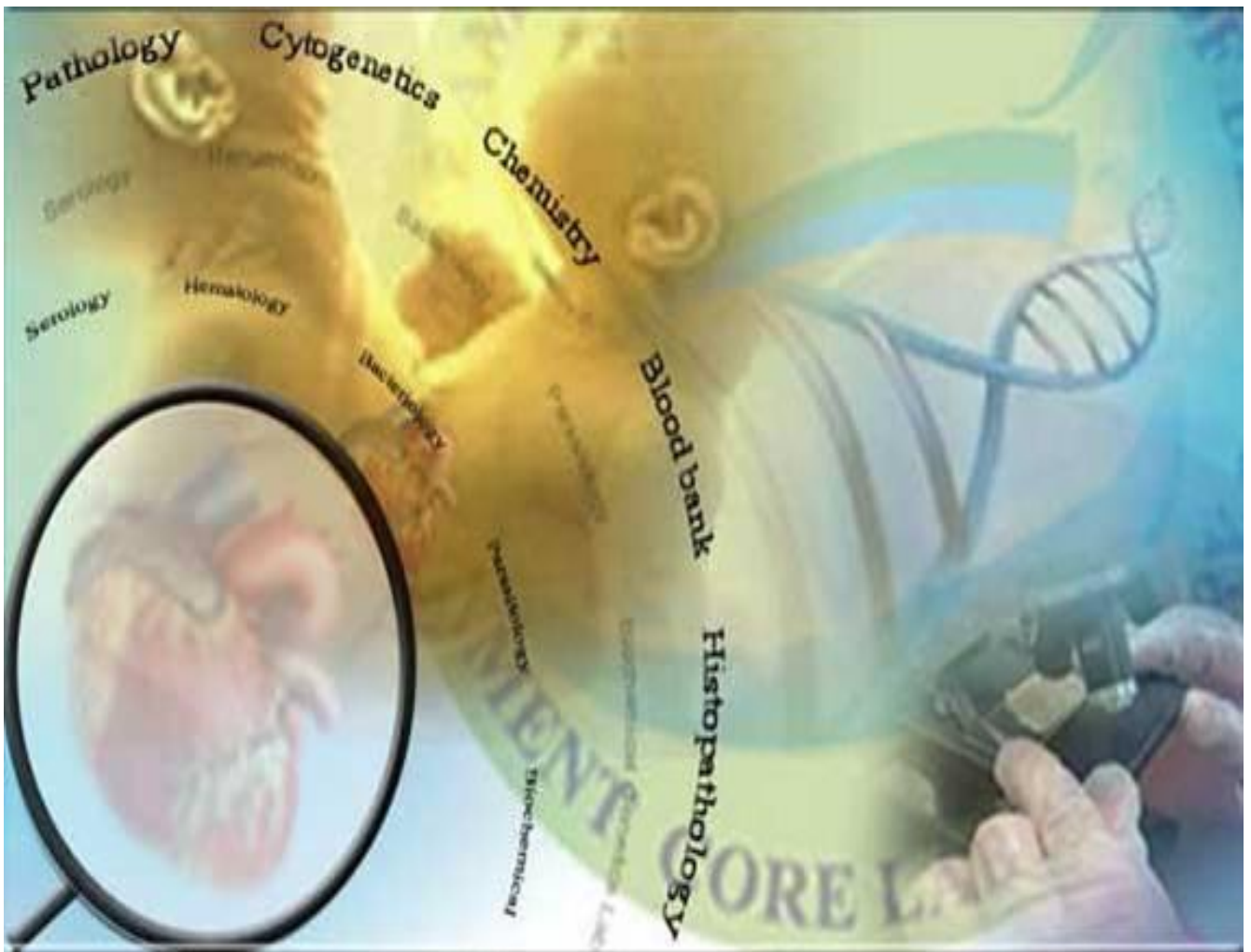


ΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ
Σχολή ΣΕΥΠ
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΣΞΕΟΥΑΛΙΚΑ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΗΠΑΤΙΤΙΔΕΣ,
ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ ΤΟΥ ΣΗΜΕΡΑ



Εισηγητής
Ζήσης Θεόδωρος
Καθηγητής

Επιμέλεια
Κουτσούρη Μαριάτζελα
Μετασίδη Μαρία
Σπουδάστριες

Πάτρα 2008

Αφιερώνουμε αυτή την εργασία στις
οικογένειές μας, για τη στήριξη που
μας προσέφεραν όλα αυτά τα χρόνια,
καθώς και σε όσους βοήθησαν στην
υλοποίησή της!

Ευχαριστούμε πολύ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελίδες
Πρόλογος	5
Εισαγωγή	6
Ιστορική αναδρομή	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Ανατομία και Φυσιολογία του γεννητικού συστήματος του ανθρώπου.	
1.1. Γεννητικό σύστημα.....	13
1.1.1. Γεννητικό σύστημα του άνδρα.....	13
1.1.2. Γεννητικό σύστημα της γυναίκα.....	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Επικοινωνία και Σχέσεις μεταξύ των δύο φύλων.	
2.1. Πρότυπα σεξουαλικής συμπεριφοράς.....	34
2.2. Διαφυλική επικοινωνία.....	37
2.3. Σεξουαλικές διαταραχές.....	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα.	
3.1. Σύφιλη.....	49
3.1.1. Πρωτοπαθής σύφιλη.....	56
3.1.2. Δευτεροπαθής σύφιλη.....	59
3.1.3. Τριτοπαθής σύφιλη.....	65
3.1.4. Λανθάνουσα σύφιλη.....	67
3.1.5. Σύφιλη εγκύου.....	68
3.1.6. Συγγενής σύφιλη.....	69
3.1.7. Άλλες μορφές σύφιλης.....	72
3.2. Γονοκοκκική ουρηθρίτιδα.....	89
3.2.1. Μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα.....	116
3.3. Χλαμύδια.....	118
3.4. Κονδυλώματα.....	129
3.5. Έρπης των γεννητικών οργάνων.....	145
3.6. Μαλακό έλκος.....	159
3.7. Βουβωνικό κοκκίωμα.....	165
3.8. Κολπίτιδες.....	169
3.8.1. Βακτηριακή κολπίτιδα.....	171
3.8.2. Μυκητιασική κολπίτιδα.....	173
3.9. Λοίμωξη από τριχομονάδες.....	174

3.10. Λοίμωξη από Candida.....	178
3.11. Φθείρες του εφηβαίου.....	181
3.12. Ψώρα.....	184
3.13. Μολυσματική τέρμινθος.....	185
3.14. AIDS.....	186
3.14.1. Επίδραση της νόσου στην κύηση.....	198
3.14.2. Ευκαιριακές λοιμώξεις.....	202
3.14.3. AIDS και ναρκωτικά.....	205
3.14.4. Πρόληψη και νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με AIDS....	206
3.14.5. AIDS και σχολεία.....	214
3.15. Συμπτώματα, θεραπεία και επιπλοκές των ΣΜΝ.....	216
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Ιογενείς Ηπατίτιδες.	
4.1. Κατηγορίες ηπατίτιδας.....	224
4.1.1. Ηπατίτιδα Α.....	224
4.1.2. Ηπατίτιδα Β.....	233
4.1.3. Ηπατίτιδα C.....	243
4.1.4. Ηπατίτιδα D.....	255
4.1.5. Ηπατίτιδα E.....	259
4.1.6. Ηπατίτιδα F.....	263
4.1.7. Ηπατίτιδα G.....	264
4.2. Νοσηλευτική φροντίδα.....	268
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Μέσα Προφύλαξης και Πρόληψης.	
5.1. Πρόληψη.....	269
5.1.1. Μέσα ελεγχόμενα από τους άνδρες.....	274
5.1.2. Μέσα ελεγχόμενα από τις γυναίκες.....	283
5.1.3. Χημικοί φραγμοί.....	291
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Νοσηλευτική Διεργασία.	
6.1. Νοσηλευτική διεργασία σε ασθενή με κονδυλώματα.....	299
6.2. Νοσηλευτική διεργασία σε ασθενή με ηπατίτιδα C.....	302
Συμπεράσματα- Προτάσεις	304
Περίληψη	305
Βιβλιογραφία	306
Βασική ορολογία	310
Παράρτημα	316

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το λάθος δεν είναι καταστροφή. Αντίθετα, το λάθος είναι απαραίτητη προϋπόθεση της φυσικής εξέλιξης. Ακόμη και στη Βιολογία, η μετάλλαξη είναι ένα λάθος, παράλληλα όμως είναι η μοναδική ίσως διεργασία που οδηγεί στην εμφάνιση πιο ανθεκτικών και προσαρμοστικών οργανισμών. Για να μηδενίζουμε την πιθανότητα του λάθους, χρειάζεται να μηδενίσουμε τη δράση και τη δοκιμή, χρειάζεται δηλαδή να εξαφανίσουμε τη ζωή.

Στον άνθρωπο το λάθος είναι απαραίτητο για τη μάθηση, για την απόκτηση και την αξιοποίηση πολύτιμων εμπειριών, για το προσωπικό μεγάλωμα. Υπάρχει άνθρωπος που δεν έχει κάνει ποτέ ούτε ένα λάθος στη ζωή του; Όταν θεωρούμε τα λάθη μας καταστρεπτικά ή ανεπανόρθωτα, τότε παραλύουμε, απογοητευόμαστε, αποφεύγουμε κάθε δράση. Αντίθετα, όταν ξέρουμε ότι η ζωή δίνει κι άλλες ευκαιρίες, ένα λάθος μπορεί να είναι μια καλή ευκαιρία να διορθώσουμε την πορεία μας και να ξαναπροσπαθήσουμε με περισσότερη γνώση.

Τα ίδια ισχύουν και στις σχέσεις μας με τους άλλους και στη σεξουαλική μας συμπεριφορά. Το αφύσικο θα ήταν να περιμένουμε ότι θα υπάρξει άνθρωπος που δε θα κάνει λάθη, δε θα έχει αποτυχίες και δυσκολίες σε τόσο σοβαρά ζητήματα της ζωής του.

Ότι δε σε σκοτώνει.... σε κάνει πιο δυνατό!!!

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα (ΣΜΝ) αποτέλεσαν επί αιώνες πραγματική μάστιγα της ανθρωπότητας.¹ Αυτό διότι η σύφιλη και η γονόρροια θεωρούνταν ότι είναι η ίδια ασθένεια, η οποία μεταδιδόταν μόνο με τις γενετήσιες σχέσεις. Τώρα γνωρίζουμε ότι αυτό δεν είναι αλήθεια.²

Στη διάρκεια των τελευταίων 15 ετών το πεδίο των Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων (ΣΜΝ) έχει υπερβεί τα όρια των παραδοσιακών αφροδίσιων νοσημάτων – βλεννόρροιας και σύφιλης – και εξελίχτηκε σε ευρύτερα πλαίσια, περιλαμβάνοντας και τις λοιμώξεις που προκαλούν το χλαμύδιο του τραχώματος, ο ιός του απλού έρπητα και ο ιός του θηλώματος του ανθρώπου.³

Οι αλλαγές στις απόψεις για τις γενετήσιες σχέσεις και την ερωτική συμπεριφορά έχουν συντελέσει σε νέα έξαρση όλων των αφροδίσιων νοσημάτων. Η αύξηση των περιπτώσεων οφείλεται, κυρίως, σε ετεροφυλική εξάπλωση της νόσου, η οποία είναι κατά ένα μέρος, συνέπεια της διαδεδομένης προσφοράς έρωτα με αντάλλαγμα ναρκωτικά. Η παράλειψη της πιθανολόγησης των παραγόντων κινδύνου οδηγεί συχνά σε σφάλματα διάγνωσης και θεραπείας, ελλιπή παρακολούθηση των πασχόντων ερωτικών συντρόφων και τελικά, σε υποτροπή ή μονιμότητα της λοίμωξης.³

Ο όρος Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα αποτελεί μια ξεχωριστή ομάδα λοιμώξεων, οι οποίες προκαλούνται από βιολογικά διάφορους μικροβιακούς παράγοντες και εξετάζονται από κοινού λόγω ορισμένων κοινών και κλινικών επιδημιολογικών χαρακτηριστικών.⁴

Μερικά από τα νοσήματα αυτά θεραπεύονται πλήρως, άλλα θεραπεύονται μερικώς αλλά υπάρχει ο κίνδυνος επιπλοκών, όπως στειρότητα ή προδιάθεση για καρκίνο, ενώ άλλα δε θεραπεύονται. Μπορεί να οφείλονται σε βακτήρια (γονόρροια ή γονόκοκκος, σύφιλη, χλαμύδια), ιούς (AIDS, κονδυλώματα, απλός έρπης), πρωτόζωα, μύκητες (καντιντίαση).⁵

Ο έλεγχος των Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Λοιμώξεων περιπλέκεται από τη συχνή έλλειψη σημαντικών συμπτωμάτων.⁴ Οι λοιμώξεις του γεννητικού συστήματος της γυναίκας έχουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον λόγω της υψηλής συχνότητας τους αλλά και των σοβαρών προβλημάτων που δημιουργούν. Οι λοιμώξεις αυτές εκδηλώνονται με ποικίλης βαρύτητας συμπτώματα ενώ είναι δυνατόν να είναι τελείως ασυμπτωματικές με αποτέλεσμα να διαγιγνώσκονται αργότερα από τις επιπλοκές που προκαλούν, όπως εξωμήτρια κύηση, απόφραξη σαλπίγγων κ. ά.⁶ Η πλειονότητα των γονοκοκκικών και χλαμυδιακών λοιμώξεων στις γυναίκες συνδυάζεται με λίγα συμπτώματα. Από 10 μέχρι 50% των ουρηθρικών

γονοκοκκικών λοιμώξεων στους άνδρες είναι ασυμπτωματικές. Οι χλαμυδιακές λοιμώξεις είναι πιο συνήθεις από τις γονοκοκκικές και συχνά είναι ασυμπτωματικές. Ένα από τα κρίσιμα ζητήματα στην αντιμετώπιση είναι η σωστή διάγνωση και η θεραπεία του ασυμπτωματικού, μολυσμένου συντρόφου.⁷

Οι παθήσεις που μεταδίδονται με την ερωτική επαφή, σύμφωνα με τις κυριότερες αρχικές εκδηλώσεις τους, μπορεί να είναι: 1) Εξελκώσεις των γεννητικών οργάνων, 2) ουρηθρίτιδα, τραχηλίτιδα και φλεγμονώδης νόσος της πύελου ή 3) κολπίτιδα.³

Πολλά Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα είναι δυνατόν να μεταδοθούν στο νεογνό κατά την περιγεννητική περίοδο. Στα αναπτυσσόμενα έθνη, όπου τα ΣΜΝ είναι συχνότερα, η έλλειψη πόρων για την υγεία συχνά θέτει περιορισμούς στην ανίχνευση και την αντιμετώπιση των ΣΜΝ, καθώς και στους εμβολιασμούς.⁸

Τα περιστατικά σύφιλης μειώνονται θεαματικά, και η εμφάνιση της ασθένειας ακολουθεί φθίνουσα πορεία. Η σύφιλη που μολύνει το άτομο πριν από τη γέννησή του ακόμα (συγγενής σύφιλη), είναι σήμερα πολύ σπάνια. Ο έρπης των γεννητικών οργάνων σημειώνει απότομη αύξηση, με ταχύτερο ρυθμό από οποιαδήποτε άλλη σεξουαλικά μεταδιδόμενη ασθένεια. Οι χλαμυδιακές μολύνσεις είναι επίσης σταθερά στην κορυφή του συγκεκριμένου καταλόγου ασθενειών.⁹

Η γονόρροια, η οποία αποτελούσε κάποτε τη μάλιστα της σεξουαλικής ελευθεριότητας, φαίνεται να υποχωρεί. Ο γονόκκοκος όμως, έχει κατορθώσει, με τα χρόνια, να αντιστέκεται όλο και περισσότερο στην πενικιλίνη, ένα φάρμακο που κάποτε πρόσφερε 100% εξασφαλισμένη θεραπεία. Σήμερα, χρειάζονται μεγαλύτερες δόσεις πενικιλίνης σε σύγκριση με το παρελθόν, και οι γιατροί βρίσκονται σε διαρκή ανησυχία για την περίπτωση εμφάνισης ειδικών ομάδων του μικροοργανισμού, οι οποίες χαρακτηρίζονται από απόλυτη ανθεκτικότητα στη συνηθισμένη πενικιλίνη. Η σεξουαλικά μεταδιδόμενη ηπατίτιδα διαδίδεται όλο και συχνότερα.⁹

Η εμφάνιση του συνδρόμου Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (AIDS) έχει αυξήσει την ανησυχία του κοινού και τους κινδύνους των ανασφαλών πρακτικών κατά την ερωτική επαφή.⁴ Είναι γνωστό ότι τα παραδοσιακά ΣΜΝ, ειδικά αυτά που προκαλούν εξέλκωση ή πυώδες έκκριμα των γεννητικών οργάνων, ευνοούν την σεξουαλική μετάδοση του HIV. Τα άτομα που πάσχουν από ΣΜΝ κινδυνεύουν 3- 5 φορές, περισσότερο, σε σύγκριση με τα υγιή άτομα, να προσβληθούν από τον HIV αν εκτεθούν σε αυτόν δια της ερωτικής 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 την ερωτική επαφή σε σύγκριση με άτομα που έχουν μόνο λοίμωξη από HIV.¹

Η ηπατίτιδα μπορεί να οφείλεται σε βακτήρια, π.χ. μυκοβακτηρίδια, μύκητες, παράσιτα, ιούς αλλά και σε μη λοιμογόνα αίτια. Οι ιογενείς ηπατίτιδες οφείλονται αφενός στους ηπατοτρόπους ιούς, οι οποίοι προσβάλλουν το ήπαρ πρωτοπαθώς, αφετέρου σε ιούς που το προσβάλλουν δευτεροπαθώς. Η οξεία ιογενής ηπατίτιδα περιλαμβάνει πέντε τουλάχιστον διαφορετικά νοσήματα που προκαλούνται από πέντε ή περισσότερους διακριτούς άσχετους μεταξύ τους ιούς. Η οξεία ιογενής ηπατίτιδα είναι χαρακτηριστικά αυτοπεριοριζόμενη και υφίεται πλήρως χωρίς υπολειμματική ηπατική βλάβη ή ιικό πολλαπλασιασμό. Ωστόσο ένα ποσοστό κάποιων μορφών ηπατίτιδας, μπορεί να οδηγήσει σε επίμονη λοίμωξη με χρόνια ηπατική βλάβη. Οι πέντε μορφές ιογενούς ηπατίτιδας είναι κλινικά όμοιες, αλλά μπορούν να διακριθούν με χρήση ορολογικών δοκιμασιών. Τα πέντε γνωστά αίτια οξείας ηπατίτιδας είναι οι ιοί της ηπατίτιδας A (HCV), B (HBV), C (HCV), D ή δέλτα (HDV) και E (HEV).⁴

Η ανάγκη για ανακάλυψη, ανάπτυξη και καθιέρωση μέσων και μεθόδων προφύλαξης, έχουν κινητοποιήσει εντατικές προσπάθειες για ανάπτυξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας της πρόληψης ή για τελειοποίηση των ήδη υπαρχόντων μέσων. Γενικώς η τεχνολογία της προφύλαξης από STDs και HIV βασίζεται στη χρήση μεθόδων φραγμού. Στον όρο αυτό περιλαμβάνονται φυσικοί και χημικοί φραγμοί και συνδυασμοί τους. 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 αντικά σκευάσματα. Η αποδοχή και σταθερή χρήση των μεθόδων αυτών συναρτάται από πολλαπλούς παράγοντες, που σχετίζονται είτε με το χρησιμοποιούμενο μέσον, είτε με τους χρήστες.¹⁰

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η ιστορία των Αφροδίσιαων νοσημάτων είναι εξαιρετικώς ενδιαφέρουσα και ελκυστική.¹ Με εξαίρεση το AIDS που μπήκε στην ζωή μας την τελευταία 20ετία, τα περισσότερα αφροδίσια νοσήματα τα γνωρίζουμε εδώ και χιλιάδες χρόνια.⁷ Περιγραφές, ντοκουμέντα και πραγματείες, ανασυρόμενες κατά καιρούς και συνεκτιμώμενες με κατάλληλο τρόπο, συνθέτουν μια ιδιαίτερη ιστορική ενότητα, συνυφασμένη άμεσα με την ανθρώπινη φύση και την ανθρώπινη ύπαρξη, παρά το γεγονός ότι αφορά ουσιαστικά μόνο δύο νοσήματα, τη Σύφιλη και τη Βλεννόρροια.¹

Ο Homo Sapiens υπάρχει σ' αυτόν τον πλανήτη επί δύο εκατομμύρια χρόνια περίπου, αλλά δεν έχουν περάσει παρά μόλις πεντακόσια χρόνια αφότου η Αναγέννηση έφερε την παρατήρηση και την κριτική ανάλυση στην επιστήμη και στην ιατρική. Οι πρώτες αναφορές αναδύονται από τα βάθη των αιώνων, με το χάραμα ίσως της λειτουργίας της ανθρώπινης σκέψης, για να συμπληρωθούν προοδευτικά στους χρόνους της Ελληνιστικής Περιόδου, στους Μεσαιωνικούς Χρόνους επηρεασμένες από την ιδιότυπη φανατική θρησκοληψία, στην Αναγέννηση με εντυπωσιακά λογικότερη θεώρηση, φθάνοντας τελικά στο 19^ο αιώνα με ένα πλούσιο, ιατρικής φύσεως υλικό, υπολογίσιμα ακόμη και σήμερα.¹¹

Οι Κινέζοι πριν 5.000 χρόνια ε γνώριζαν τη βλεννόρροια. Ανευρέθη σαφής περιγραφή για την πυώδη ρύση της ουρήθρας αναφερόμενη με τον όρο Techo, που σημαίνει « αφροδίσια λωβή » μεταδιδόμενη με σεξουαλική μόλυνση.¹

Οι Εβραίοι εμαστίζοντο φαίνεται από την Βλεννόρροια, η οποία αναφέρεται στη Βίβλο, ως ακάθαρτος ρύση της ουρήθρας του ανδρός προερχόμενη από γυναικεία μόλυνση, η οποία εβραϊκά ονομάζεται « ζάμω » (Leviticus XV).¹

Οι Αιγύπτιοι αναφέρονται σε κλινικές περιγραφές Βλεννόρροιας (Eberts parygus 155 π.Χ.). Ανάλογες οδηγίες αναφέρονται από Ινδούς, Άραβες, Έλληνες και Ρωμαίους γιατρούς και φιλοσόφους, ιδιαίτερα από τους Ιπποκράτη, Αριστοτέλη και Πλάτωνα.¹

Από τον Γαληνό καθορίζεται με γλαφυρότητα η κλινική συμπτωματολογία της Βλεννόρροιας χρησιμοποιώντας τους όρους « δυσουρία, στραγγουρία και ισχουρία ».⁹

Ο Benjamin Bell περιέγραψε τις κλινικές διαφορές Βλεννόρροιας και Σύφιλης το 1793. Ο Philippe Ricord το 1838 στην « περί ενοφθαλμισμών » πραγματεία του καθορίζει με σαφή τρόπο το κλινικό περίγραμμα της βλεννόρροιας, ξεχωρίζοντας την από την σύφιλη. Βέβαια θεωρεί τη νόσο απλώς ως φλεγμονώδη αντίδραση, ιδιαίτερα μετά εργώδη

σεξουαλική επαφή αγνοώντας τη μικροβιακή αιτιολογία της. Ο Albert Neisser χρησιμοποιώντας μικροσκόπιο το 1879 αναγνώρισε το αίτιο της βλεννόρροιας.¹

Κατά το τέλος του 19^{ου} αιώνα ο Fournier (1881) στην περίφημη πραγματεία του « Σύφιλις και Γάμος » περιγράφει με σαφήνεια τη Νευροσύφιλη ονομάζοντας την « παρά- σύφιλη », ξεχωρίζοντας έτσι τη σύφιλη ως ιδιαίτερη νοσολογική οντότητα από τη βλεννόρροια.⁹

Σύμφωνα με την Κολομβιανή θεωρία η σύφιλη εισήχθη στην Ευρώπη το 1543 από τη Νότιο Αμερική μέσω των πληρωμάτων του Χριστόφορου Κολόμβου, ο οποίος έφθασε στις Δυτικές Ινδίες το 1542. Ναύτες του Χριστόφορου Κολόμβου αναφέρεται ότι αρρώστησαν μετά από επαφές που είχαν με ιθαγενείς γυναίκες της νήσου Ισπανιόλα, δηλαδή της σημερινής Αϊτής. Σύντομα με την επιστροφή τους στην Ευρώπη η νόσος εμφάνισε μια εκρηκτική επιδημική διασπορά. Ωστόσο, η Κολομβιανή θεωρία για τη διασπορά της συφιλίδος εδραιώθηκε με βάση τις τότε μελέτες του Pussey το 1933, οι οποίες στηρίζονται σε κείμενα Ισπανών γιατρών του 16^{ου} αιώνα.¹

Σύμφωνα με την θεωρία της προσαρμογής, η οποία υποστηρίζεται από πολλούς συγγραφείς μετά την διατύπωσή της από τον Hacket (κατά Robertson et al 1980) όλες οι σπειροχαιτώσεις (τρεπονηματώσεις) έχουν ένα κοινό πρόγονο, δηλαδή μια σαπροφυτική μορφή τρεπονήματος που επιβίωσε αρχικά στη λάσπη. Με την πάροδο του χρόνου πέρασε στα ζώα και ακολούθως στον άνθρωπο. Σιγά- σιγά αναπτύχθηκε μια ποικιλία τρεπονηματώσεων, δηλαδή κλινικών συνδρόμων, ανάλογα με την φυσικά περιβαλλοντολογικής προσαρμογής, βασισμένη στη βιολογική προσπάθεια επιβίωσης του τρεπονήματος. Φαίνεται όμως ότι αρκετά χρόνια πριν γίνουν τα ταξίδια του Κολόμβου υπήρχε η σχετική μολυσματική διασπορά. Σοβαρές μελέτες έχουν αποδείξει με βάση ιστορικά ντοκουμέντα ότι η σύφιλη προϋπήρχε στη Βόρεια Ιταλία, Βοσνία, Ρωσία και αλλού με διάφορα ονόματα αλλά με ακριβή περιγραφή.¹

Προς το τέλος της δεκαετίας του 1990 η Σύφιλη είχε πρακτικά εκριζωθεί από το Δυτικό Κόσμο και η Βλεννόρροια ήταν σπάνια. Τώρα αντιμετωπίζουμε την αναζωπύρωση αυτών των λοιμώξεων. Με την πάροδο του χρόνου, τείνουν να αναπτυχθούν τεχνικές πολλαπλών εξετάσεων, οι οποίες θα ελέγχουν ένα ή περισσότερα βιολογικά δείγματα για μεγάλο φάσμα μικροοργανισμών που μεταδίδονται σεξουαλικά. Πιθανώς θα πρόκειται για μέθοδο πολλαπλών εξετάσεων σε αίμα, ούρα και κολπικές εκκρίσεις, που θα ελέγχουν την ύπαρξη σύφιλης, HBV, HIV, HSV και κύησης. Τα αποτελέσματα θα μπορούσαν να αναλυθούν σε ηλεκτρονικό υπολογιστή που αυτομάτως θα έδινε οδηγίες. Αυτό θα ευχαριστούσε πολλούς συναδέλφους μας, αλλά τι θα γίνει με την προσωπική σχέση ιατρού- ασθενούς, με την τέχνη της ιατρικής, με την παροχή συμβουλών και το βαθμό εμπιστοσύνης που τόσο βοηθά στη

θεραπεία; Η προοπτική φαίνεται δυσμενής αλλά στη ρίζα αυτού του προβλήματος μπορεί να ενυπάρχει λύση.⁹

K

E

Φ

A

Λ

A

I

O

I

***Θ* Ανατομία &
Φυσιολογία
του
γεννητικού
συστήματος
του
ανθρώπου**

1.1. ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Το γεννητικό σύστημα, που χρησιμεύει για την αναπαραγωγή του ατόμου και επομένως για τη διαιώνιση του είδους, διακρίνεται:

A. Στο γεννητικό σύστημα του άνδρα, και

B. Στο γεννητικό σύστημα της γυναίκας.¹²

Τα γεννητικά όργανα, που αποτελούν το γεννητικό σύστημα του άνδρα και της γυναίκας, βρίσκονται άλλα μεν πάνω από το πυελικό έδαφος μέσα στη μικρή πύελο και άλλα έξω από την πυελική κοιλότητα κάτω από το πυελικό έδαφος. Τα όργανα που βρίσκονται μέσα στη μικρή πύελο λέγονται έσω γεννητικά όργανα. Παράγουν τα γεννητικά κύτταρα και παρασκευάζουν διάφορα εκκρίματα και ορμόνες. Τα όργανα που βρίσκονται κάτω από το πυελικό έδαφος λέγονται έξω γεννητικά όργανα και χρησιμεύουν για τη συνουσία και τη συνένωση των γεννητικών κυττάρων των δύο φύλων.¹

1.1.1. Γεννητικό σύστημα του άνδρα

Το γεννητικό σύστημα του άνδρα αποτελείται:

α) Από τους **δυο όρχεις**, δηλαδή τους δυο γεννητικούς αδένες από τους οποίους παράγονται τα σπερματοζώαρια και ορμόνες.¹²

β) Από την **εκφορητική οδό** του σπέρματος, η οποία αποτελείται δεξιά και αριστερά από την **επιδιδυμίτιδα**, τον **σπερματικό πόρο**, την **σπερματοδόχο κύστη** και από τον **εκσπερματικό πόρο**, ο οποίος εκβάλλει στην προστατική μοίρα της ουρήθρας, δίπλα στο σπερματικό λοφίδιο. Από τη θέση αυτή η μεταφορά του σπέρματος γίνεται με την **ουρήθρα**, από το τοίχωμα της οποίας διαπλάσσονται ο **προστάτης αδένας**, ως και οι **βολβουρηθραίοι αδένες**. Κατά συνέπεια όλα τα όργανα αυτά (ουρήθρα, προστάτης και βολβουρηθραίοι αδένες) κατατάσσονται επίσης στο γεννητικό σύστημα του άνδρα.¹²

γ) Από το **πέος** δηλαδή το όργανο της συνουσίας.¹²

Από τα όργανα του γεννητικού συστήματος του άνδρα, οι **όρχεις**, η **επιδιδυμίτιδα**, ο **σπερματικός πόρος** και ο **προστάτης**, χρησιμεύουν για την παραγωγή του σπέρματος, τη διαφύλαξη και τη μεταφορά του, όπως και για την παραγωγή ορμονών. Αυτά αποτελούν τα **έσω γεννητικά όργανα του άνδρα**, ενώ το **πέος** με το **όσχεο** αποτελούν τα **έξω γεννητικά όργανα**.¹

Όρχεις

Οι όρχεις κατάγονται από το μέσο βλαστικό δέρμα και διαπλάσσονται αρχικά στο οπίσθιο κοιλιακό τοίχωμα και μάλιστα δεξιά και αριστερά της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης. Με την πάροδο της ανάπτυξης (διάπλασης) του εμβρύου οι όρχεις κατέρχονται δια μέσου του βουβωνικού πόρου και τελικά εγκαθίστανται μέσα σε εκκόλπωμα του δέρματος, το **όσχεο**, το οποίο βρίσκεται κάτω από τη ρίζα του πέους. Έτσι οι όρχεις, **αν και υπάγονται στα έξω γεννητικά όργανα**, εν τούτοις κατά τον 8^ο περίπου εμβρυϊκό μήνα εξέρχονται από το κύτος της κοιλίας, διαμέσου του βουβωνικού πόρου και εγκαθίστανται έξω από την πυελική κοιλότητα μαζί με τα έξω γεννητικά όργανα.¹³

Εκτός από το όσχεο οι όρχεις περιβάλλονται και από άλλους χιτώνες, οι οποίοι προέρχονται από τις στοιβάδες του πρόσθιου κοιλιακού τοιχώματος. Οι όρχεις κρέμονται μέσα από ένα σχοινοειδές σώμα, τον **σπερματικό τόνο**. Συνήθως ο αριστερός όρχις βρίσκεται πιο χαμηλά από τον δεξιό. Καθένας από τους όρχεις αποτελείται από δυο όργανα με διαφορετική καταγωγή, υφή και λειτουργία, δηλαδή από τον **κυρίως όρχι** και από τη **επιδιδυμίτιδα**. Ο **κυρίως όρχις** (ή **δίδυμος**) αποτελεί το γεννητικό αδέν, γιατί παράγει τα σπερματοζωάρια και λειτουργεί και ως ενδοκρινής αδέν. Η **επιδιδυμίτιδα**, στενά συνδεδεμένη με τον όρχι, αποτελεί κυρίως μέρος της εκφορητικής οδού του σπέρματος.¹³

1. Κυρίως όρχις

Ο κυρίως όρχις (ή δίδυμος) έχει χρώμα υποκίανο, **μέγεθος** καρυδιού και **σχήμα** ελλειψοειδές, που είναι αποπλατυσμένο από τα πλάγια. Το **μήκος** κάθε όρχεως είναι 4- 5 εκ. και το **βάρος** 12- 15 γραμ.¹⁴

Στον όρχι διακρίνουμε **δυο χείλη**, πρόσθιο και οπίσθιο, **δυο άκρα** ή πόλους, το άνω και το κάτω και **δυο επιφάνειες**, την έσω και την έξω.¹⁴

Από τα **χείλη**, το **πρόσθιο** στρέφεται μπροστά και έξω και είναι ελεύθερο, ενώ το **οπίσθιο χείλος** στρέφεται προς τα πίσω και έσω και συνάπτεται με το σώμα και την ουρά της επιδιδυμίτιδας. Κατά μήκος του οπίσθιο χείλους ανέρχεται ο σπερματικός πόρος.¹³

Από τα **άκρα** (πόλους), το **άνω** φέρεται προς τα άνω, μπροστά και έξω και εμφανίζει μικρή κυστοειδή απόφυση, την **αρχική υδατίδα** (Morgani). Συνάπτεται με την επικείμενη κεφαλή της επιδιδυμίτιδας. Το **κάτω άκρο** συνδέεται με τον πυθμένα του οσχέου με τον οσχέικό σύνδεσμο.¹³

Από τις **επιφάνειες**, η **έσω** είναι επίπεδη, η **έξω** είναι υπόκυρτη και χωρίζεται από την επιδιδυμίτιδα με μια κατάδυση του ίδιου ελυτροειδούς χιτώνα, τον επιδιδυμικό κόλπο, στα άκρα του οποίου βρίσκονται ο άνω και ο κάτω σύνδεσμος της επιδιδυμίδας.¹³

2. Επιδιδυμίδα

Η επιδιδυμίδα έχει **σχήμα** μηνοειδές και **μήκος** 5- 6 εκ. Αποτελεί μοίρα της εκφορητικής οδού του όρχεως και επικάθεται στο άνω μέρος (πόλο) και στο οπίσθιο χείλος του όρχεως.¹⁴

Μέρη. Για την περιγραφή της επιδιδυμίδας διακρίνουμε τρία μέρη, την κεφαλή, το σώμα και την ουρά.¹⁴

Η **κεφαλή** επικάθεται στον άνω πόλο του όρχεως και συνδέεται με αυτόν με συνδετικό ιστό και με τα λόβιά της. Στην κεφαλή της επιδιδυμίδας βρίσκεται κυστεοειδής απόφυση, η **απόφυση της επιδιδυμίδας**.¹³

Το **σώμα** φέρεται κατά μήκος του οπίσθιου χείλους του όρχεως και συνάπτεται με αυτό με συνδετικό ιστό. Το σώμα της επιδιδυμίδας χωρίζεται από την έξω επιφάνεια του όρχεως με τον επιδιδυμικό κόλπο.¹³

Η **ουρά** της επιδιδυμίδας αποτελεί τη συνέχεια του σώματος και αρχίζει στο ύψος του κάτω συνδέσμου της επιδιδυμίδας. Από εκεί φέρεται μέχρι τον κάτω πόλο του όρχεως, όπου ανακάμπει προς τα άνω και μεταβαίνει στον σπερματικό πόρο.¹³

Σπέρμα και έσω έκκριση του όρχεως

Το **αμιγές σπέρμα**, που προέρχεται από τον όρχι, αποτελείται μόνο από σπερματοζώαρια, ενώ το **εκσπερμάτισμα** είναι δείγμα διαφόρων εκκριμάτων, δηλαδή: του όρχεως, της επιδιδυμίδας, των σπερματοδόχων κύστεων, του προστάτη κ.λπ.¹⁴

Κάθε εκσπερμάτισμα περιέχει 200- 250 εκατομμύρια σπερματοζώαρια, των οποίων ο αριθμός ελαττώνεται μετά από συχνές εκσπερματίσεις. Το πρόσφατο εκσπερμάτισμα είναι παχύρευστο, θολό και αδιάλυτο στο νερό. Εμφανίζει αντίδραση αλκαλική και οσμή ιδιάζουσα (όπως από βρασμένα κάστανα). Η οσμή αυτή οφείλεται στο έκκριμα του προστάτη, στην **σπερμίνη**. Η κίνηση των σπερματοζωαρίων οφείλεται σε εκκρίματα των γεννητικών αδένων και αναστέλλεται από το ψύχος ή από την υψηλή θερμοκρασία, σε όξινο περιβάλλον και σε παθήσεις του προστάτη, όπως και από άλλους παράγοντες.¹⁴

Έσω έκκριση. Οι όρχεις εκτός από τα σπερματοζώαρια παράγουν ορμόνες (τεστοστερόνη), με τις οποίες ρυθμίζεται η γενετήσια ορμή, η ανάπτυξη των διαφόρων σωματικών γνωρισμάτων και η διαμόρφωση του ψυχικού χαρακτήρα του άνδρα. Οι ορμόνες του όρχεως εκκρίνονται από τα διάμεσα κύτταρα του Leydig, τα οποία αποτελούν την ενδοκρινή μοίρα του.¹⁴

Όσχεο

Το **όσχεο** αποτελεί δερμάτινο περίβλημα των όρχεων και στερείται υποδόριου λίπος. Διαφέρει από το υπόλοιπο δέρμα για την πιο βαθιά του χροιά, για τις αραιές του τρίχες, για την αφθονία των σμηγματογόνων και ιδρωτοποιών αδένων και για τις άφθονες και εγκάρσιες ρυτίδες του, οι οποίες οφείλονται στον υποκείμενο δαρτό χιτώνα.¹

Στην αρχή σχηματίζονται δυο όσχεα (δεξιό, αριστερό), τα οποία αργότερα συγκολλώνται το ένα με το άλλο. Κατά τη θέση συγκόλλησής τους σχηματίζονται προς τα έξω και στο μέσο του όσχεου, η **ραφή του όσχεου** και προς τα έσω, οβελιαίο ινώδες πέταλο, το **διάφραγμα του οσχέου**, με το οποίο το όσχεο διαιρείται σε δυο θαλάμους.¹

Σπερματικός πόρος

Ο **σπερματικός πόρος** έχει μήκος 40- 50 εκ. και αποτελεί τον κύριο εκφορητικό πόρο του όρχεως. Αποτελεί τη συνέχεια της ουράς της επιδιδυμίτιδας και εκτείνεται από τον κάτω πόλο του όρχεως, μέχρι τη βάση του προστάτη, όπου αναστομώνεται με την σπερματοδόχο κύστη και μεταβαίνει στον εκσπερματικό πόρο.¹²

Πορεία - Μοίρες. Του σπερματικού πόρου, ανάλογα με τις χώρες τις οποίες περνάει, διακρίνουμε πέντε μοίρες: Την **αρχική**, την **τονική**, τη **βουβωνική**, την **πυελική** και την **κυστική**. Ο πόρος αρχίζει στο ίδιο ύψος με τον κάτω πόλο του όρχεως. Στην αρχή, φέρεται ελικοειδώς και κατόπιν ευθέως, προς τα άνω, κατά μήκος του οπισθίου χείλους του όρχεως και επί τα εντός της επιδιδυμίδας (**αρχική** μοίρα). Κατόπιν, πορεύεται μέχρι το υποδερμάτιο στόμιο του βουβωνικού πόρου, βρισκόμενος στην οπίσθια μοίρα του σπερματικού τόνου (**τονική** μοίρα). Η μοίρα αυτή είναι ψηλαφητή στον ζώντα. Αφού περάσει το βουβωνικό πόρο, μαζί με τα λοιπά ανατομικά μέρη του σπερματικού τόνου φθάνει στο κοιλιακό στόμιο του πόρου (**βουβωνική** μοίρα). Πιο πέρα, ο σπερματικός πόρος αφού ξεχωρίσει από τον σπερματικό τόνο, πορεύεται με την εκφορητική αρτηρία. Χιάζεται με τα κάτω επιγάστρια και

τα έξω λαγόνια αγγεία και πορεύεται στο πλάγιο πυελικό τοίχωμα, επί τα εντός από την ομφαλική αρτηρία και τα θυροειδή αγγεία και νεύρα (**πυελική μοίρα**). Από κει, χιάζεται με τον ουρητήρα και φέρεται πίσω από την ουροδόχο κύστη και επί τα εντός από τη σπερματοδόχο κύστη, μέχρι τη βάση του προστάτη (**κυστική μοίρα**).¹⁴

Το τελικό τμήμα, δηλαδή η κυστική μοίρα του σπερματικού πόρου, είναι ατρακτοειδώς ανευρυσμένη και σχηματίζει την **σπερματική λήκυθο**. Αυτή βρίσκεται πάνω από τη βάση του προστάτη και κάτω από το περιτόναιο της ουροδόχου κύστης. Φέρεται λοξά από τα άνω και έξω προς τα κάτω και έσω και αφορίζει με την αντίθετη, το **μεσοληκυθικό τρίγωνο**. Στο τρίγωνο αυτό, η βάση του στρέφεται προς τα άνω και η κορυφή του προς τα κάτω, προς τη βάση του προστάτη, όπου οι δυο σπερματικοί πόροι βρίσκονται ο ένας δίπλα στον άλλο.¹⁴

Εκσπερματικοί πόροι

Κάθε εκσπερματικός πόρος (2 εκ.) αποτελεί το πιο ευρύ ουραίο πέρασ του σύστοιχου σπερματικού πόρου, στο οποίο πέρασ εκβάλλει ο πόρος αυτός και η σπερματοδόχος κύστη. Έτσι, ο εκσπερματικός πόρος σχηματίζεται πάνω από τη βάση του προστάτη από τη συμβολή της σπερματικής ληκύθου με τον αυχένα της σύστοιχης σπερματοδόχου κύστης. Από τη βάση του προστάτη φέρεται κατόπιν, δια μέσου αυτού, λοξά από τα άνω και πίσω προς τα κάτω και πρόσω. Εκβάλλει στην προστατική μοίρα της ουρήθρας και μάλιστα στα πλάγια του **σπερματικού λοφιδίου**.¹²

Σπερματικός τόνος

Ο **σπερματικός τόνος** έχει μήκος 15 εκ. και εκτείνεται από τον άνω πόλο του όρχεως μέχρι το κοιλιακό στόμιο του βουβωνικού πόρου, όπου τα διάφορα μόρια τα οποία αποτελούν τον τόνο, αποχωρίζονται το ένα από το άλλο. Αυτά τα μόρια πορεύονται μετά σε διαφορετική κατεύθυνση το καθένα.¹²

Από τοπογραφική άποψη, διακρίνουμε στον τόνο δυο μοίρες, την οσχείκη και τη βουβωνική. Η **οσχείκη** περιβάλλεται από έλυτρα, τα οποία αποτελούν τη συνέχεια των διαφόρων στοιβάδων του πρόσθιου κοιλιακού τοιχώματος και εκτείνεται από τον όρχι μέχρι το υποδερμάτιο στόμιο του βουβωνικού πόρου. Η βουβωνική μοίρα είναι βραχεία και βρίσκεται μέσα στο βουβωνικό πόρο.¹²

Πέος

Το πέος αποτελεί το όργανο της συνουσίας και βρίσκεται μπροστά από την ηβική σύμφυση και πάνω από το όσχεο. Όταν βρίσκεται σε χάλαση εμφανίζει σχήμα όμοιο με κύλινδρο και σε στύση τρίγωνο πρισματικό. Οι διαστάσεις του εξαρτώνται κατά πολύ από την κατάσταση, στην οποία αυτό βρίσκεται (σε χάλαση ή σε στύση).¹³

Το πέος εμφανίζει δυο μοίρες, την **περινεϊκή** και την **ελεύθερη μοίρα**. Η **ελεύθερη μοίρα** ή **το κυρίως πέος**, όταν βρίσκεται σε χάλαση, φέρεται προς τα κάτω και αιωρείται μπροστά από την ηβική σύμφυση. Η **περινεϊκή ή κρυμμένη μοίρα** προσφύεται στον ηβοϊσχιακό κλάδο του ανώνυμου οστού και καλύπτεται από το δέρμα του περινέου. Η μοίρα αυτή εμφανίζει λοξή φορά από τα πίσω και κάτω προς τα πρόσω και άνω και σχηματίζει με την ελεύθερη μοίρα του πέους, όταν βρίσκεται χαλαρό, την ονομαζόμενη **πεικλή γωνία**, της οποίας το κυρτό στρέφεται προς τα άνω και μπροστά. Η γωνία αυτή κατά τη στύση ή την ανύψωση του κυρίως πέους προς την κοιλιά εξαφανίζεται. Όταν το πέος βρίσκεται σε στύση, στην κάτω επιφάνεια του είναι δυνατό να ψηλαφήσουμε το σπαραγγώδες σώμα της ουρήθρας.¹⁴

Στο πέος διακρίνουμε τρία μέρη δηλαδή: τη **βάλανο**, το **σώμα** και τη **ρίζα**. Η ρίζα δεν χωρίζεται σαφώς από το σώμα, ενώ ανάμεσα στο σώμα και τη βάλανο υπάρχει σαφές όριο, ο **αυχένας του πέους**.¹

Η **βάλανος** έχει σχήμα κώνου λοξά κομμένου. Η κορυφή της βάλανου διατρυπάται από το έξω στόμιο της ουρήθρας. Η βάση της λοξά κομμένη, αφορίζεται από κυκλοτερές χείλος, που προέχει, το οποίο ονομάζεται **στεφάνη της βάλανου**, πίσω από την οποία βρίσκεται η **στεφαναία αύλακα**. Ο πυθμένας της στεφαναίας αυτής αύλακας ονομάζεται **αυχένας του πέους**.¹

Η στεφαναία αύλακα, κάτω και αντίστοιχα προς τη μέση γραμμή, διακόπτεται από δερματική πτυχή, που φέρεται οβελιαίως, τον **χαλινό της ακροπροσθίας**. Δεξιά και αριστερά από τον χαλινό βρίσκεται αβαθές εντύπωμα, ο **βόθρος του χαλινού**.¹

Το **σώμα** του πέους είναι κυλινδρικό (σε χάλαση) ή τρίγωνο πρισματικό (σε στύση) και εμφανίζει **τέσσερις επιφάνειες**, την άνω ή πρόσθια (ραχιαία), την κάτω ή οπίσθια (ουρηθραία) και δυο πλάγιες. Το σώμα καλύπτεται από δέρμα λείο και πολύ ελαστικό, την **πόσθη**.²

Η **ρίζα** του πέους είναι κρυμμένη στην ουρογεννητική χώρα του περινέου. Αποτελείται από τρία μέρη, δηλαδή: **α)** από τα οπίσθια άκρα (**σκέλη**) των σπαραγγιδών σωμάτων του

πέους, τα οποία απομακρύνονται το ένα από το άλλο και προσφύονται σταθερά στους κάτω ηβοϊσχιακούς κλάδους του ανώνυμου οστού και β) από τον **βολβό του σηραγγώδους σώματος της ουρήθρας**.¹

Προστάτης

Ο προστάτης αποτελεί ιδιαίτερο όργανο του άνδρα. Είναι αδενουώδες όργανο που διαπερνάται από την ουρήθρα και περικλείει μέσα του τους εκσπερματικούς πόρους και τον προστατικό κόλπο. Οι διαστάσεις του ποικίλλουν στα διάφορα άτομα. ανέρχονται κατά μέσο όρο στον ενήλικο σε 3 εκ. το μήκος, σε 4 εκ. το πλάτος και σε 20 γραμ. περίπου το βάρος του. Το όργανο αυτό, συνήθως μετά το 50^ο έτος της ηλικίας του άνδρα, υπερτρέφεται. Έτσι προκαλούνται ενοχλήματα, τα οποία προέρχονται κυρίως από την πίεση της ουρήθρας.¹³

Ο προστάτης έχει μέγεθος και σχήμα κάστανου και εμφανίζει από περιγραφική πλευρά τέσσερις επιφάνειες (πρόσθια, οπίσθια και δυο πλάγιες) βάση και κορυφή.¹²

Ο προστάτης βρίσκεται στην υποπεριτοναϊκή χώρα της μικρής πυέλου μεταξύ του πιο κάτω μέρους της ηβικής σύμφυσης και της ληκύθου του ορθού, κάτω από την ουροδόχο κύστη, τις σπερματοδόχους κύστεις και από τις σπερματικές ληκύθους και πάνω από το ουρογεννητικό τρίγωνο.¹³

Ανδρική ουρήθρα

Η **ουρήθρα του άνδρα** αποτελεί **ουρογεννητικό σωλήνα** από τον οποίο περνάνε τα ούρα και το σπέρμα. Αρχίζει από τον πυθμένα της ουροδόχου κύστης και εκβάλλει τελικά στην κορυφή της βαλάνου του πέους.¹²

Η ανδρική ουρήθρα βρίσκεται, κατά το μεγαλύτερο μέρος της, έξω από την πυελική κοιλότητα και σχηματίζει όταν βρίσκεται σε χάλαση το πέος δυο καμπές, την περινεϊκή και την ηβική. Η **περινεϊκή καμπή**, περιβάλλει από τα κάτω την ηβική σύμφυση και στρέφει το κοίλο μπροστά και άνω και το κυρτό της προς τα πίσω. Η **ηβική καμπή** σχηματίζεται μπροστά από την ηβική σύμφυση και στρέφει το κυρτό προς τα άνω και το κοίλο της προς τα κάτω. Η περιτοναϊκή καμπή είναι σταθερή ενώ η ηβική εξαρτάται από τη θέση και την κατάσταση του πέους και συνήθως είναι ασταθής. Η ηβική καμπή εξαφανίζεται κατά την άρση του πέους προς την κοιλιά, όπως κατά τον καθετηριασμό ή κατά τη στύση.¹²

Η ανδρική ουρήθρα αρχίζει από τον πυθμένα της ουροδόχου κύστης, από το **έσω στόμιό** της και διελάνει κατ' αρχή τον προστάτη, κατόπιν το ουρογεννητικό διάφραγμα και τέλος το σηραγγώδες σώμα της ουρήθρας, στη βάλανο του οποίου εκβάλλει, με το **έξω στόμιό** της. Συνεπώς στην ουρήθρα, από περιγραφική πλευρά, διακρίνουμε τρεις μοίρες, δηλαδή: την **προστατική**, την **υμενώδη** και τη **σηραγγώδη**.¹³

Το μήκος της ουρήθρας γενικά ανέρχεται σε 20 εκ., από τα οποία 3- 4 εκ. ανήκουν στην προστατική μοίρα, 1,5- 2 εκ. στην υμενώδη και 11- 14 εκ. στη σηραγγώδη μοίρα. Ακόμη στην ουρήθρα είναι δυνατόν να διακρίνουμε από εμβρυολογική και πρακτική πλευρά δυο μοίρες, την οπίσθια και την πρόσθια. Το όριο των δυο μοιρών αντιστοιχεί στις εκβολές των εκσπερματικών πόρων. Η **οπίσθια ουρήθρα** είναι βραχύτερη, αποτελεί αμιγή ουροσωλήνα και αντιστοιχεί στη γυναικεία ουρήθρα. Η **πρόσθια ουρήθρα** είναι επιμηκέστερη, αποτελεί μεικτό ουρογεννητικό σωλήνα και αντιστοιχεί στον ουρογεννητικό κόλπο της γυναίκας, δηλαδή στον πρόδρομο του κολεού.¹⁴

Η **προστατική μοίρα της ουρήθρας** (3- 4 εκ.) αρχίζει από το έσω στόμιο (κυστικό) της, και περνάει τον προστάτη κάθετα και κοντά προς την πρόσθια του επιφάνεια έτσι, ώστε το μεγαλύτερο μέρος του προστάτη βρίσκεται πίσω της. Σε εγκάρσια διατομή εμφανίζει σχήμα πετάλου αλόγου, του οποίου το κοίλο φέρεται προς τα πίσω.¹³

Όταν ανοίξουμε την προστατική μοίρα της ουρήθρας κατά μήκος και από μπροστά, θα παρατηρήσουμε στο οπίσθιο τοίχωμά της και κατά τη μέση γραμμή ότι ο βλενογόνος σηκώνεται σε επιμήκη ακρολοφία, την **ουρηθραία ακρολοφία**. Η ακρολοφία αυτή αποτελεί τη συνέχεια της κιονίδας του κυστικού τριγώνου και εκτείνεται μέχρι την υμενώδη ουρήθρα, όπου αποσχίζεται σε δυο σκέλη τους **χαλινούς** της ουρηθραίας ακρολοφίας. η μέση μοίρα της ουρηθραίας ακρολοφίας είναι πιο παχιά και αποτελεί το **σπερματικό λοφίδιο**, στο ελεύθερο χείλος του οποίου βρίσκεται σχισμή, που οδηγεί προς τα άνω και πίσω, σε κόλπωμα που εκτείνεται και μέσα στον προστάτη, τον **προστατικό κόλπο**. Δεξιά και αριστερά από το σπερματικό λοφίδιο βρίσκονται οι **παραλοφίδιες αύλακες**.¹⁴

Στις πλευρές του σπερματικού λοφιδίου, δεξιά και αριστερά από το στόμιο του προστατικού κόλπου, βρίσκονται τα στόμια των εκσπερματικών πόρων και, πίσω από τα στόμια αυτά, τα στόμια των δυο μεγάλων πόρων των αδένων του προστάτη. Στις παραλοφίδιες αύλακες βρίσκονται ακόμα τα στόμια των μικρών εκφορητικών πόρων των αδένων του προστάτη.¹⁴

Η **υμενώδης (διαφραγματική) μοίρα** της ουρήθρας περνάει το ουρογεννητικό τρίγωνο και αντιστοιχεί στην περινεϊκή καμπή. Εκτείνεται από την κορυφή του προστάτη μέχρι το βολβό της ουρήθρας. Η μοίρα αυτή είναι πιο βραχεία (1,5- 2 εκ.) και υποδιαιρείται σε δυο

ακόμη μικρότερες μοίρες την τριγωνιαία και την μετατριγωνιαία ή βολβική μοίρα. Η **τριγωνιαία μοίρα** που είναι κλεισμένη μέσα στο ουρογεννητικό τρίγωνο με το οποίο συνδέεται στενά, είναι ακίνητη και πιο στενή. Η **μετατριγωνιαία ή βολβική μοίρα** βρίσκεται μπροστά από το ουρογεννητικό τρίγωνο και πάνω από το βολβό του σηραγγώδους σώματος της ουρήθρας. Αντιστοιχεί στο κυρτό της περινεϊκής καμπής. Η μοίρα αυτή περιβάλλεται κατά το άνω τοίχωμά της από χαλαρό συνδετικό ιστό και έτσι γίνεται ακίνητη και ευρεία. Εμφανίζει, αντίστοιχα προς το κάτω τοίχωμά της, ανεύρυσμα, το βολβικό βόθρο.¹⁴

Η **σηραγγώδης μοίρα** της ουρήθρας είναι η πιο επιμήκης (11- 14 εκ.) και αρχίζει από την υμενώδη μοίρα της ουρήθρας. Εισέρχεται από την άνω επιφάνεια του βολβού, λοξά από τα άνω και πίσω προς τα κάτω και μπροστά, και περνάει το σηραγγώδες σώμα της ουρήθρας.¹³

Ο βλεννογόνος στη σηραγγώδη μοίρα εμφανίζει **επιμήκειες πτυχές**, που εξαφανίζονται κατά την ούρηση. Εμφανίζει στο κάτω τοίχωμα, μπροστά από το βολβικό ανεύρυσμα, τα **στόμια των βολβουρηθραίων αδένων**. Στο άνω (πρόσθιο) τοίχωμα παρουσιάζει τρήματα, που οδηγούν στους **ουρηθραίους κόλπους**, των οποίων ο πυθμένας φέρεται προς τα άνω και πίσω. Τέλος, αντίστοιχα προς τη βάλανο, η σηραγγώδης μοίρα της ουρήθρας ανευρύνεται στο **σκαφοειδή βόθρο**. Από το άνω τοίχωμα του βόθρου, και σε απόσταση 1,5- 2 εκ. από το έξω στόμιο, φέρεται προς τα κάτω και μπροστά εγκάρσια πτυχή του βλεννογόνου, η **βαλβίδα του σκαφοειδούς βόθρου (Guerin)**. Η βαλβίδα αυτή, με το αντίστοιχο άνω τοίχωμα της ουρήθρας, σχηματίζει κόλπωμα ανοικτό από μπροστά.¹⁴

Αυλός της ουρήθρας. Το εύρος γενικά του αυλού της ουρήθρας ανέρχεται σε 6- 10 χιλ. Ο αυλός της ουρήθρας δεν έχει σ' όλο το μήκος της το ίδιο εύρος. Εμφανίζει ανευρύσματα και στενώματα, ενδιαφέροντα από πρακτική άποψη.¹⁴

Τα **ανευρύσματα** της ουρήθρας είναι τρία:

- α) Το **σκαφοειδές** (σκαφοειδής βόθρος), που βρίσκεται πίσω από το έξω στόμιο της ουρήθρας.
- β) Το **βολβικό**.
- γ) Το **προστατικό** (προστατική μοίρα).¹²

Τα **στενώματα της ουρήθρας** είναι επίσης τρία:

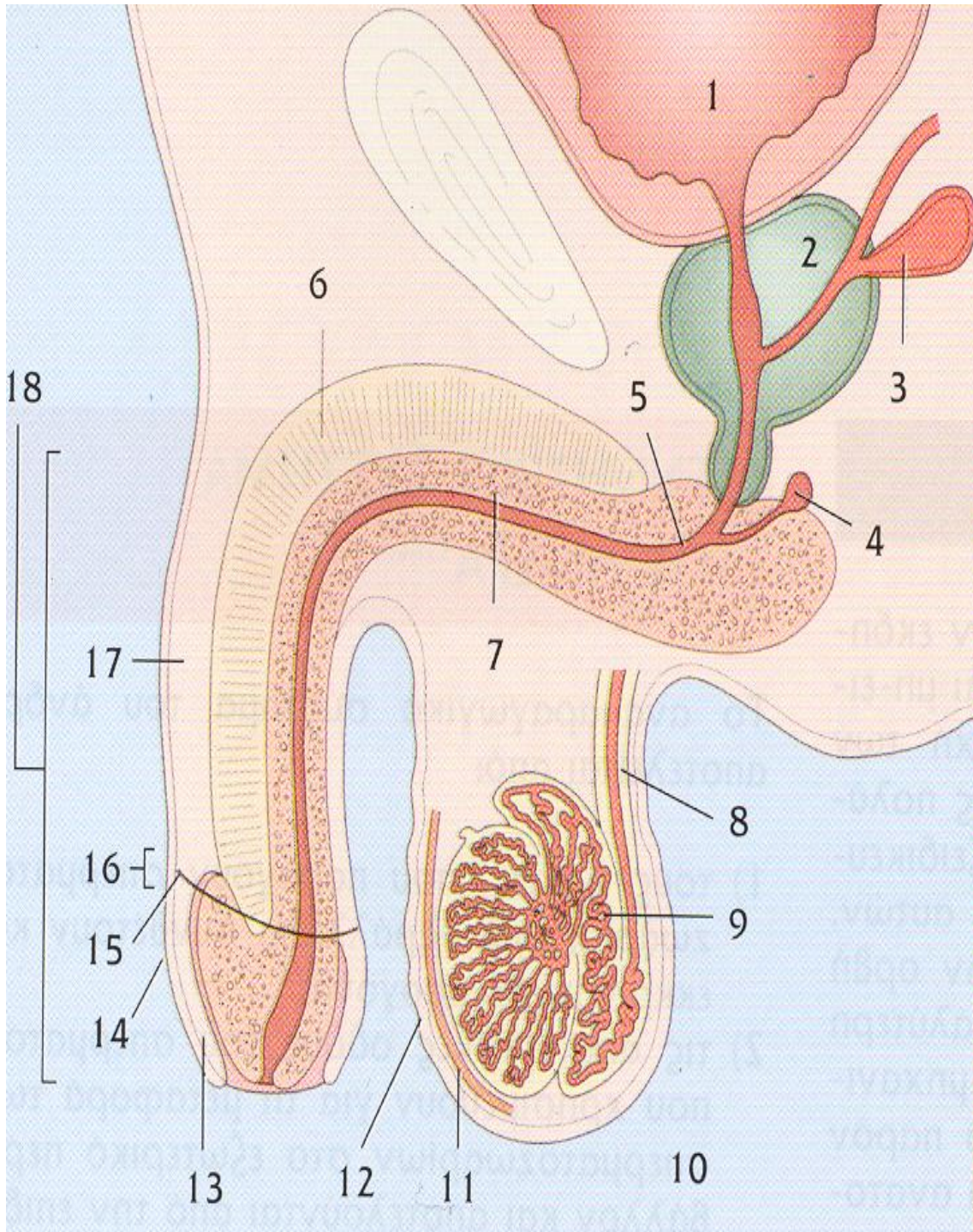
- α) Το **έξω στόμιο** της ουρήθρας.
- β) Η **σηραγγώδης μοίρα**, εκτός από τον σκαφοειδή βόθρο.
- γ) Η **τριγωνιαία μοίρα** της ουρήθρας, δηλαδή αυτή που διέρχεται από το ουρογεννητικό τρίγωνο. Η μοίρα αυτή της ουρήθρας περιβάλλεται από το γραμμωτό σφιγκτήρα μυ και

είναι η πιο στενή και ακίνητη και προβάλλει πρώτη αντίσταση στην εισαγωγή του καθετήρα.¹²

Βολβουρηθραίοι αδένες

Οι **βολβουρηθραίοι αδένες (Cowper)** είναι δυο και έχουν μέγεθος περίπου σαν κουκούτσι κερασιού και χρώμα καστανοκίτρινο. Βρίσκονται στο ουρογεννητικό τρίγωνο, πίσω από τον βολβό της ουρήθρας και κάτω και στα πλάγια της υμενώδους μοίρας της ουρήθρας. Ο εκφορητικός πόρος τους, μήκους 4 εκ. εκβάλλει στο κάτω τοίχωμα της σφραγγώδους ουρήθρας, μπροστά από το βολβικό της ανεύρυσμα, και σε απόσταση 1- 2 χιλ. από τον αντίθετο.¹²

Οι αδένες αυτοί είναι σύνθετοι σωληνοκυψελοειδείς και παράγουν έκκριμα αλκαλικής αντίδρασης το οποίο χύνεται στην ουρήθρα κατά την γενετήσια διέγερση, πριν την εκσπερμάτιση και έτσι εξουδετερώνει το όξινο περιβάλλον της, το οποίο είναι βλαπτικό για τις κινήσεις των σπερματοζωαρίων.¹²



ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ ΤΟΥ ΑΝΔΡΑ

ΣΧΗΜΑ 1 1. Ουροδόχος κύστης, 2. προστάτης, 3. σπέρματοδόχος κύστης, 4. βολβοουρηθρικός αδένας, 5. ουρήθρα, 6. σπυραγγώδες σώμα, 7. σπογγώδες σώμα, 8. σπέρματικός τόνος, 9. επιδιδυμίδα, 10. όρχις, 11. δαρτός μυς, 12. δέρμα οσχέου, 13. ακροποσθία, 14. βάλανος, 15. στεφανιαία αύλακα, 16. στεφάνη της βαλάνου του πέους, 17. κορμός πέους, 18. πέος.

1.1.2. Γεννητικό σύστημα της γυναίκας

Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας αποτελείται:

- α) Από τις δυο **ωοθήκες**, οι οποίες αποτελούν τους γεννητικούς αδένες της γυναίκας και παράγουν τα ωάρια, όπως και σπουδαιότερες ορμόνες (την θυλακίνη, την ωχρίνη, κ.λπ.)¹²
- β) Από τις **σάλπιγγες ή ωαγωγούς**, κάθε μια από τις οποίες με το ένα άκρο της περιβάλλει τη σύστοιχη ωοθήκη, ενώ με το άλλο άκρο εκβάλλει στην μήτρα.. Οι ωαγωγοί αποτελούν μυώδεις σωλήνες και χρησιμεύουν για την μεταφορά των ωαρίων στη μήτρα. Μέσα στις σάλπιγγες γίνεται η γονιμοποίηση των ωαρίων.¹²
- γ) Από τη **μήτρα**, η οποία αποτελεί κοίλο μυώδες όργανο και χρησιμεύει για την κύηση, για τον τοκετό και για την έμμηνη ρύση.¹²
- δ) Από τον **κολεό**, ο οποίος προς τα άνω περιβάλλει τον τράχηλο της μήτρας, ενώ με το κάτω άκρο του εκβάλλει στο αιδοίο. Χρησιμεύει για την υποδοχή του πέους κατά την συνουσία και για την δίοδο του κυήματος κατά τον τοκετό.¹²
- ε) Από το **αιδοίο**, το οποίο αποτελείται από την **κλειτορίδα**, από τα **μεγάλα** και **μικρά χείλη**, όπως από τους **αδένες του προδόμου** (Bartholini). Χρησιμεύει μαζί με τον κολεό για τη συνουσία.¹²

Τα **γεννητικά όργανα της γυναίκας** διακρίνονται, όπως και στον άνδρα, σε **έσω**, τα οποία βρίσκονται μέσα στην πύελο και **έξω** γεννητικά όργανα που βρίσκονται έξω από την πύελο. Τα **έσω** γεννητικά όργανα αποτελούνται από τις ωοθήκες, από τους ωαγωγούς, από τη μήτρα και από τον κολεό. Τα **έξω** γεννητικά όργανα αποτελούνται μόνο από το αιδοίο. Σαν όριο ανάμεσα στα έσω και στα έξω γεννητικά όργανα χρησιμεύει ο **παρθενικός υμένας**.¹

Ωοθήκη

Οι δυο ωοθήκες (δεξιά, αριστερή) είναι οι γεννητικοί αδένες της γυναίκας. Αποτελούν μεικτούς αδένες, οι οποίοι παράγουν τα γεννητικά κύτταρα της γυναίκας, δηλαδή τα ωάρια και σπουδαιότερες ορμόνες. Το **μήκος** κάθε ωοθήκης ανέρχεται σε 3- 4 εκ., το **πλάτος** σε 1,2- 2 εκ. και το **βάρος** σε 6- 10 γραμμ.¹⁵

Οι **ωοθήκες** διαπλάσσονται αρχικά δεξιά και αριστερά από την οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης. Από το 3^ο εμβρυϊκό μήνα κατέρχονται προς τη μικρή πύελο, όπου, με την εμφάνιση της ήβης, καταλαμβάνουν τη μόνιμή τους θέση. Έτσι κάθε ωοθήκη, μετά το 15^ο έτος περίπου της ηλικίας, βρίσκεται στο πλάγιο τοίχωμα της μικρής πυέλου, αντίστοιχα

προς τον έσω θυρεοειδή μυ, σε κόλπωμα του περιτοναίου, το οποίο ονομάζεται **ωοθηκικός βόθρος**.¹⁴

Λόγω της ανατομικής σύνδεσης της ωοθήκης με τον πλατύ σύνδεσμο και τη μήτρα, η φυσιολογική θέση της στον ωοθηκικό βόθρο δεν είναι σταθερή αλλά μεταβάλλεται κατά την κύηση ανάλογα με τις μεταβολές της θέσης της μήτρας.¹⁴

Το χρώμα των ωοθηκών είναι ερυθρόφαιο, και οι επιφάνειές τους στην έφηβη γυναίκα είναι ανώμαλες και με προεξοχές. Σε κάθε ωοθήκη, που έχει σχήμα ελλειψοειδές και αποπλατυσμένο από τα πλάγια, διακρίνουμε **δυο χείλη**, το **πρόσθιο** και το **οπίσθιο**, **δυο άκρα**, το **άνω** και το **κάτω** και **δυο επιφάνειες** την **έξω** και την **έσω**.¹⁶

Ωαγωγοί

Οι ωαγωγοί ή σάλπιγγες είναι δυο μυώδεις σωλήνες, οι οποίοι χρησιμεύουν για την μεταφορά στη μήτρα του τυχόν γονιμοποιηθέντος μέσα στη λήκυθο τους ωαρίου. Κάθε ωαγωγός έχει μήκος 10- 12 εκ. και είναι κλεισμένος στο άνω χείλος του πλατέος συνδέσμου της μήτρας. Με το ένα άκρο του εκβάλλει στη μήτρα και με το άλλο ακουμπάει, με το κροσσωτό έξω άκρο του, στη σύστοιχη ωοθήκη.¹²

Μέρη. Του ωαγωγού, από τα έσω προς τα έξω, διακρίνουμε τη **μητριάια μοίρα**, τον **ισθμό**, τη **λήκυθο** και τον **κώδωνα ή χώνη**. **Ακόμη διακρίνουμε τον αυλό, ο οποίος εκβάλλει με δυο στόμια, το έσω ή μητριάιο και το έξω ή κοιλιακό.**¹²

Η **μητριάια μοίρα** έχει μήκος 1 εκ. και εύρος 0,5- 1 χιλ. Διέρχεται την πλάγια γωνία του πυθμένα της μήτρας, διατηρεί όμως το δικό του χιτώνα γι' αυτό και ονομάζεται **ενδοτοιχική μοίρα του ωαγωγού**.¹³

Ο **ισθμός του ωαγωγού** έχει μήκος 3- 5 εκ. και εύρος 3- 5 χιλ. Αρχίζει από την πλάγια γωνία του πυθμένα της μήτρας μέχρι τον κάτω πόλο (άκρο) της ωοθήκης. Πίσω και παράλληλα με τον ισθμό φέρεται ο ίδιος ο σύνδεσμος της ωοθήκης, ενώ μπροστά και κάτω από αυτόν φέρεται ο στρογγυλός σύνδεσμος της μήτρας.¹³

Η **λήκυθος** είναι ελικοειδής και αποτελεί την πιο επιμήκη (7- 8 εκ.) και πιο ευρεία (7- 8 χιλ.) μοίρα του ωαγωγού. Περιγράφει γύρω από την ωοθήκη αγκύλη, που περιβάλλει το άνω άκρο, το πρόσθιο και κατά ένα μέρος το οπίσθιο χείλος της ωοθήκης.¹³

Ο **κώδωνας** (ή χώνη) αποτελεί τη συνέχεια της ληκύθου και είναι ανευρυσμένος σαν χωνί. Χαρακτηριστικά το χείλος του και γενικότερα το τοίχωμά του αποσχίζεται με βαθιές εντομές

σε 10- 12 **κροσσούς**, που περιβάλλουν το οπίσθιο χείλος και την έσω επιφάνεια της ωοθήκης, όπως τα δάκτυλα του ενός χεριού περιβάλλουν τη γροθιά του άλλου.¹³

Από τα **στόμια** του ωαγωγού το **έσω ή μητριάιο** είναι στενό και εμφανίζει διάμετρο 0, 5- 1 χιλ. γι' αυτό και εύκολα αποφράσσεται. Το **έξω ή κοιλιακό στόμιο** είναι πιο ευρύ από το μητριάιο (διάμετρος 2 χιλ.) και αντιστοιχεί στο όριο μεταξύ λήκυθου και κώδωνα, γι' αυτό για να το δούμε πρέπει να αναστρέψουμε τους κροσσούς. Το στόμιο αυτό δεν εισέρχεται μέσα στην ωοθήκη, απλά ακουμπάει σ' αυτή και επομένως εκβάλλει στην περιτοναϊκή κοιλότητα.¹²

Ο **αυλός** του ωαγωγού είναι πιο ευρύς στη λήκυθο (8- 10 χιλ.) και εμφανίζει βλεννογόνιες πτυχές. Οι πτυχές αυτές είναι υψηλές στη λήκυθο και διακλαδίζονται πολύ. Έτσι μεταβάλλουν τον αυλό του ωαγωγού σε **λαβύρινθο** σχισμοειδών χώρων (**λαβύρινθος του ωαγωγού**) όπου γίνεται γονιμοποίηση του κατερχόμενου προς τη μήτρα ωαρίου, καμία φορά όμως ενοείται και η εξωμήτρια σαλπινγική κύηση.¹²

Μήτρα

Η μήτρα προέρχεται από τη συνένωση των δυο πόρων του Muller και αποτελεί κοίλο μυώδες όργανο με παχιά τοιχώματα. Χρησιμεύει για την έμμηνη ρύση και υποδέχεται το γονιμοποιηθέν ωάριο, προασπίζει και τρέφει το κύημα μέχρι την πλήρη ανάπτυξή του, οπότε με εξωθήσεις προκαλεί την έξοδό του.¹⁶

Η μήτρα έχει **μήκος** περίπου 8- 10 εκ., **πλάτος** 4 εκ. και **βάρος** 45- 60 γραμ. Η μήτρα είναι κλεισμένη μέσα στη μικρή πύελο, ανάμεσα στην ουροδόχο κύστη και το ορθό. Στη θέση αυτή έχει από κάτω της τον κολεό με το περίνεο και από πάνω της εντερικές έλικες.¹⁶

Σαν τυπική θέση της μήτρας μέσα στην πύελο θεωρούμε εκείνη κατά την οποία οι επιμήκεις άξονες **του τραχήλου της μήτρας και της πυέλου, συμπίπτουν**, ενώ το **σώμα της μήτρας** βρίσκεται σε **πρόσθια κάμψη και έγκλιση** έτσι, ώστε να σχηματίζει με τον τράχηλό της γωνία ανοικτή προς τα πρόσω 80°- 110°. Στην τυπική αυτή θέση βρίσκεται η μήτρα, όταν το ορθό και η ουροδόχος κύστη είναι κενά.¹⁴

Στην μήτρα διακρίνουμε τρία μέρη: τον **πυθμένα**, το **σώμα**, και τον **τράχηλο ή αυχένα**.¹⁵

Ο **πυθμένας της μήτρας** αντιστοιχεί στο ευρύτερο άνω άκρο της μήτρας και φέρεται προς τα άνω και μπροστά. Το **σώμα της μήτρας**, το οποίο από τον πυθμένα προς τον τράχηλο γίνεται σιγά- σιγά στενότερο, ιδιαίτερα στον ισθμό, εμφανίζει **δυο επιφάνειες (πρόσθια, οπίσθια)**, που καλύπτονται από περιτόναιο και **δυο πλάγια χείλη**. Ο **ισθμός της μήτρας**

αποτελεί την πιο στενή μοίρα του σώματος της μήτρας. Αντιστοιχεί εσωτερικά στο έσω στόμιο της μήτρας και εξωτερικά στο ύψος της ανάκαμψης του περιτοναίου από την ουροδόχο κύστη στη μήτρα. Ο **τράχηλος ή αυχένας της μήτρας**, που έχει **σχήμα** κυλινδρικό και **μήκος** 2, 5 εκ., υποδιαιρείται με την πρόσφυση του κολεού σε δυο μέρη: το υπερκολεϊκό και το ενδοκολεϊκό.¹⁴

Κολεός

Ο κολεός (κόλπος) είναι ινομυώδης σωλήνας αρκετά διατατός, ο οποίος υποδέχεται το πέος κατά τη συνουσία. Το **μήκος** του ποικίλλει στα διάφορα άτομα. Κατά το πρόσθιο τοίχωμα είναι 7, 5 εκ. και κατά το οπίσθιο 8- 9 εκ. Το **πλάτος** είναι μικρότερο στις άτοκες γυναίκες (3- 4 εκ.) και αυξάνεται στις πολύτοκες (7 εκ.). Ειδικότερα αύξηση των διαμέτρων του κολεού γίνεται κατά τη συνουσία και ιδιαίτερα κατά τον τοκετό.¹²

Ο κολεός εκτείνεται μεταξύ του τραχήλου της μήτρας και του αιδοίου. Προσφύεται προς τα άνω γύρω από τον τράχηλο της μήτρας, ενώ προς τα κάτω εκβάλλει στη σχισμή του αιδοίου. Βρίσκεται στη μέση γραμμή του περινέου και έχει μπροστά του την ουροδόχο κύστη και την ουρήθρα και πίσω το ορθό. Το **σχήμα** του κολεού προς τα άνω είναι κυλινδρικό, στο μέσο αποπλατυσμένο από τα πρόσω προς τα πίσω και προς τα κάτω συμπίεσμένο από τα πλάγια. Η **φορά** του κολεού είναι λοξή και φέρεται από τα άνω και πίσω προς τα κάτω και μπροστά έτσι, ώστε σχηματίζει με τη γωνία ανοικτή μπροστά.¹⁴

Κατά την περιγραφή του κολεού διακρίνουμε αυτού, το **μέσο ή σώμα** και **δυο άκρα**, το **άνω (θόλο)** και το **κάτω άκρο ή στόμιο του κολεού**.¹⁵

Το **σώμα** του κολεού είναι αποπλατυσμένο από μπροστά προς τα πίσω και εμφανίζει δυο τοιχώματα, το οπίσθιο, το πρόσθιο και δυο χείλη. Τα **πλάγια χείλη** του σώματος του κολεού περιγράφονται και σαν πλάγια τοιχώματα. Το **άνω άκρο** του κολεού αποτελεί το πιο ευρύ μέρος του και προσφύεται κυκλικά (θολοειδώς) γύρω από τον τράχηλο της μήτρας. Το **κάτω άκρο (στόμιο)** του κολεού εκβάλλει στον πυθμένα του προδόμου του κολεού με στόμιο, το οποίο στην παρθένα γυναίκα στενεύει από πτυχή του βλεννογόνου του κολεού, τον **παρθενικό υμένα**.¹⁴

Αιδοίο

Το σύνολο των έξω γεννητικών οργάνων της γυναίκας αποτελεί το **αιδοίο**, το οποίο είναι σφηνοειδές έπαρμα μήκους 7 εκ. περίπου ανάμεσα στις ρίζες των μηρών (ριζομηρίων). Το αιδοίο στην όρθια γυναίκα δεν φαίνεται, εκτός από το εφηβαίο, που προέχει μπροστά από την ηβική σύμφυση. Το αιδοίο εμφανίζει στο μέσο επιμήκη σχισμή την **αιδοϊκή**, η οποία οδηγεί σε ευρεία κατάδυση, τον **πρόδομο** του κολεού (ουρογεννητικό κόλπο).¹²

Το **αιδοίο** αποτελείται από: 1) το εφηβαίο, 2) τα δυο μεγάλα χείλη, 3) τα δυο μικρά χείλη, 4) την κλειτορίδα, 5) τον πρόδομο του κολεού, 6) τους βολβούς του προδόμου και 7) τους μεγάλους αδένες του προδόμου.¹⁵

1. Εφηβαίο

Το **εφηβαίο** ή **όρος της Αφροδίτης** αποτελεί τρίγωνο και υποστρόγγυλο τριχωτό έπαρμα του δέρματος, που βρίσκεται μπροστά από την ηβική σύμφυση. η βάση του εφηβαίου στρέφεται προς το υπογάστριο και η κορυφή του συνεχίζεται με τα μεγάλα χείλη.¹⁵

Η δημιουργία εφηβαίου οφείλεται σε αύξηση του υποδορίου λίπους, ανάλογα με το ποσό του οποίου προβάλλει αυτό κάθε φορά κατ' άλλο τρόπο. Στην άνηβη γυναίκα καλύπτεται με χνούδι, ενώ στην ένηβη γυναίκα είναι τριχωτό. Η τρίχωση αυτή σταματά προς τα άνω κατά μήκος της βάσης του, δηλαδή κατά μήκος εγκάρσιας γραμμής, που αντιστοιχεί στην ηβική αύλακα. Προς τα κάτω και πίσω εκτείνεται και στα μεγάλα χείλη. Στον άνδρα η τρίχωση του εφηβαίου επεκτείνεται προς τα άνω κατά μήκος της λευκής γραμμής μέχρι τον ομφαλό.¹⁴

2. Μεγάλα χείλη του αιδοίου

Τα **μεγάλα χείλη του αιδοίου** αντιστοιχούν στα δυο ημιμόρια του οσχέου και αποτελούν δυο επιμήκεις και λιποειδείς πτυχές του δέρματος. Οι πτυχές αυτές αρχίζουν από το εφηβαίο, φέρονται προς τα κάτω και πίσω και αφορίζουν ανάμεσά τους την **αιδοϊκή σχισμή**. Η σχισμή αυτή στις άτοκες γυναίκες είναι συνήθως κλειστή ενώ στις πολύτοκες παραμένει κατά ένα μέρος ανοικτή, και σε μερικές περιπτώσεις πολύ ανοικτή. Καθένα από τα μεγάλα χείλη έχει μήκος 8- 9 εκ. και πλάτος 2- 3 εκ. Εμφανίζει δυο άκρα (πρόσθιο, οπίσθιο), δυο επιφάνειες (έσω, έξω), βάση και ελεύθερο κράσπεδο.¹⁴

Τα **πρόσθια άκρα** ενώνονται συχνά το ένα με το άλλο και σχηματίζουν τον πρόσθιο σύνδεσμο των χειλέων, ενώ άλλοτε δεν ενώνονται και εξαφανίζονται προς το εφηβαίο. Τα **οπίσθια άκρα** συνενώνονται τοξοειδώς το ένα με το άλλο και σχηματίζουν τον **οπίσθιο σύνδεσμο των μεγάλων χειλέων**, από το μέσο του οποίου αρχίζει η ραφή του περινέου.¹³

Η **έξω επιφάνεια** εμφανίζει σκούρο χρώμα και είναι τριχωτή στην ένηβη γυναίκα. Χωρίζεται από τη ρίζα του σύστοιχου μηρού με την **αιδοιομηρική αύλακα**. Η **έσω επιφάνεια** χωρίζεται από το σύστοιχο μικρό χείλος με τη **μεσοχειλική αύλακα**. Η έσω επιφάνεια δεν έχει τρίχες, και είναι υγρή και κόκκινη και έτσι μοιάζει με το βλεννογόνο.¹³

Το **ελεύθερο κράσπεδο** των μεγάλων χειλέων είναι υποστρόγγυλο και τριχωτό. Η **βάση** τους προσφύεται κατά μήκος των κάτω ηβοΐσχιακών κλάδων και καλύπτει από μπροστά προς τα πίσω τα σκέλη της κλειτορίδας, τους βολβούς του προδόμου και τους μεγάλους αδένες του προδόμου.¹³

3. Μικρά χείλη του αιδοίου

Τα **μικρά χείλη του αιδοίου** (νύμφες) έχουν **μήκος** 3 εκ. και **πλάτος** 1- 1,5 εκ. Βρίσκονται προς τα έσω από τα μεγάλα χείλη και αφορίζουν δεξιά και αριστερά τον πρόδομο του κολεού. Είναι λεπτές πτυχές του δέρματος και έχουν όψη και σύσταση βλεννογόνου. Καλύπτονται, ιδιαίτερα στις λευκές, από τα μεγάλα χείλη και σπάνια προέχουν περισσότερο απ' αυτά, οπότε κρέμονται προς τα έξω από το αιδοίο.¹²

Από τις δυο επιφάνειες των μικρών χειλέων, η έξω ξεχωρίζεται από το σύστοιχο μεγάλο χείλος με τη μεσοχειλική αύλακα. Η έσω επιφάνειά τους αφορίζει από τα πλάγια τον πρόδομο του κολεού, στον πυθμένα του οποίου βρίσκεται ο παρθενικός υμένας, το στόμιο του κολεού, όπως και το έξω στόμιο της ουρήθρας. Η επιφάνεια αυτή χωρίζεται από τον πυθμένα του προδόμου (παρθενικός υμένας, στόμιο του κολεού και ουρήθρας) με την νυμφουμένικη αύλακα.¹²

Τα **πρόσθια άκρα** των μικρών χειλέων αποσχίζονται δεξιά και αριστερά από την κλειτορίδα σε δυο πτυχές (σκέλη), από τα οποία τα άνω φέρεται πάνω από την κλειτορίδα και αφού ενωθεί με το αντίθετο, σχηματίζει την **πόσθη της κλειτορίδας**. Το κάτω σκέλος προσφύεται με το αντίθετο στην κάτω επιφάνεια της βάλανου της κλειτορίδας και αποτελεί το **χαλινό της κλειτορίδας**. Τα οπίσθια άκρα των χειλέων ενώνονται το ένα με το άλλο, μπροστά από τον οποίο βρίσκεται ο **σκαφοειδής βόθρος**.¹⁴

Το **ελεύθερο χείλος (κράσπεδο)** των μικρών χειλέων είναι λεπτό και εμφανίζεται συνήθως οδοντωτό.¹⁴

4. Κλειτορίδα

Η **κλειτορίδα** αντιστοιχεί στο ανδρικό πέος. Διαφέρει όμως απ' αυτό κατά το μέγεθος και διότι δεν έχει το σηραγγώδες σώμα της ουρήθρας, αποτελείται δηλαδή μόνο από τα δυο σηραγγώδη σώματα της κλειτορίδας.¹⁵

Το **μήκος** της ανέρχεται συνήθως σε 6 εκ. Μερικές φορές δυνατό να εμφανίζει, ανάλογα με την κατάστασή της, μήκος μέχρι 12 εκ. και **πάχος** όσο το πάχος ενός δακτύλου.¹²

Η κλειτορίδα αντιστοιχεί στα σηραγγώδη σώματα του πέους και εμφανίζει από περιγραφική πλευρά δυο σκέλη, το σώμα και τη βάλανο. Τα σκέλη, με μέρος από το σώμα, αποτελούν την κρυμμένη μοίρα της κλειτορίδας ενώ το υπόλοιπο μέρος του σώματος με τη βάλανο αποτελούν την ελεύθερη μοίρα της.¹⁴

Τα **σκέλη** της κλειτορίδας προσφύονται στους κάτω ηβοϊσχιακούς κλάδους του ανώνυμου οστού. Φέρονται προς τα άνω, μπροστά και έσω, στο κάτω άκρο της ηβικής σύμφυσης, όπου ενώνονται το ένα με το άλλο και σχηματίζουν το σώμα της κλειτορίδας.¹⁴

Το **σώμα** είναι κυλινδρικό και φέρεται στην αρχή μπροστά και άνω, μετά κάμπτεται προς τα κάτω και πίσω και τέλος μεταπίπτει στη βάλανο του πέους.¹⁴

Η **βάλανος** είναι αποπλατυσμένη από τα πλάγια και περιβάλλεται από την πόσθη της. Κατά την συνουσία φέρεται προς τα κάτω και πίσω και έτσι προστριβεται στη ράχη του πέους.¹⁴

5. Πρόδομος του κολεού

Ο **πρόδομος του κολεού ή ουρογεννητικός κόλπος** αποτελεί κατάδυση του αιδοίου σε σχήμα βάρκας. Αφορίζεται δεξιά και αριστερά από τα μικρά χείλη και εκτείνεται μπροστά μέχρι τον χαλινό της κλειτορίδας και προς τα πίσω μέχρι το σκαφοειδή βόθρο.¹³

Στον πυθμένα του προδόμου εκβάλλουν **από μπροστά προς τα πίσω**, η ουρήθρα με το έξω της στόμιο, και ο κολεός.¹²

Το **έξω στόμιο της ουρήθρας** είναι σχισμοειδές και αποτελεί οβελιαία σχισμή, μήκους 5 χιλιοστών. Βρίσκεται κάτω (πίσω) από την κλειτορίδα, σε υποστρόγγυλο έπαρμα του προδόμου, το οποίο ονομάζεται **ουρηθραία θηλή**. Στη θηλή αυτή και μάλιστα δεξιά και

αριστερά από το έξω στόμιο της ουρήθρας βρίσκονται δυο στόμια που οδηγούν σε βραχείς σωλήνες, τους **ουρηθραίους πόρους ή αδένες του Skene**. Αυτοί είναι αδένες της ουρήθρας και άλλοι τις θεωρούν σαν λείψανα των πόρων του Wolff.¹³

Το **στόμιο του κολεού** στενεύει από πίσω και τα πλάγια, από τον παρθενικό υμένα. Δεξιά και αριστερά από το στόμιο του κολεού, στη νυμφουμένικη αύλακα βρίσκεται η εκβολή του σύστοιχου αδένου του προδόμου (Bartholini).¹³

6. Βολβοί του προδόμου

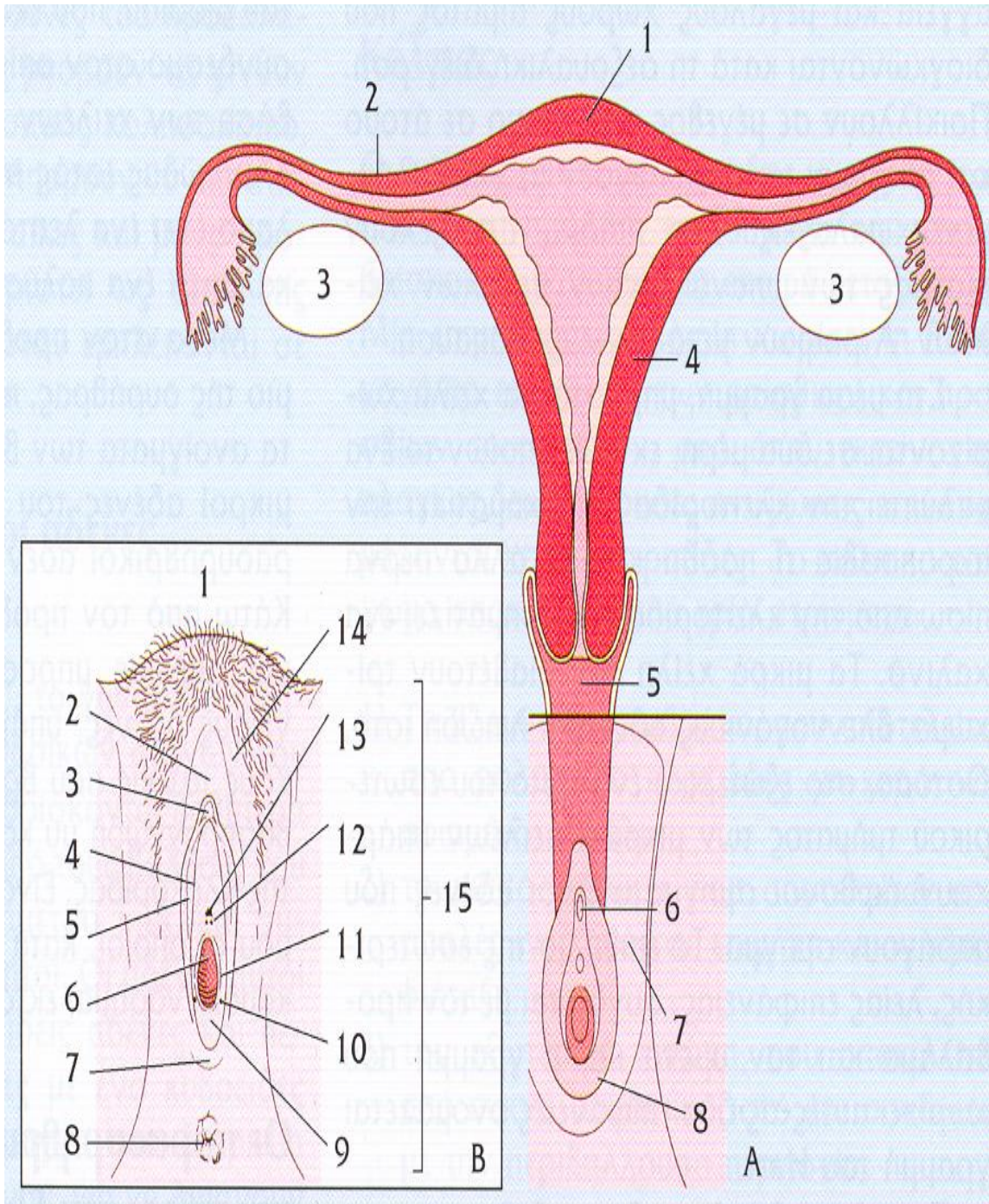
Οι **βολβοί του προδόμου** αντιστοιχούν στα δυο ημισφαίρια του βολβού του σηραγγώδους σώματος της ουρήθρας του άνδρα. Βρίσκονται μέσα στη βάση των μεγάλων χειλέων του αιδοίου και δεξιά και αριστερά από το στόμιο του κολεού και από το έξω στόμιο της ουρήθρας. Οι βολβοί καλύπτονται από τα έξω με τον βολβοσηραγγώδη μυ.¹²

Καθένας από τους βολβούς του προδόμου έχει **σχήμα** σαν αμύγδαλο, του οποίου το **πρόσθιο άκρο** είναι οξύ και συνδέεται με το αντίθετο, φερόμενο ανάμεσα από την κλειτορίδα και το έξω στόμιο της ουρήθρας. Το **οπίσθιο άκρο** κάθε βολβού του προδόμου είναι αμβλύ. Εκτείνεται προς τα πίσω και έρχεται σε σχέση με τον σύστοιχο αδένου του προδόμου.¹²

7. Μεγάλοι αδένες του προδόμου

Οι μεγάλοι αδένες του προδόμου (Bartholini) αντιστοιχούν στους βολβουρηθραίους αδένες του άνδρα και αποτελούν δυο μικρούς αδένες φακής ή φασολιού. Βρίσκονται στην κάτω επιφάνεια του ουρογεννητικού τριγώνου, ανάμεσα στο οπισθοπλάγιο τοίχωμα του κολεού και το σύστοιχο οπίσθιο άκρο του βολβού του προδόμου, αντίστοιχα προς το πίσω τριτημόριο των μεγάλων χειλέων του αιδοίου.¹²

Οι βαρθολίνειοι αδένες είναι σωληνοειδείς στην κατασκευή και εκβάλλουν κάθε ένας με δικό του εκφορητικό πόρο, μήκους 1,5 εκ. ο οποίος φέρεται προς τα άνω και έσω και εκβάλλει στον πρόδομο του κολεού και μάλιστα στη νυμφουμένικη αύλακα. Το έκκριμα τους είναι βλεννώδες και εξακοντίζεται σαν σπέρμα κατά την συνουσία. Χρησιμεύει για να υγραίνει και να κάνει γλιστερό τον πρόδομο του κολεού και έτσι διευκολύνει την είσοδο του πέους στον κολεό.¹²



ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

ΣΧΗΜΑ 2Α 1. Πυθμένας μήτρας, 2. ωαγωγός ή σάλπιγγα, 3. ωοθήκη, 4. μήτρα, 5. κολεός (κόλπος), 6. κλειτορίδα, 7. μεγάλα χείλη αιδοίου, 8 μικρά χείλη αιδοίου.

