

ΓΕΙ : ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ : ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ :
ΜΑΥΡΑΓΑΝΗ ΜΑΡΙΑ

ΘΕΜΑ : ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ -
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:
ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ



ΠΑΤΡΑ 2002

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	4848
----------------------	------



ΑΦΙΕΡΩΣΗ

Στην μητέρα μου και την αδελφή μου, που με την αγάπη και την φροντίδα τους με βοήθησαν να επιτύχω έναν από τους στόχους μου.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Στην διπλωματική μου εργασία θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον κύριο Ιωάννη Δετοράκη για την πολύτιμη βοήθειά του, καθώς και για την ορθή καθοδήγησή του κατά την εκτέλεση της εργασίας.

Περιεχόμενα

Πρόλογος	1
<u>Κεφάλαιο 1^ο</u>	
1.1 Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα – Αφροδίσια νοσήματα	3
1.2 Μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα	5
1.3 Αφροδίσιο ή βουβωνικό λεμφοκοκκίωμα	5
1.4 Βουβωνικό κοκκίωμα	6
1.5 Μαλακό έλκος	6
1.6 Χλαμύδια	7
1.7 Ηπατίτιδα	7
1.8 Ψώρα	8
1.9 Φθειρίαση	8
1.10 Προσέγγιση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων	9
1.11 Επιδημιολογική παράγοντες των αφροδίσιων νοσημάτων	10
1.12 Μέτρα ελέγχου των αφροδίσιων νοσημάτων	11
<u>Κεφάλαιο 2^ο</u>	
2.1 Σύφιλη	13
2.2 Ιστορική αναδρομή	13
2.3 Επιδημιολογία	14
2.4 Τρεπόννημα το ωχρό	15
2.5 Τρόπος μετάδοσης – Χρόνος εκδήλωσης	16
2.6 Εργαστηριακές εξετάσεις σύφιλης	17
2.7 Ταξινόμηση σύφιλης	19
2.8 Πρωτογόνος σύφιλη	19
2.9 Δευτορογόνος σύφιλη	21
2.10 Τριτογόνος σύφιλη	22
2.11 Σύφιλη και εκδηλώσεις στα διάφορα συστήματα του οργανισμού	24
2.12 Συγγενής σύφιλη	27
2.13 Λανθάνουσα σύφιλη-Ενδημική σύφιλη.....	28
2.14 Σύφιλη και εγκυμοσύνη	29
2.15 Σύφιλη και AIDS	30
2.16 Θεραπεία	31
<u>Κεφάλαιο 3^ο</u>	
3.1 Βλεννόρροια - Γονοκοκκική λοίμωξη	36
3.2 Ιστορική αναδρομή	36
3.3 Επιδημιολογία	37
3.4 Γονόκοκκος	38
3.5 Τρόπος μετάδοσης-Χρόνος εκδήλωσης	39
3.6 Βλεννόρροια στην γυναίκα	40
3.7 Βλεννόρροια στον άνδρα	41
3.8 Βλεννόρροια των ομοφυλόφιλων	42
3.9 Βλεννόρροια των νεογνών-παιδιών	43
3.10 Βλεννόρροια στην εγκυμοσύνη	43
3.11 Εξωγεννητικές εντοπίσεις της βλεννόρροιας	44
3.12 Διάγνωση-Διαφορική διάγνωση	45
3.13 Θεραπεία	46

<u>Κεφάλαιο 4^ο</u>	
4.1 Έρπης γεννητικών οργάνων – Αιτιολογικός παράγοντας	50
4.2 Εντόπιση ερπητικών βλαβών	50
4.3 Επιδημιολογία	50
4.4 Κλινικές εκδηλώσεις	51
4.5 Οδοί μετάδοσης του ιού	52
4.6 Διάγνωση – Διαφορική διάγνωση	52
4.7 Θεραπεία	53
4.8 Υποτροπές	53
4.9 Έρπης και Σύφιλη	55
4.10 Έρπης και Εγκυμοσύνη	55
4.11 Έρπης και Καρκίνος	56
<u>Κεφάλαιο 5^ο</u>	
5.1 Οξυτενή Κονδυλώματα – Αιτιολογικός παράγοντας	58
5.2 Κλινικές εκδηλώσεις	58
5.3 Τρόπος μετάδοσης – Σημεία εντόπισης των κονδυλωμάτων	59
5.4 Επιδημιολογία – Μεταδοτικότητα	60
5.5 Διάγνωση – Διαφορική διάγνωση	60
5.6 Επιπλοκές – Πρόγνωση	61
5.7 Θεραπεία	61
5.8 Οξυτενή κονδυλώματα και ανοσοκαταστολή	64
5.9 Οξυτενή κονδυλώματα στα παιδιά	64
5.10 Οξυτενή κονδυλώματα στην εγκυμοσύνη	65
<u>Κεφάλαιο 6^ο</u>	
6.1 Μύκητες – Περιγραφή	67
6.2 Μετάδοση του μύκητα	67
6.3 Παθογένεια	68
6.4 Επιδημιολογία	68
6.5 Κλινικές εκδηλώσεις	68
6.6 Διάγνωση	69
6.7 Μυκητίαση στο μωρό	69
6.8 Θεραπεία	69
<u>Κεφάλαιο 7^ο</u>	
7.1 Τριχομονάδες – Περιγραφή	73
7.2 Μετάδοση του πρωτόζωου	73
7.3 Παθογένεια	74
7.4 Επιδημιολογία	74
7.5 Κλινικές εκδηλώσεις	74
7.6 Διάγνωση	75
7.7 Θεραπεία	75
<u>Κεφάλαιο 8^ο</u>	
8.1 Σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας – AIDS	78
8.2 Ιστορική αναδρομή	80
8.3 Επιδημιολογία	82
8.4 Ιός HIV – Τρόπος δράσης	88
8.5 Μετάδοση – Ομάδες υψηλού κινδύνου – Χρόνος εκδήλωσης	92
8.6 Κλινικές εκδηλώσεις – Ταξινόμηση	101
8.7 Διάγνωση	111

8.8 Θεραπεία	113
8.9 Συστάσεις για την περίπτωση ατυχήματος και έκθεση σε μολυσμένο υλικό.....	121
8.10 Εμβόλια και AIDS	122
8.11 AIDS και κοινωνία	124
Κεφάλαιο 9^ο	
9.1 Ρόλος του νοσηλευτή / τριάς στη πρόληψη του Σ.Μ.Ν.	128
9.2 Υγειονομική διαφύλαξη για τα αφροδίσια νοσήματα	130
9.3 Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση	132
9.4 Βασικές αρχές νοσηλευτικής φροντίδας	135
9.5 Υγειονομική εκπαίδευση και πρόληψη της μετάδοσης των Σ.Μ.Ν... ..	136
9.6 Συστάσεις προς τις αρχές δημόσιας υγείας για την πρόληψη του AIDS.	148
9.7 Κανόνες προστασίας από το AIDS	150
9.8 Πρόληψη της σεξουαλικής μετάδοσης του HIV	151
9.9 Συμβουλευτική και έλεγχος αντισωμάτων έναντι του HIV	153
9.10 Προφυλάξεις για τους πάσχοντες από HIV.....	158
9.11 Έλεγχος της HIV λοίμωξης στα ιδρύματα υγειονομικής φροντίδας..... ..	159
9.12 Κέντρα εργαστηριακής διάγνωσης και ανοσολογικού ελέγχου της HIV λοίμωξης	163
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	165
Επίλογος.....	173
Βιβλιογραφία	175

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Αναζητώντας το θέμα πτυχιακής εργασίας, κουράστηκα αρκετά. Ήθελα κάτι το διαφορετικό, κάτι έντονο, ενδιαφέρον, πέρα από τα συνήθη ιατρικά προβλήματα, ένα θέμα που θα άγγιζε εμένα την ίδια πρώτα και θα ενημέρωνε τους συμφοιτητές μου και γενικά τους νέους ανθρώπους. Μετά από αρκετή αναζήτηση κατέληξα:

{ Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα – Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη }

Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα – αφροδίσια νοσήματα είναι ένα πρόβλημα που από πολύ παλιά έχει απασχολήσει την ανθρωπότητα, δημιουργώντας λανθασμένες αντιλήψεις γύρω από αυτά. Ορισμένες από τις αντιλήψεις αυτές εξακολουθούν να μας ακολουθούν ακόμη και σήμερα. Το ευρύ κοινό δεν είναι ενημερωμένο και εξακολουθεί να θεωρεί ότι η σύγχρονη πρόληψη των αφροδισίων νοσημάτων αφορά ένα μικρό τμήμα της κοινωνίας μας. Οι συζητήσεις για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα αποτελούν, paradóξως, συζητήσεις για ένα θέμα ‘περιθωριακό’, όπως ακριβώς κι εκείνες που αφορούν τις σεξουαλικές συμπεριφορές γενικά. Με την έννοια αυτή η πρόληψη παρεμποδίζεται από το ότι το ευρύ κοινό αρνείται να αντιμετωπίσει το πρόβλημα στις αληθινές του διαστάσεις.

Στης εργασία αυτή διατυπώνονται οι βασικές επιστημονικές γνώσεις, όσον αφορά την πάθηση από κάποιο αφροδίσιο νόσημα αλλά και την πρόληψη από αυτό, με τρόπο κατανοητό και περιεκτικό, με σκοπό την αποφυγή του πανικού και του περιορισμού του μεγάλου αυτού προβλήματος της δημόσιας υγείας. Καταβάλλεται μια προσπάθεια να δοθούν ορισμένες πληροφορίες γύρω από τα νοσήματα αυτά, όσον αφορά την υγειονομική διαφώτιση, τόσο των σπουδαστών της Νοσηλευτικής σχολής, που λόγω της φύσης του προγράμματος της εκπαίδευσής τους και της ιδιότητάς τους σαν Νοσηλευτές, έρχονται σε άμεση επαφή με τους ασθενείς και τους συνοδούς τους, όσο και των υπόλοιπων ανθρώπων και κυρίως αυτών που σκοπεύουν να ξεκινήσουν την σεξουαλική τους ζωή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ – ΑΦΡΟΔΙΣΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Ο όρος αφροδίσια νοσήματα αφορά ομάδα νοσημάτων που μεταδίδονται κυρίως με την γενετήσια επαφή. Σήμερα ονομάζονται «νοσήματα μεταδιδόμενα με την σεξουαλική οδό». Ο λόγος; - Όπως είναι στους παλαιότερους γνωστό, η έννοια του αφροδίσιου νοσήματος συνδεόταν με έναν παράλογο φόβο μεταξύ των ασθενών, οι οποίοι δεν ενδιαφέρονταν από τι έπασχαν, αρκεί να μην ήταν αφροδίσιο νόσημα. Αντιθέτως, ο σαφής και κατηγορηματικός όρος «σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα» παρέχει τη δυνατότητα της ελεύθερης μορφής ειλικρίνειας, ενώ αγκαλιάζει και τη διαπλατυνόμενη κλίμακα των νοσημάτων, που δεν περιλαμβάνονταν στον παλιότερο όρο.^{1,2}

Περίπου 250 εκατομμύρια περιπτώσεις σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων αναφέρονται κάθε χρόνο. Αποτελούν μία από τις κύριες αιτίες στειρότητας, νοσηρότητας και θνησιμότητας. Τα περισσότερα από τα νοσήματα αυτά, μπορούν να μεταδοθούν, εκτός από την σεξουαλική επαφή, από τη μητέρα στο έμβρυο, με την έκθεση στο αίμα ή στα παράγωγά του, ή με μολυσμένες σύριγγες και βελόνες. Ωστόσο, δεν υπάρχει κίνδυνος μεταδόσεώς τους, με τις συνηθισμένες κοινωνικές επαφές, όπως δεν υπάρχει σημαντικός κίνδυνος μετάδοσής τους με το τσίμπημα των κουνουπιών.

Τα συνήθη σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα είναι:

A: Βακτηριακής αιτιολογίας

- Γονοκοκκική ουρηθρίτιδα – βλεννόρροια
- Μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα
- Αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα
- Βουβωνικό κοκκίωμα
- Μαλακό έλκος
- Σύφιλη
- Λοίμωξη από μυκόπλασμα
- Λοίμωξη από χλαμύδια

B: Ιογενούς αιτιολογίας

- Έρπητας τύπου 1 και 2 (HSV)
- Οξυτενή κονδυλώματα (HPV)
- Ηπατίτιδα B, C, D, G
- Σύνδρομο επίκτητης ανοσοανεπάρκειας (HIV – AIDS)

Γ: Πρωτοζωικής αιτιολογίας

- Τριχομονάδες

Δ: Μυκητιασικής αιτιολογίας

- Μύκητες

Ε: Εξωπαρασιτικής αιτιολογίας

- Ψώρα
- Φθειρίαση³

Σεξουαλικά μεταδιδόμενοι παθογόνοι μικροοργανισμοί		
Βακτήρια	Ιοί	Άλλα*
ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΣΤΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΟΥΣ ΚΥΡΙΩΣ ΜΕ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΠΑΦΗ		
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Ιοί ανοσοανεπάρκειας (HIV-1 & 2)	<i>Trichomonas vaginalis</i>
<i>Chlamydia trachomatis</i>	Ιός απλού έρπητα, τύπος 2 (HsV-2)	<i>Phthirus pubis</i>
<i>Treponema pallidum</i>	Ιός του θηλώματος	<i>Sarcoptes scabiei</i>
<i>Calymmatoba cterium granulomatis</i>	Κυτταρομεγαλοϊός	
<i>Ureaplasma urealyticum</i>	Ιός της μολυσματικής τερμίνθου	
ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΣΥΧΝΑ ΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΗ ΑΛΛΑ ΟΧΙ ΚΑΛΑ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗ Η ΟΧΙ Ο ΚΥΡΙΟΣ ΤΡΟΠΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ		
<i>Mycoplasma hominis</i>	Ανθρώπινος T-λεμφορτόπος ιός (HTLV-1)	(<i>andida albicans</i>)

Cardnerella vaginalis και άλλα μικρόβια του κόλπου	Ιοί ηπατίτιδας C,D Ιός απλού έρπητα τύπου 1 (HSV-1)	
Στρεπτόκοκκος ομάδας Β	Ιός Epstein-Barr (EBV)	
ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΜΕ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΠΑΦΗ ΟΠΟΥ ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΚΘΕΣΗ ΣΕ ΣΤΟΜΑΤΙΚΑ ΥΓΡΑ – ΚΟΠΡΑΝΑ ΜΕΓΑΛΗΣ ΣΗΜΑΣΙΑΣ ΓΙΑ ΟΜΟΦΥΛΟΦΙΛΟΥΣ ΑΝΔΡΕΣ		
Είδη Shigella	Ιός ηπατίτιδας A+	Giardia lamblia
Είδη Campylobacter		Entamoeba Histolytica

* Τα άλλα περιλαμβάνουν πρωτόζωα, εξωπαράσιτα, μύκητες.

+ Σε ασθενείς που μπορεί να εξακριβωθεί παράγοντας κινδύνου, οι περισσότερες λοιμώξεις από ιό ηπατίτιδας Β είναι σεξουαλικά μεταδιδόμενες.⁴

1.2 ΜΗ ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗ ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΔΑ

Η μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα είναι ένα από τα συνηθέστερα νοσήματα που προκαλεί η μετάδοση οργανισμών με τη σεξουαλική επαφή.

Πρόκειται για φλεγμονή της ουρήθρας που δημιουργείται από διάφορους παθογόνους οργανισμούς, συνήθως όμως από οργανισμούς που υπάρχουν στον κόλπο ή από γονόκοκκο ή Chlamydia. Η μόλυνση παρουσιάζεται συνηθέστερα στους άνδρες και προκαλεί την έκκριση βλέννας και πύου από το πέος τους. Οι γυναίκες ενδέχεται να μην έχουν συμπτώματα, στις περισσότερες περιπτώσεις όμως έχουν συχνουρία, η οποία συνοδεύεται από αίσθηση καψίματος.

Η μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα θεραπεύεται εύκολα με αντιβιοτικά. Τα συμπτώματα και οι ενδείξεις της δεν πρέπει ποτέ να παραβλέπονται, γιατί η μόλυνση μπορεί να έχει σοβαρές επιπλοκές αν δε γίνει θεραπεία. Οι υποτροπές είναι κάτι σύνηθες.⁵

1.3 ΑΦΡΟΔΙΣΙΟ Η ΒΟΥΒΩΝΙΚΟ ΛΕΜΦΟΚΟΚΚΙΩΜΑ

Σπάνιο αφροδίσιο νόσημα, γνωστό και ως νόσος Nicolas – Favre. Οφείλεται στο Calymatobacterium granulomatis, ένα αρνητικό κατά Gram βακτήριο. Μετά από επώαση 8-80 ημερών εμφανίζονται ένα ή περισσότερα

υποδόρια οξείδια, που παρουσιάζουν επιφανειακές κοκκιωματώδεις ανώδυνες ελκώσεις. Εντοπίζεται κατεξοχήν στα γεννητικά όργανα και συνοδεύεται από διόγκωση των βουβωνικών λεμφαδένων και μερικές φορές από λεμφοίδημα.

Η διάγνωση τίθεται με τη μικροβιολογική εξέταση υλικού από τις βλάβες. Θεραπευτικώς χορηγούνται αντιβιοτικά (π.χ. τετρακυκλίνη ή ερυθρομυκίνη).⁶

1.4 ΒΟΥΒΩΝΙΚΟ ΚΟΚΚΙΩΜΑ

Αυτό οφείλεται στο σωματίο του Donovan, μεταδίδεται με τη συνουσία και κάνει την εμφάνισή του με τη μορφή φυσαλίδων, που σπάζουν και εγκαταλείπουν έλκη. Τα έλκη επεκτείνονται και προκαλούν βουβωνική αδενίτιδα. Αιματογενής διασπορά δυνατό να προσβάλλει τις αρθρώσεις, τα οστά, τους πνεύμονες και το συκώτι.

Η διάγνωση της πάθησης γίνεται με την ανεύρεση του σωματίου του Donovan και η θεραπεία της συνίσταται στη χορήγηση τετρακυκλίνης σε δόση 500mg τέσσερις φορές την ημέρα για τρεις εβδομάδες.⁷

1.5 ΜΑΛΑΚΟ ΕΛΚΟΣ

Αφροδίσιο νόσημα που οφείλεται στον αιμόφιλο του Ducey και χαρακτηρίζεται από έλκος στο σημείο της εισόδου του μικροβίου, με λεμφαδενίτιδα των σύστοιχων αδένων, όπου καμία φορά παρατηρείται και διαπύηση. Η νόσος είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη στην Ινδία και τη Βόρειο Αφρική, κυρίως στις πτωχότερες τάξεις και μεταδίδεται πάντοτε με την σεξουαλική επαφή. Δεν αφήνει ανοσία και ο άρρωστος μπορεί να αυτομολυνθεί με το ξύσιμο.

Η βλάβη είναι εξαιρετικά οδυνηρή στον άνδρα, που για αυτό το λόγο δύσκολα έχει τη δυνατότητα να μεταδώσει την νόσο. Αντίθετα η γυναίκα, η οποία μπορεί να έχει μολυνθεί χωρίς να αισθάνεται καμία ενόχληση, είναι η πιο συνηθισμένη πηγή μόλυνσεως. Ύστερα από επώαση μικρής διάρκειας (24 ωρών ή το πολύ 2-3 ημερών), εμφανίζεται ερυθρηματώδης κηλίδα, η οποία πολύ γρήγορα μετατρέπεται σε φλύκταινα και τελικά σε μικρό έλκος.

Στον άνδρα το έλκος αυτό έχει την έδρα του στην βαλανοποσθική αύλακα και στον χαλινό της ακροποσθίας, ενώ στη γυναίκα εμφανίζεται στα μικρά και μεγάλα χείλη του αιδοίου, στον κόλπο ή και στον δακτύλιο. Το μαλακό έλκος είναι συνήθως πολλαπλό, ύστερα από πολλαπλούς ενοφθαλμισμούς ή αυτοενοφθαλμισμούς.

Από τις συχνότερες επιπλοκές είναι η εξαιρετικά επώδυνη διόγκωση των βουβωνικών αδένων, η οποία παρουσιάζεται ύστερα από 2-3 εβδομάδες. Μέσα σε 3-4 ημέρες οι αδένες διαπυούνται και τέλος διανοίγονται αυτόματα και σχηματίζουν εξελκώσεις παρόμοιες με εκείνες του μαλακού έλκους. Ιδιαίτερα σοβαρή επιπλοκή είναι η γάγγραινα του πέους, η οποία προκαλείται από δευτερογενή μόλυνση και συνοδεύεται πολλές φορές από σηψαιμική κατάσταση.

Θεραπευτικώς, χορηγούνται σουλφοναμίδες, στρεπτομυκίνη ή άλλα αντιβιοτικά, όπως τετρακυκλίνες και χλωραμφενικόλη. Η νόσος μολονότι εξαιρετικά οδυνηρή, είναι καλοήθης και καταλήγει σε ίαση.⁸

1.6 ΧΛΑΜΥΔΙΑ

Χλαμύδια του τραχώματος, είναι ένας οργανισμός, κάτι ανάμεσα σε βακτήριο και ιό, που ευθύνεται για έναν αριθμό γεννητικών μολύνσεων. Η χλαμύδια μπορεί να προκαλέσει χρόνια πυελική φλεγμονή (σαλπινγίτιδα), η οποία είναι δυνατόν να κάνει απόφραξη των σαλπίγγων.

Κάθε γυναίκα που έχει οποιοδήποτε είδος κοιλιακού πόνου και ταυτόχρονα ύποπτη έκκριση, πρέπει να πηγαίνει στο νοσοκομείο για τον κατάλληλο έλεγχο και αν είναι απαραίτητο, να ενδοφλέβια θεραπεία με αντιβιοτικά. Είναι σημαντικό η γυναίκα της οποίας ο σύντροφος έχει μη – ειδική ουρηθρίτιδα (NSU), να πάει σε ειδική κλινική και να ζητήσει να της γίνει καλλιέργεια για χλαμυδοσπόρια (ο οργανισμός της χλαμύδια).

Η αποτυχία στη θεραπεία της μολύνσεως από χλαμύδια, μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα μια ζωή με κοιλιακούς πόνους και δυσκολία στην ολοκλήρωση εγκυμοσύνης.⁹

1.7 ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

Η ηπατίτιδα Β και C είναι ιογενείς λοιμώξεις οι οποίες παλιότερα μεταδίδονταν συχνά από μεταγγίσεις μολυσμένου αίματος. Οι ιοί αυτοί μεταδίδονται με την σεξουαλική επαφή, με τη χρησιμοποίηση μολυσμένων συριγγών ή με τη διοχέτευση αίματος από την μητέρα στο έμβρυο. Η ηπατίτιδα μεταδίδεται επίσης με το σάλιο ή από μολυσμένα ούρα, κόπρανα ή αίμα. Η ηπατίτιδα Β μπορεί να μην έχει συμπτώματα ή ενδέχεται να μοιάζει με γρίπη συνοδευόμενη από ίκτερο. Τα συμπτώματα της ηπατίτιδας C είναι συνήθως λίγο ηπιότερα. Και οι δύο μολύνσεις μπορούν να οδηγήσουν σε χρόνια ηπατίτιδα και τελικά σε ανεπανόρθωτη βλάβη του ήπατος, όπως κίρρωση ή καρκίνος του ήπατος.⁵

1.8 ΨΩΡΑ

Εξαιρετικά μεταδοτική, με την άμεση κυρίως επαφή, δερματοπάθεια, που οφείλεται σε ένα μικροσκοπικό αρθρόποδο, το ακάρι της ψώρας. Εκδηλώνεται με εντονότατο βασανιστικό κνησμό, ιδίως νυκτερινό. Οι βλάβες, που όχι σπάνια απουσιάζουν εντελώς, περιλαμβάνουν τις πρωτογενείς (σήραγγες ή αύλακες και φυσαλίδες) και τις δευτερογενείς (βλατίδες ή δρυφάδες από τον ξεσμό). Συνήθεις εντοπίσεις είναι οι καρποί, οι άκρες χείρες, οι μασχάλες, ο ομφαλός και τα γεννητικά όργανα.

Η θεραπεία περιλαμβάνει εφαρμογή σε όλο το σώμα, εκτός από το κεφάλι, ακαριοκτόνων φαρμάκων (π.χ. βενζοϊκό βενζύλιο), σε συνδυασμό με αντισταμινικά για τον κνησμό και απολύμανση ρούχων, κλινοσκεπασμάτων κ.τ.λ.

1.9 ΦΘΕΙΡΙΑΣΗ

Κνησμώδης δερματοπάθεια που οφείλεται στη φθείρα (ψείρα), ένα άπτερο έντομο. Η μετάδοση μπορεί να γίνει με την άμεση επαφή ή με κοινόχρηστα είδη (χτένες, ρούχα, σκεπάσματα). Διακρίνεται σε φθειρίαση του σώματος, του τριχωτού της κεφαλής και του εφηβαίου, κάθε μια προκαλούμενη από διαφορετικό τύπο φθείρας. Στο σώμα μπορεί να υπάρχουν κηλίδες, βλατίδες

ή δρυφάδες από τον ξεσμό. Στις τρίχες του εφηβαίου και της κεφαλής μπορεί να παρατηρηθούν τα αβγά του παρασίτου.

Η θεραπεία γίνεται με διάφορα τοπικά αντιφθειριασικά φάρμακα και διαρκεί λίγες ημέρες, επαναλαμβανόμενη μετά από μία εβδομάδα.⁶

1.10 ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΩΝ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Κανένα ΣΜΝ δε μπορεί να θεωρεί ως μεμονωμένο πρόβλημα, επειδή είναι συχνές οι μικτές λοιμώξεις και επειδή η παρουσία ενός ΣΜΝ δηλώνει σεξουαλική συμπεριφορά υψηλού κινδύνου, που σχετίζεται συχνά με τον κίνδυνο για άλλες πιο σοβαρές λοιμώξεις. Τα ΣΜΝ δεν είναι ενδογενείς λοιμώξεις, ούτε μεταβιβάζονται με έντομα, τροφές, κουνούπια ή περιστασιακή επαφή. «Πάντα υπάρχει ένας τουλάχιστον προσβεβλημένος σύντροφος». Το σεξουαλικό ιστορικό και η θεραπευτική προσέγγιση των σεξουαλικών συντρόφων είναι κατά συνέπεια βασικής σημασίας. Η αποτυχία της ανεύρεσης και της εξέτασης ή της επαναφοράς του ή των σεξουαλικών συντρόφων σημαίνει αποτυχία στην αντιμετώπιση, τόσο σε κοινωνικό επίπεδο (εφόσον δεν αναγνωρίζονται οι πηγές διασποράς της λοίμωξης), όσο και σε ατομικό επίπεδο (του ασθενούς) (εφόσον δεν προλαμβάνεται η επαναλοίμωξη).

Τα περισσότερα άτομα με εκκρίματα από τα γεννητικά όργανα, τοπικές βλάβες ή πόνο, σταματούν την σεξουαλική δραστηριότητα και ζητούν ιατρική βοήθεια. Κατά συνέπεια, εκείνοι που μεταδίδουν τη νόσο συνήθως είναι μία μειονότητα μολυσμένων ασυμπτωματικών ατόμων ή ατόμων που δεν αντιλαμβάνονται στις επιπτώσεις των συμπτωμάτων τους. Ως εκ τούτου δε ζητούν από μόνοι τους ιατρική βοήθεια. Με την αύξηση της σημασίας των δυνητικά μη θεραπεύσιμων ΣΜΝ από ιούς (λοίμωξη με HIV, έρπητας των γεννητικών οργάνων, ιοί των θηλωμάτων του ανθρώπου, χρόνιες λοιμώξεις με ιό ηπατίτιδας Β) αυξάνεται η σημασία του συμβουλευτικού ρόλου του γιατρού και του νοσηλευτή στη μείωση της μετάδοσης.

Τα ΣΜΝ διαδίδονται ευκολότερα σε κλειστές πληθυσμιακές ομάδες με μεγάλο βαθμό σεξουαλικής δραστηριότητας και συχνή εναλλαγή σεξουαλικών

συντρόφων. Οι ομάδες αυτές αποτελούνται κυρίως από νεαρούς, κατοίκους αστικών κέντρων, χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου. Συχνά κατοικούν σε «κλειστές» γειτονιές με μεγάλη επίπτωση των νόσων.

Τα θεραπεύσιμα μικροβιακά ΣΜΝ, όπως σύφιλη, η βλεννόρροια και το μαλακό έλκος, εμφανίζονται με μεγάλη συχνότητα σε κλειστές πληθυσμιακές ομάδες και αφορούν όλο και περισσότερο στις ιερόδουλες και στους σεξουαλικούς τους συντρόφους και σε άλλους, που κάνουν παράνομη χρήση ναρκωτικών. Αυτά τα άτομα είναι δύσκολο να τα προσεγγίσει κανείς για εκπαιδευτικά προγράμματα και ανίχνευση των πασχόντων και μπορεί να συνεχίζουν τη σεξουαλική δραστηριότητα παρά τα συμπτώματα της νόσου. Άλλα ΣΜΝ είναι ομαλότερα κατανεμημένα στην κοινωνία, όπως για παράδειγμα οι λοιμώξεις από χλαμύδια. Για αυτά δεν έχουν εφαρμοστεί ευρέως τα διαθέσιμα μέτρα ελέγχου (π.χ. ευρύς έλεγχος, ανίχνευση επαφή) ακόμα και σε μη κλειστές πληθυσμιακές ομάδες. Οι λοιμώξεις από τα χλαμύδια και τα μη θεραπεύσιμα ΣΜΝ από ιούς επιμένουν, συχνά χωρίς συμπτώματα, και διαδίδονται ευρέως σε πληθυσμούς, που δεν έχουν τα παραπάνω χαρακτηριστικά των ΣΜΝ των κλειστών πληθυσμιακών ομάδων.⁴

1.11 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΑΦΡΟΔΙΣΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

A: ΙΑΤΡΟΓΕΝΕΙΣ

1. Γυναίκες με ασυμπτωματική νόσο
2. Ομοφυλόφιλοι άνδρες – ασυμπτωματικοί
3. Αποτυχία θεραπευτικής αγωγής
4. Χρησιμοποίηση αντισυλληπτικών, (αντικατάσταση του ελαστικού προφυλακτικού) με αποτέλεσμα την έλλειψη προστασίας ή την έλλειψη αναστολών, μεγαλύτερο αριθμό επαφών και εναλλαγή ερωτικών συντρόφων.
5. Πρωιμότερη ωρίμανση των γυναικών, σε σύγκριση με 40-80 χρόνια νωρίτερα, με αποτέλεσμα πρωιμότερη έναρξη σεξουαλικής ζωής.

B: ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

1. Μετακίνηση πληθυσμών (τουρισμός, πολεμικές συρράξεις κ.τ.λ.).
2. Εύκολη μετακίνηση από πόλη σε πόλη και από χώρα σε χώρα.
3. Αύξηση του αλκοολισμού.
4. Διάδοση των ψυχοφαρμάκων.
5. Χαλάρωση των ηθών, εξασθένηση των ανασταλτικών επιδράσεων θρησκείας και παραδόσεων.
6. Ευκολότερη και πιο ελεύθερη διακίνηση των εκδιδόμενων γυναικών.
7. Συχνή εναλλαγή ερωτικών συντρόφων.
8. Άγνοια που επιτείνεται από την άποψη ότι τα αφροδίσια νοσήματα είναι χωρίς σημασία.
9. Μείωση του φόβου συλλήψεως ή νοσήσεως από αφροδίσια νοσήματα.

1.12 ΜΕΤΡΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ ΤΩΝ ΑΦΡΟΔΙΣΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

1 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) Χρήστη προφυλακτικών για επαφής υψηλού κινδύνου
- β) Χημειοπροφύλαξη (υπό ιατρική καθοδήγηση)
- γ) Αποφυγή πολλαπλών ακραίων σεξουαλικών εκτροπών
- 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.¹⁰

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 ΣΥΦΙΛΗ

Πρόκειται για μολυσματική, συστηματική νόσο, που χαρακτηρίζεται από μεγάλη χρονιότητα, ποικιλία κλινικών εκδηλώσεων στην πρώιμη φάση και έλλειψη συμπτωμάτων στην όψιμη φάση της. Προσβάλλει κυρίως το δέρμα, τις αρτηρίες και το νευρικό σύστημα και οφείλεται στο βακτηρίδιο *Treponema pallidum* του γένους Τεπόννημα που ανήκει στην τάξη Σπειροχαίτες.^{11,3}

2.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η ιστορική προέλευση της σύφιλης δεν είναι γνωστή. Αδιαμφισβήτητες αναφορές για την νόσο στην ευρωπαϊκή βιβλιογραφία εμφανίζονται κατά την Αναγέννηση, μετά την επιστροφή του Κολόμβου από τον νέο Κόσμο και ποιο συγκεκριμένα φαίνεται ότι μεταφέρθηκε από τις Αντίλες με τα πληρώματα των πλοίων του το 1493. η πολύ διαδεδομένη σήμερα θεωρία της αμερικανικής προέλευσης της νόσου που προτάθηκε από τον Γάλλο ιατρό Εντουάρ Ζανσέλμ (1858-1935), υποστηρίχθηκε και από ενδείξεις τρεπονηματώσεων στα σκελετικά υπολείμματα Προκολομβιανών Ινδιάνων. Από την άλλη μεριά, πριν το 15000, στην Ευρώπη θεωρούσαν την «λέπρα» ιδιαίτερα μεταδοτική, την συσχέτιζαν με την ερωτική πράξη, είχε κληρονομικό χαρακτήρα και πίστευαν ότι αντιδρούσε στη θεραπεία με υδράργυρο, φαίνεται, κατά συνέπεια, πολύ πιθανό ότι πολλές περιπτώσεις που εκλαμβάνονταν ως λέπρα, στην πραγματικότητα ήταν κρούσματα σύφιλης, κάτι που καθιστά λογική την υπόθεση ότι η νόσος υπήρχε στην Ευρώπη από την αρχαιότητα.

Το όνομά της οφείλει η σύφιλη στον Ιταλό ιατρό του 16^{ου} αιώνα Τζιρόλαμο Φρακαστόρο από την Βερόνα (1482-1552) ο οποίος το 1530 συνέθεσε ένα διδακτικό ποίημα για την νέα αυτή νόσο («*Syphilis sive de morbo gallico*»), όπου έκανε μνεία στο πρώτο θύμα της νόσου, τον βοσκό Σύφιλο. Η νόσος σημείωσε την πρώτη της εκδήλωση με τη μορφή της επιδημίας κατά την πολιορκία της Νεαπόλεως (1495), όταν στον ίδιο χώρο βρέθηκαν Ιταλικά, γαλλικά και ισπανικά στρατεύματα και από εκεί διαδόθηκε γρήγορα σε όλη την Ευρώπη. Οι κλινικοί χαρακτήρες της νόσου, που πάρα πολύ καιρό συγχέονταν

με διάφορες δερματοπάθειες ή άλλες παθήσεις, αφροδίσιες και μη, ορίστηκαν με ακρίβεια τον 19^ο αιώνα από την γαλλική σχολή, κυρίως από τον Αλόρε Φουρνιέ (1832-1914). Το 1905, οι Φριτς Ρίχαρντ Σάουντιν και Έρικ Χόφμαν αναγνώρισαν τον παθολόγο παράγοντα, το *Treponema pallidum* (ωχρό τρεπόννημα). Το 1906 ο Βάσερμαν χρησιμοποίησε την αντίδραση εκτροπής του συμπληρώματος για την ορολογική διάγνωση της νόσου (αντίδραση Βάσερμαν). Σε νεώτερους χρόνους εισήχθησαν πιο ευαίσθητες αντιδράσεις κροκίδωσης (αντίδραση καν, Κλάιν, Βι Ντι Αρ Ελ – VDRL), η δοκιμασία ακινητοποίησης του τρεπονήματος (δοκιμασία Νέλσον) και η δοκιμασία ανοσοφθορισμού του Ντήκον.

Μέχρι τα μέσα του 19^{ου} αιώνα, η θεραπεία της σύφιλης ήταν εμπειρική και μόνο με τη χρήση διαλυτών αλάτων υδραργύρου δημιουργήθηκε μια ορθολογική θεραπεία. Η πρώτη σημαντική πρόοδος στον τομέα της θεραπείας της σύφιλης σημειώθηκε το 1910, όταν ο Γερμανός ιατρός Πάουλ Έρλιχ, μετά από μακροχρόνιες έρευνες δημιούργησε μια αρσενικούλα ένωση, το αρσενοβενζόλιο, το παράγωγο της οποίας αποτέλεσαν τα πρώτα πραγματικά αποτελεσματικά φάρμακα κατά της νόσου. Το 1921 χρησιμοποιήθηκαν άλατα βισμούθιου, που δεν ήταν τόσο τοξικά για τον οργανισμό όσο τα αρσενικούχα, από τους Ρ. Σαζεράκ και Κ. Λεβαντίτι και η οριστική καταπολέμηση της νόσου επήλθε το 1943 με την χρήση από τον Τζων Φρεντ Μανόχου της πενικιλίνης.¹¹

2.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

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 2^ο Παγκόσμιο Πόλεμο και μετέπειτα, είχαν ως αποτέλεσμα την μείωση της συχνότητας της μεταδοτικής σύφιλης. Ωστόσο με την σημαντική αύξηση της συχνότητας των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων κατά την δεκαετία του 1970, υπήρξε και μεγάλη αύξηση της συχνότητας της σύφιλης.³

Στα τέλη της δεκαετίας του 1970 και στα 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. Στην Ελλάδα μέχρι και το 1978 παρατηρήθηκε προοδευτική μείωση των νέων περιπτώσεων σύφιλης αλλά από το 1979 παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση.^{3,10}

Η αύξηση αυτή 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 την νόσο συμπεριλαμβάνονται η πορνεία, η χρήση ναρκωτικών και η πρόωμη έναρξη της σεξουαλικής ζωής.

Η σύφιλη είναι η σοβαρότερη αφροδίσια νόσος και ένα από τα σοβαρότερα κοινωνικά νοσήματα. Θα πρέπει να αντιμετωπίζεται από τις υγειονομικές υπηρεσίες κάθε κράτους με ειδικά προγράμματα προφύλαξης και θεραπείας.¹²

2.4 ΤΡΕΠΟΝΗΜΑ ΤΟ ΩΧΡΟ

Το αίτιο της σύφιλης είναι η σπειροχαίτη *Treponema pallidum* (Τρεπόννημα το ωχρό). Ο μικροοργανισμός είναι λεπτός, έχει μήκος 6 έως 20μm και πάχος 0.2μm, είναι σπειροειδής και αποτελείται από 6 έως 14 σπείρες.



Το *T. pallidum* είναι κινητό και εμφανίζει περιστροφική κίνηση γύρω από τον επιμήκη άξονά του, ενώ ταυτόχρονα ολισθαίνει προς τα εμπρός και πίσω. Δεν καλλιεργείται σε τεχνητά θρεπτικά υλικά και δεν χρωματίζεται με τις

συνήθεις χρωστικές. Χρωματίζεται μαύρο με διάλυμα AgNO₃, ενώ φαίνεται λευκό και το περιβάλλον του χρωματίζεται μαύρο όταν χρησιμοποιείται η αρνητική χρώση με σινική μελάνη.¹³

Πύλη εισόδου είναι η λύση της συνεχείας του δέρματος και την των βλεννογόνων. Από την πύλη εισόδου ο μικροοργανισμός διασπείρεται σε όλο το σώμα με το αίμα και τη λέμφο σε διάστημα λίγων ωρών. Η διασπορά του μικροοργανισμού προηγείται σημαντικά από την εμφάνιση των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων της νόσου. Πύλη εξόδου είναι οι συφιλιδικές αλλοιώσεις, π.χ. το συφιλιδικό έλκος.^{1,13}

Το τρεπόννημα το ωχρό, καταστρέφεται πολύ γρήγορα με την ξηρασία και την θερμότητα. Αντίθετα, αντέχει στις χαμηλές θερμοκρασίες και την υγρασία. Επίσης καταστρέφεται από το σαπούνι και τα κοινά αντισηπτικά.⁸

2.5 ΤΡΟΠΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ – ΧΡΟΝΟΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ

Η σύφιλη μεταδίδεται:

- **Με την σεξουαλική επαφή.** Η σύφιλη μεταδίδεται στην πλειονότητα των περιπτώσεων κατά την σεξουαλική επαφή με άτομο, άνδρα ή γυναίκα, που είναι φορέας μολυσματικών βλαβών (συφιλιδικό έλκος, συφιλιδικές πλάκες). Λιγότερο συχνά μεταδίδεται εξωγεννητικά, άμεσα (φιλί) ή έμμεσα (ποτήρι, ξυράφι, οδοντόβουρτσα) από άτομα με συφιλιδικές πλάκες.
- **Με την άμεση επαφή του ανοιχτού συφιλιδικού έλκους.** Ο τρόπος αυτός αφορά κυρίως το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό. Μερικές φορές η μόλυνση είναι επαγγελματική (έλκος του στόματος των υαλουργών, έλκος των δακτύλων των ιατρών και των μαιών, νυγμός παρασκευάστριας από βελόνα που χρησιμοποιήθηκε για λήψη αίματος). Η μετάδοση με μετάγγιση αίματος είναι σπανιότατη, λόγω του αυστηρού ελέγχου των αιμοδοτών.
- **Από την μητέρα στο έμβryo** διαμέσου της μητροπλακουντιακής κυκλοφορίας.^{14,11}

Πότε εκδηλώνεται η σύφιλη

Ο χρόνος που θα εμφανιστεί η αρρώστια εξαρτάται από τον βαθμό της μόλυνσης. Όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των μικροβίων, τόσο πιο σύντομος είναι ο χρόνος εμφάνισης της αρρώστιας. Υπολογίζεται ο χρόνος περίπου από εννιά έως ενενήντα ημέρες από την ημέρα της μόλυνσης.¹⁴

Χρόνος επώασης

Μια εβδομάδα μέχρι τρεις μήνες, κατά μέσο όρο τρεις εβδομάδες πριν δείτε οποιοδήποτε σύμπτωμα.¹⁵

2.6 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΣΥΦΙΛΗΣ

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

Οι χρησιμοποιούμενες στην πράξη εργαστηριακές εξετάσεις είναι:

1. Η αναζήτηση του τρεπονήματος του ωχρού
2. Οι ορολογικές αντιδράσεις
3. Εξέταση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού
4. Η δερματοαντίδραση με λουετίνη.¹⁶

1. Αναζήτηση του ωχρού τρεπονήματος

Στο πρωτογενές στάδιο, οι σπειροχαίτες αναζητούνται στο υλικό που λαμβάνεται από τα ύποπτα έλκη και από τους διογκωμένους λεμφαδένες, αλλά δεν αναγνωρίζονται με ευχέρεια στην άμεση μικροσκοπική παρατήρηση των χρωσμένων παρακσκευασμάτων. Η αναγνώριση επιτυγχάνεται μόνο από το σχήμα και την κίνηση των σπειροχαιτών με τη χρήση φωτισμού σκοτεινού πεδίου, που αντανakλάται στις παρυφές των σπειροχαιτών και τις κάνει εμφανείς.²

2. Ορολογικές αντιδράσεις

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

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

Η πρώτη ορολογική αντίδραση για την διάγνωση της σύφιλης ήταν η αντίδραση Βάσερμαν. Εν συνεχεία προτάθηκαν πολλές αντιδράσεις που έκαναν χρήση λιπιδικών αντιγόνων. Από αυτές χρησιμοποιούνται κυρίως η αντίδραση Τζ. Αλ. Κάλμερ (αιμολυτική αντίδραση), η αντίδραση Κλάιν και η αντίδραση VDRL (Εργαστηρίου Έρευνας Αφροδίσιων Νοσημάτων) (συγγολιτικές ή κροκιδωτικές αντιδράσεις). Οι κλασικές αυτές αντιδράσεις με λιπιδικό αντιγόνο δεν είναι ειδικές. Άλλες ορολογικές αντιδράσεις είναι τελείως ειδικές, επειδή ως αντιγόνο χρησιμοποιείται το ίδιο το ωχρό τρεπόννημα. Μειονέκτημά τους είναι ότι δίνουν θετικό αποτέλεσμα και για άγνωστες, στην Ευρώπη, τρεπονηματώσεις, τροπική μόρφωση και πίντα. Οι ειδικές αντιδράσεις είναι η δοκιμασία Νέλσον (δοκιμασία ακινητοποίησης των τρεπονημάτων – T.I.T.), η αντίδραση ανοσοφθορισμού (F.T.A.) και η δοκιμασία παθητικής αιμοσυγκόλλησης των τρεπονημάτων (T.P.H.A.).¹¹

3. Εγκεφαλονωτιαίο υγρό

Αυτό εξετάζεται στην περίπτωση υποψίας του Κ.Ν.Σ. κατά την διαδρομή της σύφιλης ή για να χρησιμεύσει ως στοιχείο ίασης της νόσου μετά από την θεραπεία. Εξετάζονται ο αριθμός των λεμφοκυττάρων, το λεύκωμα, οι ειδικές και μη ειδικής οροαντιδράσεις.

α. Λεμφοκυττάρωση: Το φυσιολογική Ε.Ν.Υ. περιέχει 0-3 λεμφοκύτταρα

/ml. Πάνω από αυτόν τον αριθμό το υγρό είναι παθολογικό. Η λεμφοκυττάρωση παρατηρείται επί προσβολής των μηνίγγων.

β. Λεύκωμα: Το ποσό της λευκωματίνης ανέρχεται φυσιολογικά σε 0,25gr και των ολικών λευκωμάτων σε 0,40gr/1000ml. Πέραν αυτών των ποσών το υγρό είναι παθολογικό.

γ. Μη ειδικές οροαντιδράσεις: Είναι κατά το πλείστον θετικές, ενώ οι

ειδικές είναι πάντοτε θετικές στην περίπτωση νευροσύφιλης.

4. Δερματοαντίδραση διαλουετίνης

Αυτή είναι ανάλογη με την αντίδραση Mantoux. Η λουετίνη ενεietta ενδοδερμικά. Σε περίπτωση θετικού αποτελέσματος εντός 48 ωρών, παρατηρείται βλατίδα διαμέτρου 1cm, περιβαλλόμενη από ερυθρηματώδη άλω.⁴

2.7 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΣΥΦΙΛΗΣ

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

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

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

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

2.8 ΠΡΩΤΟΓΟΝΟΣ ΣΥΦΙΛΗ

Η πρωτογόνος σύφιλη χαρακτηρίζεται από το λεγόμενο σκληρό συφιλιδικό έλκος, ή απλώς σκληρό έλκος, το οποίο εμφανίζεται σε διάστημα από 10 ημέρες έως και 10 εβδομάδες μετά την μόλυνση. Σήμερα, το σκληρό έλκος εμφανίζεται ύστερα από επώαση 3-4 μηνών, πράγμα που οφείλεται μερικές φορές στην συμπτωματική ταυτόχρονη λήψη τετρακυκλινών. Μέχρι την εμφάνιση του σκληρού έλκους κανέναν σημείο δεν κάνει αισθητή την προσβολή από την νόσο.

Το σκληρό έλκος εντοπίζεται κυρίως στην γεννητική χώρα, στο στόμα και στον πρωκτό, είναι ανώδυνο, στρογγυλό ή ωοειδές, με σαφή όρια και σκληρή βάση, συνοδεύεται από επιχώριο λεμφαδενίτιδα και δεν φλεγμαίνει. Το σκληρό έλκος είναι εξαιρετικά μολυσματικό με το ορώδες υγρό που εκκρίνει, το οποίο

βρίθει από τρεπόννημα. Δεν έχει πάντοτε το τυπικό σχήμα της παραπάνω περιγραφής, αλλά ανάλογα με την εντόπισή του, μπορεί να είναι ραγαδοειδές (χαλινός ακροπρόσθιας και γλώσσας), βλατιδοδιαβρωτικό (ράχη της γλώσσας), ερπητοειδές (μικρά χείλη αιδοίου), κηριοειδές (ράχη της μύτης, εφηβαίο, σαγόνι), σπανιότερα με φλεγμονώδη όψη ή επώδυνο (στα δάχτυλα). Νάνα σκληρά έλκη ή εντοπισμένα κατά βάθος (αμυγδαλές, τράχηλος της μήτρας, κολπικό τοίχωμα, πρωκτική μοίρα ορθού), μπορεί να περάσουν απαρατήρητα. Ενώ στο παρελθόν η ύπαρξη ενός έλκους ήταν ο κανόνας, τα τελευταία χρόνια έχουν αυξηθεί σημαντικά τα πολλαπλά έλκη. Υπάρχουν και περιπτώσεις σύφιλης που δεν εμφανίζουν σκληρό έλκος (π.χ. από μετάγγιση αίματος). Χωρίς θεραπεία, το σκληρό έλκος, υποχωρεί σε 3-6 εβδομάδες, αλλά η επιχώριος λεμφαδενίτιδα μπορεί να διαρκέσει αρκετούς μήνες.

Διαφορική διάγνωση

Πρέπει να γίνεται διαφορετική διάγνωση από νόσους όπως το μαλακό έλκος, ο έρπης, το φυματιώδες και λεμφοκοκκιωματώδες έλκος, η ελκώδης κύαγγη του Βενσάν (αμυγδαλές) η παρωνυχία (δάχτυλα) οι διαβρώσεις της τραχηλίτιδας (τράχηλος της μήτρας).

Κλινική διάγνωση

Η κλινική διάγνωση της πρωτογόνου σύφιλης ολοκληρώνεται με την αναζήτηση του τρεπονήματος με υπερμικροσκόπιο στο ορώδες υγρό του σκληρού έλκους ή με παρακέντηση των δορυφόρων γαγγλίων μερικές φορές επαναλαμβανόμενη μέσα στο επόμενο 15νήμερο όταν η αρνητική έκβαση δεν πείθει (σκληρά έλκη μεγάλου μεγέθους, προηγηθείσα τοπική χρήση αλοιφών με αντιβιοτικά). Οι ορολογικές αντιδράσεις (Βάσερμαν) είναι θετικές μεταξύ 10^{ης} και 10^{ης} ημέρας από την εμφάνιση του έλκους, ενώ η δοκιμασία ανοσοφθορισμού είναι από την 7^η ημέρα.¹¹



2.9 ΔΕΥΤΕΡΟΓΟΝΟΣ ΣΥΦΙΛΗ

Χαρακτηριστική εκδήλωση αυτού του σταδίου είναι η εμφάνιση ανώδυνου, συμμετρικού, κηλιδώδους, βλατιδώδους, ή κηλιδοβλατιδώδους εξανθήματος (ροδάνθη), τα οποία συνοδεύεται από γενικευμένη ανώδυνη διόγκωση των λεμφαδένων. Το εξάνθημα αναπτύσσεται σε οποιαδήποτε περιοχή της επιφάνειας του δέρματος, ακόμα και στις παλάμες και τα πέλματα. Συχνή είναι επίσης η εμφάνιση λευκόφαιων διαβρώσεων του βλεννογόνου των γεννητικών οργάνων, του στόματος, του φάρυγγα (φαρυγγίτιδα) και του λάρυγγα (λάρυγγίτιδα, βράγχος της φωνής).

Άλλες εκδηλώσεις είναι ο χαμηλός πυρετός, κακουχία, ανορεξία, απώλεια βάρους, ενώ σπανιότερες εκδηλώσεις είναι ελαφράς μορφής μηνιγγίτιδα, αλωπεκία κατά τόπους, περιοστίτιδα, αρθραλγίες, σπειραματονεφρίτιδα από ανοσοσυμπλέγματα και ηπατίτιδα, η οποία συνοδεύεται από μεγάλη αύξηση της αλκαλικής φωσφατάσης.

Οι εκδηλώσεις της δευτερογόνου σύφιλης, αρχίζουν 6 έως 7 εβδομάδες μετά την αρχική μόλυνση, σπανίως όμως είναι δυνατόν να εμφανιστούν και μετά από δύο χρόνια. Σε όλη τη διάρκεια του σταδίου το άτομο μεταδίδει τη νόσο.¹³

Χωρίς θεραπεία, μετά από μερικές εβδομάδες ή μήνες, η ροδάνθη έχει υποχωρήσει, αφήνοντας κάπου κάπου στο λαιμό κηλιδώδη λευκομελανοδερμία (περιδέριο της Αφροδίτης), ενώ παρουσιάζονται δευτεροπαθή όψιμα, υποτροπιάζοντα συφιλιδικά εξανθήματα με κοινό χαρακτηριστικό το ότι είναι διηθημένα (σκληρά) και πολύμορφα. Αυτά καταλαμβάνουν κατά προτίμηση το πρόσωπο, την καμπτική επιφάνεια των πήχων, τις παλάμες, τα πέλματα και την περιοχή των γεννητικών οργάνων. Διαρκούν μήνες ή χρόνια και αποτελούν μεταβατικές μορφές προς το τρίτο στάδιο της νόσου.

Κλινική διάγνωση

Οι κλασικές ορολογικές εξετάσεις είναι στο στάδιο αυτό έντονα θετικές, το επίπεδο του ανοσοφθορισμού υψηλό και η δοκιμασία Νέλσον ήδη θετική σε πολλές περιπτώσεις.¹¹



2.10 ΤΡΙΤΟΓΟΝΟΣ ΣΥΦΙΛΗ

Μεγάλο χρονικό διάστημα μεσολαβεί ανάμεσα στις βλάβες της δεύτερης περιόδου και σε εκείνες της τρίτης, οι οποίες προσβάλουν το κεντρικό νευρικό σύστημα, τα οστά, τη γλώσσα, τους όρχεις, τους νεφρούς, την αορτή και την καρδιά. 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 βλάβες, ενώ αντιθέτως στη δεύτερη περίοδο της νόσου αυτά είναι πάρα πολλά. Επίσης οι βαθιές ουλές, οι οποίες προϋποθέτουν πολύ εκτεταμένες καταστροφές και βλάβες με χρόνια εξέλιξη.

Στο δέρμα, στα βαθύτερά του στρώματα, σχηματίζονται τα συφιλιδικά φηματώματα και τα κομμιώματα, τα οποία εξελίσσονται σε μία ελκωτική φάση και μια τελική επουλωτική. Μία από τις βλάβες των βλεννογόνων είναι η λευκοπλακία, η οποία εμφανίζεται στη γλώσσα και στο στόμα. Στον σκελετό συχνότερες είναι οι βλάβες του κρανίου, της κνήμης, του βραχίονος, της ρινός και η αρθροπάθεια του Charcot. Στο συκώτι, εκτός από κομμιώματα, είναι δυνατόν να παρατηρηθούν και βλάβες όμοιες με εκείνες που χαρακτηρίζουν την κίρρωση του ήπατος.⁸

Κομμιώματα:

Τα κομμιώματα είναι όζοι μεγέθους καρυδιού, που διαπύονται, ανοίγουν και εξελκώνονται, σχηματίζοντας έλκη ολοστρόγγυλα με ορθότμητα χείλη και πυθμένα καλυπτόμενο από κιτρινωπό υλικό που δεν ξεκολλά. Είναι ανώδυνα και δε συνοδεύονται από επιχώριο λεμφαδενίτιδα.

