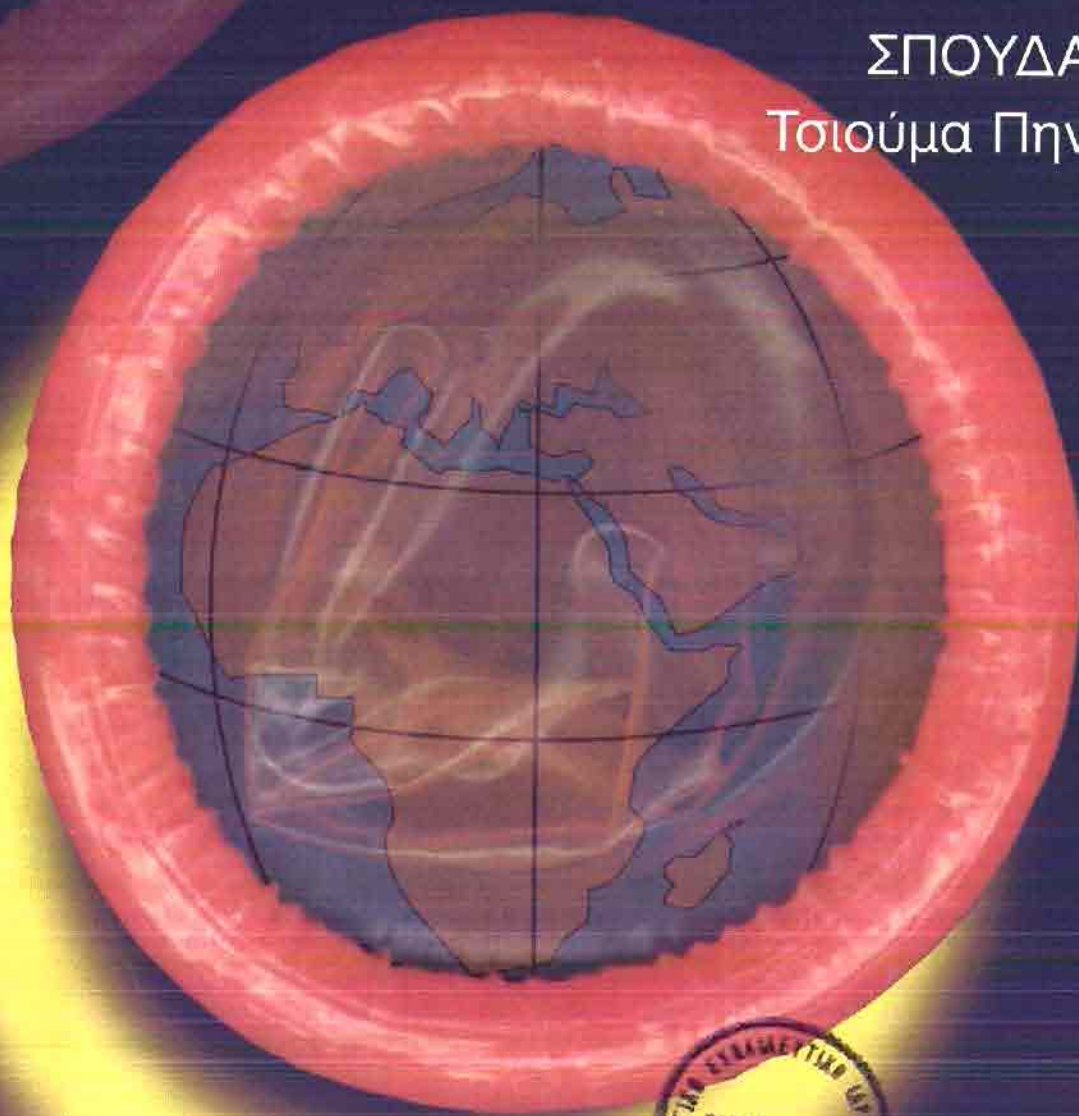


Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

“ΣΥΦΙΛΗ - ΒΛΕΝΝΟΡΡΟΙΑ - ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ”

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ
Τσιούμα Πηνελόπη



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
Μπατσολάκη Λύδια

ΠΑΤΡΑ, 1997



ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

2663

ΑΦΙΕΡΩΣΗ

Στους γονείς μου που με την αγάπη και με την φροντίδα τους με βοήθησαν να επιτύχω έναν από τους στόχους μου.

Την αφιερώνω επίσης στον σύζυγό μου για την πολύτιμη βοήθεια και συμπαράστασή του.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Στην διπλωματική μου εργασία θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την κυρία Μπατσολάκη Λύδια, υπεύθυνη καθηγήτρια, για την αμέριστη βοήθεια και συμπαράστασή της, τόσο κατά την επιλογή όσο και κατά την εκτέλεση της εργασίας.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω τον κύριο Δετοράκη, Υγειονομικό Διαφωτιστή, για την διευκόλυνση και παροχή βιβλίων και στατιστικών στοιχείων πάνω στο θέμα.

Περιεχόμενα

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
----------------	---

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

Ιστορική Αναδρομή	2
Επιδημιολογία	3
Γονόκοκκος	4
I. Οξεία βλεννόρροια του άνδρα	6
II. Χρόνια βλεννόρροια του άνδρα	8
Βλεννόρροια της γυναίκας	10
I. Οξεία βλεννόρροια στη γυναίκα	11
Εξωγεννητικές εντοπίσεις της βλεννόρροιας	12
Βλεννόρροια στα νεογνά και τα παιδιά	15
Θεραπεία της βλεννόρροιας	16
Χρόνια βλεννόρροια και επιπλοκές	18

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΣΥΦΙΛΗ	19
Ιστορική Αναδρομή	19
Επιδημιολογία	20
Τρεπόνιμα το ωχρό	21
Σύφιλη - Ταξινόμηση	24
Επίκτητη σύφιλη	26
A. Πρωτογόνος σύφιλη	26
B. Δευτερογόνος σύφιλη	29
Γ. Τριτογόνος σύφιλη	32
Δ. Σύφιλη των σπλάχνων, των αγγείων και του νευρικού συστήματος	35
Συγγενής σύφιλη	41
Πρώιμη συγγενής σύφιλη	43

Όψιμος συγγενής σύφιλη	44
Σύφιλη εγκύου	46
Σύφιλη και γάμος	47
Εργαστηριακές εξετάσεις στη σύφιλη	47
Θεραπεία σύφιλης	50
Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα	55

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

Ο ρόλος του Νοσηλευτή	58
Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	59
Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις των αφροδίσιων νοσημάτων στον άνθρωπο	63
Ατομικά προβλήματα και αντιδράσεις	63
Νοσηλευτική φροντίδα	66
Ψυχολογική υποστήριξη	68
Γενικά μέτρα προφύλαξης	70
Προληπτικά μέτρα για το κοινό	73
Υγειονομική διαφώτιση για τα αφροδίσια νοσήματα	74

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV

Νοσηλευτικές διεργασίες - Περιπτώσεις ασθενών με αφροδίσιο νόσημα	78
- Νοσηλευτική διεργασία 1ης περίπτωσης	
- Νοσηλευτική διεργασία 2ης περίπτωσης	

ΕΠΙΛΟΓΟΣ	86
----------------	----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	87
--------------------	----

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Σκοπός της εργασίας αυτής "Σύφιλη - Βλεννόρροια - Πρόληψη και αντιμετώπιση" είναι ο ιατρικός προσδιορισμός του θέματος αλλά κυρίως η νοσηλευτική παρέμβαση για την αντιμετώπιση των νοσηλευτικών προβλημάτων του ασθενή.

Τα αφροδίσια νοσήματα είναι ένα πρόβλημα που από πολύ παλιά έχει απασχολήσει την ανθρωπότητα, δημιουργώντας λανθασμένες αντιλήψεις γύρω από αυτά. Ειδικότερα στη σύφιλη είναι φυσικό και αναμενόμενο και επικρατούν απόψεις με προκαταλήψεις δογματικές ή λανθασμένες για το νόσημα αυτό.

Η σωστή ενημέρωση του κοινού και η σχολαστική τήρηση των προληπτικών μέτρων που συνιστώνται συντελούν στην αποφυγή του πανικού και στον περιορισμό του μεγάλου προβλήματος δημόσιας υγείας.

Σκοπός μας είναι επίσης, να σας δια φωτίσουμε για τα συχνότερα σε εμφάνιση νοσήματα που μαστίζουν την εποχή μας και να σας ενημερώσουμε σχετικά με την πρόληψη και την προφύλαξη από αυτά.

Η νοσηλευτική και η ιατρική θα πρέπει να συναντηθούν πάνω στον ασθενή με αφροδίσιο νόσημα, έτσι ώστε η αντιμετώπιση να γίνει πιο σωστή, ανθρώπινη και αποτελεσματική.

Σ' αυτή την εργασία διατυπώνονται οι βασικές επιστημονικές γνώσεις με τρόπο κατανοητό και περιεκτικό, καθώς η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου με την συγκεκριμένη ασθένεια επεκτείνεται πέρα από τα συμπτώματα της πάθησης, αντιμετωπίζοντας τον άρρωστο άνθρωπο ως βιο-ψυχοπνευματική οντότητα.

A. ΒΛΕΝΝΟΡΡΟΙΑ

Η βλεννόρροια είναι η συχνότερη αφροδίσια νόσος. Μεταδίδεται κυρίως κατά τη συνουσία και οφείλεται στο γονόκοκκο ή ναϊσσέρια της γονόρροιας (*Neisseria Gonorrhoeae*). Αυτός (ο γονόκοκκος) προσβάλλει εκλεκτικά το βλεννογόνο της ουρήθρας και πολλούς γειτονικούς ή μακριά κείμενους βλεννογόνους, σπάνια δε προκαλεί γενικευμένη λοίμωξη ή αλλοιώσεις, μακριά από την αρχική εστία μόλυνσης.

1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η βλεννόρροια είναι τόσο παλιά όσο και ο άνθρωπος.

Οι Κινέζοι ήδη προ 5.000 ετών μιλούσαν για παθολογική έκκριση από την ουρήθρα.

Οι Εβραίοι το 1.500 π.Χ. μιλούν για "ακάθαρτη" έκκριση από την ουρήθρα του άνδρα και μόλυνση αντικειμένων από αυτήν. Ο Μωϋσής δίνει ορισμένα υγιεινά παραγγέλματα για την προφύλαξη.

Ο Ιπποκράτης (460-355 π.Χ.) περιγράφει τη βλεννόρροια, την οποία ονομάζει "στραγγουρίαν" και την αποδίδει σε φύματα και σαρκώδεις εβλαστήσεις της ουρήθρας, από την οποία ρέει πύον.

Ο Γαληνός δίδει στη νόσο την ονομασία γοννόροια (από τον γόνο και το ρέω) συγχέοντας την ασθένεια με την σπερματορροια.

Ο Αρεταίος από την Καππαδοκία, την ίδια εποχή, διαχωρίζει την πραγματική σπερματορροια από την οξεία και χρόνια βλεννόρροια.

Ο Αβικένας τον 8ο αιώνα μ.Χ. εφαρμόζει πλύσεις ουρήθρας και χρησιμοποιεί καθετήρα.

Το 1784 ο Sweadjaur δίνει στη γοννόροια την ονομασία βλεννόρροια (από τις λέξεις βλέννα και ρέω), ονομασία ου χρησιμοποιείται και σήμερα.

Κατά τον 18ο αιώνα αναγνωρίζεται οριστικά ότι η βλεννόρροια και η σύφιλη είναι δύο διαφορετικά νοσήματα.

Το 1879 ο Albert Neisser ανακαλύπτει το αίτιο της βλεννόρροιας, το γονόκοκκο, το 1882 ο Zeistinow επιτυγχάνει την καλλιέργειά του.

Το 1892 ο Janet εφαρμόζει για τη θεραπεία της νόσου, πλύσεις με αραιά αντισηπτικά διαλύματα, κυρίως με διάλυμα υπερμαγγανικού καλίου.

Το 1937 εφαρμόζεται για πρώτη φορά η θεραπεία με σουλφοναμίδες, το 1943 η θεραπεία με πενικιλίνη και έκτοτε με άλλα αντιβιοτικά.

2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η μόλυνση από το γονόκοκκο λαμβάνει χώρα σχεδόν πάντοτε, κατά την συνουσία με πάσχοντα από βλεννόρροια. Η συνουσία δυνατόν να είναι κατά φύσιν ή παρά φύσιν από τον πρωκτό (ομοφυλόφιλοι), από το στόμα ή και από άλλη ακόμη σεξουαλική διαστροφή. Σε σπάνιες περιπτώσεις η μόλυνση είναι δυνατόν να λάβει χώρα από τα δάκτυλα, πριν την συνουσία ή και μετά την συνουσία με προφυλακτικό. Η μόλυνση στους ενήλικες από άλλα αντικείμενα ή κατά την χρήση κοινόχρηστων χώρων (δημόσια ουρητήρια κ.τ.λ.) είναι εξαιρετικά σπάνια.

Η μόλυνση κατά την συνουσία με πάσχοντα από βλεννόρροια δεν είναι υποχρεωτική. Έχουν παρατηρηθεί περιπτώσεις κατά τις οποίες πολλά άτομα έχουν συνουσιασθεί διαδοχικά με πάσχουσα γυναίκα και μόνο μερικοί από αυτούς μολύνθηκαν.

Αυτό συμβαίνει διότι η μόλυνση εξαρτάται από την ποσότητα του παθολογικού εκκρίματος, από το βαθμό της σεξουαλικής διεγέρσεως του πάσχοντος και από την διάρκεια της συνουσίας.

Άτομα που πάσχουν από διαβήτη ή έχουν ανατομικές παραλλαγές της ουρήθρας είναι περισσότερο ευαίσθητα να μολυνθούν. Οι γυναίκες μολύνονται κατά κανόνα, ευκολότερα από τους άνδρες.

Η μόλυνση κατά την νεογνική και την βρεφική ηλικία λαμβάνει χώρα με άλλο τρόπο που θα τον δούμε κατά τη μελέτη της βλεννόρροιας στα νήπια και τα βρέφη.

Σε χώρες όπου η υγειονομική παρακολούθηση είναι καλά οργανωμένη και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα είναι υποχρεωτικώς δηλούμενα ο προσδιορισμός των επιδημιολογικών παραμέτρων είναι ακριβής. Στη χώρα μας γίνεται δήλωση και

υπάρχουν τα σχετικά στοιχεία στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, όμως η δήλωση δεν γίνεται πάντα γιατί δεν είναι επιθυμητή από τους αρρώστους.

Στο νοσοκομείο "Α. Συγγρός" λειτουργεί γραφείο στατιστικής και επιδημιολογικής παρακολούθησης. Οι παράμετροι των αφροδίσιων νοσημάτων που προέρχονται από το γραφείο αυτό είναι ακριβής και εκφράζουν δειγματολογικά τις ροπές των αφροδίσιων νοσημάτων στη χώρα μας.

Η συχνότητα της βλεννόρροιας στην Ελλάδα, σύμφωνα με την αρμόδια υπηρεσία του Υ.Υ.Π., έχει μια σημαντική πτώση από το 1973 με δηλωθέντα 894 πάσχοντα άτομα, το 1987 με 191 δηλωθέντα πάσχοντα άτομα.

Σ' αυτό το διάστημα των 14 ετών υπήρχε σταθερή μείωση του αριθμού των προσβληθέντων από τη νόσο ατόμων.

Εξαιρέση αποτελούν τα έτη 1981 και 1983 όπου έχουμε μια απότομη αύξηση των ατόμων που έχουν προσβληθεί από την βλεννόρροια σε 914 και 838 αντίστοιχα.

Μεταξύ 1965 και 1970 οι δηλωθείσες νέες περιπτώσεις βλεννόρροιας επί 100.000 κατοίκους αυξήθηκαν στην Αγγλία από 77 σε 102, στις ΗΠΑ από 150 σε 370 και στην Σουηδία από 310 σε 500.

Οι αριθμοί αυτοί μπορεί να είναι κατώτεροι της πραγματικότητας, διότι οι ιδιώτες γιατροί κατά κανόνα δεν δηλώνουν τους ασθενείς οι οποίοι προσέρχονται σ' αυτούς.

3. ΓΟΝΟΚΟΚΚΟΣ

Ο γονόκοκκος ή ναϊσσερία της γονόρροιας είναι το αίτιο της βλεννόρροιας. Ανακαλύφθηκε από τον Neisser το 1879, ανήκει, μαζί με τον μηνιγγιτιδόκοκκο και σαπρόφυτα του αναπνευστικού συστήματος, στο γένος των Ναϊσσερίων της οικογένειας των Naisseriaceae.

Μορφολογία

Οι γονόκοκκοι, έχουν χαρακτηριστική μορφή: είναι διπλόκοκκοι, διαστάσεων συνήθως 1 mm X 0,6 mm, Gram αρνητικοί.

Κάθε κόκκος έχει σχήμα κόκκου καφέ και διατάσσεται απέναντι από το άλλο με την κοίλη επιφάνειά του.

Βρίσκονται μέσα σε πολυμορφοπύρηννα λευκοκύτταρα. Μόνο οι Gram αρνητικοί ενδοκυττάριοι διπλόκοκκοι μπορούν να χαρακτηριστούν μετά βεβαιότητας ως γονόκοκκοι.

Η μορφολογία των γονόκοκκων από καλλιέργεια ποικίλλει και δεν έχει ακριβώς τους χαρακτήρες που περιγράφησαν. Οι γονόκοκκοι δεν έχουν σπόρους ή βλεφαρίδες,

επίσης δεν έχουν κάψα. Εξεταζόμενοι στο ηλεκτρονικό μικροσκόπιο εμφανίζουν κυτταρόπλασμα και κυτταρική μεμβράνη.

Βιολογία

Ο γονόκοκκος είναι ευαίσθητος στην ξηρασία, την υψηλή θερμοκρασία (πεθαίνει μέσα σε 3-15 ώρες σε θερμοκρασία 40 - 43° C και 5 λεπτά σε θερμοκρασία 55° C) σε ασθενή αντισηπτικά ακόμη και σε σαπουνόνερο. Είναι περισσότερο ανθεκτικός στην υγρασία, στο ψύχος και στο πύον της βλεννόρροιας, όπου διατηρείται επί 24 ώρες.

Μέθοδοι χρώσεως

Η διάγνωση γίνεται ασφαλέστερα με τη διπλή χρώση κατά Gram.

Καλλιέργεια

Ο γονόκοκκος είναι αερόβιο μικρόβιο. Καλλιεργείται σε θρεπτικά υλικά εμπλουτισμένα με αίμα, ορό ή ασκитικό υγρό, σε υγρό περιβάλλον και ατμόσφαιρα που περιέχει 5-10% CO₂. Στα θρεπτικά υλικά υπάρχει και η περίπτωση να προστεθούν και αντιβιοτικά ώστε να ανασταλεί η ανάπτυξη άλλων μικροβίων.

Οι αποικίες του γονόκοκκου είναι μικρές ημιδιαφανείς και αναπτύσσονται σε θερμοκρασία 37° C μετά 36-48 ώρες. Διακρίνονται 4 τύποι (T₁, T₂, T₃ και T₄), εκ των οποίων μόνοι οι δύο πρώτοι είναι λοιμογόνοι.

Δοκιμασία φθοριζόντων αντισωμάτων

Κατ' αυτήν το εξεταζόμενο υλικό (πύον, καλλιέργεια) επιστρώνεται σε αντικειμενοφόρο πλάκα, αποξηραίνεται, μονιμοποιείται και στη συνέχεια επικαλύπτεται με αντιγονοκοκκικό ορό, ο οποίος περιέχει αντισώματα εναντίον του γονόκοκκου διαποτισμένα με φθορίζουσα χρωστική. Ο γονόκοκκος που υπάρχει στο παρασκεύασμα ενούμενος με το αντίσωμα του ορού φθορίζει κάτω από το φακό του μικροσκοπίου φθορισμού.

Διάγνωση

Στην οξεία βλεννόρροια αρκούμαστε στην αναζήτηση του γονόκοκκου στο πύον, με απλή χρώση αλλά κυρίως με χρώση κατά Gram. Στη χρόνια βλεννόρροια και μάλιστα στις γυναίκες, όπου οι γονόκοκκοι είναι σπανιότεροι και υπάρχουν και άλλα μικρόβια, είναι απαραίτητο να γίνεται καλλιέργεια, σε περίπτωση αμφιβολίας να γίνονται βιοχημικές αντιδράσεις σακχάρων όπως η δοκιμασία φθοριζόντων σωμάτων

Ανοσία

Η γονοκοκκική λοίμωξη δεν αφήνει ανοσία.

4. ΒΛΕΝΝΟΡΡΟΙΑ ΤΟΥ ΑΝΔΡΟΣ

Η βλεννόρροια του ανδρός ταυτίζεται στην πράξη με την οξεία και την χρόνια γονοκοκκική ουρηθρίτιδα του ανδρός και τις επιπλοκές της.

Εξέταση του ασθενή

Ιστορικό

Ο σωστός τρόπος προσέγγισης του ασθενή δημιουργεί κλίμα εμπιστοσύνης και διευκολύνει την επικοινωνία. Ο ασθενής ρωτάται για τον χρόνο και τις συνθήκες της τελευταίας συνουσίας, το είδος και την διάρκεια των συμπτωμάτων του, εάν έχει πάρει ήδη φάρμακα, εάν έχει προσβληθεί κατά το παρελθόν από το ίδιο ή άλλο αφροδίσιο νόσημα, εάν έχει συνουσιαστεί τελευταία με την σύζυγό του, όταν πρόκειται για έγγαμο και τότε.

Κλινικοεργαστηριακή εξέταση:

Ο γιατρός εξετάζει αρχικά με επισκόπηση και ενδεχομένως με ψηλάφηση την γεννητική και περιγεννητική περιοχή του ασθενή και σημειώνει τις τυχόν υπάρχουσες αλλοιώσεις.

I. Οξεία βλεννόρροια στον άνδρα

Επώαση: Ο χρόνος επώασης ανέρχεται από 2 έως 6 ημέρες και κατά μέσο όρο σε 3 ημέρες. Τα ακραία όρια περιλαμβάνονται μεταξύ 1 και 36 ημερών.

Συμπτωματολογία: Η συμπτωματολογία της οξείας βλεννόρροιας του άνδρα διακρίνεται στην συμπτωματολογία της πρόσθιας και στην συμπτωματολογία της οπίσθιας ουρηθρίτιδας.

α. Πρόσθια ουρηθρίτιδα:

Τα συμπτώματα της πρόσθιας οξείας γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας του άνδρα είναι υποκειμενικά, αντικειμενικά και λειτουργικά.

Υποκειμενικά συμπτώματα

Ο ασθενής λίγο μετά την πάροδο του χρόνου επώασης παραπονείται για αίσθημα κνησμού και σπανιότερα για αίσθημα καύσου ή πόνου κατά μήκος του σηραγγώδους τμήματος της ουρήθρας.

Το αίσθημα καύσου και πόνου επιδεινώνεται κατά την ούρηση και την στύση.

Αντικειμενικά συμπτώματα

Λίγες ώρες μετά την έναρξη των υποκειμενικών συμπτωμάτων το στόμιο της ουρήθρας πρήζεται, γίνεται ερυθρότερο, ο δε βλεννογόνος καθιστάται ξηρός. Τα χείλη του στομίου της ουρήθρας, λόγω του οιδήματος, εκστρέφονται προς τα έξω. Λίγο μετά στο στόμιο της ουρήθρας εμφανίζεται έκκριση, η οποία αρχικά είναι φτωχή, διαυγής και βλεννώδης, γρήγορα όμως μεταβάλλεται και γίνεται άφθονη, κίτρινη ή κιτρινοπράσινη, παχύρρευστη ή πυώδης.

Λειτουργικά συμπτώματα

Αυτά όταν υπάρχουν εμφανίζονται με συχνουρία, δυσουρία και επώδυνες νυχτερινές κυρίως στύσεις. Στο στάδιο αυτό τα ούρα είναι θολερά, μόνο στο πρώτο ποτήρι.

β. Οπίσθια ουρηθρίτιδα

Η γονοκοκκική λοίμωξη προσβάλλει την οπίσθια ουρήθρα στο 50% των περιπτώσεων μέσα σε 5-15 ημέρες εάν ο ασθενής αφεθεί χωρίς θεραπεία. Οι επανειλημμένες συνουσίες, τα οινοπνευματώδη ποτά και η κόπωση ευνοούν την επέκταση της γονοκοκκικής λοίμωξης στην οπίσθια ουρήθρα.

Η οπίσθια ουρηθρίτιδα χαρακτηρίζεται από επιδείνωση των συμπτωμάτων της πρόσθιας ουρηθρίτιδας. Ο πόνος κατά το τέλος της ούρησης οφείλεται σε οίδημα και φλεγμονή του αυχένα της κύστεως. Στο στάδιο αυτό τα ούρα είναι θολερά και στα δύο ποτήρια.

Διάγνωση

Η διάγνωση της οξείας γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας βασίζεται στο ιστορικό, στην κλινική εικόνα, στην δοκιμασία των δύο ποτηριών ούρων και ιδίως στην μικροβιολογική εξέταση και τέλος στη θετική καλλιέργεια.

Η οξεία γονοκοκκική ουρηθρίτιδα του άνδρα πρέπει να διαφοροδιαγνωσθεί από την οξεία μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα του άνδρα η οποία οφείλεται σε άλλα αίτια, πλην του γονοκόκκου.

γ. Ουρηθρίτιδα υπεροξεία

Εμφανίζεται με βαριά συμπτώματα. Υποχωρεί ταχέως με τη θεραπεία.

δ. Ουρηθρίτιδα υποξεία.

Εμφανίζεται με ασθενή συμπτώματα, είναι όμως αρκετά ανθεκτική στη θεραπεία.

ε. Ασυμπτωματικοί φορείς γονοκόκκου

Έτσι λέγονται αυτοί που νοσούν από το γονόκοκκο αλλά δεν παραπονιούνται για ενοχλήματα. Οι φορείς αυτοί είναι χωρίς συμπτώματα ή παρουσιάζουν ασήμαντη ποσοτικώς πρωινή έκκριση από την ουρήθρα. Η διάγνωση γίνεται με άμεση μικροβιολογική εξέταση καθώς και με θετική καλλιέργεια.

στ. Επιπλοκές της οξείας βλεννόρροιας του άνδρα.

Ως επιπλοκές της βλεννόρροιας του άνδρα χαρακτηρίζονται η επέκταση της γονοκοκκικής μόλυνσης από την πρόσθια και την οπίσθια ουρήθρα στους αδένες και τους πόρους, οι οποίοι έρχονται σε επικοινωνία με τον βλεννογόνο της ουρήθρας καθώς και τους κοντινούς ιστούς. Η συχνότητά τους ανέρχεται στο 1-10% των περιπτώσεων της οξείας γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας.

II. Χρόνια βλεννόρροια του άνδρα

Η χρόνια βλεννόρροια του άνδρα είναι σήμερα σπάνια, σε αντίθεση με τη χρόνια μη γονοκοκκική φλεγμονή, η οποία είναι συχνότερη. Για να χαρακτηρίσουμε τη χρόνια φλεγμονή της ουρήθρας και των αδένων, ως χρόνια βλεννόρροια, πρέπει απαραίτητως να ανευρεθεί ο γονόκοκκος.

Η βλεννόρροια είναι δυνατόν μετά τη θεραπεία να παραμείνει ασυμπτωματική για μερικές ημέρες ή και εβδομάδες και στη συνέχεια να υποτροπιάσει. Οι εκδηλώσεις οι οποίες παρατηρούνται τότε είναι δυνατόν να οφείλονται σε σύγχρονη μόλυνση από γονόκοκκο και άλλες λοιμογόνες αιτίες, επίσης σε καθυστερημένη έναρξη θεραπείας, σε εστία μόλυνσης η οποία δεν έχει θεραπευτεί, ακόμη σε πλήρη ή μερική αντίσταση του γονόκοκκου στα αντιβιοτικά που χρησιμοποιήθηκαν και τέλος σε μετατροπή του γονόκοκκου σε αυθεντική μορφή απέναντι στην πενικιλίνη, λόγω ατελούς θεραπείας.

Ανάλογα με την εντόπιση διακρίνουμε τις εξής μορφές:

α. Χρόνια ουρηθρίτιδα.

Αυτή δεν έχει σαφείς κλινικούς χαρακτήρες. Άλλοτε χαρακτηρίζεται από συνεχή, και άλλοτε από μικρή οροπυώδη έκκριση. Επίσης μπορεί να εμφανιστεί περιοδική έκκριση συνήθως δύο ώρες μετά από κάθε ούρηση, και άλλες φορές ως πρωινή σταγόνα.

Υποκειμενικά οι ασθενείς παραπονιούνται για ελαφρό κάψιμο ή πόνο κατά μήκος της ουρήθρας, ιδίως κατά την ούρηση.

