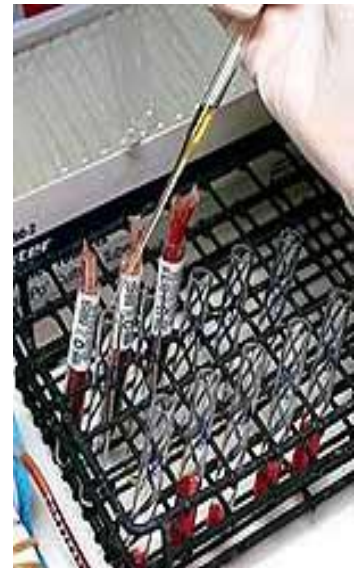


**Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ**  
**Σχολή: ΣΕΥΠ**  
**Τμήμα: Νοσηλευτικής**

## **ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

*« Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα  
και AIDS: Η μάστιγα της εποχής μας » .*



*Εισηγητής :*  
*Δρ Ζήσης Θεόδωρος*  
*Καθηγητής*

*Επιμέλεια :*  
*Μεχμέτη Γιουσίλντα*  
*Σπουδάστρια*

**ΠΑΤΡΑ 2008**

# Περιεχόμενα

Πρόλογος .....	4
Εισαγωγή.....	5
<b>Κεφάλαιο 1</b> <i>Ανατομία και φυσιολογία του ανθρώπινου γεννητικού συστήματος</i>	
1.1 Ανατομία και φυσιολογία του γεννητικού συστήματος του άνδρα.....	9
1.2 Ανατομία και φυσιολογία του γεννητικού συστήματος της γυναίκας.....	13
<b>Κεφάλαιο 2</b> <i>Διαφυλική επικοινωνία και σεξουαλικές διαταραχές</i>	
2.1 Διαφυλική επικοινωνία.....	22
2.2 Σεξουαλικές διαταραχές.....	25
<b>Κεφάλαιο 3</b> <i>Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (ΣΜΝ)</i>	
3.1 Σύφιλη.....	31
3.1.1 Πρωτόγονος σύφιλη.....	33
3.1.2 Δευτερογόνος σύφιλη.....	38
3.1.3 Συγγενής σύφιλη.....	44
3.1.4 Λανθάνουσα σύφιλη.....	44
3.1.5 Τριτογενής σύφιλη.....	45
3.1.6 Επιδημιολογία.....	46
3.2 Βλεννόρροια.....	49
3.2.1 Κλινική συμπτωματολογία.....	52
3.2.2 Αντιμετώπιση ασθενών με μη επιπλεγμένη γονοκοκκική λοιμώξη – Ουρήθρας – Τραχήλου – Ορθού.....	57
3.2.3 Επιδημιολογία.....	59
3.3 Χλαμύδια.....	62
3.4 Μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα.....	69
3.5 Έρπης γεννητικών οργάνων.....	71
3.6 Ηπατίτιδα Β.....	78
3.7 Κονδυλώματα.....	82
3.8 Μόλυνση από τριχομονάδες.....	86
3.9 Φθείρες του εφηβαίου.....	91
<b>Κεφάλαιο 4</b> <i>AIDS</i>	
4.1 AIDS.....	94
4.1.1 Μορφολογία.....	95
4.1.2 Ο κύκλος αναδιπλασιασμού του ιού.....	96
4.1.3 Κλινική εικόνα – Επιπλοκές.....	97
4.1.4 Τρόποι μετάδοσης του AIDS.....	100
4.2 Ευκαιριακές λοιμώξεις του AIDS.....	102
4.3 Θεραπεία HIV λοίμωξης.....	105
4.4 Η καθυστέρηση στη διάγνωση προκαλεί επιπλοκές και απώλειες Ζωών.....	111
4.5 AIDS , νέος επικίνδυνος ανθεκτικός ιός.....	114
4.6 AIDS , φορείς του ιού HIV και μείωση αριθμού νέων θυμάτων.....	116
4.7 AIDS και ναρκωτικά.....	118
4.8 AIDS και σχόλεια.....	119

4.9	Συζυγική απιστία και μετάδοση του AIDS.....	121
4.10	Πρόληψη AIDS.....	123
4.11	Πρόληψη του AIDS, άνδρες και περιτομή.....	128
4.12	Συμβουλευτική για πρόληψη AIDS.....	130
4.13	Επιδημιολογία.....	133
4.14	Παγκόσμια ημέρα Παγκόσμια ημέρα κατά του AIDS.....	138
<b>Κεφάλαιο 5</b>	<b>Πρόληψη και μέτρα προστασίας</b>	
5.1	Προφυλακτικά.....	144
5.2	Διάφραγμα.....	151
5.3	Χημικοί φραγμοί.....	155
5.4	Συμβουλευτική για πρόληψη.....	159
5.5	Πρόληψη και νοσηλευτική φροντίδα AIDS.....	161
<b>Κεφάλαιο 6</b>	<b>Νοσηλευτική Διεργασία</b>	
1 <sup>η</sup>	Κλινική περίπτωση.....	169
2 <sup>η</sup>	Κλινική περίπτωση.....	174
	<b>Συμπεράσματα - Προτάσεις.....</b>	<b>178</b>
	<b>Περίληψη.....</b>	<b>179</b>
	<b>Βιβλιογραφία .....</b>	<b>180</b>
	<b>Παράρτημα.....</b>	<b>185</b>

## **ΠΡΟΛΟΓΟΣ**

Οι ασθένειες που μεταδίδονται διαμέσου της σεξουαλικής επαφής, αυξάνονται με πολύ γρήγορο ρυθμό. Οι νέοι επηρεάζονται περισσότερο από τη δραματική αύξηση των ασθενειών αυτών.<sup>1</sup>

Οι νέες γυναίκες είναι η ομάδα η οποία πλήττεται περισσότερο από την ανησυχητική αυτή κατάσταση που παρατηρείται σε παγκόσμιο επίπεδο.<sup>1</sup>

Σε ορισμένες Ευρωπαϊκές χώρες το πρόβλημα έχει πάρει διαστάσεις εθνικής επιδημίας. Στο Ηνωμένο Βασίλειο όπου η πολιτική ηγεσία θεωρεί πλέον ότι πρόκειται για μια κρίση, το ποσοστό των σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών έχει διπλασιαστεί κατά τα τελευταία 10 χρόνια.<sup>1</sup>

Οι λόγοι της ανεπιθύμητης αυτής κατάστασης είναι η αδιαφορία που δείχνουν όλοι αλλά περισσότερο οι νέοι για τους κινδύνους που έχει το σεξ χωρίς προφυλακτικά μέτρα.<sup>1</sup>

Το γεγονός ότι η ηλικία έναρξης των σεξουαλικών σχέσεων έχει γίνει μικρότερη, είναι ένας σημαντικός παράγοντας που ευνοεί τη μετάδοση των ασθενειών αυτών.<sup>1</sup>

Παράλληλα όταν κάποιος διαπιστώσει ότι έχει μολυνθεί από ένα παράγοντα που μεταδόθηκε διαμέσου του σεξ, πολύ συχνά παραμελεί να ενημερώσει για το γεγονός αυτό, τον ή τους ερωτικούς συντρόφους που πιθανόν να έχει. Το αποτέλεσμα είναι η αλυσίδα της μετάδοσης, να μην διακόπτεται και όλο περισσότεροι να προσβάλλονται με απρόβλεπτες συνέπειες.<sup>1</sup>

Συμπερασματικά θα πρέπει να τονισθεί ότι υπάρχει μεγαλύτερη ανάγκη μιας συνεχούς εκπαίδευσης και διαφώτισης όλων αλλά ιδιαίτερα των νέων, για θέματα που αφορούν τη σεξουαλική ζωή.<sup>1</sup>

Η καλύτερη εκπαίδευση και προετοιμασία των νέων σε θέματα που αφορούν ένα τόσο καίριο τομέα όπως το σεξ, θα μπορέσουν να δημιουργήσουν μια πιο υπεύθυνη και προσεγμένη συμπεριφορά που μπορεί να επιφέρει μείωση της συχνότητας των σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών.<sup>1</sup>

## ***ΕΙΣΑΓΩΓΗ***

Ο όρος σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, καλύπτει μια πληθώρα μολύνσεων που οφείλονται σε παθογόνους μικροοργανισμούς οι οποίοι μεταδίδονται με τη σεξουαλική επαφή. Κάποιες από αυτές τις μολύνσεις ονομάζονται και αφροδίσια νοσήματα, όπως είναι η γονόρροια και η σύφιλη, διότι μεταδίδονται αποκλειστικά με τη σεξουαλική επαφή. Οι άλλες όμως, μπορεί να μεταδοθούν και με άλλους τρόπους όπως από τη μητέρα στο έμβρυο, από την χρησιμοποίηση αντικειμένων ατομικής υγιεινής ή από την κακή τήρηση υγιεινής σε δημόσιους χώρους. Μερικά από τα νοσήματα αυτά θεραπεύονται πλήρως, άλλα θεραπεύονται μεν αλλά ενέχουν τον κίνδυνο επιπλοκών, όπως στειρότητα ή προδιάθεση για καρκίνο, ενώ άλλα δεν θεραπεύονται. Μπορεί να οφείλονται σε **βακτήρια** (γονόρροια ή γονοκοκκική ουριθρίτιδα), **σύφιλη**, **χλαμύδια**, **ιός** (AIDS, κονδυλώματα, απλός έρπης), **πρωτόζωα** (τριχομονάδα).<sup>2</sup>

Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα αυξάνουν διεθνώς παρά τις ενημερωτικές προσπάθειες των φορέων και των επιστημόνων. Στις ΗΠΑ από όπου και προέρχονται οι καλύτερες στατιστικές, μεγαλύτερη αύξηση παρατηρείται στις λοιμώξεις από χλαμύδια, στη γονόρροια και στη σύφιλη.<sup>3</sup>

Παράγοντες που έχουν συντελέσει στη διάδοση και έξαρση αυτών των νοσημάτων είναι οι ελεύθερες σεξουαλικές σχέσεις, ο περιορισμός της χρήσης του προφυλακτικού, η έλλειψη συμπτωμάτων, η ανάπτυξη ανθεκτικών στελεχών στη χρήση των αντιμικροβιακών, η έλλειψη μερικές φορές αποτελεσματικών εργαστηριακών εξετάσεων και η άγνοια της αποτελεσματικής πρόληψης ή της ανάγκης για θεραπεία.<sup>4</sup>

Παράγοντες που έχουν επηρεάσει τη διάγνωση, τις συνέπειες από τα νοσήματα αυτά και τη θεραπεία τους, είναι η ανερχόμενη συχνότητα, η μεταβαλλόμενη επικράτηση των ποικίλων αιτιολογικών μικροοργανισμών και η συχνή παρουσία πολλαπλών μολύνσεων.<sup>5</sup>

Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (ΣΜΝ) αποτελούν μείζον πρόβλημα ατομικής και δημόσιας υγείας σε όλο τον κόσμο. Κάθε χρόνο, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) δημοσιεύει τα στοιχεία της Παγκόσμιας εξάπλωσης του HIV/AIDS καθώς και πληροφορίες για την επίπτωση και τον επιπολασμό ορισμένων ιάσιμων ΣΜΝ, με ανασκόπηση και εκτιμήσεις. Πρόκειται για στοιχεία που δημιουργούν δυσάρεστες εντυπώσεις. Έχουν σημειωθεί πάνω από 20 εκατομμύρια θάνατοι από AIDS αφότου άρχισε η επιδημία. Δεκαπέντε εκατομμύρια παιδιά, η πλειονότητά τους στην Αφρική, ορφάνεψαν αφότου εμφανίστηκε το AIDS. Περίπου 6 εκατομμύρια άτομα προσβάλλονται κάθε χρόνο. Πιθανώς υπάρχουν 40 εκατομμύρια άτομα

μολυσμένα με HIV/AIDS. Εκτός από την Αφρική, μεγάλη αύξηση των λοιμώξεων από HIV σημειώνεται στη Ρωσία, στη Κίνα, στην Ινδία και σε πολλές άλλες φτωχές αναπτυσσόμενες χώρες.<sup>5</sup>

Είναι γνωστό ότι τα παραδοσιακά ΣΜΝ, ειδικά αυτά που προκαλούν εξέλκωση ή πυώδες έκκριμα των γεννητικών οργάνων, ευνοούν τη σεξουαλική μετάδοση του HIV. Τα άτομα που πάσχουν από ΣΜΝ κινδυνεύουν 3-5 φορές περισσότερο, σε σύγκριση με τα υγιή άτομα, να προσβληθούν από το HIV εάν εκτεθούν σ' αυτόν διά της σεξουαλικής επαφής. Επιπλέον, εάν ένα άτομο που έχει προσβληθεί από τον HIV προσβληθεί και από κάποιο άλλο ΣΜΝ, έχει τριπλάσιες έως πενταπλάσιες πιθανότητες να μεταδώσει τον HIV με τη σεξουαλική επαφή, σε σύγκριση με άτομα που έχουν μόνο λοίμωξη από HIV.<sup>5</sup>

Ένας άλλος ρόλος που επίσης χρησιμοποιείται συχνά είναι «σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις» (ΣΜΛ). Αυτός καλύπτει τόσο τα ΣΜΝ όσο και τον HIV, ο οποίος στη συντριπτική πλειονότητα των περιπτώσεων μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή. Οι ΣΜΛ αποτελούν μείζον αίτιο οξείας νόσου, υπογονιμότητας, μακράς αναπηρίας και θανάτου. Κατά τις εκτιμήσεις του ΠΟΥ, το 1999 εμφανίστηκαν 340 εκατομμύρια νέα περιστατικά σύφιλης και τριχομονάδωσης στον κόσμο, κυρίως σε άτομα 15 έως 49 ετών. Περισσότερα θύματα είχαν οι ήπειροι που έχουν προσβληθεί περισσότερο από HIV/AIDS, δηλ. η Ασία και η Αφρική, αλλά δεν πρέπει να ξεχνούμε ότι η Ασία έχει πολύ μεγαλύτερο πληθυσμό από την Αφρική. Η Παγκόσμια Τράπεζα υπολόγισε ότι στα άτομα ηλικίας 15 έως 49 ετών, τα ΣΜΝ πλην του HIV ήταν η δεύτερη σε συχνότητα αιτία θανάτου των γυναικών λόγω μητρικής νοσηρότητας και θνησιμότητας. Στους άνδρες των ίδιων ηλικιών ο HIV έρχεται πρώτος. Ο οικονομικός αντίκτυπος του AIDS στην οικονομία σημαίνει ότι στις χώρες που πλήττονται σοβαρά, μεγάλο μέρος της τοπικής οικονομίας μείωνεται άμεσα.<sup>5</sup>

Τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (CDC,USA) εκτιμά ότι περίπου 20 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις ΣΜΝ συμβαίνουν κάθε χρόνο, με περίπου το μισό των ανθρώπων μικρότερη από την ηλικία των 25 ετών. Επιπλέον, η ΣΜΝ διάγνωση και διαχείριση είναι μια δυναμική στο χώρο της ιατρικής, με σημαντικές πρόσφατες εξελίξεις όσον αφορά την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, τη φροντίδα και την κλινική. Η έλευση ενός εμβολίου ανθρώπινων θηλωμάτων, η οποία συνίσταται για τις γυναίκες ηλικίας από 9-26 ετών, αποτελεί σημαντική ευκαιρία για τους κλινικούς γιατρούς να αξιολογήσουν και να συζητήσουν για τη σεξουαλική δραστηριότητα των εφήβων και των γονέων τους, προσφέροντας ταυτόχρονα μια άκρως αποτελεσματική προληπτική παρέμβαση.<sup>6</sup>

Η πρόληψη , όταν είναι συστηματική και αποτελεί κοινωνική πολιτική μιας χώρας , μπορεί να επηρεάσει την επιδημιολογία . Οι κίνδυνοι είναι σαφώς αυξημένοι σε ειδικές πληθυσμιακές ομάδες υψηλού κινδύνου , όπως οι ομοφυλόφιλοι άνδρες , οι χρήστες ναρκωτικών και οι γυναίκες με έντονη και ανεξέλεγκτη σεξουαλική δραστηριότητα.<sup>4</sup>

# Κ Ε Φ Α Λ Λ Α Ι Ο 1

- ◆ *Ανατομία και  
Φυσιολογία του  
Ανθρώπινου  
Γεννητικού  
Συστήματος*



# 1.1 Ανατομία και Φυσιολογία του Γεννητικού Συστήματος του Άνδρα

Το αναπαραγωγικό σύστημα του άνδρα αποτελείται από:

1. Τους όρχεις , που παράγουν σπερματοζωάρια, ενώ παράλληλα συνθέτουν και εκκρίνουν ανδρογόνα.
2. Τις απεκκριτικές οδούς του σπέρματος, που χρησιμεύουν για την μεταφορά των σπερματοζωαρίων στο εξωτερικό περιβάλλον και αποτελούνται από την επιδιδυμίδα, το σπερματικό πόρο, τον εκσπερματικό πόρο και τμήμα της αντρικής ουρήθρας.
3. Τις σπερματοδόχες κύστεις, τον προστάτη αδένα και τους βολβοουρηθρέους αδένες του Cowper , οι οποίοι είναι εκκριτικοί αδένες που παρέχουν υγρό και θρεπτικά συστατικά για την υποστήριξη και την θρέψη των σπερματοζωαρίων.
4. Το πέος, το οποίο είναι όργανο ικανό για στύση για την είσοδο στον κόλπο της θύλεως κατά την διάρκεια της σεξουαλικής επαφής.<sup>7</sup>

## Όρχεις

Ο όρχις έχει δύο βασικές λειτουργίες : παράγει το σπέρμα και εκκρίνει ανδρικές ορμόνες. Η παραγωγή σπέρματος γίνεται στα σπερματικά σωληνάκια, ενώ η παραγωγή τεστοστερόνης, της κύριας ανδρικής ορμόνης, γίνεται στο διάμεσο ιστό που βρίσκεται μεταξύ των σωληναρίων. Κάθε όρχις περιέχει περίπου 400 – 600 σπερματικά σωληνάκια. Το κάθε σωληνάριο έχει μήκος έως 70 εκ. και είναι τυλιγμένο μέσα στα αντίστοιχα διαμερίσματα του όρχι, που αποτελούν επεκτάσεις της εξωτερικής ινώδους κάψουλας ή του ινώδους χιτώνα του όρχι. Τα σπερματικά σωληνάκια ενώνονται , για να δημιουργήσουν το ορχικό δίκτυο, που συνδέεται με το σύστημα απεκκριτικών αγωγών. Έτσι αποφεύγουν την ενδοκοιλιακή θερμοκρασία, που είναι 2 – 5° C υψηλότερη από την θερμοκρασία στο όσχεο και η οποία θα ήταν βλαβερή για τον σχηματισμό των σπερματοζωαρίων.<sup>7</sup>

Το σπέρμα παράγεται συνεχώς στον όρχι, από την εφηβεία έως τις όψιμες ηλικίες ακολουθώντας μία περιοδική ακολουθία γεγονότων που διαρκεί περίπου 64 ημέρες. Το σπέρμα αποθηκεύεται στη επιδιδυμίδα και το σπερματικό πόρο όπου εμπλουτίζεται με το σπερματικό υγρό, που προέρχεται κυρίως από τους σπερματικούς αδένες και τον προστάτη.<sup>5</sup>

Το όσχεο είναι το δερματικό περίβλημα των όρχεων και αποτελείται από δύο διαμερίσματα που χωρίζονται στην μέση γραμμή. Το δέρμα του οσχέου είναι λεπτό και έχει βαθύτερη χρώση

σε σύγκριση με το γύρω δέρμα. Είναι επίσης προσκολλημένο στο δαρτό μυϊκό χιτώνα, γεγονός που του προσδίδει μια ρυτιδωτή εμφάνιση κατά τη συστολή του μυός. Το όσχεο περιέχει πολλούς τριχοσμηματογόνους αδένες και γι' αυτό εμφανίζει συχνά σμηγματογόνες κύστες που μπορεί να αυξάνονται σε μέγεθος ή να φλεγμαίνουν. Η τριχοφυΐα είναι σπάνια και αραιή.<sup>5</sup>

## **Προστάτης**

Ανήκει στα έσω γεννητικά όργανα του άνδρα. Έχει σχήμα και μέγεθος καστανού και μήκος 4 – 5 cm. Βρίσκεται πίσω από τη ηβική σύμφυση, κάτω από την ουροδόχο κύστη και εμπρός από το ορθό δια μέσου του οποίου ψηλαφάτε. Τον προστάτη διασχίζει η προστατική μοίρα της ουρήθρας και οι δύο εσπερματιστικοί πόροι που εκβάλλουν σ' αυτή.<sup>7</sup>

Η κυριότερη λειτουργία του προστάτη είναι η παραγωγή του προστατικού υγρού ενός λεπτόρρευστου γαλακτώδους και αλκαλικού υγρού που αποτελεί το 13 – 32% του όγκου μιας εκσπερμάτωσης. Το υγρό αυτό είναι πλούσιο σε ηλεκτρολύτες και ένζυμα που έχουν σκοπό την θρεπτική υποστήριξη και την αύξηση της κινητικότητας των σπερματοζωαρίων.<sup>5</sup>

## **Ουρήθρα**

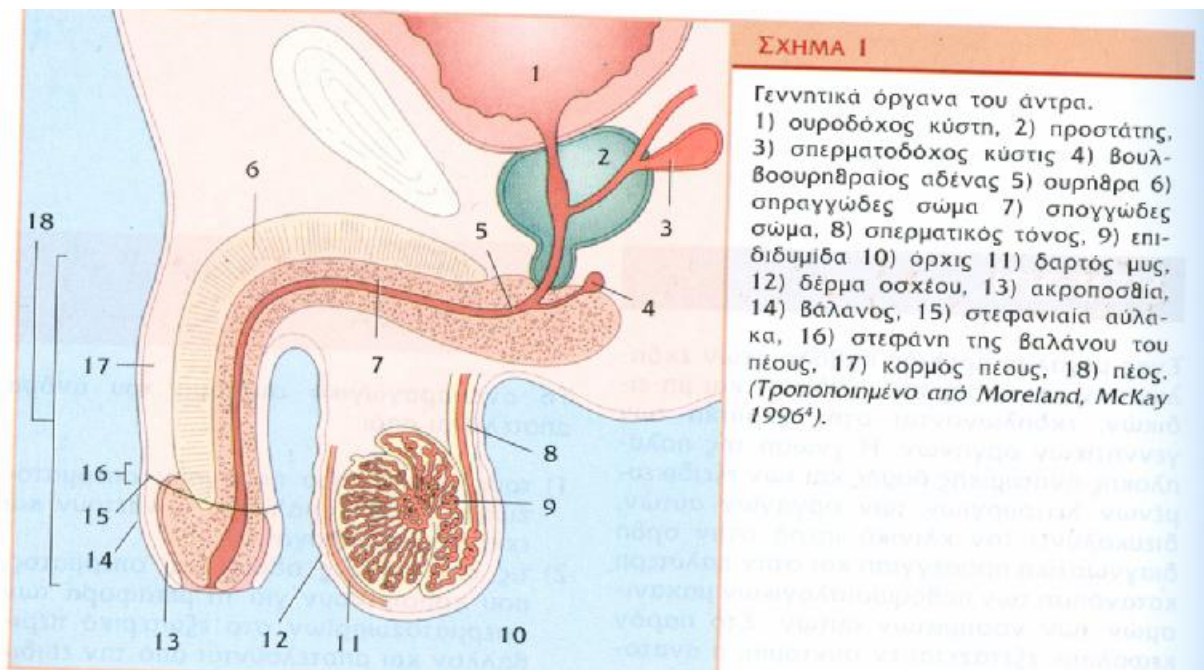
Η ουρήθρα διαιρείται στο βολβό, στα σπογγώδη και τα αδενικά μέρη. Ο βολβός και τα σπογγώδη μέρη, καλύπτονται από ένα ψευδοπολύστιβο κυλινδρικό επιθήλιο, εκτός από το σημείο στο άκρο του πέους που ονομάζεται σκαφοειδής βόθρος ουρήθρας, που επικαλύπτεται από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο. Το επιθήλιο περιέχει μικρά βοτρυδία από βλεννώδη κύτταρα καθώς και βλεννογόνιους και υποβλεννογόνιους αδένες, που ονομάζονται ουρηθραίοι ή περιουρηθραίοι αδένες. Οι αδένες αυτοί μπορούν να μολυνθούν και να σχηματίσουν αποστήματα.<sup>5</sup>

## **Πέος**

Το πέος αποτελεί το έξω γεννητικό όργανο του άντρα και χωρίζεται σε δύο μέρη: τη βάση, που είναι προσαρτημένη στο ηβικό οστό και το εκκρεμές μέρος. Κάτω από το δέρμα του πέους υπάρχουν τα σπυραγγώδη σώματα και το σπογγώδες σώμα που περιέχει την ουρήθρα. Τα σπυραγγώδη σώματα αποτελούν αυτόνομες δομές στη βάση του πέους, αλλά συνδέονται με περιτονία κατά μήκος του κορμού του. Έχουν κυλινδρικό σχήμα στην περιοχή του κορμού αλλά λεπτείνουν πολύ στην βάση όπου συνδέονται με την ηβική νευρική διακλάδωση και την μεμβράνη περιναίου. Το σπογγώδες σώμα αποτελείται από τρία μέρη : από τον βολβό της ουρήθρας, το σπογγώδες μέρος και την βάλανο στο άκρος του πέους.<sup>7</sup>

Το τμήμα της βάσης του πέους και το καντρικό τμήμα του κορμού καλύπτονται από μύες. Το ζεύγος των ισχυοσηραγγωδών μυών καλύπτει τα σκέλη των σηραγγωδών σωμάτων και το σηραγγώδες σώμα. Ένα άλλο ζεύγος μυών, οι βολβοσηραγγώδεις, βρίσκεται πάνω από το σπογγώδες σώμα.<sup>7</sup>

Η στύση, η οποία βρίσκεται υπό νευρικό έλεγχο, γίνεται όταν διανοίγονται και ευθείάζονται οι ελικοειδείς αρτηρίες των σηραγγωδών σωμάτων του πέους και έτσι το αίμα γεμίζει τις σήραγγες ενώ διατείνεται ο ινώδης χιτώνας με αποτέλεσμα οι φλέβες που διαπερνούν τον ινώδη χιτώνα να συμπιέζονται και έτσι να παρεμποδίζεται η αποχέτευση του αίματος από τα σηραγγώδη σώματα του πέους. Συγχρόνως κλείνουν οι αρτηριοφλεβικές αναστομώσεις. Έτσι τελικά υπάρχει συρροή άφθονου αίματος με παράλληλο περιορισμό της αποχέτευσης του. Το πέος ξαναγίνεται χαλαρό, όταν συσπαστούν οι ελικοειδείς αρτηρίες και χαλαρώσει ο ινώδης χιτώνας. Στο σηραγγώδες σώμα της ουρήθρας κατά την στύση, αυξάνεται η πλήρωση του φλεβικού δικτύου με αίμα. Η διόγκωση όμως είναι μαλακή και συμπιέσιμη και επιτρέπει την δίοδο του σπέρματος από την φαγούρα.<sup>7</sup>



## **Το ανδρικό αναπαραγωγικό σύστημα**

Το ανδρικό αναπαραγωγικό σύστημα δεν είναι μόνο το πέος και οι όρχεις που βρίσκονται έξω από το σώμα. Μέσα στο σώμα υπάρχει ένα σύστημα από πόρους και αδένες που παίζουν έναν πολύ σημαντικό ρόλο στην παραγωγή και μεταφορά του σπέρματος. Στο σπέρμα περιέχονται τα ανδρικά κύτταρα που είναι απαραίτητα για να γίνει ένα μωρό.<sup>8</sup>

Από την εφηβεία ως τα γεράματα σχεδόν εκατομμύρια σπερματοζωάρια σχηματίζονται καθημερινά στους όρχεις για την παραγωγή σπέρματος απαιτούνται περίπου 70 μέρες. Τα σπερματοζωάρια δεν μπορούν να παραχθούν στην θερμοκρασία του σώματος, γι' αυτό και τα όργανα όπου παράγονται, οι όρχεις βρίσκονται έξω από το σώμα στο όσχεο, όπου η θερμοκρασία είναι χαμηλότερη. Από τον όρχι, τα σπερματοζωάρια περνούν σε ένα σωλήνα που βρίσκεται πίσω από κάθε όρχι, την επιδιδυμίδα όπου το σπέρμα ωριμάζει. Όταν ο άντρας εκσπερματώνει, οι μύες συσπώνται και σπρώχνουν το σπέρμα κατά μήκος του σπερματικού πόρου στην ουρήθρα, αφού περάσουν από τα στόμια των σπερματοδόχων κύστεων και του προστάτη. Εκεί παράγονται σπερματικά υγρά που κινητοποιούν τα σπερματοζωάρια και δίνουν στο σπέρμα τον όγκο που έχει.<sup>8</sup>

Το πέος αποτελείται από σπογγώδη ιστό, που σκληραίνει καθώς γεμίζει με αίμα κατά τη συνουσία. Το κεφάλι του πέους, η βάλανος, είναι ιδιαίτερα ευαίσθητο. Κατά την εκσπερμάτωση το σπέρμα περνά το πέος, μέσα από την ουρήθρα, μία σήραγγα απ' όπου περνούν ούρα. Οι μύες στο στόμιο της κύστης συσπώνται κατά την στύση έτσι ώστε δεν μπαίνουν ούρα στο σπέρμα ούτε σπέρμα στην κύστη. Το σπέρμα που μένει στον οργανισμό απορροφάται μετά από κάποιο διάστημα.<sup>8</sup>

## **Η ανδρική ορμόνη**

Η τεστοστερόνη είναι ανδρική ορμόνη, παράγεται στους όρχεις και χρειάζεται για να παραχθεί σπέρμα. Επίσης, κατά την εφηβεία:

- Προκαλεί την αύξηση του πέους, των όρχεων και του όσχεου και μεγαλώνει την ευαισθησία τους.
- Υποβοηθάει την ανάπτυξη του σώματος και αυξάνει την μάζα των μυών.
- Προκαλεί την αύξηση τριχών στο πρόσωπο και το σώμα.
- Βαθαίνει την φωνή

- Αυξάνει το πάχος του δέρματος και τις λιπαρές του εκκρίσεις και έτσι σχηματίζονται σπυράκια.
- Δίνει το έναυσμα για την έναρξη της σεξουαλικής ζωής αυξάνοντας το σεξουαλικό ενδιαφέρον αγοριού.<sup>8</sup>

## 1.2 Ανατομία και Φυσιολογία του Γεννητικού Συστήματος της Γυναίκας

Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας αποτελείται από τα έξω γεννητικά όργανα (εφηβαίο, αιδοίο), τον κόλπο, τον τράχηλο, την μήτρα, τους ωαγωγούς (σάλπιγγες) και τις ωοθήκες.<sup>7</sup>

### Εφηβαίο

Το εφηβαίο, που βρίσκεται πάνω από την ηβική σύμφυση, είναι μια λιπώδεις προεξοχή, που καλύπτεται από τρίχωμα ποικίλης πυκνότητας ανάλογα με τη φυλή. Το άνω όριό του είναι γενικά οριζόντια, αλλά σε μερικές γυναίκες μπορεί να επεκτείνεται προς τα άνω, κατά μήκος της μέσης γραμμής.<sup>7</sup>

### Αιδοίο

Το αιδοίο περιλαμβάνει τα μεγάλα και τα μικρά χείλη, την κλειτορίδα και τον προθάλαμο του κόλπου. Συνδέεται πλαγίως με τα σκέλη των χειλέων, προσθίως με το εφήβαιο, οπισθίως με τον πρωκτό και κεντρικά με τον υμένα. Μέσα στον προθάλαμο βρίσκονται τα στόμια των αδένων, το εξωτερικό στόμιο της ουρήθρας και η παραουρηθρικοί αδένες του Skene (αντίστοιχοι με τους προστατικούς αδένες στον άνδρα).<sup>7</sup>

### Μεγάλα χείλη

Τα μεγάλα χείλη αποτελούνται από άφθονο λιπώδη και συνδετικό ιστό και περιέχουν τα υπολείμματα των απομακρυσμένων προεκτάσεων του στρογγυλού συνδέσμου. Είναι πιο έντονα στο έμβρυο αλλά συρρικνώνονται ως την εφηβεία, αποκτώντας ελαφρύτερο χρώμα. Στο πρόσθιο μέρος τους, τα χείλη ενώνονται στο εφηβαίο για να σχηματίσουν τον πρόσθιο χειλικό σύνδεσμο. Στο οπίσθιο μέρος, στενεύουν και γίνονται πιο επίπεδα πριν φθάσουν στη γραμμή όπου και

σχηματίζουν τον οπίσθιο σύνδεσμο ή χαλινό. Τα χείλη περιέχουν σμηγματογόνους, ιδρωτοποιούς και εξωκρινείς αδένες και καλύπτονται από τρίχωμα, κυρίως πλευρικά, μετά την εφηβεία. Μεταξύ του χαλινού και του στομίου του κόλπου, υπάρχει μια ρηχή κοιλότητα, που ονομάζεται σκαφοειδής βόθρος και αποκαλύπτεται μόνο με το διαχωρισμό των μεγάλων χειλέων. Μετά την εμμηνόπαυση τα χείλη αρχίζουν να χάνουν μεγάλο μέρος του λιπώδους ιστού και γίνονται λιγότερο εμφανή.<sup>7</sup>

## **Μικρά χείλη**

Τα λεπτότερα και στενότερα μικρά χείλη περιέχουν χαλαρό συνδετικό ιστό, αιμοφόρα αγγεία και μεγάλους χώρους αίματος που διογκώνονται κατά τη σεξουαλική διέγερση. Ποικίλλουν σε μέγεθος από άτομο σε άτομο και μπορούν να μεγαλώνουν με επανειλημμένες μαλάξεις.<sup>7</sup>

Στη μέση γραμμή, μπροστά, τα χείλη χωρίζονται σε δύο μέρη, εκ των οποίων το ένα καλύπτει την κλειτορίδα και σχηματίζει την ακροποσθία ή πόσθη και το άλλο περνά πίσω από την κλειτορίδα και σχηματίζει ένα χαλινό. Τα μικρά χείλη δεν διαθέτουν τρίχωμα, βλεννογόνιους αδένες ή λιπώδη ιστό. Το επιθήλιο της εσωτερικής, λείας επιφάνειας, συνδέεται με τον προθάλαμο και τον υμένα και η γραμμή που χωρίζει αυτές τις δύο επιφάνειες ονομάζεται **γραμμή του Hart**.<sup>7</sup>

Το πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο που καλύπτει την επιφάνεια των μικρών χειλέων, διατηρείται υγρό από εκκρίσεις που προέρχονται από τους βαρθολίνειους αδένες και πιθανόν από τους μικρούς αδένες του προθάλαμου και τους βλεννογόνιους αδένες του τραχήλου.<sup>7</sup>

## **Κλειτορίδα**

Η κλειτορίδα είναι ένα στυτικό σώμα που αποτελείται από δύο σπαραγγώδη σώματα, που περικλείονται από έναν ινώδη ιστό. Είναι προσαρτημένη στο εφηβαίο, με έναν κρεμαστήρα σύνδεσμο, και το οπίσθιο μέρος ενός κλάδου του ηβικού οστού. Το απομακρυσμένο ελεύθερο μέρος του αδένου είναι το μόνο εξωτερικά ορατό τμήμα.<sup>5</sup>

## **Προθάλαμος**

Ο προθάλαμος ή πρόδρομος είναι το τμήμα του αιδοίου, που εκτείνεται από τον πρόσθιο σύνδεσμο στον οπίσθιο και πλαγίως από τη βάση των χειλέων στον υμένα. Ο ροδαλός βλεννώδης ιστός που καλύπτει τον προθάλαμο έχει ένα λεπτό στρώμα κερατίνης, που καλύπτει ένα πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο.<sup>5</sup>

Μέσα στον προθάλαμο, υπάρχει το στόμιο της ουρήθρας, η είσοδος του κόλπου και τα ανοίγματα των βαρθολινείων αδένων, οι μικροί αδένες του προθαλάμου και οι παραουρηθρικού αδένες και πόροι του Skene.<sup>5</sup>

## **Οι παραουρηθρικοί αδένες και πόροι του Skene**

Οι παραουρηθρικοί αδένες είναι διακλαδιζόμενοι σωληνοειδείς αδένες που καταλήγουν στο περιφερικό 1/3 της ουρηθρικής κοιλότητας και στο εξωτερικό στόμιο της ουρήθρας. Συχνά ένα ή περισσότερα ανοίγματα των οδών αυτών μπορούν να γίνουν ορατά στο πλάι και ελαφρώς πίσω από το στόμιο της ουρήθρας. Αυτά μπορούν να υποστούν λοιμώξεις, η κλινική σημασία των οποίων δεν αναγνωρίζεται πάντα.<sup>7</sup>

## **Υμένας**

Ο υμένας είναι μια λεπτή μεμβράνη συνδετικού ιστού που χωρίζει τον προθάλαμο από τον κόλπο. Η ανάπτυξή του συνδέεται στενά με αυτήν του κατώτερου τμήματος του κόλπου και την ένωση των παραμεσонеφρικών πόρων. Καλύπτεται εξωτερικά από ουρογεννητικό επιθήλιο ενδοδερμικής προέλευσης και εσωτερικά, από το πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο του κόλπου, το οποίο έχει μεσοδερμική προέλευση. Ο υμένας μπορεί να παρουσιάζει ένα μεγάλο αριθμό αναπτυσσόμενων ανωμαλιών μικρής γενικώς κλινικής σημασίας.<sup>5</sup>

## **Κόλπος**

Ο κόλπος είναι ινο- μύδης αγωγός, του οποίου τα πρόσθια και οπίσθια τοιχώματα βρίσκονται κανονικά σε επαφή μεταξύ τους. Μία επιμήκης ακρολοφία χωρίζει την βλεννογόνο επιφάνεια των οπίσθιων και προσθίων τοιχωμάτων, από όπου εκτείνονται πλαγίως δευτερεύουσες ανυψώσεις που ονομάζονται κολεϊκές ρυτίδες. Το κολπικό τοίχωμα αποτελείται από τρία στρώματα:

1. Την βλεννώδη μεμβράνη, που αποτελείται από πολύστιβο πλακώδες μη-κερατινοποιημένο επιθήλιο.
2. Το μυϊκό στρώμα που αποτελείται από απαλές ίνες μυός σε επιμήκη και κυκλική διάταξη.
3. Τον εξωτερικό χιτώνα που αποτελείται από πυκνό συνδετικό ιστό και συνδέεται με την περιβάλλουσα περιτονία.<sup>7</sup>

Το κολπικό τοίχωμα δεν διαθέτει αδένες. Κατά την διάρκεια της σεξουαλικής διέγερσης, η αυξημένη παραγωγή υγρού στον κόλπο θεωρείται ότι οφείλεται στην διαπίδυση υγρών μέσω του κολπικού τοιχώματος.<sup>7</sup>

Στην διάρκεια της αναπαραγωγικής ηλικίας μιας υγιούς γυναίκας, ο κόλπος διατηρεί ένα υγρό περιβάλλον με υγρασία που μεταβάλλεται στη διάρκεια του έμμηνου κύκλου και αυξάνεται στην διάρκεια της εγκυμοσύνης και κατά την σεξουαλική επαφή. Το pH του φυσιολογικού κόλπου, όταν εξετάζεται με νιτρικό χαρτί, βρίσκεται μεταξύ 3,8 και 4,5. Αυτό το επίπεδο εργασίας διατηρείται χάρη σε ένα αλκαλικό έκκριμα που προέρχεται από τους βοτρυοειδείς, τραχηλικούς αδένες. Η ποσότητα του εκκρίματος εξαρτάται από το ρυθμό της ροής του αίματος μέσω των κολπικών τοιχωμάτων, που κορυφώνεται στην διάρκεια του σεξουαλικού ερεθισμού όταν λειτουργεί σαν λιπαντικό και αυξάνει σταδιακά σε ποσότητα κατά την εγκυμοσύνη. Στο μέσο του κύκλου, κατά την στιγμή της ωορρηξίας, η γυναίκα μπορεί να παρατηρήσει στο αιδοίο ένα διαυγές, ρευστό έκκριμα, που χαρακτηρίζει την ωορρηξία.<sup>7</sup>

## **Ουρήθρα**

Η ουρήθρα της γυναίκας έχει μήκος 3 – 4 εκ. και εκτείνεται από τον αυχένα της ουροδόχου κύστης έως το στόμιο του πρόσθιου πρόδρομου του κόλπου. Κεντρικά, ο βλεννογόνος αποτελείται από μεταβατικό επιθήλιο που περιφερικά μετατρέπεται σε πολύστιβο πλακώδες. Ο αυλός, σε εγκάρσια τομή παρουσιάζεται αστεροειδής, εξαιτίας της εκτεταμένης επιμήκους πτύχωσης του βλεννογόνου. Ο μυϊκός χιτώνας, όπως και σε άλλες κοιλότητες του σώματος αποτελείται από ένα διπλό στρώμα λείου μυός, με εσωτερικές ίνες, κυκλικά διευθετημένες και εξωτερικές ίνες, διευθετημένες σε επιμήκη διάταξη. Καθώς η ουρήθρα διασχίζει το ουρογεννητικό διάφραγμα, κυκλικά ραβδωτές ίνες μυός σχηματίζουν τον εξωτερικό σφιγκτήρα της ουρήθρας. Αυτές οι ίνες εφοδιάζονται με νεύρα από το εσωτερικό αιδοϊκό νεύρο, σε αντίθεση με τον εσωτερικό ουρηθρικό σφιγκτήρα στον αυχένα της ουροδόχου κύστης, που νευρώνεται από το πυελικό σπλαχνικό νεύρο.<sup>7</sup>

Κατά μήκος της ουρήθρας υπάρχουν παραουρηθρικοί αδένες, των οποίων οι πόροι εκβάλλουν στα οπίσθια και οπισθοπλάγια τοιχώματα της ουρήθρας. Στο περιφερικό τμήμα της ουρήθρας υπάρχουν συνήθως δύο μεγαλύτεροι αδένες, αναγνωρισμένοι συχνά ως αδένες Skene, οι πόροι των οποίων είναι ορατοί στο οπίσθιο τοίχωμα. Οι αδένες του Skene και οι παραουρηθρικοί αδένες είναι ευάλωτοι σε λοιμώξεις.<sup>5</sup>



## Μήτρα

Η μήτρα χωρίζεται σε δύο κύρια μέρη:

1. το σώμα, που αποτελεί τα άνω δύο τρίτα του οργάνου και
2. τον τράχηλο, που αποτελεί το κυλινδρικό κάτω τρίτο τμήμα του οργάνου

Ο πυθμένας είναι το στρογγυλοποιημένο άνω τμήμα του σώματος, πάνω από τα σημεία εισόδου των μητρικών σαλπίνγων. Ο ισθμός είναι η μικρή ελαφρώς περιορισμένη ζώνη μεταξύ του σώματος και του τραχήλου.<sup>7</sup>

Ο **τράχηλος** της μήτρας εμφανίζει υπερκολεϊκή μοίρα, που βρίσκεται πάνω από τον κολεό και ενδοκολεϊκή μοίρα, που εισέρχεται μέσα στο άνω τμήμα του κολεού. Η ενδοκολεϊκή μοίρα φέρει μία σχισμή που αποτελεί το έξω στόμιο της μήτρας. Το στόμιο αυτό φέρει δύο χείλη (πρόσθιο- οπίσθιο) τα οποία στις άτοκες είναι ομαλά και ροδόχροα και εμφανίζεται σαν εγκάρσια σχισμή. Στις πολύτοκες τα χείλη αυτά είναι ανώμαλα, ωχρά και έχουν ρωγμές.<sup>7</sup>

## Ωαγωγοί (Σάλπιγγες)

Κάθε ωαγωγός είναι μυώδης σωλήνας μήκους 8- 20 cm , βρίσκεται ενδοπεριτοναϊκά και εκτείνεται από τον πυθμένα της μήτρας μέχρι την ωοθήκη, μέσα στο άνω χείλος του πλατέως συνδέσμου της μήτρας. Έχει δύο άκρα:

1. το έσω ή μητριάιο, το οποίο μπαίνει στο τοίχωμα της μήτρας και
2. το έξω το οποίο σχηματίζει τον κώδωνα που αποτελείται από κροσσούς.

Ένας από τους κροσσούς ο ωοθηκικός κροσσός φέρεται μέχρι την επιφάνεια της ωοθήκης και περιλαμβάνει το ωάριο που ελευθερώνεται από τη ωοθυλακιορρηξία.<sup>5</sup>

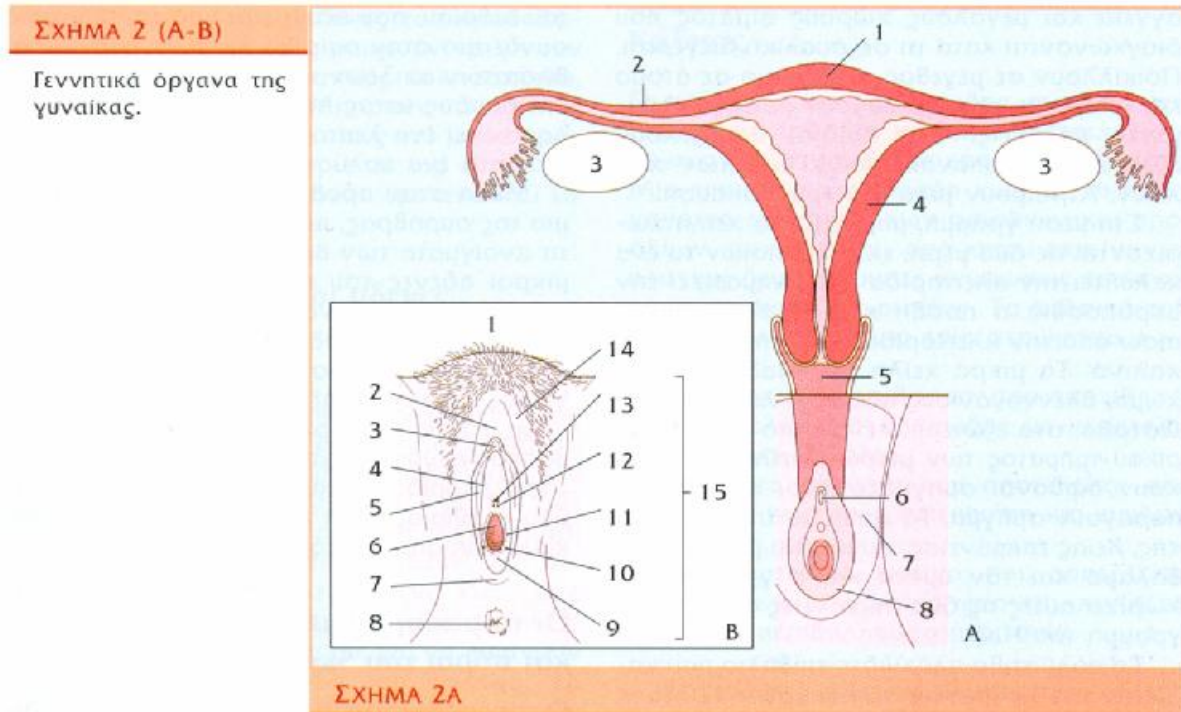
## Ωοθήκες

Ο γεννητικός αδένας της γυναίκας ονομάζεται ωοθήκη. Έχει μήκος 3 – 6 cm και πλάτος 4,5 – 3,5 cm. Οι ωοθήκες είναι τοποθετημένες στην δεξιά και αριστερά, πλάγια πυελική κοιλότητα. Σε κάθε ωοθήκη που έχει σχήμα ελλειψοειδές και αποπλατισμένο, διακρίνουμε δύο χείλη, το πρόσθιο και το οπίσθιο, δύο άκρα, το άνω και το κάτω, και δύο επιφάνειες, την έσω και την έξω. Η ωοθήκη εξυπηρετεί διπλό σκοπό:

1. την ωοθήκη, δηλ. την παραγωγή γαμετών και
2. την έκκριση, στεροειδών ορμονών του φύλου (οιστρογόνα και προγεστερόνη), όπως επίσης και την πεπτιδική ορμόνη ανασταλτίνη.<sup>7</sup>

Όσον αφορά τη λειτουργία της ωοθήκης, ο καταμήνιος κύκλος μπορεί να διαιρεθεί σε δύο φάσεις, μεταξύ των οποίων περιλαμβάνεται η ωορρηξία:

1. την θυλακική φάση, όπου αναπτύσσεται ένα ώριμο ωοθυλάκιο και ένα δευτερογενές ωοκύτταρο και
2. την ωχρινική φάση η οποία έρχεται μετά την ωορρηξία και διαρκεί μέχρι τον θάνατο του ωχρού σωματίου.<sup>7</sup>



**ΣΧΗΜΑ 2Α**

1) πυθμένας μήτρας, 2) ωαγωγός ή σάλπιγγα, 3) ωοθήκη, 4) μήτρα, 5) κόλπος, 6) κλειτορίδα, 7) μεγάλα χείλη αιδοίου, 8) μικρά χείλη αιδοίου

**ΣΧΗΜΑ 2Β**

1) εφθύαιο, 2) επικάλυμμα κλειτορίδας, 3) κλειτορίδα, 4) Γραμμή του Hart, 5) μικρά χείλη αιδοίου, 6) κόλπος, 7) σώμα περινέου, 8) πρωκτός, 9) οπισθία είσοδος πυέλου, 10) στόμιο του Βαρθολινείου αδένου 11) δακτυλιοειδής παρθενικός υμένας, 12) στόμιο του αδένου του Skene, 13) στόμιο της ουρήθρας, 14) μεγάλα χείλη αιδοίου, 15) πρόδρομος του κόλπου (ουρογεννητικός κόλπος). (Τροποποιημένο από Moreland, McKay 1996<sup>d</sup>).

5

## Το γυναικείο αναπαραγωγικό σύστημα

Το αναπαραγωγικό σύστημα της γυναίκας καθώς και τα ωάρια στις ωοθήκες είναι σχηματισμένα πριν γεννηθεί. Ένα έναυσμα από τον εγκέφαλο στην αρχή της εφηβείας ξεκινά το αναπαραγωγικό στάδιο της ζωής, προκαλώντας την απελευθέρωση ενός ωαρίου κάθε μήνα ως την ηλικία περίπου των 50 ετών.<sup>8</sup>

Κάθε μήνα ένα ωάριο ωριμάζει και απελευθερώνεται σε μια από τις δύο σάλπιγγες. Αν βρίσκεται εκεί σπέρμα μετά από πρόσφατη σεξουαλική επαφή, το ωάριο μπορεί να γονιμοποιηθεί. Οι σάλπιγγες καταλήγουν στην μήτρα όπου μεγαλώνει το έμβρυο. Ο αυχένας της μήτρας ονομάζεται τράχηλος. Αυτός περιέχει ένα βύσμα από βλέννα, η οποία γίνεται λεπτόρρευστη στην ωορρηξία, διευκολύνοντας έτσι το σπέρμα να τη διαπεράσει. Ο κόλπος είναι ένας ελαστικός σωλήνας που καταλήγει σε ένα άνοιγμα στο αιδοίο. Είναι ανεξάρτητος από το ουροποιητικό σύστημα το οποίο καταλήγει σε άλλο άνοιγμα, την ουρήθρα.<sup>8</sup>

Η μήτρα έχει περίπου το σχήμα και το μέγεθος ενός αχλαδιού. Είναι το πιο μυώδες όργανο του σώματος και έχει την δυνατότητα να αυξάνει πολύ σε μέγεθος. Συνήθως έχει κλίση προς τα εμπρός, σχεδόν σε ορθή γωνία με τον κόλπο. Το κατώτερο τμήμα της, ο τράχηλος καταλήγει μέσα στον κόλπο και η άκρη του τραχήλου μόλις που ψηλαφίζεται στο βάθος του κόλπου.<sup>8</sup>

Κατά την διάρκεια της εφηβείας τα εξωτερικά γεννητικά όργανα αναπτύσσονται και ωριμάζουν. Το εφήβαιο γίνεται πιο σαρκώδες και πιο εμφανές. Το τρίχωμα του εφηβαίου αναπτύσσεται στα μεγάλα χείλη και στο εφήβαιο.<sup>8</sup>

# Κ Ε Φ Α Λ Λ Α Ι Ο 2

♦ *Διαφυλική  
Επικοινωνία  
και  
Σεξουαλικές  
Διαταραχές*

## **Ο έρωτας κάνει καλό στην υγεία**

Ο έρωτας ως μορφή αγάπης, βοηθά την ψυχολογική υγεία του ανθρώπου και ως πράξη, βοηθά την υγεία, προειδοποιώντας την!

Η ερωτική ζωή συνεπώς είναι ένας καθρέφτης της υγείας. Κακή ή ανύπαρκτη ερωτική ζωή συνοδεύεται από κακή ποιότητα ζωής, αφού όλες οι μελέτες δείχνουν ότι εκφράζει ένα σημαντικό κομμάτι της ευεξίας του ατόμου. Σε μελέτη του Κέντρου Σεξουαλικής και Αναπαραγωγικής Υγείας της χώρας, μετά από ειδική συνέντευξη σε άνδρες ηλικίας 22 έως και 71ετών με στυτική δυσλειτουργία, αποδείχθηκε πως οι άνδρες επειδή είχαν σεξουαλικό πρόβλημα, ήταν πολύ πιο δυστυχημένοι και δηλώνανε λιγότερο ικανοποιημένοι τόσο από την σεξουαλική όσο και γενικότερα από την ζωή τους (90%), σε σχέση με τον υγιή γενικό πληθυσμό.<sup>9</sup>

Οι συχνές ερωτικές επαφές έχουν δείξει ότι συνδέονται ακόμα και με μακροήμερευση. Πρωτότυπες μελέτες έχουν δείξει πως ο κίνδυνος θνησιμότητας ήταν 50% χαμηλότερος στα άτομα εκείνα που είχαν αυξημένη συχνότητα σεξουαλικής ευχαρίστησης, συγκριτικά με τα άτομα που είχαν μικρή συχνότητα σεξουαλικών επαφών και κυρίως οργασμού. Το θέμα της αιτιολογίας είναι σύνθετο, όπως συμβαίνει σε όλες τις επιδημιολογικές μελέτες παρατήρησης, αλλά τα στοιχεία για την αιτιολογία του είναι πραγματικά πειστικά. Στις ίδιες μελέτες βρέθηκε πως η σχέση μεταξύ της συχνότητας του οργασμού και της θνησιμότητας μάλιστα είναι τόσο δυνατή ώστε ακόμη και παράγοντες όπως πχ το κάπνισμα δεν ήταν δυνατόν να επηρεάσουν σημαντικά!<sup>9</sup>

Για να φτάσουν όλοι σε βαθιά γεράματα. Στην πρώτη βάθος χρόνου μελέτη που έγινε για τη μελέτη της γήρανσης του πληθυσμού το 1982, διαπιστώθηκε πως η συχνότητα των σεξουαλικών επαφών συνδέεται αντιστρόφως ανάλογα με την θνησιμότητα στους άνδρες, και η απόλαυση της επαφής σχετιζόταν αντιστρόφως ανάλογα με την θνησιμότητα μεταξύ των γυναικών. Δηλαδή, όσο πιο συχνές ήταν οι ερωτικές επαφές τόσο μακροβιότεροι ήταν οι άνδρες και όσο μεγαλύτερη ήταν η απόλαυση που βίωνανε οι γυναίκες κατά τη επαφή τόσο αυξανόταν το όριο διαβίωσής τους! (Αν και η διαφοροποίηση στην αντίληψη του τι επιδιώκουν οι άνδρες και τι οι γυναίκες ίσως ξαφνιάζει, τα ευρήματα της μελέτης συμφωνούν με τα στοιχεία που δείχνουν πως η 'ποσότητα' της σεξουαλικής δραστηριότητας έχει ταυτιστεί με την ανδρική κυρίως νοοτροπία, ενώ οι γυναίκες δείχνουν μεγαλύτερο ενδιαφέρον για την 'ποιότητα' της επαφής).<sup>9</sup>

Επιπλέον στις γυναίκες....Σε μια σουηδική μελέτη, η πρόωρη διακοπή της σεξουαλικής δραστηριότητας και επαφής βρέθηκε να συνδέεται με αυξανόμενο τον κίνδυνο θνησιμότητας.

Αλλά όχι μόνο η αναστολή της δραστηριότητας, μα και η έλλειψη σεξουαλικής ευχαρίστησης σχετίζεται με την μακροήμερευση! Η σεξουαλική δυσαρέσκεια και η κακής ποιότητας σεξουαλική επαφή βρέθηκαν να αποτελούν έως και παράγοντα κινδύνου για το έμφραγμα του μυοκαρδίου των γυναικών! Και στην περίπτωση αυτή, η πρόωρη εκσπερμάτωση και η στυτική δυσλειτουργία των συζύγων/ συντρόφων τους αποδείχθηκε πως αποτελούν τις σημαντικότερες αιτίες αυτής της έλλειψης σεξουαλικής ικανοποίησης από τις γυναίκες.<sup>9</sup>

Η ανθρωπίνη σεξουαλικότητα έχει τρία πρόσωπα:

1. Ταυτότητα φύλου (οριοθέτηση βιολογικών-κοινωνικών κριτηρίων).
2. Σεξουαλικός κύκλος (ψυχοσεξουαλική ωρίμανση παιδιού και εφήβου).
3. Σεξουαλική συμπεριφορά.<sup>9</sup>

## 2.1 Διαφυλική επικοινωνία

### Ο σεξουαλικός κύκλος

Ο σεξουαλικός κύκλος είναι οι ανατομικές και φυσιολογικές μεταβολές που γίνονται κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής λειτουργίας, τόσο στον άνδρα όσο και στη γυναίκα. Ο κύκλος αυτός αποτελείται από τέσσερις φάσεις:

- Επιθυμία
- Διέγερση
- Οργασμός
- Ηρεμία

Οι φάσεις αυτές διαφέρουν από άτομο σε άτομο και δεν είναι πάντα τελείως ξεκάθαρες η μία από την άλλη. Ωστόσο και τα δύο φύλα μπορεί να ανασταλούν από κάποια ψυχικά ή φυσικά ερεθίσματα, όπως σκέψεις, αλλαγή στάσης, θόρυβο, μυϊκή κράμπα.<sup>5</sup>

### Φάση της επιθυμίας

Σεξουαλική επιθυμία είναι η ένταση της σεξουαλικής διέγερσης η οποία επηρεάζει την ένταση της σεξουαλικής απάντησης που προκαλείται από εξωτερικά ερεθίσματα. Είναι ένα μέγεθος ποσοτικό που υπόκειται σε αυξομειώσεις: απουσία, μειωμένη, έντονη. Οι άνδρες εκδηλώνουν συχνότερα την επιθυμία τους για σεξουαλική επαφή και ίσως αυτό να έχει σχέση με το επίπεδο της τεστοστερόνης.<sup>5</sup>

Καθοριστικοί παράγοντες για τη σεξουαλική επιθυμία είναι το βιολογικό υπόστρωμα, η διάθεση και η παρουσία ενός ελκυστικού συντρόφου. Ως βιολογικό υπόστρωμα αναφέρουμε την ορμόνη τεστοστερόνη που θεωρείται η ορμόνη της σεξουαλικής επιθυμίας στα δύο φύλα, της οποίας η απουσία μειώνει την επιθυμία. Δρά στα κέντρα του σέξ, στον εγκέφαλο και στα γεννητικά όργανα. Υποστηρίζεται ότι κατά τη διάρκεια της συνουσίας το επίπεδο της τεστοστερόνης είναι αυξημένο.<sup>5</sup>

## **Φάση της διέγερσης**

Τόσο στον άνδρα όσο και στη γυναίκα, η διέγερση είναι το αποτέλεσμα της διαστολής των αιμοφόρων αγγείων του γεννητικού συστήματος. Για να γίνει η αγγειοδιαστολή ευθύνονται τα νευρικά κέντρα που βρίσκονται στην οσφυϊκή και την ισχιακή μοίρα του νωτιαίου μυελού. Τα ερεθίσματα που προκαλούν τη διέγερση μπορεί να είναι φυσικά (με την αφή) και ψυχικά (ποιότητα σχέσης, φαντασιώσεις, προσδοκίες, στάσεις του ατόμου στο σέξ).

Η ταχύτητα και η διάρκεια της διέγερσης εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως τη διάθεση του ατόμου, την κόπωση, τη λήψη κάποιων φαρμάκων, κάποια σωματική νόσο κ.α.<sup>5</sup>

**Στη γυναίκα** ð Η διέγερση εκδηλώνεται με την ύγρανση και την αλλαγή χρώματος του κόλπου (κόκκινο οιδηματώδες), που οφείλεται στην αγγειοδιαστολή των αγγείων των τοιχωμάτων του κόλπου που διογκώνονται και έτσι προκαλείται εξίδρωση. Αυτή είναι η ένδειξη ότι η γυναίκα αρχίζει να διεγείρεται. Συνεχίζοντας τα ερεθίσματα σε αυτή τη φάση, ο κόλπος διευρύνεται και υψώνεται ο τράχηλος και το σώμα της μήτρας. Επίσης τα χείλη του αιδοίου και οι ιστοί γύρω από τον κόλπο διογκώνονται. Σε μερικές γυναίκες, η κλειτορίδα μεγεθύνεται και σκληραίνει λόγω της υπεραιμίας καθώς και οι θηλές των μαστών γίνονται στητές και αιματώδεις.<sup>5</sup>

**Στον άνδρα** ð Η διέγερση εκδηλώνεται με τη στύση του πέους. Για τη στύση ευθύνεται η αιμάτωση των σηραγγωδών αγγείων του πέους από το αντανεκλαστικό κέντρο που βρίσκεται στο νευροφυτικό σύστημα. Το όσχεο διογκώνεται και οι όρχεις ανεβαίνουν γιατί μικραίνουν οι σπερματικές χορδές. Ερεθίσματα όπως μια φαντασίωση, κάποια σκέψη, ο θόρυβος, μια μυϊκή κράμπα, μπορεί να διακόψουν τη διέγερση και το άτομο να επανέλθει στην ανερέθιστη περίοδο.<sup>5</sup>

## **Φάση του οργασμού**

### **Στην γυναίκα**

Μεταξύ διέγερσης και οργασμού η γυναίκα βιώνει μια επιμέρους φάση που ονομάζεται Πλατώ (οργασμικός προθάλαμος). Σε αυτό το σημείο, η ηδονή έχει φτάσει στον υπέρτατο

βαθμό, οδηγώντας τη γυναίκα στην οργασμική εκφόρτιση. Στις γυναίκες η κορύφωση έρχεται με πέντε έως οχτώ ρυθμικές συσπάσεις των ισχυο- και βολβοσηραγωγών μυών που βρίσκονται γύρω από την είσοδο του κόλπου. Η χρονική διάρκεια της κορύφωσης είναι οχτώ έως δώδεκα δευτερόλεπτα. Ο οργασμός για τη γυναίκα είναι ένας και προσφέρει σωματική πληρότητα και ψυχική ολοκλήρωση, χωρίς η γυναίκα να επιδιώκει δεύτερη κορύφωση.<sup>5</sup>

### **Στον άνδρα**

Ο οργασμός για τον άνδρα πραγματοποιείται σε δύο επιμέρους φάσεις:

Στην πρώτη γίνεται αποβολή υγρού με τη σύσπαση των λειών μυϊκών μυών, οι οποίοι βρίσκονται στα τοιχώματα της σωληνώδους επιδιδυμίδας, του σπερματικού πόρου, των σπερματικών κυστίτιδων και του προστάτη. Με την σύσπαση αυτών των μυών γίνεται η έκκριση και η αποθήκευση σπερματικού υγρού στο πίσω μέρος της ουρήθρας. Λίγα δευτερόλεπτα μετά από αυτή τη διεργασία αρχίζει η δεύτερη επιμέρους φάση, δηλαδή τρεις μέχρι επτά ρυθμικές συσπάσεις του ισχιακού μυός και του βολβοσηραγωγούς μυός. Με αυτές τις συσπάσεις γίνεται η εκσπερμάτιση.<sup>5</sup>

## **Φάση της ηρεμίας**

### **Στη γυναίκα**

Η γυναίκα επανέρχεται στην φάση προ της σεξουαλικής επαφής αρκετά πιο αργά από το χρόνο αποκατάστασης του άνδρα.

