

ΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: «ΣΞΕΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ, ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ»

Εισηγητής
Δετοράκης Ιωάννης

Σπουδάστρια
Ανδρόνη Σοφία

Περιεχόμενα

Περιεχόμενα	1
Πρόλογος	4
Κεφάλαιο 1. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ-ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΦΩΤΙΣΗ	5
1. 1 Οι διαστάσεις του προβλήματος της σεξουαλικής αγωγής	5
1. 2 Σημασία της γενετήσιας αγωγής	5
1. 3 Πώς γινόταν χθες η σεξουαλική ενημέρωση	5
1. 4 Πώς γίνεται σήμερα η σεξουαλική αγωγή-Ενημέρωση νέων	6
1.4.1 Η συγκλονιστική γλώσσα των αριθμών	7
1. 5 Επιχειρήματα για την καθιέρωση γενετήσιας αγωγής	8
1. 6 Στόχοι και μέθοδοι στη γενετήσια αγωγή	9
1. 7 Διάγραμμα σεξουαλικής αγωγής κατά ηλικίες	10
1. 8 Εκπαίδευση και σεξουαλική αγωγή	13
1. 9 Η οικογένεια ως φορέας σεξουαλικής αγωγής	14
1. 10 Σεξουαλική αγωγή και άτομα με νοητική υστέρηση	17
1.10.1 Αναγκαιότητα εισαγωγής της Γενετήσιας Αγωγής στην εκπαίδευση των ατόμων με νοητική υστέρηση	17
1.10.2 Προγράμματα Σεξουαλικής Αγωγής για τα άτομα με νοητική υστέρηση: Προβλήματα και Προοπτικές	18
Κεφάλαιο 2. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	22
2. 1 Το γεννητικό σύστημα του άνδρα	22
2. 2 Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας;	27
Κεφάλαιο 3. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΛΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ	29
3. 1 Γενικά	29
3. 2 Ταξινόμηση των Σ.Μ.Ν	30
3. 3 Παράγοντες που συμβάλουν στη διασπορά και στη δυσχέρεια ελέγχου των αφροδίστιων νοσημάτων	31
3. 4 Σύφιλη	31
3.4.1 Επιδημιολογικά στοιχεία	31
3.4.2 Τρόπος μετάδοσης	32
3.4.3 Εκδηλώσεις	32
3.4.3.1. Πρωτογενής σύφιλη (πρώτη περίοδος της νόσου)	33
3.4.3.2. Δευτερογενής σύφιλη (δεύτερη περίοδος της νόσου)	33
3.4.3.3. Συγγενής σύφιλη	33
3.4.3.4. Λανθάνουσα σύφιλη	34
3.4.3.5. Τριτογενής σύφιλη (τρίτη περίοδος της νόσου)	35
3.4.4 Μέτρα πρόληψης της νόσου	36
3. 5 Βλεννόρροια	36
3.5.1 Ιστορική αναδρομή	36
3.5.2 Επιδημιολογικά στοιχεία.	37
3.5.3 Γονόκοκκος	37
3.5.4 Τρόπος μετάδοσης	37
3.5.5 Εκδήλωση	37
3.5.6 Θεραπεία	38

3.5.7 Μέτρα πρόληψης της νόσου	39
3. 6 Οξυτενή κονδυλώματα	39
3. 7 Ιός του απλού έρπητα: λοιμώξεις των γεννητικών οργάνων	41
3.7.1 Επιδημιολογία	41
3.7.2 Μετάδοση	42
3.7.3 Επιπτώσεις του ΕΓΟ	42
3.7.4 Παθογένεια	43
3.7.5 Κλινική εξέταση	44
3.7.6 Διαφορική διάγνωση	45
3.7.7 διάγνωση	47
3.7.8 Πορεία και πρόγνωση	47
3.7.9 Αντιμετώπιση	48
3.7.9.1. Πρόληψη του ΕΓΟ	48
3.7.9.2. Τοπική αντιική θεραπεία	48
3.7.9.3. Από του στόματος αντιική θεραπεία	48
3. 8 Ιός της ηπατίτιδας	49
3.8.1 Ηπατίτιδα Α	50
3.8.2 Ηπατίτιδα Β	50
3.8.2.1. Γενικά	50
3.8.2.2. Επιδημιολογικά στοιχεία	51
3.8.2.3. Μέτρα πρόληψης της νόσου	52
3.8.2.4. Θεραπεία	54
3. 9 Μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα	55
3.9.1 Κλινική εικόνα	55
3.9.2 Θεραπεία	56
3. 10 Μη γονοκοκκική μόλυνση στις γυναίκες	56
3. 11 Κολπική μονιλίαση	56
3. 12 Τριχομοναδική κολπίτιδα	57
3. 13 Μη ειδική κολπίτιδα	57
3. 14 Οι ψείρες του εφηβαίου	57
3. 15 Ψώρα	59
3. 16 Μολυσματική τέρμινθος	59
3. 17 Μαλακό έλκος	59
3. 18 Αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα	60
3.18.1 Ορισμός	60
3.18.2 Αιτιολογία	60
3.18.3 Επιδημιολογία	61
3.18.4 Παθογένεια	61
3.18.5 Κλινική εικόνα	61
3.18.6 Διάγνωση	62
3.18.7 Διαφορική διαγνωστική	62
3.18.8 Θεραπεία	62
3. 19 Εξελκωτικό κοκκίωμα του αιδοίου ή βουβωνικό κοκκίωμα	63
3. 20 Πρόληψη και υγεία των γεννητικών οργάνων του άντρα	63
3. 21 Πρόληψη και υγεία των γεννητικών οργάνων της γυναίκας	64
3. 22 AIDS	64
3.22.1 Επιδημιολογία του AIDS	64
3.22.2 Το AIDS στον κόσμο	65
3.22.3 Οι διαστάσεις του προβλήματος	65
3.22.4 Τι είναι το AIDS	66
3.22.5 Πώς δημιουργήθηκε το AIDS	66
3.22.6 Πώς μεταδίδεται ο ιός τον AIDS	67

3.22.7 Πώς δε μεταδίδεται ο ιός τον AIDS	67
3.22.8 Κριτήρια διάγνωσης	68
3.22.9 Ποια είναι τα συμπτώματα τον AIDS	69
3.22.10 Κατηγορίες ατόμων υψηλού κινδύνου	69
3.22.11 Θεραπεία	70
3.22.12 Υγειονομική εκπαίδευση και πρόληψη της μετάδοσης του HIV	70
3.22.13 Πρόληψη	71
3.22.14 Επιδημιολογικά δεδομένα	72
3. 23 Γενικά μέτρα πρόληψης των αφοροδίστων νοσημάτων	88
Κεφάλαιο 4. ANΤΙΣΥΛΛΗΨΗ	91
4. 1 Γενικά.	91
4. 2 Ιστορική αναδρομή	91
4. 3 Ιδανική μέθοδος αντισύλληψης	92
4. 4 Μέθοδοι αντισύλληψης	94
4.4.1 Αποχή	94
4.4.2 Ο φυσικός οικογενειακός προγραμματισμός	94
4.4.3 Διακεκομμένη συνουσία	96
4.4.4 Σπερματοκτόνα	97
4.4.4.1. Αποτελεσματικότητα των σπερματοκτόνων	98
4.4.5 σπόγγος	100
4.4.6 Κολπικό Διάφραγμα	102
4.4.6.1. Αποτελεσματικότητα του διαφράγματος	103
4.4.6.2. Πλεονεκτήματα του διαφράγματος	103
4.4.6.3. Μειονεκτήματα τον διαφράγματος	104
4.4.6.4. Ενδείξεις του διαφράγματος	104
4.4.6.5. Αντενδείξεις του διαφράγματος	105
4.4.6.6. Τοποθέτηση του διαφράγματος	105
4.4.7 Τραχηλική καλύπτρα	107
4.4.8 Ενδομήτριες συσκευές ή ενδομήτρια σπειράματα.	108
4.4.8.1. Εφαρμογή	108
4.4.8.2. Δράση	108
4.4.8.3. Αντενδείξεις	108
4.4.8.4. Επιπλοκές	108
4.4.8.5. Άλλες συσκευές.	109
4.4.9 Προφυλακτικό	109
4.4.9.1. Αποτελεσματικότητα του προφυλακτικού	110
4.4.9.2. Πλεονεκτήματα τον προφυλακτικού	110
4.4.9.3. Μειονεκτήματα τον προφυλακτικού	111
4.4.9.4. Ενδείξεις του προφυλακτικού	111
4.4.9.5. Αντενδείξεις τον προφυλακτικού	111
4.4.9.6. Τοποθέτηση τον προφυλακτικού	111
4.4.10 Από του στόματος και εμφυτευσιμα αντισυλληπτικά	112
4.4.10.1. Κύριες κατηγορίες αντισυλληπτικών από το στόμα	112
4.4.10.2. Μηχανισμός δράσης	113
4.4.10.3. Ανεπιθύμητες ενέργειες	113
4.4.10.4. Αντενδείξεις.	114
4.4.10.5. Σκευάσματα.	115
4.4.10.6. Άλλες ορμονες.	116
4.4.11 στείρωση	116
4.4.12 Άμβλωση	117
Επίλογος	119
Βιβλιογραφία	120

Πρόλογος

Δεν είναι λίγοι οι «αναθεωρητές του σεξ» που πριν μισό αιώνα πίστευαν, πως ξεπερνώντας και καταργώντας τη σεξουαλική ηθική που επικρατούσε θα πετύχαιναν μια βαθύτερη προοδευτική ανανέωση ή και επαναστατικοποίηση της κοινωνίας. Ιδιαίτερα τους περιορισμούς που απαιτούσε η εκκλησία και που εκφράζονταν με μια γενική άρνηση του σεξ, τους θεωρούσαν απορριπτέα ταμπού.

Σε αυτή τη φάση, το σεξ υπήρχε μόνο στο γάμο¹. Μέσα όμως από αυτή τη διάθεση και προσπάθεια νεωτεριστικής αλλαγής, οι καιροί άλλαξαν. Μαζί τους άλλαξαν πεποιθήσεις και πιστεύω πολλών ετών, αξίες και ηθικά καλούπια μέσα στα οποία ζούσαν οι άνθρωποι.

Σταδιακά, ό,τι στεκόταν εμπόδιο στην ανθρώπινη τέρψη και ηδονή, καταρρίφθηκε πανηγυρικά, μάλιστα ίσως σε μεγαλύτερο βαθμό από όσο τόλμησε ποτέ να ονειρευτεί ακόμα και ο ποιο ευφάνταστος νους.

Σε συνάρτηση όμως με αυτή την ανανεωτική αύρα – που τελικά στις μέρες μας έφτασε στην ερωτική ασυδοσία – εμφανίστηκαν παράγοντες καθολικά ενάντιοι στην ανθρώπινη ζωή και υγεία. Μιλάμε βέβαια για τα γνωστά αφροδίσια νοσήματα.

Αφού ταλάνισαν και αφαίρεσαν τη ζωή από χιλιάδες ανθρώπους που ζούσαν πριν από εμάς, τώρα ξανά εμφανίζονται από τα σιωπηλά παρασκήνια στο κεντρικό προσκήνιο της ζωής μας, δυναμικότερα από ποτέ και βέβαια όπως και σχεδόν όλες τις «συμφορές» δεν επιβιώνουν μόνα τους, αλλά υποβοηθούνται από ορατούς παράγοντες της σημερινής κοινωνίας.

Εκτός από τη προαναφερθήσα ελευθεριότητα των ηθών και του κώδικα συμπεριφοράς, στην επανεμφάνιση των αφροδίσια νοσημάτων, συνέβαλλαν ουσιαστικά η φυλομοφιλία, η διακίνηση του πληθυσμού, οι θεραπευτικές αποτυχίες και φυσικά η μειωμένη εφαρμογή της γενετικής αγωγής, που αποδεικνύεται σταθερά η πανίσχυρη ελπίδα μας για τη καταπολέμηση τους.

Επιπροσθέτως, εκτός από την επανεμφάνιση των κλασικών αφροδίσια νοσημάτων, εντοπίστηκαν και νέα αφροδίσια νοσήματα, όπως η τριχομονάδοση, τα οξυτενή κονδυλώματα, ο έρπης των γεννητικών οργάνων και φυσικά το σύνδρομο της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS). Το τελευταίο πραγματικά τάραξε τα νερά, έθεσε υπό αμφισβήτηση τις βεβαιότητες μας και μας έβγαλε από τον λήθαργο που τα τελευταία χρόνια είχαμε εφησυχαστεί².

Στις μέρες μας πια η μάχη πρέπει να δοθεί ταυτοχρόνως και με το ίδιο σθένος σε τρία μέτωπα: Πρέπει να κατανοήσουμε ακόμα βαθύτερα αλλά πρέπει επίσης να περιθιάσουμε και να προλάβουμε, περισσότερο παρα ποτέ³.

Μέσα από αυτή τη πτυχιική εργασία ας γίνει κατανοητή η επικινδυνότητα των αφροδίσια νοσημάτων και η σημαντικότητα της ορθολογικής και καθολικής εφαρμογής της σεξουαλικής αγωγής, που πραγματικά έχει τη δύναμη να μας προφυλάξει ποιο αποτελεσματικά από κάθε τι άλλο.

Κεφάλαιο 1. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ-ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΦΩΤΙΣΗ

1. 1 Οι διαστάσεις του προβλήματος της σεξουαλικής αγωγής

Όσο πολυδιάστατη και περίπλοκη είναι η βιοσωματική και η ψυχολογική ανάπτυξη των δύο φύλων, καθώς και η ψυχολογία των διαφυλικών σχέσεων, εξίσου σύνθετο και δύσκολο γίνεται και το πρόβλημα της σεξουαλικής αγωγής. Πολλά ερωτήματα τίθενται στον τομέα αυτό, για τα οποία διατυπώνονται ποικίλες και αλληλοσυγκρουόμενες συχνά απόψεις και λύσεις. Το σημείο στο οποίο υπάρχει σχεδόν ομοφωνία είναι ότι πρόκειται για μια πλευρά της αγωγής που απαιτεί λεπτό και υπεύθυνο χειρισμό και τη συμβολή και τη συνεργασία πολλών παραγόντων.

1. 2 Σημασία της γενετήσιας αγωγής

Η «γενετήσια ή σεξουαλική αγωγή», έχει σαν πρωταρχικό στόχο να πληροφορήσει τα νεαρά άτομα για την ανατομία και βιολογία του αναπαραγωγικού συστήματος και ακόμη για το σωστό ψυχολογικό - συναισθηματικό κλίμα που πρέπει να χαρακτηρίζει τις σχέσεις των δύο φύλων. Τελικός στόχος πρέπει να είναι η ομαλή ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη του ατόμου για τη δημιουργία ευτυχισμένης οικογενειακής ζωής.

Το θέμα της σεξουαλικής αγωγής είναι πάντα επίκαιρο και πολύπλευρο, προβληματίζοντας όλους τους γονείς και δασκάλους, με αντικρουόμενες συχνά απόψεις τόσο στο διεθνή χώρο όσο και στον τόπο μας. Οι φωνές που ακούγονται είναι από τις πιο ακραίες προοδευτικές μέχρι τις πιο συντηρητικές. Ορισμένοι ισχυρίζονται ότι χωρίς τη σεξουαλική αγωγή οι προηγούμενες γενιές υπήρξαν και είναι υγιείς. Κι αυτό ακόμη αν είναι αλήθεια, δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι σήμερα οι κοινωνικές, οι περιβαλλοντικές, οι πολιτισμικές, οι ιατρικές και άλλες συνθήκες, μέσα στις οποίες τοποθετούνται και διαδραματίζονται οι γενετήσιες σχέσεις, έχουν σημαντικά αλλάξει².

1. 3 Πώς γινόταν χθες η σεξουαλική ενημέρωση

Ιστορική αναδρομή

Είναι γενικά παραδεκτό πώς το πρόβλημα της σεξουαλικής αγωγής στα σίγουρα μεν υπήρχε, όμως δεν είχε τις διαστάσεις τις σημερινές, στην εποχή της «σεξουαλικής επανάστασης» και της «σεξουαλικής απελευθέρωσης», που ζούμε.

Ο πρώτος πού μίλησε για το θέμα, ήταν ο Ζάν Ζάκ Ρουσσώ (1712-1778). Στο πριν από δύο αιώνες έργο του (1762) «ΑΙΜΙΛΙΟΣ "Η ΔΟΚΙΜΙΟ ΠΕΡΙ ΑΓΩΓΗΣ»», γράφει:

«Μη διστάσετε καθόλου να διδάξετε τον Αιμίλιο περί των επικινδύνων εκείνων μυστηρίων, τα όποια τού απέκρυπτε με τόσο προσοχή. 'Αφού οπωσδήποτε θα τα μάθει, είναι ορθό νά τα μάθει από σας τον ίδιο και όχι από άλλους ή μόνος του».

Η λεπτή διαίσθηση του Ρουσσώ, άνοιξε νέους ορίζοντες στην αγωγή. Σχεδόν όλες οι νεώτερες αντιλήψεις της αγωγής και της παιδικής ψυχολογίας περί του τρόπου χειρισμού των παιδιών, στηρίζονται στις παρατηρήσεις του. Συνιστούσε δε την όσο το δυνατόν περισσότερο ατομική διδασκαλία των νέων.

Οι παρατηρήσεις του έγιναν αντικείμενο προσοχής, συζητήθηκαν και γράφτηκαν πολλά βιβλία, τόσο για τη μόρφωση των γονέων ώστε με τη σωστή ενημέρωση να διαφωτίζουν τα παιδιά τους, όσο και για την απ' ευθείας ενημέρωση των νέων, μετά από μία ορισμένη ηλικία.

Όσοτιςο στις αρχές του αιώνα μας, στην πράξη, ή σεξουαλική αγωγή περιοριζόταν στους κινδύνους του αυνανισμού και την απειλή των αφροδισίων νοσημάτων.

Όθηση στο όλο θέμα, προσπαθούν να δώσουν οι πρωτοπόροι της 'Ανθρωπολογικής Ψυχολογίας Λέρς, Ζήμπεκ και Φράνκλ. Αυτοί με βάση τα επιτεύγματα της Ιατρικής, της Ψυχικής Ύγιεινής και της Παιδαγωγικής και χωρίς να αγνοούν την σωματική και ψυχική ενότητα του ανθρώπου, ανοίγουν τον δρόμο προς την σεξουαλική αγωγή.

Στην περίοδο του μεσοπολέμου, ή σεξουαλική αγωγή παίρνει άλλες διαστάσεις. Μπαίνει για πρώτη φορά σαν μάθημα στα σχολεία. Πρώτη που το εφαρμόζει είναι ή Σουηδία και μάλιστα απ' το 1936, είκοσι χρόνια δε μετά (1956) το καθιστά υποχρεωτικό. Από τότε στη χώρα αυτή τα παιδιά διδάσκονται σε ηλικία:

11 χρόνων ανατομία των οργάνων του φύλου.

13 χρόνων τη λειτουργία της αναπαραγωγής και

15 χρόνων τις μεθόδους έλεγχου των γεννήσεων, τα αφροδίσια νοσήματα και τους τρόπους διακοπής της εγκυμοσύνης.

Στις Η.Π.Α. το μάθημα είναι προαιρετικό και μόνο για ορισμένες Πολιτείες υποχρεωτικό. Το 1963 ή Πρεσβυτερική Εκκλησία το εισάγει στα Κατηχητικά

Στη χώρα μας τα τελευταία 25-30 χρόνια, το θέμα επανέρχεται κατά καιρούς στην επικαιρότητα. Τη σχετική πρωτοβουλία παίρνουν κάθε φορά δημοσιογράφοι, εκπαιδευτικοί, γιατροί κ.λπ. Η λύση που προτείνουν, οι περισσότεροι τουλάχιστον, είναι να μπει σαν μάθημα ατά σχολεία, όπως συμβαίνει και στις χώρες που είδαμε. Όμως δεν εξετάζουν κι ούτε φαίνεται να ενδιαφέρονται να μάθουν, αν ή λύση αυτή που εφαρμόζεται εκεί για 50 και πλέον χρόνια απέδωσε, ποια είναι τα συγκεκριμένα αποτελέσματα τους και γιατί δεν εφαρμόζεται παντού.

Μάλιστα το Υπουργείο Παιδείας μελέτησε το θέμα και αποφάσισε τη δοκιμαστική εισαγωγή του μαθήματος σε ορισμένα σχολεία, προφανώς όχι για να βεβαιωθεί για το αν είναι σωστό το μέτρο θ' αρκούσε ασφαλώς ή εμπειρία των άλλων χωρών-άλλά για να αποφευχθούν οι αντιδράσεις.

1. 4 Πώς γίνεται σήμερα η σεξουαλική αγωγή-Ενημέρωση νέων

Και στις μέρες μας ή όλη στάση στο πρόβλημα της σεξουαλικής αγωγής, δεν έχει ουσιαστικά διαφοροποιηθεί. Η ίδια τακτική της σιωπής ή της μονόπλευρης ενημέρωσης, εξακολουθεί να υπάρχει και να κυριαρχεί, με μόνη διαφορά κάποιες ασήμαντες παραλλαγές.

Καλό είναι σε αυτό το σημείο να αναφερθούν πρώτα, κάποιες δικές τους ομολογίες, ενδεικτικές της σημερινής θλιβερής πραγματικότητας. Έχουμε λοιπόν...

«Από τους γονείς κι το κράτος δεν μαθαίνουμε ούτε τα βασικά. Προσωπικά ψάχνω να βρω πληροφορίες κυρίως από βιβλία» (Μαθήτρια Λυκείου).

«Παίρνω πολλά περιοδικά. Ό,τι θέλω να μάθω, το μαθαίνω απ' αυτά. Έχουν και φωτογραφίες, οπότε καταλαβαίνω περισσότερα. Έχω κι ένα φίλο μεγαλύτερο μου κατά δύο χρόνια, που έχει πείρα και μου λέει κι αυτός!» (13χρονος).

«Δεν έχω ρωτήσει ποτέ τους γονείς μου για τα θέματα αυτά. Ό,τι έμαθα, το έμαθα ρωτώντας τις φίλες μου ή διαβάζοντας κάποια περιοδικά» (16χρονη).

• «Υπάρχει μία σιγή γύρω απ' το θέμα αυτό. Εγώ, πάντως, τις πρώτες κατευθύνσεις τις πήρα από περιοδικά, όμως δεν μου αρκεί αυτή ή ενημέρωση. Όταν δεν ξέρω κάτι, ρωτάω τους φίλους μου» (15χρονος).

1.4.1 Η συγκλονιστική γλώσσα των αριθμών

Από την άλλη μεριά είναι χρήσιμο να παρατεθούν κάποια άλλα στοιχεία –στατιστικά δεδομένα τα οποία αποδεικνύουν τα παρακάτω κρίσιμα σημεία που είναι τα εξής :

- I. Το μέγα πρόβλημα της σύγχρονης κοινωνικής διαφθοράς.
- II. Τα αποτελέσματα της παραπληροφόρησης.
- III. Η έλλειψη της σεξ. αγωγής και γενετήσιας διαφώτισης .

- Στατιστικές πού έγιναν στην Αμερική, σε 20-22 εκατομμύρια εφήβους ηλικίας 15-19 ετών, δείχνουν, ότι το 50% έχει δραστηριοποιηθεί σεξουαλικά, με αποτέλεσμα:
 - Από τις 11.000.000 σεξουαλικά ενεργείς εφήβους, 1.000.000 μένουν έγκυοι κάθε χρόνο και πάνω από 600.000 φτάνουν στον τοκετό.
 - Το 1/5 όλων των τοκετών αφορούν εφήβους.
 - Το 1/3 των παιδιών πού γεννιούνται είναι έξω από το γάμο.
 - Τα 2/3 των κηύσεων των κοριτσιών κάτω από τα 20 είναι ανεπιθύμητες.
- Χιλιάδες νέες γυναίκες ζουν την εμπειρία μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης με αποτέλεσμα τη δημιουργία τεράστιων οικονομικών, κοινωνικών, ψυχολογικών και Ιατρικών προβλημάτων.
- Οι κηύσεις στην εφηβεία τα τελευταία χρόνια έχουν διεθνώς αυξηθεί.
- Τα εξειδικευμένα βιβλία ή οπτικοακουστικά μέσα πού ασχολούνται με τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση και ενημέρωση είναι ανεπαρκή ή, επεικώς, ακατάλληλα».
- Από τις 350.000 αμβλώσεις πού υπολογίζεται ότι γίνονται στην 'Ελλάδα τον χρόνο, το 20-25% άφορα ανήλικες κοπέλες. Επίσης, από τις γυναίκες πού φτάνουν στον τοκετό -κάθε χρόνο είναι γύρω στις 120.000- το 12% είναι κάτω από δεκαεννιά χρόνων. Αυτό το ποσοστό γίνεται ακόμα πιο σημαντικό, αν σκεφτεί κανείς ότι στην πλειοψηφία τους, οι έφηβες μητέρες είναι ανύπαντρες, τουλάχιστον την εποχή της σύλληψης. Αναγκαστικά, λοιπόν, άλλες παντρεύονται για νά καλύψουν την εγκυμοσύνη τους, άλλες δίνουν το μωρό πού γεννιέται για υιοθεσία και άλλες -οι πολύ λίγες-αποφασίζουν νά αναλάβουν την ανατροφή του παιδιού μόνες τους, αψηφώντας την κοινωνική κατακραυγή.
- Η Παγκόσμια 'Οργάνωση 'Υγείας αναφέρει πώς τα νέα αφροδίσια νοσήματα είναι 18 μεταξύ των οποίων και το AIDS. Η ίδια 'Οργάνωση αναφέρει ότι κάθε χρόνο δηλώνονται 200.000.000 νέες περιπτώσεις μη γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας -ενός μόνο άπ' τα νέα αυτά αφροδίσια νοσήματα ενώ 40.000.000 νέες περιπτώσεις το χρόνο, προέρχονται μόνο άπ' τη γνωστή σύφιλη. Κι ο αριθμός αυτός είναι μικρότερος τού πραγματικού, αφού ή δήλωση αυτών των ασθενειών, δεν είναι παντού υποχρεωτική. Το σημαντικότερο είναι ότι τα αφροδίσια νοσήματα έφυγαν άπ' την πέραν των 20 ετών ηλικία και κατέβηκαν στην ηλικία των 14-18 ετών.
- Στις ΗΠΑ το 20% του πληθυσμού έχει προσβληθεί από αφροδίσια νοσήματα πού οφείλονται στη χαλάρωση των ηθών.
- Στις Η.Π.Α. πάλι το AIDS εξαπλώνεται ευκολότερα στους εφήβους, παρά στους ενήλικες. Ένα στα 69 μωρά πού γεννιούνται στη Νέα 'Υόρκη, έχουν μητέρα φορέα του AIDS..
- Στη Μ. Βρετανία παρουσιάζονται κάθε χρόνο γύρω στις 50.000 περιπτώσεις γονόρροιας . Τα 25.000 περιστατικά αφορούν ηλικίες κάτω των 24 ετών. Μάλιστα μόνο μία στις 100

Αγγλίδες πιστεύει πώς πρέπει να είναι αγνή ως το γάμο.

• Τα αφροδίσια είναι το σημαντικότερο πρόβλημα υγείας σ' όλο τον κόσμο. Κάθε έξη δευτερόλεπτα προσβάλλεται κάποιος σ' όλο τον κόσμο απ' αυτά». Η δήλωση αυτή ανήκει στον Καθηγητή του Πανεπιστήμιο του Μόντρεαλ Ρίτσαρντ Μόρισετ που προήδρευσε διάσκεψης 1000 ερευνητών και γιατρών από 50 χώρες. Ανέφερε μάλιστα πώς μία απ' τις πλέον επικίνδυνες ασθένειες είναι ή «CHLAMYDIA» που προσβάλλει τις σάλπιγγες προκαλώντας στειρώση στις γυναίκες και τύφλωση των νεογέννητων. Από αυτή μόνο την ασθένεια, πάσχουν 500.000.000 άτομα και είναι ή κυριότερη αιτία τύφλωσης και στειρώσης στον Τρίτο Κόσμο⁴.

1. 5 Επιχειρήματα για την καθιέρωση γενετήσιας αγωγής

Οι «σεξουαλικές σχέσεις», όπως ξέρουμε, χρησιμεύουν για την αναπαραγωγή αλλά και για την ανάπτυξη σχέσεων ανάμεσα σε άτομα διαφορετικού φύλου. Οι δύο αυτές έννοιες, υπήρξαν για αρκετές γενιές «αναπόσπαστα συνδεδεμένες». Σήμερα, με την ανακάλυψη ακίνδυνων και αποτελεσματικών μέσων για τον έλεγχο των γεννήσεων, δηλ. των αντισυλληπτικών, οι δύο λειτουργίες ξεχώρισαν και η σεξουαλικότητα απέκτησε ιδιαίτερη σημασία σαν μέσο διαπροσωπικών σχέσεων, ανεξάρτητα από την αναπαραγωγική ηλικία. Επομένως, πολλοί κανόνες σεξουαλικής συμπεριφοράς άλλαξαν. Χωρίς αμφιβολία, η «σεξουαλικότητα» που εκφράζει τη σεξουαλική ορμή είναι έμφυτη. Οι τρόποι όμως που βιώνεται, εκδηλώνεται και δικαιώνεται, με περισσότερη ή λιγότερη επιτυχία, μαθαίνονται. Αυτό με άλλα λόγια, που ονομάζουμε «σεξουαλική συμπεριφορά» μπορεί να επηρεαστεί παιδαγωγικά. Ο «οργασμός της γυναίκας» σε παλαιότερες κοινωνίες θεωρείτο σχεδόν σαν ολίσθημα. Σήμερα, αποτελεί βιολογική πραγματικότητα αναγνωρισμένη ιατρικά. Ο «αυνανισμός» μέχρι χτες αντιμετωπιζόταν σαν κάτι παθολογικό, ενώ σήμερα θεωρείται σαν «προετοιμασία» για τη φυσιολογική σεξουαλική ζωή και ακόμη χρησιμοποιείται από την ιατρική σαν μέσο θεραπείας της σεξουαλικής ανικανότητας. Η «ομοφυλοφιλία» ταξινομείτο παλιότερα στην ψυχιατρική νοσολογία, ενώ σήμερα, δεν θεωρείται νόσος. Τέλος, πολλές «σεξουαλικές διαστροφές» θεωρούνται σήμερα από την ψυχιατρική ως απλές αποκλίσεις ή παραλλαγές της γενετήσιας συμπεριφοράς.

Εκτός από τις σύγχρονες ιατρικές γνώσεις έχουμε και σημαντικές περιβαλλοντικές και κοινωνικές αλλαγές, όπως η νομιμοποίηση των εκτρώσεων, η εξάπλωση των μέσων μαζικής ενημερώσεως, τα φεμινιστικά κινήματα απελευθερώσεως των γυναικών, οι προγραμμαίες σεξουαλικές σχέσεις από πολύ μικρή ηλικία, οι αλλαγές στο θεσμό της οικογένειας με την αύξηση του αριθμού των διαζυγίων, και οι αλλαγές στις νομικές συνθήκες της οικογενειακής ζωής.

Ίσως θα πρέπει ακόμη να επισημανθεί ότι ζούμε σε μια εποχή όπου η προκλητική και χωρίς αναστολές προβολή των ορέξεων επιβάλλει όχι προσπονημένη άγνοια, αλλά ενημέρωση. Δεν χρειάζονται πολλά επιχειρήματα για να δεχτούμε πώς είναι προτιμότερη η σεμνή, χαμηλότονη και υπεύθυνη περιγραφή και ερμηνεία των σεξουαλικών φαινομένων από τους γονείς και τους δασκάλους, παρά η εμπειρία του πεζοδρομίου. Έτσι δεν μπορεί ν' αντέξει οποιαδήποτε κριτική εναντίον της σεξουαλικής αγωγής. Εξάλλου σε όλες σχεδόν τις «αναπτυγμένες χώρες υπάρχει κάποια μορφή σεξουαλικής αγωγής γεγονός που επιβεβαιώνει την αποδοχή της σε παγκόσμια κλίμακα. Σε ορισμένες χώρες είναι υποχρεωτική σε όλα τα σχολεία (Δανία, Σουηδία, Δυτική και Ανατολική Γερμανία, Τσεχοσλοβακία, ορισμένες πολιτείες των Η.Π.Α.), σε άλλες χώρες υπάρχει νομοθετική κάλυψη χωρίς να υλοποιείται σε όλη την επικράτεια (Βουλγαρία, Γιουγκοσλαβία, Γαλλία, Ελβετία, Ιταλία, Πολωνία), σε άλλες δεν υπάρχει νομική κάλυψη αλλά η γενετήσια αγωγή είναι γενικά αποδεκτή (Μεγάλη Βρετανία, Ρωσία, Ολλανδία, οι περισσότερες πολιτείες των Η.Π.Α.). Στην Ελλάδα, στην Τουρκία και στην Κύπρο, η γενετήσια αγωγή δεν είναι απαγορευμένη, αλλά δεν έχει καθιερωθεί.

1. 6 Στόχοι και μέθοδοι στη γενετήσια αγωγή

Τα βασικά ερωτήματα είναι: (i) πότε πρέπει να αρχίζει, (ii) ποιοι είναι οι κατάλληλοι φορείς διδασκαλίας και (iii) ποιο πρέπει να είναι το περιεχόμενο και οι στόχοι. Η πληροφόρηση πρέπει να αρχίζει από τα πρώτα χρόνια ζωής του παιδιού, γιατί τότε αρχίζουν οι πρώτες απορίες «πώς ήρθα στον κόσμο», κλπ. Οι απαντήσεις πρέπει να δίνονται με ειλικρίνεια και σωστή ορολογία σύμφωνα και με την ανάπτυξη του παιδιού. Η αρχική αυτή ενημέρωση πρέπει να είναι περιορισμένη μόνο στο περιεχόμενο της ερωτήσεως, χωρίς να χρωματίζεται. Οι περισσότερες χώρες αρχίζουν την πληροφόρηση από το νηπιαγωγείο και τη συνεχίζουν στο Δημοτικό και το Γυμνάσιο, ενώ οι λιγότερες αρχίζουν μόνο στο Γυμνάσιο.

Οι γονείς επομένως αποτελούν αναγκαστικά όχι μόνο τους πρώτους, αλλά και τους μόνιμους «φορείς» αγωγής του παιδιού για να δώσουν πολύ γρήγορα τη σκυτάλη και στο δάσκαλο. Γενικότερα, οι παιδαγωγοί διατηρούν τα πρωτεία στις περισσότερες χώρες που εφαρμόζεται η σεξουαλική αγωγή, ενώ σε πολλές χρησιμοποιούνται επιπλέον γιατροί, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί ή προσωπικό υγείας ειδικά εκπαιδευμένο γι' αυτό το σκοπό. Η πρωτοβουλία επιμορφώσεως των φορέων γίνεται συνήθως με κρατική μέριμνα, όπως είναι π.χ. η εισαγωγή ειδικών προγραμμάτων επιμορφώσεως στις Παιδαγωγικές Ακαδημίες. Σ' άλλες χώρες υπάρχουν «Συμβούλια Διαπαιδαγωγίσεως» ενώ σ' άλλες σημαντικό ρόλο παίζουν οι «Εταιρείες Οικογενειακού Προγραμματισμού» ή η οργάνωση ειδικών συμποσίων και ελεύθερων συζητήσεων» ιδιαίτερα μέσα στο σχολείο, ανάμεσα σε γονείς, δασκάλους και ειδικούς επιστήμονες. Τα μέσα μαζικής ενημερώσεως, αλλά και ειδικά έντυπα, βιβλία και οπτικοακουστικά μέσα είναι απαραίτητα για την επιμόρφωση των φορέων και των παιδιών.

Όπως είναι φυσικό, το «περιεχόμενο και οι στόχοι» αποτελούν το σημαντικότερο πρόβλημα διαφωνιών στις συζητήσεις που γίνονται σε κάθε χώρα. Οι περισσότεροι θεωρούν ότι μετά την αρχική ενημέρωση από τους γονείς και τους δασκάλους στο Νηπιαγωγείο, θα πρέπει, στις τελευταίες τάξεις του Δημοτικού, να δίδονται ορισμένες βασικές βιολογικές πληροφορίες, πριν αρχίσει το παιδί να τις χρωματίζει συναισθηματικά. Στις πρώτες τάξεις του Γυμνασίου, πρέπει να διδάσκεται η διαφορά των δύο φύλων, οι σωματικές και ψυχικές αλλαγές της εφηβείας, η υγιεινή της εμμηνορρυσίας, η γονιμοποίηση, η εγκυμοσύνη και η γέννηση. Στα χρόνια του Λυκείου, εκτός από την αναπαραγωγή του ανθρώπου μπορεί να διδάσκονται προοδευτικά θέματα όπως η σεξουαλική συμπεριφορά, ο αυνανισμός, η εκσπερμάτιση, η αντισύλληψη, ο οικογενειακός προγραμματισμός, τα αφροδίσια, η πορνεία, ο βιασμός, η έκτρωση, οι σεξουαλικές παρεκκλίσεις, οι ψυχοσεξουαλικές ανωμαλίες, αλλά ακόμη και οι κοινωνικές και νομικές βάσεις της σεξουαλικής και οικογενειακής ζωής.

Η επιτυχία της σεξουαλικής αγωγής στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό στην κατάλληλη παιδαγωγική προσέγγιση και όχι στο στεγνό και ανιαρό μάθημα. Οι μαθητές πρέπει να συμμετέχουν σε διάλογο, να επιχειρείται εξατομικευμένη προσέγγιση μέσα από μικρές ομάδες, με επίκεντρο τα συγκεκριμένα πρόβλημα-τα των μαθητών. Οι μαθητές δεν έχουν την ίδια ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη, επομένως και τα ίδια προβλήματα. Οι απαντήσεις πρέπει να είναι αντικειμενικές και ανάλογα με την ηλικία και προσωπικότητα του μαθητή, να έχουν επίκεντρο τη διαφύλαξη της ψυχολογικής και ηθικής ουσίας με ιδιαίτερη έμφαση στις βαθύτερες ανθρώπινες σχέσεις και αξίες. Θα πρέπει να δημιουργείται προσεκτικό ψυχολογικό κλίμα ανάμεσα στα δύο φύλα με κατευθυνόμενες ψυχαγωγικές συγκεντρώσεις στα σχολεία και όχι με πνεύμα «εκφοβισμού» γύρω στα θέματα του σεξ. Δεν χρειάζονται καταδίκες και αφορισμοί εκείνων που έχουν ολοκληρωμένες σεξουαλικές σχέσεις. Οι απαγορεύσεις δεν βοηθούν τη φυσιολογική ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη και τις σωστές ανθρώπινες σχέσεις, όπου πρέπει κυρίως να προβάλλεται η ελευθερία του ατόμου, τα ίσα δικαιώματα, αλλά και οι υποχρεώσεις με βάση την αγάπη και την προαγωγή της λειτουργικότητας του κοινωνικού συνόλου.

Όπως ήδη αναφέραμε, η οικογένεια αποτελεί το φυσικό φορέα της σεξουαλικής αγωγής τόσο στα πρώτα στάδια ζωής του ατόμου όσο και μετέπειτα, όταν σε συνεργασία με το σχολείο συνοδεύει το παιδί και τον έφηβο στην ψυχοσεξουαλική του ανάπτυξη. Το σχολείο παίρνει τη σκυτάλη από τους γονείς και πρέπει πάντα σε συνεργασία μαζί τους να προσφέρει σταδιακά τις απαραίτητες γνώσεις αλλά και τις συναισθηματικές και κοινωνικές προεκτάσεις της σεξουαλικής ζωής. Γι' αυτό ο βαθμός συνεργασίας γονέων και σχολείου προδικάζει και την επιτυχία των προγραμμάτων. Η ανταλλαγή απόψεων και εμπειριών σε ειδικές συναντήσεις με τους γονείς, εξασφαλίζει όχι μόνο την απαραίτητη συναίνεση αλλά και την παλίνδρομη πληροφόρηση για τις σωστές κατευθυντήριες γραμμές που δεν πρέπει να είναι στατικές αλλά συνεχώς αναπροσαρμοζόμενες².

1. 7 Διάγραμμα σεξουαλικής αγωγής κατά ηλικίες

Με βάση τα ερευνητικά δεδομένα για την ανάπτυξη της σεξουαλικότητας, του ρόλου και της συμπεριφοράς του φύλου, αλλά και τις αντιλήψεις που επικρατούν στους νέους και το ευρύτερο περιβάλλον για τη σεξουαλική ζωή και αγωγή, επιχειρούμε εδώ να περιγράψουμε σε γενικές γραμμές τις βασικές διαστάσεις της σεξουαλικής αγωγής κατά ηλικίες.

Προγεννητική περίοδος. Η σεξουαλική αγωγή, όπως και η όλη αγωγή του παιδιού αρχίζει από την αγωγή και προετοιμασία των γονέων για το γάμο και την οικογένεια. Οι αντιλήψεις που έχουν οι ίδιοι για την τεκνοποιία γενικά και για το φύλο των παιδιών που πρόκειται να φέρουν στον κόσμο ειδικότερα διαμορφώνουν τις στάσεις και τις διαθέσεις τους που συχνά διαφοροποιούνται, όταν πρόκειται να γεννηθεί αγόρι ή κορίτσι. Μια τέτοια διαφοροποίηση μπορεί να είναι άδικη για το ένα ή το άλλο φύλο των παιδιών, όπως π.χ. όταν πρόκειται για την προτίμηση που εκδηλώνουν μερικοί γονείς να αποκτήσουν αγόρια, παρά κορίτσια. Για το λόγο αυτό ένας βασικός τομέας της προγεννητικής αγωγής πρέπει να είναι η καλλιέργεια θετικής διάθεσης και στάσης έναντι της τεκνοποίησης γενικά και η απροκατάληπτη αποδοχή και υποδοχή των παιδιών από τους γονείς ανεξάρτητα από το φύλο τους. Πρόκειται για την αρχή της ισοτιμίας των δύο φύλων που πρέπει να διέπει τη σεξουαλική αγωγή σε όλες τις βαθμίδες, αρχίζοντας από τις στάσεις και αντιλήψεις των γονέων.

Βρεφική ηλικία. Μετά τη γέννηση του παιδιού η γνώση από την πλευρά των γονέων των ιδιαίτερων σωματικών και ψυχολογικών χαρακτηριστικών του φύλου, στο οποίο ανήκει το νεογέννητο, είναι απαραίτητη, προκειμένου να ασκηθεί και η αντίστοιχη φροντίδα και αγωγή. Κατά την περίοδο αυτή μεγάλη σημασία έχουν οι έμμεσες και ασυνείδητες, αλλά πολύ βαθιές επιδράσεις που ασκεί η αλληλεπίδραση μεταξύ του παιδιού και της μητέρας, αλλά και του πατέρα και των άλλων προσώπων του οικογενειακού περιβάλλοντος. Ειδικότερα έχει επισημανθεί ο ρόλος της προσκόλλησης του παιδιού στο μητρικό πρόσωπο, ένας βιοσυναισθηματικός δεσμός που, κατά τον Freud, αποτελεί την πρώτη και πιο δυνατή αγάπη, πρότυπο για όλες τις μετέπειτα σχέσεις. Η ανάπτυξη της αυτονομίας του παιδιού και της ικανότητας του να συνάπτει θετικές διαφυλικές σχέσεις, σύμφωνα με την άποψη των ψυχαναλυτών, έχει τις ρίζες της στον τρόπο που βιώνει τη σχέση της προσκόλλησης στα τρία πρώτα χρόνια της ζωής (Κακόβουλη, 1990, σ. Τ07-127).

Ένα ειδικότερο θέμα που χρειάζεται προσεκτικό χειρισμό είναι ο απογαλακτισμός του παιδιού, μια δύσκολη ψυχολογικά δοκιμασία για το βρέφος που περνά το στοματικό στάδιο της ψυχοσεξουαλικής του ανάπτυξης. Η ψυχανάλυση επισημαίνει κάποιες δυσμενείς συνέπειες που μπορεί να προκαλέσει ένας αδέξιος απογαλακτισμός, καθώς το βρέφος τείνει να υποκαταστήσει το μητρικό στήθος με ένα μέρος του σώματος του (π.χ. τον αντίχειρα), σε μια αναζήτηση ανακούφισης και αυτοϊκανοποίησης. Τα άτομα που ως βρέφη είχαν την εμπειρία ενός απότομου και οδυνηρού απογαλακτισμού παρουσιάζουν συχνά πιο μεγάλη κινητικότητα, ευαισθησία στην αποστέρηση, υπερβολική απληστία και στοματική καθήλωση {πιπίλισμα δακτύλου, δάγκωμα, μασούλισμα). Κάθε χωρισμός από τους γονείς για το σχολείο ή για παραμονή μακριά από το σπίτι, κάθε προσπάθεια απόκτησης υλικής και ηθικής αυτονομίας παρουσιάζουν ιδιαίτερες δυσκολίες στα άτομα αυτά (Tohne - Κανελλοπούλου, 1991).

Η αγωγή τουαλέτας, η απόκτηση δηλαδή από το παιδί αυτοέλεγχου των σφιγκτήρων για την αποβολή των περιττωμάτων, καθώς και η ανάπτυξη των δεξιοτήτων αυτοεξυπηρέτησης και καθαριότητας, που συνδέονται με το πρωκτικό στάδιο ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης από το δεύτερο έτος, πρέπει επίσης να γίνει αντικείμενο λεπτών χειρισμών από την πλευρά των γονέων ή από τους βρεφονηπιοκόμους στον παιδικό σταθμό.

Προσχολική αγωγή. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί από τους γονείς στην εκδήλωση και τη λύση του οιδιπόδειου συμπλέγματος. Το παιδί κατά την περίοδο αυτή, καθώς ανακαλύπτει τη γενετήσια περιοχή του σώματος, εκτός από το διερευνητικό της περιοχής, ξυπνά μέσα του και η διερευνητική περιέργεια και η ανάγκη να πληροφορηθεί για τη σωματική ανατομία και τις διαφορές μεταξύ των δύο φύλων. Σε μερικά παιδιά εκδηλώνεται και μια διάθεση προς τον ετερόφυλο γονέα, μια τάση που ερμηνεύεται ως ανάγκη να ενσωματώσει στην προσωπικότητα του, μέσω της ταύτισης, χαρακτηριστικά του αντίθετου φύλου. Επειδή κατά τη φάση αυτή είναι δυνατόν να προκληθούν τραυματικές εμπειρίες στο παιδί, που ίσως επηρεάσουν τη σεξουαλική συμπεριφορά του αργότερα (σύμπλεγμα ευνουχισμού, οπισθοδρόμησης, αποτυχίας, αυτοτιμωρίας κ.ά.), θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή από τους γονείς, αλλά και από τους νηπιαγωγούς. Προσοχή επίσης χρειάζεται στην αντιμετώπιση κάποιων εκδηλώσεων αυτοερωτισμού και αυτοϊκανοποίησης που παρουσιάζουν μερικά παιδιά από πολύ νωρίς. Οι εκδηλώσεις αυτές, οι οποίες ερμηνεύονται ως έκφραση παιδικού αισθησιασμού και όχι σεξουαλικότητας, όπως υποστήριξε ο Freud, πρέπει να αντιμετωπίζονται ως φυσιολογικές για την ηλικία και όχι ως κάτι που πρέπει να προκαλεί ανησυχία στους γονείς ή και απαγορευτική ή τιμωρητική στάση.

Παράλληλα τα παιδιά της προσχολικής ηλικίας ζητούν επίμονα να πληροφορηθούν για μερικά απλά θέματα που αναφέρονται στη σεξουαλική ζωή.

Εκείνο που ιδιαίτερα τα απασχολεί είναι πώς τα παιδιά έρχονται στον κόσμο, ίσως γιατί η γέννηση ενός παιδιού προκαλεί τη ζήλια και το άγχος τους μήπως χάσουν την αποκλειστικότητα της μητρικής φροντίδας και αγάπης. Τα παιδιά φαντάζονται ένα πλήθος από απαντήσεις στο ερώτημα αυτό, όπως π.χ. ότι η γέννηση γίνεται από το στήθος της μητέρας ή από την κοιλιά της με τομή ή ακόμη από τον ομφαλό της. Αυτό ίσως οφείλεται στο ότι, όταν το παιδί ερωτά, αντιμετωπίζει συνήθως μια σιωπή ή και αμηχανία από την πλευρά των γονέων. Συχνά του δίνεται μια εξήγηση που είναι εντελώς εξωπραγματική, όπως είναι αυτή του πελαργού. Ένα δεύτερο ερώτημα που απασχολεί τα παιδιά είναι πώς γίνεται η σεξουαλική επαφή των γονέων. Ζητούν επίμονα να πληροφορηθούν πώς βρέθηκε το παιδί μέσα στη μητέρα και πώς ο πατέρας συνέβαλε σε αυτό. Στα ερωτήματα αυτά και σε άλλα συναφή πρέπει να δίνονται απαντήσεις, όταν τα παιδιά ερωτούν και οι απαντήσεις να είναι φυσικές, απλές, πραγματικές και ανάλογες του γνωστικού τους επιπέδου. Γι' αυτό οι γονείς και οι νηπιαγωγοί πρέπει να έχουν επεξεργαστεί από πριν τις απορίες των παιδιών γύρω από τα σεξουαλικά θέματα και να είναι έτοιμοι, όταν τα παιδιά θέτουν τέτοιες ερωτήσεις, να δίνουν τη σωστή απάντηση με τον ανάλογο τρόπο. Στο ρόλο τους αυτό οι παιδαγωγοί πρέπει να είναι υπομονετικοί, καλοί ακροατές και να εξασφαλίζουν στα παιδιά ένα πλαίσιο ασφάλειας, στοργής και εμπιστοσύνης.

Από την προσχολική ηλικία αρχίζει επίσης η αγωγή των ρόλων και της συμπεριφοράς του φύλου. Τα παιδιά θα πρέπει να συνειδητοποιούν σταδιακά ότι ανήκουν σε ένα από τα δύο φύλα και ότι έχουν κοινούς με όλα τα παιδιά, αλλά και διαφορετικούς ρόλους, ανάλογα με το φύλο τους. Στο πλαίσιο αυτό θα πρέπει να ενισχύονται στους ρόλους που αντιστοιχούν στο φύλο τους και προέρχονται από την πραγματική φύση και τα ψυχοφυσικά χαρακτηριστικά του κάθε φύλου. Παράλληλα όμως πρέπει να πληροφορούνται για διαφοροποιήσεις σε παιχνίδια, στάσεις και συμπεριφορά που προέρχονται από τα κοινωνικά στερεότυπα και τις προκαταλήψεις της κοινωνίας που ζουν και οι οποίες, όταν δημιουργούν άνιση και άδικη μεταχείριση, πρέπει να αποφεύγονται. Πρόκειται για την αγωγή της ισοτιμίας των δυο φύλων, η οποία αρχίζει από το προηγούμενο στάδιο με τη στάση και συμπεριφορά των γονέων έναντι των παιδιών των δύο φύλων.

Σχολική ηλικία. Τα παιδιά 6-10 ετών περνούν την περίοδο της λανθάνουσας σεξουαλικότητας, όμως θέτουν πιο πολλά ερωτήματα γύρω από τα θέματα των δύο φύλων.

Απαιτούν πιο διεξοδικές και ρεαλιστικές απαντήσεις σε ερωτήματα, όπως πώς δημιουργείται το έμβρυο μέσα στη μητέρα, πώς ενώνεται το σπερματοζώαριο με το ωάριο, πότε και πώς οι γονείς έχουν σεξουαλική επαφή κ.ά.. Τα παιδιά της ηλικίας αυτής διέρχονται την περίοδο της συγκεκριμένης λογικής, κατανοούν τη μονιμότητα του φύλου και τον τρόπο κατασκευής και λειτουργίας του ανθρώπινου σώματος. Μπορούν ακόμη να συλλάβουν τη βαθύτερη σημασία και το σκοπό της γενετήσιας λειτουργίας και της έλξης των δύο φύλων, καθώς και τη σημασία των ανθρώπινων και διαφυλικών σχέσεων. Η ενημέρωση επομένως και η συζήτηση γύρω από τα θέματα της σεξουαλικής ζωής και συμπεριφοράς, με αφορμή τις απορίες και τις ερωτήσεις των παιδιών, μπορεί να προχωρήσει σε μεγαλύτερο βάθος γύρω από περιγραφές και εξηγήσεις και γύρω από τις στάσεις και τις αξίες που διέπουν τις σχέσεις των ανθρώπων και ιδιαίτερα τις σχέσεις μεταξύ των δύο φύλων. Σε κάθε περίπτωση το παιδί, ανάλογα με την ηλικία, τα γνωστικό του επίπεδο και τα ενδιαφέροντα του, θα πρέπει να πληροφορείται σωστά με απλό και φυσικό τρόπο και μέσα σε ένα κλίμα εμπιστοσύνης σεβασμού και θαυμασμού για την πιο σημαντική ανθρώπινη λειτουργία και σχέση. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται η αντιμετώπιση ορισμένων ψυχοσωματικών εκδηλώσεων της περιόδου αυτής, όπως είναι ο αυνανισμός, η σεξουαλική περιέργεια, τα ερωτικά παιχνίδια που συχνά λειτουργούν ως αμυντικοί μηχανισμοί ή ως διέξοδος από κάποια πίεση. Εκείνο που βασικά χρειάζεται το παιδί είναι ένα κλίμα αγάπης και κατανόησης, εμπιστοσύνης και ενθάρρυνσης, καθώς και ισόρροπη ενασχόληση με δημιουργικά έργα, τη σχολική μάθηση και το παιχνίδι .

Κατά τη σχολική περίοδο επίσης πρέπει να ενισχύονται οι ρόλοι των δύο φύλων μέσα στα πλαίσια του σεβασμού του ανθρώπινου προσώπου, της κατανόησης των διαφυλικών διαφορών, αλλά και της αρχής της ισοτιμίας των δύο φύλων.

Εφηβεία. Με την είσοδο του παιδιού στην προεφηβική περίοδο της ανάπτυξης του αρχίζει πλέον η συστηματική σεξουαλική αγωγή με επίκεντρο τη γενετήσια λειτουργία, την ερωτική έλξη, τη συνάντηση και τις σχέσεις μεταξύ των προσώπων των δύο φύλων. Κατά την εφηβεία και τη νεότητα γίνεται ακριβής επιστημονική ενημέρωση με τρόπο απλό, αλλά και σοβαρό και παρουσιάζονται σε μια ενιαία θεώρηση, όλες οι διαστάσεις της σεξουαλικής ζωής: η βιοσωματική, η ψυχολογική, η κοινωνική, η ιατρική, η ηθική και η θρησκευτική. Παράλληλα με την ενημέρωση δίνεται έμφαση στο βαθύτερο νόημα και το σκοπό της γενετήσιας ορμής και την αξία της αυτορρύθμισης της σεξουαλικής συμπεριφοράς, ώστε να εξασφαλίζεται μια ανώτερης ποιότητας σχέση αγάπης και σεβασμού μεταξύ των προσώπων των δύο φύλων. Καλλιεργείται επίσης στους νέους η σημασία και η προοπτική ενός σταθερού και μόνιμου δεσμού δύο προσώπων με σκοπό την ωριμότητα για το γάμο και τη δημιουργία οικογένειας.

Η ενημέρωση παίρνει ακόμη το χαρακτήρα συμβουλευτικής και συνεργασίας για την αντιμετώπιση των ποικίλων προβλημάτων που αντιμετωπίζουν στην πραγματικότητα οι έφηβοι. Μερικά από τα προβλήματα που σήμερα απασχολούν μεγάλο αριθμό νέων είναι οι πρόωρες και ανώριμες σεξουαλικές σχέσεις, οι ερωτικές αποτυχίες και απογοητεύσεις, η σεξουαλική κακοποίηση, η ανεπιθύμητη ή εξώγαμη σύλληψη, η χρήση αντισυλληπτικών, ο κίνδυνος του AIDS και των αφροδίσιων νοσημάτων, η έλλειψη γνησιότητας και πιστότητας στις σχέσεις, η σεξουαλική προκλητικότητα του περιβάλλοντος και των μέσων μαζικής ενημέρωσης και ψυχαγωγίας, οι σεξουαλικές διαστροφές, η αδυναμία αυτοελέγχου και αυτοσυγκράτησης, η απουσία ενός βαθύτερου νοήματος του σεξ και πολλά άλλα. Για όλα τα προβλήματα αυτά η σεξουαλική αγωγή πρέπει να έχει μια μελετημένη και υπεύθυνη ενημέρωση και απάντηση, ώστε να βοηθούνται οι νέοι σε ένα κατά το δυνατόν θετικό προσανατολισμό της σεξουαλικής τους ζωής, με βάση τις αρχές και αξίες που εξασφαλίζουν την ψυχοσωματική υγεία και δημιουργούν ένα πλαίσιο ολοκληρωμένης και δημιουργικής βίωσης του φύλου και των διαφυλικών σχέσεων⁵.

1. 8 Εκπαίδευση και σεξουαλική αγωγή

Το μάθημα της σεξουαλικής αγωγής διδάσκεται στις περισσότερες χώρες του κόσμου.. Η εκπαίδευση στο μάθημα της σεξουαλικής αγωγής πρέπει να είναι σταδιακή και προοδευτική.

Οι γονείς πρέπει να είναι ενημερωμένοι, ώστε να είναι σε θέση να μεταδώσουν τα πρώτα μηνύματα στο παιδί τους. Στη συνέχεια, στο δημοτικό σχολείο το παιδί πρέπει να μαθαίνει την περιγραφή των γεννητικών οργάνων του άντρα και της γυναίκας. Στις τελευταίες τάξεις του δημοτικού, μπορεί να διδαχθεί στοιχεία για την περίοδο, την εγκυμοσύνη και τον τοκετό.

Στο γυμνάσιο το μάθημα της σεξουαλικής αγωγής επεκτείνεται στην αντισύλληψη και στον οικογενειακό προγραμματισμό, στις διαταραχές της περιόδου και στην πρόληψη άλλων παθολογικών καταστάσεων από το γεννητικό σύστημα. Με τον τρόπο αυτό, τελειώνοντας το γυμνάσιο, ο έφηβος έχει ξεκαθαρίσει στο μυαλό του τα βασικά θέματα σεξουαλικής αγωγής και είναι έτοιμος να αντιδράσει σωστά σε κάποια σχέση με το άλλο φύλο.

Στο λύκειο τα μαθήματα συνεχίζονται με μεγαλύτερη λεπτομέρεια. Αναφέρονται σε ορισμένες παθολογικές καταστάσεις των γεννητικών οργάνων και στην αντιμετώπιση τους και επεκτείνονται σε θέματα ψυχικής υγείας και κοινωνιολογίας, πάντα σε σχέση με τη σεξουαλική επαφή με το αντίθετο φύλο. Τα μαθήματα γίνονται υπό μορφή συζήτησης και έχουν πάντα διαλογικό χαρακτήρα.

Όταν το παιδί είναι ενημερωμένο πάνω σε θέματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, αποφεύγονται δυσάρεστα προβλήματα, όπως οι φλεγμονές των γεννητικών οργάνων, οι ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, οι εκτρώσεις, οι ψυχικές διαταραχές κτλ. Παράλληλα, το παιδί μαθαίνει το σώμα του, τον τρόπο επαφής με το άλλο φύλο, ξέρει να εντοπίζει ορισμένες παθολογικές καταστάσεις και συμβουλευτείται έγκαιρα και χωρίς φόβο τους γονείς του και το γιατρό⁶.

Πάντως σε αυτό το σημείο υπάρχει αντίλογος σχετικά με την χρησιμοποίηση του σχολείου ως μέσο σεξουαλικής διαφώτισης. Με άλλα λόγια, στις χώρες όπου διδάσκεται το μάθημα, ή νεολαία ούτε ευτυχέστερη έγινε, ούτε περισσότερο αυτοσεβασμό απέκτησε. Πουθενά άλλου δεν υπάρχουν τόσοι μανιακοί του σεξ, τέτοια ηθική αποχαλίνωση, τόσες αυτοκτονίες από ψυχικό κενό, τόση μεγάλη αύξηση στα αφροδίσια, τους ανεπιθύμητους τοκετούς, εκτρώσεις κ.λπ., όσο στις χώρες που εφαρμόζεται με επιμονή.

Μάλιστα ή μάστιγα της μαθητικής πορνείας, πήρε διαστάσεις εκεί που έγινε απομυθοποίηση του σεξ. Γι' αυτό κι έχει πλέον συνειδητοποιηθεί, πώς χρειάζεται αναθεώρηση πολλών ιδεών κι επανεξέταση του προγράμματος.

Πρωτοπόρος στο χάος της σεξουαλικής ασυδοσίας που δημιουργήθηκε, είναι ή Σουηδία και παράλληλα πρώτη στις αυτοκτονίες, τα προβλήματα, τα αφροδίσια νοσήματα. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, έρχεται πρώτη και μάλιστα συνεχώς άπ' το 1967, στα κρούσματα βλεννόρροιας.

Οι βιασμοί είναι σύνηθες πια φαινόμενο και ο αριθμός τους συνεχώς αυξάνει από χρόνο σε χρόνο, ενώ οι διώξεις για επιδειξιμανία και άλλες διαστροφές είναι περισσότερες. Ή πορνεία και ειδικά οι γυναίκες που εξασκούν τον αγοραίο ερωτά, 20πλασιάστηκαν την προηγούμενη δεκαετία.

Στις Η.Π.Α. ή κατάσταση δεν είναι καλύτερη. Το μάθημα συνέβαλε αποφασιστικά στη σεξουαλική αποχαλίνωση των νέων, στην οργάνωση μικρών συμμοριών με σεξουαλικούς δεσμούς, την αύξηση των εγκύων μαθητριών, των αφροδισίων νοσημάτων και της παιδικής εγκληματικότητας.

Σύμφωνα με τη Διεθνή Οργάνωση Υγείας, οι Η.Π.Α. κατέχουν τη δεύτερη θέση, μετά τη Σουηδία, στα κρούσματα βλεννόρροιας.

Στη Δυτ. Γερμανία οι «παρενέργειες» του μαθήματος έφθασαν, με την πρωτοβουλία γονέων, ως το Ανώτατο Δικαστήριο τής Καρλσρούης και έχει δημιουργηθεί ή πεποιθήση, ότι όπως διδάσκεται σήμερα ή σεξουαλική αγωγή, δεν εκπληρείται ή αποστολή της.

Στην Αγγλία πέραν απ' τα πιο πάνω, υπάρχει και πλήθος από εξατομικευμένα περιστατικά. Αναφέρονται μερικά.

Ένας καθηγητής, προφανώς επιδειξίας, γυμνώθηκε κατά τη διάρκεια του μαθήματος μπροστά σε μικτή τάξη κολεγίου! Το ίδιο συνέβη και με μία δασκάλα στα παιδιά τής τάξης της, ηλικίας 12 ετών!. Ολόκληρη ή κοινή γνώμη συγκλονίστηκε απ' το φρικιαστικό έγκλημα ενός μαθητή, μόλις 12 χρονών. Μετά απ' το μάθημα, σκότωσε ένα 4χρονο κοριτσάκι πού αντιστεκόταν στην επιθυμία του «να δει πώς είναι ο ερωτάς».