Στην χρόνια βλεννόρροια τα ούρα είναι διαυγή, περιέχουν όμως αιωρούμενα νημάτια, τα οποία διακρίνονται σε βλεννώδη και πυώδη. Εάν τα ούρα είναι θολά, τότε πρόκειται για αναζωπύρωση της βλεννόρροιας.

β. Χρόνια λιτρίτιδα

Χαρακτηρίζεται από μικρά σκληρά οζίδια του τοιχώματος της ουρήθρας.

Κατά την ουρηθροσκόπηση τα στόμια των λιττρείων αδένων είναι ερυθρά.

γ. χρόνια κωπηρίτιδα

δ. Χρόνια προστατίτιδα.

Είναι σπάνια. Χαρακτηρίζεται από διόγκωση του προστάτη. Η διάγνωση βασίζεται σε δακτυλική εξέταση του προστάτη και σε μικροσκοπική εξέταση του εκκρίματος, σ' αυτό βρίσκονται άφθονα πυοσφαίρια και γονόκοκκοι.

ε. Χρόνια επιδιδυμίτιδα.

Υπάρχει μερική ή διάχυτη σκληρότητα, είναι ασυμπτωματική ή συνοδεύεται από μόνιμα ή περιοδικά τοπικά άλγη. Όταν αναζωπυρωθεί διογκώνεται και γίνεται επώδυνη.

στ. Ινώδη στενώματα της ουρήθρας

Είναι ουλές οι οποίες συρρικνούμενες προκαλούν στένωση του αυλού της ουρήθρας (ινώδη στενώματα). Τα στενώματα αυτά προκαλούν δυσουρία και παρατηρείται μικρό τόξο εκτόξευσης των ούρων και ενίοτε διχασμό του κυλινδρικού ρεύματος των ούρων.

5. ΒΛΕΝΝΟΡΡΟΙΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Η βλεννόρροια της γυναίκας ταυτίζεται με τη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα και τραχηλίτιδα της γυναίκας, διακρίνεται σε οξεία και χρόνια.

Η οξεία βλεννόρροια της γυναίκας, σε αντίθεση με την οξεία βλεννόρροια του άνδρα, δεν προκαλεί έκδηλα συμπτώματα και εξελίσσεται σιωπηλά.

Εξέταση του ασθενή

Ιστορικό

Κατά τη λήψη του ιστορικού, όπως στον άντρα, έτσι και στη γυναίκα πρέπει να προσέξουμε τον τρόπο προσέγγισης.

Όταν δημιουργείται κλίμα εμπιστοσύνης ο ασθενής μπορεί εύκολα και με άνεση να απαντήσει στις ερωτήσεις που του θέτονται. Η ασθενής ρωτάται για το χρόνο και τις συνθήκες της τελευταίας συνουσίας, το είδος και τη διάρκεια των συμπτωμάτων, εάν έχει πάρει ήδη φάρμακα, επίσης αν έχει προσβληθεί στο παρελθόν από το ίδιο ή άλλο αφροδίσιο νόσημα. Η εξεταζόμενη θα ρωτηθεί επιπλέον για τις λεπτομέρειες του ωοθηκικού της κύκλου και εάν χρησιμοποιεί αντισυλληπτικά.

Κλινικοεργαστηριακή εξέταση

Ο γιατρός εξετάζει αρχικά με επισκόπηση τη γεννητική και περιγεννητική περιοχή και με ψηλάφηση τους αδένες της βουβωνικής χώρας.

Στη συνέχεια πραγματοποιούνται οι εξής εξετάσεις:

1) Μικροσκοπική εξέταση και καλλιέργεια του εκκρίματος της ουρήθρας.

Για την γυναίκα ασθενή ισχύουν γι' αυτές τις εξετάσεις όσα ελέχθησαν ότι ισχύουν και για τον άντρα. Επίσης ισχύει η δοκιμασία των δύο ποτηριών που μαζί με την μικροβιολογική εξέταση του ιζήματος βοηθούν στη διάγνωση.

2) Επισκόπηση τραχήλου.

Στην περίπτωση αυτή λαμβάνεται έκκριμα από το στόμιο του τραχήλου της μήτρας και από τα υγρά του κόλλου. Τα δείγματα στέλνονται για μικροσκοπική εξέταση και καλλιέργεια.

Η επισκόπηση αυτή είναι απαραίτητη για την εξέταση του τραχήλου της μήτρας και του κόλλου. Επιτελείται με μητροσκόπιο, ή κολποδιαστολέα.

3) Αμφίχειρ εξέταση.

Αυτή πραγματοποιείται αφού κενωθεί η ουροδόχος κύστη μετά τη μητροσκόπηση - ψηλαφώνται ο κόλπος, ο τράχηλος, το σώμα της μήτρας και διαπιστώνεται η σύσταση, το μέγεθος, η κινητικότητα και η ευαισθησία των οργάνων αυτών στον πόνο.

I. Οξεία βλεννόρροια στη γυναίκα

Επώαση

Ο χρόνος επώασης ανέρχεται συνήθως σε 2-7 ημέρες. Στις περισσότερες περιπτώσεις όμως ο χρόνος επώασης δεν είναι εύκολο να προσδιοριστεί με ακρίβεια, λόγω του τρόπου έναρξης της ασθένειας.

Συμπτωματολογία

Στις γυναίκες η ασθένεια σπανίως εισβάλλει με έντονα συμπτώματα. Στο 70-80% των περιπτώσεων η οξεία βλεννόρροια της γυναίκας δεν προκαλεί συμπτώματα ικανά να την ανησυχήσουν. Όταν υπάρχουν συμπτώματα, αυτά είναι ήπια και οφείλονται είτε στην οξεία γονοκοκκική ουρηθρίτιδα είτε στην οξεία γονοκοκκική τραχηλίτιδα.

α. Οξεία γονοκοκκική ουρηθρίτιδα

Τα κυριότερα συμπτώματα, όταν αυτά υπάρχουν, είναι: δυσουρία, ελαφρός καύσος κατά την ούρηση και συχνουρία. Συχνά στην εξέταση διαπιστώνεται φλεγμονή του στομίου της ουρήθρας (οίδημα και ερυθρότητα) με κίτρινη πυώδη έκκριση.

β. Οξεία γονοκοκκική τραχηλίτιδα

Είναι συνήθως συμπτωματική. Σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να εμφανισθούν πόνοι στο υπογάστριο, άφθονα κιτρινοπράσινα κολλικά υγρά και ανωμαλία στην έμμηνο ρύση. Τα συμπτώματα αυτά, συνήθως, παρουσιάζουν αυξομειώσεις από κύκλο σε κύκλο και γι' αυτό δεν προκαλούν την προσοχή της ασθενούς.

Τα ευρήματα κατά την μητροσκόπηση είναι χαρακτηριστικά: ερυθρός τράχηλος, διάβρωση του τραχήλου και πυώδες ή οροπυώδες υγρό.

Διάγνωση

Η διάγνωση και στις δύο μορφές βλεννόρροιας, βασίζεται στην ανεύρεση του γονόκοκκου στο έκκριμα της ουρήθρας ή του τραχήλου της μήτρας.

γ. Ασυμπτωματικοί φορείς γονοκόκκου.

Η οξεία βλεννόρροια στη γυναίκα, εάν παραμείνει αδιάγνωστη και χωρίς θεραπεία, μεταπίπτει στο μεγαλύτερο ποσοστό των περιπτώσεων σε λανθάνουσα βλεννόρροια. Στην λανθάνουσα μορφή βλεννόρροιας ο γονόκοκκος παραμένει μήνες ή και χρόνια ακόμη στην ουρήθρα και στον τράχηλο της μήτρας.

δ. Επιπλοκές της οξείας βλεννόρροιας της γυναίκας

Η επέκταση της γονοκοκκικής μόλυνσης στους αδένες του Skene, στους αδένες του Bartholin, στις σάλπιγγες και στο αιδοίο και την κύστη χαρακτηρίζονται ως επιπλοκές της βλεννόρροιας στη γυναίκα.

Αυτές είναι:

- Οξεία σκηνίτιδα.
- Οξεία βαρθολινίτιδα.
- Οξεία αιδοίτιδα.
- Οξεία τριγωνίτιδα.
- Οξεία σαλπγγίτιδα.

6. ΕΞΩΓΕΝΝΗΤΙΚΕΣ ΕΝΤΟΠΙΣΕΙΣ ΤΗΣ ΒΛΕΝΝΟΡΡΟΙΑΣ

Ο γονόκοκκος είναι δυνατόν να μεταφερθεί αιματογενώς από την πρωτογενή εστία και να προκαλέσει σηψαιμία και δευτερογενείς εντοπίσεις, όπως είναι η αρθρίτιδα, βλάβη του δέρματος, η ενδοκαρδίτιδα, η περιηπατίτιδα και η μηνιγγίτιδα.

Είναι δυνατόν επίσης να μεταφερθεί από τα χέρια ή άλλα αντικείμενα και να προκαλέσει επιπεφυκίτιδα και πρωκτίτιδα. Η πρωκτίτιδα είναι δυνατόν να προκληθεί και πρωτογενώς κατά την παρά φύσιν συνουσία μεταξύ άνδρα και γυναίκας ή μεταξύ

ομοφυλόφιλων ανδρών. Κατά τον ίδιο τρόπο είναι δυνατόν να προκληθεί και γονοκοκκική φαρυγγίτιδα.

I. Γονοκοκκική σηψαιμία

Παρατηρείται συχνότερα στις νέες γυναίκες με ασυμπτωματική βλεννόρροια, παρά στους άνδρες. Χαρακτηρίζεται από πυρετό, κακή γενική κατάσταση, άλγη στις αρθρώσεις, απώλεια βάρους,. Οι αιματοκαλλιέργειες από γονόκοκκο είναι θετικές σε αναλογία 0-40%. Για την ανεύρεση της πρωτογενούς εστίας ο γονόκοκκος αναζητείται από τις γεννητικές εντοπίσεις, από τον πρωκτό και από τον φάρυγγα.

II. Γονοκοκκική αρθρίτιδα

Η γονοκοκκική αρθρίτιδα είναι σήμερα σπάνια. Παρατηρείται περισσότερο στις γυναίκες παρά στους άνδρες, εντοπίζεται συνήθως στις μεγάλες αρθρώσεις των άκρων και εμφανίζεται ένα μήνα, περίπου, μετά την μόλυνση. Εισβάλλει με άλγη κατά την άρθρωση, πυρετό και γενική κακουχία. Η άρθρωση είναι διογκωμένη, η κινητικότητά της είναι περιορισμένη, το δε δέρμα είναι εξέρυθρο και θερμό.

Από την ακτινογραφική εξέταση διαπιστώνονται αλλοιώσεις των χόνδρων και της αρθρικής επιφάνειας, οι οποίες είναι δυνατόν να καταλήξουν, εάν η νόσος αφεθεί χωρίς θεραπεία, σε ακύλωση.

III. Γονοκοκκικές βλάβες του δέρματος και των βλεννογόνων

Ανευρίσκονται στο 1,9% των περιπτώσεων οξείας βλεννόρροιας και πολλές συνυπάρχουν με ελαφρά μορφή αρθρίτιδας. Παρουσιάζουν μικρές διάσπαρτες ερυθρηματώδης κηλίδες, από τις οποίες αναπτύσσονται βλατίδες, οι οποίες πολλές φορές γίνονται αιμορραγικές και εκκρίνουν πύον.

Στην στοματική κοιλότητα είναι δυνατόν να ανευρεθούν πετέχειες και ελκώσεις στην γλώσσα.

IV. Μηνιγγίτιδα, ενδοκαρδίτιδα, περιηπατίτιδα

Έχουν περιγραφεί λίγες μόνο περιπτώσεις μηνιγγίτιδας, ενδοκαρδίτιδας και περιηπατίτιδας ως επιπλοκές της σηψαιμίας.

V. Γονοκοκκική επιπεφυκίτιδα των ενηλίκων

Είναι σήμερα σπάνια και αφορά συνήθως τον ένα μόνο οφθαλμό. Η μόλυνση γίνεται με τα χέρια και σπάνια με αντικείμενα. Κλινικά χαρακτηρίζεται από οίδημα των βλεφάρων, φωτοφοβία και έντονο άλγος καθώς επίσης από υδαρή ρύση από τους επιπεφυκότες. Σε λίγο η ρύση γίνεται πυώδης, ο επιπεφυκότας εκχυμωτικός και τα βλέφαρα συγκολλώνται. Η επιπεφυκίτιδα αν αφεθεί χωρίς θεραπεία, είναι δυνατόν να προκαλέσει τύφλωση.

VI. Γονοκοκκική πρωκτίτιδα

Είναι αρκετά συχνή και αφορά και τα δύο φύλλα. Στον άνδρα η μόλυνση του πρωκτού και του ορθού γίνεται σχεδόν πάντα με την παρά φύσιν συνουσία μεταξύ ομοφυλοφίλων. Σε σπάνιες περιπτώσεις γίνεται με ρήξη εντός του ορθού γονοκοκκικού αποστήματος του προστάτου ή με μολυσμένα αντικείμενα (θερμόμετρα κ.τ.λ.).

Στις γυναίκες η μόλυνση γίνεται είτε με ανώμαλη σεξουαλική επαφή, είτε, συνήθως κατ' επέκταση από το γεννητικό σύστημα. έχει βρεθεί ότι το 40% των πασχόντων από βλεννόρροια των γεννητικών οργάνων, πάσχουν συγχρόνως και από βλεννόρροια του πρωκτού και του ορθού.

Η γονοκοκκική πρωκτίτιδα διακρίνεται σε οξεία, υποξεία και χρόνια. Πολλές φορές είναι ασυμπτωματική. Παρουσιάζεται με έντονα τοπικά φαινόμενα (αίσθημα καύσου, πόνος και πυώδη ή βλεννοπυώδη ρύση από τον πρωκτό).

Η διάγνωση της γονοκοκκικής πρωκτίτιδας βασίζεται στο ιστορικό, στην κλινική εικόνα, κυρίως όμως στην ανεύρεση του γονόκοκκου στα έμμεσα παρασκευάσματα και ιδίως στην καλλιέργεια. Αυτό δεν επιτυγχάνεται πάντα εύκολα και για να δοθεί αρνητική απάντηση θα πρέπει η εξέταση να επαναληφθεί για τρεις τουλάχιστον συνεχείς ημέρες.

VII. Γονοκοκκική φαρυγγίτιδα και αμυγδαλίτιδα

Σύμφωνα με τελευταίες εργασίες η βλεννόρροια του φάρυγγα και των αμυγδαλών σε άτομα με σεξουαλικές διαστροφές δεν είναι ασυνήθης.

7. ΒΛΕΝΝΟΡΡΟΙΑ ΣΤΑ ΝΕΟΓΝΑ ΚΑΙ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

I. Γονοκοκκική οφθαλμία των νεογνών

Αυτή δεν είναι σήμερα συχνή. Κατά το παρελθόν όμως και πριν την εφαρμογή της προφυλακτικής μεθόδου του Grede αποτελεί το αίτιο στο 30% των περιπτώσεων τύφλωσης στην παιδική ηλικία. Η μόλυνση γίνεται κατά τον τοκετό, ο χρόνος επώασης ανέρχεται σε 1-5 ημέρες, η δε κλινική εικόνα συνιστάται σε φαινόμενα οξείας φλεγμονής των επιπεφυκότων (οίδημα, άφθονη πυόρροια). Εάν συγκολληθούν τα βλέφαρα και το πύον παραμείνει μέσα στο σάκκο του επιπεφυκότα, τότε προκαλείται κερατίτιδα και πανοφθαλμία. Αυτό σήμερα συμβαίνει σπανιότερα.

Προφύλαξη

Η καλύτερη προφύλαξη συνιστάται από την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία της επιτόκου. Εάν αυτό δεν έχει συμβεί, τότε συνιστάται η προφύλαξη του νεογνού κατά την μέθοδο Grede, μέθοδος η οποία εφαρμόζεται σήμερα σε όλες τις περιπτώσεις. Κατά την μέθοδο αυτή σκουπίζουμε τα βλέφαρα του νεογνού με ένα ξηρό τολύπιο βαμβάκι και στη συνέχεια ενσταλλάζουμε σε κάθε οφθαλμό 1-2 σταγόνες διάλυμα νιτρικού αργύρου 1%. Δεν συνιστάται πενικιλίνη για τον κίνδυνο προκλήσεως υπεραισθησίας.

Διάγνωση

Βασίζεται στην κλινική εικόνα και ιδίως στην ανεύρεση του γονοκόκκου μέσα στο πύον.

Θεραπεία

Η πενικιλίνη με συχνές τοπικές ενσταλάξεις και ενδομυϊκή χορήγηση 50.000 ΔΜ/Κg/ημ. κρυσταλλικής πενικιλίνης σε 4 δόσεις για μια βδομάδα είναι αποτελεσματική.

II. Γονοκοκκική οφθαλμία των παιδιών

Οφείλεται στην μόλυνση του επιπεφυκότα από αντικείμενα και παρατηρείται σε παιδιά μη προηγμένων υγειονομικών κοινωνικών στρωμάτων, των οποίων οι γονείς πάσχουν από βλεννόρροια.

III. Γονοκοκκική αιδοιοκολπίτιδα κοριτσιών

Παρατηρείται κατά την προεφηβική ηλικία όταν το μεν επιθήλιο του κόλπου και του αιδοίου είναι ακόμη άωρο πολύστοιβο πλακώδες, και οι δε βάκυλλοι Doderlein δεν έχουν ακόμη αναπτυχθεί, ώστε να μετατρέπουν το γλυκογόνο σε γαλακτικό οξύ.

Έτσι τα κορίτσια στερούνται τους δύο τύπους προφυλακτικών μηχανισμών της ενήλικας γυναίκας. Η μετάδοση γίνεται είτε με μολυσμένα αντικείμενα, είτε δια επαφής με πάσχοντες γονείς ή, σε πολύ λίγες περιπτώσεις, με την σεξουαλική επαφή.

Κλινική εικόνα

Χαρακτηρίζεται από αντικειμενικά και υποκειμενικά συμπτώματα. Τα αντικειμενικά παρουσιάζονται με ερυθρότητα και οίδημα καύσου, κνησμού και πόνου.

Η διάγνωση βασίζεται στην κλινική εικόνα, κυρίως όμως στην ανεύρεση του γονοκοκκου στο πύον, όχι μόνο στα άμεσα παρασκευάσματα, αλλά και στις ειδικές καλλιέργειες. Πολλές φορές επιβάλλεται η αναζήτηση του γονοκοκκου και στον πρωκτό.

Η γονοκοκκική αιδοιοκολπίτιδα θα πρέπει να διαφοροδιαγνωσθεί από την αιδοιοκολπίτιδα, η οποία οφείλεται σε παράσιτα του εντέρου και σε κοινούς κόκκους, λόγω ενός ξένου σώματος μέσα στον κόλπο.

8. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΒΛΕΝΝΟΡΡΟΙΑΣ

Η θεραπεία της βλεννόρροιας ποικίλει ανάλογα με την εστία της λοίμωξης, του χρόνου εξέλιξης, της υπάρξεως ή όχι επιπλοκής και άλλων ακόμη παραγόντων. Ιδεώδης θεραπεία θα ήταν εκείνη η οποία θα πετύχαινε την ίαση με μια εφάπαξ δόση.

Η βλεννόρροια, συνήθως, θεραπεύεται με την πενικιλίνη, είτε σε ενέσιμη μορφή είτε με χορήγηση από το στόμα. Κάποιο συνθετικό αντιβιοτικό δίνεται στα άτομα εκείνα που είναι αλλεργικά στην πενικιλίνη ή εκείνα που έχουν αποκτήσει ανθεκτικότητα στην πενικιλίνη που δίνεται για τα βακτηρίδια της βλεννόρροιας.

Μετά τη διάγνωση και πριν τη θεραπεία δίνονται κάποιες οδηγίες στον ασθενή, που είναι σημαντικό να εφαρμοσθούν. Αυτές είναι οι ακόλουθες:

- α.** Αποχή από σεξουαλική επαφή τουλάχιστον επί ένα μήνα.
- β.** Αποφυγή οινοπνευματωδών, αφρωδών και αλκαλικών ποτών, καθώς και εριστιτικών φαγητών.

- γ. Αποφυγή συνθλίψεως της ουρήθρας.
- δ. Αποφυγή μεγάλης κοπώσεως.
- ε. Επιμελής καθαρισμός των χεριών, ιδίως μετά την ούρηση.

I. Οξεία βλεννόρροια

ΤΑΧΕΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

- ΕΝΔΟΜΥΪΚΑ**
- α. πενικιλίνη 3 - 4.800.000 IU σε δύο ταυτόχρονες ενέσεις.
 - β. Θεϊκή καναμυκίνη 2 gr.
 - γ. Γενταμυκίνη 250 mgr.
 - δ. Σπεκτινομυκίνη 2 gr στους άνδρες
4 gr στις γυναίκες

- PEROS**
- α. Thiamphenicol 2,5 gr.
 - β. Spiramycine (Roramycine) 2,5 gr.
 - γ. Ερυθρομυκίνη 2,5 gr
 - δ. Ampicilline 3,5 gr.
 - ε. Τετρακυκλίνη 1,5 gr εφάπαξ και στη συνέχεια 0,5 gr ανά 6ωρο επί 4 ημέρες.

Στην περίπτωση που η ταχεία θεραπεία δε φέρει αποτέλεσμα, τότε την επαναλαμβάνουμε κατά τον ίδιο τρόπο με άλλο όμως αντιβιοτικό ή χορηγούμε τα ίδια αντιβιοτικά σε μικρότερες όμως δόσεις, επί 5-7 ημέρες ή εφαρμόζουμε συνδυασμό Septin tabl - Bactrimel tabl. Εάν και πάλι δεν επέλθει ίαση, τότε θα πρέπει να γίνει λεπτομερής έρευνα για την ανεύρεση τυχόν παραμένουσας τοπικής εστίας, ή να αναζητηθεί η πιθανότητα νέας μόλυνσης, ιδίως εάν ο γονόκοκκος ανευρεθεί 10-15 ημέρες μετά την θεραπεία.

Πολλές φορές 8-20 ημέρες μετά την ίαση, οι ασθενείς παραπονούνται για ελαφρά έκκριση, συνήθως πρωινή και κάψιμο κατά μήκος της ουρήθρας. Κατά τη μικροβιο-

λογική εξέταση δεν ανιχνεύεται πλέον ο γονόκοκκος, ανιχνεύονται όμως πυοσφαίρια. Στις περιπτώσεις αυτές πρόκειται για μεταγονοκοκκική ουρηθρίτιδα, η οποία παρατηρείται συχνότερα μετά από τη θεραπεία με πενικιλίνη παρά μετά από θεραπεία με άλλα αντιβιοτικά.

II. Χρόνια βλεννόρροια και επιπλοκές της βλεννόρροιας

Για τη θεραπεία της χρόνιας βλεννόρροιας απαιτούνται μεγαλύτερες δόσεις των ίδιων φαρμάκων και μεγαλύτερος χρόνος χορηγήσεως.

Για τη θεραπεία των επιπλοκών της βλεννόρροιας απαιτείται, πλην της γενικής θεραπείας και τοπική αντιμετώπιση ανάλογη προς τη μορφή της επιπλοκής.

Όλα αυτά ισχύουν για όλες τις μορφές βλεννόρροιας της γυναίκας, επειδή όταν αυτή διαγνωσθεί είναι ήδη χρόνια και συνοδεύεται από τοπικές επιπλοκές.

Η επιτυχία της θεραπείας διαπιστώνεται με κλινική και εργαστηριακή εξέταση. Συνιστάται η επανάληψη της αναζήτησης του γονόκοκκου τρεις φορές ανά διήμερο την κάθε φορά.

Τέλος πρέπει να θυμόμαστε ότι, κάθε περιστατικό βλεννόρροιας, είναι υπόθεση ενός τουλάχιστον ζεύγους, και κατά συνέπεια είναι υποχρεωτικό να θεραπεύσουμε και τον ή τους σεξουαλικούς συντρόφους του ασθενούς μας.

ΜΟΡΦΕΣ ΣΥΦΙΛΗΣ



Β. ΣΥΦΙΛΗ

Η σύφιλη είναι ένα από τα σημαντικότερα αφροδίσια νοσήματα ως προς τη βαρύτητά της, κατά την πορεία και εξέλιξή της. Ο τρόπος που μεταδίδεται είναι σχεδόν αποκλειστικά ή σεξουαλική επαφή. Μεταδίδεται όμως και μέσω (του πλακούντα) της μήτρας κατά την ενδομήτρια ζωή.

Εισέρχεται ακόμη στον ανθρώπινο οργανισμό από βλάβες του δέρματος ή των βλεννογόνων, εκτός αν εισαχθεί κατ' ευθείαν στην κυκλοφορία του αίματος, όπως με τις μεταγγίσεις.

Η σύφιλη είναι ουσιαστικά με γενικευμένη σπειροχαίτωση και οφείλεται στην ωχρά σπειροχαίτη. Η νόσος δεν είναι κληρονομική. Χαρακτηρίζεται επίσης από μεγάλη χρονιότητα.

1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Δεν είναι ακόμα εξακριβωμένο, αν η σύφιλη υπήρξε κατά την αρχαιότητα. Υποστηρίζεται με σχετική βεβαιότητα ότι, η σύφιλη ήλθε για πρώτη φορά στην Ευρώπη με τα στρατεύματα του Χριστόφορου Κολόμβου όταν επέστρεφαν από την Ν. Αμερική και στη συνέχεια εξαπλώθηκε με τους πολέμους πολύ σύντομα και πήρε μορφή επιδημίας.

Άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν την άποψη ότι η σύφιλη υπήρχε ακόμη από την εποχή του Ιπποκράτη, ο οποίος αναφέρει "σκληρές και μαλακές βλάβες των γεννητικών οργάνων μετά από σεξουαλική επαφή". Άλλοι τέλος μελετητές καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η σύφιλη υπήρχε από τα πολύ παλιά χρόνια αλλά είχε ήπιες εκδηλώσεις.

Σύγχρονες καταγραφές αποδίδουν την αρχή της Ευρωπαϊκής επιδημίας της σύφιλης στη διασπορά σ' όλη την Ευρώπη των μισθοφόρων του στρατού του Καρόλου 18ου και των ακολούθων του στρατοπέδου.

Η θεραπεία για την σύφιλη από επιστημονικής άποψης προχωρούσε πολύ σιγά. Το 16ο αιώνα ο γιατρός Παράκελσος προσπαθεί να θεραπεύσει την σύφιλη με τον

υδράργυρο που εκείνη την εποχή χρησιμοποιούνταν ευρύτατα για την θεραπεία δερματολογικών παθήσεων. Ο υδράργυρος δινόταν από το στόμα τοπικά και με ατμόλουτρα.

Η θεραπεία με τον υδράργυρο θα συνεχιστεί ακόμη για καιρό. Μια τριάδα ανακαλύψεων στην πεντάχρονη περίοδο 1905-1910 είναι αυτή που θα φέρει τη σύγχρονη εποχή του ελέγχου της σύφιλης. Κατά την μικρή αυτή χρονική περίοδο ανακαλύπτεται η ωχρά σπειροχαίτη, που είναι αίτιο για την σύφιλη, από τους Schaudin και Hoffmann και ο Wasserman το 1907 δημιουργεί ένα test αίματος για σύφιλη, επιτρέποντας να γίνεται η διάγνωσή της σε οποιοδήποτε στάδιο.

Η μεγαλύτερη πρόοδος στη θεραπεία της νόσου ήταν με την ανακάλυψη της πενικιλίνης από τον Ser Alexander Flemming το 1943, της οποίας τα φανταστικά αποτελέσματα στη νόσο πρώτος ανέφερε ο John Mohoney. Η πενικιλίνη και οι διάφορες μορφές αντιβιοτικών αποτελούν ακόμη μέχρι και σήμερα την ταχύτερη και καλύτερη αντιμετώπιση της σύφιλης.

2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η σύφιλη μεταδίδεται από άνθρωπο σε άνθρωπο, βασικά με τις αφροδίσιες σχέσεις γι' αυτό και η πιο συνηθισμένη εντόπιση της πρώτης εκδήλωσης βρίσκεται στα γεννητικά όργανα, χωρίς όμως να αποκλείεται και άλλη περιοχή όπως ο πρωκτός, η στοματική κοιλότητα, η θηλή του μαστού, τα χέρια ή και αλλού.

Βέβαια, η νόσος μπορεί να μεταδοθεί και με τα διάφορα σκεύη φαγητού ή σπανιότερα και με αντικείμενα.

Η σύφιλη ήταν άλλοτε λιγότερο διαδεδομένη. Στη Γερμανία μόνο πριν από τον Βο Παγκόσμιο πόλεμο, υπήρχαν 500.000 περίπου συφιλιδικοί. Από τις αρχές του 20ου αιώνα η σύφιλη στατιστικά ακολούθησε κυματοειδή καμπύλη επιδημιολογικής εξέλιξης, με βαθμιαία μείωση του αριθμού των πασχόντων.