ΣΧΗΜΑ 2Β 1. Εφηβαίο, 2. επικάλυμμα κλειτορίδας, 3. κλειτορίδα, 4. γραμμή του Hart, 5. μικρά χείλη αιδοίου, 6. κολεός (κόλπος), 7. σώμα περινέου, 8. πρωκτός, 9. οπίσθια είσοδος πυέλου, 10. στόμιο του Βαρθολινείου αδένα, 11. δακτυλιοειδής παρθενικός υμένας, 12. στόμιο του αδένα του Skene, 13. στόμιο της ουρήθρας, 14. μεγάλα χείλη αιδοίου, 15. πρόδρομος του κόλπου (ουρογεννητικός κόλπος).

K

E

Φ

A

Λ

A

I

O

2

∅ Επικοινωνία

& Σχέσεις

μεταξύ των

δύο

φύλων

2.1. ΠΡΟΤΥΠΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Η θέση των δυο φύλων

Μέχρι πριν λίγα χρόνια κανείς δεν αμφισβητούσε ότι οι άνδρες και οι γυναίκες έχουν δυο εντελώς ξεχωριστούς ρόλους στη διαδικασία της ερωτικής επικοινωνίας. Ο άνδρας θεωρείτο ο « κυνηγός », αυτός που επιτίθεται και κατακτά τη γυναίκα, για να χαρεί στη συνέχεια τους καρπούς της κατάκτησής του. Στο πλαίσιο αυτής της αντίληψης, ο άνδρας ήταν ο πρωταγωνιστής της ερωτικής συνεύρεσης, αυτός που είχε την πρωτοβουλία και διεκδικούσε για λογαριασμό του την ευχαρίστηση της σεξουαλικής επαφής. Η ευχαρίστηση της γυναίκας από την σεξουαλική επαφή ήταν πάντα μια σκοτεινή περιοχή για τον άνδρα, αλλά και για την ίδια την γυναίκα. Δεν είναι τυχαίο ότι η έννοια του γυναικείου οργασμού άρχισε να χρησιμοποιείται από τους επιστήμονες μόλις εδώ και λίγες δεκαετίες.¹⁷

Τα τελευταία χρόνια η γυναίκα άρχισε να διεκδικεί ισότιμη θέση και ευθύνη σε χώρους που ήταν παραδοσιακοί ανδρικοί. Σχεδόν ταυτόχρονα άρχισε να διεκδικεί ισότιμη συμμετοχή στη διαδικασία της ερωτικής συνεύρεσης, καθώς και στην ευχαρίστηση που απορρέει από την σεξουαλική επαφή. Υποτίθεται ότι σήμερα έχει ξεπεραστεί σε σημαντικό βαθμό η αντίληψη ότι η γυναίκα είναι η παθητική στο σεξ, αυτή που πρέπει να περιμένει να πάρει, ενώ ο άντρας θα πρέπει να είναι ο ενεργητικός στο σεξ, αυτός που αναλαμβάνει την πρωτοβουλία και που πρέπει να δώσει. Όλο και περισσότεροι άνδρες συμφωνούν, τουλάχιστο στα λόγια, με τη θέση των γυναικών ότι η συμμετοχή και η ευθύνη θα πρέπει να είναι ισότιμη στην ερωτική σχέση, ότι η πρωτοβουλία ανήκει και στους δυο κι ο καθένας από την πλευρά του μπορεί και πρέπει να βοηθήσει τον άλλον να μάθουν μαζί να επικοινωνούν ερωτικά και ψυχικά.¹⁷

Όμως όλες οι αλλαγές οδήγησαν σε γενικότερες ανατροπές στα δεδομένα της ζωής και των σχέσεων των σύγχρονων ανθρώπων. Οι άντρες δυσκολεύτηκαν και συνεχίζουν να δυσκολεύονται να παραχωρήσουν στις γυναίκες χώρους, ρόλους και λειτουργίες που θεωρούσαν αυτονόητα δικούς τους για χιλιάδες χρόνια. Για παράδειγμα, τους είναι δύσκολο να συνηθίσουν στην ιδέα ότι μια γυναίκα μπορεί να είναι το ίδιο ή περισσότερο αποτελεσματική και επιτυχημένη από τους ίδιους στην εργασία ή σε άλλες δραστηριότητες του δημόσιου χώρου, όπως είναι η πολιτική, οι επιστήμες, οι τέχνες, ακόμη και η οδήγηση του αυτοκινήτου. Είναι χαρακτηριστική η αντιμετώπιση που επιφύλαξαν οι άντρες στο « φαινόμενο » της γυναίκας οδηγού.¹⁷

Αντίστοιχες δυσκολίες αντιμετωπίζουν και οι γυναίκες όταν οι άντρες αποφασίζουν να δραστηριοποιηθούν μέσα στο σπίτι, δηλαδή σε έναν χώρο που παραδοσιακά ανήκει στη γυναίκα. Για παράδειγμα, παρά το γεγονός ότι οι περισσότερες γυναίκες διαμαρτύρονται ότι εξακολουθούν να σηκώνουν το βάρος των εργασιών μέσα στο σπίτι και προτρέπουν τους άντρες να μοιραστούν αυτό το βάρος των εργασιών, στην πραγματικότητα αποκλείουν τους άντρες από τις δουλειές του σπιτιού.¹⁷

Η ερωτική σχέση αντανακλά συνήθως αυτές τις δυσκολίες. Οι άντρες αντιμετωπίζουν με φόβο τις πρωτοβουλίες των γυναικών, ενώ οι ίδιες οι γυναίκες δεν είναι έτοιμες να αποδεχτούν τους άντρες στους νέους ρόλους που αυτές οι ίδιες τους καλούν να παίζουν.¹⁷

Η επίδραση των σύγχρονων αξιών

Η σεξουαλική ζωή του ανθρώπου ρυθμίζεται σε μεγάλο βαθμό από την αντίληψη της κοινωνίας για το φυσιολογικό, την ευχαρίστηση και την επίδοση. Η εποχή μας χαρακτηρίζεται από την εδραίωση κοινωνικών αξιών που έχουν σχέση με την επικράτηση, τον ανταγωνισμό, την ταχύτητα, την εξαιρετική επίδοση και την πρωτιά. Αυτό σημαίνει ότι η εντολή που παίρνει ο σημερινός άνθρωπος από τα πρώτα χρόνια της ζωής του είναι να αναζητά και να μετρά την ευχαρίστησή του με γνώμονα την επικράτηση. Αυτό που παλιότερα αποτελούσε για τον άνθρωπο ευκαιρία για να συσχετιστεί με έναν άλλο άνθρωπο, να ευχαριστηθεί και να αισθανθεί γεμάτος και δημιουργικός, σήμερα έχει καταστήσει ένας μοναχικός δρόμος μέτρησης επιδόσεων, πηγή άγχους και δυσβάσταχτης αγωνίας, δοκιμασία για την επικράτηση ή τον καταποντισμό.¹⁷

Εδώ και εκατό χρόνια η αξία της συμμετοχής υποβαθμίζεται συνεχώς. Σήμερα πια μόνον η πρωτιά έχει σημασία. Ποιος έχει τις καλύτερες επιδόσεις, ποιος καταναλώνει περισσότερο, ποιος κερδίζει περισσότερα χρήματα, ποιος μπορεί να αγοράζει τα ακριβότερα αυτοκίνητα, τις καλύτερες ηλεκτρικές συσκευές, κ.λ.π. Ακόμα και οι καθαρά ψυχαγωγικές δραστηριότητες, όπως τα παιχνίδια, δεν έχουν κανένα νόημα για τον σημερινό άνθρωπο αν δεν συνοδεύονται από ανταγωνισμό, από τη μέτρηση της επίδοσης, από την έννοια της ολοκληρωτικής ήττας των αντιπάλων.¹⁷

Μια μυστηριώδης, αόρατη μηχανή επινοεί και κατασκευάζει συνεχώς νέα « τεχνολογικά θαύματα », υποτίθεται στην υπηρεσία του ανθρώπου, δημιουργεί νέους δυσκολότερους στόχους και υψηλότερες προδιαγραφές, υποχρεώνει σε ολοένα μεγαλύτερες ταχύτητες όποιον δε θέλει να βρεθεί στο περιθώριο αυτής της ιλιγγιώδους « εξέλιξης ». Αλλά και μια

άλλη, εξίσου μυστηριώδης μηχανή μέσα μας απαντά με τον δικό της, δραστικό τρόπο και παίρνει την εκδίκηση της στο όνομα της χαμένης απόλαυσης και του χαμένου μέτρου. Είναι ο Εαυτός μας που απελπισμένος φωνάζει στην έρημο, κρούει τους κώδωνες του συναγερμού, παράγοντας αρρώστιες και δηλώνοντας με αυτόν τον τρόπο τη δυσφορία και την αντίθεσή του για το είδος της ζωής που του επιφυλάσσουμε.¹

Ο έρωτας είναι αναπόφευκτο να μη μείνει αλώβητος από αυτή την εξέλιξη. Όλο και λιγότερο αποτελεί ευκαιρία για ευχαρίστηση και συντροφικότητα. Ο σύγχρονος άνθρωπος κάνει έρωτα όπως περίπου οδηγεί το καινούργιο του αυτοκίνητο: όχι για να απολαύσει τη διαδρομή, αλλά για να μετρήσει τις επιδόσεις του σκυμμένος στο κοντέρ. Ταυτόχρονα όμως αυτή η συμπεριφορά αφαιρεί από την ερωτική πράξη το πρωταρχικό της κίνητρο, δηλαδή την πραγματική επιθυμία για έρωτα, αλλά και την ίδια την ουσία της. Γιατί αυτή η συμπεριφορά δεν έχει στόχο την ευχαρίστηση, αλλά τη διαχείριση του ανεξέλεγκτου φόβου της ανεπάρκειας και της ανικανότητας.¹

Για να λειτουργήσει σεξουαλικά ένας άνθρωπος χρειάζεται ολόκληρο τον Εαυτό του. Ο έρωτας δεν ευοδώνεται με πλαστογραφημένες επιθυμίες. Είναι ο πιο αλάνθαστος δείκτης της ανόθευτης ευχαρίστησης. Αλλά ο σύγχρονος άνθρωπος δυσκολεύεται όλο και περισσότερο να διακρίνει την ευχαρίστηση από την ανακούφιση και την επιθυμία από την ανάγκη.¹

Αποτέλεσμα: όλο και περισσότεροι άνθρωποι στις σύγχρονες δυτικές κοινωνίες να παραπονιούνται ότι η σεξουαλική τους ζωή δεν είναι αυτή που θα επιθυμούσαν. Πολλοί διαπιστώνουν με απογοήτευση ότι δε μπορούν να προσφέρουν ερωτική ικανοποίηση, ούτε στον εαυτό τους, ούτε στον ερωτικό τους σύντροφο. Άλλοι δηλώνουν ανίκανοι να δημιουργήσουν μια σχέση που ικανοποιεί τις προσδοκίες τους για συντροφική ζωή και ερωτική ικανοποίηση, δηλώνουν δηλαδή ανίκανοι να συνδεθούν με έναν άλλο άνθρωπο σε μια συντροφική-ερωτική σχέση. Όλες οι στατιστικές δείχνουν μια δραματική αύξηση του ποσοστού των ανθρώπων που ζουν μόνοι, όχι από επιλογή, αλλά εξαναγκασμένοι από τις προσωπικές τους δυσκολίες και από τις νέες συνθήκες. Σήμερα γίνεται όλο και πιο επιτακτικό για τον σύγχρονο άνθρωπο να τολμήσει να πλησιάσει την πραγματικότητά του, αυτό που πραγματικά τον ευχαριστεί.¹

Σεξουαλικοί ρόλοι των δυο φύλων

Η ισότιμη συμμετοχή και ευθύνη των δυο συντρόφων, του άντρα και της γυναίκας, στην εκπλήρωση της ερωτικής σχέσης δεν σημαίνει ότι αναλαμβάνουν τους ίδιους ρόλους.

Άλλωστε, υπάρχουν ορισμένες βασικές διαφορές στη γένεση και τη διατήρηση της ερωτικής διάθεσης και γενικότερα στη σεξουαλική συμπεριφορά ανάμεσα στα δυο φύλα, οι οποίες είναι περισσότερο ποιοτικές και λιγότερο ποσοτικές. Έχουν σχέση με τη διαφορετική ψυχοσύνθεση των δυο φύλων, το ρόλο βιολογικών παραγόντων (όπως οι διαφορετικές ορμόνες, η ύπαρξη του κύκλου στη γυναίκα, κ.λ.π.) και τις διαφορετικές προσδοκίες από τη σεξουαλική επαφή. Αυτές οι διαφορές εκφράζονται με πολλούς τρόπους. Για παράδειγμα, η ερωτική επιθυμία του άντρα έχει περισσότερη σχέση με την αναμενόμενη ικανοποίηση από την « κατάκτηση » της συντρόφου, ενώ η ερωτική επιθυμία της γυναίκας έχει περισσότερο σχέση με την αναμενόμενη ικανοποίηση από την ύπαρξη ισχυρού συναισθηματικού στοιχείου στην επαφή με τον σύντροφό της.¹⁷

Παλιότερα υπήρχε η άποψη ότι οι άντρες έχουν ισχυρότερες σεξουαλικές ορμές από τις γυναίκες. Σήμερα πιστεύεται ότι αυτή η άποψη δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα και ότι οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι γενικά οι άντρες τείνουν να υπερτονίζουν την ερωτική τους επιθυμία, ενώ οι γυναίκες τείνουν να την συγκαλύπτουν.¹⁷

Στην ερωτική λειτουργικότητα της γυναίκας υπάρχει μεγαλύτερη συμμετοχή του συναισθηματικού στοιχείου σε σχέση με τη λειτουργικότητα του άντρα. Για το λόγο αυτό, για παράδειγμα, ο γυναικείος οργασμός δεν είναι το ίδιο αυτονόητος με τον αντρικό οργασμό.¹⁷

2.2. ΔΙΑΦΥΛΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

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.¹

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.¹

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.¹

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. Δρα στα κέντρα του σεξ, στον εγκέφαλο και στα γεννητικά όργανα. Υποστηρίζεται ότι κατά τη διάρκεια της συνουσίας το επίπεδο της τεστοστερόνης είναι αυξημένο.¹

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 σεξ).²

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. Στη γυναίκα ἄ Η διέγερση εκδηλώνεται με την ύγρανση και την αλλαγή χρώματος του κόλπου (κόκκινο οίδηματώδες), 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.²

Στον άνδρα ἄ Η διέγερση εκδηλώνεται με τη στύση του πέους. Για τη στύση ευθύνεται η αιμάτωση των σπραγγωδών αγγείων του πέους από το αντανακλαστικό κέντρο που βρίσκεται

στο νευροφυτικό σύστημα. Το όσχεο διογκώνεται και οι όρχεις ανεβαίνουν γιατί μικραίνουν οι σπερματικές χορδές. Το φυσιολογικό μέγεθος του πέους σε στύση είναι 12-16 εκ. Αντίθετα, το πέος σε χάλαση είναι δυνατόν να συρρικνώνεται και να έχει μήκος λίγων εκατοστών, ιδιαίτερα αν ο νέος καταλαμβάνεται από αισθήματα ντροπής. Συρρίκνωση του πέους προκαλείται επίσης από το ψυχρό περιβάλλον και την έλλειψη ανδρικών ορμονών.²

Ερεθίσματα όπως μια φαντασίωση, κάποια σκέψη, ο θόρυβος, μια μυϊκή κράμπα, μπορεί να διακόψουν τη διέγερση και το άτομο να επανέλθει στην ανερέθιστη περίοδο.²

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 βολβοσηραγωγδών 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.¹

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 βολβοσηραγωγδούς μυός. Με αυτές τις συσπάσεις γίνεται η εκσπερμάτιση.¹

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 και αυτή εισπράττει την ψυχολογική στήριξη του συντρόφου της.¹

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.¹

2.3. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Σεξουαλικές δυσλειτουργίες

Στις γυναίκες : 22% Μειωμένη Σεξουαλική Επιθυμία.

14% Προβλήματα Σεξουαλικής Διέγερσης.

7% Πόνος κατά τη Σεξουαλική επαφή.¹

Στους άνδρες : 21% Πρόωρη Εκσπερμάτιση.

5% Στυτική Διαταραχή.

5% Μειωμένη Σεξουαλική Επιθυμία.¹

Διαταραχές της 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.¹
- Η διαταραχή προκαλεί έντονη υποκειμενική ενόχληση ή δυσκολία στις διαπροσωπικές σχέσεις.¹
- 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.¹

∅ Αιτίες:

- Άγχος.
- Επαγγελματικό στρες.
- Κόπωση.
- Αποξένωση από τον/ την σεξουαλική σύντροφο- ύπαρξη συγκρουσιακών σχέσεων.
- Κακή εικόνα σώματος.
- Κατάθλιψη.
- Φοβία απόρριψης.
- Φοβία προς μια συγκεκριμένη αρρώστια.
- Διαταραχές πόνου.
- Μακρόχρονη αποχή από τη σεξουαλική επαφή.
- Θρησκευτικές αναστολές.
- Αυστηρή γονική ανατροφή.
- Κρίση ταυτότητας ή διαταραχή σεξουαλικού προσανατολισμού.
- Στυτική διαταραχή.
- Φάρμακα.¹

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.¹
- Η διαταραχή προκαλεί έντονη υποκειμενική ενόχληση ή δυσκολία στις διαπροσωπικές σχέσεις.¹

Διαταραχές της σεξουαλικής διέγερσης στη γυναίκα

Ο δεύτερος πιο συχνός τύπος σεξουαλικής δυσλειτουργίας στη γυναίκα είναι η διαταραχή της σεξουαλικής διέγερσης.¹

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.¹
- Η διαταραχή προκαλεί έντονη υποκειμενική ενόχληση ή δυσκολία στις διαπροσωπικές σχέσεις.¹

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.¹

∅ Αίτια:

- Αυστηρή ανατροφή.
- Έντονο άγχος.
- Εχθρότητα προς τους άνδρες.¹

Διαταραχή της στύσης στον άνδρα

Η στυτική διαταραχή οφείλεται σε:

- Ψυχογενή αιτιολογία.
- Οργανική αιτιολογία.

- Μεικτή αιτιολογία.¹

Εμφανίζεται απότομα, αιφνίδια κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής πράξης και συνήθως συσχετίζεται με συγκεκριμένο άγχος.¹

Αιτίες ψυχογενούς αιτιολογίας:

- 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.¹

Παράγοντες οργανικής αιτιολογίας:

- Σακχαρώδης διαβήτης.
- Υπέρταση.
- Καρδιακές παθήσεις.
- Αγγειοπάθειες.
- Φάρμακα (αγχολυτικά, αντιυπερτασικά, αντικαταθλιπτικά, ψυχοτρόπα).
- Ορμονικές διαταραχές.¹

Διαταραχές του οργασμού

Στη γυναίκα

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

♀ Κολπικός οργασμός.

♀ Κλειτοριδικός οργασμός.¹

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

à 15% θεωρούνται ανοργασμικές.¹

∅ 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.¹

Στον άνδρα

Επανελημμένη καθυστέρηση ή απουσία οργασμού σε έναν άνδρα, ύστερα από μια φάση σεξουαλικής διέγερσης, στη διάρκεια σεξουαλικής δραστηριότητας.¹

∅ Αίτια:

- Ψυχολογικά.
- Σεξουαλικές και θρησκευτικές αναστολές.
- Αποφυγή μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.
- Συγκρουσιακές σχέσεις στο ζευγάρι.¹

Πρόωρη εκσπερμάτιση

Επίμονα ή επανελημμένα η εκσπερμάτιση συμβαίνει με ελάχιστο σεξουαλικό ερεθισμό του πέους και πριν το θελήσει το άτομο.¹

Ø 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.¹

K

E

Φ

A

Λ

A

I

O

3

∅ Σεξουαλικώς

Μεταδιδόμενα

Νοσήματα

(Σ. Μ. Ν.)

Τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα (ΣΜΝ) προκαλούνται από ένα ευρύ φάσμα παθογόνων μικροοργανισμών. Τα σύνδρομα που προκαλούν οι μικροοργανισμοί αυτοί προσβάλλουν τόσο σεξουαλικά ενεργά ζευγάρια, όσο και νεογνά που γεννιούνται από πάσχουσες μητέρες.⁸ Τα νοσήματα αυτά αυξάνουν σήμερα σε τέτοιο βαθμό, ώστε δεν είναι δυνατόν να τα αγνοήσουμε! Χαρακτηρίστηκαν από πολύ παλιά σαν « αισχρές αρρώστιες » γιατί είναι μολύνσεις που μεταδίδονται κυρίως με την σεξουαλική επαφή. Επειδή δε γινόταν έγκαιρα η διάγνωση και επομένως και η κατάλληλη θεραπεία, διαδόθηκαν πολύ γρήγορα.¹⁸

Τα τελευταία μάλιστα χρόνια, έχει παρατηρηθεί έξαρση των μεταδοτικών σεξουαλικών νοσημάτων που οφείλεται στην έλλειψη φόβου, αλλά και γνώσεων γύρω αυτά τα 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.¹⁹

Τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα όπως προείπαμε, αποτελούν μια ξεχωριστή ομάδα λοιμώξεων, οι οποίες προκαλούνται από βιολογικά διάφορους μικροβιολογικούς παράγοντες και εξετάζονται από κοινού λόγω ορισμένων κοινών κλινικών και επιδημιολογικών χαρακτηριστικών.⁴

Οι μεγαλύτερες ομάδες οργανισμών που προκαλούν τα ΣΜΝ είναι:

- ΒΑΚΤΗΡΙΑ: μικροοργανισμοί υπεύθυνοι για σύφιλη, γονόρροια, μυκόπλασμα, χλαμύδια κ.λ.π.
- ΙΟΙ: Ηπατίτιδα Β & C, έρπης των γεννητικών οργάνων, ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV), ο ιός της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV)/ σύνδρομο της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS).
- ΜΥΚΗΤΕΣ: Candida Albicans.
- ΠΡΩΤΟΖΩΑ: Μονοκύτταροι μικροοργανισμοί όπως οι τριχομονάδες.
- ΜΕΤΑΖΩΑ: Προκαλούν τη ψώρα και τη φθειρίαση.²

ΑΙΤΙΟ	ΝΟΣΗΜΑ
Βακτήρια	
Neisseria Gonorrhoeae	Γονόρροια, λοίμωξη ουρογεννητικού συστήματος
Chlamydia Trachomatis	Μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα
Treponema Pallidum	Σύφιλη
Haemophilus Ducreyi	Μαλακό έλκος
Klebsiella Granulomatis	Αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα
Ureaplasma Urealyticum	Μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα
Gardenerella Vaginalis	Βακτηριακή κολπίτιδα
Ιοί	
Ιός του απλού έρπητα (HSV)	Έρπητας των γεννητικών οργάνων
Ιός ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV)	Οξυτενή κονδυλώματα
Ιός Ροx	Μολυσματική τέρμινθος
Ιός ηπατίτιδας Β (HBV)	Ιογενής Ηπατίτιδα
Ιός ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV)	AIDS
Πρωτόζωα	
Trichomonas Vaginalis	Τριχομονάδωση
Μύκητες	
Candida Albicans	Αιδοιοκολπίτιδα, βαλανοποσθίτιδα
Μετάζωα	
Phthirus Pubis	Φθειρίαση του εφηβαίου
Sarcoptes Scabiei	Ψώρα

Πίνακας 3.1.1. Ταξινόμηση των συχνότερων σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.

Τα γενικά χαρακτηριστικά της σύγχρονης επιδημιολογίας των ΣΜΝ είναι:

1. Η αύξηση της συχνότητας των ιογενών ΣΜΝ στις ανεπτυγμένες χώρες, που όμως σήμερα εμφανίζει σταθεροποιητικές τάσεις.

2. Η μεγάλη μείωση της συχνότητας των μικροβιακών ΣΜΝ, που μπορεί να διακόπτεται από παροδικές επιδημικές εξάρσεις.
3. Η σταθερή, υπερενδημική παρουσία του συνόλου των ΣΜΝ στις αναπτυσσόμενες χώρες και στον τρίτο κόσμο.¹

Τα συνηθέστερα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα είναι τα εξής:

3.1. ΣΥΦΙΛΗ

Ορισμός

Η σύφιλη είναι ένα χρόνια λοιμώδες νόσημα που προκαλείται από το βακτήριο *Treponema Pallidum* και χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση ενός ανώδυνου έλκους στη θέση ενοφθαλμισμού, το οποίο συνοδεύεται από σύστοιχο λεμφαδενοπάθεια: σύντομα μετά τον ενοφθαλμισμό, η σύφιλη καθίσταται συστηματική λοίμωξη με χαρακτηριστικό δευτεροπαθές και τριτοπαθές στάδιο.⁸ Τα πρώιμα στάδια (πρωτοπαθές και δευτεροπαθές) είναι λοιμογόνα. Παρατηρείται αυτόματη θεραπεία των πρώιμων βλαβών, ακολουθούμενη από μακρά λανθάνουσα περίοδο. Περίπου στο 30% των μη θεραπευμένων ασθενών τελικά αναπτύσσεται όψιμη νόσος της καρδιάς, του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ) ή άλλων οργάνων. Κάποια εποχή η νόσος αποκαλείτο « ο μεγάλος μίμος ». Μολονότι η σύφιλη είναι λιγότερο συχνή τώρα απ' ότι παλιότερα, παραμένει μια μεγάλη πρόκληση για τον κλινικό λόγω των πολύμορφων εκδηλώσεών της. Επίσης, έχει μεγάλο ενδιαφέρον για τους βιολόγους, λόγω της μακράς και λεπτής ισορροπίας μεταξύ του ξενιστή και της εισβάλους σπειροχαίτης.⁴

Ιστορικό

Η σύφιλη, γνωστή στο Δυτικό Κόσμο εδώ και 5 αιώνες, ταλάνισε την ανθρωπότητα μέχρι τα μέσα του 20^{ου} αιώνα, όπου με την ανακάλυψη της πενικιλίνης βρέθηκε αποτελεσματική και ριζική θεραπεία. Η νόσος είναι ενδημική παγκοσμίως, παρουσιάζοντας επιδημικές εξάρσεις σε περιόδους πολέμων, κοινωνικών αναστατώσεων και μεταναστεύσεων. Όμως παρά την ύπαρξη αξιόπιστων διαγνωστικών εξετάσεων και αιτιολογικής θεραπείας και την

εφαρμογή στρατηγικών πρόληψης, πλήρης εκρίζωσή της δεν έχει επιτευχθεί, ούτε διαφαίνεται στο εγγύς μέλλον.¹

Το αίτιο της σύφιλης ανακαλύφθηκε το 1905 από τους Schaudinn και Hoffman όταν παρατήρησαν σπειροχαιτικούς οργανισμούς σε πρώιμες λοιμογόνες βλάβες. Ο αιτιολογικός παράγοντας της σύφιλης, το *Treponema Pallidum*, είναι στενός συγγενής με άλλες παθογόνες σπειροχαΐτες, όπως αυτές που προκαλούν τροπική μόρωση (*Treponema Pallidum* υποείδος *Pertenuis*) και πίντα (*Treponema Carateum*).⁴

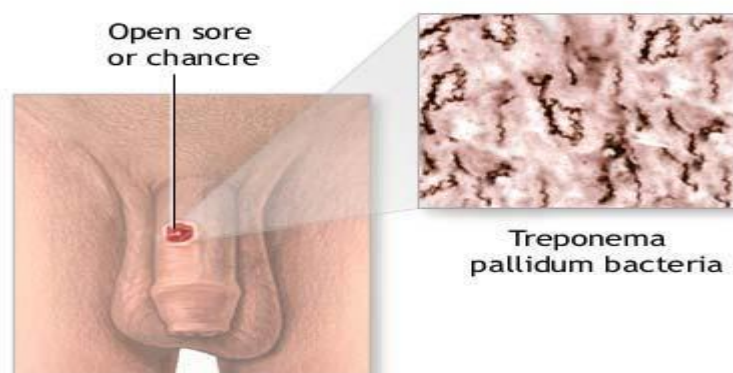
Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα, σύμφωνα με εκτιμήσεις, το 10- 15% του πληθυσμού των μεγάλων ευρωπαϊκών πρωτευουσών (Παρίσι, Λονδίνο, Βερολίνο) έπασχε από επίκτητη σύφιλη. Πέραν του μεγάλου αριθμού πασχόντων από μολυσματική σύφιλη, υπήρχε σημαντικότερη νοσηρότητα και θνησιμότητα συνδεδεμένη με τις νευροψυχιατρικές και καρδιαγγειακές επιπλοκές της τριτογόνου σύφιλης, η οποία αποτελούσε τότε αναπόφευκτη εξέλιξη. Επιδημικές εξάρσεις παρατηρήθηκαν τόσο κατά τη διάρκεια, όσο και μετά τη λήξη των δύο Παγκόσμιων Πολέμων. Όμως από τη δεκαετία του 1950, με την εισαγωγή των αντιβιοτικών στη θεραπευτική, τη σχετική κοινωνική σταθερότητα και τη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας, τα δεδομένα άλλαξαν ριζικά προς το καλύτερο, τουλάχιστον στις ανεπτυγμένες χώρες.¹

Επιδημιολογία

Ηλικία. Κατά σειρά μειούμενης συχνότητας: 15 έως 19 ετών, 20 έως 39 ετών, 40 έως 49 ετών.⁸

Φυλή. Όλες οι φυλές στις ΗΠΑ, η επίπτωση αυξάνεται στους Αфро-αμερικάνους και Ισπανόφωνους.⁸

Φύλο. Οι άνδρες επικρατούν έναντι των γυναικών 2:1 έως 4:1.⁸

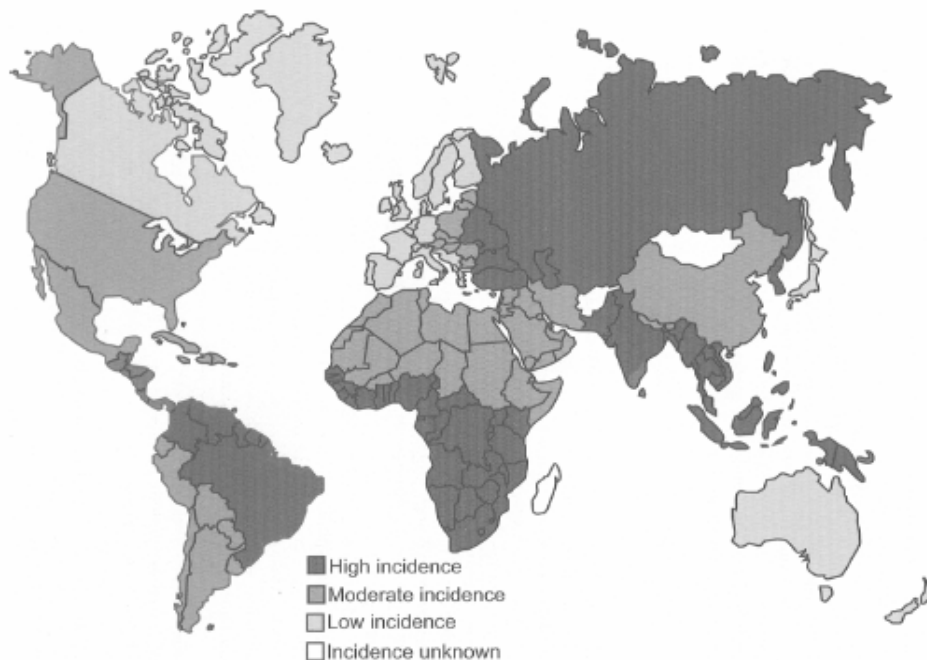


Εικόνα 3.1.1. Σύφιλη.

Άλλοι παράγοντες. Μέχρι πρόσφατα, σχεδόν το 50% των ανδρών με σύφιλη στις ΗΠΑ ήταν ομοφυλόφιλοι, όμως το ποσοστό αυτό έχει ελαττωθεί εξαιτίας της εφαρμογής ασφαλέστερων σεξουαλικών πρακτικών. Η επίπτωση της σύφιλης, παρ' όλα, έχει αυξηθεί σημαντικά σε μειονότητες και σχετίζεται με την ανταλλαγή σεξ για ναρκωτικά. Ως συνέπεια της αύξησης της σεξουαλικά μεταδιδόμενης σύφιλης σημειώθηκε σημαντική αύξηση του αριθμού των περιπτώσεων συγγενούς σύφιλης.⁸

Στην Ευρώπη, η σύφιλη διατηρήθηκε σε χαμηλά επίπεδα μέχρι και σήμερα, αν και παρατηρήθηκαν αυξητικές τάσεις της πρώιμης σύφιλης, εμφανέστερες μεταξύ των ομοφυλόφιλων ανδρών, κατά τις δεκαετίες του 1960 και του 1970, ως αποτέλεσμα της επικράτησης αντιδραστικών τάσεων προς τις κατεστημένες αξίες. Η εκστρατεία για ασφαλή ερωτική συμπεριφορά κατά τη δεκαετία του 1980 οδήγησε σε νέα μείωση της μολυσματικής σύφιλης στις περισσότερες χώρες.¹

Στις ΗΠΑ, μετά την αρχική μείωση της επίπτωσης το 1956, παρατηρήθηκε σταθερή αύξηση μετά από το 1960 και το 1987 σημειώθηκε τετραπλασιασμός της επίπτωσης της σύφιλης. Η μεταβολή αυτή αφορούσε την πρώιμη σύφιλη, ενώ η όψιμη και η συγγενής σύφιλη παρέμειναν σε χαμηλά επίπεδα. Ως αιτίες της αύξησης θεωρήθηκαν η σεξουαλική απελευθέρωση, η υποτίμηση του κινδύνου, η χρήση των αντισυλληπτικών δισκίων αντί του προφυλακτικού, αλλά και η χαλάρωση των προγραμμάτων ελέγχου και πρόληψης λόγω μετατόπισης του ενδιαφέροντος προς τα ιογενή ΣΜΝ και το HIV/ AIDS.¹



Εικόνα 3.1.2. Επιδημιολογική κατανομή της Σύφιλης.

Στη Ρωσία και άλλα νέα κράτη της πρώην Σοβιετικής Ένωσης εκδηλώθηκε κατά τη δεκαετία του 1990 μια ανησυχητική επιδημική έκρηξη. Η επιδημία αφορούσε κατά βάση τα αστικά κέντρα. Οι μισές περιπτώσεις ήταν άτομα ηλικίας 20- 29 ετών, αλλά η μεγαλύτερη αύξηση παρατηρήθηκε στις ηλικίες 15- 19 ετών. Στις αιτίες περιλαμβάνονται η κοινωνική αποδιοργάνωση, η φτώχεια, η ανεργία (ιδίως των γυναικών), η μαζική μετανάστευση, η έξαρση της πορνείας και η εισβολή της πορνογραφίας. Επιπλέον, συνέβαλε η κατάρρευση του υγειονομικού συστήματος, με τη μετάπτωση από ένα αυστηρό (οι πάσχοντες είχαν σοβαρές νομικές κυρώσεις), κεντρικό, κρατικό σύστημα ελέγχου σε ένα χαλαρό μεικτό (δημόσιο και ιδιωτικοποιημένο) σύστημα διάγνωσης και θεραπείας.¹

Έτος	Ολικός αριθμός νέων κρουσμάτων	Πρωτοπαθής σύφιλης	Δευτεροπαθής σύφιλης
1985	13.689	2.903	7.167
1986	10.324	2.143	4.919
1987	7.242	1.394	3.148
1988	6.234	1.307	2.802
1989	6.234	1.307	2.802
1990	7.931	1.884	4.125
1991	10.728	2.685	5.674
1992	19.963	5.882	10.357
1993	50.427	15.872	26.748
1994	126.734	41.601	66.928
1995	261.837	84.438	135.783
1996	387.704	112.722	199.668

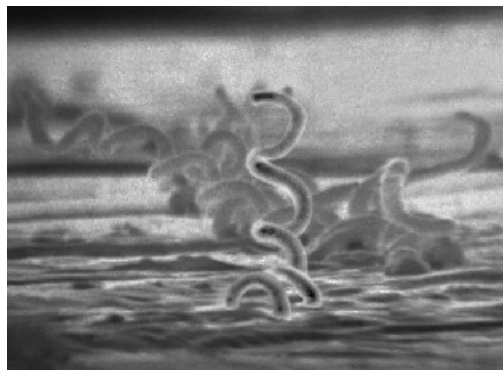
Πίνακας 3.1.2. Εξέλιξη της επιδημίας σύφιλης στη Ρωσία.²⁰

Στην Ελλάδα, η σύφιλη ακολούθησε τις επιδημιολογικές τάσεις της Δυτικής Ευρώπης. Σύμφωνα με κάποια ενδεικτικά στοιχεία που προέρχεται από το Νοσοκομείο « Α. Συγγρός », η σύφιλη παρουσίασε μείωση μεταξύ των ετών 1953- 1975, παρά τις μικρές ανακάμψεις που παρατηρήθηκαν στη δεκαετία του 1960 και του 1970. Στις αρχές της δεκαετίας του 1980, η σύφιλη επανέκαμψε προσωρινά, αλλά μετά το 1982 βρίσκεται σε σταθερή πτώση. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η παρατήρηση ότι η συντριπτική πλειοψηφία (67,5%) των νέων

περιπτώσεων σύφιλης που διαγνώστηκαν στο Νοσοκομείο Α. Συγγρός (1989- 1996) δεν ανέφεραν συμπτώματα ή σημεία πρωτογόνου ή δευτερογόνου σύφιλης και ανιχνεύθηκαν σε τυχαίο ορολογικό έλεγχο ρουτίνας. Για τη μορφή αυτή λανθάνουσας σύφιλης προτάθηκε ο όρος σύφιλη incognito. Τα άτομα με σύφιλη incognito είναι μεγαλύτερης ηλικίας και ανώτερης κοινωνικο-οικονομικής τάξης (συνήθως ετεροφυλόφιλοι και έγγαμοι) από τους ασθενείς με σύφιλη στην Ελλάδα κατά το παρελθόν. Ως εκ τούτου, ο προσυμπτωματικός έλεγχος (screening) για σύφιλη πρέπει να συνεχιστεί, για να αποφευχθούν οι συνέπειες της μη διαγνωσθείσας και μη θεραπευθείσας σύφιλης.¹

Αίτιο

Το αίτιο της σύφιλης είναι η ωχρά σπειροχαίτη. Είναι μικρόβιο νηματοειδές, μήκους 15-20μ και φέρει 14- 20 σπείρες. Η ωχρά σπειροχαίτη ανευρίσκεται στο συφιλικό έλκος, στις βλάβες της δευτερογόνου συφιλίδος, στους προσβεβλημένους λεμφαδένες και στο αίμα.. Η ωχρά σπειροχαίτη εισβάλλει στους βλεννογόνους ή στο διαβρωμένο δέρμα, πολλαπλασιάζεται στο σημείο ενοφθαλμισμού και δια μέσου του λεμφικού συστήματος εισέρχεται στους λεμφαδένες της περιοχής και διασπείρεται εν συνεχεία στον οργανισμό.²¹



Εικόνα 3.1.3. Treponema Pallidum.

Παθογένεια και ανταπόκριση του ξενιστή

Το Treponema Pallidum δε ζει και δεν προκαλεί νόσο πέραν του ανθρώπινου οργανισμού. Μεταδίδεται από άτομο σε άτομο μέσω άμεσης επαφής με μολυσματική βλάβη. Οι σπειροχαίτες, αφού διεισδύσουν μέσω ακέραιου βλεννογόνου ή τραυματισμένου δέρματος, πολλαπλασιάζονται τοπικά, με αποτέλεσμα φλεγμονώδη απάντηση του ξενιστή και σχηματισμό του έλκους, είτε ως μονήρης βλάβη είτε, μερικές φορές, ως πολλαπλές βλάβες. Η

πρωτοπαθής σύφιλη είναι η μολυσματικότερη μορφή της νόσου. Σύντομα μετά την εισβολή, οι σπειροχαίτες μεταφέρονται με την αιματηρή κυκλοφορία σε όλα τα όργανα του σώματος.⁸

Δεν είναι γνωστή η παραγωγή οποιαδήποτε τοξίνης από το *T. Pallidum*. Τα τρεπνήματα είναι ικανά να προσκολλώνται ειδικά στα κύτταρα του ξενιστή, αλλά δεν είναι γνωστό αν η προσκόλληση προκαλεί βλάβη. Τα περισσότερα τρεπνήματα βρίσκονται σε μεσοκυττάριους χώρους, αλλά ενίοτε μπορεί να παρατηρηθούν και μέσα σε φαγοκύτταρα.⁴

Η πρωτοπαθής παθολογοανατομική βλάβη της σύφιλης είναι μια εστιακή ενδαρτηρίτιδα. Υπάρχει αύξηση των κυττάρων του έξω χιτώνα, υπερπλασία του ενδοθηλίου και παρουσία μιας φλεγμονώδους περιαγγειακής διήθησης. Τα λεμφοκύτταρα, τα πλασματοκύτταρα και τα μονοπύρρηνα κυριαρχούν στη φλεγμονώδη βλάβη, και σε μερικές περιπτώσεις συναντώνται επίσης πολυμορφοπύρρηνα κύτταρα. Ο αυλός των αγγείων συχνά αποφράσσεται. Με την επούλωση παρατηρείται σημαντική ίνωση. Τα τρεπνήματα μπορεί να αποκαλυφθούν στις περισσότερες πρώιμες βλάβες της σύφιλης, και σε μερικές από τις όψιμες όπως η μηνιγγοεγκεφαλίτιδα της γενικευμένης πάρεσης.⁴

Η κοκκιωματώδης αντίδραση είναι επίσης συχνή στη δευτεροπαθή και στην όψιμη (τριτοπαθή) σύφιλη. Το κοκκίωμα δεν είναι ιστολογικά ειδικό, και περιστατικά σύφιλης έχουν λανθασμένα διαγνωστεί ως σαρκοείδωση ή άλλη κοκκιωματώδης νόσος. Μελέτες ανθρώπινου ενοφθαλμισμού υποδηλώνουν ότι η παθογένεια του κοκκιώματος (που είναι μια κοκκιωματώδης βλάβη) σχετίζεται με υπερευαισθησία σε μικρό αριθμό λοιμογόνων τρεπνημάτων που εισήχθησαν σε ευαισθητοποιημένο προηγουμένως ξενιστή.⁴

Ενδοδερμικός ενοφθαλμισμός σε πάσχοντες από σύφιλη διαφόρου σταδίου με μερικώς κεκαθαμένα αντιγόνα του *T. Pallidum*, έδειξε ότι επιβραδυνόμενη κυτταρική υπερευαισθησία αναπτύχθηκε μόνο σε όψιμη δευτεροπαθή σύφιλη αλλά ήταν σταθερά παρούσα σε λανθάνουσα σύφιλη. Μπορεί να υπάρχει προσωρινά ελαττωμένη αντιδραστικότητα των λεμφοκυττάρων ασθενών με πρωτοπαθή και δευτεροπαθή σύφιλη αλλά ήταν σταθερά παρούσα σε λανθάνουσα σύφιλη σε τρεπνημικά αντιγόνα. Είναι πιθανό, αλλά όχι αποδεδειγμένο, ότι η ασυνήθης αύξηση και ελάττωση των βλαβών στην πρώιμη σύφιλη εξαρτάται από την ισορροπία μεταξύ της ανάπτυξης αποτελεσματικής κυτταρικής ανοσίας και της καταστολής της λειτουργίας των προερχόμενων από το θύμο *T* λεμφοκυττάρων.⁴

Ο ξενιστής ανταποκρίνεται επίσης στη λοίμωξη με παραγωγή πολυάριθμων αντισωμάτων, και σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να σχηματιστούν κυκλοφορούντα ανοσοσυμπλέγματα. Το νεφρωσικό σύνδρομο έχει περιγραφεί μερικές φορές σε δευτεροπαθή σύφιλη. Οι νεφρικές βιοψίες αποκαλύπτουν μεμβρανώδη σπειραματονεφρίτιδα, με χαρακτηριστικές

υποεπιθηλιακές εναποθέσεις. Οι εναποθέσεις περιέχουν IgG και C3, καθώς και τρεπονημικό αντίσωμα.⁴

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.²²

- Η μετάδοση με τη σεξουαλική επαφή είναι ο κατεξοχήν τρόπος μόλυνσεως. Οι μικροοργανισμοί ενοφθαλμίζονται μέσω 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 τρεπόνημα 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.⁹
- Η τυχαία επαγγελματική μόλυνση συνέβαινε παλαιότερα και ήταν μάλλον ασυνήθης. Αφορά στα δάχτυλα γιατρών, μαιών, νοσοκόμων κατά την πρακτική άσκηση και ερευνητών ασχολούμενων με ενοφθαλμισμούς τρεπονημάτων σε κουνέλια.²³
- 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 νοπού αίματος σε συνθήκες εκτάκτου ανάγκης.²³
- 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.²³
- 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 άμεση επαφή, καθώς και έμμεσα με τη χρήση των ίδιων οργάνων φαγητού (ποτήρια, σκεύη, κ.λ.π).²³

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 (σπειροχαιτώση).
- Η νόσος οφείλεται στη ωχρά σπειροχαιτή (Treponema Pallidum).
- Το ωχρό τρεπόννημα ενοφθαλμίζεται με επιτυχία σε πειραματόζωα πλην 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 σπειροχαιτή ήταν και εξακολουθεί να είναι ευαίσθητη στην πενικιλίνη.
- Η πρώιμη σύφιλη μετά από θεραπεία συνήθως δεν καταλείπει ουλές, αλλά μόνο δισχρωματικές αλλοιώσεις. Στις περιπτώσεις όψιμης σύφιλης παραμένουν επιπλέον ουλές.
- Η σύφιλη σήμερα ιάται.¹

3.1.1. Πρωτοπαθής 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 και 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.²²

Κλινικοί χαρακτήρες συφιλιδικού έλκους

Το συφιλιδικό έλκος εμφανίζει ορισμένους κλινικούς χαρακτήρες :

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

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.
4. Αν γίνει παρακέντηση ή εξαχθεί ο λεμφαδένας, είναι γεμάτος από σπειροχαίτες. 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 αδένου ουδέποτε αποκαθίσταται απόλυτα.¹

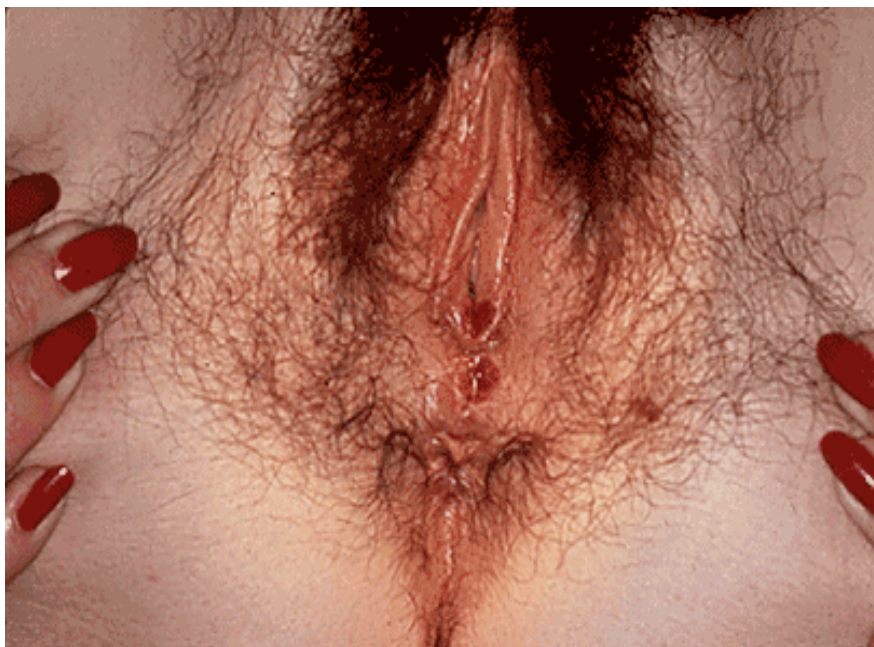
Εντοπισμοί

- Στον άνδρα \hat{a} το συφιλιδικό 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.¹
- Στη γυναίκα \hat{a} το συφιλιδικό έλκος εντοπίζεται οπουδήποτε στα μικρά και μεγάλα χείλη, στη περιοχή του σκαφοειδούς βάρου, 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 μήτρα 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.¹



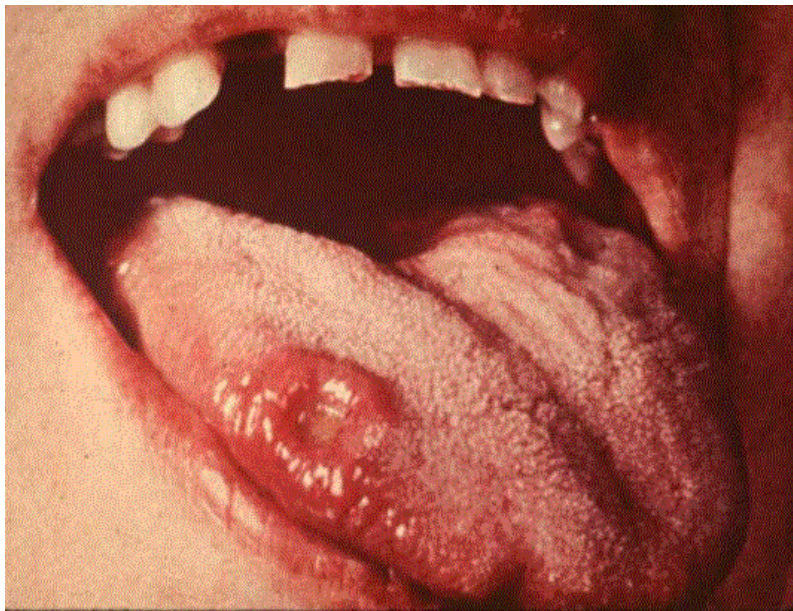
Εικόνα 3.1.4. Πρωτοπαθής σύφιλη στον άνδρα.



Εικόνα 3.1.5. Πρωτοπαθής σύφιλη στην γυναίκα.

Εξωγεννητικοί εντοπισμοί

Στα χείλη του στόματος ως αποτέλεσμα φιλήματος ή στοματογεννητικής 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. Στην περιοχή του πρωκτού εμφανίζεται υπό μορφή ραγάδας, εδραζομένης σε σκληρή βάση συγγεόμενη με νέκρωση αιμορροΐδων. Έχει ανευρεθεί επίσης στα τοιχώματα του εντέρου συγγεόμενο με αναπτυσσόμενο καρκίνωμα του εντέρου.¹



Εικόνα 3.1.6. Πρωτοπαθής σύφιλη στη στοματική κοιλότητα.

3.1.2. Δευτεροπαθής σύφιλη

Τα πρώτα σημάδια και συμπτώματα της δευτεροπαθής σύφιλης παρουσιάζονται συνήθως 4- 8 εβδομάδες μετά την επούλωση του έλκους. Η δευτεροπαθής 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 δευτεροπαθής σύφιλης μετά την αποδρομή τους δεν αφήνουν ουλές πλην ορισμένων, αλλά, καταλείπουν εντόνου βαθμού δυσχρωμία.²²

Απαραίτητη προϋπόθεση για την εμφάνιση των εκδηλώσεων της δευτεροπαθής 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.¹

Οι κλινικές εκδηλώσεις της δευτεροπαθής σύφιλης ταξινομούνται σε δύο ενότητες:

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

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

1. Πολύμορφα.
2. Συμμετρικά στην αρχή, ασύμμετρα αργότερα.
3. Άκνησμα διάσπαρτα.
4. Εμφανίζονται με διαδοχικές εκφύσεις.
5. Δεν καταλείπουν ουλές.²²

Στις πρώιμες εκδηλώσεις δευτερογόνου σύφιλης ταξινομούνται:

- Ερυθματοκηλιδώδη εξανθήματα. Πρόκειται για τη ροδάνθη. Εμφανίζεται νωρίτερα από κάθε κηλιδώδες εξάνθημα (την 50- 60 μέρα 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.¹
- Βλατιδώδη και βλατιδολεπιδώδη εξανθήματα. Τα εξανθήματα αυτά χαρακτηρίζονται από μεγάλο βαθμού πολυμορφία. Παίρνουν διάφορα σχήματα και πολλές φορές με την πάροδο του χρόνου η μορφολογία τους παραλλάσσει. Έτσι, οι πλέον όψιμα εμφανιζόμενες, δηλαδή μετά τις 60 και μέχρι τις 90 μέρες, είναι 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.¹

Από πλευράς μορφολογίας τα βλατιδώδη αυτά εξανθήματα διακρίνονται σε:

1. Μικροβλατιδώδη.
2. Μεγαλοβλατιδώδη.
3. Βλατιδολεπιδώδη.
4. Βλατιδονεκρωτικά.
5. Λειχηνοειδή.
6. Ακμοειδή – θυλακικά.²²

Εντοπισμοί

- Πρόσωπο à 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 που ονομάστηκε « corona veneris ».¹⁸



Εικόνα 3.1.7. Δευτεροπαθής σύφιλη στο πρόσωπο.

- Παλάμες και πέλματα à 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 που 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.²²



Εικόνα 3.1.8. Δευτεροπαθής σύφιλη στην παλάμη.



Εικόνα 3.1.9. Δευτεροπαθής σύφιλη στο πέλμα.

- 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.²²



Εικόνα 3.1.10. Δευτεροπαθής σύφιλη στη γυναίκα.



Εικόνα 3.1.11. Δευτεροπαθής σύφιλη στον άνδρα.

■ Βλεννογόνοι γενικά \Rightarrow Εντοπίζονται:

1. Στη γλώσσα, παρειές και χείλη.
2. Στις αμυγδαλές.
3. Στο φάρυγγα επί της επιγλωττίδας και των επιγλωττιδικών πτυχών.
4. Στους ρωθώνες δημιουργείται οίδημα και δυσχέρεια ροής της αναπνοής.
5. Στους βλεννογόνους των γεννητικών οργάνων.²²



Εικόνα 3.1.12. Δευτεροπαθής σύφιλη στη κοιλιακή χώρα.

Όψιμες εκδηλώσεις δευτερογόνου σύφιλης από το δέρμα και τους βλεννογόνους.

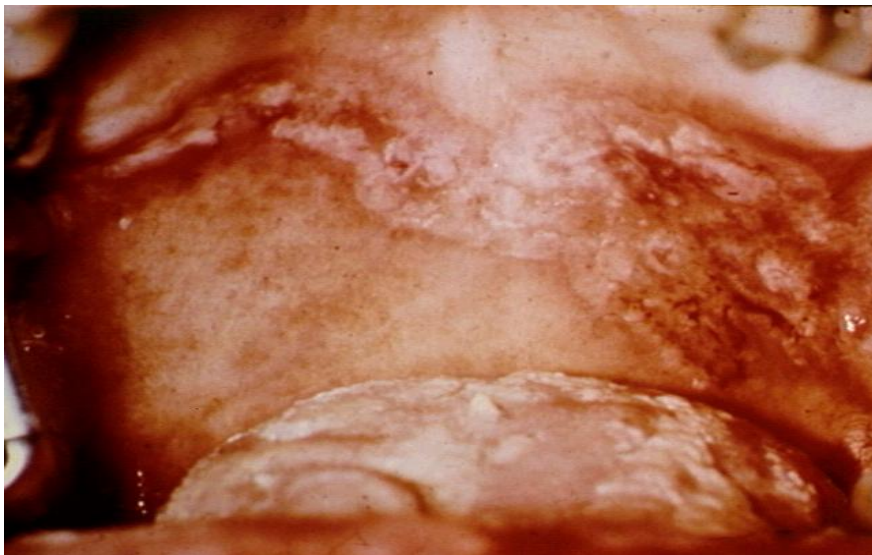
Οι όψιμες συφιλιδικές εκδηλώσεις αποτελούν την συνέχεια της φυσικής πορείας και της προοδευτικά εξελισσόμενης κλινικής μορφολογίας της νόσου. Η ροδάνθη εξαφανίζεται αυτομάτως πολύ νωρίς ως ελέγχει, ενώ τα βλατιδώδη συφιλιδικά εξανθήματα και οι συφιλιδικές πλάκες των γεννητικών οργάνων διατηρούνται μέχρι 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^ο με 5^ο 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.¹

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

- Κακουχία, ανορεξία, απώλεια βάρους, κεφαλαλγία.
- Μυαλγίες, αρθραλγίες, ελαφρός πυρετός.
- Πολυαδενίτιδα.
- Ηπατίτιδα.
- Περιοστίτιδα.
- Μηνιγγίτιδα.
- Προσβολή κνημιαίων νεύρων (πόννοι).
- Οφθαλμικές βλάβες.
- Σπειραματονεφρίτιδα.¹

3.1.3. Τριτοπαθής σύφιλη

Το 1/3 των ασθενών που δε λαμβάνουν θεραπεία μεταπίπτουν στο τελευταίο στάδιο της σύφιλης (τριτοπαθής). Οι κλινικές εκδηλώσεις του σταδίου αυτού μπορεί να εμφανιστούν μήνες ή χρόνια μετά την έναρξη της λοίμωξης και αφορούν κυρίως το νευρικό και το καρδιαγγειακό σύστημα.¹¹ 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 σπειροχαίτες το θύμα εισέρχεται στη τριτοπαθή σύφιλη, εάν αυτό το στάδιο γίνει πραγματικότητα, τότε φυσιολογικά χρειάζεται 10 με 20 χρόνια για να παρουσιασθούν τα εξωτερικά σημάδια.²²



Εικόνα 3.1.13. Τριτοπαθής σύφιλη στην στοματική κοιλότητα.

Από αυτή τη στιγμή η αδυσώπητος καταστροφή των ιστών, οστών και οργάνων είναι ανέκκλητος. Τριτοπαθείς συφιλιδικές αλλοιώσεις είναι χρόνιες και καταστροφικές και εμφανίζονται σε μια ή σε δύο κατηγορίες:

1. Αυτή που εξελίσσεται βραδέως και προσβάλλει κάθε όργανο κυρίως το κεντρικό νευρικό σύστημα. Τα πιο συχνά αποτελέσματά της είναι η τύφλωση- παράλυση ή κώφωση ή παραφροσύνη και καρδιοπάθεια συμπεριλαμβανομένης πιθανής ρήξης σε κάποια από τις σημαντικότερες αρτηρίες.²²
2. Γρήγορη ανάπτυξη μεγάλων όγκων οι οποίοι εισέρχονται και καταστρέφουν τους ιστούς γύρω απ' αυτούς. Το συφιλιδικό κοκκίωμα το οποίο μοιάζει με την λέπρα.²²



Εικόνα 3.1.14. Τριτοπαθής σύφιλη στον άνδρα.

Εντοπισμοί

- Οζίδιο- ελκωτικές συφιλίδες: Προσομοιάζουν με βλάβες κοινού λύκου (φυματίωση του δέρματος). Οζίδια και πλάκες με ουλές, που παρουσιάζουν κεντρική ίαση, με ή χωρίς ψωριασιόμορφα λέπια και με ή χωρίς εξέλκωση. Τυπικά και σε αντίθεση με τον κοινό λύκο, οι συφιλίδες δεν υποτροπιάζουν σε θέσεις ουλών, αλλά κυρίως στην περιφέρειά τους, και δεν είναι μαλακές αλλά υπόσκληρες. Ομαδοποιημένες βλάβες, οφιοειδείς, δακτυλιοειδείς, πολυκυκλικές, με κτενιοειδή όρια. Μονήρεις βλάβες: αντιβράχια (εκτατικές επιφάνειες), ράχη ή πρόσωπο.⁸

- **Κοκκίωμα:** Ο όρος κοκκίωμα (στα λατινικά: « gum ») περιγράφει ένα όγκο ελαστικής σύστασης ή μία εν τω βάθει κοκκιωματώδη βλάβη που βρίσκεται στο υπόδημα και παρουσιάζει τάση για νέκρωση και εξέλκωση. Οζίδιο με εξέλκωση. Μεμονωμένες βλάβες. Οπουδήποτε, αλλά κυρίως στο τριχωτό της κεφαλής, στο πρόσωπο, στο στήθος (στερνοκλειδική χώρα) και στη γαστροκνημία.⁸

3.1.4. Λανθάνουσα σύφιλη

Λανθάνουσα σύφιλη είναι το στάδιο εκείνο κατά το οποίο δεν υπάρχουν κλινικά συμπτώματα ή σημεία της λοίμωξης. Η διάγνωση τίθεται μόνο ύστερα από τη λήψη προσεκτικού ιστορικού και την κλινική εξέταση, η οποία αποκλείει την ύπαρξη συμπτωμάτων και σημείων ενεργού λοίμωξης. Οι ορολογικές δοκιμασίες για τη σύφιλη είναι θετικές· το εγκεφαλονωτιαίο υγρό είναι φυσιολογικό.¹ Οι δερματικές εκδηλώσεις της δευτερογενούς σύφιλης μετά από 2 χρόνια επουλώνονται αυτόματα, το θύμα εισέρχεται στο στάδιο της λανθάνουσας σύφιλης.²²

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.²²

Όλοι οι ασθενείς με σύφιλη έχουν λανθάνουσα μορφή της νόσου σε κάποιο χρονικό διάστημα κατά την πορεία της νόσου. Μερικοί ασθενείς έχουν μόνο λανθάνουσα σύφιλη και η διάγνωση τίθεται από τον θετικό ορολογικό έλεγχο (σύφιλη incognito). Η λανθάνουσα μορφή της νόσου δεν αποκλείει την μολυσματικότητα, ούτε την ανάπτυξη κομμωματοδών δερματικών βλαβών, καρδιαγγειακών βλαβών ή νευροσύφιλης.⁸

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. Το μολυσμένο άτομο δεν είναι μεταδοτικό

στη λανθάνουσα περίοδο, εκτός βέβαια της εγκύου γυναίκας που πάντα θέτει σε κίνδυνο το αγέννητο έμβρυο εάν δεν κάνει θεραπεία.²²

Υπάρχουν ενδείξεις που υποδηλώνουν ότι οι περισσότερες λοιμώξεις συμβαίνουν τον πρώτο χρόνο. Επιδημιολογικά στοιχεία δείχνουν ότι η μεγαλύτερη διασπορά της σύφιλης συμβαίνει κατά την πρώτη χρονιά της λοίμωξης. Συνεπώς, η πρόιμη λανθάνουσα σύφιλη ορίζεται στις ΗΠΑ ως το πρώτο έτος μετά την υποχώρηση των πρωτοπαθών και δευτεροπαθών βλαβών ή ως θετικοποίηση της ορολογικής δοκιμασίας σε ένα κατά τα άλλα ασυμπτωματικό άτομο (αρνητική ορολογική δοκιμασία κατά το προηγούμενο έτος).⁴

3.1.5. Σύφιλη εγκύου

Η συχνότητα των διαγνώσεων σύφιλης εγκύου στις ΗΠΑ έπεσε κάτω από τις 1000 ανά έτος για πρώτη φορά το 1975. Λιγότερες από 500 περιπτώσεις καταγράφονταν ανά έτος μέχρι το 1988, όταν η επιδημία της σύφιλης στους ενήλικες οδήγησε σε παρόμοια επιδημική αύξηση των συγγενών λοιμώξεων. Από το 1990 μέχρι το 1993, περισσότερες από 3000 νέες περιπτώσεις σύφιλης εγκύου έχουν αναφερθεί ανά έτος. Κάθε περίπτωση σύφιλης αντιπροσωπεύει μια τραγωδία, που θα μπορούσε να είχε προληφθεί με ακριβή αναφορά περιπτώσεων και με κατάλληλη περιγεννητική φροντίδα. Μια δοκιμασία VDRL πρέπει να διενεργείται σε όλες τις μέλλουσες μητέρες κατά την αρχή και το τέλος της κύησης.⁴

Σπειροχαίτες μπορεί να βρεθούν σε αποβαλλόμενα κυήματα 9 ως 10 εβδομάδων. Ο κίνδυνος εμβρυϊκής λοίμωξης είναι μεγαλύτερος στα πρώιμα στάδια της μη θεραπευμένης μητρικής σύφιλης, και μειώνεται αργά στη συνέχεια. Ωστόσο, η μητέρα μπορεί να μολύνει το έμβρυο τουλάχιστον κατά τα πρώτα 5 χρόνια της λοίμωξης. Η κατάλληλη θεραπεία της μητέρας πριν τη 16^η εβδομάδα συνήθως προλαμβάνει έκδηλη κλινική νόσο του νεογνού. Η καθυστερημένη θεραπεία μπορεί να μην προλάβει απώτερες συνέπειες της νόσου στο παιδί. Μη θεραπευμένη μητρική λοίμωξη είναι αίτιο θνησιγενούς εμβρύου, θανάτου του νεογνού, προωρότητας ή συνδρόμων πρόιμης και όψιμης συγγενούς σύφιλης μεταξύ των νεογνών που επιζούν.⁴

Στην περίπτωση της σύφιλης της εγκύου ισχύουν μερικές επιγραμματικές αρχές που πρέπει να κατανοηθούν καλά:

- Μόλυνση μέσω του ωαρίου ή και του σπερματοζωαρίου είναι ανέφικτη. Η μόλυνση γίνεται μόνο μέσω του πλακούντος και μόνον μέσω της μητέρας.²¹
- Μέχρι και τον 4^ο μήνα η ωχρά σπειροχαίτη δεν περνά από τον πλακούντα.²¹

- Αν η μητέρα μολυνθεί μετά τον 5^ο μήνα τότε μολύνεται και το κύημα.²¹
- Αν τώρα η μητέρα υποβληθεί σε θεραπεία, τότε θα γεννήσει υγιές παιδί.
- Αν η μητέρα μολυνθεί μετά τον 5^ο μήνα και παραμελήσει την θεραπεία της ως τον 9^ο μήνα και τότε υποβληθεί σε κανονική θεραπεία, τότε η μητέρα και το παιδί θα αποστειρωθούν από σπειροχαίτη. Όμως το παιδί για μεγάλο χρονικό διάστημα (2 έως 3 μήνες) θα υφίσταται τη λοιμογόνο επίδραση της ωχράς σπειροχαίτης και ως εκ τούτου θα γεννηθεί παιδί στείρο μεν αλλά με « διαμαρτίες περί τη διάπλαση », δηλαδή με συφιλιδικά στίγματα.²¹
- Αν δεν γίνει καμία θεραπεία ως τον τοκετό τότε το παιδί θα έχει και μολυσματική μορφή πρωίμου συγγενούς σύφιλης, και συφιλικά στίγματα.²¹
- Αν μολυνθεί η μητέρα αργά, δηλαδή στον 8^ο περίπου μήνα, και γεννήσει χωρίς να κάνει εν τω μεταξύ θεραπεία, τότε θα γεννηθεί παιδί με εκδηλώσεις πρωίμου συγγενούς σύφιλης χωρίς όμως να έχει συφιλιδικά στίγματα λόγω της ολιγόχρονης επίδρασης της σπειροχαίτης στον οργανισμό του.²¹

3.1.6. 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 πρωτοπαθούς ή δευτεροπαθούς 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%.²²

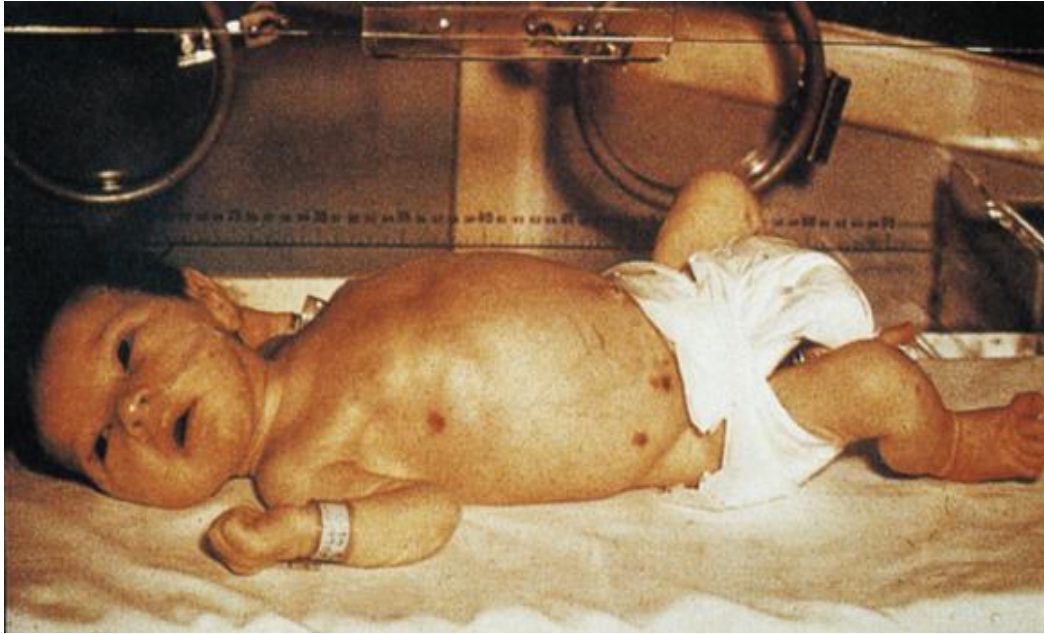
Η συγγενής σύφιλη βρίσκεται σε άμεση συσχέτιση με τη σύφιλη της εγκύου. Στις ανεπτυγμένες χώρες, η συγγενής σύφιλη διατηρείται υπό έλεγχο, χάρις στην εφαρμοζόμενη πρακτική του προσυμπτωματικού οροδιαγνωστικού ελέγχου όλων των εγκύων γυναικών. Δυστυχώς όμως σε ορισμένες αναπτυσσόμενες χώρες εξακολουθεί να αποτελεί σημαντικό πρόβλημα. Πάντως, η επίπτωση της συγγενούς σύφιλης εξαρτάται περισσότερο από τον επιπολασμό της πρώιμης σύφιλης, παρά από την ποιότητα της προγεννητικής φροντίδας. Στις

ΗΠΑ, η επιδημική έξαρση της πρώιμης σύφιλης στα τέλη της δεκαετίας του 1980 οδήγησε σε αύξηση της επίπτωσης της συγγενούς σύφιλης από 158 περιπτώσεις το 1983, σε 7219 το 1990, με αποκορύφωμα τις 110 περιπτώσεις ανά 100.000 γεννήσεις το 1991. Με την εφαρμογή επιθετικών υγειονομικών παρεμβάσεων, ο αριθμός των περιπτώσεων μειώθηκε το 1997 στο χαμηλότερο επίπεδο μετά το 1959. Παρά ταύτα, το ποσοστό μεταξύ των μη ισπανόφωνων μαύρων είναι 50 φορές μεγαλύτερο εκείνου των λευκών Αμερικανών. Στη Ρωσία, οι περιπτώσεις συγγενούς σύφιλης αυξήθηκαν από 15 το 1990, σε 470 το 1996. Στη Μ. Βρετανία, η επίπτωση της συγγενούς σύφιλης διατηρείται μονοψήφια για περισσότερο από μια δεκαετία.¹

Σύμφωνα με κάποια ενδεικτικά στοιχεία που προέρχονται από το Νοσοκομείο « Α. Συγγρός » (1988- 1994), η σύφιλη της εγκύου και κατ' επέκταση η συγγενής σύφιλη είναι σπάνια στη χώρα μας. Τις περισσότερες φορές πρόκειται για νεαρές ενήλικες (20- 29 ετών) με χαμηλό κοινωνικό και μορφωτικό επίπεδο, που πάσχουν από λανθάνουσα σύφιλη. Η μία στις τέσσερις εγκύους με σύφιλη είναι αλλοδαπή και η μία στις τρεις είναι άγαμη. Η παρατηρούμενη αυξητική τάση είναι μάλλον πλασματική και οφείλεται στη βελτίωση του ελέγχου των εγκύων.¹

Η συγγενής σύφιλη προκαλείται είτε μέσω του πλακούντα στο έμβρυο είτε από την περιγεννητική λοίμωξη του νεογνού. Η μεταφορά της σπειροχαίτης διαπλακουντιακά πραγματοποιείται κυρίως από την 16 βδομάδα και η βαρύτητα των επιπλοκών εξαρτάται από το στάδιο της νόσου και την ποσότητα της βακτηριδαιμίας.²⁵

Τα συμπτώματα της συγγενούς σύφιλης είναι η ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης του εμβρύου και η γέννηση λιπόβαρων νεογνών, η ρινίτιδα, το ερυθρηματοβλατιδώδες εξάνθημα, η ηπατοσπληνομεγαλία, λεμφαδενοπάθεια, και 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).²⁵



Εικόνα 3.1.15. Νεογνό με συγγενής σύφιλη.

Η συχνότητα μετάδοσης της λοίμωξης κατά τη διάρκεια της κύησης είναι 70- 100% στην πρωτοπαθή, 40% στην πρώιμη λανθάνουσα και 10% στην όψιμη λανθάνουσα σύφιλη. Αναφέρεται ότι στο 50% των περιπτώσεων τα νεογνά δεν εμφανίζουν συμπτώματα κατά τη γέννησή τους. Οι εκδηλώσεις της συγγενούς σύφιλης είναι πολυσυστηματικές, εμφανίζονται δε είτε κατά τη διάρκεια των δύο πρώτων χρόνων της ζωής του βρέφους- νηπίου (πρώιμη) είτε μετέπειτα (όψιμη).⁶

Η διάγνωση της συγγενούς σύφιλης βασίζεται στο ιστορικό και στον ορολογικό έλεγχο της εγκύου. Σημειώνεται ότι επειδή οι μη τρεπονηματικές δοκιμασίες μπορεί να είναι ψευδώς θετικές (λόγω της ύπαρξης αντικαρδιολιπινικών αντισωμάτων) πρέπει να επιβεβαιώνονται με τις τρεπονημικές. Στη διάγνωση της λοίμωξης βοηθούν επίσης η κλινική εξέταση, ο ακτινολογικός έλεγχος, η άμεση μικροσκοπική εξέταση κλινικών δειγμάτων και ο ορολογικός έλεγχος του νεογνού. Με την άμεση μικροσκοπική εξέταση ελέγχεται η παρουσία τρεπονημάτων σε βλάβες ή υγρά κλινικά υλικά από την έγκυο και το νεογνό (τεχνική σκοτεινού πεδίου ή άμεσος ανοσοφθορισμός) καθώς και σε υλικό από τον πλακούντα ή τον ομφάλιο λώρο (συνδυασμός άμεσου ανοσοφθορισμού- ιστολογικής χρώσης).⁶

Στον ορό του αίματος του νεογνού ποσοτικά οι μη τρεπονηματικές δοκιμασίες (μόνο 22% των νεογνών όμως έχουν υψηλότερο τίτλο αντισωμάτων συγκριτικά με τη μητέρα τους) καθώς επίσης και οι τρεπονηματικές. Η ανίχνευση IgM αντισωμάτων στον ορό του νεογνού με την ανάστροφη ELISA φαίνεται ότι έχει παρόμοια ευαισθησία με τον έλεγχο φθοριζόντων

τρεπονηματικών αντισωμάτων (μετά από προηγούμενη απορρόφηση των αντισωμάτων που παράγονται έναντι μη παθογόνων τρεπονημάτων).⁶

3.1.7. Άλλες μορφές σύφιλης

Υποτροπιάζουσα σύφιλη

Μετά την αποδρομή των δερματικών βλαβών της πρωτοπαθούς ή δευτεροπαθούς σύφιλης, περίπου 20 ως 30% των ασθενών εμφανίζουν δερματικές υποτροπές. Οι υποτροπιάζουσες βλάβες μπορεί να είναι λιγότερες ή σταθερότερα διηθημένες από τις αρχικές. Όπως οι τυπικές βλάβες της πρωτοπαθούς ή δευτεροπαθούς σύφιλης, είναι λοιμογόνες για τους σεξουαλικούς συντρόφους.⁴

Καλοήθης σύφιλη

Η καλοήθης σύφιλη ή κομμώμα, ήταν η πιο συνήθης επιπλοκή της τριτοπαθούς σύφιλης στη μελέτη των μη θεραπευθέντων ασθενών του Όσλο (1891- 1951). Στην εποχή της πενικιλίνης τα κομμώματα είναι σπάνια. Αυτά συνήθως αναπτύσσονται σε διάστημα από 1 έως 10 χρόνια μετά την αρχική λοίμωξη και μπορεί να προσβάλλουν οποιοδήποτε μέρος του σώματος. Μολονότι μπορεί να είναι πολύ καταστροφικά, ανταποκρίνονται ταχύτατα στη θεραπεία και συνεπώς είναι σχετικά καλοήθη. Ιστολογικά ευρήματα δεν είναι ειδικά και μπορεί να συνδυάζονται με κεντρική νέκρωση που περιβάλλεται από επιθηλιοειδή κύτταρα και ινοβλάστες και σε μερικές περιπτώσεις γιγαντοκύτταρα. Ενίοτε παρατηρείται αγγείτιδα. Το *T. Pallidum* συνήθως δεν μπορεί να αναδειχθεί με χρώσεις αργύρου αλλά δυνατόν να αποκαλυφθεί με ενοφθαλμισμό σε κουνέλια.⁴

Τα κομμώματα μπορεί να είναι μονήρη ή πολλαπλά. Συνήθως είναι ασύμμετρα και συχνά βρίσκονται κατά ομάδες. Μπορεί να αρχίζουν ως επιφανειακό οξίδιο ή ως βαθύτερη βλάβη που περιορίζεται για να σχηματίσει ένα ρικνό έλκος. Είναι συνήθως ανώδυνα, εξελίσσονται βραδέως, και είναι σκληρά στην ψηλάφηση. Υπάρχει συχνά μια κεντρική επούλωση με μια ατροφική ουλή που περιβάλλεται από υπέρχρωμα όρια. Τα δερματικά κομμώματα μπορεί να μοιάζουν με άλλες χρόνιες κοκκιωματώδεις ελκωτικές βλάβες, που προκαλούνται από φυματίωση, σαρκοείδωση, λέπρα και από εν τω βάθει μυκητιασικές λοιμώξεις. Η ακριβής ιστολογική διάγνωση μπορεί να μην είναι δυνατή. Ωστόσο, το συφιλικό κομμώμα είναι η

μόνη βλάβη που επουλώνεται δραματικά με την πενικιλινοθεραπεία. Μια άλλη μορφή κομμώματος είναι η βλατιδολεπιδώδης, που μπορεί να μιμείται την ψωρίαση.²⁴

Τα κομμώματα ενδέχεται επίσης να προσβάλλουν εν τω βάθει σπλαχνικά όργανα, από τα οποία συνηθέστερα είναι το αναπνευστικό, το γαστρεντερικό και τα οστά. Τους προηγούμενους αιώνες τα κομμώματα της ρινός και της υπερώας συχνά κατέληγαν σε διατρήσεις διαφραγμάτων και παραμορφωτικές βλάβες του προσώπου. Κομμώματα μπορεί να προσβάλλουν επίσης τον λάρυγγα και το πνευμονικό παρέγχυμα. Κομμώμα του στομάχου μιμείται το καρκίνωμα ή λέμφωμα. Κομμώματα του ήπατος ήταν κάποτε η πιο συχνή μορφή σπλαχνικής σύφιλης. Εμφανίζονταν συχνά με ηπατοσπληνομεγαλία και αναιμία, ενίοτε δε με πυρετό και ίκτερο. Τα σκελετικά κομμώματα συνήθως προκαλούν βλάβες στα μακρά οστά, το κρανίο και την κλείδα. Ένα χαρακτηριστικό σύμπτωμα είναι ο νυχτερινός πόνος. Οι ακτινολογικές αλλοιώσεις, όταν υπάρχουν, περιλαμβάνουν περιοστίτιδα και λυτική ή σκληρυντική οστεΐτιδα.⁴

Καρδιαγγειακή σύφιλη

Οι κύριες καρδιαγγειακές επιπλοκές της σύφιλης είναι η ανεπάρκεια αορτής και το αορτικό ανεύρυσμα, συνήθως στην ανιούσα αορτή. Λιγότερο συχνά προσβάλλονται άλλες μεγάλες αρτηρίες και σπάνια η προσβολή των στομίων των στεφανιαίων μπορεί να προκαλέσει στεφανιαία ανεπάρκεια. Αυτές οι επιπλοκές οφείλονται πάντοτε σε αποφρακτική ενδαρτηρίτιδα των αγγειακών αγγείων (vasa vasorum) με συνέπεια τη βλάβη στον έσω και μέσο χιτώνα των μεγάλων αγγείων. Το αποτέλεσμα είναι η διεύρυνση της ανιούσης αορτής και τελικά η διάταση του δακτυλίου της αορτικής βαλβίδας, που προκαλεί ανεπάρκεια αορτής. Οι γλωχίνες της βαλβίδας παραμένουν φυσιολογικές. Θάνατος μπορεί τελικά να επέλθει από συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια. Έχει αναφερθεί επιτυχής επέμβαση για τοποθέτηση προσθετικών καρδιακών βαλβίδων σε ασθενείς με συφιλιδική ανεπάρκεια αορτής. Ανευρύσματα παρουσιάζονται ενίοτε ως μια παλλόμενη μάζα που προσβάλλει μέσω του πρόσθιου θωρακικού τοιχώματος. Η συφιλιδική αορτίτιδα μπορεί να προσβάλλει την κατιούσα αορτή, αλλά αυτό συμβαίνει πάντοτε άνωθεν των νεφρικών αρτηριών, σε αντίθεση με τα αθηροσκληρωτικά ανευρύσματα που συνήθως προσβάλλουν την κατιούσα αορτή κάτωθεν των νεφρικών αρτηριών.⁴

Η νόσος αρχίζει μέσα σε 5 ως 10 χρόνια μετά την αρχική λοίμωξη, αλλά μπορεί να μη καταστεί κλινικά έκδηλη μέχρι 20 ως 30 χρόνια μετά τη λοίμωξη. Η καρδιαγγειακή σύφιλη

θεωρείται περισσότερο συχνή σε άνδρες απ' ό τι σε γυναίκες, και πιθανώς σε μαύρους απ' ό τι σε λευκούς. Η καρδιαγγειακή σύφιλη δε συμβαίνει μετά από συγγενή λοίμωξη, ένα φαινόμενο που παραμένει ανεξήγητο.⁴

Η ασυμπτωματική αορτίτιδα διαγιγνώσκεται καλύτερα ακτινολογικά με απεικόνιση γραμμωτών αποτιτανώσεων στο τοίχωμα της ανιούσας αορτής. Τα σημεία της συφιλικής αορτικής ανεπάρκειας είναι παρόμοια με αυτά των άλλων αιτιών. Στην αορτική ανεπάρκεια που προκαλείται από διάταξη του αορτικού δακτυλίου, το φύσημα (decrescendo) είναι συχνά εντονότερο κατά μήκος του δεξιού στερνικού χείλους. Τα συφιλιδικά ανευρύσματα μπορεί να είναι ατρακτόμορφα αλλά συχνότερα είναι σακοειδή και δεν προκαλούν αορτικό διαχωρισμό. Περίπου 10 με 25% των ασθενών με καρδιαγγειακή σύφιλη έχουν συνυπάρχουσα νευροσύφιλη.⁴

Σήμερα, η σύφιλη είναι σχετικά συχνότερο αίτιο αορτικής ανεπάρκειας μεταξύ των ηλικιωμένων πάρα μεταξύ των νέων ασθενών. Αυτό οφείλεται στην προοδευτική ελάττωση της επίπτωσης νέων περιπτώσεων όψιμης καρδιαγγειακής σύφιλης.⁴

Νευροσύφιλη

Η νευροσύφιλη μπορεί να διακριθεί σε τέσσερις μορφές: ασυμπτωματική, μηνιγγοαγγειακή, νωτιαία φθίση και γενικευμένη πάρεση. Η διάκριση δεν είναι απόλυτη και επικάλυψη μεταξύ των συνδρόμων είναι συνήθης. Οι τρέχουσες περιπτώσεις νευροσύφιλης είναι πιθανότερο να είναι παραλλαγές των κλασικών συνδρόμων, πιθανώς ως αποτέλεσμα της χρήσης αντιμικροβιακών φαρμάκων για άλλα νοσήματα.⁴

Ασυμπτωματική Νευροσύφιλη. Η ασυμπτωματική νευροσύφιλη διαγιγνώσκεται όταν υπάρχουν παθολογικά ευρήματα στο ENY (πλειοκυττάρωση, αύξηση πρωτεΐνης ή θετική δοκιμασία VDRL) σε έναν ασθενή με σύφιλη χωρίς συμπτώματα ή σημεία νευρολογικής νόσου. Μολονότι πολλά άλλα νοσήματα μπορεί να προκαλέσουν πλειοκυττάρωση του ENY ή αύξηση πρωτεΐνης, ψευδώς θετική VDRL είναι πολύ σπάνια στο ENY επί απουσίας τραυματικής παρακέντησης. Το ENY συνήθως παρουσιάζει αυξημένη ολική πρωτεΐνη και λεμφοκυτταρική πλειοκυττάρωση. Αν το ENY είναι φυσιολογικό για 2 ή περισσότερα χρόνια μετά την αρχική λοίμωξη, ο ασθενής δεν είναι πιθανό να αναπτύξει ένα θετικό ENY αργότερα. Μολονότι μέχρι και το 50% των ασθενών με μη θεραπευμένη δευτεροπαθής σύφιλη εμφανίζουν μη φυσιολογικό ENY, η συνιστώμενη θεραπεία με 2,4 εκατομμύρια

μονάδες ενδομυϊκής βενζαθενικής πενικιλίνης προφανώς προλαμβάνει την εξέλιξη σε όψιμη συμπτωματική νευροσύφιλη. Γι' αυτό το λόγο, οσφουονωτιαία παρακέντηση ρουτίνας για εξέταση του ENY δεν ενδείκνυται στην πρόιμη σύφιλη, εκτός αν είναι γνωστό ότι ο ασθενής έχει HIV λοίμωξη. Αντί αυτής, οι ασθενείς θεραπεύονται με δόσεις πενικιλίνης που είναι αποτελεσματικές για τη νευροσύφιλη, αν υπάρχει. Έτσι, υπάρχουν λίγα στοιχεία για την παρούσα συχνότητα και πορεία της ασυμπτωματικής νευροσύφιλης. Δυστυχώς, έχει γίνει συνήθης πρακτική να αποφεύγεται η οσφουονωτιαία παρακέντηση και σε μεταγενέστερα στάδια της σύφιλης.²²

Μερικά εργαστήρια εφαρμόζουν στο ENY μια δοκιμασία προσρόφησης φθορίζοντος τρεπονημικού αντισώματος (FTA- ABS). Το ενδιαφέρον για δοκιμασίες όπως αυτή προκύπτει από το γεγονός ότι ασθενείς με μη θεραπευθείσα νευροσύφιλη μπορεί να έχουν αρνητική VDRL στο ENY. Υπάρχουν αναφορές θετικών αποτελεσμάτων δοκιμασίας FTA- ABS στο ENY ασθενών που κατά τα άλλα ήταν φυσιολογικό και τους οποίους υπήρχαν κλινικά σημεία και συμπτώματα συμβατά με νευροσύφιλη. Ωστόσο, η δοκιμασία FTA- ABS στο ENY δεν έχει τυποποιηθεί και υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι τα θετικά αποτελέσματα οφείλονται σε παθητική μεταφορά αντισώματος από τον ορό στο ENY. Προς το παρόν, μολονότι μια αρνητική δοκιμασία FTA- ABS στο ENY μπορεί να είναι χρήσιμη για τον αποκλεισμό της διάγνωσης, καμία διάγνωση ασυμπτωματικής (ή συμπτωματικής) νευροσύφιλης δεν μπορεί να βασιστεί μόνο στη δοκιμασία FTA- ABS στο ENY.²²

Μηνιγγοαγγειακή Σύφιλη. Μια οξεία ή υποξεία άσηπτη μηνιγγίτιδα μπορεί να συμβεί οποιαδήποτε στιγμή μετά το πρωτοπαθές στάδιο αλλά συνήθως συμβαίνει μέσα στο πρώτο έτος της λοίμωξης. Συνήθως προσβάλλει τη βάση του εγκεφάλου και μπορεί να προκαλέσει μονόπλευρη ή αμφοπλευρη παράλυση κρανιακών νεύρων. Σε 10% περίπου των περιπτώσεων η έναρξη της μηνιγγίτιδας συμπίπτει με το εξάνθημα της δευτεροπαθούς σύφιλης. Το ENY δείχνει μια λεμφοκυτταρική πλειοκυττάρωση με αυξημένη συγκέντρωση πρωτεΐνης και συνήθως φυσιολογική συγκέντρωση γλυκόζης. Η VDRL στο ENY είναι σχεδόν πάντα θετική. Σπάνια η συγκέντρωση γλυκόζης στο ENY είναι ελαττωμένη. Αυτό το σύνδρομο μπορεί να μιμηθεί φυματιώδη ή μυκητιασική μηνιγγίτιδα ποικίλης αιτιολογίας.⁴

Σε άλλους ασθενείς η μηνιγγική προσβολή μπορεί να είναι λιγότερο φανερή, αλλά ενδέχεται να υπάρχει ενδαρτηρίτιδα και περιαγγειακή φλεγμονή ικανή να προκαλέσει θρόμβωση και έμφρακτο. Αυτή συνήθως συμβαίνει 5 έως 10 χρόνια μετά την αρχική λοίμωξη και είναι πιο συνηθισμένη στους άνδρες. Υπάρχει συχνά συνοδός άσηπτη μηνιγγίτιδα. Τα περισσότερα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια δεν οφείλονται σε συφιλιδική

αρτηρίτιδα ακόμα και σε ασθενείς με θετική ορολογική δοκιμασία για σύφιλη. Ωστόσο, η σύφιλη πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν ως αίτιο σε νέους ασθενείς με ιστορικό σύφιλης και χωρίς προδιαθεσικούς παράγοντες για αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια.⁴

Νωτιαία Φθίση. Η νωτιαία φθίση είναι μια βραδέως εξελικτική εκφυλιστική νόσος που προσβάλλει τα οπίσθια δεμάτια και τις οπίσθιες ρίζες του νωτιαίου μυελού, με αποτέλεσμα την προοδευτική απώλεια των περιφερικών αντανεκλαστικών, ελάττωση της εν τω βάθει αισθητικότητας (θέση, παλλαισθησία) και προοδευτική αταξία. Μπορεί να υπάρχουν χρόνιες εκφυλιστικές βλάβες στις μεγάλες αρθρώσεις των επηρεασμένων σκελών σε πολύ προχωρημένες περιπτώσεις (αρθρώσεις Charcot). Ακράτεια της κύστης και ανικανότητα είναι συνήθεις. Ξαφνικές και σοβαρές επώδυνες κρίσεις ασαφούς αιτιολογίας αποτελούν χαρακτηριστικό του συνδρόμου. Οι κρίσεις τυπικά προσβάλλουν τα κάτω άκρα, αλλά μπορεί να εμφανιστούν σε οποιαδήποτε θέση. Όχι σπάνια, σοβαρά οξέα κοιλιακά άλγη οδηγούν σε ερευνητική λαπαροτομία. Αυτές οι κρίσεις μπορεί να εκλυθούν μετά από έκθεση στο κρύο ή άλλο στρες ή μπορεί να επέλθουν χωρίς φανερό εκλυτικό αίτιο.²²

Ατροφία οπτικού νεύρου απαντά στο 20% των περιπτώσεων. Οι κόρες είναι παθολογικές στο 90% των περιπτώσεων. Εμφανίζεται αμφοτερόπλευρη μύση χωρίς περαιτέρω αντίδραση στο φως, αλλά με κανονική συστολή κατά την προσαρμογή (κόρες Argyll Robertson). Το αίτιο της νωτιαίας φθίσης δεν είναι σαφές. Σπειροχαίτες δεν κατέστη δυνατόν να απομονωθούν από τις θέσεις της βλάβης. Η έναρξη της νόσου είναι συνήθως καθυστερημένη, συχνά 20 μέχρι 30 χρόνια μετά την αρχική λοίμωξη. Πιστεύεται ότι είναι συχνότερη στους λευκούς και τους άνδρες. Οι τυπικές περιπτώσεις των ανδρών που παρουσιάζονται με αιφνίδιους πόνους, αταξία, κόρες Argyll Robertson, κατάργηση αντανεκλαστικών και εν τω βάθει αισθητικότητας, είναι εύκολες στη διάγνωση. Άτυπες περιπτώσεις μπορεί να είναι πιο προβληματικές, ιδιαίτερα επειδή το αποτέλεσμα της δοκιμασίας VDRL στον ορό είναι φυσιολογικό στο 30 με 40% των ασθενών, και 10 με 20% των ασθενών (ακόμα και προ της πενικιλίνης) έχουν φυσιολογική επίσης δοκιμασία VDRL στο ENY. Η δοκιμασία FTA- ABS στον ορό είναι σχεδόν πάντοτε θετική.⁴

Η θεραπεία δεν είναι ικανοποιητική. Η πενικιλίνη συνήθως αναστέλλει την εξέλιξη αλλά δεν αναστρέφει τη βλάβη. Αναφέρεται ότι η καρβαμαζεπίνη, σε δόσεις 400 ως 800 mg ημερησίως, ανακουφίζει αποτελεσματικά τους πόνους. Η νωτιαία φθίση θεωρείται ασυνήθης, μολονότι μια μελέτη τη νεοδιαγνωσθείσας όψιμης σύφιλης στη Δανία κατά τη δεκαετία από το 1961 μέχρι το 1990 έδειξε ότι σε 10% περίπου όλων των ασθενών με όψιμη σύφιλη και σε 40% αυτών με κλινική νευροσύφιλη υπήρχαν στοιχεία νωτιαίας φθίσης.²²

Γενικευμένη Πάρεση. Αυτή η μορφή νευροσύφιλης είναι μια χρόνια μηνιγγοεγκεφαλίτιδα που προκαλεί σταδιακά προοδευτική απώλεια της φλοιώδους λειτουργίας. Συνήθως συμβαίνει 10 έως 20 χρόνια μετά την αρχική λοίμωξη. Παθολογοανατομικά υπάρχει μια περιαγγειακή και μηνιγγική χρόνια φλεγμονώδης αντίδραση με πάχυνση των μηνίγγων, μια κοκκιώδης επενδυμίτιδα, εκφύλιση του παρεγχύματος του φλοιού και άφθονες σπειροχαίτες στους ιστούς. Το πιο καταστρεπτικό αποτέλεσμα της γενικευμένης πάρεσης είναι η διανοητική έκπτωση. Με αποτελεσματική πενικιλινοθεραπεία η νόσος έχει καταστεί πολύ λιγότερο συνήθης. Στις ΗΠΑ οι εισαγωγές σε ψυχιατρικά νοσοκομεία λόγω συφιλικής ψύχωσης μειώθηκαν από 7694 το 1940 σε 154 το 1968 (το τελευταίο έτος για το οποίο υπάρχουν δεδομένα).⁴

Στα πρώιμα στάδια η γενικευμένη πάρεση προκαλεί ειδικά συμπτώματα όπως διεγερσιμότητα, εύκολη κόπωση, κεφαλαλγίες, έκπτωση της μνήμης και αλλαγές προσωπικότητας. Αργότερα υπάρχει ελάττωση μνήμης, έκπτωση κριτικής ικανότητας, έλλειψη ευαισθησίας, σύγχυση και συχνά κατάθλιψη ή έντονη έπαρση. Οι ασθενείς μπορεί να είναι παραληρητικοί, και μερικές φορές εμφανίζονται σπασμοί. Μπορεί επίσης να υπάρχει απώλεια και άλλων φλοιωδών λειτουργιών, συμπεριλαμβανομένης της παράλυσης ή αφασίας.⁴

Τα φυσικά σημεία είναι κυρίως αυτά της διανοητικής διαταραχής. Παραλύσεις κρανιακών νεύρων είναι ασυνήθεις και η ατροφία του οπτικού νεύρου είναι σπάνια. Το σημείο Argyll Robertson είναι επίσης ασυνήθιστο, αλλά παθολογικές αντιδράσεις της κόρης δεν είναι σπάνιες. Τα περιφερικά αντανακλαστικά είναι συχνά ελαφρώς αυξημένα.²²

Το ENY είναι σχεδόν πάντοτε παθολογικό, με λεμφοκυτταρική πλειοκυττάρωση και αυξημένη ολική πρωτεΐνη. Η VDRL είναι συνήθως θετική τόσο στο ENY όσο και στον ορό. Η νόσος ανταποκρίνεται καλά στην έγκαιρη θεραπεία με πενικιλίνη, μολονότι περίπου το ένα τρίτο των ασθενών μπορεί να αναπτύξει εξελικτική νευρολογική επιδείνωση σε μερικά χρόνια. Η πυρετοθεραπεία ήταν παλιότερα ένα αποτελεσματικό μέτρο σε συνδυασμό με αρσενικούχα σκευάσματα, αλλά τώρα έχει εγκαταλειφθεί. Μολονότι η κλασική γενικευμένη πάρεση είναι ασυνήθης, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν ως αίτιο μη διαγνωσμένης σύφιλης.²²

Αλληλεπίδραση Σύφιλης με HIV

Η σύφιλη και η HIV λοίμωξη αλληλεπιδρούν σε πολλαπλά επίπεδα. Γι' αυτό οι κλινικοί που αξιολογούν ασθενείς με νεοδιαγνωσθείσα σύφιλη πρέπει να έχουν υπόψιν τη συνυπάρχουσα HIV λοίμωξη και τις αλληλεπιδράσεις των δυο νοσημάτων. Αντιστρόφως, οι κλινικοί που βλέπουν ασθενείς με νεοδιαγνωσθείσα HIV λοίμωξη πρέπει να προβληματίζονται για την ύπαρξη προηγούμενης μη διαγνωσμένης σύφιλης.⁴

Η σύφιλη, όπως άλλα γεννητικά ελκωτικά νοσήματα, συνοδεύεται από τριπλάσια και πενταπλάσια αυξημένο κίνδυνο προσβολής από τον HIV. Προφανώς, τα γεννητικά έλκη δρουν ως πύλες εισόδου μέσω των οποίων ο HIV μπορεί πιο εύκολα να μολύνει εκτιθέμενα άτομα. Σε άτομα με HIV λοίμωξη που νοσούν από σύφιλη, η φυσική ιστορία της νόσου μπορεί να τροποποιείται. Οι θετικοί για HIV ασθενείς με σύφιλη είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν με δευτεροπαθή σύφιλη απ' ότι οι μη μολυσμένοι με τον HIV. Επιπλέον, οι μολυσμένοι με τον HIV ασθενείς είναι πιθανότερο να έχουν συνυπάρχοντα έλκη απ' ότι οι αρνητικοί για HIV ασθενείς με δευτεροπαθή σύφιλη. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει είτε καθυστερημένη επούλωση των ελκών, είτε επιτάχυνση (λόγω HIV) της εμφάνισης των δευτεροπαθών εκδηλώσεων.⁴

Μερικές αναφορές υποδηλώνουν ότι η νευροσύφιλη ενδέχεται να είναι συνηθέστερη σε ασθενείς με HIV λοίμωξη. Ωστόσο, καμία μεγάλη ή προσεκτικά ελεγχόμενη μελέτη δεν τεκμηριώνει αυτή τη συσχέτιση. Σε θετικούς για HIV ασθενείς με σύφιλη στους οποίους η θεραπεία αποτυγχάνει, η νευροσύφιλη μπορεί να είναι συχνότερο χαρακτηριστικό απ' ότι στους ασθενείς χωρίς HIV λοίμωξη.⁴

Οι περισσότεροι ειδικοί συμφωνούν ότι η αποτυχία της θεραπείας με τη χρήση των συνιστώμενων τώρα σχημάτων, είναι συχνότερη σε ασθενείς με συνυπάρχουσα HIV λοίμωξη. Το μέγεθος αυτής της αύξησης, ωστόσο, είναι μικρό με αποτέλεσμα να μη συνιστώνται ακόμα εναλλακτικά θεραπευτικά σχήματα. Προτείνεται στενότερη παρακολούθηση προκειμένου να καταστεί δυνατή η πρώιμη ανίχνευση αποτυχίας της θεραπείας και να προληφθεί η εξέλιξη της νόσου ή η μετάδοση της λοίμωξης σε άλλους.⁴

Μικροβιολογική διάγνωση

Η άμεση μικροσκοπική εξέταση του τρεπονήματος του ωχρού από τις υπάρχουσες βλάβες καθώς και η ανίχνευση αντισωμάτων (τρεπονηματικών και μη) είναι οι δύο κυριότερες

εξετάσεις για τη διάγνωση της λοίμωξης. Μια θετική μικροσκοπική εξέταση θέτει τη διάγνωση της σύφιλης με την προϋπόθεση ότι η λοίμωξη από άλλα παθογόνα τρεπονήματα μπορεί να αποκλειστεί. Τα αντισώματα εμφανίζονται στην πρωτοπαθή σύφιλη και η συγκέντρωσή τους αυξάνεται κατά τη διάρκεια της δευτεροπαθούς. Η ανίχνευση αντισωμάτων είναι συμπληρωματική εξέταση της άμεσης μικροσκοπικής κατά τα δύο πρώτα στάδια της λοίμωξης. Ωστόσο είναι η μόνη πρακτική μέθοδος διάγνωσης κατά την λανθάνουσα και τριτοπαθής σύφιλη.⁶

Εργαστηριακή διάγνωση

— Εξέταση σκοτεινού πεδίου.