Μετά απ' αυτά τα περιστατικά, σύλλογος γονέων απευθυνόμενος στους αρμόδιους φορείς, αναγκάστηκε να γράψει: «Σταματήστε τα σεξουαλικά μαθήματα στα σχολεία, θα κάνετε τα παιδιά μας ανώμαλα ή σεξουαλικούς εγκληματίες».

Η Αγγλίδα Σεξολόγος-Καθηγήτρια Πανεπιστημίου Δρ. Έλιζαμπεθ Στάνλεϋ είπε τα έξης σημαντικά

«Οι δάσκαλοι πού διδάσκουν σεξουαλικές σχέσεις είναι τις περισσότερες φορές ωμοί, χωρίς παιδαγωγική αντίληψη κι είναι ενδεχόμενο να εξάπτουν τη φαντασία των παιδιών ή να προκαλούν δυσάρεστες ψυχολογικές αντιδράσεις»⁴.

Από τα παραπάνω λοιπόν συμπεραίνουμε ότι όσον αφορά το σχολείο, οι σκοποί και το περιεχόμενο της σεξουαλικής αγωγής δεν πρέπει να περιορίζεται απλώς στην ενημέρωση των παιδιών και των νέων για τα θέματα του σεξ, σε μια περιορισμένη και ξερή δηλαδή γνώση για τη γενετήσια ορμή, την ισοτιμία των φύλων και τις προφύλαξης από τις δυσμενείς συνέπειες της αλόγιστης σεξουαλικής συμπεριφοράς. Παράλληλα πρέπει να επιδιώκεται η κατανόηση του βαθύτερου νοήματος που υπάρχει στη μοναδική ομορφιά και δημιουργία του ετερόφυλου έρωτα, καθώς και η καλλιέργεια στάσεων, αξιών και αρχών που περισώζουν και εξυψώνουν αυτή τη μεγάλη και ευαίσθητη περιοχή της ανθρώπινης ψυχοβιολογικής και κοινωνικής ζωής του ανθρώπου⁵.

1. 9 Η οικογένεια ως φορέας σεξουαλικής αγωγής

Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στη σημερινή οικογένεια πρέπει να οργανώνεται και να πραγματοποιείται σε δύο φάσεις:

Α'. Στην πρώτη φάση θα πρέπει να γίνεται υπεύθυνη ενημέρωση και καθοδήγηση κάθε νέου ζευγαριού σε θέματα, που σχετίζονται με την οικογενειακή και σεξουαλική ζωή, με την ψυχική υγιεινή της οικογένειας, τις ενδοοικογενειακές σχέσεις, τους παιδαγωγικούς ρόλους των γονέων κ.λ.π. Η συμβουλευτική αυτή προσπάθεια θα έχει ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη καλύτερων διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ των νέων συζύγων και των υπολοίπων μελών της οικογένειας, δηλαδή τη δημιουργία κατάλληλων προϋποθέσεων για μια σωστή οικογενειακή ζωή. Με τον τρόπο αυτό είναι δυνατό, μέσα σε μια ατμόσφαιρα ιερότητας, αλληλοσεβασμού, αγάπης και τρυφερότητας, να επιτευχθεί η πραγματική προσέγγιση και κοινωνία των δύο φύλων. Το παιδί μετέχει σ' αυτή τη συναισθηματική έξαρση αγάλλεται, ηρεμεί και παρατηρεί με ικανοποίηση την ιδανική αυτή έκφραση κοινωνίας των δύο φύλων. Έτσι, μέσα σ' αυτό το κλίμα έχει ενεργοποιηθεί ή πιο αποτελεσματική παιδευτική λειτουργία της οικογένειας, η οποία δεν βασίζεται στον παιδευτικό λόγο, αλλά είναι κυρίως βίωμα, τρόπος ζωής, παιδαγωγούσα σιωπή ή μια «σιωπώσα παραίνεσις». Κατά την ενατένιση αυτή το παιδί προσεγγίζει και μαθαίνει τους κοινωνικούς ρόλους των φύλων, που με τρόπο βιωματικό και ως επί το πλείστον ασυνείδητα προβάλλουν σ' αυτό οι γονείς. Παρατηρεί τη συμπεριφορά τους, όπως αυτή εκδηλώνεται σε επίπεδο βιολογικό, ψυχολογικό και

κοινωνικό, και ταυτιζόμενο με τον γονέα του ίδιου φύλου ή με πρόσωπα του αντίθετου φύλου, διαμορφώνει βαθμιαία τη σεξουαλικότητα του. Μεγάλη επομένως είναι η ευθύνη των γονέων για την ορθή διαμόρφωση της σεξουαλικής συμπεριφοράς των παιδιών τους. Κατά την περίοδο της παιδικής ηλικίας πρέπει οι γονείς να διαδραματίζουν σωστά τον ανδρικό και το γυναικείο ρόλο τους, ως προς τη συμπεριφορά, την ομιλία, την έκφραση, την όλη στάση τους, τις μεταξύ τους σχέσεις, προβάλλοντας με αυτό τον τρόπο στα παιδιά τους μια σωστή και ολοκληρωμένη εικόνα ανδρισμού ή θηλυκότητας χωρίς κάποιο χαρακτηριστικό διαφορούμενο.

Ιδιαίτερη όμως προσοχή χρειάζεται κατά την εφηβεία, οπότε ολοκληρώνεται η ανάπτυξη των πρωτευόντων και δευτερευόντων σεξουαλικών γνωρισμάτων του προσώπου, δηλαδή συντελείται η εξέλιξη του σε επίπεδο γοναδικού φύλου. Τότε είναι απαραίτητη η κατάλληλη ψυχοπαιδαγωγική παρέμβαση, ώστε να ολοκληρωθεί η διαφοροποίηση των φύλων. Ο νέος ή η νέα θα κατορθώσει έτσι, μέσα από το ανδρικό ή αντίστοιχα το γυναικείο πρότυπο των γονέων, να αυτοκαθορισθεί όσο το δυνατό καλύτερα ως άνδρας ή γυναίκα, αντιμετωπίζοντας με επιτυχία τα μεγάλα προβλήματα της περιόδου εκείνης: την αποδοχή του φύλου και την αναζήτηση της ταυτότητας του.

Η διαδικασία ταυτισμού του νέου ανθρώπου με το γονεϊκό πρότυπο επηρεάζεται θετικά ή αρνητικά, διευκολύνεται ή παρακωλύεται, από τη στάση των γονέων απέναντι στα παιδιά, από τις μεταξύ τους σχέσεις, δηλαδή από τη φύση της γονεϊκής παιδαγωγικής. Μία φιλελεύθερη και συνεργατική γονεϊκή σχέση υπονοηθεί τη λειτουργία ταυτισμού. Αντίθετα, μία αυταρχική - εκμεταλλευτική σχέση παρεμποδίζει τη διαδικασία αυτή, συνήθως δε καταλήγει σε απόρριψη του γονεϊκού προτύπου ή σε αρνητικό ταυτισμό του νέου.

Όταν, τέλος, οι γονείς είναι απόντες, λόγω θανάτου, διαζυγίου, συναισθηματικών αιτιών, αδιαφορίας, το παιδί συναντά το ανδρικό ή γυναικείο πρότυπο έξω από το οικογενειακό πλαίσιο, στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον.

Β'. Στη δεύτερη φάση θα πρέπει να οργανώνεται και να πραγματοποιείται σε επίπεδο συμβουλευτικό - καθοδηγητικό το κύριο έργο της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης του νέου ανθρώπου. Οι νέοι γονείς, εμφορούμενοι από πνεύμα μαθητείας, θα πρέπει να αρχίσουν να μελετούν συστηματικά τα θέματα που αφορούν στην ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη του νέου ανθρώπου και την αγωγή του, ώστε να είναι ικανοί να απαντούν εύστοχα στα ερωτήματα των παιδιών τους, αλλά και κατάλληλα προετοιμασμένοι για την εφαρμογή ενός προγράμματος συμβουλευτικής υποστήριξης των νέων σε θέματα σεξουαλικής ζωής και συμπεριφοράς. Οι περισσότεροι από τους γονείς έχουν ανατραφεί σε έναν κόσμο, όπου κυριαρχούσε ελλιπής ή λανθασμένη ενημέρωση πάνω στα ζητήματα αυτά, πολλές φορές απόκρυψη της αλήθειας, απαγορεύσεις ή πνεύμα επιτηδευμένης σεμνότητας. Για το λόγο αυτό, θα χρειαστεί ιδιαίτερη προσπάθεια για να μπορέσουν να ξεπεράσουν τον εαυτό τους. Ας ξεκινήσουν λοιπόν με την απομυθοποίηση του προβλήματος της ανθρώπινης σεξουαλικότητας και ας εγκαινιάσουν υπεύθυνο διάλογο με τα παιδιά τους, ο οποίος θα εκφράζει ειλικρινείς διαθέσεις και συναίσθηση της σοβαρότητας του θέματος. Με αυτό τον τρόπο θα είναι σε θέση να τα βοηθήσουν αποτελεσματικά, κυρίως κατά την κρίση της εφηβείας, ώστε να μπορέσουν να αυτοκαθορισθούν με επιτυχία ως άνδρες ή γυναίκες κατά τη δύσκολη αναπτυξιακή τους πορεία. Η σεξουαλική τους συμβουλευτική δεν πρέπει να περιέχει κανένα ασαφές ή διαφορούμενο στοιχείο, δεν πρέπει επίσης να ενθαρρύνει την αρνητική στάση απέναντι στο άλλο φύλο. Ο φόβος ή η περιφρόνηση του αντίθετου φύλου συντελούν πολλές φορές στην ενίσχυση των ομοφυλόφιλων τάσεων. Οι γονείς, απεναντίας, θα πρέπει με κατάλληλα παιδαγωγικά μέσα να διευκολύνουν, από πολύ ενωρίς μάλιστα, τη συνάντηση και γνωριμία των δύο φύλων, η οποία διαλύει τις επιφυλάξεις και τον ετερόφυλο φόβο. Θα πρέπει ακόμη να προσέχουν πολύ τις μακροχρόνιες και αποκλειστικές ομοφυλόφιλες φιλίες των παιδιών τους, που καταλήγουν συνήθως σε επικίνδυνους δεσμούς, και να ανησυχούν για εκδηλώσεις της συμπεριφοράς τους και δραστηριότητες, που δεν ταιριάζουν συνήθως στο φύλο τους.

Όπως γνωρίζουμε, η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση θα πρέπει να αρχίζει, αλλά και να ολοκληρώνεται, στην οικογένεια. Σ' αυτό τον ιερό χώρο θα διατυπωθούν πολύ ενωρίς τα πρώτα ερωτήματα σχετικά με το σώμα, τη δημιουργία της ζωής, τη σχέση και συνάντηση των φύλων, τη

γέννηση, το θάνατο. Η οικογενειακή συμβουλευτική, που θα αντιμετωπίσει τα πρώτα αυτά αγωνιώδη ερωτήματα του νέου ανθρώπου αναφορικά με τον κύκλο της ζωής, θα είναι αυθεντική και ανεπανάληπτη. Μπορεί τις περισσότερες φορές να μειονεκτεί σε ορθολογική οργάνωση και επιστημονική τεκμηρίωση, εντούτοις είναι μοναδική σε αποτελεσματικότητα, επειδή κατευθύνεται από την αλάνθαστη ψυχοπαιδαγωγική διαίσθηση και ευαισθησία των γονέων. Λξιοποιώντας λοιπόν αυτή τη φυσική λειτουργία της οικογένειας, οι σημερινοί γονείς, που, όπως έχουμε διαπιστώσει, εκδηλώνουν πραγματικό ενδιαφέρον για θέματα παιδείας της οικογένειας, ας αρχίσουν από τις μικρές ηλικίες τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση. Θα πρέπει για το σκοπό αυτό να ζητήσουν τη βοήθεια μορφωτικών παραγόντων, όπως οι «σχολές γονέων», και να ενισχύσουν την εμπειρία τους με την απαραίτητη επιστημονική γνώση, ανατρέχοντας στα κατάλληλα βιβλία. Θα πρέπει, τέλος, να οργανώσουν ένα προσωπικό σύστημα συμβουλευτικής μεθοδολογίας, το οποίο φυσικά θα είναι αντίστοιχο προς το πνευματικό και οικονομικό επίπεδο της οικογένειας.

Το σύστημα αυτό μπορεί να περιλαμβάνει:

- Ένα ορθολογικά οργανωμένο σχέδιο σεξουαλικής συμβουλευτικής, που θα αφορά σε όλες τις ηλικίες, από την παιδική και εφηβική περίοδο μέχρι τις διάφορες ηλικιακές φάσεις της ωριμότητας. Το σχέδιο αυτό μπορεί να περιέχει: τη σκοποθεσία της συμβουλευτικής για κάθε ηλικία, τη θεματική της σεξουαλικής αγωγής, τις κατάλληλες μεθόδους και τα μέσα για την υλοποίηση του σχεδίου και τον ειδικά οργανωμένο κώδικα της συμβουλευτικής επικοινωνίας, ο οποίος θα πρέπει φυσικά να είναι προσαρμοσμένος στο λεξιλόγιο των παιδιών, αλλά συγχρόνως δεν θα απέχει πολύ και από την επιστημονική ορολογία.
- Κατάλογο των κατάλληλων για κάθε ηλικία βοηθητικών βιβλίων σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης.
- Άτλαντες, εικόνες, σχέδια, με θέμα το ανθρώπινο σώμα και την ανατομία του γεννητικού συστήματος.
- Σειρές ενημερωτικών slides, οργανωμένων σε θεματικές ενότητες, με γενικό γνωστικό αντικείμενο τον κύκλο της ζωής: διαφοροποίηση, συνάντηση φύλων, σύλληψη, κύηση, γέννηση, εξέλιξη του ανθρώπου, ορισμένες αντίστοιχες λειτουργίες από το ζωικό και φυτικό βασίλειο, μικρές ιστορίες από την καθημερινή οικογενειακή και κοινωνική ζωή των φύλων, που θα επενδύονται, ανάλογα με τις δυνατότητες, από τον κατάλληλο παιδαγωγικό και επιστημονικό λόγο.
- Βιντεοκασέτες, κινηματογραφικές ταινίες με ειδικά θέματα από τον τομέα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης.

Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, ως συμβουλευτική διαδικασία, στην οικογένεια και το σχολείο, όπως έχει αποδείξει η ψυχοπαιδαγωγική πείρα αλλά και η κλινική παρατήρηση, μπορεί να συντελέσει σημαντικά στην ωρίμαση της προσωπικότητας του νέου ανθρώπου.

Σε πολλές περιπτώσεις η σεξουαλική συμβουλευτική είναι μια μορφή προληπτικής αγωγής, ενώ σε άλλες πάλι αποτελεί θεραπευτική παρέμβαση. Η σεξουαλική αγωγή ή καλύτερα η «αντισεξουαλική» αγωγή του παρελθόντος είχε επηρεάσει αρνητικά τον ψυχισμό και πολλές φορές και τη βιολογική υπόσταση πολλών ευαίσθητων και άλλων οριακής κατάστασης νέων ανθρώπων. Η άγνοια και η στρεβλή ενημέρωση δημιούργησε περιπτώσεις σεξουαλικής ψυχρότητας, ψυχικές τάσεις απομόνωσης και επιθετικότητας, συναισθηματικές καταστάσεις ντροπής και ενοχής με περαιτέρω επιπτώσεις στην κοινωνικοποίηση και τις διαφυλικές σχέσεις των νέων ανθρώπων κατά την εφηβεία και λίγο αργότερα με αρνητικές επιδράσεις στις ενδοοικογενειακές σεξουαλικές τους σχέσεις. Πολλές φορές πάλι η έλλειψη σεξουαλικής καθοδήγησης, κυρίως σε νέους με κάποιες

λανθάνουσες βιολογικές ή συναισθηματικές προδιαθέσεις, διευκόλυνε τη διολίσθηση τους προς μία γενετήσια συμπεριφορά με αποκλίνουσες εκδηλώσεις. Πόσες λοιπόν τέτοιες ή άλλες παρεμφερείς τραγικές περιπτώσεις, φανερές ή αφανείς, δεν θα είχαν αποφευχθεί μαζί με τις συνέπειες, που μπορεί κανείς να φανταστεί σε όλα τα επίπεδα της ανθρώπινης ύπαρξης, εάν υπήρχε μια σωστή σεξουαλική καθοδήγηση των νέων στην οικογένεια και το σχολείο;

Σήμερα, το κύριο βάρος της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης του νέου ανθρώπου πρέπει να επωμισθεί η οικογένεια. Αυτή μπορεί με το συμβουλευτικό της έργο να επιτύχει τη διαμόρφωση της ενσυνείδητης ανθρώπινης συμπεριφοράς, μπορεί ακόμη — και πρέπει — να αποκαλύψει στο νέο άνθρωπο τις παραγκωνισμένες Km λησμονημένες αυθεντικές αξίες της ζωής. Να του προβάλλει, με άλλα λόγια, πνευματικά - ψυχικά ερείσματα, απαραίτητα για να κατορθώσει να επιβιώσει μέσα στο σύγχρονο κόσμο, έναν κόσμο ψυχικά άρρωστο που αργοπεθαίνει⁷.

1. 10 Σεξουαλική αγωγή και άτομα με νοητική υστέρηση

1.10.1 Αναγκαιότητα εισαγωγής της Γενετήσιας Αγωγής στην εκπαίδευση των ατόμων με νοητική υστέρηση

Η «μυθολογία» που επικράτησε στο παρελθόν σχετικά με τη σεξουαλικότητα των ατόμων με νοητική υστέρηση επηρέασε και διαμόρφωσε την αγωγή τους σε αυτόν τον τομέα. Συνηθισμένοι τρόποι αντιμετώπισης της σεξουαλικότητας των συγκεκριμένων ατόμων από το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον ήταν αφενός μεν η αποτροπή της συμμετοχής τους σε σεξουαλικές δραστηριότητες, αφετέρου δε η έλλειψη ενημέρωσης τους. Σύμφωνα με κυρίαρχες αντιλήψεις του παρελθόντος, η σχετική ενημέρωση των ατόμων με νοητική υστέρηση είναι άνωφελη, επειδή τα άτομα αυτά δεν πρόκειται να έχουν μια ενεργή ενήλικη σεξουαλική ζωή. Από την άλλη πλευρά, η ενημέρωσή τους χαρακτηρίστηκε επικίνδυνη, επειδή θεωρήθηκε πιθανό ότι θα τα αφύπνιζε σεξουαλικά και θα τα οδηγούσε σε έντονη σεξουαλική ζωή.

Όπως είναι φυσικό, καμία από τις παραπάνω αντιλήψεις δεν ευσταθεί (επίσημα τουλάχιστον) σήμερα. Η έλλειψη ενημέρωσης σε καμία περίπτωση δεν καταργεί τη σεξουαλικότητα ενός ατόμου, ούτε αποτρέπει τη σεξουαλική του ενεργοποίηση. Εξάλλου, κανένα στοιχείο μέχρι τώρα δεν μπορεί να στηρίξει την άποψη ότι η σεξουαλική αγωγή διεγείρει ή υποκινεί το άτομο σε σεξουαλική δραστηριότητα. Αντίθετα, είναι γενικά αποδεκτό ότι η ξεκάθαρη κατανόηση και γνώση της σεξουαλικότητας έχει θετικά αποτελέσματα στην ανάπτυξη και ολοκλήρωση του ατόμου.

Τόσο κατά το παρελθόν όσο και σήμερα, η κοινωνία έχει αναθέσει «σιωπηρά» τη σεξουαλική αγωγή των παιδιών στην οικογένεια. Πολλές φορές όμως οι γονείς, είτε έχουν παιδιά με κάποιο πρόβλημα είτε όχι, δεν αναλαμβάνουν αυτή την ευθύνη. Οι περισσότεροι δηλώνουν ότι δεν αισθάνονται άνετα να πραγματευτούν σχετικά θέματα ή δεν έχουν τις απαραίτητες γνώσεις, για να το κάνουν και ζητούν τη συνδρομή του σχολείου.

Τα πορίσματα των σύγχρονων μελετών συγκλίνουν στο ότι το σχολείο καλείται να παίξει σημαντικό ρόλο στην προετοιμασία των μαθητών για την ενήλικη ζωή και στην ενημέρωσή τους σε θέματα που σχετίζονται με την ανθρώπινη σεξουαλικότητα. Είναι αδιαμφισβήτητο ότι τα παιδιά και οι έφηβοι χρειάζονται αντικειμενική πληροφόρηση σε όλους τους τομείς της ζωής και έγκυρες γνώσεις, οι οποίες θα τους επιτρέψουν να αποκτήσουν την ικανότητα να αντεπεξέλθουν στις απαιτήσεις της κοινότητας που ανήκουν.

Οι πληροφορίες και γνώσεις των ατόμων αυτών αναμφίβολα περιλαμβάνουν και την ανθρώπινη σεξουαλικότητα, η οποία όχι μόνο δεν πρέπει να αγνοείται στο πλαίσιο των σχολικών δραστηριοτήτων, αλλά, αντίθετα, το σχολείο οφείλει να προσφέρει στα άτομα αυτά τη νόμιμη και απαραίτητη γνώση χωρίς αρνητική στάση, προλήψεις ή προκαταλήψεις.

Το σχολείο είναι θεσμός αποφασιστικής σημασίας για την ωρίμαση και ανάπτυξη των μαθητών, δεδομένου ότι απευθύνεται σε ηλικίες καθοριστικές για τη γνωστική, συναισθηματική και κοινωνική ανάπτυξη του ατόμου. Η περίοδος από τη γέννηση έως και την ολοκλήρωση της εφηβείας είναι ιδιαίτερα σημαντική, γιατί σ' αυτό το διάστημα ολοκληρώνεται η βιολογική και νοητική ωρίμαση, δομείται η συναισθηματική αυτονομία, διαμορφώνεται το αξιολογικό σύστημα και η ταυτότητα του Εγώ κάθε ατόμου .

Από τη στιγμή που η σεξουαλικότητα διαποτίζει κάθε τομέα της προσωπικότητας , είναι αυτονόητο ότι, στο πλαίσιο της συνολικής αγωγής και εκπαίδευσης που δέχεται το παιδί και ο έφηβος, δεν πρέπει η σεξουαλική αγωγή να αποτελεί εξαίρεση. Η ενημέρωση και αγωγή για την ανθρώπινη σεξουαλικότητα στην περίοδο μέχρι την ενηλικίωση , σύμφωνα με τους ειδικούς στο θέμα, θα παίξει θετικό ρόλο στην ομαλή ολοκλήρωση της προσωπικότητας του ατόμου, ενώ παράλληλα θα λειτουργήσει προληπτικά σε ζητήματα σεξουαλικότητας, τόσο κατά την περίοδο της ανάπτυξης ,όσο και στη μετέπειτα ζωή του ατόμου.

Η γνώση αυτή μπορεί να είναι η απαραίτητη συνθήκη που θα κάνει το άτομο ικανό να ζήσει τη σεξουαλικότητα του, να την απολαύσει και να τη μοιραστεί με σεβασμό και υπευθυνότητα. Θα συμβάλει στη μείωση - αν όχι στην εξάλειψη - λαθών, προκαταλήψεων και λανθασμένων πληροφοριών, που πηγάζουν από την επικράτηση μιας μυθολογίας, πλασμένης τόσο μέσα από τη σιωπή (χαρακτηριστικό κυρίως του παρελθόντος), όσο και από την πορνογραφική και εμπορική ενημέρωση (χαρακτηριστικό της σύγχρονης εποχής). Δεν μπορεί να αναμένει κανείς μια αρμονική σεξουαλική ζωή σε μια σχέση, όταν οι σύντροφοι είναι κακοπληροφορημένοι και, ακόμα περισσότερο, όταν οι στάσεις και οι σκέψεις τους κυριαρχούνται από ενοχές, φόβο και ανασφάλεια-Με αυτή την έννοια, το σχολείο αλλά και η οικογένεια, ως βασικοί κοινωνικοποιητικοί φορείς έχουν την υποχρέωση , την ευθύνη και την αρμοδιότητα να βοηθήσουν κάθε παιδί και κάθε νέο να αποκτήσει κοινωνικοσεξουαλική ωριμότητα.

Εξάλλου, οι διαδικασίες ενσωμάτωσης, που υπερασπίζεται και προωθεί η ανθρώπινη κοινωνία, απαιτούν μια περισσότερο εξειδικευμένη προετοιμασία αυτού του πληθυσμού σε τομείς, όπως, οι διαπροσωπικές σχέσεις, οι κοινωνικές δεξιότητες, η σεξουαλικότητα κ.α. Από τη στιγμή, λοιπόν, που στόχος είναι η κοινωνική ενσωμάτωση των ατόμων με νοητική υστέρηση, και μάλιστα με υιοθέτηση μέτρων για τη σχολική και επαγγελματική ένταξη και τη συμμετοχή τους σε κοινωνικές δραστηριότητες, είναι αδιανόητο η ίδια η κοινωνία να εξοστρακίζει ή να αγνοεί το δικαίωμα τους στη σεξουαλικότητα, μπλοκάροντας έτσι τις διαδικασίες της ουσιαστικής ενσωμάτωσής τους.

Επομένως, ο ρόλος του σχολείου αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα για τη σεξουαλική αγωγή των παιδιών και των νέων με νοητική υστέρηση, γιατί, παράλληλα με τους προαναφερόμενους στόχους, μπορεί να συμβάλει στον αποστιγματισμό και την αποφόρτιση της σεξουαλικότητας τους, καθώς και στη θωράκιση του δικαιώματός τους να είναι αποδεκτά και σεβαστά από την κοινωνία ως σεξουαλικά όντα, που μπορούν, στο μέτρο των δυνατοτήτων τους, να λειτουργούν ως ολοκληρωμένες προσωπικότητες.

1.10.2 Προγράμματα Σεξουαλικής Αγωγής για τα άτομα με νοητική υστέρηση: Προβλήματα και Προοπτικές

Ο προβληματισμός που επικράτησε σχετικά με την καλύτερη προετοιμασία των ατόμων με νοητική υστέρηση για την ενήλικη ζωή αλλά και την αντιμετώπιση των προβλημάτων της σεξουαλικής ζωής τους, οδήγησε (κυρίως από τη δεκαετία του '70 και εξής) στην κατάρτιση και εφαρμογή σχετικών προγραμμάτων στο χώρο της εκπαίδευσης. Η προσπάθεια αυτή συνεχίζεται με αυξανόμενο ενδιαφέρον μέχρι τις μέρες μας, αν και πρέπει να αναφέρουμε ότι η σεξουαλική αγωγή στο χώρο της εκπαίδευσης, πέρα από το γεγονός ότι καθυστέρησε να εφαρμοστεί, δεν έγινε απρόσκοπτα. Πιο συγκεκριμένα, τα ειδικά σχολεία, σε ό,τι αφορά στην ανάπτυξη προγραμμάτων

σεξουαλικής αγωγής, είχαν να αντιμετωπίσουν δύο κυρίαρχα προβλήματα .

Το πρώτο πρόβλημα αφορά στη μεγάλη ανομοιογένεια των παιδιών που φοιτούν στα ειδικά σχολεία, με αποτέλεσμα να είναι δύσκολο να γίνουν προτάσεις εφαρμόσιμες για όλους τους μαθητές. Επιπλέον, ανάμεσα σε μαθητές ευρύτερων κατηγοριών (λ.χ. παιδιά με ελαφρά νοητική υστέρηση) παρουσιάζονται πολλές διαφορές σχετικά με τις δυνατότητες τους, τη βιολογική ανάπτυξη τους, τις συνθήκες ζωής τους, το πολιτισμικό περιβάλλον τους κλπ.

Το δεύτερο πρόβλημα είναι σχετικό με το δεδομένο ότι η σεξουαλική αγωγή δεν έχει παράδοση στην εκπαίδευση, ώστε να υπάρχει ένα κοινά αποδεκτό εκπαιδευτικό μοντέλο. Το πρόβλημα οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι η κοινωνία δεν έδωσε υψηλή προτεραιότητα στη σεξουαλική αγωγή στα σχολεία. Αυτό, βέβαια, μόνο έκπληξη δεν πρέπει να δημιουργεί, αν σκεφτεί κανείς πόσο καθυστερημένα η κοινωνία αναγνώρισε τα σεξουαλικά δικαιώματα των ατόμων με νοητική υστέρηση.

Η ανάγκη να συμπληρωθεί η σεξουαλική αγωγή του παιδιού με οργανωμένο τρόπο στο πλαίσιο της εκπαίδευσης, χωρίς αυτό να αναιρεί το σημαντικό ρόλο της οικογένειας, έχει τονιστεί και καταδειχθεί στην ελληνική και ξενόγλωσση βιβλιογραφία. Σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες η ανάγκη αυτή έγινε πράξη και η σεξουαλική αγωγή αποτελεί, πλέον, μέρος του εκπαιδευτικού προγράμματος των σχολείων. Στη χώρα μας, τα τελευταία χρόνια, το ζήτημα της σεξουαλικής αγωγής στην εκπαίδευση, έχει προκαλέσει το έντονο ενδιαφέρον πολλών κοινωνικών φορέων και έχει αναπτυχθεί μια μεγάλη προβληματική σχετικά με την έννοια της σεξουαλικής αγωγής, τα μοντέλα εισαγωγής και διδασκαλίας της, το περιεχόμενο, τη μεθοδολογία, τις διδακτικές πηγές, την αποτελεσματικότητα της κ.λ.π.

Σε ό,τι αφορά την Ειδική Αγωγή, στο τελευταίο Αναλυτικό Πρόγραμμα (ΠΑ Σ01/96) οι θεματικές που σχετίζονται με τη σεξουαλική αγωγή είναι περιορισμένες και δεν καλύπτουν τις πραγματικές ανάγκες των μαθητών. Ειδικότερα, οι στόχοι του νέου Αναλυτικού Προγράμματος αναφέρονται στη σωματογνωσία, στην έκφραση συναισθημάτων, στη χρήση λεξιλογίου για κοινωνικές σχέσεις, στη φροντίδα του σώματος και στις συνθήκες υγιεινής, στην καλλιέργεια ικανοτήτων συνεργασίας και επικοινωνίας, στη συμμετοχή στη διαδικασία λήψης αποφάσεων (αλλά όχι για προσωπικά θέματα) και στη γνώση των σχέσεων αγοριού-κοριτσιού. Ο τελευταίος διδακτικός στόχος αφορά στην ενότητα «Προσαρμογή στο περιβάλλον» και περιλαμβάνει δραστηριότητες, όπως, παιχνίδια και ντοκιμαντέρ με θέματα σεξουαλικής αγωγής ή σχέσεις των ετερόφυλων (π.χ. τα παιδιά μιλούν για τη γιορτή των ερωτευμένων, παρακολουθούν εκδηλώσεις για το AIDS, μαθαίνουν τους κινδύνους των σεξουαλικών σχέσεων, τη χρήση προφυλακτικού κ.α.). Ο προβληματισμός που γεννιέται έχει σχέση με το χρόνο, ο οποίος προβλέπεται για την επίτευξη του συγκεκριμένου στόχου, με το απαραίτητο διδακτικό υλικό και με τα μέσα που πρέπει να χρησιμοποιηθούν (τα οποία, βέβαια, δεν είναι διαθέσιμα αυτή τη στιγμή στον Έλληνα εκπαιδευτικό).

Η γενικότερη εικόνα που σχηματίζεται είναι ότι η σεξουαλική αγωγή των ατόμων με νοητική υστέρηση παραμένει σε «εμβρυακή» κατάσταση στο πλαίσιο του σχολείου, δεδομένης της ανάγκης για ενημέρωση και αγωγή του πληθυσμού αυτού. Επιπλέον, όλα τα επίμαχα θέματα σχετικά με την εισαγωγή της σεξουαλικής αγωγής στα σχολεία παραμένουν χωρίς λύση.

Είναι γεγονός ότι τα άτομα με νοητική υστέρηση ενδιαφέρονται για ζητήματα που σχετίζονται με τη σεξουαλικότητα τους, αλλά η γνώση τους για αυτά είναι πολύ περιορισμένη. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει η Garvia Penuelas, αν ρωτήσουμε ένα παιδί με σύνδρομο Down, ποια είναι η ανατομική διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα, δεν είναι παράξενο να ακούσουμε μια απάντηση που αντιστοιχεί σε παιδιά νηπιακής ηλικίας (τα αγόρια έχουν πέος ενώ τα κορίτσια όχι). Αποτελέσματα παλαιότερων ερευνών σε εφήβους με μέτρια νοητική υστέρηση έδειξαν ότι αυτοί, αν και στην πλειοψηφία τους φάνηκαν να αναγνωρίζουν το φύλο (άνδρας — γυναίκα), δεν ήταν σε θέση να ονοματίσουν συγκεκριμένα μέρη του ανθρώπινου σώματος (π.χ. πέος, αιδοίο). Οι περισσότεροι μάλιστα απ' αυτούς, αν και αναγνώριζαν διάφορες μορφές της ανθρώπινης έκφρασης,

όπως το φιλί, το αγκάλιασμα και τη σεξουαλική επαφή, αδυνατούσαν να εξηγήσουν, γιατί οι άνθρωποι συμπεριφέρονται έτσι ή να ερμηνεύσουν γεγονότα όπως η εγκυμοσύνη και ο τοκετός. Έτσι, με δεδομένο τη σταδιακά αυξανόμενη κοινωνική ένταξη του πληθυσμού των ατόμων με νοητική υστέρηση, οι κίνδυνοι που σχετίζονται με μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, με τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες και με την κακοποίηση αυξάνονται.

Σε μια προσπάθεια να προσδιοριστεί η αναγκαιότητα της σεξουαλικής αγωγής στα νοητικά υστερούντα άτομα, ο Smith και οι συνεργάτες του επιχειρήσαν να εντοπίσουν τα προβλήματα που θα προκύψουν, αν δεν αναπτυχθούν για τα άτομα αυτά προγράμματα σεξουαλικής αγωγής. Οι τέσσερις κύριοι τομείς προβλημάτων, όπως αναφέρουν, αφορούν στον αυνανισμό, στην ομοφυλοφιλία, στις ετεροσεξουαλικές σχέσεις και στη σεξουαλική κακοποίηση.

Τα προγράμματα σεξουαλικής αγωγής έχουν βρει ένθερμους υποστηρικτές και μεγάλη απήχηση. Όπως ισχυρίστηκε ο Pautullo το 1975, μια τέτοια διαδικασία πρέπει να αρχίζει από νωρίς στη ζωή του ατόμου και να αναπτύσσεται με θετικό τρόπο αν θέλουμε το άτομο να έχει μια πετυχημένη ενήλικη σεξουαλική ζωή. Για τα άτομα με νοητική υστέρηση η σεξουαλική αγωγή αποκτά μεγαλύτερη βαρύτητα, λόγω των δυσκολιών που έχουν να μάθουν προκειμένου να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος. Η ανάγκη αυτή γίνεται πιο επιτακτική, από τη στιγμή που όλο και περισσότερα άτομα με νοητική υστέρηση ζουν πλέον μέσα στην ευρύτερη κοινότητα και εκπαιδεύονται στο κοινό σχολείο.

Πολλά από τα εφαρμοσμένα προγράμματα σεξουαλικής αγωγής είχαν ως βασικό στόχο την καλλιέργεια κοινωνικών δεξιοτήτων και δεξιοτήτων αυτοεξυπηρέτησης καθώς επίσης, τομείς όπως, η βελτίωση της επικοινωνίας και η ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων (Foxh, Mac Morrow, Storen & Rogers, 1984). Άλλα προγράμματα συμπεριέλαβαν θέματα, όπως η αναπαραγωγή, το ανθρώπινο σώμα, οι σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες, η αποφυγή σεξουαλικής κακοποίησης, η εδραίωση διαπροσωπικών σχέσεων, οι ρόλοι των δύο φύλων, ο οικογενειακός προγραμματισμός και η αντισύλληψη.

Τα προαναφερόμενα προγράμματα απευθύνονταν σε άτομα με σοβαρή, μέτρια ή και ελαφριά νοητική υστέρηση και, όπως αναφέρεται, η συστηματική εφαρμογή τους βελτίωσε τις κοινωνικοσεξουαλικές δεξιότητες τους, το επίπεδο γνώσεων και τη συμπεριφορά αυτών των ατόμων.

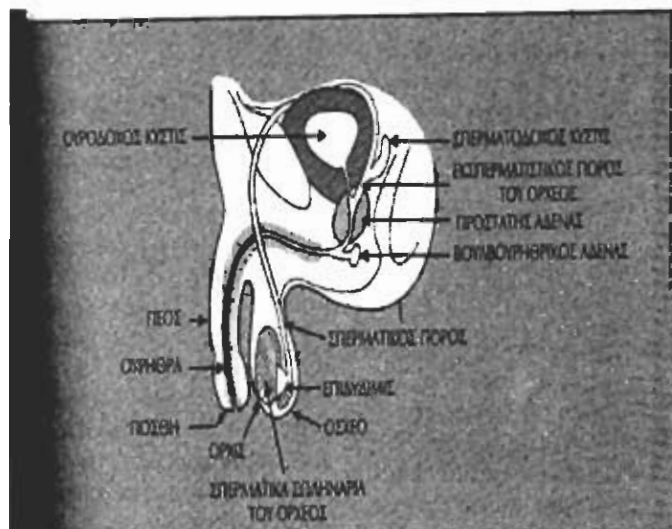
Μια άλλη κατηγορία προγραμμάτων εφαρμόστηκε σε μέλη προσωπικού μονάδων, όπου φοιτούσαν ή διέμεναν άτομα με νοητική υστέρηση, καθώς και σε γονείς ατόμων με νοητική υστέρηση. Τα προγράμματα αυτά στόχευαν - πέρα από την έγκυρη ενημέρωση του οικογενειακού περιβάλλοντος και όσων ασχολούνται με τη φροντίδα και την εκπαίδευση των συγκεκριμένων ατόμων - στην αλλαγή της στάσης του στενού και ευρύτερου περιβάλλοντος απέναντι στη σεξουαλικότητα του πληθυσμού αυτού.

Η Μ. McCabe (1993), αποτιμώντας τα προγράμματα σεξουαλικής αγωγής που έχουν πραγματοποιηθεί, αναφέρει ότι δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία σχετικά με την αποτελεσματικότητα τους και ότι πρέπει να αναζητηθεί ένας τρόπος καλύτερης αξιοποίησής τους. Τονίζει επίσης ότι, πολλά από τα προγράμματα που υπάρχουν ανταποκρίνονται μερικώς σε θέματα, τα οποία συνδέονται με τη σεξουαλικότητα των ατόμων με νοητική υστέρηση και η έμφαση που δίνεται στη μετάδοση και εκμάθηση των πληροφοριών δεν είναι επαρκής. Σημειώνει ότι, θέματα τα οποία σχετίζονται με την ανάπτυξη της καλής αυτοεικόνας, την ανάπτυξη των δεξιοτήτων για την οικοδόμηση σχέσεων με συνομηλίκους, την υιοθέτηση θετικής στάσης απέναντι στη σεξουαλικότητα, την αντιμετώπιση των συναισθημάτων που συνδέονται με δυσάρεστες σεξουαλικές εμπειρίες και τη διάλυση σχέσεων, δεν πρέπει να παραμελούνται. Ο ίδιος απομόνωσε τους παράγοντες που συνδέονται με ένα επιτυχημένο πρόγραμμα, ανάμεσα στους οποίους περιλαμβάνεται το ιστορικό του ατόμου, η διαφοροποίηση μεταξύ ηθών και λανθασμένης πληροφόρησης, η συμβολή του οικογενειακού περιβάλλοντος και η συμμετοχή των προσώπων που φροντίζουν τα άτομα με νοητική υστέρηση. Τέτοιου είδους προγράμματα πρέπει να εφαρμόζονται

από τα πρώτα χρόνια της ζωής, προκειμένου τα άτομα αυτά (και όχι μόνο) να έχουν μια επιτυχημένη ενήλικη σεξουαλική ζωή⁸.

Κεφάλαιο 2. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

2.1 Το γεννητικό σύστημα του άνδρα



Αναπαραγωγικά όργανα του άνδρα

Το γεννητικό σύστημα του άνδρα αποτελείται από τρία μέρη: τους δυο όρχεις (γεννητικούς αδένες) από τους οποίους παράγεται το σπέρμα, την εκφορητική οδό που καταλήγει στην προστατική μοίρα της ουρήθρας (επιδιδυμίδα, σπερματικός πόρος, σπερματοδόχος κύστη και εκσπερματιστικός πόρος) και το πέος (σηραγωγώδη σώματα και ουρήθρα με τους αδένες της δηλαδή τον προστάτη και τους βολβοουρηθραίους ή του Cowper).

ΟΙ ΟΡΧΕΙΣ είναι δύο μικτοί αδένες. Η έσω έκκριση των είναι οι ανδρικές ορμόνες και η έξω έκκριση των τα σπερματοζωάρια. Κάθε όρχις αποτελείται από τον ιδίως όρχι και την επιδιδυμίδα.

Οι χιτώνες που περιβάλλουν τον όρχι, από έξω προς τα μέσα είναι οι εξής: το όσχεο, ο δαρτός χιτώνας, η κρεμαστήρια περιτονία (cowper), ο έξω κρεμαστήρας μυς, ο κοινός ελυτροειδής και ο ίδιος ελυτροειδής χιτώνας.

Το όσχεο (τελείως εξωτερικός χιτώνας) αποτελεί δερματικό σχηματισμό με χαρακτηριστικά τις πολλές εγκάρσιες πτυχές του, το ιδιαίτερο σκούρο χρώμα του (μεγάλη ποσότητα μελανίνης) και μία οβελιαία μέση ραφή που εσωτερικά αντιστοιχεί στο διάφραγμα του.

Οι πολλές εγκάρσιες πτυχές (ρυτίδες) του οσχέου οφείλονται στη στενή επαφή του με τον αμέσως από κάτω δαρτό χιτώνα ο οποίος έχει ινομυώδη σύσταση (λείες μυϊκές ίνες) και ο οποίος συνδέεται προς τα πάνω με την επιπολής κοιλία περιτονία, προς τα κάτω δε (πίσω) με την επιπολής περιτονία του περινέου.

Η κρεμαστήρια περιτονία (cowper) είναι συνέχεια της περιτονίας του λοξού και αποτελείται από χαλαρό συνδετικό ιστό.

Ο έξω κρεμαστήρας μυς είναι η συνέχεια του έξω κρεμαστήρα μυ του σπερματικού τόνου και εκφύεται, αφ' ενός μεν από το ηβικό φύμα, αφ' ετέρου δε από ίνες του έσω λοξού και του εγκάρσιου κοιλιακού μυ.

Όταν ο μυς αυτός συσπάται τραβά προς τα πάνω ολόκληρο τον όρχι και διευκολύνει την αποχύτευση του σπέρματος από αυτόν. Νευρώνεται από το έξω σπερματικό νεύρο.

Με τον έξω κρεμαστήρα συνάπτεται (από μέσα) ο κοινός ελυτροειδής χιτώνας ο οποίος είναι

συνέχεια του κοινού ελύτρου του σπερματικού τόνου.

Ο ίδιος ελυτροειδής χιτώνας προέρχεται από τον περιτοναϊκό θύλακο και αποτελείται από δύο πέταλα, το περίτονο και το περισπλάγγνιο που περιβάλλει σχεδόν ολόκληρο τον όρχι. Άθροιση μεγάλης ποσότητας υγρού στο χιτώνα αυτό δημιουργεί την υδροκήλη.

Στη θέση που βρίσκονται οι όρχεις μέσα στο όσχεο, κρέμονται από το σπερματικό τόνο (σπερματικός πόρος και αγγεία), συνήθως ο αριστερός χαμηλότερα του δεξιού.

Κάθε όρχις έχει μέγεθος καρυδιού και παρουσιάζει δυο άκρα (πόλους), τον άνω και τον κάτω, δυο επιφάνειες, την έσω και την έξω και δυο χείλη, το πρόσθιο και το οπίσθιο. Το βάρος κάθε όρχι είναι 15 - 20 γραμ.

Το άνω άκρο του όρχι συνδέεται με την κεφαλή της επιδιδυμίδας και φέρει συνήθως μικρή υδατίδα κύστη, την ορχική (Morgagni) ενώ το κάτω συνάπτεται ορε όσχεο με τον οσχεϊκό σύνδεσμο. Η έξω επιφάνεια του όρχι χωρίζεται από την επιδιδυμίδα με τον επιδιδυμικό κόλπο ενώ στο οπίσθιο χείλος του δημιουργείται, από την ανάκαμψη του περισπλάγγνιου πέταλου του ορογόνου χιτώνα, μία πτυχή, το μεσόρχιο από την οποία μπαίνουν στον όρχι τα αγγεία του (σημείο συστροφής των αγγείων).

Το σημείο εισόδου των αγγείων (και του συνδετικού ιστού) στον όρχι σχηματίζει μία διάτρητη περιοχή στον ινώδη χιτώνα του, τριγωνικού σχήματος, που λέγεται μεσαύλιο του όρχι ή ιγμόρειο σώμα.

Η ινώδης ουσία (ινώδης χιτώνας) του όρχι τον περιβάλλει τελείως και είναι συμπαγής. Από το ιγμόρειο σώμα του εκπορεύονται ινώδη πέταλα τα διαφραγμάτιο του όρχι τα οποία έχουν ακτινοειδή διάταξη και καταλήγουν πάλι, περιφερικά, στο ινώδη χιτώνα.

Έτσι σχηματίζονται στο εσωτερικό της ορχικής ουσίας διαμερίσματα, με την κορυφή στραμμένη στο ιγμόρειο σώμα, μέσα στα οποία βρίσκονται 250 - 300 ορχικά λόβια που αποτελούνται από σπερματικά σωληνάρια.

Σε κάθε λόβιο υπάρχουν 3-4 σπερματικά σωληνάρια, συνολικού μήκους 70 80 εκατοστά τα οποία έχουν πορεία ελικοειδή (εσπειραμένα) στο μεγαλύτερο τμήμα τους, όσο δε πλησιάζουν προς το ιγμόρειο σώμα, ενώνονται μεταξύ των και σχηματίζουν το ευθύ σπερματικό σωληνάριο που μπαίνει στο ιγμόρειο σώμα, συνδέεται (αναστομώνεται) με τα άλλα ευθέα και σχηματίζει το δίκτυο του Haller (Αλλήρειο δίκτυο) το οποίο γεμίζει τις δοκίδες του ιγμόρειου σώματος. Από το δίκτυο αυτό φεύγουν εκφορητικά σωληνάρια (πόροι) που, τελικά, βγαίνουν από τον ιδίως όρχι και σχηματίζουν την κεφαλή της επιδιδυμίδας. Όλο το δίκτυο αυτό αποτελεί εκφορητικό και αθροιστικό σχηματισμό του σπέρματος, η παραγωγή του οποίου γίνεται μέσα στα σπερματικά σωληνάρια (εσπειραμένα).

Το τοίχωμα του σπερματικού σωληναρίου αποτελείται εξωτερικά μεν από ένα 1 βασικό υμένα με κύριο συστατικό ελαστικές ίνες, εσωτερικά δε από επιθήλιο με δύο είδη κυττάρων, τα σπερμογόνα (ή σπερμιογόνα) και τα βασικά ή κύτταρα του Sertoli. Τα Σερτόλεια κύτταρα παρουσιάζουν εντυπώματα μέσα στα οποία είναι εμπηγμένες οι κεφαλές των νέων σπερματοζωαρίων τα οποία διατρέφονται από λιποκοκκία που περικλείονται στο εσωτερικό των κυττάρων αυτών.

Τα σπερματογόνα κύτταρα του επιθηλίου του σπερματικού σωληναρίου, διακρίνονται σε τρεις στιβάδες, από έξω προς το εσωτερικό του σωληναρίου, τα σπερμογόνα, τα σπερμιοκύτταρα και τις σπερματίδες. Από τις τελευταίες αυτές παράγονται δια μεταπλάσεως, τα σπερματοζωάρια.

Η όλη αυτή εξέλιξη διαδραματίζεται μέσα στα εσπειραμένα σπερματικά σωληνάρια δεδομένου ότι στα ευθέα σπερματικά σωληνάρια και το δίκτυο του Haller σπερματικά κύτταρα δεν υπάρχουν.

Μεταξύ των σπερματικών σωληναρίων υπάρχει η διάμεση ουσία του όρχι που αποτελείται από χαλαρό συνδετικό ιστό και τα διάμεσα ορχικά κύτταρα του Leyding τα οποία παράγουν τις

ανδρικές γεννητικές ορμόνες (τεστοστερόνη).

Το ανθρώπινο σπέρμα διακρίνεται σε αμιγές και μικτό ή εκσπερμάτισμα. Το αμιγές σπέρμα υπάρχει μόνο στον όρχι και την επιδιδυμίδα και αποτελείται από σπερματοζωάρια και μικρή ποσότητα υγρού ενώ το εκσπερμάτισμα, εκτός αυτών, περιέχει και έκκριμα από τους όρχεις, την επιδιδυμίδα, τις σπερματοδόχους κύστεις, τον προστάτη και τους αδένες του Cowper (βολβοουρηθραίους) και του Littre (ουρηθραίους).

Κάθε σπερματοζωάριο αποτελείται από την κεφαλή, τον αυχένα και την ουρά η οποία και το κινεί ολόκληρο. Σε κάθε εκσπερμάτιση βγαίνουν από τους όρχεις 2-300 εκατομμύρια σπερματοζωάρια, συνολικού όγκου περίπου 3,5 κυβ. εκατ.

Η ΕΠΙΔΙΔΥΜΙΔΑ είναι σχηματισμός, μηνοειδούς μορφής, του οποίου το κοίλο τμήμα συνδέεται με το άνω άκρο (πόλο) και το πίσω χείλος του όρχι. Κάθε επιδιδυμίδα έχει τρία τμήματα, την κεφαλή, το σώμα (μέσο) και την ουρά.

Η κεφαλή της επιδιδυμίδας αποτελείται από 513 λόβια και συνδετικό ιστό. Τα λόβια αυτά έχουν σχήμα κώνου του οποίου η κορυφή αντιστοιχεί στο ιγμόρειο σώμα όπου, δια μέσου εκφορητικών σωληναρίων, συνδέονται με το δίκτυο του Haller. Τα σωληνάρια αυτά, μετά μία ελικοειδή πορεία, συνενώνονται και σχηματίζουν τον πόρο της επιδιδυμίδας ο οποίος πορεύεται στο πίσω χείλος του όρχι μέσα σε ένα αυλάκι που λέγεται κόλπος της επιδιδυμίδας.

Το σώμα και η ουρά της επιδιδυμίδας σχηματίζονται από τον πόρο της ο οποίος, εκτός από τη μεταφορά του σπέρματος, παράγει και έκκριμα που χρησιμεύει στη θρέψη των σπερματοζωαρίων.

Ο όρχις και η επιδιδυμίδα αιματώνονται από την έσω σπερματική αρτηρία ενώ οι φλέβες του όρχι (έσω σπερματική) και της επιδιδυμίδας (επιδιδυμική) αναστομώνονται μεταξύ των και σχηματίζουν το σπερματικό πλέγμα. Όταν οι σπερματικές φλέβες διογκωθούν από στάση αίματος δημιουργείται κρυσπηλία.

Οι όρχεις είναι δυνατό να λείπουν τελείως (ανορχία) ή να λείπει ο ένας μόνο (μονορχία). Ανωμαλίες είναι δυνατό να παρατηρηθούν και ως προς τη θέση τους και είναι συγγενούς αιτιολογίας. Οι συνηθέστερες από αυτές είναι η αναστροφή (όρχις στο όσχεο αλλά όχι σε φυσιολογική θέση), η εκτοπία (όρχις εκτός κοιλίας αλλά και εκτός οσχέου) και η επίσχεση ή κρυσορχία (όρχις μέσα στη κοιλιά).

Ο ΣΠΕΡΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΡΟΣ έχει μήκος 40-50 εκ. και είναι συνέχεια της ουράς της επιδιδυμίδας. Ανάλογα με την περιοχή από την οποία περνά εμφανίζει πέντε μοίρες: την ορχική, την τονική, τη βουβωνική, την πυελική και την κυστική. Η τελευταία αυτή μοίρα είναι ανευρυσμένη και καλείται σπερματική λήκυθος. Το τοίχωμα του σπερματικού πόρου αποτελείται από βλεννογόνο και υποβλεννογόνο χιτώνα, ισχυρό μυϊκό χιτώνα που, όταν συστέλλεται, στέλλει το σπέρμα στην σπερματική λήκυθο και την σπερματοδόχο κύστη ως και από συνδετικό ιστό.

Κάθε σπερματοδόχος κύστη συνιστά εκκόλπωμα του έξω τοιχώματος της σύστοιχης σπερματικής λήκυθου και παράγει έκκριμα το οποίο αυξάνει την κινητικότητα των σπερματοζωαρίων. Οι σπερματοδόχοι κύστεις βρίσκονται ακριβώς πάνω από τον προστάτη και πίσω από την ουροδόχο κύστη.

Το κάτω άκρο των ενώνεται με τις σπερματικές λήκυθους και σχηματίζονται οι εκσπερματιστικοί πόροι (εκσπερματικοί).

Ο εκσπερματιστικός πόρος έχει μήκος 2 εκ. και αποτελεί το τελικό τμήμα του εκφορητικού συστήματος του όρχι το οποίο, μέσα στην προστατική μάζα, εκβάλλει στην προστατική μοίρα της ουρήθρας στα πλάγια του σπερματικού λοφιδίου.

Ο σπερματικός τόνος, από τον οποίο κρέμεται ο όρχις, είναι σύνθετο μόρφωμα πάχους μικρού δακτύλου και μήκους 15 εκ. που καταλήγει στον άνω πόλο του όρχι ενώ, προς τα πάνω περνά μέσα από το βουβωνικό πόρο μέχρι το ύψος του κοιλιακού του στομίου όπου και διαλύεται στα στοιχεία από τα οποία είχε συντεθεί. Διακρίνουμε, κατά συνέπεια, δύο μοίρες του σπερματικού

τόνου, την οσχείκη (κάθετο μέσα στο όσχεο) και τη βουβωνική (λοξή μέσα στο βουβωνικό πόρο).

Η οσχείκη μοίρα περιλαμβάνει αγγεία (ορχική αρτηρία, πρόσθιες και οπίσθιες σπερματικές φλέβες), νεύρα από το έσω σπερματικό πλέγμα, λείες μυϊκές ίνες (έσω κρεμαστήρας) και την τονική μοίρα του σπερματικού πόρου. Η μοίρα αυτή περιβάλλεται από έλυτρα (κρεμαστήρια περιτονία, έξω κρεμαστήρας, έσω κρεμαστήρας και κοινό έλυτρο).

Η βουβωνική μοίρα περιβάλλεται μόνο από το κοινό έλυτρο και, σε μικρό τμήμα, από τον έξω κρεμαστήρα μύ.

Η ΑΝΔΡΙΚΗ ΟΥΡΗΘΡΑ παρουσιάζει τρεις μοίρες, την προστατική (3 - 4εκ.), την υμενώδη (1,5 εκ.) και τη σηραγγώδη (17 - 20 εκ.).

Στο πίσω έσω τοίχωμα της προστατικής μοίρας παρατηρούμε το σπερματικό λοφίδιο. Στην κορυφή του λοφιδίου υπάρχει σχισμή που οδηγεί στον προστατικό κόλπο (σημείο εγκατάστασης του γονόκκοκου). Στα πλάγια του προστατικού κόλπου βρίσκονται τα στόμια των δύο εκσπερματιστικών πόρων.

Η υμενώδης μοίρα της ουρήθρας υποδιαιρείται σε δύο τμήματα, το τριγωνιαίο και το βολβικό. Το τριγωνιαίο τμήμα της υμενώδους ουρήθρας βρίσκεται μέσα στο ουρογεννητικό τρίγωνο και είναι το σημείο στο οποίο ο αυλός του οργάνου παρουσιάζει ιδιαίτερη στενότητα. Το βολβικό τμήμα βρίσκεται μπροστά από το ουρογεννητικό τρίγωνο, πάνω από το βολβό του σηραγγώδους σώματος της ουρήθρας.

Η σηραγγώδης μοίρα της ουρήθρας είναι η μεγαλύτερη από τις μοίρες του οργάνου (17 - 20 εκ.). Αρχίζει από την είσοδο της ουρήθρας στο σηραγγώδες σώμα της και φθάνει μέχρι τη βάλανο του πέους (έξω στόμιο). Το εσωτερικό της τοίχωμα καλύπτεται από πτυχές του βλεννογόνου που εξαφανίζονται κατά τη διάρκεια της ούρησης, και φέρει σε όλη του την έκταση κρύπτες, τους ουρηθραίους κόλπους (σημεία εγκατάστασης του γονόκκοκου).

Μεταξύ σηραγγώδους μοίρας και βολβικού τμήματος εκβάλλουν οι βολβοουρηθραίοι αδένες (cowper).

Στη συνολική πορεία της η ανδρική ουρήθρα κάνει δύο καμπές, την περινεϊκή με το κοίλο προς τα πάνω και την ηβική (η οποία εξαφανίζεται στη στύση) με το κοίλο προς τα κάτω. Εκτός από το τριγωνιαίο τμήμα της υμενώδους ουρήθρας, στένωμα του αυλού της παρατηρείται και λίγο πίσω από το έξω στόμιο της (πρόσθιο στένωμα).

Ο αυλός της ουρήθρας παρουσιάζει τρία (φυσιολογικά) ανευρύσματα: το σκαφοειδές (στη βάλανο του πέους), το βολβικό (στο βολβό του σηραγγώδους σώματος) και το προστατικό (στον προστάτη αδένα).

Το σηραγγώδες σώμα της ουρήθρας (στο εσωτερικό του οποίου πορεύεται η σηραγγώδης μοίρα της) εμφανίζει τρία τμήματα, τη βάλανο (μπροστά), το σώμα (στο μέσο) και το βολβό (πίσω). Ο βολβός συνάπτεται με την περιτονία του ουρογεννητικού τριγώνου και καλύπτεται από το βολβοσηραγγώδη μύ.

Είναι ψηλαφητός από τον πρωκτό από τον οποίο απέχει περίπου 12 - 15 χιλιοστά. Το σώμα του σηραγγώδους σώματος της ουρήθρας πορεύεται στην ουρηθραία αύλακα των σηραγγωδών σωμάτων του πέους και, τέλος, η βάλανος εμπεριέχει δικό της σηραγγώδες σώμα το οποίο χωρίζεται από τη βαλανική ουρήθρα με τον ινώδη δακτύλιο της ουρήθρας, από τον οποίον εκπορεύονται ο άνω και ο κάτω σύνδεσμος της βαλάνου. Οι δύο αυτοί σύνδεσμοι συνδέουν αφ' ενός μεν τη βάλανο με τα σηραγγώδη σώματα του πέους, (άνω σύνδεσμος της βαλάνου), αφ' ετέρου δε -μεταξύ των- τα δύο ημιμόρια του σηραγγώδους σώματος της βαλάνου (κάτω σύνδεσμος της βαλάνου).

Το τοίχωμα της ουρήθρας αποτελείται, από μέσα προς τα έξω από το βλεννογόνο με τους ουρηθραίους αδένες και το μυϊκό χιτώνα.

Ο βλεννογόνος της ουρήθρας αποτελείται από χόριο, επιθήλιο και πολλές κοίλες προσεκβολές του επιθηλίου μέσα στις οποίες σχηματίζονται οι ουρηθραίοι αδένες (ενδοεπιθηλιακοί και κυψελοειδείς) οι οποίοι παράγουν έκκριμα που μοιάζει με βλέννα.

Ο μυϊκός χιτώνας της ουρήθρας αποτελείται αφ' ενός μεν από λείες μυϊκές ίνες ένα μέρος των οποίων, αμέσως κάτω από το κυστικό στόμιο, σχηματίζει το λείο σφιγκτήρα της ουρήθρας ο οποίος λειτουργεί ανεξάρτητα από την ανθρώπινη θέληση, αφ' ετέρου δε από γραμμωτές μυϊκές ίνες που σχηματίζουν μια κυκλική στιβάδα γύρω από την υμενώδη ουρήθρα (έξω σφιγκτήρας της ουρήθρας) ο οποίος λειτουργεί με την ανθρώπινη θέληση.

ΤΟ ΠΕΟΣ είναι επίμηκες κυλινδρικό εξάρτημα που σχηματίζεται - βασικά - από τα δύο δικά του σηραγγώδη σώματα και το σηραγγώδες σώμα της ουρήθρας. Εξωτερικά καλύπτεται από το δέρμα της πόσθης. Ένα τμήμα του πέους βρίσκεται στην περινεϊκή χώρα (περινεϊκό τμήμα) και το υπόλοιπο είναι ελεύθερο, μπροστά στην ηβική σύμφυση (ελεύθερο τμήμα). Το όριο μεταξύ των δύο αυτών τμημάτων του πέους είναι ο σφενδονοειδής σύνδεσμος.

Το περινεϊκό τμήμα συνιστά τη ρίζα του πέους η οποία είναι στερεά κολλημένη στο ηβικό και το ισχιακό οστόν με τα δύο πλάγια μέρη της, τα σκέλη των σηραγγωδών σωμάτων του πέους, ανάμεσα στα οποία βρίσκεται ο βολβός του σηραγγώδους σώματος της ουρήθρας.

Το ελεύθερο τμήμα αποτελείται από τη βάλανο και το σώμα και σχηματίζει με το περινεϊκό τμήμα την πείκη γωνία με το κυρτό προς τα πάνω. Η βάλανος έχει σχήμα ατελούς κώνου στην κορυφή του οποίου εκβάλλει το έξω στόμιο της ουρήθρας ενώ η βάση του παρουσιάζει κυκλικό προέχον χείλος τη στεφάνη της βαλάνου, πίσω από την οποία υπάρχει η στεφανιαία αύλακα.

Η αύλακα αυτή, στο κάτω μέρος της, διακόπτεται από μία δερματική πτυχή, το χαλινό της ακροποσθίας, ο οποίος στα πλάγια (δεξιά και αριστερά) φέρει τους δύο βόθρους του χαλινού (σημεία εμφάνισης μολυσματικών νόσων).

Το πέος περιβάλλεται από το δέρμα και την περιτονία του (με την οποία συνδέονται οι σύνδεσμοι του).

Μεταξύ δέρματος και περιτονίας βρίσκεται η υποδόρια φλέβα.

Το δέρμα του πέους (πόσθη) είναι ελαστικό, καλύπτει τελείως τα σηραγγώδη σώματα και τη βάλανο, με την οποία όμως δεν συμφύεται αλλά αφού την καλύψει, ανακάμπτει κυκλικά προς τα πίσω 3 χιλ. περίπου κάτω από τη στεφάνη της, όπου συνάπτεται με τα σηραγγώδη σώματα, τη δερματική επιφάνεια της βαλάνου και το χαλινό.