Λευκοπλακία:

Η λευκοπλακία εμφανίζεται στο βλεννογόνο του στόματος με τη μορφή διαφανούς, λευκού έως υποκυανού επιπάγου, και άλλοτε είναι αδιαφανής, μαργαροειδής, με παρκετόμορφη επιφάνεια. Με την πάροδο του χρόνου η λευκοπλακία παχύνεται και παίρνει ακροχορδονοειδή όψη. Ένα 40% των λευκοπλακιών, οφείλονται σε εξωσυφιλιδικά αίτια (κάπνισμα, οινοποσία, ελαττωματική οδοντοστοιχία), όλες όμως θεωρούνται προκαρκινικές καταστάσεις.

Διαφορική διάγνωση

Η διαφορική διάγνωση της τριτογόνου σύφιλης του δέρματος και των βλεννογόνων είναι κλινικώς δύσκολη λόγω του μεγάλου αριθμού άλλων νόσων, που προκαλούν παρόμοιες βλάβες. Διευκολύνεται όμως από την συνύπαρξη άλλων εκδηλώσεων της τριτογόνου σύφιλης (έλλειψη αντανακλαστικών, έλλειψη αντίδρασης της κόρης του ματιού στο φως, αορτίτιδα).

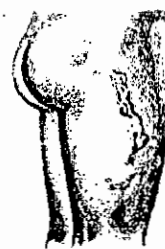
Κλινική διάγνωση

Η αντίδραση Βάσερμαν είναι στις μισές περιπτώσεις αρνητική, αλλά η δοκιμασία Νέλσον είναι πάντοτε θετική, καθώς και η διαδικασία του ανοσοφθορισμού.¹¹

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

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

Χρονικός διαχωρισμός μεταξύ πρώιμης και όψιμης σύφιλης δεν είναι σαφώς καθορισμένος, ανάγεται όμως κατά μέσο όρο στα δύο χρόνια.⁴



2.11 ΣΥΦΙΛΗ ΚΑΙ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΤΑ ΔΙΑΦΟΡΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ

Η σύφιλη κατά τη διαδρομή της μπορεί να προσβάλει όλα τα όργανα του ανθρώπου. Η προσβολή αυτών στη δευτερογόνο σύφιλη δεν είναι σοβαρής πρόγνωσης, διότι οι βλάβες αποκαθιστούνται με την αντισυφιλιδική θεραπεία. Δεν συμβαίνει όμως το ίδιο με την τριτογόνο σύφιλη, διότι οι βλάβες των σπλάχνων, των αγγείων και του νευρικού συστήματος, προκαλούν σοβαρές αλλοιώσεις, οι οποίες είναι δυνατόν να παραμείνουν μόνιμα και μετά τη θεραπεία ή σοβαρές διαταραχές, ακόμα και το θάνατο. Αξίζει να αναφέρουμε περιληπτικά τις πιο συνήθεις αυτές εκδηλώσεις.¹⁶

Σύφιλη και καρδιαγγειακό σύστημα:

Οι καρδιαγγειακές εκδηλώσεις περιορίζονται στα μεγάλα αγγεία, στα οποία η αιμάτωση παρέχεται από τα αγγεία των αγγείων. Η αποφρακτική ενδαρτηρίτιδα των αγγείων προκαλεί νέκρωση του μέσου χιτώνα, με καταστροφή του ελαστικού ιστού, ιδίως το ανιόν και το εγκάρσιο τμήμα του αορτικού τόξου, με αποτέλεσμα αορτίτιδα, παλινδρόμηση αίματος δια του

αορτικού στομίου, σακοειδές ανεύρυσμα ή στένωση του στομίου των στεφανιαίων.

Η έναρξη των συμπτωμάτων αρχίζει 10-40 χρόνια μετά τη λοίμωξη. Οι καρδιαγγειακές επιπλοκές είναι συνηθέστερες και εμφανίζονται σε μικρότερη ηλικία στους άντρες παρά στις γυναίκες και στους μαύρους παρά στους λευκούς. Η συχνότητα των συμπτωματικών καρδιαγγειακών επιπλοκών στην όψιμη και χωρίς θεραπεία σύφιλη είναι περίπου 10% με την αορτική παλινδρόμηση, 2-4 φορές συχνότερη από το ανεύρυσμα.

Τα συφιλιδικά ανευρύσματα είναι συνήθως σακοειδή, ενίοτε ατρακτοειδή και δεν οδηγούν σε διαχωρισμό. Περίπου ένα στα δέκα αορτικά ανευρύσματα συφιλιδικής αιτιολογίας μπορεί να προσβάλλει την κοιλιακή αορτή, αλλά τείνει να εμφανίζεται πάνω από νεφρικές αρτηρίες, ενώ τα αρτηριοσκληρωτικά κοιλιακά ανευρύσματα βρίσκονται συνήθως κάτω από την έκφυση των νεφρικών αρτηριών. Με την αύξηση της ηλικίας το νευρικό σύστημα προσβάλλεται επίσης σε ποσοστό 40% των ασθενών με καρδιαγγειακή σύφιλη.⁴

Σύφιλη και κινητικό σύστημα:

Παρόλο που είναι δυνατή και στο δεύτερο στάδιο της σύφιλης η εμφάνιση περιοστίτιδων με νυκτερινούς πόνους, η προσβολή των οστών (διάχυτες, περιγεγραμμένες ή υπεροστεωτικές οστεΐτιδες) είναι χαρακτηριστική της τριτογόνου σύφιλης. Μπορεί να αφορά στους σπονδύλους, στα δάχτυλα, στα οστά της μύτης, του κρανίου και των άκρων και είναι άλλοτε κομμωματώδης και άλλοτε οστεοπορωτική, προκαλώντας αυτόματα κατάγματα και ψευδαρθρώσεις. Από τις αρθρώσεις προσβάλλεται κυρίως το γόνατο (συφιλιδικός λευκός όγκος) και όλοι σχεδόν οι μύες.¹¹

Σύφιλη και αναπνευστικό σύστημα:

Η σύφιλη της μύτης χαρακτηρίζεται από το σχηματισμό κομμωμάτων στο βλεννογόνο και στα οστά με πιθανή συνέπεια τη διάτρηση του ρινικού διαφράγματος και την καθίζηση της μύτης. Όσον αφορά τον λάρυγγα, στη δευτερογόνο σύφιλη παρατηρείται βράγχος της φωνής, λόγω βλάβης των φωνητικών χορδών. Στην τριτογόνο σύφιλη παρατηρούνται κομμώματα με ελκώσεις και άλλες καταστροφές.¹⁶

Σύφιλη και ουροποιογεννητικό σύστημα:

Στους νεφρούς, κατά τη δευτερογόνο σύφιλη παρατηρείται οξεία λιποειδονέφρωση ή χρόνια σπειραματονεφρίτιδα. Στα επινεφρίδια, η νόσος Addison είναι συφιλιδικής αιτιολογίας. Η προσβολή της επιδιδυμίδας είναι σπάνια. Τέλος, η συφιλιδική ορχίτιδα διακρίνεται στην διάμεση ινώδη ορχίτιδα και στην κομμωματώδη.⁴

Σύφιλη και νευρικό σύστημα:

Η νευροσύφιλη είναι δυνατό να εκδηλωθεί ως συμπτωματική νευροσύφιλη, μηνιγγειακή σύφιλη, νωτιάδα φθίση και γενική πάρεση.

Χαρακτηριστικό της ασυμπτωματικής νευροσύφιλης είναι η θετική δοκιμασία VDRL στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό χωρίς να υπάρχουν κλινικές εκδηλώσεις. Επίσης, σε αρχικά στάδια η δοκιμασία VDRL είναι θετική στον ορό του αίματος, και η εξέταση του E.N.Y αποκαλύπτει αύξηση του λευκώματος και λεμφοκυττάρωση, ενώ η δοκιμασία VDRL είναι αρνητική. Η θεραπεία με πενικιλίνη αναστέλλει την εξέλιξη σε συμπτωματική νευροσύφιλη.

Η μηνιγγοαγγειακή σύφιλη οφείλεται στην αποφρακτική ενδοαρτηρίτιδα των αγγείων των μηνίγγων, του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού και παρατηρείται 5-10 χρόνια μετά την αρχική μόλυνση. Εκδηλώνεται με σημειολογία μηνιγγίτιδας και παρατηρούνται παραλύσεις κρανιακών νεύρων.

Η νωτιάδα φθίση παρατηρείται 25-30 χρόνια μετά την αρχική μόλυνση και είναι αποτέλεσμα της προϊούσης απομυελίνωσης των οπισθίων δεσμών και των οπισθίων ριζών του νωτιαίου μυελού (παρεγχυματική νευροσύφιλης). Χαρακτηριστικό της νόσου είναι η διαταραχή της εν τω βάθει αισθητικότητας (αταξία, παραισθήσεις, οξείς πόνοι των μυών και των σπλάχνων που υποτροπιάζουν κ.α.).

Η γενική πάρεση παρατηρείται 15-20 χρόνια μετά την αρχική μόλυνση και είναι αποτέλεσμα γενικευμένης προοδευτικής εκφυλιστικής αλλοιώσεως του εγκεφαλικού φλοιού (παρεγχυματική νευροσύφιλη). Η μορφή αυτή εκδηλώνεται με έντονες διαταραχές του ψυχισμού και έκπτωση των νοητικών λειτουργιών.¹³

Σύφιλη και πεπτικό σύστημα:

Κατά τη δευτερογόνο σύφιλη η προσβολή του ήπατος λαμβάνει χώρα μεταξύ του δεύτερου και πέμπτου μήνα και εκδηλώνεται με τη μορφή του πρώιμου συφιλιδικού ίκτερου. Κατά την τριτογόνο σύφιλη παρατηρείται: Το σκληρό – κομμωματώδες ήπαρ όταν αυτό είναι διογκωμένο, σκληρό και ανώμαλο και τη διάμεση σκληρυντική ηπατίτιδα στην οποία το ήπαρ είναι ατροφικό. Η προσβολή του οισοφάγου, του στομάχου και του εντέρου είναι σπάνια και χαρακτηρίζεται από το σχηματισμό κομμωμάτων.¹⁶

Σύφιλη και οφθαλμοί:

Ιριδίτιδα, συνοδευόμενη από πόνο, φωτοφοβία και θάμβος της όρασης ή χοριοαμφιβληστροειδίτιδα εμφανίζονται όχι μόνο κατά τη διάρκεια της δευτερογενούς σύφιλης, αλλά και ως σχετικά συνήθεις εκδηλώσεις όψιμης σύφιλης. Σύμφυσης της ίριδας προς τον πρόσθιο φακό μπορεί να προκαλέσουν ακινητοποίηση της κόρης, που δεν πρέπει να συγχέεται με την κόρη Argyll Robertson.⁴

2.12 ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΣΥΦΙΛΗ

Πρόκειται για τη σύφιλη που μεταδίδεται από τη μητέρα στο κύημα. Μεταδίδεται μόνο μέσω της κυκλοφορίας του πλακούντα και μάλιστα μετά τον πέμπτο μήνα της κύησης. Σήμερα είναι εξαιρετικά σπάνια. Κληρονομική σύφιλη (δηλαδή μετάδοση της ωχράς σπειροχαίτης δια μέσου του σπερματοζωαρίου) δεν υπάρχει.⁶

Υπάρχουν διάφορες πιθανότητες μόλυνσεως:

Η μητέρα έχει μολυνθεί πριν από τη σύλληψη. Στην περίπτωση αυτή πολύ συχνά παρατηρούνται έμβρυα δυστροφικά και με συγγενή υδροκεφαλία.

Η μητέρα μολύνεται κατά τη σύλληψη: Πρόκειται για ασθενέστερη μορφή σύφιλης και η αντίδραση Βάσερμαν είναι πάντοτε αρνητική. Μπορεί να προκληθεί αποβολή ή πρόωρος τοκετός, με έμβρυο που παρουσιάζει σοβαρές βλάβες του δέρματος.

Η μητέρα μολύνεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης: στην περίπτωση αυτή είναι δυνατό να παρουσιαστούν στο βρέφος δευτεροπαθείς βλάβες.

Συγγενής σύφιλη βρέφους:

Οι χαρακτηριστικές βλάβες συνίστανται σε πομφόλυγες με πυοαιματηρό υγρό, που αργότερα ξηραίνονται και σχηματίζουν κρούστες και εξελκώσεις. Οι βλάβες αυτές εντοπίζονται αποκλειστικά στις παλάμες και τα πέλματα.

Η συγγενής σύφιλη διακρίνεται σε πρώιμη και όψιμη.

Πρώιμη συγγενής σύφιλη: Τα συμπτώματα της σύφιλης εμφανίζονται

λίγο μετά τη γέννηση και συνίστανται στην προοδευτική απώλεια βάρους και στα προβλήματα της θρέψεως.

Όψιμη συγγενής σύφιλη: Τα συμπτώματα παρουσιάζονται συνήθως

γύρω στο έβδομο έτος της ηλικίας και σε σπάνιες περιπτώσεις αργότερα. Τα συμπτώματα αυτά, που αποτελούν τη λεγόμενη τριάδα του Hutchinson είναι η διάμεσος κερατίτις, η κώφωση, η βλάβη του ακουστικού νεύρου και οι βλάβες των οδόντων (κυρίως στους άνω τομείς), που παρουσιάζουν βαθιές εντομές στο κοπτικό χείλος και οριζόντιες ραβδώσεις.⁸

2.13 ΛΑΝΘΑΝΟΥΣΑ ΣΥΦΙΛΗ – ΕΝΔΗΜΙΚΗ ΣΥΦΙΛΗ

Χαρακτηριστικό της λανθάνουσας σύφιλης είναι η απουσία κλινικών εκδηλώσεων της νόσου, ενώ η ορολογικές αντιδράσεις είναι θετικές. Κατά την αρχική περίοδο της λανθάνουσας σύφιλης (πρώιμος λανθάνουσα σύφιλη), η οποία εκτείνεται σε διάστημα τεσσάρων χρόνων, παρατηρούνται υποτροπές της νόσου με τη μορφή των βλεννογονοδερματικών εκδηλώσεων της δευτερογόνου σύφιλης και το άτομο μεταδίδει τη νόσο. Οι υποτροπές εμφανίζονται κυρίως τα δύο πρώτα χρόνια (85% των υποτροπών) και παρατηρούνται στο 25% των ασθενών. Μετά από τέσσερα χρόνια (όψιμος λανθάνουσα σύφιλη) δεν

παρατηρούνται υποτροπές, το άτομο δε μεταδίδει τη νόσο, είναι όμως δυνατή η μόλυνση του εμβρύου από τη μητέρα.

Εάν δε γίνει θεραπεία, ποσοστό 30-35% των ασθενών θα ιαθούν αυτομάτως και οι ορολογικές αντιδράσεις θα αρνητικοποιηθούν. Σε μια άλλη ομάδα ασθενών (30-35%), η νόσος δε θα προχωρήσει στο επόμενο στάδιο και οι ορολογικές αντιδράσεις θα παραμείνουν θετικές για τα επόμενα χρόνια της ζωής του ατόμου, χωρίς άλλες συνέπειες. Τέλος, στο υπόλοιπο τριάντα τοις εκατό των ασθενών με λανθάνουσα σύφιλη, η νόσος θα εξελιχθεί και θα εμφανιστεί η συμπτωματολογία της τριτογόνου σύφιλης.¹³

Ενδημική σύφιλη

Πρόκειται για μία μορφή σύφιλης που δεν αποτελεί αφροδίσιο νόσημα, (δε μεταδίδεται με τη σεξουαλική πράξη) και ενδημεί σε περιοχές του πλανήτη όπου οι κλιματικές, κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες ευνοούν την ανάπτυξή της. Οι διάφορες μορφές της ενδημικής σύφιλης προκαλούνται από άλλα είδη Τρεπονήματος. Χαρακτηρίζονται από τη γρήγορη εμφάνιση συφιλιδικών πλακών στο δέρμα και το στόμα οι οποίες δε μπορούν να διακριθούν από αυτές του αφροδίσιου νοσήματος. Διακρίνονται ωστόσο από αυτό ως προς το ότι σπάνια προσβάλλουν το νευρικό και το καρδιαγγειακό σύστημα και πολύ σπάνια προκαλούν το θάνατο. Γνωστότερες από τις μορφές αυτές, είναι η μπετζέλ και πίντα.¹¹

2.14 ΣΥΦΙΛΗ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Η συφιλιδική μητέρα είναι δυνατόν να μολύνει το έμβρυο μετά τον πέμπτο μήνα της κύησης, οπότε η σπειροχαΐτη μπορεί να περάσει μέσα από τα αγγεία του πλακούντα. Αυτό παρατηρείται όταν η σύφιλη της μητέρας είναι πρόσφατη και δεν έχει γίνει θεραπεία. Η εγκυμοσύνη τότε κινδυνεύει να διακοπεί από αποβολή ή εάν συνεχιστεί να καταλήξει σε πρόωρο τοκετό, ή στη γέννηση νεκρού εμβρύου. Οι πιθανότητες μόλυνσεως του εμβρύου είναι πιο περιορισμένες στις επόμενες εγκυμοσύνες, επειδή η μολυσματικότητα της μητέρας ελαττώνεται στις προχωρημένες φάσεις της σύφιλης. Έτσι με την

πάροδο του χρόνου, από μια συφιλιδική μητέρα μπορεί να γεννηθεί ένα υγιές παιδί.

Η διαγνωστικές οροαντιδράσεις για τη σύφιλη, πρέπει να γίνονται συστηματικά κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, αφού η έγκαιρη και κατάλληλη θεραπεία μπορεί να αποτρέψει στις περισσότερες περιπτώσεις τη γέννηση παιδιού με βαριές κληρονομικές συφιλιδικές βλάβες.⁸

Στην περίπτωση της σύφιλης της εγκύου, υπάρχουν ορισμένες αρχές που πρέπει να κατανοηθούν πλήρως. Αυτές είναι:

1. Η μόλυνση του εμβρύου γίνεται μόνο μέσω της μητέρας δια του πλακούντα. Όχι με το ωάριο ή το σπερματοζωάριο.
2. Η σπειροχαίτη μέχρι και τον 4^ο μήνα δεν περνάει από τον πλακούντα. Έτσι, αν η μητέρα μολύνθηκε νωρίτερα κι έχει γίνει έως τότε ικανοποιητική θεραπεία, το κύημα δε μολύνεται από σύφιλη.
3. Αν η μητέρα μολυνθεί κατά τον 5^ο μήνα, το κύημα μολύνεται αυτόματα.
4. Αν μετά το μόλυνση (μετά τον 5^ο μήνα) γίνει άμεσος θεραπεία το παιδί θα γεννηθεί υγιές.
5. Αν η μητέρα μολυνθεί μετά τον πέμπτο μήνα, παραμελήσει όμως τη θεραπεία και την αρχίσει από τον ένατο μήνα και μετά, τότε μητέρα και παιδί αποστειρώνονται από τη σπειροχαίτη, γεννιέται όμως παιδί στείρο μεν από σπειροχαίτη, αλλά με διαμαρτυρίες περί την διάπλαση, δηλαδή με συφιλιδικά στίγματα.
6. Εάν δε γίνει καμία θεραπεία μέχρι τον τοκετό, τότε το παιδί θα γεννηθεί με πρώιμη συγγενή σύφιλη, περίπτωση εξαιρετικά μολυσματική για το περιβάλλον, με εξανθήματα, με φλεγμονώδεις βλεννογόνους κ.τ.λ.
7. Αν η μητέρα μολυνθεί αργά, π.χ. τον 8^ο μήνα και δεν κάνει θεραπεία, θα γεννηθεί παιδί με πρώιμη συγγενή σύφιλη, χωρίς συφιλιδικά στίγματα, λόγω της ολιγόχρονης επίδρασης της σπειροχαίτης.¹

2.15 ΣΥΦΙΛΗ ΚΑΙ AIDS

Επειδή τα άτομα που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο για μόλυνση με σύφιλη (πληθυσμοί των πόλεων και ομοφυλόφιλοι άνδρες), διατρέχουν υψηλό κίνδυνο

για μόλυνση με HIV, αυτές οι λοιμώξεις ανευρίσκονται συχνά στον ίδιο άρρωστο. Υπάρχουν αποδείξεις ότι η σύφιλη και άλλες ελκωτικές νόσοι των γεννητικών οργάνων μπορεί να αποτελούν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για απόκτηση και μετάδοση της λοίμωξης με HIV. Διάφορες μελέτες προτείνουν ότι οι εκδηλώσεις της σύφιλης μπορούν να τροποποιούνται σε ασθενείς με ταυτόχρονη λοίμωξη με HIV. Οι επιπτώσεις αυτών των μελετών είναι πολυάριθμες και ανησυχητικές, αλλά η φύση και η έκταση της αλληλεπίδρασης μεταξύ της λοίμωξης HIV και της σύφιλης δεν έχουν σαφώς καθοριστεί. Η συχνότητα ασυνήθων κλινικών και εργαστηριακών εκδηλώσεων της σύφιλης, σε ασθενείς με μόλυνση HIV είναι άγνωστη και τέτοιου είδους διαφορές μπορεί να εξαρτώνται από το στάδιο της λοίμωξης με HIV και το βαθμό της ανοσοκαταστολής.

Η εκτίμηση όλων των συφιλιδικών ασθενών πρέπει να περιλαμβάνει ορολογικό έλεγχο για HIV, με τη συγκατάθεση του ασθενούς. Αντίστροφα άτομα με πρόσφατα διαγνωσθείσα λοίμωξη με HIV πρέπει να ελέγχονται για σύφιλη.⁴

2.16 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η αποτελεσματικότητα της αντισυφιλιδικής θεραπείας εξαρτάται από το χρόνο ενάρξεως, την ένταση και τη συνέχιση της θεραπευτικής αγωγής. Αν η θεραπεία αρχίσει εγκαίρως, η σύφιλη είναι δυνατόν να θεραπευτεί εντελώς, οπότε ο άρρωστος θα αποφύγει όλες τις βαριές δευτερογενείς και τριτογενείς συνέπειες. Σε μερικές περιπτώσεις η θεραπεία είναι δυνατό να αποτρέψει όλες τις βλάβες που αναφέρθηκαν, χωρίς όμως οι οροαντιδράσεις να εμφανίζονται αρνητικές.

Σε όλα τα στάδια και σε όλες τις μορφές της σύφιλης, η πενικιλίνη είναι πάντοτε η μόνη θεραπεία. Η αρσενικούχες ενώσεις (το «606», «914») είναι πολύ αποτελεσματικές, έχουν όμως εγκαταλειφθεί τελείως λόγω των παρενεργειών, μερικές φορές θανατηφόρων, που προκαλούσαν. Το βισμούθιο εξακολουθεί να χρησιμοποιείται συχνά, ως συμπλήρωμα της πενικιλινοθεραπείας. Μερικές φορές χρησιμοποιείται ακόμη ο κυανιούχος υδράργυρος, πριν από τη θεραπεία

με πενικιλίνη για πρόληψη της αντίδρασης Herxheimer ή στις σπλαχνικές μορφές της σύφιλης.¹¹

Η πενικιλίνη G χορηγείται ενδομυϊκώς σε καθημερινή βάση και επί δύο εβδομάδες σε δόσεις 2,4 εκατομμύρια μονάδων. Η συνολική δόση ανέρχεται στα 10 εκατομμύρια μονάδες τουλάχιστον. Με τη θεραπεία αυτή, οι περισσότεροι ασθενείς αναπτύσσουν επί 24 περίπου ώρες την αντίδραση Herxheimer (ρίγη, εφίδρωση, κεφαλαλγία), που οφείλεται στην έκκληση πυρετογόνων ουσιών από τις σπειροχαίτες κυρίως στο δευτερογενές στάδιο της νόσου.²

Σε περίπτωση όψιμης σύφιλης, οι δόσεις είναι μεγαλύτερες και χορηγούνται για λίγο μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.⁶

Εάν ο άρρωστος είναι ευαίσθητος στην πενικιλίνη, χορηγούνται τετρακυκλίνη ή ερυθρομυκίνη σε δόσεις 500 mgX 3 ημερησίως και 10-15 ημέρες. Ταυτόχρονα χορηγούνται βιταμίνη Β και ένα αντιμυκητιασικό φάρμακο, λόγω της τάσης που αναπτύσσεται με τα φάρμακα αυτά για διάρροια, κνησμό και μυκητιασικές λοιμώξεις.

Πρέπει να αναφερθεί ότι η ανεπαρκής αντισυφιλιδική θεραπεία είναι περισσότερο επικίνδυνη από την έλλειψη θεραπείας, επειδή μπορεί να αναζωπυρώσει μια λανθάνουσα σύφιλη ή να την καταστήσει τελικά ανθεκτική σε οποιαδήποτε μελλοντική θεραπεία.⁸

Το αποτέλεσμα της θεραπείας πρέπει να ελέγχεται ανά εξάμηνο μέσω των μη ειδικών ορολογικών εξετάσεων (VDRL). Σταδιακή πτώση του τίτλου ή και αρνητικοποίηση της VDRL είναι δείκτης επιτυχούς θεραπείας. Σε όλες τις περιπτώσεις ο ασθενής υποβάλλεται σε ορολογικό έλεγχο ανά εξάμηνο για δύο χρόνια.⁶

Θεραπεία σύφιλης στην κύηση

Κάθε έγκυος γυναίκα θα πρέπει να κάνει μια μη τρεπονηματική δοκιμασία στην πρώτη επίσκεψη προ του τοκετού και γυναίκες που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο απόκτησης σεξουαλικά μεταδιδόμενου νοσήματος, θα πρέπει να επαναλαμβάνουν την εξέταση κατά το τρίτο τρίμηνο και κατά τον τοκετό. Στην έγκυο που θεωρείται ότι έχει μολυνθεί με σύφιλη, με θετικές ορολογικές

εξετάσεις, με ή χωρίς κλινικές εκδηλώσεις και χωρίς καθόλου ιστορικό θεραπείας για σύφιλη, είναι απαραίτητη η ταχεία αξιολόγηση και η έναρξη θεραπείας. Η θεραπεία πρέπει να χορηγείται σύμφωνα με το στάδιο της νόσου.

Εξαιτίας του κινδύνου της αντίδρασης Jarisch-Herxheimer , που συχνά συσχετίζεται με ήπιες πρόωρες συσπάσεις αλλά σπανίως καταλήγει σε πρόωρο τοκετό, οι ασθενείς θα πρέπει να προειδοποιούνται.

Η πενικιλίνη είναι η μόνη συνιστώμενη θεραπεία για τη σύφιλη στην εγκυμοσύνη. Αν η ασθενής έχει καλά τεκμηριωμένη αλλεργία στην πενικιλίνη, θα πρέπει να γίνει απευαισθητοποίηση σε νοσοκομεία με βάση τις οδηγίες του 1989 για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, που έχουν δοθεί από τα Κέντρα Ελέγχου Νόσων. Μετά την αγωγή, μια ποσοτική δοκιμασία αντιδρασίνης θα πρέπει να επαναλαμβάνεται κάθε μήνα καθ όλη την διάρκεια της εγκυμοσύνης και εάν εμφανισθεί τετραπλάσια αύξηση τίτλου, θα πρέπει να επαναληφθεί η αγωγή. Οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε θεραπεία και που δεν εμφανίζουν τετραπλάσια μείωση του τίτλου μέσα σε περίοδο 3 μηνών, θα πρέπει επίσης να επαναλαμβάνουν την θεραπεία.⁴



Πίσω από την απατηλή μάσκα της ομορφιάς κρύβονται τα σημάδια της μη θεραπευμένης σύφιλης που θεωρούσαν άλλοτε ότι είναι τα τρομερά λύτρα της ηδονής. Αυτός ο άμναλος νέος ξέρει τάχα ότι ερωτοτροπεί με το θάνατο?

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1 ΒΛΕΝΝΟΡΡΟΙΑ – ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗ ΛΟΙΜΩΞΗ

Η βλεννόρροια ονομάζεται και γονοκοκκική ουρηθρίτιδα ή γονόρροια. Είναι αφροδίσιο νόσημα, η εμφάνιση του οποίου οφείλεται στο γονόκκοκο του Νέisser και η μετάδοσή του γίνεται με τη συνουσία. Πρόκειται για ένα είδος φλεγμονής της ουρήθρας, που προκαλείται μετά από επώαση του μικροβίου, η οποία διαρκεί 2 έως 5 ημέρες, και θεραπεύεται, εφόσον διαγνωστεί έγκαιρα σε διάστημα λίγων εβδομάδων. Ο γονόκκοκος προσβάλλει τους βλεννογόνους των ανδρών και των γυναικών και τους ορογόνους θυλάκους. Η βλεννόρροια είναι η πιο συχνή αφροδίσια πάθηση.¹⁷

Αυτό που είναι χαρακτηριστικό στην ασθένεια, είναι ότι δεν μπορούμε να εμβολιάσουμε διάφορα πειραματόζωα, γιατί κανέναν ζώο δεν είναι ευαίσθητο στον γονόκκοκο, δηλαδή δεν μπορεί να κολλήσει βλεννόρροια.

Το πιο συνηθισμένο μέρος όπου εντοπίζεται στον άνδρα είναι η ουρήθρα, όπου προκαλεί την οξεία ή χρόνια ουρηθρίτιδα. Στην γυναίκα κολλάει στην ουρήθρα ή τον τράχηλο της μήτρας και προκαλεί ουρηθρίτιδα και μητρίτιδα.¹⁶

3.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η βλεννόρροια είναι τόσο παλιά όσο και ο άνθρωπος.

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

Οι Εβραίοι το 1500 π.Χ. μιλούν για «ακάθαρτη» έκκριση από την ουρήθρα του άνδρα και μόλυνση αντικειμένων από αυτήν. Ο Μωϋσής δίνει ορισμένα υγιεινά παραγγέλματα για την προφύλαξη.

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

Ο Γαληνός (131-210 μ.Χ.) δίδει στη νόσο την ονομασία γονόρροια (από τον γόνο και το ρέω), συγχέοντας την ασθένεια με την σπερματόρροια.

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

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

Το 1784 ο Sweadiahur δίνει στη γοννόρροια την ονομασία βλεννόρροια (από τις λέξεις βλέννα και ρέω), ονομασία που χρησιμοποιείται και σήμερα.

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

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

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

Το 1937 εφαρμόζεται για πρώτη φορά η θεραπεία με σουλφοναμίδες, το 1943 η θεραπεία με πενικιλίνη και έκτοτε με άλλα αντιβιοτικά.¹⁸

3.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η βλεννόρροια παρουσιάζει παγκόσμια κατανομή και είναι πολύ συχνή, παρ' όλο που η συχνότητά της δεν είναι ακριβώς γνωστή, λόγω του αυτοπεριορισμού της νόσου, των περιπτώσεων που μένουν αδιάγνωστες και της ανεπαρκούς δήλωσης των κρουσμάτων.¹⁹

Η νόσος προσβάλλει και τα δύο φύλλα, κυρίως νεαρούς ενήλικους και είναι συχνότερη στις κατώτερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις. Στις ΗΠΑ η επίπτωση της νόσου παρουσίασε μετά το 1975 μία κάμψη, ενώ το 1993 υπολογίσθηκε 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 στην βελτίωση των μεθόδων διάγνωσης της νόσου.³

Στην Ελλάδα, η αρμόδια Υπηρεσία του Υπουργείου Υγιεινής και Πρόνοιας, για την περίοδο 1975 έως και 1981 δίνει τους εξής ετήσιους αριθμούς: 2906, 2818, 2671, 2880, 3059, 2914, 3610. Στο Νοσοκομείο Αφροδίσιων και Δερματικών Νοσημάτων Θεσσαλονίκης κατά την ίδια χρονική περίοδο εξετάσθηκαν ετησίως 221, 183, 99, 155, 162, 200, 190 νέες περιπτώσεις

βλεννόρροιας. Οι αριθμοί αυτοί είναι σημαντικώς κατώτεροι της πραγματικότητας διότι οι ιδιώτες γιατροί, κατά κανόνα δε δηλώνουν τους ασθενείς, οι οποίοι προσέρχονται προς αυτούς.¹⁸

Η απουσία ανοσίας, οι πολλές ασυμπτωματικές περιπτώσεις και η ανάπτυξη ανθεκτικών στα αντιβιοτικά στελεχών γονόκκοκου, ευθύνονται κυρίως για την μεγαλύτερη εξάπλωση και το δυσκολότερο περιορισμό της βλεννόρροιας.

Η θνησιμότητα από βλεννόρροια είναι ασήμαντη, αλλά οι έμμεσες επιδράσεις της στον πληθυσμό με την στέρωση που όχι σπάνια προκαλεί και στα δύο φύλλα, είναι ανυπολόγιστες.¹⁹

3.4 ΓΟΝΟΚΟΚΚΟΣ

Η γονόρροια (βλεννόρροια) είναι αφροδίσια αρρώστια που οφείλεται στο γονόκκοκο (*Neisseria gonorrhoeae*) αποκλειστικά παράσιτο του ανθρώπου, που προσβάλλει κυρίως την πρόσθια ουρήθρα στον άνδρα και την ουρήθρα και τον τράχηλο της μήτρας στην γυναίκα.²⁰

Πρόκειται για Gram αρνητικό κόκκο, που τα κύτταρά του έχουν σχήμα νεφροειδές ή σπέρματος καφέ και διατάσσονται σε ζεύξη (διπλόκκοκος), με την κοίλη επιφάνεια του ενός κυττάρου στραμμένη προς την κοίλη επιφάνεια του άλλου κυττάρου. Ο μικροοργανισμός παράγει καταλάση και οξειδάση και διασπά μόνο τη γλυκόζη χωρίς την παραγωγή αερίου. Αναπτύσσεται σε εμπλουτισμένα θρεπτικά υλικά (αιματούχο και σοκολατόχρωμο άγαρ) στους 35-37° C και σε ατμόσφαιρα CO₂.

Είναι πολύ ευαίσθητος στις επιδράσεις του περιβάλλοντος και καταστρέφεται στους 55° C σε διάστημα μικρότερο από 5 λεπτά και μετά από επίδραση διαλύματος AgNO₃ 1:4000.

Τέλος, από το 1976 έχει περιγραφεί η απομόνωση στελεχών γονόκκοκου που παράγουν β-λακταμάση. Τα στελέχη αυτά είναι ανθεκτικά στην πενικιλίνη. Η εμφάνιση στελεχών ανθεκτικών στην πενικιλίνη επιβάλλει τον έλεγχο της ευαισθησίας του γονόκκοκου στην πενικιλίνη σε όσες περιπτώσεις δεν υποχωρούν τα συμπτώματα της νόσου μετά από θεραπεία με το αντιβιοτικό.¹³

3.5 ΤΡΟΠΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ – ΧΡΟΝΟΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ

Η βλεννόρροια είναι από τα πιο συχνά σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Μεταδίδεται:

- με τη σεξουαλική επαφή
- με την πρωκτική επαφή
- με την στοματική επαφή
- με την άμεση επαφή μολυσμένων ακάθαρτων εσωρούχων¹⁴
- κατά τον τοκετό από μη θεραπευμένη μητέρα στο παιδί.

Η βλεννόρροια, επίσης, μπορεί να προσβάλλει και νεαρά κορίτσια με την μορφή της αιδοιοκολπίτιδας, αν αυτά κοιμούνται με γυναίκα που πάσχει από γονοκοκκική λοίμωξη. Για το λόγο αυτό, τα παιδιά συμβουλεύονται να κοιμούνται σε ξεχωριστά κρεβάτια.²¹

Ο κίνδυνος μετάδοσης είναι μεγαλύτερος από τη γυναίκα στον άνδρα. Ο κίνδυνος μόλυνσης ενός άνδρα από μία γυναίκα που πάσχει από γονοκοκκική τραχηλίτιδα είναι είκοσι τοις εκατό και αυξάνει σε 80% μετά από τέσσερις και πάνω σεξουαλικές επαφές.³

Πότε εκδηλώνεται η βλεννόρροια

Ο χρόνος επώασης και εκδήλωσης της βλεννόρροιας, διαφέρει κατά περίπτωση. Συνήθως είναι από επτά ημέρες μέχρι και δώδεκα μήνες.

Ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων που προσβάλλονται από το γονόκκοκο της βλεννόρροιας, μπορεί να μην εμφανίσει κανένα σύμπτωμα βλεννόρροιας. Όμως τα άτομα αυτά, εξακολουθούν να είναι φορείς του μικροβίου και μολύνουν τα άτομα που έχουν σεξουαλική επαφή μαζί τους. (ασυμπτωματικοί φορείς, το 80% των γυναικών και το 30% των ανδρών).¹⁴

Κλινικές εκδηλώσεις

Οι κλινικές εκδηλώσεις της γονοκοκκικής λοίμωξης συνδέονται στενά με το φύλο και τη σεξουαλική συμπεριφορά του ατόμου. Αναλυτικότερα.

3.6 ΒΛΕΝΝΟΡΡΟΙΑ ΣΤΗΝ ΓΥΝΑΙΚΑ

Στις γυναίκες η αρχική εντόπιση της γονοκοκκικής λοιμώξεως γίνεται στα κυλινδρικά επιθηλιακά κύτταρα του βλεννογόνου της αυχενικής μοίρας του τραχήλου της μήτρας (ενδοτράχηλο). Στις περισσότερες περιπτώσεις η λοίμωξη είναι ασυμπτωματική.

Η συμπτωματική λοίμωξη χαρακτηρίζεται από την έκκριση ενός παχύρρευστου – κιτρινωπού εκκρίματος, που δε συνοδεύεται από γενικά συμπτώματα φλεγμονής. Κατά την επισκόπηση ο βλεννογόνος του τραχήλου είναι ερυθματώδης και καλύπτεται από πυώδες κιτρινωπό έκκριμα. Άλλες εντοπίσεις της γονοκοκκικής λοιμώξεως κατά σειρά συχνότητας είναι η ουρήθρα, ο βλεννογόνος του απευθυσμένου και ο φάρυγγας. Φαίνεται ότι πολλές περιπτώσεις λοιμώξεων της ουρήθρας και του βλεννογόνου του απευθυσμένου οφείλονται σε μόλυνση από τα εκκρίματα, που προέρχονται από τον τράχηλο. Επίσης από τα εκκρίματα του τραχήλου μολύνονται και οι βαρθολίνιοι αδένες, με επακόλουθο την ανάπτυξη βαρθολινίτιδας και το σχηματισμό αποστήματος.

Η επέκταση της λοιμώξεως από την αυχενική μοίρα του τραχήλου της μήτρας προς τα άνω, προκαλεί την ανάπτυξη ενδομητρίτιδας, σαλπινγίτιδας, ή πυελικής περιτονίτιδας. Η ενδομητρίτιδα συνοδεύεται από πόνους στην κοιλιά και διαταραχές της εμμήνου ρύσεως. Σαλπινγίτιδα παρουσιάζεται στο 20% των γυναικών με γονοκοκκική λοίμωξη και χαρακτηρίζεται από αμφοτερόπλευρο πόνο στην περιοχή της πυέλου ενώ συνήθως συνοδεύεται από πυρετό, ρίγη, λευκοκυττάρωση και αύξηση της Τ.Κ.Ε. Μετά από μία προσβολή γονοκοκκικής σαλπινγίτιδας η συχνότητα στειρώσεως είναι 20% ενώ μετά από τρεις προσβολές η συχνότητα στειρώσεως φτάνει το 75%. Η στειρώση οφείλεται στην καταστροφή του κροσσωτού επιθηλίου των σαλπίγγων και στην ανάπτυξη συνδετικού ιστού που αποφράσσει τον αυλό. Σπανίως η γονοκοκκική σαλπινγίτιδα μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη πυελικής θρομβοφλεβίτιδας ή σε λοίμωξη του περιηπατικού ιστού (σύνδρομο Fitz-Hugh-Curtis).¹³

Η εμμηνορρυσία ευνοεί τη διάθεση της βλεννόρροιας στη λεκάνη. Το αίμα της περιόδου και τα κυτταρικά κατάλοιπα από την κοιλότητα της μήτρας, αποτελεί κατάλληλο έδαφος για τη συντήρηση και την εξάπλωση του

γονοκόκκου. Από τον τράχηλο, ο γονόκοκκος της βλεννόρροιας περνά στην κοιλότητα της μήτρας και στη συνέχεια προσβάλλει τις σάλπιγγες, προκαλώντας μία φλεγμονή μέσα στις σωληνωτές διαβάσεις τους.

Τέλος, τα αντισυλληπτικά χάπια αυξάνουν τον κίνδυνο να κολλήσει μία γυναίκα βλεννόρροια. Οι ορμόνες που περιέχουν τα χάπια, αυξάνουν την αλκαλικότητα, την υγρασία και τις εκκρίσεις του κόλπου κι έτσι δημιουργείται το κατάλληλο έδαφος για την ανάπτυξη του γονοκόκκου. Σύμφωνα με ορισμένους ειδικούς, αν μια γυναίκα, που παίρνει αντισυλληπτικά, κάνει έρωτα με άνδρα μολυσμένο από τη νόσο, είναι 100% σίγουρο ότι θα κολλήσει βλεννόρροια. Αν δεν παίρνει αντισυλληπτικά, ο κίνδυνος μειώνεται στο σαράντα τοις εκατό.²²

3.7 ΒΛΕΝΝΟΡΡΟΙΑ ΣΤΟΝ ΑΝΔΡΑ

Στους ετερόφυλους άνδρες ο γονόκοκκος προκαλεί οξεία ουρηθρίτιδα, η οποία εκδηλώνεται με πυώδες έκκριμα και ο ασθενής παραπονείται για αίσθημα δυσουρίας και συχνουρίας. Η λοίμωξη μπορεί να επεκταθεί κατά συνέχεια ιστών και να προκαλέσει προστατίτιδα (σπανίως σήμερα) και επιδιδυμίτιδα (σχετικά συχνή σε νέους άνδρες).

Υπολογίζεται ότι από τους άνδρες που θα εκτεθούν για μία και μοναδική φορά στο γονόκοκκο, ποσοστό 35% θα νοσήσουν. Από τα άτομα που θα νοσήσουν, ποσοστό 95% θα εμφανίσουν συμπτωματική λοίμωξη, ενώ το 5% των περιπτώσεων η λοίμωξη θα είναι ασυμπτωματική.

Εάν η λοίμωξη δε θεραπευτεί, τα συμπτώματα παραμένουν για διάστημα έξι έως οκτώ εβδομάδων και αναπτύσσεται ετερόπλευρος επιδιδυμίτιδα σε ποσοστό 5-10% των περιπτώσεων.¹³

Η επιδιδυμίτιδα σήμερα αποτελεί σπάνια επιπλοκή και η γονοκοκκική προστατίτιδα επέρχεται σπάνια ή καθόλου. Άλλες τοπικές επιπλοκές της γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας, που σήμερα είναι σπάνιες, περιλαμβάνουν τη βουβωνική λεμφαδενίτιδα, το οίδημα του πέους, που οφείλεται σε ραχιαία λεμφαγγειίτιδα ή θρομβοφλεβίτιδα, την υποβλεννογόνια φλεγμονώδη «μαλακή» διήθηση του ουρηθρικού τοιχώματος, το περιουρηθρικό απόστημα ή συρίγγιο,

την ετερόπλευρη φλεγμονή ή απόστημα του αδένου του Cowper (που βρίσκεται μεταξύ αντίχειρα και δείκτη όταν ο δείκτης βρίσκεται στον πρωκτικό σωλήνα και ο αντίχειρας είναι τοποθετημένος μπροστά στο περίνεο) και σπάνια στη σπερματοκυστίτιδα.⁴

Χρόνια βλεννόρροια στον άνδρα

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

Η χρόνια βλεννόρροια, χαρακτηρίζεται από έκκριση το πρωί πριν από την ούρηση, βλενώδους υγρού με χρώμα λευκοκίτρινο και παχιά σύσταση. Η έκκριση αυτή ερεθίζει το βλεννογόνο της ουρήθρας, όπου είναι δυνατόν να παρουσιαστούν μικρά θηλώματα.⁸

3.8 ΒΛΕΝΝΟΡΡΟΙΑ ΤΩΝ ΟΜΟΦΥΛΟΦΙΛΩΝ

Στους ομοφυλόφιλους άνδρες συχνή πρωτοπαθής εντόπιση της γονοκοκκικής λοίμωξης είναι η περιοχή του φάρυγγα (γονοκοκκική φαρυγγίτιδα) και ο βλεννογόνος του απευθυσμένου.

Στις περισσότερες περιπτώσεις η γονοκοκκική φαρυγγίτιδα είναι ασυμπτωματική, ενώ η συμπτωματική λοίμωξη έχει τα χαρακτηριστικά της βακτηριακής λοίμωξης της περιοχής, δηλαδή πόνο στο λαιμό, διόγκωση και υπεραιμία των αμυγδαλών που καλύπτονται κατά τόπους από λευκωπό εξίδρωμα και συνοδεύεται από πυρετό και αίσθημα κακουχίας.

Συνήθως ασυμπτωματική, είναι επίσης και η γονοκοκκική λοίμωξη του βλεννογόνου του απευθυσμένου. Η συμπτωματική λοίμωξη χαρακτηρίζεται από αίσθημα τεινισμού και αίμα στα κόπρανα. Κατά την ορθοσιγμοειδοσκόπηση διαπιστώνεται ότι ο βλεννογόνος είναι ερυθματώδης και καλύπτεται από πυώδες έκκριμα. Σπανίως αναπτύσσεται περιπρωκτικό απόστημα ή συρίγγιο.¹³

3.9 ΒΛΕΝΝΟΡΡΟΙΑ ΤΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ - ΠΑΙΔΙΩΝ

Κατά τον τοκετό ο γονόκοκκος μπορεί να μολύνει τους επιπεφυκότες, ο φάρυγγα, τις αναπνευστικές οδούς ή τον πρωκτό του νεογέννητου. Ο κίνδυνος μόλυνσης αυξάνει με την παρατεταμένη ρήξη των υμένων.⁴

Οι οφθαλμικές μολύνσεις των νεογνών, μεταδίδονται στο βρέφος καθώς περνά από τον κόλπο της μητέρας του. Μπορεί όμως να μολυνθεί και πριν τον τοκετό αν σπάσουν πρόωρα οι αμνιακές μεμβράνες. Εκδηλώνεται συνήθως με έντονη επιπεφυκίτιδα, πυώδη έκκριση, φλεγμονή των επιπεφυκώτων και σποραδικά με οίδημα στις κόγχες. Η πρόληψη της γονοκοκκικής οφθαλμίας με την προφυλακτική χρήση σταγόνων 1% νιτρικού αργύρου ή οφθαλμικών σκευασμάτων που περιέχουν ερυθρομυκίνη ή τετρακυκλίνη, αποτελεί οικονομικό μέτρο στις περισσότερες περιοχές του κόσμου.

Κατά το πρώτο έτος της ζωής η λοίμωξη του βρέφους είναι συνήθως αποτέλεσμα τυχαίας μόλυνσης του οφθαλμού ή του κόλπου από ενήλικο. Μεταξύ της ηλικίας του πρώτου έτους και της εφηβείας, πολλές περιπτώσεις βλεννόρροιας αφορούν κορίτσια με αιδοιοκολπίτιδα (είναι δυνατόν να υπάρχει κολπική έκκριση καθώς και ερυθρότητα και οίδημα του αιδοίου), που έχουν κακοποιηθεί και ιατροδικαστικές μελέτες καθιστούν αναγκαία μία πλήρη μικροβιολογική διάγνωση και παροχή συμβουλών για την υγιεινή παιδιού. Η αυξανοτυπία και η ορολογική τυποποίηση από σεξουαλικά κακοποιηθέν άτομο και το βιαστή, μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως τεκμήριο στο δικαστήριο.^{22,4}

3.10 ΒΛΕΝΝΟΡΡΟΙΑ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Η βλεννόρροια προσβάλλει και τις έγκυες γυναίκες. Όταν η προσβολή από τη νόσο συμπέσει με τις πρώτες εβδομάδες κύησης, προκαλεί αυτόματη αποβολή. Μετά τον τρίτο μήνα της κύησης, ο γονόκοκκος περιορίζεται συνήθως στο κατώτερο γεννητικό σύστημα, διότι κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σχηματίζεται μία παχιά βλενώδης ανθεκτική μάζα στον τραχηλικό σωλήνα, που εμποδίζει την εξάπλωση του μικροοργανισμού προς τα πάνω.

Αν η γονορροϊκή μόλυνση δεν εντοπιστεί και δε θεραπευτεί, υπάρχει πάντα ο κίνδυνος να μολυνθεί το παιδί την ώρα του τοκετού.²²

Όλες οι έγκυες γυναίκες πρέπει να υποβάλλονται σε καλλιέργεια για *N. Gonorrhoeae* (και να εξετάζονται για *C trachomatis* και για σύφιλη) κατά το χρόνο της πρώτης επίσκεψης, ως συμπλήρωση της προγεννητικής φροντίδας. Μία δεύτερη καλλιέργεια στο τρίτο τρίμηνο (επίσης δοκιμασίες για χλαμυδιακή λοίμωξη και σύφιλη) πρέπει να γίνονται σε γυναίκες με μεγάλο κίνδυνο για σεξουαλικά μεταδιδόμενη νόσο.⁴

3.11 ΕΞΩΓΕΝΝΗΤΙΚΕΣ ΕΝΤΟΠΙΣΕΙΣ ΤΗΣ ΒΛΕΝΝΟΡΡΟΙΑΣ

Τόσο στον άνδρα, όσο και στη γυναίκα, η συχνότερη εξωγεννητική εκδήλωση της βλεννόρροιας είναι η αρθρίτιδα. Η νόσος εγκαθίσταται συνήθως σε μία ή δύο αρθρώσεις και αν δεν υποβληθεί σε θεραπεία, μπορεί να καταλήξει σε μόνιμη αναπηρία. Δεν είναι σπάνια η συμπερίληψη στη φλεγμονή και των τενόντιων ελύτρων της περιοχής της προσβλημένης άρθρωσης.¹⁹

Η διάχυτη γονοκοκκική λοίμωξη είναι αποτέλεσμα της εισόδου του γονόκοκκου στο αίμα και της επεκτάσεως της λοιμώξεως σε άλλους ιστούς. Βακτηραιμία με γονόκοκκο παρατηρείται σε ποσοστό 3% των γυναικών και 1% των ανδρών, μετά από την αρχική εντόπιση της λοιμώξεως στην ουρήθρα, τον τράχηλο, το φάρυγγα ή το απευθυσμένο. Η βακτηραιμία είναι συνηθέστερη σε άτομα των οποίων η αρχική εντόπιση της λοίμωξεως είναι ασυμπτωματική.

Χαρακτηριστικά της γονοκοκκικής μικροβιαμίας είναι ο πυρετός, η μεταναστευτική πολυαρθραλγία, η τενοντοθυλακίτιδα και το εξάνθημα. Η τενοντοθυλακίτιδα των εκτεινόντων τενόντων των καρπών, των δακτύλων, των αγκώνων και των γονάτων θεωρείται σχεδόν παθογνωμονικό σημείο της διάχυτης γονοκοκκικής λοίμωξεως. Το εξάνθημα εντοπίζεται στα άκρα και είναι πετεχειώδες, βλατιδώδες, φλυκταινώδες ή αιμορραγικό.¹³

Άλλες πολύ σπάνιες επιλοκές της βλεννόρροιας είναι η ιρίτιδα, η ενδοκαρδίτιδα (προσβολή των καρδιακών βαλβίδων), η περικαρδίτιδα, η μηνιγγίτιδα και δερματικές βλάβες.¹⁹

3.12 ΔΙΑΓΝΩΣΗ – ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

ΟΙ διαγνωστικές εξετάσεις που πρέπει να πάρουν θέση για να τεθεί η διάγνωση της βλεννόρροιας είναι:

- α) Η μικροσκοπική εξέταση των τραχηλικών και ουρηθρικών εκκρίσεων, θα δείξει Gram αρνητικούς ενδοκυτταρικούς διπλόκοκκους.
- β) Καλλιέργεια μικροβίων στις τραχηλικές και ουρηθρικές εκκρίσεις, στις εκκρίσεις του ορθού και του φάρυγγα.
- γ) Προσδιορισμός τίτλου αντισώματος έναντι του γονόκοκκου.
- δ) Οροαντιδράσεις για αποκλεισμό σύφιλης και άλλων αφροδίσιων νόσων.²¹

Διάχυτη γονοκοκκική λοίξωξη:

Εάν υπάρχει κλινική υποψία διάχυτης γονοκοκκικής λοιμώξεως λαμβάνονται δείγματα αίματος για καλλιέργεια. Επίσης πάντοτε πρέπει να λαμβάνονται και δείγματα από την ουρήθρα, εάν πρόκειται για άνδρες, και από τον ενδοτράχηλο, εάν πρόκειται για γυναίκες.

Αρθρικό υγρό:

Εάν υπάρχει υποψία σηπτικής αρθρίτιδας, λαμβάνεται αρθρικό υγρό με άσηπτες συνθήκες από την άρθρωση που φλεγμαίνει.