Ο πιο οριστικός τρόπος διάγνωσης είναι η ανεύρεση σπειροχαιτών τυπικής μορφολογίας και κινητικότητας σε βλάβες της πρώιμης ή της συγγενούς σύφιλης. Η εξέταση σε σκοτεινό πεδίο είναι συχνά θετική στην πρωτοπαθή σύφιλη και στις υγρές βλεννογονικές αλλοιώσεις της δευτεροπαθούς και συγγενής σύφιλης. Μπορεί μερικές φορές να είναι θετική σε αναρροφήσεις λεμφαδένων στη δευτερογενή σύφιλη. Προβλήματα προκύπτουν, ωστόσο, λόγω των ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων στην πρωτογόνο σύφιλη εξαιτίας της εφαρμογής σαπουνιών ή άλλων τοξικών παρασκευασμάτων πάνω στις αλλοιώσεις. Ένα μόνο αρνητικό αποτέλεσμα είναι συνεπώς ανεπαρκές για να αποκλείσει τη σύφιλη. Το καλύτερο είναι να καθοδηγούνται οι ασθενείς με ύποπτες βλάβες να αποφεύγουν το πλύσιμο και να προσέρχονται για δυο διαδοχικές εξετάσεις σε δυο διαφορετικές μέρες. Στην πράξη, ωστόσο, τα άτομα υψηλού κινδύνου (χρήστες ναρκωτικών ουσιών, ομοφυλόφιλοι άνδρες) είναι καλύτερα να θεραπεύονται μετά τη λήψη ορολογικών εξετάσεων, εφόσον υπάρχει η υποψία της νόσου. Σύγχυση, ωστόσο, προκύπτει λόγω της παρουσίας στο στόμα σπειροχαιτών που μορφολογικά δεν διακρίνονται από το *T. Pallidum*, ιδιαίτερα γύρω από τα όρια των ουλών. Για βλάβες των περιοχών αυτών, η διάγνωση συχνά στηρίζεται στην κλινική εικόνα, το ιστορικό και τις ορολογικές δοκιμασίες.²⁴

Προκειμένου να διεξαχθεί η εξέταση σε σκοτεινό πεδίο, η επιφάνεια ύποπτης ελκωτικής βλάβης πρέπει να καθαριστεί με διάλυμα φυσιολογικού ορού, και να σπογγιστεί χωρίς πρόκληση αιμορραγίας. Η παρουσία ερυθρών αιμοσφαιρίων στο δείγμα καθιστά δύσκολη την απεικόνιση μικρού αριθμού *T. Pallidum*. Πίεση της βλάβης (με γαντοφορεμένα χέρια) μπορεί να βοηθήσει στην παραγωγή ορώδους υγρού, που συλλέγεται σε μια αντικειμενοφόρο πλάκα, σκεπάζεται με μια καλυπτρίδα, και εξετάζεται με μικροσκόπηση σκοτεινού πεδίου. Ζώντα *T. Pallidum* παρουσιάζουν κίνηση μπρος πίσω, περιστροφική γύρω από τον επιμήκη άξονα και

μάλλον ξαφνική κάμψη 90 μοιρών κοντά στο μέσο του μικροοργανισμού. Επειδή οι περισσότεροι γιατροί δεν έχουν τον κατάλληλο εξοπλισμό και δεν είναι εξοικειωμένοι με τις τεχνικές της μικροσκόπησης σκοτεινού πεδίου, μπορεί να κληθούν για βοήθεια οι κρατικές Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας. Το *T. Pallidum* μπορεί επίσης να αναδειχθεί σε βιοψίες ή παθολογικά δείγματα με χρώσεις φθορίζοντων αντισωμάτων ή με χρώσεις αργύρου.⁶

— Ορολογικές δοκιμασίες.

Δύο βασικοί τύποι ορολογικών δοκιμασιών χρησιμοποιούνται ευρέως στη διάγνωση λοίμωξης από *T. Pallidum*: 1) μη τρεπονημικές δοκιμασίες που ανιχνεύουν αντισώματα αντιδρώντα με φωσφατιδυγλυκερόλη (καρδιολιπίνη), ένα φυσιολογικό συστατικό πολλών ιστών, και 2) ειδικά τρεπονημικά αντισώματα. Τα μη ειδικά αντισώματα έναντι της καρδιολιπίνης χαρακτηρίζονταν παλιότερα ως « αντιδρασίνες » ένας όρος που μπορεί να καταργηθεί για να αποφευχθεί η σύγχυση με μια άλλη « αντιδρασίνη » την IgE.⁸

Μη τρεπονημικές δοκιμασίες: Τα αντικαρδιολιπινικά αντισώματα ανακαλύφθηκαν από τον Wassermann το 1907, με τη χρήση εκχυλισμάτων συγγενώς συφιλικού ήπατος ως αντιγόνου για τη δοκιμασία καθήλωσης του συμπληρώματος. Ακολούθως, διαπιστώθηκε ότι το φυσιολογικό ήπαρ περιείχε το ίδιο αντιγόνο, όπως και πολλοί άλλοι ιστοί. Το αντιγόνο για τη δοκιμασία εκχυλίζεται από καρδιά βοδιού. Μέχρι τώρα δεν υπάρχει πειστική εξήγηση γιατί ασθενείς μολυσμένοι με το *T. Pallidum* αναπτύσσουν αυξανόμενους τίτλους αντισωμάτων έναντι ενός φυσιολογικού συστατικού των ιστών.⁸

Η δοκιμασία Wassermann έχει τώρα αντικατασταθεί από ανάλογες δοκιμασίες. Η τυποποιημένη δοκιμασία που χρησιμοποιείται σήμερα για την ανίχνευση του αντικαρδιολιπινικού αντισώματος είναι η δοκιμασία VDRL, μια ποσοτική δοκιμασία κροκύδωσης. Πολλές παρόμοιες δοκιμασίες, όπως η δοκιμασία ταχείας αντιδρασίνης πλάσματος (RPR) και η δοκιμασία μη θερμανθείσας αντιδρασίνης ορού (USR) χρησιμοποιούνται συχνά ως δοκιμασίες ανίχνευσης της σύφιλης.⁴

Η VDRL και οι ανάλογες δοκιμασίες είναι απλές, καλά τυποποιημένες, φτηνές και αποτελούν δοκιμασίες εκλογής για την ανίχνευση της νόσου. Η VDRL ποσοτικοποιείται εύκολα, και για αυτό το λόγο αποτελεί δοκιμασία εκλογής για την παρακολούθηση της ανταπόκρισης του αρρώστου στη θεραπεία. Επειδή η VDRL ανιχνεύει αντίσωμα εναντίον ενός φυσιολογικού συστατικού των ιστών, μπορεί να είναι ψευδώς θετική σε ένα σημαντικό αριθμό καταστάσεων. Η σχετική αναλογία των ασθενών με ψευδώς θετική δοκιμασία VDRL εξαρτάται από τον επιπολασμό της σύφιλης στην κοινότητα. Όσο χαμηλότερος είναι ο επιπολασμός, τόσο υψηλότερη η αναλογία των ψευδών δοκιμασιών VDRL.⁴

Η δοκιμασία VDRL αρχίζει να θετικοποιείται μέσα σε 1 εβδομάδα μετά την εμφάνιση του έλκους. Σε μεγάλες σειρές ασθενών με πρωτοπαθή σύφιλη περίπου τα δύο τρίτα είχαν θετικό αποτέλεσμα δοκιμασίας VDRL. Προφανώς η αρνητική δοκιμασία VDRL δεν αποκλείει την πρωτοπαθή σύφιλη, ιδιαίτερα αν η βλάβη είναι νεότερη της μιας εβδομάδας. Η VDRL είναι θετική στο 99% ασθενών με δευτεροπαθή σύφιλη με μόνη εξαίρεση τους ασθενείς που εμφανίζουν πολύ υψηλούς τίτλους. Στην περίπτωση αυτή, η αραιώση του ορού μετατρέπει την αρνητική δοκιμασία σε θετική. Σε ασθενείς με συνυπάρχουσα HIV λοίμωξη, η ορολογική ανταπόκριση στη σύφιλη μπορεί να είναι τροποποιημένη. Σε μεγάλες ομάδες ασθενών με σύφιλη, οι τίτλοι των μη τρεπονημικών δοκιμασιών τείνουν να είναι υψηλότεροι απ' ό,τι στις ομάδες σύγκρισης των ασθενών χωρίς HIV λοίμωξη. Αντίθετα, ωστόσο, υπάρχουν αναφορές περιπτώσεων ασθενών με προχωρημένη HIV λοίμωξη στους οποίους η ανάπτυξη της ορολογικής απάντησης είναι καθυστερημένη ή απύσα και η λοίμωξη μπορούσε να διαγνωσθεί μόνο με βιοψία των τυπικών βλαβών. Στους περισσότερους ασθενείς με HIV λοίμωξη, ωστόσο, οι ορολογικές δοκιμασίες της σύφιλης παραμένουν χρήσιμες για τη διάγνωση και την αντιμετώπιση. Η αντίδραση VDRL τείνει να ελαττώνεται στα προχωρημένα στάδια της νόσου, και μόνο το 70% περίπου των ασθενών με καρδιαγγειακή σύφιλη ή νευροσύφιλη έχουν θετική δοκιμασία VDRL.⁴

Ο ποσοτικός τίτλος της δοκιμασίας VDRL είναι χρήσιμος κυρίως για την παρακολούθηση της θεραπευτικής ανταπόκρισης. Ως τίτλος αναφέρεται η υψηλότερη αραιώση που δίνει μια θετική απάντηση. Οι περισσότεροι ασθενείς με δευτεροπαθή σύφιλη έχουν τίτλους τουλάχιστον 1:16. Οι περισσότεροι ασθενείς με ψευδώς θετική VDRL έχουν τίτλους < 1:8. Καμία μοναδική μέτρηση δεν είναι από μόνη της διαγνωστική. Σημαντική αύξηση (τετραπλάσια ή μεγαλύτερη) σε ζεύγος ορών, ωστόσο, είναι ισχυρά ενδεικτική οξείας σύφιλης.⁸

Τρεπονημικές δοκιμασίες: Υπάρχουν πολλές ποικιλίες ειδικών δοκιμασιών τρεπονημικών αντισωμάτων. Η περισσότερο ευρέως χρησιμοποιούμενη είναι η δοκιμασία προσρόφησης φθορίζοντος τρεπονημικού αντισώματος (FTA- ABS). Η προσρόφηση γίνεται με εκχυλίσματα μη παθογόνων τρεπονημάτων για να απομακρυνθούν τα τρεπονημικά αντισώματα διασταυρούμενης αντίδρασης. Η συγκόλληση των ερυθρών αιμοσφαιρίων στα οποία έχουν καθηλωθεί αντιγόνα του T. Pallidum είναι η βάση για την εξέταση μικροαιμοσυγκόλληση για το T. Pallidum (MHA- TP).⁸

Η ακριβής φύση των αντιγόνων που εμπλέκονται σε αυτές τις δοκιμασίες δεν είναι γνωστή. Ο χαρακτήρας του T. Pallidum παρεμποδίζεται πολύ από την αδυναμία ανάπτυξης του

οργανισμού με καλλιέργεια χωρίς κύτταρα. Η πρόσφατη κλωνοποίηση αντιγόνων του *T. Pallidum* σε *Escherichia coli* μπορεί να παρακάμψει αυτό το πρόβλημα. Τα αντισώματα που αντιδρούν στις ποικίλες δοκιμασίες ανήκουν στις κύριες τάξεις ανοσοσφαιρινών (IgG, IgM, IgA). Μια τροποποίηση της δοκιμασίας FTA- ABS έχει αναπτυχθεί με χρήση σεσημασμένων με φλουοροσκεΐνη αντι- ανθρώπινων IgM (IgM FTA- ABS). Η δοκιμασία IgM FTA- ABS έχει κάποια χρησιμότητα στη διάγνωση της πρώιμης συγγενούς σύφιλης αλλά δεν είναι χρήσιμη στη διάκριση οξείας νόσου από παλιά λοίμωξη στους ενήλικες.⁴

Η δοκιμασία FTA- ABS χρησιμοποιείται καλύτερα ως επιβεβαιωτική δοκιμασία. Είναι κάπως δυσκολότερη στην εκτέλεση σε σχέση με τη δοκιμασία VDRL, και δε μπορεί να ποσοτικοποιηθεί εύκολα. Είναι ευαίσθητη και ειδική, δεδομένου ότι εμφανίζεται θετική μόνο στο 1% περίπου των φυσιολογικών ατόμων. Είναι θετική στο 85% των ασθενών με πρωτοπαθή, στο 99% με δευτεροπαθή και τουλάχιστο στο 95% με όψιμη (τριτοπαθή) σύφιλη. Μπορεί συνεπώς να είναι η μόνη θετική δοκιμασία σε ασθενείς με καρδιαγγειακή ή νευρολογική σύφιλη. Στην όψιμη σύφιλη η δοκιμασία FTA- ABS συχνά παραμένει θετική δια βίου, παρά την κατάλληλη θεραπεία. Είναι θετική (καθώς επίσης και η MHA- TP) και σε άλλα τρεπονημικά νοσήματα, όπως η πίντα, η τροπική μόρωση και η ενδημική σύφιλη (πρώην μπέζελ).⁴

Η δοκιμασία FTA- ABS αναφέρεται με όρους σχετικής λαμπρότητας του φθορισμού, από οριακή μέχρι 4+. Οριακά θετική σημαίνει, στην κλινική πράξη, μη θετική. Τα περισσότερα εργαστήρια αναφέρουν τις δοκιμασίες 1+ ως θετικές, αλλά η αξιοπιστία και η επαναληψιμότητα αμφισβητείται από ορισμένους. Γι' αυτό ορισμένα εργαστήρια αναφέρουν ως θετικές μόνο δοκιμασίες με 2+ ή περισσότερο. Σε ασθενείς χωρίς ιστορικό και κλινική εικόνα σύφιλης, αλλά με θετική δοκιμασία FTA- ABS, απαιτείται επανάληψη. Η χρήση μιας άλλης τρεπονημικής δοκιμασίας, όπως MHA- TP, μπορεί να είναι βοηθητική σε προβληματικές περιπτώσεις.⁴

Η δοκιμασία MHA- TP είναι λιγότερη ευαίσθητη από την VDRL και την FTA- ABS στην πρωτοπαθή σύφιλη. Η ευαισθησία και η ειδικότητα είναι κατά τα άλλα σχεδόν ταυτόσημες με αυτές της δοκιμασίας FTA- ABS. Είναι θετική σε όλους τους ασθενείς με δευτεροπαθή σύφιλη και σε περισσότερους από το 95% των ασθενών με όψιμη σύφιλη.⁴

ΤΥΠΟΣ**ΧΡΗΣΗ**

Μη τρεπονημικά
(αντικαρδιολιπινικά) αντισώματα

VDRL (κροκκύδωση) Ανίχνευση κρουσμάτων,
ποσοτικοποίηση,
παρακολούθηση ανταπόκρισης
στη θεραπεία

RPR Καταγραφή

Ειδικά τρεπονημικά αντισώματα Επιβεβαιωτική, διαγνωστική, όχι
FTA- ABS (ανοσοφθορισμός με για ανίχνευση ρουτίνας
προσροφηθέντα ορό)

Ειδικά τρεπονημικά αντισώματα Όπως η FTA- ABS αλλά μπορεί
MHA- TP να ποσοτικοποιηθεί και να
(μικροαιμοσυγκόλληση) αυτοματοποιηθεί

Πίνακας 3.1.3. Ορολογικές δοκιμασίες για σύφιλη.⁴

— Ψευδώς θετικά αποτελέσματα ορολογικής δοκιμασίας για σύφιλη.

Οι δοκιμασίες VDRL και RPR μπορεί να είναι θετικές σε μία ποικιλία άλλων νοσημάτων. Η ψευδώς θετική δοκιμασία ορίζεται ως μια αναπαραγώγιμη θετική δοκιμασία σε ασθενή χωρίς στοιχεία ιστορικού ή κλινικής εικόνας σύφιλης και με δοκιμασία FTA- ABS ή MHA- TP αρνητική.²⁴

Στάδιο	VDRL (%)	FTA- ABS (%)	MHA- TP (%)
Πρωτοπαθής	70	85	50- 60
Δευτεροπαθής	99	100	100
Λανθάνουσα ή όψιμη	70	98	98

Πίνακας 3.1.4. Συχνότητα των θετικών ορολογικών δοκιμασιών σε μη θεραπευμένη σύφιλη.²⁴

« Οξέως » (< 6 μήνες) ψευδώς θετικά αποτελέσματα δοκιμασίας VDRL παρατηρούνται σε χαμηλή συχνότητα στην άτυπη πνευμονία, στην ελονοσία και σε άλλες βακτηριακές ή ιογενείς λοιμώξεις. Ενδέχεται να παρατηρηθούν επίσης μετά από εμβολιασμό για ευλογιά και άλλα νοσήματα. Χρονίως ψευδώς θετικές δοκιμασίες VDRL (που διαρκούν > 6 μήνες) είναι σχετικά συνήθεις σε αυτοάνοσες διαταραχές όπως ο συστηματικός ερυθματώδης λύκος (ΣΕΛ), σε χρήστες ναρκωτικών, σε HIV λοίμωξη, στη λέπρα και σε ηλικιωμένα άτομα. Αναφέρεται ότι ποσοστό από 8 έως 20% των ασθενών με ΣΕΛ έχουν ψευδώς θετικές δοκιμασίες VDRL. Το ψευδώς θετικό αποτέλεσμα μπορεί να εμφανιστεί πολλά χρόνια πριν από την έναρξη άλλων εκδηλώσεων της νόσου. Μία χρονίως θετική δοκιμασία VDRL σε γυναίκες ηλικίας < 20 ετών, προοιωνίζει σημαντικό κίνδυνο μελλοντικής ανάπτυξης ΣΕΛ, θυρεοειδίτιδας ή άλλων αυτοάνοσων διαταραχών. Οι ασθενείς πρέπει να παρακολουθούνται προσεκτικά για σημαντική χρονική περίοδο. Περίπου το ένα τρίτο όσων κάνουν χρήση ναρκωτικών έχουν ψευδώς θετική δοκιμασία VDRL. Περισσότερο από το 1% των ασθενών ηλικίας 70 ετών και το 10% των ασθενών άνω των 80 ετών εμφανίζουν μια χαμηλού τίτλου ψευδώς θετική δοκιμασία VDRL. Οι περισσότερες ψευδώς θετικές δοκιμασίες VDRL έχουν τίτλο < 1:8, μολονότι μερικοί ασθενείς με λέμφωμα και άλλα νοσήματα δυνατόν να εμφανίζουν πολύ υψηλούς τίτλους ψευδώς θετικής δοκιμασίας VDRL.⁴

Ένα θετικό αποτέλεσμα FTA- ABS είναι συνήθως ενδεικτικό πρόσφατης ή παλιάς σύφιλης. Ωστόσο, υπάρχει αυξημένη επίπτωση ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων FTA- ABS στο ΣΕΛ και σε άλλα χρόνια φλεγμονώδη νοσήματα που συνοδεύονται από υπερσφαιριναιμία, όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η χολική κίρρωση και άλλα.²⁴

Ενίοτε αναπαραγώγιμα θετικά αποτελέσματα FTA- ABS απαντούν σε ασθενείς χωρίς στοιχεία ιστορικού ή κλινικής εικόνας σύφιλης και στους οποίους δεν υπάρχει ένδειξη νοσήματος που συνοδεύεται από ψευδώς θετικά αποτελέσματα FTA- ABS. Στην περίπτωση αυτή, θα πρέπει, ίσως να λαμβάνεται ENY για εξέταση ολικής πρωτεΐνης, κυττάρων και αντίδρασης VDRL προκειμένου να αποκλειστεί η νευροσύφιλη. Σε περίπτωση αμφιβολίας και εφόσον ο ασθενής δεν είναι αλλεργικός στην πενικιλίνη, είναι συχνά καλύτερο να θεραπεύεται για πιθανή σύφιλη.²⁴

— Δοκιμασία IgM FTA- ABS για συγγενή σύφιλη.

Οι μητέρες με VDRL ή FTA- ABS γεννούν οροθετικά νεογνά, λόγω παθητικής μεταφοράς των IgG αντισωμάτων. Επειδή πολλά νεογνά με συγγενή σύφιλη είναι κλινικά φυσιολογικά κατά τη γέννηση, αλλά αναπτύσσουν σοβαρή συμπτωματική νόσο μερικές εβδομάδες αργότερα, είναι σημαντικό να προσδιοριστεί η ύπαρξη ή όχι ενεργού λοίμωξης. Δεδομένου

ότι μητρικά IgM αντισώματα δεν μεταφέρονται παθητικά στο έμβρυο, η δοκιμασία ανίχνευσης των αντισωμάτων αυτών προσφέρει ενδεχομένως στη διάγνωση. Δυστυχώς υπάρχει μια επίπτωση περίπου 35% ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων της δοκιμασίας IgM FTA- ABS σε συγγενή όψιμης έναρξης. Υπάρχει επίσης μια ψευδώς θετική συχνότητα περίπου 10%. Για τους λόγους η δοκιμασία IgM FTA- ABS είναι περιορισμένης χρησιμότητας.⁴

Εφόσον η μητέρα έχει λάβει την κατάλληλη κατά τη διάρκεια της κύησης και το νεογνό είναι κλινικά φυσιολογικό κατά τη γέννηση, συνίσταται η παρακολούθηση των τίτλων των αντισωμάτων. Αν η θετική VDRL στο νεογνό οφείλεται σε μητρικό αντίσωμα, ο τίτλος ελαττώνεται σημαντικά τους πρώτους 2 μήνες της ζωής. Ένας αυξανόμενος τίτλος δείχνει ενεργό νόσο και ανάγκη για θεραπεία. Άλλοι κλινικοί προτιμούν την άμεση αποτελεσματική θεραπεία. Ο κίνδυνος αλλεργίας στην πενικιλίνη είναι πολύ μικρός στα νεογνά.⁴

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 Quiyat 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 παρίσθμιων παρερμηνεύεται ως πυώδη- νεκρωτική αμυγδαλίτιδα.
- Η περιόνυξη μακράς διάρκειας.
- Οι περιπρωκτικές δρυφάδες πρέπει να ελέγχονται ιδιαίτερα επί ομοφυλοφίλων.
- Ο καρκίνος του απευθυσμένου εντέρου.¹

Συλλογή- Μεταφορά

Κλινικό υλικό από τις υγρές βλάβες του δέρματος και των βλεννογόνων συλλέγεται με σκοπό τη μικροσκοπική εξέταση και την καλλιέργεια στη πρωτοπαθή, δευτεροπαθή και πρώιμη συγγενή σύφιλη. Κατάλληλο υλικό είναι επίσης το υγρό αναρρόφησης διογκωμένου επιχώριου λεμφαδένα. Η βλάβη καθαρίζεται προσεκτικά με φυσιολογικό ορό που δεν περιέχει αντιβακτηριακές ουσίες και πιέζεται ελαφρά μέχρις ότου αν αναβλύσει ορώδες υγρό, το οποίο μικροσκοπείται (σκοτεινό οπτικό πεδίο) σε χρόνο μικρότερο από 20 λεπτά. Κλινικό δείγμα το οποίο περιέχει ερυθρά αιμοσφαίρια, κυτταρικά στοιχεία ή άλλους μικροοργανισμούς είναι ακατάλληλο για μικροσκοπική εξέταση. Για την ορολογική διάγνωση της σύφιλης συλλέγεται μη αιμολυμένος πρόσφατος ορός θερμοκρασίας 23 °C– 29 °C. Για την RPR κατάλληλο είναι και το πλάσμα του αίματος.⁶

Θεραπεία

Η πενικιλίνη ενδομυϊκά παραμένει η θεραπεία εκλογής για όλα τα στάδια της σύφιλης. Δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι η ωχρά σπειροχαίτη έχει αναπτύξει ανθεκτικά στελέχη στην πενικιλίνη. Σε περίπτωση αλλεργικής ευαισθησίας στην πενικιλίνη είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθούν οι τετρακυκλίνες, η δοξυκυκλίνη ή η ερυθρομυκίνη.²¹

Οι οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO) για την θεραπείας της σύφιλης είναι οι εξής:

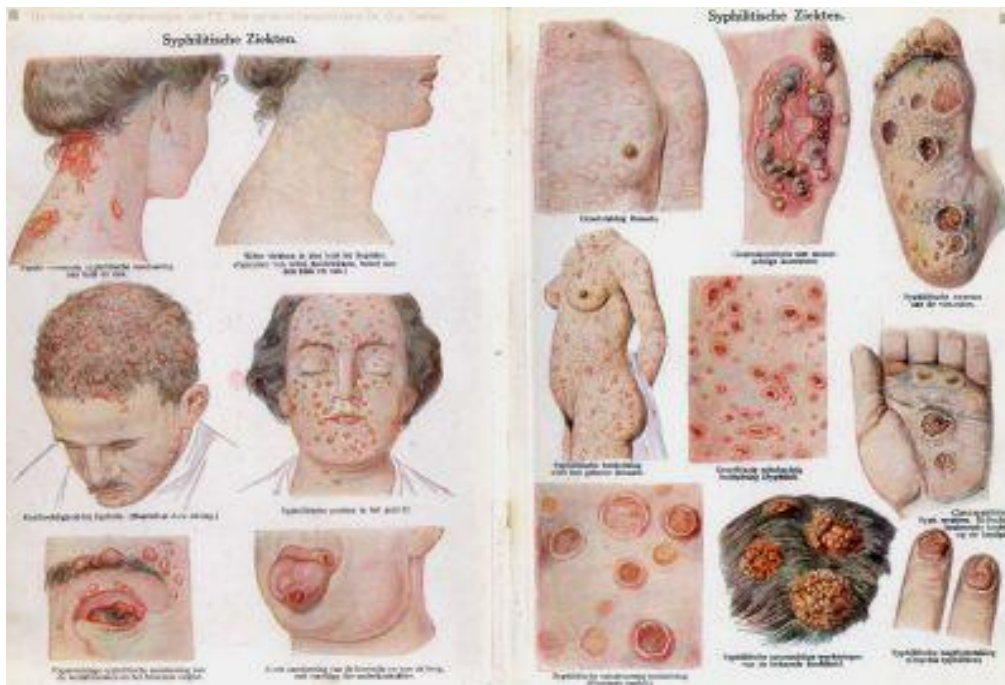
Είδος συφιλικής μόλυνσης	Φάρμακο	Δόση	Εναλλακτική θεραπεία
Πρωτοπαθής	Βενζαθινική	2, 4 εκ. μονάδες	Doxycycline 100 mg
Δευτεροπαθής	Πενικιλίνη G	Εφ άπαξ	2x/ 24h P.O για 14
Πρώιμη Λανθάνουσα			μέρες tetracycline 500 mg 4x/ 24h P.O για 14 μέρες
Όψιμη Λανθάνουσα	Βενζαθινική	2, 4 εκ. μονάδες σε 3	Doxycycline 100 mg

Τριτοπαθής	Πενικιλίνη G	εβδομαδιαίες δόσεις	2x/ 24h P.O για 28 μέρες tetracycline 500 mg 4x/ 24h P.O για 28 μέρες
Νευροσύφιλη	Κρυσταλλική Πενικιλίνη G	3- 4 εκατ. μονάδες κάθε 4 ώρες για 10- 14 μέρες (18- 24 εκατ. μονάδες/ 24h)	Erythromycin 7,5- 12,5 mg/ Kg x 4 P.O για 30 μέρες
Συγγενής σύφιλη	Κρυσταλλική Πενικιλίνη G	50.000 μονάδες/ Kg/ 1h Κάθε 12 ώρες τις πρώτες 7 μέρες της ζωής και μετά κάθε 8 ώρες για 10 μέρες	
	Προκαϊνική Πενικιλίνη G	50.000 μονάδες/ Kg/ 1h τη μέρα για 10 μέρες	
Σύφιλη κύησης	Βενζαθινική Πενικιλίνη G	2,4 εκ. μονάδες εφάπαξ	Erythromycin 500 mg x P.O για 15 μέρες

Πίνακας 3.1.5. Θεραπεία της σύφιλης.²¹

Προφύλαξη

Πρέπει να λαμβάνονται όλα τα μέτρα για την πρόληψη των σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων. Επιπλέον για την πρόληψη της συγγενούς σύφιλης πρέπει να ελέγχονται όλες οι γυναίκες στην αρχή, για τις ομάδες δε υψηλού κινδύνου (όπως χρήστες ναρκωτικών ουσιών, κ.λ.π.) και στο τέλος της κύησης. Οι πάσχουσες θα πρέπει να λαμβάνουν επαρκή θεραπεία.²⁰



Εικόνα 3.1.15. Στάδια της σύφιλης.

Μέτρα πρόληψης σε περίπτωση κρούσματος

- Να γίνεται δήλωση του κρούσματος στις τοπικές υγειονομικές αρχές.²⁰
- Αν το κρούσμα νοσηλεύεται να λαμβάνονται όλες οι προφυλάξεις από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για την αποφυγή μετάδοσης από το αίμα και τις σωματικές τους εκκρίσεις.²⁰
- Πρέπει να αναζητηθούν οι σεξουαλικοί σύντροφοι του/ της ασθενούς και να εντοπιστεί το άτομο που μόλυνε τον ασθενή και τα άτομα που μολύνθηκαν από αυτόν. Αν ο ασθενής βρίσκεται στο στάδιο της πρωτοπαθούς σύφιλης πρέπει να ελεγχθούν οι ερωτικοί σύντροφοι των τελευταίων 3 μηνών. Αν βρίσκεται στο στάδιο της δευτεροπαθούς σύφιλης πρέπει να ελεγχθούν οι σύντροφοι των έξι τελευταίων μηνών, ενώ αν ο ασθενής βρίσκεται στο στάδιο της πρώιμης λανθάνουσας σύφιλης πρέπει να ελεγχθούν οι σύντροφοι του τελευταίου χρόνου. Στην περίπτωση που ο ασθενής βρίσκεται στο στάδιο της τριτοπαθούς σύφιλης και της όψιμης λανθάνουσας σύφιλης συνίσταται ο έλεγχος του/ της μόνιμου συντρόφου. Οι σεξουαλικοί σύντροφοι των κρουσμάτων που βρίσκονται στο στάδιο της πρωτοπαθούς σύφιλης πρέπει να πάρουν και αυτοί θεραπεία. Οι ασθενείς και οι σύντροφοί τους πρέπει να ενημερώνονται και να ελέγχονται για anti- HIV αντισώματα.²⁰

3.2. ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗ ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΔΑ

Οι γονοκοκκικές λοιμώξεις είναι από τις πιο συχνές και ευρέως διαδεδομένες σεξουαλικά μεταδιδόμενες νόσους.⁶ Ο γονόκοκκος (*N. Gonorrhoeae*) είναι το δεύτερο συχνότερο αίτιο σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων μετά την λοίμωξη από γλαμύδια του τραχώματος. Κατά την διάρκεια του 1990 η συχνότητα της γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας αυξήθηκε πολύ.³ Μεταδίδεται με τη σεξουαλική πράξη και προσβάλλει κυρίως τους βλεννογόνους των γεννητικών οργάνων¹, προκαλώντας πρόσθια ουρηθρίτιδα στους άνδρες και ενδοτραχηλίτιδα και ουρηθρίτιδα στις γυναίκες. Άλλοι τύποι πρωτοπαθούς λοίμωξης είναι η φαρυγγίτιδα, η πρωκτίτιδα, η επιπεφυκίτιδα καθώς και η αιδοιοκολπίτιδα, που συμβαίνει κυρίως σε κοπέλες πριν από την ήβη.⁴

Ο διεθνώς χρησιμοποιούμενος όρος « *Gonorrhoeae* » είναι εξ αρχής λανθασμένος δεδομένου ότι η ροή οροπυώδους υγρού από τη 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*).¹

Ιστορικό

Η ιστορία της νόσου ανάγεται σε αρχαιοτάτους χρόνους (Κινέζοι 5000 χρόνια Π.Χ., Βίβλος κ.α.). Η επιδημιολογική της ιστορία ακολουθεί τις γενικές τάσεις αποκαλύπτοντας την υψηλή της επίπτωση και νοσηρότητα κατά το 1^ο μισό του 20^{ου} αι., την κορύφωση της επιδημίας μετά από κάθε Παγκόσμιο Πόλεμο, στη θεαματική μείωση της επίπτωσης στο δυτικό κόσμο που ακολούθησε την ανακάλυψη της πενικιλίνης. Επανάκαμψη της γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας παρατηρήθηκε κατά τα χρόνια της « σεξουαλικής επανάστασης » στις δεκαετίες του 1960 και του 1970 με αποκορύφωση στη Μ. Βρετανία τις 41.542 περιπτώσεις στους άνδρες και στις 24.421 στις γυναίκες το 1977. Ο φόβος του HIV/ AIDS οδήγησε σε εκ νέου μείωση μετά το 1980, που συνεχίστηκε σταθερά μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του 1990 στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες (Σουηδία, Γαλλία, Ελβετία, κ.α.), όπου η επίπτωση είναι μικρότερη από 20 περιπτώσεις / 100.000 ετησίως.¹

Στις ΗΠΑ υπολογίζεται ότι υπήρξαν 2 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις το 1983 και καταγράφηκαν 324.901 περιπτώσεις το 1997, η επίπτωση είναι υψηλότερη από τις άλλες Δυτικές χώρες (165,1/ 100.000 στους άνδρες και 149,5/ 100.000 στις γυναίκες), με σημαντικές διαφορές κατά περιοχές.¹ Υπολογίζεται ότι το 1995 είχε περίπου 400.000

περιπτώσεις. Η πραγματική επίπτωση πιθανώς να είναι διπλάσια. Η επίπτωση έχει ελαττωθεί δραματικά στο μεγαλύτερο μέρος της βιομηχανικής Δύσης τα τελευταία χρόνια, ενώ τελευταία ελαττώνεται επίσης και στις ΗΠΑ.⁴

Είναι αξιοσημείωτο ότι στη Ρωσία, η επιδημική έξαρση της βλεννόρροιας προηγήθηκε εκείνη της σύφιλης (από 105/ 100.000 το 1987 σε 232/ 100.000 το 1993), ενώ ακολούθως παρατηρήθηκε σημαντική μείωση (κατά 38% μεταξύ 1993- 1996).¹

Στην Ελλάδα, με βάση τα στοιχεία των ετών 1974- 1996 που προέρχονται από το νοσοκομείο « Α. Συγγρός », η βλεννόρροια αντιπροσωπεύει το 11% των διαγνώσεων ΣΜΝ με πρωτικές τάσεις κατά τη διάρκεια του 1970, μικρή ανάκαμψη στις αρχές τις δεκαετίας του 1980 και μετά το 1986, ραγδαία μείωση σε επίπεδο κατώτερο των 5 περιπτώσεων/ 1000 δερματολογικούς ασθενείς. Σε σύγκριση με ανάλογη μελέτη για τα έτη 1953- 1972, διαπιστώνεται σαφής μείωση της συχνότητας της βλεννόρροιας στην Ελλάδα, πιθανότατα οφειλόμενη στην επίδραση της εκστρατείας εναντίον του HIV/ AIDS.¹

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο αριθμός των νέων περιπτώσεων βλεννόρροιας στις αναπτυσσόμενες χώρες υπερβαίνει τα 50 εκατομμύρια ετησίως. Γενικά, εκτιμάται ότι λιγότερες από 1 στις 3 νέες περιπτώσεις δηλώνεται. Νεαρά σεξουαλικά δραστήρια άτομα, ηλικίας 15- 35 ετών νοσούν συχνότερα. Η γονοκοκκική ουρηθρίτιδα συσχετίζεται με νεαρότερες ηλικίες απ' ότι η σύφιλη.¹ Περίπου 600.000 νέες λοιμώξεις από *Neisseria Gonorrhoeae* συμβαίνουν ετησίως.⁸

Οι περισσότερες λοιμώξεις στους άνδρες προκαλούν συμπτώματα που τους ωθούν να αναζητήσουν αποτελεσματική θεραπεία αρκετά νωρίς, ώστε να αποφευχθούν τα σοβαρά επακόλουθα- όχι όμως τόσο έγκαιρα, ώστε να προληφθεί η μετάδοση στους άλλους. Πολλές από τις λοιμώξεις στις γυναίκες δεν προκαλούν αναγνωρίσιμα συμπτώματα, παρά μόνον όταν εμφανιστούν επιπλοκές (π.χ. φλεγμονώδης νόσος της πυέλου). Στους άνδρες, η συνηθέστερη εικόνα είναι της οξείας ουρηθρίτιδας, ενώ στις γυναίκες η ουρηθρίτιδα. Επειδή οι γονοκοκκικές λοιμώξεις στις γυναίκες είναι συχνά ασυμπτωματικές, ένα σημαντικό τμήμα του ελέγχου των γονοκοκκικών λοιμώξεων εξακολουθεί να αποτελεί ο προσυμπτωματικός έλεγχος των γυναικών που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Η γονοκοκκαϊμία έχει ως αποτέλεσμα τη διασπορά σε πολλαπλές θέσεις, συνηθέστερα στις αρθρώσεις και το δέρμα, οδηγώντας σε διάσπαρτη γονοκοκκική λοίμωξη.⁸

Τέλος η βλεννόρροια φαίνεται ότι παρουσιάζει εποχική κατανομή, με αύξηση το καλοκαίρι και το φθινόπωρο.¹

Επιδημιολογία

Η συχνότητα της γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας είναι μειωμένη τα τελευταία χρόνια στην Δυτική Ευρώπη και την Βόρεια Αμερική, εκτός βεβαίως από μερικές ομάδες ατόμων υψηλού κινδύνου. Αντίθετα η νόσος βρίσκεται σε έξαρση σε χώρες τις Ανατολικής Ευρώπης και εμφανίζεται με την μορφή επιδημίας σε μερικά μέρη της Ν. Α. Ασίας και της Αφρικής όπου και έχουν αναπτυχθεί ανθεκτικά στελέχη του γονοκόκκου.²⁴ Η επίπτωση της γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας σταθεροποιήθηκε στις ΗΠΑ από το 1975 έως το 1980, ίσως λόγω ελάττωσης του μεγέθους των ομάδων που διατρέχουν κίνδυνο τέτοιων λοιμώξεων. Η αναμόλυνση είναι συχνή και δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις 20 και περισσότερων λοιμώξεων του ίδιου σεξουαλικού δραστήριου ασθενούς.³

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.¹

Οι μόνοι φυσικοί ξενιστές για τη Ν. Gonorrhoeae είναι οι άνθρωποι. Ο οργανισμός φυσιολογικά κατοικεί στο κυλινδρικό επιθήλιο των βλεννογόνων και συνήθως μεταδίδεται με την στενή σεξουαλική επαφή. Η συχνότητα της γονόρροιας ποικίλει πολύ ανάμεσα σε διαφορετικές ομάδες. Μέχρι 5% των ατόμων στους πληθυσμούς υψηλού κινδύνου μπορεί να είναι μολυσμένα σε κάθε δεδομένη στιγμή.⁴



Εικόνα 3.2.1. Επιδημιολογική κατανομή της Γονόρροιας.

Ο κίνδυνος εξαρτάται από τον τύπο της επαφής με κάποιο μολυσμένο άτομο. Περίπου 60 με 80% των γυναικών που έχουν επαφές με έναν άνδρα με ουρηθρική γονόρροια αναπτύσσουν γονοκοκκική τραχηλίτιδα. Αντίθετα υπολογίζεται ότι μόνο 20- 30% των ανδρών που κάνουν έρωτα με μια μολυσμένη γυναίκα αναπτύσσουν γονόρροια.⁴ Χωρίς θεραπεία το ¼ περίπου των ανδρών αυτών εμφανίζει τα συμπτώματα της νόσου μέσα σε 7 μέρες, ενώ σε μία παρόμοια αναλογία η καλλιέργεια αρνητικοποιείται αυτόματα μέσα στην ίδια περίοδο. Το υπόλοιπο 50% εξακολουθεί να έχει θετικές καλλιέργειες και να μην παρουσιάζει συμπτώματα, αλλά να μεταδίδει τη λοίμωξη για διάστημα μέχρι 6 μηνών. Στο 30- 40% περίπου των περιπτώσεων γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας παρατηρείται ταυτόχρονη λοίμωξη από χλαμύδια του τραχώματος.³ Αυτή η διαφορά μπορεί να οφείλεται σε έκθεση των γυναικών σε μεγαλύτερο φορτίο γονοκόκκων. Ένα άτομο που προβαίνει σε στοματογεννητική επαφή με έναν άνδρα με γονοκοκκική ουρηθρίτιδα διατρέχει σημαντικό κίνδυνο φαρυγγικής γονόρροιας. Η μετάδοση της λοίμωξης με στοματική επαφή με τα γεννητικά όργανα μιας μολυσμένης γυναίκας είναι σπάνια. Η λοίμωξη φαίνεται ότι μεταδίδεται αποτελεσματικά με την πρωκτική συνουσία.⁴

Οι γονόκοκκοι καταστρέφονται γρήγορα με την ξήρανση και η μετάδοση με αντικείμενα είναι σπάνια. Ίσως το 50% των λοιμώξεων των γυναικών είναι ασυμπτωματικές και τουλάχιστον 10% των λοιμώξεων των ανδρών είναι ασυμπτωματικές. Μελέτες επιπολασμού συχνά δείχνουν ότι μέχρι 50% των μολυσμένων ανδρών έχουν πολύ λίγα συμπτώματα ώστε να ζητήσουν ιατρική βοήθεια.⁴

Μια αποτελεσματική για το κόστος της μέθοδος ανίχνευσης μολυσμένων ασθενών είναι η λήψη καλλιέργειας περίπου 6 βδομάδες μετά τη θεραπεία της γονόρροιας. Περίπου 15- 20% αυτών των ατόμων έχουν θετική καλλιέργεια λόγω αναμόλυνσης.⁴

Η μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα αριθμεί τουλάχιστον όσες περιπτώσεις και η γονοκοκκική και τυπικά επικρατεί στα κατώτερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα. Το 30- 50% των περιπτώσεων οφείλεται στο χλαμύδιο του τραχώματος, που μπορεί αν απομονωθεί από το 0- 11% ασυμπτωματικών, ερωτικά δραστήριων ανδρών, και από το 30% των ανδρών με γονοκοκκική ουρηθρίτιδα, πιθανόν λόγω μικτής λοίμωξης. Μερικές περιπτώσεις μη γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας, στις οποίες δεν απομονώνονται χλαμύδια, οφείλονται σε ουρεολυτικό ουρεάπλασμα ή σε τριχομονάδα του κόλλου.³

Ηλικία

Επιδημίες είχαν αναφερθεί σε κορίτσια προεφηβικής ηλικίας που ζούσαν σε περιβάλλον στενού συγχρωτισμού σε ορφανοτροφεία. Τέτοια επεισόδια είναι τώρα πολύ σπάνια.⁴ Νεαρά άτομα ηλικίας 15- 35 ετών, σεξουαλικά δραστήρια άτομα.¹ Επίσης στα νεογνά με την μορφή επιπεφυκίτιδας.⁸ Είναι αξιοσημείωτο ότι η γονοκοκκική ουρηθρίτιδα συσχετίζεται με νεαρότερες ηλικίες απ' ότι η σύφιλη.¹

Φύλο

Νεαρές γυναίκες και ομοφυλόφιλοι άνδρες.⁸ Οι άνδρες φαίνεται ότι προσβάλλονται συχνότερα λόγω της εντονότερης ερωτικής δραστηριότητας,¹ (π.χ. η φαρυγγική και ορθοπρωκτική λοίμωξη)⁸ αλλά και διαγιγνώσκεται συχνότερα, γιατί τα συμπτώματα είναι εμφανέστερα και προσέρχονται ευκολότερα στον γιατρό.¹

Φυλή

Πρόσφατες μελέτες από τη Μ. Βρετανία έδειξαν ότι οι έγχρωμοι ξένης εθνικότητας έχουν αυξημένο κίνδυνο να νοσήσουν από βλεννόρροια, ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική τους θέση,¹ σε σχέση με τους λευκούς.⁸ Πιθανώς αυτό ερμηνεύεται από τα χαρακτηριστικά της σεξουαλικής συμπεριφοράς που υπαγορεύει η εθνικότητά τους, παρά από πραγματικές φυλετικές ή εθνικές διαφορές, ως προς την ευπάθεια.¹

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.¹

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.¹

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 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.¹

Οργανισμός

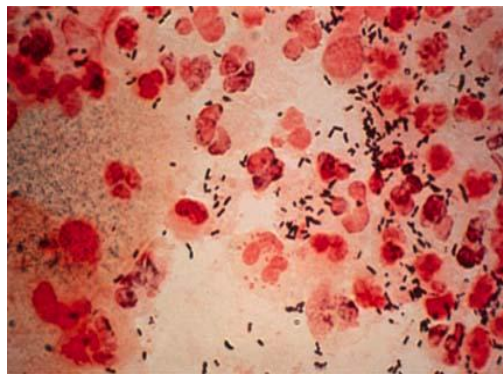
Η *N. Gonorrhoeae* είναι ένας αρνητικός κατά Gram, αερόβιος διπλόκοκκος. Πολλά στελέχη απαιτούν 3 έως 10% CO₂ για βέλτιστη ανάπτυξη. Παρουσιάζουν υψηλή αυτόλυση και καταστρέφονται γρήγορα έξω από το φυσιολογικό τους ανθρώπινο περιβάλλον. Είναι ευαίσθητα στα λιπαρά οξέα και αναπτύσσονται καλύτερα σε μέσα εμπλουτισμένα με άμυλο (αναστολή των λιπαρών οξέων που υπάρχουν στο άγαρ). Υπάρχουν διαθέσιμα ιδιαίτερα εκλεκτικά μέσα, τα περισσότερα των οποίων χρησιμοποιούν αντιβιοτικά για την αναστολή της ανάπτυξης άλλων μικροοργανισμών.⁴

Ο πιθανός εντοπισμός *in vitro* επιτυγχάνεται με τη μορφολογία της αποικίας, τη χρώση κατά Gram και μια θετική δοκιμασία οξειδάσης. Η διαφοροποίηση από το στενά συγγενέοντα μηνιγγιτιδόκοκκο και τις ποικίλες μη παθογόνες *Neisseria*, γίνεται συνήθως με βάση τον τρόπο χρησιμοποίησης των ποικίλων απλών υδατανθράκων. Οι γονόκοκκοι χρησιμοποιούν γλυκόζη αλλά όχι μαλτόζη ή σουκρόζη.⁴

Οι γονόκοκκοι είναι πολύ ευμετάβλητοι οργανισμοί και εμφανίζονται υπό μορφή αρκετών διαφορετικών αποικιών. Οι τύποι των μικρών αποικιών είναι κροσσωτοί και περισσότερο

λοιμογόνοι για τους ανθρώπους από τις μεγαλύτερες μη κροσσωτές μορφές. Μεταβλητότητα υπάρχει επίσης σε ορισμένες πρωτεΐνες της εξωτερικής μεμβράνης. Οι γονόκοκκοι υφίστανται ταχεία μεταβολή της έκφρασης του αντιγονικού τύπου των φιμπριών, γεγονός που πιθανώς παίζει ρόλο στην παράταση των λοιμώξεων χωρίς θεραπεία και στην επαναλοίμωξη μετά τη θεραπεία. Η σημασία των επιφανειακών συστατικών του γονοκόκκου στην παθογένεση της λοίμωξης βρίσκεται υπό εντατική έρευνα.⁴

Οι γονόκοκκοι μπορούν να ταξινομηθούν οροτυπικά στη βάση των αντιγονικών διαφορών των πρωτεϊνών της εξωτερικής μεμβράνης. Αυτές οι δοκιμασίες δεν είναι διαθέσιμες στην καθημερινή πράξη.⁴



Εικόνα 3.2.2. Neisseria Gonorrhoeae.

Παθογένεια και ανταπόκριση του ξενιστή

Οι φιμπρίες αναμφίβολα βοηθούν στην προσκόλληση των βακτηρίων στην επιφάνεια των βλεννογόνων. Οι συνήθεις ουρηθρικές λοιμώξεις εκδηλώνονται με ήπια φλεγμονή, πιθανώς λόγω έκλυσης τοξικών λιποπολυσακχαριτών από τους γονοκόκκους και της παραγωγής χημειοτακτικών παραγόντων που προσελκύουν ουδετερόφιλα λευκοκύτταρα. Ορισμένα στελέχη μπορεί να προκαλέσουν ασυμπτωματική ουρηθρική λοίμωξη για λόγους που δεν είναι πλήρως κατανοητοί. Αυτά τα στελέχη είναι συνήθως ευαίσθητα στην πενικιλίνη, ανθεκτικά στη βακτηριοκτόνο επίδραση του φυσιολογικού ανθρώπινου ορού και ενδέχεται να προκαλούν βακτηραιμία και σηπτική αρθρίτιδα.⁴

Στην προ αντιβιοτικών εποχή, τα συμπτώματα συνήθως επέμεναν για 2- 3 μήνες έως ότου οι αμυντικοί μηχανισμοί του ξενιστή να εκριζώσουν τελικά τη λοίμωξη.⁴ Τα στελέχη του γονοκόκκου που προκαλούν μικρή φλεγμονή των γεννητικών οργάνων και ως εκ τούτου διαφεύγουν της διάγνωσης.⁸

Η ευαισθησία των γυναικών στη λοίμωξη επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες. Έχει παρατηρηθεί ευαίσθητες στη λοίμωξη. Διάφοροι άλλοι παράγοντες, όπως η φυσιολογική χλωρίδα του κόλπου, η περιεκτικότητα του κοιλιακού εκκρίματος σε IgA και η υψηλή συγκέντρωση προγεστερόνης στο αίμα, ενδεχομένως δρουν προστατευτικά. Η εξάπλωση της λοίμωξης από τον τραχήλο προς τα ανώτερα τμήματα του γεννητικού συστήματος συνδυάζεται με εμμηνορρυσία, διότι οι μεταβολές του pH και των βιοχημικών συστατικών της τραχηλικής βλέννας οδηγούν σε αύξηση της διασποράς των γονοκόκκων. Επίσης, πρόσθετοι παράγοντες ανιούσας εξάπλωσης και διασποράς της λοίμωξης είναι δυνατόν να αποτελούν η διαστολή του τραχήλου, η παλινδρόμηση της έμμηνης ρύσης και η προσκόλληση του γονόκοκκου στα σπερματοζωάρια. Επιπλέον τον κίνδυνο εξάπλωσης της λοίμωξης στο ενδομήτριο διπλασιάζουν έως εννιάπλασιάζουν οι ενδομήτριες αντισυλληπτικές συσκευές (ενώ η χρησιμοποίηση αντισυλληπτικών δισκίων τον υποδιπλασιάζει).³

Τα στελέχη αυτά έχουν γίνει συνήθη στις ΗΠΑ κατά την διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας. Τα περισσότερα συμπτώματα και σημεία της διάχυτης γονοκοκκικής λοίμωξης είναι εκδηλώσεις από σχηματισμό και εναπόθεση ανοσοσυμπλεγμάτων. Πολλαπλά επεισόδια διάχυτης γονοκοκκικής λοίμωξης μπορεί να συνδέονται με ανωμαλία των τελικών συστατικών παραγόντων του συμπληρώματος.³

Αίτιο

Αίτιο της γονόρροιας είναι η *Neisseria Gonorrhoeae*. Πήρε το όνομά της από τον Albert Neisser, ο οποίος πρώτος την περιέγραψε το 1879.¹

Η *N. Gonorrhoeae* (γονόκοκκος) και η *N. Meningitidis* (μηνιγγιτιδόκοκκος), αίτιο της οξείας πυώδους επιδημικής μηνιγγίτιδας, είναι τα δύο παθογόνα (αποκλειστικά) για τον άνθρωπο) είδη του γένους *Neisseria*.¹

Τα δύο είδη παρουσιάζουν μεγάλες ομοιότητες μεταξύ τους, δεδομένου ότι υπάρχει 70% ομόλογα στο DNA.¹

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.¹

Αφετέρου όμως και τα δύο είδη μπορούν να προκαλέσουν γενικευμένη λοίμωξη, ενώ τα δύο μπορούν να απομονωθούν από το φάρυγγα ασυμπτωματικών ασθενών.¹

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.¹

Στο 1% περίπου των ανδρών και στο 3% των γυναικών με βλεννόρροια παρατηρείται εξωγεννητική διασπορά της λοίμωξης. Τα στελέχη του γονοκόκκου που προκαλούν διασπορά της λοίμωξης, παρουσιάζουν ορισμένες διαφορές από τα άλλα. Είναι, γενικά περισσότερο ευαίσθητα στην πενικιλίνη και παρουσιάζουν μικροβιοκτόνο δράση του αντισώματος και του συμπληρώματος, πιθανόν λόγω της σύνδεσής τους με φυσικό δεσμευτικό αντίσωμα. Η διασπορά της γονοκοκκικής λοίμωξης μπορεί να πάρει τη μορφή του συνδρόμου αρθρίτιδας, δερματίτιδας, το οποίο συνιστάται στην εμφάνιση 3- 20 βλατιδωδών, πετεχειωδών, φλυκταινωδών, νεκρωτικών ή αιμορραγικών αλλοιώσεων του δέρματος, συνήθως εκτατικών επιφανειών των χεριών και των ποδιών, που συνοδεύονται από ασύμμετρη πολυτενοντοελυτρίτιδα, με ή χωρίς αρθρίτιδα, κυρίως των καρπών, των δακτύλων, των γονάτων και των σφυρών. Άλλη εκδήλωση διασποράς της γονοκοκκικής λοίμωξης είναι η σηπτική αρθρίτιδα, της οποίας το συχνότερο αίτιο στις ηλικίες 16- 50 ετών είναι ο γονόκκοκος. Σε σπάνιες περιπτώσεις η γονοκοκκαιμία προκαλεί ενδοκαρδίτιδα, μηνιγγίτιδα, μυοπερικαρδίτιδα ή τοξική ηπατίτιδα.³

Η μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα είναι λιγότερο μεταδοτική από τη γονοκοκκική. Η περίοδος επώασής της είναι 7- 14 μέρες. Τα χαρακτηριστικά ενοχλήματα των ασθενών είναι έκκριση από την ουρήθρα, κνησμός και δυσουρία. Σημαντικό γνώρισμα του εκκρίματος είναι ότι δεν αποβάλλεται αυτόματα, αλλά εμφανίζεται το πρωί μετά από έκθλιψη της ουρήθρας, είναι βλεννοπυώδες και αποτελείται από λεπτόρρευστο θολό υγρό με πυώδεις προσμίξεις, γνωρίσματα τα οποία μερικές φορές δεν επιτρέπουν τον σαφή διαχωρισμό της μη γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας από τη γονοκοκκική. Η τριχομονάδα του κόλπου που προκαλεί τυπικά ελάχιστη παραγωγή εκκρίματος.³

Τα χλαμύδια του τραχώματος είναι, επίσης, συχνό αίτιο επιδιδυμίτιδας σε άτομα κάτω των 35 ετών και μπορεί να προκαλέσει πρωκτίτιδα σε άνδρες και γυναίκες που συνηθίζουν την παθητική πρωκτική συνουσία.³

Οι χλαμυδιακές λοιμώξεις των γυναικών είναι συχνότερες από της γονοκοκκικές, αλλά πολλές φορές δεν αποκαλύπτονται. Τα 2/3 των γυναικών με βλεννοπυώδη τραχηλίτιδα έχουν χλαμυδιακή φύλαξη. Τέλος το χλαμύδιο του τραχώματος είναι αίτιο σαλπινγίτιδας τουλάχιστον ίδιας συχνότητας με το γονόκοκκο.³

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.¹

Η περαιτέρω πορεία της νόσου εξαρτάται από τη λοιμογόνο δύναμη του στελέχους και από την αντίδραση των ιστών (μη ειδική ανοσία).¹

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.¹

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

Οξεία γονοκοκκική λοίμωξη à 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.¹

Χρόνια γονοκοκκική λοίμωξη à Η χρόνια γονοκοκκική λοίμωξη ταυτίζεται με τη δεύτερη φάση της νόσου (μετά την οξεία) και χαρακτηρίζεται από άμβλυση των υποκειμενικών συμπτωμάτων. Η μετάπτωση αυτή γίνεται προοδευτικά και θα πρέπει να περάσουν περίπου 8 εβδομάδες.¹

Ασυμπτωματική βλεννόρροια à Περιγραφόταν μέχρι πριν λίγα χρόνια ως μια ιδιαίτερη μορφή βλεννόρροιας χωρίς εμφανή συμπτωματολογία. Χαρακτηριζόμενη κυρίως από μια καταρροϊκή διάθεση των ιστών δηλ. αυξημένου βαθμού οροβλενώδεις 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.¹

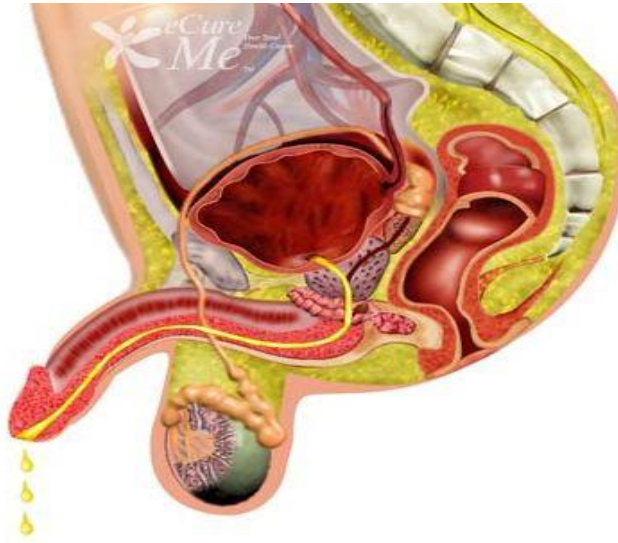
Η ασυμπτωματική βλεννόρροια είναι δυνατόν να εγκατασταθεί υπό τις εξής προϋποθέσεις:

1. Ενοφθαλμισμός γονοκόκκου στο « αφιλόξενο » πλακώδες επιθήλιο της στοματοφαρυγγικής κοιλότητας. Η νόσος δεν αναπτύσσεται λόγω της βιολογικής φύσεως του πλακώδους επιθηλίου. Δεν υπάρχει όμως και δυνατότητα εξουδετέρωσης « χωρίς ειδική θεραπεία » και ο γονόκοκκος παραμένει επί μακρόν σε λανθάνουσα κατάσταση αναμολύνοντας άλλα άτομα.⁴
2. Εγκατάσταση εξαρχής στελεχών ήπιας λοιμογόνου δύναμης, οπότε η μόλυνση διαδράμει χωρίς ισχυρή συμπτωματολογία και ο ασθενής δεν προσέρχεται για εξέταση.⁴
3. Εάν εφαρμόστηκε μια κάποια εμπειρική, ανεπαρκής θεραπευτική αγωγή, οπότε ο γονόκοκκος κατέστη φαρμακοάντοχος, χωρίς όμως να διατηρεί ισχυρή λοιμογόνο δύναμη πλέον, χωρίς ενοχλητική συμπτωματολογία και χωρίς παράλληλα να εξαφανίζεται.⁴
4. Επί γυναικών, σε μια αρχική φάση όπου η συμπτωματολογία είναι ήπια και το άτομο δεν έχει ακόμη αισθανθεί αξιόλογες ενοχλήσεις. Η μόλυνση και οι εκδηλώσεις της νόσου στον ερωτικό σύντροφο ευαισθητοποιούν και τη γυναίκα ώστε να προσέλθει σε ιατρική εξέταση.⁴

Είναι προφανές ωστόσο, ότι τα όρια μεταξύ της χρόνιας και ασυμπτωματικής βλεννόρροιας είναι ασαφή από κλινικής πλευράς. Εάν ωστόσο, ο ασθενής ευρεθεί να φέρει γονόκοκκο, χωρίς να έχει ποτέ υποβληθεί σε θεραπευτική αγωγή, είναι βέβαιο ότι πρόκειται περί χρόνιας βλεννόρροιας.¹

Γονόρροια σε άνδρες

Η γονοκοκκική ουρηθρίτιδα στους άνδρες χαρακτηρίζεται από ουρηθρικό έκκριμα που κυμαίνεται από λίγο και διαυγές⁸ έως κιτρινωπό πυώδες και άφθονο έκκριμα και δυσουρία,⁴ συνοδευόμενου από αίσθημα κνησμού.¹ Συνήθως ακολουθεί άμεση θεραπεία και γι' αυτό το λόγο, σπάνια παρατηρούνται περισσότερο εκτεταμένες λοιμώξεις των γεννητικών οργάνων.³ Χαρακτηριστικό είναι η εμφάνιση της πρωινής σταγόνας από την ουρήθρα (gout militaire).²⁴ Η συνήθης περίοδος επώασης είναι 2 έως 6 ημέρες. Το έκκριμα στη γονόρροια είναι λίγο πιο άφθονο και πυώδες από ότι στη μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα..¹



Εικόνα 3.2.3. Γονόρροια στον άνδρα.

Παρατηρείται φλεγμονώδες οίδημα του στομίου της ουρήθρας¹, οίδημα της ακροποσθίας ή του πέους, βαλανοποσθίτιδα με έκκριμα υπό την ακροποσθία στους μη περιτομηθέντες άνδρες και βαλανίτιδα στους περιτομηθέντες άνδρες.⁸ Επίσης φλεγμονώδης διήθηση των συστοίχων λεμφαδένων περίπου εις το 15% των περιπτώσεων και όχι σπάνια λεμφαγγειίτιδα τα ραχιαίας επιφάνειας της πόσθης. Η δυσουρία είναι συνήθεις φαινόμενο ενώ η αιματουρία ή η έκκριση αιματηρού εκκρίματος είναι ασυνήθεις. Οι περιπτώσεις αυτές παρουσιάζουν μέτρια πυρετική κίνηση.¹

Συμπτώματα προκαλούνται πιθανώς στο 90% των λοιμώξεων, μολονότι ασυμπτωματικές λοιμώξεις υπάρχουν πράγματι και μπορεί να επιμένουν για πολλούς μήνες. Άνδρες με ασυμπτωματική λοίμωξη δεν ζητούν ιατρική βοήθεια, ενώ αυτοί με συμπτωματική λοίμωξη συνήθως εξετάζονται και θεραπεύονται πρόθυμα. Αυτή είναι πιθανή εξήγηση για τις μελέτες επιπολασμού που δείχνουν ότι μέχρι 50% των μολυσμένων ανδρών είναι ασυμπτωματικοί. Η ασυμπτωματική λοίμωξη σε άνδρες και γυναίκες είναι μεγάλης επιδημιολογικής σημασίας, επειδή αυτοί οι φορείς μπορεί να συνεχίζουν να διαδίδουν τη λοίμωξη σε νέους ερωτικούς συντρόφους για μήνες εφόσον η λοίμωξη δεν έχει διαγνωσθεί.⁴

Οι γονοκοκκικές λοιμώξεις του φάρυγγα και του ορθού είναι συχνά προβλήματα στους ομοφυλόφιλους άνδρες. Οι περισσότεροι ασθενείς με φαρυγγική λοίμωξη είναι ασυμπτωματικοί, αλλά μερικοί εμφανίζουν εξιδρωματική φαρυγγίτιδα με τραχηλική λεμφαδενοπάθεια. Η γονοκοκκική λοίμωξη του ορθού προκαλεί ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων, που κυμαίνεται από ασυμπτωματική μέχρι σοβαρή πρωκτίτιδα με τεινεσμό και αιματηρό βλεννοπυώδες έκκριμα.^{4,3} Μολονότι οι καλλιέργειες από το ορθό είναι επίσης

θετικές στο 40% των γυναικών με τραχηλική γονόρροια, τα συμπτώματα πρωκτίτιδας στις γυναίκες είναι ασυνήθιστα. Αυτό υποδηλώνει ότι το τραύμα της πρωκτικής επαφής μπορεί να είναι συνυπαίτιο για την πρωκτίτιδα που παρατηρείται στους άνδρες. Η σιγμοειδοσκόπηση ενδέχεται να χρειασθεί για τον αποκλεισμό της ελκώδους κολίτιδας, της νόσου του Crohn, των ορθικών ρήξεων ή άλλων φλεγμονών όπως η σιγκέλωση, αμοιβάδωση και σύφιλη (όλες είναι συνήθεις στους άρρενες ομοφυλόφιλους).⁴

Επιπλοκές επί αρρένος

Οι επιπλοκές της γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας στους άνδρες είναι τώρα σπάνιες. Η στένωση της ουρήθρας ήταν παλαιότερα μια συχνή επιπλοκή, αλλά οφειλόταν πιθανώς εν μέρει στη χρήση σχημάτων καυστικής θεραπείας. Η επιδιδυμίτιδα και η προστατίτιδα, σχετικά συνήθεις επιπλοκές στο παρελθόν, σπάνια μόνο συναντώνται σήμερα. Η κύρια επιπλοκή είναι η γενικευμένη γονοκοκκική λοίμωξη, που υπολογίζεται ότι προσβάλλει περίπου 1% των ατόμων με γονόρροια.⁴

Στην ομάδα των ήπιων επιπλοκών ταξινομούνται η Tysonitis, δηλ. φλεγμονή των Τυσονίων 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.¹

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.¹

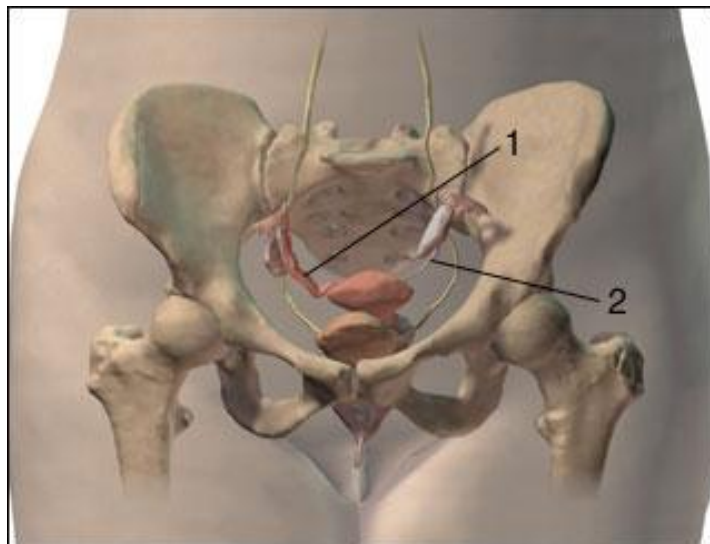


Εικόνα 3.2.4. Γονορροϊκό έκκριμα από την ουρήθρα.

Γονόρροια σε γυναίκες

Σε μελέτες επιπολασμού οι μισές από τις μολυσμένες γυναίκες είναι ασυμπτωματικές ή έχουν τόσο λίγα συμπτώματα που δεν αναζητούν ιατρική φροντίδα. Η συχνότερα προσβαλλόμενη περιοχή είναι ο ενδοτράχηλος (80- 90%), ακολουθούμενη από την ουρήθρα (80%), το ορθό (40%) και το φάρυγγα (10- 20%). Οι περισσότερες φαρυγγικές, ουρηθρικές και ορθικές λοιμώξεις προκαλούν λίγα ή καθόλου συμπτώματα. Η τραχηλική λοίμωξη μπορεί να εκδηλώνεται με αυξημένο κολπικό έκκριμα ή μηνορραγία.⁴ Η γονοκοκκική ουρηθρίτιδα μπορεί να μιμηθεί κυστίτιδα προκαλούμενη από εντερικούς βακίλους. Ωστόσο, οι συνήθεις καλλιέργειες ούρων είναι αρνητικές, επειδή οι γονόκοκκοι δεν αναπτύσσονται σε καλλιεργητικά μέσα που χρησιμοποιούνται συνήθως για τη διάγνωση των ουρολοιμώξεων.⁴ Σε ορισμένους πληθυσμούς γυναικών με ερωτική δραστηριότητα, στο 25% αυτών που αναφέρουν ενοχλήματα από το ουροποιητικό και στο 60% αυτών που έχουν συμπτώματα χωρίς μικροβιουρία, οι καλλιέργειες του εκκρίματος της ουρήθρας για γονόκοκκο είναι θετικές.³

Η οξεία γονοκοκκική ουρηθρίτιδα έχει πολύ πιο ήπια αρχική συμπτωματολογία στην γυναίκα. Είναι δε δυνατόν η μόλυνση αυτή να μη γίνει αντιληπτή. Μέσα όμως σε λίγες μέρες εμφανίζεται πυώδης δύσοσμη έκκριση που συνοδεύεται από αίσθημα βάρους στα γεννητικά όργανα, με καύσο και πόνο. Τα συμπτώματα της οξείας γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας στην γυναίκα ελαττώνονται προοδευτικά και γίνονται ιδιαίτερα ήπια.²⁴



Εικόνα 3.2.5. Γονόρροια στη γυναίκα.

Λόγω της συχνότητας της ασυμπτωματικής προσβολής των αντιστοίχων πιθανών περιοχών, σε όλους τους ασθενείς με συμπτώματα ενδεικτικά γονοκοκκικής λοίμωξης πρέπει

να γίνονται καλλιέργειες δειγμάτων από την ουρήθρα, το δακτύλιο του πρωκτού, το φάρυγγα και (όταν απαιτείται) τον τράχηλο της μήτρας.³

Η διάγνωση στις περιπτώσεις αυτές γίνεται από τη μόλυνση του ερωτικού συντρόφου και την εμφάνιση οξείας συμπτωματολογίας σε αυτόν μετά το βραχύ χρόνο επώασης.

Μετά από 4- 6 εβδομάδες ακολουθεί πυώδης έκκριση και φλεγμονώδης επιπέμηση της μολύνσεως στους περιουρηθρικούς ιστούς, στους θυλάκους των τριχών του εφηβίου. Μετά πάροδο 6- 7 εβδομάδων η συμπτωματολογία αυτή υποστρέφεται, οι εκκρίσεις περιορίζονται, ενώ η υποκειμενική ενόχληση περίπου εκμηδενίζεται.⁴

Το άτομο έχει περιπέσει πλέον στη χρόνια φάση της νόσου. Η μετάδοση είναι 100% βέβαια κατά την περίοδο αυτή. Υπογραμμίζεται ότι πλην 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.¹

Επιπλοκές στη γυναίκα

Οι επιπλοκές της γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας στην γυναίκα είναι σπάνιες και συμβαίνουν μόνο όταν δεν γίνει θεραπεία.²⁴ Μετά την παρέλευση 3- 4 εβδομάδων παρατηρείται επιπέμηση της μολύνσεως σε όλους τους ιστούς και τους επιχώριους αδένες.¹

Γενικά το 20% των γυναικών με γονοκοκκική τραχηλίτιδα αναπτύσσεται φλεγμονώδης νόσος της πυέλου, που συνήθως αρχίζει όταν πλησιάζει η ημερομηνία εμμηνορρυσίας και εκδηλώνεται με φαινόμενα ενδομητρίτιδας (διαταραχές της έμμηνης ρύσης, πόνους αντίστοιχα προς τη μέση κοιλιακή γραμμή), σαλπινγίτιδας (αμφοτερόπλευρο πόνο και ευαισθησία στο υπογάστριο) ή περιτονίτιδας της πυέλου. Η σαλπινγίτιδα μπορεί να προκαλέσει απόφραξη των ωαγωγών και στειρώση.³

Η ασυμπτωματική ορθοπρωκτική προσβολή είναι συχνή επιπλοκή της ουρογεννητικής βλεννόρροιας, με συμπτώματα ακόμη και χωρίς να έχει υπάρξει πρωκτική επαφή (44%), ενώ η μεμονωμένη ορθοπρωκτική λοίμωξη και η οξεία ή χρόνια πρωκτίτιδα είναι σπάνιες (4% και 2- 5%, αντίστοιχα). Στην ορθοπρωκτική γονοκοκκική λοίμωξη παρατηρείται συχνά (7- 35%) αποτυχία της θεραπείας.³



Εικόνα 3.2.6. Γονορροϊκό έκκριμα στη γυναίκα.

Επιπλέον κάποιες από τις επιπλοκές είναι:

- ◆ Βαρθολινίτις ➔ Η μόλυνση των βαρθολινείων αδένων είναι πρώιμος και χαρακτηρίζεται αρχικά από τη φλεγμονή των στομίων. Πολύ νωρίς αποστημοποιείται ο ένας ή και οι δύο αδένες. 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.¹
- ◆ Περιουρηθρικοί αδένες (Skene) ➔ Οι αδένες αυτοί φλεγμαίνουν πρώιμος χωρίς όμως θορυβώδη συμπτωματολογία. Επιπλέον τα χείλη του αιδοίου εξοιδαίνονται, η χροιά του γίνεται εντόνως ερυθρά και παρατηρείται διόγκωση των σμηγματογόνων αδένων. Οι τριχοσμηγματογόνοι θύλακοι του εφηβαίου και των τριχών του αιδοίου μολύνονται και σε ορισμένα σημεία διαπύσκονται. Πρόκειται για γονοκοκκική θυλακίτιδα.¹
- ◆ Εξαρτηματίτις και πυελική νόσος ➔ Πρόκειται για την πλέον σοβαρή επιπλοκή η οποία αγγίζει το 10 & άνω, των περιπτώσεων, με συνέπεια στειρώση 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 στείρωση.¹

Φλεγμονώδης νόσος της πυέλου (ΦΝΠ)

Ασυμπτωματική είναι σε μεγάλη αναλογία περιπτώσεων και η λοίμωξη της γυναίκας από γονόκοκκο, η οποία στο 10- 40% οδηγεί στην ανάπτυξη φλεγμονώδους νόσου της πυέλου αν αφεθεί χωρίς θεραπεία.³

Η φλεγμονώδης νόσος της πυέλου αποτελεί ένα φάσμα από φλεγμονώδεις διαταραχές του ανώτερου γεννητικού συστήματος, το οποίο μπορεί να περιλάβει σε οποιοσδήποτε συνδυασμούς την ενδομητρίτιδα, τη σαλπινγίτιδα, το σαλπινγοωθηκικό απόστημα και την πυελική περιτονίτιδα και στις περισσότερες περιπτώσεις οφείλεται σε μικροοργανισμούς που προκαλούν αφροδίσια νοσήματα. Είναι το συχνότερο αίτιο στείρωσης που μπορεί να προληφθεί. Ένα και μόνο επεισόδιο φλεγμονώδους νόσου της πυέλου συνεπάγεται στείρωση για το 13% των γυναικών που προσβάλλονται. Με τα επόμενα επεισόδια τα ποσοστά της στείρωσης αυξάνονται αλματωδώς στο 30%, περίπου, μετά από δύο και στο 50- 75% μετά από 3 ή περισσότερα επεισόδια φλεγμονώδους νόσου της πυέλου. Μία από τις σπουδαιότερες επιπλοκές είναι η συνακόλουθη έκτοπη κύηση, που αποτελεί το πιο συχνό αίτιο σχετιζόμενο με την κύηση αίτιο θανάτου των Αμερικανίδων.³

Η ποικιλία των σημείων και συμπτωμάτων που μπορεί να προκαλέσει η φλεγμονώδης νόσος της πυέλου, δυσχεραίνει της διάγνωση. Σε πολλές περιπτώσεις η κατάσταση μπορεί να είναι ασυμπτωματική. Τα 2/3 των ασθενών με λαπαροσκοπικά σημεία φλεγμονώδους νόσου της πυέλου δεν μπορούν να δώσουν ιστορικό νόσου στο παρελθόν. Επιπλέον, σε μερικές περιπτώσεις τα συμπτώματα μπορεί να είναι ελαφρά, π.χ. κολπική έκκριση ή δυσπαρευνία. Η λαπαροσκόπηση, που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την διάγνωση της σαλπινγίτιδας, στις περισσότερες οξείες περιπτώσεις δεν εκτελείται αμέσως. Για τους λόγους αυτούς η διάγνωση της ΦΝΠ βασίζεται στα κλινικά ευρήματα, κανένα όμως μεμονωμένο στοιχείο του ιστορικού ή μεμονωμένο κλινικό ή εργαστηριακό εύρημα δεν έχει ευαισθησία και ειδικότητα για τη ΦΝΠ.³ Πρέπει να εφαρμόζεται εμπειρική θεραπεία σε κάθε περίπτωση στην οποία υπάρχει κίνδυνος ΦΝΠ, δεν έχει διαγνωσθεί άλλη κατάσταση και πληρούνται όλα τα ακόλουθα κριτήρια:

I. Ευαισθησία της κάτω κοιλίας.

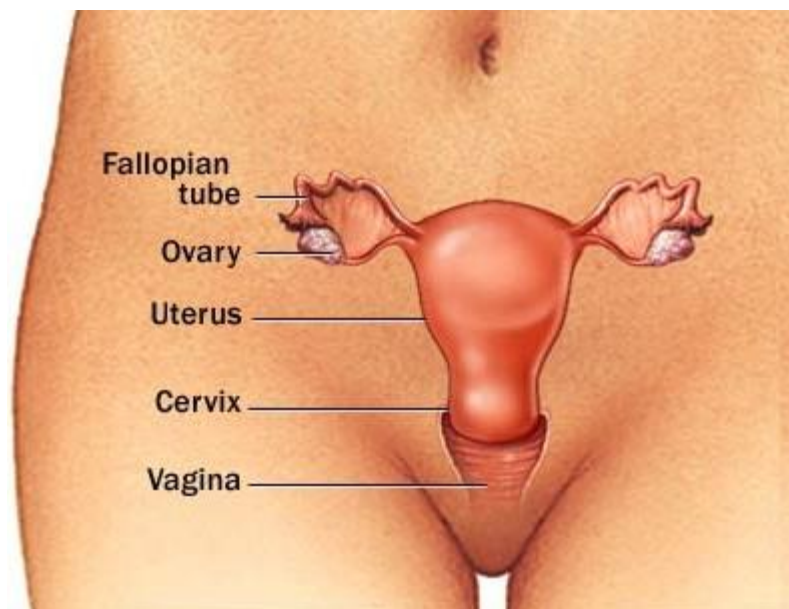
II. Ευαισθησία των εξαρτημάτων.

III. Ευαισθησία κατά την κίνηση του τραχήλου της μήτρας.³

Υπέρ της διάγνωσης συνηγορούν, περαιτέρω το παθολογικό τραχηλικό έκκριμα και η τεκμηρίωση της ύπαρξης λοίμωξης από γονόκοκκο ή γλαμύδια του τραχώματος.³ Οι εργαστηριακές εξετάσεις συχνά δείχνουν αύξηση του αριθμού των λευκών και της ταχύτητας καθίζησης.⁴

Κριτήρια οριστικής διάγνωσης ΦΝΠ αποτελούν:

- I. Τα ιστοπαθολογικά σημεία ενδομητρίτιδας στο υλικό της βιοψίας του ενδομήτριου.
- II. Η πάχυνση και πλήρωση με υγρό των ωαγωγών με ή χωρίς ελεύθερο ενδοπυελικό υγρό ή σαλπινγοοθηκικό απόστημα στις εξετάσεις απεικόνισης της κοιλιάς.
- III. Οι συμβατές με ΦΝΠ ανωμαλίες κατά τη λαπαροσκοπική εξέταση.⁴



Εικόνα 3.2.7. Φλεγμονώδης νόσος της πύελου.

Τα κριτήρια που συνιστώνται για την εισαγωγή σε νοσοκομείο των ασθενών με ΦΝΠ:

- Ø Αδυναμία επειγόντων χειρουργικών περιστατικών, π.χ σκωληκοειδίτιδας.
- Ø Κύηση.
- Ø Απουσία κλινικής ανταπόκρισης στην αντιμικροβιακή θεραπεία από το στόμα.
- Ø Αδυναμία της ασθενούς να ακολουθήσει ή να ανεχθεί σχήμα θεραπείας από το στόμα ως εξωτερική.
- Ø Βαριά νόσηση, ναυτία, εμετοί ή υψηλός πυρετός.
- Ø Παρουσία σαλπινγοοθηκικού αποστήματος.

Ø Ανοσοανεπάρκεια (δηλαδή λοίμωξη από τον HIV με χαμηλό αριθμό κυττάρων CD4, ανοσοκατασταλτική θεραπεία ή άλλη πάθηση).³

Μέσα σε 3 μέρες από την έναρξη της θεραπείας θα πρέπει να παρατηρηθεί σημαντική κλινική βελτίωση. Στις περιπτώσεις τι οποίες επιμένει ο πυρετός ή δεν ελαττώνεται η ευαισθησία της κοιλιάς, των εξαρτημάτων και κατά τη μετατόπιση του τραχήλου της μήτρας, συνήθως απαιτούνται πρόσθετες διαγνωστικές εξετάσεις ή χειρουργική επέμβαση.³

Μια προσβολή γονοκοκκικής ΦΝΠ φαίνεται να αυξάνει στο διπλάσιο τον κίνδυνο ανάπτυξης μιας επόμενης με επακόλουθη γονοκοκκική τραχηλίτιδα. Περίπου οι μισοί από τους αρένες ερωτικούς συντρόφους των γυναικών με γονοκοκκική φλεγμονώδη νόσο της πυέλου είναι μολυσμένοι, και οι μισές από αυτές τις λοιμώξεις είναι ασυμπτωματικές. Η αποτυχία της διάγνωσης και της κατάλληλης θεραπείας των συντρόφων εκθέτει της ασθενή στον κίνδυνο περαιτέρω προσβολών ΦΝΠ. Μετά την επιτυχή θεραπεία είναι συχνά φρόνιμο να παραπέμπεται η ίδια και οι σεξουαλικοί της σύντροφοι σε μία κλινική δημόσιας υγείας για περαιτέρω παρακολούθηση.⁴

Γονόρροια σε παιδιά

Νεογνά που γεννώνται από μητέρα με τραχηλοκολπική γονόρροια μπορεί να αναπτύξουν γονοκοκκική επιπεφυκίτιδα, μολονότι η συστηματική προφυλακτική χρήση οφθαλμικών σταγόνων 1% νιτρικού αργύρου (ή σε μερικά νοσοκομεία, τοπικής ερυθρομυκίνης ή τετρακυκλίνης) έχει ελαττώσει σημαντικά την επίπτωση αυτού του προβλήματος.⁴ Η μόλυνση των οφθαλμών γίνεται συνήθως κατά τη δίοδο διαμέσου του γεννητικού σωλήνα από τις εκκρίσεις της μητέρας. Η νόσος εκδηλώνεται μετά από 2- 7 ημέρες με βλενοπυώδεις εκκρίσεις των οφθαλμών και συνοδευτικά φαινόμενα εντόνου επιπεφυκίτιδος. Παλαιότερα οδηγούσε σε τύφλωση. Η μόλυνση εγκαθίσταται διαμέσου των χειρών στα οποία υπήρξε έκκριμα μη αποξηραθέν και τα χέρια ήλθαν σε επαφή με τα μάτια.¹ Τα νεογνά μπορεί επίσης να εμφανίσουν φαρυγγική, αναπνευστική ή ορθική λοίμωξη, και ενδεχομένως να αναπτύξουν γονοκοκκική σήψη. Μεγαλύτερα παιδιά ηλικίας 1 έτους συνήθως εκδηλώνουν επιπεφυκοτική ή κολπική λοίμωξη κατόπιν τυχαίας μόλυνσης από έναν ενήλικα. Από την ηλικία του 1 έτους μέχρι την εφηβεία, τα περισσότερα περιστατικά παιδικής γονόρροιας είναι αποτέλεσμα σεξουαλικής κακοποίησης από έναν ενήλικα.⁴



Εικόνα 3.2.8. Γονόρροια σε βρέφος.

Γονοκοκκική Βακτηραιμία

Περίπου 1% των ενηλίκων με γονόρροια αναπτύσσουν το σύνδρομο της γονοκοκκικής βακτηραιμίας, δερματίτιδας και αρθρίτιδας ή γενικευμένη γονοκοκκική λοίμωξη. Η επίπτωση της γενικευμένης γονοκοκκικής λοίμωξης ανά περιοχή ποικίλλει, πιθανώς λόγω γεωγραφικών διαφορών στον επιπολασμό των συνήθως ευαίσθητων στα αντιβιοτικά αλλά ανθεκτικών στη βακτηριοκτόνο δράση του ορού στελεχών της *N. Gonorrhoeae* που προκαλούν αυτό το σύνδρομο. Η σοβαρότητα του συνδρόμου ποικίλλει, από μια αργά εξελισσόμενη ήπια νόσο με χαμηλό ή καθόλου πυρετό, ήπιες αρθραλγίες και λίγες δερματικές αλλοιώσεις, μέχρι μια κεραυνοβόλο λοίμωξη με υψηλό πυρετό και καταπληξία.¹

Πολλοί ασθενείς με γενικευμένη γονοκοκκική λοίμωξη δεν εμφανίζουν τοπικά συμπτώματα γονοκοκκικής λοίμωξης. Οι αρχικές εκδηλώσεις είναι συνήθως μεταναστευτικές ασύμμετρες πυλαρθραλγίες και δερματικές αλλοιώσεις που συχνά συνοδεύονται από πυρετό. Οι δερματικές αλλοιώσεις είναι λίγες (< 30 συνήθως), είναι ακραίες στην κατανομή (δάχτυλα χεριών ή ποδιών και άκρα) και μπορεί να είναι επώδυνες πριν καταστούν ορατές.¹

Το πρώιμο στάδιο της γονοκοκκικής βακτηραιμίας μπορεί να υποχωρήσει αυτόματα ή να μεταπέσει ανεπαίσθητα μετά από μια περίπου εβδομάδα στο δεύτερο στάδιο της σηπτικής αρθρίτιδας. Οι δερματικές αλλοιώσεις έχουν συνήθως εξαφανιστεί στη φάση αυτή και οι αιμοκαλλιέργειες είναι σχεδόν πάντοτε αρνητικές.⁴



Εικόνα 3.2.9. Γονοκοκκική βακτηριαμιά στον οφθαλμό ασθενούς.

