozornost se obrátila k dobrovolným testům na přítomnost viru HIV v těle a k léčbě pacientů trpících AIDS pomocí antiretrovirotických léků, jež zpomalují průběh nemoci a částečně brání i přenosu viru z matky na dítě během těhotenství.

Podle údajů UNAIDS je v současnosti v Namibii poskytována antiretrovirotická léčba zdarma pacientům vybraných státních zdravotních zařízení.

Podle mé osobní zkušenosti je však přístup k testování na HIV velmi omezen. Antiretrovirotická léčba je dostupná pouze jedincům, kteří jsou ekonomicky nezávislí. V humanitárních centrech, kde se starají o sirotky po zemřelých rodičích na AIDS, jsou koncentrováni většinou jedinci bez jakýchkoli dokladů o svých zemřelých rodičích. Tím se sirotek dostává do situace, že nemá žádný příjem peněz, a tedy mu není dostupná základní zdravotní péče, natož aby mohl podstoupit pro něj velmi drahé testování na AIDS. Pouze jedinci, kteří se mohou prokázat, že rodiče na AIDS zemřeli, dostávají státní podporu cca 200 NAD/měsíc (1 litr mléka se koupí za cca 20 NAD). Ani v humanitárních centrech bohužel tyto testy většinou nejsou dostupné. Do zdravotních zařízení se k vyšetření dostávají děti až v pozdním stadiu HIV.

Většina žen rodí v domácím prostředí, v chudých čtvrtích na předměstích větších měst, bez předchozí předporodní péče. Narozené děti jsou kojeny infikovaným mateřským mlékem. Matka si z ekonomických důvodů ani jinou možnost dovolit nemůže.

Osobní zkušenost, po navštívení několika humanitárních namibijských center, mě bohužel vede k pesimističtějším závěrům, než uvádí průzkum UNAIDS. Z mého pohledu je v Namibii možnost šíření osvěty proti nákaze HIV/AIDS a zavedení vhodné ošetrovatelské péče o nakažené virem HIV stále velmi omezená. V některých regionech dodnes není vyřešena infrastruktura, elektrifikace či základní zásobování potravinami, natož aby tam byla dostupná zdravotní péče nebo možnost vzdělávání.

Kočovné domorodé kmeny respektují tradice kmenu, žijí daleko od civilizace v symbióze se zákony přírody.

Doporučení pro praxi

- Včasné odhalení diagnózy, u těhotných žen bez souhlasu. (§ 71 Zákon o ochraně veřejného zdraví č. 258/200Sb.) (lékař a porodní asistentka v a při potvrzení těhotenství)
- Odebrání žilní krve k průkazu sérových protilátek. (porodní asistentka, v prvním trimestru)
- Konfirmace HIV pozitivního testu v NRL Praha.
- Potestové poradenství, výsledek sděluje vždy lékař po konfirmaci. (lékař, který vyšetření předepsal)
- Pohovor. (HIV není AIDS, krizová intervence, systém péče, prognóza, nezbytnost spolupráce)
- Odeslání HIV pozitivní těhotné do AIDS centra. (registrace v AIDS centru je povinná ze Zákona 258/200 Sb.) (lékař, ihned po sdělení výsledku těhotné ženě)
- Sdělení všeobecných doporučení pro člověka infikovaného virem lidského imunodeficitu. (příslušné AIDS centrum) (příloha B)
- HIV pozitivní pacientka podepisuje prohlášení, že vzala svou HIV infekci na vědomí, bude informovat své sexuální partnery, bude informovat své zdravotníky. (příslušné AIDS centrum, dermatolog)
- Dispenzární péče v těhotenské poradně, dle doporučeného postupu v perinatologii s individuální frekvencí návštěv. (lékař, porodní asistentka po celou dobu trvání těhotenství)
- Spolupráce s dalšími odborníky. (psychologie, psychiatrie, oční, dermatologie, dietologie) (lékař, porodní asistentka)
- Zahájení antiretrovirové léčby. (lékař AIDS centra ihned po zjištění a potvrzení HIV infekce)
- Sérologické testy virové nálože a stavu imunitního systému. (sérologická laboratoř AIDS centra dle průběhu infekce)
- Sledování vedlejších účinků léků. (lékař, porodní asistentka)
- Edukace těhotné ženy a její rodiny. (sexuální chování, životospráva, osobní hygiena). (lékař, porodní asistentka)