Οφθαλμικό έκκριμα:

Σε υποψία γονοκοκκικής οφθαλμίας των νεογνών εξετάζεται το πυώδες έκκριμα του επιπεφυκότα.¹³

Διαφορική διάγνωση

Η γονοκοκκική λοίμωξη προκαλεί ορισμένα συνήθη κλινικά σύνδρομα, που έχουν πολλαπλή αιτιολογία ή που μιμούνται άλλες καταστάσεις. Ιδιαίτερα, η επιδημιολογία και οι κλινικές εκδηλώσεις των λοιμώξεων από *Chlamydia trachomatis* μοιάζουν πολύ με εκείνες των γονοκοκκικών λοιμώξεων. Η διαφορετική διάγνωση από ουρηθρίτιδα, επιδιδυμίτιδα και πρωκτίτιδα στους άνδρες από κολπίτιδα και τραχηλίτιδα στις γυναίκες και από την οξεία αρθρίτιδα σε νέους ενήλικους πρέπει να λαμβάνει χώρα. Επίσης, η γονοκοκκική λοίμωξη πρέπει να διαφοροποιείται από την φλεγμονώδη νόσο της πύελου.⁴

3.13 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία της βλεννόρροιας ποικίλλει ανάλογα με τη μορφή και το στάδιο της μόλυνσης και βασίζεται στη χορήγηση αντιβιοτικών φαρμάκων.¹⁷

Η πενικιλίνη είναι το αντιβιοτικό που χρησιμοποιείται συνήθως στη θεραπεία, αρκεί δε μία ένεση για να θεραπεύσει μίαν ανεπίλεκτη βλεννόρροια. Όμως, τα σχετικά ανθεκτικά στην πενικιλίνη στελεχών γονοκόκκων βρίσκονται σε αύξηση και δύσκολα επιτυγχάνονται στο αίμα δραστικά για την ίαση επίπεδα χρησιμοποιώντας άλλες μορφές πενικιλίνης. Χρήσιμες μπορούν να φανούν οι τετρακυκλίνες, περυθρομυκίνη, η χλωραμφενικόλη, η στρεπτομυκίνη και από τα νεότερα αντιβιοτικά ιδιαίτερα η σπεκτινομυκίνη.¹⁹

Θεραπευτικά χρήματα με ποσοστά θεραπείας πάνω από 90% είναι τα εξής:

1. Προκαϊνούχος πενικιλίνη 5 εκατομμύρια μονάδες ενδομυϊκά με προβενεσίδη 1g από το στόμα.
2. Αμπινιλλίνη 3,5g από το στόμα μία φορά με 1g προβενεσίδη.
3. Σε αλλεργικό στην πενικιλίνη άρρωστο, χορηγούμε 0,5g τετρακυκλίνη κάθε 6 ώρες και για 5 ημέρες από το στόμα, ή 2g στεκτινομυκίνη ενδομυϊκά εφάπαξ.²⁰

Η χορήγηση των μικρών ποσοτήτων πενικιλίνης και άλλων αντιβιοτικών που είναι αρκετές για την θεραπεία της βλεννόρροιας μπορεί να συγκαλύψει τις πρώιμες εκδηλώσεις μιας συνυπάρχουσας σύφιλης και να καθυστερήσει τη διάγνωσή της. Γι' αυτό, αναπόσπαστο τμήμα της θεραπείας της βλεννόρροιας είναι η ορολογική παρακολούθηση – μια αμιταλογική δοκιμασία για σύφιλη τουλάχιστον μία φορά το μήνα και επί τέσσερις μήνες.¹⁹

Τέλος, πρέπει να σημειωθεί ότι σε περίπτωση που η βλεννόρροια αφηθεί χωρίς θεραπεία ή θεραπευτεί ατελώς, μετατρέπεται σε χρόνια με ιδιαίτερα σοβαρές επιπλοκές και συνέπειες. Εκτός από τον κίνδυνο της αναζωπύρωσης της μολυσματικής εστίας και της επανεμφάνισης της οξείας μορφής είναι πιθανή η πρόκληση μιας σειράς βαρύτατων παθήσεων, όπως η ορχίτιδα, η προστατίτιδα, η σαλπγγίτιδα, η κυστίτιδα, η πυελονεφρίτιδα, η ενδοκαρδίτιδα, η περιτονίτιδα, η αρθρίτιδα, η οφθαλμία, η στείρωση, η αγκύλωση.¹⁷

Θεραπεία βλεννόρροιας στην εγκυμοσύνη

Το θεραπευτικό σχήμα εκλογής για τη βλεννόρροια στην εγκυμοσύνη είναι η κεφτριαξόνη, σε μία δόση 250mg ενδομυϊκά και ευθρομυκίνη για πιθανή συνυπάρχουσα χλαμυδιακή λοίμωξη. Έγκυες γυναίκες, αλλεργικές στις β-λακτάμες, μπορούν να θεραπευτούν με μία δόση σπεκτινομυκίνης 2g ενδομυϊκά και ευθρομυκίνη. Η δοξυκυκλίνη και η τετρακυκλίνη, δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται σε έγκυες γυναίκες εξαιτίας των δυνητικά τοξικών επιδράσεων στην μητέρα και το έμβryo.

Θεραπεία παιδιατρικής γονοκοκκικής λοίμωξης

Το βρέφος, που γεννιέται από μητέρα με βλεννόρροια διατρέχει μεγάλο κίνδυνο λοίμωξης και χρειάζεται προφυλακτική θεραπεία με μία ένεση κεφτριαξόνη 50mg/Kg ενδοφλέβια η ενδομυϊκά που δεν ξεπερνά τα 125mg. Η κεφτριαξόνη πρέπει να χορηγείται με προσοχή σε βρέφη με υπερχολερυθριναιμία, ιδιαίτερα στα πρόωρα. Η τοπική προφύλαξη για τη νεογνική οφθαλμία δεν αποτελεί επαρκή θεραπεία για λοιμώξεις σε άλλες θέσεις. Πρέπει να θεραπεύονται για 7 ημέρες με κεφτριαξόνη 25 έως 50 mg/Kg με μία ημερήσια ενδοφλέβια ή ενδομυϊκή δόση. Η ενστάλαξη στα μάτια φυσιολογικού ορού ή ρυθμιστικών οφθαλμικών διαλυμάτων, πρέπει να γίνεται αμέσως και κατόπιν επαναλαμβάνεται συχνά, όσο είναι απαραίτητο για να εξαλειφθεί το έκκριμα. Τοπικά αντιβιοτικά σκευάσματα μόνα δεν επαρκούν ή απαιτούνται όταν χορηγείται κατάλληλη συστηματική θεραπεία με αντιβιοτικά. Και οι δύο γονείς του νεογνού με γονοκοκκική οφθαλμία πρέπει να θεραπευτούν για βλεννόρροια. Οι γονείς και το νεογνό πρέπει επίσης να εξετάζονται για χλαμυδιακή λοίμωξη.

Τα παιδιά που έχουν βάρος 45kg ή περισσότερα πρέπει να θεραπεύονται με θεραπευτικά σχήματα ενηλίκων. Τα παιδιά με βάρος μικρότερο των 45kg πρέπει να θεραπεύονται ως ακολούθως:

Για μη επιπλακείσα αιδοιοκολπίτιδα, τραχηλίτιδα, ουρηθρίτιδα, πρωκτίτιδα και φαρυγγίτιδα, η συνιστώμενη θεραπεία είναι η κεφτριαξόνη, μια δόση 125mg ενδομυϊκά.

Το εναλλακτικό θεραπευτικό σχήμα είναι η σπεκτινομυκίνη, μια δόση των 40mg/kg ενδομυϊκά. Τα παιδιά ηλικίας 8 ετών ή μεγαλύτερα μπορούν επίσης να πάρουν δοξυκυκλίνη 100 mg δύο φορές/24ωρο για 7 ημέρες. Τα παιδιά με βλεννόρροια πρέπει να εκτιμηθούν για συνυπάρχουσα σύφιλη και λοίμωξη από χλαμύδια.

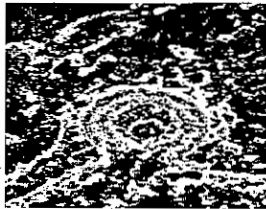
Η τοπική και η συστηματική θεραπεία με οιστρογόνα δεν έχει καμία ωφέλεια στην γονοκοκκική αιδοιοκολπίτιδα. Όλα τα παιδιά παρακολουθούνται με καλλιέργειες και η πηγή της μόλυνσης πρέπει να ανεβρεθεί, να εξετασθεί και να θεραπευτεί. Η περίπτωση κακοποίησης του παιδιού, πρέπει να εξετασθεί προσεκτικά και να αξιολογηθεί. Για την θεραπεία της επιπλακείσας νόσου, τα εναλλακτικά θεραπευτικά σχήματα που συνιστώνται για τους ενήλικους, μπορούν να χρησιμοποιηθούν στις κατάλληλες παιδιατρικές δόσεις.⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1 ΈΡΠΗΤΑΣ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ – ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ

Ο έρπητας γεννητικών οργάνων είναι μία ιογενής λοίμωξη, που προκαλεί ερπητικές αλλοιώσεις στον τράχηλο, τον κόλπο και τα έξω γεννητικά όργανα. Μεταδίδεται κύρια με την σεξουαλική επαφή.²¹

Αίτιο του έρπητα των γεννητικών οργάνων είναι ο ιός του απλού έρπητα (Herpes Simplex Virus – HSV), ο οποίος υπάγεται στην οικογένεια Herpetoviridae. Ο ιός του απλού έρπητα διακρίνεται σε δύο αντιγονικούς τύπους, το τύπο 1 και τον τύπου 2. ο έρπητας των γεννητικών οργάνων προκαλείται κυρίως από τον τύπο 2 HSV 170%-95% των περιπτώσεων, ενώ 5-30% των περιπτώσεων οφείλονται στον τύπο 1HSV.



4.2 ΠΕΡΙΟΧΕΣ ΕΝΤΟΠΙΣΕΩΣ ΤΩΝ ΕΡΠΗΤΙΚΩΝ ΒΛΑΒΩΝ

Περιοχές εντοπίσεως των ερπητικών βλαβών είναι το πέος, το αιδοίο, ο πρωκτός, η περιπρωκτική περιοχή, οι μηροί και οι γλουτοί. Ποσοστό 90-95% των γυναικών εμφανίζουν επίσης βλάβες στον τράχηλο της μήτρας, ενώ σε λίγες μόνο περιπτώσεις προσβάλλεται ο βλεννογόνος του κόλπου. Η ταυτόχρονη ανάπτυξη βλαβών στο βλεννογόνο της ουρήθρας προκαλεί συμπτώματα ουρηθρίτιδας, όπως δυσουρία.¹³

4.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Ο έρπητας των γεννητικών οργάνων είναι πολύ διαδεδομένος στον άνθρωπο και εμφανίζει κατά την τελευταία δεκαετία εντυπωσιακή αύξηση. Η

συχνότητα του γεννητικού έρπητα σε γυναίκες της αναπαραγωγικής ηλικίας είναι περίπου 4%, αλλά υπολογίζεται ότι περίπου 35% του σεξουαλικά ενεργού πληθυσμού είναι φορέας του ιού. Η λοίμωξη διατηρείται στη γυναίκα σε όλη τη ζωή της και χαρακτηρίζεται από συχνές υποτροπές.

Χρόνος επώασης

Ο χρόνος επώασης της νόσου είναι 3 ημέρες έως δύο εβδομάδες περίπου.²

4.4 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Η συχνότητα του έρπητα των γεννητικών οργάνων έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Σήμερα θεωρείται η Τρίτη κατά σειρά συχνότητας νόσος που μεταδίδεται με την σεξουαλική επαφή στους άνδρες και στις γυναίκες. Στους άνδρες ακολουθεί τη μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα και τη βλεννόρροια και στις γυναίκες την κολπίτιδα και τη βλεννόρροια.

Χαρακτηριστική εκδήλωση είναι η εμφάνιση μικρής βλατίδας με ερυθματώδη βάση η οποία γρήγορα εξελίσσεται σε φυσαλίδα. Σε 3-5 ημέρες η φυσαλίδα εξελκώνεται και σχηματίζεται επιφανειακό επώδυνο έλκος με ανώμαλα χείλη. Σε ορισμένες περιπτώσεις το έλκος καλύπτεται από λευκοφαίο εξίδρωμα, το οποίο ξεραίνεται και σχηματίζει εφελκίδα. Μετά από 5-10 ημέρες το έλκος επουλώνεται χωρίς να καταλείπεται ουλή. Τα έλκη μπορεί να είναι μονήρη ή πολλαπλά και να συρρέουν. Συνήθως τις ερπητικές βλάβες συνοδεύει αμφοτερόπλευρη μετρίου βαθμού διόγκωση των βουβωνικών λεμφαδένων που διαρκεί για 1-2 μήνες.

Σε πολλά άτομα παρατηρούνται συμπτώματα συστηματικής νόσου, όπως πυρετός, πονοκέφαλος και μυαλγίες, ενώ άσηπτη μηνιγγίτιδα αναπτύσσεται στο 2% των περιπτώσεων της νόσου.

Η μέση διάρκεια αποβολής του ιού από τις βλάβες, και κατά συνέπεια της μολυσματικότητας του ατόμου, είναι περίπου 14 ημέρες για τις γυναίκες και 9 ημέρες για τους άνδρες.¹³

4.5 ΟΔΟΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΤΟΥ ΙΟΥ

Η μετάδοση του ιού του γεννητικού έρπητα γίνεται με τα χέρια (επαφή των χεριών στην πληγή), την σεξουαλική επαφή (συμπεριλαμβανομένου του φιλιού) κολπική, πρωκτική ή στοματική. Ο έρπης μπορεί να μεταδοθεί από τον έναν σύντροφο στον άλλο, ή από το ένα μέρος του σώματος στο άλλο, οσάκις συμβεί επαφή με τον ιό.

Ο έρπης είναι περισσότερο μεταδοτικός από τη στιγμή που εμφανίζονται οι φυσαλίδες, μέχρι που να επουλωθούν τελείως και να πέσουν τα κάπαλα. Δυστυχώς, τελευταίες μελέτες δείχνουν ότι μερικοί άνθρωποι μπορεί να μεταδίδουν και την περίοδο που δεν έχουν κανένα σύμπτωμα.¹⁵

4.6 ΔΙΑΓΝΩΣΗ – ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με την κατάδειξη του ιού σε καλλιέργειες του ύποπτου ιστού. Η καλλιέργεια του ιού γίνεται με διάνοιξη της φυσαλίδας με μία βελόνα και λήψη του υγρού της φυσαλίδας με βαμβακοφορέα.²

Επίσης, ο ιός του απλού έρπητα αναζητείται στα επιθηλιακά κύτταρα των ξεσμάτων, τα οποία λαμβάνονται από τη βάση των ερπητικών βλαβών. Η μέθοδος έχει ευαισθησία 70% σε σχέση με την απομόνωση του ιού σε κυτταροκαλλιέργειες.

Εκτός από την άμεση μέθοδο ανοσοφθορισμού, χρησιμοποιείται επίσης η άμεση ανοσοενζυματική μέθοδος για την ανίχνευση του ιϊκού αντιγόνου στα επιθηλιακά κύτταρα, που λαμβάνονται από τη βάση της ερπητικής βλάβης. Η ευαισθησία αυτής της μεθόδου είναι 80% σε σχέση με την απομόνωση του ιού σε κυτταροκαλλιέργειες.¹³

Τέλος, οι ορολογικές εξετάσεις έχουν περιορισμένη αξία, αλλά ελπίζεται ότι πολύ σύντομα θα παραχθούν προσιτά μονοκλωνικά αντισώματα.

Διαφορική διάγνωση

Διαφορική διάγνωση επιβάλλεται να γίνει από παρόμοιες φυσαλιδώδεις ή ελκωτικές βλάβες της σύφιλης (ερυθρωπή βλατίδα, σχεδόν ανώδυνο, σκληρό επιφανειακό έλκος, αδένες σκληροί και ανώδυνοι) και των τροπικών αφροδίσια νοσημάτων.

4.7 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Θεραπευτικώς, χορηγείται σήμερα το Acyclovir 9 – (12 – hydroxyethoxymethyl) – guanine, που φέρεται στο εμπόριο με την ονομασία Zovirax. Υπάρχει σε δισκία των 200 και 400mg, σε στοματικό εναιώρημα των 200mg/5ml, σε κρέμα 5% και σε φιαλίδια των 250mg για παρεντερική χρήση. Το Acyclovir παρεμποδίζει ειδικώς την αντιγραφή (replication) του HSV, επειδή εισέρχεται στα πάσχοντα κύτταρα και αναστέλλει τη σύνθεση του DNA του ιού, χωρίς να επηρεάζει τα κύτταρα του ξενιστή.

Το Acyclovir (Zovirax), επιτυγχάνει την επούλωση των βλαβών, αλλά δεν εξαλείφει τη νόσο. Χρησιμοποιείται στην αρχική λοίμωξη, κατά την οποία βραχύνει την πορεία και την βαρύτητα της νόσου, αλλά και την χρονική διάρκεια αποβολής του ιού. Χρησιμοποιείται επίσης για την πρόληψη των υποτροπών. Η τοπική εφαρμογή αποδεικνύεται λιγότερο αποτελεσματική σε σχέση με την χορήγηση από το στόμα.

Ως προς τα υποστηρικτικά μέτρα, επιβάλλεται η καθαριότητα στις πάσχουσες περιοχές με συχνά πλυσίματα, ο διαχωρισμός της τουαλέτας (νόσος εξαιρετικά μεταδοτική) και η χορήγηση αναλγητικών και αντιβιοτικών (μόνο για την πρόληψη της επιμόλυνσης).²

4.8 ΥΠΟΤΡΟΠΕΣ

Γιατί τα συμπτώματα επανεμφανίζονται:

Ο έρπης των γεννητικών οργάνων υποτροπιάζει σε ποσοστό 60% έως 70% διότι μετά την πρωτομόλυνση, η αρρώστια δεν εξαφανίζεται από το σώμα μας, αλλά παραμένει σ' αυτό σε λανθάνουσα κατάσταση. Ο ιός εδράζεται στο μέρος που πρόκειται να εμφανισθεί αργότερα ή στα συμπαθητικά γάγγλια της περιοχής της προσβολής.

Αυτή είναι και η αιτία που ο έρπης των γεννητικών οργάνων μπορεί να συνεχίζει να εμφανίζεται στον άρρωστο σε τακτά χρονιά διαστήματα. Όταν λοιπόν ο έρπης, μετά την πρώτη φορά που εμφανίστηκε, έχει θεραπευτεί και ο άρρωστος νομίζει ότι έγινε καλά, ξαφνικά μπορεί να εμφανιστεί και πάλι. Αν και

ο άρρωστος για λόγους προφύλαξης μπορεί στο μέλλον να μην είχε καμία σεξουαλική επαφή, βλέπει εντούτοις, τον έρπη να εμφανίζεται ξανά και ξανά, χωρίς καμία συγκεκριμένη αιτία, που να προέρχεται από σεξουαλική επαφή. Για εύλογο λόγο λοιπόν, προκαλείται στον άρρωστο μεγάλος πανικός και φόβος.

Έχει μελετηθεί ότι ακόμα και στην περίπτωση που ο οργανισμός έχει απαιτήσει ισχυρή ανοσοβιολογική αντίδραση, και αυτό αποδεικνύεται από την παρουσία στο αίμα μεγάλης ποσότητας αντισωμάτων κατά του ιού, δυστυχώς, ούτε και αυτό είναι αρκετό για να εμποδίσει τον πολλαπλασιασμό του ιού και φυσικά τις συνεχείς υποτροπές του. Αυτή συμβαίνει γιατί ο ιός βρίσκεται μέσα στον κυτταρικό πυρήνα και έτσι δεν έρχεται σε επαφή με τα αντισώματα που κυκλοφορούν ώστε να εξουδετερωθεί.¹⁶

Προδιαθεσικοί παράγοντες για υποτροπές

Οι υποτροπές είναι συνήθως λιγότερο σοβαρές και διαρκούν λιγότερο από το 1^ο επεισόδιο. Υπάρχουν όμως ορισμένα γεγονότα ή καταστάσεις που «πυροδοτούν» την εμφάνιση ενός νέου επεισοδίου. Τέτοιοι παράγοντες μπορεί να είναι:

- το stress στη δουλειά ή το σπίτι
- η κούραση
- ο τραυματισμός κατά την σεξουαλική επαφή
- η άμεση έκθεση στον ήλιο
- η έμμηνος ρύση
- η κακή γενική κατάσταση της υγείας

Επιλεκτική θεραπεία των υποτροπών

Δύο είναι οι λύσεις:

1. Η «επεισοδιακή» θεραπεία. Είναι η θεραπεία κάθε υποτροπής με το φάρμακο και που συνήθως διαρκεί 5 ημέρες. Η θεραπεία αυτή γίνεται όσο το δυνατόν γρηγορότερα, με τα πρώτα συμπτώματα που κινούν την υποψία ότι θα εμφανιστεί ο έρπης, αλλιώς δεν έχει νόημα. Το μειονέκτημα είναι ότι δεν μειώνεται ο αριθμός των υποτροπών και δεν έχει πρακτική σημασία σε άτομα που δεν έχουν τα πρώτα συμπτώματα (τσιμπήματα, κάψιμο κ.τ.λ.) ώστε να αρχίσουν έγκαιρα τη θεραπεία.

2. Η «κατασταλτική» θεραπεία. Το φάρμακο χορηγείται καθημερινά, σε μικρότερη δόση, για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Με την θεραπεία αυτή προλαμβάνεται η ελαττώνεται ο αριθμός των υποτροπών, αλλά και όταν αυτές συμβούν, είναι λιγότερο σοβαρές και διαρκούν λίγο χρόνο.

Ο περισσότεροι ασθενείς που δοκίμασαν και τις δύο, δήλωσαν ότι προτιμούν την κατασταλτική θεραπεία.²³

4.9 ΈΡΠΗΣ ΚΑΙ ΣΥΦΙΛΗ

Ο έρπης των γεννητικών οργάνων δημιουργεί με τη σύφιλη προβλήματα, που μερικές φορές μόνο η συστηματική προσφυγή σε εργαστηριακές εξετάσεις (αναζήτηση του τρεπονήματος στο μικροσκόπιο, οροδιαγνωστική) μπορεί να λύσει. Ένα νάνο συφιλιδικό έλκος μπορεί να εκληθεί για ραγείσα φυσαλίδα έρπητα και αντίστροφα, συρρέουσες ερπητικές φυσαλίδες μπορούν μετά τη ρήξη τους να εκληφθούν ως συφιλιδικές βλάβες. Ο συνδυασμός των δύο παθήσεων δεν αποτελεί εξαίρεση, επειδή ο έρπης είναι μία πύλη ανοιχτή στη μόλυνση από το τρεπόννημα της σύφιλης.²⁴

4.10 ΈΡΠΗΣ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Υποτροπές κατά τη διάρκεια της κύησης, δεν φαίνεται να είναι βλαβερές για το έμβryo, αν και οι πρωτοπαθείς λοιμώξεις μερικές φορές δημιουργούν προβλήματα. Αν υπάρχει ενεργός λοίμωξη τις ημέρες που αναμένεται ο τοκετός, υπάρχει κίνδυνος να μολυνθεί το νεογνό κατά τη γέννησή του. Ο κίνδυνος είναι ουσιώδης όταν η λοίμωξη εμφανίζεται πρώτη φορά στη μητέρα (πρωτολοίμωξη). Η λοίμωξη του νεογνού μπορεί να είναι σοβαρή και να απειλήσει τη ζωή του. Ποσοστό 70% των νεογνών εμφανίζουν εντοπισμένες φυσαλιώδεις βλάβες και στο 30% των νεογνών αναπτύσσεται εγκεφαλίτιδα ή νέκρωση του ηπατικού παρεγχύματος και των επινεφριδίων. Πολλοί μαιευτήρες κάνουν καισαρική τομή εάν δουν έρπητα, ιδίως εάν οι εξελκώσεις εντοπίζονται κοντά στην είσοδο του κόλπου.

Σε μικρό αριθμό περιπτώσεων η ιαιμία της μητέρας έχει ως αποτέλεσμα τη μόλυνση του εμβρύου διαμέσου του πλακούντα (συγγενής λοίμωξη), η οποία

οδηγεί στον ένδομήτριο θάνατο του εμβρύου ή στην πρόκληση σοβαρών διαταραχών στα νεογνά που θα επιζήσουν (ίκτερος, ηπατοσπληνομεγαλία, μικροκεφαλία, μικροφθαλμία, σπασμοί, χοριοαμφιβληστροειδίτιδα κ.α.)^{23,13}

4.11 ΈΡΠΗΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Όσον αφορά τον καρκίνο, οι σχέσεις του με τον έρπη των γεννητικών οργάνων, δεν είναι ξεκαθαρισμένες. Φαίνεται πάντως ότι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι πιο συχνός στις γυναίκες που έχουν έρπητα των γεννητικών οργάνων (ερπητική τραχηλίτιδα), ο ιός HSV-2 του οποίου πρέπει να παίζει εκλυτικό ρόλο. (4-5 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα).²⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5.1 ΟΞΥΤΕΝΗ ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ – ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ

Τα οξυτενή κονδυλώματα αποτελούν σήμερα το συχνότερο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα ιογενούς αιτιολογίας, με αμέσως επόμενο τον απλό έρπητα των γεννητικών οργάνων. Η μελέτη του νοσήματος έχει αποκτήσει τα τελευταία 20 χρόνια μεγάλο επιδημιολογικό ενδιαφέρον, κυρίως λόγω της μεγάλης αύξησης της συχνότητάς του και της συσχέτισής του με τις νεοπλασίες.²⁵

Καλοήθης όγκος, που αντιπροσωπεύει την γενετική παραλλαγή των κοινών ουροχορδόνων (μυρμηκιών). Τα οξυτενή κονδυλώματα οφείλονται στον ίδιο ιό που προκαλεί τις μυρμηκίες, των οποίων αποτελούν το ισοδύναμο στην πρωκτογεννητική χώρα (ιοί των ανθρώπινων θηλωμάτων – HPV).



5.2 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Πρόκειται για γκριζωπές επιβλαστήσεις, υγρές, μισχωτές, λαχνωτές, διακλαδούμενες, που θυμίζουν μερικές φορές το λειρί του κόκορα. Το μέγεθός τους ποικίλλει από κεφάλι καρφίτσας έως αβγό περιστεριού. Μπορούν να προσβάλουν σημαντικές διαστάσεις, σχηματίζοντας ανθοκραμβοειδείς (σαν κουνουπίδι) όγκους, που εμποδίζουν τις γενετήσιες σχέσεις και την αφόδευση. Καταλαμβάνουν μεγάλη έκταση όταν υπάρχει γειτονική λοίμωξη, καθώς και στις εγκύους. Η μολυσματικότητά τους ταυτίζεται με εκείνη των ακροχορδόνων.

Υπάρχει μια ειδική μορφή οξυτενούς κονδυλώματος, που εδράζει στο πέος ή το όσχεο υπό μορφή γιγάντιου μονήρους όγκου (όγκος Μπούσκε – Λεβενστάιν), ο οποίος μπορεί να υποστεί κακοήθη εξαλλαγή.²⁶

5.3 ΤΡΟΠΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ – ΣΗΜΕΙΑ ΕΝΤΟΠΙΣΗΣ ΤΩΝ ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΩΝ

Το οξυτενή κονδυλώματα μεταδίδονται κατά κύριο λόγο με την κολπική και την πρωκτική επαφή.

Μπορούν όμως να εμφανιστούν και χωρίς σεξουαλική επαφή. Δηλαδή, δεν είναι απαραίτητη η συνουσία. Μπορούν να εμφανιστούν αυτόματα και χωρίς να έχει προηγηθεί σεξουαλική σχέση με άτομο μολυσμένο, σε έγκυες γυναίκες και σε άτομα με χρόνιες μολύνσεις των γεννητικών οργάνων. Αυτό έχει μεγάλη ιατροδικαστική σημασία, ειδικά σε περιπτώσεις που εμφανίζονται στα γεννητικά όργανα, ή μικρών κοριτσιών ή στο δακτύλιο του πρωκτού σε μικρά αγόρια (ηλικίας 4-10 χρονών). Αλλά φυσικά έχει μεγάλη σημασία, γιατί πολλές φορές η εμφάνισή τους προβληματίζει τη σχέση μεταξύ δύο συντρόφων ή μιας οικογένειας, όταν σε κάποιο μέλος της εμφανιστούν κονδυλώματα.¹⁶

Σημεία εντόπισης των κονδυλωμάτων

Τα βλέπει κανείς ή και τα αισθάνεται με την ψηλάφηση να εμφανίζονται:

Στις γυναίκες: Γύρω από την είσοδο του κόλπου, στο περίνεο, στον πρωκτό. Ακόμη μπορεί να εμφανιστούν στον τράχηλο της μήτρας και μέσα στον κόλπο.

Στους άνδρες: Εντοπίζονται στο πέος, στην ουρήθρα, στο όσχεο, στον πρωκτό.¹⁴

Οξυτενή κονδυλώματα στο στόμα είναι σπάνια και μεταδίδονται με στοματογεννητική επαφή με ασθενείς που έχουν τέτοιες βλάβες στα γεννητικά όργανα.²⁷

Εύκολα πολλαπλασιάζονται, επεκτείνονται, υποτροπιάζουν και αιμορραγούν. Θα πρέπει να ξέρουμε ότι η ζέστη και η υγρασία ευνοούν την ανάπτυξή τους.¹⁴

5.4 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ - ΜΕΤΑΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ

Η συχνότητά τους αυξήθηκε σημαντικά την τελευταία 30ετία. Στις ΗΠΑ, σε πολύχρονη έρευνα στο Rochester της Minnesota παρατηρήθηκε 7πλασιασμός των κρουσμάτων το 1978 σε σχέση με το 1950. Βρέθηκε αυξημένη επίπτωση στις γυναίκες (άνδρες – γυναίκες 1:1,4) και στις ηλικίες 20-24 χρονών.

Η μεταδοτικότητα των οξυτενών κονδυλωμάτων είναι μεγάλη (64-85% πιθανότητα να αναπτύξει την νόσο ο σύντροφος ασθενούς με οξυτενή κονδυλώματα, σε διάστημα 9 μηνών). Φαίνεται ότι η μεταδοτικότητα είναι μεγαλύτερη όσο πιο πρόσφατες είναι οι βλάβες και μειώνεται με την πάροδο του χρόνου. Η μετάδοση ευνοείται στα σημεία λύσης της συνεχείας του δέρματος ή του επιθηλίου του βλεννογόνου, γι' αυτό και εντόπισή τους είναι συχνότερη σε σημεία που τραυματίζονται κατά την σεξουαλική επαφή.²⁵

Χρόνος επώασης:

Ο χρόνος επώασης ποικίλλει από 3 εβδομάδες μέχρι 8 μήνες. Συνήθως είναι 4 μήνες.²²

5.5 ΔΙΑΓΝΩΣΗ – ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση των οξυτενών κονδυλωμάτων γίνεται με τους εξής τρόπους:

- μικροσκοπική εξέταση δείγματος του ιστού
- με την κλινική εξέταση του ασθενούς
- με την κολποσκόπηση

Το τεστ ΠΑΠ μπορεί να ανακαλύψει προκαρκινωμάτωσης καταστάσεις που προκαλούνται από τον ιό των ανθρώπινων κονδυλωμάτων, η πρόωμος θεραπεία των οποίων μπορεί να προλάβει τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.¹⁵

Ασθενείς με εμφανή οξυτενή κονδυλώματα πρέπει να ελέγχονται για να διαπιστωθεί η έκταση της υποκλινικής νόσου. Άρρενες σύντροφοι γυναικών με οξυτενή κονδυλώματα ή γυναικών με test – PAP που δείχνει δυσπλασία, πρέπει επίσης να ελέγχονται.²⁵

Διαφορική διάγνωση

Η διαφορική διάγνωση γίνεται κυρίως από:

- α) τις μυρμηκίες
- β) το θήλωμα
- γ) την εστιακή επιθηλιακή υπερπλασία
- δ) το μυρμηκιώδες καρκίνωμα.²⁷

5.6 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ - ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Τόσο τα γεννητικά κονδυλώματα όσο και τα πρωκτικά μπορούν να γίνουν μεγάλα και αντιαισθητικά. Μπορεί να επιμολυνθούν και μερικές φορές αιμορραγούν. Υπάρχει πιθανή σύνδεση των κονδυλωμάτων αυτών με τον καρκίνο στις γεννητικές περιοχές. Αν και αυτοί οι καρκίνοι είναι εντελώς σπάνιοι στους άνδρες, ο ιός θεωρείται ότι συνδέεται με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας στη γυναίκα.

Τα κονδυλώματα μερικές φορές μπορεί να προκαλέσουν επιπλοκές στην εγκυμοσύνη, αλλά η πιθανότητα αυτή είναι σπάνια. Μερικές φορές μεγαλώνουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, αλλά συνήθως συρρικνώνονται μετά τον τοκετό.²⁸

Επίσης τα κονδυλώματα, αν δεν καταπολεμηθούν, πολλαπλασιάζονται και μπορεί να προκαλέσουν παραμορφώσεις, φίμωση ή παραφίμωση, γάγγραινα και παρεμπόδιση της εξόδου των ούρων και των κοπράνων.²⁹

Πρόγνωση

Η πρόγνωση είναι καλή. Οφείλουμε όμως να τονίσουμε ότι και μετά από την θεραπεία, τα οξυτενή κονδυλώματα είναι δυνατόν να επανεμφανίζονται σε ορισμένα άτομα κατά επίμονο τρόπο. Η επανεμφάνιση των κονδυλωμάτων οφείλεται κατά περίπτωση σε υποτροπή, αυτοενοφθαλμισμό ή νέα μόλυνση από τον ή την σύζυγο – σύντροφο.³⁰

5.7 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Δεν υπάρχει μόνιμος θεραπεία. Αν και αυτά συνήθως υποτροπιάζουν, τα κονδυλώματα μπορούν να αντιμετωπιστούν με διάφορους τρόπους. Η ιατρική προσφέρει διάφορες θεραπείες στις οποίες περιλαμβάνονται:

- εφαρμογή ποδοφυλλίνης ή οξέος

- κρυοθεραπεία (κρυοπηξία)
- ηλεκτροκαυτηρίαση
- εφαρμογή τριχλωροξεϊκό οξύ (TCA)
- χειρουργική εξαίρεση (εξαέρωση των κονδυλωμάτων με ακτίνες Laser)
- Ιντερφερόνη ενδοφλεβικά
- Εφαρμογή 5-φλουοουρακίλης (5-ΦΘ)
- Κλασική χειρουργική εξαίρεση¹⁵

Ποδοφυλλίνη

Πρόκειται για κυτταροτοξική ρητίνη που χρησιμοποιείται σαν διάλυμα 20%, σε βάμμα βενζόλης και εφαρμόζεται στην περιοχή με ξύλινο βαμβακοφόρο στυλεό.

Είναι καυστικό για το υγιές δέρμα γι' αυτό και η γύρω περιοχή αλείφεται με βαζελίνη. Όλη η επιφάνεια των οξυτενών κονδυλωμάτων επαλείφεται και αφήνεται να στεγνώσει καλά πριν καλυφθεί η βάλανος. Το φάρμακο απομακρύνεται με καλό πλύσιμο της περιοχής με σαπούνι και νερό σε δύο ώρες. Επανάληψη της θεραπείας γίνεται σε 3-4 ημέρες.

Τοπικός ερεθισμός είναι αναμενόμενος και συνήθως εντονότερος 1 ή 2 μέρες μετά τη θεραπεία. Δεν πρέπει να χορηγείται για κατ' οίκον θεραπεία.

Τα κονδυλώματα της πόσθης δεν ανταποκρίνονται τόσο καλά όσο της βάλανου. Αν μετά από 5 διαδοχικές συνεδρίες δεν υπάρχει βελτίωση πρέπει να ακολουθήσει κρυοθεραπεία ή διαθερμοπηξία.

Το φάρμακο είναι τοξικό. Κάνει παραισθησίες, πολυνευρίτιδα, παραλυτικό ειλεό, λευκοπενία, θρομβοπενία, κώμα και θάνατο. Δεν πρέπει να χρησιμοποιείται σε βλάβες που αιμορραγούν, για να μην υπάρξει συστηματική απορρόφηση και στην εγκυμοσύνη. Επίσης υπάρχει κίνδυνος εξαλλαγής του κονδυλώματος σε κακήθες.

Ποδοφυλλοτοξίνη

Είναι το κύριο κυτταροτοξικό συστατικό της ποδοφυλλίνης. Χορηγείται για κατ' οίκον θεραπεία. Γίνεται τοπική εφαρμογή 2 φορές την ημέρα, για 3 συνεχόμενες μέρες. Ακολουθούν 4 ημέρες χωρίς θεραπεία και μετά επανάληψη του ίδιου σχήματος. Οι κύκλοι επαναλαμβάνονται για 4 εβδομάδες.

Περίπου 15% των ασθενών αναφέρουν σοβαρές τοπικές ενοχλήσεις κατά τον 1^ο κύκλο θεραπείας, ενώ μόνο 5% στους επόμενους κύκλους. Ήπιες ενοχλήσεις, όπως πόνος, αίσθημα καύσου, φλεγμονή, διαβρώσεις, συμβαίνουν στο 50% των ασθενών. Δεν πρέπει να χορηγείται σε εγκύους.

Κρυοθεραπεία

Η κρυοθεραπεία με υγρό άζωτο είναι πολύ αποτελεσματική στα μικρά κονδυλώματα. Τα κονδυλώματα της πόσθης και του αιδοίου ανταποκρίνονται καλά στη θεραπεία αυτή. Είναι επώδυνη και ιδιαίτερος στην περιοχή του πρωκτού. Είναι ασφαλής μέθοδος για την περίοδο της εγκυμοσύνης. Δεν έχει σοβαρές τοπικές επιπλοκές. Γίνεται σε διαδοχικές συνεδρίες που απέχουν μεταξύ τους 12-15 ημέρες.

Ηλεκτροκαυτηρίαση

Μεγάλα κονδυλώματα της πόσθης, του όσχεου, της περιγεννητικής περιοχής που αντιστέκονται σε άλλες θεραπευτικές μεθόδους, ανταποκρίνονται στην καυτηρίαση. Προηγείται έγχυση τοπικού αναισθητικού.

Τριγλωροξεϊκό οξύ (TCA)

Πρόκειται για καυστική, μη τοξική ουσία, που συνίσταται για μονήρεις βλάβες εγκύων γυναικών. Χρησιμοποιείται σε πυκνότητες 25-50% έως 80%. Πολύ μικρή ποσότητα TCA επαλείφεται και το κονδυλώμα ασπρίζει αμέσως. Στη συνέχεια το οξύ εξουδετερώνεται με νερό ή διττανθρακικά. Το TCA προκαλεί αίσθημα καύσου και πόνο τη στιγμή της επάλειψης και μπορεί να προκαλέσει εξελκώσεις. Συνήθως ο ιστός αποκαθίσταται σε 7-10 μέρες, αλλά μπορεί να προκληθούν ουλές.

Laser

Το CO₂ laser είναι πολύ καλή μέθοδος για την αντιμετώπιση μεγάλων και ανθεκτικών στη θεραπεία κονδυλωμάτων. Είναι θεραπεία εκλογής για τις εγκύους με μεγάλα κονδυλώματα, που δεν ανταποκρίνονται στο TCA. Πρέπει να λαμβάνονται προφυλάξεις από τον γιατρό (μάσκα), για την πιθανότητα μετάδοσης σωματιδίων του ιού από το αέριο της εξάχνωσης. Ανάλογες προφυλάξεις πρέπει να λαμβάνονται και κατά την καυτηρίαση των οξυτενών κονδυλωμάτων.

Ιντερφερόνη

Τα κονδυλώματα που δεν ανταποκρίνονται στις συμβατικές θεραπευτικές μεθόδους, είναι υποψήφια για θεραπεία με ιντερφερόνη-α. χορηγείται ενδοβλαβικά, τρεις φορές την εβδομάδα για τρεις εβδομάδες. Η γριππώδης συνδρομή από την ιντερφερόνη υποχωρεί σε 24 ώρες. Ύαση παρατηρείται στο 40% των κονδυλωμάτων που υπεβλήθησαν σε θεραπεία.

5-Φλουορουρακίλη (5-FU)

Είναι ισχυρή κυτταροτοξική ουσία που χρησιμοποιείται σε μορφή κρέμας 5%. Ενδείκνυται σε επίμονα κονδυλώματα (ακόμα και κολπικά) μη εγκύων γυναικών. Γίνεται ενδοκολπική τοποθέτηση της κρέμας από την ίδια την ασθενή 1 βράδυ την εβδομάδα για 10 διαδοχικές εβδομάδες. Το αιδοίο και η ουρήθρα προστατεύονται με βαζελίνη. Συχνές είναι οι τοπικές αντιδράσεις, όπως επώδυνες διαβρώσεις, μακροχρόνιες και επίμονες.²⁵

Κατά την διάρκεια της θεραπείας, το ιδανικό θα ήταν να μην υπάρχουν σεξουαλικές επαφές. Μετά τη θεραπεία, συνίσταται η χρήση προφυλακτικού για 3-6 μήνες μετά, για να βεβαιωθεί (όσο είναι δυνατόν) ότι δεν θα υπάρξει υποτροπή.²⁸

5.8 ΟΞΥΤΕΝΗ ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΟΛΗ

Τα οξυτενή κονδυλώματα, όπως και οι υπόλοιπες HPV λοιμώξεις, είναι συχνότερες σε αρρώστους με ανοσοκαταστολή. Περισσότερο σημαντικό είναι το σκέλος της κυτταρικής ανοσίας, γι' αυτό υπάρχει έξαρση της νόσου σε ασθενείς με AIDS, σε μεταμοσχευθέντες υπό αγωγή με ανοσοκατασταλτικά, σε λεμφώματα, λευχαιμίες.

5.9 ΟΞΥΤΕΝΗ ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Στα παιδιά, όπως και στους ενήλικες, ανευρίσκονται συχνότερα οι HPV-6, HPV-1, HPV-16. πιθανολογείται το 50% των οξυτενών κονδυλωμάτων στα παιδιά να είναι αποτέλεσμα σεξουαλικής κακοποίησης. Για το υπόλοιπο 50% ενοχοποιούνται οι μυρμηκίες των χεριών των ίδιων των παιδιών ή των γονιών. Δεν είναι γνωστό αν μπορούν να μεταδοθούν οξυτενή κονδυλώματα από τους

ενήλικες στα παιδιά με άλλο μέσο εκτός της άμεσης επαφής (π.χ. ρούχα, αντικείμενα).

5.10 ΟΞΥΤΕΝΗ ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

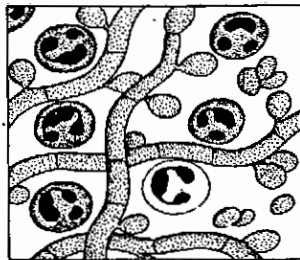
Στην εγκυμοσύνη τα οξύτενη κονδυλώματα μπορεί να πάρουν πολύ μεγάλες διαστάσεις και να οδηγήσουν μέχρι και σε απόφραξη του γεννητικού σωλήνα. Τότε μπορεί να είναι απαραίτητη η καισαρική τομή. Εκτός αυτού είναι εύθρυπτα και αιμορραγούν εύκολα. Προσοχή στην εγκυμοσύνη να μη γίνεται χρήση ποδοφυλλίνης γιατί έχει σχετισθεί με τον ενδομήτριο θάνατο.²⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

6.1 ΜΥΚΗΤΕΣ - ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ

Η μονιλιακή αιδοιοκολπίτιδα οφείλεται στο μύκητα «ωίδιο το λευκάζον» (*Candida albicans*) ή «μονίλια» (*Monilia*). Η *Candida albicans* εκπροσωπεί το 80% περίπου των ζυμομυκήτων, που απομονώνονται από τον κόλπο, ενώ το υπόλοιπο αντιπροσωπεύουν η *Torulopsis glabrata* και άλλα λιγότερο συχνά είδη *Candida*. Η *C. Albicans* αποτελεί μέρος της φυσιολογικής χλωρίδας του δέρματος, του στόματος, του εντερικού σωλήνα και του κόλλου.

Ο μύκητας ανευρίσκεται στο κολπικό έκκριμα με τη μορφή ψευδομικκυλίων (μακρά ραβδοειδή σωμάτια), που διακλαδίζονται προς όλες τις κατευθύνσεις ή των σπορίων, που κάτω από ευνοϊκές συνθήκες πολλαπλασιάζονται με εκβλαστήσεις. Τα μικύλια, που το μήκος τους είναι πολλαπλάσιο ενός λευκοκυττάρου, αναπτύσσονται σε θερμό, υγρό και πλούσιο σε γλυκογόνο περιβάλλον.^{4,2}



6.2 ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΤΟΥ ΜΥΚΗΤΑ

Μεγάλη ανάπτυξη της *C. Albicans*, με αποτέλεσμα την εμφάνιση συμπτωμάτων κολπίτιδας, παρατηρείται μετά από χρήση αντιβιοτικών ευρέος φάσματος, κατασταλτικά του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ), κυτταροστατικά, στη διάρκεια της κύησης, σε γυναίκες που πάσχουν από διαβήτη ή χρησιμοποιούν αντισυλληπτικά χάπια. Η μετάδοση της νόσου με τη σεξουαλική επαφή αναφέρεται σε μικρό ποσοστό περιπτώσεων, περίπου 10%. Οι γυναίκες αυτές μολύνονται κατά την σεξουαλική επαφή, γιατί ασυμπτωματική

μολυνίαση μπορεί να βρίσκεται σε λανθάνουσα κατάσταση κάτω από την ακροποσθία των μη περιτομημένων ανδρών.^{13,21}

6.3 ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Ο μηχανισμός με τον οποίο οι μύκητες βλάπτουν το κολπικό επιθήλιο, είναι αβέβαιος. Το κολπικό επιθήλιο εμφανίζει έντονη φλεγμονώδη αντίδραση, σε αντίθεση με το τραχηλικό επιθήλιο, που γενικά δεν επηρεάζεται. Από τις δύο μορφές των μυκήτων, τα μικκύλια εισδύουν κατά την ενεργό λοίμωξη στα βαθύτερα στρώματα του βλεννογόνου και προσκολλώνται στα επιθηλιακά κύτταρα, ενώ ταυτόχρονα αναπτύσσεται φαγοκυτταρική δραστηριότητα από τα πολυμορφοπύρρηνα λευκοκύτταρα και τα μονοκύτταρα, η οποία διευκολύνει τη διείσδυση των μικκυλίων.²

6.4 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Περίπου το 50% των γυναικών της αναπαραγωγικής ηλικίας αποικίζονται στον κόλπο με την *Candida albicans*. Πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι η συχνότητα της κολπικής μολυνίας αυξάνει συνεχώς. Ίσως ο λόγος να είναι οι αλλαγές που παρατηρούνται στη σεξουαλική συμπεριφορά.^{13,21}

6.5 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Η καντιντίαση των γεννητικών οργάνων της γυναίκας εκδηλώνεται ως αιδοιοκολπίτιδα και χαρακτηρίζεται από έντονο κνησμό στα χείλη του αιδοίου. Τα χείλη του αιδοίου είναι ελαφρώς οίδηματώδη, ερυθματώδη και πολλές φορές παρατηρούνται διαβρώσεις. Το έκκριμα από τον κόλπο είναι παχύρευστο και περιγράφεται ως «τυρώδες» (μικρά πήγματα όπως το ανθότυρο), ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις η ποσότητα του εκκρίματος είναι πολύ μικρή ή δεν υπάρχει έκκριμα.

Σε ορισμένες γυναίκες η ένταση των συμπτωμάτων αυξάνει πριν από την έμμηνο ρύση, τότε που το περιβάλλον του κόλπου είναι πιο αλκαλικό. Δυσουρία παρατηρείται σε λίγες μόνο περιπτώσεις, ενώ η δυσπαρέυνια δεν είναι συχνή.

Οι άντρες κανονικά δεν παρουσιάζουν τέτοια συμπτώματα αλλά μπορεί κατά την ούρηση να εκκρίνουν μία ουσία ή να νιώθουν πόνο. Η μολυνίαση στον άνδρα μπορεί να προκαλέσει επίσης βαλανοποσθίτιδα.^{21,31}

6.7 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση της κολπικής μονιλίασης γίνεται με τον εξής τρόπο: Με στυλεό αλγινικού ασβεστίου λαμβάνεται κολπικό έκκριμα, αναμιγνύεται με σταγόνα διαλύματος 10% ΚΟΗ επάνω σε αντικειμενοφόρο πλάκα, καλύπτεται με καλυπτρίδα και μικροσκοπείται με ξηρό αντικειμενικό φακό. Κατά τη μικροσκόπηση του νωπού παρασκευάσματος αναζητούνται βλαστοκύτταρα και ψευδομυκητόλια.¹³

6.8 ΜΥΚΗΤΙΑΣΗ ΣΤΟ ΜΩΡΟ

Ένα μωρό μπορεί να παρουσιάσει μόλυνση από μύκητες, γνωστή σαν μυκητίαση, κατά τη γέννησή του, εφόσον ο κόλπος της μητέρας είναι μολυσμένος.

Το συνηθέστερο σημείο όπου εμφανίζονται μύκητες στα μωρά είναι το στόμα. Η γλώσσα και ο λάρυγγας κοκκινίζουν και άσπρα λέπια εμφανίζονται επάνω στη γλώσσα. Άλλα σημεία όπου παρατηρείται μυκητίαση είναι οι μηροί και οι γλουτοί, όπου μπορεί να εκληφθούν σαν παράτριμμα.

Αν οι μύκητες στο δέρμα είναι ελαφράς μορφής, συνήθως αρκούν μερικά πλυσίματα την ημέρα με διάλυμα μιας κουταλιάς του γλυκού σόδα, σε ένα φλιτζάνι νερό που έχει αποστειρωθεί με βρασμό, για να ανακουφιστεί το μωρό από το πρόβλημα. Διαφορετικά, η θεραπεία γίνεται κυρίως με αντιμυκητιακά φάρμακα, υγρό για το στόμα ή αλοιφή για το δέρμα.

6.9 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Καθώς ο μύκητας προτιμά το ζαχαρώδες περιβάλλον, μπορεί να επηρεαστεί από μία ειδική διαίτα: διακοπή των ραφιναρισμένων τροφών και αντικατάστασή τους με τροφές αργής καύσης. Η διαίτα αυτή μπορεί να ανακουφίσει τα συμπτώματα που προαναφέρθηκαν.

Τρώγοντας φρέσκο γιαούρτι, ίσως κάνετε μία μορφή αποτελεσματικής αυτοθεραπείας, καθώς το γιαούρτι περιέχει μικροοργανισμούς, γνωστούς σαν γαλακτοβάκιλλους, που φυσιολογικά βρίσκονται στα έντερα και στον κόλπο. Αυτοί καταστρέφουν δραστικά τον μύκητα και αποτελούν ένα φυσικό εμπόδιο ενάντια στην επαναμόλυνση. (δεν συνιστάται να βάζετε φρέσκο γιαούρτι μέσα στον κόλπο).

Μία άλλη αποτελεσματική μέθοδος αυτοθεραπείας είναι να προσθέσετε σόδα στην μπανιέρα σας. Βοηθά στη μείωση των οξέων.³²

Στις περισσότερες περιπτώσεις, η φαρμακευτική θεραπεία για την κολπική λοίμωξη από *Candida*, ενδείκνυται μόνο αν η ασθενής είναι συμπτωματική, αν έχει σημεία αιδοιοκολπίτιδας ή αν υπάρχουν φλεγμονώδη κύτταρα ή ψευδοϋφές.

Η συνήθης θεραπεία είναι η ενδοκολπική χορήγηση μικοναζόλης (*Gyno – Dahtarin*), κλοτριμαζόλης (*Canesten*) και βουτοκοναζόλης για 3 έως 7 ημέρες, ενώ η χορήγηση νυστατίνης (*Mycostatin*) ενδοκολπικώς είναι λιγότερο αποτελεσματική. Η θεραπεία με κετοκοναζόλη (*Fungoral*) από το στόμα, ενδείκνυται για ιδιαίτερα σοβαρές ή συχνά υποτροπιάζουσες περιπτώσεις ή για περιπτώσεις που δεν απαντούν στην κολπική θεραπεία.⁴

Σε περίπτωση αποτυχίας αλείφουμε τα τοιχώματα του κόλπου με διάλυμα ιώδους της γεντιανής 1%. Απαραίτητος κρίνεται ο έλεγχος των ούρων και του αίματος για ζάχαρο.⁷

Είναι επίσης ενδεχόμενο να μεταδοθούν οι μύκητες στον ερωτικό σύντροφο. Για να καταπολεμιστεί λοιπόν η μόλυνση αποτελεσματικά, πρέπει να κάνουν θεραπεία και οι δύο σύντροφοι. Για τον άνδρα συνήθως γίνεται επάλειψη του πέους με ειδική αλοιφή για τους μύκητες ή λαμβάνοντας από το στόμα αντιμυκητιακά δισκία.³²



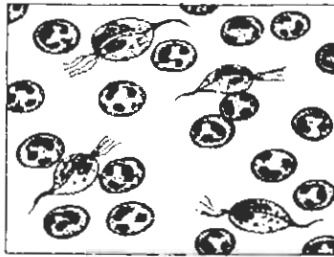
Μονιλίαση αιδοίου

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

7.1 ΤΡΙΧΟΜΟΝΑΔΕΣ - ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ

Είναι μονοκύτταροι παρασιτικοί οργανισμοί, η μεγάλη πλειονότητα των οποίων απαντάται στο πεπτικό σύστημα διαφόρων Μεταζώων. Η Τριχομονάδωση (τριχομοναδική κολπίτιδα), που υπάγεται πλέον στα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, προκαλείται από το Μαστιγοφόρο Πρωτόζωο *Trichomonas vaginalis*.³³

Η τριχομονάδα, είναι μονοκύτταρος οργανισμός, στο μέγεθος ενός λευκοκυττάρου (περίπου 10X20μ). Εμφανίζει κυματοειδή διακύμανση της κυτταρικής μεμβράνης και φέρει τέσσερα μαστίγια, με τα οποία κινείται ενεργώς. Τρέφεται με όσμωση ή με φαγοκυττάρωση.²



7.2 ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΤΟΥ ΠΡΩΤΟΖΩΟΥ

Η τριχομονάδα παρασιτεί μόνιμα σχεδόν στο έντερο, αλλά και στους αδένες της ουρήθρας και στην ουροδόχο κύστη. Μεταδίδεται συνήθως με την σεξουαλική επαφή. Η λοίμωξη μπορεί επίσης να μεταδοθεί από βρεγμένο τρίπτυχο μπάνιου, μαγιώ, πετσέτες, ρύγχη κολπικής πλύσης και από το κάθισμα της τουαλέτας. Η τριχομονάδα του κόλπου, το πρωτόζωο που προκαλεί την λοίμωξη, μπορεί να βρίσκεται σε λανθάνουσα κατάσταση για αόριστο χρόνο και να διατηρεί την ικανότητά της για μετάδοση της στιγμή που ο ξενιστής είναι ασυμπτωματικός. Παράγοντες, όπως συγκινησιακό stress, μείωση αντίστασης ή μεταβολή του pH του κόλπου, μπορεί να ευνοήσουν τη λοίμωξη από τριχομονάδες.²¹

7.3 ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Όταν περνάει από ξενιστή σε ξενιστή, η τριχομονάδα προσκολλάται στο κοιλικό επιθήλιο, πολλαπλασιάζεται με διχοτόμηση ταχύτατα και τρέφεται με το γλυκογόνο των βακίλων του Doderlein, οι οποίοι και εξαφανίζονται (με φαγοκυττάρωση). Το κοιλικό pH γίνεται περισσότερο αλκαλικό (5-8, συγκρινόμενο προς το φυσιολογικό pH4.2 – 4.5), δημιουργώντας έτσι συνθήκες κατάλληλες για την ανάπτυξη των συνοδών βακτηριακών παθογόνων, που επαυξάνουν τη λοίμωξη και την παθογονική κοιλική έκκριση.²

Χρόνος επώασης: 4-28 ημέρες¹⁵

7.4 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Είναι η πιο συνηθισμένη αιτία των υπερβολικών κοιλικών εκκρίσεων. Το 50% των γυναικών που πάσχει από βλεννόρροια, πάσχει επίσης από τριχομονάδες. Το 45% των γυναικών που κάνει εξέταση για υπερβολικό έκκριμα από τον κόλπο στην περίοδο της εγκυμοσύνης τους αποδεικνύεται ότι έχουν τριχομονάδες.³¹

7.5 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Οι τριχομονάδες στις γυναίκες εκδηλώνονται σαν πολύ ενοχλητική λευκόρροια, που συνοδεύεται από κνησμό, κάψιμο στα έξω γεννητικά όργανα και από έντονη ερυθρότητα του βλεννογόνου των τοιχωμάτων του κόλπου και του τραχήλου της μήτρας. Μερικές φορές, στο βλεννογόνο των έξω γεννητικών οργάνων, σχηματίζονται επιφανειακά οδυνηρά έλκη. Στον κόλπο υπάρχει ένα πολύ γκριζωπό ή πυώδες έκκριμα, κατά κανόνα αφρώδες. Μερικές φορές παρατηρούνται διαταραχές στην έμμηνο ρύση, πόνος κατά την ούρηση. Όλα αυτά τα συμπτώματα στο χρόνιο στάδιο είναι πολύ πιο ήπια. Η εξωσεξουαλική λοίμωξη στις γυναίκες είναι σπάνια, γιατί οι τριχομονάδες δεν ζουν πολύ όταν βγουν στο φως. Οι τριχομονάδες δεν παρασιτούν μόνο στο βλεννογόνο του κόλπου και της ουρήθρας, αλλά μπορούν ακόμα να εισδύσουν και στην

ουροδόχο κύστη, στους ουρητήρες, στους νεφρικούς κάλυκες, στην κοιλότητα της μήτρας και στις σάλπιγγες.