Εργαστηριακή διάγνωση

Η διάγνωση της γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας πιθανολογείται όταν τα κλινικά συμπτώματα είναι τυπικά.²³

Η τεκμηρίωση όμως της διάγνωσης γίνεται με την άμεση μικροσκόπηση του εκκρίματος της ουρήθρας μετά από χρώση Gram.²⁴

Στις περισσότερες περιπτώσεις βλεννόρροιας στον άνδρα, η εξέταση παρασκευάσματος κατά Gram από το πύον της ουρήθρας αποκαλύπτει την παρουσία των τυπικών ενδοκυττάρων διπλόκοκκων, η οποία είναι διαγνωστική.³ Η χρώση κατά Gram του ουρηθρικού εξιδρώματος έχει ευαισθησία 90 έως 98% και ειδικότητα 95 έως 98% στους συμπτωματικούς άρρενες. Συνεπώς δεν ενδείκνυται συνήθως οι καλλιέργειες σε μη θεραπευόμενους συμπτωματικούς άνδρες.⁴

Η Gram χρώση από τον ενδοτράχηλο είναι περίπου 50- 60% ευαίσθητη και περίπου 82- 97% ειδική σε γυναίκες με θετικές καλλιέργειες. Χρειάζεται προσοχή, ώστε να μην εκλαμβάνονται λανθασμένα η φυσιολογική ενδοτραχηλική χλωρίδα και τα ουδετερόφιλα ως γονόρροια. Καλλιέργειες για *N. Gonorrhoeae* πρέπει να λαμβάνονται από όλες τις γυναίκες, ακόμα και αν η Gram χρώση φαίνεται θετική.²⁴

Το τροποποιημένο υλικό των Thayer- Martin, το οποίο περιέχει αντιβιοτικά που αναστέλλουν την ανάπτυξη άλλων μικροοργανισμών, αυξάνει το ποσοστό απομόνωσης του γονόκοκκου από δείγματα πιθανόν επιμολυσμένα, αλλά δεν είναι απαραίτητο για την καλλιέργεια υλικών φυσιολογικά στέρων, όπως το αρθρικό υγρό, το αίμα και το ENY, τα οποία πρέπει να ενοφθαλμίζονται σε σοκολατόχρωμο άγαρ.³

Στις γυναίκες, το 20% των περιπτώσεων που χαρακτηρίζονται αρνητικές με την πρώτη καλλιέργεια, αποδεικνύονται θετικές όταν η καλλιέργεια επαναληφθεί. Το γονοκοκκικό DNA μπορεί να ανιχνευθεί με ανιχνευτές γονιδίων, οι οποίοι όμως έχουν μικρότερη διαγνωστική ευαισθησία από την καλλιέργεια.⁴ Περίπου στο 3- 5% των γυναικών η μόνη θετική καλλιέργεια είναι από το φάρυγγα, την ουρήθρα ή το ορθό. Τα θετικά αποτελέσματα από αυτές τις θέσεις είναι πολύ λίγα για να δικαιολογούν φαρυγγικές, ουρηθρικές ή ορθικές καλλιέργειες ρουτίνας. Ουρηθρικές καλλιέργειες ενδείκνυται σε γυναίκες με ουρηθρικό σύνδρομο. Τόσο οι τραχηλικές όσο και οι ορθικές καλλιέργειες πρέπει να διενεργούνται ως δοκιμασία αξιολόγησης της θεραπείας σε γυναίκες μετά την αγωγή, επειδή η συνεκτίμηση της ορθικής καλλιέργειας αυξάνει την πιθανότητα διάγνωσης της αποτυχίας της θεραπείας μέχρι και 50%. Οι φαρυγγικές καλλιέργειες πρέπει να λαμβάνονται από ασθενείς με συμπτωματική φαρυγγίτιδα ή από άτομα που έκανα στοματοφαρυγγικό έρωτα με μολυσμένους άνδρες.⁴

Καλλιέργειες από τον τράχηλο πρέπει να λαμβάνονται υπό άμεση επισκόπηση κατά τη διάρκεια της εξέτασης με μητροσκόπιο, με χρήση ενός βαμβακοφόρου στυλεού. Λιπαντικές γέλες μπορεί να είναι καταστρεπτικές για τους γονοκόκκους και πρέπει να αποφεύγονται. Καλλιέργειες από την πρόσθια ουρήθρα των ανδρών πρέπει να λαμβάνονται με στειλεούς από αλγινικό ασβέστιο ή με στείρα συρμάτινη αγκύλη. Άμεση καλλιέργεια των αρχικών ούρων μπορεί επίσης να είναι χρήσιμη.⁴

Οι θετικές καλλιέργειες από το φάρυγγα ή το ορθό πρέπει να αξιολογούνται προσεκτικά από το μικροβιολογικό εργαστήριο για να αποφευχθεί σύγχυση μεταξύ γονοκόκκου και μηνιγγιτιδοκόκκου. Οι μηνιγγιτιδοκόκκοι είναι πιο συχνοί από τους γονοκόκκους σε καλλιέργειες φαρυγγικού επιχρίσματος. Καμία διαθέσιμη ορολογική δοκιμασία δεν είναι αρκετά ευαίσθητη και ειδική ώστε να δικαιολογεί τη χρήση της για μαζικό έλεγχο ή διάγνωση.⁴

Ορολογικές εξετάσεις δεν υπάρχουν για την βλεννόρροια. Όλοι οι ασθενείς όμως θα πρέπει να υποβάλλονται σε ορολογικό έλεγχο για σύφιλη και θα πρέπει να τους προτείνεται εξέταση για τον ιό HIV.⁸

Διαφορική διάγνωση

Η διαφορική διάγνωση της γονόρροιας περιλαμβάνει τραύμα, όγκο και συστροφή του όρχεος υποδηλούμενη από ξαφνική εισβολή και ανύψωση του όρχεος. Στην επιδιδυμίτιδα

υπάρχει συχνά ένα ουρηθρικό εξίδρωμα που πρέπει να καλλιεργείται για γονόκοκκους και άλλα βακτήρια.⁴

Επίσης περιλαμβάνει:

- Τη μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα. Αν και η συμπτωματολογία της γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας και της Μη είναι χαρακτηριστική. Ωστόσο σύγχυση μπορεί να προκύψει επί χρονίας και ασυμπτωματικής βλενόρροιας. Ο εργαστηριακός έλεγχος εξασφαλίζει την ακριβή διάγνωση.¹
- Την ουρηθρίτιδα οφειλόμενη στον ιό του απλού έρπητα. Η ύπαρξη φυσαλίδων ή διαβρώσεων εγγύς του ουρηθρικού στομίου και το αρνητικό για γονόκοκκο εργαστηριακό αποτέλεσμα εξασφαλίζουν επίσης τη διάγνωση.¹
- Την ουρηθρίτιδα, η οποία οφείλεται σε ενδοουρηθρικά οξυτενή κονδυλώματα, οπότε ο προσεκτικός έλεγχος και το αρνητικό της εργαστηριακής εξέτασεως οριοθετούν τη διάγνωση.¹
- Την τραυματική ουρηθρίτιδα, η οποία οφείλεται στη συχνή απόμυξη του πέους για την διαπίστωση εκκρίσεως ή όχι. Το εργαστηριακό αποτέλεσμα είναι αρνητικό στις περιπτώσεις αυτές και το ιστορικό του ασθενούς θα πρέπει να λαμβάνεται με προσοχή.¹
- Την αφροδισιοφοβία (ψυχιατρικό πρόβλημα). Το αρνητικό αποτέλεσμα των εξετάσεων και η λήψη καλού ιστορικού εξασφαλίζουν τη διάγνωση. Η θεραπεία ωστόσο ανάγεται εις την φαντασία και πειστικότητα του γιατρού ή στην βαρύτητα της ψυχοπάθειας, οπότε η συνδρομή του ψυχιάτρου είναι απολύτως αναγκαία.¹
- Την ουρηθρίτιδα από *Chlamydia trachomatis*.⁸
- Την ουρηθρίτιδα από *Trichomonas Vaginalis*.⁸
- Σύνδρομο Reiter.⁸
- Τραχηλίτιδα από *Chlamydia trachomatis* ή από τον ιό του απλού έρπητα.⁸

Θεραπεία

Η αντοχή του γονόκοκκου στην πενικιλίνη παρουσιάζει αύξηση σε παγκόσμιο επίπεδο.³ Η θεραπεία της γονοκοκκικής λοίμωξης λείγει πάνω από 95% επιτυχία. Η επιλογή του αντιβιοτικού εξαρτάται από την πιθανότητα ύπαρξης ανθεκτικών στην πενικιλίνη στελεχών του γονοκόκκου, δηλ. στελεχών που παράγουν πενικιλινάση (*Penicillinase- Producing Neisseria Gonorrhoeae – PPNG*).²⁴

Τα θεραπευτικά σχήματα για την αντιμετώπιση της μη επιπλεγμένης 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 εφάπαξ ή
- ◆ Cefoxitine (κεφαλοσπορίνη) 400 mg peros εφάπαξ ή
- ◆ Ciprofloxacin (κινολόνη) 500 mg peros εφάπαξ ή
- ◆ Ofloxacin (κινολόνη) 400 mg peros εφάπαξ.⁴

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΦΑΡΜΑΚΟ	ΔΟΣΗ/ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ	ΟΔΟΣ
Μικρή πιθανότητα ύπαρξης PPNG	Amoxycilline Probenexide	μαζί με 3,0 gr peros εφ' άπαξ 1,0 gr peros εφ' άπαξ	
Πιθανότητα ύπαρξης PPNG	Cefixime Ceftriaxone Ciproflaxine Spectinomycin	400 gr peros εφ' άπαξ 125 gr I.M. εφ' άπαξ 500 gr peros εφ' άπαξ 2 g I.M εφ' άπαξ	
Αλλεργία στην πενικιλίνη	Ciprofloxacin Co- Trimoxazole Doxycycline	500 mg εφ' άπαξ 480 mg/ 6h peros για 4 μέρες 100 mg/ 12h peros για 7 μέρες	
Κύηση	Amoxycilline Probenexide Ceftriaxone Erythromycin Stearate	μαζί με 3,0 g peros εφ' άπαξ 1,0 g peros εφ' άπαξ 125 mg I.M. εφ' άπαξ 500 mg/ 6h peros για 7 μέρες	
Νεογνά με Γονοκοκκική Οφθαλμία ή από μητέρες από Γονοκοκκική Οφθαλμία.	Ceftriaxone	25-50 mg/kg εφ' άπαξ (maximum 125 mg)	

Πίνακας 3.2.1. Θεραπευτικά σχήματα για τη Γονοκοκκική Οφθαλμία.

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 η μικρή πάντως επαρκής πιθανότητα δυσανεξίας του ασθενούς στις κεφαλοσπορίνες.¹

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 *T. Pallidum*.¹

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.¹

Επειδή οι γονοκοκκικές λοιμώξεις συχνά συνδυάζονται με γεννητική χλαμυδιακή λοίμωξη, οι περισσότεροι συνιστούν τώρα 7 ήμερη θεραπεία με μια τετρακυκλίνη για όλου τους ασθενείς με γονόρροια ως συνέχεια της αρχικής θεραπείας με κεφτριαξόνη. Μια εφάπαξ δόση 1 gr αζιθρομυκίνης από το στόμα είναι για τα χλαμύδια εξ ίσου αποτελεσματική με το 7 ήμερο θεραπευτικό σχήμα μιας τετρακυκλίνης.²⁴

Οι πιο πολλές φαινομενικές αποτυχίες είναι στην πραγματικότητα αναμολύνσεις. Μερικές μελέτες δείχνουν ότι το 15% των ασθενών αναμολύνονται μέσα σε 6 βδομάδες μετά την θεραπεία. Γι' αυτό το λόγο συνιστάται η λήψη νέων καλλιιεργειών 6 βδομάδες μετά τη θεραπεία.⁴

Λόγω της απουσίας ενός αποτελεσματικού εμβολίου, ο έλεγχος της νόσου στηρίζεται στη σωστή διάγνωση και θεραπεία των ερωτικών συντρόφων των ασθενών. Εφόσον παρέχονται στους ασθενείς απλές οδηγίες, πολλοί φέρνουν τους συντρόφους τους στον γιατρό για εξέταση. Υπάρχουν ισχυροί επιδημιολογικοί λόγοι για την άμεση θεραπεία των συντρόφων. Τα τοπικά τμήματα υγείας δεν αξιοποιούνται επαρκώς και την βοήθεια και τη θεραπεία των συντρόφων των ασθενών.⁴

Η θεραπεία της σαλπιδίτιδας δεν έχει μελετηθεί επαρκώς. Η θεραπεία της γονοκοκκικής αρθρίτιδας είναι συνήθως πολύ αποτελεσματική με κάποιο από τα συνιστώμενα σχήματα. Η αποτυχία βελτίωσης μέσα σε 3 μέρες υποδηλώνει ότι ο ασθενής δεν έχει γενικευμένη γονοκοκκική λοίμωξη. Οι περισσότεροι ασθενείς με γενικευμένη γονοκοκκική λοίμωξη

πρέπει αρχικά να εισάγονται στο νοσοκομείο. Η θεραπεία για την συμπλήρωση 7 ήμερου θεραπευτικού σχήματος μπορεί να συνεχισθεί εκτός νοσοκομείου. Η θεραπεία από το στόμα μπορεί να χρησιμοποιηθεί αρχικά σε προσεκτικά επιλεγμένους συνεργάσιμους ασθενείς με οριστική διάγνωση και ήπια μόνο λοίμωξη, ενδέχεται να μην απαιτηθεί παρεντερική θεραπεία. Αντιβιοτικά για χρήση από το στόμα σε αυτή τη περίπτωση είναι η κεφιξίμη, 400 mg 2 φορές την ημέρα, ή η σιπροφλοξασίνη, 500 mg 2 φορές την ημέρα. Η θεραπεία πρέπει να συνεχίζεται για 7 μέρες.⁴

Η γονοκοκκική επιπεφυκίτιδα πρέπει να θεραπεύεται με άμεση πλύση με φυσιολογικό ορό και ενδοφλέβια κεφτριαξόνη.⁴

Στην Ελλάδα, όπως αναφέρθηκε, δεν έχει εμφανισθεί μέχρι το 1998 κανενός είδους ανοχή στην Cefoxitime, Ceftriaxone και Spectinomycin. Το θεραπευτικό σχήμα το οποίο χορηγείται καταρχήν στο νοσοκομείο « Α. Συγγρός » είναι Ceftriaxone 2 mg ενδομυϊκώς εφάπαξ.¹

Επίδραση της γονοκοκκικής λοίμωξης στο νεογνό

Η νεογνική γονοκοκκική λοίμωξη είναι είτε το επακόλουθο ανιούσης φλεγμονής ιδιαίτερα στις περιπτώσεις που έχουμε παρατεταμένη ρήξη των υμένων, είτε συμβαίνει κατά τη δίοδο του νεογνού από ένα μολυσμένο γεννητικό σωλήνα.¹



Εικόνα 3.2.10. Γονοκοκκική οφθαλμία σε νεογνό.

Η γονοκοκκική αιδοιοκολπίτιδα και η ουρηθρίτιδα είναι σπάνιες στο νεογνό και αυτό οφείλεται στο καλά ανεπτυγμένο πλακώδες επιθήλιο των περιοχών αυτών, ως αποτέλεσμα της δράσης των υψηλών επιπέδων οιστρογόνων που παρατηρούνται στην εγκυμοσύνη.¹

Η βλεννόρροια στα νεογνά αφορά κυρίως του οφθαλμούς, το φάρυγγα, το ορθό και σπανιότερα το γαστρικό βλεννογόνο. Αποτελούν δε οι περιοχές αυτές πηγές αιματογενούς διασποράς της λοίμωξης, με επακόλουθο τη μηνιγγίτιδα, περικαρδίτιδα ή αρθρίτιδα. Η γονοκοκκική οφθαλμία είναι σήμερα πολύ λιγότερο συχνή λόγω της καθολικής εφαρμογής της προφυλακτικής ενστάλαξης στους οφθαλμούς του νεογνού κολλυρίου 1% νιτρικού αργύρου.¹

Η αντιμετώπιση της γονοκοκκικής λοίμωξης στη διάρκεια της εγκυμοσύνης γίνεται με την χορήγηση σεφτριαξόνης (Ceftriazone) 250 mg ενδομυϊκά σε εφ' άπαξ δόση και επιπλέον χορήγηση ερυθρομυκίνης (Erythromycin-base) 2 g τη ημέρα, για 7 μέρες. Στις έγκυες γυναίκες που είναι αλλεργικές στις β- λακτάμες, ενδείκνυται η χορήγηση στρεπτομυκίνης (Trobicin) σε εφ' άπαξ δόση 2 gr ενδομυϊκά και ακολούθως χορήγηση ερυθρομυκίνης.¹

Οι καλλιέργειες από τον τράχηλο και το ορθό θα πρέπει να επαναλαμβάνονται 3- 7 μέρες μετά την συμπλήρωση της φαρμακευτικής αγωγής. Σε επιλεγμένες γονοκοκκικές λοιμώξεις στη διάρκεια της εγκυμοσύνης (π.χ. σηπτική έκτρωση, χοριοαμνιονίτιδα), συνιστάται η συστηματική χορήγηση σεφτριαξόνης μαζί με ερυθρομυκίνη για αρκετές ημέρες.¹

Νεογνά που γεννιούνται από μητέρες με γονοκοκκική μη θεραπευθείσα λοίμωξη, πρέπει να λαμβάνουν παρεντερικά αντιβιοτικά και τοπική οφθαλμική προφύλαξη.¹

ΣΗΜΕΙΑ ΜΕΙΖΟΝΟΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΣΗΜΑΣΙΑΣ (LEADING POINTS)

! Σε περίπτωση ενοχλημάτων πρέπει να γίνεται σοβαρή σύσταση για τη διενέργεια κλινικής και εργαστηριακής εξετάσεως.

! Μετά την εξέταση επιβάλλεται να εκδοθεί αξιόπιστη μικροβιολογική έκθεση. Όχι προφορική ενημέρωση του κλινικού ιατρού.

! Αν χρειασθεί να γίνει λήψη εκκρίματος, η λήψη αυτή επιβάλλεται να γίνει από το στόμιο της ουρήθρας ή του τραχήλου της μήτρας μετά από απόμυξη. Όχι από άλλη θέση προκειμένου να ανευρεθεί ή να αποκλισθεί η ύπαρξη γονοκόκκου.

! Εάν το αποτέλεσμα είναι θετικό για γονόκοκκο απαιτείται διακριτική ενημέρωση του ασθενούς.

Πίνακας 3.2.2. Leading points.

3.2.1. ΜΗ ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗ ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΔΑ

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.²⁶

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.²⁶

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.²⁶

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.²⁶

Διάγνωση

Λαμβάνεται 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.²⁶

Θεραπεία

Ανάλογα με τον οργανισμό που θα βρεθεί, ο γιατρός θα συστήσει αντιβιοτικά. Αντιμυκητικά ή αντικά φάρμακα. Με την θεραπεία η μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα υποχωρεί μέσα σε μια εβδομάδα, παρ' όλα αυτά μπορεί να επαναληφθεί η θεραπεία. Μπορεί επίσης 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 γλαυμοδιακή τραχηλίτιδα και μπορεί να οδηγήσει σε στειρότητα.²⁶

Πρόληψη

Ο κίνδυνος να κολλήσει κάποιος μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα μειώνεται παίρνοντας μέτρα για ασφαλές σεξ. Για να αποφευχθεί η εξάπλωση της μόλυνσης είναι σημαντικό να μην υπάρχει σεξουαλική επαφή, μέχρις ότου να έχει ολοκληρωθεί η θεραπεία.²⁶

3.3. ΧΛΑΜΥΔΙΑ

Ορισμός

Τα χλαμύδια είναι υποχρεωτικά ενδοκυττάρια βακτήρια που οι μεγάλες βιοσυνθετικές τους ελλείψεις σε ένζυμα μεταβολισμού και παραγωγής ενέργειας τα καθιστούν πλήρως εξαρτώμενα από το κύτταρο- ξενιστή. Ανήκουν στους πιο συχνούς λοιμογόνους παράγοντες του ανθρώπου και προκαλούν μεγάλη νοσηρότητα αλλά μικρή θνητότητα.⁴

Ιστορικό

Τα χλαμύδια είναι μια μονοφυλετική οικογένεια βακτηρίων όπως φαίνεται από την ακολουθία του 16S rDNA, με μια εξαιρετικά αρχέγονη προέλευση μέσα στο σύνολο των μικροοργανισμών και αποτελούνται από τρία είδη.⁴

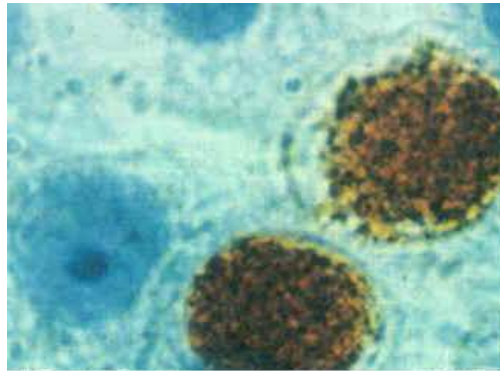
	Βιολογικές παραλλαγές	Ορολογικές παραλλαγές
C. Trachomatis	Τραχώματος	12
	Αφροδίσιου	3
	λεμφοκοκκιώματος	
	Πνευμονίτιδας ποντικού	1
C. Pneumoniae	TWAR	1
C. Psittaci	Πτηνών, θηλαστικών	Άγνωστες, πολλαπλές

Πίνακας 3.3.1. Ταξινόμηση των βιολογικών και ορολογικών παραλλαγών του γένους των χλαμυδίων.⁸

Οργανισμοί

Το χλαμυδιακό κύτταρο έχει δομή Gram αρνητικού κυτταρικού τοιχώματος που αποτελείται από μια εξωτερική μεμβράνη και μια εσωτερική κυτταροπλασματική μεμβράνη. Ωστόσο, δεν ανευρίσκεται καμία στοιβάδα πεπτιδογλυκανών μέσα στον περιπλασματικό χώρο που αφορίζεται από τις δύο μεμβράνες. Η εξωτερική μεμβράνη είναι εξαιρετικά πλούσια σε πρωτεΐνη, αποτελούμενη από μια μείζονα πρωτεΐνη εξωτερικής μεμβράνης (MOMP 40 kDa) και δυο ελάσσονες πρωτεΐνες εξωτερικής μεμβράνης (60 και 12,5 kDa). Οι

τρεις αυτές πρωτεΐνες είναι εξαιρετικά πλούσιες στο αμινοξύ κυστεΐνη. Οι δισουλφιδικοί δεσμοί εντός και μεταξύ των μορίων τους σχηματίζουν ένα υπερμοριακό πρωτεϊνικό σύμπλεγμα που προσφέρει δομική στερεότητα στο κύτταρο, διαδραματίζοντας ρόλο ανάλογο των πεπτιδογλυκανών.⁴



Εικόνα 3.3.2. Chlamydia Trachomatis.

Μεταξύ των Chlamydia Trachomatis, η ποικιλία της MOMP καθορίζει τους ορολογικούς τύπους του μικροοργανισμού. Όπως και στα άλλα gram αρνητικά βακτήρια, η χλαμυδιακή εξωτερική μεμβράνη περιέχει επίσης λιποπολυσακχαρίτη (LPS). Ο χλαμυδιακός λιποπολυσακχαρίτης είναι ένας τύπος χωρίς O σακχαρίτες και αποτελείται από έναν τρισακχαρίτη του 3- δεοξυ- D- μαννο- οκτουλοσονικού οξέος (KDO). Μολονότι οι αλληλουχίες του πυρήνα του KDO είναι κοινές με τους LPS πολλών άλλων gram αρνητικών βακτηρίων, ο χλαμυδιακός LPS είναι μοναδικός γιατί δυο από τα τρία KDO συνδέονται μέσω ενός 2.8 δεσμού αντί ενός 2.4. Γι' αυτό τα αντισώματα έναντι του χλαμυδιακού LPS είναι ειδικά. Επειδή τα τέσσερα είδη χλαμυδίων έχουν την ίδια δομή του LPS, τα αντισώματα έναντι του χλαμυδιακού LPS είναι ειδικά για το γένος.⁴

Τα χλαμύδια έχουν έναν κοινό και διακριτικό κύκλο ανάπτυξης. Το μέγεθος του χλαμυδιακού γονιδιώματος είναι μικρό, στις 1042 χιλιοβάσεις, και περιέχει γονίδια που κωδικοποιούν περίπου 894 πρωτεΐνες. Τα περισσότερα στελέχη χλαμυδίων έχουν επίσης ένα κρυπτό πλασμίδιο 7 χιλιοβάσεων, ενώ μερικά στελέχη περιέχουν ένα φάγο 4 χιλιοβάσεων. Τα χλαμύδια εξαρτώνται απόλυτα από το κύτταρο ξενιστή για τη λήψη θρεπτικών συστατικών από το περιβάλλον και τη μετατροπή τους σε μορφές που μπορούν να χρησιμοποιήσουν. Σε σύγκριση με άλλα βακτήρια, τα χλαμύδια είναι μοναδικά ως προς την ικανότητα να μεταφέρουν φωσφορυλιωμένα παράγωγα που βρίσκονται στο κυτταρόπλασμα του κυττάρου-ξενιστή. Αυτό αναμφίβολα αντιπροσωπεύει την πρωταρχική προσαρμογή τους στο ενδοκυττάριο περιβάλλον. Παρ' ότι έχουν πολλά κοινά χαρακτηριστικά στην κυτταρική

αρχιτεκτονική και τον κύκλο ανάπτυξης, τα χλαμύδια διαφέρουν σημαντικά σε επίπεδο DNA. Όσον αφορά την ομολογία DNA- DNA, τα είδη των χλαμυδίων εμφανίζουν κοινή ομολογία σε ποσοστό < 33%. Μέσα σε κάθε είδος, η ομολογία DNA- DNA ποικίλει μεταξύ 14 και 95%.⁴

	Νόσημα	Ξενιστής- Δεξαμενή	Οδός μετάδοσης	Επιδημιολογία
C. trachomatis	Τράχωμα	Παιδιά	Αντικείμενα/ μύγες	Ενδημική
	Ουρηθρίτιδα/ τραχηλίτιδα	Σεξουαλικά ενεργοί έφηβοι και ενήλικες	Άμεση σεξουαλική επαφή	
	Επιδιδυμίτιδα/ σαλπγγίτιδα	Σεξουαλικά ενεργοί έφηβοι και ενήλικες	Άμεση σεξουαλική επαφή	
	Αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα	Σεξουαλικά ενεργοί έφηβοι και ενήλικες	Άμεση σεξουαλική επαφή	
	Επιπεφυκίτιδα με έγκλειστα Βρεφική πνευμονία	Μολυσμένες έγκυες μητέρες	Άμεση περιγεννητική επαφή	
C. Psittaci	Άτυπη πνευμονία Ενδοκαρδίτιδα με αρνητική καλλιέργεια	Πουλιά	Αερόλυμα	Επιδημική
C. Pneumoniae	Βρογχίτιδα	Άνθρωποι	Αναπνευστικά	Επιδημική ή

Πίνακας 3.3.2. Κυριότερα νοσήματα που προκαλούνται από γλαμύδια και σημαντικότερα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά.⁴

Παθογένεση και μηχανισμός βλάβης του ξενιστή

Οι περισσότερες μελέτες ζωικών προτύπων γλαμυδιακής λοίμωξης δείχνουν μια οξεία αυτοπεριορισμένη πορεία. Ωστόσο αναφορές ανθρώπινων λοιμώξεων αφροδίσιου λεμφοκοκκιάματος και *C. Psittaci* (που διαρκούν 10 με 20 χρόνια) καθώς και οι παρατηρήσεις από μια μακρά μελέτη παρακολούθησης λοιμώξεων τραχήλου μήτρας από *C. Trachomatis* (που δείχνουν ότι η λοίμωξη μπορεί να διαρκέσει 15 μήνες ή περισσότερο), υποδηλώνουν ότι τα γλαμύδια μπορεί να προκαλέσουν χρόνια επίμονη λοίμωξη. Η χρόνια επίμονη λοίμωξη ή τα επανειλημμένα επεισόδια οξείας λοίμωξης φαίνεται να εκλύουν τους άνοσους μηχανισμούς που προκαλούν βλάβη του ξενιστή. Η λοίμωξη ενός προηγούμενου εκτεθέντος ξενιστή προκαλεί μια επιταχυνόμενη και ισχυρότερη φλεγμονώδη απάντηση. Η καταστροφή των ιστών φαίνεται να συσχετίζεται άμεσα με την ένταση της φλεγμονής. Αυτό καλύτερα διακριβωμένο για την οφθαλμική λοίμωξη από *C. Trachomatis*. Το φλεγμονώδες και το ουλώδες τράχωμα είναι νοσήματα από αναμόλυνση. Όσο εντονότερη είναι η αρχική φλεγμονώδης αντίδραση τόσο προεξέχουσα είναι η όψιμη ινωτική αντίδραση. Γι' αυτό θεωρείται ότι ο μηχανισμός βλάβης του ξενιστή στη λοίμωξη από *C. Trachomatis*, οφείλεται σε αντίδραση κυτταρικής.²⁷

Επιδημιολογία

Το τράχωμα είναι μια ξεχωριστή οφθαλμική νόσος από λοίμωξη με ειδικές ορολογικές παραλλαγές του *C. Trachomatis*. Υπολογίζεται ότι 150 εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο υποφέρουν από τράχωμα, οι περισσότεροι από τους οποίους είναι μικρά παιδιά. Το τράχωμα είναι ιδιαίτερα συχνό σε φτωχές χώρες της Αφρικής νότια της Σαχάρας. Είναι ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας, δεδομένου ότι 1 έως 5% των μολυσμένων ατόμων αργότερα αναπτύσσουν ίνωση. Η ίνωση παραμορφώνει τα βλέφαρα, προκαλεί στροφή προς τα μέσα των βλεφαρίδων (εντρόπιο), και καταλήγει σε εξέλκωση του κερατοειδούς (τριχίαση). Η βλάβη του κερατοειδούς καταλήγει σε τύφλωση. Το τράχωμα είναι το πιο

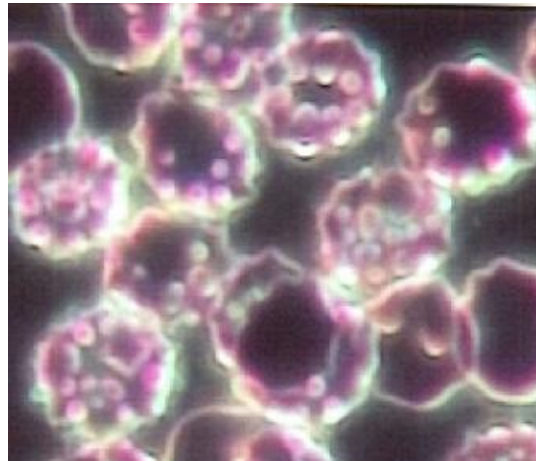
σύνηθες προλήψιμο αίτιο τύφλωσης, καθώς υπολογίζεται ότι 6 εκατομμύρια άνθρωποι είναι τυφλοί εξαιτίας αυτού. Οι περισσότεροι τυφλοί είναι μέσης ηλικίας ή ηλικιωμένοι ενήλικες. Το ενεργό τράχωμα συχνά συμβαίνει για πρώτη φορά μέσα στα πρώτα 1 ή 2 χρόνια της ζωής (αλλά μετά τον πρώτο μήνα). Υποτροπές της ενεργού νόσου είναι συνήθεις κατά την παιδική ηλικία και σταματούν αυτόματα στην ηλικία των 10 έως 15 ετών. Μεταξύ των παιδιών, η συχνότητα πλυσίματος του προσώπου, η πρόσβαση στο νερό, το κοινό υπνοδωμάτιο με ένα μολυσμένο άτομο και η ένταση έκθεσης σε μύγες, είναι σημαντικοί παράγοντες κινδύνου. Το ενεργό τράχωμα μπορεί επίσης να συμβεί στους ενήλικες, ιδιαίτερα στις μητέρες που φροντίζουν μικρά παιδιά με ενεργό νόσο. Η τριχίαση συσχετίζεται με επανειλημμένα έντονα επεισόδια τραχώματος στην παιδική ηλικία, είναι περισσότερο συνήθης σε γυναίκες απ' ό,τι σε άνδρες και συμβαίνει κατά προτίμηση σε οικογενειακό περιβάλλον.⁴

Περισσότερο από 50% των ενηλίκων στις ΗΠΑ και σε άλλες αναπτυγμένες χώρες είναι οροθετικοί. Το μεγαλύτερο μέρος της ορομετατροπής συμβαίνει κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, με ποσοστό 6 έως 9% ανά έτος για την ομάδα ηλικιών από 5 έως 14 ετών. Πολλές ορομετατροπές λαμβάνουν χώρα υποκλινικά. Το *C. Pneumoniae* προκαλεί ενδημικά και επιδημικά σύνδρομα άτυπης πνευμονίας. Στο Σιάτλ η μέση ετήσια ενδημική επίπτωση πνευμονίας από *C. Pneumoniae* ήταν 1,2 ανά 1000 άτομα. Περίπου 10% των περιπτώσεων πνευμονίας αποδόθηκαν στο *C. Pneumoniae*. Περίοδοι αυξημένης επίπτωσης παρατηρήθηκαν σε κύκλους 3 έως 4 ετών. Το βακτήριο αυτό προκαλεί επίσης επιδημίες άτυπης πνευμονίας σε κλειστούς πληθυσμούς, όπως νεοσύλλεκτοι στο στρατό, φοιτητές πανεπιστημίων και ηλικιωμένοι σε ιδρύματα.⁴

Αίτιο

Ανάλογα με το είδος του χλαμυδίου, τα μακροφάγα ή μη μακροφάγα κύτταρα του ξενιστή μπορούν να υποστηρίξουν τον αναδιπλασιασμό του μικροοργανισμού. Τα μακροφάγα φαίνεται να είναι τα κύρια κύτταρα- στόχοι για τον τύπο του αφροδίσιου λεμφοκοκκιώματος του *C. Trachomatis*. Τα κυλινδρικά επιθηλιακά κύτταρα των βλεννογόνων είναι οι συνήθεις κυτταρικοί ξενιστές για τον αναδιπλασιασμό του τύπου του τραχώματος και του *C. Pneumoniae*. Η τροφική επίδραση του κυττάρου- ξενιστή συσχετίζεται με το είδος της φλεγμονής που εκλύεται από τα χλαμύδια. Ο βιότυπος του αφροδίσιου λεμφοκοκκιώματος, που μολύνει μακροφάγα, προκαλεί κοκκιωματώδη φλεγμονή χαρακτηριστική της επιβραδυνόμενης αντίδρασης υπερευαισθησίας. Ο βιότυπος του τραχώματος, που μολύνει επιθηλιακά κύτταρα, προκαλεί ουδετεροφιλικό εξίδρωμα κατά την οξεία λοίμωξη και

υποβλεννογόνια μονοπυρηνική διήθηση με σχηματισμό λεμφοειδών θυλακίων στα επόμενα στάδια της λοίμωξης.⁸



Εικόνα 3.3.3. Χλαμύδια στο μικροσκόπιο.

Τα χλαμύδια επάγουν σημαντικές χημικές και κυτταρικές ανοσιακές απαντήσεις. Το *C. Trachomatis* εκλύει IgA εκκριτικού τύπου και κυκλοφορούντα IgM και IgG αντισώματα. Τα αντισώματα του ορού συνήθως αναγνωρίζουν τον χλαμυδιακό LPS, όπως διαπιστώνεται στη δοκιμασία καθήλωση του συμπληρώματος. Η λοίμωξη με *C. Trachomatis* συχνά εκλύει αντισώματα έναντι της MOMP που ανιχνεύονται με εξετάσεις μικροανοσοφθορισμού. Γυναίκες με επιπτώσεις από το αναπαραγωγικό σύστημα, όπως στειρότητα ή έκτοπη κύηση λόγω προηγούμενης λοίμωξης από *C. Trachomatis*, συχνά εμφανίζουν αντισωματική απάντηση στην πρωτεΐνη « heat shock 60 » των χλαμυδίων.⁸

Επειδή τα χλαμύδια προκαλούν ενδοκυττάρια λοίμωξη, οι ανοσιακές απαντήσεις των T-κυττάρων είναι σημαντικές και αφορούν τόσο τα CD4 όσο και τα CD8. Η ενεργοποίηση των CD4 TH1 και η έκκριση ιντερφερόνης- γάμμα (IFN- γ) συσχετίζεται με ανοσία, ενώ η ενεργοποίηση των CD4 TH2 συσχετίζεται με επιμένουσα λοίμωξη. Απαντήσεις των CD8 T κυττάρων είναι δύσκολο να ανιχνευτούν, ενώ ο ρόλος τους στην αντίσταση έναντι του μικροβίου δεν είναι διευκρινισμένος.⁸

Μετάδοση

Οι ορότυποι του *C. Trachomatis* που προκαλούν τράχωμα μεταδίδονται με άμεση επαφή μέσω μολυσμένων αντικειμένων όπως πετσέτες, ή με μύγες που κάθονται στα μάτια. Η μετάδοση από *C. Pneumoniae* από άτομο σε άτομο φαίνεται ότι γίνεται μέσω αναπνευστικών

σταγονιδίων με ένα κατά μέσο όρο μεσοδιάστημα από περιστατικό σε περιστατικό ενός μήνα. Τόσο οι πάσχοντες όσο και οι ασυμπτωματικοί φορείς μεταδίδουν τη λοίμωξη.⁴

Χλαμυδιακά νοσήματα

Chlamydia Trachomatis

Τα χλαμυδιακά νοσήματα που προκαλούνται από *C. Trachomatis* είναι το τράχωμα, που οφείλεται στους ορολογικούς τύπους A, B, Ba και C, τα σεξουαλικά και περιγεννητικά μεταδιδόμενα νοσήματα που προκαλούνται από τους ορότυπους D μέχρι K καθώς και το σεξουαλικά μεταδιδόμενο αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα που προκαλείται από τους ορότυπους L1, L2 και L3. Το τράχωμα και το αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα είναι ουσιαστικά περιορισμένα στις αναπτυσσόμενες περιοχές του κόσμου, ενώ οι σεξουαλικά και περιγεννητικά μεταδιδόμενες χλαμυδιακές λοιμώξεις κατανέμονται σε όλη την υφήλιο. Το τράχωμα και οι σεξουαλικά/ περιγεννητικά μεταδιδόμενες χλαμυδιακές λοιμώξεις περιορίζονται στις επιφάνειες των βλεννογόνων του σώματος ενώ το αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα προκαλεί συστηματική λοίμωξη, κυρίως του λεμφικού συστήματος.⁴

Chlamydia Pneumoniae

Το 1986 αναγνωρίστηκε ένα χλαμυδιακό παθογόνο, το *C. Pneumoniae*, που προκαλεί αναπνευστική νόσο. Μολονότι αρχικά συγγέρονταν με το *C. Psittaci*, το *C. Pneumoniae* είναι ένα ξεχωριστό είδος με μικρότερη από 10% ομολογία του DNA με τα άλλα τρία είδη χλαμυδίων. Η πνευμονία και η βρογχίτιδα είναι τα συχνότερα διαπιστούμενα νοσήματα που προκαλούνται από *C. Pneumoniae*. Πρόσφατες ενδείξεις υποδηλώνουν ότι το *C. Pneumoniae* μπορεί να προκαλέσει αθηροσκλήρωση.⁴

Αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα (Lymphogranuloma Venereum)

Πρόκειται για ενδημικό νόσημα στις τροπικές χώρες (Αφρική, Ινδία, Νοτιοανατολική Ασία, Κεντρική και Νότιος Αμερική). Σε περιοχές της Ινδίας και της Αφρικής αποτελεί το αίτιο ελκών των γεννητικών οργάνων στο 2- 10% των περιπτώσεων. Επιπλέον στις ενδημικές

περιοχές είναι συχνότατο αίτιο λεμφικής απόφραξης και ελεφαντίασης. Σε παγκόσμια κλίμακα είναι σπάνιο νόσημα. Στις ΗΠΑ, η επίπτωση βρίσκεται σε πτώση από το 1972, με 200- 300 περιπτώσεις ετησίως κατά τη δεκαετία του 1980, ενώ το 1997 δηλώθηκαν 13 κρούσματα. Στη Μ. Βρετανία και τη Σκανδιναβία παρατηρείται σημαντική μείωση, χωρίς να έχουν ληφθεί κάποια ειδικά μέτρα. Η αναλογία περιπτώσεων αφροδισίου λεμφοκοκκιώματος στο σύνολο των ΣΜΝ κυμαίνεται σε διάφορες μελέτες από 10% στο Παρίσι έως 24% στη Μαγαδασκάρη.⁵

Το αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα και κυρίως η οξεία του μορφή, διαπιστώνεται συχνότερα στους άνδρες (άνδρες/ γυναίκες 5:1), ενώ οι γυναίκες παρουσιάζονται συχνότερα με επιπλοκές της όψιμης νόσου. Προσβάλλονται συνήθως άτομα ηλικίας 15- 40 ετών. Στις ΗΠΑ, τα κρούσματα παρατηρούνται συχνότερα σε αστικά κέντρα, μεταξύ των μαύρων ή γενικότερα ατόμων χαμηλής κοινωνικοοικονομικής τάξης με έντονη σεξουαλική δραστηριότητα.¹

Κλινικές εκδηλώσεις

Οι χλαμυδιακές λοιμώξεις προκαλούν ποικίλες κλινικές εκδηλώσεις στις γυναίκες όπως :

1. Ουρηθρίτιδα.
2. Τραχηλίτιδα.
3. Οξεία σαλπινγίτιδα.
4. Πυελική φλεγμονώδη νόσο.¹



Εικόνα 3.3.3. Χλαμύδια σε άνδρα.

Έχει αναφερθεί επίσης ότι το *C. Trachomatis* ενοχοποιείται για ενδομητρίτιδα, φλεγμονή των Bartholinείων αδένων και πρωκτίτιδα.¹

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.¹⁶

Μολονότι οι περισσότερες οξείες λοιμώξεις συμβαίνουν στα παιδιά, η μεγαλύτερη νοσηρότητα από *C. Pneumoniae* αφορά σε ενήλικες, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένους. Προκαλούν μια απύρετη, συνήθως σχετικά ήπια πνευμονία. Εξωπνευμονικά ευρήματα δεν είναι εμφανή. Χαρακτηριστικά εμφανίζεται μη παραγωγικός βήχας, κυνάγχη και βράγχος φωνής. Ο χρόνος από την έναρξη της νόσου μέχρι την κλινική εμφάνιση είναι πολύ μακρύς. Στην ακρόαση συχνά ακούγονται εντοπισμένοι τρίζοντες. Η ακτινογραφία θώρακα αποκαλύπτει πνευμονίτιδα, που συχνότερα εμφανίζεται ως μονήρης υποτμηματική βλάβη. Οι αιματολογικές εξετάσεις δείχνουν φυσιολογικό αριθμό λευκών αλλά υψηλή ταχύτητα καθίζησης ερυθρών.⁴

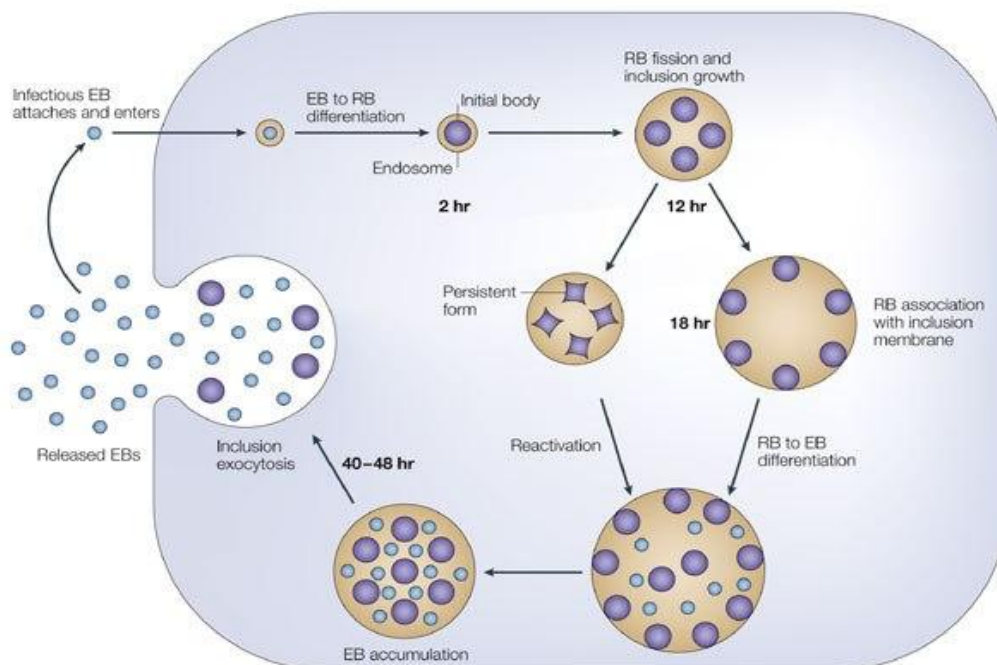
Τα *C. Pneumoniae* προκαλούν επίσης βρογχίτιδα και παραρρινοκολπίτιδα. Η βρογχίτιδα είναι συχνά υποξεία και διαρκεί μερικές ημέρες ή βδομάδες. Μερικοί ασθενείς με κλινική εικόνα βρογχίτιδας, εμφανίζουν ακτινολογική εικόνα πνευμονίας. Μεμονωμένη φαρυγγίτιδα σπάνια μπορεί να αποδοθεί σε λοίμωξη από *C. Pneumoniae*, αλλά όταν η φαρυγγίτιδα, η παραρρινοκολπίτιδα και η βρογχίτιδα παρατηρούνται σε συνδυασμό με πνευμονία, το *C. Pneumoniae* είναι ένα πιθανό αίτιο.²⁷

Εργαστηριακή διάγνωση

Επειδή πολλές γλαμυδιακές λοιμώξεις όπως η μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα, η σαλπινγίτιδα και το τράχωμα χαρακτηρίζονται από χαμηλούς αριθμούς μικροοργανισμών, προτιμώνται οι δοκιμασίες που βασίζονται στον πολλαπλασιασμό. Προς το παρόν το υψηλό κόστος των δοκιμασιών αυτών, περιορίζει την ευρεία χρήση τους, και δοκιμασίες βασιζόμενες στο αντιγόνο ή στην άμεση εξέταση παραμένουν οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενες. Η αξιολόγηση μιας θετικής δοκιμασίας ELISA για γλαμυδιακό αντιγόνο μπορεί να είναι δύσκολη σε περιπτώσεις που ο επιπολασμός του *C. Trachomatis* είναι χαμηλός (< 5%), δεδομένου ότι τα ποσοστά ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων κυμαίνονται από 1 έως 3%. Για παράδειγμα, όταν η ELISA έχει ειδικότητα 98%, ευαισθησία 80% και

χρησιμοποιείται για εξέταση 1000 ατόμων από έναν πληθυσμό υψηλού κινδύνου με επιπολασμό *C. Trachomatis* 15%, η διαγνωστική αξία μιας θετικής δοκιμασίας είναι 88%. Όταν η ίδια δοκιμασία χρησιμοποιείται για να ελέγξει 1000 άτομα από έναν πληθυσμό χαμηλού κινδύνου με επιπολασμό του *C. Trachomatis* 2%, η διαγνωστική αξία των θετικών δοκιμασιών πέφτει στο 44%. Οι κλινικοί οφείλουν να επιβεβαιώνουν τις θετικές δοκιμασίες ELISA με μια δεύτερη διαγνωστική δοκιμασία για *C. Trachomatis*, που βασίζεται σε διαφορετική μέθοδο, όταν η πιθανότητα ψευδώς θετικής δοκιμασίας έχει αρνητικές ιατρικές, κοινωνικές ή ψυχολογικές συνέπειες.⁴

Ορολογικές δοκιμασίες χρησιμοποιούνται σπάνια για τη διάγνωση λοίμωξης από *C. Trachomatis*, εκτός από δυο περιπτώσεις: ειδικά για *C. Trachomatis* IgM αντισώματα σε τίτλο > 1:32 είναι χρήσιμα για τη διάγνωση του συνδρόμου πνευμονίας των νεογνών και ένας τίτλος αντισωμάτων καθήλωσης του συμπληρώματος > 1:64 υποδηλώνει αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα.⁸



Εικόνα 3.3.4. Κύκλος πολλαπλασιασμού των χλαμυδίων.

Οι ορολογικές δοκιμασίες, η απομόνωση και η ανίχνευση με μεθόδους άνευ καλλιεργείων, αποτελούν τις κύριες εξετάσεις για την εργαστηριακή τεκμηρίωση της λοίμωξης από *C. Pneumoniae*. Η έμμεση δοκιμασία μικροανοσοφθορισμού για αντισώματα *C. Pneumoniae*, παραμένει η καλύτερη μέθοδος εργαστηριακής διάγνωσης. Η απομόνωση του *C. Pneumoniae* σε κυτταρική καλλιέργεια (κυτταρική σειρά HL) είναι επιτυχής στο 50 με 75% των

ορολογικά επιβεβαιωμένων λοιμώξεων, αλλά είναι τεχνικά δύσκολη. Η PCR για ειδικό *C. Pneumoniae* DNA, είναι περίπου 25% περισσότερο ευαίσθητη από την καλλιέργεια, και πιθανώς θα καταστεί η διαγνωστική δοκιμασία εκλογής. Προς το παρόν καμία αποτελεσματική διαγνωστική μέθοδος για *C. Pneumoniae* δεν είναι εμπορικά διαθέσιμη.⁸

Θεραπεία

Τα *C. Trachomatis* είναι ομοιόμορφα ευαίσθητα στις τετρακυκλίνες, στις μακρολίδες και στις σουλφοναμίδες. Πρόσφατα δεδομένα υποδηλώνουν ότι και ορισμένες κινολόνες (οφλοξασίνη) είναι χρήσιμες στη θεραπεία λοίμωξης από *C. Trachomatis*.⁴

Η συνιστώμενη θεραπεία για ανεπίπλεκτη ουρηθρίτιδα και βλεννοπυώδη τραχηλίτιδα από *C. Trachomatis* είναι η δοξυκυκλίνη (100 mg από το στόμα δυο φορές ημερησίως για 7 μέρες) ή η αζιθρομυκίνη (1g από το στόμα σε μια μοναδική δόση), μολονότι η αζιθρομυκίνη είναι σημαντικά ακριβότερη από τη δοξυκυκλίνη. Εναλλακτικά θεραπευτικά σχήματα περιλαμβάνουν ερυθρομυκίνη (500 mg από το στόμα 4 φορές ημερησίως για 7 μέρες), ή οφλοξασίνη (300mg από το στόμα δυο φορές ημερησίως για 7 μέρες). Η επιδιδυμίτιδα και η ενδομητρίτιδα/ σαλπινγίτιδα από *C. Trachomatis* πρέπει να θεραπεύονται για 10 έως 14 μέρες. Το αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα πρέπει να θεραπεύεται για 3 εβδομάδες.⁴

Οι σεξουαλικοί σύντροφοι των ενηλίκων και οι γονείς των νεογνών με λοίμωξη από *C. Trachomatis* πρέπει να αξιολογούνται, να εξετάζονται και να λαμβάνουν εμπειρικά θεραπεία. Οι σεξουαλικοί σύντροφοι κατά τις προηγούμενες 30 με 60 μέρες πρέπει να εξετάζονται.⁴

Το *C. Pneumoniae* είναι ευαίσθητο στην τετρακυκλίνη και στις μακρολίδες, αλλά όχι στις σουλφοναμίδες. Η αντιμικροβιακή θεραπεία για λοίμωξη από *C. Pneumoniae* μπορεί να είναι δύσκολη, και η κλινική ανταπόκριση δεν είναι δραματική. Η συνιστώμενη θεραπεία είναι τετρακυκλίνη ή ερυθρομυκίνη, 500 mg από το στόμα 4 φορές την μέρα για 10 έως 14 μέρες.²⁷

Συσχέτιση με αθηροσκλήρωση

Τέσσερα στοιχεία υποδηλώνουν ότι το *C. Pneumoniae* μπορεί να προκαλεί αθηροσκλήρωση και αστάθεια της αθηρωματικής πλάκας.⁸

Οροεπιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει σταθερά αυξημένο επιπολασμό αντισωμάτων έναντι του *C. Pneumoniae* σε περιστατικά με αθηροσκλήρωση σε σύγκριση με τις ομάδες ελέγχου. Το *C. Pneumoniae* έχει απομονωθεί από αθηροσκληρωματικές πλάκες σε μερικές περιπτώσεις και έχει ταυτοποιηθεί σε πλάκες με μη καλλιεργητικές δοκιμασίες σε

περισσότερο από το 50% των περιπτώσεων. Η λοίμωξη από το *C. Pneumoniae* προκαλεί αθηροσκλήρωση σε πειραματικά πρότυπα (κουνέλια). Δυο μελέτες παρέμβασης έχουν δείξει ότι η θεραπεία με αντιβιοτικά ελάττωσε ουσιαστικά τα στεφανιαία συμβάματα σε άτομα με ισχαιμική καρδιοπάθεια. Πρόσθετες μεγάλης κλίμακας μελέτες παρέμβασης με αντιβιοτικά βρίσκονται σε εξέλιξη.⁴

3.4. ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ (HUMAN PAPILLOMA VIRUS [HPV]: MUCOSAL INFECTIONS)

Ορισμός

Οι λοιμώξεις των βλεννογόνων από τον ιό των θηλωμάτων του ανθρώπου (HPV) είναι το συχνότερο σεξουαλικώς μεταδιδόμενο νόσημα.⁸ Ο ιός των θηλωμάτων του ανθρώπου ανήκει στους DNA ιούς.¹ Είναι ένας μη ελυτροφόρος DNA ιός, προσβάλλει τα επιθηλιακά κύτταρα του δέρματος και των βλεννογόνων προκαλώντας ένα ευρύ φάσμα νόσων που κυμαίνονται από την υποκλινική λοίμωξη και τα θηλώματα (μυρμηγκιές, ακροχορδόνες, κονδυλώματα) ως την τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία (cervical intraepithelial neoplasia, CIN) και τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.⁶

Ιστορικό

Βάση μοριακών τεχνικών διακρίνονται τουλάχιστον 100 γονότυποι HPV ιών και εξ αυτών περισσότεροι από 30 είναι γνωστό ότι προσβάλλουν το γεννητικό σύστημα. Οι γονότυποι αυτού προκαλούν κλινικές ή υποκλινικές φλεγμονές στο κατώτερο γεννητικό σύστημα ανδρών και γυναικών.¹ Ορισμένοι γονότυποι όπως οι 16 & 18 συνδυάζονται με υψηλή συχνότητα,⁶ οι οποίοι συνδέονται με τα επίπεδα κονδυλώματα του τραχήλου, ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία ή καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, αλλά και όγκους του γεννητικού συστήματος και της περιγεννητικής περιοχής,⁶ ενώ άλλοι όπως οι 31, 35, 45, 51, 52 και 56 με μέτρια συχνότητα κακοηθών νεοπλασιών του τραχήλου της μήτρας. Μια άλλη μεγάλη σειρά γονότυπων όπως οι 6, 11, 42, 43, και 44 συνδυάζονται συχνότερα με οξυτενή κονδυλώματα⁶ (ειδικότερα ο τύπος 6 & 11) κονδυλώματα,¹ ενώ οι γονότυποι 3 και 10 εμφανίζουν τροπισμό

προς το κερατινοποιημένο επιθήλιο και για το λόγο αυτό σχετίζονται με τις δερματικές μυρμηγκιές.⁸ Λιγότερο συχνά, αλλά με αυξανόμενη συχνότητα, προσβάλλονται ο πρωκτός ή η στοματική κοιλότητα μετά από αντίστοιχη ερωτική επαφή με τον πάσχοντα.¹

Όταν οι λοιμώξεις είναι κλινικά συμπτωματικές, οι βλάβες είναι μόλις ορατές βλατίδες ή οζίδια ή συρρέουσες μάζες που απαντούν στην πρωκτογεννητική περιοχή ή στο βλεννογόνο του στόματος, ή στο δέρμα και προκαλούνται από μόλυνση με ένα βλεννογόνο τύπο του HPV. Μόλις 1- 2% των ατόμων που έχουν μολυνθεί από τον HPV εμφανίζουν επισκοπικά ανιχνεύσιμες κλινικές βλάβες. Ο HPV που είναι παρόν στον γεννητικό σωλήνα μπορεί να μεταδοθεί στο νεογνό κατά τη διάρκεια κολπικού τοκετού και μπορεί να προκαλέσει εξωτερικά κονδυλώματα και θηλωμάτωση του αναπνευστικού. Ο HPV μπορεί να προκαλέσει δυσπλασία του δέρματος ή των βλεννογόνων της πρωκτογεννητικής χώρας, ήπια έως σοβαρή, η οποία μπορεί να εξελιχθεί σε *in situ* ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα (A. K). Στο *in situ* ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα μπορεί αργότερα να αναπτυχθεί διηθητικό (A. K), συνηθέστερα στον τράχηλο της μήτρας και στον πρωκτικό σωλήνα.⁶

Επιδημιολογία

Τα κονδυλώματα του γεννητικού συστήματος είναι το πιο συχνά διαγιγνωσκόμενο ιογενές ΣΜΝ στις ανεπτυγμένες χώρες, όπως η Μ. Βρετανία και η Αυστραλία. Οι HPV λοιμώξεις αριθμούν περίπου 35 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις το χρόνο σε παγκόσμια κλίμακα και υπολείπονται μόνο των περιπτώσεων γονοκοκκικής και μη γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας. Τα στοιχεία επίπτωσης για τα οξυτενή κονδυλώματα προέρχονται κυρίως από αφροδισιολογικές κλινικές και ιατρεία.¹

Στις ΗΠΑ, από τις αρχές της δεκαετίας του 1950 έως τα τέλη της δεκαετίας του 1970, η επίπτωση της HPV λοίμωξης αυξήθηκε στο οκταπλάσιο (από 13 σε 106 περιπτώσεις/100.000) και είναι τρεις φορές πιο συχνή από εκείνη του έρπητα των γεννητικών οργάνων. Ανάλογη είναι η επίπτωση και σε άλλες ανεπτυγμένες χώρες. Μεταξύ των ετών 1966- 1981, ο αριθμός των επισκέψεων για κονδυλώματα εξαπλασιάστηκε. Δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για τον επιπολασμό των κονδυλωμάτων, αλλά φαίνεται ότι κυμαίνεται μεταξύ 0,6 και 13%. Οι διαπιστούμενες μεταφορές εξαρτώνται από την ηλικία, την εθνικότητα, καθώς και από παράγοντες ερωτικής συμπεριφοράς, όπως ο αριθμός των ερωτικών συντρόφων και η χρήση του προφυλακτικού.¹

Στην Ελλάδα, με βάση τα στοιχεία από το Νοσοκομείο « Α. Συγγρός », τα οξυτενή κονδυλώματα αντιπροσωπεύουν ένα από τα συχνότερα ΣΜΝ. Η συχνότητά τους κυμάνθηκε

σε υψηλά επίπεδα μεταξύ 1974- 1988, όμως από το 1989 παρουσίασε σταδιακή μείωση. Η αναλογία άνδρες - γυναίκες ήταν 5:1.¹

Υποκλινικές μορφές συναντώνται στο 40% των γυναικών κατά την κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου (Pap Test). Με μοριακές τεχνικές και ιδίως με τη μέθοδο αλυσιδωτής αντίδρασης πολυμεράσης (PCR) υπολογίστηκε ότι το 35% του πληθυσμού αποτελούν υγιείς φορείς των ιών HPV. Οι σεξουαλικά δραστήριες γυναίκες παρουσιάζουν HPV μόλυνση σε ποσοστό 4- 55%, ενώ ετεροφυλόφιλοι και οι ομοφυλόφιλοι άνδρες σε ποσοστό 0- 86% και 0,8- 78% αντίστοιχα. Σε μελέτες βρέθηκε DNA του HPV στο 6% περίπου των ανδρών και στο 10% των γυναικών, χωρίς κλινικά συμπτώματα και σημεία λοίμωξης.¹

Η μόλυνση των γεννητικών οργάνων από τους ιούς HPV είναι πολύ συχνή σε άτομα ηλικίας 16- 25 ετών, ιδίως στις γυναίκες. Σε τραχηλικά επιχρίσματα, κοίλοκυτταρική ατυπία ενδεικτική HPV λοίμωξης ανευρίσκεται στο 1% των γυναικών. Ο επιπολασμός μειώνεται θεαματικά στις μεγαλύτερες ηλικίες. Οι ογκογόνοι τύποι ανευρίσκονται στον τράχηλο της μήτρας σε ποσοστό 5- 10% σε γυναίκες 35- 40 ετών και μόνο στο 1% των γυναικών μετά από την ηλικία των 50 ετών. Παρ' ότι σπάνια, κονδυλώματα μπορεί να παρουσιασθούν σε βρέφη και παιδιά εξαιτίας ενοφθαλμισμού κατά τον τοκετό ή επαφής με βλάβες εξωγεννητικών HPV λοιμώξεων (οπότε και ανευρίσκονται αντίστοιχοι τύποι HPV) ή λόγω σεξουαλικής κακοποίησης.¹

Τα κονδυλώματα είναι μία ή περισσότερες περιγεγραμμένες ή συρρέουσες βλάβες που εντοπίζονται στο αιδοίο, στον κόλπο, στον τράχηλο της μήτρας, στο πέος, στον πρωκτό και στο περίνεο. Ο χρόνος επώασης του HPV είναι 1- 8 μήνες (συνήθως 2,5- 3 μήνες) μετά την ερωτική επαφή. Από τους τέσσερις μορφολογικούς τύπους κονδυλωμάτων που υπάρχουν, συχνότερα ανευρίσκονται τα εξωφυτικά ή οξυτενή (condyloma planum), τα οποία προσβάλλουν πλήρως ή μερικώς το επιθήλιο (και ιδιαίτερα το μεταβατικό) του τραχήλου της μήτρας. Η κλινική εικόνα είναι ήπια (κυρίως κνησμός), ενώ τα τοπικά σημεία φλεγμονής υποδηλώνουν επιμόλυνση με διάφορους μικροοργανισμούς.⁶

Ψυχοσεξουαλικές επιπτώσεις των κονδυλωμάτων των γεννητικών οργάνων είναι μικρότερης σημασίας από εκείνες του έρπητα των γεννητικών οργάνων, ο οποίος έτυχε μεγαλύτερης κάλυψης από τα ΜΜΕ ως το ανίατο ΣΜΝ. Λίγοι ασθενείς γνωρίζουν το ρόλο του HPV στον καρκίνο της πρωκτογεννητικής χώρας. Η διάγνωση των κονδυλωμάτων μπορεί να προκαλέσει φόβο μετάδοσης της νόσου ή υποτροπής, αλλαγές της ερωτικής συμπεριφοράς (αποχή, προσοχή, χρήση προφυλακτικού), κατάθλιψη ή χαμηλή αυτοεκτίμηση, διατάραξη ή διάλυση σχέσεων, άγχος αποκάλυψης της νόσου στον σύντροφο.⁸

Παθογένεια

Τόσο οι « υψηλού κινδύνου » όσο και οι « χαμηλού κινδύνου » τύποι HPV προκαλούν κονδυλώματα των γεννητικών οργάνων. Η λοίμωξη από τον HPV καθισταμένη διαλείποντος μολυσματική, πιθανότατα παραμένει δια βίου σε λανθάνουσα κατάσταση. Τα εξωφυτικά κονδυλώματα φαίνεται να είναι περισσότερο μολυσματικά από την υποκλινική λοίμωξη.⁸

Η ανοσοκαταστολή οδηγεί σε νέα έκλυση HPV βλαβών και εξέλιξή τους. Δεν αυξάνει την επίπτωση της HPV λοίμωξης, αυξάνει όμως το κίνδυνο μετάδοσής της, καθώς και την πιθανότητα ανάπτυξης πολυεστιακής ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας. Οι ανοσοκατεσταλμένοι λήπτες νεφρικών μοσχευμάτων εμφανίζουν κατά 17 φορές αυξημένη επίπτωση HPV λοίμωξης των γεννητικών οργάνων.⁸

Όλοι οι τύποι HPV πολλαπλασιάζονται αποκλειστικά στον πυρήνα των κυττάρων του ξενιστή. Στις καλοήθειες βλάβες από HPV, ο HPV υπάρχει στο κυτταρόπλασμα του κυττάρου ως πλασμίδιο, αναπαραγόμενος εξωχρωμοσωμιακά. Στις κακοήθειες βλάβες από HPV, ο HPV ενσωματώνεται στα χρωμοσώματα του ξενιστή, μετά από ρήξη στο γονιδίωμα του ιού (περί την E1/ E2 περιοχή). Η λειτουργία των E1 και E2 απορυθμίζεται, με αποτέλεσμα μετασχηματισμό των κυττάρων.⁸

Μετάδοση

Οι « δερματικοί » γονότυποι μεταδίδονται με άμεση ή έμμεση (με μολυσμένα βιολογικά υγρά) επαφή, ενώ οι « γεννητικοί » με οποιασδήποτε μορφής ερωτική επαφή. Περίπου τα 2/3 των ερωτικών συντρόφων γυναικών με κονδυλώματα εμφανίζουν επίσης λοίμωξη σε χρονικό διάστημα μερικών μηνών. Περιγεννητική μετάδοση συμβαίνει σπάνια, έχει όμως δε ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη λαρυγγικών θηλωμάτων στο νεογνό.⁶

Η μόλυνση από οποιονδήποτε γονότυπο του ιού δεν σημαίνει απαραίτητα ότι θα υπάρξει και οποιασδήποτε μορφής νόσος. Μια σειρά παραγόντων (οι περισσότεροι από τους οποίους δεν έχουν τεκμηριωθεί επαρκώς) σχετίζονται θετικά ή αρνητικά με την εξέλιξη της λοίμωξης. Η ανοσοκαταστολή, η παρουσία ποικιλίας του HPV 16 με διαφορετικό ζεύγος βάσεων στη θέση 83 και η ομοφυλοφιλία στους άνδρες είναι μερικοί θετικά συσχετιζόμενοι παράγοντες, ενώ η εμμηνόπαυση ένας αρνητικά συσχετιζόμενος παράγοντας.⁶

Μικροεκδορές στην επιθηλιακή επιφάνεια επιτρέπουν στα βίρια από τον μολυσμένο σύντροφο να αποκτήσουν πρόσβαση στην στιβάδα των βασικών κυττάρων του επιθηλίου του μη μολυσμένου συντρόφου. Η μετάδοση των μη γεννητικών μυρμυγκιών μέσω δακτύλων

μπορεί να ευθύνεται για λίγες περιπτώσεις εξωτερικών κονδυλωμάτων των γεννητικών οργάνων. Κατά τον τοκετό, οι μητέρες με πρωκτογεννητικά κονδυλώματα μπορεί να μεταδώσουν τον HPV στο νεογνό, με αποτέλεσμα την ανάπτυξη εξωτερικών κονδυλωμάτων των γεννητικών οργάνων και θηλωμάτωσης του λάρυγγα στα παιδιά.⁸

Οι βλάβες που προκαλούνται από τους ιούς HPV χωρίζονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες: τις βλάβες που συνδέονται με τα στελέχη 6 & 11 του ιού, τις οποίες αφορούν τα οξυτενή κονδυλώματα « χαμηλού κινδύνου » και τις βλάβες που συνδέονται με τα στελέχη 16 & 18 του ιού και οι οποίες είναι βλάβες « υψηλού κινδύνου » για την ανάπτυξη μέτριας ή προχωρημένης δυσπλασίας. Υπάρχουν και τα στελέχη ενδιάμεσου κινδύνου (τύποι 31, 33, 35, 36), τα οποία εμπλέκονται σε δυσπλασίες που είναι αβέβαιο όμως αν θα εξελιχθούν σε καρκινικές αλλοιώσεις.²⁴

Η ανεύρεση του DNA του HPV (στελέχη 16, 18) στο 70- 80% των διηθητικών καρκίνων του τραχήλου της μήτρας επιβεβαίωσε τη μεγάλη σημασία των ιών αυτών στην καρκινογένεση. Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (WHO) υπολογίζει την συχνότητα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας σε 450.000 νέες ετήσιες περιπτώσεις σε παγκόσμιο επίπεδο, με θνητότητα περίπου 45% ακόμα και μετά από ιατρική παρέμβαση. Αν και το είδος του HPV έχει αποφασιστική σημασία στην εξέλιξη μιας βλάβης σε καρκίνωμα, φαίνεται ότι συμβάλουν και άλλοι παράγοντες, όπως π.χ. το είδος του ιστού. Έτσι είναι γνωστό ότι το επιθήλιο του τραχήλου της μήτρας ευνοεί την μεταλλαξιόγono ιδιότητα των HPV, ενώ άλλοι ιστοί δεν την ευνοούν. Η ανοσολογική κατάσταση του ξενιστή έχει αποφασιστικό ρόλο επίσης στην εξέλιξη μιας HPV λοίμωξης σε νεοπλασματική βλάβη. Υπάρχουν και άλλοι συμπαράγοντες (cofactors), οι οποίοι προωθούν την πιθανότητα εξέλιξης της επιθηλιακής νεοπλασίας από αρχόμενο στάδιο (TEN I) σε πιο προχωρημένο στάδιο (TEN II) ή και σε διηθητικό καρκίνο.²⁴

Οι συμπαράγοντες αυτοί είναι οι εξής:

- Ø Παρουσία άλλων ιών και μικροβίων (έρπης γεννητικών οργάνων, χλαμύδια, κυτταρομεγαλοϊός, κ.λπ.).
- Ø Ανοσοκαταστολή (HIV λοίμωξη- λέμφωμα κ.λπ.).
- Ø Πρώιμη έναρξη σεξουαλικής δραστηριότητας και σεξουαλικές υπερβολές.
- Ø Κάπνισμα.
- Ø Χρήση αντισυλληπτικών.²⁴

Πορεία και Πρόγνωση

Οι περισσότεροι από τους μολυνθέντες από τον HPV, που θα αναπτύξουν κονδυλώματα, θα τα εμφανίζουν μέσα σε 2- 3 μήνες από την μόλυνση. Αυτόματη υποστροφή συμβαίνει στο 10- 30% των ασθενών μέσα σε 3 μήνες και συνδέεται με ικανοποιητική κυτταρική ανοσολογική απάντηση. Μετά την υποστροφή, η υποκλινική λοίμωξη μπορεί να παραμείνει εφ' όρου ζωής. Υποτροπή μπορεί να σημειωθεί τόσο σε ανοσοκατασταλαμένους, όσο και ανοσοϊκανούς ασθενείς.⁸

Τα κονδυλώματα υποτροπιάζουν, ακόμη και μετά από κατάλληλη θεραπεία, σε ένα υψηλό ποσοστό των ασθενών, εξαιτίας της επιμονής του HPV, που βρίσκεται σε λανθάνουσα κατάσταση, στο φυσιολογικής όψης περιβλαβικό δέρμα. Οι υποτροπές προκύπτουν συχνότερα από επαναδραστηριοποίηση υποκλινικής λοίμωξης, παρά από επαναμόλυνση από ερωτικό σύντροφο. Εάν αφεθούν, χωρίς θεραπεία, τα κονδυλώματα μπορεί να υποχωρήσουν από μόνα τους, να παραμείνουν αμετάβλητα, ή να αναπτυχθούν περαιτέρω. Σε περιπτώσεις που εφαρμόστηκε εικονική θεραπεία (placebo), τα κονδυλώματα ιάθηκαν αυτόματα στο 20-30% των ασθενών μέσα σε 3 μήνες.⁸

Κατά την κύηση, τα οξυτενή κονδυλώματα μπορεί να αυξηθούν σε μέγεθος και αριθμό, να προκαλέσουν μεγαλύτερη προσβολή του τραχήλου, ενώ μπορεί να παρουσιαστεί και αυξημένη συχνότητα δευτερογενούς μικροβιακής επιμόλυνσης τους. Τα παιδιά μητέρων με κονδυλώματα των γεννητικών οργάνων, που γεννιούνται με κολπικό τοκετό, κινδυνεύουν να αναπτύξουν αργότερα υποτροπιάζουσα θηλωμάτωση του αναπνευστικού.⁸

Η μεγαλύτερη σημασία της HPV λοίμωξης προκύπτει από την ογκογονικότητα του ιού. Οι τύποι 16, 18, 31, και 33 του HPV είναι οι κύριοι αιτιολογικοί παράγοντες για δυσπλασία και ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα του τραχήλου ή της μήτρας, μοβανοειδή βλατίδωση, in situ και διηθητικό καρκίνωμα τόσο του αιδοίου όσο και του πέους και ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα του πρωκτού σε ομοφυλόφιλους/ αμφιφιλόφιλους άνδρες.⁸

Η θεραπεία των εξωτερικών κονδυλωμάτων των γεννητικών οργάνων κατά πάσα πιθανότητα δεν επηρεάζει την ανάπτυξη καρκίνου του τραχήλου. Η σημασία του ετήσιου Pap Test θα πρέπει να τονίζεται ιδιαίτερα στις γυναίκες με κονδυλώματα των γεννητικών οργάνων.⁸

Κλινική Εικόνα

Το κλινικό φάσμα των οξυτενών κονδυλωμάτων περιλαμβάνει τις εξής μορφές:

1. Οξυτενή κονδυλώματα (condylomata acuminata).
2. Άμισχα επίπεδα κονδυλώματα (sessile warts).
3. Υποκλινικές μορφές (ορατές με χρήση διαλύματος 5% οξεικού οξέος).²⁴

Η κλινική εικόνα των οξυτενών κονδυλωμάτων είναι χαρακτηριστική. 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.⁴

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.⁴

Υπάρχουν 4 τύποι κονδυλωμάτων των γεννητικών οργάνων:

1. Μικρά βλατιδώδη.
2. Ανθοκραμβοειδείς (οξυτενείς ή αιχμηρές) βλάβες.
3. Υπερκερατωσικές βλάβες.
4. Επίπεδες βλατίδες/ πλάκες (συνηθέστερα στον τράχηλο).⁸



Εικόνα 3.4.1. Κονδυλώματα σε γυναίκα.

Πλην των γεννητικών και περιγεννητικών εντοπίσεων, υπάρχουν και εξωγεννητικές εντοπίσεις των οξυτενών κονδυλωμάτων, όπως ο βλεννογόμος του στόματος, οι γωνίες των χειλέων, οι μασχάλες και οι υπομαζικές πτυχές.²⁴ Οι βλάβες είναι στο χρώμα του δέρματος,

ρόδινες, ερυθρές ή καστανές. Μπορεί να είναι μονήρεις, διάσπαρτες και μεμονωμένες ή να σχηματίζουν ογκώδεις συρρέουσες μάζες. Στους ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς, οι βλάβες μπορεί να είναι τεράστιες. Το οξεικό οξύ βοηθά στην ανάδειξη βλαβών της περιοχής του τραχήλου και του πρωκτού, αλλά προσφέρει ελάχιστα στην αναγνώριση εξωτερικών κονδυλωμάτων των γεννητικών οργάνων.⁸

Θέσεις προτίμησης στους άνδρες:

- § Χαλινός.
- § Στεφανιαία αύλακα.
- § Βάλανος.
- § Ακροποσθία.
- § Σώμα του πέους όσχεο.⁸

Θέσεις προτίμησης στις γυναίκες:

- § Χείλη του αιδοίου.
- § Κλειτορίδα.
- § Περιουθρική περιοχή.
- § Περίνεο.
- § Κόλπος.
- § Τράχηλος (επίπεδες βλάβες).⁸

Θέσεις εντόπισης και στα δύο φύλα:

- § Περίνεο.
- § Περιπρωκτικά, πρωκτικός σωλήνας.
- § Στόμιο της ουρήθρας.
- § Ουρήθρα.
- § Ουροδόχος κύστη.
- § Στοματοφάρυγγας.⁸

Τα θηλώματα του λάρυγγα είναι σχετικά σπάνια. Συνδέονται με τον HPV- 6 και HPV- 11. Συνηθέστερα εμφανίζονται στις γνήσιες φωνητικές χορδές του λάρυγγα. Ηλικία: παιδιά < 5 ετών, ενήλικες > 20 ετών.⁸

Εάν η έγκυος πάσχει από κονδυλώματα των γεννητικών οργάνων, υπάρχει κίνδυνος η μόλυνση να μεταδοθεί στο μωρό κατά τον τοκετό.⁴

Εργαστηριακή διάγνωση

Η διάγνωση των λοιμώξεων από τον HPV διαφέρει ανάλογα με την κλινική έκφραση.⁶

Η μακροσκοπική εξέταση, συνήθως με την βοήθεια μεγεθυντικού φακού, χρησιμοποιείται μόνο για τα μεγάλα εξωτερικά κονδυλώματα.⁶

Η κολποσκόπηση χρησιμοποιείται για τα επίπεδα τραχηλικά κονδυλώματα, τα οποία είναι ορατά με γυμνό οφθαλμό. Πολλές φορές, για την ανεύρεση των βλαβών γίνεται επίδειξη αυτών με διάλυμα οξικού οξέος 3- 10 % (το οξύ απορροφάται από τα αλλοιωμένα κύτταρα με αποτέλεσμα να αποκτούν υπόλευκο χρώμα).⁶ Χρήσιμη στον καθορισμό της έκτασης της προσβολής του τραχήλου και του πρωκτού από τον HPV. Η δοκιμασία αυτή δεν είναι ειδική για τα κονδυλώματα,⁸ με το αιτιολογικό ότι δεν έχει καλή ειδικότητα και θετική προγνωστική αξία.⁶

Η κυτταρολογική εξέταση του τραχηλικού επιχρίσματος (Pap Test) και η βιοψία εμφανίζουν ποικιλία ευρημάτων, μερικά από τα οποία είναι: τα κοιλοκύτταρα, οι αλλαγές στο σχήμα και στο μέγεθος του κυτταροπλάσματος και του πυρήνα, οι αλλαγές στο ποσό και στην κατανομή της χρωματίνης κ.α. είναι χαρακτηριστικά των λοιμώξεων από HPV.⁶

Όλες οι γυναίκες θα πρέπει να ενθαρρύνονται και να υποβάλλονται μία φορά το χρόνο σε τεστ Παπανικολάου, λαμβανομένου υπ' όψιν ότι ο HPV είναι ο κύριος αιτιολογικός παράγοντας στην παθογένεια του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Το πρωκτικό PAP τεστ, που εκτελείται με τραχηλική ψύκτρα και μονιμοποιητικό διάλυμα, βοηθά στην ανίχνευση δυσπλασιών του πρωκτού.⁶

Η βιοψία ενδείκνυται:

- ✓ Όταν η διάγνωση είναι αβέβαιη.
- ✓ Όταν οι βλάβες δεν ανταποκρίνονται στη συνήθη θεραπεία.
- ✓ Όταν οι βλάβες επιδεινώνονται κατά τη διάρκεια της θεραπείας.
- ✓ Όταν ο ασθενής είναι ανοσοκατεσταλμένος.
- ✓ Όταν τα κονδυλώματα είναι μελαγχρωματικά, διηθημένα, καθηλωμένα και/ ή εξελκωμένα.
- ✓ Σε όλες τις ύποπτες τραχηλικές βλάβες.⁸



Εικόνα 3.4.2. Κονδυλώματα σε άνδρα.

Σε ορισμένες περιπτώσεις ενδείκνυται για την επιβεβαίωση της διάγνωσης και/ ή τον αποκλεισμό *in situ* ή διηθητικού ακανθοκυτταρικού καρκινώματος.⁸

Η παρουσία DNA του HPV και ειδικών τύπων του HPV μπορεί να διαπιστωθεί με επιχρίσματα, καθώς και σε υλικό βιοψίας από βλάβη, με την μέθοδο του *in situ* υβριδισμού. Όμως, δεν υπάρχουν στοιχεία που να συνηγορούν υπέρ της χρήσης δοκιμασιών ανίχνευσης ειδικού τύπου του νουκλεϊνικού οξέος του HPV στην διάγνωση ρουτίνας ή στην αντιμετώπιση των μακροσκοπικά ορατών κονδυλωμάτων των γεννητικών οργάνων. Η ύπαρξη κονδυλωμάτων είναι δείκτης μη ασφαλών ερωτικών πρακτικών. Θα πρέπει να γίνεται από όλους τους ασθενείς ορολογικός έλεγχος για σύφιλη, ώστε να αποκλεισθεί η λοίμωξη από *Treponema Pallidum*, και θα πρέπει να προσφέρεται σε όλους τους ασθενείς η δυνατότητα ορολογικού ελέγχου για τον ιό HIV.⁸

Διαφορική διάγνωση

Οι συνέπειες και επιπλοκές των οξυτενών κονδυλωμάτων είναι οι εξής:

A. ΜΙΚΡΕΣ

- Ελκώσεις.
- Δευτερογενείς επιμολύνσεις.
- Αιμορραγία.
- Μηχανικά προβλήματα.
- Ψυχολογικά προβλήματα.²⁴

B. ΜΕΓΑΛΕΣ

- Γιγάντια οξυτενή κονδυλώματα.
- Σοβαρές ψυχολογικές επιπτώσεις.
- Καρκίνωμα in situ.
- Διηθητικό καρκίνωμα.²⁴

Θεραπεία

Η θεραπεία των κονδυλωμάτων παρουσιάζει μεγάλες δυσκολίες λόγω της πολυεστιακής φύσεως της λοίμωξης, του μεγάλου χρόνου επώασης, των υποκλινικών μορφών και της απουσίας ενός πράγματι αποτελεσματικού φαρμάκου.²⁴

Πριν από την έναρξη οποιαδήποτε θεραπείας πρέπει να γίνονται στον ασθενή:

1. Σύσταση για σωστή υγιεινή (θερμό και υγρό περιβάλλον ευνοεί την ανάπτυξη των κονδυλωμάτων).
2. Ενημέρωση για το μακροχρόνιο της θεραπείας και την πιθανότητα υποτροπών.
3. Σύσταση για χρήση προφυλακτικού μέχρι την αποθεραπεία και των δύο συντρόφων.²⁴

Για την θεραπευτική αντιμετώπιση των κονδυλωμάτων υπάρχουν ή βρίσκονται υπό έρευνα τα εξής:

1. Τοπικές Ουσίες

α) Χημειοθεραπευτικές :

Ποδοφυλλίνη.

Ποδοφυλλοτοξίνη.

5-Fluorouracil (5-FU).²⁴

β) Χημικές:

Τριχλωροξεϊκό οξύ 50- 80% (TCA).²⁴

2. Χειρουργικές μέθοδοι

α) Διαθερμοπληξία

β) Κρυοθεραπεία (Υγρό Άζωτο).

γ) Laser (CO₂, ND- YAG).

δ) Χειρουργική αφαίρεση.²⁴

3. Ανοσοθεραπεία

α) Ιντερφερόνη (IFN).²⁴

Κρυοχειρουργική με υγρό Άζωτο:

Εφαρμόζεται με βαμβακοφόρο στυλέο ή με συσκευή ψεκασμού (cryospray). Επανάληψη ανά βδομάδα ή ανά 2 φορές την εβδομάδα. Η μέθοδος είναι σχετικά φτηνή, δεν απαιτεί αναισθησία και δεν οδηγεί στην δημιουργία ουλών.⁸

Ποδοφυλλίνη, 10- 25%:

Σε σύμπλοκο βάμμα βενζόλης. Ο συνολικός όγκος ποδοφυλλίνης που θα χρησιμοποιηθεί δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 0,5 ml ανά συνεδρία, ούτε η περιοχή θεραπείας τα 10 cm² επιφανείας ανά θεραπεία. Καλό ξέπλυμα μετά από 1 έως 4 ώρες. Επαναλαμβάνεται ανά βδομάδα, εάν χρειάζεται. Εάν τα κονδυλώματα επιμένουν μετά από 6 εφαρμογές θα πρέπει να εξετασθούν άλλες θεραπευτικές μέθοδοι. Η ποδοφυλλίνη αντενδείκνυται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η επανειλημμένη εφαρμογή μπορεί να προκαλέσει ερεθισμό.⁸

Τριγλωρικό οξύ (TCA) ή διγλωρικό οξύ (BCA), 80 έως 90%:

Εφαρμόζεται μόνο στα κονδυλώματα, ενώ η περίσσεια οξέος που δεν αντέδρασε απομακρύνεται με ταλκ ή διττανθρακικό νάτριο. Επαναλαμβάνεται ανά βδομάδα εάν είναι απαραίτητο. Εάν τα κονδυλώματα επιμένουν μετά από 6 εφαρμογές θα πρέπει να εξεταστούν άλλα θεραπευτικά μέσα.⁸

Χειρουργική αφαίρεση:

Είτε με κατ' εφαπτομένη εκτομή ή ψαλίδι, ξυράφι ή απόξεση ή με ηλεκτροχειρουργική.⁸

Διαθερμοπηξία/ ηλεκτροκαυτηρίαση:

Πολύ αποτελεσματική στην καταστροφή των μολυσμένων ιστών και του HPV. Θα πρέπει να επιχειρείται όμως μόνο από κλινικούς ιατρούς που είναι εκπαιδευμένοι σε αυτήν την τεχνική. Η ηλεκτροκαυτηρίαση αντενδείκνυται σε ασθενείς που φέρουν καρδιακό βηματοδότη.⁸

Laser διοξειδίου του άνθρακα και ηλεκτροεξάχνωση:

Χρήσιμα στην αντιμετώπιση των εκτεταμένων κονδυλωμάτων, ιδίως σε ασθενείς που δεν ανταποκρίθηκαν σε άλλα σχήματα. Δεν ενδείκνυται σε περιορισμένες βλάβες.⁸

Κονδυλώματα του τραχήλου

Σε γυναίκες με εξωφυτικές βλάβες του τραχήλου πρέπει να αποκλείονται οι υψηλής διαφοροποίησης ενδοεπιθηλιακές βλάβες πριν από την έναρξη της θεραπείας. Στην αντιμετώπιση θα πρέπει να περιλαμβάνεται και η εκτίμηση από κάποιον ειδικό.⁸

Κονδυλώματα του κόλπου

Κρυοχειρουργική με υγρό Άζωτο:

Η μέθοδος αυτή παρουσιάζει δυσκολίες, λόγω της δημιουργούμενης « ομίχλης » που εμποδίζει στην επισκόπηση των βλαβών.⁸

Τριγλωρικό οξύ (TCA) ή διγλωρικό οξύ (BCA), 80 έως 90%:

Εφαρμόζεται μόνο στα κονδυλώματα, ενώ η περίσσεια οξέος που δεν αντέδρασε απομακρύνεται με ταλκ ή διττανθρακικό νάτριο. Επαναλαμβάνεται ανά βδομάδα, εάν είναι απαραίτητο.⁸

Ποδοφυλλίνη, 10- 25%:

Σε σύμπλοκο βάμμα βενζόλης. Η προς θεραπεία περιοχή θα πρέπει να είναι στεγνή. Θεραπεύεται έως 2 cm² ανά συνεδρία. Επανάληψη της εφαρμογής σε εβδομαδιαία βάση. Η συστηματική απορρόφηση μπορεί αν αποτελεί πρόβλημα.⁸

Κονδυλώματα του Στομίου της Ουρήθρας

Κρυοχειρουργική με υγρό Άζωτο:

Όπως και στα παραπάνω.⁸

Ποδοφυλλίνη, 10- 25%:

Σε σύμπλοκο βάμμα βενζόλης. Η προς θεραπεία περιοχή θα πρέπει να είναι στεγνή, πριν την επαφή με το φυσιολογικό βλεννογόνο. Καλό ξέπλυμα μετά από 1 έως 2 ώρες. Εάν είναι απαραίτητο, επανάληψη ανά βδομάδα. Εάν τα κονδυλώματα επιμένουν μετά από 6 εφαρμογές, θα πρέπει να εξεταστούν άλλα θεραπευτικά μέσα.⁸

Κονδυλώματα του πρωκτού

Η αντιμετώπιση των κονδυλωμάτων του βλεννογόνου του ορθού θα πρέπει να ανατίθεται σε ειδικό.

Κρυοχειρουργική με υγρό Άζωτο:

Όπως παραπάνω.⁸

Τριχλωρικό οξύ (TCA) ή διχλωρικό οξύ (BCA), 80 έως 90%:

Εφαρμόζεται μόνο στα κονδυλώματα. Η περίσσεια του οξέος που δεν αντέδρασε θα πρέπει να απομακρύνεται με ταλκ ή διττανθρακικό νάτριο. Επανάληψη ανά βδομάδα, εάν είναι απαραίτητο. Εάν τα κονδυλώματα επιμένουν μετά από 6 εφαρμογές, θα πρέπει να εξεταστούν άλλα θεραπευτικά μέσα.⁸

Χειρουργική αφαίρεση:

Όπως παραπάνω.⁸

Κονδυλώματα του Στόματος

Κρυοχειρουργική με υγρό Άζωτο:

Όπως και στα παραπάνω.⁸

Χειρουργική αφαίρεση:

Όπως παραπάνω.⁸

Παρακολούθηση

Μετά την αποδρομή των μακροσκοπικά ορατών βλαβών, η παρακολούθηση δεν είναι υποχρεωτική. Θα πρέπει να εφίσταται προσοχή στους ασθενείς ότι πρέπει να αυτοπαρακολουθούνται για τυχόν υποτροπές, οι οποίες είναι ιδιαίτερα συχνές κατά τους τρεις

πρώτους μήνες. Επειδή η ευαισθησία και η ειδικότητα της αυτοδιάγνωσης των κονδυλωμάτων των γεννητικών οργάνων είναι άγνωστη, οι ασθενείς που ανησυχούν για τυχόν υποτροπές μπορούν να επανεξετάζονται και να επανεκτιμώνται τρεις μήνες μετά το πέρας της θεραπείας. Πρωιμότερη επανεξέταση μπορεί να είναι επίσης χρήσιμη για την επιβεβαίωση της εξάλειψης των κονδυλωμάτων, την παρακολούθηση ή αντιμετώπιση τυχών επιπλοκών της θεραπείας και για την εκπαίδευση και συμβουλευτική του ασθενούς. Οι γυναίκες θα πρέπει να ενημερώνονται για την ανάγκη τακτικού κυτταρολογικού ελέγχου, ο οποίος συνιστάται και σε γυναίκες χωρίς κονδυλώματα των γεννητικών οργάνων. Η παρουσία κονδυλωμάτων των έξω γεννητικών οργάνων δεν αποτελεί ένδειξη κολποσκόπησης του τραχήλου.²⁴

Ανοσοκατασταλμένοι ασθενείς

Οι ανοσοκατασταλμένοι, λόγω HIV ή άλλων αιτιών, ασθενείς μπορεί να μην ανταποκρίνονται στη θεραπεία εξίσου καλά με τους ανοσοϊκανούς ασθενείς, ενώ μετά τη θεραπεία μπορεί να έχουν συχνότερες υποτροπές. Το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα που εξορμάται από τα κονδυλώματα ή που μοιάζει με αυτά, είναι συνηθέστερο μεταξύ των ανοσοκατασταλμένων ασθενών, απαιτώντας συχνά βιοψία για την επιβεβαίωση της διάγνωσης.²⁴

Αντιμετώπιση των ερωτικών συντρόφων

Η εξέταση των ερωτικών συντρόφων δεν είναι απαραίτητη, επειδή ο ρόλος της επαναμόλυνσης είναι πιθανόν ελάχιστος. Η πλειονότητα ήδη μολυσμένοι υποκλινικά με τον HPV, ακόμα και αν δεν υπάρχουν ορατά κονδυλώματα.²⁴

Η επιλογή του είδους της θεραπείας εξαρτάται από τους παρακάτω παράγοντες:

- α)** Τον αριθμό των οξυτενών κονδυλωμάτων.
- β)** Τη θέση, το μέγεθος και την ηλικία των βλαβών.
- γ)** Τις προηγούμενες θεραπείες.
- δ)** Την κλινική κατάσταση του ασθενούς.
- ε)** Την αποδοχή ή μη της προτεινόμενης θεραπείας.²⁴

Παρά τις σωστές θεραπευτικές προσπάθειες υπάρχουν περιπτώσεις που τα οξυτενή κονδυλώματα παραμένουν ανθεκτικά στην θεραπεία. Τα κονδυλώματα αυτά χαρακτηρίζονται σαν προβληματικά οξυτενή κονδυλώματα και συνήθως είναι μεγάλα σε μέγεθος (πάνω από 7 mm), πολλά σε αριθμό (πάνω από 10 mm), παλαιά σε χρονική διάρκεια και ανθεκτικά σε άλλες θεραπείες.²⁴

Ενδείξεις θεραπείας της νόσου των κονδυλωμάτων συνιστούν συνήθως, αισθητικοί λόγοι, η μείωση της μεταδοτικότητας, η ανακούφιση των συμπτωμάτων και η αύξηση της αυτοεκτίμησης.⁸

Κύριος στόχος της αντιμετώπισης των μακροσκοπικά ορατών κονδυλωμάτων είναι η απομάκρυνση των συμπτωματικών κονδυλωμάτων. Στους περισσότερους ασθενείς, η θεραπεία προσφέρει περιόδους ελεύθερες κονδυλωμάτων. Τα κονδυλώματα των γεννητικών οργάνων συχνά είναι ασυμπτωματικά. Δεν υπάρχουν στοιχεία που να δείχνουν ότι οι μέχρι τώρα διαθέσιμες θεραπείες εκριζώνουν ή επηρεάζουν την φυσική ιστορία της HPV λοίμωξης. Ενδέχεται, η απομάκρυνση των κονδυλωμάτων να μειώνει την μολυσματικότητα. Χωρίς θεραπεία, τα μακροσκοπικά ορατά κονδυλώματα μπορεί να αποδράμουν αυτόματα, να παραμείνουν αμετάβλητα ή να αυξηθούν σε μέγεθος και αριθμό. Δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι η θεραπεία των μακροσκοπικών ορατών κονδυλωμάτων επηρεάζει την ανάπτυξη καρκίνου του τραχήλου ή του πρωκτού.⁸

Η υποκλινική λοίμωξη των γεννητικών οργάνων από τον HPV είναι πολύ πιο συχνή, απ' ό,τι τα εξωφυτικά κονδυλώματα, μεταξύ τόσο των ανδρών όσο και των γυναικών. Η λοίμωξη συχνά διαγιγνώσκεται έμμεσα στον τράχηλο με το Pap test, την κολποσκόπηση ή την βιοψία, και στο πέος, το αιδοίο και το δέρμα των γεννητικών οργάνων με την εμφάνιση λευκών περιοχών μετά την εφαρμογή του οξείκου οξέος. Δεν ενδείκνυται θεραπεία.⁸

Ο ιός των κονδυλωμάτων (HPV) χαρακτηρίζεται ως καρκινογόνος

Ειδικοί απ' όλο τον κόσμο έχουν χαρακτηρίσει επισήμως τους τύπους 16 & 18 του HPV ως καρκινογόνους για τον άνθρωπο, στα πλαίσια μιας προσπάθειας να ενθαρρύνουν τις κυβερνήσεις, ώστε να υποστηρίξουν την ανάπτυξη προγραμμάτων για πληθυσμιακό έλεγχο του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, που ανιχνεύουν την ύπαρξη του ιού.¹

Οι ειδικοί από 17 χώρες, σε μια πρόσφατη συνάντηση, η οποία διοργανώθηκε από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (WHO) και από την Ευρωπαϊκή Οργάνωση για την Έρευνα των λοιμώξεων και των Νεοπλασμάτων του Γεννητικού Συστήματος, συμφώνησαν επίσης ότι

οι τύποι 31 & 33 του HPV είναι « πιθανόν καρκινογόνοι» και άλλοι είναι « δυνατόν καρκινογόνοι ».¹

Η Dr. Valentine Koroltchouk, η οποία είναι ιατρός ογκολόγος στην Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας και ήταν γραμματέας της συνάντησης αυτής είπε: « Αυτή είναι επίσημη δήλωση ότι οι HPV είναι καρκινογόνοι » περισσότεροι από 70 διαφορετικοί τύποι HPV έχουν αναγνωρισθεί μέχρι σήμερα, αλλά συνεχώς ανακαλύπτονται καινούριοι. Οι περισσότεροι τύποι μολύνουν τη γεννητική οδό με σεξουαλική μετάδοση, και η έρευνα έχει δείξει ότι περισσότερες από το 90% των περιπτώσεων καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι θετικές για HPV.¹

Στους άνδρες ο ιός σχετίζεται με καρκίνο του πέους, αλλά αυτές οι περιπτώσεις είναι σπάνιες. « Ο HPV είναι λιγότερο ογκογόνος στους άνδρες και για να προκαλέσει καρκινογένεση χρειάζεται και άλλους συμπαράγοντες, όπως η κακή υγιεινή », είπε ο Dr. Cusick. Ο ιός μπορεί επίσης να προκαλέσει καρκίνους του στόματος και του οισοφάγου, πάλι μέσω ερωτικής επαφής.¹

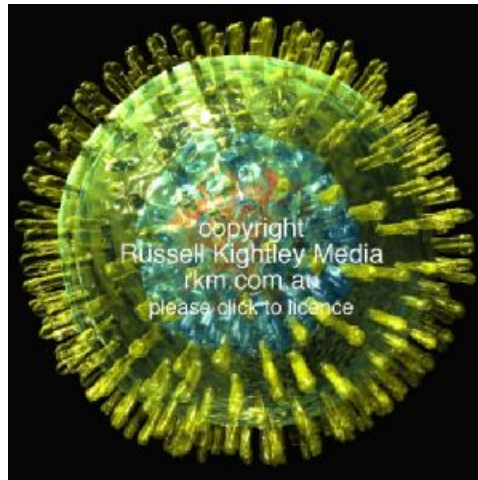
Προς το παρόν, είναι διαθέσιμες ορισμένες δοκιμασίες, οι οποίες μπορούν να ελέγξουν με ακρίβεια για τον HPV, αλλά χρειάζονται περαιτέρω βελτίωση και εξέλιξη, προκειμένου να μπορέσουν να χρησιμοποιηθούν σε προγράμματα πληθυσμιακού ελέγχου.¹

Ο εμβολιασμός κατά του HPV μπορεί να είναι ιδιαίτερα χρήσιμος στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου αποδεικνύεται δύσκολο το να εφαρμοσθούν αποτελεσματικά προγράμματα πληθυσμιακού ελέγχου. Ο εμβολιασμός είναι περισσότερο αποτελεσματικός ανάλογα με το κόστος του, μακροπρόθεσμως, σε σχέση με τον πληθυσμιακό έλεγχο. « Είναι ακόμα νωρίς, αλλά πρόσφατες έρευνες σε σκύλους έδειξαν ότι ένα εμβόλιο μπορεί να ελέγξει αποτελεσματικά τον ιό στους σκύλους. Δεν υπάρχει κανένας λόγος να μην ισχύει αυτό και στους ανθρώπους » εξήγησε ο Dr. Cusick.¹

3.5. ΈΡΠΗΣ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ (HERPES SIMPLEX VIRUS, HSV)

Ορισμός

Ο έρπης των γεννητικών οργάνων είναι μια χρόνια σεξουαλικά μεταδιδόμενη λοίμωξη, που χαρακτηρίζεται από ασυμπτωματική απόπτωση του ιού.⁸



Εικόνα 3.5.1. Έρπης.