- Individuální přístup k HIV pozitivní těhotné. (lékař, porodní asistentka, ostatní ošetřující personál)
- Porodní asistentka nemá právo nikoho soudit a odsuzovat. Může pomoci vhodnou edukací a motivací zapojit nemocnou zpátky do aktivního života. (porodní asistentka)
- Důsledné vedení lékařské a ošetrovatelské dokumentace. (lékař, porodní asistentka v průběhu těhotenství)

Závěr

V rámci bakalářské práce se mi podařilo vypracovat postup ošetrovatelské péče z pohledu porodní asistentky u HIV těhotných žen v České republice. Dále jsem poukázala na úskalí péče o HIV pozitivní těhotné ženy v zemi subsaharské oblasti, konkrétně Namibii.

Práci jsem psala s cílem upozornit zdravotníky i veřejnost na závažnost onemocnění HIV/AIDS. Z vývoje pandemie AIDS a výsledků vědeckého výzkumu je zřejmé, že řešení tohoto problému není a nebude jednoduché.

Vyzdvihla jsem důležitost práce prenatální poradny ve spolupráci s lékaři AIDS centra a dalšími odborníky.

Základní postup těhotenské ošetrovatelské péče je popisován v těchto krocích:

1. V České republice je povinně zaveden sérologický screening infekce HIV v prvním trimestru.
2. HIV pozitivním těhotným ženám jsou podávána profylakticky antiretrovirotika.
3. Porody HIV pozitivních těhotných žen jsou ukončeny císařským řezem. Snižuje se tak riziko vertikálního přenosu HIV infekce na plod.

Základní postup ošetrovatelské péče v Namibii, která je zařazena dle výskytu HIV/AIDS mezi nejméně vyspělé země světa.

1. Prevence je zaměřena na omezení šíření nemoci (distribuci kondomů, zmírňování chudoby, péče o sirotky, osvětu).
2. Je v poskytování pomoci odkázána na externí zdroje financování. Ve většině případů od agentur OSN, WHO, UNAIDS.
3. Zmírnění dopadů epidemie je na úrovni jednotlivců. Pro lidi, kteří mají přístup ke kvalitní zdravotní péči (antiretrovirotickým lékům), kvalitní stravě a zdravému životnímu stylu.
4. Lidé trpící chudobou, nevzdělaní, jež nemají přístup k dostatečné zdravotní péči, podlehnou HIV/AIDS zpravidla do pěti až šesti let od nákazy.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ČECH, E., a kol.** *Porodnictví. 2.* Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1303-9.
- ENKIN, M., M. J. N. C. KEIRSE, M. RENFREW a J. NEILSON.** *Efektivní péče v perinatologii. 1.* Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-417-7.
- HÁJEK, Z., a kol.** *Rizikové a patologické těhotenství.* Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0418-8.
- JUŘENÍKOVÁ, P.** *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi. 1.* Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2171-2.
- KAMENÍKOVÁ, M., KYASOVÁ, M.** *Ošetrovatelské diagnózy na porodním sále.* Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0285-1.
- KOBILKOVÁ, J., a kol.** *Základy gynekologie a porodnictví.* Praha: Galén a Karolinum, 2005. ISBN 80-7262-315-X.
- KUDELA, M.** *Základy gynekologie a porodnictví pro posluchače lékařské fakulty. 2. vydání.* Olomouc: UP v Olomouci, 2008. ISBN 978-80-244-1975-6.
- LEIFER, G.** *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství. 1.* Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0668-7.
- MACKŮ, F. a J. MACKŮ.** *Průvodce těhotenství a porodem. 1.* Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-589-0.
- MAREČKOVÁ, J.** *Ošetrovatelské diagnózy v Nanda doménách.* Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1399-3.
- MARTINUS, G., a kol.** *Gynekologie a porodnictví.* Martin: Osveta 1996. ISBN 31-311-8902-9.
- Metodické opatření:** Řešení problematiky infekce HIV/AIDS. In: Věstník MZČR, 2003, 8:2.
- NANDA INTERNATIONAL.** *Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2009-2011. 1.* Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3423-1.
- ROZSYPAL, H. a B. ROZSYPALOVÁ.** Význam vyhledávacích sérologických vyšetření v graviditě. *Moderní gynekologie a porodnictví.* 2006b, 15(3), 436-445. ISSN 1211-1058.
- ROZSYPAL, H.** Infekce virem lidské imunodeficiencie (HIV) u žen a v graviditě. *Moderní gynekologie a porodnictví.* 2006a, 15 (3), 366-380. ISSN 1211-1058.