Σε αυτή τη φάση η γυναίκα αναζητά την ψυχοσυναισθηματική της αναγνώριση, την επιβεβαίωση για την προσφορά της απέναντι στο σύντροφό της και λειτουργεί πολύ πιο θετικά στη συναισθηματική της πληρότητα η στάση του συντρόφου.

Ο εραστής σύντροφος οφείλει να προσφέρει τρυφερότητα, στοργή και συναισθηματική απαλότητα στη σύντροφό του που αυτή εισπράττει την ψυχολογική στήριξη του συντρόφου της.<sup>5</sup>

### **Στον άνδρα**

Μετά την εκσπερμάτιση, ο άνδρας επανέρχεται στην ανερέθιστη περίοδο. Απομακρύνεται γρήγορα από τη σύντροφό του, ασχολούμενος με άλλα ενδιαφέροντα (π.χ. ανοίγει την τηλεόραση) ή σε αρκετές περιπτώσεις «γυρίζει την πλάτη» και κοιμάται, αλλάζοντας το σκηνικό που είχε διαμορφώσει στη φάση της επιθυμίας και της διέγερσης.



Ο άνδρας για να επανέλθει σε καινούργια φάση διέγερσης χρειάζεται χρόνο, ανάλογα με την ηλικία του, την ψυχολογική του κατάσταση, το χώρο και το χρόνο που γίνεται η σεξουαλική πράξη, την έλξη και τη στάση του συντρόφου του.<sup>5</sup>

## 2.2 Σεξουαλικές διαταραχές

### Σεξουαλικές δυσλειτουργίες

Στις γυναίκες : 22% Μειωμένη Σεξουαλική Επιθυμία.

14% Προβλήματα Σεξουαλικής Διέγερσης.

7% Πόνος κατά τη Σεξουαλική επαφή.<sup>5</sup>

Στους άνδρες : 21% Πρόωρη Εκσπερμάτιση.

5% Στυτική Διαταραχή.

5% Μειωμένη Σεξουαλική Επιθυμία.<sup>5</sup>

### Διαταραχές της σεξουαλικής επιθυμίας

Ø Διαταραχές υποτονικής σεξουαλικής επιθυμίας

Τα διαγνωστικά κριτήρια είναι :

- Επίμονη ή επανειλημμένα ανεπαρκείς (ή απύσες) σεξουαλικές φαντασιώσεις και επιθυμία για σεξουαλική δραστηριότητα. Η κρίση για ανεπάρκεια ή απουσία γίνεται από τον κλινικό λαμβάνοντας υπ' όψιν παράγοντες που επηρεάζουν τη σεξουαλική λειτουργικότητα, όπως η ηλικία και το πλαίσιο ζωής του ατόμου.
- Η διαταραχή προκαλεί έντονη υποκειμενική ενόχληση ή δυσκολία στις διαπροσωπικές σχέσεις.
- Η σεξουαλική δυσλειτουργία δεν εξηγείται καλύτερα ως κάποια άλλη διαταραχή και δεν οφείλεται αποκλειστικά στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας (π.χ. κάποια ουσία κατάχρησης, κάποιο φάρμακο) ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης.<sup>5</sup>

### **Ø Αιτίες :**

- Άγχος.
- Επαγγελματικό στρές .
- Κόπωση.
- Αποξένωση από το/τη σεξουαλική συντροφο-συγκρουσιακές σχέσεις
- Κακή εικόνα σώματος.
- Κατάθλιψη.
- Φοβία απόρριψης.
- Φοβία προς μια συγκεκριμένη αρρώστια.
- Διαταραχές πόνου.
- Μακρόχρονη αποχή από τη σεξουαλική επαφή.
- Θρησκευτικές αναστολές.
- Αυστηρή γονεϊκή ανατροφή.
- Κρίση ταυτότητας ή διαταραχή σεξουαλικού προσανατολισμού.
- Στυτική διαταραχή.
- Φάρμακα.<sup>5</sup>

### **Διαταραχή της σεξουαλικής αποστροφής**

Τα διαγνωστικά κριτήρια είναι:

- Επίμονη ή επανειλημμένη ακραία αποστροφή και αποφυγή κάθε (ή σχεδόν κάθε) γεννητικής σεξουαλικής επαφής με σεξουαλικό σύντροφο.
- Η διαταραχή προκαλεί έντονη υποκειμενική ενόχληση ή δυσκολία στις διαπροσωπικές σχέσεις.<sup>5</sup>

### **Διαταραχές της σεξουαλικής διέγερσης**

**Ø Διαταραχή της σεξουαλικής διέγερσης στη γυναίκα**

Ο δεύτερος πιο συχνός τύπος σεξουαλικής δυσλειτουργίας στη γυναίκα είναι η διαταραχή της σεξουαλικής διέγερσης.

Τα διαγνωστικά κριτήρια είναι:

- Επίμονη επανειλημμένη αδυναμία της γυναίκας να επιτύχει ή να διατηρήσει επαρκή απάντηση λίπανσης – εξοίδησης κατά τη σεξουαλική διέγερση μέχρι την ολοκλήρωση της σεξουαλικής δραστηριότητας.

- Η διαταραχή προκαλεί έντονη υποκειμενική ενόχληση ή δυσκολία στις διαπροσωπικές σχέσεις.<sup>5</sup>

Ορισμένες γυναίκες που παρουσιάζουν διαταραχή της Σεξουαλικής Διέγερσης μπορούν να χαρούν το χάδι ή το πλησίασμα παρά την έλλειψη της σεξουαλικής απάντησης. Ωστόσο η διαταραχή μπορεί να οδηγήσει σε επώδυνη συνουσία και αποφυγή του σεξ.<sup>5</sup>

#### **Ø Αίτια**

- Αυστηρή ανατροφή .
- Έντονο άγχος.
- Εχθρότητα προς τους άνδρες.<sup>5</sup>

### **Διαταραχή της στύσης στον άνδρα**

Η στυτική διαταραχή οφείλεται σε :

- Ψυχογενή αιτιολογία.
- Οργανική αιτιολογία.
- Μεικτή αιτιολογία.

Εμφανίζεται απότομα, αιφνίδια κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής πράξης και συνήθως συσχετίζεται με συγκεκριμένο άγχος.<sup>5</sup>

#### **Αιτίες ψυχογενούς αιτιολογίας à**

- § Γενικευμένες αγχώδεις διαταραχές.
- § Ψυχαναγκαστική – καταναγκαστική δομή προσωπικότητας (σύνδρομο τελειομανίας).
- § Ειδικές φοβίες π.χ. σεξουαλική φοβία.
- § Κατάθλιψη.
- § Σχιζοφρένεια.
- § Σακχαρώδης διαβήτης.
- § Τραυματική σεξουαλική εμπειρία.
- § Κακή εικόνα σώματος.
- § Σεξουαλικές αναστολές.
- § Σεξουαλική κακοποίηση στην παιδική ηλικία.
- § Οικονομική δυσχέρεια.
- § Θρησκευτικές αναστολές.<sup>5</sup>

### Παράγοντες οργανικής αιτιολογίας :

- § Σακχαρώδης διαβήτης.
- § Υπέρταση.
- § Καρδιακές παθήσεις.
- § Αγγειοπάθειες.
- § Φάρμακα(αγγολυτικά, αντιυπερτασικά, αντικαταθλιπτικά, ψυχοτρόπα).
- § Ορμονικές διαταραχές.<sup>5</sup>

### Διαταραχές του οργασμού

Ø Διαταραχή του οργασμού στη γυναίκα

Οργασμός είναι η ηδονή που βιώνει ο άνθρωπος στην κορύφωση της σεξουαλικής επαφής

- ο Κολπικός οργασμός.
- ο Κλειτοριδικός οργασμός.<sup>5</sup>

à 29% των γυναικών έχουν οργασμό πάντα κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής.

à 15% θεωρούνται ανοργασμικές.<sup>5</sup>

### Αίτια

- Δυσάρεστες εμπειρίες.
- Αρνητικά σχηματισμένες σεξουαλικές αντιλήψεις μέσα από το οικογενειακό περιβάλλον.
- Αντισύλληψη.
- Εσωτερικές ψυχολογικές συγκρούσεις.
- Περιστασιακό άγχος.
- Η σχέση.
- Κόπωση.
- Χαμηλή αυτοεκτίμηση.
- Φόβος.
- Κατάθλιψη.
- Έλλειψη σεξουαλικής παιδείας.
- Θρησκεία.
- Taboo.<sup>5</sup>

### Ø Διαταραχή του οργασμού στον άνδρα

Επανειλημμένη καθυστέρηση ή απουσία οργασμού σε έναν άνδρα, ύστερα από μια φάση σεξουαλικής διέγερσης, στη διάρκεια σεξουαλικής δραστηριότητας.<sup>5</sup>

#### **Αίτια**

- Ψυχολογικά.
- Σεξουαλικές και θρησκευτικές αναστολές.
- Αποφυγή μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.
- Συγκρουσιακές σχέσεις στο ζευγάρι.<sup>5</sup>

### **Πρόωρη εκσπερμάτιση**

Επίμονα ή επανειλημμένα η εκσπερμάτιση συμβαίνει με ελάχιστο σεξουαλικό ερεθισμό του πέους και πριν το θελήσει το άτομο.

#### **Αίτια**

- Οι βιαστικές πρώτες σεξουαλικές εμπειρίες (π.χ. κοινή γυναίκα, φόβος έκθεσης).
- Η δομή της προσωπικότητας, στην οποία κυριαρχεί το άγχος και τα καταναγκαστικά στοιχεία, με εσωστρέφεια, τελειοθηρία, αυτομομφή και συναισθηματική ακαμψία.
- Η γυναίκα-σύντροφος. Εξαρτάται αν ο άνδρας έχει έντονη διέγερση ή όχι με κάποια γυναίκα και ανάλογα τα συναισθήματά του για αυτήν.
- Το άγχος απόδοσης.
- Η γρήγορη και επιθετική εισχώρηση με στόχο τη σεξουαλική πράξη.
- Ο επίμονος παρατεταμένος αυνανισμός.
- Οι συζυγικές διαφορές.
- Η ματαίωση της σεξουαλικής πράξης.
- Η φοβία μετάδοσης σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων.<sup>5</sup> .

# **Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 3**

- ◆ **Σεξουαλικά  
Μεταδιδόμενα  
Νοσήματα  
(Σ.Μ.Ν.)**

Τα σεξουαλικά νοσήματα μεταδίδονται από άτομο σε άτομο με τη σεξουαλική επαφή. Μερικά απ' αυτά μεταδίδονται με απλή επαφή, ενώ άλλα με πλήρεις σεξουαλικές σχέσεις.

Τα τελευταία μάλιστα χρόνια, έχει παρατηρηθεί έξαρση των μεταδοτικών σεξουαλικών νοσημάτων. Αυτό οφείλεται στην έλλειψη φόβου, αλλά και γνώσεων γύρω απ' τα αφροδίσια νοσήματα καθώς επίσης και στην ευκολία μετακίνησης των ατόμων απ' το ένα μέρος στο άλλο.

Μερικά απ' αυτά τα νοσήματα μένουν αθεράπευτα μέχρις ότου να κάνουν μετάσταση σε άλλα μέρη του σώματος, προκαλώντας πόνους, στειρότητα και πολλές φορές θάνατο.

Κάθε ύποπτο υγρό που εκκρίνεται πρέπει να εξετάζεται μικροσκοπικά και δεν πρέπει να γίνεται καμιά θεραπεία, μέχρις ότου να προσδιοριστεί επακριβώς νόσημα. Η καλύτερη θεραπεία των νοσημάτων αυτών επιτυγχάνεται σε ειδικές κλινικές από ειδικευμένο προσωπικό.<sup>10</sup>

**Τα χαρακτηριστικότερα αφροδίσια νοσήματα είναι τα εξής:**

### **3.1 Σύφιλη**

#### **Ορισμός**

Η σύφιλη είναι μια χρόνια σεξουαλικά μεταδιδόμενη νόσος ( σπειροχαίτωση) οφειλόμενη στην « ωχρά σπειροχαίτη » (*treponema pallidum*). Σχεδόν αμέσως μετά την μόλυνση η ωχρά σπειροχαίτη διασπείρεται σε πολλά όργανα και συστήματα και καθίσταται συστηματική νόσος. Εάν παραμείνει χωρίς θεραπεία είτε αυτοπεριορίζεται και παραμένει σε λανθάνουσα κατάσταση είτε μεταπίπτει σε διάφορα στάδια κατά την πάροδο του χρόνου, με μεγάλη ποικιλία κλινικών εκδηλώσεων από όργανα και συστήματα. Μεταδίδεται από την μητέρα στο κύημα διαμέσου του πλακούντα. Η ανοσολογική απάντηση του οργανισμού έναντι της ωχράς σπειροχαίτης συνιστά την βάση της οροδιαγνωστικής της νόσου.<sup>5</sup>

#### **Νοσολογικό περίγραμμα**

Η κλινική διάσταση της νόσου καθορίζεται από την διατύπωση του νοσολογικού περιγράμματος το οποίο έχει ως εξής:

- Η σύφιλη είναι νόσος λοιμώδης, μεταδοτική και γενικευμένη – πολυσυστηματική, σχεδόν από την αρχή της μόλυνσεως ( σπειροχαίτωση ).
- Η νόσος οφείλεται στη ωχρά σπειροχαίτη ( *treponema pallidum*).

- Το ωχρό τρεπόννημα ενοφθαλμίζεται με επιτυχία σε πειραματόζωα πλήν όμως δεν καλλιεργείται in vitro.
- Μεταδίδεται σχεδόν αποκλειστικά με την σεξουαλική επαφή.
- Μεταδίδεται επίσης συγγενώς στο κύημα κατά την ενδομήτρια ζωή.
- Η νόσος δεν είναι κληρονομική.
- Χαρακτηρίζεται είτε από μεγάλη ποικιλία κλινικών εκδηλώσεων από όργανα και συστήματα είτε παραμένει επί μακρόν ασυμπτωματική – λανθάνουσα.
- Υποδύεται σωρεία νοσηρών εκδηλώσεων στο χώρο της Παθολογίας, Χειρουργικής, Νευρολογίας, Οφθαλμολογίας, κλπ.
- Βασικό φάρμακο για τη θεραπεία της νόσου είναι η πενικιλίνη και τα αντιβιοτικά. Η ωχρά σπειροχαίτη ήταν και εξακολουθεί να είναι ευαίσθητη στην πενικιλίνη.
- Η πρόιμη σύφιλη μετά από θεραπεία συνήθως δεν καταλείπει ουλές, αλλά μόνο δισχρωματικές αλλοιώσεις. Στις περιπτώσεις όψιμης σύφιλης παραμένουν επιπλέον ουλές.
- Η σύφιλη σήμερα ιάται.<sup>5</sup>

### **Αίτιο**

Το ωχρό τρεπόννημα (*treponema pallidum*) το αίτιο της σύφιλης είναι ευαίσθητο μικρόβιο, καταστρεφόμενο εύκολα σε συνθήκες περιβάλλοντος εντός τεσσάρων ωρών. Γι' αυτό, ο άμεσος τρόπος μετάδοσης είναι αμφισβητήσιμος.<sup>5</sup>

### **Μετάδοση**

Η μετάδοση της νόσου γίνεται σχεδόν αποκλειστικά με την σεξουαλική επαφή. Ωστόσο υπάρχει δυνατότητα μεταδόσεως και με άλλους τρόπους έμμεσα, φαίνεται όμως ότι ο τρόπος εμμέσου μεταδόσεως είναι εξαιρετικά σπάνιος.

§ Η μετάδοση με τη σεξουαλική επαφή είναι ο κατεξοχήν τρόπος μόλυνσεως. Οι μικροοργανισμοί ενοφθαλμίζονται νέσω των εκκρίσεων των βεβλαμμένων ιστών, ενός ερωτικού συντρόφου στον άλλο και μέσω των μικρών διαβρώσεων που συνήθως συμβαίνουν κατά τη σεξουαλική πράξη δεδομένου ότι το τρεπόννημα αυτό καθ' αυτό δεν έχει υψηλού βαθμού διεισδυτικότητα. Η πιθανότητα μετάδοσης μεταξύ ερωτικών συντρόφων υπολογίστηκε ότι αφορά στο 50% των επαφών. Για την επιτυχή μετάδοση χρειάζεται θερμό, υγρό περιβάλλον, όπως ακριβώς συμβαίνει στο βλεννογόνο των γεννητικών οργάνων και του στόματος.



- § Η τυχαία επαγγελματική μόλυνση συνέβαινε παλαιότερα και ήταν μάλλον ασυνήθης. Αφορά στα δάχτυλα γιατρών, μαιών, νοσοκόμων κατά την πρακτική άσκηση και ερευνητών ασχολουμένων με ενοφθαλμισμούς τρεπονημάτων σε κουνέλια.
- § Αρκετές μολύνσεις έχουν αναφερθεί σε μεταγγιζόμενα άτομα. Κατά τα τελευταία χρόνια όμως το φαινόμενο έχει εκλείψει λόγω των προληπτικών μέτρων που λαμβάνονται από το προσωπικό των τραπεζών αίματος. Κίνδυνος εξακολουθεί να υπάρχει επί μεταγγίσεως νωπού αίματος σε συνθήκες εκτάκτου ανάγκης.
- § Η μετάδοση συγγενώς γίνεται μέσω της κυκλοφορίας του αίματος προς το κύημα. Η ενδομήτρια μετάδοση γίνεται πριν ακόμη από τη δέκατη εβδομάδα, κατά την περίοδο της πρώιμης σύφιλης είναι απολύτως βέβαιη. Αντίθετα επί όψιμης λανθάνουσας σύφιλης (χωρίς θεραπεία) η μετάδοση δεν είναι βέβαιη αλλά πιθανή και γίνεται λιγότερο πιθανή όσο παλαιότερα έχει γίνει η μόλυνση.
- § Η μετάδοση της μη αφροδίσιας ενδημικής τρεπονηματώσεως ( Bejel) η οποία απαντά στις χώρες της Μέσης Ανατολής, της Κεντρικής και Νότιου Αμερικής και σε πολλές περιοχές της Κεντρικής Ευρώπης και ιδιαίτερα στη Γιουγκοσλαβία, γίνεται με τη επαφή σώματος με σώμα, καθώς και έμμεσα με τη χρήση των ίδιων οργάνων φαγητού. (ποτήρια, σκεύη, κλπ)<sup>5</sup>

### 3.1.1 Πρωτόγονος Σύφιλη

Η περίοδος επώασης της σύφιλης απαιτεί κατά μέσο όρο 21 ημέρες, αλλά μπορεί να κυμανθεί από 3-90 ημέρες.

Στη κορύφωση της περιόδου επώασης τα πρώτα εξωτερικά σημάδια της σύφιλης παρουσιάζονται φυσιολογικά. Το σκληρό έλκος εκδηλώνεται στα έξω γεννητικά όργανα, δεν αποκλείεται όμως να εμφανιστεί και στον κόλπο, τον τράχηλο, στον πρωκτό(στους ομοφυλόφιλους), στο στόμα, τη μύτη κα το μαστό. Το σκληρό έλκος επουλώνεται εντός 3-6 εβδομάδων ( διακύμανση 1-12 εβδομάδες )

Συνήθως η επούλωση είναι πλήρης ή αφήνει μία λεπτή ατροφική ουλή. Πολύ συχνά γύρω από αυτό παρατηρείται διόγκωση των λεμφαδένων.<sup>11</sup>

### **Κλινικοί χαρακτήρες συφιλιδικού έλκους**

Το συφιλιδικό έλκος εμφανίζει ορισμένους κλινικούς χαρακτήρες :

1. Το έκκριμα είναι μάλλον ορρώδες και όχι πυώδες και βρίθεται από σπειροχαΐτες.
2. Είναι σκληρό με βάση διηθημένη και σκληρή.
3. Είναι ανώδυνο.
4. Είναι διάβρωση ή επιπολής έλκωση.
5. Έχει χείλη ομαλά.
6. Έχει πυθμένα «χρoιάς ως από μυϊκής σαρκός». Πολλές φορές καλύπτεται από εφελκίδα η οποία πρέπει να αφαιρεθεί κατά τη λήψη του, προς εξέταση εκκρίματος.
7. Διαρκεί από 3-8 εβδομάδες οπότε εξαφανίζεται τελείως ή ουλοποιείται αυτομάτως αφήνοντας ανεπαίσθητο σημάδι.
8. Είναι μάλλον μονήρες και σπανίως εμφανίζονται πολλαπλά έλκη συγχρόνως ή με μικρή διαφορά χρόνου του ενός από το άλλο και
9. Συνοδεύεται από σύστοιχη αδενίτιδα.<sup>5</sup>

Το 25% των περιπτώσεων όμως, το συφιλιδικό έλκος ή περνά απαρατήρητο ή εξαφανίζεται λίγες ημέρες μετά την εμφάνισή του, οπότε η διάγνωση γίνεται ευθύς μετά την εμφάνιση των εκδηλώσεων της δευτερογενούς σύφιλης.<sup>5</sup>

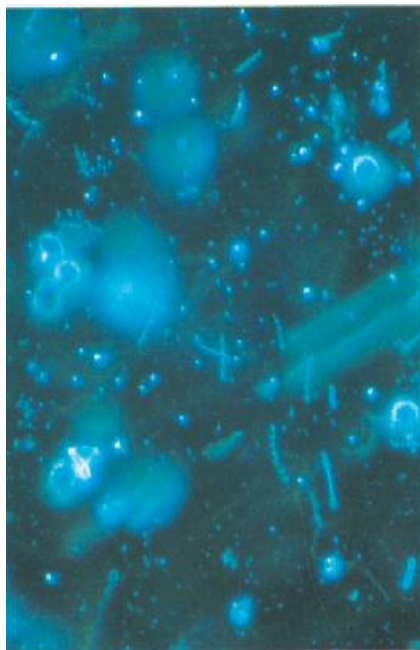
Η αδενίτιδα η οποία συνοδεύει το συφιλιδικό έλκος έχει ορισμένους κλινικούς χαρακτήρες:

1. Οι αδένες είναι σκληροί και ευκίνητοι ιδιαίτερα οι βουβωνικοί ψηλαφώνται και μοιάζουν με αμύδαλα.
2. Είναι ανώδυνοι.
3. Δεν συμφύονται με τους γύρω ιστούς και το υπερκείμενο δέρμα και
4. Αν γίνει παρακέντηση ή εξαχθεί ο λεμφαδένας, είναι γεμάτος από σπειροχαΐτες. Η λεμφαδενίτιδα είναι συνήθως μονόπλευρη αλλά εάν το έλκος βρίσκεται στη περιοχή των εξωτερικών γεννητικών οργάνων είναι, όχι σπάνια αμφοτερόπλευρη.

Η αδενίτιδα αυτή παραμένει επί μακρό χρονικό διάστημα και η υφή του αδένα ουδέποτε αποκαθίσταται απόλυτα.<sup>5</sup>

## Εντοπισμοί

§ **Στον άνδρα** ÷ το συφιλοδικό έλκος εντοπίζεται στη βάλανο, στην πόσθη και την ακροποσθία, στη βαλανοποσθική αύλακα, στο χαλινό και σπανιότερα στο δέρμα του όσχεου και μέσα στην ουρήθρα οπότε δίνει συμπτωματολογία μη ειδικής ουρηθρίτιδας.<sup>5</sup>



**Εικόνα 1:** *Treponema Pallidum*  
Μικροσκόπηση σκοτεινού πεδίου<sup>12</sup>



**Εικόνα 2:** Πρωτογενής Σύφιλη  
Έλκος σε άνδρα <sup>12</sup>

§ Στη γυναίκα  $\Rightarrow$  το συφιλιδικό έλκος εντοπίζεται οπουδήποτε στα μικρά και μεγάλα χείλη, στη περιοχή του σκαφοειδούς βάρθρου, στη κλειτορίδα, κυρίως όμως στην περιοχή του τραχήλου της μήτρας. Στην περίπτωση αυτή παρατηρείται οίδημα του τραχήλου που συνοδεύεται από ελαφρό αίσθημα βάρους. Ωστόσο το έλκος του τραχήλου της μήτρας διαδράμει απαρατήρητο και στις περιπτώσεις αυτές η διάγνωση γίνεται όταν αρχίσει η εμφάνιση των εκδηλώσεων της δευτερογόνου σύφιλης. Όχι σπάνια και ιδίως όταν παραμείνει χωρίς θεραπεία συγγέεται με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.<sup>5</sup>



**Εικόνα 3:** Πρωτογενής Σύφιλη  
Έλκος σε γυναίκα <sup>12</sup>



**Εικόνα 4:** Πρωτογενής Σύφιλη  
Έλκος σε δακτυλίου <sup>12</sup>

### Εξωγεννητικοί εντοπισμοί

Στα χείλη του στόματος ως αποτέλεσμα φιλήματος ή στοματικής σεξουαλικής επαφής. Συχνά εμφανίζεται στη γλώσσα οπότε η διάβρωση συνοδεύεται υπό ελαφρού περιελκωτικού οιδήματος. Στην περιοχή των αμυγδαλών και στο φάρυγγα έχει ανευρεθεί σπανιότερα, οπότε η άμεση διάγνωση είναι δυσχερής εξαιτίας της συνυπάρξεως σαπροφυτικών σπειροχαιτών στα αυτιά, στους βραχίονες, στις θηλές τους στήθους καθώς συνηθέστερα ως αποτέλεσμα φιλήματος

ή δαγκώματος και τέλος στα δάχτυλα της χειρός, όπου όταν εμφανιστεί αποδίδεται σε επαγγελματικές αιτίες.<sup>5</sup>

Στην περιοχή του πρωκτού εμφανίζεται υπό μορφή ραγάδας, εδραζομένης σε σκληρή βάση συγγεομένη με νέκρωση αιμορροΐδων. Έχει ανευρεθεί επίσης στα τοιχώματα του εντέρου συγγεόμενο με αναπτυσσόμενο καρκίνωμα του εντέρου.<sup>5</sup>

### **Μεικτό έλκος**

Μια ιδιαίτερη μορφή μόλυνσης είναι το μικτό έλκος. Υπάρχει με άλλα λόγια ταυτοχρόνως μόλυνση με ωχρά σπειροχαΐτη και με *Haemophilus Ducrey*. Οι κλινικοί χαρακτήρες του πρωτοπαθούς συφιλιδικού έλκους αλλάζουν εν προκειμένω δεδομένου ότι ο χρόνος επώσεως του μαλακού έλκους που οφείλεται στον *Haemophilus Ducrey* διαρκεί μόνο 5-6 ημέρες. Έτσι λοιπόν, σε μια πρώτη φάση και ιδιαίτερα 5-6 ημέρες από τη μόλυνση εμφανίζεται έλκωση με τους χαρακτήρες του μαλακού έλκους. Προοδευτικά όμως η μορφολογία του έλκους διαφοροποιείται και μετά από 3-4 εβδομάδες υπερέχουν οι χαρακτήρες του συφιλιδικού έλκους.<sup>5</sup>

### **Επιπλοκές**

Στον άνδρα **à** Συνήθεις επιπλοκές είναι η **φίμωση** και η **ραχιαία λεμφαδενίτιδα του πέους** εξαιτίας της φλεγμονώδους διηθήσεως των λεμφαγγείων.

Στη γυναίκα **à** Το έλκος συνοδεύεται από **λεμφικό οίδημα των μεγάλων χειλέων του αιδοίου ή του ενός χείλους ή της περιοχής όπου έχει εγκατασταθεί το έλκος(σκληρωτικό οίδημα των μεγάλων χειλέων)**<sup>5</sup>

### **Διαφορική διάγνωση**

Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στη διαφορική διάγνωση με τα παρακάτω νοσήματα:

- § Έρπης των γεννητικών οργάνων.
- § Το μαλακό έλκος.
- § Το Αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα «inflammatori bubo» ή «Lymphogranuloma Venereum».
- § Τυχόν μεμονωμένες συφιλιδικές πλάκες των εξωγεννητικών οργάνων γυναικός.
- § Διαβεβρωμένες δρυφάδες ψώρας.
- § Οι νόσοι Quiyrat και Bowen.
- § Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας.
- § Σε γυναίκα ο έρπης γεννητικών οργάνων εάν βρίσκεται σε ένα χείλος του αιδοίου.

- § Τα τραυματικά έλκη της γλώσσας εάν και εφόσον συνοδεύονται υπό φλεγμονώδους διηθήσεως.
- § Το σύνδρομο Αδαμαντιάδη-Behcet εάν συνοδεύεται από εκδηλώσεις στην περιοχή του στόματος ή και του αιδοίου.
- § Το συφιλιδικό έλκος των παρισθμίων παρερμηνεύεται ως πυώδη-νεκρωτική αμυγδαλίτιδα.
- § Η περιόυξη μακράς διάρκειας.
- § Οι περιπρωκτικές δρυφάδες πρέπει να ελέγχονται ιδιαίτερα επί ομοφυλοφίλων.
- § Ο καρκίνος του απευθυσμένου εντέρου.<sup>5</sup>

### 3.1.2. Δευτερογόνος σύφιλη

Τα πρώτα σημάδια και συμπτώματα της δευτερογενούς σύφιλης παρουσιάζονται συνήθως 4-8 εβδομάδες μετά την επούλωση του έλκους. Η δευτερογενούς σύφιλη μπορεί να κρατήσει περίπου 2 χρόνια, κατά το στάδιο αυτό εκδηλώνονται βλάβες που αφορούν το δέρμα, τους βλεννογόνους αλλά και άλλα όργανα του σώματος.

Οι εκδηλώσεις από το δέρμα και τους βλεννογόνους εμφανίζονται στο 80% των περιπτώσεων περίπου. Οι εκδηλώσεις δευτερογόνου σύφιλης μετά την αποδρομή τους δεν αφήνουν ουλές πλήν ορισμένων, αλλά, καταλείπουν εντόνου βαθμού δυσχρωμία.<sup>11</sup>

Απαραίτητη προϋπόθεση για την εμφάνιση των εκδηλώσεων της δευτερογόνου σύφιλης είναι:

- § Να έχει προϋπάρξει πρωτοπαθές συφιλιδικό έλκος, έστω και αν αυτό έχει διαδράμει απαρατήρητο.

- § Να μην έχει γίνει χρήση θεραπευτικής αγωγής, έστω και τυχαία λήψη αντιβιοτικών

Η δευτερογόνος σύφιλη είναι πολυσυστηματική λοίμωξη (διάχυτη σπειροχαιτώση) η οποία προσβάλλει όλα σχεδόν τα όργανα και συστήματα.<sup>11</sup>

Οι κλινικές εκδηλώσεις της δευτερογόνου σύφιλης ταξινομούνται σε δύο ενότητες:

1. Κλινικές εκδηλώσεις από το δέρμα και τους βλεννογόνους(πρώιμες) με χρονολογικός εξελισσόμενη κλινική εμφάνιση σε διάστημα διαιτίας περίπου από τη μόλυνση (πάντοτε όμως σε περιπτώσεις χωρίς θεραπεία).
2. Εκδηλώσεις συστηματικές από τα σπλάχνα.

Τα συφιλιδικά εξανθήματα της δευτερογόνου σύφιλης αφορούν στο 80% και άνω των περιπτώσεων και έχουν μερικούς γενικούς χαρακτήρες οι οποίοι συνοψίζονται ως εξής:

- Ø Πολύμορφα.
- Ø Συμμετρικά στην αρχή, ασύμμετρα αργότερα.
- Ø Άκνησμα Διάσπαρτα.
- Ø Εμφανίζονται με διαδοχικές εκθύσεις.
- Ø Δεν καταλείπουν ουλές.<sup>11</sup>

Στις πρώιμες εκδηλώσεις δευτερογόνου σύφιλης ταξινομούνται:

1. Ερυθματοκηλιδώδη εξανθήματα. Πρόκειται για τη Ροδάνθη. Εμφανίζεται νωρίτερα από κάθε κηλιδώδες εξάνθημα ( την 50-60ή ημέρα από την μόλυνση). Πρόκειται για μεμονωμένες διάσπαρτες κηλίδες ρόδινης χροιάς οι οποίες καλύπτουν τον κορμό ιδίως κατά τα πλάγια αυτού. Έχουν διάμετρο από 0,5 - 1 εκ. εξαφανίζονται αυτομάτως μετά από παρέλευση 8- 10 ημερών. Στις κηλίδες αυτές δεν ανευρίσκονται ωχρά τρεπονήματα.
2. Βλατιδώδη και βλατιδολεπιδώδη εξανθήματα. Τα εξανθήματα αυτά χαρακτηρίζονται από μεγάλου βαθμού πολυμορφία. Παίρνουν διάφορα σχήματα και πολλές φορές με την πάροδο του χρόνου η μορφολογία τους παραλάσσει. Έτσι, οι πλέον όψιμα εμφανιζόμενες, δηλαδή μετά τις 60 και μέχρι τις 90 ημέρες, είναι μεγαλύτερες, 0,5 εκ περίπου και καλύπτονται από λέπι ή εφελκίδα. Κατά την ψηλάφηση είναι σκληρές. Άλλοτε είναι εξέρυθρες, άλλοτε χαλκόχροες και άλλοτε υπόλευκες. Ουδέποτε έχουν κνησμό, ουδέποτε είναι φυσαλιδώδεις, ενώ σπανιότατα είναι φλυκταινώδεις.<sup>11</sup>

Από πλευράς μορφολογίας τα βλατιδώδη αυτά εξανθήματα διακρίνονται σε:

- ◆ Μικροβλατιδώδη.
- ◆ Μεγαλοβλατιδώδη.
- ◆ Βλατιδο- λεπιδώδη.
- ◆ Βλατιδο- νεκρωτικά.
- ◆ Λειχηνοειδή.
- ◆ Ακμοειδή – θυλακικά.<sup>5</sup>

Η ροδάνθη και τα προαναφερόμενα εξανθήματα δεν είναι μεταδοτικά κατά την επαφή ( πχ παλάμη).

Εξέχουσα θέση από παθολογικής πλευράς κατέχει η Συφιλιδική Αλωπεκία η οποία χαρακτηρίζεται από πλήρη απώλεια τριχών κατά μικρές, αφορισόμενες περιοχές, «δίκην ξεφώτων δάσους».<sup>11</sup>



**Εικόνα 5:** Δευτερογενής Σύφιλη  
Εξάνθημα εγγύς παρατήρηση<sup>12</sup>

**Εικόνα 6:** Δευτερογενής Σύφιλη  
Εξάνθημα<sup>12</sup>

### **Πρόσωπο**

Διηθημένες βλατίδες χροιάς ελαφρώς ερυθράς, εδραζόμενες επί σμηγματορροϊκού εδάφους συρρέουν στην περιοχή των ρινοχειλικών αυλάκων κυρίως και στην περιοχή του πώγωνος.

Εντοπίζονται επίσης στο μέτωπο διατεταγμένες κατά μήκος της παρυφής του τριχωτού σε χαρακτηριστική γραμμική διάταξη η οποία οναμάσθηκε «corona veneris». <sup>5</sup>



## Παλάμες και πέλματα

Πρόκειται για χαρακτηριστικές βλατίδες, σκληρές, χροιάς ερυθροϊώδους, μεγέθους από 0,3 εκ. έως και 1 εκ. , σαφώς περιγεγραμμένες. Η υπερκείμενη επιδερμίδα είναι ελαφρώς πεπαχυμένη. Σε μερικές από αυτές, ιδίως στα πέλματα εξαιτίας της παχύνσεως της επιδερμίδας, στην κάθε βλατίδα χωριστά σχηματίζεται ελαφρά περιφερική απολέπιση έτσι ώστε δίδεται η εντύπωση ότι η κάθε βλατίδα αυτού του τύπου φέρει ένα κεντρικό βύσμα. Η προσεκτική κλινική εκτίμηση της μορφολογίας των βλατίδων αυτών είναι πολύτιμος βοηθός στη διαφορική διάγνωση. Αλλοιώσεις παρουσιάζονται σαν λευκές κηλίδες στο στόμα. Μικρές αλλοιώσεις μπορούν παρουσιασθούν στα μέρη του δέρματος που διατηρείται υγρό όπως μεταξύ των μηρών, δακτύλων των ποδιών και στις άκρες του στόματος.<sup>11</sup>



**Εικόνα 7:** Δευτερογενής Σύφιλη  
Εξάνθημα εγγύς παρατήρηση<sup>12</sup>



**Εικόνα 8:** Δευτερογενής Σύφιλη  
Εξάνθημα<sup>12</sup>

## Έξω γεννητικά όργανα

Στη βάλανο του πέους, αλλά πολύ περισσότερο στα μικρά και μεγάλα χείλη του αιδοίου και στην περιπρωκτική χώρα εμφανίζονται βλατίδες μεγέθους από 0,3 – 0.5 εκ. περίπου , μάλλον επίπεδες ή επηρμένες όταν υπάρχουν συνθήκες τριβής, χροιάς ερυθράς ή ρόδινης. Οι βλατίδες αυτές ονομάζονται ‘συφιλιδικές πλάκες’ γεννητικών οργάνων.<sup>11</sup>

### **Συφιλιδικές εκδηλώσεις από τους βλεννογόνους γενικά**

Οι αλλοιώσεις αυτές αφορούν στο 30% περίπου των περιπτώσεων. Εμφανίζονται αυτομάτως και σ' όλη την έκταση των βλεννογόνων συγχρόνως με τις εκδηλώσεις από το δέρμα, δηλ. 50-60 ημέρες από την μόλυνση.<sup>5</sup>

Είναι ως επί το πλείστον ανώδυνες, εμφανιζόμενες σε σχήμα οβάλ, χροιάς υπόλευκου, περιβάλλονται από ερυθρηματώδη άλω και εξαφανίζονται μέσα σε λίγες ημέρες ή έστω δύο εβδομάδες.

Εντοπίζονται:

- Στη γλώσσα, παρειές και χείλη
- Στις αμυγδαλές
- Στο φάρυγγα επί της επιγλωττίδας και των επιγλωττιδικών πτυχών
- Στους ρωθώνες δημιουργείται οίδημα και δυσχέρεια ροής της αναπνοής
- Στους βλεννογόνους των γεννητικών οργάνων

Συφιλιδικές πλάκες εμφανίζονται πλην των έξω γεννητικών οργάνων στα τοιχώματα του κόλπου και στον τράχηλο της μήτρας.<sup>11</sup>

### **Συστηματικές εκδηλώσεις από όργανα και συστήματα**

Η δευτερογόνος σύφιλη ως γενικευμένη λοίμωξη- σπειροχαιτώση- συνοδεύεται από ελαφρό πυρετό, γενική κακουχία, αίσθημα κοπώσεως, ανορεξία, πόνους στις αρθρώσεις, ναυτία, διαταραχές της εμμήνου ρύσεως κ.α. σε συνδυασμό με την εμφάνιση των προαναφερόμενων εξανθημάτων και του εξανθήματος στο στόμα. Ακόμη θα πρέπει να ληφθούν υπ' όψιν η τυχόν διαπίστωση δυσκινησίας του λαιμού και της κεφαλής η οποία προΐδεάζει σε αρχόμενη μηνιγγίτιδα του Β' σταδίου ή η τυχόν διαπίστωση υπικτερικής χροιάς του επιπεφυκότα με αύξηση των τιμών της αμέσου και εμμέσου χολερυθρίνης και τέλος, η τυχόν διαπίστωση ακαμψίας με παράλληλη αύξηση των λευκών (ανώτατη τιμή 12.000 κ.ε.).<sup>5</sup>

Το τεστ στο στάδιο αυτό είναι θετικό, επιβεβαιώνει τη μόλυνση, και γι' αυτό το λόγο απαιτείται να γίνει εξέταση αίματος στα ζευγάρια που πρόκειται να παντρευτούν και σε όλες τις έγκυες γυναίκες. Η εξέταση του αίματος πριν από τη γέννηση του βρέφους σχεδιάζεται για την προστασία του εμβρύου από τη συγγενή σύφιλη.<sup>11</sup>

Συμπερασματικά, οι γενικές εκδηλώσεις της δευτερογόνου σύφιλης συνοψίζονται ως εξής:

- § Κακουχία, ανορεξία, απώλεια βάρους, κεφαλαλγία.
- § Μυαλγίες, αρθραλγίες, ελαφρός πυρετός.
- § Πολυαδενίτιδα.
- § Ηπατίτιδα.
- § Περιοστίτιδα.
- § Μηνιγγίτιδα.
- § Προσβολή κνημιαίων νεύρων (πόννοι).
- § Οφθαλμικές βλάβες.
- § Σπειραματονεφρίτιδα.<sup>5</sup>

### **Όψιμες εκδηλώσεις δευτερογόνου σύφιλης από το δέρμα και τους βλεννογόνους**

Οι όψιμες συφιλιδικές εκδηλώσεις αποτελούν την συνέχεια της φυσικής πορείας και της προοδευτικά εξελισσόμενης κλινικής μορφολογίας της νόσου. Η ροδάνθη εξαφανίζεται αυτομάτως πολύ νωρίς ως ελέγθη, ενώ τα βλατιδώδη συφιλιδικά εξανθήματα και οι συφιλιδικές πλάκες των γεννητικών οργάνων διατηρούνται μέχρι και 6 μήνες από τη μόλυνση. Κατά το διάστημα αυτό ή λίγο πριν εμφανίζονται εξανθήματα και συφιλιδικές αλλοιώσεις, ενώ συνυπάρχει η διάχυτος λεμφαδενίτιδα και οι λοιπές συστηματικές εκδηλώσεις.

Η συφιλιδική αλωπεκία εμφανίζεται κατά τον 4<sup>ο</sup> με 5<sup>ο</sup> μήνα από την μόλυνση και χαρακτηρίζεται από πολλαπλές μικρές αποψιλωτικές πλάκες στο τριχωτό της κεφαλής.

Η πτώση των τριχών είναι συνέπεια των φλεγμονωδών αλλοιώσεων των αγγείων του δέρματος και των θυλάκων των τριχών.<sup>5</sup>

### 3.1.3 Συγγενής Σύφιλη

Η σύφιλη είναι κληρονομική, αλλά μπορεί να μεταδοθεί από τη μολυσμένη μητέρα στο αγέννητο παιδί της. Οι περιπτώσεις σύφιλης, που δεν έχουν διαγνωστεί ή που δεν έχουν υποβληθεί στην κατάλληλη θεραπευτική αγωγή επιφέρουν σοβαρότατες επιπλοκές στο έμβρυο όπως ο ενδομήτριος θάνατος, ο πρόωρος τοκετός, η καθυστέρηση ανάπτυξης του εμβρύου. Οι επιπλοκές αυτές αφορούν περίπου τα 2/3 των ασθενών. Τα έμβρυα δε των εγκύων ασθενών που δεν υποβάλλονται στη θεραπεία και βρίσκονται στο στάδιο πρωτογενούς ή δευτερογενούς σύφιλης θεωρείται ότι είναι μολυσμένα σε ποσοστό 100, ενώ το ποσοστό των νεογνών που θα εμφανίσουν συγγενή σύφιλη ανέρχεται στο 60%. Στην λανθάνουσα μορφή το ποσοστό συγγενούς σύφιλης ελαττώνεται βαθμιαία με την αύξηση του χρόνου από την έναρξή της από 40% στο 10%.<sup>11</sup>

Η συγγενής σύφιλη προκαλείται είτε μέσω του πλακούντα στο έμβρυο είτε από την περιγεννητική λοίμωξη του νεογνού. Η μεταφορά της σπειροχαίτης διαπλακουντικά πραγματοποιείται κυρίως από την 16η βδομάδα και η βαρύτητα των επιπλοκών εξαρτάται από το στάδιο της νόσου και την ποσότητα της βακτηριδαιμίας.<sup>13</sup>

Τα συμπτώματα της συγγενούς σύφιλης είναι η ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης του εμβρύου και η γέννηση λιποβαρών νεογνών, η ρινίτιδα, το ερυθθηματοβλατιδώδες εξάνθημα, η ηπατοσπληνομεγαλία, λεμφαδενοπάθεια, αιμόλυση. Άλλα όψιμα συμπτώματα της συγγενούς σύφιλης είναι η διάμεση κερατοειδίτιδα, η απώλεια ακοής σε ήχους υψηλής συχνότητας, η διαφοροποιημένη ομιλία, ενώ δεν αποκλείεται και η εμφάνιση μόνιμων αλλοιώσεων της υποπλασίας της άνω γνάθου και των ρινικών οστών, η διάτρηση του ρινικού διαφράγματος και της υπερώας, καθώς και τα χαρακτηριστικά δόντια Hutchinson (βαρελοειδείς κοπτήρες).<sup>13</sup>

### 3.1.4 Λανθάνουσα Σύφιλη

Οι δερματικές εκδηλώσεις της δευτερογενούς σύφιλης μετά από 2 χρόνια επουλώνονται αυτόματα, το θύμα εισέρχεται στο στάδιο της λανθάνουσας σύφιλης. Με τον ορισμό λανθάνουσα σύφιλη εννούμε ότι η σύφιλη βρίσκεται κρυμμένη. Δεν υπάρχουν εξωτερικά κλινικά σημάδια και συμπτώματα της νόσου και μόνο η ορολογική αντίδραση και το σεξουαλικό ιστορικό είναι η μόνη διάγνωση.<sup>11</sup>

Μερικοί επιστήμονες χωρίζουν τη λανθάνουσα σύφιλη σε 2 περιόδους, την πρώιμη λανθάνουσα περίοδο και την όψιμη λανθάνουσα περίοδο. Δεν υπάρχει πραγματική γραμμή οριοθέτησης μεταξύ των δύο περιόδων, μια που η πορεία της νόσου βασίζεται κυρίως στη φυσιολογία του μολυσμένου ατόμου. Εντούτοις, κάποιος μπορεί με ασφάλεια να ορίσει την πρώιμη λανθάνουσα περίοδο, σαν την σύφιλη που διαρκεί μέχρι 4 χρόνια από την πρώτη προβολή και την όψιμη λανθάνουσα περίοδο, τη σύφιλη που διαρκεί από 5 χρόνια μέχρι και το υπόλοιπο της ζωής του ανθρώπου.<sup>11</sup>

Η αιτία που μερικοί επιστήμονες συνεχίζουν να διαιρούν τη λανθάνουσα σύφιλη σε περιόδους είναι ότι υπάρχει η πιθανότητα το μολυσμένο άτομο να ξαναπαρουσιάσει δερματικές εκδηλώσεις της δευτερογενούς σύφιλης κατά τη διάρκεια της πρώιμης λανθάνουσας περιόδου. Αυτό όμως δεν είναι απόλυτο, καθώς όταν η μόλυνση εισέλθει στην πραγματική λανθάνουσα περίοδο, απουσιάζουν τελείως τα εξωτερικά σημάδια και συμπτώματα μετά τα δύο χρόνια από τη μόλυνση.<sup>11</sup>

Το μολυσμένο άτομο δεν είναι μεταδοτικό στη λανθάνουσα περίοδο, εκτός βέβαια της εγκύου γυναίκας που πάντα θέτει σε κίνδυνο το αγέννητο έμβρυο εάν η γυναίκα δεν κάνει θεραπεία.<sup>11</sup>

### 3.1.5 Τριτογενής Σύφιλη

Περίπου ένα στα τέσσερα άτομα που δεν έκαναν θεραπεία για τη νόσο τελικά θα χάσουν τη μάχη για την ισορρόπηση μεταξύ των σπειροχαιτών και της άμυνας του οργανισμού. Από τη στιγμή που η μάχη κερδισθεί από τις σπειροχαιτές το θύμα εισέρχεται στη τριτογενή σύφιλη, εάν αυτό το στάδιο γίνει πραγματικότητα, τότε φυσιολογικά χρειάζεται 10 με 20 χρόνια για να παρουσιασθούν τα εξωτερικά σημάδια.

Από αυτή τη στιγμή η αδυσώπητος καταστροφή των ιστών, οστών και οργάνων είναι ανέκκλητος. Τριτογενείς συφιλικές αλλοιώσεις είναι χρόνιες και καταστροφικές και εμφανίζονται σε μια ή σε δύο κατηγορίες.<sup>11</sup>

1. Αυτή που εξελίσσεται βραδέως και προσβάλλει κάθε όργανο κυρίως το κεντρικό νευρικό σύστημα. Τα πιο συχνά αποτελέσματά της είναι η τύφλωση-παράληση ή κώφωση ή παραφροσύνη και καρδιοπάθεια συμπεριλαμβανομένης πιθανής ρήξης σε κάποια από τις σημαντικότερες αρτηρίες.

2. Γρήγορη ανάπτυξη μεγάλων όγκων οι οποίοι εισέρχονται και καταστρέφουν τους ιστούς γύρω απ' αυτούς. Το συφιλικό κομμώμα το οποίο μοιάζει με την λέπρα.<sup>11</sup>

### **Πρόγνωση**

Η πρόγνωση δεν είναι καλή. Μεγάλη σημασία έχει η έναρξη θεραπείας όσο γίνεται νωρίτερα.<sup>5</sup>

### **Κλινική Παρακολούθηση**

Οι στόχοι της κλινικο-εργαστηριακής παρακολούθησής επί νευροσυφιλίδος είναι δύο.

Ο ένας είναι δια βίου αξιολόγηση της πορείας αυτής καθ' αυτής της νόσου και ο άλλος είναι η έγκαιρη αναγνώριση και ουσιαστικά η συμπτωματική αντιμετώπιση των επί μέρους εκδηλώσεων.

Στις εκδηλώσεις βαρείας μορφής θεωρείται ως γενική αρχή ότι πρέπει να εξετάζεται το ENY κάθε 4 εβδομάδες. Επί επιτυχούς θεραπευτικού αποτελέσματος μέσα σε 6 μήνες θα πρέπει ο αριθμός των έμμορφων συστατικών του ENY και οι πρωτεΐνες να βρίσκονται σε φυσιολογικό επίπεδο. Μετά από θεραπεία, ο εργαστηριακός έλεγχος του ENY θα πρέπει να γίνεται κάθε χρόνο σε συνδυασμό με πλήρη κλινικό έλεγχο.

Σε αντίθετη περίπτωση και επί εμφανίσεως ενδείξεων υποτροπής επιβάλλεται επανάληψη της θεραπείας και έλεγχος με ρυθμούς συχνότερους όπως περιγράφησαν παραπάνω.<sup>5</sup>

### **Θεραπεία**

Η θεραπεία της νόσου σήμερα έχει απλουστευθεί εάν πρόκειται περί πρώιμων μορφών νευροσυφιλίδος.

Εάν όμως έχει εγκατασταθεί όψιμος νευροσίφυλη με βλάβες στον νευρικού ιστού μη ανατάξιμες, τα αποτελέσματα της θεραπείας είναι απογοητευτικά.<sup>5</sup>

### **Πρόληψη**

Ο κίνδυνος μετάδοσης της σύφιλης μπορεί να μειωθεί με το ασφαλές σεξ. Κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής αγωγής πρέπει να αποφεύγεται η σεξουαλική επαφή έως την οριστική ίαση.<sup>14</sup>

### 3.1.6 Επιδημιολογία

#### Συχνότητα – Διαχρονικές τάσεις – Γεωγραφική κατανομή

Η συχνότητα της σύφιλης μεταβάλλεται διαχρονικά ευρισκόμενη σε άμεση συσχέτιση με τις κοινωνικές εξελίξεις. Επιδημικές εξάρσεις παρατηρούνται σε περιόδους πολέμων, κοινωνικών αναστατώσεων και μεταναστεύσεων πληθυσμών.<sup>14</sup>

Στις ανεπτυγμένες χώρες, η σύφιλη αποτέλεσε μάλιστα μέχρι το 1940, οπότε με την ανακάλυψη των αντιβιοτικών η επίπτωση και ο επιπολασμός μειώθηκαν θεαματικά.

Στην Ευρώπη, η επίπτωση διατηρείται σε χαμηλά επίπεδα και μέχρι σήμερα καταγράφονται λιγότερες από 10 νέες περιπτώσεις/100.000 πληθυσμού ετησίως. Παροδική αύξηση, κυρίως μεταξύ των ομοφυλοφίλων ανδρών, σημειώθηκε κατά τις δεκαετίες του 1960 και του 1970. Στην εποχή της επιδημίας του AIDS, η συχνότητα της μολυσματικής σύφιλης μειώθηκε περαιτέρω. Πάντως εξακολουθούν να καταγράφονται περιορισμένες, τοπικά, επιδημιολογικές εξάρσεις.<sup>14</sup>

Στη Ρωσία και άλλα νέα κράτη της πρώην Σοβιετικής Ένωσης, η κοινωνική αποδιοργάνωση, η φτώχεια, η ανεργία οδήγησαν σε επιδημική έκρηξη της σύφιλης. Στην παρούσα φάση, μετά από τη λήψη μέτρων, η επίπτωση παρουσιάζει σταθεροποιητικές ή και πτωτικές τάσεις.<sup>5</sup>

Στις ΗΠΑ, μετά τη θεαματική μείωση της επίπτωσης στα μέλη της δεκαετίας του 1950 παρατηρήθηκε σταθερή αύξηση μετά το 1960, ώστε μέχρι το 1987 να έχει συμβεί τετραπλασιασμός της επίπτωσης. Η αύξηση αποδόθηκε στη σεξουαλική απελευθέρωση, τη χρήση των αντισυλληπτικών δισκίων αλλά και τη χαλάρωση των προγραμμάτων ελέγχου και πρόληψης. Στα τέλη της δεκαετίας του 1980 σημειώθηκε αύξηση της ετεροφυλόφιλης μετάδοσης της σύφιλης, κυρίως μεταξύ των έγχρωμων Αμερικανών. Στη δεκαετία του 1990, με την εφαρμογή στρατηγικών πρόληψης επετεύχθη ανάσχεση της επιδημίας, ώστε το 1998 η επίπτωση της σύφιλης περιορίστηκε στο 3,2/100.000.<sup>5</sup>

Στην Ελλάδα, παρ'ότι δεν υπάρχουν ακριβή επιδημιολογικά στοιχεία, η σύφιλη φαίνεται ότι ακολούθησε τις επιδημιολογικές τάσεις της Δυτικής Ευρώπης.<sup>14</sup>

#### Ηλικία

Προσβάλλει σεξουαλικά δραστήρια άτομα οποιασδήποτε ηλικίας. Προσβάλλει συχνότερα νεαρούς ενήλικες με μέγιστη συχνότητα μεταξύ 20-24 ετών.<sup>5</sup>

## **Φύλο**

Οι άνδρες φαίνεται να προσβάλλονται συχνότερα λόγω της εντονότερης σεξουαλικής τους δραστηριότητας, αλλά και της συμμετοχής των ομοφυλόφιλων ανδρών. Επιπλέον η νόσος διαγιγνώσκεται συχνότερα στους άνδρες, γιατί προσέρχονται ευκολότερα στο γιατρό.<sup>5</sup>

## **Φυλή**

Στις ΗΠΑ, η σύφιλη είναι 44 φορές συχνότερη στους μαύρους από ότι στους λευκούς. Γενικά, άτομα που ανήκουν σε εθνικές μειονότητες διαφόρων ανεπτυγμένων χωρών, νοσούν συχνότερα. Πάντως αυτό είναι μάλλον δευτερογενές και δεν οφείλεται σε πραγματική φυλετική προδιάθεση.<sup>5</sup>

## **Παράγοντες κινδύνου**

Η φτώχεια και η επακόλουθη περιορισμένη δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας αποτελούν παράγοντες κινδύνου, όπως και η πορνεία που ευδοκimeί σε περιβάλλοντα οικονομικής ανέχειας. Άτομα με αφροδίσιο νόσημα κινδυνεύουν περισσότερο να μολυνθούν από σύφιλη. Η σύφιλη, με τη σειρά της, ως νόσημα που προκαλεί ελκώσεις των γεννητικών οργάνων, προάγει τη μετάδοση του HIV. Από την άλλη πλευρά, η HIV – επιδημία πιστεύεται ότι συνέλαβε στην αναζωπύρωση της σύφιλης μετά το 1980. Όπως στα περισσότερα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, η ριψοκίνδυνη ερωτική συμπεριφορά (πολλαπλοί ευκαιριακοί σύντροφοι, παράδοξες πρακτικές, πορνεία, μη χρήση προφυλακτικού) αυξάνει τον κίνδυνο μόλυνσης. Η νόσος ήταν και είναι συχνότερη μεταξύ των ομοφυλοφίλων ανδρών. Η χρήση «απαγορευμένων ουσιών», ιδίως σε συνδιασμό ή ως αντάλλαγμα για ερωτική συνεύρεση, αποτελεί επίσης παράγοντα αυξημένου κινδύνου.<sup>14</sup>



## 3.2. Βλεννόρροια

### Ορισμός

Η βλεννόρροια είναι βακτηριακή λοίμωξη οφειλόμενη στη *Naisseria gonorrhoeae*. Μεταδίδεται με τη σεξουαλική πράξη και προσβάλλει κυρίως τους βλεννογόνους των γεννητικών οργάνων προκαλώντας φλεγμονώδη αντίδραση των ιστών. Ωστόσο η επιπέμηση της νόσου σε άλλους ιστούς δύναται να επιφέρει σοβαρότατες δυσλειτουργίες όπως είναι η στείρωση, η τύφλωση κ.α.

Ο διεθνώς χρησιμοποιούμενος όρος «Gonorrhea» είναι εξ υπαρχής λανθασμένος δεδομένου ότι η ροή οροπυώδους υγρού από την ουρήθρα του ανδρός εξελήφθη ως ροή σπέρματος. Αποδίδεται στον Γαληνό (130-201 μ.Χ) και είναι σύνθετος από τις λέξεις γόνος (σπέρμα) και ροή. (Gonos και Rheos).<sup>5</sup>

### Αίτιο βλεννόρροιας (Γονοκοκκική λοίμωξη)

Αίτιο της γονόρροιας είναι η *Naisseria gonorrhoeae*, είναι ένας Gram αρνητικός κόκκος. Πήρε το όνομά της από τον Albert Naisser, ο οποίος πρώτος την περιέγραψε το 1879.

Η *N.gonorrhoeae* (γονόκοκκος) και η *N.meningitides* (μηνιγγιτιδόκοκκος), αίτιο της οξείας πυώδους επιδημικής μηνιγγίτιδας, είναι τα δύο παθογόνα(αποκλειστικά για τον άνθρωπο) είδη του γένους *Naisseria*.

Παρ'όλη τη μικροβιακή τους ομοιότητα και παρ'όλη τη μεγάλη ποικιλία της σεξουαλικής πρακτικής τα δύο είδη έχουν αυστηρά διακριτή παθογόνο δράση. Η *N.gonorrhoeae* προσβάλλει το ουρογεννητικό σύστημα και η *N.meningitidis* το ανώτερο αναπνευστικό και τις μηνιγγίτιδες. Η γονοκοκκική μηνιγγίτιδα ή η μηνιγγιτιδοκοκκική ουρηθρίτιδα/τραχηλίτιδα είναι καταστάσεις εξαιρετικά σπάνιες.

Αφ'ετέρου όμως και τα δύο είδη μπορούν να προκαλέσουν γενικευμένη λοίμωξη, ενώ τα δύο μπορούν να απομονωθούν από το φάρυγγα ασυμπτωματικών ασθενών.<sup>5</sup>

### **Μορφολογία – Χρώση**

Η *N.gonorrhoeae* είναι gram αρνητικός κόκκος ακίνητος, νεφροειδούς σχήματος, διαμέτρου 0,8 μm περίπου, διατασσόμενος κατά ζεύγη(διπλόκοκκος).

Στα κατά Gram χρωματισμένα παρασκευάσματα πύου από γονοκοκκική λοίμωξη είναι χαρακτηριστική η ανεύρεση του γονόκοκκου εντός του πρωτοπλάσματος των πολυμορφοπύργων.<sup>5</sup>



**Εικόνα 9:** Χρώση πύου κατά Gram<sup>12</sup>

**Εικόνα 10:** Ουρηθρίτιδα: η πιο κοινή εκδήλωση Γονόρροιας σε άνδρα <sup>12</sup>

### **Πολλαπλασιασμός – Καλλιέργεια**

Η *N.gonorrhoeae* είναι απαιτητικός και βραδέως αναπτυσσόμενος μικροοργανισμός. Καλλιεργείται σε εμπλουτισμένα και εκλεκτικά θρεπτικά υλικά, όπως είναι το σοκολατούχο άγαρ στο οποίο έχει προστεθεί ατμοσφαιρίνη ή τροφικό συμπλήρωμα και σύστημα αντιβιοτικών. Επωάζεται σε ατμόσφαιρα διοξειδίου του άνθρακα 5-8% σε άριστη θερμοκρασία 35-37 βαθμούς Κελσίου επί 48 ώρες τουλάχιστον.<sup>5</sup>

## Μετάδοση

Η *N.gonorrhoeae* είναι παθογόνος μόνο για τον άνθρωπο. Μεταδίδεται, όσον αφορά την οριζόντια μετάδοση (από άτομο σε άτομο), σχεδόν αποκλειστικά με τη σεξουαλική επαφή, όσον αφορά δε την κάθετη μετάδοση (από την πάσχουσα έγκυο στο κύημα) είτε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης(μέσω του αμνιακού σάκου), είτε (συχνότερα) κατά τη διάρκεια του τοκετού.

Η πιθανότητα να μολυνθεί ένας άνδρας με *N.gonorrhoeae*, ύστερα από μια μονή σεξουαλική επαφή με μια μολυσμένη γυναίκα είναι 30-35% περίπου.

Η πιθανότητα να μολυνθεί μια γυναίκα, ύστερα από μια μονή σεξουαλική επαφή με μολυσμένο άνδρα θεωρείται ότι είναι μεγαλύτερη, κυμαινόμενη περί τα 50%. Οι πιθανότητες, τόσο για τον άνδρα όσο και για τη γυναίκα, ανεβαίνουν κατακόρυφα, εφ'όσον αυξάνεται ο αριθμός των επαφών με το μολυσμένο ερωτικό σύντροφο.<sup>5</sup>

## Αντοχή

Είναι εξαιρετικά ευαίσθητο μικρόβιο με αποτέλεσμα να καταστρέφεται γρήγορα εκτός του ανθρώπινου οργανισμού. Είναι ευαίσθητο στην ξηρασία και την ηλιακή ακτινοβολία.<sup>5</sup>

## Φυσική πορεία της νόσου

Ο χρόνος επώασης της βλεννόρροιας κυμαίνεται από 3 ως 6 ημέρες.

Αναφέρεται ωστόσο αποδεδειγμένα ότι ο χρόνος επώασης έφθασε έως τις 14 ημέρες.

Η μετάδοση γίνεται με την άμεση μεταφορά εκκριμάτων του πάσχοντα στον ερωτικό του σύντροφο και τον ενοφθαλμισμό του γονόκοκκου στους αντίστοιχους βλεννογόνους του.

Η περαιτέρω πορεία της νόσου εξαρτάται από τη λοιμογόνο δύναμη του στελέχους και από την αντίδραση των ιστών (μη ειδική ανοσία).

Η μόλυνση εντοπίζεται αρχικά στο κυλινδρικό επιθήλιο της ουρήθρας και του τραχήλου, της μήτρας, επεκτεινόμενη στη συνέχεια κατά συνέχεια ιστών προς την οπίσθια ουρήθρα, τους περιουρηθρικούς ιστούς και αδένες.<sup>5</sup>

Η γονοκοκκική λοίμωξη κατά τη φυσική πορεία της νόσου διακρίνεται σε τρεις κλινικούς τύπους:

**Οξεία γονοκοκκική λοίμωξη** → Η Οξεία βλεννόρροια συνιστά την αρχική φάση της νόσου με φαινόμενα οξείας αντιδράσεως των ιστών και πλήθος υποκειμενικών και αντικειμενικών συμπτωμάτων. Διαρκεί από δύο έως έξι εβδομάδες.