Ιστορικό

Ταυτόχρονα είναι το συχνότερο αίτιο ελκών των γεννητικών οργάνων στις ανεπτυγμένες χώρες.¹ Στις περισσότερες περιπτώσεις, τόσο η πρωτοπαθής λοίμωξη, όσο και οι υποτροπές είναι ασυμπτωματικές. Όταν υπάρχουν συμπτώματα, η πρωτοπαθής λοίμωξη εκδηλώνεται με καθ' ομάδες φυσαλίδες στην θέση ενοφθαλμισμού και συνοδεύεται από σημαντικό πόσο και σύστοιχη λεμφαδενοπάθεια. Όταν οι ασθενείς γνωρίζουν ότι πάσχουν από έρπη, μπορεί να παρατηρήσουν ήπια συμπτώματα, εξαιτίας της καθ' υποτροπήν εμφάνισης των φυσαλίδων στην ίδια θέση. Τα περισσότερα συμπτώματα του απλού έρπητα συνδέονται με τον ψυχολογικό στιγματισμό που συνοδεύει ένα χρόνια σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα. Τα νεογνά είναι επίσης ευπαθή στην HSV όταν εκτίθενται περιγεννητικά, με κίνδυνο σημαντικής νοσηρότητας και θνησιμότητας.⁸

Η ερπητική λοίμωξη των γεννητικών οργάνων έχει προσλάβει επιδημικές διαστάσεις, αυξάνοντας αντίστοιχα την πληροφόρηση και την ανησυχία του κοινού. Ο έρπης των γεννητικών οργάνων διαφέρει από τα άλλα αφροδίσια κατά το ότι έχει τη τάση να υποτροπιάζει αυτόματα. Η σημασία του οφείλεται στη νοσηρότητα, σωματική και ψυχική, που συνεπάγονται οι υποτροπιάζουσες βλάβες των γεννητικών οργάνων, και στον κίνδυνο μετάδοσης κεραυνοβόλου και συχνά θανατηφόρου πάθησης στα νεογνά.³

Επιδημιολογία

Τα κρούσματα φθάνουν τα 20 εκατομμύρια το χρόνο παγκοσμίως. Στις ΗΠΑ υπάρχουν 300.000- 600.000 νέες περιπτώσεις κάθε χρόνο.¹ Γύρω στα 30 εκατομμύρια Αμερικανοί είναι μολυσμένοι από τον HSV- 2, δηλαδή περίπου 1 στους 5 ενήλικες.⁸

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).⁹ Παλαιότερα επικρατούσε η άποψη ότι υπεύθυνος για τον έρπητα των γεννητικών οργάνων ήταν μόνο ο HSV- 2. Σήμερα είναι γνωστό ότι το 1/3 περίπου των περιπτώσεων οφείλονται στον HSV- 1. Παρ' όλα αυτά ο επιπολασμός του HSV- 2 συνεχώς αυξάνεται και υπολογίζεται ότι έχει μολυνθεί το 20% του πληθυσμού. Ο HSV- 2 συνήθως προσβάλλει την γεννητική χώρα και τις παρακείμενες περιοχές και η μετάδοσή του γίνεται με την ερωτική επαφή. Ο HSV- 1 συνήθως προκαλεί στοματοφαρυγγική λοίμωξη και η μετάδοση του γίνεται με άμεση επαφή. Εν τούτοις, και οι δύο ιοί μπορεί να προκαλέσουν στοματοφαρυγγική λοίμωξη ή γεννητική λοίμωξη. Ο HSV- 1 έχει καταστεί σημαντική αιτία πρωτοπαθούς λοίμωξης των γεννητικών οργάνων (5- 30%) στις περισσότερες χώρες της δύσης, αλλά είναι ασυνήθες αίτιο υποτροπιάζουσας λοίμωξης. Ο HSV- 2 είναι η συχνότερη αιτία πρωτοπαθούς έρπητα των γεννητικών οργάνων (50- 95% των περιπτώσεων) σε πολλές χώρες και είναι η κύρια αιτία υποτροπιάζοντα έρπητα των γεννητικών οργάνων (90- 98%).¹

Την τελευταία τριακονταετία σημειώθηκε αλματώδης αύξηση του έρπητα των γεννητικών οργάνων: ο αριθμός των επισκέψεων για πρώτο επεισόδιο έρπητα σε δερματολογικά ιατρεία αυξήθηκε από λιγότερες από 18.000 το 1966, σε περισσότερες από 160.000 επισκέψεις το 1981, αλλά παρέμεινε σταθερός έκτοτε, ενώ η επίπτωση αυξήθηκε περισσότερο από 7 φορές. Η μεγάλη αυτή έξαρση αποδίδεται στις αλλαγές στην ερωτική συμπεριφορά, πολλαπλοί ερωτικοί συντρόφοι, παράδοξες (ερωτικές πρακτικές) και στην μεγάλη αύξηση των δεξαμενών, τις οποίες απαρτίζουν ασυμπτωματικοί φορείς που μεταδίδουν τον ιό με την ερωτική επαφή στους συντρόφους τους. Στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες η επίπτωση του έρπητα συνεχίζει να αυξάνεται.⁸

Τα τελευταία 13 χρόνια, παρά την εκστρατεία για ασφαλείς ερωτικές πρακτικές, η επίπτωση αυξήθηκε κατά 30%. Παλαιότερες μελέτες αναφέρουν ότι η παρουσία αντισωμάτων έναντι του HSV- 2 ποικίλει ανάλογα με το σεξουαλικό ιστορικό του ατόμου: στις καλόγριες 3%, στην μεσαία τάξη 25%, στους ετεροφυλόφιλους σε αφροδισιολογική κλινική 26%, στους ομοφυλόφιλους 46%, στους ομοφυλόφιλους 46%, στις κατώτερες τάξεις 46 έως 60%, στις ιερόδουλες 70- 80%.⁸

Μία μελέτη (1988- 1994) Αμερικανών ηλικίας άνω των 25 ετών, η οροθετικότητα ως προς τον HSV- 2 ανερχόταν στο 21,9%. Σύμφωνα με τα παραπάνω 1 στους 5 Αμερικανούς έχει μολυνθεί από τον HSV- 2 και υπολογίζεται ότι εκατομμύρια Αμερικανοί πάσχουν από τον έρπητα των γεννητικών οργάνων. Στις αναπτυσσόμενες χώρες ο επιπολασμός φθάνει το 40-60%.¹

Επιδημιολογικές μελέτες που πραγματοποιήθηκαν την ίδια περίπου χρονική περίοδο σε έγκυες γυναίκες έδειξαν μεγαλύτερο επιπολασμό HSV- 2 οροθετικότητας στις νότιες ΗΠΑ και ακολουθούσε η Σουηδία, η Γαλλία, η Αυστραλία, η Ιταλία, και η Ταϊβάν. Ο χαμηλότερος επιπολασμός βρέθηκε στην Ιαπωνία. Σε αιμοδότες, ο επιπολασμός κυμαίνεται κατά μέσο όρο, 8% στο Λονδίνο μέχρι 13% στο Σίδνεϋ. Σε αφροδισιολογικές κλινικές στη Ιαπωνία, τη Δυτική Ευρώπη και τη Νέα Ζηλανδία, ο επιπολασμός κυμαίνεται μεταξύ 21- 26%, ενώ στις ΗΠΑ από 40- 57%. Οι ιερόδουλες γυναίκες έχουν υψηλά επίπεδα HSV- 2 οροθετικότητας σε όλο τον κόσμο (64% στο Τόκυο και στις ΗΠΑ, 72% στο Σίδνεϋ και 96% στο Ντακάρ της Ζυρίχης).¹

Ο επιπολασμός του HSV- 2 μεταξύ των ομοφυλοφίλων ανδρών είναι επίσης ανάλογος με τον αριθμό των σεξουαλικών συντρόφων, είναι αυξημένος στους HIV- θετικούς άνδρες και ποικίλει γεωγραφικά από 83% στο Σ. Φραντζίσκο έως 24% στην Ιαπωνία και 22% στην Ισπανία. Μελέτες σε διάφορους πληθυσμούς σε όλο τον κόσμο σε διαφορετικές χρονικές περιόδους έχουν δείξει σημαντικές μεταβολές του επιπολασμού. Στις ΗΠΑ, σημειώθηκε αύξηση του επιπολασμού κατά 30% μεταξύ του 1976- 1980 και 1988- 1994, κυρίως σε λευκούς εφήβους και σε νεαρούς ενήλικες. Τυχαιοποιημένες μελέτες σε έγκυες γυναίκες έδειξαν επίσης αύξηση του επιπολασμού έδειξαν επίσης αύξηση του επιπολασμού στην Ισλανδία από 4% σε 23% (1979- 1985), στην Γαλλία από 11% σε 17% (1978- 1985), στη Σουηδία από 17% σε 32% (1969- 1983) και στο Hong- Kong από 6% σε 15% (1977- 1995). Πάντως πιο πρόσφατες μελέτες διαπιστώνουν σταθεροποιητικές τάσεις, πιθανώς ως συνέπεια των μέτρων πρόληψης της μετάδοσης του HIV.¹

Έχουν αναγνωριστεί πολλοί παράγοντες κινδύνου για μόλυνση από τον ιό του απλού έρπητα. Ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες HSV- 2 οροθετικότητας είναι:

- Ø Η μεγαλύτερη ηλικία.
- Ø Το γυναικείο φύλο.
- Ø Η μαύρη φυλή.
- Ø Χαμηλό μορφωτικό ή κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο.
- Ø Παράμετροι σεξουαλικής συμπεριφοράς (ηλικία πρώτης σεξουαλικής επαφής, αριθμός ερωτικών συντρόφων και ύπαρξη συντρόφου με έρπητα).

Ø Χρήση ναρκωτικών (π.χ. κοκαΐνης).¹

Οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα (45%) να μολυνθούν απ' ότι οι άνδρες. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, στην ηλικία των 30 ετών, αντισώματα έναντι του HSV- 1 ανευρίσκονται στο 50% και στο 80% των ενήλικων υψηλής και χαμηλής κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, αντίστοιχα. Ο συνολικός αριθμός των ερωτικών συντρόφων κατά τη διάρκεια της ζωής είναι ένας από τους σπουδαιότερους παράγοντες κινδύνου λοίμωξης από HSV- 2 και βρίσκεται σε άμεση συσχέτιση με τον επιπολασμό των αντι- HSV- 2 αντισωμάτων. Συνεπώς τα αντισώματα αυτά μπορεί να χρησιμοποιηθούν ως δείκτης υψηλού κινδύνου για άλλα ΣΜΝ.¹

Από μελέτες οροθετικότητας ως προς τον HSV- 2 στις ΗΠΑ φαίνεται ότι ο έρπης είναι πιο συχνός στους μαύρους: 3 στους 5 άνδρες, 4 στις 5 γυναίκες, στους λευκούς : 1 στους 5 άνδρες, 1 στις 4 γυναίκες. Στους λευκούς, ο επιπολασμός της νόσου μειώνεται μετά την ηλικία των 30 ετών. Στους μαύρους και στους ισπανόφωνους, ο επιπολασμός εξακολουθεί να αυξάνεται και μετά την ηλικία των 30 ετών.⁸

Παθογένεια

Η HSV λοίμωξη μεταδίδεται μέσω στενής επαφής με άτομο που αποβάλλει τον ιό σε κάποια περιφερική θέση ή σε κάποιο βλεννογόνο ή σε κάποιο έκκριμα. Ο ιός του απλού έρπητα αδρανοποιείται αμέσως σε θερμοκρασία δωματίου. Η διασπορά μέσω αερομεταφερομένων σταγονιδίων ή μολυσμένων υλικών δεν θεωρείται πιθανή. Η μόλυνση γίνεται μέσω ενοφθαλμισμού σε ευπαθή βλεννογόνο επιφάνεια ή μέσω λύσεων της συνεχείας του δέρματος. Επακολούθως της πρωτοπαθούς λοίμωξης και στη θέση του ενοφθαλμισμού, ο HSV ανέρχεται μέσω των περιφερικών αισθητικών νεύρων και εισέρχεται στα αισθητικά ή στα αυτόνομα γάγγλια, όπου περνά σε λανθάνουσα κατάσταση. Η λανθάνουσα κατάσταση μπορεί να εγκατασταθεί είτε μετά από συμπτωματική ή ασυμπτωματική πρωτοπαθή λοίμωξη. Η επαναδραστηριοποίηση του ιού μπορεί να είναι κλινικά συμπτωματική ή ασυμπτωματική.⁸

Μετάδοση

Η μετάδοση του HSV είναι αποτέλεσμα σεξουαλικής επαφής με άτομο που παρουσιάζει συμπτωματική ή ασυμπτωματική απόπτωση του ιού από δερματική ή βλεννογόνο επιφάνεια.¹

Στις περισσότερες περιπτώσεις, το 70% της μετάδοσης συμβαίνει κατά τη διάρκεια περιόδων ασυμπτωματικής απόπτωσης του HSV, πράγμα που συμβαίνει στο 1% των ημερών που δεν υπάρχουν αναγνωρίσιμες βλάβες.⁸ Η απόπτωση του ιού γίνεται από το αιδοίο, τον τράχηλο, την ουρήθρα και το περιπρωκτικό δέρμα στις γυναίκες και από το δέρμα και το βλεννογόνο του πέους και της ουρήθρας στους άνδρες. Η ασυμπτωματική απόπτωση συμβαίνει συχνότερα κατά τον πρώτο χρόνο μετά την πρωτολοίμωξη (ιδίως τους 3 πρώτους μήνες), κατά το πρόδρομο στάδιο και την εβδομάδα μετά από μία κλινική υποτροπή, ή οποιαδήποτε στιγμή. Η συχνότητα απόπτωσης κατά τα 2 πρώτα χρόνια υπολογίστηκε κατά τα 2 πρώτα χρόνια υπολογίστηκε κατά μέσο όρο σε 6% όλων των ημερών στις γυναίκες και 4% στους άνδρες.¹

Το ποσοστό μετάδοσης σε ζευγάρια, που ο ένας σύντροφος είναι μολυσμένος και ο άλλος όχι, είναι περίπου 10% ετησίως, 25% των γυναικών μολύνεται σε σύγκριση με μόνο 4 έως 6% των ανδρών. Προηγούμενη λοίμωξη από τον HSV- 1 φαίνεται ότι προστατεύει τις γυναίκες με αντι- HSV- 1 αντισώματα, 15% μολύνονται και από τον HSV- 2, ενώ στα άτομα χωρίς αντι- HSV- 1 αντισώματα, 30% μολύνονται από τον HSV- 2.⁸ Σήμερα είναι γνωστό ότι ο HSV- 2 μεταδίδεται κυρίως με την οδό της ασυμπτωματικής απόπτωσης, αν και ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος κατά τη διάρκεια της πρωτολοίμωξης. Σε μία μελέτη, στο 70% των περιπτώσεων, η μετάδοση συνέβη κατά τη διάρκεια επεισοδίων ασυμπτωματικής απόπτωσης. Η επαφή με βλάβες έρπητα συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο μετάδοσης λόγω του υψηλού του ιικού φορτίου. Σημειωτέον ότι η μετάδοση του HSV- 1 με ερωτική επαφή είναι λιγότερο ευχερής συγκρινόμενη με τη μετάδοση του HSV- 2. γενικά ο έρπητας των γεννητικών οργάνων από HSV- 1 συνδέεται με λιγότερες κλινικές υποτροπές, λιγότερη ασυμπτωματική απόπτωση του ιού και μικρότερη μεταδοτικότητα.¹

Ο κίνδυνος αυξάνει ανάλογα με τον αριθμό των ερωτικών συντρόφων. Το 40% αυτών με > 50 διαφορετικούς συντρόφους πάσχουν από έρπη.⁸ Η μετάδοση είναι ευκολότερη στον άνδρα απ' ότι στην γυναίκα παρά αντιστρόφως, γιατί οι άνδρες παρουσιάζουν συχνότερα υποτροπές, συνεπώς είναι περισσότερο μολυσματικοί. Άτομα οροαρνητικά ως προς τον HSV- 1 έχουν 1,6 φορές τον κίνδυνο απόκτησης του HSV- 2 συγκριτικά με άτομα οροθετικά.⁸

Πορεία και Πρόγνωση

Ο έρπης των γεννητικών οργάνων μπορεί να υποτροπιάζει και δεν θεραπεύεται οριστικά. Το 70% των λοιμώξεων από HSV- 2 είναι ασυμπτωματικές. Ο έρπης από HSV- 2

υποτροπιάζει περίπου 6 φορές τον χρόνο, ενώ ο έρπης από HSV- 1 συνήθως υποτροπιάζει, κατά μέσο όρο, μόνο 1 φορά τον χρόνο.⁸

Από τα άτομα που παρουσίασαν συμπτωματικό έρπη από HSV- 2, σχεδόν όλοι έχουν συμπτωματικές υποτροπές. Το ποσοστό υποτροπής είναι υψηλό σε αυτούς που το πρώτο επεισόδιο ήταν παρατεταμένο, άσχετα με το αν χορηγήθηκε αντιϊκή θεραπεία.⁸

Τα γεγονότα που προκαλούν την υποτροπή του έρπητα των γεννητικών οργάνων δεν είναι γνωστά με ακρίβεια. Σε συγκεκριμένες περιπτώσεις μπορούν να ενοχοποιηθούν η υπερένταση ή η εμμηνοπαρουσία. Γενικά, οι υποτροπές ανέρχονται στο 60% των περιπτώσεων και οι κλινικά εμφανείς παρατηρούνται συχνότερα σε άνδρες με λοίμωξη από HSV- 2. η συχνότητα της ασυμπτωματικής υποτροπής του έρπητα του τραχήλου της μήτρας δεν είναι γνωστή. Πολλοί ασθενείς περιγράφουν ένα χαρακτηριστικό πρόδρομο στάδιο αιμοδίας ή καύσου 18- 36 ώρες πριν από την εμφάνιση των βλαβών. Οι υποτροπιάζουσες βλάβες είναι συνήθως λιγότερες σε αριθμό, συνήθως εμφανίζονται σταθερά στα ίδια σημεία, συχνά περιορίζονται μόνο στα έξω γεννητικά όργανα, συνοδεύονται από λίγα συστηματικά ενοχλήματα και ιώνται πιο γρήγορα.³

Η χρόνια κατασταλτική θεραπεία δεν επιτυγχάνει την πλήρη καταστολή της απόπτωσης του ιού, αλλά την μειώνει κατά 95%, όπως διαπιστώνεται με καλλιέργεια και κατά 80% με PCR. Η χρόνια κατασταλτική θεραπεία μπορεί να ελαττώσει την μετάδοση του ιού, χωρίς όμως αυτό να έχει τεκμηριωθεί. Η επίπτωση της πρωτολοίμωξης από ανθεκτικά στην ακυκλοβίρη, είναι 2,7% στις ΗΠΑ.⁸

Κλινική Εικόνα

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 έρωτα.
- 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.⁴



Εικόνα 3.5.2. Έρπης σε γυναίκα.

Μετά από 10- 21 ημέρες τα συμπτώματα εξαφανίζονται, αλλά συνήθως ακολουθούν νέες προσβολές, που συχνά επηρεάζουν τις ίδιες περιοχές.²⁶

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.⁹ Οι επιθηλιακές αυτές βλάβες ιώνται μέσα σε 2 έως 4 εβδομάδες, συχνά εγκαταλείποντας μεταφλεγμονώδη υπό- ή υπέρ- μελάγχρωση και σπάνια ουλοποίηση.⁸ 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.⁸



Εικόνα 3.5.3. Έρπης σε άνδρα.

Τέσσερις μήνες μετά τη μόλυνση, παρατηρείται συνήθως η πρώτη υποτροπή. Πριν απ' αυτό, ο ασθενής αισθάνεται επί δύο ημέρες τοπικό μυρμήγκιασμα και τον 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 εμμηνορρυσία, στο στρες, στη συνουσία ή σε άλλους παράγοντες.⁹

Κατανομή:

α) Άνδρες :

Πρωτοπαθής Λοίμωξη:

§ Βάλανος.

§ Ακροποσθία.

§ Σώμα πέους.

§ Στεφαναϊά αύλακα.

§ Όσχεο.

§ Μηροί.

§ Γλουτοί.⁸

Υποτροπές:

§ Σώμα του πέους.

§ Βάλανος.

§ Γλουτοί.⁸

β) Γυναίκες:

Πρωτοπαθής Λοίμωξη:

§ Μεγάλα/ Μικρά χείλη.

§ Περίνεο.

§ Εσωτερική επιφάνεια μηρών.⁸

Υποτροπές:

§ Μεγάλα/ Μικρά χείλη.

§ Γλουτοί.⁸

γ) Ορθοπρωκτική Λοίμωξη:

Εμφανίζεται στους ομοφυλόφιλους άνδρες (συχνά HSV- 1). Χαρακτηρίζεται υπό τεινεσμό, πρωκτικό πόνο, πρωκτίτιδα, έκκριμα και εξελκώσεις, οι οποίες μπορεί να φθάσουν μέχρι και σε 10 cm βάθος στον πρωκτικό σωλήνα.⁸

Εργαστηριακή διάγνωση

Η διάγνωση μπορεί να επιβεβαιωθεί από δοκιμασίες που ανιχνεύουν είτε τον ίδιο τον HSV είτε αντισώματα εναντίον του.²⁶

Η μορφολογία των χαρακτηριστικών φυσαλίδων είναι ισχυρή ένδειξη λοίμωξης από HSV αλλά η διάγνωση πρέπει να επιβεβαιώνεται με εξέταση παρασκευάσματος Tzanck (έχει ευαισθησία 66%) ή Παπανικολάου, με ανίχνευση αντιγόνου του ιού με ανοσοφθορισμό ή με απομόνωση του ιού.³ Συγκεκριμένα λαμβάνεται υγρό από μία άθικτη φυσαλίδα και/ ή βάση επιστρώνεται σε λεπτό στρώμα σε μία αντικειμενοφόρο πλάκα, αποξηραίνεται και

χρωματίζεται με χρώση Wright ή με χρώση Geimsa. Είναι θετικά εάν ανιχνεύονται γιγαντιαία κερατινοκύτταρα ή πολυπύρρηνα γιγαντιαία κερατινοκύτταρα, δεν είναι όμως ειδικό.²⁶

Οι οροαντιδράσεις ανίχνευσης του HSV μπορούν να φανούν χρήσιμες για τη διάγνωση της πρωτοπαθούς λοίμωξης,³ κατά την οξεία φάση και κατά την φάση ανάρρωσης (η ορομετατροπή συμβαίνει περίπου 13 μέρες μετά την μόλυνση), καθώς επίσης και αν πρόκειται για τον HSV- 1 ή HSV- 2. Οι πιο ειδικές ορολογικές δοκιμασίες είναι εκείνες που ανιχνεύουν ειδικά του τύπου αντισώματα με την μέθοδο Western blot.⁸

Η καλλιέργεια εξακολουθεί να αποτελεί το χρυσό πρότυπο για τη διάγνωση. Η άμεση ανίχνευση του αντιγόνου του ιού με ενζυμική ανοσοανάλυση είναι πιο ευαίσθητη από την καλλιέργεια στο μεταγενέστερο στάδιο των αλλοιώσεων του HSV, ισοδυναμώντας, τότε, με την ευαισθησία της καλλιέργειας στα αρχικά στάδια της λοίμωξης.³

Σε έναν ασθενή με υποτροπιάζουσες βλάβες στα γεννητικά όργανα, ο έρπης θα πρέπει να αποκλεισθεί εάν οι ειδικές για τον τύπο του HSV δοκιμασίες είναι αρνητικές.⁸

Εξοίδηση « δίκην μπαλονίου » και δικτυωτή εκφύλιση της επιδερμίδας, ακάνθωση, ακανθόλυση και ενδοεπιδερμικές φυσαλίδες, έγκλειστα ενδοπυρηνικά σωμάτια, πολυπύρρηνα γιγαντιαία κερατινοκύτταρα, πολύχωρες φυσαλίδες.⁸

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.¹

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.¹

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.¹

Η πρωτοπαθής οξεία λοίμωξη στη διάρκεια της εγκυμοσύνης αυξάνει τον κίνδυνο απώλειας του κηρύματος και τον κίνδυνο προωρότητας. Αναφέρεται βιβλιογραφικά ότι σε μια ομάδα 283 γυναικών που ανέπτυξαν ερπητική λοίμωξη πριν την 20^η εβδομάδα της εγκυμοσύνης, το ποσοστό αποβολής ήταν 34%. Από μια άλλη ομάδα 101 γυναικών που παρουσίασαν πρωτοπαθή ερπητική λοίμωξη μετά την 20^η 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 κύσεις που παρουσιάζουν υποτροπιάζουσα ερπητική λοίμωξη.¹

Νεογνική λοίμωξη

Η επίπτωση του νεογνικού έρπητα ποικίλλει ευρέως ανά τον κόσμο από 20- 50/ 100.000 γεννήσεις στην Αυστραλία, 6,5/ 100.000 στην Σουηδία και περίπου 1,65/ 100.000 στην Αγγλία. Ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου θεωρείται η ορομετατροπή και η απόπτωση του HSV- 2 κατά το 3^ο τρίμηνο της κύησης. Πρωτοπαθής ερπητική λοίμωξη των γεννητικών οργάνων στο τελευταίο τρίμηνο της κύησης έχει το μεγαλύτερο κίνδυνο μετάδοσης της λοίμωξης στο νεογνό. Το ποσοστό ορομετατροπής για τον HSV- 2 κατά τη διάρκεια της κύησης ποικίλλει επίσης από 0,3% έως 1,9% σε διάφορες δημοσιεύσεις.¹

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.¹

Στην πρωτοπαθή ερπητική λοίμωξη της εγκύου που πραγματοποιείται μετά την 32^η 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.¹



Εικόνα 3.5.4. Έρπης σε νεογνό.

Η συχνότητα ερπητικής λοίμωξης είναι 4 με 5 φορές μεγαλύτερη στα πρόωρα νεογνά, απ' ό τι στα τελειόμηνα νεογνά.¹

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

Η νεογνική λοίμωξη συνήθως εμφανίζεται 3 με 7 ημέρες μετά τον τοκετό. Η βαρύτητά της ποικίλλει από ελαφρά χωρίς επακόλουθα, μέχρι βαρύτητας 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.¹

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%.¹

Θεραπεία

Δεν θεραπεύεται οριστικά και κάνει συχνές υποτροπές. Ωστόσο τα αντιικά 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.⁴

Η ακυκλοβίρη (Acyclovir- Zovirax), σε τοπική εφαρμογή ή από το στόμα, συντομεύει την πορεία του πρωτοπαθούς έρπητα των γεννητικών οργάνων. Στις βαριές περιπτώσεις με

πυρετό, συστηματικά συμπτώματα και εκτεταμένες τοπικές βλάβες συνιστάται η ενδοφλέβια ή η από του στόματος χορήγηση του φαρμάκου. Ωστόσο, τα φάρμακα δεν επηρεάζουν τον ιό που βρίσκεται σε λανθάνουσα κατάσταση και δεν είναι σε θέση να εμποδίσουν τις υποτροπές. Πάντως η προφυλακτική χορήγηση ακυκλοβίρης από το στόμα επί 4- 6 χρόνια μειώνει τη συχνότητα των υποτροπών κατά 60- 80%, αλλά μπορεί να παρατηρηθεί ασυμπτωματική διασπορά του ιού παρά την προφύλαξη.³

Η ακυκλοβίρη από το στόμα κατά τα βαριά επεισόδια υποτροπής επιταχύνει την υποχώρηση των φαινομένων. Επίσης, έχουν εισαχθεί νεότερα αντι- ιϊκά φάρμακα με εξαίρετη δράση κατά του HSV, όπως η βαλακυκλοβίρη και η φαμκυκλοβίρη.³

Η παρατεταμένη από του στόματος χορήγηση ακυκλοβίρης 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.¹

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.¹

Η διασπορά του ιού από ενεργούς ερπητικές βλάβες του τραχήλου της μήτρας στα τελευταία στάδια της κύησης περί την αναμενόμενη ημερομηνία του τοκετού, αποτελεί ένδειξη καισαρικής τομής, ιδιαίτερα όταν η λοίμωξη είναι πρωτοπαθής, οπότε συνοδεύεται και από το μεγαλύτερο κίνδυνο μόλυνσης του νεογνού. Ο κίνδυνος που δημιουργεί για τα νεογνά η ασυμπτωματική διασπορά του HSV κατά τον τοκετό δεν είναι γνωστός.³

Ο θηλασμός πρέπει να αποφεύγεται στις περιπτώσεις που υπάρχουν δερματικές βλάβες στη μητέρα. Επίσης τα νεογνά με παρουσία ερπητικής λοίμωξης πρέπει να απομονώνονται από τα υπόλοιπα, ώστε να αποφεύγεται η διασπορά της νόσου.¹

3.6. ΜΑΛΑΚΟ ΕΛΚΟΣ (CHANCROID, SOFT CHANCER)

Ορισμός

Το μαλακό έλκος είναι μια οξεία, σεξουαλικά μεταδιδόμενη λοίμωξη που χαρακτηρίζεται από ένα επώδυνο έλκος στην θέση ενοφθαλμισμού, συνήθως στα έξω γεννητικά όργανα, και ανάπτυξη επιχώριας, διαπυητικής λεμφαδενοπάθειας.⁸

Επιδημιολογία

Συνήθως προσβάλλει νεαρούς άνδρες με πιο συχνή την λεμφαδενίτιδα. Οφείλεται στον *Haemophilus Ducreyi*, ένα Gram αρνητικό στρεπτοβάκιλο. Οι αναφορές για την επίπτωση της νόσου είναι λιγότερες από τα πραγματικά χαρακτηριστικά. Το 1994, αναφέρθηκαν 773 περιπτώσεις μόνο στις ΗΠΑ.⁴

Είναι σπάνιο φαινόμενο στις βιομηχανικές χώρες. Μικροεπιδημίες εισάγονται σποραδικά από τροπικές χώρες. Η νόσος είναι ενδημική σε τροπικές και υποτροπικές χώρες του Τρίτου Κόσμου, ειδικά μεταξύ φτωχών κατοίκων αστικών κέντρων και λιμανιών.⁴

Ο χρόνος επώασης της νόσου κυμαίνεται από 4 έως 7 μέρες. Δεν έχει κανένα πρόδρομο σύμπτωμα. Το ιστορικό του αφορά σεξουαλικά δραστήρια άτομα το οποία νοσούν κατά τη διάρκεια επίσκεψής τους σε χώρα όπου το έλκος είναι ενδημικό και σε πιθανές επαφές με ιερόδουλες.⁸



Εικόνα 3.6.1. Επιδημιολογική κατανομή του μαλακού έλκους.

Παθογένεια

Το μαλακό έλκος έχει μελετηθεί ελάχιστα. Ο *Hemophilus Ducey* ενοφθαλμίζεται μέσω μικρών λύσεων της συνεχείας της επιδερμίδας ή του βλεννογόνου. Η πρωτοπαθής λοίμωξη αναπτύσσεται στην θέση ενοφθαλμισμού και ακολουθείται από λεμφαδενίτιδα. Η ανάπτυξη διογκωμένων λεμφαδένων γίνεται από λίγους μικροοργανισμούς, αλλά από έντονη οξεία φλεγμονώδη αντίδραση. Ο ρόλος της ανοσολογικής αντίδρασης δεν είναι γνωστός. Αποτελεί συμπαράγοντα για μετάδοση του HIV: το μαλακό έλκος είναι το ΣΜΝ που συνδέεται στενότερα με αυξημένο κίνδυνο για μετάδοση του HIV. Περίπου 10% των ασθενών με μαλακό έλκος μπορεί να είναι επίσης μολυσμένοι από το *T. Pallidum* ή τον ιό του απλού έρπητα (HSV).⁴

Μετάδοση

Η μετάδοση της νόσου γίνεται πιθανότερα κατά τη διάρκεια ερωτικής επαφής με τον ερωτικό σύντροφο, ο οποίος έχει έλκος στην περιοχή των γεννητικών οργάνων από *Hemophilus Ducey*. Το μαλακό έλκος αποτελεί συμπαράγοντα για την μετάδοση του HIV. Το ποσοστό της HIV λοίμωξης μεταξύ των πασχόντων από μαλακό έλκος είναι υψηλό. Αναφορικά το 10% των ασθενών με μαλακό έλκος πάσχουν από σύφιλη ή έρπητα των γεννητικών οργάνων.⁸

Πορεία και Πρόγνωση

Οι ασθενείς θα πρέπει να επανεξεταστούν 3 έως 7 μέρες μετά την έναρξη της θεραπείας. Εάν η θεραπεία είναι επιτυχής, τα έλκη βελτιώνονται ως προς τα συμπτώματα μέσα σε 3 μέρες και βελτιώνονται αντικειμενικά μέσα σε 7 μέρες από την έναρξη της θεραπείας.⁸

Εάν δεν υπάρχει κλινική βελτίωση, η διάγνωση μπορεί να ήταν λανθασμένη, μπορεί να συνυπάρχει λοίμωξη από άλλο σεξουαλικά μεταδιδόμενο παράγοντα, μπορεί ο ασθενής να είναι μολυσμένος από τον HIV, μπορεί να μην υπήρξε συμμόρφωση στην θεραπεία ή μπορεί το στέλεχος του *Hemophilus Ducey* που προκαλεί την λοίμωξη να ήταν ανθεκτικό στο χορηγηθέν αντιβιοτικό. Ο χρόνος που απαιτείται για την πλήρη ίαση του εξαρτάται από το μέγεθος του έλκους. Τα μεγάλα έλκη μπορεί να χρειαστούν περισσότερο από 2 βδομάδες. Η πλήρης υποχώρηση της λεμφαδενοπάθειας είναι βραδύτερη από εκείνη των ελκών και μπορεί να χρειασθεί να γίνει αναρρόφηση με βελόνα μέσω του παρακείμενου υγιούς δέρματος-

ακόμη και κατά τη διάρκεια επιτυχημένης θεραπείας. Σε HIV- θετικά άτομα, η ίαση μπορεί να είναι βραδύτερη και υπάρχουν περιπτώσεις που η θεραπεία αποτυγχάνει. Σε αυτήν την περίπτωση, συνιστώνται θεραπευτικά σχήματα μεγαλύτερης διάρκειας.⁸

Κλινική Εικόνα

Ευρήματα από το δέρμα: Ευαίσθητη βλατίδα με ερυθματώδη άλω, η οποία εξελίσσεται σε φλύκταινα, διάβρωση και έλκος. Το έλκος είναι συνήθως ιδιαίτερα ευαίσθητο ή επώδυνο. Τα χείλη είναι οξέα, υπεσκαμένα και δεν είναι σκληρά. Η βάση του είναι εύθρυπτη με κοκκιώδη ιστό και καλύπτεται από φαιό- κίτρινο έκκριμα. Το οίδημα της ακροποσθίας είναι συχνό. Το έλκος μπορεί να είναι μονήρες ή να υπάρχουν πολλαπλά έλκη που συνενώνονται για να σχηματίσουν μεγάλα ή και γιγαντιαία έλκη (> 2 cm) με οφιοειδές σχήμα.⁸

Κατανομή των βλαβών: Πολλαπλά έλκη αναπτύσσονται από ενοφθαλμισμό.

Άνδρας:

- § Ακροποσθία.
- § Χαλινός της ακροποσθίας.
- § Αύλακα.
- § Βάλανος.
- § Σώμα του πέους.⁸



Εικόνα 3.6.2. Μαλακό έλκος σε άνδρα.

Γυναίκα:

- § Χαλινός της κλειτορίδας.
- § Χείλη του αιδοίου.
- § Πρόδομος του κολεού.
- § Κλειτορίδα.
- § Τοιχώματα του κόλπου (από απευθείας επέκταση από την είσοδο του κόλπου).
- § Τράχηλος.
- § Περιπρωκτικά.⁸

Εξωγεννητικές βλάβες:

- § Στήθος.
- § Δάχτυλα.
- § Μηροί.
- § Βλεννογόνο του στόματος.⁸

Γενική εξέταση: Επώδυνη βουβωνική λεμφαδενίτιδα (συνήθως ετερόπλευρη). Εμφανίζεται στο 50% των ασθενών, 1 έως 2 βδομάδες μετά την πρωτοπαθή βλάβη. Μπορεί να εμφανιστούν διογκωμένοι βουβωνικοί λεμφαδένες με υπερκείμενο ερύθημα και μπορεί να παροχετευτούν αυτόματα.⁸

Ο συνδυασμός ενός επώδυνου έλκος με ευαίσθητη λεμφαδενοπάθεια (η οποία όμως εμφανίζεται στο 1/3 των ασθενών) είναι ενδεικτικές μαλακού έλκους και, όταν συνοδεύεται και από διαπυητική βουβωνική λεμφαδενοπάθεια, είναι σχεδόν παθογνωμονικός.⁸

Στη διαγνωστική αξιολόγηση των ασθενών με γεννητικά έλκη, το ιστορικό και η κλινική εξέταση έχουν ιδιαίτερη σημασία αλλά πολλές φορές δεν επαρκούν για την τεκμηρίωση της διάγνωσης. Υπό ιδανικές συνθήκες θα πρέπει να γίνεται ταυτόχρονη διερεύνηση προς την κατεύθυνση του έρπητα των γεννητικών οργάνων και της σύφιλη.¹

Αν συνυπάρχουν διογκωμένοι λεμφαδένες και κλυδάζοντες μηροβουβωνικοί λεμφαδένες τότε θα πρέπει να γίνεται παρακέντηση και αναρρόφηση των λεμφαδένων, χρώση του αναρροφηθέντος υλικού κατά Gram και καλλιέργεια για τον αποκλεισμό αιμόφιλου Duceyji ή άλλων παθογόνων μικροβίων.¹

Η πιθανή διάγνωση γίνεται εάν ο ασθενής πληρεί τα ακόλουθα κριτήρια:

1. > 1 επώδυνα γεννητικά έλκη.⁴

2. Δεν υπάρχει ένδειξη λοίμωξης από *T. Pallidum* στην εξέταση σε σκοτεινό πεδίο εξιδρώματος από το έλκος ή στις ορολογικές εξετάσεις που πραγματοποιούνται 7 μέρες τουλάχιστον μετά την έκθεση των ελκών.⁴

3. Κλινική εικόνα, η όψη των ελκών, λεμφαδενοπάθεια, αν υπάρχει, είναι τυπικές για μαλακό έλκος και η εξέταση για HSV είναι αρνητική.⁴

Ο συνδυασμός επώδυνου έλκους και ευαίσθητης βουβωνικής λεμφαδενοπάθειας, η οποία εμφανίζεται στο ένα τρίτο περίπου των ασθενών, κατευθύνει στη διάγνωση του μαλακού έλκους, όταν συνοδεύονται και από διαπυητική βουβωνική λεμφαδενοπάθεια, τα σημεία αυτά είναι παθογνωμονικά.⁴

Η οριστική διάγνωση γίνεται με την απομόνωση του *Hemophilus Ducreyi* σε ειδικά καλλιεργητικά μέσα (δεν είναι ευρέως διαδεδομένα). Ευαισθησία < 80%.⁴

Εργαστηριακή διάγνωση

— Χρώση κατά Gram.

Ξέσματα που προέρχονται από την βάση του έλκους ή πύου από διογκωμένο βουβωνικό λεμφαδένα. Προσπάθεια να ανευρεθούν μικρές συναθροίσεις ή παράλληλες αλυσίδες από Gram αρνητικά ραβδία. Η ερμηνεία είναι δύσκολη εξαιτίας της παρουσίας και άλλων μικροοργανισμών στα έλκη.⁸

— Καλλιέργεια.

Χρειάζονται ειδικά θρεπτικά υλικά, ενώ η απομόνωση είναι δύσκολη. Με την χρήση ειδικών θρεπτικών υλικών, η ευαισθησία δεν υπερβαίνει το 80%.⁸

— Ορολογικές δοκιμασίες.

Τέτοιου είδους δοκιμασίες δεν υπάρχουν. Οι ασθενείς θα πρέπει να ελεγχθούν για HIV λοίμωξη κατά τη στιγμή της διάγνωσης. Επίσης οι ασθενείς θα πρέπει να ελεγχθούν τόσο για σύφιλη όσο και για HIV λοίμωξη 3 μήνες αργότερα, εάν τα αρχικά ευρήματα ήταν αρνητικά.⁸

— Ιστοπαθολογία.

Μπορεί να βοηθήσει. Σπανίως αναδεικνύεται ο μικροοργανισμός.⁸

— PCR.

Ανιχνεύει αλληλουχίες DNA του *Hemophilus Ducreyi*.⁸

Διαφορική διάγνωση

Έλκος των γεννητικών οργάνων:

- ◆ Έρπης των γεννητικών οργάνων.
- ◆ Πρωτοπαθής σύφιλη
- ◆ Ντονοβάνωση.
- ◆ Αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα.
- ◆ Δευτεροπαθής επιμολυνθέντα δήγματα από άνθρωπο ή επιμολυνθείσες τραυματικές βλάβες.²⁴

Επώδυνη βουβωνική μάζα:

- ◆ Έρπης των γεννητικών οργάνων.
- ◆ Σύφιλη.
- ◆ Περισιγμένη κήλη.
- ◆ Βουβωνική πανώλη.
- ◆ Τουλαραιμία.²⁴

Θεραπεία

Συχνά ο θεράπων ιατρός θα πρέπει να χορηγήσει μια εμπειρική θεραπεία πριν τα εργαστηριακά αποτελέσματα. Σε αυτές τις περιπτώσεις θα πρέπει να χορηγείται η θεραπευτική αγωγή με βάση τη πιθανότερη κλινική διάγνωση, την « τοπική » επιδημιολογική συχνότητα των ΣΜΝ και την ευαισθησία των πιθανών μικροβιακών στελεχών στα αντιβιοτικά. Αν η διάγνωση δεν είναι ξεκάθαρη με βάση την κλινική εικόνα ή δεν διατίθενται οι απαραίτητες εργαστηριακές μέθοδοι για την τεκμηρίωση της διάγνωσης, τότε θα πρέπει να δίδεται θεραπεία για το μαλακό έλκος σε περιοχές που ενδημεί ο αιμόφιλος *Ducreyi*.¹

Ανεξάρτητα από την επιλογή του θεραπευτικού σχήματος, οι ασθενείς θα πρέπει να επανεξετάζονται σε 7 μέρες από την έναρξη της θεραπείας και σε περίπτωση μη κλινικής βελτίωσης να διενεργείται περαιτέρω διαγνωστικός έλεγχος και χορήγηση θεραπείας για άλλα πιθανά αίτια γεννητικών ελκών.¹

3.7. ΒΟΥΒΩΝΙΚΟ ΚΟΚΚΙΩΜΑ (ΝΤΟΝΟΒΑΝΩΣΗ)

Ορισμός

Το βουβωνικό κοκκίωμα, γνωστό επίσης και ως ντονοβάνωση, είναι μια βραδέως εξελισσόμενη ελκωτική νόσος, που προσβάλλει κυρίως το δέρμα και τους υποδόριους ιστούς της γεννητικής, βουβωνικής και πρωκτικής περιοχής.¹

Οργανισμός

Ο υπαίτιος οργανισμός είναι το Καλυμματοβακτήριο του κοκκιώματος (*Calymmatobacterium Granulomatis*), ένα Gram αρνητικό βακτήριο που ανοσολογικά συγγενεύει με ορισμένα στελέχη *Klebsiella*. Οι τρέχουσες ενδείξεις υποδηλώνουν ότι το *C. Granulomatis* δεν είναι μέλος της οικογένειας *Klebsiella- Enterobacter- Serratia*, και η ακριβής του ταξινόμηση είναι αβέβαιη. Ο οργανισμός μπορεί να αναπτυχθεί σε λεκιθικούς ασκούς, αλλά μόνο με μεγάλη δυσκολία σε τεχνητό μέσο. Είναι προφανώς ένα δυνητικά ενδοκυττάριο παράσιτο, δεδομένου ότι βρίσκεται κυρίως μέσα σε ιστιοκύτταρα ή άλλα μονοπύρνα κύτταρα στις θέσεις της βλάβης.¹

Επιδημιολογία

Το βουβωνικό κοκκίωμα εμφανίζει ενδημικές εστίες σε τροπικές και υποτροπικές περιοχές, όπως η Νέα Γουινέα, η Βόρεια και Κεντρική Αυστραλία, η Νοτιοανατολική Ινδία, Η Καραϊβική, η Κεντρική Αμερική και η Βραζιλία. Η γεωγραφική του κατανομή είναι περιορισμένη. Κατά τη διάρκεια του 1990 παρατηρήθηκε επανεμφάνιση της νόσου στη Νότια Αφρική. Στις ανεπτυγμένες χώρες καταγράφονται μόνο σποραδικές περιπτώσεις (πρόσφατες

αναφορές υπάρχουν από Γαλλία, Ιταλία, Καναδά, Ιαπωνία, κ. ά.), συνήθως σε ταξιδιώτες ή μετανάστες από ενδημικές περιοχές. Η επίπτωση μάλιστα βαίνει μειούμενη. Στις ΗΠΑ, μετά το 1970, έχουν καταγραφεί περίπου 100 περιπτώσεις, ενώ το 1997 αναφέρθηκαν μόλις 8 περιστατικά.²

Υπάρχουν ενδείξεις και όχι αποδείξεις, ότι φυλετικά και εθνικά χαρακτηριστικά προδιαθέτουν στη νόσο. Έχει παρατηρηθεί υψηλότερη συχνότητα στους μαύρους της Αμερικής απ' ότι στους λευκούς, στους Ινδουιστές απ' ότι στους Μουλσουμάνους στην Ινδία και στους Ιθαγενείς απ' ότι στους Ευρωπαίους στην Παπούα, Νέα Γουινέα. Ασφαλώς τούτο μπορεί να ερμηνεύεται από διάφορες κοινωνικοοικονομικής φύσης ή συνθηκών διαβίωσης και υγιεινής. Όσον αφορά το φύλο, στις περισσότερες χώρες είναι συχνότερο στους άντρες, ενώ στη Βραζιλία επικρατούν οι γυναίκες. Οι περισσότεροι ασθενείς είναι νεαροί ενήλικες, συνήθως 20- 30 ετών. Οι ομοφυλόφιλοι άνδρες φαίνεται ότι προσβάλλονται συχνότερα. Χαμηλό εισόδημα και κακή υγιεινή έχουν συσχετιστεί με το βουβωνικό κοκκίωμα. Σε μεγάλες σειρές ασθενών έχει τεκμηριωθεί ισχυρή συσχέτιση με τη σύφιλη και την HIV νόσο, χωρίς όμως να επηρεάζει την κλινική τους πορεία. Επιπλέον, ως νόσημα που προκαλεί έλκη των γεννητικών οργάνων, το βουβωνικό κοκκίωμα προδιαθέτει στη μετάδοση του HIV.²



Εικόνα 3.7.1. Επιδημιολογική κατανομή του βουβωνικού κοκκιώματος.

Μετάδοση

Ο ακριβής τρόπος μετάδοσης του *Calymmatobacterium Granulomatis* δεν είναι γνωστός.² Μεταδίδεται κυρίως σεξουαλικά, αλλά πιθανώς μπορεί να μεταδοθεί επίσης και με μη σεξουαλική επαφή.¹ Υπέρ της σεξουαλικής μετάδοσης συνηγορούν η εντόπιση των αρχικών βλαβών (στα γεννητικά όργανα ή στην περιπρωκτική χώρα σε ομοφυλόφιλους άνδρες) και η προσβολή σεξουαλικά δραστήριων ατόμων, ενώ η μη σεξουαλική μετάδοση πιθανολογείται από την εμφάνιση της νόσου σε παιδιά χωρίς συμμετοχή σε σεξουαλικές επαφές.² Πολλαπλές σεξουαλικές επαφές με έναν μολυσμένο σύντροφο φαίνεται ότι είναι απαραίτητες για τη μετάδοση της λοίμωξης.¹

Κλινικές εκδηλώσεις

Η αρχική βλάβη συνήθως εμφανίζεται ως υποδόριο οζίδιο με διαβρωμένη επιφάνεια και εξελίσσεται σε μια χονδρή, υπερυψωμένη κοκκιωματώδη βλάβη. Συνήθως είναι ανώδυνη και δε συνοδεύεται από συστηματικά συμπτώματα. Δευτεροπαθής βακτηριακή λοίμωξη μπορεί να προκαλέσει νεκρωτική επώδυνη ελκωτική βλάβη, πιθανόν ταχέως καταστροφική για τους γύρω ιστούς. Περιγράφεται επίσης μια ουλοποιητική μορφή που μοιάζει με χηλοειδές, η οποία εμφανίζει αποχρωματισμό και διάσπαρτες νησίδες κοκκιωματώδους ιστού. Οι αλλοιώσεις στη γεννητική περιοχή συνήθως συνδυάζονται με βουβωνική ψευδολεμφαδενοπάθεια, δηλαδή με διογκώσεις που δεν οφείλονται σε προσβολή των βουβωνικών λεμφαδένων αλλά μάλλον σε κοκκιωματώδη βλάβη των υποδόριων ιστών. Μεταστατική λοίμωξη των οστών ή των σπλάγχχνων παρατηρείται σπάνια. Η κλινική εμπειρία υποδηλώνει ότι δευτεροπαθή καρκινώματα μπορεί να αποτελούν επιπλοκή του βουβωνικού κοκκιώματος.¹

Θεραπευτική διάγνωση

Η διάγνωση τίθεται με τη διαπίστωση των ενδοκυττάρων « σωματίων Ντόνοβαν » σε ιστοκύτταρα ή άλλα μονοπύρηνια κύτταρα από ξέσματα της βλάβης ή βιοψίες. Η χρώση Wright και Giemsa πρόσφατων επιχρισμάτων ή μη μονιμοποιημένων βιοψιών συνήθως αποκαλύπτει τους « ψευδοβουβώνες ».¹

Διαφορική διάγνωση

Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει όγκο, αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα, μαλακό έλκος, σύφιλη και άλλες ελκωτικές κοκκιωματώδεις νόσους. Το μαλακό έλκος συνήθως ξεχωρίζει από τα ανώμαλα χαμηλά του όρια. Η εξέταση σε σκοτεινό πεδίο και οι ορολογικές δοκιμασίες βοηθούν στη διάκριση της σύφιλης. Οι βιοψίες μπορεί να είναι απαραίτητες για τη διάκριση του βουβωνικού κοκκιώματος από ορισμένους όγκους.¹

Θεραπεία

Θεραπευτικά δίνεται τετρακυκλίνη σε δοσολογία 2g ανά ημέρα για 21 συνεχόμενες ημέρες.³

ΠΑΘΗΣΗ	ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗ	ΑΔΕΝΟΠΑΘΕΙΑ	ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ	ΔΙΑΓΝΩΣΗ/ΘΕΡΑΠΕΙΑ
Βουβωνικό κοκκίωμα. Αίτιο: καλυμματοβακτηρίδιο του κοκκιώματος (στις ΗΠΑ 50 περιπτώσεις χρόνο).	Επώαση 9- 50 ημέρες. Τουλάχιστον μια ανώδυνη βλατίδα που βαθμιαία εξελκώνεται. Μεγάλα έλκη (1- 4 cm), οίδημα ακανόνιστα ανώδυνα, με παχέα ανεστραμμένα χείλη και σαρκόχρωμα στη βάση. Σε παλαιότερες περιοχές του έλκους	Δεν είναι πραγματική αδενίτιδα. Στο 1/5 των περιπτώσεων υποδόρια λεμφική διασπορά που οδηγεί σε σκληρό οίδημα ή αποστήματα των βουβωνικών χωρών – « ψευδοβουβώνες ».	Μεταστατική λοίμωξη οστών, αρθρώσεων, ήπατος.	Στο παρασκεύασμα ξεσμάτων ή βαθιάς απόξεσης του ενεργού φλεγμονώδους χείλους παρατηρούνται, μετά από χρώση Wright και Giemsa, μέσα σε κενοτόπια μακροφάγων μικρού μήκους, παχέα « σωματία του

χαρακτηριστική
ουλοποίηση με
αποχρωματισμό.
Το προωθούμενο
χείλος
παρουσιάζει νέες
βλατίδες.

Donovan » με
διπολική
χρώση.
Θεραπευτικά:
τετρακυκλίνη,
2g την ημέρα x
21 ημέρες.

Πίνακας 3.7.1. Διαφορική διάγνωση πάθησης που προκαλεί εξελκώσεις των γεννητικών οργάνων.³

3.8. ΚΟΛΠΙΤΙΔΕΣ

Η θέση καθώς και ο ρόλος του κόλπου τον καθιστούν εξαιρετικά ευαίσθητο σε διαφόρους παθογόνους ή δυνητικά παθογόνους μικροοργανισμούς. Κάθε σημαντική μεταβολή στη φυσιολογική μικροβιακή κολπική χλωρίδα συνδέεται με μείωση της άμυνας της περιοχής με αποτέλεσμα την εμφάνιση λοιμώξεων.²⁸

Φυσιολογική μικροβιακή κολπική χλωρίδα

Ο κόλπος της γυναίκας αναπαραγωγικής ηλικίας είναι φυσιολογικά αποικισμένος με αερόβια και αναερόβια μικρόβια, τα οποία αποτελούν τη φυσιολογική μικροβιακή κολπική χλωρίδα. Ανά κυβικό χιλιοστό κολπικού υγρού υπάρχουν 100 εκατομμύρια έως δισεκατομμύρια μικροοργανισμοί.²⁸

Η φυσιολογική μικροβιακή κολπική χλωρίδα αποτελείται κυρίως από γαλακτοβάκιλλους γνωστούς και ως βακτήρια του Doderlein. Μέχρι πρότινος πιστεύαμε ότι ο *Lactobacillus Acidophilus* ήταν κυρίαρχος μικροοργανισμός, νεότερες όμως μελέτες έδειξαν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των μικροβίων της φυσιολογικής μικροβιακής κολπικής χλωρίδας αποτελείται από τον *L. Iners* και ακολουθεί ο *L. Crispatus*. Άλλοι μικροοργανισμοί, οι οποίοι συναντιούνται είναι οι *L. Delbruekli*, *L. Jensenii*, *L. Buchneri*, *L. Gasseri* και *Bifidobacterium*

spp. Η αναλογία των μικροβίων της φυσιολογικής μικροβιακής κολπικής χλωρίδας μπορεί να εμφανίζει μεγάλες διαφορές από γυναίκα. Το δεδομένο αυτό έκανε απαραίτητη τη θέσπιση ορισμένων παραμέτρων με βάση τις οποίες είναι δυνατή η αξιολόγηση και η καταμέτρηση μικροβίων της φυσιολογικής μικροβιακής κολπικής χλωρίδας. Οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενοι παράμετροι για τον ποσοτικό χαρακτηρισμό είναι εκείνες, οι οποίες βασίζονται στα κριτήρια του Nugent (Nugent- Score). Η αξιολόγηση και η καταμέτρηση μικροβίων της φυσιολογικής μικροβιακής κολπικής χλωρίδας είναι ιδιαίτερα χρήσιμη καθ' ότι βοηθά τόσο στην εκτίμηση της αναγκαιότητας θεραπευτικής αγωγής όσο και της επιτυχίας μιας θεραπευτικής αγωγής.²⁸

Ο αποικισμός του κολπικού επιθηλίου από τους γαλακτοβάκιλλους δεν επιτρέπει την εγκατάσταση άλλων μικροβίων στην περιοχή. Κάτω από την επίδραση των οιστρογόνων μεταβολίζουν τη γλυκόζη σε γαλακτικό οξύ στα επιθηλιακά κύτταρα. Η διαδικασία αυτή έχει σαν αποτέλεσμα τη δημιουργία ενός περιβάλλοντος στον κόλπο, το pH του οποίου κυμαίνεται κάτω από φυσιολογικές συνθήκες μεταξύ 3,8 και 4,5. Το όξινο αυτό περιβάλλον συμβάλλει στην αποτελεσματική προστασία του κόλπου από μολύνσεις, καθ' ότι ο μεγαλύτερος αριθμός των παθογόνων βακτηρίων δεν επιβιώνει κάτω απ' αυτές τις συνθήκες. Το όξινο όμως αυτό περιβάλλον προστατεύει τον κόλπο μόνο από βακτηριακές λοιμώξεις όχι όμως και από ορισμένες μυκητιασικές λοιμώξεις. Επίσης ορισμένα είδη γαλακτοβάκιλλων παράγουν υπεροξειδίο του υδρογόνου, το οποίο είναι τοξικό για τα παθογόνα βακτήρια. Διαταραχές στη φυσιολογική μικροβιακή κολπική χλωρίδα, όπως συμβαίνει για παράδειγμα μετά από λήψη αντιβιοτικών, μπορεί να οδηγήσουν σε μείωση των βακτηρίων του Doderlein με αποτέλεσμα την εμφάνιση βακτηριακής κολπίτιδας. Μείωση των βακτηρίων του Doderlein μπορεί να προκληθεί και με υπερβολικά μέτρα υγιεινής και ιδιαίτερα με τη χρήση σαπουνιού (αλκαλικού pH).⁴

Το συχνότερο παθολογικό αίτιο μιας κολπίτιδας είναι η *Gardnerella Vaginalis* (40% όλων των κολπίτιδων). Στη δεύτερη θέση βρίσκονται οι παθογόνοι μύκητες και τα παθογόνα *Chlamydia trachomatis*, μιας και ευθύνονται για σημαντικό αριθμό κολπίτιδων. Επίσης κολπίτιδα μπορούν να προκαλέσουν οι τριχομονάδες του κόλπου καθώς και σε μικρότερο βαθμό τα *Enterobacteriaceae* και spp σταφυλόκοκκου.⁴

3.8.1. Βακτηριακή κολπίτιδα

Ορισμός

Ως βακτηριακή κολπίτιδα (BK) χαρακτηρίζεται ο άτυπος αποικισμός του κόλπου κυρίως με αναερόβιους μικροοργανισμούς, ο οποίος έχει σαν αποτέλεσμα φλεγμονή στην περιοχή του κόλπου (κολπίτιδα).²⁸

Επιδημιολογία

Στο 50% των γυναικών χωρίς συμπτώματα, οι οποίες υποβάλλονται σε προληπτικό εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώνεται βακτηριακή κολπίτιδα. Έρευνες στις ΗΠΑ υπολογίζουν ότι 10 έως 20 εκατομμύρια γυναίκες εμφανίζουν βακτηριακή κολπίτιδα. Στα δύο τρίτα των γυναικών που αναφέρουν μεγάλη έκκριση κολπικού υγρού σε ανάλογη εργαστηριακή εξέταση θα διαπιστωθεί βακτηριακή κολπίτιδα.²⁸

Οργανισμοί

Στην βακτηριακή κολπίτιδα παρατηρείται μια διαταραχή της ισορροπίας της φυσιολογικής μικροβιακής κολπικής χλωρίδας, η οποία οδηγεί στην εμφάνιση μεγάλου αριθμού παθογόνων μικροβίων με κυριότερο την *Gardnerella Vaginalis* σε ποσοστό άνω του 90%, άλλα αναερόβια όπως *Prevotella*, *Mobiluncus spp* και *Peptostreptococcus* καθώς και μυκοπλάσματα του γενετικού συστήματος.⁴

Παθογένεια

Η βακτηριακή κολπίτιδα αρχικά είναι ακίνδυνη. Η παρουσία της όμως ευνοεί την άνοδο άλλων παθογόνων μικροβίων (π.χ. των χλαμυδίων) μέσω της μήτρας στις σάλπιγγες και στις ωοθήκες. Μια τέτοια ανιούσα φλεγμονή μπορεί να οδηγήσει σε στειρότητα. Νεότερες μελέτες αναφέρουν ότι η βακτηριακή κολπίτιδα μπορεί να θεωρηθεί ως ένας παράγοντας, ο οποίος αυξάνει τον κίνδυνο μόλυνσης με τον HIV. Η παρουσία βακτηριακής κολπίτιδας κατά την εγκυμοσύνη έχει συνδεθεί με πρόωρη ρήξη της BLASEN, με αυξημένο κίνδυνο πρόωρου τοκετού καθώς και υπόβαρα νεογνά.²⁸

Παράγοντες λοίμωξης

Οι παράγοντες που οδηγούν στην εμφάνιση της βακτηριακής κολπίτιδας δεν έχουν πλήρως διευκρινιστεί. Η προσκόλληση των παθογόνων μικροβίων σε ανάλογους υποδοχείς στην επιφάνεια των επιθηλιακών κολπικών κυττάρων καθώς και το είδος και ο απόλυτος αριθμός τους φαίνεται να είναι από τους σημαντικότερους παράγοντες.⁴

Κλινικά συμπτώματα

Συμπτώματα όπως κνησμός ή καύσος εμφανίζονται σχεδόν σπάνια στη βακτηριακή κολπίτιδα. Χαρακτηριστικό και στις περισσότερες περιπτώσεις και το μοναδικό κλινικό σύμπτωμα μιας βακτηριακής κολπίτιδας είναι η έκκριση λευκόρευστου κολπικού υγρού, το οποίο έχει οσμή ψαριού.²⁸

Εργαστηριακή διάγνωση

Η διάγνωση της βακτηριακής κολπίτιδας βασίζεται στα κριτήρια του Amsel:

- α. Ύπαρξη ομοιογενούς δύσοσμης υπερέκκρισης του κολπικού υγρού.
- β. pH του κολπικού υγρού μεγαλύτερο του 5,0.
- γ. Θετική δοκιμασία αμινών, όπου η προσθήκη KOH 10% στο έκκριμα εκλύει μυρωδιά ψαριού.
- δ. 20% « clue cells » τα οποία είναι κολπικά πλακώδη επιθηλιακά κύτταρα που πάνω τους και ιδιαίτερα στην περιφέρεια έχουν κολλήσει παρά πολλά Gram θετικά βακτήρια.

Η διάγνωση της βακτηριακής κολπίτιδας τίθεται εφόσον διαπιστωθεί η ύπαρξη 3 ή περισσότερων από τα παραπάνω κριτήρια.⁴

Πρόληψη

Με αφορμή το γεγονός ότι το 50% περίπου των γυναικών στις οποίες διαπιστώνεται βακτηριακή κολπίτιδα είναι ασυμπτωματικές, καθώς και τις σοβαρές επιπτώσεις με τις οποίες συνδέεται η βακτηριακή κολπίτιδα καθίσταται σαφές ότι ένα από τα βασικότερα μέτρα πρόληψης αποτελεί ο προληπτικός εργαστηριακός έλεγχος. Ο προληπτικός εργαστηριακός έλεγχος μπορεί να διαγνώσει μια βακτηριακή ακόμη και στις περιπτώσεις ασυμπτωματικής

βακτηριακής κολπίτιδας, επιτρέποντας μας την εφαρμογή της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής και συμβάλλοντας σε μεγάλο βαθμό στη μείωση των επιπλοκών με τις οποίες συνδέεται η βακτηριακή κολπίτιδα.²⁸

3.8.2. Μυκητιασική κολπίτιδα

Ορισμός

Η μυκητιασική κολπίτιδα (ΜΚ) είναι μια φλεγμονή της γενετικής περιοχής, η οποία πλήττει ένα μεγάλο αριθμό γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας και προκαλείται από διάφορα είδη μυκήτων, από τα οποία το πιο συνηθισμένο είναι *Candida Albicans*.²⁸

Οργανισμός

Ο *C. Albicans*, ένας μικροοργανισμός του γεννητικού και γαστρεντερικού συστήματος, ευθύνεται για το 85- 90% των περιπτώσεων μυκητιασικής κολπίτιδας και ακολουθούν με μικρότερη συχνότητα τα είδη *C. Globrata* και *C. Tropicallis*.⁴

Επιδημιολογία

Έως και το 90% όλων των γυναικών θα εμφανίσει το λιγότερο μια φορά στη ζωή τους μυκητιασική κολπίτιδα, ενώ το 40- 50% θα παρουσιάσει υποτροπές. Στις ΗΠΑ υπολογίζονται οι περιπτώσεις μυκητιασικής κολπίτιδας σε 13 εκατομμύρια ανά έτος και συνδέονται με 10 εκατομμύρια γυναικολογικές επισκέψεις.²⁸

Κλινικές εκδηλώσεις

Η μυκητιασική κολπίτιδα εμφανίζεται με κλινικά συμπτώματα όπως ο κνησμός, καύσος, πόνος, υπερέκκριση κολπικού υγρού και δυσπαρευνία. Τα συμπτώματα αυτά συνοδεύονται από ερυθρότητα και οίδημα στη γενετική περιοχή. Ιδιαίτερα σημαντικό είναι το ποσοστό των γυναικών με ασυμπτωματική μυκητιασική κολπίτιδα, το οποίο ανέρχεται έως και 25%.²⁸

Παράγοντες λοίμωξης

Εξωτερικοί παράγοντες όπως η λήψη αντιβιοτικών, η χρήση σερβιέτας εκτός των ημερών της έμμηνης ρήσης θεωρούνται παράγοντες, οι οποίοι ευνοούν την εμφάνιση μυκητιασικής κολπίτιδας, ενώ προδιαθεσικός παράγοντας θεωρείται και η μεγάλη κατανάλωση υδατανθράκων. Οι υποτροπιάζουσες μυκητιασικές κολπίτιδες συνδέονται με μη ελεγχόμενο σακχαρώδη διαβήτη, θεραπεία με ανοσοκατασταλτικά, θεραπευτική χορήγηση ορμονών και πιθανώς με μόλυνση από HIV. Η διατήρηση της φυσιολογικής μικροβιακής κολπικής χλωρίδας έχει ιδιαίτερα μεγάλη κλινική σημασία για την προστασία του κόλπου από μολύνσεις. Η διατήρηση της φυσιολογικής μικροβιακής κολπικής χλωρίδας οδηγεί στην εμφάνιση λοιμώξεων, οι οποίες συνδέονται με σοβαρές επιπλοκές (σαλπινγίτιδα, αύξηση του κινδύνου για πρόωρο τοκετό, στειρότητα, αύξηση του κινδύνου μόλυνσης με τον HIV).²⁸

Πρόληψη

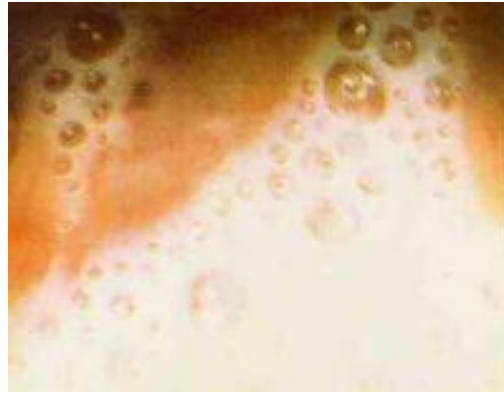
Η ενημέρωση των γυναικών για τους κινδύνους με τους οποίους συνδέονται οι λοιμώξεις αυτές και ιδιαίτερα για τους παράγοντες, οι οποίοι συμβάλλουν στην εμφάνιση αυτών των λοιμώξεων αποτελεί τον χρυσό κανόνα. Επειδή τόσο η βακτηριακή όσο και η μυκητιασική κολπίτιδα εμφανίζονται σε ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών ως ασυμπτωματικές λοιμώξεις, ένα από τα πλέον σημαντικά μέτρα πρόληψης αποτελεί ο προληπτικός εργαστηριακός έλεγχος του κολπικού εκκρίματος, έτσι ώστε να καταστεί δυνατή η διάγνωση της λοίμωξης και να αντιμετωπιστεί ανάλογα.⁴

3.9. ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ ΤΡΙΧΟΜΟΝΑΔΕΣ

Ορισμός

Πρόκειται για λοίμωξη που οφείλεται στο πρωτόζωο *Trichomonas Vaginalis*, το οποίο στη γυναίκα προκαλεί κολπίτιδα με άφθονο έκκριμα (λευκόρροια) και έντονο κνησμό. Στον άνδρα η λοίμωξη εμφανίζεται ως οξεία ή χρόνια ουρηθρίτιδα, ενώ σε ποσοστό 5- 10%

αποτελεί αίτιο μη γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας και συχνά ασυμπτωματικός. Η λοίμωξη από την *Trichomonas Vaginalis* συχνά συνυπάρχει με γονόρροια.²⁰



Εικόνα 3.9.1. Λοίμωξη από *Trichomonas Vaginalis*.

Ιστορικό

Η Τριχομονάδα του κόλπου είναι συχνό, παγκόσμια διαδεδομένο, είδος με πολλά μαστίγια που μεταδίδεται κυρίως με τη σεξουαλική επαφή και προκαλεί στη γυναίκα κολπίτιδα και στον άνδρα ουρηθρίτιδα.²²

Επιδημιολογία

Η νόσος είναι συχνή στις γυναίκες.²⁰ Παγκοσμίως, ο αριθμός των ετησίων λοιμώξεων από Τριχομονάδα του κόλπου υπολογίζεται στα 200 εκατομμύρια (ΠΟΥ 1990). Στην Ευρώπη έχει μολυνθεί το 10- 20% των γυναικών μέσης ηλικίας, στους άνδρες τα ποσοστά λοίμωξης είναι κάτω από 5%, πράγμα που αποδίδεται στην ταχύτερη εξάλειψη της νόσου.²²



Εικόνα 3.9.2. Διάχυτη τριχομονιάδωση.

Οργανισμός

Η Τριχομονάδα του κόλπου (*Trichomonas Vaginalis*) είναι απιοειδές πρωτόζωο μήκους 8-45μm και πλάτος 2- 14μm. Από τον πρόσθιο πόλο εκφύονται 5 μαστίγια από ένα παραβασικό σωματίο, από τα οποία τα 4 βγαίνουν ελεύθερα προς τα εμπρός, ενώ το ένα σχηματίζει το επιχείλιο νημάτιο της κυματοειδούς μεμβράνης, που φτάνει προς τα πίσω λίγο πέρα από το μέσο του σώματος. Το αξόστυλο (αξονικό ραβδί) προβάλλει από το οπίσθιο άκρο του κυττάρου. Ο ωοειδής πυρήνας βρίσκεται στο πρόσθιο τμήμα του πρωτόζωου.² Υπόδοχο της νόσου είναι ο άνθρωπος.²⁰



Εικόνα 3.9.3. *Trichomonas Vaginalis*.

Μετάδοση

Όπως προείπαμε, δεξαμενή της Τριχομονάδας του κόλπου είναι μόνο ο άνθρωπος. Η μετάδοση του παράσιτου γίνεται κυρίως με τη σεξουαλική επαφή. Δεν αποκλείεται τελείως η δυνατότητα μετάδοσης με υγρά, σφουγγάρια, πετσέτες, κ.λ.π. καθώς και η μόλυνση από μη χλωριωμένα ιαματικά λουτρά ή κακοσυντηρημένες κολυμβητικές δεξαμενές, σύμφωνα όμως με τα μέχρι τώρα δεδομένα έχουν ελάχιστη σημασία. Το 2- 17% περίπου των θηλυκών βρεφών από μολυσμένες μητέρες μολύνονται περιγεννητικώς από Τριχομονάδα του κόλπου και μπορεί να νοσήσουν. Έχει παρατηρηθεί προσβολή από τριχομονάδες και κατά την παιδική ηλικία, είναι όμως ασαφής ο τρόπος μόλυνσης.²²

Παθογένεια

Η Τριχομονάδα του κόλπου είναι εγκατεστημένη στους βλεννογόνους της ουρογεννητικής οδού και πολλαπλασιάζεται με επιμήκη διαίρεση στα δύο. Οι τριχομονάδες δε μπορούν να παράγουν κύστες. Αντιθέτως παρατηρούνται αποστρογγυλωμένες ακίνητες μορφές, που αποτελούν εκφυλιζόμενα στάδια και δεν έχουν σημασία για τη μετάδοση της νόσου.²²

Πορεία νόσου

Η περίοδος επώασης είναι περίπου μια βδομάδα. Η λοίμωξη αν δε θεραπευτεί μεταπίπτει σε χρονιότητα ενώ πολλές φορές είναι ασυμπτωματική. Επιπλοκές της λοίμωξης είναι η οξεία ή χρόνια ουρηθρίτιδα και η αιδοιοκολίτιδα, που διευκολύνουν τη μετάδοση της HIV λοίμωξης.²⁰ Η βιωσιμότητα των τριχομονάδων στο εξωτερικό περιβάλλον είναι μικρή, εντούτοις μπορούν να επιζήσουν μεμονωμένες σε νερό μη χλωριωμένων θερμών ιαματικών λουτρών μέχρι 5 ώρες και σε πόσιμο νερό με συνήθη χλωρίωση για 5 λεπτά μέχρι 24 ώρες. Σε νερό κολυμβητικών δεξαμενών με αυξημένη χλωρίωση (44 mg/l) καταστρέφονται μέσα σε λίγα λεπτά.²²

Κλινική εικόνα

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.²⁶

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

- Δυσκολία κατά την ούρηση.
- Εκκρίσεις από το πέος.²⁶

Εργαστηριακή διάγνωση

Για ανίχνευση των τριχομονάδων εξετάζεται μικροσκοπικά σε πλακάκι πρόσφατα ληφθέν έκκριμα από τον κόλπο ή την ουρήθρα αφού αναμειχθεί με φυσιολογικό ορό. Εδώ αναγνωρίζονται εύκολα τα παράσιτα από την τυπική μορφολογία του σώματος και από την κίνηση. Αντιθέτως, οι στρογγυλές μορφές των τριχομονάδων μόλις που διακρίνονται από τα πυοσφαίρια. Τα επιχρίσματα τα χρωματισμένα κατά Giemsa ενδείκνυται επίσης, αν και δεν είναι γρήγορη για την ανίχνευση του παρασίτου. Επίσης οι τριχομονάδες μπορούν να καλλιεργηθούν σε υγρά ειδικά στους 35- 37° C. Η καλλιέργεια όταν γίνει σωστά δίνει συχνά

καλύτερα αποτελέσματα από τη μικροσκοπική εξέταση, κυρίως σε ασυμπτωματικές λοιμώξεις. Τριχομονάδες βρίσκονται και στην εξέταση των ούρων. Ορολογικές μέθοδοι ανίχνευσης ελάχιστα έχουν εφαρμοστεί μέχρι τώρα στην πράξη.²²

Θεραπεία και προφύλαξη

Θεραπεία πρέπει να γίνεται και στους δυο ερωτικούς συντρόφους. Για το σκοπό αυτό διατίθεται μ. ά. τα ακόλουθα σκευάσματα νιτροϊμιδαζόλης, με ειδική αποτελεσματική δράση και πολύ καλή ανοχή, τα οποία μπορούν να χορηγηθούν από το στόμα- στη γυναίκα επιπρόσθετα και από το κόλπο: Μετρονιδαζόλη (Flagyl), τινιδαζόλη (Fasigyn) και ορνιδαζόλη (Tiberal). Κατά την πρόωμη εγκυμοσύνη τα φάρμακα αυτά αντενδεικνύονται.²²

Μέτρα πρόληψης σε περίπτωση κρούσματος

- Ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται για τους τρόπους μετάδοσης της νόσου και θα πρέπει να αποφεύγει τις σεξουαλικές επαφές κατά τη διάρκεια της λοίμωξης και της θεραπείας.²⁰
- Ο ασθενής και οι σεξουαλικοί του σύντροφοι πρέπει να ελέγχονται και για άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.²⁰
- Η θεραπεία γίνεται με μετρονιδαζόλη και στους δυο συντρόφους, αλλιώς η νόσος υποτροπιάζει.²⁰

3.10. ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ CANDIDA

Ορισμός

Η λοίμωξη από κάντιντα γνωστή και ως καντιντίαση είναι μια μυκητίαση του κόλπου που οφείλεται στους μύκητες του γένους Candida (Candida Albicans, Candida Tropicalis, κ.λ.π).¹

Ιστορικό

Το 90% τουλάχιστον των λοιμώξεων από κάντιντα προκαλούνται από την *Candida Albicans* (« ωίδιο το λευκάζον »), οι υπόλοιπες από τις *Candida Parapsilosis*, *Candida Tropicalis* καθώς και μερικά άλλα σπανιότερα είδη *Candida*.²

Επιδημιολογία

Η *Candida Albicans*, που είναι το πιο συχνό αίτιο αποικίζει παροδικά όλους τους βλεννογόνους και τις ανοιχτές κοιλότητες του ανθρώπινου σώματος, όπως τον εντερικό βλεννογόνο, το στοματοφάρυγγα, τον κόλπο χωρίς να προκαλεί νόσο. Ωστόσο σε ανοσοκατασταλμένους και ευπαθείς οργανισμούς ή σε περίπτωση καταστροφής της φυσιολογικής χλωρίδας και τοπική βλάβη ιστών, μπορεί να προκληθεί λοίμωξη.¹

Οργανισμός

Στη χρώση κατά Gram των πρωτογενών παρασκευασμάτων η *C. Albicans* φαίνεται ως ωοειδής ζυμομύκητας, θετικός κατά Gram, με εκβλαστήσεις και διάμετρο 5 μm περίπου. Συχνά μπορεί να παρατηρηθούν θετικές κατά Gram ψευδοϋφές. Μερικές φορές ανευρίσκονται και μυκητύλια με διαφράγματα. Η *C. Albicans* μπορεί να καλλιεργηθεί με συνήθη θρεπτικά μέσα. Μετά από 48 ώρες επώασης σχηματίζονται επάνω στο άγαρ στρογγυλές, λευκόφαιες αποικίες με κάπως τραχεία επιφάνεια. Για τη διάκριση από άλλους ζυμομύκητες χρησιμοποιούνται μορφολογικά και βιοχημικά χαρακτηριστικά.²

Παθογένεια

Η κάντιντα απαντάται ευρέως στους βλεννογόνους του ανθρώπου και των ζώων. Επομένως οι λοιμώξεις από κάντιντα πρέπει να θεωρούνται ενδογενείς. Οι μυκητιάσεις από κάντιντα εμφανίζονται σε ασθενείς με εξασθενημένη αντίσταση, περισσότερο σε διαταραγμένη κυτταρική ανοσία.²

Μετάδοση

Οι μύκητες αυτοί μπορούν να διασπαρθούν αιματογενώς ή λεμφογενώς σε όλα τα σπλάγχνα.² Η μετάδοση της λοίμωξης γίνεται με άμεση επαφή με τις κολπικές εκκρίσεις και κυρίως με την σεξουαλική επαφή.¹

Κλινικές εικόνες

Η καντιντίαση του κόλπου χαρακτηρίζεται από λευκωπό έκκριμα και έντονο κνησμό.¹ Συχνότερα προσβάλλονται οι βλεννογόνοι, σπανιότερα το εξωτερικό δέρμα και τα σπλάγχνα. Κατά τις λοιμώξεις στη στοματική κοιλότητα παρατηρούνται άσπρες, στερεά προσκολλημένες εναποθέσεις στο βλεννογόνο των παρειών. Η αιδοιοκολπίτιδα μοιάζει παθολογολογικά με τη στοματική προσβολή. Προδιαθεσικά δρουν ο διαβήτης, η κύηση, η χορήγηση προγεστερόνης, καθώς και η έντονη θεραπεία με αντιβιοτικά που καταστρέφει τη φυσιολογική χλωρίδα. Το δέρμα προσβάλλεται κυρίως στα υγρά και θερμά μέρη του. Η κάντιντα μπορεί να προσβάλλει τους πνεύμονες, τους νεφρούς και άλλα όργανα, όταν υπάρχει υποκείμενη υποβοηθητική νόσος. Στους τοξικομανείς παρατηρείται ενδοκαρδίτιδα και ενδοφθαλμίτιδα από κάντιντα. Η χρόνια καντιντίαση παρατηρείται σε διαταραχή της κυτταρικής ανοσίας.²



Εικόνα 3.10.1. Γυναίκα με λοίμωξη από *C. Albicans*.

Εργαστηριακή διάγνωση

Τα παρασκευάσματα από διάφορα υλικά εξετάζονται μικροσκοπικώς σε φυσική κατάσταση και μετά από χρώση κατά Gram. Η κάντιντα αναπτύσσεται σε πολλά συνήθη

θρεπτικά μέσα, και φυσικά ιδιαίτερα καλά στο άγαρ Sabouraud. οι τυπικές αποικίες ζυμομυκήτων ταυτοποιούνται μικροσκοπικώς και με βάση διάφορα χαρακτηριστικά του μεταβολισμού. Με ειδικές δοκιμασίες διακρίνεται η *C. Albicans* από τα άλλα είδη *Candida*. Για την ανίχνευση αντισωμάτων σε συστηματική καντιντίαση εφαρμόζονται η έμμεση αιμοσυγκόλληση, η συγκόλληση latex, η κατακρήμνιση σε γέλη και η ανοσοηλεκτροφόρηση με διάφορα αντιγόνα.²

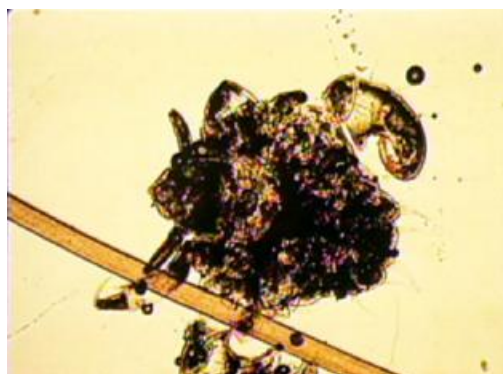
Θεραπεία

Συνιστάται η χορήγηση φλουконаζόλης από το στόμα ή ειδική τοπική θεραπεία με τη χρήση κλοτριμαζόλης, μικοναζόλης, βουτοκοναζόλης ή νυστατίνης.¹ Σε συστηματικές μυκητιάσεις μπορούν να χρησιμοποιηθούν ή αμφοτερικίνη Β, η 5- φθοριοκυττοσίνη ή ένα παράγωγο αζόλης.²

3.11. ΦΘΕΙΡΕΣ ΤΟΥ ΕΦΗΒΑΙΟΥ

Ορισμός

Παρασιτική μόλυνση των τριχών του εφηβαίου από έναν τύπο μικρού χωρίς πτερύγια εντόμου, που προκαλεί ερεθισμό.¹



Εικόνα 3.11.1. Φθείρα του εφηβαίου.

Επιδημιολογία

Στις ΗΠΑ αντιμετωπίζονται 3 περίπου εκατομμύρια παρασιτικών μολύνσεων με ψείρες του εφηβαίου το χρόνο.¹

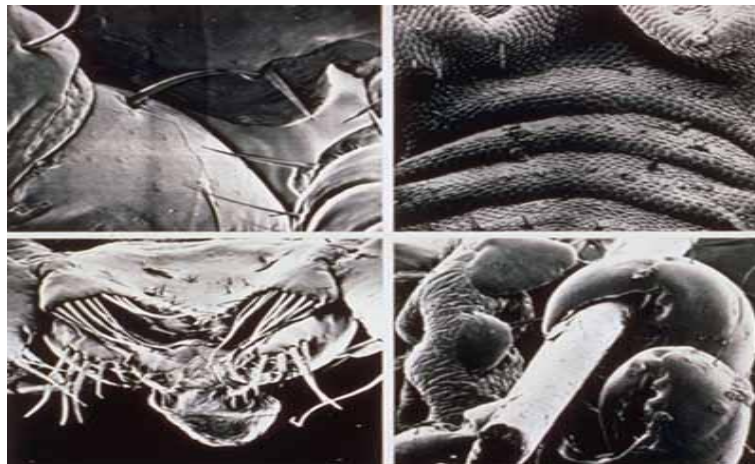
Ηλικία: Συνήθως προσβάλλει σεξουαλικά δραστήρια άτομα κάθε ηλικίας.

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

Φύλο: Δεν αποτελούν σημαντικούς παράγοντες.²⁶

Αίτιο μετάδοση

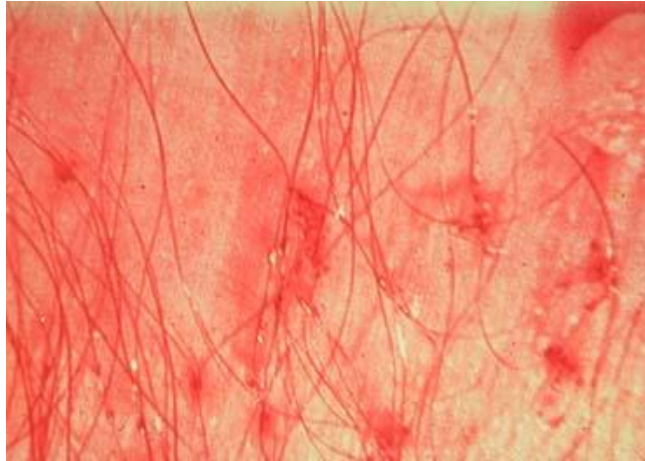
Οι φθείρες (ψείρες) του εφηβαίου, που συχνά αποκαλούνται « καβούρια », γιατί οι δαγκάνες τους μοιάζουν με αυτές των καβουριών, μεταδίδονται συνήθως με τη σεξουαλική επαφή. Οι ψείρες ζουν στις τρίχες του εφηβαίου απ' όπου τρέφονται με το αίμα και γεννούν τα αυγά τους, που ονομάζονται κόνιδες (nits).²⁶



Εικόνα 3.11.2. Τα « καβούρια».

Συμπτώματα

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 ζούφια. Το τακτικό πλύσιμο δε βοηθάει, αφού τα αυγά βρίσκονται πάνω στις τρίχες.²⁶



Εικόνα 3.11.3. Μικροσκοπικά ζούφια και αυγά.

Πρόληψη

Το τακτικό πλύσιμο δε βοηθάει, αφού τα αυγά βρίσκονται πάνω στις τρίχες. Αν μολυνθείτε από ψείρες του εφηβαίου, θα πρέπει να συμβουλευτείτε το γιατρό ή να επισκεφθείτε κλινική που εξειδικεύεται στα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Για να προλάβετε την εξάπλωση των ψειρών θα πρέπει να ελεγχθεί και ο σεξουαλικός σας σύντροφος και να κάνει θεραπεία, εάν είναι απαραίτητο.²⁶

Θεραπεία

Ο γιατρός πιθανόν να συστήσει κάποιο σκεύασμα που περιέχει lindame 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.²⁶

3.12. ΨΩΡΑ

Ορισμός

Η ψώρα είναι μια πολύ μολυσματική ασθένεια που προκαλεί ένα εξάνθημα, που φέρνει φαγούρα μεταξύ των δακτύλων, στον καρπό του χεριού, γύρω από τα γεννητικά όργανα καθώς και σε πολλά άλλα μέρη.¹



Εικόνα 3.12.1. Ψώρα σε άνδρα.

Οργανισμός

Οφείλεται στο παράσιτο *Sarcoptes Scabiei* που ανήκει στην κατηγορία των μεταζώων.¹

Μετάδοση

Η ασθένεια αυτή μεταδίδεται με οποιαδήποτε στενή επαφή όπως πιάσιμο των χεριών, κ. λ.π.¹

Θεραπεία

Η θεραπεία γίνεται με γαλάκτωμα Benzyl Benzoate.¹

Προφύλαξη

Τα σεντόνια, οι κουβέρτες, οι πετσέτες και τα ρούχα πρέπει να αλλάζονται και να πλένονται. Όλοι οι άνθρωποι που ζουν στο ίδιο σπίτι θα πρέπει να κάνουν θεραπεία.¹

3.13. ΜΟΛΥΣΜΑΤΙΚΗ ΤΕΡΜΙΝΘΟΣ

Ορισμός

Η μολυσματική τέρμινθος οφείλεται σε έναν ιό και είναι γνωστή και ως « μυρμηγκιές ».¹

Οργανισμός

Ο ιός Pox είναι ο βασικός υπαίτιος για τη μολυσματική τέρμινθο.¹



Εικόνα 3.13.1. Ο ιός Pox.

Παθογένεια

Ο ιός Pox προκαλεί εξογκώματα που μοιάζουν με μικρές μυρμηγκιές (σαν μαργαριτάρια) και έχουν το μέγεθος του κεφαλιού μιας μεγάλης καρφίτσας μ' ένα βαθύλωμα στη μέση. Συνήθως παρουσιάζεται στα γεννητικά όργανα, το πρόσωπο και τους ώμους.¹

Πορεία νόσου

Ο χρόνος επώασης της μολυσματικής τέρμινθος κρατάει μέχρι 6 μήνες.¹

Θεραπεία

Η μολυσματική τέρμινθος θεραπεύεται βάζοντας φαινόλη στη μέση του εξογκώματος.¹

3.14. AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome)

Ορισμός

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.⁹

Ιστορικό

Σήμερα το AIDS έχει γίνει σε μεγάλο βαθμό γυναικεία ασθένεια, καθώς πολλές είναι οι γυναίκες που μολύνονται από κάθε λογής ερωτικούς συντρόφους.⁹

Η νόσος πρωτοεμφανίστηκε το 1978 σε 5 ομοφυλόφιλους της Νέας Υόρκης, ενώ την επόμενη χρονιά 7 νέα άτομα προβλήθηκαν την ίδια πόλη. Η άγνωστη για τον καιρό εκείνο ασθένεια, ονομάστηκε « νόσος των ομοφυλοφίλων », επειδή πρώτα θύματα ήταν νεαρά ομοφυλόφιλα άτομα.⁹

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 αιμορροφιλικούς και σε άτομα καταγόμενα από την Αφρική και την

Καραϊβική, ιδιαίτερα την Αϊτή. Ακολούθησε ραγδαία αύξηση των κρουσμάτων στις ΗΠΑ και στην Ευρώπη.²⁹

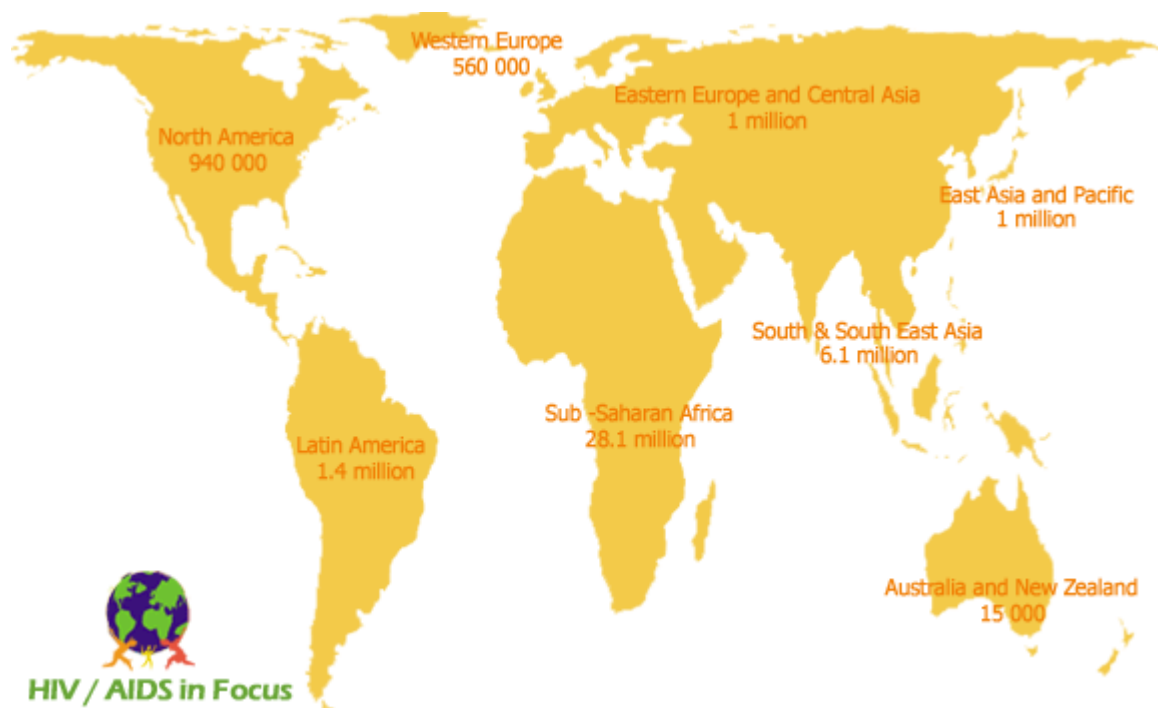
Περίπου 5.000.000 άτομα μολύνθηκαν από τον ιό HIV μέσα στο 2003 και 700.000 από αυτά ήταν παιδιά. Στην Ελλάδα, σύμφωνα με τελευταία στοιχεία, η ολοένα και αυξανόμενη, από το 1990 έως το 2000, επίπτωση της λοίμωξης φαίνεται τα τελευταία χρόνια να μειώνεται.³⁰

Επιδημιολογία

Το σύνδρομο της επίκτητης ανοσοανεπάρκειας (AIDS) περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1981 στις ΗΠΑ και αναγνωρίστηκε αμέσως μετά στην Ευρώπη, στην Αφρική και στην Κεντρική Αμερική. Η ραγδαία αύξηση των κρουσμάτων σε ολόκληρο τον κόσμο τα επόμενα έτη συνέλαβε ώστε το AIDS να αποτελεί σήμερα ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα δημόσιας υγείας σε παγκόσμια κλίμακα.¹

Η ανακάλυψη το 1983 ότι το σύνδρομο οφείλεται σε ιό έδωσε τη δυνατότητα της σε βάθος μελέτης της λοίμωξης σε σύνδρομο 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 1.¹

Ο HIV- 1 επικρατεί στις περισσότερες χώρες του κόσμου, πλην της Δυτικής Αφρικής, και έχει διαφορετικούς υποτύπους, οι οποίοι έχουν ταξινομηθεί σε δύο ομάδες, την ομάδα M (η οποία περιλαμβάνει τους υποτύπους A) και την ομάδα O. Η γεωγραφική κατανομή των υποτύπων του HIV- 1 είναι διαφορετική στις διάφορες περιοχές, αλλά ο υπότυπος B 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.¹



Εικόνα 3.14.1. Επιδημιολογική κατανομή του HIV.