Με τον τρόπο αυτό δημιουργείται γύρω από τη βάλανο μία δερματική θήκη ανοικτή προς τα πάνω, η ακροποσθία.

Όταν το άνοιγμα της ακροποσθίας είναι στενό έχουμε τη φίμωση και όταν η ακροποσθία γλιστρά και σφίγγεται πίσω από τη βάλανο έχουμε την παραφίμωση.

Η περιτονία του πέους είναι συνέχεια της επιφανειακής (επιπολής) περιτονίας του περινέου. Με την περιτονία του πέους συνδέονται οι δύο σύνδεσμοι του, ο σφενδονοειδής που αποτελείται από ελαστικές ίνες και εκφύεται από τη λευκή γραμμή και ο κρεμαστήρας που αποτελείται από ινώδη ιστό και εκφύεται από την ηβική σύμφυση.

Το πέος νευρώνεται από νωτιαία και φυτικά νεύρα. Η πόσθη νευρώνεται από το λαγονοβουβωνικό και το ραχιαίο νεύρο του πέους από το οποίο νευρώνονται επίσης η ακροποσθία και το δέρμα της βαλάνου. Το ραχιαίο νεύρο του πέους αποτελεί τον τελικό κλάδο του αιδούϊκου νεύρου.

Τα σηραγγώδη σώματα του πέους νευρώνονται από συμπαθητικές ίνες (από το προστατικό πλέγμα) και παρασυμπιθητικές (από το 3^ο και 4^ο ιερό νεύρο).

Το νευρικό κέντρο της στύσης βρίσκεται στον τελικό κώνο του νωτιαίου μυελού.

παρθενικός υμένας.

ΩΟΘΗΚΕΣ. Οι ωοθήκες έχουν σχήμα αμυγδάλου και διαστάσεις 4x2 εκατ. Περιέχουν τα ωοθυλάκια τα οποία περιέχουν τα ωάρια. Το ωοθυλάκιο μετά τη ρήξη του και την απελευθέρωση του ωαρίου μετατρέπεται σε ωχρο σωματίο. Κατά τη γόνιμη περίοδο της ζωής της γυναίκας τα ωοθυλάκια βρίσκονται σε διάφορα στάδια ωρίμανσης: πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή ή ώριμα. Τα πρωτογενή είναι περίπου 400.000 και σχηματίζονται στην εμβρυϊκή ζωή: η γυναίκα δηλαδή γεννιέται με το σύνολο των ωοθυλακίων της! Από αυτά, όμως, μόνον τα 350-400 ωριμάζουν και παράγουν ωάρια. Τα υπόλοιπα εκφυλίζονται.

Μετά την εμμηνόπαυση, οι ωοθήκες συρρικνώνονται και παραμένουν ανενεργές. Είναι τα τέλος της περιόδου γονιμότητας της γυναίκας. Σάλπιγγες. Οι σάλπιγγες ή ωαγωγοί είναι δυο σωλήνες, μήκους περίπου 10 εκατ., που συνδέουν τις ωοθήκες με τη μήτρα. Στη σάλπιγγα γίνεται π συνάντηση του ωαρίου με το σπερματοζωάριο, με επακόλουθο τη γονιμοποίηση. Αργότερα εμφυτεύεται στην έσω στιβάδα της μήτρας (ενδομήτριο) όπου και αναπτύσσεται το κύημα, Σε περίπτωση βλαβών στη σάλπιγγα είναι δυνατόν να παραμείνει το κύημα σε αυτήν, με αποτέλεσμα την εξωμήτριο κύηση.

ΜΗΤΡΑ. Η μήτρα έχει σχήμα αχλαδιού με τη βάση προς τα πάνω. Στη νεαρή ενήλικη γυναίκα που δεν έχει τεκνοποιήσει, έχει μήκος περίπου 8 εκατ., πλάτος 5 εκατ., πάχος τοιχωμάτων 2,5 εκατ. και Βάρος 45-60 γρ. Ανατομικά διαιρείται στον πυθμένα, το σώμα και τον τράχηλο τον οποίο περιβάλλει ο κόλπος της γυναίκας. Η μήτρα εμφανίζει εσωτερικώς κοιλότητα η οποία έχει μήκος περί τα 6 εκατ. Η στιβάδα που καλύπτει εσωτερικά το σώμα της μήτρας είναι το ενδομήτριο. Από την ήβη μέχρι την εμμηνόπαυση το ενδομήτριο υφίσταται εκτεταμένες αλλαγές κατά τη διάρκεια του εμμηνορρυσιακού κύκλου, υπό την επίδραση των ορμονών¹⁰.

ΤΟ ΑΙΔΟΙΟΝ αποτελείται από δύο βαριά χείλη, τα οποία ονομάζονται μεγάλα χείλη του αιδοίου και τις εξωτερικές κατασκευές που περιέχονται σ' αυτά. Η έξω επιφάνεια των μεγάλων χειλέων αποτελείται από δέρμα και λίπος και καλύπτεται από το ηβικό τρίχωμα. Η έσω επιφάνεια ομοιάζει με βλεννογόνο υμένα. Τα χείλη εκτείνονται από το εφηβαίο, ένα κομμάτι λίπους που καλύπτει την ηβική χώρα, έως το περίνεο. Η λειτουργία των μεγάλων χειλέων είναι να καλύπτουν και να προστατεύουν την είσοδο του κόλπου.

Στο εσωτερικό των μεγάλων χειλέων βρίσκονται δύο μικρότερα χείλη που ονομάζονται μικρά χείλη του αιδοίου. Αυτά τα λεπτότερα χείλη συναντώνται για να φτιάξουν μια μερική καλύπτρα που ονομάζεται ακροποσθία και η οποία καλύπτει ένα μικροσκοπικό, στυτικό όργανο, την κλειτορίδα. Αυτή η κατασκευή είναι μια μικρή, επιμήκης μάζα ιστού, νεύρων και μυός, πλούσια τροφοδοτούμενη από αιμοφόρα αγγεία και καλυμμένη με βλενώδη υμένα. Η κλειτορίδα μοιάζει με το πέος στο ότι είναι υπερβολικά ευαίσθητη και αντιδρά στο σεξουαλικό ερεθισμό. Οι Βαρθολίνειοι αδένες εκκρίνουν ένα βλενώδες, λιπαντικό υλικό κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής πράξης. Ένας αδένας βρίσκεται σε κάθε πλευρά της εισόδου του κόλπου. Κάτω από την κλειτορίδα υπάρχουν δύο υπερυψωμένες κορυφές με ένα άνοιγμα ανάμεσα τους, το στόμιο της ουρήθρας. Τα ούρα εκκενώνονται από αυτό το άνοιγμα. Σε κάθε πλευρά αυτού του ανοίγματος της ουρήθρας βρίσκονται οι παραουρηθροίοι πόροι, οι αδένες του Skene.

Ακριβώς κάτω από το στόμιο είναι μια πτυχή βλενώδους μεμβράνης που ονομάζεται **ΠΑΡΘΕΝΙΚΟΣ ΥΜΕΝΑΣ** και προστατεύει το άνοιγμα του κόλπου. Ο υμένας κατά ένα μέρος και περιστασιακά εντελώς, κλείνει τη διέξοδο του κόλπου. Αντίθετα με ότι πιστεύεται ευρέως, η ρήξη του υμένα δεν είναι αναγκαστικά δείγμα σεξουαλικής δραστηριότητας. Μπορεί να επέλθει από τραυματισμό, εγχείρηση, χρήση ταμπόν κατά τη διάρκεια της εμμηνορρυσίας, αθλητικές δραστηριότητες ή γυναικολογική εξέταση.

Ο ΚΟΛΠΟΣ είναι μια καμπυλωτή διόδος σα σήραγγα, 8-12 εκ. σε μήκος που οδηγεί από το αιδοίον στη μήτρα. Το χαμηλότερο μέρος της μήτρας, ο τράχηλος προεξέχει μέσα στον κολεό. Ο κολεός είναι εσωτερικά τοποθετημένος μεταξύ της ουροδόχου κύστεως και του ορθού εντέρου. Αποτελείται από μυ και συνδετικό ιστό και έχει την ικανότητα μεγάλης διαστολής κατά τη διάρκεια

του τοκετού. Καλύπτεται από βλεννώδη υμένα με πολλές πτυχές που ονομάζονται κολεϊκές ρυτίδες. Η έκκριση που παρατηρείται στον κόλπο προέρχεται ως επί το πλείστον από αδένες του τραχήλου. Ο κόλπος εξυπηρετεί 3 σημαντικές λειτουργίες σαν δίοδος: (1) είσοδο του πέους και παραλαβή του σπέρματος (υγρό μέσα στο οποίο μεταφέρονται τα σπερματοζώαρια) (2) εκκένωση της εμμήνου ρύσης και των εκκρίσεων της μήτρας και (3) παράδοση του προϊόντος της σύλληψης¹¹.

Κεφάλαιο 3. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

3.1 Γενικά

Τα αφροδίσια νοσήματα είναι μία ομάδα νοσημάτων που μεταδίδονται από άτομο σε άτομο, συνήθως με την ετεροφυλοφιλική ή ομοφυλοφιλική σεξουαλική επαφή.

Το όνομα τους προέρχεται από την Αφροδίτη, τη θεά του έρωτα. Διαδόθηκαν σε όλη την Ευρώπη κατά το 15ο και 16ο αιώνα. Εξακολουθούν και σήμερα να παραμένουν οι συχνότερες μεταδοτικές παθήσεις και να αντιπροσωπεύουν σε παγκόσμια κλίμακα ένα από τα μεγαλύτερα «προβλήματα υγείας».

Ο αριθμός των ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπεία κάθε χρόνο εξακολουθεί να αυξάνεται, παρά την πρόοδο που έχει γίνει όσον αφορά τη διάγνωση και τη θεραπεία τους. Περίπου 200 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις βλεννόρροιας και 40 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις σύφιλης καταγράφονται διεθνώς κάθε χρόνο.

Ο όρος «αφροδίσια» συχνά αναφέρεται στη σύφιλη και τη βλεννόρροια, οι οποίες μέχρι το τέλος του Β' Παγκόσμιου πολέμου αποτελούσαν τις πιο συχνές παθήσεις που μεταδίδονται με τη σεξουαλική επαφή.

Μετά τον πόλεμο, όμως, άρχισε να εμφανίζεται ένας αυξανόμενος αριθμός ασθενών που έπασχε από άλλες καταστάσεις που επίσης μεταδίδονται με τη σεξουαλική πράξη, όπως: η τριχομονάδωση, η μυκητίαση, η μη ειδική ουρηθρίτιδα, τα κονδυλώματα, ο έρπητας των γεννητικών οργάνων κτλ.

Σήμερα οι ασθενείς που πάσχουν από τα κλασικά αφροδίσια νοσήματα αποτελούν τη μειοψηφία. Κρίθηκε λοιπόν σκόπιμο να αντικατασταθεί ο όρος «αφροδίσια» με παραπλήσιο όρο που στιγματίζει λιγότερο το άτομο. Έτσι, άρχισε η χρήση του όρου «παθήσεις μεταδιδόμενες με τη σεξουαλική επαφή».

Οι παθήσεις αυτές εντοπίζονται κυρίως στην περιοχή των γεννητικών οργάνων και μπορούν να προσβάλουν οποιονδήποτε, ανεξάρτητα από ηλικία και κοινωνική τάξη. Τα αφροδίσια νοσήματα είναι τόσο παλιά όσο και ο άνθρωπος.

Μερικά απ' αυτά προκαλούνται από βακτηρίδια και άλλους μικροοργανισμούς που υπάρχουν φυσιολογικά στο σώμα μας, χωρίς να μας προκαλούν πάθηση. Για παράδειγμα, στον κόλπο της γυναίκας υπάρχουν πολλοί διαφορετικοί μικροοργανισμοί που ζουν σε αρμονία ο ένας με τον άλλο. Όταν αυτή η ισορροπία διαταραχτεί, ένας ή περισσότεροι απ' αυτούς τους οργανισμούς μπορούν να πολλαπλασιαστούν τόσο πολύ, ώστε να προκύψει μία νοσηρή κατάσταση που μπορεί να μεταδοθεί και σε κάποιον άλλο. Οι περισσότερες όμως οφείλονται σε παθογόνα βακτηρίδια και ιούς που μεταδίδονται από άτομο σε άτομο.

3. 2 Ταξινόμηση των Σ.Μ.Ν

ΟΙ ΣΟΒΑΡΕΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ:

Σύφιλη

Βλεννόρροια

Γεννητικά κονδυλώματα

Γεννητικός έρπητας

Μη γονοκοκκική γεννητική μόλυνση (περιλαμβανόμενης της μη γονοκοκ-κικής ουρηθρίτιδας και των μολύνσεων από χλαμύδια).

ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ ΠΟΥ ΣΥΧΝΑ ΜΕΤΑΔΙΔΟΝΤΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ:

AIDS (ιός ανοσοποιητικής ανεπάρκειας του ανθρώπου, HIV)

Ιογενής ηπατίτιδα οι λιγότερο σοβαρές σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες

Κολπική μυκητίαση

Κολπική λοίμωξη από τριχομονάδες

Μη ειδική κολπική μόλυνση

Ηβικές ψείρες-ψώρα

Μολυσματική τέρμινθος

ΟΙ ΣΠΑΝΙΕΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ:

Μαλακό έλκος

Βουβωνική λεμφοκοκκιωμάτωση ή αφροδίσιο

Εξελκωτικό κοκκίωμα του αιδοίου ή βουβωνικό κοκκίωμα⁶

3. 3 Παράγοντες που συμβάλουν στη διασπορά και στη δυσχέρεια ελέγχου των αφροδίσιων νοσημάτων

- ✓ Μακρύτερη ατομική σεξουαλική δραστηριότητα
- ✓ Ελευθεριότητα των ερωτικών σχέσεων λόγω μεταβολής των εθίμων, αλλαγής του κώδικα συμπεριφοράς, εξασθενήσεως των ανασταλτικών επιδράσεων θρησκείας και παραδόσεων
- ✓ Διακίνηση πληθυσμού (τουρισμός-αστυφιλία- μετανάστευση)
- ✓ Μείωση του φόβου συλλήψεως ή νοσήσεως από αφροδίσια
- ✓ Αντικατάσταση ελαστικού προφυλακτικού από τα αντισυλληπτικά δισκία
- ✓ Επέκταση της συνεκπαιδύσεως και κοινής εργασίας ανδρών-γυναικών
- ✓ Διάδοση της φιλομοφιλίας
- ✓ Διάδοση των ψυχοφαρμάκων
- ✓ Θεραπευτικές αποτυχίες
- ✓ Ειδικά για τη βλεννόρροια : Απουσία ανοσίας, Ασυμπτωματικές περιπτώσεις και ανάπτυξη ανθεκτικών στελεχών γονοκόκκου².

3. 4 Σύφιλη

Το αίτιο που προκαλεί τη σύφιλη είναι το τρεπόννημα το *ωχρο* (Τρεπονema Pallidum), που είναι περισσότερο γνωστό ως σπειροχαίτη. Είναι λεπτός, σπειροειδής μικροοργανισμός με οξέα άκρα. Αποτελείται από 6 έως 14 σπείρες και μοιάζει σαν ανοιχτήρι. Η σπειροχαίτη είναι υπερβολικά λεπτός οργανισμός και δεν μπορεί να ζήσει παρά μόνο λίγα λεπτά έξω από το σώμα. Η αδυναμία της σπειροχαίτης να επιζήσει στην ατμόσφαιρα διαλύει κάθε παρανόηση που διακατέχει το άτομο σχετικά με το πώς μεταδίδεται η σύφιλη, όπως από το χερούλι της πόρτας, από το κάθισμα της τουαλέτας, από το ποτήρι κτλ. Η σύφιλη μεταδίδεται μόνο με τη σεξουαλική επαφή⁶.

3.4.1 Επιδημιολογικά στοιχεία

Η νόσος είναι πιο συχνή στα άτομα ηλικίας 20 - 29 ετών με ενεργό σεξουαλική ζωή. Εμφανίζει παγκόσμια κατανομή.

Οι εντατικές προσπάθειες των λειτουργών της Δημόσιας Υγείας κατά τον 2ο Παγκόσμιο Πόλεμο και μετέπειτα, είχαν ως αποτέλεσμα τη μείωση της συχνότητας της μεταδοτικής σύφιλης. Ωστόσο, με τη σημαντική αύξηση της συχνότητας των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων κατά τη δεκαετία του 1970, υπήρξε και μεγάλη αύξηση της συχνότητας της σύφιλης.

Στα τέλη της δεκαετίας του 1970 και τις αρχές της δεκαετίας του 1980 παρουσιάστηκε πολύ υψηλή επίπτωση της νόσου ανάμεσα στους ομοφυλόφιλους άνδρες. Στις ΗΠΑ, κυρίως στις αστικές περιοχές παρατηρήθηκε αύξηση των κρουσμάτων μετά το 1986, η οποία συνεχίστηκε μέχρι το 1990. Η αύξηση αυτή παρατηρήθηκε στις κατώτερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις και κυρίως

στους εφήβους. Μεγάλη αύξηση των κρουσμάτων παρατηρείται τα τελευταία χρόνια στις χώρες της πρώην Σοβιετικής Ενώσεως. Η επιδημική έξαρση εξαπλώνεται στις χώρες της Ανατολικής, αλλά και Δυτικής Ευρώπης. Θεωρείται ως αποτέλεσμα των κοινωνικοοικονομικών αλλαγών, των μεταβολών της σεξουαλικής συμπεριφοράς, της χρήσης ενδοφλεβίων ναρκωτικών και της αυξημένης μεταναστευτικής και ταξιδιωτικής κινήσεως. Στους παράγοντες κινδύνου για τη νόσο συμπεριλαμβάνονται η πορνεία, η χρήση ναρκωτικών και η πρόωμη έναρξη σεξουαλικής ζωής.

Εξέλιξη της επιδημίας σύφιλης στη Ρωσία¹²

Έτος	Ολικός αριθμός νέων κρουσμάτων	Πρωτοπαθής σύφιλης	Δευτεροπαθής σύφιλης
1985	13. 689	2. 903	7. 167
1986	10. 324	2. 143	4. 919
1987	7. 242	1. 394	3. 148
1988	6. 234	1. 307	2. 802
1989	6. 234	1. 307	2. 802
1990	7. 931	1. 884	4. 125
1991	10. 728	2. 685	5. 674
1992	19. 963	5. 882	10. 357
1993	50. 427	15. 872	26. 748
1994	126. 734	41. 601	66. 928
1995	261. 837	84. 438	135. 783
1996	387. 704	112. 722	199. 668

3.4.2 Τρόπος μετάδοσης

Επειδή η κατασκευή της σπειροχαίτης έχει την ικανότητα να φωλιάζει μέσα στο βλεννογόνο που καλύπτει τα σεξουαλικά όργανα, τον πρωκτό και το στόμα, η μόλυνση μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή και με άλλους τρόπους σεξουαλικής εμπλοκής. Όταν ένα συφιλιδικό άτομο, το οποίο είναι μεταδοτικό, έχει σεξουαλικές σχέσεις, τότε υπάρχει μία πιθανότητα στις τέσσερις να μεταδώσει τη λοίμωξη στο σύντροφο του. Υπάρχει επίσης η πιθανότητα η σπειροχαίτη να εισέλθει στον οργανισμό κάποιου ατόμου από τη λύση της συνέχειας του δέρματος του, αλλά αυτή η πιθανότητα είναι πάρα πολύ μικρή.

3.4.3 Εκδηλώσεις

Από τη στιγμή που οι σπειροχαίτες εισέρχονται από τον ανέπαφο βλεννογόνο ή από τη λύση

της συνέχειας του δέρματος, αυτές μεταφέρονται μέσα στο σώμα με τη ροή του αίματος. Ορολογικές εξετάσεις (οι εξετάσεις που χρησιμοποιούν ορό του αίματος) για τη σύφιλη στη φάση αυτή δε δείχνουν τίποτα και πιθανό να μη δείχνουν τίποτα για μερικές εβδομάδες μετά τη μόλυνση. Η πορεία της σύφιλης που δεν έτυχε κάποιας θεραπείας ακολουθεί μια σειρά από στάδια που φυσιολογικά παρουσιάζουν χαρακτηριστικά σημεία και συμπτώματα.

3.4.3.1. Πρωτογενής σύφιλη (πρώτη περίοδος της νόσου)

Η περίοδος επώασης της σύφιλης απαιτεί κατά μέσο όρο 21 ημέρες, αλλά μπορεί να κυμανθεί από 3-90 ημέρες. Στην κορύφωση της περιόδου επώασης, τα πρώτα εξωτερικά σημάδια της σύφιλης αρχίζουν να εμφανίζονται. Το σκληρό έλκος εκδηλώνεται στα έξω γεννητικά όργανα, δεν αποκλείεται όμως να εμφανιστεί και στον κόλπο, τον τράχηλο, τον πρωκτό (στους ομοφυλόφιλους), το στόμα, τη μύτη ή το μαστό. Το σκληρό έλκος επουλώνεται εντός 3-6 εβδομάδων (διακύμανση 1-12 εβδομάδες). Συνήθως η επούλωση είναι πλήρης ή αφήνει μια λεπτή ατροφική ουλή. Πολύ συχνά, γύρω από αυτό παρατηρείται διόγκωση των λεμφαδένων.

3.4.3.2. Δευτερογενής σύφιλη (δεύτερη περίοδος της νόσου)

Εάν, λόγω άγνοιας ή φόβου, το μολυσμένο άτομο δε λάβει σοβαρά υπόψη του τα αρχικά σημάδια της σύφιλης, τότε αυτή προχωρεί στο δεύτερο στάδιο της νόσου. Τα πρώτα σημάδια και συμπτώματα της δευτερογενούς σύφιλης παρουσιάζονται συνήθως 4-8 εβδομάδες μετά την επούλωση του έλκους.

Η δευτερογενής σύφιλη μπορεί να κρατήσει περίπου 2 χρόνια. Κατά το στάδιο αυτό, εκδηλώνονται βλάβες που αφορούν το δέρμα, τους βλεννογόνους, αλλά και άλλα όργανα του σώματος. Έτσι, παρατηρείται ένα γενικευμένο εξάνθημα του δέρματος σε όλο το σώμα (συφιλιδική ροδάνθη), από το πρόσωπο μέχρι τις παλάμες και τα πέλματα των ποδιών. Οι δερματικές βλάβες είναι συνήθως συμμετρικές και δεν προκαλούν κνησμό.

Μπορεί να παρουσιαστεί αλωπεκία (μεγάλα μπαλώματα παρουσιάζονται στο κεφάλι από τριχόπτωση) και αλλοιώσεις που παρουσιάζονται σαν λευκές κηλίδες στο στόμα. Μικρές αλλοιώσεις μπορούν να παρουσιαστούν στα μέρη του δέρματος που διατηρείται υγρό, όπως μεταξύ των μηρών, των δαχτύλων των ποδιών και στις άκρες του στόματος. Άλλα συμπτώματα αυτού του σταδίου είναι ο πυρετός, ο πονοκέφαλος, η κακουχία, η φαρυγγίτιδα, η λαρυγγίτιδα, η ανορεξία, η απώλεια βάρους και η γενικευμένη διόγκωση των λεμφαδένων. Οι βλάβες της δευτερογενούς σύφιλης είναι πάρα πολύ μολυσματικές, όπως και το σκληρό έλκος (στην πρωτογενή σύφιλη).

Το τεστ στο στάδιο αυτό είναι θετικό, επιβεβαιώνει τη μόλυνση και για αυτό το λόγο απαιτείται να γίνει εξέταση αίματος στα ζευγάρια που προκειται να παντρευτούν και σε όλες τις εγκύους. Η εξέταση του αίματος πριν τη γέννηση του βρέφους γίνεται για την προστασία του εμβρύου από τη συγγενή σύφιλη.

Περίπου δύο χρόνια μετά την επαφή, αν δε γίνει θεραπεία της σύφιλης, ο άρρωστος μεταπίπτει στη λανθάνουσα μορφή. Στο στάδιο αυτό δεν υπάρχουν εξωτερικά σημάδια και συμπτώματα και μόνο η εξέταση του αίματος μπορεί να επιβεβαιώσει τη μόλυνση. Ο άρρωστος δεν είναι πλέον μολυσματικός στο στάδιο αυτό, με μόνη εξαίρεση τη μολυσματική έγκυο γυναίκα.

3.4.3.3. Συγγενής σύφιλη

Η σύφιλη είναι κληρονομική και μπορεί να μεταδοθεί από τη μολυσμένη μητέρα στο έμβryo. Στην έγκυο γυναίκα με σύφιλη, η σπειροχάιτη περνάει στον πλακούντα προς το έμβryo λίγο πριν το τέλος του τέταρτου μήνα της εγκυμοσύνης. Εάν γίνει έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία πριν το διάστημα αυτό, τότε προλαμβάνεται η μόλυνση του εμβρύου.

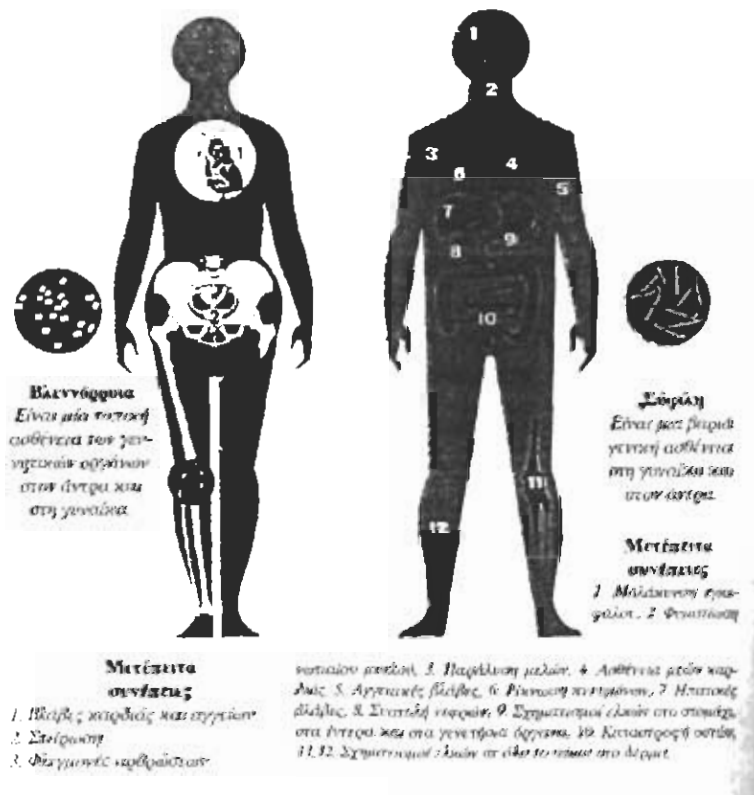
Εάν το έμβryo μολυνθεί, μπορεί να έχουμε αποβολή του εμβρύου, ενδομήτριο θάνατο ή

γέννηση παιδιού με σύφιλη. Επίσης, το παιδί θα παρουσιάσει πάρα πολλές αλλοιώσεις, όπως ρινίτιδα, που είναι το πρώτο εύρημα και συνοδεύεται από πυώδη ή πυοαιματηρή έκκριση. Αμέσως μετά ακολουθεί η ανάπτυξη κηλιδοβλατινώδους εξανθήματος με απόπτωση της επιδερμίδας, που είναι ιδιαίτερα εμφανής στις παλάμες, τα πέλματα και στην περιοχή γύρω από το στόμα και τον πρωκτό. Επιπλέον, παρουσιάζονται αλλοιώσεις στα οστά, όπως γενικευμένη οστεοχονδρίτιδα και περιχονδρίτιδα, σπληνομεγαλία, αναιμία, ηπατική ανεπάρκεια, παραμορφώσεις στα δόντια, τύφλωση, κώφωση και διανοητική καθυστέρηση.

3.4.3.4. Λανθάνουσα σύφιλη

Οι δερματικές εκδηλώσεις της δευτερογενούς σύφιλης μετά από δύο χρόνια επουλώνονται αυτόματα και ο άρρωστος εισέρχεται στο στάδιο της λανθάνουσας σύφιλης. Με τον όρο λανθάνουσα σύφιλη εννοείται ότι η σύφιλη βρίσκεται κρυμμένη. Δεν υπάρχουν εξωτερικά κλινικά σημάδια και συμπτώματα της νόσου και η διάγνωση γίνεται με το ιστορικό και τις ορολογικές εξετάσεις.

Μερικοί επιστήμονες χωρίζουν τη λανθάνουσα σύφιλη σε δύο περιόδους, την πρώιμη λανθάνουσα περίοδο και την όψιμη λανθάνουσα περίοδο. Δεν υπάρχει πραγματική γραμμή οριοθέτησης μεταξύ των δύο περιόδων, μια που η πορεία της νόσου βασίζεται κυρίως στη φυσιολογία του μολυσμένου ατόμου. Εντούτοις, κάποιος μπορεί με ασφάλεια να ορίσει την πρώιμη λανθάνουσα περίοδο ως τη σύφιλη που διαρκεί μέχρι 4 χρόνια από την πρώτη προβολή και την όψιμη λανθάνουσα περίοδο ως τη σύφιλη που διαρκεί από 5 χρόνια μέχρι και το υπόλοιπο της ζωής του. ανθρώπου



Η αιτία που μερικοί επιστήμονες συνεχίζουν να διαιρούν τη λανθάνουσα σύφιλη σε περιόδους είναι ότι υπάρχει η πιθανότητα το μολυσμένο άτομο να ξαναπαρουσιάσει δερματικές εκδηλώσεις της δευτερογενούς σύφιλης κατά τη διάρκεια της πρώιμης λανθάνουσας περιόδου. Αυτό όμως δεν είναι απόλυτο καθώς, όταν η μόλυνση εισέλθει στην πραγματική λανθάνουσα περίοδο, απουσιάζουν τελείως τα εξωτερικά σημάδια και συμπτώματα δύο χρόνια μετά από τη μόλυνση.

Το μολυσμένο άτομο δεν είναι μεταδοτικό στη λανθάνουσα περίοδο, εκτός βέβαια από την έγκυο, που πάντοτε θέτει σε κίνδυνο το έμβρυο, εάν δεν κάνει θεραπεία.

3.4.3.5. Τριτογενής σύφιλη (τρίτη περίοδος της νόσου)

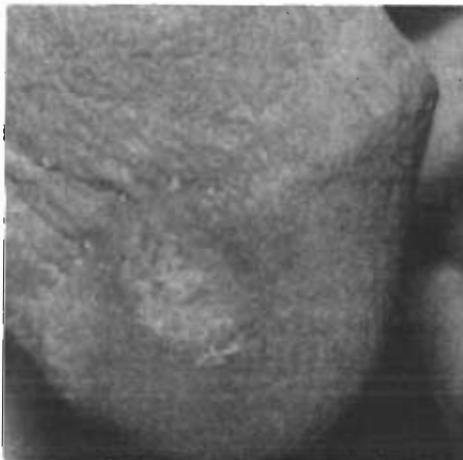
Κατά τη διάρκεια αυτού του σταδίου η νόσος εξελίσσεται πολύ αργά και ο άρρωστος δε μεταδίδει τη νόσο. Μεγάλο χρονικό διάστημα μεσολαβεί ανάμεσα στις βλάβες της δεύτερης περιόδου και σε εκείνες της τρίτης περιόδου.

Οι βασικές κλινικές εκδηλώσεις του σταδίου αυτού είναι η προσβολή του κεντρικού νευρικού συστήματος, των οστών, των νεφρών και του καρδιαγγειακού συστήματος. Οι βλάβες αυτές οφείλονται στη μη έγκαιρη ή την ατελή θεραπεία της νόσου. Επίσης, ευνοούνται και από προϋπάρχουσες ασθένειες του νευρικού συστήματος ή από παθήσεις της γεροντικής ηλικίας, οι οποίες εξασθενούν τον οργανισμό.

Τα γενικά χαρακτηριστικά της περιόδου αυτής είναι η σπανιότητα των τρεπονημάτων μέσα στις φλέβες, ενώ, αντιθέτως, στη δεύτερη περίοδο της νόσου, αυτά είναι πάρα πολλά.

Οι βλάβες που παρατηρούνται στο δέρμα είναι βαθιές, πολύ εκτεταμένες και με χρόνια εξέλιξη. Στα βαθύτερα στρώματα του δέρματος σχηματίζονται τα συφιλιδικά φυματώματα και τα κομμιώματα, τα οποία εξελίσσονται σε μια ελκωτική φάση (το κομμίωμα ανοίγει και εξέρχεται παχύρρευστο υγρό) και μια φάση αποκατάστασης, στην οποία η έλκωση επουλώνεται λίγο λίγο, ακόμη και χωρίς θεραπεία.

Μία από τις βλάβες των βλεννογόνων είναι η λευκοπλακία, η οποία εμφανίζεται στο στόμα και τη γλώσσα. Στο σκελετό πιο συχνές είναι οι βλάβες του κρανίου, της κνήμης, του βραχίονα, της μύτης (διάτρηση του ρινικού διαφράγματος και καθίζηση) και η αρθροπάθεια του Charcot. Στο ήπαρ (συκώτι), εκτός από τα κομμιώματα, είναι δυνατόν να παρατηρηθούν βλάβες όμοιες με εκείνες που χαρακτηρίζουν την κίρρωση του ήπατος⁶.



Πρωτοπαθές συφιλιδικό έλκος στη βέλανα του πέλους



Πρωτοπαθές συφιλιδικό έλκος στον καρπό του πέλους

3.4.4 Μέτρα πρόληψης της νόσου

Γενικά μέτρα.

Πρέπει να λαμβάνονται όλα τα μέτρα για την πρόληψη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Επιπλέον, για την πρόληψη της συγγενούς σύφιλης πρέπει να ελέγχονται όλες οι έγκυες γυναίκες στην αρχή, για τις ομάδες δε υψηλού κινδύνου (π. χ. ιερόδουλες, τοξικομανείς κ. λ. π.) και στο τέλος της κύησης. Οι πάσχουσες πρέπει να λαμβάνουν επαρκή θεραπεία.

Μέτρα πρόληψης σε περίπτωση κρούσματος

- Να γίνεται δήλωση του κρούσματος στις τοπικές υγειονομικές αρχές.
- Αν το κρούσμα νοσηλεύεται να λαμβάνονται όλες οι προφυλάξεις από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για την αποφυγή μετάδοσης από το αίμα και τις σωματικές τους εκκρίσεις.
- Πρέπει να αναζητηθούν οι σεξουαλικοί σύντροφοι του/της ασθενούς και να εντοπιστεί το άτομο που μόλυνε τον ασθενή και τα άτομα που μολύνθηκαν απ' αυτόν. Αν ο ασθενής βρίσκεται στο στάδιο της πρωτογενούς σύφιλης πρέπει να ελεγχθούν οι σεξουαλικοί σύντροφοι του των τριών τελευταίων μηνών. Αν βρίσκεται στο στάδιο της δευτερογενούς σύφιλης πρέπει να ελεγχθούν οι σύντροφοι των έξι τελευταίων μηνών, ενώ αν ο ασθενής βρίσκεται στο στάδιο της πρώιμης λανθάνουσας σύφιλης πρέπει να ελεγχθούν οι σύντροφοι του τελευταίου χρόνου. Στην περίπτωση που ο ασθενής βρίσκεται στο στάδιο της όψιμης σύφιλης και της όψιμης λανθάνουσας σύφιλης συνιστάται ο έλεγχος του/της μόνιμου συντρόφου. Οι σεξουαλικοί σύντροφοι των κρουσμάτων που βρίσκονται στο στάδιο της πρώιμης σύφιλης πρέπει να πάρουν και αυτοί θεραπεία. Οι ασθενείς και οι σύντροφοι τους πρέπει να ενημερώνονται και να ελέγχονται για anti-HIV αντισώματα.
- Θεραπεία του κρούσματος: Το φάρμακο εκλογής για τη θεραπεία της σύφιλης είναι η πενικιλίνη. Σε περιπτώσεις αλλεργίας χορηγείται δοξυκυκλίνη ή τετρακυκλίνη, ενώ σε περίπτωση αλλεργίας στην πενικιλίνη χορηγείται ερυθρομυκίνη.

Μέτρα πρόληψης σε περίπτωση επιδημίας.

Πρέπει να εντατικοποιηθούν τα μέτρα που αναφέρονται στη προηγούμενη παράγραφο¹².

3. 5 Βλεννόρροια

3.5.1 Ιστορική αναδρομή

Η βλεννόρροια είναι μια από τις πλέον παλιές και τις πλέον διαδεδομένες νόσους από όλα τα αφροδίσια νοσήματα. Η βλεννόρροια αναφέρεται στη Βίβλο και στα αρχαία κείμενα των Κινέζων το 2637 π.Χ. Πριν την εμφάνιση του «θαυματουργού φαρμάκου» το 1943, αυτή δεν ήταν εύκολο να θεραπευθεί και συχνά προέκυπταν επιπλοκές. Η ασθένεια σήμερα θεωρείται σχετικά ασήμαντη και μπορεί εύκολα να θεραπευθεί, αν και μερικά στελέχη του γονόκοκκου αναπτύσσουν ανθεκτικότητα στα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για θεραπεία.

Κυρίως είναι ασθένεια των νέων, η βλεννόρροια έχει υψηλή επίπτωση μεταξύ των αντρών 20-24 ετών, με δεύτερη υψηλότερη επίπτωση μεταξύ των ηλικιών 15-19 ετών. Μετά την ηλικία των 25 η επίπτωση ελαττώνεται σταθερά⁶.

3.5.2 Επιδημιολογικά στοιχεία.

Η νόσος εμφανίζει παγκόσμια κατανομή, και είναι συχνότερη στις κατώτερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις. Στις ΗΠΑ η επίπτωση της νόσου παρουσίασε μετά το 1975 μια κάμψη, ενώ το 1993 υπολογίστηκε ότι ήταν 172 περιπτώσεις /100. 000. Γενικά, η επίπτωση της νόσου παρουσιάζει παγκόσμια αύξηση γεγονός που οφείλεται στην υιοθέτηση επικίνδυνων σεξουαλικών συμπεριφορών κυρίως μετά τη χρήση των αντισυλληπτικών δισκίων, αλλά και στη βελτίωση των μεθόδων διάγνωσης της νόσου.

Υπολογίζεται ότι το 60% των περιπτώσεων γονόρροιας αφορούν άνδρες, ενώ η μέγιστη συχνότητα της νόσου εμφανίζεται στις ηλικίες 15-19 ετών.

Η μετάδοση της νόσου γίνεται σχεδόν αποκλειστικά με σεξουαλική επαφή. Ο κίνδυνος μετάδοσης είναι μεγαλύτερος από τη γυναίκα στον άνδρα. Ο κίνδυνος μόλυνσης ενός άνδρα από μια γυναίκα που πάσχει από γονοκοκκική τραχηλίτιδα είναι 20% και αυξάνει σε 80% μετά από τέσσερις και πάνω σεξουαλικές επαφές. Μετάδοση μπορεί επίσης να γίνει κατά τον τοκετό από μη θεραπευμένη μητέρα στο παιδί.

Υποδόχο της νόσου είναι ο άνθρωπος.

Η περίοδος επώασης της νόσου είναι περίπου 2-7 ημέρες. Η περίοδος της μεταδοτικότητας μπορεί να διαρκέσει ακόμα και μήνες αν ο ασθενής δε λάβει θεραπεία, ενώ ο κίνδυνος μετάδοσης μηδενίζεται μέσα σε λίγες ώρες μετά την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή¹².

3.5.3 Γονόκοκκος

Ο μικροοργανισμός που προκαλεί τη βλεννόρροια ή γονόρροια είναι η *Neisseria Gonorrhoeae*, περισσότερο γνωστή ως γονόκοκκος. Τυπικά, το βακτήριο του γονόκοκκου είναι διπλόκοκκος, νεφροειδής, σχήματος κόκκου καφέ', με την κοίλη επιφάνεια στραμμένη προς τα ε'σω.

Ο γονόκοκκος πεθαίνει πολύ γρήγορα έξω από το ανθρώπινο σώμα και είναι πάρα πολύ ευαίσθητος στο νερό και στο σαπούνι. Όπως η σύφιλη, το ίδιο και η βλεννόρροια κατηγορηματικά δε μεταδίδεται από το χερούλι της πόρτας, από το κάθισμα της τουαλέτας, από το ποτήρι του νερού, από τις πετσέτες κτλ. Η βλεννόρροια μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή από μολυσμένο άτομο.

3.5.4 Τρόπος μετάδοσης

Ο γονόκοκκος μπορεί να διαπεράσει μόνο τις επιφάνειες των ιστών που περιβάλλονται με κύτταρα του κυλινδρικού επιθηλίου. Αυτά τα εξειδικευμένα κύτταρα βρίσκονται στην ουρήθρα, στον τράχηλο, στους Bartholinov αδένες (των γυναικών) και στον πρωκτό. Όμοια τύπου κύτταρα, επίσης, βρίσκονται στην εσωτερική επιφάνεια του κόλπου των νεαρών κοριτσιών πριν την ήβη και στο κάτω μέρος των βλεφάρων. Επίσης, μπορεί η βλεννόρροια να μεταδοθεί με μη σεξουαλικό τρόπο από τη μητέρα στο παιδί της, την ώρα της γέννησης του ή αργότερα με φτωχές συνθήκες υγιεινής.

3.5.5 Εκδήλωση

Όταν ο γονόκοκκος έχει εισβάλει στα γεννητικά όργανα, τότε αρχίζει και η περίοδος επώασης του μικροοργανισμού. Αυτή η περίοδος γενικά απαιτεί 3-9 ημέρες, όπου μετά από αυτό το χρονικό διάστημα εκδηλώνονται μερικά σημάδια που είναι αναγνωρίσιμα. Επειδή αυτά τα σημάδια και τα συμπτώματα είναι διαφορετικά μεταξύ του άντρα και της γυναίκας, καλό θα είναι να τα συζητήσουμε χωριστά.

Αντρας: Όταν η περίοδος επώασης ολοκληρωθεί, η πρώτη εκδήλωση για τον άντρα που έχει συμπτώματα (γιατί ένα ποσοστό ασθενών 5% δεν παρουσιάζουν συμπτώματα) είναι η επώδυνη φλεγμονή της ουρήθρας (οξεία ουρηθρίτιδα). Η φλεγμονή κάνει την ούρηση υπερβολικά επώδυνη

και επιπλέον ο ασθενής αισθάνεται τσούξιμο ή κάψιμο κατά την ούρηση (δυσουρία), πόνο στην επαφή ή στη στύση του πέους, καθώς επίσης αρχίζει να εκκρίνει από το πέος παχύρρευστο πυώδες έκκριμα, που αργότερα γίνεται λεπτό και υδαρές. Από την ουρήθρα η λοίμωξη μπορεί να επεκταθεί στους αδένες του Cowper, στη σπερματοδόχο κύστη, στο σπερματικό πόρο και στην επιδιδυμίδα. Ο γονόκοκκος αποτελεί σημαντικό αίτιο επιδιδυμίτιδας στους νέους άντρες, αλλά σπάνια εκδηλώνεται σε άτομα μεγαλύτερα των 35 ετών.

Εάν η λοίμωξη πάρει αυτές τις διαστάσεις, υπάρχει μεγάλη πιθανότητα ο άντρας να μείνει στειρός. Μετά τη θεραπεία και υποχώρηση της λοίμωξης, συχνά σχηματίζεται ουλώδης ιστός ο οποίος εμποδίζει την έξοδο του σπέρματος. Εάν δε γίνει έγκαιρα θεραπεία για τη βλεννόρροια και ο γονόκοκκος εισέλθει στην κυκλοφορία του αίματος, τότε προκαλεί αρθρίτιδα, καρδιοπάθεια και πιθανόν ακόμη και θάνατο.

Γυναίκα: Μετά τη μόλυνση, η γυναίκα αισθάνεται ελαφρό κάψιμο στην περιοχή των γεννητικών οργάνων. Συνοδεύεται από πόνο στον κόλπο και είναι σπάνια η ύπαρξη πυώδους εκκρίματος από τον κόλπο. Αυτές οι πρώτες εκδηλώσεις στη γυναίκα είναι συχνά τόσο ελαφρές, που περνούν απαρατήρητες. Στις γυναίκες εντοπίζεται αρχικά γονοκοκκική λοίμωξη στα κυλινδρικά επιθηλιακά κύτταρα του βλεννογόνου της αυχενικής μοίρας του τραχήλου της μήτρας (ενδοτράχηλο). Στις περισσότερες περιπτώσεις η λοίμωξη είναι ασυμπτωματική (χωρίς συμπτώματα).

Εάν δε γίνει έγκαιρη θεραπεία της γυναίκας, η μόλυνση αρχίζει να εξαπλώνεται και σε άλλα μέρη του αναπαραγωγικού συστήματος, όπως στις σάλπιγγες και τις ωοθήκες. Στις σάλπιγγες προκαλεί μόνιμες βλάβες (συμφύσεις), με επακόλουθο τη στειρότητα σε μεγάλο βαθμό. Επίσης, ο γονόκοκκος μπορεί να μολύνει τις ωοθήκες, καθώς και όλο το χώρο της κοιλιάς (μήτρα και άλλα γεννητικά όργανα). Στις περισσότερες περιπτώσεις, το καταστρεπτικό έργο του γονόκοκκου συνεχίζουν άλλα μικρόβια, με αποτέλεσμα τη δημιουργία αποστημάτων και τη γενίκευση των βλαβών. Οι εξωτερικές εκδηλώσεις είναι πόνος και πυρετός, οι οποίες είτε είναι σοβαρές είτε τόσο ελαφρές, που φαίνονται σαν μια στομαχική ενόχληση. Αυτό είναι που κάνει τη γυναίκα να αδιαφορήσει για θεραπεία και η μόλυνση με τη σειρά της προκαλεί τότε ολική στειρότητα και απόφραξη των σαλπίγγων. Επομένως, εάν η γυναίκα που έχει μολυνθεί δε σκεφτεί να συμβουλευτεί το γιατρό της, θα γίνει μία δεξαμενή η οποία κατά τη διάρκεια της οξείας περιόδου της νόσου θα μολύνει το σεξουαλικό σύντροφο της.

Η έγκυος που είναι μολυσμένη με τη βλεννόρροια αποτελεί μεγάλη απειλή για το νεογνό. Αντίθετα με τη σύφιλη, η βλάβη δε γίνεται στη μήτρα, αλλά κατά τον τοκετό (την ώρα της εξώθησης του εμβρύου). Η μολυσμένη μητέρα μεταδίδει το γονόκοκκο στα μάτια του μωρού τη στιγμή της γέννησης του. Το έμβρυο διατρέχει τον κίνδυνο να πάθει κέρατοειδίτιδα (φλεγμονώδη αντίδραση του κερατοειδούς χιτώνα του οφθαλμού), η οποία, αν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα, το βρέφος κινδυνεύει να τυφλωθεί. Για προληπτικούς λόγους, αμέσως μετά από κάθε τοκετό, ο γιατρός ρίχνει στα μάτια του νεογνού σταγόνες διαλύματος νιτρικού αργύρου 1% ή αντιβιοτικού⁶.

3.5.6 Θεραπεία

Αρχικά ο γονόκοκκος ήταν ευαίσθητος στις σουλφοναμίδες, αλλά από το 1945 έχασαν τη θεραπευτική τους ισχύ. Στη συνέχεια οι γονόκοκκοι ήταν πολύ ευαίσθητοι στην πενικιλίνη, αλλά βαθμιαία σημειώθηκε προοδευτικά μειωμένη ευαισθησία έτσι ώστε σήμερα 90% των γονοκόκκων απαιτούν πλέον των 0,5 μον./κ.εκ. προς αναστολή in vitro. Ανάλογη προοδευτική ανθεκτικότητα σημειώθηκε στις τετρακυκλίνες, ερυθρομυκίνη, χλωραμφενικόλη και στρεπτομυκίνη.

1. Οξεία γονοκοκκική λοίμωξη των γεννητικών οργάνων

Παρακάτω παρέχονται κάποια από τα καλύτερα σχήματα.

α) Αμπικιλίνη σε εφ' άπαξ από το στόμα λήψη 3,5 γραμ. σε συνδυασμό με 1 γραμ. προβενεσίδης.

β) Προκαϊνούχος πενικιλίνη G σε εφάπαξ ένεση, για άνδρες 2,4 εκατ. μονάδες και για γυναίκες 3,6 εκατ. σε συνδυασμό με 1 γραμ. προβενεσίδης. Η επανάληψη της παραπάνω δόσης συνιστάται από μερικούς μετά από 48 ώρες.

γ) Δοξυκυκλίνη (Vibramycin): Από το στόμα σε δόση εφόδου 200 mg στη συνέχεια 100 mg δύο φορές την ημέρα για 5 ημέρες (σύνολο 1,2 γραμ.).

δ) Σπεκτινομυκίνη ενδομυϊκώς σε εφ' άπαξ δόση για άνδρες 2 γραμ. και για γυναίκες 4 γραμ.

Οι περισσότεροι δέχονται ότι οποιοδήποτε από τα παρακάτω σχήματα παρέχει ποσοστό πλήρους ίασης 90%.

Σε κάθε περίπτωση επιβάλλεται η εκτέλεση ορολογικών αντιδράσεων για σύφιλη κατά την οξεία φάση και τρεις μήνες μετά την έκθεση.

2. Σε επιδιδυμίτιδα, προστατίτιδα ή σαλπινγίτιδα η πενικιλίνη χορηγείται σε μεγαλύτερες δόσεις, λ.χ. προκαϊνούχου πενικιλίνης G 2,4 εκατ. 1 ημερησίως (σε εφ' άπαξ δόση) για 10 ημέρες¹³

3.5.7 Μέτρα πρόληψης της νόσου

Γενικά

Ισχύουν τα μέτρα πρόληψης των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων και ειδικότερα η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση .

Μέτρα πρόληψης σε περίπτωση κρούσματος

Το κρούσμα πρέπει να δηλώνεται στις τοπικές υγειονομικές αρχές.

Πρέπει να αναζητηθούν οι σεξουαλικοί σύντροφοι του κρούσματος ώστε να λάβουν θεραπεία. Για τους συμπτωματικούς ασθενείς αναζητούνται οι σεξουαλικοί σύντροφοι του ασθενούς τον τελευταίο μήνα, ενώ για τους ασυμπτωματικούς οι σύντροφοι των δύο τελευταίων μηνών.

Ο ασθενής πρέπει να αποφεύγει τις σεξουαλικές επαφές, έως ότου συμπληρώσει την αντιμικροβιακή του θεραπεία.

Θεραπεία του κρούσματος : Η θεραπεία εκλογής περιλαμβάνει την κεφτριαξόνη, τη σπεντινομυκίνη ή τη δοξοκυκλίνη

Οι ασθενείς που έχουν γοννόροια πρέπει να ελέγχονται και για σύφιλη ή και για AIDS.Για τα νεογνά που έχουν γονοκκοκική λοίμωξη πρέπει να λαμβάνονται προφυλάξεις επαφής έως ότου λάβουν την κατάλληλη αντιμικροβιακή θεραπεία για 24 ώρες¹².

3. 6 Οξυτενή κονδυλώματα

Προκαλούνται από ιό και θυμίζουν κρεατοελιές. Τα κονδυλώματα είναι γνωστά και αναφέρονται σε γραπτά κείμενα από την εποχή των αρχαίων Ελλήνων. Μεταδίδονται κυρίως με τη σεξουαλική επαφή, είναι ροζ ή γκριζωπά και μοιάζουν με κουνουπίδι. Αυτά εμφανίζονται μετά τη σεξουαλική ωρίμανση του ατόμου και έχουν περίοδο αιχμής ένα διάστημα που προσδιορίζεται μεταξύ του 25ου και του 35ου έτους της ηλικίας για τον άντρα και τη γυναίκα.

Στους άντρες οι βλάβες παρουσιάζονται κυρίως στη βάλανο, στο σώμα του πέους, στην

ακροποσθία, στο χαλινό και στο στόμιο της ουρήθρας, στις γυναίκες τα συνηθέστερα σημεία εμφάνισης είναι η είσοδος του κόλλου και η εσωτερική επιφάνεια των μεγάλων χειλέων, μπορεί όμως να προσβληθεί κάθε μέρος του αιδοίου, του κόλλου και του τραχήλου.

Τα γεννητικά κονδυλώματα προκαλούνται από έναν ή περισσότερους ιούς που προκαλούν θήλωμα (όγκο στο δέρμα) και ονομάζεται ιός ανθρώπινου θηλώματος (HPV). Αυτή η οικογένεια ιών είναι συνηθισμένη και προκαλεί κονδυλώματα σε διάφορες περιοχές του σώματος.

Τα κονδυλώματα που εμφανίζονται στη γεννητική περιοχή των αντρών και των γυναικών οφείλονται κυρίως στα είδη 6, 16 και 18 του ιού. Ο ιός του κονδυλώματος εισέρχεται στο δέρμα του αιδοίου ή του πέους ή στους ιστούς του πέους ή της ουρήθρας κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής με μολυσμένο άτομο.

Ο ιός έχει την τάση να παραμένει σε λανθάνουσα κατάσταση και τα κονδυλώματα δεν εμφανίζονται παρά μετά από διάστημα 3 μηνών. Τα κονδυλώματα ενδέχεται να είναι ορατά ή να ανιχνευτούν μόνο αν κοιτάξουμε το πέος του άντρα ή τον κόλλο και τον τράχηλο της γυναίκας με μεγεθυντικό φακό. Μπορεί επίσης να βρίσκονται μόνο στην περιοχή του πρωκτού και αυτό είναι ενδεικτικό σημείο ότι προέκυψαν ύστερα από πρωκτική επαφή. Μέχρι πρόσφατα πίστευαν ότι τα κονδυλώματα ήταν αντιασθητικά και εντελώς ακίνδυνα. Σήμερα είναι σαφές ότι μακροπρόθεσμα αποτελεί αίτιο καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και άλλων καρκίνων της γεννητικής περιοχής. Ο ιός του κονδυλώματος μπορεί να μπει και να ζήσει μέσα στα κύτταρα που καλύπτουν τον τράχηλο ή τον κόλλο, μεταλλάσσοντας τα σε καρκινικά κύτταρα. Αυτό έχει περισσότερες πιθανότητες να συμβεί στα κύτταρα που ανιχνεύονται στον τράχηλο.

Ευτυχώς, τα μη φυσιολογικά κύτταρα ανιχνεύονται πολύ πριν αναπτυχθεί καρκίνος, αν οι γυναίκες που είναι σεξουαλικά δραστήριες κάνουν test Pap σε τακτά χρονικά διαστήματα. Αν βρεθούν μη φυσιολογικά κύτταρα, πολλοί γιατροί συνιστούν την εξέταση του τραχήλου με ειδικό όργανο που ονομάζεται κολποσκόπιο.

Τα κονδυλώματα που ανακαλύπτονται πάνω στο αιδοίο ή γύρω από τον πρωκτό και τα οποία δεν είναι πολύ εκτεταμένα χρωματίζονται με μία ουσία που ονομάζεται ποδοφιλίνη, η οποία περνά μέσα στα κονδυλώματα και σκοτώνει τον ιό. Η ποδοφιλίνη απλώνεται προσεκτικά πάνω σε κάθε κονδυλώμα, έτσι ώστε να μη βραφτεί το δέρμα γύρω από αυτά, επειδή η συγκεκριμένη ουσία είναι καυστική. Αφήνεται να στεγνώσει. Ο ασθενής μπορεί να γυρίσει σπίτι του και 2 ώρες αργότερα πρέπει να πλύνει την περιοχή με σαπούνι και νερό, για να εξαλειφθεί κάθε ίχνος της ποδοφιλίνης που δεν έχει απορροφηθεί από τα κονδυλώματα.

Στις περισσότερες περιπτώσεις, η επάλειψη πρέπει να επαναλαμβάνεται κάθε εβδομάδα, για 3-4 εβδομάδες. Τα κονδυλώματα μαραίνονται και πέφτουν καθώς σκοτώνονται τα μολυσμένα κύτταρα, αφήνοντας έτσι το δέρμα καθαρό. Ένα άτομο στα πέντε που χρησιμοποιεί ποδοφιλίνη νιώθει κάψιμο ή τσουξίμο, που διαρκεί περίπου 2 ημέρες. Το 30% των ασθενών εμφανίζει πάλι γεννητικά κονδυλώματα στο ίδιο ή σε άλλο μέρος των γεννητικών τους οργάνων.

Όταν τα κονδυλώματα είναι εκτεταμένα ή έχουν μολύνει το πέος, τον κόλλο ή τον τράχηλο, θεραπεύονται με καυτηριασμό ή ακτίνες laser. Ο καυτηριασμός είναι πιο επώδυνος από το laser και γίνεται συνήθως αφού έχει χορηγηθεί στη γυναίκα γενική αναισθησία. Μετά τη θεραπεία, η καυτηριασμένη περιοχή χρειάζεται περίπου 3-6 εβδομάδες για να επουλωθεί. Σ' αυτό το διάστημα χρησιμοποιούνται αλοιφές, ενώ παράλληλα πρέπει να αποφεύγονται οι σεξουαλικές επαφές.



Οξυτενή κονδυλώματα του πέους συχνά παρατηρούνται σε ασθενείς με άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, συμπεριλαμβανομένου και του έρπητα των γεννητικών οργάνων.

Εξαιτίας των κινδύνων που εγκυμονεί μία μόλυνση από κονδυλώματα, ιδιαίτερα για τη γυναίκα, πρέπει ο σεξουαλικός σύντροφος να χρησιμοποιεί απαραίτητως προφυλακτικό, όταν η σεξουαλική συμπεριφορά του ατόμου είναι άγνωστη.

Τα πολύ μικρά και αόρατα με γυμνό μάτι κονδυλώματα στο πέος του άντρα ανιχνεύονται αν τυλίξουμε ένα πανί ποτισμένο με ξίδι γύρω από το πέος και το αφήσουμε εκεί για πέντε λεπτά. Αν εμφανιστούν μικρές άσπρες κηλίδες επάνω στο πέος, τότε πρέπει να υποψιαζόμαστε πιθανή μόλυνση. Σ' αυτή την περίπτωση, ο άντρας πρέπει να επισκεφθεί γιατρό, ο οποίος, εξετάζοντας το πέος με μεγεθυντικό φακό, θα αποφανθεί αν πρόκειται για κονδυλώματα ή όχι.

Στους άντρες ο ιός πεθαίνει συνήθως ύστερα από λίγες εβδομάδες, επειδή το δέρμα και η βάλανος του πέους είναι συνήθως στεγνά, έτσι που κάποια επιπλέον θεραπεία φαίνεται να μην είναι απαραίτητη. Μερικοί όμως γιατροί πιστεύουν ότι, για να αποφευχθεί οποιαδήποτε περαιτέρω μόλυνση, πρέπει οπωσδήποτε να γίνει θεραπευτική αγωγή⁶.

3. 7 Ιός του απλού έρπητα: λοιμώξεις των γεννητικών οργάνων

Ο έρπης των γεννητικών οργάνων (ΕΓΟ) είναι μια χρόνια σεξουαλικά μεταδιδόμενη ιογενής λοίμωξη, που χαρακτηρίζεται από ασυμπτωματική απόπτωση του ιού. Στις περισσότερες περιπτώσεις, τόσο η πρωτοπαθής λοίμωξη, όσο και οι υποτροπές είναι ασυμπτωματικές. Όταν υπάρχουν συμπτώματα, η πρωτοπαθής λοίμωξη εκδηλώνεται με καθ' ομάδες φυσαλίδες στην θέση ενοφθαλμισμού και συνοδεύεται από σημαντικό πόνο και σύστοιχη λεμφαδενοπάθεια. Όταν οι ασθενείς γνωρίζουν ότι πάσχουν από ΕΓΟ, μπορεί να παρατηρήσουν ήπια συμπτώματα, εξαιτίας της καθ' υποτροπήν εμφάνισης φυσαλίδων στην ίδια θέση. Τα περισσότερα συμπτώματα του απλού έρπητα συνδέονται με τον ψυχολογικό στιγματισμό που συνοδεύει ένα χρόνιο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα (βλέπε επίσης Λοιμώξεις από τον ιό του απλού έρπητα). Τα νεογνά είναι επίσης ευπαθή στην HSV λοίμωξη, όταν εκτίθενται περιγεννητικά, με κίνδυνο σημαντικής νοσηρότητας και θνησιμότητας.

Συνώνυμα: Προγεννητικός έρπης (herpes progeneralis), γεννητικός έρπης (herpes genitalis), απλός έρπης των γεννητικών οργάνων (genital herpes simplex).

3.7.1 Επιδημιολογία

Ηλικία. Νεαροί, σεξουαλικά δραστήριοι ενήλικες.

Λιτιολογία. Ο ιός του απλού έρπητα τύπου 2 (HSV-2) και λιγότερο ο ιός τύπου 1 (HSV-1).

Στην παρούσα φάση, στις ΗΠΑ το 30% των νέων περιπτώσεων ΕΓΟ προκαλείται από τον Η-SV-1.

Επίπτωση. Πάνω από 600.000 νέες λοιμώξεις ετησίως στις ΗΠΑ- 30 εκατομμύρια Αμερικανοί είναι μολυσμένοι από τον HSV-2, δηλαδή περίπου 1 στους 5 ενήλικες. Τα τελευταία 13 χρόνια, παρά την εκστρατεία για ασφαλείς σεξουαλικές πρακτικές, η επίπτωση αυξήθηκε κατά 30%. Παλαιότερες μελέτες αναφέρουν ότι η παρουσία αντισωμάτων έναντι του HSV-2 ποικίλει ανάλογα με το σεξουαλικό ιστορικό του ατόμου: στις καλόγριες 3%- στην μεσαία τάξη 25%- στους ετεροφυλόφιλους σε μία αφροδισιολογική κλινική 26%- στους ομοφυλόφιλους 46%- στις κατώτερες τάξεις 46 ως 60%- στις ιερόδουλες 70 έως 80%.

Φυλή και φύλο. Από μελέτες οροθετικότητας ως προς τον HSV-2 στις ΗΠΑ, φαίνεται ότι ο ΕΓΟ είναι πιο συχνός στους μαύρους: 3 στους 5 άνδρες, 4 στις 5 γυναίκες- στους λευκούς: 1 στους 5 άνδρες, 1 στις 4 γυναίκες. Στους λευκούς, ο επιπολασμός της νόσου μειώνεται μετά την ηλικία των 30 ετών. Στους μαύρους και τους ισπανόφωνους, ο επιπολασμός εξακολουθεί να αυξάνεται και μετά την ηλικία των 30.

3.7.2 Μετάδοση.