Η μείωση του αριθμού οφείλεται προφανώς στην ανεύρεση και εφαρμογή αποτελεσματικών μεθόδων, διάγνωσης και θεραπείας, στην διαφώτιση του κοινού και στον

αντιαφροδισιακό αγώνα από τις Υγειονομικές Υπηρεσίες. Οι εξάρσεις της νόσου συμπίπτουν με την μεταπολεμική περίοδο των δύο τελευταίων Παγκόσμιων Πολέμων.

Η έξαρση της σύφιλης που σημειώθηκε μετά τον Βο Παγκόσμιο πόλεμο έφτασε την αιχμή της κατά τα έτη 1945-47.

Ακολούθησε σημαντική πτώση της συχνότητας αυτής που οφειλόταν στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας με πενικιλίνη. Κατά το 1956-57 παρατηρήθηκε νέα σταθερή αύξηση της συχνότητας της νόσου, η οποία αφορούσε νέα άτομα ηλικίας 15-20 ετών. Η έξαρση αυτή, επισημάνθηκε και αντιμετωπίστηκε έγκαιρα, ώστε την τελευταία 10ετία παρατηρήθηκε και πάλι κάμψη.

Σήμερα αναφέρονται ετησίως στην Ευρώπη για τα 30.000 - 40.000 νέα κρούσματα, στην Αμερική για 15 νέες μολύνσεις ανά 100.000 κατοίκους, ενώ για την Ελλάδα η αρμόδια Υπηρεσία του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών για την 9ετία 1965-1973, δίνει τους εξής αριθμούς ετησίως: 2.541, 1.713, 1.279, 856, 598, 672, 924, 503.

Στο Νοσοκομείο των Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων Θεσσαλονίκης εξετάστηκαν για πρώτη φορά από το 1969 μέχρι το 1974 κατ' έτος: 58, 52, 54, 66, 74 και 76 ασθενείς, πάσχοντες από διάφορες μορφές σύφιλης.

Η παρατηρημένη τα τελευταία χρόνια έξαρση σε παγκόσμια κλίμακα αποδίδεται:

- α. Στην μεγάλη και ταχεία μετακίνηση των πληθυσμών (τουρισμός, μετανάστευση εργατών).
- β. Στην αλλαγή των ηθικο-κοινωνικο-οικονομικών συνθηκών (ελευθερία στις σχέσεις των δύο φύλλων, ανεξαρτησία της εργαζόμενης γυναίκας).
- γ. Στην αύξηση της ομοφυλοφιλίας.
- δ. Στην ευρεία χρησιμοποίηση των αντισυλληπτικών φαρμάκων, ελάττωση του φόβου απέναντι στα αφροδίσια νοσήματα και στον περιορισμό των μηχανικών "προφυλακτικών".

3. ΤΡΕΠΟΝΗΜΑ ΤΟ ΩΧΡΟ

Αίτιο της σύφιλης είναι το τρεπόννημα το ωχρό. Αυτό ανακαλύφθηκε το 1905 από τους Schaudinn και Hoffman. Ανήκει στο γένος των τρεπονημάτων, την οικογένεια των τρεπονηματοειδών και την τάξη των σπειροχαιτιακών.

Μορφολογία

Το τρεπόννημα το ωχρό έχει μορφή σπειροειδούς νηματίου. Τα άκρα του είναι λεπτά και οξέα, δεν καταλήγει όμως στις βλεφαρίδες όπως νόμιζαν παλιότερα. Το σώμα του αποτελείται από σπειροειδή ινιδίων, τα οποία περιβάλλονται από κυτταρόπλασμα. Παρουσιάζει ζωηρές κινήσεις οι οποίες είναι χαρακτηριστικές και διακρίνονται από τα σαπροφυτικά τρεπονήματα. Πολλαπλασιάζεται με εγκάρσια διαίρεση.

Βιολογία - Ζωτικότητα

Το τρεπόννημα το ωχρό είναι ευαίσθητο στην ξηρασία, στο φως και μάλιστα στην υπεριώδη ακτινοβολία και τέλος στις αντισηπτικές ουσίες. Πεθαίνει σε θερμοκρασία 50 ° C μετά από 1 ώρα και σε 60 ° C μετά από 20'. Αντέχει αρκετά στο ψύχος και την υγρασία. Διατηρεί την λοιμογόνο δύναμή του σε πτώμα για δύο ημέρες. Είναι ευαίσθητο στα αντιβιοτικά και ιδίως στην πενικιλίνη. Η ζωτικότητα του τρεπονήματος του ωχρού κρίνεται κατά τρόπο απλό από την κινητικότητά του.

Διεισδυτικότητα

Το τρεπόννημα το ωχρό εισδύει στον οργανισμό τότε μόνο, όταν υπάρχει λύση της συνέχειας του δέρματος ή των βλεννογόνων. Η διείσδυση από τα λεμφαγγεία είναι ταχύτερη.

Παρουσία στα όργανα - Μολυσματικότητα

Το τρεπόννημα το ωχρό είναι δυνατόν να υπάρχει σε όλες τις βλάβες της επίκτητης και της συγγενούς σύφιλης. Στην πράξη όμως είναι άφθονο στον ορό του συφιλιδικού έλκους, στο υγρό των αδένων της συφιλιδικής αδενίτιδας και στον ορό των συφιλιδικών πλακών. Επομένως οι βλάβες αυτές και τα παθολογικά προϊόντα τους είναι μολυσματικά και μεταδίδουν τη νόσο σε άτομα, τα οποία έρχονται σε επαφή με αυτά.

Μολυσματικά είναι το αίμα κατά την πρωτογόνο και την δευτερογόνο σύφιλη και μάλιστα σε αναλογία 80% των περιπτώσεων. Απ' αυτό φαίνεται ο κίνδυνος μετάδοσης της σύφιλης από μετάγγιση προσφάτου αίματος. Το εγκεφαλονωτιαίο υγρό σε αναλο-

γία 15%. Το γάλα όπως αποδειξεί με επιτυχείς εμβολιασμούς ο Uhlenhuth, το σπερματικό υγρό του ανθρώπου, όπως απέδειξαν οι εργασίες του Finger. Έχει αποδειχθεί επίσης η μολυσματικότητα των ούρων, του ιδρώτα και του σάλιου.

Μέθοδοι αναζητήσεως

Το τρεπόνημα το ωχρό αναζητείται και ανευρίσκεται στον ορό του συφιλιδικού έλκους και των συφιλιδικών πλακών. Ο ορός λαμβάνεται από την επιφάνεια της βλάβης, αφού προηγηθεί επιμελής καθαρισμός αυτής με φυσιολογικό ορό και ερεθιστεί στην συνέχεια η βλάβη με συμπίεση, προστριβής ή άλλου μηχανικού τρόπου, ώστε να εξέλθει από το βάθος αυτής διαυγής και όχι αιματηρός ορός. Αυτό αναμιγνύεται με μια σταγόνα φυσιολογικού ορού σε καθαρή αντικειμενοφόρο πλάκα.

Ο ορός ή το υγρό της αντικειμενοφόρου πλάκας εξετάζεται με δύο μεθόδους: με μικροσκόπιο σκοτεινού πεδίου και κατόπιν χρώσεως. Η πρώτη μέθοδος είναι η καλύτερη διότι με αυτή αναγνωρίζουμε το τρεπόνημα από τις χαρακτηριστικές κινήσεις του.

Μέθοδοι χρώσεως

Συνήθως οι χρησιμοποιούμενοι μέθοδοι είναι οι χρώσεις Giemsa, Fontana - Tribondeau, Fontana - Krantz.

Καλλιέργεια

Παρ' όλες τις καταβαλλόμενες προσπάθειες των ερευνητών, η καλλιέργεια του τρεπονήματος του ωχρού με τεχνητά μέσα διατροφής δεν έχει επιτευχθεί μέχρι σήμερα. Η διατήρηση αυτού στην ζωή και ο πολλαπλασιασμός του επιτυγχάνεται με διαδοχικούς εμβολιασμούς σε πειραματόζωα.

Ανοσολογία σύφιλης

Ανοσία: Το ζήτημα της ανοσίας της σύφιλης δεν έχει επιλυθεί ακόμα οριστικά. Υπάρχουν όμως ορισμένα πειραματικά δεδομένα και κλινικές παρατηρήσεις.

Αλλεργία: Η συφιλιδική αλλεργία διαπιστώνεται με τις δερματοαντιδράσεις. Για την εκτέλεση αυτών χρησιμοποιούμε είτε εκχυλίσματα συφιλιδικών ιστών, είτε εναιώρημα παθογόνων τρεπονημάτων κατάλληλα παρασκευάσματα. Είναι αρνητικές κατά την πρωτογόνο και την δευτερογόνο σύφιλη και θετικές κατά την τριτογόνο, την καρδιο-αγγειακή, την νευρική και την σπλαγχνική σύφιλη. Στην λανθάνουσα σύφιλη οι δερματοαντιδράσεις άλλοτε είναι θετικές και άλλοτε αρνητικές.

4. ΣΥΦΙΛΗ - ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Η σύφιλη ταξινομείται και μελετάται βάσει του τρόπου μόλυνσης, των κλινικών εκδηλώσεων, του χρόνου εξέλιξης των ορολογικών αντιδράσεων, της προσβολής των σπλάχνων, των αγγείων και του νευρικού συστήματος.

Η σύφιλη ανάλογα με τον τρόπο μόλυνσης ταξινομείται σε επίκτητη, συγγενή.

Επίκτητη καλείται η σύφιλη, όταν μεταδίδεται στον άνθρωπο κατά τη διάρκεια της ζωής του. Αμέσως με τη σεξουαλική επαφή και εμμέσως με μολυσμένα αντικείμενα ή με άλλο τρόπο.

Συγγενής, όταν μεταδίδεται στο έμβρυο κατά την ενδομήτρια ζωή μέσω του πλακούντα, από συφιλιδική μητέρα.

Η επίκτητη σύφιλη όταν αφηθεί χωρίς θεραπεία εξελίσσεται σε τρεις περιόδους. Έτσι διακρίνεται σε πρωτογόνο, δευτερογόνο και τριτογόνο σύφιλη, ανάλογα με το χρόνο εξέλιξης και τις κλινικές εκδηλώσεις.

Πρωτογόνος (Σα). Αρχίζει με την μόλυνση και διαρκεί 2 μήνες. Σ' αυτό το στάδιο ανήκουν ο χρόνος επώασης της νόσου, το συφιλιδικό έλκος και η επιχώριος αδενίτιδα.

Δευτερογόνος (Σβ). Αρχίζει με την εμφάνιση της ροδάνθης, δύο μήνες μετά τη μόλυνση και διαρκεί 2 έως 3 χρόνια.

Τριτογόνος (Σγ). Αρχίζει 2 με 3 χρόνια μετά τη μόλυνση και διαρκεί ολόκληρη τη ζωή του ασθενούς, εκτός της περιπτώσεως της αυτομάτου ίασης.

Η επίκτητη σύφιλη διαιρείται και από πολλούς σε πρώιμη και όψιμη.

Πρώιμη. Αυτή η κατηγορία περιλαμβάνει την πρωτογόνο και δευτερογόνο σύφιλη. Κατ' αυτήν παρατηρούνται διάφορες κλινικές εκδηλώσεις από το δέρμα και τους βλεννογόνους. Με την πάροδο του χρόνου οι κλινικές εκδηλώσεις γίνονται ηπιότερες ή και εξαφανίζονται αυτόματα για να υποτροπιάσουν αργότερα. Οι μη ειδικές οροαντιδράσεις είναι δυνατόν να αρνητικοποιηθούν, ενώ οι ειδικές είναι, κατά κανόνα συνεχώς θετικές.

Όψιμη. Η όψιμη σύφιλη περιλαμβάνει την τριτογόνο σύφιλη με τις εκδηλώσεις της. Οι ειδικές οροαντιδράσεις είναι θετικές ενώ οι μη ειδικές είναι θετικές στο 60% των περιπτώσεων.

Ο χρονικός διαχωρισμός μεταξύ πρώιμης και όψιμης σύφιλης δεν είναι σαφώς καθορισμένος, ανάγεται όμως κατά μέσο όρο στα 2 χρόνια.

Η σύφιλη, ανάλογα με τον τρόπο αντίδρασης του ορού του αίματος, όταν έρθει σε επαφή με τον αντιγόνο, διακρίνεται σε προορολογική και ορολογική περίοδο.

Η **Προορολογική** περίοδος διαρκεί 35-40 ημέρες από την μόλυνση. Οι οροαντιδράσεις αποβαίνουν αρνητικές.

Η **Ορολογική** περίοδος αρχίζει μετά 35-40 ημέρες από τη μόλυνση. Οι οροαντιδράσεις αποβαίνουν θετικές.

Η διάκριση της σύφιλης σε προορολογική και ορολογική περίοδο έχει προγνωστικό και θεραπευτικό ενδιαφέρον. Αυτό ισχύει γιατί, εάν η θεραπεία αρχίσει στο προορολογικό στάδιο, η πρόγνωση της νόσου είναι καλύτερη, η θεραπεία καθίσταται πιο απλή, και η ίαση είναι βέβαιη.

Λανθάνουσα σύφιλη

Έτσι ονομάζεται η νόσος, όταν δεν υπάρχουν κλινικές εκδηλώσεις. Διαγνώσκεται μόνο με τις θετικές οροαντιδράσεις. Συνήθως η διάγνωση στη συγκεκριμένη περίπτωση γίνεται μετά από οροαντιδράσεις που εκτελούνται στα πλαίσια της προληπτικής ιατρικής όπως σε μεγάλες ομάδες ατόμων (φοιτητές, στρατιώτες) ή έπ' ευκαιρία check up, είτε σε περίπτωση αιμοδοσίας. Πριν γίνει η διάγνωση θα πρέπει να πραγματοποιηθεί πλήρης κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος. Ιδιαίτερα ακτινογραφικός έλεγχος της

καρδιάς, της αορτής και των οστών καθώς και βιοχημικός και ανοσολογικός έλεγχος του E.N.Y Η λανθάνουσα σύφιλη διακρίνεται σε πρώιμη και όψιμη, ανάλογα με το χρόνο μόλυνσης.

Η **πρώιμη λανθάνουσα** σύφιλη διαρκεί μία 2ετία περίπου από τη μόλυνση και θεωρείται μολυσματική. Η **όψιμη λανθάνουσα** σύφιλη αρχίζει αφού περάσουν 2 χρόνια από τη μόλυνση, εάν δεν γίνει θεραπεία.

I. ΕΠΙΚΤΗΤΗ ΣΥΦΙΛΗ

Επίκτητη λέγεται η σύφιλη, όταν μεταδίδεται στον άνθρωπο κατά τη διάρκεια της ζωής του. Συνήθως μεταδίδεται με την συνουσία. Μ' αυτό τον τρόπο της άμεσης επαφής η μόλυνση λαμβάνει χώρα στο 90% των περιπτώσεων.

Η επίκτητη σύφιλη μεταδίδεται και με άλλους τρόπους: με το φιλί, τον θηλασμό, τα οικιακά σκεύη, με εργαλεία, με πνευστά μουσικά όργανα, από τον τραυματισμό μολυσμένων αντικειμένων, με ξυράφι, ακόμη και από μετάγγιση προσφάτου αίματος, όταν ο αιμοδότης είναι συφιλιδικός.

Η μετάδοση τέλος, μπορεί να προέλθει από την άσκηση του επαγγέλματος στους γιατρούς, τους οδοντιάτρους και τις μαίες (επαγγελματική σύφιλη).

A. ΠΡΩΤΟΓΟΝΟΣ ΣΥΦΙΛΗ

Η πρωτογόνος σύφιλη αρχίζει από την μόλυνση και διαρκεί μέχρι την εμφάνιση της πρώτης βλάβης της δευτερογόνου σύφιλης, δηλαδή της συφιλιδικής ροδάνθης.

Διαρκεί κατά μέσο όρο 2 μήνες, είναι δυνατόν όμως να διαρκέσει και περισσότερο μέχρι 3-4 μήνες.

Χρόνος επώασης

Είναι ο χρόνος ο οποίος παρέρχεται από την μόλυνση μέχρι την εμφάνιση της πρώτης συφιλιδικής βλάβης, δηλαδή του συφιλιδικού έλκους. Αυτό ποικίλλει, ανέρχε-

ται όμως κατά μέσο όρο στις 21 ημέρες. Το συφιλιδικό έλκος είναι δυνατόν να εμφανιστεί νωρίτερα ή και αργότερα (από 10 μέχρι 120 ημέρες), στην επιβράδυνση της εμφανίσεως συμβάλλει πολλές φορές η λήψη αντιβιοτικών για άλλη αιτία (γρίπη). Η λήψη μικρών ποσοτήτων αντιβιοτικών είναι δυνατόν να εμποδίσει ακόμη και την εμφάνιση του συφιλιδικού έλκους. Η μορφή αυτή της σύφιλης ονομάζεται σύφιλη άνευ έλκους ή ακέφαλη.

Συφιλιδικό έλκος

Αυτό εμφανίζεται στο σημείο που γίνεται η μόλυνση. Η έδρα του κατά κανόνα στο 93% των περιπτώσεων είναι στα γεννητικά όργανα. Στον άνδρα παρουσιάζεται στη βάλανο, στην βαλανοποσθική αύλακα και στην πόσθη.

Στη γυναίκα στα μικρά και μεγάλα χείλη, στην είσοδο του κόλπου, στον τράχηλο της μήτρας.

Το συφιλιδικό έλκος παρουσιάζεται σπανιότερα στην περιγεννητική χώρα και τον πρωκτό, στο εφηβαίο, στο όσχεο, στις πτυχές του δακτύλου και την περιπρωκτική χώρα. Τέλος εκτός της γεννητικής χώρας μπορεί να παρουσιαστεί στο στόμα και ιδιαίτερα στα χείλη, την γλώσσα, στις αμυγδαλές, στο πρόσωπο και στην θηλή του μαστού.

Κλινικοί χαρακτήρες

Στο σημείο της μόλυνσης εμφανίζεται αρχικά απλή κηλίδα, η οποία πολύ γρήγορα διηθείται και καθίσταται σκληρά, μέσα δε σε 10-15 ημέρες λαμβάνει το χαρακτήρα του συφιλιδικού έλκους.

Αυτό στην τυπική του μορφή είναι διάβρωση, συνήθως μονήρης, στρογγυλή, καλά περιγεγραμμένη, με λεία επιφάνεια, χροιά ερυθρά και από μυϊκή σάρκα καλυπτόμενη από ψευδομεμβράνη.

Μορφολογικές ποικιλίες

Χαρακτηριστικό είναι το έλκος δίκην "φύλλων βιβλίου". Όταν το έλκος έχει διάμετρο 1-5 cm και μεγαλύτερο ονομάζεται γιγάντιο, ενώ όταν δεν υπερβαίνει το μέγεθος φακής ονομάζεται νάνος. Το έλκος ανάλογα με την μορφή του διακρίνεται σε

ελκωδικό, διφθεροειδής, εκθυματοειδής και σε υπερτροφικό. Άλλες μορφές συφιλιδικού έλκους είναι η βαλανίτιδα του Follmann, το μεικτό έλκος καθώς και το επανιόν έλκος.

Το επανιόν έλκος οφείλεται σε τρεπονήματα, τα οποία έχουν εγκυστρωθεί στους ιστούς κατά την πρώτη μόλυνση, μετά από ελλιπή θεραπεία. Οι οροαντιδράσεις του είναι θετικές.

Εξέλιξη

Το συφιλιδικό έλκος αφού παραμένει 3-4 εβδομάδες, αρχίζει να υποχωρεί. Στη θέση του παραμένει κηλίδα ή μικρή ουλώδης ατροφία ή ουλή αναλόγως την κλινική μορφή του. Η σκληρία παραμένει και λίγο μετά την ίαση του έλκους.

Διάγνωση

Η διάγνωση του συφιλιδικού έλκους είναι εύκολη, όταν αυτό έχει τα χαρακτηριστικά του γνωρίσματα, δύσκολη όμως σε άλλες περιπτώσεις. Η κλινική διάγνωση θα πρέπει να επιβεβαιωθεί με την ανεύρεση του τρεπονήματος. Αυτό δεν επιτυγχάνεται πάντα εύκολα και πολλές φορές απαιτούνται επανειλημμένες εξετάσεις. Οι οροαντιδράσεις, αποβαίνουν θετικές μετά την 15η ημέρα από την εμφάνιση του έλκους.

Μεταξύ των συνηθέστερων βλαβών των γεννητικών οργάνων στη διάγνωση του συφιλιδικού έλκους είναι και οι εξής: ο έρπης, η διαβρωτική βαλανοποστίτιδα, η άφθωση, το επιθηλίωμα.

Η διάγνωση του έλκους σε ορισμένες εντοπίσεις απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή. Το έλκος των αμυγδαλών και των δακτύλων είναι επώδυνο. Το έλκος της ουρήθρας είναι δυνατόν να προκαλέσει ρύση και τέλος το έλκος του τραχήλου της μήτρας είναι δυνατόν να συγχυθεί με τον καρκίνο.

Επιπλοκές

Η συνηθέστερη επιπλοκή του συφιλιδικού έλκους είναι η φλεγμονή, που οφείλεται στις επιμολύνσεις από κοινούς κόκκους, βακτηρίδια κ.τ.λ. Αυτό καθίσταται επώ-

δυνο. Είναι δυνατόν να ακολουθήσει τοπικό οίδημα και να εντοπιστεί στο πέος φίμωση ή παραφίμωση. Η γάγγραινα είναι σήμερα σπάνια επιπλοκή.

Άλλες επιπλοκές είναι η δορυφόρος ή επιχώριος αδενίτιδα, η λεμφαγγειίτιδα του πέους και η λεμφαγγειίτιδα των μεγάλων χειλιών.

B. ΔΕΥΤΕΡΟΓΟΝΟΣ ΣΥΦΙΛΗ

Η δευτερογόνος σύφιλη αρχίζει δύο μήνες μετά τη μόλυνση αφού περάσει ο χρόνος της λεγόμενης "δεύτερης επώασης", η οποία περιλαμβάνεται μεταξύ της εμφάνισης του σκληρού έλκους και της ροδάνθης.

Κατά τη δευτερογόνο σύφιλη εμφανίζονται βλάβες στο δεύτερο, στους βλεννογόνους, στους λεμφαδένες και στα σπλάχνα, καθώς επίσης και γενικά φαινόμενα. Οι παθολογικές αυτές εκδηλώσεις οφείλονται στην τρεπονηματική σηψαιμία, η οποία επιτελείται λίγες ώρες μετά τη μόλυνση. Επίσης αυτές οι αιτίες οφείλονται και σε αντιδράσεις του οργανισμού έναντι του παθογόνου αιτίου. Πρέπει να σημειωθεί ότι, και οι ειδικές και οι μη ειδικές δοκιμασίες της σύφιλης, είναι πάντοτε θετικές.

Γενικά φαινόμενα

Ο ασθενής κατά τη δευτερογόνο σύφιλη είναι δυνατόν να εμφανίσει:

- μικρή πυρετική κίνηση (37,5 - 38° C)
- ελαφρά ανορεξία
- αϋπνία
- νευρικότητα
- καταβολή δυνάμεων
- κεφαλαλγία, έντονη, συνεχής, επιτεινόμενη τη νύχτα
- οστεαλγίες, κυρίως στο κρανίο και στα επιμήκη οστά
- νευραλγίες κυρίως του τριδύμου νεύρου
- αρθραλγίες και διογκώσεις αρθρώσεων.

Εκδηλώσεις από τα σπλάχνα

Η προσβολή των σπλάχνων είναι παροδική και ανατάξιμη. Ανάλογα με το προσβαλλόμενο όργανο είναι δυνατόν να παρατηρηθούν:

- Μηνιγγίτιδα
- Ηπατίτιδα
- Νεφρίτιδα
- Αναιμία με λευκοκυττάρωση

Πολυαδενίτιδα

Αυτή παρατηρείται σε όλες σχεδόν τις περιπτώσεις. Εμφανίζεται 12-20 ημέρες μετά την παρουσία της δορυφόρου αδενίτιδας.

Οι λεμφαδένες γίνονται σκληροί, είναι σαφώς περιγεγραμμένοι, ευκίνητοι και ανώδυνοι. Οι αυχενικοί και οι επιτροχίλιοι ψηλαφώνται ευκολότερα.

Η πολυαδενίτιδα της δευτερογόνου σύφιλης διαρκεί πολλούς μήνες ακόμη και μετά τη θεραπεία. Αποτελεί χαρακτηριστικό γνώρισμα της εν ενεργεία ή αποδραμούσης σύφιλης.

Εκδηλώσεις από το δέρμα και τους βλεννογόνους

Τα δευτερογόνα συφιλιδικά εξανθήματα εμφανίζονται διαδοχικά και έχουν κοινούς χαρακτήρες. Έχουν ερυθροχάλκινη χροιά, είναι πολλαπλά, διάσπαρτα, ανώδυνα, άκνησμα και υποχωρούν άνευ θεραπείας, χωρίς να αφήνουν ουλή. Συνήθως υποτροπιάζουν, εμφανίζονται λιγότερα και μεγαλύτερα. Οφείλονται σε μικροβιαμία και εμβολή των τριχοειδών με το τρεπόνιμα. Τα δευτερογόνα συφιλιδικά εξανθήματα διακρίνονται για το πολυμορφισμό τους και κατατάσσονται σε: ερυθθηματώδη, βλατιδώδη, διαβρωτικά, ελκωτικά και μελαγχρωματικά εξανθήματα.

1. Ερυθθηματώδη εξανθήματα - Ροδάνθη

Είναι το πρώτο και συνηθέστερο εξάνθημα της δευτερογόνου σύφιλης. Παρουσιάζεται 40 ημέρες μετά της εμφάνιση του συφιλιδικού έλκους, υπάρχει όμως περίπτωση να εμφανιστεί και αργότερα εάν προηγηθεί ατελής θεραπεία.

Εμφανίζεται προοδευτικά και εντοπίζεται αρχικά στον τράχηλο, τους ώμους, τα χέρια, σπάνια στις κνήμες ή το πρόσωπο.

Διαρκεί, χωρίς θεραπεία, 3-5 εβδομάδες.

Κλινικά χαρακτηρίζεται από πολυάριθμες ερυθματώδεις κηλίδες, στρογγυλές που έχουν χροιά άνθεων ροδακινιάς. Η ροδάνθη είναι δυνατό να παρουσιαστεί και με άλλες μορφές όπως: τη στιγμοειδή, την πομφώδη, την κοκκιώδη, την περιφερή.

Σημαντικό γνώρισμα της ροδάνθης είναι η έλλειψη απολέπισης και κνησμού.

Μια άλλη μορφή ροδάνθης είναι η υπόστροφη ροδάνθη, η οποία εμφανίζεται μετά από πολλούς μήνες ή 1-2 χρόνια σε ασθενείς που δεν υπεβλήθησαν σε θεραπεία, ή η θεραπεία ήταν ατελής. Χαρακτηρίζεται από κηλίδες μεγάλους μεγέθους.

2. Βλατιδώδη εξανθήματα.

Αυτά είναι πολλαπλά και ποικιλόμορφα, έχουν όμως κοινό σημείο την βλατίδα.

Οι συφιλιδικές βλατίδες είναι στρογγυλές, σκληρές, έχουν χάλκινη χροιά, είναι ανώδυνες και άκνησμες, Είναι διάσπαρτες, ενίοτε σχηματίζουν κύκλους. Εμφανίζονται κατά τον 3ο με 4ο μήνα από την στιγμή της μόλυνσης και μετά την εξαφάνιση, της ροδάνθης. Χωρίς θεραπεία εξαφανίζονται μετά από 3-4 μήνες, χωρίς να αφήσουν ουλή.

Συφιλιδικές ή βλενωδείς πλάκες.

Αυτές αποτελούν την σπουδαιότερη εκδήλωση της δευτερογόνο σύφιλης. Οι συφιλιδικές πλάκες διακρίνονται σε τέσσερις μορφές:

- α) Διαβρωτικές
- β) Βλατιδο - διαβρωτικές
- γ) Βλατιδο - υπερτροφικές
- δ) Ελκωτικές

3. Διαβρωτικά εξανθήματα

Πρόκειται για εξανθήματα που προκαλούν βλάβες διαβρωτικές στους βλεννογόνους του στόματος των γεννητικών οργάνων και του δέρματος. Έχουν διάφορα σχήματα και καλύπτονται ή όχι από εφελκίδες.

4. Ελκωτικά εξανθήματα

Εμφανίζονται πολλούς μήνες μετά από τη μόλυνση. Χαρακτηρίζονται από ελκώσεις διαφόρου σχήματος και καλύπτονται από εφελκίδες. Είναι λίγα και συνυπάρχουν με άλλα δευτερογόνα εξανθήματα.

5. Μελαγχρωτικά εξανθήματα

Πρόκειται για μελαγχρωματικές κηλίδες. Η πλέον συνήθης είναι η συφιλιδική λευκομελανοδερμία, η αποκαλούμενη το "περιδέραιο της Αφροδίτης".