Οι τριχομονάδες στους άνδρες, εκδηλώνονται με λίγα βλεννώδη ή βλεννοπυώδη εκκρίματα από την ουρήθρα, με κνησμό και μερικές φορές με δυνατό πόνο κατά την ούρηση. Στους άνδρες οι τριχομονάδες μπορεί να εισδύσουν στον προστάτη, στις σπερματοδόχους κύστες και στην επιδυμίδα.³⁴

7.6 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση των τριχομονάδων μπαίνει με τον εξής τρόπο: Με στυλεό αλγινικού ασβεστίου ή με πιπέτα λαμβάνεται κολλικό έκκριμα. Αμέσως μετά την δειγματοληψία, το υλικό από τον κόλπο αναμιγνύεται με σταγόνα φυσιολογικού ορού επάνω σε αντικειμενοφόρο πλάκα, καλύπτεται με καλυπτρίδα και μικροσκοπείται με ξηρό καταδυτικό φακό. Κατά την μικροσκόπηση του νωπού παρασκευάσματος διαπιστώνεται η χαρακτηριστική μορφολογία του παρασίτου, το οποίο παρουσιάζει έντονη κινητικότητα με κινήσεις αναδιπλώσεως και εκπτώξεως.

Η ταχεία εξέταση του υλικού αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την ορθή διάγνωση της νόσου, επειδή η τριχομονάδα είναι πολύ ευαίσθητη στις μεταβολές της θερμοκρασίας και εύκολα ακινητοποιείται ή καταστρέφεται.¹³

7.7 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η μετρονιδαζόλη, της οποίας η εισαγωγή επέφερε επανάσταση στη θεραπεία της λοίμωξης από τριχομονάδες, παραμένει και σήμερα το φάρμακο εκλογής. Σχεδόν όλες οι περιπτώσεις απαντούν στην θεραπεία με μετρονιδαζόλη, που χορηγείται από το στόμα (Flagyl caps 500mgX2 ημερησίως) και ενδοκολπικώς (Flagyl ovules 500mgX1 ημερησίως) επί 10-20 ημέρες. Χορηγείται επίσης η ορνιδαζόλη από το στόμα (Betiral Vag. Tab 500mgX1) επί 5 ημέρες, καθώς και τινιδαζόλη (Fasigyn tabl. 500 mg) σε μία δόση των 4 δισκίων.²

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 Κ.Ν.Σ., 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.²¹

Για την αποφυγή της επαναμόλυνσης από τον σεξουαλικό σύντροφο, που είναι δυνατό να έχει τριχομονάδες στην ακροπροσθία του ή στην ουρήθρα του, χορηγούμε και σ' αυτόν το ίδιο φάρμακο από το στόμα. Κατά την διάρκεια της θεραπείας πρέπει να αποφεύγεται η χρήση οιοπνεύματος και η σεξουαλική επαφή, επειδή αυξάνει η πιθανότητα επαναμόλυνσης.⁷

Μετά την παραπάνω θεραπεία, τα κολπικά επιχρίσματα γίνονται συνήθως αρνητικά, αλλά η τριχομονάδα μπορεί να εμφωλεύει στην ουρήθρα, στους Bartholinειους αδένες και στους αδένες του Skene. Από τις περιοχές αυτές είναι δυνατή η επαναμόλυνση του κόλπου και επομένως η επανάληψη της θεραπείας είναι κατά κανόνα αναγκαία.²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

8.1 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ AIDS

Το σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας ή επίκτητη ανοσιακή ανεπάρκεια ή σύνδρομο επίκτητης ανοσοανεπάρκειας, το πασίγνωστο πλέον Έιτς, είναι μία από τις πιο επίφοβες για τον άνθρωπο ιώσεις η οποία οφείλεται σε ομάδα ιών γνωστών ως ομάδα ιών HIV, που αναφέρονται απλά ως ιός HIV. Πρόκειται για νόσο του ανοσοποιητικού συστήματος, της κατηγορία των μη γνήσιων αφροδίσια νοσημάτων (δηλαδή εκείνων που εκτός από άλλους τρόπους, μπορούν να μεταδοθούν και με σεξουαλική επαφή). Το έιτς καταστρέφει το αμυντικό σύστημα του ανθρώπινου σώματος αφήνοντάς το ευάλωτο σε κάθε είδους λοιμώξεις ενώ ταυτόχρονα καταστρέφει και τον ίδιο τον ανοσοποιητικό μηχανισμό που θα μπορούσε να; Τον αντιμετωπίσει. Το τελικό αποτέλεσμα της προσβολής του ατόμου από τον ιό του Έιτς είναι λοιμώξεις βαριάς μορφής, σπάνιοι κακοήθεις όγκοι και μέσα σε 2 το πολύ χρόνια από την εκδήλωση της νόσου ο θάνατος.¹¹

Το όνομα της αρρώστιας :

Όπως κάποτε για την σύφιλη, τα πρώτα ονόματα της καινούργιας αρρώστιας δεν διατηρήθηκαν. Ήταν πολύ περιοριστικά : «αρρώστια της Νάπολης» ή «morbus Gallicus» στην παλιά περίπτωση, «πνευμονία των ομοφυλοφίλων», «gay cancer», «GRID», «Gay-Related Immune Deficiency» ή «gay compromise syndrome» στην σημερινή περίπτωση. Αυτά τα ονόματα έχουν ενδιαφέρον για την ιστορία στο μέτρο που αποκαλύπτουν ταυτόχρονα ιατρικά σφάλματα και εθνικιστικές ή ηθικές προκαταλήψεις.

Μόλις αναγνωρίστηκε η παγκοσμιότητα των δύο αυτών ασθενειών τους έδωσαν ένα ουδέτερο όνομα, με γενικότερη αξία. Εάν το όνομα που υιοθετήθηκε για την σύφιλη, την αρρώστια του βοσκού Σύφιλου («εραστή των γουρουινιών») οφείλεται στην ποιητική έμπνευση του Girolamo Fracastoro (1530), το σημερινό αφροδίσιο νόσημα βαφτίστηκε πεζά με τα αρχικά του A.I.D.S.(που σήμαινε αρχικά Acquired Immune Deficiency Syndrome και στη συνέχεια θεωρήθηκε μάλλον συντομογραφία του Acquired Immune Deficiency Syndrome). Η επίσημη χρήση ατών των αρχικών άρχισε το καλοκαίρι του 1982.

Στην Γαλλία, δημιούργησαν ένα ανάλογο ακρωνύμιο : S.I.D.A., αναγραμματισμός του A.I.D.S. που σημαίνει Syndrome d' Immuno Deficiencie

Acquise (ή Syndrome d' Immuno Depression Acquise). Η υιοθέτησή του στον προφορικό και γραπτό λόγο υπήρξε προοδευτική: S.I.D.A – SIDA – Sida – sida. Οι Ρώσοι υιοθέτησαν τα αρχικά SPID. Στα κινέζικα, φαίνεται πως το αγγλικό όνομα έδωσε με μα παράξενη σύγκλιση μια έκφραση που σημαίνει «αρρώστια του έρωτα».

Έπρεπε να δημιουργηθεί και ένα επίθετο και ένα ουσιαστικό για το χαρακτηρισμό το αρρώστου. Εδώ εκδηλώθηκαν ιδιαίτερες ευαισθησίες. Στα αγγλικά, χαρακτήρισαν αυτούς τους ασθενείς μ' ένα εσκεμμένα ουδέτερο και σκοτεινό ακρωνύμιο: PWA (=People with AIDS). Στη Γαλλία, ο όρος «sidatique» που χρησιμοποιήθηκε από τον Le Pen με φανερή αντισημιτική διάθεση, προκάλεσε έντονη κοινωνική αντίδραση απόρριψης. Δίσταζαν μεταξύ «sidatique» και «sideen». Τα μέλη της Ανώτερης επιτροπής για τη γαλλική γλώσσα αποφάσισαν υπέρ του δεύτερου (1987).³⁵

Στην Ελλάδα, ο χαρακτηρισμός του συνδρόμου επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας, ως νόσου ΣΕΑΑ στηρίζεται σε δύο βασικά γνωρίσματα, τα οποία έχουν προταθεί από το CDC (Κέντρο Ελέγχου Λοιμωδών Νόσων) και χρησιμοποιούνται σε παγκόσμια κλίμακα, ως κριτήριο της νόσου:

α) Η παρουσία μιας ή περισσοτέρων παθήσεων – ονομαζόμενων ευκαιριακών λοιμώξεων ή συγκεκριμένων συνοδών κακοηθειών – οι οποίες αποτελούν την επιλοκή στο σύνδρομο, εξαιτίας της υποκείμενης ανοσολογικής διαταραχής; και

β) Η απουσία οποιασδήποτε άλλης αιτίας που προκαλεί ανοσοανεπάρκεια.³⁶

Μείζονα κριτήρια κατά τον ορισμό του CDC

α) Παρουσία μιας ή περισσοτέρων ευκαιριακών λοιμώξεων ή κακοηθειών ενδεικτικών του υποκείμενου ανοσολογικού ελλείμματος.

1. Ευκαιριακές λοιμώξεις

- Ιογενείς (π.χ. από κυτταρομεγαλοϊό-CMV, έρπητα-HSV)
- Βακτηριδιακές (π.χ. Μυκοβακτηριδίων AVIUM κ.λπ.).
- Πρωτοζωϊκές (π.χ. από πνευμοκύστη Carinii κ.λπ.).

2. Κακοήθειες (π.χ. σάρκωμα Kaposi, πρωτοπαθές λέμφωμα του εγκεφάλου).

β) Απουσία άλλης γνωστής αιτίας που προκαλεί διαταραχή στο μηχανισμό της κυτταρικής ανοσίας.

1. Ανοσοκατασταλτική θεραπεία (στεροειδή, κυτταροτοξικά φάρμακα).

2. Κακοήθειες λεμφικού συστήματος:

- Hodgking's και Non Hodgkin's λεμφώματα
- Λεμφοκυτταρική λευχαιμία
- Πολλαπλούν Μυέλωμα

3. Πρωτοπαθή (συγγενή) ανοσολογικά ελλείμματα).

4. Καταστάσεις καχεξίας.

Ενώ AIDS σημαίνει :

Acquired → επίκτητη, όχι κληρονομική αλλά οφειλόμενη σε ιό που εισέβαλε στον οργανισμό κατά τη διάρκεια της ζωής.

Immuno → ανοσολογική σημαντική εξασθένηση

Deficiency → ανεπάρκεια του ανοσολογικού συστήματος

Syndrome → σύνδρομο : Σύνολο συμπτωμάτων που χαρακτηρίζουν μια αρρώστια.¹⁴

8.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Στις δεκαετίες του 1960 και 1970 είχαν αναφερθεί μεμονωμένες περιπτώσεις ανεξήγητης ανοσοκαταστολής στις βιομηχανικές χώρες. φαίνεται ότι το Aids είχε «κτυπήσει» και πριν το 1981 στις δεκαετίες του '70 ή και του '60 ακόμα. Στον άνθρωπο βρέθηκαν αντισώματα του AIDS σε δείγματα αίματος του 1959. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τα ιατρικό περιοδικό Lancet, το σύνδρομο υπάρχει από το 1954 τουλάχιστον. Αυτό αποκαλύφθηκε από την επανεξέταση οργάνων ενός 25χρονου ναύτη, ο οποίος πέθανε το 1959 από μία «μυστηριώδη» ασθένεια. Τα όργανα του ναύτη είχαν φυλαχτεί , γιατί η ασθένεια που τον οδήγησε στον θάνατο ήταν άγνωστη. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των εξετάσεων ο ναύτης εκείνος έπασχε από AIDS και θα έπρεπε να είχε μολυνθεί τουλάχιστον 5 χρόνια νωρίτερα, δηλαδή το 1954. Μετά το 1978, οι σποραδικές περιπτώσεις πλήθυναν, μέχρι τον Ιούνιο του 1981, μια σύντομη αναφορά από Αμερικανούς γιατρούς, περιέγραψε 5 περιπτώσεις πνευμονίας από το μικρόβιο *Pneumocystis Carinii* σε ομοφυλόφιλους του Los Angeles που προηγουμένως ήταν υγιείς. Η *Pneumocystis Carinii* είναι ένα μικρόβιο που ενώ σε άτομα με φυσιολογική άμυνα δεν μπορεί να προκαλέσει ασθένεια, σε άτομα με μειωμένη άμυνα και ανοσία προκαλεί σοβαρές πνευμονίες, συχνά θανατηφόρες. Σχεδόν ταυτόχρονα, δημοσιεύτηκαν ανάλογα περιστατικά με κοινό χαρακτηριστικό τους την πτώση της ανοσίας του οργανισμού. Ήταν φανερό ότι ένα «μυστηριώδες σύνδρομο», με κλινικές εκδηλώσεις που μέχρι τότε σπάνιζαν, άρχιζε να διαδίδεται επικίνδυνα μεταξύ των ομοφυλοφίλων.³⁷

Το 1983 εντοπίζονται κρούσματα σε μη ομοφυλοφίλους και μη τοξικομανείς, που όμως έχουν υποστεί μεταγγίσεις αίματος για διάφορους λόγους. Η αντίδραση των αμερικανικών αρχών ήταν να συστήσουν στις δύο πιο «βεβαρημένες» κατηγορίες

ατόμων να μη δωρίζουν αίμα. Στο μεταξύ, εμφανίζονται και τα πρώτα κρούσματα στον ευρωπαϊκό χώρο ενώ γεννιούνται και παιδιά με AIDS.³⁸

Το φθινόπωρο του 1983, ο Γάλλος καθηγητής, διευθυντής του Ινστιτούτου Παστέρ στο Παρίσι, Luc Montagnier, απομόνωσε τον ιό της αρρώστιας και τον ονόμασε LAV. Μερικούς μήνες μετά, την άνοιξη του 1984, ο διευθυντής του Εθνικού Αμερικανικού Αντικαρκινικού Ινστιτούτου Robert Gallo ανακοίνωσε 'ότι απομόνωσε κι αυτός τον ιό της αρρώστιας, που τον ονόμασε HTLV-III. Η άγνωστη ως τότε αρρώστια «των ομοφυλοφίλων» έγινε το γνωστό μας πιά Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας – AIDS.

Η αρχική πηγή του ιού φαίνεται πάντως από νεώτερα δεδομένα ότι είναι ο πίθηκος. Ο ιός υπάρχει στο αίμα ενός είδους πιθήκου που ονομάζεται «πράσινος». Σχετικές έρευνες απέδειξαν ότι ένα 70% των πιθήκων αυτού του είδους που εξετάστηκαν, είχαν στο αίμα τους έναν ιό όμοιο με αυτόν που προκαλεί το AIDS στον άνθρωπο, ο οποίος όμως, δεν ενοχλούσε και δεν προκαλούσε τίποτα στον οργανισμό των πιθήκων. Πιστεύεται γενικά, ότι το διάστημα των σαράντα τελευταίων ετών ο ιός «μεταπήδησε» από τον πράσινο πίθηκο στον άνθρωπο, είτε με δάγκωμα είτε με σεξουαλική πράξη, κάτι που έχει γίνει και με άλλους ιούς, όπως του κίτρινου πυρετού της ζούγκλας.

Πως όμως έφτασε ο ιός απ' την αφρικανική «ζώνη του AIDS» (Ζσιρ, Ρουάντα, Μπουρούντι, Ουγκάντα, Κένυα και Τανζανία) στον υπόλοιπο κόσμο; Η πιο πιθανή εξήγηση είναι ότι «ταξίδεψε» μέσα στο σώμα ανθρώπων που ανήκαν στο ειρηνευτικό στρατιωτικό σώμα, καθώς και στο σώμα μερικών από τους χιλιάδες Αϊτινούς που είχαν ζήσει στην Κινσάσα, ανάμεσα στα χρόνια '60 – '70 και οι οποίοι μετεγκαταστάθηκαν στη συνέχεια στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής και στην Ευρώπη.

Στο μεταξύ, το ξέσπασμα της σεξουαλικής επανάστασης, ο ομαδικός έρωτας με αγνώστους και περιστασιακούς συντρόφους, έγινε αιτία για την εκρηκτική εξάπλωση της αρρώστιας.³⁹

Έτσι, σήμερα ξέρουμε ότι: ο ιός του AIDS πέρασε από τον πράσινο πίθηκο της Αφρικής στον άνθρωπο, με άγνωστο τρόπο (συνάφεια περιβάλλοντος, εκκρίματα) όπως πέρασε κάποτε και η σύφιλη από τον αμερικανικό λάμα στον άνθρωπο.

Από την Αφρική, ο ιός πέρασε στην Καραϊβική, από μετανάστες που δούλεψαν χρόνια στην μαύρη ήπειρο και επέστρεψαν κυρίως στην Αϊτή για διακοπές και μαζί με Αϊτινούς που μετανάστευσαν με την σειρά τους στις ΗΠΑ (αγόρια και

κορίτσια που για να επιβιώσουν, εκπορνεύονταν), το AIDS έφτασε στις ΗΠΑ κι από εκεί στην Ευρώπη. Ήδη στην Κίνα, εμφανίστηκε ένα κρούσμα AIDS. αλλά σε τουρίστα....³⁸

8.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η αλήθεια είναι πως η μετάδοση του AIDS είναι ραγδαία σε ολόκληρο τον κόσμο. Κορυφαίοι επιστήμονες μιλούν για «μάστιγα» που όμοιά της δεν έχει γνωρίσει η ανθρωπότητα, παρά μόνο ίσως κατά το Μεσαίωνα, όταν ο «μαύρος θάνατος», η πανούκλα, εξολόθρευσε 25 εκατομμύρια άτομα στην Ευρώπη και 20 εκατομμύρια στην Ασία.³⁹

Τα επιδημιολογικά στοιχεία που συνθέτουν την παγκόσμια εικόνα του AIDS είναι άνισα και ατελή. Το AIDS είναι κατ' εξοχήν σεξουαλικά μεταδιδόμενη νόσος. Δεν έρχεται ο ιός στον άνθρωπο. Ο άνθρωπος πηγαίνει στην μοιραία συνάντηση με τον ιό. Σχεδόν 75% των θυμάτων του AIDS στις ΗΠΑ ήταν άνδρες ομοφυλόφιλοι και αμφιφυλόφιλοι και τούτο διότι, το πρωκτικό σεξ είναι ο πιο επικίνδυνος τρόπος για την μετάδοση του ιού. Τα επιδημιολογικά στοιχεία από την Αϊτή και την Αφρική δεν αφήνουν καμία αμφιβολία ότι το AIDS μεταδίδεται και μεταξύ ετερόφυλων. Στις περιοχές αυτές η αναλογία μεταξύ ανδρών και γυναικών που πάσχουν από AIDS είναι 1:1 ενώ στις ΗΠΑ η αναλογία είναι 13 άνδρες προς 1 γυναίκα. Η συχνότητα της νόσου είναι σχεδόν 15 φορές μεγαλύτερη στις μαύρες και τις ισπανόφωνες γυναίκες που ζουν στις ΗΠΑ από ότι στις λευκές. Τα γεγονότα αυτά αποτελούν ισχυρή ένδειξη για την ετεροφυλική μετάδοση.⁴⁰

Από το 1982, η επιδημία του AIDS εξαπλώνεται σαν φωτιά σε ξερόχορτα. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, ο αριθμός των περιπτώσεων που επισημαίνονται από τα κέντρα επιδημιολογικού ελέγχου αυξάνονται αρκετά ως το 1984 : η επίπτωση (αριθμός νέων περιπτώσεων) εμφάνιζε εκθετική αύξηση. Υπήρχαν δέκα νέοι ασθενείς την εβδομάδα το 1982 και εκατό το 1984. Ο συνολικός αριθμός περιπτώσεων διπλασιαζόταν σχεδόν κάθε έξι μήνες. Αν υπολογίσουμε μόνο τους ετεροφυλόφιλους, η εξάπλωση ήταν λιγότερο γρήγορη : διπλασιασμός κάθε 9 – 10 μήνες.

Ο συνολικός αριθμός ασθενών που επισημάνθηκαν από το CDC αυξήθηκε από 200 στο τέλος του 1981 σε 450 στα μέσα και 750 στα τέλη του 1982 και μετά σε 1800 στα μέσα του 1984 και σε 8000 στα τέλη του ίδιου χρόνου. Κανένας από τους αμερικανούς ασθενείς στους οποίους η αρρώστια είχε διαγνωστεί πριν από το 1983

δεν ζει σήμερα. Το ποσοστό θνησιμότητας (αριθμός θανάτων το χρόνο σε σχέση με τον αριθμό των ασθενών) ήταν περίπου 40%.

Σε μια συνέντευξη το 1983, ο Michael Gottlieb, πρόβλεπε ότι το 1983 περίπου 20000 Αμερικανοί θα είχαν AIDS. Δεν έκανε καθόλου λάθος. Ο αριθμός αυτός που φαινόταν απίστευτος για το σύνολο του αριθμού των θυμάτων, είναι απλώς η ετήσια επίπτωση το 1987.

Στην Ευρώπη, η επιδημία αρχίζει με κάποια καθυστέρηση σε σχέση με τις Ηνωμένες Πολιτείες και η εκθετική αύξηση είναι αρχικά μικρότερη: μεταξύ 1982 και 1984 ο συνολικός αριθμός ασθενών διπλασιάζεται περίπου κάθε 8-9 μήνες.

Το περιφερειακό γραφείο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, ανέλαβε τον επιδημιολογικό έλεγχο. Στην συνάντηση του γραφείου στην Δανία τον Οκτώβριο του 1983 διαπιστώνουν ότι το AIDS είχε εκδηλωθεί σε δεκαπέντε κράτη μέλη της ευρωπαϊκής περιοχής του ΠΟΥ με σύνολο 267 περιπτώσεων. Οι χώρες αυτές είναι κατά σειρά απόλυτων αριθμών δηλωμένων περιπτώσεων: Γαλλία, Δυτική Γερμανία, Βέλγιο, Ηνωμένο Βασίλειο, Ελβετία, Δανία, Ολλανδία, Αυστρία, Ισπανία, Σουηδία, Νορβηγία, Φινλανδία, Τσεχοσλοβακία, Ιταλία και Ιρλανδία.

Από μερικές δεκάδες περιπτώσεων που είχαν διαγνωστεί μέχρι το τέλος του 1981 αυξάνονται σε εκατό προς το τέλος του 1982. Ένα χρόνο αργότερα φτάνουν τις 300 και υπερβαίνουν τους 800 στο τέλος του 1984. Η μεγαλύτερη κατά κεφαλήν συχνότητα εμφανίζεται στη Δανία και την Ελβετία. Παρατηρείται όμως μια ιδιαιτερότητα που διαφοροποιεί το Ευρωπαϊκό από το αμερικανικό AIDS: περίπου 22% των ασθενών που επισημάνθηκαν στην Ευρώπη είναι αφρικανικής καταγωγής.³⁵

Η τραγωδία στην κορύφωσή της διαδραματίζεται όμως στην Κεντρική και Ανατολική Αφρική. Στις περιοχές αυτές ο σεξουαλικά ενεργός αστικός πληθυσμός έχει μολυνθεί σε ποσοστό μέχρι και περίπου 20%. Η αναλογία των φορέων μεταξύ ανδρών – γυναικών είναι ίδια. Πέντε στα εκατό νεογνά γεννιούνται με AIDS. Τα τρία από αυτά δεν θα προλάβουν ούτε τα πρώτα τους γενέθλια

Στην Αφρική οι θάνατοι από AIDS, σε αντίθεση με όλες τις άλλες αρρώστιες που σκοτώνουν κυρίως παιδιά και γέροντες, θα επισυμβούν στο μέγιστο ποσοστό σε άτομα ηλικίας 20-40 ετών. Κάθε εργαζόμενος θα έχει να θρέψει πολύ περισσότερα άτομα από ότι σήμερα. Η Αφρική θα γίνει ακόμη φτωχότερη. Η πείνα που σήμερα σκοτώνει πολλούς, θα σκοτώνει περισσότερους αύριο. Σε μια περιοχή της Κεντρικής Αφρικής το 68% των εργατών ενός μεγάλου ορυχείου βρέθηκαν φορείς της νόσου. Οι περισσότεροι ζουν μακριά από τις οικογένειές τους. Επισκέπτονται κατά καιρούς

πότε τους τοπικούς οίκους ανοχής και πότε τις οικογένειές του. Η επιδημία εξαπλώνεται. Κανένας δεν μπορεί να προβλέψει αν η εκμετάλλευση των ορυχείων της Κεντρικής και Ανατολικής Αφρικής θα είναι δυνατή στο μέλλον. Στην πόλη Λουζάκα το 6% των μαθητών του λυκείου και το 10% των φοιτητών βρέθηκαν φορείς. Ίσως το μεγαλύτερο τίμημα της Αφρικής στο AIDS είναι ότι θα χαθεί μεγάλο ποσό στο τουριστικό μορφωμένου δυναμικού της. Η πολιτική κατάσταση, η βιομηχανία, ο τουρισμός, η γεωργία, το ισοζύγιο πληρωμών, η δημόσια διοίκηση, η παιδεία, η υγεία, όλα θα επηρεασθούν αρνητικά.⁴⁰

Μέχρι τον Απρίλιο του 1992 είχαν αναφερθεί σε όλο τον κόσμο 484.148 περιπτώσεις, από τις οποίες ένα ποσοστό της τάξης του 45% αφορούσε τις ΗΠΑ, το 13% την Ευρώπη, το 30% την Αφρική και το 12% την Ασία και άλλες περιοχές του πλανήτη. Οι πραγματικοί αριθμοί των θυμάτων πιστεύεται ότι είναι πολύ μεγαλύτεροι από αυτούς που έχουν αναφερθεί μέχρι τώρα.⁴¹

Σύμφωνα με εκτιμήσεις τη Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (Π.Ο.Υ.), σήμερα οι φορείς του HIV ανέρχονται σε 22 εκατομμύρια περίπου και καθημερινά προσβάλλονται 8.500 άτομα σε ολόκληρο τον κόσμο. Από τις αρχές της δεκαετίας 1980, εξάλλου, έχουν πεθάνει από AIDS 5,8 εκατομμύρια άνθρωποι.⁴²

Το μέγεθος του προβλήματος στην Ελλάδα

Η πρώτη περίπτωση AIDS που διαγνώσθηκε στην Ελλάδα, στο τέλος του 1983, αφορούσε άνδρα μαύρης φυλής από την Ζάμπια, αμφιφυλόφιλο, ηλικίας 2 ετών, που είχε εγκατασταθεί στην χώρα μας στις αρχές του 1983. Από τότε ο ρυθμός αύξησεως των κρουσμάτων ακολούθησε τα διεθνή πρότυπα.

Ήδη μέσα στο 1984 δηλώθηκαν επίσημα 6 κρούσματα. Το σκηνικό άλλαξε απότομα από τον Αύγουστο του 1983\5. Σ' αυτό συνέβαλαν δύο κυρίως γεγονότα. Πρώτα η εμφάνιση του πρώτου κρούσματος AIDS σε μικρό παιδί. Ιδιαίτερο ρόλο έπαιξε η οδός μολύνσεώς του από μετάγγιση αίματος. Η εμφάνιση του πρώτου αυτό κρούσματος συνέπεσε χρονικά με την αποκάλυψη της ασθένειας του ηθοποιού ROCK HUDSON και η ευρύτερη προβολή της από κάθε μέσο μαζικής ενημέρωσης σ' όλο τον κόσμο. Ο συνδυασμός των δύο αυτών γεγονότων και ο γνωστός χαρακτήρας του Έλληνα δημιούργησαν αδικαιολόγητο πανικό, που ευτυχώς ύστερα από τις συντονισμένες προσπάθειες του Υπουργείου Υγείας, δεν εξελίχθηκε σε μαζική υστερία. Συγχρόνως όμως, είχε και τις θετικές του επιπτώσεις. Η ενημέρωση του κόσμου αυξήθηκε. Το ευρύτερο κοινό άρχισε να ευαισθητοποιείται με το πρόβλημα. Ήταν πια φανερό ότι το AIDS που μέχρι τότε υποτιμούταν και θεωρούνταν χωρίς

ενδιαφέρον για την χώρα μας από τον γενικό πληθυσμό, εξελισσόταν σε πρόβλημα σοβαρό.³⁸

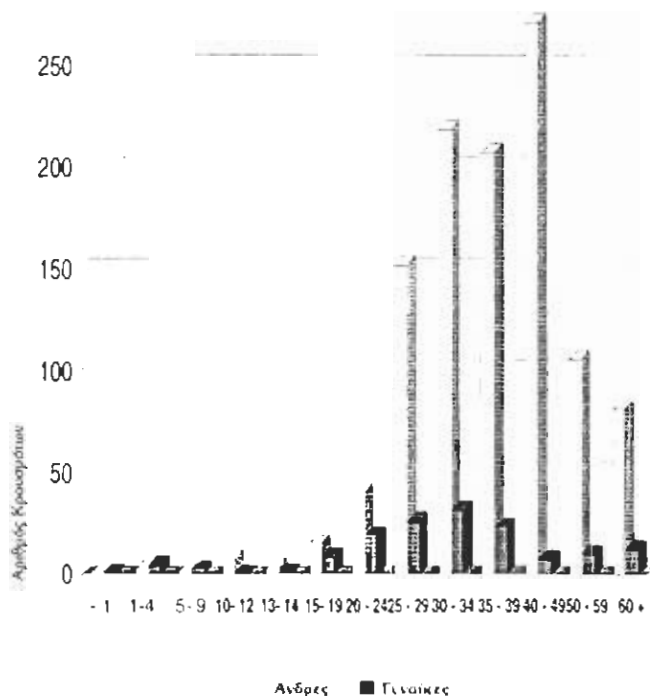
Στα τέλη της δεκαετίας του '80 είχαν δηλωθεί επίσημα 37 κρούσματα της ασθένειας, ενώ υπολογιζόταν ότι υπάρχουν 4000-5000 φορείς συνολικά. Στο τέλος όμως του 1993 είχαν καταγραφεί συνολικά 840 περιστατικά, από τα οποία το 50% ήταν ομοφυλόφιλοι, το 5% τοξικομανείς και το 20% ετερόφυλοι.⁴¹

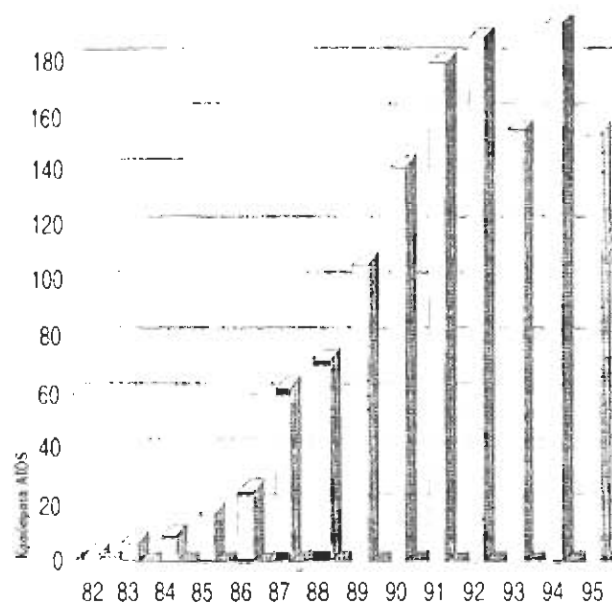
Στην Ελλάδα εξακολουθούμε να πιστεύουμε ότι το AIDS προσβάλλει τους ομοφυλόφιλους και τους τοξικομανείς. Ενώ από τις στατιστικές φαίνεται ότι αυξάνεται ραγδαία η μετάδοση από ετεροφυλικές σχέσεις.

Από έρευνα του 1992 φαίνεται πως οι νέοι μας αν και γνωρίζουν το AIDS, δεν γνωρίζουν πως μεταδίδεται και πως μπορούν να προφυλαχθούν. Το 80% των μαθητών λυκείου δεν έχουν ακούσει ούτε μία ομιλία από ειδικούς, ενώ το 43% των αγοριών και το 48% των κοριτσιών δεν χρησιμοποιούν κανένα προληπτικό μέτρο!

Το 1993 ο καθηγητής κ. Ι. Στρατηγός ανακοίνωσε ότι στη χώρα μας μέχρι το τέλος του 1992 είχαν καταγραφεί συνολικά 72 κρούσματα από τα οποία 14 αφορούν παιδιά, ενώ ο αριθμός των φορέων υπολογίζεται σε 15.000 άτομα!¹⁴

Μέχρι το τέλος του Σεπτεμβρίου του 1995 προσθέτοντας και τα κρούσματα των προηγούμενων ετών (1984-1994) έχουμε σύνολο 1.236 άτομα, από τα οποία 1.087 (87,9%) είναι άνδρες και 149 (12,1%) γυναίκες. Επίσης, έχουν δηλωθεί 516 (41,7%) θάνατοι.⁴³





**Δηλωθέντα κρούσματα AIDS (1984-30/09/97)
σε παιδιά (ηλικία <13 ετών)
κατά ηλικία και φύλο**

Χρόνια ηλικία	Δεκάτια		Κατάστημα		ΣΥΝΟΛΟ	
	Α	Β	Α	Β	Α	Β
0-4	0	0	0	0	0	0
5-9	0	0	0	0	0	0
10-14	1	1	4	22	4	23
15-19	0	0	0	0	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	1	1	4	22	5	23

**Δηλωθέντα κρούσματα AIDS (1984-30/09/97)
σε εφήβους και ενήλικες (ηλικία > 12 ετών)
κατά ηλικία και φύλο**

Ετήσια ηλικιακή ομάδα	Αριθμός κρουσμάτων	Αρσενικό		Θύλη	
		Αριθμός	(%)	Αριθμός	(%)
12-14					
15-17					
18-20					
21-24					
25-29					
30-34					
35-39					
40-44					
45-49					
50-54					
55-59					
60-64					
65-69					
70-74					
75-79					
80-84					
85-89					
90-94					
95-99					
Σύνολο					

ΠΑΙΔΙΑ (ηλικία <13 ετών)

Κατηγορία μετάδοσης	Αρσενικό n	(%)	Θύλη n	(%)	Σύνολο n	(%)
1. Πλάσμα/αγγίωμα με παράγωγα αίματος	7	63,6	0	0,0	7	35,0
2. Μετά μετάγγιση	0	0,0	2	22,2	2	10,0
3. Απροσδιόριστη	0	0,0	0	0,0	0	0,0
4. Από μητέρα σε παιδί						
4.1. Χρήστης Ενδ. Ναρκωτικών	1	9,1	0	0,0	1	5,0
4.2. Μετά μετάγγιση	0	0,0	0	0,0	0	0,0
4.3. Επικοινωνία (αξ. Επικοινωνία)	0	0,0	0	0,0	0	0,0
4.4. Απροσδιόριστη	3	27,3	7	77,8	10	50,0
Σύνολο	11	100,0	9	100,0	20	100,0

Έφηβοι και ενήλικες (ηλικίας > ή ίση των 13 ετών).

Κατηγορία μετάδοσης	Ανδρες N	(%)	Γυναίκες N	(%)	Σύνολο N	(%)
1 Ανδρες Ομο/Αμφι-φιλόφιλοι	682	60,3	-	-	682	53,4
2 Χρήστες Ενδ. Ναρκωτικών	35	3,1	13	9,0	48	3,8
3 Ομο/ Αμφι-φιλόφιλοι δ.Χ.Ε. Ναρκωτικών	9	0,8	-	-	9	0,7
4 Πολυμεταγγιζόμενοι με παράγωγα αίματος	79	7,0	2	1,4	81	6,3
5 Μετά μετάγγιση	30	2,7	22	15,2	52	4,1
6 Ετεροφυλ. Σεξ. Επαφή	81	7,2	61	42,1	142	11,1
7 Απροσδιόριστη	215	19,0	47	32,4	262	20,5
Σύνολο	1.131	100,0	145	100,0	1.276	100,0

8.4 ΙΟΣ HIV – ΤΡΟΠΟΣ ΔΡΑΣΗΣ

Όπως διατυπώθηκε και παραπάνω, το Σύνδρομο επίκτητης Ανοσολογικής /Ανεπάρκειας – AIDS, προκαλείται από τον ιό HIV. Ο ιός του ΕΙΤΖ έχει προκαλέσει μία άνευ προηγουμένου κινητοποίηση των ερευνητικών εργαστηρίων σ' όλο τον κόσμο και έναν πρωτοφανή συντονισμό και συνεργασία στον ερευνητικό τομέα σε παγκόσμιο επίπεδο. Κανένας άλλος ιός δεν υπήρξε ποτέ αντικείμενο τόσο εντατικών ερευνών σε τόσος σύντομο χρονικό διάστημα. Αποτέλεσμα της προσπάθειας αυτής είναι η σε βάθος γνώση του κύκλου πολλαπλασιασμού του και της γενετικής του οργάνωσης.¹¹

HIV σημαίνει Human Immune deficiency Virus, δηλαδή ιός επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας. Υπάρχουν 2 τύποι ιού: ο HIV 1 και ο HIV 2. Ο κυρίαρχος παγκοσμίως τύπος είναι ο HIV 1.³⁷

Παραδοσιακά, οι ιοί προσδιορίζονται και ταξινομούνται με βάση δύο κύρια χαρακτηριστικά: τον κύκλο πολλαπλασιασμού τους και την δομή του γενετικού τους υλικού. Με τον όρο κύκλος πολλαπλασιασμού ορίζεται η αλυσίδα των βιολογικών γεγονότων, από την αναγνώριση του κυττάρου ξενιστή του ιού έως την παραγωγή νέων ιικών σωματίων. Ο όρος δομή του γενετικού υλικού στην φύση του υλικού που φέρει τις γενετικές πληροφορίες του ιού [αν είναι δηλαδή ριβοζονουκλεϊκό οξύ (RNA) ή δεσοξυριβοζονουκλεϊκό οξύ (DNA)], καθώς και στην θέση του μέσα στο

ικό σωματίο και στον αριθμό των ικών γενετικών στοιχείων που είναι απαραίτητα για τον κύκλο πολλαπλασιασμού.

Οι ιοί του EITZ ανήκουν στην ομάδα των ιών που είναι γνωστοί ως ρετροϊοί. Ένας ρετροϊός έχει σωματίο σφαιρικό, με διάμετρο 80-100 νανομέτρων (ή δισεκατομμυριοστών του μέτρου). Τα κύρια συστατικά του σφαιρικού σωματίου είναι ένα «αγκαθωτό» εξωτερικό περίβλημα (καψίδια) που περικλείει έναν «πυρήνα», στο εσωτερικό του οποίου βρίσκεται το γενετικό υλικό, το οποίο στους ρετροϊούς είναι το RNA. Το κυριότερο όμως χαρακτηριστικό των ρετροϊών είναι ο τρόπος πολλαπλασιασμού τους: το RNA τους παρουσιάζει την ιδιότητα να μπορεί να μετατραπεί σε DNA, το λεγόμενο «προ-ικό» DNA, μόλις μπει στο κύτταρο ξενιστή.

Από την άποψη της παθογόνου ικανότητας ,οι ιοί HIV ανήκουν στην κατηγορία των ρετροϊών που είναι γνωστοί ως «αργοί» ιοί . Πρόκειται για ιούς που προκαλούν ασθένειες με πολύ μακρό χρόνο επώασης , ώστε η λοίμωξη να είναι αφανής για πολλά χρόνια.

Όπως ειπώθηκε και πιο πάνω, μέχρι σήμερα έχουν προσδιορισθεί δυο υποείδη του ιού HIV : το υποείδος HIV1, το οποίο απαντά στην Ευρώπη , την Αμερική την Κεντρική και την Ανατολική Αφρική και το υποείδος HIV2, το οποίο απαντά στην Δυτική Αφρική. Και τα δύο αυτά υποείδη απαντούν σε πολλές παραλλαγές. Η έντονη γενετική ποικιλομορφία των HIV συνιστά ένα από τα κυριότερα χαρακτηριστικά της ομάδας των ιών αυτών.¹¹

Ανοσοποιητικό σύστημα

Ο οργανισμός του ανθρώπου διαθέτει μια τεράστια ποικιλία αμυντικών όπλων απέναντι στα χιλιάδες μικρόβια και τους μικροοργανισμούς που υπάρχουν στο περιβάλλον.

Την άμυνα αυτή την έχει αναλάβει το ανοσοποιητικό σύστημα. Το σύστημα αυτό λοιπόν έχει στόχο και σκοπό να αμύνεται κατά των μικροβίων , όπως είναι οι ιοί, τα βακτήρια, οι μύκητες, τα παράσιτα, που εισβάλλουν στον οργανισμό μας. Όταν ένα μικρόβιο μπει στον οργανισμό, το ανοσοποιητικό σύστημα σημαίνει «συναγερμό» και συντονίζει τις αμυντικές δυνάμεις του οργανισμού. Ο ιός του AIDS προσβάλλει και καταστρέφει το ανοσολογικό σύστημα. Η άμυνα του οργανισμού καταρρέει με συνέπεια μικρόβια που σε φυσιολογικά άτομα δεν προκαλούν νόσο, σε ασθενείς με AIDS , να προκαλούν σοβαρές και συχνά θανατηφόρες αρρώστιες.^{14,37} Έτσι λοιπόν η καθοριστική διάσταση της κρίσης αυτής είναι βιολογική.

Πρόκειται για την ιδιαίτερα επικίνδυνη ιδιότητα του ιού του AIDS να επιβιώνει στο περιβάλλον που είναι το πλέον εχθρικό γι' αυτόν, δηλαδή μέσα σε ορισμένα κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος. Εδώ λοιπόν εμφανίζεται όλο το πλαίσιο της βιολογικής κρίσης : για να επιτελέσει την λειτουργία του, το ανοσοποιητικό σύστημα, δεν έχει άλλα περιθώρια δράσης από το να προσβάλλει τον ίδιο του τον εαυτό. Για να προστατέψει τον οργανισμό δεν μπορεί να κάνει τίποτε άλλο από το να αυτοκαταστραφεί, τουλάχιστον εν μέρει, «φονεύοντας»όσα από τα κύτταρά του έχουν προσβληθεί. Όσο τεράστιο και αν είναι το κόστος της στρατηγικής αυτής θα ήταν αποτελεσματική αν μπορούσε να καταστρέψει όλα τα σταγονίδια του ιού. Αυτό ωστόσο , δεν είναι δυνατόν για τρεις τουλάχιστον λόγους . Ο πρώτος είναι ότι ο ιός HIV παραμένει μέσα στο κύτταρο εκδηλώνοντας μία «χαμηλόφωνη»δραστηριότητα για χρόνια, μια δραστηριότητα δηλαδή που δεν παρουσιάζει κανένα (ή σχεδόν κανένα)στοιχείο που να μπορεί να την αποκαλύψει. Το πιο ολέθριο χαρακτηριστικό του ιού αυτού είναι ότι συγχωνεύεται στην ταυτότητα του κυττάρου, υποσκάπτει το βιολογικό εγώ και αφαιρεί την ανοσία του. Ο δεύτερος λόγος είναι ότι ο ιός του AIDS μεταλλάσσεται πολύ γρήγορα, πολλαπλασιάζοντας κατ' αυτόν τον τρόπο τα προβλήματα αναγνώρισής του από το ανοσοποιητικό σύστημα. Ο τρίτος είναι ότι συγχρονίζει τον κύκλο αναπαραγωγής του με την δραστηριότητα του ανοσοποιητικού συστήματος, ότι δηλαδή πολλαπλασιάζεται τόσο γρήγορα όσο εντείνεται η δραστηριοποίηση του ανοσοποιητικού συστήματος.

Από όσα αναφέρθηκαν γίνεται κατανοητή η απόκλιση που παρουσιάζεται μεταξύ της δραστηριότητας του ιού *in vitro* (στο εργαστήριο) και της δραστηριότητάς του *in vivo*(στον οργανισμό). Το αποτέλεσμα της απόκλισης αυτής είναι η δυσκολία ανεύρεσης αποτελεσματικών μεθόδων θεραπείας και σε χρονικά πλαίσια που επιτρέπουν το σταμάτημα της επιδημίας. Πράγματι , διάφορες χημικές ουσίες αποτελεσματικές *in vitro* αποδεικνύονται μεν αποτελεσματικές *in vivo*,αλλά για μικρό μόνο χρονικό διάστημα , μέχρι ότου δηλαδή εμφανισθούν μεταλλαγμένα στελέχη του ιού , ανθεκτικά σ' αυτές .¹¹

Παρόλα αυτά , ο ιός του AIDS είναι ιδιαίτερα ευαίσθητος. Ζει ελάχιστα στον αέρα και στο νερό , ενώ εύκολα μπορεί να καταστραφεί με κοινά απολυμαντικά ή καθαριστικά μέσα όπως :

-Με την χρήση διαλύματος χλωρίνης

-Με την χρήση θερμότητας (πάνω από 60) , όπως το πλύσιμο των ρούχων με ζεστό νερό και απορρυπαντικά

-Με την χρήση οινόπνεύματος 70%.¹⁴

-Με την χρήση οξυζενέ και απορρυπαντικών.

Πολλαπλασιασμός του ιού

Από την στιγμή που ο ιός εισέρχεται στο σώμα , προσβάλλει και καταστρέφει επιλεκτικά μέρος του ανοσολογικού συστήματος, κυρίως τα επικουρικά T4 λεμφοκύτταρα και κατά δεύτερο λόγο τα μονοπύρρηνα και τα μακροφάγα γενικότερα .Επίσης προσβάλλει τα ολιγονευρογλοιακά κύτταρα του Κ Ν Σ και τα κύτταρα του Langerhans στο δέρμα.

Η προσπέλαση του HIV στο εσωτερικό των παραπάνω κυττάρων γίνεται μετά από σύνδεση της γλυκοπρωτεΐνης του εξωτερικού περιβλήματός του με ένα μόριο της επιφάνειας των κυττάρων ,που αναφέρεται ως αντιγόνο CD4, που χρησιμεύει στην περίπτωση αυτή ως υποδοχέας της γλυκοπρωτεΐνης του περιβλήματος του ιού .²

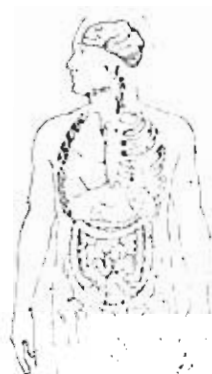
Τον πρώτο καιρό μετά την μόλυνση ο ιός μοιάζει να εφησυχάζει μέσα στα κύτταρα που έχει μολύνει . Μόλις όμως αυτά αρχίζουν να πολλαπλασιάζονται , τότε αρχίζει και αυτός να πολλαπλασιάζεται με τόσο ταχύ ρυθμό που προκαλεί κυριολεκτικά την έκρηξή τους. Επακολουθεί ιαιμία , δηλαδή ελεύθερη διασπορά του ιού και μόλυνση νέων βοηθητικών λεμφοκυττάρων καθώς και αναζωπύρωση της μεταβίβασης του ιού από κύτταρο σε κύτταρο. Έτσι λοιπόν , κάθε αιτία που προκαλεί πολλαπλασιασμό των βοηθητικών λεμφοκυττάρων και των μακροφάγων του ανθρώπου που είναι φορέας του AIDS , όπως π.χ μια απλή γρίπη , προκαλεί παράλληλα σε πολλαπλασιασμό του ιού που οδηγεί με την σειρά του σε μόλυνση νέων κυττάρων . Μετά από κάθε τέτοιο πολλαπλασιασμό, ο αριθμός των βοηθητικών λεμφοκυττάρων που δεν έχουν ακόμα μολυνθεί ελαττώνεται. Η ελάττωση αυτή κάποτε φθάνει σε κρίσιμο σημείο ώστε να ανεπαρκεί όλο το ανοσοποιητικό σύστημα και να μην μπορεί πλέον να αντεπεξέλθει στις διάφορες λοιμώξεις . Ο μέχρι τότε ασυμπτωματικός φορέας αρχίζει να εμφανίζει τα κλινικά συμπτώματα που χαρακτηρίζουν την επίκτητη ανοσοανεπάρκεια η AIDS .⁴⁰

Δυνητικές θέσεις εντόπισης του ιού

Ο υπεύθυνος ιός του AIDS απομονώθηκε πρώτα στα λεμφογάγγλια και στο αίμα των ασθενών και φαινομενικά υγιών ατόμων.

Στην συνέχεια βρέθηκε στο σπέρμα δύο ασθενών με AIDS και στο σπέρμα ενός φαινομενικά υγιούς ομοφυλόφιλου .

Σχεδόν ταυτόχρονα ο ίδιος ιός απομονώθηκε στο σάλιο ενός ασθενούς και πολλών ατόμων που είχαν προσβληθεί από συγγενείς παθήσεις. Ο HIV υπάρχει στο αίμα και στο σπέρμα όχι μόνο συνδεδεμένος ή ενσωματωμένος στα λεμφοκύτταρα (που είναι πολύ περισσότερα στο σπέρμα παρά στο αίμα), αλλά και σε ελεύθερη μορφή .Επιδημιολογικές παρατηρήσεις επιτρέπουν να υποτεθεί η παρουσία του ιού στις τραχηλικές και κολπικές εκκρίσεις. Βρέθηκε επίσης στα δάκρυα στο μητρικό γάλα και στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό.³⁵



8.5 ΤΡΟΠΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ – ΟΜΑΔΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ – ΧΡΟΝΟΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Αποτελεί σήμερα βεβαιότητα ,ότι η μετάδοση του ιού από άτομο σε άτομο επιτελείται, όταν κύτταρα προσβεβλημένα του ενός έρθουν σε επαφή με το αίμα ή τους ιστούς του άλλου. Περίπτωση μεταβίβασης του ιού δια των αεροφόρων οδών ή δια μέσου του γαστρεντερικού συστήματος δεν έχει αναφερθεί.

Ο ιός HIV μπορεί να μεταδίδεται :³⁶

- Με σεξουαλική επαφή (από ένα προσβεβλημένο άτομο στον ή στην ερωτική του σύντροφο –από άνδρα σε γυναίκα , από γυναίκα σε άνδρα , από άνδρα σε άνδρα , και από γυναίκα σε γυναίκα) ή από δότη σπέρματος . Η σεξουαλική επαφή αναφέρεται σε διεισδυτική επαφή πέους -κόλλου , πέους – πρωκτού ή στόματος – κόλλου.

- Με έκθεση σε αίμα η παράγωγα αίματος η με μεταμόσχευση οργάνων η ιστών . Η έκθεση σε μολυσμένο από HIV αίμα μπορεί να είναι αποτέλεσμα μετάγγισης μη ελεγχθέντος αίματος , επαναχρησιμοποίησης μολυσμένων συριγγών και βελονών , π.χ από χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών ή σε άλλες καταστάσεις.
- Από την μητέρα στο έμβρυο η το βρέφος . Κάτι τέτοιο μπορεί να συμβεί , όταν η μητέρα είναι φορέας του ιού με τους εξής τρόπους α)μέσα από τον πλακούντα κατά την εγκυμοσύνη β)κατά την διάρκεια της γέννας και γ)με τον θηλασμό.⁴¹

Σεξουαλική μετάδοση του HIV

Ο HIV έχει απομονωθεί από πολλά βιολογικά υγρά μολυσμένων ατόμων. Λεπτομερείς επιδημιολογικές μελέτες σε όλο τον κόσμο έχουν αποδείξει την μετάδοση με σεξουαλική επαφή μετά από έκθεση σε αίμα , σπέρμα και κολπικές η τραχηλικές εκκρίσεις. Έκθεση σε οποιαδήποτε από αυτά τα υγρά μπορεί να συμβεί κατά την σεξουαλική επαφή.

Ο ακριβής κίνδυνος μόλυνσης με HIV μετά από μία και μόνο σεξουαλική επαφή δεν είναι γνωστός. Εκτιμήσεις σε πληθυσμιακό επίπεδο υποδεικνύουν ότι ο κίνδυνος μετάδοσης μέσω επαφής πέους –κόλπου ή πέους – πρωκτού, είναι γενικά μικρότερος από μια λοίμωξη ανά 100 εκθέσεις . Τέτοιες στατιστικές μελέτες όμως , περιγράφουν την πιθανότητα σε μια ομάδα ατόμων και δεν μπορούν να εφαρμοσθούν σε ατομικό επίπεδο. Ενώ μερικά άτομα είχαν πολλαπλές σεξουαλικές επαφές με ένα μολυσμένο άτομο, χωρίς να προσβληθούν από τον HIV , άλλοι έχουν προσβληθεί μετά από μία και μόνο σεξουαλική επαφή. Επανεπιλημμένες σεξουαλικές επαφές με μολυσμένο άτομο αυξάνουν τον κίνδυνο μόλυνσης.

Ο κίνδυνος μόλυνσης με HIV μετά από σεξουαλική επαφή εξαρτάται από (1) την πιθανότητα να είναι μολυσμένος ο ερωτικός σύντροφος , (2) το είδος της σεξουαλικής επαφής , (3) την συγκέντρωση του ιού στο αίμα ή στις εκκρίσεις του μολυσμένου συντρόφου και (4) την παρουσία στον ένα από τους δύο συντρόφους άλλων σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων ή και εξελκώσεων των γεννητικών οργάνων , που αυξάνουν τον κίνδυνο μετάδοσης του HIV .