**Χρόνια γονοκοκκική λοίμωξη** → Η χρόνια γονοκοκκική λοίμωξη ταυτίζεται με τη δεύτερη φάση της νόσου (μετά την οξεία) και χαρακτηρίζεται από άμβλυνση των υποκειμενικών

συμπτωμάτων. Η μετάπτωση αυτή γίνεται προοδευτικά και θα πρέπει να περάσουν περίπου 8 εβδομάδες.

**Ασυμπτωματική βλεννόρροια**  $\hat{=}$  Περιγραφόταν μέχρι πριν λίγα χρόνια ως μια ιδιαίτερη μορφή βλεννόρροιας χωρίς εμφανή συμπτώματολογία. Χαρακτηριζόμενη κυρίως από μια καταρροϊκή διάθεση των ιστών δηλ. αυξημένου βαθμού οροβλεννώδεις εκκρίσεις συνοδευόμενες από αίσθημα βάρους και ήπιου άλγους περιοδικώς. Ουσιαστικά δεν πρόκειται απολύτως περί ασυμπτωματικής νόσου. Η κατάσταση αυτή είναι δυνατόν να διατηρηθεί επί μακρόν χωρίς να υπάρξει διάγνωση.<sup>5</sup>

Η ασυμπτωματική βλεννόρροια είναι δυνατόν να εγκατασταθεί υπό τις εξής προϋποθέσεις:

1. Ενοφθαλμισμός γονοκόκκου στο «αφιλόξενο» πλακώδες επιθήλιο της στοματοφαρυγγικής κοιλότητας.
2. Εγκατάσταση εξ' αρχής στελεχών ήπιας λοιμογόνου δύναμης.
3. Εάν εφαρμόστηκε μια κάποια εμπειρική, ανεπαρκής θεραπευτική αγωγή.
4. Επί γυναικών, σε μια αρχική φάση όπου η συμπτώματολογία είναι ήπια και το άτομο δεν έχει ακόμη αισθανθεί αξιόλογες ενοχλήσεις.<sup>5</sup>



**Εικόνα 11:** α) Γονόρροια, δερματικές βλάβες.

β) Γονόρροια, εγγύς παρατήρηση, δερματικές βλάβες.

γ) Γονόρροια, εγγύς παρατήρηση.

δ) Επιπεφικίτιδα.

## 3.2.1 Κλινική Συμπτωματολογία

### Βλεννόρροια επί αρρένων

Μετά από 2-6 ημέρες από τη μόλυνση (χρόνος επώασης) εμφανίζονται τα πρώτα συμπτώματα από τη ουρήθρα. Αρχικά παρατηρείται έκκριση οροβλεννώδους υγρού συνοδευόμενου από αίσθημα κνησμού. Το έκκριμα καθίσταται προοδευτικά πυώδες ενώ το αίσθημα κνησμού μεταπίπτει σε αίσθημα καύσου και πόνου. Κατά την ούρηση οι πόνοι είναι ανυπόφοροι. Παρατηρείται φλεγμονώδες οίδημα του στομίου της ουρήθρας, της βαλάνου και της πόστης (βαλανοποστίτις). Παρατηρείται επίσης φλεγμονώδης διήθηση των συστοιχείων λεμφαδένων περίπου στο 15% των περιπτώσεων και όχι σπάνια λεμφαγγειίτιδα της ραχιαίας επιφάνειας της πόστης. Η δυσουρία είναι σύνηθες φαινόμενο ενώ η αιματουρία ή η έκκριση αιματηρού εκκρίματος είναι ασυνήθης. Οι περιπτώσεις αυτές παρουσιάζουν μέτρια πυρετική κίνηση

Με την πάροδο του χρόνου – 2-6 εβδομάδες – η προαναφερόμενη συμπτωματολογία αμβλύνεται και ο ασθενής ανακουφίζεται. Η νόσος μεταπίπτει στη φάση της χρόνιας βλεννόρροιας.<sup>5</sup>

### Επιπλοκές επί αρρένος

Οι επιπλοκές επί αρρένος είναι ήσσονος και μείζονος σημασίας.

Στην ομάδα των ηπίων προοπτικών ταξινομούνται η Tysonitis, δηλ. φλεγμονή των Tysonίων αδένων παραπλευρώς του χαλινού. Η μόλυνση των περιουρηθρικών ιστών και η μόλυνση και φλεγμονή των κωπηρείων αδένων η οποία επιτείνει το άλγος και οδηγεί στο σχηματισμό αποστήματος θεωρούνται ως επιπλοκές.

Μείζονος σημασίας επιπλοκή είναι η επιδυμιμίτιδα και η ορχεοεπιδυμιμίτιδα. Το οίδημα του όσχεου και η φλεγμονή του όρχεος συνιστά επιπλοκή και αποτελεί ενίοτε βασικό χαρακτηριστικό σύμπτωμα για τη διάγνωση της βλεννόρροιας. Αποτέλεσμα της επιπλοκής αυτής είναι η στείρωση, εάν και εφόσον η μόλυνση είναι αμφοτερόπλευρη και η θεραπεία καθυστερήσει.

Η προστατίτιδα είναι μια άλλη σοβαρή επιπλοκή. Εμφανίζεται ως οξεία συνδρομή με κύριο χαρακτηριστικό σύμπτωμα τον ισχυρό πόνο. Η χρόνια προστατίτιδα συνήθως δεν συνδέεται με γονοκοκκική μόλυνση.<sup>5</sup>

### **Βλεννόρροια επί θηλέων**

Η βλεννόρροια στη γυναίκα διαδράμει κατά την αρχική φάση των 3-6 εβδομάδων με εξαιρετική ήπια συμπτωματολογία. Παρατηρούνται βεβαίως αυξημένες εκκρίσεις αλλά ως εκ της φύσεως και της λειτουργίας των γεννητικών οργάνων της γυναίκας δεν αποδίδεται ιδιαίτερη σημασία. Η διάγνωση στις περιπτώσεις αυτές γίνεται από τη μόλυνση του ερωτικού συντρόφου και την εμφάνιση οξείας συμπτωματολογίας σε αυτόν μετά το βραχύ χρόνο επώασης.<sup>5</sup>

Μετά από 4-6 εβδομάδες ακολουθεί πυώδης έκκριση και φλεγμονώδεις επιπέμηση της μολύνσεως στους περιουρηθρικούς ιστούς, στους θηλάκους των τριχών του εφηβαίου. Η συμπτωματολογία αυτή συνοδεύεται από αίσθημα βάρους, αίσθημα προπτώσεως γεννητικών οργάνων και ισχυρού πόνου προοδευτικά εγκατεστημένου. Μετά πάροδο 6-7 εβδομάδων η συμπτωματολογία αυτή υποστρέφεται, οι εκκρίσεις περιορίζονται, ενώ η υποκειμενική ενόχληση περίπου εκμηδενίζεται.<sup>5</sup>

Το άτομο έχει περιπέσει πλέον στη χρόνια φάση της νόσου. Η μετάδοση είναι 100% βέβαια κατά την περίοδο αυτή. Υπογραμμίζεται ότι πλύν του επιθήλιου του κόλπου το οποίο σύντομα προσβάλλεται, το επιθήλιο του πρωκτού μολύνεται πολύ νωρίτερα λόγω της ροής των υγρών του κόλπου προς τα πίσω. Αυτό σημαίνει ότι όταν γίνεται η κλινική εξέταση κατά την οξεία φάση της βλεννόρροιας ο πρωκτός εμφανίζει ήδη συμπτωματολογία της νόσου.<sup>14</sup>

Ωστόσο αρχικά το πυώδες έκκριμα με πληθώρα γονόκοκκου εντοπίζεται στο στόμιο της ουρήθρας του τραχήλου της μήτρας και στο πρωκτό.<sup>5</sup>



**Εικόνα 12:** Τραχιλίτιδα<sup>12</sup>

**Εικόνα 13:** Απόστημα βαρθολεινίων  
Αδένων<sup>12</sup>

## Επιπλοκές στη γυναίκα

Μετά παρέλευση 3-4 εβδομάδων παρατηρείται επινέμηση της μολύνσεως σε όλους τους ιστούς και τους επιχώριους αδένες. Κάποιες από τις επιπλοκές είναι:

- ♦ **Βαρθολινίτις** à Η μόλυνση των βαρθολινείων αδένων είναι πρῶιμος και χαρακτηρίζεται αρχικά από τη φλεγμονή των στομίων . Ο πόνος είναι έντονος και ο αδένας εμφανίζεται υπέρμετρα διογκωμένος, σφαιρικού σχήματος. Η φλεγμονώδης διήθηση είναι χαρακτηριστική και πυώδες έκκριμα εμφανίζεται στο κάτω μέρος του προδρόμου του κόλπου. Πρόκειται για την πλέον συνήθη και πλέον θορυβώδη και επώδυνη τυπική επιπλοκή. Με την πάροδο των εβδομάδων η συμπτωματολογία αυτή υποστρέφεται.<sup>5</sup>
- ♦ **Περιορηθρικοί αδένες (Skene)** à Οι αδένες αυτοί φλεγμαίνουν πρῶιμοι χωρίς όμως θορυβώδη συμπτωματολογία. Επιπλέον τα χείλη του αιδοίου εξοιδαίνονται, η χροιά τους γίνεται εντόνως ερυθρά και παρατηρείται διόγκωση των σμηγματογόνων αδένων. Οι τριχοσμηματογόνοι θύλακοι του εφηβαίου και των τριχών του αιδοίου μολύνονται και σε ορισμένα σημεία διαπυήσκονται. Πρόκειται για γονοκοκκική θηλακίτιδα.<sup>5</sup>
- ♦ **Εξαρτηματίτις και πυελική νόσος** à Πρόκειται για την πλέον σοβαρή επιπλοκή η οποία αγγίζει το 10% των περιπτώσεων, με συνέπεια στέρωση ή εξωμήτριο κύηση. Η πυελική νόσος γονοκοκκικής αιτιολογίας εγκαθίσταται μόνο εάν παραμεληθεί η θεραπεία. Η επινέμηση της νόσου γίνεται κυρίως διαμέσου των σαλπίνγων οι οποίες φλεγμαίνουν και συνοδεύονται από ισχυρό πόνο στις περιπτώσεις όπου ο γονόκοκκος έχει πλημμυρίσει το τράχηλο και τους ενδομητρικούς ιστούς. Ωστόσο διασπορά γίνεται και διαμέσου του λεμφικού δικτύου. Εάν πρόκειται επί μολύνσεως και των δύο εξαρτημάτων, τότε επακολουθεί στέρωση.<sup>5</sup>

## Εξωγεννητικοί εντοπισμοί

**Γονοκοκκική πρωκτίτις** à Η γονοκοκκική λοίμωξη του ορθού είναι συνηθέστερη στις γυναίκες και στους ομοφυλόφιλους άνδρες. Στις γυναίκες η μόλυνση γίνεται κατ'επινέμηση ιστού, λόγω της ροής των υγρών του κόλπου προς τα πίσω. Η φύση του επιθηλίου του πρωκτού(κυλινδρικό) ευνοεί την εγκατάσταση και ανάπτυξη του μικροβίου, η οποία χαρακτηρίζεται από αίσθημα τεινεισμού, βλεννοπυώδη ή τέλος αιματηρή έκκριση συνοδευόμενη από έντονη φλεγμονή και πόνο.<sup>5</sup>

**Γονοκοκκική οφθαλμία** à Η μόλυνση των οφθαλμών γίνεται συνήθως και νεογέννητων κατά τη δίοδο διαμέσου του γεννητικού σωλήνα από τις εκκρίσεις της μητέρας. Η νόσος εκδηλώνεται

μετά από 2-7 ημέρες με βλεννοπυώδεις εκκρίσεις των οφθαλμών και συνοδευτικά φαινόμενα εντόνου επιπεφυκίτιδος. Παλαιότερα οδηγούσε σε τύφλωση. Προληπτικά κατά τον τοκετό ενσταλλάσσονται στους οφθαλμούς 2-3 σταγόνες νιτρικού αργύρου 1% αμέσως μετά τη γέννηση. Η μόλυνση εγκαθίσταται διαμέσου των χειρών στα οποία υπήρξε έκκριμα μη αποξηραθέν και τα χέρια ήλθαν σε επαφή με τα μάτια.<sup>5</sup>

**Γονοκοκκική στοματο-φαρυγγίτις** ⇨ Ο ενοφθαλμισμός του γονόκοκκου γίνεται διά στοματογενετικής σεξουαλικής επαφής. Συνήθως απαντά επί γυναικών και επί ομοφυλοφίλων. Επειδή ο γονόκοκκος βρίσκεται σε αφιλόξενο έδαφος δεν παρατηρούνται φαινόμενα οξείας φλεγμονής και η συμπτωματολογία είναι αμβληχρά. Υπάρχει ωστόσο ήπια φλεγμονή των ουλών των αμυγδαλών και του φάρυγγα η ήπια καταρροϊκή διάθεση. Η διασπορά από τις θέσεις αυτές αιματογενώς είναι ευκολότερη παρά από άλλες ανατομικές περιοχές. Εάν δεν συνυπάρχει γονοκοκκική λοίμωξη των γεννητικών οργάνων, η νόσος διαδράμει απαρατήρητη υπό τη μορφή της ασυμπτωματικής βλεννόρροιας.<sup>5</sup>

**Γονοκοκκική κολπίτις** ⇨ Η προσβολή του κόλπου από γονόκοκκο δύναται να θεωρηθεί ως επιπλοκή, ως εκ του γεγονότος ότι ο γονόκοκκος δεν «φιλεί» το πλακώδες επιθήλιο του κόλπου. Ωστόσο, ένεκα των αυξημένων εκκρίσεων η επινέμηση στο επιθήλιο του κόλπου είναι πλέον σταθερή. Η συμπτωματολογία κατά τη φάση αυτή (οξεία φάση) χαρακτηρίζεται από την επίταση των αντιδραστικών φαινομένων δηλαδή πολλές εκκρίσεις, πόνος, καύσος, αίσθημα βάρους κτλ.<sup>5</sup>

#### ***Συνοπτικά λοιπόν η βλεννόρροια προκαλεί:***

- ◆ **Στους άνδρες:** Γονοκοκκική ουρηθρίτιδα, προστατίτιδα, επιδιδυμίτιδα, ορχίτιδα, πρωκτίτιδα, μόλυνση του ορθού εντέρου, και γονοκοκκική φαρυγγίτιδα
- ◆ **Στις γυναίκες:** Γονοκοκκική ουρηθρίτιδα, κολπίτιδα, σαλπινγίτιδα με κίνδυνο στειρώσεως, φλεγμονώδη νόσο της πυέλου, γονοκοκκική αρθρίτιδα, πρωκτίτιδα, γονοκοκκική φαρυγγίτιδα<sup>15</sup>
- ◆ **Στα νεογνά:** Γονοκοκκική οφθαλμίτιδα<sup>5</sup>

#### **Διαφορική διάγνωση**

Η διαφορική διάγνωση συμπεριλαμβάνει:

1. Τη μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα
2. Την ουρηθρίτιδα οφειλόμενη στον ιό του απλού έρπητα
3. Την ουρηθρίτιδα η οποία οφείλεται σε ενδοουρηθρικά οξυτενή κονδυλώματα



4. Την τραυματική ουρηθρίτιδα η οποία οφείλεται στη συχνή απόμυξη του πέους για τη διαπίστωση εκκρίσεως ή όχι
5. Την αφροδισιοφοβία (ψυχιατρικό πρόβλημα)
6. Επί γυναικών η, εκ πολλών αιτιών υπερέκκριση υγρών του κόλπου δημιουργεί διαγνωστικό πρόβλημα.<sup>5</sup>

### **Εργαστηριακή διάγνωση**

Οι εργαστηριακές δοκιμασίες για την διάγνωση της βλεννόρροιας περιλαμβάνουν:

- ◆ Άμεση μικροσκοπική εξέταση.
- ◆ Καλλιέργεια.
- ◆ Αναζήτηση νουκλεϊκού οξέος.
- ◆ Αναζήτηση αντιγόνων.
- ◆ Αναζήτηση αντισωμάτων (οροαντιδράσεις).<sup>5</sup>

## **3.2.2 Αντιμετώπιση ασθενών με μη επιπλεγμένη γονοκοκκική λοίμωξη – Ουρήθρας – Τραχήλου – Ορθού**

### **Θεραπεία**

Η κυριότερη παράμετρος που πρέπει να λάβει υπ' όψιν του ο γιατρός προκειμένου να αντιμετωπίσει άτομο με γονοκοκκική λοίμωξη είναι η ύπαρξη ή μη ανθεκτικών στα αντιβιοτικά στελεχών *N. Gonorrhoeae* στην περιοχή όπου μολύνθηκε ο ασθενής.<sup>5</sup>

Επειδή όμως η θεραπεία, για συνήθεις μη επιπλεγμένες περιπτώσεις γονοκοκκικής λοίμωξης ουρήθρας, τραχήλου ή ορθού, πρέπει να χορηγείται ευθύς ως τέθει η διάγνωση (ώστε να ανακόπτεται η περαιτέρω διασπορά του μικροβίου), ο θεράπων γιατρός δεν μπορεί να περιμένει τις μακροχρόνιες εργαστηριακές δοκιμασίες απομόνωσης στελέχους καθενός ασθενούς χωριστά. Τις πληροφορίες περί ευαισθησίας – αντοχής των στελεχών της περιοχής, πρέπει ο γιατρός να τις έχει εκ των προτέρων από την επιδημιολογική επιτήρηση των γονοκοκκικών λοιμώξεων της χώρας του και τις σχετικές οδηγίες που απορρέουν από αυτήν.<sup>5</sup>

Εκτός από την ευαισθησία – αντοχή των στελεχών *N. Gonorrhoeae* της περιοχής, η επιλογή θεραπευτικού σχήματος επηρεάζεται και από ορισμένες άλλες παραμέτρους, οι κυριότερες από τις οποίες είναι οι εξής:

1. Η πιθανότητα εκτός από την *N.gonorrhoeae* ο ασθενής να έχει συλλοίμωξη και με κάποιο άλλο λοιμώδη παράγοντα.
2. Εάν η πάσχουσα από γονοκοκκική λοίμωξη είναι έγκυος, η επίδραση του επιλεγέντος αντιβιοτικού στο έμβρυο πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν.
3. Εάν ο πάσχων είναι ομο-αμφιφιλόφυλος, υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα το στέλεχος *N.gonorrhoeae* από το οποίο μολύνθηκε να είναι ανθεκτικό από μετάλλαξη. Επίσης είναι πολύ πιθανόν να έχει εντόπιση και στο φάρυγγα.<sup>5</sup>

### **Θεραπευτικά σχήματα**

Τα θεραπευτικά σχήματα για την αντιμετώπιση της μη επιπελεγμένης γονοκοκκικής λοίμωξης της ουρήθρας, του τραχήλου και του ορθού τα οποία συνιστώνται από το κέντρο ελέγχου ειδικών λοιμώξεων των ΗΠΑ(2002) είναι η εξής:

- ◆ Ceftriaxone (κεφαλοσπορίνη) 125 mg ενδομυϊκώς εφ'άπαξ ή
- ◆ Cefoxitine (καφαλοσπορίνη) 400 mg per os εφ'άπαξ ή
- ◆ Ciprofloxacin (κινολόνη) 500 mg per os εφ'άπαξ ή
- ◆ Ofloxacin (κινολόνη) 400 mg per os εφ'άπαξ.<sup>5</sup>

Όλα τα ανωτέρω σχήματα έχει αποδειχθεί με πολυάριθμες κλινικές μελέτες ότι θεραπεύουν το 97-99% όλων των περιστατικών μη επιπλεγμένων γονοκοκκικών λοιμώξεων.

Η Ceftriaxone και η Cefixitime έχουν παρόμοιο αντιμικροβιακό φάσμα και φαρμακοκινητική. Πλεονέκτημα της Ceftriaxone είναι ότι έχει καλύτερη δράση από τα υπόλοιπα στη φαρυγγική εντόπιση της *N.gonorrhoeae*, μειονέκτημά της είναι ότι πρέπει να χορηγηθεί ενδομυϊκώς. Μειονέκτημα και των δύο είναι η μικρή πάντως υπαρκτή πιθανότητα δυσανεξίας του ασθενούς στις κεφαλοσπορίνες.<sup>5</sup>

Όσον αφορά τις κινολόνες, αποτελούν το αντιβιοτικό επιλογής στη περίπτωση που ο ασθενής με την γονοκοκκική λοίμωξη είναι ύποπτος και για συφιλιδική μόλυνση, δεδομένου ότι δεν δρουν στο *Tr pallidum*. Μειονεκτήματά τους είναι:

1. Δεν πρέπει να χορηγούνται σε εγκύους καθώς και σε άτομα με ιστορικό σπασμού.
2. Σε ορισμένες περιοχές άρχισαν να εμφανίζονται σποραδικά στελέχη ανθεκτικά στις κινολόνες.

3. Ορισμένοι ασθενείς εμφανίζουν δυσανεξία στις κινολόνες.

Στην Ελλάδα, όπως αναφέρθηκε, δεν έχει εμφανισθεί μέχρι το 1998 κανενός είδους ανοχή στην Cefoxitime, ceftriaxone και spectinomycin. Το θεραπευτικό σχήμα το οποίο χορηγείται κατ' αρχήν στο νοσοκομείο «Α.Συγγρός» είναι Ceftriaxone 2 mg ενδομυϊκώς εφ' άπαξ.<sup>5</sup>

### Προφύλαξη

Η συστηματική χρήση του ανδρικού προφυλακτικού παρέχει υψηλού βαθμού προστασία από ΣΜΛ. Το κολπικό διάφραγμα επίσης περιορίζει τη μετάδοση λοιμώξεων στον ενδοτράχηλο.

Τοπικά σπερματοκτόνα και βακτηριοκτόνα gels, έχει αποδειχθεί ότι σαφώς περιορίζουν τη μετάδοση τόσο της *N.gonorrhoeae* όσο και των *C.trachomatis*.

Η ούρηση και το πλύσιμο των έξω γεννητικών οργάνων αμέσως μετά τη σεξουαλική επαφή, θεωρείται από πολλούς ότι παρέχουν σχετική προστασία ενώ αντιθέτως οι συχνές ενδοκολπικές πλύσεις θεωρούνται βλαβερές και μάλλον προδιαθεσικές σε λοιμώξεις λόγω μεταβολής της φυσιολογικής χλωρίδας.

Προληπτική λήψη αντιβιοτικού αμέσως ή έστω σύντομα μετά την ύποπτη σεξουαλική επαφή, μετά βεβαιότητας περιορίζει τον κίνδυνο μόλυνσης αλλά συγχρόνως αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης ανθεκτικών στελεχών.<sup>5</sup>

### 3.2.3 Επιδημιολογία

Η γονοκοκκική λοίμωξη είναι νόσημα με παγκόσμια διασπορά και παγκοσμίως υποχρεωτικώς δηλούμενο. Παρ' όλα αυτά λίγες είναι εκείνες οι χώρες, ακόμη και μεταξύ των ανεπτυγμένων κρατών, οι οποίες έχουν επαρκή συστήματα δήλωσης, καταγραφής και επιδημιολογικής επεξεργασίας των κρουσμάτων γονοκοκκικής λοίμωξης.

Τις καλύτερες υπηρεσίες αυτού του είδους διαθέτουν οι ΗΠΑ, ο Καναδάς, η Αγγλία και η Σουηδία. Ακόμη και για αυτές τις χώρες όμως ο αριθμός των πραγματικών κρουσμάτων ετησίως υπολογίζεται σχεδόν διπλάσιος των κρουσμάτων που δηλώνονται.

Γενικώς η επίπτωση της βλεννόρροιας παγκοσμίως υπολογίζεται μεταξύ 70 και 200 εκατομμυρίων κρουσμάτων ετησίως, από τα οποία το 65% περίπου στις υποανάπτυκτες και αναπτυσσόμενες χώρες της Αφρικής, της Ασίας και της Ν.Αμερικής.<sup>5</sup>

## **Συχνότητα – Διαχρονικές τάσεις – Γεωγραφική κατανομή**

Η γονοκοκκική λοίμωξη ακολούθησε διαχρονικά τις γενικές τάσεις των μικροβιακών αφροδισίων νοσημάτων. Στο Δυτικό Κόσμο την υψηλή επίπτωση του πρώτου ημίσεως του 20<sup>ου</sup> αιώνα ακολούθησε η ραγδαία μείωση μετά την ανακάλυψη της πενικιλίνης. Επανάκαμψη της γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας παρατηρήθηκε κατά τα χρόνια της «σεξουαλικής επανάστασης» στις δεκαετίες του 1960 και του 1970. Όμως ο φόβος του HIV/AIDS οδήγησε σε εκ νέου μείωση μετά το 1980, συνεχίστηκε μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του 1990, ώστε σήμερα στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες η επίπτωση να είναι μικρότερη από 20 νέες περιπτώσεις/100.000 πληθυσμού ετησίως.<sup>5</sup>

Στις ΗΠΑ, η επίπτωση είναι υψηλότερη συγκριτικά με τις άλλες Δυτικές χώρες, με αυξημένη συχνότητα στα αστικά κέντρα, ιδίως μεταξύ των Αφροαμερικανών. Στη Ρωσία, η επιδημική έξαρση της βλεννόρροιας προηγήθηκε της σύφιλης, ενώ ακολούθως παρατηρήθηκε ταχεία μείωση (κατά 38% μεταξύ 1993-1996).

Στην Ελλάδα, με βάση τα στοιχεία των ετών 1976-1996 που προέρχονται από το Νοσοκομείο «Α.Συγγρός» η βλεννόρροια αντιπροσωπεύει το 11% των διαγνώσεων των «αφροδισίων νοσημάτων». Ξεκινώντας από το επίπεδο των 20-25 περιπτώσεων ανά 1000 εξεταζόμενους ασθενείς, η συχνότητα παρουσίασε πτωτικές τάσεις κατά τη δεκαετία 1970, μικρή ανάκαμψη στις αρχές της δεκαετίας του 1980 και μετά το 1988 ραγδαία μείωση σε επίπεδο κάτω των 5 περιπτώσεων/1000 σε δερματολογικούς ασθενείς. Σε σύγκριση με ανάλογη μελέτη για τα έτη 1953-1973 διαπιστώνεται σαφής μείωση της συχνότητας της βλεννόρροιας στην Ελλάδα.<sup>5</sup>

Αν και τα επιδημιολογικά στοιχεία είναι ανεπαρκή, φαίνεται ότι η γονοκοκκική ουρηθρίτιδα είναι πολύ διαδεδομένη στις αναπτυσσόμενες χώρες. Στην υπό τη Σαχάρα Αφρική, ο επιπολασμός υπολογίζεται σε 1,98% για τους άνδρες και 2,8% για τις γυναίκες ηλικίας 15-49 ετών. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, ο αριθμός των νέων περιπτώσεων βλεννόρροιας στις αναπτυσσόμενες χώρες υπερβαίνει τα 50 εκατομμύρια ετησίως.<sup>5</sup>

## **Ηλικία**

Προσβάλλει σεξουαλικά δραστήρια άτομα κάθε ηλικίας.<sup>14</sup> Συχνότερα νεαρά άτομα ηλικίας 15-35 ετών νοσούν. Είναι αξιοσημείωτο ότι η γονοκοκκική ουρηθρίτιδα συσχετίζεται με νεαρότερες ηλικίες απ'ότι η σύφιλη. Στις γυναίκες, η συνηθέστερη ηλικία προσβολής είναι μεταξύ 20-24 ετών.<sup>5</sup>

## **Φύλο**

Πιο κοινή στους άνδρες.<sup>14</sup> Οι άνδρες φαίνεται ότι προσβάλλονται συχνότερα λόγω της εντονότερης ερωτικής δραστηριότητας, αλλά και διαγιγνώσκεται συχνότερα, γιατί τα συμπτώματα είναι εμφανέστερα και προέρχονται ευκολότερα στον ιατρό.<sup>5</sup>

## **Φυλή**

Σε δύο πρόσφατες μελέτες από Μ.Βρετανία βρέθηκε ότι οι έγχρωμοι ξένης εθνικότητας έχουν αυξημένο κίνδυνο να νοσήσουν από βλεννόρροια, ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική τους θέση. Πιθανώς αυτό ερμηνεύεται από τα χαρακτηριστικά της σεξουαλικής τους συμπεριφοράς που υπαγορεύει η εθνικότητά τους, παρά από πραγματικές φυλετικές ή εθνικές διαφορές ως προς την ευπάθεια.<sup>14</sup>

## **Παράγοντες κινδύνου**

Η νόσος είναι συχνή στους ομοφυλόφιλους άνδρες, ενώ οι ιερόδουλες γυναίκες αποτελούν σημαντική πηγή μόλυνσης, ιδίως στις αναπτυσσόμενες χώρες. Στους παράγοντες κινδύνου για βλεννόρροια περιλαμβάνονται:

1. Νεαρή ηλικία.
2. Χαμηλή κοινωνικοοικονομική τάξη.
3. Διαμονή σε αστικές περιοχές.
4. Έναρξη σεξουαλικής ζωής σε μικρή ηλικία.
5. Ερωτικές επαφές με πολλαπλούς συντρόφους ή ευκαιριακούς συντρόφους.
6. Άγαμο άτομο.
7. Ιστορικό άλλου Σεξ.
8. Χρήση απαγορευμένων ουσιών ιδίως σε σεξουαλική δραστηριότητα.
9. Σε πρόσφατες μελέτες βρέθηκε υψηλή συχνότητα βλεννόρροιας μεταξύ των HIV ασθενών.
10. Η βλεννόρροια φαίνεται να παρουσιάζει εποχιακή προτίμηση στο καλοκαίρι και στο φθινόπωρο.<sup>5</sup>

Τα χαρακτηριστικά όλων των πασχόντων (Ελλήνων και αλλοδαπών) είναι παρόμοια: χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, μεγάλος αριθμός ερωτικών συντρόφων, συχνή εναλλαγή ερωτικών συντρόφων, ιστορικό επαναλαμβανόμενης STD και κυρίως βλεννόρροιας, ελλιπής πληροφόρηση (αγωγή υγείας) για τα STDs και δύσκολη πρόσβαση στις Υγειονομικές Υπηρεσίες της χώρας.<sup>5</sup>

Κλείνοντας την αναφορά στην επιδημιολογία της βλεννόρροιας, θα μπορούσαμε να πούμε ότι η νόσος για ποικίλους λόγους, οι κυριότεροι των οποίων είναι:

1. Η παγκόσμια διασπορά ανθεκτικών στελεχών
2. Η παγκόσμια ύπαρξη ατόμων (αρρένων και θηλέων), με ασυμπτωματική μόλυνση και
3. Η ύπαρξη, σε κάθε υπό μελέτη περιοχή, ομάδας ατόμων αποτελούντων στο core group για το συγκεκριμένο νόσημα, θα εξακολουθήσει για πολύ ακόμη να αποτελεί καίριο πρόβλημα υγείας.<sup>5</sup>

### 3.3 Χλαμύδια

Σ'όλες σχεδόν τις χώρες, οι χλαμυδιακές μολύνσεις αποτελούν την κυριότερη αιτία των σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων.<sup>2</sup> ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΑ Για τις γυναίκες η μόλυνση ονομάζεται χλαμυδιακή τραχηλίτιδα και για τους άνδρες αποτελεί την κύρια αιτία μη γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας.<sup>14</sup>

#### Χαρακτηριστικές ιδιότητες

Τα χλαμύδια είναι υποχρεωτικά ενδοκυττάριοι μικροοργανισμοί. Διακρίνονται σε δύο είδη, *Chlamydia psittaci* και *Chlamydia trachomatis*, με βάση την αντιγονική σύσταση, τα ενδοκυττάρια έγκλειστα που σχηματίζουν μέσα στα κύτταρα, την ευαισθησία τους στις σουλφοναμίδες και τη νόσο που προκαλούν. Διαφέρουν από τους ιούς επειδή έχουν κυτταρικό τοίχωμα που μοιάζει με το τοίχωμα των βακτηρίων, πολλαπλασιάζονται με διχοτόμηση, περιέχουν RNA και DNA, περιέχουν ριβοσώματα, περιέχουν διάφορα ένζυμα και η ανάπτυξή τους αναστέλλεται από αντιβιοτικά.<sup>16</sup> Μελέτες έχουν δείξει ότι 20% με 40% των σεξουαλικών ενεργών γυναικών έχουν εκτεθεί στο *C.trachomatis* και έχουν αποκτήσει θετικά αντισώματα σ'αυτόν το μικροοργανισμό. Ιδιαίτερα μεταξύ νεαρών σεξουαλικά γυναικών, η συχνότητα των λοιμώξεων είναι περίπου 17%, αν το ποσοστό αυτό διαφέρει ανάλογα με τον πληθυσμό που μελετάται. Η συχνότητα εποικισμού ή φλεγμονής του τραχήλου από τα χλαμύδια υπολογίζεται στο μη εγκύμονα πληθυσμό σε 3% με 5%, ενώ στον εγκύμονα πληθυσμό κυμαίνεται μεταξύ 3% και 25%. Οι χλαμυδιακές λοιμώξεις προκαλούν ποικίλες κλινικές εκδηλώσεις στις γυναίκες όπως :

1. Ουρηθρίτιδα.
2. Τραχηλίτιδα.
3. Οξεία σαλπινγίτιδα.
4. Πυελική φλεγμονώδη νόσο.<sup>5</sup>

Έχει αναφερθεί επίσης ότι το *C.trachomatis* ενοχοποιείται για ενδομητρίτιδα, φλεγμονή των βαρθολινείων αδένων και πρωκτίτιδα.<sup>5</sup>



**Εικόνα 14:** Χλαμυδική Ουρηθρίτιδα<sup>12</sup> **Εικόνα 15:** Χλαμυδική Τραχηλίτιδα<sup>12</sup>

### Συμπτώματα

Πολλές γυναίκες δεν έχουν συμπτώματα,. Εάν εμφανιστούν τότε αυτά περιλαμβάνουν:

- Μη φυσιολογικές κολπικές εκκρίσεις.
- Συχνή αίσθηση για ούρηση.
- Πόνο στην κάτω κοιλιακή χώρα.
- Πόνο κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής.<sup>14</sup>

## **Η μη χρήση προφυλακτικού αυξάνει το κίνδυνο για χλαμύδια στους νέους**

Η άγνοια και η απροθυμία των εφήβων να χρησιμοποιήσουν προφυλακτικό στις ερωτικές τους επαφές, αυξάνει θεαματικά τον κίνδυνο να μολυνθούν από χλαμύδια, ένα από τα πιο συχνά σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, που αποτελεί και το πιο συχνό αίτιο μη γονοκοκκικής λοίμωξης των γεννητικών οργάνων.<sup>17</sup>

Το πρόβλημα που δημιουργούν οι χλαμυδιακές λοιμώξεις είναι ότι σε πολλές περιπτώσεις είναι χωρίς συμπτώματα. Κατά τη θεραπεία, οι ασθενείς δεν έχουν επίγνωση της πάθησής τους και μένουν χωρίς θεραπεία. Αυτό έχει αποτέλεσμα, η λοίμωξη να μετατρέπεται σε χρόνια, δημιουργώντας παράλληλα κάποιες επιπλοκές.<sup>17</sup>

Το ποσοστό μόλυνσης από χλαμύδια, έχει τριπλασιαστεί σε ορισμένες περιοχές της Ουαλίας τα τελευταία 5 χρόνια και ειδικότερα στους νέους ανθρώπους, οι οποίοι σε μεγάλο ποσοστό αγνοούν την ύπαρξή τους και τις μακροπρόθεσμες παρενέργειές τους.

Υπολογίζεται ότι οι χρόνιες χλαμυδιακές λοιμώξεις ευθύνονται για το 20% των περιπτώσεων υπογονιμότητας που παρατηρούνται σε ζευγάρια της Ουαλίας.<sup>17</sup>

Η θεραπεία από τα χλαμύδια είναι απλή και συνιστάται στη χρήση αντιβιοτικών, αρκεί η διάγνωση να τεθεί έγκαιρα. Πιο ευαίσθητες στη λοίμωξη είναι οι γυναίκες ηλικίας 15-34 ετών και οι άνδρες 20-30 ετών.<sup>17</sup>

## **Επίδραση της νόσου στην κύηση**

Έχει αναφερθεί αύξηση του ποσοστού των αυτομάτων αποβολών σε εγκύους που έχουν παρουσία χλαμυδίων στο κατώτερο γεννητικό σύστημα. Εντούτοις, άλλες μελέτες συσχετίζουν την παρουσία χλαμυδίων με αυξημένο κίνδυνο αποβολών ή ενδομητρίων θανάτων.

Υπάρχουν επίσης μελέτες που ενοχοποιούν τα χλαμύδια ως αιτία προκλήσεως πρόωρου τοκετού και γέννησης λοιποβαρών εμβρύων.<sup>5</sup>

Η παρουσία του *C.trachomatis* στη μητέρα μπορεί να προκαλέσει σοβαρές επιπλοκές στο νεογνό. Πηγή μόλυνσης για το νεογνό είναι ο τράχηλος της μητέρας του, από τον οποίο μολύνεται κατά τη δίοδό του από την κολπική οδό. Ο κίνδυνος μόλυνσεως του νεογνού κυμαίνεται από 60%-70%. Οι μολύνσεις αυτές προκαλούν 20%-50% επιπεφυκίτιδα μετ' εγκλείστων, σε ποσοστό 10-20% πνευμονία, ενώ δεν είναι σπάνιες η κολπίτιδα, η ρινοφαρυγγίτιδα, η μέση πυώδης ωτίτιδα και η πρωκτίτιδα.<sup>5</sup>



## **Κύηση και γλαμυδιακή λοίμωξη**

Από μαιευτική άποψη, το πιο ενδιαφέρον είναι το γλαμύδιο του τραχώματος, το οποίο μπορεί να προκελέσει τράχωμα, σαλπινγίτιδα, τραχηλίτιδα, ουρηθρίτιδα κ.τ.λ. Κατά την κύηση, η κλινική εκδήλωση της τραχωμάτωσης του κόλπου και του τραχήλου της μήτρας είναι η κολπική υπερρέκκριση. Η τραχωματική τραχηλίτιδα χαρακτηρίζεται από μικροκυστικές αλλοιώσεις και οζίδια.<sup>18</sup>

### **Συγγενής προσβολή του εμβρύου**

Η προσβολή του εμβρύου από το γλαμύδιο του τραχώματος γίνεται κατά τον τοκετό, η οποία έχει κύρια εκδήλωση την επιπεφυκίτιδα. Η εκδήλωση της επιπεφυκίτιδας των νεογνών γίνεται 7-17 ημέρες μετά τον τοκετό και συνήθως είναι πιο ελαφρά από την γονοκοκκική. Επίσης, το γλαμύδιο του τραχώματος προκαλεί πνευμονία σε μεγάλο ποσοστό και έχει σαν αποτέλεσμα την αύξηση της περιγεννητικής νοσηρότητας. Σε πρόσφατες έρευνες βρέθηκε ότι το γλαμύδιο του τραχώματος αποτελεί την δεύτερη αιτία της περιγεννητικής νοσηρότητας. Ακόμη, σε προσβολή από γλαμύδια μπορεί να αναπτυχθεί μικροβιαμία, η οποία έχει σαν αποτέλεσμα την πρόκληση αποβολών και ενδομητρίων θανάτων.<sup>18</sup>

## **Χλαμύδια:Επαναλαμβανόμενες μολύνσεις σε νέες γυναίκες**

Η μόλυνση με χλαμύδια είναι η συχνότερη σεξουαλικά μεταδιδόμενη, βακτηριδιακή λοίμωξη σε νέες γυναίκες. Προκαλείται από το βακτηρίδιο Chlamydia Trachomatis. Οι επαναλαμβανόμενες μολύνσεις με τα χλαμύδια, είναι συχνότερες στις νέες γυναίκες από ότι υπολογιζόταν μέχρι τώρα. Προκαλούν έτσι μια σημαντική επιπρόσθετη επιβάρυνση για την υγεία της ευάλωτης αυτής ομάδα. Γιατροί από το πανεπιστήμιο του Yale των Ηνωμένων Πολιτειών, μελέτησαν σε 411 νέες γυναίκες τη συχνότητα και εξέλιξη των μολύνσεων με τα χλαμύδια. Η αρχική διάγνωση έγινε όταν οι γυναίκες ήσαν ηλικίας από 14 έως 19 ετών κατά τη χρονική περίοδο από 1998 έως 2001.<sup>19</sup>

ιατρικό κέντρο για προβλήματα αναπαραγωγής, αυτές εξετάστηκαν ξανά στους 6, 12 και 18 μήνες αργότερα. Από το σύνολο των γυναικών, οι 386 παρακολούθηθηκαν μακροχρόνια για μέσο όρο 4.7 χρόνια.

Εκτός από την αρχική αξιολόγηση που έγινε κατά την πρώτη επίσκεψη των γυναικών σε

**Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι περίπου 54% των γυναικών είχαν παρουσιάσει μόλυνση από τα βακτηρίδια χλαμύδια. Το 30% του συνόλου, παρουσίαζαν επαναλαμβανόμενες μολύνσεις.** Βασικά το 50% των γυναικών που είχαν προσβληθεί από χλαμύδια, παρουσίαζαν

ξανά επαναλαμβανόμενες μολύνσεις με τα βακτηρίδια. Το χρονικό διάστημα μεταξύ των επαναλαμβανόμενων μολύνσεων ήταν κατά μέσο όρο 5.2 μήνες. Η εν λόγω έρευνα, μας δείχνει ότι απαιτούνται καλύτερα μέτρα πρόληψης και αντιμετώπισης του προβλήματος, δεδομένου ότι τα χλαμύδια είναι η συχνότερη σεξουαλικά μεταδιδόμενη νόσος και ότι σχεδόν 50% των γυναικών που παρουσίαζαν τη μόλυνση, την είχαν παρουσιάσει παλαιότερα και πιθανόν να είχαν πάρει τη θεραπεία.<sup>19</sup>

Συγκεκριμένα χρειάζεται καλύτερη συμβουλευτική στήριξη στις γυναίκες που προσβάλλονται από τη νόσο, ως μέρος της ολοκληρωμένης αντιμετώπισης της πάθησης.

Χρειάζονται καλύτεροι τρόποι διαχείρισης του προβλήματος επαναμόλυνσης από τους σεξουαλικούς συντρόφους των νέων γυναικών.<sup>19</sup>

Το ζήτημα είναι σοβαρότερο λαμβάνοντας υπόψη ότι οι σεξουαλικοί σύντροφοι, δεν προσέρχονται για περίθαλψη σε ιατρικά κέντρα. Παραμένουν χωρίς θεραπεία, δεν τυγχάνουν συμβουλευτικής στήριξης και μεταδίδουν ξανά τα βακτηρίδια αυξάνοντας τους κινδύνους επιπλοκών με μη αναστρέψιμα, σοβαρά προβλήματα, σε νέες γυναίκες.<sup>19</sup>

**Τα χλαμύδια αντιμετωπίζονται εύκολα με τις σύγχρονες αντιβιοτικές θεραπείες.** Στις περιπτώσεις όμως που η πάθηση παραμένει χωρίς θεραπεία, είναι σε θέση να προκαλεί σοβαρές επιπλοκές.<sup>19</sup>

Σε πολλές περιπτώσεις τα χλαμύδια δεν προκαλούν συμπτώματα. Τα συχνότερα σημεία και συμπτώματα που μπορούν να προκαλέσουν τα χλαμύδια περιλαμβάνουν εκκρίσεις από το πέος, κόλπο ή πρωκτό, πόνους κατά την ούρηση και τη σεξουαλική επαφή. Στις γυναίκες, προκαλούνται πόνοι ή κράμπες στην κάτω κοιλία, στην περιοχή της λεκάνης. Στους άνδρες, αίσθημα καύσου ή φαγούρας στην κατάληξη της ουρήθρας στην κεφαλή του πέους και πόνους στους όρχεις.<sup>19</sup>

Χωρίς θεραπεία, τα βακτηρίδια *Chlamydia Trachomatis* προκαλούν σοβαρά προβλήματα στις γυναίκες όπως στειρότητα, έκτοπη εγκυμοσύνη, χρόνια φλεγμονώδη νόσο του αναπαραγωγικού συστήματος και ευπάθεια στην προσβολή ή μετάδοση του ιού HIV που προκαλεί το AIDS.<sup>19</sup>

## Χλαμύδια: Ανάγκη για ετήσιο τεστ ανίχνευσης σε νέες γυναίκες

Οι γυναίκες νεαρής και εφηβικής ηλικίας, δεν υποβάλλονται σε συστηματικά τεστ ανίχνευσης για τα χλαμύδια παρά το γεγονός ότι υπάρχουν συστάσεις για να γίνονται μια φορά κάθε χρόνο τα εν λόγω τεστ ρουτίνας.

Το αποτέλεσμα είναι ένας μεγάλος αριθμός γυναικών νεαρής και εφηβικής ηλικίας που ενώ έχουν μολυνθεί από χλαμύδια, παραμένουν χωρίς θεραπεία με σοβαρές συνέπειες για την υγεία τους.



**Η μόλυνση με χλαμύδια παραμένει η συχνότερη σεξουαλικά μεταδιδόμενη νόσος.** Σε πολλές περιπτώσεις μολύνσεων με χλαμύδια, η διάγνωση δεν γίνεται ή εάν γίνει δεν δηλώνεται. Το γεγονός αυτό δείχνει ότι ο πραγματικός αριθμός των μολύνσεων αυτών, είναι πολύ μεγαλύτερος από ότι δείχνουν τα στατιστικά στοιχεία.<sup>20</sup>

Το 70% των μολύνσεων με χλαμύδια στις γυναίκες και 75% των ιδίων μολύνσεων στους άνδρες, δεν προκαλούν συμπτώματα ή εάν προκαλούν είναι ασαφή. Για αυτό, πολλές γυναίκες καθυστερούν να ζητήσουν ιατρική βοήθεια και θεραπεία. Επιπρόσθετα το 70% των μολύνσεων με χλαμύδια που δηλώνονται, συμβαίνουν σε γυναίκες κάτω των 25 ετών.

Μέχρι 40% των γυναικών που έχουν μολυνθεί από χλαμύδια και παραμένουν χωρίς θεραπεία, μπορούν να υποστούν φλεγμονώδη νόσο των αναπαραγωγικών οργάνων στη λεκάνη τους. Η συχνότερη εκδήλωση της μόλυνσης με χλαμύδια στις γυναίκες είναι η προσβολή του τραχήλου της μήτρας.<sup>20</sup>

Ο κίνδυνος εξαιτίας αυτής της κατάστασης στις γυναίκες, είναι να έχουν χρόνια πόνο στην κοιλιά, στειρότητα λόγω μεταξύ άλλων προσβολής των σαλπίγγων και εξωμήτριο κύηση. Υπολογίζεται ότι 1 στις 5 γυναίκες με φλεγμονώδη νόσο των αναπαραγωγικών οργάνων της λεκάνης θα καταστεί στείρα. Επίσης η μόλυνση με χλαμύδια αυξάνει τον κίνδυνο μετάδοσης και προσβολής από τον ιό HIV που προκαλεί το AIDS.<sup>20</sup>

Τα χλαμύδια είναι βακτήρια που μεταδίδονται από άνθρωπο σε άνθρωπο δια μέσου του σεξ. Τα χλαμύδια και η γονόρροια που είναι επίσης μια άλλη ασθένεια που μεταδίδεται με το σεξ, μολύνουν τις ίδιες περιοχές του γεννητικού συστήματος των γυναικών. Συχνά οι δύο παθήσεις συνυπάρχουν και χορηγείται στις ασθενείς, θεραπεία και για τις δύο ταυτόχρονα.

Σύμφωνα με οδηγίες από αρμόδιους επίσημους οργανισμούς (The American College of Obstetricians and Gynecologists, Centers for Disease Control and Prevention), όλες οι γυναίκες

που είναι σεξουαλικά ενεργές, ηλικίας 25 ετών και νεότερες, όπως επίσης και άλλες ασυμπτωματικές γυναίκες με παράγοντες ψηλού κινδύνου μόλυνσης, πρέπει να κάνουν κάθε χρόνο ανιχνευτικά τεστ για χλαμύδια.<sup>20</sup>

Άλλοι παράγοντες ψηλού κινδύνου είναι η ύπαρξη ενός νέου σεξουαλικού συντρόφου ανδρικού φύλου ή δύο ή περισσότερων σύντροφων κατά το έτος που προηγήθηκε, η μη συστηματική χρήση προφυλακτικών, το ιστορικό προηγούμενης σεξουαλικά μεταδιδόμενης νόσου, η εκτοπία του τραχήλου της μήτρας και η αφροαμερικανική φυλετική προέλευση.

Οι οδηγίες αυτές δεν ακολουθούνται. Για αυτό χρειάζεται να γίνουν προσπάθειες ευαισθητοποίησης των νεαρών γυναικών αλλά και των ανδρών. Στις νεαρές γυναίκες και ιδιαίτερα σε κορίτσια εφηβικής ηλικίας, οι μολύνσεις με χλαμύδια παρουσιάζουν σημαντική αύξηση. Το πρόβλημα είναι ανησυχητικό διότι οι συνέπειες των μολύνσεων χωρίς θεραπεία μπορεί να είναι καταστροφικές.<sup>20</sup>

Η συστηματική ανίχνευση των μολύνσεων με χλαμύδια, είναι ένα από τα πλέον αποτελεσματικά μέτρα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην προληπτική ιατρική. Δυστυχώς όμως δεν χρησιμοποιούνται στο βαθμό που θα έπρεπε.

Η αποτελεσματικότητα των ανιχνευτικών τεστ για τα χλαμύδια, μεταφράζεται όχι μόνο με σημαντικά οφέληματα για την υγεία των γυναικών αλλά και σε σημαντική εξοικονόμηση πόρων για τα συστήματα υγείας.<sup>20</sup>

Το ανιχνευτικό τεστ για τα χλαμύδια είναι απλό και εάν υπάρχουν τα βακτηρίδια, μια αντιβίωση μικρής διάρκειας θεραπεύει την ασθενή.

Η συζήτηση θεμάτων που έχουν σχέση με τη σεξουαλική δραστηριότητα, δεν είναι εύκολη υπόθεση για πολλούς ανθρώπους. Όμως μια καλή σχέση εμπιστοσύνης με το γιατρό, η αναφορά των σχετικών προβλημάτων και η διενέργεια των κατάλληλων εξετάσεων, είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για την καλή υγεία και για τη μελλοντική γονιμότητα.<sup>20</sup>

Ας μην ξεχνούμε επίσης ότι οι μολύνσεις με χλαμύδια κατά την εγκυμοσύνη, είναι αιτία πρόωρης ρήξης των μεμβρανών. Παιδιά που γεννιούνται από μητέρες με χλαμύδια, έχουν 40% πιθανότητες να παρουσιάσουν επιπεφυκίτιδα που είναι μια μορφή μόλυνσης των ματιών. Επίσης παιδιά που γεννιούνται από μητέρες με χλαμύδια, μπορεί να παρουσιάσουν πνευμονία που είναι πολύ σοβαρή κατάσταση σε νεογνά.<sup>20</sup>

Για να πετύχουν τα προγράμματα ανίχνευσης και έγκαιρης αντιμετώπισης των μολύνσεων με χλαμύδια, είναι απαραίτητο να ευαισθητοποιούνται όχι μόνο οι νεαρές γυναίκες και οι έφηβοι αλλά και οι γιατροί. Οι γιατροί πρέπει να επισημαίνουν τους κινδύνους στα πλαίσια της διαφώτισης προς τις ασθενείς τους χωρίς προκαταλήψεις και να συστήνουν την ανίχνευση.

Εκτός από το ετήσιο τεστ για την ανίχνευση των χλαμύδια, είναι σημαντικό να δίνονται και συμβουλές πρόληψης.<sup>20</sup>

Η χρήση προφυλακτικού για όλες τις μορφές σεξουαλικής δραστηριότητας συμπεριλαμβανομένου και του στοματικού σεξ, η μονογαμία ή η αποφυγή πολλών ερωτικών συντρόφων, είναι μέτρα πρόληψης των ασθενειών που μεταδίδονται από το σεξ όπως τα χλαμύδια, η γονόρροια και το AIDS.<sup>20</sup>

### **Θεραπεία**

Τα αντιβιοτικά που αναστέλλουν τη σύνθεση πρωτεϊνών (τετρακυκλίνη, ερυθρομυκίνη) είναι δραστικά για τα χλαμύδια, τα οποία όμως είναι ανθεκτικά στις πενικιλίνες, τις αμινογλυκοσίδες και τις πολυμυξίνες. Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης χορηγείται ερυθρομυκίνη για χρονικό διάστημα 7 ημερών. Στη λοχεία χορηγείται τετρακυκλίνη σ' αυτές που δεν θηλάζουν. Στις νεογνικές λοιμώξεις χρησιμοποιείται η ερυθρομυκίνη σε ημερήσια δόση 50mg/kg και για χρονικό διάστημα 14-21 ημερών.<sup>5</sup>

## **3.4 Μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα**

Μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα είναι η φλεγμονή στους άνδρες που μπορεί να προκληθεί από αρκετούς διαφορετικούς οργανισμούς. Η φλεγμονή της ανδρικής ουρήθρας (του σωλήνα που οδηγεί από την ουροδόχο κύστη στην άκρη του πέους) και η οποία δεν οφείλεται στο βακτήριο που προκαλεί βλεννόρροια είναι γνωστή σαν μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα. Παγκόσμια η μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα είναι ένα από τα πιο συνηθισμένα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (ΣΜΝ) στους άνδρες.<sup>14</sup>

### **Αίτια**

Συνήθως οι μισές από τις περιπτώσεις της μη γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας οφείλονται στο βακτήριο *C.trachomatis*. Παρ' όλα αυτά μπορεί επίσης να προκληθεί από οργανισμούς, συμπεριλαμβανομένου και του βακτηριδίου *ureaplasma urealyticum* και του πρωτόζωου *trichomonas vaginalis*, που μπορεί επίσης να προκαλέσει τριχομονίαση (μόλυνση από τριχομονάδες ) καθώς και του μύκητα *candida albicans*, που μπορεί να προκαλέσει και μολυνίαση. Οι ιοί που προκαλούν κονδυλώματα της γεννητικής περιοχής και ο έρπης των

γεννητικών οργάνων μπορούν να προκαλέσουν μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα, εάν προσβάλλουν την ουρήθρα. Για το σύνολο, όμως, των περιπτώσεων δεν μπορεί να βρεθεί αιτία της διαταραχής.<sup>14</sup>

### **Συμπτώματα**

Περίπου 1-6 εβδομάδες μετά τη μόλυνση με μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα ίσως εμφανιστούν τα παρακάτω συμπτώματα:

- Ø Πόνος κατά την ούρηση ειδικότερα το πρωί.
- Ø Εκκρίσεις από το πέος.
- Ø Κοκκίνισμα και ερεθισμός στο άνοιγμα της ουρήθρας.<sup>14</sup>

### **Επιπλοκές**

Διάφορες επιπλοκές μπορεί να εμφανιστούν σαν αποτέλεσμα της μη γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας, συμπεριλαμβανομένης και της φλεγμονής του προστατικού αδένου, που προκαλεί πόνο γύρω από το ορθό και τον πρωκτό, στα γεννητικά όργανα και κατά την εκσπερμάτωση. Κάποιες φορές οι όρχεις και οι επιδιδυμίδες (οι σωλήνες που μεταφέρουν σπέρμα από τους όρχεις) μπορεί να παρουσιάσουν φλεγμονή. Εάν τα βακτηρίδια εξαπλωθούν μέσω του αίματος, τότε μπορεί να παρουσιαστεί φλεγμονή των αρθρώσεων.<sup>14</sup>

### **Διάγνωση και Θεραπεία**

Παίρνεται δείγμα εκκρίματος από την ουρήθρα μαζί με ένα δείγμα ούρων προκειμένου να ελεγχθεί η παρουσία μολυσματικών οργανισμών, που θα μπορούσαν να προκαλέσουν μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα. Πιθανόν ταυτόχρονα να γίνει έλεγχος για την ύπαρξη άλλων ΣΜΝ.

Ανάλογα με τον οργανισμό που θα βρεθεί, ο γιατρός θα συστήσει αντιβιοτικά. Αντιμυκητικά ή αντιουικά φάρμακα. Με την θεραπεία η μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα υποχωρεί μέσα σε μια εβδομάδα παρ' όλα αυτά μπορεί να επαναληφθεί η θεραπεία. Μπορεί να επίσης να επιμολυνθεί κάποιος αν ο σύντροφός του έχει την ασθένεια. Οι σεξουαλικοί σύντροφοι θα πρέπει επίσης να ελέγχονται και να υποβάλλονται σε θεραπεία ακόμη και αν δεν έχουν συμπτώματα, γιατί στις γυναίκες η μόλυνση δημιουργεί χλαμυδιακή τραχηλίτιδα και μπορεί να οδηγήσει σε στειρότητα.<sup>14</sup>

## Πρόληψη

Ο κίνδυνος να κολλήσει κάποιος μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα μειώνεται παίρνοντας μέτρα για ασφαλές σέξ. Για να αποφευχθεί η εξάπλωση της μόλυνσης είναι σημαντικό να μην υπάρχει σεξουαλική επαφή, μέχρις ότου να έχει ολοκληρωθεί η θεραπεία.<sup>14</sup>

## 3.5 Έρπης γεννητικών οργάνων

Ο έρπης των γεννητικών οργάνων είναι ιογενής μόλυνση που προκαλεί οδυνηρές επανεμφανιζόμενες φλύκταινες πάνω και γύρω από τα γεννητικά όργανα.

Ο έρπης των γεννητικών οργάνων είναι ένα κοινό σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα (ΣΜΝ). Στις ΗΠΑ υπάρχουν 300.000-500.000 νέες περιπτώσεις κάθε χρόνο. Η ασθένεια προκαλείται από τον ιό του απλού έρπητα, ο οποίος υπάρχει σε δύο μορφές: τύπος 1 (HSV-1) και ο τύπος 2 (HSV-2).<sup>14</sup> Ο τύπος 1 συνήθως προκαλεί φλεγμονή του στοματοφάρυγγα και γενικά των βλεννογόνων εκτός του γεννητικού συστήματος. Ο τύπος 2 συνήθως προκαλεί φλεγμονή των γεννητικών οργάνων. Η πρωτοπαθής λοίμωξη με τον τύπο 2 του ιού παρουσιάζει μεγαλύτερη συχνότητα στη διάρκεια της εφηβείας και στα πρώτα χρόνια της ενήλικης ζωής. Η λοίμωξη με τον τύπο 2 σε περιοχές εκτός του γεννητικού συστήματος, όπως και η λοίμωξη του γεννητικού συστήματος με τον τύπο 1 του ιού συνήθως συμβαίνει μετά από στοματική ή πρωκτική επαφή. Αναφέρεται ότι ο τύπος 1 του ιού ανιχνεύεται στο 10% των ασθενών με πρωτοπαθή ερπητική λοίμωξη των γεννητικών οργάνων. Γενικά πάντως, ο τύπος 1 έχει πολύ μικρότερη πιθανότητα συγκριτικά με τον τύπο 2 να προκαλέσει επαναλαμβανόμενα επεισόδια ερπητικής λοίμωξης στα γεννητικά όργανα.<sup>5</sup>

Ο τράχηλος είναι η κυριότερη περιοχή εντόπισης ερπητικής φλεγμονής. Ο τύπος 2 του ιού έχει απομονωθεί από τον τράχηλο στο 88% των γυναικών με πρωτοπαθή λοίμωξη των γεννητικών οργάνων, όπως και σε 80% από την ίδια περιοχή όταν η λοίμωξη προκαλείται από τον ιό 1 του ιού. Ο ιός έχει εν τούτοις απομονωθεί στο 8% των γυναικών με τραχηλίτιδα, χωρίς να συνυπάρχουν ερπητικές βλάβες των έξω γεννητικών οργάνων.<sup>5</sup>

Παρ' όλα αυτά το στοματικό σέξ με άτομο που έχει έλκη στο στόμα μπορεί να γίνει η αιτία μετάδοσης HSV-1 στα γεννητικά όργανα και επίσης να προκαλέσει έρπητα των γεννητικών οργάνων.

Η ασθένεια τείνει να επανεμφανίζεται ιδιαίτερα τα πρώτα χρόνια μετά την αρχική προσβολή. Στις γυναίκες τείνει να εμφανίζεται 5-12 μέρες πριν από την περίοδο και εξαφανίζεται σε 5-10 μέρες. Τα συμπτώματα είναι ήπια κατά τις επόμενες προσβολές, αλλά η κατάσταση εξακολουθεί να είναι μεταδοτική. Ο ιός του απλού έρπητα μπορεί προκαλέσει σοβαρή ασθένεια σε μωρό κατά τη διάρκεια του τοκετού.<sup>5</sup>



**Εικόνα 16:** Έρπης γεννητικών οργάνων στο αιδίο γυναίκας<sup>12</sup>



**Εικόνα 17:** Έρπης γεννητικών οργάνων στο τράχηλο γυναίκας<sup>12</sup>

### Συμπτώματα

Η πρώτη εμφάνιση του έρπητα των γεννητικών οργάνων είναι συνήθως και η πιο σοβαρή και παρουσιάζεται 5 ημέρες μετά την επαφή με το μολυσμένο άτομο. Τα συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν:

- Οδυνηρές γεμάτες υγρό φυσαλίδες. Οι τελευταίες συνήθως παρουσιάζονται στην περιοχή των γεννητικών οργάνων, όπως επίσης και στους μηρούς και στους γλουτούς και πολύ σπάνια στο στόμα ή στο ορθό, εξαιτίας του στοματικού ή πρωκτικού σέξ.
- Αίσθημα τσιμπήματος, καούρας ή ευαισθησίας και ερεθισμό της μολυσμένης περιοχής.
- Οι λεμφαδένες των βουβώνων διογκώνονται και πονούν.
- Πόνο κατά την ούρηση.



- Πονοκέφαλο, πυρετό και μυϊκούς πόνους.
- Στις γυναίκες κολπικές εκκρίσεις.

Μετά από 10-21 ημέρες τα συμπτώματα εξαφανίζονται, αλλά συνήθως ακολουθούν νέες προσβολές, που συχνά επηρεάζουν τις ίδιες περιοχές.<sup>14</sup>

Το πρώτο σημάδι του γεννητικού έρπητα εμφανίζεται μέσα στην πρώτη εβδομάδα από τη έκθεση στον ιό. Πρόκειται για ένα κόκκινο, επώδυνο εξάνθημα το οποίο εμφανίζεται στο αιδοίο ή στο γύρω δέρμα, και μπορεί να περιορίζεται στην περιοχή των γεννητικών οργάνων ή να επεκτείνεται στους μηρούς και στους γλουτούς. Όσο πιο εκτεταμένο είναι το εξάνθημα τόσο πιο έντονος είναι ο πόνος. Πάνω στην επιφάνεια του εξανθήματος αναπτύσσονται πολύ γρήγορα φυσαλίδες, και αυτές, σταδιακά, μετατρέπονται σε έλκη τα οποία μπορεί να ενωθούν και να σχηματιστούν εξελκώσεις με αβαθείς κρατήρες, σε μεγάλες επιφάνειες. Στο στάδιο αυτό, οι προαναφερόμενες δερματικές πληγές είναι πολύ ευαίσθητες, και μπορεί να δυσχεράνουν εξαιρετικά την ούρηση. Συχνά, οι αδένες των βουβώνων είναι διογκωμένοι και πονούν κατά την αφή, σημάδι ότι η μόλυνση έχει επεκταθεί σε βάθος. Μερικά άτομα παρουσιάζουν πυρετό και γενική αδιαθεσία. Τελικά, τρεις σχεδόν εβδομάδες μετά την έναρξη της επίθεσης του ιού, τα έλκη καλύπτονται από κρουστά και αρχίζουν να επουλώνονται. Συνήθως ο πόνος εξαφανίζεται δύο εβδομάδες μετά την πρώτη εμφάνιση του εξανθήματος.<sup>21</sup>

Τέσσερις μήνες μετά τη μόλυνση, παρατηρείται συνήθως η πρώτη υποτροπή. Πρίν απ' αυτό, ο ασθενής αισθάνεται επί δύο ημέρες τοπικό μυρμηγκιασμα και το δέρμα γίνεται υπερβολικά ευαίσθητο στις περιοχές που πρόκειται να προσβληθούν. Η υποτροπή, στις περισσότερες περιπτώσεις είναι ήπια σε σχέση με την πρώτη επίθεση του ιού και δεν κρατάει πολύ. Οι νέες φυσαλίδες συνήθως επουλώνονται σε λιγότερο από δύο εβδομάδες από τη στιγμή της εμφάνισής τους. Σε όλο το διάστημα κατά το οποίο υπάρχει στο σώμα εξάνθημα ή φυσαλίδες, η μόλυνση είναι πολύ εύκολο να μεταδοθεί σε άλλα άτομα. Σε πολλές περιπτώσεις, η υποτροπή που παρουσιάζει ο έρπης μπορεί να οφείλεται στην εμμηνορροσία, στο στρές, στη συνουσία ή σε άλλους παράγοντες.<sup>21</sup>

### **Διάγνωση**

Για τη διάγνωση των ερπητικών λοιμώξεων των γεννητικών οργάνων χρησιμοποιούνται οι απλές ορολογικές δοκιμασίες για την ανίχνευση των αντισωμάτων HSV-1 και HSV-2. Η πρωτοπαθής λοίμωξη των γεννητικών οργάνων μπορεί να δημιουργήσει άσηπτη μηνιγγίτιδα, φαρυγγίτιδα, ηπατίτιδα και σπανίως θάνατο. Η εγκυμοσύνη προδιαθέτει σε σοβαρότερη

διαδρομή της νόσου. Οι ορμονικές και ανοσολογικές μεταβολές της εγκυμοσύνης τροποποιούν την ανοσοανταπόκριση της γυναίκας στον ιό ή και το αντίθετο.