Εμφανίζεται προς το τέλος του πρώτου έτους πιο συχνά στις γυναίκες απ' ότι στους άντρες.

Εντοπίζεται στον αυχένα και στα πλάγια του τραχήλου. Μπορεί να παραμείνει για μήνες ή και χρόνια ακόμη μετά τη θεραπεία.

6. Αλωπεκία

Εμφανίζεται 3-4 μήνες μετά τη μόλυνση, ίσως και αργότερα. Έχει καλή πρόγνωση. Αποκαθιστάται η βλάβη μετά από 2-3 μήνες χωρίς θεραπεία.

Αφορά το τριχωτό της κεφαλής και τα φρύδια. Η αλωπεκία του τριχωτούς της κεφαλής εμφανίζεται με δύο μορφές: την κατά τόπους και την διάχυτη αλωπεκία.

7. Ονυχία - Περιωνυχία

Σ' αυτή την περίπτωση τα νύχια γίνονται ανώμαλα, εύθραυστα, απολεπίζονται, λεπταίνουν και ενίοτε αποκολλώνται.

Η περιωνυχία εμφανίζεται με δύο μορφές τη **φλεγμονώδη** και την **ξηρά**.

Διαφορική διάγνωση

Οι εκδηλώσεις της δευτερογόνου σύφιλης είναι δυνατόν να υποδυθούν τις εκδηλώσεις πολλών δερματοπαθειών. Έτσι πρέπει να διαφορογνωσθεί από τα αλλεργικά εξανθήματα, λοιμώξεις, δερματοπάθειες (ιλαρά, ερυθρά), τη ροδόχρουν πιτυρίαση του Gibert, το μαρμαροειδές δέρμα, τα σταγονοειδή ψωρίαση, την κυνάγχη, τη μυκητίαση, τις ελκωμένες αιμορροΐδες, του έρπη, τη διάχυτη αλωπεκία, την πυοκοκκική και μυκητιακή περιωνυχία και ανυχία.

Οι επί μέρους χαρακτήρες της κάθε δερματοπάθειας, η παρουσία και άλλων συφιλιδικών εκδηλώσεων, η ανεύρεση του τρεπονήματος στις βλάβες και τέλος οι οροαντιδράσεις οδηγούν στην πραγματική διάγνωση.

Γ. ΤΡΙΤΟΓΟΝΟΣ ΣΥΦΙΛΗ

Η τριτογόνος σύφιλη αρχίζει μετά την πάροδο 2ετίας ή 3ετίας από την μόλυνση και αφού παρέλθει ο χρόνος της λεγόμενης "τρίτης επώασης", δηλαδή την λανθάνουσας περιόδου, η οποία διαδέχεται την περίοδο των κλινικών εκδηλώσεων της δευτερο-

γόνου σύφιλης. Η τριτογόνος σύφιλη χωρίς θεραπεία είναι δυνατόν να διαρκέσει όσο και η ζωή του ασθενή.

Την τριτογόνο σύφιλη χαρακτηρίζουν η βραδεία και αθόρυβη εξέλιξη των εκδηλώσεων, οι ουλές και η ατροφία οι οποίες απομένουν μετά την ίαση των βλαβών, οι αρνητικές πολλές φορές, μη ειδικές οροαντιδράσεις καθώς και οι θετικές, κατά κανόνα, οροαντιδράσεις. Τέλος απουσία του τρεπονήματος από τις βλάβες και έλλειψη μολυσματικότητας.

Τα τριτογόνα συφιλιδικά εξανθήματα έχουν τα εξής κοινά χαρακτηριστικά: είναι λίγα στον αριθμό, εντοπίζονται σε περιορισμένη μοίρα της επιφάνειας του δέρματος, σχηματίζουν κύκλους ή τόξα κύκλων ή πολυκυκλικά σχήματα, έχουν τάση ανάπτυξης προς το βάθος και είναι ανώδυνα. Οφείλονται σε κοκκιωματώδη ανοσολογική αντίδραση των ιστών έναντι της παθογόνου αιτίας.

Τα τριτογόνα συφιλιδικά εξανθήματα διακρίνονται κλινικά σε τρεις μορφές:

- α) τα κομμιώματα,
- β) τα φυματώδη και φυματοελκωτικά εξανθήματα,
- γ) το κυκλικό τριτόγονο ερύθημα του Fournier.

Κομμιώματα

Είναι δυνατόν να εντοπίζονται σε οποιοδήποτε ιστό ή όργανο, όπως στο δέρμα, τους βλεννογόνους, τα σπλάχνα, τα αγγεία και στο Κ.Ν.Σ. Είναι συνήθως μονήρη, σπανιότερα πολλαπλά και λίγο επώδυνα. Δεν συνοδεύονται από σύστοιχη αδενίτιδα και δεν επηρεάζουν την γενική κατάσταση.

Κομμιώματα του δέρματος

Εντοπίζονται στις κνήμες, στα άνω άκρα και το κεφάλι και έχουν έδρα στο βάθος του ίδιου του δέρματος και την υποδερμίδα. Έχουν μέγεθος φασολιού έως αυγού και εξελισσόμενα διέρχονται από τέσσερα στάδια:

- Το στάδιο της διήθησης ή σκλήρυνσης κατά το οποίο το κομμίωμα είναι σκληρό.
- Το στάδιο της μαλάκυνσης κατά το οποίο μαλακώνεται το κομμίωμα.
- Το στάδιο της έλκωσης στο οποίο το κομμίωμα ανοίγεται, εξέρχεται παχύρρευστο κομμιωματούδες υγρό και σχηματίζει έλκωση, σε σχήμα στρογγυλό, ωοειδές με περιφέρεια ομαλή.
- Το στάδιο της αποκατάστασης, κατά το οποίο η έλκωση επουλώνεται λίγο - λίγο, ακόμη και χωρίς θεραπεία.

Τα κομμώματα, εκτός από το δέρμα εντοπίζονται:

- Στην στοματική κοιλότητα και μάλιστα στην υπερώα, όπου προκαλούν διάτρηση και επικοινωνία με τη ρινική κοιλότητα.
- Στη γλώσσα, όπου προκαλούν την εν τω βάθει κομμωματοώδη γλωσσίτιδα.
- Στην ρίνα, όπου προκαλούν διάτρηση του διαφράγματος ή καταστροφή του ρινικού οστού.
- Στα οστά του κρανίου, των βραχιόνων, την κνημών και της κλείδας.
- Στους μυς και τους λεμφαδένες, στα γεννητικά όργανα και στους όρχεις, στο ήπαρ και σε όλα εν γένει τα σπλάχνα.
- Τέλος, στα αγγεία και το Κ.Ν.Σ.

Η εξέλιξη του κομμώματος από την διήθηση μέχρι την αποκατάσταση διαρκεί συνήθως 3-6 μήνες είναι δυνατόν όμως να ανέλθει σε ένα, δύο ή και περισσότερα χρόνια. Σε κάποιες περιπτώσεις τα κομμώματα είναι δυνατόν να μολυνθούν με πυογόνους κόκκους ή βακτηρίδια και να παρουσιάσουν εικόνα επιμόλυνσης.

Η διάγνωση του κομμώματος δεν είναι πάντοτε ευχερής. Κατά το στάδιο της διήθησης είναι δυνατόν να συγχυθεί προς το ίνωμα, το λίπωμα, το ελαίωμα ή με τις διάφορες υποδερματίτιδες εάν βρίσκεται στην κνήμη, Στο στάδιο της έλκωσης είναι δυνατόν να συγχυθεί με το άτονο έλκος της κνήμης, την ηλκωμένη φυματίωση.

Φυματιώδη και Φυματο-έλκωτικά εξανθήματα

Τα φυματιώδη εξανθήματα αποτελούνται από πολλά ή λίγα ανώδυνα στρογγυλά επάρματα του δέρματος, καλά περιγεγραμμένα, μεγέθους φακής και σκληρή σύσταση. Εντοπίζονται σε οποιαδήποτε μοίρα της επιφάνειας του δέρματος, συνήθως όμως στο μέτωπο, την ρίνα, το τριχωτό της κεφαλής, στην ωμοπλατιαία χώρα και τους γλουτούς.

Αναλόγως της διατάξεώς τους διακρίνονται σε τρεις μορφές:

- Στη διάσπαρτη, κατά την οποία οι βλάβες βρίσκονται διασπαρμένες στην επιφάνεια του δέρματος.
- Στην κατ' αθροίσματα, στην οποία οι βλάβες σχηματίζουν κύκλους ή τόξα κύκλων ή άλλα γεωμετρικά σχήματα.

- Στην κατά πλάκας, κατά την οποία οι βλάβες συρρέουν και σχηματίζουν πλάκα διαμέτρου 2 cm, σκληρή σύσταση, χροιά έντονη ερυθρά.

Η εξέλιξη των βλαβών αυτών ποικίλλει. Άλλοτε υποχωρούν, αφού παραμείνουν για μεγάλο ή μικρό χρονικό διάστημα αφήνοντας μελαγχρωματική ή λευκή ουλώδη ατροφία. Την εξέλιξη αυτή λαμβάνουν συνήθως οι βλάβες της διάσπαρτης μορφής.

Φυματο-ελκωτικά ή Ελκωτικά εξανθήματα

Εδώ η έλκωση είναι βαθιά, στρογγυλή, ωοειδής ή πολυκυκλική, με χείλη σκληρά και πυθμένα ανώμαλο παρουσιάζοντας υποκίτρινα σαρκώματα.

ΤριτόγONO κυκλικό ερύθημα του Fournier

Αυτό συμβαίνει σπάνια. Αποτελείται από κηλίδες οι οποίες σχηματίζουν κύκλους ή τόξα κύκλων και δεν έχουν τάση περιφερικής επεκτάσεως. Εντοπίζεται κυρίως στους γλουτούς και τα άκρα. Διαρκεί πολύ και είναι δυνατόν να υποτροπιάσει. Είναι καλής πρόγνωσης, διότι δεν αφήνει ουλές. Οι μη ειδικές οροαντιδράσεις είναι πάντα θετικές.

Διαφορική διάγνωση

Οι εκδηλώσεις της τριτογόνου σύφιλης θα πρέπει να διαφοροδιαγνωστούν από τον φυματώδη λύκο, τα επιθηλιώματα, την γεωγραφική ψωρίαση, την σπογγοειδή φυκητίαση, την κακοήθη δικτύωση, τα άτονα έλκη, το σκληρό ερύθημα και άλλες μορφές της οξώδους υποδερματίτιδας, το βρωμιόδερμα κ.τ.λ. Οι επιμέρους χαρακτηριστικές κάθε δερματοπάθειας, η ιστοπαθολογική εξέταση και οι ειδικές οροαντιδράσεις οδηγούν στην αληθινή διάγνωση.

Δ. ΣΥΦΙΛΗ ΤΩΝ ΣΠΛΑΧΝΩΝ, ΤΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ ΚΑΙ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Η σύφιλη κατά την διαδρομή της μπορεί να προσβάλει όλα τα όργανα του ανθρώπου. Η προσβολή αυτών στην δευτερογόνο σύφιλη δεν είναι σοβαρής πρόγνωσης, διότι οι βλάβες αποκαθίστανται με την αντισυφιλιδική θεραπεία. Δεν συμβαίνει όμως το ίδιο με την τριτογόνο σύφιλη διότι οι βλάβες των σπλάχνων, των αγγείων και του νευρικού συστήματος, προκαλούν σοβαρές αλλοιώσεις οι οποίες είναι δυνατόν να

παραμείνουν μόνιμα και μετά την θεραπεία ή σοβαρές διαταραχές, ακόμα και το θάνατο. Αξίζει να αναφέρουμε περιληπτικά τις πιο συνήθεις εκδηλώσεις της σπλαγχνικής σύφιλης.

1. Σύφιλη του Καρδιο - αγγειακού συστήματος

- α. Αορτή:** Οι βλάβες εντοπίζονται στην περιοχή των σιγμοειδών βαλβίδων, των στόμιων των στεφανιαίων αρτηριών και στο τοίχωμα της αορτής, Προκαλούν αντίστοιχα ανεπάρκεια αορτής, φαινόμενα στηθάγχης και αορτίτιδα.
- β. Καρδιά:** Η σύφιλη της καρδιάς συνήθως συνυπάρχει με την συφιλιδική αορτίτιδα. Χαρακτηρίζεται κυρίως από διαταραχές του ρυθμού οφειλόμενες σε κομμιώματα του μυοκαρδίου.
- γ. Αρτηρίες:** Η σύφιλη προσβάλλει τις αρτηρίες και μάλιστα με σειρά συχνότητας, του εγκεφάλου, του νωτιαίου μυελού, της στεφανιαίας και των άκρων. Η προσβολή αφορά ένα αρτηριακό τμήμα ή ένα μόνο αρτηριακό κλάδο.
- δ. Τριχοειδή:** Η συφιλιδική τριχοειδίτιδα εκδηλώνεται ως εκτατική είτε ως θρομβωτική τριχοειδίτιδα.
- ε. Φλέβες:** Η προσβολή τους είναι σπάνια. Παρατηρείται στη δευτερογόνο σύφιλη, ως φλεγμονώδης σκλήρυνση.

2. Σύφιλη του πεπτικού συστήματος

- α. Ήπαρ - Σπλήνας:** Κατά την δευτερογόνο σύφιλη η προσβολή του ήπατος λαμβάνει χώρα μεταξύ του 2ου και 5ου μήνα και εκδηλώνεται με την μορφή του πρώιμου συφιλιδικού ικτέρου. Κατά την τριτογόνο σύφιλη παρατηρείται: το σκληρο-κομμωματώδες ήπαρ όταν αυτό είναι διογκωμένο, σκληρό και ανώμαλο και τη διάμεση σκληρυντική ηπατίτιδα στην οποία το ήπαρ είναι ατροφικό.
- β. Οισοφάγος, στόμαχος και έντερο:** Η προσβολή αυτών είναι σπάνια και χαρακτηρίζεται από το σχηματισμό κομμωμάτων.

3. Σύφιλη του Αναπνευστικού συστήματος

- α. Μύτη:** Η σύφιλη της μύτης χαρακτηρίζεται από τον σχηματισμό κομμωμάτων στη βλεννογόνο και τα οστά με πιθανή συνέπεια τη διάτρηση του ρινικού διαφράγματος και την καθίζηση της μύτης.

- β. Λάρυγγας:** Στη δευτερογόνο σύφιλη παρατηρείται βρόγχος της φωνής, λόγω βλάβης των φωνητικών χορδών. Στην τριτογόνο σύφιλη παρατηρούνται κομμιώματα με ελκώσεις και άλλες καταστροφές.
- γ. Πνεύμονες:** Στους πνεύμονες η σύφιλη εμφανίζεται είτε υπό μορφή βρογχο-πλευρο-πνευμονικής σκλήρυνσης είτε υπό μορφή κομμιωμάτων.

4. Σύφιλη του ουροποιο-γεννητικού συστήματος

- α. Νεφροί:** Κατά την δευτερογόνο σύφιλη παρατηρείται οξεία λιποειδονέφρωση ή χρόνια σπειραματονεφρίτιδα.
- β. Επινεφρίδια:** Σπάνια η νόσος του Addison είναι συφιλιδικής αιτιολογίας.
- γ. Επιδιδυμίδα:** Η προσβολή της είναι σπάνια.
- δ. Όρχεις:** Η συφιλιδική ορχίτιδα διακρίνεται στην διάμεσο ινώδη ορχίτιδα και στην κομμιωματώδη.

5. Σύφιλη του κινητικού συστήματος

- α. Οστά:** Κατά την δευτερογόνο σύφιλη παρατηρούνται άλγη τα οποία γίνονται εντονότερα τη νύχτα. Παλιότερα στην τριτογόνο σύφιλη οι αλλοιώσεις των οστών ήταν συχνές. Σήμερα σπανίζουν. Οφείλονται στη διάμεση συφιλιδική διήθηση ή στην παρουσία κομμιωμάτων.
- β. Αρθρώσεις:** Η προσβολή των αρθρώσεων εκδηλώνονται στην δευτερογόνο ή την τριτογόνο σύφιλη ως οξεία ή χρόνια πολυαρθρίτιδα.
- γ. Μύες:** Προσβάλλονται συχνότερα οι μύες των άκρων και ο στερνοκλειδομαστοειδής υπό μορφή κομμιωματώδους διηθήσεως.

6. Σύφιλη των αδένων έσω εκκρίσεως

Στην τριτογόνο σύφιλη είναι δυνατόν να παρατηρηθούν διάχυτοι ή κομμιωματώδεις διηθήσεις των αδένων έσω εκκρίσεως.

7. Σύφιλη του Νευρικού συστήματος

Αυτή είναι η πλέον σοβαρή εντόπιση της σύφιλης. Αφορά κατ' εξοχήν το Κ.Ν.Σ. και τον Νωτιαίο Μυελό.

- α. Ασυμπτωματική νευρική σύφιλη:** Η διάγνωση αυτής γίνεται από τα παθολογικά ευρήματα, τα οποία λαμβάνονται κατά την εξέταση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού.
- β. Σύφιλη των μηνίγγων:** Αυτή εκδηλώνεται ως πρώιμη μηνιγγίτιδα, ως όψιμη περιγεγραμμένη μηνιγγίτιδα και ως όψιμη διάχυτη μηνιγγίτιδα.
- γ. Σύφιλη των αγγείων:** Προκαλεί στένωση και απόφραξη των αγγείων του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού και δευτεροπαθούς μαλάκυνση του εγκεφάλου, ημιπληγία και παραπληγία.
- δ. Σύφιλη του παρεγχύματος:** Εδώ ανήκουν η προχωρημένη γενική παράλυση και η πάθηση του νωτιαίου μυελού.

Προχωρημένη γενική παράλυση

Αυτή οφείλεται σε αλλοιώσεις διάχυτης μηνιγγοεγκεφαλίτιδας. Χαρακτηρίζεται από ψυχικές και νευρικές διαταραχές και από βιοχημικές αλλοιώσεις του εγκεφαλονωτιαίου υγρού.

Οι ψυχικές διαταραχές συνίστανται σε αλλαγή της προσωπικότητας, μείωση των ψυχικών λειτουργιών, σε διεγερτικές ή καταθλιπτικές κρίσεις και τέλος σε άνοια.

Οι νευρικές διαταραχές συνίστανται σε δυσαρθρία, δυσγραφία, τρόμο των χεριών και της γλώσσας και σε άλλα μηνιγγιτικά και νευρικά φαινόμενα.

Οι βιοχημικές αλλοιώσεις του εγκεφαλονωτιαίου υγρού συνίστανται σε θετικές αντιδράσεις συνδέσεως του συμπληρώματος, σε αύξηση των κυττάρων και αύξηση του λευκώματος.

Οι ορουντιδράσεις του αίματος είναι θετικές σε ποσοστό σχεδόν 100%.

Πάθηση του νωτιαίου μυελού

Αυτή οφείλεται σε φλεγμονώδης και σκληρυντικές βλάβες των μηνίγγων και των οπίσθιων δεματίων του νωτιαίου μυελού.

Κλινικά εκδηλώνεται με πολλά και ποικίλα συμπτώματα από τα οποία άλλα είναι υποκειμενικά και άλλα αντικειμενικά.

Υποκειμενικά είναι τα ακόλουθα:

- α. Άλγη διαλείποντα ή διαρκή.
- β. Άλγη των σπλάχνων (κοιλιάς, στομάχου).
- γ. Αναισθησία, υπεραισθησία ή παραισθησία (κατά πλάκας ή ριζικής τοπογραφίας).
- δ. Διαταραχές της ουρήσεως και αφοδεύσεως.
- ε. Σεξουαλική ανικανότητα.

Αντικειμενικά αναφέρονται τα ακόλουθα:

- α. Διαταραχές της αισθητικότητας.
- β. Κινητική αταξία.
- γ. Διαταραχές των αντανακλαστικών της κόρης.
- δ. Άρση των αντανακλαστικών του Αχιλλείου τένοντα και της επιγονατίδας.
- ε. Μυϊκή ατονία και αρθρική υπερελαστικότητα.
- στ. Αρθροπάθειες.
- ζ. Έλκος του πέλματος.
- η. Πρωτοπαθής ατροφία του οπτικού νεύρου.

Ιδιαίτερες μορφές σύφιλης

Υπερμόλυνση: Αυτή λαμβάνει χώρα λίγο καιρό μετά την πρώτη λοίμωξη. Αυτό συμβαίνει γιατί δεν υπάρχει ανοσία. Για να μιλήσουμε για υπερμόλυνση πρέπει να μην έχει εφαρμοστεί ακόμη θεραπεία και οπωσδήποτε ο οργανισμός να μην έχει αποστειρωθεί από το τρεπόννημα.

Αναμόλυνση: Η αναμόλυνση λαμβάνει χώρα μετά την ίαση, γιατί δεν παραμένει μόνη ανοσία. Για να είμαστε βέβαιοι ότι πρόκειται για αναμόλυνση πρέπει η διάγνωση της πρώτης σύφιλης να είναι αναμφισβήτητη, η θεραπεία να είναι δραστική και επαρκής και να έχει εμφανιστεί σύστοιχη αδενίτιδα.

Σύφιλη άνευ έλκους ή Ακέφαλη σύφιλη

Όπως λέγεται και στην ονομασία στη σύφιλη αυτή δεν παρατηρείται έλκος, η δένωση παρουσιάζεται με εκδηλώσεις δευτερογόνου σύφιλης.

Αυτό είναι δυνατόν να συμβεί:

1. Από την συγγενή σύφιλη, όπου το τρεπόννημα το ωχρό εισέρχεται στον οργανισμό του εμβρύου από τον πλακούντα.
2. Από την σύφιλη με μετάγγιση, όπου το τρεπόννημα εισέρχεται στον οργανισμό κατά του λήπτη κατά την μετάγγιση. Εάν ο δότης πάσχει από πρώιμη σύφιλη, ο λήπτης εμφανίζει βαριά δευτερογόνο σύφιλη. Εάν η σύφιλη του δότη βρίσκεται σε όψιμο στάδιο τότε η σύφιλη του λήπτη εξελίσσεται αθόρυβα.

Για την πρόληψη τη σύφιλης από μετάγγιση, πρέπει ο δότης να ελέγχεται πάντοτε πριν από την αιμοδοσία.

3. Από την ιατρογενή σύφιλη, κατά την οποία το τρεπόννημα εισέρχεται στον οργανισμό από μολυσμένα και μη αποστειρωμένα εργαλεία, κατά την εκτέλεση εγχείρισης, ένεσης κ.τ.λ.

Επαγγελματική σύφιλη

Έτσι λέγεται η σύφιλη, όταν η μόλυνση λαμβάνει χώρα κατά την άσκηση ιατρικού ή παρα-ιατρικού επαγγέλματος και αφορά τους γιατρούς, τις μαιές και το νοσηλευτικό προσωπικό. Στην επαγγελματική σύφιλη, το συφιλιδικό έλκος εντοπίζεται στα χέρια.

Πρωτο-δευτερογόνος και Δευτερο-τριτογόνος σύφιλη

Πρωτο-δευτερογόνος καλείται η μορφή εκείνη της σύφιλης κατά την οποία ανευρίσκεται στον ασθενή το συφιλιδικό έλκος με ροδάνθη ή και με άλλα εξανθήματα της δευτερογόνου σύφιλης.

Δευτερο-τριτογόνος καλείται, όταν σε αυτή ο ασθενής παρουσιάζει βλατιδώδη ή άλλα δευτερογόνα συφιλιδικά εξανθήματα με κομμιώματα.

Πρώιμη κακοήθης σύφιλη

Αυτή η σύφιλη είναι σήμερα σπάνια. Χαρακτηρίζεται από ελκωτικά εξανθήματα του δέρματος και των βλεννογόνων και από σοβαρά γενικά φαινόμενα. Το συφιλιδικό έλκος εμφανίζεται με μικρό χρόνο επώασης.

Κατά το δεύτερο στάδιο αντί ροδάνθης, εμφανίζονται βλατίδες, οι οποίες γρήγορα έλκονται. Οι ελκώσεις έχουν μέγεθος 2-5 cm, είναι στρογγυλές ή ωοειδές, έχουν πυθμένα λείο και χείλη τετμημένα.

Παρόμοιες ελκώσεις παρατηρούνται και στην βλεννογόνο της στοματικής κοιλότητας και της μύτης και είναι δυνατόν να προκαλέσουν καταστροφές της υπερώας και του ρινικού διαφράγματος.

Οι πάσχοντες εμφανίζουν γενικά φαινόμενα όπως πυρετό, ανορεξία, αναιμία, διόγκωση σπλήνας ή ήπατος. Η διάγνωση είναι συνήθως δυσχερής, γιατί το τρεπόνημα το ωχρό βρίσκεται σπάνια.

Ενδημική σύφιλη

Παρατηρείται σε ορισμένες περιοχές της γης, προσβάλλει ιδιαίτερα υποανάπτυκτους λαούς.

Οφείλεται στο τρεπόνημα το ωχρό, δεν είναι όμως αφροδίσιας προελεύσεως. Μεταδίδεται απευθείας από άνθρωπο σε άνθρωπο συνήθως μέσα από μολυσμένα αντικείμενα.

Οι κλινικές εκδηλώσεις της ενδημικής σύφιλης μοιάζουν με εκείνες της επίκτητης σύφιλης.

Το πρωτοπαθές έλκος εντοπίζεται κυρίως στο στόμα, διότι η μετάδοση γίνεται πολύ συχνά από σκεύη.

Οι τριτογόνες εκδηλώσεις παρατηρούνται συχνά σε νέα άτομα, διότι η μόλυνση λαμβάνει χώρα κατά την παιδική ηλικία.

II. ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΣΥΦΙΛΗ

Συγχρόνως λέγεται η σύφιλη η οποία λαμβάνει χώρα κατά την ενδομήτρια ζωή. Σ' αυτή την περίπτωση το έμβρυο μολύνεται από τη συφιλιδική μητέρα μέσω της πλακούντιας κυκλοφορίας. Αυτό συμβαίνει μετά τον 4ο σεληνιακό μήνα όταν η δίοδος του τρεπνήματος μέσω του πλακούντα, είναι εφικτή. Η συγγενής σύφιλη δεν συναντάται συχνά σήμερα.

Η μόλυνση του εμβρύου από τη μητέρα δεν είναι υποχρεωτική. Ο κίνδυνος μόλυνσης είναι τόσο μεγαλύτερος, όσο περισσότερο λοιμογόνος είναι η σύφιλη της μητέρας. Η μόλυνση είναι βέβαιη, εάν η μητέρα πάσχει από δευτερογόνο σύφιλη.

Επίσης ο κίνδυνος είναι μεγάλος εάν η μητέρα πάσχει από πρώιμη λανθάνουσα ή νευρική σύφιλη.

Το μέλλον του εμβρύου, εάν η μητέρα δεν υποβληθεί εγκαίρως σε θεραπεία, εξαρτάται από το χρόνο και το βαθμό της μόλυνσης.

- Εάν η μητέρα μολύνθηκε λίγο πριν τη σύλληψη, τότε το έμβρυο μολύνεται κατά τον 4ο μήνα, πεθαίνει και αποβάλλεται κατά τον 5ο με 6ο μήνα.
- Εάν η μητέρα μολύνθηκε κατά τη σύλληψη ή λίγο μετά, τότε το έμβρυο μολύνεται κατά τον 5ο με 6ο μήνα, πεθαίνει και αποβάλλεται κατά τον 7ο με 8ο μήνα, ως **διαβρεγμένο νεογνό**.
- Εάν η μητέρα μολύνθηκε κατά τον 3ο μήνα της κύησης ή και αργότερα, τότε το έμβρυο μολύνεται, επιζεί και γεννιέται συφιλιδικό.
- Εάν η μόλυνση της μητέρας συνέβη λίγες εβδομάδες προ του τοκετού, τότε το παιδί γεννάται υγιές. Υπάρχει όμως και η περίπτωση να μολυνθεί κατά τον τοκετό.

Η σύφιλη τρίτης γενιάς συμβαίνει στην περίπτωση κατά την οποία η μητέρα πάσχει από συγγενή σύφιλη και δεν έχει υποβληθεί σε θεραπεία και δεν έχει ιαθεί. Η μετάδοση ωστόσο στο κυοφορούμενο έμβρυο είναι ελάχιστα πιθανή.

Οι εκδηλώσεις της συγγενούς σύφιλης είναι δυνατόν να εμφανιστούν ευθύς αμέσως, κατά τη γέννηση ή αργότερα μετά από εβδομάδες. Έτσι η συγγενής σύφιλη διακρίνεται σε πρώιμη και όψιμη σύφιλη.

Πρώιμη λέγεται η συγγενής σύφιλη, όταν οι εκδηλώσεις υφίστανται κατά τη γέννηση ή παρουσιαστούν κατά τα πρώτα 2-4 χρόνια.

Όψιμη λέγεται η συγγενής σύφιλη όταν οι εκδηλώσεις της ασθένειας παρουσιαστούν μετά τον 4ο χρόνο και συνηθέστερα κατά τη σχολική και εφηβική ηλικία.