1. **Μολυσμένος ερωτικός σύντροφος** . Ο επιπολασμός της λοίμωξης από HIV στον σεξουαλικά δραστήριο πληθυσμό ποικίλλει ανάμεσα στις διάφορες

περιοχές , όπως επίσης και ανάμεσα στις διάφορες πληθυσμιακές ομάδες σε όλες τις περιοχές . Η πιθανότητα να έχει υποστεί ένα άτομο λοίμωξη από HIV με σεξουαλική επαφή , είναι γενικά , ανάλογη με τον αριθμό των ερωτικών συντρόφων που είχε τα τελευταία χρόνια . Στις περιοχές όπου ο επικρατέστερος τρόπος μετάδοσης του HIV είναι η ετεροφυλική επαφή , ο μεγαλύτερος επιπολασμός της λοίμωξης βρέθηκε μεταξύ των ιερόδουλων γυναικών και αμέσως μετά μεταξύ των ανδρών που είχαν συχνές επαφές με ιερόδουλες . Όπως συμβαίνει και με τα περισσότερα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα η αναλογία του αριθμού των μολυνθέντων γυναικών , φαίνεται να είναι χαμηλότερη (κάτω από ένα) στους σεξουαλικά δραστήριους εφήβους και νεαρούς ενήλικες και υψηλότερη (πάνω από ένα) στους μεγαλύτερους ενήλικες .

Γενικά , η λοίμωξη είναι συχνότερη στις αστικές παρά στις αγροτικές περιοχές . Η πιθανότητα να συναντήσει ένας ομοφυλόφιλος άνδρας έναν ερωτικό σύντροφο μολυσμένο με HIV κυμαίνεται από ένα μικρό ποσοστό , για εκείνους που έχουν λίγους άνδρες –ερωτικούς συντρόφους σε περιοχές με χαμηλό επιπολασμό AIDS , έως πάνω από 70% , για άνδρες που έχουν πολλούς ερωτικούς συντρόφους σε περιοχές όπου παρατηρείται υψηλός επιπολασμός .

2. **Είδος σεξουαλικής επαφής** . Όλες οι μορφές σεξουαλικής επαφής έχουν κάποιο κίνδυνο μετάδοσης του HIV . Ενώ υπάρχουν δεδομένα που υποστηρίζουν διαφορές στο σχετικό κίνδυνο λοίμωξης μεταξύ των διαφόρων μορφών σεξουαλικής επαφής , δεν είναι ακόμα γνωστό το ακριβές επίπεδο κινδύνου, που αφορά την κάθε μια από αυτές. Ο τραυματισμός του βλεννογόνου του ορθού ή του κόλπου μπορεί να διευκολύνει την μετάδοση του HIV , δεν αποτελεί όμως καθοριστικό παράγοντα για την μετάδοσή του . Υψηλότερος κίνδυνος λοίμωξης από HIV μεταξύ ανδρών και γυναικών που έχουν παθητικές πρωκτικές επαφές με μολυσμένο σύντροφο.

Μεταξύ των ετερόφυλων ανδρών και γυναικών , η κολπική επαφή έχει μεγαλύτερο κίνδυνο από την στοματική .⁴⁴

Η μετάδοση του HIV με την επαφή στόματος – γεννητικών οργάνων είναι δυνατή , αλλά τα στοιχεία που υπάρχουν είναι τόσο λίγα , που δεν επιτρέπουν την ποσοτική εκτίμηση του κινδύνου από μια τέτοια επαφή . Πρέπει όμως να γνωρίζουμε ότι ο ιός του AIDS έχει βρεθεί και στα υγρά του κόλπου των γυναικών , αλλά και στο σπέρμα και το προστατικό υγρό (το πρώτο διαφανές υγρό που βγαίνει) των ανδρών .

Αυτό σημαίνει ότι ερχόμενοι σε επαφή με τις σεξουαλικές εκκρίσεις ενός συντρόφου που είναι μολυσμένος (-η) , εκτιθέμεθα σε κάποιο κίνδυνο. Συνιστούνται λοιπόν, ανεπιφύλακτα μέτρα ασφαλείας.

Το φιλί δεν έχει αποδειχθεί ότι παρουσιάζει κίνδυνο μετάδοσης Υπό φυσιολογικές συνθήκες, ο ιός του AIDS δεν βρίσκεται στο σάλιο ή βρίσκεται σε απειροελάχιστες ποσότητες .Όταν δύο «υγιή» στόματα φιλιούνται , ακόμα κι όταν η γλώσσα εισέρχεται βαθιά στο στόμα του άλλου, δεν υπάρχει ιδιαίτερος κίνδυνος. Όμως, ο καθένας έχει παρουσιάσει αιμορραγία από τα ούλα ή κάποια μικρή πληγή στα ούλα. Αν αυτό ισχύει και για τους δύο που φιλιούνται και περάσει αίμα από το στόμα του ενός στο στόμα του άλλου, τότε υπάρχει κίνδυνος μετάδοσης του ιού. Πάντως δεν γνωρίζουμε ακριβώς τις πιθανότητες αυτές.³⁷

3. Συγκέντρωση του ιού στο αίμα η στις εκκρίσεις του μολυσμένου συντρόφου.

Άτομα μολυσμένα με HIV πιστεύεται ότι γίνονται περισσότερο μολυσματικά, όταν η μόλυνση εξελίσσεται σε φανερή νόσο και σύνδρομο επίκτητης ανοσοανεπάρκειας (AIDS).

4. Παρουσία άλλων σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νοσημάτων

Υπάρχουν συνεχώς αυξανόμενες αποδείξεις ότι η παρουσία ενός άλλου σεξουαλικώς μεταδιδόμενου νοσήματος στον έναν ή και στους δύο συντρόφους μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο μετάδοσης του HIV. Η εξέλκωση των γεννητικών οργάνων που συμβαίνει στο μαλακό έλκος, στη σύφιλη ή στον έρπητα, φαίνεται ότι αυξάνει την ευαισθησία των μη μολυσμένων ατόμων στην λοίμωξη, ενώ στα ήδη μολυσμένα με HIV άτομα αυξάνει την μολυσματικότητα.⁴⁴

Μετάδοση μέσω το αίματος

Η μετάδοση μέσω του αίματος παίζει σήμερα σοβαρό ρόλο σε δυο κύριες κατηγορίες πληθυσμού, στους τοξικομανείς και σε άτομα που δέχονται μεταγγίσεις αίματος ή απαιτείται να χρησιμοποιήσουν εμπορικά σκευάσματα από φυσιολογικό αίμα (π.χ τα σκευάσματα με συμπυκνωμένο αντισταμοφιλικό παράγοντα που χρησιμοποιείται στην αιμοφιλία).

Στην περίπτωση των τοξικομανών ,η ανταλλαγή μη αποστειρωμένων συριγγών για την ένεση του ναρκωτικού είναι υπεύθυνη για την δραματική έκταση της επιδημίας στους τοξικομανείς , ιδιαίτερα στην νότια Ευρώπη , στις ανατολικές ακτές των ΗΠΑ και σε ορισμένες χώρες της νοτιοανατολικής Ασίας , όπως είναι η Ταϊλάνδη . Στην τελευταία αυτή περίπτωση το ποσοστό των προσβληθέντων

τοξικομανών κατά το 1988 ήταν 5% αλλά το 1990 ήταν 40% , γεγονός που αποδεικνύει την αποτελεσματικότητα του τρόπου αυτού μετάδοσης . Επί πλέον , η επέκταση της επιδημίας στους τοξικομανείς , ευνοεί την επέκτασή της και σε άλλες ομάδες μέσω της σεξουαλικής επαφής , ιδιαίτερα μέσω της πορνείας .Με δεδομένη την έκταση της μόλυνσης σ' αυτήν την μερίδα του πληθυσμού , τα προγράμματα πρόληψης που αναφέρονται στους τοξικομανείς πρέπει ταυτόχρονα να μεριμνούν και για το θέμα της σεξουαλικής μετάδοσης.

Η δεύτερη κατηγορία πληθυσμού που απειλείται σοβαρά από την νόσο είναι τα άτομα που έχουν ανάγκη μεταγγίσεων ή προϊόντων από αίμα. Ο κίνδυνος ωστόσο της μόλυνσης στις περιπτώσεις αυτές έχει μειωθεί κατά πολύ, στις ανεπτυγμένες τουλάχιστον χώρες, με την υιοθέτηση του συστηματικού ελέγχου των αιμοδοτών και του συστηματικού έλεγχου των μεθόδων καταστροφής των ιών που χρησιμοποιούνται στην διαδικασία παρασκευής σκευασμάτων από αίμα.

Είναι ωστόσο, τουλάχιστον θεωρητικά, δυνατή η μετάδοση της νόσου με αίμα δότη, ο οποίος έχει προσβληθεί πρόσφατα από AIDS γιατί στην περίπτωση αυτή δεν έχουν ακόμη αναπτυχθεί αντισώματα στο αίμα του ατόμου και κατά συνέπεια δεν μπορούν να ανιχνεύσουν εάν το άτομο είναι φορέας ή όχι. Η πιθανότητα αυτή, ωστόσο, θεωρείται μηδαμινή. Δεν ισχύουν τα ίδια σε χώρες όπου τα μέτρα αυτά πρόληψης δεν γίνονται κατά τρόπο συστηματικό. Πρόσφατο παράδειγμα αποτελεί η Ρουμανία, όπου εκατοντάδες κρούσματα μόλυνσης από μετάγγιση αποκαλύφθηκαν πρόσφατα.

Υπάρχουν πράγματι η δυνατότητα μετάδοσης του ιού οποτεδήποτε μολυσμένο είμαι έλθει σε επαφή με το αίμα υγιούς ατόμου. Οι «δυναμικά επικίνδυνες» αυτές καταστάσεις είναι πολλές: κατά την παροχή πρώτων βοηθειών, με τον βελονισμό, με αιφνίδιο τραυματισμό από ένα μολυσμένο αιχμηρό αντικείμενο, με το δάγκωμα, με τραυματισμό ή ένεση (π.χ. στο κομμωτήριο) κ.τ.λ. Ο θεωρητικός κίνδυνος μόλυνσης στις καταστάσεις αυτές δεν μπορεί να απορριφθεί.

Πρακτικά, ο κίνδυνος έκθεσης σε μολυσμένο αίμα αφορά σχεδόν αποκλειστικά το προσωπικό των ιατρικών εργαστηρίων. Μέχρι σήμερα έχουν αναφερθεί τουλάχιστον 50 τέτοια «επαγγελματικά» κρούσματα μόλυνσης. Τα περισσότερα από αυτά αφορούν τραυματισμό του προσωπικού από σύριγγες που είχαν χρησιμοποιηθεί σε ασθενείς για αιμοληψία ή χορήγηση ενέσιμων φαρμάκων.

Μετάδοση από την μητέρα στο παιδί

Η μετάδοση του τύπου αυτού αποτελεί τον τρίτο τρόπο μόλυνσης. Είναι γνωστό ότι καθ' όλη την προγεννητική περίοδο η αιματική κυκλοφορία μητέρας και εμβρύου γίνεται μέσω του πλακούντα. Αυτό εξηγεί το γιατί κατά τη γέννηση, όλα τα παιδιά, τα οποία γεννιούνται από προσβεβλημένη μητέρα είναι φορείς αντισωμάτων εναντίον του HIV, τα οποία έχουν παραχθεί από το ανοσολογικό σύστημα της μητέρας σε αντίδραση προς την προσβολή. Αλλά ο πλακούντας συμπεριφέρεται όπως ένα φυσικό φίλτρο και ο ίδιος ο ιός δεν προσβάλλει το έμβρυο παρά μόνον κατά ένα ποσοστό, το οποίο κυμαίνεται, κατά τις πιο πρόσφατες εργασίες, στο 15-20%. Δεν γνωρίζουμε ακόμη τους μηχανισμούς που προστατεύουν το έμβρυο στο υπόλοιπο 80%.

Πρόσφατες εργασίες έχουν δείξει επίσης ότι ο ιός θα μπορούσε να μεταδοθεί με την μητρική γαλουχία. Από αυτόν τον τρόπο μετάδοσης πηγάζουν πολύ δύσκολα προβλήματα δημόσιας υγείας στις φτωχές χώρες, στις οποίες η απουσία γάλακτος παρομοίου με εκείνου της μητέρας και τα προβλήματα διατροφής και πόσιμου νερού, καθιστούν την μητρική γαλουχία απαραίτητη για την υγεία του παιδιού. Στις βιομηχανικές χώρες το πρόβλημα αυτό δεν τίθεται.

Αυτός ο τρόπος μετάδοσης θέτει το πρόβλημα διακοπής της κύησης, μια δύσκολη απόφαση, η οποία ανήκει κατ' αρχήν στην μητέρα. Ο κίνδυνος της μετάδοσης της νόσου στο παιδί (ο οποίος είναι μικρότερος στην πραγματικότητα από ότι πιστευόταν πριν μερικά χρόνια), δεν αποτελεί το μοναδικό δυσμενές στοιχείο. Υπεισέρχεται επίσης το μέλλον των γονέων, ιδιαίτερα αν είναι και οι δύο προσβεβλημένοι.¹¹

Πως δεν μεταδίδεται ο ιός του AIDS

Ο ιός του AIDS έχει απομονωθεί, εκτός από τα κύτταρα, τα οποία αναφέρθηκαν πιο πάνω, και σε όλα σχεδόν τα υγρά του ανθρώπινου σώματος. Με βεβαιότητα όμως, που προσεγγίζει α 100%, ο ιός μεταδίδεται μόνο με το σπέρμα, το αίμα και τα κολπικά υγρά. Δεν μεταδίδεται με κανένα άλλο υγρό στο οποίο έχει διαπιστωθεί η παρουσία του.⁴⁰

Οι ακόλουθοι τρόποι δεν μεταδίδουν AIDS

Δεν μεταδίδεται από απλή
συναναστροφή στους
χώρους εργασίας και στο
κοινωνικό περιβάλλον.



Δεν μεταδίδεται από
το φαγητό.



Δεν μεταδίδεται
Από τις τουαλέτες



Δεν μεταδίδεται από
τους κοινόχρηστους
χώρους.



Δεν υπάρχει απόδειξη ότι ο HIV μπορεί να μεταδοθεί από την αναπνευστική οδό ή από τυχαία επαφή ατόμου με άλλο άτομο, στο σπίτι ή έξω από το σπίτι. Δεν υπάρχει απόδειξη ότι ο HIV μπορεί να μεταδοθεί από έντομα, τροφές, νερό, τουαλέτες, κολυμβητήρια, ιδρώτα, δάκρυα, κοινή χρήση σκευών φαγητού και ποτού ή άλλων αντικειμένων, όπως τηλεφώνων ή ρούχων από δεύτερο χέρι.⁴⁵

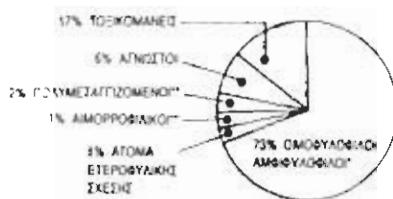
Η επιμονή στους τρόπους με τους οποίους δεν μεταδίδεται ο ιός είναι δικαιολογημένη, διότι ο φόβος του AIDS στηρίζεται ακριβώς στην εξωπραγματική αντίληψη ότι υπάρχει παντού ή ότι μπορεί να κολλήσουμε ακόμη κι αν σφίξουμε το χέρι του αρρώστου ή και του φορέα. Κι όμως αυτό το σφίξιμο του χεριού, το απολύτως ακίνδυνο, είναι για τον άρρωστο με AIDS η καλύτερη μετάγγιση ανθρωπιάς, ελπίδας και συμπαράστασης.⁴⁰

Ομάδες υψηλού κινδύνου

Είναι ευνόητο από τον περιγραφέντα τρόπο μετάδοσης του ιού, ότι υπάρχουν ομάδες υψηλού κινδύνου νοσήσεως από τον ιό HIV. Στις ομάδες υψηλού κινδύνου συμπεριλαμβάνονται άτομα που λόγω του τρόπου ζωής τους, εκτίθενται συχνά στον ιό αυτό.

- Στην ομάδα των ομοφυλοφίλων και αμφιφυλόφιλων (έχει διαπιστωθεί το 70% των περιπτώσεων)
- Στην ομάδα των τοξικομανών (στο Παρίσι το 50-70% των τοξικομανών λέγεται ότι είναι φορείς του AIDS, οροθετικοί)
- Τα άτομα με πολλούς και ευκαιριακούς σεξουαλικούς συντρόφους
- Οι αιμοφιλικοί
- Τα μεταγγιζόμενα άτομα
- Τα παιδιά των οροθετικών μητέρων

Την τελευταία δεκαετία τα ήθη έχουν αλλάξει. Τα συνδικάτα των ομοφυλοφίλων συνεργάζονται με τους φορείς της δημόσιας υγείας. Οι ναρκομανείς άρχισαν σε κάποιο ποσοστό να χρησιμοποιούν ο καθένας ατομική σύριγγα και βελόνα μιας χρήσης. Το μεταγγιζόμενο αίμα ελέγχεται. Ο χαρακτηρισμός «ομάδες υψηλού κινδύνου» χρησιμοποιείται όλο και λιγότερο. Στο τελευταίο παγκόσμιο συνέδριο για το AIDS, αναφέρθηκαν κυρίως στην **συμπεριφορά υψηλού κινδύνου** και τονίσανε ότι θα πρέπει να αλλάξει ο τρόπος σεξουαλικής συμπεριφοράς.¹⁴



Χρόνος εκδήλωσης της νόσου

Πριν αναφερθούμε στον χρόνο εκδήλωσης της νόσου, θα πρέπει να γίνει κατανοητή εκατό τις εκατό, η έννοια του φορέα. Φορέας λοιπόν είναι το άτομο που έχει μολυνθεί με τον ιό, αλλά δεν έχει νοσήσει ακόμη (δηλαδή δεν έχει παρουσιάσει κανένα σύμπτωμα). Λέγεται και HIV (+) άτομο ή οροθετικός για HIV . Το άτομο αυτό μεταδίδει τον ιό στους άλλους μέσω των οδών που αναφέρθηκαν πιο πάνω .³⁷

Όσο περνούν τα χρόνια και επεκτείνονται οι επιδημιολογικές μελέτες , προκύπτει ότι:

1.Ο χρόνος επώασης της νόσου ή μέχρι του πλήρους συνδρόμου του AIDS είναι μεγαλύτερος από όσο αρχικά ενομιζετο , συγκεκριμένα 60 +_34μήνες , δηλαδή από δύο έως οκτώ χρόνια . Έτσι ,οι φορείς για περισσότερα ακόμη χρόνια θα μεταδίδουν ανεμπόδιστα τον ιό χωρίς καν να το ξέρουν ότι είναι φορείς .

2.Πολύ περισσότεροι φορείς από ότι επιστεύετο άλλοτε , νοσούν τελικά . Αναλυτικότερα , σύμφωνα με γενικότερα δεδομένα :

- το 9% στα 4 χρόνια
- το 14%στα 5 χρόνια
- το 22%στα 6 χρόνια
- το34%στα 7 χρόνια
- το 38% στα 8 χρόνια



-το 42% στα 9 χρόνια .Τα ποσοστά δηλαδή μεγαλώνουν όσο περνούν τα χρόνια .

3. Ενδέχεται , επί πλέον και να μην μπορούν να μάθουν κάποιοι ότι είναι φορείς , όταν συμβαίνει να μην αναπτύσσουν αντισώματα για μακρό χρονικό διάστημα , ενώ έχουν τον ιό και τον μεταδίδουν . Από μελέτη στο «Χάρμπορ UCLA» σε 131 ομοφυλόφιλους με έντονη ερωτική ζωή , που κανείς τους δεν παρουσίαζε στοιχεία προσβολής από τον ιό , λεπτομερέστερος έλεγχος αποκάλυψε ιοφορία σε 31 από αυτούς και από αυτούς τους 31 στους 27 δεν είχαν αναπτυχθεί αντισώματα.
4. Μετά την παρέλευση 8 ετών , προέκυψε από μια μελέτη , ότι ένα ποσοστό 25%των φορέων δεν είχε νοσήσει ακόμα .Αυτό είναι ελπιδοφόρο για τους φορείς , όμως επειδή έχουν τον ιό μέσα τους , υπάρχει ο κίνδυνος να τον μεταδίδουν σε άλλους ανυποψίαστα .⁴⁶

Συχνότητα εξέλιξης

Πάνω από το 50% των ατόμων που είναι φορείς του ιού HIV είναι πιθανό να αναπτύξουν την ασθένεια μέσα στα πρώτα 10 χρόνια μετά την διάγνωση . Από αυτούς που αναπτύσσουν την ασθένεια πάνω από το 50% πεθαίνει μέσα στους πρώτους 18 μήνες μετά την διάγνωση .Στις ΗΠΑ , το AIDS έχει γίνει ήδη πιο σημαντική αιτία πρόωρου θανάτου από την χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και από τον σακχαρώδη διαβήτη.⁴¹

8.6 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ - ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Τα κλινικά σημεία και τα συμπτώματα της λοίμωξης από HIV είναι εξαιρετικά σύνθετα. Περιλαμβάνουν τόσο τα σημεία και τα συμπτώματα των ευκαιριακών λοιμώξεων, όσο και κείνα που προκαλούνται άμεσα από τον ιό.

Η λοίμωξη από HIV μπορεί να διαιρεθεί σε τέσσερα στάδια, που δεν είναι απαραίτητο να εμφανιστούν σε όλα τα άτομα. Τα στάδια αυτά είναι: Το οξύ στάδιο, το ασυμπτωματικό στάδιο που μπορεί να περιλαμβάνει την επιμένουσα γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια, το σύμπλεγμα που σχετίζεται με το AIDS (AIDS-RELATED COMPLEX), και το AIDS. Η κατανόηση της φυσικής ιστορίας της λοίμωξης από HIV είναι ουσιώδης, όχι μόνο για την πρόβλεψη της παραπέρα πορείας της επιδημίας, αλλά και για την ανάπτυξη και την αξιολόγηση μέτρων για την πρόληψη και τη θεραπεία της HIV – λοίμωξης και του AIDS.⁴⁵

Οξύ στάδιο

Όταν ο ιός HIV εισχωρήσει στον ανθρώπινο οργανισμό προσβάλλει τα Τ4 λεμφοκύτταρα. Μετά περίοδο «επώασης» 7-10 ημερών, 30-50% των προσβληθέντων ατόμων αναπτύσσουν σύνδρομο που για πρώτη φορά περιγράφηκε στην Αυστραλία από τον Cooper και το οποίο μπορούμε να ονομάσουμε «οξύ ΣΕΑΑ». Πρόκειται για κατάσταση που θυμίζει μη ειδικό ιογενές σύνδρομο ή εικόνα λοιμώδους μονοκυρήνωσης.

Κλινικές εκδηλώσεις σε «οξύ ΣΕΑΑ»

- Πυρετός, εφιδρώσεις, αρθραλγίες, μυαλγίες(100%)
- Κυνάγχη (70%)
- Ανορεξία, ναυτία, κεφαλαλγία, φωτοφοβία
- Επίμονη και έντονη κεφαλαλγία (λεμφοκυττάρωση στο ΕΝΥ – εικόνα άσηπτης μηνιγγίτιδας από HIV)
- Επίμονη και έντονη κεφαλαλγία (λεμφοκυττάρωση στο ΕΝΥ-εικόνα άσηπτης μηνιγγίτιδας από HIV).

Ασυμπτωματικό στάδιο

Οι εκδηλώσεις αυτές διαρκούν περίπου δύο εβδομάδες. Μετά την αποδρομή τους ο άρρωστος ουδέν σύμπτωμα παρουσιάζει, είναι απόλυτα καλά στην υγεία του και ως εκ τούτου χαρακτηρίζεται σαν ασυμπτωματικός φορέας. Πρόκειται, δηλαδή, για άτομο το οποίο είναι δυνητικά μολυσματικό, τα λεμφοκύτταρα του είναι προσβεβλημένα, αλλά κανένα σημείο νόσησης δεν παρουσιάζει.

Από την κατάσταση του ασυμπτωματικού φορέα, ο ιός HIV μπορεί να οδηγήσει σε:

- α) Κατάσταση νέας ολιγοήμερης HIV λοίμωξης,
- β) Κατάσταση PGL (Persistent Generalized Lymphadenopathy)

Κλινικές εκδηλώσεις κατάστασης PGL

- Διογκωμένοι λεμφαδένες σε 2 τουλάχιστον περιοχές (εξαιρούνται οι βουβωνικοί)
- Διάρκεια λεμφαδενικών διογκώσεων > 3 μηνών
- Μη εξεύρεση άλλης αιτιολογίας για τη λεμφαδενοπάθεια.³⁶

Σύνπλεγμα σχετιζόμενο με το AIDS (ARC)

Δεν υπάρχει κάποιος γενικά αποδεκτός ή ομοιόμορφος ορισμός του ARC. Η επίμονη όπως παρουσία των παρακάτω σημείων και συμπτωμάτων θεωρείται, γενικά, χαρακτηριστική του ARC: διάρροια, απώλεια βάρους, κακουχία, εύκολη κόπωση και λήθαργος, ανορεξία, πυρετός, νυκτερινοί ιδρώτες, κοιλιακά ενοχλήματα, πονοκέφαλος, λεμφαδενοπάθεια, σπληνομεγαλία, νευρολογικές βλάβες που οδηγού σε απώλεια της μνήμης, και περιφερική νευροπάθεια. Αυτά τα συμπτώματα και σημεία είναι συνήθως διαλείποντα, εκτός από την απώλεια βάρους που παρατηρείται στους περισσότερους ασθενείς και γενικά είναι προοδευτική. Πολλοί άρρωστοι με ARC παρουσιάζουν βλεννογονοδερματικές αλλοιώσεις, που περιλαμβάνουν ζωστήρα, σμηγματορροϊκή δερματίτιδα, υποτροπιάζουσες και επίμονες βλάβες στο στόμα και στα χείλη, γεννητικές αλλοιώσεις οφειλόμενες σε έρπητα και σε τριχωτή λευκοπλακία του στόματος.⁴⁵

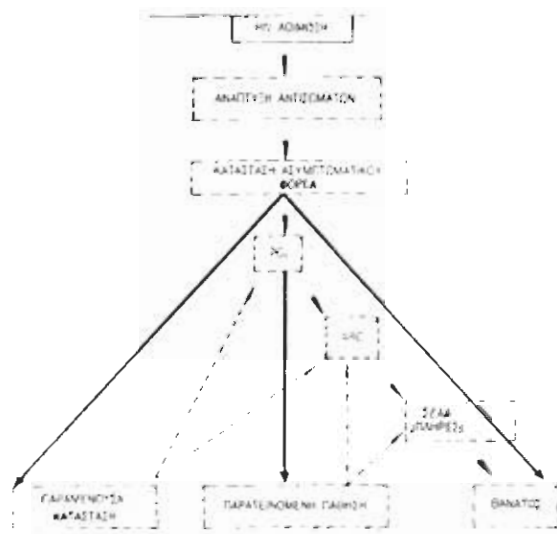
Εργαστηριακά ευρήματα στο ARC

- Μείωση αριθμού T4 – βοηθητικών κυττάρων
- Μείωση της σχέσης T4 κυττάρων προς T8 (κυτταροτοξικά)
,(Φυσιολογικά η σχέση είναι T4/T8 = 2:1)
- Αναιμία, λευκοπενία θρομβοπενία ή λεμφοπενία
- Αυξημένη γ-σφαιρίνη στον ορό
- Ελάττωση ή εξαφάνιση της ανταπόκρισης στα διάφορα δερματικά tests, εξαιτίας της διαταραχής στη κυτταρική ανοσία (π.χ. Mantoux).³⁶

AIDS

Το AIDS αντιπροσωπεύει το σοβαρό, τελικό στάδιο του κλινικού φάσματος της HIV-λοίμωξη. Χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση ευκαιριακών λοιμώξεων και νεοπλασμάτων, όπως το σάρκωμα Kaposi, που εμφανίζεται όταν ο ιός προκαλεί βαριά ανεπάρκεια της κυτταρικής ανοσίας. Οι τύποι των ευκαιριακών λοιμώξεων, κατά ένα μεγάλο μέρος, εξαρτώνται από προηγούμενες και υπάρχουσες εκθέσεις του ατόμου σε μικροβιακούς παράγοντες. ??Αυτό εξηγεί τις διαφορές στη συχνότητα ορισμένων ευκαιριακών λοιμώξεων μεταξύ αφρικανών, αμερικάνων και ευρωπαίων ασθενών με AIDS. Η πνευμονία από *Pneumocystis carinii* είναι μέχρι τώρα η πιο κοινή ευκαιριακή λοίμωξη στις χώρες έξω από την Αφρική. Εκτός αυτού, στην

Αφρική οι λοιμώξεις εντοπίζονται, κυρίως, στο γαστρεντερικό σύστημα. Τα σημεία και τα συμπτώματα που περιγράφηκαν για τους ασθενείς με ARC, μπορούν, επίσης, να εμφανιστούν και στους ασθενείς με AIDS, αλλά οι εκδηλώσεις τους ίσως να είναι πιο σοβαρές.⁴⁵



Όπως ήδη έγινε κατανοητό, οι κλινικές εκδηλώσεις του AIDS, είναι πολλαπλές και αφορούν σχεδόν κάθε όργανο του σώματος. Οι παθολογικές εκδηλώσεις που συνδέονται με μόλυνση HIV και AIDS προέρχονται από λοιμώξεις, κακοήθειες και / ή από άμεση επίδραση του HIV στους σωματικούς ιστούς. Παρακάτω θα αναφερθούμε στις πιο κοινές κλινικές εκδηλώσεις της βαριάς λοίμωξης HIV.

Πνευμονικές εκδηλώσεις:

Περιλαμβάνουν βράχυνση αναπνοής, δύσπνοια, βήχα, πόξνο στο θώρακα, πυρετό που συνδέονται με μια ποικιλία ευκαιριακών λοιμώξεων, όπως εκείνες που προκαλούνται από *Mycobacterium avium-intracellula rae*, *μεγαλοκυτταροϊό* και *Legionella*. Ωστόσο, η πιο κοινή λοίμωξη σε άτομα με AIDS είναι η πνευμονία από *Pneumocystis carinii*, που έχει θνητότητα περίπου 60%. Η *P.carina*, είναι ένα πρωτόζωο, που προκαλεί νόσο μόνο σε ανοσοκατασταλμένους οργανισμούς. Εισβάλλει και πολλαπλασιάζεται μέσα στις πνευμονικές κυψελίδες, με αποτέλεσμα

την πύκνωση του πνευμονικού παρεγχύματος και την ανάπτυξη διάμεσης πνευμονίτιδος.

Η κλινική εμφάνιση της πνευμονίας από *P. carinii* στους αρρώστους με AIDS είναι γενικά, λιγότερο οξεία από ότι σε άτομα που είναι ανοσοκατασταλμένα από άλλες καταστάσεις. Οι άρρωστοι με AIDS αρχικά αναπτύσσουν μη ειδικά σημεία και συμπτώματα, όπως πυρετό, ρίγη, μη παραγωγικό βήχα, βράχυνση αναπνοής, δύσπνοια, σπάνια θωρακικό πόνο και ελαφρά υποξαιμία. Αν η νόσος δεν θεραπευτεί, τελικά προκαλεί σημαντική πνευμονική διαταραχή και αναπνευστική ανεπάρκεια. Ένα μικρός αριθμός αρρώστων μπορεί να παρουσιάσει δραματική εισβολή και κεραυνοβόλο πορεία, συμπεριλαμβανομένης βαριάς υποξαιμίας, κυάνωσης, ταχύπνοιας και αλλαγής στη διανοητική κατάσταση. Η αναπνευστική ανεπάρκεια αναπτύσσεται μέσα σε 2-3 ημέρες από την έναρξη των συμπτωμάτων.

Η νόσος που οφείλεται στην ομάδα του μυκοβακτηριδίου των πτηνών (ΟΜΠ), εμφανίζεται ως η κύρια αιτία βακτηριακών λοιμώξεων σε άτομα με AIDS. Οργανισμοί που ανήκουν στην ΟΜΠ περιλαμβάνουν το *M. πτηνών* (*avium*) μ το *M. ενδοκυττάριο* (*intracellulerae*) και το *M. χοίρων* (*scrofulaceum*). Η ΟΜΠ, μια ομάδα οξεοάντοχων βακίλων, προκαλεί συνήθως αναπνευστική λοίμωξη, κυρίως όμως βρίσκονται στη γαστρεντερική οδό, στους λεμφαδένες και στο μυελό των οστών. Οι περισσότεροι άρρωστοι με AIDS έχουν εκτεταμένη νόσο την ώρα της διάγνωσης και συχνά είναι πολύ αδύνατοι. Οι λοιμώξεις από ΠΜΠ έχουν γενικά υψηλή θνητότητα. Θεραπεία δεν έχει σαφώς καθοριστεί και περιλαμβάνει πολυφαρμακευτικά σχήματα που χορηγούνται για μεγάλα χρονικά διαστήματα.

Γαστρεντερικές εκδηλώσεις:

Οι γαστρεντερικές εκδηλώσεις του AIDS περιλαμβάνουν ανορεξία, ναυτία, εμετούς, στοματική και οισοφαγική καντιντίαση και χρόνια διάρροια. Η διάρροια αποτελεί πρόβλημα για το 50-90% όλων των άρρωστων με AIDS. Τα γαστρεντερικά συμπτώματα μπορεί να οφείλονται στην άμεση δράση στο καλυπτικό εντερικό επιθήλιο του ίδιου του HIV ή ακόμα του τοιχωματικού κρυπτοσπορίδιου, της σαλμονέλας, του μεγαλοκυτταροϊού, του κλωστηριδίου *difficile* ή του *Mycobacterium avium-intracellulerae*. Αν και πολλοί τύποι λοιμογόνου διάρροιας

απαντούν στην θεραπεία, δεν είναι ασύνηθες για τις λοιμώξεις αυτές να υποτροπιάζουν και να γίνονται χρόνιο πρόβλημα.

Η στοματική καντιντίαση, μια μυκητιακή λοίμωξη, είναι σχεδόν καθολική στους αρρώστους με AIDS. Συχνά η ανάπτυξή της προηγείται άλλων απειλητικών της ζωής λοιμώξεων. Χαρακτηρίζεται από την παρουσία αφρογαλακτωδών λευκών πλακών στη στοματική κοιλότητα. Αν μείνει χωρίς θεραπεία επεκτείνεται και καταλαμβάνει τον οισοφάγο. Τα σημεία και συμπτώματα περιλαμβάνουν δύσκολη και επώδυνη κατάποση και οπισθοστερνικό πόνο. Μερικοί άρρωστοι αναπτύσσουν ελκωτικές αλλοιώσεις και είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς σε διασπορά της καντιντίας σε άλλα συστήματα του σώματος.

Νευρολογικές εκδηλώσεις:

Ένα 50-60% αρρώστων με βιώνει κάποιο είδος νευρολογικής συμμετοχής κατά την διάρκεια της πορείας λοίμωξης με HIV. Άλλα 20-30% έχουν νευρολογική εμπλοκή χωρίς εμφανή σημεία και συμπτώματα. Οι νευρολογικές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν τόσο την κεντρική και περιφερική όσο και την αυτόνομη λειτουργία. Η νευροπαθολογία είναι αποτέλεσμα άμεσης επίδρασης του HIV στο νευρικό σύστημα ή απάντησης του ανοσοποιητικού συστήματος στην λοίμωξη HIV και περιλαμβάνει φλεγμονή, ατροφία, απομυελίνωση, εκφύλιση και νέκρωση. Άλλες εκδηλώσεις σχετίζονται με λοιμώξεις ή κακοήθειες που αναπτύσσονται στο νευρικό σύστημα.

Η κρυπτοκοκκική μηνιγγίτιδα η τέταρτη πιο συχνή ευκαιριακή λοίμωξη σε αρρώστους με AIDS, χαρακτηρίζεται από συμπτώματα όπως πυρετός, πονοκέφαλος, κακουχία, δυσκαμψία αυχένα, ναυτία, εμετός, μεταβολές στη διανοητική κατάσταση και σπασμούς. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με εξέταση εγκεφαλονωτιαίου υγρού.

Η εγκεφαλοπάθεια HIV συμβαίνει στο 40-65% των αρρώστων με AIDS. Είναι ένα κλινικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από προοδευτική έκπτωση των γνωσιακών και κινητικών λειτουργιών. Τα πρώιμα συμπτώματα περιλαμβάνουν ελλείμματα μνήμης, πονοκέφαλο, δυσκολία στη συγκέντρωση, προοδευτική σύγχυση, ψυχοκινητική επιβράδυνση, απάθεια και αταξία. Τα όψιμα στάδια της εγκεφαλοπάθειας HIV περιλαμβάνουν σφαιρικές γνωσιακές διαταραχές, καθυστέρηση στις με λόγια απαντήσεις, όψη κενού βλέμματος, σπαστική

παραπάρεση, αύξηση των αντανακλαστικών, ψύχωση, ψευδαισθήσεις, τρόμο, απώλειες, σπασμούς, αλαλία και θάνατο. Η εκτεταμένη νευρολογική αξιολόγηση περιλαμβάνει έλεγχο με υπολογιστική τομογραφία, που μπορεί να δείξει διάχυτη εγκεφαλική ατροφία και κοιλιακή μεγέθυνση, μαγνητική τομογραφία, εξέταση εγκεφαλονωτιαίου υγρού και βιοψία εγκεφάλου.

Η προοδευτική πολυεστιακή λευκοεγκεφαλοπάθεια είναι μία απομυελινωτική διαταραχή του κεντρικού νευρικού συστήματος που συνδέεται με AIDS. Η διαταραχή αυτή, που οφείλεται σε ιό, αρχίζει συνήθως με διανοητική σύγχυση και ταχέως εξελίσσεται σε τύφλωση, αφασία, πάρεση και τελικά θάνατο.

Άλλες λοιμώξεις του νευρικού συστήματος στα πλαίσια HIV-λοίμωξης είναι οι οφειλόμενες στο παράσιτο *Toxoplasma gondii* και στο μύκητα *Cryptococcus neoformans*.

Άλλες νευρολογικές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν τόσο κεντρικές όσο και περιφερικές νευροπάθειες. Η αγγειακή μυελοπάθεια είναι μια εκφυλιστική διαταραχή που προσβάλλει τις πλάγιες και οπίσθιες στήλες του νωτιαίου μυελού, με αποτέλεσμα προοδευτική σπαστική παραπάρεση, αταξία και απώλειες. Η περιφερική νευροπάθεια που σχετίζεται με HIV, πιστεύεται ότι είναι απομυελινωτική διαταραχή, που εκδηλώνεται με επώδυνη αιμωδία στα άκρα, αδυναμία, μειωμένα εν τω βάθει τενόντια αντανακλαστικά, ορθοστατική υπόταση και ανικανότητα.

Κακοήθειες:

Τα άτομα με AIDS έχουν υψηλότερη από την συνηθισμένη επίπτωση καρκίνου. Αυτό μπορεί να οφείλεται είτε σε πιθανή άμεση καρκινογόνο δράση του HIV, είτε στην υποκείμενη ανοσιακή ανεπάρκεια, που επιτρέπει καρκινογόνους παράγοντες, όπως ιούς, να μετατρέπουν ευπαθή κύτταρα σε κακοήθη. Το σάρκωμα Kaposi και ορισμένοι τύποι λεμφωμάτων Β-κυττάρου συμπεριλαμβάνονται στην ταξινόμηση του CDC για τις κακοήθειες που σχετίζονται με AIDS. Επίσης, συμβαίνουν συχνότερα σε αρρώστους με AIDS τα εξής καρκινώματα: δέρματος, στομάχου, παγκρέατος, ορθού και κύστης. Το σάρκωμα Kaposi (ks), η πιο συχνή κακοήθεια που συμβαίνει στην λοίμωξη HIV, εμπλέκει την ενδοθηλιακή στιβάδα αιμοφόρων και λεμφικών αγγείων.

Το KS ποικίλλει από εντοπισμένη αλλοίωση ως διεσπαρμένη νόσο, που προσβάλλει πολλαπλά συστήματα οργάνων. Η εντόπιση και το μέγεθος ορισμένων αλλοιώσεων μπορεί να οδηγήσει σε φλεβική στάση, λεμφοίδημα και πόνο. Ελκωτικές αλλοιώσεις προκαλούν ρήξη του δέρματος και αυξάνουν την δυσχέρεια και την ευπάθεια σε λοιμώξεις. Οι πιο κοινές εντοπίσεις σπλαχνικής εμπλοκής περιλαμβάνουν λεμφαδένες, γαστρεντρικό σωλήνα και πνεύμονες. Η προσβολή εσωτερικών οργάνων οδηγεί τελικά σε ανεπάρκεια οργάνου, αιμορραγία, λοίμωξη και θάνατο. Η διάγνωση του KS επιβεβαιώνεται με βιοψία των προσβλημένων οργάνων.

Τα λεμφώματα Β-κυττάρων είναι οι δεύτερες πιο κοινές κακοήθειες που συμβαίνουν στον πληθυσμό των ασθενών με AIDS. Τα λεμφώματα αυτά συχνά διαφέρουν από εκείνα που εμφανίζονται στο γενικό πληθυσμό. Έχουν την τάση να αναπτύσσονται έξω από τους λεμφαδένες, κύρια στον εγκέφαλο, το μυελό των οστών και το γαστρεντερικό σωλήνα. Είναι ψηλότερου βαθμού κακοήθειας, που σημαίνει επιθετική ανάπτυξη και αντίσταση στην θεραπεία. Η πορεία τους περιλαμβάνει πολλαπλές εντοπίσεις και επιπλοκές που σχετίζονται με ανάπτυξη ευκαιριακών λοιμώξεων.

Δερματικές εκδηλώσεις:

Με την λοίμωξη HIV και τις συνοδές ευκαιριακές λοιμώξεις και κακοήθειες συνδέονται με δερματικές εκδηλώσεις. Ευκαιριακές λοιμώξεις, όπως έρπητας ζωστήρας και απλός έρπητας, χαρακτηρίζονται από επώδυνες φυσαλίδες που προκαλούν ρήξη του δέρματος. Η μολυσματική τέρμινθος είναι ιογενής λοίμωξη που χαρακτηρίζεται από σχηματισμό παραμορφωτικών πλακών. Η σημηματορροϊκή δερματίτιδα συνδέεται με ένα σκληρό, διάχυτο, απολεπιζόμενο εξάνθημα, που περιλαμβάνει το τριχωτό της κεφαλής και το πρόσωπο. Οι άρρωστοι με AIDS μπορεί επίσης να παρουσιάσουν γενικευμένη θυλακίτιδα, που χαρακτηρίζεται από ξηρό, απολεπιδούμενο δέρμα, ή έκτοπη δερματίτιδα, όπως έκζεμα, ή ψωρίαση. Τέλος, ένα 60% των αρρώστων που θεραπεύονται με τριμεθοπρίμη – σουλφαμεθοξαζόλη (TMP/SM2) για πνευμονία από *P. carinii*, αναπτύσσουν φαρμακευτικό εξάνθημα.

Λοιμώξεις γυναικείων γεννητικών οργάνων:

Επίμονη, υποτροπιάζουσα κολπική καντιντίαση μπορεί να είναι το πρώτο σημείο λοίμωξης στις γυναίκες. Οι αλλοιώσεις της κολπικής καντιντίαςης και του έρπητα γεννητικών οργάνων μπορεί να είναι μεγάλε, βαθιές επώδυνες αλλοιώσεις, που απαιτούν συνεχή θεραπεία. Στις γυναίκες αυτές είναι πιο βαριές οι ελκωτικές νόσοι που μεταδίδονται σεξουαλικά. Ο ανθρῶπιος παπιλομαίος και ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας έχουν μεγαλύτερη επίπτωση σε αυτές τις γυναίκες.

Χρόνιες νόσοι:

Όλοι σχεδόν οι άρρωστοι με AIDS αναπτύσσουν τουλάχιστον μία ευκαιριακή λοίμωξη κατά τη διάρκεια της πορείας της νόσου τους. Αν και πολλές λοιμώξεις αντιμετωπίζονται θεραπευτικά με επιτυχία, ορισμένες δεν θεραπεύονται πλήρως και αναπτύσσουν δεύτερη μόλυνση ή κακοήθεια. Η θεραπεία συχνά επιπλέκεται από σημεία και συμπτώματα λοίμωξης HIV, που περιλαμβάνουν κόπωση, πονοκέφαλο, άφθονους νυκτερινούς ιδρώτες, ανεξήγητη απώλεια βάρους, ξηρό βήχα, βράχυνση αναπνοής, μεγάλο βαθμού αδυναμία, διάρροια και επίμονη λεμφοαδενοπάθεια. Όταν οι ευκαιριακές λοιμώξεις και τα συμπτώματα του αρρώστου δεν υποχωρούν, αναπτύσσεται χρόνια νόσος.⁴²

Ταξινόμηση της HIV λοίμωξης

Το CDC έχει προτείνει ταξινόμηση των αρρώστων με ΣΕΑΑ σε ομάδες και υποομάδες, ανάλογα με την «κατάσταση» στην οποία βρίσκονται οι άρρωστοι, κατά την εξελικτική πορεία της HIV λοίμωξης.

Ταξινόμηση της HIV λοίμωξης

Ομάδα I. Οξεία λοίμωξη

Ομάδα II. Ασυμπτωματική λοίμωξη

Ομάδα III. Επιμένουσα γενικευμένη λεμφοαδενοπάθεια

Ομάδα IV. Άλλες παθήσεις

Υποομάδα Α. Κλινική εκδήλωση πάθησης

Υποομάδα Β. Νευρολογική πάθηση

Υποομάδα C. Δευτεροπαθείς λοιμώδεις παθήσεις

Κατηγορία C-1. Εξειδικευμένες δευτεροπαθείς λοιμώξεις, σύμφωνα με τον ορισμό του CDC για το AIDS

Κατηγορία C-2 . Άλλες εξειδικευμένες δευτεροπαθείς λοιμώξεις

Υποομάδα D. Δευτεροπαθείς κακοήθειες

Υποομάδα E. Άλλες καταστάσεις.

- Στην ομάδα I ανήκουν τα άτομα τα οποία μετά την μόλυνση από τον ιό HIV εκδηλώνουν λοίμωξη υπό τον τύπο του «οξέος ιογενούς συνδρόμου».
- Στην ομάδα II ανήκουν οι ασυμπτωματικοί φορείς, οι οποίοι αποτελούν το μεγαλύτερο μέρος στον πληθυσμό των πασχόντων από ΣΕΑΑ.
- Στην ομάδα III ανήκει το 50% περίπου των ασθενών, οι οποίοι αναπτύσσουν λεμφαδενικές διογκώσεις σε δύο ή περισσότερες θέσει (πλην των βουβωνικών) διάρκειας μεγαλύτερης των τριών μηνών (PGL).
- Ποσοστό 20% των ασυμπτωματικών φορέων μεταπίπτει απ' ευθείας σε κατάσταση ARC, ενώ αρκετοί είναι αυτοί που εκδηλώνουν, συγχρόνως, και γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια (PGL)
- Στην ομάδα IV ανήκουν οι πάσχοντες από την νόσο. Αυτοί έχουν εκδηλώσεις μιας ή περισσοτέρων ευκαιριακών λοιμώξεων.³⁶

8.7 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Δεν υπάρχουν στη διάθεσή μας συγκεκριμένες διαδικασίες για ο AIDS. Αυτές που έχουμε είναι οι δοκιμασίες για λοιμώξεις με τον HIV, οι οποίες μπορούν να εξελιχθούν σε AIDS.

Η υποψία για την ανάπτυξη του AIDS μπορεί να βασιστεί σε εργαστηριακά και κλινικά κριτήρια, όπως:

1. Ο αριθμός των CD4+ Τα-λεμφοκυττάρων ($<200/\text{mm}^3$ ή $<14\%$)
2. Η παρουσία του σαρκώματος Kaposi σε άτομα νεότερα των 60 χρόνων
3. Η ανάπτυξη της πνευμονίας από *P. carinii* ή άλλων ευκαιριακών λοιμώξεων, σε άτομα που δεν έχουν εμφανή υποκειμενική αιτία για ανοσοκαταστολή
4. Η φυματίωση των πνευμόνων
5. Η υποτροπιάζουσα μονιλίαση και
6. Ο διηθητικός καρκίνος του τραχήλου

Άλλες εκδηλώσεις του συνδρόμου, που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη είναι:

- 1) το χρόνιο αίσθημα κόπωσης
- 2) ο ανεξήγητος χρόνιος πυρετός
- 3) η ανεξήγητη ανορεξία ή απώλεια βάρους
- 4) η γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια και
- 5) η τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία (CIN).

Η οριστική διάγνωση γίνεται με την πιστοποίηση της παρουσία των αντισωμάτων κατά του HIV. Οι ορολογικές εξετάσεις που βασίζονται στην αναζήτηση των αντισωμάτων Ig G και Ig M, μπορούν να δώσουν «ψευδώς θετικά» αποτελέσματα σε αναλογία μέχρι και 1,6% των περιπτώσεων. Οι σπουδαιότερες ορολογικές δοκιμασίες, που χρησιμοποιούνται σήμερα σε οργανωμένα εργαστήρια είναι οι δοκιμασίες ELISA και WESTERN BLOT.

1. **Δοκιμασία ELISA** (enzyme-linked immunoabsorbent assay). Η δοκιμασία αυτή στοχεύει στη διερεύνηση των αντισωμάτων εναντίον του ιού. Γίνεται

ως αρχική διεργασία και είναι εύκολη, φθηνή και εξαιρετικά ευαίσθητη. Δεν παύει όμως να δίνει ψευδώς αποτελέσματα.²

2. Δοκιμασία WESTERN BLOT

Η δοκιμασία αυτή είναι η πιο ασφαλής διαγνωστική μέθοδος. Είναι δύσκολη και δαπανηρή, δεν διατίθεται εύκολα και είναι δυσχερής στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων, γι' αυτό και η χρήση της απαιτεί εξειδικευμένο προσωπικό. Παρ' όλα αυτά όμως, είναι κατ' εξοχήν ειδική και σπανιότατα παράγει ψευδώς θετικές αντιδράσεις.

Τυπικά, μπορεί να λεχθεί ότι η μέθοδος Elisa θέτει την διάγνωση, ενώ η Western Blot επιβεβαιώνει την ορθότητα της διάγνωσης. Σημειώνεται ότι σε πολλά ερευνητικά κέντρα του εξωτερικού και για την Ελλάδα, ένα άτομο θεωρείται οροθετικό για HIV, μόνον όταν το Elisa Test έχει δύο φορές αποδώσει θετικό αποτέλεσμα και η δοκιμασία western blot μία φορά έχει επιβεβαιώσει το αποτέλεσμα.³⁶

Η αξιολόγηση των δοκιμασιών ανίχνευσης αντισωμάτων 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 σας δεν παράγαγε ακόμη αντισώματα

Ένα αρνητικό αποτέλεσμα δοκιμασίας ΔΕΝ ΣΗΜΑΙΝΕΙ ότι:

- Είσαστε 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).⁴²

8.8 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Είναι γνωστό ότι το τελευταίο στάδιο της προσβολής από τον ιό HIV, δηλαδή η επίκτητη ανοσιακή ανεπάρκεια, αποτελεί σήμερα θανατηφόρο νόσο. η οποία δεν θεραπεύεται από καμία αγωγή. Προς το παρόν, λοιπόν, η μόνη θεραπευτική στρατηγική συνίσταται στην μείωση του κινδύνου να προσβληθεί το άτομο από την νόσο.¹¹

Οι προσπάθειες φαρμακευτικής αγωγή αφορούν διάφορες προσεγγίσεις που περιλαμβάνουν θεραπεία λοιμώξεων και κακοηθειών που συνδέονται με HIV, ανακοπή αύξησης και πολλαπλασιασμού του HIV μέσω αντιϊκών μέσων και αύξηση και αποκατάσταση του ανοσοποιητικού συστήματος μέσω χρήσης ανοσοτροποποιητών. Επίσης, ουσιαστική είναι και η υποστηρικτική φροντίδα του αρρώστου. Ελπίζεται ότι η ανάπτυξη εμβολίου στο μέλλον θα βοηθήσει στην πρόληψη λοίμωξης HIV.⁴²

Ας δούμε όμως συνοπτικά την πορεία της θεραπευτικής προσέγγισης του HIV, από την εμφάνισή του μέχρι σήμερα.

Τρεις στρατηγικές κατήθουν την αντιμετώπιση του AIDS και ενέπνευσαν τις έρευνες για την βελτίωσή της: η χημειοθεραπεία των ευκαιριακών λοιμώξεων, η ρύθμιση του ανοσοποιητικού συστήματος και η απευθείας φαρμακευτική δράση κατά του ιού.

Μέχρι το 1983, καθώς δεν υπήρχαν συγκεκριμένες γνώσεις σχετικά με την αιτιολογία του AIDS, η αντιμετώπιση περιοριζόταν σε ανακουφιστικά μέτρα εναντίον διαφόρων δευτερευόντων συμπτωμάτων και στην χημειοθεραπεία των ευκαιριακών λοιμώξεων. Σημειώθηκαν επιτυχίες στη μάχη εναντίον ορισμένων γνωστών μικροβίων των οποίων η ευαισθησία στα φάρμακα μπορούσε να ελεγχθεί *in vitro*. Θεράπευαν το σάρκωμα του Kaposi και τα λεμφώματα με την ακτινοθεραπεία, με χειρουργικές επεμβάσεις και με χημειοθεραπεία, δημιουργώντας έτσι τοπικές βελτιώσεις των συμπτωμάτων.

Επειδή η ανοσολογική ανεπάρκεια ήταν ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά του AIDS, προσπάθησαν αρχικά να τη θεραπεύσουν με ανοσοδιεγερτικά. Χρησιμοποίησαν για το σκοπό αυτό ουσίες που επεμβαίνουν στο Βιολογικό κύκλο των λεμφοκυττάρων T-(ιντερλευκίνη 2, ορμόνες του θύμου, κ.λ.π.) καθώς και μετάγγιση λευκών αιμοσφαιρίων και μεταμόσχευση μυελού των οστών. Αυτές οι προσπάθειες ήταν απογοητευτικές.