Ο ιός σε γυναίκες με επαναλαμβανόμενες προσβολές έχει απομονωθεί σε ποσοστό 12-30% των περιπτώσεων. Εντούτοις, απόπτωση του ιού έχει βρεθεί σε ποσοστό 1,6-8% σε ασυμπτωματικές γυναίκες που επισκέπτονται κλινικές σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.<sup>5</sup>

**Πως γίνεται η διάγνωση;** Η διάγνωση μπορεί να γίνει από την κλινική επισκόπηση των κλινικών σημείων της νόσου που θα κάνει ο γιατρός. Επίσης η λήψη δειγμάτων από τις δερματικές βλάβες μπορεί να βοηθήσει τη διάγνωση. Είναι δυνατόν στο υλικό αυτό να αναγνωρισθούν κύτταρα που μολύνθηκαν. Επίσης μπορεί να βρεθούν και αντιγόνα από τον ιό. Οι εξετάσεις αίματος μπορούν να δείξουν την ύπαρξη αντισωμάτων που δημιουργήθηκαν εναντίον του ιού HSV2 ή HSV1.<sup>22</sup>

**Πόσο συχνή είναι η ασθένεια;** Η συχνότητα του έρπη των γεννητικών οργάνων έχει αυξηθεί δραματικά.

Σύμφωνα με στοιχεία που δημοσιεύουν τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης των Ασθενειών των Ηνωμένων Πολιτειών, 1 από κάθε πέντε άτομα άνω των 12 ετών, έχει προσβληθεί από τον ιό HSV2. Από το 1970 μέχρι σήμερα παρατηρήθηκε μια αύξηση της τάξης του 30%. Στους έφηβους η μόλυνση αυξήθηκε κατά 500%. Στους νεαρούς ενήλικες αυξήθηκε κατά 200%.<sup>22</sup>

**Στις γυναίκες ο έρπης των γεννητικών οργάνων είναι συχνότερη παρά στους άνδρες. Υπολογίζεται ότι 1 στις 4 γυναίκες έχει προσβληθεί από τον ιό HSV2.** Αυτό πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι η μετάδοση από τον άνδρα στη γυναίκα είναι πιο εύκολη παρά το αντίθετο.<sup>22</sup>

### **Ερπητική λοίμωξη στη διάρκεια της εγκυμοσύνης**

Η πορεία της ερπητικής λοίμωξης στη διάρκεια της εγκυμοσύνης φαίνεται να σχετίζεται με την κοινωνικοοικονομική κατάσταση και τη σεξουαλική συμπεριφορά της γυναίκας.

Η πρωτοπαθής οξεία λοίμωξη στη διάρκεια της εγκυμοσύνης αυξάνει τον κίνδυνο απώλειας του κυήματος και τον κίνδυνο προωρότητας. Αναφέρεται βιβλιογραφικά ότι σε μια ομάδα 283 γυναικών που ανέπτυξαν ερπητική λοίμωξη πριν την 20<sup>η</sup> εβδομάδα της εγκυμοσύνης, το ποσοστό αποβολής ήταν 34%. Από μια άλλη ομάδα 101 γυναικών που παρουσίασαν πρωτοπαθή ερπητική λοίμωξη μετά την 20<sup>η</sup> εβδομάδα, το ποσοστό πρόωρου τοκετού ήταν 17,6% υψηλότερο απ' αυτό που παρατηρείται στο γενικό εγκύμονα πληθυσμό. Ο κίνδυνος αποβολής

και πρόωρου τοκετού είναι σημαντικά χαμηλότερος σε κήσεις που παρουσιάζουν υποτροπιάζουσα ερπητική λοίμωξη.<sup>5</sup>

### **Νεογνική λοίμωξη**

Η ερπητική νεογνική λοίμωξη είναι κυρίως επίκτητη και συμβαίνει κατά τη δίοδο του εμβρύου διαμέσου του μολυσμένου γεννητικού σωλήνα. Σπάνια η λοίμωξη συμβαίνει λόγω διαπλακουντιακής μεταφοράς του ιού. Η μόλυνση του νεογνού γίνεται κυρίως μετά τη ρήξη των υμένων, με την ανιούσα επέκταση του ιού στην ενδομητρική κοιλότητα, αν και αναφέρονται σπάνιες περιπτώσεις ενδομητρίου μόλυνσης με άθικτους υμένες.<sup>5</sup>

Στην πρωτοπαθή ερπητική λοίμωξη της εγκύου που πραγματοποιείται μετά την 32<sup>η</sup> εβδομάδα, ο κίνδυνος να μολυνθεί το νεογνό υπολογίζεται σε 20% περίπου. Ο κίνδυνος αυτός είναι ακόμη μεγαλύτερος όταν η λοίμωξη εκδηλωθεί στη διάρκεια του τοκετού. Η παρουσία του ιού στο κατώτερο γεννητικό σύστημα την ώρα του τοκετού, δημιουργεί προϋποθέσεις μόλυνσεως του νεογνού σε ποσοστό 50% περίπου. Όταν η λοίμωξη της εγκύου δεν είναι πρωτοπαθής αλλά υποτροπιάζουσα, τότε ο κίνδυνος αυτός είναι μικρότερος και υπολογίζεται σε 5% περίπου. Το γεγονός αυτό οφείλεται στην παρουσία μικρότερου αριθμού ιών με ελαττωμένη λοιμογόνο δράση.<sup>5</sup>

Η συχνότητα ερπητικής λοίμωξης είναι 45 με 55 φορές μεγαλύτερη στα πρόωρα νεογνά, απ'ότι στα τελειόμηνα νεογνά.

Η πηγή νεογνικής, ερπητικής λοίμωξης με τον ιό τύπου-1 μπορεί να μην είναι ο γεννητικός σωλήνας.

Η νεογνική λοίμωξη συνήθως εμφανίζεται 3 με 7 ημέρες μετά τον τοκετό. Η βαρύτητά της ποικίλλει από ελαφρά χωρίς επακόλουθα, μέχρι βαρύτατης μορφής με νεογνικό θάνατο. Τα νεογνά που επιζούν μετά από βαριά λοίμωξη συχνά παρουσιάζουν οφθαλμολογικές και νευρολογικές διαταραχές. Η παρουσία στη μητέρα αντισωμάτων έναντι του ιού δεν προστατεύει τα νεογνά από τυχόν λοίμωξη.<sup>5</sup>

Εξωτερικές ερπητικές βλάβες παρουσιάζονται στο δέρμα, στο στόμα, στα μάτια και αφορούν το 50% των περιπτώσεων. Αποτελούν δε τις πιο ρεαλιστικές κλινικές ενδείξεις τη ερπητικής λοίμωξης. Εκτός από τις δερματικές αλλοιώσεις, η κλινική συμπτωματολογία της νόσου δεν διαφέρει απ' αυτήν και παρουσιάζεται μετά από μια άλλη ιογενή ή βακτηριακή λοίμωξη. Πραγματικά, σε μια ανασκόπηση που αφορούσε 148 περιστατικά νεογνικής ερπητικής λοίμωξης, η σωστή διάγνωση τέθηκε μόνο σε ποσοστό 44%.<sup>5</sup>

## Θεραπεία

Δεν θεραπεύεται οριστικά και κάνει συχνές υποτροπές. Ωστόσο τα αντικατά φάρμακα που χορηγούνται έχουν καλά αποτελέσματα και οι ελπίδες για την παρασκευή εμβολίου φαίνεται ότι σε λίγο καιρό θα γίνουν πραγματικότητα,. Θα πρέπει να ακολουθήσει θεραπεία όμως και ο/η ερωτικός σύντροφος για να μη διαιωνίζεται το πρόβλημα.<sup>5</sup>

Η τοπική χορήγηση ασυκλοβίρης(Acyclovir-Zovirax) στη μητέρα ελαττώνει τη διάρκεια των βλαβών, των συμπτωμάτων και της απόπτωσης του ιού, όταν όμως χορηγηθεί αμέσως με την εμφάνιση των πρώτων συμπτωμάτων. Η τοπική εντούτοις θεραπεία δεν ελαττώνει τη συχνότητα των αναμολύνσεων, ούτε προστατεύει το έμβρυο.<sup>5</sup>

Συστηματική χορήγηση ασυκλοβίρης στο 3<sup>ο</sup> τρίμηνο της κύησης δεν φαίνεται ότι προκαλεί σοβαρές παρενέργειες στο έμβρυο. Στις περιπτώσεις δε που χορηγείται λίγες ημέρες πρό του τοκετού και η χορήγησή της συνεχίζεται στο νεογνό αμέσως μετά τον τοκετό, τότε η νεογνική νοσηρότητα και θνησιμότητα μειώνεται σημαντικά. Η παρατεταμένη από του στόματος χορήγηση ασυκλοβίρης μειώνει τη συχνότητα επανειλημμένων αποβολών, αλλά δεν εκριζώνει τον ιό ή την απόπτωσή του από το γεννητικό σωλήνα. Δεν υπάρχουν επίσης σαφείς ενδείξεις ότι η συστηματική θεραπεία μετά την πρωτοπαθή λοίμωξη μεταβάλλει τον τρόπο αντιμετώπισης του τοκετού, αναφορικά με την προστασία του εμβρύου.<sup>5</sup>

Στις υποτροπιάζουσες μορφές της νόσου επιβάλλεται η συνεχής παρακολούθηση της εγκύου τις τελευταίες 8 εβδομάδες της κύησης. Η παρακολούθηση αυτή περιλαμβάνει την εβδομαδιαία κλινική εξέταση των έξι γεννητικών οργάνων της εγκύου, για την παρουσία ερπητικών αλλοιώσεων του δέρματος και τη διενέργεια τραχηλικών καλλιέργειών. Η λήψη μόνο τραχηλικών καλλιέργειών δεν μπορεί να αποκαλύψει σε μεγάλο ποσοστό τον υφιστάμενο κίνδυνο για ερπητική λοίμωξη των νεογνών. Έτσι, σε περιπτώσεις που στις δύο τελευταίες εβδομάδες της κύησης παρουσιάζονται κλινικές εκδηλώσεις της νόσου ή θετικές καλλιέργειες, επιβάλλεται ο τερματισμός της κύησης με καισαρική τομή, πριν να εκλυθεί αυτόματα ο τοκετός ή να γίνει ρήξη των υμένων. Εάν προκληθεί αυτόματη ρήξη του θυλακίου πρέπει η καισαρική τομή να γίνεται όσο το δυνατόν συντομότερα και όχι πέραν των 6 ωρών.<sup>6</sup>

Ο θηλασμός πρέπει να αποφεύγεται στις περιπτώσεις που υπάρχουν δερματικές βλάβες στη μητέρα. Επίσης τα νεογνά με παρουσία ερπητικής λοιμώξεως πρέπει να απομονώνονται από τα υπόλοιπα, ώστε να αποφεύγεται η διασπορά της νόσου.<sup>5</sup>

## Πρόληψη

Η πρόληψη στους σεξουαλικά ενεργούς ανθρώπους, περιλαμβάνει τη χρήση προφυλακτικού και τον περιορισμό του αριθμού των σεξουαλικών συντρόφων. Ακόμη ένα θέμα που αποτελεί αντικείμενο διερεύνησης, είναι η αναγνώριση της μόλυνσης με τον ιό HSV-2 με εξετάσεις αίματος και η χρήση της πληροφόρησης αυτής για σκοπούς πρόληψης.<sup>23</sup>

Μια νέα ενδιαφέρουσα έρευνα δείχνει ότι ο κίνδυνος μετάδοσης του ιού HSV-2 που ευθύνεται για τις περισσότερες περιπτώσεις του έρπητα των γεννητικών οργάνων, μπορεί να μειωθεί κατά 50% χάρις στην ανάλυση που τεκμηριώνει πρόσφατη προσβολή από τον ιό και στην πληροφόρηση των σεξουαλικών συντρόφων. Γιατροί από την Ουάσιγκτον, μελέτησαν 199 ασθενείς που είχαν πρόσφατα προσβληθεί από τον ιό HSV-2. Ο κίνδυνος οι εν λόγω ασθενείς να μεταδώσουν τον ιό, μειωνόταν κατά 50% όταν γνώριζαν ότι είχαν προσβληθεί από τον ιό και όταν πληροφορούσαν για αυτό τους σεξουαλικούς τους συντρόφους.<sup>23</sup>

Αυτό σημαίνει ότι οι αναλύσεις αίματος που δείχνουν πρόσφατη μόλυνση από τον ιό HSV-2, θα μπορούσαν να αποτελούν μέρος της πρόληψης για τη νόσο εάν φυσικά οι προσβληθέντες από τη νόσο ενημερώνουν για αυτό, τους σεξουαλικούς τους συντρόφους.

Είναι γεγονός ότι η διάδοση του ιού HSV-2 είναι σημαντική. Στις Ηνωμένες Πολιτείες υπολογίζεται ότι 20% των εφήβων και ενηλίκων, έχουν προσβληθεί από ιό που προκαλεί έρπητα των γεννητικών οργάνων με κυριότερο τον ιό HSV-2. Επειδή συχνά ο ιός δεν προκαλεί συμπτώματα, οι ασθενείς δεν το γνωρίζουν για να ενημερώνουν τους σεξουαλικούς τους συντρόφους και να περιορίζεται έτσι η εξάπλωση της νόσου. Δεν έχει ακόμη διευκρινιστεί κατά πόσο είναι χρήσιμο να γίνεται συστηματικός έλεγχος για ανίχνευση αντισωμάτων που να δείχνουν ότι κάποιος είναι φορέας του ιού ή όχι και ανάλογα να λαμβάνονται τα μέτρα προφύλαξης. Βέβαια στις περιπτώσεις που υπάρχει η παραμικρή υποψία για κάτι τέτοιο, είναι προτιμότερο ο ιολογικός έλεγχος να πραγματοποιείται.<sup>23</sup>

Συνοπτικά βλέπουμε τρία σημαντικά εργαλεία για την πρόληψη του έρπητα γεννητικών οργάνων. Η χρήση προφυλακτικού, η χορήγηση αντι-ιικών φαρμάκων που καταστέλλουν την επαναδραστικοποίηση του ιού HSV-2 και η ανίχνευση της μόλυνσης με τον ιό για σκοπούς πληροφόρησης του ή της σεξουαλικού συντρόφου.<sup>23</sup>

Αποδεικνύεται λοιπόν ότι η υπεύθυνη σεξουαλική συμπεριφορά και η πληροφόρηση του ή της συντρόφου όταν υπάρχει μόλυνση με τον ιό HSV-2, προσφέρουν επιπρόσθετη προστασία από τη συχνή, σεξουαλικά μεταδιδόμενη πάθηση του έρπητα των γεννητικών οργάνων.<sup>23</sup>

## **Πρόγνωση**

Εάν κάποιος προσβληθεί από έρπητα των γεννητικών οργάνων, ο ιός παραμένει στο σώμα και η μόλυνση μπορεί να αναζωπυρωθεί σε οποιαδήποτε στιγμή. Περίπου 2 στους 10 ανθρώπους που έχουν μολυνθεί, υφίσταται μόνο μια προσβολή του ιού. Ορισμένα άτομα υποφέρουν από μερικές προσβολές το χρόνο, για μεγάλη χρονική περίοδο. Στους περισσότερους ανθρώπους τα συμπτώματα είναι λιγότερο σοβαρά κατά τις επόμενες προσβολές του ιού και ο χρόνος ανάμεσα στις προσβολές επιμηκύνεται.<sup>14</sup>

## **3.6 Ηπατίτιδα Β**

Η οξεία και χρόνια ηπατίτιδα Β οφείλεται σε λοίμωξη από τον HBV, ένα DNA ιό που ανήκει στην οικογένεια των *Hepadnaviridae*. Με βάση τη γενετική ετερογένεια του ιού, διακρίνουμε σήμερα 7 διαφορετικούς γονότυπους του HBV(A-G). Στις Μεσογειακές χώρες επικρατεί ο γονότυπος D, ο οποίος λόγω μοριακής δομής ευνοεί την επιλογή και επικράτηση των προπυρηνικά μεταλλαγμένων HBV στελεχών.<sup>5</sup>

### **Μετάδοση**

Η μετάδοση του ιού γίνεται με τη δια-δερμική ή δια-βλεννογόνια έκθεση σε μολυσματικά βιολογικά υγρά που κατά κύριο λόγο είναι το αίμα και το σπέρμα. Έτσι, οι κυριότεροι τρόποι μετάδοσης είναι η σεξουαλική επαφή, η περιγεννητική μετάδοση από τη μητέρα στο παιδί, η ενδο-οικογενειακή διασπορά διαμέσου κυρίως αφανούς παρεντερικής έκθεσης (κοινή χρήση ξυραφιού, οδοντόβουρτσας, τραυματισμοί και επαφή με αίμακ.ά.) και η μετάδοση διαμέσου μολυσμένης σύριγγας/βελόνας (χρήση ενδοφλεβίων ναρκωτικών, τραυματισμός σε επαγγέλματα υγείας, τρύπημα αυτιών, τατουάζ, βελονισμός κ.λ.π.). Η χορήγηση αίματος και παραγόντων αυτού καθώς και η αιμοκάθαρση, λόγω των αυστηρών μέτρων ελέγχου που εφαρμόζονται δεν αποτελούν πλέον κύρια πηγή μόλυνσης. Ο HBV δεν μεταδίδεται με τη χειραγία, την από κοινού χρήση της ίδιας πετσέτας ή των ίδιων σκευών διατροφής. Επίσης αν και ο HBV έχει ανευρεθεί στο μητρικό γάλα, δεν υπάρχουν ενδείξεις για την πρόκληση HBV λοίμωξης σε νεογνά που θηλάζουν από μητέρες φορείς του ιού. Ο ιός επιβιώνει στο εξωτερικό περιβάλλον τουλάχιστον 7 ημέρες και είναι 100 φορές πιο μολυσματικός από τον HIV.<sup>5</sup>

## **Γενικά άτομα υψηλού κινδύνου για ηπατίτιδα Β είναι τα άτομα με :**

- στενές επαφές με ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα Β (π.χ. τα παιδιά μητέρων με χρόνια ηπατίτιδα Β και οι σεξουαλικοί σύντροφοι ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα Β).
- οι ομοφυλόφιλοι.
- οι ετεροφυλόφιλοι με πολλαπλούς (>3) ερωτικούς συντρόφους.
- οι χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών.
- οι πολυμεταγγιζόμενοι.
- οι αιμοκαθαιρόμενοι σε μονάδες τεχνητού νεφρού.
- οι μεταμοσχευμένοι.
- οι αστυνομικοί.
- το προσωπικό και οι τρόφιμοι των φυλακών.
- οι εργαζόμενοι σε υπηρεσίες καθαριότητας και επεξεργασίας λυμάτων.
- οι εργαζόμενοι στις υπηρεσίες υγείας (γιατροί, οδοντίατροι, νοσηλευτικό προσωπικό, καθαρίστριες, εργαζόμενοι σε διαγνωστικά και ερευνητικά εργαστήρια).<sup>24</sup>

## **Φυσική πορεία – Κλινική συμπτωματολογία**

Η φυσική πορεία και εξέλιξη της HBV λοίμωξης ποικίλλει από συμπτωματική μέχρι κεραυνοβόλο ηπατίτιδα κατά την οξεία λοίμωξη και από την κατάσταση της χρόνιας ανενεργού φορείας μέχρι τη χρόνια ηπατίτιδα, την κίρρωση και τον ηπατοκυτταρικό καρκίνο κατά τη χρόνια λοίμωξη.<sup>5</sup>

## **Οξεία ηπατίτιδα Β**

Η συνηθέστερη μορφή οξείας ηπατίτιδας Β είναι ασυμπτωματική ή υποκλινική (70%-80% των περιπτώσεων, κυρίως στα παιδιά) ενώ κεραυνοβόλος ηπατίτιδα συμβαίνει στο 1% των ασθενών. Ο χρόνος επώασης από τη μόλυνση μέχρι την εκδήλωση της οξείας λοίμωξης είναι 45-180 ημέρες. Ο «τυπικός» ενήλικος ασθενής εμφανίζει μια πρόδρομη φάση που διαρκεί από ημέρες μέχρι λίγες εβδομάδες, η οποία χαρακτηρίζεται από την παρουσία ανορεξίας, ναυτίας και μεγάλης κακουχίας. Μπορεί να συνυπάρχει ήπιος πυρετός, εξάνθημα ή/και αρθρίτιδα, καθώς και αίσθημα βάρους στην περιοχή του δεξιού υποχονδρίου. Το τέλος της φάσης αυτής όπου τα προαναφερθέντα συμπτώματα υποχωρούν διαδέχεται η εμφάνιση του ικτέρου που συνήθως διαρκεί από 1-4 εβδομάδες, αν και κάποιο αίσθημα κόπωσης μπορεί να διαρκέσει περισσότερο. Κλινικά το ήπαρ είναι ψηλαφητό στο 70% των περιπτώσεων και ο σπλήνας στο 20%.<sup>5</sup>

## **Χρόνια HBV λοίμωξη**

Η εξέλιξη της οξείας ηπατίτιδας Β σε χρόνια λοίμωξη εξαρτάται:

1. Από την ηλικία νόσησης καθώς παρουσιάζει αντίστροφη συσχέτιση με αυτή.
2. Από την κλινική εικόνα.
3. Από την παρουσία ανοσοκαταστολής. Επίσης, η εξέλιξη σε χρονιότητα είναι συχνότερη στους άνδρες απ'ότι στις γυναίκες καθώς και στους μαύρους και τους ασιάτες απ'ότι στους λευκούς, ενώ η παρουσία του HBeAg στις μητέρες φορείς του ιού αυξάνει τόσο τη συχνότητα της μετάδοσης της λοίμωξης στα νεογνά όσο και τη συχνότητα μετάπτωσης σε χρονιότητα.<sup>5</sup>

Στη χρόνια HBV λοίμωξη διακρίνουμε 4 διαδοχικές φάσεις:

1. Τη φάση της ανοσολογικής ανοχής.
2. Τη φάση της ανοσολογικής κάθαρσης ή ορομετατροπής.
3. Τη μη αναπαραγωγική φάση.
4. Την αναπαραγωγική φάση.<sup>5</sup>

## **Διάγνωση**

Η διάγνωση και παρακολούθηση ασθενών με οξεία ή χρόνια HBV λοίμωξη στηρίζεται παραδοσιακά στην ανίχνευση στον ορό ειδικών αντιγόνων του ιού καθώς και των αντισωμάτων που αναγνωρίζουν συγκεκριμένες πρωτεΐνες του ιού. Οι ορολογικοί δείκτες που χρησιμοποιούνται στην καθημερινή κλινική πράξη περιλαμβάνουν:

- Ø Αντιγόνο επιφάνειας S(HBsAg).
- Ø Αντιγόνο e(HBeAg).
- Ø Αντισώματα έναντι του αντιγόνου e (αντί Hbe).
- Ø Αντισώματα έναντι του HBsAg(αντ- HBs).
- Ø Αντισώματα έναντι του αντιγόνου Core ( αντι-HBc): IgM ή υλικό.<sup>5</sup>

## **Θεραπεία**

Η οξεία ικτερική ηπατίτιδα Β δεν απαιτεί αντιική θεραπεία καθώς είναι αυτοπεριοριζόμενη νόσος και πολύ σπάνια οδηγεί σε χρονιότητα. Απαιτείται όμως παρακολούθηση της ηπατικής λειτουργίας διότι σε ποσοστό 1% περίπου οδηγεί σε οξεία ηπατική ανεπάρκεια(κεραυνοβόλος ηπατίτιδα).<sup>5</sup>

Θεραπεία της χρόνιας HBV λοίμωξης απαιτείται σε ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα που ορίζεται από τη παρουσία:



- αυξημένων τιμών τρανσαμινασών (μονίμως ή διαλειπόντως)
- > 10 εις την πέμπτη αντιγράφων/ml HBV DNA στον ορό και
- νεκροφλεγμονώδων αλλοιώσεων στην ηπατική βιοψία

Η σύγχρονη αντική θεραπεία της χρόνιας ηπατίτιδας Β περιλαμβάνει δύο εγκεκριμένα φάρμακα: την ιντερφερόνη-α (IFN-a) και τη λαμβουντίνη.<sup>5</sup>

Τα πλεονεκτήματα της IFN-a είναι η μικρότερη διάρκεια της θεραπείας και η έλλειψη ανάπτυξης μεταλλαγμένων στελεχών του ιού ενώ στα μειονεκτήματα περιλαμβάνονται οι συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες, η ανάγκη παρεντερικής χορήγησης και το υψηλό κόστος, η λαμβουντίνη είναι πολύ καλύτερα ανεκτή, δίνεται από το στόμα και έχει μικρότερο κόστος αλλά συνήθως απαιτεί μεγαλύτερη διάρκεια θεραπείας από την IFN-a και συνδυάζεται με προοδευτική εμφάνιση ανθεκτικών μεταλλαγμένων στελεχών του ιού.<sup>5</sup>

## Πρόληψη

Η εφαρμογή του υποχρεωτικού εμβολιασμού των νεογνών που έχει εφαρμοσθεί σε πολλές περιοχές του πλανήτη έχει συμβάλει σημαντικά στον περιορισμό των νέων λοιμώξεων που στην πλειοψηφία τους συμβαίνουν κατά τη νεογνική και παιδική ηλικία. Θεωρείται βέβαιο ότι η πρακτική αυτή θα οδηγήσει σε σημαντική μείωση της επίπτωσης της χρόνιας HBV λοίμωξης στο γενικό πληθυσμό τις επόμενες δεκαετίες.<sup>5</sup>

Παράλληλα, ο εμβολιασμός συνιστάται και σε ενήλικες που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου στους οποίους περιλαμβάνονται:

- § Χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών.
- § Άτομα με πολλαπλούς ερωτικούς συντρόφους.
- § Άτομα που στο οικογενειακό τους περιβάλλον υπάρχουν ασθενείς με χρόνια HBV λοίμωξη.
- § Άτομα που υποβάλλονται σε συχνές μεταγγίσεις/αιμοκάθαρση.
- § Ιστορικό/παραϊατρικό προσωπικό.
- § Άτομα που ζούν σε φυλακές/ιδρύματα.<sup>5</sup>

## Επιδημιολογία

Η χρόνια λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας Β είναι πολύ συχνή, αφού προσβάλλει το 5% του πληθυσμού της γης (350.000.000 άτομα). Στη χώρα μας, η συχνότητα των "φορέων" είναι περίπου 3%, ενώ είναι αυξημένη μεταξύ των οικονομικών μεταναστών (συνολικά υπολογίζεται σε 500.000 άτομα).<sup>24</sup>

### 3.7 Κονδυλώματα

Τα κονδυλώματα είναι μυϊκές αναπτύξεις που δεν προκαλούν πόνο, επάνω και γύρω από τα γεννητικά όργανα, και προκαλούνται από ιό.<sup>14</sup>

Τα κονδυλώματα των γεννητικών οργάνων είναι αναπτύξεις που προκαλούνται από έναν ανθρώπινο ιό των θηλωμάτων (HPV). Στις ΗΠΑ τα κονδυλώματα των γεννητικών οργάνων αφορούν 1 στις 10 περιπτώσεις σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων (ΣΜΝ). Η κατάσταση αναφέρεται πιο συχνά στους άνδρες απ' ότι στις γυναίκες, ίσως γιατί τα κονδυλώματα είναι πιο εμφανή στο πέος. Παρ' όλα αυτά, το άτομο που έχει μολυνθεί μπορεί να μεταδώσει τον ιό στους σεξουαλικούς συντρόφους, ακόμη και αν το ίδιο δεν έχει συμπτώματα. Οι γυναίκες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο από τους άνδρες, εάν η μόλυνση δεν παρατηρηθεί, γιατί ο HPV συσχετίζεται με τον καρκίνο της μήτρας.<sup>14</sup>

Τα κονδυλώματα εμφανίζονται σε μερικές εβδομάδες ή έως 20 μήνες μετά τη μόλυνση. Είναι μαλακά, με ανώμαλη επιφάνεια και συνήθως δεν προκαλούν πόνο. Τα κονδυλώματα αναπτύσσονται ταχύτατα και σε μερικές περιπτώσεις οι αναπτύξεις δημιουργούν ομάδες σε περιοχή.<sup>14</sup>



**Εικόνα 18:** Οξυτενή κονδυλώματα περιοχής γεννητικών οργάνων, περίνεου και πρωκτού. Γενικευμένη μορφή.<sup>25</sup>

Στους άνδρες τα κονδυλώματα εμφανίζονται στο στέλεχος του πέους ή λιγότερο συχνά στο δέρμα που το καλύπτει, στο κεφάλι του πέους και γύρω από τον πρωκτό. Στις γυναίκες οι αναπτύξεις εμφανίζονται στο αιδοίο (το εξωτερικό μέρος των γυναικείων γεννητικών οργάνων), μέσα στον κόλπο, στη μήτρα και γύρω από τον πρωκτό.

Τα κονδυλώματα εμφανίζονται επίσης στον πρωκτό σαν αποτέλεσμα μόλυνσης μέσω της πρωκτικής συνουσίας και στο στόμα μετά από το στοματικό σεξ.

Εάν η έγκυος πάσχει από κονδυλώματα των γεννητικών οργάνων, υπάρχει κίνδυνος η μόλυνση να μεταδοθεί στο μωρό κατά τον τοκετό.<sup>14</sup>



**Εικόνα 19:** Οξυτενή κονδυλώματα περιπρωκτικής χώρας<sup>25</sup>

## Μετάδοση

Δεδομένου ότι μπορούν να εντοπίζονται σε τόσο μεγάλη περιοχή, είναι πιθανόν το προφυλακτικό, το οποίο καλύπτει μόνον το πέος, να μην προσφέρει απόλυτη ασφάλεια. Μεταδίδονται με απευθείας επαφή με την προσβεβλημένη περιοχή και εμφανίζονται λίγες εβδομάδες έως λίγους μήνες μετά την επαφή. Είναι πιθανόν κάποιος να μολυνθεί από τον ιό, αλλά να μην εμφανίσει κονδυλώματα, όπως είναι επίσης πιθανόν κάποιος που δεν έχει συμπτώματα μόλυνσης από τον HPV να μεταδίδει την μόλυνση.<sup>26</sup>

Μερικοί τύποι του HPV μπορούν να προκαλέσουν ανώμαλη κυτταρική ανάπτυξη στις μεμβράνες που καλύπτουν τα γεννητικά όργανα και τον πρωκτό, η οποία ονομάζεται δυσπλασία.

Η δυσπλασία μπορεί να εξελιχθεί σε καρκίνο του πέους ή του πρωκτού στους άνδρες, ή του τραχήλου της μήτρας ή του πρωκτού στις γυναίκες.<sup>26</sup>



**Εικόνα 20:** Οξυτενή κονδυλώματα πρωκτού<sup>25</sup>

**Εικόνα 21:** Υπερμεγέθη οξυτενή κονδυλώματα<sup>25</sup>

## Διάγνωση

Για τη διάγνωση του HPV οι γιατροί ψάχνουν τις εκδηλώσεις του: κονδυλώματα και δυσπλασία.

Η δυσπλασία διαγιγνώσκεται με τεστ Παπ, τόσο για τον κόλπο, όσο και για το ορθό. Μερικοί ερευνητές πιστεύουν ότι αυτή την εξέταση είναι απαραίτητο να την κάνουν κάθε χρόνο τα άτομα που διατρέχουν ψηλό κίνδυνο:

- Άτομα που έχουν (παθητική) σεξουαλική επαφή από τον πρωκτό.
- Γυναίκες που έχουν διαγνωσμένη νεοπλασία στον τράχηλο της μήτρας.

- Όλοι όσοι έχουν λιγότερα από 500 T λεμφοκύτταρα.<sup>26</sup>

Ωστόσο άλλοι ερευνητές πιστεύουν ότι μια καλή εξέταση μπορεί να αντικαταστήσει το τεστ Παπ.

Η εξέταση για τα κονδυλώματα είναι **απλή, ανώδυνη** και ο γιατρός μπορεί να τα διαγνώσει με γυμνό μάτι ή με μεγεθυντικό φακό. Για κονδυλώματα που βρίσκονται στον πρωκτό ή στον κόλπο χρειάζεται να γίνει μια πιο ειδική εξέταση (πρωκτοσκόπηση ή κολποσκόπηση). Όταν βρίσκονται κονδυλώματα στα εξωτερικά γεννητικά όργανα είναι καλό να γίνεται επίσης εξέταση του πρωκτού και του κόλπου (στις γυναίκες).<sup>26</sup>

### **Θεραπεία**

1. Με επαλείψεις διαλύματος ή αλοιφής ποδοφυλίνης δύο φορές την εβδομάδα. Ο γιατρός θα πεί πως πρέπει να μπει η αλοιφή γιατί είναι ισχυρό φάρμακο και μπορεί να ερεθίσει το υγιές δέρμα που περιβάλλει το κονδύλωμα. Μερικά κονδυλώματα ανταποκρίνονται στη θεραπεία με ποδοφυλίνη άλλα όμως όχι. Στην περίπτωση αυτή χρειάζεται άλλη θεραπεία.
2. Τα κονδυλώματα που βρίσκονται έξω από τα κολπικά χείλη μπορεί να αφαιρεθούν με τοπικό πάγωμα του δέρματος και ένα ειδικό εργαλείο.
3. Κονδυλώματα μέσα στον κόλπο ή τον τράχηλο ή λίγο μεγάλα για να ξεριζωθούν θα πρέπει να αφαιρεθούν με διεθερμία (καυτηριασμό) ενώ στην ασθενή έχει δοθεί κάποιο αναισθητικό φάρμακο. Μερικά κονδυλώματα έχουν σχέση με τη σύφιλη του δεύτερου σταδίου.
4. Για τα κονδυλώματα που υποτροπιάζουν συχνά βρείτε από πού προέρχονται ή αλλάξτε τη σύσταση του περιβάλλοντος που εμφανίζονται.<sup>27</sup> .

### **Πρόληψη**

Μπορεί αν μειωθεί ο κίνδυνος μετάδοσης της ασθένειας λαμβάνοντας μέτρα προστασίας κατά τη σεξουαλική επαφή. Συχνά συστήνεται η αποφυγή της σεξουαλικής επαφής, όταν τα κονδυλώματα είναι εμφανή. Παρ'όλα αυτά, αφού η ασθένεια δεν μπορεί να θεραπευτεί και μπορεί να μεταδοθεί ακόμη και αν ένα άτομο δεν έχει κονδυλώματα, ο κίνδυνος μόλυνσης του σεξουαλικού συντρόφου παραμένει. Για τη μεσοπρόθεσμη πρόληψη επανεμφάνισης των κονδυλωμάτων θα πρέπει να χρησιμοποιούνται προφυλακτικά για 12 εβδομάδες μετά το τέλος θεραπείας, αλλά τα προφυλακτικά δεν παρέχουν πλήρη προστασία, αφού είναι πιθανόν να μην καλύπτουν τις προσβεβλημένες περιοχές.<sup>14</sup>

### 3.8 Μόλυνση από τριχομονάδες

Μόλυνση από τριχομονάδες είναι η μόλυνση της γεννητικής οδού που συχνά δεν παρουσιάζει συμπτώματα, αλλά μπορεί να προκαλέσει εκκρίσεις κολλικών υγρών.<sup>14</sup>

Η μόλυνση από τριχομονάδες προκαλείται από το πρωτόζωο *trichomonas vaginalis*. Στις γυναίκες η μόλυνση προκαλεί αιδοιοκολπίτιδα, φλεγμονή μέσα και γύρω από τον κόλπο που μπορεί να οδηγήσει σε κυστίτιδα. Στους άνδρες η μόλυνση κάποιες φορές προκαλεί ελαφρά μόλυνση της ουρήθρας (ο σωλήνας που συνδέει την ουροδόχο κύστη με το εξωτερικό του σώματος) και σαν αποτέλεσμα κάποιες φορές μπορεί να έχει την εμφάνιση μη γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η μόλυνση μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή, αλλά μια γυναίκα που έχει μολυνθεί και είναι έγκυος μπορεί να τη μεταδώσει στο παιδί κατά τη διάρκεια της γέννησης.<sup>14</sup>

#### Συμπτώματα

Μερικές γυναίκες δεν έχουν συμπτώματα και η μόλυνση ανιχνεύεται μόνο κατά τη διάρκεια ενός τεστ ΠΑΠ. Τα συμπτώματα που εμφανίζονται περιλαμβάνουν:

- Έντονες κίτρινες αφρώδεις και με άσχημη μυρωδιά εκκρίσεις του κόλπου.
- Οδυνηρή φλεγμονή του κόλπου.
- Αίσθημα κνησμού και ερεθισμού του αιδοίου(του δέρματος γύρω από τον κόλπο).
- Αίσθημα καψίματος κατά την ούρηση.
- Δυσφορία κατά τη συνουσία.

Οι άνδρες πιθανόν να μην έχουν συμπτώματα. Όταν παρουσιάσουν αυτά περιλαμβάνουν:

- Δυσκολία κατά την ούρηση.
- Εκκρίσεις από το πέος.

Εάν εμείς ή ο σύντροφός μας εμφανίσει οποιαδήποτε από αυτά τα συμπτώματα, θα πρέπει να συμβουλευτούμε το γιατρό μας ή να επισκεφθούμε μια κλινική που ειδικεύεται στα ΣΜΝ.<sup>14</sup>

#### Μετάδοση τριχομονάδων

Η μετάδοση του παράσιτου γίνεται κατά τη σεξουαλική επαφή με άτομο που είναι ήδη μολυσμένο με τριχομονάδες. Οι άνδρες μολύνονται κυρίως από μολυσμένες γυναίκες ενώ οι γυναίκες μπορούν να πάρουν το μικρόβιο από μολυσμένους άνδρες ή γυναίκες. Το παράσιτο αυτό δεν επιβιώνει στο στόμα ή στον πρωκτό.<sup>14</sup>

Αναφέρεται ότι παρά το γεγονός ότι η τριχομονίαση είναι βασικά νόσος που μεταδίδεται κατά το σεξ, υπάρχουν σπάνια και άλλοι τρόποι μετάδοσης του παράσιτου. Οι τριχομονάδες μπορούν να μεταδοθούν όταν οι γεννητικές περιοχές έρθουν σε επαφή με υγρά ή βρεγμένα αντικείμενα όπως πετσέτες, μουσκεμένα ρούχα, μαγιό και καθίσματα αποχωρητηρίου στα οποία υπάρχουν τριχομονάδες. Οι τριχομονάδες μπορούν να επιβιώνουν για 45 λεπτά εκτός του ανθρώπινου σώματος.<sup>14</sup>

### **Διάγνωση μόλυνσης από τριχομονάδες**

Η διάγνωση τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες βασίζεται στην κλινική εξέταση από γιατρό και εργαστηριακά τεστ που αναγνωρίζουν την τριχομονίαση.

Ο γιατρός μπορεί να πάρει απεκκρίσεις, υγρά από τον κόλπο ή ακόμη να κάνει ένα τεστ Παπανικολάου και να τα εξετάσει στο μικροσκόπιο ή να τα στείλει σε εργαστήριο. Στο μικροσκόπιο, ο γιατρός είναι δυνατό να δει τις τριχομονάδες που κινούνται γρήγορα. Στους άνδρες, το παράσιτο είναι δυσκολότερο να ανιχνευτεί από ότι στις γυναίκες.

Στις γυναίκες η εξέταση μπορεί να δείξει μικρές κόκκινες εξελκώσεις στο κοιλικό τοίχωμα ή στον τράχηλο της μήτρας.<sup>14</sup>

### **Θεραπεία**

Οι προσβεβλημένες περιοχές μπορεί να ελεγχθούν για την παρουσία του πρωτόζωου με δείγμα εκκρίματος που παίρνεται από αυτές. Ταυτόχρονα πιθανόν να γίνει έλεγχος και για άλλα ΣΜΝ.

Εάν βρεθούν τριχομονάδες ο γιατρός θα συστήσει αντιβιοτικά. Οι σεξουαλικοί σύντροφοι και τα μωρά που γεννιούνται από μητέρες που έχουν προσβληθεί θα πρέπει να ελέγχονται, ακόμη και αν δεν παρουσιάζουν συμπτώματα και θα πρέπει να ακολουθούν κάποια θεραπεία εάν είναι απαραίτητο.<sup>14</sup>

Η θεραπεία της μόλυνσης από τριχομονάδες, περιλαμβάνει το φάρμακο μετρονιδαζόλη το οποίο χορηγείται από το στόμα. Μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί και το ανάλογο φάρμακο τινιδαζόλη.<sup>28</sup>

Η μετρονιδαζόλη μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε εγκύους γυναίκες. Όμως υπάρχουν γιατροί που δεν αισθάνονται ασφάλεια για να χορηγήσουν το φάρμακο κατά τους πρώτους 3 μήνες της εγκυμοσύνης. Μετά το τέλος του πρώτου τριμήνου, οι πλείστοι ειδικοί συμφωνούν ότι δεν υπάρχει κίνδυνος για το παιδί. Κατά τη διάρκεια θεραπείας με μετρονιδαζόλη όπως επίσης και 48 ώρες μετά, δεν επιτρέπεται η κατανάλωση αλκοόλ. Το αλκοόλ μαζί με τη μετρονιδαζόλη, μπορεί να προκαλεί αναγούλες και εμετούς.<sup>28</sup>



Τα συμπτώματα της τριχομονιάσης σε μολυσμένους άνδρες, μπορεί να υποχωρήσουν σε μερικές εβδομάδες ακόμη χωρίς θεραπεία. Όμως ένας άνδρας που δεν είχε ποτέ παρουσιάσει συμπτώματα λόγω τριχομονάδων ή που τα συμπτώματά του υποχώρησαν από μόνα τους, είναι σε θέση να μολύνει ή να ξαναμολύνει την ή τις γυναίκες με τις οποίες έχει σεξουαλική επαφή. Η δυνατότητα που έχει να τις μολύνει διακόπτεται μόνο όταν λάβει θεραπεία.<sup>28</sup>

Για τους λόγους αυτούς, ο ένας ή οι τυχόν περισσότεροι ερωτικοί σύντροφοι του ατόμου που έχει διαγνωσθεί με μόλυνση από τριχομονάδες, πρέπει να λαμβάνουν ταυτόχρονα θεραπεία για να εξαλειφθεί το παράσιτο. Άτομα που λαμβάνουν θεραπεία για τριχομονιάση, πρέπει να αποφεύγουν το σεξ μέχρι που τα ίδια και οι ερωτικοί τους σύντροφοι συμπληρώσουν τη θεραπεία τους και δεν έχουν άλλα συμπτώματα ή σημεία.<sup>28</sup>

Η μόλυνση με τριχομονάδες δεν προσφέρει μόνιμη ανοσία. Ένα άτομο που μολύνθηκε, έλαβε θεραπεία και ιάθηκε, μπορεί να μολυνθεί ξανά.<sup>28</sup>

## Πρόληψη

Ο κίνδυνος της μόλυνσης από τριχομονάδες μειώνεται με το ασφαλές σεξ. Κατά τη διάρκεια τυχόν θεραπείας για μόλυνση από τριχομονάδες θα πρέπει να αποφεύγετε τη σεξουαλική επαφή.<sup>14</sup> Η πρόληψη της τριχομονιάσης, περιλαμβάνει μεταξύ άλλων εκτός βέβαια από την αποχή από το σεξ και τη μακροχρόνια αμοιβαία μονογαμική σχέση με άτομο το οποίο έχει ελεγχθεί και δεν είναι μολυσμένο από το παράσιτο.<sup>28</sup>

Η ορθή χρήση προφυλακτικού με συνέπεια στις σεξουαλικές σχέσεις, μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο προσβολής από τριχομονάδες και διακόπτει την αλυσίδα μετάδοσης του παράσιτου. Η πρόληψη μόλυνσης από τριχομονάδες, περιλαμβάνει επίσης την αποφυγή κοινής χρήσης με άλλα άτομα αντικειμένων που μπορούν να έρθουν σε στενή επαφή με τις γεννητικές περιοχές όπως μαγιό, εσώρουχα, υγρές ή βρεγμένες πετσέτες ή βρεγμένα καθίσματα αποχωρητηρίου.<sup>28</sup>

Άτομα που παρουσιάζουν οποιαδήποτε σημεία ή συμπτώματα σε σχέση με τα γεννητικά όργανα όπως ασυνήθιστες απεκκρίσεις, κάψιμο κατά τη διούρηση, ένα έλκος ή εξάνθημα στη γεννητική περιοχή, πρέπει άμεσα να αποφεύγουν σεξουαλική επαφή οποιαδήποτε μορφής και να ζητούν συμβουλή γιατρού.<sup>28</sup>

Άτομα στα οποία έχει γίνει η διάγνωση τριχομονιάσης ή και οποιασδήποτε άλλης σεξουαλικά μεταδιδόμενη ασθένειας, είναι απαραίτητο άμεσα να λαμβάνουν την κατάλληλη θεραπεία και να ενημερώνουν όλους τους πρόσφατους σεξουαλικούς τους συντρόφους ούτως ώστε και αυτοί να λαμβάνουν άμεσα ιατρική συμβουλή και θεραπεία.<sup>28</sup>



Με τον τρόπο αυτό μειώνεται ο κίνδυνος εμφάνισης επιπλοκών στους σεξουαλικούς συντρόφους του ατόμου που διαγνώσθηκε με τη νόσο που μεταδίδεται λόγω σεξ και διακόπτεται η αλυσίδα μετάδοσης της του μικροβίου.<sup>28</sup>

Το άτομο που διαγνώσθηκε με τριχομονίαση και οι πρόσφατοι ερωτικοί του σύντροφοι δεν πρέπει να έχουν σεξουαλική επαφή μέχρι που να ολοκληρωθεί η θεραπεία τους και να υποχωρήσουν πλήρως όλα τα συμπτώματα τους.<sup>28</sup>

Σε περίπτωση υποψίας ότι έχετε μολυνθεί με σεξουαλικά μεταδιδόμενο παράγοντα, μη διστάσετε άμεσα να συμβουλευτείτε το γιατρό σας, να του πείτε όλα τα σχετικά με ειλικρίνεια και παράλληλα εάν πράγματι αποδειχθεί ότι παρουσιάζετε μια σεξουαλικά μεταδιδόμενη νόσο, πρέπει άμεσα να ενημερώσετε τον ή τους σεξουαλικούς σας συντρόφους.<sup>28</sup>

## **Μόλυνση από τριχομονάδες σε άνδρες και επιπτώσεις σε γυναίκες**

Στους άνδρες η μόλυνση από τριχομονάδες δεν αναγνωρίζεται εύκολα. Στους περισσότερους δεν προκαλεί συμπτώματα. Το μικρόβιο χωρίς θεραπεία, παραμένει σε αυτούς συμβάλλοντας έτσι στην περαιτέρω μετάδοση της νόσου.<sup>29</sup>

Η μόλυνση με τριχομονάδες στις γυναίκες αυξάνει τον κίνδυνο φλεγμονώδους νόσου στα γεννητικά όργανα, έχει σχετισθεί με προκαρκινικές αλλοιώσεις στον τράχηλο της μήτρας και με πρόωρο τοκετό. Επίσης αυξάνει τον κίνδυνο μόλυνσης και μετάδοσης του ιού HIV που προκαλεί το AIDS. Είναι πολύ σημαντικό, για τη διακοπή της αλυσίδας μετάδοσης, να συμπεριλαμβάνονται και οι άνδρες σε όλες τις προσπάθειες που γίνονται για την αντιμετώπιση της πάθησης. Παρά το ότι η τριχομονίαση είναι η συχνότερη μη ιογενής σεξουαλικά μεταδιδόμενη νόσος, εντούτοις λαμβάνει τη λιγότερη προσοχή στον τομέα της δημόσιας υγείας.

Επίσης τα τεστ ρουτίνας που χρησιμοποιούνται συνήθως για την ανίχνευση της μόλυνσης, αναγνωρίζουν την ύπαρξη του παράσιτου κυρίως σε άτομα που έχουν μεγάλους αριθμούς του μικροβίου. Το γεγονός ότι πολλοί άνδρες δεν παρουσιάζουν συμπτώματα και οι δυσκολίες ανίχνευσης των παρασίτων, συμβάλλουν στο να παραμένουν χωρίς θεραπεία πολλά άτομα επιδεινώνοντας έτσι το πρόβλημα.<sup>29</sup>

Πρόσφατα ερευνητές από τη Βόρειο Καρολίνα και την Αλαμπάμα, χρησιμοποίησαν μια πιο ευαίσθητη μέθοδο που βασίζεται στην αναγνώριση του DNA του παράσιτου *Trichomonas vaginalis* για να ανιχνεύουν καλύτερα την ύπαρξη του μικροβίου στους συντρόφους γυναικών που είχαν μολυνθεί. Εξετάσθηκαν 3.836 γυναίκες σε 3 κλινικές για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Οι 790 γυναίκες, δηλαδή το 20,6% βρέθηκαν ότι είχαν τη μόλυνση. Από αυτές οι 540

συμμετείχαν στην έρευνα και έγινε δυνατό να εξετασθούν 261 από τους συντρόφους τους. Από τους άνδρες αυτούς, το 71,7% είχαν επίσης το παράσιτο.<sup>29</sup>

Όμως από το σύνολο των ανδρών που είχαν το παράσιτο, το 76,8% δεν είχαν συμπτώματα.

Το συμπέρασμα των γιατρών είναι ότι οι περισσότεροι σύντροφοι των γυναικών με τριχομονίαση, ήταν μολυσμένοι από το παράσιτο. Για αυτό επιβάλλεται βελτίωση της αντιμετώπισης του προβλήματος στους άνδρες με πιο ευαίσθητες μεθόδους ανίχνευσης του παράσιτου και καλύτερη θεραπεία. Η μέθοδος αναγνώρισης του DNA του μικροβίου της τριχομονίασης είναι πιο ευαίσθητη μέθοδος και βοηθά στην καλύτερη αναγνώριση της μόλυνσης.<sup>29</sup>

Πρέπει να προσθέσουμε ότι τα συμπτώματα της τριχομονίασης σε μολυσμένους άνδρες, μπορεί να υποχωρήσουν σε μερικές εβδομάδες ακόμη χωρίς θεραπεία. Όμως ένας άνδρας που δεν είχε ποτέ παρουσιάσει συμπτώματα λόγω τριχομονιάδων ή που τα συμπτώματα του υποχώρησαν από μόνα τους, είναι σε θέση να μολύνει ή να ξαναμολύνει την ή τις γυναίκες με τις οποίες έχει σεξουαλική επαφή. Η δυνατότητα που έχει να τις μολύνει διακόπτεται μόνο όταν λάβει θεραπεία.<sup>29</sup>

Για τους λόγους αυτούς, ο ένας ή οι τυχόν περισσότεροι ερωτικοί σύντροφοι του ατόμου που έχει διαγνωσθεί με μόλυνση από τριχομονιάδες, πρέπει να λαμβάνουν ταυτόχρονα θεραπεία για να εξαλειφθεί το παράσιτο. Άτομα που λαμβάνουν θεραπεία για τριχομονίαση, πρέπει να αποφεύγουν το σεξ μέχρι που τα ίδια και οι ερωτικοί τους σύντροφοι συμπληρώσουν τη θεραπεία τους και δεν έχουν άλλα συμπτώματα ή σημεία. Η μόλυνση με τριχομονιάδες δεν προσφέρει μόνιμη ανοσία.<sup>29</sup>

Ένα άτομο που μολύνθηκε, έλαβε θεραπεία και ιάθηκε, μπορεί να μολυνθεί ξανά. Χρειάζεται μεγαλύτερη προσοχή και βελτίωση στην αντιμετώπιση των μολύνσεων με τριχομονιάδες διαφορετικά η πάθηση θα συνεχίσει να μεταδίδεται σιωπηλά, θέτοντας μεγάλους αριθμούς γυναικών σε αυξημένο κίνδυνο για σοβαρές επιπλοκές και αυξημένο κίνδυνο για AIDS.<sup>29</sup>

### 3.9 Φθειρές του εφηβαίου

Παρασιτική μόλυνση των τριχών του εφηβαίου από έναν τύπο μικρού χωρίς πτερύγια εντόμου, που προκαλεί ερεθισμό.

Ηλικία: Συνήθως προσβάλλει σεξουαλικά δραστήρια άτομα κάθε ηλικίας.

Τρόπος Ζωής: το σεξ με πολλαπλούς συντρόφους αποτελεί παράγοντα επικινδυνότητας.

Φύλο: Δεν αποτελούν σημαντικούς παράγοντες.<sup>14</sup>

Αιτιολογία: Η *Phthirus pubis* συνήθως μεταδίδεται με τη γενετήσια επαφή, αλλά είναι φανερό ότι η μόλυνση μπορεί να επέλθει και με τη χρησιμοποίηση μολυσμένων ρούχων.<sup>30</sup>

Οι φθειρές (ψείρες) του εφηβαίου, που συχνά αποκαλούνται «καβούρια», γιατί οι δαγκάνες τους μοιάζουν με αυτές των καβουριών, μεταδίδονται συνήθως με τη σεξουαλική επαφή. Οι ψείρες ζουν στις τρίχες του εφηβαίου απ' όπου τρέφονται με το αίμα και γεννούν τα αυγά τους, που ονομάζονται κονίδες (nits). Στις ΗΠΑ αντιμετωπίζονται 3 περίπου εκατομμύρια παρασιτικών μολύνσεων με ψείρες του εφηβαίου το χρόνο.<sup>14</sup>



**Εικόνα 22:** Φθειρίαση εφηβαίου<sup>25</sup>

Το πιο συνηθισμένο σύμπτωμα είναι ο κνησμός στην περιοχή του εφηβαίου και γύρω από τον πρωκτό, ιδιαίτερα τη νύχτα. Μερικοί άνθρωποι δεν έχουν συμπτώματα και συνειδητοποιούν πως

έχουν μολυνθεί μόνο όταν προσέξουν τα αυγά ή τα μικροσκοπικά ζώηφια. Το τακτικό πλύσιμο δε βοηθάει, αφού τα αυγά βρίσκονται πάνω στοις τρίχες.<sup>14</sup>

Αν μολυνθείτε από ψείρες του εφηβαίου, θα πρέπει να συμβουλευτείται το γιατρό ή να επισκεφθείται κλινική που εξειδικεύεται στα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.<sup>14</sup>

Ο γιατρός πιθανόν να συστήσει κάποιο σκεύασμα που περιέχει lindane ή permethrin και το οποίο θα επαλείψετε στις προσβεβλημένες περιοχές. Συνήθως απαιτείται μία δεύτερη εφαρμογή 10 περίπου μέρες μετά την πρώτη, για να καταστραφούν οι νέες ψείρες που έχουν εκκολαφθεί. Για να προλάβετε την εξάπλωση των ψειρών θα πρέπει να ελεγχθεί και ο σεξουαλικός σας σύντροφος και να κάνει θεραπεία, εάν είναι απαραίτητο.<sup>14</sup>

# **Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 3**

- ◆ ***ΣΥΝΔΡΟΜΟ  
ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ  
ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗΣ  
ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ  
( AIDS )***

## 4.1 AIDS

Το Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας ή AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) προκαλείται από τον ιό Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας ή HIV (Human Immunodeficiency Virus) ο οποίος όμως δε μεταδίδεται αποκλειστικά με τη σεξουαλική επαφή. Μολυσμένες σύριγγες ή άλλα αντικείμενα που εισχωρούν στο δέρμα αποτελούν επίσης πιθανούς τρόπους μετάδοσης του ιού HIV. Σήμερα το AIDS έχει γίνει σε μεγάλο βαθμό γυναικεία ασθένεια, καθώς πολλές είναι οι γυναίκες που μολύνονται από κάθε λογής ερωτικούς συντρόφους.<sup>21</sup>

Η νόσος πρωτοεμφανίστηκε το 1978 σε 5 ομοφυλόφιλους της Νέας Υόρκης, ενώ την επόμενη χρονιά 7 νέα άτομα προσβλήθηκαν την ίδια πόλη. Η άγνωστη για τον καιρό εκείνο ασθένεια, ονομάστηκε «νόσος των ομοφυλοφίλων», επειδή πρώτα θύματα ήταν νεαρά ομοφυλόφιλα άτομα.

Το 1981 το AIDS αναγνωρίστηκε και περιγράφηκε σαν μια νέα θανατηφόρα ασθένεια υπό μορφή επιδημικών εστιών, σε ομοφυλόφιλους της Νέας Υόρκης, του Λος Άντζελες και του Αγίου Φραγκίσκου των ΗΠΑ. Με την πάροδο, όμως, του χρόνου, νέα κρούσματα της νόσου εμφανίστηκαν σε αιμορροφίλικους και σε άτομα καταγόμενα από την Αφρική και την Καραϊβική, ιδιαίτερα την Αϊτή. Ακολούθησε ραγδαία αύξηση των κρουσμάτων στις ΗΠΑ και στην Ευρώπη.<sup>31</sup>

Περίπου 5.000.000 άτομα μολύνθηκαν από τον ιό HIV μέσα στο 2003 και 700.000 από αυτά ήταν παιδιά. Στην Ελλάδα, σύμφωνα με τελευταία στοιχεία, η ολοένα και αυξανόμενη, από το 1990 έως το 2000, επίπτωση της λοίμωξης φαίνεται τα τελευταία χρόνια να μειώνεται.<sup>32</sup>

Είναι γνωστό ότι το AIDS είναι πλέον δεδομένο, ότι όλες οι ανθρώπινες κοινωνίες οφείλουν να καταλάβουν τις διαστάσεις και επιδράσεις που η αρρώστια αντιπροσωπεύει.<sup>33</sup>

Το AIDS αναπτύσσεται στο 54% περίπου των φορέων του ιού μέσα στα 10 πρώτα χρόνια από τη μόλυνσή τους και σε όλους σχεδόν μετά από μακρύ χρονικό διάστημα. Η ανάπτυξη του AIDS σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή, εξαρτάται από το πόσο σοβαρή βλάβη έχει υποστεί το ανοσοποιητικό σύστημα. Οποιοδήποτε άλλο παράγοντες επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα του ανοσοποιητικού συστήματος, παίζουν σημαντικό ρόλο. Ακόμα και η μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ ή η εγκυμοσύνη είναι δυνατόν να «συνηγορήσουν» υπέρ της πλήρους εκδήλωσης του Συνδρόμου Ανοσοποιητικής Ανεπάρκειας. Επίσης, μια γυναίκα που εκτίθεται συνεχώς σε

περαιτέρω μόλυνση με τον ιό HIV, έχει πιθανότητα να παρουσιάσει προβλήματα νωρίτερα απ' ότι κάποια που δεν εκτίθεται.<sup>21</sup>

Οι μολύνσεις που μπορούν να παρατηρηθούν σε άτομα με AIDS, δε διαφέρουν σε τίποτα - εκτός ίσως από την ένταση των συμπτωμάτων- απ' αυτές που προσβάλλουν τους υγιείς ανθρώπους, και αντιμετωπίζονται θεραπευτικά με τον ίδιο ακριβώς τρόπο.<sup>21</sup>

Στη διάρκεια ενός έως δέκα χρόνων μετά τη μόλυνσή τους από τον ιό, το 80% των ατόμων αναπτύσσουν AIDS ή εκτεταμένο πρόβλημα στους λεμφαδένες ή κάποια εγκεφαλική βλάβη. Το 50% των ατόμων θα αναπτύξουν AIDS στην πλήρη μορφή, με τόσο σοβαρή απώλεια ανοσίας, ώστε να γίνονται ευάλωτα σε ευρεία κλίμακα μολύνσεως και σε μερικά είδη καρκίνου. Για κάποιο διάστημα, τα περισσότερα απ' αυτά μπορεί να τεθούν υπό έλεγχο, όταν όμως η ασθένεια προχωρήσει, η κατάληξη είναι σχεδόν πάντα μοιραία.<sup>21</sup>

### 4.1.1 Μορφολογία

Η μορφολογία του HIV είναι παρόμοια με αυτή των υπόλοιπων ρετροϊκών και ειδικότερα των lentiviruses. Από μελέτες ηλεκτρονικής μικροσκοπίας έχει βρεθεί ότι ο ιός HIV αποτελείται από ένα κωνικού σχήματος καψίδιο (core) το οποίο περιβάλλεται από μια λιπιδική διπλοστιβάδα που προέρχεται από την κυτταρική μεμβράνη του κυττάρου ξενιστή.<sup>5</sup>

Αυτή η εξωτερική στιβάδα του ιού που έχει χαρακτηριστεί ως φάκελος-περίβλημα φέρει στην επιφάνεια της χαρακτηριστικά εξογκώματα σε σχήμα σχεδόν σφαιρικό που δημιουργούνται από τετραμερή ή τριμερή συσσωματώματα των γλυκοπρωτεϊνών gp120(SU) και gp41<sup>TM</sup> του ιού. Η gp120 είναι τοποθετημένη προς το εξωκυτταρικό περιβάλλον, ενώ η gp41 βρίσκεται μέσα στη λιπιδική μεμβράνη σταθεροποιώντας έτσι το σύμπλοκο gp120/gp41 στην επιφάνειά του. Μέσα από την εξωτερική επιφάνεια του ιού υπάρχει το εσωτερικό περίβλημα (matrix) το οποίο προέρχεται από τον περιμερισμό της πρωτεΐνης p17(MA) που κωδικοποιείται από το γονίδιο gag. Το καψίδιο κωνικού σχήματος (core) που βρίσκεται μέσα από το εσωτερικό περίβλημα (matrix) σχηματίζεται από την πρωτεΐνη p24 (CA) της gag και περιβάλλει τα δύο αντίγραφα RNA του ιού που σχηματίζει συσσωματώματα με την πρωτεΐνη p9 (NC). Το καψίδιο περιέχει επίσης τις πρωτεΐνες ένζυμα του ιού, αντίστροφη μεταγραφάση (RT), πρωτεάση (PR) και ιντεγκράση (IN), που κωδικοποιούνται στο γονίδιο pol.<sup>5</sup>

Υπολογίζεται ότι ένα ιικό σωματίο περιέχει περίπου 1200 μόρια της πρωτεΐνης p24, 80 αντίγραφα αντίστροφης μεταγραφάσης και περίπου 280 αντίγραφα της gp120. Το ιικό σωματίο

περιέχει επίσης και σημαντικό αριθμό πρωτεϊνών και κυττάρου ξενιστή, όπως η β2 μικροσφαιρίνη, πρωτεΐνες του κύριου συμπλόκου ιστοσυμβατότητας (major histocompatibility complex, MHC antigens), ακτίνη (actin) και άλλες. Έχει προταθεί ότι οι πρωτεΐνες αυτές σε συνδυασμό με τη γλυκοπρωτεΐνη gp120 του περιβλήματος παίζουν καθοριστικό ρόλο στη σύντηξη (fusion) ιού και κυττάρου ξενιστή όπως επίσης και την εισαγωγή του καπιδίου στο κύτταρο.<sup>5</sup>

#### **4.1.2 Ο κύκλος αναδιπλασιασμού του ιού**

Ο κύκλος αναδιπλασιασμού του ιού HIV αποτελείται από 7 επιμέρους κύριες διεργασίες, την είσοδο του ιού στο κύτταρο, τη σύνθεση του DNA, την ενσωμάτωση στο χρωμοσωμικό DNA του κυττάρου, τη μεταγραφή των ιικών γονιδίων, την επεξεργασία και μεταφορά του RNA, τη σύνθεση των πρωτεϊνών του ιού καθώς και την εκβλάστηση του ιικού σωματιδίου από το κύτταρο.<sup>5</sup>

Συγκεκριμένα ο ιός ακουμπά το λεμφοκύτταρο T4. ακουμπά, μέσω των γλυκο-πρωτεϊνών του, σε ένα συγκεκριμένο υποδοχέα του λεμφοκυττάρου. Η σύντηξη του ιού με την μεμβράνη του κυττάρου T4 επιτρέπει στο γονίδιο και στις πρωτεΐνες του ιού να εισβάλουν στο κυτταρόπλασμα. Ένα συμπληρωματικό αντίγραφο του DNA και του RNA ιού δημιουργείται χρησιμοποιώντας ανάστροφη μεταγραφάση. Το DNA του ιού του πυρήνα ενσωματώνεται με το DNA του κυττάρου φτάχνοντας ένα αντίγραφο του DNA του ιού, αυξάνοντας τον αριθμό των μολυσμένων κυττάρων. Όταν το κύτταρο ενεργοποιηθεί, ο ιός χρησιμοποιώντας τις πρωτεΐνες του κυττάρου πολλαπλασιάζεται και αποκολλάται από το κύτταρο T4, το οποίο τελικά καταστρέφεται.<sup>34</sup>



### 4.1.3 Κλινική εικόνα – Επιπλοκές <sup>2</sup>

Η κλινική εικόνα του AIDS είναι πολυσυστηματική. Στα γενικά συμπτώματα περιλαμβάνονται: παρατεταμένη συνεχής ή διαλείπουσα δεκατική πυρετική κίνηση, πυρετός, συνήθως όχι υψηλός, μυαλγίες, αρθραλγίες, χρόνιο διαρροϊκό σύνδρομο ή ακούσια απώλεια βάρους πάνω από 10%, καταβολή και άλλοτε άλλου βαθμού κακουχία. Σε αρκετές περιπτώσεις το άτομο έχει την εικόνα του χρονίως και βαρέως πάσχοντος. Παρ'όλο ότι στο Δυτικό κόσμο η HIV-λοίμωξη δεν αποτελεί πλέον, όπως στο παρελθόν, νόσο συγκεκριμένων ομάδων του πληθυσμού(ομοφυλόφιλοι, χρήστες ενδοφλεβικών εθιστικών ουσιών, πολυμεταγγιζόμενα άτομα), ένταξη του αρρώστου σε κάποια από αυτές τις κατηγορίες θα πρέπει να οδηγήσει τη σκέψη του θεράποντος και προς την κατεύθυνση της HIV-λοίμωξης. Η προέλευση επίσης του ατόμου έχει ιδιαίτερη σημασία και ιδίως όταν είναι από χώρες όπου η HIV-λοίμωξη είναι ιδιαίτερα συχνή(Αφρική, νοτιοανατολική Ασία). <sup>5</sup>

Στα πρώτα στάδια της μόλυνσης με τον ιό HIV, σε πολλές περιπτώσεις μπορεί να μην υπάρχουν συμπτώματα. Σε ένα ποσοστό της τάξης του 50% έως 60%, είναι δυνατόν να προκληθεί ένα σύνδρομο ανάλογο με αυτό της γρίπης κατά τις πρώτες εβδομάδες της μόλυνσης με τον ιό HIV. <sup>35</sup>

#### **Τα συμπτώματα στην αρχή μπορεί να περιλαμβάνουν**

- Πυρετό.
- Πόνο στο λαιμό.
- Εξάνθημα.
- Αναγούλες και εμετούς.
- Διάρροια.
- Κούραση.
- Πρήξιμο λεμφαδένων.
- Πονοκέφαλο.
- Πόνους στις αρθρώσεις και στους μυς. <sup>35</sup>

Οι περισσότεροι ασθενείς και γιατροί, θεωρούν ότι τα συμπτώματα αυτά οφείλονται σε κρυολόγημα ή γρίπη και έτσι δεν γίνεται αρχικά η διάγνωση.