Η συγγενής σύφιλη είναι "ακέφαλη" ή "άνευ έλκους". Οι οροαντιδράσεις κατά αυτή είναι από την αρχή θετικές.

Η συγγενής σύφιλη στο 60% των περιπτώσεων είναι **λανθάνουσα**, διαγιγνώσκεται δηλαδή από τις θετικές οροαντιδράσεις. Η παρουσία όμως των συνήθων θετικών αντιδράσεων στον ορό του νεογνού τους 3 πρώτους μήνες δεν σημαίνει πάντοτε την ύπαρξη σύφιλης, διότι οι θετικές οροαντιδράσεις είναι δυνατό να οφείλονται σε αντισώματα της μητέρας, τα οποία έχουν εισέλθει στο έμβρυο δια της πλακούντιας κυκλοφορίας. Η διάγνωση, για τον καθορισμό του τίτλου αντισωμάτων της μητέρας και του νεογνού,

με την παρακολούθηση του τίτλο των αντισωμάτων του νεογνού, δια του ποσοτικού προσδιορισμού των IgM σφαιρινών στον ορό του νεογνού, δεν είναι πάντοτε ασφαλής. Μέθοδος εκλογής θεωρείται η IgM - FTA μέθοδος. Κατά αυτήν ανιχνεύονται ειδικά αντισώματα (IgM) έναντι του ωχρού τρεπονήματος, τα οποία δεν διέρχονται τον πλακούντα. Η παρουσία αυτή των αντισωμάτων στον ορό του νεογνού σημαίνει, ως εκ τούτου, λοίμωξη δια του τρεπονήματος.

Στην συγγενή σύφιλη περιγράφονται πλην των εν ενεργεία συφιλιδικών εκδηλώσεων και τα συφιλιδικά στίγματα.

A. ΠΡΩΙΜΗ ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΣΥΦΙΛΗ

Κατ' αυτή, είναι δυνατόν να παρατηρηθούν οι εξής εκδηλώσεις:

1. Ηπατο - σπληνομεγαλία.

Απαντάται στο 94% περίπου των περιπτώσεων. Το ήπαρ και ο σπλήνας είναι λίαν διογκωμένα, αρχικά μαλακά, και αργότερα σκληρά.

2. Εξανθήματα από το δέρμα.

Απαντάται στο 82% περίπου των περιπτώσεων.

α. Συφιλιδική πέμφιξ. Χαρακτηρίζεται από πλαδαρές πολφύλυγες, που περιέχουν κίτρινο υγρό - εντοπίζονται κυρίως στις παλάμες και τα πέλματα ή και αλλού. Μετά τη ρήξη τους παραμένουν διαβρώσεις και ελκώσεις.

Είναι άκρως μεταδοτικές.

β. Ερυθματώδη και βλατιδώδη εξανθήματα. Αυτά μοιάζουν με τα εξανθήματα της επίκτητου δευτερογόνου σύφιλης. Είναι διαφόρου εντοπίσεως και έκτασης.

γ. Διάχυτος διήθηση γύρω από το στόμα. Σχηματίζονται γραμμαιοειδείς ραγάδες γύρω από το στόμα, μετά την ίαση των οποίων παραμένουν μόνιμα ακτινοειδείς ουλές.

δ. Συφιλιδική αλωπεκία και παρωνυχία.

3. Εκδηλώσεις από τους βλεννογόνους

Απαντάται στο 77% περίπου των περιπτώσεων.

α. Συφιλιδική ρινίτιδα. Σ' αυτήν την περίπτωση ρέει από τη μύτη υγρό πύωδες ή πυοαιματηρό, πλήρες σε τρεπόνιμα. Ο διηθημένος βλεννογόνος της μύτης και ο σχη-

ματισμός εφελκίδων αποφράσσουν τη μύτη και δυσχεραίνουν την αναπνοή και τον θηλασμό του νεογνού.

β. Λαρυγγίτιδα. Προκαλεί βρογχώδες κλαψούρισμα.

4. Εκδηλώσεις από τα οστά

α. Οστεοχονδρίτιδα. Εντοπίζεται μεταξύ διάφυσης και επίφυσης των επιμήκων οστών. Στα άνω άκρα προκαλεί την ψευδοπαράλυση του Parrot.

β. Περιοστίτιδα. Προκαλεί υπερπλασία της διάφυσης των επιμήκων οστών.

5. Χοριοαμφιβληστροειδίτιδα, Μηνιγγίτιδα, Υδροκέφαλος, Μικροπολυαδενίτιδα και Αναιμία, παρατηρούνται σπανιότερα.

Ενίοτε το νεογνό παρουσιάζει ανορεξία, εμετούς, διάρροια, σπανίως είναι λιποβαρές, ατροφικό και εμφανίζει όψη μικρού γέροντος.

B. ΟΨΙΜΟΣ ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΣΥΦΙΛΗ

Οι βλάβες της όψιμης συγγενούς σύφιλης είναι κατά το πλείστον φυματώδεις, κομμιοματώδεις και ελκωτικές. Μερικές από τις πιο χαρακτηριστικές βλάβες της οψίμου σύφιλης είναι οι εξής:

1. Παρεγχυματώδης κερατίδα. Αυτή είναι η συχνότερη βλάβη της όψιμης σύφιλης. Παρουσιάζεται συνήθως κατά τη σχολική ηλικία και χαρακτηρίζεται από θόλωση του κερατοειδούς, η οποία είναι δυνατόν, αποχωρώντας να αφήσει διαταραχές στην όραση ακόμη και τύφλωση.

2. Μέση ωτίτιδα. Οι βλάβες σ' αυτή την περίπτωση αφορούν κυρίως τις απολήξεις του κοχλιακού νεύρου στο λαβύρινθο και προκαλούν σταδιακή κώφωση. Συχνά συνυπάρχει με την κερατίτιδα. Η παρεγχυματώδης κερατίτιδα και η μέση ωτίτιδα οφείλονται σε ανοσολογική αντίδραση του οργανισμού και όχι ευθέως στο τρεπόννημα.

3. Βλάβες των οστών.

Αυτές εμφανίζονται συνήθως μεταξύ 5ου και 20ου έτους.

α. Κομμιώματα. Είναι δυνατόν να εντοπιστούν στην σκληρή υπερώα και να προκαλέσουν τη διάτρησή της. Επίσης είναι δυνατόν να προκαλέσουν παραμόρφωση της μύτης ή και άλλων οστών.

β. Οστεοπεριοστίτιδα. Προκαλεί υπερτροφία, πάχυνση και διόγκωση των οστών. Συνηθέστερα εμφανίζεται στην κνήμη, στα οστά του θόλου του κρανίου ή και σε άλλα οστά.

4. Βλάβες των αρθρώσεων.

Συνήθως προσβάλεται η κατά γόνυ άρθρωση, υπό μορφή υδράρθρου. Οι βλάβες αφορούν στον αρθρικό θύλακο. Η αρθρίτιδα είναι ανώδυνη και συνήθως αποκαθίσταται. Η αντισυφιλιδική θεραπεία είναι άνευ αποτελέσματος.

5. Βλάβες του νευρικού συστήματος.

Αυτές παρατηρούνται από το 6ο έως το 20ο έτος: ασυμπτωματική νευροσίφιλη, μηνιγγίτιδα, ατροφία του οπτικού νεύρου, διαταραχές του εγκεφάλου από αποφράξεις των αγγείων, νεανική γενική παράλυση.

Κομμιωματώδεις βλάβες των σπλάγχων, καθώς και κρυσταλλοειδή παρατηρούνται σπάνια στην συγγενή σύφιλη.

Στίγματα συγγενούς σύφιλης

Βλάβες της πρώιμης και όψιμης σύφιλης, προκαλούν δυσμορφίες και ουλές, τα στίγματα. Αυτά παραμένουν εφ' όρου ζωής και επιβάλλουν την περαιτέρω έρευνα, προς διαπίστωση υπάρξεως ή μη σύφιλης εν ενεργεία.

α. Οδόντες Hutchinson: Οφείλονται σε πλημμελή ανάπτυξη των μόνιμων δοντιών.

β. Γομφίοι του Mullbery.

γ. Κερατίτιδα παραγχομώδης.

δ. Κώφωση ή βαρηκοΐα του μέσου ωτός.

ε. Ακτινοειδείς ουλές του Parrot.

στ. Δυσμορφίες της μύτης.

ζ. Δυσμορφίες εκ βλαβών των οστών.

5. Α. Σύφιλη Εγκύου

Η σύφιλη της εγκύου έχει μεγάλη σπουδαιότητα και συνδέεται άμεσα με την Συγγενή Σύφιλη. Πρόκειται για την έγκυο γυναίκα που θα τύχει να μολυνθεί. Το φαινόμενο αυτό δεν είναι καθόλου σπάνιο, ενώ αντίθετα είναι σοβαρή κατάσταση, με την έννοια της γέννησης ενός άρρωστου παιδιού που δεν ευθύνεται ούτε για την σύφιλη της μητέρας του, ούτε για την σύλληψή του αλλά ούτε για την ανευθυνότητα του περιβάλλοντος - ιατρικού, παραϊατρικού προσωπικού και μητέρας, ώστε να γεννηθεί τελικά άρρωστο και σηματοδεδεμένο.

Βέβαια υπάρχει σήμερα - τουλάχιστον στη χώρα μας - καλά οργανωμένο σύστημα ελέγχου και μόνο αμέλεια στη μητέρα θα μπορούσε να καταλογιστεί.

Στην περίπτωση της Σύφιλης της εγκύου ισχύουν μερικές αρχές που πρέπει να κατανοηθούν καλά. Αυτές είναι:

- α) Μόλυνση μέσω του ωαρίου ή και σπερματοζωαρίου είναι ανέφικτη. Η μόλυνση γίνεται μόνο μέσω του πλακούντος και μόνο μέσω της μητέρας.
- β) Μέχρι και τον 4 σεληνιακό μήνα η ωχρά σπειροχαίτη δεν περνά από τον πλακούντα. Έτσι αν η μητέρα έχει μολυνθεί ωρύτερα και έχει συμπληρώσει ικανοποιητική θεραπεία ως το όριο αυτό (των 4 μηνών) το κύημα σε καμμία περίπτωση δεν μολύνεται από σύφιλη.
- γ) Αν η μητέρα μολυνθεί μετά τον 5ο μήνα αυτόματα μολύνεται και το κύημα.
 1. Αν τώρα η μητέρα υποβληθεί σε θεραπεία αμέσως, τότε θα γεννηθεί γερό παιδί.
 2. Αν η μητέρα μολυνθεί μετά τον 5ο μήνα και παραμελήσει τον θεραπεία της ως τον 9ο μήνα και τότε υποβληθεί σε κανονική θεραπεία, τότε η μητέρα και το παιδί θα αποστειρωθούν από σπειροχαίτη. Όμως το παιδί για μεγάλο διάστημα - 2 έως 3 μήνες - θα υφίσταται τη λοιμογόνο επίδραση της ωχράς σπειροχαίτης και ως εκ τούτου θα γεννηθεί παιδί στείρο μεν αλλά με συφιλιδικά στίγματα.
 3. Αν δεν γίνει καμμία θεραπεία ως τον τοκετό, τότε το παιδί θα έχει και μολυσματική μορφή πρώιμου συγγενούς συφιλίδος.
 4. Αν η μητέρα μολυνθεί αργά, δηλ. στον 8ο μήνα και γεννήσει χωρίς να κάνει εντω μεταξύ θεραπεία, τότε θα γεννηθεί παιδί με εκδηλώσεις πρώιμου συγγενούς

συφιλίδος χωρίς όμως να έχει συφιλιδικά στίγματα λόγω της ολιγόχρονης επίδρασης της σπειροχαΐτης στον οργανισμό του.

B. Σύφιλη και Γάμος

Κατά την έκδοση του προγαμιαίου πιστοποιητικού ή και σε άλλες περιπτώσεις γίνεται συχνά η ερώτηση στο γιατρό, αν ένα συφιλιδικό άτομο μπορεί να κάνει γάμο και να αποκτήσει παιδιά.

1. Άνδρας: Παραδεχόμαστε ότι το έμβρυο δεν μολύνεται κατά τη σύλληψη κατευθείαν από τον πατέρα. Ως εκ τούτου ο γάμος και η απόκτηση παιδιών, στον άνδρα, επιτρέπεται, εφόσον αυτός δεν πάσχει από μολυσματική σύφιλη. Αυτός βέβαια πρέπει να υποστεί πλήρη και επαρκή αντισυφιλιδική θεραπεία για τον κίνδυνο της υποτροπής και της δυνατότητας να καταστεί εκ νέου μεταδοτικός.

2. Γυναίκα: Ο γάμος επιτρέπεται, εφόσον αυτή δεν πάσχει από μολυσματική σύφιλη. Η τεκνοποιία επιτρέπεται μόνο όταν υποστεί πλήρη και επαρκή αντισυφιλιδική θεραπεία και πληρούνται τα κριτήρια ίασεως.

Οποσδήποτε σε κάθε κύηση η γυναίκα είναι υποχρεωτικό να κάνει εξετάσεις για να διαγνωσθεί η τυχόν σύφιλη. Αν οι εξετάσεις δείξουν ότι υπάρχει μόλυνση, η μητέρα αρχίζει θεραπεία και μαζί θεραπεύεται και το έμβρυο. Αν δεν γίνει η θεραπεία το έμβρυο μπορεί να γεννηθεί φαινομενικά υγιές, αλλά αργότερα να παρουσιάσει βλάβες στα μάτια, στα αυτιά και στα δόντια. Απαραίτητη είναι η συχνή παρακολούθηση.

6. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΣΤΗ ΣΥΦΙΛΗ

Οι εργαστηριακές εξετάσεις στη σύφιλη είναι απαραίτητες: σε κάθε περίπτωση, κατά την οποία οι υπάρχουσες κλινικές βλάβες γεννούν υποψία σύφιλης, αλλά και αν ακόμη αυτές είναι τυπικές, για τη διάγνωση της λανθάνουσας σύφιλης, κατά την οποία δεν υπάρχουν κλινικές εκδηλώσεις, για την παρακολούθηση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων, για την παρακολούθηση της εξέλιξης της νόσου και τέλος γιατί χρησιμεύουν ως κριτήριο ίασης.

Οι χρησιμοποιούμενες στην πράξη εργαστηριακές εξετάσεις είναι:

1. Η αναζήτηση του τρεπονήματος του ωχρού.
2. Οι ορολογικές αντιδράσεις.
3. εξέταση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού.
4. Η δερματοαντίδραση με λουετίνη.

1. Αναζήτηση του ωχρού τρεπονήματος

Αυτή γίνεται:

- Στην πρωτογόνο σύφιλη, στον ορό του συφιλιδικού έλκους.
- Στη δευτερογόνο σύφιλη, στον ορό των συφιλιδικών πλακών.
- Στη συγγενή σύφιλη, στο περιεχόμενο των πομφολύγων της συφιλιδικής πέμφιγος και στο έκκριμα της μύτης επί συφιλιδικής ρινίτιδας.

2. Ορολογικές αντιδράσεις

Μ' αυτές ανιχνεύονται αντισώματα τα οποία παράγονται στον οργανισμό και κυκλοφορούν στον ορό του αίματος μετά τη συφιλιδική λοίμωξη.

Οι οροαντιδράσεις είναι χρήσιμες για την επιβεβαίωση της κλινικής διάγνωσης, όταν υπάρχουν κλινικές εκδηλώσεις. Είναι πολύτιμες για την παρακολούθηση της εξέλιξης της σύφιλης. Τέλος είναι απαραίτητες για τη διάγνωση της λανθάνουσας σύφιλης σε περίπτωση υποψίας ή κατά την προληπτική εξέταση μεγάλων πληθυσμιακών ομάδων.

Η αξία εν τούτοις των οροαντιδράσεων δεν είναι απόλυτη, και τα αποτελέσματα θα πρέπει πάντα να αξιολογούνται από γιατρό.

Οι εφαρμοσμένες οροαντιδράσεις στην σύφιλη, διαιρούνται ανάλογα του χρησιμοποιούμενου αντιγόνου, σε δύο κατηγορίες:

A. Σε αντιδράσεις για μη τρεπονηματικά αντιγόνα.

B. Σε αντιδράσεις για τρεπονηματικά αντιγόνα.

A. α. Αντιδράσεις συνδέσεως συμπληρώματος

β. Αντιδράσεις κροκυδώσεως.

B. α. Δοκιμασία ακινητοποιήσεως του ωχρού τρεπονήματος.

β. Δοκιμασία φθοριζόντων τρεπονηματικών αντισωμάτων.

Για να αξιολογήσουμε τα αποτελέσματα των οροαντιδράσεων πρέπει να γνωρίζουμε ότι αυτές χωρίς θεραπεία αποβαίνουν ως εξής:

- α. Πρωτογόνος σύφιλη:** Η θετικοποίηση αρχίζει μετά την 35η μέρα από τη μόλυνση.
- β. Δευτερογόνος σύφιλη:** Κατ' αυτή όλες οι οροαντιδράσεις, ειδικές και μη ειδικές είναι έντονα θετικές.
- γ. Τριτογόνος και σπλαγγική σύφιλη.** Σ' αυτήν οι αντιδράσεις συνδέσεως του συμπληρώματος και κροκυδώσεως με την πάροδο του χρόνου παραμένουν θετικές στο 60% των περιπτώσεων.

Μετά από πλήρη και επαρκή αντισυφιλιδική θεραπεία, η αρνητικοποίηση των οροαντιδράσεων εξαρτάται από τον χρόνο έναρξής της.

Έτσι:

- Εάν η θεραπεία αρχίσει κατά το προορολογικό στάδιο, τότε όλες οι αντιδράσεις παραμένουν αρνητικές.
- Εάν η θεραπεία αρχίσει εντός 5-6 μηνών από τη μόλυνση, τότε οι οροαντιδράσεις αρνητικοποιούνται σε μεγάλο ποσοστό των περιπτώσεων.
- Εάν η θεραπεία αρχίσει μετά από 5-6 μήνες τότε οι μη ειδικές οροαντιδράσεις αρνητικοποιούνται στο 80% περίπου των περιπτώσεων, και οι ειδικές στο 20% περίπου των περιπτώσεων.

3. Εγκεφαλονωτιαίο υγρό

Αυτό εξετάζεται στην περίπτωση υποψίας του Κ.Ν.Σ. Κατά τη διαδρομή της σύφιλης ή για να χρησιμεύσει ως στοιχείο ίασης της νόσου μετά από τη θεραπεία.

Εξετάζονται: Ο αριθμός των λεμφοκυττάρων, το λεύκωμα, οι ειδικές και μη ειδικές οροαντιδράσεις.

- α. Λεμφοκυττάρωση.** Το φυσιολογικό Ε.Ν.Υ. περιέχει 0 - 3 λεμφοκύτταρα/ml. Πάνω από αυτόν τον αριθμό το υγρό είναι παθολογικό. Η λεμφοκυττάρωση παρατηρείται επί προσβολής των μηνίγγων.
- β. Λεύκωμα.** Το ποσό της λευκωματίνης ανέρχεται φυσιολογικά σε 0,25 gr και των ολικών λευκωμάτων σε 0,40 gr / 1.000 ml. Πέραν αυτών των ποσών το υγρό είναι παθολογικό.

γ. Μη ειδικές οροαντιδράσεις της σύφιλης είναι κατά το πλείστον θετικές, ενώ οι ειδικές είναι πάντοτε θετικές στην περίπτωση νευροσύφιλης.

4. Δερματοαντίδραση δια λουετίνης

Αυτή είναι ανάλογη με την αντίδραση Mantoux. Η λουετίνη ενίεται ενδοδερμικά. Σε περίπτωση θετικού αποτελέσματος εντός 48 ωρών, παρατηρείται βλατίδα διαμέτρου 1 cm, περιβαλλόμενη από ερυθρηματώδη άλω.

7. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΥΦΙΛΗΣ

Για τη θεραπεία της σύφιλης χρησιμοποιήθηκαν χρονολογικώς τα παρακάτω φάρμακα:

Ο Υδράργυρος από το 1495 και από το 1568 συστηματικά.

Το Ιωδιούχο Κάλιο από το 1836.

Το Αρσενικό από το 1909-1910.

Η Πυρετοθεραπεία στη νευρική σύφιλη από το 1918.

Το Βισμούθιο από το 1920-21.

Η Πενικιλίνη από το 1943.

1. Πενικιλίνη

Φάρμακο εκλογής, σήμερα, για τη θεραπεία της σύφιλης σε όλα τα στάδια και σε όλες τις μορφές της, είναι η πενικιλίνη. Είναι το ισχυρότερο αντισυφιλιδικό και το πλέον ατοξικό φάρμακο, από αυτά που έχουν χρησιμοποιηθεί έως τώρα. Το τρεπόννημα το ωχρό εξαφανίζεται από τον ορό του συφιλιδικού έλκους 5-24 ώρες μετά από χορήγηση θεραπευτικής δόσης πενικιλίνης. Η διακοπή της πενικιλινοθεραπείας, λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών, καθίσταται αναγκαία στο 0,8 - 1% μόνο των περιπτώσεων. Είναι επιπλέον εύκολης χρήσης. Τα παράγωγα για τη θεραπεία της σύφιλης χορηγούνται ενδομυϊκώς κάθε 1η, 2η, 3η, 4η, 5η μέρα.

Η πενικιλίνη είναι τρεπονηματοστατικό και τρεπονηματοκτόνο φάρμακο. Εμποδίζει τη σύνθεση βλεννοπεπτιδίου, απαραίτητου συστατικού του περιβλήματος του

τρεπνήματος και των μικροβίων εν γένει. Η δράση της είναι αποτελεσματική κατά το στάδιο του πολλαπλασιασμού και όχι κατά το στάδιο της ηρεμίας του τρεπνήματος.

Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας εξαρτάται, ως εκ τούτου, από την εφάπαξ δόση, αλλά και από τη διάρκεια της θεραπείας. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για την όψιμη σύφιλη, κατά την οποία η φάση πολλαπλασιασμού των τρεπνημάτων γίνεται σε αραιότερα και απροσδιόριστα χρονικά διαστήματα.

Για να πετύχουμε αποτελεσματική θεραπεία, η πυκνότητα της πενικιλίνης στον ορό του αίματος πρέπει να ανέλθει σε 0,03 IU/ml και να διατηρηθεί, επί 10 τουλάχιστον ημέρες, κατά την πρώιμη σύφιλη. Αυτό επιτυγχάνεται με τη χορήγηση ενδομυϊκά 300.000 IU προκαϊνούχου πενικιλίνης παρατεταμένης ενέργειας σε ανάλογους χρόνους.

Ενώ όμως όλοι οι συγγραφείς συμφωνούν για την αποτελεσματικότητα και την ατοξικότητα της πενικιλίνης, δεν υπάρχει εν τούτοις συμφωνία για το θεραπευτικό σχήμα, δηλ. για την ολική δόση και τη διάρκεια της θεραπείας. Σε σχετική έρευνα της Π.Ο.Υ διαπιστώθηκε ότι ακολουθούνται 294 διάφορα θεραπευτικά σχήματα.

Το σχήμα που εφαρμόζεται συνήθως για να υπάρχουν περιθώρια ασφάλειας είναι το εξής:

Για την περίπτωση πρώιμης σύφιλης χορηγούμε συνολικά περί τις 15.000.000 IU πενικιλίνης παρατεταμένης ενέργειας εντός 36-45 ημερών.

Σε περίπτωση όψιμης σύφιλης χορηγούμε συνολικά περί τα 30.000.000 I.U. πενικιλίνη εντός 75-90 ημερών.

Σε περίπτωση κλινικής νοσηλείας ασθενούς που πάσχει από μεταδοτική σύφιλη, η πενικιλίνη χορηγείται καθημερινά επί 15 ημέρες.

Μετά τη θεραπεία, κατά την πρωτογόνο και δευτερογόνο σύφιλη, οι κλινικές εκδηλώσεις υποχωρούν μέσα σε 1-4 εβδομάδες από την έναρξη εκτός της αδενίτιδας και της λευκομελανοδερμίας οι οποίες παραμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα. Κατά την τριτογόνο σύφιλη, τα δερματικά κομμιώματα και τα φυματώδη εξανθήματα υποχωρούν εντός 4-6 εβδομάδων. Σε περίπτωση προβολής του Ν.Σ., η θεραπεία δεν αποκαθιστά τις εκφυλιστικές ή νεκρωτικές εκδηλώσεις, έτσι παραμένουν μόνιμες διαταραχές και κατάλοιπα παθολογικών εκδηλώσεων.

Προληπτική θεραπεία

Έτσι λέγεται η θεραπεία που εφαρμόζεται σε άτομα που ήρθαν σε στενή επαφή με συφιλιδική εστία μόλυνσης. Για να είναι αυτή ασφαλής πρέπει να είναι η ίδια προς τη θεραπεία της προορολογικής σύφιλης. Η προληπτική θεραπεία δεν πρέπει να εφαρμόζεται παρά σε έκτακτες περιστάσεις.

Θεραπεία συγγενούς σύφιλης

Φάρμακο εκλογής και στη συγγενή σύφιλη είναι η πενικιλίνη.

Στην πρώιμη και την όψιμη συγγενή σύφιλη αρκεί κατά τους Αγγλο-Σάξονες η χορήγηση 50.000 I.U. πενικιλίνης παρατεταμένης ενέργειας ανά Kg βάρους κάθε μέρα επί 10 ημέρες.

Για νεογνό βάρους 3 Kg π.χ. χορηγούν 150.000 I.U. ημερησίως επί 10 μέρες, δηλ. συνολικά 1.500.000 I.U.

Κατ' άλλους συγγραφείς η θεραπεία πρέπει να διαρκεί κατά την πρώιμη συγγενή σύφιλη επί 45 ημέρες και κατά την όψιμη επί 90 ημέρες. Σ' αυτό το χρονικό διάστημα χορηγούνται στα νεογνά 50.000 I.U. ανά Kg βάρους, ανά τριήμερο.

Προληπτική θεραπεία συγγενούς σύφιλης

Αυτή συνίσταται στη θεραπεία εγκύου γυναίκας που πάσχει από σύφιλη. Η θεραπεία είναι ανάλογη με το στάδιο εξέλιξης της σύφιλης. Σε περίπτωση δεύτερης και τρίτης κύησης, συνιστάται για λόγους ασφαλείας, επανάληψη βραχείας αντισυφιλιδικής θεραπείας κατά τον 3ο μήνα της κύησης. (600.000 I.U. πενικιλίνης παρατεταμένης ενέργειας ημερησίως επί 10 ημέρες).

Ανεπιθύμητες ενέργειες της πενικιλίνης

α) Αντίδραση Jarisch - Herxheimer. Λίγες ώρες μετά την πρώτη ένεση πενικιλίνης ή οποιουδήποτε άλλου δραστικού αντισυφιλιδικού φαρμάκου, είναι δυνατόν να εμφανιστούν γενικά και τοπικά φαινόμενα, τα οποία συνιστούν γενική κακουχία, υψηλό πυρετό (39 ° - 40 ° C διάρκειας λίγων ωρών), επιδείνωση των υφισταμένων βλαβών ή και εμφάνιση νέων. Επικίνδυνες είναι οι εκδηλώσεις, εάν η σύφιλη εντοπίζεται στην αορτή, τα αγγεία και το Κ.Ν.Σ. Η αντίδραση των Jarisch - Herxheimer

είναι τοξική ή αλλεργικής φύσεως και οφείλεται στη μαζική καταστροφή των τρεπονημάτων.

Για την προφύλαξη, πρέπει να χορηγήσουμε επί 2-3 ημέρες προ της έναρξης της πενικιλλινοθεραπείας, κυανιούχος υδράργυρο (Bolger) ή βισμούθιο σε ενέσεις ή πρενδιζολόνη. Σε περίπτωση εμφάνισης επικίνδυνης αντίδρασης, χορηγούμε ενδοφλεβίως ή ενδομυϊκώς μεγάλες δόσεις κορτικοστεροειδών.

Η αντίδραση Jarisch - Herxheimer δεν αποτελεί αιτία διακοπής της πενικιλλινοθεραπείας.

β) Αλλεργικές αντιδράσεις έναντι της πενικιλίνης. Είναι γνωστό ότι η πενικιλίνη αυτή καθ' αυτή, είναι δυνατό να προκαλέσει ελαφριές ή βαριές αντιδράσεις, σε ευαίσθητα άτομα. Αυτές εκδηλώνονται, ως κνίδωση, φαρμακικό εξάνθημα τύπου πολύμορφου ερυθήματος, δερματίτιδα, ερυθροδερμία ή υπό μορφή αφυλακτικής καταπληξίας, η οποία δυνατό να προκαλέσει ακόμη και το θάνατο.

Για την προφύλαξη πρέπει, πριν την έναρξη της θεραπείας με πενικιλίνη, να ρωτηθεί ο ασθενής, αν είναι αλλεργικό άτομο, εάν είναι ευαίσθητος στην πενικιλίνη και να του γίνει αλλεργικό test. Εάν εκδηλωθεί αναφυλακτικό shock πρέπει να επέμβουμε χορηγώντας αδρεναλίνη, αντιϊσταμινικά και κορτικοστεροειδή φάρμακα.