Τον Οκτώβριο του 1985, ανακοινώθηκε ότι τρεις άρρωστοι που νοσηλευόταν στο νοσοκομείο Laennec στο Παρίσι (δύο με AIDS και ένας με προ-AIDS) είχαν εμφανίσει αύξηση του αριθμού των λεμφοκυττάρων και σαφή βελτίωση της γενικής τους κατάστασης μετά από χορήγηση κρυπτοσπορίνης A. Αυτή η ουσία είναι ένα ισχυρό ανοσοκατασταλτικό και η φαινομενικά παράδοξη ιδέα να χρησιμοποιηθεί στην θεραπεία του AIDS προερχόταν από την υπόθεση σύμφωνα με την οποία η καταστροφή των λεμφοκυττάρων T δεν οφειλόταν στην άμεση δράση του ιού, αλλά σε μια αυτοάνοση αντίδραση του οργανισμού. Η δοκιμή του Παρισιού κατέληξε σύντομα σε μια τρανταχτή αποτυχία: Θάνατος του ενός αρρώστου μόλις 15 ημέρες μετά την έναρξη της θεραπείας, επιδείνωση των συμπτωμάτων στους υπολοίπους. Αν και η κρυπτοσπορίνη έχει και αντικές ιδιότητες, η χρήση της στον αγώνα κατά του AIDS εγκαταλείφθηκε.

Η λογική ελπίδα να βρεθεί ένα θαυματουργό φάρμακο δεν μπορούσε να βασιστεί παρά μόνο στην έρευνα φαρμάκων που μπορούσαν να εμποδίσουν τον πολλαπλασιασμό του ιού ή την είσοδό του στα κύτταρα. Για το σκοπό αυτό

μελέτησαν μη ειδικά φυσιολογικά αντι-ικά φάρμακα και χημικές ουσίες που εμποδίζουν τον πολλαπλασιασμό των ρετροϊών *in vitro*.

Στη πρώτη ομάδα υπήρχε εκ πρώτης όψεως μόνο ένας έγκυρος υποψήφιος: η ιντερφερόνη. Δεν είχε κανένα αποτέλεσμα. Στην δεύτερη ομάδα έκαναν κλινικές δοκιμές από το 1983 με το HPA 23 και από το 1984 με την σουραμίνη, τη φωσφονορομιάτη (Foscarnet) και τη ριμπαβιρίνη.

Το πρώτο από αυτά τα προϊόντα, το βολφραμικό αντιμόνιο ή HPA 23 ανέστειλε *in vitro* την ανάστροφη τρανσκριπτάση του LAV. Μεταξύ Ιουλίου 1983 και Ιουνίου 1984 απεδείχθη ότι η χορήγηση αυτής της ουσίας μειώνει το πολλαπλασιασμό του ιού στον οργανισμό και εμποδίζει την απομόνωσή του από τα λεμφοκύτταρα. Ένας αιμορροφιλικός 13 ετών, ήταν ο πρώτος; άρρωστος με AIDS που πήρε ένα συνθετικό αντικό στις 26 Ιουλίου του 1983. Το HPA 23 γνώρισε την ώρα της δόξας. Αυτό το φάρμακο εξακολουθεί να αποτελεί αντικείμενο θεραπευτικών ερευνών, αλλά σήμερα ξέρουμε ότι είναι πολύ τοξικό και ότι σε τελευταία ανάλυση, ωφελεί ελάχιστα τους ασθενείς. Από το καλοκαίρι του 1984 ερευνητές πήραν ένα στέλεχος του HIV-1 και άρχισαν να δοκιμάζουν συστηματικά *in vitro* όλες τις ουσίες που αναφέρονταν σε προηγούμενα άρθρα ως αναστολείς των ρετροϊών του ποντικού. Επί ένα χρόνο εξέτασαν 300 χημικά προϊόντα και βρήκαν ότι 15 διακόπτουν την αναπαραγωγή του HIV που καλλιεργείται έξω από τον ανθρώπινο οργανισμό. Ανάμεσα σε αυτές τις 15 ουσίες επέλεξαν για την κλινική τους δοκιμή την 3-αζιδο-2,3-διδεοξυθυμιδίνη (που ονομάζεται επίσης οξυδοθυμιδίνη ή ζιδοβουδίνη και χαρακτηρίζεται με τα αρχικά AZT), που είχε συντεθεί το 1964 από τον Zerome Horwitz ως αντικαρκινικό φάρμακο. Σύμφωνα με τις δοκιμές *in vitro* που έγιναν τον Φεβρουάριο του 1985 η AZT ανέστειλε πολύ έντονα τον ιό του AIDS στις καλλιέργειες λεμφοκυττάρων χωρίς να είναι ιδιαίτερα βλαβερή για τα ίδια τα κύτταρα. Στις 3 Ιουλίου του 1985, ερευνητές άρχισαν τη θεραπεία ενός αρρώστου και προς το τέλος του ίδιου χρόνου, διέθεταν ενθαρρυντικά αποτελέσματα από 33 ασθενείς με AIDS ή συγγενή σύνδρομα.

Το Φεβρουάριο του 1986 το NCI της Bethesda ανέλαβε μια διπλά τυφλή θεραπευτική δοκιμή που έγινε σε 12 αμερικανικά ιατρικά κέντρα. Διαίρεσαν 282 ασθενείς σε 2 ομάδες συγκρίσιμες ως προς την ηλικία, το βάρος, τα συμπτώματα και τις αιματολογικές εξετάσεις. Τα μέλη της πρώτης ομάδας πήραν AZT και εκείνα της δεύτερης μια ουδέτερη ουσία (placebo). Ούτε οι άρρωστοι, ούτε οι γιατροί / νοσηλευτές που τους φρόντιζαν δεν ήξεραν ποιος έπαιρνε το φάρμακο. Μετά την 4^η

εβδομάδα, η γενική φυσική κατάσταση των δύο ομάδων άρχισε να διαφέρει: Οι ασθενείς που είχαν πάρει AZT άρχισαν να ξαναπαίρνουν βάρος, ενώ οι άλλοι έχαναν. Στους 6 μήνες, μόνο ένας άρρωστος από τους 145 της πρώτης ομάδας πέθανε, ενώ υπήρξαν 19 θάνατοι στην άλλη ομάδα. Το Σεπτέμβριο του 1986, πριν από το τέλος της προβλεπόμενης αρχικά περιόδου η Επιτροπή δεοντολογικού ελέγχου διέκοψε τη δοκιμή θεωρώντας ότι δεν ήταν ηθικά δικαιολογημένο να στερούν τους αρρώστους της δεύτερης ομάδας από μια καλύτερη πιθανότητα επιβίωσης.

Από την άνοιξη του 1987 η Wellcome έχει πάρει την άδεια κυκλοφορίας της AZT στην αγορά (προστατευμένη ονομασία Retrovir). Σήμερα είναι το φάρμακο εκλογής για την θεραπεία του AIDS. Αλλά όσο περνάει ο καιρός, τόσο μεγαλώνει η απογοήτευση. Από τη μια πλευρά, είναι γνωστό σήμερα ότι η AZT αναστέλλει πολύ αποτελεσματικά την αντίστροφη τρανκριπτάση: «ξεγελάει» τον ιό και εμποδίζει τον πολλαπλασιασμό του, αλλά από την άλλη πλευρά δεν θεραπεύει το AIDS και έχει πολλές ανεπιθύμητες ενέργειες. Αν και κατά τους πρώτους μήνες η δράση της είναι σαφώς ευεργετική, τα θεραπευτικά αποτελέσματα αμβλύνονται και οι τοξικές ενέργειες κυριαρχούν: Μακροπρόθεσμα η κατάσταση των αρρώστων που υποβάλλονται σε θεραπεία, πλησιάζει προς την κατάσταση των αρρώστων που δεν πήραν ποτέ το φάρμακο. Περισσότερα στοιχεία για την AZT δίνονται πιο κάτω.³⁵

Αντι-ιικά μέσα

Η ανακάλυψη της AZT είναι μία από τις σημαντικές προόδους στον αγώνα κατά του AIDS. Το φάρμακο εμποδίζει την αναπαραγωγή του HIV με μίμηση ενός από τα μοριακά υλικά που χρησιμοποιούνται από τον HIV για παραγωγή DNA για νέα σωματίδια ιού. Αλλάζοντας τα δομικά συνθετικά της αλυσίδας DNA, αναστέλλει τη παραγωγή νέων ιών. Η AZT επιβραδύνει την ιική αναπαραγωγή, βελτιώνει την ανοσιακή ικανότητα και παρατείνει τη ζωή. Οι άρρωστοι που παίρνουν AZT παρουσιάζουν βελτίωση, αίσθημα ευεξίας, αύξηση βάρους, λιγότερες ευκαιριακές λοιμώξεις και βελτίωση της νευρολογικής λειτουργίας μέσα στις πρώτες εβδομάδες θεραπείας.

Η AZT μπορεί να είναι πολύ τοξική στο μυελό των οστών. Σε ορισμένες περιπτώσεις το φάρμακο πρέπει να διακοπεί. Πολλοί κλινικοί εξετάζουν τη χρήση αυξητικών παραγόντων, όπως η ερυθροποιητίνη και ο αυξητικός παράγοντας κοκκιοκυττάρων, για την αντιμετώπιση της αναιμίας και της ουδετεροπενίας. Άλλα ανεπιθύμητα αποτελέσματα της AZT είναι ναυτία, εμετοί, δυσχέρεια, πυρετός, μυαλγίες, πονοκέφαλος και λιγότερο συχνά σύγχυση, υπνηλία και σπασμοί.

Υπό έρευνα είναι και διάφορα άλλα αντι-ικά φάρμακα. Για πολλούς αρρώστους η διδεοξυινοσίνη (DDL) έδωσε καλά αποτελέσματα ως εναλλακτικό της AZT. Τα περισσότερα απ' τα φάρμακα βρίσκονται σε διάφορες φάσεις των κλινικών δοκιμασιών, όπου μελετώνται για τοξικότητα και μέγιστες ανεκτές δόσεις (φάση I), δραστηριότητα ενάντια στον HIV (φάση II), και αποτελεσματικότητα σε σύγκριση με άλλα φάρμακα (φάση III).

Ανοσοτροποποιητές

Η μάχη του AIDS απαιτεί όχι μόνο μέσα που αναχαιτίζουν την ιική αύξηση, αλλά επίσης και μέσα που αποκαθιστούν ή βελτιώνουν τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, που ανεπαρκεί. Η ιντερφερόνη μελετάται για τις αντι-ικές της ιδιότητες, καθώς επίσης και για την ικανότητά της να διεγείρει μακροφάγα και T-λεμφοκύτταρα. Άλλες ουσίες που αξιολογούνται για το ρόλο τους αυτό είναι η ιντερλευκίνη-2, η ισοπρινοζίνη, η διαιθυλδιθειοκαρβαμάτη (DTC), η λεντίνιαση και ο αυξητικός παράγοντας κοκκιοκυττάρων – μακροφάγων. Πολλές από αυτές τις ουσίες προκαλούν μια αντίδραση τύπου γρίπης με πυρετό, ρίγη, αρθραλγίες, μυαλγίες και πονοκέφαλο. Επιπλέον, ορισμένες προκαλούν ναυτία, εμετούς, αύξηση των ηπατικών ενζύμων, ουδετεροπενία, σύγχυση και συμπεριφορικές μεταβολές. Ο νοσηλευτής παίζει σημαντικό ρόλο σ' αυτό το είδος θεραπείας, με την συμμετοχή του στην εκτίμηση και αγωγή των ανεπιθύμητων ενεργειών, με παροχή της σωστής υποστήριξης και εκπαίδευσης στους αρρώστους και με συμμετοχή στη συλλογή κλινικών δεδομένων.⁴²

Πότε πρέπει να αρχίζει η θεραπεία:

Οι κλινικές μελέτες δεν έχουν ακόμα ξεκαθαρίσει την ακριβή τιμή ή το όριο του αριθμού HIV-1 RNA πάνω από το οποίο θα πρέπει να αρχίσει η θεραπεία. Υπάρχει ομοφωνία στο ότι όσο πιο μικρό είναι το ιικό φορτίο, τόσο καλύτερη είναι η πρόγνωση. Όμως πρέπει: θεραπεία να λαμβάνουν όλοι οι συμπτωματικοί ασθενείς.

Σε ασυμπτωματικούς ασθενείς, η έναρξη της θεραπείας θα καθοριστεί με βάση τα εργαστηριακά ευρήματα, πρωτίστως το ιικό φορτίο δευτερευόντως των αριθμό των CD4: Ιικό φορτίο >500010000 HIV-1 RNA copies / ml, ANEΞΑΡΤΗΤΩΣ του αριθμού των CD4, θεωρείται ένδειξη για την έναρξη της θεραπείας.

Αριθμός CD4 < $0,3 \times 10^9$ / l είναι ένδειξη θεραπείας, ANEΞΑΡΤΗΤΩΣ του ιικού φορτίου.

Συνοπτικά, τα εν χρήσει αυτή τη στιγμή φάρμακα, είναι:

A .ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΑΝΑΣΤΡΟΦΕΙΣ ΜΕΤΕΓΡΑΦΑΣΗΣ (reverse Transcriptase Inhibitors)

1. AZT (™ Retrovir)
2. DDI (™ Videx)
3. DDC (™ Hivid)
4. 3TC (™ 3TC, epivir)
5. D4T (™ Zerit)

B. ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΠΡΩΤΕΑΣΩΝ (protease Inhibitors)

1. SAQUINAVIR (™ Invirase)
2. INDINAVIR (™ Crixivan)
3. RITONAVIR (™ Norvir)

Φάρμακα που αναμένονται να κυκλοφορήσουν τα επόμενα 1-2 χρόνια.

1. ΝΟΥΚΛΕΟΤΙΔΙΚΑ ΑΝΑΛΟΓΑ- ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΑΝΑΣΤΡΟΦΗΣ ΜΕΤΑΓΡΑΦΑΣΗΣ

α. 1952 xw (WELLCOME)

2. ΜΗ ΝΟΥΚΛΕΟΤΙΔΙΚΟΙ ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΑΝΑΣΤΡΟΦΗΣ ΜΕΤΑΓΡΑΦΑΣΗΣ (NNRTI)

α. Nevirapine (Viramune)

β. Loviride

γ. Delavirdine

Επίσης, ιοστατικά, τα οποία δρουν μέσω αναστολής της αναστροφής μεταγραφάσης του HIV. Στις κλινικές δοκιμές ως μονοθεραπεία, έδειξαν ταχύτατη ανάπτυξη ανθεκτικών στελεχών από την 8^η εβδομάδα. Η χρήση τους όμως σε συνδυασμούς με άλλους αναστολείς φαίνεται εξαιρετικά ελπιδοφόρα.

3. ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΠΡΩΤΕΑΣΩΝ (Protease Inhibitors)

(α) Nelfinavir (Agouron)

(β) VX – 478 (Vertex της Glaxo-Wellcome)

Θεραπευτικά σχήματα

Ήδη από τον Οκτώβριο του 1995 καθιερώθηκε επίσημα και γενικεύθηκε η χρήση των συνδυασμών, ενώ οι μονοθεραπείες θεωρούνται πλέον αναχρονιστικές (Συνέδριο της European AIDS Clinical Society, EACS, Κοπεγχάγη, Οκτ. 95)

Σήμερα χορηγούνται στους ασθενείς διπλά ή τριπλά σχήματα.

Τα διπλά σχήματα, περιλαμβάνουν συνήθως:

AZT + 3TC (θεωρείται το καλύτερο από τα διπλά σχήματα)

AZT + DDI

AZT + DDC

Σε περίπτωση δυσανεξίας του ασθενούς στο AZT, αυτό αντικαθίσταται με D4T.

Τα τριπλά σχήματα περιλαμβάνουν συνήθως δύο αναστολείς ανάστροφης μεταγραφάσης (π.χ. AZT + 3TC) και έναν αναστολέα πρωτεάσης (Seduinavir, Indinavir, Ritonavir).

Σύμφωνα με τα ισχύοντα στην Ελλάδα, η θεραπευτική αγωγή με τριπλό συνδυασμό, χορηγείται σε ασθενείς που:

α) έχουν πλήρες AIDS (σύμφωνα με τον ορισμό CDC ή WHO)

β) έχουν CD4 < 200/μl

γ) έχουν ιικό φορτίο > 30.000 copies/ml

(Τα 3 αυτά κριτήρια είναι ανεξάρτητα μεταξύ τους, αρκεί και μόνο ένα από αυτά).

Οι νεώτερες απόψεις, έτσι όπως εκφράστηκαν και στα συνέδρια του Vancouver και του Birmingham (Ιούνιος και Νοέμβρης '96), συνηγορούν υπέρ της έναρξης της αγωγής σε προϋμότερα στάδια, ίσως και αμέσως μετά την διάγνωση της οροθετικότητας. Συνηγορούν επίσης υπέρ της εξ' αρχής χορήγησης του 3πλού σχήματος.

Πότε θα πρέπει να αλλάζουμε θεραπευτικό σχήμα.

Η απόφαση αυτή καθορίζεται από το ιικό φορτίο. Ιδανικά, το φορτίο θα πρέπει να είναι < 500 HIV-1 RNA copies/mL. Εάν μετά από 4-6 μήνες θεραπείας το φορτίο δεν έχει μειωθεί σε < 500 copies/mL, τότε η θεραπεία θα πρέπει να συνεχιστεί μόνο εάν δεν υπάρχουν εναλλακτικές λύσεις ή εφ' όσον η προ της θεραπείας τιμή του φορτίου ήταν πολύ υψηλή ώστε η μείωση να θεωρείται λογική.

Ιικό φορτίο > 500 10000 HIV-1 RNA copies/mL σημαίνει θεραπευτική αποτυχία και θα πρέπει να αλλαχτεί το σχήμα. Άλλοι λόγοι που θα σηματοδοτήσουν αλλαγή του σχήματος, είναι η μείωση στον αριθμό των CD4 ή η κλινική επιδείνωση.³⁷

Παράλληλα με την εν τω βάθει αγωγή που επιδρά στον αναδιπλασιασμό του ιού, ο δεύτερος κύριος άξονας της θεραπευτικής συνίσταται στην πρόληψη της ανάπτυξης ευκαιριακών προσβολών. Οι προφυλακτικές αυτές αγωγές πρέπει να

αντιμετωπίσουν πολυάριθμους μολυσματικούς παράγοντες: παράσιτα (π.χ. παρ άσιτα που προκαλούν τοξοπλάσμωση και πνευμονία), μύκητες, βακτήρια και άλλους ιούς (π.χ. κυτταρομεγαλοϊός, ο οποίος προσβάλλει τον αμφιβληστροειδή και μπορεί να προκαλέσει τύφλωση). Οι περισσότεροι από τους μικροοργανισμούς αυτούς απαντούν και στο υγιές άτομο όπου δεν προκαλούν κανένα πρόβλημα.. Είναι η εξασθένηση του ανοσοποιητικού συστήματος ο παράγοντας που τους δίνει την ευκαιρία ν αναπτυχθούν και να προκαλέσουν βαριές μολύνσεις.¹¹

HIV + εγκυμοσύνη και θεραπεία

Χωρίς θεραπεία, το 25% των νεογέννητων από HIV+ γυναίκες, θα έχει μολυνθεί με τον ιό. Ο σκοπός της θεραπείας είναι να μειωθεί το ιικό φορτίο με ταυτόχρονη ελαχιστοποίηση του κινδύνου εμφάνισης βλαβών στο έμβρυο από το φάρμακα. Το AZT είναι αυτό που χρησιμοποιείται ευρέως, αλλά μικρές μελέτες των συνδυασμών AZT + 3TC ή NVP, δείχνουν ότι ίσως είναι οι συνδυασμοί αυτοί ασφαλείς για το έμβρυο.

Πότε θα πρέπει να αρχίζει η θεραπεία στην κύηση;

Εάν η έγκυος HIV+ δεν ελάμβανε προηγουμένως θεραπεία και είναι ασυμπτωματική, θα επιλεγθεί ένα σχήμα προσέχοντας και την δυνητική βλαπτική επίδραση του στο έμβρυο.

Για πόσο καιρό θα πρέπει να υποβάλλονται σε θεραπεία τα νεογέννητα;

Όλα τα νεογέννητα HIV+ μητέρων, πρέπει να υποβάλλονται σε προφυλακτική αγωγή.

Από ότι φαίνεται, 6 εβδομάδες θεραπείας με AZT μετά την γέννηση επαρκούν.

Το νεογέννητο παρακολουθείται κατά την διάρκεια των πρώτων εβδομάδων της ζωής του. Εάν στις 6 εβδομάδες το βρέφος είναι ασυμπτωματικό, αλλά η κατάστασή του σε ότι αφορά τον HIV είναι ακόμα αβέβαιη, τίθεται σε προφυλακτική αγωγή για την πνευμονία από P. Carinii, μέχρι να τεθεί οριστική διάγνωση. Εάν το βρέφος έχει διαγνωσθεί σαν HIV+, μπορεί να αρχίσει θεραπεία με κάποιο σχήμα. Η επιλογή του σχήματος θα βασιστεί στο κλινικό στάδιο της λοίμωξης και τον βαθμό της ανοσοκαταστολής, καθ' όσον ο ρόλος του ιικού φορτίου στην επιλογή της θεραπείας στα νεογέννητα, δεν έχει διευκρινιστεί ακόμη.

Κόστος αγωγής:

Το κόστος της αντι-HIV αγωγής είναι υψηλό. Παραμένει όμως σημαντικά χαμηλότερο από αυτό της αντιμετώπισης άλλων σοβαρών νοσημάτων ή αυτό ορισμένων ιατρικών πράξεων (μεταμοσχεύσεις κ.λ.π.)

Συγκεκριμένα και για τα Ελληνικά δεδομένα έχουμε: Κόστος αγωγής με διπλό σχήμα: ~4.110 € ή 1.400.000 δρχ/έτος/ασθενή. Κόστος αγωγής με τριπλό σχήμα: ~7.337 – 8.510€ ή 2.000.000 – 2.900.000 δρχ/έτος/ασθενή.

8.9 ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΕΚΘΕΣΗ ΣΕ ΜΟΛΥΣΜΕΝΟ ΥΛΙΚΟ

Θεραπεία μετά από τυχαία έκθεση στον ιό, συνιστάται εάν υπάρχει υψηλός κίνδυνος μόλυνσης. Ο κίνδυνος αυτός, εκτιμάται ότι είναι περίπου 0,3% μετά από τρύπημα με βελόνα, ενώ ο κίνδυνος μετά από τυχαία έκθεση των βλεννογόνων και του δέρματος με μολυσμένο αίμα είναι σημαντικά μικρότερος, περίπου 0,1% και 0,1% αντιστοίχως. Ο κίνδυνος αυξάνεται εάν το τραύμα του δέκτη είναι βαθύ, εάν υπάρχει ορατό αίμα στο όργανο με το οποίο ήρθε σε επαφή, εάν το όργανο είχε τοποθετηθεί προηγουμένως ενδομυϊκά ή εάν το αίμα προέρχεται από ασθενή ο οποίος πέθανε από AIDS μέσα στις επόμενες 60 ημέρες από την έκθεση.³⁷

Έτσι λοιπόν, σε περίπτωση έκθεσης στον HIV, μετά από τρύπημα βελόνας ή άλλο αιχμηρό εργαλείο, που έχει χρησιμοποιηθεί σε ασθενή με αποδεδειγμένη λοίμωξη HIV, πρέπει να γίνουν οι ακόλουθες ενέργειες:

- Γρήγορο και σχολαστικό πλύσιμο της περιοχής του τραύματος.
 - Άμεση τοποθέτηση με γάζα αντισηπτικού διαλύματος στο τραύμα (π.χ. iodox, φορμαλδεΐδη, povidone iodine ή οινόπνευμα 75% κ.α.) τουλάχιστον επί 15 λεπτά.
 - Χορήγηση αζιδοθυμιδίνης (AZT) προληπτικά το ταχύτερο δυνατόν. Έχουν επίσης χορηγηθεί σε ανάλογες περιπτώσεις και τα νέα αντιικά φάρμακα DDI, DDC καθώς και Ιντερφερόνη Α. Το σχήμα θεραπείας θα καθοριστεί σε ειδικά κέντρα χορήγησης του AZT, σύμφωνα με ορισμένες προδιαγραφές που περιγράφονται στην συνέχεια:
- ✓ Να γίνει αμέσως δήλωση του ατυχήματος

- ✓ Να καταγραφεί και να περιγραφεί το είδος του ατυχήματος καθώς και τα πλήρη στοιχεία του ασθενούς με την λοίμωξη HIV και του δέκτη σε ειδικό βιβλίο
- ✓ Να γίνει άμεση λήψη αίματος, πριν από την προληπτική χορήγηση AZT ή άλλου φαρμάκου. Αυτό χρησιμεύει για να αποκλεισθεί η πιθανότητα το άτομο που υπέστη το ατύχημα να ήταν ήδη μολυσμένο με τον HIV.
- ✓ Να δοθεί εγγράφως η συγκατάθεση του ατόμου που υπέστη το ατύχημα ότι δέχεται να λάβει προφυλακτικώς AZT ή άλλο φάρμακο, αφού ενημερωθεί για τον πιθανό κίνδυνο και τις ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου.
- ✓ Η προληπτική χορήγηση του φαρμάκου πρέπει να αρχίσει μέσα σε 2 ώρες και πάντως όχι πέραν του 24ώρου .
- ✓ Να γίνεται ορολογικός έλεγχος για πιθανή ορομετατροπή, τουλάχιστον επί 8-12 μήνες.
- ✓ Να παίρνονται αυστηρές προφυλάξεις κατά την σεξουαλική επαφή και να αποφευχθεί κύηση επί ένα έτος τουλάχιστον.⁴³

Μελέτες έχουν δείξει ότι μια προφυλακτική θεραπεία με AZT έχει σαν αποτέλεσμα την κατά το 79% μείωση του κινδύνου μετάδοσης του ιού. Η προφυλακτική θεραπεία θεωρείται ότι απέτυχε εάν η ορομετατροπή συμβεί μέσα σε 6 μήνες από την έναρξη της θεραπείας.³⁷

8.10 ΕΜΒΟΛΙΑ ΚΑΙ AIDS

Οι σύγχρονες γνώσεις μας στην ιολογία και την ανοσολογία επιτρέπουν στους ερευνητές να πιστεύουν ότι έχει ήδη επιτευχθεί μια θεωρητική προσέγγιση στα εμβόλια. Αυτό μπορεί να ισχύει για ορισμένους ιούς, αλλά όχι για τον HIV. Σχετικά με αυτόν τίθενται πολλά αναπάντητα ακόμη ερωτηματικά. Μερικά από αυτά είναι σημαντικότερα: Η σφαιρική ανοσολογική απόκριση του HIV είναι πλεονεκτική ή αντίθετα βλαβερή για τον ξενιστή; Ακόμη και αν σωστά «πληροφορημένο», το ανοσοποιητικό σύστημα μπορεί να προστατευθεί εναντίον ενός παράγοντα, ο οποίος το προσβάλλει τόσο ισχυρά; Στα προσβεβλημένα από τον ιό HIV άτομα, η κυτταρική και χημική ανοσία είναι ανίκανη να εξαφανίσει την προσβολή και να μπλοκάρει την εξέλιξη της νόσου. Μια ανοσολογική απόκριση, ταυτόσημη μεν, αλλά η οποία προϋπήρχε της προσβολής (το βασικό δηλαδή θεωρητικό υπόβαθρο της χρήσης των εμβολίων), μπορεί να είναι προληπτική; Η απάντηση στο ερώτημα αυτό μπορεί να

είναι θετική, αν κρίνουμε από τα αποτελέσματα, τα οποία ελήφθησαν από τον χιμπατζή (εμβόλιο HIV-1) και από άλλους πιθήκους (HIV-2). Αλλά, ο αριθμός των ζώων στα οποία το εμβόλιο παρέχει προστασία κατά της νόσου είναι ακόμη πολύ περιορισμένος και δεν είναι γνωστό τι θα μπορούσε να συμβαίνει αντίστοιχα στον άνθρωπο. Ελλείπει αυτών των γνώσεων, το μόνο που μπορεί να σχολιαστεί είναι ότι ένα ιδανικό εμβόλιο θα πρέπει να διαθέτει τις παρακάτω ανοσολογικές ιδιότητες:

Το ιδανικό εμβόλιο πρέπει να προκαλεί: την εμφάνιση εξουδετερωτικών αντισωμάτων, την δραστηριοποίηση των κυτταροτοξικών λεμφοκυττάρων Τα (CTL), την κυτταροτοξικότητα μέσω αντισωμάτων (ADCC), την καταστροφή του ιού ή των προσβεβλημένων κυττάρων από το σύστημα του συμπληρώματος.

Το ιδανικό εμβόλιο επίσης δεν πρέπει να προκαλεί: την δημιουργία αντισωμάτων που διευκολύνουν τον ιό, την πρόκληση αυτοανοσολογικής απόκρισης, την παρουσία ανοσοκατασταλτικών ουσιών και τέλος την παρουσία CTL ή ADCC που θα προσβάλλουν το καψίδιο του ιού, γεγονός που θα κατέληγε στην καταστροφή και υγιών κυττάρων, στα οποία θα είχε προσκολληθεί παθητικά η gp 120.¹¹

Ενώ οι επιστήμονες συμφωνούν ότι είναι ανάγκη να βρεθεί κάποιο προληπτικό εμβόλιο, δεν συμφωνούν για το ποια θα είναι τα χαρακτηριστικά αυτού του εμβολίου (-ων), τον τύπο της ανοσολογικής απάντησης που θα προκαλεί και πότε και πώς θα προχωρήσουμε σε κλινικές δοκιμές σταδίου III (phase iii trials, δοκιμές δηλαδή της αποτελεσματικότητας στον άνθρωπο). Ορισμένοι διατείνονται ότι πρέπει να υπάρξει περαιτέρω έρευνα και ότι δεν πρέπει να προχωρήσουμε σε δοκιμές σταδίου III, πριν κατανοήσουμε ακόμη καλύτερα τις ανοσολογικές διεργασίες. Άλλοι, υποστηρίζουν ότι μερικά από τα ήδη υπάρχοντα εμβόλια (που βασίζονται σε ανασυνδυασμένες πρωτεΐνες του φακέλου), προκάλεσαν ικανοποιητική ανοσία στους χιμπατζήδες που δοκιμάστηκαν, ήταν ασφαλή και ανοσογόνα σε ανθρώπους σε δοκιμές σταδίου I/II και επομένως είναι κατάλληλα για δοκιμές σταδίου III.

Από το 1987, έχουν δοκιμαστεί πάνω από 21 εμβόλια εναντίον του HIV-1. Δύο υποψήφια εμβόλια που χρησιμοποιούν τα ανασυνδυασμένα μόρια rgp 120MN και rgp 120 SF2 (Subunit Recombinant Envelope Vaccines) βρίσκονται στο στάδιο δοκιμών II στις ΗΠΑ σε 300 υγιείς εθελοντές. Τα εμβόλια με ζώντες εξασθενημένους ιούς υπόσχονται αρκετά. Αλλά έχουν κάποιο ρίσκο όταν θα πρέπει να δοκιμαστούν σε ανθρώπους.

Μια άλλη κατηγορία εμβολίων είναι αυτή που χρησιμοποιεί τα συνθετικά V3 πεπτίδια. Οι μελέτες εδώ βρίσκονται σε εξέλιξη.

Μέχρι στιγμής καμιά χώρα δεν έχει προχωρήσει σε δοκιμές σταδίου ΙΙΙ. Φαίνεται όμως ότι αυτό θα γίνει σύντομα, κυρίως στις ανεπτυγμένες χώρες. Οι δοκιμές αυτές θα αποτελέσουν για τεράστια επιστημονική και κοινωνική πρόκληση. Θα κοστίσουν πολύ και θα είναι μακροχρόνιες. Όμως με 1500 νέα κρούσματα κάθε μέρα, είναι μια επιτακτική ανάγκη.³⁷

8.11 AIDS ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΑ

Ενώ πρόκειται περί αρρώστιας, το AIDS είναι περισσότερο πρόβλημα κοινωνικό λόγω: α) των επιδημικών διαστάσεών του, β) των επιπτώσεων επί του κοινωνικού συνόλου και γ) των συνεπειών.

Αναφέρεται ενδεικτικώς ότι ασφαλιστικοί οργανισμοί αδυνατούν να καλύψουν τις ανάγκες των πελατών τους, ενώ οικονομίες κρατών «γονατίζουν». Τα έξοδα περιθάλψεως είναι τεράστια, ενώ το ποσοστό των ανίκανων προς εργασία ατόμων, μεταξύ των παραγωγικών κυρίως ηλικιών, διογκώνεται, ώστε η οικονομική επιβάρυνση να γίνεται αβάστακτη σε πολλές περιοχές του κόσμου και μάλιστα με προοπτική ραγδαίας επιδείνωσης.⁴⁶

Η πανδημία του ιού HIV και το AIDS θέτουν ένα παγκόσμιο πρόβλημα υγείας. Αν δεν ληφθεί υπ' όψιν στις πραγματικές του διαστάσεις και όσο οι κοινωνικές συνθήκες σε μεγάλο αριθμό χωρών διατηρούν την υγεία του πληθυσμού σε κατάσταση αβέβαιη, πρέπει να φοβόμαστε ότι η πανδημία αυτή δεν θα μπορέσει να ελεγχθεί.

Το 1985, η Παγκόσμια οργάνωση υγείας έδωσε το έναυσμα για μια παγκόσμια προσπάθεια κινητοποίησης των πληθυσμών, των οργανώσεων και των πηγών για την αντιμετώπιση του HIV/AIDS. Αυτή η κινητοποίηση περιλάμβανε τρεις τύπους δραστηριοτήτων, την επαγρύπνηση όλων των εθνών του κόσμου σχετικά με τις πραγματικότητες και τους κινδύνους του AIDS, τον καθορισμό ενός συνειδητού πλαισίου σκέψης και δράσης και την εφαρμογή ενός προγράμματος πάλης.

Η πρώτη σημαντική δραστηριότητα για την καταπολέμηση του AIDS σε παγκόσμια κλίμακα, πραγματοποιήθηκε τον Οκτώβριο του 1987 όταν, για πρώτη φορά στην ιστορία της, η Γενική Συνέλευση των Ηνωμένων Εθνών συζήτησε για την ασθένεια και ψήφισε μια απόφαση, με την οποία καλούσε όλα τα έθνη του πλανήτη

να υποστηρίξουν την παγκόσμια στρατηγική, που είχε καθοριστεί από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας.

Από το 1986 ως το 1989, οι λαοί ανταποκρίθηκαν ενεργά στην πάλη κατά της επέκτασης της πανδημίας στα πλαίσια του παγκόσμιου προγράμματος. Αυτό όμως δεν ισχύει σήμερα, σήμερα αναγνωρίζουμε την αυξανόμενη αποτυχία της μάχης εναντίον του AIDS σε παγκόσμιο επίπεδο. Η νόσος όχι μόνο συνεχίζει να εξαπλώνεται στις χώρες που έχουν ήδη προσβληθεί αλλά έχει επεκταθεί και μάλιστα με ταχύ ρυθμό σε χώρες που μέχρι πρόσφατα δεν υπήρχε. Η κοινωνική αντίδραση ελαττώνεται ενώ η νόσος επεκτείνεται. Η κοινωνική συμμετοχή στη πάλη κατά της νόσου μειώνεται, η στάση των κοινωνικών δυνάμεων γίνεται συνεχώς πιο σκληρή, η αυτοϊκανοποίηση και η άρνηση εκδηλώνονται όλο και πιο συχνά, οι διακρίσεις μεταξύ πλούσιων και φτωχών χωρών καθώς και πλουσίων και φτωχών τάξεων μεγαλώνουν, τέλος, στον βαθμό που το AIDS δεν παρουσιάζεται ως πανανθρώπινο πρόβλημα αλλά ως πρόβλημα συγκεκριμένων πληθυσμιακών ομάδων και κατά συνέπεια κανένα κράτος δεν θεωρεί την πάλη κατά του AIDS ως εθνικό θέμα υψίστης προτεραιότητας, δεν μπορεί να επιτύχει κανένα παγκόσμιο πρόγραμμα αντιμετώπισής του.

Με βάση τα προαναφερθέντα ανησυχητικά για τη Δημόσια υγεία γεγονότα, τι μπορούμε να πούμε για τις πιθανότητες μιας μελλοντικής θεραπείας;

Γνωρίζουμε ότι είναι μέσα στις δυνάμεις μας να ελέγξουμε την παγκόσμια επιδημία του AIDS, μολονότι τα μέχρι σήμερα αποτελέσματα και συγκατάθεση του κοινού στο να γίνουν τα πρέποντα δεν είναι ενθαρρυντικά. Το AIDS οδηγεί αναπόφευκτα στο συμπέρασμα ότι τα οράματά μας και οι συνηθισμένες πρακτικές σε θέματα υγείας είναι πολύ περιορισμένες να πετύχουν. Πρέπει σήμερα να διαμορφωθεί μια προσέγγιση στο θέμα της δημόσιας υγείας, κοινή σε όλους τους λαούς, η οποία θα έχει προέλθει από τις πραγματικότητες του σύγχρονου κόσμου. Είναι απαραίτητο να αναπτυχθεί, με βάση τα ήδη γνωστά για τη δημόσια υγεία και την κοινωνία, και με την ευκαιρία της παγκόσμιας κρίσης του AIDS, μια νέα παγκόσμια οπτική για την δημόσια υγεία η οποία θα βασίζεται στην αλληλεξάρτηση και στον σεβασμό των δικαιωμάτων του ανθρώπου.¹¹

Με το AIDS μπήκαν σε δοκιμασία τα πάντα. Ποτέ στην ιστορία της ιατρικής και της Βιολογίας δεν μάθαμε τόσο πολλά σε τόσο σύντομο χρονικό διάστημα. Η πρόκληση, πάντως, είναι για όλους μας. Πολύ περισσότερο όταν όλοι βρισκόμαστε

σε κίνδυνο και το κακό μπορεί να έρθει στον καθένα μας από κει που δεν θα το περιμένει. Η ΠΡΟΚΛΗΣΗ είναι για όλους μας.....⁴⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

9.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ / ΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ Σ.Μ.Ν.

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

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

Πρέπει επίσης να χρησιμοποιήσουν όλες τις νοσηλευτικές τους γνώσεις και δεξιότητες για να ανακουφίσουν τους πάσχοντες από τα συμπτώματα και να διδάξουν το περιβάλλον του ασθενούς για την πρόληψη.

Ο νοσηλευτής/τρια άρρωστου με αφροδίσιο νόσημα πρέπει να μπορεί να απαντήσει σε ερωτήματα όπως:

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

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

Στο εφαρμοζόμενο πρόγραμμα έλεγχου των αφροδισίων νοσημάτων ο νοσηλευτής/τρια κατέχει μια αξιόλογη θέση και αυτό γιατί υπηρετεί στις κλινικές, συμμετέχει στις επιδημιολογικές έρευνες. Ο νοσηλευτής/τρια προσέχει ιδιαίτερα για τη μη μετάδοση των αφροδισίων στο λοιπό προσωπικό εφαρμόζοντας τις αρχές που χρησιμοποιεί για τα λοιμώδη νοσήματα. Τους νοσηλευτές που νοσηλεύει άτομα με

αφροδίσια νοσήματα πρέπει να τους διακρίνει υπευθυνότητα, σοβαρότητα, εχεμύθεια καθώς και μυστικότητα για την κάθε περίπτωση.

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

1. Νοσηλεύει τον άρρωστο ακίνδυνα για τον εαυτό του/της και το περιβάλλον.
2. Συμμετέχει ενεργά στο πρόγραμμα έλεγχου νοσοκομειακών λοιμώξεων του ιδρύματος που υπηρετεί.
3. Ανακαλύπτει περιπτώσεις με αφροδίσιο νόσημα ή υπόδοχους λοιμογόνων παραγόντων και ενεργεί ανάλογα.
4. Συμμετέχει στα προγράμματα προστασίας από τα αφροδίσια νοσήματα σε κεντρικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο.
5. Συνεργάζεται σε προγράμματα διαφώτισεως του κοινού για την πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση, και περιορισμό διασποράς αφροδίσιων νοσημάτων.¹⁵

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

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

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

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

Η τριτογενής πρόληψη δίνει έμφαση στην αποκατάσταση των ατόμων μετά το παρουσιαζόμενο πρόβλημα υγείας. Όλες οι παρεμβάσεις είναι ανάλογες με τον βαθμό και την ένταση του προβλήματος.⁴⁷

Η ενημέρωση είναι προϋπόθεση για την πρόληψη.

Η σωστή ενημέρωση είναι το μοναδικό όπλο για την αναστολή της εξαπλώσεως των Σ.Μ.Ν. Η ενημέρωση καθ' αυτή ποτέ δεν είναι αρκετή για την πρόληψη. Το βασικό είναι να αντιληφθεί, να αισθανθεί το άτομο ότι πραγματικά κινδυνεύει. Για αυτό η ενημέρωση πρέπει να αποβλέπει στο να δημιουργήσει στο σύνολο του πληθυσμού την αίσθηση ότι τα Σ.Μ.Ν. είναι ατομικό του θέμα. Μόνο ο

έντονος, συνεχής προσωπικός στοχασμός μπορεί να οδηγήσει στην αποδοχή, υιοθέτηση και σταθερή διατήρηση συμπεριφοράς που να αποκλείει τη μόλυνση.

Εξίσου σημαντικός στόχος της ενημέρωσης είναι να μην επιτρέψει τη δημιουργία ανυπόστατου και υπερβολικού φόβου που μπορεί να αποβεί το ίδιο ή και περισσότερο καταστρεπτικός από την αρρώστια. Αλίμονο αν η νοσοφοβία δηλητηριάσει την ψυχή του ανθρώπου, ιδιαίτερα των νέων και τους σκοτώσει τη χαρά της ζωής, τη χαρά του ερωτά με τις απροσμέτρητες δυσμενείς ψυχικές επιπτώσεις. Παράλληλα η υπερεκτίμηση του κίνδυνου παραλύει τη λογική και αποσβένει την ανεκτικότητα και την κοινωνική αλληλεγγύη, στοιχεία απαραίτητα σε κάθε ομαδική προσπάθεια αλλά συγχρόνως και ιδιαίτερος εύθραυστα.⁴⁰

9.2 ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΔΙΑΦΩΤΙΣΗ ΓΙΑ ΤΑ ΑΦΡΟΔΙΣΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

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

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

Η επιβολή υγειονομικών μέτρων στις ομάδες υψηλού κίνδυνου δημιουργεί προβλήματα και προβληματισμούς. Η παραδοχή από τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών ότι η υγεία είναι αναφαίρετο δικαίωμα κάθε ατόμου προσκρούει στη στέρηση της ελευθέριας των ασθενών με αφροδίσιο νόσημα, η οποία επιβάλλεται για την προστασία του κοινωνικού συνόλου. Στο κέντρο του προβλήματος βρίσκεται το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, που πρέπει να σταθμίσει το μέγεθος των μέτρων πρόληψης, όπως και να αποφασίσει για την αναγκαιότητα εισαγωγής στα νοσοκομεία και νοσηλείας για άγνωστο χρονικό διάστημα, έστω και χωρίς συγκατάθεση των ίδιων των ασθενών. Η υπεύθυνη ενημέρωση του εξεταζόμενου αποτελεί βασικό καθήκον του νοσηλευτικού και του ιατρικού προσωπικού. Έχει σχεδόν επικρατήσει η άποψη ότι κάθε σεξουαλική σχέση εκτός από την κλασική ετεροφυλική μονογαμική σχέση είναι επικίνδυνη. Τίθεται όμως το ερώτημα, πόσο εύκολο και ασφαλές είναι προτού δημιουργηθεί μια ερωτική σχέση με άγνωστο να

προηγηθεί ανάκριση για την προηγούμενη ζωή, ή και εξέταση, ενώ στην απλούστερη περίπτωση να γίνει χρήση προφυλακτικού. Βασικοί άξονες της αντιμετώπισης του σημαντικού προβλήματος των αφροδίσια νοσημάτων είναι η προστασία του κοινωνικού συνόλου και ταυτόχρονα η διασφάλιση των ανθρώπινων δικαιωμάτων. Η υλοποίηση των κατευθύνσεων αυτών επιτυγχάνεται με την σωστή ενημέρωση και την υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού. Η υγειονομική διαφώτιση διευκολύνει τη γνώση, συμβάλλει στην αλλαγή της συμπεριφοράς του ατόμου και του πληθυσμού γενικότερα, για λήψη υγιεινών μέτρων.

Ο γραπτός λόγος είναι μεγάλης σημασίας διαφωτιστικό μέσο. Ο ρόλος του τύπου, των περιοδικών καθώς και των διαφημιστικών φυλλαδίων, βοήθα τον πολίτη για σωστή ενημέρωση και τον προφυλάσσει από τον κίνδυνο μετάδοσης αφροδίσια νοσήματος. Επίσης τα μέσα μαζικής ενημέρωσης {τηλεόραση, ραδιόφωνο} αποτελούν βασικό μέσο υγειονομικής διαφώτισης. Η τηλεόραση η οποία ασκεί την μεγαλύτερη επίδραση στο ακροατήριο και έχει το πλεονέκτημα της κίνησης και οπτικοακουστικής εικόνας, με επιστημονικά τεκμηριωμένες εκπομπές μπορεί να αποτελέσει το σημαντικότερο μέσο ενημέρωσης και χρήσιμων πληροφοριών.

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

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

Η σωστή ενημέρωση του κοινού και η σχολαστική τήρηση των προληπτικών μέτρων συντελούν στην αποφυγή του πανικού και στον περιορισμό του μεγάλου προβλήματος της δημόσιας υγείας. Για να συνεχίσει η χώρα μας να περιλαμβάνεται μεταξύ των χωρών που έχουν μικρή επίπτωση στα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, χρίζεται η ενεργός συμμετοχή του ιατρικού καθ' αυτού νοσηλευτικού προσωπικού στα προγράμματα έλεγχου, η ανάπτυξη αισθήματος ευθύνης των ασθενών έναντι του κοινωνικού συνόλου, η εφαρμογή αυστηρών προληπτικών

μέτρων και η αλλαγή του τρόπου ζωής των ομάδων υψηλού κίνδυνου. Τέλος, αν και ακόμη δεν έχουμε περάσει ουσιαστικά στην ενημέρωση του κοινού με ομιλίες, προβολή ταινιών, με φυλλάδια και αλλά. Η υγειονομική συνείδηση και εκμάθηση των αφροδίστων νοσημάτων, έχει γερές βάσεις στο άτομο, όταν αυτή γίνεται από μικρή ηλικία. Καλό θα ήταν, με επιστημονικό και παιδαγωγικό τρόπο, να υπάρχει πληροφόρηση στα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, μαζί με τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στα σχολεία⁴.

9.3 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ

Το θέμα της σεξουαλικής αγωγής είναι πάντα επίκαιρο και πολύπλευρο, προβληματίζοντας όλους τους γονείς και δάσκαλους, 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 την 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 και άλλες συνθήκες, μέσα στις οποίες τοποθετούνται και διαδραματίζονται οι γενετήσιες σχέσεις, έχουν σημαντικά αλλάξει.¹⁰

Η σεξουαλική αγωγή είναι μια πλευρά της συναισθηματικής εκπαίδευσης, όπως η σεξουαλικότητα αποτελεί μέρος της συναισθηματικής ζωής. Ο κύριος σκοπός της είναι να προετοιμάσει το παιδί για την σεξουαλική ζωή, που αποτελεί αναπόσπαστο μέρος μιας υγιούς συναισθηματικής ζωής του ενήλικου. Μια σημαντική στιγμή για την πραγματοποίηση του εκπαιδευτικού αυτού σκοπού αντιπροσωπεύεται από την σεξουαλική πληροφόρηση, δηλαδή από τη μετάδοση στο παιδί όλων εκείνων των γνώσεων της βιολογίας, της ανατομικής και της φυσιολογίας, που ενδιαφέρουν τη σεξουαλική ζωή. Αλλά, η σεξουαλική αγωγή, δεν είναι μόνο αυτό: δεν είναι μόνο <πληροφόρηση>, αλλά και μετάδοση των κανόνων συμπεριφοράς και των τρόπων άσκησης της σεξουαλικής λειτουργίας. Ο εκπαιδευτής πρέπει να επιδιώκει μια υγιή ανάπτυξη του σεξουαλικού ένστικτου ενόψει της ωριμότητας και ταυτόχρονα να φροντίζει, ώστε η ανάπτυξη αυτή να είναι συναφής με την ηλικία του ατόμου και με την κοινωνία στην οποία γίνεται η εκπαιδευτική προσπάθεια. Υπό την έννοια αυτή, η σεξουαλική αγωγή θα θεωρηθεί μέσα στο ιστορικό, πολιτιστικό, κοινωνικό πλέγμα, ενώ η πληροφόρηση λαβαίνει υπόψη τις προόδους των επιστημονικών γνώσεων.³⁹

Στο σημείο αυτό ίσως είναι αναγκαίο να αναφέρουμε τον ορισμό της σεξουαλικής υγείας:

Το 1972 η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, καθόρισε ότι για σεξουαλική υγεία εννοείται:

1. Η ικανότητα να εκτιμηθεί και να ελεγχθεί η σεξουαλική και αναπαραγωγική συμπεριφορά σε συμφωνία με την ατομική και κοινωνική ηθική.
2. Η απελευθέρωση από το φόβο, την ντροπή, το αίσθημα ένοχης, τις λαθεμένες προκαταλήψεις και τους άλλους αρνητικούς ψυχολογικούς παράγοντες που μπορούν να γίνουν ανασταλτικοί στη σεξουαλική συμπεριφορά και να εμποδίσουν τις σεξουαλικές σχέσεις.
3. Η μη ύπαρξη ενοχλήσεων, οργανικών διαταραχών, ασθενειών και ανεπαρκειών που μπορούν να εμποδίσουν την σεξουαλική και αναπαραγωγική λειτουργία.

Αργότερα, το 1974, η ίδια Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, έδωσε έναν καινούριο ορισμό στη σεξουαλική υγεία, εννοούμενη σαν << ολοκλήρωση των σωματικών, συναισθηματικών, πνευματικών και κοινωνικών όψεων του σεξουαλικού ατόμου, με τρόπο ώστε να οδηγεί σε έναν εμπλουτισμό και σε μια ολοκλήρωση της ανθρώπινης προσωπικότητας, της επικοινωνίας και της αγάπης >>.

Αρκούν αυτοί οι δυο ορισμοί και κυρίως ο τελευταίος για να αποδιώξουν όλους τους φόβους που για αιώνες απαγόρευαν μια τέτοιου είδους συζήτηση, θεωρώντας την αδιάντροπη, πορνογραφική και ανήθικη.⁴⁸

Στόχος λοιπόν, της σεξουαλικής πληροφόρησης θα πρέπει να είναι η ελαχιστοποίηση των προβλημάτων της σεξουαλικής ζωής, έτσι ώστε ο νέος και η νέα να αντλούν από τη γενετήσια σχέση τη μεγαλύτερη δυνατή χαρά, ηδονή και αγάπη, αντί να απαιτούν τραυματικές εμπειρίες. Ο περιορισμός των εφηβικών κινήσεων και ο περιορισμός των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων είναι από τους πιο ουσιαστικούς στόχους της σεξουαλικής αγωγής.⁴¹

Αναμφίβολα, η σεξουαλική αγωγή εξαρτάται πολύ από την κοινωνική ηθική της ιστορικής περιόδου και από τον τόπο, στον οποίο γίνεται. Επομένως, για να δώσουμε στα παιδιά μας ή στους μαθητές μια σεξουαλική αγωγή, πρέπει να έχουμε υπόψη τους περιβαλλοντικούς αυτούς παράγοντες. Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες, εξάλλου, απηχούν ακόμη έναν ορισμένο τύπο εκπαίδευσης, που θεωρεί όλα τα σχετικά με το σεξ << ταμπού >>, για τα οποία είναι προτιμότερο να μην μιλάμε, γιατί

είναι «βρώμικα πράγματα». Αυτό συνέβαλε στην άλω εκείνη του μυστηρίου και της αμαρτίας, που περιβάλλει όλες τις εκδηλώσεις και τις πληροφορίες τις σχετικές με το σεξ, που κάνει μερικούς γονείς να δυσκολεύονται όταν πρέπει να απαντήσουν στις αθώτερες ερωτήσεις που τους θέτουν τα παιδιά. Στην έννοια του άγνωστου και του αμαρτωλού στηρίζεται ακριβώς όλη η πορνογραφική παραγωγή που έχει τόση πέραση σε μεγάλους και νεαρούς. Όποιος λοιπόν, βρεθεί στην θέση να κάνει σεξουαλική αγωγή, πρέπει, πριν απ' όλα, να ξεπεράσει προσωπικά το συναίσθημα της αμαρτίας που συνδέεται με το σεξ: μόνο τότε μπορεί να είναι σε θέση να διδάξει στα παιδιά μια υγιή βασική συμπεριφορά σε σχέση με το σεξ και να θέσει τις βάσεις για μια σωστή εκπαιδευτική συζήτηση.³⁹

Στη σεξουαλική αγωγή διακρίνονται ορισμένα στάδια: Στο πρώτο στάδιο {παιδιά βρεφικής και προσχολικής ηλικίας} γίνεται η εξοικείωση με στοιχειώδεις συνήθειες υγιεινής και κανόνες συμπεριφοράς. Στα παιδιά της σχολικής ηλικίας {2^ο στάδιο}, διδάσκονται οι γενικοί ηθικοί και υγιεινοί κανόνες, που έχουν σοβαρή σημασία για την κανονική σεξουαλική ανάπτυξη. Το 3^ο στάδιο της σεξουαλικής αγωγής αντιστοιχεί στην περίοδο της σεξουαλικής ωρίμανσης. Στο 4^ο και 5^ο στάδιο {έφηβους μεγαλύτερης σχολικής ηλικίας}, γίνεται η ανάλυση των ζητημάτων των αμοιβαίων σχέσεων και φυλών, ως σύνθετου προβλήματος ηθικού, κοινωνικού και υγιεινής, η κατατόπιση τους σχετικά με τις βάσεις υγιεινής της σεξουαλικής ζωής, της προφύλαξης από τα αφροδίσια νοσήματα και τις αμβλώσεις.²²

Τινός έργο είναι η σεξουαλική αγωγή;

Ο φόβος του σεξ και μαζί η άγνοια των αντικειμενικών σκοπών μιας υγιούς σεξουαλικής αγωγής, βρίσκονται στην βάση των ερωτήσεων που θέτουμε στον εαυτό μας σε τέτοιες περιπτώσεις: ποιος πρέπει να ασχοληθεί με την σεξουαλική αγωγή; Οι γονείς, οι δάσκαλοι, οι γιατροί, οι νοσηλευτές, οι ψυχολόγοι, οι κοινωνικοί λειτουργοί;³⁹

Αναμφίβολα, η σεξουαλική αγωγή γίνεται πρώτα από τους γονείς στην οικογένεια και έπειτα από τα υγειονομικά στελέχη και τους δάσκαλους στα εκπαιδευτικά ιδρύματα και στις παραγωγικές ομάδες με διαλέξεις, ομιλίες, φυλλάδια, επιστημονικές εκλαϊκευμένες κινηματογραφικές ταινίες κ.τ.λ. Επομένως, κι εδώ ο νοσηλευτής/τρια μπορεί να εκτελέσει αξιόπαινο έργο.²²

9.4 ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Η συμβουλή της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας {ΠΦΥ} στην ανάπτυξη της υγείας είναι σήμερα αναγνωρισμένη σε όλο τον κόσμο.