ROZSYPAL, H., M. STAŇKOVÁ, L. MACHALA a M. BRŮČKOVÁ. Profylaxe vertikálního přenosu viru lidské imunodeficiencie (HIV) v České republice. *Klinická mikrobiologie a infekční lékařství*. 2006c, 12(2), 63-68. ISSN 1211-264X.

ROZTOČIL, A., a kol. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-1941-2.

SALAVEC, M., V. BOŠTÍKOVÁ a P. BOŠTÍK. HIV infekce - historie, patogeneze, klinické manifestace. *Česko-slovenská dermatologie*. 2011, 86(2), 67-81. ISSN 1803-6597.

SLEZÁKOVÁ, L. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3373-9.

SLEZÁKOVÁ, L., a kol. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty III. Gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2270-2.

VOKURKA, M., HUGO, J., a kol. *Velký lékařský slovník*. 2. vydání. Praha: Maxdorf, s.r.o., 2002. ISBN 80-8591-77-5

Zákon o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů. In: 258/2000. 2000, 74.

Internetové zdroje:

1. CREATIVE COMMONS CORPORATION. *Národní program boje proti AIDS v ČR* [online]. Praha: Copyright SZÚ 2011, 17.3.2012 [cit. 2012-03-17]. Dostupné z: <http://www.aids-hiv.cz/>
2. BIOLYTICAL TM LABORATORIES INC. *Tests protilátek HIV -1 / HIV -2: Kontrola lidského IgG* [online]. 21.5.2009. Haag, 21.5.2009 [cit. 2012-03-17]. Dostupné z: http://www.aidstest.cz/files/1303808426_insti-a4-s-datem-low-res.pdf
3. ZONER SOFTWARE, s.r.o. *Péče o nemocné AIDS: Prevence přenosu HIV z matky na dítě. Péče o sirotky a ohrožené děti*. [online]. 17.3.2012. Praha, 17.3.2012 [cit. 2012-03-17]. Dostupné z: <http://www.clovekvtisni.cz/index2.php?id=384>
4. UNAIDS. *UNAIDS Report on the global AIDS epidemic 2010* [online]. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), 13.1.2011, 1.3.2011 [cit. 2012-03-17]. Dostupné z: http://www.unaids.org/globalreport/documents/20101123_GlobalReport_full_en.pdf
5. THE KAISER FAMILY FOUNDATION. *HIV / AIDS Policy Fact Sheet. The HIV/AIDS Epidemic in Namibia* [online]. 7.9.2005. California: Kaiser Family Foundation, 7.9.2005, 29.9.2005 [cit. 2012-03-17]. Dostupné z: <http://www.kff.org/hivaids/upload/7362.pdf>

6. HYGIENICKÁ STANICE HL. M. PRAHY. *HIV a AIDS: Informační příručka pro prevenci HIV / AIDS a pro propagaci testování na HIV* [online]. 29.11.2007. Praha: NRL pro AIDS SZÚ, 29.11.2007, 29.11.2007 [cit. 2012-03-17]. Dostupné z:
<http://www.hygp Praha.cz/files/Co%20je%20to%20HIV%20a%20AIDS.pdf>
7. ČESKÁ SPOLEČNOST AIDS POMOC, O. S. *Život s AIDS sociální práce a právní problémy* [CD - ROM]. Praha: ČSAP Dům Světla, 2007 [cit. 2012-03-17].