Μορφές και ιδιοσκευάσματα πενικιλίνης:

1. Κρυσταλλική πενικιλίνη G
2. Προκαϊνούχος πενικιλίνη G με 2% μονοστεαρικό Αργίλιο.
3. Βενζαθινο-πενικιλίνη.
4. Κλεμιζολο-πενικιλίνη.

2. Άλλα αντιβιοτικά.

Εάν ο ασθενής είναι αλλεργικός στην πενικιλίνη, τότε για τη θεραπεία της σύφιλης χρησιμοποιούνται αντιβιοτικά ευρέως φάσματος, στα οποία όμως το τρεπόννημα το ωχρό είναι λιγότερο ευαίσθητο απ' ό,τι στην πενικιλίνη.

α. Ερυθρομυκίνη: Χορηγούνται από του στόματος 500 mg ερυθρομυκίνης ανά 6ωρο επί 10-15 ημέρες, ολική δόση 20-30 gr.

β. Τετρακυκλίνες: Χορηγούνται από του στόματος 750 mg χλωροτετρακυκλίνης, οξυτετρακυκλίνης ή τετρακυκλίνης ανά 6ωρο, επί 10-15 ημέρες.

ολική δόση 30-45 γρ. Η δόση αυτή είναι δυνατόν να χορηγηθεί εν μέρει ενδομυϊκώς.

γ. Κεφαλοσπορίνες: Keflin inj (fl 1 g), Ceforan inj (fl 250 mg 500 mg, 1 g), Velosef inj (fl 1 g.): Χορηγείται 1 g ενδομυϊκώς, άπαξ ημερησίως, επί 10-15 ημέρες.

δ. Χλωραμφενικόλη: Αυτή χρησιμοποιείται λιγότερο, γιατί είναι τοξική.

3. Βισμούθιο

Αυτό αποτέλεσε κάποτε το σημαντικότερο φάρμακο για τη θεραπεία της σύφιλης, επειδή είναι αρκετά αποτελεσματικό και όχι πολύ τοξικό.

Το βισμούθιο φέρεται υπό μορφή αλάτων ελαιοδιαλυτών και αλάτων αδιάλυτων. Ενίεται ενδομυϊκώς στο γλουτό, δύο φορές την εβδομάδα. Κάθε σειρά αποτελείται από 12-16 ενέσεις. Μετά διακοπή ενός μηνός, είναι δυνατό να χορηγηθούν μία ή και περισσότερες σειρές, εναλλάξ με "σειρές" πενικιλίνης.

Ανεπιθύμητες ενέργειες του βισμουθίου είναι: "Γρίπη" από βισμούθιο, "παρυφή" βισμουθίου, ουλίτιδα, στοματίτιδα, νεφρίτιδα, ερυθροδερμία, πελινδοειδής δερματίτιδα και άσηπτο απόστημα.

Πυρετοθεραπεία.

Αυτή εφαρμόζεται σε συνδυασμό με την πενικιλινοθεραπεία στη σύφιλη του Κ.Ν.Σ. και ιδιαίτερα στην οξεία ατροφία του οπτικού νεύρου. Συνίσταται στην πρόσκληση 10-12 εξάρσεων πυρετού (39 ° και άνω), είτε με ενέσεις πυρετογόνων ουσιών, είτε με εμβόλιο.

Κορτικοστεροειδή.

Αυτά χρησιμοποιούνται σε μικρές δόσεις για πρόληψη της αντίδρασης Herxheimer, σε μεγάλες δόσεις για τη θεραπεία της και σε μικρές ή μεγάλες δόσεις για τη συμπτωματική θεραπεία οδυνηρών εκδηλώσεων σπλαχνικής ή νευρικής σύφιλης.

Ο υδράργυρος, το αρσενικό και το ιωδιούχο κάλιο, δεν χρησιμοποιούνται πλέον στη θεραπεία της σύφιλης.

Παρακολούθηση των ασθενών μετά την θεραπεία

Μετά τη θεραπεία, οι ασθενείς θα πρέπει να παρακολουθούνται κλινικά και ορολογικά επί 4 χρόνια, σε περίπτωση πρώιμης σύφιλης, Σε περίπτωση όμως όψιμης σύφιλης ο ασθενής παρακολουθείται για περισσότερα χρόνια.

Οι κλινικές και ορολογικές εξετάσεις πρέπει να επαναλαμβάνονται ανά 3μηνο κατά τον πρώτο χρόνο, ανά 6μηνο κατά το δεύτερο χρόνο και μια φορά το χρόνο για τα επόμενα χρόνια.

Το E.N.Y. πρέπει να εξετάζεται μετά το τέλος του πρώτου έτους. Εάν είναι φυσιολογικό, δεν απαιτείται νέα εξέταση, διαφορετικά πρέπει να εξεταστεί εκ νέου 1-2 μήνες μετά τη νέα θεραπεία.

Σε περίπτωση υποτροπής είτε κλινικής, είτε ορολογικής, η θεραπεία πρέπει να επαναλαμβάνεται, με τη χορήγηση διπλάσιας δόσης πενικιλίνης σε διπλάσιο χρόνο.

Το μεγαλύτερο ποσοστό υποτροπών μετά από θεραπεία παρατηρείται κατά τον 1ο χρόνο, μεταξύ 9ου και 12ου μήνα.

Κριτήριο ίασης

Απόλυτο κριτήριο ίασης της σύφιλης δεν υπάρχει σήμερα. Υπάρχουν εν τούτοις κλινικά, εργαστηριακά και θεραπευτικά δεδομένα, τα οποία μας επιτρέπουν να βεβαιώσουμε πρακτικά την ίαση της σύφιλης. Αυτά είναι:

- α. Πλήρης και επαρκής θεραπεία κατά την περίοδο της πρώιμης σύφιλης.
- β. Έλλειψη παντός κλινικού συμπτώματος από 4ετίας.
- γ. Αρνητικές μη ειδικές οροαντιδράσεις, εάν η αντισυφιλιδική θεραπεία άρχισε εγκαίρως, τουλάχιστον από 4ετίας.
- ε. Αρνητική δοκιμασία των Nelson - Mayer.

Γ. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Γενικά

Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα περιλαμβάνουν νοσήματα τα οποία μεταδίδονται, αν και όχι αποκλειστικά, κατά την συνουσία.

Διακρίνονται σε δύο ομάδες. Στην πρώτη ανήκουν τα από παλιά γνωστά ως αφροδίσια νοσήματα: σύφιλη, βλεννόρροια, αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα, μαλακό έλκος, βουβωνικό κοκκίωμα. Στην δεύτερη ομάδα περιλαμβάνονται: η μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα, τα οξυτενή κονδυλώματα, ο έρπης των γεννητικών οργάνων, η μολυσματική τέρμινθος, η τριχομονάδες, η ψώρα και η φθειρίαση του εφηβαίου.

α. Αφροδίσιο Λεμφοκοκκίωμα: Πρόκειται για αφροδίσια νόσο η οποία χαρακτηρίζεται στον άνδρα από μια πρωτοπαθής, παροδική φυσαλίδα βλατίδας κατά τα γεννητικά όργανα. την οποία ακολουθεί βουβωνική αδενίτιδα, και σχηματίζει βουβωνικό απόστημα. Στη γυναίκα εμφανίζεται με εξελκώσεις των γεννητικών οργάνων, ουλές, χρόνιο οίδημα, στενώματα του ορθού και συρίγγια.

β. Μαλακό Έλκος: Οφείλεται στον στρεπτοβάκιλλο του DUGREY και ανακαλύφθηκε το 1889. Είναι νόσος τοπική. Η επώαση της νόσου διαρκεί 2-5 ημέρες. Το μαλακό έλκος εντοπίζεται κυρίως στα γεννητικά όργανα. Χαρακτηρίζεται από έλκη βαθιά και καταστρεπτικά με χαρακτήρες ακριβώς αντίθετους από εκείνους του συφιλιδικού έλκους. Έτσι πρόκειται περί ελκώσεις βαθιάς με χείλη ακανόνιστα, υποσκαμμένα, πυθμένα σκωληκόβρωτο, ρυπαρό και βάση μαλθακή και οιδηματώδη. Η έλκωση είναι επώδυνη. Συνοδεύεται από σύστοιχο βουβωνική αδενίτιδα. Αν ο άρρωστος μείνει χωρίς θεραπεία, οι αδένες αυτοί εξελκούνται και σχηματίζουν επιφανειακά συρίγγια.

γ. Βουβωνικό κοκκίωμα: Πρόκειται για μεταδοτική νόσο που χαρακτηρίζεται από κοκκιωματώδης βλάβες και χροιά σαρκώδης κατά τα γεννητικά όργανα και το περιβάλλον δέρμα. Ο υπεύθυνος παράγων είναι ένας μικροοργανισμός που ανευρίσκεται εντός των ενδοθηλιακών και των μεγάλων μονοπύρηνων κυττάρων.

δ. Μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα: Έκκριμα από την ουρήθρα των ανδρών. Οι υποτιθέμενοι κύριοι υπεύθυνοι μικροοργανισμοί της μη βακτηριακής ουρηθρίτιδας είναι μυκοπλάσματα και χλαμύδια.

ε. Οξυτενή κονδυλώματα: Μεταδίδονται σε πολύ μεγάλο ποσοστό με σεξουαλική επαφή. Το ποσοστό μετάδοσης με την επαφή ανέρχεται σε 65% περίπου. Οφείλεται

σε ιό. Ο χρόνος επώασης των οξυτενών κονδυλωμάτων κυμαίνεται από 1-8 μήνες με μέσο όρο 8 μήνες.

στ. Απλούς έρπητος: Οφείλεται στον ιό του απλού έρπητος και παρουσιάζεται σαν άθροισμα φυσαλίδων πάνω σε ερυθματώδη πλάκα. Εκδηλώνεται στα γεννητικά όργανα και στον πρωκτό. Υπάρχουν δύο τύποι ιών έρπητος. Ο τύπος I που εντοπίζεται κατά προτίμηση στα νευρικά γόγγλια της κεφαλής και εκδηλώνεται στους οφθαλμούς, μύτη, μάγουλα, χείλη.

Και ο τύπος II που εδρεύει στα νευρικά γόγγλια της οσφυικής και ιεράς χώρας και εκδηλώνεται στην περιοχή των γεννητικών οργάνων και του πρωκτού.

ζ. Μολυσματική τέρμινθος: Η πάθηση αυτή οφείλεται σε διηθητό ιό. Μεταδίδεται έμμεσα αλλά και κατά την σεξουαλική επαφή ιδιαίτερα όταν εντοπίζεται στην περιοχή των γεννητικών οργάνων.

η. Λοίμωξη από τριχομονάδες: Πρόκειται για συχνή κατάσταση η οποία μπορεί να προσβάλλει και τα δύο φύλλα. Έχει ως αποτέλεσμα στην γυναίκα να προκαλεί κολπίτιδα και στον άνδρα ουρηθρίτιδα ή και βαλανίτιδα. Οι επιπλοκές είναι σπάνιες. Οι τριχομονάδες προσβάλλουν με εξαιρετική συχνότητα γυναίκες με έντονη σεξουαλική ζωή και περισσότερο τα υψηλά παρά τα χαμηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα.

θ. Ψώρα: Οφείλεται στο "SARCOPTES SCARIEI" και μεταδίδεται εξ επαφής όχι δε σπάνια κατά την σεξουαλική επαφή. Το έγκυο θηλυκό άκαρι εναποθέτει τα αυγά εντός συράγγων στο δέρμα συνήθως στα δάκτυλα, καρπούς, μασχάλες και στα γεννητικά όργανα. Ακολουθεί η εμφάνιση βλατίδων επί του σώματος οι οποίες είναι χαρακτηριστικά κνησμώδες κατά την νύχτα όταν η θερμοκρασία του σώματος ανεβαίνει.

ι. Φθειρίαση του εφηβαίου: Οφείλεται στην φθειρά του εφηβαίου. Δεν είναι σπάνια. Μεταδίδεται αμέσως κατά την σεξουαλική επαφή αλλά και έμμεσα μέσω των ενδυμάτων. Προσβάλλει κυρίως τα νέα άτομα. Ζει στο εφηβαίο κυρίως ακόμη στο υπογάστριο, τις μασχάλες, τα γένεια, τις βλεφαρίδες, τα φρύδια και κυρίως το τριχωτό της κεφαλής.

Δ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ/ΤΡΙΑΣ

Για τον νοσηλευτή-τρια τα αφροδίσια νοσήματα είναι λοιμώδη νοσήματα στα οποία κάθε μέρα εκτίθεται ένας μεγάλος αριθμός ατόμων και τα οποία παρουσιάζουν μια σημαντική νοσηρότητα και θνητότητα.

Για το λόγο αυτό ο νοσηλευτής-τρια επιχειρεί να θεσπίσει για τα αφροδίσια νοσήματα τα κατάλληλα μέτρα με τα οποία θα καταστεί δυνατή η πρόληψη της μόλυνσης και η αποθεραπεία των προσβληθέντων ατόμων.

Πρέπει επίσης να χρησιμοποιήσει όλες τις νοσηλευτικές του γνώσεις και δεξιότητες για να ανακουφίσει τους πάσχοντες από τα συμπτώματα και να διδάξει το περιβάλλον του ασθενούς για την πρόληψη.

Ο νοσηλευτής-τρια αρρώστου με αφροδίσιο νόσημα πρέπει να μπορεί να απαντήσει σε ερωτήματα όπως:

- Ποια είναι η φύση του λοιμογόνου παράγοντα.
- Ποιος είναι ο υποδόχος (φορέας) του λοιμογόνου παράγοντα.
- Με ποιο τρόπο μεταδίδεται ο λοιμογόνος παράγοντας από τον φορέα.
- Ποια είναι η πιο πιθανή θύρα εισόδου του λοιμογόνου παράγοντα στον οργανισμό.
- Με ποιες συνθήκες και για πόσο χρόνο μπορεί να ζήσει ο λοιμογόνος παράγοντας έξω από τον ξενιστή.
- Πώς μπορούμε να πετύχουμε ανοσία σε ένα λοιμογόνο παράγοντα και για πόσο χρόνο.
- Μέτρα προφυλακτικά που πρέπει να εφαρμόζει όταν νοσηλεύει άρρωστο με αφροδίσιο νόσημα.

Τον πάσχοντα από αφροδίσιο νόσημα ο νοσηλευτής/τρια θα τον νοσηλεύσει σαν ξεχωριστή προσωπικότητα και θα δώσει προτεραιότητα στην ψυχική του υγεία γιατί σίγουρα ο ασθενής θα νιώθει αισθήματα κατωτερότητας, αισθήματα απόρριψης.

Είναι πολύ σπουδαίος ο ρόλος που θα παίζει ο νοσηλευτής/τρια για την μετέπειτα ψυχική ηρεμία του ασθενούς.

Ο νοσηλευτής/τρια πρέπει να είναι γνώστης των επιστημονικών αρχών που σχετίζονται με την υγεία και την αρρώστια, των αιτιών και της πορείας των αφροδισίων νοσημάτων, καθώς και των φυσικών, βιολογικών, χημικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία.

Στο εφαρμόζόμενο πρόγραμμα ελέγχου των αφροδισίων νοσημάτων ο νοσηλευτής/τρια κατέχει μια αξιόλογη θέση και αυτό γιατί υπηρετεί στις κλινικές, συμμετέχει στις επιδημιολογικές έρευνες.

Ο νοσηλευτής/τρια προσέχει ιδιαίτερα για την μη μετάδοση των αφροδισίων στο λοιπό προσωπικό εφαρμόζοντας τις αρχές που χρησιμοποιεί για τα λοιμώδη νοσήματα. Τον νοσηλευτή/τρια που νοσηλεύει άτομα με αφροδίσια νοσήματα πρέπει να τους διακρίνει υπευθυνότητα, σοβαρότητα, εχεμύθεια καθώς και μυστικότητα για την κάθε περίπτωση.

Ο νοσηλευτής/τρια θα βοηθήσει να μην μεταδίδονται τα αφροδίσια νοσήματα όταν:

1. Νοσηλεύει τον άρρωστο ακίνδυνα για τον εαυτό του/της και το περιβάλλον.
2. Συμμετέχει ενεργά στο πρόγραμμα ελέγχου νοσοκομειακών λοιμώξεων του ιδρύματος που υπηρετεί.
3. Ανακαλύπτει περιπτώσεις με αφροδίσιο νόσημα ή υποδόχους λοιμογόνων παραγόντων και ενεργεί ανάλογα.
4. Συμμετέχει στα προγράμματα προστασίας από τα αφροδίσια νοσήματα σε κεντρικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο.
5. Συνεργάζεται σε προγράμματα διαφωτίσεως του κοινού για την πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση, και περιορισμό διασποράς αφροδισίων νοσημάτων.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Ο νοσηλευτής/τρια εφαρμόζει πρωτογενείς, δευτερογενείς και τριτογενείς παρεμβάσεις.

Στην πρωτογενή πρόληψη η παρέμβαση γίνεται πριν το πρόβλημα εμφανισθεί και περιλαμβάνει κυρίως ενημέρωση, προκειμένου να ευαισθητοποιηθεί ο πληθυσμός και τους τρόπους πρόληψης και περιορισμού του.

Στην δευτερογενή πρόληψη οι παρεμβάσεις επικεντρώνονται στην διαπίστωση των συγκεκριμένων προβλημάτων υγείας που έχουν ήδη εκδηλωθεί με σκοπό την έγκαιρη θεραπεία.

Η τριτογενής πρόληψη δίνει έμφαση στην αποκατάσταση των ατόμων μετά το παρουσιαζόμενο πρόβλημα υγείας.

Όλες οι παρεμβάσεις είναι ανάλογες με τον βαθμό και την έκταση του προβλήματος.

Αντικειμενικοί σκοποί

Οι αντικειμενικοί σκοποί των νοσηλευτικών δραστηριοτήτων κατά την περίθαλψη αρρώστων με αφροδίσια νοσήματα είναι:

- 1.** Η καταστροφή και η εξάλειψη των μικροοργανισμών, ιών, μικροβίων που δημιουργούν τη νόσο.
 - α.** Όταν η νόσος δεν παρουσιάζει επιπλοκές χορηγείται η αντιβίωση. Η αντιβίωση δίνεται στον ασθενή με την μορφή ενέσεως στο εξωτερικό ιατρείο. Ο ασθενής παραμένει για μισή ώρα στα ιατρεία και παρακολουθείται για τυχόν αναφυλακτικά ή αλλεργικά συμπτώματα.
 - β.** Εφαρμόζεται θεραπεία και στο άτομο με το οποίο ο ασθενής έχει ή είχε σεξουαλική επαφή.
 - γ.** Υποχρεωτική συστηματική παρακολούθηση των ατόμων που υποβάλλονται σε θεραπεία για την εκτίμηση της ανταποκρίσεώς τους σ' αυτή. Καλλιέργειες εκκρίμάτων από τις περιοχές που έχουν προσβληθεί μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας.
 - δ.** Εξατομικεύεται η θεραπεία των επιπλοκών όταν υπάρχουν.
 - ε.** Λήψη δειγμάτων αίματος, ούρων και άλλων εκκρίσεων που χαρακτηρίζονται ύποπτοι, υποδόχοι λοιμογόνων παραγόντων.
 - στ.** Βοήθεια στη λήψη δειγμάτων υγρών κοιλοτήτων του σώματος, όπως Ε.Ν.Υ. και για κυτταρολογική, ορολογική και μικροβιολογική εξέταση.

2. Η πρόληψη και η αποφυγή της διασποράς των λοιμογόνων παραγόντων.

α. Όταν ο άρρωστος δεν νοσηλεύεται στο νοσοκομείο και δεν εφαρμόζονται μέτρα απομόνωσης προσέχουμε να παίρνουμε προφυλακτικά μέτρα για τον χειρισμό εκκρίσεων από βλάβες ιστών, παθολογικά εκκρίματα οργάνων κ.α.

β. Το αφροδίσιο νόσημα πρέπει να δηλώνεται, ώστε υγειονομικά όργανα να ανακαλύψουν τα άτομα με τα οποία ο ασθενής έχει σεξουαλική επαφή έτσι ώστε να υποβάλλονται και αυτά σε θεραπεία.

γ. Γίνεται συστηματική υγειονομική διαφώτιση (αγωγή υγείας) του κοινού. Ειδικότερα πληροφορούνται ότι:

- Τα αφροδίσια μεταδίδονται με σεξουαλική επαφή και με άμεση επαφή με το μολυσμένο άτομο.
- Μέχρι σήμερα δεν υπάρχουν εμβόλια για την πρόληψη από τα αφροδίσια νοσήματα και ούτε σ' αυτόν που προσβλήθηκε από αυτά και θεραπεύτηκε αφήνουν ανοσία.
- Η μητέρα που πάσχει από αφροδίσιο μπορεί να μολύνει το νεογέννητο κατά τον τοκετό ή και πριν.
- Τα αφροδίσια έχουν διαφορετικά συμπτώματα αλλά μεταδίδονται με τον ίδιο τρόπο.
- Ο ίδιος ο ασθενής μπορεί να μολύνει άλλα όργανά του όπως μάτια, στόμα κ.α. σε περίπτωση που δεν τηρεί τους κανόνες ατομικής υγιεινής και κυρίως πλύσιμο χεριών μετά την χρησιμοποίηση της τουαλέτας.

δ. Εφαρμογή των μέτρων προφυλάξεως του περιβάλλοντος.

- Τήρηση κανόνων ασηψίας.
- Χρησιμοποίηση προφυλακτικής μπλούζας από τα άτομα που έρχονται σε επαφή με τον ασθενή.
- Χρησιμοποίηση γαντιών μιας χρήσεως. Σε περίπτωση που δεν χρησιμοποιούνται γάντια τα χέρια πλένονται με αντισηπτικό υγρό αμέσως μετά από κάθε επαφή με τον ασθενή.
- Προφυλακτικά μέτρα λαμβάνονται για το αίμα όταν ο λοιμογόνος παράγοντας κυκλοφορεί σ' αυτό και κατά την περίοδο της κλινικής εκδηλώσεως της αρρώστιας.
- Χρησιμοποίηση σύριγγας και βελόνας μιας χρήσεως για τον ασθενή.

- Οι βελόνες μετά από κάθε χρήση τοποθετούνται με την θήκη τους σε ειδικό δοχείο. Δεν επιτρέπεται το σκόπιμο στράβωμα των βελόνων για αποφυγή τραυματισμών.

3. Η ικανοποίηση των βιολογικών αναγκών του αρρώστου

- Λήψη, καταγραφή και αξιολόγηση ζωτικών σημείων του ανθρώπινου σώματος.
- Κάλυψη αναγκών διατροφής.

4. Μείωση του άγχους ή της κατάθλιψης με προσφορά βοήθειας στον άρρωστο να εκφράσει τα αισθήματά του.

Κατανόηση των επιπτώσεων της αρρώστιας στην ψυχική του σφαίρα, την αποδοχή από τους άλλους, της αλλαγής της συμπεριφοράς του, την ψυχολογική υποβάσταξη του όταν η ανάρρωσή του είναι μεγάλης διάρκειας. Πολλές φορές η κατάθλιψη δημιουργείται από την ευθύνη που ο ασθενής αισθάνεται για τον κίνδυνο μεταδόσεως του νοσήματός του σε υγιείς, ή από υπερβολικό ή και αβάσιμο φόβο του περιβάλλοντός του να προσβληθεί από τη νόσο.

5. Χορήγηση των αντιμικροβιακών φαρμάκων που καθόρισε ο ιατρός με απόλυτη ακρίβεια στη δόση, το χρόνο και την οδό χορηγήσεως.

6. Η προφύλαξη του ατόμου και ομάδας ατόμων από την έκθεση σε αφοροδίσια νοσήματα / λοιμογόνους παράγοντες.

α. Η εφαρμογή παθητικής ανοσίας (άνοσος ορός ή άνοση γ-σφαιρίνη) για βραχυπρόθεσμη προστασία ατόμων που έχουν ήδη εκτεθεί σε κάποιο λοιμογόνο παράγοντα.

β. Η εφαρμογή ενεργητικής ανοσίας, ατομική ή συλλογική μειώνει τον αριθμό των λοιμογόνων πηγών και έτσι εμποδίζεται η διασπορά του νοσήματος και προστατεύονται τα επικίνδυνα να μολυνθούν τα ευαίσθητα άτομα.

γ. Η πληροφόρηση του κοινού σε θέματα όπως:

- Ανάγκη και σπουδαιότητα της ανοσοποιήσεως.
- Παράγοντες όπως ηλικία, φύλο, φυλή, σειρά γεννήσεως των παιδιών, επάγγελμα, κ.α. και τη σχέση που έχουν με τον τρόπο μετάδοσης και το βαθμό εκθέσεως σε λοιμογόνους παράγοντες κ.α.
- Σπουδαιότητα καθαριότητα του περιβάλλοντος και τήρηση κανόνων υγιεινής. Είναι αναγκαίο ο θάλαμος του ασθενή να καθαρίζεται και να απολυμαίνεται καθημερινά.

Η ασθένεια δημιουργεί οξύτατα προβλήματα στο νοσηλευτικό προσωπικό από την αυξημένη πιθανότητα επαφής του με ασθενείς.

Είναι γεγονός ότι το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να τηρεί ελλειπώς τα μέτρα και τις οδηγίες που πρέπει να ακολουθούνται. Από έρευνες έχει διαπιστωθεί ότι η πληροφόρηση του προσωπικού είναι ελλιπής παρά την διανομή ενημερωτικών εγκυκλίων και σχετικών εντύπων οδηγιών.

Η ελαχιστοποίηση του κινδύνου μόλυνσης του προσωπικού επιτυγχάνεται με τη λήψη των απαραίτητων μέτρων και προϋποθέσεων για την πιστή τήρηση των συστάσεων και οδηγιών που έχουν εκδοθεί.

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις των αφοροδίστων νοσημάτων στον άνθρωπο

Ατομικά προβλήματα και αντιδράσεις

Ανέκαθεν η επιδημική εμφάνιση μιας ασθένειας προκαλεί πανικό σε μεγάλο τμήμα του πληθυσμού, με αναπόφευκτες επιπτώσεις στην ατομική και κοινωνική συμπεριφορά, στην οικονομική δραστηριότητα και τα πολιτιστικά ρεύματα.

Έτσι λοιπόν, κατά καιρούς η σύφιλη, η βλεννόρροια, η φυματίωση και ο καρκίνος προκάλεσαν πολλές αλλαγές στον τρόπο ζωής.

Η σύφιλη στην εποχή της Αναγέννησης προκάλεσε πολλές εξεγέρσεις, τερμάτισε την ελευθεριότητα των ηθών και δημιούργησε καινούργιες συνήθειες και προκαταλήψεις.

Η νόσος δεν είναι μόνο βιολογικό αλλά και ψυχολογικό και κοινωνικό γεγονός. Προκαλεί αλλαγές στις λειτουργίες του οργανισμού, επηρεάζει την συμπεριφορά του και τις σχέσεις του με τους άλλους.

Η ασθένεια, ανεξαρτήτως διαγνώσεως, αποτελεί απειλή για τον άνθρωπο κατά ποικίλους τρόπους.

Η επίδραση του στρες, το οποίο δημιουργείται από το άγνωστο περιβάλλον "Νοσοκομείο" και τα άγνωστα πρόσωπα του νοσηλευτικού προσωπικού, δεν έχει επιπτώσεις μόνο στην εξωτερικευμένη συμπεριφορά, αλλά όπως πολλές έρευνες έχουν αποδείξει γίνονται ακόμα και εμφανείς αλλοιώσεις στις φυσιολογικές λειτουργίες του

οργανισμού. Το Νοσοκομείο είναι ένας άγνωστος χώρος που προκαλεί φόβο. Ο φόβος βάζει σε λειτουργία μηχανισμούς φυγής.

Κατά την πρώτη εισβολή της νόσου, η αρχική αντίδραση του ανθρώπου συνήθως είναι ο φόβος. Ο φόβος του παρόντος και του μέλλοντος. Φόβος του αγνώστου και του απροσδόκητου. Φόβος των στερήσεων και θυσιών τις οποίες πιθανόν θα αποκτήσει η νόσος. Φόβος του έντονου πόνου της αναπηρίας και φόβος του θανάτου.