Συνήθως επαφή δέρματος με δέρμα. Στις περισσότερες περιπτώσεις, το 70% της μετάδοσης συμβαίνει κατά την διάρκεια περιόδων ασυμπτωματικής απόπτωσης του HSV, πράγμα που συμβαίνει στο 1% των ημερών που δεν υπάρχουν αναγνωρίσιμες βλάβες. Το ποσοστό μετάδοσης σε ζευγάρια, που ο ένας σύντροφος είναι μολυσμένος και ο άλλος όχι, είναι περίπου 10% ετησίως- 25% των γυναικών μολύνεται σε σύγκριση με μόνο 4 έως 6% των ανδρών. Προηγούμενη λοίμωξη από τον HSV-1 φαίνεται ότι προστατεύει στις γυναίκες με αντι-HSV-1 αντισώματα, 15% μολύνονται και από τον HSV-2, ενώ στα άτομα χωρίς αντι-HSV-1 αντισώματα, 30% μολύνονται από τον HSV-2.

Παράγοντες κινδύνου για μετάδοση:

Ο κίνδυνος αυξάνει ανάλογα με τον αριθμό' των ερωτικών συντρόφων. 40% αυτών με >50 διαφορετικούς συντρόφους πάσχουν από ΕΓΟ.

Παθήσεις που χαρακτηρίζονται από έλκη των γεννητικών οργάνων. Στις ΗΠΑ, οι περισσότεροι ασθενείς με έλκη των γεννητικών οργάνων πάσχουν από έρπητα των γεννητικών οργάνων, σύφιλη ή μαλακό έλκος. Η σχετική συχνότητα ποικίλλει ανάλογα με την γεωγραφική περιοχή και τον πληθυσμό της περιοχής, αλλά στις περισσότερες περιοχές ο ΕΓΟ είναι η συχνότερη από τις παθήσεις αυτές. Περισσότερες από μία από τις παθήσεις αυτές μπορεί να συνυπάρχουν σε ποσοστό τουλάχιστον 3 έως 10% των ασθενών με έλκη των γεννητικών οργάνων. Κάθε μια από τις παθήσεις αυτές έχει συσχετισθεί με αυξημένο κίνδυνο για λοίμωξη από τον HIV.

3.7.3 Επιπτώσεις του ΕΓΟ.

Στους περισσότερους ασθενείς, τα σωματικά συμπτώματα της νόσου είναι ελάχιστα. Τα κύρια συμπτώματα είναι ψυχολογικά, δηλαδή ο κοινωνικός στιγματισμός και ο φόβος του να βλάψει κανείς τους άλλους μέσω της σεξουαλικής επαφής.

Κύηση και έρπη των γεννητικών οργάνων. Ασυμπτωματική απόπτωση του HSV συμβαίνει μόνο στο 0,35- 1,4% των γυναικών κατά την τοκετό στις ΗΠΑ. Το 32% των εγκύων έχουν αντισώματα έναντι του HSV. 10% των εγκύων γυναικών διατρέχουν κίνδυνο πρωτοπαθούς λοίμωξης από μολυσμένους από τον HSV-2 ερωτικούς συντρόφους. Επίπτωση του νεογνικού έρπη; 1 στις 2.000 ως 1 στις 15.000 γεννήσεις. 9571 των νεογνών με HSV λοίμωξη μολύνονται κατά τη

διάρκεια του τοκετού. Η μετάδοση μπορεί να γίνει ενδομήτρια, περιγεννητικά ή μετά την γέννηση. Παράγοντες κινδύνου για νεογνικό έρπητα: πρωτοπαθής απλός έρπης των γεννητικών οργάνων στη μητέρα κατά τον χρόνο του τοκετού, απουσία αντι-HSV αντισωμάτων στη μητέρα, επεμβάσεις στο έμβρυο, πατέρας με HSV λοίμωξη. Η θεραπεία της μητέρας με ΕΓΟ κατά τον χρόνο του τοκετού είναι μια εναλλακτική λύση έναντι της καισαρικής τομής (μη εγκεκριμένη).

3.7.4 Παθογένεια

Η HSV λοίμωξη μεταδίδεται μέσω στενής επαφής με άτομο που αποβάλλει τον ιό σε κάποια περιφερική θέση ή σε κάποιο βλεννογόνο ή σε κάποιο έκκριμα. Ο ιός του απλού έρπητα αδρανοποιείται αμέσως σε θερμοκρασία δωματίου- η διασπορά μέσω αερομεταφερόμενων σταγονιδίων ή μολυσμένων υλικών δεν θεωρείται πιθανή. Η μόλυνση γίνεται μέσω ενοφθαλμισμού σε ευπαθή βλεννογόνο επιφάνεια ή μέσω λύσεων της συνεχείας του δέρματος. Επακολούθως της πρωτοπαθούς λοίμωξης και στην θέση του ενοφθαλμισμού, ο HSV ανέρχεται μέσω των περιφερικών αισθητικών νεύρων και εισέρχεται στα αισθητικά ή στα αυτόνομα γάγγλια, όπου περνά σε λανθάνουσα κατάσταση. Η λανθάνουσα κατάσταση μπορεί να εγκατασταθεί είτε μετά από συμπτωματική ή ασυμπτωματική πρωτοπαθή λοίμωξη. Η επαναδραστηριοποίηση του ιού μπορεί να είναι κλινικά συμπτωματική ή ασυμπτωματική.

Ιστορικό:

Χρόνος επώασης. 2 έως 20 ημέρες (κατά μέσο όρο 6 ημέρες).

Συμπτώματα. Μόνο 9,2% των οροθετικών ατόμων εμφανίζουν συμπτώματα έρπητα. 90,8% είναι ασυμπτωματικοί και δεν γνωρίζουν ότι έχουν μολυνθεί.

Πρωτοπαθής ΕΓΟ. Τα περισσότερα άτομα με πρωτολοίμωξη είναι ασυμπτωματικά. Οι συμπτωματικοί ασθενείς αναφέρουν πυρετό, κεφαλαλγία, κακουχία, μυαλγία, που κορυφώνονται κατά την διάρκεια των πρώτων 3-4 ημερών μετά από την έκθεση των βλαβών και υποχωρούν κατά την διάρκεια των επόμενων 3-4 ημερών. Ανάλογα με την εντόπιση, συχνά συμπτώματα μπορεί να είναι: πόνος, κνησμός, δυσουρία, οσφυϊκή ριζίτιδα, κοιλικό ή ουρηθρικό έκκριμα. Επώδυνη βουβωνική λεμφαδενοπάθεια παρουσιάζεται κατά την διάρκεια της 2ης και της 3ης εβδομάδας. Εν τω βάθει πυελικός πόνος συνδέεται με πυελική λεμφαδενοπάθεια. Σε μερικές περιπτώσεις, η πρωτολοίμωξη εκδηλώνεται με εκτεταμένη νόσο, ώστε να χρειάζεται εισαγωγή στο νοσοκομείο.

Υποτροπιάζων ΕΓΟ. Νέα συμπτώματα μπορεί να προκύψουν από παλαιότερη μόλυνση. Τα περισσότερα άτομα με ΕΓΟ δεν εμφανίζουν το κλασικό εύρημα των καθ' ομάδες φυσαλίδων σε ερυθματώδη βάση. Τα συνήθη συμπτώματα που προηγούνται της έκθεσης των φυσαλίδων είναι αίσθημα καύσου ή κνησμού, ρωγμές, ερυθρότητα, ερεθισμός. Δυσουρία, ισχιαλγία, πόνος κατά την αφόδευση.

Συστηματικά συμπτώματα. Συμπτώματα άσηπτης μηνιγγίτιδας από τον HSV-2 μπορεί να παρουσιαστούν κατά την πρωτολοίμωξη ή κατά τις υποτροπές του ΕΓΟ.

3.7.5 Κλινική εξέταση

Δερματικές Βλάβες

Οι περισσότερες κλινικές βλάβες αποτελούν ελάχιστες λύσεις του βλεννογονοδερματικού επιθηλίου, που παρουσιάζονται με τη μορφή διαβρώσεων, "εκδορών" ή ρωγμών. Τα κλασικά περιγραφόμενα ευρήματα δεν είναι συνήθη.

Πρωτοπαθής ΕΓΟ. Αρχικά παρατηρείται συνήθως μία ερυθματώδης πλάκα, που ακολουθείται σύντομα από μία ομάδα φυσαλίδων, οι οποίες μπορούν να εξελιχθούν σε φλύκταινες. αυτές εξελίσσονται προς διαβρώσεις, καθώς η υπερκείμενη επιδερμίδα αποχωρίζεται. Οι διαβρώσεις μπορεί να μεγεθυνθούν προς εξελκώσεις, οι οποίες μπορεί να είναι υγρές ή εφελκιδωποιημένες. Οι επιθηλιακές αυτές βλάβες ιώνται μέσα σε 2 έως 4 εβδομάδες, συχνά εγκαταλείποντας μεταφλεγμονώδη υπό- ή υπέρ-μελάγχρωση και σπάνια ουλοποίηση. Η περιοχή προσβολής μπορεί να είναι κυκλωτερής γύρω από το πέος ή μπορεί να έχει προσβληθεί ολόκληρο το αιδοίο

Υποτροπιάζων ΕΓΟ. Οι βλάβες είναι παρόμοιες της πρωτοπαθούς λοίμωξης, αλλά σε μικρότερη κλίμακα. Συχνά μία ερυθματώδης πλάκα 1 έως 2 cm, που καλύπτεται από φυσαλίδες οι οποίες ρήγνυνται και σχηματίζονται διαβρώσεις. Οι βλάβες ιώνται μέσα σε 1 έως 2 εβδομάδες.

Κατανομή. Άνδρες. Πρωτοπαθής λοίμωξη: βάλανος, ακροποσθία, σώμα του πέους, στεφανιαία αύλακα, όσχεο, μηροί, γλουτοί. Υπότροπες: σώμα του πέους βάλανος, γλουτοί.

Γυναίκες. Πρωτοπαθής λοίμωξη: μεγάλα/ μικρά χείλη (Εικόνα 1), περίνεο, εσωτερική επιφάνεια μηρών. Υπότροπες: μεγάλα/ μικρά χείλη, γλουτοί.

Ορθοπρωκτική, λοίμωξη. Εμφανίζεται σε ομοφυλόφιλους άνδρες (συχνά HSV-1) χαρακτηρίζεται από τεινεσμό, πρωκτικό πόνο, πρωκτίτιδα, έκκριμα και εξελκώσεις οι οποίες μπορεί να φθάσουν μέχρι και σε 10 cm βάθος στον πρωκτικό σωλήνα.

Γενικά Ευρήματα

Επιχώριοι λεμφαδένες. Οι βουβωνικοί/ μηριαίοι λεμφαδένες είναι διογκωμένοι, σκληροί, μη κλυδάζοντες, ευαίσθητοι· συνήθως ετερόπλευροι.

Σημεία άσηπτης μηνιγγίτιδος. Πυρετός, αυχενική δυσκαμψία. Μπορεί να εμφανιστεί και απουσία ΕΓΟ. Πόνος κατά μήκος του ισχιακού νεύρου.



Έρπης των γεννητικών οργάνων: πρωτοπαθής λοίμωξη του αιδοίου.

3.7.6 Διαφορική διάγνωση

Πρωκτογεννητικές διαβρώσεις-έλκη.

Τραυματισμός, καντιντίαση, συφιλιδικό έλκος, σταθερό φαρμακευτικό εξάνθημα, μαλακό έλκος, γονοκοκκικές διαβρώσεις.

Εργαστηριακές εξετάσεις

Η διάγνωση μπορεί να επιβεβαιωθεί από δοκιμασίες που ανιχνεύουν είτε τον ίδιο τον HSV είτε αντισώματα εναντίον του.

Ανίχνευση του HSV. Καλλιέργεια του/ τροποποιημένη καλλιέργεια.

Η πιο χρήσιμη για την διάγνωση. Τεκμηριώνει την παρουσία του HSV σε 1 έως 10 ημέρες. Είναι θετική στο 70% των ενεργών βλαβών.

Ανίχνευση, αντιγόνου τον HSV. Άμεσο φθορίζον αντίσωμα (direct fluorescent anti-body-DFA). Είναι ευαίσθητη και ειδική μέθοδος (μέθοδος άμεσου ανοσοφθορισμού- DFA) για την ανίχνευση του ιού του απλού έρπητα τύπου 1 και τύπου 2 σε επίχρισμα υγρού φυσαλίδας ή από την βάση του έλκους. EIA (Herpcheck): ταχεία, ευαίσθητη μέθοδος.

PCR. Ειδική, ευαίσθητη, αλλά δαπανηρή μέθοδος



Έρπης των γεννητικών οργάνων: υποτροπιάζουσα λοίμωξη του πέους. Μία ομάδα φυσαλίδων, με πρόιμη κεντρική εφελκιδοποίηση, σε ερυθματώδη βάση, που εμφανίστηκαν στο σώμα του πέους. Αυτή η "κλασική" εικόνα, όμως, είναι πολύ λιγότερο συχνή από τις μικρές ασυμπτωματικές διαβρώσεις ή ρωγμές.



Έρπης των γεννητικών οργάνων: υποτροπιάζουσα λοίμωξη του πέους. Μια συρροή μικρών διαβρώσεων στο σώμα του πέους, που συνοδεύονταν από ήπιο κνησμό και αίσθημα καύσου. Αυτοί οι τύποι βλαβών αποτελούν τη συνηθέστερη εκδήλωση υποτροπιάζοντος έρπητα των γεννητικών οργάνων και συχνά παραμένουν απαρατήρητες από τον ασθενή.

Αντισώματα έναντι του HSV. Η πρωτοπαθής HSV λοίμωξη επιβεβαιώνεται με την λήψη ορού κατά την οξεία φάση και κατά την φάση ανάρρωσης, που δείχνει ορομεταροπή για τα HSV αντισώματα (η ορομεταροπή συμβαίνει περίπου 13 ημέρες μετά τη μόλυνση), καθώς επίσης και το εάν πρόκειται για τον HSV-1 ή HSV-2. Σε έναν ασθενή με υποτροπιάζουσες βλάβες στα γεννητικά όργανα, ο ΕΓΟ θα πρέπει να αποκλεισθεί εάν οι ειδικές για τον τύπο του HSV δοκιμασίες είναι αρνητικές. Οι πιο ειδικές ορολογικές δοκιμασίες είναι εκείνες που ανιχνεύουν ειδικά του τύπου αντισώματα με την μέθοδο Western blot.

Ειδικές του τύπου ορολογικές δοκιμασίες (TSST). Δεν επηρεάζουν τη θεραπεία, μπορεί όμως να επηρεάσουν την συμβουλευτική του ασθενούς.

Δοκιμασία ELISA. Δεν χρησιμεύει στη διάγνωση της HSV λοίμωξης.

Ευαισθησία των διαγνωστικών δοκιμασιών. Σε HSV λοίμωξη με φυσαλίδες: θετική καλλιέργεια ιού 70-80%, Herpcheck 90%, DFA 90%. Σε εξελκωμένες βλάβες: θετική καλλιέργεια ιού 30-40%, Herpcheck 50%, DFA 30-70%. Σε εφελκιδωποιημένες βλάβες: θετική καλλιέργεια ιού 20-30%, Herpcheck 60%, DFA 10%



*Έρπης των γεννητικών οργάνων:
υποτροπιάζουσα λοίμωξη του αιδοίου.
Μεγάλες, επώδυνες διαβρώσεις στα χείλη.
Εκτεταμένες βλάβες, όπως αυτές, είναι
ασυνήθεις στον υποτροπιάζοντα έρπη των
γεννητικών οργάνων σε κατά τα άλλα υγιές
άτομο.*



*Έρπης των γεννητικών οργάνων:
υποτροπιάζουσα λοίμωξη του πρωκτού και του
περινέου. Πολυάριθμα, επώδυνα, σαφώς
αφοριζόμενα έλκη σε HIV-θετικό άνδρα.*

Επίχρισμα κατά Tzanck. Ιδανικά, λαμβάνεται υγρό από μια άθικτη φυσαλίδα και/ή η βάση επιστρώνεται σε λεπτό στρώμα σε μία αντικειμενοφόρο πλάκα, αποξηραίνεται και χρωματίζεται με χρώση Wright ή με χρώση Giemsa. Είναι θετικό εάν ανιχνεύονται γιγαντιαία κερατινοκύτταρα ή πολυπύρρηνα γιγαντιαία κερατινοκύτταρα, δεν είναι όμως ειδικό.

Ιστό παθολογία. Εξοίδηση "δίκην μπαλονιού" και δικτυωτή εκφύλιση της επιδερμίδας, ακάνθωση, ακανθόλυση και ενδοεπιδερμίδικές φυσαλίδες- έγκλειστα ενδοκυτταρικά σώματα, πολυπύρρηνα γιγαντιαία κερατινοκύτταρα πολύχρωρες φυσαλίδες.

3.7.7 διάγνωση

Επειδή στις περισσότερες περιπτώσεις συμβαίνει διαλείπουσα ασυμπτωματική απόπτωση και οι βλάβες είναι "άτυπες" (όχι ομάδες φυσαλίδων σε ερυθματώδη βάση), ο έρπης των γεννητικών οργάνων πρέπει να επιβεβαιώνεται με καλλιέργεια ίου ή με ανίχνευση του αντιγόνου του HSV με άμεσα φθορίζοντα αντισώματα (DFA).

3.7.8 Πορεία και πρόγνωση

Ο έρπης των γεννητικών οργάνων μπορεί να υποτροπιάζει και δεν θεραπεύεται οριστικά. 70% των λοιμώξεων από HSV-2 είναι ασυμπτωματικές. Ο ΕΓΟ από HSV-2 υποτροπιάζει περίπου 6 φορές το χρόνο- ο ΕΓΟ από HSV-1 συνήθως υποτροπιάζει, κατά μέσο όρο, μόνο 1 φορά τον χρόνο. Από τα άτομα που αρχικά παρουσίασαν συμπτωματικό ΕΓΟ από HSV-2, σχεδόν όλοι έχουν συμπτωματικές υποτροπές. Το ποσοστό υποτροπής είναι υψηλό σε αυτούς που το πρώτο επεισόδιο ήταν παρατεταμένο, άσχετα με το αν χορηγήθηκε αντιική θεραπεία. Το ποσοστό υποτροπής είναι κατά 20% υψηλότερο στους άνδρες απ' ότι στις γυναίκες. Η χρόνια κατασταλτική θεραπεία δεν επιτυγχάνει την πλήρη καταστολή της απόπτωσης του ιού, αλλά την μειώνει κατά 95% όπως διαπιστώνεται με καλλιέργεια και κατά 80% με PCR. Η χρόνια κατασταλτική θεραπεία μπορεί να ελαττώσει την μετάδοση του ιού, χωρίς όμως αυτό να έχει τεκμηριωθεί. Η επίπτωση της πρωτολοίμωξης από ανθεκτικά στην ακυκλοβίρη στελέχη HSV σε άτομα που δεν είχαν ποτέ λάβει ακυκλοβίρη, είναι 2,7% στις ΗΠΑ.

Το πολύμορφο ερύθημα μπορεί να επιπλέξει τον ΕΓΟ, εμφανιζόμενο 1-2 εβδομάδες μετά το επεισόδιο του έρπητα.

3.7.9 Αντιμετώπιση

3.7.9.1. Πρόληψη του ΕΓΟ

Σεξουαλική μετάδοση

Θα πρέπει να δίδεται η οδηγία στους ασθενείς ότι πρέπει να απέχουν από κάθε σεξουαλική δραστηριότητα όταν υπάρχουν βλάβες

Θα πρέπει να ενθαρρύνεται η χρήση προφυλακτικού σε κάθε σεξουαλική επαφή

Η αποτελεσματικότητα της χρόνιας κατασταλτικής θεραπείας δεν είναι αποδεδειγμένη

Οι ασθενείς θα πρέπει να γνωρίζουν τη φυσική ιστορία της νόσου, με έμφαση στη δυνατότητα υποτροπών, την ασυμπτωματική απόπτωση και τη μετάδοση με τη σεξουαλική επαφή.

Ο κίνδυνος λοίμωξης του νεογνού θα πρέπει να εξηγείται σε όλους τους ασθενείς-άνδρες και γυναίκες- με έρπητα των γεννητικών οργάνων.

Περιγεννητική μετάδοση

Πολύ ειδικοί συνιστούν ορολογικό έλεγχο για τον HSV-1 και τον HSV-2 (Western blot) κατά πρώτη προγεννητική επίσκεψη. Νεογνά που γεννήθηκαν από γυναίκες, οι οποίες αποβάλλουν ασυμπτωματικά τον HSV, έχουν ελαττωμένο βάρος γέννησης και αυξημένη προωρότητα.

3.7.9.2. Τοπική αντιική θεραπεία

Χωρίς σημαντική αποτελεσματικότητα

3.7.9.3. Από του στόματος αντιική θεραπεία

Οι αντιικοί παράγοντες επιτυγχάνουν μερικά έλεγχο των συμπτωμάτων και των σημείων των επεισοδίων του έρπητα, όταν χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση των πρώτων κλινικών επεισοδίων ή όταν χρησιμοποιούνται σαν κατασταλτική θεραπεία. ούτε εκριζώνουν τον ευρισκόμενο σε λανθάνουσα κατάσταση ιό του έρπητα, ούτε επηρεάζουν τον συνεπαγόμενο κίνδυνο, την συχνότητα ή την βαρύτητα των υποτροπών μετά τη διακοπή του φαρμάκου. ακόμη και μετά από εργαστηριακό έλεγχο, τουλάχιστον 1/4 των ασθενών με εγχο δεν έχουν εργαστηριακή επιβεβαιωμένη διάγνωση. πολλοί ειδικοί συνιστούν θεραπεία για μαλακό έλκος και σύφιλη συγχρόνως με την θεραπεία για τον εγχο εάν η διάγνωση είναι ασαφής ή εάν ο ασθενής ζει σε μία κοινότητα στην οποία ενδημεί το μαλακό έλκος.

πρώτο κλινικό επεισόδιο (πρωτοπαθής λοίμωξη ή πρώτο συμπτωματικό επεισόδιο) Οι αντιικοί παράγοντες είναι περισσότερο αποτελεσματικοί στη θεραπεία των πρωτοπαθών λοιμώξεων παρά των υποτροπών. Περισσότερο αποτελεσματικοί όταν η χορήγηση τους ξεκινά <48 ώρες από την έναρξη των συμπτωμάτων.

Ακυκλοβίρη χρις: 400 mg, 3 φορές την ημέρα ή 200 mg, 5 φορές την ημέρα, για 7 έως 10 ημέρες ή με ότου να υπάρξει κλινική ίαση.

Βαλακυκλοβίρη :1 g, 2 φορές την ημέρα για 10 ημέρες

Φαμυκλοβίρη :250 mg, 2 φορές την ημέρα για 10 ημέρες.

Πρώτο κλινικό επεισόδιο ερπητικής πρωκτίτιδας

Ακυκλοβίρη: 400 mg, από του στόματος, 5 φορές την ημέρα για 10 ημέρες ή μέχρι ότου υπάρχει κλινικά υποχώρηση.

Υποτροπές Εάν η θεραπεία αρχίσει (με πρωτοβουλία του ασθενή) κατά την διάρκεια των πρόδρομων συμπτωμάτων ή μέσα σε 2 ημέρες από την έκθεση των βλαβών, οι ασθενείς με υποτροπιάζοντα επεισόδια έχουν περιορισμένη ωφέλεια από την θεραπεία κατά το ότι η βαρύτητα του εξανθήματος ελαττώνεται. Εάν δεν μπορεί να δοθεί έγκαιρα η θεραπεία οι περισσότεροι ανοσοϊκανοί ασθενείς με υποτροπιάζουσα νόσο δεν ωφελούνται από την χορήγηση ακυκλοβίρης και για τις περιπτώσεις αυτές, σε γενικές γραμμές, δεν συνιστάται χορήγηση της.

Ακυκλοβίρη: 400 mg, από του στόματος, 3 φορές την ημέρα για 5 ημέρες ή

800 mg, από του στόματος, 2 φορές την ημέρα για 5 ημέρες

Βαλακυκλοβίρη: 500 mg, 2 φορές την ημέρα για 5 ημέρες,

Φαμκυκλοβίρη: 250 mg, 2 φορές την ημέρα για 5 ημέρες.

Καθημερινή κατασταλτική Θεραπεία Ελαττώνει την συχνότητα των υποτροπών τουλάχιστον κατά 75% μεταξύ των ασθενών που έχουν συχνά επεισόδια υποτροπών (περισσότερα από 6-9 κάθε χρόνο). Η κατασταλτική θεραπεία με από του στόματος ακυκλοβίρη δεν μπορεί να εξαλείψει εντελώς την ασυμπτωματική ή συμπτωματική αποβολή ιών ή την δυνατότητα για μετάδοση. Η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα έχει τεκμηριωθεί μεταξύ ατόμων που ελάμβαναν καθημερινά θεραπεία για χρονικά διαστήματα έως 5 ετών. Ανθεκτικά στελέχη HSV στην ακυκλοβίρη έχουν απομονωθεί σε μερικούς που ελάμβαναν κατασταλτική θεραπεία, αλλά τα στελέχη αυτά δεν έχουν συσχετισθεί με αποτυχία της θεραπείας μεταξύ ανοσοϊκανών ασθενών. Μετά από 1 χρόνο συνεχούς θεραπείας, η ακυκλοβίρη θα πρέπει να διακόπτεται, ώστε να είναι δυνατόν να εκτιμηθεί η συχνότητα των υποτροπών του ασθενούς.

Ακυκλοβίρη: 400 mg, από του στόματος, 2 φορές την ημέρα.

Βαλακυκλοβίρη: 500-1000 mg/ημέρα.

Φαμκυκλοβίρη: 250 mg, 2 φορές την ημέρα.

Βαριά νόσος/ ανοσοκαταστολή Για τους ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται στις συνήθεις δόσεις ακυκλοβίρης μπορεί να χρειάζεται μεγαλύτερη δόση από του στόματος ακυκλοβίρης, IV χορήγηση ακυκλοβίρης ή μπορεί να έχουν μολυνθεί από στέλεχος HSV ανθεκτικό στην ακυκλοβίρη, οπότε απαιτείται ενδοφλέβια χορήγηση foscarnet. Ενδοφλέβια θεραπεία θα πρέπει να χορηγείται στους ασθενείς που παρουσιάζουν βαριά νόσο ή επιπλοκές που απαιτούν νοσηλεία στο νοσοκομείο, (π.χ. διάσπαρτη λοίμωξη, η οποία περιλαμβάνει εγκεφαλίτιδα, πνευμονίτιδα, ή ηπατίτιδα).

Ακυκλοβίρη: 5 mg/kg βάρους σώματος, ενδοφλέβια, κάθε 8 ώρες, για 5 έως 7 ημέρες, ή μέχρις ότου επιτευχθεί κλινική ίαση.

400 mg, από του στόματος, 5 φορές την ημέρα για 7-14 ημέρες¹⁴.

3. 8 Ιός της ηπατίτιδας

Οι ιοί της ηπατίτιδας προκαλούν στον άνθρωπο οξεία φλεγμονώδη νόσο του ήπατος. Η ιογενής ηπατίτιδα μπορεί να οφείλεται σε διάφορους άλλους ιούς, όπως της λοιμώδους μονοκυρήνωσης, του κύτταρομεγαλοϊού, του απλού έρπητα κτλ.

Στην πράξη, όμως, όταν μιλάμε για ιογενή ηπατίτιδα, εννοούμε τη λοίμωξη που προκαλείται από δύο συγκεκριμένους ιούς: α) τον ιό της ηπατίτιδας Α (ιός λοιμώδους ηπατίτιδας ή ιός ηπατίτιδας βραχέως χρόνου επώασεως) και β) τον ιό της ηπατίτιδας Β (εξ ομολόγου όρου ηπατίτιδα ή μακρού χρόνου επώασεως).

Οι κλινικές εκδηλώσεις της λοίμωξης των ιών της ηπατίτιδας παρουσιάζουν όλο το φάσμα

των λοιμώξεων χωρίς συμπτώματα ή με ελαφρά συμπτώματα. Τα κυρία συμπτώματα της νόσου που εμφανίζονται και στους δυο ιούς είναι: πυρετός, ναυτία, εμετός, κακουχία και ίκτερος.

3.8.1 Ηπατίτιδα Α

Ο ιός που προκαλεί την ηπατίτιδα Α αποβάλλεται σε μεγάλες ποσότητες στα κόπρανα του μολυσμένου ατόμου 2 εβδομάδες πριν και 2 εβδομάδες μετά την έναρξη των κλινικών συμπτωμάτων. Στο αίμα ανευρίσκεται στα αρχικά στάδια της νόσου. Αν ο ιός μολύνει την τροφή, είτε γιατί το άτομο που την ετοιμάζει μεταφέρει τον ιό με τα χέρια του από τον πρωκτό είτε γιατί η μόλυνση της τροφής προήλθε από τη μεταφορά του ιού από μύγες, όσοι φάνε από αυτό μπορεί να μολυνθούν. Μερικές φορές, μπορεί να μεταδοθεί με την κατανάλωση ωμών ή ελάχιστα μαγειρεμένων θαλασσιών τα οποία προέρχονται από μολυσμένα νερά.

Σύμφωνα με παλαιότερες έρευνες, οι ομοφυλόφιλοι άντρες έχουν υψηλότερη προδιάθεση στην ηπατίτιδα από ό,τι οι ετεροφυλόφιλοι. Η μετάδοση μπορεί ακόμα να συμβεί αν κάποιος έρθει σε σεξουαλική επαφή με ένα μολυσμένο άτομο και ειδικότερα αν συμβεί στοματο-γεννητική ή στοματο-πρωκτική επαφή. Σε διάστημα 30 ημερών περίπου μετά από τη μόλυνση, το άτομο αισθάνεται συμπτώματα ίωσης, δηλαδή πυρετό, εμετό, κακουχία, διάρροια κτλ.

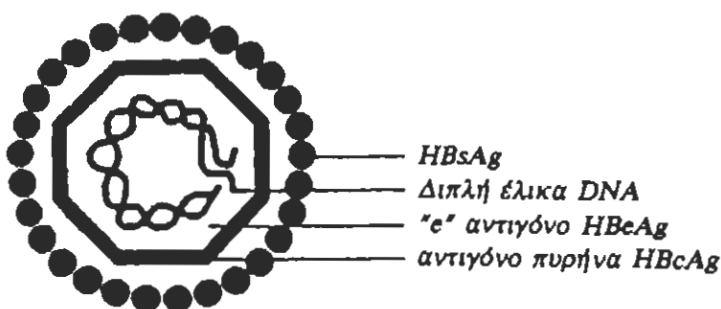
Πολλά παιδιά που ε'χουν μολυνθεί από τον ιό δεν παρουσιάζουν συμπτώματα. Στις χώρες με κακές συνθήκες υγιεινής ο ιός μολύνει όλα τα παιδιά, ενώ στις ανεπτυγμένες χώρες μολύνεται μόνο το 20% του παιδικού πληθυσμού. Η ηπατίτιδα Α παρουσιάζει όλο και μεγαλύτερη αύξηση στους ενήλικες στις ανεπτυγμένες χώρες, ενώ πολλά από τα κρούσματα οφείλονται στη μετάδοση του ιού από ταξιδιώτες. Παρά τα προβλήματα που δημιουργεί, η ηπατίτιδα Α χαρακτηρίζεται ως ήπια ασθένεια⁶.

3.8.2 Ηπατίτιδα Β

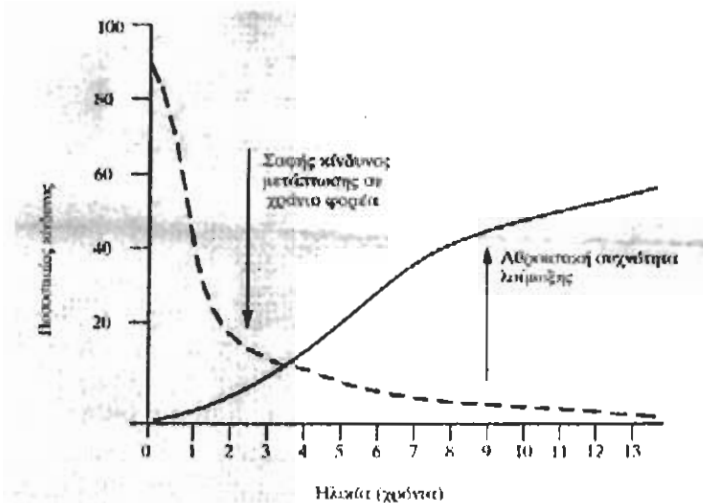
3.8.2.1. Γενικά

Ο ιός της ηπατίτιδας Β (HBV) είναι ένας DNA ιός που ευθύνεται για ένα ευρύ φάσμα λοιμώξεων που κυμαίνεται από ασυμπτωματική ορομετατροπή, υποξεία λοίμωξη χωρίς ειδικά συμπτώματα, κλινική ηπατίτιδα με ίκτερο και κεραυνοβόλο νεκρωτική ηπατίτιδα. Η ασυμπτωματική ή ανικτερική λοίμωξη είναι συχνή στην παιδική ηλικία.

Ορισμένοι από τους προσβληθέντες γίνονται φορείς, αποτελώντας έτσι, σημαντική πηγή λοίμωξης. Οι ενήλικοι σπανίως γίνονται φορείς, ενώ χρόνια HBV λοίμωξη με παραμονή του HBsAg εγκαθίσταται στο 90% περίπου των νεογνών που μολύνονται περιγεννητικά. Χρόνια ιοφορία εγκαθίσταται συχνά και σε περίπτωση προσβολής ανοσοκατασταλμένων ατόμων.



Σχηματική δομή του ιού της Ηπατίτιδας Β.



Ποσοστό κινδύνου χρόνιων φορέων Ηπατίτιδας Β σε σχέση με την συχνότητα της λοίμωξης κατά ηλικία σε κοινότητα υψηλού κινδύνου.

Άτομα με χρόνια λοίμωξη έχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν χρόνια ηπατική νόσο (χρόνια επιμένουσα, χρόνια ενεργό ηπατίτιδα, κίρρωση) ή πρωτοπαθές ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα στη μετέπειτα ζωή τους .

3.8.2.2. Επιδημιολογικά στοιχεία

Η μετάδοση του ιού γίνεται κυρίως με το μολυσμένο αίμα και τις σωματικές εκκρίσεις. Οι τρόποι μετάδοσης περιλαμβάνουν τη μετάγγιση αίματος και των παραγώγων του, τη χρήση κοινών συριγγών, τη διαδερμική ή δια βλεννογόνια έκθεση σε αίμα και σωματικά υγρά, τη σεξουαλική επαφή με μολυσμένο σύντροφο και την περιγεννητική μετάδοση από τη μητέρα στο παιδί.

Μετάδοση κατά την περιγεννητική περίοδο γίνεται στα παιδιά HBsAg θετικών μητέρων. Αυτό βέβαια εξαρτάται κυρίως από το ιικό φορτίο της μητέρας. Παιδιά που γεννιούνται από HBsAg θετικές μητέρες έχουν πιθανότητα 70-90% να προσβληθούν από τον ιό. Η πιθανότητα κάθετης μετάδοσης είναι μεγαλύτερη επί οξείας ηπατίτιδας Β σε σχέση με τους φορείς, ιδίως όταν η οξεία ηπατίτιδα συμβεί κατά το τελευταίο τρίμηνο της κύησης. Οι αρνητικές για HBsAg μητέρες, μεταδίδουν λιγότερο συχνά τον ιό. Ωστόσο υπάρχουν μεταλλαγμένα στελέχη του ιού που αν και είναι HBsAg αρνητικά, αναπτύσσουν υψηλή ιαμμία και επομένως είναι αρκετά λοιμογόνα. Γι' αυτό ο καλύτερος δείκτης ιαμμίας είναι η ανίχνευση HBV-DNA στον ορό του ασθενούς. Η μόλυνση του παιδιού γίνεται κυρίως κατά τον τοκετό και σπανιότερα ενδομήτριος. Επίσης είναι δυνατό, να μολυνθεί και κατά το θηλασμό. Γι αυτό στις ανεπτυγμένες χώρες συνιστάται καισαρική τομή και αποφυγή του θηλασμού στις HBsAg θετικές γυναίκες.

Οι ομάδες υψηλού κινδύνου για προσβολή από τον ιό της ηπατίτιδας Β είναι: υγειονομικό προσωπικό, νεογνά μητέρων που είναι φορείς του ιού, ενδοοικογενειακό περιβάλλον φορέων ηπατίτιδας Β, σεξουαλικοί σύντροφοι χρόνιων φορέων ηπατίτιδας Β, άτομα με πολλαπλούς σεξουαλικούς συντρόφους, ομοφυλόφιλοι, ιερόδουλες, πολυμεταγγιζόμενα άτομα, ασθενείς σε αιμοκάθαρση, άτομα που διαμένουν σε ιδρύματα, χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών κ.ά.. Παγκόσμια γεωγραφική κατανομή της λοίμωξης από Ηπατίτιδα Β

Η ηπατίτιδα Β αποτελεί σημαντικό πρόβλημα Δημόσιας Υγείας σε όλες τις χώρες του κόσμου. Σε 350 εκατομμύρια ανέρχονται οι χρόνιοι φορείς σε όλο το κόσμο. Στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι οι χρόνιοι ασυμπτωματικοί φορείς του HBV ανέρχονται σε 300.000 περίπου.

Στις χώρες υψηλής ενδημικότητας η συχνότητα των χρόνιων φορέων είναι 8-15%, στις χώρες μέσης ενδημικότητας 2-7% και στις χώρες χαμηλής ενδημικότητας 0-2%.

Η ηπατίτιδα Β εξακολουθεί να αποτελεί σοβαρό πρόβλημα υγείας για τη χώρα μας. Η νοσηρότητα της εξακολουθεί να είναι μεγαλύτερη από όλες τις άλλες χώρες της Δυτικής Ευρώπης. Πολλές επιδημιολογικές έρευνες υποδεικνύουν ότι αυτό οφείλεται στην ευρύτατη ιατρογενή διασπορά κατά τη βρεφική ηλικία (με τους εμβολιασμούς, ιατρικές πράξεις κλπ) καθώς και μετέπειτα με αιματηρές παρεμβάσεις και μεταγγίσεις αίματος και παραγώγων αυτού. Περαιτέρω, οι δυσμενείς συνθήκες διαβίωσης και υγιεινής διευκόλυναν την οριζόντια μετάδοση από στενή παρατεταμένη επαφή κυρίως ενδοοικογενειακά.

Ο αποκλεισμός της ιατρογενούς μεταδόσεως με τη χρήση υλικού και εργαλείων μιας χρήσεως, ο έλεγχος του αίματος και τέλος η σημαντική βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και υγιεινής μείωσαν σημαντικά τη διασπορά της λοίμωξης. Εν τούτοις οι φορείς του ιού θα εξακολουθήσουν να κυκλοφορούν ανάμεσα μας για πολλά ακόμα χρόνια. Επιβάλλεται επομένως η αποφυγή δημιουργίας νέων φορέων και η λήψη μέτρων για πρόληψη της μεταδόσεως στο άμεσο περιβάλλον τους

Η αποφυγή δημιουργίας νέων φορέων μπορεί να επιτευχθεί με μείωση της κάθετης και περιγεννητικής λοιμώξεως, αφού είναι γνωστό ότι αυτή κυρίως ευθύνονται για τη δημιουργία φορέων. Ο γενικός έλεγχος των εγκύων για ιοφορία και η ανοσοπροφύλαξη των νεογνών αμέσως μετά τη γέννηση θα συμβάλλουν αποφασιστικά στη μείωση των φορέων. Η λοίμωξη όμως θα εξακολουθήσει να διασπείρεται από την υπάρχουσα δεξαμενή φορέων. Ο κυριότερος τρόπος μετάδοσης είναι η σεξουαλική επαφή. Όπως φαίνεται από τον πίνακα η κυριότερη πηγή λοιμώξεως μεταξύ των ενηλίκων παραμένει η σεξουαλική επαφή με δεύτερη τη χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών. Αντίθετα μειώθηκε σημαντικά η ιατρογενής μετάδοση .

Υποδόχο της νόσου είναι ο άνθρωπος-Η περίοδος επώασης είναι κατά μέσο όρο 60-90 ημέρες (45-180).

Μεταβολές των δεικτών λοιμώξεως HBV σε Έλληνες νεοσύλλεκτους (1973-1997)

Έτος	HBsAg	Anti-HBs	Οποιοσδήποτε δείκτης HBV
1973	4.0	14.5	18.5
1980	3.3	12.0	15.3
1985	0.9	10.5	11.4
1992	1.2	5.8	7.0
1994	1.0	5.2	6.2
1997	1.1	1.3	2.4

3.8.2.3. Μέτρα πρόληψης της νόσου

Α. Γενικά

- Ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δοθεί στην ενημέρωση του πληθυσμού σχετικά με τη φύση της νόσου, τους τρόπους μετάδοσης και τα μέτρα προφύλαξης που πρέπει να λαμβάνονται.
- Θα πρέπει να γίνεται υποχρεωτικός έλεγχος των αιμοδοτών και να αποκλείονται ως δότες άτομα με ιστορικό ηπατίτιδας, εθισμένοι σε ναρκωτικά, άλλα άτομα υψηλού κινδύνου και όσοι υποβλήθηκαν σε μετάγγιση αίματος τους τελευταίους 6 μήνες.
- Συνιστάται επίβλεψη των περιπτώσεων που προκλήθηκαν μετά από μετάγγιση και η αναζήτηση των υπεύθυνων δοτών.

- Πρέπει να γίνεται έλεγχος και στους δότες οργάνων και σπέρματος.
- Εθελοντικός έλεγχος συνιστάται στους τοξικομανείς, σε άτομα που εκδίδονται, και σε ζευγάρια που πρόκειται να τεκνοποιήσουν.
- Συνιστάται επίσης ο έλεγχος των εγκύων στους πρώτους μήνες της κύησης και επανέλεγχος στις εγκύους υψηλού κινδύνου (π.χ. σεξουαλικοί σύντροφοι φορέων, μετάγγιση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, οξεία ηπατίτιδα κατά την εγκυμοσύνη, άτομα με πολλούς ερωτικούς συντρόφους) στους 6-7 μήνες της κύησης.
- Επιβάλλεται η αυστηρή αποστείρωση των ιατρικών εργαλείων και η χρήση εργαλείων μιας χρήσης, όπου είναι δυνατή.

B.Προληπτικά μέτρα σε περίπτωση κρούσματος

Γενικά μέτρα

Σε περίπτωση κρούσματος ηπατίτιδας Β θα πρέπει;

- Να γίνει δήλωση του κρούσματος υποχρεωτικά στην τοπική υγειονομική αρχή.
- Να γίνει έρευνα ώστε να βρεθεί η πηγή της λοίμωξης και να βρεθούν τα άτομα που έχουν εκτεθεί στη λοίμωξη.
- Να λαμβάνονται οι απαραίτητες προφυλάξεις για την αποφυγή ιατρογενούς μετάδοσης μέχρι να εξαφανισθεί το HBsAg και να εμφανισθούν τα αντισώματα anti-HBs στον ορό του ασθενούς.
- Να τηρούνται αυστηρά τα απαραίτητα μέτρα υγιεινής σε οποιαδήποτε ιατρονοσηλευτική μονάδα εμφανισθεί κρούσμα ηπατίτιδας Β.

Συγκεκριμένα:

- Επιβάλλεται καλό πλύσιμο των χεριών του προσωπικού πριν και μετά την επαφή με τον ασθενή.
- Τραυματισμοί και νυγμοί πρέπει να αποφεύγονται.
- Πρέπει να χρησιμοποιούνται πάντα γάντια και ιατρικές μπλούζες.
- Συνιστάται σήμανση του αίματος και των εκκρίματων του ασθενούς με ειδικές ετικέτες.
- Τα αντικείμενα που μολύνονται με αίμα ή εκκρίματα του ασθενούς πρέπει να απολυμαίνονται.

Γενικά τα άτομα που νοσούν από ηπατίτιδα Β ή είναι χρόνιοι φορείς θα πρέπει:

- Να αποφεύγουν την εναλλαγή πολλών σεξουαλικών συντρόφων και να χρησιμοποιούν πάντα προφυλακτικό.
- Να αποφεύγουν τη χρήση κοινών προσωπικών αντικειμένων.
- Να αποφεύγουν την έκθεση στο αίμα και στα σωματικά εκκρίματα άλλων ατόμων.
- Να ενημερώνουν τους συντρόφους τους, τους οδοντιάτρους και γιατρούς, ώστε να λαμβάνουν αυστηρότερα μέτρα.
- Να αποκλείονται ως δότες αίματος, σπέρματος, οργάνων.
- Να αποφεύγουν τον θηλασμό των νεογνών τους.

— Να χρησιμοποιούν σύριγγες μιας χρήσεως σε περίπτωση που κάνουν χρήση ναρκωτικών.

Ιδιαίτερη προσοχή να δίνεται στα άτομα που είναι HBsAg θετικά, γιατί έχουν μεγάλη μολυσματικότητα.

Γ.Προληπτικά μέτρα στα νεογνά

• Νεογνά HBsAg θετικών μητέρων. Το νεογνό εμβολιάζεται μέσα σε 48 ώρες από την γέννηση του και λαμβάνει HBIG στις 12 πρώτες ώρες από τη γέννηση του.

• Νεογνά μητέρων που δεν έχουν ελεγχθεί για HBsAg: Συνιστάται η λήψη της 1ης δόσης του εμβολίου μέσα σε 12 ώρες από τη γέννηση, της 2ης δόσης 1 μήνα μετά και της 3ης 6 μήνες αργότερα.

• Νεογνά HBsAg αρνητικών μητέρων: Συνιστάται η χορήγηση της 1ης δόσης κατά τον 2ο μήνα, της 2ης μετά 1 μήνα και της 3ης 6 μήνες αργότερα. Σημειώνεται ότι το εμβόλιο μπορεί να χορηγηθεί ταυτοχρόνως με το MMR και το DTP, αλλά σε διαφορετικό σημείο ένεσης του.

Δ.Προληπτικά μέτρα σε περίπτωση επιδημίας

Σε περίπτωση εμφάνισης δύο ή περισσότερων κρουσμάτων που συνδέονται με κοινή έκθεση θα πρέπει:

- Να επιβεβαιωθεί η διάγνωση κλινικά και εργαστηριακά.
- Να γίνει έρευνα για την ανεύρεση της κοινής πηγής της λοίμωξης με σκοπό τη νοσηλεία και τον περιορισμό της περαιτέρω επέκτασης της επιδημίας.
- Να γίνει έρευνα για τη διαπίστωση και άλλων κρουσμάτων μεταξύ ατόμων που μπορεί να εκτέθηκαν στην πηγή της λοίμωξης π.χ. σε τοξικομανείς που χρησιμοποίησαν κοινή σύριγγα, σε ασθενείς που νοσηλεύθηκαν στην ίδια κλινική ή υποβλήθηκαν σε παρεντερικές εγχύσεις ή που έλαβαν μετάγγιση αίματος και παραγώγων του της ίδιας παρτίδας με τα κρούσματα, κ.λπ¹².

3.8.2.4. Θεραπεία

Απαιτείται παραμονή του αρρώστου και απόλυτη ηρεμία. Επίσης, η τροφή του αρρώστου θα πρέπει να είναι εύπεπτη, πλούσια σε λευκώματα και υδατάνθρακες και σχετικά φτωχή σε λιπαρές ουσίες. Κατάλληλη είναι η εντερική χορήγηση ηπατικών εκχυλισμάτων με το σύμπλεγμα των βιταμινών A, B, K και C για αναγέννηση ηπατικών κυττάρων.

Τα γλυκοκορτικοειδή είναι το φάρμακο που περισσότερο ενδείκνυται. Καλή είναι η ενδοφλέβια έγχυση γλυκόζης προς αύξηση του γλυκογόνου του ήπατος και προστασία του ηπατικού κυττάρου από τοξικές επιδράσεις. Προφύλαξη με γ-σφαιρίνη: προφυλάσσει από την ηπατίτιδα Β στα 2/3 περίπου των περιπτώσεων, α) Όταν προσβληθεί το άτομο από τη νόσο, η γ-σφαιρίνη μπορεί να μην αναστείλει την εμφάνιση της, όμως συντελεί στην ήπια διαδρομή της. β) Εμβολιασμός. Μη λοιμογόνο, αδρανοποιημένο επιφανειακό αντιγόνο του ιού της ηπατίτιδας. Το επιφανειακό αντιγόνο λαμβάνεται από το πλάσμα υγιών φορέων και υφίσταται κάθαρση και αδρανοποίηση. γ) Πρόληψη μολύνσεων από ενέσεις. Η προφύλαξη πραγματοποιείται με τη χρησιμοποίηση συριγγών και βελόνων μιας χρήσεως. δ) Προφύλαξη στις σεξουαλικές σχέσεις. Σε περίπτωση σεξουαλικής σχέσης με έναν αποκλειστικά σύντροφο ο οποίος δεν έχει προσβληθεί από τον ιό της ηπατίτιδας Β δεν υπάρχει κίνδυνος μόλυνσης. Πρέπει να αποφεύγεται η εναλλαγή των ερωτικών συντρόφων και οι ευκαιριακές σεξουαλικές σχέσεις. Εάν πραγματοποιούνται ευκαιριακές σχέσεις, είναι απαραίτητη η χρήση προφυλακτικού.

3.9 Μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα

Με τον όρο μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα χαρακτηρίζονται όλες οι περιπτώσεις ουρηθρίτιδας οι οποίες δεν οφείλονται στο γονόκοκκο. Η διάγνωση της νόσου περιορίζεται κυρίως στους άντρες, ενώ ορισμένες περιπτώσεις του οξέος ουρηθρικού συνδρόμου των γυναικών σχετίζονται αιτιολογικά με τη μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα.

Ο όρος «μη γονοκοκκική» ή «μη ειδική» ουρηθρίτιδα εξακολουθεί να χρησιμοποιείται για δύο λόγους. Ο πρώτος έχει σχέση με το γεγονός ότι παραμένει ακόμα άγνωστος ο αιτιολογικός παράγοντας πολλών περιπτώσεων της νόσου και ο δεύτερος σχετίζεται με τις τεχνικές δυσκολίες απομόνωσης των γνωστών μικροβιακών αιτιών της νόσου.

Η μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα προσβάλλει άντρες και γυναίκες, μάλλον με διαφορετικό τρόπο, παρ' ότι και στα δυο φύλα η πιο συχνή αιτία είναι από ενδοκυττάριο βακτήριο, χλαμύδια του τραχώματος.

Στους άντρες μολύνεται η ουρήθρα, με αποτέλεσμα μία έκκριση από το πέος. Οι γυναίκες συνήθως δεν εμφανίζουν συμπτώματα και είναι πιθανό να οφείλεται στο ότι η ουρήθρα τους είναι μικρότερη από αυτή του άντρα και έχει λιγότερες περιοχές που ευνοούν την ανάπτυξη των χλαμυδίων και άλλων οργανισμών.

Μελέτες έδειξαν ότι το 35% των γυναικών με πολλούς ερωτικούς συντρόφους έχει ασυμπτωματική μόλυνση από χλαμύδια στον τράχηλο και περίπου το 80% των γυναικών που ήρθαν σε σεξουαλική επαφή με ένα μολυσμένο άντρα παθαίνει μόλυνση από χλαμύδια στον τράχηλο.

3.9.1 Κλινική εικόνα

Μέσα σε 7-14 ημέρες (σε μερικές περιπτώσεις και σε μεγαλύτερο διάστημα) μετά τη σεξουαλική επαφή με μολυσμένο άτομο, ο άντρας ανακαλύπτει ένα έκκριμα από την ουρήθρα του, που μπορεί να είναι διαυγές, γαλακτώδες ή πυώδες. Συχνά, η ποσότητα του εκκρίματος είναι ελάχιστη όταν ο άντρας ουρεί. Το πέραςμα των ούρων από την ουρήθρα ίσως προκαλέσει δυσφορία ή πόνο, αν και κάτι τέτοιο συμβαίνει συχνά σε πολύ ήπια μορφή. Σε μερικές όμως περιπτώσεις, τα συμπτώματα είναι πιο σοβαρά και ο άντρας εμφανίζει πόνο στην ουροδόχο κύστη και μια έντονη και συχνή ανάγκη για ούρηση.

Είναι επίσης σημαντικό το άτομο που έχει ακολουθήσει τη θεραπευτική αγωγή να επισκεφθεί το γιατρό 7 ημέρες μετά την αρχή της θεραπείας. Πρέπει επίσης να εξετάζεται ο σεξουαλικός ή οι σεξουαλικοί σύντροφοι του άντρα, έτσι ώστε να διαπιστωθεί και σε αυτούς η ύπαρξη ή όχι μόλυνσης από χλαμύδια.

Επίσης, μπορεί να εμφανιστούν επιπλοκές αν η λοίμωξη από τα χλαμύδια εξαπλωθεί στην ουροδόχο κύστη ή στον προστάτη. Μερικές φορές, η εξάπλωση είναι χωρίς συμπτώματα, ενώ σε άλλες περιπτώσεις μία ιδιόμορφη ομάδα συμπτωμάτων φαίνεται να ακολουθεί τη μη θεραπευμένη ουρηθρίτιδα. Τα συμπτώματα αυτά είναι επιπεφυκίτιδα, ουρηθρίτιδα και επώδυνες διογκώσεις μερικών από τις μεγαλύτερες αρθρώσεις, μία μορφή οξείας ουρηθρίτιδας. Η ομάδα αυτή συμπτωμάτων ονομάζεται σύνδρομο και οφείλεται σε μία αλλεργική αντίδραση ενάντια στην επίμονη παραμονή των χλαμυδίων στο σώμα.

Άλλο γνωστό αίτιο της μη γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας είναι το urea plasma urealyticum (ουρεόπλασμα). Ο μικροοργανισμός απομονώνεται στο 20-30% των περιπτώσεων, συχνά όμως δεν εμφανίζονται συμπτώματα. Το ουρεόπλασμα είναι ένας τύπος από τους έξι αντιγονικούς τύπους μυκοπλάσμάτων που απομονώνονται στον άνθρωπο. Αναπτύσσονται σε ειδικά θρεπτικά υλικά και οι αποικίες εμφανίζουν χαρακτηριστική όψη «πηγανητού αυγού». Τα μυκοπλάσματα είναι ανθεκτικά στην πενικιλίνη επειδή δεν έχουν κυτταρικό τοίχωμα, αλλά είναι ευαίσθητα στις τετρακύκλινες.

3.9.2 Θεραπεία

Η θεραπεία των χλαμυδίων στηρίζεται σε ένα από τα διάφορα αντιβιοτικά που κυκλοφορούν.

1. Doxycycline (Vibramycin)

2. Erythromycin - tetracycline

3. Bactrimel ή Septrin

Κατά τη διάρκεια της θεραπείας, το άτομο πρέπει να αποφεύγει τη σεξουαλική επαφή. Ακόμα, επειδή το άτομο μπορεί να έχει μολυνθεί και από βλεννόρροια, θα πρέπει να λαμβάνονται επιχρίσματα από την πρώτη επίσκεψη στο γιατρό.

3. 10 Μη γονοκοκκική μόλυνση στις γυναίκες

Η μόλυνση στις γυναίκες συνήθως δεν παρουσιάζει συμπτώματα, επειδή η ουρήθρα μολύνεται μόνο σε μερικές περιπτώσεις. Αντίθετα, στη γυναίκα το όργανο που μολύνεται είναι ο τράχηλος. Η μόλυνση ίσως εξαπλωθεί από εκεί και το αμυντικό σύστημα της γυναίκας να την εξουδετερώσει.

Σε μερικές όμως περιπτώσεις, η μόλυνση επιμένει χωρίς συμπτώματα ή ακόμα μπορεί να εξαπλωθεί προς τα πάνω, μολύνοντας τα γεννητικά όργανα της γυναίκας και προκαλώντας φλεγμονώδη πυελική νόσο. Εξαιτίας των εξαιρετικά σοβαρών συνεπειών, οι γυναίκες που έχουν περιστασιακό σεξ με έναν άντρα του οποίου η σεξουαλική συμπεριφορά είναι άγνωστη πρέπει να επιμένουν στη χρησιμοποίηση προφυλακτικού⁶.

3. 11 Κολπική μονιλίαση

Προκαλείται από το μύκητα *Candida albicans* ή, λιγότερο συχνά, από την *Candida tropicalis*. Η *C. albicans* αποτελεί μέρος της φυσιολογικής χλωρίδας του δέρματος, του στόματος, του εντερικού σωλήνα και του κόλπου. Λοιμώξεις μπορούν, επομένως, να συμβούν ανεξάρτητα από την άμεση επαφή με μολυσμένο άτομο. Παρόλα αυτά όμως, μερικές γυναίκες μολύνονται κατά τη σεξουαλική επαφή, γιατί ασυμπτωματική μονιλίαση μπορεί να βρίσκεται σε λανθάνουσα κατάσταση κάτω από την ακροποσθία των μη περιτομημένων ανδρών. Πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι η συχνότητα της κολπικής μονιλίασης αυξάνει συνεχώς. Ίσως ο λόγος να είναι οι αλλαγές που παρατηρούνται στη σεξουαλική συμπεριφορά. Μερικοί ερευνητές πιστεύουν ότι οφείλεται στη μεγάλη χρήση αντιβιοτικών, που καταστρέφουν τη φυσιολογική χλωρίδα του κόλπου, επιτρέποντας έτσι την υπερβολική ανάπτυξη των μυκήτων. Τα κατασταλτικά του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ), τα κυτταροστατικά, ο διαβήτης και η εγκυμοσύνη ευαισθητοποιούν τη γυναίκα στη μονιλίαση.

Τα συμπτώματα της μονιλίασης του κόλπου είναι η άφθονη, τυροειδής, κολπική έκκριση, που μπορεί να προκαλέσει έντονο κνησμό στα έξω γεννητικά όργανα. Μερικές γυναίκες αισθάνονται πόνο κατά τη συνουσία και αίσθημα καύσου μετά την ούρηση, αν υπάρχει εξέλκωση από τον κνησμό. Τα συμπτώματα επιδεινώνονται ακριβώς πριν και μετά την έμμηνη ρύση, τότε που το περιβάλλον του κόλπου είναι πιο αλκαλικό.

Η μονιλίαση θεραπεύεται με κολπικές αντιμυκητιακές αλοιφές ή υπόθετα, όπως nystatin (Korostatin, Mycostatin, Nilstat), clotrimazol (Gyne-Lotrimin) ή miconazol (Monistat). Αρρώστιες με φαινομενικά δύσκολη μονιλίαση μπορεί να φιλοξενούν δύο ή περισσότερα από τα 18 υποστελέχη *C. albicans*. Στις περιπτώσεις αυτές χορηγούνται περισσότερα από ένα αντιμυκητιακά.

3. 12 Τριχομοναδική κολπίτιδα

Η Τριχομοναδική κολπίτιδα είναι πιθανό να μεταδίδεται περισσότερο απ' ό,τι η μονιλίαση με τη σεξουαλική επαφή, γιατί συχνά συνυπάρχει με γονόρροια. Η λοίμωξη μπορεί επίσης να μεταδοθεί από βρεγμένο τρίφτη μπάνιου, μαγιό, πετσέτες, ρύγχη κολπικής πλύσης και από το κάθισμα της τουαλέτας. Η τριχομονάδα του κόλλου, το πρωτόζωο που προκαλεί τη λοίμωξη, μπορεί να βρίσκεται σε λανθάνουσα κατάσταση για αόριστο χρόνο και να διατηρεί την ικανότητα της για μετάδοση τη στιγμή που ο ξενιστής είναι ασυμπτωματικός. Παράγοντες, όπως συγκινησιακό stress, μείωση αντίστασης ή μεταβολή του pH του κόλλου, μπορεί να ευνοήσουν τη λοίμωξη από τριχομονάδες. Χαρακτηριστικό σύμπτωμα είναι μια κιτρινοπράσινη αφρώδης έκκριση με έντονη κακοσμία. Βαριά λοίμωξη μπορεί να προκαλέσει φλεγμονή του αιδοίου και πόνο κατά την ούρηση και τη συνουσία. Κατά την εξέταση, τα τοιχώματα του κόλλου εμφανίζονται φλεγμονώδη, με ερυθρές, οχήματος φρούλας, βλατίδες, που ενδέχεται να υπάρχουν και στον τράχηλο.

Η θεραπεία εκλογής για λοιμώξεις από τριχομονάδες είναι συνήθως η μετρονιδαζόλη (Flagyl) Χορηγούνται είτε 2 g σε μία δόση, είτε 250 mg τρεις φορές την ημέρα, για επτά ημέρες. Η θεραπεία θα πρέπει να εφαρμόζεται συγχρόνως και στον άνδρα για αποφυγή συνεχούς επαναμόλυνσης.

Η μετρονιδαζόλη μπορεί να προκαλέσει μια δυσάρεστη αλλά προσωρινή μεταλλική γεύση. Όταν λαμβάνεται σε συνδυασμό με αλκοολούχα ποτά, μπορεί να προκαλέσει ναυτία, εμέτους και αίσθημα θερμότητας και έξαψης. Η θεραπεία αντενδείκνυται σε άρρωστες με δυσκρασία αίματος ή παθήσεις του ΚΝΣ, σε γυναίκες που θηλάζουν και σ' εκείνες που βρίσκονται στο πρώτο τρίμηνο της κύησης. Πρέπει να χορηγείται μετά από πλήρη αιματολογικό έλεγχο, γιατί προκαλεί μείωση της παραγωγής των λευκών αιμοσφαιρίων.

3. 13 Μη ειδική κολπίτιδα

Η μη ειδική κολπίτιδα προκαλείται από το μικρόβιο *Hemophilus vaginalis* ή *Cardnerella vaginalis*. Μεταδίδεται κυρίως με σεξουαλική επαφή, αν και μπορεί να μεταδοθεί και από πετσέτες και από το κάθισμα τουαλέτας. Οι γυναίκες που χρησιμοποιούν ενδομητρικά αντισυλληπτικά φαίνεται ότι έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν μη ειδική κολπίτιδα, απ' ό,τι οι γυναίκες που παίρνουν αντισυλληπτικά από το στόμα, αν και η ακριβής συσχέτιση δεν είναι ξεκάθαρη.

Η μη ειδική κολπίτιδα, κατά τη διάρκεια εγκυμοσύνης, μπορεί να προδιαθέσει σε πρόωρο τοκετό και ενδομητρίτιδα μετά τον τοκετό. Παρατηρήθηκε, επίσης, ότι υπάρχει κάποια σχέση ανάμεσα στη μη ειδική κολπίτιδα και τη βλεννοπυώδη τραχηλίτιδα, που μπορεί να οδηγήσει σε διαταραχή λειτουργίας των σαλπίγγων και στέρωση.