Σ' ένα μεγάλο αριθμό χωρών, η ΠΦΥ αποτελεί βασικό θεμέλιο του εθνικού συστήματος υγείας. Μια βασική αρχή της ΠΦΥ είναι το καθήκον και η υπευθυνότητα των κυβερνήσεων και των επαγγελματιών υγείας να προσφέρουν στο κοινό πληροφορίες για τα σημαντικά προβλήματα υγείας και τις μεθόδους πρόληψης και έλεγχου τους. Μια άλλη αρχή της ΠΦΥ δίνει έμφαση στο δικαίωμα και στο καθήκον των ατόμων και των κοινοτήτων να αναλαμβάνουν υπευθυνότητα για τα θέματα που συνδέονται με την υγεία τους και κατ' επέκταση να επιφέρουν μεταβολές τόσο στην ατομική όσο και στη συλλογική τους συμπεριφορά. Με τις δυο αυτές βασικές αρχές της ΠΦΥ, είναι συνυφασμένος και ο αποτελεσματικός τρόπος περιορισμού της διασποράς των αφροδίσιων νοσημάτων.

Οι βασικές αρχές της καλής νοσηλευτικής άσκησης αναφέρονται στην εξασφάλιση φροντίδας για τα μολυσμένα άτομα και υποστήριξης για τις οικογένειες και τους φίλους τους. Η εφαρμογή τους πρέπει να ενδυναμώνετε και να προωθείται, ανάλογα με τις ανάγκες, δια μέσου αποτελεσματικής καθοδήγησης.

Οι ασθενείς που έχουν μολυνθεί από κάποιο σεξουαλικό μεταδιδόμενο νόσημα, παρουσιάζουν στο νοσηλευτικό προσωπικό μια μεγάλη σειρά προκλήσεων. Επειδή τα Σ.Μ.Ν. είναι ευρέως γνωστά νοσήματα, για μερικά από τα οποία δεν υπάρχει θεραπεία, η διάγνωση τους έχει συχνά καταστροφική επίδραση στα άτομα, στην οικογένεια και στους φίλους και συχνά φορτίζει και τους νοσηλευτές με μεγάλο συναισθηματικό άγχος. Τα Σ.Μ.Ν. μπορούν να δημιουργήσουν κοινωνική περιθωριοποίηση και απομόνωση, λόγω του φόβου της μετάδοσης και του στίγματος που συχνά συνοδεύουν τα νοσήματα αυτά. Οι νοσηλευτές, είναι σε θέση να προσφέρουν φροντίδα που να δείχνει σεβασμό στην αξιοπρέπεια του ατόμου και να γίνουν παράδειγμα σωστής, μη επιτιμητικής στάσης για τους άλλους επαγγελματίες υγείας και για τα μέλη της κοινότητας. Η κοινή διακηρύξη του ΠΟΥ και του ICON στον κώδικα του ICN για τους νοσηλευτές αναφέρει ότι «**Η ευθύνη των νοσηλευτών ανάγεται στους ανθρώπους που χρειάζονται νοσηλευτική φροντίδα**» και ότι «**με την πρόσφορα φροντίδας ο νοσηλευτής βοηθάει στην ανάπτυξη περιβάλλοντος που σέβεται τις αξίες, τα ήθη και τις πνευματικές πεποιθήσεις του κάθε ατόμου**».

Ο νοσηλευτής/τρια κατέχει γνώσεις από επίσημες και ανεπίσημες πηγές. Στις επίσημες, συμπεριλαμβάνονται η νοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή ιατρική φροντίδα και τα υποστηρικτικά συστήματα. Οι ανεπίσημες πηγές περιλαμβάνουν τη φροντίδα και την υποστήριξη που προσφέρεται από την οικογένεια και τους φίλους, από θρησκευτικές ομάδες ή πολιτιστικούς συλλόγους βοηθώντας τον ασθενή να διατηρεί την κοινωνική του ζωή καθώς και από διακεκριμένες υποστηρικτικές ομάδες. Ο νοσηλευτής έχει την υποχρέωση να είναι πλήρως ενημερωμένος για όλες τις σύγχρονες εξελίξεις, από τοπικές και περιφερειακές, επίσημες και ανεπίσημες πηγές.

Λόγω του μεγάλου εύρους των εκδηλώσεων των Σ.Μ.Ν. και των ψυχοκοινωνικών πλευρών τους, απαιτείται ένα μεγάλο εύρος νοσηλευτικών δεξιοτήτων, συμπεριλαμβανόμενων αποτελεσματικών εκπαιδευτικών και συμβουλευτικών δεξιοτήτων για την πρόσφορα καλής νοσηλευτικής φροντίδας οπουδήποτε χρειαστεί- στο νοσοκομείο ή εκτός νοσοκομείου ή και σε κοινοτικής κατεύθυνσης συστήματα υγείας.

Δεν υπάρχει ένα απλό νοσηλευτικό πρότυπο ή ένα ιδανικό ίδρυμα υγειονομικής περίθαλψης, που να μπορεί να περιγράψει. Στους παράγοντες που επηρεάζουν το σύστημα υγειονομικής φροντίδας, μπορούν να συμπεριληφθούν ο τύπος του ιδρύματος υγειονομικής φροντίδας, η διαθεσιμότητα εξειδικευμένου προσωπικού, η διαθέσιμη τεχνολογική υποστήριξη και ο αριθμός των ασθενών.

9.5 ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΤΩΝ Σ.Μ.Ν

Η υγειονομική εκπαίδευση αναφορικά με την πρόληψη και τον έλεγχο των αφοροδίσιων νοσημάτων, πρέπει πάντοτε να έχει ως στόχο τη μεταβολή της επικίνδυνης συμπεριφοράς, την ελάττωση του κίνδυνου έκθεσης και μετάδοσης, τη μείωση του ψυχοκοινωνικού άγχους και την υποστήριξη των ατόμων, ώστε να αναπτύξουν τις ικανότητές τους για να αντιμετωπίσουν την κατάσταση. Για να γίνει αυτό εφικτό, πρέπει να εκπαιδευθούν τα άτομα που έχουν προσβληθεί άμεσα από την 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 τόσο εκπαίδευση, όσο 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 δυνατότητά τους να καταλάβουν τεχνικές πληροφορίες, τον τρόπο με τον οποίο οι πληροφορίες θα φτάσουν καλύτερα σ' 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 φτάνουν 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 πληθυσμό, τα χαρακτηριστικά του και την κοινωνική του κατάσταση.

Η αλλαγή της σεξουαλικής συμπεριφοράς είναι συχνά ευχάριστη ή έχει κάποια συμβολική σημασία. Έτσι ακόμα και μπροστά στον πραγματικό κίνδυνο της λοίμωξης από κάποιο αφροδίσιο νόσημα, 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 την 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 την 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 οικογένειές τους και στους φίλους τους.
- Οι τοπικές παραδόσεις σε σχέση με τη κοινή χρήση μέσων και την αμοιβαία βοήθεια.
- Η εμπειρία των κοινοτήτων που έχουν αντιμετωπίσει προηγούμενες κρίσεις.
- Οι τοπικές κοινοτικές ομάδες ή άτομα ή αρχηγοί ομάδων που ασκούν επιρροή, ώστε να βοηθήσουν στην αλλαγή της συμπεριφοράς.⁴⁵

Όταν ο νοσηλευτής/τρια, κατανοήσει πλήρως όσα αναφέρθηκαν και κάνει τη κατάλληλη προετοιμασία, τότες θα είναι έτοιμος να εκπληρώσει το σκοπό του: να μεταδώσει τις γνώσεις του σχετικά με την υγιεινή του σώματος και την πρόληψη των αφροδίσια νοσημάτων και ταυτόχρονα να τις κάνει κατανοητές και εφαρμόσιμες στον πληθυσμό – στόχο του. Όλα αυτά μπορεί να τα πετύχει εξασκώντας το έργο του είτε μέσα στο νοσοκομείο, είτε έξω από αυτό, στα κέντρα υγείας, κατά την διάρκεια των κατ' οίκον επισκέψεων – νοσηλειών, διοργανώνονται συναντήσεις στα πλαίσια των κοινοτικών προγραμμάτων, ημερίδες, διημερίδες, συνέδρια, σχεδιάζοντας ενημερωτικά φυλλάδια, συμμετέχοντας σε προγράμματα ελέγχου, είτε χρησιμοποιώντας τη δύναμη των μέσων μαζικής ενημέρωσης.

Για να κατανοηθεί η ανάγκη για τον καθένα να προφυλαχθεί από τα αφροδίσια νοσήματα, πρέπει να μην κλείσουμε τα μάτια μπροστά στην τρομερή πρόοδο αυτής της μάστιγας και την ευκολία με την οποία εξαπλώνονται αυτές οι αρρώστιες.

Πραγματικά, ο περισσότερος κόσμος δεν αντιλαμβάνεται σε πιο σημείο έχουν διαδοθεί τα αφροδίσια νοσήματα. Καθώς οι αρρώστιες αυτές θεωρούνται ανέκαθεν «αισχρές» εκείνοι που προσβάλλονται από αυτές κρατάνε τη μεγαλύτερη εχεμύθεια απέναντι σε όλο τον κόσμο και μάλιστα απέναντι στην οικογένειά τους. Έτσι λοιπόν πολύ σπάνια να μάθει κανείς πως κάποιος προσβλήθηκε από μια τέτοια αρρώστια. Κι

όμως, σύμφωνα με αξιόπιστες στατιστικές, κάθε άνθρωπος που μένει σε μία μεγαλούπολη, πλούσιος ή φτωχός έχει προσβληθεί στη ζωή του κατά μέσο όρο δύο φορές από τα αφροδίσια νοσήματα. Αυτό πάει να πει πως αν ο ένας είχε την τύχη να μην κολλήσει τίποτε σε όλη του τη ζωή, ο γείτονάς του αρρώστησε αντίθετα τέσσερις φορές.⁴⁹

Σύμφωνα λοιπόν με την τραγική αυτή αλήθεια, η ανάγκη ενημέρωσης του κοινού για την πρόληψη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων είναι επιτακτική.

Γενικά μέτρα πρόληψης των αφροδίσιων νοσημάτων

Συνεχώς από το χώρο της ιατρικής επιστήμης ακούμε ότι η καλύτερη θεραπεία είναι η πρόληψη, για οποιοδήποτε νόσημα. Αυτό αφορά φυσικά και τα αφροδίσια νοσήματα σε πολύ μεγάλο ποσοστό, μιας 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 τα 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.

- Ιδιαίτερη σημασία για την πρόληψη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων έχει η ενημέρωση του πληθυσμού σχετικά με τα συμπτώματα των νοσημάτων αυτών, τους τρόπους μετάδοσής τους και την ανάγκη θεραπείας τους
- Επίσης είναι απαραίτητη η διαφώτιση στα θέματα σεξουαλικής αγωγής, η οποία θα πρέπει να ξεκινά πριν την έναρξη της σεξουαλικής ζωής. Ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δοθεί, στην κατανόηση της αξίας της χρήσης προφυλακτικού, την αποφυγή εναλλαγής πολλών ερωτικών συντρόφων και ακραίων σεξουαλικών εκτροπών.
- Πρέπει να προαχθούν οι υπηρεσίες υγείας για την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία των νοσημάτων αυτών, ενώ σημαντική βοήθεια

προσφέρουν τα προγράμματα συλλογικού διαγνωστικού ελέγχου σε ορισμένες ομάδες του πληθυσμού, π.χ. έγκυες, αιμοδότες κ.α.

- Η ενημέρωση πρέπει να απευθύνεται κυρίως στους νέους, αλλά και στους ταξιδιώτες – τουρίστες, αφού πολλές φορές η μετάδοση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων γίνεται κατά τη διάρκεια διακοπών ή κάποιου ταξιδιού. Έτσι για την προστασία τους οι ταξιδιώτες πρέπει να χρησιμοποιούν πάντα προφυλακτικό και να αποφεύγουν την επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά.³

Γνώρισε τον σεξουαλικό σου σύντροφο

Η αρχή μιας σεξουαλικής σχέσης με κάποιο άτομο σήμερα, θα πρέπει να βασίζεται όχι μόνο στο συναίσθημα αλλά και στη λογική κρίση. Η εμφάνιση των αφροδίσιων νοσημάτων, επιβάλλει να τροποποιήσουμε τη συναισθηματική μας έκφραση. Πρέπει πρώτα να έχουμε υπόψη μας τις συνέπειες, τα επακόλουθα.

Αν σκέφτεσαι να αρχίσεις τη σεξουαλική σου ζωή, διάλεξε με λογική και σύνεση τον σύντροφό σου. Φρόντισε ώστε η σχέση σας να είναι σταθερή και μονογαμική.

Συζήτησε με το σύντροφό σου για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Ανταλλάξτε γνώσεις, απόψεις σκέψεις, τρόπους και μεθόδους.

Μερικά αγόρια λένε πως δεν τους αρέσει να χρησιμοποιούν προφυλακτικό. Βοηθήστε συναισθηματικά να τους αρέσει, να το συνηθίσουν, να το αγαπήσουν. Όλα τα αγόρια θα πρέπει να μάθουν να χρησιμοποιούν το προφυλακτικό σωστά με σύνεση και σιγουριά. Αν ο σύντροφός σου αντιδρά, μη διστάσεις να του εξηγήσεις τις απόψεις σου! Έτσι δείχνεις ότι πραγματικά ενδιαφέρεται ο ένας για τον άλλο. Αν δεν μπορείτε να μιλήσετε ανοιχτά γι' αυτό το θέμα, αν δεν είστε συνεργάσιμοι μεταξύ σας, καλύτερα και για τους δυο σας, να μην ολοκληρώσετε τη σχέση σας.

Την εφήμερη περιστασιακή σεξουαλική επαφή μπορεί να τη πληρώσετε ακριβά, πολύ ακριβά, ακόμα και με τη ζωή σας. Η Φρίντα Μπιούμπι, στο βιβλίο της «και το όνειρο πάγωσε» που χαρακτηρίζεται και ως χρονικό του AIDS, λέει:

«Γιατί κάθε φορά που κάνεις έρωτα με κάποιον, κάνεις έρωτα με όλους τους ανθρώπους με τους οποίους αυτός έχει κάνει έρωτα και με όλους τους ανθρώπους που ο καθένας από εκείνους έχει κάνει.....»

Είναι σημαντικό και απαραίτητο να γνωρίζουμε και να διερευνούμε το σεξουαλικό ιστορικό του συντρόφου μας.

Οι ειδικοί προτείνουν τις εξής διερευνητικές ερωτήσεις:

- Έχεις κάνει τεστ για AIDS ή για αφροδίσια νοσήματα;
- Πόσους ερωτικούς συντρόφους είχες;
- Είχες ποτέ ερωτικούς συντρόφους που να έκαναν χρήση ναρκωτικών με σύριγγα;
- Έχεις κάνει μετάγγιση αίματος ή παραγώγων αίματος;

Ο τρόπος, ο χρόνος, η κατάλληλη ώρα της συζήτησης θα πρέπει να μεθοδεύονται σωστά και με δόση ευαισθησίας και σοβαρότητας. Ίσως όλη αυτή η σύνεση, η εγκράτεια, η λογική, μας οδηγήσουν στο να εξιδανικεύσουμε το σεξ, την αγάπη, τον έρωτα.¹⁴

Τα δέκα απαγορευμένα για τα αφροδίσια νοσήματα

1. Για τα αφροδίσια νοσήματα μη συμβουλευέστε φίλους, και γνωστούς. Είναι πολύ πιθανόν να κάνουν λάθος. Απευθυνθείτε σε γιατρό. Είναι ο μόνος που μπορεί να συμβουλευεί και να σας κατευθύνει σωστά.
2. Μη πλένετε ποτέ τα γεννητικά σας όργανα με τα «ευγενή» σαπούνια που διαφημίζει η τηλεόραση ή με ισχυρά αντισηπτικά σαπούνια ή διαλύματα που παίρνετε από το φαρμακείο.
3. Μη πλένεστε πολλές φορές (συνέχεια !!!!). Μη χρησιμοποιείτε καυτό νερό. Χρησιμοποιείτε μόνο κρύο νερό, χαμομήλι και ελαφρά ουδέτερα σαπούνια.
4. Εάν παρουσιαστεί στα γεννητικά σας όργανα ένα σπυρί ή καταλάβετε κάποιο ερεθισμό, μη τα βάζετε πάντα με το σεξουαλικό σας σύντροφο. Υπάρχουν πολλές αρρώστιες που μπορούν να παρουσιαθούν στα γεννητικά σας όργανα όπως και σε κάθε άλλο μέρος του σώματός σας, άλλωστε, και που γι' αυτές να μην φταίει απολύτως σε τίποτε ο σύντροφός σας.
5. Εάν εμφανίσετε ένα αφροδίσιο νόσημα, μη πανικοβάλλεστε, μη βιαστείτε να πάρετε φάρμακα στη τύχη για να προλάβετε την εξέλιξη της αρρώστιας. Σημασία έχει πάνω απ' όλα να μπει μια καλή και σωστή διάγνωση. Διότι, αν αρχίσουμε θεραπεία στη τύχη, καλύπτουμε, όπως λέμε, την εικόνα και μετά είναι πολύ δύσκολο να

γίνει η σωστή διάγνωση και θεραπεία. Γενικά συμβουλευτείτε γιατρό και μην αρχίζετε βιαστικά θεραπεία μόνοι σας.

6. Αν σας τύχει μια καλή «ευκαιρία», προσέχετε πολύ καλά, γιατί την επόμενη μέρα ίσως ψάχνετε για γιατρό. Μην κάνετε ευκαιριακές σχέσεις εύκολα.
7. Εάν είχατε μία «ευκαιριακή» σχέση: Μην κάνετε έρωτα και με το μόνιμο σύντροφό σας. Αφήστε να περάσει ένα διάστημα ασφαλείας 7-10 ημερών. Ίσως αυτό σας φανεί πολύ ωφέλιμο. Απευθυνθείτε στο γιατρό σας για προληπτικό έλεγχο.
8. Αν σας παρουσιαστεί ένα αφροδίσιο, μη πανικοβάλλεστε ότι θα κολλήσετε το περιβάλλον σας ή τους συγγενείς σας, απλώς και μόνον επειδή αυτοί ζουν στον ίδιο χώρο με σας. Αυτό είναι πάρα πολύ σπάνιο ή και αδύνατο. Συνήθως για να μεταδοθεί ένα αφροδίσιο νόσημα χρειάζεται σεξουαλική πράξη ή πολύ στενή στοματική επαφή.
9. Σε περίπτωση κατά την οποία η σεξουαλική επαφή γίνεται χωρίς να έχετε εγγυήσεις για τη σεξουαλική ταυτότητα του συντρόφου, μην κάνετε το σφάλμα. Χρησιμοποιείτε πάντα προφυλακτικό.
10. Εάν η σεξουαλική σας επαφή δεν είναι από τη φυσιολογική οδό, μη ξεγελιάστε. Η παράφυση σχέση, ο στοματικός έρωτας ή και ένα ακόμα δυνατό «δαγκωτό» φιλί που μπορεί να προκαλέσει μια μικρή αιμορραγία στο στόμα, μπορεί να προκαλέσουν κάποιο αφροδίσιο νόσημα.¹⁶

Πέντε βήματα για μια υγιή, ασφαλή ερωτική ζωή

1. Κάθε φορά χρησιμοποιείτε προφυλακτικό. Το προφυλακτικό προσφέρει την καλύτερη προστασία έναντι των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Το προφυλακτικό έχει αποτέλεσμα. Σε μια μελέτη από το 1987 ως το 1991, σε 123 ζευγάρια στα οποία ο ένας από τους συντρόφους είχε HIV, τα ζευγάρια που κάθε φορά χρησιμοποιούσαν προφυλακτικό πρόλαβαν τη μετάδοση του HIV, σε αντίθεση με 122 ζευγάρια που δεν χρησιμοποιούσαν πάντα προφυλακτικό, από τα οποίους 12 σύντροφοι μολύνθηκαν. Μια ίδια μελέτη το 1993 έδειξε ότι μόνο 2 από 172 γυναίκες που οι σύντροφοί τους είχαν HIV και χρησιμοποιούσαν πάντοτε

προφυλακτικό κόλλησαν τον ιό. Αντιθέτως 8 από 55 γυναίκες που δεν χρησιμοποιούσαν πάντα προφυλακτικό, μολύνθηκαν.

2. Συζητήστε με το σύντροφό σας πριν από τη θέρμη του πάθους και κάθε φορά χρησιμοποιήστε προφυλακτικό. Ο ένας τουλάχιστον σύντροφος πρέπει να φροντίζει και να ενδιαφέρεται για την ευχαρίστηση, την απόλαυση και την υγεία του άλλου. Να είστε ανοιχτοί. Αφήστε το σύντροφό σας να γνωρίζει την υγεία σας και το σεξουαλικό σας ιστορικό. Να είστε ευθείς. Μιλήστε για τις σεξουαλικές σας ανάγκες. Να είστε επίμονοι. Μην αφήνετε το σύντροφό σας να παραμείνει σιωπηλός γύρω από αυτά τα ζητήματα.
3. Διατηρήστε τη φόρμα σας και χρησιμοποιήστε πάντοτε προφυλακτικό. Κάντε ένα έλεγχο γι' αυτά τα νοσήματα μια φορά το χρόνο. Προστατεύστε το ανοσοποιητικό σας σύστημα.
4. Εάν νομίζετε ότι έχετε εσείς ή ο σύντροφός σας μια τέτοια αρρώστια επισκεφθείτε ένα γιατρό για έλεγχο, διάγνωση και θεραπεία. Ερευνήστε εάν ο σύντροφός σας χρειάζεται επίσης να εξεταστεί και να θεραπευτεί. Μην παίρνετε φάρμακα που δεν σας έχουν συστηθεί από γιατρό. Μην κάνετε έρωτα μέχρι η φλεγμονή να τεθεί υπό έλεγχο. Μετά, πάντα χρησιμοποιείτε προφυλακτικό.
5. Μείνετε σταθερά υπεύθυνοι και χρησιμοποιείτε πάντα προφυλακτικό. Το σπέρμα και οι άλλες ουσίες εξασθενούν τη σωστή κρίση και τον αυτοέλεγχο. Μην τα αφήνετε να επηρεάζουν τον αυτοέλεγχό σας.

Ορισμένα στοιχεία ίσως να επαναλαμβάνονται. Αυτό συμβαίνει όχι για να γίνουμε κουραστικοί, αλλά για να τονιστεί και να γίνει πλήρως κατανοητή η ανάγκη για έλεγχο και η τεράστια αξία της χρήσης του προφυλακτικού.

Στο σημείο αυτό, θα ήταν πρόπον, να δώσουμε λίγα στοιχεία σχετικά με το προφυλακτικό και τον τρόπο με τον οποίο θα πρέπει να χρησιμοποιείται, μιας και μια από τις αιτίες των «ατυχημάτων» είναι η μη άσωση τοποθέτηση του προφυλακτικού.

Προφυλακτικό:

Η ερωτική πράξη είναι ένα από τα πιο δυνατά –πράγματα στην ανθρώπινη φύση. Είναι φυσιολογικό να θέλουμε να δυναμώσουμε την αγάπη με το να κάνουμε

έρωτα. Επίσης όμως, είναι φυσικό να θέλουμε να κάνουμε έρωτά χωρίς να κολλήσουμε ένα σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα. Ο μόνος ασφαλής τρόπος να μη κολλήσουμε κάποιο νόσημα είναι να μην έχουμε σεξουαλική επαφή με κανένα. Το προφυλακτικό βοηθάει άνδρες και γυναίκες να ελαττώσουν σημαντικά το κίνδυνο των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.¹⁵

Είναι το κατ' εξοχήν ανδρικό αντισυλληπτικό που είχε ήδη εμφανιστεί στα 1700 και οφείλει το όνομά του στον εφευρέτη του, έναν Άγγλο υγιεινολόγο ο οποίος δεν το σκέφθηκε σαν αντιγονιμοποιό μέσο αλλά σαν προφυλακτικό κατά των αφροδίσια νοσημάτων. Κοινά ονομάζεται προφυλακτικό ή «γάντι ασφαλείας» ή «καπότα» από τα γαλλικά και είναι η πιο εφαρμοσμένη μέθοδος στον πολιτισμένο κόσμο.⁵⁰

Το ανδρικό προφυλακτικό:

Το προφυλακτικό αυτό, είναι ένας πολύ λεπτός ελαστικός σωλήνας, κλειστός στο ένα άκρο, φτιαγμένος έτσι ώστε να καλύπτει διεγερμένο πέος. Τα προφυλακτικά είναι διάφορου πάχους και χρωμάτων και μερικά έχουν ειδική σύνθεση ή απόληξη. Μερικά έχουν προλιπανθεί, ενώ άλλα περιέχουν κάποιο σπερματοκτόνο. Παγκοσμίως, υπολογίζεται ότι 40 εκατομμύρια ζευγάρια χρησιμοποιούν προφυλακτικά.

Το γυναικείο προφυλακτικό:

Στις ΗΠΑ, γίνεται προσπάθεια για την παραγωγή ενός αποδεκτού γυναικείου προφυλακτικού. Όπως το ανδρικό, ένας τύπος του είναι ένας λεπτότατος ελαστικός σωλήνας, έχει όμως ένα δακτύλιο και στα δύο του άκρα. Ο ένας από αυτούς τους δακτυλίους είναι κλειστός και εισάγεται στον κόλπο, έτσι ώστε να καλύπτει τον τράχηλο της μήτρας, περίπου όπως το διάφραγμα. Το άλλο άκρο είναι ανοικτό και εφαρμόζεται γύρω από το στόμιο του κόλπου. Το γυναικείο προφυλακτικό παρέχει στις γυναίκες επιπλέον προστασία από τα αφροδίσια νοσήματα.⁵

Το προφυλακτικό προσφέρει προστασία από:

- Κολπίτιδα
- Τριχομονάδες
- Βακτήρια
- Πνευλική φλεγμονή
- Γονόρροια
- Χλαμύδια

- Σύφιλη
- Μαλακό έλκος
- HIV
- Ιό των κονδυλωμάτων
- Ιό του έρπητα
- Ηπατίτιδα Β
- Επίσης μπορεί να ελαττώσει το κίνδυνο μιας γυναίκας από το να εμφανίσει καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Πως χρησιμοποιείται το προφυλακτικό:

Φυλάξτε το σε ένα κρύο, ξηρό μέρος. Παρατεταμένη έκθεση στον αέρα τη ζέστη και το φως, το κάνει πιο εύθραυστο. Μην το αποθηκεύετε στη τσέπη, το πορτοφόλι ή τα γάντια. Χρησιμοποιείτε λιπαντικό μέσα και έξω στο προφυλακτικό. (Πολλά προφυλακτικά έχουν λιπαντικό). Το λιπαντικό βοηθά στην αποφυγή του σπασίματος του προφυλακτικού κα αυξάνει την αντοχή του. Για απόλαυση, ευκολία και αποτελεσματικότητα και οι δύο σύντροφοι θα πρέπει να γνωρίζουν πως μπαίνει και πως χρησιμοποιείται ένα προφυλακτικό. Για να μάθετε χωρίς να αισθάνεστε πίεση ή αμηχανία εξασκηθείτε στο πέος σας ή σε ένα αντικείμενο που μοιάζει με πέος. Η εξάσκηση φέρνει βελτίωση.¹⁵

Τα προφυλακτικά, για μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στη πρόληψη της μετάδοσης των ΣΜΝ, πρέπει να τοποθετούνται πριν και να χρησιμοποιούνται καθ' όλη τη διάρκεια της διεισδυτικής σεξουαλικής επαφής, ώστε ν' αποφεύγεται κάθε επαφή μεταξύ των βλεννογόνων του ορθού, του κόλπου, της ουρήθρας, ή του στόματος και του σπέρματος, των κολπικών και τραχηλικών εκκρίσεων ή του αίματος.⁴⁴

Χρησιμοποιήστε κάθε προφυλακτικό μόνο μια φορά. Χρησιμοποιείτε καινούριο σε κάθε στύση. Τα προφυλακτικά είναι συνήθως με φύλλο αλουμινίου ή πλαστικού. Σιγουρευτείτε ότι δεν τρυπήσατε το προφυλακτικό ενώ το ξετυλίγατε. Εάν έχει τσαλακωθεί, είναι στεγνό ή πολύ υγρό, πετάξτε το και χρησιμοποιήστε άλλο. Τοποθετήστε τυλιγμένο το προφυλακτικό πάνω από το κεφάλι του σκληρού πέους. Αφήστε λίγο μήκος στην κορυφή για να μαζευτεί το σπέρμα. Βγάλτε έξω τον αέρα με το ένα χέρι. Η τριβή με τις φυσαλίδες αέρα προκαλούν συχνά σπάσιμο στο προφυλακτικό. Ξετυλίξτε το προφυλακτικό με το άλλο χέρι πάνω στο πέος. Βγάλτε έξω τυχόν φυσαλίδες αέρα. Βγάλτε το προφυλακτικό πριν μαλακώσει το πέος. Μην

χύνετε το σπέρμα. Μετά από κάθε χρήση πρέπει να πετιούνται, αφού δεθούν στην άκρη για να προληφθεί η διαρροή και να τοποθετούνται στα δοχεία που συνήθως χρησιμοποιούνται για απόρριψη. Πλύνετε το πέος με νερό και σαπούνι, πριν έχετε εκ νέου στύση.^{15,44}

Γυναικεία υγιεινή

Για τη διατήρηση καλής υγείας είναι απαραίτητη η καθημερινή σχολαστική καθαριότητα των γεννητικών οργάνων. Όλα τα κολπικά αποσμητικά, σπρέι, αρωματικά λαδιά μάνιου, αφρόλουτρα κ.τ.λ. πρέπει να αποφεύγονται. Είναι δυνατόν να προκαλέσουν σοβαρό ερεθισμό και φλεγμονή και συχνά είναι υπεύθυνα για πολλές περιπτώσεις κυστίτιδας. Ωστόσο, συνίσταται ο καθαρισμός του κόλπου:

- Μετά την περίοδο
- Μετά την σεξουαλική επαφή
- Για ιατρικούς λόγους, όπως είναι η αλλαγή της ισορροπίας του pH για παρεμπόδιση μυκητιάσεων (μονιλίαση) ή όταν γίνεται χρήση αντιβιοτικών, για συγκεκριμένες μολύνσεις κατά την διάρκεια θεραπείας, για μεταεμμηνοπαυσιακή ατροφική κολπίτιδα ή μετά από συγκεκριμένες χειρουργικές επεμβάσεις.⁹

Μέσα στο έργο λοιπόν του νοσηλευτή, είναι και η διδασκαλία των γυναικών, που αφορά τη λήψη μέτρων για πρόληψη της κολπίτιδας καθώς και παροχή συμβουλών σχετικά με την απόκτηση ατομικών συνηθειών υγιεινής.

α) σχολαστική καθαριότητα, επαρκής ανάπαυση και ισορροπημένη διαίτα

β) σκούπισμα του περιναίου από εμπρός προς τα πίσω, για την αποφυγή μεταφοράς μικροβίων από το ορθό στον κόλπο.

γ) συχνά αλλαγή των ταμπόν, τουλάχιστον 3 ή 4 φορές την ημέρα και πλύσιμο χεριών πριν και μετά την αλλαγή.

δ) η χρήση σαπουνιού και νερού είναι το καλύτερο μέσο για την διατήρηση καθαρής της περιναϊκής χώρας. Τα διάφορα αποσμητικά σπρέι και τα αφρόλουτρα ερεθίζουν το αιδοίο και καλύπτουν την κακοσμία, που είναι προειδοποιητικό σημείο αρχόμενης λοίμωξης.

ε) αποφυγή κολπικών πλύσεων, εκτός αν υπάρχει ιατρική οδηγία, γιατί οι πλύσεις μεταβάλλουν το pH του κόλπου. Το καλύτερο διάλυμα για κολπική πλύση

είναι ένα ή δύο κουταλάκια σούπας λευκού ξυδιού σε ένα λίτρο χλιαρού νερού. Το διάλυμα αυτό έχει το ίδιο περίπου pH με το φυσιολογικό pH του κόλπου.

στ) χρησιμοποίηση εσφρούχων με βαμβακερή επένδυση για καλύτερο αερισμό. Σφιχτές κιλότες που παρεμποδίζουν τον αερισμό του κόλπου, αν και είναι της μόδας, πρέπει να αποφεύγονται γιατί δημιουργούν κατάλληλο περιβάλλον για την ανάπτυξη των μικροβίων.

ζ) ελάττωση βάρους του σώματος σε παχύσαρκες γυναίκες, μειώνει την ευαισθησία στη λοίμωξη. Τα παχύσαρκα άτομα είναι επιρρεπή στη λοίμωξη του κόλπου εξαιτίας τριβής των μηρών και μείωσης αερισμού της γεννητικής περιοχής.

η) χρησιμοποίηση προφυλακτικών.

θ) οι ασκήσεις Kegel αυξάνουν τον τόνο των ηβικοκυκλικών μυών και βοηθούν έτσι στη πρόληψη κολπίτιδας, προάγοντας την αποβολή των κολπικών εκκρίσεων.

• Η γυναίκα συμβουλεύεται να συνθλίβει τους γλουτούς, ενώ συγχρόνως τους τραβά προς την πύελο, να διατηρείται σ' αυτή τη θέση για 3 sec και κατόπιν να χαλαρώνει τους ηβικοκυκλικούς μυς για 3 sec προτού επαναλάβει την άσκηση, που θα πρέπει να γίνεται πολλές φορές την ημέρα. Για να διαπιστώσει αν η άσκηση εκτελείται σωστά μπορεί να βάλει το δάκτυλό της στον κόλπο την ώρα της εκτέλεσής της. Με τον τρόπο αυτό μπορεί να διαπιστώσει αν οι μυς συσπώνται και χαλαρώνουν. Ένας άλλος τρόπος είναι να αρχίζει και να σταματά τη ροή των ούρων. Μια έμμεση ωφέλεια της εκτέλεσης των ασκήσεων Kegel είναι η αύξηση της σεξουαλικής ικανοποίησης, τόσο για την γυναίκα ακόμα όσο και για τον άνδρα.²¹

Μέτρα προφύλαξης νοσηλευτικού προσωπικού από ασθενείς με αφροδίσια νοσήματα.

Υπάρχουν και κάποια καθήκοντα του νοσηλευτικού προσωπικού που έχουν σχέση τόσο με την φροντίδα του ασθενή, όσο και με τη προφύλαξη του περιβάλλοντος και των ατόμων που υπάρχουν γύρω του.

Τα δωμάτια στα οποία νοσηλεύονται οι ασθενείς με κάποιο αφροδίσιο νόσημα καθώς και τα αντικείμενα που υπάρχουν μέσα σ' αυτά θεωρούνται μολυσμένα, διότι ας μη ξεχνάμε ότι πολλά από τα νοσήματα αυτά μεταδίδονται όχι μόνο άμεσα αλλά και έμμεσα. Οι χώροι έξω από τα; δωμάτια αυτά θεωρούνται και πρέπει να διατηρηθούν καθαροί.

Τα άτομα που έρχονται σε επαφή με τον ασθενή πρέπει να χρησιμοποιούν προφυλακτική μπλούζα και γάντια.

Τα χέρια πρέπει να πλένονται επιμελώς μετά από κάθε νοσηλεία ή χρήση μολυσμένου αντικειμένου με αντισηπτικό υγρό.

Τα αντικείμενα που χρησιμοποιεί ο ασθενής πρέπει να είναι ατομικά.

Τα μολυσμένα λευχείμματα τοποθετούνται ασφαλώς μέσα σε ειδικούς σάκους και μεταφέρονται για αποστείρωση σε κλιβάνους.

Ο χώρος μέσα στο δωμάτιο καθώς και το περιεχόμενό του, πρέπει να απολυμαίνονται ξεχωριστά με αντισηπτική ουσία.

Οι σκωραμίδες και τα ουροδοχεία πρέπει να αποστειρώνονται μετά από κάθε χρήση.

Κόπρανα, ούρα, υγρά υπολείμματα τροφής κ.τ.λ., εφόσον θεωρούνται μολυσμένα, τοποθετούνται μέσα σε καλυμμένο δοχείο το οποίο περιέχει αντισηπτική διάλυση.

Επιπλέον, ο νοσηλευτής παίζει καθοριστικό ρόλο στη πρόληψη και την διαφώτιση τόσο των ασθενών όσο και της κοινής γνώμης για τα αφροδίσια νοσήματα. Έχουν υποχρέωση να ενημερώνουν τους ασθενείς ότι τα αφροδίσια νοσήματα πρέπει να δηλώνονται και ότι τα άτομα που ήρθαν σε επαφή μαζί τους χρειάζεται να καταφεύγουν σε ειδικούς γιατρούς για άμεση πρόληψη και θεραπεία σε περίπτωση νόσησης. Είναι αναγκαίο επίσης να τους ενημερώσουν ότι χρησιμοποιούνται αριθμοί αντί για ονόματα στους δημόσιους χώρους για την αποφυγή κινδύνου να μάθουν άλλοι τη φύση της ασθένειας. Ταυτόχρονα ο νοσηλευτής πρέπει να έρχεται συνεχώς σε επαφή με την οικογένεια του ασθενή για να τους πείσει να δεχθούν τον άνθρωπό τους με αγάπη και κατανόηση.

Στη συνέχεια θα αναφερθούμε ειδικά στα μέτρα πρόληψης του AIDS. Ο διαχωρισμός αυτός πρέπει να είναι κατανοητός. Δεν υποτιμούνται τα άλλα ΣΜΝ, απλώς δίνεται έμφαση στη πρόληψη της ανίατης αυτής αρρώστιας.

9.6 ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΠΡΟΣ ΤΙΣ ΑΡΧΕΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ AIDS.

- Στο προσωπικό της Δημόσιας Υγείας που ασχολείται με το AIDS, πρέπει να παρέχεται εκπαίδευση σχετικά με την πρόληψη και τους τρόπους μετάδοσης του HIV, καθώς και σχετικά με τον πιθανό ρόλο των σεξουαλικώς

μεταδιδόμενων νοσημάτων στη διευκόλυνση της μόλυνσης με HIV.Όπου θεωρείται κατάλληλο, τα άτομα που παρέχουν υπηρεσίες υγείας, πρέπει να εκπαιδεύονται σχετικά με την συμβουλευτική και τον έλεγχο για HIV.

- Τα προγράμματα πληροφόρησης και εκπαίδευσης πρέπει να έχουν ως στόχο την ελάττωση της σεξουαλικής μετάδοσης του HIV,μεταξύ των ομάδων και των ατόμων που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο, των έφηβων και των νεαρών ενήλικων, καθώς και του γενικού πληθυσμού.
- πρέπει να παρέχεται εκπαίδευση σχετικά με τα προφυλακτικά, συμπεριλαμβανομένης της σωστής φύλαξης , της χρήσης και της διάθεσης .προφυλακτικά καλής ποιότητας και σε προσιτή για τους χρηστές , τιμή πρέπει να διατίθενται σε επαρκείς ποσότητες και Όπου χρειάζονται.
- πρέπει να προσφέρονται υπηρεσίες για τον εθελοντικό εργαστηριακό έλεγχο για HIV και την παροχή πληροφοριών. Τέτοιες υπηρεσίες μπορούν να παρέχονται από υγειονομικές μονάδες , όπως κλινικές για σεξουαλικώς μεταδιδόμενα νοσήματα , κέντρα αποτοξίνωσης , αντιφυματικά ιατρεία , καθώς και κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού και προγεννητικού έλεγχου.
- Άτομα μολυσμένα με HIV πρέπει να ωθούνται να λάβουν τα αναγκαία μέτρα για την αποφυγή της μετάδοσης του ιού σε άλλους .Πρέπει μάλιστα, να υποστηρίζονται σε αυτή τους την προσπάθεια .
- Άτομα μολυσμένα με HIV πρέπει να ωθούνται να ενημερώνουν τους ερωτικούς τους συντρόφους για την ανάγκη ιατρικής εκτίμησης και συμβουλευτικής .Κατάλληλες υπηρεσίες υποστήριξης για την ενημέρωση των συντρόφων πρέπει να παρέχονται , όταν ενδείκνυται , και η ποιότητα των υπηρεσιών πρέπει να αξιολογείται συστηματικά .
- Βοηθείστε τους προσβληθέντες και τους μη προσβληθέντες από τον HIV χρηστές ενδοφλέβιων ναρκωτικών να κάνουν θεραπεία για την εξάρτηση τους και να αποφεύγουν να μοιράζονται βελόνες και άλλα αντικείμενα που χρησιμοποιούν κατά την λήψη ναρκωτικών .
- Ενημερώστε τις HIV μολυσμένες γυναίκες που είναι έγκυες , για το μεγάλο κίνδυνο υγείας που διατρέχει το αγέννητο παιδί τους , καθώς και για το δυνητικό κίνδυνο που διατρέχουν οι ίδιες και δώστε τους την ευκαιρία της

συμβουλευτικής κάλυψης. Δώστε παρόμοιες πληροφορίες και συμβουλές σε όλες τις γυναίκες που έχουν μολυνθεί με HIV και βρίσκονται στην αναπαραγωγική ηλικία.⁴⁴

9.7 ΚΑΝΟΝΕΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟ AIDS

1. Όχι στους πολλούς ερωτικούς συντρόφους.

Όσο λιγότερες σεξουαλικές επαφές έχετε , τόσο περισσότερο μειώνεται ο κίνδυνος να προσβληθείτε από το AIDS . Αυτό δεν σημαίνει ότι πρέπει να σταματήσετε να κάνετε ερωτά , ούτε να μειώσετε την συχνότητα . σημαίνει μόνο πως πρέπει να περιορίσετε τον αριθμό των διαφορετικών συντρόφων με τους οποίους έρχεστε σε σεξουαλική επαφή .

2. Χρησιμοποιείτε προφυλακτικό.

Πρόκειται για την αποτελεσματική μέθοδο προφύλαξης , στη διάρκεια της κολπικής η πρωκτικής συνουσίας . Παρά το γεγονός ότι ο ιός του AIDS είναι περίπου 25 φορές μικρότερος από το ανθρώπινο σπερματοζώαριο, είναι μάλλον εύθραυστος και σχεδόν ανίκανος να επιβιώσει στο πέρασμα διάμεσων των πόρων του προφυλακτικού.

3. Περιορίστε τον αριθμό των ανώνυμων η ευκαιριακών σεξουαλικών συντρόφων.

Είναι πολύ δύσκολο να ξέρετε αν το πρόσωπο που γνωρίσατε πρόσφατα πάσχει από κάποια αρρώστια η αν έκανε τελευταία ερωτά με κάποιο άτομο το οποίο πάσχει από AIDS .Γι' αυτό οι τυχαίες και ευκαιριακές γνωριμίες καλύτερα να περιορίζονται στο επίπεδο της απλής συναναστροφής.

4. Αποφύγετε τις ερωτικές σχέσεις με άτομα τα οποία δεν σας φαίνονται υγιή. Καλύτερα να μην κάνετε ερωτά με άτομα που έχουν εξάνθημα, πυρετό, βήχα. Αυτά τα συμπτώματα αντιστοιχούν συχνά σε ασήμαντες αρρώστιες αλλά μπορεί να αντιστοιχούν και στο AIDS.Επίσης, αποφεύγετε τη σεξουαλική επαφή με οποιονδήποτε άνδρα που το πέος του εμφανίζει υγρό η έχει κάποια πληγή.

5. Αποφύγετε τις ερωτικές σχέσεις με άτομα που κάνουν ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών.

6. Αποφύγετε την πρωκτική συνουσία.

7. Αποφύγετε τον στοματικό ερωτά με άτομα που δεν γνωρίζετε .

Αν και δεν είναι γνωστό κατά πόσο το AIDS μεταδίδεται με αυτό τον τρόπο, υπάρχει πάντα ο κίνδυνος. Αλλωστε ας μην ξεχνάμε ότι τα παράσιτα, μικρόβια, και ιοί που κατοικούν στο έντερο είναι ελεύθερα να περάσουν από τον πρωκτό του ενός συντρόφου στο στόμα του άλλου.

8. Τηρείτε τους κανόνες υγιεινής.

Περιορίστε όσο μπορείτε την έκθεση σε χημικές ουσίες όπως το οινόπνευμα, ο καπνός και τα ναρκωτικά ή τα καταπραϊντικά. Σε πολλές περιπτώσεις αυτές οι ουσίες είναι υπεύθυνες για μείωση των ανοσολογικών λειτουργιών του οργανισμού.

9. Μην χρησιμοποιείτε οδοντόβουρτσες και ξυραφάκια άλλων ατόμων.

Τα ξυραφάκια μπορεί να μολυνθούν από το αίμα ατόμων που πάσχουν από AIDS. Όσο για τις οδοντόβουρτσες, καλό είναι να χρησιμοποιεί ο καθένας τη δική του και αυτό γιατί συχνά το βούρτσισμα των δοντιών γίνεται αιτία για περιορισμένης έκτασης αιμορραγίες των ούλων³⁹.

9.8 ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΤΟΥ AIDS

Εκπαίδευση:

Το πώς μεταδίδεται ο HIV και για το πώς μπορεί να ελαττωθεί ή και να εξαφανιστεί η έκθεση σε αυτόν είναι το πιο σημαντικό μέσο περιορισμού της διασποράς του. Μια τέτοια εκπαίδευση μπορεί να βοηθήσει άτομα που η συμπεριφορά τους τα εκθέτει στον κίνδυνο επίκτητης λοίμωξης από HIV. Καθώς όμως η σεξουαλική συμπεριφορά είναι θέμα καθαρά προσωπικό και η συμπεριφορά που περικλείει περισσότερο κίνδυνο αποδοκιμάζεται από την κοινωνία, η εκπαίδευση πρέπει να απευθύνεται σε όλο τον πληθυσμό, ώστε να φθάνει σε όλους εκείνους που βρίσκονται σε κίνδυνο. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στους έφηβους και στους νεαρούς ενήλικες που μπαίνουν στην ηλικία της έντονης σεξουαλικής δραστηριότητας. Τα εκπαιδευτικά μηνύματα πρέπει να είναι κατανοητά από το ακροατήριο-στόχο, ακριβή, συνεχή μας ευαίσθητα, όσον αφορά το κοινωνικοπολιτιστικό υπόβαθρο.

Τα εκπαιδευτικά προγράμματα πρέπει να δίνουν πληροφορίες που να βοηθούν τα άτομα να καταλάβουν τις συνέπειες της λοίμωξης από HIV και κατ' αυτόν τον τρόπο να τα ωθούν να τροποποιήσουν ή να ελαττώσουν τον κίνδυνο της λοίμωξης

από HIV με την σεξουαλική τους συμπεριφορά. Έμφαση πρέπει να δίνεται ,ώστε τα μηνύματα να είναι ευκρινή ,απλά και εφαρμόσιμα.

Τα εκπαιδευτικά προγράμματα πρέπει να περιλαμβάνουν εκπαίδευση και εξάσκηση στις διαπροσωπικές δεξιότητες, όπως συζητήσεις για σεξουαλικές πρακτικές, συζητήσεις με τον σύντροφο για την αποφυγή των κινδύνων και διεκδίκηση του δικαιώματος των προσωπικών προτιμήσεων σε μια σεξουαλική σχέση {αποφυγή σεξουαλικής επαφής, μη διεισδυτική σεξουαλική πρακτική, χρήση προφυλακτικού}.

Ενημέρωση των συντρόφων

Η ενημέρωση των ερωτικών συντρόφων καλύπτει δραστηριότητες της Δημόσιας Υγείας, κατά τις οποίες ερωτικοί σύντροφοι ή άτομα με λοίμωξη από HIV,καθώς και εκείνοι που μοιράζονται με αυτά τα άτομα αντικείμενα που χρησιμοποιούνται για ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών, ενημερώνονται, τους παρέχονται συμβουλές σχετικά με την έκθεση τους και τους προσφέρονται υπηρεσίες.

Τα δυνητικά οφέλη της ενημέρωσης των ερωτικών συντρόφων περιλαμβάνουν την πιθανή βοήθεια της πρόληψης της μετάδοσης του HIV και για μείωση της θνητότητας και της νοσηρότητας, που συνδέονται με την HIV-λοίμωξη. Αν όμως, δεν διασφαλίζεται η εμπιστευτικότητα, η ενημέρωση των συντρόφων μπορεί να αποτελέσει ατομικό και κοινωνικό κίνδυνο και ως εκ' τούτου να δυσφημίσει άλλες δραστηριότητες πρόληψης και έλεγχου του AIDS. Στα πλαίσια επομένως, ενός γενικού προγράμματος πρόληψης και έλεγχου του AIDS,το αντικείμενο της ενημέρωσης των ερωτικών συντρόφων πρέπει να καθορίζεται σαφώς, οι βασικές αρχές να τηρούνται αυστηρά και να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή σε ουσιώδη μεθοδολογικά θέματα.

Οι οδηγίες αναφοράς των συντρόφων πρέπει να βασίζονται στις ακόλουθες θεωρήσεις:

1. Η ενημέρωση των ερωτικών συντρόφων του παρελθόντος και του παρόντος είναι πρωταρχική ευθύνη του μολυσμένου με HIV ατόμου, έτσι ώστε αυτοί οι σύντροφοι να μπορούν να ζητήσουν κατάλληλες ιατρικές και συμβουλευτικές υπηρεσίες.

2. Όλα τα μολυσμένα με HIV άτομα πρέπει να πληροφορούνται για τις διαθέσιμες υπηρεσίες, που τους βοηθούν να ενημερώσουν και να παραπέμψουν σ'

αυτές τους συντρόφους τους, για τις υπηρεσίες, δηλαδή που παρέχουν υποστήριξη στην περίπτωση που αυτή επιλέγουν να κάνουν την ενημέρωση μόνοι τους και την πρόσφορα ενημέρωσης με εξασφαλισμένη εμπιστευτικότητα αντί γι' αυτούς.

3 .Βοήθεια πρέπει να διατίθεται στα οροθετικά άτομα που αποφασίζουν να ενημερώσουν τον ερωτικό τους σύντροφο μόνοι τους. Βοήθεια, επίσης, πρέπει να παρέχεται σε αλλά μολυσμένα με HIV άτομα που διαλέγουν ή χρειάζονται να εμπλέξουν τρίτο άτομο για να ενημερώσουν το σύντροφο τους, από ευαισθησία ή φόβο ότι θα αντιμετωπίσουν δυσμενή αντίδραση.

4 .Η εμπιστευτικότητα και ο σωστός χειρισμός των στοιχείων είναι πρωταρχικής σημασίας.

5 .Η ενημέρωση και η παραπομπή των συντρόφων βοηθάει αναμφίβολα στον περιορισμό της διασποράς και των επιπλοκών μερικών Σ.Μ.Ν. όπως της σύφιλης και η πρόληψη τέτοιων νοσημάτων μπορεί επίσης να είναι σημαντική στον περιορισμό της σεξουαλικής μετάδοσης του HIV.

6 .Η γνώση ότι κάποιος είναι μολυσμένος μπορεί να αποτελέσει σημαντικό παράγοντα που θα οδηγήσει σε μεταβολή της επικίνδυνης συμπεριφοράς αλλά μπορεί να δημιουργήσει και σημαντικές ανεπιθύμητες ψυχολογικές και κοινωνικές αντιδράσεις. Κατά την ενημέρωση, επομένως, των μολυσμένων ατόμων, είναι απαραίτητη μια διακριτική προσέγγιση, καθώς και η πρόβλεψη για την παροχή κάθε ψυχολογικής και κοινωνικής υποστήριξης, που ενδεχομένως θα χρειαστεί.⁴⁴

9.9 ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ HIV

Συμβουλευτική:

Η συμβουλευτική είναι μια διαδικασία διάλογου και αλληλεπίδρασης που έχει σκοπό να βοηθήσει στη λύση και στην κατανόηση προβλημάτων και να αυξήσει τα κίνητρα. Στη συμβουλευτική, οι ψυχοκοινωνικές ανάγκες των ατόμων λαμβάνονται υπόψη μαζί και με τον ίδιο τρόπο, όπως οι ιατρικές ,οι οικονομικές και οι νομικές ανάγκες. Η συμβουλευτική έχει σχεδιασθεί, για να προσφέρει υποστήριξη σε κρίσιμες στιγμές να προωθεί αλλαγές όταν χρειάζεται, να προτείνει ρεαλιστικές λύσεις σε σχέση με διάφορες καταστάσεις της ζωής και να βοηθάει τα άτομα να

δέχονται πληροφορίες για την υγεία τους και την καλή τους κατάσταση και να προσαρμόζονται στην εφαρμογή τους. Η συμβουλευτική μπορεί να είναι διαδικασία που παρέχει συμβουλές ή εκπαίδευση ή μπορεί να ανταποκρίνεται στις ψυχοκοινωνικές ανάγκες των ατόμων. Στην πράξη, οι διάφοροι τύποι της συμβουλευτικής συχνά έχουν επικαλύψεις.

Η συμβουλευτική ενδιαφέρεται για τα άτομα, τα ζευγάρια, τις οικογένειες και τις ομάδες. Όλοι αυτοί έχουν παρόμοια ενδιαφέροντα, υποχρεώσεις, αισθήματα και ανάγκες, αν και ο καθένας μπορεί να χρειάζεται διαφορετικό τρόπο υποστήριξης.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες της συμβουλευτικής που δίνονται εδώ, βασίζονται στην εμπειρία που έχει αποκτηθεί από αριθμό χωρών, αναπτυσσομένων και ανεπτυγμένων. Ειδικότερα οι οδηγίες αυτές αναφέρονται σε άτομα που:

- σκέπτονται να κάνουν τη δοκιμασία για HIV-λοίμωξη
- είναι σε κίνδυνο για HIV-λοίμωξη και έχουν άγχος για τη μείωση αυτού του κίνδυνου
- έχουν ήδη κάνει τη δοκιμασία και περιμένουν τα αποτελέσματα
- έχει διαγνωσθεί ότι έχουν HIV-λοίμωξη, AIDS ή ARC ή
- μπορεί να υποπτευούνται ότι έχουν μολυνθεί, αλλά η δοκιμασία δεν είναι εύκολη ή πρακτική γι' αυτούς.

Επίσης αναφέρονται στην οικογένεια, στους φίλους και στους ερωτικούς συντρόφους των ατόμων που βρίσκονται σε οποιαδήποτε από τις παραπάνω καταστάσεις και σε οποιαδήποτε άλλον χρειάζεται συμβουλή και βοήθεια με παρεμφερές περιεχόμενο.