Σε σπάνιες περιπτώσεις, η αρχική μόλυνση μπορεί να είναι σοβαρότερη και να προκαλέσει σοβαρή κλινική εικόνα γρίπης ή ακόμη μηνιγγίτιδα και να είναι αιτία εισαγωγής του ασθενούς στο νοσοκομείο. Παλαιότερα οι γιατροί πίστευαν ότι μετά την αρχική μόλυνση, ο ιός HIV

βρισκόταν σε μια λανθάνουσα κατάσταση, ανενεργός και μετά δραστηριοποιούταν δημιουργώντας το AIDS.<sup>35</sup>

Σήμερα γνωρίζουμε ότι στην πραγματικότητα ο ιός είναι συνεχώς ενεργός από την αρχή, αναπαραγόμενος και σκοτώνοντας τα λεμφοκύτταρα CD4. Ακόμη και όταν εκδηλώνεται πλέον στην πλήρη εικόνα του το AIDS, ο ιός συνεχίζει το καταστροφικό του έργο.<sup>35</sup>

Με τη σταδιακή πτώση του αριθμού των λεμφοκυττάρων CD4, εμφανίζονται νέα προβλήματα.

**Όταν ο αριθμός των CD4 πέφτει κάτω από το φυσιολογικό (800 έως 1.200 κύτταρα ανά κυβικό χιλιοστόμετρο αίματος), ο ασθενής αρχίζει να έχει πρησμένους λεμφαδένες, δερματικά προβλήματα όπως σμηγματορροϊκή δερματίτιδα, ψωρίαση που εμφανίζεται για πρώτη φορά ή που επιδεινώνεται εάν ήδη υπάρχει, μολύνσεις δέρματος ήπιας μορφής και έλκη γύρω από το στόμα.**<sup>35</sup>

**Στα επόμενα χρόνια, όταν ο αριθμός των CD4 συνεχίζει να μειώνεται, τα δερματικά προβλήματα και τα έλκη του στόματος, εμφανίζονται συχνότερα. Οι ασθενείς παρουσιάζουν υποτροπιάζουσες μολύνσεις ερπητικής στοματίτιδας και έρπη ζωστήρα. Πολλοί ασθενείς στη φάση αυτή, έχουν ανεξήγητη απώλεια βάρους, διάρροια, πυρετό, πόνους στους μυς και στις αρθρώσεις, κούραση.**<sup>35</sup>

**Όταν τα λεμφοκύτταρα CD4 είναι κάτω από 200 ανά κυβικό χιλιοστόμετρο αίματος, αναπτύσσεται η κλινική εικόνα του AIDS.**<sup>35</sup>

## **Πορεία της νόσου**

### **Πρωτογενής λοίμωξη**

Πρόκειται για το αρχικό στάδιο της νόσου που ακολουθεί τη μόλυνση από HIV και χαρακτηρίζεται από μη ειδικά κλινικά σημεία και εργαστηριακά ευρήματα ιογενούς λοίμωξης. Το στάδιο αυτό διαρκεί συνήθως 1-2 εβδομάδες. Επίσης, τις πρώτες 23 περίπου μέρες της μόλυνσης ο ασθενής δεν αναπτύσσει αντισώματα κατά του ιού, και για αυτό το λόγο η περίοδος αυτή καλείται και "σιωπηλό παράθυρο" και είναι η πιο επικίνδυνη περίοδος από την άποψη ότι ο φορέας μπορεί να μολύνει άλλους εν αγνοία του, ακόμα και αν έχει κάνει μια τυπική εξέταση αίματος.<sup>36</sup>

## Φάση ασυμπτωματικής λοίμωξης

Στο στάδιο αυτό ο ασθενής είναι ασυμπτωματικός, είναι δυνατόν όμως να εμφανίζει κάποιες διαταραχές σε εργαστηριακές εξετάσεις. Παρόλο που ο ασθενής είναι ασυμπτωματικός μπορεί να μεταδίδει τον ιό.<sup>36</sup>

## Φάση συμπτωματικής λοίμωξης

Στο στάδιο αυτό ξεκινούν τα πρώτα συμπτώματα της νόσου που είναι αποτέλεσμα μείωσης της κυτταρικής ανοσίας, όπως στοματική καντιτίαση, τριχωτή λευκοπλακία γλώσσας, υποτροπιάζον απλός έρπης και έρπης γεννητικών οργάνων, καθώς και εκτεταμένος έρπης ζωστήρας. Μπορεί να συνυπάρχει επίσης κεφαλαλγία, πυρετός, διάρροια, απώλεια βάρους, νυχτερινοί ιδρώτες και κυρίως λεμφαδενοπάθεια.<sup>36</sup>

## Φάση ανοσοκαταστολής

Η καταστροφή του ανοσοποιητικού συστήματος από τη δράση του ιού σε προχωρημένα στάδια κάνει το άτομο ευάλωτο σε ιούς, μύκητες, βακτήρια και παράσιτα που υπό άλλες συνθήκες δε θα προσέβαλαν τον άνθρωπο ή θα προκαλούσαν πολύ ήπιας μορφής νόσο (ευκαιριακές λοιμώξεις). Επίσης η έλλειψη επιτήρησης του οργανισμού από το ανοσοποιητικό του σύστημα για νεοπλασίες κάνει συχνή την εμφάνιση κάποιων μορφών καρκίνου, όπως το σάρκωμα Kaposi το λέμφωμα, τον καρκίνο του στοματοφάρυγγος, του πρωκτού και του τραχήλου της μήτρας.<sup>36</sup>

## Εκδηλώσεις από το:

- ✓ **Αναπνευστικό σύστημα**. Εκδηλώσεις από το αναπνευστικό σύστημα είναι πολύ συχνές. Η *φυματίωση*, η *πνευμονία από πνευμονοκύστη carinii*, οι *βακτηριδιακές πνευμονίες* και οι *μυκητιάσεις* είναι τα πλέον συχνά λοιμώδη νοσήματα, ενώ η εντόπιση του *σαρκώματος Kaposi* στον πνεύμονα η οποία εμφανίζεται κυρίως στις βαριές και εκτεταμένες μορφές του δεν είναι σπάνια. Πολύ συχνά η εκδήλωση ενός καιροσκοπικού νοσήματος από το αναπνευστικό σύστημα, συνήθως λοιμώδους, αποτελεί και την αιτία για τη διόγκωση της HIV-λοίμωξης.<sup>5</sup>
- ✓ **Νευρικό σύστημα**. Από το νευρικό σύστημα, οι εκδηλώσεις είναι επίσης συχνές και συνήθως αποτελούν την πρώτη εκδήλωση του AIDS. Μπορεί να οφείλονται στον HIV, σε καιροσκοπικές λοιμώξεις του ΚΝΣ, καιροσκοπικά νεοπλάσματα του ΚΝΣ (πρωτοπαθής ή μη λέμφωμα εγκεφάλου και άλλα μεταστατικά νεοπλάσματα) ή να αποτελούν αγγειακές επιπλοκές (αγγειακά έμφρακτα ή αγγειακές αιμορραγίες). Από το

περιφερικό νευρικό σύστημα, η περιφερική νευροπάθεια και μυοπάθεια μπορεί να αποτελεί εκδήλωση της νόσου ή να οφείλεται, συνηθέστερα, στη φαρμακευτική αγωγή.<sup>5</sup>

- ▼ **Ανοσοποιητικό σύστημα** Η *αναιμία* και η *λευκοπενία* είναι συχνή σε πάσχοντες από AIDS. Μπορεί να οφείλονται είτε στην υπάρχουσα μυελοδυσπλασία που συνοδεύει το AIDS, είτε στη λαμβανόμενη φαρμακευτική αγωγή. Μεταξύ άλλων, αιτία αναιμίας μπορεί να είναι η απώλεια αίματος, η σιδηροπενία, η έλλειψη βιταμίνης B12 ή φυλικού οξέος, η λοίμωξη από παρβοϊό B19, η αναιμία, εκ χρόνιου νοσήματος, αναιμία εκ χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας (ΧΝΑ), ή η διήθηση του μυελού των οστών από κακοήθη κύτταρα. Η *θρομβοπενία* δεν είναι ασυνήθης εκδήλωση, μια αιτία είτε φαρμακευτικά, είτε οφειλόμενη στον HIV, είτε αυτοάνοσης αιτιολογίας.<sup>5</sup>
- ▼ **Γαστρεντερικό σύστημα** *Κοιλιακό άλγος, έμετοι ή διάρροια* είναι συχνές εκδηλώσεις από το γαστρεντερικό σύστημα, και συμμετέχουν σημαντικά στην απώλεια βάρους των πασχόντων. Παθογόνα όπως η *κάντιντα*, ο *κυτταρομεγαλοϊός*, η *σαλμονέλα*, η *σιγκέλλα*, το *καμπυλοβακτηρίδιο*, το *κολοβακτηρίδιο*, άτυπα *μυκοβακτηρίδια*, *πρωτόζωα* και *έλμινθες* (στρογγυλοειδής των κοπράνων) είναι δυνατόν να προσβάλλουν το γαστρεντερικό σύστημα σε κάποια φάση της νόσου. Τα νεοπλάσματα του γαστρεντερικού σωλήνα (λέμφωμα στομάχου, σ.καρσι) δεν είναι σπάνια. Ηπατοχολική νόσος ή φαρμακευτική, είναι δυνατόν να συνυπάρχουν. Η εμφάνιση *παγκρεατίτιδας* είναι συνήθως αποτέλεσμα φαρμακευτικής αγωγής.<sup>5</sup>
- ▼ **Καρδιαγγειακό** Καρδιαγγειακές επιπλοκές όπως *θρομβοφλεβίτιδες* ή *βακτηριακή ενδοκαρδίτιδα* μπορούν να εμφανισθούν κυρίως σε χρήστες ενδοφλεβίων εθιστικών ουσιών. Η *υπερλιπιδαιμία* (αύξηση χοληστερόλης και/ή τριγλυκεριδίων), σαν αποτέλεσμα αντερετροϊκής θεραπείας, είναι επίσης ένα συχνό πρόβλημα. *Νεφρική ανεπάρκεια* ή *νεφρωσικό σύνδρομο* είναι ασυνήθεις επιπλοκές. *Κολικοί νεφρού* και *νεφρολιθίαση* μπορεί να είναι αποτέλεσμα αντιρετροϊκών φαρμάκων.<sup>5</sup>

#### 4.1.4 Τρόποι μετάδοσης του AIDS

Ο ιός της ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου μεταδίδεται από άτομο σε άτομο με τρεις κυρίως τρόπους:

##### 1. Μέσω της σεξουαλικής επαφής

Η σεξουαλική μετάδοση είναι ο συνηθέστερος τρόπος διασποράς του ιού παγκοσμίως στους έφηβους και τους ενήλικες, τόσο σε ετεροφυλοφιλική όσο και σε ανδρική ομοφυλοφιλική σχέση. Ο ρόλος της σεξουαλικής επαφής στη μετάδοση του ιού του AIDS, ανιχνεύτηκε στο σπέρμα και στο έκκριμα του τραχήλου της μήτρας και είναι σπουδαίος. Η αυξημένη διασπορά του ιού στους ομοφυλόφιλους φαίνεται ότι οφείλεται στο μεγάλο αριθμό σεξουαλικών συντρόφων, στις συχνές και χωρίς διάκριση πρωκτογεννητικές σεξουαλικές επαφές με πιθανότητα τραυματισμών, που συμβάλλουν στον ενοφθαλμισμό του ιού. Η ετεροφυλοφιλική σχέση αποτελεί, από την αρχή της επιδημίας τον κυριότερο τρόπο μετάδοσης στην Αφρική και την Αϊτή, με ίση αναλογία κρουσμάτων ανδρών-γυναικών. Στις ανεπτυγμένες χώρες, η ομοφυλοφιλική σχέση μεταξύ ανδρών ήταν ο κυριότερος τρόπος μετάδοσης στην αρχή της επιδημίας, αλλά το 1993 και μετά, η ετεροφυλοφιλική μετάδοση έχει αυξηθεί σημαντικά και είναι υπεύθυνη για ποσοστό μεγαλύτερο από το 1/3 των κρουσμάτων στις γυναίκες. Η μετάδοση του άνδρα, σε γυναίκα είναι 2-4 φορές πιο εύκολη απ' ό,τι το αντίθετο, με δεδομένα την εκτεταμένη επιφάνεια του βλεννογόνου του κόλπου και την υψηλότερη συγκέντρωση του HIV στο σπέρμα απ' ό,τι στα κοιλικά υγρά. Άλλοι παράγοντες που ευνοούν την ετεροφυλοφιλική μετάδοση είναι η ταυτόχρονη παρουσία άλλων ΣΜΝ, η πρόσφατη HIV λοίμωξη του συντρόφου και η χρήση ναρκωτικών ουσιών.<sup>5</sup>

##### 2. Μέσω μετάγγισης αίματος ή των παραγώγων του

Η μετάγγιση με μετάγγιση αίματος ή παραγώγων του ήταν σημαντικός τρόπος μόλυνσης στις αρχές της επιδημίας, πριν το 1985. Σήμερα στις ανεπτυγμένες χώρες ο κίνδυνος αυτός είναι σπάνιος, αλλά παραμένει υψηλός στις αναπτυσσόμενες χώρες. Η μετάδοση μέσω συριγγών ή βελονών είναι πολύ συχνή στους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών, τόσο στις αναπτυσσόμενες όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες. Πριν από το 1993, ήταν ο κύριος τρόπος μετάδοσης στο γυναικείο πληθυσμό στην Ευρώπη και τις ΗΠΑ, αλλά σήμερα ευθύνεται για τα 2/3 περίπου των κρουσμάτων μεταξύ γυναικών. Στην Ευρώπη, ποσοστό 45% περίπου πρόσφατων κρουσμάτων AIDS οφείλεται στη χρήση ενδοφλεβίων ναρκωτικών. Οι

τοξικομανείς χρησιμοποιούν κοινές μολυσμένες σύριγγες ή βελόνες για την ενδοφλέβια λήψη των ναρκωτικών.<sup>5</sup>

### **3. Από τη μητέρα στο παιδί**<sup>21</sup>

Μετάδοση από τη μητέρα στο παιδί μπορεί να γίνει κατά την κύηση, τον τοκετό ή με το θηλασμό. Γυναίκες με συμπτώματα AIDS είναι περισσότερο πιθανόν να μολύνουν τα μωρά τους με το γάλα τους. Το μεγαλύτερο ποσοστό (90%) των παιδιών με HIV λοίμωξη οφείλεται σε κάθετη μετάδοση από τη μητέρα. Έχει υπολογιστεί ότι περίπου οι μισές από τις νέες HIV λοιμώξεις παγκοσμίως επισυμβαίνουν σε νεαρές γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας και είναι γνωστό ότι οι έγκυες γυναίκες των χωρών της υπό Σαχάρα Αφρικής είναι οροθετικές σε ποσοστό 30%. Αν και ο ιός έχει απομονωθεί από το σίελο, τα δάκρυα και τα ούρα φορέων, δεν έχει αναφερθεί μετάδοση μετά από επαφή με τις εκκρίσεις αυτές.<sup>37</sup>

#### **Το AIDS δεν μεταδίδεται:**

- Από την καθημερινή, κοινωνική επαφή, τη χειραψία, το αγκάλιασμα, το φιλί, τη συνάθροιση ατόμων.
- Από την τουαλέτα.
- Από τον ιδρώτα ή το σάλιο.
- Από ρούχα, σκεπάσματα, πιάτα, ποτήρια και μαχαιροπίρουνα, τηλέφωνα.
- Από πισίνες ή τη θάλασσα
- Από κουνούπια ή άλλα έντομα.<sup>36</sup>

## **4.2 Ευκαιριακές λοιμώξεις στο AIDS**

### **Μόλυνση από κυτταρομεγαλοϊό**

Ο ιός αυτός προκαλεί την πιο συνηθισμένη ευκαιριακή μόλυνση, η οποία εμφανίζεται με τα εξής συμπτώματα:

- εκτεταμένα δερματικά εξανθήματα
- μια μορφή πνευμονίας η οποία, σε σοβαρές περιπτώσεις, μπορεί να αποβεί μοιραία
- φλεγμονή στο συκώτι, που επιφέρει διαταραχή της λειτουργίας του, και ίσως ίκτερο
- πυρετό
- νυχτερινή εφίδρωση

- εσωτερικές βλάβες στα μάτια, συμπεριλαμβανομένου του αμφιβληστροειδούς, με πιθανό αποτέλεσμα τη μόνιμη απώλεια της όρασης
- φλεγμονή του εγκεφάλου(εγκεφαλίτιδα) με ενδεχόμενη πρόκληση μόνιμης βλάβης της εγκεφαλικής λειτουργίας

Αν και ο κυτταρομεγαλοϊός καταπολεμάται δύσκολα, το φάρμακο gancyclovir φέρνει κάποιο αποτέλεσμα αλλά είναι, δυστυχώς, τοξικό.<sup>5</sup>

### **Καντιντίαση**

Είναι η πιο κοινή μόλυνση του AIDS, που προσβάλλει σχεδόν το 50% των ασθενών, είναι η καντιντίαση. Η μόλυνση αυτή είναι σχεδόν καθημερινό φαινόμενο στους ανθρώπους με φυσιολογικό ανοσοποιητικό σύστημα, και ειδικά στις γυναίκες, οι οποίες εμφανίζουν πολύ συχνά κολπική καντιντίαση.

Στο AIDS η κατάσταση είναι πολύ διαφορετική. Ελεύθερος από το ανοσολογικό έλεγχο, ο μύκητας διαδίδεται αστραπιαία, προχωρώντας, συνήθως, από το στόμα στο εσωτερικό του οισοφάγου, που προκαλεί εξέλκωση, με αποτέλεσμα η κατάποση να γίνεται δύσκολα και να είναι επώδυνη. Ο λευκός μύκητας είναι δυνατόν να καλύψει όλη την περιοχή των γεννητικών οργάνων και του πρωκτού και να σχηματίσει ένα παχύ επίστρωμα στο εσωτερικό της στοματικής κοιλότητας.<sup>5</sup>

### **Απλός έρπης**

Ο έρπης στην κατάσταση ανοσολογικής ανεπάρκειας αποτελεί επέκταση της σχετικά ελαφράς ενόχλησης που προκαλεί ο έρπης των γεννητικών οργάνων ή της περιοχής του στόματος. Η ανεξέλεγκτη εξάπλωση του έρπητα στο AIDS αποτελεί οδυνηρή και αναπόφευκτη συνέπεια του κατασταλαμένου ανοσοποιητικού συστήματος. Στο AIDS, ο έρπης δεν περιορίζεται στις προαναφερόμενες περιοχές αλλά στρέφεται και προς τα μέσα, τόσο τοπικά όσο και σε απομακρυσμένα μέρη, προσβάλλοντας τους βλεννογόνους υμένες του στόματος, του οισοφάγου, ακόμα και της τραχείας και των διαβάσεων αέρα της αναπνευστικής οδού. Οι φυσαλίδες εξαπλώνονται επίσης στις εσωτερικές επιφάνειες του ορθού εντέρου και του ουροποιητικού συστήματος προκαλώντας έντονο πόνο, δυσκολία στην ούρηση ή στην αφόδευση και αλλοίωση της αισθητηριακής ικανότητας γύρω από τους γλουτούς.<sup>5</sup>

## Σάρκωμα Kaposi

Το σάρκωμα Kaposi περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Καθηγητή της Δερματολογίας στο Πανεπιστήμιο της Βιέννης Moritz Kaposi (1837-1902 πραγματικό όνομα Cohn) το 1872 ως «ιδιοπαθές, πολλαπλό μελαγχρωματικό σάρκωμα του δέρματος». Το όνομα «Kaposi» δόθηκε στη νεοπλασία λίγα χρόνια αργότερα από το δερματολόγο Heinrich Koebner. Μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του 1970 αραιά μόνο κρούσματα καταγράφονταν, κυρίως σε ηλικιωμένους αρρένες ασθενείς σε χώρες που βρέχονται από τη Μεσόγειο (Ελλάδα, Ιταλία, Ισραήλ), σε άτομα με καταγωγή από την Καραϊβική και σε κατοίκους της Κεντρικής Αφρικής. Η εμφάνιση και εξάπλωση της HIV λοίμωξης επέφερε σημαντική αύξηση των κρουσμάτων σαρκώματος Kaposi σε νεαρούς κυρίως άρρενες ομοφυλόφιλους HIV(+) ασθενείς. Εξ' άλλου, η περιγραφή Kaposi σε νεαρούς ομοφυλόφιλους από το δερματολόγο A.Friedman-Kien το 1982, ήταν μια από τις δύο αναφορές που οδήγησαν στην αποδοχή ενός νέου συνδρόμου, που αργότερα ονομάστηκε AIDS.<sup>38</sup>

Με βάση τα επιδημιολογικά στοιχεία, το σάρκωμα Kaposi διακρίνεται σήμερα σε 4 τύπους:

1. Το «Κλασσικό» ή «Μεσογειακού τύπου».



**Εικόνα 23:** AIDS Kaposi<sup>25</sup>

**Εικόνα 24:** AIDS Kaposi, εικόνα Κλασσικού-Kaposi<sup>25</sup>



2. Το Αφρικανικό ή Ενδημικό.
3. Το σχετιζόμενο με AIDS ή επιδημικό.
4. Το Ιατρογενές (σχετιζόμενο με ιατρογενή ανοσοκαταστολή).<sup>38</sup>

Πρόκειται για πολυκεντρική κακοήγη νεοπλασία των αιμοφόρων αγγείων, που προσβάλλει πρωταρχικά το δέρμα, συνήθως των κατωτέρων άκρων, και έχει πολύ αργή ανάπτυξη. Το σάρκωμα Kaposi προσβάλλει περίπου το ένα τέταρτο των αντρών που πάσχουν από AIDS, ενώ είναι σχετικά σπάνιο στις γυναίκες. Χαρακτηρίζεται από μικρές, στρογγυλές κηλίδες με ανοιχτό ή σκούρο κόκκινο χρώμα, οι οποίες εμφανίζονται συνήθως στα πόδια και στους γλουτούς. Μερικές φορές οι κηλίδες είναι κάπως υψωμένες και μοιάζουν σαν οζίδια ή πλάκες με κυανοπορφυρό έως και σκούρο καφετί χρώμα. Το πλάτος τους κυμαίνεται από λίγα χιλιοστά έως ένα εκατοστό του μέτρου και ο αριθμός τους από μία έως εκατοντάδες.<sup>38</sup>

Το σάρκωμα Kaposi συχνά εντοπίζεται, σε αρχικό στάδιο, στην εσωτερική επιφάνεια των εντέρων, του στόματος, των πνευμόνων, των λεμφαδένων, ή μάλλον στο εσωτερικό όλων σχεδόν των οργάνων του σώματος. Μερικές από τις κηλίδες μοιάζουν να είναι παθητικές, άλλες όμως μπορεί να γίνουν τοπικά καταστρεπτικές, εάν εξελκωθούν διαμέσου του δέρματος, φτάνοντας στους βαθύτερους ιστούς και, μερικές φορές, στο υποκείμενό τους οστό.<sup>38</sup>



**Εικόνα 25:** AIDS Kaposi, ασυνήθης κλινική εικόνα <sup>25</sup>

### 4.3 Θεραπεία της HIV λοίμωξης

Η καθιέρωση της φαρμακευτικής αντιμετώπισης της HIV λοίμωξης με συνδυασμούς από τουλάχιστον τρία αντιρετροϊκά φάρμακα έγινε στα μέσα του 1996. μετά την εφαρμογή της χρήσης στην αντιρετροϊκή θεραπεία των αναστολέων της πρωτεάσης ( Protease Inhibitors, Pis) του ιού σε συνδυασμό με τους ήδη υπάρχοντες νουκλεοσιδικούς αναστολείς της ανάστροφης μεταγραφάσης, σημειώθηκε δραματική μείωση των δεικτών νοσηρότητας και θνητότητας που συνδέονται με την HIV λοίμωξη. Η ισχυρή, αποτελεσματική αντιρετροϊκή αγωγή οδήγησε έτσι σε ουσιώδη μεταβολή της φυσικής πορείας της νόσου.<sup>5</sup>

Η τάση που έχει διαμορφωθεί και αποτελεί τη δόκιμη πρακτική είναι η έναρξη θεραπείας με αποτελεσματικό αντιρετροϊκό σχήμα, με άμεσο στόχο την καταστολή του ιικού φορτίου σε μη ανιχνεύσιμα με τις σύγχρονες εργαστηριακές μεθόδους επίπεδα. Ως αποτέλεσμα αυτού, επιτυγχάνεται επίσης η μέγιστη δυνατή αποκατάσταση/διατήρηση της ανοσολογικής λειτουργίας, η μείωση της συχνότητας των καιροσκοπικών λοιμώξεων και άλλων εκδηλώσεων του AIDS και η σημαντική παράταση της επιβίωσης με ταυτόχρονη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς. Το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα επιτυγχάνεται με την ταυτόχρονη έναρξη συνδυασμού δραστικών αντιρετροϊκών φαρμάκων, με τα οποία ο ασθενής δεν έχει θεραπευθεί προηγουμένως και τα οποία δεν εμφανίζουν διασταυρούμενη ανοχή με τα αντιρετροϊκά φάρμακα, με τα οποία ο ασθενής είχε προηγουμένως θεραπευθεί.<sup>5</sup>

Η σχετικώς πρόωμη έναρξη της HAART, με γνώμονα τα επίπεδα του ιικού φορτίου (>50.000 copies/ml) ή τον αριθμό των CD4 λεμφοκυττάρων (<350/μL) και οπωσδήποτε πριν την εμφάνιση συμπτωματολογίας AIDS, εμπεριέχει σημαντικά πιθανά οφέλη, αλλά και κινδύνους.

Τα πιθανά οφέλη είναι:

- Έλεγχος του ιικού πολλαπλασιασμού και των μεταλλάξεων και μείωση του ιικού φορτίου.
- Πρόληψη της προοδευτικά επιδεινούμενης ανοσοανεπάρκειας. Πιθανή διατήρηση ή και αποκατάσταση ενός επαρκούς ανοσολογικού συστήματος.
- Επιβράδυνση της εξέλιξης σε AIDS και παράταση της ζωής.
- Μειωμένος κίνδυνος επιλογής ανθεκτικών στελεχών του ιού.
- Μειωμένος κίνδυνος τοξικότητας από τα φάρμακα.<sup>5</sup>

Οι πιθανοί κίνδυνοι είναι:

- Επιδείνωση της ποιότητας ζωής από τις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων και την αναποτελεσματικότητα των θεραπευτικών σχημάτων που χρησιμοποιούνται σήμερα.
- Πρωιμότερη ανάπτυξη ανοχής.
- Περιορισμοί στις μελλοντικές επιλογές αντιρετροϊκών φαρμάκων, λόγω της ανάπτυξης ανοχής.
- Άγνωστη τοξικότητα των αντιρετροϊκών φαρμάκων μετά από μακροχρόνια χρήση.
- Άγνωστη διάρκεια αποτελεσματικότητας των σχημάτων αντιρετροϊκής θεραπείας που είναι σήμερα διαθέσιμα.<sup>5</sup>

Επίσης ο ρυθμός εξέλιξης της νόσου διαφέρει μεταξύ διαφορετικών ατόμων, οι αποφάσεις για τη θεραπεία θα πρέπει να εξατομικεύονται σε σχέση με το επίπεδο του κινδύνου, όπως αυτό υποδεικνύεται από τη μέτρηση των επιπέδων HIV – RNA στο πλάσμα και, κυρίως, του αριθμού των CD4 T-λεμφοκυττάρων.<sup>5</sup>

Σήμερα είναι διαθέσιμες τρεις κατηγορίες φαρμάκων που χορηγούνται σε συνδυασμούς, για την επίτευξη του καλύτερου δυνατού αποτελέσματος.

Στα τέλη του 2000 προστέθηκε στο κλασικό σχήμα έναρξης της θεραπείας (δύο νουκλεοσιδικοί αναστολείς της αναστροφής μεταγραφάσης και ένας αναστολέας πρωτεάσης) και άλλη εναλλακτική λύση, που περιλαμβάνει δύο νουκλεοσιδικούς αναστολείς της ανάστροφης μεταγραφάσης και ένα μη νουκλεοσιδικό αναστολέα της ανάστροφης μεταγραφάσης.<sup>5</sup>

## **ΣΥΝΟΠΤΙΚΑ**

### **I. Φάρμακα - μέχρι τέλους '95.**

*1. ΝΟΥΚΛΕΟΤΙΔΙΚΑ ΑΝΑΛΟΓΑ - ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΑΝΑΣΤΡΟΦΗΣ ΜΕΤΑΓΡΑΦΑΣΗΣ (Reverse Transcriptase Inhibitors).*

(α) AZT (Zidovudine, 2,3-azido-thymidine, <sup>TM</sup> caps Retrovir της Glaxo - Wellcome).

(β) DDI (Didanosine, dideoxy - inosine, <sup>TM</sup> tabs Videx της Bristol - Myers - Squibb).

(γ) DDC (Zalcitabine, dideoxy - cytidine, <sup>TM</sup> tabs Hivid της Hoffman La Roche).

Τα φάρμακα αυτά δρουν ως ιστατικά, ανταγωνιζόμενα τη δράση του ενζύμου "ανάστροφη μεταγραφάση" (reverse transcriptase) του HIV. Σε μονοθεραπείες (όπως συνήθως χρησιμοποιούνταν μέχρι τα τέλη του 1995) προκαλούσαν ανάπτυξη ανθεκτικών στελεχών του HIV, συχνότερα μετά τους 6 πρώτους μήνες της θεραπείας. Η χορήγησή τους γινόταν σε

ασθενείς με πλήρες AIDS (Full Blown Syndrome) ή σε ασυμπτωματικούς με επίπεδα CD4 λεμφοκυττάρων κατώτερα των 500 /μL.<sup>39</sup>

## **II. Φάρμακα - από τέλους '95 μέχρι σήμερα.**

1. *ΝΟΥΚΛΕΟΤΙΔΙΚΑ ΑΝΑΛΟΓΑ - ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΑΝΑΣΤΡΟΦΗΣ ΜΕΤΑΓΡΑΦΑΣΗΣ (Reverse Transcriptase Inhibitors).*

(α) 3TC (Lamivudine, 3-thia-cytidine, <sup>TM</sup> tabs 3TC ή Epivir της Glaxo - Wellcome).

(β) D4T (Stavudine, <sup>TM</sup> tabs Zerit της Bristol - Myers - Squibb).

2. *ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΠΡΩΤΕΑΣΩΝ ΤΟΥ HIV (Protease Inhibitors).*

(α) Saquinavir (<sup>TM</sup> caps Invirase της Hoffman La Roche).

(β) Indinavir (<sup>TM</sup> caps Crixivan της Merck).

(γ) Ritonavir (<sup>TM</sup> caps Norvir της Abbot).

Τα φάρμακα αυτής της ομάδας δρουν αναστέλλοντας πρωτεάσες του HIV. Πήραν έγκριση από την Ευρωπαϊκή Ένωση τον Σεπτέμβριο του 1996. Χρησιμοποιούνται μόνο σε συνδυασμούς με αναστολείς της ανάστροφης μεταγραφάσης.<sup>39</sup>

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

1. *ΝΟΥΚΛΕΟΤΙΔΙΚΑ ΑΝΑΛΟΓΑ - ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΑΝΑΣΤΡΟΦΗΣ ΜΕΤΑΓΡΑΦΑΣΗΣ (Reverse Transcriptase Inhibitors).*

(α) 1952 XW (Wellcome).

2. *ΜΗ ΝΟΥΚΛΕΟΤΙΔΙΚΟΙ ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΑΝΑΣΤΡΟΦΗΣ ΜΕΤΑΓΡΑΦΑΣΗΣ (Non - nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors, NNRTI.)*

(α) Nevirapine (Viramune).

(β) Loviride.

(γ) Delavirdine.

Επίσης ιοστατικά, δρουν μέσω αναστολής της ανάστροφης μεταγραφάσης του HIV. Στις κλινικές δοκιμές ως μονοθεραπεία, έδειξαν ταχύτατη ανάπτυξη ανθεκτικών στελεχών από την 8η 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).<sup>39</sup>

#### **IV. Συνοπτικά, τα εν γρήσει αυτή τη στιγμή φάρμακα, είναι :**

##### *A. ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΑΝΑΣΤΡΟΦΗΣ ΜΕΤΑΓΡΑΦΑΣΗΣ (Reverse Transcriptase Inhibitors)*

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

##### *B. ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΠΡΩΤΕΑΣΩΝ (Protease Inhibitors)*

1. SAQUINAVIR (™ Invirase).
2. INDINAVIR (™ Crivivan).
3. RITONAVIR (™ Norvir).<sup>39</sup>

#### **V. Θεραπευτικά σχήματα.**

Ηδη 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 (πχ. AZT + 3TC) και έναν αναστολέα πρωτεάσης (Saquinavir, 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 & 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).<sup>39</sup>

Οι νεώτερες απόψεις, έτσι όπως εκφράστηκαν και στα συνέδρια του Vancouver και του Birmingham (Ιούνιος και Νοέμβριος 96), συνηγορούν υπέρ της έναρξης της αγωγής σε

πρωϊμότερα στάδια, ίσως και αμέσως μετά τη διάγνωση της οροθετικότητας. Συνηγορούν επίσης υπέρ της εξ' αρχής χορήγησης - τουλάχιστον - 3 φαρμάκων.

Οι απόψεις αυτές πιθανώς δεν θα αργήσουν πολύ να καθιερωθούν ή τουλάχιστον κάποιες πλευρές τους.<sup>39</sup>

## **VI. 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, by pass κλπ).<sup>39</sup>

### **Ανακουφιστική και υποστηρικτική θεραπεία**

Η αντιμετώπιση της διάρροιας, η οποία εμφανίζεται στο 60-80% των ασθενών, συνιστάται στην ειδική θεραπεία (ανάλογα το παθογόνο αίτιο) και την συμπτωματική. Η τελευταία περιλαμβάνει γενικά μέτρα όπως καλή ενυδάτωση, κατάλληλη δίαιτα και χρήση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων. Άλλες διαταραχές από το πεπτικό όπως η ναυτία, έμετοι και δυσκοιλιότητα συνήθως οφείλονται στις ευκαιριακές παθήσεις (καντιντίαση, κακοήθειες) ή στα φάρμακα οπότε η θεραπεία εκτός από συμπτωματική στοχεύει και στην αντιμετώπιση της αιτίας.<sup>31</sup>

Οι ασθενείς με HIV λοίμωξη ή AIDS συχνά παρουσιάζουν πόνο, που σχετίζεται με την περιφερική νευροπάθεια, έρπητα ζωστήρα, το σάρκωμα Kaposi κ.ά., όπου οι αρχές αντιμετώπισής του είναι παρόμοιες με αυτές του καρκινικού πόνου. Τα αναλγητικά που χρησιμοποιούνται είναι η ακεταμινοφαίνη, τα ΜΣΑΦ και τα οπιοειδή, ανάλογα της έντασης του πόνου.<sup>31</sup>

Στους ασθενείς με HIV λοίμωξη αρκετά συχνή είναι η κατάθλιψη και τα πιο κατάλληλα αντικαταθλιπτικά που συνιστώνται είναι η παροξετίνη και η φλουοξετίνη. Σε μερικούς ασθενείς με ήπια αλλά επιμένουσα κατάθλιψη η ψυχοθεραπεία μπορεί να αντικαταστήσει τα φάρμακα.

## **Εξετάσεις**

Όταν έχεις HIV είναι απαραίτητο να παρακολουθείται η πορεία της υγείας και η εξέλιξή της με μια σειρά από εξετάσεις.<sup>40</sup>

## **Ιικό φορτίο**

Το ικό φορτίο δείχνει πόσος ιός κυκλοφορεί στο αίμα. Είναι από τις σημαντικότερες εξετάσεις για να δείτε αν κινδυνεύετε να εμφανίσετε συμπτώματα ή να αρρωστήσετε μέσα στα επόμενα χρόνια.<sup>40</sup>

## **Αριθμός T4 λεμφοκυττάρων**

Ο αριθμός των T4 κυττάρων είναι πολύ σημαντικός προγνωστικός δείκτης.

Τα κύτταρα αυτά πλήττονται απευθείας από τον ιό και η έλλειψή τους δημιουργεί σοβαρά προβλήματα στον οργανισμό.<sup>40</sup>

## **Φαινότυπος HIV**

Ο φαινότυπος του HIV είναι μια ανοσογική εξέταση που δείχνει τη συμπεριφορά του ιού.<sup>40</sup>

## **Γονότυπος του HIV**

Ο γονότυπος του HIV είναι μια ανοσολογική εξέταση που εντοπίζει τις μεταλλάξεις του ιού.<sup>40</sup>

## **Αριθμός των T8 λεμφοκυττάρων**

Ο αριθμός των T8 λεμφοκυττάρων είναι ένας ανοσολογικός δείκτης.<sup>40</sup>

#### 4.4 Η καθυστέρηση στη διάγνωση προκαλεί επιπλοκές και απώλειες ζωών.



Παρά το γεγονός ότι υπάρχουν σήμερα φάρμακα που μπορούν να σώζουν τη ζωή ασθενών που προσβλήθηκαν από τον ιό HIV που προκαλεί το AIDS, εντούτοις πολλοί ακόμη πεθαίνουν λόγω καθυστέρησης στη διάγνωση.<sup>41</sup>

Η καθυστέρηση στη διάγνωση της μόλυνσης από τον ιό HIV, καθυστερεί την έναρξη της θεραπείας με τα αντιρετροϊκά φάρμακα. Το γεγονός αυτό, αδυνατίζει περισσότερο τον οργανισμό και αυξάνει τις πιθανότητες επιπλοκών λόγω AIDS. Σε μια αναδρομική έρευνα, εξετάστηκαν οι περιπτώσεις 4.368 ασθενών που παρουσιάστηκαν με AIDS σε νοσοκομεία βετεράνων στις Ηνωμένες Πολιτείες. Η πρώτη επαφή των ασθενών αυτών με τα νοσοκομεία έγινε μεταξύ 1998 και 2002. Ο στόχος ήταν να διαφανεί κατά πόσο σε ασθενείς που ήδη παρακολουθούνταν για την υγεία τους στο εν λόγω νοσοκομειακό σύστημα, η διάγνωση για τη μόλυνση με τον ιό του AIDS γινόταν γρηγορότερα από ότι σε άτομα που προσέρχονταν για πρώτη φορά.<sup>41</sup>

Οι μισοί από τους ασθενείς στην έρευνα, βρέθηκαν να έχουν AIDS κατά την παρουσίαση τους στο νοσοκομείο. Το ποσοστό αυτό είναι ανάλογο με αυτό που παρατηρείται γενικά στο σύστημα υγείας της χώρας όσον αφορά στους ασθενείς που διαγιγνώσκονται με AIDS. Το εντυπωσιακό είναι ότι 40% των ασθενών αυτών, παρακολουθούνταν στα νοσοκομεία για άλλες ασθένειες.

Ωστόσο δεν είχαν διαγνωστεί με μολύνσεις λόγω του ιού HIV και έτσι δεν έτυχαν θεραπείας για την πάθηση νωρίτερα. **Επισημαίνεται** ότι αυτό συνέβηκε παρά το ότι οι ασθενείς είχαν κατά μέσο όρο επισκεφθεί γιατρό 6 φορές σε διάστημα 3,5 ετών. Ακόμη πιο ανησυχητικό, είναι το ότι ασθενείς που για μερικά χρόνια είχαν επαφή με το σύστημα υγείας, παρουσίαζαν τις ίδιες επιπλοκές τελικού σταδίου του AIDS όπως και οι ασθενείς που για πρώτη φορά παρουσιάζονταν στα νοσοκομεία βετεράνων.<sup>41</sup>



Μια εξήγηση για το εν λόγω ανησυχητικό φαινόμενο είναι ότι ασθενείς με μόλυνση με τον ιό HIV, παραμένουν χωρίς συμπτώματα για μεγάλο χρονικό διάστημα μέχρι τα τελικά στάδια της νόσου. Έτσι οι γιατροί δεν έχουν αρκετά στοιχεία για να υποψιαστούν ότι υπάρχει μόλυνση με τον ιό HIV.<sup>41</sup>

Οι ερευνητές αναφέρουν σχετικά, ότι στην εργασία τους μόνο 12% των ασθενών με AIDS όταν έγινε αρχικά η διάγνωση, είχαν ιστορικό παλαιότερης ασθένειας που ήταν ένδειξη ότι υπόβοσκε μόλυνση με τον ιό HIV. Οι περισσότεροι από τους ασθενείς με AIDS δεν είχαν σημεία μόλυνσης με τον ιό HIV παρά μόνο όταν παρουσίαζαν πλέον τα τελικά στάδια των επιπλοκών του AIDS.<sup>41</sup>

Οι περισσότερες επιπλοκές του AIDS θα μπορούσαν να προληφθούν εάν οι άνθρωποι αυτοί, μολυσμένοι με τον ιό HIV, υποβάλλονταν σε ανιχνευτικά τεστ που θα έδειχναν ότι έπασχαν. Εάν αυτό γινόταν σε μια από τις επισκέψεις τους στο γιατρό στο νοσοκομείο, τότε η διάγνωση θα γινόταν και η αντιρετροϊκή θεραπεία θα άρχιζε νωρίτερα.<sup>41</sup>

Η δυσάρεστη και επικίνδυνη αυτή κατάσταση, τεκμηριώνεται από ανασκόπηση που έγινε στο Ηνωμένο Βασίλειο και στην Ιρλανδία σε 100 κέντρα που παρέχουν φροντίδα για ασθενείς που έχουν μολυνθεί από τον ιό HIV. Η έρευνα εστιάστηκε σε ασθενείς που διαγνώστηκαν με μόλυνση από τον ιό μεταξύ Ιανουαρίου και Μαρτίου 2003.<sup>42</sup>

Από τους 977 ασθενείς που διαγνώστηκαν κατά την εν λόγω περίοδο με μόλυνση από τον ιό HIV, το 33% βρισκόταν σε προχωρημένο στάδιο μόλυνσης δηλαδή η διάγνωση είχε γίνει καθυστερημένα.<sup>42</sup>

Η καθυστέρηση διάγνωσης παρατηρούταν περισσότερο με την αύξηση της ηλικίας. Επίσης μεγαλύτερη καθυστέρηση υπήρχε στους μαύρους Αφρικανούς ασθενείς. Αντίθετα στους ομοφυλόφιλους δεν υπήρχε καθυστέρηση ανεξάρτητα ηλικίας και εθνικότητας.<sup>42</sup>

Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι το 41% των ασθενών είχε διαγνωσθεί κατά τη διάρκεια ανιχνευτικών τεστ ρουτίνας. Κατά το χρόνο που προηγήθηκε της διάγνωσης, 168 ασθενείς (17%) είχαν απευθυνθεί σε γιατρό και είχαν ζητήσει βοήθεια λόγω συμπτωμάτων που σχετίζονταν με τη μόλυνση από τον ιό HIV.<sup>42</sup>

Επίσης τα στοιχεία που συλλέχθηκαν έδειξαν ότι 160 ασθενείς είχαν αριθμό λευκών αιμοσφαιρίων χαμηλότερο από το κατώτερο επίπεδο από το οποίο πρέπει να αρχίζει η θεραπεία κατά του ιού HIV. Τα δεδομένα αυτά δείχνουν ότι υπήρξαν πολλές χαμένες ευκαιρίες για γρηγορότερη και έγκαιρη διάγνωση της νόσου.<sup>42</sup>

Προηγούμενες έρευνες έδειξαν ότι η συστηματική διεξαγωγή τεστ για ανίχνευση της μόλυνσης με τον ιό HIV όπως γίνεται και με τα τεστ για άλλες ασθένειες που απειλούν τη ζωή

(καρδιοπάθειες, διάφορα είδη καρκίνου), είναι αποτελεσματικά από οικονομικής άποψης για τα συστήματα υγείας. Εάν οι ασθενείς δίνουν τη συγκατάθεση τους για κάτι τέτοιο, η εξοικονόμηση πόρων λόγω έγκαιρης διάγνωσης και θεραπείας της μόλυνσης θα έχει σημαντικές θετικές προεκτάσεις.<sup>41</sup>

Τα ευρήματα της έρευνας αυτής στηρίζουν τη σύσταση που δόθηκε από τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης των Ασθενειών των Ηνωμένων Πολιτειών (Centers for Disease Control and Prevention) για διενέργεια συστηματικών τεστ ανίχνευσης μολύνσεων από τον ιό του HIV σε όλους τους ασθενείς σε ιδρύματα φροντίδας υγείας.<sup>41</sup>

Θα συγκρατήσουμε λοιπόν ότι η διεξαγωγή σε ευρεία κλίμακα ανιχνευτικών τεστ για τη διάγνωση της μόλυνσης από τον ιό HIV, είναι σε θέση να προσφέρει πολλά στους ασθενείς, να μειώνει τις επιπλοκές και τους θανάτους από το AIDS. Ταυτόχρονα είναι από οικονομικής άποψης, ιδιαίτερα συμφέρον για τα συστήματα υγείας.

#### **4.5 AIDS: Νέος επικίνδυνος ανθεκτικός ιός**



Η αδιαφορία για το AIDS γίνεται ακόμη περισσότερο επικίνδυνη. Οι μεταλλάξεις και η ανάπτυξη ανθεκτικότητας του ιού HIV στα υπάρχοντα φάρμακα, δείχνουν ότι το AIDS είναι δύσκολος αντίπαλος και παραμένει μια σοβαρή απειλή για την υγεία των ανθρώπων παγκοσμίως.<sup>43</sup>

Πρόσφατα έχει ανακαλυφθεί στη Νέα Υόρκη και σε άλλες πόλεις των Ηνωμένων Πολιτειών, ένα νέο στέλεχος του ιού HIV που είναι ιδιαίτερα ανθεκτικό στις θεραπείες που υπάρχουν. Το 1996 είχαν ανακαλυφθεί τα πρώτα φάρμακα που μπορούσαν να περιορίσουν τουλάχιστο ως ένα βαθμό την εξέλιξη της μόλυνσης με τον ιό HIV. Το γεγονός αυτό ενώ επέτρεψε μια καλύτερη

αντιμετώπιση του AIDS με παράταση της επιβίωσης από την άλλη όμως οδήγησε σε μια αδιαφορία και μείωση των προληπτικών μέτρων.<sup>43</sup>

Τώρα για πρώτη φορά ανακαλύπτεται ένα νέο στέλεχος που ονομάστηκε 3-DCR HIV το οποίο είναι ιδιαίτερα ανθεκτικό στα περισσότερα φάρμακα που έχουμε σήμερα. Επιπρόσθετα όμως, η μόλυνση με το εν λόγω στέλεχος εξελίσσεται πολύ γρήγορα. Στο εργαστήριο ο εν λόγω ιός αναπτύσσεται καλύτερα σε σύγκριση με τα γνωστά στελέχη του ιού HIV και το γεγονός αυτό προκαλεί ανησυχίες.<sup>43</sup>

Στους φορείς με κλασσικές μορφές του ιού HIV, η μόλυνση για να εξελιχθεί σε πλήρη κλινική κατάσταση AIDS, χρειάζεται περίπου 10 χρόνια. Με το νέο στέλεχος του ιού, σε 4 μήνες ο ασθενής παρουσιάζει την ολοκληρωμένη εικόνα του AIDS. Το δυσάρεστο και ανησυχητικό αυτό γεγονός έρχεται μετά από την πρόσφατη διαπίστωση ότι ακόμη και κλασσικές μορφές του ιού HIV, αποκτούν ανθεκτικότητα στα αντιρετροϊκά φάρμακα που διαθέτουμε σήμερα κατά του ιού του AIDS.<sup>43</sup>

Πρέπει να υπενθυμίσουμε ότι 10% έως 20% των ασθενών που μολύνονται αρχικά με τον ιό HIV, παρουσιάζουν ανθεκτικότητα σε ένα αντιρετροϊκό φάρμακο. Η ανθεκτικότητα σε περισσότερα από ένα φάρμακα, αναπτύσσεται συνήθως μετά από μερικά χρόνια θεραπείας λόγω της ικανότητας του ιού να κάνει μεταλλάξεις. Η διάδοση των ανθεκτικών μορφών του ιού HIV θα μπορούσε να προκαλέσει νέες μαζικές απώλειες ανθρώπινων ζώων.<sup>43</sup>

Στο φαινόμενο της αδιαφορίας λόγω των λανθασμένων εντυπώσεων για τη θεραπεία, έχει προστεθεί η χρήση της μεταμφεταμίνης που χρησιμοποιείται για σκοπούς σεξ. Η μεταμφεταμίνη οδηγεί σε απερίσκεπτες ανεξέλεγκτες σεξουαλικές συμπεριφορές παρατεταμένης διάρκειας. Αλλοιώνει την κρίση, δημιουργεί διέγερση με αυξημένα επίπεδα ενέργειας παροδικά και αυξάνει τη σεξουαλική ορμή. Φαίνεται ότι το νέο ανθεκτικό στέλεχος του ιού HIV, έχει αναπτυχθεί στις ομοφυλοφιλικές κοινότητες ανδρών της Νέας Υόρκης και σχετίζεται με τη χρήση μεταμφεταμίνης.<sup>43</sup>

Στις Ηνωμένες Πολιτείες οι φορείς του ιού HIV ανέρχονται σχεδόν στο 1 εκατομμύριο ενώ κάθε χρόνο πεθαίνουν 18.000 άνθρωποι λόγω AIDS. Η ασθένεια περιγράφηκε για πρώτη φορά στη χώρα αυτή το 1981. Το σύνδρομο επίκτητης ανοσοανεπάρκειας όπως είναι γνωστό το AIDS, έχει καταστεί από το 1981 μια μεγάλη παγκόσμια επιδημία. Ο ιός HIV που προκαλεί τη νόσο καταστρέφει τα κύτταρα του συστήματος άμυνας του οργανισμού.<sup>43</sup>

Η καταστροφή βασικών κυττάρων του ανοσολογικού συστήματος, μειώνει τις δυνατότητες του οργανισμού να καταπολεμά τις μολύνσεις. Μικρόβια που δεν προσβάλλουν εύκολα υγιείς ανθρώπους, στους ασθενείς με AIDS, προκαλούν ευκαιριακές μολύνσεις που απειλούν τη ζωή

τους. Παράλληλα λόγω της μείωσης μηχανισμών άμυνας, αναπτύσσονται στους ασθενείς αυτούς πιο εύκολα διάφορες μορφές καρκίνων.

Η παγκόσμια επιδημία του AIDS που άρχισε να αναγνωρίζεται το 1981, επηρεάζει σήμερα 38 εκατομμύρια ανθρώπων που ζουν σήμερα με τον ιό HIV. Το 50% από αυτούς είναι γυναίκες και κορίτσια ηλικίας 15 έως 24 ετών.<sup>43</sup>

Τελειώνοντας θέλουμε να τονίσουμε ότι οι ειδικοί, μας προειδοποιούν ότι πιθανότατα βρισκόμαστε μόνο στα πρώτα στάδια της επιδημίας του AIDS. Η πρόοδος που έχει επιτευχθεί μέχρι σήμερα στην αντιμετώπιση της νόσου δεν είναι ικανοποιητική.

Οι πιθανότητες για ένα εμβόλιο στο προσεχές μέλλον είναι απομακρυσμένες. Ο καλύτερος τρόπος για την αντιμετώπιση της μαστίγας του AIDS είναι σήμερα η διαφώτιση, η πρόληψη και τα αντιρετροϊκά φάρμακα διαθέτουμε.<sup>43</sup>

## **4.6 AIDS: Φορείς του ιού HIV και μείωση αριθμού νέων θυμάτων**

Είναι επείγον να μειωθεί η ταχύτητα με την οποία απειλητικά εξαπλώνεται κάθε χρόνο το AIDS. Υπολογίζεται ότι 4 εκατομμύρια ανθρώπων μολύνονται ετησίως από τον ιό HIV ο οποίος καταστρέφοντας το σύστημα άμυνας του οργανισμού οδηγεί στο AIDS.

Μέχρι σήμερα έχουν πεθάνει περίπου 25 εκατομμύρια ανθρώπων λόγω των ασθενειών που προκαλούνται από το AIDS. Παγκοσμίως, υπάρχουν σήμερα 45 εκατομμύρια ανθρώπων που πάσχουν λόγω μόλυνσης με τον ιό HIV. Παράλληλα τα επιδημιολογικά στοιχεία δείχνουν ότι πέραν του 90% των ανθρώπων που είναι φορείς του ιού HIV, δεν το γνωρίζουν. Για το λόγο αυτό, αριθμός ειδικών εισηγούνται τη μαζική αύξηση των τεστ που γίνονται σε πληθυσμιακό επίπεδο για την αναγνώριση των φορέων του ιού. Η αναγνώριση των φορέων εκτός από το ότι μπορεί να είναι ευεργετική για τους ίδιους τους ασθενείς, παράλληλα θα είναι σε θέση να προστατεύει άλλους ανθρώπους από τη μετάδοση του καταστροφικού ιού HIV.<sup>44</sup>

Μάλιστα ορισμένες χώρες όπως η Ινδία, η Σαουδική Αραβία και άλλες, σε μια προσπάθεια περιορισμού δραματικής επέκτασης του προβλήματος, προτείνουν όπως το τεστ για το ιό του AIDS να καταστεί υποχρεωτικό για όλους. Στην Ινδία μελετάται το ενδεχόμενο το τεστ για τον ιό HIV, να γίνει υποχρεωτικό για αυτούς που πρόκειται να παντρευτούν. Σε αριθμό χωρών συμπεριλαμβανομένης και της Κίνας, ξένοι που επιθυμούν να εργαστούν, δημοσιογράφοι, φοιτητές που αιτούνται υποτροφιών, εργαζόμενοι στον τουριστικό τομέα και σε ινστιτούτα καλλονής, υποχρεούνται να υποβληθούν σε τεστ για το ιό HIV.<sup>44</sup>

Φυσικά πρέπει να τονίσουμε ότι η εξαναγκαστική διενέργεια του εν λόγω τεστ, δεν είναι απλή υπόθεση, συνοδεύεται από κοινωνικά και ατομικά προβλήματα, περιορισμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και μπορεί να είναι αιτία άλλων δυσάρεστων εξελίξεων. Για τους λόγους αυτούς, ενώ είναι αναγκαίο να αυξηθεί το ποσοστό του πληθυσμού που υποβάλλεται σε τεστ για τον ιό του AIDS, αυτό πρέπει να γίνεται στα πλαίσια περιεκτικών προγραμμάτων πρόληψης με ειδική μέριμνα για προστασία των ανθρώπων από τον κοινωνικό στιγματισμό, τις διακρίσεις και την κακομεταχείριση. Ο σεβασμός των ατομικών ελευθεριών είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχία οποιουδήποτε προγράμματος πρόληψης.<sup>44</sup>

Πρέπει να τονισθεί ότι υπάρχουν χώρες στις οποίες οι γυναίκες όταν βρεθεί ότι είναι φορείς του ιού HIV, εκτός από τον αποκλεισμό και το κοινωνικό στίγμα, καθίστανται ταυτόχρονα και θύματα βίας. Είναι ξεκάθαρο ότι η επιτυχής αντιμετώπιση της μάστιγας του AIDS, δεν μπορεί να γίνει μόνο με την ανάπτυξη καλύτερων και αποτελεσματικότερων θεραπειών.<sup>44</sup>

Η μελέτη των κοινωνικών παραγόντων σε διάφορες χώρες οι οποίοι αυξάνουν τον κίνδυνο μόλυνσης από το ιό HIV, η διαφώτιση των ομάδων που κινδυνεύουν περισσότερο αλλά και του γενικότερου πληθυσμού, η καλύτερη και ευρύτερη χρήση των προφυλακτικών, η ανάπτυξη αποτελεσματικότερων μικροβιοκτόνων για κολπική και πρωκτική χρήση, η ανδρική περιτομή, οι μέθοδοι προστατευτικής κάλυψης του τραχήλου της μήτρας, η δημιουργία εμβολίου κατά του ιού HIV όπως επίσης και η ανακάλυψη καλύτερων αντιικών φαρμάκων, πρέπει μαζί με τη μαζικότερη διενέργεια των τεστ για την ανίχνευση των φορέων του ιού που προκαλεί το AIDS, να αποτελούν μέρος της στρατηγικής αντιμετώπισης του νόσου.<sup>44</sup>

Η πρόληψη πρέπει να είναι βασικός πυλώνας καταπολέμησης της νόσου διαμέσου προγραμμάτων αναγνώρισης των φορέων με διαφώτιση, στήριξη και ταυτόχρονη προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων τους όπως επίσης και πληθυσμιακά προγράμματα ενημέρωσης και πληροφόρησης για την προστασία από τη μετάδοση του ιού HIV.<sup>44</sup>

## 4.7 AIDS και ναρκωτικά

Από έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στις ΗΠΑ, διαπιστώθηκε ότι: η αύξηση του αριθμού των τοξικομανών – και ειδικώς των ηρωινομανών – δεν έχει μόνο ως αποτέλεσμα την αύξηση της εγκληματικότητας και των θανάτων, ανάμεσα στους χρήστες, αλλά ευθύνεται και για την αλματώδη των φορέων του AIDS.

Αυτό συμβαίνει για δύο κυρίως λόγους: ο πρώτος έχει σχέση με τον τρόπο που οι ηρωινομανείς παίρνουν τη «δόση» τους, και ο δεύτερος με τη σεξουαλική συμπεριφορά αυτών των ατόμων.<sup>45</sup>

Τα συμπεράσματα 2 επιστημονικών εργασιών κατά το 3<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS και Σεξουαλικώς Μεταδιδόμενων Νοσημάτων (Αθήνα 1992) είναι τα εξής: «Ο επιπολασμός της λοίμωξης HIV στους Έλληνες χρήστες τοξικών ουσιών ενδοφλεβίως παραμένει χαμηλός, ενώ εμφανίζουν σεξουαλική συμπεριφορά υψηλού κινδύνου τόσο ως προς τον σεξουαλικό σύντροφο όσο και ως προς τη χρήση βελονών και σύριγγών που χρησιμοποιούν παίρνοντάς τις από άλλους όπως είναι ή αφού τις ξεπλύνουν απλώς με κρύο νερό».

Όταν ο «χαρμάνης» ηρωινομανής αναζητεί εναγωνίως τη «δόση» του, για να προλάβει την εκδήλωση του «στερητικού», το τελευταίο που θα σκεφτεί εκείνη την ώρα, είναι η λήψη μέτρων προφύλαξης.<sup>45</sup>

Αρκετά ευρωπαϊκά κράτη και ορισμένοι Δήμοι, έχοντας υπόψη τους αυτήν την πραγματικότητα χορηγούν δωρεάν σύριγγες στους τοξικομανείς, στην προσπάθειά τους να περιορίσουν τον κίνδυνο. Επαινετή μεν η προσπάθεια, πενιχρά δε τα αποτελέσματα διότι στο χώρο των τοξικομανών – μέχρι πρότινος τουλάχιστον – το τρύπημα με κοινή σύριγγα θεωρείται ως ένα είδος ιεροτελεστίας. Αυτός ο βλακώδης τρόπος χρήσης, που είναι και ο πιο επικίνδυνος, φαίνεται ότι έχει εγκαταλειφθεί.<sup>45</sup>

Στη χρησιμοποιημένη σύριγγα υπάρχει πάντα αρκετή ποσότητα αίματος, από τον προηγούμενο χρήστη, ικανή να μεταδώσει τον ιό.