PŘÍLOHY

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Smlouva o zabezpečení odborné praxe.....III

Příloha B – Informace pro člověka infikovaného virem lidského imunodeficitu (HIV)
.....VIII

Příloha A – Smlouva o zabezpečení odborné praxe.....	IV – VII
--	----------

**Příloha B – Informace pro člověka infikovaného virem lidského imunodeficitu
(HIV).....IX – XIII**

Informace pro člověka infikovaného virem lidského imunodeficitu (HIV)

Zdroj: NÁRODNÍ PROGRAM BOJE PROTI AIDS V ČR. *Informace pro člověka infikovaného virem lidského imunodeficitu* [online]. Praha, 17.3.2012 [cit. 2012-03-17]. Dostupné z: <http://www.aids-hiv.cz/informace.html>

Bylo zjištěno, že jste infikován/a virem, který může za určitých okolností vyvolat závažnou poruchu Vaší obranyschopnosti zvanou AIDS. Přítomnost viru v organizmu však v žádném případě ještě onemocnění neznamena, protože víme, že se toto onemocnění vyvíjí v průměru asi u 50 % nakažených lidí do 10 let od infekce. Nakažený člověk může žít mnoho let bez jakýchkoliv projevů nemoci, to znamená, může být zdrav, ale přitom může při pohlavním styku nakazit svého partnera, může svou krví virus přenést na druhého člověka, je-li jeho krev ve styku s otevřeným poraněním druhého člověka, daruje-li krev nebo jde-li o matku, může v průběhu těhotenství nebo porodu nakazit své dítě.

Ve vlastním zájmu, abyste současně nezhoršil/a průběh onemocnění sám/sama u sebe, nebo nenakazil/a někoho dalšího, měl/a byste dodržovat níže uvedené zásady:

1. **Při jakýchkoliv zdravotních obtížích**, i když zdánlivě nevýznamných, jako jsou např. opakovaná onemocnění dýchacích cest, především déle trvající kašel, dále při hubnutí, při zduření mízních uzlin, jakékoliv vyrážce apod. se ihned obraťte na mne nebo jiného odborníka v problematice AIDS, kterého si vyberete. Budete zván na pravidelné kontroly Vašeho zdravotního stavu, které umožní, aby Vám byla případně včas nasazena potřebná léčba, kterou často zahajujeme již v době, kdy dojde k určitým změnám při imunologickém vyšetření, které se ještě ani nemusí projevit zdravotními potížemi. Základní zdravotní péči Vám může poskytovat váš praktický lékař nebo pediatr. V současné době tuto infekci ještě neumíme vyléčit, ale umíme ji léčit, zabránit různým komplikacím a tak Vám umožnit kvalitní plnohodnotný život, jaký vedou ostatní lidé. Od chvíle stanovení diagnózy nesete pouze větší odpovědnost vůči sobě i vůči druhým lidem.

2. **Nemůžete se stát dárce** krve, spermatu, mateřského mléka, orgánů a tkání.

3. Doma, na pracovišti i kdekoliv jinde je třeba, abyste přísně dodržoval **pravidla osobní hygieny**, měl vlastní kartáček na zuby, holicí strojek, ručník atd., které nesmíte nikomu půjčovat. V případě že dojde k potřísnění předmětů Vaší krví, např. při poranění, musíte zajistit buď likvidaci těchto předmětů, např. spálením, nebo jejich vyvaření či dezinfekci (nejlépe 2 % roztokem chloraminu).