Η συμβουλευτική πρέπει πάντα να έχει σκοπό να βοηθάει τους ανθρώπους να αναλαμβάνουν την ευθύνη της υγείας τους και της υγείας των άλλων.

Προϋποθέσεις της συμβουλευτικής

Οι τεχνικές της συμβουλευτικής ενδέχεται να διαφέρουν από χώρα σε χώρα και μεταξύ των κοινωνικών ομάδων, ανάλογα με τα διαθέσιμα μέσα και τον πατροπαράδοτο τρόπο, με το οποίο οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται την αρρώστια και το θάνατο. Μπορεί, επίσης, να διαφέρει ανάλογα με τα χαρακτηριστικά του ατόμου και του περιβάλλοντος του. Βασίζεται, όμως, σε κάποιες γενικές παραδοχές, και προϋποθέσεις.

Εμπιστευτικότητα

Ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες που επιδρά στην ανάπτυξη σχέσεων μεταξύ του νοσηλευτή και του προσώπου που έχει ανάγκη συμβουλευτικής είναι η εμπιστοσύνη. Η εμπιστοσύνη στο νοσηλευτή επισπεύδει την ανάπτυξη των σχέσεων και αυξάνει τις πιθανότητες να εφαρμοστούν από το άτομο οι συμβουλές που του προσφέρονται Μπροστά στο ενδεχόμενο της διάκρισης, του εξοστρακισμού και της αυτοκατηγορίας, που αναφέεται μόλις τεθεί η διάγνωση ότι ένα άτομο είναι οροθετικό ή έχει AIDS, η εξασφάλιση της εμπιστευτικότητας είναι ότι σημαντικότερο πρέπει να γίνει. Η σχέση ανάμεσα στο νοσηλευτή και στο άτομο που δέχεται τη συμβουλευτική, πρέπει να αναπτύσσεται στη βάση της κατανόησης του γεγονότος πως ότι συζητείται μεταξύ τους παραμένει απόρρητο.⁴⁵

Ενδείξεις και δεοντολογικές αρχές εργαστηριακού έλεγχου αντισωμάτων έναντι του HIV.

Μετά από συνεκτίμηση της μέχρι τώρα διεθνούς και ελληνικής εμπειρίας, των συστάσεων της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας και των βασικών ηθικοδεοντολογικών αρχών και κανόνων συμπεριφοράς το ΚΕΕΛ (κέντρο ελέγχου ειδικών λοιμώξεων) κωδικοποίησε τις ενδείξεις-συστάσεις για έλεγχο αντισωμάτων έναντι του HIV είτε αυτός αφορά υγιή άτομα, τα οποία προσέρχονται να εξετασθούν για προληπτικούς λόγους, είτε αφορά νοσηλευόμενους ασθενείς.

A. Προληπτικός έλεγχος ατόμων.

Οι ενδείξεις-συστάσεις αφορούν τις παρακάτω κατηγορίες ατόμων:

1. Ομοφυλόφιλοι-αμφιφυλόφιλοι άνδρες.
2. Χρηστές τοξικών ουσιών με ενδοφλέβια χορήγηση.
3. Πολυμεταγγιζόμενα με αίμα ή και με παράγωγα αίματος άτομα.
4. Σεξουαλικοί σύντροφοι φορέων HIV ή ατόμων που ανήκουν στις κατηγορίες 1, 2 κ 3
5. Εκδιδόμενα άτομα.
6. Άτομα που αναφέρουν σεξουαλικές σχέσεις ή μεταγγίσεις σε υπερενδημικές περιοχές {Κεντρική Αφρική, Καραϊβική, Νοτιοανατολική Ασία}.

7. Άτομα με αποδεδειγμένη έκθεση στον HIV {νύγματα με μολυσμένες βελόνες ή αλλά αιχμηρά αντικείμενα, έκθεση βλεννογόνων ή δέρματος σε καλλιέργεια HIV}.
8. Έγκυες γυναίκες μόνο αν ανήκουν στις κατηγορίες 2,3,4,5,6.
9. Άτομα που έχουν μεταγγιστεί με αίμα ή και παράγωγα του την χρονική περίοδο 1978 -τέλος 1985.
10. Άτομα που έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση μυελού οστών και οργάνων κατά τη χρονική περίοδο 1978 -τέλος 1985.
11. Αιμοδότες.
12. Δοτές σπέρματος.
13. Δότες οργάνων. Ο έλεγχος στις παραπάνω κατηγορίες ατόμων γίνεται μετά από πλήρη ενημέρωση και το αποτέλεσμα είναι απολύτως εμπιστευτικό. Ο έλεγχος είναι δυνατόν να είναι ανώνυμος, εάν το απαιτήσει ο εξεταζόμενος. Ο έλεγχος σε κάθε περίπτωση είναι εθελοντικός και παρέχεται δωρεάν. Σε ορισμένες κατηγορίες ατόμων, όπως οι κατηγορίες 11,12,13 στις οποίες ο έλεγχος αποτελεί προϋπόθεση για τη χρήση του αίματος του οργάνου ή του σπέρματος και ο έλεγχος είναι υποχρεωτικός από την Πολιτεία, οι δοτές πρέπει να ενημερώνονται σαφώς για την εξέταση που θα επακολουθήσει. Σε άλλες κατηγορίες ατόμων, όπου ο έλεγχος αντισωμάτων αποτελεί από την Πολιτεία προϋπόθεση για την άσκηση του επαγγέλματος ή της ιδιότητας των {φοιτητές που κατάγονται από υπερενδημικές περιοχές, εκδιδόμενα άτομα, ορισμένες κατηγορίες αλλοδαπών που ζητούν άδεια εργασίας}, ο έλεγχος γίνεται μετά από ορθή και πλήρη ενημέρωσή τους.

B. Προληπτικός έλεγχος εξεταζόμενων ασθενών ή νοσηλευόμενων ατόμων.

Ιδιαίτερη κατηγορία ενδείξεων-συστάσεων για έλεγχο αντισωμάτων HIV αποτελούν προσερχόμενοι προς εξέταση ή οι νοσηλευόμενοι ασθενείς. Ο έλεγχος στην κατηγορία αυτή επιτρέπεται μόνο στη περίπτωση που η γνώση της πιθανής λοίμωξης HIV θα συμβάλει στη διάγνωση ή θεραπεία της νόσου, για την οποία νοσηλεύονται. Ο έλεγχος γίνεται μετά από σαφή ενημέρωση του ασθενούς και απαραίτητως έγγραφη συγκατάθεση του. Σε σπάνιες περιπτώσεις είναι δυνατόν ο γιατρός να προχωρήσει σε αυτόγνωμη πράξη μετά από γραπτή ομόφωνη απόφαση του Διευθυντή της Κλινικής, του Προέδρου της Επιστημονικής Επιτροπής του

Νοσοκομείου και του Διευθυντή του εργαστηρίου που θα διενεργήσει την εξέταση.⁴³

ΕΝΤΥΠΟ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΕΛΕΓΧΟ ΕΝΑΝΤΙ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΙΟΥ ΤΗΣ ΑΝΟΣΟΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ (HIV)

Ενημερώθηκα για τη σκοπιμότητα του ελέγχου αντίσωμάτων έναντι του ιού της ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου (HIV) και για το όφελος που θα προκύψει από τη γνώση του αποτελέσματος τόσο για τη δική μου υγεία όσο και για τη διαφύλαξη της υγείας της οικογένειάς μου και του κοινωνικού συνόλου. Ενημερώθηκα επίσης, ότι είναι υποχρέωση του γιατρού να με πληροφορήσει για το αποτέλεσμα της εξέτασής και να με διαβεβαιώσει ότι το αποτέλεσμα θα κρατηθεί εμπιστευτικό. Με τις προϋποθέσεις αυτές δίνω αβίαστα τη συγκατάθεσή μου να γίνει η εξέταση.

Υπογραφή εξεταζόμενου

Η συμβουλευτική σε συνδυασμό με τον έλεγχο για αντισώματα έναντι του HIV, παρέχει στα άτομα που βρίσκονται σε κίνδυνο λοίμωξης από HIV, τις πληροφορίες και την υποστήριξη που χρειάζονται, ώστε να επιτρέψει σε αυτούς ή αυτές να πάρουν τις κατάλληλες αποφάσεις, για να αποφύγουν τη λοίμωξη ή αν έχουν μολυνθεί, να αποφύγουν τη μετάδοση του HIV σε άλλους και να τους / τις προτρέψουν για κατάλληλη ιατρική συμβουλή. Η έγκαιρη διάγνωση της λοίμωξης δίνει τη δυνατότητα χορήγησης προφυλακτικής αγωγής έναντι ορισμένων ευκαιριακών μικροοργανισμών, όπως είναι το μικροβακτηρίδιο της φυματίωσης, έγκαιρης διάγνωσης και πρόληψης νοσημάτων, όπως η πνευμονία από *Pneumocytis varying*, και σε μερικές περιοχές, εφαρμογής ειδικής αντιϊκής θεραπείας. Άτομα που γνωρίζουν την κατάσταση της υγείας τους είναι ικανότερα, από αυτά που δεν γνωρίζουν, να πάρουν αποφάσεις για το τι πρέπει να κάνουν. Έτσι, η ανίχνευση των αντί-HIV αντισωμάτων, σε συνδυασμό με την παροχή συμβουλών

πριν και μετά τον έλεγχο, βοηθούν σημαντικά στην πρόληψη της λοίμωξης από HIV/AIDS.⁴⁴

9.10 ΠΡΟΦΥΛΑΞΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΑΠΟ HIV

Με το σκεπτικό ότι οι πάσχοντες από HIV είναι μολυσματικοί για το περιβάλλον αλλά ταυτόχρονα και μειωμένης φυσικής αντίστασης για τους ίδιους προτείνονται:

1. Τήρηση των κανόνων Υγιεινής.
2. Έχετε πάντοτε ατομικά είδη-ποτέ κοινά, οδοντόβουρτσα, οδοντόπαστα, ψαλίδι νυχιών, ξυριστική μηχανή, καλλυντικά κ.τ.λ. Φροντίστε να μη χρησιμοποιούν άλλοι σερβίτσια ή ποτήρια σας πριν πλυθούν καλά, με ζεστή σαπουνάδα.
3. Μη παραμελείτε την ατομική σας υγιεινή, λουτρό καθαριότητας και ιδιαίτερα πλύσιμο χεριών μετά την τουαλέτα ή την επαφή με τα υγρά του στόματος.
4. Καλή διατροφή και αυστηρή διαίτα σε περίπτωση εμφάνισης διαρροϊκού συνδρόμου
5. Λήψη φάρμακων μόνο κατόπιν οδηγίας του θεράποντα γιατρού.
6. Αποφυγή έντονης ψυχικής ή σωματικής κόπωσης.
7. Προφύλαξη, κατά το δυνατόν, από τις λοιμώξεις.
8. Αποφυγή ερωτικής πράξης ή χρησιμοποίηση προφυλακτικού κατ' αυτήν.
9. Αποφυγή ανταλλαγής υγρών του σώματος {εκκριμάτων} κατά τη συνουσία ή μετά από αυτήν.
10. Αποφυγή εναλλαγής ερωτικών συντρόφων.
11. Λήψη αυστηρών μέτρων για αποφυγή εγκυμοσύνης. Σε περίπτωση τεκνοποίησης να αποφεύγεται ο θηλασμός.
12. Χρησιμοποίηση συριγγών μιας χρήσης {προκειμένου για τοξικομανείς}.
13. Να αποφεύγονται τα τατουάζ και τα σκουλαρίκια διατρυπήσεις, πολύ δε περισσότερο να αποφεύγεται ο δανεισμός τους.
14. Να ενημερώνουν τα άτομα, με τα οποία είχαν σεξουαλική επαφή στο παρελθόν ή άτομα με τα οποία είχαν σεξουαλική επαφή στο παρελθόν ή άτομα με τα οποία έκαναν κοινή χρήση ναρκωτικών, ώστε αυτά να εξετάζονται.

15. Οι ασθενείς που πάσχουν από ΣΕΑΑ οφείλουν να ενημερώνουν για την πάθηση τους το γιατρό ή οδοντογιατρό που επισκέπτονται.^{36,1}

9.11 ΈΛΕΓΧΟΣ ΤΗΣ ΗΙΥ-ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΣΤΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Η εφαρμογή των αρχών έλεγχου των λοιμώξεων είναι ένα ζωτικό θέμα της αποτελεσματικής καθημερινής νοσηλευτικής άσκησης. Η προσήλωση στις κατευθυντήριες οδηγίες για την πρόληψη της μετάδοσης των δια του αίματος μεταδιδόμενων παραγόντων, όπως ο ιός της ηπατίτιδας Β, είναι περισσότερο από αρκετή για την πρόληψη της μετάδοσης του ΗΙΥ.

Στα ιδρύματα υγειονομικής φροντίδας περιλαμβάνονται τα νοσοκομεία, τα εξωτερικά ιατρεία ή οποιοδήποτε άλλο μέρος, στο σπίτι ή στην κοινότητα, όπου προσφέρεται άμεση ιατρική φροντίδα {π.χ φροντίδα υγείας στο σπίτι, κέντρα εμβολιασμού, κινητά ιατρεία}.

Σπάνια έχει αναφερθεί μετάδοση της νόσου από ασθενή σε νοσηλευτή διάμεσου τραυματισμού από βελόνα ή με έκθεση των βλεννογόνων σε αίμα. Η μόλυνση μπορεί να μεταδοθεί από ασθενή σε ασθενή με την επαναχρησιμοποίηση ανεπαρκώς αποστειρωμένων βελόνων. Το προσωπικό που προσφέρει πρώτες βοήθειες, όπως το παραϊατρικό προσωπικό, οι τεχνικοί επείγουσας ιατρικής βοήθειας, τα όργανα της τάξεως, οι πυροσβέστες, το προσωπικό παροχής πρώτων βοηθειών, δεν είναι σε μεγαλύτερο κίνδυνο από τους νοσηλευτές που προσφέρουν επείγουσα φροντίδα στο νοσοκομείο.

Ο έλεγχος των λοιμώξεων στα υγειονομικά ιδρύματα συνίσταται σε:

- Προφυλάξεις σε σχέση με το αίμα και τα άλλα υγρά του σώματος.
- Προφυλάξεις σε σχέση με τις ενέσεις και τις άλλες πράξεις που περιλαμβάνουν τρύπημα του δέρματος.
- Αποτελεσματική χρήση της αποστείρωσης και της απολύμανσης.

Στις χώρες με περιορισμένα υγειονομικά συστήματα δεν είναι δυνατόν να υιοθετηθούν όλες οι προτάσεις που περιγράφονται παρακάτω. Αν τα περιορισμένα μέσα εμποδίζουν την υιοθέτηση μιας συγκεκριμένης πρότασης, πρέπει να επινοείται μια άλλη αποτελεσματική εναλλακτική λύση.

Προφυλάξεις αναφορικά με το αίμα και τα άλλα υγρά του σώματος.

Εφόσον το αίμα και τα άλλα υγρά του σώματος ενοχοποιούνται για τη

μετάδοση του HIV και άλλων λοιμογόνων παραγόντων, οι νοσηλευτές πρέπει να μεταχειρίζονται πάντοτε το αίμα και τα υγρά του σώματος ως μολυσμένα.

- **Πλύσιμο χεριών.** Τα χέρια και τα αλλά μέλη του σώματος που έχουν μολυνθεί με αίμα ή υγρά του σώματος, πρέπει να πλένονται καλά με νερό και σαπούνι. Τα χέρια πρέπει να πλένονται αμέσως μόλις βγουν από τα προστατευτικά γάντια.
- **Γάντια και άλλες στολές.** Οι νοσηλευτές πρέπει να φορούν γάντια καλής ποιότητας, όταν έρχονται σε άμεση επαφή με αίμα και υγρά του σώματος. Όταν δεν υπάρχουν διαθέσιμα γάντια, πρέπει να χρησιμοποιούνται άλλες μέθοδοι, ώστε να προλαμβάνεται η άμεση επαφή με το αίμα για παράδειγμα, λαβίδες, μια πετσέτα, γάζα ή αν κι αυτά δεν είναι διαθέσιμα, ακόμη κι ένα φύλλο χαρτί μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να κρατήσει κανείς μια βελόνα ή μια σύριγγα λερωμένη με αίμα. Αν τα γάντια δεν είναι μιας χρήσης, πρέπει να αλλάζονται, να πλένονται και να απολυμαίνονται ή να αποστειρώνονται μετά την επαφή με κάθε ασθενή. Όταν υπάρχει κίνδυνος τραυματισμού από αιχμηρά εργαλεία {για παράδειγμα, όταν πλένονται}, πρέπει να χρησιμοποιούνται γάντια κατάλληλα για πολύ βαριές δουλειές και τα εργαλεία πρέπει να χειρίζονται με ιδιαίτερη προσοχή.

Κατά τη διάρκεια διαδικασιών, κατά τις οποίες υπάρχει πιθανότητα εκτόξευσης αίματος {για παράδειγμα, κατά τη διάρκεια εγχειρήσεων ή τοκετών}, τα μάτια, η μύτη μας και το στόμα πρέπει να προφυλάσσονται με μάσκα και γυαλιά και πρέπει να χρησιμοποιούνται προστατευτικές ποδιές.

- **Τρυπήματα από βελόνες και άλλοι τραυματισμοί από αιχμηρά αντικείμενα.** Πρέπει να επινοούνται μέθοδοι, ώστε να μειώνεται ο κίνδυνος τραυματισμού από βελόνες ή αλλά αιχμηρά εργαλεία, που πρέπει πάντα να χρησιμοποιούνται με εξαιρετική προσοχή. Η χρήση κάθε αιχμηρού εργαλείου πρέπει να μειώνεται στο ελάχιστο. Για να προλαμβάνονται οι τραυματισμοί από βελόνες δεν πρέπει να επανατοποθετείται το κάλυμμα της βελόνας, να λυγίζονται, να σπάζονται ή να γίνονται οποιοδήποτε χειρισμοί με το χέρι. Μετά την χρήση, οι βελόνες και τα αλλά αιχμηρά εργαλεία πρέπει να τοποθετούνται σε αδιάτρητα δοχεία, που θα τοποθετούνται όσο γίνεται πιο κοντά στο σημείο που θα χρησιμοποιούνται και μετά θα θεωρούνται ως μολυσμένο υλικό.

- **Ανάληψη στόμα με στόμα.** Αν και ο HIV έχει απομονωθεί από το σάλιο, δεν υπάρχει τελικά απόδειξη ότι το σάλιο συμμετέχει στη μετάδοση του ιού. Εντούτοις, για να ελαττώνεται η επαγγελματική έκθεση στον HIV, αεραγωγοί, ασκοί ανάνηψης ή αλλά μηχανήματα αερισμού πρέπει να χρησιμοποιούνται, αν είναι διαθέσιμα όταν η ανάνηψη είναι απαραίτητη. Τα απαραίτητα για την ανάνηψη πρέπει να χρησιμοποιούνται μόνο μια φορά και μετά να πετιούνται ή να καθαρίζονται πολύ καλά και να απολυμαίνονται. Οι στόμα με στόμα αναρροφητήρες ωλένης πρέπει να αντικαθίστανται, αν είναι δυνατόν, με ηλεκτρικούς, που λειτουργούν με το χέρι ή με αναρροφητικές μηχανές, που λειτουργούν με το πόδι.
- **Απομόνωση.** Αν λαμβάνονται όλες οι προαναφερθείσες προφυλάξεις, δεν χρειάζεται απομόνωση των ασθενών με HIV-λοίμωξη, εκτός αν αυτοί πάσχουν και από αλλά μολυσματικά νοσήματα, για τα οποία επιβάλλεται απομόνωση. Μην ξεχνάτε: Απομονώστε τη λοίμωξη, όχι τον ασθενή.

Προφυλάξεις αναφορικά με τα εργαστηριακά δείγματα.

- Οι νοσηλευτές πρέπει πάντα να φορούν γάντια, όταν χειρίζονται και επεξεργάζονται δείγματα αίματος και άλλων υγρών του σώματος {για παράδειγμα, παίρνοντας και συγκεντρώνοντας αίμα}.
- Όλα τα ανοικτά τραύματα των χεριών και των βραχιόνων πρέπει να καλύπτονται με αδιάβροχες επιδέσεις. Τα χέρια πρέπει πάντα να πλένονται με νερό και σαπούνι αμέσως μετά την έκθεση σε δείγματα.
- Τα δείγματα πρέπει να τοποθετούνται σε δοχεία με ασφαλές σκέπασμα, για την πρόληψη διαρροών κατά τη διάρκεια της μεταφοράς. Πρέπει να λαμβάνεται μέριμνα για την αποφυγή της μόλυνσης της εξωτερικής επιφάνειας του δοχείου. Όταν τα δείγματα ταχυδρομούνται ή αποστέλλονται με οποιονδήποτε άλλο τρόπο, πρέπει να τοποθετούνται μέσα σε πλαστικά δοχεία.
- Οι επιφάνειες εργασίας πρέπει να καλύπτονται με μη διαπερατό υλικό, που είναι εύκολο να καθαρίζεται καλά, για παράδειγμα με πλαστική επικάλυψη. Κάθε κηλίδα αίματος ή άλλων υγρών του σώματος πρέπει αμέσως να απολυμαίνεται με απολυμαντικό, όπως το υποχλωριώδες νάτριο 0,5%, πριν από το καθάρισμα.

- Τα δείγματα πρέπει να αχρηστεύονται προσεκτικά, χύνοντας τα μέσα σε αποχέτευση που συνδέεται με το σύστημα της κεντρικής αποχέτευσης. Αν αυτό δεν είναι δυνατό, το αίμα και τα άλλα υγρά του σώματος πρέπει να απολυμαίνονται με το κατάλληλο απολυμαντικό, πριν από την αχρήστευση. Κατά την διάρκεια της αχρήστευσης πρέπει να χρησιμοποιούνται γάντια.

Τα χέρια πρέπει να πλένονται προσεκτικά μετά από κάθε εργαστηριακή δραστηριότητα.

Προφυλάξεις αναφορικά με επεμβατικές διαδικασίες.

Η επεμβατική διαδικασία μπορεί να ορισθεί ως η χειρουργική είσοδος στους ιστούς, στις κοιλότητες ή στα όργανα, είτε για εγχείρηση, είτε για αποκατάσταση βλάβης. Αυστηρές προφυλάξεις πρέπει να τηρούνται για το άτομο και τα υγρά του σώματος. Επιπρόσθετα:

- Γάντια και χειρουργική μάσκα πρέπει να χρησιμοποιούνται για όλες τις επεμβατικές διαδικασίες.
- Προστατευτικά γυαλιά ή κάλυμμα προσώπου πρέπει να χρησιμοποιούνται για διαδικασίες που μπορεί να έχουν σαν αποτέλεσμα τη δημιουργία σταγονιδίων ή την εκτόξευση αίματος ή άλλων υγρών του σώματος.
- Πρέπει να χρησιμοποιείται ποδιά ή ρόμπα, όταν είναι πιθανή η εκτόξευση αίματος
- Οι νοσηλευτές, όταν επιτελούν ή βοηθούν σε τοκετούς, κολπικούς ή με καισαρική τομή, πρέπει να φορούν γάντια και ρόμπα ή ποδιά, όταν χειρίζονται τον πλανούντα και έως ότου το αίμα αφαιρεθεί από το δέρμα του νεογνού και η φροντίδα του ομφάλιου λώρου μετά τον τοκετό τελειώσει.
- Αν ένα γάντι σχιστεί ή συμβεί τρύπημα βελόνας ή άλλος τραυματισμός, το γάντι πρέπει να αλλαχθεί και τα χέρια να πλυθούν το συντομότερο, όσο η ασφάλεια του ασθενούς το επιτρέπει. Η βελόνα ή το εργαλείο που συμμετείχε στο ατύχημα πρέπει να απομακρυνθεί από το αποστειρωμένο πεδίο.

Πλυντήριο

Τα μολυσμένα λίνα πρέπει να τοποθετούνται σε σάκους εκεί όπου χρησιμοποιήθηκαν και όχι να ξεχωρίζονται ή να διαβρέχονται εκεί που φροντίζονται

οι ασθενείς. Τα μολυσμένα με αίμα ή αλλά υγρά του σώματος λίνια πρέπει να τοποθετούνται και να μεταφέρονται μέσα σε αδιάβροχους σάκους. Αν δεν είναι διαθέσιμοι, πρέπει να διπλώνονται με τα μολυσμένα μέρη τους προς τα μέσα. Κατά τον χειρισμό μολυσμένων λινών πρέπει να χρησιμοποιούνται προστατευτικά γάντια και ποδιά.

Τα λινά πρέπει να πλένονται με απορρυπαντικό και νερό σε θερμοκρασία τουλάχιστον 71°C και για 25 λεπτά. Αν χρησιμοποιείται πλυντήριο χαμηλής θερμοκρασίας πρέπει να χρησιμοποιούνται κατάλληλα χημικά, στην κατάλληλη συγκέντρωση.

Για τις εμφανείς κηλίδες αίματος ή άλλων υγρών του σώματος, στην περιοχή πρέπει να χύνεται το κατάλληλο απολυμαντικό. Το μίγμα του υγρού του σώματος και του απολυμαντικού πρέπει να απομακρύνεται και η επιφάνεια να σφουγγαρίζεται με αντισηπτικό⁴⁵.

Στη συνέχεια παραθέτονται τα κέντρα εργαστηριακής Διάγνωσης και Ανοσολογικού Έλεγχου της HIV-λοίμωξης. Στα κέντρα αυτά μπορεί να απευθυνθούν όσοι θέλουν να κάνουν έλεγχο για τον HIV και για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την λοίμωξη αυτή.

Κέντρα Εργαστηριακής Διάγνωσης της HIV-λοίμωξης

Αρχικές ορολογικές δοκιμασίες ELISA γίνονται:

1. Σε όλα τα Κέντρα και Σταθμούς Αιμοδοσίας, για εξυπηρέτηση κυρίως των αιμοδοτών αλλά και των νοσηλευόμενων ασθενών, καθώς και εξωτερικά προσερχομένων ατόμων, εφόσον η αιμοληψία γίνει σε άλλο τμήμα της Νοσηλευτικής Μονάδας.
2. Στα Εθνικά Κέντρα Αναφοράς AIDS.

Επιβεβαιωτικές δοκιμασίες Western blot γίνονται:

Στα Εθνικά Κέντρα Αναφοράς AIDS

Εξετάσεις PCR γίνονται:

1. Στο Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Πετρούων.
2. Στο Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS Κρήτης.
3. Στο Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS Βορείου Ελλάδας.
4. Στο Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS Νοτίου Ελλάδας.
5. Στο Ελληνικό Ινστιτούτο Pasteur.

Εθνικά Κέντρα Αναφοράς AIDS

Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS Νοτίου Ελλάδος

Λ. Αλεξάνδρας 196, 115 21 Αθήνα, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας,
Τηλ.: 6447941

Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS Βορείου Ελλάδος

Μικροβιολογικό Εργαστήριο Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, 540 06
Θεσσαλονίκη Τηλ.: (031) 991347

Εθνικό Κέντρο Ελέγχου AIDS Βορειοδυτικής Ελλάδος

Παθολογική Κλινική - Ανοσολογικό Εργαστήριο Πανεπιστημίου Ιωαννίνων,
Τηλ.: (0651) 92728 / 26529

Εθνικό Κέντρο Ελέγχου AIDS Νοτιοδυτικής Ελλάδος

Εργαστήριο Υγιεινής Πανεπιστημίου Πατρών,
Τηλ.: (061) 277924

Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS Κρήτης

Αιματολογικό Εργαστήριο και Ιατρικό Τμήμα Σχολής Επιστημών Υγείας
Πανεπιστημίου Κρήτης, «Βενιζέλειο - Πανάνειο» Νοσοκομείο, Ηράκλειο Κρήτης,
Τηλ.: (081) 269747

Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Πετροϊών

Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών
Τηλ.: 7719725

Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων συμπεριλαμβανομένου και του AIDS

Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός» Τηλ.: 7243579

Κέντρα Ανοσολογικού Ελέγχου της HIV-Λοίμωξης

Μετρήσεις των υποπληθυσμών των Τ-λεμφοκυττάρων με κυτταρομετρία ροής για την παρακολούθηση HIV-οροθετικών ατόμων γίνονται στα εξής Κέντρα και Εργαστήρια:

Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Ελέγχου Κυτταρικής Ανοσίας-AIDS

Τμήμα Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας, ΠΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»,
Υψηλάντου 45-47, 106 79 Αθήνα, Τηλ.: 7220001 (εσωτ. 2394)

Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Νοτίου Ελλάδος

Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Λ. Αλεξάνδρας 196, 115 21 Αθήνα, Τηλ.: 6447941

Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Πετροϊών

Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, Μ. Ασίας 75,
115 27 Αθήνα, Τηλ.: 7719725

Τμήμα Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας Λαϊκό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών,

Τηλ.: 7771101 - 5 (εσωτ. 416) και 7795964

Ανοσολογικό Τμήμα και Εθνικό Κέντρο Ιστοσυμβατότητας Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γεώργιος Γεννηματάς»

Μεσογείων 154, 115 27 Αθήνα, Τηλ.: 7711914, FAX: 7774395,
E-mail: hlahellas & mailhol. gr.

Τμήμα Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία»

Τηλ.: 7771811

Αιματολογικό Εργαστήριο, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών

Τηλ.: 7784480

Ανοσολογικό Εργαστήριο, 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών

Τηλ.: 7700130 - 9

Αιματολογικό Εργαστήριο, Κρατικό Νοσοκομείο Νίκαιας

Τηλ.: 4915060

Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS Βορείου Ελλάδας

Μικροβιολογικό Εργαστήριο Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης,
540 06 Θεσσαλονίκη, Τηλ.: (031) 991347

Ανοσολογικό Τμήμα και Εργαστήριο Πνευματολογικής Κλινικής ΑΠΘ

Γενικό Νοσοκομείο «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη, Τηλ.: (031) 950254

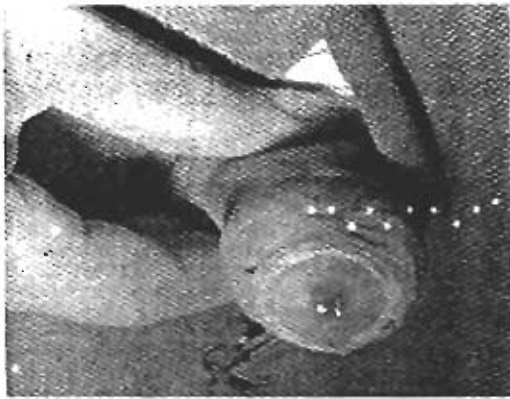
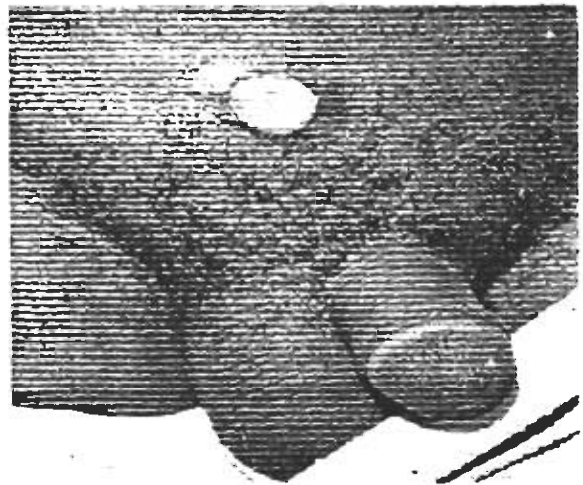
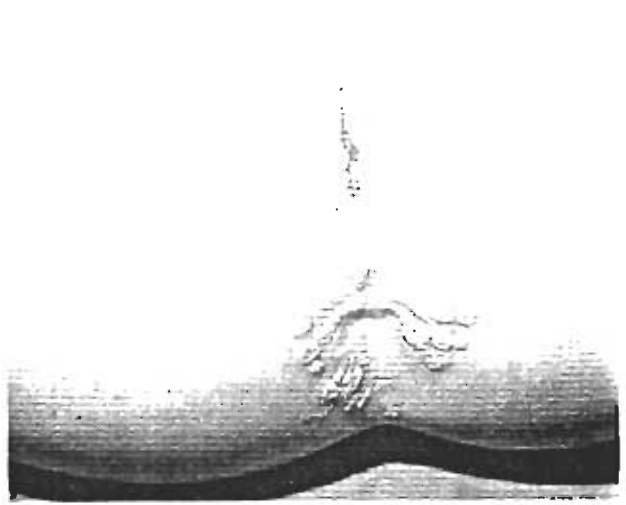
Ιατρικό Τμήμα Πανεπιστημίου Κρήτης

Τηλ.: (081) 261970 - 73

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

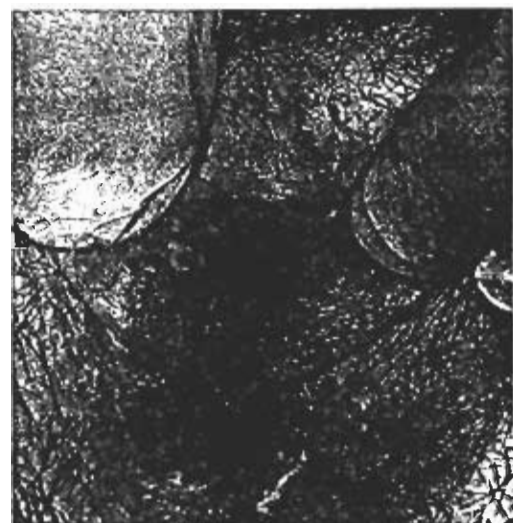
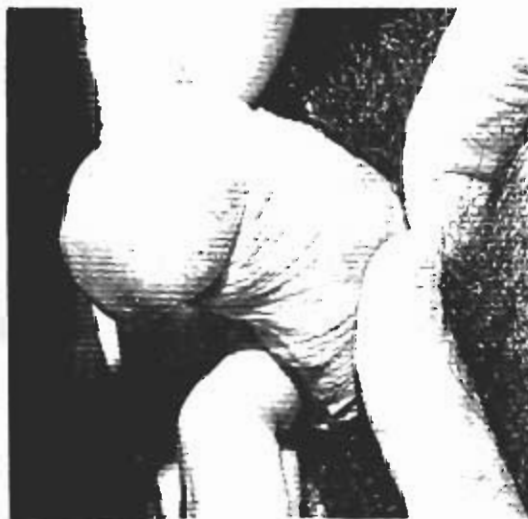
Εκδηλώσεις σύφιλης.



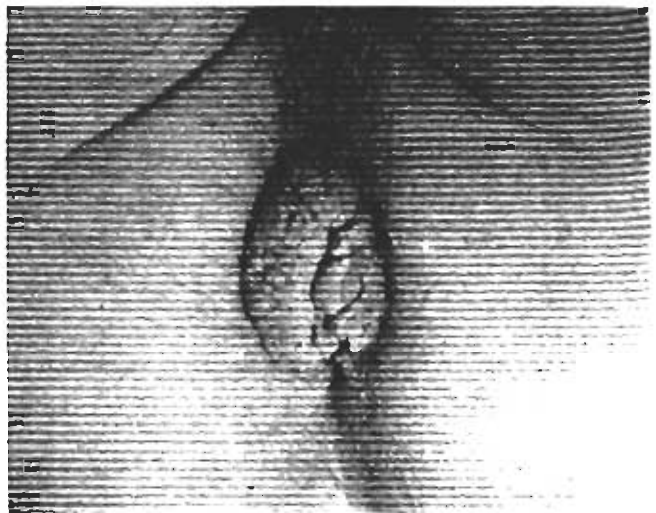
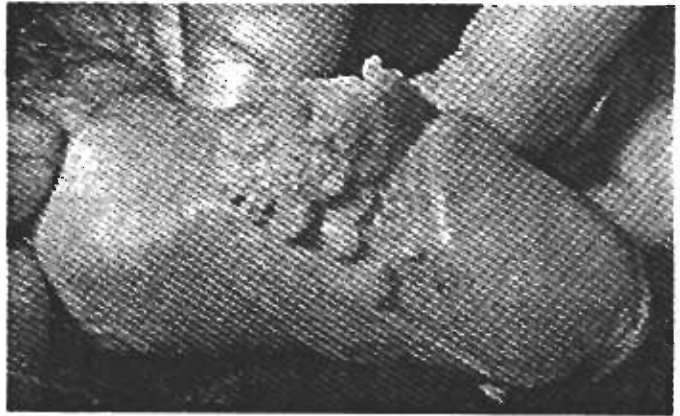
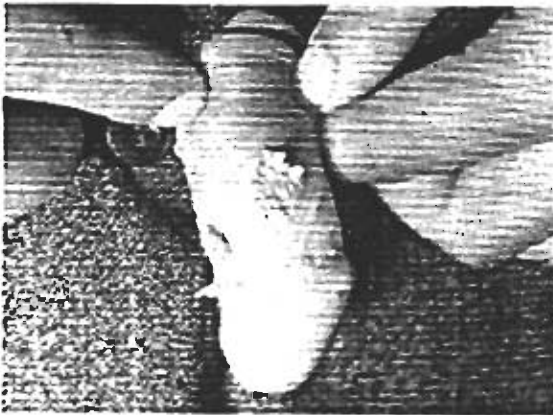




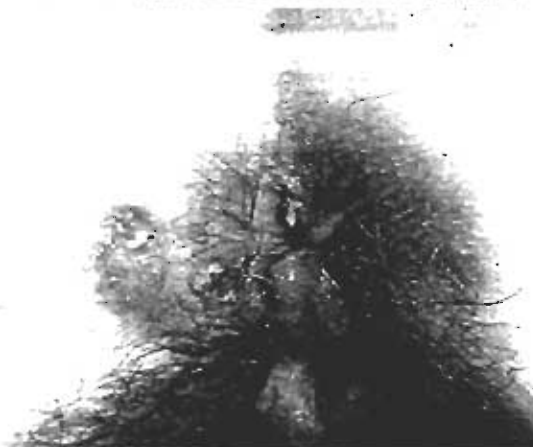
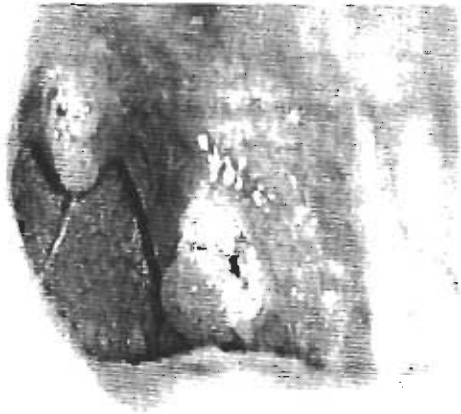
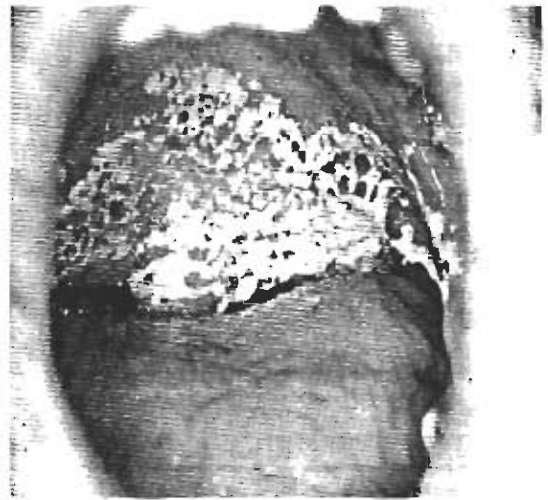
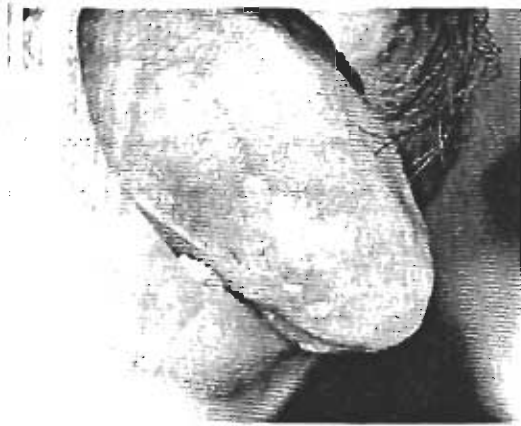
Εκδηλώσεις του Έρπη

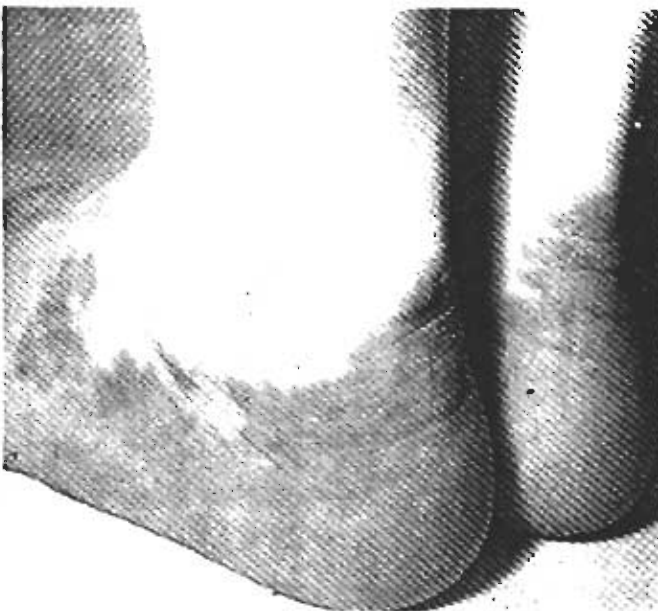


Εκδηλώσεις κονδυλωμάτων.



Εκδηλώσεις AIDS.







ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού στην πρόληψη και την διαφώτιση γύρω από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα είναι μεγάλος. Έτσι οι νοσηλευτές πρέπει να συνειδητοποιήσουν τον σημαντικό τους ρόλο σαν σύμβουλοι και διδάσκαλοι του πληθυσμού σε θέματα υγείας και να δραστηριοποιηθούν για την συμμετοχή τους, τόσο στον σχεδιασμό, όσο και στην εφαρμογή των διαφόρων προγραμμάτων γύρω από τα θέματα αυτά, ανταποκρινόμενοι στις ευθύνες τους και ολοκληρώνοντας την προσφορά τους, παίρνοντας με αυτό τον τρόπο την σωστή θέση στο υγειονομικό σύστημα της χώρας μας.

Από την άλλη, ο καθένας μας πρέπει να συνειδητοποιήσει τον κίνδυνο των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων και να προστατεύσει την σεξουαλική του υγεία. Με ψυχραιμία και υπευθυνότητα οφείλουμε όλοι να ενημερωθούμε για τον κίνδυνο αυτό και αν χρειαστεί να ζητήσουμε τις συμβουλές και την βοήθεια των ειδικών.

Η ενημέρωση σε προσωπικό επίπεδο είναι το κρίσιμο στοιχείο ανάμεσα στη γνώση που δημιουργεί λογικό φόβο και σε εκείνη που οδηγεί στην υστερία, τον πανικό. Ο λογικός φόβος είναι ισχυρός παράγοντας για την κατάκτηση της επιθυμητής, της συμπεριφοράς που προστατεύει. Η άγνοια ή ο παράλογος φόβος είναι ο μεγαλύτερος κίνδυνος για την διασπορά των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.

Μην αφήνετε την αμηχανία να γίνει κίνδυνος για την υγείας σας. Πολλοί άνθρωποι βρίσκουν δύσκολο να μιλήσουν για την σεξουαλική τους υγεία. Μερικοί ακόμη το βρίσκουν απρεπές έως άσεμνο. Αυτά μπορούν να κρατήσουν τους ανθρώπους μακριά από την διασφάλιση της σεξουαλικής τους υγείας, τόσο των ιδίων όσο και των συντρόφων τους.

Θυμηθείτε:

Προστατεύοντας τον εαυτό σας έναντι των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, μπορείτε να ελαττώσετε την ανησυχία σας και να κάνετε τον έρωτα πιο απολαυστικό.

Γιατί μην ξεχνάτε ότι :

Αγάπη = Προφύλαξη



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **ΑΘΑΝΑΤΟΥ Ε. Κ.** «Υγιεινή», επίτομος, έκδοση Γ, εκδόσεις: Αθανάτου Ε. Κ., Αθήνα 1995
2. **ΚΑΛΟΓΕΡΟΠΟΥΛΟΣ Α.** «Γυναικολογία», επίτομος, εκδόσεις: University studio Press, Θεσσαλονίκη 1996
3. **ΠΑΠΑΕΥΑΓΓΕΛΟΥ Γ., ΦΑΡΜΑΚΗ Γ.** «Πρόληψη και έλεγχος λοιμωδών νοσημάτων», επίτομος, εκδόσεις: ΖΗΤΑ, Αθήνα 1998
4. **WILSON J. D, BRAUNWALD E.** «HARRISON-Εσωτερική Παθολογία», τόμος 1^{ος}, έκδοση 12^η, εκδόσεις: Παρισιανός, Αθήνα 1994
5. **Οικογενειακή Ιατρική Βιβλιοθήκη, «Η υγεία των γυναικών»**, εκδόσεις: Μανιατέα, Αθήνα 1993
6. **Εκπαιδευτική Ελληνική Εγκυκλοπαίδεια, «Ιατρική και υγεία»**, τόμος 13^{ος}, εκδόσεις: Εκδοτική Αθηνών, Αθήνα 1998
7. **ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Ν.Α, ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥΑ. Ν.** «Γυναικολογία», επίτομος, έκδοση 3^η, εκδόσεις: Παρισιανός, Αθήνα 1994
8. **Μεγάλη Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια**, τόμος 2^{ος}, εκδόσεις: ΧΡΥΣΟΣ ΤΥΠΟΣ Α. Ε., Αθήνα 1990
9. **Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια της Γυναίκας «Ο Γυναικολόγος»**, τόμος Α, εκδόσεις: ΑΛΚΥΩΝ, Αθήνα 1990
10. **ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΥ Α., ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ Δ.** «Προληπτική Ιατρική», επίτομος, εκδόσεις: Τριχοπούλου Α., Τριχόπουλος Δ., Αθήνα 1986
11. **Εγκυκλοπαίδεια «ΠΑΠΥΡΟΣ ΛΑΡΟΥΣ ΜΠΡΙΤΑΝΙΚΑ»**, τόμος 56^{ος}, εκδόσεις: ΠΑΠΥΡΟΣ, Αθήνα 1993
12. **Εγκυκλοπαίδεια «Νέα Δομή»**, τόμος 32^{ος}, εκδόσεις: ΔΟΜΗ, Αθήνα 1996
13. **ΔΗΜΗΤΡΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Γ. Ο** «Εισαγωγή στην κλινική μικροβιολογία και τα λοιμώδη νοσήματα», επίτομος, εκδόσεις: Πασχαλίδη, Αθήνα 1998
14. **ΣΑΚΥΡΗ – ΔΟΥΚΑ Α.** «Το Σεξ είναι Αγάπη», επίτομος, εκδόσεις: Παρισιανού, Αθήνα 2000
15. **ΚΑΤΡΙΝΗΣ Μ.** «Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα», www.iatronet.gr, 2002
16. **ΚΑΣΣΙΜΑΤΗΣ Β. Χ** «Αφροδίσια, Σεξουαλικά νοσήματα, Σεξολογία», www.mednet.gr, 2002
17. **Εγκυκλοπαίδεια «Νέα Δομή»**, τόμος 7^{ος}, εκδόσεις: ΔΟΜΗ, Αθήνα 1996
18. **ΚΑΝΙΤΑΚΗΣ Ι. Κ** «Δερματολογία-Αφροδισιολογία», τόμος 3^{ος}, τεύχος Β, εκδόσεις: Σακκουλά, Θεσσαλονίκη 1982
19. **Εγκυκλοπαίδεια «ΠΑΠΥΡΟΣ ΛΑΡΟΥΣ ΜΠΡΙΤΑΝΙΚΑ»**, τόμος 14^{ος}, εκδόσεις: ΠΑΠΥΡΟΣ, Αθήνα 1993
20. **ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ. Α., ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ. Φ** «Νοσηλευτική, Παθολογική, Χειρουργική», τόμος Β, έκδοση 18^η, εκδόσεις: Η ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα 1997
21. **ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ Α., ΠΑΝΟΥ Μ.** «Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική», τόμος 2^{ος}, έκδοση Β, εκδόσεις: ΒΗΤΑ, Αθήνα 1997
22. **ΠΟΛΥΣΙΔΟΥ Ε.** «Το βιβλίο της γυναίκας και του άνδρα», επίτομος, έκδοση Γ, εκδόσεις: Αδελφών Κυριακίδη, Θεσσαλονίκη 1989
23. **ΒΕΡΡΟΣ Κ. Δ.** «Έρπης γεννητικών οργάνων», www.iatriki.gr, 2002
24. **Εγκυκλοπαίδεια «ΠΑΠΥΡΟΣ ΛΑΡΟΥΣ ΜΠΡΙΤΑΝΙΚΑ»**, τόμος 24^{ος}, εκδόσεις: ΠΑΠΥΡΟΣ, Αθήνα 1993

25. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Μ. «INFO DERMA-Οξυτενή Κονδυλώματα», μέρος Α, εκδόσεις: Τμήμα Ειδικών Θεραπειών Νοσοκομείου Κ. Α. Συγγρού, Αθήνα 1999
26. Εγκυκλοπαίδεια «ΠΑΠΥΡΟΣ ΛΑΡΟΥΣ ΜΠΡΙΤΑΝΙΚΑ», τόμος 35^{ος}, εκδόσεις: ΠΑΠΥΡΟΣ, Αθήνα 1993
27. ΣΡΑΤΗΓΟΣ Ι. Δ., ΛΑΣΚΑΡΗΣ Γ. Κ. «Έγχρωμος Άτλας AIDS, Εκδηλώσεις στο δέρμα και το στόμα, Διάγνωση-Θεραπεία», επίτομος, εκδόσεις: ΖΗΤΑ, Αθήνα 1996
28. ΒΕΡΡΟΣ Κ. Δ. «Κονδυλώματα Γεννητικών Οργάνων», www.iatriki.gr, 2002
29. Εγκυκλοπαίδεια «Νέα Δομή», τόμος 18^{ος}, εκδόσεις: ΔΟΜΗ, Αθήνα 1996
30. ΚΑΝΙΤΑΚΗΣ Ι. Κ. «Δερματολογία-Αφροδισιολογία», τόμος 1^{ος}, εκδόσεις: Σακκουλά, Θεσσαλονίκη 1982
31. ΜΑΣΚΕΙΤΗ Ν. «Πρακτικός Γυναικολογικός Οδηγός», επίτομος, μετάφραση: Παραπαντάκη Κ., εκδόσεις: Γαλαίος Σ.Ν. κ' ΣΙΑ Ο.Ε, Αθήνα 1981
32. Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια της Γυναίκας «Ο Γυναικολόγος», τόμος 4^{ος}, εκδόσεις: ΑΛΚΥΩΝ, Αθήνα 1990
33. Εγκυκλοπαίδεια «ΠΑΠΥΡΟΣ ΛΑΡΟΥΣ ΜΠΡΙΤΑΝΙΚΑ», τόμος 58^{ος}, εκδόσεις: ΠΑΠΥΡΟΣ, Αθήνα 1993
34. Εγκυκλοπαίδεια «Νέα Δομή», τόμος 33^{ος}, εκδόσεις: ΔΟΜΗ, Αθήνα 1996
35. GRMEK M. D. «Ιστορία του Έιτς», επίτομος, μετάφραση: Ταμπάκη Ε., εκδόσεις: Χατζηνικόλη, Αθήνα 1992
36. ΜΕΡΤΖΑΝΟΣ Ε., ΠΑΡΑΡΑΣ Μ. «Σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας», επίτομος, εκδόσεις: Εθνική φαρμακοβιομηχανία Α. Ε., Αθήνα 1988
37. ΠΑΠΑΡΙΖΟΣ Β., ΒΕΡΡΟΣ Κ. Δ. «AIDS'», www.in.gr, 2002
38. Εγκυκλοπαίδεια «Υγεία», τόμος 5^{ος}, εκδόσεις: ΔΟΜΙΚΗ, Αθήνα 1989
39. Εγκυκλοπαίδεια «Η εφηβεία», τόμος Β, εκδόσεις: Σιαμαντάς-Ουβάς-FABBRI-ORBIS, Αθήνα 1990
40. ΕΟΦ «Το φάρμακο-Επίκτητη Ανοσοανεπάρκεια και Ανθρώπινη Συμπεριφορά», εκδόσεις: Δίμηνη έκδοση του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων, Αθήνα, Μάιος-Ιούνιος 1988
41. ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ Κ. «Αγωγή υγείας για παιδαγωγούς», επίτομος, εκδόσεις: Χατζηνικόλη, Θεσσαλονίκη 1994
42. ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ Α. «Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική», τόμος 3^{ος}, έκδοση Β, εκδόσεις: ΒΗΤΑ, Αθήνα 1997
43. Δελτίο επιστημονικής ενημέρωσης ΚΕΕΛ, τόμος 1^{ος}, τεύχος 1^ο, εκδόσεις: Τριμηνιαία έκδοση του Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων, Αθήνα, Οκτώβριος-Δεκέμβριος 1995
44. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας-Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS, «Πρόληψη της σεξουαλική μετάδοσης του ιού της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας», επίτομος, εκδόσεις: ΒΗΤΑ, Αθήνα 1991
45. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας-Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS, «Νοσηλευτική φροντίδα ατόμων με λοίμωξη από τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας», επίτομος, εκδόσεις: ΒΗΤΑ, Αθήνα 1991
46. ΑΒΡΑΜΙΔΗΣ Α. Β. «AIDS.....με απλά λόγια», επίτομος, εκδόσεις: Ακρίτας, Αθήνα 1992
47. ΚΥΡΙΑΚΙΔΟΥ Ε. Θ. «Κοινωνική Νοσηλευτική», επίτομος, έκδοση 2^η, εκδόσεις: ΤΑΒΙΘΑ Σ. Α., Αθήνα 1997

48. **Μεγάλη Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια**, τόμος 4^{ος}, εκδόσεις: ΧΡΥΣΟΣ ΤΥΠΟΣ Α.Ε., Αθήνα 1990
49. **KOSTLER A., WILLY A.**, «Ανατομία του ΣΕΞ», ΕΠΙΤΟΜΟΣ, ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ: Ταμπάκη Ε., εκδόσεις: ΠΕΛΛΑ, Αθήνα 1989
50. **Εγκυκλοπαίδεια «Υγεία»** τόμος 3^{ος}, εκδόσεις: ΔΟΜΙΚΗ, Αθήνα 1989
51. **ΚΑΠΕΤΑΝΑΚΗΣ Ι.**, «Έγχρωμη Δερματολογία», επίτομος, εκδόσεις: Παρισιανού Γ. , Αθήνα 1987
52. **ADLER M. W.**, «ABC OF AIDS», edition 3rd, published: Publishing Group, London 1993