Τα τυπικά συμπτώματα της μη ειδικής κολπίτιδας περιλαμβάνουν κνησμό, πόνο κατά την ούρηση και πόνο κατά τη διάρκεια συνουσίας. Η χαρακτηριστική, φαιώδους χρώματος έκκριση, είναι ομοιογενής, θολερή και κάκοσμη. Η θεραπεία της λοίμωξης από αιμόφιλο περιλαμβάνει συνήθως την τοποθέτηση ποσότητας κρέμας σουλφοναμίδης (Sultrin, Triple Sulfa Cream) ίσης με το περιεχόμενο ειδικής συσκευής (πλαστικός προωθητήρας) ψηλά στον κόλλο μία φορά την ημέρα για 6—14 ημέρες. Στις γυναίκες που είναι αλλεργικές στις σουλφοναμίδες, η θεραπεία συνίσταται στην τοποθέτηση κολπικού υπόθετου, όπως νιτροφουραζόνης (Furacin), δύο φορές την ημέρα για 10 ημέρες. Αν χρειαστεί, χορηγούνται και αντιβιοτικά, όπως αμπικιλίνη ή τετρακυκλίνη. Το συνηθισμένο σχήμα απαιτεί τη χορήγηση 250 mg αμπικιλίνης 4 φορές την ημέρα για 10 ημέρες¹⁵.

3. 14 Οι ψείρες του εφηβαίου

Οι ηβικές ψείρες μοιάζουν με τις ψείρες των μαλλιών της κεφαλής. Είναι έντομα χωρίς φτερά και έχουν μέγεθος κεφαλιού μιας καρφίτσας. Οι ψείρες δεν μπορούν να πετάξουν και μεταφέρονται

από άνθρωπο σε άνθρωπο, συνήθως στη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής, όταν οι περιοχές εφηβιού και των δύο συντρόφων βρίσκονται σε στενή επαφή. Μερικές φορές μεταφέρονται και από τα κλινοσκεπάσματα ή τις πετσέτες. Οι ψείρες γραπώνονται από τις τρίχες με τα πίσω πόδια με τρόπο που δεν τους επιτρέπεται να πέσουν. Τρέφονται με το αίμα του ανθρώπου, που το ρουφούν από το δέρμα του.



Ψείρα του εφηβιού

Αυτό προκαλεί κνησμό και το μολυσμένο άτομο αρχίζει να ξύνεται. Η θηλυκή ψείρα γεννά περίπου 8 αυγά την ημέρα και τα στερεώνει επάνω στις τρίχες. Ύστερα από μία εβδομάδα, οι κόνιδες εκκολάπτονται και εξαπλώνονται και σε άλλες περιοχές του σώματος.

Η θεραπεία κάθε είδους ψείρας συνίσταται στη χρήση σκόνης, σαμπουάν ή λοσιόν που να περιέχει 1% εξαχλωρίδιο γ-βενζολίου ή 0,5% μαλάθιο, που φαίνεται να ερεθίζει λιγότερο το δέρμα. Υπάρχουν δύο μέθοδοι θεραπείας:

Η πρώτη συνίσταται στο προσεκτικό χτένισμα της περιοχής με μία χτένα με πυκνά δόντια, όταν ακόμα τα μαλλιά είναι βρεγμένα. Αυτό παίρνει πολύ χρόνο, αλλά είναι ουσιαστικό. Το άτομο που κάνει αυτή τη δουλειά πρέπει να κάθεται πάνω σε ένα κομμάτι εφημερίδας, έτσι ώστε οι ψείρες να πέφτουν σ' αυτή, για να μπορέσουμε στη συνέχεια να τις κάψουμε μαζί με τις κόνιδες. Μετά το χτένισμα, η περιοχή του εφηβιού πρέπει να πλυθεί πολύ καλά. Αυτή η θεραπεία πρέπει να επαναληφθεί και την επόμενη ημέρα.

Η δεύτερη μέθοδος που έχει προταθεί από πολλούς ειδικούς συνίσταται στο να αφήσουμε τη σκόνη, το σαμπουάν ή τη λοσιόν πάνω στα μαλλιά για 24 ώρες και στη συνέχεια να ξεπλύνουμε με άφθονο νερό. Συνήθως μια επάλειψη είναι αρκετή για να σκοτώσει τις ψείρες. Όμως, αν η εξάπλωση τους έχει προχωρήσει πολύ, η θεραπεία πρέπει να επαναλαμβάνεται για 7 ημέρες. Πρέπει επίσης να ακολουθούν την ίδια αγωγή και οι σεξουαλικοί σύντροφοι, χωρίς να είναι απαραίτητο να ξυρίζεται η περιοχή, j Αν κολλήσει ψείρες η γυναίκα στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, πρέπει να αποφεύγεται η θεραπεία με γ-βενζόλιο, αφού η ουσία αυτή μπορεί να απορροφηθεί από τον οργανισμό, να αποθηκευτεί στο λίπος του σώματος και να εμφανιστεί στο γάλα της μητέρας

3. 15 Ψώρα

Η ψώρα προκαλείται από το παράσιτο ακάρι της ψώρας, το οποίο εισχωρεί κάτω από το δέρμα και εκεί γεννάει τα αυγά του. Η ψώρα μπορεί να μεταδοθεί με τη σεξουαλική επαφή, καθώς επίσης και με οποιαδήποτε άλλη στενή επαφή. Είναι νόσος μεταδοτική.

Τα συμπτώματα της ψώρας είναι: έντονη φαγούρα (που αρχίζει 2-6 εβδομάδες μετά τη μόλυνση και συνήθως επιδεινώνεται κατά τη διάρκεια της νύχτας) και εξάνθημα δέρματος.

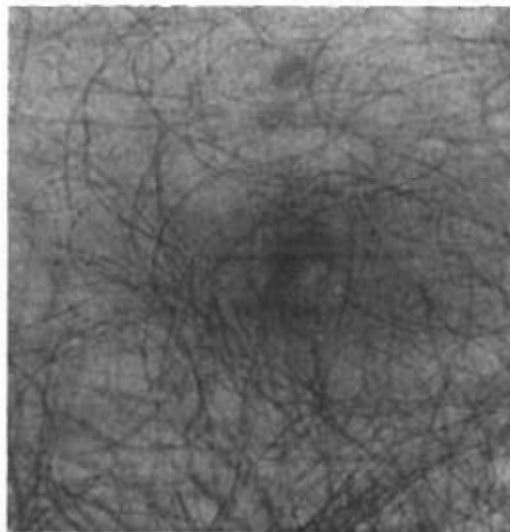
Το ακάρι της ψώρας προτιμά τα γεννητικά όργανα, τη μασχάλη, τις περιοχές μεταξύ των δαχτύλων ή γύρω από τις θηλές, τον ομφαλό, τους μηρούς κ.ά. Δεν προσβάλλει το πρόσωπο, το τριχωτό της κεφαλής και το λαιμό.

Για να απαλλαγούμε από το ακάρι της ψώρας, χρησιμοποιούμε ειδικά διαλύματα και κρέμες, με τα οποία επαλείφουμε όλο το σώμα εκτός από το κεφάλι, Για να πετύχει

η θεραπεία της ψώρας, πρέπει να γίνει συγχρόνως σε όλα τα άτομα της οικογένειας, με ταυτόχρονη απολύμανση των ενδυμάτων και κλινοσκεπασμάτων.

3. 16 Μολυσματική τέρμινθος

Η μολυσματική τέρμινθος οφείλεται σε έναν ιό που μεταδίδεται από άτομο σε άτομο με τη στενή σωματική επαφή και εισχωρεί στο δέρμα.



Μια κόκκινη, ερεθισμένη και ελκωτική βλατίδα μολυσματικής τέρμινθος μπορεί να μιμείται έρπητα των γεννητικών οργάνων.

Η μόλυνση από τον ιό προκαλεί μικρά, κόκκινα, φουσκωτά στίγματα (βλατίδες), που περιέχουν μικρή ποσότητα από ένα κολλώδες υλικό.

Παρά το γεγονός ότι η μολυσματική τέρμινθος μπορεί να παρουσιαστεί σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος, τα εξανθήματα αυτά απαντώνται συχνότερα στην περιοχή των γεννητικών οργάνων.

Αν τα εξανθήματα είναι αποκρουστικά ή ανησυχούν το άτομο, τότε μπορούν να καταστραφούν αν τα τρυπήσουμε με ένα αιχμηρό ξύλινο αντικείμενο βουτηγμένο σε φαινόλη και τα πιάσουμε μέχρι να βγει το κολλώδες περιεχόμενό τους. Η μολυσματική τέρμινθος δεν έχει κάποια σοβαρή επίπτωση και δεν πρέπει να εμπνέει καμία ανησυχία.

3. 17 Μαλακό έλκος

Είναι μία μολυσματική νόσος των γεννητικών οργάνων και προκαλείται από ένα μικρό

οργανισμό που ονομάζεται *Haemophilus Ducreyi*.

Μετά από τη σεξουαλική επαφή και σε διάστημα 2-5 ημερών (χρόνος επώασης 1-14 ημέρες), εμφανίζονται ένα ή και περισσότερα μικρά, επώδυνα σπυριά, συνήθως στα γεννητικά όργανα και ιδιαίτερα στην ακροποσθία, στη βάλανο και στο χαλινό για τους άντρες, ενώ για τις γυναίκες στα μεγάλα και μικρά χείλη του αιδοίου, στην κλειτορίδα, στον πρόδρομο του κόλπου, καθώς επίσης και στην περιπρωκτική περιοχή. Σπάνιες περιοχές εντόπισης είναι το στόμα, τα δάχτυλα και οι μαστοί.



Μαλακό έλκος: πολλαπλές εντοπισμένες διαβρωτικές ελκώσεις στον κορμό του πέους, ακριβώς δέξια, στη στεφάνη της βάλανου.

Χαρακτηριστική εκδήλωση της νόσου είναι η εμφάνιση της βλατίδας, σπυριά που μεγαλώνουν γρήγορα και στη συνέχεια σπάνε, δημιουργώντας έλκη με ακανόνιστη περιφέρεια και εσχαρωτή βάση. Είναι μαλακά, αιμοραγούν εύκολα και είναι εξαιρετικά επώδυνα. Τα σπυριά αυτά μοιάζουν με το έλκος της σύφιλης, που συνήθως είναι ένα, έχει σκληρές άκρες και δεν πονάει. Συνήθως παρατηρείται ένα έλκος, αν και περιγράφονται περιπτώσεις με περισσότερα έλκη (μέχρι και δέκα). Από τα γεννητικά όργανα το άτομο μπορεί να μολύνει και άλλες περιοχές του σώματος, στις οποίες αναπτύσσονται ανάλογα έλκη (αυτομόλυνση). Λίγες ημέρες μετά την εμφάνιση του έλκους παρατηρείται πόνος, φούσκωμα και δημιουργία αποστήματος με πύον στους βουβωνικούς λεμφαδένες (βουβώνας). Οι λεμφαδένες της βουβωνικής χώρας διογκώνονται και μπορεί να δημιουργήσουν μεταξύ τους ένα μεγάλο σε έκταση κόκκινο και επώδυνο οίδημα.

Η διάγνωση είναι σχετικά εύκολη και επιβεβαιώνεται με τη λήψη δείγματος από κάποιο από τα έλκη, το οποίο αφού χρωματιστεί κατάλληλα εξετάζεται κάτω από μικροσκόπιο για την ανίχνευση μικροοργανισμών. Στις περισσότερες περιπτώσεις δε χρειάζεται να γίνει κάτι τέτοιο, γιατί τα έλκη είναι πολύ χαρακτηριστικά και έτσι ο γιατρός μπορεί να δώσει απευθείας θεραπεία. Η θεραπεία συνίσταται στη χορήγηση σουλφamidών⁶.

3. 18 Αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα

Συνώνυμα Βουβωνικό λεμφοκοκκίωμα, Νόσος Durand-Nicolas- Favre, Κλιματικός βουβώνας

3.18.1 Ορισμός

Πρόκειται περί χρόνιας συστηματικής, σεξουαλικά μεταδιδόμενης νόσου, η οποία οφείλεται σε μόλυνση από *Χλαμύδια trachomatis*. Η νόσος σήμερα είναι σπάνια, και κρούσματα ανευρίσκονται σε τροπικές και υποτροπικές περιοχές της γης. Προσβάλλει κατ' εξοχήν άνδρες.

3.18.2 Αιτιολογία

Οφείλεται στο υποχρεωτικώς ενδοκυττάριο βακτήριο *Χλαμύδια trachomatis* και ειδικότερα στους ορότυπους L1, L2, και L3, οι οποίοι διαφέρουν από άλλα παθογόνα *Χλαμύδια*. Οι

συγκεκριμένοι αυτοί ορότυποι είναι πιο διεισδυτικοί και παθογόνοι, όταν βέβαια συγκρίνονται με άλλους υπότυπους Χλαμυδίων και μολύνουν τα μακροφάγα, με αποτέλεσμα συστηματική νόσο.

3.18.3 Επιδημιολογία

Το νόσημα είναι σπάνιο σήμερα και συνήθως τα κρούσματα εμφανίζονται σε τροπικές ή υποτροπικές χώρες (Αφρική, Ινδία, Μαλαισία, Βιετνάμ, Καραϊβική, Ν. Αμερική). Στην Αφρική και την Ινδία, αποτελεί το 2-10% όλων των ελκώσεων στην περιοχή των γεννητικών οργάνων. Στις Η.Π.Α, το 1997, ανακοινώθηκαν 113 νέα περιστατικά¹. Φαίνεται να είναι πιο συχνό στους άνδρες στην οξεία φάση, ενώ οι επιπλοκές είναι συνηθέστερες στις γυναίκες. Είναι συχνότερο σε άτομα ηλικίας 15-40 ετών, κυρίως κατοίκους αστικών περιοχών και ανήκοντες σε χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα. Η πηγή μόλυνσης φαίνεται να είναι ο πρωκτός των ομοφυλοφίλων ανδρών και ο τράχηλος της μήτρας των γυναικών φορέων, οι οποίες είναι ασυμπτωματικές στα αρχικά στάδια. Στους πάσχοντες και από HIV-λοίμωξη, η πορεία της νόσου μπορεί να είναι παρατεταμένη.

3.18.4 Παθογένεια

Τα Χλαμύδια εισέρχονται από μικροδιαβρώσεις των έξω γεννητικών οργάνων, προσβάλλοντας κατ' αρχάς μέσω των λεμφαγγείων, τους λεμφαδένες της περιοχής, οι οποίοι αποστηματοποιούνται. Τα αποστήματα ρήγνυνται μέσω της υπερκείμενης επιδερμίδας, δημιουργώντας συρίγγια. Η νόσος είναι συνήθως αυτοπεριοριζόμενη και ιάται με ινώσεις, με αποτέλεσμα διαταραχή της αρχιτεκτονικής των λεμφαδένων που έχουν προσβληθεί. Σπάνια παρατηρείται ελεφαντίαση των γεννητικών οργάνων. Στην περίπτωση της προσβολής του πρωκτού, η ίνωση μπορεί να δημιουργήσει πρωκτικά στενώματα.

3.18.5 Κλινική εικόνα

Η πορεία της νόσου ακολουθεί 3 ανεξάρτητα στάδια.

Το πρώτο στάδιο ακολουθεί την περίοδο επώασης, 30-40 ημέρες από τον ενοφθαλμισμό, και εκδηλώνεται με μια μικρή, ανώδυνη βλατίδα ή φλύκταινα, η οποία εν συνεχεία ρήγνεται μέσα σε λίγες Ημέρες και προκαλεί μια μικρή έλκωση, επίσης ανώδυνη ομοιάζουσα με τη δημιουργούμενη από τον απλό έρπητα. Στους άνδρες εντοπίζεται στη βαλανοποσθική αύλακα, στη βάλανο και την ακροποσθία, ενώ στις γυναίκες εντοπίζεται στο οπίσθιο τοίχωμα του αιδοίου, στον κόλπο ή τον τράχηλο της μήτρας. Οίδημα μπορεί να συνυπάρχει και στα δύο φύλα. Η βλάβη αυτή συνήθως υποχωρεί μέσα σε μία εβδομάδα ενώ συχνά δεν γίνεται αντιληπτή από τους πάσχοντες (ο Scieux το 1989 αναφέρει ότι μόνον 5 ασθενείς από τους 27 πάσχοντες θυμόντουσαν κάποια έλκωση στα γεννητικά όργανα τους)³.

Το δεύτερο στάδιο, γνωστό και ως βουβωνικό, συνήθως ακολουθεί 2 με 6 εβδομάδες μετά, αν και στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι μπορεί να καθυστερήσει ακόμη και μήνες. Το κυρίαρχο σύμπτωμα είναι η εμφάνιση μιας μεγάλης, συνήθως μονόπλευρης βουβωνικής λεμφαδενίτιδας. Οφειλόμενη στην παροχέτευση των μολυσμένων μακροφάγων, η οποία συμφύεται ταχύτατα με τους περιβάλλοντες ιστούς και αυξάνεται σε μέγεθος. Το υπερκείμενο δέρμα λεπτόνεται και στο 35% των περιπτώσεων έχουμε διάνοιξη και παροχέτευση πύου, η οποία διαρκεί εβδομάδες. Οι ουλές που ακολουθούν βοηθούν στη διάγνωση. Σε κάποιες περιπτώσεις, προσβάλλονται και οι μηριαίοι λεμφαδένες. Στο 65% των περιπτώσεων, δημιουργούνται σκληρές, μη διαπυούμενες μάζες. Βουβωνική αδενίτιδα παρατηρείται μόνον στο 20-30% των γυναικών ασθενών οι οποίες συνήθως παρουσιάζουν προσβολή του πρωκτού, αιδοίου, τραχήλου ή της οπίσθιας ουρήθρας, οι οποίες περιοχές παροχετεύονται στους περιπρωκτικούς ή εν τω βάθει λαγόνιους λεμφαδένες. Η συμμετοχή αυτών μπορεί να οδηγήσει σε συμπτώματα της κάτω κοιλιακής χώρας ή σε άλγος της ράχης. Σύνοδα συμπτώματα, όπως ρίγη, πυρέτιος κακουχία, μυαλγίες ή αρθραλγίες, μπορεί συχνά να συνυπάρχουν σε αυτό το στάδιο της νόσου. Η σπάνια συστηματική διασπορά της χλαμυδιακής λοίμωξης μπορεί να προκαλέσει αρθρίτιδα, πνευμονίτιδα, ηπατίτιδα, ή σπάνια περιηπατίτιδα.

Σπάνιες συστηματικές επιπλοκές περιλαμβάνουν καρδιακή συμμετοχή, πνευμονική λοίμωξη, ασηπτική μηνιγγίτιδα και Οφθαλμική φλεγμονώδη νόσο. Ακόμη αναφέρεται εμφάνιση πολυμόρφων ερυθρημάτων ή οζώδους ερυθρήματος.

Οι εκδηλώσεις του τρίτου σταδίου του νοσήματος περιλαμβάνουν γεννητικά ή πρωκτικά έλκη, συρίγγια βάλανου, οσχέου και περινέου και κάποτε απόφραξης της ουρήθρας και στενώματα του ορθού. Αφορά περισσότερο τις γυναίκες, οι οποίες στα δύο προηγούμενα στάδια ήταν ασυμπτωματικές. Οι πρωκτικές εκδηλώσεις αφορούν κυρίως ομοφυλόφιλους άνδρες ή γυναίκες οι οποίες εμπλέκονται σε ανάλογες επαφές.

Χωρίς κάποια αγωγή, η χρόνια λεμφαγγειίτιδα, με ισχαιμικές και νεκρωτικές αλλοιώσεις, μπορεί να οδηγήσουν σε ελεφαντίαση, με ινώματα, λεμφοίδημα και χρόνια λεμφική απόφραξη των γεννητικών οργάνων. Στις γυναίκες, η πάχυνση, ίνωση και μεγέθυνση των μεγάλων χειλέων του αιδοίου καλείται εσθιομένη.

3.18.6 Διάγνωση

Η διάγνωση βασίζεται στο συνδυασμό των κλινικών εκδηλώσεων και εργαστηριακών δεδομένων. Η καλλιέργειες του χλαμυδίου του τραχώματος είναι δύσκολη, ενώ παρατηρείται και διασταυρούμενη αντίδραση των ορολογικών εξετάσεων μεταξύ διαφόρων ορότυπων των Χλαμυδίων. Η καλλιέργεια είναι τεχνικά δύσκολη, ακριβή και όχι γρήγορη, ενώ το ποσοστό σε σχετικά ευρήματα δεν ξεπερνά το 30% σε ειδικά εργαστήρια.

Έτσι χρησιμοποιείται κυρίως η δοκιμασία καθίζησης του συμπληρώματος, βασιζόμενη στην ισχυρή ανοσολογική απόκριση του οργανισμού. Τίτλος αντισωμάτων μεγαλύτερος από 1:64, σε συνδυασμό με την κατάλληλη κλινική εικόνα, θεωρείται διαγνωστικός για το Αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα. Η δοκιμασία αυτή θετικοποιείται 2 εβδομάδες μετά την έναρξη των συμπτωμάτων. Ο τίτλος των αντισωμάτων δεν συμβαδίζει απαραίτητα με τη βαρύτητα των συμπτωμάτων, ενώ ακόμη δεν είναι απαραίτητη η μείωση του μετά τη θεραπεία.

Δοκιμασίες αλυσιδωτής αντίδρασης πολυμεράσης, αλλά και ανοσοφθορισμού με μονοκλωνικά αντισώματα αναφέρονται μεν ως διαγνωστικές τεχνικές για το νόσημα αλλά δεν χρησιμοποιούνται ως τεχνικές ρουτίνας. Η βιοψία των λεμφαδένων δεν είναι διαγνωστική.

3.18.7 Διαφορική διαγνωστική

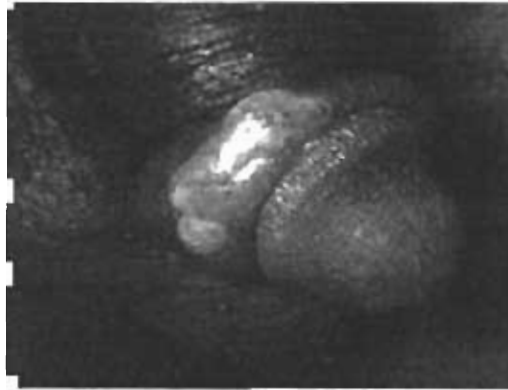
Στην πρόιμη βουβωνική μορφή της νόσου, η Δ/Δ περιλαμβάνει τη σύφιλη, το μαλακό έλκος, τον απλό έρπητα, το βουβωνικό κοκκίωμα, τη φιλαρίαση αλλά και τη βουβωνική αδενίτιδα από άλλες βλάβες των κ. άκρων. Οι αλλοιώσεις στον πρωκτό πρέπει να διαφοροδιαγνωσθούν από κακοήθεις όγκους της περιοχής, τραύματα, σχιστοσωμίαση ή φυματίωση. Ως αίτια ελεφαντίασης των γεννητικών οργάνων, θα πρέπει να αποκλεισθούν η φιλαρίαση, οι μύκητες, χα παράσιτα, η φυματίωση και το Βουβωνικό κοκκίωμα, το οποίο προκαλεί ψευδο-ελεφαντίαση.

3.18.8 Θεραπεία

Η διάνοιξη και παροχέτευση των προσβεβλημένων λεμφαδένων μπορεί να θεωρηθεί απαραίτητη, με σκοπό την πρόληψη δημιουργίας ελκών και συριγγίων. Φάρμακο εκλογής είναι η Δοξυκυκλίνη, σε δόση 100 mg, 2 φορές ημερησίως, επί 21 μέρες. Εναλλακτικό φάρμακο θεωρείται η Ερυθρομυκίνη, σε δόση 500 mg, 4 φορές ημερησίως, επίσης για 21 ημέρες¹⁶.

3. 19 Εξελκωτικό κοκκίωμα του αιδοίου ή βουβωνικό κοκκίωμα

Είναι μια σπανία σεξουαλικά μεταδιδόμενη νόσος, που εμφανίζεται συχνότερα στην Ανατολική Ασία, στη Λατινική Αμερική και στις τροπικές περιοχές των Ινδιών.



Η ακροποσθία ή η βάλανος του πέους είναι η πιο σπηθύης θέση του βουβωνικού κοκκιώματος στους άνδρες

Η μεταδοτικότητα της νόσου είναι πολύ μικρή και οι επαναλαμβανόμενες σεξουαλικές επαφές με μολυσμένο άτομο δε συνεπάγονται πάντα μόλυνση του υγιούς συντρόφου. Ο ακριβής χρόνος επώασης του βουβωνικού κοκκιώματος δεν είναι γνωστός, αλλά πιθανώς κυμαίνεται από 8-80 ημέρες.

Η λοίμωξη εντοπίζεται συνήθως στο δέρμα ή στο βλεννογόνο των εξωτερικών γεννητικών οργάνων και στην περιπρωκτική περιοχή, σε μικρό ποσοστό περιπτώσεων στη βουβωνική περιοχή και σπανίως στο στόμα, στα χείλη, στο φάρυγγα και στο πρόσωπο.

Αρχικά, μία ανώδυνη βλατίδα ή φυσαλίδα που γρήγορα εξελκώνεται σχηματίζει ένα ανώδυνο σαφώς διαγεγραμμένο αβαθές έλκος με έντονο κόκκινο χρώμα.

Η εργαστηριακή διάγνωση της νόσου επιτυγχάνεται με την εξέταση υλικού βιοψίας από την περιοχή της ανάπτυξης του ιστού. Με την μικροσκοπηση αναζητούνται τα ενδοκυττάρια ελυτροφόρα μικροβιακά κύτταρα (σωμάτια Donovan). Θεραπεία γίνεται όπως και στις άλλες σεξουαλικά μεταδιδόμενες νόσους

3. 20 Πρόληψη και υγεία των γεννητικών οργάνων του άντρα

Η ψηλάφιση των γεννητικών οργάνων είναι μία συνήθεια που πρέπει να ενταχθεί στην ατομική υγιεινή. Μία απλή και γρήγορη ψηλάφιση μία φορά το μήνα μπορεί να εντοπίσει προκαταβολικά πολλές ασθένειες, μολύνσεις, ακόμη και καρκίνο. Τα βήματα για την αυτοψηλάφιση είναι τα εξής:

- Τραβήξτε την πόσθη μέχρι να αποκαλυφθεί τελείως η βάλανος.
- Παρατηρήστε το δέρμα της βάλανου, που πρέπει να παραμένει λείο και λαμπερό, χωρίς αμυχές και κακώσεις.
- Παρατηρήστε την αύλακα στη βάση της βάλανου. Πρέπει να είναι καθαρή και χωρίς καμία σύμφυση.
- Παρατηρήστε το έξω στόμιο της ουρήθρας, που δεν πρέπει να έχει κοκκινίλες.

Πιέστε ελαφρώς τη βάλανο και προσέξτε αν βγάζει κάποιο υγρό.

Παρατηρήστε το δέρμα του πέους ψάχνοντας για κοκκινίλες, έλκη, σπυριά ή τραύματα.

- Πιέστε όλο το σώμα του πέους, αναζητώντας σκληρά μέρη ή εξογκώματα.
- Πιέστε απαλά με τα δάχτυλα και των δυο χεριών το όσχεο και τους όρχεις, αναζητώντας εξογκώματα ή σημεία που πονάνε.

Σε περίπτωση που βρείτε κάτι ασυνήθιστο, σπεύστε να επισκεφτείτε το γιατρό.

3. 21 Πρόληψη και υγεία των γεννητικών οργάνων της γυναίκας

Είναι σημαντικό να εξετάζουμε τακτικά την εξωτερική περιοχή των γεννητικών οργάνων. Παρατηρήστε και σημειώστε:

Όποιαδήποτε αλλαγή στο χρώμα ή στην υφή τους.

Αν υπάρχουν κοκκινίλες, έλκη, σπυριά ή πληγές.

Πιέζοντας απαλά τα χείλη με το εσωτερικό των δαχτύλων σας, βρείτε αν υπάρχει κάποιο εξόγκωμα ή κάποια περιοχή που πονά.

Για οποιαδήποτε αλλαγή στην οσμή των υγρών ή του αιδοίου επισκεφθείτε το γιατρό σας.

- Βεβαιωθείτε ότι δεν υπάρχουν παράσιτα ανάμεσα στο τρίχωμα του εφηβαίου.

Θα πρέπει να προσέξετε ιδιαίτερα οποιαδήποτε αλλαγή, ακόμη και αν δε σας προκαλεί ενοχλήσεις, και να συμβουλευτείτε έναν ειδικό χωρίς καμία καθυστέρηση.

3. 22 AIDS

3.22.1 Επιδημιολογία του AIDS

Τα πρώτα κρούσματα της επιδημίας του AIDS διαγνώστηκαν στις ΗΠΑ το 1981 και αφορούσαν νεαρούς ομοφυλόφιλους. Αυτό συνέβη πριν ακόμα ανακαλυφθεί το αίτιο της νόσου. Από το 1981 έως σήμερα, η νόσος εξαπλώθηκε και έλαβε μεγάλες διαστάσεις.

Από τα στατιστικά δεδομένα και τις μελέτες που έχουμε στη διάθεση μας, μπορούμε να διακρίνουμε τρία ξεχωριστά επιδημιολογικά μοντέλα της νόσου.

Το πρώτο μοντέλο αφορά τις χώρες της Β. Αμερικής, της Δ. Ευρώπης, της Αυστραλίας, της Ν. Ζηλανδίας και ορισμένες χώρες της Λατινικής Αμερικής και έχει τα εξής χαρακτηριστικά:

- Η ομοφυλοφιλική σχέση ήταν μέχρι τώρα ο κυριότερος τρόπος μετάδοσης του ιού.
- Η ετεροφυλοφιλική μετάδοση του ιού ευθύνεται για ένα σχετικά μικρό αριθμό περιπτώσεων, αλλά ο αριθμός αυτός έχει αρχίσει να αυξάνεται συνεχώς.
- Οι κυριότεροι υπεύθυνοι για την ετεροφυλοφιλική μετάδοση του ιού σε αυτό το μοντέλο είναι οι μολυσμένοι τοξικομανείς. Η μετάδοση του ιού με το αίμα και τα παράγωγα του κατά τις μεταγγίσεις έχει τεθεί υπό έλεγχο στις χώρες αυτού του μοντέλου.

•Επίσης, σε αυτό το μοντέλο, η αναλογία μολυσμένων αντρών προς γυναίκες είναι 10:1 και 15:1 υπέρ των αντρών.

•Η διασπορά της μόλυνσης στο γενικό πληθυσμό αυτών των χωρών δεν ξεπερνά το 1%, αλλά σε ορισμένες ομάδες υψηλού κινδύνου (π.χ. ομοφυλόφιλους) είναι δυνατόν να υπερβαίνει το 50%.

Το δεύτερο επιδημιολογικό μοντέλο αφορά την Αφρική και ορισμένες χώρες της Καραϊβικής. Τα χαρακτηριστικά του είναι τα εξής:

•Η μετάδοση του ιού είναι κυρίως ετεροφυλοφιλική και η σχέση μολυσμένων αντρών προς μολυσμένες γυναίκες είναι 1:1.

• Η ομοφυλοφιλική μετάδοση σε αυτό το μοντέλο καθώς και η μετάδοση λόγω τοξικομανίας είναι ή ανύπαρκτη ή πολύ χαμηλή.

• Εκτεταμένη μετάδοση σε αυτές τις χώρες φαίνεται ότι άρχισε τη δεκαετία του 1970 και σήμερα το ποσοστό των μολυσμένων ατόμων του γενικού πληθυσμού ξεπερνάει κατά πολύ το 1% και σε ορισμένες περιοχές φτάνει το 20% μεταξύ των σεξουαλικά ενεργών ατόμων. Το τρίτο επιδημιολογικό μοντέλο αφορά τις χώρες της Β. Αφρικής, της Ανατολικής Ευρώπης, της Ανατολικής Μεσογείου, την Ασία και το μεγαλύτερο μέρος του Ειρηνικού:

• Στις χώρες αυτές, ο HIV εισήχθη στη δεκαετία του 1980 και γι' αυτό προς το παρόν έχουμε μικρό αριθμό κρουσμάτων AIDS.

• Στις χώρες αυτές, παρατηρείται και ομοφυλοφιλική και ετεροφυλοφιλική μετάδοση του ιού).

• Ένας μεγάλος αριθμός μολυσθέντων ατόμων μολύνθηκε ύστερα από ταξίδι σε ενδημικές για το νόσημα περιοχές ή αφού ήρθε σε επαφή με ταξιδιώτες από άλλες χώρες.

Το τρίτο επιδημιολογικό μοντέλο αφορά τις Β.Αφρικής, της Α.Ευρώπης, της Α.Μεσογείου, την Ασία και το μεγαλύτερο μέρος του Ειρηνικού:

• Στις χώρες αυτές ο HIV εισήχθη στη δεκαετία του 1980 και γι' αυτό προς το παρόν έχουμε μικρό αριθμό κρουσμάτων AIDS.

• Στις χώρες αυτές παρατηρείται και ομοφυλοφιλική και ετεροφυλοφιλική μετάδοση του ιού.

• Ένας μεγάλος αριθμός μολυσθέντων ατόμων μολύνθηκε ύστερα από ταξίδι σε ενδημικές για το νόσημα περιοχές ή αφού ήρθε σε επαφή με ταξιδιώτες από άλλες χώρες⁶.

3.22.2 Το AIDS στον κόσμο

Τρία εκατομμύρια ασθενείς με aids στον κόσμο, δεκαεπτά εκατομμύρια οροθετικοί: αυτός είναι ο τελευταίος απολογισμός της επιδημίας σύμφωνα με τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας. τα κρούσματα aids κατανέμονται ως εξής: 67% στην Αφρική, 13% στις ΗΠΑ, 12% στις υπόλοιπες χώρες της Αμερικής, 5% στην Ευρώπη, 2% στην Ασία και λιγότερο από 1% στην Ωκεανία. η καταστροφή που είχαμε προαναγγείλει επαληθεύεται. το 1993 μολύνθηκαν δύο εκατομμύρια άνδρες, γυναίκες και παιδιά, από τους οποίους πιθανώς ενάμισι εκατομμύριο στην Αφρική. η επιδημία κερδίζει έδαφος κυρίως στην Αφρική και, εδώ και μερικά χρόνια, στη νότιο και νοτιοανατολική Ασία. κατά γενική εκτίμηση, το 90% των κρουσμάτων aids σε παγκόσμιο επίπεδο θα εκδηλωθούν κατά τη διάρκεια των προσεχών ετών σε αναπτυσσόμενες χώρες, γεγονός που θα έχει δραματικές κοινωνικές, οικονομικές και μακροπρόθεσμα δημογραφικές συνέπειες γι' αυτές. η διεθνής τράπεζα εκτιμά ότι στην υπό τη Σαχάρα ζώνη της Αφρικής το προσδόκιμο ζωής, αντί να αυξηθεί, θα σταθεροποιηθεί λόγω της εμφανίσεως του HIV. το aids θα εξελιχθεί σε σύμπτωμα αλλά και σε λόγο υπαναπτώξεως. προς το παρόν, ιδίως στην Ασία, τα περισσότερα προσβεβλημένα άτομα είναι ακόμη ασυμπτωματικά, και επομένως εύρωστα, όλα όμως οδηγούν στη σκέψη ότι θα εκδηλώσουν τη νόσο. τότε θα είναι η στιγμή που θα δούμε το πλήρες μέγεθος της καταστροφικής επιδημίας. η περίθαλψη των εκατομμυρίων ατόμων τα οποία θα διατρέχουν κίνδυνο θανάτου κατά τα επόμενα έτη αποτελεί επομένως μια από τις κυριότερες προκλήσεις της εποχής μας.

Στη Δύση, το AIDS έφερε στην επιφάνεια τις ελλείψεις της κοινωνίας μας, όπως άλλωστε έγινε και σε όλες τις άλλες περιοχές: ειδικότερα, έφερε στο φως την απίστευτη ευπάθεια των γυναικών και τις δυσκολίες για την περίθαλψη των ασθενών από τα επισφαλή υγειονομικά συστήματα των υπό ανάπτυξη χωρών³.

3.22.3 Οι διαστάσεις του προβλήματος

Το AIDS εξελίσσεται, όπως προέβλεπε το, σε παγκόσμια "μάστιγα του αιώνα μας". Με βάση τους υπολογισμούς από τις επιδημιολογικές μελέτες, οι σημερινοί φορείς ανέρχονται σε 10-11 εκατομμύρια. Ο αριθμός των πραγματικών αρρώστων από το AIDS σήμερα ξεπερνά κατά πολύ τις δηλωμένες επισήμως 418.404 περιπτώσεις στα "Κέντρα Αναφοράς". Πάντως, κατά τον Παγκόσμιο

Όργανισμό Υγείας ανέρχονται σε 1.200.000-1.500.000.

Στις 31.12.1990 τα κρούσματα ήσαν:

Στην Ισπανία 17,88 ανά 100,000 κατοίκους Στη Γαλλία 17,23 ανά Στην Ιταλία 13,12
ανά Στην Ελλάδα 3,71 ανά 100.000 κατοίκους

Ήδη δημιουργείται στενότητα κλινών ώστε, π.χ. σε πανεπιστημιακά Νοσοκομεία των Η.Π.Α. το 20-40% των κλινών σε παθολογικά τμήματα καταλαμβάνεται πλέον από ασθενείς με AIDS. Αποτέλεσμα αυτού είναι να περιορίζονται όλο και περισσότερο οι δυνατότητες για την εκπαίδευση των ειδικευομένων γιατρών στο σύνολο των νοσημάτων της Ίατρικής. Επίσης, αναζητούνται λύσεις με εξειδίκευση ιατρών και τη δημιουργία υπό ειδικότητας για την αποκλειστική απασχόληση τους με το AIDS.

Υπολογίσθηκε ότι οι νεκροί το 1991 θα έφθαναν το 1 εκατομμύριο και ότι οι θάνατοι στους άνδρες 25-34 ετών από το AIDS, θα ξεπερνούσαν όλους μαζί τους θανάτους από τα τροχαία ατυχήματα, αυτοκτονίες, καρδιοπάθειες και καρκίνο.

Κατά τη Βρετανική Ιατρική Επιθεώρηση "Lancet", το AIDS έχει γίνει ήδη ή κύρια αιτία θανάτου των γυναικών 20-40 ετών σε πολλές πόλεις της Αμερικής, τής Δυτικής Ευρώπης και των νοτιώς τής Σαχάρας Αφρικανικών χωρών. (28.7.90)¹⁷.

3.22.4 Τι είναι το AIDS

Το AIDS είναι ένα λοιμώδες νόσημα το οποίο οφείλεται στον ιό HIV (από τα αρχικά των λέξεων Human Immunodeficiency Vims) της ανθρώπινης ανοσοεπάρκειας, ο οποίος ανήκει στην οικογένεια των ρετροϊών και ανακαλύφθηκε στο τέλος του 1983 και στις αρχές του 1984. Οι ιοί αυτοί, για να πολλαπλασιαστούν, έχουν ανάγκη ένα ζωντανό κύτταρο. Στην περίπτωση του AIDS είναι τα Τ4 βοηθητικά λεμφοκύτταρα. Ο ιός HIV μπαίνει στο κύτταρο-στόχο με τη βοήθεια του ενζύμου «ανάστροφη τρανσκριπτάση», καταλαμβάνει το γενετικό μηχανισμό του κυττάρου και το υποχρεώνει να αναπαράγει αντίγραφα του εαυτού του, καταστρέφοντας το τελικά.

3.22.5 Πώς δημιουργήθηκε το AIDS

Έχουν διατυπωθεί πολλές θεωρίες σχετικά με την προέλευση του ιού του AIDS. Υπάρχουν πολλές ενδείξεις ότι ο ιός πρωτομόλυνε τον άνθρωπο στην Κεντρική Αφρική πριν δεκάδες χρόνια. Ο ιός του AIDS πέρασε από τον πράσινο πίθηκο της Αφρικής στον άνθρωπο. Στον πράσινο πίθηκο ο ιός δεν είναι παθογόνος. Ο τρόπος που μολύνθηκε ο άνθρωπος βασάνισε χρόνια τους μελετητές της νόσου. Ο ανθρωπολόγος A-nicet Kashamure, ο οποίος μελέτησε τα ήθη και τα έθιμα της φυλής Injwi, στο βιβλίο που έγραψε το 1973, περιγράφει ότι οι άντρες και οι γυναίκες της φυλής αυτής που ζουν σε ένα νησί της λίμνης Κίνι, για να αυξήσουν τη σεξουαλική τους ενεργητικότητα, εμβολίαζαν με αίμα πράσινου πιθήκου τους μηρούς, την ηβική χώρα και τη ράχη τους. Οι άντρες χρησιμοποιούσαν αίμα αρσενικού πιθήκου και οι γυναίκες θηλυκού. Συνεπώς, η μόλυνση ήταν αιματογενής.



Σημαντικόν βαθμὸν κατάρρευσης σὲ ασθενὴ με AIDS

3.22.6 Πώς μεταδίδεται ο ιός τον AIDS

Το AIDS είναι μια μεταδοτική ασθένεια, αλλά οι τρόποι μετάδοσης του είναι περιορισμένοι και αφορά το αίμα, το σπέρμα και τις κολπικές εκκρίσεις. Επομένως, μπορούμε να πούμε ότι το AIDS μεταδίδεται:

α. Λιματογενώς: Εδώ ο κύριος παράγοντας είναι το ολικό αίμα με τα κυτταρικά στοιχεία του, με το πλάσμα και με τους παράγοντες πήξης. Αυτός, βέβαια, ο κίνδυνος αφορούσε τους μεταγγιζόμενους πριν το 1985, γιατί από το Σεπτέμβριο του ίδιου χρόνου άρχισε ο έλεγχος για τον ιό του AIDS των αιμοδοτών και κατά συνέπεια ο κίνδυνος να πάρει κάποιος μολυσμένο αίμα έχει ελαχιστοποιηθεί. Σε όλο τον κόσμο αποκλείονται ως αιμοδότες οι ομοφυλόφιλοι και οι τοξικομανείς. Στους τοξικομανείς που κάνουν χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών με σύριγγες ή βελόνες κοινής χρήσης είναι δυνατή η μετάδοση του ιού και οφείλεται στη μεταφορά μικρής ποσότητας αίματος από το ένα άτομο στο άλλο κατά την κοινή χρήση.

β. Με σεξουαλική μετάδοση: Ο ιός ανιχνεύτηκε στο σπέρμα και στο τραχηλικό έκκριμα φορέων. Ο ρόλος της γενετήσιας οδού στη μετάδοση του AIDS είναι σημαντικός. Κατά συνέπεια, μολύνεται κάποιος κάνοντας όλες τις σεξουαλικές πράξεις, κατά φύση ή παρά φύση.

γ. Με περιγεννητική και κάθετη μετάδοση: Η μετάδοση γίνεται από τη μητέρα που έχει μολύνει το κύημα ή το νεογνό κατά τον τοκετό, λίγο μετά τη γέννηση και κατά τη διάρκεια του θηλασμού. Ο ιός μπορεί να απομονωθεί στο μητρικό γάλα και έχει βεβαιωθεί περίπτωση μόλυνσης νεογνού από θηλασμό. Η πιθανότητα προσβολής στην περιγεννητική περίοδο από τη μητέρα στο παιδί είναι 50% περίπου.

δ. Με άτυπη μετάδοση: Είναι δυνατή η μετάδοση του ιού με την είσοδο μικρής ποσότητας αίματος ή άλλων μολυσματικών υγρών και εκκρίσεων από τις αμυχές του δέρματος. Αυτό μπορεί να συμβεί με την ποινή χρήση ξυριστικών μηχανών, οδοντόβουρτσας και ερωτικών αντικειμένων.

3.22.7 Πώς δε μεταδίδεται ο ιός τον AIDS

Ο HIV δε μεταδίδεται με την καθημερινή συναναστροφή ούτε με τα βιολογικά υγρά, όπως ο ιδρώτας, το σάλιο, τα ούρα, τα κόπρανα κτλ. Γι' αυτό το λόγο, δεν υπάρχει κανένας κίνδυνος μόλυνσης κατά την κοινή οικογενειακή, σχολική, εργαστηριακή ή αθλητική συμβίωση με φορείς του I AIDS, ούτε με τη χρήση κοινών οικιακών σκευών, όπως χαρτοπετσέτες, πιάτα, ποτήρια, ούτε από τις τουαλέτες. Ο ιός επίσης δε μεταδίδεται μετά τσιμπήματα εντόμων. Τα εμβόλια, οι παράγοντες πήξεως και οι άνοσοσφαιρίνες (έτοιμα αντισώματα) δε μεταδίδουν τη λοίμωξη. Τέλος, δεν υπάρχει κανένας κίνδυνος για τους αιμοδότες⁶.

3.22.8 Κριτήρια διάγνωσης

Σύμφωνα με το CDC τα κριτήρια διάγνωσης του συνδρόμου AIDS σε έναν HIV θετικό ασθενή είναι:

1. Καντιντίαση βρόγχων, τραχείας, πνευμόνων.
 2. Καντιντίαση οισοφάγου.
 3. Διάσπαρτη ή εξωπνευμονική κοκκιδιοειδομύκωση.
 4. Εξωπνευμονική κρυπτοκόκκωση.
 5. Κρυπτοσποριδιάση για διάστημα μεγαλύτερο του 1 μήνα.
 6. Λοίμωξη από CMV, εκτός ήπατος, σπληνός ή λεμφαδένων.
 7. Αμφιβληστροειδίτιδα από CMV.
 8. Εγκεφαλοπάθεια που σχετίζεται με τον HIV.
 9. Απλός έρπητας που επιμένει πάνω από 1 μήνα ή βρογχίτιδα, πνευμονίτιδα, οισοφαγίτιδα.
 10. Διάχυτη ιστοπλάσμωση.
 11. Ισοσπορίαση με διάρροια διάρκειας άνω του 1 μήνα.
 12. Σάρκωμα Kaposi.
 13. Λέμφωμα Burkitt.
 14. Ανοσοβλαστικό λέμφωμα.
 15. Πρωτοπαθές λέμφωμα εγκεφάλου.
 16. Διάσπαρτη ή εξωπνευμονική λοίμωξη από μυκοβακτηρίδιο φυματίωσης πτηνών.
 17. Εξωπνευμονική λοίμωξη από μυκοβακτηρίδιο φυματίωσης.
 18. Διάσπαρτη ή εξωπνευμονική λοίμωξη από μυκοβακτηρίδιο άλλου γένους ή άτυπο.
 19. Πνευμονία από *Pn. carinii*
 20. Προοδευτική πολυεστιακή λευκοεγκεφαλοπάθεια.
 21. Υποτροπιάζουσα σηψαιμική σαλμονέλλωση.
 22. Τοξοπλάσμωση εγκεφάλου.
 23. Σύνδρομο απίσχνανσης
- Νέα κριτήρια διάγνωσης.
24. Πνευμονική φυματίωση.
 25. Διηθητικό καρκίνωμα τραχήλου μήτρας.
 26. Υποτροπιάζουσα πνευμονία¹².

Όταν ένα άτομο μολυνθεί από HIV, το ανοσοποιητικό του σύστημα απαντά με παραγωγή αντισωμάτων ενάντια στον ιό. Τα αντισώματα, γενικά, αναπτύσσονται μέσα σε 1 —4 μήνες μετά την έκθεση, μπορεί όμως να χρειαστούν και μεγαλύτερο διάστημα (6 — 14 μήνες). Δυστυχώς, τα αντισώματα για τον HIV είναι αναποτελεσματικά και δεν μπορούν να σταματήσουν την ανάπτυξη λοίμωξης HIV. Ωστόσο, η ικανότητα να τεκμηριωθεί η παρουσία αντισωμάτων HIV στο αίμα, επέτρεψε τον έλεγχο προϊόντων αίματος και διευκόλυνε τη διαγνωστική εκτίμηση ατόμων με λοίμωξη HIV.

Η δοκιμασία ELISA (enzyme-linked immunosorbent assay) προσδιορίζει την ύπαρξη αντισωμάτων που κατευθύνονται ειδικά στον HIV. Η δοκιμασία ELISA δεν τεκμηριώνει διάγνωση

AIDS, αλλά μάλλον δείχνει ότι το άτομο έχει εκτεθεί σε HIV ή έχει μολυνθεί με HIV. Άτομα των οποίων το αίμα περιέχει αντισώματα για HIV, θεωρούνται ότι είναι οροθετικά. Η Western blot είναι μια άλλη δοκιμασία που μπορεί να αναγνωρίσει την παρουσία αντισωμάτων HIV και χρησιμοποιείται για να επιβεβαιώσει οροθετικότητα που διαπιστώθηκε με την ανίχνευση ELISA.

Η αξιολόγηση των δοκιμασιών ανίχνευσης αντισώματος για HIV δίνεται παρακάτω. Ένα θετικό αποτέλεσμα δοκιμασίας ΣΗΜΑΙΝΕΙ ότι:

- Υπάρχουν αντισώματα για HIV στο σώμα σας.
- Έχετε μολυνθεί με HIV και το σώμα σας παράγαγε αντισώματα.
- Πιθανά, έχετε ενεργό ιό στο σώμα σας και θα πρέπει να παραδεχθείτε ότι μπορείτε να μεταδώσετε τον ιό σε άλλους.

Ένα θετικό αποτέλεσμα δοκιμασίας ΔΕΝ ΣΗΜΑΙΝΕΙ ότι:

- Έχετε οπωσδήποτε AIDS.
- Θα παρουσιάσετε AIDS στο μέλλον.
- Έχετε ανοσία στο AIDS.

Ένα αρνητικό αποτέλεσμα δοκιμασίας ΣΗΜΑΙΝΕΙ ότι:

• Δεν υπάρχουν στο αίμα σας αυτή τη χρονική στιγμή αντισώματα για HIV. Δύο πιθανές αιτίες γι' αυτό είναι ότι:

- Δεν έχετε μολυνθεί με HIV.
- Μολυνθήκατε με HIV, αλλά το σώμα δεν παράγαγε ακόμα αντισώματα.

Ένα αρνητικό αποτέλεσμα δοκιμασίας ΔΕΝ ΣΗΜΑΙΝΕΙ ότι:

- Είσατε εξασφαλισμένοι (μπορεί να έρθετε σε επαφή με τον ιό και να μολυνθείτε αργότερα).
- Είστε άνοσοι στον ιό.
- Δεν μολυνθήκατε με HIV (μπορεί να έχετε μολυνθεί, αλλά να μην παράγαγε ακόμα αντισώματα το σώμα σας)¹⁸.

3.22.9 Ποια είναι τα συμπτώματα τον AIDS

Τα συμπτώματα του AIDS στους ενήλικες εμφανίζονται μετά το στάδιο του φορέα, το οποίο θεωρείται το πρωταρχικό στάδιο για την εκδήλωση της νόσου. Τα συμπτώματα είναι μη ειδικά και ασαφή και είναι τα εξής:

- ✓ Απώλεια βάρους, που μπορεί σταδιακά να φτάσει στο 20-30% του αρχικού βάρους
- ✓ Ανεξήγητος πυρετός και νυχτερινός ιδρώτας
- ✓ Αρθραλγίες
- ✓ Ανεξήγητη διάρροια
- ✓ Επίμονος ξηρός βήχας
- ✓ Διόγκωση λεμφαδένων στο λαιμό και τις μασχάλες
- ✓ Αλλοιώσεις στο δέρμα, στο εσωτερικό του στόματος, στη μύτη και στα βλέφαρα.

3.22.10 Κατηγορίες ατόμων υψηλού κινδύνου

Πιο πρόσφοροι σε προσβολή από τον ιό του AIDS είναι:

A.Οι ομοφυλόφιλοι.

Β.Όσοι χρησιμοποιούν κοινή με άλλους σύριγγα για λήψη φαρμάκων ή ναρκωτικών.

Γ.Όσοι δε χρησιμοποιούν προφυλακτικό κατά τη σεξουαλική επαφή, καθώς και όσοι εναλλάσσουν τους ερωτικούς συντρόφους.

Δ.Οι αιμορροφιλικοί και οι δεχόμενοι μετάγγιση αίματος από ανεξέλεγκτη πηγή.

Ε.Τα παιδιά ασθενών μητέρων, τα οποία μπορούν να προσβληθούν ως έμβρυα κατά την περίοδο της κύησης ή και αργότερα με το θηλασμό.

3.22.11 Θεραπεία

Ακόμα δεν υπάρχει αποτελεσματική θεραπεία που να προκαλεί ίαση στο ήδη μολυσμένο άτομο. Η θεραπεία είναι συμπτωματική έναντι των ευκαιριακών λοιμώξεων και καρκίνων. Ανάμεσα στα δραστικά φαρμακευτικά προϊόντα, μόνο το AZT έδειξε ευνοϊκά αποτελέσματα σε αρκετούς πάσχοντες από το AIDS, καθώς επίσης και στους φορείς. Τα πειράματα και η έρευνα συνεχίζονται για την ανακάλυψη και άλλων ουσιών λιγότερο τοξικών που θα μπορούσαν να εφαρμοστούν στο πρώιμο στάδιο της μόλυνσης. Τέλος, πρέπει να σημειωθεί πως δεν υπάρχει και ούτε θα υπάρξει σύντομα παθητική (αντιορός) ή ενεργητική ανοσοποίηση (εμβόλιο) έναντι του ιού, λόγω σημαντικών εμποδίων που υπάρχουν για την παρασκευή τους⁶.

3.22.12 Υγειονομική εκπαίδευση και πρόληψη της μετάδοσης του HIV

Η υγειονομική εκπαίδευση αναφορικά με την πρόληψη και τον έλεγχο του AIDS πρέπει πάντοτε να έχει ως στόχο τη μεταβολή της επικίνδυνης συμπεριφοράς, την ελάττωση του κινδύνου έκθεσης και μετάδοσης, τη μείωση του ψυχοκοινωνικού άγχους και την υποστήριξη των ατόμων, ώστε να αναπτύξουν τις ικανότητες τους για να αντιμετωπίσουν την κατάσταση. Για να γίνει αυτό εφικτό, πρέπει να εκπαιδευθούν τα άτομα που έχουν προσβληθεί άμεσα από τη νόσο καθώς επίσης και τα άτομα εκείνα που έρχονται σε συστηματική και συχνή επαφή (ιδιαίτερα σεξουαλική) μαζί τους. Για παράδειγμα, η οικογένεια, οι φίλοι και οι εργοδότες χρειάζονται τόση εκπαίδευση, όση και αυτοί που έχουν προσβληθεί, αν και η συζήτηση σχετικά με τον ασθενή πρέπει να σέβεται κάθε του επιθυμία αναφορικά με την εμπιστευτικότητα.

Προκειμένου να επιτυγχάνεται η μέγιστη αποτελεσματικότητα, τα εκπαιδευτικά προγράμματα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τα χαρακτηριστικά των διαφόρων ομάδων, τις γνώσεις τους και τη στάση τους, τη δυνατότητα τους να καταλαβαίνουν τεχνικές πληροφορίες, τον τρόπο με τον οποίο οι πληροφορίες θα φθάσουν καλύτερα & αυτούς, και τους τύπους επικοινωνίας που τους ταιριάζουν περισσότερο. Οι πληροφορίες πρέπει να είναι πραγματικές, αλλά συγχρόνως να είναι και προσαρμοσμένες στο κοινωνικοπολιτιστικό επίπεδο των ατόμων. Έτσι, για παράδειγμα, οι χρήστες ναρκωτικών χρειάζονται διαφορετική διαφώτιση από αυτή που απευθύνεται σε έγκυες γυναίκες, και αυτές με τη σειρά τους χρειάζονται διαφορετική από αυτή που ταιριάζει σε ομοφυλόφιλους. Οι αποφάσεις αναφορικά με τον τρόπο, με τον οποίο οι εκπαιδευτικές πληροφορίες θα φθάνουν στον πληθυσμό-στόχο, τα κανάλια, μέσω των οποίων θα διοχετεύονται, και τα άτομα, που θα μεταφέρουν τα μηνύματα, πρέπει, επίσης, να λαμβάνονται σε σχέση με αυτό τον ίδιο τον πληθυσμό, τα χαρακτηριστικά του και την κοινωνική του κατάσταση.

Η σεξουαλική μετάδοση του HIV είναι ο κυριότερος τρόπος μετάδοσης. Η αλλαγή της σεξουαλικής συμπεριφοράς είναι συχνά ευχάριστη ή έχει κάποια συμβολική σημασία. Έτσι, ακόμη και μπροστά στον πραγματικό κίνδυνο της λοίμωξης, τα άτομα μπορεί να ανθίστανται στην αλλαγή.

Τα σημεία που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την παροχή αποτελεσματικής υγειονομικής εκπαίδευσης, είναι:

- ❖ Ο πιο αποδεκτός τρόπος για να επιτευχθεί μια αλλαγή συμπεριφοράς.
- ❖ Τα άτομα ή οι ομάδες που βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο.

- ❖ Οι δραστηριότητες των ατόμων, οι οποίες τα θέτουν σε κίνδυνο.
- ❖ Το στίγμα ή η καταδίκη των ατόμων και των ομάδων υψηλού κινδύνου, γεγονός που τους δημιουργεί δυσκολία στο να ζητήσουν θεραπεία ή να δεχθούν βοήθεια ή πληροφορίες για την πρόληψη.
- ❖ Οι αιτίες για τη συνεχιζόμενη επικίνδυνη συμπεριφορά.
- ❖ Οι τύποι της αντίδρασης στην αλλαγή της επικίνδυνης συμπεριφοράς.
- ❖ Η ανταμοιβή που αντιλαμβάνονται ότι θα έχουν, όταν αλλάξουν συμπεριφορά.
- ❖ Η ερώτηση αν είναι ρεαλιστικό το να περιμένει κανείς να αλλάξουν οι άνθρωποι τη στάση τους και τη συμπεριφορά τους και να σταματήσουν τις επικίνδυνες πρακτικές.
- ❖ Τα διαθέσιμα μέσα για τη διάδοση των πληροφοριών για την πρόληψη.
- ❖ Η δράση που πρέπει να αναλαμβάνεται όταν αναπτύσσεται η νόσος ο τύπος βοήθειας που πρέπει να παρέχεται στα προσβληθέντα άτομα, στις οικογένειες τους και στους φίλους τους.
- ❖ Οι τοπικές παραδόσεις σε σχέση με την κοινή χρήση μέσων και την αμοιβαία βοήθεια.
- ❖ Η εμπειρία των κοινοτήτων που έχουν αντιμετωπίσει προηγούμενες κρίσεις (επιδημίες, φυσικές καταστροφές).
- ❖ Οι τοπικές κοινοτικές ομάδες ή άτομα ή αρχηγοί ομάδων που ασκούν επιρροή, ώστε να βοηθήσουν στην αλλαγή της συμπεριφοράς¹⁹.

3.22.13 Πρόληψη

Άτομα με ύποπτα συμπτώματα για A.I.D.S. και με υψηλό κίνδυνο για τη νόσο αυτή δεν επιτρέπεται να δίνουν αίμα (αιμοδότες), ούτε να χρησιμοποιούνται ιστοί ή όργανα τους για μεταμοσχεύσεις. Ακόμη ενημερώνονται για τον κίνδυνο που διατρέχουν να πάσχουν από A.I.D.S.

- Συνιστάται αλλαγή στη σεξουαλική συμπεριφορά.
- Αποφεύγετε σεξουαλικές σχέσεις με άγνωστα άτομα.
- Έχετε σεξουαλικές σχέσεις μόνο με ένα άτομο, το οποίο γνωρίζετε ότι είναι υγιές.
- Αποφεύγετε σεξουαλικές σχέσεις με άτομα που έχουν φλεγμονή.
- Εφαρμόζεται λεπτομερειακή ατομική υγιεινή.
- Αποφεύγεται η λήψη φαρμάκων που καταστέλλουν το ανοσοβιολογικό σύστημα.
- Ενημερώνεται το κοινό για τα σημεία και συμπτώματα φλεγμονής και για την αξιολόγηση τους.
- Ενισχύεται το ανοσοβιολογικό σύστημα με καλή διατροφή, άσκηση και κανονικό ύπνο.
- Ενισχύονται αλλαγές σχετικά με την υγιεινή διαβίωσης.
- Οι ομοφυλόφιλοι ενισχύονται να έχουν μονογαμικές σχέσεις. Έτσι μειώνεται ο κίνδυνος να προσβληθούν από την αρρώστια ή να την μεταδώσουν. Άλλα άτομα δεν πρέπει να έρχονται σε επαφή με εκκρίματα ή απεκκρίματά τους όπως σάλιο, κόπρανα, ούρα.
- Οι τοξικομανείς που κάνουν χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών, ενημερώνονται να χρησιμοποιούν μόνο αποστειρωμένο υλικό²⁰.

3.22.14 Επιδημιολογικά δεδομένα

Παρακάτω αναφέρονται στατιστικά δεδομένα από την επιδημιολογική επιτήρηση του AIDS στην Ελλάδα. Η συλλογή των δηλώσεων γίνεται από τις 18 μονάδες Ειδικών Λοιμώξεων, τα Κέντρα Αναφοράς και τα Γενικά, Περιφερικά και Νομαρχιακά Νοσοκομεία. Τα δεδομένα καταγράφονται και επεξεργάζονται από το γραφείο HIV λοίμωξης. Οι δηλώσεις γίνονται καθ' όλη τη διάρκεια του χρόνου, τα αποτελέσματα όμως παρουσιάζονται σε εξαμηνιαίες περιόδους και υπόκεινται σε διορθώσεις, συμπληρώσεις και αλλαγές σύμφωνα με τα εκάστοτε διαθέσιμα δεδομένα. Οι δηλώσεις γίνονται με χρήση καθορισμένων μηνιαίων φορμών εξασφαλίζοντας την ομοιογένεια των δεδομένων.

Για λόγους επιδημιολογικής επιτήρησης, στατιστικής επεξεργασίας και προσδιορισμού των διαχρονικών τάσεων, έγινε αναδρομική συλλογή των διαθέσιμων στοιχείων για τις περιπτώσεις που η οροθετικότητα διαπιστώθηκε πριν από το 1998. Η προσπάθεια αυτή ολοκληρώθηκε μέσα στο 1999 με τη συνεργασία των Κέντρων Αναφοράς και των Μονάδων Ειδικών Λοιμώξεων της χώρας.

Εγκυρότητα-Πληρότητα δεδομένων

Κρούσματα AIDS : Λόγω της συστηματικής και διαχρονικής παρακολούθησης των ασθενών στις Μονάδες Ειδικών Λοιμώξεων, τα δεδομένα που αφορούν το σύνολο των ατόμων που βρίσκονται υπό αντιρετροϊκή αγωγή εμφανίζουν μεγάλη εγκυρότητα και ακρίβεια. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι ασθενείς βρίσκονται σε συνεχή επικοινωνία με τους θεράποντες γιατρούς γεγονός που καθιστά δυνατή την επιβεβαίωση ή διόρθωση των δεδομένων.

Παρουσίαση δεδομένων.

Η παρουσίαση των δεδομένων γίνεται με τη χρήση πινάκων και σχημάτων ανά έτος, φύλο, κατηγορία μετάδοσης και ηλικιακή ομάδα.