4. Měl/a byste se snažit vybudovat si **trvalý partnerský vztah** a nestřídat sexuální partnery. Při všech formách pohlavního styku, tj. při styku do pochvy, do konečníku i do dutiny ústní, musíte používat prezervativ, přičemž k zvýšení jeho kluzkosti nelze používat látky na tukovém základu (vazelíny apod.), ale látky na vodním základu (gely). Je třeba se vyvarovat všech krvavých sexuálních praktik. Líbání není riskantní, není-li spojeno s pokousáním nebo s intenzivním sáním. Je třeba si uvědomit, že prezervativ musíte používat i tehdy, je-li Váš partner/Vaše partnerka rovněž HIV pozitivní, protože každá další infekční dávka viru zhoršuje průběh onemocnění. Při náhodném pohlavním styku s neznámou osobou nikdy nemůžete vyloučit, že i ona, i když to sama třeba neví, může být infikována tímto virem.

Nesmíte zapomenout na to, že sexualita, to je i láska, něha, cit, radost, prostě všechno, co je opakem samoty, která sama o sobě může také zhoršovat průběh Vaší infekce.

5. Měl/a byste přesvědčit svého sexuálního partnera/partnerku (popř. partnery), aby se rovněž podrobili vyšetření na přítomnost viru působícího AIDS. Umožní jim to nejen chránit sebe, ale i druhé, dáte jim šanci na včasné zahájení léčby, která průběh onemocnění podstatně zpomalí a umožní jim dožít se v dobrém zdravotním stavu takové účinné léčby, která Vás i je v budoucnu infekce zbaví. Současné vědecké výsledky svědčí pro to, že to je otázkou blízké budoucnosti. Nechcete-li informovat o své HIV pozitivitě svého partnera sám/sama, můžete požádat lékaře svého AIDS centra, aby to učinil za Vás.

6. Je Vaší morální povinností informovat Vašeho sexuálního partnera (popř. partnery) o svém postižení a dodržovat při styku s nimi zásady bezpečnějšího sexu, aby nedošlo k jeho/její/jejich nákaze. Stále platí, že jedinou „vaccínou proti AIDS“ při pohlavním styku je prezervativ. Všechny ostatní praktiky (včetně přerušované souloži) jsou nebezpečné.

7. Jste-li závislý/á na drogách aplikovaných do žíly, musíte zásadně používat jehly i stříkačky (!) na jedno použití. Jednou použitou jehlu nebo stříkačku nesmíte dát k použití nikomu dalšímu. Jsou popsány infekce i tehdy, byla-li vyměněná jehla, ale použita stejná stříkačka. Použité injekční stříkačky a jehly můžete bezplatně vyměnit za nové v kontaktních centrech.

8. Ženy, u kterých byla zjištěna HIV pozitivita na začátku gravidity nebo HIV pozitivní ženy, které otěhotněly, i když jim byl znám jejich HIV status, se mohou rozhodnout, buď o umělé ukončení těhotenství, nebo – v případě zachování těhotenství

– jsou zařazeny do speciálního léčebného programu se zvýšeným dohledem lékaře příslušného AIDS centra i porodníka. Tím se výrazně sníží pravděpodobnost přenosu HIV infekce z matky na novorozence (riziko pod 8 – 10 %).

9. **Velmi mnoho můžete udělat sám/sama** i pro to, aby se Váš zdravotní stav nehoršil a abyste zůstal/a co nejdéle, případně i trvale, bez jakýchkoliv příznaků nemoci způsobených tímto virem. Především tedy musíte docházet na **pravidelné kontroly** ke svému lékaři, a to i tehdy, cítíte-li se zdrav/a. Dále byste měl dodržovat **zásady správné výživy**, zejména pokud jde o biologicky hodnotnou stravu, obsahující především mléčné produkty, libové maso a dostatečné množství ovoce a zeleniny. Doporučuje se vyloučit ze stravy syrové nebo špatně propečené maso (zdroj různých mikroorganismů, které mohou vést k vážným komplikacím u lidí infikovaných virem HIV), dále používání nadměrného množství léků, zejména návykových, popř. drog. Neměl/a byste se fyzicky přetěžovat, např. při vrcholovém sportu, naopak pravidelné cvičení a udržování dobré fyzické kondice a dostatek spánku jsou velmi prospěšné (dostatečný spánek zlepšuje funkci imunitního systému u každého člověka). Měl/a byste se vyhýbat prudkému slunění a pobytu v prostředí s vysokou teplotou a vlhkostí, stejně tak jako ostatním velkým stresovým situacím, a to i duševním. Protože jste ohrožen/a následky jakékoliv infekce, měl/a byste se sám/sama aktivně chránit před úzkým stykem s lidmi s takovou infekcí. Prostě je třeba se naučit s infekcí virem HIV žít a nepodléhat smutným náladám a depresím, které zhoršují průběh onemocnění.