Ο φόβος αυτός όχι μόνο δεν αντιμετωπίζεται με ευαισθησία και ανθρωπισμό από το ιατρικό ή το νοσηλευτικό προσωπικό, αλλά αντίθετα, πυροδοτείται από προκαταλήψεις και πανικό έχοντας πολλές φορές σαν αποτέλεσμα κακή συμπεριφορά προς τους ασθενείς και επέκταση του πανικού στο γενικό πληθυσμό. Έτσι οι ασθενείς κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους αισθάνονται να είναι απομονωμένοι. Εκτός από την συναισθηματική απόρριψη από το νοσηλευτικό προσωπικό, οι ασθενείς αυτοί συνήθως ζουν μόνοι μακριά από τους συγγενείς ή τα αγαπημένα τους πρόσωπα, χωρίς ψυχολογική υποστήριξη που είναι τόσο απαραίτητη. Ακόμη και όσοι κρατούν την επαφή με τις οικογένειές τους, στις περισσότερες περιπτώσεις δεν έχουν την σωστή επικοινωνία. Οι οικογένειες των ασθενών αντιμετωπίζουν το τραγικό δίλημμα ανάμεσα στην αγάπη για τον ασθενή και το φόβο τυχόν μόλυνσης, καθώς και στον κοινωνικό στιγματισμό τους λόγω της στενής συγγενικής σχέσης.

Οδυνηρή εμπειρία για τους εργαζόμενους ασθενείς με αφροδίσιο νόσημα είναι η τυχόν απόρριψή τους στην κυριολεξία από το κοινωνικό σύνολο, δηλαδή ο κοινωνικός ρατσισμός.

Αναγκάζονται να εγκαταλείψουν την εργασία τους είτε γιατί απολύονται είτε γιατί φεύγουν μόνοι τους λόγω κακής υγείας τους ή κακής συμπεριφοράς των συναδέλφων τους. Αυτό, όμως, δεν συμβαίνει στους πάσχοντες από άλλες ασθένειες με κακή πρόγνωση, όπως ο καρκίνος.

Έτσι ο ασθενής είναι δυνατόν να γίνει εγωκεντρικός, αγχώδης, απαιτητικός, με αποτέλεσμα την ψυχολογική απόσυρση και μελαγχολία.

Πράγματι η ασθένεια είναι προσωπική οδυνηρή εμπειρία και ψυχολογική κρίση. Σημαίνει, πραγματικά ή συμβολικά, απώλεια πολλών δυνατοτήτων και αγαθών. Απώλεια της ελευθερίας λήψεως αποφάσεων και ενεργειών λόγω των ειδικών περιορι-

σμών, τους οποίους επιβάλλει η νόσος και οι μέθοδοι θεραπείας, αλλαγή και προσαρμογή προσωπικών αρμοδιοτήτων, ματαίωση ατομικών σχεδίων, χωρισμό από αγαπημένα πρόσωπα σε περίπτωση εισαγωγής σε νοσοκομείο.

Όταν ο άνθρωπος νοσεί, δεν δοκιμάζει μόνο τα ενοχλητικά και οδυνηρά συμπτώματα της ασθένειάς του, αλλά και ένα πλήθος προβλημάτων και αντιδράσεων, οι οποίες πρέπει να κατανοηθούν και να αντιμετωπιστούν με την πληρέστερη νοσηλεία και θεραπεία του. Σχεδόν κανείς ασθενής δεν εισάγεται στο νοσοκομείο χωρίς ένα βαθμό άγχους. Ιδιαίτερα κατά την νύχτα, όταν όλα ηρεμούν και τα φώτα σβήνουν, όταν οι δραστηριότητες της ημέρας και η κίνηση των νοσηλευτών, γιατρών και τεχνικών και επισκεπτών δεν τον αποσπούν, ο ασθενής αρχίζει να σκέπτεται τις χειρότερες συνέπειες της ασθένειάς του. Φοβάται για την τυχόν απρόσωπη νοσηλεία του, για την εγκατάλειψη των αγαπημένων του προσώπων καθώς και για τον θάνατό του. Ότι φαίνεται είναι υπερβολικό και μερικές φορές εντελώς εξωπραγματικό.

Για το άτομο, το οποίο επί χρόνια ανέπτυξε ανεξαρτησία κρίσεως και πράξεως, το να βρεθεί αιφνίδια υποβιβασμένο στην ανωνυμία μιας οριζόντιας θέσης, εξαρτημένος από την φροντίδα των άλλων, αποτελεί γενικά ένα έντονο shock στο αίσθημα της προσωπικής του αξίας.

Βεβαίως, η νόσος είναι προσωπική εμπειρία, είναι κρίση και δοκιμασία, η οποία προκαλεί ψυχολογική υπερένταση. Όλοι οι ασθενείς όμως δεν αντιδρούν ομοίως. Παράγοντες που επηρεάζουν την αντίδραση και την συμπεριφορά του ατόμου κατά την ασθένεια είναι η προσωπικότητα του ασθενή, η αιφνίδια εισβολή και η σοβαρότητα της νόσου, η διάρκεια της καθώς και η σχέση του ασθενή με την οικογένειά του, το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

Ι πράγματι, κάθε ασθενής εκδηλώνει κατά μοναδικούς και προσωπικούς τρόπους τα συναισθήματα και τις αντιδράσεις του. Μερικοί από αυτούς τους τρόπους είναι δυνατόν να έχουν περιγραφή συναισθημάτων, διαλόγων, να εκδηλώνονται με μια ειδική συμπεριφορά π.χ. κλάμα, μελαγχολία, υπερκινητικότητα, υποκινητικότητα, νευρικότητα, αρνητική ευαισθησία, άρνηση τροφής - αυτοεγκατάλειψη - νωθρότητα, διαμαρτυρίες, δυσκολίες ύπνου - εφιάλτες, φοβίες.

Ασθενείς οι οποίοι αισθάνονται ψυχολογική απειλή από την ασθένειά τους και δεν μπορούν να την παραδεχθούν ευσυνείδητα, συχνά παρουσιάζουν δύσκολη συμπεριφορά π.χ. κατακρίνουν τους πάντες, γίνονται απαιτητικοί, αυθάδεις, αποκρουστικοί στο περιβάλλον της νοσηλείας τους.

Τέλος ο ασθενής με έλλειψη προσανατολισμού αποτελεί πρόβλημα στο γενικό νοσοκομείο ενώ είναι αποδεκτός και αντιμετωπίζεται με σχετική ευκολία στο ψυχιατρείο. Η απώλεια προσανατολισμού παρατηρείται περισσότερο σε ασθενείς που πάσχουν από νευροσύφιλη.

Το σύμπτωμα της έλλειψης προσανατολισμού αφορά μια ασάφεια ως προς την αναγνώριση του χρόνου, του τόπου και των προσώπων. Πιθανόν να έχει απώλεια της προσφάτου μνήμης και αδυναμία συγκρατήσεως πληροφοριών. Εμφανίζεται καχύποπτος, μελαγχολικός, τρομαγμένος και επιθετικός. Η απώλεια προσανατολισμού, συνοδούμενη συχνά και από παραλήρημα είναι συνήθως προσωρινή και συμβαίνει επί υψηλού πυρετού (βλεννόρροια) και άλλων παθολογικών καταστάσεων.

Οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις των αφροδίσιων νοσημάτων στον ασθενή καθώς και τα ατομικά του προβλήματα και οι αντιδράσεις πρέπει να αναγνωρίζονται και να αντιμετωπίζονται από τον ευσυνείδητο νοσηλευτή/τρια.

Νοσηλευτική φροντίδα

Αντιμετώπιση των ατομικών προβλημάτων και αντιδράσεων του ασθενή

Τα αφροδίσια νοσήματα με ανάλογη θεραπεία τείνουν στις μέρες μας να εκλείψουν. Το νοσηλευτικό προσωπικό αντιμετωπίζει τα άτομα που πάσχουν από αυτά, όπως αυτούς των άλλων νοσημάτων και όχι με πολλές ιδιαιτερότητες όπως παλιότερα.

Σημαντικός όμως είναι ο ρόλος του νοσηλευτή/τριας στην αντιμετώπιση των ατομικών προβλημάτων του ασθενή, καθώς και στις διάφορες αντιδράσεις του.

Ψυχολογική υποστήριξη - αποκατάσταση

1. Καλή επικοινωνία με τον ασθενή

- Ενημέρωση για την φύση της νόσου και την θεραπεία, χρησιμοποιώντας απλούς όρους για να γίνουν κατανοητά.
- Εξασφάλιση γραπτών πληροφοριών για τις λεπτομέρειες της θεραπείας της νόσου και των παρενεργειών.
- Διευκόλυνση κάθε επικοινωνίας με άλλους ασθενείς.
- Ικανοποίηση των ιδιαίτερων προτιμήσεων του ασθενή.
- Συμπάθεια και συμμετοχή στον πόνο του ασθενή.

2. Απογοήτευση - Κατάθλιψη

- Υπάρχει σχεδόν πάντα όταν ένας ασθενής αντιμετωπίζει το πρόβλημα μιας ασθένειας που απειλεί τη ζωή του και των μεταβολών που εμφανίζονται στο σώμα του.
- Η νοσηλεύτρια/της ενθαρρύνει τον ασθενή να εκφράσει τα συναισθήματα που δοκιμάζει από τη νόσο.
- Αποδοχή της ευερέθιστης συμπεριφοράς.
- Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος.

3. Προετοιμασία του ασθενή και της οικογένειά του

Για την αντιμετώπιση της οικογένεια και του ασθενή ο νοσηλευτής/τρια είναι απαραίτητο να γνωρίζει:

- Ποιο είναι το ισχυρότερο μέλος της οικογένειας.
- Την στάση των μελών της οικογένεια απέναντι στον ασθενή.
- Την οικονομική κατάσταση.
- Την στάση της οικογένεια απέναντι στην αρρώστια και την ιατρική περίθαλψη.
- Τις διάφορες οικογενειακές πιέσεις.
- Τις ερωτήσεις που γίνονται από την οικογένεια.
- Την ανάγκη που έχουν για συνεργασία.
- Τις σχέσεις και την επαφή μεταξύ των μελών της οικογένειας.

Η νοσηλεύτρια/της βοηθά την οικογένεια:

- Ψυχική υποστήριξη για την αποδοχή της αρρώστιας.
- Διατήρηση της αξίας του ασθενή σαν άτομο.
- Η άρνηση της πραγματικότητας αποτελεί μηχανισμό άμυνας που χρησιμοποιεί η οικογένεια του ασθενή για να αντιδράσει στο άγχος που δημιουργεί η φύση της αρρώστιας. Η νοσηλεύτρια/της προσπαθεί να καταλάβει αν η άρνηση της πραγματικότητας είναι παροδική ή αποτελεί τέλεια αποκοπή από την πραγματικότητα. Η επικοινωνία της νοσηλεύτριας/τη με την οικογένεια του ασθενή είναι απαραίτητη, επειδή χρειάζονται ενίσχυση. Η οικογένεια έχει ανάγκη να γνωρίζει ότι ο άνθρωπός τους βρίσκεται σε έμπειρα χέρια. Η νοσηλεύτρια πρέπει να αποτελεί το συνδετικό

κρίκο οικογένειας και αρρώστου και να ενθαρρύνει την οικογένεια να συμπεριλαμβάνει τον ασθενή στα προβλήματα και τα σχέδια της οικογένειας με την συμμετοχή του σ' αυτά, όσο είναι δυνατόν.

Ο ασθενής με την ενθάρρυνση και την αξιοπιστία των νοσηλευτών και της οικογένειάς του, εξωτερικεύει τα συναισθήματά του, γεγονός που τον ανακουφίζει και τον στηρίζει ηθικά περισσότερο.

Ψυχολογική υποστήριξη

Η νοσηλεύτρια/της ανακουφίζει τον ασθενή από τα διάφορα συναισθήματά του, ενθαρρύνοντάς τον να αποβάλλει το άγχος και την μελαγχολία που τον καταδιώκουν, με τους εξής τρόπους:

- Διαθέτει χρόνο για να ακούσει τι εκφράζει ο ασθενής και προσφέρεται για νοσηλευτικό διάλογο όταν τον χρειαστεί ο ασθενής. Αν χρειαστεί μερικές φορές εφαρμόζει το επαγγελματικό ψεύδος προκειμένου να αποκτήσει εμπιστοσύνη ο ασθενής της.
- Νοσηλεύει κάθε άρρωστο ως σημαντικό πρόσωπο και σέβεται, την αγωνία, τις ιδέες και τα συναισθήματά του.
- Βοηθά τον άρρωστο να κατανοήσει τα οφέλη της νοσηλείας και θεραπείας του στο νοσοκομείο.
- Πληροφορεί τον άρρωστο με απλά και κατανοητά λόγια πριν από κάθε ιατρική - νοσηλευτική διαδικασία. Έτσι τον μεταβιβάζει χρήσιμες γνώσεις, οι οποίες θα τον βοηθήσουν να αντιμετωπίσει τις ειδικές εξετάσεις και τη θεραπεία του.
- Ερμηνεύει όλα τα ερωτήματα του ασθενή βασιζόμενη πάντα στις σωστά και επιστημονικά τεκμηριωμένες γνώσεις της.
- Διευκολύνει και αυξάνει τις επισκέψεις συγγενών και φίλων.
- Εξασφαλίζει ενδιαφέροντα βιβλία ή άλλα μέσα απασχόλησης και πάντοτε συμπεριφέρεται προς αυτόν με αγάπη, προσωπικό ενδιαφέρον και πηγαία ευγένεια.

Το νοσηλευτικό προσωπικό λοιπόν, προσφέρει ψυχολογική ανακούφιση στον ασθενή. Αυτά βεβαιώνουν τον ασθενή ότι είναι παραδεκτός ως πρόσωπο και επομένως δεν χρειάζεται να καταφύγει στην αποπροσωποποίηση.

Η νοσηλεύτρια/της, η οποία αντιλαμβάνεται την τυχόν μελαγχολία δίνει στον ασθενή της ευκαιρίες αυτοεκφράσεως και εξωτερίκευσης των συναισθημάτων του. Μεταβιβάζει αποδοχή και σεβασμό προς τον αρρώστο και τον βοηθά στην συνειδητοποίηση των συναισθημάτων του τα οποία είναι θυμός, ενοχή, άγχος.

Σε πολλές περιπτώσεις η συμπεριφορά του ασθενή δεν πρέπει να εκλαμβάνεται ως αντίδραση προς το περιβάλλον αλλά να κατανοείται ως πραγματική έκφραση ψυχικής αναταραχής του αρρώστου. Η νοσηλεύτρια/της ανεπηρέαστη από την συμπεριφορά του αρρώστου πρέπει να τον νοσηλεύει ως ψυχοσωματική ύπαρξη με προσωπική έκφραση της ασθένειας.

Ένας από τους κυριότερους σκοπούς του νοσηλευτικού έργου είναι η αναγνώριση και η αντιμετώπιση των αναγκών του αρρώστου προς ανακούφιση της δυσφορίας του και ανάρρωση από την ασθένειά του. Το συναίσθημα του φόβου που παρατηρείται στον ασθενή καλό είναι να αντιμετωπίζεται με ψυχολογική υποστήριξη ακόμα και όταν ο ίδιος δεν το παραδέχεται ή δεν το εκφράζει. Ο ασθενής είναι δυνατόν να είναι φοβισμένος και να ζητά την επανειλημμένη παρουσία της νοσηλεύτριας/τη πλησίον του ως παρέχουσα σ' αυτόν συμπαράσταση.

Στον ασθενή με απώλεια προσανατολισμού και παραλήρημα είναι απαραίτητη η ψυχολογική υποστήριξη και βοήθεια για να επαναπροσανατολισθεί.

Έτσι το νοσηλευτικό προσωπικό με την επιστημονική του κατάρτιση και την απαραίτητη αγάπη για τον ασθενή με αφροδίσιο νόσημα προσεγγίζει και κατανοεί περισσότερο από κάθε άλλον, το φανερό και μυστικό δράμα του αρρώστου.

Εξασφαλίζει γι' αυτόν ένα ήρεμο, ήσυχο περιβάλλον και συμβάλλει στην γρήγορη ανάρρωσή του.

Έτσι μπορεί να προλαμβάνει την ψυχολογική απόσυρση και απομόνωση του αρρώστου.

Διαθέτοντας χρόνο κοντά στον ασθενή η νοσηλεύτρια/της μεταβιβάζει το ενδιαφέρον, την κατανόηση, την αγάπη της.

Γίνεται καλός ακροατής και συμπαραστέκεται στον άρρωστο με αγάπη και συμπόνοια εμπυχώνοντάς τον συνεχώς.

Στα πλαίσια της προσπάθειας για έλεγχο πρόληψης και αντιμετώπισης της ασθένειας καλείται το νοσηλευτικό και εργαστηριακό προσωπικό να εφαρμόζει τα γενικά μέτρα που ισχύουν κατά τη νοσηλεία ασθενών με αφροδίσιο νόσημα.

Γενικά μέτρα προφύλαξης

1. Απαγορεύεται το κάπνισμα και η λήψη τροφής κατά τη διάρκεια εργασίας.
2. Οι μπλούζες πρέπει να πλένονται με ευθύνη του νοσοκομείου και όχι στο σπίτι.
3. Ιδιαίτερα μέτρα πρόληψης πρέπει να λαμβάνονται από το προσωπικό που έχει εμφανείς λύσεις συνέχειας του δέρματος ή εγκευμονούν.
4. Να τηρούνται όλοι οι κανόνες ασηψίας και υγιεινής π.χ. γάντια, πλύσιμο χεριών, κάλυψη βελόνων κ.λ.π.
5. Τα αντικείμενα που χρησιμοποιεί ο ασθενής πρέπει να είναι ατομικά.
6. Οι σκωραμίδες και τα ουροδοχεία πρέπει να αποστειρώνονται μετά από κάθε χρήση.
7. Ο χώρος μέσα στο δωμάτιο καθώς και το περιεχόμενό του πρέπει να απολυμαίνονται ξεχωριστά με αντισηπτική ουσία.
8. Προειδοποιητική επισήμανση με ετικέτες στα φιαλίδια που περιέχουν αίμα και άλλα ευρήματα του ασθενή.
9. Απομόνωση του ασθενή σε θαλάμους ειδικούς για ασθενείς με αφροδίσια νοσήματα.
10. Να αποφεύγεται η μεταχείριση αντικειμένων (όπως η χρήση κοινής ξυριστικής μηχανής, οδοντόβουρτσας ή άλλων προσωπικών αντικειμένων των ασθενών) που υπάρχει η υποψία ότι χρησιμοποιήθηκαν από άτομα που πάσχουν από αφροδίσια νοσήματα.

Προληπτικά μέτρα για τους ομοφυλόφιλους

Οι ομοφυλόφιλοι θα πρέπει να εφαρμόζουν τα παρακάτω μέτρα για να έχουν λιγότερες πιθανότητες να προσβληθούν από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

1. Διατήρηση της υγείας τους σε καλά επίπεδα και αποφυγή παραγόντων που ελαττώνουν την αντίσταση του οργανισμού. Σ' αυτό συμβάλλουν η πλήρης και επαρκής θερμική διατροφή, η αποφυγή κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών και ναρκωτικών καθώς και ο περιοδικός εργαστηριακός έλεγχος για αφροδίσια νοσήματα.
2. Αποφυγή σεξουαλικής επαφής με άγνωστα άτομα. Απαραίτητη είναι η ανταλλαγή πληροφοριών.
3. Περιορισμός του αριθμού των σεξουαλικών συντρόφων έτσι ώστε να μειώνεται η συχνότητα επαφής ατόμου με αφροδίσιο νόσημα.
4. Χρησιμοποίηση προφυλακτικών, ώστε να αποφεύγεται η είσοδος μολυσμένου σπέρματος.

Χρήση προφυλακτικών μέτρων

Η πρόληψη αυτών των ασθενειών μπορεί να αντιμετωπιστεί ως εξής:

1. Μειώνοντας την συχνότητα σεξουαλικής επαφής.
2. Μειώνοντας την συχνότητα σεξουαλικής εκθέσεως με μολυσμένους συντρόφους
3. Μειώνοντας την πιθανότητα μετάδοσης από μολυσμένους συντρόφους.

Αν και πολλοί άνθρωποι πράγματι χρησιμοποιούν την πρώτη μέθοδο αυτό γίνεται γενικά, λόγω της βασικής απόφασης των όσων αφορά τη σεξουαλική τους ζωή και όχι λόγω του φόβου της ασθένειας. Η δεύτερη μέθοδος έχει περιορισμένη δυνατότητα λόγω της δυσκολίας του να εξακριβώσει εάν ο πιθανόν σύντροφος είναι μολυσμένος. Για να μειωθεί το ρίσκο μετάδοσης από μολυσμένο σύντροφο, η χρήση προφυλακτικών ή προφυλακτικών χαπιών έχει υιοθετηθεί.

Δυστυχώς η αποτελεσματικότητα αυτών των μεθόδων δεν έχει αξιολογηθεί καλά, και λίγοι σεξουαλικά ενεργώς άνθρωποι είναι πρόθυμοι να υπακούσουν στις μάλλον αυστηρές απαιτήσεις που επιβάλλονται με τη χρήση τους.

Αν και προφυλακτικά μέτρα συστηματικά μη μέτρα συνήθως αυτοδιδόμενα αμέσως πριν τη σεξουαλική επαφή (δηλαδή η χρήση των προφυλακτικών) χρησιμοποιούνται μερικές φορές. Αυτό μπορεί να συστηθεί με μοναδικές μόνο περιπτώσεις μια και το ρίσκο μόλυνσης είναι άγνωστο και το ότι ένα μόνο ωάριο θα εμποδίσει όλες τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες.

Τα προφυλακτικά μέτρα πρέπει να διακριθούν σε επιδημιολογικά μέτρα. Τα τελευταία συνήθως δίνονται από ιατρούς, μετά από σεξουαλική επαφή, σε αποδεδειγμένες περιπτώσεις σύφιλης, γονορρείας ή σε κονδυλώματα.

Ολόκληρες θεραπευτικές δόσεις προφυλακτικών χρησιμοποιούνται έστω και εάν δεν έχει επιβεβαιωθεί η μόλυνση.

Επιδημιολογική θεραπεία απαιτεί ελάχιστο όριο περιορισμού συμπεριφοράς εκ μέρους του ατόμου και προσφέρει υγιεινή θεραπεία με τα πιο δυναμικά μέσα που έχουν στην κατοχή τους οι γιατροί. Πρόληψη με τη χρήση εμβολίων εναντίον των σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών, φαίνεται πολλά χρόνια μακριά.

Σκοπός πιο δυναμικών προληπτικών υπηρεσιών

Προληπτικές και θεραπευτικές υπηρεσίες πρέπει να γίνουν τέτοιες ώστε να ανταποκριθούν στις ανάγκες των ατόμων και των ομάδων των οποίων είναι οι μεγαλύτεροι μεταδότες ασθενειών.

Προσδιορίζοντας όμως αυτούς τους μεταδότες είναι περίπλοκο έργο. Ασθένειες οι οποίες προκαλούν ουριθρίτιδα όπως η γονόρροια και NGU, μάλλον μεταδίδονται αποτελεσματικότερα από άνδρες στις γυναίκες παρά το αντίθετο. Όμως επειδή οι μολύνσεις τους συχνά δεν είναι συμπτωματικές και διαρκούν περισσότερο χρόνο, μολυσμένες γυναίκες μεταδίδουν πιο πολλές μολύνσεις από μολυσμένους άνδρες.

Βασικές συνήθειες υγείας πρέπει επίσης να ληφθούν υπ' όψιν. Η αποδεκτικότητα σ' αυτές τις αρρώστιες επηρεάζονται πιο πολύ από την συμπεριφορά παρά από την παθοφυσιολογία της τεχνικής της μολύνσεως. Στοιχεία συγκεντρώνονται ότι του ατόμου τα πρόθυρα για την αντίδραση του σε γενετικά συμπτώματα και ενδείξεις ίσως είναι σημαντικά όσο η συχνότητα σεξουαλικής επαφής.

Συμπέρασμα: Ο έλεγχος των σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών είναι μια πολύ σημαντική πρόκληση για τα επαγγέλματα υγείας. Η επιτυχία θα απαιτεί μια αντιμετώπιση που θα συμπεριλαμβάνει διαθέσιμη γνώση και θα υποστηρίζει την απόκτηση επιπροσθέτου γνώσεως από ευρεία ποικιλία πιστών. Τα τωρινά προγράμματα ελέγχου στις ΗΠΑ είναι αφοσιωμένα σ' αυτό το σκοπό. Ειδικοί σκοποί που θα προσπαθήσουν

(οι επιστήμονες) να επιτύχουν, έχουν προταθεί από την ομάδα των "Σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών" που έγινε από το "Κέντρο για τον έλεγχο Ασθενειών".

Προληπτικά μέτρα για το κοινό.

Ο γενικός πληθυσμός πρέπει βασικά να γνωρίζει ότι η μετάδοση των αφροδίσια νοσημάτων δεν γίνεται με τόσο εύκολο τρόπο.

Θα πρέπει όμως να αποφεύγεται η χρήση κοινής ξυριστικής μηχανής, οδοντόβουρτσας ή άλλων προσωπικών αντικειμένων των ασθενών, καθώς και η επαφή με εκκρίματα ή υγρά των ατόμων που πάσχουν από αφροδίσια νοσήματα.

Μεγάλο κίνδυνο διατρέχουν οι ομάδες υψηλού κινδύνου, δηλαδή οι ομοφυλόφιλοι που δεν έχουν καμία σεξουαλική προτίμηση. Οι πολυμεταγγιζόμενοι δεν διατρέχουν Πλέον κίνδυνο, διότι με τα μέτρα που έλαβε η Πολιτεία, γίνεται επισταμένος έλεγχος στο αίμα και τα παράγωγά του, που πρόκειται να χορηγηθούν σε ασθενείς, οι οποίοι πάσχουν από νοσήματα του αίματος, όπως μεσογειακή αναιμία κ.λ.π.

Μεγάλο όμως κίνδυνο διατρέχουν και όσοι έχουν σεξουαλικές επαφές με πολλούς ερωτικούς συντρόφους, όσοι έχουν συχνές επαφές με ιερόδουλες, που δεν υπόκεινται σε τακτικό υγειονομικό έλεγχο, καθώς και όσοι έρχονται σε επαφή με τυχαίους ερωτικούς συντρόφους. Η πολυδιαφημιζόμενη σωτήρια σανίδα της χρήσης προφυλακτικού, περιορίζει σημαντικά μεν τη μετάδοση των αφροδίσια νοσημάτων, αλλά δεν την αποκλείει.

Το να μην έχει κανείς προγαμιαίες ή εξωγαμικές σχέσεις είναι χωρίς καμία αμφιβολία το καλύτερο (πιθανόν) μέσο πρόληψης. Αν και αυτό είναι μια πολύ καλή πρόταση και ιδέα από θεωρητική άποψη, ουσιαστικά όμως στην πράξη για το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού δεν ισχύει.

Επειδή όμως πάντα υπήρχαν και θα συνεχίσουν να υπάρχουν άτομα τα οποία έχουν συχνές και εναλλασσόμενες σεξουαλικά σχέσεις, υπάρχουν κάποια προληπτικά μέτρα με τα οποία το άτομο μπορεί να προφυλαχθεί αν βρεθεί στην κατάσταση στην οποία θα μπορούσε να υπάρξει μόλυνση από αφροδίσιο νόσημα (όπως είναι η σεξου-

αλική επαφή). Για τον άνδρα το κοινό (γνωστό σε όλους μας) προφυλακτικό προσφέρει μερική προφύλαξη για τα γεννητικά του όργανα.

Επίσης, η χρήση διαδεδομένων (τουλάχιστον στις ΗΠΑ) αλοιφών ή χημικών που χρησιμοποιούνται, πριν από την σεξουαλική επαφή, λέγεται ότι προσφέρουν ένα αρκετά ικανοποιητικό μέτρο προστασίας από τα αφροδίσια νοσήματα.

Η γυναίκα δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει αυτά τα υποτυπώδη προφυλακτικά μέτρα, λόγω της κατανομής των γεννητικών της οργάνων. Βέβαια, είναι σίγουρο ότι άνδρες και γυναίκες μπορούν να επωφεληθούν από προσεκτικό καθαρισμό των γεννητικών οργάνων και των γύρω περιοχών μετά από κάθε σεξουαλική πράξη.

Πάνω απ' όλα όμως το άτομο που έχει και την παραμικρή υποψία ότι έχει συλλάβει κάποιο αφροδίσιο νόσημα, θα πρέπει να ψάξει για ιατρική περίθαλψη όσο το δυνατό γρηγορότερα.

Αυτό, όπως είναι φυσικό, ορίζει ότι θα πρέπει να επισκεφτεί το Δημόσιο Νοσοκομείο ή άλλο δημόσιο ίδρυμα ιατρικής περίθαλψης αφροδισίων νόσων αν δεν έχει τα μέσα να επισκεφτεί ιδιωτικό γιατρό. Τέτοια συμπεριφορά εξασφαλίζει άμεση και σωστή ιατρική περίθαλψη.

Πρέπει επίσης να τονιστεί ότι η θεραπεία των αφροδισίων νοσημάτων γίνεται πάντα με απόλυτη εχεμύθεια που τηρείται από το νόμο και δεν υπάρχει κανένας φόβος για τυχόν δημοσιότητα του ονόματος του θεραπευόμενου σε τρίτα πρόσωπα.