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.³¹

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.³¹

ΕΤΟΣ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
1981	1	0	1
1982	2	0	2
1983	4	0	4
1984	5	0	5
1985	14	0	14

1986	25	0	25
1987	57	6	63
1988	66	6	72
1989	93	14	107
1990	126	17	143
1991	163	22	185
1992	167	23	190
1993	149	22	171
1994	181	32	213
1995	187	28	215
1996	190	43	233
1997	145	25	170
1998	105	15	120
1999	97	24	121
2000	93	15	108
Άγνωστο	0	1	1
ΣΥΝΟΛΟ	1870	293	2163

Πίνακας 3.14.1. Δηλωθέντα κρούσματα AIDS κατά έτος διάγνωσης και φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 31 Δεκεμβρίου 2000.³²

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 1997.³¹

ΟΜΑΔΑ	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ	ΣΥΝΟΛΟ
0- 11 μηνών	2	1	3
1- 4 ετών	8	9	17
5- 9 ετών	2	3	5
10- 12 ετών	7	0	7
ΣΥΝΟΛΟ	19	13	32

Πίνακας 3.14.2. Δηλωθέντα κρούσματα παιδιών με AIDS κατά ηλικιακή ομάδα, τη στιγμή της διάγνωσης και κατά φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 31 Δεκεμβρίου.³²

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.³¹

ΟΜΑΔΑ (έτη)	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
13- 14	5	0	5
15- 19	18	8	26
20- 24	59	16	75
25- 29	233	53	286
30- 34	382	59	441
35- 39	341	45	386
40- 49	434	32	466
50- 59	201	26	277
60+	152	33	185
Άγνωστη	26	8	34
ΣΥΝΟΛΟ	1851	280	2131

Πίνακας 3.14.3. Δηλωθέντα κρούσματα εφήβων/ ενηλίκων κατά ηλικιακή ομάδα και φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 31 Δεκεμβρίου.³²

Παθογένεια

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

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 άλλοι 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' ό,τι κάποια που δεν εκτίθεται.⁹

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.⁹

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.⁹

Μετάδοση

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

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' ότι το αντίθετο, με δεδομένα την εκτεταμένη επιφάνεια του βλεννογόνου του κόλπου και την υψηλότερη συγκέντρωση του HIV στο σπέρμα απ' ότι στα κολπικά 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.³⁴

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 ενδοφλεβίων ναρκωτικών, τόσο στις αναπτυγμένες 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 προσφάτων κρουσμάτων AIDS οφείλεται στη χρήση ενδοφλεβίων ναρκωτικών. Οι τοξικομανείς χρησιμοποιούν κοινές μολυσμένες σύριγγες ή βελόνες για την ενδοφλέβια λήψη των ναρκωτικών.³⁴

Από τη μητέρα στο παιδί

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.³⁵

Κλινικές εκδηλώσεις

- **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.¹

- **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.¹

- **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 Β12 ή φυλλικού οξέος, η λοίμωξη από παρβοϊό Β19, 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.¹

- **Γαστρεντερικό σύστημα**

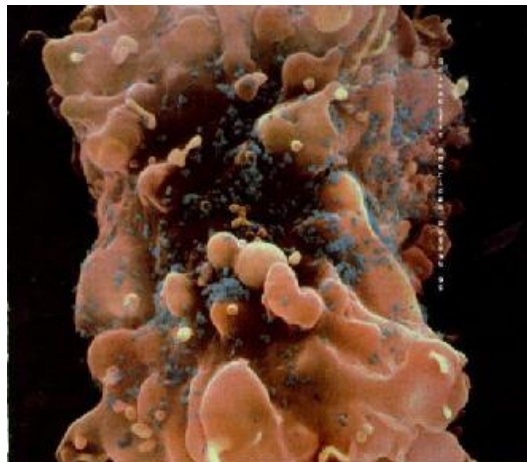
Κοιλιακό άλγος, εμετοί ή διάρροια είναι συχνές εκδηλώσεις από το γαστρεντερικό σύστημα, και συμμετέχουν σημαντικά στην απώλεια βάρους των πασχόντων. Παθογόνα όπως η κάντιντα, ο κυτταρομεγαλοϊός, η σαλμονέλα, η σιγκέλλα, το καμπυλοβακτηρίδιο, το κολοβακτηρίδιο, άτυπα μυκοβακτηρίδια, πρωτόζωα και έλμινθες (στρογγυλοειδής των κοπράνων) είναι δυνατόν να προσβάλλουν το γαστρεντερικό σύστημα σε κάποια φάση της νόσου. Τα νεοπλάσματα του γαστρεντερικού σωλήνα (λέμφωμα στομάχου, σύνδρομο Kaposi) δεν είναι σπάνια. Ηπατοχολική νόσος ή φαρμακευτική, είναι δυνατόν να συνυπάρχουν. Η εμφάνιση παγκρεατίτιδας είναι συνήθως αποτέλεσμα φαρμακευτικής αγωγής.¹

- **Καρδιαγγειακό**

Καρδιαγγειακές επιπλοκές όπως **θρομβοφλεβίτιδες** ή **βακτηριακή ενδοκαρδίτιδα** μπορούν να εμφανισθούν κυρίως σε χρήστες ενδοφλεβίων εθιστικών ουσιών. Η **υπερλιπιδαιμία** (αύξηση χοληστερόλης 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.¹

Μορφολογία της νόσου

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.¹



Εικόνα 3.14.2. Ο ιός του HIV.

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 gp41TM 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.¹

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 καψιδίου στο κύτταρο.¹

Διάγνωση και έλεγχος για HIV

Επειδή η μετάδοση του AIDS μπορεί να προληφθεί, η αποτελεσματικότητα της θεραπείας κατά των ρετροϊών αυξάνεται συνεχώς και η προφύλαξη από τις κυριότερες ευκαιριακές λοιμώξεις είναι στόχος που μπορεί να επιτευχθεί, έχει μεγάλη σημασία η ορολογική εξέταση των ατόμων που διατρέχουν τον κίνδυνο να έχουν μολυνθεί από τον ιό. Η εξέταση δεν πρέπει να περιορίζεται μόνο στα άτομα που κινδυνεύουν περισσότερο (π.χ. στους χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών), αλλά να συνιστάται και στα ερωτικά δραστήρια άτομα που διατρέχουν οποιονδήποτε κίνδυνο, όπως είναι όλα τα άτομα που έχουν ή είχαν ερωτικούς συντρόφους άγνωστης, από άποψη HIV, κατάστασης. Ο έλεγχος πρέπει να είναι εμπιστευτικός και να κινείται στα πλαίσια των σχετικών νόμων. Πολύ σημαντικό ρόλο παίζει η ενημέρωση του ατόμου πριν και μετά την εξέταση, ώστε να είναι βέβαιο ότι έχει αντιληφθεί τη σημασία και τις συνέπειες των αποτελεσμάτων.³

Όλα τα άτομα πρέπει να ενημερώνονται σχετικά με τις ασφαλείς ερωτικές συνήθειες. Στους χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών πρέπει να συνιστάται με έμφαση η αποφυγή χρησιμοποίησης ήδη χρησιμοποιημένων από άλλους βελονών. Τα θετικά αποτελέσματα πρέπει να ανακοινώνονται στον ασθενή από τον ίδιο τον γιατρό, ο οποίος θα τον διαβεβαιώσει ότι με τη σύγχρονη θεραπεία μπορεί να ζήσει πολλά χρόνια χωρίς τα συμπτώματα της λοίμωξης από τον HIV. Παράλληλα, μπορεί να τακτοποιηθεί η συνεχής ιατρική φροντίδα του ασθενούς και να συστηθεί η ενημέρωση των ερωτικών συντρόφων του και των ατόμων με τα οποία χρησιμοποιούσε κοινές βελόνες. Συχνά το έργο αυτό είναι

δύσκολο, αλλά οι τοπικές υγειονομικές αρχές μπορούν να βοηθήσουν πολύ στην εμπιστευτική ενημέρωση των ατόμων που κινδυνεύουν.³

Η διάγνωση της μόλυνσης από τον HIV τίθεται με την ανίχνευση στον ορό αντισώματος κατά του HIV με ενζυμική ανοσοαπορρόφηση (ELISA) και επιβεβαιώνεται με αποτύπωση Western. Οι μέθοδοι αυτές είναι πολύ ευαίσθητες από άποψη ανίχνευσης του αντισώματος κατά του HIV, αλλά στα άτομα με πρόσφατη μόλυνση το αποτέλεσμα μπορεί να είναι αρνητικό. Στη διάρκεια αυτής της περιόδου « παραθύρου » τα μολυσμένα άτομα έχουν στο πλάσμα τους ανιχνεύσιμο RNA του HIV. Σε περιπτώσεις πρόσφατης πιθανής επαφής με τον ιό και αρνητικής αρχικής ELISA, ενδείκνυται η επανάληψη της εξέτασης σε 6 εβδομάδες και σε 3 και 6 μήνες. Τα ψευδώς θετικά αποτελέσματα με τη μέθοδο ELISA είναι σπάνια. Η θετικότητα της δοκιμασίας αποτύπωσης Western με χρησιμοποίηση τουλάχιστον δυο διαφορετικών πρωτεϊνών του HIV επιβεβαιώνει τη διάγνωση. Σε άτομο που διατρέχει μεγάλο κίνδυνο επαφής με τον HIV, μια ασαφής αντίδραση αποτύπωσης συχνά αντιπροσωπεύει αρχόμενη ορομετατροπή, οπότε η ανίχνευση RNA του HIV στο πλάσμα είναι ένδειξη οξείας λοίμωξης από τον HIV.³

Τα βρέφη μολυσμένων από τον HIV μητέρων, οι οποίες δεν υποβάλλονται σε αντιρετροϊκή θεραπεία, είναι μολυσμένα σε αναλογία 25- 30%, αλλά η αντίδραση ELISA είναι σε όλα θετική λόγω της παρουσίας στην κυκλοφορία τους των μητρικών αντι- HIV αντισωμάτων, τα οποία εξαφανίζονται περί τον 9^ο- 12^ο μήνα της ηλικίας. Σε τέτοιες περιπτώσεις, η έγκαιρη διάγνωση της μόλυνσης από τον HIV μπορεί να επιτευχθεί με ευαίσθητες μεθόδους ανίχνευσης του RNA ή DNA του HIV στο πλάσμα.³

Οι γρήγορες και περισσότερο ευρόσιτες μέθοδοι ανίχνευσης παίζουν έναν διαρκώς αυξανόμενο ρόλο στην διάγνωση και επιβεβαίωση της μόλυνσης με τον HIV. Η εξέταση του στοματικού διδρώματος και των ούρων αποτελεί αναίμακτο τρόπο ελέγχου και η εξέταση στο σπίτι προσφέρει έναν τρόπο ευκολότερης προσπέλασης.³

Θεραπεία

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.¹

Η τάση 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.¹

Η σχετικώς πρόωπη έναρξη της HAART, με γνώμονα τα επίπεδα του ιικού φορτίου (> 50.000 copies/ml) ή τον αριθμό των CD4 λεμφοκυττάρων (< 350/ μ L) και οπωσδήποτε πριν την εμφάνιση συμπτωματολογίας AIDS, εμπεριέχει σημαντικά πιθανά οφέλη, αλλά και κινδύνους.¹

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.¹

Οι πιθανοί κίνδυνοι είναι:

- Επιδείνωση της ποιότητας ζωής από τις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων και την αναποτελεσματικότητα των θεραπευτικών σχημάτων που χρησιμοποιούνται σήμερα.
- Προϊμότερη ανάπτυξη ανοχής.

- Περιορισμοί στις μελλοντικές επιλογές αντιρετροϊκών φαρμάκων, λόγω της ανάπτυξης αντοχής.
- Άγνωστη τοξικότητα των αντιρετροϊκών φαρμάκων μετά από μακροχρόνια χρήση.
- Άγνωστη διάρκεια αποτελεσματικότητας των σχημάτων αντιρετροϊκής θεραπείας που είναι σήμερα διαθέσιμα.¹

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.¹

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 αναστροφής μεταγραφάσης και ένα μη νουκλεοσιδικό αναστολέα της αναστροφής μεταγραφάσης.¹

3.14.1. Επίδραση της νόσου στην κύηση

Επίδραση στην κύηση

Πρόσφατες μελέτες μετανάλυση πολλών εργασιών έχουν δείξει ότι εγκυμοσύνη δεν φαίνεται να επιταχύνει την εξέλιξη της νόσου. Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των οροθετικών εγκύων γυναικών και των οροθετικών μη εγκύων, αναφορικά με τον κίνδυνο θανάτου, της ελάττωσης των CD₄ κυττάρων (κάτω του επιπέδου των 200 κυττάρων) και του χρόνου που μεσολάβησε μέχρι την κλινική εκδήλωση της νόσου.¹

Οι οροθετικές έγκυες έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα από το μη οροθετικό εγκύμονα πληθυσμό να έχουν σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και επιπλοκές οφειλόμενες σ' αυτές.¹

Έχει επίσης παρατηρηθεί ότι οι οροθετικές έγκυες παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά αποβολών, προώρων τοκετών, ενδομήτριων θανάτων και γέννηση λιπόβαρων νεογνών. Η

συσχέτιση της μόλυνσης από τον ιό μ' αυτές τις επιπλοκές αποδίδεται από αρκετούς ερευνητές σε πολλούς παράγοντες όπως:

- α) Στην απ' ευθείας βλαπτική επίδραση του ιού στον πλακούντα.
- β) Σε διαταραχές του εμβρυϊκού θυμού αδένα.
- γ) Σε μεταβολές στην παραγωγή κιτοκινών.
- δ) Στην ανοσοκατασταλτική επίδραση του ιού.¹

Ο τελευταίος παράγοντας δημιουργεί τις προϋποθέσεις για ανιούσες κολπικές λοιμώξεις και φλεγμονώδη προσβολή του εμβρύου.¹

Δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι οι οροθετικές έγκυες παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο για την ανάπτυξη σακχαρώδους διαβήτη ή προεκλαμψίας στη διάρκεια της εγκυμοσύνης.¹

Είναι γνωστό από παλιά ότι ο ιός μπορεί να μεταδοθεί διαπλακουντιακά από τη μητέρα στο έμβryo. Η μετάδοση μπορεί να συμβεί καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, αν και είναι ασυνήθης η μετάδοση του ιού στη διάρκεια του πρώτου τριμήνου.¹

Ο ιός μπορεί να μεταδοθεί επίσης κατά τη διάρκεια του τοκετού λόγω της απ' ευθείας έκθεσης του νεογνού με αίμα ή με τις τραχηλοκολπικές που περιέχουν τον ιό. Μπορεί ακόμη ο ιός να μεταδοθεί με το θηλασμό στην περίοδο της λοχείας.¹

Ο κίνδυνος μετάδοσης του ιού από τη μητέρα στο νεογνό, εξαρτάται από πολλούς παράγοντες:

1. **Από το αιμικό φορτίο της μητέρας.** Ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος όσο μεγαλύτερο είναι το αιμικό της φορτίο. Η μη ανίχνευση αιμικού φορτίου μειώνει δραματικά τον κίνδυνο μετάδοσης της νόσου.¹⁰
2. **Από μαιευτικούς λόγους.** Ο κίνδυνος αυξάνει σε παρατεταμένο τοκετό ή παρατεταμένη ρήξη των υμένων, όταν δημιουργηθούν κακώσεις στον πυελογεννητικό σωλήνα όταν χρησιμοποιηθεί εμβρυουλκία.¹⁰
3. **Από πλακουντιακούς παράγοντες,** όπως είναι η αυξημένη έκκριση κιτονικών και άλλων ουσιών, οι οποίες μπορεί να επιταχύνουν ή να καταστείλουν τη διαπλακουντιακή μεταφορά του ιού.¹⁰

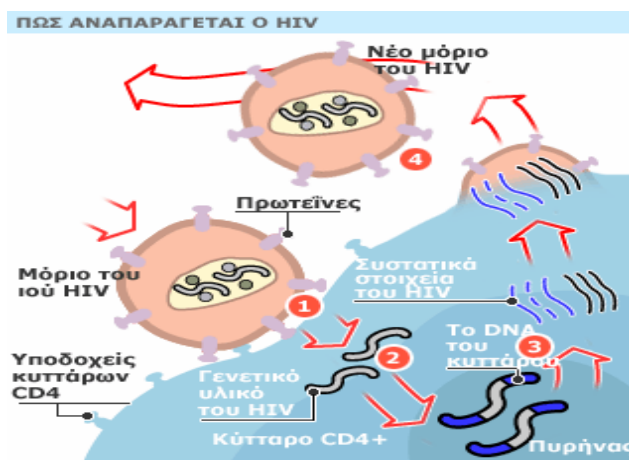
Προφύλαξη του νεογνού από τη μόλυνση

Ο κίνδυνος μετάδοσης του ιού από τη μητέρα στο παιδί σχετίζεται με:

1. **Το ιαμικό φορτίο της μητέρας.** Έχει αναφερθεί ότι σε ιαμικό φορτίο < 500 σωματιδίων/ml αίματος η μέγιστη πιθανότητα μετάδοσης είναι 28% και σε ιαμικό φορτίο < 400 σωματιδίων/ml η μέγιστη πιθανότητα είναι μόνο 18%.¹⁰
2. **Με το είδος του τοκετού.** Η προγραμματισμένη καισαρική πριν την έναρξη του τοκετού ή της ρήξεως των υμένων περιορίζει τη μετάδοση της νόσου. Απαραίτητη πάντως κρίνεται η μετεγχειρητική χορήγηση αντιβιοτικών για τη μείωση του κινδύνου ενδομητρίτιδος.¹⁰
3. **Με τη χορήγηση της κατάλληλης θεραπείας.**¹⁰
4. **Με το θηλασμό.** Ο ιός εκκρίνεται με το μητρικό γάλα και ο θηλασμός αυξάνει τον κίνδυνο μετάδοσης της νόσου.¹⁰

Η πιθανότητα μετάδοσης της νόσου από τη μητέρα στο έμβρυο μπορεί να περιορισθεί στο 2% ή και λιγότερο, εάν υιοθετηθούν ορισμένα μέτρα όπως αυτά που προτείνονται από την ένωση Μαιευτήρων- Γυναικολόγων της Αμερικής. Τα μέτρα είναι τα ακόλουθα:

- ◆ Κάθε έγκυος γυναίκα θα πρέπει να υποβάλλεται σε ορολογικές εξετάσεις για τυχόν μόλυνση από τον ιό του AIDS, ιδιαίτερα στην αρχή της εγκυμοσύνης. Σε κάθε οροθετική γυναίκα θα πρέπει να ελέγχεται το ιαμικό φορτίο κάθε μήνα μέχρι της εξαφανίσεώς του και εν συνεχεία κάθε τρεις μήνες.¹
- ◆ Οι οροθετικές έγκυες θα πρέπει να λαμβάνουν θεραπεία. Η αγωγή συνίσταται στη χορήγηση 300 mg ζιντοβουτίνης (Zidovudine) δυο φορές την ημέρα από την 14^η εβδομάδα της εγκυμοσύνης μέχρι τον τοκετό ή την προγραμματισμένη καισαρική τομή. Στη διάρκεια του τοκετού, η ανωτέρω ουσία θα πρέπει να χορηγείται ενδοφλεβίως σε δόση 2 mg/Kg την πρώτη ώρα και 1 mg/Kg ανά ώρα μετά την αρχική δόση.¹
- ◆ Συνιστάται η εκλεκτική καισαρική τομή την 38^η εβδομάδα, χωρίς να προηγείται αμνιοκέντηση.¹



Εικόνα 3.14.3. Πολλαπλασιασμός του HIV.

Άρνηση ελέγχου για HIV κατά την κύηση

Μετά από τη σύσταση της Υπηρεσίας Δημόσιας Υγείας των ΗΠΑ καθώς και μετά από μελέτες που κατέδειξαν ότι η μετάδοση του HIV μπορεί χρησιμοποιώντας συνδυασμό αφενός αντιρετροϊκών φαρμάκων και αφετέρου μαιευτικών τεχνικών (π.χ. τοκετός με καισαρική) ο αριθμός των HIV τεστ που διεξάγεται στις μαιευτικές κλινικές έχει αυξηθεί εντυπωσιακά. Τα κέντρα ελέγχου και πρόληψης βρήκαν ότι από το 1993 μέχρι το 1997, η αναλογία των γυναικών που είχαν μολυνθεί από HIV πριν τον τοκετό αυξήθηκε από το 70% στο 80% και η αναλογία των διαγνωσμένων γυναικών που ελάμβαναν ζιντοβουντίνη ZDV προ του τοκετού αυξήθηκε από 27% σε 83% στις ΗΠΑ.³⁷

Όμως, παρά αυτές τις βελτιώσεις, κάθε χρόνο γεννιούνται στις ΗΠΑ 280- 370 βρέφη με λοίμωξη HIV. Αυτό κυρίως οφείλεται στη μη πρόληψη, ιδιαίτερα μεταξύ εκείνων που δεν καμία προγεννητική φροντίδα, εκείνων που οι μητέρες είχαν αρνηθεί τον έλεγχο.³⁷

Από τα 382 παιδιά που αναφέρθηκαν με AIDS το 1998, τα 321 (84%) ήσαν Αμερικανών Αφρικανικής ή Λατινικής καταγωγής, γεγονός το οποίο καταδεικνύει ότι οι γυναίκες των μειονοτήτων και τα παιδιά τους έχουν επηρεαστεί δυσανάλογα από την επιδημία HIV. Συνεπώς, αν εντοπιζόνταν τα εμπόδια (συμπεριφοράς, κοινωνικά, κ. ά) που εμποδίζουν τον έγκαιρο έλεγχο για HIV, καθώς και τη θεραπεία των εγκύων γυναικών των μειονοτήτων, αυτό θα βελτιώνε τις πιθανότητες ώστε τα παιδιά του να γεννιούνται χωρίς την λοίμωξη και να μειωθούν οι ανισότητες που υπάρχουν στην επιδημία του HIV.³⁷

Για να εντοπιστούν τα χαρακτηριστικά των εγκύων που αρνούνται τον έλεγχο για HIV και να προσδιοριστούν εκείνοι οι παράγοντες και οι αιτίες για την άρνησή τους, πραγματοποιήθηκαν συνεντεύξεις πρόσωπο με πρόσωπο σε εγκύους σε δημόσια και ιδιωτικά μαιευτήρια. βρέθηκε ότι 8% από 626 εγκύους αρνήθηκαν τον έλεγχο για HIV. Σε περαιτέρω ανάλυση βρέθηκε ότι οι γυναίκες που είχαν γεννηθεί στο εξωτερικό και κατοικούσα στην περιοχή του Λος Άντζελες ήταν δύο φορές πιθανότερο να αρνηθούν για έλεγχο HIV παρά οι έγκυες που είχαν γεννηθεί στις ΗΠΑ.³⁷

Επίσης σε περαιτέρω ανάλυση βρέθηκε ότι άλλοι παράγοντες που προκαλούσαν την άρνηση ήταν η μη λήψη γενικής πληροφόρησης σχετικά με το HIV και η μη λήψη ειδικής πληροφόρησης σχετικά με το HIV και την εγκυμοσύνη.³⁷

3.14.2. Ευκαιριακές λοιμώξεις

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.¹

Αν και ο κυτταρομεγαλοϊός καταπολεμάται δύσκολα, το φάρμακο gancyclovir φέρνει κάποιο αποτέλεσμα αλλά είναι, δυστυχώς, τοξικό.¹

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.¹



Εικόνα 3.14.4. Καντιντίαση σε ασθενή με AIDS.

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.¹

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.¹

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 καταγραφόταν, 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 αρρένες 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.³⁶

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

1. Το « Κλασσικό » ή « Μεσογειακού τύπου ».
2. Το Αφρικανικό ή Ενδημικό.
3. Το σχετιζόμενο με AIDS ή επιδημικό.
4. Το Ιατρογενές (σχετιζόμενο με ιατρογενή ανοσοκαταστολή).³⁶



Εικόνα 3.14.5. Σάρκωμα Karosi σε ασθενή με AIDS.

Πρόκειται για πολυκεντρική κακοήγη νεοπλασία των αιμοφόρων αγγείων, που προσβάλλει πρωταρχικά το δέρμα, συνήθως των κατωτέρων άκρων, και έχει πολύ αργή ανάπτυξη. Το σάρκωμα Karosi 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.³⁶

Το σάρκωμα Karosi 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 ιστό.³

3.14.3. 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.³⁸

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.³⁸

Τα συμπεράσματα δυο επιστημονικών εργασιών κατά το 3^ο Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS και Σεξουαλικά 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 παίρνοντας τις από άλλους όπως είναι ή αφού τις ξεπλύνουν απλώς με κρύο νερό ».³⁸

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.³⁸

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.³⁸

Στη χρησιμοποιημένη σύριγγα υπάρχει πάντα αρκετή ποσότητα αίματος, από τον προηγούμενο χρήστη, ικανή να μεταδώσει τον ιό.³⁸

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.³⁸

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.³⁸

Για να περιοριστεί, επομένως, ο κίνδυνος μεταδόσεως της φοβερής αρρώστιας, εκτός από τις δωρεάν σύριγγες και τα προφυλακτικά, χρειάζεται και ενημέρωση.³⁸

3.14.4. Πρόληψη και νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με AIDS

Η εμφάνιση του AIDS στη δεκαετία του 80 έθεσε εκ νέου και με ιδιαίτερη οξύτητα το ζήτημα της πρόληψης των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων (STDs). Η ταχύτητα εξάπλωσης της επιδημίας υπογράμμισε με ένταση τον ρόλο των Κρατών και των λειτουργών της Δημόσιας Υγείας στην αντιμετώπιση της διασποράς τους. Οι προσπάθειες για την αποτελεσματική πρόληψη της HIV λοίμωξης και των άλλων STDs στηρίχθηκαν κατά κύριο λόγο στην προώθηση της χρήσης του ανδρικού προφυλακτικού.¹⁰

Κατά το παρελθόν, αλλά ακόμη και σήμερα, ένα μεγάλο εύρος διαφορετικών παρεμβάσεων και μέτρων Δημόσιας Υγείας τέθηκαν σε εφαρμογή με στόχο τον περιορισμό των STDs. Τα κηρύγματα εγκράτειας, η απαγόρευση των προγαμιαίων σχέσεων, ο αυστηρός έλεγχος των εκδιδόμενων, ο υποχρεωτικός προγαμιαίος έλεγχος και η απομόνωση των πασχόντων, αποτέλεσαν κατά καιρούς απόπειρες με άλλοτε άλλου βαθμού, εν τούτοις μερική και προσωρινή μόνον αποτελεσματικότητα.¹⁰

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 τεκμηριωμένη. 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.¹⁰

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. Παρά το ότι έχει ευρέως κατανοηθεί ότι η HIV λοίμωξη μεταδίδεται με την σεξουαλική επαφή, η πλειοψηφία του σεξουαλικά ενεργού πληθυσμού στις ΗΠΑ συνεχίζει να μην χρησιμοποιεί προφυλακτικό. Σε μελέτη στο Σαν Φρανσίσκο, μόνο το 6% των ετεροφιλόφυλων αρρένων με πολλαπλές ερωτικές συντρόφους ανέφερε σταθερή χρήση του ανδρικού προφυλακτικού. Η αναλογία αυτή ήταν πολύ μεγαλύτερη μεταξύ ομο/ αμφιφυλόφιλων ανδρών, κυμαινόμενη περί το 48%.¹⁰

Με δεδομένο ότι διαφορετικές κοινωνικές ή πληθυσμιακές ομάδες σε διαφορετικές περιοχές ακολουθούν διαφορετικά πρότυπα και κώδικες ερωτικής συμπεριφοράς και απαιτούν διαφορετικές μεθόδους προσέγγισης, ποικίλες μορφές παρεμβάσεων με στόχο την υιοθέτηση ασφαλέστερης συμπεριφοράς αναπτύχθηκαν και εφαρμόστηκαν σε όλο τον κόσμο.¹⁰

Τα διάφορα προγράμματα πληροφόρησης, ενημέρωσης, εκπαίδευσης και προώθησης του προφυλακτικού είναι συνήθως και σε άλλοτε βαθμό αποτελεσματικά. Το εύρος και η διάρκεια των αποτελεσμάτων εξαρτώνται τόσο από τον σχεδιασμό και τα μέσα της παρέμβασης, όσο και από τις ομάδες πληθυσμού που απευθύνονται.¹

Ο φόβος η επιθυμία αποφυγής της HIV λοίμωξης ήταν από τους βασικούς άξονες της προσπάθειας προώθησης της χρήσης του προφυλακτικού. Στις ΗΠΑ και σε άλλες ανεπτυγμένες χώρες η προώθηση αυτή στηρίχθηκε σε μεγάλο βαθμό στην προπαγάνδη ή διαφήμισή τους, κυρίως μέσω των ΜΜΕ, από τις βιομηχανίες- ιδιωτικές εταιρίες κατασκευής τους. Η χρήση του ανδρικού προφυλακτικού στηρίχθηκε πλήρως από τους δημόσιους οργανισμούς, με ανάπτυξη πρωτοκόλλων παρέμβασης σε πληθυσμιακές ομάδες- στόχους, τηλεοπτικές ανακοινώσεις, διαφημίσεις και άλλα μέσα. Αντίθετα, στις αναπτυσσόμενες χώρες η προώθηση του προφυλακτικού απέτυχε σε πολλές περιπτώσεις Εθνική πολιτική, συνεπικουρούμενη από διεθνείς οργανισμούς « κοινωνικής διαφήμισης ». Στις προσπάθειες αυτές χρησιμοποιήθηκαν πολλές φορές μέθοδοι διαφήμισης εμπορικών προϊόντων, αλλά και μέσα εκπαίδευσης όπως σχολικά εγχειρίδια κ. α.¹

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, δυσχεραίνοντας 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^{ου}) αιώνα.¹

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.¹

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.⁷⁰

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.⁷⁰

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 ». ⁷⁰

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. ⁷⁰

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, μπορούν να συμπεριληφθούν ο τύπος του ιδρύματος υγειονομικής φροντίδας, η διαθεσιμότητα εξειδικευμένου προσωπικού, η διαθέσιμη τεχνολογική υποστήριξη και ο αριθμός των ασθενών. ⁷⁰

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 – ο ρόλος των 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.⁷⁰

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.⁷⁰

Η συμβουλευτική ενδιαφέρεται για τα άτομα, τα ζευγάρια, τις οικογένειες και τις ομάδες. Όλοι αυτοί έχουν παρόμοια ενδιαφέροντα, υποχρεώσεις, αισθήματα και ανάγκες, αν και ο καθένας μπορεί να χρειάζεται διαφορετικό τρόπο υποστήριξης.⁷⁰

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.⁷⁰

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.⁷⁰

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.⁷⁰

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.⁷⁰

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.⁷⁰

V. Αυτοδιάθεση

Τα άτομα είναι υπεύθυνα να καθορίσουν πως θα ρυθμίσουν τη ζωή τους και πως θ' αντιμετωπίσουν την αρρώστιά 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.⁷⁰

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.⁷⁰

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.⁷⁰

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.¹⁰

- ▼ **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.¹
- ▼ **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.¹
- ▼ **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.¹
- ▼ **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 πετιούνται 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.¹

▼ 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.¹

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.⁷⁰

3.14.5. AIDS και σχολεία

Να καταρτιστεί ένα πρόγραμμα ενημέρωσης όλων των μαθητών για τη μάστιγα του αιώνα.³⁴

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 σεξ, με τελικό στόχο την ελαχιστοποίηση του κινδύνου της HIV λοίμωξης, μέσω της ερωτικής επαφής.³⁹

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.³⁹

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.³⁹

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.³⁹

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.³⁹

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.³⁹

Χρειάζεται να μελετηθούν οι εξής συγκεκριμένες πλευρές του θύματος:

- 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.³⁹
- Η ηλικία των μαθητών. Τα δεδομένα δείχνουν ότι η καλύτερη ηλικία είναι μεταξύ 11- 15 ετών.³⁹
- Οι τρόποι σύνδεσης με την τοπική κοινότητα και τους γονείς.³⁹
- Τέλος, το κρίσιμο θέμα της επιμόρφωσης των εκπαιδευτικών.³⁹

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.³⁹

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.³⁹

3.15. Συμπτώματα, θεραπεία και επιπλοκές των ΣΜΝ

ΣΜΝ	Συνηθέστερα Συμπτώματα	Θεραπεία/ Αντιμετώπιση	Συνέπειες αν δε θεραπευτεί
Χλαμύδια	Πιθανά συμπτώματα περιλαμβάνουν ασυνήθιστες εκκρίσεις, καύση κατά την ούρηση, πόνο στην περιοχή της πυέλου, αιμορραγία μεταξύ των περιόδων. Το 75% των γυναικών και το 50% των ανδρών δεν έχουν καθόλου συμπτώματα.	Τα χλαμύδια θεραπεύονται με αντιβιοτικά. Διάφορα είδη αντιβίωσης διατίθενται και η δοσολογία ποικίλει από ένα ως επτά ή περισσότερα χάπια στη διάρκεια κάποιας δεδομένης χρονικής περιόδου.	Οι γυναίκες ενδέχεται να αναπτύξουν φλεγμονή στην πύελο (περιοχή της λεκάνης). Μπορεί να προκληθεί επίμονος πόνος, να επηρεασθεί η λειτουργία των σαλπίγγων και να υπάρχουν προβλήματα αναπαραγωγής. Οι άνδρες μπορεί να εμφανίσουν μόλυνση στην ουρήθρα ή την επιδιδυμίτιδα. Όταν υπάρχει έκθεση στον ιό, αυξάνεται η πιθανότητα πρόσληψης και μετάδοσης του ιού

HIV. Επίσης, αν η γυναίκα προσβληθεί κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και δε λάβει θεραπεία, αυξάνεται η πιθανότητα μετάδοσης χλαμυδίων.

Βλεννόρροια

Πιθανά συμπτώματα περιλαμβάνουν ασυνήθιστες εκκρίσεις, καύση κατά την ούρηση, πόνο στην περιοχή της πυέλου, διαταραχές στην περίοδο.

Το 80% των γυναικών και το 10% των ανδρών δεν έχουν καθόλου συμπτώματα.

Η βλεννόρροια θεραπεύεται με τη χρήση αντιβίωσης από το στόμα, ενώ ταυτόχρονα πρέπει να γίνεται λήψη φαρμάκων και από τον/την σύντροφο.

Μπορεί να προκαλέσει στειρώση, αρθρίτιδα ή καρδιακά προβλήματα αν παραμείνει χωρίς θεραπευτική αντιμετώπιση.

Οι γυναίκες ενδέχεται να αναπτύξουν φλεγμονή στην πύελο (περιοχή της λεκάνης) λόγω

μόλυνση των οργάνων αναπαραγωγής. Οι άνδρες μπορεί να εμφανίσουν μόλυνση στην ουρήθρα ή την επιδιδυμίτιδα. Όταν υπάρχει έκθεση στον ιό, αυξάνεται η πιθανότητα πρόσληψης και μετάδοσης του ιού HIV. Επίσης, αν η γυναίκα προσβληθεί κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και δε λάβει θεραπεία, αυξάνεται η πιθανότητα μετάδοσης βλεννόρροιας στο έμβryo.

Σύφιλη

Πιθανά συμπτώματα περιλαμβάνουν ανώδυνα έλκη στα γεννητικά όργανα, στο στόμα ή στον πρωκτό, εξανθήματα στα πόδια και στα χέρια. Ενώ τα περισσότερα άτομα Πιθανά συμπτώματα Στα πρώτα στάδια να χρησιμοποιηθούν αντιβιοτικά για την θεραπεία από τη μόλυνση. Αν δε ληφθεί θεραπεία, οι βλάβες που μπορούν να προκληθούν στα πρώτα στάδια να προκαλέσει βλάβη στο νευρικό σύστημα, στη καρδιά, στον εγκέφαλο και σε κάποιες περιπτώσεις να επιφέρει τον

δεν εμφανίζουν επόμενα στάδια είναι θάνατο. Οι άνδρες συμπτώματα, όταν μη αναστρέψιμες. μπορεί να υπάρχουν εμφανίσουν μόλυνση συμπτώματα μπορεί στην ουρήθρα ή την να είναι σε διάφορες επιδιδυμίτιδα. φάσεις της νόσου, Όταν υπάρχει έκθεση που επικαλύπτονται. στον ιό, αυξάνεται η πιθανότητα

πρόσληψης και μετάδοσης του ιού HIV.

Επίσης, αν η γυναίκα προσβληθεί κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και δε λάβει θεραπεία, αυξάνεται η πιθανότητα μετάδοσης σύφιλης στο έμβρυο.

Ηπατίτιδα Β (HBV) Πιθανά συμπτώματα περιλαμβάνουν κόπωση, ναυτία, πυρετό, απώλεια όρεξης, κοιλιακό άλγος, διάρροια και ίκτερο. Το 50% όσων μολύνονται δεν εμφανίζουν συμπτώματα. Ο εμβολιασμός για ηπατίτιδα Β έχει υψηλή αποτελεσματικότητα. Δεν υπάρχει θεραπεία για την ηπατίτιδα Β αλλά στις περισσότερες περιπτώσεις η μόλυνση απομακρύνεται σε διάστημα από 8 Ο ιός επιτίθεται στο συκώτι και μπορεί να οδηγήσει σε χρόνια ηπατική ανεπάρκεια και σε καρκίνο του ήπατος. Όταν υπάρχει έκθεση στον ιό, αυξάνεται η πιθανότητα πρόσληψης και μετάδοσης του ιού HIV.

εβδομάδες ως 6 μήνες. Επίσης, αν η γυναίκα προσβληθεί κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και δε μολύνονται, θα λάβει θεραπεία, αναπτύξει χρόνια ηπατίτιδα και θα αυξάνεται η πιθανότητα φέρει τον ιό για όλη τη διάρκεια της ζωής του. μεταδόσης ηπατίτιδας B στο έμβryo.

Για την χρόνια ηπατίτιδα B, οι ενέσεις α-ιντερφερόνης αποτελούν τη θεραπεία επιλογής και χορηγούνται συνήθως 3 φορές την εβδομάδα για τέσσερις μήνες.

Έρπης (HSV- 2)

Πιθανά συμπτώματα περιλαμβάνουν εξανθήματα, πόνο κατά την ούρηση, φυσαλίδες στα γεννητικά όργανα, τους γλουτούς, τον πρωκτό ή το στόμα που δημιουργούν κνησμό ή πόνο. Οι εξάρσεις μπορεί να σχετίζονται με Δεν υπάρχει θεραπεία, αλλά υπάρχουν φάρμακα που μειώνουν τα συμπτώματα και τις εξάρσεις. Τα συμπτώματα και οι εξάρσεις μειώνονται με το πέρας του χρόνου. Αυξάνεται η πιθανότητα πρόσληψης και μετάδοσης του ιού HIV όταν υπάρχει έκθεση στον ιό. Αυξάνει την πιθανότητα μετάδοσης έρπητα

σωματικό ή οργανικό stress.

Περίπου τα 2/3 όσων έχουν μολυνθεί με τον ιό δε το γνωρίζουν.

**Λοιμώξεις
τριχομονάδων**

Πιθανά συμπτώματα περιλαμβάνουν αφρώδεις εκκρίσεις, καύση κατά την ούρηση, πόνο και πρήξιμο στην βουβωνική χώρα.

**Βακτηριακή
κολπίτιδα**

Η αντιβίωση αρκεί για να απομακρυνθεί το βακτήριο από τον οργανισμό.

των γεννητικών οργάνων στο έμβρυο, στην περίπτωση που η γυναίκα προσβληθεί κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και δεν λάβει θεραπεία.

Όταν η βακτηριακή κολπίτιδα δεν αντιμετωπιστεί, μπορεί να οδηγήσει σε φλεγμονή της πυέλου (μόλυνση των οργάνων αναπαραγωγής και πιθανά προβλήματα αναπαραγωγής).

Όταν υπάρχει έκθεση στον ιό, αυξάνεται η πιθανότητα πρόσληψης και μετάδοσης του ιού HIV.

Επίσης, αν η γυναίκα προσβληθεί κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και δε λάβει θεραπεία, αυξάνεται η πιθανότητα μετάδοσης τριχομονάδων ή

Πίνακας 3.15.1. Τα κυριότερα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.⁷¹

Γενικές κατηγορίες στρατηγικών διαχείρισης προβλήματος:

- ◆ Ζητά πληροφορίες ή καθοδήγηση.
- ◆ Μοιράζεται με τους άλλους τις ανησυχίες του. Συζητά το πρόβλημα.
- ◆ Αστειεύεται ή περιγελά το πρόβλημα. Αλλάζει συναισθηματική διάθεση.
- ◆ Προσπαθεί να ξεχάσει το πρόβλημα ή να το βγάλει από το μυαλό του.
- ◆ Ασχολείται με άλλα πράγματα για να αποστρέψει την προσοχή του.
- ◆ Δραστηριοποιείται με σθένος για να αντιμετωπίσει το πρόβλημα.
- ◆ Αποδέχεται το πρόβλημα αλλά βρίσκει και κάποια θετική πλευρά.
- ◆ Υποτάσσεται στο αναπόφευκτο, γίνεται μοιρολάτρης.¹⁰
- ◆ Κάνει κάτι, οτιδήποτε, πιθανώς χωρίς σωστή χρήση.
- ◆ Προσπαθεί να παζαρέψει πιθανές εναλλακτικές λύσεις.
- ◆ Εκτονώνει την ένταση με υπερβολική λήψη οινόπνευματος, ναρκωτικά, ριψοκίνδυνες πράξεις.
- ◆ Συμβιβάζεται, συμμορφώνεται. Κάνει ότι τον συμβουλεύουν ή ότι περιμένουν από εκείνον.
- ◆ Κατηγορεί κάποιον ή κάτι. Φέρνει κάποιον σε δύσκολη θέση.
- ◆ Ξεθυμαίνει, έχει συναισθηματικά ξεσπάσματα.
- ◆ Αρνείται την κατάσταση ή τις συνέπειές της όσο το δυνατόν περισσότερο.¹⁰

K

E

Φ

A

Λ

A

I

O

4

Θιογενείς

Ηπατίτιδες

4.1. ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ

Η ηπατίτιδα μπορεί να οφείλεται σε βακτήρια, π.χ. λεπτόσπειρα, μυκοβακτηρίδια, *Coxiella Burnetii*, μύκητες (δίμορφοι), παράσιτα (σχιστόσωμα), ιούς αλλά και σε μη λοιμογόνα αίτια (αλκοόλες, φάρμακα κ.α.). Οι ιογενείς ηπατίτιδες οφείλονται αφ' ενός στους ηπατότροπους ιούς, οι οποίοι προσβάλλουν το ήπαρ πρωτοπαθώς (ιοί Α- Ε και G), αφ' ετέρου σε ιούς που το προσβάλλουν δευτεροπαθώς (ιός Epstein- Barr και κυτταρομεγαλοϊός).⁶

Οι υπόλοιπες ηπατίτιδες περιστασιακά μόνο αποτελούν σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, με εξαίρεση της Ηπατίτιδα Β, όπου η σεξουαλική μετάδοση παίζει συγκριτικά σημαντικότερο ρόλο.¹

4.1.1. Ηπατίτιδα Α

Ορισμός

Η ηπατίτιδα Α (ΗΑ) είναι μια λοίμωξη του ήπατος που προκαλείται από τον ιό της ηπατίτιδας Α. Το ήπαρ προσβάλλεται από τον ιό και ένας μεγάλος αριθμός των κυττάρων που το αποτελούν, παθαίνουν φλεγμονή και στη συνέχεια πολλά από αυτά τα κύτταρα νεκρώνονται.⁴²

Ιστορικό

Η ηπατίτιδα Α είναι μια οξεία συνήθως αυτοπεριοριζόμενη νόσος. Ο ιός της ηπατίτιδας Α έχει παγκόσμια κατανομή. Ετησίως εμφανίζονται περίπου 1.500.000 νέες περιπτώσεις ηπατίτιδας Α σε όλο τον κόσμο. Η νόσος έχει επιδημικό χαρακτήρα σε περιοχές του πλανήτη, καθώς και η μετάδοση του ιού ευνοείται από κακές συνθήκες διαβίωσης. Η βελτίωση του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου του πληθυσμού και των συνθηκών ύδρευσης και αποχέτευσης στη χώρα μας, είχε σαν αποτέλεσμα τη μείωση των κρουσμάτων και τα νέα περιστατικά πλέον να αφορούν ταξιδιώτες σε αναπτυσσόμενες χώρες ή άτομα που ήρθαν σε επαφή με ασθενείς.⁶ Με βάση τα επιδημιολογικά δεδομένα η ηπατίτιδα Α, δικαιωματικά κατατάχθηκε μεταξύ των συχνότερων λοιμωδών νοσημάτων και σε ορισμένες περιοχές της

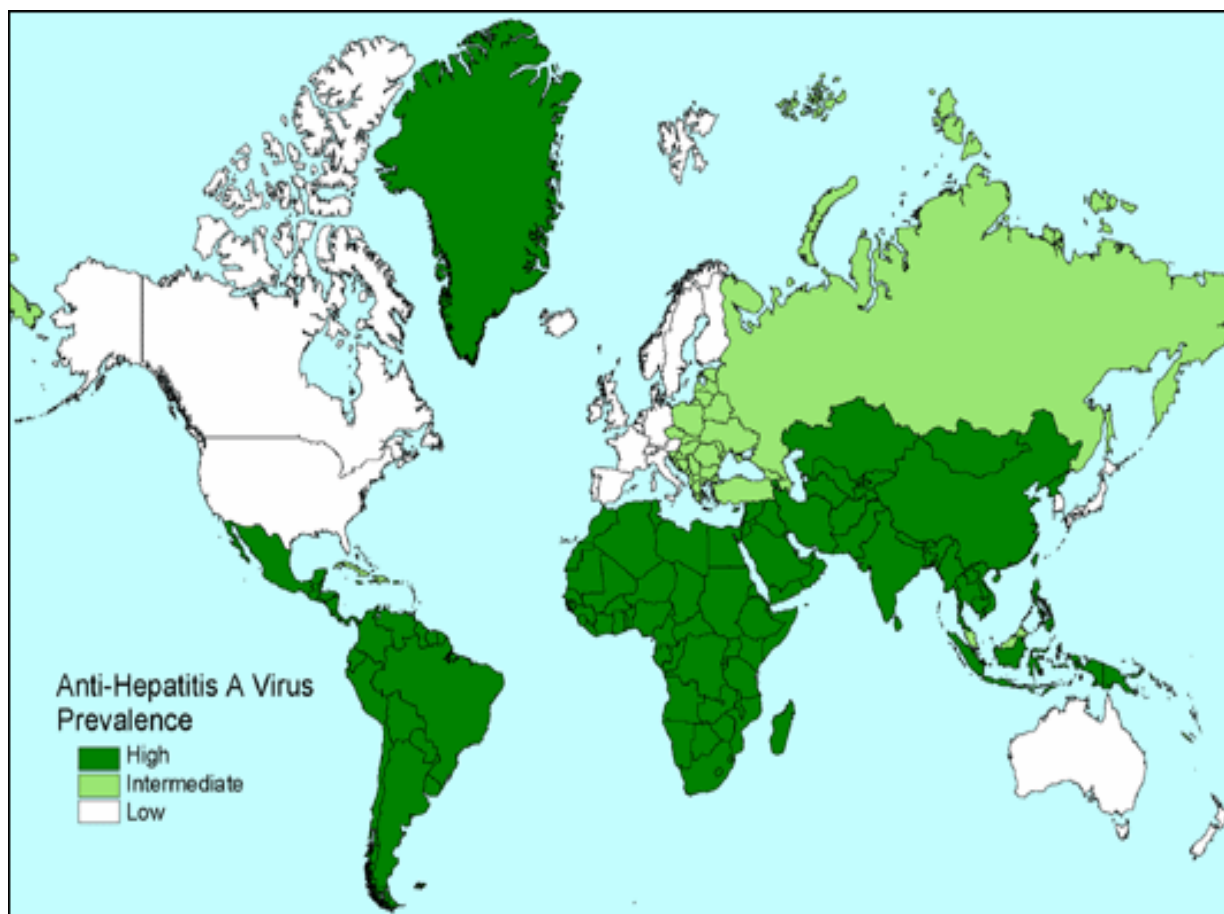
γης έχει καταταχθεί μεταξύ των υποχρεωτικών λοιμωδών νοσημάτων της πρώτης παιδικής ηλικίας. Στις περιοχές αυτές περιλαμβάνονταν παλιότερα και η χώρα μας. Ωστόσο, παρά τη μεγάλη συχνότητα της η ηπατίτιδα Α δεν αποτελούσε μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας, αφού η νόσηση στην παιδική ηλικία είναι εξαιρετικά ήπια, μικρής διάρκειας, συνηθέστερα υποκλινική και χωρίς μετάπτωση σε χρονιότητα. Έτσι μέχρι προσφάτως, η αντιμετώπιση της ηπατίτιδας Α είχε πολύ περιορισμένη προτεραιότητα.⁴⁰

Ο τύπος Α παλιότερα ονομαζόταν **λοιμώδης επιδημική ηπατίτιδα ή ηπατίτιδα μικρού χρόνου επώασης**. Είναι μια λοίμωξη που συμβαίνει είτε σποραδικά ή κατά επιδημίες. Ο ιός Α έχει πύλη εισόδου το γαστρεντερικό σωλήνα, αλλά και τις λύσεις συνεχείας του δέρματος.⁴⁴

Επιδημιολογία

Αρχικά αποτελούσε μια συχνή νόσο της παιδικής ηλικίας σε ευρύτερες περιοχές της γης. Τα κρούσματα συνήθως εμφανίζονταν με μορφή κυκλικών επιδημικών εξάρσεων. Μετά από επιδημικές εξάρσεις ακολουθούσε άλλοτε περίοδος μειωμένης συχνότητας ηπατίτιδας Α, μέχρι να αυξηθεί ξανά ο αριθμός των επίνουσων παιδιών και κάτω από τις κατάλληλες επιδημιολογικές συνθήκες, να ξεσπάσει ένα νέο επιδημικό κύμα. Την επιδημιολογία της ηπατίτιδας Α, έχουν καταγράψει με εκτενείς οροεπιδημιολογικές μελέτες σε διαφορές περιοχές της γης, με βάση την ανίχνευση των αντι- HAV αντισωμάτων και κατά την ηλικία τους. Οι μελέτες απέδειξαν ότι η νοσηρότητα από ηπατίτιδα Α με βάση τον αριθμό των δηλουμένων κρουσμάτων, είχε υποεκτιμηθεί σε πολύ μεγάλο αριθμό. Ο χαρακτηρισμός της ενδημικότητας της ηπατίτιδας Α, προϋποθέτει επαρκή μελέτη αντιπροσωπευτικών δειγμάτων του γενικού πληθυσμού κάθε περιοχής και διαχρονική παρακολούθηση των μεταβολών του επιπολασμού των αντι- HAV αντισωμάτων, στις διάφορες ομάδες ηλικιών. Με βάση τις παρατηρήσεις στη δεκαετία του 1970- 1980, η Ελλάδα είχε καταταγεί στη ζώνη ενδιάμεσης έως υψηλής ενδημικότητας ηπατίτιδας Α.⁴⁰

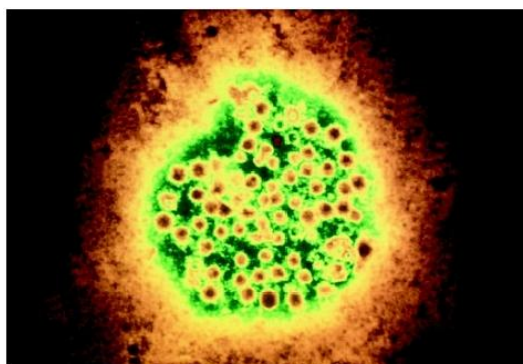
Οι χώρες που θεωρούνται ως υψηλής HAV ενδημικότητας είναι: το Μεξικό, χώρες της Καραϊβικής, Νότια και Κεντρική Αμερική, Αφρική, Ασία πλην της Ιαπωνίας και Μέση Ανατολή. Η μεσόγειος και η χώρα μας εξακολουθούν να βρίσκονται σε μεγάλη ενδημικότητα.⁴⁰



Εικόνα 4.1.1. Επιδημιολογική κατανομή της ηπατίτιδας Α.

Οργανισμός

Περιγράφεται ως RNA ιός της ομάδας των εντεροϊών και ιδιαίτερος ως Picorna διαμέτρου 7 nm , με παθολογική ενέργεια για τον άνθρωπο και ορισμένους πιθήκους. Καλλιεργείται στα εμβρυικά κύτταρα πιθήκων Rhesus και αναγνωρίζεται στο αίμα με ειδικές αντιδράσεις για μακρό χρονικό διάστημα.⁴³



Εικόνα 4.1.2. Ο ιός της ηπατίτιδας Α.

Παθογένεια

Η ηπατίτιδα Α είναι αρκετά σοβαρή και με μεγάλης διάρκειας νοσηρότητα, ιδίως όταν εμφανίζεται σε μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες, εκτός από την παιδική. Ο ιός της ηπατίτιδας Α μεταδίδεται με την στοματική οδό από άτομο σε άτομο ή με τη λήψη μολυσμένης τροφής ή νερού. Υπολογίζεται ότι η ηπατίτιδα Α αποτελεί το 20- 25% των κλινικών περιπτώσεων ηπατίτιδας σε όλο τον κόσμο. Ο επιπολασμός της νόσου σχετίζεται με τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες και τις συνθήκες υγιεινής και διαβίωσης κάθε χώρας. Τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά της ηπατίτιδας Α τα τελευταία χρόνια έχουν αλλάξει σημαντικά σε πολλές χώρες. Στη χώρα μας, η οποία από το 2001, σύμφωνα με το Centers for Disease Control and Prevention (CDC) των ΗΠΑ, ανήκει στις χώρες χαμηλής ενδημικότητας ως προς την ηπατίτιδα Α μαζί με την Ισπανία και την Ιταλία, τη δεκαετία του 1990 υπήρξε μετακίνηση της εκδήλωσης της νόσου σε μεγαλύτερες ηλικίες. Η αίτια αυτής της αλλαγής είναι ότι ολοένα και περισσότερα άτομα ηλικίας πέραν της παιδικής και της εφηβικής είναι μη άνοσα για τη νόσο. Ως αποτέλεσμα, η προσβολή των ατόμων αυτών από ηπατίτιδα Α συνοδεύεται από βαρύτερη νόσηση.⁴¹

Το σκηνικό όμως άρχισε να αλλάζει σημαντικά τα τελευταία χρόνια, όταν μετά από σημαντικές μεταβολές στην επιδημιολογία της ΗΑV λοιμώξεως, οι περιπτώσεις οξείας ηπατίτιδας Α μεταξύ ενηλίκων, έγιναν διεθνώς όλο και πιο συχνές. Το δε πρόβλημα νοσηρότητας στους ενήλικες, αποδείχθηκε πολύ πιο σοβαρό και μεγαλύτερης διάρκειας συγκριτικά με εκείνο της παιδικής ηλικίας. Η ταυτόχρονη ανάπτυξη απολύτως ασφαλούς, από πλευράς προστασίας, εμβολίου για την ηπατίτιδα Α άλλαξε και αυτή ριζικά το σκηνικό της αντιμετώπισης στο επίπεδο της πρόληψης. Έτσι σήμερα στο κλείσιμο του 20^{ου} αιώνα, η ηπατίτιδα Α παρουσιάζεται με μια σημαντική και διαφορετική εικόνα, σε σύγκριση με ένα όχι και τόσο μακρινό παρελθόν, όσο αφορά την επιδημιολογία, ιολογία, νοσηρότητα και πρόληψη.⁴⁰

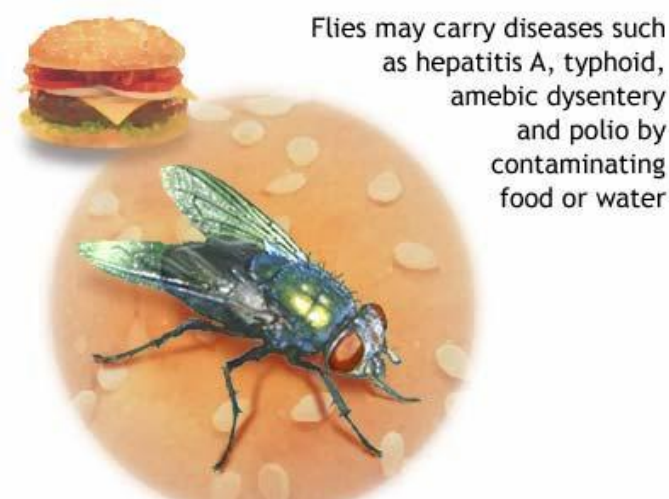
Μετάδοση

Η μετάδοση του ιού της ηπατίτιδας Α γίνεται μέσω της:

- Κοπρανοστοματικής οδού, δηλαδή μέσω χειρών που μολύνθηκαν με κόπρανα.
- Μολυσμένο νερό, τροφές και ιδίως θαλασσινά – οστρακοειδή.
- Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στους ασθενείς που εργάζονται στην κατασκευή και επεξεργασία τροφίμων.

- Επίσης, σε στενή επαφή με άτομο που έχει ηπατίτιδα Α ή με σεξουαλική επαφή.
- Σπανίως με αίμα (χρησιμοποίηση συριγγών σε χρήστες ναρκωτικών ουσιών) κατά τη διάρκεια της πρώτης φάσης της νόσου που ο ιός βρίσκεται για λίγες μέρες στο αίμα των ασθενών.⁴⁵

Τέλος να αναφέρουμε ότι αποβάλλεται από τα κόπρανα, αλλά μέσα σε 15 μέρες από την εμφάνιση του ίκτερου και άλλες τόσες μετά την εμφάνιση αυτού, με μικρότερο όμως ποσοστό αποβολής στη φάση αυτή.⁴⁶



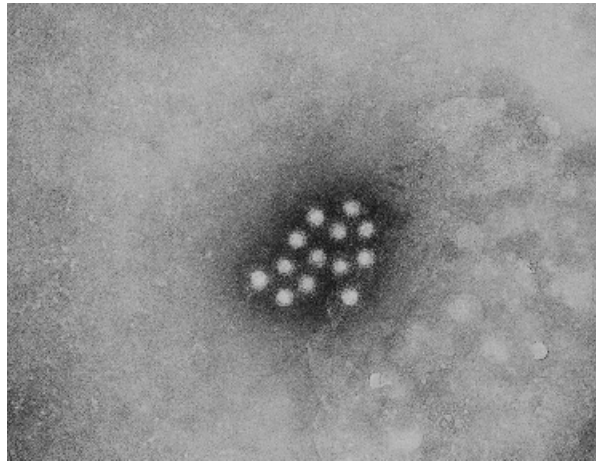
Εικόνα 4.1.3. Τρόποι μετάδοσης της ηπατίτιδας Α.

Πορεία νόσου

Όσο αφορά **την εξέλιξη της νόσου**, η οξεία ηπατίτιδα Α είναι καλοήθης νόσος που αυτοπεριορίζεται σε μερικές εβδομάδες. Σπάνια μπορεί να παρουσιάσει υποτροπή μετά τη φαινομενική κλινική ίαση, αλλά **δεν** οδηγεί σε χρόνια ηπατίτιδα. Η νόσος εκδηλώνεται σε 10-15 μέρες μετά την επαφή του ασθενούς με τον ιό της ηπατίτιδας Α (περίοδος επώασης). Η μεταδοτικότητα ελαττώνεται σημαντικά μετά την εκδήλωση του ίκτερου, αφού δεν αποβάλλεται ο ιός από τα κόπρανα. Στα παιδιά η οξεία ηπατίτιδα Α συχνά περνά χωρίς συμπτώματα. Στους ενήλικες, η κλινική εικόνα είναι πιο έκδηλη και συχνά εμφανίζεται ίκτερος. Η αναλογία των κλινικών προς τις ικτερικές περιπτώσεις είναι περίπου 1:10.⁴⁷

Ο χρόνος επώασης της ηπατίτιδας Α είναι 15- 50 μέρες. Αρχικά, οι γονείς μπορεί να προσέξουν ανορεξία και χαμηλό πυρετό, αυτό είναι το προικτερικό στάδιο. Αν στη συνέχεια παρατηρήσουν το παιδί τους, να έχει σκούρα ούρα και πυρετό, θα πρέπει αμέσως να

υποψιαστούν ηπατίτιδα. Έπειτα ο γιατρός θα κάνει τη διάγνωση και θα παραπέμψει το παιδί να κάνει τις απαραίτητες εξετάσεις, όπως χολοχρωστικές στα ούρα, τρανσαμινάσες, ειδικά αντισώματα και αντιγόνα στο αίμα.⁴⁸



Εικόνα 4.1.4. Ηπατίτιδα Α στο μικροσκόπιο.

Τα άτομα που διατρέχουν το μεγαλύτερο κίνδυνο για ηπατίτιδα Α είναι:

- Οικογένειες στις οποίες υπάρχουν άτομα που ήδη παρουσιάζουν συμπτώματα ηπατίτιδας Α.
- Τα άτομα που έρχονται σε σεξουαλική επαφή με φορείς του ιού ηπατίτιδας Α.
- Άτομα και ιδιαίτερα παιδιά που ζουν σε περιοχές, όπου υπάρχουν αυξημένα κρούσματα ή επιδημίες εξαιτίας της νόσου.
- Άτομα που ταξιδεύουν σε περιοχές όπου η ηπατίτιδα Α είναι συχνή ασθένεια.
- Οι ομοφυλόφιλοι άντρες.
- Οι χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών.⁴²

Κλινικές εκδηλώσεις

Τα συμπτώματα της ηπατίτιδας Α είναι:

- Ναυτία.
- Ίκτερος.
- Διάρροια.
- Σκοτεινά ούρα.
- Ρίγη.
- Πυρετός.
- Αρθραλγίες.⁴⁰

Τα παραπάνω συμπτώματα παρουσιάζονται με διαφορετική συχνότητα μεταξύ ενηλίκων και παιδιών. Για παράδειγμα, στους ενήλικες ο ίκτερος είναι πιο συχνός σε σχέση με τα παιδιά και οι σχετικά παρατεινόμενες, υποτροπιάζουσες, χολοστατικές μορφές της νόσου επίσης συνηθέστερες.⁴⁰

Με τις μεταβολές της επιδημιολογίας της ηπατίτιδας Α που σημειώθηκε τα τελευταία χρόνια, έχει τροποποιηθεί και η κλινική εικόνα της νόσου. Θα αναφέρουμε συνοπτικά τι συνεπάγεται η νόσηση από ηπατίτιδα Α στους ενήλικες:

- Αποχή από την εργασία τους για τουλάχιστον 30 μέρες.
- Πλήρης ανάρρωση μετά από αρκετές εβδομάδες, μέχρι και αρκετούς μήνες.
- Υπολλειμματικά συμπτώματα που μπορεί να διαρκέσουν μέχρι και ένα χρόνο μετά την υποχώρηση της οξείας φάσης.
- Χολοστατικές μορφές και μαζική ηπατική νέκρωση, πολύ πιο συχνά σε σύγκριση με παιδιά.⁴⁰

Εκτός από τα παραπάνω περιλαμβάνονται επίσης: κούραση και μυαλγίες, πόνος στην κοιλία και ιδιαίτερα στην περιοχή του ήπατος(άνω δεξιό τμήμα της κοιλίας), ανορεξία, ηπατομεγαλία και τέλος ίκτερος που όμως δεν εκδηλώνεται πάντα. Εμφανίζεται σε ποσοστό 50- 80% των ενηλίκων, με κίτρινη χροιά του δέρματος και των ματιών. Τα ούρα είναι βαθύ κίτρινο χρώμα και τα κόπρανα γίνονται άχρωμα. Στα παιδιά ο ίκτερος είναι σπάνιος. Συνήθως η ασθένεια είναι ήπιας μορφής έχουν περιγραφεί περιπτώσεις ασθενών που περνούν ηπατίτιδα Α χωρίς να παρουσιάσουν κλινικά συμπτώματα. Πολύ σπάνια μπορεί να πάρει επιθετική μορφή, να καταστρέψει το ήπαρ και να προκαλέσει το θάνατο.⁴²

Εργαστηριακή διάγνωση

Η διάγνωση της ηπατίτιδας Α γίνεται ορολογικά με τη διαπίστωση ειδικού αντισώματος κλάσεως IgM έναντι του ιού με ραδιοανοσομετρική μέθοδο. Το αντι- HAV IgM παρουσιάζεται νωρίς στη φυσική ιστορία της ηπατίτιδας, πάντοτε πριν την εκδήλωση των συμπτωμάτων και μπορεί να ανιχνεύεται μέχρι και 12 μήνες. Σπανίως μπορεί να ανιχνεύεται για πολύ μικρό χρονικό διάστημα. Η ανίχνευση του αντι- HAV IgM για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο από 12 μήνες σημαίνει ψευδώς θετικό αποτέλεσμα. Προσοχή χρειάζεται για τον εντοπισμό μεταφοράς αντισωμάτων με μετάγγιση πλάσματος διαπλακουντιακώς ή με τη χορήγηση ανοσοσφαιρίνης. Η χορήγηση απλής γ- σφαιρίνης οδήγησε στην ανίχνευση ολικών αντι- HAV σε χαμηλό τίτλο, για μερικές μόνο βδομάδες.⁴⁰

Η διάγνωση βασίζεται στο ιστορικό τους ασθενούς, στην κλινική εικόνα και στην ανίχνευση ειδικών αντισωμάτων εναντίον του ιού της ηπατίτιδας Α μέσα στο αίμα του ασθενούς.⁴²

Διαφορική διάγνωση

Η διαφορική διάγνωση της ηπατίτιδας Α περιλαμβάνει την οξεία ηπατίτιδα από άλλους ιούς και τους ηπατομμητικούς ιούς (κυτταρομεγαλοϊό, Epstein Barr), την προσβολή του ήπατος από μικροβιακά αίτια (λεπτοσπείρωση, πυρετός Q, μυκόπλασμα, την οξεία χολοαγγειίτιδα, την φαρμακευτική ηπατίτιδα από οινόπνευμα και γενικά κάθε αίτιο οξείας ηπατικής νέκρωσης). Σημαντική επίσης είναι η διαφορική διάγνωση από τις παροξύνσεις χρόνιας ιογενούς και αυτοάνοσης ηπατοπάθειας.⁴⁰

Πρόληψη

Τα μέτρα πρόληψης για την ηπατίτιδας Α είναι:

- Το ειδικό εμβόλιο, που προέρχεται από αδρανοποιημένο ιό και είναι ασφαλές και χωρίς σημαντικές παρενέργειες.⁴²

Προφύλαξη

Το πρώτο εμβόλιο έναντι της ηπατίτιδας Α κυκλοφόρησε διεθνώς στις δεκαετίες του '90. Δύο μορφές του εμβολίου είναι διαθέσιμες. Και οι δύο αποτελούνται από ανενεργό αντιγόνο ηπατίτιδας Α κεκαθαρισμένο από κυτταροκαλλιέργεια. Το Havrix (Smith K- line Beecham) χορηγείται σε δύο ενέσιμες δόσεις με μεσοδιάστημα 6- 12 μηνών και κυκλοφορεί σε δόση ενηλίκων των 1440 μονάδων ELISA (1,0ml) και παιδική δόση (από 2 έως 18 ετών) των 720 μονάδων (0,5ml). Το VAQTA (Merck) συνιστάται σε δύο ενέσιμες δόσεις με μεσοδιάστημα τουλάχιστον 6 μηνών και κυκλοφορεί σε δόση ενηλίκων των 50 μονάδων (1,0ml) και δόση παιδιών (από 2 έως 17 ετών) των 25 μονάδων (0,5ml). Τα εμβόλια της ηπατίτιδας Α έχουν αποδειχθεί εξαιρετικά ασφαλή, καθώς σοβαρές επιπλοκές συμβαίνουν σε λιγότερο από 0,1% των εμβολιασθέντων. Το ποσοστό ορομετατροπής μετά τον εμβολιασμό είναι μεγαλύτερο από 90%, αλλά παρουσιάζεται χαμηλότερο σε ηλικιωμένους και σε ασθενείς με χρόνια ηπατοπάθεια. Παρόλα αυτά, δεν συνιστώνται ούτε τακτική παρακολούθηση για παρουσία αντι-HAV, ούτε αναμνηστικοί εμβολιασμοί.⁴

Η προφύλαξη με ανοσοσφαιρίνη μετά από έκθεση στον ιό συνίσταται ακόμη για άτομα του οικογενειακού και στενού περιβάλλοντος ενός ασθενούς με οξεία ηπατίτιδα Α. Η δόση είναι 2ml για τους ενήλικες και 0,02 ml/Kg για παιδιά, χορηγούμενη ενδομυϊκά μέσα σε δύο εβδομάδες από την έκθεση. Κατάλληλος κρίνεται και ο ταυτόχρονος HAV εμβολιασμός.⁴

Ομάδες που πρέπει να εμβολιάζονται για ηπατίτιδα Α είναι:

- Τα ευαίσθητα άτομα που έρχονται σε επαφή με ασθενείς που πάσχουν από οξεία ηπατίτιδα Α.
- Όσοι πρόκειται να ταξιδέψουν σε χώρες με μεγάλη ενδημικότητα της νόσου και η οποία προ λαμβάνεται με τον εμβολιασμό και είναι 100 φορές πιο συχνή από το τυφοειδή πυρετό και 1000 φορές συχνότερη από τη χολέρα. Υπολογίζεται ότι 24.000.000 Αμερικάνοι θα επισκεφτούν σε ένα χρόνο περιοχές όπου ενδημεί η ηπατίτιδα Α.⁴⁰

Επειδή δεν υπάρχει χρονικό περιθώριο ώστε το εμβόλιο να δράσει, χορηγείται συγχρόνως και η ειδική ανοσοσφαιρίνη για πιο βραχυπρόθεσμη προστασία. Αυτή η ειδική ανοσοσφαιρίνη μπορεί να δοθεί και σε άτομα τα οποία είχαν στενή σχέση με ασθενή που παρουσίασε πρόσφατα ηπατίτιδα Α. Η βραχυπρόθεσμη προστασία που προσφέρει μπορεί να διαρκέσει 1 μέχρι 2 μήνες.⁴²

- Επίσης είναι και οι εργαζόμενοι σε βρεφονηπιακούς σταθμούς, μονάδες καθαριότητας και μονάδες κατασκευής και επεξεργασίας τροφίμων. Στις χώρες με ενδημική ηπατίτιδα Α συστήνεται επίσης σχολαστικό πλύσιμο των χεριών και βρασμός του νερού των τροφών.⁸

Η καλύτερη λοιπόν πρόληψη είναι το εμβόλιο και έχει προστασία πάνω από 10 χρόνια. Ακόμη οι ταξιδιώτες να πίνουν μόνο εμφιαλωμένο νερό, να αποφεύγουν τα παγάκια και τα φρούτα που τρώνε να είναι καλά πλυμένα με καθαρό νερό.⁴²

Σε περίπτωση φυσικών καταστροφών, όπου το δίκτυο ύδρευσης- αποχέτευσης μπορεί να υποστεί ζημιές, συμβουλευτείτε τις τοπικές αρχές για την καταλληλότητα του πόσιμου νερού. Αποφεύγεται να μοιράζεστε τρόφιμα, ποτά, τσιγάρα με άλλους. Ο ιός της ηπατίτιδας Α αδρανοποιείται στιγμιαία με το βρασμό του νερού και των τροφίμων με την παστερίωση και την χρήση χλωρίνης στις επιφάνειες.⁴⁵

Θεραπεία

Η **θεραπεία** της ηπατίτιδας Α είναι υποστηρικτική και στις περισσότερες περιπτώσεις αντιμετωπίζεται στο σπίτι. Η ιογενής ηπατίτιδα αυτοπεριορίζεται σε μεγάλο αριθμό περιπτώσεων. Συνίσταται ανάπαυση, άλιπος δίαιτα και εάν παρουσιαστούν συμπτώματα

όπως ναυτία και εμετοί, τότε θα πρέπει να γίνει αποφυγή του αλκοόλ και των φαρμάκων. Εισαγωγή στο νοσοκομείο απαιτείται μόνο εάν υπάρχουν εμετοί, ασκίτης ή ηπατική ανεπάρκεια.⁴⁰

Αρα η ηπατίτιδα Α έχει καλή πρόγνωση. Ειδική θεραπεία δεν υπάρχει για τους πάσχοντες, έτσι ο μόνος τρόπος να αντιμετωπιστεί είναι να τον προλάβουμε, εφαρμόζοντας κανόνες υγιεινής (όπως πλύσιμο χεριών πριν και μετά το φαγητό και τη χρήση της τουαλέτας) και μέτρα για την αποφυγή μόλυνσης του περιβάλλοντος.⁴⁶

Τελειώνοντας την ηπατίτιδα Α θα θέλαμε να σας πληροφορήσουμε για τη σοβαρότερη μορφή της ηπατίτιδας που είναι η **κεραυνοβόλος ηπατίτιδα**. Οφείλεται σε μαζική ηπατοκυτταρική νέκρωση και χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση ηπατικής ανεπάρκειας και διαταραχών της πήξεως στις πρώτες εβδομάδες από την εμφάνιση του ίκτερου. Κλινικά διαπιστώνεται υψηλός πυρετός, κοιλιακό άλγος, εμετοί, ίκτερος, εγκεφαλοπάθεια, σπασμοί, ασκίτης και αιμορραγική διάθεση. Ο θάνατος επέρχεται εντός των 2 με 3 εβδομάδων. Ιστολογικά ανευρίσκεται νέκρωση ολόκληρου σχεδόν του λοβίου, διάχυτη σε όλο το ήπαρ.⁴⁹

Η διάγνωση βασίζεται στη μεγάλη παράταση του χρόνου προθρομβίνης και επιβεβαιώνεται με την εκδήλωση της εγκεφαλοπάθειας. Το σύνδρομο της κεραυνοβόλου ηπατικής ανεπάρκειας παρουσιάζει υψηλή θνησιμότητα που εξαρτάται από την ηλικία και ανέρχεται συνολικά σε 80%. Είναι σπάνια και έχει σχέση με την ηλικία του ασθενούς. Είναι συχνότερη σε χρόνια λοίμωξη Β και σε ασθενείς με χρόνια ηπατοπάθεια. Τέλος το 67% αντιμετωπίζονται επιτυχώς με υποστηρικτική αγωγή σε εξειδικευμένες μονάδες εντατικής θεραπείας.⁴⁰

4.1.2. Ηπατίτιδα Β

Ορισμός

Η ηπατίτιδα Β είναι φλεγμονή και δυσλειτουργία του συκωτιού που οφείλεται στον ιό της ηπατίτιδας Β (Hepatitis Virus Β).⁵⁰

Η ηπατίτιδα Β είναι πιο σοβαρή από την ηπατίτιδα Α, επειδή μπορεί να πάρει χρόνια μορφή ή να καταλήξει σε κίρρωση ή καρκίνο του ήπατος. Συνήθως η εισαγωγή στο νοσοκομείο είναι απαραίτητη.⁴⁶

Ιστορικό

Ο ιός της ηπατίτιδας Β απομονώθηκε από τον Blumberg το 1964 από το αίμα ιθαγενούς της Αυστραλίας και αναφέρεται από τότε ως **αυστραλιανό αντιγόνο**. Η ανεύρεση αυτή στο αίμα των πασχόντων οι οποίοι είχαν υποβληθεί σε επανειλημμένες μεταγγίσεις κατέληξε στη διάκριση της ηπατίτιδας η οποία ήταν γνωστή ως ηπατίτιδα εξ ομολόγου ορού. Τα σωματία Dane θεωρούνται ο ιός ηπατίτιδας Β.⁴³

Επιδημιολογία

Όσο αφορά την επιδημιολογία η χρόνια λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας Β είναι πιο συχνή, αφού προσβάλλει το 5% του πληθυσμού της γης (350.000.000 άτομα) και η συχνότητα των φορέων είναι περίπου 3%, ενώ αυξημένη μεταξύ οικονομικών μεταναστών (συνολικά υπολογίζεται σε 500.000 άτομα).⁵¹

Η ηπατίτιδα Β σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ευθύνεται για 1.000.000 θανάτους από καρκίνο του ήπατος και τα περισσότερα κρούσματα συμβαίνουν στην Κίνα, την Ινδία και άλλα μέρη της Ασίας. Στην Ελλάδα οι φορείς του γνωστού ως « αυστραλιανό αντιγόνο », τις προηγούμενες δεκαετίες αποτελούσε το 4,5- 5,5 % του γενικού πληθυσμού με τα μεγαλύτερα ποσοστά στην Ελλάδα. Την τελευταία δεκαετία παρατηρείται μια μείωση του ποσοστού στην Ελλάδα στα επίπεδα του 1,5- 2%. Παρά τα τελευταία καλά αποτελέσματα το πρόβλημα της ηπατίτιδας Β αρχίζει να γίνεται πάλι ανησυχητικό λόγω της μετακίνησης προς την Ελλάδα μεγάλου αριθμού μεταναστών από χώρες όπου η ηπατίτιδα Β παρουσιάζει μεγάλα ποσοστά φορέων της νόσου (> 10%) όπως Αλβανία, Βουλγαρία, κ.λ.π. Άρα είναι αναγκαίο οι ομάδες των αλλοδαπών να ενημερώνονται , να εμβολιάζονται και να υποβάλλονται σε αιματολογικές εξετάσεις. Η ηπατίτιδα Β είναι ένας ύπουλος εχθρός, αφού δεν αισθάνονται τίποτα για πολλά χρόνια.⁵²

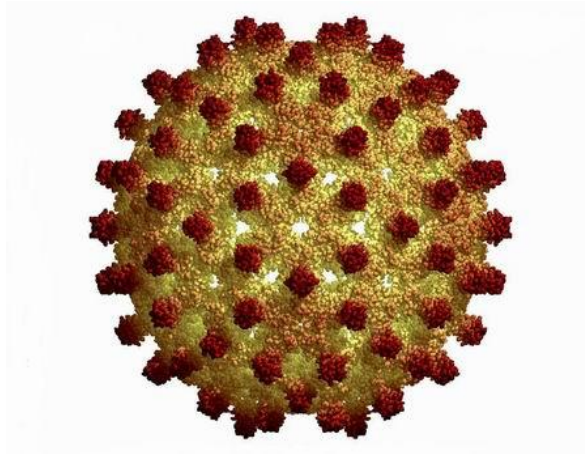


Εικόνα 4.2.1. Επιδημιολογική κατανομή της ηπατίτιδας Β.

Οργανισμός

Πρόκειται περί ιού DNA, ο οποίος ανήκει στην οικογένεια ηπατοκυτταρικών ιών, γνωστή ως *Hepadna*. Το αντιγόνο αυτό αναφέρεται ως HBsAg.⁴³

Το αντιγόνο αυτό έλαβε διάφορα ονόματα αλλά κατέληξε στο HBsAg. Έτσι φάνηκε και σχέση του αντιγόνου με την ιογενή ηπατίτιδα. Από το 1969 σε άτομα με οξεία ιογενή ηπατίτιδα βρέθηκε στο 20% από αυτούς το αντιγόνο. Δείχθηκε δηλαδή ότι οι πάσχοντες από ιογενή ηπατίτιδα στους οποίους πιθανολογείται περισσότερο παρεντερική μόλυνση, η συχνότητα του αντιγόνου είναι μεγάλη, ενώ αντίθετα σε πάσχοντες από ιογενή ηπατίτιδα στο στόμα, η συχνότητα του αντιγόνου είναι μικρή. Η μετάδοση του αυστραλιανού αντιγόνου γίνεται κυρίως αμέσως με το αίμα αλλά και οι άλλοι τρόποι δεν αποκλείονται. Το 15% των κουνουπιών στις άγριες περιοχές της Κένυας και Ουγκάντας είχαν HBsAg.⁴⁹



Εικόνα 4.2.2. Ο ιός της ηπατίτιδας Β.

Παθογένεια

Η μολυσματικότητα του ιού ηπατίτιδας Β είναι 100 φορές μεγαλύτερη από τον HIV. Η ηπατίτιδα αυτή είναι ένας από τους φονιάδες της ανθρωπότητας και οι ειδικοί του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας υποστηρίζουν ότι είναι από τους μεγαλύτερους κινδύνους της δημόσιας υγείας καθώς η νόσος προσβάλλει εκατοντάδες εκατομμύρια ανθρώπους και σκοτώνει ως και 2.000.000 από αυτούς ετησίως.²³

Μετάδοση

Η μετάδοση του ιού της ηπατίτιδας Β γίνεται: κυρίως παρεντερικά ή σεξουαλικά, δηλαδή με επαφή του ατόμου με μολυσμένα βιολογικά υγρά και δε μεταδίδεται από μαγειρικά σκεύη, τουαλέτες ή γενικότερα με την κοινωνική επαφή.⁵³

Συνήθεις τρόποι διασποράς του ιού της ηπατίτιδας Β είναι:

- Ετεροφυλικές ή ομοφυλοφιλικές σεξουαλικές επαφές με ασθενείς που πάσχουν από χρόνια ηπατίτιδα Β.⁵⁰
- Μετάδοση από άτομα του ενδοοικογενειακού περιβάλλοντος των μικρών παιδιών που αποτελεί το σημαντικότερο τρόπο δημιουργίας των ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα Β στη χώρα μας.²³
- Κάθετη μετάδοση από τη μητέρα στο παιδί. Σήμερα όλες οι έγκυες γυναίκες ελέγχονται για την παρουσία ηπατίτιδας Β και σε περίπτωση θετικού αποτελέσματος λαμβάνονται ειδικά μέτρα που προλαμβάνουν τη μετάδοση του ιού στο νεογνό. Με την περιγεννητική μετάδοση από τη μητέρα στο παιδί όταν η μητέρα είναι φορέας του HBsAg και θετική στο

HBeAg. Το έμβρυο μολύνεται κατά τη διάρκεια της κύησης μέσω του πλακούντα και ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος αν η μητέρα έχει οξεία νόσο κατά το τρίτο τρίμηνο κύησης παρά στο δεύτερο. Η πιθανότητα από μητέρα φορέα στο παιδί είναι μικρότερη.⁴⁷

- Μεταγίσεις αίματος ή παραγώγων του. Αυτός ο τρόπος μετάδοσης είναι σήμερα εξαιρετικά σπάνιος λόγω του συστηματικού ελέγχου των αιμοδοτών.⁵⁰
- Χρήση ενδοφλεβίων ναρκωτικών. Οι χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών και γενικά όσοι τρυπιούνται με βελόνες ευάλωτοι στον ιό.⁴⁷
- Παρεντερική έκθεση σε μολυσμένο αίμα και βιολογικά υγρά.⁴⁷

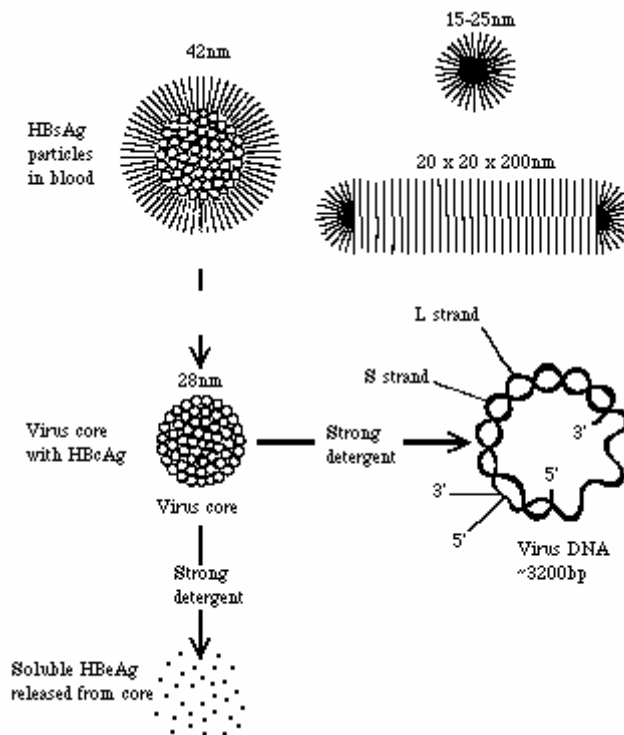
Ο ιός της ηπατίτιδας B δε μεταδίδεται με:

- Νερό, τροφή.
- Μαγειρικά σκεύη.
- Τουαλέτες.
- Κοινωνική επαφή.⁴⁵

Αν και τα επίπεδα στο αίμα είναι 100 έως 1000 φορές υψηλότερα από ότι στις άλλες σωματικές εκκρίσεις, όχι τόσο στο σπέρμα, αλλά στο σάλιο είναι μολυσματικά. Έχει ανευρεθεί στα δάκρυα και στο μητρικό γάλα, αλλά η μολυσματικότητα αυτών δεν έχει αποδειχθεί. Τέλος μπορεί επίσης με το τρύπημα των αυτιών, με το τατουάζ, με τη χρήση κοινής οδοντόβουρτσας, σύριγγας ή βελόνας, ξυραφιών, με ψαλιδάκια για μανικιούρ να γίνει μετάδοση του ιού, καθώς και με τη διενέργεια χειρουργικών ή οδοντιατρικών επεμβάσεων.²³

Πορεία νόσου

Στην εξέλιξη της νόσου ο χρόνος επώασης της οξείας ηπατίτιδας B είναι 45-120 μέρες. Στο 50% των ασθενών (και κυρίως στα παιδιά) η οξεία ηπατίτιδα B δε συνοδεύεται από ίκτερο και συχνά δεν έχει κανένα σύμπτωμα. Η οξεία ηπατίτιδα στους ενήλικες πολύ συχνά αυτοϊάται πλήρως. Η πιθανότητα ανάπτυξης χρόνιας ηπατίτιδας B εξαρτάται από την ηλικία του ασθενούς (μετάπτωση σε χρόνια ηπατίτιδα: 95% στα νεογνά, 60% στα παιδιά, και 2- 5% στους ενήλικες) και από την κλινική εικόνα.⁵⁴



Εικόνα 4.2.3. Πολλαπλασιασμός του ιού.

Το γεγονός αυτό κάνει απαραίτητο τον εμβολιασμό όλων των νεογνών και των παιδιών. Οι ασθενείς που δεν κατορθώνουν να αποβάλλουν τον ιό της ηπατίτιδας Β κατά τη φάση της οξείας, συχνά χαρακτηρίζονται ως χρόνιοι φορείς (όσοι διατηρούν τον ιό στον οργανισμό τους για διάστημα μεγαλύτερο από 6 μήνες). Ένα ποσοστό των χρόνιων φορέων (30- 40%) του ιού της ηπατίτιδας Β έχουν υψηλό πολλαπλασιασμό του ιού και αναπτύσσουν ενεργό βλάβη, δηλαδή χρόνια ηπατίτιδα Β. Σημαντικό ποσοστό των ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα Β αναπτύσσουν κίρρωση του ήπατος, αν δε μεσολαβήσει επιτυχής θεραπεία. Υπολογίζεται ότι 25- 40% των ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα καταλήγουν από τις επιπλοκές της κίρρωσης ή από ηπατοκυτταρικό καρκίνο. Δυστυχώς δεν εμφανίζουν συμπτώματα για δεκαετίες μέχρι να αναπτυχθούν εκδηλώσεις προχωρημένης κίρρωσης (ίκτερος, κίρσοι οισοφάγου, ασκίτης, εγκεφαλοπάθεια). Τέλος, κανένας δείκτης δεν υπάρχει που να μπορεί να προβλέψει με ασφάλεια ποιος από τους χρόνιους φορείς του ιού θα αναπτύξει χρόνια ηπατίτιδα. Γι' αυτό όλοι οι χρόνιοι φορείς θα πρέπει να παρακολουθούνται εφ' όρου ζωής με περιοδικές εξετάσεις (κυρίως έλεγχο τρανσαμινασών). Ο στόχος παρακολούθησης των χρόνιων φορέων είναι η έγκαιρη αποκάλυψη της πιθανής μετάπτωσής τους σε χρόνια ηπατίτιδα, οπότε θα πρέπει να λάβουν ειδική θεραπεία για την πρόληψη της ανάπτυξης κίρρωσης.⁵⁵

Κλινικές εκδηλώσεις

Τα συμπτώματα της ηπατίτιδας Β είναι:

- Αδιαθεσία.
- Ανορεξία.
- Ναυτία.
- Εμετός.
- Κοιλιακός πόνος.
- Πυρετός.⁴⁷

Μετά από 3- 5 μέρες εμφανίζονται ανοιχτόχρωμα κόπρανα, σκούρα ούρα και κίτρινη χροιά στο άσπρο του ματιού και στο δέρμα (ίκτηρος). Μερικές φορές όμως τα συμπτώματα μπορεί να είναι τόσο ήπια, ώστε η νόσος να περάσει απαρατήρητη.⁵⁰

Η πυρετική κίνηση είναι μικρή, κάτω των 39° C ή μπορεί να λείπει τελείως. Ο ίκτηρος εμφανίζεται συνήθως 5- 10 μέρες μετά, η λοίμωξη είναι κλινικά εμφανής μόνο στις 30% των μολύνσεων. Δηλαδή στο 70% των περιπτώσεων είναι χωρίς κλινική εκδήλωση. Στα παιδιά η ύπαρξη ίκτηρου είναι σε ποσοστό λιγότερο από 10%. Η λοίμωξη έχει θνησιμότητα 1% περίπου και αυξάνει στις ηλικίες άνω των 40 ετών, αλλά όταν η λοίμωξη προέρχεται από μετάγγιση τότε η θνησιμότητα ανέρχεται σε 6- 12%.²³

Εργαστηριακή διάγνωση

Η **διάγνωση** γίνεται με ειδικές εξετάσεις αίματος και έτσι φαίνεται αν ο ασθενής είναι μολυσμένος από τον ιό ή αν είναι χρόνιος φορέας της νόσου.¹² Ακόμη γίνεται τυχαία και μετά από πολλά χρόνια από τη φάση της οξείας ηπατίτιδας. Βασίζεται στην ανίχνευση του αντιγόνου στην επιφάνεια του ιού της ηπατίτιδας Β που προσδιορίζονται στο αίμα των ασθενών και βοηθούν στη διάκριση των διαφόρων φάσεων της χρόνιας ηπατίτιδας Β στην ανίχνευση του πολλαπλασιασμού του ιού.⁵¹

Η διάγνωση λοιπόν γίνεται από την κλινική εικόνα, τις χολοχρωστικές στα ούρα, την αυξημένη χολερυθρίνη στο αίμα καθώς και την αύξηση της T.K.E, των τρανσαμινασών, της αλκαλικής φωσφατάσης. Στην ηπατίτιδα Β η διάγνωση επιβεβαιώνεται από την ανεύρεση του αυστραλιανού αντιγόνου.⁴⁸

Σε εξετάσεις για ηπατίτιδα Β πρέπει να υποβάλλονται:

- Όλα τα άτομα με αυξημένες τρανσαμινάσες.