Ο δεύτερος λόγος είναι η ελευθεριότητα που επικρατεί στις σεξουαλικές σχέσεις, ανάμεσα στους χρήστες ναρκωτικών, και η πορνεία την οποία χρησιμοποιούν ως πηγή προσπόρισης χρημάτων οι τοξικομανείς γυναίκες.<sup>45</sup>

Αντιλαμβάνεστε ότι, και στις δύο περιπτώσεις, τα «προφυλακτικά» μέτρα που παίρνονται, είναι ανύπαρκτα γι' αυτό και δεν είναι καθόλου περίεργο το ότι, μόνο στη Ν.Υόρκη υπολογίζεται ότι υπάρχουν 200.000 τοξικομανείς φορείς του AIDS.

Για να περιοριστεί, επομένως, ο κίνδυνος μεταδόσεως της φοβερής αρρώστιας, εκτός από τις δωρεάν σύριγγες και τα προφυλακτικά, χρειάζεται και ενημέρωση.<sup>45</sup>

## 4.8 AIDS και σχολεία

Είναι απαραίτητο να καταρτιστεί ένα πρόγραμμα ενημέρωσης όλων των μαθητών για τη μάστιγα του αιώνα.

Πρέπει να υπάρξουν εκπαιδευτικά προγράμματα ικανά να παράσχουν πληροφορίες κατάλληλες και ευαίσθητες, ικανές να ωθήσουν τους νέους μας σε τροποποίηση της σεξουαλικής συμπεριφοράς τους προς το ασφαλές σέξ, με τελικό στόχο την ελαχιστοποίηση του κινδύνου της HIV λοίμωξης, μέσω της ερωτικής επαφής.<sup>46</sup>

Πολλές φορές οι εκπαιδευτικοί αντιμετωπίζουν το ερώτημα αν τα σχολεία είναι έτοιμα να υποδεχθούν τη διδασκαλία συγχρόνων θεμάτων, όπως η σχέση των δύο φύλων στις διάφορες πλευρές της ιδιαίτερα στην αντιμετώπιση του κινδύνου του AIDS.<sup>47</sup>

Η απάντηση δεν είναι εύκολη. Στην Αγγλία τα προγράμματα εκπαίδευσης για τη σχέση των δύο φύλων εφαρμόστηκαν προαιρετικά και με ευθύνη των σχολείων το 1986 με βάση εκπαιδευτικό νόμο που όριζε ότι το μάθημα πρέπει «να προσαρμόζεται στις ηθικές επιταγές και τις οικογενειακές αξίες». Η διατύπωση αυτή δημιούργησε αμφιλεγόμενες κριτικές και συμπεριφορές, που οδήγησαν το 1991 τον τότε υπουργό Παιδείας Kenneth Clarke να εντάξει το μάθημα στο εθνικό αναλυτικό πρόγραμμα. Πρόσφατα, το μάθημα επανήλθε στην ευθύνη των τοπικών εκπαιδευτικών αρχών, αλλά η συζήτηση συνεχίζεται με αμείωτο ενδιαφέρον που τροφοδοτείται από τη πίεση της κοινής γνώμης λόγω της όξυνσης προβλημάτων, όπως ο κίνδυνος του AIDS και η περιθωριοποίηση των νέων.<sup>47</sup>

Το παράδειγμα αυτό περιγράφει την αντιφατική κατάσταση, που αντιμετωπίζουν τα σχολεία. Όλοι συμφωνούν ότι ο στόχος του σχολείου είναι να προετοιμάσει τους μαθητές να έχουν θετική παρουσία στην κοινωνία. Η εκπαίδευση στις σχέσεις των δύο φύλων μπορεί να δώσει θετικές απαντήσεις με την απόκτηση της γνώσης και τη συμπεριφορά που θα αποτρέπουν αρνητικές επιρροές. Από την άλλη μεριά, το σχολείο γίνεται όλο και περισσότερο ένας χώρος συνάντησης διαφορετικών απόψεων κοινωνικών ομάδων, της κοινής γνώμης και των γονέων. Η ποικιλία αυτών των απόψεων εμποδίζει να εφαρμοστούν στο σχολείο νεωτερισμοί που δεν έχουν μια ισχυρή πολιτική και κοινωνική υποστήριξη.<sup>47</sup>

Το κεντρικό ερώτημα είναι: Η ευθύνη για την εκπαίδευση στις σχέσεις των δύο φύλων ανήκει στους γονείς ή στους εκπαιδευτικούς; Καμιά εκπαίδευση δεν μπορεί να υποκαταστήσει τις ευθύνες των γονέων να παρέχουν στα παιδιά τους τα πρότυπα, τις αξίες και τη συμπεριφορά για τη σωστή διαπαιδαγώγηση. Πολλές φορές, όμως λείπει η οικογενειακή αυτή διαπαιδαγώγηση και οι μαθητές την αναπληρώνουν με τις καθημερινές συναναστροφές, την τηλεόραση ή τον κινηματογράφο.<sup>47</sup>

Αν θεωρήσουμε ότι τα σχολεία πρέπει να συμβάλλουν στη διαπαιδαγώγηση αυτή των νέων, τότε πρέπει να παραδεχθούμε ότι οι εκπαιδευτικοί αναλαμβάνουμε δυσβάσταχτο φορτίο. Διότι, η επιτυχία στη διδασκαλία αυτή δεν εξαρτάται μόνο από τη σχέση διδάσκοντος-διδασκόμενου, αλλά από την ενεργό συμμετοχή και την αποδοχή της από την τοπική κοινότητα.<sup>47</sup>

Χρειάζεται να μελετηθούν οι εξής συγκεκριμένες πλευρές του θύματος:

- Û Με ποιους τρόπους μπορεί το σχολείο να ανταποκριθεί στη διδασκαλία αυτή; Μέσω υποχρεωτικής ή προαιρετικής διδασκαλίας; Εδώ, η διακλαδική διδασκαλία φαίνεται να είναι ο προσφορότερος τρόπος.
- Û Η ηλικία των μαθητών. Τα δεδομένα δείχνουν ότι η καλύτερη ηλικία είναι μεταξύ 11-15 ετών.
- Û Οι τρόποι σύνδεσης με την τοπική κοινότητα και τους γονείς.
- Û Τέλος, το κρίσιμο θέμα της επιμόρφωσης των εκπαιδευτικών.

Λόγω των σύνθετων και δύσκολων αυτών προβλημάτων, η προσπάθεια πρέπει να ξεκινήσει από την πιο επείγουσα πλευρά, την ενημέρωση για το AIDS. Το διεθνές Συνέδριο του Άμστερνταμ προειδοποίησε ότι ως το έτος 2000 οι φορείς του ιού του AIDS θα φθάσουν τα 30 ως 110 εκατομμύρια.<sup>47</sup>

Η πολιτική ηγεσία πρέπει να δείξει ενδιαφέρον για τα θέματα αυτά, που συνδέονται με το ίδιο το μέλλον των νέων. Δεν μπορεί οι επιδιώξεις και οι ενέργειές της να περιορίζονται στην εξυπηρέτηση του κομματικού συμφέροντος. Τα σχολεία πρέπει να ανταποκριθούν στις σημερινές ανάγκες, ώστε οι νέοι να μπορούν να αντιμετωπίζουν με επιτυχία τα προβλήματα των σύνθετων και πολύπλοκων συγχρόνων κοινωνιών.<sup>47</sup>



## 4.9 Συζυγική απιστία και μετάδοση του AIDS

Η συζυγική απιστία σε πολλές χώρες του κόσμου αποδεικνύεται από τους μεγαλύτερους κίνδυνους για τη μετάδοση του ιού HIV που προκαλεί το AIDS. Για πολλές γυναίκες, ιδιαίτερα σε αναπτυσσόμενες χώρες, το συζυγικό σεξ αποτελεί τη σημαντικότερη αιτία προσβολής τους από το AIDS.<sup>48</sup>

Η συζυγική απιστία είναι πολύ βαθιά ριζωμένη στους άνδρες διαφόρων πολιτισμικών προελεύσεων και μορφωτικών επιπέδων. Για το λόγο αυτό τα προγράμματα πρόληψης κατά του AIDS που εφαρμόζονται σήμερα, δεν προστατεύουν τις συζύγους από τον κίνδυνο μόλυνσης τους από τον ιό HIV.

Σε παγκόσμιο επίπεδο, η προώθηση της μονογαμίας στους άνδρες ως μέτρο πρόληψης του AIDS δεν φαίνεται να πετυχαίνει λόγω του ότι η ανδρική απιστία δεν μπορεί να εκριζωθεί. Δεδομένου ότι το εξωσυζυγικό σεξ δεν μπορεί να εκλείψει, υπάρχει ανάγκη για προώθηση μέτρων που να το καθιστούν πιο ασφαλές για προστασία των γυναικών από τη μάστιγα του AIDS. Τα σημαντικά αυτά συμπεράσματα προέκυψαν από έρευνες επιστημόνων της Σχολής Δημόσιας Υγείας Mailman του πανεπιστημίου της Κολούμπια στις Ηνωμένες Πολιτείες.<sup>48</sup>

Οι ερευνητές, σε μεγάλες ανθρωπολογικές, συγκριτικές μελέτες σε διάφορες χώρες όπως το Μεξικό, η Νέα Γουινέα, η Νιγηρία, το Βιετνάμ και η Ουγκάντα, διαπίστωσαν ότι η ανδρική απιστία είναι αναπόφευκτο κακό που συναντάται σε διάφορες πολιτισμικές και μορφωτικές καταστάσεις. Πολλοί άνδρες ταξιδεύουν σε άλλες χώρες ή σε μεγαλύτερες πόλεις για σκοπούς εργασίας. Η απουσία από το σπίτι τους για μεγάλα χρονικά διαστήματα, αυξάνει τις πιθανότητες να συνοδεύεται από εξωσυζυγικό και χωρίς προφυλάξεις σεξ, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε μόλυνση από τον ιό του AIDS.<sup>48</sup>

Όταν επιστρέφουν στο σπίτι τους, σε κατά κάποιον τρόπο ένα νέο μήνα του μέλιτος, επαναρχίζουν τις σεξουαλικές σχέσεις με τις γυναίκες τους. Η συνέπεια είναι ότι αυτές μολύνονται από τους άνδρες τους με τους οποίους είναι οι μόνοι που υποτίθεται ότι πρέπει να κάνουν σεξ.<sup>48</sup>

Η μονομερής μονογαμία από τις γυναίκες ως μέτρο πρόληψης δεν είναι επαρκές για την προστασία τους από τη νόσο. Η αποχή από το εξωσυζυγικό σεξ για τη διατήρηση της μονογαμίας στους άνδρες, δεν μπορεί να επιτευχθεί.

Η χρήση προφυλακτικού στο συζυγικό σεξ, δεν αποτελεί μια βάσιμη επιλογή. Αυτό οφείλεται στο ότι σε πολλές κοινωνίες, στις γυναίκες υπάρχει μια βαθιά ριζωμένη πεποίθηση και αίσθημα

υποχρέωσης για πιστότητα και αφοσίωση στη σχέση που μπορεί να είναι και ένας εξωπραγματικός μύθος.<sup>48</sup>

Σε ορισμένες κοινωνίες, οι άνδρες δεν θεωρούν τη σεξουαλική πιστότητα ως απαραίτητη προϋπόθεση για μια ευτυχισμένη συζυγική ζωή. Αντίθετα στις συναναστροφές τους με άλλους άνδρες και φίλους, η κατανάλωση αλκοόλ και η αναζήτηση γυναικών, θεωρούνται σημαντικά στοιχεία στις σχέσεις μεταξύ τους. Είναι γεγονός ότι η αναπόφευκτη μεγάλης κλίμακας ανδρική συζυγική απιστία που παρατηρείται σε πολλές κοινωνίες, προκαλεί σοβαρές ανησυχίες. Το εξωσυζυγικό σεξ από τους άνδρες, είναι δύσκολο να εξαλειφθεί και απαιτούνται αποτελεσματικοί τρόποι πρόληψης και προστασίας των γυναικών τους από το AIDS.<sup>48</sup>

Επισημαίνουμε ότι διάφορες έρευνες έδειξαν ότι το πρόβλημα του εξωσυζυγικού σεξ δεν είναι σπάνιο. Σύμφωνα με μελέτες που έγιναν στις Ηνωμένες Πολιτείες, φάνηκε ότι 44% των ανδρών και 25% των γυναικών είχαν τουλάχιστον μία εμπειρία εξωσυζυγικής σεξουαλικής σχέσης.<sup>48</sup>

Μια άλλη έρευνα του πανεπιστημίου του Σικάγο έδειξε ότι έως ότου οι άνδρες φθάσουν στην ηλικία των 50 ετών, το 37% εμπλέκονται σε συζυγική απιστία.

Αλλα δεδομένα, δείχνουν ότι το 40% των Ρώσων δεν βλέπουν πρόβλημα με το εξωσυζυγικό σεξ. Σε χώρες της Αφρικής, σε φτωχές κοινωνίες και σε χώρες με οικονομικές και πολιτικές αναταραχές ή ραγδαίες αλλαγές, οι άνδρες παρουσιάζουν μεγαλύτερη τάση και αυξημένες πιθανότητες να εξαπατήσουν τις συζύγους τους. Σε διάφορα κοινωνικά συστήματα, στη συμπεριφορά εξωσυζυγικού σεξ, φαίνεται ότι το τι κάνουν οι φίλοι και συνάδελφοι, έχει πολύ μεγαλύτερη επιρροή από ότι οι θρησκευτικοί ή άλλοι νόμοι και αρχές που επικρατούν.<sup>48</sup>

Θα συγκρατήσουμε λοιπόν ότι η συζυγική απιστία ως αιτία μετάδοσης του AIDS, αποτελεί ένα σημαντικό κίνδυνο που απειλεί τις γυναίκες παγκόσμια. Απαιτούνται νέοι τρόποι αντιμετώπισης του σοβαρού αυτού προβλήματος δεδομένου ότι η ανδρική συζυγική απιστία είναι δύσκολο αν όχι αδύνατο να εκριζωθεί.<sup>48</sup>

## 4.10 Πρόληψη AIDS



### Προς τους υγιείς

1. Πρέπει να αποφεύγεται η γενετήσια επαφή με πάσχοντες ή ύποπτους για AIDS. Τα άτομα που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου πρέπει να γνωρίζουν ότι οι πολλαπλοί ερωτικοί σύντροφοι αυξάνουν την πιθανότητα ανάπτυξης AIDS.<sup>49</sup>
2. Να αποκλείονται από την εθελοντική αιμοδοσία τα άτομα που είναι ύποπτα για AIDS ή που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου. Οι μεταγίσεις πρέπει να γίνονται με αυστηρά κριτήρια μέχρις ότου εφαρμοστεί ειδική εργαστηριακή μέθοδος ελέγχου.<sup>49</sup>
3. Να ενισχυθεί η εθελοντική αιμοδοσία και να αποφεύγονται μεταγίσεις αίματος, όπου δεν υπάρχει απόλυτη ένδειξη. Αντικατάσταση των εμπορικών σκευασμάτων παραγόντων πήξεως στα κρυοκαθιζήματα που παρασκευάζονται από ένα και μόνο δότη.<sup>49</sup>
4. Είναι απαραίτητη η χρησιμοποίηση παραγώνων αίματος που έχουν αδρανοποιηθεί προηγουμένως με θέρμανση. Έτσι, κρίνεται επιβεβλημένη η παστερίωση 10 ωρών σε 60° C των παραγόντων σε υγρή κατάσταση, ή η θέρμανση στους 68° C για δύο εικοσιτετράωρα των λυοφιλοποιημένων παραγόντων.<sup>49</sup>
5. Οι δότες σπέρματος ή άλλων οργάνων θα πρέπει να υποβάλλονται σε ειδικό εργαστηριακό έλεγχο. Επίσης, στα μεταμοσχευόμενα ανθρώπινα όργανα θα πρέπει να γίνεται ορολογικός έλεγχος, ειδικά όταν προέρχεται από νεκρούς δότες.<sup>49</sup>

### **Προς τους ασθενείς του AIDS**

Οι ασθενείς του AIDS πρέπει να ακολουθούν και να εφαρμόζουν τις οδηγίες του θεράποντα γιατρού. Πέραν των ατομικών οδηγιών, οι ασθενείς θα πρέπει, με δική τους πρωτοβουλία και ευθύνη, να προφυλάσσουν το άμεσο περιβάλλον τους. Για το σκοπό αυτό, θα πρέπει να μάθουν να οργανώσουν τη ζωή τους και οι ερωτικοί τους σύντροφοι. Θα πρέπει να ενημερωθούν με ποια μέσα πρέπει να γίνεται ο ατομικός καθαρισμός, η απολύμανση των προσωπικών τους αντικειμένων, του ρουχισμού και των κλινοσκεπασμάτων. Θα πρέπει να αποφεύγονται να εκθέτουν τα άλλα άτομα στα υγρά ή εκκρίματα του σώματός τους με την κοινή χρήση ξυριστικής μηχανής, οδοντοβουρτσών, βελονών και άλλων προσωπικών αντικειμένων. Να γίνεται ενημέρωση στους γιατρούς που επισκέπτονται.<sup>49</sup>

### **Προς τα οροθετικά άτομα**

Σε περίπτωση που εξεταζόμενος βρεθεί να είναι οροθετικός έναντι του LAV=HTLV-III θα πρέπει:

1. Να πληροφορηθεί το αποτέλεσμα και να ενημερωθεί υπεύθυνα για την σημασία του αποτελέσματος.
2. Να συστηθεί επανάληψη της ορολογικής εξετάσεως με άλλη μέθοδο.
3. Να γίνεται περιοδικός έλεγχος της ανοσιακής και ορολογικής κατάστασης του εξεταζόμενου επειδή η πρόγνωση είναι άγνωστη και ο κίνδυνος να αναπτύξει AIDS ή LAS είναι πολύ μεγαλύτερος από ένα οροαρνητικό άτομο.
4. Να αποκλείονται από την αιμοδοσία εφ' όρου ζωής.
5. Να γίνεται έλεγχος των ερωτικών συντρόφων των οροθετικών.
6. Να αποφεύγουν να εκθέτουν τα άλλα άτομα στα υγρά ή εκκρίματα του σώματός τους με την χρήση κοινών ξυριστικών μηχανών, οδοντοβουρτσών και βελονών. Να ενημερώνουν σχετικά τον γιατρό και οδοντίατρο που επισκέπτονται.
7. Να απολυμαίνουν τα αντικείμενα και τις επιφάνειες που μολύνουν με απορρυπαντικά (π.χ. χλωρίνη)
8. Οι οροθετικοί σύζυγοι οροθετικών ανδρών, θα πρέπει να αποφεύγουν την εγκυμοσύνη μέχρι ότου διελευκανθούν οι κίνδυνοι μετάδοσης στο έμβρυο.<sup>49</sup>

## Προς τους ομοφυλόφιλους

Από το Εθνικό Κέντρο γηγενούς ηπατίτιδας, (Υγειονομική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών καθηγητής ο κ. Γ. Παπαευαγγέλου) εκδόθηκαν οι ακόλουθες οδηγίες προς τους ομοφυλόφιλους.<sup>49</sup>

«Φίλε ομοφυλόφιλε,

Σίγουρα θα' χεις διαβάσει και ακούσει για το AIDS (το Σύνδρομο Επίκτητης της Ανοσολογικής Ανεπάρκειας) που προσβάλλει κατ' εξοχή νεαρούς ομοφυλόφιλους, τοξικομανείς που κάνουν χρήση ενδοφλεβίων ναρκωτικών, αιμορροφιλικούς, πολυμεταγγιζόμενους και σεξουαλικούς συντρόφους ασθενών με AIDS. Το AIDS είναι μια αρρώστια που συχνά καταλήγει σε θάνατο γιατί μειώνει την φυσική άμυνα του οργανισμού ώστε διάφορες λοιμώξεις και νεοπλάσματα βρίσκουν την ευκαιρία να εκδηλωθούν.<sup>49</sup>

Έχει διαπιστωθεί ότι το AIDS μεταδίδεται όπως η ηπατίτιδα Β δηλ. με σεξουαλική επαφή, με την μετάγγιση μολυσμένου αίματος και παραγώγων του και με τη χρήση μολυσμένων συρίγγων από τους τοξικομανείς. Η εφαρμογή μεθόδων διάγνωσης της λοιμώξεως από τον υπεύθυνο αιτιολόγο παράγοντα – τον ρετροϊό LAV/HTLV-III – έδειξε ότι στην Αμερική και σε πολλές άλλες χώρες ένα μεγάλο ποσοστό ομοφυλοφίλων έχει ήδη προσβληθεί από τον ιό.

Έχει παρατηρηθεί ότι τελικά δεν αναπτύσσουν AIDS όλοι όσοι προσβλήθηκαν από τον ιό. Εξελίσσονται και παθαίνουν AIDS το 2-15% των θετικών για αντισώματα προς τον ρετροϊό LAV/HTLV-III.<sup>49</sup>

Επειδή και εσύ κινδυνεύεις να προσβληθείς από τον ιό του AIDS επιβάλλεται να είσαι αρκετά προσεκτικός και ψύχραιμος. Η κατάσταση είναι σοβαρή, αλλά, προσέχοντας την σεξουαλική συμπεριφορά, ελαττώνεις την πιθανότητα να προσβληθείς από τον ιό και να πάθεις AIDS.<sup>49</sup>

***Τι θα πρέπει να κάνεις για να ελαττώσεις την πιθανότητα αυτή.***

1. Περίορισε τον αριθμό των σεξουαλικών συντρόφων σου. Κατά την διάρκεια της σεξουαλικής επαφής «ανταλλάσσονται» διάφορα υγρά και εκκρίματα του σώματος όπως σπέρμα, αίμα, σάλιο, κόπρανα κ.α. που περιέχουν τον ιό. Όσο πιο πολλούς συντρόφους έχεις πιο πολύ θα αυξήσεις την πιθανότητα να κολλήσεις AIDS από έναν που έχει ήδη προσβληθεί.
2. Να χρησιμοποιείς μηχανικά προφυλακτικά , ώστε να αποφεύγεται η είσοδος του σπέρματος που περιέχει τον ιό, στον πεπτικό σου σωλήνα, που, από κει, εύκολα μπορεί να μπει στην κυκλοφορία του αίματος.
3. Να αποφεύγεις την είσοδο στον πρωκτό αντικειμένων ή ακόμη και δακτύλων. Υπάρχει κίνδυνος να προκληθεί βλάβη του βλεννογόνου του αίματος.

4. Να αποφεύγεις κατά το δυνατό να έρχεσαι σε επαφή με τα υγρά και εκκρίματα του ερωτικού σου συντρόφου.
5. Μην κάνεις έρωτα με αγνώστους. Συζήτησε και αντάλλαξε πληροφορίες με ειλικρίνεια. Για να κάνεις έρωτα με ασφάλεια χωρίς κινδύνους δεν αρκεί μόνο να αγαπάς τον σύντροφό σου.<sup>49</sup>

***Παράγοντες που μειώνουν την αντίσταση του οργανισμού σου και επομένως αυξάνουν την πιθανότητα να πάθεις AIDS***

1. Η χρήση οινόπνευματος ή ναρκωτικών μειώνουν την φυσική άμυνα του οργανισμού του.
2. Η κακή διατροφή. Γι' αυτό η διατροφή σου πρέπει να είναι επαρκής και ισορροπημένη.
3. Η κούραση και το ψυχικό stress. Προσπάθησε να τα αποφεύγεις.<sup>49</sup>

***Τι θα κάνεις αν έχεις προσβληθεί από τον ιό.***

- Αυτό θα το ξέρεις αν έχεις κάνει εξέταση αίματος για αντισώματα προς τον LAV/HTLV-III.
- Μην πανικοβληθείς. Ενημέρωσε όμως τον θεράποντα γιατρό σου. Θα πρέπει να ξέρεις ότι η παρουσία μόνο αντισωμάτων δεν θέτει διάγνωση για AIDS. Δεν μπορεί να γίνει πρόγνωση για ένα επιβεβαιωμένο θετικό αποτέλεσμα. Παρ' όλα αυτά, ο κίνδυνος να αναπτύξεις AIDS, είναι οπωσδήποτε μεγαλύτερος από εκείνον με αρνητικό αποτέλεσμα. Επίσης, κινδυνεύεις να μεταδώσεις την μόλυνση στους άλλους. Επειδή η πρόγνωση είναι άγνωστη θα πρέπει να ελέγχεται περιοδικά, σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού σου.<sup>49</sup>
- Πρέπει να ξέρεις, ότι οι λοιμώξεις από άλλους ιούς μειώνουν την αντίσταση του οργανισμού και αυξάνουν την πιθανότητα να αναπτύξεις AIDS. Απόφυγε τους πολλούς ερωτικούς συντρόφους γιατί μπορεί να σου δώσουν άλλο τύπο ιού που να προδιαθέτει και να αυξάνει την πιθανότητά σου να πάθεις AIDS. Αν είσαι παντρεμένος πρέπει να ξέρεις ότι κινδυνεύει μόνο η γυναίκα σου. Κανένα άλλο μέλος της οικογένειάς σου ούτε το εργασιακό σου περιβάλλον κινδυνεύει.<sup>49</sup>
- Θα πρέπει όμως να αποφεύγεις να εκθέτεις τα άλλα άτομα στο αίμα ή άλλα εκκρίματα του σώματος σου π.χ. με τη χρήση κοινών ξυριστικών μηχανών, οδοντόβουρτσας, βελονών κλπ, αντικειμένων που έχουν αίμα σου.
- Να ενημερώνεις τους ερωτικούς σου συντρόφους και τον οδοντίατρό σου. Οι σύντροφοί σου θα πρέπει και αυτοί να ελέγχονται περιοδικά.
- Τέλος αίμα δεν πρέπει να δώσεις ξανά.

Το κέντρο ηπατίτιδας της Υγειονομικής Σχολής Αθηνών βρίσκεται στην διάθεσή σου για κάθε πρόβλημα που θα αντιμετωπίσεις. Σημειωτέον ότι τηρείται απόλυτη εχεμύθεια.

Ο Διευθυντής Καθηγητής Γ.Παπαευαγγέλου»<sup>49</sup>

## Πρόληψη του AIDS σε 10 βήματα

Η πρόληψη είναι το κλειδί για να μειωθούν οι ρυθμοί μετάδοσης και να νικηθεί το AIDS. Τα Κράτη μπορούν να περιορίσουν την εξάπλωση της επιδημίας του AIDS με σχετικά χαμηλό κόστος επενδύοντας στην πρόληψη και προσφέροντας στους νέους που διατρέχουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο την ενημέρωση και την υποστήριξη που χρειάζονται για να μην γίνουν θύματα του AIDS και αυτοί.<sup>50</sup>

Η έκθεση "ΝΕΟΙ ΑΝΘΡΩΠΟΙ & AIDS" που έδωσε στη δημοσιότητα η UNICEF, σε συνεργασία με την UNAIDS και την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας προτείνει μια στρατηγική για την πρόληψη του AIDS που αποτελείται από 10 βήματα:

1. **Τέρμα στη Σιωπή το Στιγματισμό και την Ντροπή.** Ο φόβος του στιγματισμού και οι βαθιά ριζωμένες διακρίσεις κάνει τους νέους να αποφεύγουν να μιλήσουν για το AIDS ή να παίρνουν άλλα προφυλακτικά μέτρα.
2. **Παροχή γνώσης και ενημέρωσης στους νέους.** Οι νέοι άνθρωποι δεν μπορούν να προστατεύσουν τον εαυτό τους από το AIDS αν δεν γνωρίζουν τα απαραίτητα. Πρέπει να μάθουν την αλήθεια για το AIDS τόσο πριν γίνουν ενεργοί σεξουαλικά, όσο και μετά.
3. **Παροχή δεξιοτήτων στους νέους.** Η συμπεριφορά δεν αλλάζει μόνο με τη γνώση. Χρειάζονται ικανότητες όπως η κριτική σκέψη, η επίλυση συγκρούσεων, η επικοινωνία κ.ά., που βοηθούν τους νέους να κάνουν πράξη αυτά που γνωρίζουν.
4. **Υπηρεσίες Υγείας Φιλικές προς τους νέους.** Υπηρεσίες υγείας στελεχωμένες με άτομα στα οποία οι νέοι θα μπορούν να μιλήσουν, που δεν θα τους πατρονάρουν, ώστε να μιλήσουν ελεύθερα και να δεχθούν ενημέρωση, συμβουλές και άλλες υπηρεσίες.
5. **Εθελοντική και εμπιστευτική παροχή συμβουλευτικής και ελέγχου για τον HIV (τεστ για AIDS).** Εννέα στους δέκα ανθρώπους δεν γνωρίζουν ότι έχουν μολυνθεί και όσοι το γνωρίζουν χρειάζονται ειδική ενημέρωση και φροντίδα ώστε να μην μολύνουν και άλλους. Σε πολλές χώρες λιγότεροι από τους μισούς νέους γνωρίζουν που μπορούν να κάνουν ένα τεστ για AIDS.
6. **Συνεργασία με τους νέους, προώθηση της συμμετοχής τους.** Η ανάμειξη των νέων στις προσπάθειες πρόληψης είναι ουσιαστική. Οι νέοι με την κατάλληλη εκπαίδευση γίνονται οι καλύτεροι και πιο αποτελεσματικοί φορείς επικοινωνίας, κυρίως για τους συνομηλίκους τους.
7. **Χρησιμοποίηση νέων που ήδη ζουν με το AIDS.** Το AIDS μπορεί να χτυπήσει οποιονδήποτε. Η εμπειρία ατόμων που ζουν με την ασθένεια είναι πολύτιμη. Μπορούν

να βοηθήσουν σημαντικά στην ενημέρωση για την πρόληψη και στην απομυθοποίηση του στίγματος του AIDS.

8. **Δημιουργία ασφαλούς και υποστηρικτικού περιβάλλοντος.** Η παροχή ενημέρωσης και δεξιοτήτων χωρίς την εξασφάλιση ενός αισθήματος ασφάλειας και υποστήριξης στην κοινωνία, το σχολείο, το σπίτι, θα ήταν ανεπαρκής. Τα κράτη πρέπει να φροντίσουν (νομοθετικά) για την καταπολέμηση της σεξουαλικής βίας κάθε μορφής.
9. **Βοήθεια προς τους νέους που διατρέχουν το μεγαλύτερο κίνδυνο.** Ιδιαίτερα δύσκολο αλλά ζωτικής σημασίας, τόσο για να προστατευθούν και να βοηθηθούν ομάδες υψηλού κινδύνου (π.χ. τοξικομανείς, ιερόδουλες, ομοφυλόφιλοι) όσο και το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο.
10. **Ενίσχυση συνεργασιών και παρακολούθηση της προόδου.** Είναι δύσκολο να αντιμετωπισθεί ένα τέτοιου μεγέθους πρόβλημα από ένα μονάχα τμήμα της κοινωνίας. Ισχυρές και ευρείες συνεργασίες απαιτούνται καθώς και συνεχής συλλογή πληροφοριών και παρακολούθηση της προόδου.<sup>50</sup>

#### 4.11 Πρόληψη του AIDS: Άνδρες και περιτομή

Η περιτομή στους άνδρες, μπορεί να μειώνει μέχρι 50% τον κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό HIV που προκαλεί το AIDS. Η ανδρική περιτομή, θεωρείται τώρα ως μία αποτελεσματική στρατηγική πρόληψης για τη μείωση των μολύνσεων από τον ιό HIV. Μέχρι σήμερα η περιτομή δεν ήταν αποδεκτή ως μέθοδος πρόληψης του AIDS.<sup>51</sup>

Όμως έρευνα από το πανεπιστήμιο του Σικάγο που έγινε με τυχαίοποιημένο προοδευτικό τρόπο, δίνει τις επιστημονικές βάσεις που τεκμηριώνουν το ότι η περιτομή στους άνδρες, μπορεί πλέον να συστήνεται για την πρόληψη AIDS. Η κλινική έρευνα του πανεπιστημίου του Σικάγο, συμπεριέλαβε 2.784 άνδρες στην Κένυα οι οποίοι κατά την έναρξη της, δεν είχαν κάνει περιτομή και ήσαν αρνητικοί για τον ιό HIV δηλαδή δεν είχαν μολυνθεί. Οι ηλικίες των ανδρών, κυμαίνονταν από 18 έως 24 ετών. Με τυχαίοποιημένο τρόπο, οι μισοί άνδρες υπεβλήθησαν σε περιτομή ενώ οι υπόλοιποι παρέμειναν χωρίς περιτομή. Όλοι οι άνδρες που συμμετείχαν στην έρευνα, έλαβαν συμβουλευτικές υπηρεσίες για την πρόληψη του AIDS, έτυχαν δωρεάν εξετάσεων για έλεγχο μόλυνσης από τον ιό HIV, λάμβαναν θεραπεία για σεξουαλικά



μεταδιδόμενες νόσους, τους δίνονταν δωρεάν προφυλακτικά και τους προσφερόταν δωρεάν γενική ιατρική παρακολούθηση και φροντίδα.<sup>51</sup>

Μετά την παρέλευση 24 μηνών, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι 22 από τους 1.393 άνδρες που είχαν υποβληθεί σε περιτομή είχαν μολυνθεί από τον HIV. Στους 1.391 άνδρες που δεν είχαν κάνει περιτομή, 47 μολύνθηκαν από τον ιό HIV. Βασικά, οι άνδρες με περιτομή παρουσίαζαν 53% χαμηλότερο ποσοστό μολύνσεων από τον ιό HIV σε σύγκριση με τους άνδρες χωρίς περιτομή.<sup>51</sup>

Με βάση τα προκαταρκτικά αυτά αποτελέσματα, τα Εθνικά Ινστιτούτα Υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών, υπό την εποπτεία των οποίων γίνεται η εν λόγω έρευνα, ζήτησαν τη διακοπή της κλινικής αυτής δοκιμής και να προταθεί σε όλους τους άνδρες που συμμετέχουν να υποβληθούν, εάν το επιθυμούν σε περιτομή.

Πρέπει να τονισθεί ότι η περιτομή δεν μπορεί από μόνη της να είναι η πρόληψη για τη μόλυνση από τον ιό HIV του AIDS. Είναι απαραίτητο να εντάσσεται σε πλήρες πρόγραμμα πρόληψης που να περιλαμβάνει συμβουλευτικές υπηρεσίες, διαφώτιση των πληθυσμών και χρήση προφυλακτικού.<sup>51</sup>

Η ανδρική περιτομή μπορεί να είναι ένα ισχυρό επιπρόσθετο όπλο για ενδυνάμωση των μεθόδων πρόληψης κατά του AIDS που ήδη υπάρχουν και όχι η αντικατάστασή τους.

Οι συμβουλευτικές υπηρεσίες προς τους άνδρες για την πρόληψη του AIDS, είναι αποτελεσματικές στο να μειώνουν τις επικίνδυνες σεξουαλικές τους συμπεριφορές. Για αυτό η διαφώτιση, η πληροφόρηση και οι συμβουλευτικές υπηρεσίες προς τους άνδρες, αποτελούν ακρογωνιαίο λίθο της αποτελεσματικής πρόληψης κατά του AIDS.<sup>51</sup>

Στην Αφρική που η επιδημία του AIDS έχει λάβει τρομακτικές διαστάσεις, η περιτομή των ανδρών σε συνάρτηση με τα άλλα μέτρα πρόληψης μπορεί να συμβάλει αποτελεσματικά στη μείωση της εξάπλωσης της νόσου. Όμως είναι απαραίτητο να ληφθούν μέτρα για τη βελτίωση των συνθηκών κάτω από τις οποίες θα γίνονται με ασφάλεια, σε μαζικό επίπεδο, περιτομές στους άνδρες στις χώρες αυτές που έχουν σοβαρά προβλήματα δημόσιας υγείας και τεχνικών δυνατοτήτων. Οι περιτομές θα πρέπει να γίνονται από ειδικευμένους γιατρούς, σε καλές συνθήκες για να αποφεύγονται επιπλοκές όπως αιμορραγίες και μολύνσεις.

Στην Αφρική υπολογίζεται ότι σήμερα υπάρχουν 30 εκατομμύρια ανθρώπων που έχουν μολυνθεί από τον ιό HIV που προκαλεί το AIDS. Περισσότερες από 90% των περιπτώσεων των μολύνσεων στους ενήλικες, συμβαίνουν κατά τη διάρκεια ετεροφυλικής συνουσίας.<sup>51</sup>

Η περιτομή έχει και άλλες θετικές επιδράσεις στην υγεία των ανθρώπων εκτός από την πρόληψη του AIDS. Σε αυτές συμπεριλαμβάνεται η καλύτερη υγιεινή, λιγότερες ουρολοιμώξεις

και μείωση του κινδύνου προσβολής από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας στις γυναίκες που είναι σεξουαλικοί σύντροφοι ανδρών που έχουν κάνει περιτομή.<sup>51</sup>

Αναφέρουμε ότι κατά τα τελευταία 20 χρόνια, περισσότερες από 40 επιδημιολογικές έρευνες και τουλάχιστον 2 κλινικές τυχαιοποιημένες θεραπευτικές δοκιμές, έδειξαν σημαντική σχέση μεταξύ της ανδρικής περιτομής και μείωσης κινδύνου μόλυνσης από τον ιό HIV.

Παράλληλα με την κλινική έρευνα του πανεπιστημίου του Σικάγο, η Επιτροπή Παρακολούθησης Ασφάλειας των Δεδομένων Ερευνών των Εθνικών Ινστιτούτων Υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών, διέκοψε τώρα με βάση τους προκαθορισμένους κανόνες ασφάλειας, ακόμη μία ανάλογη κλινική έρευνα που γινόταν από το πανεπιστήμιο του Johns Hopkins στην Ουγκάντα και η οποία έδειξε την ίδια προληπτική επίδραση της περιτομής όπως η έρευνα του πανεπιστημίου του Σικάγο.<sup>51</sup>

Συμπερασματικά θα συγκρατήσουμε ότι εάν μεγάλο ποσοστό των ανδρών κάνει περιτομή, τότε αυτό θα έχει σημαντική επίδραση στην πρόληψη του AIDS με μείωση των μολύνσεων από τον ιό HIV τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες.<sup>51</sup>

## 4.12 Συμβουλευτική για Πρόληψη AIDS

### Μέτρα Πρόληψης

Η ταχύτερη εξάπλωση της λοίμωξης και νόσου HIV σε κάθε περιοχή της γης και σε κάθε λοίμωξη ή για θεραπεία μετά τη λοίμωξη, επιβάλλουν την προληπτική αντιμετώπιση από τη πληθυσμιακή ομάδα, σε συνάρτηση με την έλλειψη αποτελεσματικού εμβολίου για πρόληψη της προβλήματος ως κύριο μέσο προστασίας του πληθυσμού.<sup>52</sup>

Η διαδικασία της πρόληψης μπορεί να περιλαμβάνει τα εξής:

- α. Πρωτογενή πρόληψη του AIDS που αφορά στη συνεχή ενημέρωση όλων των κοινωνικών ομάδων σχετικά με την αιτιολογία, τους τρόπους μετάδοσης της λοίμωξης καθώς και τα μέτρα προφύλαξης.
- β. Ενημέρωση και εκπαίδευση, οι οποίες είναι σημαντικό να ξεκινούν από τη σχολική ηλικία με στόχο την αποφυγή επικίνδυνων ερωτικών συμπεριφορών, καθώς και την αποφυγή μελλοντικής εμπλοκής με ναρκωτικές ουσίες που επιτείνουν τον κίνδυνο μετάδοσης του HIV (Δαρδαβέσης, 1999).
- γ. Μείωση των βιολογικών και ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων της νόσου στους ασθενείς, στους

φορείς το ιού, στο οικογενειακό τους περιβάλλον καθώς και στο κοινωνικό σύνολο (Δαρδαβέσης, 1999).

Θεωρούμε σκόπιμο να παρουσιάσουμε σε αδρές γραμμές κάποια από τα μέτρα που θεωρούνται τα πλέον σημαντικά στον τομέα της πρόληψης της λοίμωξης και της μετάδοσής της.<sup>52</sup>

### **Εκπαίδευση**

Η εκπαίδευση για τους τρόπους μετάδοσης του ιού και για τους τρόπους με τους οποίους 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 τα άτομα που η συμπεριφορά τους τα εκθέτει στον κίνδυνο της λοίμωξης.<sup>52</sup>

Καθώς η σεξουαλική συμπεριφορά είναι θέμα προσωπικό η εκπαίδευση πρέπει να απευθύνεται σε όλο τον πληθυσμό, ώστε να έχουν πρόσβαση εκείνοι οι οποίοι βρίσκονται σε κίνδυνο. Οι έφηβοι και οι ενήλικες που μπαίνουν στην ηλικία της σεξουαλικής δραστηριότητας πρέπει να τυγχάνουν ιδιαίτερης προσοχής. Συγκεκριμένα, τα εκπαιδευτικά μηνύματα πρέπει να είναι κατανοητά, σαφή και ακριβή και να έχουν την απαιτούμενη ευαισθησία (ΠΟΥ, 1991β). Τα εκπαιδευτικά προγράμματα πρέπει να δίνουν πληροφορίες στα άτομα, οι οποίες τα βοηθούν να κατανοήσουν τις συνέπειες της λοίμωξης και με αυτό τον τρόπο να τα ωθήσουν να τροποποιήσουν τη σεξουαλική τους συμπεριφορά με στόχο την ελάττωση του κινδύνου της μόλυνσης.<sup>52</sup>

Επιπλέον, μέρος αυτών των προγραμμάτων πρέπει να είναι και η εξάσκηση σε διαπροσωπικές δεξιότητες όπως συζητήσεις για σεξουαλικές πρακτικές, συζητήσεις με το σύντροφο για την αποφυγή κινδύνων κλπ.<sup>52</sup>

### **Επαγρύπνηση των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας**

Η εξέλιξη της επιδημίας συνήθως παρακολουθείται με την υποχρεωτική δήλωση των κρουσμάτων. Στην Ελλάδα η δήλωση γίνεται στη Διεύθυνση Δημόσιας Υγιεινής του Υπουργείου Υγείας από τον θεράποντα ιατρό, σε ειδικό επιδημιολογικό δελτίο με κώδικα. Το όνομα του ασθενούς δεν αναφέρεται. Αφού αξιολογηθούν από την Εθνική Επιτροπή AIDS τα κρούσματα, δηλώνονται στη συνέχεια στην Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (τα κέντρα αναφοράς AIDS αναφέρουν περιοδικά μόνο το συνολικό αριθμό των ανευρισκόμενων φορέων).<sup>52</sup>

## Μαζική Παρέμβαση

Πρόκειται για το είδος εκείνο της παρέμβασης που απευθύνεται σε μεγάλο αριθμό αποδεκτών ή σε ανοιχτά ακροατήρια με σκοπό την ενημέρωση, την ευρεία συζήτηση, την ανακοίνωση ενημερωτικών στοιχείων κτλ. (Δημητρόπουλος, 1999). Όπως έχει ήδη ειπωθεί, η ενημέρωση του πληθυσμού για τη φύση της νόσου, τους τρόπους μετάδοσής της, τα μέσα προφυλάξεως και τις κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις του προβλήματος αποτελεί το σημαντικότερο μέτρο αντιμετώπισης της πανδημίας.<sup>52</sup>

Η ενημέρωση, γενικότερα, έχει σαν στόχο την τροποποίηση των μορφών συμπεριφοράς που εκθέτουν το άτομο στη λοίμωξη και παράλληλα στην αποτροπή του πανικού ή λανθασμένης συμπεριφοράς προς τους ασθενείς και τους φορείς. Μια ενημερωτική εκστρατεία, θα πρέπει λοιπόν να απευθύνεται σε ολόκληρο τον πληθυσμό ενώ θα ήταν αποτελεσματικότερο να εξειδικευθεί για κάθε ειδική ομάδα "υψηλού κινδύνου". Ειδική ενημέρωση χρειάζονται επίσης οι ταξιδιώτες από χώρες όπου η νόσος θεωρείται ενδημική, οι ναυτικοί καθώς και οι κάτοικοι των τουριστικών περιοχών. Πρέπει να εκπαιδευτεί σωστά τέλος και το υγειονομικό προσωπικό της χώρας ώστε να εξαλειφθούν φαινόμενα αδικαιολόγητου πανικού και λανθασμένης συμπεριφοράς απέναντι σε άτομα με λοίμωξη και νόσο HIV.<sup>52</sup>

Μια ενημερωτική εκστρατεία πρέπει να οργανώνεται σε διάφορα επίπεδα και να αξιοποιεί διάφορα μέσα. Ακόμη, πρέπει να επαναλαμβάνεται και να εναλλάσσει τα μηνύματά της προκειμένου να συμβάλλει στην τροποποίηση της επικίνδυνης συμπεριφοράς. Κάποια από τα μέσα που χρησιμοποιούνται είναι τα εξής:

α. Ενημερωτικές διαφάνειες και φυλλάδια. Υπάρχουν φυλλάδια που απευθύνονται στο γενικό πληθυσμό καθώς επίσης και ειδικά φυλλάδια που έχουν δημιουργηθεί για στρατιώτες, ναυτικούς, καθηγητές μέσης εκπαίδευσης, τοξικομανείς, ομοφυλόφιλους, νοσηλευτές ή άτομα που φροντίζουν ασθενείς ή φορείς του HIV.

β. Μέσα μαζικής ενημέρωσης. Τα Μ.Μ.Ε συμβάλλουν καθοριστικά στη μετάδοση μηνυμάτων. Προγράμματα στην τηλεόραση και το ραδιόφωνο καθώς και διαφημιστικά (spots ή video) μπορούν να συμβάλλουν στη διαμόρφωση ή τροποποίηση μιας συμπεριφοράς.

γ. Αφίσες. Η επικόλληση αφισών σε κατάλληλους χώρους συμβάλλει στην υγειονομική διαφώτιση.

δ. Σεμινάρια και διαλέξεις. Η οργάνωση σεμιναρίων και διαλέξεων μπορεί να συμβάλλει ουσιαστικά στην τροποποίηση μιας επικίνδυνης συμπεριφοράς. Επιπλέον, στελέχη υγειονομικών υπηρεσιών, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι ακόμη και εθελοντές μπορεί να χρησιμοποιηθούν

-αφού ειδικευτούν- προκειμένου να ενημερώνουν προσωπικά άτομα που αναζητούν πληροφορίες σχετικά με το θέμα

ε. Έρευνα. Από τη στιγμή της εμφάνισης του ιού έως σήμερα έχουν διεξαχθεί πάρα πολλές έρευνες. Σε σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα, ανακαλύφθηκε ο υπεύθυνος αιτιολογικός παράγοντας ενώ διερευνήθηκε με κάθε λεπτομέρεια η μοριακή βιολογία του ιού. Παράλληλα, άρχισε η δημιουργία ειδικών αντιϊικών φαρμάκων.<sup>52</sup>

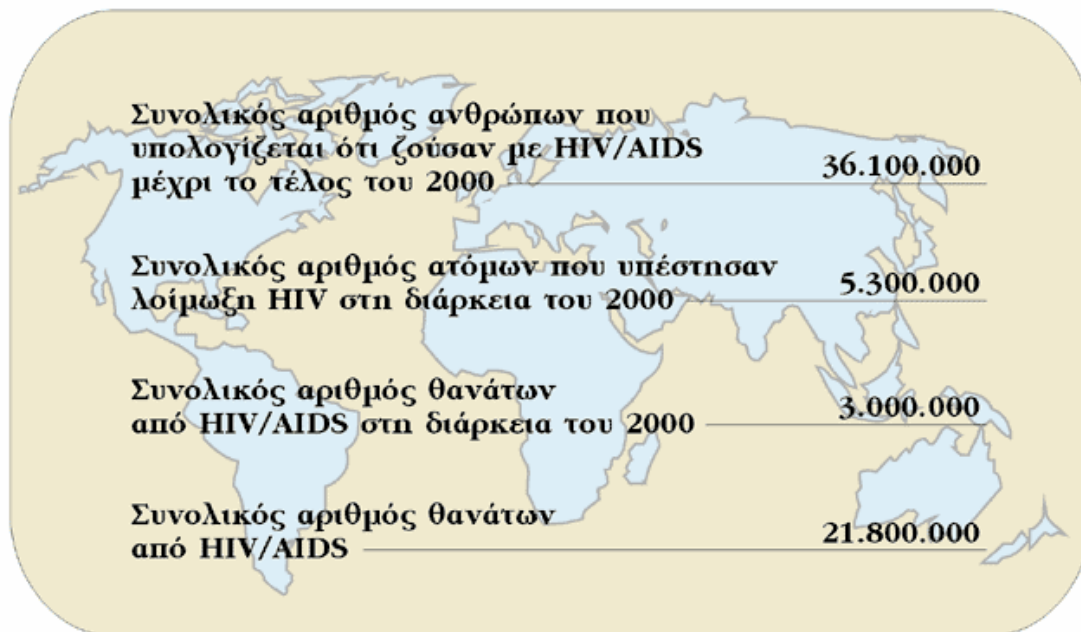
### 4.13 Επιδημιολογία

Ο πρώτος βεβαιωμένος θάνατος από AIDS σημειώθηκε στα 1959 στην Αφρική (διαγνώστηκε αναδρομικά με εξέταση ιστών του θύματος), ενώ υπάρχει και ένας δεύτερος που υποστηρίζεται ότι προκλήθηκε από τη νόσο την ίδια χρονιά στην Αγγλία. Ακολούθησαν σποραδικοί θάνατοι στην Αφρική και τη Νορβηγία, όμως η μικρή συχνότητα δεν προκάλεσε ενδιαφέρον για περαιτέρω μελέτη. Γύρω στα τέλη της δεκαετίας του '60, ο ιός πέρασε στην Αϊτή κι από εκεί στις Ηνωμένες Πολιτείες.<sup>53</sup>

Η πρώτη επίσημη ανακοίνωση για τη νόσο εκδόθηκε το 1981 από τις υπηρεσίες υγείας των ΗΠΑ και αφορούσε πέντε περιστατικά ομοφυλόφιλων ανδρών στο Λος Άντζελες. Λόγω του αρχικού περιορισμού της λοίμωξης στην πληθυσμιακή αυτή ομάδα, το AIDS χαρακτηρίστηκε ως περίεργη «νόσος των ομοφυλόφιλων», «καρκίνος των ομοφυλόφιλων» ή «πανούκλα των ομοφυλόφιλων», επειδή οι πρώτοι διαγνωσμένοι ασθενείς ανήκαν σε αυτή την πληθυσμιακή ομάδα. Αργότερα όμως επηρέασε και άλλες από τις λεγόμενες *ομάδες υψηλού κινδύνου*, όπως οι ναρκομανείς ή οι αιμορροφιλικοί, μολύνοντας τελικά και άτομα που δεν ανήκαν σε αυτές τις ομάδες. Σήμερα η ετεροσεξουαλική επαφή είναι ο κύριος τρόπος μετάδοσης. Μέχρι σήμερα έχουν πεθάνει λόγω του AIDS περίπου 25 εκατομμύρια άνθρωποι, ενώ περίπου 40 επιπλέον εκατομμύρια νοσούν.<sup>53</sup>

Η ανακάλυψη το 1983 ότι το σύνδρομο οφείλεται σε ιό έδωσε τη δυνατότητα της σε βάθος μελέτης της λοίμωξης σε σύντομο χρονικό διάστημα. Ο ιός της ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου (HIV) είναι ρετροϊός και διακρίνεται σε δύο τύπους, τους HIV-1 και HIV-2, οι οποίοι αν και διαφέρουν ορολογικά και γεωγραφικά, έχουν κοινά επιδημιολογικά χαρακτηριστικά. Η παθογονικότητα όμως του ιού τύπου 2 φαίνεται ότι είναι μικρότερη του τύπου 1.

Ο HIV-1 επικρατεί στις περισσότερες χώρες του κόσμου, πλήν της Δυτικής Αφρικής, και έχει διαφορετικούς υποτύπους, οι οποίοι έχουν ταξινομηθεί σε δύο ομάδες, την ομάδα Μ (η οποία περιλαμβάνει τους υποτύπους Α) και την ομάδα Ο. Η γεωγραφική κατανομή των υποτύπων του HIV-1 είναι διαφορετική στις διάφορες περιοχές, αλλά ο υπότυπος Β επικρατεί στις περισσότερες από αυτές. Ο HIV-2 περιγράφηκε για πρώτη φορά στη Σενεγάλη και επικρατεί στις χώρες της Δυτικής Αφρικής. Στην Ευρώπη και τις ΗΠΑ έχει απομονωθεί περιστασιακά σε μετανάστες ταξιδιώτες από τη Δυτική Αφρική.<sup>5</sup>



52

Στην Ελλάδα στα τέλη Οκτωβρίου του 2007 ο συνολικός αριθμός οροθετικών HIV ατόμων ήταν 8.584 από τους οποίους είχαν νοσήσει με AIDS οι 2.829, ενώ κατέληξαν στο θάνατο οι 1.552.<sup>53</sup>

Ο αριθμός των κρουσμάτων που δηλώνονται κάθε χρόνο κορυφώθηκε το 1996, για να ακολουθήσει πτωτική πορεία στη συνέχεια μέχρι και το 2002, οπότε και παρουσιάστηκε μικρή σταθεροποίηση με ελαφρά αυξητικές τάσεις. Έρευνες που έγιναν κατά την τριετία 2005 ως 2007 έδειξαν ρυθμό αύξησης των περιστατικών μόλυνσης από AIDS περίπου 23%. Σύμφωνα με έρευνες, η εισαγωγή του υποτύπου Α του ιού του AIDS —του περισσότερο και ταχύτερα διαδεδομένου στην ελλαδική επικράτεια— έφτασε στη χώρα από την Αφρική το 1978 και

σήμερα όχι μόνο έχει μεταδοθεί σε διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες αλλά διέσχισε και τα ελληνικά σύνορα προς την Αλβανία.<sup>54</sup>

### **Η επιδημία του HIV/AIDS**

Ο ιός της ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου έχει προκαλέσει σε παγκόσμιο επίπεδο επιδημία, πολύ περισσότερο εκτεταμένη απ' ότι προβλεπόταν στις αρχές της περασμένης δεκαετίας. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) στο τέλος του 2000, ο αριθμός των ατόμων που ζούν με HIV/AIDS υπολογίστηκε σε 36,1 εκατομμύρια, από τα οποία 1,4 εκατομμύρια είναι παιδιά ηλικίας κάτω των 15 ετών.<sup>5</sup>

Η λοίμωξη εμφανίζεται σε όλες τις χώρες, τις φυλές, τις ηλικίες και τις κοινωνικοοικονομικές ομάδες. Σε όλα τα μέρη του κόσμου, εκτός από τις χώρες της Αφρικής υπό τη Σαχάρα, η λοίμωξη είναι συχνότερη στους άνδρες απ' ότι στις γυναίκες.

Η δήλωση των κρουσμάτων AIDS έχει αποτελέσει τον κυριότερο τρόπο παρακολούθησης της HIV λοίμωξης στην Ελλάδα, όπως και στις χώρες του Δυτικού κόσμου. Η καταγραφή των φορέων, η οποία ξεκίνησε στην Ελλάδα το 1998 περιέχει πληροφορίες που αφορούν τις πρόσφατες μολύνσεις και είναι εξαιρετικά χρήσιμη για την παρακολούθηση της επιδημίας και το σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας και φροντίδας των HIV-οροθετικών ατόμων.<sup>5</sup>

Από την αρχή της επιδημίας μέχρι το τέλος του 2000, ο συνολικός αριθμός κρουσμάτων AIDS που δηλώθηκαν στην Ελλάδα ανέρχεται σε 2.163, εκ των οποίων 2.131 έφηβοι/ενήλικες και 32 παιδιά (<12 ετών). Από τους ενήλικες, ποσοστό 86,9% είναι άνδρες και 13,1% γυναίκες.

Ο κύριος τρόπος μετάδοσης της HIV λοίμωξης στη χώρα μας στους άνδρες το 2000 είναι η ομοφυλοφιλική σεξουαλική σχέση (56%), ακολουθεί η ετεροφυλοφιλική σχέση (23,1%) και έπεται η χρήση ενδοφλεβίων ναρκωτικών (7,7%). Στις γυναίκες, ο κύριος τρόπος μετάδοσης είναι η ετεροφυλοφιλική σχέση (75%), με δεύτερη στη σειρά τη χρήση ενδοφλεβίων ναρκωτικών ουσιών (25%). Η διαχρονική αξιολόγηση της επίπτωσης του AIDS ανάλογα με τον τρόπο μετάδοσης δείχνει σταθεροποίηση της επίπτωσης στην ομάδα των ομοφυλοφίλων – αμφιφυλόφιλων ανδρών για πρώτη φορά μετά το 1997.<sup>5</sup>

**Αριθμός Ατόμων που Υπέστησαν Λοίμωξη HIV στην Ελλάδα κατά το 2000 κατά Κατηγορία Μετάδοσης και κατά Φύλο.<sup>55</sup>**

Κατηγορία Μετάδοσης	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο	Συχνότητες (%)
Ομο/αμφιφυλόφιλοι Άνδρες	65	0	65	46,43
Χρήστες Ενδοφλεβίων Ναρκωτικών	6	1	7	5,00
Πολυμεταγγιζόμενοι με Παράγωγα Αίματος	1	0	1	0,71
Μεταγγιζόμενοι	1	0	1	0,71
Ετεροφυλόφιλοι	23	13	36	25,71
Ακαθόριστοι	21	9	30	21,43
<b>Σύνολο</b>	<b>117</b>	<b>23</b>	<b>140</b>	<b>100,00</b>

**Πηγή:** Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (ΚΕΕΛ). Επιδημιολογική επιτήρηση του HIV/AIDS στην Ελλάδα, τ.11, Ιούνιος 2000  
 Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (ΚΕΕΛ). Επιδημιολογική επιτήρηση του HIV/AIDS στην Ελλάδα, τ.12, Δεκέμβριος 2000

Όσον αφορά τα HIV οροθετικά άτομα (συμπεριλαμβανομένων των κρουσμάτων AIDS) που δηλώθηκαν στην Ελλάδα μέχρι την 31-12-2000, ο αριθμός τους ανέρχεται σε 5.446. από αυτά, τα 5.378 άτομα είναι έφηβοι/ενήλικες, ενώ τα 68 (1,2%) είναι παιδιά κάτω των 12 ετών. Μεταξύ των εφήβων-ενηλίκων, ποσοστό 81,7% είναι άνδρες και 17,7% γυναίκες. Η πλειοψηφία (54,1%) των HIV-θετικών είναι ηλικίας 25-39% ετών, ενώ 33,4% είναι άνω των 40 ετών και 8,2% κάτω των 20 ετών.<sup>5</sup>



**Συνολικός Αριθμός Ατόμων που Υπέστησαν Λοίμωξη HIV  
στην Ελλάδα ανά Έτος Διάγνωσης και κατά Φύλο.<sup>56</sup>**

Έτος Διάγνωσης	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο	Συχνότητες (%)
1981	1	0	1	0,05
1982	2	0	2	0,09
1983	4	0	4	0,18
1984	5	0	5	0,23
1985	14	0	14	0,65
1986	25	0	25	1,16
1987	57	6	63	2,91
1988	66	6	72	3,33
1989	93	14	107	4,95
1990	126	17	143	6,61
1991	163	22	185	8,55
1992	167	23	190	8,78
1993	149	22	171	7,91
1994	181	32	213	9,85
1995	187	28	215	9,94
1996	190	43	233	10,77
1997	145	25	170	7,86
1998	105	15	120	5,55
1999	97	24	121	5,59
2000	93	15	108	4,99
<b>Άγνωστο</b>		1	1	0,05
	<b>1870</b>	<b>293</b>	<b>2163</b>	<b>100,00</b>

**Πηγή:** Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (ΚΕΕΛ). (2000β). Επιδημιολογική επιτήρηση του HIV/AIDS στην Ελλάδα, τ.12, Δεκέμβριος 2000

Η διαχρονική τάση της HIV επιδημίας από το 1990 και μετά είναι αυξητική, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες, με τάση μείωσης της επίπτωσης των HIV-θετικών μόνο για το έτος 2000. η επικράτηση των ανδρών έναντι των γυναικών είναι εμφανής με πηλίκo 4,6:1. ο αριθμός των HIV-θετικών παιδιών παραμένει χαμηλός στη χώρα μας.<sup>5</sup>

## 4.14 Παγκόσμια ημέρα κατά του AIDS



Παγκόσμια Ημέρα κατά του AIDS η 1<sup>η</sup> Δεκεμβρίου και τα στοιχεία που έδωσαν στη δημοσιότητα τα Ηνωμένα Έθνη δείχνουν ότι οι κάτοικοι του πλανήτη παραμένουν ανημέρωτοι- ίσως και αδιάφοροι- ως προς τα μέτρα προστασίας που πρέπει να λαμβάνουν.<sup>57</sup>

Σύμφωνα με τα στοιχεία των Ηνωμένων Εθνών, περί τα 39,5 εκατομμύρια άνθρωποι σ' όλο τον κόσμο ζουν με τον ιό του AIDS, εκ των οποίων 4,3 εκατομμύρια διαγνώστηκαν την τελευταία χρονιά. Επιπλέον, όπως προειδοποιεί ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), μέσα στα επόμενα 24 χρόνια, το AIDS θα γίνει Τρίτη αιτία θανάτου σε παγκόσμιο επίπεδο. Οι θάνατοι από AIDS θα αυξηθούν από 2,8 εκατ. το 2002 στα 6,5 εκατ. το 2003 και τουλάχιστον 117 εκατ. άνθρωποι θα πεθάνουν από τον HIV στο μεσοδιάστημα.<sup>57</sup>

Ιδιαίτερα απογοητευτικά είναι τα στοιχεία για τις χώρες Ασίας – Ειρηνικού και στο πλαίσιο αυτό ο ΠΟΥ καλεί τους ηγέτες της περιοχής να υπερδιπλασιάσουν τις προσπάθειές τους στον αγώνα κατά του ιού. Το 2006, στην περιοχή της Ασίας –Ειρηνικού μολύνθηκαν 960.000 άνθρωποι, εκ των οποίων οι 650.000 ζουν στην Κίνα. Ο ΠΟΥ υπογραμμίζει πως οι μισές από τις μολύνσεις μέσα στη χρονιά αυτή οφείλονται σε σεξουαλική επαφή χωρίς προστασία.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της UNICEF, σχεδόν 1.800 παιδιά κάτω των 15 ετών μολύνονται από τον ιό του AIDS, ενώ πάνω από 6.000 νέοι 15-24 ετών μολύνονται από HIV. Όπως τονίζει η οργάνωση, μετά από 20 και πλέον χρόνια από την εμφάνιση της νόσου λιγότερο από το 10% των εγκύων γυναικών δέχονται υπηρεσίες για την πρόληψη της μετάδοσης του ιού HIV στα μωρά τους, λιγότερο από το 10% των παιδιών που έχουν μείνει ορφανά ή ευάλωτα εξ αιτίας του AIDS λαμβάνουν κρατική υποστήριξη ή υπηρεσίες και λιγότερο από το ένα τρίτο των νεαρών γυναικών 15-24 ετών στην υποσαχάρια Αφρική γνωρίζουν πώς να προφυλαχθούν από την ασθένεια.<sup>57</sup>

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με τον αναπληρωτή καθηγητή της ιατρικής σχολής του ΑΠΘ- Κέντρο Αναφοράς AIDS, Ιωάννη Ντούτσο, τα τελευταία χρόνια καταγράφεται αύξηση των μολύνσεων

από AIDS, που κυμαίνεται από 10-25%. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΛΠΝΟ) στην Ελλάδα δηλώθηκαν από την αρχή του 2006 έως τις 31 Οκτωβρίου, 485 νέα περιστατικά HIV λοίμωξης εκ των οποίων 60 έχουν εμφανίσει AIDS. Το 80,6% ήταν άντρες και το 19,4% γυναίκες. Η πλειονότητα των αντρών (24,6%) ήταν ηλικίας 30-34 ετών, ενώ στις γυναίκες προεξάρχουσα ηλικιακή ομάδα ήταν αυτή των 35-39 ετών (17%).<sup>57</sup>

Ο αριθμός των θανάτων από AIDS που δηλώθηκαν φέτος (μέχρι 31/10) ανέρχεται σε 27 άτομα εκ των οποίων οι 25 ήταν άντρες. Οι θάνατοι από AIDS το 2005 ανήλθαν στους 49, το 2004 στους 26 και το 2003 στους 59. Οι μεγαλύτεροι αριθμοί θανάτων είχε σημειωθεί κατά τα έτη 1994,1995, και 1996 (150, 151 και 154 θάνατοι αντίστοιχα).Ο αριθμός εκείνων που έχουν προσβληθεί από AIDS από το 1981 έως 31/10/2006 ανέρχεται στις 2.741 εκ των οποίων το 84,9% άντρες και το 15,1% γυναίκες. Το 2005 παρατηρήθηκε ότι ο αριθμός των νέων μολύνσεων που δηλώθηκαν ανά εκατομμύριο πληθυσμού αυξήθηκε κατά 25% συγκριτικά με το 2004, ενώ σύμφωνα με εκτιμήσεις το 2006 ο αριθμός των νέων μολύνσεων που θα δηλωθούν αναμένεται να είναι ο ίδιος ή πιθανώς και μεγαλύτερος από εκείνον του 2005.<sup>57</sup>

Μέσα στα επόμενα 24 χρόνια, το AIDS θα έχει γίνει Τρίτη αιτία θανάτου σε παγκόσμιο επίπεδο, μετά την καρδιοπάθεια και το εγκεφαλικό επεισόδιο, παρόλο που οι θάνατοι από άλλες μεταδοτικές ασθένειες θα πέφτουν και η διάρκεια ζωής θα συνεχίσει να αυξάνεται. Η τελευταία εκτίμηση που δημοσιοποιεί ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας διαψεύδει την προηγούμενη έκθεση το 1996, που προέβλεπε ότι τα περιστατικά AIDS θα μειώνονται και το 2020 ο ιός HIV θα ήταν χαμηλά στη λίστα με τα σημαντικότερα προβλήματα υγείας στον πλανήτη.<sup>57</sup>

Σήμερα τέταρτη αιτία θανάτου παγκοσμίως, μετά τις καρδιοπάθειες, τα εγκεφαλικά και τις λοιμώξεις του αναπνευστικού, το AIDS θα έχει γίνει Νο3 το 2030 δείχνουν οι προβολές των ερευνητών που δημοσιεύονται στο Public Library of Science Medicine. Οι θάνατοι από AIDS θα αυξηθούν από 2,8 εκατ. το 2002 στα 6,5 το 2030 και τουλάχιστον 117 εκατ. άνθρωποι θα πεθάνουν από τον HIV στο μεσοδιάστημα.<sup>57</sup>

Η μελέτη, που βασίστηκε σε υγειονομικά και οικονομικά στατιστικά στοιχεία από όλο τον κόσμο, αφήνει ανοικτό το ενδεχόμενο να διαψευστούν αυτές οι προβλέψεις για το AIDS, λόγω βελτιώσεων στις πολιτικές πρόληψης. Οι ερευνητές υποστηρίζουν όμως ότι οι υπόλοιπες προβλέψεις της έρευνας είναι απίθανο να αποδειχθούν ανακριβείς.<sup>57</sup>

Καθώς οι πληθυσμοί γερνούν λόγω της οικονομικής ανάπτυξης και της βελτιωμένης περιθαλψης, κινδυνεύουν λιγότερο από μεταδοτικές ασθένειες και περισσότερο από τον καρκίνο και τις καρδιοπάθειες σε μεγάλη ηλικία. Οι μη μεταδοτικές ασθένειες θα αντιστοιχούν το 2030 στο 70% του συνόλου των θανάτων, από 59% το 2002. στο ίδιο διάστημα, η βρεφική

θνησιμότητα αναμένεται να υποδιπλασιαστεί, ενώ το προσδόκιμο επιβίωσης θα συνεχίσει να αυξάνεται και θα φτάσει τα 88,5 χρόνια για τις γυναίκες στην Ιαπωνία.<sup>57</sup>

Αν και η οικονομική ανάπτυξη μπορεί να φέρει καλύτερη υγειονομική περίθαλψη, αναμένεται να έχει και μια σημαντική παρενέργεια: περισσότερο τροχαία ατυχήματα, καθώς όλο και περισσότεροι άνθρωποι οδηγούν. Οι θάνατοι από τροχαίο αναμένεται να αυξηθούν κατά 66% έως το 2020 σε παγκόσμιο επίπεδο. Τα τροχαία, μάλιστα, δεν μπορεί να αποκλειστεί ότι καταλάβουν τη θέση των καρδιοπαθειών ως Τρίτη σημαντικότερη αιτία αναπηρίας το 2020, μαζί με την κατάθλιψη και το AIDS.<sup>57</sup>



**Κ  
Ε  
Φ  
Α  
Λ  
Λ  
Α  
Ι  
Ο  
5**

**◆ ΠΡΟΛΗΨΗ**

**ΚΑΙ**

**ΜΕΤΡΑ**

**ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ**

Γενικώς , η τεχνολογία της προφύλαξης από STDs και HIV βασίζεται στη χρήση μεθόδων και φραγμού. Στον όρο αυτό περιλαμβάνονται φυσικοί και χημικοί φραγμοί και συνδυασμοί. Στους φυσικούς φραγμούς υπάγονται το ανδρικό και γυναικείο προφυλακτικό ,το διάφραγμα , ο σπόγγος και τα καλύμματα του τραχήλου της μήτρας .Στους χημικούς φραγμούς κατατάσσονται σπερματοκτόνα , απολυμαντικά-αντισηπτικά , αντιμικροβιακά και αντικατοπικά σκευάσματα.<sup>38</sup>

Η αποδοχή και σταθερή χρήση αυτών των μεθόδων συναρτάται από πολλαπλούς παράγοντες , που σχετίζονται είτε με το χρησιμοποιημένο μέσον , είτε με τους χρήστες .