Pokud budete shora zmíněné zásady dodržovat, je riziko přenosu nákazy na další osoby, jak ve Vaší domácnosti, tak i na Vašem pracovišti a ve společnosti vyloučené. Proto můžete vykonávat prakticky jakékoliv zaměstnání, samozřejmě pokud to dovoluje Váš zdravotní stav. Zdravotničtí pracovníci jsou pochopitelně povinni zachovávat o Vašem zdravotním stavu povinnou mlčenlivost a jsou samozřejmě povinni Vám poskytnout kdykoliv zdravotní péči.

Vaše právní povinnosti stanovuje [Zákon č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví](#) podle § 53 je nosič viru HIV povinen (*citace*):

- a) podrobit se lékařskému dohledu, potřebnému laboratornímu vyšetření, léčbě a dalším epidemiologickým opatřením,
- b) dodržovat poučení lékaře o ochraně jiných fyzických osob před přenosem infekčního onemocnění, jehož jsou nosiči,
- c) nevykonávat činnosti, při nichž by vzhledem ke svému nosičství ohrožovaly zdraví jiných fyzických osob,

d) informovat lékaře před vyšetřovacím nebo léčebným výkonem a při přijetí do ústavní péče o svém nosičství; pokud má nosič poruchu vědomí, učiní tak ihned, jakmile mu to jeho zdravotní stav umožňuje,

e) sdělit své nosičství při přijetí do zařízení sociální péče,

f) oznamovat praktickému lékaři, který je registruje, osobní údaje (jméno, příjmení, datum narození, místo trvalého a přechodného pobytu), údaje o zaměstnání a změny v těchto údajích.

Ten, kdo byt' z nedbalosti způsobí či zvýší nebezpečí rozšíření nakažlivé choroby, v tomto případě HIV/AIDS, může naplnit skutkovou podstatu trestného činu a v souvislosti s tím může být potrestán.

Vzal jsem poučení na vědomí a zavazuji se jím řídit.

Rozhodl jsem se pro dispenzarizaci a péči v AIDS centru (*doplňte*).

Jméno a příjmení klienta, datum narození

Podpis klienta

Datum

V případě, že se na plánovanou prohlídku (do 6 měsíců od poslední návštěvy) nedostavíte, může být orgánu ochrany veřejného zdraví podán podnět na postup podle zákona.

V případě potřeby se můžete obrátit i na lékaře ostatních AIDS center uvedených níže:

1. AIDS centrum Nemocnice Na Bulovce, Infekční klinika, Budínova 2, Praha 8, 180 81, tel. 266082629, 266082628, 266082715
2. AIDS centrum České Budějovice, infekční oddělení nemocnice, B. Němcové 54, České Budějovice, 370 01, tel. 387874642
3. AIDS centrum Plzeň, Infekční klinika FN, Dr. Beneše 13, Plzeň, 305 99, tel. 377402546, 377402264
4. AIDS centrum Ústí nad Labem, Infekční oddělení Masarykovy nemocnice, Ústí n/L, 401 13, tel. 472770270
5. AIDS centrum Hradec Králové, Infekční klinika FN, H. Králové, 500 05, tel. 495832220, 495833773
6. AIDS centrum Brno, Infekční klinika FN Bohunice, Jihlavská 20, Brno, 639 00, tel. 547192276, 547192265

7. AIDS centrum Ostrava, Infekční klinika FNŠP, 17. listopadu 1790, Ostrava –
Poruba, 708 52, tel. 596984253, 596984254