AIDS: Η επεξεργασία των στοιχείων γίνεται με βάση τη χρονιά διάδοσης και όχι τη χρονιά δήλωσης, διότι έτσι εκτιμώνται καλύτερα οι διαχρονικές τάσεις. Οι πίνακες παρουσιάζουν τα δεδομένα όπως έχουν δηλωθεί, χωρίς καμία επιπλέον στατιστική επεξεργασία. Αντίθετα στα σχεδιαγράμματα τάσεων, τα δεδομένα έχουν διορθωθεί με ειδικά στατιστικά μοντέλα, συνεκτιμώντας τις καθυστερήσεις στη δήλωση των κρουσμάτων.

Νεοδιογνωσθέντα κρούσματα AIDS

Το πρώτο εξάμηνο ίου 2003 διαγνώστηκαν 25 νέα κρούσματα AIDS εκ των οποίων 20 (80%) είναι άνδρες και 5 (20%) γυναίκες . Από αυτά, τα 17 είχαν ήδη εμφανίσει AIDS όταν δηλώθηκαν για πρώτη φορά. Η μετάδοση μέσω της ομοφυλοφιλικής σεξουαλικής επαφής στους άνδρες αποτελείτο 48% των νέων κρουσμάτων και ακολουθεί η μετάδοση μέσω ετεροφυλοφιλικής σεξουαλικής επαφής με ποσοστό 24% . Η πλειονότητα των νέων κρουσμάτων αφορά ηλικίες μεταξύ 25-44 ετών .

Νεοδιογνωσθέντα κρούσματα AIDS κατά φύλο στην Ελλάδα			
Φύλο	N	%	Gender
Άνδρες	20	(80)	Male
Γυναίκες	5	(20)	Female

Σύνολο	25	(100)	Total
--------	----	-------	-------

Νεοδιαγνωσθέντα κρούσματα AIDS κατά κατηγορία μετάδοσης και φύλο στην Ελλάδα από 1/1/03 – 30/6/03

Κατηγορία μετάδοσης	Άνδρες (N)	Males (%)	Γυναίκες (N)	Females (%)	Σύνολο (N)	Total (%)
Ομο/αμφιφυλοί άνδρες	12	(60)	-	-	12	(48)
Χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών	2	(10)	0	(0)	2	(8)
Πολυμεταγγιζόμενοι με παράγωγα αίματος	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Μεταγγιζόμενοι	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Ετερόφυλοι	1	(5)	5	(100)	6	(24)
Κάθετη μετάδοση	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Ακαθόριστοι	5	(25)	0	(0)	5	(20)
Σύνολο	20	100%	5	100%	25	100%

Νεοδιαγνωσθέντα κρούσματα AIDS κατά ηλικιακή ομάδα κατά τη διάγνωση και φύλο στην Ελλάδα από 1/1/03 – 30/6/03

Ηλικιακή ομάδα	Άνδρες (N)	Males (%)	Γυναίκες (N)	Females (%)	Σύνολο (N)	Total (%)
0-12 ετών	0	(0)	0	(0)	0	(0)
13-24 ετών	0	(0)	1	(20)	1	(4)
25-29 ετών	5	(25)	1	(20)	6	(24)
30-34 ετών	1	(5)	1	(20)	2	(8)
35-39 ετών	5	(25)	0	(0)	5	(20)
40-44 ετών	2	(10)	0	(0)	2	(8)
45-49 ετών	1	(5)	1	(20)	2	(8)
50-54 ετών	1	(5)	0	(0)	1	(4)
55+	5	(25)	1	(20)	6	(24)

Άγνωστη	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Σύνολο	20	100%	5	100%	25	100%

Συνολικός αριθμός κρουσμάτων AIDS

Ο συνολικός αριθμός των κρουσμάτων AIDS που δηλώθη-καν στην Ελλάδα μέχρι τις 30 Ιουνίου 2003, ανέρχεται σε 2394 εκ των οποίων 2055 (85,8%) είναι άνδρες και 339(14,2%) είναι γυναίκες .

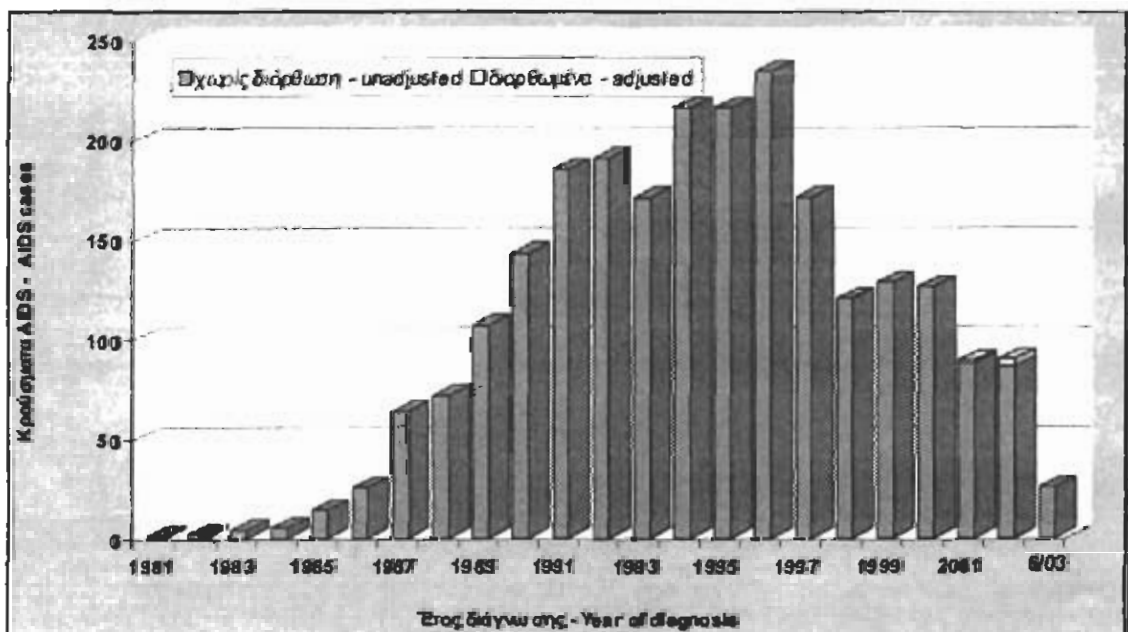
Η ερμηνεία των διαχρονικών τάσεων του AIDS πρέπει να γίνει υπό το πρίσμα δυο πολύ" σημαντικών αλλαγών στην ιστορία της νόσου, δηλαδή την επέκταση των κριτηρίων για τη διάγνωση των κρουσμάτων AIDS το 1993 και την εισαγωγή των νέων συνδυασμένων θεραπειών (HAART) το 1996.

Η απότομη αύξηση που παρατηρείται τα έτη 1993-96 οφείλεται στον αυξημένο αριθμό κρουσμάτων ακριβώς λόγω της επέκτασης των κριτηρίων για τη διάγνωση της νόσου. Αντίθετα η μεγάλη μείωση στην επίπτωση του AIDS που παρατηρείται από το 1997 μέχρι και σήμερα οφείλεται στις νέες α-νπρετροϊκές αγωγές (HAART). Ο αριθμός των νέων κρουσμάτων AIDS κατά το έτος 2002 παραμένει χαμηλός ωστόσο αναμένεται να είναι λίγο μεγαλύτερος από αυτόν του 2001 με Βάση τα πιθανοθεωρητικά μοντέλο για τις καθυστερήσεις στη δήλωση. Εξαγωγή συμπερασμάτων για το έτος 2003 δε μπορεί να γίνει Βάσει των στοιχείων του εξαμήνου .

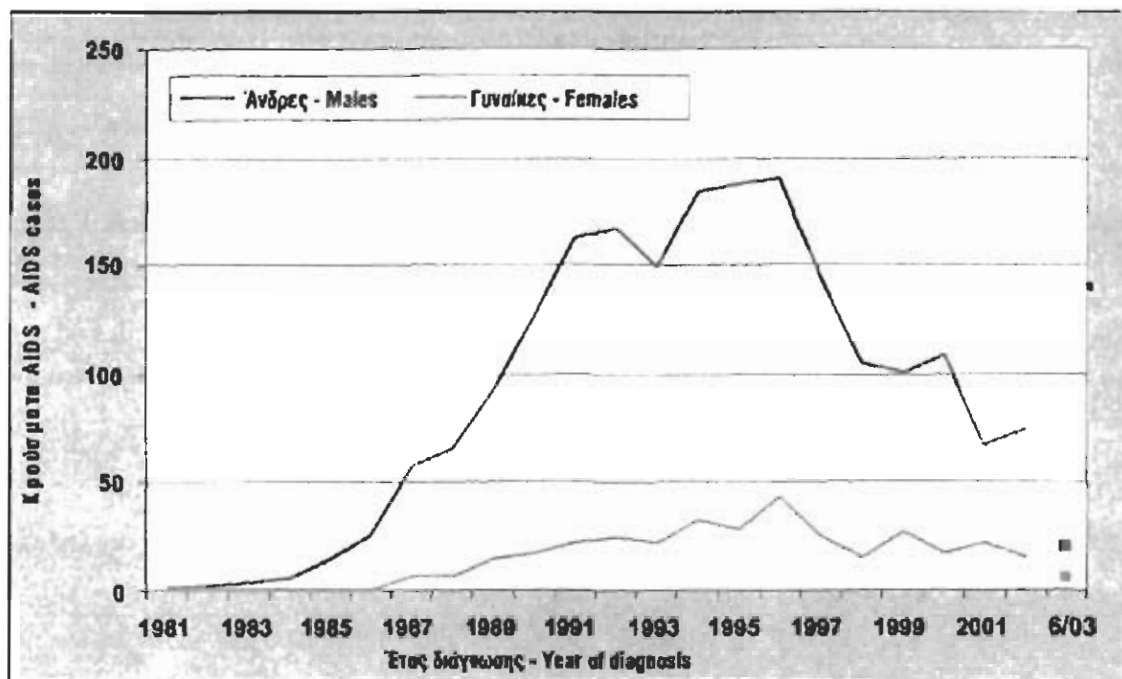
Έτος διάγνωσης	Άνδρες		Γυναίκες		Σύνολο N	Συχνότητα Ανά εκατομμύριο πληθυσμού
	N	%	N	%		
1981	1	(0,0)	0	(0,0)	1	0,10
1982	2	(0,1)	0	(0,0)	2	0,20
1983	4	(0,2)	0	(0,0)	4	0,41
1984	5	(0,2)	0	(0,0)	5	0,51
1985	14	(0,7)	0	(0,0)	14	1,41
1986	25	(1,2)	0	(0,0)	25	2,51
1987	58	(2,8)	6	(1,8)	64	6,40
1988	66	(3,2)	6	(1,8)	72	7,17
1989	93	(4,5)	14	(4,1)	107	10,61

1990	126	(6,1)	17	(5,0)	143	14,07
1991	163	(7,9)	22	(6,5)	185	18,05
1992	167	(8,1)	24	(7,1)	191	18,50
1993	149	(7,3)	22	(6,5)	171	16,47
1994	184	(9,0)	32	(9,4)	216	20,72
1995	188	(9,1)	28	(8,3)	216	20,66
1996	191	(9,3)	43	(12,7)	234	22,34
1997	146	(7,1)	25	(7,4)	171	16,29
1998	105	(5,1)	15	(4,4)	120	11,42
1999	101	(4,9)	27	(8,0)	128	12,17
2000	109	(5,3)	17	(5,0)	126	11,96
2001	66	(3,2)	22	(6,5)	88	8,04
2002	72	(3,5)	14	(4,1)	86	7,82
Ιούνιος 2003	20	(1,0)	5	(1,5)	25	
Σύνολο	2055	(100,0)	339	(98,5)	2394	

Συνολικά δηλωθέντα κρούσματα AIDS κατά έτος διάγνωσης στην Ελλάδα μέχρι τις 30/06/2003, συνεκτιμώντας τις καθυστερηθείς στη δήλωση Cumulative AIDS cases by year of diagnosis reported in Greece by 30/06/2003, adjusted (or reporting delays)



Συνολικά δηλωθέντα κρούσματα AIDS κατά έτος διάγνωσης και φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 30/06/2003, συνεκτιμώνται τις καθυστερήσεις στη δήλωση



Κατηγορίες μετάδοσης AIDS

Ο κυριότερος τρόπος μετάδοσης παραμένει η σεξουαλική επαφή μεταξύ ανδρών (57,6%) και ακολουθεί η ετεροφυλοφιλική (για άνδρες και γυναίκες) σεξουαλική επαφή (19,1%). Οι περιπτώσεις που οφείλονται στους υπόλοιπους τρόπους μετάδοσης εμφανίζουν μικρά ποσοστά. Οι περιπτώσεις που δεν ήταν δυνατό να προσδιοριστεί ο πιθανός τρόπος μόλυνσης ανέρχονται στο 11%.

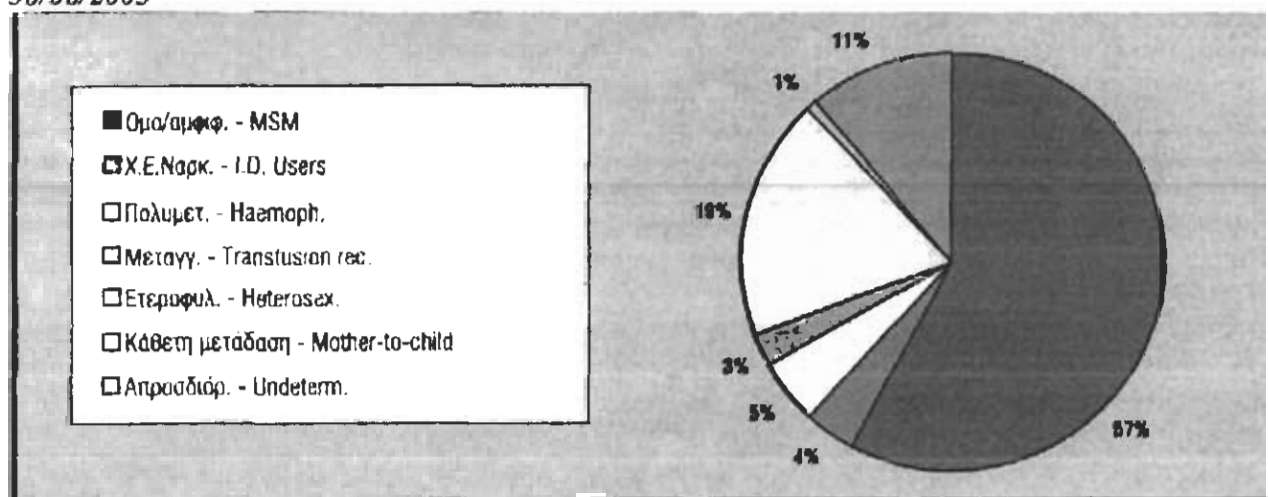
Η μείωση που εμφανίζεται τα τελευταία έτη στην ομάδα των ομοφυλόφιλων ανδρών είναι σχεδόν αναλογική με τη συνολική μείωση των κρουσμάτων AIDS. Η ποσοστιαία αναλογία του τρόπου μετάδοσης για την κατηγορία των ανδρών που έχουν σεξουαλικές επαφές με άλλους άνδρες παραμένει σταθερή όπως και στη μετάδοση μέσω ετεροφυλοφιλικής σεξουαλικής επαφής. Διαχρονικά το ποσοστό των μολύνσεων που οφείλονται σε χρήση ενδοφλεβίων ναρκωτικών παραμένει αναλογικά χαμηλότερο στην Ελλάδα σε σχέση με τις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες.

Η μετάδοση μέσω της ετεροφυλοφιλικής οδού αποτελεί πολύ κρίσιμο παράγοντα για την εξάπλωση της λοίμωξης στον πληθυσμό. Όσον αφορά την υποκατηγορία μετάδοσης μέσω της ετεροφυλοφιλικής οδού, η πλειονότητα των κρουσμάτων είναι άτομα που κατάγονται ή ταξιδεύουν σε χώρες με συχνή ετεροφυλοφιλική μετάδοση (45%) και ακολουθεί η σεξουαλική επαφή με οροθετικό άτομο με ακαθόριστη πηγή μόλυνσης και οι περιπτώσεις όπου υπάρχει ισχυρή ένδειξη ετεροφυλοφιλικής μετάδοσης, μη προσδιορίσιμη.

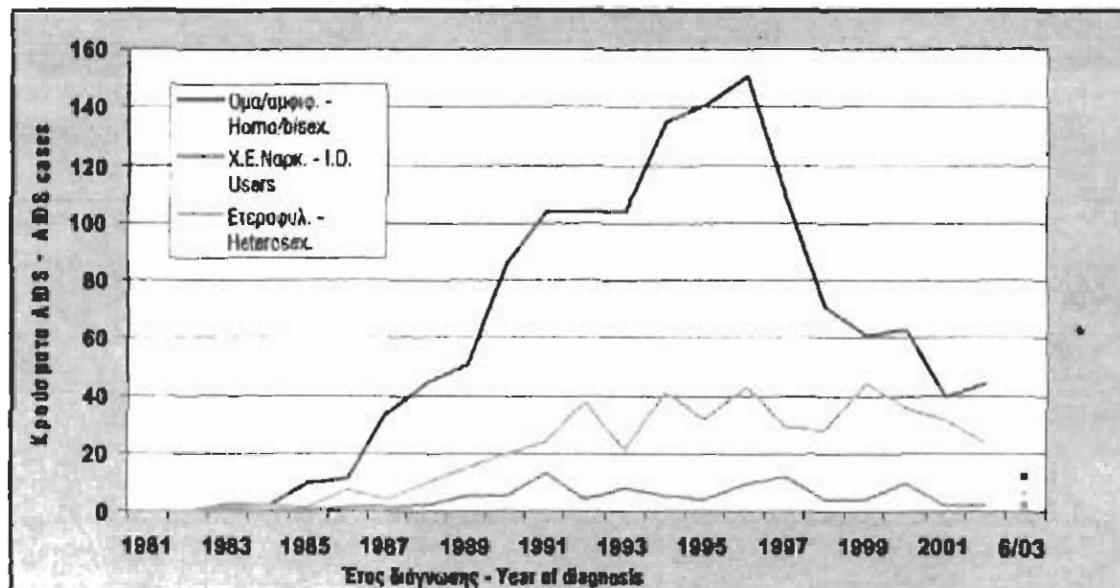
Συνολικά δηλωθέντα κρούσματα AIDS κατά κατηγορία μετάδοσης και φύλο στην Ελλάδα μέχρι 30/6/03

Κατηγορία μετάδοσης	Άνδρες (N)	Males (%)	Γυναίκες (N)	Females (%)	Σύνολο (N)	Total (%)
Ομο/αμφιφυλοι άνδρες	1379	(67,1)	-	-	1379	(57,6)
Χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών	71	(3,5)	22	(6,5)	93	(3,9)
Πολυμεταγγιζόμενοι με παράγωγα αίματος	114	(5,5)	5	(1,5)	119	(5,0)
Μεταγγιζόμενοι	35	(1,7)	27	(8,0)	62	(2,6)
Ετερόφυλοι	217	(10,6)	241	(71,1)	458	(19,1)
Κάθετη μετάδοση	9	(0,4)	11	(3,2)	20	(0,8)
Ακαθόριστοι	230	(11,2)	33	(9,7)	263	(11,0)
Σύνολο	2055	100%	339	100%	2394	100%

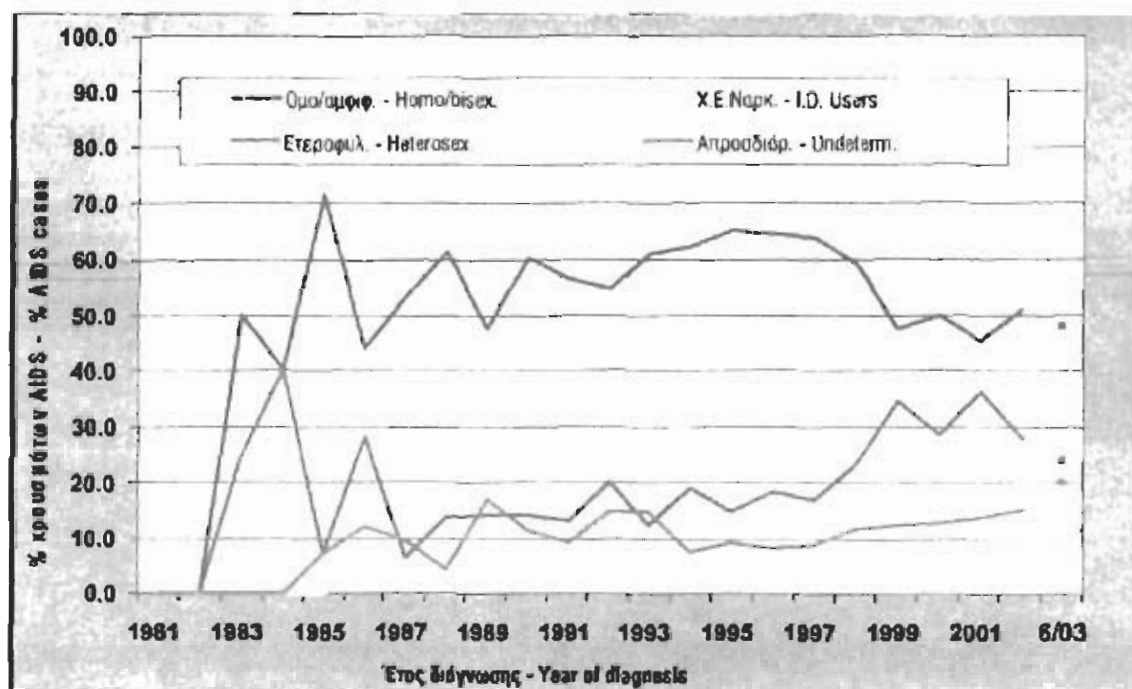
Συνολικά δηλωθέντα κρούσματα AIDS κατά κατηγορία μετάδοσης στην Ελλάδα μέχρι τις 30/06/2003



Διαχρονική τάση δηλωθέντων κρουσμάτων AIDS κατά κατηγορία μετάδοσης στην Ελλάδα μέχρι τις 30/06/2003



Ποσοστιαία αναλογία συνολικών κρουσμάτων AIDS κατά κατηγορία μετάδοσης στην Ελλάδα μέχρι τις 30/06/2003



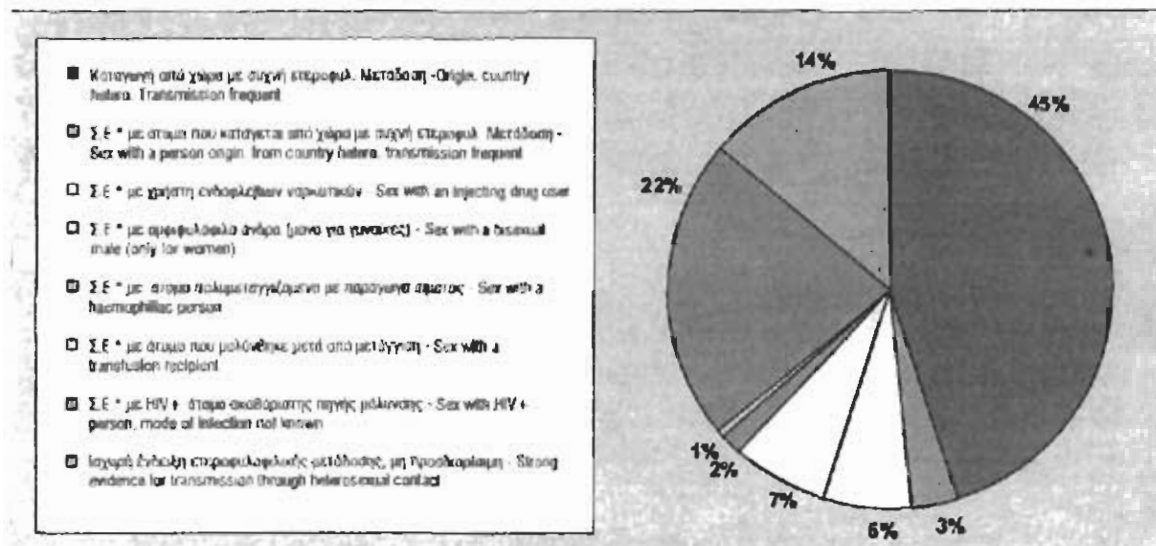
Συνολικά δηλωθέντα κρούσματα AIDS κατά υποκατηγορία μετάδοσης και φύλο

στην Ελλάδα μέχρι τις 30/6/03

Υποκατηγορία ετεροφ/κής μετάδοσης	Άνδρες		Γυναίκες		Σύνολο	
	N	%	N	%	N	%
Καταγωγή από χώρα με συχνή ετεροφυλ. μετάδοση	153	(70,5)	53	(22,0)	206	(45,0)
Σ.Ε* με άτομο που κατάγεται από χώρα με συχνή ετεροφυλ. μετάδοση	9	(4,1)	6	(2,5)	15	(3,3)
Σ.Ε με χρήστη ενδοφλέβιων ναρκωτικών	13	(6,0)	16	(6,6)	29	(6,3)
Σ.Ε με αμφιφυλόφιλο άνδρα (μόνο για γυναίκες)	-	-	32	(13,3)	32	(7,0)
Σ.Ε με άτομο πολυμεταγχιζόμενο με παράγωγα αίματος	2	(0,9)	6	(2,5)	8	(1,7)
Σ.Ε με άτομο που μολύνθηκε μετά από μετάγγιση	2	(0,9)	1	(0,4)	3	(0,7)
Σ.Ε με HIV+ άτομο ακαθόριστης πηγής μόλυνσης	23	(10,6)	79	(32,8)	102	(22,3)
Ισχυρή ένδειξη ετεροφυλ. μετάδοσης μη προσδιορίσιμη	15	(6,9)	48	(19,9)	63	(13,8)
Σύνολο	217	(100,0)	241	(100,0)	458	(100,0)

* Σεξουαλική Επαφή

Συνολικά δηλωθέντα κρούσματα AIDS κατά υποκατηγορία ετεροφυλοφιλικής μετάδοσης στην Ελλάδα μέχρι τις 30/06/2003



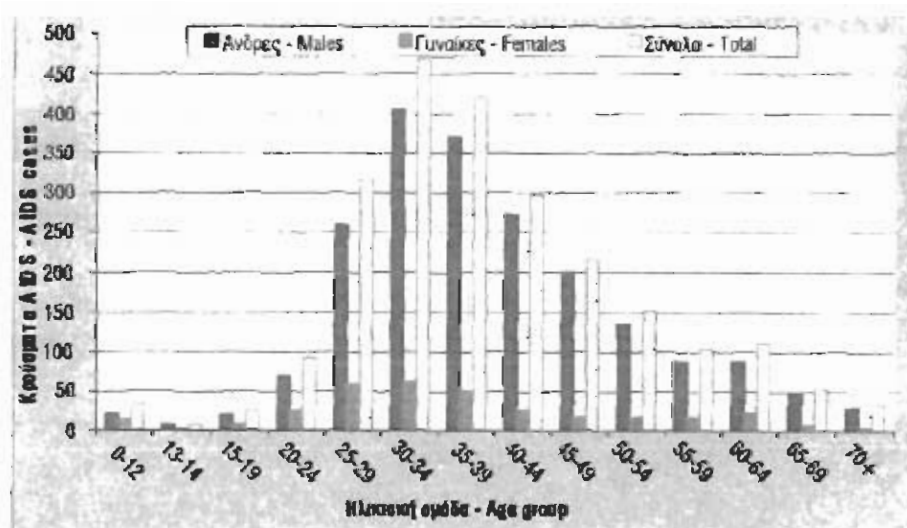
Ηλικιακές ομάδες

Συσώρευση των κρουσμάτων κατά το χρόνο διάγνωσης παρατηρείται στις ηλικιακές ομάδες μεταξύ 25 και 49 ετών με επίκεντρο την ηλικιακή ομάδα 30-34 ετών .

Συνολικά δηλωθέντα κρούσματα AIDS, κατά ηλικιακή ομάδα κατά τη διάγνωση και φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 30/6/03						
Ηλικιακή ομάδα	Άνδρες		Γυναίκες		Σύνολο	
	N	%	N	%	N	%
0-12 ετών	20	(1,0)	13	(3,8)	33	(1,4)
13-14 ετών	5	(0,2)	3	(0,9)	8	(0,3)
15-19 ετών	18	(0,9)	6	(1,8)	24	(1,0)
20-24 ετών	68	(3,3)	24	(7,1)	92	(3,8)
25-29 ετών	263	(12,8)	61	(18,0)	324	(13,5)
30-34 ετών	408	(19,9)	63	(18,6)	471	(19,7)
35-39 ετών	375	(18,2)	51	(15,0)	426	(17,8)
40-44 ετών	273	(13,3)	27	(8,0)	300	(12,5)

45-49 ετών	202	(9,8)	17	(5,0)	219	(9,1)
50-54 ετών	136	(6,6)	17	(5,0)	153	(6,4)
55-59 ετών	93	(4,5)	16	(4,7)	109	(4,6)
60-64 ετών	88	(4,3)	24	(7,1)	112	(4,7)
65-69 ετών	49	(2,4)	6	(1,8)	55	(2,3)
70+ετών	29	(1,4)	4	(1,2)	33	(1,4)
Άγνωστη	28	(1,4)	7	(2,1)	35	(1,5)
Σύνολο	2055	(100,0)	339	(100,0)	2394	(100,0)

Συνολικά δηλωθέντα κρούσματα AIDS, κατά ηλικιακή ομάδα κατά τη διάγνωση και φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 30/6/03



Ενδεικτικές νόσοι

Το σύνδρομο HIV απίσχνανσης αποτελεί την συχνότερη εν-δεικτική νόσο σία κρούσματα AIDS αφού ποσοστό 18% τον περιστατικών (έφηβοι και ενήλικες) το έχουν εμφανίσει. Ακολουθούν η πνευμονία από *Pneumocystis carinii* και το σύκωμα Kaposi. Στα παιδιά η συχνότερη ενδεικτική νόσος είναι αυτή από κυτταρομεγαλοϊό, η ΗfV εγκεφαλοπάθεια και η πνευμονία από *Pneumocystis carinii*. Τονίζουμε ότι τα ποσοστά αυτά αναφέρονται στο συνολο των περιστατικών από την αρχή της επιδημίας μέχρι σήμερα.

Ενδεικτικές νόσοι AIDS στους εφήβους/ενήλικες άνδρες και γυναίκες και στα παιδιά στην Ελλάδα μέχρι τις 30/06/2003

Ενδεικτική νόσος	Άνδρες		Γυναίκες		Σύνολο		Παιδιά	
	N=2035	%	N=326	%	2361	%	N=33	%
HIV σύνδρομο απίσχυανσης	354	17	75	23	489	18	1	3
Πνευμονία από <i>Pneumocystis carinii</i>	319	16	53	16	372	16	4	12
Σάρκωμα Kaposi	293	14	11	3	304	13	0	0
HIV Εγκεφαλοπάθεια (Ανοια)	156	8	29	9	185	8	4	12
Καντιντίαση οισοφάγου	147	7	26	8	173	7	0	0
Πνευμονική φυματίωση*	128	6	33	10	161	7		
Τοξοπλάσμωση εγκεφάλου	73	4	17	6	92	4	0	0
Νόσος από τον ιό του απλού έρπητα	70	3	14	4	48	4	0	0
Αμφιβληστροειδίτιδα από κυτταρομεγαλοϊό	57	3	10	3	67	3	1	3
Εξωπνευμονική φυματίωση	49	2	14	4	63	3	0	0
Προοδευτική πολυεστιακή λευκοεγκεφαλοπάθεια	56	3	8	2	64	3	0	0
Λέμφωμα, μη καθοριζόμενο	59	3	1	0	60	3	0	0
Πνευμονία υποτροπιάζουσα	51	3	12	4	63	3	0	0
Νόσος από κυτταρομεγαλοϊό	50	2	8	2	58	2	4	12
Κρυπτοκόκκωση	42	2	9	3	51	2	0	0
Ανοσοβλαστικό λέμφωμα	44	2	9	3	53	2	0	0
Κρυπτοσποριδίωση	25	1	5	2	30	1	0	0
Μυκοβακτηρίδια <i>avium</i> complex ή <i>M. kansasii</i>	22	1	3	1	25	1	0	0
Σηψαιμία υποτροπιάζουσα	18	1	4	1	22	1	0	0

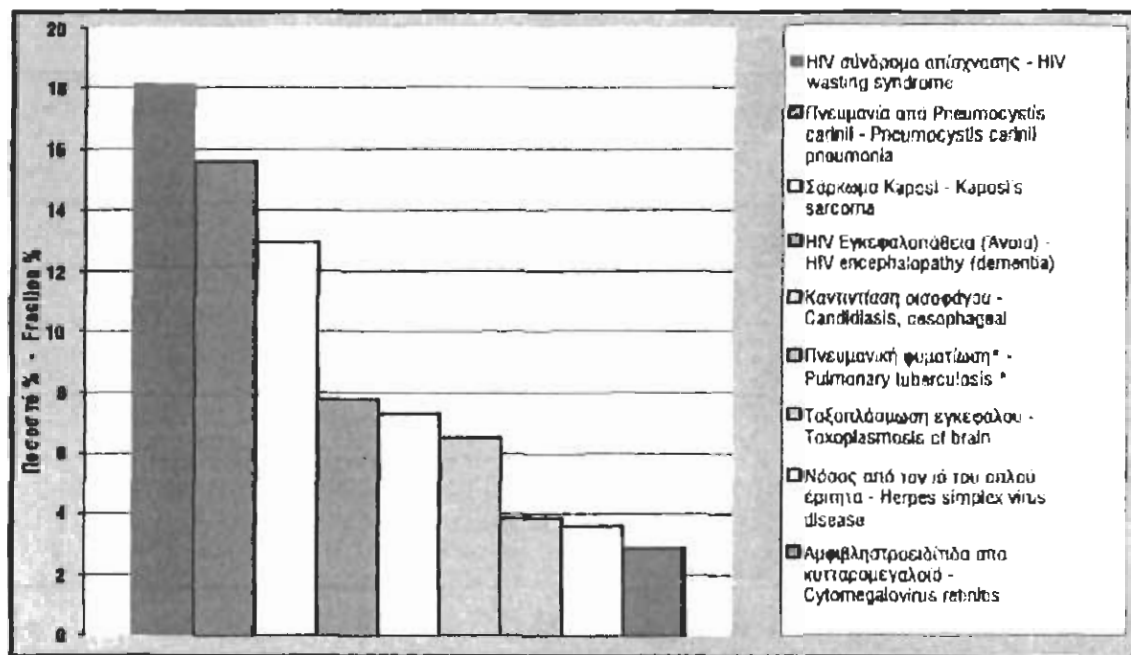
από σαλμονέλα								
Καντιντίαση τραχείας, βρόγχων ή πνευμόνων	15	1	5	2	20	1	0	0
Λέμφωμα Burkitt	14	1	4	1	18	1	2	3
Άλλα ή άτυπα μυκοβακτηρίδια	9	0	1	0	10	0	0	0
Πρωτοπαθές λέμφωμα εγκεφάλου	9	0	3	1	12	1	0	0
Διηθητικός καρκίνος τραχήλου της μήτρας*			3	1	3	0		
Ισοσπορίαση	2	0	0	0	2	0	0	0
Ιστοπλάσμωση	1	0	0	0	1	0	0	0
Κοκκιδιοειδομυκητίαση	0	0	0	0	0	0	0	0
Μικροβιακές λοιμώξεις, πολλαπλές ή υποτροπιάζουσες**		0		0		0	1	3
Λεμφοειδής διάμεση πνευμονία**		0		0		0	1	3
Ευκαιριακή λοίμωξη, μη καθοριζόμενη		24	61	19	543	23	19	58

*Για έφηβους /Ενήλικες

**Για τα παιδιά

***Πρίν από το 1993 όλες οι λοιμώξεις κατατάσσονταν σε αυτήν την κατηγορία

Εκατοστιαία αναλογία ενδεικτικών νόσων AIDS στους εφήβους/ενήλικες στην Ελλάδα μέχρι τις 30/06/2003



Παιδιατρικά κρούσματα

Δεν υπήρξε νέο παιδιατρικό κρούσμα για το πρώτο εξάμηνο του 2003. Ο συνολικός αριθμός των παιδιατρικών κρουσμάτων AIDS στη χώρα μας παραμένει χαμηλός. Σε σύνολο 33 παιδιών με AIDS, 60,6% έχουν μολυνθεί από τη μητέρα τους.

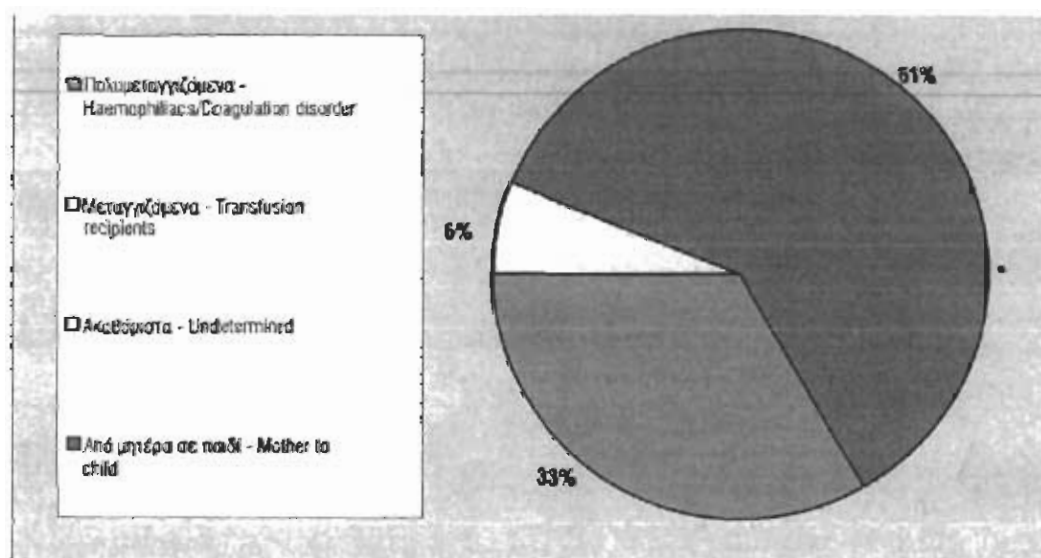
Συνολικά δηλωθέντα κρούσματα παιδιών με AIDS κατά ηλικιακή ομάδα κατά τη διάγνωση και φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 30/06/2003

Ηλικιακή ομάδα	Αγόρια		Κορίτσια		Σύνολο	
	N	%	N	%	N	%
0-11 μηνών	5	(25,0)	3	(23,1)	8	(24,2)
1-4 ετών	6	(30,0)	7	(53,8)	13	(39,4)
5-9 ετών	1	(5,0)	3	(23,1)	4	(12,1)
10-12 ετών	8	(40,0)	0	(0,0)	8	(24,2)
Σύνολο	20	(100,0)	13	(100,0)	33	(100,0)

Συνολικό δηλωθέντα κρούσματα παιδιών με AIDS κατά κατηγορία μετάδοσης και φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 30/06/2003

Κατηγορία μετάδοσης	Αγόρια		Κόριτσια		Σύνολο	
	N	%	N	%	N	%
Πολυμεταγγιζόμενα παιδιά	11	(55,0)	0	(0,0)	11	(33,3)
Μεταγγιζόμενα παιδιά	0	(0,0)	2	(15,4)	2	(6,1)
Ακαθόριστα	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)
Από μητέρα σε παιδί	9	(45,0)	11	(84,6)	20	(60,6)
-Χρήστριες ενδοφλέβιων ναρκωτικών	0		0		0	
-Μεταγγιζόμενες	1		1		2	
-Ετερόφυλες	3		4		7	
Καταγόμενες από χώρα με συχνή ετεροφυλ. μετάδοση	2		2		4	
Ακαθόριστες	3		4		7	
Σύνολο	20	(100,0)	13	(100,0)	33	(100,0)

Συνολικά δηλωθέντα κρούσματα παιδιών με AIDS κατά κατηγορία μετάδοσης στην Ελλάδα μέχρι τις 30/06/2003



Θάνατοι από AIDS

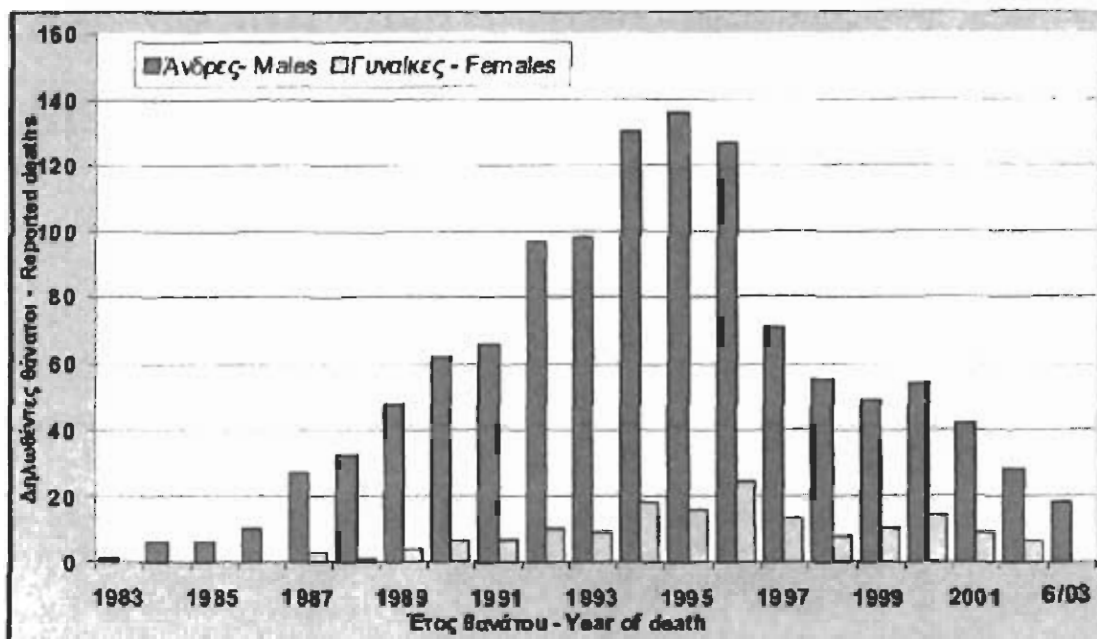
Ο αριθμός των θανάτων από AIDS που δηλώθηκαν το πρώτο εξάμηνο του 2003 ανέρχεται σε 18 άτομα. Η μεγάλη πλειοψηφία των θανάτων αφορά άνδρες και αντιστακτικά in μεγάλη αναλογία των ανδρών επί του συνόλου των κρουσμάτων.

Η σημαντική μείωση στον αριθμό των θανάτων από AIDS που ξεκίνησε το 1997 οφείλεται στη εισαγωγή των νέων θεραπευτικών προσεγγίσεων (HAART) οι οποίες καθυστερούν σημαντικά

την εξέλιξη της νόσου²¹.

Δηλωθέντες θάνατοι από AIDS κατά έτος θανάτου και φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 30/06/2003						
Έτος θανάτου	Άνδρες		Γυναίκες		Σύνολο	
	N	%	N	%	N	%
1983	1	(0,1)	0	(0,0)	1	(0,1)
1984	6	(0,5)	0	(0,0)	6	(0,4)
1985	6	(0,5)	0	(0,0)	6	(0,4)
1986	10	(0,8)	0	(0,0)	10	(0,7)
1987	27	(2,3)	3	(1,8)	30	(2,2)
1988	32	(2,7)	1	(0,6)	33	(2,4)
1989	48	(4,0)	4	(2,4)	52	(3,8)
1990	62	(5,2)	6	(3,6)	68	(5,0)
1991	66	(5,5)	7	(4,2)	73	(5,4)
1992	97	(8,1)	10	(6,0)	107	(7,9)
1993	98	(8,2)	9	(5,4)	107	(7,9)
1994	130	(10,9)	18	(10,8)	148	(10,9)
1995	136	(11,4)	16	(9,6)	152	(11,2)
1996	127	(10,6)	24	(14,5)	151	(11,1)
1997	71	(6,0)	13	(7,8)	84	(6,2)
1998	55	(4,6)	8	(4,8)	63	(4,6)
1999	49	(4,1)	10	(6,0)	59	(4,3)
2000	54	(4,5)	14	(8,4)	68	(5,0)
2001	42	(3,5)	9	(5,4)	51	(3,8)
2002	28	(2,3)	6	(3,6)	34	(2,5)
Ιούνιος 2003	18	(1,5)	0	(0,0)	18	(1,3)

Άγνωστο	30	(2,5)	8	(4,8)	38	(2,8)
Σύνολο	1193	(100,0)	166	(100,0)	1359	(100,0)



3. 23 Γενικά μέτρα πρόληψης των αφροδίσιων νοσημάτων

Συνεχώς από το χώρο της ιατρικής επιστήμης ακούμε ότι η καλύτερη θεραπεία για οποιοδήποτε νόσημα είναι η πρόληψη. Αυτό αφορά φυσικά και τα αφροδίσια νοσήματα σε πολύ μεγάλο ποσοστό, μια και η εμφάνιση ή όχι των νόσων αυτών εξαρτάται σχεδόν αποκλειστικά από το ίδιο το άτομο.

Η σοβαρότητα και η υπευθυνότητα που διακατέχει τον καθένα ξεχωριστά είναι κυρίαρχα στοιχεία που παίζουν πρωταρχικό ρόλο στη διατήρηση της υγείας μας. Είναι αναγκαίο να συνειδητοποιήσουν όλοι ότι η υγεία δεν είναι παιχνίδι, αλλά το κύριο μέσο με το οποίο μας δίνεται η δυνατότητα να ζήσουμε ευτυχισμένα και ήρεμα. Γι' αυτό, κάποιοι βασικοί κανόνες, πέρα από την ευαισθητοποίηση του κοινού, μπορούν να δοθούν, για να βοηθήσουν κατά κάποιο τρόπο στην πρόληψη των αφροδίσιων νοσημάτων.

Η χρήση του προφυλακτικού για τον άντρα προσφέρει μερική προφύλαξη από τα αφροδίσια νοσήματα, καθώς επίσης ικανοποιητικό μέτρο προστασίας είναι και η χρήση διάφορων αλοιφών ή χημικών παρασκευασμάτων πριν από τη σεξουαλική επαφή. Η γυναίκα, λόγω της ιδιόρρυθμης κατανομής των γεννητικών της οργάνων, δεν είναι δυνατόν να χρησιμοποιήσει τέτοιου είδους προφυλακτικά μέσα. Το σίγουρο είναι ότι άντρες και γυναίκες μπορούν να επωφεληθούν από τον προσεκτικό καθαρισμό των γεννητικών οργάνων και της γύρω περιοχής μετά από τη σεξουαλική πράξη.

Αν όμως κάποιος αντιληφθεί συμπτώματα που του προξενούν ανησυχία, θα πρέπει αμέσως να επισκεφθεί κάποιον αρμόδιο γιατρό χωρίς κανέναν ενδοιασμό ή ντροπή. Ένα από τα δυσκολότερα σημεία της πληροφόρησης της κοινής γνώμης είναι η δυνατότητα να την απαλλάξουν από το φόβο και τη μειωμένη εμπιστοσύνη προς το πρόσωπο του γιατρού. Πρέπει να τονιστεί ότι η διάγνωση και η θεραπεία των αφροδίσιων νοσημάτων γίνεται πάντα με απόλυτη εχεμύθεια, που τηρείται από σχετικό νόμο, και δεν υπάρχει κανένας φόβος για τυχόν δημοσιότητα του ονόματος σε τρίτα πρόσωπα.

Επίσης, είναι αναγκαίο να τονίσουμε με έμφαση ότι μια συγκεκριμένη νόσος δεν εκδηλώνεται πάντα με την ίδια μορφή και η θεραπεία δεν είναι για όλους η ίδια. Αυτό το αναφέρουμε εξαιτίας της συνήθειας που επικρατεί σε μερικούς να απευθύνονται σε μη αρμόδια άτομα (όπως φίλους ή γνωστούς που τυχόν είχαν παρόμοιο πρόβλημα) και να χρησιμοποιούν

θεραπεία με φάρμακα χωρίς συνταγή γιατρού. Αυτό είναι καθαρά εγκληματικό, γιατί επιφυλάσσει μεγάλους κινδύνους. Για παράδειγμα:

Είναι δυνατόν, κατά την εφαρμογή της θεραπείας για κάποιο από τα αφροδίσια νοσήματα χωρίς την παρακολούθηση γιατρού, να εμφανιστεί στον ασθενή αλλεργική αντίδραση από την πενικιλίνη, γεγονός που μπορεί να τον οδηγήσει σε θάνατο, αν δε ληφθούν έγκαιρα τα κατάλληλα μέτρα.

Επίσης, είναι πιθανό να καλυφθούν οι δερματικές εκδηλώσεις από την τυχόν ελλιπή θεραπεία, όμως η νόσος να συνεχίζει να υποβόσκει.

Το δυσάρεστο όμως είναι ότι το ενδιαφέρον του ιατρικού κόσμου δεν έχει στραφεί όσο χρειάζεται προς τα νοσήματα αυτά, μια και κάποια μεμονωμένα (π.χ. το AIDS) έχουν προκαλέσει πανικό. Έτσι, ίσως έχει ξεχαστεί ότι και τα υπόλοιπα είναι το ίδιο πολυσύχναστα και επικίνδυνα. Με αυτό τον τρόπο, η ενημέρωση της κοινής γνώμης για αυτά τα νοσήματα έχει παραμεριστεί κάπως. Από την πλευρά του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και από την Υπηρεσία Δημόσιας Υγείας δεν έχει ποτέ μέχρι τώρα εκδοθεί κάποιο ενημερωτικό φυλλάδιο που να αναφέρεται στα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, εκτός από αυτά που κατά καιρούς κυκλοφορούν για το AIDS. Αυτό, βέβαια, οφείλεται στη μεγάλη έξαρση που παρουσίασε η ασθένεια αυτή τα τελευταία χρόνια.

Η αποτελεσματικότερη διαφώτιση γύρω από τα αφροδίσια νοσήματα ξεκινάει σε μικρή ηλικία από άτομα επιστημονικά καταρτισμένα, με πείρα και γνώσεις, με παιδαγωγικό και επιστημονικό τρόπο. Ο σωστός τρόπος διαφώτισης σε αυτή την ηλικία (προβολή διαφανειών, φωτογραφιών, συζητήσεις κτλ.) προκαλεί το αρχικό ενδιαφέρον των ατόμων, που κάποια χρόνια αργότερα θα εκτεθούν σε όλους αυτούς τους κινδύνους και θα κληθούν να τους αντιμετωπίσουν με ωριμότητα.

Είναι απαραίτητο η διδασκαλία αυτή να ξεκινάει από το δημοτικό και να συνεχίζεται φυσικά στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση (γυμνάσια, λύκεια) με το μάθημα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, που θα περιλαμβάνει πολλούς τρόπους ενημέρωσης, όπως προβολή διαφανειών, φωτογραφιών, επίσκεψη μαθητών σε νοσοκομεία για τη λήψη πιο συγκεκριμένων πληροφοριών για τα νοσήματα αυτά κ.ά.

Επίσης, καθοριστικό ρόλο στη διαφώτιση των ατόμων παίζει και το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Καθήκον τους είναι να συζητήσουν με όλους τους ασθενείς και να τους ενημερώσουν για τα νοσήματα αυτά λεπτομερώς, απαντώντας σε όλες τις τυχόν απορίες τους και τονίζοντας τους τη σπουδαιότητα των επανειλημμένων εξετάσεων, όπως ορίζονται από το γιατρό, παίρνοντας και αυτοί με τη σειρά τους τη σωστή θέση στο υγειονομικό σύστημα της χώρας μας⁶.

Μέτρα για τον έλεγχο των αφροδίσια νοσημάτων²

- (i) Σε επίπεδο κοινωνικής υγιεινής
 - (α) Παροχές ελεύθερης και εμπιστευτικής θεραπείας
 - (β) Διαφώτιση
 - (γ) Θεραπεία μόνο από καλά ενημερωμένους γιατρούς
 - (δ) Προγράμματα συλλογικού διαγνωστικού ελέγχου (ιδίως εγκύων, αιμοδοτών, ναυτικών κ.α.)
- (ii) Σε επίπεδο ατομικής υγιεινής
 - (α) Χρήση προφυλακτικών για επαφές υψηλού κινδύνου

- (β) Χημειοπροφύλαξη (υπό ιατρική καθοδήγηση)
- (γ) Λποφυγή πολλαπλών ακραίων σεξουαλικών εκτροπών (AIDS).
- (δ) Ούρηση και πλύση με σαπούνι μετά τη συνουσία (;
- (iii) Μέτρα που πρέπει να λαμβάνονται από το γιατρό
 - (α) Αποτελεσματική θεραπεία
 - (β) Ανίχνευση των επαφών.

Κεφάλαιο 4. ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

4. 1 Γενικά.

Χαρακτηρίζουμε ως αντισύλληψη τη λήψη μέτρων, που παίρνουμε, για την προσωρινή αποφυγή σύλληψης. Αν επιθυμούμε τη μόνιμη επιτυχία στείρωσης, τότε καταφεύγουμε στη στείρωση, και, αν επιθυμούμε τη διακοπή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, τότε καταφεύγουμε στην άμβλωση.

Τον ορισμό αντισύλληψη χρησιμοποιούμε, λαθεμένα, και για μεθόδους, που δεν εμποδίζουν τη σύλληψη, αλλά την εγκατάσταση του γονιμοποιημένου ωαρίου μέσα στην ενδομήτρια κοιλότητα.

Την απόκτηση γερού παιδιού, όταν επιθυμούμε τη γέννηση του, την αποφυγή σύλληψής του, όταν δεν την επιθυμούμε, τον προσδιορισμό του αριθμού των παιδιών, που επιθυμούμε, και τις προσπάθειες δημιουργίας συνθηκών και λήψης μέτρων, που εξασφαλίζουν τις προϋποθέσεις μιας ευτυχισμένης οικογένειας, τα λέμε ελεγχόμενη αναπαραγωγή ή οικογενειακό προγραμματισμό.

Με την ελεγχόμενη αναπαραγωγή ρυθμίζουμε ακόμη το χρόνο, που θα περάσει ανάμεσα σε δύο εγκυμοσύνες, και εμποδίζουμε την επιδείνωση υπάρχουσας πάθησης (φυματίωσης, καρδιοπάθειας, νεφροπάθειας κ.λπ.) και τη μεταβίβαση κληρονομικών παθήσεων (νόσο Cooley, ερυθροβλάστωση, αιμορροφιλία κ.λπ.)²².

4. 2 Ιστορική αναδρομή

Όσο και αν μπορεί να φανεί περίεργο, ο έλεγχος των γεννήσεων ως πραγματικότητα είναι πολύ παλιός. Από την αρχαιότητα, το ζευγάρι προσπαθούσε να ελέγχει τη δική του γονιμότητα, με απώτερο σκοπό την απόλαυση των σεξουαλικών σχέσεων χωρίς το φόβο μιας ανεπιθύμητης κύησης.

Σε αρχαίο αιγυπτιακό πάπυρο, γραμμένο το 1850 π.Χ., περιγράφεται κάποια μέθοδος αντισύλληψης που ήταν μείγμα κοπράνων κροκόδειλου και κόλλας και τοποθετούνταν στον κόλπο της γυναίκας πριν από τη συνουσία. Στην Κίνα, επίσης, η πρώτη ιατρική αναφορά γίνεται σε ένα ιατρικό κείμενο 1300 περίπου ετών. Το σίγουρο όμως είναι ότι από πολύ παλαιότερα είχε αναπτυχθεί η ιδέα αυτή στις πρωτόγονες φυλές. Συνεπώς, μπορούμε να συμπεράνουμε ότι η αναζήτηση αποτελεσματικών μεθόδων αναπτύχθηκε αυτόματα σχεδόν σε ολόκληρο τον κόσμο και συνεχίστηκε με το πέρασμα των αιώνων.

Ο αρχαίος Έλληνας φιλόσοφος Αριστοτέλης εξέφρασε την άποψη ότι ο πολιτισμός θα εξυπηρετούνταν καλύτερα αν ο πληθυσμός στις πόλεις-κράτη της Ελλάδας διατηρούνταν στάσιμος. Άλλοι Έλληνες φιλόσοφοι υποστήριζαν ότι κάθε οικογένεια θα έπρεπε να έχει μόνο ένα παιδί.

Όσον αφορά τις πρώτες μεθόδους εφαρμογής του ελέγχου των γεννήσεων, αυτές ήταν πρωτόγονες, τις περισσότερες φορές μη αποτελεσματικές και κυρίως πολύ επικίνδυνες. Μερικές από αυτές εφαρμόζονται ακόμα και σήμερα σε μέρη του κόσμου όπου δεν έχουν εισχωρήσει ακόμα οι σύγχρονες ιατρικές γνώσεις.

Στην αρχή, τα παιδιά θεωρούνταν αποκλειστικά καρπός της γυναίκας. Υπέθεταν ότι το μωρό προέκυψε από κάτι που έφαγε η γυναίκα ή από την επίδραση της Σελήνης ή του Ήλιου. Γι' αυτό, οι πρώτες προσπάθειες ελέγχου των γεννήσεων στράφηκαν σε αυτή.

Ίσως η πρώτη μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε να ήταν η προσευχή προς τους θεούς. Αργότερα, πιστεύοντας ότι κάποιο πνεύμα έμπαινε στο σώμα και φύτευε το παιδί, οι γυναίκες φορούσαν μαγικά χαϊμαλιά στο λαιμό ή τη μέση, για να διώχνονται τα πνεύματα. Σε άλλες περιπτώσεις, έπιναν αλλόκοτα φάρμακα ή εφαρμόζαν την τεχνική της διακεκομμένης συνουσίας, που χρησιμοποιείται ακόμα και σήμερα ευρύτατα.

Από όλες τις μεθόδους που χρησιμοποιούσαν στα αρχαία χρόνια, η πιο εξελιγμένη ήταν η προσπάθεια να βρεθεί κάποιο μέσο που θα έκανε ό,τι κάνει το σύγχρονο διάφραγμα, δηλαδή θα σχημάτιζε μηχανικό φραγμό, ο οποίος θα τοποθετούνταν πριν τη συνουσία και θα εμπόδιζε το σπέρμα να εισχωρήσει στη μήτρα. Σε πρωτόγονη μορφή, αυτή η τεχνική ήταν γνωστή στους Αιγυπτίους και αναφέρεται σε έναν πάπυρο ηλικίας 4000 ετών. Επίσης, πολλές ουσίες χρησιμοποιήθηκαν για τον ίδιο λόγο. Στην Αίγυπτο ξανά χρησιμοποιούσαν ένα βύσμα από ακαθαρσίες κροκόδειλων. Στις Ινδίες, πριν 2000 χρόνια, το βύσμα αυτό ήταν ένα κομμάτι από ορυκτό βουτηγμένο σε λάδι. Σε γραπτά του Καζανόβα, που έζησε το 18ο αιώνα, μνημονεύεται η χρησιμοποίηση μισού λεμονιού.

Αξίζει να σημειωθεί ότι πολλές από αυτές τις μεθόδους, μολονότι δεν ήταν πολύ δραστικές με τον τρόπο που χρησιμοποιούνταν, βρίσκονταν στο σωστό δρόμο. Το ξίδι και ο χυμός λεμονιού είναι αρκετά όξινα για να σκοτώσουν το σπέρμα με το οποίο έρχονται σε επαφή. Το λάδι και το μέλι είναι αρκετά γλοιώδη, ώστε να εμποδίσουν τις φυσιολογικές προσπάθειες των σπερματοζωαρίων να ταξιδέψουν προς το ωάριο της γυναίκας.

Η ιστορία αναφέρει πολλές τέτοιες προσπάθειες για τον έλεγχο των γεννήσεων, που όλες φτάνουν ως την εποχή που ο ρόλος του πατέρα στη γέννηση του παιδιού δεν είχε ακόμα εξακριβωθεί. Στην αρχαία Ελλάδα και στη Ρώμη, υποδεικνυαν στη γυναίκα ως μέθοδο ελέγχου των γεννήσεων τη χρήση ενός μαγικού φυλακτού, φτιαγμένο από τη μήτρα μιας λέαινας, το συκώτι μιας γάτας ή το δόντι ενός παιδιού.

Όπως αναφέραμε και παραπάνω, χρησιμοποιήθηκαν για τον ίδιο λόγο πολλοί τύποι φαρμάκων. Ένας από τους πρώτους αναφέρεται στο Ταλμούδ: «Επιτρέπεται σε μια γυναίκα να πίνει μια κούπα από αφέψημα ριζών, ώστε να γίνει στείρα». Διαμέσου των αιώνων, αναφέρονται και διάφορα «τσάγια» φτιαγμένα από ρίζες, σπόρους ή φύλλα δέντρων. Εκχύματα από μπαρούτι, χάπια από υδράργυρο ή ακόμα διάφορα δηλητήρια ήταν κάποια άλλα, που όχι μόνο σε πολλές ατυχείς περιπτώσεις δεν προλάβαιναν τη γέννηση ενός παιδιού, αλλά πολύ συχνά σκότωναν τη μέλλουσα μητέρα.

Πολύ αργότερα, με τη λήξη του Β' Παγκόσμιου πολέμου, έγινε αντιληπτό ότι ο έλεγχος της γονιμότητας του ανθρώπου αποτελούσε επιτακτική ανάγκη για την επιβίωση του πληθυσμού σε ορισμένες χώρες. Επιπλέον, η διαπίστωση της περιορισμένης γνώσης μας στο μυστήριο της αναπαραγωγής και της αδυναμίας της επιστήμης να καλύψει αποτελεσματικά και ακίνδυνα τις ανάγκες του ανθρώπου όσον αφορά τη ρύθμιση της γονιμότητας του οδήγησε την επιστήμη στη δραστηριοποίηση της έρευνας για ανακάλυψη νέων μεθόδων που να είναι αποτελεσματικές, απλές, εύχρηστες, οικονομικές και προσιτές σε όλους και κυρίως χωρίς δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία.

Έτσι, η δεκαετία του 1950 υπήρξε καθοριστική στη διερεύνηση των μυστηρίων του φαινομένου της αναπαραγωγής και στην ιστορία των μεσών έλεγχου της γονιμότητας. Η δεκαετία αυτή επέτρεψε την παραγωγή τέτοιων μεσών με βάση όχι πια εμπειρική, αλλά καθαρά επιστημονική, και σφραγίστηκε με την ανακάλυψη των αντισυλληπτικών χαπιών. Αυτά αποτέλεσαν πραγματική επανάσταση στη ρύθμιση της γονιμότητας του ανθρώπου. Φυσικά, στη συνέχεια ακολούθησε η ανακάλυψη και άλλων μεθόδων, η αποτελεσματικότητα των οποίων ήταν τέτοια, που η διάδοσή τους σε παγκόσμια κλίμακα πολύ σύντομα υπήρξε εντυπωσιακή.