Οι παράγοντες που σχετίζονται με τους χρήστες είναι :

- ◆ ατομικοί και κοινωνικοί
- ◆ αφορούν σε ηλικία
- ◆ επίπεδο εκπαίδευσης
- ◆ θρησκευτικές αντιλήψεις
- ◆ ικανότητα αναγνώρισης και εκτίμησης του κινδύνου και των συνεπειών του STDs
- ◆ σεξουαλικές συνήθειες
- ◆ προκαταλήψεις και συμπεριφορές το γενικότερο πολιτιστικό επίπεδο και τον επιπολασμό των STDs στην εκάστοτε συγκεκριμένη κοινότητα ή δίκτυο.<sup>5</sup>

Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (World Health Organization WHO ) ο αριθμός νέων κρουσμάτων των κυριότερων ιάσιμων STDs στον σεξουαλικά ενεργό πληθυσμό ανήλθε το 1999 στα 340.000.000 . Ο κύριος όγκος των λοιμώξεων αυτών εντοπίζεται στις χώρες της Λατινικής Αμερικής , της κάτω Σαχάρας και της Νοτιοανατολικής Ασίας .<sup>38</sup>

Οι υπολογισμοί του WHO αναφέρουν ότι στο τέλος του 2001 , περίπου 40.000.000 άνθρωποι σε όλο τον κόσμο ζουν έχοντας μολυνθεί από HIV . Η κύρια οδός μετάδοσής του είναι η ετεροφυλική σεξουαλική επαφή , σε ποσοστό περίπου 85% . Η αναλογία ανδρών προς γυναίκες είναι σχεδόν 1 προς 1 , ενώ το 95% σχεδόν των ασθενών τελούν υπό άγνοια της κατάστασης της υγείας τους .<sup>38</sup>

Στη χώρα μας υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία μόνον για τη διασπορά της HIV λοίμωξης (Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων , 31/12/02) . Η μεγαλύτερη συγκριτικά ομάδα λοιμώξεων είναι αυτή των ομοφυλοφίλων και αμφιφυλόφιλων ανδρών .<sup>38</sup>

Η πρόληψη των STDs πρέπει να βασίζεται στα ακόλουθα :

- 1) Ενημέρωση , παροχή συμβουλών και εκπαίδευση ατόμων με ειδικές ανάγκες ώστε να προωθείται υιοθέτηση ασφαλέστερης σεξουαλικής συμπεριφοράς .

Στο πλαίσιο αυτό :

- ◆ Συστηματική δραστηριότητα για την προώθηση της χρήσης του προφυλακτικού.
  - ◆ Ευαισθητοποίηση ευπαθών ατόμων και ομάδων , ώστε να προσφεύγουν στις υπηρεσίες Υγείας αμέσως με την εμφάνιση συμπτωματολογίας ύποπτης για STDs (health care seeking behaviour) .
  - ◆ Διεξαγωγή ιδιαίτερων προγραμμάτων ενημέρωσης και παρεμβάσεων σε ομάδες ή πληθυσμούς αυξημένου κινδύνου ή ιδιαίτερα ευαίσθητους .
- 2) Εφαρμογή προγραμμάτων και τεχνικών για την πρόωμη ανίχνευση και εντοπισμό ασυμπτωματικών λοιμώξεων, αλλά και συμπτωματικών STDs που οι ασθενείς είναι δύσκολο ή απίθανο να ζητήσουν διαγνωστικές και θεραπευτικές υπηρεσίες.
  - 3) Ανάπτυξη δραστηριοτήτων πρόληψης ή και θεραπείας των STDs στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, γυναικολογικά ιατρεία, ιδιωτικές κλινικές, κλπ
  - 4) Ολοκληρωμένη αντιμετώπιση των SDTs που διαγιγνώσκονται, η οποία περιλαμβάνει:
    - ◆ Διάγνωση, κλινική ή και εργαστηριακή
    - ◆ Επαρκή θεραπεία, με χορήγηση αποτελεσματικού αντιβιοτικού ή θεραπευτικής μεθόδου, είτε μετά από πλήρη εργαστηριακή διερεύνηση και διάγνωση, είτε μετά από εκτίμηση κλινικών μόνον συμπτωμάτων και σημείων, που κατατάσσουν την περίπτωση σε ομάδα πιθανών διαγνώσεων
    - ◆ Ενημέρωση και παροχή συμβουλών στον ασθενή
    - ◆ Ενημέρωση των σεξουαλικών συντρόφων του ασθενούς και εξασφάλιση της εξέτασης και χορήγησης θεραπείας και σε αυτούς
  - 5) Εφαρμογή ατομικών ή ομαδικών εμβολιασμών, όπου αυτό είναι αναγκαίο
  - 6) Δήλωση και καταγραφή κάθε κρούσματος SDTs στις αρμόδιες υπηρεσίες επιδημιολογικής επιτήρησης.
  - 7) Η συγκράτηση του συνόλου του σπέρματος μέσα στο προφυλακτικό παρέχει την «απόδειξη προστασίας» που επιζητούν ορισμένοι από τους χρήστες.<sup>5</sup>

## 5.1 Προφυλακτικό

Η ιστορία του αρχίζει από τους Ρωμαϊκούς χρόνους, όταν χρησιμοποιούσαν την ουροδόχο κύστη ζώων για προστασία από τα αφροδίσια νοσήματα. Η πρώτη δημοσίευση έγινε το 1564 από τον ανατόμο Gabrielle Florio, ο οποίος συνιστούσε τη χρήση ενός καλύμματος από λινό εμβαπτισμένο σε λάδι για προστασία από τα αφροδίσια νοσήματα. Ως αντισυλληπτικό άρχισε να χρησιμοποιείται από τον 18<sup>ο</sup> αιώνα. Τα πρώτα προφυλακτικά με τη σημερινή τους μορφή κατασκευάστηκαν από έντερο προβάτων. Σήμερα τα προφυλακτικά κυκλοφορούν σε τεράστια ποικιλία σχημάτων, μεγεθών, συστάσεως, υφής και χρωμάτων.<sup>58</sup>

Το ανδρικό προφυλακτικό είναι ελαστική μεμβράνη από διάφορα υλικά, που προστατεύει τον χρήστη και την/τον σεξουαλικό σύντροφο καλύπτοντας το ανδρικό γεννητικό όργανο. Η αποτελεσματικότητά του εξαρτάται από την ορθή τοποθέτησή του και τη σταθερή χρήση του πριν από κάθε σεξουαλική επαφή.<sup>38</sup>

Το προφυλακτικό καλύπτει το στόμιο της ουρήθρας και προστατεύει από παθογόνα που μεταδίδονται με τα σπερματικά εκκρίματα ή προς τον άνδρα, μέσω επαφής της ουρήθρας με τα εκκρίματα της/του συντρόφου. Επιπλέον, καλύπτοντας σχεδόν όλο το σώμα του πέους, προστατεύει από παθογόνα που μπορούν να μεταδοθούν μέσω επαφής δέρματος με δέρμα ή βλεννογόνο.<sup>38</sup>

Δεν υπάρχουν αξιόπιστα στοιχεία για το πόσο συχνά σπάει ένα προφυλακτικό κατά τη χρήση του ή ένα ελαττωματικό από την κατασκευή του, αλλά αναφέρεται ότι ένα σε κάθε 1000 καλής ποιότητας προφυλακτικά μπορεί να σπάσει, υποκείμενο στην πιθανότητα «βιομηχανικού σφάλματος». Ο κύριος λόγος αποτυχίας είναι συνήθως η κακή χρήση.<sup>29</sup> Ακόμη και ο τρόπος που το ανοίγουμε από το πλαστικό, βάζοντας προσεκτικά την αρχή του με τη φούσκα στο πέος που είναι ήδη σε στύση για να μπει καλά.<sup>33</sup>

Μία πρόσφατη έρευνα που έγινε στο Κολοράντο των Ηνωμένων Πολιτειών σε 26.291 άνδρες και γυναίκες ετερόφυλους και ομοφυλόφιλους, έδειξε ότι ακόμη και οι τακτικοί χρήστες των προφυλακτικών έχουν συχνά προβλήματα. Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι περίπου το 50% των τακτικών χρηστών των προφυλακτικών είχαν ατυχήματα κατά την χρήση τους όπως σπάσιμο ή γλίστρημα. Το συχνότερο πρόβλημα που εντοπίστηκε ήταν το σπάσιμο του προφυλακτικού. Το δεύτερο συχνότερο ήταν το γλίστρημα του προφυλακτικού από το πέος. Το τρίτο συχνότερο πρόβλημα ήταν η μη τοποθέτηση του προφυλακτικού πριν από την έναρξη της συνουσίας. Άλλα προβλήματα ήταν οι διαρροές και η ανάποδη τοποθέτηση του προφυλακτικού.<sup>59</sup>



### **Πλεονεκτήματα:**

1. Η προμήθειά του είναι εύκολη.
2. Δεν υπάρχει κίνδυνος για την υγεία του χρήστη.
3. Έχει υψηλή αποτελεσματικότητα, όταν χρησιμοποιείται σωστά και με προσοχή.
4. Δεν απαιτείται ιατρική παρακολούθηση ή παρέμβαση.
5. Προστατεύει από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.
6. Πιθανώς προστατεύει από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.
7. Είναι φθηνό.
8. Παρέχει άμεση απόδειξη της αποτελεσματικότητάς του.
9. Αναγκάζει τον άνδρα να συμμετέχει στην ευθύνη της αντισύλληψης.
10. Είναι χρήσιμο σε περιπτώσεις πρόωρης εκσπερμάτισης.<sup>58</sup>

### **Μειονεκτήματα:**

1. Χρειάζεται υπευθυνότητα στη χρήση του.
2. Διακόπτεται η επαφή για την τοποθέτησή του.
3. Ελαττώνει την αισθητικότητα.
4. Δεν είναι «καθαρή» μέθοδος.
5. Έχει άμεση σχέση με την επαφή.

Η ελάττωση της αισθητικότητας της περιοχής των γεννητικών οργάνων μερικές φορές αναφέρεται και από τις γυναίκες των χρηστών. Αυτό το μειονέκτημα μπορεί όμως να φανεί χρήσιμο σε περιπτώσεις πρόωρης εκσπερμάτισης.<sup>58</sup>

### **Το ανδρικό προφυλακτικό από Latex**

Το Latex είναι υλικό που προέρχεται από τον γαλακτώδη οπό του τροπικού δένδρου *Hevea braziliensis*, απ' όπου παράγεται ως ελαστικό κόμμα (καουτσούκ). Χρησιμοποιείται στη βιομηχανία μετά από επεξεργασία με θείο.<sup>5</sup>

Εργαστηριακές και κλινικές μελέτες έχουν αποδείξει ότι το ανδρικό προφυλακτικό από Latex (Latex Condom, LC) προστατεύει αποτελεσματικά έναντι μεγάλου εύρους παθογόνων υπεύθυνων για STDs, μεταξύ των οποίων και ο HIV. Εργαστηριακές έρευνες, μερικές από τις οποίες προσομοίωσαν την μηχανική τριβή κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής, έδειξαν ότι το LC είναι ένας συνεχής, αδιαπέραστος φραγμός για μεταδιδόμενα βακτήρια και ιούς.<sup>38</sup>

Σε μελέτες αποδείχθηκε ότι ερωτικοί σύντροφοι HIV οροθετικών ασθενών, που χρησιμοποιούσαν σταθερά ανδρικό προφυλακτικό, δεν υπέστησαν μόλυνση από τον HIV.

Επιπλέον μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες επιβεβαίωσαν την αποτελεσματικότητα του ανδρικού προφυλακτικού ως μέσου προστασίας από τον HIV. Σε όλες τις ανωτέρω ερευνητικές εργασίες, η συνεπής, σταθερή χρήση του LC ήταν προϋπόθεση ουσιαστικής σημασίας για την επίτευξη υψηλού βαθμού αποτελεσματικότητας.<sup>38</sup>

Το LC είναι εξαιρετικά ασφαλές μέσο. Οι παρενέργειές του σχετίζονται κυρίως με αλλεργική δερματίτιδα εξ επαφής, οφειλόμενη στο συνθετικό υλικό του ( Latex). Το ποσοστό της εμφάνισης δερματίτιδας υπολογίζεται στις ΗΠΑ στα επίπεδα 1-3% στον γενικό πληθυσμό, ενώ σε άτομα με συχνή έκθεση στο υλικό, όπως οι επαγγελματίες Υγείας που χρησιμοποιούν γάντια από Latex, το ποσοστό ανέρχεται στο 6-7%. Εργαστηριακά δεδομένα υποδεικνύουν ότι για μέρος των αλλεργικών αντιδράσεων ευθύνονται λιπαντικά με τα οποία συχνά από κατασκευής προ-λιπαίνονται το LCs.<sup>5</sup>

### **Το ανδρικό προφυλακτικό από φυσική μεμβράνη**

Το προφυλακτικό από φυσική μεμβράνη, κατασκευασμένο συνήθως από έντερο προβάτου, χρησιμοποιείται πλέον σπανίως. Τουλάχιστον στις ΗΠΑ, εξακολουθεί να αποτελεί να αποτελεί εναλλακτικό μέσο για άτομα με αλλεργία στο Latex. Θεωρείται ανθεκτικότερο από το LC και αναφέρεται ότι σε σύγκριση με αυτό, παρέχει περισσότερο φυσική αίσθηση επιτρέποντας μεγαλύτερη ευχαρίστηση κατά την επαφή.<sup>38</sup>

Εν τούτοις, το υλικό του είναι εκ φύσεως πορώδες και οι πόροι του επιτρέπουν την διόδο παθογόνων. Σε πληθώρα εργαστηριακών μελετών έχει αποδειχθεί ότι η φυσική μεμβράνη δεν αποτελεί επαρκή φραγμό για ιούς, όχι μόνον μικρού μεγέθους, όπως ο HBV αλλά και μεγαλύτερους όπως ο HSV και ο HIV. Αν και κλινικές μελέτες αποτελεσματικότητας δεν έχουν διεξαχθεί, τα ευρήματα αυτά είναι αρκετά ώστε το προφυλακτικό από φυσική μεμβράνη να μη θεωρείται επαρκής προστασία έναντι των STDs. Η χρήση του περιορίζεται στην προστασία από μη προγραμματισμένη σύλληψη.<sup>5</sup>

### **Προφυλακτικά από άλλα, πλην Latex, συνθετικά υλικά**

Νεότερα προϊόντα είναι κατασκευασμένα από άλλα συνθετικά υλικά, όπως η πολυουρεθάνη, θερμοπλαστικά ελαστομερή όπως το Tactylon, PVC, κλπ. Προφυλακτικά από πολυουρεθάνη βρίσκονται ήδη σε κυκλοφορία σε πολλές χώρες, ενώ άλλα σε φάση κλινικών δοκιμασιών και αναμένεται η έγκρισή τους για το εμπόριο. Είναι ευκολότερα στην εφαρμογή τους από τα Latex, λεπτότερα και άοσμα, θεωρείται δε ότι επιτρέπουν εντονότερη αίσθηση της επαφής. Επιπλέον, είναι ανθεκτικότερα στις συνήθεις συνθήκες συντήρησης και αποθήκευσης και μπορούν να

χρησιμοποιηθούν ταυτόχρονα με ελαιώδη λιπαντικά. Το κυριότερο μειονέκτημά τους είναι ότι κατά την διαδικασία της επαφής παράγουν αντιαισθητικό θόρυβο τριβής. Το κόστος τους είναι περίπου διπλάσιο από αυτό των Latex.<sup>38</sup>

Σε εργαστηριακές μελέτες τα προφυλακτικά από πολυουρεθάνη αποδείχθηκαν εξίσου αποτελεσματικά με τα LC, μη επιτρέποντας τη διόδο ακόμη και μικρού μεγέθους ικών σωματιδίων. Ωστόσο, σε δύο μεγάλες κλινικές προοπτικές μελέτες, σε σύγκριση με τα LC, εμφάνισαν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό υψηλότερη συχνότητα συμβάντων όπως ρήξη ή διολίσθηση. Οι ερευνητές συμπέραναν ότι εξαιτίας αυτού, τα προφυλακτικά πολυουρεθάνης προσφέρουν μικρότερη προστασία έναντι των STDs.<sup>38</sup>

### **“Ατυχήματα” κατά την χρήση του προφυλακτικού**

Γενικώς η πιθανότητα ρήξης ή διολίσθηση του προφυλακτικού κατά την σεξουαλική επαφή είναι μικρή, υπολογιζόμενη κάτω του 2%. Στις περισσότερες περιπτώσεις για παρόμοια ατυχήματα ενοχοποιούνται κακή εφαρμογή του προφυλακτικού, ακατάλληλη ή υπερβολική λίπανσή του, παράταση της επαφής μετά την εκσπερμάτιση και τη μείωση της στύσης, κλπ.<sup>5</sup>

Σε περίπτωση “ατυχήματος”, αν και δεν υφίσταται πειραματικά ή επιδημιολογικά τεκμηριωμένες και καθιερωμένες κατευθυντήριες οδηγίες, από τη βιβλιογραφία συνιστώνται τα κατωτέρω:

- 1) Ρήξη ή διολίσθηση του προφυλακτικού πριν την εκσπερμάτιση: άμεση διακοπή της επαφής και αντικατάσταση του προφυλακτικού με νέο.
- 2) Ρήξη ή διολίσθηση μετά την εκσπερμάτιση:
  - Άμεση διακοπή της επαφής.
  - Όχι καθαρισμός με νερό και σαπούνι ή αντισηπτικό, για την αποφυγή του κινδύνου περαιτέρω διείσδυσης σπέρματος και μολυσματικών παραγόντων.
  - Εάν το ατύχημα συμβεί κατά τις πιθανές μέρες γονιμότητας της γυναίκας : λήψη επείγουσας αντισυλληπτικής αγωγής, σε διάστημα 72 ωρών.
  - Για την αποφυγή σεξουαλικώς μεταδιδόμενου νοσήματος: οι προληπτικές ενέργειες εξαρτώνται από το πιθανότερο ύποπτο παθογόνο.
  - Για πρόληψη γονοκοκκικής, γλαυμοδιακής ή τριχομοναδικής λοίμωξης, ο αρμόδιος γιατρός μπορεί να χορηγήσει εφ’ άπαξ δόσεις κατάλληλου φαρμάκου.
  - Για την πρόληψη από Ηπατίτιδα Β, συνιστάται άμεση έναρξη εμβολιασμού.

- Για την προφύλαξη από HIV λοίμωξη, είναι απαραίτητη η άμεση προσφυγή σε εξειδικευμένο γιατρό μιας από τις Μονάδες Ειδικών Λοιμώξεων.<sup>5</sup>

### **Αποδοχή του προφυλακτικού**

Η αποδοχή της χρήσης του προφυλακτικού είναι φαινόμενο σύνθετο, εξαρτώμενο από πολλαπλούς παράγοντες. Δύο εξ αυτών θεωρούνται μείζονες ανασταλτικοί συντελεστές για την ευρεία αποδοχή του προφυλακτικού: Η μείωση της απόλαυσης και η πιθανή βλάβη της υπόληψης του χρήστη. Η ανάγκη διακοπής της διαδικασίας επαφής για την τοποθέτησή του και η ελάττωση της αίσθησης της επαφής συντελούν στη μείωση της απόλαυσης.<sup>38</sup>

Από την άλλη πλευρά, το προφυλακτικό έχει συνδεθεί σε ευρέως διαδεδομένες αντιλήψεις αλλά και συναισθηματικά, με ασθένειες, με επισφαλή συμπεριφορά, με την πορνεία ή και με τη δυσπιστία μεταξύ των συντρόφων. Πολλοί θεωρούν ότι πρόταση για χρήση προφυλακτικού στην/στον ερωτικό σύντροφο θα αποβεί ενοχλητική ή προσβλητική. Η αντίληψη όμως περί αρνητικής στάσης του ερωτικού συντρόφου και πιθανής απόρριψης, που κυρίως προβάλλεται από γυναίκες νεαρών ηλικιών, έχει αποδειχθεί υπερβολική.<sup>38</sup>

Συμπερασματικά, παρά την αποτελεσματικότητα του μέσου, η περιορισμένη αποδοχή του και η μη συνεπής χρήση του, επέβαλαν την αναζήτηση και διερεύνηση και άλλων μεθόδων προστασίας από STDs.<sup>38</sup>

### **Το γυναικείο προφυλακτικό**

Το γυναικείο προφυλακτικό (Female Condom, FC) κυκλοφόρησε εμπορικά για πρώτη φορά στην Ελβετία το 1992. Διατίθεται σε μικρότερο εύρος επιλογών από το αντίστοιχο ανδρικό. Πρόκειται για ευμεγέθη κυλινδρική μεμβράνη από πολουρεθάνη, που τοποθετούμενη καλύπτει, αρχίζοντας από τα χείλη του αιδοίου, όλο τον κόλπο και τον τράχηλο της μήτρας. Για την σταθεροποίηση της εφαρμογής του, φέρει εύκαμπτο πλαστικό δακτύλιο στο ανοικτό άκρο του, που περιβάλλει τα χείλη, και παρόμοιο δακτύλιο, μικρότερου μεγέθους, στο τυφλό άκρο του περιβάλλει τον τράχηλο. Οι διαστάσεις του είναι σταθερές και ανέρχονται το μεν μήκος σε 17 cm, το πλάτος στην μεγαλύτερη διάμετρό του σε 7,8 cm, το δε πάχος της μεμβράνης σε 0,42-0,53mm.<sup>5</sup>

Το γυναικείο προφυλακτικό έχει αποδειχθεί αποτελεσματικός φραγμός έναντι STD/παθογόνων, περιλαμβανομένων του HIV και άλλων ιών, σε εργαστηριακές έρευνες. Ελάχιστες κλινικές δοκιμασίες έχουν προς το παρόν διεξαχθεί.<sup>38</sup>

Τα **πλεονεκτήματά** του περιλαμβάνουν:

1. Τον έλεγχο της τοποθέτησής του από την γυναίκα.
2. Την δυνατότητα εφαρμογής πριν την διαδικασία έναρξης της συνεύρεσης
3. Την κάλυψη ευρύτατης περιοχής του έξω γεννητικού συστήματος της γυναίκας.
4. Επιτρέπει καλύτερη αίσθηση της θερμότητας κατά τη διάρκεια της συνεύρεσης σε σύγκριση με το ανδρικό προφυλακτικό.<sup>5</sup>

Τα **μειονεκτήματά** του περιλαμβάνουν:

1. Η εμφάνιση του εξωτερικού δακτυλίου δημιουργεί δυσάρεστα συναισθήματα σε αρκετούς άνδρες.
2. Αντιαισθητική είναι η παραγωγή θορύβου τριβής κατά την επαφή, όπως συμβαίνει και με το ανδρικό προφυλακτικό από πολυουρεθάνη.
3. Δυσκολία τοποθέτησης(απαιτεί προηγούμενη εκπαίδευση της γυναίκας και, όχι σπάνια, τη συνεργασία του ερωτικού της συντρόφου (η δυσχέρεια αυτή περιορίζει τις δυνατότητες ευρείας διάδοσης και χρήσης του, εφ' όσον μάλιστα η απαιτούμενη εκπαίδευση δεν είναι η απλούστερη δυνατή).
4. Το FC είναι μέσο προοριζόμενο για μια μόνο χρήση .
5. Το κόστος του είναι υψηλότερο από αυτό του ανδρικού προφυλακτικού.<sup>5</sup>

Εντούτοις, έχουν διεξαχθεί μελέτες οι οποίες κατέδειξαν ότι η ακεραιότητα του μέσου δεν διαταράσσεται μετά από επανειλημμένες χρήσεις και αφού μεταξύ δύο χρήσεων μεσολαβεί πλύσιμο και επαναλίπανσή του. Οι πολλαπλές χρήσεις του FC, αν και όχι επίσημα ενδεδειγμένη μέθοδος, μειώνει δραστικά το κόστος του.<sup>5</sup>

Επίσης το γυναικείο προφυλακτικό χρησιμοποιείται, αν και σε περιορισμένη κλίμακα, από ομοφυλόφιλους άνδρες για προστασία από STDs κατά τη διάρκεια της προκτικής επαφής. Μελέτες αποτελεσματικότητας της συγκέντρωσης μεθόδου δεν έχουν διεξαχθεί.<sup>38</sup>

Έχει αναφερθεί επίσης η ταυτόχρονη χρήση του γυναικείου με το ανδρικό προφυλακτικό, τόσο μεταξύ ετεροφυλικών, όσο και μεταξύ ομοφυλοφιλικών συντρόφων, με το σκεπτικό της “διπλής προστασίας”. Η τριβή μεταξύ των δύο μέσων ενέχει τον κίνδυνο ρήξης ενός εκ των δύο, διολίσθηση του ανδρικού προφυλακτικού ή απόσπασης του εξωτερικού δακτυλίου του FC και βίαιης εισόδου της μεμβράνης στον κόλπο. Η ταυτόχρονη χρήση των δύο μέσων θεωρείται ότι πρέπει να αποθαρρύνεται .<sup>38</sup>

## **Η σημασία των προφυλακτικών**

### **για την πρόληψη σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων**

Το Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νοσημάτων των Η.Π.Α. (γνωστό ως CDC) υπολόγισε ότι τα επεισόδια σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων το 2003 στις ΗΠΑ ήταν 19 εκατομμύρια. Σχεδόν τα μισά από αυτά συμβαίνουν σε άτομα ηλικίας από 15 μέχρι 24 ετών. Πέρα από δυνητικά σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα δημιουργούν και σημαντικό οικονομικό βάρος που υπολογίστηκε ότι προσεγγίζει τα 15,5 δισεκατομμύρια δολάρια μέσα σε ένα χρόνο (2003) στις ΗΠΑ. Την πιο υψηλή συχνότητα λοιμώξεων εμφανίζουν οι ομοφυλόφιλοι και αμφιφυλόφιλοι άνδρες, καθώς επίσης και οι χρήστες ναρκωτικών. Σε σύγκριση με ανθρώπους που δεν πάσχουν από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, αυτοί που πάσχουν από ένα τέτοιο νόσημα, ιδίως εάν έχουν έλκη (πληγές) των γεννητικών οργάνων, έχουν δύο με πέντε φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αποκτήσουν λοίμωξη με τον ιό του έιτς (HIV/AIDS) μέσω σεξουαλικής επαφής.<sup>60</sup>

Η αποτελεσματική χρήση προφυλακτικών μπορεί να προφυλάξει από ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και από τα περισσότερα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, συμπεριλαμβανομένων της βλεννόρροιας (γονόρροιας), της σύφιλης, της λοίμωξης HIV/AIDS, και της λοίμωξης με γλαμύδια. Δεν πρέπει να αγνοηθεί το γεγονός ότι τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα μπορεί να μεταδοθούν με όλες τις μορφές των σεξουαλικών δραστηριοτήτων (κολπική, στοματική και πρωκτική σεξουαλική επαφή). Πλήρης προστασία κατά των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων επιτυγχάνεται με την αποχή από το σεξ.<sup>60</sup>

#### **Οι βασικές οδηγίες για την ορθή χρήση των προφυλακτικών είναι:**

1. Να μην χρησιμοποιούνται προφυλακτικά μετά την ημερομηνία λήξης.
2. Τα προφυλακτικά πρέπει να διατηρούνται σε μέρη χωρίς υψηλή θερμοκρασία, διότι κάτω από τέτοιες συνθήκες ξεραίνονται και υπάρχει περίπτωση να σπάσουν κατά τη χρήση τους. Για παράδειγμα, προφυλακτικά που διατηρούνται στο κουτί της θέσης του συνοδηγού συχνά γίνονται αναποτελεσματικά.
3. Πρέπει να γίνεται οπτικός έλεγχος για πιθανή καταστροφή του κουτιού του προφυλακτικού πριν το άνοιγμά του, π.χ. τρύπες.
4. Το προφυλακτικό τοποθετείται στο σεξουαλικό μόριο του άνδρα όταν αυτό είναι σε στύση, αφήνοντας αρκετό χώρο στην κορυφή για το σπέρμα.
5. Το προφυλακτικό πρέπει να ξετυλίγεται προσεκτικά από τη κορυφή προς τη βάση του σεξουαλικού μορίου του άνδρα.

6. Μετά την εκπερμάτιση το προφυλακτικό πρέπει να κρατιέται για λίγο στη βάση για την αποφυγή διαρροής υγρών.

7. Το προφυλακτικό χρησιμοποιείται μόνο μια φορά και πετιέται μετά από κάθε χρήση.<sup>60</sup>

Πρέπει να τονισθεί ότι η χρήση των προφυλακτικών δεν μπορεί να προφυλάξει από όλα τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Ειδικότερα, τα προφυλακτικά δεν προφυλάσσουν ικανοποιητικά από μια σημαντική λοίμωξη που προκαλείται από τον ιό θηλωμάτων του ανθρώπου (human papilloma virus), την αιτία των κονδυλωμάτων. Μερικά στελέχη του ιού θηλωμάτων του ανθρώπου, μπορούν να προκαλέσουν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Στις ΗΠΑ υπολογίζεται ότι περίπου το 50% των σεξουαλικά ενεργών ανδρών και γυναικών παθαίνουν λοίμωξη των γεννητικών οργάνων από τον ιό θηλωμάτων του ανθρώπου σε κάποιο σημείο της ζωής τους.<sup>60</sup>

## 5.2 Διάφραγμα

Οι αρχαίοι λαοί, αν και δεν εγνώριζαν την φυσιολογία της γονιμοποίησης και της αναπαραγωγής είχαν αντιληφθεί ότι για να αποφευχθεί η κύηση θα έπρεπε να εμποδισθεί η δίοδος του σπέρματος μέσα στη μήτρα. Επί αιώνες χρησιμοποιούσαν διάφορες ουσίες για τον σκοπό αυτό. Στην Ουγγαρία χρησιμοποιήθηκε λιωμένο κερί, στην Άπω Ανατολή εμποτισμένο με έλαια. Αντισυλληπτικά ταμπόν από νήματα εμποτισμένα με μέλι και βότανα χρησιμοποιήθηκαν στην Αίγυπτο από το 555π.Χ. τα διαφράγματα με τη σημερινή τους μορφή εισήχθησαν τον 19<sup>ο</sup> αιώνα. Η πρώτη περιγραφή του διαφράγματος το 1882 ανήκει στον Γερμανό C. Hasse, ο οποίος για να διασώσει την υπόληψή του υπέγραψε με το ψευδώνυμο Wilhelm P. Mensinga.<sup>38</sup>

Πρόκειται για μεμβράνες από συνθετικό υλικό, περιβαλλόμενες από ελαστικό δακτύλιο, που τοποθετούνται από τη γυναίκα πριν την επαφή, καλύπτοντας τον τράχηλο της μήτρας. Η πλειοψηφία των προϊόντων αυτών είναι κατασκευασμένα από Latex, ενώ την τελευταία τουλάχιστον δεκαετία διατίθενται στο εμπόριο καλύμματα από σιλικόνη.<sup>38</sup>

Μπορούν να τοποθετηθούν ακόμη και 6 ώρες πριν την επαφή, ενώ πρέπει να παραμείνουν στη θέση τους τουλάχιστον επί 24 ώρες μετά. Οι κατασκευαστές τους συνιστούν να χρησιμοποιούνται παράλληλα με σκευάσματα σπερματοκτόνων, ώστε να λιπαίνεται η επιφάνειά τους και να ενισχύεται η αντισυλληπτική τους αποτελεσματικότητα.<sup>38</sup>

Εφ' όσον τα προϊόντα αυτά καλύπτουν τον τράχηλο της μήτρας και χρησιμοποιούνται μαζί με σπερματοκτόνα, που διαθέτουν αντισηπτική- αντιμικροβιακή δράση, παρέχουν προστασία έναντι πολλών STDs . σε αναδρομικού τύπου, κυρίως, κλινικές μελέτες, έχει αποδειχθεί η προστατευτική τους ικανότητα έναντι του γονοκόκκου, των χλαμυδίων και των τριχομονάδων, αλλά όχι και έναντι λοιμώξεων από HSV, HPV, και HIV και της βακτηριακής κολπίτιδας.<sup>38</sup>

Τα διαφράγματα έχουν συσχετισθεί με ερεθισμό των βλεννογόνων, με αλλοίωση της φυσιολογικής χλωρίδας και αυξημένο κίνδυνο λοιμώξεων του ουροποιογεννητικού. Οι αλλοιώσεις της φυσιολογικής χλωρίδας περιλαμβάνουν κυρίως αυξημένο αποικισμό από E. Coli και εντεροκόκκους, αλλά δεν έχουν τεκμηριωθεί μεταβολές στους πληθυσμούς των γαλακτοβακίλλων, του στρεπτοκόκκου B, της Gardnerella vaginalis και μυκήτων. Θεωρείται ότι ο κύριος υπεύθυνος παράγων για τις επιπλοκές αυτές είναι τα σπερματοκτόνα που χρησιμοποιούνται με τα καλύμματα του τραχήλου.<sup>38</sup>

### **Τύποι και μεγέθη**

Οι συχνότερα χρησιμοποιούμενοι τύποι διαφράγματος είναι:

1. Flat-spring: Περιέχει στο χείλος επίπεδο χαλύβδινο έλασμα, όπως τα ελατήρια των ρολογιών. Αυτό το καθιστά εύκαμπτο μόνο κατά την πλάγια διάμετρο, είναι μέτρια σκληρό και καθλώνεται με πίεση κυρίως εμπρός πάνω στην ηβική σύμφυση, αλλά και στα πλάγια κολπικά τοιχώματα. Υπάρχει σε μεγέθη από 55 έως 95 mm και ταιριάζει και σε γυναίκες με ελαφρά κυστεορθοκλήλη και καλό ή μέτριο μυϊκό τόνο.
2. Coil-spring: Περιέχει σπειροειδές ελατήριο, που επιτρέπει την κάμψη του σε όλους τους άξονές του. Είναι λιγότερο σκληρό, ασκεί μικρότερες πιέσεις, είναι πιο άνετο, ταιριάζει στις περισσότερες γυναίκες με καλό μυϊκό τόνο, στηρίζεται στην ηβική σύμφυση και κυκλοφορείται σε μεγέθη από 55-100 mm.
3. Arcing-spring: Περιέχει ένα σπειροειδές ελατήριο και μέσα του υπάρχουν δύο ημικυκλικά χαλύβδινα ελάσματα. Είναι εύκαμπτο μόνο κατά την πλάγια διάμετρο, αλλά η πίεση στα πλάγια το κάνει να σχηματίσει ένα τόξο, που διευκολύνει την κατεύθυνσή του προς τον οπίσθιο θόλο του κόλπου. Στηρίζεται κυρίως με άσκηση πίεσεως στα πλάγια και είναι κατάλληλο για γυναίκες που δυσκολεύονται να οδηγήσουν το διάφραγμα στον οπίσθιο θόλο, για γυναίκες με μέτρια πρόπτωση, με οπίσθια κάμψη της μήτρας ή με πολύ πτωχό μυϊκό τόνο. Είναι το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο, αλλά δεν διατίθεται σε ακραία μεγέθη.



4. All- flex: Περιέχει ελατήριο διπλής ελικώσεως ή το ίδιο το ελαστικό σχηματίζει στην περιφέρεια ισχυρό δακτύλιο. Είναι εύκαμπτο σε όλες τις διαμέτρους και μαλακό. Ταιριάζει στους περισσότερους κόλπους με καλό τόνο. Καθηλώνεται κυρίως με ενσφήνωση στον οπισθοθηβικό χώρο, που πρέπει να είναι σχετικά βαθύς.<sup>58</sup>

### Ενδείξεις

- I. Επιθυμία για έλεγχο της αντισύλληψης από την γυναίκα
- II. Ύπαρξη αντενδείξεων ή μη αποδοχή άλλων μεθόδων
- III. Επιθυμία ή πραγματοποίηση επαφών στη διάρκεια της έμμηνης ρύσης.<sup>58</sup>

### Αντενδείξεις

#### I. Απόλυτες

- Ø Ψυχολογική ή φυσική αδυναμία σωστής χρήσης.
- Ø Ασθενές πυελικό έδαφος.
- Ø Κόλπος πολύ ρηχός ή πολύ βαθύς.
- Ø Αποστροφή στο άγγιγμα των γεννητικών οργάνων.
- Ø Άκαμπτα κολπικά τοιχώματα.
- Ø Εγχειρήσεις κόλπου.
- Ø Χρόνιες τοπικές φλεγμονές, δερματίτιδες, αλλεργίες.
- Ø Κολπισμός.
- Ø Πολύ κοντά δάκτυλα.
- Ø Κυστεορθολήλη, πρόπτωση μήτρας, αβαθές οπισθοθηβικό διάστημα.
- Ø Διάφραγμα κόλπου ή ανάλογες συγγενείς διαμαρτυρίες.<sup>58</sup>

#### II. Σχετικές

- Ø Ανάγκη μεθόδου υψηλότερης αποτελεσματικότητας.
- Ø Περιβάλλον που δεν επιτρέπει τη διακριτική τοποθέτηση.
- Ø Δυσπαρευνία.
- Ø Οπίσθια κάμψη της μήτρας με καθήλωση αυτής.
- Ø Ελαφρά κυστεορθοκλήλη.<sup>58</sup>

#### III. Προσωρινές

- Ø Κολπίτιδα οποιασδήποτε αιτιολογίας .
- Ø Κνησμός γεννητικών οργάνων.
- Ø Έρπητας γεννητικών οργάνων .<sup>58</sup>

## Πλεονεκτήματα

- Παραμένουν στην θέση τους επί τουλάχιστον 24 ώρες.
- Παρέχουν προστασία από πυελικές λοιμώξεις .
- Χρησιμοποίηση περισσότερων της μιας αλληπάλληλων επαφών.
- Τα περισσότερα από τα προϊόντα αυτά δεν είναι μιας χρήσης, έχοντας τη δυνατότητα καθαρισμού και αποθήκευσης μεταξύ των χρήσεων.
- Η αντικατάστασή τους γίνεται ανα τριετία.
- Υψηλή αποτελεσματικότητα, όταν χρησιμοποιείται σωστά.
- Είναι υπό τον άμεσο έλεγχο του χρήστη.
- Προστασία από δυσπλασία τραχήλου.<sup>38</sup>

## Μειονεκτήματα

- Το κόστος τους είναι αρκετά υψηλό
- Η τοποθέτησή τους και η αφαίρεσή τους προϋποθέτουν στοιχειώδη εκπαίδευση και εμπειρία της γυναίκας λόγω επαφής χειρών με τους βλενογόννους
- Η ακριβής και η ασφαλής εφαρμογή του εξαρτάται πάντοτε από πιθανές ανατομικές διαφορές, ιδιομορφίες ή ανωμαλίες του τραχήλου
- Μπορούν να τοποθετηθούν πολύ πριν την επαφή, αλλά η λίπανσή τους με σπερματοκτόνο πρέπει να γίνεται λίγο πριν από αυτήν και πριν από κάθε επαφή.
- Ο καθαρισμός και η φύλαξή τους πριν από την επόμενη χρήση απαιτεί αυξημένη προσοχή και τήρηση των οδηγιών του κατασκευαστή
- Η υφή του ελαστικού είναι πιθανό να γίνει αντιληπτή έως δυσάρεστη στον ερωτικό σύντροφο. Τα προϊόντα από Latex συχνά διατηρούν οσμή ελαστικού, ενώ μπορούν να προκαλέσουν βλεννογοννίτιδα εξ επαφής, στη γυναίκα ή τον ερωτικό της σύντροφο
- Λιγότερο αποτελεσματικό από το χάπι
- Η γυναίκα πρέπει να αγγίζει τα γεννητικά της όργανα
- Αυξημένος κίνδυνος για ουρολοιμώξεις και πιθανώς αιμορροΐδες.<sup>38</sup>

## 5.3 Χημικοί Φραγμοί

Ο όρος “χημικού φραγμοί” αναφέρεται σε χημικά μέσα που, χρησιμοποιούμενα σε μορφή τοπικού σκευάσματος εξοντώνουν ή αδρανοποιούν παθογόνα ικανά να προκαλέσουν STDs. Σε αδρές γραμμές διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες:

- a) Επιφανειοδραστικούς παράγοντες που δρουν ως τοπικά αντισηπτικά: Στην κατηγορία αυτή υπάγονται τα ευρέως χρησιμοποιούμενα από παλαιά σπερματοκτόνα, όπως η Nonoxynol-9, ή νωρίτερα σκευάσματα, όπως Octoxynol, Benzalcium chloride, Menfegol, Sodium cholate κλπ.
- b) Αναστολείς της εισόδου παθογόνων μικροοργανισμών, κυρίως δε ιών, στα κύτταρα-στόχους.
- c) Ειδικούς αναστολείς που δρουν ενδοκυτταρίως αναστέλλοντας την μεταγραφική λειτουργία και αναπαραγωγή ιών, κυρίως δε του HIV.

Οι χημικές ουσίες των ομάδων β και γ ευρίσκονται σε αρχικές φάσεις εργαστηριακών ή και κλινικών δοκιμασιών.<sup>5</sup>

### Σπερματοκτόνα- Αντισηπτικά

Ο όρος σπερματοκτόνα (spermicides) χαρακτηρίζει χημικά μέσα που χρησιμοποιούνται κατ' αρχήν ως μέσο αντισύλληψης και διαθέτουν την ικανότητα εξουδετέρωσης ή αδρανοποίησης σπερματοζωαρίων, αλλά και παθογόνων υπεύθυνων για STDs.<sup>38</sup>

### Nonoxynol-9 (N-9)

Η Nonoxynol-9 (polyoxyethelene nonylphenyl ether) είναι ένα μη ιονικό επιφανειοδραστικό, που δρα διασπώντας τις κυτταρικές μεμβράνες σπερματοζωαρίων, βακτηριδίων, ιών, αλλά και συνήθως και φυσιολογικών κυττάρων του επιθηλίου. Κυκλοφορεί στο εμπόριο περισσότερο από 5 δεκαετίες, υπό μορφή gel, cream, κολπικών films, εμποτισμένου σπόγγου ή αφριζόντων κολπικών δισκίων, με περιεχόμενο συνήθως 70-150 mg και με μέση διάρκεια παρεχόμενης προστασίας περί τις 4 ώρες. Ανήκει στα πωλούμενα χωρίς ιατρική συνταγή.<sup>5</sup>

Σε εργαστηριακές μελέτες η N-9 επέδειξε ικανότητες εξόντωσης ή αδρανοποίησης πολλών STD-παθογόνων, μεταξύ των οποίων ο γονόκοκκος, το T. Pallidum, ο H. Ducey, ο HIV και ο HSV, ενώ η δραστηριότητά της κατά των χλαμυδίων παραμένει υπό αμφισβήτηση. Δε δρα κατά του HBV και κατά ιών χωρίς λιπιδικό περίβλημα, όπως ο HPV.<sup>38</sup>

Η κλινική της αποτελεσματικότητα σε ανθρώπους και η in vivo ικανότητά της να προστατεύει από πολλά STD- παθογόνα είναι εξαιρετικά αμφιλεγόμενη. Σε μεγάλο αριθμό προοπτικών κλινικών μελετών, η N-9 υπό διάφορες μορφές (κολπικά υπόθετα, σπόγγοι, gel, films, κλπ.) και περιεκτικότητες (52,5-150 mg) σκευασμάτων απέτυχε να τεκμηριώσει υψηλά ποσοστά προστατευτικών αποτελεσμάτων έναντι τριχομανάδων, χλαμυδίων, γονοκόκκου και άλλων STDs.<sup>38</sup>

Τα αποτελέσματα των κλινικών μελετών, αρχικά αλληλοσυγκρουόμενα έως απογοητευτικά, καταλήγουν πλέον σε αρνητικά συμπεράσματα: Το προϊόν σήμερα όχι μόνον δεν θεωρείται ως ικανό να προστατεύσει από τον HIV, αλλά αντιθέτως, έχει αποδειχθεί ότι συχνή χρήση του καθιστά περισσότερο πιθανή τη μόλυνση από αυτόν.<sup>38</sup>

Ο δυνητικός κίνδυνος από τη χρήση σκευασμάτων nonoxynol είναι ο χημικός ερεθισμός του επιθηλίου, προκαλούμενος από τη μη ειδική τοξική δράση της στις κυτταρικές μεμβράνες. Η τοξική αυτή δράση στο επιθήλιο του κόλπου, του τραχήλου ή του πρωκτού είναι άλλοτε άλλο βαθμού και κλινικής σημασίας, εξαστώμενη από το σκεύασμα, την περιεκτικότητα σε δραστική ουσία, τη συχνότητα χρήσης και τη διάρκεια της εφαρμογής.<sup>38</sup>

Η Nonoxynol, ως μη εκλεκτικό απολυμαντικό μέσο, επιδρά στη σύσταση της φυσιολογικής χλωρίδας. Σε πληθώρα εργαστηριακών αλλά και κλινικών μελετών τεκμηριώθηκε η προκαλούμενη από αυτήν μείωση των πληθυσμών γαλακτοβακίλων και η αύξηση του αποικισμού από gram-βακτηρίδια, μεταξύ των οποίων και E.coli. Περαιτέρω, και εξ αιτίας αυτών, η N-9 ενοχοποιήθηκε για πρόκληση αυξημένης ευαισθησίας σε λοιμώξεις από Candida,, ουρολοιμώξεις και βακτηριακή κολπίτιδα.<sup>5</sup>

Η νονοξυνόλη αποτελεί ευρύτατα διαδεδομένο μέσο λίπανσης των προφυλακτικών και διαφραγμάτων, είτε σε ατομική βάση είτε σε βιομηχανική κλίμακα από τις εταιρίες κατασκευής τους. Η χρήση της αυτή στηρίχθηκε αρχικά στη θεωρία ότι, πέραν της λίπανσης, παρέχει και επιπλέον προστασία από STDs. Σε μελέτη σύγκρισης όμως της αποτελεσματικότητας ανδρικού προφυλακτικού λιπανθέντος με επίχρισμα nonoxynol-9 και λιπανθέντος μόνον με σιλικόνη αποδείχθηκε ότι τα προφυλακτικά με απλή επίστρωση σιλικόνης είναι εξίσου αποτελεσματικά με αυτά της N-9 και επιπλέον χαμηλότερου κόστους, με μακρότερο χρόνο ζωής και ευκολότερα στην αποθήκευση και συντήρηση.<sup>5</sup>

### **Πλεονεκτήματα:**

- Εύκολα στη χρήση τους.
- Προμήθεια ευχερής.
- Κόστος όχι ιδιαίτερα υψηλό.
- Εφαρμόζονται αρκετά πριν την επαφή.
- Συνήθως δεν γίνονται αισθητά από τον ερωτικό σύντροφο.
- Ευκολότερη αποδοχή σε σύγκριση με το προφυλακτικό.
- Χρήση από πολλές διαφορετικές κατηγορίες πληθυσμού, μεταξύ των οποίων ομοφυλόφιλοι άνδρες, γυναίκες χαμηλότερου κοινωνικό-οικονομικού status και εκδιδόμενες σε χώρες του τρίτου κόσμου, που αποτελούν ευπαθείς για STDs ομάδες.<sup>38</sup>

### **Μειονεκτήματα:**

- Ορισμένα σκευάσματα και κυρίως αφρίζοντα δισκία μπορούν να υπερχειλίσουν, διαλυόμενα κατά τη χρήση και μια ποσότητα να εκρέει από τα έξω γεννητικά όργανα, δημιουργώντας αντιαισθητική εικόνα.
- Η σεξουαλική επαφή είναι απρογραμματίστη.
- Η διαδικασία συνένυρση πιθανώς να διακοπεί για να εφαρμοσθεί το προϊόν .
- Με χρήση δυσδιάλυτων σκευασμάτων (κολπικά υπόθετα, film) το ζευγάρι πρέπει να περιμένει περί τα 10 λεπτά για να διαλυθεί το προϊόν.
- Ανεπαρκής προστασία από όλα τα STDs και αντιθέτως, η πιθανή διευκόλυνση της μόλυνσης από HIV.<sup>38</sup>

### **Άλλα σπερματοκτόνα και χημικοί φραγμοί**

Τα περισσότερα, πλην της Nonoxonyl-9 σπερματοκτόνα – απολυμαντικά μέσα ευρίσκονται ακόμη στο επίπεδο των εργαστηριακών δοκιμών ή στη καλύτερη περίπτωση, σε αρχικές φάσεις κλινικών δοκιμών.

Το Gossypol ( πολυφαινόλικος εστέρας), συνθετικό χημικό που αναστέλλει την παραγωγή σπέρματος, με in vitro αποτελεσματικότητα κατά του HIV διαπιστώθηκε ότι έχει και ισχυρές κυτταροτοξικές ιδιότητες.

Το Menfegol ( p- menthanylphenyl polyoxyethylene ether), επιφανειοδραστικό αντισηπτικό σπερματοκτόνο, επίσης δραστικό κατά του HIV, δοκιμάσθηκε κλινικά σε διπλή- τυφλή μελέτη. Η μελέτη δεν είχε συνέχεια εξ αιτίας της διαπίστωσης μεγάλης συχνότητας βλαβών του κολπικού επιθηλίου στην ομάδα του δοκιμαζόμενου προϊόντος.<sup>5</sup>

Παρόμοια ήταν τα αποτελέσματα μελέτης του σπερματοκτόνου Benzalconium chloride σε μελέτη στην οποία καταγράφηκε υψηλή αναλογία σημαντικών βλαβών του βλεννογόνου και αλλοιώσεις της φυσιολογικής χλωρίδας.

Το παράγωγο χολικών αλάτων tauroolithocholic acid 3- sulfate επέδειξε ισχυρή δραστικότητα σε καλλιέργειες κυττάρων, κατά πολλών παθογόνων, μεταξύ των οποίων ο HIV, ο HSV 1 και 2, τα χλαμύδια και ο γονόκοκκος, αλλά και μικρότερη κυτταροτοξικότητα σε σύγκριση με την Nonoxynol και το Benzalconium chloride. Κλινικές μελέτες δεν έχουν ακόμα διεξαχθεί.<sup>5</sup>

Το ευρέους φάσματος επιφανειοδραστικό αντισηπτικό Sodium Dodecyl Sulfate (SDS), έδειξε την ικανότητα αδρανοποίησης του HIV, του HSV-2, αλλά και ιών χωρίς λιπιδικό περίβλημα, όπως ο HPV σε αντίθεση με την N-9. Τα προϊόντα αυτά είναι υποψήφια προς ανάπτυξη σπερματοκτόνα και μέσα χημικού φραγμού κατά STDs, αλλά κανένα δεν έχει ακόμη δοκιμασθεί κλινικά.

Αντιθέτως, οι θειούχοι πολυσακχαρίτες (sulfated polysaccharides) αποτελεσματικοί in vitro κατά των χλαμυδίων, σε μελέτη επί πειραματόζωων- ποντικών δεν επιβεβαίωσαν προστατευτική δράση.

Το “SAMMA”, ένα πολυμερές προερχόμενο από επεξεργασία θειικού και μανδελικού οξέος, άγχρωμο, άοσμο και χαμηλού κόστους παραγωγής, είναι λιγότερο τοξικό για το επιθήλιο από τα επιφανειοδραστικά σπερματοκτόνα και ανήκει στα υποψήφια για ευρείες κλινικές δοκιμές προϊόντα.<sup>5</sup>

### **Μη σπερματοκτόνα αντιμικροβιακά – αντικά προϊόντα**

Τα έως τώρα συμπεράσματα των κλινικών δοκιμών πολλών διαφορετικών σκευασμάτων χημικών φραγμών, με χαρακτηριστικότερο το trial του COL 1492 , απέτυχαν να τεκμηριώσουν επάρκεια των προϊόντων στην προστασία από την HIV λοίμωξη , αλλά και άλλα STDs. Παρόλα αυτά, οι ερευνητές της UNAIDS θεωρούν ότι «χάθηκε απλώς μία μάχη και όχι ο πόλεμος».<sup>38</sup>

Τα χαρακτηριστικά που θα καθιστούσαν ένα χημικό μέσο ιδανικό για την πρόληψη της μετάδοσης του HIV και άλλων STD-παθογόνων, είναι δύσκολο να συγκεντρωθούν σε ένα προϊόν και περιλαμβάνουν:

- ◆ Ευκολία προμήθειας από το εμπόριο, ευκολία αποθήκευσης και χαμηλό οικονομικό κόστος.
- ◆ Ευκολία χρήσης πολύ πριν την επαφή και διάρκεια αρκετών ωρών, με δυνατότητα αντοχής σε αλληπάλληλες επαφές.

- ◆ Δυνατότητα χρήσης για προστασία των βλεννογόνων του κόλπου, του τραχήλου, αλλά και του πρωκτού
- ◆ Αποτελεσματικότητα κατά πολλαπλών διαφορετικών παθογόνων, περιλαμβανομένων των ιών
- ◆ Απουσία ανεπιθύμητων ενεργειών και ιδιαίτερος ερεθιστικής δράσης στο επιθήλιο
- ◆ Απουσία σημαντικής επίδρασης στη φυσιολογική χλωρίδα.
- ◆ Ελάχιστη συστηματική απορρόφηση.<sup>5</sup>

Όπως είναι προφανές, τα ήδη διαθέσιμα σκευάσματα απέχουν σημαντικά από το σύνολο των ανωτέρω προδιαγραφών, τίποτε όμως δεν αποκλείει συνεχώς επιτυχέστερες προσεγγίσεις όσο το δυνατόν περισσότερων από τα χαρακτηριστικά αυτά. Μέχρι όμως την ανάπτυξη βελτιωμένων προϊόντων, οι φυσικοί φραγμοί, με κύριο εκπρόσωπο το ανδρικό προφυλακτικό, παραμένουν το αποτελεσματικότερο και ασφαλέστερο μέσο προστασίας από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.<sup>38</sup>

## 5.4 Συμβουλευτική για Πρόληψη

Οι κύριοι σκοποί της Συμβουλευτικής είναι προληπτικοί και επανορθωτικοί-αντισταθμιστικοί. Είναι γεγονός ότι η πρόληψη είναι προτιμότερη σε κάθε περίπτωση. Στη περίπτωση δε της λοίμωξης και νόσου HIV, η πρόληψη είναι, για την ώρα, ο μόνος τρόπος περιορισμού της εξάπλωσης της επιδημίας. Ο ρόλος της Συμβουλευτικής και του Συμβούλου στον τομέα της πρόληψης αποδεικνύεται κεφαλαιώδους σημασίας.<sup>52</sup>

### Κύριες Προσεγγίσεις

Η πρόληψη της λοίμωξης HIV, όπως και των άλλων σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών μπορεί να προσεγγισθεί με τρεις τρόπους:

**α.** Καμπάνιες πληροφόρησης που παρέχουν τα βασικά στοιχεία για την πρόληψη και τη μετάδοση της λοίμωξης HIV, όπως και των άλλων μεταδιδόμενων νοσημάτων. Η εστίαση γίνεται στην αύξηση του επιπέδου γνώσης.

**β.** Προγράμματα εκπαίδευσης και επικοινωνίας σχεδιασμένα ώστε να βοηθούν τους ανθρώπους να διαμορφώνουν και να διατηρούν τις συμπεριφορές που προάγουν την υγεία και να

τροποποιούν τις πρακτικές που ενέχουν κίνδυνο μετάδοσης. Η εστίαση εδώ είναι στις στάσεις, τα κίνητρα και τη δέσμευση.