Έτσι, με κανέναν τρόπο δεν πρέπει για λόγους ντροπής να αποφεύγει κανείς να επισκεφτεί κάποιο Δημόσιο Ίδρυμα Θεραπείας Αφροδισίων Νοσημάτων, μήπως τυχόν γίνει γνωστό το όνομά του. Το ίδιο ισχύει και για τον ιδιωτικό γιατρό.

Η θεραπεία των αφροδισίων νοσημάτων, η οποία δεν προέρχεται από γιατρό και μάλιστα ειδικό και δεν περιλαμβάνει την επίβλεψή του, επιφυλάσσει μεγάλους κινδύνους.

Υγειονομική διαφώτιση για τα αφροδίσια νοσήματα

Η υγειονομική διαφώτιση είναι ένας κλάδος της Δημόσιας Υγιεινής, που έχει ιδιαίτερη ανάπτυξη σε πολλές ξένες χώρες (Η.Π.Α., Ρωσία, Αγγλία κ.α.) και παίζει σημαντικό ρόλο στον τομέα της προληπτικής παροχής υγειονομικών υπηρεσιών.

Στην Ελλάδα η υγειονομική διαφώτιση δεν υπάρχει ακόμα σαν ειδικότητα λόγω της ελλείψεως ειδικευμένου προσωπικού από ανώτατα ιδρύματα. Όλο το βάρος της υγειονομικής διαφώτισης έχουν οι Αδελφές Επισκέπτριες Υγείας που πολλές φορές οι γνώσεις τους είναι περιορισμένες.

Η επιβολή υγειονομικών μέτρων στις ομάδες υψηλού κινδύνου δημιουργεί προβλήματα και προβληματισμούς. Η παραδοχή από τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών ότι "η υγεία είναι αναφαίρετο δικαίωμα κάθε ατόμου" προσκρούει στην στέρηση της ελευθερίας των ασθενών με αφροδίσιο νόσημα, η οποία επιβάλλεται για την προστασία του κοινωνικού συνόλου. Στο κέντρο του προβλήματος βρίσκεται το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, που πρέπει να σταθμίσει το μέγεθος των μέτρων πρόληψης, όπως και να αποφασίσει για την αναγκαιότητα εισαγωγής στα νοσοκομεία και νοσηλείας για άγνωστο χρονικό διάστημα, έστω και χωρίς την συγκατάθεση των ιδίων των ασθενών.

Η υπεύθυνη ενημέρωση του εξεταζόμενου αποτελεί βασικό καθήκον του νοσηλευτικού και του ιατρικού προσωπικού. Έχει σχεδόν επικρατήσει η άποψη ότι κάθε σεξουαλική σχέση εκτός από την κλασική ετεροφυλική μονογαμική σχέση είναι επικίνδυνη. Τίθεται, όμως, το ερώτημα, πόσο εύκολο και ασφαλές είναι προτού δημιουργηθεί μια ερωτική σχέση με άγνωστο να προηγηθεί ανάκριση για την προηγούμενη ζωή, ή και εξέταση, ενώ στην απλούστερη περίπτωση να γίνει χρήση προφυλακτικού.

Βασικοί άξονες της αντιμετώπισης του σημαντικού προβλήματος των αφροδισίων νοσημάτων είναι η προστασία του κοινωνικού συνόλου και ταυτόχρονα η διασφάλιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Η υλοποίηση των κατευθύνσεων αυτών επιτυγχάνεται με την σωστή ενημέρωση και την υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού.

Η υγειονομική διαφώτιση διευκολύνει τη γνώση, συμβάλλει στην αλλαγή της συμπεριφοράς του ατόμου και του πληθυσμού γενικότερα, για λήψη υγιεινών μέτρων.

Ο γραπτός λόγος είναι μεγάλης σημασίας διαφωτιστικό μέσο. Ο ρόλος του τύπου, των περιοδικών καθώς και των διαφημιστικών φυλλαδίων, βοηθά του πολίτη για σωστή ενημέρωση και προφυλάσσει αυτόν από τον κίνδυνο μετάδοσης αφροδισίου νοσήματος. Επίσης τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (τηλεόραση, ραδιόφωνο) αποτελούν βασικό μέσο υγειονομικής διαφώτισης.

Η τηλεόραση η οποία ασκεί την μεγαλύτερη επίδραση στο ακροατήριο και έχει το πλεονέκτημα της κίνησης και οπτικοακουστικής εικόνας, καθώς και ότι παρακολουθείται από πολύ κόσμο, με επιστημονικά τεκμηριωμένες εκπομπές μπορεί να αποτελέσει το σημαντικότερο μέσο ενημέρωσης και χρήσιμων πληροφοριών.

Τέλος οι επιτόπιες επισκέψεις διαφόρων ιδρυμάτων, Υγειονομικών, Κοινωνικών καθώς και οι διάφορες συνεντεύξεις σε εκπροσώπους του μεγάλου τύπου με θέματα Δημόσιας και Κοινωνικής Υγιεινής αποτελούν εξαιρετη υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού γύρω από τα αφροδίσια νοσήματα.

Δεν επιτρέπεται να ενεργεί Υγειονομική Διαφώτιση κανένας ανεκπαιδευτος. Η αντίληψη ότι όλα τα υγειονομικά όργανα μπορούν να ασκήσουν Υ.Δ. είναι κατά βάση εσφαλμένη και προδίδει άγνοια του θέματος. Όλα τα υγειονομικά όργανα πρέπει να εκπαιδεύονται γύρω από τα αφροδίσια νοσήματα και την Υ.Δ. και πρέπει να πιστεύουν ότι ο κύριο σκοπός τους είναι όχι απλώς η διάχυση μερικών γνώσεων πάνω στην Υγιεινή, αλλά ο αγώνας να πεισθεί ο διαφωτιζόμενος πληθυσμός να τις ενσωματώσει, να τις εφαρμόσει και να τις διαδώσει στο περιβάλλον του.

Η σωστή ενημέρωση του κοινού και η σχολαστική τήρηση των προληπτικών μέτρων που συνιστώνται, συντελούν στην αποφυγή του πανικού και στον περιορισμό του μεγάλου προβλήματος της δημόσιας υγείας.

Οι Ένοπλες Δυνάμεις έχουν αναλάβει μια σημαντική προσπάθεια ενημέρωσης, δεδομένου ότι στις τάξεις τους υπηρετεί το σεξουαλικά ενεργότερο τμήμα του πληθυσμού. Η σωστή και υπεύθυνη μαζική υγειονομική διαφώτιση του μεγάλου αυτού τμήματος του πληθυσμού, το οποίο μπορεί και να μην έχει ακούσει άλλη φορά θέματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, συμβάλλει στη δημιουργία μονογαμικών σχέσεων και στην αποφυγή πολλών και ποικίλων εμπειριών.

Για να συνεχίσει η χώρα μας να περιλαμβάνεται μεταξύ των χωρών, που έχουν μικρή επίπτωση στα αφροδίσια νοσήματα, χρειάζονται η ενεργός συμμετοχή του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού στα προγράμματα ελέγχου, η ανάπτυξη αισθήματος ευθύνης των ασθενών έναντι του κοινωνικού συνόλου, η εφαρμογή αυστηρών προληπτικών μέτρων και η αλλαγή του τρόπου ζωής των ομάδων υψηλού κινδύνου.

Τέλος, αν και ακόμη δεν έχουμε περάσει ουσιαστικά στην ενημέρωση του κοινού με ομιλίες, προβολή ταινιών, με φυλλάδια και άλλα. Καλό θα ήταν επειδή η Υγειονομολογική συνείδηση και εκμάθηση των αφροδίσιων νοσημάτων, έχει γερές βάσεις στο άτομο, όταν αυτή γίνεται από μικρή ηλικία, με επιστημονικό και παιδαγωγικό τρόπο, να υπάρχει πληροφόρηση στα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, μαζί με την σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στα σχολεία.

Νοσηλευτικές διεργασίες - περιπτώσεις ασθενών με αφροδίσια νοσήματα

Περιστατικό Α.

Νοσηλευτική μονάδα: Δερματολογική Κλινική

Στοιχεία ασθενή

Όνοματεπώνυμο: Π.Α.
 Όνομα Πατρός: Νικόλαος
 Έτος γέννησης: 1972
 Επάγγελμα: Κομμώτρια
 Τόπος κατοικίας: Αιτωλικό
 Θάλαμος: 402
 Βάρος: 62 kg

Διάγνωση εισαγωγής: Βλεννόρροια

Νέα ασθενής εισήλθε στην Δερματολογική Κλινική με ζωτικά σημεία:

Αρτηριακή πίεση: 120/70 mmHg.

Σφίξεις: 82/min

Θερμοκρασία: 36,8 °C

Η ασθενής προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία παραπονούμενη για πυώδη εκκρίματα από την ουρήθρα αλλά πιο συχνά κολπικά εκκρίματα με πόνο και κάψιμο κατά την ούρηση και συχνουρία. Υπήρχε υποψία βλεννόρροιας και έγινε εισαγωγή στην δερματολογική κλινική.

Η ασθενής ανέφερε ευκαιριακή συνουσία προ 7 ημερών. Δύο ημέρες πριν την εισαγωγή ένιωσε κάψιμο κατά την ούρηση η οποία εξελίχθηκε στην πυώδη έκκριση που ανέφερα κατά την εισαγωγή της.

Για την έγκαιρη διάγνωση έγινε λήψη δείγματος των εκκρινμάτων από την ουρήθρα, τον τράχηλο και το ορθό για εξέταση στο εργαστήριο.

Η ασθενής δεν είχε νοσηλευτεί ξανά. Το βιβλιάριο υγείας βεβαιώνει ότι η ασθενής δεν έχει ιστορικό αναπνευστικής δυσχέρειας και αλλεργίας.

ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ - ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ - ΑΝΑΓΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Αναζήτηση αιτίου βλεννόρροιας</p>	<p>Καταπολέμηση του αιτίου. Αντιμετώπιση.</p>	<p>Ενημέρωση και ψυχολογική προετοιμασία του ασθενή.</p>	<p>Ενημερώθηκε ο ασθενής για την τεχνική, που θα ακολουθήσει και προετοιμάστηκε ψυχολογικά. Έγινε λήψη δείγματος των εκκρίσεων από την ουρήθρα τον ουρήθρα και το ορθό. Προηγήθηκε τοπική καθαριότητα από το νοσηλευτικό προσωπικό. Η λήψη έγινε με αποστειρωμένο στυλέο. Μέρμινα για γρήγορη αποστολή του δείγματος στο μικροβιολογικό εργαστήριο.</p>	<p>Διάρρωση της βλεννόρροιας και ειδικότερα οξεία γονοκοκκική ουρηθρίτιδα.</p>
<p>Αλλεργία στην πενικιλίνη</p>	<p>Έγκαιρη διάγνωση</p>	<p>Ο ασθενής ενημερώθηκε για το TEST που θα γινόταν. Αναφέρθηκε η αναγκαιότητά του και ο σκοπός του.</p>	<p>Εκτελέστηκε TEST ευαισθησίας στην πενικιλίνη.</p>	<p>Η ασθενής δεν εμφάνισε ευαισθησία στο φάρμακο. Αποφασίστηκε η αγωγή της με πενικιλίνη.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ - ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ - ΑΝΑΓΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Δυσουρία (πόνος και κάψιμο κατά την ούρηση)	Αναιούφιση του αρρώστου από τον πόνο και το κάψιμο κατά την ούρηση μειώνοντάς τον.	Ενημερώθηκε η ασθενής για τον περιορισμό του ενοχλητικού πόνου και τονώθηκε ψυχολογικά.	Χορηγήθηκαν στην ασθενή άφωνα υγρά ώστε να αραιώνονται τα ούρα, να αποβάλλονται τα μικρόβια και να μειώνεται ο ερεθισμός του στομίου της ουρήθρας. Συστήθηκε στην ασθενή επιμελής καθαρισμός των χεριών, ιδίως μετά την ούρηση	Η δυσουρία υποχώρησε.
Αρτηριακή πίεση: 180/100 mmHg	Ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης σε φυσιολογικά επίπεδα	Χορήγηση αντιυπερτασικού. Δημιουργία ήρεμου περιβάλλοντος για άνεση του ασθενή. Αποφυγή συνωστισμού επισκεπτών στην ασθενή.	Χορηγήθηκε 1 tabl Adalat 5 gr υπογλώσσιο στην ασθενή. Ενημερώθηκε το οικογενειακό του περιβάλλον, και παραμένει μόνο ένας συνοδός με την ασθενή.	Η πίεση ρυθμίστηκε αμέσως σε φυσιολογικά επίπεδα. Τιμή Αρτηριακής Πίεσης 145/80 mmHg. Το adalat 5 mg είναι αγγειοδιασταλτικό και δρα για την ρύθμιση της αυξημένης αρτηριακής πίεσης. Διαπιστώθηκε ότι η αρτηριακή πίεση οφειλόταν στο έντονο άγχος της ασθενούς για την πορεία της νόσου.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ - ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ - ΑΝΑΓΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Φλεγμονή του στομίου της ουρήθρας (οίδημα και ερυθρότητα) με κίτρινη πυώδη έκκριση	Προφύλαξη του αρρώστου και αντιμετώπιση της φλεγμονής	Ενημερώθηκε η ασθενής για την ανεύρεση του γονόκοκκου στο έκκρημα της ουρήθρας καθώς και για την τεχνική αντιμετώπισης της φλεγμονής.	Χορηγήθηκε αντιφλεγμονώδη tabl αντιβίωσης. Δόθηκε επίσης στην ασθενή αλοιφή για τοπική χρήση και διδάχτηκε ο τρόπος χορήγησής της.	Η ασθενής προφυλάχθηκε αρκετά από την εξάπλωση της μόλυνσης.
Εμετός από νευρογενή αντίδραση του ασθενή	Αντιμετώπιση του εμετού. Ανακούφιση του ασθενή από το δυσάρεστο αίσθημα.	Χορήγηση αντιεμετικού με τις ιατρικές οδηγίες. Περιποίηση της στοματικής κοιλότητας. Ελαφρά εύπεπτη τροφή.	Έγινε 1 από primpelan ενδομυϊκά. Πλύση της στοματικής κοιλότητας με αντιμικροβιακού και αντιμυκητιακού διάλυμα Hexalen μετά τη λήψη τροφής. Η ασθενής λαμβάνει συχνά, μικρά και ελαφριά γεύματα.	Διακόπηκε ο εμετός. Το primpelan έδρασε στην κένωση του στομάχου και τη διάβαση στο λεπτό έντερο.

ΛΕΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ - ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ - ΑΝΑΓΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΑΙΝΩΣΗΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Δυσφορία, άγχος, αγωνία, φόβος, μελαγχολία και γενικά δυσάρεστα συναισθήματα καταβάλλουν του ασθενή για την πορεία της βλεννόρροιας.</p>	<p>Ενθάρρυνση της αρρώστου να εξωτερικεύσει τα συναισθήματά της και ψυχολογική υποστήριξη και τόνωση για να τα ξεπεράσει. Εξασφάλιση κατάλληλου περιβάλλοντος.</p>	<p>Διάλογος του ασθενή με άτομα που θα του βοηθήσουν να ξεπεράσει τα δυσάρεστα συναισθήματά του και θα του τονώσουν το ηθικό. Επικοινωνία με τον νοσηλεύτη, ιατρό και την έμπειρη ψυχολόγο του νοσοκομείου.</p>	<p>Η ασθενής ήρθε σε επικοινωνία με τους αρμόδιους φορείς για την πορεία της υγείας της (ιατρός, νοσηλεύτης) καθώς και με την αρμόδια ψυχολόγο. Δημιουργήθηκε το κατάλληλο περιβάλλον που βοήθησε την ασθενή να μείνει προσανατολισμένη στο χώρο και το χρόνο για αντίπραξη προς την αισθησιακή αποστέρηση και τους διαταραγμένους σωματικούς ρυθμούς. Χρησιμοποιήθηκαν εικόνες, τηλεόραση, ραδιόφωνο κ.τ.λ. Η ασθενής κατανόησε και ενθαρρύνθηκε να εκδηλώσει τα συναισθήματα, που δοκιμάζει από την αρρώστιας</p>	<p>Η ασθενής βοηθήθηκε να ξεπεράσει τα δυσάρεστα γι' αυτήν συναισθήματα. Κατά την έξοδό της από την κλινική ήταν σε καλύτερη ψυχολογική κατάσταση.</p>

Μετά από πέντε ημέρες νοσηλεία και με σωστή και έγκαιρη θεραπεία η ασθενής εξήλθε από την κλινική θεραπευμένη.

Επειδή όμως η επαναμόλυνση είναι συνηθισμένη ακόμη και ύστερα από επιτυχή θεραπεία συστήθηκε να επαναληφθεί κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος μετά από 20 ημέρες.

Η ασθενής συμβουλευτήκε να κάνει ένα πολύ τσεκ-απ κάθε έξι μήνες περίπου και να αποφεύγει την σεξουαλική πράξη με πολλούς σεξουαλικούς συντρόφους.

Τονίστηκε ιδιαίτερα η πιθανότητα επαναμόλυνσής της.

Περιστατικό Β.**Νοσηλευτική μονάδα:** Δερματολογική Κλινική**Στοιχεία ασθενή**

Όνοματεπώνυμο: Σ.Χ.
Όνομα Πατρός: Ιωάννης
Έτος γέννησης: 1968
Επάγγελμα: Οικοδόμος
Τόπος κατοικίας: Αγρίνιο
Θάλαμος: 406
Βάρος: 75 kg

Διάγνωση εισαγωγής: Σύφιλη

Νέα ασθενής εισήλθε στην Δερματολογική Κλινική με ζωτικά σημεία:

Αρτηριακή πίεση: 140/80 mmHg.

Σφίξεις: 88/min

Θερμοκρασία: 36.8 °C

Από το ατομικό ιστορικό αναφέρεται ότι προ ζετίας ο ασθενής παρουσίασε στη βάλανο βλατίδα ερυθματώδη μεγέθους περίπου φακής χωρίς κνησμό και πόνο.

Μέχρι σήμερα από τότε ο ασθενής παραπονιέται για μικρή ελάττωση της ακοής, κεφαλαλγία έντονη, συνεχής επιτεινόμενη την νύχτα, νευρικότητα, αϋπνία και ελαφρά ανορεξία.

Επίσης παραπονείται για παροδικό θάμβος όρασης που υποχωρούσε χωρίς θεραπεία.

Για την έγκαιρη διάγνωση έγινε αναζήτηση του τρεπονήματος του ωχρού το οποίο αποτελεί και το αίτιο της σύφιλης.

Έγινε εισαγωγή του ασθενούς για περαιτέρω έλεγχο και σωστή θεραπεία.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ - ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ - ΑΝΑΓΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΙΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Εντοπισμός αιτίου σύφλης.</p>	<p>Καταπολέμηση του αιτίου. Αντιμετώπιση</p>	<p>Ενημέρωση και ψυχολογική προετοιμασία του ασθενή.</p>	<p>Ενημερώθηκε ο ασθενής για την τεχνική που θα ακολουθήσει και προετοιμάστηκε ψυχολογικά. Έγινε επιμελής καθαρισμός με φυσιολογικό ορό. Έγινε λήψη ορού καθαρού και όχι αιματηρού. Ο ορός αναμειχθηκε με μια σταγόνα φυσιολογικού ορού σε καθαρή αντικειμενοφόρο πλάκα. Μέρμνα για γρήγορη αποστολή του δείγματος στο μικροσκόπιο σκοτεινού πεδίου.</p>	<p>Διάγνωση της σύφλης</p>
<p>Σύφλη</p>	<p>Αντιμετώπιση της σύφλης</p>	<p>Ενημέρωση του ασθενούς για τη θεραπεία, τονίζοντας του την αναγκαιότητά της</p>	<p>Χορήγηση πενικιλίνης. Προηγήθηκε τεστ ευαισθησίας στην πενικιλίνη. Εδόθη θεραπεία 50.000 IU πενικιλίνης παρατεταμένης ενέργειας ανά Kg βάρους κάθε μέρα επί δέκα ημέρες.</p>	<p>Θεραπεία</p>

ΛΕΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ - ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ - ΑΝΑΓΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Κεφαλαλγία. Είναι ένα από τα κύρια συμπτώματα της σύφιλης. Μπορεί να είναι έντονη, συνεχής, και να επιτείνεται τη νύχτα.</p>	<p>Ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο και προαγωγή της άνεσής του.</p>	<p>Περιορισμός των ενοχλητικών παραγόντων του περιβάλλοντος. Χορήγηση αναλγητικών κατόπιν εντολής γιατρού. Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων.</p>	<p>Ο ασθενής τοποθετήθηκε στη σωστή θέση στο κρεβάτι. Χορηγήθηκε 1 tabl Ponstan κατόπιν εντολής γιατρού. Επίσης έγινε τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων.</p>	<p>Η κεφαλαλγία υποχώρησε σε δύο ώρες και ο ασθενής επανήλθε σε κατάσταση ηρεμίας.</p>
<p>Ανορεξία</p>	<p>Περιορισμός της ανορεξίας και αύξηση της διάθεσης του ασθενούς για φαγητό.</p>	<p>Προσφορά καλοσερβιρισμένης τροφής. Μικρά και συχνά γεύματα. Διατήρηση της στοματικής κοιλότητας καθαρή. Δίαιτα πλούσια σε λευκώματα και βιταμίνες. Χορήγηση αντιεμετικών, κατόπιν εντολής γιατρού. Ενημέρωση Δελτίου Νοσηλείας.</p>	<p>Προσφέρθηκαν στον άρρωστο τροφές της προτίμησής του. Καλοσερβιρισμένα σε περιβάλλον ευχάριστο και σε μικρά αλλά συχνά γεύματα. Η δίαιτα που δόθηκε ήταν πλούσια σε λευκώματα, βιταμίνες υψηλής θερμιδικής αξίας. Ενημερώθηκε το Δελτίο Νοσηλείας σχετικά με την τροφή που πήρε ο ασθενής.</p>	<p>Ενισχύθηκε η διάθεση του ασθενούς για φαγητό, ο οποίος τώρα τρέφεται και ενυδατώνεται ικανοποιητικά.</p>
<p>Αδυναμία - Κόπωση</p>	<p>Περιορισμός στην σπατάλη των φυσικών δυνάμεων του ασθενούς.</p>	<p>Ανάπαυση του αρρώστου. Εξασφάλιση καλού ύπνου. Χορήγηση ηρεμιστικών, κατόπιν εντολής γιατρού.</p>	<p>Η νοσηλεύτρια δημιουργεί δυνατότητες συχνών περιόδων ανάπαυσης, ενισχύει την επαρκή διατροφή του και εκτιμά το βαθμό αδυναμίας του.</p>	<p>Ο άρρωστος ηρεμεί και έτσι μειώνεται η ένταση των άλλων καταστάσεων, έτσι ώστε να υπάρξει καλύτερη αντιμετώπιση της νόσου.</p>

ΛΕΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ - ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ - ΑΝΑΓΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Πιθανή λοίμωξη	<p>Προφύλαξη του ασθενούς από τις διάφορες λοιμώξεις που μπορεί να καταλήξουν σε σηψαιμία.</p> <p>Πρόληψη λοίμωξης.</p>	<p>Απομόνωση σε μοναχικό δωμάτιο και καλό πλύσιμο των χεριών των νοσηλευτών και επισκεπτών.</p> <p>Έλεγχος για εμφάνιση φaryγγίτιδας και ανύψωση της θερμοκρασίας.</p> <p>Εξετάσεις ούρων, πτυέλων, κοπράνων.</p> <p>Ακτινογραφία θώρακος.</p> <p>Τήρηση κανόνων ασηψίας, αντισηψίας σε όλες τις νοσηλείες του ασθενούς, καθαριότητα και τακτικός ημερήσιος έλεγχος ζωτικών σημείων.</p>	<p>Ο ασθενής νοσηλεύεται σε μοναχικό δωμάτιο με περιορισμένη επίσκεψη, απολύμανση και περιορισμένο αριθμό επισκεπτών.</p> <p>Χρησιμοποιείται άσηπτο υλικό στη νοσηλεία και σε εμφάνιση λοίμωξης ενημερώνεται ο γιατρός.</p>	<p>Ο ασθενής προφυλάσσεται ικανοποιητικά από τις μολύνσεις και με αυτό τον τρόπο δεν επιβαρύνεται η κατάστασή του.</p> <p>Ο ασθενής δεν εμφάνισε λοίμωξη κατά τη διάρκεια νοσηλείας του.</p>
Προετοιμασία του αρρώστου και της οικογένειάς του.	<p>Ενθάρρυνση του ασθενούς να εξωτηρεύσει τα συναισθήματά του και ψυχολογική υποστήριξη της οικογένειας.</p> <p>Αποδοχή της αρρώστιας.</p> <p>Ανύψωση του ηθικού του ασθενούς.</p>	<p>Ενημέρωση του ασθενούς και της οικογένειας για τη φύση της νόσου.</p> <p>Διατήρηση της αξίας του σαν άτομο.</p> <p>Θετική επικοινωνία με τον ασθενή.</p>	<p>Η νοσηλεύτρια ενημέρωσε τον ασθενή και την οικογένειά του σχετικά με τη νόσο.</p> <p>Ο ασθενής κατανοεί και ενθαρρύνεται τα συναισθήματα που δοκιμάζει από την ασθένεια.</p>	<p>Ο ασθενής και η οικογένειά του αποδέχονται την αρρώστια.</p> <p>Παρατηρήθηκε βελτίωση της ψυχολογικής κατάστασης του ασθενούς.</p>

Επίλογος

Η σύφιλη και η βλεννόρροια αποτελούν αξιόλογο θέμα διαφώτισης. Τα νοσήματα αυτά στις μέρες μας τείνουν να εκλείψουν.

Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού στην πρόληψη και διαφώτιση γύρω από τα αφροδίσια νοσήματα είναι μεγάλος. Μεγάλη είναι ακόμη και η σημασία της πρωτοβουλίας του νοσηλευτικού προσωπικού για την συνεργασία τόσο με τα άλλα μέλη της υγειονομικής ομάδας (γιατρούς, υγειονομικούς διαφωτιστές, κοινωνικούς λειτουργούς), όσο και με τους ίδιους τους ασθενείς και τους συγγενείς αυτών στην ενημέρωση, πρόληψη και θεραπεία των αφροδίσιων νοσημάτων.

Έτσι το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να συνειδητοποιήσει τον κεντρικό του ρόλο σαν σύμβουλος και διδάσκαλος του πληθυσμού σε θέματα υγείας και να δραστηριοποιηθεί για την συμμετοχή του τόσο στο σχεδιασμό όσο και στην εφαρμογή των διαφόρων προγραμμάτων γύρω από τα θέματα αυτά, ανταποκρινόμενος στις ευθύνες του και ολοκληρώνοντας την προσφορά του, παίρνοντας με αυτό τον τρόπο τη σωστή θέση στο υγειονομικό σύστημα της χώρας μας. Η σωστή ενημέρωση του κοινού και η σχολαστική τήρηση των προληπτικών μέτρων που συνιστώνται, συντελούν στην αποφυγή του πανικού και στον περιορισμό του μεγάλου προβλήματος της δημόσιας υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ: "ΜΑΘΗΜΑΤΑ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ", Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Έκδοση 1η, Αθήνα 1992.
2. ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΟΥ: "Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΛΦΗΣ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ", Περιοδικό Ιατρική, Τεύχος 1ο Ιουνίου 1982.
3. ΚΑΝΙΤΑΚΗΣ Ι. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ: "ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΑ", Τόμος 3ος, Τεύχος Β', Εκδοτικός οίκος Σακκούλα, Θεσ/κη 1982.
4. ΚΑΝΙΤΑΚΗΣ Ι. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ: "ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΑ", Τόμος Α', Εκδοτικός οίκος Σακκούλα, Θεσ/κη 1978.
5. ΚΑΠΕΤΑΝΑΚΗΣ Ι.: "ΑΤΛΑΣ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ", Έκδοση Παριζιάνος, Αθήνα 1980.
6. ΚΟΥΣΚΟΥΚΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ: "AIDS ΤΙ ΠΡΟΨΕΙ ΝΑ ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ", Σμυρνιωτάκης, Εκδοτικές Επιχειρήσεις Α.Ε., Αθήνα 1988.
7. ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α.- ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ.: "ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ, ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ", Τόμος Β', Μέρος 2ο, Αθήνα 1994.
8. MIRIAM STOPPARD: "ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΟΔΗΓΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ", Τόμος Β', Εκδόσεις Π. Πλιάδης, Αθήνα 1990.
9. ΠΑΡΛΑΒΑΝΤΖΑΣ Β. ΝΙΚ.: "ΣΥΓΧΡΟΝΟΣ ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΑ ΠΡΑΚΤΗ- ΜΩΝ", Τόμος 6ος, εκδοτικός οίκος Χρ. Γιοβάνη.
10. ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ ΔΗΜ: "ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ - ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΙΕΙΝΗ, Εκδόσεις Παριζιάνος, Αθήνα 1984.