Παρ' όλα αυτά, οι έρευνες συνεχίζονται ανελλιπώς για την εξεύρεση ολοένα πιο καινούριων και ασφαλέστερων μεθόδων, με κύριο πάντα μέλημα την εξασφάλιση της υγείας των ανθρώπων που τις χρησιμοποιούν. Το σίγουρο ευτυχώς είναι ότι το μέλλον σε αυτό τον τομέα διαγράφεται αισιόδοξο⁶.

4.3 Ιδανική μέθοδος αντισύλληψης

Πριν να αποφασίσει ένα ζευγάρι ποια μέθοδος μπορεί να είναι καλύτερη γι' αυτούς χρειάζονται πληροφορίες για να βασίσουν την επιλογή της. Το ακρώνυμο BRAIDED βοηθάει τις νοσηλεύτριες να σιγουρευτούν ότι κάλυψαν τις ανάλογες πληροφορίες με το ζευγάρι βοηθώντας

τους να επιλέξουν μια κατάλληλη αντισυλληπτική μέθοδο.

B - (benefits) πλεονεκτήματα κάθε μεθόδου, συμπεριλαμβανομένων των ποσοστών αποτελεσματικότητας.

R - (risks) κίνδυνοι κάθε μεθόδου και σημεία κινδύνου που πρέπει να προσέχουμε.

A - (alternatives) εναλλακτικές λύσεις, ανακεφαλαίωσης όλων των διαθέσιμων μεθόδων.

I - (inquiries) οι έρευνες από το ζευγάρι σχετικά με κάθε μέθοδο ενθαρρύνονται.

D - (decision) η απόφαση για αντισύλληψη είναι δικαίωμα της ασθενούς.

E - (explanation) η εξήγηση της μεθόδου που επιλέχθηκε χρειάζεται πλήρη ανακεφαλαίωση.

D - (document) τεκμηριώστε - κρατήστε σημειώσεις για ό,τι συνέβη τη συμβουλευτική περίοδο.

Λόγω της προόδου της ιατρικής τεχνολογίας σήμερα διατίθενται περισσότερες μέθοδοι αντισύλληψης από ποτέ άλλοτε. Το ζευγάρι χρειάζεται να σκεφθεί το ποσοστό επιτυχίας κάθε μεθόδου. Υπάρχει διαφορά μεταξύ του θεωρητικού ποσοστού αποτελεσματικότητας και του πραγματικού ποσοστού αποτελεσματικότητας. Το θεωρητικό ποσοστό αποτελεσματικότητας προϋποθέτει η μέθοδος να έχει χρησιμοποιηθεί σωστά κάθε φορά χωρίς λάθη χρήστη ή αποτυχία προϊόντος. Το πραγματικό ποσοστό αποτελεσματικότητας είναι πιο ρεαλιστικό. Στην επιλογή ενός αντισυλληπτικού υπάρχουν τόσο οι προσωπικές σκέψεις και εκτιμήσεις όσο και οι ιατρικές. Τα περισσότερα ζευγάρια θα προτιμήσουν μια εύκολη μέθοδο που ταιριάζει στις προσωπικές ανάγκες. Εάν ένα ζευγάρι έρχεται σε επαφή συχνά, για παράδειγμα, ίσως προτιμούν μια μέθοδο που λειτουργεί όλο το 24ώρο χωρίς διακοπή, όπως το χάπι, το IUD, ή το σύστημα Norplant. Ορισμένες μέθοδοι εγκυμονούν κινδύνους για την υγεία και παρενέργειες που πρέπει επίσης να ληφθούν υπόψη. Πρέπει να θυμόμαστε όμως ότι η κύηση έχει περισσότερους κινδύνους απ' ό,τι όλες οι μορφές αντισύλληψης μαζί. Η καλύτερη μέθοδος αντισύλληψης είναι εκείνη με την οποία το ζευγάρι αισθάνεται πιο άνετα, που τη χρησιμοποιεί σωστά κάθε φορά και είναι ασφαλής για τη γενικότερη υγεία¹¹.

Η ιδανική αντισυλληπτική μέθοδος πρέπει:

Να έχει:

100% αντισυλληπτική ικανότητα.

Να είναι:

- χωρίς παρενέργειες.
- απλή στη χρήση
- ανώδυνη στην εφαρμογή
- χαμηλού κόστους
- Να μη προσβάλλει πεποιθήσεις: ιδεολογικές, θρησκευτικές, κοινωνικές, εθνικές
- Να μην εξαρτάται από τη συχνότητα των επαφών
- Να γίνεται μετά τη διακοπή της: πλήρης επάνοδος της γονιμότητας, πλήρης επάνοδος της φυσιολογίας

Ουσιαστικά δεν υπάρχει ιδανική αντισυλληπτική μέθοδος.

4. 4 Μέθοδοι αντισύλληψης

4.4.1 Αποχή



Συνήθως δεν χρησιμοποιείται γι' αντισυλληπτικούς λόγους αλλά για λόγους γενικής θεώρησης των ανθρώπινων, σχέσεων.

Αποτελεσματικότητα της αποχής

Η αποτυχία της όχι πάνω από 0%!

Πλεονεκτήματα της αποχής

- Όταν αποτελεί επιλογή αξιολογεί καλύτερο τους άλλους (αγνοώντας π.χ. οτιδήποτε σχετίζεται με "επιφανειακά" ερεθίσματα)!
- Προστατεύει από τα ΣΜΝ και από το CΙΝ!

Μειονεκτήματα της αποχής

- Όταν δεν αποτελεί επιλογή!

Ενδείξεις αποχής

- Γενική θεώρηση των ανθρώπινων σχέσεων.
- Προσωπικοί λόγοι.
- Πολύ νεαρές ηλικίες.

Αντενδείξεις αποχής

- Δεν υπάρχουν, όταν αποτελεί επιλογή!²³

4.4.2 Ο φυσικός οικογενειακός προγραμματισμός

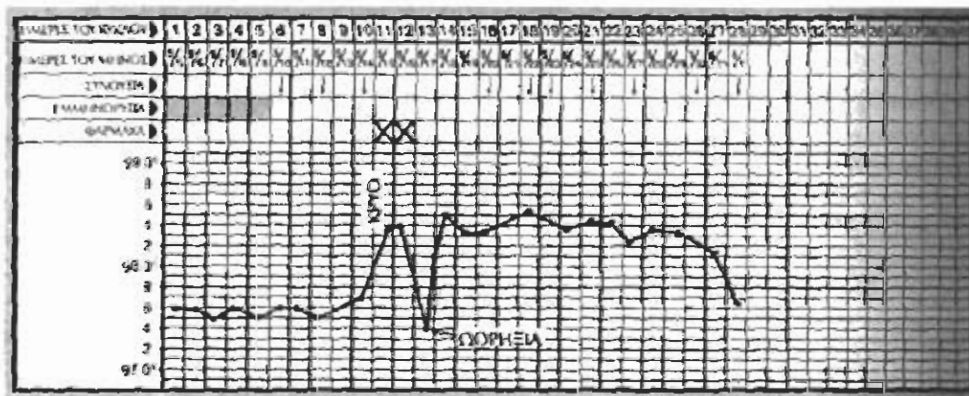
Είναι επίσης γνωστός σαν μέθοδος του ρυθμού . Βασίζεται στη γνώση της γονιμότητας που είναι η γνώση του φυσικού κύκλου γονιμότητας και μη που είναι προσωπικός για κάθε γυναίκα. Βασίζεται στο γεγονός ότι η σύλληψη συμβαίνει κοντά στη στιγμή της ωορρηξίας. Η ωορρηξία συμβαίνει περίπου 14 ημέρες πριν την έναρξη της έμμηνης περιόδου. Σε έναν κανονικό μηνιαίο κύκλο 28 ημερών, η γόνιμη περίοδος είναι από, περίπου, την 10η έως την 17η ημέρα μετά την έναρξη της έμμηνης περιόδου, η σεξουαλική επαφή αποφεύγεται κατά τη διάρκεια αυτών των ημερών.

Το θεωρητικό ποσοστό αποτελεσματικότητας αυτής της μεθόδου αντισύλληψης είναι 90% - 97%, αλλά το πραγματικό ποσοστό αποτελεσματικότητας είναι πιο κοντά στο 80%. Η συμπτωθερμική μέθοδος του NFP μαζί με την παρακολούθηση του ημερολογίου θα αυξήσουν το ποσοστό αποτελεσματικότητας. Η συμπτωθερμική μέθοδος χρησιμοποιεί τις αλλαγές στη βασική

θερμοκρασία του σώματος και στην τραχηλική βλέννα που συμβαίνουν την ώρα της ωορρηξίας που βοηθούν να προβλεφθεί ο γόνιμος χρόνος σε έναν κύκλο.

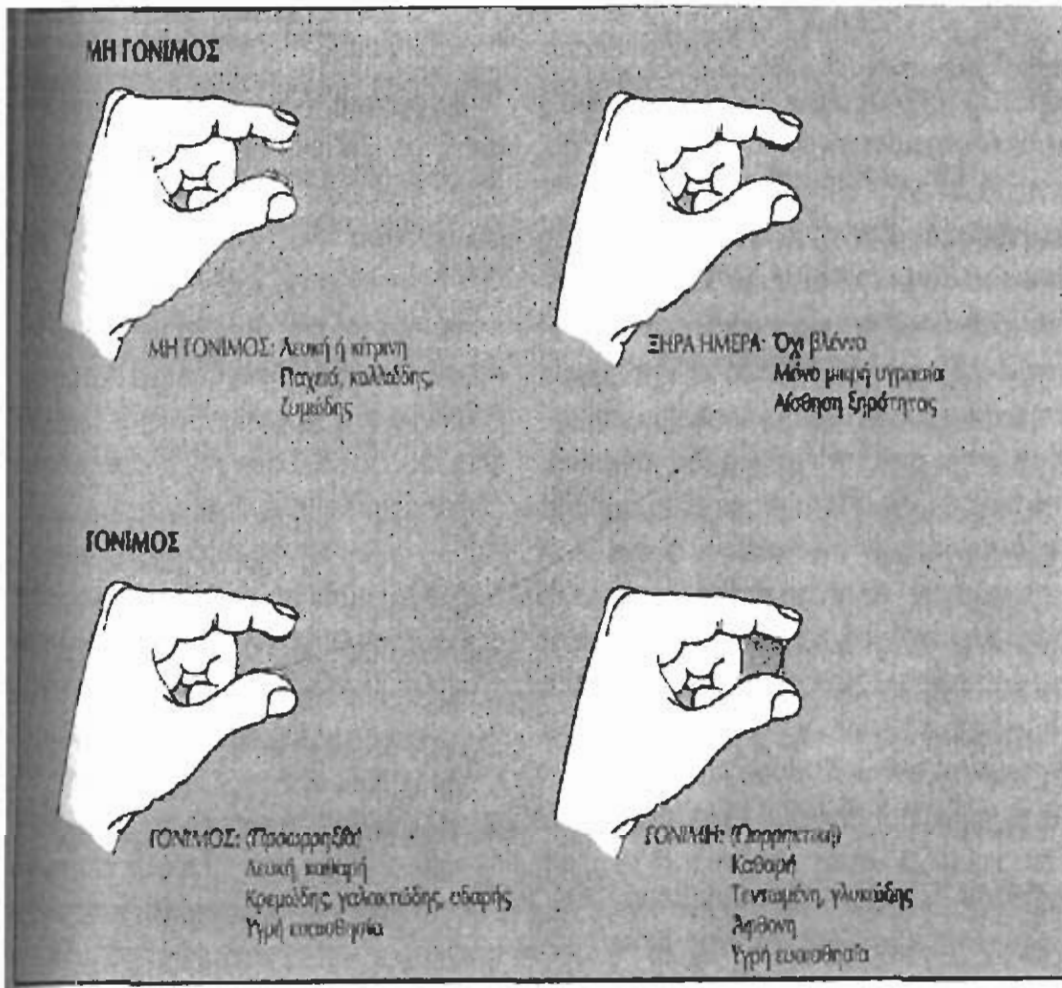
Όταν χρησιμοποιείται η μέθοδος της βασικής θερμοκρασίας η γυναίκα μετράει τη θερμοκρασία του σώματος της κάθε πρωί μετά από τουλάχιστον έξι ώρες ύπνου. Η θερμοκρασία κατά τη διάρκεια του πρώτου μέρους του έμμηνου κύκλου θα είναι χαμηλότερη αυτής κατά τη διάρκεια του δεύτερου μέρους. Κοντά στο μέσον του κύκλου υπάρχει μια επιπλέον, μικρή πτώση θερμοκρασίας. Η πτώση της θερμοκρασίας στο μέσον του κύκλου συμβαίνει περίπου κατά την ώρα της ωορρηξίας. Δύο ή τρεις ημέρες μετά την ωορρηξία η θερμοκρασία του σώματος ανεβαίνει περίπου κατά 3/10 έως 1 βαθμό υψηλότερα και παραμένει εκεί έως την έναρξη της εμμηνορρυσίας. Αρχίζοντας από την ημέρα ανόδου της θερμοκρασίας και αφήνοντας δύο έως τρεις ημέρες ασφαλείας η σύλληψη δεν πρέπει πια να είναι πιθανή.

Η μέθοδος της ωορρηξίας αναπτύχθηκε από δύο γιατρούς, τους John και Evelyn Billings. Αυτή η μέθοδος βασίζεται στις αλλαγές που συμβαίνουν στην τραχηλική βλέννα κατά τη διάρκεια του έμμηνου κύκλου και τη δράση της βλέννας στο σπέρμα. Αυτή η μέθοδος μπορεί να χρησιμοποιηθεί από γυναίκες με ανώμαλους κύκλους. Στηρίζεται στην παρατήρηση και κατανόηση των κολλικών εκκρίσεων. Καθαρή, γλοιώδης βλέννα που εμφανίζεται την ώρα της ωορρηξίας θεωρείται ότι κρατάει το σπέρμα ζωντανό και ισχυρό και επίσης διευκολύνει την προώθηση τους μέσα στον κόλπο και τον τράχηλο και τη διαπέραση του ωαρίου. Όταν οι κολλικές εκκρίσεις είναι καθαρές το ζευγάρι αποφεύγει τη συνουσία ή λαμβάνει πρόσθετες προφυλάξεις για να αποφευχθεί η κύηση. Αυτή η μέθοδος παίρνει ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα για να μαθευτεί και απαιτεί προσήλωση στην καθημερινή παρατήρηση και γραπτή αναφορά. Η ωορρηξία μπορεί να επηρεασθεί από άγχος, ασθένεια, φάρμακα ή θηλασμό. Επίσης, μερικά ζευγάρια θεωρούν το χρόνο αποχής από τη συνουσία μειονέκτημα.



1. Γράφεται η ημερομηνία του μηνός, στο διάγραμμα.
2. Θερμομετρείται η γυναίκα δια τοποθέτησεως του θερμομέτρου για τουλάχιστον δύο λεπτά υπογλωσσίως κάθε πρωί και προς της κατακλίσεως. Αυτό γίνεται κάθε τρωί ακόμη και κατά τη διάρκεια της εμμηνορρυσίας. Προ της θερμομετρήσεως δεν τρώει, πίνει ή καπνίζει.
3. Σημειώνονται η θερμοκρασία στην κατάλληλη θέση του διαγράμματος.
4. Σημειώνονται οι ημέρες της συνουσίας.
5. Η πρώτη ημέρα της εμμήνου ροής ει'νοπ η έναρξη του κύκλου. Τούτο θα εμφανίζεται στο διάγραμμα.
6. Σημειώνονται οι οποιοδήποτε λόγοι για τη θερμομετρική διακύμανση (όπως είναι τα φάρμακα, λοίμωξη, κριό, κλπ.) στο διάγραμμα.

7. Ορισμένες γυναίκες μπορεί να έχουν ελαφρό άλγος στην κατώτερα κοιλία όταν παρατηρείται ωορρηξία. Αυτό σημειώνεται στο διάγραμμα.
8. Έναρξη του νέου κύκλου για σημειώσεις στο διάγραμμα¹¹.



Έλεγχος της μεμβράνης της ωορρηξίας για τον καθορισμό του χρόνου γονιμότητας του κύκλου.

4.4.3 Διακεκομμένη συνουσία

Η διακεκομμένη συνουσία ή «τράβηγμα» είναι, μια πολύ παλιά και διαδεδομένη μέθοδος ελέγχου των γεννήσεων. Σημαίνει ότι η σεξουαλική επαφή διακόπτεται πριν από τον οργασμό του άντρα. Αυτός βγάζει το πέος από τον κόλπο της γυναίκας πριν από την εκπερμάτωση.

Η διακεκομμένη συνουσία έχει σοβαρά μειονεκτήματα, αφού είναι καθαρά ευθύνη του άντρα, που μπορεί ή «να προσέχει» ή όχι, και στρέφει τη γυναίκα σε παθητική στάση απέναντι του. Επίσης, η χρησιμοποίηση της μεθόδου του «τραβήγματος» μπορεί να προκαλέσει ψυχολογικό πρόβλημα και στον άντρα και στη γυναίκα.

Ακόμα κι όταν η μέθοδος εφαρμόζεται πιστά, υπάρχει ένα έμφυτο λάθος σε αυτή. Ένα μέρος του αρχικού εκπερματικού υγρού (συνήα σπέρμα που αποθηκεύεται στον προστάτη ή στην πεϊκή ουρήθρα ή στους αδένες του Cowper) μπορεί να ξεφύγει πριν αποσυρθεί το πέος. Η πιθανότητα αποτυχίας εξαιτίας της απελευθέρωσης του αρχικού εκπερματικού υγρού αυξάνεται με το ρυθμό των πολλαπλών οργασμών εντός ολίγου χρονικού διαστήματος. Αυτό το υγρό περιέχει περισσότερο σπέρμα μετά από μία πρόσφατη εκπερμάτωση.

Μια άλλη αιτία της αποτυχίας της αντισυλληπτικής δράσης της μεθόδου είναι η έλλειψη αυτοελέγχου που απαιτείται από τη μέθοδο αυτή. Ο άντρας μπορεί να προσπαθήσει να αποκτήσει

βαθύτερη διεύθυνση τη στιγμή το επικείμενου οργασμού και μπορεί να μην αποσυρθεί την κατάλληλη στιγμή για να εμποδίσει την εναπόθεση σπέρματος μέσα στον κόλπο της συντρόφου του.

Η έλλειψη του εκσπερματικού ελέγχου (η πρόωρη εκσπερμάτωση) είναι αντένδειξη στη χρήση της μεθόδου διακοπόμενης συνουσίας στην αντισύλληψη. Ενώ η διακοπή της συνουσίας δεν έχει ιατρικές παρενέργειες, η διακοπή της φάσης ερεθισμού ή ηρεμίας του κύκλου της σεξουαλικής ανταπόκρισης μπορεί σημαντικά να μειώσει την απόλαυση για ένα ζευγάρι, καθώς η προσοχή τους προσηλώνεται στο χρόνο και στην επιτυχία της απόσυρσης.

Ανάμεσα στα ζευγάρια που χρησιμοποιούν τη μέθοδο της απόσυρσης σποραδικά, υπάρχουν και μερικά που τη χρησιμοποιούν ως συμπλήρωμα με τις άλλες μεθόδους κατά το μέσο του κύκλου, όταν είναι πιο πιθανό να συμβεί η ωορρηξία. Πολλά ζευγάρια που χρησιμοποιούν τη μέθοδο διακοπόμενης συνουσίας αναπτύσσουν τις δικές τους τεχνικές, για να εξασφαλίσουν οργασμό και για τον άντρα και για τη γυναίκα.

Μερικοί έχουν επίσης μάθει ότι υπάρχουν πολλές εναλλακτικές λύσεις στη συνουσία που είναι πάρα πολύ απολαυστικές και για τον άντρα και για τη γυναίκα. Αν αυτές οι εναλλακτικές λύσεις, όπως ο αμοιβαίος αυνανισμός και το στοματικό-γεννητικό σεξ χρησιμοποιούνται μαζί με τη μέθοδο της απόσυρσης, η αποτελεσματικότητα της αντισύλληψης αυξάνεται σημαντικά.

Πλεονεκτήματα

- Δεν απαιτείται προετοιμασία ή κάποιος μηχανισμός.
- Δεν είναι απαραίτητη η ιατρική επίβλεψη.
- Δεν κοστίζει τίποτα.
- Δεν υπάρχει ένδειξη για ψυχολογικές και σωματικές παρενέργειες.
- Επιτρέπει την απόλυτη μυστικότητα των σεξουαλικών σχέσεων του ζευγαριού.

Μειονεκτήματα

- Υψηλό ποσοστό αποτυχίας όταν εφαρμόζεται από σεξουαλικά άπειρο άντρα και κυρίως νέο.
- Περιορισμός της απόλαυσης της σεξουαλικής πράξης⁶.

4.4.4 Σπερματοκτόνα

Είναι ένα φάσμα ουσιών που το σπέρμα. Είναι μια από τις ελέγχου της γονιμότητας και αποτελούν αποτελεσματικότητα άλλων μεθόδων.



χημικά ακινητοποιούν ή καταστρέφουν αρχαιότερες και απλούστερες μορφές χρήσιμη συνεισφορά στην αύξηση της

Τα σπερματοκτόνα αποτελούνται από δύο κύρια συστατικά, ένα ενεργό σπερματοκτόνο συστατικό και μια αδρανή βάση (χωρίς κακή επίδραση στο καουτσούκ). Έτσι ενεργούν Βιοχημικά και φυσικά, ακινητοποιώντας το σπέρμα, και σχηματίζοντας παράλληλα ένα μερικό διάφραγμα. Το ενεργό σπερματοκτόνο συστατικό και η αδρανής βάση διαφέρει ανάμεσα στα διάφορα σπερματοκτόνα. Τα ενεργά σπερματοκτόνα συστατικά μπορεί να είναι επιφανειοδραστικά (το γνωστότερο είναι η νονοξινόλη-9), αναστολείς των σπερματικών ενζύμων, απολυμαντικά, οξέα και τοπικά αναισθητικά.

Τα περισσότερα σπερματοκτόνα ανήκουν στην κατηγορία των επιφανειοδραστικών και τα περισσότερα χρησιμοποιούν τη νοβοξινόλη-9 (ή τη σχεδόν ταυτόσημη ποικιλία της μακρύτερης αλυσίδας, νοβοξυλόνη-11), που καταστρέφει το κυτταρικό τοίχωμα των σπερματοζωαρίων και μπορεί να προσφέρει επίσης προστασία κατά ΣΜΝ.

Η αλκυλοξινόλη-741 φάνηκε να είναι ισχυρότερο σπερματοκτόνο από τη νοβοξινόλη-9 αλλά στην εποχή του AIDS πρέπει να επινοηθούν και καλύτερες ουσίες, πιο αποτελεσματικές και ασφαλείς σαν σπερματοκτόνα αλλά και σαν ιοκτόνα.

Τα απολυμαντικά είναι σημαντικά λόγω της ιδιαίτερης δυναμικότητάς τους σαν ιοκτόνα και σε αυτά ανήκει η χλωρεξιδίνη που αν και είναι ασθενέστερο σπερματοκτόνο έχει σχετική προστατευτική δράση για τον HIV και θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί σε συνδυασμό με την νοβοξυλόνη-9. Επίσης, παράγωγα φυσικών προϊόντων όπως είναι η γκοσσυπόλη, που εξάγεται από τον βαμβάκοςπορο, έδειξαν *in vitro* αδρανοποίηση του HIV .

Τα σπερματοκτόνα για να είναι αποτελεσματικά θα πρέπει να διασπείρονται γρήγορα αλλά παράλληλα να παραμένουν σε επαρκή συγκέντρωση στον τράχηλο για να εξασκήσουν τη δράση τους στο τέλος της συνουσίας. Τα σπερματοκτόνα αφρού φαίνονται καλύτερα από αυτή την άποψη.

Πολλά από τα πλεονεκτήματα των σπερματοκτόνων είναι παρόμοια με εκείνα του σπόγγου, αλλά τα σπερματοκτόνα δεν μπορούν τόσο καλά να διαχωριστούν από τη συνουσία.

Μελέτες στο εργαστήριο έδειξαν ότι τα περισσότερα από τα κοινά σπερματοκτόνα φονεύουν τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα παθογόνα. Παλαιότερη βιβλιογραφία ανέφερε ότι η νοβοξυλόνη-9 έχει δράση εναντίον του γονόκοκκου, των χλαμυδίων και των τριχομονάδων. Πιο πρόσφατες έρευνες δίνουν αντιφατικά αποτελέσματα με μεταanalύσεις να διαπιστώνουν προστατευτική δράση για το γονόκοκκο και τα χλαμύδια και άλλες έρευνες να δίνουν αντίθετα αποτελέσματα για τα ίδια μικρόβια. Ιδιαίτερα για τα χλαμύδια, που μπορεί να ευθύνονται για προβλήματα μελλοντικής υπογονιμότητας τονίζεται η αυξημένη συχνότητα τους σε ηλικίες πριν τα 24 και σε γυναίκες που δεν εφαρμόζουν διαφραγματικές μεθόδους αντισύλληψης, κάτι που πρέπει να ληφθεί υπόψη στη συμβουλευτική μας.

Για τον HIV, οι δημοσιεύσεις είναι επίσης αντιφατικές, με άλλες να αναφέρουν ότι η νοβοξυλόνη-9 προστατεύει και άλλες όχι. Η επάλειψη επίσης του ορθού των ποντικών με σπερματοκτόνα που περιείχαν νοβοξυλόνη-9 πριν από τη διοχέτευση δια της ορθικής οδού έρπητα τύπου 2 (HSV-2) αύξησε την πιθανότητα μόλυνσης και μίκρυνε το διάστημα μέχρι τη μόλυνση. Η σημασία των παραπάνω τονίζεται και από το γεγονός ότι η υψηλότερη ετήσια συχνότητα γεννητικού έρπητα παρατηρείται μεταξύ των ηλικιών 20 και 24 και θα ήταν λάθος η μη εφαρμογή διαφραγματικών μεθόδων αντισύλληψης (αν δεν υπάρχει αποχή) σε αυτές τις ευαίσθητες ηλικίες. Γυναίκες επίσης με HSV-2 μόλυνση βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο μόλυνσης με HIV, HPV, χλαμύδια, γονόκοκκο και σύφιλη. Η έρευνα συνεχίζεται σε μια προσπάθεια να βρεθεί ένα μικροβιοκτόνο αντισυλληπτικό δυναμικά ικανό να εμποδίσει τη σεξουαλική μετάδοση ιών και κυρίως του HIV. Το AZT έχει τη γνωστή αντι-HIV δράση αλλά χωρίς ικανότητα ακινητοποίησης των σπερματοζωαρίων. Όμως παράγωγα του AZT (WHI-05 and WHI-07) έδειξαν ισχυρή αντι-HIV δράση όπως και ακινητοποίηση των σπερματοζωαρίων. Διερευνήθηκε επίσης η κυστεαμίνη και προτάθηκαν σχετικές βελτιώσεις για να έχει σύγχρονη αντι-HIV και σπερματοκτόνο δράση. Τονίζεται ότι τα σπερματοκτόνα είναι συγκεκριμένες ουσίες που προέκυψαν μετά από έρευνα και η χρησιμοποίησή άλλων ουσιών είναι γενικά αναποτελεσματική, όπως π.χ. κολπικά μικροβιοκτόνα, που έχουν υψηλά ποσοστά αντισυλληπτικής αποτυχίας .

4.4.4.1. Αποτελεσματικότητα των σπερματοκτόνων

Είναι πολύ περισσότερο αποτελεσματικά στο εργαστήριο από ότι στην πράξη με τα όρια αποτελεσματικότητάς τους να κυμαίνονται μεταξύ λιγότερο από 1 μέχρι περισσότερο από 30 κυήσεις στις 100 γυναίκες-χρόνια! Πιστεύεται ότι δεν είναι αρκετά αποτελεσματικά για να χρησιμοποιούνται μόνο τους και η αποκλειστική χρήση τους χωρίς άλλη αντισυλληπτική

προστασία έχει σαν μειονέκτημα ότι η δράση τους σχετίζεται με την ποσότητα τόσο του σπέρματος όσο και του σπέρματος. Πάντως, μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε καταστάσεις ελαττωμένης γονιμότητας όπως για παράδειγμα, για ένα χρόνο μετά την φαινομενική εμμηνόπαυση.

Πλεονεκτήματα των σπέρματοκτόνων

- Δεν απαιτείται η εφαρμογή τους από κάποιον τρίτο.
- Η μέθοδος είναι κάτω από τον έλεγχο της γυναίκας και χρησιμοποιείται μόνο όταν απαιτείται.
- Προσφέρουν κάποια προστασία έναντι μερικών ΣΜΝ.
- Παρέχουν κάποια γεννητική λίπανση και είναι αξιόλογα πρόσθετα σε άλλες μεθόδους.
- Δεν έχουν σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία.

Μειονεκτήματα των σπέρματοκτόνων

- Θεωρούνται "ενοχλητικά" και υπάρχει έντονη εκροή με ορισμένα σπέρματοκτόνα. Υπάρχουν πάντως σπέρματοκτόνα ζελέ με πολύ καλύτερη εμφάνιση, υφή και οσμή από παλαιότερα σκευάσματα. Ο αφρός επίσης μπορεί να είναι προτιμότερος.
- Δεν είναι πολύ αποτελεσματικά.
- Έχουν σχέση με την επαφή και χρειάζεται αναμονή τουλάχιστον 10 λεπτών πριν από τη συνουσία για μερικά προϊόντα για να διαλυθούν. Κάποιες γυναίκες πάντως ανέφεραν ότι τουλάχιστον μια φορά δεν διαλύθηκαν τα αφρίζοντα δισκία νονοξυλόνης-9.
- Μπορούν να προκαλέσουν κοιλικό ερεθισμό και βλάβη στο κοιλικό επιθήλιο που για τη νονοξυλόνη αποδείχθηκε κολποσκοπικά και ιστολογικά. Αυτή η παρενέργεια μπορεί πράγματι να αυξάνει την πιθανότητα μετάδοσης του HIV, ακόμα και αν η νονοξυλόνη έχει *in vitro* ιοκτόνο δράση. Έτσι η νονοξυλόνη και τα παρόμοια επιφανειοδραστικά σκευάσματα θα μπορούσαν να συστηθούν για αντισυλληπτική χρήση μόνο αν δεν γίνεται υπερβολική χρήση τους και καλύτερα μαζί με διαφράγματα ή προφυλακτικά.
- Μπορούν να προκαλέσουν τοπική θερμότητα (αφρίζοντα δισκία) και αλλεργία.
- Έχουν ενοχοποιηθεί για αυξημένη πιθανότητα ύπαρξης *E. coli* στον κόλπο και μόλυνσης του ουροποιητικού .
- Υπάρχει πιθανότητα συστηματικής απορρόφησης του σπέρματοκτόνου, καθώς οι περισσότερες ουσίες που εισάγονται στον κόλπο μπορούν να απορροφηθούν στην κυκλοφορία. Έτσι είναι αδύνατο να πούμε ότι τα σπέρματοκτόνα είναι τελείως ελεύθερα από τον κίνδυνο βλαβερών αποτελεσμάτων όπως τοξικότητα σε ζωτικά όργανα και πιθανή καρκινογένεση. Σε πειραματόζωα, η νονοξυλόνη είχε ηπατοτοξικές δράσεις και προκάλεσε αλλαγές στα λιπίδια του αίματος. Πάντως, μελέτες βιοχημικών εξετάσεων γυναικών που χρησιμοποιούσαν σπέρματοκτόνα δεν έδειξαν σημαντικές αλλαγές συγκριτικά με ομάδες ελέγχου. Η έκθεση στο σπέρματοκτόνο αρχόμενης κύησης, ή η γονιμοποίηση ενός ωαρίου από ένα σπέρμα κατεστραμμένο από το σπέρματοκτόνο, θα μπορούσε να αυξήσει τη συχνότητα ανωμαλιών διάπλασης, αλλά υπάρχουν αναφορές που χαρακτηρίζουν τον κίνδυνο περισσότερο θεωρητικό.
- Πρέπει να χρησιμοποιείται πρόσθετη ποσότητα σπέρματοκτόνου κάθε φορά που επαναλαμβάνεται η συνουσία.

Ενδείξεις των σπερματοκτόνων

- Για αντισύλληψη όταν υπάρχουν σπάνιες σεξουαλικές επαφές.
- Για σχετική προστασία από ΣΜΝ.
- Σε γυναίκες άνω των 45 ετών αφού σε αυτές η γονιμότητα είναι μειωμένη.
- Γενικά στα υπογόνιμα ζευγάρια.
- Σαν συμπληρωματική μέθοδος της φυσικής μεθόδους.
- Σαν συμπληρωματική μέθοδος στα ανδρικά και γυναικεία προφυλακτικά, αλλά κυρίως στα κολπικά διαφράγματα και στις τραχηλικές καλύπτρες.
- Σαν συμπληρωματική μέθοδος στο ΛΟΛ σε περίπτωση παράληψης ή καθυστέρησης λήψης ενός δισκίου.

Αντενδείξεις των σπερματοκτόνων

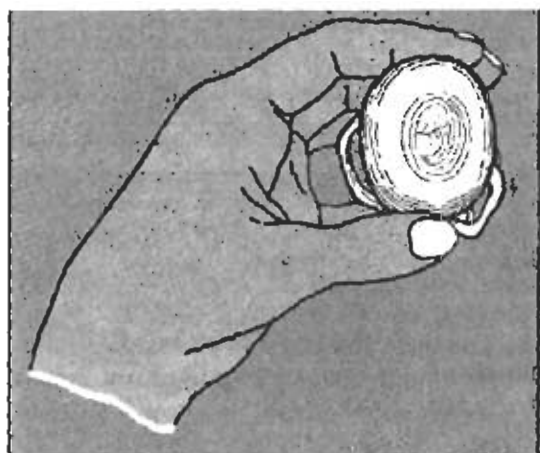
- Αλλεργία, τουλάχιστον ενός από τους δύο συντρόφους, στα συστατικά τους
- Ανάγκη αντισύλληψης σε καθημερινή βάση.
- Σε έφηβες, φυσιολογικής γονιμότητας που δεν επιθυμούν σε καμιά περίπτωση εγκυμοσύνη

Τοποθέτηση των σπερματοκτόνων

Τα σπερματοκτόνα αφού χρειάζονται καλή ανακίνηση του περιέκτη πριν από τη χρήση. Τα σπερματοκτόνα μπορούν να εισαχθούν αμέσως πριν από την επαφή, με εξαίρεση τα υπόθετα και τα αφρίζοντα δισκία που πρέπει να εισαχθούν τουλάχιστον 10 λεπτά πριν από την εκσπερμάτιση για να διαλυθούν²³.

4.4.5 σπόγγος

Το 1983 το FDA ενέκρινε τον πρώτο κολπικό αντισυλληπτικό σπόγγο για χρήση στις Ηνωμένες Πολιτείες. Ο σημερινός Κολπικός Αντισυλληπτικός Σπόγγος είναι ένας μικρός σπόγγος πολυουρεθάνης, σε σχήμα μαξιλαριού που περιέχει 1g σπερματοκτόνου non oxynol-9. Έχει μια κοίλη πτόχωση στη μια πλευρά που έχει σαν σκοπό να εφαρμόσει πάνω από τον τράχηλο και να μειώσει την πιθανότητα εκτόπισης κατά τη διάρκεια της συνουσίας. Διατίθεται μόνο σε ένα μέγεθος και μπορεί να αγορασθεί χωρίς συνταγή. Υγραίνεται με νερό και τοποθετείται κοντό στον τράχηλο. Όταν είναι στη θέση του ο σπόγγος παρέχει συνεχή προστασία, απελευθερώνοντας σπερματοκτόνο για 24 ώρες. Μετά τη χρήση ο σπόγγος πρέπει να πεταχθεί στα σκουπίδια και να μην ξαναχρησιμοποιηθεί. Το ποσοστό αποτελεσματικότητας της συσκευής είναι περίπου 88% για απόλυτους-τέλειους χρήστες και 82% για τυπικούς χρήστες. Στατιστικά, ο σπόγγος είναι πιο αποτελεσματικός για τις γυναίκες που δεν έχουν γεννήσει παιδιά. Οι παρενέργειες είναι παρόμοιες με αυτές άλλων σπερματοκτόνων μεθόδων: ευαισθησία ιστών στα χημικά που χρησιμοποιούνται¹¹.



Αντισυλληπτικός σπόγγος

4.4.6 Κολπικό Διάφραγμα

Ένα είδος του περιγράφηκε στο "Εγχειρίδιο της Γυναίκας", που



δημοσιεύτηκε το 1887. Για το Λόγο αυτό, ο συγγραφέας του, Arthur Allbutt, διαγράφηκε από τη Βρετανική Ιατρική Ομοσπονδία. Λόγω των έντονων αντιδράσεων για τη χρήση του το κολπικό διάφραγμα κυκλοφόρησε για πρώτη φορά στη δεκαετία του 1920 αλλά ακόμα και σήμερα δεν συστήνεται αρκετά από τους επαγγελματίες υγείας παρά το γεγονός ότι πέρα από την αντισυλληπτική του δράση έχει και κάποιες ευεργετικές ιατρικές επιδράσεις.

Διαπιστώνεται σχεδόν πλήρης άγνοια της μεθόδου από μερικές ομάδες πληθυσμού.

Το διάφραγμα αποτελείται από ένα λεπτό ημισφαιρικό ελαστικό, το χείλος του οποίου ενισχύεται από ευλύγιστο επίπεδο ή περιελιγμένο ή τοξοειδές μεταλλικό ελατήριο. Τα μεγέθη του κυμαίνονται από 50 χιλιοστά έως 100 χιλιοστά σε διαβαθμίσεις των 5 χιλιοστών, που αντιστοιχούν στην εξωτερική του διάμετρο. Το μέγεθος που χρειάζεται επηρεάζεται από τις αλλαγές στο μέγεθος του κόλπου λόγω τοκετών, κολπικού χειρουργείου ή σημαντικών αλλαγών του σωματικού Βάρους, και σε όλες τις προηγούμενες καταστάσεις πρέπει να γίνει επανεκτίμηση της εφαρμογής του διαφράγματος. Το ίδιο ισχύει και μετά από κάθε απρογραμματίστη κύηση άσχετα αν κατέληξε σε τεχνητή διακοπή ή αποβολή κυρίως για να εκτιμηθούν πιθανά λάθη στην εφαρμογή της τεχνικής που οδήγησαν στην αποτυχία.

Το διάφραγμα με επίπεδο ελατήριο τοποθετείται σχετικά εύκολα, παραμένοντας σε οριζόντια θέση στην αποσυμπίεση. Είναι κατάλληλο για τον φυσιολογικό κόλπο, και συχνά επιχειρείται πρώτο. Το διάφραγμα με περιελιγμένο ελατήριο είναι μαλακότερο από εκείνο με επίπεδο ελατήριο και επειδή εξασκεί μικρότερη πίεση, μπορεί να είναι πιο άνετο για μερικές γυναίκες συγκριτικά με το διάφραγμα επίπεδου ελατηρίου. Η ελαττωμένη πίεση το κάνει να φαίνεται στη γυναίκα μικρότερο από διάφραγμα με επίπεδο ελατήριο της ίδιας διαμέτρου. Το διάφραγμα με τοξοειδές ελατήριο έχει ένα διπλό μεταλλικό ελατήριο. Κύριο χαρακτηριστικό του είναι ότι όταν αποσυμπίεζεται σχηματίζει τόξο και εξασκεί ισχυρότερη πίεση στα κολπικά τοιχώματα. Μερικές γυναίκες το βρίσκουν δυσκολότερο στην εισαγωγή του. Γενικά τα διαφράγματα με δύσκαμπτο ελατήριο είναι λιγότερο αποδεκτά .

Το διάφραγμα προσαρμόζεται μέσα στον κόλπο και συγκρατείται με σημεία αντιστήριξης την οπίσθια επιφάνεια της ηθικής σύμφυσης και τον οπίσθιο κολπικό θόλο. Οι κυρίες λειτουργίες του κολπικού διαφράγματος είναι να κρατά το σπέρμα μακριά από την αλκαλική τραχηλική βλέννα, αρκετό χρόνο ώστε να πεθάνουν τα σπερματοζώαρια μέσα στο όξινο περιβάλλον του κόλπου και να ενεργεί σαν φορέας σπερματοκτόνου αν και έχει συστηθεί από κάποιους η χρήση ή μη χρήση σπερματοκτόνου να αφήνεται στην εκλογή της γυναίκας. Υποστηρίχθηκε δηλαδή ότι επειδή κάποιες γυναίκες θεωρούν "βρόμικα" τα σπερματοκτόνα τελικά δεν χρησιμοποιούν ούτε το διάφραγμα και επομένως η μη χρήση σπερματοκτόνου αυξάνει την πιθανότητα αποδοχής και χρήσης του διαφράγματος. Το πρόβλημα του "βρόμικου" σπερματοκτόνου θα μπορούσε να μετριαστεί με τοποθέτηση μεγαλύτερης ποσότητας σπερματοκτόνου μόνο στην ανώτερη επιφάνεια του διαφράγματος ενώ προτάθηκαν και μιας χρήσης διαφράγματα με σπερματοκτόνο.

Το διάφραγμα δεν πρέπει να έρχεται σε επαφή με λιπαντικά, φυτικά έλαια και ορυκτέλαια γιατί αυτά μακροπρόθεσμα μπορεί να καταστρέψουν το ελαστικό του.

Το διάφραγμα πρέπει να παραμείνει στη θέση του τουλάχιστον 6 ώρες μετά τη συνουσία, όχι όμως περισσότερο από 24 ώρες γιατί αυξάνεται η πιθανότητα να κάνει βλάβη στο κολλικό επιθήλιο. Αν πρόκειται η γυναίκα να έλθει σε επαφή σε περισσότερο από 3 ώρες μετά την τοποθέτηση, πρέπει να βάλει περισσότερο σπερματοκτόνο (κρέμα, ζελέ ή αφρό) με μια συσκευή, ή να χρησιμοποιήσει ένα σπερματοκτόνο υπόθετο που σπρώχνει βαθιά στον κόλπο με το δάκτυλο, περιμένοντας τουλάχιστον 10 λεπτά πριν τη συνουσία για να διαλυθεί. Το όριο των 3 ωρών που αναφέρεται πιο πάνω σχετίζεται περισσότερο με την "επιστημονική λογική" και λιγότερο με το γεγονός ότι έχει ελεγχθεί επανειλημμένα σε κατάλληλες συγκριτικές μελέτες.

Η γυναίκα μπορεί να κάνει μπάνιο ή να πάει για κολύμπι ενώ το διάφραγμα είναι στη θέση του, αλλά καλύτερα αυτό να γίνει αρκετές ώρες μετά την επαφή, για να μην επηρεαστεί η δράση του σπερματοκτόνου. Το κολλικό διάφραγμα μπορεί να χρησιμοποιείται και τις ημέρες της εμμηνορρυσίας και η γυναίκα δεν πρέπει να ξεχνά ότι μπορεί να μείνει έγκυος ακόμα και τότε.

Μετά την αφαίρεση του το διάφραγμα πρέπει να καθαριστεί με ήπιο σαπούνι τουαλέτας.

Δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται απολυμαντικά και απορρυπαντικά, γιατί μπορεί να καταστρέψουν το ελαστικό του. Θα πρέπει στη συνέχεια να στεγνώσει και να φυλαχτεί στο κουτί του σε μια κρύα και στεγνή θέση.

Το διάφραγμα πρέπει να είναι πάντα σε καλή κατάσταση και ο έλεγχος της ακεραιότητας του πρέπει να γίνεται κατά τακτά διαστήματα. Κατά τον έλεγχο της ακεραιότητας του διαφράγματος, η γυναίκα πρέπει να το κρατά ψηλά στο φως και να το τεντώνει, προσέχοντας να μη καταστρέψει το ελαστικό με τα νύχια της. Μπορεί με την πάροδο του χρόνου ο θόλος του να γίνει περισσότερο μαλακός, αλλαγή που θεωρείται φυσιολογική και ακίνδυνη. Η αλλαγή στο χρώμα και στη σύσταση του καουτσούκ είναι φυσιολογική. Αν δεν παρατηρούνται τρύπες, και αν το χείλος μπορεί να αποκαταστήσει το αρχικό του σχήμα, τότε δεν υπάρχει πρόβλημα.

4.4.6.1. Αποτελεσματικότητα του διαφράγματος

Κάποιες "αποτυχίες του διαφράγματος", μπορεί να οφείλονται απλά στο ότι η γυναίκα ξενόπορεσε να ελέγξει αν ήταν καλά τοποθετημένο. Η αποτυχία μπορεί να οφείλεται και σε μη "ιδανική" εφαρμογή του διαφράγματος στη διάρκεια της επαφής και η διεύρυνση των άνω δύο-τρίτων του κόλπου, που έχει περιγραφεί κατά τη συνουσία, μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένο κίνδυνο σπερματικής διάχυσης πάνω από το χείλος του διαφράγματος. Οι ωθήσεις του πέους επίσης μπορεί να προκαλέσουν δυνητική μετακίνηση του διαφράγματος, ιδιαίτερα σε ορισμένες θέσεις της συνουσίας (κάτι που κάνει λογική την παράλληλη χρήση σπερματοκτόνου).

Η μέθοδος μπορεί να αποτύχει παρά την ιδανική της τοποθέτηση και παρά την λεπτομερή εφαρμογή των οδηγιών χρήσης της και έχουν αναφερθεί ποσοστά αποτυχίας πάνω από 10% για τον πρώτο χρόνο χρήσης.

4.4.6.2. Πλεονεκτήματα του διαφράγματος

Είναι μέθοδος αντισύλληψης που δεν είναι απαραίτητα συνδεδεμένη με τη συνουσία, αφού μπορεί να εισαχθεί μερικές ώρες πριν από αυτή.

Προστατεύει από τα ΣΜΝ με την εξασφάλιση ενός μηχανικού εμποδίου που ελαττώνει την πιθανότητα των μικροοργανισμών να φτάσουν τον τράχηλο και το ανώτερο γεννητικό σύστημα (όμως δεν προσφέρει αρκετή προστασία εναντίον των ιών ή κάποιων μη ιογενών μολύνσεων όπως είναι η σύφιλη που μπορεί να προκαλέσουν βλάβες στον κόλπο, στο αιδοίο ή και αλλού).

Προκαλεί ελάττωση του κινδύνου της τραχηλικής νεοπλασίας. Αυτή η προστασία αποδεικνύεται από το ότι η συχνότητα τραχηλικής νεοπλασίας ανά 100 γυναίκες-χρόνια γι' αυτές που το χρησιμοποιούν είναι μόλις 0.2 ενώ για εκείνες που έχουν ενδομητρική αντισυλληπτική

συσκευή ή παίρνουν ΑΟΔ είναι κοντά στο 1 (μετά από προσαρμογή για την ηλικία της πρώτης επαφής, τον αριθμό των σεξουαλικών συντρόφων και το κάπνισμα). Παρατηρήθηκε επίσης σταθερή πτώση του σχετικού κινδύνου σοβαρής τραχηλικής νεοπλασίας για εκείνες που το χρησιμοποιούν ξεκινώντας από το 1 στην έναρξη της χρησιμοποίησης τον και φτάνοντας στο 0.2 μετά από 10 χρόνια χρήσης.

4.4.6.3. Μειονεκτήματα του διαφράγματος

Προκαλείται απώλεια της τραχηλικής και κάποιας κολπικής αίσθησης που είναι όμως ασήμαντη για τις περισσότερες γυναίκες.

Μπορεί να γίνει αισθητό από τον σύντροφο της γυναίκας στη διάρκεια της επαφής. Στην περίπτωση αυτή πρέπει πάλι να ελεγχθεί το μέγεθος του γιατί μπορεί να χρειάζεται μεγαλύτερο ή μικρότερο, ή να γίνει αλλαγή του διαφράγματος επίπεδου ελατηρίου σε εκείνο περιελιγμένου ελατηρίου, ή να γίνει αλλαγή με τραχηλική καλύπτρα.

Για την επανάληψη της συνουσίας απαιτείται πρόσθετη ποσότητα σπερματοκτόνου.

Η αρχική τοποθέτηση του γίνεται από εκπαιδευμένο άτομο και χρειάζεται εκπαίδευση λίγων ημερών για τη χρήση του.

Θεωρείται ότι κατά τη χρήση του υπάρχει αυξημένος κίνδυνος μόλυνσης και συμπτωμάτων από το ουροποιητικό (Heaton και Smith 1989, Vessey 1988). Πιστεύεται ότι οφείλεται κυρίως στην πίεση του χείλους του διαφράγματος στην ουρήθρα και στη βάση της ουροδόχου κύστης, προδιαθέτοντας σε ουρηθρίτιδα και κυστίτιδα και γι' αυτό καλό είναι η γυναίκα να αδειάζει την ουροδόχο κύστη της πριν και αμέσως μετά τη συνουσία. Μερικές φορές βοηθά η αλλαγή σε μικρότερο μέγεθος διαφράγματος ή αλλαγή σε τραχηλική καλύπτρα. Πιθανός παράγοντας στον αυξημένο κίνδυνο μολύνσεων του ουροποιητικού είναι η μεταβολή της κολπικής χλωρίδας που προκαλείτο διάφραγμα. Σε κολπικές καλλιέργειες εκείνων που χρησιμοποιούσαν κολπικό διάφραγμα αναπτύχθηκε συχνότερα κολοβακτηρίδιο, στρεπτόκοκκος και χρυσίζων σταφυλόκοκκος σε σύγκριση με ομάδες ελέγχου. Υπάρχει μικρός κίνδυνος συνδρόμου τοξικής καταπληξίας από τον χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο (έχουν αναφερθεί σποραδικές περιπτώσεις) και γι' αυτό καλό είναι η γυναίκα να μην αφήνει συστηματικά το διάφραγμα στον κόλπο στη διάρκεια της εμμηνορρυσίας.

Μικρή αναλογία γυναικών εμφανίζουν κολπικό ερεθισμό και αλλεργία που μπορεί να οφείλεται στο ελαστικό αλλά συχνότερα στο σπερματοκτόνο που χρησιμοποιείται παράλληλα.

Φλεγμονώδεις αντιδράσεις, εκδορές ή ακόμα και αληθινά έλκη μπορεί να προκληθούν από την τοπική πίεση του δακτυλίου. Αν και σπάνια, τα έλκη μπορεί να είναι αρκετού μήκους, πλάτους και βάθους και τέτοιες περιπτώσεις αναφέρθηκαν κυρίως με διαφράγματα που ήταν στη θέση τους συνεχώς για 3 ή περισσότερες ημέρες. Αυτή η επιπλοκή είναι ίσως πιθανότερη αν το διάφραγμα είναι πολύ μεγάλο. Θεραπευτικά συνιστάται αποφυγή της συνουσίας για ένα μήνα περίπου οπότε αναμένεται πλήρης αποκατάσταση της βλάβης, χωρίς να χρειάζεται καμιά άλλη θεραπεία.

4.4.6.4. Ενδείξεις του διαφράγματος

1. Για αντισύλληψη σε διακεκομμένη βάση.
2. Για προστασία από πυελική φλεγμονή.
3. Για προστασία από τραχηλική νεοπλασία ή υποτροπή της.
4. Παλαιότερα χρησιμοποιήθηκε με επιτυχία στην απώλεια ούρων από υπερένταση!

4.4.6.5. Αντενδείξεις του διαφράγματος

1. Συγγενείς ανωμαλίες του κόλπου, όπως είναι κόλπος με διάφραγμα.
2. Πρόπτωση της μήτρας, κυστεοκήλη και ορθοκήλη.
3. Ανεπαρκής οπισθοθηβικός χώρος (που διαπιστώνεται στην εξέταση).
4. Ανικανότητα εκμάθησης της τεχνικής της εισαγωγής.
5. Οξεία κολπίτιδα (πρέπει να προηγηθεί θεραπεία).
6. Μολύνσεις του ουροποιητικού συστήματος που υποτροπιάζουν.
7. Έλλειψη καλής υγιεινής.

4.4.6.6. Τοποθέτηση του διαφράγματος

Η εκπαίδευση είναι απαραίτητη στην τεχνική τοποθέτησης.

Στην αρχική εξέταση ο γιατρός ή η μαία πρέπει να σιγουρευτούν ότι ο κόλπος και ο τράχηλος είναι υγιείς και αν δεν έχει γίνει, σχετικά πρόσφατα, τεστ Παπανικολάου πρέπει να προηγηθεί λήψη τραχηλικών επιχρισμάτων για κυτταρολογική εξέταση. Στη συνέχεια ελέγχεται αν η ανατομία της περιοχής τοποθέτησης είναι η κατάλληλη με εκτίμηση του οπισθοθηβικού χώρου (καλύτερα με την τοποθέτηση ενός δοκιμαστικού διαφράγματος) και του μυϊκού τόνου του κόλπου και του περινέου.

Τα βήματα για επιτυχημένη τοποθέτηση του σωστού μεγέθους διαφράγματος είναι τα εξής: Η γυναίκα πρέπει να έχει ουρήσει. Για να ελέγξουμε ποιο μέγεθος διαφράγματος είναι το κατάλληλο, πρέπει να εισάγουμε συγχρόνως το δείκτη και το μεσαίο δάκτυλο μέσα στον κόλπο μέχρι τον οπίσθιο θόλο. Μετά ανυψώνουμε το χέρι για να φέρουμε το δείκτη σε επαφή με το κάτω όριο της ηβικής σύμφυσης. Χρησιμοποιούμε την κορυφή του αντίχειρα για να σημειώσουμε το σημείο που βρίσκεται το κάτω όριο της ηβικής σύμφυσης και αποσύρουμε τα δάκτυλα σε αυτή τη θέση. Η απόσταση μεταξύ της κορυφής του μεσαίου δακτύλου και της κορυφής του αντίχειρα είναι η διάμετρος του διαφράγματος που πρέπει να χρησιμοποιηθεί.

Για την τοποθέτηση, πιέζουμε το δοκιμαστικό διάφραγμα μεταξύ του αντίχειρα και των υπόλοιπων δακτύλων έχοντας βάλει το δείκτη στο εσωτερικό του χείλους του διαφράγματος. Στη συνέχεια διαχωρίζονται τα χείλη του αιδοίου και το διάφραγμα εισάγεται με κατεύθυνση προς τα κάτω και πίσω τοποθετώντας το οπίσθιο χείλος του στον οπίσθιο θόλο, και το πρόσθιο χείλος μετά από αναδίπλωση του πίσω από την ηβική σύμφυση. Εξετάζουμε αν ο τράχηλος είναι καλυμμένος.

Μετά εισάγουμε την κορυφή του δακτύλου μεταξύ του πρόσθιου χείλους του διαφράγματος και της ηβικής σύμφυσης οπότε αν το διάφραγμα είναι πολύ μικρό, θα γίνει αισθητό ένα μεγάλο κενό ή μπορεί ολόκληρο το διάφραγμα να βρεθεί στον πρόσθιο θόλο, ενώ αν είναι πολύ μεγάλο προβάλλει προς τα εμπρός και κάτω και μπορεί να προκαλέσει άμεση δυσαρέσκεια.

Η γυναίκα πρέπει να σηκωθεί και να κάνει μερικά βήματα. Στην επανεξέταση η πρόσθια προβολή του διαφράγματος μπορεί να οφείλεται σε μικρή κυστεοκήλη ή μικρό οπισθοθηβικό χώρο που δεν εκτιμήθηκαν στην αρχική εξέταση. Σ' αυτή την περίπτωση θα πρέπει να επιχειρηθεί τραχηλική καλύπτρα..

Στη συνέχεια, η εκπαιδύτρια καθοδηγεί τη γυναίκα για να μάθει να ψηλαφά μόνη της τον τράχηλο της. Η εκπαιδύτρια μαθαίνει στη γυναίκα να εντοπίζει τον τράχηλο της με το δείκτη ή με το μεσαίο δάκτυλο. Ακολουθεί ολοκληρωμένη διδασκαλία για το πώς τοποθετείται το διάφραγμα από την ίδια τη γυναίκα. Ο γιατρός πρέπει να εξηγήσει στη γυναίκα τον τρόπο χρήσης για να κρατήσει τη συχνότητα αποτυχίας στο ελάχιστο. Η μαία παίζει τον ίδιο καθοριστικό ρόλο σε αυτό το στάδιο δείχνοντας όλες τις πλευρές της τοποθέτησης με τη βοήθεια οπτικοακουστικών μέσων.

Σημαντική είναι η θέση που πρέπει να πάρει η γυναίκα για την ψηλάφηση του τραχήλου της και την τοποθέτηση του διαφράγματος και αυτή η σημαντική πλευρά δεν πρέπει να παραβλέπεται από την εκπαιδευτριά. Πολλές γυναίκες αυτόματα χρησιμοποιούν την ημικαθιστή θέση όταν εισάγουν το διάφραγμα ή όταν ελέγχουν αν είναι τοποθετημένο σωστά πάνω από τον τράχηλο. Αυτό θα πρέπει να αποθαρρύνεται, καθώς κάνει σχεδόν αδύνατο να φτάσουν τα δάκτυλα στον τράχηλο για τον έλεγχο της καλής τοποθέτησης. Καλές θέσεις τοποθέτησης του διαφράγματος είναι όταν η γυναίκα στέκεται με το ένα πόδι σε μια καρέκλα και το άλλο ελαφρά λυγισμένο (η δεξιόχειρη θα πρέπει να σηκώσει το αριστερό πόδι και αντίθετα) ή όταν κάθεται στο έδαφος με τα γόνατα μακριά το ένα από το άλλο ή, αν έχει εξοικειωθεί με το διάφραγμα, όταν ξαπλώνει με τα γόνατα πάνω.

Στη συνέχεια, η εκπαιδευτριά εισάγει το διάφραγμα στον κόλπο και καθοδηγεί τη γυναίκα για να αισθανθεί τον τράχηλο της και μέσα από το διάφραγμα.

Πριν τη σεξουαλική επαφή η γυναίκα πρέπει να τοποθετήσει με την κορυφή του δακτύλου δύο λωρίδες σπερματοκτόνου (κάθε μια μήκους περίπου 3 εκ.) και στις δύο πλευρές και μικρότερη ποσότητα στο χείλος του διαφράγματος. Στη συνέχεια η γυναίκα παίρνει μια από τις θέσεις που αναφέρθηκαν.

Για να βάλει το διάφραγμα το λυγίζει στη μέση πιέζοντας το στη μέση των αντίθετων πλευρών μεταξύ του αντίχειρα και του δείκτη. Μπορεί να βρει ευκολότερο να τοποθετήσει το δείκτη στο θόλο του διαφράγματος και να το λυγίσει μεταξύ του αντίχειρα και του μεσαίου δακτύλου. Μετά εισάγεται το διάφραγμα με κατεύθυνση που είναι παρόμοια με εκείνη που χρησιμοποιείται στο ταμπόν - δηλαδή κυρίως προς τα πίσω. Μετά την τοποθέτηση, για να ελέγξει αν το διάφραγμα είναι στη θέση του βάζει το δείκτη της (ή τον δείκτη και το μεσαίο δάκτυλο) στον κόλπο και αγγίζει το θόλο του οπότε θα πρέπει να αισθανθεί τον τράχηλο από κάτω. Στη συνέχεια μετακινεί το δείκτη της προς το εμπρός μέρος του χείλους του διαφράγματος για να βεβαιωθεί ότι είναι στερεά τοποθετημένο πίσω από την ηβική σύμφυση. Τέλος ελέγχει ότι το πίσω χείλος είναι πίσω από τον τράχηλο. Αν η γυναίκα συναντά δυσκολίες, ίσως ο σύντροφος της μπορεί να τοποθετήσει σωστά το διάφραγμα αν του δοθούν οι κατάλληλες οδηγίες.

Η γυναίκα στη συνέχεια αφαιρεί το διάφραγμα μόνη της αγκιστρώνοντας το με το δείκτη της πίσω από την ηβική σύμφυση και τραβώντας το έξω ή με τη χρήση δύο δακτύλων σε κάθε πλευρά του θέσεις τοποθέτησης του διαφράγματος είναι όταν η γυναίκα στέκεται με το ένα πόδι σε μια καρέκλα και το άλλο ελαφρά λυγισμένο (η δεξιόχειρη θα πρέπει να σηκώσει το αριστερό πόδι και αντίθετα) ή όταν κάθεται στο έδαφος με τα γόνατα μακριά το ένα από το άλλο ή, αν έχει εξοικειωθεί με το διάφραγμα, όταν ξαπλώνει με τα γόνατα πάνω.

Στη συνέχεια, η εκπαιδευτριά εισάγει το διάφραγμα στον κόλπο και καθοδηγεί τη γυναίκα για να αισθανθεί τον τράχηλο της και μέσα από το διάφραγμα.

Πριν τη σεξουαλική επαφή η γυναίκα πρέπει να τοποθετήσει με την κορυφή του δακτύλου δύο λωρίδες σπερματοκτόνου (κάθε μια μήκους περίπου 3 εκ.) και στις δύο πλευρές και μικρότερη ποσότητα στο χείλος του διαφράγματος. Στη συνέχεια η γυναίκα παίρνει μια από τις θέσεις που αναφέρθηκαν.

Για να Βάλει το διάφραγμα το λυγίζει στη μέση πιέζοντας το στη μέση των αντίθετων πλευρών μεταξύ του αντίχειρα και του δείκτη. Μπορεί να βρει ευκολότερο να τοποθετήσει το δείκτη στο θόλο του διαφράγματος και να το λυγίσει μεταξύ του αντίχειρα και του μεσαίου δακτύλου. Μετά εισάγεται το διάφραγμα με κατεύθυνση που είναι παρόμοια με εκείνη που χρησιμοποιείται στο ταμπόν - δηλαδή κυρίως προς τα πίσω. Μετά την τοποθέτηση, για να ελέγξει αν το διάφραγμα είναι στη θέση του βάζει το δείκτη της (ή τον δείκτη και το μεσαίο δάκτυλο) στον κόλπο και αγγίζει το θόλο του οπότε θα πρέπει να αισθανθεί τον τράχηλο από κάτω. Στη συνέχεια μετακινεί το δείκτη της προς το εμπρός μέρος του χείλους του διαφράγματος για να βεβαιωθεί ότι είναι στερεά τοποθετημένο πίσω από την ηβική σύμφυση. Τέλος ελέγχει ότι το πίσω χείλος είναι πίσω από τον τράχηλο. Αν η γυναίκα συναντά δυσκολίες, ίσως ο σύντροφος της μπορεί να

τοποθετήσει σωστά το διάφραγμα αν του δοθούν οι κατάλληλες οδηγίες.

Η γυναίκα στη συνέχεια αφαιρεί το διάφραγμα μόνη της αγκιστρώνοντας το με το δείκτη της πίσω από την ηβική σύμφυση και τραβώντας το έξω ή με τη χρήση δύο δακτύλων σε κάθε πλευρά του πρόσθιου χείλους.