- Όλα τα άτομα που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου για ηπατίτιδα Β.
- Όλες οι έγκυες γυναίκες.
- Όλα τα παιδιά που οι μητέρες τους πάσχουν από ηπατίτιδα C.
- Όλοι οι συγγενείς πρώτου βαθμού (παιδιά, γονείς, αλλά και αδέρφια) ασθενών με οξεία ή χρόνια ηπατίτιδα Β.
- Ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα C ή τον ιό του AIDS.⁵⁶

Τα άτομα που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου για ηπατίτιδα Β είναι:

- Όσα έχουν στενές επαφές με άτομα που πάσχουν από χρόνια ηπατίτιδα Β.
- Οι ομοφυλόφιλοι.
- Οι ετερόφυλοι που έχουν πολλαπλούς ερωτικούς συντρόφους.
- Οι χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών.
- Οι αστυνομικοί.
- Το προσωπικό και οι τρόφιμοι των φυλακών.
- Οι εργαζόμενοι σε υπηρεσίες καθαριότητας και επεξεργασίας λυμάτων.
- Οι εργαζόμενοι στις υπηρεσίες υγείας. Όπως γιατροί, οδοντίατροι, νοσηλευτικό προσωπικό, καθαρίστριες, εργαζόμενοι σε διαγνωστικά και ερευνητικά εργαστήρια.⁵¹

Πρόληψη

Η **πρόληψη** της ηπατίτιδας Β στηρίζεται στον **εμβολιασμό**. Τα εμβόλια που κυκλοφορούν είναι ασφαλή και αποτελεσματικά. Στη χώρα μας γίνεται μεγάλη προσπάθεια περιορισμού της μετάδοσης μέσω ενημερωτικών εκστρατειών και εκτεταμένων προγραμμάτων εμβολιασμού. Σήμερα είναι υποχρεωτικός ο εμβολιασμός όλων των βρεφών και εφήβων. Εμβολιασμός συνίσταται για όλα τα ευαίσθητα άτομα που ανήκουν στις υψηλές ομάδες κινδύνου.⁵¹

Προφύλαξη

Μερικοί κανόνες προφύλαξης από τον ιό είναι:

- Όλοι οι ασθενείς με ηπατίτιδα να μην μοιράζονται με άλλους βελόνες, ή προσωπικά αντικείμενα που μπορεί να έρθουν σε επαφή με αίμα, όπως οδοντόβουρτσες, ξυραφάκια και ότι προκαλεί μικροτραυματισμό.⁵⁰

- Όλα τα άτομα με πολλαπλούς ή άγνωστους συντρόφους να χρησιμοποιούν προφυλακτικά κατά τις ερωτικές τους επαφές.⁵⁰
- Όσοι κάνουν τατουάζ ή τρύπημα αυτιών, να προσέχουν να είναι καλά αποστειρωμένες οι βελόνες. Κάθε 5 χρόνια να κάνουν μια εξέταση που να δείχνει αν έχουν αρκετά αντισώματα έναντι του ιού.⁵⁰
- Σε περίπτωση που ένα ευαίσθητο άτομο εκτεθεί στον ιό της ηπατίτιδας Β, η χορήγηση υψηλών ποσοτήτων εξουδετερωτικών αντισωμάτων με την ειδική υπεράνοση γάμμα-σφαιρίνη παρέχει κάποιο βαθμό προστασίας.⁵⁶
- Και εδώ είναι απαραίτητη η αυστηρή τήρηση των κανόνων ατομικής υγιεινής καθαριότητας. Για την προφύλαξη ή καλύτερα τη μείωση της πιθανότητας εμφάνισης δυσμενών επιπλοκών στους χρόνιους φορείς, κάτω από ορισμένες συνθήκες και με τη σύμφωνη γνώμη του θεράποντος γιατρού, είναι δυνατή η χρήση της ιντερφερόνης, ενός προϊόντος άμυνας του οργανισμού έναντι των ιών.⁴⁶
- Αποστείρωση των χειρουργικών εργαλείων στους 121 °C για 15 λεπτά με υγρή θερμότητα ή σε ξηρά θερμότητα στους 160 °C για 2 ώρες. Επίσης χρησιμοποιείται φορμόλη επί 12 ώρες ή οινόπνευμα 70 °C για 18 ώρες.²³
- Ενημέρωση του πληθυσμού για τον τρόπο μετάδοσης της ηπατίτιδας και εκπαίδευση των εφήβων και νεαρών ατόμων για ασφαλείς σεξουαλικές σχέσεις.²³

Στην χώρα μας ο μαζικός εμβολιασμός εφαρμόζεται από την δεκαετία του '90. Μόλις πρόσφατα (1998) η Ελληνική Πολιτεία μετά από προτάσεις της Εθνικής Επιτροπής Εμβολιασμών (1997) και της Ελληνικής Παιδιατρικής Εταιρείας και με νεότερες οδηγίες από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας για εμβολιασμό όλων των κατοίκων των χωρών μέσης ενδημικότητας, καθιέρωσε υποχρεωτικό εμβολιασμό όλων των βρεφών και όλων των παιδιών ηλικίας μέχρι 12 ετών από τις υπηρεσίες υγείας. Συνίσταται ο εμβολιασμός στα μαιευτήρια ή τουλάχιστον κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους της ζωής τους. Τα εμβόλια από ανασυνδυασμένο DNA, που κυκλοφορούν στο εμπόριο είναι το Engerix B. Η έναρξη του εμβολιασμού αρχίζει από τους 6 μήνες.⁵⁷

Το εμβόλιο πρωταρχικά συνιστάται για την προφύλαξη από την έκθεση στη νόσο. Το τελευταίο καιρό προτείνεται και η χρήση του και για μετά την αντίστοιχη έκθεση, σε συνδυασμό με μια δόση ειδικής ανοσοσφαιρίνης. Τέτοιες συνθήκες δημιουργούνται συνήθως σε νεογέννητα από μητέρες θετικές για επιφανειακό αντιγόνο ηπατίτιδας Β σε τυχαία διαδερμική ή διαβλενογόνια έκθεση με αίμα θετικό για HBsAg, ή σε σεξουαλική επαφή με άτομο θετικό για HBsAg.⁵⁸

Θεραπεία

Οι δυνατότητες της **θεραπευτικής παρέμβασης** στην ηπατίτιδα Β έχουν βελτιωθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Η θεραπεία της χρόνιας ηπατίτιδας Β γίνεται σήμερα με φάρμακα που βοηθούν το ανοσοποιητικό σύστημα στη μάχη εναντίον του ιού ή με φάρμακα που εμποδίζουν τον πολλαπλασιασμό του ιού (όπως χάπια λαμβουδίνης). Συχνά τα φάρμακα δεν εκριζώνουν τον ιό αλλά καθυστερούν την εξέλιξη της ηπατικής νόσου, αναστέλλοντας την ανάπτυξη κίρρωσης και ηπατοκυτταρικού καρκίνου. Πιθανολογείται ότι στο άμεσο μέλλον οι συνδυασμοί των φαρμάκων θα βελτιώσουν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.⁵⁶

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της χρόνιας HBV λοίμωξης είναι αντιικά (ιντερφερόνη- α και νουκλεοσιδικά/ νουκλεοτιδικά ανάλογα) και ανοσορρυθμιστικά (ιντερφερόνη- α). Προς το παρόν (Ιούλιος 2005) έχουν εγκριθεί στην Ελλάδα και στην Ευρώπη η ιντερφερόνη- α (κλασική α- 2a Roferon και α- 2b Intron- A ή πεγκυλωμένη α- 2a Pegasys 2- 2b Peginteron), η λαμβουδίνη (Zeffix) και η αδεφοβίρη (Hepsera). Η εντεκαβίρη έχει εγκριθεί στις ΗΠΑ. Τα παραπάνω φάρμακα παρουσιάσουν σχετικά πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Έχουν δημοσιευθεί οδηγίες για την θεραπεία της χρόνιας HBV λοίμωξης στην Ευρώπη, στις ΗΠΑ και στην Ασία. Η IFN- α είναι πρωτεΐνη με αντιική και ανοσορρυθμιστική δράση. Σε HBeAg θετικούς ασθενείς χορηγείται παρεντερικώς (υποδορίως ή ενδομυϊκώς) σε δόση 4,5- 5 MU καθημερινώς ή 9- 10 MU, 3 φορές εβδομαδιαίως, 4- 6 μήνες. Το 30% των ασθενών παρουσιάζουν ορομετατροπή σε αντι- HBe, που συνοδεύεται από κλινική, ιολογική, βιοχημική και ιστολογική ύφεση της νόσου, η οποία τις περισσότερες φορές είναι μακροχρόνια. Οι παρενέργειες που παρουσιάζονται αργότερα (αλωπεκία, κατάθλιψη, δυσχέρεια συγκέντρωσης, ευερεθιστότητα) είναι πιο ενοχλητικές και είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε διακοπή της θεραπείας. Επίσης η ανάπτυξη αυτοαντισωμάτων είναι συχνή και μπορεί να συνοδευθεί από το αντίστοιχο κλινικό σύνδρομο (υποθυρεοειδισμός, θρομβοπενία, κ.λ.π). Η εκδήλωση κατάθλιψης είναι λιγότερο συχνή από την παρατηρούμενη στη θεραπεία της χρόνιας ηπατίτιδας C (1- 4% έναντι 22%) και αντιμετωπίζεται με κατάλληλη αγωγή (αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης). Επιπλέον, η πρόωρη διακοπή της θεραπείας είναι δυνητικά επικίνδυνη, αφού οι αμινοτρανσφεράσες μπορεί να αυξηθούν πολύ τις επόμενες εβδομάδες και να ακολουθήσει εκδήλωση ηπατικής ανεπάρκειας τους επόμενους μήνες από την ανοσιακή αντίδραση στον ταχέως πολλαπλασιαζόμενο πλέον ιό.⁵³

Για την ηπατίτιδα Β γενικά δεν χρειάζεται θεραπεία, εκτός από ξεκούραση και υποστηρικτικά μέτρα για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων (ενυδάτωση σε περίπτωση εμετών). Όμως τα τρία φάρμακα που αναφέραμε βοηθούν στην άμυνα του οργανισμού. Αυτά υπενθυμίζουμε ότι είναι η ιντερφερόνη άλφα, λαμβουδίνη και η διπιβαλική αδεφοβίρη.⁴⁵

Ποιοι ασθενείς με ηπατίτιδα Β πρέπει να υποβάλλονται σε θεραπεία;

Οι χρόνιοι ασθενείς του ιού της ηπατίτιδας Β έχουν ανάγκη και δεν ωφελούνται από την θεραπεία. Η ανάγκη χορήγησης θεραπείας σε ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα πρέπει να αποφασίζονται κατά περίπτωση και η θεραπεία να εφαρμόζεται από τους γιατρούς με εμπειρία σε αυτά τα νοσήματα.⁴⁵

Εάν είστε φορέας ηπατίτιδας Β τότε:

- Μη γίνεται αιμοδότης ή δωρητής οργάνων.
- Μη μοιράζεστε με άλλους προσωπικά αντικείμενα που μπορεί να φέρουν επάνω αίμα.
- Καλύψτε κάθε πληγή ή τραύμα και καθαρίζουμε πιτσιλιές αίματος με αδιάλυτη χλωρίνη.
- Εμβολιαστείτε για την ηπατίτιδα Α.⁴⁵

Πώς μπορείτε να μάθετε αν έχετε « μολυνθεί » από τον ιό της ηπατίτιδας Β;

Μπορεί να έχετε ηπατίτιδα Β, να μεταδίδεται τη νόσο και να μη το γνωρίζετε! Ορισμένες φορές μπορεί να μην έχετε κανένα απολύτως σύμπτωμα. Εάν θέλετε λοιπόν να ελεγχθείτε πρέπει πρώτα να συμβουλευτείτε τον γιατρό σας. Υπάρχουν πολλές ειδικές εξετάσεις που δείχνουν αν έχετε ηπατίτιδα Β και πόσο σοβαρό είναι το πρόβλημα (οξεία ή χρόνια απλός φορέας ή πάσχων από ενεργό ηπατίτιδα). Στην περίπτωση της χρόνιας, ίσως να σας ζητηθεί να κάνετε βιοψία ήπατος. Είναι μια απλή εξέταση που γίνεται στο κρεβάτι του ασθενούς, διαρκεί λίγα λεπτά και σε έμπειρα χέρια έχει ελάχιστες επιπλοκές.⁴⁵

4.1.3. Ηπατίτιδα C

Ορισμός

Η ηπατίτιδα C είναι μια λοίμωξη προκαλούμενη από ιό. Προκαλεί φλεγμονή του ήπατος και όταν η νόσος εξελιχθεί σε χρόνια μπορεί να οδηγήσει σε ίνωση του ήπατος (κίρρωση), σε

ηπατική ανεπάρκεια και καρκίνο. Σήμερα η ηπατική ανεπάρκεια λόγω χρόνιας ηπατίτιδας C, είναι η κύρια αιτία μεταμόσχευσης ήπατος.⁵⁵

Ιστορικό

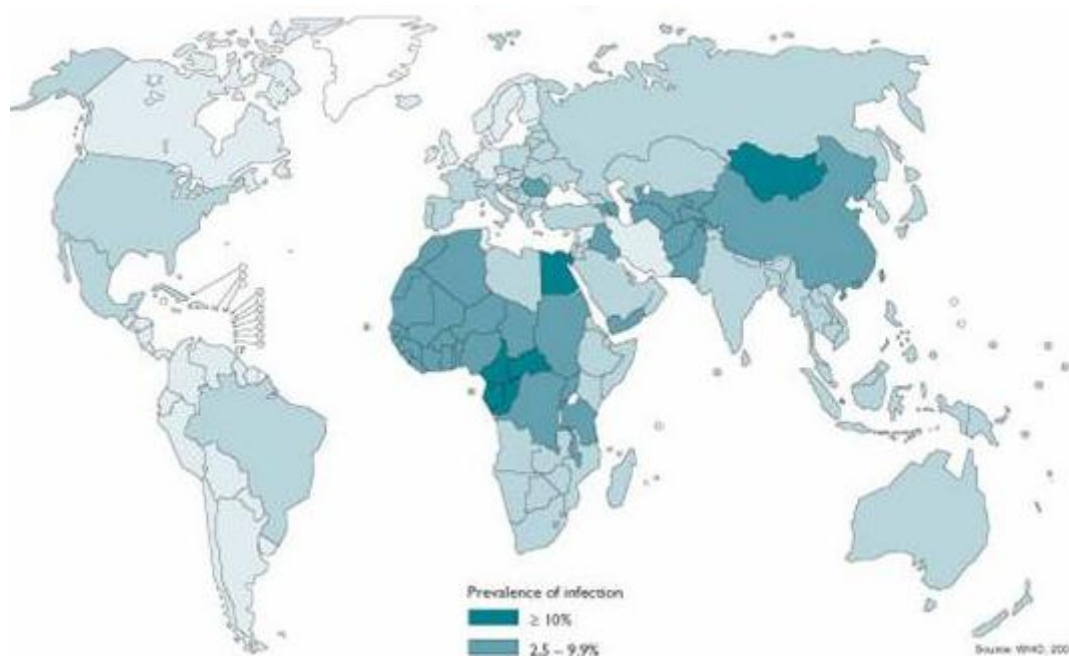
Το 1989 απομονώθηκε κατά τρόπο πλέον αναμφισβήτητο, ένας παρεντερικά μεταδιδόμενος παράγοντας που στη συνέχεια ονομάστηκε ιός της ηπατίτιδας C (HCV). Διαπιστώθηκε στη συνέχεια ότι ο HCV ήταν υπεύθυνος για περίπου 90% των περιπτώσεων NANB (Μη Α- Μη -B) ηπατίτιδας μετά από μετάγγιση αίματος και ηπατίτιδες αγνώστου προελεύσεως. Προκαλεί χρόνια ηπατίτιδα σε ποσοστό μεγαλύτερο του 60% των λοιμώξεων στους ενήλικες. Από τα άτομα με χρόνια λοίμωξη, 30- 60% αναπτύσσουν χρόνια ενεργό ηπατίτιδα και 5- 20% μπορεί να καταλήξουν σε κίρρωση.²³

Επιδημιολογία

Η ηπατίτιδα C αποτελεί ένα από τα συχνότερα αίτια της ηπατικής νόσου παγκοσμίως και ειδικότερα στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι περίπου το 2% του γενικού πληθυσμού, δηλαδή 200.000 άνθρωποι έχουν χρόνια λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας C. Η υψηλότερη συχνότητα της ηπατίτιδα C, συναντάται στα άτομα ηλικίας 40- 60 ετών.⁵⁶

Είναι γεγονός ότι νέες περιπτώσεις ηπατίτιδας C έχουν ελαττωθεί αρκετά μετά τα τέλη της δεκαετίας του '80, κυρίως λόγω του υποχρεωτικού ελέγχου του αίματος και των παραγώγων του, αλλά και γενικότερα της βελτίωσης των συνθηκών νοσηλείας και των κανόνων αποστείρωσης. Πολλές όμως παλαιές περιπτώσεις παραμένουν ακόμα αδιάγνωστες. Έτσι, οι αριθμοί των διαγνωσμένων ασθενών με ηπατίτιδα C αναμένεται να αυξηθεί σημαντικά λόγω της αποκάλυψης ολοένα και περισσότερων παλαιών περιπτώσεων ηπατίτιδας C.⁵¹

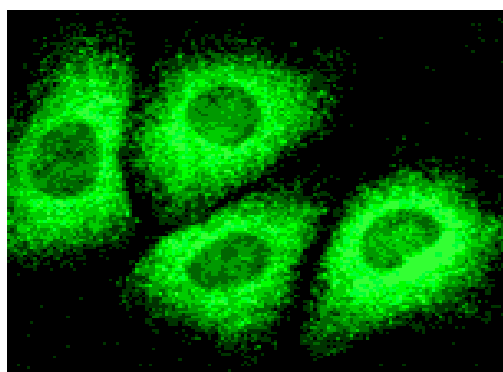
Στις ΗΠΑ οι πάσχοντες από ηπατίτιδα C, εκτιμώνται στα 3.900.000, ομοίως κάθε χρόνο πεθαίνουν 8.000 άτομα λόγω της ηπατίτιδας C. Η ηπατίτιδα C είναι πιο ήπια από την Α και την Β, αλλά όπως και η Β μπορεί να οδηγήσει σε χρόνια ενεργό ηπατίτιδα, έτσι και αυτή με τη σειρά της μπορεί να οδηγήσει σε κίρρωση ήπατος και ηπατοκυτταρικό καρκίνο.²³



Εικόνα 4.3.1. Επιδημιολογική κατανομή της ηπατίτιδας C.

Οργανισμός

Ο ιός HCV φαίνεται ότι ανήκει στην οικογένεια των Flaviradae και ειδικότερα των ιών Pestivirus. Μέχρι σήμερα 6 διαφορετικοί γονότυποι του ιού έχουν ταυτοποιηθεί σε όλο τον κόσμο και περισσότεροι υπότυποι. Στην Ελλάδα φαίνεται ότι επικρατεί ο γονότυπος 1b με συχνότητα 47% όπως και στις γειτονικές χώρες.²³ Λίγους μήνες μετά την μόλυνση ένα άτομο είναι δυνατόν να εμφανίσει οξεία ηπατίτιδα C, που εκδηλώνεται κυρίως με ίκτερο και μεγάλη αδυναμία.⁵⁹



Εικόνα 4.3.2. Ο ιός της ηπατίτιδας C.

Μετάδοση

Ο ιός της ηπατίτιδας C μεταδίδεται κυρίως παρεντερικά, δηλαδή με επαφή του ατόμου με μολυσμένο αίμα ή παράγωγα αίματος. **Συνήθεις τρόποι διασποράς του ιού της ηπατίτιδας C είναι:**

- Χρήση ενδοφλεβίων ναρκωτικών. Είναι σήμερα η κύρια οδός μετάδοσης του ιού της ηπατίτιδας C. Υπολογίζεται ότι περισσότεροι από 80% των ενεργών ή πρώην χρηστών ενδοφλεβίων ναρκωτικών έχουν ηπατίτιδα C.⁵¹
- Μετάγγιση αίματος ή παραγώγων του (πριν το 1992). Οι μεταγγίσεις αίματος και παραγώγων του θεωρούνται σήμερα ασφαλείς, αλλά όλα τα άτομα που έχουν λάβει αίμα από μεταγγίσεις πριν το 1992, θα πρέπει να ελέγχονται γιατί υπάρχει πιθανότητα να έχουν μολυνθεί από τον ιό της ηπατίτιδας C.⁵¹
- Αιμοκάθαρση (γνωστός ως τεχνητός νεφρός). Η πιθανότητα μετάδοσης ηπατίτιδας C στις μονάδες τεχνητού νεφρού, έχει ελαττωθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια.⁵¹
- Τρύπημα με μολυσμένη βελόνα ή μολυσμένο εργαλείο. Η πιθανότητα μετάδοσης ηπατίτιδας C μετά από τρύπημα με μολυσμένη βελόνα είναι μικρή, περίπου 2- 10%.⁵¹
- Μεταμόσχευση μολυσμένου οργάνου στο παρελθόν. Οι μεταμοσχεύσεις οργάνων θεωρούνται σήμερα απολύτως ασφαλείς.⁵⁶
- Ιατρικές ή παραϊατρικές πράξεις. Η πιθανότητα μετάδοσης ηπατίτιδας C με ιατρικές ή παραϊατρικές πράξεις (ενέσεις, τρύπημα αυτιών ή άλλων σημείων του σώματος) είναι αμελητέα, εάν τηρούνται οι κανόνες αποστείρωσης και ορθής νοσηλείας.⁵⁶
- Γενετήσια μετάδοση. Μόλις το 2- 4% των σταθερών ερωτικών συντρόφων, ασθενών με ηπατίτιδα C, αποδεικνύεται να έχουν ηπατίτιδα C. Η πιθανότητα μετάδοσης της ηπατίτιδας αυτής σε σταθερά μονογαμικά ετεροφυλικά ζευγάρια είναι μικρότερη από 1% το χρόνο, αλλά αυξάνει αρκετά σε άτομα με πολλαπλούς ερωτικούς συντρόφους ή με ομοφυλοφιλικές επαφές.⁶⁰
- Κάθετη μετάδοση (από μητέρα σε παιδί). Μετάδοση ηπατίτιδας C από θετική μητέρα σε νεογέννητο, θεωρείται ότι συμβαίνει περίπου σε 2- 7%. Η πιθανότητα μετάδοσης στο νεογνό αυξάνει στο 20% όταν πρόκειται για μητέρες που έχουν και λοίμωξη από τον ιό AIDS.⁶⁰
- Άγνωστος τρόπος μετάδοσης. Αξίζει να σημειωθεί ότι σε σημαντικό ποσοστό (30- 40%) των ασθενών με ηπατίτιδα C δεν αποκαλύπτεται ποτέ έκθεση σε παράγοντα κινδύνου.⁶⁰

Ο ιός της ηπατίτιδας C δε μεταδίδεται:

- α) Με το θηλασμό. Μητέρες με ηπατίτιδα C θα πρέπει να σταματούν το θηλασμό , μόνο εάν έχουν στις θηλές τους πληγές που αιμορραγούν.
- β) Με νερό.
- γ) Με μαγειρικά σκεύη.
- δ) Τουαλέτες.
- ε) Με την κοινωνική επαφή.⁴⁵

Κλινικές εκδηλώσεις

Στην πρώιμη φάση της η ασθένεια δεν επιφέρει εμφανή συμπτώματα στον οργανισμό-φορέα, εξου και συνήθως, όταν διαγιγνώσκεται έχει ήδη προκαλέσει σημαντικού βαθμού βλάβη στο ήπαρ του ασθενούς. Ο συνήθης κύκλος της ασθένειας, από τα πρώτα στάδια έως τη σημαντική καταστροφή του ήπατος, είναι γύρω στα 20- 30 χρόνια.⁶¹

Τα βασικά πρώτα συμπτώματα της πρώιμης φάσης, αν και με δυσκολία γίνονται αντιληπτά από το άτομο φορέα του ιού της ηπατίτιδας C, συνήθως χρόνια μετά τη μόλυνση του οργανισμού με τον ιό. **Τέτοια συμπτώματα είναι:** κόπωση, ίκτερος, μικρή πυρετική κίνηση (δέκατα), πόνος στους μύες και στις αρθρώσεις, ναυτία, τάση για εμετό, απώλεια όρεξης, απροσδιόριστος πόνος στους κοιλιακούς μύες και σπανιότερα διάρροια.⁶¹

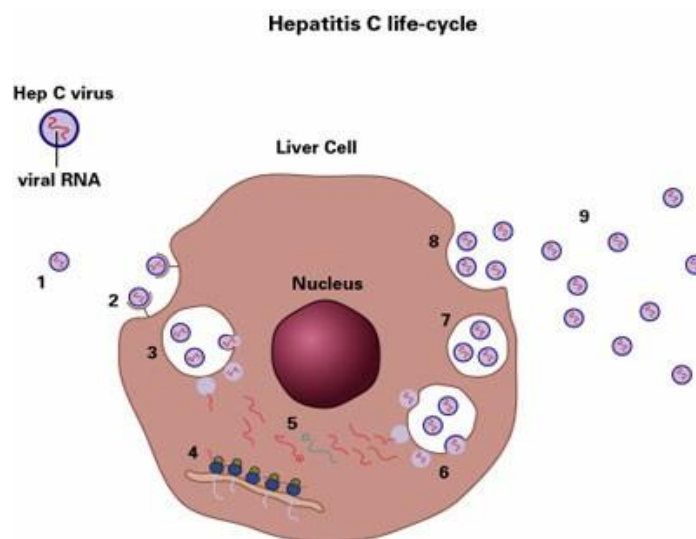
Σε αρκετές περιπτώσεις τα συμπτώματα της ηπατίτιδας C παρερμηνεύονται ως συμπτώματα γρίπης που έρχονται και παρέρχονται. Σε πιο προχωρημένα στάδια της ασθένειας, τα συμπτώματα γίνονται πιο εμφανή (και ανησυχητικά) με κύρια το υποκίτρινο χρώμα του δέρματος, το πρήξιμο στην κοιλιακή χώρα λόγω κατακράτησης υγρών (που συνοδεύεται με ένδειξη σοβαρής βλάβης της λειτουργίας του ήπατος). Σοβαρός είναι και ο κίνδυνος της αναστολής των βασικών λειτουργιών του ασθενούς (κόμα).⁶¹

Πορεία νόσου

Στην εξέλιξη της νόσου ο χρόνος επώασης της οξείας ηπατίτιδας C είναι 30- 90 μέρες. Η πλειοψηφία (75- 80%) των ασθενών με οξεία ηπατίτιδα C δεν έχουν κανένα σύμπτωμα. Μόνο ένα ποσοστό 25- 35% των ατόμων με οξεία ηπατίτιδα έχουν συμπτώματα όπως αδυναμία, κόπωση και ανορεξία. Δυστυχώς οι περισσότεροι ασθενείς (65- 85%) δεν κατορθώνουν να αποβάλλουν τον ιό και αναπτύσσουν στη συνέχεια χρόνια ηπατίτιδα C. Οι

ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα C, δεν έχουν κανένα σύμπτωμα, αλλά 15- 20% από αυτούς αναπτύσσουν κίρρωση εντός 20ετίας.⁵⁶

Ο κίνδυνος ανάπτυξης κίρρωσης είναι πολύ μικρότερος σε παιδιά και νέες γυναίκες και πολύ υψηλότερος σε μεσήλικες με μετά από μετάγγιση ηπατίτιδα. Η ταυτόχρονη παρουσία ηπατίτιδας B και η λοίμωξη από τον ιό του AIDS καθώς και η κατανάλωση αλκοόλ επιταχύνουν την εξέλιξη της χρόνιας ηπατίτιδας C σε κίρρωση. Η κίρρωση και ο καρκίνος του ήπατος αποτελούν τις δύο πιο συχνές αιτίες θανάτου των ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα C.⁴⁷



Εικόνα 4.3.3. Πολλαπλασιασμός του ιού.

Γενικά στους 100 ασθενείς με ηπατίτιδα C:

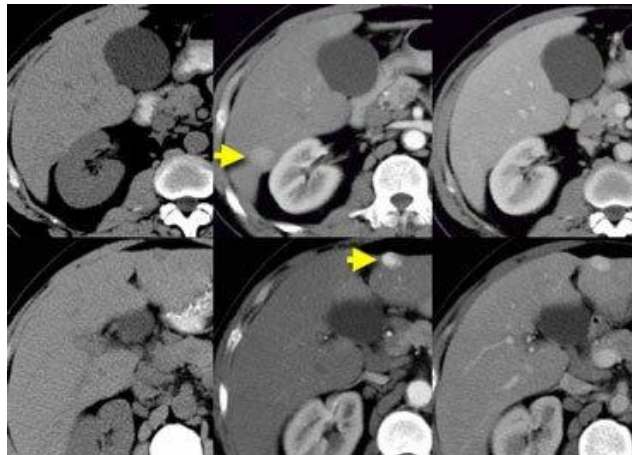
- 15- 25 θα ιασθούν, αποβάλλουν τον ιό εντός 2- 6 μηνών.
- 75- 85 θα αναπτύξουν μακροχρόνια λοίμωξη.
- 5- 15 θα εμφανίσουν κίρρωση μετά από 20- 30 χρόνια.
- < 3% των ατόμων θα πεθάνει από τις επιπτώσεις της χρόνιας ηπατικής νόσου.⁴⁷

Τα άτομα που έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο έκθεσης στον ιό HCV ανήκουν στις ακόλουθες ομάδες:

- 1) χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών,
- 2) αποδέκτες μεταγγίσεων αίματος, πλάσματος, οργάνων και άλλων ιστών,
- 3) βρέφη των οποίων η μητέρα, όταν γέννησε ήταν μολυσμένη από τον ιό,
- 4) ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση,
- 5) άτομα με πολλούς ερωτικούς συντρόφους.⁴²

Εργαστηριακή διάγνωση

Η **διάγνωση** της ηπατίτιδας C στηρίζεται αρχικά, στην απλή ανίχνευση στο αίμα, ειδικών αντισωμάτων εναντίον του ιού της ηπατίτιδας C. Η μη ανίχνευση τέτοιων αντισωμάτων αποκλείει πρακτικά την παρουσία ηπατίτιδας C, εκτός από την αρχική περίοδο της οξείας λοίμωξης και από τους ανοσοκατασταλαμένους ή αιμοκαθαιρούμενους ασθενείς (οι οποίοι δεν αναπτύσσουν αντισώματα). Θετικά αντισώματα για ηπατίτιδα C, παρατηρούνται κυρίως σε αιμοδότες ή άτομα χωρίς έκθεση σε παράγοντες κινδύνου για ηπατίτιδα C. Η επιβεβαίωση της παρουσίας ηπατίτιδας C σε άτομα με θετικά αντισώματα, γίνεται με ανίχνευση του ίδιου του ιού στο αίμα με ευαίσθητη μέθοδο. Με μια μόνο αρνητική εξέταση για τον ιό, δεν αποκλείεται η παρουσία ηπατίτιδας C και χρειάζεται επανεξέταση μετά από μερικούς μήνες. Η παρουσία θετικών αντισωμάτων για ηπατίτιδα C σε ασυμπτωματικά άτομα ή άτομα με μη ανιχνεύσιμο ιό μπορεί να επιβεβαιωθεί ή να διαγνυθεί με άλλη ειδική εξέταση.⁵⁶



Εικόνα 4.3.4. Αξονική σε ασθενή με ηπατίτιδα C.

Παρουσία αληθών θετικών αντισωμάτων ηπατίτιδας C, χωρίς ανιχνεύσιμο ιό, παρατηρείται σε σχετικά λίγα άτομα που νόσησαν από οξεία ηπατίτιδα C αλλά δε μετέπεσαν σε χρόνια ηπατίτιδα. Η διάγνωση της ηπατίτιδας γίνεται τυχαία στις περισσότερες περιπτώσεις, αφού κατά κανόνα δεν υπάρχουν συμπτώματα που θα οδηγήσουν τον ασθενή στο γιατρό. Υπόνοια για την παρουσία της ηπατίτιδας C, τίθεται συνήθως από την ανίχνευση παθολογικών εργαστηριακών εξετάσεων σε τυχαίο έλεγχο ή από την ανίχνευση αντισωμάτων ηπατίτιδας C μετά από εθελοντική αιμοδοσία.⁶⁰

Όλοι οι ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα C θα πρέπει να ελέγχονται με συμπληρωματικές και απλές εξετάσεις αίματος, για παρουσία αντισωμάτων εναντίον των ιών της ηπατίτιδας A και

B και να εμβολιάζονται στην περίπτωση μη ανίχνευσης τέτοιων αντισωμάτων (απουσία φυσικής ανοσίας). Οι ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα C, πρέπει να ελέγχονται για παρουσία λοίμωξης από τον ιό του AIDS, μόνον αν έχουν εκτεθεί σε παράγοντες κινδύνου.⁵⁶

Σε ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα C και αυξημένες τρανσαμινάσες, που είναι υποψήφιοι για θεραπεία, πρέπει να γίνεται προσδιορισμός του τύπου του ιού της συγκεκριμένης ηπατίτιδας του γονότυπου. Με βάση το γονότυπο καθορίζονται οι δόσεις των φαρμάκων της θεραπείας των ασθενών με ηπατίτιδα C. Σε ασθενής με γονότυπο 1 ή 4 πρέπει επίσης να προσδιορίζεται η ποσότητα του ιού στο αίμα (ποσοτικός προσδιορισμός επιπέδων HCV RNA ορού). Οι ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα C που είναι υποψήφιοι για θεραπεία, συνήθως υποβάλλονται σε βιοψία του ήπατος. Είναι λοιπόν η μόνη εξέταση που μπορεί με ακρίβεια να εκτιμήσει τη σοβαρότητα των βλαβών του ήπατος.⁴⁷

Δυστυχώς, δεν υπάρχει και δεν προβλέπεται να αναπτυχθεί εντός των επομένων ετών εμβόλιο που να προφυλάσσει από την ηπατίτιδα C. Επιπροσθέτως, πολλοί ασθενείς που πάσχουν από ηπατίτιδα C δεν έχουν ανιχνευθεί. Γι' αυτό επιβάλλεται να τηρούνται από όλους, γενικά μέτρα πρόληψης ώστε να αποφεύγεται η παρεντερική έκθεση όλων σε δυνητικά μολυσμένα αντικείμενα.⁵¹

Θεραπεία

Η **αποτελεσματικότητα της θεραπείας** για ηπατίτιδα C έχει βελτιωθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Έτσι, εκρίζωση της ηπατίτιδας C επιτυγχάνεται σε περισσότερο από 80% των ασθενών με γονότυπο 2 ή 3 και περίπου σε 50% των ασθενών με γονότυπο 1 ή 4. Η θεραπεία βασίζεται στη συνδυασμένη χορήγηση ενέσεων ιντερφερόνης άλφα (συνήθως μια ένεση την εβδομάδα και δισκίων ριμπαβιρίνης).⁵¹

Οι ιντερφερόνες αυτές είναι φυσικές πρωτεΐνες που ονομάζονται κυτταροκίνες και παράγονται από το σώμα για την καταπολέμηση των ιών. Η κύρια παρενέργεια της θεραπείας με ιντερφερόνη είναι τα γριπποειδή συμπτώματα, πυρετός, μυαλγίες και αρθραλγίες.⁵⁵

Τα φάρμακα χορηγούνται 6- 12 μήνες, ανάλογα με το γονότυπο του κάθε ασθενούς. Τα φάρμακα που χορηγούνται για τη θεραπεία της ηπατίτιδας C, παρουσιάζουν συχνά παρενέργειες και γι' αυτό όσοι υποβάλλονται σε θεραπεία θα πρέπει να βρίσκονται υπό στενή παρακολούθηση, από γιατρούς εξοικειωμένους με τα φάρμακα αυτά. Η συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπεία είναι ιδιαίτερα σημαντική για την τελική επιτυχία και τόσο οι ασθενείς όσο και οι γιατροί πρέπει να καταβάλλουν κάθε προσπάθεια για να μεγιστοποιούν τη συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπεία.⁶⁰

Οι ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα C θα πρέπει λοιπόν να έχουν τακτική ιατρική παρακολούθηση, να μη καταναλώνουν αλκοόλ, να μη λαμβάνουν φάρμακα χωρίς ιατρική εντολή και να εμβολιάζονται για ηπατίτιδα A και B.⁴⁵

Τέλος βρέθηκε για την θεραπεία της χρόνιας ηπατίτιδας C, διαθέσιμη μια νέα θεραπεία με χορήγηση πεγκυλιωμένης ιντερφερόνης. Η πεγκυλίωση παρατείνει τη διάρκεια της θεραπείας με ιντερφερόνη, επιτρέποντας της να δρα κατά του ιού κατά μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.⁶²

Πιο εύκολη γίνεται η αντιμετώπιση της ηπατίτιδας C. Κλινικές μελέτες οι οποίες πραγματοποιήθηκαν σε 99 ηπατολογικά κέντρα σε όλο τον κόσμο, έδειξαν ότι ο ιός μπορεί να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά στο μισό χρόνο και με σημαντικά λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες. Την αισιόδοξη αυτή ανακοίνωση έκαναν σε συνέντευξη τύπου ο ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών κ. Στέφανος Χατζηγιάννης και ο αναπληρωτής Καθηγητής Επιδημιολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών κ. Άγγελος Χατζάκης. Αναφέρθηκαν στα ευρήματα μεγάλης κλινικής μελέτης, η οποία πραγματοποιήθηκε σε 1.311 ασθενείς από πολλές χώρες του κόσμου. Για το λόγο αυτό μελετήθηκαν ασθενείς οι οποίοι έχουν προσβληθεί από τους πιο εύκολα αντιμετωπίσιμους γονότυπους 2 και 3. Η μελέτη έδειξε ότι ακόμα κι αν η διάρκεια της θεραπείας, με πεγκυλιωμένη ιντερφερόνη α- 2α ελαττωθεί κατά το ήμισυ από 1 έως 6 μήνες, και η δόση της ριμπαβιρίνης μειωθεί κατά 200-400 τη μέρα τότε θα επιτευχθεί σταθερή απόκριση. Στους ασθενείς με δύσκολο γονότυπο 1, απαιτούνται 48 εβδομάδες για να επιτευχθεί το καλύτερο αποτέλεσμα.⁶¹

Ποιοι ασθενείς με ηπατίτιδα C πρέπει να υποβάλλονται σε θεραπεία;

Όλοι οι ασθενείς με ηπατίτιδα C, θα πρέπει να εκτιμώνται από το γιατρό, με εμπειρία στα νοσήματα του ήπατος. Η απόφαση για θεραπεία λαμβάνεται αφού συνεκτιμηθούν διάφοροι παράγοντες με σημαντικότερους ίσως το γονότυπο και τη σοβαρότητα των βλαβών στη βιοψία του ήπατος. Θεραπεία γενικά συστήνεται για τους ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα C που έχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης κίρρωσης. Συνήθως αυτοί οι ασθενείς έχουν επίμονα παθολογικές τιμές τρανσαμινασών. Θεραπεία φαίνεται ότι χρειάζεται και για τους ασθενείς με οξεία ηπατίτιδα C, για να προληφθεί η συχνή ανάπτυξη χρόνιας ηπατίτιδας. Οι χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών, θα πρέπει αρχικά να συνδέονται με προγράμματα απεξάρτησης και να έχουν πρόσβαση σε θεραπεία με μεθαδόνη.⁶⁰

Τα χαμηλά ποσοστά επίπτωσης της ηπατίτιδας C στους ασθενείς υπό περιτοναϊκή κάθαρση, ενισχύουν αυτή την υπόθεση. **Τα διάφορα θεωρητικά μοντέλα για μετάδοση ηπατίτιδας C σε αιμοκαθαιρούμενους είναι:**

I. Από τα μηχανήματα αιμοκάθαρσης. Η κάθετη μετάδοση η οποία μπορεί να οφείλεται: στην παραμονή του ιού εντός του μηχανήματος αιμοκάθαρσης. Ωστόσο τα τεχνικά χαρακτηριστικά των σύγχρονων μηχανημάτων και φίλτρων αιμοκάθαρσης, δύσκολα επιτρέπουν τη μετάδοση του ιού με αυτόν τον τρόπο. Ένας άλλος τρόπος μόλυνσης σχετίζεται με την εφαρμογή των κανόνων αντισηψίας με αποτέλεσμα την επιφανειακή επιμόλυνση των μηχανημάτων από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.⁶³

II. Ο οριζόντιος τρόπος μετάδοσης που θεωρείται ο κυριότερος τρόπος μετάδοσης του ιού στη μονάδα αιμοκάθαρσης, μετά τις μεταγγίσεις.⁶³

III. Τέλος τα επιδημικά κρούσματα HCV- λοίμωξης έχουν παρατηρηθεί σε ασθενείς της ίδιας μονάδας, οι οποίοι εμφάνισαν ορομετατροπή για το ίδιο στέλεχος του ιού. Οι ασθενείς αυτοί δεν είχαν χρησιμοποιήσει το ίδιο μηχάνημα αιμοκάθαρσης, αλλά υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση, ταυτόχρονα στον ίδιο χώρο, από το ίδιο προσωπικό, με ικανοποιητικά επίπεδα αντισηψίας. Δεν έχει διευκρινισθεί η πηγή μόλυνσης σε αυτά τα κρούσματα.⁶³

Άρα η χρόνια ηπατίτιδα C, αποτελεί ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα στους αιμοκαθαιρούμενους ασθενείς και ειδικά σε εκείνους που είναι σε αναμονή για μεταμόσχευση νεφρού. Για πρώτη φορά το ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ διευθέτησε την προμήθεια στα κρατικά νοσοκομεία, νέου φαρμάκου για την αποτελεσματική θεραπεία της ηπατίτιδας, το οποίο μέχρι τώρα δεν υπήρχε στα νοσοκομεία. Το σκεύασμα είναι αυτό που αναφέραμε και παραπάνω, η πεγκυλιωμένη ιντερφερόνη, η οποία είναι γνωστή με το όνομα Peginteron και χορηγείται μαζί με τη ριμπαβιρίνη, η οποία έχει την εμπορική ονομασία Rebetol. Ο συνδυασμός προσφέρει μια εξειδικευμένη βιολογική θεραπεία, η οποία επιτυγχάνει μακροχρόνια ανταπόκριση που σταματά τη φυσική πορεία της νόσου προς τον θάνατο. Το σκεύασμα ήταν διαθέσιμο μόνο μέσω των φαρμακείων στον ιδιωτικό τομέα, με σημαντικό κόστος για τους περισσότερους ασθενείς, ενώ τώρα διατίθεται στο νοσοκομείο από τον Μάρτιο του 2006.⁶³

Πρόληψη

Ειδικότερα μέτρα πρόληψης της μετάδοσης του ιού από τα άτομα, με γνωστή την ηπατίτιδα C είναι:

→ Όλοι οι ασθενείς με ηπατίτιδα C, δεν πρέπει να χρησιμοποιούν από άλλους, ούτε να δίνουν σε άλλους αντικείμενα που μπορεί να έρθουν σε επαφή με το αίμα τους, όπως ξυραφάκια, οδοντόβουρτσες, νυχοκόπτες, αποτριχωτικές συσκευές, κ.τ.λ.⁵⁶

- Η χλωρίνη αποτελεί το καλύτερο μέσο για καθαρισμό, απολύμανση αντικειμένων κοινής χρήσης, που έρχονται σε επαφή με αίμα ασθενούς με ηπατίτιδα C.⁵⁶
- Οι ασθενείς με ηπατίτιδα C δε χρειάζεται να χρησιμοποιούν ατομικά σκεύη φαγητού, ατομικές πετσέτες ή ατομικές τουαλέτες.⁵⁶
- Οι ασθενείς με ηπατίτιδα C δεν πρέπει να υποβάλλονται σε κανένα περιορισμό από οποιοδήποτε είδος εργασίας, απασχόλησης ή άθλησης.⁵⁶
- Το πρόγραμμα θεραπείας με μεθαδόνη, ανταλλαγής βελονών και συριγγών, καθώς και επιμόρφωσης- τροποποίησης των επικίνδυνων συμπεριφορών, θεωρούνται ότι μπορεί να βοηθήσουν στον περιορισμό της διασποράς της ηπατίτιδας C, στους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών, μια ειδική ομάδα του πληθυσμού που σήμερα έχει το μεγαλύτερο πρόβλημα ηπατίτιδας C.⁵⁶
- Σε περίπτωση τρυπήματος από μολυσμένη βελόνα, δε συνιστάτε προληπτική χορήγηση ανοσοσφαιρίνης ή αντιϊκών. Η πιθανή οξεία ηπατίτιδα C στον εργαζόμενο θα πρέπει να ελέγχεται με αντισώματα για ηπατίτιδα C κατά την έκθεση και στη συνέχεια με τρανσαμινάσες, αντισώματα για ηπατίτιδα C και παρουσία ιού 2- 8 εβδομάδες αργότερα. Σε τεκμηρίωση οξείας ηπατίτιδας C είναι μάλλον χρήσιμη η θεραπευτική παρέμβαση.⁵⁶
- Ασθενείς με ηπατίτιδα C που έχουν μόνο έναν ερωτικό σύντροφο και δεν χρησιμοποιούν προφυλακτικά, θα πρέπει να ενημερώνονται ότι η χρήση προφυλακτικών μειώνει και μπορεί να ελαττώσει τον κίνδυνο μετάδοσης του ιού. Τα προφυλακτικά όμως είναι απολύτως απαραίτητα για ασθενείς με ηπατίτιδα C, που έχουν πολλαπλούς ερωτικούς συντρόφους, βραχυχρόνιες ερωτικές σχέσεις ή ομοφυλοφιλικές επαφές.⁵⁶
- Έχει υποστηριχθεί ότι ίσως η εκλεκτική καισαρική τομή να ελαττώνει την πιθανότητα μετάδοσης της ηπατίτιδας C από τη θετική μητέρα στο νεογέννητο, αλλά αυτό δε θεωρείται απολύτως αποδεδειγμένο. Η πιθανή παρουσία ηπατίτιδας C, σε νεογνά θετικών μητέρων, ελέγχεται με ανίχνευση αντισωμάτων για ηπατίτιδα C μετά το 15^ο μήνα.⁴⁷
- Ο θηλασμός δεν θεωρείται ότι μεταδίδει τον ιό της ηπατίτιδας C, η επιτυχής θεραπεία ενός ασθενούς με ηπατίτιδα C, εκριζώνει την πιθανότητα μετάδοσης του ιού από αυτόν τον ασθενή.⁴⁷

Η καθιέρωση του ελέγχου του αίματος των αιμοδοτών για αντι- HCV αντισώματα στα κέντρα αιμοδοτών έχει μειώσει σημαντικά τον κίνδυνο μετάδοσης ηπατίτιδας C, μετά από μετάγγιση αίματος. Ο κίνδυνος για κάθε ασθενή έπεσε από 3.84% σε 0.57%.²³

Ορισμένες ομάδες ανθρώπων πρέπει να ελέγχονται κατά πόσο έχουν μολυνθεί από τον ιό της ηπατίτιδας C:

- Άτομα που μεταγγίστηκαν με αίμα από άτομο που είναι φορέας του ιού HCV.
- Άτομα που έλαβαν μεταγγίσεις αίματος ή παράγωγα αίματος ή υπεβλήθησαν σε μεταμόσχευση πριν από την εποχή που γινόταν συστηματικά η ανίχνευση του ιού της ηπατίτιδας C.
- Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε χρόνια αιμοκάθαρση.
- Άτομα που έλαβαν παράνομα ενδοφλέβια ναρκωτικά, έστω και εάν αυτό συνέβη πριν από πολλά χρόνια.
- Άτομα που εργάζονται στο τομέα της υγείας ή άλλες υπηρεσίες δημόσιας ασφάλειας μετά από έκθεση σε αίμα που είναι θετικό για τον ιό HCV.
- Παιδιά που όταν γεννήθηκαν, η μητέρα τους ήταν θετική για τον ιό HCV.⁴²

Πώς μπορεί να ξέρει κανείς αν πάσχει από ηπατίτιδα C;

Για να διαπιστώσει κανείς αν έχει μολυνθεί από την χρόνια ηπατίτιδα, αρκεί μια απλή εξέταση αίματος. Όπου αν έχει μολυνθεί, τις περισσότερες φορές απαιτείται βιοψία ήπατος.²² Όταν κάποιος μολύνεται από τον ιό της ηπατίτιδας C, ο οργανισμός παράγει αντισώματα, σε μια προσπάθεια καταπολέμησης της λοίμωξης. Αντισώματα (αντι- HCV) ανιχνεύονται στο 50- 70% των ασθενών με την έναρξη των συμπτωμάτων και σε 90% αυτών μετά από 3 μήνες από την έναρξη της λοίμωξης. Η ανεύρεση των ειδικών αντισωμάτων, δεν δείχνει εάν πρόκειται για οξεία ηπατίτιδα (εκτός αν υπάρχουν συμπτώματα συμβατά), χρόνια ηπατίτιδα ή παρελθούσα λοίμωξη, ενώ μπορεί να υπάρξουν ψευδώς θετικά αποτελέσματα, κυρίως σε άτομα με μικρό κίνδυνο για ηπατίτιδα C όπως αιμοδοτές. Η επιβεβαίωση γίνεται με ειδικές εξετάσεις που θα συστήσει ο γιατρός. Επίσης, υπάρχει η δυνατότητα ψευδώς αρνητικού αποτελέσματος, στην περίοδο επώασης και σε ασθενείς με ανοσοκαταστολή. Η διάγνωση τις περισσότερες φορές γίνεται τυχαία (μετά από εθελοντική αιμοδοσία ή στα πλαίσια διερεύνησης αυξημένων τρανσαμινασών), αφού η πλειονότητα των ασθενών δεν έχει συμπτώματα.⁴⁵

Η ηπατική προσβολή αποτελεί σοβαρή αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας στην κοινότητα των αιμοκαθαιρούμενων ασθενών. Οι αιμοκαθαιρούμενοι με χρόνια HCV- λοίμωξη κινδυνεύουν να παρουσιάσουν επιπλοκές όπως χρόνια ενεργό ηπατίτιδα, κίρρωση και ηπατοκυτταρικό καρκίνο. Η επίπτωση της HCV- λοίμωξης στους αιμοκαθαιρούμενους σχετίζεται με τη συχνότητα των μεταγγίσεων, ενώ υπάρχει και θετική συσχέτιση της προσβολής από ηπατίτιδα (με το χρονικό διάστημα παραμονής των ασθενών αυτών στο

τεχνητό νεφρό) ανεξαρτήτως μεταγγίσεων. Η εμφάνιση HCV- λοίμωξης σε αιμοκαθαιρούμενους ασθενείς που ποτέ στο παρελθόν δεν είχαν υποβληθεί σε μετάγγιση, υποδηλώνει ότι η μόλυνση από τον ιό γίνεται με τη διαδικασία της AMK 2.⁶³

4.1.4. Ηπατίτιδα D

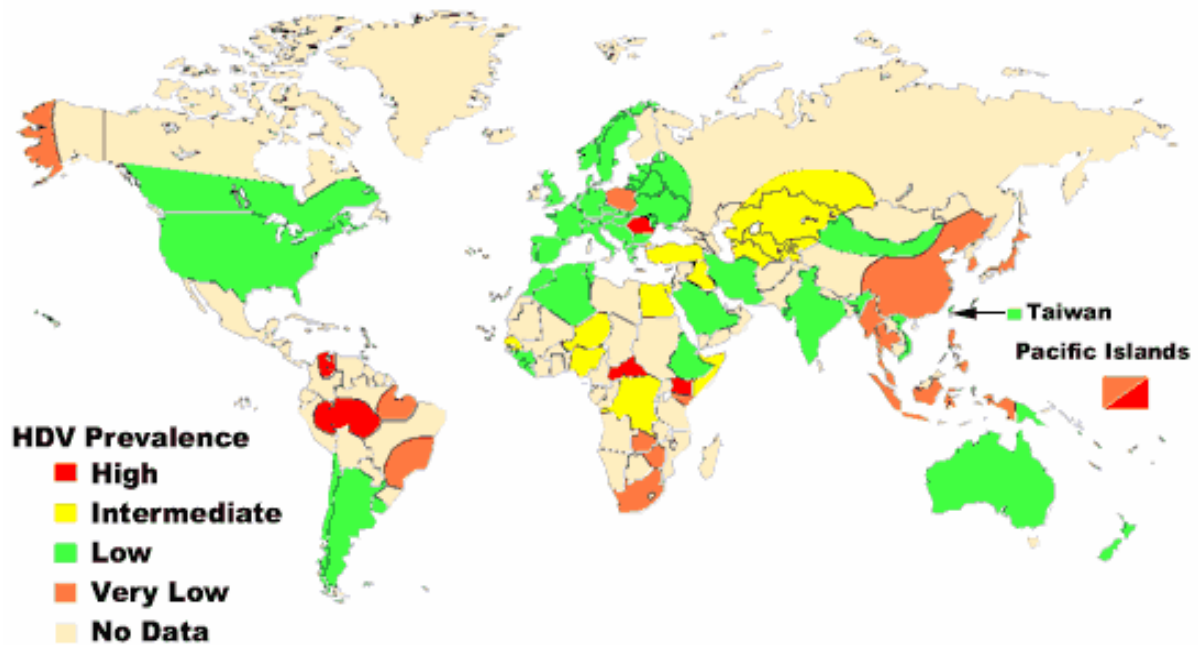
Ορισμός

Ο ιός της ηπατίτιδας D (HDV) είναι ένας RNA ιός που καθίσταται λοιμογόνος χρησιμοποιώντας ως περίβλημα την πρωτεΐνη επιφανείας του HBV (HBsAg).¹

Ιστορικό

Η ανασκόπηση αυτή περιλαμβάνει βασικές γνώσεις για τις ηπατίτιδες D, E, F, G. Οι οποίες αν και δεν αποτελούν σοβαρό πρόβλημα υγείας στη χώρα μας, είναι πιθανό να παρουσιαστούν είτε ενδημικά είτε σαν εισαγόμενα κρούσματα. Μεγαλύτερο ενδιαφέρον για την Ελλάδα έχει σίγουρα η λοίμωξη από ηπατίτιδα D που συχνά συνυπάρχει με τον ιό της ηπατίτιδας B. Μετάδοση λοίμωξης με τον ιό της ηπατίτιδας D μπορεί να γίνει μόνο σε άτομα που έχουν μολυνθεί από τον ιό της ηπατίτιδας B. Επειδή ο ιός χρειάζεται για τον πολλαπλασιασμό του, αντιγόνο επιφάνειας ηπατίτιδας B, μόνο τα άτομα που πάσχουν από αυτήν την ηπατίτιδα κινδυνεύουν από ηπατίτιδα D. Αντισώματα αντι- δέλτα, όταν υπάρχει αντιγόνο επιφάνειας ηπατίτιδας B κατά την δοκιμασία, επιβεβαιώνουν τη διάγνωση. Ο ιός της ηπατίτιδας D είναι ο μικρότερος σε μέγεθος ιός που προσβάλλει τον άνθρωπο και μορφολογικά μοιάζει με τους δορυφόρους ιούς των φυτών. Ο πυρήνας του ιού αποτελείται από αντιγόνο δέλτα και το περίβλημα του από αντιγόνο επιφανείας του ιού της ηπατίτιδας B. Παρατηρείται κυρίως σε χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών. Οι φορείς εμφανίζουν υψηλή θνησιμότητα.⁶⁴

Geographic Distribution of HDV Infection



Εικόνα 4.4.1. Επιδημιολογική κατανομή της ηπατίτιδας D.

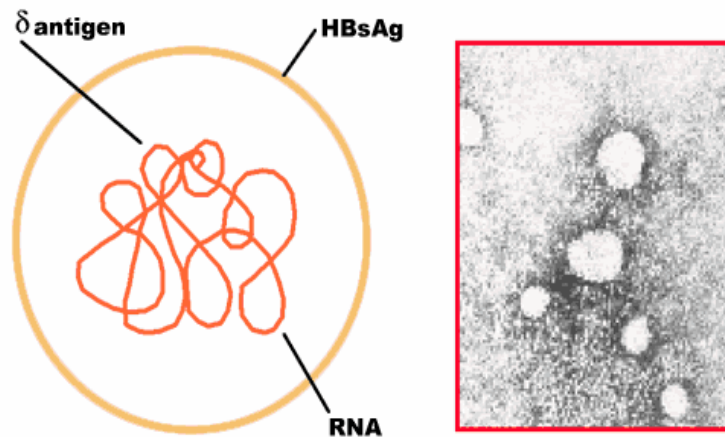
Επιδημιολογία

Στη Λατινική Αμερική καθώς και στην Ινδία, έχουν περιγραφεί επιδημίες ηπατίτιδας D, γνωστές με τα ονόματα πυρετός του Labrea ή ο πυρετός Santa Della Marta, όπου ο τρόπος μετάδοσης της νόσου είναι άγνωστος και η θνητότητα της νόσου υψηλή. Η νόσος θεωρείται ενδημική στην Ανατολική Ευρώπη και στη Μεσόγειο όπου περίπου 10% των φορέων του Αυστραλιανού αντιγόνου είναι ταυτόχρονα και φορείς της ηπατίτιδας D. Ο επιπολασμός του ιού στην Ευρώπη, όπου οι χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών ουσιών, θεωρούνται ομάδα υψηλού κινδύνου, μειώθηκαν με τον εμβολιασμό.⁶³

Οργανισμός

Το γονιδίωμα του ιού είναι βραχύ, μήκους 1,7 kb, κυκλικό μονού κλώνου μόριο RNA, το οποίο διαθέτει ένα μόνο πλαίσιο ανοιχτής ανάγνωσης και μία εξαιρετικά προφυλαγμένη, μη μεταφραζόμενη περιοχή που μοιάζει προς το αυτοαναπαράγόμενο στοιχείο των ιοειδών. Η μονή, ανοιχτής ανάγνωσης περιοχή, κωδικοποιεί το δέλτα αντιγόνο και η εκδοχή του RNA

μπορεί να τροποποιήσει το μέγεθος του μορίου παράγοντας ένα μικρό (195 αμινοξέα), είτε ένα μεγάλο (214 αμινοξέα) δέλτα- αντιγόνο. Το μεγάλο δέλτα- αντιγόνο προάγει την συγκέντρωση του ιού και την έκκρισή του στον ορό ως ώριμου ιικού σωματιδίου μεγέθους 36 nm.⁴



Εικόνα 4.4.2. Ο ιός της ηπατίτιδας D.

Μετάδοση

Η μετάδοση του ιού γίνεται:

- Παρεντερικά, δηλαδή με μολυσμένο αίμα και προϊόντα αίματος (όπως χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών και μεταγγίσεις).⁵⁶
- Με τη σεξουαλική επαφή.⁴⁴
- Από μολυσμένη μητέρα στο νεογνό της κατά τη διάρκεια του τοκετού.⁴⁴

Η ηπατίτιδα B εκδηλώνεται ως:

- Συλλοίμωξη, δηλαδή ταυτόχρονη λοίμωξη με τον ιό της ηπατίτιδας B, που σχετίζεται με σοβαρή οξεία νόσηση και αυξημένο κίνδυνο (2- 20%) ανάπτυξης οξείας ηπατικής ανεπάρκειας.⁶⁴
- Επιλοίμωξη, δηλαδή εμφάνιση οξείας ηπατίτιδας D σε χρόνιους φορείς ηπατίτιδας B. Η επιλοίμωξη είναι πιο συχνή από τη συλλοίμωξη και οδηγεί σε χρόνια ηπατίτιδα D και κίρρωση.⁴⁵

Πορεία νόσου

Η κλινική εικόνα είναι πιο ήπια σε ασθενείς με ταυτόχρονη λοίμωξη με τους δύο ιούς. Η ηπατίτιδα D εμφανίζεται 2- 8 εβδομάδες μετά την επαφή με τον ιό.⁶⁵ Έχουμε εικόνα οξείας ηπατίτιδας με πρόδρομα μη ειδικά συμπτώματα, ικτερική φάση και φάση ανάρρωσης, που όμως διαδράμει σχετικά ήπια στο μεγαλύτερο ποσοστό των μολυσθέντων ασθενών. Το 25% των ασθενών θα κατορθώσει να αποβάλλει τον ιό, ενώ το υπόλοιπο 75% θα μεταπέσει σε χρόνια λοίμωξη. Στις περιπτώσεις επιμόλυνσης με τον ιό της ηπατίτιδας D, η οξεία ηπατίτιδα είναι βαρύτερη κλινικά και συχνά αναφέρονται περιπτώσεις οξείας ηπατικής ανεπάρκειας και κεραυνοβόλου ηπατίτιδας.⁴⁴

Σε περίπτωση επιμόλυνσης, σχεδόν όλοι οι ασθενείς θα μεταπέσουν σε χρόνια λοίμωξη. Η πορεία της χρόνιας νόσου είναι παρόμοια με αυτή της ηπατίτιδας B. Έχουν περιγραφεί περιπτώσεις γρήγορης μετάπτωσης όπου η νόσος διαδράμει ασυμπτωματικά. Είναι γνωστό ότι η λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας D αυξάνει ακόμα περισσότερο την πιθανότητα εμφάνισης ηπατοκυτταρικού καρκίνου στην εξέλιξη της νόσου. εκδηλώνεται ως οξεία, μερικές φορές θανατηφόρα ή εξελίσσεται σε χρόνια ηπατίτιδα οδηγώντας σε κίρρωση ή καρκίνο του ήπατος.⁶⁵

Εργαστηριακή διάγνωση

Η διάγνωση της ταυτόχρονης λοίμωξης με τους δύο ιούς τίθεται με την παρουσία του anti-Hbc IgM αντισώματος. Αυτό παρουσιάζεται μετά την εμφάνιση του αυστραλιανού αντιγόνου. Μπορεί να εμφανιστεί πρόσκαιρα και συνήθως γύρω στην δέκατη εβδομάδα από τη λοίμωξη. Συμπερασματικά για τη διάγνωση της συλλοίμωξης απαιτούνται anti- Hbc και anti- HDV IgM αντισώματα και HBsAg αντιγόνο.⁶³

Ομάδες υψηλού κινδύνου αποτελούν:

- Οι χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών ουσιών.
- Οι ομοφυλόφιλοι άντρες.
- Οι ασθενείς με αιμοκάθαρση.
- Οι σεξουαλικοί σύντροφοι πασχόντων.
- Οι υπηρεσίες υγείας και το προσωπικό αυτών.
- Τα νεογνά των μολυσμένων μητέρων.⁶⁶

Θεραπεία

Δεν υπάρχει ειδική θεραπεία για την ηπατίτιδα D. Οι περισσότερες περιπτώσεις συλλοίμωξης, αυτοιώνται, ενώ ασθενείς με επιλοίμωξη χρειάζονται θεραπεία όταν είναι πλέον ξεκάθαρο ότι έχουν χρόνια ηπατίτιδα D (χορήγηση ιντερφερόνης).⁴⁵

Η μόνη αποτελεσματική θεραπεία της νόσου σε ένα μικρό ποσοστό των ασθενών είναι η ιντερφερόνη άλφα. Μελέτες με ιντερφερόνη άλφα σε δόσεις 9 MU τρεις φορές την εβδομάδα, έχουν δείξει τα καλύτερα αποτελέσματα με εμφάνιση του αντιγόνου HBC σε ποσοστό 20%. Μελέτες με πεγκυλιωμένη ιντερφερόνη άλφα, δεν έχουν παρουσιαστεί ακόμη, αλλά η χρήση της αποτελεί μια σοβαρή εναλλακτική λύση. Η παρακολούθηση και η αντιμετώπιση των ασθενών με ηπατίτιδα D, είναι ιδιαίτερα δύσκολη και πρέπει να γίνεται αποκλειστικά από ειδικούς γιατρούς.⁵⁶

Προφύλαξη

Τα μέτρα προφύλαξης είναι ίδια με της ηπατίτιδας B:

- Εξέταση από τις υπηρεσίες αιμοδοσίας αίματος για τον ιό της ηπατίτιδας B.
- Χρήση βελονών και εργαλείων μιας χρήσης από ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό.
- Προσοχή όσοι κάνουν χρήση ενδοφλεβίων ναρκωτικών ουσιών.
- Η πληροφόρηση και η εκπαίδευση σε αυτές τις επιδημίες μπορεί να μειώσει σημαντικά τον κίνδυνο στους ανθρώπους.
- Τέλος, ο εμβολιασμός του πληθυσμού με το εμβόλιο για την ηπατίτιδα B έχει μειώσει σημαντικά τα κρούσματα.⁶⁶

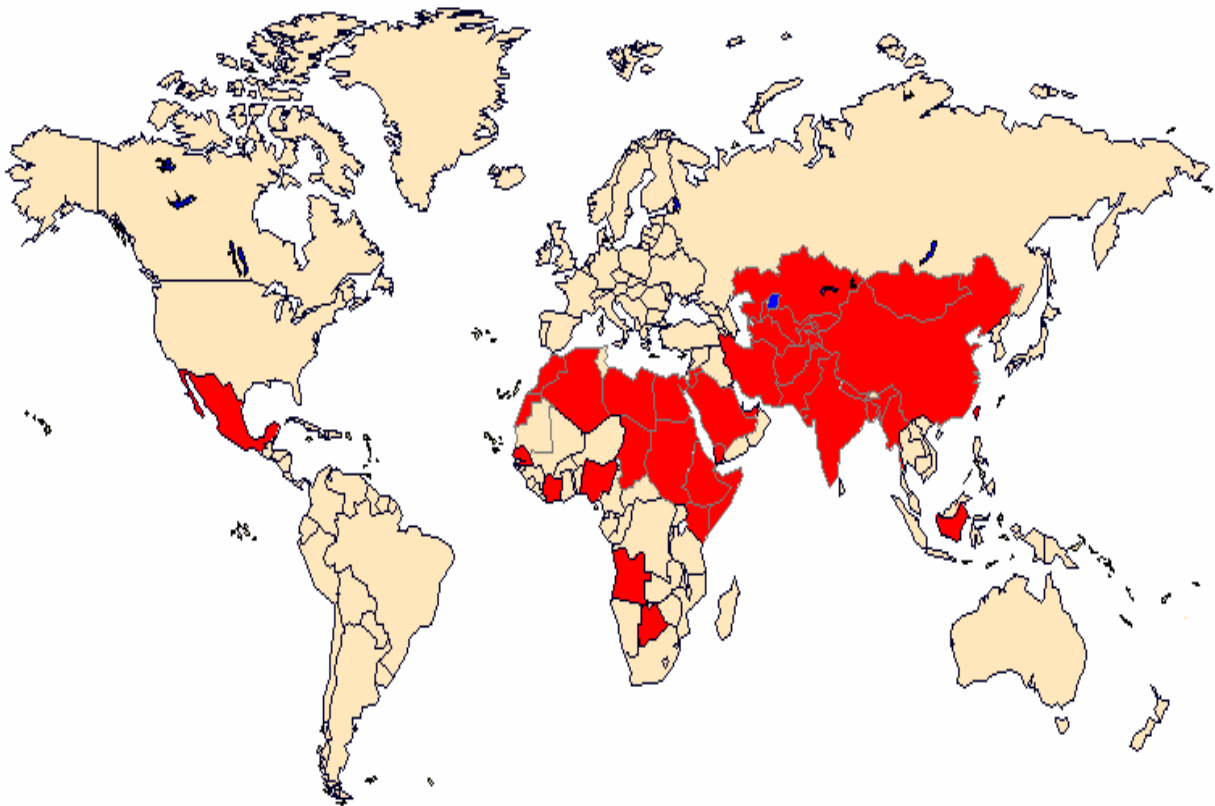
4.1.5. Ηπατίτιδα E

Επιδημιολογία

Η γεωγραφική κατανομή του HEV είναι πιο περιορισμένη από εκείνη των άλλων γνωστών ιών ηπατίτιδας. Έχουν περιγραφεί επιδημίες ή σποραδικά κρούσματα στην Ινδία, στις

Ασιατικές Δημοκρατίες της πρώην ΕΣΣΔ, τη Νοτιοανατολική Ασία, τη Βόρεια και Δυτική Αφρική και το Μεξικό.⁶⁷

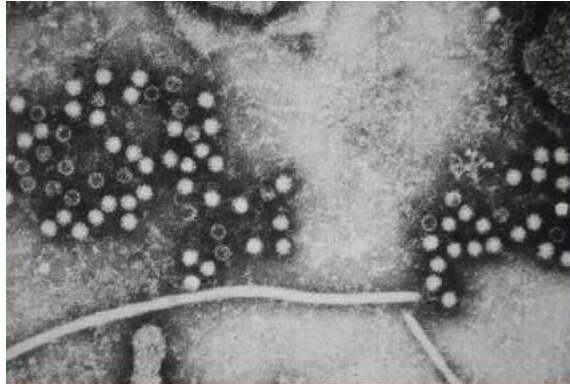
Σπάνια όμως εμφανίζεται στην Δυτική Ευρώπη και την Αμερική. Στην Ελλάδα δεν ενδημεί, αν και πρόσφατα είχε ανακοινωθεί το πρώτο κρούσμα στον τόπο μας, που δεν είχε σχέση ούτε με ταξίδια σε ενδημική περιοχή, ούτε επαφή με άτομα προερχόμενα από ενδημική περιοχή.⁴⁰



Εικόνα 4.5.1. Επιδημιολογική κατανομή της ηπατίτιδας Ε.

Οργανισμός

Ο ιός της ηπατίτιδας Ε είναι αταξινόμητος και μορφολογικά μοιάζει με τους ιούς των οικογενειών *toga* και *Alfa*, δεν έχουν περίβλημα. Το γονιδίωμα του αποτελείται από μονόκλωνο RNA, με μήκος 7.500 περίπου νουκλεοτίδια ενώ ο ιός της ηπατίτιδας Α, ανήκει στους πικορναϊούς. Το RNA του ιού κωδικοποιεί τρεις πολυπρωτεΐνες που η καθεμία τους, κωδικοποιεί ένζυμα και δομικές πρωτεΐνες.⁶⁴

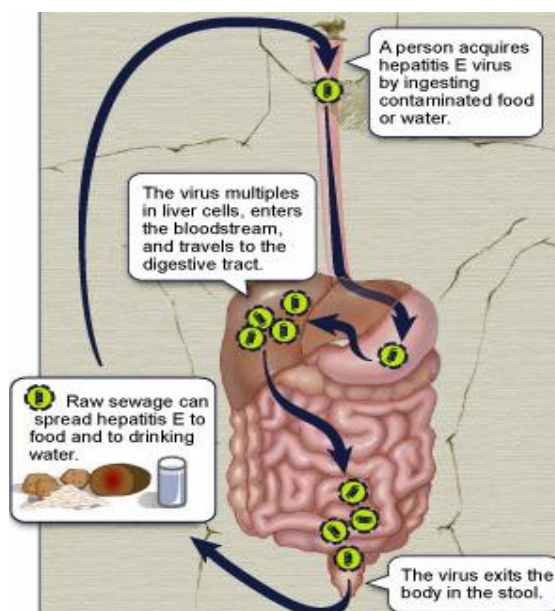


Εικόνα 4.5.2. Ο ιός της ηπατίτιδας Ε.

Μετάδοση

Ο ιός της ηπατίτιδας Ε μεταδίδεται με μολυσμένα χέρια και τρόφιμα. Η ηπατίτιδα αυτή μεταδίδεται παρεντερικά όπως και η ηπατίτιδα Α. Διασπείρονται συνήθως με την κοπρανοστοματική οδό. Τα μη μαγειρεμένα φαγητά και τα λαχανικά, μπορεί να είναι πηγή μόλυνσης της ηπατίτιδας Ε στις περιοχές που ενδημεί όπως επίσης και το μη εμφιαλωμένο νερό.⁶⁶

Σπάνια μπορεί να βρεθεί από μητέρα στο νεογνό της. Ο ιός έχει απομονωθεί σε χοίρους, βοοειδή, αιγοπρόβατα και τρωκτικά στην Ασία και στην Αμερική αυτό είναι μια ένδειξη ότι ο ιός της ηπατίτιδας Ε είναι ζωογόνος.⁶⁴



Εικόνα 4.5.3. Μετάδοση του ιού.

Πορεία νόσου

Ο χρόνος επώασης της ηπατίτιδας Ε είναι 40 μέρες. Η κλινική νόσηση είναι από ήπιας μέχρι βαριάς μορφής.⁴⁵

Κλινικές εκδηλώσεις

Τα τυπικά συμπτώματα και σημεία της ηπατίτιδας Ε, περιλαμβάνουν:

- Ανορεξία.
- Ευαίσθητο και ψηλαφητό ήπαρ.
- Κίτρινο προσωπείο και κόρη του ματιού.
- Πυρετό.⁴⁰



Εικόνα 4.5.3. Ίκτερος σε ασθενή με ηπατίτιδα Ε.

Άτομα που έχουν υψηλό κίνδυνο να νοσήσουν είναι:

- Οι ταξιδιώτες στις περιοχές που ενδημεί η νόσος (Νότια Ασία, Νότια Αφρική, κ.λπ.)
- Οι έγκυες γυναίκες (20%) στον 3^ο μήνα.¹

Η θνητότητα είναι χαμηλή 0,2- 1%, εκτός από τις εγκυμονούσες. Μπορεί να θεωρηθεί ότι πολλές επιδημίες ιογενούς ηπατίτιδας του περασμένου αιώνα στην Ευρώπη, να οφείλονται στον HEV και όχι στον HAV όπως είχε θεωρηθεί.⁴⁰

Διάγνωση

Η **διάγνωση** της ηπατίτιδας Ε, περιλαμβάνει την ανίχνευση αντισωμάτων έναντι του ιού, την ανίχνευση του γενώματος του ιού στον ορό αίματος και στα κόπρανα με τη μέθοδο της

αλυσιδωτής αντίδρασης και την ανίχνευση αντιγόνων του ιού με ανοσοϊστοχημικές μεθόδους.⁴⁰

Θεραπεία

Σημαντική εξέλιξη σημειώθηκε πρόσφατα. Ο εμβολιασμός δύο πειραματόζωων με μια πρωτεΐνη που αντιπροσωπεύει το καρβοξυλικό άκρο του ORF2 κατέστησε τα δύο ζώα άνοσα σε χορήγηση ιού Ε. Το ένα ζώο εμφάνισε ιαιμία, αλλά δεν αναπτύχθηκε ιστολογική βλάβη ή άνοδος των τρανσαμινασών. Έτσι αυτή η πρωτεΐνη θεωρήθηκε υποψήφια για την παρασκευή εμβολίου.⁴⁰ Έτσι και παρασκευάστηκε εμβόλιο το οποίο έχει δώσει καλά αποτελέσματα σε κλινικές έρευνες και ήδη χρησιμοποιείται με επιτυχία στις χώρες της Ασίας.⁶⁴

Πρόληψη

Η **πρόληψη** της ηπατίτιδας Ε περιλαμβάνει:

- Πλύσιμο των χεριών πάντα μετά τη χρήση τουαλέτας, πριν και μετά το φαγητό.⁶⁷
- Αποφυγή του νερού στις περιοχές που ενδημεί η ηπατίτιδα αυτή, όχι αφεινήματα με παγάκια. Μόνο εμφιαλωμένο νερό.⁶⁷
- Τα φαγητά να μαγειρεύονται καλά. Πολύ προσοχή συνίσταται στο πλύσιμο των λαχανικών και φρούτων.⁶⁷
- Βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης, καθώς και των συστημάτων ύδρευσης και αποχέτευσης.⁴⁰

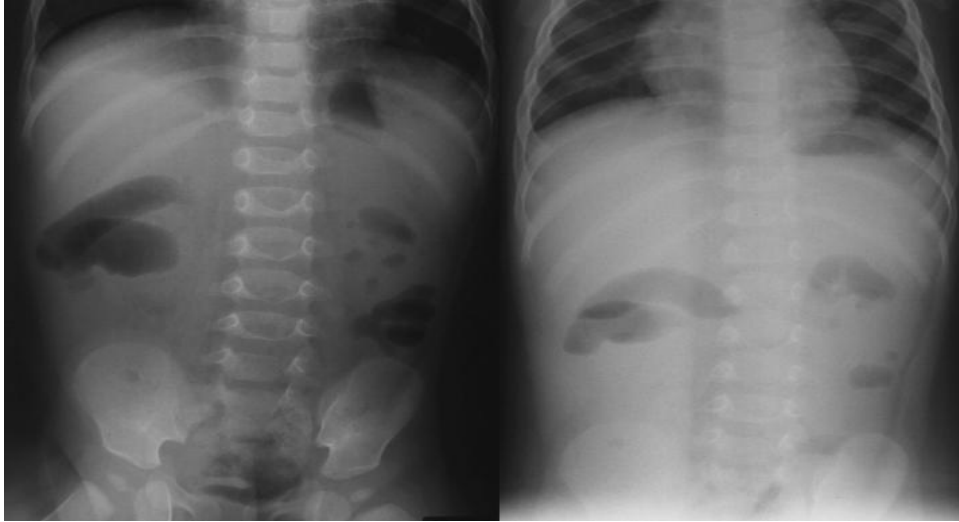
Η τήρηση λοιπόν κανόνων υγιεινής αποτελεί τη βάση της προφύλαξης από τη λοίμωξη με τον ιό της ηπατίτιδας Ε.⁶⁷

4.1.6. Ηπατίτιδα F

Ιστορικό

Ο ιός της ηπατίτιδας F, παρατηρήθηκε μια μόνο φορά στην ιστορία, στη Γαλλία. Μια μελέτη που δημοσιεύτηκε το 1994 ανακάλυψε έναν DNA ιό στα κόπρανα ασθενών με

κρούσματα οξείας ηπατίτιδας και μάλιστα οι ερευνητές είχαν κατορθώσει να προκαλέσουν οξεία ηπατίτιδα σε πθήκους που εμβολίασαν με τον ιό της ηπατίτιδας F. Έκτοτε κανένα άλλο κρούσμα ηπατίτιδας F, δεν έχει αναφερθεί.⁶⁷



Εικόνα 4.6.1. Ακτινογραφία θώρακος σε ασθενή με ηπατίτιδα F.

4.1.7. Ηπατίτιδα G

Ορισμός

Η ηπατίτιδα G είναι συνήθως ασυμπτωματική, αν και έχουν αναφερθεί σποραδικές περιπτώσεις κεραυνοβόλου μορφής. ο ιός της ηπατίτιδας G (HGV) μεταδίδεται με την παρεντερική οδό, ενώ συχνά συνυπάρχει με τους HBV, HCV και σπανιότερα με τον HIV. Υπολογίζεται ότι η συχνότητα της HGV λοίμωξης στους μεταγγιζόμενους ασθενείς είναι περίπου 10%.⁶

Ιστορικό

Ανακαλύφθηκε το 1995 από διαφορετικούς ερευνητές και έχει 30% γονοτυπική ομοιότητα με την ηπατίτιδα C.⁶⁷

Η εταιρεία βιοτεχνολογίας Gene labs ανακοίνωσε την ανακάλυψη ενός καινούργιου ιού από τον ορό ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα. Η Gene labs ονόμασε τον ιό αυτόν, ιό της ηπατίτιδας G. Έτσι λοιπόν τον επόμενο χρόνο, το 1996, η φαρμακευτική εταιρεία Abbott, ανακοίνωσε ότι απομόνωσε τον ιό GBV- C από τον ορό του χειρουργού GB που έπασχε από χρόνια ηπατίτιδα.⁶⁸

Οργανισμός

Σύγκριση του γονιδιώματος των δύο ιών απέδειξε ότι πρόκειται περί ενός και του αυτού ιού. Ο ιός αυτός είναι μέλος της οικογένειας Flaviviridae, ένας μονόκλωνος RNA ιός και το γονιδίωμα του, κωδικοποιεί μια πολυπρωτεΐνη που αποτελείται από 3.000 αμινοξέα. Μεταγενέστερες έρευνες, έδειξαν ότι πολλαπλασιάζεται στα λεμφοκύτταρα του οργανισμού.⁶⁷

Μετάδοση

Περίπου 2- 5% είναι φορείς στο γενικό πληθυσμό. Μεταδίδεται παρεντερικά μέσω μεταγγίσεων, με τη σεξουαλική επαφή και περιγεννητικά με συχνότητα 50- 80%. Έχει ανιχνευθεί στο σάλιο, στο σπέρμα και μπορεί να μεταδίδεται οριζόντια.⁶⁸

Θεραπευτική διάγνωση

Η διάγνωση γίνεται με PCR και ορολογικά με αντι- HCV E2. Προκαλεί ήπιας μορφής ηπατίτιδα και έχει ανιχνευθεί στο αίμα υγιών παιδιών, χωρίς να προκαλεί αύξηση τρανσαμινασών.⁶⁸

Θεραπεία

Δε συνίσταται έλεγχος ρουτίνας διότι δεν υπάρχει αντιμετώπιση.⁶⁸

4.2. Νοσηλευτική Φροντίδα

Η σημαντικότερη ευθύνη του νοσηλευτή, είναι να εμποδίσει την εξάπλωση του μολυσματικού παράγοντα σε άλλα άτομα ή στο προσωπικό του νοσοκομείου. Βασικό λοιπόν, μέτρο νοσηλευτικής φροντίδας είναι να δημιουργήσουμε συνθήκες με απόλυτη ανάπαυση, ησυχία και ηρεμία για τον ασθενή. Η ησυχία τόσο του άμεσου όσο και του έμμεσου συντελεί ώστε η κατάκλιση του άρρωστου να του προσφέρει την πλήρη ανάπαυση.²³

Μερικά από τα μέτρα που θα πρέπει να λαμβάνονται είναι:

- Πλύση των χεριών, απομόνωση λευχαιμάτων, ξεχωριστή τουαλέτα ή μιας χρήσης σκευών φαγητού και χρησιμοποίηση μιας χρήσεως συριγγών.⁴⁴
- Η οικογένεια θα πρέπει να συμμετέχει σε όλες τις συζητήσεις, όταν αυτό είναι δυνατόν.⁴⁴
- Η κατάλληλη σίτιση του ατόμου στα πλαίσια της κατάλληλης διαίτας, παρά την ανορεξία και τη ναυτία του. Η επαρκής θρέψη επουλώνει και αναγεννά το ήπαρ. Γεύματα συχνά και μικρά.⁴⁴
- Επαρκής ανάπαυση και αποφυγή από το στρες.⁵⁷
- Τήρηση με μεγάλη ακρίβεια, κάθε φαρμακευτικής αγωγής και παρακολούθηση για συμπτώματα εμφανίσεως ηπατικής ανεπάρκειας. Η φαρμακευτική θεραπεία περιλαμβάνει τη χορήγηση κορτικοστεροειδών για τη μείωση των φλεγμογόνων διεργασιών σε βαριές περιπτώσεις. Αναλγητικά και κατευναστικά χρησιμοποιούνται με προσοχή.⁵⁷
- Τοποθέτηση κρύων επιθεμάτων με νερό ή με οινόπνευμα για να ελεγχθεί η θερμοκρασία.²³
- Αποφυγή χορήγησης ηρεμιστικών, γιατί δε μπορεί να τα μεταβολίσει το ήπαρ.²³
- Εκπαίδευση του αρρώστου και προληπτικά μέτρα.²³
- Πρέπει να περιοριστούν οι επισκέψεις, και σε όσους επιτραπεί η είσοδος να γίνει διδασκαλία τρόπων προφύλαξης από τη νόσο.⁵⁷
- Λόγω της νόσου παρατηρείται απώλεια βάρους. Μετά την ανάρρωση πρέπει να δίδεται διαιτολόγιο υψηλών θερμίδων, υψηλών υδατανθράκων και υψηλών πρωτεϊνών με συμπλήρωμα διατροφής. Οξύς κνησμός είναι ασυνήθης στην ηπατίτιδα, αλλά λίγο φαγούρα μπορεί να υπάρχει. Ο ασθενής μπορεί να ανακουφιστεί με πλύσιμο με νερό που περιέχει άμυλο και διττανθρακικό νάτριο.⁵⁷
- Μετά την υποχώρηση των συμπτωμάτων ο ασθενής μπορεί να επέρχεται σε σχετική δραστηριότητα, ολοκληρωμένη όμως θα αναλάβει μετά από 6 μήνες.⁵⁷

- Στα δείγματα που στέλνονται στο εργαστήριο όπως αίμα, ούρα, κόπρανα, πρέπει να υπάρχει επάνω κατάλληλη ετικέτα ώστε να δίνεται η πρέπουσα σημασία.²³
- Ατομικό ουροδοχείο, πρέπει να είναι διαθέσιμο, όπως και ατομικά θερμόμετρα.²³
- Τέλος, να παρατηρείται οποιαδήποτε αλλαγή στο χρώμα των ούρων, των κοπράνων, αν έχει πνευματική σύγχυση, ανησυχία, υπερεθιστικότητα, ασυνήθη υπνηλία, υπερβολική ανορεξία.²³



Εικόνα 4.8.1. Κλινική εικόνα της ηπατίτιδας.

K

E

Φ

A

Λ

A

I

O

5

ΘΜέσα

Προφύλαξης

&

Πρόληψης

5.1. ΠΡΟΛΗΨΗ

Τα λοιμώδη νοσήματα αποτέλεσαν την κυριότερη αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας του πληθυσμού, αφοτό οργανώθηκε σε μικρές ή μεγαλύτερες ομάδες. Η βιομηχανική επανάσταση βελτίωσε τις συνθήκες υγιεινής διαβίωσης και διατροφής και περαιτέρω η βελτίωση των συνθηκών ύδρευσης, αποχέτευσης και διαβίωσης συντέλεσαν στην ελάττωσή των λοιμωδών νοσημάτων. Οι αλλαγές αυτές, έδρασαν πριν, και ανεξάρτητα από την εφαρμογή των ιατρικών δεδομένων, που άρχισαν να αναπτύσσονται κατά την εποχή της Μικροβιολογίας.²⁰

Η περαιτέρω ανάπτυξη των εμβολιασμών και η χρήση των αντιβιοτικών, μείωσαν ή εξαφάνισαν μερικά από τα λοιμώδη νοσήματα. Η εμφάνιση της επιδημίας του AIDS τάραξε τα νερά. Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας παραδέχτηκε την καθυστερημένη συνειδητοποίηση της σοβαρότητας του προβλήματος. Οι επιστημονικοί και πολιτικοί κύκλοι των ΗΠΑ δεν έδειξαν την αναγκαία προσοχή, ούτε έλαβαν τα κατάλληλα προληπτικά μέτρα. Έτσι η επιδημία έλαβε παγκόσμια διασπορά. Τότε μόνο η παγκόσμια κοινότητα αφυπνίστηκε και συνένωσε τις δυνάμεις της για αντιμετώπιση της νέας φοβερής επιδημίας.²⁰

Η ανάγκη για ανακάλυψη, ανάπτυξη και καθιέρωση μέσων και μεθόδων προφύλαξης, έχουν κινητοποιήσει εντατικές προσπάθειες για την ανάπτυξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας της πρόληψης ή για τελειοποίηση των ήδη υπάρχοντων μέσων.²⁰

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 αντιϊκά τοπικά σκευάσματα.²⁰

Στα πλαίσια της νέας κατάστασης που δημιουργήθηκε αυξήθηκε σημαντικά η ανάγκη λήψης μέτρων για την θωράκιση του πληθυσμού από τα ελλοχεύοντα λοιμώδη νοσήματα.²⁰ Η αποδοχή και σταθερή χρήση αυτών των μεθόδων συναρτάται από πολλαπλούς παράγοντες, που είτε με το χρησιμοποιημένο μέσον, είτε με τους χρήστες.¹⁰

Περίπου 250.000.000 περιπτώσεις σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νοσημάτων αναφέρονται κάθε χρόνο.²⁰ 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.¹

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 HIV είναι η ετεροφυλική σεξουαλική επαφή, σε ποσοστό περίπου 85%. Η αναλογία ανδρών προς γυναικών είναι σχεδόν 1 προς 1, ενώ το 95% σχεδόν των ασθενών τελούν υπό άγνοια της κατάστασης της υγείας τους.¹⁰

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.¹

Αποτελούν μία από τις κυριότερες αιτίες στειρότητας, νοσηρότητας και θνησιμότητας. Τα περισσότερα από τα νοσήματα αυτά, μπορούν να μεταδοθούν (εκτός από τη ερωτική επαφή):

- Από την μητέρα στο έμβρυο.
- Με την έκθεση στο αίμα ή παράγωγά του.
- Με μολυσμένες σύριγγες και βελόνες.²⁰

Ωστόσο δεν υπάρχει κίνδυνος μεταδόσεώς τους με τις συνηθισμένες κοινωνικές επαφές, όπως δεν υπάρχει σημαντικός κίνδυνος μετάδοσής τους με το τσίμπημα των κουνουπιών.²⁰

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.¹⁰

Η πρόληψη των STDs πρέπει να βασίζεται στα ακόλουθα :

- 1) Ενημέρωση, παροχή συμβουλών και εκπαίδευση ατόμων με ειδικές ανάγκες ώστε να προωθείται υιοθέτηση ασφαλέστερης ερωτικής συμπεριφοράς.¹⁰

Στο πλαίσιο αυτό :

- ◆ Συστηματική δραστηριότητα για την προώθηση της χρήσης του προφυλακτικών μέσων.
 - ◆ Ευαισθητοποίηση ευπαθών ατόμων και ομάδων, ώστε να προσφεύγουν στις υπηρεσίες Υγείας αμέσως με την εμφάνιση συμπτωματολογίας ύποπτης για STDS (health care seeking behavior).
 - ◆ Διεξαγωγή ιδιαίτερων προγραμμάτων ενημέρωσης και παρεμβάσεων σε ομάδες ή πληθυσμούς αυξημένου κινδύνου ή ιδιαίτερα ευαίσθητους.¹⁰
- 2) Εφαρμογή προγραμμάτων και τεχνικών για την πρόληψη ανίχνευση και εντοπισμό ασυμπτωματικών λοιμώξεων, αλλά και συμπτωματικών STDS που οι ασθενείς είναι δύσκολο ή απίθανο να ζητήσουν διαγνωστικές και θεραπευτικές υπηρεσίες.¹⁰
 - 3) Ανάπτυξη δραστηριοτήτων πρόληψης ή και θεραπείας των STDS στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, γυναικολογικά ιατρεία, ιδιωτικές κλινικές, κ.λπ.¹⁰
 - 4) « Ολοκληρωμένη » αντιμετώπιση των STDS 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.¹⁰
 - 5) Εφαρμογή ατομικών ή ομαδικών εμβολιασμών, όπου αυτό είναι αναγκαίο
 - 6) Δήλωση και καταγραφή κάθε κρούσματος STDS στις αρμόδιες υπηρεσίες επιδημιολογικής επιτήρησης.¹⁰
 - 7) Η συγκράτηση του συνόλου του σπέρματος μέσα στο προφυλακτικό παρέχει την « απόδειξη προστασίας » που επιζητούν ορισμένοι από τους χρήστες.¹⁰
 - 8) Η διαφώτιση στα θέματα σεξουαλικής αγωγής πριν από την έναρξη της ερωτικής ζωής.²⁰
 - 9) Ενημέρωση στους ταξιδιώτες- τουρίστες, αφού πολλές φορές η μετάδοση των ΣΜΝ γίνεται κατά την διάρκεια των διακοπών ή κάποιου ταξιδιού. Έτσι για προστασία τους οι ταξιδιώτες πρέπει να χρησιμοποιούν πάντα κάποιο προφυλακτικό μέσο και να αποφεύγουν την επικίνδυνη ερωτική συμπεριφορά.²⁰

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.¹⁰

Τα αποτελέσματα των διαφορετικών σεξουαλικών 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.²⁰

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.¹⁰

Η πρόληψη είναι η αποτελεσματικότερη στρατηγική για τον περιορισμό της διασποράς των λοιμωδών νοσημάτων. Η πρόληψη μέσω αποφυγής της έκθεσης στα υπεύθυνα παθογόνα είναι η καλύτερη στρατηγική για τον περιορισμό των STDS. Συμπεριφορά που μειώνει ή εξαλείφει τον κίνδυνο ενός ΣΜΝ, συνήθως μειώνει τον κίνδυνο όλων των ΣΜΝ. Η προϋπόθεση μεταβολής της συμπεριφοράς, αντιλήψεων, συνηθειών και πρακτικών, καθιστά την προσπάθεια πρόληψης των STDS δυσχερή και πολυσύνθετη. Στην προσπάθεια αυτή εμπλέκονται συνεπώς όχι μόνον φορείς Υγείας, αλλά και κοινωνικοί ή πολιτικοί φορείς, εκπαιδευτικοί οργανισμοί, εκκλησίες διαφόρων θρησκειών, φορείς ιδιωτικής πρωτοβουλίας και κερδοσκοπικοί οργανισμοί, μη κυβερνητικές οργανώσεις και ενώσεις εθελοντών κλπ. Εν τούτοις, όπως είναι προφανές η κύρια ευθύνη βαρύνει τους γιατρούς και άλλους λειτουργούς Υγείας. Διεθνείς οργανισμοί Υγείας υψηλού κύρους, όπως ο WHO και CDC, έχουν κωδικοποιήσει τα μείζονα στοιχεία που συνιστούν την σχεδιασμένη και οργανωμένη προσπάθεια πρόληψης και περιλαμβάνονται στη λεγόμενη « Δέσμη Δημόσιας Υγείας » (Public Health Package).¹⁰

Η επιδημιολογική επιτήρηση των ΣΜΝ εξασφαλίζει τα απαραίτητα δεδομένα για την κατάρτιση προγραμμάτων θεραπείας ή πρόληψης, αλλά και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των προγραμμάτων αυτών.¹⁰

Η δήλωση των Σεξουαλικώς Μεταδιδόμενων Νοσημάτων που διαγιγνώσκονται και η καταγραφή τους στις σχετικές υπηρεσίες, είναι συνεπώς απαραίτητη προϋπόθεση της επιδημιολογικής επιτήρησης απαραίτητα είναι επίσης στοιχεία σχετικά με την συμπεριφορά

που υποδεικνύουν πιθανώς συμπεριφορά υψηλού κινδύνου που οδηγεί στην διασπορά των ΣΜΝ. Η καταγραφή αυτή και η επεξεργασία των δεδομένων είναι αναγκαία για την παρακολούθηση των σχετικών δεικτών νοσηρότητας, τον προσδιορισμό ευπαθών ομάδων και δικτύων και την κατάρτιση στρατηγικών παρέμβασης στα πλαίσια της Αγωγής Υγείας.