γ. Συμβουλευτική (που συχνά συνδυάζεται με HIV εξέταση) σχετικά με τους παράγοντες και τις πιθανότητες κινδύνου. Εδώ, η εστίαση βρίσκεται στην υποστήριξη για δράση.<sup>52</sup>

Παρότι οι τρεις αυτές προσεγγίσεις επικαλύπτονται σε κάποια σημεία, συνήθως απευθύνονται στους ανθρώπους με διαφορετικό βαθμό προσωπικής επαφής. Οι καμπάνιες πληροφόρησης στοχεύουν σε μεγάλες ομάδες ανθρώπων με έναν απρόσωπο τρόπο, χρησιμοποιώντας τα Μ.Μ.Ε. ή διανέμοντας έντυπο υλικό. Τα προγράμματα ενημέρωσης και επικοινωνίας συχνά απευθύνονται σε μικρότερες ομάδες ανθρώπων με κάποια μορφή προσωπικής επαφής με τα άτομα που υλοποιούν το πρόγραμμα και τους εκπαιδευτές. Τα προγράμματα Συμβουλευτικής περιλαμβάνουν συνήθως επαφή πρόσωπο με πρόσωπο μεταξύ του συμβούλου και του συμβουλευόμενου.<sup>52</sup>

Εν τούτοις, έχουν γίνει πειραματισμοί με την ομαδική Συμβουλευτική (κυρίως πριν την εξέταση) και τη Συμβουλευτική από κοινού. Πρόκειται για μεταπαρακολούθηση της ατομικής Συμβουλευτικής όπου όμως εμπλέκονται και άλλα άτομα. Τα άτομα αυτά, τα οποία είναι για τον ενδιαφερόμενο "σημαντικοί άλλοι" (μέλη της οικογένειας ή της κοινότητας) παρακινούνται να παρέχουν ενεργό υποστήριξη με στόχο να ενδυναμώσουν τον ενδιαφερόμενο, την οικογένεια και την κοινότητα ώστε να αντεπεξέλθουν στον αντίκτυπο του AIDS. Η "Συμβουλευτική από κοινού" μπορεί επομένως να περιλαμβάνει στοιχεία από τον προσανατολισμό των προγραμμάτων ομαδικής εκπαίδευσης. Το ιδανικό θα ήταν οι τρεις παραπάνω μέθοδοι να αποτελούν μια συνέχεια στην προσπάθεια της κοινότητας για δράση.<sup>52</sup>

Ο Beardsell (1994), αναφέρει ότι ο συνδυασμός της εξέτασης με τη Συμβουλευτική προωθείται ως μέθοδος πρόληψης βάσει των εξής υποθέσεων:

**α.** Συσχετίζεται με αλλαγή συμπεριφοράς.

**β.** Η αλλαγή συμπεριφοράς θα είναι μεγαλύτερη μεταξύ των οροθετικών στον HIV ατόμων.<sup>52</sup>

Από τις περιπτώσεις κατά τις οποίες θα μπορούσαμε να θεωρήσουμε τη Συμβουλευτική ως μέθοδο πρόληψης, ξεχωρίζουν τρεις:

**α.** Όταν πρόκειται να κάνει κάποιος δωρεά αίματος.

**β.** Όταν αποτελεί μέρος των υπηρεσιών που προσφέρουν κάποιες κλινικές σε εξωτερικούς ασθενείς (π.χ. κλινικές που ασχολούνται με τον προγεννητικό έλεγχο ή με τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα), και

γ. Όταν πρόκειται για εθελοντική εξέταση και Συμβουλευτική.<sup>52</sup>



## 5.5 Πρόληψη και νοσηλευτική φροντίδα AIDS

Το ανδρικό ελαστικό προφυλακτικό αποτελεί το προσφορότερο μέσον άμεσης παρέμβασης στην προσπάθεια περιορισμού και πρόληψης των STDs. Η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα της προστασίας έναντι σχεδόν όλων των σεξουαλικά μεταδιδόμενων παθογόνων είναι αναμφισβήτητα τεκμηριωμένα. Το χαμηλό οικονομικό κόστος, η ευκολία μεταφοράς και αποθήκευσης και η ελάχιστη γνώση και εκπαίδευση που απαιτούνται για τη χρήση του, αποτελούν χαρακτηριστικά μείζονος σημασίας για τις επείγουσες ανάγκες της Δημόσιας Υγείας σε παγκόσμια κλίμακα.<sup>38</sup>

Οι παράγοντες που σχετίζονται με την αποδοχή και σταθερή χρήση του ανδρικού προφυλακτικού ή άλλων μεθόδων πρόληψης των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων αποτελούν ουσιαστικά τμήμα του κώδικα σεξουαλικής συμπεριφοράς ατόμων, ομάδων και πληθυσμών. Υπόκεινται συνεπώς σε διαμόρφωση ή μεταβολές υπό την επίδραση πολλαπλών, γενικότερων συνιστωσών. Φυλή, φύλο, ηλικία, σεξουαλική προτίμηση, οικονομική κατάσταση, επίπεδο εκπαίδευσης και άλλοι παράγοντες συμβάλλουν στην αποκρυστάλλωση απόψεων, στάσεων και συμπεριφοράς σχετικών με την ερωτική δραστηριότητα. Η μελέτη των παραγόντων αυτών αποτελεί απαραίτητο βήμα και προϋπόθεση για τον αποτελεσματικό σχεδιασμό των παρεμβάσεων Δημόσιας Υγείας.<sup>38</sup>

Ο φόβος του AIDS και η προσπάθεια ενημέρωσης και εκπαίδευσης μέσω προγραμμάτων επιστημονικής, κρατικής ή άλλης παρέμβασης, είναι δύο διαφορετικές συνιστώσες που συντέιναν ή συντείνουν σε τροποποίηση της σεξουαλικής συμπεριφοράς υψηλού κινδύνου. Η μεταβολή συμπεριφοράς και η υιοθέτηση ασφαλέστερων πρακτικών, όπως έχουν ως τώρα καταγραφεί στις μελέτες, αν και αποτελούν θετικά στοιχεία για την πρόληψη των STDs και HIV λοίμωξης, υποφέρουν από ελαττώματα όπως το περιορισμένο εύρος και η βραχυχρόνια διάρκεια. Γνώσεις και αντιλήψεις συγκεχυμένες και λανθασμένες ή ακόμη και επικίνδυνες, συνεχίζουν συχνά να επικρατούν, δυσχαιρένοντας τις προσπάθειες προσέγγισης ή εκμηδενίζοντας προηγούμενα θετικά αποτελέσματα επίμονων προσπαθειών ενημέρωσης. Τάσεις αντίθετες, υποτροπής επικίνδυνης συμπεριφοράς καταγράφονται ήδη από την τελευταία πενταετία του προηγούμενου (20<sup>ου</sup>) αιώνα.<sup>38</sup>

Παρά το γεγονός ότι η χρήση του προφυλακτικού είναι σχετικά απλή και η πληροφόρηση σχετικώς με το μέσο, ιδιαίτερα την τελευταία εικοσαετία παρέχεται σε αφθονία από πολλά μέσα, οι απόψεις πολλών ενδιαφερομένων παραμένουν συχνά σε επικίνδυνη σύγχυση.<sup>38</sup>

Στην Ελλάδα η πρώτη επιστημονική αναφορά στο ανδρικό προφυλακτικό ανευρίσκεται στο περιοδικό “ Ιπποκράτης”, σε τεύχος του 1864. Η εμπορική διαφήμιση των προφυλακτικών αρχίζει από το 1920 και μερικές από τις εμπορικές ονομασίες της εποχής είναι οι “Μπεμπέκα”, “Σκουφίτσα”, “Αλεπουδίτσα” και “Ασπίς”. Μετά την εμφάνιση των πρώτων κρουσμάτων AIDS στη χώρα μας, η προώθηση της χρήσης προφυλακτικού άρχισε να γίνεται, μάλλον δειλά και αποσπασματικά, από τη Εθνική επιτροπή κατά του AIDS αρχικά, και περισσότερο έντονα από το Κέντρο Ελέγχου Ειδικού Λοιμώξεων (ΚΕΕΛ) μετέπειτα. Χρησιμοποιήθηκαν, μεταξύ άλλων, σύντομα διαφημιστικά μηνύματα και ομιλίες ειδικών στην τηλεόραση και το ραδιόφωνο, περιορισμένης έκτασης διαλέξεις σε λύκεια, τεχνικές σχολές κλπ και διανομή σχετικής εκπαιδευτικής βιντεοταινίας (“ ο μπαλλαντέρ”) σε πολλά εκπαιδευτικά ιδρύματα. Περισσότερο επίμονες και σταθερές ήταν οι προσπάθειες μη κυβερνητικών οργανώσεων, με διανομή προφυλακτικών , κυκλοφορία φυλλαδίων και ενημερωτικού υλικού με στόχο τις λεγόμενες “ευπαθείς” ομάδες και ποικίλα άλλα μέσα. Εν τούτοις, η ενημέρωση για το AIDS και τα STDs και η προβολή της χρήσης προφυλακτικού, διεξάγεται κυρίως με ν αφορμή την Παγκόσμια Ημέρα κατά του AIDS (1<sup>η</sup> Δεκεμβρίου), χωρίς να έχει προσλάβει προγραμματισμένο και σταθερό χαρακτήρα, ενταγμένη στα πλαίσια προγραμμάτων Αγωγής Υγείας.<sup>38</sup>

Η καταγραφείσα πολυεστιακή αναζωπύρωση της υψηλού κινδύνου σεξουαλικής συμπεριφοράς, δεν αναιρεί και δεν ματαιώνει τις προτεραιότητες Αγωγής Υγείας σε όλα τα επίπεδα. Αντιθέτως, επιβεβαιώνει τις ανεπάρκειες και αδυναμίες των προσπαθειών προώθησης ασφαλέστερης σεξουαλικής συμπεριφοράς για τον περιορισμό των STDs. Τα αποτελέσματα των διαφορετικών ο μεταδιδόμενων νοσημάτων και του AIDS σε όλο τον κόσμο και τα πορίσματα των σχετικών μελετών υπαγορεύουν την συνέχιση, εντατικοποίηση και βελτίωση των προσπαθειών. Η ιστορία των STDs και η παρούσα κατάσταση είναι χαρακτηριστικές της στενής συσχέτισης ανθρώπινης συμπεριφοράς και Υγείας. Η ανθρώπινη συμπεριφορά, υποκείμενη σε επιδράσεις βιολογικές και μη, είναι βέβαιο ότι θα παραμείνει το υπόστρωμα μετάδοσης μολυσματικών. Η φύση αυτών των νοσημάτων, η βιολογική και κοινωνική τους σημασία, τα επιδημιολογικά πρότυπα που ακολουθούν, είναι αναγκαίο να αξιολογούνται στο εκάστοτε ιστορικό, κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο και οι μέθοδοι παρεμβάσεων Δημόσιας Υγείας να εντάσσονται στο πλαίσιο αυτό. Κανένας τομέας κοινωνικής δραστηριότητας δεν δικαιούται να εξαιρεθεί από την αξιοποίησή του για τον περιορισμό μιας από τις μεγαλύτερες παγκόσμιες απειλές.<sup>38</sup>

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 ενδυναμώνεται και να προωθείται, ανάλογα με τις ανάγκες, δια μέσου αποτελέσματος καθοδήγησης.<sup>37</sup>

Οι ασθενείς που έχουν μολυνθεί με HIV παρουσιάζουν στο νοσηλευτικό μια μεγάλη σειρά προκλήσεων, σε όλα τα στάδια της νόσου. Επειδή το AIDS είναι ένα ευρέως γνωστό νόσημα, για το οποίο δεν υπάρχει θεραπεία, η διάγνωση της HIV- λοίμωξης έχει συχνά καταστροφική επίδραση στα άτομα, στην οικογένεια και στους φίλους συχνά φορτίζει και τους νοσηλευτές με μεγάλο συναισθηματικό άγχος. Το AIDS μπορεί να δημιουργήσει κοινωνική περιθωριοποίηση και απομόνωση, λόγω του φόβου της μετάδοσης και του στίγματος που συχνά συνοδεύουν τη νόσο. Οι νοσηλευτές είναι σε θέση να προσφέρουν φροντίδα που να δείχνει σεβασμό στην αξιοπρέπεια του ατόμου και να γίνουν παραδείγματα σωστής, μη επιτιμητικής στάσης για τους άλλους επαγγελματίες υγείας και για τα μέλη της κοινότητας. Η κοινή διακήρυξη του ΠΟΥ και τους ICN για το AIDS στον κώδικα του ICN για τους Νοσηλευτές αναφέρει ότι « Η ευθύνη των νοσηλευτών ανάγεται στους ανθρώπους που χρειάζονται νοσηλευτική φροντίδα» και ότι «με την προσφορά φροντίδας ο νοσηλευτής βοηθάει στην αναπτυξιακή περιβάλλοντος που σέβεται τις αξίες, τα ήθη και τις πνευματικές πεποιθήσεις του κάθε ατόμου».<sup>37</sup>

Ο νοσηλευτής νιώθει ότι δεν μπορεί να προσφέρει οτιδήποτε χρειάζεται. Κατέχει γνώσεις από επίσημες και ανεπίσημες πηγές, στις οποίες 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.<sup>37</sup>

Δεν υπάρχει ένα απλό νοσηλευτικό πρότυπο ή ένα ιδανικό ίδρυμα υγειονομικής περίθαλψης, που να μπορεί να περιγραφεί. 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.<sup>37</sup>

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 δεχτούν βοήθεια ή πληροφορίες για την πρόληψη.
- ◆ Οι αιτίες για τη συνεχιζόμενη επικίνδυνη συμπεριφορά.
- ◆ Οι τύποι της αντίδρασης στη αλλαγή της επικίνδυνης συμπεριφοράς.
- ◆ Η ανταμοιβή που αντιλαμβάνονται ότι θα έχουν, όταν αλλάξουν συμπεριφορά
- ◆ Η ερώτηση αν είναι ρεαλιστικό το να περιμένει κανείς να αλλάξουν οι άνθρωποι τη στάση τους και τη συμπεριφορά τους και να σταματήσουν τις επικίνδυνες πρακτικές.
- ◆ Τα διαθέσιμα μέσα για τη διάδοση των πληροφοριών για την πρόληψη.
- ◆ Η δράση που πρέπει να αναλαμβάνεται όταν αναπτύσσεται η νόσος – ομάδων που ασκούν επιρροή, ώστε να βοηθήσουν στην αλλαγή της, ο τύπος βοήθειας που πρέπει να παρέχεται στα προσβληθέντα άτομα, στις οικογένειές τους και στους φίλους τους.
- ◆ Οι τοπικές παραδόσεις σε σχέση με την κοινή χρήση μέσων και την αμοιβαία βοήθεια.
- ◆ Η εμπειρία των κοινοτήτων που έχουν αντιμετωπίσει προηγούμενες κρίσεις (επιδημίες, φυσικές καταστροφές).
- ◆ Οι τοπικές κοινοτικές ομάδες ή άτομα ή αρχηγοί ομάδων που ασκούν επιρροή, ώστε να βοηθήσουν στην αλλαγή συμπεριφοράς.<sup>37</sup>

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, η μπορεί να ανταποκρίνεται στις ψυχοκοινωνικές ανάγκες των ατόμων. Στην πράξη, οι διάφοροι τύποι της συμβουλευτικής συχνά έχουν επικαλύψεις.<sup>37</sup>

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 υποστήριξη.<sup>37</sup>

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

- Ø Σκέπτονται να κάνουν τη δοκιμασία για HIV- λοίμωξη.
- Ø Είναι σε κίνδυνο για HIV- λοίμωξη και έχουν άγχος για τη μείωση αυτού του κινδύνου.
- Ø Έχουν ήδη κάνει τη δοκιμασία και περιμένουν τα αποτελέσματα.

- Ø Έχει διαγνωσθεί ότι έχουν HIV-λοίμωξη, AIDS ή ARC
- Ø Μπορεί να υποπτεύονται ότι έχουν μολυνθεί, αλλά η δοκιμασία δεν είναι εύκολη ή πρακτική γι' αυτούς.<sup>37</sup>

Η συμβουλευτική πρέπει πάντα να έχει σκοπό να βοηθάει τους ανθρώπους να αναλαμβάνουν την ευθύνη της υγείας των άλλων. Βασίζεται όμως σε κάποιες γενικές παραδοχές και προϋποθέσεις:

### **I. 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. 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.<sup>37</sup>

### **II. Ευχέρεια προσπέλασης**

Η συμβουλευτική πρέπει να είναι προσιτή σε όλα τα πρόσωπα που έχουν προσβληθεί από HIV-λοίμωξη ή σχετικές νόσους και τα οποία έχουν την ανάγκη της. Σημαίνει, επίσης, ότι έχει τη δυνατότητα να καλεί για βοήθεια νέα πρόσωπα που με κάποια βασική εκπαίδευση, θα μπορούν να προσφέρουν συμβουλευτική σε περιοχές, όπου η συμβουλευτική υποστήριξη δεν είναι διαθέσιμη με άλλο τρόπο. Η διαθεσιμότητα δεν πρέπει να συγχέεται με την ευχέρεια προσπέλασης. Πρέπει να λαμβάνεται μέριμνα, ώστε να εξασφαλιστεί ότι όλοι όσοι βρίσκονται σε κίνδυνο να μολυνθούν με HIV ή έχουν ανάγκη συμβουλευτικής, έχουν αντιληφθεί ότι υπάρχουν διαθέσιμες και εύκολα προσπελάσιμες συμβουλευτικές υπηρεσίες.<sup>37</sup>

### **III. Συγκατάθεση μετά από ενημέρωση**

Οποτεδήποτε ένα άτομο ζητάει δοκιμασία για HIV- αντισώματα ή ενθαρρύνεται να κάνει τη δοκιμασία, πρέπει να του παρέχεται πλήρης πληροφόρηση για τις προσωπικές, ψυχολογικές, νομικές και κοινωνικές επιπτώσεις ενός θετικού αποτελέσματος.<sup>37</sup>

### **IV. Συνέπεια**

Οι τεχνικές της συμβουλευτικής ποικίλλουν ανάλογα με το πρόσωπο στο οποίο αναφέρονται, και με την υποδομή του νοσηλευτή. Είναι σημαντικό οι πληροφορίες για την HIV- λοίμωξη, τον κίνδυνο μόλυνσης και τους τρόπους μείωσης του κινδύνου να είναι συνεπείς.<sup>37</sup>

## V. Αυτοδιάθεση

Τα άτομα είναι υπεύθυνα να καθορίσουν πως θα ρυθμίσουν τη ζωή τους και πως θ' αντιμετωπίσουν την αρρώστια τους. Ο νοσηλευτής υποστηρίζει αυτή την αυτοδιάθεση αντιλαμβανόμενος παράλληλα ότι τα φοβισμένα ή άρρωστα άτομα νιώθουν συχνά θυμό, λύπη, ενοχή και ντροπή. Ο νοσηλευτής πρέπει πάντα να βοηθάει αυτού του είδους τα άτομα να παίρνουν αποφάσεις για τους εαυτούς τους ενθαρρύνοντάς τα να συνεχίσουν την προσπάθειά τους για όσο διάστημα είναι δυνατό και παρέχονται πληροφορίες, στη βάση που είναι απαραίτητο, ώστε να είναι δυνατή η λήψη των αποφάσεων.<sup>37</sup>

## VI. Κατανόηση της λύπης, του πένθους και της απώλειας

Ο νοσηλευτής που εργάζεται με αρρώστους που πάσχουν από HIV-λοίμωξη και τις οικογένειές τους, θα συναντά συχνά το πένθος και την απώλεια. Πρέπει να έχει γνώσεις γύρω από τους αναμενόμενους και πολιτιστικά αποδεκτούς τρόπους έκφρασης της λύπης.

Ο νοσηλευτής πρέπει να έχει υποστήριξη για την αντιμετώπιση της δικής του λύπης και ιδιαίτερα ο νοσηλευτής που ασχολείται με αρρώστους με AIDS και, κατά συνέπεια αντιμετωπίζει μεγάλο αριθμό αρρώστων τελικού σταδίου και τους συγγενείς τους.<sup>37</sup>

## 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 πάντα το αίμα και τα υγρά του σώματος ως μολυσμένα.<sup>37</sup>

- ▼ **Πλύσιμο χεριών:** Τα χέρια και τα άλλα 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 τα προστατευτικά γάντια.<sup>37</sup>
- ▼ **Γάντια και 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. Κατά τη διάρκεια διαδικασιών, κατά τις οποίες υπάρχει πιθανότητα εκτόξευσης αίματος, τα μάτια, η μύτη και το στόμα πρέπει να προφυλάσσονται με μάσκα και γυαλιά και πρέπει να χρησιμοποιούνται προστατευτικές ποδιές.<sup>37</sup>
- ▼ **Τρυπήματα από βελόνες και άλλοι τραυματισμοί από αιχμηρά αντικείμενα:** Πρέπει να επινοούνται μέθοδοι, ώστε να μειώνεται ο κίνδυνος τραυματισμού από βελόνες ή άλλα 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 στάζονται ή να γίνονται οποιοδήποτε χειρισμοί με το χέρι. Μετά τη χρήση, οι βελόνες και τα άλλα 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.<sup>37</sup>

**▼ Ανάνηψη 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 άλλα 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 πετούνται ή να καθαρίζονται πολύ καλά και να απολυμαίνονται. Οι στόμα με στόμα αναρροφητήρες βλέννης πρέπει να αντικαθίστανται, αν είναι δυνατόν, με ηλεκτρικούς, που λειτουργούν με το χέρι, ή με αναρροφητικές μηχανές, που λειτουργούν με το πόδι.<sup>37</sup>

**▼ Απομόνωση:** Αν λαμβάνονται όλες οι προαναφερθείσες προφυλάξεις, δεν χρειάζεται απομόνωση των ασθενών με HIV-λοίμωξη εκτός αν αυτοί πάσχουν και από άλλα μολυσματικά νοσήματα, για τα οποία επιβάλλεται απομόνωση.<sup>37</sup>

Το νοσηλευτικό προσωπικό που προσφέρει φροντίδα πρώτης γραμμής εργαζόμενο άμεσα με άτομα με HIV-λοίμωξης, τις οικογένειές τους και την κοινότητά τους, αντιμετωπίζει μια πρόκληση που απαιτεί απροσδιόριστη δημιουργικότητα και πόρους. Η έκταση, στην οποία το νοσηλευτικό προσωπικό είναι διαθέσιμο και έχει τη δυνατότητα να ανταποκριθεί σε αυτήν την πρόκληση, θα έχει βαθιά επίπτωση στη μελλοντική πορεία της επιδημίας του HIV.<sup>37</sup>

# **Κ Ε Φ Α Λ Λ Α Ι Ο 6**

- ◆ **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ  
ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**



## 1<sup>η</sup> Κλινική περίπτωση

Ο ασθενής Τ.Φ, με ανώτατο μορφωτικό επίπεδο, ηλικίας 30 ετών, γεννήθηκε και κατοικεί στην Αθήνα. Τα χαρακτηριστικά της ατομικής του συμπεριφοράς είναι τα εξής:

- α) Ο σεξουαλικός του προσανατολισμός είναι ομοφυλοφιλικός και ετεροφυλικός.
- β) Ο αριθμός των σεξουαλικών συντρόφων που αναφέρει ο ασθενής το τελευταίο εξάμηνο είναι 20.
- γ) Αναφέρει ότι δεν είναι χρήστης ενδοφλέβιων ουσιών.

Στις 18-1-07, εισήλθε στο νοσοκομείο «Συγγρός» με αίτιο προσέλευσης ουρηθρικό έκκριμα από 2ημέρου. Η εργαστηριακή διάγνωση ήταν γονοκκοκική ουρηθρίτιδα η οποία αντιμετωπίστηκε με τα εξής αντιβιοτικά: Rocephin 1gr x1, zithromax 2x500mg 2x1. Επίσης, έγιναν προληπτικά εξετάσεις Screening δια:

- 1. HIV. +
- 2. TR pallidium. -
- 3. HBV, HCV. -
- 4. HSV1, HSV2. -

Τα αποτελέσματα των οποίων έδειξαν πως ο ασθενής είναι θετικός στον ιό HIV και αρνητικός στις λοιπές εξετάσεις.

Στις 7-1-08, εισήλθε για δεύτερη φορά στο νοσοκομείο με τα εξής συμπτώματα: πυρετό 38,2 πόνο στο λαιμό, εμέτους και ναυτία, διαρροϊκές κενώσεις, κεφαλαλγία και αίσθημα γενικής κακουχίας. Έγινε εισαγωγή για δύο 24ωρα όπου του εδοθει φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση των παραπάνω συμπτωμάτων.

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
1) Ναυτία, έμετοι	Να μειωθεί ή να εξαλειφθεί το συντομότερο δυνατό ο ασθενής από τα συμπτώματα της ναυτίας και των εμέτων.	Επικοινωνία του νοσηλευτή με τον ιατρό για τη χορήγηση φαρμάκων ώστε να αντιμετωπιστούν η ναυτία και οι έμετοι.	Χορήγηση μετοκλοπραμιδής (primperan) με ιατρική οδηγία για την αντιμετώπιση των εμέτων.	Βελτίωση των συμπτωμάτων του ασθενούς έμμετα τη δράση αντιεμετικού φαρμάκου διεγείρεται η κινητικότητα του γαστρεντερικού σωλήνα χωρίς να επηρεάζεται η γαστρική, χολική και παγκρεατική έκκριση.
	Αποφυγή επιπλοκών όπως αφυδάτωση, μεταβολικές διαταραχές (υποκαλιαιμική αλκάλωση) και θρεπτικής εξάντλησης.	Χρήση φυσικών μέσων από τον νοσηλευτή για την αντιμετώπιση των παραπάνω συμπτωμάτων. Εξασφάλιση αναπνευστικής θέσης της ασθενούς, διατήρηση του αρρώστου καθαρού (χωρίς την κακοσμία των εμέτων).	Χορήγηση ενδοφλεβίως 2.000 cc Ringer την ημέρα, για την πρόληψη της αφυδάτωσης και των μεταβολικών διαταραχών.	Η επικοινωνία νοσηλευτή με ασθενή βοήθησε μείνει ανεπηρέαστη η λήψη της θεραπευτικής αγωγής.
	Ελαχιστοποίηση του επηρεασμού της ποιότητας ζωής και της πιθανότητας άρνησης της λήψης φαρμάκων.	Ενημέρωση και καθυσύχαση του ασθενούς πως η ναυτία και οι έμετοι είναι συμπτώματα της ασθένειας του AIDS.		

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
-------------------------	--------------------------	--	---------------------------------------	---------------------------

2) Πυρετός	Να επανέλθει η θερμοκρασία του ασθενούς στα φυσιολογικά επίπεδα.	Να επικοινωνήσει ο νοσηλευτής με τον γιατρό για τη χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων.	Έγινε εφαρμογή κρύων επιθεμάτων στον ασθενή από το νοσηλευτή.	Η πυρετική κίνηση του ασθενούς επανήλθε σε φυσιολογικά επίπεδα με την εφαρμογή τα παραπάνω μέσων (φυσικά φαρμακευτικών).
		Αντιμετώπιση πυρετού με φυσικά μέσα από το νοσηλευτή.	Έγινε εφαρμογή κρύου λουτρού από τον ασθενή.	
		Ενημέρωση του ασθενούς για συχνά κρύα λουτρά.	Χορηγήθηκε ενδομυϊκός αντιπυρετικό φάρμακο αρωτελ σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.	

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
3) Διαρροϊκές κενώσεις.	Οι κενώσεις να είναι σηματισμένες μη διαρροϊκές .	Να εκτιμήσει ο νοσηλευτής και να αναφέρει σημεία και συμπτώματα διάρροιας.  Να εκτιμήσει τους εντερικούς ήχους ανά τακτά χρονικά διαστήματα και αναφορά επί αύξησης της συχνότητας αυτής.  Να περιοριστεί η λήψη τροφής σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.  Να γίνει τροποποίηση του διαιτολογίου.	Ο νοσηλευτής εκτίμησε την κένωση και σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες εκτίμησε και τους εντερικούς ήχους για τυχόν αύξηση. Οι εντερικοί ήχοι παράγονται από τον εντερικό περισταλισμό, αύξηση του οποίου οδηγεί σε ελαττωμένη απορρόφηση νερού από το εντερικό περιεχόμενο με επακόλουθο συχνές, υδαρείς κενώσεις.  Περιορίστηκε η λήψη τροφής σε δύο γεύματα λόγω του ότι η πρόσληψη διεγείρει το γαστροκολικό και δωδεκαδακτυλοκολικό αντανακλαστικό με αποτέλεσμα αυξημένο εντερικό περισταλισμό.  Τροποποίηση του διαιτολογίου.	Ο ασθενής παρουσιάζει σταδιακή βελτίωση των διαρροϊκών κενώσεων.

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
4)Ευπάθεια στις λοιμώξεις.	Προφύλαξη του ασθενούς από λοιμώξεις.	Απομόνωση του ασθενούς σε μονή κλίνη για προληπτικούς λόγους.  Ενημέρωση του ασθενούς και των συγγενών του για την ευπάθεια στις λοιμώξεις που ίσως μπορεί να παρουσιάσει λόγω της ασθένειας του.  Χρήση μάσκας από το προσωπικό και τους συγγενείς, αποστειρωμένα γάντια, πλύσιμο χεριών.  Διατήρηση καλής θρέψης του ασθενούς.	Χορήγηση ενδομυϊκής gaseleirin 1 ενέσιμο διάλυμα ανά 3 μήνες.  Έγινε απομόνωση του ασθενούς σε μονόκλινο θάλαμο και εφαρμογή των προφυλακτικών μέσων που προαναφέρθηκαν.  Διατήρηση καλής θρέψης δια της εντερικής οδού.	Λόγω άριστης εφαρμογή των προφυλακτικών μέσα από όλο το προσωπικό, ασθενής δεν έχει παρουσιάσει με στιγμής, συμπτώματα λοίμωκ

## 2<sup>η</sup> Κλινική περίπτωση

Η ασθενής Π.Τ, 40 χρόνων γεννήθηκε και κατοικεί στην Αθήνα με μορφωτικό επίπεδο στοιχειώδες. Ανύπαντρη, με πολλαπλούς ερωτικούς συντρόφους( το τελευταίο 6μηνο 25),εισήλθε στις 5-9-03 στο νοσοκομείο «Συγγρός» με εμφανή εξωτερικά κονδυλώματα στα γεννητικά όργανα. Η αγωγή που της δόθηκε περιλάμβανε τα εξής: κρυοθεραπεία ( καυτηριασμός με κρύο άζωτο), την οποία και αρνήθηκε. Έτσι, της εδόθει κρέμα aldarone για επάλειψη στα σημεία των κονδυλωμάτων. Ένα μήνα μετά, επανεξετάσθει και τα κονδυλώματα είχαν υποχωρήσει. Της συνεστήθει να πραγματοποιήσει περαιτέρω ειδικές εξετάσεις τις οποίες και αρνήθηκε.

Στις 7-11-07 εισήλθε και πάλι στο νοσοκομείο λόγω υποτροπής των κονδυλωμάτων. Στον γυναικολογικό έλεγχο (τεστ Παπανικολάου) που πραγματοποιήθηκε, διεγνώσθει ότι η ασθενής πάσχει από καρκίνο τράχηλου μήτρας σε προχωρημένο στάδιο. Η δυσπλασία δημιουργήθηκε από τον τύπο του HPV που προκαλεί ανώμαλη κυτταρική ανάπτυξη στις μεμβράνες που καλύπτουν τα γεννητικά όργανα.

Η ασθενής έκανε εισαγωγή στο νοσοκομείο για την αντιμετώπιση της ασθένειάς της . Τα προβλήματα που αντιμετώπιστικαν άμεσα ήταν ο πόνος λόγω της χειμειοθεραπείας που έκανε, το άγχος που την είχε κυριεύσει για το πώς θα εξελιχθεί η πορεία της υγείας της και η άρνηση λήψης τροφής (διαταραχή της θρέψης) εξ' αιτίας της κατάθλιψης λόγω της ασθένειάς της.

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
1) Κονδυλώματα στα εξωτερικά γεννητικά όργανα.	Ιαση των κονδυλωμάτων.	Να γίνει επικοινωνία του νοσηλευτή με το γιατρό για την εφαρμογή της θεραπείας των κονδυλωμάτων με κρυοθεραπεία (καυτηριασμός με κρύο άζωτο).	Η ασθενής αρνήθηκε την εφαρμογή της κρυοθεραπείας.	Ένα μήνα μετά την εφαρμογή της κρέμας κονδυλώματα υποχώρισαν.
		Να γίνει ενημέρωση της ασθενούς από το νοσηλευτή για τον τρόπο εφαρμογής της κρέμας aldarone στα σημεία των κονδυλωμάτων.	Έγινε επάλειψη της κρέμας aldarone σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.	
2) Πόνος λόγω χημειοθεραπείας.	Μείωση του πόνου.	Να γίνει επικοινωνία του νοσηλευτή με τον γιατρό για τη χορήγηση αναλγητικού φαρμάκου.	Χορήγηση πεθιδίνης σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.	Μείωση του πόνου ασθενούς.

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
3)Άγχος	Ελάττωση του άγχους που νιώθει η ασθενής.	Να συζητήσει ο νοσηλευτής με την ασθενή, έτσι ώστε να δοθεί μια ευκαιρία στην ασθενή να εκφράσει τα συναισθήματά της και τους παράγοντες πρόκλησης άγχους έτσι όπως τους αντιλαμβάνεται η ίδια.	Έγινε συζήτηση με την ασθενή, της εξηγήθηκε αναλυτικά η κατάστασή της και όλα όσα την απασχολούν με απλά λόγια ώστε να τα κατανοήσει και να μειωθεί ο φόβος της και κατ'επέκταση το άγχος που την έχει κυριεύσει.	Η ασθενής εμφανίζει κάποια ελάττωση του άγχους όπως φαίνεται από τη προφορική έκφραση και ευχαρίστηση προς το προσωπικό για τη δημιουργία του φιλικού και ανοικτού περιβάλλοντος. Η χαλαρή έκφραση του προσώπου και το σωματικών κινήσεων, η καλή ικανότητα επικοινωνίας και αντίληψης το προσωπικό.



Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
4) Άρνηση λήψης τροφής - Διαταραχή της θρέψης.	Να κατανοήσει η ασθενής τη σημασία λήψης της τροφής και να σιτίζεται μόνη της.	<p>Να συζητήσει ο νοσηλευτής με την ασθενή, να ακούσει τις απόψεις της για την άρνηση λήψης τροφής και να καταλάβει τη σπουδαιότητα εναντίωσης της απόρριψης της τροφής .</p> <p>Να προληφθεί η σημαντική μείωση της εντερικής κινητικότητας, που μπορεί να προκληθεί από διέγερση του συμπαθητικού συστήματος και προκαλεί πρόωμο αίσθημα κορεσμού μειώνοντας την πρόσληψη τροφής και επιδεινώνοντας την κατάσταση θρέψης της ασθενούς.</p> <p>Να γίνει λήψη αίματος για εργαστηριακό έλεγχο</p>	<p>Ο νοσηλευτής συζήτησε με την ασθενή και της εξήγησε πως δεν την κατηγορεί ή τη μαλώνει κανείς για την άρνηση λήψης τροφής εφόσον αυτό προκαλείται από την ασθένειά της και επομένως δεν ευθύνεται η ίδια.</p> <p>Επίσης, είναι σημαντικό να σιτίζεται και για λόγους γαστροπροστασίας γιατί συνεχίζει φαρμακευτική αγωγή.</p> <p>Έγινε λήψη αίματος για εργαστηριακό έλεγχο.</p>	Η ασθενής φαίνεται κατάλαβε όσα της εξήγησε ο νοσηλευτής ότι βεβαιώνεται από τη λίγ ελαφράς τροφής (κρέμα και σούπας).

## Συμπεράσματα – Προτάσεις

- ✓ Σωστή ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του κοινού με σκοπό την πρόληψη των ΣΜΝ.
- ✓ Χορήγηση κονδυλίων για δωρεάν προληπτικό έλεγχο ΣΜΝ.
- ✓ Συνεργασία με τα ΜΜΕ για τη διαφώτιση του κοινού σχετικά με τα μέτρα προφύλαξης .
- ✓ Εκπαίδευση του κοινού για τη σωστή χρήση των προφυλακτικών μέτρων.
- ✓ Κρατική μέριμνα για τη μείωση της τιμής των προφυλακτικών και των αντισυλληπτικών μεθόδων.
- ✓ Προώθηση καμπάνιας για τη χρήση προφυλακτικών μέτρων κατά τη συνουσία.

## Περίληψη

**Σκοπός της εργασίας:** Είναι η ενημέρωση για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και τα μέτρα προφύλαξής τους. Έτσι παραθέτοντας όλα τα τελευταία δεδομένα για την αιτιολογία, επιδημιολογία και θεραπεία των ΣΜΝ έχει σαν σκοπό την καλύτερη και απλούστερη κατανόηση του προβλήματος από το κοινό, αποφεύγοντας έτσι τις αρνητικές συνέπειες, που θα προκαλούσε ο φόβος και ο τρόμος από την άγνοια του προβλήματος.

Ο όρος σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα καλύπτει μια πληθώρα μολύνσεων που οφείλονται σε παθογόνους μικροοργανισμούς οι οποίοι μεταδίδονται με τη σεξουαλική επαφή. Κάποιες από αυτές τις μολύνσεις ονομάζονται και αφροδίσια νοσήματα, όπως είναι η γονόρροια και η σύφιλη, διότι μεταδίδονται αποκλειστικά με τη σεξουαλική επαφή. Η ύπαρξη των περισσότερων είναι γνωστή από χιλιάδων ετών αλλά το πιο επικίνδυνο είναι το AIDS. Τα περισσότερα αφροδίσια είναι θεραπεύσιμα. Αλλά, όπως ο έρπης, το AIDS και τα κονδυλώματα, όπου όλα αυτά προκαλούνται από ιούς, δεν έχουν θεραπεία. Η επιμόρφωση σε αυτά τα νοσήματα καθώς και η πρόληψη τους έχει μεγάλη σημασία. Δεν υπάρχει ασφαλές σεξ. Το σεξ θα μπορούσε να είναι ασφαλές μόνο σε μια μονογαμική σχέση όπου κανένας σύντροφος δεν είναι μολυσμένος. Πολλοί άνθρωποι πιστεύουν ότι το φιλί είναι μια ασφαλής δραστηριότητα. Δυστυχώς όμως νοσήματα όπως ο έρπης και η σύφιλη μπορούν να μεταδοθούν και έτσι. Όλες οι μορφές σεξουαλικής δραστηριότητας έχουν κάποιο βαθμό κινδύνου.

**Συμπερασματικά,** σημαντικό είναι να γνωρίζουμε τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα όπως επίσης και τα μέτρα προφύλαξης ώστε να μπορούμε να έχουμε κρίση για το πώς να έχουμε υγιή σεξουαλική ζωή. Τέλος, ενημερωτικά τα προφυλακτικά μας προστατεύουν από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, αλλά αυτό δεν είναι απόλυτο, οι γνώσεις μας θα πρέπει διευρύνονται!

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Σεξουαλικά Μεταδιδόμενες Ασθένειες: Προειδοποιητικά Σημεία, 2006, [www.medlook.net](http://www.medlook.net)
2. Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα, 2007, [3lyk-argyr.att.sch.gr](http://3lyk-argyr.att.sch.gr)
3. Kavaliotis J. Infection Disease News, 2008, [loimoxi.blogspot.com](http://loimoxi.blogspot.com)
4. Κουρούνης Γ., Παθολογία Κατώτερου Γεννητικού Συστήματος - Κολποσκόπηση – Άτλας,Επίτομος, 1<sup>η</sup> Έκδοση, Αθήνα, 2004
5. Στρατηγού Ι. , Αφροδισιολογία, Επίτομος, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα, 2004
6. Klausner J. D., Hook E. W., Current Diagnosis Treatment – Sexually Transmitted Diseases, Mc Graws – Hill`s Companies,2007
7. Ζήσης Θ., Ανατομία 1, Σημειώσεις, Εκδόσεις ΑΤΕΙ Πατρών, Πάτρα, 2001
8. Φένγουικ Ε., Γουόκερ Ρ., Οδηγός Σεξουαλικής Αγωγής για νέους, Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα 1995
9. 14 Φεβρουαρίου Πανευρωπαϊκή Ημέρα για την Σεξουαλική Υγεία, 2005, [www.imop.gr](http://www.imop.gr)
10. Δετοράκης Ι., Οικογενειακός Προγραμματισμός- Αντισύλληψη- Σεξουαλική Διαφώτιση, Επίτομος, 7<sup>η</sup> Έκδοση, Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα, 2001
11. Δετοράκης Ι., Βασικές Αρχές της Υγιεινής, Επίτομος, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανού, Αθήνα 2003
12. Μαρτόκας Χ.Σ., Σιάφας Κ.,Δελής Δ.,Το Μεταβαλλόμενο Φάσμα Των Λοιμώξεων Στο Κατώφλι Του 2000, Επίτομος, Έκδοση Της Παιδιατρικής Κλινικής - Τμήμα Της Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα, 1995
13. Κύηση και Σύφιλη, 2000, [www.Care.gr](http://www.Care.gr)
14. Goldman D., Horowitz D. , Ιατρική στον 21<sup>ο</sup> Αιώνα, Εκδόσεις Δομική
15. Γονόρροια (Βλεννόρροια):Αυτά Που Πρέπει Να Ξέρετε,2006, [www.medlok.gr](http://www.medlok.gr)
16. Δημητρακόπουλος Γ., Ιατρική Βακτηριολογία, Επίτομος, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδεις, Πάτρα, 1993
17. Η μη χρήση προφυλακτικού αυξάνει τον κίνδυνο για γλαμύδια στους νέους, 2001, [www.care.gr](http://www.care.gr)
18. Χλαμυδική λοίμωξη και κύηση, 2000, [www.care.gr](http://www.care.gr)

19. Χλαμύδια: Επαναλαμβανόμενες Μολύνσεις Σε Νέες Γυναίκες, 2007, [www.medlook.gr](http://www.medlook.gr)
20. Χλαμύδια: Ανάγκη Για Ετήσιο Τέστ Ανίχνευσης Σε Νέες Γυναίκες, 2007, [www.medlook.gr](http://www.medlook.gr)
21. Youngson R., Λεξικό της Γυναικείας Υγείας, Επίτομος, Εκδόσεις Περίπλους, Αθήνα 2001
22. Έρπης Γεννητικών Οργάνων: Αυτά Που Πρέπει Να Ξέρετε, 2007, [www.medlook.gr](http://www.medlook.gr)
23. Έρπης Γεννητικών Οργάνων: Πρόληψη Με Αναλύσεις Και Πληροφόρηση, 2006, [www.medlook.gr](http://www.medlook.gr)
24. Ηπατίτιδα Β, Ελληνικό Ίδρυμα Γαστρεντολογίας Και Διατροφής, 2004, [www.iatronet.gr](http://www.iatronet.gr)
25. Στρατηγός Ι., Λάσκαρης Γ., Έγχρωμος Άτλας – AIDS: Εκδηλώσεις Στο Δέρμα Και Το Στόμα, Διάγνωση – Θεραπεία, Επίτομος, 1<sup>η</sup> Έκδοση, Αθήνα, 2002
26. Ο Ιός Του HPV: Αυτά Που Πρέπει Να Ξέρετε, 2004, [www.10percent.gr](http://www.10percent.gr)
27. MacKeith N., Πρακτικός Γυναικολογικός οδηγός, Επίτομος, Εκδόσεις Γαλαίος, Αθήνα, 1981
28. Μόλυνση Από Τριχομονάδες: Αυτά Που Πρέπει Να Ξέρετε, 2006, [www.medlook.gr](http://www.medlook.gr)
29. Μόλυνση Από Τριχομονάδες Σε Άνδρες Και Περιπτώσεις Σε Γυναίκες, 2007, [www.medlook.gr](http://www.medlook.gr)
30. Anthony Du Viver, Δερματολογία Στην Πράξη, Επίτομος, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανός, Αθήνα, 1996
31. Παπαδημητρίου Κ., Γκίκας Α., Μπέλος Γ., Κλινική προσέγγιση της HIV λοίμωξης, ο ρόλος του γενικού/οικογενειακού γιατρού στην παρακολούθηση και φροντίδα των ασθενών με HIV/AIDS, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Περιοδικό), τόμος 14, τεύχος 3, Εκδόσεις Ελέγεια, 2002
32. Λιάνας Δ., Σκαρπέλος Α., και συν., AIDS: Γνώση, ενημέρωση κα σεξουαλική συμπεριφορά 7 χρόνια μετά, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Περιοδικό), τόμος 16, τεύχος 3, Εκδόσεις Ελέγεια, 2004
33. Ασκητής Θ. , Η Σεξουαλική Αφύπνιση της Εφηβείας, Επίτομος, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα. 1997
34. Λοίμωξη με HIV, κύκλος ζωής και αναδιπλασιασμός του ιού HIV, 2006, [www.hivaids.gr](http://www.hivaids.gr)
35. AIDS: Συμπτώματα Και Σημεία, 2005, [www.medlook.gr](http://www.medlook.gr)

36. AIDS, 2007, [www.elwikipedia.gr](http://www.elwikipedia.gr)
37. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS, Ανοσηλευτική φροντίδα ατόμων με λοίμωξη από τον ιό της ανθρώπινης ανοσολογικής ανεπάρκειας(HIV)-οδηγίες, Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 1991
38. Παπαρίζος Β. Α. , Κυριάκης Κ. Π. , Πρόληψη και μέτρα προστασίας από τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα, Επίτομος, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανού, Αθήνα, 2003
39. Βέρρος Κ.,Ερωτήσεις Και Απαντήσεις Για Το AIDS, 2002, [www.geocities.com/hotsprings](http://www.geocities.com/hotsprings)
40. AIDS: Εξετάσεις, 2007, [www.hiv.gr](http://www.hiv.gr)
41. Η Καθυστέρηση Στη Διάγνωση Προκαλεί Επιπλοκές Και Απώλειες Ζωών, 2007, [www.medlook.gr](http://www.medlook.gr)
42. AIDS: Η Διάγνωση Γίνεται Καθυστερημένα, 2005, [www.medlook.gr](http://www.medlook.gr)
43. AIDS:Νέος Επικίνδυνος Ανθεκτικός Ιός, 2005, [www.medlook.gr](http://www.medlook.gr)
44. AIDS:Φορείς Του Ιού HIV Και Μείωση Αριθμού Νέων Θυμάτων, 2006, [www.medlook.gr](http://www.medlook.gr)
45. Σιάμος Ν., Νεολαία και ναρκωτικά, Επίτομος, Αχαϊκές Εκδόσεις, Αργίνιο, 1992
46. Αναστασίου-Κατσιαρδάνη Α., Πρώτη Δεκεμβρίου Παγκόσμια Ημέρα κατά του AIDS, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Περιοδικό), τόμος 12, τεύχος 1, Εκδόσεις Ελέγεια, 2000
47. Δούκας Χ., Το μέλλον είναι η παιδεία, Προβλήματα και αναζητήσεις για την εκπαίδευση και τον εκπαιδευτικό, Επίτομος, Εκδόσεις Έκφραση, Αθήνα, 1993
48. Συζυγική Απιστία Και Μετάδοση Του AIDS, 2007, [www.medlook.gr](http://www.medlook.gr)
49. Αποστολίδας Α., Όλη η αλήθεια για το AIDS, Επίτομος, Εκδόσεις Καραμπερόπουλος, Αθήνα
50. Πρόληψη Του AIDS Σε 10 Βήματα, 2007, [www.unicef.gr](http://www.unicef.gr)
51. Πρόληψη Του AIDS:Άνδρες Και Περιτομή, 2007, [www.medlook.gr](http://www.medlook.gr)
52. Συμβουλευτική Για Πρόληψη AIDS, 2007, [www.hiv-aids.gr](http://www.hiv-aids.gr)
53. Η Καθημερινή, «Οι νέοι ``κλείνουν`` τα μάτια στον ενδεχόμενο κίνδυνο για AIDS», 2007, [www.elwikipedia.gr](http://www.elwikipedia.gr)
54. Ριζοσπάστης , «Απαράδεκτες καθυστερήσεις με οδυνηρά αποτελέσματα», 2007, [www.elwikipedia.gr](http://www.elwikipedia.gr)

55. Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (ΚΕΕΛ), Επιδημιολογική Επιτήρηση Του HIV/AIDS Στην Ελλάδα, Τύχος 11, 2000
56. Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (ΚΕΕΛ), Επιδημιολογική Επιτήρηση Του HIV/AIDS Στην Ελλάδα, Τύχος 12, 2000
57. Associated Press- Παγκόσμια ημέρα κατά του ιού HIV, 2006, [www.in.gr](http://www.in.gr)
58. Παπαδημητρίου Α., Γαλάνης Θ., Αντισύλληψη, Πρακτική και προοπτικές, Επίτομος, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτας, Αθήνα 1995
59. Προφυλακτικά: Ατυχήματα Και Ορθή Χρήση, 2004, [www.medlook.gr](http://www.medlook.gr)
60. Κονδύλη β., Η Σημασία Των Προφυλακτικών Για Τη Πρόληψη Των Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων, 2007, [www.iator.gr](http://www.iator.gr)

**П  
А  
Р  
А  
Р  
Т  
Н  
М  
А**



**ιστορία για όλους** Η Ε. εξομολογείται...



Εγώ είμαι οροθετική. Αλλά ο σύζυγός μου όχι!

Διάλεξα να το ξέρουν πολύ λίγοι, οι "εκλεκτοί". Στο κάτω κάτω τι νοιάζει τους άλλους για μένα?

Στη μητέρα μου δεν το είπα για να μη στενοχωρηθεί και ο μπαμπάς μου δεν ζει πια!

Κάποιες στιγμές θέλω να φωνάξω: Γιατί?

Μου περνάει όμως γρήγορα! Τότε σκέφτομαι πάλι την δουλειά μου που με γεμίζει και δεν σκέφτηκα να την αφήσω ποτέ

Σκέφτομαι πως η ζωή είναι δικαίωμά μου και πρέπει να το διεκδικήσω.

Ωρες ώρες αισθάνομαι ξεχωριστή!!

Ο σύζυγός μου λέει ότι το AIDS είναι μεγάλο σχολείο και πράγματι έχει απόλυτο δίκιο!

Νομίζω πως έχω γίνει καλύτερος άνθρωπος. Δίνω σημασία σ' αυτά που αξίζουν πραγματικά, χαίρομαι με πολύ απλά πράγματα, δεν σκορπώ άσκοπα το χρόνο μου

Δεν έχω ιδιαίτερο άγχος και πάνω απ' όλα συγχώρεσα εκείνον που έγινε αιτία να κολλήσω την ασθένεια και νιώθω τόσο ανάλαφρη την ψυχή μου.

Ε.

Ο Α.Κ εξομολογείται...



Ας πούμε και εμείς αυτό που λένε όλοι οι άλλοι.

Δεν μετράμε πλέον τα χρόνια. Μετράμε τις στιγμές και οι στιγμές είναι πάρα πολλές.

Όπως λέει και ένας φίλος μου, το AIDS είναι ένα μεγάλο σχολείο και από ότι φαίνεται έχει απόλυτο δίκιο!

Το μεγαλύτερο κομμάτι αυτής της ασθένειας είναι περισσότερο ψυχολογικό και κοινωνικό παρά ιατρικό.

Και για τι το λέω αυτό; Γιατί πολλοί από εμάς έχουμε νιώσει την απόρριψη από πολλούς ανθρώπους.

Και ας πούμε κάποτε την αλήθεια, που μερικές φορές είναι πραγματικότητα και σίγουρα την ζούμε καθημερινά.

Πολλά αλλάζουν μετά την διάγνωση ενός θετικού αποτελέσματος. Αλλάζουν τα πάντα. Το πώς σκεφτόμαστε, πώς ονειρευόμαστε, ακόμα και η συμπεριφορά μας αλλάζει.

Κάποιοι είχαν την δύναμη να κοιτάζουν ψηλά και να μετρήσουν τα αστέρια, γιατί τα αστέρια βρίσκονται πάντα αμετακίνητα στην ίδια θέση.

Εμείς δεν βρισκόμαστε ποτέ στην ίδια θέση!

Μπορείς να αγοράσεις ένα σπίτι,

... αλλά όχι την εστία.

Μπορείς να αγοράσεις ένα κρεβάτι,

... αλλά όχι τον ύπνο.

Μπορείς να αγοράσεις ένα ρολόι,

... αλλά όχι το χρόνο.

Μπορείς να αγοράσεις ένα βιβλίο,

... αλλά όχι την γνώση.

Μπορείς να αγοράσεις μια θέση,

... αλλά όχι το σεβασμό.

Μπορείς να αγοράσεις τον γιατρό,

... αλλά όχι την υγεία.

Μπορείς να αγοράσεις την ψυχή,

... αλλά όχι την ζωή.

Μπορείς να αγοράσεις το σεξ,  
... αλλά όχι την αγάπη.

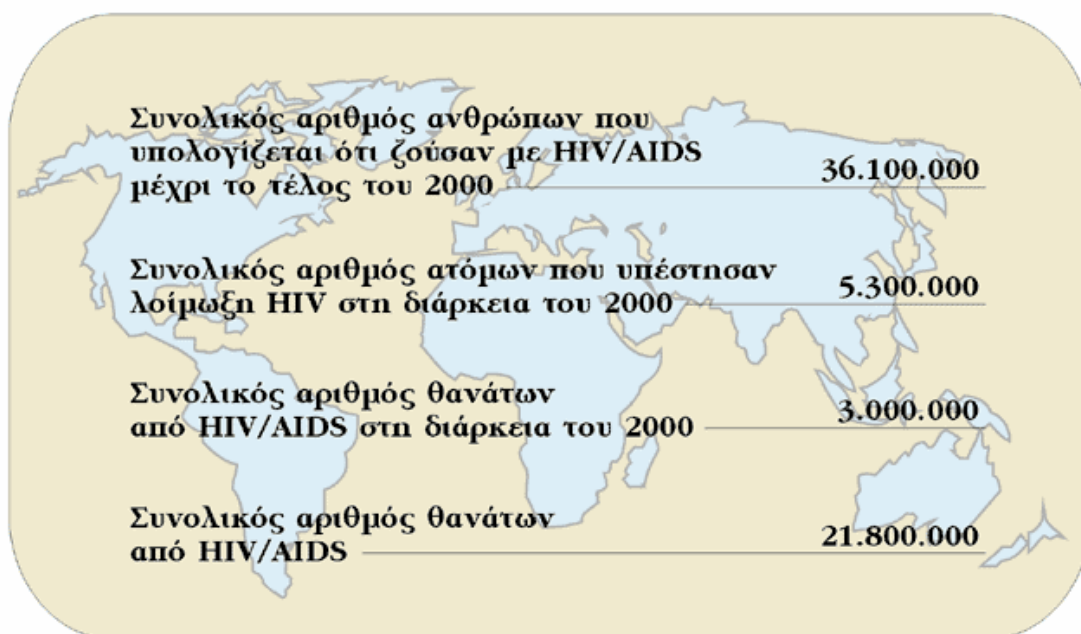
Είμαι οροθετικός εδώ και 3 χρόνια και μάλιστα είμαι καλά στην υγεία μου.

Διατηρώ άριστες σχέσεις με το γιατρό μου και με προσέχει και με φροντίζει πάρα πολύ.  
Δεν μπορεί να κάνει όμως αυτό που θέλουμε όλοι, γιατί δεν είναι στο χέρι του αλλά σε κάποια χέρια που ξέρουν να παίζουν το παιχνίδι του AIDS.  
Όλα είναι ένα παιχνίδι, εμείς χάνουμε και αυτοί κερδίζουνε. Αλλά πρέπει όμως να ξέρεις να χάνεις χωρίς να χάνεις την αξιοπρέπεια σου.

Ας δούμε τι άλλο μας περιμένει ακόμα και ας βγάλουμε από το μυαλό μας τις κακιές σκέψεις.  
Να σκεφτόμαστε και να δίνουμε πάντα αυτά που μπορούμε.  
Το AIDS είναι κάτι που το σκεφτόμαστε και λέμε πολλές φορές γιατί να τύχει σε εμένα και όχι σε κάποιον άλλον.  
Μπορούμε να κάνουμε πολύ περισσότερα πράγματα από το να σκεφτόμαστε αυτά που άλλος δεν μπορεί να σκεφτεί. Πλησιάζει και φέτος η Παγκόσμια Ημέρα του AIDS και μπορούμε να δώσουμε ένα μήνυμα όλοι εμείς.  
Ο καθένας με τον τρόπο του.

Εμείς μεγαλώσαμε με το AIDS. Αυτή η επιδημία έχει να μας μάθει πολύ περισσότερα πράγματα στο μέλλον.  
Σίγουρα θα υπάρξουν καλύτερες μέρες αν και για την επόμενη μέρα κανείς δεν μπορεί να είναι σίγουρος τι του ζημερώνει.  
Να είστε όλοι καλά.









**Αριθμός Ατόμων που Υπέστησαν Λοίμωξη HIV στην Ελλάδα κατά το 2000 κατά Κατηγορία Μετάδοσης και κατά Φύλο**

Κατηγορία Μετάδοσης	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο	Συχνότητες (%)
Ομο/αμφιφυλόφιλοι Άνδρες	65	0	65	46,43
Χρήστες Ενδοφλεβίων Ναρκωτικών	6	1	7	5,00
Πολυμεταγγιζόμενοι με Παράγωγα Αίματος	1	0	1	0,71
Μεταγγιζόμενοι	1	0	1	0,71
Ετεροφυλόφιλοι	23	13	36	25,71
Ακαθόριστοι	21	9	30	21,43
<b>Σύνολο</b>	<b>117</b>	<b>23</b>	<b>140</b>	<b>100,00</b>

**Πηγή:** Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (ΚΕΕΛ). Επιδημιολογική επιτήρηση του HIV/AIDS στην Ελλάδα, τ.11, Ιούνιος 2000  
Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (ΚΕΕΛ). Επιδημιολογική επιτήρηση του HIV/AIDS στην Ελλάδα, τ.12, Δεκέμβριος 2000

**Συνολικός Αριθμός Ατόμων που Υπέστησαν Λοίμωξη HIV  
στην Ελλάδα ανά Έτος Διάγνωσης και κατά Φύλο**

Έτος Διάγνωσης	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο	Συχνότητες (%)
1981	1	0	1	0,05
1982	2	0	2	0,09
1983	4	0	4	0,18
1984	5	0	5	0,23
1985	14	0	14	0,65
1986	25	0	25	1,16
1987	57	6	63	2,91
1988	66	6	72	3,33
1989	93	14	107	4,95
1990	126	17	143	6,61
1991	163	22	185	8,55
1992	167	23	190	8,78
1993	149	22	171	7,91
1994	181	32	213	9,85
1995	187	28	215	9,94
1996	190	43	233	10,77
1997	145	25	170	7,86
1998	105	15	120	5,55
1999	97	24	121	5,59
2000	93	15	108	4,99
<b>Άγνωστο</b>		1	1	0,05
	<b>1870</b>	<b>293</b>	<b>2163</b>	<b>100,00</b>

**Πηγή:** Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (ΚΕΕΛ). (2000β). Επιδημιολογική επιτήρηση του HIV/AIDS στην Ελλάδα, τ.12, Δεκέμβριος 2000



**Συνολικός Αριθμός Θανάτων που Σημειώθηκαν στην Ελλάδα από Λοίμωξη και Νόσο HIV Μέχρι το Δεκέμβριο του 2000 ανά Έτος και κατά Φύλο**

Έτος Θανάτου	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο	Συχνότητες (%)
1983	1	0	1	0,08
1984	6	0	6	0,48
1985	6	0	6	0,48
1986	10	0	10	0,80
1987	28	3	31	2,47
1988	32	1	33	2,63
1989	48	4	52	4,15
1990	62	6	68	5,42
1991	66	7	73	5,82
1992	97	10	107	8,53
1993	98	9	107	8,53
1994	129	18	147	11,72
1995	136	16	152	12,12
1996	127	24	151	12,04
1997	71	13	84	6,70
1998	55	8	63	5,02
1999	49	9	58	4,63
2000	53	14	67	5,34
<b>Άγνωστο</b>	30	8	38	3,03
	<b>1104</b>	<b>150</b>	<b>1254</b>	<b>100,00</b>

Πηγή: Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (ΚΕΕΛ). (2000β). Επιδημιολογική επιτήρηση του HIV/AIDS στην Ελλάδα, τ.12, Δεκέμβριος 2000

**Συνολικός Αριθμός Ατόμων που Υπέστησαν Λοίμωξη HIV στην Ελλάδα κατά το 2002 κατά Κατηγορία Μετάδοσης και Φύλο**

(συμπεριλαμβάνονται τα περιστατικά που όταν δηλώθηκαν αρχικά είχαν ήδη αναπτύξει τη νόσο)

Κατηγορία Μετάδοσης	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο	Συχνότητες (%)
Ομο/αμφιφυλόφιλοι Άνδρες	138	0	138	34,24
Χρήστες Ενδοφλεβίων Ναρκωτικών	12	1	13	3,23
Πολυμεταγγιζόμενοι με Παράγωγα Αίματος	1	0	1	0,25
Μεταγγιζόμενοι	1	0	1	0,25
Ετεροφυλόφιλοι	26	52	78	19,35
Κάθετη μετάδοση	1	1	2	0,50
Ακαθόριστοι	124	46	170	42,18
<b>Σύνολο</b>	<b>303</b>	<b>100</b>	<b>403</b>	<b>100,00</b>

Πηγή: Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (ΚΕΕΛ). Επιδημιολογική Επιτήρηση του HIV/AIDS στην Ελλάδα, τ. 16, Δεκέμβριος 2002, σελ. 10.

**Νεοδηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα κατά φύλο στην Ελλάδα από 1/1/2002 μέχρι 31/12/2002**

(συμπεριλαμβάνονται τα περιστατικά που όταν δηλώθηκαν αρχικά είχαν ήδη αναπτύξει τη νόσο)

Φύλο	HIV	AIDS	Σύνολο	Συχνότητες (%)
Άνδρες	242	61	303	75,19
Γυναίκες	93	7	100	24,81
<b>Σύνολο</b>	<b>335</b>	<b>68</b>	<b>403</b>	<b>100,00</b>

Πηγή: Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (ΚΕΕΛ). Επιδημιολογική Επιτήρηση του HIV/AIDS στην Ελλάδα, τ. 16, Δεκέμβριος 2002

**Ελλάδα ανά Έτος Διάγνωσης και κατά Φύλο μέχρι 31/12/2002**  
 (συμπεριλαμβανομένων και των κρουσμάτων AIDS) **Συνολικός Αριθμός Δηλωθέντων Οροθετικών Ατόμων**

Έτος Θανάτου	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο <sup>1</sup>	Συχνότητες (%) <sup>2</sup>
1981	1	0	1	0,02
1982	2	0	2	0,03
1983	11	0	11	0,18
1984	72	1	73	1,16
1985	99	10	109	1,74
1986	97	12	109	1,74
1987	140	23	163	2,60
1988	161	18	179	2,86
1989	197	31	228	3,64
1990	253	40	293	4,67
1991	291	58	349	5,57
1992	359	63	422	6,73
1993	285	69	354	5,65
1994	281	63	344	5,49
1995	352	83	435	6,94
1996	372	94	466	7,43
1997	360	90	450	7,18
1998	472	117	589	9,40
1999	376	114	490	7,82
2000	374	113	487	7,77
2001	282	97	379	6,05
2002	253	83	336	5,36
	<b>5090</b>	<b>1179</b>	<b>6269</b>	<b>100,00</b>

**Πηγή:** Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (ΚΕΕΛ). Επιδημιολογική Επιτήρηση του HIV/AIDS στην Ελλάδα, τ. 16, Δεκέμβριος 2002, σελ. 12.

<sup>1</sup>Περιλαμβάνονται και περιστατικά αγνώστου φύλου

<sup>2</sup>Ανά εκατομμύριο πληθυσμού

## ΕΥΡΩΠΗ & ΕΛΛΑΔΑ

Εκτίμηση αριθμού νέων ανθρώπων που ζουν με AIDS (τέλος 2001)

Χώρα - Περιοχή	Γυναίκες 15-24 ετών		Άνδρες 15-24 ετών		Ποσοστό (%) Γυναίκες 15-24 ετών		Ποσοστό (%) Άνδρες 15-24 ετών		Ποσοστό (%) Ενήλικες 15-49 ετών	Τύπος*
	ΕΛΑΧ.	ΜΕΓ.	ΕΛΑΧ.	ΜΕΓ.	ΕΛΑΧ.	ΜΕΓ.	ΕΛΑΧ.	ΜΕΓ.		
ΑΥΣΤΡΙΑ	440	660	860	1300	0,10	0,14	0,18	0,27	0,2	C
ΒΕΛΓΙΟ	580	870	580	870	0,10	0,14	0,09	0,14	0,2	C
ΓΑΛΛΙΑ	5400	8100	8200	12000	0,14	0,21	0,21	0,31	0,3	C
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1600	2400	3700	5500	0,04	0,05	0,08	0,12	0,1	C
ΔΑΝΙΑ	150	230	330	490	0,05	0,08	0,11	0,16	0,2	C
ΕΛΒΕΤΙΑ	1200	1800	1500	2200	0,32	0,47	0,37	0,55	0,5	C
<b>ΕΛΛΑΔΑ</b>	<b>360</b>	<b>540</b>	<b>780</b>	<b>1200</b>	<b>0,05</b>	<b>0,08</b>	<b>0,11</b>	<b>0,16</b>	<b>0,2</b>	<b>C</b>
ΙΣΠΑΝΙΑ	5200	7800	12000	17000	0,19	0,29	0,41	0,62	0,5	C
ΙΤΑΛΙΑ	6600	9900	7500	11000	0,21	0,31	0,23	0,34	0,4	C
ΜΕΓ. ΒΡΕΤΑΝΙΑ	1500	2200	3000	4500	0,04	0,06	0,08	0,12	0,1	C
ΝΟΡΒΗΓΙΑ	<100	120	160	240	0,03	0,05	0,06	0,09	0,1	L
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	660	990	1500	2300	0,07	0,11	0,16	0,24	0,2	C
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	1000	1500	2300	3500	0,15	0,22	0,33	0,49	0,5	C
ΡΩΣΙΑ	60000	91000	170000	260000	0,53	0,79	1,5	2,2	0,9	C
ΣΟΥΗΔΙΑ	180	260	270	410	0,04	0,05	0,05	0,08	0,1	L
ΦΙΛΑΝΔΙΑ	<100	<100	<100	150	0,02	0,03	0,03	0,04	< 0,1	L

\* Τύπος κατά την επιδημιολογία: C = Concentrated (Επικεντρωμένη), ποσοστό διάδοσης της νόσου μόνιμα άνω του 5% σε τουλάχιστον μια πληθυσμιακή ομάδα υψηλού κινδύνου και κάτω του 1% στον γενικό ενήλικο πληθυσμό (15-49 ετών) στις αστικές περιοχές - L=Low (Χαμηλή), δεν ξεπερνά σε μόνιμη βάση το 5% σε οποιαδήποτε ομάδα υψηλού κινδύνου