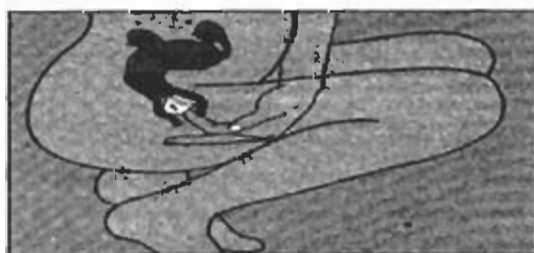
Είναι προτιμότερο να προμηθεύουμε τη γυναίκα με ένα δοκιμαστικό διάφραγμα για τις πρώτες ημέρες ώστε να εξοικειωθεί στις τεχνικές εισαγωγής και αφαίρεσης. Η γυναίκα πρέπει να το φορέσει στη διάρκεια της ημέρας για να σιγουρευτεί ότι παραμένει στη θέση του και να ελέγξει αν η μέθοδος είναι άνετη στη διάρκεια όλων των κανονικών δραστηριοτήτων. Θα πρέπει να μη το αισθάνεται αν έχει το σωστό μέγεθος και είναι στη σωστή θέση.

Όταν η γυναίκα επιστρέψει στο ιατρείο μετά από λίγες ημέρες θα πρέπει να έχει το διάφραγμα τοποθετημένο στη θέση του έτσι που ο γιατρός ή η μαία να μπορούν να το ελέγξουν και να εκτιμήσουν πάλι αν έχει επιλεγεί το σωστό μέγεθος. Πρέπει να σιγουρευτούμε ότι η γυναίκα γνωρίζει καλά τις οδηγίες που της δόθηκαν στην πρώτη επίσκεψη πριν να ξεκινήσει να στηρίζεται σ' αυτή τη μέθοδο.

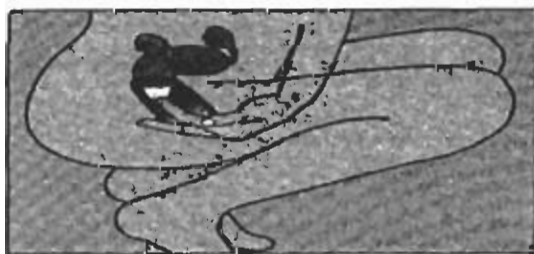
Πρέπει να της τονίσουμε επίσης ότι το διάφραγμα πρέπει να μη παραμένει για μακρά διαστήματα στον κόλπο για τον κίνδυνο επιπλοκών που είναι μεν σπάνιες αλλά μπορεί να φτάσουν μέχρι τη δημιουργία κυστεοκολπικού συριγγίου!. Καλό είναι να ξαναδούμε τη γυναίκα σε λίγους μήνες και μετά τουλάχιστον μια φορά τον χρόνο²³.

4.4.7 Τραχηλική καλύπτρα

Τον Απρίλιο του 1988, το FDA ενέκρινε την Τραχηλική Καλύπτρα Prentif σαν μια αποτελεσματική και ασφαλή μέθοδος αντισύλληψης. Η τραχηλική καλύπτρα ομοιάζει με μια μεγάλη, λαστιχένια δακτυλήθρα με απαλό, ελαστικό θόλο και σταθερή στεφάνη. Μικρή ποσότητα σπερματοκτόνου τοποθετείται στο θόλο και η καλύπτρα εφαρμόζεται πάνω από τον τράχηλο. Παραμένει σταθερά στη θέση του σφίγγοντας τον τράχηλο και σχηματίζοντας δυνατή αναρρόφηση. Η ίδια η καλύπτρα αποτελεί ένα φυσικό φράγμα για το σπέρμα ενώ το σπερματοκτόνο παρέχει ένα πρόσθετο, χημικό φράγμα.



Τοποθέτηση της τραχηλικής καλύπτρας.



Επειδή είναι μικρότερη από το διάφραγμα η καλύπτρα Prentif έχει αρκετά πλεονεκτήματα. Είναι πιο άνετη από το διάφραγμα και μπορεί να παραμείνει στη θέση της για 48 ώρες. Η καλύπτρα παραμένει σφιχτή στον τράχηλο χωρίς να απαιτείται επιπλέον σπερματοκτόνος κρέμα ή ζελέ για επιπλέον συνουσία. Ακόμη είναι λιγότερο βρώμικη και δε χρειάζεται να αναμιγνύεται με τον αυθορμητισμό γιατί μπορεί να εισαχθεί οποιαδήποτε στιγμή πριν από τη συνουσία. Όπως και το διάφραγμα, η τραχηλική καλύπτρα πρέπει να παραμείνει στη θέση της για τουλάχιστον 8 ώρες μετά

την τελευταία σεξουαλική επαφή για να είναι αποτελεσματική. Όταν χρησιμοποιηθεί σωστά αυτή η μέθοδος έχει αποδειχθεί ότι είναι 82% έως 94% αποτελεσματική σε 90 περιοχές μελέτης στις Η.Π.Α., από 1977 που άρχισε η έρευνα σχετικά με την τραχηλική καλύπτρα¹¹.

4.4.8 Ενδομήτριες συσκευές ή ενδομήτρια σπειράματα.

Τα ενδομήτρια σπειράματα είναι διάφορου σχήματος, κατασκευασμένα από πλαστική ύλη (πρώτη γενιά, 1965) ή από μεταλλική, όπως είναι ο χαλκός (δεύτερη γενιά, 1974) ή περιέχουν προγεστερόνη ή προγεστερονοειδές και εισάγονται στην ενδομήτρια κοιλότητα από το τραχηλικό στόμιο.

4.4.8.1. Εφαρμογή

Η εφαρμογή τους στις άτοκες γίνεται τις ημέρες της ωοθυλακιορρηξίας, γιατί τότε είναι ανοιχτό το τραχηλικό στόμιο (κάποτε καταφεύγουμε σε νάρκωση και διαστολή του τραχηλικού στομίου) και στις γυναίκες, που γέννησαν, 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό ή μετά από άμβλωση σε οποιαδήποτε ημέρα του γεννητικού κύκλου.

Για την εφαρμογή της συσκευής, που διαλέξαμε, συλλαμβάνουμε τον τράχηλο με μονοδοντωτή λαβίδα, ελέγχουμε με μητρομήλη το βάθος και την κατεύθυνση της μήτρας, προωθούμε αυτή με ειδική συσκευή, μέσα στην ενδομήτρια κοιλότητα και κόβουμε τα ελεύθερα άκρα της έξω από το τραχηλικό στόμιο και σε τέτοια απόσταση από αυτό, ώστε να είναι εύκολη η σύλληψη και η έξοδος της.

Τα σπειράματα είναι εμποτισμένα με θειικό βάριο, για να ελέγχεται ακτινολογικά η καλή τους τοποθέτηση. Ο έλεγχος τους σήμερα γίνεται και υπερηχογραφικά.

4.4.8.2. Δράση

Ο μηχανισμός δράσης των ενδομήτριων σπειραμάτων συνίσταται στην αποτυχία εγκατάστασης του γονιμοποιημένου ωαρίου μέσα στην ενδομήτρια κοιλότητα από φλεγμονώδη αντίδραση του ενδομητρίου ή από κατανάλωση των ενζύμων του, που βοηθάνε την εμφύτευση, ή από επιτάχυνση της μεταφοράς του γονιμοποιημένου ωαρίου από τις σάλπιγγες, οπότε δεν προλαβαίνει το ενδομήτριο να προετοιμασθεί, ή από αυξημένη τονικότητα του μυομητρίου, που προκαλείται από την έκκριση προσταγλανδινών, λόγω του ερεθισμού, που προκαλεί το σπείραμα.

Αν το ενδομήτριο σπείραμα είναι από χαλκό, πρέπει να αντικατασταθεί σε 2-3 χρόνια, γιατί ο χαλκός αποδεσμεύεται. Αν αυτό έχει προγεστερόνη, πρέπει ν' αντικατασταθεί σε 1 χρόνο, γιατί η προγεστερόνη αποδεσμεύεται σταθερά με ρυθμό 65 ng την ημέρα.

Την εφαρμογή των ενδομήτριων σπειραμάτων προτιμάμε περισσότερο σε γυναίκες, που γέννησαν, και σε όσες υπάρχει αντένδειξη χρησιμοποίησης άλλης μεθόδου.

4.4.8.3. Αντενδείξεις

Δεν θα εφαρμόσουμε ενδομήτρια σπειράματα σε οξείες και χρόνιες φλεγμονές του γεννητικού συστήματος, σε παλιά έκτοπη εγκυμοσύνη, σε ενδομητρίωση, σε πολύποδες και ινομυώματα της μήτρας, σε διαπλαστικές ανωμαλίες της μήτρας, σε υπερπλασία του ενδομητρίου και σε δυσμηνόρροια.

Μετά την εξαίρεση της ενδομήτριας συσκευής η γονιμότητα της γυναίκας επανέρχεται. Το ποσοστό αποτυχίας της μεθόδου φτάνει το 2%.

4.4.8.4. Επιπλοκές

Η συχνότητα απόρριψης της συσκευής φτάνει το 10% και της ανάγκης εξαίρεσης της, γιατί προκάλεσε ανεπιθύμητα συμπτώματα (πόνος, αιμορραγία), φτάνει το 15%. Η αιμορραγία οφείλεται, όχι σε ορμονική ανωμαλία, αλλά σε τοπική επίδραση στο ενδομήτριο και σε αυξημένη έκκριση

προσταγλανδινών.

Ανάμεσα στις επιπλοκές, που προκαλούνται από την εφαρμογή ενδομήτριου σπειράματος αναφέρονται: ο πόνος, από σύσπαση της μήτρας, η άμεση αιμορραγία, η διάτρηση της μήτρας, η έκτοπη ή η ενδομήτρια εγκυμοσύνη, η σηπτική έκτρωση, αν δεν εξαιρεθεί η συσκευή σε περίπτωση ενδομήτριας εγκυμοσύνης, και η αυξημένη συχνότητα αυτόματων εκτρώσεων.

Όσο για τον κίνδυνο μόλυνσης του ενδομητρίου, είναι γεγονός, πως τις πρώτες 48 ώρες από την εφαρμογή, η ενδομήτρια κοιλότητα μολύνεται σε συχνότητα 80%, αλλά σε 30 ημέρες, οι αμυντικές δυνάμεις, εξουδετερώνουν κάθε μικροβιακό παθογόνο παράγοντα.

Υπολογίστηκε, πως σε 1.000.000 γυναίκες, που χρησιμοποιούν ενδομήτριο σπείραμα, οι 3-5 θα πεθάνουν από επιπλοκή, που προκάλεσε η εφαρμογή του. Παρ' όλα αυτά η μέθοδος είναι περισσότερο ασφαλής από την άμβλωση.

4.4.8.5. Άλλες συσκευές.

Εκτός από τις ενδομήτριες συσκευές χρησιμοποιούνται και ενδοτραχηλικές τέτοιες σε σχήμα λεπτού σωληναρίου από σιλικόνη ή πολυπροπυλένιο, που περιέχουν προγεστερονοειδείς ουσίες, και ενδοκολπικές συσκευές, σε σχήμα δαχτυλιδιού, που περιέχουν στεροειδείς ουσίες²².



Τύποι ενδομήτριων συσκευών
(Danforth)

4.4.9 Προφυλακτικό

Πρόκειται για μια πολύ λεπτή ελαστική θήκη που πρέπει να φορεθεί πριν από τη συνουσία στο πέος, όταν αυτό είναι σε στύση.



Η αρχαιότερη δημοσιευμένη περιγραφή του προφυλακτικού είναι εκείνη του Ιταλού ανατόμου Fallopio, που το 1564 σύστησε μια θήκη από λινό βρεγμένη με λοσιόν για προστασία από αφροδίσια νοσήματα. Μόνο στον 18ο αιώνα βρίσκουμε την χρήση του προφυλακτικού ειδικά για την πρόληψη κύησης.

Η πρόοδος του βουλκανισμού του καουτσούκ (δηλαδή η διαδικασία με την οποία το καουτσούκ γίνεται σκληρότερο και λιγότερο ευαίσθητο στις μεταβολές της θερμοκρασίας), που πρώτα εφαρμόστηκε το 1884, από τον Goodyear ήταν εκείνη που έφερε επανάσταση στον κόσμο της αντισύλληψης (και στις μεταφορές). Τα προφυλακτικά κατασκευάζονται με πολύ αυτοματοποιημένη διαδικασία που σχηματικά αρχίζει με εισαγωγή μεταλλικών ή γυάλινων

καλουπιών σε διάλυμα λάτεξ, συνεχίζεται με στέγνωμα και τελειώνει με βουλκανοποίηση. Μετά τοποθετούνται σε νερό για έλεγχο πιθανών οπών και προοδευτικά σε τεστ εμφύσησης για να βρεθεί το σημείο ρήξης που είναι πάνω από 15 λίτρα αέρα. Το προφυλακτικό από πολυουρεθάνη είναι λεπτότερο και μπορεί να είναι ανθεκτικότερο από το προφυλακτικό από λάτεξ. Αναφέρθηκε "εργαστηριακό" πέρασμα ιών και μικροσφαιριδίων δια μέσου μικρών οπών ή πόρων συμφυών με το υλικό των "ανέπαφων" προφυλακτικών που δεν ανιχνεύονται με τις μεθόδους ελέγχου διαφυγής νερού που γίνονται στους ποιοτικούς ελέγχους. Κάποιες εργαστηριακές μέθοδοι διαπίστωσαν επίσης διαπερατότητα ιών ή μικροσφαιριδίων στο μέγεθος ιού δια μέσου οπών του προφυλακτικού κάτω από καταστάσεις που έμοιαζαν ή ξεπερνούσαν εκείνες που αναμένονται από την πραγματική χρήση. Πάντως, η σχετική σημασία αυτών των ευρημάτων δεν μπορεί να εξεταστεί ανεξάρτητα από τον ελάχιστο όγκο του σπέρματος που είναι απαραίτητος για τη "μολυσματική δόση" ενός ΣΜΝ.

Στην πράξη, η μέθοδος έτυχε ευρείας αποδοχής λόγω της προστασίας που προσφέρει από τα ΣΜΝ και λόγω της αποτελεσματικότητας της σε κανονικές συνθήκες. Η Ιαπωνία περιλαμβάνει περισσότερο από το ένα τέταρτο των χρηστών του προφυλακτικού σε όλο τον κόσμο. Αντίθετα, στη Λατινική Αμερική και στην Αφρική(όπου λόγω του AIDS θα έπρεπε κατ' εξοχήν να χρησιμοποιείται), η χρήση του είναι πολύ μικρότερη. Γενικά μπορεί να λεχθεί ότι το προφυλακτικό είναι μια μέθοδος χωρίς παρενέργειες και αυτό πρέπει πάντα να λαμβάνεται υπ' όψη.

4.4.9.1. Αποτελεσματικότητα του προφυλακτικού

Σύμφωνα με μια μελέτη, η συχνότητα αποτυχίας ήταν 0.4/100 γυναίκα-χρόνια στην Βόρειο Αγγλία, το 1973. Υπάρχουν όμως αναφορές με μεγαλύτερα ποσοστά αποτυχίας, και η μη σχολαστική χρήση του μπορεί να φτάσει σε ποσοστά αποτυχίας μεγαλύτερα από 3%.

Οι αποτυχίες μπορεί σπάνια σήμερα να προέλθουν από κατασκευαστικό λάθος (π.χ. παρουσία μικροσκοπικών ρήξεων).

Να σημειωθεί πάντως ότι ο συχνότερος Λόγος "αποτυχίας" του προφυλακτικού είναι "η μη χρήση του κάθε φορά". Οι Λόγοι της μη χρησιμοποίησης του μπορεί να διαφέρουν ανάμεσα στα δύο φύλα. Έτσι οι γυναίκες μπορεί να μη το χρησιμοποιούν θεωρώντας ότι υπάρχει μικρός κίνδυνος από τη μη χρήση του ενώ οι άνδρες ισχυρίζονται ότι δεν το βρίσκουν βολικό .

Φαίνεται πάντως πως οι πιο μακροχρόνιες και σοβαρές σχέσεις με μεγαλύτερη εμπιστοσύνη και υψηλότερα επίπεδα αγάπης (αν και δύσκολο να μετρηθούν) συνδέονται με αραιότερη χρήση του προφυλακτικού .

4.4.9.2. Πλεονεκτήματα τον προφυλακτικού

- Είναι πολύ αποτελεσματικό, αν χρησιμοποιείται σωστά, από την αρχή της επαφής και σε κάθε επαφή.
- Είναι εμφανές ότι πράγματι έχει τοποθετηθεί. Το τελευταίο είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τη γυναίκα που θέλει να αισθάνεται ασφαλής.
- Είναι εύκολο να το προμηθευτεί κανείς.
- Είναι σχετικά φθινό.
- Δεν χρειάζεται ιατρική παρακολούθηση.
- Ουσιαστικά δεν έχει καμιά ιατρική παρενέργεια.
- Είναι αποδεκτό. Το προφυλακτικό έρχεται δεύτερο σε χρήση μετά τα ΑΟΔ σε ηλικίες πριν από τα 30 και δεύτερο μετά τη στειροποίηση σε ηλικίες μετά τα 30 (Guillebaud 1998).
- Προστατεύει από τα περισσότερα ΣΜΝ περιλαμβάνοντας και τους ιούς. Το υλικό από το οποίο κατασκευάζονται είναι ένας αποτελεσματικός φραγμός, όταν είναι

ανέπαφα, για ιούς, που περιλαμβάνουν τον HIV, τον πολύ συχνότερο ιό της ηπατίτιδας Β, τους τύπους του απλού έρπητα Ι και ΙΙ και τους ιούς των κονδυλωμάτων. Το προφυλακτικό μπορεί να χρησιμεύσει ακόμα και στο στοματικό σεξ προστατεύοντας από την πιθανότητα φαρυγγικής γονοκοκκικής μόλυνσης κλπ

- Είναι ιδιαίτερα χρήσιμο στην πρόληψη και στην αντιμετώπιση της τραχηλικής ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας και τον αντίστοιχο διηθητικό καρκίνο. Φάνηκε ότι ο σχετικός κίνδυνος ανάπτυξης σοβαρής τραχηλικής ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας ελαττώνεται ανάλογα με τη διάρκεια χρήσης του προφυλακτικού ενώ αυξάνεται με την διάρκεια χρήσης του ΑΟΔ. Μετά από 10 χρόνια χρήσης ο σχετικός κίνδυνος των γυναικών που χρησιμοποιούν προφυλακτικό (ή άλλη διαφραγματική μέθοδο) είναι 0,2 σε σύγκριση με 4.0 για αυτές που χρησιμοποιούν το ΑΟΔ (GuiHebaud 1993). Χωρίς αμφιβολία σε ένα πολύ μεγάλο ποσοστό των γυναικών με τραχηλικές κυτταρικές ανωμαλίες που δεν κάνουν καμιά θεραπεία εκτός από την χρήση του προφυλακτικού (ή αποχή) γίνεται πλήρης αναστροφή της κατάστασης.

4.4.9.3. Μειονεκτήματα του προφυλακτικού

- Σχετίζεται με τη συνουσία, διακόπτει τον αυθορμητισμό της επαφής και εκλαμβάνεται σαν φυσικός και ψυχολογικός φραγμός.
- Αναφέρεται ελαττωμένη "αισθητικότητα", ιδιαίτερα για τον άνδρα, που όμως είναι πολύ λιγότερη με τα σύγχρονα προϊόντα.
- Σε έλλειψη προσοχής μπορεί να γλιστρήσει ή να σπάσει. Απαιτείται εξαιρετικά σχολαστική χρήση για τη μακροχρόνια αποφυγή της κύησης.
- Αλλεργία στο υλικό του. Οι περισσότερες "αλλεργίες" που συνδέονται με το προφυλακτικό είναι δικαιολογίες των ανδρών. Όμως σε πραγματική αλλεργία αυτή μπορεί να λυθεί με τη χρήση αντιαλλεργικών προφυλακτικών (φτιαγμένα από καουτσούκ ειδικά καθαρισμένο από πρόσθετα). Αυτά είναι λίγο ξηρά και επομένως η προσεκτική χρήση μικρής ποσότητας ζελέ με υδατική βάση, όπως είναι η ΚΥ, μπορεί να βοηθήσει. Επίσης αν γίνεται χρήση προφυλακτικών λιπασμένων με σπερματοκτόνο, θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ένα χωρίς σπερματοκτόνο. Γενικά το προφυλακτικό από πολυουρεθάνη θεωρείται μη αλλεργιογόνο ενώ το λάτεξ μπορεί να προκαλέσει ευκολότερα αλλεργικές αντιδράσεις. Καλό θα ήταν και ο γιατρός να εξετάσει το πέος διότι ο ερεθισμός μπορεί να προκαλείται από κάτι άλλο, όπως είναι οι μύκητες.

4.4.9.4. Ενδείξεις του προφυλακτικού

- Για αντισύλληψη σε διακεκομμένη βάση.
- Για προστασία από ΣΜΝ.
- Για προστασία από τραχηλική νεοπλασία ή υποτροπή της.

4.4.9.5. Αντενδείξεις του προφυλακτικού

Αναξιόπιστος χρήστης!

4.4.9.6. Τοποθέτηση του προφυλακτικού

Αν δεν υπάρχει κορυφή στο προφυλακτικό, πρέπει να δημιουργηθεί χώρος για ίο σπέρμα πιέζοντας προσεκτικά την άκρη του προφυλακτικού κατά την τοποθέτηση. Αλλιώς υπάρχει ο κίνδυνος το σπέρμα να περάσει κατά μήκος της ράχης του πέους και ή να διαφύγει ή να προκαλέσει

γλίστρημα του προφυλακτικού.

Προσοχή χρειάζεται για να μη συμβεί μηχανική καταστροφή του προφυλακτικού πριν από την έναρξη της συνουσίας, π.χ. από κοφτερά νύχια, ή στην προσπάθεια να μπει με τη λάθος πλευρά του χωρίς να ξετυλίγεται. Γενικά, φαίνεται ότι η μηχανική καταστροφή του προφυλακτικού σχετίζεται περισσότερο με τα χαρακτηριστικά των χρηστών παρά με τα κατασκευαστικά χαρακτηριστικά του.

Καταστροφή του προφυλακτικού μπορεί να συμβεί και από χημική δράση. Δεν είναι πολύ γνωστό ότι τα λιπαντικά που βασίζονται σε φυτικά έλαια ή ορυκτέλαια και συναφείς ουσίες (αντηλιακά λάδια, κρέμες, βαζελίνη), μπορούν να βλάψουν σοβαρά την ανθεκτικότητα του προφυλακτικού. Το λάδι για μωρά για παράδειγμα, καταστρέφει το 90% της ανθεκτικότητας του προφυλακτικού μετά από 15 λεπτά. Τα προϊόντα με υδατική βάση μάλλον δεν παρουσιάζουν αυτό το πρόβλημα.

Επομένως πρέπει να αποφευχθεί κάθε φυσική ή χημική βλάβη του προφυλακτικού.

Για την ασφαλέστερη εισαγωγή του προφυλακτικού μέσα στον κόλπο, μπορεί να βοηθήσει και κάποια αναμονή, δηλαδή μέχρι η γυναίκα να είναι πιο διεγερμένη και ο κόλπος πιο λιπασμένος πριν από τη συνουσία. Το ίδιο μπορεί να βοηθήσει και η χρήση ζελέ KY²³.

4.4.10 Από του στόματος και εμφυτεύσιμα αντισυλληπτικά

Έχουν βρεθεί φάρμακα τα οποία μειώνουν τη γονιμότητα με έναν αριθμό διαφορετικών μηχανισμών, π.χ. εμποδίζοντας την ωοθυλακιορρηξία, ελαττώνοντας την παραγωγή ή την ωρίμανση των γαμετών ή παρεμβαίνοντας στην κύηση. Σήμερα, η αναστολή της ωορρηξίας είναι η πιο συνηθισμένη φαρμακολογική παρέμβαση για την πρόληψη της εγκυμοσύνης.

4.4.10.1. Κύριες κατηγορίες αντισυλληπτικών από το στόμα

Συνδυασμένο χάπι: Τα προϊόντα που περιέχουν συνδυασμό οιστρογόνων και προγεσταγόνου είναι ο πιο συνηθισμένος τύπος από του στόματος αντισυλληπτικών. Τα οιστρογόνα καταστέλλουν την ωορρηξία ενώ το προγεσταγόνο εμποδίζει την εμφύτευση στο ενδομήτριο και καθιστά την τραχηλική βλέννη αδιαπέραστη για το σπέρμα. Το συνδυασμένο χάπι περιέχει μια σταθερή χαμηλή δόση οιστρογόνων που χορηγείται επί 21 ημέρες και μια ταυτόχρονη χαμηλή αλλά αυξανόμενη δόση προγεσταγόνου που χορηγείται σε 3 διαδοχικές 7ήμερες περιόδους ("τριφασικό σχήμα"). Τα χάπια λαμβάνονται επί 21 ημέρες και ακολουθεί μία 7ήμερη διακοπή που επάγει την εμμηνορρυσία. [Σημείωση: Τα οιστρογόνα που χρησιμοποιούνται συνήθως στο συνδυασμένο χάπι είναι η αιθινυλοιστραδιόλη και η μεστρανόλη. Αυτά τα σκευάσματα είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικά για την επίτευξη αντισύλληψης.

Χάπια προγεσταγόνων: Τα προϊόντα που περιέχουν μόνο ένα προγεσταγόνο, συνήθως νορεθινδρόνη ή νοργεστρέλη [ονομάζονται "μίνι χάπια" (mini pill)], λαμβάνονται καθημερινά σ'ένα συνεχές σχήμα. Τα χάπια που περιέχουν μόνο προγεσταγόνο αποδίδουν μια χαμηλή, συνεχή δόση φαρμάκου. Αυτά τα σκευάσματα είναι λιγότερο αποτελεσματικά από το συνδυασμένο χάπι και μπορεί να προκαλέσουν ανώμαλους εμμηνορρυσιακούς κύκλους, συχνότερα απ'ότι το συνδυασμένο προϊόν. Το χάπι που περιέχει μόνο προγεσταγόνο έχει περιορισμένη αποδοχή από τις ασθενείς επειδή ανησυχούν για την αυξημένη πιθανότητα εγκυμοσύνης και τη συχνή εμφάνιση ανωμαλιών του κύκλου.

Εμφυτεύματα προγεσταγόνων: Οι υποδόριες κάψουλες που περιέχουν λεβονοργεστρέλη (levonorgestrel) προσφέρουν μακροχρόνια αντισύλληψη. Έξι κάψουλες, κάθε μία στο μέγεθος ενός σπέρτου, τοποθετούνται υποδορίως στο άνω τμήμα του βραχίονα. Το προγεσταγόνο απελευθερώνεται αργά από τις κάψουλες, παρέχοντας αντισυλληπτική προστασία επί 5 περίπου χρόνια. Το εμφύτευμα είναι φθηνότερο απ'ότι τα αντισυλληπτικά από το στόμα, σχεδόν εξίσου αξιόπιστο με τη στείρωση και το αποτέλεσμα είναι πλήρως αντιστρέψιμο εάν τα εμφυτεύματα

αφαιρεθούν χειρουργικά. Μετά την τοποθέτηση των κάψουλων που περιέχουν το προγεσταγόνο, η μέθοδος αυτή δε στηρίζεται στη συμμόρφωση της ασθενούς. Αυτό ενδεχομένως εξηγεί, εν μέρει, το χαμηλό ποσοστό αποτυχίας της αντισυλληπτικής μεθόδου. Οι κύριες ανεπιθύμητες ενέργειες των εμφυτευμάτων είναι διαταραχές της εμμηνορρυσίας και κεφαλαλγίες.

Αντισύλληψη μετά τη συνουσία: Μια τέταρτη μέθοδος αντισυλληπτικής στρατηγικής χρησιμοποιεί υψηλές δόσεις οιστρογόνων (π.χ. αιθίνυλ-οιστραδιόλης ή διαιθυλοστυλβεστρόλης) που χορηγούνται εντός ωρών από τη συνουσία και συνεχίζονται δύο φορές ημερησίως επί 5 ημέρες (το χάπι του "επόμενου πρωινού") (the "morning after" pill). Εναλλακτικά, χορηγούνται δύο δόσεις αιθινυλοιστραδιόλης και νοργεστρέλης, εντός 72 ωρών από τη συνουσία, και στη συνέχεια άλλες δύο δόσεις, 12 ώρες αργότερα. Έχει επίσης χρησιμοποιηθεί μία μόνο δόση μifeπριστόνης.

4.4.10.2. Μηχανισμός δράσης

Ο μηχανισμός δράσης αυτών των αντισυλληπτικών δεν είναι πλήρως κατανοητός. Είναι πιθανό ότι ο συνδυασμός οιστρογόνου και προγεσταγόνου, όταν χορηγείται για διάστημα περίπου 3 εβδομάδων, αναστέλλει την ωορρηξία. [Σημείωση: Το οιστρογόνο προκαλεί αρνητική παλίνδρομη ρύθμιση της απελευθέρωσης LH και FSH από την υπόφυση, εμποδίζοντας έτσι την ωορρηξία. Το προγεσταγόνο διεγείρει τη φυσιολογική αιμορραγία στο τέλος του εμμηνορρυσιακού κύκλου.] Η αύξηση της πυκνότητας της τραχηλικής βλέννης εμποδίζει την είσοδο του σπέρματος.

4.4.10.3. Ανεπιθύμητες ενέργειες

Οι περισσότερες ανεπιθύμητες ενέργειες πιστεύεται ότι οφείλονται στα οιστρογόνα, όμως οι καρδιαγγειακές επιδράσεις αντικατοπτρίζουν τη δράση τόσο των οιστρογόνων όσο και των προγεσταγόνων. Η συχνότητα των ανεπιθύμητων ενεργειών με τα από του στόματος αντισυλληπτικά είναι σχετικά χαμηλή και εξαρτάται από τις συγκεκριμένες ουσίες και τους συνδυασμούς που χρησιμοποιούνται.

Κύριες ανεπιθύμητες ενέργειες: Οι κύριες ανεπιθύμητες ενέργειες είναι αίσθημα τάσεως των μαστών, κατάθλιψη, ζάλη, οίδημα, κεφαλαλγία, ναυτία και έμετοι.

καρδιαγγειακό: Η πιο σοβαρή ανεπιθύμητη ενέργεια των αντισυλληπτικών από το στόμα είναι η καρδιαγγειακή νόσος, στην οποία περιβάλλονται θρομβοεμβολικά επεισόδια, θρομβοφλεβίτιδα, υπέρταση και αυξημένη επίπτωση εμφράγματος του μυοκαρδίου και θρομβώσεων των αγγείων του εγκεφάλου και των στεφανιαίων. Αυτές οι ανεπιθύμητες ενέργειες είναι πάρα πολύ συχνές σε γυναίκες που καπνίζουν και είναι πάνω από 35 ετών, αν και μπορεί να εμφανιστούν σε γυναίκες οποιασδήποτε ηλικίας.

καρκινογένεση: Έχει δείχθει ότι τα από του στόματος αντισυλληπτικά ελαττώνουν την επίπτωση του καρκίνου του ενδομητρίου και των ωοθηκών. Η ικανότητα τους να προκαλούν άλλα νεοπλάσματα είναι αμφισβητήσιμη. Σπάνια προκαλούν καλοήθεις όγκους του ήπατος, οι οποίοι μπορεί να ραγούν και να αιμορραγήσουν.

Μεταβολικές: Η ελαττωμένη απορρόφηση των υδατανθράκων της τροφής στο έντερο μερικές φορές συσχετίζεται με τα από του στόματος αντισυλληπτικά, καθώς επίσης και η αυξημένη επίπτωση παθολογικών δοκιμασιών ανοχής στη γλυκόζη (παρόμοιες με τις μεταβολές που παρατηρούνται κατά την εγκυμοσύνη).

Λιπίδια του ορού: Το συνδυασμένο χάπι προκαλεί αλλαγή στο λιποπρωτεϊνικό προφίλ του ορού: τα οιστρογόνα προκαλούν αύξηση των HDL και ελάττωση των LDL-το οποίο είναι επιθυμητό-ενώ τα προγεσταγόνα έχουν το αντίθετο αποτέλεσμα. [Σημείωση: Το ισχυρό προγεσταγόνο νοργεστρέλη προκαλεί τη μεγαλύτερη αύξηση του λόγου LDL/HDL. Συνεπώς, τα σκευάσματα στα οποία κυριαρχούν τα οιστρογόνα είναι τα καλύτερα για άτομα με υψηλά επίπεδα χοληστερίνης στο πλάσμα.] Επίσης παρουσιάζονται χολοστατικός ίκτερος, χολοκυστίτιδα και χολαγγειίτιδα²⁴.

4.4.10.4. Αντενδείξεις.

- Η χορήγηση των αντισυλληπτικών δισκίων πρέπει ν' αποφεύγεται:
 - Σε καρκίνο της μήτρας και των μαστών.
 - Σε οξείες και χρόνιες παθήσεις του συκωτιού.
 - Σε κίρσους και-σε προηγηθείσες θρομβοφλεβίτιδες.
 - Σε αδιάγνωστες διαταραχές του γεννητικού κύκλου.
 - Σε εγκυμοσύνη.
 - Σε υπερλιπιδαιμία και διαβήτη.
 - Σε λειομύωμα της μήτρας.
- Σε υπέρταση και επιληψία.
- Στην κλιμακτηριακή ηλικία, γιατί αυξάνεται η συχνότητα εμφάνισης εμφραγμάτων του μυοκαρδίου.

Όσες γυναίκες παίρνουν αντισυλληπτικά δισκία, πρέπει να εξετάζονται 3 μήνες μετά την πρώτη δόση και κάθε 6-12 μήνες ύστερα. Ο έλεγχος αφορά στους μαστούς, στο γεννητικό σύστημα, στην αρτηριακή πίεση, στο βάρος κ.λπ.²⁵

ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΓΙΑ ΤΑ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΑ		
Απόλυτες Αντενδείξεις	Σχετικά Ισχυρές Αντενδείξεις	Άλλοι Παράγοντες Αντενδείξεων
Θρομβοφλεβίτις ή Θρομβοεμβολική διαταραχή (πρόσφατη ή ιστορικό)	Έντονες κεφαλαλγίες αγγειακής ή ημικρανιακής αιτιολογίας ιδιαίτε- τως όταν αρχίζουν μετά την έναρξη της λήψης των αντισυλληπτικών	Σακχαρώδης διαβήτης
Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (πρόσφατο ή ιστορικό)	Υπέρταση με διαστολική αρτηριακή πίεση κατά την ανάπαυση 90 mm Hg ή μεγαλύτερη ή συστολική αρτη- ριακή πίεση κατά την ανάπαυση 140 mmHg ή μεγαλύτερη σε τρεις ή περισσότερες ξεχωριστές με- τρήσεις	Δρεπανοκυτταρική νόσος
Εστερνιαία νόσος (πρόσφατη ή ιστορικό)	Οξεία φάση της μονοπυρηνώσεως	Ενεργός νόσος της χοληδόχου κύστεως
Γνωστός ή ύποπτος καρ- κίος του μαστού (πρόσφα- τος ή ιστορικό)	Εκλεκτική μεγάλη εγχείριση αιται- τούσα ακινητοποίηση τις επόμενες τέσσερις εβδομάδες	Συγγενής υπερχοληρυθριναιμία
Γνωστή ή υποδειχθείσα αιστρογονοξεαρτωμένη νεοπλασία (πρόσφατη ή ιστορικό)	Μακρύς γύψος του σκέλους ή μεγά- λη κάκωση του κατώτερου σκέλους	Ηλικία μεγαλύτερων των 50 ετών
Καλοήθης ή κακοήθης όγκος του ήπατος (πρόσφατος ή ιστορικό)	Μετά την ηλικία των 40 ετών, η ύπαρξη δευτέρου παράγοντος κιν- δύνου συμβάλλοντος στην ανάπτυ- ξη καρδιαγγειακής νόσου, όπως είναι ο σακχαρώδης ή υπέρταση	Ολοκλήρωση της κύησης εντός των δύο προηγουμένων εβδομά- δων
Γνωστή διαταραχή της ηπατικής λειτουργίας	Ηλικία μεγαλύτερη των 35 ετών με ταυτόχρονο κάπνισμα 15 ή περισ- σοτέρων σιγαρέττων ημερησίως	Αύξηση του βάρους κατά 2 kg περί- που ενώ λάμβανε αντισυλληπτικά στο παρελθόν
Κόρηση	Οποιαδήποτε ανώμαλη, μη δια- γνωσθείσα αιμορραγία	Καρδιακή ή νεφρική νόσος
Χαλάρωση κατά τη διάρκεια της κύησης		Αδυναμία να παρακολουθήσει τις οδηγίες λήψης του δίσκου
		Γαλουχία
		Οικογενές ιστορικό υπερλιπιδαι- μίας ή καρδιακής νόσου προκα- λούσα εμφραγμα του μυοκαρδίου στη μητέρα ή τη θυγατέρα προ της ηλικίας των 50 ετών

4.4.10.5. Σκευάσματα.

Σ' αυτά ανήκουν:

Androcur (κυπροτερόνη, που είναι ανταγωνιστής των ανδρογόνων και αναστέλλει την αυξημένη έκκριση της FSH και LH). Κυκλοφορεί σε δισκία των 10 και 50 mg και σε φύσιγγες των 300 mg.

Eugynon (νοργεστρέλη 0,5 mg και αιθινυλοιστραδιόλη 0,05 mg). Κυκλοφορεί σε 21 δισκία.

Gynera (γεστοδίνη 75 meg και αιθινυλοιστραδιόλη 30 meg). Κυκλοφορεί σε 21 δισκία.

Gynofen 35 (κυπροτερόνη 2 mg και αιθινυλοιστραδιόλη 0,035 mg). Κυκλοφορεί σε 21 δισκία.

Lyndiol (λινεστρενόλη 2,5 mg και αιθινυλοιστραδιόλη 50 meg). Κυκλοφορεί σε 21 δισκία.

Marvelon (δισογεστρέλη 0,15 mg και αιθινυλοιστραδιόλη 0,03 mg). Κυκλοφορεί σε 21 δισκία.

Mercilon (δισογεστρέλη 0,15 mg και αιθινυλοιστραδιόλη 0,02 mg). Κυκλοφορεί σε 21 δισκία.

Microgynon (λεβονογεστρέλη 0,15 mg και αιθινυλοιστραδιόλη 0,02 mg). Κυκλοφορεί σε 21 δισκία.

Minulet (γεστοδίνη 75 meg και αιθινυλοιστραδιόλη 30 meg). Κυκλοφορεί σε 21 δισκία.

Neogynon (νοργεστρέλη 0,25 mg και αιθινυλοιστραδιόλη 0,05 mg). Κυκλοφορεί σε 21 δισκία.

Nordette (λεβονογεστρέλη 150 meg και αιθινυλοιστραδιόλη 30 meg). Κυκλοφορεί σε 21 δισκία.

Nordiol (λεβονογεστρέλη 250 γ και αιθινυλοιστραδιόλη 50 γ). Κυκλοφορεί σε 21 δισκία.

Ovral (νοργεστρέλη 0,5 mg και αιθινυλοιστραδιόλη 0,05 mg). Κυκλοφορεί σε 21 δισκία.

Trinordiol (λεβονογεστρέλη 50 meg και αιθινυλοιστραδιόλη 40 meg). Κυκλοφορεί σε 21 δισκία.

Trigynera (γεστοδίνη 0,05 mg και αιθινυλοιστραδιόλη 0,03 mg). Κυκλοφορεί σε 21 δισκία.

Triquilar (λεβονογεστρέλη 0,05 mg και αιθινυλοιστραδιόλη 0,03 mg). Κυκλοφορεί σε 21 δισκία.

Trinovum (νορεθιστερόνη 1 mg και αιθινυλοιστραδιόλη 0,035 mg). Κυκλοφορεί σε 21 δισκία.

Σκεύασμα, που έχει αντισυλληπτικές ουσίες είναι:

Patentex (νονοξυνόλη 75 mg). Κυκλοφορεί σε κολλικά υπόθετα.

Σκεύασμα, που χορηγείται σε γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση για την ελάττωση των επιπέδων των γοναδοτρόπων ορμονών και που αναστέλλει την ωοθυλακιορρηξία σε γόνιμες γυναίκες είναι:

Llivial (τιμπολόνη 2,5 mg). Κυκλοφορεί σε δισκία²⁵.

4.4.10.6. Άλλες ορμονες.

Εκτός από τα αντισυλληπτικά δισκία που περιγράψαμε παραπάνω για την επιτυχία αντισύλληψης χρησιμοποιούνται και τα παρακάτω ορμονικά μέσα:

Το δισκίο της "επόμενης ημέρας". Αυτό παίρνεται μετά τη συνουσία. Για την κατασκευή του χρησιμοποιούνται:

1) Οιστρογόνα (διεθλοστυλβιστρόλη, αιθινυλοιστραδιόλη ή συζευγμένα οιστρογόνα), που εμποδίζουν την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου από αλλαγή του ενδομητρίου ή επιταχύνουν την κάθοδο του ωαρίου από αύξηση της συσταλτικότητας των σαλπίνγων ή αναστέλλουν την εκκριτική λειτουργία του ωχρού σωματίου. Η λήψη του δισκίου "της επόμενης ημέρας" γίνεται δύο φορές την ημέρα από ένα δισκίο για 5 ημέρες.

2) Προγεστερονοειδή (νοργεστρέλη, οξική κουινγεστανόλη), που εμποδίζουν την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου. Το δισκίο παίρνεται τις 3 πρώτες ημέρες μετά τη συνουσία ή τις πρώτες 24 ώρες μετά από αυτή, ανάλογα με το προγεστερονοειδές, που χρησιμοποιείται για την κατασκευή του.

3) Συνδυασμός οιστρογόνων-προγεστερονοειδούς, που εμποδίζει την εμφύτευση. Το δισκίο παίρνεται μία φορά μετά τη συνουσία ή άλλη μία φορά σε 12-24 ώρες.

Προγεστερονοειδή. Αυτά χορηγούνται με τη μορφή της οξικής μεδροξυπρογεστερόνης (depot-Provera) ενδομυϊκά και σε δόση 150 mg κάθε 3 μήνες. Προκαλούν μόνιμη αναστολή της έκκρισης της LH, γιατί δρουν στον υποθάλαμο και δεν επιτρέπουν την έκκριση της εκλυτικής ορμόνης GnRH.

Άλλο προγεστερονοειδές είναι η νορεθιντρόνη, που χορηγείται σε δόση 200 mg κάθε 2 μήνες για τρεις φορές και ύστερα κάθε 3 μήνες.

Τα προγεστερονοειδή μπορούν να χορηγηθούν και συνδυασμένα με οιστρογόνες ορμόνες ενδομυϊκά κάθε μήνα²².

4.4.11 στείρωση

Όταν ένα ζευγάρι έχει αποκτήσει τον αριθμό των παιδιών που επιθυμεί, μερικά ζευγάρια ζητούν στείρωση. Αυτή η μέθοδος είναι μια χειρουργική διαδικασία που καθιστά αδύνατη την περαιτέρω σύλληψη. Η σύγκλιση των σαλπίνγων ή αμφοτερόπλευρη σαλπινγική απολίνωση είναι ο αποκλεισμός των σαλπίνγων. Το ωάριο αντί να εισέλθει στη μήτρα, αποσυντίθεται και απορροφάται από το σώμα. Ειδικά "προσωρινά" σαλπινγικά πώματα αναπτύσσονται, αλλά καθώς δεν υπάρχει εγγύηση ότι η διαδικασία μπορεί να αντιστραφεί πρέπει να θεωρηθεί σαν μόνιμη μορφή αντισύλληψης. Η χειρουργική διαδικασία εκτελείται με αναισθησία και απαιτεί σύντομη περίοδο ανάρρωσης.

Η διαδικασία στείρωσης για τους άνδρες ονομάζεται αμφοτερόπλευρη εκτομή των σπερματικών πόρων. Η εκτομή των σπερματικών πόρων είναι τομή των πόρων για να κρατηθεί το σπέρμα και να μη γίνει εκσπερμάτιση για να φτάσει στο ωάριο. Αυτή η διαδικασία δεν αναμιγνύεται με τη στύση ή την εκσπερμάτιση. Απλά ελλείπουν τα σπερματοζωάρια από το υγρό της εκσπερμάτισης. Η εκτομή των σπερματικών πόρων είναι απλούστερη και λιγότερο ακριβή από τη σαλπινγική απολίνωση. Επίσης είναι λιγότερο επικίνδυνη, είναι απλή διαδικασία που εκτελείται στο ιατρείο υπό τοπική αναισθησία. Απαιτείται ελάχιστος χρόνος ανάρρωσης και η σεξουαλική δραστηριότητα μπορεί να επαναληφθεί μέσα σε μια εβδομάδα. Είναι σοφό, όμως να χορηγηθεί επιπλέον αντισύλληψη μέχρι η πρώτη μέτρηση σπέρματος, που γίνεται έξι εβδομάδες μετά την εκτομή, να βρεθεί χωρίς σπερματοζωάρια. Όπως και με τη σαλπινγική απολίνωση, έχουν αναπτυχθεί μέθοδοι για να αντιστραφεί η εκτομή των σπερματικών πόρων, αλλά αυτή τη στιγμή η εκτομή πρέπει να θεωρείται μια μόνιμη, μη αντιστρέψιμη μέθοδος αντισύλληψης.

4.4.12 Άμβλωση

Η άμβλωση δεν είναι απλώς μια ιατρική διαδικασία. Είναι ένα συναισθηματικό και προσωπικό ζήτημα για πολλούς. Αν και υπάρχει αρκετή αντίφαση που περιβάλλει την άμβλωση, κάθε λειτουργός υγείας πρέπει να βρει τη δική της ή τη δική του "άνετη ζώνη" για να συζητήσει όλες τις επιλογές με την έγκυο γυναίκα. Πιστεύουμε ότι κάθε γυναίκα δικαιούται ακριβή πληροφόρηση για να πάρει μια απόφαση σχετικά με την υγεία και την εγκυμοσύνη της.

Πριν το 1970, νόμιμες αμβλώσεις δε διετίθεντο στις Ηνωμένες Πολιτείες. Το 1973 οι αμβλώσεις έγιναν νόμιμες με τις αποφάσεις του Ανώτατου Δικαστηρίου των Η.Π.Α για δύο υποθέσεις - Roe εναντίον Wade και Doe εναντίον Bolton. Σε αυτές τις αποφάσεις καθορίστηκε ότι:

1. Στο πρώτο τρίμηνο της κύησης η απόφαση για άμβλωση είναι δικαίωμα της γυναίκας και του γιατρού της.
2. Στο δεύτερο τρίμηνο η Πολιτεία μπορεί να διαμορφώσει τις διαδικασίες άμβλωσης με τέτοιο τρόπο ώστε να συνδέονται λογικά με την υγεία της γυναίκας.
3. Για κύηση που ακολουθείται από βιωσιμότητα, η Πολιτεία μπορεί, αν το επιλέξει, να κανονίσει κι ακόμη να καταστήσει παράνομη την άμβλωση, εκτός όταν είναι απαραίτητη, σύμφωνα με κατάλληλη ιατρική κρίση, για τη διατήρηση της ζωής ή της υγείας της εγκύου γυναίκας.

Στις 3 Ιουλίου 1989 το Ανώτατο Δικαστήριο αποφάνθηκε ότι οι Πολιτείες μπορούν να θέσουν περιορισμούς στην παροχή υπηρεσιών για άμβλωση για να συμπεριληφθούν πιθανότητες όπως περίοδοι αναμονής, απαιτήσεις πληροφόρησης για συγκατάθεση, ενημέρωση γονέων ή συζύγων και απαιτήσεις νοσηλείας. Στα επόμενα χρόνια αντιπαραθέσεις κι από τις δύο πλευρές του ζητήματος των αμβλώσεων αναμένονται να συμβούν στο νομοθετικό επίπεδο των Πολιτειών.

Η διαδικασία λήψης αποφάσεων σχετικά με την άμβλωση αρχίζει μόλις η γυναίκα μάθει ότι είναι έγκυος. Οι γυναίκες πρέπει να παροτρύνονται να γνωρίζουν πάντα πότε άρχισε η τελευταία τους έμμηνη περίοδος. Υπάρχει αυξημένος κίνδυνος εάν μια γυναίκα επιλέξει να τερματίσει την εγκυμοσύνη της μετά τους πρώτους δύο μήνες.

Όλο το προσωπικό που συμβουλεύει την έγκυο γυναίκα πρέπει να παρέχει μια ατμόσφαιρα υποστήριξης και όχι κριτικής για να εξερευνήσει συναισθήματα, επιλογές καθώς και να παρέχει πληροφορίες και παραπομπές. Σε μερικές κρατικά επιχορηγούμενες κλινικές οι συμβουλές σχετικά με την άμβλωση ίσως δεν επιτρέπονται. Ο σύμβουλος ή η νοσηλεύτρια χρειάζεται να γνωρίζει τα δικά της ή δικά του συναισθήματα για κάθε περίπτωση. Τα προσωπικά αντικρουόμενα συναισθήματα ίσως επηρεάσουν την ικανότητα κάποιου να φροντίσει ποιοτικά την ασθενή.

Ο στόχος της άμβλωσης είναι να αφαιρέσει τα προϊόντα της σύλληψης. Οι αμβλώσεις του πρώτου τριμήνου γίνονται μέσα στις πρώτες 13 εβδομάδες της κύησης. Η άμβλωση του δεύτερου τριμήνου διακόπτει την κύηση από την 14η έως την 24η εβδομάδα κύησης. Οι χειρουργικές μέθοδοι συνηθίζονται περισσότερο στις Ηνωμένες Πολιτείες. Περιλαμβάνουν την αναρροφητική απόξεση (μέθοδος που χρησιμοποιείται ευρέως), διαστολή και απόξεση (D & C: Dilation and Curettage) και διαστολή και εκκένωση (D & E: Dilation and evacuation) η οποία είναι η μέθοδος που χρησιμοποιείται από την 13η έως 16η εβδομάδα κύησης.

Το RU - 486 είναι ένα φάρμακο που δοκιμάζεται για διάφορες θεραπείες. Είναι ανταγωνιστικό της προγεστερόνης που θα προκαλέσει αποτελεσματική άμβλωση στο 85% των γυναικών όταν χορηγηθεί σε πόσιμη μορφή μέσα σε τρεις εβδομάδες από την αναμενόμενη έναρξη της απωλεσθείσης περιόδου. Όσο πιο νωρίς χρησιμοποιηθεί τόσο αποτελεσματικότερα προκαλεί άμβλωση. Το FDA δεν έχει εγκρίνει τη χρήση του στις Ηνωμένες Πολιτείες. Το RU - 486 δοκιμάζεται επίσης σαν πιθανό, αποτελεσματικό φάρμακο εναντίον διαφόρων τύπων καρκίνου.

Η γονιμότητα μιας γυναίκας παραμένει συνήθως ανεπηρέαστη από μια άμβλωση. Μάλιστα, μια γυναίκα μπορεί να μείνει έγκυος αμέσως μετά την άμβλωση, οπότε πρέπει να είναι προσεκτική και να χρησιμοποιεί κάποιο τύπο αντισύλληψης αμέσως μόλις επαναλάβει τη σεξουαλική της

δραστηριότητα. Η γνώση και η χρήση αποτελεσματικών μεθόδων αντισύλληψης είναι η βάση για την πρόληψη μελλοντικής ανάγκης για άμβλωση. Είναι ευθύνη του νοσηλευτικού προσωπικού να είναι βέβαιο ότι η γυναίκα έχει όλες τις πληροφορίες που χρειάζεται για να προστατεύσει τον εαυτό της από ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες.

Ο ακόλουθος πίνακας εκθέτει τις βασικές μεθόδους αντισύλληψης και τις συγγενείς ανησυχίες.

ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ			
Μέθοδος	Κίνδυνοι	Ανεπιθύμητες Ενέργειες	Μη Αντισυλληπτικά Ωφέλη
Αντισυλληπτικά	Καρδιαγγειακές επιπλοκές, όπως είναι το εγκεφαλικό επεισόδιο, πρήγματα αίματος, υψηλή αρτηριακή πίεση και καρδιακά επεισόδια με την χορήγηση υψηλών δόσεων του συνδυασμού των αντισυλληπτικών	Πιθανή ναυτία, κεφαλαλγία, άλγος, κηλίδες, αύξηση του βάρους, ευαισθησία των μαστών, χλόασμα, κράμπα	Προστατεύουν εναντίον της ΡΙΡ, ελαττώνουν τον κίνδυνο για καρκίνο των ωοθηκών και του ενδομητρίου, ελαττώνουν την απώλεια αίματος κατά την εμμηνόρροια και την δυσμηνόρροια (κράμπες), ελαττώνουν τις καλοήθεις νόσους του μαστού, ρυθμίζουν τις ανωμαλίες από την αρτηριοσκλήρυνση, ελαχιστοποιούν τον κίνδυνο της ρευματοειδούς αρθρίτιδος, ελαττώνουν τα νοσήματα της μήτρας και ελαττώνουν τις κήτεις των ωοθηκών
IUD	Φλεγμονώδης νόσος της πυέλου, ρήξη της μήτρας, ανεμία	Εμμηνόρροια κράμπα, κηλίδες, αυξημένη αιμορραγία	Ουδέν γνωστόν πλην της απελευθέρωσης προγεστίνης επί IUD, η οποία μπορεί να ελαττώσει το άλγος της εμμηνόρροιας και την απώλεια του αίματος
Προφυλακτικά	Φλεγμονώδης νόσος της πυέλου, ρήξη της μήτρας, ανεμία	Ελαττωμένη ευαισθησία, αλλεργία στο Latex	Προστατεύουν εναντίον των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νόσων, συμπεριλαμβανομένου του AIDS
Μη εμφνευόμενα μασχάλια	Ουδέν γνωστόν	Εμμηνόρροιακές μεταβολές, αύξηση του βάρους, κεφαλαλγίες	Μπορεί να προστατεύσουν εναντίον των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νόσων, μπορεί να ελαττώσουν τις εμμηνόρροιας κράμπες και την απώλεια του αίματος.
DMPA	Λοίμωξη στην περιοχή της εμφνευσεως		Μπορεί να προστατεύσουν εναντίον των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νόσων, δεν διαταράσσεται η γαλουχία, μπορεί να ημκατατείσουν εναντίον του καρκίνου των ωοθηκών και του ενδομητρίου
Στείρωση	Λοίμωξη	Άλγος στην χειρουργική περιοχή, ψυχολογική αντίδραση	Ουδέν γνωστόν
Αποχή	Ουδέν γνωστόν	Ψυχολογικές αντιδράσεις	Πρόληψη των λοιμώξεων συμπεριλαμβανομένου του AIDS
Έκτρωση	Λοίμωξη, άλγος, διάτρηση, ψυχολογικά τραύμα	Κράμπα	Ουδέν γνωστόν
Φρόνημα (διάφραγμα, κάψουλες, σπάγγι)	Μηχανικός ερεθισμός, καλκικές λοιμώξεις, σύνδρομο τοξικού shock	Μηχανικός ερεθισμός, λοιμώξεις του κόλπου, σύνδρομο τοξικού shock	Προστασία κάποιου βαθμού εναντίον των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νόσων

Κύριες μέθοδοι αντισύλληψης και ορισμένα χαρακτηριστικά των.¹¹

Επίλογος

Ύστερα από όσα αναφέρθηκαν, απορρέει αβίαστα το συμπέρασμα ότι οι σεξουαλικά μεταδιδόμενες παθήσεις αποτελούν ποια πραγματική απειλή για την ανθρώπινη ζωή και υπόσταση, την υγεία, τη ψυχική ηρεμία και αυτοαξία μας.

Σε αντιδιαστολή με αυτή την απειλή βρίσκεται αδιαμφισβήτητα η υπεροχή της πρόληψης απέναντι στη θεραπεία. Πρέπει ο κάθε άνθρωπος από εμάς να κατανοήσει και να συνειδητοποιήσει, ότι προκειμένου να επιτευχθεί η προάσπιση και η προαγωγή της υγείας, είναι απαραίτητη η ενεργητική συμμετοχή του κάθε ατόμου, ξεχωριστά και ύστερα του κοινωνικού συνόλου.

Η συμμετοχή αυτή είναι εκδήλωση υπευθυνότητας του ατόμου απέναντι στον εαυτό του και στην ευρύτερη κοινωνία. Η υπευθυνότητα προϋποθέτει ελεύθερη εκλογή και απόφαση για πράξεις, υπάρχει δηλαδή συνείδηση του σκοπού και γνώση συγκεκριμένων στόχων.

Η γνώση γι' αυτό είναι αναγκαία όχι όμως και ικανή συνθήκη για την υιοθέτηση μιας υγιεινής συμπεριφοράς. Η αγωγή υγείας δεν αποβλέπει μόνο στη μετάδοση γνώσεων από τους ειδικούς στο κοινό, δεν ταυτίζεται δηλαδή μόνο με την ενημέρωση, αλλά αποσκοπεί πλέον στη διαμόρφωση στάσεων και στη τροποποίηση της συμπεριφοράς του ατόμου. Αυτή η τροποποίηση αποτελεί την ασπίδα ενάντια στα αφροδίσια νοσήματα.

Έτσι λοιπόν η μεγαλύτεροι σε ηλικία ας θυμηθούν τα νοσήματα αυτά που πολέμησαν στο παρελθόν, με τα νέα μέσα που σήμερα διαθέτουμε. Οι νεότεροι ας μάθουμε γι' αυτά που δεν έχουμε δει και μπορεί από στιγμή σε στιγμή να αντιμετωπίσουμε. Όλοι μαζί ας αναζητήσουμε τη γνώση, ας αλλάξουμε τη συμπεριφορά μας, ας ευαισθητοποιηθούμε. Με αυτό τον τρόπο μπορούμε να ανακουφίσουμε και να προασπίσουμε το δικό μας παρόν και παράλληλα να θέσουμε τις βάσεις για ένα καλύτερο, ποιο υγιές και λιγότερο ακίνδυνο μέλλον.

Βιβλιογραφία

1. Pacard Vans, «Άγριο σεξ» Ν.Υ1975
2. Τριχοπούλου Αντωνία και Τριχόπουλος Δημήτρης, «Προληπτική ιατρική» (Αγωγή υγείας, κοινωνική ιατρική, δημόσια υγιεινή)
3. Montagnier Luc, «Ιοί και άνθρωποι, AIDS: Γεγονότα έρευνες και προβληματισμοί», σειρά: Γνώση, κοινωνία, πολιτισμός
4. Παπαδημητρακόπουλος Κ.Γ, «Ναι στη σεξουαλική αγωγή των νέων», εκδόσεις «Φωτοδότες», Δεύτερη έκδοση
5. Κακαβούλης Κ.Αλέξανδρος, «Σεξουαλική ανάπτυξη και αγωγή, (στερεότυπα και ρόλοι των φύλων, γενετήσια ανάπτυξη, σεξουαλική αγωγή στην Ελλάδα)», Τόμος Α.
6. Δετοράκης Ιωάννης-Παπαγεωργίου Ιωάννης «Αγωγή της σεξουαλικής συμπεριφοράς» (Διαφορές των δύο φύλων, σεξουαλικές αποκλίσεις, αντισύλληψη, σεξουαλικώς μεταδιδόμενες ασθένειες, σεξουαλικές παθήσεις), Εκδόσεις «Πατάκη»
7. Κρουσταλάκης Σ.Γεώργιος «Διαπαιδαγώγηση-Πορεία ζωής», ΨΠ
8. Παναίκας Παντελής – Κυριάκη Σπυριδούλα, «Σεξουαλική αγωγή και νοητική υστέρηση, θεωρητική και ερευνητική προσέγγιση», Αθήνα 2003
9. Κακλαμάνης Νικήτας-Καμμάς Αντώνης «Η ανατομική του ανθρώπου», Αθήνα 1998
10. Ελληνική Εταιρία Οικογενειακού Προγραμματισμού – Τμήμα Οικογενειακού Προγραμματισμού Β' Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο, «Οδηγός αντισύλληψης»
11. Shapiro J. Pamela, «Μαιευτική και Γυναικολογική Νοσηλευτική», εκδόσεις «Έλλην», επιμέλεια: Γεωργιόπουλος Ανδρέας
12. Παπαευαγγέλου Γ.-Φαρμάκης Γ., «Πρόληψη και έλεγχος λοιμωδών νοσημάτων», Αθήνα 1998
13. Γαρδικας Κ.Δ «Ειδική νοσολογία», νέα έκδοση, επιστημονικές εκδόσεις «Γρηγόριος Παρισιάνος», Μαρία Γ. Παρισιάνου
14. Fitzpatrick Thomas – Johnson Richard – Wolf Klaus – Suurmond Dick «Κλινική δερματολογία II», Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης: Ανδρέας Δ. Κατσαμπάς, Ιατρικές εκδόσεις: Π.Χ.Πασχαλίδης
15. Σαχίνη – Καρδάση Άννα & Πάνου Μαρία, «Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική, Νοσηλευτικές διαδικασίες», 2^{ος} Τόμος, Β' Έκδοση, Εκδόσεις «Βήτα».
16. Στρατηγός Δ.Ιωάννης, «Αφροδισιολογία, Σεξουαλικώς Μεταδιδόμενες Λοιμώξεις και Δερματοπάθειες των Γεννητικών Οργάνων», Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε
17. Ακρίτας – Αβραμίδης Αθανάσιος «AIDS,ΣΕΑΑ ΣΠΗΔ ΣιΠΑ...με απλά λόγια»
18. Σαχίνη Άννα- Καρδάση & Πάνου Μαρία «Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική,Νοσηλευτικές Διαδικασίες», Τρίτος τόμος, Β' Έκδοση, εκδόσεις «Βήτα»
19. ΠΟΥ – Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Aids «Νοσηλευτική φροντίδα ατόμων με λοίμωξη από τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας HIV, οδηγίες», Αθήνα 1991, εκδόσεις «Βήτα»

20. Μαλγαρινού Μ.Α – Κωνσταντινίδου Σ.Φ., «Νοσηλευτική, Παθολογική χειρουργική» Τόμος Β Μερους 2^ο
21. Κ.Ε.Ε.Α. (Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων), Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας
22. Παπανικολάου «Γυναικολογία», Τρίτη Έκδοση, Επιστημονικές εκδόσεις «Γρηγόριος Παρισίανος», Μαρία Γρ.Παρισιάνου
23. Ιατράκης Μ.Γεώργιος «Οικογενειακός Προγραμματισμός» Αθήνα 2002
24. Harvey A. Richard – Champe C. Pamela, «Φαρμακολογία» 2^η έκδοση, Επιστημονικές εκδόσεις «Γρηγόριος Παρισίανος», Μαρία Γρ.Παρισιάνου
25. Παπανικολάου Α. Νίκος «Γυναικολογική Φαρμακολογία» Επιστημονικές εκδόσεις «Γρηγόριος Παρισίανος», Μαρία Γρ.Παρισιάνου