Στις ΗΠΑ είναι υποχρεωτική η δήλωση όλων των περιπτώσεων σύφιλης, γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας, γλαμυδιακής και HIV λοίμωξης. Αντίστοιχη νομοθεσία υπάρχει και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Στην Ελλάδα υποχρεωτική είναι η δήλωση των περιπτώσεων σύφιλης, γονόρροιας, μαλακού έλκους και HIV λοίμωξης. Ουσιαστικής, η καθολική δήλωση τηρείται σχεδόν απόλυτα μόνον για την HIV λοίμωξη, όπου οι ασθενείς που διαγιγνώσκονται δηλώνονται και καταγράφονται ανώνυμα (με αρχικά και κωδικούς αριθμούς) στο Κέντρο Ειδικών Λοιμώξεων (ΚΕΕΛ).¹⁰

Η ενημέρωση για ένα STD παρέχει στον γιατρό την ευκαιρία, αλλά και την υποχρέωση να ενημερώσει τον ασθενή, ατομικά και σε ατομική βάση, για τους παράγοντες κινδύνου μόλυνσης από σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις, για την θεραπεία και την πρόληψή τους. Ο ασθενής που εκτέθηκε σε έναν σεξουαλικών μεταδιδόμενο παράγοντα, αντιμετωπίζει εξ ορισμού τον κίνδυνο και άλλων STDS.¹

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει ως « counseling » την αμφίδρομη διαδικασία κατά την οποία ο λειτουργός Υγείας βοηθά και καθοδηγεί τον ασθενή να κατανοήσει επαρκώς το πρόβλημα του νοσήματός του και των STDS και να διερευνήσει πιθανές μελλοντικές ενέργειές του. Συνήθως αντικείμενα της διαδικασίας αυτής είναι οι πρακτικές και συνήθειες έκθεσης σε κίνδυνο του ασθενούς, ο προσδιορισμός των καταστάσεων που ενυπάρχει κίνδυνος και η χρήση αποτελεσματικών μεθόδων αποφυγής του.¹

Επί μέρους ζητήματα που πιθανώς απαιτείται να περιλαμβάνεται η διαδικασία « counseling » είναι :

- ◆ Ενημέρωση του ασθενούς για πιθανές επιπλοκές του νοσήματός του.
- ◆ Συνειδητοποίηση από τον ασθενή του κινδύνου για HIV λοίμωξη και παρακίνησή του να δεχτεί εργαστηριακό έλεγχο για HIV και για άλλα STDS.
- ◆ Πρόληψη πιθανών μελλοντικών λοιμώξεων, περιλαμβανομένων τρόπων και μεθόδων συζήτησης με ερωτικούς συντρόφους σχετικά με τη χρήση προφυλακτικού.
- ◆ Πληροφόρηση του (της) συζύγου και ερωτικών συντρόφων σχετικά με το νόσημα που διαγνώσθηκε, από τον ίδιο τον ασθενή ή και τον γιατρό, με ή χωρίς βοήθεια από τις αρμόδιες υπηρεσίες της Πολιτείας (Επισκέπτριες Υγείας, Κοινωνικούς Λειτουργούς, Ψυχολόγους, κ.λπ.).¹

Είναι προφανές ότι οι προσπάθειες απαιτούν χρόνο και πιθανότητα, περισσότερες της μίας συνεδρίες. Το « counseling » είναι συνεπώς πολύ περισσότερο χρονοβόρο από την απλή παράθεση οδηγιών σε επίπεδο εξωτερικού ιατρού και απαιτεί από τους λειτουργούς Υγείας ψυχική αντοχή και κριτική ικανότητα κατανόησης των ιδιαιτεροτήτων ενός έκαστου ασθενούς. Η παροχή όμως πλήρους και υψηλής ποιότητας « counseling » εξασφαλίζεται μόνον μετά από κατάλληλη εκπαίδευση και περιοδική πλέον ενημέρωση και έλεγχο εξειδικευμένων γιατρών. Οι δυνατότητες αυτές συνήθως ελλείπουν από τον γιατρό στο εξωτερικό ή ιδιωτικό ιατρείο. Στην περίπτωση αυτή, είναι απαραίτητη η παραπομπή του ασθενούς σε αρμόδιες σχετικές υπηρεσίες εάν αυτό υφίσταται.¹

5.1.1. Μέσα ελεγχόμενα από τους άνδρες

Το ανδρικό προφυλακτικό

Το προφυλακτικό αποτελεί ένα από τα αρχαιότερα και ευρείας χρήσεως αντισυλληπτικά μέσα. Η ιστορία του αρχίζει από τους Ρωμαϊκούς χρόνους, όταν χρησιμοποιούσαν την ουροδόχο κύστη ζώων για προστασία από τα αφροδίσια νοσήματα. Αναφορά επίσης γίνεται και από τους Αιγυπτίους (1.000 π.Χ) όπου χρησιμοποιούσαν λινή « θήκη » για προστασία από νοσήματα, παρά την άγνοια των ΣΜΝ.¹⁰ Η πρώτη δημοσίευση έγινε το 1564 από τον ανατόμο Gabrielle Fallopius (Ιταλία 1523- 1562 μ.Χ), 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^ο αιώνα. Τα πρώτα προφυλακτικά με τη σημερινή τους μορφή κατασκευάστηκαν από έντερο προβάτων.¹⁰

Η προέλευση του ονόματος « condom » δεν έχει διευκρινιστεί. Μερικοί ιστορικοί πιστεύουν ότι προέρχεται από τον γιατρό του βασιλέως Καρόλου του 2^{ου} της Αγγλίας Dr. Condom, ο οποίος τον προμήθευε με θήκες από ζωικό υλικό για την αποφυγή διασποράς νόθων διαδόχων του στέμματος, αλλά και την πρόληψη αφροδισίων νοσημάτων από τις ερωτικές του περιπέτειες.¹⁰

Τα σύγχρονα προφυλακτικά άρχισαν να κατασκευάζονται μετά το 1840, όταν ο Αμερικάνος Goodyear εφάρμοσε τον βουλκανισμό του καουτσούκ, ενώ η τεχνολογική επανάσταση με την κατασκευή πλαστικών υλών έδωσε νέα υλικά στους κατασκευαστές προφυλακτικών.¹⁰

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 του είναι

« Μπεμπέκα », « Σκουφίτσα », « Αλεπουδίτσα » και « Ασπίς ». Μετά την εμφάνιση των πρώτων κρουσμάτων AIDS στη χώρα μας, η προώθηση της χρήσης του προφυλακτικού άρχισε να γίνεται, μάλλον δειλά και αποσπασματικά, από την Εθνική Επιτροπή κατά του AIDS αρχικά, και περισσότερο έντονα από το Κέντρο Ειδικών Λοιμώξεων (ΚΕΕΛ) μετέπειτα. Χρησιμοποιήθηκαν, μεταξύ άλλων, σύντομα διαφημιστικά μηνύματα και ομιλίες ειδικών στην τηλεόραση και το ραδιόφωνο, περιορισμένης έκτασης διαλέξεις σε λύκεια, τεχνικές σχολές κ.λπ. 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 την αφορμή την Παγκόσμια Ημέρα κατά του AIDS (1^η Δεκεμβρίου), χωρίς να έχει προσλάβει προγραμματισμένο και σταθερό χαρακτήρα, ενταγμένη στα πλαίσια προγραμμάτων Αγωγής Υγείας. Σήμερα τα προφυλακτικά κυκλοφορούν σε τεράστια ποικιλία σχημάτων, μεγεθών, συστάσεως, υφής και χρωμάτων.¹⁰



Εικόνα 5.1.1. Ανδρικό προφυλακτικό

Γενικά είναι κατασκευασμένα από λεπτό, ημιδιαφανές συνήθως πλαστικό σε σχήμα σακούλας με μία δεξαμενή στο άκρο τους με σκοπό να προστατεύει τον χρήστη και την/ τον ερωτικό σύντροφο καλύπτοντας το ανδρικό γεννητικό όργανο και φυσικά την ουρήθρα που αποτελεί κύρια πύλη εισόδου και εξόδου παθογόνων (σπερματικά εκκρίματα ή προς τον

άνδρα, μέσω επαφής με την ουρήθρα με τα εκκρίματα της/ του συντρόφου) που ευθύνονται για STDS.⁶⁹ Η αποτελεσματικότητά του εξαρτάται από την ορθή τοποθέτησή του και τη σταθερή χρήση του πριν από κάθε σεξουαλική επαφή. Με αυτόν τον τρόπο μειώνει την πιθανότητα μετάδοσης σε μη μολυνθέντες ερωτικούς συντρόφους. Επιπλέον, καλύπτοντας σχεδόν όλο το σώμα του πέους, προστατεύει από παθογόνα που μπορούν να μεταδοθούν μέσω επαφής δέρματος με δέρμα ή βλεννογόνο (τρεπόννημα, H. Ducreyi, HSV, HPV).⁸

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». Θεωρητικά η αποτυχία του προφυλακτικού κυμαίνεται από 0,4 έως 2,0 κτήσεις ανά 100 γυναίκες- έτη. Επειδή όμως η αποτελεσματικότητά της μεθόδου βασίζεται κυρίως στο επίπεδο του ζευγαριού και στην προσοχή και επιδεξιότητα εφαρμογής της μεθόδου, τα ποσοστά αποτυχίας στην πράξη, όπως αναφέρονται στην βιβλιογραφία, κυμαίνονται από 0,4 έως 31,9 κτήσεις ανά εκατό γυναίκες- έτη.⁶⁹

Περίπου 40.000.000 ζευγάρια σ' όλο τον κόσμο χρησιμοποιούν το προφυλακτικό, η Ιαπωνία έχει την μεγαλύτερη κατανάλωση, αφού απορροφά το ¼ της παγκόσμιας παραγωγής προφυλακτικών, σ' αυτά στηρίζουν την αντισύλληψη το 50% των παντρεμένων και το 75% του συνόλου των ζευγαριών.⁶⁹

Κύριος λόγος της αποτυχίας είναι η κακή χρήση. Οι αποτυχίες είναι πιο συχνές σε νεαρούς και άπειρους χρήστες και σε ζευγάρια που προσπαθούν μάλλον να καθυστερήσουν παρά να αποφύγουν την κύηση. Τα μικρότερα ποσοστά αποτυχίας παρατηρούνται σε ζευγάρια μεγαλύτερης σχετικά ηλικίας, που χρησιμοποιούν τη μέθοδο σταθερά, με αποτυχία 0,7% σε ζευγάρια πάνω από 35 ετών σε σχέση με ποσοστό 3,6% σε ζευγάρια 25- 35 ετών. Διαφορά παρατηρείται επίσης σε ζευγάρια που έχουν ήδη συμπληρώσει την οικογένειά τους. Έτσι η αποτυχία σε ζευγάρια με 1- 2 παιδιά είναι 5% σε σύγκριση με 14% σε ζευγάρια που δεν έχουν παιδιά. Η προσθήκη σπερματοκτόνου αυξάνει την αποτελεσματικότητα, χωρίς όμως να μπορεί να εκτιμηθεί η συμβολή του σε αυτήν την αύξηση.⁶⁹

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.⁴²

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.⁶⁹

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.⁶⁹

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.⁶⁹

Σπάνια έχει παρατηρηθεί ερεθισμός του κόλπου ή του πέους από το ελαστικό, τα λιπαντικά ή τα περιεχόμενα σπερματοκτόνα στη συσκευασία. Περιπτώσεις αλλεργίας είναι πολύ σπάνιες. Αν οι έφηβοι μπορούσαν να θεωρήσουν της χρήση του προφυλακτικού, ως απόδειξη υπευθυνότητας και ωριμότητας, θα μπορούσε να αποφευχθεί μεγάλος αριθμός τραγικών περιστατικών της τρυφερής αυτής ηλικίας.⁶⁹

Το προφυλακτικό προστατεύει από τον ιό του έρπητα και από τις πυελικές φλεγμονές. Παρά τις εντατικές έρευνες δεν έχει ακόμη παραχθεί αποτελεσματικό εμβόλιο για το γονόκοκκο. Η χρήση προφυλακτικών προλαμβάνει το μεγαλύτερο ποσοστό μολύνσεων. Ορισμένοι αντισυλληπτικοί αφροί έχουν αντιγονοκοκκική δράση αλλά η αποτελεσματικότητά τους δεν έχει αποδειχθεί κλινικά.⁴

Το ανδρικό προφυλακτικό από Latex

Εργαστηριακές και κλινικές μελέτες έχουν αποδείξει ότι το ανδρικό προφυλακτικό από Latex (Latex Condom, LC) προστατεύει αποτελεσματικά έναντι μεγάλου εύρους παθογόνων υπεύθυνων για ΣΜΝ.¹ Το Latex είναι υλικό που προέρχεται από τον γαλακτώδη οπό του τροπικού δένδρου *Hevea Braziliensis*, απ' όπου παράγεται ως ελαστικό κόμμι (καουτσούκ). Χρησιμοποιείται στη βιομηχανία μετά από επεξεργασία με θείο.¹⁰

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.¹⁰

Σε πολλές επιδημιολογικές μελέτες διαπιστώθηκε σημαντικά χαμηλότερη συχνότητα διαφόρων STDS (έρπητας, τριχομονάδες, σύφιλη, κ.λπ.) σε μεγάλα δείγματα γυναικών που οι ερωτικοί σύντροφοι χρησιμοποιούσαν προφυλακτικό, σε σχέση με άλλες που δεν έφεραν παρόμοια χρήση. Σε πολλές άλλες κλινικές μελέτες follow-up, αποδείχθηκε επίσης η αποτελεσματικότητα του LC στην προστασία τόσο του χρήστη, όσο και του ερωτικού συντρόφου από τον HIV και άλλα παθογόνα, όπως γονόκοκκο, *Ureaplasma*, HSV, γλαμύδια, τριχομονάδες κ.λπ. Αδιαμφισβήτητη απόδειξη της αποτελεσματικότητας του LC για την προστασία από HIV λοίμωξη προέκυψε από προοπτικές μελέτες (Laurian et al, Saracco et al, DeVincezi et al, Hira et al), σε ζευγάρια όπου ο ένας σύντροφος ήταν οροθετικός για HIV, ενώ ο άλλος όχι. Στις μελέτες αυτές 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. Γενικώς, το ανδρικό προφυλακτικό αποτελεί επαρκή προστατευτικό μηχανισμό φραγμού έναντι των περισσότερων STDS.¹

Πλεονεκτήματα- Μειονεκτήματα

Το LC είναι ευρύτατα διαδεδομένο μέσο, ευχερούς προμήθειας και χαμηλού κόστους. Η τοποθέτησή του είναι απλή και εύκολη, απαιτώντας ελάχιστη γνώση και προσοχή από το χρήστη. Συνδυάζει τη μέγιστη δυνατή προστασία από STDS με αποτελεσματική αντισύλληψη.¹

Σε μερικές περιπτώσεις επιμηκύνει τη διάρκεια στύσης και αναστέλλει την πρόωρη εκπερμάτιση, παρατείνοντας την ευχαρίστηση επαφής σε μερικά ζευγάρια. Η συγκράτηση του συνόλου του σπέρματος μέσα στο προφυλακτικό παρέχει την « απόδειξη προστασίας » που επιζητούν ορισμένοι από τους χρήστες.¹

Γενικώς όμως, μειώνει την ευχαρίστηση της επαφής, αφού ελαττώνει την ευαισθησία και την αίσθηση της άμεσης επαφής. Συχνά είναι αναγκαία η διακοπή της διαδικασίας συνεύρεσης για την τοποθέτησή του. Επί εσφαλμένης εφαρμογής του αυξάνεται η πιθανότητα εφαρμογής του αυξάνεται η πιθανότητα συμβάντων, όπως η ρήξη και η ολίσθησή του. Δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί ταυτόχρονα με ελαιώδη λιπαντικά, λόγω κινδύνου διάβρωσης του Latex. Για τον ίδιο λόγο δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί μαζί με τοπικά φαρμακευτικά σκευάσματα σε λιπαρά έκδοχα, όπως ορισμένα τοπικά αντιμυκητιασικά (miconazole, clotrimazole, κ.λπ.). Μερικά από τα LC είναι δύσοσμα, έχοντας διατηρήσει την οσμή του ελαστικού υλικού. Απαιτείται προσοχή στις συνθήκες φύλαξης και αποθήκευσης, εφ' όσον η θερμοκρασία και η υπεριώδη ακτινοβολία μπορούν να προκαλέσουν αλλοιώσεις στο υλικό.¹

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.¹

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.^{1,10}

Προφυλακτικά από άλλα, πλην Latex, συνθετικά υλικά

Νεότερα προϊόντα είναι κατασκευασμένα από άλλα συνθετικά υλικά, όπως η πολουρεθάνη, θερμοπλαστικά ελαστομερή όπως το Tactylon, PVC, κ.λπ. Προφυλακτικά από πολουρεθάνη 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.^{1, 10}

Σε εργαστηριακές μελέτες τα προφυλακτικά από πολουρεθάνη αποδείχθηκαν εξίσου αποτελεσματικά με τα LC, μη επιτρέποντας τη διόδο ακόμη και μικρού μεγέθους ιϊκών 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 πολουρεθάνης προσφέρουν μικρότερη προστασία έναντι των STDS.^{1, 10}

Αποδοχή και χρήση του ανδρικού προφυλακτικού

Συχνά οι χρήστες αγνοούν τις λεπτομέρειες της ορθής χρήσης του προφυλακτικού. Η χρήση αυτή είναι απλή, υπό την προϋπόθεση της γνώσης στοιχειωδών κανόνων της. Στη χώρα μας, που η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση προέρχεται κατ' αποκλειστικότητα από αναρμόδιες και μη έγκυρες πηγές (οικογένεια, φιλικό περιβάλλον, ΜΜΕ), είναι εξαιρετικά αμφίβολη η γνώση της τεχνικής της ορθής χρήσης, τόσο ως μέσου αντισύλληψης, όσο κυρίως- ως μέσου προστασίας από STDS και AIDS. Σε διεθνές επίπεδο, οι μεγάλοι οργανισμοί Υγείας παρέχουν αναλυτικές οδηγίες για τη σωστή χρήση του προφυλακτικού, τόσο μέσω εντύπων όσο και μέσω του διαδικτύου.¹⁰

ΣΤΟΙΧΕΙΩΔΕΙΣ ΚΑΝΟΝΕΣ ΠΡΟΜΗΘΕΙΑΣ ΚΑΙ ΧΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΑΝΔΡΙΚΟΥ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟΥ

Η αγορά του προφυλακτικού γίνεται από καταστήματα όπου το προϊόν δεν είναι εκτεθειμένο σε υψηλές θερμοκρασίες ή ηλιακό φως (προθήκες, βιτρίνες, κ.α.).

1. Πριν από την αγορά ελέγχεται η ακεραιότητα της συσκευασίας, η αναγραφή της ένδειξης του υλικού (Latex) και η ημερομηνία λήξης του προϊόντος.¹
2. Είναι απαραίτητη η χρήση του από την αρχή έως το τέλος της επαφής, σε κάθε επαφή, σε οποιοδήποτε είδος, μορφή ποικιλία ή παραλλαγή επαφής.¹
3. Κατά την τοποθέτηση, είναι σκόπιμη η αφαίρεση του αέρα που συχνά εγκλωβίζεται στο « αποθηκευτικό άκρο » του προφυλακτικού, με ελαφρά πίεση του άκρου αυτού μεταξύ αντίχειρα- δείκτη. Η παραμονή αέρα στη θέση αυτή, είναι συχνά αιτία ρήξης του προφυλακτικού.¹
4. Μετά την εκσπερμάτιση, είναι σκόπιμη η διακοπή της επαφής πριν την πλήρη υποχώρηση της στύσης, αφού τότε δημιουργείται ο κίνδυνος διολίσθησης του προφυλακτικού κατά την έξοδο του πέους. Κατά την έξοδο του πέους απαιτείται συγκράτηση του προφυλακτικού με το χέρι στην περιοχή της βάσης του πέους, ακριβώς για την αποφυγή της διολίσθησής του.¹
5. Το LC δεν πρέπει να χρησιμοποιείται με επιπλέον λιπαντικά, λόγω του κινδύνου διάβρωσης του υλικού του. Ιδιαίτερος δεν πρέπει να χρησιμοποιείται με βαζελίνη, cold cream, κρέμες χεριών, έλαια μπάνιου και ενυδατικές κρέμες. Εάν η χρήση επιπλέον λιπαντικού είναι απαραίτητη, είναι προτιμότερο η χρήση γλυκερίνης ή K- Y gel.¹
6. Η ταυτόχρονη τοποθέτηση δύο (ή και περισσότερων) προφυλακτικών δεν μειώνει περισσότερο τον κίνδυνο μετάδοσης STDs. Αντίθετα, η τριβή των ελαστικών μεταξύ τους, αυξάνει πιθανώς τον κίνδυνο ρήξης. Το LC είναι προϊόν μιας χρήσης. Δεν πλένεται και δεν χρησιμοποιείται δεύτερη φορά.¹

« Ατυχήματα » κατά την χρήση του προφυλακτικού

Γενικώς η πιθανότητα ρήξης ή διολίσθησης 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, κ.λπ.¹

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.^{1, 10}

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 σεξουαλικά μεταδιδόμενου νοσήματος: Οι προληπτικές ενέργειες εξαρτώνται από το πιθανότερο ύποπτο παθογόνο.
- ✓ Για πρόληψη γονοκοκκικής, χλαμυδιακής 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.^{1, 10}

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.¹⁰

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.¹⁰ Η τεκμηριωμένη αποτελεσματικότητα και τα λοιπά πλεονεκτήματα του ανδρικού προφυλακτικού δικαιολογούν την ανεπιφύλακτη σύσταση του από τους λειτουργούς Υγείας για την πρόληψη των STDS. Η γενικώς μικρή αποδοχή του, όμως, αποτελώντας το μεγαλύτερο μειονέκτημά του, περιορίζει σημαντικά τις δυνατότητές του. Μακροχρόνιες και επίμονες ενημερωτικές προσπάθειες από υπεύθυνους φορείς έχει αποδειχθεί ότι μπορούν να βελτιώσουν τα επίπεδα θετικών αντιλήψεων και αποδοχής του προφυλακτικού. Παρόμοιες προσπάθειες αποδοχής απέφεραν αύξηση της χρήσης του σε περιοχές των ΗΠΑ. Οι

ενημερωτικές εκστρατείες κατά του AIDS κατά τη διάρκεια του 1980 συνέβαλαν πιθανώς σε ενθαρρυντική αύξηση της χρήσης αυτής.¹⁰

Εν τούτοις, η προτίμηση προς το ανδρικό προφυλακτικό μειώνεται με την αύξηση της ηλικίας και οι μεγαλύτερης ηλικίας άνδρες στρέφονται προς τα μέσα αντισύλληψης που δεν παρέχουν προστασία από ΣΜΝ. Ανάλογα πρότυπα συμπεριφορών έχουν καταγραφεί επίσης σε άλλες ανεπτυγμένες χώρες όπως η Αυστραλία, ο Καναδάς και η Ν. Ζηλανδία. Επιπλέον η χρήση του ανδρικού προφυλακτικού δεν είναι σταθερή ακόμη και μεταξύ πληθυσμών που εκφράζουν θετικές απόψεις σχετικά.¹⁰

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.¹⁰

5.1.2. Μέσα ελεγχόμενα από τις γυναίκες

Σήμερα σε παγκόσμια κλίμακα η ετεροφυλική σεξουαλική μετάδοση του HIV είναι ο συχνότερος τρόπος μετάδοσης από αυτός και επέκταση της επιδημίας του AIDS. Παράλληλα, οι γυναίκες με ερωτική δραστηριότητα αντιπροσωπεύουν την ταχύτερα διογκούμενη ομάδα κινδύνου για HIV λοίμωξη. Οι γυναίκες αντιμετωπίζουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο προσβολής από τον HIV και άλλα ΣΜΝ εξαιτίας της εκτεταμένης έκθεσης του γυναικείου βλεννογόνου στα σπερματικά υγρά, της μεγάλης συχνότητας ακούσιας ερωτικής επαφής, της επαφής χωρίς προφύλαξη, της δυνατότητας πολυάριθμων ερωτικών επαφών και της άδηλης υψηλού κινδύνου συμπεριφοράς του ερωτικού συντρόφου. Εξ αιτίας αυτών, η ανάπτυξη ελεγχόμενων από τις γυναίκες φυσικών ή χημικών φραγμών είναι καίριας σημασίας για τον έλεγχο των STDs και της HIV επιδημίας. Αποτελεσματικά, ασφαλή και εύχρηστα τέτοια μέσα θα επέτρεπαν στις γυναίκες να προστατεύσουν τους εαυτούς τους, ανεξάρτητα από την προθυμία του ερωτικού συντρόφου να χρησιμοποιήσει ανδρικό προφυλακτικό.¹⁰

Το Γυναικείο Προφυλακτικό

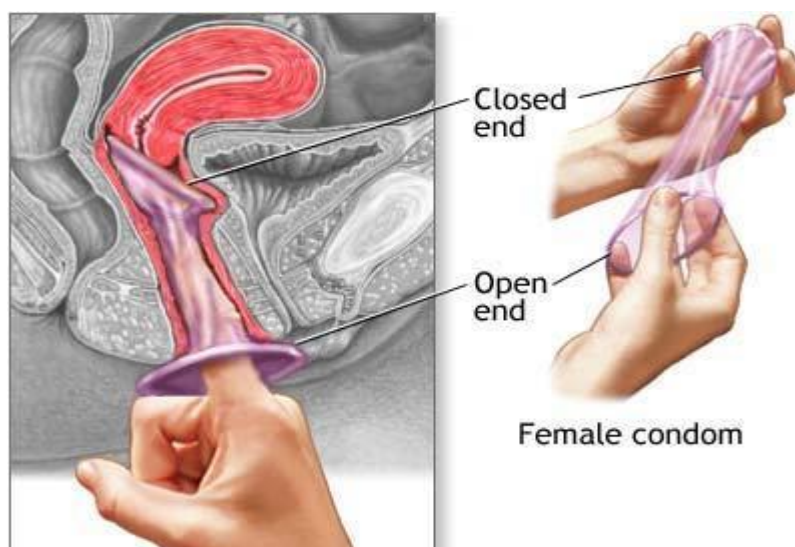
Το γυναικείο προφυλακτικό (Female Condom, FC) κυκλοφόρησε εμπορικά για πρώτη φορά στην Ελβετία το 1992. Διατίθεται σε μικρότερο εύρος επιλογών από το αντίστοιχο ανδρικό. Πρόκειται για ευμεγέθη κυλινδρική μεμβράνη από πολουρεθάνη, που

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 μέν μήκος σε 17 cm, το πλάτος στην μεγαλύτερη διάμετρό του σε 7,8 cm, το δε πάχος της μεμβράνης σε 0,42- 0,53 mm.¹⁰



Εικόνα 5.1.2. Γυναικείο προφυλακτικό

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. Σε κλινική μελέτη των Soper et al, καταγράφηκε αποτελεσματική προστασία έναντι τριχομοναδικής λοίμωξης. Σε άλλη μελέτη των ίδιων ερευνητών, το γυναικείο προφυλακτικό αποδείχθηκε ασφαλές ως προς την ισορροπία της φυσιολογικής χλωρίδας του κόλπου. Το CDC έχει ήδη συμπεριλάβει το γυναικείο προφυλακτικό στις οδηγίες του για την πρόληψη των ΣΜΝ.¹⁰



Εικόνα 5.1.3. Τρόπος τοποθέτησης γυναικείου προφυλακτικού.

Τα πλεονεκτήματα του περιλαμβάνουν:

1. Τον έλεγχο της τοποθέτησής του από την γυναίκα.
2. Την δυνατότητα εφαρμογής πριν την διαδικασία έναρξης της συνεύρεσης.
3. Την κάλυψη ευρύτερης περιοχής του έξω γεννητικού συστήματος της γυναίκας.
4. Επιτρέπει καλύτερη αίσθηση της θερμότητας κατά τη διάρκεια της συνεύρεσης σε σύγκριση με το ανδρικό προφυλακτικό.¹⁰

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.¹⁰

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.

Επίσης το γυναικείο προφυλακτικό χρησιμοποιείται, αν και σε περιορισμένη κλίμακα, από ομοφυλόφιλους άνδρες για προστασία από STDS κατά τη διάρκεια της πρωκτικής επαφής. Μελέτες αποτελεσματικότητας της συγκέντρωσης μεθόδου δεν έχουν διεξαχθεί. Το θεωρητικό πρόβλημα είναι η ανυπαρξία ανατομίας ικανής να αποτελέσει έδαφος στήριξης του εξωτερικού δακτυλίου του προφυλακτικού, όπως συμβαίνει με τα μεγάλα χείλη του αιδοίου κατά την κολπική επαφή.¹⁰

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.¹⁰

Διάφραγμα

Το διάφραγμα και τα κατά μικρότερα από αυτό καλύμματα του τραχήλου (cervical caps), χρησιμοποιούνται από δεκαετιών ως αντισυλληπτικό μέσο, λιγότερο διαδεδομένα από το ανδρικό προφυλακτικό.¹⁰

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 διόδος του σπέρματος μέσα στη μήτρα. Επί αιώνες χρησιμοποιούσαν διάφορες ουσίες για τον σκοπό αυτό. Στην Ουγγαρία χρησιμοποιήθηκε λειωμένο κερί, στην Άπω Ανατολή εμποτισμένο με έλαια. Αντισυλληπτικά ταμπόν από νήματα εμποτισμένα με μέλι και βότανα χρησιμοποιήθηκαν στην Αίγυπτο από το 555 Π.Χ. τα διαφράγματα με τη σημερινή τους μορφή εισήχθησαν τον 19^ο 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.²⁰

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.¹⁰

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.

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.¹⁰

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 είναι για τις επιπλοκές αυτές είναι τα σπερματοκτόνα που χρησιμοποιούνται με τα καλύμματα του τραχήλου.¹⁰

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 καθηλώνεται με πίεση κυρίως εμπρός πάνω στην ηβική σύμφυση, αλλά και στα πλάγια κοιλικά τοιχώματα. Υπάρχει σε μεγέθη από 55 έως 95 mm και ταιριάζει και σε γυναίκες με ελαφρά κυστεορθοκίλη και καλό ή μέτριο μυϊκό τόνο.²⁰
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.²⁰
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 σχηματίζει 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.²⁰
4. All- flex: Περιέχει ελατήριο διπλής ελικώσεως ή το ίδιο το ελαστικό σχηματίζει στην περιφέρεια ισχυρό δακτύλιοι. Είναι εύκαμπτο σε όλες τις διαμέτρους και μαλακό. Ταιριάζει στους περισσότερους κόλπους με καλό τόνο. Καθηλώνεται κυρίως με ενσφήνωση στον οπισθοηβικό χώρο, που πρέπει να είναι σχετικά βαθύς.



Εικόνα 5.1.4. Τρόποι προφύλαξης.

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.²⁰

Αντενδείξεις

I. Απόλυτες

- Ø Ψυχολογική ή φυσική αδυναμία σωστής χρήσης.
- Ø Ασθενές πνευλικό 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 Κυστεορθοκήλη, πρόπτωση μήτρας, αβαθές οπισθοθηβικό διάστημα.
- Ø Διάφραγμα κόλπου ή ανάλογες συγγενείς διαμαρτυρίες.²⁰

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 κυστεορθοκήλη.²⁰

III. Προσωρινές

- Ø Κολπίτιδα οποιασδήποτε αιτιολογίας.
- Ø Κνησμός γεννητικών οργάνων.
- Ø Έρπητας γεννητικών οργάνων.²⁰

Τα διαφράγματα μπορούν να τοποθετηθούν αρκετές ώρες πριν την επαφή, έτσι ώστε να μην είναι απαραίτητη η διακοπή της διαδικασίας συνεύρεσης. Μερικά από τα κύρια πλεονεκτήματά τους συγκεντρώνονται στο ότι:

- 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 ανά τριετία.
- Υψηλή αποτελεσματικότητα, όταν χρησιμοποιείται σωστά.
- Είναι υπό τον άμεσο έλεγχο του χρήστη.
- Προστασία από δυσπλασία τραχήλου.^{1, 10, 20}

Από την άλλη πλευρά τα μειονεκτήματά τους είναι αρκετά και περιορίζουν την ευρύτερη αποδοχή και χρήση τους. Όπως:

- 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 βλεννογονίτιδα 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.^{1, 10, 20}

Τα ανωτέρω, με σημαντικότερο τις δυσχέρειες εφαρμογής τους, καθιστούν την αποδοχή και την ικανοποίηση από τη χρήση των διαφραγμάτων στο γυναικείο πληθυσμό μικρή, και μάλιστα σημαντικά μικρότερη από εκείνη των άλλων μεθόδων φραγμού.^{1, 10}

Οι φυσικοί φραγμοί παρέχουν σε γενικές γραμμές υψηλά επίπεδα προστασίας από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και μεταξύ αυτών, από την HIV λοίμωξη. Με σημαντικότερο εκπρόσωπο το ανδρικό προφυλακτικό από Latex, αποτελούν δόκιμα και εγκεκριμένα μέσα με χαμηλό κόστος, ευχέρεια διακίνηση και σχετικώς ελάχιστες παρενέργειες. Η μικρή, σε σχέση με την αξία τους, αποδοχή και χρήση τους, αποτελεί εν τούτοις σημαντικό μειονέκτημα.¹⁰

Επιλογή Μεγέθους

Η γυναίκα με άδεια την ουροδόχο κύστη πρέπει να υποβληθεί σε προσεκτική γυναικολογική εξέταση, από την οποία θα εκτιμηθεί το μήκος του κόλπου, ο βαθμός του μυϊκού τόνου, το βάθος του οπισθοβικού διαστήματος, το μέγεθος και η κατεύθυνση του τραχήλου, καθώς και η θέση και η κάμψη της μήτρας.¹⁰

Ένας ανατομικός οδηγός για την επιλογή του τύπου του διαφράγματος είναι το οπισθοβικό διάστημα. Στις περισσότερες γυναίκες με καλό μυϊκό τόνο, το πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα σχηματίζει μια καλά αφοριζόμενη εσοχή πίσω από την ηβική σύμφυση, στην οποία εφαρμόζεται το οπίσθιο χείλος του διαφράγματος ακουμπώντας πάνω στην ηβική καμάρα. Αν το πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα είναι χαλαρό και προβάλλει λόγω πτωχού μυϊκού τόνου, ανεπάρκειας του πυελικού εδάφους ή κυστεοκλήλης, αυτή η εσοχή είναι κατειλημμένη και το διάφραγμα θα προπίπτει. Σ' αυτές τις περιπτώσεις συνιστάται η χρήση καλύπτρας ή η καταφυγή σε άλλη μέθοδο.¹⁰

Στην συνέχεια εκτιμάται η απόσταση από τον οπίσθιο θόλο μέχρι την ηβική σύμφυση και υπολογίζεται το μέγεθος του διαφράγματος.¹⁰

Μετά την επιλογή του μεγέθους παίρνουμε ένα διάφραγμα και το τοποθετούμε. Είναι προτιμότερη η χρήση πραγματικού διαφράγματος στη δοκιμαστική αυτή τοποθέτηση, για να συνηθίζει η γυναίκα την αίσθηση του διαφράγματος, να επιβεβαιώνεται για το ότι δεν της προκαλεί ενόχληση, να αντιλαμβάνεται πιο εύκολα τον τρόπο δράσης του και να μαθαίνει καλύτερα να αισθάνεται τον τράχηλο να σκεπάζεται πλήρως από ελαστικό. Αυτά δεν συμβαίνουν με τους ειδικούς για μέτρηση δακτυλίου.¹⁰

Ακολουθεί η μέτρηση προς τα πίσω ώθηση του διαφράγματος, ώστε το οπίσθιο άκρο να φθάσει τον οπίσθιο θόλο και το πρόσθιο να ενσφηνωθεί πίσω από την ηβική σύμφυση. Ελέγχεται αν το διάφραγμα διατηρείται στη θέση του, όταν η γυναίκα σφίγγεται ή βήχει. Αν έχει επιλεγεί το σωστό μέγεθος, η γυναίκα θα νιώθει αρκετά άνετα χωρίς το διάφραγμα να γίνεται αισθητό.¹⁰

5.1.3. 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, Benzalcinium chloride, Menfegol, Sodium chlorate, κ.λπ.^{1, 10}
- b) Αναστολείς της εισόδου παθογόνων μικροοργανισμών, κυρίως δε ιών, στα κύτταρα-στόχους. Στην ομάδα αυτή περιλαμβάνονται οι θειούχοι πολυσακχαρίτες, θειούχα πολυμερή, χημοκίνες και μονοκλωνικά αντισώματα.^{1, 10}
- c) Ειδικούς αναστολείς που δρουν ενδοκυτταρίως αναστέλλοντας την μεταγραφική λειτουργία και αναπαραγωγή ιών, κυρίως δε του HIV.^{1, 10}

Οι χημικές ουσίες των ομάδων β και γ ευρίσκονται σε αρχικές φάσεις εργαστηριακών ή και κλινικών δοκιμασιών.^{1, 10}

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.¹⁰

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 της 4 ώρες. Ανήκει στα πωλούμενα χωρίς ιατρική συνταγή.¹⁰

Σε εργαστηριακές μελέτες η N- 9 επέδειξε ικανότητες εξόντωσης ή αδρανοποίησης πολλών STD- παθογόνων, μεταξύ των οποίων ο γονόκοκκος, το T. Pallidum, ο H. Ducreyi, 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 οι HPV.¹⁰

Η κλινική της αποτελεσματικότητα σε ανθρώπους και η in vivo ικανότητά της να προστατεύει από πολλά STD- παθογόνα είναι εξαιρετικά αμφιλεγόμενη. Παρά την πολυετή, ευρεία κυκλοφορία εμπορικών σκευασμάτων N9, θεωρείται αμφισβητούμενη η αποτελεσματικότητά της και ως αντισυλληπτικό μέσο.¹⁰

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 τριχομονάδων, χλαμυδίων, γονοκόκκου και άλλων STDS.¹⁰

Οι γυναίκες που χρησιμοποίησαν τον σπόγγο, είχαν μεγαλύτερη συχνότητα παρενεργειών με μεγαλύτερη την εμφάνιση αλλεργικών- ερεθιστικών αντιδράσεων. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) εκτιμά σήμερα πως η Nonoxynol- 9 είναι μέτριας μόνον αποτελεσματικότητας αντισυλληπτικό μέσο, σαφώς λιγότερο αποτελεσματικό από άλλα, αλλά καλύτερο από την έλλειψη οποιασδήποτε αντισύλληψης.¹⁰

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.

Ο δυνητικός κίνδυνος από τη χρήση σκευασμάτων Nonoxonyl 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 άλλου βαθμού και κλινικής σημασίας, εξαρτώμενη από το σκεύασμα, την περιεκτικότητα σε δραστική ουσία, τη συχνότητα χρήσης και τη διάρκεια της εφαρμογής.¹

Η κυτταροτοξικότητα της N- 9 στις σπερματοκτόνες συγκεντρώσεις διαπιστώθηκε σε in vitro μελέτες, αλλά και in vivo, σε πειραματόζωα. Σε μία από αυτές, επί πειραματόζωων-ποντικών και με χρήση N- 9 στο ορθό, διαπιστώθηκαν εκτεταμένες βλάβες του επιθηλίου και εξ αιτίας αυτών, αυξημένος κίνδυνος μόλυνσης από HSV- 2.¹

Η ασάφεια των συμπερασμάτων των ερευνών που έχουν γίνει σχετικά με την αποτελεσματικότητα της N- 9 έναντι του HIV απετέλεσε το υπόστρωμα αισιόδοξων απόψεων για μελλοντική ευρεία χρήση της στον αγώνα κατά της HIV επιδημίας. Επί σχεδόν μία δεκαετία, η N- 9 θεωρήθηκε ως προτιμητέο, τουλάχιστον δεύτερης επιλογής προστατευτικό μέσο φραγμού σε περιπτώσεις δυσχερειών ή μη αποδοχής χρήσης του ανδρικού προφυλακτικού από ευρέα τμήματα πληθυσμού. Σε αντίθεση με τα ανωτέρω, ευρήματα εργασιών σχετικά με την ασφάλεια και τις ανεπιθύμητες δράσεις της Nonoxonyl στο επιθήλιο του βλεννογόνου έθεταν σε αμφισβήτηση την δυνατότητά του προϊόντος να παρέχει πραγματικά προστασία έναντι του HIV και άλλων ιογενών STDS.¹⁰

Η Nonoxonyl, 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.¹⁰

Ως μη εκλεκτικό απολυμαντικό μέσο η N- 9 επιδρά στην σύσταση της φυσιολογικής χλωρίδας. Σε πληθώρα εργαστηριακών αλλά και κλινικών μελετών τεκμηριώθηκε η προκαλούμενη από αυτήν μείωση των πληθυσμών γαλακτοβακίλλων και αύξηση του πληθυσμού από Gram- αρνητικά βακτηρίδια, μεταξύ των οποίων και η E. Coli. Περαιτέρω και εξ αιτίας αυτών, η N- 9 ενοχοποιήθηκε για πρόκληση αυξημένης ευαισθησίας σε λοιμώξεις από Candida, ουρολοιμώξεις και βακτηριακή κολπίτιδα.¹⁰

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 Nonoxonyl- 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.¹⁰

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.¹⁰

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 συνέυρεση 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.¹⁰

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. Συνήθως όμως, η δυνατότητα μελλοντικής κλινικής χρήσης τους περιορίζεται λόγω τοξικότητας.¹⁰

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.¹⁰

Το Menfegol (p- Menthanylphenyl Polyoxyethylene ether), επιφανειοδραστικό αντισηπτικό σπερματοκτόνο, επίσης δραστικό κατά του HIV, δοκιμάστηκε 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.¹⁰

Παρόμοια ήταν τα αποτελέσματα μελέτης του σπερματοκτόνου Benzalcium chloride σε μελέτη στην οποία καταγράφηκε υψηλή αναλογία σημαντικών βλαβών του βλεννογόνου και αλλοιώσεις της φυσιολογικής χλωρίδας. Το προϊόν έχει από δεκαετίας περίπου έγκριση ως μη ιατρικών συνταγογραφούμενο (OTC) σπερματοκτόνο αντισυλληπτικό, σε αρκετές χώρες, αν και όχι στις ΗΠΑ. Νεότερα σκευάσματα μελετήθηκαν κλινικά με στόχο την μείωση της τοξικότητας, χωρίς όμως σπουδαία αποτελέσματα.¹⁰

Το παράγωγο χολικών αλάτων Tauro lithocholic acid 3- sulfate επέδειξε ισχυρή δραστηριότητα σε καλλιέργειες κυττάρων, κατά πολλών παθογόνων, μεταξύ των οποίων ο HIV, ο HSV 1 και 2, τα γλαμύδια και ο γονόκοκκος, αλλά και μικρότερη κυτταροτοξικότητα σε σύγκριση με την Nonoxonyl και το Benzalcium Chloride. Κλινικές μελέτες δεν έχουν ακόμα διεξαχθεί.¹

Το ευρέως 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.¹

Αντιθέτως, οι θειούχοι πολυσακχαρίτες (Sulfated Polysaccharides) αποτελεσματικοί *in vitro* κατά των γλαμυδίων, σε μελέτη επί πειραματόζωων- ποντικών δεν επιβεβαίωσαν προστατευτική δράση.¹⁰

Το « SAMMA », ένα πολυμερές προερχόμενο από επεξεργασία θεικού και μανδελικού οξέος, άχρωμο, άοσμο και χαμηλού κόστους παραγωγής, είναι λιγότερο τοξικό για το

επιθήλιο από τα επιφανειοδραστικά σπερματοκτόνα και ανήκει στα υποψήφια για ευρείες κλινικές δοκιμές προϊόντα.¹⁰

Η ίδια η Nonoxonyl, τέθηκε υπό δοκιμασία σε συνδυασμούς με έκδοχα ή άλλα σπερματοκτόνα, με σκοπό την αύξηση της αποτελεσματικότητας και τη μείωση της τοξικότητάς της στο επιθήλιο. Το Acidform, ένα νεότερο σπερματοκτόνο, που διατηρεί σε χαμηλές στάθμες το pH του κόλπου δρώντας ως buffer, χορηγήθηκε υπό μορφή gel μαζί με N- 9 και χωρίς αυτήν σε μικρό κλινικό trial επί 18 γυναικών. Το Acidform μόνο του ήταν καλώς ανεκτό, αλλά μαζί με την N- 9 δεν κατόρθωσε να μειώσει την ερεθιστική δράση της στο βλεννογόνο του κόλπου και του τραχήλου. Η N- 9 εφαρμόστηκε με αντιμικροβιακής δράσης παράγωγο φυσικών Carrageen an σε πειραματόζωα- ποντίκια, επιδεικνύοντας μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα κατά ιών όπως ο HSV- 2, σε σύγκριση με εμπορικά σκευάσματα απλής N- 9.¹⁰

Μη σπερματοκτόνα αντιμικροβιακά – αντικά προϊόντα

Συνθετικά σκευάσματα, συνήθως παράγωγα αντιρετροϊκών φαρμάκων, έχουν προταθεί ως τοπικοί φραγμοί για προστασία ειδικά από την HIV λοίμωξη. Τα προϊόντα αυτά δρουν κυρίως ως αναστολείς της δράσης της ανάστροφης μεταγραφάσης. Η αποτελεσματικότητά τους έναντι άλλων STD- παθογόνων είναι εξαιρετικά αμφίβολη. Κλινικές δοκιμασίες δεν έχουν ακόμα διεξαχθεί.¹⁰

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 ».¹⁰

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 ιδιαιτέρως ερεθιστικής δράσης στο επιθήλιο.
- ◆ Απουσία σημαντικής επίδρασης στη φυσιολογική χλωρίδα.
- ◆ Ελάχιστη συστηματική απορρόφηση.¹⁰

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.¹⁰

K

E

Φ

A

Λ

A

I

O

6

Θ Νοσηλευτική

Διεργασία

6.1. Νοσηλευτική διεργασία σε ασθενή με κονδυλώματα

Διάγνωση: Κονδυλώματα

Ανδρας 31 ετών προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία του Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου στις 02/01/2008 παραπονούμενος για επώδυνους αιμορροϊδικούς όζους στην περιοχή του ορθού. Κατά την εξέτασή του παρατηρήθηκαν αιμορροϊδικοί όζοι, περιπρωκτικά, οι οποίοι στην επιφάνειά τους έφεραν παρουσία ύποπτων θηλωμάτων γνωστών ως κονδυλώματα. Οι βλάβες ήταν ορισμένες ρόδινες και καστανές, μονήρεις και μεμονωμένες. Επίσης παρουσίαζαν μαλακή και ανώμαλη επιφάνεια αλλά δεν προκαλούσαν κανένα πόνο.

Κατά τη διάρκεια της λήψης του ιστορικού του αρνήθηκε οποιαδήποτε ομοφυλοφιλική σχέση στο παρελθόν ή στο παρόν. Ούτε θυμόταν να είχε έρθει σε επαφή με μολυσματικά βιολογικά υγρά, κάποιου συνανθρώπου του. Ζητήθηκε εξέταση της συντρόφου του ασθενούς. Η σύντροφος του δεν έφερε κανένα σύμπτωμα ύποπτο για την ύπαρξη κονδυλωμάτων και κατά συνέπεια την μετάδοσή τους στον ασθενή. Με βάση, λοιπόν, το ιστορικό του ασθενούς ήταν αγνώστου αιτιολογίας η νόσος στον ασθενή.

Συστήθηκε η χειρουργική αφαίρεση των όζων με την σύμφωνη γνώμη του ασθενούς. Στις 04/01/2008 ο ασθενής προσήλθε και εισήχθη στην Χειρουργική Κλινική του Νοσοκομείου για την προεγχειρητική του προετοιμασία ώστε να χειρουργηθεί στις 07/01/2008.

Την ημέρα προσέλευσης του (04/01/2008) και ώρα 8:20 π.μ έγινε η εισαγωγή του ασθενούς στην κλινική. Ακολούθησε εργαστηριακός έλεγχος, γενική εξέταση ούρων, ακτινογραφία θώρακος και τέλος ηλεκτροκαρδιογραφικός έλεγχος. Η διαίτα που του συστήθηκε για την ίδια μέρα ήταν ελεύθερη.

Την Κυριακή το απόγευμα συστήθηκε να γίνει η προεγχειρητική προετοιμασία του ασθενή προς αποφυγή των μολύνσεως της περιοχής, ώστε να εισαχθεί την Δευτέρα το πρωί στο χειρουργείο. Κατά το τέλος των εξετάσεων ο ασθενής εξήλθε (του δόθηκε άδεια εξόδου από τον θεράποντα ιατρό) από την κλινική με σκοπό να επιστρέψει στις 06/01/2008. Συστήθηκε στον ασθενή να έχει τις δύο επόμενες μέρες υδρική διατροφή (τσάι- φρυγανιά, σούπα) και το βράδυ της Κυριακής θα τραφεί με τσάι- φρυγανιά, με σκοπό την ελαχιστοποίηση κενώσεων. Στις νοσηλεύτριες του τμήματος συστήθηκε προσοχή κατά τον υποκλυσμό του ασθενούς προς αποφυγή τραυματισμού των όζων.

Στις 6/ 01/ 2008 ο ασθενής επέστρεψε στις 4 μ.μ. στην κλινική. Είχε παραμείνει νηστικός σύμφωνα με την δίαιτα και τις οδηγίες του ιατρού του. Έγινε προεγχειρητική ετοιμασία στην περιπρωκτική περιοχή και υψηλός υποκλυσμός όπως είχε ήδη ζητηθεί από τους χειρουργούς, με σκοπό τον πλήρη καθαρισμό του εντέρου. Κατόπιν εντολής του τοποθετήθηκε ουροκαθετήρας. Στη συνέχεια έγινε περιποίηση και λουτρό επί κλίνης στον ασθενή προς ασφαλή απομάκρυνση των μικροβίων.

Στις 7/01/2008 ο ασθενής εισήλθε στο χειρουργείο για την προγραμματισμένη επέμβαση με σκοπό την αφαίρεση των όζων. Κατά την έξοδο του ασθενούς από το χειρουργείο ξεκίνησε η προγραμματισμένη μετεγχειρητική φροντίδα του προς αποκατάσταση πλέον της υγείας του.

Ακολουθήθηκε η λήψη ζωτικών σημείων ανά 3 ώρες, η εντατική παρακολούθηση του τραύματος, ο έλεγχος της παροχέτευσης, η μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών (για έλεγχο του ισοζυγίου του ασθενούς).

Οι νοσηλεύτριες της Χειρουργικής κλινικής ακολουθώντας ιατρικές εντολές του χορήγησαν:

1. Έναν ορό Dextrose 5% των 1000 ml.
2. Έναν ορό Ringers Lactate των 1000 ml.
3. Zilisten 1 flacon, 3 φορές την ημέρα.

Επίσης δόθηκε η εντολή « επί πόνου του ασθενούς » να γίνει ½ amp pethidine I.M.

Λόγω έντονων μετεγχειρητικών πόνων του ασθενή στις 4:00 μ.μ και ύστερα από υπόταση που παρουσίασε (ΑΠ: 100) του έγινε η ενδοφλέβια χορήγηση πεθιδίνης, με σκοπό την ανακούφισή του, ώστε να μπορέσει να ξεκουραστεί και να κοιμηθεί με ηρεμία. Η αγωγή ήταν επιτυχής και ο ασθενής ανακουφίστηκε άμεσα από τον πόνο.

Μετά από 8 ώρες ο ασθενής αισθάνθηκε πάλι έντονους πόνους, με αποτέλεσμα να δοθεί εκ νέου εντολή για χορήγηση παυσίπονου στον ασθενή. Έτσι στις 12 π.μ. χορηγήθηκε 1 fl Xefo IM με σκοπό να μπορέσει ο ασθενής να κοιμηθεί με ηρεμία.

Το επόμενο πρωί (08/01/2008) της 1^η μετεγχειρητικής μέρας, ο ασθενής ανακουφισμένος πλέον, δεν παραπονέθηκε, η διάθεση του είχε αλλάξει και έδειχνε ικανοποιημένος και ξεκούραστος. Η δίαιτά του άλλαξε σε υδρική (τσάι- φρυγανιά & σούπα) και ο θεράπων ιατρός σύστησε διακοπή των ορών που έπαιρνε και χορήγηση υγρών από το στόμα. Με καλά ζωτικά σημεία και γενικά καλή κλινική εικόνα, ξεκίνησε την χορήγηση Imodium tabl. (1 ταμπλέτα 2 φορές την ημέρα) με σκοπό την αποφυγή κενώσεων λόγω πώματος που είχε τοποθετηθεί στο ορθό, εξαιτίας του είδους της επέμβασης.

Την ίδια μέρα και κατά την απογευματινή βάρδια ο ασθενής παραπονέθηκε για αύξηση του πόνου και του χορηγήθηκε 1 tabl. Lonarid- N. Το ίδιο βράδυ στις 12π.μ. επαναλήφθηκε μία I.M fl Xefo επί παραμονής του πόνου και με σκοπό την εξυγίανση της υγείας του λόγω παρατεταμένου αίσθημα πόνου του ασθενούς.

Την επόμενη μέρα (10/01/2008), της 3^η μετεγχειρητικής μέρας, έγινε η πρώτη αλλαγή τραύματος και του αφαιρέθηκε η παροχέτευση. Ο ασθενής παραπονέθηκε για έντονους πόνους στην περιοχή του εντέρου, λόγω αδυναμίας κένωσης αυτού και έντονο φούσκωμα από αυξημένη συγκέντρωση αερίων. Ο θεράπων ιατρός σύστησε την διακοπή του Imodium και τη χορήγηση ενός υπόθετου suppr Dulcolax και καθώς 20 cc Nujol μαζί με νερό, με σκοπό την επανέναρξη του συσταλισμού του εντέρου και την κένωσή του. Για ανακούφιση του πόνου, του χορηγήθηκε 1 fl Xefo I.M στις 12 μ.μ.. Η αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής αγωγής ήταν άμεση και ανακουφιστική. Ο ασθενής παρέμεινε ήσυχος για το υπόλοιπο της ημέρας, χωρίς να παρουσιαστεί κανένα νέο πρόβλημα. Η επανέναρξη της λειτουργίας του εντέρου ήταν άμεση και ο ασθενής ανακουφίστηκε πλήρως.

Την 4^η μετεγχειρητική μέρα (11/01/2008), έγινε η τελευταία (στο χώρο του Νοσοκομείου) αλλαγή του τραύματος, αφαιρέθηκε ο ουροκαθετήρας και ο γιατρός έδωσε εξιτήριο στον ασθενή. Τον ενημέρωσε για την διαδικασία σωστής ανάρρωσής του και τι είδους οδηγίες θα πρέπει να ακολουθήσει ώστε η ανάρρωση του να είναι ομαλή, άμεση και ανώδυνη. Τέλος κατά την έξοδό του, ευχαρίστησε το προσωπικό του νοσοκομείου για την αγωγή και την φροντίδα που του παρείχαν.

6.2. Νοσηλευτική διεργασία σε ασθενή με Ηπατίτιδα C

Διάγνωση : Ηπατίτιδα C

Ανδρας 33 ετών πακιστανικής καταγωγής προσήλθε στις 27/09/2007 στο Νοσοκομείο Ευαγγελισμός με σκοπό να κάνει αιματολογικές εξετάσεις και εξετάσεις ούρων, γιατί ανησυχούσε για την αυξημένη ποσότητα κιτρινόχρωμων ούρων που είχε, για τη ναυτία και την πικρότητα που αισθανόταν στο στόμα καθώς και για τον κίτρινο επιπεφυκότα. Ύστερα από έναν πλήρη αιματολογικό έλεγχο που του διεξήθη και μετά την πάροδο ενός μήνα, διαπιστώθηκε ότι έπασχε από τον ιό της Ηπατίτιδα C.

Κατά τη διάρκεια της λήψη του ιστορικού του, διαπιστώθηκε ότι ήρθε στην χώρα μας το 2005 και στον έλεγχο που υπεβλήθη τότε δεν προέκυψε κανένα στοιχείο για κάποια ύποπτη νόσο. Διαπιστώθηκε ότι συζούσε με τρεις ομοεθνείς του σε ένα κοινό διαμέρισμα. Λόγω ανησυχίας για τυχόν μετάδοση του ιού της ηπατίτιδας C συστήθηκε από τους γιατρούς ο πλήρης αιματολογικός έλεγχος και στους συγκατοίκους του προς ανεύρεση του πιθανού φορέα της νόσου, αν και σύμφωνα με υποψίες είναι ασυμπτωματικός. Η σύντροφός του ασθενή είναι κάτοικος στο Πακιστάν και δεν είχε αναπτύξει κανένα είδους σύμπτωμα. Παρόλα αυτά του συστήθηκε και σε αυτή να κάνει προληπτικό έλεγχο. Επίσης ο ασθενής δήλωσε ότι κατά την περίοδο 1999- 2001 δούλευε σε Νοσοκομείο του Πακιστάν πιθανολογώντας ότι ίσως εκεί να κόλλησε τον ιό.

Ο ασθενής στη συνέχεια αρνήθηκε έντονα οποιαδήποτε ομοφυλοφιλική σχέση καθώς και ερωτική επαφή με άλλη γυναίκα, λόγω αυστηρών θρησκευτικών νόμων. Σε ερώτηση των γιατρών για την πιθανότητα χρησιμοποίησης ίδιων μαγειρικών σκευών ή να είχε κάποιο ατύχημα με βελόνες ή να ήρθε σε επαφή με βιολογικά υγρά άλλου συγκατοίκου ήταν κατηγορηματικά αρνητικός.

Μη έχοντας άλλη επιλογή πλέον οι γιατροί και θέλοντας να βρουν το αίτιο της νόσου χορήγησαν προληπτική αγωγή στον ασθενή.

Συγκεκριμένα οι εντολές που του δόθηκαν ήταν οι εξής:

- Peg- Intron (120 mg peros Bt Iv)

1 ένεση κάθε Πέμπτη

- Tb Rebetal Bt I

S: 2x2 peros καθημερινά

Καθώς και πεγκυλιωμένη Ιντερφερόνη Alfa- 2b και Ριφαμπικίνη για χρονική περίοδο 6 μηνών.

Πλέον του συστήθηκε να επισκέπτεται μια φορά της εβδομάδα το νοσοκομείο για προγραμματισμένη εξέταση αίματος, συγκεκριμένα κάθε Παρασκευή για τους επόμενους 4 μήνες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

- Μακροπρόθεσμα, η ανάπτυξη ηλεκτρονικών συστημάτων καταγραφής των ιατρικών αρχείων, θα επιτρέψει την αυτόματη παροχή επιδημιολογικών στοιχείων « σε χρόνο μηδέν ».
- Η εφαρμογή μαθηματικών μοντέλων, μπορεί να βοηθήσει την επιδημιολογική πρόγνωση και την πρόληψη μελλοντικών προβλημάτων.
- Να γίνει σωστή ενημέρωση του κοινού, ώστε να ευαισθητοποιηθεί , σε ότι έχει σχέση με την πρόληψη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων.
- Να γίνει κρατική μέριμνα, ώστε να χορηγηθούν κονδύλια για δωρεάν προληπτικό έλεγχο.
- Να διαφωτιστεί το κοινό σχετικά με τα μέτρα προφύλαξης, μέσα από τη συνεργασία με τα ΜΜΕ.
- Να εκπαιδευτεί το κοινό για τη σωστή χρήση των προφυλακτικών μέτρων. Η εκπαίδευση αυτή θα πρέπει να ξεκινήσει από τα σχολεία.
- Το Κράτος να φροντίσει, ώστε να μειωθεί η τιμή των προφυλακτικών και των αντισυλληπτικών μεθόδων.
- Να γίνει προώθηση ειδικής καμπάνιας, για τη χρήση προφυλακτικών μέτρων κατά τη συνουσία.
- Κανένας τομέας κοινωνικής δραστηριότητας δε δικαιούται να εξαιρεθεί από την αξιοποίησή του για τον περιορισμό μιας από τις μεγαλύτερες παγκόσμιες απειλές.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι αλλαγές στις απόψεις για τις γενετήσιες σχέσεις και την ερωτική συμπεριφορά έχουν συντελέσει σε νέα έξαρση όλων των αφροδισίων νοσημάτων. 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 έχουμε 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.

Τα Αφροδίσια (ή Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα) είναι ένα σύνολο διαφορετικών μεταξύ τους λοιμώξεων, τις οποίες προκαλούν πολλοί παθογόνοι μικροοργανισμοί, αλλά κατατάσσονται σε μία ομάδα λόγω των κοινών επιδημιολογικών και κλινικών γνωρισμάτων τους. Κάποιες από αυτές τις μολύνσεις ονομάζονται και αφροδίσια νοσήματα, όπως είναι η γονόρροια και η σύφιλη, διότι μεταδίδονται αποκλειστικά με την ερωτική επαφή. Η ύπαρξη των περισσότερων είναι γνωστή από χιλιάδων ετών αλλά το πιο επικίνδυνο είναι το AIDS. Τα περισσότερα νοσήματα είναι θεραπεύσιμα. Άλλα νοσήματα, όπως ο έρπης, το AIDS και τα κονδυλώματα, που οφείλονται σε ιούς, δεν έχουν θεραπεία. Η επιμόρφωση σε αυτά τα νοσήματα καθώς και η πρόληψη τους έχει μεγάλη σημασία.

Η σεξουαλικότητα, ο ερωτικός κύκλος, καθώς και η ερωτική συμπεριφορά, δομούν την αρχιτεκτονική της ανθρώπινης ταυτότητας και της διαφυλικής επικοινωνίας.

Η συμμόρφωση, βασικός μηχανισμός της γνώσης, είναι το κλειδί της αυτοδιάθεσης, του σεβασμού και της επικοινωνίας με τον σύντροφο, ενώ η εμπέδωση είναι η απάντηση της αναγκαιότητας που η ερωτική ελευθερία προϋποθέτει. Η ωριμότητα της ερωτικής συμπεριφοράς του σύγχρονου ανθρώπου ολοκληρώνεται τόσο με την συμμόρφωση όσο και με την εμπέδωση της γνώσης, γίνεται αναφορικά με την αυτοδιάθεση και τη συντροφική επιλογή.

Αναμφίβολα η ανθρώπινη κοινότητα δυναμώνει και αναπαράγεται με τη θεώρηση της αξίας του μηνύματος:

« Το σεξ είναι ζωή και ο έρωτας δικαίωμα »

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Στρατηγός Ι., *Αφροδισιολογία, Επίτομος, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε, Αθήνα 2004.*
2. www.pazarakiotis.gr, 17/10/2007.
3. Cecil *Παθολογία, Τόμος δεύτερος, Έκδοση 5^η, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 2003.*
4. Goldman L., Bennett J., *Νοσολογία, Τόμος δεύτερος, Ιατρικές Εκδόσεις Ι.Χ Πασχαλίδης, Αθήνα 2002*
5. www.3lyk-argyr.att.sch.gr, 17/10/2007.
6. Χριστάκης Γ., Λεγάκης Ν., *Κλινική Μικροβιολογία & Λοιμώξεις, Επίτομος, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε., Αθήνα 2002.*
7. www.myworld.gr, 17 10 /2007.
8. Fitzpatrick Th., Johnson R., Wolff Kl., Suurmond D., *Κλινική Δερματολογία ΙΙ, Τόμος δεύτερος, Ιατρικές Εκδόσεις Ι.Χ Πασχαλίδης, Αθήνα 2003.*
9. Youngson R., *Λεξικό της Γυναικείας Υγείας, Επίτομος, Εκδόσεις Περίπλους, Αθήνα 2001.*
10. Παπαρίζος Β., Κυριάκης Κ., *Πρόληψη & Μέτρα προστασίας από τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα, Επίτομος, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε., Αθήνα 2003.*
11. www.healthnews.com, 17 /10/2007.
12. Κατρίτσης Ε., Παπαδόπουλος Ν., *Ανατομική του Ανθρώπου, Τόμος τρίτος, Νέα Έκδοση, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 2002.*
13. Kahle W., Leonhardt H., Platzner W., *Εγχειρίδιο Ανατομικής του Ανθρώπου με Έγχρωμο Άτλαντα, Τόμος δεύτερος, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1985.*
14. Guyton A., *Φυσιολογία του Ανθρώπου, Επίτομος, Έκδοση 5^η, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1985.*
15. www.moec.gov.cy, 19/1/2008.
16. Φένγκουικ Ε., Γουόκερ Ρ., *Οδηγός Σεξουαλικής Αγωγής για Νέους, Επίτομος, Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα 1995.*
17. Παπαθανασίου Ζ., *Σεξουαλική Αγωγή & Διαφυλικές Σχέσεις, Επίτομος, Εκδόσεις Υπουργείο Παιδείας & Πρόνοιας, Αθήνα 2000.*
18. *Εγκυκλοπαίδεια της Φυσιολογίας & της Ψυχολογίας, Τα Αφροδίσια Νοσήματα, Επίτομος, Εκδόσεις Ελληνική Παιδεία Α.Ε., Αθήνα 1986.*

19. Δετοράκης Ι., Οικογενειακός Προγραμματισμός- Αντισύλληψη- Σεξουαλική Διαφώτιση, Επίτομος, Έκδοση 7^η, Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα 2001.
20. Παπαευαγγέλου Γ., Φαρμάκη Γ., Πρόληψη & Έλεγχος Λοιμωδών Νοσημάτων, Επίτομος, Εκδόσεις Ζήτα, Αθήνα 1998.
21. Κατσαμπάς Α., Μαθήματα Δερματολογίας & Αφροδισιολογίας, Επίτομος, Ιατρικές Εκδόσεις Ι.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2001.
22. Kayser F., Bienz K., Eckert J., Lindermann J., Ιατρική Μικροβιολογία, Επίτομος, 8^η Αναθεωρημένη Έκδοση, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 1995.
23. Δετοράκης Ι., Βασικές Αρχές της Υγιεινής, Επίτομος, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 2003.
24. Γιαννακόπουλος Ν., Μαθήματα Δερματολογίας, Επίτομος, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1992.
25. Κύση & Σύφιλη, www.care.gr, Ιούνιος 2000.
26. Goldman D., Horowitz F., Ιατρική στον 21^ο αιώνα, Επίτομος, Εκδόσεις Δομική, Αθήνα 1996.
27. Αρσένη Αν., Κλινική Μικροβιολογία & Εργαστηριακή Διάγνωση των Λοιμώξεων, Τόμος δεύτερος, Έκδοση 4^η, Ιατρικές Εκδόσεις Ζήτα, Αθήνα 1994.
28. Το Βήμα του Ασκληπιού, Τριμηνιαία Έκδοση του Τμήματος Νοσηλευτικής Α' Αθηνών, Τόμος πέμπτος, Τεύχος 3, Εκδοτικός Όμιλος Ίων, Ιούλιος- Σεπτέμβριος 2006.
29. Παπαδημητρίου Κ., Γκίκας Α., Μπέλος Γ., Περιοδικό Πρωτοβάθμιας Υγείας, Κλινική Προσέγγιση ασθενών με HIV/ AIDS, Τόμος δέκατος τέταρτος, Τεύχος 3, Εκδόσεις Ελέγεια, Αθήνα 2002.
30. Λιάνας Δ., Σκαρπέλος Α., Περιοδικό Πρωτοβάθμιας Φροντίδα Υγείας, AIDS: Γνώση, Ενημέρωση & Σεξουαλική Συμπεριφορά- 7 χρόνια μετά, Τόμος δέκατος έκτος, Τεύχος 3, Εκδόσεις Ελέγεια, Αθήνα 2004.
31. Σχετικά με τον HIV, www.in.gr, 17/10/2007.
32. Εξαμηνιαία Έκδοση του Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (ΚΕΕΛ), Τεύχος 5, Εκδόσεις Υπουργείο Παιδείας & Πρόνοιας, Αθήνα, Δεκέμβριος 2000.
33. Ασκητής Θ., Η Σεξουαλική Αφύπνιση της Εφηβείας, Επίτομος, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 2001.
34. Δουκάς Χ., Προβλήματα & Αναζητήσεις για την Εκπαίδευση & τον Εκπαιδευτικό, Επίτομος, Εκδόσεις Έκφραση, Αθήνα 2003.
35. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS, Συμβουλευτική για την HIV λοίμωξη- Οδηγίες, Επίτομος, Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2001.

36. Παπαρίζος Β., Κυριάκης Κ., Το Σάρκωμα Kaposi, www.hivaid.gr, 2005.
37. www.AIDSBehavior.com, 2004.
38. Σιάμος Ν., Νεολαία & Ναρκωτικά, Επίτομος, Αχαϊκές Εκδόσεις, Αγρίνιο 1992.
39. Αναστασίου- Κατσιαρδάνη Α., Περιοδικό Πρωτοβάθμιας Φροντίδα Υγείας, 1^η Δεκεμβρίου Παγκόσμια Ημέρα κατά του AIDS, Τόμος δωδέκατος, Τεύχος 1, Εκδόσεις Ελέγεια, Αθήνα 2000.
40. Χατζηγιάννης Σ., Ηπατίτιδα Α, Επίτομος, Ιατρικές Εκδόσεις Ι.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 1996.
41. Περιοδικό της Ελληνικής Εταιρείας Αθηνών, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, Τόμος εικοστός δεύτερος, Τεύχος 5, Σεπτέμβριος- Οκτώβριος 2005.
42. www.medlook.net, 8/11/2006.
43. Μπακάλου Δ., Εσωτερική Παθολογία, Τόμος τρίτος, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 1996.
44. Σαχίνη Αν., Καρδάση- Πάνου Μ., Παθολογική & Χειρουργική Νοσηλευτική, Τόμος δεύτερος, Έκδοση 2^η, Αθήνα 1985.
45. www.keel.gr, 8/11/2006.
46. www.paidiatros.gr, 8/11/2006.
47. www.e-child.gr, 8/11/2006.
48. Λαγός Π., Αντωνιάδης Σ., Βασική Παιδιατρική, Επίτομος, Έκδοση 3^η, Βελτιωμένη Έκδοση, Ιατρικές Εκδόσεις Ι.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 1995.
49. Γαρδίκας Α., Ειδική Νοσολογία, Επίτομος, Νέα Έκδοση, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 2003.
50. www.percent.gr, 8/11/2006.
51. www.iatronet.gr, 8/11/2006.
52. Καλίγερος Κ., www.ioniatest.gr, 8/11/2006.
53. Ντουράκης Σ., Περιοδικό Ιατρική του Σήμερα, Ηπατίτιδα, Εκδόσεις GSK, Τεύχος 43, Αθήνα, Απρίλιος 2006.
54. www.medicum.gr, 8/11/2006.
55. www.roche.gr, 8/11/2006.
56. www.eligast.gr, 8/11/2006.
57. Μαλαγρινού- Κωνσταντινίδου Μ., Γενική Παθολογική Χειρουργική, Τόμος πρώτος, Έκδοση 24^η, Αθήνα 2002.
58. Τριχόπουλος Α., Προληπτική Ιατρική, Επίτομος, Εκδόσεις Ζήτα, Αθήνα 1986.
59. Τσαντούλας Δ. , www.health.in.gr, 8/11/2006.
60. www.clubspathfinder.gr, 8/11/2006.
61. www.noesi.gr, 8/11/2006.

62. www.iator.gr, 8/11/2006.
63. www.simerini.com, 8/11/2006.
64. Ντάμπος Κ. ,*Ηπατίτιδες D, E, F, G*, www.chios-medical.gr, 8/11/2006.
65. www.moh.gr, 8/11/2006.
66. www.cdc.gov, 8/11/2006.
67. www.who.in, 8/11/2006.
68. www.iatriki.online.com, 8/11/2006.
69. Παπαδημητρίου Α., *Αντισύλληψη, Πρακτικές & Προοπτικές*, Γαλήνης Θ., *Επίτομος, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας*, Αθήνα 1995.
70. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, *Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS, Νοσηλευτική φροντίδα ατόμων με λοίμωξη από τον ιό της Ανθρώπινης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (HIV)-Οδηγίες*, *Επίτομος, Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα*, Αθήνα 1991.
71. www.imop.gr, 17/10/2007.

ΒΑΣΙΚΗ ΟΡΟΛΟΓΙΑ

Αιδοίο: Το αιδοίο αποτελείται από τα μεγάλα και τα μικρά χείλη, την κλειτορίδα και τον προθάλαμο του κόλπου.

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.

Βακτηριακή κολπίτιδα: Ως Βακτηριακή κολπίτιδα, χαρακτηρίζεται ο άτυπος αποικισμός του κόλπου κυρίως με αναερόβιους μικροοργανισμούς, ο οποίος έχει σαν αποτέλεσμα φλεγμονή στην περιοχή του κόλπου.

Βουβωνικό κοκκίωμα: Το βουβωνικό κοκκίωμα, είναι μια βραδέως εξελισσόμενη ελκωτική νόσος, που προσβάλλει κυρίως το δέρμα και τους υποδόριους ιστούς της γεννητικής, βουβωνικής και πρωκτικής περιοχής.

Γεννητικές ορμόνες: Οι ορμόνες που παράγονται από τους όρχεις και τις ωοθήκες.

Γεννητικοί αδένες: Οι όρχεις για τον άνδρα και οι ωοθήκες για τη γυναίκα.

Γονοκοκκική ουρηθρίτιδα: Η γονοκοκκική ουρηθρίτιδα είναι η βακτηριακή λοίμωξη που οφείλεται στο βακτήριο *Neisseria Gonorrhoeae*.

Έρπης των γεννητικών οργάνων: Ο έρπης των γεννητικών οργάνων είναι μια ιογενής μόλυνση που προκαλεί οδυνηρές επανεμφανιζόμενες φλύκταινες πάνω και γύρω από τα γεννητικά όργανα και χαρακτηρίζεται από ασυμπτωματική απόπτωση του ιού.

Επιδιδυμίτιδα: Η επιδιδυμίτιδα είναι ένα επίμηκες όργανο που διακρίνεται σε κεφαλή, σώμα και ουρά.

Εφηβαίο: Το εφηβαίο, είναι μια λιπώδης προεξοχή, που βρίσκεται πάνω από την ηβική σύμφυση και που καλύπτεται από τρίχωμα ποικίλης πυκνότητας ανάλογα με τη φυλή.

Ηπατίτιδα Α: Η ηπατίτιδα Α (ΗΑ) είναι μια λοίμωξη του ήπατος που προκαλείται από τον ιό της ηπατίτιδας Α. Το ήπαρ προσβάλλεται από τον ιό και ένας μεγάλος αριθμός των κυττάρων που το αποτελούν, παθαίνουν φλεγμονή και στη συνέχεια πολλά από αυτά τα κύτταρα νεκρώνονται.

Ηπατίτιδα Β: Η ηπατίτιδα Β είναι φλεγμονή και δυσλειτουργία του συκωτιού που οφείλεται στον ιό της ηπατίτιδας Β (Hepatitis Virus Β).

Ηπατίτιδα C: Η ηπατίτιδα C είναι μια λοίμωξη προκαλούμενη από ιό. Προκαλεί φλεγμονή του ήπατος και όταν η νόσος εξελιχθεί σε χρόνια μπορεί να οδηγήσει σε ίνωση του ήπατος (κίρρωση), σε ηπατική ανεπάρκεια και καρκίνο.

Ηπατίτιδα D: Ο ιός της ηπατίτιδας D (HDV) είναι ένας RNA ιός που καθίσταται λοιμογόνος χρησιμοποιώντας ως περίβλημα την πρωτεΐνη επιφανείας του HBV (HBsAg).

Ιός θηλωμάτων του ανθρώπου (HPV): Ο ιός των θηλωμάτων του ανθρώπου ανήκει στους DNA ιούς. Είναι ένας μη ελυτροφόρος DNA ιός, προσβάλλει τα επιθηλιακά κύτταρα του δέρματος και των βλεννογόνων προκαλώντας ένα ευρύ φάσμα νόσων.

Καντιντίαση: Η λοίμωξη από κάντιντα γνωστή και ως καντιντίαση είναι μια μυκητίαση του κόλπου που οφείλεται στους μύκητες του γένους Candida (Candida Albicans, Candida Tropicalis, κ.λ.π).

Κλειτορίδα: Η κλειτορίδα είναι ένα στυτικό σώμα που αποτελείται από δύο σηραγγώδη σώματα, που περικλείονται από έναν ινώδη ιστό.

Κόλπος: Ο κόλπος είναι ινομυώδης αγωγός, μήκους 11- 12 εκ., του οποίου τα πρόσθια και οπίσθια τοιχώματα βρίσκονται κανονικά σε επαφή μεταξύ τους.

Κολπίτιδα: Κολπίτιδα είναι μια φλεγμονή του κόλπου, η οποία προκαλείται από διάφορους παθογόνους οργανισμούς στη βάση μιας διαταραχής της ισορροπίας της φυσιολογικής μικροβιακής κολπικής χλωρίδας.

Μαλακό έλκος: Το μαλακό έλκος είναι μια οξεία, σεξουαλικά μεταδιδόμενη λοίμωξη που χαρακτηρίζεται από ένα επώδυνο έλκος στην θέση ενοφθαλμισμού, συνήθως στα έξω γεννητικά όργανα, και ανάπτυξη επιχώριας, διαπητικής λεμφαδενοπάθειας.

Μεγάλα χείλη: Τα μεγάλα χείλη αποτελούνται από άφθονο λιπώδη και συνδετικό ιστό και περιέχουν τα υπολείμματα των απομακρυσμένων προεκτάσεων του στρογγυλού συνδέσμου.

Μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα: Η μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα είναι η φλεγμονή στους άνδρες που μπορεί να προκληθεί από αρκετούς διαφορετικούς οργανισμούς.

Μήτρα: Η μήτρα είναι ένα κοίλο μυώδες όργανο που μοιάζει με αχλάδι. Χωρίζεται: στο σώμα, που αποτελεί τα άνω δύο τρίτα του οργάνου και στον τράχηλο, που αποτελεί το κυλινδρικό κάτω τρίτο τμήμα του οργάνου.

Μικρά χείλη: Τα μικρά χείλη περιέχουν χαλαρό συνδετικό ιστό, αιμοφόρα αγγεία και μεγάλους χώρους αίματος που διογκώνονται κατά τη σεξουαλική διέγερση.

Μυκητιασική κολπίτιδα: Η Μυκητιασική κολπίτιδα είναι μια φλεγμονή της γενετικής περιοχής, η οποία πλήττει ένα μεγάλο αριθμό γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας.

Οξυτενή κονδυλώματα: Τα οξυτενή κονδυλώματα είναι μυϊκές αναπτύξεις που δεν προκαλούν πόνο, επάνω και γύρω από τα γεννητικά όργανα, και προκαλούνται από ιό.

Οργασμός: Ο οργασμός είναι φάση της σεξουαλικής λειτουργίας, η οποία συνδέεται με την κορύφωση και την επακόλουθη εκτόνωση της σεξουαλικής διέγερσης.

Όρχεις: Οι όρχεις αποτελούν τους γεννητικούς αδένες του άντρα. Είναι δύο και φυσιολογικά κρέμονται στα πλάγια της ρίζας του πέους.

Όσχεο: Ο σάκος από δέρμα που περιέχει τους όρχεις.

Παραουρηθρικοί αδένες: Οι παραουρηθρικοί αδένες είναι διακλαδιζόμενοι σωληνοειδείς αδένες που καταλήγουν στο περιφερικό 1/3 της ουρηθρικής κοιλότητας και στο εξωτερικό στόμιο της ουρήθρας.

Παρθενικός υμένας: Ο παρθενικός υμένας αποτελεί ινώδες πέταλο, το οποίο καλύπτεται και από τις δυο επιφάνειές του με πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο και περιέχει νεύρα και αγγεία.

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.

Προθάλαμος: Ο προθάλαμος ή πρόδρομος είναι το τμήμα του αιδοίου, που εκτείνονται από τον πρόσθιο σύνδεσμο στον οπίσθιο και πλαγίως από τη βάση των χειλέων στον υμένα.

Προστάτης: Ανήκει στα έσω γεννητικά όργανα του άνδρα. Έχει σχήμα και μέγεθος κάστανου και μήκος 4 – 5 cm.

Πρόωρη εκσπερμάτιση: Εκσπερμάτιση με ελάχιστο σεξουαλικό ερεθισμό, πριν ή λίγο μετά τη διείσδυση στον κόλπο και πριν το θελήσει το άτομο.

Σάλπιγγες: Οι σάλπιγγες (ή **ωαγωγοί**) είναι μυώδεις σωλήνες μήκους 12 εκ. περίπου η καθεμία που ξεκινούν από τον πυθμένα της μήτρας, ενώ το άλλο τους άκρο κρέμεται ελεύθερο μέσα στην κοιλία.

Σεξουαλική επιθυμία: Η σεξουαλική επιθυμία είναι η ένταση της σεξουαλικής διέγερσης η οποία επηρεάζει την ένταση της σεξουαλικής απάντησης που προκαλείται από εξωτερικά ερεθίσματα.

Σεξουαλική διέγερση: Μια από τις φάσεις της σεξουαλικής λειτουργίας, η οποία χαρακτηρίζεται από τη στύση του πέους στον άνδρα και την εφύγρανση του κόλπου στη γυναίκα.

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.

Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα: Όλα τα νοσήματα που μεταδίδονται αποκλειστικά ή κυρίως με την σεξουαλική επαφή.

Σεξουαλική δυσλειτουργία: Μπλοκάρισμα σε μια από τις φάσεις της σεξουαλικής λειτουργίας ή στην ομαλή ροή και αλληλοδιαδοχή αυτών των φάσεων. Το αποτέλεσμα είναι η μη ολοκλήρωση της συνουσίας ή η αποτυχία στην σεξουαλική ικανοποίηση.

Σηραγγώδη σώματα: Τα σηραγγώδη σώματα του πέους είναι δύο κύλινδροι που γεμίζουν με αίμα και δημιουργούν στύση.

Σπερματοζώαριο: Ο αρσενικός γαμέτης.

Στύση: Είναι η αύξηση του όγκου του πέους και της σκληρότητας αυτού, που του επιτρέπει την είσοδο στο γυναικείο κόλπο.

Σύφιλη: Είναι ένα χρόνια λοιμώδες νόσημα που προκαλείται από το βακτήριο *Treponema pallidum*. Έχει τρία στάδια, πρωτοπαθές, δευτεροπαθές και τριτοπαθές.

Τεστοστερόνη: Η τεστοστερόνη είναι ανδρική ορμόνη, παράγεται στους όρχεις και χρειάζεται για να παραχθεί σπέρμα.

Τριχομονάδωση: Είναι η μόλυνση της γεννητικής οδού που οφείλεται στο πρωτόζωο *Trichomonas Vaginalis*. Η Τριχομονάδα του κόλπου είναι συχνό, παγκόσμιο διαδεδομένο είδος με πολλά μαστίγια που μεταδίδεται κυρίως με τη σεξουαλική επαφή.

Υμένιας: Ο υμένιας είναι μια λεπτή μεμβράνη συνδετικού ιστού που χωρίζει τον προθάλαμο από τον κόλπο.

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

Φλεγμονώδης νόσος της πυέλου: Η φλεγμονώδης νόσος της πυέλου αποτελεί ένα φάσμα από φλεγμονώδεις διαταραχές του ανώτερου γεννητικού συστήματος, που στις περισσότερες περιπτώσεις οφείλεται σε μικροοργανισμούς που προκαλούν αφροδίσια νοσήματα.

Χλαμύδια: Είναι μια μονοφυλετική οικογένεια βακτηρίων, με μια εξαιρετικά αρχέγονη προέλευση μέσα στο σύνολο των μικροοργανισμών και αποτελούνται από τρία είδη, το *C. Trachomatis*, το *C. Pneumoniae* και το *C. Psittaci*.

Ψώρα: Η ψώρα είναι μια πολύ μολυσματική ασθένεια που προκαλεί ένα εξάνθημα, που φέρνει φαγούρα μεταξύ των δακτύλων, στον καρπό του χεριού, γύρω από τα γεννητικά όργανα καθώς και σε πολλά άλλα μέρη.

Ωάριο: Ο θηλυκός γαμέτης.

Ωοθήκες: Οι ωοθήκες αποτελούν τους γεννητικούς αδένες της γυναίκας. Έχουν μήκος 3- 5 εκ. και πλάτος 1,5- 3 εκ.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Παγκόσμια ημέρα κατά του AIDS

Παγκόσμια Ημέρα κατά του AIDS η 1^η 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.

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.

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 υπό Σαχάρα Αφρική γνωρίζουν πώς να προφυλαχθούν από την ασθένεια.

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%).

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.

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.

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.

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.

Καθώς οι πληθυσμοί γερνούν λόγω της οικονομικής ανάπτυξης και της βελτιωμένης περίθαλψης, 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.

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.



Πρώτο Κρούσμα AIDS στην Ελλάδα

Το πρώτο περιστατικό AIDS στην Ελλάδα εκδηλώθηκε το 1983 και παρουσιάστηκε σε άνδρα 25 χρονών, από τη Ζάμπια, μαύρης φυλής, που είχε εγκατασταθεί στην Ελλάδα στις αρχές του ίδιου χρόνου και δούλευε σαν μηχανολόγος. Πρέπει να είχε προσβληθεί από τον ιό του AIDS πριν έρθει στην Ελλάδα, γιατί συνήθως ο χρόνος επώασης του ιού είναι άνω του έτους- κι αυτός δεν είχε συμπληρώσει χρόνο στην Ελλάδα.

Ο ίδιος είχε αρνηθεί ότι διατηρούσε ομοφυλοφιλικές σχέσεις και ανέφερε ότι είχε ερωτικές επαφές με πολύ μεγάλο αριθμό ετερόφυλων συντρόφων. Μετά τον θάνατό του οι πληροφορίες ανέφεραν ότι ήταν αμφιφυλόφιλος.

Νοσηλεύτηκε, ακριβώς ένα μήνα (25 Οκτωβρίου- 25 Νοεμβρίου 1983, όπου και πέθανε) στη Β΄ Παθολογική κλινική του Σισμανόγλειου Νοσηλευτικού Ιδρύματος. Ήταν ισχνός με μικρούς, ψηλαφητούς λεμφαδένες, στις μασχάλες και στις βουβωνικές χώρες. Τον Μάιο του ίδιου έτους είχε προσβληθεί από σύφιλη, για την οποία θεραπεύτηκε στο νοσοκομείο Συγγρός. Έκτοτε μέχρι τα μέσα Ιουλίου ήταν καλά.

Ξαφνικά όμως άρχισε να αισθάνεται πόνο στην άρθρωση του δεξιού γόνατος. Μάλιστα μετά από τρεις βδομάδες, η άρθρωση εμφάνισε διόγκωση. Για το λόγο αυτό χρειάστηκε να γίνουν τρεις παρακεντήσεις χωρίς να του δοθεί άλλη θεραπεία, όπως ο ίδιος είπε. Στις αρχές Σεπτέμβρη πόνεσε και διογκώθηκε και το αριστερό γόνατο. Τότε εισήχθη στην ρευματολογική κλινική του Κ.Α.Τ. όπου του έγιναν πάλι παρακεντήσεις και του δόθηκαν αντιφλεγμονώδη φάρμακα. Με τον τρόπο αυτό η κατάσταση των γονάτων του βελτιώθηκε μέσα στην εβδομάδα.

Μία όμως εβδομάδα μετά την βελτίωση της κατάστασης των γονάτων του παρουσίασε διαρροϊκές κενώσεις, που γρήγορα έγιναν βλεννοαιματηρές και έφτασαν σε συχνότητα 10- 15 την ημέρα. Έτσι χρειάστηκε να μεταφερθεί σε νοσοκομείο, όπου του έγιναν εξετάσεις, που εμφάνισαν υποψία σαλμονέλας. Στις 25/10/1983 εισήχθη στην Β΄ Παθολογική κλινική του Σισμανόγλειου Νοσοκομείου, για πιο διεξοδική μελέτη του διαρροϊκού συνδρόμου. Κατά τη στιγμή της εισαγωγής, εκτός από τις διάρροιες, δεν παρουσίαζε άλλα συμπτώματα. Επίσης δεν είχε ούτε πυρετό, ούτε αρθρίτιδα.

Μετά την είσοδο στο νοσοκομείο, του έγινε κολονοσκόπηση, κατά την οποία διαπιστώθηκε υπεραιμία στο ορθό και μετρίου βαθμού εξελκώσεις. Εντοπίστηκαν επίσης μεγάλη στένωση του αυλού στο σιγμοειδές και κατιόν κόλον, οίδημα και άφθονα πολλαπλά

ωοειδή έλκη, με σαφώς αφοριζόμενα, ελαφρά, υπεργεμμένα χείλη και αιμορραγίες του τοιχώματος.

Του έγιναν επίσης εργαστηριακές και ιστολογικές εξετάσεις, οι οποίες απέδωσαν τα αποτελέσματα. Έτσι έγινε η διάγνωση για την πιθανή ύπαρξη ελκώδους κολίτιδας και άρχισε θεραπεία με χορήγηση ενδομυϊκώς 50 mg πρεδνιζολόνης την ημέρα. Ακόμη, για την αντιμετώπιση της υποψίας σαλμονέλας που είχε προκύψει από τις εξετάσεις του στο προηγούμενο νοσοκομείο, του χορηγήθηκε κο-τριμοξαζόλη ενδοφλεβίως 2 ενέσεις, 2 φορές την ημέρα. Η θεραπεία αυτή απέφερε μικρή βελτίωση. Τις ίδιες μέρες, όμως και ενώ συνεχιζόταν η θεραπεία του, νέες εξετάσεις, απεκάλυψαν ότι ο απόλυτος αριθμός των λεμφοκυττάρων του, παρουσίασε κι άλλη πτώση. Τότε, του έγινε νέα κολonosκόπηση και νέες βιοψίες. Η κολonosκόπηση, έδειξε τα ίδια αποτελέσματα με την πρώτη (αμετάβλητη κατάσταση). Στις βιοψίες, όμως παρατηρήθηκαν σχηματισμοί μέσα στο βλεννογόνο, που δεν υπήρχαν προηγουμένως. Αυτού δε οι σχηματισμοί, θεωρήθηκαν ύποπτοι για αμοιβάδες. Έτσι του δόθηκαν θεραπεία για αμοιβάδες και από τις 11/11/1983 άρχισε να παίρνει μετρονιδαζόλη. Ταυτόχρονα, σταμάτησε η χορήγηση των κορτικοειδών και της κο-τριμοξαζόλης.

Εν τω μεταξύ, αλληπάλληλες αιματολογικές εξετάσεις αποκάλυπταν συνεχή μείωση του αριθμού των λεμφοκυττάρων (λεμφοπενία). Όταν δε ο απόλυτος αριθμός των λεμφοκυττάρων κατέβηκε στο 252 δημιουργήθηκε η υποψία ότι υπήρχε AIDS. Έτσι η κατάσταση διερευνήθηκε προς αυτή την κατεύθυνση, με τις ακόλουθες εξετάσεις:

1. **Προσδιορισμός υποπληθυσμών λεμφοκυττάρων:** Έγινε στο ανοσοποιητικό εργαστήριο του νοσοκομείου « Ευαγγελισμός ».
2. **Ηλεκτροφόρηση λευκωμάτων.**
3. **Ανοσοηλεκτροφόρηση λευκωμάτων:** Φυσιολογική.
4. **Ποσοτικός προσδιορισμός ανοσοσφαιρινών.**
5. **Προσδιορισμός αντισωμάτων.**
6. **Προσδιορισμός αντισωμάτων άλλων ινών.**

Τα στοιχεία αυτά, σε συνδυασμό με την κλινική εικόνα του ατόμου, οδήγησαν πλέον, εκ του ασφαλούς, στη διάγνωση ότι πρόκειται για AIDS. Το πρώτο που έγινε, ήταν να ενημερωθεί η αρμόδια υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, ότι το AIDS είχε έρθει, ήδη, στην Ελλάδα!

Ταυτόχρονα και αμέσως, πάρθηκαν προφυλακτικά μέτρα, για να αποφευχθεί η μόλυνση του περιβάλλοντος. Έτσι:

1. Απομονώθηκε ο ασθενής (καραντίνα).
2. Ενημερώθηκε το προσωπικό του νοσοκομείου για τον κίνδυνο μολύνσεώς του και του υποδείχθηκαν μέτρα προφυλάξεως και
3. Εφαρμόστηκαν προφυλάξεις, όμοιες μ' εκείνες που εφαρμόζονται στις περιπτώσεις ηπατίτιδας Β.

Με την πάροδο των ημερών και ενώ οι διάρροιες συνεχίζονταν, ο άρρωστος παρουσίαζε συνεχή απίσχναση (αδυνάτισμα). Κατά τα μέσα Νοεμβρίου, εμφανίστηκαν εξελκώσεις (πληγές) στην περιοχή του πρωκτού, που προοδευτικά, επιδεινώθηκαν. Οι εξελκώσεις αυτές, ήταν του τύπου απλού έρπητος.

Από τις 23 Νοεμβρίου και χωρίς να έχουν βελτιωθεί οι διάρροιες, η εικόνα χειροτέρευσε. Παρουσιάστηκε έντονη δύσπνοια και οι ακτινογραφίες έδειχναν διάχυτη θολερότητα στον πνεύμονα. Για να αντιμετωπισθεί η κατάσταση χορηγήθηκαν συνδυασμοί αντιβιοτικών. Στις 25 Νοεμβρίου εμφανίστηκε και διανοητική σύγχυση. Αυτό, δημιούργησε υπόνοια για την ύπαρξη γενικευμένης ερπητικής λοιμώξεως, οπότε έγινε προσπάθεια να ανευρεθεί και να χορηγηθεί ειδικό ιστατικό φάρμακο. Το βράδυ, όμως της ίδιας μέρας, ο ασθενής πέθανε.....

Η νεκροτομή που έγινε στο Παθολογικό Ανατομείο του Πανεπιστημίου Αθηνών από τον κ. Θ. Φιλιππίδη, επιβεβαίωσε την ύπαρξη του AIDS. Τεκμηριώνεται ότι ο θάνατος επήλθε από διάσπαρτη λοίμωξη, που προήλθε από μεγαλοκυτταροϊό. Είναι όμως πιθανό στην τελική επιδείνωση, να συνέβαλαν και οι καρίνιες πνευμονοκύστεις, που διαπιστώθηκε ότι υπήρχαν άφθονες.

Συγκεκριμένα, η νεκροτομή αποκάλυψε ότι υπήρχαν, εκτός των άλλων και :

- Πνεύμονες οιδηματώδεις και μέτριου βαθμού πνευμονία.
- Εστίες με πυκνή σύσταση και ερυθρόφαιο χρώμα, διάσπαρτες σε πολλά σημεία των πνευμόνων, που διαπιστώθηκε ότι ήταν καρίνιες πνευμονοκύστεις. Στις εστίες αυτές, η πνευμονία ήταν πιο έντονη.
- Βλεννογόνος του οισοφάγου οιδηματώδης.
- Πολλαπλές μικρές εξελκώσεις, στο άνω τριτημόριο του οισοφάγου και μυκητιάσεις που οφείλονται σε ασπεργίλλους.
- Μέτρια διόγκωση και συμφόρηση του ήπατος.
- Λεπτό έντερο οιδηματώδες.
- Οίδημα στο παχύ έντερο.
- Αιμορραγικές και ελκωτικές περιοχές σε πολλά σημεία του παχέος εντέρου και μυκητιάσεις από ασπεργίλλους.

- Διογκωμένοι λεμφαδένες του μεσεντερίου.
- Έγκλειστα μεγαλοκυτταροϊού στη μυελώδη μοίρα των επινεφριδίων. Σ' αυτήν μάλιστα υπήρχαν και εστίες με αιμορραγική νέκρωση.
- Έγκλειστα μεγαλοκυτταροϊού σε μικρότερη πυκνότητα στο ήπαρ, τον οισοφάγο, τους νεφρούς, τους λεμφαδένες, τις μήνιγγες και τον εγκέφαλο.
- Μικρή μείωση των εμπύρηνων ερυθρών και μέτρια αύξηση των κοκκιοκυττάρων στο μυελό των οστών.
- Κατάλυση της αρχιτεκτονικής δομής των λεμφαδένων, με μεγάλη μείωση των λεμφοκυττάρων και εξαφάνιση των λεμφοζιδίων.
- Μείωση του λευκού πολφού και εξαφάνιση των βλαστικών κέντρων στο σπλήνα.

Έλληνας 33 ετών

Πρόκειται για Έλληνα 33 ετών, που είχε ζήσει πολλά χρόνια στην Αφρική. Παρουσίασε ελονοσία (πυρετός και διόγκωση σπληνός). Του χορηγήθηκε κινίνη και του έγιναν μεταγγίσεις αίματος. Αργότερα χρειάστηκε να του αφαιρεθεί ο σπλήνας, εξ αιτίας της επιδεινώσεως της αιματολογικής του κατάστασης.

Λίγες μέρες μετά απ' αυτό, εμφάνισε διαρροϊκό σύνδρομο με πολλαπλές ημερήσιες κενώσεις. Τελικώς πέθανε, όταν του προκλήθηκε εσωτερική αιμορραγία.

Κατά τις τελευταίες μέρες είχαν παρουσιαστεί πολλά οζίδια με ερυθρόφαιο χρώμα, στους γλουτούς, στους μηρούς, στο στομάχι, στα έντερα και στο μεσεντέριο, και είχαν δημιουργηθεί μικρές αιμορραγικές εστίες στους πνεύμονες. Πολλά από τα οζίδια αυτά κατά την νεκροτομή και έπειτα από ιστολογική εξέταση αποδείχθηκαν σαρκώματα Karosi. Επίσης σαρκώματα Karosi ήταν και οι αιμορραγικές εστίες των πνευμόνων. Σε αυτούς δε, εκτός από το σάρκωμα, βρέθηκαν και πολλά σημεία με πνευμονία, από μεγαλοκυτταροϊό και κρυπτοκόκκους neofomans. Η νεκροτομή απέδειξε, επίσης, ότι ήταν διογκωμένα στο ήπαρ και περισσότερο οι παραορτικοί λεμφαδένες. Οι τελευταίοι μάλιστα είχαν και σαρκώδη σύσταση.